



Faculté de
Chirurgie
Dentaire
UNIVERSITÉ DE LILLE



Université
de Lille

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

[Année de soutenance : 2018]

N°:

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 02 Juillet 2018

Par Céline GALLOIS

Né(e) le 06 Novembre 1990 à Lille, France

**LES URGENCES ENDO-PARODONTALES :
ÉLABORATION D'UN SUPPORT PEDAGOGIQUE.**

JURY

Président : Monsieur le Professeur Thomas COLARD
Assesseurs : Monsieur le Docteur Thibault BÉCAVIN
Madame le Docteur Cécile OLEJNIK
Monsieur le Docteur Jérôme ROOSE

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr. E. BOCQUET, DR. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable du Département de Biologie Orale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BÉCAVIN	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie-Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonctio, Imagerie, Biomatériaux
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable du Département de Chirurgie Orale
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille
C. OLEJNIK	Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable de Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Thomas Colard

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Sciences Anatomiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum National D'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

*Je suis très sensible à l'honneur que vous
m'avez fait d'accepter la présidence de cette thèse
à quelques semaines de sa soutenance.
Soyez assuré de toute ma gratitude et de
mon profond respect pour votre rigueur,
votre disponibilité et la qualité de vos enseignements
tout au long de mon parcours universitaire.*

Monsieur le Docteur Thibault Bécavin

Maître de Conférences Universitaires – Praticien Hospitalier de CSERD

Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master I Informatique Médicale – Lille 2

Master II Biologie et Santé – Lille 2

Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

*Vous avez accepté de siéger au sein de ce jury
et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de ma
sincère reconnaissance pour la qualité de vos
enseignements, votre gentillesse et votre disponibilité
tout au long de ce cursus.*

Madame le Docteur Cécile Olejnik

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous – section Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université Lille 2 (mention Odontologie)

Master II Recherche Biologie Santé, spécialité Biologie Cellulaire

*Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au sein
de ce jury. Pour la généreuse transmission de votre savoir
et notamment les précieux conseils que vous avez
su dispenser lors des vacations d'urgence,
soyez assurée de ma sincère reconnaissance
et de mon profond respect.*

Monsieur le Docteur Jérôme Roose

Assistant Hospitalo – Universitaire des CSERD

Sous – Section en Chirurgie Dentaire

CES de Biomatériaux et de Parodontologie

Vous avez accepté sans hésiter et avec beaucoup d'enthousiasme de diriger cette thèse et je vous en remercie. Votre grande disponibilité, vos encouragements, vos conseils avisés ainsi que la confiance que vous avez su m'accorder ont été de réels moteurs dans l'élaboration de ce travail. J'espère que celui-ci sera à la hauteur de vos espérances et de ma profonde gratitude.

Table des matières

1. Introduction.....	15
2. Les urgences.....	16
2.1. Les urgences endodontiques pures.....	16
2.1.1. La pulpite.....	16
2.1.1.1. Définition et étiologies.....	16
2.1.1.2. . Symptomatologie et examen clinique de la pulpite	16
2.1.1.2.1. La pulpite réversible.....	16
2.1.1.2.2. La pulpite irréversible	17
2.1.1.3. . Examens complémentaires	17
2.1.1.4. . Diagnostics différentiels de la pulpite	17
2.1.1.5. . Prise en charge de la pulpite	18
2.1.2. La parodontite apicale	18
2.1.2.1. Définition et étiologies.....	18
2.1.2.2. La parodontite apicale aigüe	20
2.1.2.2.1. Définition et étiologies de la parodontite apicale aigüe.....	20
2.1.2.2.2. Diagnostic de la parodontite apicale aigüe	21
2.1.2.2.3. Diagnostics différentiels de la parodontite apicale aigüe	22
2.1.2.2.4. Prise en charge de la parodontite apicale aigüe	22
2.1.2.3. L'abcès péri-apical aigu.....	23
2.1.2.3.1. Définition.....	23
2.1.2.3.2. Diagnostic de l'abcès péri-apical aigu	24
2.1.2.3.2. Diagnostics différentiels de l'abcès péri-apical aigu.....	25
2.1.2.3.3. Prise en charge de l'abcès péri-apical aigu.....	25
2.2. Les urgences parodontales pures.....	27
2.2.1. L'abcès parodontal.....	27
2.2.1.1. Définition.....	27
2.2.1.2. L'abcès gingival.....	28
2.2.1.2.1. Etiologie de l'abcès gingival.....	28
2.2.1.2.2. Diagnostic de l'abcès gingival.....	28
2.2.1.2.3. Prise en charge de l'abcès gingival.....	29
2.2.1.3. L'abcès parodontal	30
2.2.1.3.1. Etiologie de l'abcès parodontal.....	30
2.2.1.3.2. Diagnostic de l'abcès parodontal.....	31
2.2.1.3.3. Diagnostics différentiels de l'abcès parodontal.....	32
2.2.1.3.4. Prise en charge de l'abcès parodontal.....	33
2.2.1.4. La péricoronarite	34
2.2.1.4.1. Définition et étiologies de la péricoronarite.....	34
2.2.1.4.2. Diagnostic de la péricoronarite.....	35
2.2.1.4.3. Prise en charge de la péricoronarite.....	37
2.2.1.4.3.1. Prise en charge immédiate.....	37
2.2.1.4.3.2. Prise en charge à long terme	38
2.2.2. Le syndrome du septum	38
2.2.2.1. Définition et étiologies du syndrome du septum.....	38
2.2.2.2. Diagnostic du syndrome du septum.....	39
2.2.2.3. Diagnostics différentiels du syndrome du septum.....	39

2.2.2.4. Prise en charge du syndrome du septum.....	40
2.2.3. Les atteintes parodontales nécrosantes.....	40
2.2.3.1. Définition.....	40
2.2.3.2. Etiologies et prévalence des atteintes parodontales nécrosantes.....	41
.....	41
2.2.3.3. Diagnostic des atteintes parodontales nécrosantes	41
2.2.3.3.1. Symptomatologie.....	42
2.2.3.3.2. Examen clinique	42
2.2.3.3.3. Examens complémentaires	43
2.2.3.4. Diagnostics différentiels des atteintes parodontales nécrosantes	44
2.2.3.5. Prise en charge des atteintes parodontales nécrosantes	44
2.2.4. Les urgences parodontales associées à une pathologie infectieuse ou systémique	45
2.2.4.1. Les gingivorragies et inflammations gingivales aiguës.....	45
2.2.4.1.1. Définition et étiologies.....	45
2.2.4.1.2. Diagnostic.....	46
2.2.4.1.3. Prise en charge	46
2.2.4.2. La gingivo-stomatite herpétique.....	47
2.2.4.2.1. Définition et étiologies de la gingivo-stomatite herpétique.....	47
2.2.4.2.2. Diagnostic de la gingivo-stomatite herpétique.....	47
2.2.4.2.3. Prise en charge de la gingivo-stomatite herpétique.....	49
2.3. Les urgences endo-parodontales	49
2.3.1. Les lésions endo-parodontales.....	49
2.3.1.1. Définition.....	49
2.3.1.1.1. Les voies de communication endo-parodontales.....	50
2.3.1.1.2. Classification des lésions endo-parodontales	51
2.3.1.2. Diagnostic des lésions endo-parodontales.....	53
2.3.1.2.1. Anamnèse.....	54
2.3.1.2.2. Examen clinique	54
2.3.1.2.3. Examens complémentaires.....	55
2.3.1.3. Prise en charge des lésions endo-parodontales	56
3. Conception des fiches pédagogiques.....	57
3.1. Généralités.....	57
3.2. Objectifs.....	57
3.3. Public concerné.....	58
3.4. Cahier des charges	58
3.4.1. Les enjeux de la rédaction	58
3.4.2. Le choix des couleurs.....	59
3.4.3. Guide à l'usage pour la lecture des fiches.....	59
3.5. Les fiches pédagogiques.....	60
Conclusion	74
Table des figures	76
Références bibliographiques.....	77

1. Introduction

L'urgence peut être définie comme le « caractère de ce qui ne souffre d'aucun retard ». Au niveau médical, elle correspond à une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement ». [22]

En odontologie, les urgences sont diverses et représentent un motif fréquent de consultation.

Les principales étiologies à l'origine d'une consultation en urgence au cabinet dentaire peuvent être réparties en six catégories : les syndromes algiques, les traumatismes bucco-dentaire, les pathologies infectieuses, les hémorragies, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, et les pathologies de la muqueuse buccale. [4] Dououreuses voire invalidantes, elles n'engagent que très rarement le pronostic vital mais nécessitent un diagnostic rapide et une prise en charge adaptée au contexte de la consultation d'urgence, et visant à soulager le patient et enrayer leur évolution. Aussi, étudiant ou praticien se trouvent parfois démunis face à la gestion de ces situations.

L'objectif de ce travail consiste en la réalisation de fiches pédagogiques d'aide au diagnostic et à la prise en charge des principales urgences. Cet exposé insiste sur les urgences les plus fréquemment rencontrées au cabinet dentaire, c'est à dire les urgences endodontiques, parodontales, et endo-parodontales. [40]

La première partie de ce travail présentera les principales urgences endodontiques, parodontales, et endo-parodontales, de l'étiologie à la prise en charge en passant par le diagnostic. La seconde partie sera consacrée à la conception du support pédagogique.

2. Les urgences

2.1. Les urgences endodontiques pures

2.1.1. La pulpite

2.1.1.1. Définition et étiologies

La pulpite est une lésion inflammatoire de la pulpe dentaire ayant pour origine :

- Une lésion carieuse profonde,
- Une lésion traumatique (fêlure, fracture),
- Une irritation chimique (matériaux de reconstitution apposés à proximité de la chambre pulpaire). [19]

Il existe deux formes de pulpites, les pulpites réversibles et les pulpites irréversibles. Elles diffèrent par le degré d'atteinte de la pulpe dentaire.[31],[54]

2.1.1.2. . Symptomatologie et examen clinique de la pulpite

2.1.1.2.1. La pulpite réversible

La pulpite réversible ou hyperhémie pulpaire est une inflammation pulpaire modérée causant des douleurs provoquées par l'application de stimuli tels que le chaud, le froid et l'alimentation sucrée

Lors de l'examen clinique il est à noter :

- la présence de lésion carieuse, de lésion traumatique ou d'une reconstitution défectueuse sur la dent causale,

- les tests de sensibilité pulpaire se révèlent positifs et douloureux. Cependant, à la différence de la pulpite irréversible, la douleur cesse à l'arrêt de l'application du stimulus.

2.1.1.2.2. La pulpite irréversible

La pulpite irréversible est une lésion inflammatoire sévère du tissu pulpaire à composante infectieuse. Elle se distingue cliniquement de la pulpite réversible notamment par l'intensité des symptômes qu'elle engendre :

- des douleurs intenses, pulsatiles, spontanées, insomniantes, irradiantes et ne cédant pas avec la prise d'antalgiques,
- les tests de sensibilité pulpaire sont positifs et très douloureux. La douleur persistant après l'arrêt de l'application du stimulus.

L'examen clinique révèle la présence d'une lésion carieuse profonde, d'une lésion traumatique (fêlure, fracture), ou d'une reconstitution défectueuse sur la dent causale.

2.1.1.3. . Examens complémentaires

L'examen radiologique permet de mettre en évidence le défaut à l'origine de la lésion (radio-clarté correspondant à une lésion carieuse, présence d'une restauration défectueuse, récurrence carieuse sous une restauration...)

2.1.1.4. . Diagnostics différentiels de la pulpite

Le diagnostic de la pulpite peut être confondu avec le syndrome du septum qui donne le même tableau clinique. Un défaut de point de contact et une papille présentant des signes d'inflammation seront des signes en faveur d'un syndrome du septum. Cependant, il est possible de retrouver ces deux pathologies de manière concomitante sur un même organe dentaire.

2.1.1.5. . Prise en charge de la pulpite

x Prise en charge de la pulpite réversible :

Le traitement consiste à supprimer l'irritant à l'origine de l'hyperhémie pulpaire et/ou à restaurer de manière étanche la dent. Cela permet la régression des symptômes et la conservation de la vitalité pulpaire.

x Prise en charge de la pulpite irréversible :

L'atteinte pulpaire a atteint un point de non retour. La suppression de l'irritant est insuffisante pour permettre la régression des symptômes et la conservation de la vitalité pulpaire. En l'absence de traitement, le tissu pulpaire évolue inexorablement vers l'état de nécrose.

