



URGENCES ODONTOLOGIQUES

Guide de prise en charge
par les médecins généralistes



Margaux Freudenreich

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	3
AVANT PROPOS	4
GÉNÉRALITÉS	5
AIDE MÉMOIRE	7
L'ORGANE DENTAIRE	8
DENTITION ET DENTURE	9
ÂGES D'ÉRUPTIONS DENTAIRES	10
ÉRUPTIONS DES DENTS TEMPORAIRES [9]	10
ÉRUPTIONS DES DENTS DÉFINITIVES [10]	10
· Dents maxillaires	10
· Dents mandibulaires	10
PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE	11
LES BONNES PRATIQUES	11
· Alimentation	11
· Hygiène Bucco-dentaire	12
· Contamination et transmission	12
RECOMMANDATIONS DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES EN PATHOLOGIE BUCCO-DENTAIRE	13
PRESCRIPTION CHEZ L'ADULTE	14
PRESCRIPTION CHEZ L'ENFANT	15
FICHES CLINIQUES	17
LES URGENCES NON TRAUMATIQUES	18
LES URGENCES ALGIQUES ET INFECTIEUSES	19
· La pulpite réversible	20
· La pulpite irréversible	21
· La Parodontite Apicale Aiguë (PAA)	22
· L'Abscessus Apical Aigu (AAA)	23
· La cellulite cervico-faciale d'origine dentaire	24
LES URGENCES EN CHIRURGIE BUCCALE- COMPLICATIONS	27
· Les alvéolites	28
· Les hémorragies buccales	30
PATHOLOGIES DE LA MUQUEUSE BUCCALE	31
· La primo infection herpétique	32
· Les aphtes géants	34
· Les candidoses	36
· Le pemphigus vulgaire	38
LES URGENCES TRAUMATIQUES	40
· La fracture coronaire	41
· La luxation complète ou avulsion traumatique	42
· La luxation de l'articulation temporo-mandibulaire	44
CONCLUSION - ARBRE DÉCISIONNEL	47
BIBLIOGRAPHIES	56
TABLE DES FIGURES	58

AVANT PROPOS

L'idée de ce guide est née de discussions avec des étudiants en médecine ainsi qu'avec des médecins généralistes, qui ont relevé deux problèmes :

→ Manque de formation aux urgences dentaires

→ Manque de temps à consacrer aux douleurs dentaires lors de leurs consultations

J'ai donc eu l'ambition de créer un outil d'aide au diagnostic et à la décision thérapeutique s'adressant principalement aux médecins généralistes mais pouvant également être utilisé par d'autres professionnels de santé face aux urgences dentaires.

La présentation du guide est d'une grande importance ; c'est pourquoi, sa forme a été définie en s'appuyant sur le manuel de réalisation d'un guide de bonnes pratiques de Rocheleau et collaborateurs [1]. Le contenu a été élaboré à partir de recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), d'ouvrages spécialisés en pathologies bucco-dentaires tout en tenant compte du terrain et des attentes de la population cible.

Le guide de bonnes pratiques doit suivre une ligne directrice, les informations doivent être bien ordonnancées mais chaque partie de l'ouvrage doit être autoportante.

Le guide porte sur des rappels sur l'organe dentaire, aborde les bonnes pratiques en matière d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation et fournit des fiches de prise en charge des principales urgences dentaires traumatiques et non traumatiques.

Nous avons voulu casser les codes d'un guide de bonne pratique, plutôt considéré comme des ordres, en insistant sur le fait que ce guide est un support, une aide et non un ouvrage à suivre rigoureusement.

Pour faciliter sa lecture, nous nous sommes attachés à adopter une présentation sobre et simple du guide mais visuellement attrayante grâce à la participation d'une graphiste. Les informations sont présentées de façon systématique pour permettre au lecteur d'intégrer les diagnostics et les étapes de prise en charge. Une mise en page claire est importante pour que les médecins soient plus enclins à prendre des décisions en consultant le guide plutôt que de se baser sur leurs intuitions.

Ce guide clinique a donc comme finalité de comporter assez de données pour être utilisé dans la pratique quotidienne du médecin généraliste mais également d'être suffisamment succinct pour ne pas retarder cette pratique.

Cet ouvrage reprend les principales urgences odontologiques rencontrées dans les cabinets de médecine générale sans être exhaustif de par sa fonctionnalité ; après l'évaluation du guide et son application, d'éventuelles corrections pourront être effectuées.

GÉNÉRALITÉS

L'urgence est décrite depuis de nombreuses années, par le Le Trésor de La Langue Française Informatisé (TLFI) comme « requérir une action, une décision immédiate. » L'urgence médicale est, quant à elle, définie comme « une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement » (Larousse). Nous notons dans ces deux définitions, l'importance de la notion de temps, de rapidité d'action, quelle que soit la situation.

L'urgence dentaire fait partie intégrante des urgences médicales. Elle paraît insurmontable pour les patients, provoquant des douleurs insoutenables dans un environnement clos qu'est la cavité buccale. Ambroise Paré, au XVIème siècle, a évoqué le sujet en disant que la douleur dentaire est « la plus grande et la plus cruelle qui soit entre toutes les douleurs, sans mort » [2]. En effet, le pronostic vital dans le cadre d'urgences odontologiques n'est pas ou que très rarement engagé. Seules les complications de cellulites d'origine dentaire telles que les cellulites maxillaires diffusant vers le massif facial avec risque de thrombose suppurée du sinus caverneux et les cellulites mandibulaires diffusant vers les voies aéro-digestives supérieures, avec un risque d'arrêt respiratoire et de médiastinite ainsi que les hémorragies constituent un réel danger pour la vie du patient. Afin de permettre une prise en charge optimale des urgences dentaires, la mise en place d'un cadre médico-légal strict oblige tous les acteurs de santé, les pouvoirs publics à se réunir autour d'une même cause : soigner [6].

La prise en charge des urgences nécessite une efficacité et une rapidité d'action : il faut pouvoir faire un diagnostic dans les meilleurs délais et maîtriser une démarche clinique et thérapeutique. Orienter le patient chez les spécialistes concernés est une qualité requise pour un professionnel de santé et s'intègre pleinement dans le parcours de soins.





AIDE MÉMOIRE

L'ORGANE DENTAIRE

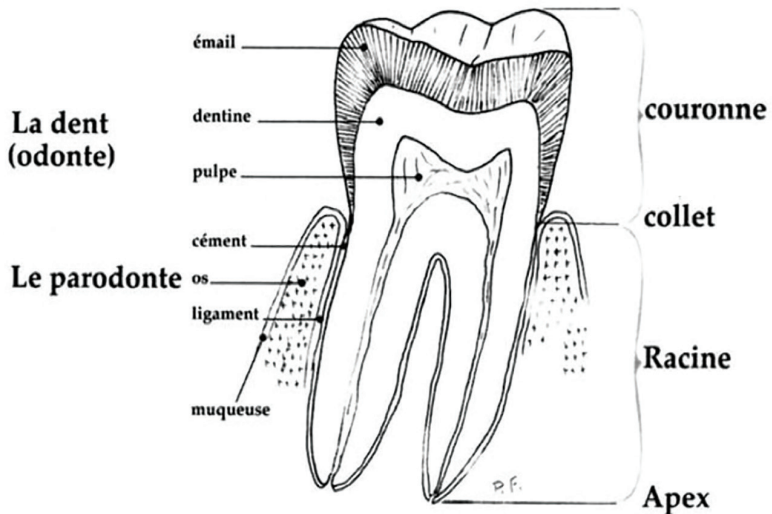


Figure 1 : L'organe dentaire : coupe schématique d'une molaire inférieure (Fronty et al., 2005)

La dent est composée de deux parties : la couronne, partie visible qui émerge dans la cavité buccale et la racine non visible fixée dans l'os [7].

La dent est constituée d'émail, de dentine, de pulpe et de cément.

L'**émail** est un tissu blanc, très résistant, acellulaire, recouvrant la dentine au niveau de la couronne. Il est hautement minéralisé : c'est la substance la plus dure de l'organisme humain. Il est constitué à 95% d'une partie minérale comprenant de l'hydroxyapatite de calcium, à 1 % d'une phase organique et à 4% d'eau [7].

La **dentine** est un tissu jaunâtre dur, innervé et très sensible. Elle est composée de 70 % de sels minéraux, de 18% de substances organiques (collagène et protéines) et de 12% d'eau.

L'émail et la dentine entourent et protègent le tissu pulpaire qui contient les structures nerveuses et vasculaires.

La **pulpe** comprend une partie coronaire appelée la chambre pulpaire et une partie radiculaire, les canaux pulpaire. La pulpe est un tissu conjonctif riche en vaisseaux sanguins et nerfs sensitifs qui assure des fonctions nutritives, sensorielles et de défense de l'organe dentaire.

Le **cément** est un tissu minéralisé qui recouvre la racine et participe à l'ancrage de la dent dans son alvéole en permettant l'insertion des fibres du ligament.

La jonction amélo-cémentaire réunit l'émail et le cément en constituant le collet de la dent.

Le **parodonte** est l'ensemble des tissus qui entourent et soutiennent la dent. Il se compose de l'os alvéolaire, du ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte, et de la gencive [8].

DENTITION ET DENTURE

Le système dentaire de l'Homme comporte trois dentures successives [9] :

- **La denture déciduale, temporaire, lactéale ou « de lait »**

Elle se compose de 20 dents, soit 5 par hémis-arcade : deux incisives, une canine et deux molaires. De 6 mois à 6 ans, l'enfant présente une denture temporaire.

