

(6)

06

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE  
UNIVERSITE CONSTANTINE 3  
FACULTE DE MEDECINE  
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

18 NOV 2019

Chir-Dent  
1 2 3 (4) 5

95.00

L'urgence en odontologie conservatrice

6-

8

COURS D'ODONTOLOGIE CONSERVATRICE A L'USAGE  
DES ETUDIANTS de 4<sup>ème</sup> année

ASSURE PAR

Mme H.D KABOUIA

Docteur en Medecine Dentaire

Maitre Assistante Hospitalo- Universitaire

Service: Odontologie Conservatrice --Endodontie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019/2020

## Introduction :

L'urgence en OC est toujours liée à l'apparition d'une situation clinique nécessitant un acte thérapeutique immédiat et efficace.

Il est donc indispensable d'établir rapidement un diagnostic précis dans le but d'envisager une thérapeutique adéquate qui permettra de soulager rapidement le patient.

## Définition: Selon Ackermann:

«l'urgence est la survenu d'un problème diagnostique et thérapeutique dont l'examen ne peut être différé et qui nécessite **une intervention immédiate**»

## Aspect médico-légal:

- Le droit à l'information et le consentement du patient doivent être évoqués.
- Lorsqu'il est impossible de recueillir le consentement du représentant légal d'un mineur ou autre incapable, le chirurgien dentiste doit, en cas d'urgence, donner les soins qu'il estime nécessaires.

## Aspects cliniques des urgences en odontologie conservatrice :

- Douleur
- Urgence infectieuse
- Urgences traumatiques
- Urgence de confort

## Objectifs du traitement d'urgence :

- Préservée la vitalité pulpaire chaque fois que cela est possible en particulier dans le cas de dent immature.
- Maintien de l'organe dentaire dépulvé sur l'arcade.
- équilibre médical du patient.

## Facteurs déterminants le succès d'un traitement d'urgence :

Il s'agit d'un traitement non programmé, pose un triple problème:

### ➤ Diagnostic

Il doit être précis et porté rapidement à partir de l'interrogatoire et l'examen clinique. Cet examen devra mettre en évidence les:

- **Signes subjectif** : caractère de la douleur, fréquence, intensité, durée, irradiation.
- **Signes objectifs** : carie, restauration étendue, percussions, palpation, tuméfaction, état parodontal.
- **Un rétro alvéolaire et les tests thermiques** confirment la nature de l'urgence.

### ➤ Efficacité de l'acte opératoire :

Pour être efficace, le traitement d'urgence doit permettre l'amorce des phénomènes de cicatrisation des tissus pulpaire et parodontaux.

- Cet objectif ne peut être atteint que par:
  - L'élimination de tissus pathologique enflammée ou infecté,

### ➤ L'organisation du temps disponible :

Les thérapeutiques endodontique sont quelque fois longues et délicates, le praticien dispose souvent de délais limites non extensibles, d'où la nécessité impérative à une simplification du travail (qui permet d'associer les notions d'ergonomie et le respect des règles chirurgicales)

## prise en charge de l'urgence en OC :

- 1- Examen clinique exobuccal et endobuccal
- 2- Poser le diagnostic
- 3- Trt d'urgence: - étiologique  
- symptomatique

ASSURE PAR Mme H.D KABOUIA  
Docteur en Medecine Dentaire  
Maitre Assistante Hospitalo- Universitaire  
Service: Odontologie Conservatrice -Endodontie



Il doit être:

rapide, court, et comprend les éléments suivants:

- \*Motif : traumatisme, douleur, hémorragie ou urgence de confort.
- \*Facteurs déclenchant : chut, douleur spontanée.
- \*Moment d'apparition :

- En fonction, un interrogatoire bien poussé doit être envisagé.

### Urgence de douleur

#### Evaluation de la douleur:

- Elle se fait par un examen clinique et un questionnaire adapté.
- Les points clés sont:
  - l'histoire de la douleur,
  - son intensité,
  - sa topographie
  - et son rythme

#### ■ Historique:

Déterminer le mode de début (progressif ou non), l'évolution, sa durée et les éléments concomitants à l'apparition de la douleur, au décubitus? ou non ...

Est-elle de survenue spontanée ou provoquée ?

Quels sont les trt antérieures : médecin, odontologiste, automédication ?

