

# GRANDE SOIRÉE DE FORMATION ET D'ÉCHANGES INTERPROFESSIONNELS

## AUTOUR DES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES



### COMPRENDRE

ANTICOAGULANTS

DOULEURS

### ORIENTER

RÉGULATION

DIMANCHE

INFECTIONS

TRAUMAS

SENSIBILITÉS

URGENCES

SAMU

JOUR FÉRIÉ

CARDIOPATHIES

ASTREINTE

HÉMORRAGIES

MÉDICATIONS

ANTIBIOTHÉRAPIES

### TRAITER

SOULAGER

### INTERVENANTS

Dr Christophe BARBOU

Chirurgien-Dentiste, exercice libéral, La Rochelle

Dr Paul JAILLAIS

Cardiologue, exercice libéral, Puilboreau

Dr Mariam RONCATO

Chef de service Médecine interne, CH de La Rochelle

## INVITATION

MARDI 2 AVRIL 2024

19H00 À LA ROCHELLE

LA SOIRÉE DÉBUTERA PAR UN COCKTAIL

(INSCRIPTION OBLIGATOIRE)

# Le cas extrême d'une femme rappelle l'accès déplorable aux soins dentaires au Royaume-Uni

Ne pouvant pas se permettre se payer un cabinet privé, ni d'attendre « trois ans » pour avoir un rendez-vous avec un dentiste du NHS, le service de santé public, Caroline Pursey, 63 ans, s'est arraché douze dents à la tenaille.

Par Cécile Ducourtieux (Londres, correspondante)

Publié aujourd'hui à 04h45, modifié à 08h19

🕒 Lecture 4 min.

🔒 Article réservé aux abonnés

**LETTRE DE LONDRES**

# Le Monde



Caroline Pursey, de Scunthorpe (Angleterre), raconte comment elle a dû s'arracher douze dents à l'aide de pinces, tant elles étaient douloureuses, après avoir passé trois ans à essayer de trouver un dentiste dans le cadre du système national de santé. Ici, le 8 février 2024. CAPTURE D'ECRAN DAILYMOTION @ITN

# CHARENTE-MARITIME: FAUTE DE DENTISTE DISPONIBLE, IL S'ARRACHE UNE DENT LUI-MÊME

BFMTV.

Juliette Desmonceaux Le 21/04/2023 à 9:10



Vi [REDACTED] souffrait d'une rage de dent persistante, sans parvenir à trouver de dentiste près de chez lui, dans une zone classée comme désert médical. Il s'est finalement résolu à arracher sa dent seul.

Une décision radicale. Un habitant de Charente-Maritime, Vi [REDACTED], s'est arraché lui-même une dent, alors qu'il souffrait d'une douleur persistante. La faute, dit-il, à un manque de dentistes dans la région.

Vi [REDACTED] souffre d'une rage de dent depuis deux semaines. Mais impossible pour cet ouvrier viticole de Saint-Jean-d'Angély d'obtenir un rendez-vous avant deux mois, les praticiens n'étant pas nombreux dans les environs.

Il décide donc de **contacter les urgences**, mais ces dernières l'orientent vers des professionnels de santé qui lui ont déjà émis un refus.

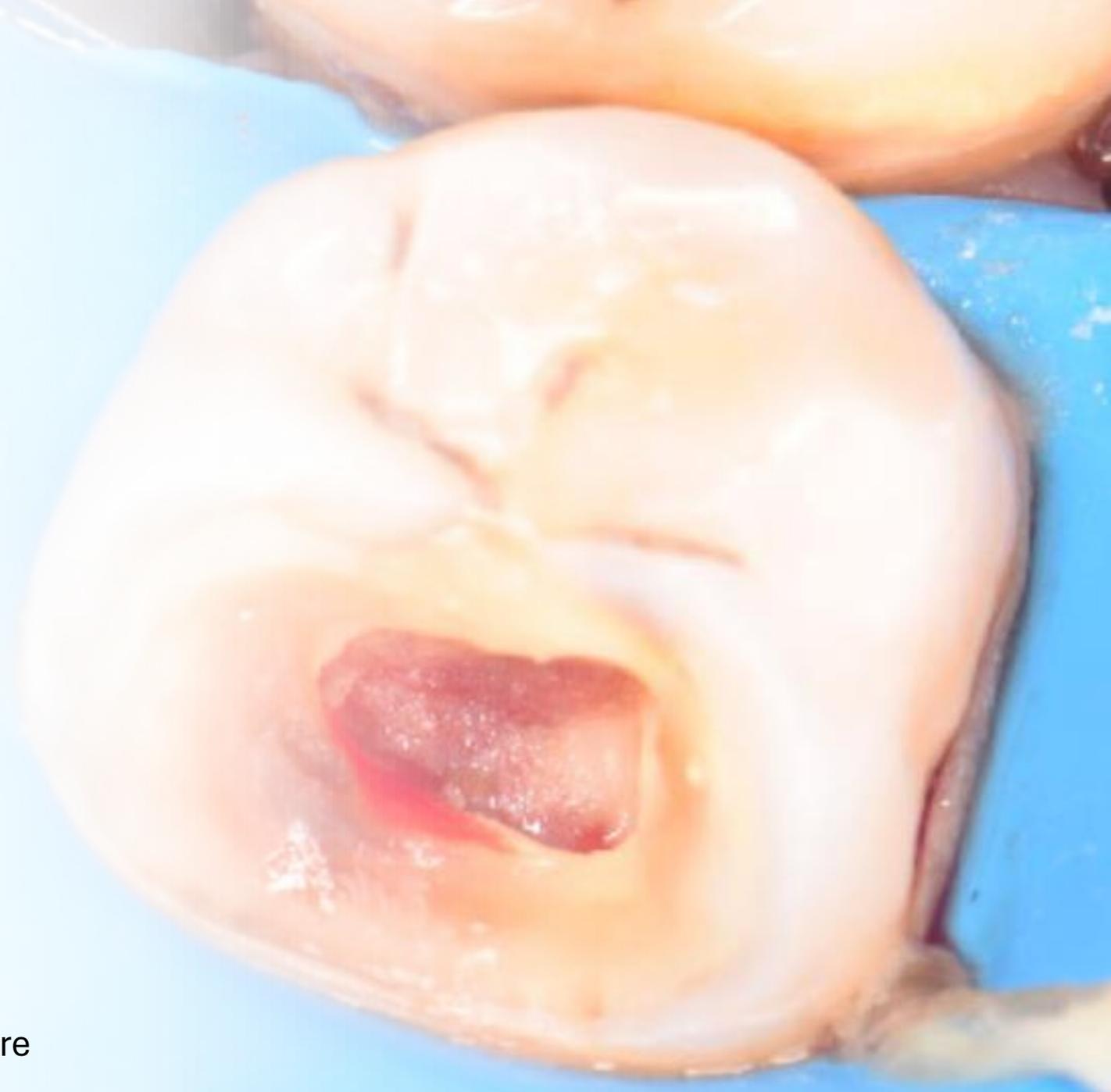
**"Je prends une pince, j'arrache la dent"**

**"J'ai la douleur qui est là, le mal de tête, le mal de dent. Je ne peux pas manger, je ne peux pas parler parce que j'ai la dent qui me gêne la lèvre", énumère-t-il au micro de BFMTV.**

# Les Pathologies / urgences Endodontiques

---

85% des consultations d'urgence en cabinet dentaire



## Pulpe dentaire :

*Cavité inextensible*

*Tissu conjonctif complexe richement cellularisé  
et vascularisation terminale*

*Remodelage par apposition dentinaire tout au long de la vie*

*Immense réseau neuronal (nociception et mécanoréception)*



*Endodonte = pulpe et canaux dentaires*

Toxines bactériennes, stimuli vers la pulpe



Réponse immunitaire et inflammatoire



Pression intra-pulpaire  
Fibres sensibles comprimées

**Douleur avec sensibilité / vitalité pulpaire  
allodynie et hyperalgie**

Capillaires comprimés, sténosés = ischémie  
Propagation de la nécrose pulpaire



+ envahissement bactérien / infection  
Réaction inflammatoire jusqu'à l'apex et au-delà

**Douleur sans sensibilité / vitalité pulpaire**

## Pression intra-pulpaire



## Syndrome pulpaire



## Pulpite réversible (hyperhémie pulpaire)



## Pulpite irréversible « la rage de dents »



## Douleur avec Sensibilité / vitalité pulpaire

Sensibilité **brève, provoquée** par chaud, froid, sucre, mastication, contact brosse sur la dent...  
**cessant immédiatement avec le stimulus**

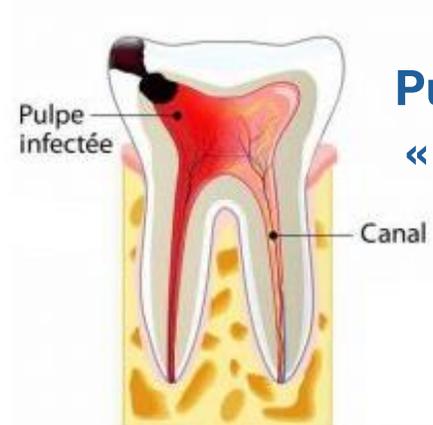
**allodynie**

**Provoquée** par chaud, froid, sucre, mastication, contact brosse sur la dent...  
**ne cessant pas immédiatement avec le stimulus.**  
Possibles douleurs spontanées, brèves, intermittentes.

**hyperalgie**



**Spontanée, durable, plutôt continue, aiguë, diffuse ou localisée, pulsatile amplifiée par la position allongée.**  
Douleur à la percussion verticale, **exacerbée par le froid et le chaud.**  
**Insuffisance des antalgiques...**



## Envahissement bactérien pulpaire (à l'apex et au-delà)



### La parodontite apicale aiguë



## Douleur sans Sensibilité / vitalité pulpaire

**Spontanée, continue, exacerbée par le contact occlusal** et par la percussion (test).

**Aucune réaction au chaud et au froid.**

*Image périapicale radioclaire possible (radiographie)*



### L'abcès apical aigu



**Intense dûe à la compression, spontanée, continue, intolérable au contact occlusal** et donc à la percussion.

**Palpation vestibulaire au niveau apical douloureuse** (infection).

*Image périapicale ou latéro-radiculaire radioclaire (radiographie)*

**Enfant et dent temporaire : Fistule et boule sur la gencive, pas tjrs de douleur**



### Cellulites





## Cellulite aiguë circonscrite séreuse



## Cellulite aiguë circonscrite suppurée



## Douleurs et gonflement

**Spontanée et provoquée par la percussion de la dent causale que les *antalgiques ne soulagent pas* (palier 1, voire 2)**

**Exo-b : Tuméfaction cutanée, inflammatoire mal limitée, ainsi qu'une adénopathie cervicale homolatérale ?**

**Endo-b : Tuméfaction muqueuse, mal limitée, douloureuse à la palpation, en regard d'une dent ne répondant pas aux tests de vitalité pulpaire.**

*Le cliché radio-alvéolaire et/ou le cliché panoramique confirment l'atteinte parodontale et/ ou dentaire*