- **La denture mixte**

De 6 ans, date d'éruption de la première dent permanente, jusqu'à la chute par résorption de la racine de la dernière dent temporaire à près de 12 ans, l'enfant présente une denture mixte comportant des dents temporaires et définitives.

- **La denture permanente**

Lorsque la dernière dent temporaire est tombée, toutes les dents présentes dans la cavité buccale sont des dents définitives.

L'Homme possède 32 dents permanentes, numérotées comme ci-dessous :

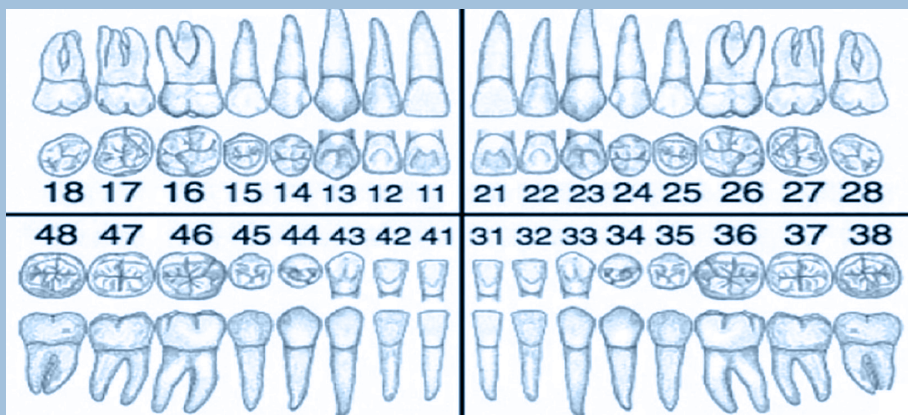


Figure 2 : Schéma de la numérotation dentaire (Guidedessoins.com)

ÂGES D'ÉRUPTIONS DENTAIRES

Éruptions des dents temporaires [10]

Dents temporaires	Âge moyen d'éruption
Incisives centrales mandibulaires	6-8 mois
Incisives centrales maxillaires	8-10 mois
Incisives latérales maxillaires	12 mois
Incisives latérales mandibulaires	14 mois
Canines	16-20 mois
1 ^{ère} molaires	12-16 mois
2 ^{ème} molaires	23-30 mois

Éruptions des dents définitives [11]

DENTS MAXILLAIRES

Dents définitives maxillaires	Âge moyen d'éruption
Incisives centrales	7-8 ans
Incisives latérales	8-9 ans
Canines	11-12 ans
1 ^{ère} prémolaires	10-11 ans
2 ^{ème} prémolaires	10-12 ans
1 ^{ère} molaires	6-7 ans
2 ^{ème} molaires	12-13 ans
3 ^{ème} molaires ou « dents de sagesse »	17-21 ans

DENTS MANDIBULAIRES

Dents définitives mandibulaires	Âge moyen d'éruption
Incisives centrales	6-7 ans
Incisives latérales	7-8 ans
Canines	9-11 ans
1 ^{ère} prémolaires	10-11 ans
2 ^{ème} prémolaires	10-12 ans
1 ^{ère} molaires	6-7 ans
2 ^{ème} molaires	11-13 ans
3 ^{ème} molaires ou « dents de sagesse »	17-21 ans

PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE

Les bonnes pratiques

ALIMENTATION

La survenue des caries peut être liée à l'alimentation lactée du jeune enfant

Le lait maternel et le lait infantile contiennent une quantité importante de sucre cariogène, 7g/100mL et constituent un risque

RECOMMANDATIONS



- Éviter les prises de lait répétées et nocturnes après l'âge de 6 mois
- Ne pas laisser la nuit, à disposition de l'enfant, un biberon contenant une boisson sucrée [12]

La survenue des caries peut être liée aux habitudes alimentaires

RECOMMANDATIONS



- Éviter le grignotage en limitant la prise alimentaire à 4 fois dans la journée à horaires réguliers
- Éviter de consommer des aliments de texture collante ou fondante
→ Favoriser la consommation d'aliments durs et fibreux
- Éviter de consommer des aliments transformés riche en glucides
- Limiter la consommation de sodas, de jus de fruits et de sirops
→ Préférer de l'eau [13]

HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

La survenue des caries peut être liée à l'hygiène bucco-dentaire

RECOMMANDATIONS



- Dès l'apparition de la 1^{ère} dent et jusqu'à 5 ans, l'hygiène bucco-dentaire doit être réalisée par les parents de l'enfant
- De 6 mois à 3 ans, le nettoyage des dents doit être réalisé une fois par jour, avant le coucher, soit avec une compresse soit avec une brosse à dents adaptée à l'âge de l'enfant et une trace de dentifrice fluoré 1^{er} âge
- De 3 ans à 6 ans, le brossage des dents doit être réalisé deux fois par jour, le matin et le soir, avec une brosse à dents souple et du dentifrice fluoré adapté à l'âge de l'enfant (dose = petit pois)
- De 5 ans à 8 ans, le brossage des dents doit être fait par l'enfant mais supervisé par les parents
- A partir de 6 ans, le brossage des dents doit être réalisé au minimum deux fois par jour, le matin et le soir, avec une brosse à dents adaptée à l'âge et du dentifrice fluoré de 1000 à 1450 pm [14]

CONTAMINATION ET TRANSMISSION

La survenue des caries chez l'enfant peut être liée à une transmission bactérienne par l'entourage de l'enfant

La maladie carieuse est très contagieuse et peut être transmise entre plusieurs membres de la famille. Les parents doivent donc être attentifs à leur propre hygiène bucco-dentaire [15]

RECOMMANDATIONS



- Éviter de mettre en bouche la tétine de l'enfant pour la nettoyer
- Éviter d'utiliser la même cuillère que celle destinée à l'enfant pour vérifier la température du plat
- Éviter d'embrasser son enfant sur la bouche
- Ne pas partager sa brosse à dents, même avec les membres de sa famille [12]



RECOMMANDATIONS
DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES
EN PATHOLOGIE BUCCO-DENTAIRE

PRESCRIPTION CHEZ L'ADULTE

D'après les recommandations de l'ANSM de juillet 2011
sur la prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire

	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
Cas général	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 2g/j en 2 prises • Azythromycine : 500mg/j en 1 prise* • Clarithromycine : 1000 mg/j en 2 prises • Spiramycine : 9 MUI/j en 3 prises • Clindamycine[†] : 1200 mg/j en 2 prises 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) de 2g/j en deux prises à 3g/j en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) • Amoxicilline : 2 g/j en deux prises et métronidazole : 1500 mg/j en deux trois prises • Métronidazole et azithromycine : 500 mg/jour en une prise* ou clarithromycine : 1000mg/j en deux prises ou spiramycine : 9 MUI/j en trois prises
Maladies parodontales nécrosantes	<ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole : 1500 mg/jour en deux ou trois prises 	
Parodontite agressive localisée	<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline : 200mg/jour en une prise[†] 	
Parodontite agressive localisée ou généralisée	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 1,5g/jour en trois prises ou 2g/jour en deux prises et métronidazole : 1500 mg /jour en deux ou trois prises <p>En cas d'allergie aux pénicillines :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole : 1500 mg/jour en deux ou trois prises 	
Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique (rapport (8/1) : de 2g/jour en deux prises à 3g/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pristinamycine : 2g/jour en deux prises

Durée des traitements : 7 jours sauf* et [†]

* Durée du traitement : 3 jours

[†] : en une prise, le midi ou le soir, pendant le repas, au plus tard une heure avant le coucher ; en dessous de 60 kg, 200g le premier jour puis 100mg les jours suivants. Durée du traitement : 14 jours

Figure 3 : Recommandations des prescriptions antibiotiques en pratique bucco-dentaire par l'ANSM (2011) chez l'adulte

PRESCRIPTION CHEZ L'ENFANT

D'après les recommandations de l'ANSM de juillet 2011
sur la prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire

	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
Cas général	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 50 à 100 mg /kg/jour en deux prises • Azyrhromycine (hors AMM) : 20 mg/kg/jour en une prise – 3 jours* • Clarithromycine (hors AMM) : 15 mg/kg/jour en deux prises • Spiramycine : 300 000 UI/kg/jour en trois prises • Clindamycine[†] : 25 mg/kg/jour en trois ou quatre prises 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 80 mg/kg/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) • Amoxicilline : 50 à 100 mg/kg/jour en deux prises et métronidazole : 30 mg/kg/jour en deux ou trois prises • Métronidazole : 30 mg/kg/j en deux ou trois prises et azythromycine (hors AMM) : 20 mg/kg/jour en une prise* ou clarithromycine (hors AMM) : 15 mg/kg/jour en deux prises ou spiramycine : 300 000 UI/kg/jour en trois prises
Maladies parodontales nécrosantes	<ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole : 30 mg/kg/jour en deux ou trois prises 	
Parodontite agressive localisée	<ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline : 4mg/kg/jour en une prise[†] 	
Parodontite agressive localisée ou généralisée	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 50 à 100 mg/kg/jour en deux ou trois prises Et métronidazole : 30 mg/kg/jour en deux ou trois prises En cas d'allergie aux pénicillines : • Métronidazole : 30 mg/kg/jour en deux prises ou trois 	
Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique (rapport (8/1) : 80 mg/ kg/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pristinamycine[†] : 50 mg/kg/jour en deux prises

Durée des traitements : 7 jours sauf * et [†]

* : durée du traitement : 3 jours

[†]: du fait des présentations pharmaceutiques de la clindamycine et de la pristinamycine disponibles pour la voie orale, ces antibiotiques sont recommandés chez l'enfant à partir de 6 ans. (prise de gélule ou comprimé contre-indiqué chez l'enfant de moins de 6 ans, par risque de fausse route. La clindamycine peut être utilisée par voie intraveineuse chez l'enfant à partir de 3 ans.

