



L'examen exo-buccal montre une tuméfaction cutanée, très inflammatoire, limitée, pouvant prendre le signe du godet ; le patient déclare une sensation de battement. Un trismus peut exister, d'autant plus que l'infection est postérieure.

L'examen endo-buccal montre une tuméfaction muqueuse limitée, inflammatoire, comblant souvent le vestibule en regard de la dent causale : la cellulite est collectée

Le traitement est le même que pour la cellulite aiguë circonscrite séreuse : le geste important est l'incision de la collection au sommet de la tuméfaction muqueuse, avec drainage et lavage de la collection.

La prescription comportera un AIS : Prednisone 1 mg/kg pendant 3 jours, en cas de trismus.

En cas de collection cutanée, le patient devra être dirigé aux urgences maxillo-faciales ou odontologiques.

sous-cutané, trismus serré, douleurs pharyngées ..

En fonction de l'état général du patient, de l'existence de signes locaux de gravité, une augmentation de la posologie de l'antibiothérapie est souhaitable avec une voie parentérale et une hospitalisation



Cellulite circonscrite diffusée



Cellulite aiguë circonscrite diffusée



Cellulite collectée muqueuse

### Cellulite aiguë diffusée

Il s'agit d'une cellulite suppurée qui va s'étendre sur trois loges anatomiques, visible par la tuméfaction faciale, inflammatoire, mal limitée. Les signes locaux de gravité doivent être recherchés : érythème extensif, tuméfaction fermant l'œil, du patient, emphysème

### Cellulite aiguë diffuse

L'on se trouve devant une inflammation diffuse de tout le tissu cellulaire sans limitation avec nécrose des tissus atteints. Sur le plan général, il s'agit d'une SEPTICEMIE (fièvre, frisson et altération de l'état général) pouvant aller jusqu'au choc septique.

Sur le plan local cutané, il peut apparaître des phlyctènes hémorragiques et des zones de cyanose sur la peau dans un service de réanimation.

Un tiers des patients présentant des cellulites aiguës diffuses décède.

### Deux autres situations d'urgence peuvent se produire

Les accidents d'inhalation et les accidents d'Ingestion

Des fragments dentaires, un morceau d'instrument fracturé, un ou plusieurs éléments prothétiques, ou même un clamp peuvent être inhalés ou ingérés lors d'un acte de soins ou de chirurgie, principalement lorsque l'intervention est longue et difficile et le patient « agité ».

### Les accidents d'Inhalation

Le plus souvent le patient sent quelque chose au fond de la bouche, il tousse et essaie d'éliminer le corps étranger. Devant un tel incident, il est obligatoire d'arrêter l'acte en cours et de calmer le malade. Avant toute chose, rechercher l'élément causal sur le patient, autour de lui, en fonction de la dyspnée. Si l'élément est recraché par le patient, il faut s'assurer de son

intégrité.

Pour un corps étranger bloqué au niveau du carrefour oro-pharyngé : extraction avec la pince de Magyll ; ne pas le repousser plus en profondeur.

L'accident d'inhalation est le passage accidentel d'un corps étranger dans les voies aériennes : le larynx, la trachée, les bronches pulmonaires.

Le principal devant cet accident est d'apprécier l'urgence, en évaluant le degré d'altération de l'état général, donc la conscience, la ventilation et l'état cardio-vasculaire :

**Aucune détresse respiratoire** : il faut adresser le patient aux urgences pour confirmer l'accident d'inhalation ; à l'aide d'une fibroscopie bronchique, le corps étranger est éliminé. Il est nécessaire d'accompagner le patient aux urgences

**Détresse respiratoire partielle** : il faut mettre en place une oxygénothérapie (supérieure à 6 L/mn), sauf chez un insuffisant respiratoire chronique où elle doit être inférieure à 2L/mn), puis appeler le SAMU pour un transfert dans un service d'urgences

**Détresse respiratoire totale** : Il faut réaliser les gestes d'urgence et/ou la manœuvre de Heimlich.

Le corps étranger est expulsé ; il faut surveiller l'état ventilatoire et guider sa prise en charge.