**Augmentée, lancinante, insomniente.**

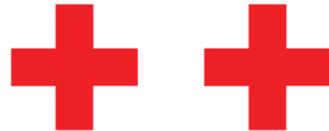
**Fébrilité, altération de l'état général**

**Exo-b : Tuméfaction cutanée, très inflammatoire, limitée, pouvant prendre le *signe du godet* ; le patient déclare une sensation de battement. Un trismus peut exister, d'autant plus que l'infection est postérieure.**

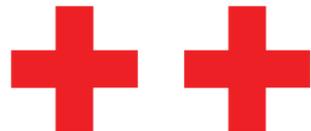
**Endo-b : Tuméfaction muqueuse limitée, inflammatoire, comblant souvent le vestibule en regard de la dent causale : la cellulite est collectée.**



## Cellulites aiguë diffusée



## Cellulite aiguë diffuse



## Douleurs et gonflement

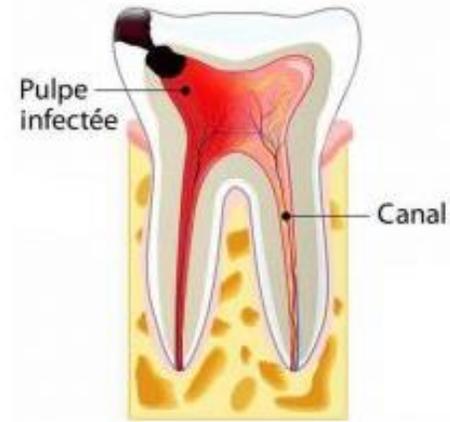
***Tuméfaction faciale, inflammatoire, mal limitée, et extension sur trois loges anatomiques***

*Signes locaux de gravité : érythème extensif, **tuméfaction fermant l'œil**, emphysème sous-cutané, **trismus serré**, douleurs pharyngées ..*

***Inflammation diffuse de tout le tissu cellulaire sans limitation** avec nécrose des tissus atteints*

**SEPTICEMIE (fièvre, frisson et altération de l'état général) pouvant aller jusqu'au choc septique.**

## Traitement de l'urgence



**Pulpite irréversible**  
**« la rage de dents »**



**Diminuer la pression intrapulpaire** par une ouverture de la chambre pulpaire et pulpotomie, irrigation NaClO  
**Obturation coronaire transitoire étanche,** traitement endodontique à suivre, immédiatement ou ultérieurement le plus tôt possible pour éviter l'aggravation.  
**Prescription antalgique de précaution.** Prescription antibiotique aberrante à ce stade uniquement inflammatoire.  
*En aucun cas la prescription peut se substituer au geste technique.*

Complications opératoires rencontrées de prise en charge :

*Stress, anesthésie, saignement pulpaire incontrôlable, difficultés de diagnostic précis.*

*Chez l'enfant, rare et très brève avant 10 ans, éviter les AINS*

**Cd 23 € (+ astreinte MCD 30 €)**

## Traitement de l'urgence

**Diminuer la compression intraosseuse** par parage, désinfection canalaire (irrigation NaClO et action mécanique), élimination des tissus cariés, des matériaux d'obturation endodontique préexistants

**Drainage (pus) maîtrisé**

**Médication interne temporaire** (OHCa), obturation provisoire étanche, non compressive.

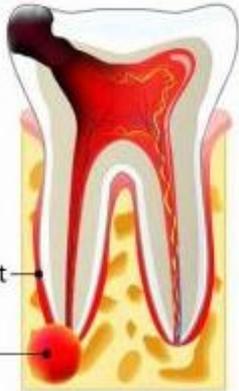
**Prescription antalgiques** (AINS, Paracétamol, codéiné), antibiotiques seulement systématiques pour patient à risque ou signes généraux (fièvre, adénopathie, asthénie).

**Mise en sous-occlusion** pour réduire les stimuli aggravants par contact.

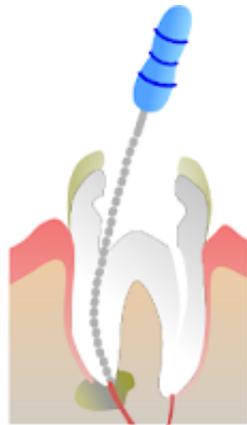
**Si drainage non obtenu : dent laissée ouverte 48h** (solution par nécessité), à revoir.



### La parodontite apicale aiguë



### L'abcès apical aigu



### Complications opératoires rencontrées de prise en charge :

*Stress, douleur contact, anesthésie, état dentaire résiduel (extraction ?), difficultés de diagnostic, drainage, obturations existantes...*

*Enfant et dent temporaire = extraction*

**Cd 23 € (+ astreinte MCD 30 €)**

**Impossibilité d'accès à l'endodonte (canaux et apex) du fait d'une prothèse difficilement démontable...**

**+** **manque de temps**  
**absence de programmation**  
**Suite non maîtrisée**

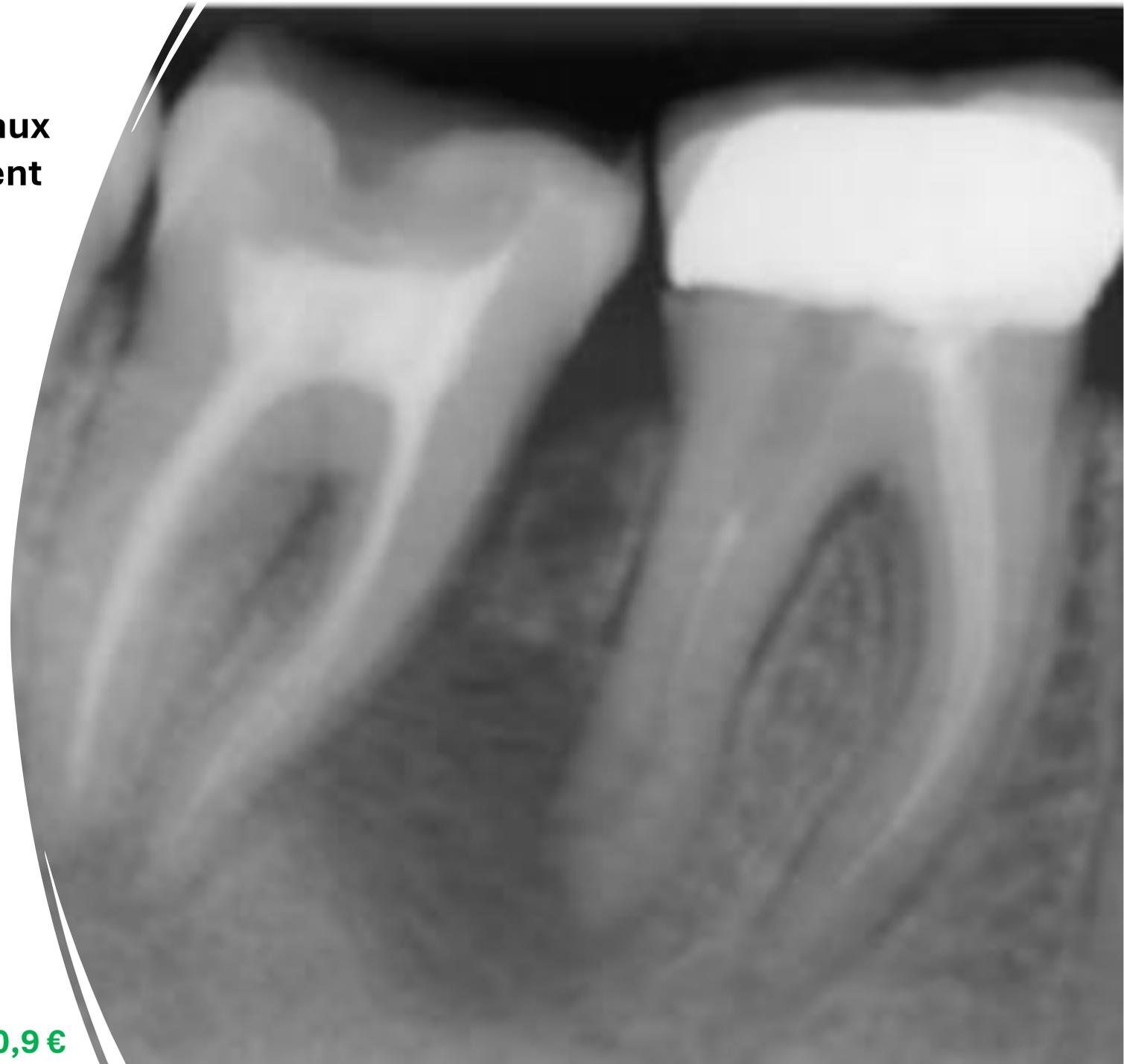
**Mise en sous-occlusion**  
(dépose, fraisage)

**Prescription antibiotique**  
(pénicillines + imidazolés)

**++ Cellulite circonscrite**  
**suppurée**

**Possible drainage par une fistule**  
**artificielle**, *par voie gingivale ou*  
*transosseuse (incision lame, fraise boule).*

**LCJA003 20,9 €**



## Cellulite aiguë circonscrite séreuse



**Ouverture de la dent causale (ou du sac parodontal )**

*Antibiothérapie par voie orale :*

**Amoxicilline 2 g/jour pendant 7 jours et Métronidazole 1,5g/jour pendant 7 jours**

*Ajouter :*

- antalgiques de niveau 1 ou 2 ;
- bains de bouche à la Chlorhexidine

## Cellulite aiguë circonscrite suppurée



*Idem*

**Incision de la collection** au sommet de la tuméfaction muqueuse, avec drainage et lavage de la collection.

**Ajouter à la prescription :**

- un AIS : **Prednisone 1 mg/kg pendant 3 jours, en cas de trismus.**

**Difficulté  
ouverture buccale**

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

## Traitement de l'urgence

~~CABINET DENTAIRE~~

**Cellulites aiguë diffusée**

**Cellulite aiguë diffuse**



*Augmentation de la posologie de l'antibiothérapie*

*avec une voie parentérale*

***Hospitalisation***

## Traitement de l'urgence et après ?

### Extraction dent causale

Radicale, rapide

Solution ultérieure pour traiter ou pas l'édentement



### Traitement conservateur dent causale

Traitement endodontique

Ou Reprise de traitement endodontique

Obturation étanche de l'endodonte

Reconstitution / Reconstruction prothétique de la dent

*De quelques minutes... à plusieurs heures et rendez-vous pour traitement à suivre...*



## Questions :

**Dans quelles situations - état de santé, antécédents, pathologies – faut-il ne pas se lancer dans un traitement conservateur ?**

Y a-t-il des patients plus à risque pour certaines dents que pour d'autres ?

Pathologies immuno-dépressives ?

Diabète non équilibré ?

Pathologies cardiaques ?

Autres ?