Figure 4 : Recommandations des prescriptions antibiotiques en pratique bucco-dentaire par l'ANSM (2011) chez l'enfant





FICHES CLINIQUES

Urgences dentaires rencontrées
au cabinet de médecine générale

LES URGENCES NON TRAUMATIQUES

LES URGENCES ALGIQUES ET INFECTIEUSES

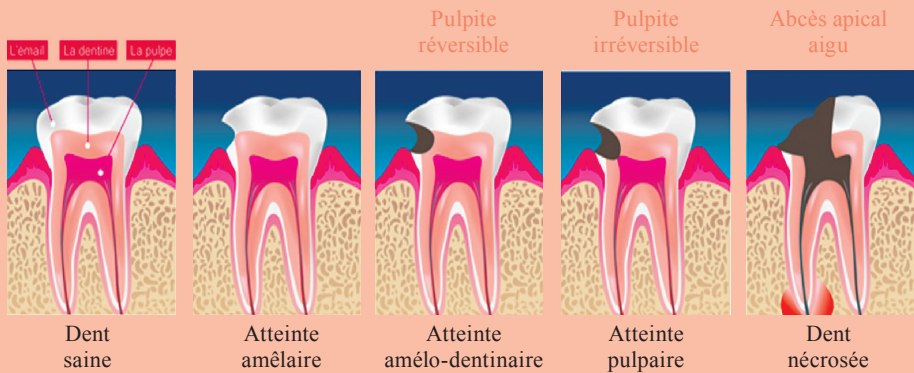


Figure 5 : Évolution progressive de l'atteinte dentaire par la carie d'après l'Union Française de la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

La pulpite réversible

DÉFINITIONS

- Premier stade de l'inflammation pulpaire, défini comme transitoire [16]
- Provoquée par des stimuli légers et brefs tels que la carie débutante, l'érosion cervicale ou l'attrition occlusale [17]

DIAGNOSTIC

- Douleur/ sensibilité à l'application d'un stimulus de type liquide froid ou nourriture sucrée [18]
- Douleur brève, faible à modérée qui disparaît spontanément après retrait du stimulus [19]
- Douleur difficilement localisable par le patient
- Pas de douleur à la percussion axiale de la dent causale, ni à la palpation vestibulaire et/ou linguale

PRISE EN CHARGE

- Prescription d'antalgiques de palier I :
Paracetamol et/ou AINS de type Ibuprofène®
- Pas de prescription d'antibiotiques
- Orientation vers le chirurgien-dentiste pour une prise en charge clinique



La pulpite irréversible

DÉFINITIONS

- Plus communément appelée « rage de dent » [17]
- Séquelle ou évolution de la pulpite réversible non traitée
- Irritation de la pulpe pouvant être provoquée par différents agents infectieux, mécaniques ou chimiques [20]
- Inflammation irréversible de la pulpe dentaire

DIAGNOSTIC

- Douleur intense et pulsatile, liée aux diverses poussées congestives propres à l'inflammation pulpaire
- Douleur irradiante, projetée aux dents contiguës, aux antagonistes et aux régions voisines : difficilement localisable par le patient
- Douleur lancinante, insomniant, accentuée en position de décubitus dorsal
- Douleur vive et exacerbé au froid, ne diminuant pas ou que très peu à l'arrêt du stimulus [21]
- Généralement, pas de douleur exacerbée à la percussion axiale ou palpation apicale de la dent causale

PRISE EN CHARGE



- Prescription d'analgiques de palier I ou II
- Pas de prescription d'antibiotiques [22]
- Orientation vers le chirurgien-dentiste pour la réalisation du traitement dentaire car la douleur est souvent rebelle aux antalgiques et la prise en charge est essentiellement clinique

La Parodontite Apicale Aiguë (PAA)

DÉFINITIONS

- Concerne la pulpe et le parodonte
- Inflammation autour de l'apex de la dent
- Conséquence de l'inflammation de la pulpe dentaire et de sa nécrose
- Maladie inflammatoire causée principalement par des bactéries qui infectent le système canalaire [19], [23]

DIAGNOSTIC

- Douleur intense, persistante et spontanée
- Douleur associée à la dent affectée et localisable par le patient
- Test de vitalité pulpaire au froid négatif : nécrose pulpaire
- Douleur ou sensibilité à la percussion axiale avec un objet métallique de la dent causale [24]

PRISE EN CHARGE

- Prescription d'antalgiques de palier I en cas de douleur faible ou modérée [25]
- Prescription d'une antibiothérapie curative exceptionnelle uniquement en présence d'une infection accompagnée de fièvre, d'un trismus, d'adénopathies, d'un œdème persistant ou progressif, ainsi que chez les patients à risque infectieux [26]
- Orientation vers le chirurgien-dentiste pour la réalisation du traitement dentaire



L'Abcès Apical Aigu (AAA)

DÉFINITIONS

- Abcès d'origine endodontique [27]
- Complication à apparition rapide en cas de non traitement de lésions pulpaire
- Réaction inflammatoire consécutive à une infection et une nécrose pulpaire
- Évolution vers une phase d'exsudation purulente [28]

DIAGNOSTIC

- Présence de caries et de restaurations non étanches au niveau de la dent
- Douleurs spontanées, permanentes, lancinantes, nocturnes et irradiantes, facilement localisable par le patient [24]
- Test de vitalité pulpaire au froid négatif : nécrose pulpaire
- Tests cliniques de palpation apicale et de percussion axiale de la dent causale très douloureux
- La dent causale paraît « longue » et mobile
- Gonflement présent en bouche faisant suspecter la présence de pus

Parfois

- Présence de signes généraux : état fébrile, ganglions lymphatiques cervicaux et sous mandibulaires sensibles à la palpation [29]

PRISE EN CHARGE



En première intention :

- Prescription d'Amoxicilline 2g/ jour en deux prises pendant 7 jours. En cas d'allergie à la bêta-lactamines ; Clindamycine 1200mg/jour en deux prises pendant 7 jours [26]
- Prescription d'antalgiques de palier I ou II
- Prescription de bains de bouche à la Chlorhexidine, sans alcool (ex : Paroex® ou Eludril Gé®)
- Orientation du patient vers son chirurgien-dentiste pour la réalisation du traitement dentaire [29]

En seconde intention :

- Prescription d'Amoxicilline-Acide clavulanique 2g/ jour en deux prises pendant 7 jours

La cellulite cervico-faciale d'origine dentaire

DÉFINITIONS

- Complication de la nécrose pulpaire et des infections d'origine dentaire négligées
- Infection poly-microbienne aéro-anaérobies des tissus cellulo-adipeux à tendance extensive, remplissant les loges qui jouxtent la mandibule et le maxillaire [3], [4]
- Affecte des patients immunodéprimés et des sujets sains, jeunes sans antécédents pathologiques
- Prédominance molaire pour les dents causales [30], [31]

DIAGNOSTIC

- Tuméfaction maxillo-faciale dure ou fluctuante à la palpation précédée d'un épisode dentaire douloureux
- Deux stades de cellulites d'origine dentaire sont possibles : le stade séreux et le stade suppuré

Stade séreux

- Signes fonctionnels et généraux peu visibles
- Tuméfaction exo-buccale mal délimitée comblant les sillons de la face ; peau de couleur normale, sans signe de godet
- Muqueuse endo-buccale surélevée en regard de la dent causale
- Douleur à la percussion axiale de la dent causale
- Douleur à la palpation apicale en regard de l'apex de la dent causale [31]

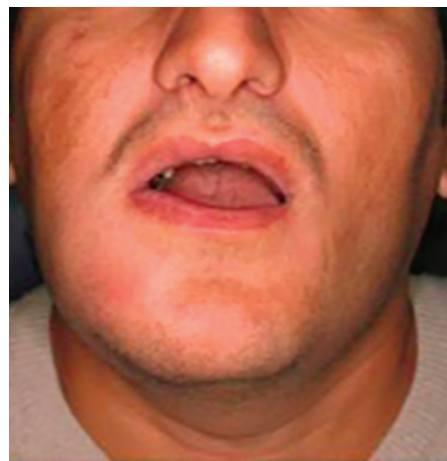


Figure 6 : Cellulite génienne basse au stade séreux (photographie du Dr Bridonneau de l'Université de Strasbourg)

Stade suppuré

Ce stade, qui fait suite au stade séreux, se caractérise par l'abcédation.

- Signes fonctionnels et généraux bien marqués : asthénie, fièvre entre 38,5 et 39°C
- Douleur spontanée, insomnante, lancinante, pulsatile : la moindre pression sur la dent ou sur la tuméfaction exacerbe la douleur
- Tuméfaction exo-buccale bien délimitée, peau lisse, rouge, chaude, vernissée, faisant corps avec l'os. Signe du godet perceptible, avec une possible fluctuation lors de la palpation des adénopathies
- Limitation de l'ouverture buccale
- Douleurs au niveau de la muqueuse vestibulaire et linguale de la dent causale et du plancher buccal [31]



Vue exo-buccale



Vue endo-buccale

Figure 7 : Cellulite cervico-faciale d'origine dentaire au stade suppuré (photographie du Dr Bornert de l'Université de Strasbourg)

D'autres signes locaux permettent d'objectiver la gravité de la situation clinique [29], [30].