Le corps étranger n'est pas expulsé : appeler le SAMU et mettre en place une oxygénothérapie.



Clamp endodontique au niveau du carrefour oro-pharyngé

### Les accidents d'Ingestion (ou de déglutition)

L'accident d'ingestion est le passage accidentel d'un corps étranger dans les voies digestives supérieures : œsophage, estomac.

Mais il est toujours difficile de déterminer la

voie emprunté par le corps étranger ; l'absence de toux, de signe respiratoire orientent vers un incident d'ingestion.

L'acte est arrêté, le corps étranger est recherché sur et aux alentours du patient.

Le patient est dirigé vers un service de radiologie pour réaliser un « abdomen sans préparation » pour visualiser la position du corps étranger, ce qui rend le diagnostic évident.

**Position haute** : œsophage

**Position basse** : estomac

Il est recommandé au patient, d'autant plus que l'objet est contondant, de manger des aliments fibreux (poireaux, asperges...) durant 3 ou 4 jours qui s'enrouleront autour du corps étranger : ce dernier sera expulsé avec les selles dans les 48 à 72 heures qui suivent l'accident.

Si l'on se trouve avec des signes digestifs ou une interruption du transit intestinal, il faudra recourir à la chirurgie.



Tournevis d'implantologie au niveau du colon ascendant

### Conclusion

Les urgences pathologiques et chirurgicales peuvent avoir des conséquences dramatiques. Le rôle de l'odontologiste est de réaliser le plus rapidement possible un diagnostic et de juger de l'état général du patient, une urgence mal traitée pouvant entraîner des complications irréversibles.

Devant une altération rapide de l'état général, la responsabilité de l'odontologiste sera engagée s'il n'a pas pratiqué un bilan complet biologique et radiographique ou s'il n'a pas jugé préférable de transférer son malade vers un service spécialisé ou qu'il n'a pas jugé utile d'appeler le SAMU.



## L'urgence en endodontie

David Bensoussan  
Paris

L'abcès apical aiguë est la forme la plus fréquente des abcès dentaires et est causé par l'infection du système canalaire de la dent. Le plus souvent il reste localisé en intra-buccal mais il peut s'étendre et avoir des répercussions au niveau général allant jusqu'au décès.

Les différentes études bactériologiques montrent que les bactéries dominantes sont anaérobies.

La compréhension des facteurs qui font qu'une infection chronique asymptomatique va pouvoir évoluer vers une phase aiguë nous permettra d'établir une meilleure stratégie de traitement et de prévention. Cette pathologie dépend grandement du facteur hôte ce qui complique l'attitude thérapeutique à adopter

car chaque patient va réagir différemment. Lors de l'abcès apical aiguë la douleur et la tuméfaction sont les signes cliniques les plus fréquemment associés. Le trismus, la fièvre, les adénopathies, la nausée sont des signes présents dans les formes sévères. La cellulite signe l'envahissement des tissus mous.

A la radiographie on observe le plus souvent une radio-clarté apicale. Dans tous les cas la dent est soit nécrosée soit porteuse d'un traitement endodontique inadéquat.

Le traitement de l'urgence consiste à soulager le patient et à prévenir les complications. L'antibiothérapie avec un spectre large se justifie essentiellement dans les situations où il existe un risque de complications ou sur des sujets à risques (diabète, traitements immunodépresseurs...)

Quelle attitude adopter devant un patient qui se présente en fin de journée ou en début de week-end avec un abcès apical aiguë ?



David BENSOUSSAN

Si l'abcès est collecté une incision pour obtenir le drainage peut être suffisante. Si la dent n'est pas conservable il est possible d'envisager l'extraction.

Dans certaines situations le drainage ne s'obtient qu'au travers du système canalaire.

**La vraie question : doit-on laisser la dent ouverte ou au contraire fermer la dent afin d'éviter une autre contamination par la flore buccale ?**

Réponse : il n'y a aucun problème à laisser une dent ouverte même pendant plusieurs jours.

L'urgence est avant tout caractérisée par un manque de temps et une absence de possibilité de programmation !

