

UNIVERSITE ABOU BEKR
BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B.BENZERDJEB - TLEMCEM



جامعة أبو بكر بلقايد
كلية الطب
د.ب.بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE**

Thème :

***Les Urgences en Odontostomatologie Au niveau du CHU Tlemcen
Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et radiologiques
Juillet 2017 - Mars 2018***

Réalisé et présenté par :

**BELHADJI Zoheïr
BELKACEM Besma
BENSAFI Samir
BENYELLES Adel Fouâd
BOUDJEMA Takwa**

Soutenue publiquement le 28 Mai 2018 Devant le jury constitué de :

Dr. S.LOUDJEDI	Professeur en chirurgie générale	Président
Dr. K.GHEZZAZ	Maître assistant en pathologie et chirurgie buccale	Examineur
Dr. N.BELBACHIR	Maître assistant en parodontologie	Examineur
Dr. B.HIMEUR	Maître assistante en odontologie conservatrice et endodontie	Examinatrice
Dr. A.MESLI	Maître assistant en pathologie et chirurgie buccale	Encadreur
Dr. S.BENBEKHTI	Maître assistante en épidémiologie	Co-encadreur

Année universitaire 2017-2018

UNIVERSITE ABOU BEKR
BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B.BENZERDJEB - TLEMCEN



جامعة أبو بكر بلقايد

كلية الطب

د.ب.بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

*MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE*

Thème :

*Les Urgences en Odontostomatologie Au niveau du CHU Tlemcen
Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et radiologiques
Juillet 2017 - Mars 2018*

Réalisé et présenté par :

BELHADJI Zoheïr
BELKACEM Besma
BENSAFI Samir
BENYELLES Adel Fouâd
BOUDJEMA Takwa

Soutenue publiquement le 28 Mai 2018 Devant le jury constitué de :

Dr. S.LOUDJEDI	Professeur en chirurgie générale	Président
Dr. K.GHEZZAZ	Maître assistant en pathologie et chirurgie buccale	Examineur
Dr. N.BELBACHIR	Maître assistant en parodontologie	Examineur
Dr. B.HIMEUR	Maître assistante en odontologie conservatrice et endodontie	Examinatrice
Dr. A.MESLI	Maître assistant en pathologie et chirurgie buccale	Encadreur
Dr. S.BENBEKHTI	Maître assistante en épidémiologie	Co-encadreur

Année universitaire 2017-2018

Remerciements

Tout d'abord, louange à « Allah » qui nous a guidé sur le droit chemin tout au long du travail et nous a inspiré les bons pas et les justes reflexes. Sans sa miséricorde, ce travail n'aura pas abouti.

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'intervention, consciente, d'un grand nombre de personnes.

Nous souhaitons ici les en remercier.

Tout d'abord, Ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide et l'encadrement du **Dr A. Mesli**, on le remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel, pour sa patience, sa rigueur et sa disponibilité durant notre préparation de ce mémoire.

Nous remercions ainsi notre co-encadreur **Dr S. BENBEKHTI** pour les conseils qu'elle nous a prodigué, la confiance qu'elle nous a témoignés, c'est avec plaisir que vous avez mis votre érudition au service de notre formation. Nous vous exprimons solennellement notre vive et déférente gratitude ainsi que l'assurance de notre sincère reconnaissance.

A notre président de jury **Dr. S.LOUDJEDI** Nous vous remercions d'avoir eu la gentillesse d'accepter de juger ce mémoire, nous vous prions de trouver dans ce travail l'expression de notre plus profond respect.

A nos membres de jury **Dr. K.GHEZZAZ, Dr. N.BELBACHIR, Dr. B.HIMEUR** Vous nous avez honoré d'accepter de siéger parmi notre jury de mémoire de fin d'étude. Veuillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

Nos remerciements s'étendent également à tous nos enseignants durant toutes les années d'études.

Nous tenons ainsi à remercier **Dr R. CHAABANE SARI** et **Mme A. HASSAINE**. Nous vous remercions pour votre précieuse aide et gentillesse dans ce travail et au cours de nos études.

Finalement, un grand remerciement à toute notre promo, pour ces six années inoubliables qu'on a passé ensemble, on est devenu plus que des amis mais plutôt une grande famille. On vous souhaite tous une carrière magnifique et une vie heureuse et paisible.

Acceptez nos remerciements et l'expression de notre profonde admiration.

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A mes très chers parents : je suis fière de vous, de l'éducation et les valeurs que vous m'avez appris je vous remercie pour tout l'amour, le soutien et l'encouragement que vous m'avez apportés durant toute mes années d'études, Sans vous je ne serai rien, je vous aime si fort.

A ma chère sœur : Rachida ; tu as vécu chaque instant de ces études à mes côtés et tu étais toujours là pour moi, merci pour ton soutien et ton amour.

A mes frères et sœurs : Mohamed, Naima, Djamila, Mustapha Omar et Hakim, je vous aime tous, que dieu vous protège et vous garde.

A mes adorables nièces et neveux.

A mon binôme et mon cher ami : Zoheir, je suis très reconnaissante de passer ces années d'études et de travailler ce mémoire avec vous. Je vous souhaite que le bonheur et la réussite.