Lors d'une atteinte maxillaire :

- Une tuméfaction jugale s'étendant au niveau sous-orbitaire, avec occlusion de la paupière
- Une tuméfaction sus-hyoïdienne latérale s'étendant jusqu'à la région cervicale médiane

Lors d'une atteinte mandibulaire :

- Un érythème s'étendant vers la partie inférieure du cou, les creux sus-claviculaires et/ou la fourchette sternale
- Une tuméfaction du plancher buccal et une crépitation neigeuse à la palpation de la tuméfaction
- Une dysphagie

PRISE EN CHARGE



- Prescription d'une antibiothérapie à spectre ciblé sur les germes anaérobies [26]
 - Amoxicilline 2g/ jour pendant 7 jours en deux prises
 - Azithromycine 500 mg/ jour en une prise pendant 3 jours
 - Clindamycine 1200mg/jour en deux prises pendant 7 jours
- Prescription d'antalgiques de palier I ou II après évaluation de la douleur
- Orienter rapidement le patient vers son chirurgien-dentiste pour la réalisation traitement local adéquat
- En présence de limitation d'ouverture buccale et d'autres signes locaux de gravité, la prise en charge hospitalière est conseillée pour permettre un traitement médical et chirurgical adapté [19].

 **Le pronostic vital peut être engagé en cas de diffusion médiastinale [3]**

Les alvéolites

DÉFINITIONS

- Complication post-extractions la plus fréquente
- Défaut de cicatrisation entraînant une inflammation locale au niveau de l'alvéole dentaire [32]
- Incidence plus importante à la mandibule
- Les alvéolites sont classées en deux groupes :
 - Les alvéolites sèches (dry socket), caractérisées par une alvéole vide, enflammée, aux parois blanches ou grisâtres
 - Les alvéolites suppurées, caractérisées par la présence d'un caillot dans l'alvéole infectée et purulente

DIAGNOSTIC

L'alvéolite sèche :

- Se manifeste dans les 2-3 jours suivant l'extraction
- Douleurs intenses, pulsatiles et continues
- Douleur insomnante, rebelle aux antalgiques et parfois irradiante jusqu'à l'oreille
- Ouverture buccale généralement normale [32]

Parfois :

- Présence d'adénopathies

L'alvéolite suppurée :

- Douleur se manifestant généralement un jour après l'extraction
- Alvéole habitée par du tissu de granulation et des débris d'odeur fétide
- Alvéole contenant du pus provoquant une halitose chez le patient
- Gencive alvéolaire bourgeonnante, sensible au toucher et inflammatoire
- Un trismus, des adénopathies ainsi qu'un état général subfébrile peuvent être observés [32]

PRISE EN CHARGE



L'alvéolite sèche :

- Prescription d'antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur
- Pas de prescription d'antibiotiques [26]
- Orientation du patient vers son chirurgien-dentiste pour la réalisation du curetage de l'alvéole et mise en place d'une mèche à base d'eugénol et oxyde de zinc

L'alvéolite suppurée :

- Prescription d'un traitement antibiotique :
 - * Amoxicilline 2g/j pendant 7j ; en cas d'allergie aux beta-lactamines : Clindamycine 1200mg/j pendant 7 jours [26]
- Prescription d'antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur
- Orientation du patient vers son chirurgien-dentiste pour la réalisation du traitement local

Les hémorragies buccales

DÉFINITIONS

- Suite à une extraction ou une intervention chirurgicale
- Persistance du sang dans la bouche inconfortable et très anxiogène pour le patient
- Hémorragies provoquées ou spontanées

DIAGNOSTIC

- Effusions sanguines au niveau de la cavité buccale ou des tissus péri-buccaux [33]

PRISE EN CHARGE



- Comprimer le site hémorragique à l'aide d'une compresse d'Exacyl® pendant 10 minutes
- Délivrer au patient des règles strictes : alimentation mixée et froide pendant 3 jours, applications de glace et repos forcé
- Recommander au patient la position semi-couchée durant la nuit
- Prescription d'antalgiques de palier I
- Prescription de bains de bouche antiseptiques à réaliser de manière passive, sans cracher, en laissant couler le bain de bouche dans l'évier [32]
- Orienter le patient vers son chirurgien-dentiste pour le contrôle de la cicatrisation [33], [34]



Le patient se présentant au cabinet avec une hémorragie post-opératoire sera adressé obligatoirement à un service hospitalier dans le cadre de :

- Désordre plaquettaire sévère
- Troubles héréditaires de la coagulation
- Médications anticoagulantes multiples [33]

La primo infection herpétique

DÉFINITIONS

- Stomatite la plus commune
- Présence de vésicules ou d'ulcérations chez l'enfant ou le jeune adulte
- Survient souvent lors de l'éruption des dents temporaires, en général entre 6 mois et 3 ans
- Peut être asymptomatique, ou se confondre avec les signes cliniques de la poussée dentaire [35]



Figure 8 : Primo-infection herpétique. Pathologie de la Muqueuse buccale. Auteur : H.Spirglas/ L.Ben Slama

DIAGNOSTIC

Phase prodromique :

- Asthénie, fièvre et irritabilité pendant 48 heures
- Douleurs buccales importantes gênant l'alimentation
- Hypersialorrhée et adénopathies cervicales bilatérales [35]

Phase symptomatique de l'affection :

- Apparition de vésicules de petite taille inférieure à 0,5 cm au contenu jaune clair ou sanguinolent et un halo érythémateux sur toutes les muqueuses
- Ces vésicules confluent et évoluent sous forme d'érosions grisâtres polycycliques :
 - * De 2 à 4 mm
 - * Très douloureuses
 - * S'étendant en quelques jours à toute la muqueuse buccale et oropharyngée
 - * À l'air libre, les vésicules présentent une croûte [35]
- S'accompagnant d'une gingivite aiguë généralisée et hémorragique

⚠ Les enfants atteints de ce virus ont tendance à se frotter les yeux ce qui peut provoquer une infection herpétique oculaire : c'est une urgence médicale avec un risque de méningoencéphalite [36]

PRISE EN CHARGE



Traitement symptomatique

- Conseils d'hygiène buccale pour éviter une surinfection : utilisation d'une brosse à dents très souple, post-chirurgicale
- Si l'enfant ne parvient pas à se laver les dents ; participation des parents en utilisant une compresse imbibée de bain de bouche de type Paroex® pour l'hygiène des dents et des gencives
- Conseils de remplacement du dentifrice par de l'Elugel® chez les enfants de plus de 6 ans pour permettre une meilleure hygiène buccale tant que le brossage n'est pas optimal
- Prescription d'antalgiques de palier I tels que du Paracétamol à la posologie de 60mg/kg/j ou d'Ibuprofène® : 20mg/kg/j
- Chez les patients de plus de 12 ans et en cas de douleurs importantes non soulagées par les antalgiques de palier I → Possibilité de prescrire du paracétamol codéiné
- Chez l'enfant de plus de 6 ans, prescription d'un gel anesthésiant (Dinexan®) pour une application sur les lésions buccales à distance des repas

Traitement antiviral

- Efficace s'il est instauré durant la phase prodromique, soit dans les 72h avant l'apparition des vésicules
- Dès lors qu'il y a altération de l'état général, le traitement à base d'Aciclovir pourra être administré pour prévenir l'apparition de lésions extra-orales

Chez les enfants de plus de 2 ans :

- Prescription d'Aciclovir 200mg, 5 fois par jour, toutes les 5 heures pendant 5 à 10 jours

Chez les enfants de moins de 2 ans :

- Prescription d'Aciclovir 15mg/kg, 5 fois par jour, pendant 5 à 7 jours
- Surveillance de l'enfant → Une hospitalisation en pédiatrie est inévitable en cas de déshydratation de l'enfant, 24 heures sans boire et manger ; pour un traitement en intraveineux

Les aphtes géants

DÉFINITIONS

- Aphte de taille importante, supérieure à 1 cm, pouvant atteindre les 3 cm de diamètre
- Localisés préférentiellement sur les lèvres buccales et la région rétro commissurale mais pouvant se retrouver dans la loge amygdalienne ou sur les parois de l'oropharynx
- Régulièrement unique, mais deux ou trois éléments peuvent coexister [32], [37]

DIAGNOSTIC

- Ulcération œdématisée ou nécrotique [32], [37]
- Lésion très profonde, de forme arrondie ou ovale, irrégulière, à fond jaunâtre
- Sensation douloureuse surtout sur les bords de la langue
- Présence de signes fonctionnels : dysphagie, dysphonie et hypersialorrhée → urgence

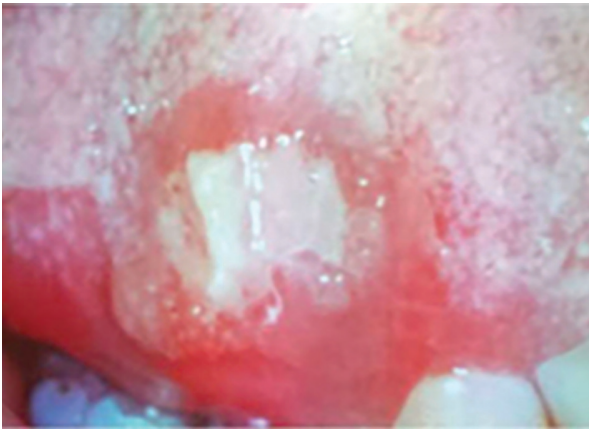


Figure 9 : Aphte géant creusant de la langue (photographie du Dr Bridonneau de l'Université de Strasbourg)

PRISE EN CHARGE



Le traitement et la prise en charge sont primordiaux pour éviter que la lésion ne persiste pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, voire jusqu'à 1 an pour les plus grands.