Le traitement immédiat consiste à réaliser la pulpectomie de la dent. L'obturation définitive peut être réalisée dans la séance si le temps et les conditions le permettent (assèchement canalaire). Dans le cas contraire, elle sera réalisée ultérieurement. De l'hydroxyde de calcium sera déposé dans le(les) canal(aux) et un pansement provisoire étanche sera placé en inter-séance.[31],[45],[54]

2.1.2. La parodontite apicale

2.1.2.1. Définition et étiologies

La parodontite apicale, autrement nommée lésion inflammatoire périradiculaire d'origine endodontique (LIPOE), est un terme général utilisé pour décrire le processus inflammatoire au niveau des tissus parodontaux profonds consécutif, le plus souvent, à une infection par des micro organismes pathogènes dans le système endodontique.

D'autres facteurs irritants peuvent également être à l'origine de ce type de lésion, tels qu'un traumatisme, une fracture, une fêlure, une agression chimique, ou une parodontite ; En somme, toute modification de l'intégrité de la surface externe de

la dent peut provoquer à plus ou moins long terme une irritation de la pulpe de la dent et aboutir à une parodontite apicale.[23]

Il existe de nombreuses classifications des lésions péri-apicales. Celle de **Nair** proposée en 1997 est basée sur une étude histo-pathologique de ces lésions.
[2],[48],[53],[57]

Celle-ci comporte quatre classes diagnostiques :

- x Parodontite apicale aiguë :
 - o *primaire*
 - o *secondaire*
- x Parodontite apicale chronique
- x Abscès périapical :
 - o *aigu*
 - o *chronique*
- x Kyste périapical

Cet exposé ayant pour objectif de répertorier les principales urgences endo-parodontales, nous nous intéresserons donc ici aux formes symptomatiques et susceptible d'amener le patient à une consultation d'urgence, à savoir la parodontite apicale aiguë ainsi que l'abcès périapical.

Comme le montrera la suite de cet exposé, ces deux tableaux cliniques sont inextricablement liés, l'un étant la forme compliquée de l'autre.

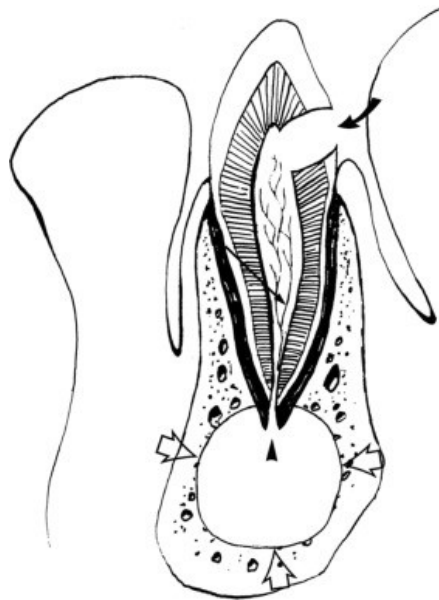


Figure 1 : Illustration d'une lésion inflammatoire péri-apicale. Une lésion carieuse permet l'entrée et la progression des bactéries via le tissu pulpaire jusqu'à la région péri-apicale.

[57]

2.1.2.2. La parodontite apicale aiguë

2.1.2.2.1. Définition et étiologies de la parodontite apicale aiguë

Il existe deux formes de parodontites apicales aiguës décrites par Nair et reprises ensuite dans la littérature.

La première forme, appelée parodontite apicale aiguë primaire est une réaction inflammatoire qui s'observe au sein d'une région apicale initialement exempte de pathologie.

Elle peut résulter de la propagation de bactéries d'origine endodontiques ou parodontales, d'une irritation mécanique ou chimique consécutive à un traitement endodontique, ou faire suite à un traumatisme.

En l'absence de prise en charge efficace, deux voies d'évolution sont possibles :

- la chronicisation d'une part : la parodontite apicale aiguë évolue alors en parodontite apicale chronique, en abcès apical chronique (granulome) puis en kyste.
- l'intensification voire la diffusion de la lésion d'autre part : la parodontite apicale aiguë évolue alors en abcès apical aigu ou en cellulite.

Quant à la parodontite apicale aiguë secondaire, il s'agit de l'exacerbation d'une lésion parodontale chronique.

De la même manière que pour la parodontite apicale aiguë primaire, cette lésion peut se compliquer par la formation d'abcès ou se chroniciser. [32],[38],[48]

2.1.2.2.2. Diagnostic de la parodontite apicale aiguë

x Symptomatologie et examen clinique

Les symptômes sont sensiblement identiques, que la parodontite apicale aiguë soit primaire ou secondaire.

Lors de l'anamnèse et de l'examen clinique sont retrouvés :

- douleurs vives et d'apparition brutale,
- douleur au toucher de la dent et à la mastication,
- sensation de pression à l'extrémité de la dent,
- sensation de dent longue et de mobilité de la dent,
- percussion et palpation des tables osseuses douloureuses,
- selon les cas le test de vitalité peut être positif avec une réponse altérée, ou négatif.

x Examens complémentaires

A la radiographie rétro-alvéolaire, peuvent parfois être observés :

- une radio-clarté péri-apicale plus ou moins étendue qui témoigne de la progression de la lésion au sein de l'os alvéolaire,
- une radio-clarté péri-radiculaire au niveau du ligament alvéolo-dentaire sous la forme d'un élargissement desmodontal causé par la lésion.

Il pourra également y avoir une lamina dura floue.

Il est à noter que ces images sont moins significatives, voire absentes dans le cas de la parodontite apicale aiguë primaire.

2.1.2.2.3. Diagnostics différentiels de la parodontite apicale aiguë

La parodontite apicale aiguë peut être confondue avec différentes pathologies. En effet si la dent causale répond positivement aux tests de vitalité, on pourra rechercher :

- une pathologie sinusienne,
- une dysfonction occlusale,
- une fêlure ou une fracture [54].

2.1.2.2.4. Prise en charge de la parodontite apicale aiguë

- Prise en charge immédiate :

Celle-ci dépend du type de parodontite apicale et de l'état de la pulpe :

- si la parodontite apicale est associée à une pulpe vivante :
Il s'agit de réaliser la pulpectomie complète de la dent sous irrigation abondante. La cavité est ensuite refermée à l'aide d'une obturation provisoire étanche.
- si la parodontite apicale est associée à une pulpe nécrosée :
La mise en forme canalaire et la désinfection des canaux à l'hypochlorite de sodium sont réalisées. De l'hydroxyde de calcium est ensuite placé dans les canaux pour faciliter la remontée du pH (suite à l'acidification induite par la présence de bactéries) et pour ses propriétés antiseptiques. Un pansement étanche provisoire est ensuite appliqué.

- si la parodontite est associée à une dent dépulpée :
Cette situation est la plus difficile à maîtriser. La dent dépulpée est en effet souvent associée à la présence de reconstitution coronaire ou coronoradiculaire qu'il faut démonter avant de procéder au retraitement endodontique de la dent. De plus, ce re-traitement peut s'avérer complexe (présence de butées, d'obstacles, traitement ancien). Or, le praticien ne dispose généralement que d'un temps limité lors de la consultation d'urgence. Le traitement idéal consiste à réaliser l'élimination de la totalité du traitement endodontique existant, à désinfecter le ou les canaux radiculaire avant de mettre en place une médication à l'hydroxyde de calcium et un pansement provisoire étanche.
Si la désinfection ne peut être effectuée de manière satisfaisante au cours de la séance d'urgence, ou si le patient présente un risque infectieux ou un état fébrile, une antibiothérapie pourra être prescrite.

Quel que soit le tableau clinique, dans le but de soulager le patient, il pourra être réalisé :

- la mise en sous occlusion de la dent
- une prescription antalgique [1],[11],[47]

2.1.2.3. L'abcès péri-apical aigu

2.1.2.3.1. Définition

L'abcès péri-apical aigu est une collection purulente localisée au niveau de la région péri-apicale. Il s'agit d'une complication de la parodontite apicale précédemment décrite au sein de laquelle se sur-ajoute un processus infectieux. Cette suppuration se réalise très rapidement après le début du processus et des symptômes, le patient consultant donc très souvent au stade de l'abcès péri-apical. En outre, bien que la symptomatologie de l'abcès péri-apical soit exacerbée, il existe une part importante de subjectivité dans l'évaluation de celle-ci

par le patient. Il est donc cliniquement complexe de différencier les deux pathologies.

Aussi, dans un souci de compréhension et de simplification nous décrirons uniquement l'abcès périapical dans la deuxième partie de l'exposé consacrée au support pédagogique.[38],[48],[54],[57]

2.1.2.3.2. Diagnostic de l'abcès péri-apical aigu

x Les symptômes ressentis par le patient sont:

- douleur intense, continue et lancinante,
- douleurs à la mastication, à la pression légère, au toucher et à la percussion,
- sensation de mobilité de la dent causale,
- de manière inconstante : fièvre, sensation de malaise, sensation de gonflement intra ou extra buccal circonscrit.

x Examen clinique extra oral :

Une légère asymétrie faciale circonscrite et fluctuante à la palpation peut être observée.

La palpation des chaînes ganglionnaires peut révéler la présence d'adénopathies.

x Examen clinique intra oral :

Des signes d'inflammation gingivale sont retrouvés : tuméfaction, rougeur, aspect lisse.

La palpation des tables osseuses en regard de la lésion est douloureuse avec une possible sensation de souplesse et de fluctuation.

Les tests de percussion latérale et axiale de la dent causale sont positifs.

Les tests de vitalité pulpaire sont négatifs.[38] [58]

x Examens complémentaires :

L'abcès périapical aigu se matérialise le plus souvent par une radio-clarté péri-apicale à la radiographie rétro-alvéolaire. [2],[27]

2.1.2.3.2. Diagnostics différentiels de l'abcès péri-apical aigu

L'abcès péri-apical aigu peut parfois mimer la symptomatologie de la pulpite aiguë. Les tests de vitalité pulpaire seront positifs et douloureux dans le cas de la pulpite et la douleur ressentie pulsatile.

2.1.2.3.3. Prise en charge de l'abcès péri-apical aigu

x **Prise en charge immédiate :**

Le traitement d'urgence a pour objectif de soulager la douleur mais également d'éviter la dissémination de l'infection au sein des tissus environnants, pour limiter les risque de complications tels que la cellulite. Il s'agit pour cela de drainer la collection suppurée.

Plusieurs tableaux cliniques peuvent être rencontrés et vont orienter la prise en charge :

- Si l'endodonte est accessible et perméable :
 - anesthésie locale ou loco-régionale,
 - drainage intra canalaire : passage d'une lime de fin diamètre très légèrement au delà de l'apex pour faciliter la remontée du pus présent dans la lésion, la décompression permettant de soulager immédiatement le patient,
 - instrumentation et désinfection du ou des canaux,
 - application d'hydroxyde de calcium dans le ou les canaux,
 - la dent est refermée à l'aide d'un pansement provisoire étanche.

- Si l'endodonte n'est pas accessible :

Il faut rechercher un moyen de drainer la collection purulente.

Dans la plupart des cas, le traitement immédiat consiste en l'administration d'une antibiothérapie. Dans un second temps, le retraitement canalaire sera effectué.

Toutefois, d'après la littérature, il est possible de réaliser ce drainage par une trépanation de l'os alvéolaire en utilisant soit une petite fraise boule après dégagement de la gencive, soit une aiguille d'anesthésie intra osseuse. Ces gestes sont réalisés après anesthésie locale ou loco-régionale, en prenant soin d'injecter à distance du site inflammatoire.

- Si une voussure gingivale est associé à l'abcès apical aigu :
 - si l'évacuation du pus est obtenue par la voie intra-canalaire, cette manœuvre est suffisante pour soulager le patient et éviter la dissémination,
 - si l'accès au canal est compromis et que l'abcès est bien collecté et fluctuant, le drainage peut être réalisé par incision franche à la lame froide,
 - si la collection purulente est importante, ou si la dent est refermé après drainage intra-canalaire, l'incision peut être réalisée en complément.[11],[38],[54].

Il est à noter que la prescription d'antibiotiques n'est pas justifiée si le drainage est bien réalisé et en l'absence de signes généraux.