#### ■ Moment de l'apparition :

- diurne/nocturne

#### ■ Topographie:

- Il faut faire attention aux douleurs projetées et référées qui sont ressenties à distance et qui peuvent fausser le diagnostique.

#### ■ Intensité:

- reste subjective
- sourde, aigue, ou paroxystique;
- décrite par le patient ou on pourra faire appel à des échelles d'autoévaluation: EVA

#### ■ Rythme:

Continue/discontinue, permanente, apparait-elle par crise ?

#### ■ Facteurs associés :

froid, respiration, décubitus...

Efficacité des antalgiques :

L'urgence relative si la douleur cède à un comprimé de Doliprane®

Le choix se fait en fonction de l'intensité de la douleur et de l'état de santé du patient;

### conduite face aux syndromes algiques :

#### PULPITE AIGUE REVERSIBLE

La douleur motive le patient à la consultation.

#### Diagnostic :

Il repose sur la vitalité pulpaire et l'absence de réponse à la percussion.

La radio montre une configuration tissulaire normale.

#### Conduite à tenir :

Sur une monoradiculée " pulpectomie vue que le canal est large il est facile d'effectuer

l'exirpation des filets radiculaires.

#### Protocole opératoire :

- Anesthésie locale ou locoregionale selon la dent

ASSURE PAR Mme H.D KABOUIA  
 Docteur en Medecine Dentaire  
 Maître Assistante Hospitalo- Universitaire  
 Service: Odontologie Conservatrice –Endodontie

# L'urgence en Odontologie

- Pose du champ opératoire
- Curetage dentinaire complet ou élimination d'une obturation préexistante
- Préparer la cavité d'accès et localiser le canal radiculaire
- Déterminer la longueur opératoire et procéder à l'exercice et élargissement canalair jusqu'à la taille 25 ou minimum
- Placer un pansement à base de CMCP dans le canal obturer la cavité d'accès avec un ciment à base d'OZN eugenol.

## Sur une pluriradiculée :

Selon le temps dont dispose le praticien, on peut effectuer soit une pulpotomie, soit une pulpectomie

## PULPITE AIGUE IRREVERSIBLE

- La dlr très violente dont l'intensité dépend de l'importance de la pression intrapulpaire;
- L'évolution se fait vers une dlr sévère, lancinante, spontanée, ↑ en décubitus, diffuse, parfois référée;
- La dent est vivante,

RX espace LAD régulier

## Trt d'urgence :

Anesthésie locale/locorégionale;

- Pose de la digue;
- Curetage dentinaire,

Ouverture de la chambre pulpaire;

- Eviction de la pulpe camérale et radiculaire si c'est possible (monoradiculée) ou à la limite la pulpe radiculaire du canal le + large:

- la racine palatine (M max)
- la racine distale des (M mand)

- Hémostase;
- Mise en place d'un pellet de coton imbibé d'une solution anesthésique ou du pulpéryl® et d'un pansement provisoire étanche.
- Le trt endo définitif sera réalisé le plus rapidement possible dans une séance rapprochée ultérieure.
- Les AA??? sont facultatifs.

## INFLAMMATION DESMODONTALES :

- ✓ la parodontite apicale aigue est une inflammation du TC péri apical suite à une infection pulpaire ou un trt radiculaire.

Inflammation desmodontale peut être

- d'origine infectieuse
- d'origine iatrogène

Inflammation desmodontale d'origine infectieuse:

- la parodontite apicale aigue séreuse

-Absès apical aigu

-Absès phénix

- Lésion endo-parodontale

- Syndrome du septum

- une douleur spontanée et continue d'intensité légère à intense;
- une sensibilité à la percussion
- les tests de vitalité sont -
- il n'existe pas de tuméfaction palpable;

- un léger élargissement LAD visible Rx.