La guérison laisse des cicatrices rétractiles parfois mutilantes, telle l'amputation de la lnette [36], [38]

Il faudra :

- Motiver le patient à l'hygiène bucco-dentaire
- Orienter le patient vers son chirurgien-dentiste pour assainissement dentaire et prothétique
- Rechercher l'étiologie : demander un bilan sanguin NFS, VS, sérologies HIV, TPHA, VDRL

Le traitement local symptomatique est de faible efficacité sur les aphtes géants mais, pour certains cas, on préconise également :

- Une application de clobétasol propionate (Dermoveal®) sous forme de gel ou crème en tamponnement pour une action antalgique et cicatrisante

Traitement systémique

- Prescription d'une corticothérapie générale de courte durée : Déxaméthasone (4-8mg) en injection intraveineuse ou intramusculaire deux fois par jour pendant 3 à 7 jours. Ce traitement est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale ou hépatique sévère

Dans certains cas sévères ou chez les patients VIH+ :

- Instauration d'un traitement par thalidomide → prescription restreinte et réservée exclusivement au cadre hospitalier [36], [38]

Les candidoses

DÉFINITIONS

- Affections causées par des champignons
- Maladies opportunistes fréquentes causées par la multiplication de levures du genre *Candida*, notamment le *Candida albicans* qui vit à l'état commensal dans les muqueuses digestives [40]
- La candidose pseudomembraneuse aiguë est rencontrée le plus souvent chez l'enfant, chez la personne âgée, chez le patient sévèrement immunodéprimé (leucémie, SIDA, sous chimiothérapie)
- La candidose érythémateuse aiguë est associée à la prise d'antibiotique à large spectre ou de corticoïdes en aérosol à forte dose
- Lésion caractéristique chez les patients infectés par le VIH



DIAGNOSTIC

La candidose pseudomembraneuse aiguë :

- Sensation de « cuisson » en bouche, goût métallique, sécheresse buccale importante
- Présence de tâches blanchâtres, crémeuses, étendues sur l'ensemble de la cavité buccale [37]
- Enduits blancs ou grisâtres, lisses aux limites nettes pouvant être éliminés au grattage avec un fond érythémateux diffus
- Peut être parfois indolore mais également très douloureuse dans certains cas sévères, entraînant une dysphagie [37]

La candidose érythémateuse aiguë :

- Lésions révélant de petites zones érythémateuses ou étendues à n'importe quelle partie de la muqueuse buccale
- Muqueuse buccale très rouge, vernissée et souvent associée à une langue très douloureuse [38], [39]

Figure 10 : Candidose pseudomembraneuse aiguë. Pathologie de la Muqueuse buccale. Auteur : H.Szpirglas/ L.Ben Slama

PRISE EN CHARGE



Il est important de ne pas laisser s'installer les candidoses :

- Supprimer les facteurs favorisants et rétablir une hygiène buccale optimale et stricte des dents et de la langue après chaque repas [40]
- Introduire un traitement antifongique local par :
 - Amphotéricine B (Fungizone®) : spectre d'activité large, surtout efficace sur les *Candida*, bonne tolérance par les patients, à utiliser en suspension buvable
 - Miconazole (Daktarin®) : efficace sur tous les types de candidoses buccales (aiguës et chroniques), à utiliser en gel buccal localement, 4 fois par jour pendant 10 à 15 jours en massage avec le doigt ou avec une brosse à dents très souple [40]

Le pemphigus vulgaire

DÉFINITIONS

- Maladie bulleuse, muco-cutanée auto-immune, parfois grave [32]
- Dermatose acantholytique, avec perte de cohésion interkératinocytaire [32]
- Principalement chez les adultes de 50-60 ans sans distinction de sexe
- L'antigène du pemphigus situé dans la membrane des cellules de la couche épineuse et l'acantholyse commence dans les couches suprabasales
- L'élément déclenchant la formation des auto-anticorps n'est pas encore connu mais c'est la fixation des anticorps sur les antigènes qui provoque la rupture des desmosomes, et forme alors des bulles

DIAGNOSTIC

- Lésions le plus souvent localisées au niveau de la muqueuse jugale, au palais et au niveau de la gencive
- Bulles parfois peu visibles à aspect opalin, au contenu clair sur fond érythémateux
- Puis rupture des bulles laissant place à des zones dénudées non spécifiques de la maladie :
- Atteintes sévères et douloureuses de la muqueuse buccale
- Lambeaux sur les bords des ulcérations superficielles : érosions buccales trainantes [38], [39]
- Lésions extensives, persistantes mettant à nu une surface rouge vif [38], [39]



Figure 11 : Pemphigus vulgaire. Pathologie de la Muqueuse buccale. Auteurs : H.Szpirglas/ L.Ben Slama

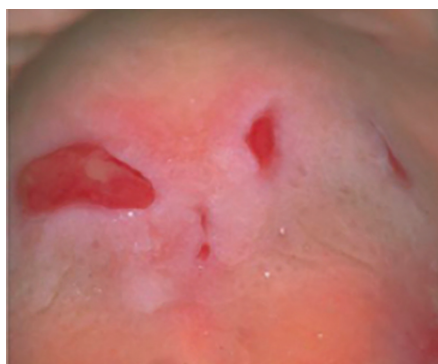


Figure 12 : Pemphigus vulgaire. Erosions post-bulleuses d'aspect caractéristique du voile du palais (photographie du Dr Chillès de l'Université de Strasbourg)

PRISE EN CHARGE



Cette affection doit être prise en charge le plus rapidement possible car elle s'aggrave

- Pratiquer une biopsie d'une bulle intacte et récente pour réaliser un examen histopathologique en immunofluorescence directe pour révéler des dépôts de IgG et de C3 dans les espaces intercellulaires de l'épithélium
- Diagnostic clinique confirmé par cytodagnostic si présence de « cellules de Tzanck », caractéristique du pemphigus
- Prescrire une numération de la formule sanguine (NFS) pour rechercher une éosinophilie [37]

Traitement médicamenteux

- Prescrire une corticothérapie, par voie générale, pendant plusieurs mois ou années : prednisone 0,5-1mg/kg/j. La posologie sera réduite progressivement jusqu'à une dose seuil minimale [37]
- En fonction de la gravité de l'affection, on associe parfois la corticothérapie à des immunosuppresseurs. L'intérêt reste limité du fait des effets secondaires

LES URGENCES TRAUMATIQUES

La fracture coronaire

DÉFINITIONS

- Perte de substance dentaire ne touchant que l'émail ou l'émail et la dentine avec ou sans exposition pulpaire [42]

DIAGNOSTIC

- Perte visible de substance
- Pas de mobilité dentaire
- Pas de douleur spontanée ou faible douleur provoquée par des variations thermiques

En cas d'exposition pulpaire, on parle de fracture compliquée :

- Observation d'une tache ou d'un point rouge au niveau de la zone de fracture
- Douleur modérée à importante [43]

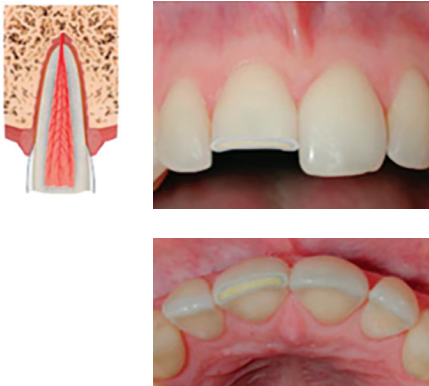


Figure 13 : Fracture coronaire simple sans exposition pulpaire [43].

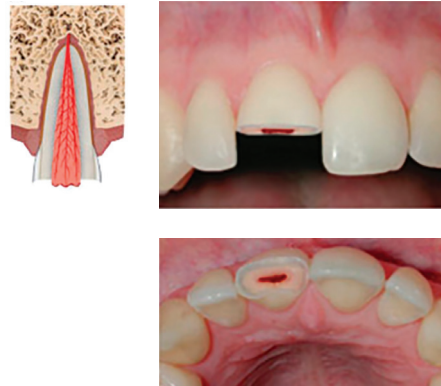


Figure 14 : Fracture coronaire compliquée avec exposition pulpaire [43].