Une antibiothérapie sera mise en place dans tous les autres cas et de manière systématique chez patients présentant un risque infectieux ou un état fébrile.

[3],[9],[17], [18],[50].

De même que pour la parodontite apicale aiguë, la mise en sous occlusion pourra être envisagée pour soulager la douleur.

x **Prise en charge à court terme :**

Après évaluation du potentiel de conservation, on procède soit à l'avulsion de la dent causale, soit au traitement ou re-traitement endodontique de la dent puis à la réalisation d'une reconstitution étanche.

2.2. Les urgences parodontales pures

2.2.1. L'abcès parodontal

2.2.1.1. Définition

L'abcès parodontal est une infection fréquente, localisée et purulente des tissus parodontaux qui, en l'absence de traitement, peut occasionner une destruction des tissus de soutien de la dent. [28]

Sous le terme général d'abcès parodontal sont regroupés trois diagnostics appartenant à la Classe VI de la classification d'Armitage de 1999 (mise à jour par l'Académie Américaine de Parodontologie en 2002) [8],[24],[60]

- **l'abcès gingival** : localisé au niveau de la gencive marginale ou de la papille interdentaire, il est souvent lié à la présence d'un corps étranger,
- **l'abcès parodontal proprement dit** : il s'étend au niveau du desmodonte et de l'os alvéolaire et résulte généralement de la surinfection d'une poche parodontale.

- **l'abcès péri-coronaire ou péricoronarite** : conséquence de l'atteinte des tissus recouvrant un organe dentaire en cours d'éruption, le plus souvent la troisième molaire. [28],[29],[38],[58]

2.2.1.2. L'abcès gingival

2.2.1.2.1. Etiologie de l'abcès gingival

À la différence de l'abcès parodontal proprement dit, il peut apparaître sur un parodonte initialement exempt de pathologie parodontale.

Localisé au niveau de la gencive marginale, l'abcès gingival, ou abcès marginal, est lié à la présence dans le sulcus de corps étranger d'origine alimentaire ou iatrogène : produit de collage ou ciment de scellement, reconstitution débordante, débridement incomplet, débris alimentaire. Il est également généralement associé à un point de contact défectueux et à la formation d'un syndrome du septum (ce dernier sera développé dans la suite de cet exposé).[28],[29],[38]

2.2.1.2.2. Diagnostic de l'abcès gingival

x Examen clinique de l'abcès gingival

- Signes et symptômes locaux :
 - inconfort ou douleur,
 - tuméfaction gingivale localisée, rouge, de forme ovoïde,
 - halitose possible,
 - présence inconstante d'une fistule en regard de la lésion,
 - saignement gingival localisé, spontané ou provoqué par le sondage ou la pression de la lésion,
 - suppuration spontanée ou provoquée par le sondage ou la pression de la gencive,
 - tests de vitalité pulpaire positifs,
 - sensibilité à la percussion.

- Signes et symptômes loco-régionaux et généraux :

Très rarement, peuvent être retrouvés :

- fièvre,
- adénopathies,
- asthénie[40],[38],[54]

x Examens complémentaires

Le diagnostic de l'abcès gingival repose sur les signes et symptômes recueillis lors de l'examen clinique, l'examen radiologique étant peu significatif.

Toutefois, une discrète radio-clarté péri-radriculaire peut être observée au niveau des faces proximales. La radiographie rétro-alvéolaire peut également mettre en évidence un défaut au niveau des faces proximales des dents impliquées dans la lésion (récidive carieuse, reconstitution débordante ou insuffisante, défaut de point de contact).[27]

2.2.1.2.3. Prise en charge de l'abcès gingival

x Prise en charge immédiate :

- débridement sous pression douce,
- drainage de l'abcès : par voie sulculaire ou incision localisée,
- irrigation à l'aide d'un antiseptique local à base de : chlorhexidine 0,12%, povidone iodée 10% ou d'eau oxygénée 3%,
- pose de pansement provisoire au niveau du point de contact défectueux,
- prescription antalgique : paracétamol 1g toutes les 6h si nécessaire,
- prescription de bain de bouche à base de chlorhexidine 0,12% trois fois par jour,
- prescription de matériel de brossage dentaire et interdentaire : brosse à dent 15/100e et brossettes interdentaires.

- prescription d'une antibiothérapie (amoxicilline 2g par jour ou clindamycine 1,2g par jour en cas d'allergie aux pénicillines) uniquement si :
 - ◆ signes généraux associés,
 - ◆ patient présentant un risque infectieux majoré (diabète déséquilibré, risque oslérien, immunodépression),
- motivation à l'hygiène dentaire et interdentaire et au suivi parodontal. [7],[28],[29].

x Prise en charge à court terme :

- traitement de la lésion carieuse et/ou réfection du point de contact défectueux,
- avulsion de la dent causale si la lésion ne permet pas sa conservation,
- suivi de l'évolution de la lésion à 48 heures puis jusqu'à la résolution totale des signes le cas échéant.

2.2.1.3. L'abcès parodontal

2.2.1.3.1. Etiologie de l'abcès parodontal

Survenant généralement chez des patients ayant ou ayant eu un terrain parodontal pathologique, il peut être la conséquence de :

- l'exacerbation de la pathologie parodontale se traduisant par la surinfection d'une ou plusieurs poches parodontales,
- la récurrence d'une pathologie parodontale, en l'absence de maintenance parodontale.

L'abcès parodontal survient en présence d'une ou plusieurs poches parodontales avec surinfection de celle(s)-ci. Les signes et symptômes recueillis lors de l'anamnèse et de l'examen clinique varient en fonction de l'état de cette(ces)

poche(s). En effet, l'abcès peut se produire sur une poche parodontale ouverte. Il se draine alors facilement via le sulcus, et sera nettement moins symptomatique qu'au niveau d'une poche fermée. Dans ce dernier cas, la pression exercée sur les tissus en l'absence de voie de drainage engendre des douleurs importantes. L'abcès lié à une poche fermée se produit communément à la suite d'un surfaçage incomplet. [29],[40],[54]

2.2.1.3.2. Diagnostic de l'abcès parodontal

x Examen clinique de l'abcès parodontal

Les signes et symptômes retrouvés en présence d'un abcès parodontal varient selon l'état de la poche parodontale qui lui est associée.

- Signes et symptômes locaux :
 - douleur plus ou moins intense,
 - tuméfaction gingivale localisée, rouge, plus ou moins circonscrite,
 - mobilité dentaire exacerbée,
 - sensation de dent longue,
 - halitose possible,
 - sensibilité à la percussion et à la mastication,
 - tests de vitalité pulpaire positifs,
 - présence de poche(s) parodontale(s) au sondage,
 - présence inconstante d'une fistule en regard de la lésion,
 - exsudation purulente via la poche parodontale ou la fistule, spontanée ou à la pression de la lésion,
 - saignement spontané ou provoqué par le sondage ou la pression de la lésion.
- Signes et symptômes loco-régionaux et généraux :

De manière inconstante, peuvent être retrouvés :

- adénopathies,
- fièvre,
- asthénie,

- leucocytose (chez environ 30% des patients) [28],[29],[40].

x Examens complémentaires

Quelque soit le type d'abcès, le diagnostic repose sur les signes recueillis lors de l'examen clinique, l'examen radiologique étant peu significatif.

Seule une discrète radio-clarté péri-radriculaire peut être mise en évidence lorsque l'abcès se situe au niveau des faces proximales de la racine.[27],[29]

D'autres signes radiologiques liés non pas à l'abcès lui même mais à la pathologie parodontale initiale peuvent être présents. Ils constituent une aide au choix thérapeutique et à l'évaluation du pronostic de la dent causale et correspondent aux lésions suivantes :

- lyse osseuse plus ou moins avancée, localisée ou généralisée,
- alvéolyse angulaire,
- lésion inter radriculaire.



Figure 2: abcès parodontal au niveau d'une poche fermée. [28]

2.2.1.3.3. Diagnostics différentiels de l'abcès parodontal

L'abcès parodontal peut être confondu avec l'abcès périapical dans lequel les tissus endodontiques sont impliqués.

Un test de vitalité se révélera positif et normal dans le cas de l'abcès parodontal pur, négatif ou anormal si l'abcès est d'origine endodontique. Toutefois, il est à noter qu'il existe une relation étroite entre les tissus parodontaux et endodontiques, et les abcès parodontaux et endodontiques peuvent parfois être retrouvés de manière concomitante au niveau d'un même organe dentaire. [29], [38].

2.2.1.3.4. Prise en charge de l'abcès parodontal

La prise en charge est la même que pour l'abcès marginal, supplémentée d'une prise en charge parodontale à long terme.

x **Prise en charge immédiate :**

- débridement sous pression douce,
- drainage de l'abcès : par voie sulculaire ou incision localisée,
- irrigation à l'aide d'un antiseptique local à base de : chlorhexidine 0,12%, povidone iodée 10%, eau oxygénée 3%,
- prescription antalgique : paracétamol 1g toutes les 6h si nécessaire,
- prescription de bain de bouche à base de chlorhexidine 0,12% trois fois par jour, et de matériel de brossage dentaire et interdentaire,
- prescription d'une antibiothérapie (amoxicilline 2g par jour ou clindamycine 1,2 g par jour en cas d'allergie aux penicillines) uniquement si :
 - ◆ signes généraux associés,
 - ◆ patient présentant un risque infectieux majoré (diabète déséquilibré, risque oslérien, immunodépression...),
- motivation à l'hygiène dentaire et interdentaire et au suivi parodontal.

x **Prise en charge à court terme :**

- avulsion de la dent située dans la région de l'abcès si la lésion ne permet pas sa conservation,
- suivi de l'évolution de la lésion à 48 heures puis jusqu'à la résolution totale des signes le cas échéant.

x Prise en charge à long terme :

- suivi parodontal : séances de maintenance trimestrielles puis bi-annuelles,
- en cas d'échec thérapeutique, en fonction de l'état de santé parodontale après réévaluation, et selon la motivation du patient :
 - avulsion,
 - chirurgie parodontale [28],[40],[54].

2.2.1.4. La péri coronarite

2.2.1.4.1. Définition et étiologies de la péri coronarite

La péri coronarite est une atteinte inflammatoire et/ou infectieuse du sac péri-coronaire et de la fibromuqueuse recouvrants un germe dentaire en éruption. Elle concerne le plus souvent la troisième molaire. Selon certains auteurs, la formation d'un kyste d'éruption (péri coronaire ou folliculaire) et son ouverture dans la cavité buccale serait à l'origine de l'apparition d'une péri coronarite. [41]

Il existe deux formes de péri coronarite : aigüe congestive ou aigüe suppurée.

La formation de la péri coronarite aigüe congestive est liée à des facteurs microbiens et mécaniques. En effet, l'éruption partielle de la dent dans la cavité buccale constitue une porte d'entrée pour les germes contenus dans la plaque bactérienne et les débris alimentaire présents dans la cavité buccale. Cette infiltration bactérienne donne lieu à une inflammation locale du capuchon muqueux recouvrant la dent en éruption.

Cette inflammation peut être accompagnée par une irritation mécanique provoquée par la morsure des dents antagonistes sur l'œdème inhérent à l'inflammation.

Ce processus peut se compliquer lorsque l'atteinte infectieuse dépasse les capacités de la réponse inflammatoire, générant alors une péri coronarite aigüe suppurée. [41],[54],[57]

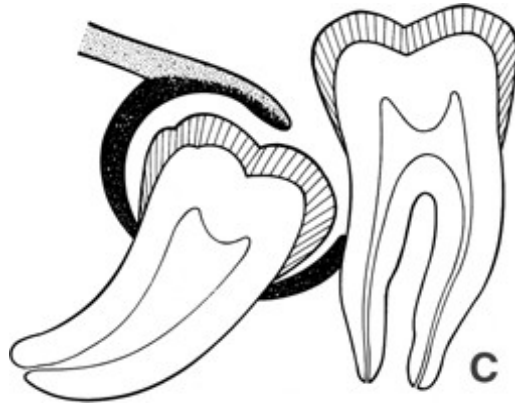


Figure 3 : Illustration d'un kyste d'éruption dont l'ouverture provoque la péricoronarite. [41]

2.2.1.4.2. Diagnostic de la péricoronarite

x **Symptomatologie et examen clinique de la péricoronarite :**

- **La péricoronarite aiguë congestive** est une atteinte inflammatoire de la fibro-muqueuse au niveau d'une dent en éruption. On visualise en bouche une ou des cuspides de la dent en éruption dont la couronne est en partie recouverte d'un capuchon muqueux.