**Où en sommes-nous quant aux prescriptions antibiotiques recommandées aujourd'hui, en curatif, en préventif ?**

**Serait-il possible, qu'avant d'adresser chez le chirurgien-dentiste effecteur de garde, pour faciliter son geste technique en urgence, diagnostic et prescription soient établis et anticipés ?**

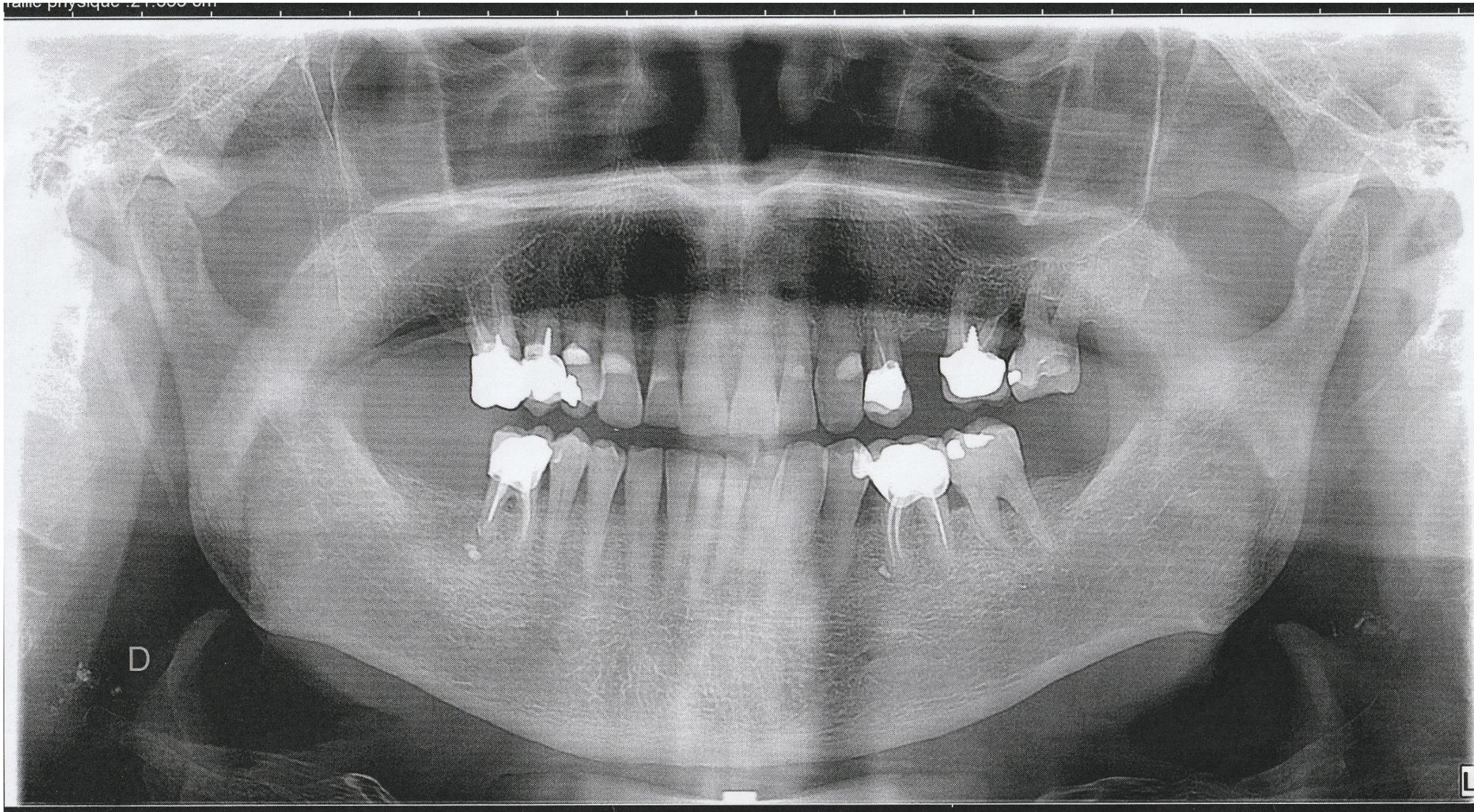
Il nous est demandé régulièrement des bilans dentaires infectieux, avant intervention : Mais si une pathologie endodontique ou infectieuse est décelée ou potentiellement prévisible lors d'un examen bucco-dentaire clinique et radiographique, avant une intervention médicale, **combien de temps faut-il prévoir entre la fin du traitement dentaire et l'intervention médico-chirurgicale à risque ?**

## CAS PRATIQUE

**Homme 83 ans, sorti d'hôpital, doit se faire soigner « en ville »**

Dents 26 et 27 couronnées, avec caries cervicales ;

Dents 24 15 et 16 couronnées, obturations canalaires médiocres ou absentes.



## CAS PRATIQUE

Homme 83 ans

Monsieur A [REDACTED] a été hospitalisé dans le service de Cardiologie pour bactériémie et décompensation cardiaque

### ANTÉCÉDENTS :

- Endocardite infectieuse à streptocoque dysgalactiae en 2020 sur valve aortique mécanique (mise en place en 1994) et sonde de pacemaker, compliquée de multiples AVC cérébraux sur embolies septiques.

Prise en charge par antibiothérapie adaptée et chirurgie à Haut Lévêque : Bentall + valve aortique biologique + Monopontage Saphène - CD1&2 + Exclusion de l'auricule gauche + Retrait sondes de pacemaker + Pose de Pacemaker épigastrique enfoui en épigastrique.

- Cure d'Anévrisme fusiforme de l'aorte abdominale sous-rénale de 50 mm en 2021 par Dr FRANCO

Vraisemblable sténose proximale estimée à plus de 50 % de l'artère rénale droite

Thrombose complète des artères fémorales superficielles à droite comme à gauche

- AOMI
- Fibrillation atriale
- SAOS appareillé
- Éthylisme régulier sevré (une bouteille de vin par jour)

**ALLERGIES :** 0

### MODE DE VIE, FACTEURS DE RISQUES :

Autonome à domicile avec son épouse, marche avec une canne

### TRAITEMENT HABITUEL :

XARELTO 20mg : 1 comprimé le soir

BUMETANIDE 5 mg : 0.5 comprimé le matin

ROSUVASTATINE 5mg : 1 comprimé le soir

NADOLOL 80mg : 1 comprimé le matin

RAMIPRIL 1.25mg : 1 comprimé le matin

PANTOPRAZOLE

ALLOPURINOL

XANAX

## Quelles précautions ?

### HISTOIRE DE LA MALADIE :

Patient de 83ans connu pour cardiopathie ischémique pontée, bioprothèse aortique, fibrillation atriale, pacemaker, obésité avec SAOS sévère appareillé.

Il a présenté de nombreuses insuffisances cardiaques droites avec sur sa dernière ETT une FEVG préservée, avec IT sévère laminaire. L'amylose a été écartée.

Il se présente aux urgences pour un tableau d'insuffisance cardiaque droite avec anasarque avec suspicion de surinfection bronchique associée, le patient présente également une fièvre depuis 48-72h.

# Usage des antibiotiques en odontologie

**MARIAM RONCATO-SABÉLAN**

**INFECTIOLOGUE LA ROCHELLE - ROCHEFORT**

# Prophylaxie de l'endocardite infectieuse

- ▶ Population à risque:
  - ▶ Antécédent d'endocardite infectieuse; valve prothétique et matériel intra-cardiaque; cardiopathies congénitales (si opéré++; cardiopathie cyanogène); dispositif d'assistance ventriculaire
- ▶ Situation à risque
  - ▶ les extractions dentaires, les interventions de chirurgie buccale (y compris la chirurgie parodontale, la chirurgie implantaire et les biopsies buccales) et les interventions dentaires impliquant une manipulation de la gencive ou de la région périapicale des dents (y compris le détartrage et les interventions sur le canal radiculaire).
- ▶ Traitement: 60 à 30 min avant l'intervention. AMOXICILLINE 2g, et si allergie KEFORAL 2g ou DOXYCYCLINE 100mg

*Les recos sont actuellement à 2g en Amoxicilline, 3g pourquoi pas d'autant plus suivant le poids du patient.  
Céphalosporines (KEFORAL) = 20% d'allergie croisée avec pénicillines*

# Antibioprophylaxie chirurgicale

- ▶ Beaucoup de NON-INDICATIONS
- ▶ Si indiqué: **AMOXICILLINE 2g ou CLINDAMYCINE 600mg en 1 seule prise**
- ▶ En population générale dans l'heure précédant la chirurgie, les indications sont :
  - ▶ Avulsion de dent de sagesse mandibulaire incluse Avulsion de dent incluse de dent en désinclusion, germectomie, chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées, auto-transplantation dentaire
  - ▶ Chirurgie osseuse
  - ▶ Élévation du plancher sinusien, greffe osseuse, membrane de régénération osseuse et/ou matériau de comblement

# Antibioprophylaxie chirurgicale

- ▶ Chez les immunodéprimés AMOXICILLINE 2g ou CLINDAMYCINE 600mg, les indications sont :
  - ▶ Les actes invasifs
  - ▶ Discuté au cas par cas pour
    - ▶ Chirurgie osseuse hors chir maxillo et ORL
    - ▶ Exérèse de tumeur de la muqueuse buccale
    - ▶ Freinectomie, BGSA (Biopsie des glandes salivaires accessoires)

# En curatif

- ▶ Très souvent il n'y a pas besoin d'antibiotique.
- ▶ C'est le geste chirurgical qui guérit.
- ▶ Très souvent l'amoxicilline seule suffit (antistreptocoque+++)
  
- ▶ Qui traite-t-on?
  - ▶ Parodontites agressives localisées, ou généralisées
  - ▶ Maladies parodontales nécrosantes
  - ▶ Abscesses parodontaux chez immunodéprimé (ID) ou à risque endocardite
  - ▶ Infection relative au protocole de régénération parodontale chez ID
  - ▶ Peri-implantite
  - ▶ Alvéolite suppurée
  - ▶ Ostéite

# Quel traitement curatif?

	Sans allergie	Allergie penicilline
Parodontite agressive	Amox + Metronidazole	DOXY + Metronidazole
Maladies parodontales nécrosantes	Metronidazole	
Abcès parodontaux chez immunodéprimé (ID) ou à risque endocardite	Amoxicilline	Clindamycine
Infection relative au protocole de régénération parodontale chez ID	Amoxicilline	Clindamycine
Peri-implantite	Amoxicilline	Clindamycine
Alvéolite suppurée	Amoxicilline	clindamycine
Ostéite	AVIS INFECTIEUX	

Amox + Acide clavulanique = spectre très large, association plutôt indiquée en ORL pour sinusite aiguë

*Des médicaments actuellement en tension d'approvisionnement (pénurie pour certains dosages et formes)*

**limiter les prescriptions à 6 ou 7 jours selon le conditionnement.**

## Classification

Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse	Cardiopathies n'étant pas à haut risque d'endocardite infectieuse
<ul style="list-style-type: none"><li>• Antécédent d'endocardite infectieuse</li><li>• Prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou anneau prothétique</li><li>• Cardiopathies congénitales cyanogènes :<ul style="list-style-type: none"><li>- non opérées ou dérivation chirurgicale pulmonaire systémique</li><li>- opérées avec shunt résiduel</li><li>- opérées avec matériel prothétique</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autres valvulopathies (insuffisance aortique, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique)</li><li>• Prolapsus de la valve mitrale</li><li>• Bicuspidie aortique</li><li>• Autres cardiopathies congénitales non cyanogènes</li><li>• Arythmies</li><li>• Maladie coronarienne</li><li>• Patient porteur d'un dispositif cardiovasculaire implantable (pacemaker ou défibrillateur)</li></ul>



**Précautions maximales**

Les cardiopathies congénitales cyanogènes sont très rarement rencontrées en cabinet dentaire.