PRISE EN CHARGE



- Réalisation d'un certificat médical initial (CMI)
- Prescription d'antalgiques de palier I ou II
- Orientation rapide vers le chirurgien-dentiste
- Alimentation molle pour le patient pendant 1 semaine [42], [43]

La luxation complète ou avulsion traumatique

DÉFINITIONS

- Expulsion de la dent hors de son alvéole suite à un traumatisme [44]

DIAGNOSTIC

- Dent en dehors de l'alvéole
- Hémorragie gingivale au niveau de l'alvéole [44]



Figure 15 : Luxation complète de la 11 [43]

PRISE EN CHARGE

- La prise en charge de cette luxation dépendra du temps d'exposition à l'air de la dent et du milieu de conservation de la dent expulsée [19]

IMPORTANCE D'UNE PRISE EN CHARGE RAPIDE

Si le patient appelle le cabinet de médecine générale sur le lieu du traumatisme après expulsion dentaire :

- Rappeler au patient les milieux de conservation de la dent : salive en fonction de l'âge de l'enfant, sérum physiologique, lait [19]. Ne conserver la dent ni à l'air libre ni dans l'eau
- Orienter le patient, dans l'heure, vers son chirurgien-dentiste



PRISE EN CHARGE



Si le patient se présente au cabinet après expulsion dentaire dans l'heure suivant le traumatisme et qu'il y a un milieu de conservation de la dent :

- Manipuler la dent par la couronne, sans toucher la racine [19]
- Désinfecter la zone et rincer la dent au sérum physiologique
- Réimplanter la dent dans son alvéole
- Réaliser le Certificat Médical Initial [45]
- Prescrire des antibiotiques tels que de l'Amoxicilline 2g/j pendant 7 jours si le patient est à risque infectieux ou si la dent a été en contact de milieux infectieux
- Prescrire des antalgiques de palier I ou II
- Prescrire des bains de bouche à réaliser 3 fois par jour de manière passive, sans cracher
- Prodiguer les conseils hygiéno-alimentaires au patient : alimentation molle et froide pendant les premiers jours, hygiène bucco-dentaire avec une brosse à dents très souple post-chirurgicale pendant une semaine
- Orienter rapidement le patient muni du Certificat Médical Initial chez son chirurgien-dentiste pour la suite du traitement et du suivi

Si le patient se présente au cabinet après expulsion dentaire plus d'une heure après le traumatisme et/ou qu'il n'y a pas de milieu de conservation :

- Désinfecter la zone traumatisée et rincer la dent au sérum physiologique
- Immerger la dent dans une solution de fluorure de sodium à 2% pendant une vingtaine de minutes
- Rincer l'alvéole au sérum physiologique
- Réimplanter la dent dans l'alvéole
- Réaliser un Certificat Médical Initial [45]
- Vérifier la vaccination anti-tétanique du patient [19]
- Prescrire des antibiotiques tels que de l'Amoxicilline 2g/j pendant 7 jours, si le patient est à risque infectieux
- Prescrire des antalgiques de palier I et II
- Prodiguer les conseils hygiéno-alimentaires au patient : alimentation molle et froide pendant les premiers jours, hygiène bucco-dentaire avec une brosse à dents très souple post-chirurgicale pendant une semaine
- Orienter rapidement le patient muni du Certificat Médical Initial chez son chirurgien-dentiste pour la suite du traitement et du suivi

Attention : Ne réimplanter que les dents permanentes, pas les dents temporaires [46] !

La luxation de l'articulation temporo-mandibulaire

DÉFINITIONS

- Blocage de la bouche entre-ouverte
- Le ou les condyles mandibulaires sont hors de leur position physiologique bloqués en avant du tubercule articulaire du temporal
- Luxation le plus souvent bilatérale mais potentiellement unilatérale [47]

DIAGNOSTIC

Le tableau clinique est évocateur et permet de poser un diagnostic rapide

A l'examen clinique exo-buccal, nous constatons :

- Béance, bouche entre-ouverte d'un ou deux doigts [48]
- Déflexion de la mandibule du côté opposé à la luxation, dans le cas d'une luxation unilatérale
- Les deux fosses mandibulaires sont vides et sensibles à la palpation [48], [49]
- Douleurs dues à contracture des muscles élévateurs

A l'examen clinique endo-buccal, nous constatons :

- Béance incisive, contact des molaires
- Dysfonction masticatoire totale : le patient a des difficultés à parler, à déglutir [48], [49]

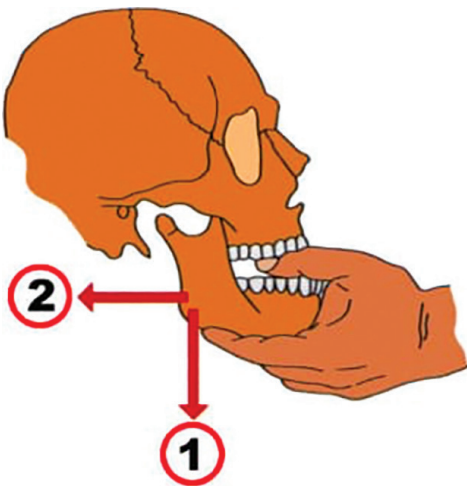


Figure 16 : Manœuvre de Nélaton (mandragoremedecine.com)

PRISE EN CHARGE



L'apparition de ce blocage est soudain, très anxiogène pour le patient obligeant une prise en charge rapide par le professionnel de santé.

- Vérifier l'éventuelle présence d'une fracture de l'A.T.M

Dans le cas contraire :

- Procéder à une manipulation de réduction de la luxation appelée Manœuvre de Nélaton :
- Le sujet est mis en position assise, la tête et le dos appuyés contre un plan dur (mur)
- Le praticien protège ses pouces gantés avec des rouleaux salivaires ou compresses glissés dans les gants
- Prise en main ferme des deux branches horizontales de la mandibule en appuyant ses pouces sur les dents mandibulaires postérieures et en prenant appui en dessous, sur le bord inférieur de la mandibule
- Abaissement-élévation pour libérer les muscles élévateurs et permettre une décontraction du patient : légers mouvements d'ouverture-fermeture
- Appui vers le bas et l'arrière : la mandibule subit une pression vers le bas, puis progressivement vers l'arrière pour permettre au condyle de retrouver sa position habituelle
- Recul : perception d'une libération immédiate permettant la fermeture bucco-dentaire normale
- Si la luxation est unilatérale, la technique sera réalisée avec une prise unilatérale.





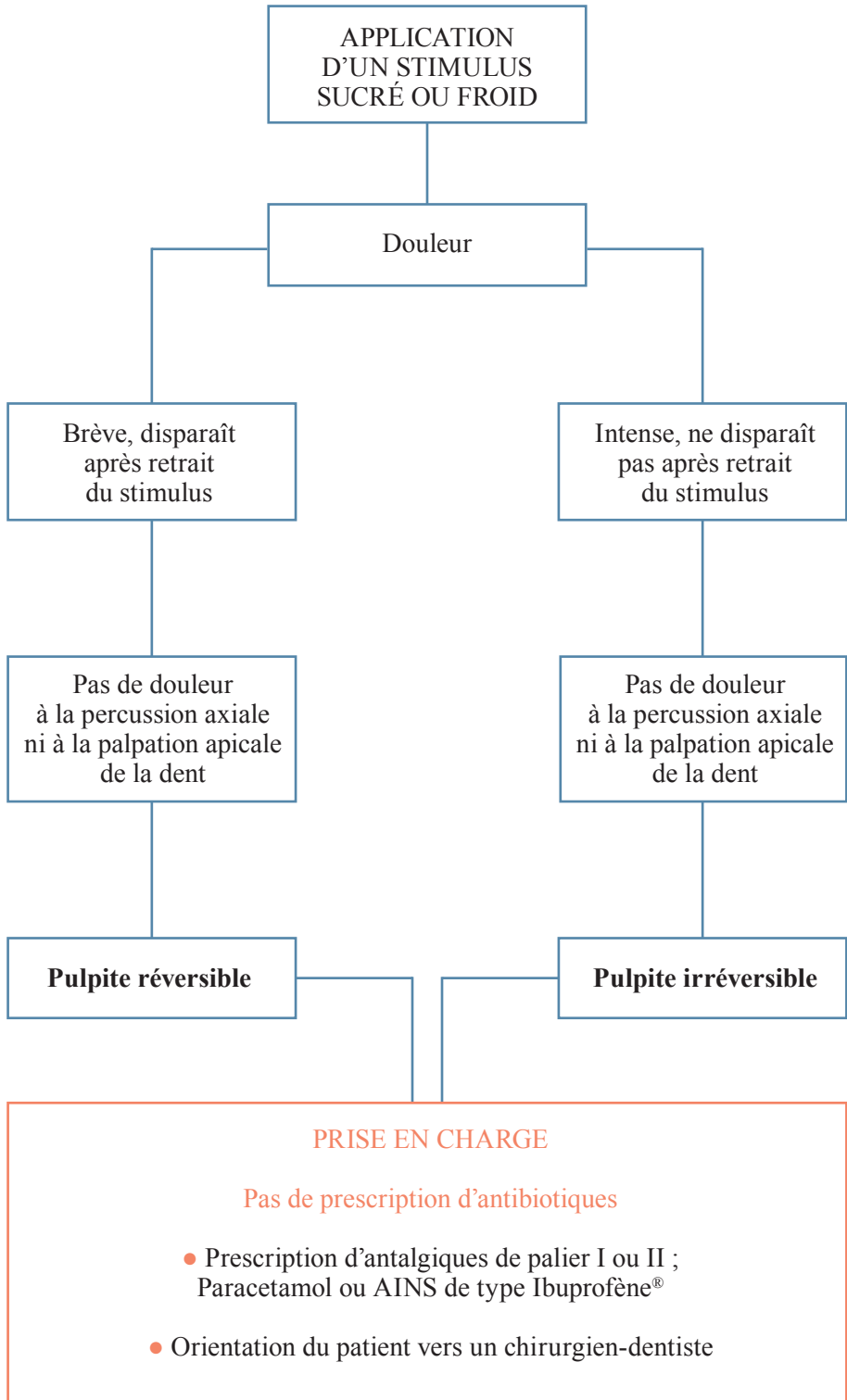
CONCLUSION



Arbres décisionnels



LES URGENCES NON TRAUMATIQUES



DOULEUR SPONTANÉE
TEST DE VITALITÉ AU FROID NÉGATIF
= NÉCROSE PULPAIRE

Douleur à la percussion axiale de la dent causale

Douleur à la palpation apicale de la dent causale

Gonflement de la muqueuse en regard de la dent causale
→ suspicion présence de pus