- Anesthésie: théoriquement inutile, mais peut s'avérer nécessaire en cas de perception de la dlr;

ASSURE PAR Mme H.D KABOUIA  
Docteur en Médecine Dentaire  
Maître Assistante Hospitalo- Universitaire  
Conservatrice -Endodontie



- Parage canalaire sous digue (NaClO 2,5%);
- Obturation temporaire à Ca(OH)<sub>2</sub>
- La dent est mise en sous occlusion;
- Un AA ( II) est recommandé ;

### Abcès apical aigu:

C'est l'évolution de la parodontite apicale aigue simple avec accentuation des signes précédents

- une tuméfaction douloureuse à la palpation apicale
- une légère mobilité et extrusion de la de la dent
- trt : Anesthésie: si elle s'avère nécessaire, elle sera faite à distance du foyer infectieux;
- Maintenir la dent entre 2 doigts;
- Réaliser une trépanation à grande vitesse sous digue;
- Si l'écoulement purulent est spontané,
- un massage en vestibulaire potentialise le drainage ;
- Si le drainage n'est pas obtenu ;
- la constriction apicale

sera transfixée avec une lime 15 ou 20 associée à une irrigation;

- La dent est mise en sous-occlusion et laissée ouverte 24h;
- Dans le cas d'échec, drainage par voie sous périostée, ou intra-osseuse
- La prescription associe des ATB ainsi qu'un BDB antiseptique après chaque repas.

### l'abcès phénix:

Passage d'un abcès chronique ou d'un granulome à un processus aigu les signes sont ceux de la parodontite apicale-aigu suppurée

\*une image Rx claire d'origine endodontique.

Trt : - Le trt est le même que la parodontite apicale aigue suppurée avec si besoin une incision sous anesthésie locale de la tuméfaction fluctuante sous muqueuse

-On revoit le patient dans les 48h

-Non ou mal traité il peut évoluer vers les formes les + sévères : cellulite d'origine dentaire

### Lésion endo-parodontale:

#### Le diagnostic:

les signes cliniques se confondent avec la desmodontite aigue:

- Dent ne répond pas aux tests de vitalités;
- Douleurs spontanées intenses violentes;
- Dent sensible aux percussion, ± mobile, ± extrusée par rapport aux dents voisines;
- lésions visible à la radio;

Dans ce cas on est confronté à une pathologie pulpaire et desmodontale, présence de pus à la pression gingivale = poche parodontale suppuré.

#### TrTraitement:

Il est à double visée endodontique et parodontale

- Commencer par l'élimination de l'étiologie endodontique:

Sur le plan endodontique : drainage, parage et désinfection canalaire ± pansement antiseptique

Sur le plan parodontal: éliminer dans la mesure du possible le pus de la poche parodontale par un curetage localisé.

- Mais devant un patient souffrant d'au moins de 24 à 48h : anesthésie impossible en milieu inflammatoire et suppuré, il faut remettre l'intervention à une date ultérieure et prescrire une antibiothérapie ± anti-inflammatoire, 3 à 4 jours après sédations des douleurs, réaliser le traitement conventionnel

### Syndrome du septum:

Il touche le septum interdentaire à la suite de:

ASSURE PAR Mme H.D KABOUIA  
Docteur en Medecine Dentaire  
Maître Assistante Hospitalo- Universitaire  
Service: Odontologie Conservatrice -Endodontie

- \*un défaut de point de contact
- \*la présence de tartre ou d'un bourrage alimentaire
- \*la présence d'une restauration débordante

Signes cliniques : -la douleur est pulsatile, provoquée (chaud, froid, compression alimentaire, ou spontanée d'intensité faible à intense

- la dent est +/- sensible à la percussion
- la papille œdémateuse
- le signe pathognomonique est la douleur à la palpation bidigitale de la papille interdentaire avec un saignement au sondage
- Le trt est étiologique;
- Anesthésie: éventuelle (application locale, gel)
- Débridement et détartrage soigneux de la zone
  - faire saigner et laver à l'eau oxygénée (10v)
  - Restauration du point de contact, rectification d'une obturation débordante, soin d'une carie proximale
- Les antalgiques sont facultatifs;
- BDB.

#### Inflammation desmodontale d'origine iatrogène:

- Dépassement instrumentale ou de la pâte d'obturation canalaire;
- Refoulement des produits d'irrigation au-delà de la constriction apicale;
- Obturation provisoire en suroclusion.
- trt d'urgence:
- AINS et d'antalgique niveau II ;
- La dent est mise en sous occlusion.

#### Urgence infectieuse

Aspect clinique:

On distingue:

Urgences infectieuses bactériennes, virales et fongiques.

- Urgences infectieuses bactériennes d'origine dentaire:

- 1- Cellulites d'origine dentaire
- 2- Fistule d'origine dentaire
- 3- Abscessus sous périoste
- 4- Sinusites maxillaire d'origine dentaire

#### Cellulites d'origine dentaire:

- Définition:

C'est l'inflammation du tissu cellulaire à partir d'un foyer dentaire ou de voisinage.