Le drainage par le canal n'est pas toujours obtenu pendant la séance, il est donc crucial de perméabiliser le système canalaire afin de permettre au pus de s'écouler. Pour faciliter le drainage on prescrit des bains de bouche d'eau tiède salée. Nous conseillons de laisser la dent ouverte dans les situations suivantes :

- le patient est vu le soir,
- le patient est vu la veille d'un week-end,
- l'anatomie de la dent est complexe.

La dent peut être fermée avec une médication antiseptique si le drainage est satisfaisant et surtout si le patient peut être revu dans la journée en cas de complications.

Conclusion : le dilemme dent ouverte dent fermée ainsi que des positions fortement tranchées ne sont plus d'actualité.

Il faut savoir apprécier la situation clinique ainsi que l'historique du patient.

En cas de doute il est toujours préférable de laisser une dent ouverte que de laisser un patient souffrir une nuit voire plus en cas de complications.

### Cas clinique 1

Madame B se présente à notre consultation en urgence après une nuit blanche. L'examen clinique montre une tuméfaction de la joue mais pas de collection purulente. La dent 46 est sensible à la percussion.



Les antalgiques ne sont plus efficaces. A la radiographie (Fig. 1) on note un traitement endodontique insuffisant ainsi qu'une radio-clarté en regard de la racine distale.



La cavité d'accès est réalisée au travers de la couronne (Fig. 2)



L'élimination du tenon carbone et la perméabilisation du système canalaire permet à la collection purulente de s'échapper (Fig. 3,4)



La dent est laissée ouverte 24 heures et lors de la deuxième séance on place un hydroxyde de calcium dans les canaux afin de diminuer la charge bactérienne.

A la troisième séance on obture le système canalaire selon la technique de Schilder. (Fig. 5)



Le contrôle à un an montre une reconstruction osseuse ad intégrum (Fig. 6)



Le contrôle à 6 ans confirme la stabilité des résultats. (Fig. 7)

### Cas clinique 2



L'abcès apical aigu s'extériorise par une fistule vestibulaire la dent peut être gardée fermée avec un hydroxyde de calcium en médication intermédiaire.

### Cas clinique 3



L'abcès s'extériorise par le sulcus et le sondage parodontal montre une perte d'attache très importante. La dent est condamnée à l'extraction.

### Cas clinique 4



L'abcès apical aigu avec extériorisation du pus par le biais d'une fistule qui se situe dans l'épaisseur du ligament parodontal.

Le traitement endodontique précède l'éventuel traitement parodontal.

En aucun cas il faut faire un curetage ou un surfaçage radiculaire au risque de détruire les fibres du ligament qui s'ancrent sur le ciment.

Arabelle VANDERZWALM-GOUVERNAIRE



# Urgences en odontologie pédiatrique

Arabelle VanderzwalM-Gouvernaire  
Paris

Tout praticien est confronté à l'urgence pédiatrique. Il existe deux motifs principaux qui vont faire qu'une mère téléphone pour obtenir un rendez-vous en urgence : la douleur et le traumatisme. Savoir reconnaître et gérer

rapidement ces situations particulières, qui n'ont pas toujours le caractère d'une véritable urgence mais qui demandent néanmoins une prise en charge rapide, permet de prévenir bien des complications.

Ce qui vient complexifier cette consultation d'urgence c'est qu'elle correspond, souvent,

au premier contact de l'enfant avec le monde dentaire, même s'il est âgé de 8 ans ou plus ! Aussi ce rendez-vous est primordial dans l'approche psychologique de l'enfant et des parents afin de rassurer et d'obtenir leur coopération respective pour les soins qui seront à réaliser. Ce qui va également être singulier chez l'enfant ce sont sa dent temporaire

d'une part et sa dent permanente immature d'autre part : deux entités bien distinctes avec leurs spécificités anatomiques, physiologiques et anatomo-pathologiques. Elles ne devront pas être abordées et gérées comme des dents permanentes matures au risque de mettre en place des thérapeutiques inadap-  
tées.

AONNEWS#

SCIENTIFIQUE 7