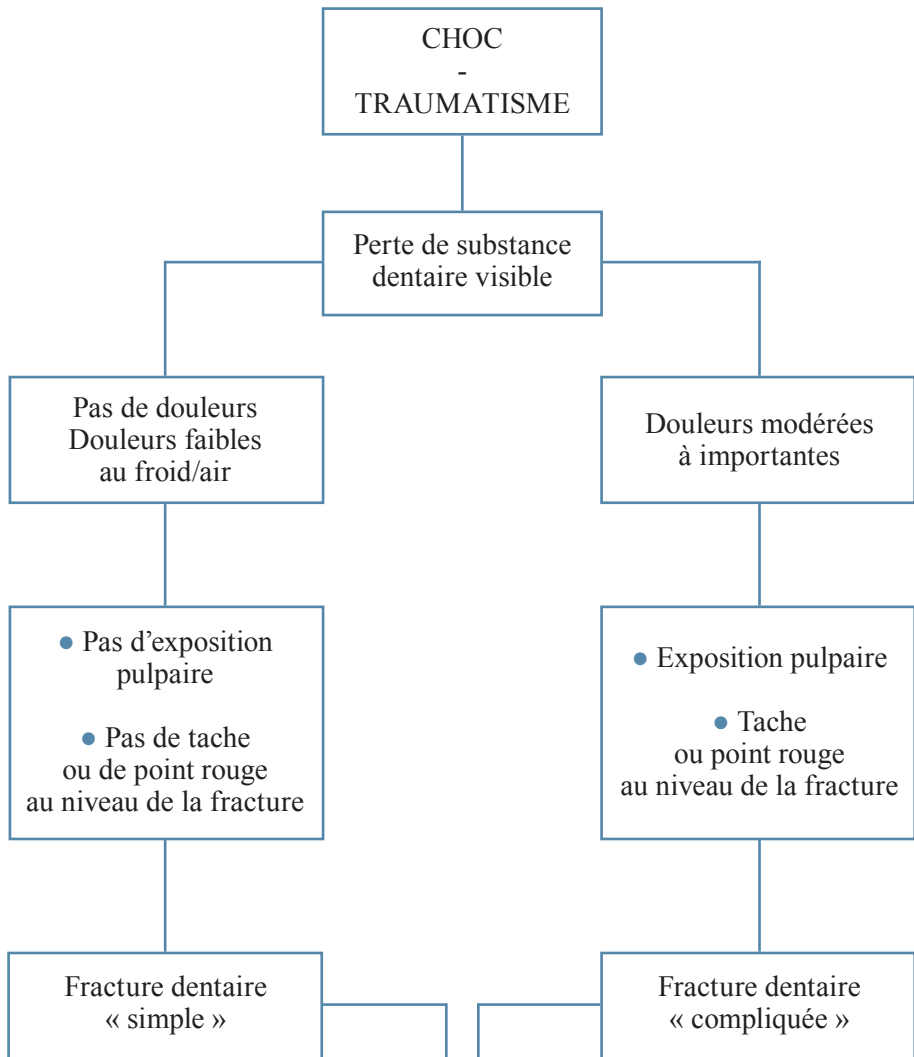
Signes généraux potentiels : adénopathies, fièvre

Abcès apical aigu

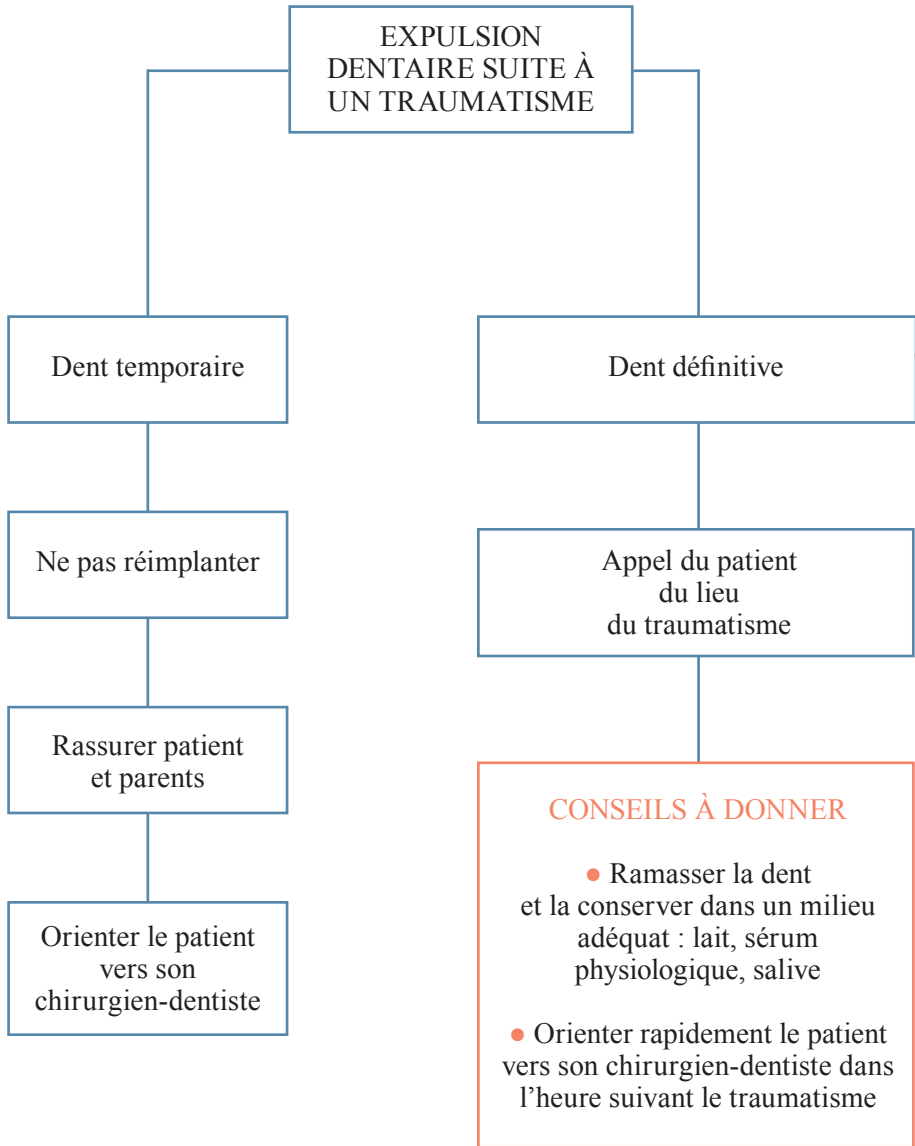
PRISE EN CHARGE

- Prescription d'antibiotiques :
 - Amoxicilline 2g/j pendant 7j
 - Si allergie : Clindamycine 1200mg/j pendant 7j
 - Prescription d'antalgiques de palier I ou II
- Ne pas prescrire d'AINS sans avis du chirurgien-dentiste
- Prescription de bains de bouche à la chlorhexidine, sans alcool
 - Orienter le patient vers un chirurgien-dentiste

LES URGENCES TRAUMATIQUES



- PRISE EN CHARGE**
- Prescription d'antalgiques de palier I ou II
 - Conseils d'alimentation molle pendant 1 semaine
 - Réalisation d'un Certificat Médical Initial
 - Orientation rapide vers un chirurgien-dentiste



Temps d'exposition à l'air de la dent < 1h

Temps d'exposition à l'air de la dent > 1h et/ou pas de milieu de conservation de la dent

PRISE EN CHARGE

- Désinfecter la zone traumatisée et rincer la dent au sérum physiologique
- Réimplanter la dent
- Réaliser le Certificat Médical Initial
- Orienter le patient rapidement vers son chirurgien-dentiste

PRISE EN CHARGE

- Désinfecter la zone traumatisée et rincer la dent au sérum physiologique
- Immersion de la dent dans une solution de fluorure de sodium à 2% pendant une vingtaine de minutes
- Rincer l'alvéole dentaire au sérum physiologique
- Réimplanter la dent
- Réaliser le Certificat Médical Initial
- Orienter le patient rapidement vers son chirurgien-dentiste