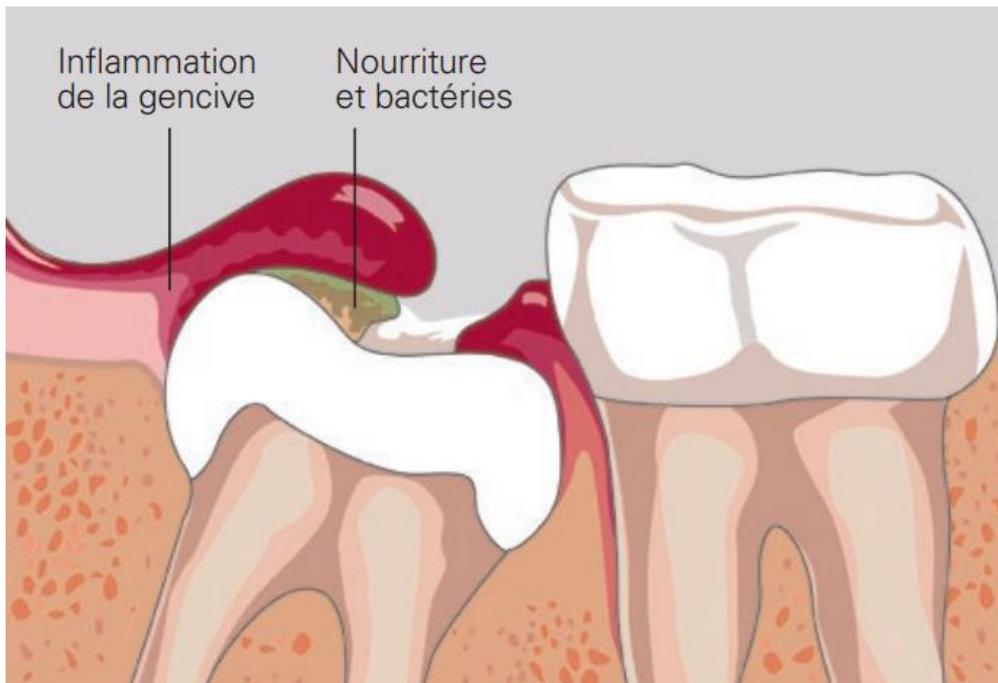
Autres pathologies  
infectieuses  
et  
complications  
chirurgicales  
bucco-dentaires  
fréquentes.



## Péricoronarite aiguë congestive

*Inflammation gingivale  
douleur spontanée  
écoulement sérosanglant à la pression*

**Trt : antalgiques et d'antiseptiques buccaux**



## Péricoronarite aiguë suppurée

*muqueuse est érythémateuse et oedématiée  
douleur violente  
écoulement purulent à la pression douloureuse  
hyperthermie, asthénie, anorexie.  
trismus ou limitation de l'ouverture buccale fréquente,  
dysphagie et gêne à la mastication.  
adénopathies satellites*

**Trt local :**

**Geste technique : rinçage à l'eau oxygénée à 10 vol. additionnée de polyvidone iodée**

**Prescription antibiothérapie à base d'amoxicilline, 2 g/j x 7 j. ou clindamycine ou Doxy + métronidazole 150 000 unités/250mg, 1 comprimé 3 x/j.x7j.  
et antalgiques de niveau II  
+ corticoïdes si nécessaire 1mg/kg/j.**

# Abcès parodontal

*Symptomatologie :*

**Douleur**

**Gencive gonflée** le long de la partie latérale de la racine, ou entre 2 dents

**Saignement** au toucher ou au sondage

**Suppuration** au sondage,

Parfois **poches parodontales profondes**

**Mobilité dentaire accrue**



Trt :

Geste technique : débridement par ultrasons associé à des antiseptiques en sous-gingival.

Pas d'antibiothérapie.

Prescription antalgique de niveau I ou II

+ antiseptiques et brossettes

## Classification des abcès parodontaux basée sur les facteurs étiologiques associés

Abcès parodontal chez les patients atteints de parodontite (au niveau d'une poche parodontale préexistante)	Exacerbation Aiguë	Parodontite non traitée	
		Mauvaise réponse à la Thérapeutique Parodontale	
		Thérapie parodontale de soutien	
Après Traitement parodontal		Après surfaçage radiculaire	
		Après chirurgie parodontale	
		Après prescription médicamenteuse	Antibiotiques par voie générale Autres médicaments
Abcès parodontal chez les patients ne présentant pas de parodontite (pas d'obligatoire de présenter une poche parodontale préexistante)	Impaction		Fil dentaire, élastique orthodontique, bâtonnets interdentaire, cure-dent, brosse, digue ou pop-corn
	Habitudes néfastes		Onychophagie, Serrement de dents ...
	Facteurs orthodontiques		Force orthodontique ou inversé d'articulé
	Accroissement gingival		
	Altération de la surface radiculaire	Altérations anatomiques sévères	
Altérations anatomiques mineures		Perles d'émail Érosions cémentaires Stries de développement	
Conditions iatrogènes		Perforations	
Dommages radiculaires sévères		Fêlure ou fracture Syndrome des dents fissurées	
Après chirurgie parodontale			

Code CCAM : HBJB001 40€

Source Fiche pratique EFP SFPIO



3 trois signes cliniques pathognomoniques :

- **l'algie gingivale** : motif de la consultation. Intense, presque partout, qui restreint hygiène et alimentation.
- **la gingivorragie** : le saignement gingival, non spécifique, important lors du brossage et de la mastication, parfois spontané.
- **la nécrose des papilles gingivales** : papilles décapitées, desquammées, gencive marginale très inflammatoire...



Image Réalités Cliniques N°2 - 2016

Trt :

Geste technique : déterision douce à l'eau oxygénée et recommander une brosse très douce type Inava 7/100  
antibiothérapie à large spectre associée à des antalgiques de niveau II et de la chlorhexidine.

Bilan sanguin, maladie immunodépressive ?

## Parodontites étant des manifestations d'une maladie systémique

### Troubles systémiques ayant un impact majeur sur la perte de tissus parodontaux en agissant sur l'inflammation parodontale :

- Les troubles génétiques
  - Maladies associées à des troubles immunologiques (p. ex. syndrome de Papillon-Lefèvre)
  - Maladies touchant la muqueuse buccale et le tissu gingival (p. ex., l'épidermolyse bulleuse)
  - Maladies affectant les tissus conjonctifs (p. ex. les syndromes d'Ehlers-Danlos)
  - Troubles métaboliques et endocriniens (p. ex. l'hypophosphatasie)
- Maladies d'immunodéficience acquise (p. ex. l'infection par le VIH)
- Maladies inflammatoires (p. ex. maladie intestinale inflammatoire)

### Autres troubles systémiques qui influencent la pathogenèse des maladies parodontales :

- Diabète sucré
- Obésité
- Tabagisme (dépendance à la nicotine)

## Maladies ou affections systémiques affectant les tissus de soutien parodontaux

### Troubles systémiques pouvant entraîner une perte de tissus parodontaux indépendamment des maladies parodontales :

- Tumeurs (par exemple, carcinome épidermoïde oral)
- Autres troubles pouvant affecter les tissus parodontaux (par exemple, l'histiocytose à cellules de Langerhans)

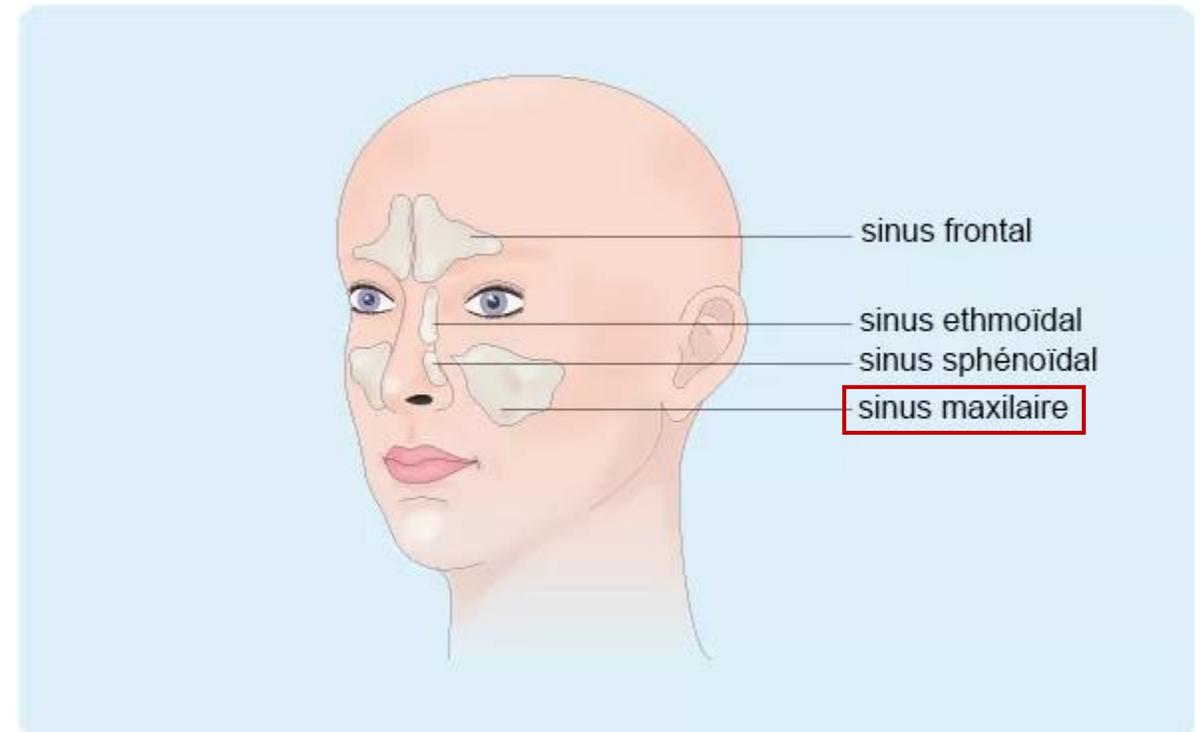
## La sinusite aiguë maxillaire

Face à une sinusite aiguë maxillaire unilatérale, une étiologie dentaire est à rechercher et à traiter.

Dans certains cas, une sinusite maxillaire chronique se développe suite à des abcès dentaires.

*congestion nasale, douleur, une pression dans les sinus, mal de tête, toux, écoulement nasal, goût ou odeur altérés, fièvre, fatigue, pas forcément tous, et... **douleur dentaire !?***

Des douleurs dentaires liées à la pression intra-sinusienne sur les prémolaires et molaires maxillaires



Examen clinique et radiographique pour faire la différence....

Et référer au médecin traitant.