Lors de l'anamnèse et de l'examen clinique on retrouve :

- une douleur spontanée au niveau des tissus gingivaux et muqueux situés en regard de la dent causale,
- une muqueuse érythémateuse, oedématisée, d'aspect lisse,
- la présence d'une ou plusieurs cuspides de la dent en éruption partiellement recouverte du capuchon muqueux,
- une douleur à la pression qui peut entraîner un exsudat séro-sanglant,
- l'empreinte des dents antagonistes peut être retrouvée sur le capuchon muqueux.

Cette forme clinique peut régresser spontanément ou se compliquer et donner lieu à la péricoronarite aiguë suppurée.

- **La péricoronarite aiguë suppurée**, succède fréquemment à la péricoronarite aiguë congestive. Elle se manifeste par une atteinte infectieuse au niveau du sac péri-coronaire d'une dent en éruption, donnant lieu localement à :
 - des douleurs intenses et insomniantes,
 - des suppurations spontanées ou provoquées par la pression du capuchon muqueux,
 - des signes d'inflammation gingivale importants : rougeur, oedème, aspect lisse,
 - une halitose.

Elle peut s'accompagner de lésions ulcéreuses et d'une gingivite érythémateuse voire ulcéro-membraneuse.

Au niveau loco-régional, elle peut entraîner :

- dysphagie,
- otalgie,
- trismus,
- adénopathies,
- fébricule,
- asthénie,
- anorexie. [41],[46].



Figure 4 : péricoronarite aiguë suppurée associée à un accident d'éruption de la troisième molaire mandibulaire droite.[28]

x Examens complémentaires :

Une radiographie panoramique permettra de visualiser la présence, la position et le potentiel de conservation de la dent en éruption.

Une radio-clarté est retrouvée fréquemment autour de la dent en éruption.

2.2.1.4.3. Prise en charge de la péri coronarite

2.2.1.4.3.1. Prise en charge immédiate

x Traitement local :

- anesthésie locale si nécessaire,
- débridement :il s'effectue à l'aide d'ultrasons sous pression douce pour déloger les débris alimentaires et la plaque bactérienne présents sous le capuchon muqueux,
- déterSION et irrigation de la lésion :la désinfection se pratique à l'aide de boulettes de coton imbibées d'un antiseptique local à base de chlorhexidine 0,12%, de povidone iodée 10% ou d'eau oxygénée 3%,
- drainage :en cas de péri coronarite suppurée, et en présence d'un abcès collecté et fluctuant, un incision antéro-postérieure peut être pratiquée.[37], [54].

x Prescriptions :

- antibiothérapie :

Une antibiothérapie est prescrite en présence de signes généraux ou chez les patients à risque infectieux ou lorsque le drainage de l'infection est impossible. La molécule de choix est l'Amoxicilline à raison de 2 grammes par jour en deux prises (ou clindamycine 1,2g par jour en cas d'allergie aux pénicillines).

- antalgiques :

En fonction du seuil de douleur ressenti par le patient et constaté lors de l'anamnèse, on prescrit un antalgique de palier I (paracétamol) ou de palier II (paracétamol codéiné).

Dans le cas où une molécule antibiotique a été prescrite, il est possible de prescrire une molécule anti-inflammatoire (AINS) pour soulager la douleur.

- bain de bouche :

La réalisation de bain de bouche à base de chlorhexidine 0,12% ou d'huiles essentielles (eucalyptol, thymol, menthol...) après chaque brossage, soit deux à trois fois par jour, sera recommandée au patient. [7],[37],[55].

2.2.1.4.3.2. Prise en charge à long terme

À distance de l'épisode aigu, après disparition des symptômes, la décision de conservation ou non de la dent sera évaluée en fonction de :

- l'état de la dent,
- du risque de récurrence,
- l'espace disponible sur l'arcade,
- l'axe et la position de la dent en éruption,
- l'état général du patient et notamment un éventuel risque infectieux.[38]

2.2.2. Le syndrome du septum

2.2.2.1. Définition et étiologies du syndrome du septum

Le syndrome du septum est une atteinte des tissus de l'espace interdenteaire. Il s'agit d'une inflammation causée par un défaut du point de contact entre deux dents (reconstitution débordante ou insuffisante, carie proximale), lequel entraîne la rétention de débris alimentaires. Il en résulte la mise en place d'un processus infectieux sous la forme d'un petit abcès localisé entre les deux dents concernées que l'on nomme abcès marginal.

2.2.2.2. Diagnostic du syndrome du septum

x Symptomatologie :

Les symptômes sont d'apparition brutale avec une douleur vive, pulsatile, localisée et intensifiée à la mastication. Elle est associée à une sensation de pression. [54]

x Examen clinique :

A l'examen clinique intra buccal on note :

- une papille gingivale tuméfiée, rouge,
- une douleur à la palpation de la papille,
- une présence éventuelle d'exsudat purulent.

x Examens complémentaires :

La radiographie rétro-alvéolaire met en évidence le défaut situé au niveau du point de contact. Il peut y avoir une légère radio-clarté au niveau du septum alvéolaire.

2.2.2.3. Diagnostics différentiels du syndrome du septum

Les signes cliniques et les symptômes du syndrome du septum miment ceux retrouvés dans le cas de la pulpite. L'état de la papille, du point de contact, et les tests de vitalité permettront de distinguer les deux diagnostics.

2.2.2.4. Prise en charge du syndrome du septum

x Immédiate

Le traitement d'urgence consiste à :

- réaliser l'éviction des débris alimentaires ou des corps étrangers responsables présents dans l'espace interdentaire,
- réaliser un débridement aux ultrasons sans pression,
- un antiseptique est appliqué localement.

Si la situation le permet, la pose d'un pansement pour rétablir temporairement le point de contact permettra de protéger la papille en attendant la réfection définitive de ce dernier.

Ces gestes sont associés à la prescription de bain de bouche à base de chlorhexidine à 0,12%.

x A court terme

Le point de contact défectueux devra être reconstitué afin d'éviter toute récurrence.
[54]

2.2.3. Les atteintes parodontales nécrosantes

2.2.3.1. Définition

Au regard de la classification d'Armitage de 1999 mise à jour en 2002 par l'Académie Américaine de parodontologie, sont regroupées sous le terme plus général de maladies parodontales ulcéro-nécrotiques : la gingivite ulcéro-nécrotique (GUN), la parodontite ulcéro-nécrotique (PUN), et la stomatite ulcéro-nécrotique. [8],[24]

Ces maladies peuvent être définies comme des atteintes infectieuses sévères et d'installation rapide au niveau des tissus de soutien de la dent liées à des bactéries de la flore commensale devenant pathogènes opportunistes. [12]

Connues depuis 400 avant JC, ces atteintes ont été décrites par Plaut en 1894 puis Vincent en 1896 qui attribuaient ces lésions à la présence de spirochètes et fusobactéries. [16],[28],[34],[35],[36],[40],[54].

2.2.3.2. Etiologies et prévalence des atteintes parodontales nécrosantes

La prévalence des maladies parodontales ulcéro-nécrosantes est très rare, estimée à 0,5% à l'heure actuelle dans les pays industrialisés. Elle apparaît généralement chez des sujets jeunes entre 18 et 30 ans. Il est à noter que la prévalence de ces affections est 10 à 30 fois supérieure chez les patients porteurs du VIH en raison de leur état d'immunodépression.

Si l'étiologie est bactérienne, un certain nombre de facteurs prédisposants peuvent être associés à l'installation de la pathologie :

- il existe des facteurs de prédisposition d'ordre local tels qu'un niveau d'hygiène orale faible, un déséquilibre de la flore bactérienne avec une surabondance de bactéries anaérobies strictes telles que les spirochètes et fusobactéries. La consommation de tabac ou de drogues et l'ischémie locale qui en résulte influent également sur la survenue de ces pathologies.
- sur le plan général, le stress, les déficiences immunitaires et nutritionnelles, mais aussi les désordres hormonaux ont une influence. [6],[54]

2.2.3.3. Diagnostic des atteintes parodontales nécrosantes

2.2.3.3.1. Symptomatologie

Les patients atteints de maladies parodontales nécrosantes présentent :

- des douleurs intenses avec altération de l'hygiène bucco-dentaire et dysphagie,
- des saignements parfois spontanés,
- une haleine fétide,
- de manière inconstante une altération de l'état général peut être associée avec fièvre, malaise, et adénopathies.

2.2.3.3.2. Examen clinique

x **Examen exobuccal :**

A la palpation des téguments, il peut y avoir de manière inconstante une adénopathie uni ou bi-latérale au niveau de la chaîne sous-mandibulaire, sous-mentale, ou jugulo-carotidienne.

x **Examen endobuccal :**

A l'examen endobuccal sont retrouvés:

- Pour la gingivite ulcéro nécrotique :
 - une halitose sévère,
 - une gingivorragie spontanée ou provoquée par la palpation des gencives,
 - la présence d'un enduit pseudomembraneux témoin de l'ulcération gingivale.

Il est à noter que le stade de gingivite ulcéro-nécrotique est très fugace, bien souvent le stade de parodontite ulcéro-nécrotique est déjà atteint lorsque le patient consulte.

- Pour la parodontite ulcéro nécrotique :

Le tableau clinique est identique à celui de la gingivite ulcéro-nécrotique avec en plus : une perte d'attache liée à l'atteinte des tissus parodontaux plus profonds (desmodonte et os alvéolaire). Elle se manifeste par la présence de poches parodontales au sondage, de récessions gingivales, et de cratères inter-proximaux profonds pouvant découvrir le tissu osseux.

- Pour la stomatite ulcéro nécrotique :

La destruction des tissus progresse pour atteindre les tissus osseux plus profonds et s'étend au niveau des muqueuses buccales : joues, langue, palais et amygdales.[28],[33],[54]



Figure 5 : photographie intra-buccale d'une parodontite ulcéro-nécrotique. [28]

2.2.3.3. Examens complémentaires

Le diagnostic des maladies ulcéro-nécrosantes repose essentiellement sur l'examen clinique du patient.

L'examen radiologique, qu'il soit panoramique ou rétro-alvéolaire, pourra révéler la présence d'alévolyses angulaires de l'os alvéolaire.[27]

Des investigations complémentaires devront être réalisées dans le cadre d'un bilan biologique en association avec le médecin traitant à la recherche d'une éventuelle pathologie systémique immunodépressive (leucémie, VIH) ou d'autres désordres (troubles nutritionnels).

2.2.3.4. Diagnostics différentiels des atteintes parodontales nécrosantes

- gingivo-stomatite herpétique aiguë,
- gingivite desquamative,
- agranulocytose,
- leucémie,
- noma. [54]

2.2.3.5. Prise en charge des atteintes parodontales nécrosantes

x **Immédiate :**

- anesthésie locale,
- détersion de la lésion à l'aide de boulettes de cotons imbibées d'eau oxygénée 3%, de chlorhexidine 0,12% ou de povidone iodée 10%, afin d'éliminer les débris de tissu pseudomembraneux,
- débridement supra gingival sous pression douce,
- prescription d'antibiotiques : amoxicilline 1,5 à 2g/jour associé à métronidazole 750mg/ jour pendant 8 à 10 jours, ou en cas d'allergie aux pénicillines : métronidazole 1,5 g/jour pendant 8 à 10 jours. [3],[7],[21].
- prescription de bain de bouche à base de chlorhexidine concentrée à 0,20% pour une durée de 14 à 21 jours,
- prescription d'antalgiques de palier i : paracétamol 1g toutes les 6h,
- prescription de matériel d'hygiène adapté (brosse à dent chirurgicale et souple),
- conseils d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, motivation à l'arrêt du tabac et de la consommation d'alcool ou de drogues.

x **A court terme :**

- contrôle de l'évolution à 24h puis jusqu'à résolution des signes et symptômes.

x **A long terme :**

- le patient devra réaliser une maintenance parodontale bi-annuelle systématique en raison du risque important de récurrence de la pathologie.
- en cas de non résolution du problème ou de récurrences fréquentes, plusieurs hypothèses peuvent être à considérer :
 - non compliance du patient : contrôle de plaque insuffisant, hygiène alimentaire inadaptée, persistance de la consommation tabagique, stress intense.