BIBLIOGRAPHIES

- [1] L. Rocheleau, C. Harrisson, M.-C. Gélinas, M. Shang, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Québec), et de la performance Direction de la planification des connaissances et des ressources humaines réseau, *Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques*. Longueuil: ASSS Montérégie, 2015.
- [2] M. Ruel-Kellermann, « Douleurs dentaires aux XVIe et XVIIe siècles. Témoignages », p. 6, 2013.
- [3] C. Dubernard, S. Bellanger, G. Chambon, H. Léon, J.-H. Torres, et J. Lozza, « Cellulite d'origine dentaire engageant le pronostic vital : à propos d'un cas », *Médecine Buccale Chir. Buccale*, vol. 15, no 3, p. 119-125, 2009, doi: 10.1051/mbcb/2009010.
- [4] R. Rakotoarison, N. Ramarozatovo, F. Rakoto, et F. Rakotovoao, « Cellulites cervico-faciales : à propos de 41 cas », *Médecine Buccale Chir. Buccale*, vol. 14, no 1, p. 35-39, 2008, doi: 10.1051/mbcb/2008012.
- [5] K. E. Omri, « Gestion du risque vital au cours des soins dentaires: prévention et aspects médico-légaux », p. 114.
- [6] Legifrance, « Code de santé publique. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes ». www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190548/ (consulté le avr. 10, 2020).
- [7] Tilotta F, Lévy G, et Lautrou A, Anatomie dentaire, Elsevier Masson. 2018.
- [8] Clément Arveux, « Maladies parodontales chez le fumeur. prise en charge à l'officine », Faculté des Sciences Pharmaceutiques, Toulouse, 2014.
- [9] M. B. Stephens, J. P. Wiedemer, et G. M. Kushner, « Dental Problems in Primary Care », vol. 98, no 11, p. 8, 2018.
- [10] C. Darsat, « Éruption des dents temporaires: symptomatologie et traitements », Faculté de chirurgie dentaire, Lorraine, 2017.
- [11] Moulis E, Thierrens CFD, Goldsmith M-C, et Torres J-H, « Anomalies de l'éruption strasb. Consulté le: déc. 12, 2020. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.scd-iproxy.u-strasbg.fr/article/15429/resultat Recherche/1>.
- [12] Haute Autorité de Santé, « Stratégies de prévention de la carie dentaire ». 2010, [En ligne]. Disponible sur: [has-santé.fr](http://has.santé.fr).
- [13] UFSBD, « Alimentation et carie de l'enfant ». 2019, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/>.
- [14] UFSBD, « FLUOR ». 2020.
- [15] The Reference Manual of Pediatric Dentistry, « American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies », Chicago, 2020.
- [16] DGOS, « La douleur », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, nov. 24, 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur> (consulté le nov. 24, 2020).
- [17] B. Brochet, « Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique », *Rev. Prat.*, p. 8, 2005.
- [18] M. Torabinejad, A. Fouad, R. E. Walton, et G. Lévy, *Endodontie: Principes et Pratique*. Elsevier Health Sciences, 2016.
- [19] A. B. Douglass et J. M. Douglass, « Common Dental Emergencies », vol. 67, no 3, p. 6, 2003.
- [20] P. V. Abbott, « Medical management of dental and oral pain », *Aust. Prescr.*, vol. 30, no 3, p. 77-79, juin 2007, doi: 10.18773/austprescr.2007.044.
- [21] Robinson J.-J., Giraud O, Dos Santos S., Turlotte S, et Fieschi J.-M, « Urgences dentaire dans la pratique quotidienne », 2008.
- [22] HAS, « TRAITEMENT ENDODONTIQUE- Rapport d'évaluation technologique ». sept. 2008.
- [23] J. F. Siqueira, « Microbial causes of endodontic flare-ups », *Int. Endod. J.*, vol. 36, no 7, p. 453-463, 2003, doi: 10.1046/j.1365-2591.2003.00671.x.

- [24] J.-J. Lasfargues, « LE DIAGNOSTIC CLINIQUE DES PARODONTITES APICALES », vol. 12, p. 14, 2001.
- [25] Nicole M.YinglingDMDB.Ellen ByrneRPh, DDS, PhDGary R.HartwellDDS, MS, « Antibiotic Use by Members of the American Association of Endodontists in the Year 2000: Report of a National Survey », vol. 28, no 5, p. 396-404, mai 2002.
- [26] Afssaps, « Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie », *Médecine Buccale Chir. Buccale*, vol. 9, no 1, p. 49-55, 2003, doi: 10.1051/mbcb/2003004.
- [27] P. Carrotte, « Endodontics: Part 3 Treatment of endodontic emergencies », *Br. Dent. J.*, vol. 197, no 6, p. 299-305, sept. 2004, doi: 10.1038/sj.bdj.4811641.
- [28] K. M. Hargreaves et L. H. B. FACD DDS, *Cohen's Pathways of the Pulp Expert Consult*. Elsevier Health Sciences, 2015.
- [29] G. Romieu, C. Bertrand, I. Panayotov, O. Romieu, et B. Levallois, « Conduite à tenir face à une urgence endodontique », *Actual. Odonto-Stomatol.*, no 259, p. 231-244, sept. 2012, doi: 10.1051/aos/2012304.
- [30] Scheffer P, Ouazzani A, Esteban J, et Lerondeau JC, « Infections graves cervico-faciales d'origine dentaire. », *Stomatol Chir Maxillofac*, no 90, p. 115-118, 1989.
- [31] Perrin Daniel, Ahossi Victorin, Larras Patrick, et Paris Marion, « L'urgence en odontologie », 2005.
- [32] Toledo R et Descroix V, *Urgences odontologiques*, Elsevier Masson.
- [33] P. Larras, V. Ahossi, et M. Freysz, « Conduite à tenir chez le sujet à risque hémorragique », p. 4.
- [34] C. Rostetter, T. Finkenstädt, M. Rücker, et T. Lübbers, « 498 MATERIALIEN UND MEDIKAMENTE », p. 2.
- [35] A. Vanderzwalw-Gouvernaire et C. Joseph, « Prise en charge d'un enfant atteint d'une primo-infection herpétique », p. 7.
- [36] Y. Boucher et E. Cohen, *Urgences dentaires et médicales: conduites à tenir : prévention chez le patient à risque*. Rueil-Malmaison: Éditions CdP, 2007.
- [37] Kuffér R, Lombardi T, Husson-Bui C, Courrier B, et Samson J, *La muqueuse buccale : de la clinique au traitement*, Med'com.
- [38] Szpirglas H et Ben Slama L, *Pathologies de la muqueuse buccale*.
- [39] Pindborg J.J, « Maladies bulleuses », in *Atlas des maladies de la muqueuse buccale*, Masson., 1995.
- [40] F. Born, « Les candidoses buccales: revue de littérature », 2013, doi: 10.13097/ARCHIVE-OUVERTE/UNIGE:27981.
- [41] Y. Boucher et É. Cohen, *Urgences dentaires et médicales: conduites à tenir, prévention chez les patients à risque*. Rueil-Malmaison: Éd. CdP, 2007.
- [42] R. Charland et al., « Traumatismes des dents antérieures primaires », vol. 43, p. 9, 2006.
- [43] IFI NAULIN C, *Traumatismes dentaires du diagnostic au traitement*. 2005.
- [44] S. Zouiten Skhiri et al., « Avulsions traumatiques des dents permanentes », *Actual. Odonto-Stomatol.*, no 266, p. 4-13, nov. 2013, doi: 10.1051/aos/2013602.
- [45] D. Bandon, J. P. Druo, et M. Pisapia, « Traumatologie dentaire : les gestes d'urgence », p. 5.
- [46] Graham Roberts, Crispian Scully, et Rosemary Shotts, « Dental emergencies », *BMJ*, vol. 321, 2000.
- [47] Orthlieb Jean daniel, *Dysfonctionnements temporomandibulaires. Comprendre-identifier-traiter*, Espace ID.
- [48] Goudot P et Herisson C, *Pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire*, MASSON. 2003.
- [49] Predine-Hug François, « Luxation de l'articulation temporo-mandibulaire », in *Approche rationalisée des urgences bucco-dentaires : Guide pratique*, SID.
- [50] H. Forssell et E. Kalso, « Application of Principles of Evidence-Based Medicine to Occlusal Treatment for Temporomandibular Disorders: Are There Lessons to Be Learned? », p. 24, 2004.

TABLE DES FIGURES

<i>Figure 1</i>	L'organe dentaire : coupe schématique d'une molaire inférieure (Fronty et al., 2005)	8
<i>Figure 2</i>	Schéma de la numérotation dentaire (Guidedessoins.com)	9
<i>Figure 3</i>	Recommandations des prescriptions antibiotiques en pratique bucco-dentaire par l'ANSM (2011) chez l'adulte	14
<i>Figure 4</i>	Recommandations des prescriptions antibiotiques en pratique bucco-dentaire par l'ANSM (2011) chez l'enfant	15
<i>Figure 5</i>	Évolution progressive de l'atteinte dentaire par la carie d'après l'Union Française de la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)	19
<i>Figure 6</i>	Cellulite génienne basse au stade séreux car le patient arrive à ouvrir la bouche (photographie du Dr Bridonneau de l'Université de Strasbourg)	24
<i>Figures 7</i>	Cellulite cervico-faciale d'origine dentaire au stade suppuré (photographies du Dr Bornert de l'Université de Strasbourg)	25
<i>Figure 8</i>	Primo-infection herpétique. Pathologie de la Muqueuse buccale. Auteur : H.Szpirglas/ L.Ben Slama	32
<i>Figure 9</i>	Aphte géant creusant de la langue (photographie du Dr Bridonneau de l'Université de Strasbourg)	34
<i>Figure 10</i>	Candidose pseudomembraneuse aiguë. Pathologie de la Muqueuse buccale. Auteur : H.Szpirglas/ L.Ben Slama	36
<i>Figure 11</i>	Pemphigus vulgaire. Pathologie de la Muqueuse buccale. Auteur : H.Szpirglas/ L.Ben Slama	38
<i>Figure 12</i>	Pemphigus vulgaire. Erosions post-bulleuses d'aspect caractéristique du voile du palais (photographie du Dr Chillès de l'Université de Strasbourg)	38
<i>Figure 13</i>	Fracture coronaire simple sans exposition pulpaire [43]	41
<i>Figure 14</i>	Fracture coronaire compliquée avec exposition pulpaire [43]	41
<i>Figure 15</i>	Luxation complète de la 11 [43]	42
<i>Figure 16</i>	Manœuvre de Nélaton (mandragoremedecine.com)	44