## Complications suite à extraction

### Alvéolite sèche

*Douleur très vive 2 ou 3 jours après une extraction.  
L'alvéole paraît vide, pas eu de formation de caillot  
Muqueuse congestive  
Pas d'altération de l'état général  
Radio ne montre rien.*

#### Traitement :

Geste technique : AL

Curetage de l'alvéole pour obtenir un caillot stable  
Rincer l'alvéole au sérum physiologique, mèche ou  
matériau à base d'eugénol et d'anesthésique

Prescription antalgique (paracétamol,  
éventuellement + codéïne)



### Alvéolite suppurée

*Douleur sourde au niveau du site opéré entre 8 et  
10 jours après l'extraction.  
Muqueuse congestive  
Alvéole remplie de tissu de granulation (bourgeon)  
et pus  
Possible signes généraux de fièvre  
Radio : possible visibilité d'un sequestre osseux*

#### Traitement :

Geste technique : AL

Curetage du séquestre osseux, lavage alvéole  
(bétadine buccale, sérum physiologique,  
chlorhexidine 0,12%)

Prescription antibiothérapie (amox 1,5 g / j ou  
clindamycine 600mg x3 pdt 7 jours)

Antalgiques : paracétamol (500mg + 30mg codéïne)

## Les hémorragies



### Anamnèse

#### **Antécédents médico-chirurgicaux, traitement général du patient.**

Date, heure et déroulement, l'évolution de l'hémorragie

Durée et la difficulté de l'intervention ; une fracture ? Incident ? Déjà pratiquée ?

Possibilité de joindre le praticien ayant pratiqué l'intervention ?

Médications en cours (aspirine, anti- vitamine K, anti-inflammatoires non stéroïdiens).

Terrain particulier du patient (épistaxis ou hématomes fréquents, alcoolisme, HTA, hépatites)

**Radiographie** (panoramique) : déceler un apex résiduel, une fracture alvéolaire une lésion non curetée.

**Question : où en sommes-nous actuellement à propos de la gestion des patients sous médicaments anti-thrombotiques ? Quels sont-ils ?**

Avec la nouvelle **Convention** vous pouvez appliquer un supplément de 20€ sur les actes de chirurgie pour les patients en **ALD sous AVK ou AOD YYYY614**

## Liste des médicaments AVK et AOD

### AVK

Code ATC	DCI	Nom commercial
BO1AA02	PHENINDIONE	PINDIONE
BO1AA03	WARFARINE	COUMADINE
BO1AA04	PHENPROCOUMONE	MARCOUMAR
BO1AA07	ACENOCOUMAROL	MINI SINTRON, SINTRON
BO1AA08	ETHYL BISCOUMACETATE	ETILEFRINE SRB 10 MG SOL INJ
BO1AA09	CLORINDIONE	CHLORMADINONE
BO1AA10	DIPHENADIONE (fonctionne comme AVK)	DEPAMIDE, DEPO MEDROL DIPENTUM, DIPHANTOINE
BO1AA11	TIOCLOMAROL	APEGMONE
BO1AA12	FLUINDIONE	PREVISCAN

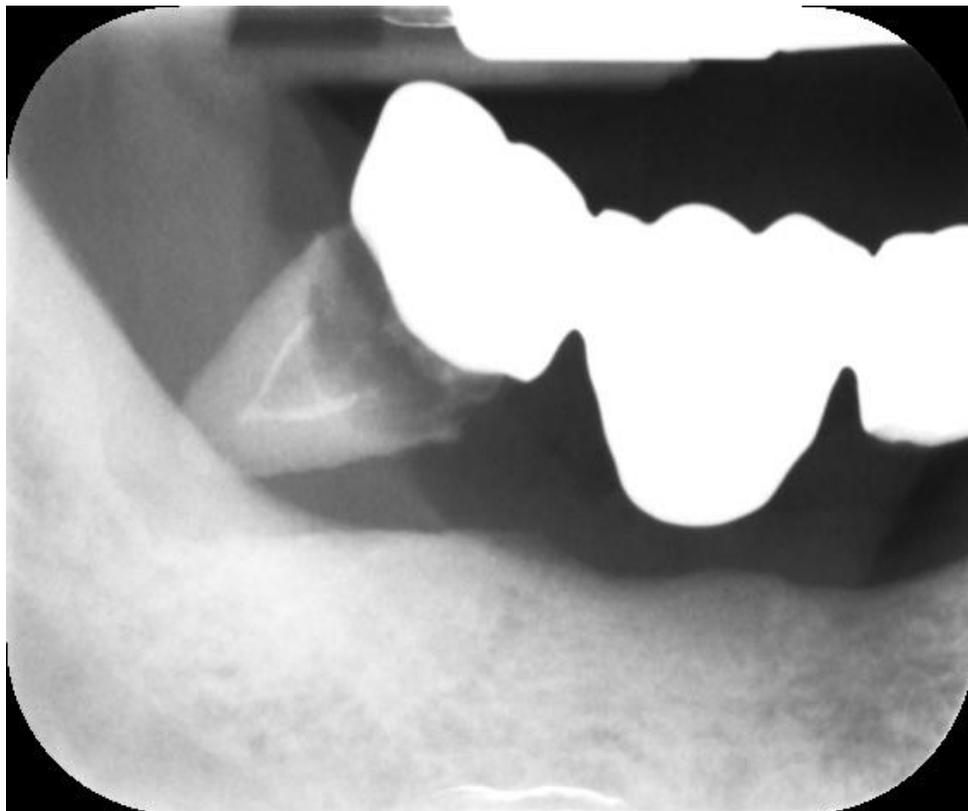
### AOD - *Inhibiteurs directs de la thrombine*

Code ATC	DCI	Nom commercial
BO1AE01	DESIRUDINE	REVASC
BO1AE02	LEPIRUDINE	REFLUDAN
BO1AE03	ARGATROBAN	ARGANOVA
BO1AE06	BIVALIRUDINE	ANGIOX
BO1AE07	DABIGATRAN ETEXILATE	PRADAXA

### *Inhibiteurs directs du facteur Xa*

Code ATC	DCI	Nom commercial
BO1AF01	RIVAROXABAN	XARELTO
BO1AF02	APIXABAN	ELIQUIS
BO1AF03	EDOxabAN	LIXIANA

## CAS PRATIQUE



Homme 76 ans

Médication :

ELIQUIS 5mg

BISOPROLOL 5mg

ENTRESTO 97/103mg

FORXIGA 10 mg

EPLERENONE 25 mg

EZETIMIDE 10 mg

Pour avulsion dent de sagesse (4.8) sous bridge ?

**Annexe 1 : Stratification du risque hémorragique en fonction du type de chirurgie et mesures préventives.**

Type de chirurgies et actes invasifs	Mesures préventives des complications hémorragiques
<b>Actes sans risque hémorragique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anesthésie locale</li> <li>• Détartrage</li> </ul>	- Hémostase mécanique simple par pression
<b>Chirurgies et actes à faible risque hémorragique</b>	
(Chirurgies pour lesquelles une hémorragie extériorisée est facilement contrôlable par une hémostase chirurgicale conventionnelle *)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avulsion simple</li> <li>• Avulsions multiples dans 1 même quadrant</li> <li>• Chirurgie endodontique, périapicale, énucléation de kystes et tumeurs bénignes (lésion &lt; 3cm)</li> <li>• Chirurgie muco-gingivale (hors greffe gingivale avec prélèvement palatin)</li> <li>• Chirurgie pré-orthodontique d'une dent enclavée, incluse</li> <li>• Implant unitaire</li> <li>• Dégagement implant(s) (pilier cicatrisation)</li> <li>• Biopsie-exérèse muqueuse orale (≤1 cm)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesure d'hygiène bucco-dentaire et détartrage</li> <li>- Hémostase chirurgicale conventionnelle</li> <li>- Acide tranexamique</li> </ul>
<b>Chirurgies et actes invasifs à risque hémorragique élevé</b>	
(Chirurgies pour lesquelles des pertes sanguines significatives et/ou transfusions plaquettaires sont rapportées dans la littérature, interventions d'une durée opératoire > 1 heure, interventions critiques par leurs localisations (sinus maxillaire, plancher buccal) et/ou difficilement contrôlables par une hémostase chirurgicale conventionnelle *).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avulsions multiples dans plusieurs quadrants</li> <li>• Avulsion de dent(s) incluse(s)</li> <li>• Implants multiples dans plusieurs quadrants</li> <li>• Elévation du sinus (voie crestale, voie latérale)</li> <li>• Greffes osseuses d'apposition (en onlay)</li> <li>• Greffe osseuse particulière et régénération osseuse guidée</li> <li>• Chirurgie des tissus mous (lithiase salivaire)</li> <li>• Chirurgie endodontique, périapicale, énucléation de kystes et tumeurs bénignes (lésion &gt; 3cm)</li> <li>• Fermeture d'une communication bucco-sinusienne</li> <li>• Exérèse des pseudotumeurs et tumeurs bénignes de la muqueuse buccale (&gt; 1 cm)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Même mesure préventive que pour une chirurgie à risque hémorragique faible à modéré</li> <li>- Médicaments dérivés du sang, à base de fibrinogène et thrombine humains</li> <li>- Electrocoagulation mono et bipolaire</li> <li>- Privilégier les chirurgies mini-invasives (flapless et chirurgie implantaire guidée, abord du sinus par voie crestale...)</li> <li>- Imagerie 3D préopératoire (sinus, région symphysaire) en cas de pose d'implant</li> </ul>

### Gestes déconseillés

- Bloc du nerf alvéolaire inférieur : déconseillé
- Greffe autologue : déconseillée en raison d'un site de prélèvement supplémentaire, privilégier les greffons hétérologues et synthétiques