- reconsidérer les diagnostics différentiels : prendre contact avec le médecin traitant du patient pour réaliser un bilan biologique sanguin avec dosage des facteurs de l'immunité et sérologies.[12],[28],[35],[40],[54].

2.2.4. Les urgences parodontales associées à une pathologie infectieuse ou systémique

2.2.4.1. Les gingivorragies et inflammations gingivales aiguës

2.2.4.1.1. Définition et étiologies

Une gingivorragie se définit comme un saignement gingival plus ou moins abondant, spontané, ou provoqué par le brossage, le toucher de la gencive ou un sondage parodontal. [20]

Les étiologies sont multiples. Elles peuvent être :

- locales : en rapport avec une hygiène bucco dentaire insuffisante ou une blessure gingivale,
- générales et liées à :
 - une maladie hématologique,
 - une maladie dégénérative du collagène,
 - une maladie auto-immune (maladie de Behçet, pemphigus..),
 - une pathologie cancéreuse.

2.2.4.1.2. Diagnostic

Les signes et symptômes rapportés par le patient et recueillis lors de l'examen clinique sont :

- des douleurs importantes,
- un saignement plus ou moins abondant,

- une gencive inflammatoire (oedematiée, lisse, molle et érythémateuse),
- un prurit,
- une sensation de brûlure.

2.2.4.1.3. Prise en charge

La prise en charge de ces pathologies consiste à :

- la réalisation d'une anamnèse complète afin de connaître l'état de santé général du patient, ses antécédents médicaux et les étapes d'évolution de la maladie,
- la prescription d'un bilan biologique sanguin complet et prise de contact avec le médecin traitant pour une orientation spécialisée si nécessaire (dermatologue, hématologue, cancérologue..),
- donner des conseils d'hygiène bucco-dentaire et prescription de matériel adapté,
- la prescription de bain de bouche à base de chlorhexidine à 0,12%,
- la réalisation d'un débridement supra gingival sous pression douce,
- la mise en place d'un suivi régulier à court terme jusqu'à régression des signes et symptômes,
- la mise en place d'une maintenance parodontale [6],[14],[40],[54]

2.2.4.2. La gingivo-stomatite herpétique

2.2.4.2.1. Définition et étiologies de la gingivo-stomatite herpétique

La primo infection herpétique est le premier contact infectant muqueux ou cutané, symptomatique ou non avec le virus de l'herpès (HSV1 ou HSV2).

Dans les pays développés, la prévalence du HSV1 est à l'heure actuelle inférieure à 20% chez les enfants âgés de 5 ans, et comprise entre 40 et 60% entre 20 et 40 ans. Cette affection est donc relativement fréquente, avec deux pics de prévalence. Le premier, situé dans la petite enfance, est lié à la disparition des

anticorps maternels chez l'enfant à partir de 6 mois. Le second survient chez une population d'adultes jeunes et est en lien avec les pratiques sexuelles oro-génitales.[10],[15],[42],[49],[59].

2.2.4.2.2. Diagnostic de la gingivo-stomatite herpétique

x **Symptomatologie et examen clinique**

La plupart des infections herpétiques sont asymptomatiques. Ainsi, beaucoup d'adultes sont porteurs du virus herpétique sans en avoir connaissance.

Dans le cas contraire, le tableau clinique est d'apparition brutale avec les signes suivants :

- altération de l'état général avec douleurs, fièvre, asthénie, adénopathies cervicales, hypersialorrhée et dysphagie importante,
- l'examen clinique intra-buccal montre un tableau de gingivite aiguë douloureuse, et la présence sur la muqueuse buccale d'érosions post-vésiculeuses grisâtres, arrondies, à liseré rouge, de 2 à 4 mm de diamètre,
- ces érosions évoluent ensuite pour atteindre toute la muqueuse buccale et oropharyngée, et deviennent coalescentes pour former des ulcérations polycycliques recouvertes d'un enduit blanchâtre.



Figure 6: Vésicules herpétiques localisées au niveau de la gencive marginale commençant à devenir coalescentes.[28]

x Examens complémentaires

Le diagnostic sera confirmé par la réalisation d'un cytodiagnostics, suivi d'une seconde sérologie à deux semaines montrant l'élévation du taux d'anticorps, prouvant ainsi le contexte de primo-infection.

x Diagnostics différentiels

Dans certains cas il peut être difficile de distinguer la gingivostomatite herpétique des pathologies suivantes {Citation} :

- une aphtose commune ou miliaire,
- un érythème polymorphe,
- une infection à Coxsackie A16,
- un énanthème de la varicelle,
- un zona,
- des syphilides secondaires.

2.2.4.2.3. Prise en charge de la gingivo-stomatite herpétique

Localement sera réalisé lors de la consultation d'urgence :

- une déterision de la lésion à l'aide de boulettes de cotons imbibées d'eau oxygénée 3%, de chlorhexidine 0,12% ou de povidone iodée 10%, afin d'éliminer les débris de tissu pseudomembraneux,
- un débridement sous pression douce

Le traitement repose également sur la prescription :

- d'un antiviral adapté, c'est à dire l'aciclovir 200 mg par voie orale cinq fois par jour pendant 5 à 10 jours. chez l'enfant la dose est adaptée à 5 mg par kg toutes les huit heures pendant 5 à 10 jours.
- d'antalgiques
- d'antiseptiques locaux

- d'anesthésique topique à base de chlorhydrate de lidocaïne 2% uniquement chez l'enfant de plus de 6 ans.
- de matériel de brossage adapté (brosse à dent chirurgicale)

Une motivation à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire sera également préconisée.

2.3. Les urgences endo-parodontales

2.3.1. Les lésions endo-parodontales

2.3.1.1. Définition

Cette thèse avait pour objectif initial d'apporter aux étudiants et praticiens une aide à la prise en charge des urgences endodontiques et parodontales. Or, ces deux milieux ne sont pas fermés et isolés et doivent être considérés dans leur globalité en intégrant les tissus environnants. La dent et les tissus de soutien qui l'entourent forment une unité biologique et anatomo-physiologique au sein de laquelle existent de nombreuses voies de communication donnant sens à l'expression « continuum endo-parodontal » [25],[39],[43]

Décrites à partir des années 1960, les pathologies endo-parodontales constituent un réel dilemme pour les auteurs et praticiens tant en raison de leur multiplicité que de la complexité de leur diagnostic et de leur prise en charge. [13],[44],[48]

Qu'elles soient d'origine endodontique ou parodontale, ces lésions aboutissent à l'atteinte du parodonte profond, le plus souvent avec le développement de la parodontite apicale décrite précédemment. [57]

Nous ne réaliserons pas un répertoire exhaustif de ces lésions, mais tenterons de décrire au mieux leur processus et la prise en charge des formes aiguës qu'elles sont susceptibles de revêtir.

2.3.1.1.1. Les voies de communication endo-parodontales

Les voies de communication entre l'endodonte et le parodonte peuvent être classées en deux catégories : les voies de communication anatomiques et les voies de communication non physiologiques.[39],[53]

x **Les voies de communication anatomiques :**

Elles sont liées au développement embryonnaire de l'organe dentaire et correspondent aux voies de communication suivantes [44]:

- les canaux latéraux et accessoires,
- l'espace inter-radulaire et notamment la zone de furcation,
- le foramen apical,
- les tubulis dentinaires.

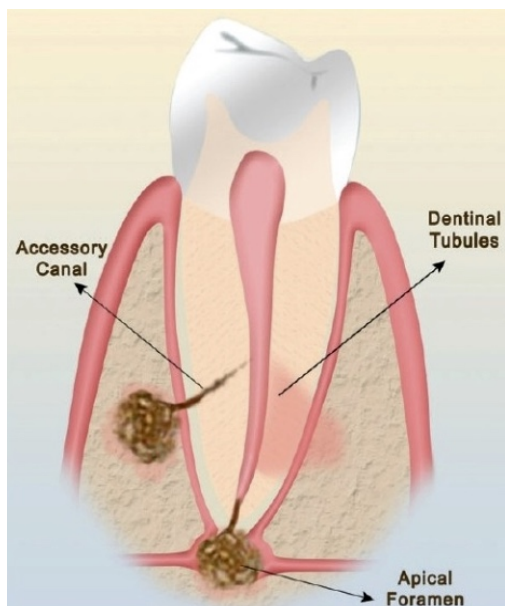


Figure 7 : Illustration représentant les voies de communication anatomiques entre endodonte et parodonte:le foramen apical, les canaux latéraux et accessoires et les tubules dentinaires. [43]

x Les voies de communication non physiologiques :

Le deuxième groupe correspond aux voies de communication non physiologiques, ou iatrogènes, à savoir :

- les perforations iatrogènes,
- les fêlures et fractures radiculaires,
- les résorptions radiculaires externes ou internes,
- les traumatismes [30],[56]

2.3.1.1.2. Classification des lésions endo-parodontales

De nombreux auteurs ont tenté d'établir une classification des atteintes endo-parodontales dont les plus connues sont les suivantes :[5],[25],[47]

x La classification de Simon, Glick et Franck datant de 1972 est la plus largement utilisée. Elle s'appuie sur l'origine et la progression des lésions :

- 1/ Lésion endodontique pure
- 2/ Lésion endodontique primaire avec atteinte parodontale secondaire
- 3/ Lésion parodontale pure
- 4/ Lésion parodontale primaire avec atteinte endodontique secondaire
- 5/ Lésion endodontique et parodontale associées
- 6/ Lésion endodontique et parodontale combinées

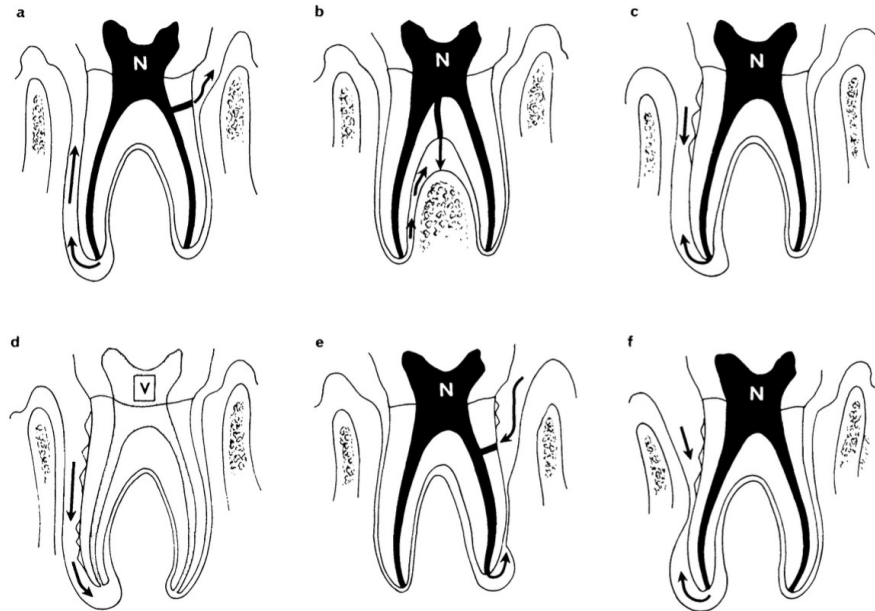


Figure 8 : les lésions endo-parodontales selon Simon, Glick et Franck.

- a) Lésion endodontique avec fistulisation desmondontale via l'apex ou un canal latéral. b) Fistulisation dans la zone de furcation avec lésion inter-radriculaire. c) Lésion endodontique primaire avec atteinte parodontale secondaire. L'implication parodontale créée à terme une migration apicale du tartre de la zone cervicale vers la région péri-apicale. d) Lésion parodontale progressant vers la région péri-apicale, avant l'atteinte endodontique. La pulpe est encore vitale. e) Lésion parodontale primaire avec atteinte endodontique secondaire via un canal latéral. La nécrose pulpaire résultante atteinte le péri-apex. f) Lésions endo-parodontale combinée vraie : coalescence des lésions endodontique et parodontale. [47]

x En 1996, Torabinejad et Trope ont établi une classification simplifiée, basée sur l'origine du défaut parodontal existant :

- 1/ Lésion d'origine endodontique
- 2/ Lésion d'origine parodontale
- 3/ Lésion endo-parodontale combinée proprement dite avec deux distinctions :
 1. Lésion concomitante sans communication
 2. Lésion concomitante avec communication

- x Plus récemment, en 2004, Gulabivala et Darbar ont élaboré une classification fondée davantage sur l'aspect clinique et épidémiologique : [39]

1/Lésion d'origine endodontique pure : Elle regroupe les différentes formes de parodontites apicales.