A ma chère : Takwa, je suis très ravi de passer des moments agréables et de travailler ensemble ce mémoire que dieu vous donne tout ce que vous méritez.

A Samir et Adel : ce mémoire était une très belle occasion pour vous connaître et de travailler avec vous je vous souhaite le bonheur et la réussite dans votre vie professionnelle.

A toute ma famille et mes amis et tous ceux qui ont chère pour moi.

BELKACEM Besma

Je dédie cet humble et modeste travail avec grand amour, sincérité et fierté :

A ma chère maman : *Houria*, aucun remerciement, ni dédicace n'est à la hauteur de tes sacrifices et de tout le soutien que tu m'apportes tous les jours pendant ma vie entière. Je profite de ce passage pour t'exprimer mon amour profond, mon respect ainsi que ma gratitude envers toi. Ton amour a toujours été une véritable source de lumière dans tous les passages sombres dans ma vie. Je t'aime énormément et que dieu te garde pour moi.

A mon cher papa : *Abdelkrim*, tu n'es plus là parmi nous, et dieu sait à quel point je regrette ton absence. Merci d'avoir confiance en moi, et d'être toujours là avec moi, même quand t'es plus parmi nous, je continue à suivre tes conseils et à garder ton esprit jeun et plein d'optimisme. Je t'aime papa.

A ma chère sœur et mon cher frère : *Nadia et Sidi Mohamed* : en témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège.

A mon beau-frère et ma belle-sœur : *Amari et Amina*. Je vous remercie énormément pour vos encouragements et je vous souhaite que du bonheur.

A mes deux nièces : *Ranime et Nihel*, vous apprendrez un jour à lire et vous comprendrez à quel point je vous aime. Que dieu vous protège mes princesses.

A ma binôme, et ma très chère amie : *Besma*, te connaître était la meilleure chose qui m'est arrivé durant mon cursus universitaire, ton amitié est tellement précieuse à mes yeux. Je te souhaite que du bonheur.

A Adel, Samir, et Takwa. Ce fut un grand plaisir de travailler avec vous et de vous connaître comme je l'ai fait ces derniers mois. Je vous souhaite une carrière réussie.

A mes chers amis : *Oussama, Houari, Khadija, Hadjer, et Aicha* pour votre amitié si précieuse

BELHADJI Zoheïr

Je dédie ce travail avec mes tous sincères sentiments :

A mes très chers parents : FARIDA & SAID, Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour vous. Vous m'avez comblé avec votre tendresse et affection tout au long de mon parcours. Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, vous avez toujours été présent à mes côtés pour me consoler quand il fallait. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour vous, recevez ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime.

A mes très chers frères et sœur FATIMA, YASSIN et ALAA Pour l'encouragement dont vous m'avez entouré. Merci d'être là pour moi, malgré l'éloignement géographique, à tout moment et en n'importe quelle circonstance.

A mon âme sœur BOUCHRA, Je ne pouvais pas ne pas te citer. Ton amitié à tous ces années me fait chaud au cœur. J'espère qu'elle durera toujours. Merci pour tous les moments que tu m'as partagé. Avec tout mon amour

A mes très chères BESSMA, AMEL, et WARDA qui m'ont partagé les bons et les mauvais moments pendant tout mon cursus.

Mes dédicaces s'adressent également à ZOHEIR, SAMIR, et ADEL. Je remercie dieu qui m'a donné cette occasion pour vous connaître et travailler avec vous. Que dieu vous offre toute la joie et la réussite que vous méritez.

BOUDJEMA Takwa

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour,

Le respect, la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que

Je dédie cette thèse...

A mes très chers parents : Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes études. Je vous dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester votre fierté et ne jamais vous décevoir. Que Dieu le tout puissant vous préserve, vous accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et vous protège de tout mal.

A mes très chers frère et sœur : En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments. Je vous exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour.

A la mémoire de mes grands-parents : Qui ont été toujours dans mon esprit, je vous dédie aujourd'hui ma réussite. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son paradis.

A ma grande famille : Je cite en particulier ma tante soraya, mes tantes, mes oncles ainsi que mes cousins et cousines.

A mes amis : vous êtes pour moi des frères et des amis sur qui je peux compter.

A mes chers collègues : Zoheir, Adel, Takwa, Besma ; En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. C'est une grande fierté pour moi d'être parmi vous.

Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

BENSAFI Samir

C'est avec une profonde gratitude et sincères mots que je dédie cet humble et modeste travail :

A Mes chers parents : Djawad et Djamila source de mes joies, secret de ma force, vous serez toujours le modèle ; Papa dans la détermination, ta force et ton honnêteté ; Maman dans ta bonté ta patience et ton dévouement pour moi, merci pour tous vos sacrifices et pour que vos enfants grandissent et prospèrent.

A Mes Chers sœurs Sanaa et Rajaa et **Mon gendre** Amine : Merci pour vos soutiens infinis et vos aides incessantes à qui je souhaite un meilleur avenir.

A Ma femme Chérie : Zineb, ma source de joie et de bonheur, celle qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir et qui a toujours été à mes côtés.