### Gestes contre-indiqués

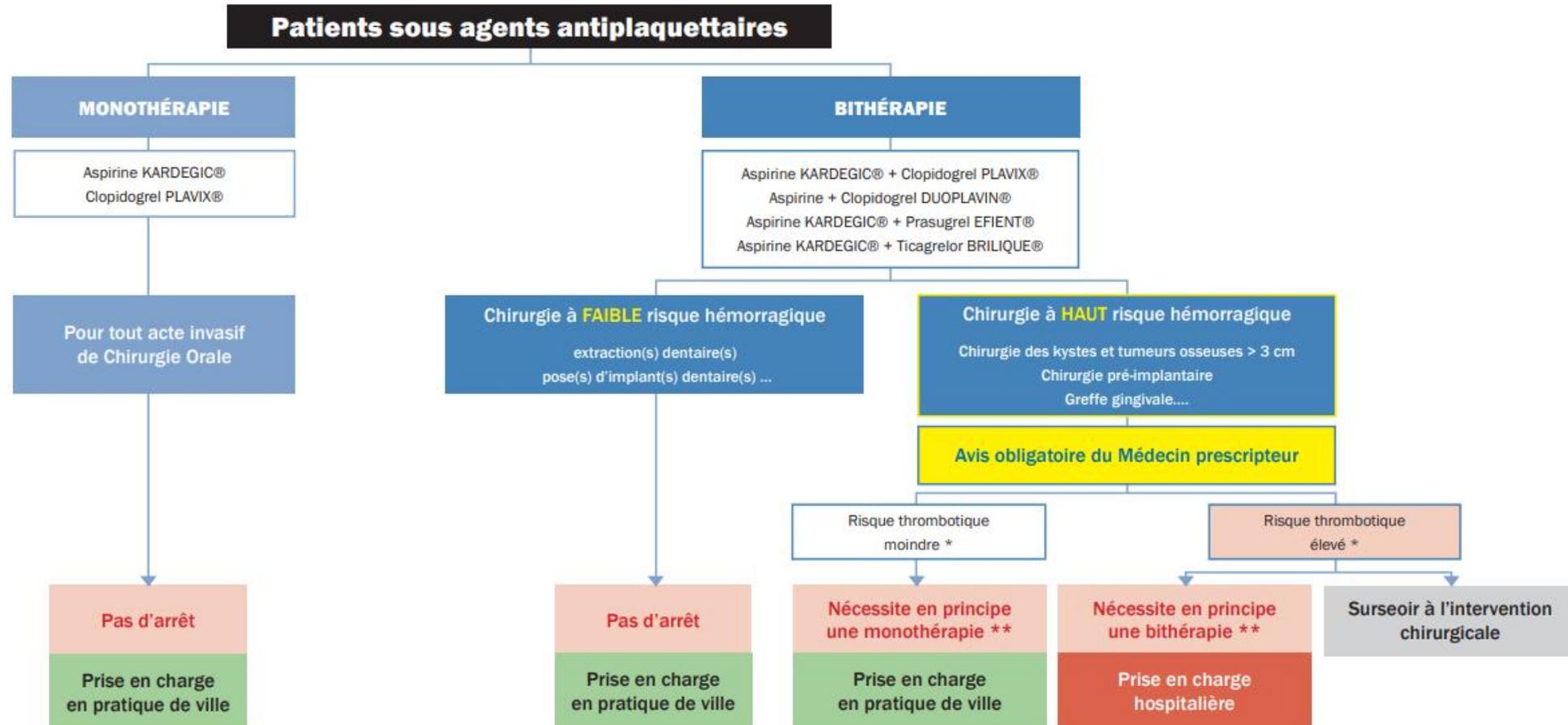
- Tous les gestes contre-indiqués en cas de risque d'endocardite infectieuse associé
- Tous les gestes présentant un risque hémorragique dans le cas où le plateau technique à la disposition du chirurgien est insuffisant
- Bloc du nerf alvéolaire inférieur bilatéral : risque d'hématome latéropharyngé bilatéral et de dyspnée
- Prélèvement symphysaire : risque d'hématome du plancher buccal et de dyspnée
- Greffe gingivale avec prélèvement palatin : risque de lésion de l'artère palatine

\* **hémostase chirurgicale conventionnelle** : hémostase mécanique (pression+ sutures) ± hémostatiques locaux résorbables (éponges collagène ou gélatine, gaze de cellulose) ± colle synthétique (colle de cyanoacrylate).

**Facteurs majorant le risque hémorragique opératoire** : décollement muco-périosté au delà de la ligne muco-gingivale, décollement lingual, avulsion(s) en zone inflammatoire, parodonte amoindri, durée opératoire >1h (perte sanguine significative),

**Localisations critiques** : plancher buccal, symphyse mentonnière, sinus maxillaire

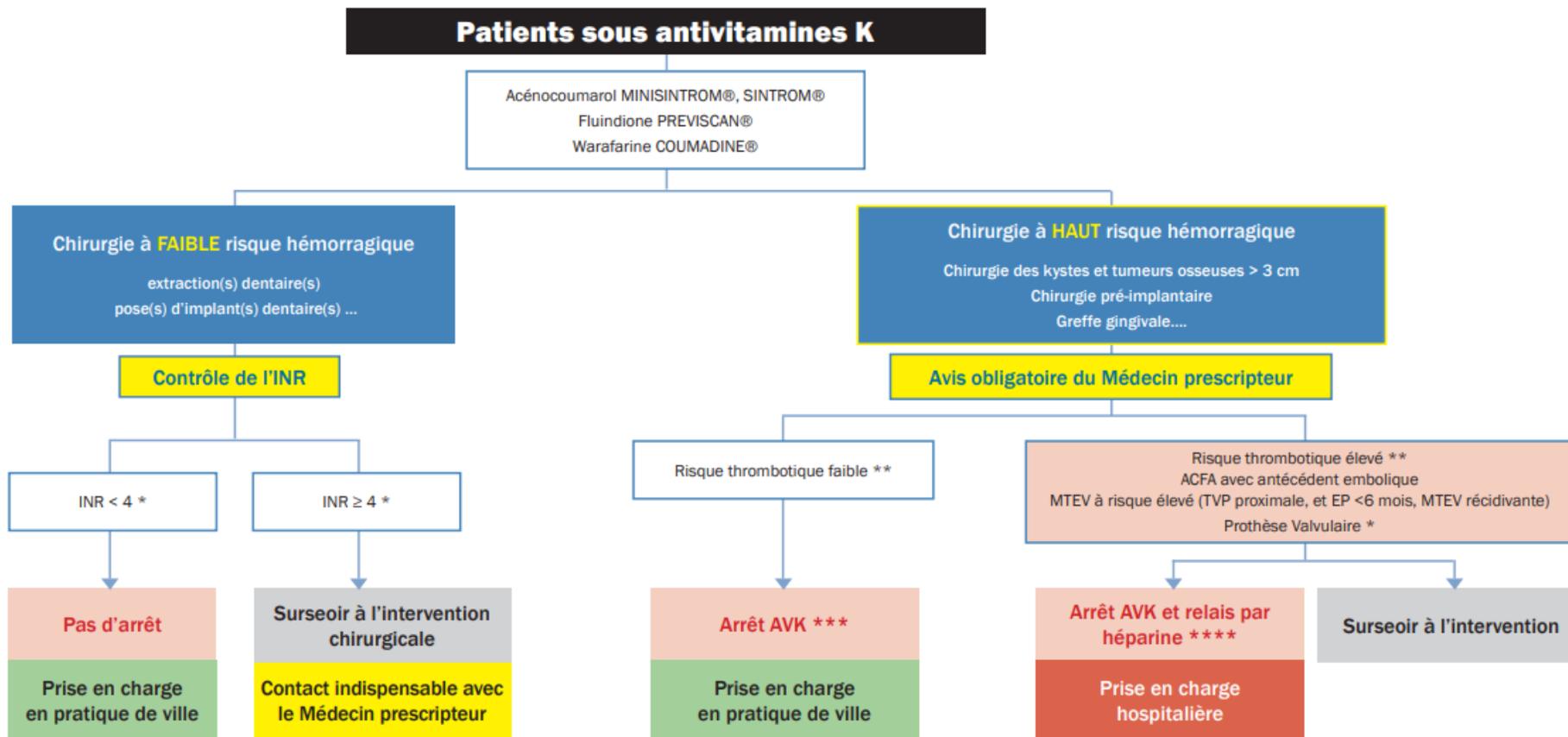
Annexe 2 : Algorithme systématique de prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires (AAP) en chirurgie orale.



\* Détermination du niveau de risque thrombotique site consultable : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) , \* Recommandations : Antiagregants-plaquettaires : prise en compte des risques thrombotiques et hémorragique pour les gestes percutanés chez le coronarien » (HAS novembre 2013).

\*\* Monothérapie : poursuivre la prescription d'aspirine, délai d'interruption: clopidogrel : 5 jours, prasugrel : 7 jours, ticagrelor 3 à 5 jours.

Annexe 3 : Algorithme systématique de prise en charge des patients sous antivitamine K (AVK) en chirurgie orale.



INR < 3  
Pour  
plus de  
sécurité

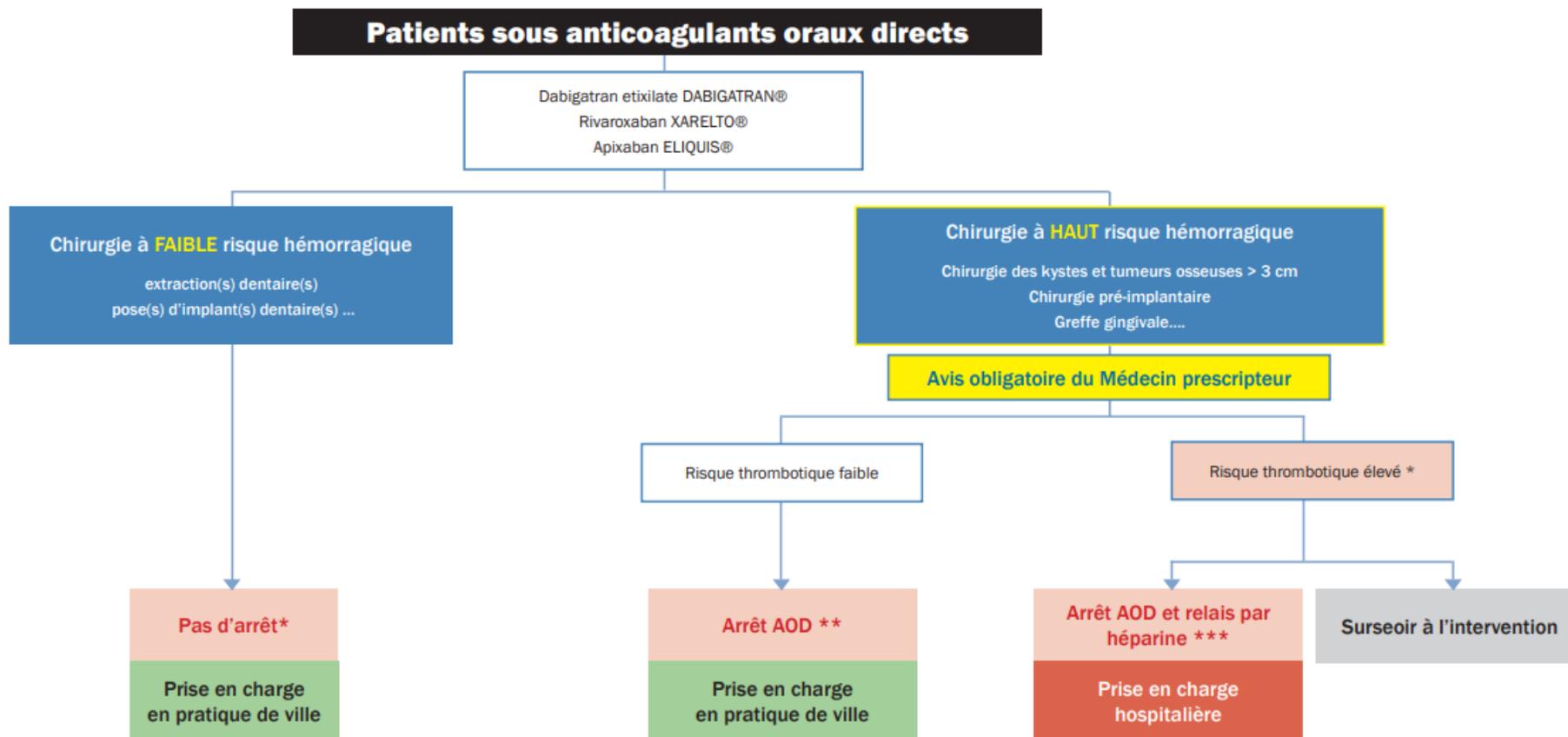
\* Chez les patients porteurs de prothèses valvulaires, la pose d'implant, la chirurgie pré-implantaires et parodontale sont contre-indiqués.