2/ Lésion d'origine parodontale :Elles démarrent au niveau du parodonte superficiel et évoluent progressivement en direction apicale.

3/ Lésion endo-parodontale combinée proprement dite :

- à démarrage endodontique et parodontal concomitants qui aboutissent à la rencontre,
- d'origine endodontique évoluant vers le parodonte,
- très rarement voire hypothétiquement pour certain auteurs : lésion d'origine parodontale évoluant vers l'endodonte.

2.3.1.2. Diagnostic des lésions endo-parodontales

Le diagnostic positif des lésions endo-parodontales dites « vraies » repose essentiellement sur l'anamnèse et les données de l'examen clinique.

L'interrogatoire et l'examen clinique doivent être menés avec rigueur. Les données recueillies apportent des indices précieux dans la détermination de l'étiologie de la lésion et donc dans la décision thérapeutique et l'évaluation du pronostic de la dent.[53]

2.3.1.2.1. Anamnèse

Connaître le patient et ses antécédents, notamment dentaires et parodontaux, peut nous apporter des indications sur l'origine de la lésion et, par voie de conséquence, sur la prise en charge et le pronostic de celle-ci.[25],[43]

Les symptômes rapportés par le patient lors de la consultation d'urgence peuvent être à la fois en faveur d'une étiologie parodontale et/ou endodontique :

- douleur pulsatile et irradiante,
- douleur à la mastication,
- sensation de mobilité et de dent longue.

2.3.1.2.2. Examen clinique

x **Examen visuel :**

L'examen exo-buccal est généralement non significatif.

L'examen endo-buccal vient ensuite. Il y est recherché la présence d'éventuelles caries, reconstitutions défectueuses, dyschromies, fractures, fêlures, ou autre témoin d'une perte d'étanchéité au niveau de l'organe pulpaire.

Les muqueuses et le parodonte, leur degré d'inflammation, et la présence éventuelle de fistule sont également observés.

x **Tests cliniques :**

- Les tests de percussion et de palpation sont généralement positifs et douloureux, en raison de l'état d'inflammation et/ou infectieux de la région péri-apicale.
- Les tests de vitalité pulpaire sont déterminants et indispensables pour confirmer le diagnostic. Dans le cas des lésions endo-parodontales « vraies », il sont en général négatifs en raison de l'état de nécrose pulpaire. Cependant, celui-ci n'est pas toujours significatif et l'est d'autant moins dans le cas des dents pluri-radiculées où la lésion endo-parodontale peut n'être liée qu'à une seule racine. [13]
- La mobilité de la dent causale peut être augmentée. L'examen des mobilités dentaires peut nous orienter vers une étiologie parodontale lorsque celles-ci sont supérieures à la normale et généralisées à plusieurs dents au sein des deux arcades.

x **Sondage parodontal :**

Le sondage parodontal représente pour certains auteurs l'élément le plus important du diagnostic. Il doit être complet et systématique, en introduisant la sonde parodontale de proche en proche dans le sillon gingivo-dentaire.

Le sondage nous donne des indications sur la morphologie du défaut :

- un sondage normal signe l'absence d'atteinte parodontale et est en faveur de l'infirmité du diagnostic,
- un sondage arciforme en « U » est retrouvé en cas de poche parodontale,
- un sondage ponctiforme en « V » peut traduire d'une part la présence d'une lésion d'origine endodontique s'évacuant via une fistule dans le desmodonte. Il peut être également le signe d'une fracture radiculaire,
- la présence simultanée de sondages arciforme et ponctiforme témoigne d'une lésion endo-parodontale « vraie ».[25],[44]

2.3.1.2.3. Examens complémentaires

La radiographie péri-apicale permet de mettre en évidence des anomalies coronaires (lésion carieuse, restauration défectueuse), radiculaires (fracture, résorption, lésion lytique angulaire, alvéolyse, lésion inter-radiculaire), et une radio-clarté périapicale.

En présence de fistule, desmodontale ou alvéolaire, l'introduction d'un cône de gutta percha avant l'examen radiologique permet de visualiser le trajet de celle-ci et d'identifier la dent causale. [44]

2.3.1.3. Prise en charge des lésions endo-parodontales

Le traitement des lésions endo-parodontales combinées repose sur une thérapeutique mixte en raison de leur double étiopathogénie.

La première étape consiste toujours à assainir l'endodonte en réalisant l'ouverture de la chambre pulpaire puis la mise en forme et la désinfection canalaire.

Cette thérapeutique présente un double intérêt : elle permet de soulager le patient en évacuant la pression contenue dans le système canalaire, et d'éviter de compromettre le traitement parodontal par une recontamination du parodonte par le contenu de l'endodonte. L'obturation définitive peut être réalisée immédiatement si un bon assèchement est obtenu. Ce traitement peut être suffisant dans le cas de lésion endo-parodontale à prédominance endodontique.

Dans les autres cas, la deuxième étape du traitement consiste en la réalisation d'un débridement du parodonte.

En cas d'abcès parodontal ou péri-apical concomitant, l'assèchement du système canalaire pourra être insuffisant, et une médication à l'hydroxyde de calcium est alors appliquée dans le canal. Ensuite, le débridement et la désinfection de la lésion parodontale sont réalisés. Le traitement endodontique est terminé ultérieurement.

3. Conception des fiches pédagogiques

3.1. Généralités

Les urgences dentaires sont nombreuses et leurs diagnostics bien souvent complexes et biaisés par l'existence de nombreux diagnostics différentiels. Aussi, étudiant ou praticien peuvent être confrontés au risque d'erreur d'appréciation et donc de prise en charge, avec en conséquence une perte de chance possible pour le patient.

3.2. Objectifs

L'objectif de ce travail est d'apporter, grâce à l'élaboration d'un support éducatif, une aide au diagnostic et à la prise en charge des principales urgences endodontiques et parodontales rencontrées au cabinet dentaire et lors des consultations au centre de soins de la faculté.

Le support se présente sous forme de fiches pédagogiques correspondant à chacune des pathologies précédemment décrites dans cet exposé. L'un des objectifs principaux est de synthétiser le contenu de chaque fiche pour obtenir l'information sur une seule page, en veillant à ne pas tronquer celle-ci de façon à permettre une lecture rapide pour une prise de décision dans un contexte d'urgence.

3.3. Public concerné

Ce guide pédagogique est destiné à l'usage des étudiants en chirurgie dentaire initiant leur formation clinique, à partir de la quatrième année d'études. Il sera également destiné à des praticiens souhaitant compléter leur formation continue ou trouver une aide pour leur gestion des urgences.

3.4. Cahier des charges

3.4.1. Les enjeux de la rédaction

L'enjeu de la rédaction réside dans l'élaboration de fiches claires, percutantes, synthétiques, et agréables à lire pour permettre à l'étudiant ou au praticien une consultation rapide et aisée, en amont ou au cours d'une séance clinique.

Elles doivent pour cela respecter des règles de conception concernant leur mise en forme et la disposition des éléments qu'elles contiennent :

- ces fiches seront réalisées dans le respect d'une structure commune dans le but d'obtenir une cohérence visuelle de l'ensemble du support,
- on privilégiera une police simple et lisible,
- les points importants seront mis en évidence,
- on favorisera les listes aux phrases complexes en éliminant les notions inutiles, tout en veillant à ne pas altérer la compréhension du texte,
- le format sera facilement accessible et reproductible.

Pour la réalisation des fiches, le logiciel Open Office Draw sera utilisé.

Les fiches seront disponibles au format papier ou pdf pour une consultation sur ordinateur ou tablette.

3.4.2. Le choix des couleurs

Le choix des couleurs revêt également une importance primordiale pour la clarté et la compréhension des fiches. Celui-ci a un double intérêt.

D'une part, la création d'un code couleur permet de créer une charte graphique permettant au lecteur de se repérer plus aisément dans la consultation du guide.

En second lieu, les couleurs ont une signification instinctive pour l'individu qui les associe inconsciemment à des thèmes particuliers.

Dans le domaine de la santé, le **bleu** est une couleur largement utilisée. Elle représente une idée de neutralité, de clarté et de vérité permettant de faire passer un message universel.

Le **rouge**, en revanche est une teinte puissante, percutante, voire agressive pour l'oeil de l'individu. Elle peut évoquer une idée de danger ou d'importance.

La couleur **orange** est évocatrice d'énergie et d'interdit. Son utilisation dans le domaine de la santé permet de mettre l'accent sur des données importantes, voire de danger.

La couleur **verte** est quant à elle représentative d'équilibre. Elle évoque également l'espoir, la confiance et la sécurité. En ce sens elle est très utilisée dans le domaine pharmaceutique.

Des nuances de ces couleurs primaires permettront la création de « rubriques » et de niveaux d'importance apportant de la clarté au support. [26],[52],[51]

3.4.3. Guide à l'usage pour la lecture des fiches

Pour permettre une lecture fluide et compréhensible, le degré d'importance des données sera matérialisé grâce à l'utilisation de styles et de couleurs de polices variées et facilement repérables :

- les éléments pathognomoniques seront représentés en style gras et de couleur rouge,
- les éléments importants seront signalés en style gras,
- les éléments inconstants du diagnostique seront en style italique.

3.5. Les fiches pédagogiques



L'ABCÈS PARODONTAL

Diagnostic

- Douleur
- **Tuméfaction** gingivale localisée, rouge, +/- circonscrite
- **Halitose**
- **Présence de poche parodontale**
- **Mobilité** dentaire exacerbée
- **Sensibilité** à la percussion et à la mastication
- **Tests de vitalité pulpaire positifs**
- *Fistule*
- *Suppuration spontanée ou provoquée (sondage, pression)*
- *Saignements spontanés ou provoqués (sondage, pression)*
- *Signes généraux* (fièvre, asthénie, adénopathies, leucocytose)



L'intensité des signes et symptômes de l'abcès parodontal est nettement supérieure si la poche parodontale est fermée et non fistulisée en raison de l'absence de voie de drainage.

TESTS :

Percussion : + douloureuse
Palpation : + douloureuse
Vitalité: +

Diagnostiques différentiels

ABCÈS PÉRIAPICAL

Test de vitalité pulpaire -

Prise en charge

- **Débridement** sous pression douce
- **Drainage** (voie sulculaire ou incision)
- **Irrigation** (chlorhexidine 0,12% / eau oxygénée 10vol. / Bétadine)

Prescriptions :



- **Bain de bouche** à base de Chlorhexidine 0,12%
- **Antalgiques** : paracétamol voire paracétamol codéiné
- **Antibiothérapie** si risque infectieux et/ou signes généraux



L'ABCÈS GINGIVAL

Diagnostic

- **Douleur** ou inconfort
- **Tuméfaction** gingivale marginale localisée, rouge, de forme ovoïde
- **Halitose**
- **Sensibilité à la percussion et à la mastication**
- **Tests de vitalité pulpaire positifs**
- **Souvent associé à un syndrome du septum** ⚠
- *Suppuration*
- *Fistule*
- *Saignements* spontanés ou provoqués (sondage, pression)
- *Signes généraux* possibles (fièvre, asthénie, adénopathies, leucocytose)

TESTS :

Percu : + douloureuse
Palpation : + douloureuse
Vitalité : +

Diagnostiques différentiels :

ABCÈS PÉRIAPICAL
Test de vitalité pulpaire -

Prise en charge

- **Débridement** sous pression douce
- **Drainage** (voie sulculaire ou incision)
- **Irrigation** (chlorhexidine 0,12% / eau oxygénée 10vol. / Bétadine)

Prescriptions :



- Bain de bouche à base de Chlorhexidine 0,12%
- Antalgiques : paracétamol
- Antibiothérapie si risque infectieux et/ou signes généraux



LA PÉRICORONARITE AIGÛE CONGESTIVE

Diagnostic

- **Douleur** spontanée
- **Inflammation** gingivale localisée (rougeur, oedème, aspect lisse)
- Cuspides +/- visibles + **capuchon muqueux** +/- empreintes des cuspides antagonistes
- **Pression douloureuse** avec écoulement séro-sanguant