- Etiologie:

- Nécrose pulpaire, après carie ou traumatisme
- Infection parodontale lytique
- Péricoronarite
- Geste opératoire conservateur à proximité pulpaire

Formes:

- Cellulite aigue circonscrite:

séreuse, suppurée, gangréneuse

Topographiquement en rapport avec la dent causale

- Cellulite aigue diffuse:

De topographie sous et sus mylohyoïdienne, faciale ou péri- pharyngienne

Son image Rx claire extensive nécessite un bilan Rx par orthopantomogramme et clichés rétro alvéolaires, complété éventuellement par un examen tomodontométrique

- Cellulite subaigüe

Prise en charge:

- Examen clinique:

ASSURE PAR Mme H.D KABOUIA  
Docteur en Médecine Dentaire  
Maître Assistante Hospitalo- Universitaire  
Service: Odontologie Conservatrice -Endodontie



signes subjectifs:

- Moment de l'apparition;
- Evolution et régression durant les derniers jours;
- Gêne fonctionnelle (à la déglutition/à la respiration, un œil fermé) qui marque souvent un caractère de gravité
- Signes généraux associés: fièvre, frisson, asthénie, qui laissant supposé un tableau infectieux sévère
- TRT en cour

**signes objectifs:**

Inspection:

Volume

Limites

Couleur

Chaleur

Palpation:

Signe de godet

Consistance

**Cellulite aigue circonscrite:**

Cellulite aigue circonscrite séreuse:

C'est un stade inflammatoire caractérisé par l'apparition d'une tuméfaction faciale précédée d'un épisode dentaire douloureux

- Signes fonctionnels

- légère douleur
- sensation de chaleur
- gêne aux mouvements faciaux

- Signes généraux: en rapport avec l'intensité de la douleur

- Examen exo buccale: montre une tuméfaction

- mal délimitée, comblant les sillons de la face
- avec peau tendue, de couleur normale ou rosée, élastique

Examen endobuccal: révèle

- une muqueuse soulevée, vernissée en regard de la dent causale
- Elle présente un tableau de desmodontite avec sensation de la dent + longue
- Présente une douleur exacerbée en décubitus.

Trt d'urgence:

- ATB à large spectre, AA et des BDB

- Trt étiologique dentaire conservateur (le même que pour les desmodontites aigue) ou radicale

Cellulite aigue circonscrite suppurée:

- Exacerbation des signes fonctionnels

- Douleur spontanée, continue, lancinante pulsatile, irradiante dans toute la face majorée par les mouvements de la langue et l'alimentation

- Les signes généraux sont augmentés avec insomnie, asthénie, hyperthermie, dysphagie

**l'examen exobuccal**

- une tuméfaction bien limitée
- Peau lisse, rouge, chaude, tendue, vernissée
- Avec un trismus serré

**Examen endobuccal:**

- Soulèvement muqueux rouge, douloureux au niveau du vestibule ou du plancher buccale, lingual ou palatin en regard de la dent causale

- Une ponction exploratrice révèle la présence de pus

- Elle peut s'aggraver en donnant

- Un érythème s'étend vers la partie basse du cou, creux sus claviculaire,
- Palpation: crépitation neigeuse
- Tuméfaction du plancher buccale

ASSURE PAR Mme **H.D KABOUIA**

Docteur en Medecine Dentaire

Maitre Assistante. Hospitalo- Universitaire

Service: Odontologie Conservatrice -Endodontie

# L'urgence en...

- **Evolution :**
  - La guérison (drainage)
  - La chronicité (fistulisation)
  - La diffusion (thrombophlébite cervico faciale, septicémie)
- **Trt d'urgence:**
  - - Drainage: \*Cutanée → externe
  - \*Trans-muqueux → interne
  - - ATB à large spectre + antalgique + BDB
  - - Trt étiologique conservateur si non extraction
  - - Parfois le patient nécessite une hospitalisation

## **Cellulite aigue diffuse:**

C'est une inflammation diffuse des tissus cellulaires avec nécrose des tissus enflammés  
On notera:

- un œdème très important avec une rougeur qui diffuse au niveau des téguments cervicaux
- une sensation de crépitation neigeuse

La prise en charge:

- hospitalisation

## **Cellulite subaigüe**

C'est une évolution d'une cellulite aigue circonscrite séreuse ou à une insuffisance du TRT  
On note une collection purulente avec paroi inflammatoire sclérosée  
Il peut exister un trismus serré avec des phénomènes algiques

## **Examen clinique:**

un revêtement cutané peu inflammatoire  
une voussure intrabuccale en regard du foyer causal

la palpation révèle une tuméfaction dure mal limitée  
peu sensible, non fluctuante, sans godet  
il peut exister une tuméfaction fluctuante rougeâtre, nodulaire en rapport avec une collection purulente sous cutanée (génienne, mentale, sous maxillaire ou nasogénienne)

## **Trt d'urgence:**

- la révision chirurgicale sous ATB du foyer avec drainage
- antalgique + BDB

## **Abcès apical aigu**

Correspond à l'extension de l'infection au niveau des zones où il existe un contact direct entre muqueuse et périoste  
On retrouve l'abcès palatin et la parulie au niveau de la muqueuse gingivale

## **Trt d'urgence:**

- Drainage de la collection par voie transcanalaire
- Mise du patient sous ATB à spectre large + antalgique + BDB

## **Fistule d'origine dentaire**

Se forme suite à des poussées infectieuses successives et non soignées ou insuffisamment traitées.

Au niveau de la muqueuse: aspect d'une fistule avec orifice inflammatoire pouvant laisser sourdre un liquide séreux ou purulent

- Topographie: (la même que pour les cellulites)

## **Trt d'urgence:**

- Trt conservateurs de la dent causale sous ATB à large spectre + antalgique + BDB

## **Sinusites maxillaire d'origine dentaire**

### **Définition :**

C'est l'inflammation de la muqueuse sinusienne sans atteinte de l'os sous-jacent

### **Etiologie:**

ASSURE PAR Mme H.D KABOUIA  
Docteur en Médecine Dentaire  
Maître Assistante Hospitalo-Universitaire  
Odontologie Conservatrice - Endodontie



### Causes infectieuses

- Dent mortifié ou incomplètement traitée
- Infection apicale aigüe ou chronique
- Granulome
- Kyste suppurée
- Ostéïte fragilisant le plancher sinusale
- Dent enclavée
- Infection parodontale

### Causes traumatiques:

- Ouverture de sinus au cours d'une extraction dentaire
- Corps étranger intra sinusien (racine dentaire expulsée, pâte obturatrice débordante dans le sinus)
- Un implant dentaire perforant

### Signes cliniques:

- Signes fonctionnels sont unilatérales, souvent très modérés.
- Mouchage purulent unilatérale et fétide maximum au lever
- Cacosmie subjective unilatérale
- Sinusalgies discrètes
- Obstruction nasale intermittente

Prise en charge: se fait dans un service spécialisé

- Ponction, lavage du sinus maxillaire +ATB
- Extraction de la dent causale.
- Trt médical: - ATB thérapie 7-10jrs
  - Corticothérapie de courte durée
  - Antalgique
  - BDB

### Urgence traumatique (voir cours TRAUMATISMES ALVEOLO-DENTAIRE)

#### Urgence de confort

#### Perte ou fracture d'une obturation:

- Sur une dent postérieure:

Un produit d'obturation temporaire à base de l'oxyde de zinc eugénol ou un pansement type Cavit® peut être mis en place après nettoyage de la cavité.

- Composite antérieur:

si la gêne est esthétique: il faut refaire l'obturation;  
si la gêne est fonctionnelle (risque de blessure): faire un meulage en attente d'une réfection définitive

#### Restauration en sur occlusion:

- Le patient après la réalisation d'une restauration peut décrire le fait que « la dent touche en lier »
- Donc un meulage avec un test au papier articulé suivi d'un nouveau polissage est nécessaire.

#### conclusion

- L'urgence en OC occupe une place importante dans la pratique quotidienne.
- L'objectif essentiel de notre traitement d'urgence, est de bien maîtriser le processus pathologique en cours, soulager immédiatement le malade et d'initier un processus de cicatrisation qui favorise la mise en œuvre ultérieure des thérapeutiques habituelles

ASSURE PAR Mme H.D KABOUIA  
Docteur en Médecine Dentaire  
Maitre Assistante Hospitalo- Universitaire  
Service: Odontologie Conservatrice -Endodontie