\*\* Détermination du niveau de risque thrombotique : site consultable : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) « Recommandations : Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier » (GEHT, HAS avril 2008).

\*\*\* **Arrêt AVK** : arrêter l'AVK à 4 à 5 jours avant l'intervention, reprise de l'AVK le soir ou le lendemain de l'intervention, pratiquer un INR à 48h (HAS 2008)

\*\*\*\* **Arrêt AVK et relais par héparine** : à J-5 arrêt de l'AVK, à J-3 relais par HBPM (ou HNF) à dose curative, à J-1 dernière injection HPBM le matin, HNF le soir, à J0 intervention, à J+1 reprise AVK et héparine (à moduler en fonction du risque hémorragique), arrêt de l'héparine dès que l'INR cible est atteint.

Annexe 4 : Algorithme systématique de prise en charge des patients sous anticoagulants oraux directs (AOD) en chirurgie orale.

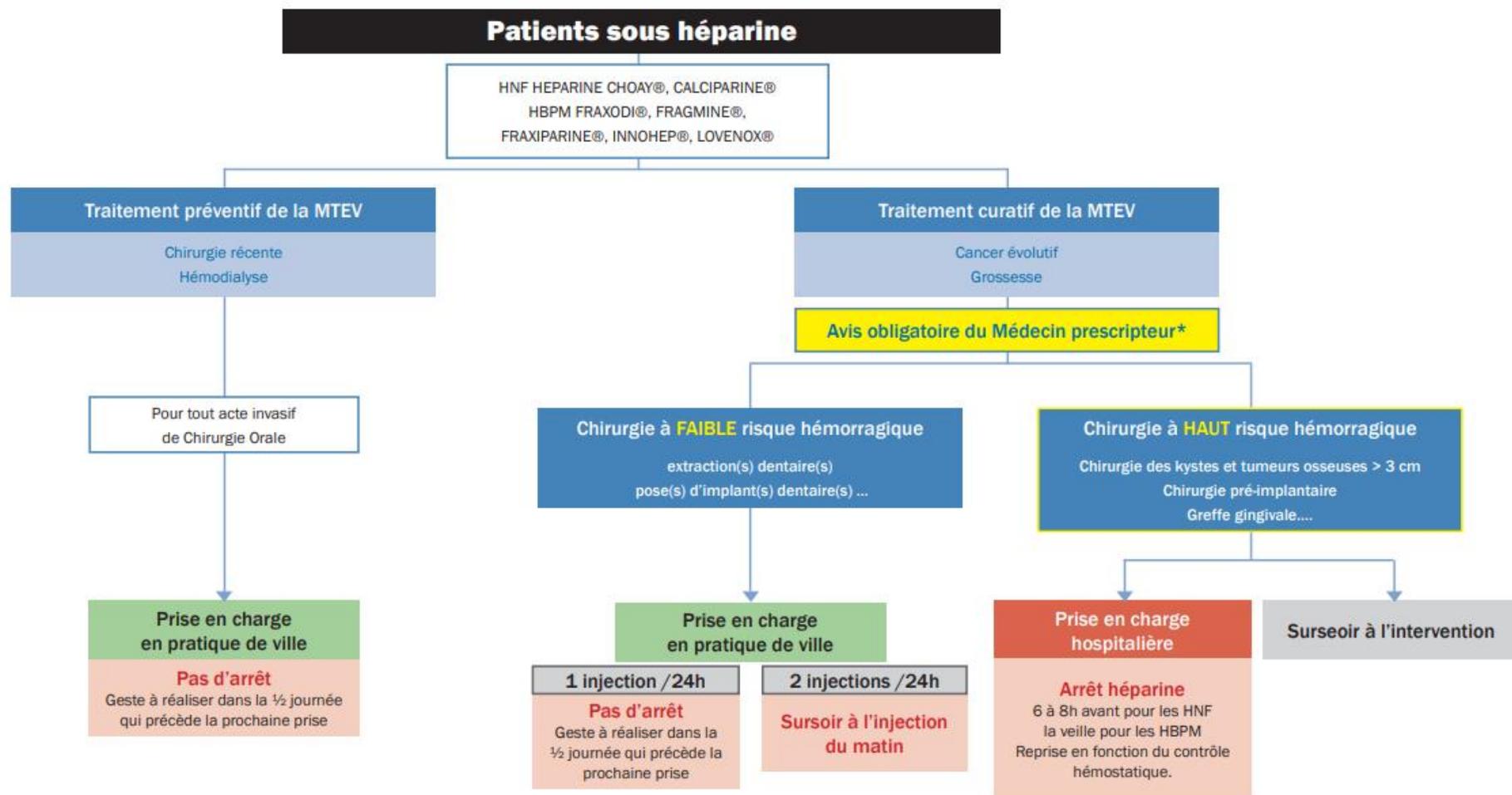


\* **Pas d'arrêt** : il importe de préciser l'âge, l'indication (schéma curatif ou prévention en chirurgie orthopédique), la dose, le nombre de prises par jour, l'heure de la dernière de prise, geste à réaliser dans la demi-journée qui précède la prochaine prise

\*\* **Arrêt AOD** : arrêter l'AOD la veille et le jour de l'intervention (fenêtre thérapeutique de 48h).

\*\*\* **Arrêt AOD et relais par l'héparine** : arrêter l'AOD 5 jours avant l'intervention chirurgicale.

Annexe 5 : Algorithme systématique de prise en charge des patients sous héparines en chirurgie orale.



\* vérifier si pas d'autres risques et précaution.

## Les hémorragies



### Le traitement : réalisation d'une hémostase locale

- **Rassurer**, calmer le patient, l'installer en position semi-assise,
- Pratiquer une anesthésie locale, nettoyer l'alvéole avec de l'eau

Eventuellement :

- Eliminer un apex résiduel ou un fragment osseux ou cureter la lésion apicale
- **Placer dans l'alvéole un hémostatique local** (éponge de collagène, gaze d'oxycellulose) imbibé d'acide Tranexamique
- **Suturer l'alvéole** avec du fil résorbable
- **Compression à l'aide d'une compresse imbibée d'acide Tranexamique** (EXACYL ampoules)

*En cas de persistance de l'hémorragie, l'utilisation d'une colle biologique est possible ; mais il est préférable de réaliser une gouttière compressible thermoformée, ou une prothèse amovible immédiate...*

*Une étude récente indique que l'acide tranexamique en rinçage local, a peu d'effet sur une hémorragie buccale.*

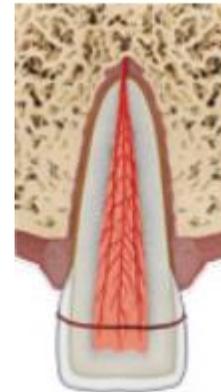
**Geste technique : Hémostase gingivo-alvéolaire secondaire à une avulsion dentaire = code CCAM HBSD001 à 22,05€**

# Traumas dentaires

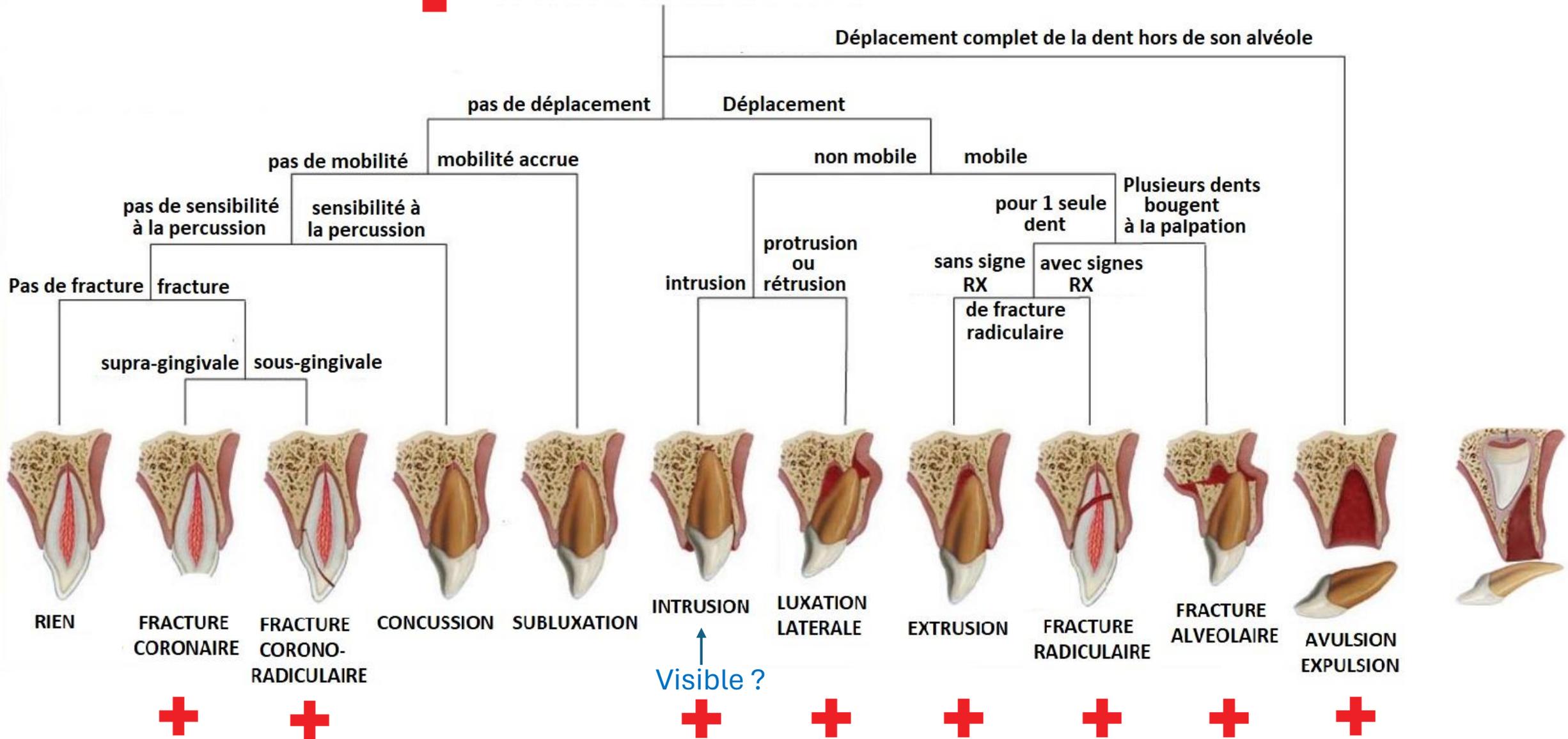
Âge  
Santé générale  
Dent temporaire / définitive  
Localisation  
Date et circonstances

Conservation du ou des  
fragments dentaires

Certificat médical initial



# TRAUMA DENTAIRE



Urgence relative, si la dent n'a pas bougé et qu'elle parait indemne sans effraction pulpaire



Réimplantation  
Dent permanente



Pas de réimplantation  
Dent temporaire



## AVULSION – EXPULSION DENTAIRE

Traitement immédiat ou si possible < 60 min

- Calmer le patient.
- Trouver la dent et la **prendre par sa couronne (la partie blanche)**. Éviter de toucher la racine.
- Si la dent est souillée, la **rincer délicatement avec du lait, du sérum physiologique ou de la salive du patient**
- **Encourager le patient/les parents à réimplanter la dent** dans sa position initiale dans la mâchoire.
- Demander au patient de mordre sur un mouchoir pour faire tenir la dent réimplantée en place.
- Si une réimplantation immédiate n'est pas possible, **placer la dent dans un milieu de conservation approprié** et disponible sur le lieu de l'accident. Cela doit être fait rapidement afin d'éviter la déshydratation de la surface dentaire. Les milieux de conservation appropriés pour les dents avulsées, sont : **le lait, le HBSS, la salive (après l'avoir crachée dans un verre par exemple) ou le sérum physiologique**. Bien que l'eau soit un milieu de conservation médiocre, elle est préférable au dessèchement de la dent laissée à l'air libre.
- Chercher immédiatement à obtenir un rdv dentaire d'urgence.
- Si la dent a touché la terre, vérifier **vaccination antitétanique**.