Prise en charge

- **Anesthésie** locale ou de contact
- **Débridement** sous pression douce
- **Détersion** (Chlorhexidine 0,12% / Eau oxygénée 3% / Bétadine)



Prescriptions :

- Bain de bouche à base de Chlorhexidine 0,12%
- Antalgiques

Évolution

- Régression spontanée
- Récidive
- Complication : Péricoronarite aigüe suppurée



LA PÉRICORONARITE AIGÛE SUPPURÉE

Diagnostic

- **Douleur intense**, insomnante, irradiante + otalgie
- **Inflammation gingivale** localisée (rougeur, oedème aspect lisse)
- Cuspides +/- visibles + **capuchon muqueux** +/- empreintes des cuspides antagonistes
- **Halitose**
- Suppuration spontanée ou provoquée à la pression
- Lésions ulcéreuses
- Signes généraux : trismus, dysphagie, adénopathies, fièvre, asthénie

Prise en charge

- Anesthésie locale ou de contact
- **Débridement** sous pression douce
- **Détersion** (Chlorhexidine 0,12% / Eau oxygénée 3% / Bétadine)
- **Drainage** : si collection visible et fluctuante

Prescriptions :



- Bain de bouche à base de Chlorhexidine 0,12%
- Antalgiques
- Antibiothérapie si : signes généraux et/ou risque(s) infectieux

En différé : avulsion de la dent si évolution sur l'arcade défavorable

Évolution

- Récidive
- Péricoronarite chronique
- Éruption totale de la dent sur l'arcade



L'ABCÈS PÉRIAPICAL

Diagnostic

- **Douleur intense**, continue, lancinante
- **Douleur à la mastication**, à la **pression légère et au toucher**
- **Sensation de mobilité de la dent causale et de dent longue**
- **Inflammation gingivale** (rougeur, oedème, aspect lisse)
- **Palpation des tables osseuses douloureuse**
- **Test de percussion +**
- **Test de vitalité pulpaire -**
- *Tuméfaction* intra ou extra buccale circonscrite
- **Signes généraux** : adénopathies, fièvre, asthénie

Examens complémentaires :

Radiographie RA : radioclarité apicale

Diagnostiques différentiels :

PULPITE AIGÛE

Test de vitalité pulpaire +
et douloureux
Douleur pulsatile

Prise en charge

- *Anesthésie* locale ou loco-régionale
- **Drainage intra-canalair** : instrumentation et désinfection (hypochlorite de sodium) du ou des canaux
- Obturation provisoire (Hydroxyde de calcium) + pansement d'inter-séance
- Mise en sous occlusion de la dent
- Si endodonte inaccessible : prescription antibiotique ou drainage par trépanation de l'os alvéolaire

Prescriptions :



- **Antalgiques**
- **Antibiothérapie** si : signes généraux et/ou risque(s) infectieux



LES MALADIES ULCÉRO-NÉCROTIQUES

Diagnostic

- **Douleur intense**
- **Halitose**
- **Enduit pseudo-membraneux** (signe de l'ulcération gingivale)
- **Gingivorragie** +/- spontanée
- **Perte d'attache +/- profonde** : poches parodontales, récessions gingivales, **cratères inter-proximaux**
- **Présence de tissus nécrotiques**
- **Signes généraux** : adénopathies, fièvre, asthénie

Examens complémentaires :

- **Bilan biologique sanguin** :
Sérologies, marqueurs de l'immunité,
Bilan vitaminique et nutritionnel..

Diagnostiques différentiels :

- Gingivo-stomatite herpétique aiguë
- Gingivite desquamative
- Agranulocytose
- Leucémie
- Noma
- Gingivite aiguë

Prise en charge

- **Anesthésie** locale ou loco-régionale
- **Détersion** : peroxyde d'hydrogène ou chlorhexidine ou bétadine
- **Débridement** supra-gingival si possible

Prescriptions :



- **Antalgiques**
- **Bain de bouche** à base de Chlorhexidine 0,12%
- **Antibiothérapie** : amoxicilline 1,5 à 2g/jour + métronidazole 750mg/jour pendant 8 à 10 jours (si allergie aux pénicillines : métronidazole 1,5g/jour pendant 8 à 10 jours)



LE SYNDROME DU SEPTUM

Diagnostic

- **Douleur intense, continue, pulsatile**
- **Douleur à la mastication et à la pression**
- **Inflammation de la papille** (rougeur, tuméfaction)
- **Point de contact défectueux**
- **Sensibilité à la percussion**
- *Exsudat purulent*
- Gingivorragie

Examens complémentaires :

- **Radiographie RA :**
Mise en évidence du défaut de point de contact

Diagnostiques différentiels :

LA PULPITE :

Papille « normale »
test de vitalité subnormal

Prise en charge

Immédiate :

- Débridement supra-gingival sous pression douce
- Application locale d'antiseptique
- Curetage et pose de pansement provisoire



Prescriptions :

- **Antalgiques**
- **Bain de bouche** à base de Chlorhexidine 0,12%

À court terme : Réfection du point de contact défectueux



LES GINGIVORRAGIES ET INFLAMMATIONS GINGIVALES AIGÛES

Diagnostic

- **Douleur intense**
- **Inflammation gingivale (érythème, tuméfaction, aspect lisse)**
- **Saignement +/- abondant**
- **Prurit**
- **Sensation de brûlure**

Diagnostcs différentiels :

- maladie parodontale ulcéro-nécrotique



Penser à la présence d'une pathologie générale :

Hématologique, auto-immune, dégénérative, dys-immunitaire, Cancéreuse...

Prise en charge

- Anamnèse complète à la recherche d'une étiologie générale
- Débridement sous pression douce
- Conseils d'hygiène bucco dentaire
- Suivi jusqu'à résolution des signes ou prise en charge spécialisée



Prise de contact avec le médecin traitant

Prescriptions :



- **Antalgiques**
- **Bain de bouche** à base de Chlhorexidine 0,12%
- **Antibiothérapie** : si signes généraux et/ou risque(s) infectieux
- **Bilan biologique sanguin complet**



LA GINGIVOSTOMATITE HERPÉTIQUE

Diagnostic

- **Douleur intense**
- **Inflammation Gingivale aigüe**
- **Lésions érosives** post vésiculeuses, grisâtres, arrondies, à liseré rouge, de 2 à 4 mm de diamètre
- Puis : diffusion (à la muqueuse buccale et oropharyngée) et coalescence des lésions = **ulcérations polycycliques + enduit blanchâtre**

Examens complémentaires :

Cyodiagnostic + sérologie à 2 semaines pour confirmer la primo infection à HSV

Diagnostiques différentiels :

- Aptose
- Érythème polymorphe
- Infection à coxsackie A16
- Énanthème de la varicelle
 - Zona
- Syphillides secondaires

Prise en charge

Prescriptions :



- **Antiviral** : **Aciclovir** 200mg x 5/ jour pendant 5 à 10 jours (enfant : 5mg/kg toutes les 8h pendant 5 à 10 jours)
- **Antalgiques** de Palier I (paracétamol) voire Palier II (paracétamol codéiné)
- **Antiseptique local** : Bétadine, Eau oxygénée, solution à base d'hypochlorite de sodium (Dakin)
- **Anesthésique topique** à base de chlorhydrate de lidocaïne 2% (si > 6 ans)
- **Bain de bouche** à base de Chlorhexidine 0,12%



LA PULPITE RÉVERSIBLE

Diagnostic

- Présence de lésion carieuse / traumatique / reconstitution défectueuse
- Douleur **provoquée** au chaud, au froid et à l'alimentation sucrée, **cessant à l'arrêt du stimulus**
- **Tests de sensibilité pulpaire positifs et douloureux et cessant à l'arrêt du stimulus**

Examens complémentaires :

RA : mise en évidence du défaut à l'origine de la lésion

Diagnostiques différentiels :

- syndrome du septum

Prise en charge

- Suppression de l'irritant à l'origine de l'hyperhémie pulpaire
- Restauration étanche de la dent



La vitalité pulpaire est conservée



LA PULPITE IRRÉVERSIBLE

Diagnostic

- Douleur intense, spontanée, pulsatile, insomnante, irradiante, ne cédant pas à la prise d'antalgiques
- Présence de lésion carieuse / traumatique / reconstitution défectueuse
- Tests de sensibilité pulpaire positifs et très douloureux, la douleur persistant après l'arrêt de l'application du stimulus

Examens complémentaires :

RA : mise en évidence du défaut à l'origine de la lésion

Diagnostics différentiels :

- syndrome du septum

Prise en charge

- **Pulpectomie**
- Obturation canalaire si assèchement obtenu **ou** hydroxyde de calcium et obturation provisoire



LA LÉSION ENDO-PARODONTALE COMBINÉE

Diagnostic

- Témoin de **perte d'étanchéité** au niveau de l'organe pulpaire (caries, reconstitution défectueuse, dyschromie, fêlure/fracture...)
- **Test de palpation et percussion + et douloureux** (inflammation péri-apicale)
- **Tests de vitalité pulpaire généralement négatifs** (nécrose pulpaire) mais peut être biaisé (pluri-radiculée)
- **Mobilité dentaire augmentée**
- **Inflammation parodontale**
- *Fistule*



Le sondage parodontal :

Présence simultanée de sondage arciforme en « U » et punctiforme en « V ».

Examens complémentaires :

RA :

mise en évidence d'anomalie(s) coronaire(s)/
radiculaire(s) / radio-clarté péri-apicale

Prise en charge

- 1) **Assainissement de l'endodonte** : ouverture de chambre, mise en forme et désinfection canalaire +/- obturation si assèchement obtenu **ou** pose hydroxyde de calcium + pansement provisoire
- 2) **Débridement du parodonte**

Conclusion

Les urgences endo-parodontales représentent un motif fréquent de consultation et une part non négligeable de l'ensemble des urgences bucco-dentaires. Leur gestion est donc un réel enjeu pour le chirurgien dentiste ainsi que pour l'étudiant débutant l'exercice clinique dont le rôle immédiat est de soulager et rassurer le patient.

Ces situations nécessitent des connaissances cliniques aiguisées pour établir un diagnostic précis et rapide, et administrer une thérapeutique efficace et adaptée au contexte du rendez-vous d'urgence.

L'objectif de cette thèse est de fournir aux chirurgiens dentistes et étudiants un outil pédagogique leur permettant d'appréhender la prise en charge des patients consultant au cabinet ou au centre de soins de la faculté au motif d'une urgence endo-parodontale.

Ce guide, réalisé sous la forme de fiches pédagogiques synthétiques, ne constitue pas un répertoire exhaustif de l'ensemble des urgences endo-parodontales décrites dans la littérature actuellement. Aussi il pourrait être intéressant de le développer et de l'appliquer aux autres disciplines de la chirurgie dentaire.

Table des figures

Figure 1 : Illustration d'une lésion inflammatoire péri-apicale. Une lésion carieuse permet l'entrée et la progression des bactéries via le tissu pulpaire jusqu'à la région péri-apicale.[57]

Figure 2: abcès parodontal au niveau d'une poche fermée. [28]

Figure 3 : Illustration d'un kyste d'éruption dont l'ouverture provoque la péricoronarite. [41]

Figure 4 : péricoronarite aiguë suppurée associée à un accident d'éruption de la troisième molaire mandibulaire droite.[28]

Figure 5 : photographie intra-buccale d'une parodontite ulcéro-nécrotique. [28]

Figure 6: Vésicules herpétiques localisées au niveau de la gencive marginale commençant à devenir coalescentes.[28]

Figure 7 : Illustration représentant les voies de communication anatomiques entre endodonte et parodonte.[43]

Figure 8 : les lésions endo-parodontales selon Simon, Glick et Franck. [47]

Références bibliographiques

1. Abbott P, Salgado JC. Strategies for the endodontic management of concurrent endodontic and periodontal diseases. *Aust Dent J*. 1 sept 2009;54:S70-85.
2. Abbott PV. Classification, diagnosis and clinical manifestations of apical periodontitis. *Endod Top*. juill 2004;8(1):36-54.
3. Afssaps. Recommandations de prescription antibiotique [Internet]. 2011 juill. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/06/Antibiotherapie-curative.pdf>
4. Ahossi V, Perrot G, They L, Potard G, Perrin D. Urgences odontologiques. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitement025-43637](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/datatraitement/025-43637) [Internet]. 3 déc 2007 [consulté le 6 déc 2017]; Disponible sur: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/67915/resultatrecherche/18](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/67915/resultatrecherche/18)
5. Al-Fouzan KS. A New Classification of Endodontic-Periodontal Lesions. *Int J Dent*. 2014;2014:1-5.
6. Anagnostou F, Jazouli LI, Cohen N, Azogui-Lévy S. Maladies parodontales et état de santé général. 2 mars 2011 [consulté le 22 janv 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/282800/resultatrecherche/127>
7. ansm.sante.fr. Odonto - Stomatologie - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [consulté le 26 févr 2018]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Odonto-Stomatologie/\(offset\)/5](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Odonto-Stomatologie/(offset)/5)
8. Armitage GC. Classifying periodontal diseases – a long-standing dilemma. *Periodontol* 2000. 1 oct 2002;30(1):9-23.
9. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux. Risques médicaux: guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste : mise à jour 2016 sur 14 risques. Paris, France: Association dentaire française; 2016. 56 p.
10. Bailleul-Forestier I, Naulin-Ifi C. Parodonte de l'enfant. 22 déc 2016 [consulté le 28 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1097923/resultatrecherche/2>
11. Barkhordar RA. Treatment of Endodontically and Periodontally Involved Teeth: A Case Report. *J Periodontol*. juill 1988;59(7):469-71.
12. Bascones-Martínez A, Escribano-Bermejo M. Enfermedad periodontal necrosante: una manifestación de trastornos sistémicos. *Med Clínica*. nov 2005;125(18):706-13.