# Les pathologies / Urgences Bucco-dentaires chez les enfants

2 motifs principaux pour une mère d'obtenir un rdv en urgence :  
**la douleur et le traumatisme.**

Pas toujours le caractère d'une véritable urgence mais qui demandent néanmoins une prise en charge rapide, permet de prévenir bien des complications.

Consultation d'urgence = souvent premier contact de l'enfant avec le monde dentaire.

Approche psychologique enfant et parents : **rassurer et obtenir leur coopération respective.**

Dents temporaires / dents permanentes **immatures**



# Les Urgences Orthodontiques

---

Très peu

La plupart des problèmes  
résolus par le patient

Eviter les AINS  
(limitent le déplacement dentaire)

# Les rescelllements de prothèses (couronnes, bridges...)

**Une urgence très relative et possiblement très compliquée :**  
celles qui ne tiennent jamais, qui tombent tout le temps...

**« urgence esthétique »**

**Prévenir des honoraires non remboursables**

## Les urgences implantaires

Habituellement liés aux suites post-opératoires classiques :  
œdème, douleur, hémorragie, hématome ou dans de rares cas, diminution ou perte de sensibilité nerveuse.

### **Eviter d'interférer dans le traitement :**

Préférable de pas faire de geste clinique sur le patient.  
Prescription pour le soulager.

**Réadresser au praticien** qui a réalisé le traitement implantaire.

*Si cette option ne convient pas au patient, un plan de traitement avec un devis dont la signature fait preuve d'acceptation pourra alors lui être proposé.*

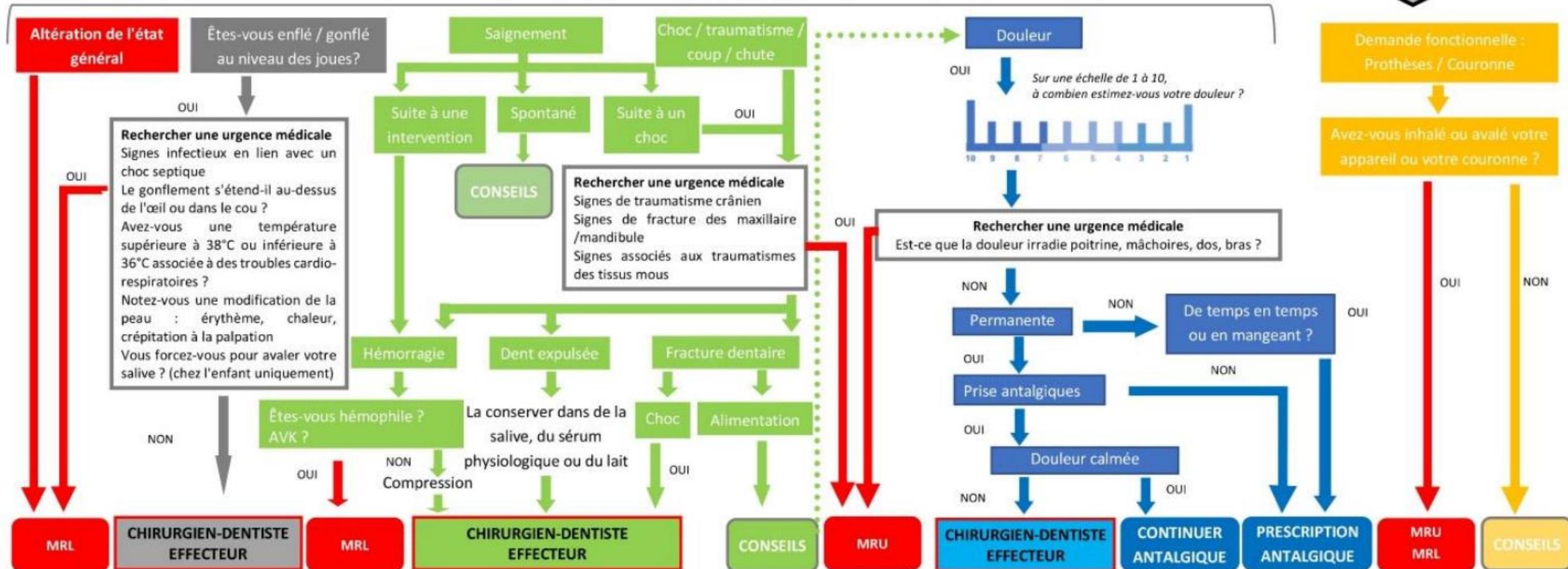
**Honoraires non remboursables**

CHIRURGIEN-DENTISTE REGULATEUR : les dimanches et jours fériés de 08 heures à 18 heures

EVALUATION DU BESOIN ET DU DEGRE D'URGENCE

## Arbre décisionnel SAMU 33 - centre 15 – SAS 33 Expérimentations Article 51

Interrogatoire, Anamnèse, Signes Cliniques : ATCD, Traitement, Allergie



# MESURES APPLICABLES AU 25 FEVRIER 2024

## Accès aux soins



Une mesure pour les Soins Non Programmés (SNP) des médecins, étendue aux CD



**Cd + 15 €**

**Majoration de la Consultation par le Supplément SNP (15 euros) pour urgence orientée par Samu ou SAS, en dehors des astreintes des dimanches et Jours fériés (PDSD)**

- quand patient en dehors de la patientèle (*valable uniquement pour le « médecin traitant », car pas de « CD traitant »*).
- 10 prises en charge maximum par semaine
- Uniquement Majoration **avec la consultation et non avec des actes techniques CCAM** (idem médecins)

*À condition d'avoir déjà une régulation effective des urgences dentaires par le SAMU dans le département*

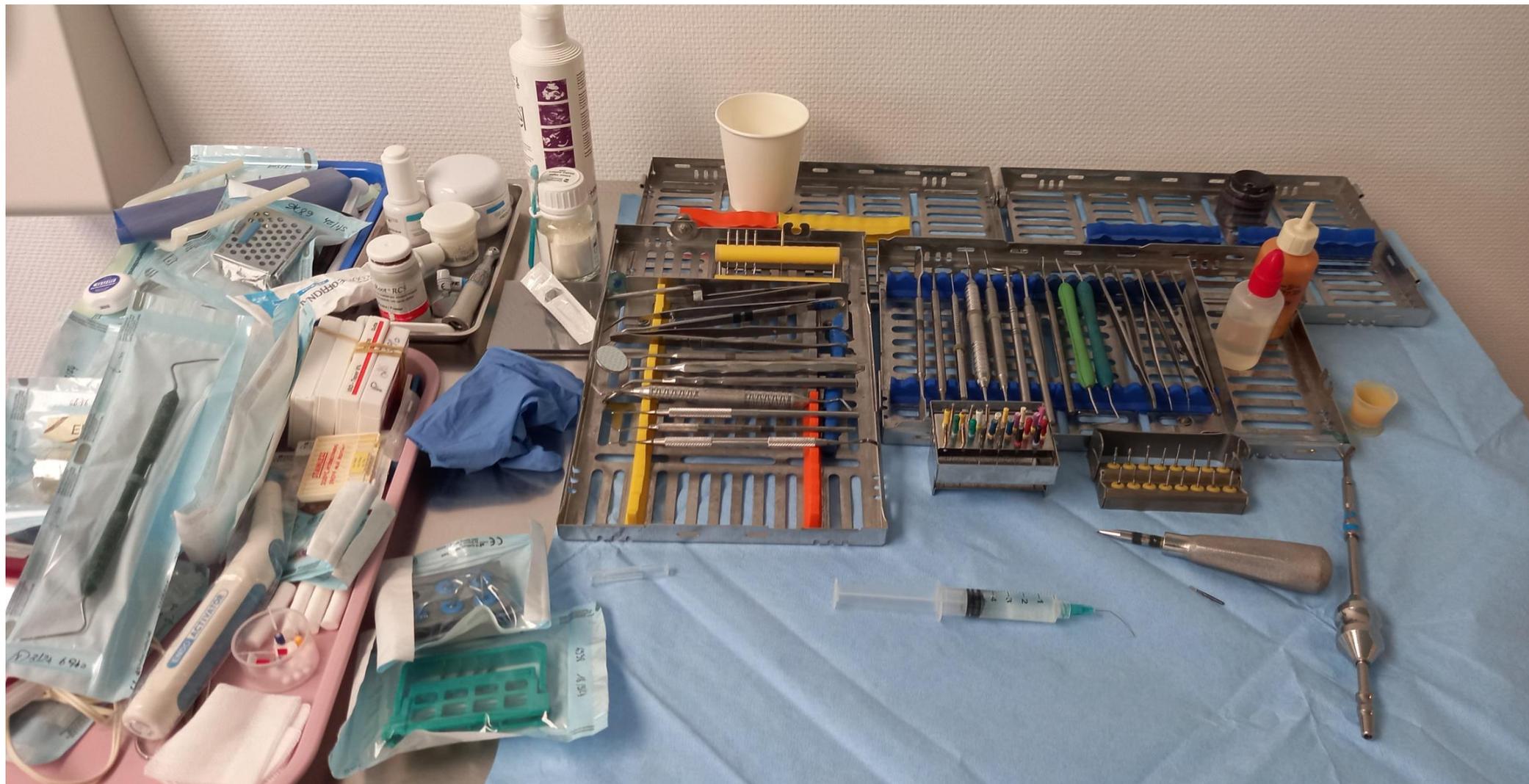
SAS = Service d'Accès aux Soins

PDSD = Permanence Des Soins Dentaires (Astreinte des Dim et JF)

**Cd = 23€**

Pour les chirurgiens-dentistes effecteurs :

Une tarification des actes bucco-dentaires d'urgence, à revoir, à revaloriser, à rendre plus attractive...  
(plateau technique, temps cabinet, personnel, astreinte...)



*The End*

Merci de votre attention

Vos questions ? Vos idées pour la suite ?