13. Blanchard SB, Almasri A, Gray JL. Periodontal-Endodontic Lesion of a Three-Rooted Maxillary Premolar: Report of a Case. *J Periodontol*. 10 mars 2010;81(5):783-8.
14. Boschin F, Boutigny H, Delcourt-Debruyne E. Maladies gingivales induites par la plaque. 22 déc 2016 [consulté le 6 déc 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1097922/resultatrecherche/1>
15. Boucher Y, Cohen E, Agbo-Godeau S, Anagnostou F, Arreto CD, Azerad J. Urgences dentaires et médicales: conduites à tenir : prévention chez le patient à risque. Rueil-Malmaison, France: Éditions CdP; 2007. xix+379.
16. Catros S, Prudence M, Lérici S, Fricain J-C. Un cas de stomatite nécrosante : noma des pays riches ? *Médecine Buccale Chir Buccale*. janv 2014;20(1):27-34.
17. Cope A, Francis N, Wood F, Mann MK, Chestnutt IG. Systemic antibiotics for symptomatic apical periodontitis and acute apical abscess in adults. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [consulté le 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com.doc-distant.univ-lille2.fr/doi/10.1002/14651858.CD010136.pub2/abstract>
18. Davido N, Toledo-Arenas R. Foyers infectieux dentaires et complications. 22 avr 2010 [consulté le 28 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/249766/resultatrecherche/3>
19. DeAngelis AF, Barrowman RA, Harrod R, Nastri AL. Maxillofacial emergencies: Oral pain and odontogenic infections. *Emerg Med Australas*. août 2014;26(4):336-42.
20. Delamare J. Dictionnaire abrégé des termes de médecine. Paris, France: Maloine; 2012. 519; 16 p.
21. Descroix V, Yasukawa K. Les médicaments en odonto-stomatologie. Paris, France: Maloine; 2005. xii+330.
22. Dictionnaire Larousse. Urgence. In: Larousse [Internet]. Larousse Editions. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704?q=urgence#79758>
23. Dongari A, Lambrianidis T. Periodontally derived pulpal lesions. *Endod Dent Traumatol*. avr 1988;4(2):49-54.
24. Duyninh T, Jame O, Bousquet P, Gibert P, Orti V. Classification des maladies parodontales. *EMC - Odontol*. 1 mars 2005;1(1):58-66.
25. Elfarouki M, Khilil N, Benkirane I, Kissa J. Les lésions endo-parodontales vraies, démarche diagnostique et thérapeutique: A propos d'un cas | Cas clinique [Internet]. [consulté le 28 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.lecourrierdudentiste.com/cas-clinique/les-lesions-endo-parodontales-vraies-demarche-diagnostique-et-therapeutique-a-propos-dun-cas.html>
26. evolutiongraphique.com. La signification cachée des couleurs en communication visuelle [Internet]. Évolution Graphique. [consulté le 9 mars 2018]. Disponible sur:

<http://evolutiongraphique.com/la-signification-cachee-des-couleurs-en-communication-visuelle/>

27. Giusti M, Bouat V, Gibert P, Orti V. Radiodiagnostic des maladies parodontales. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesmb28-66372](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/traitemb28-66372) [Internet]. 23 déc 2016 [consulté le 22 janv 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1098331/resultatrecherche/192>
28. Herrera D, Alonso B, de Arriba L, Santa Cruz I, Serrano C, Sanz M. Acute periodontal lesions. *Periodontol* 2000. 1 juin 2014;65(1):149-77.
29. Herrera D, Roldán S, Sanz M. The periodontal abscess: a review. *J Clin Periodontol*. juin 2000;27(6):377-86.
30. Jivoinovici R, Suciú I, Dimitriu B, Perlea P, Bartok R, Malita M, et al. Endo-periodontal lesion – endodontic approach. *J Med Life*. 2014;7(4):542-4.
31. Lafon A, Larras P, Ahossi V. Urgences odontologiques. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesug025-65330](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/traitesug025-65330) [Internet]. 23 févr 2018 [consulté le 23 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1198204/resultatrecherche/46>
32. Lasfargues J-J, éditeur. Concepts cliniques en endodontie: l'essentiel de « Réalités cliniques ». Paris, France: Éditions SNPMD; 2005. 168 p.
33. Leao J, Ingafou M, Khan A, Scully C, Porter S. Desquamative gingivitis: retrospective analysis of disease associations of a large cohort. *Oral Dis*. 1 sept 2008;14(6):556-60.
34. Loesche WJ, Syed SA, Laughon BE, Stoll J. The Bacteriology of Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis. *J Periodontol*. 1 avr 1982;53(4):223-30.
35. Malek R, Gharibi A, Khlil N, Kissa J. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Contemp Clin Dent*. 2017;8(3):496.
36. Murayama Y, Kurihara H, Nagai A, Dompkowski D, Van Dyke TE. Acute necrotizing ulcerative gingivitis: risk factors involving host defense mechanisms. *Periodontol* 2000. 1 oct 1994;6(1):116-24.
37. Muster D. Antiseptiques en chirurgie dentaire et stomatologie. 22 déc 2016 [consulté le 28 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1097949/resultatrecherche/4>
38. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, éditeurs. Carranza's clinical periodontology. Philadelphia, Etats-Unis d'Amérique: W. B. Saunders; 2006. xxxvi+1286.
39. Ouchène Y, Collignon A-M, Bouter D. Perio-endo lesions: therapeutic approach. [Internet]. [consulté le 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/18043429-Lesions-endoparodontales-approche-therapeutique-perio-endo-lesions-therapeutic-approach-yasmina-ouchene-1-anne-margaux-collignon-2-denis-bouter-3.html>

40. Pereira S. Les urgences en parodontologie [Internet]. [consulté le 17 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ifcia-antoun.com/fr/publications/autres/0112-Les-urgences-en-parodontologie>
41. Peron J-M. Accidents d'évolution des dents de sagesse. EMC - Dent. 1 mai 2004;1(2):147-58.
42. Piette É, Billet J, Montreuil CB de. Manifestations buccopharyngées des dermatoses. [consulté le 12 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1281/resultatrecherche/1>
43. Raja Vs, Emmadi P, Namasivayam A, Thyegarajan R, Rajaraman V. The periodontal - endodontic continuum: A review. J Conserv Dent. 2008;11(2):54.
44. Rangé H. Les relations complexes entre parodonte et endodonte. - 2007 - Tome 36 - N°3 - Revue Odonto Stomatologique - SOP [Internet]. [consulté le 26 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.sop.asso.fr/revue-odonto-stomatologique/209-les-relations-complexes-entre-parodonte-et-endodonte/>
45. Robinson J-J, Giraud O, Santos SD, Turlotte S, Fieschi J-M. Urgences dentaires dans la pratique quotidienne. 22 déc 2016 [consulté le 23 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1098004/resultatrecherche/12>
46. Schaudel F, Lutz J-C. Accidents d'évolution des dents de sagesse. [consulté le 22 janv 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1098266/resultatrecherche/206>
47. Simon JHS, Glick DH, Frank AL. The Relationship of Endodontic-Periodontic Lesions. J Periodontol. 1 avr 1972;43(4):202-8.
48. Simon S, Machtou P, Pertot W-J, Friedman S. Endodontie. Rueil-Malmaison, France: Editions CdP; 2012. xxv+514.
49. Slots J. Herpesviral–bacterial interactions in periodontal diseases: Herpesviral–bacterial interactions. Periodontol 2000. févr 2010;52(1):117-40.
50. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. Médecine Buccale Chir Buccale. août 2012;18(3):251-314.
51. soledadcrea.com. La signification des couleurs en santé [Internet]. Soledad. 2016 [consulté le 28 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.soledadcrea.com/signification-couleurs-sante/>
52. Spièce C, Frérotte M, Vandoorne C, Grignard S. Créer un outil pédagogique en santé : guide méthodologique [Internet]. [consulté le 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.creerunoutil.be/>
53. Stock CJR, Gulabivala K, Walker RT. Endodontics. London, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: Mosby-Wolfe; 2004. ix+324.

54. Toledo Arenas R, Descroix V. Urgences odontologiques. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson, DL 2010; 2010. xii+159.
55. ufsbd.fr. UFSBD [Internet]. UFSBD. [consulté le 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-pro/notre-accompagnement/nos-fiches-pratiques/>
56. Zehnder M, Gold SI, Hasselgren G. Pathologic interactions in pulpal and periodontal tissues. J Clin Periodontol. août 2002;29(8):663-71.
57. Zohrabian VM, Abrahams JJ. Inflammatory Diseases of the Teeth and Jaws. Semin Ultrasound CT MRI. 1 oct 2015;36(5):434-43.
58. Parameter On Acute Periodontal Diseases. J Periodontol. mai 2000;71(5-s):863-6.
59. Item 84 – Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents : herpès cutané et muqueux. 4 nov 2008 [consulté le 8 janv 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/187829/resultatrecherche/2>
60. 6 classification des maladies parodontales [Internet]. 2018 [consulté le 16 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.slideshare.net/AbdeldjalilGadra/6-classification-des-maladies-parodontales>

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille 2 : Année 2018 – N°:

Les urgences endo-parodontales : Élaboration d'un support pédagogique / **GALLOIS Céline**.- p. (78) : ill. (*si illustrations*) ; réf. (*nombre de références bibliographiques*).

Domaines : Odontologie Conservatrice-Endodontie ; Parodontologie ; Urgence

Mots clés Rameau : Urgences en odontostomatologie ; parodontopathies ; pulpopathies ; gencives-maladies ; matériel didactique ; guides pratiques et mémentos

Mots clés FmeSH: Traitement d'urgence ; abcès parodontal ; abcès périapical ; parodontite périapicale ; pulpite ; péricoronarite ; gingivite ulcéronécrotique ; hémorragie gingivale ; stomatite herpétique ; matériel d'enseignement

Mots clefs libres : Syndrome du septum ; Fiche pédagogique

Résumé de la thèse en français

Les urgences odontologiques représentent un motif fréquent de consultation au cabinet dentaire. Dououreuses voire invalidantes, elles nécessitent une prise en charge rapide et efficace, basée sur des connaissances cliniques aiguës, pour soulager le patient et enrayer leur évolution. Ces situations cliniques représentent donc un réel enjeu pour le chirurgien-dentiste mais aussi pour l'étudiant débutant sa formation clinique.

Ce travail a pour objectif de décrire les principales urgences endodontiques, parodontales, et endo-parodontales rencontrées au cabinet dentaire. La conception d'un support pédagogique, sous forme de fiches pédagogiques synthétiques, sera réalisée dans la dernière partie afin d'apporter une aide pour la gestion de ces pathologies.

JURY :

Président : Professeur Thomas COLARD

Assesseurs : Docteur Thibault BECAVIN

Docteur Cécile OLEJNIK

Docteur Jérôme ROOSE