A Mon grand trésor : Ma petite fille Lilya, la chandelle qui illumine ma vie, Je t'aime mon bébé et je te souhaite le bonheur et la réussite dans ta vie.

A ma belle-famille : Hadj Fethi, Hadja Dalila, Ilhem, Sidahmed, Hanaa, Amine, Anes à qui je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous, vos encouragements et votre soutien m'ont toujours été un grand secours et bien sûr à Yassine et Meriem et fils qui je remercie énormément du fond du cœur pour toute votre bonne humeur et vos encouragements.

A Mes Amis et Cousin : Hamza, Fethi, Salim, Amine, Fouzi et pleins d'autres, je vous remercie énormément.

A mes chers collègues (*cinquinome*) : Zoheir, Samir, Bisma et Takwa ; je vous remercie pour tous les efforts que vous avez fournis durant ce mémoire et que dieu nous garde toujours proche et heureux.

BENYELLES Adel Fouâd

Sommaire

Remerciements.....	i
Dédicaces	ii
Sommaire	vii
Liste des abréviations.....	xi
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures	xiii
INTRODUCTION	1
PROBLEMATIQUE.....	2
REVUE DE LA LITTERATURE.....	4
I- GENERALITES SUR LES URGENCES EN ODONTOSTOMATOLOGIE.....	4
1-1- Définition de la consultation	4
1-2-Définition des urgences en odontostomatologie.....	4
1-3-Urgence vraie ou relative ?.....	4
II-LE CADRE MEDICOLEGAL	4
2-1- Urgence et déontologie.....	4
2-1-1- Obligation de la prise en charge (Un dentiste peut-il refuser une urgence ?)	4
2-1-2- Respect de la confraternité et le secret médical	5
2-1-2-1-Respect de la confraternité.....	5
2-1-2-2-Le secret médical	5
2-1-3- Consentement éclairé	6
2-1-4-Service de garde	6
2-2-Les enjeux de sante publique de la prise en charge des urgences odontologiques.....	7
2-2-1- Les objectifs de la prise en charge de l'urgence dentaire.....	7
2-2-2- Prise en charge des urgences bucco-dentaires et implications sur l'état général	7
2-2-3- Les risques du retard de prise en charge des urgences	8
2-2-3-1- Le risque pharmacologique.....	8
2-2-3-2- Le risque infectieux	9
III-GESTION DES URGENCES EN ODONTOSTOMATOLOGIE	9
3-1-L'interrogatoire	9
3-2-L'examen clinique.....	10
3-3-Les examens complémentaires	11
3-4-Diagnostic.....	12

IV-EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES	12
4-1- Définition de la douleur.....	13
4-2- L'évaluation de la douleur.....	13
4-3-Natures d'urgences	14
4-3-1-Urgences infectieuses et /ou inflammatoires.....	15
4-3-1-1-Pulpite aigue irréversible	15
4-3-1-2-La parodontite apicale aigue	16
4-3-1-3-Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire.....	18
4-3-1-4-Urgences parodontales	23
4-3-1-5-Urgences post-opératoires.....	29
4-3-2-Urgences traumatiques	31
4-3-2-1-Traumatismes alvéolo-dentaires	31
4-3-2-2-Traumatismes des maxillaires.....	39
4-3-3-Urgences hémorragiques	46
4-3-3-1-L'hémorragie buccale de cause locale	46
4-3-3-2-L'hémorragie buccale de cause générale	47
4-3-3-3-L'hémorragie de cause locale et générale	48
4-3-4-Urgences articulaires	48
4-3-4-1-Luxation de l'articulation temporo-mandibulaire.....	48
4-3-4-2-Les dysfonctionnements de l'appareil manducateur.....	50
4-3-4-3-Constriction permanente des maxillaires	50
4-3-5-Les atteintes muqueuses.....	51
4-3-5-1-Les lésions traumatiques	51
4-3-5-2-Le lichen plan érosif	53
4-3-5-3-Aphte géant	53
4-3-6-Urgences de confort	54
4-3-6-1-Le syndrome de la bouche brûlante	54
4-3-6-2-Descellement d'une prothèse définitive.....	54
4-3-6-3-Intolérance de la prothèse adjointe	55
4-3-6-4-Perte ou fracture d'un composite	55
4-3-6-5-Mobilité dentaire.....	55
OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	57
MATERIEL ET METHODES	59
1-Type d'étude	59
2-Population de l'étude :.....	59
2-1-Critères d'inclusion	59

2-2-Critères de non-inclusion.....	59
3-Lieu de l'étude.....	59
4-Durée et période de l'étude :.....	59
5-Collecte des données :.....	59
6-Saisie et analyse des données.....	60
7-Paramètres étudiés.....	60
RESULTATS.....	64
1-Caractéristiques de la population étudiée.....	64
1-1-Sexe.....	64
1-2-Âge.....	64
1-3-Lieu de résidence.....	65
1-4-Mois de consultations.....	66
1-5-Heure d'arrivée des patients.....	66
1-6-Consultation antérieure.....	67
1-7-Le service de consultation.....	67
2-Antécédents généraux.....	68
3-Hygiène bucco-dentaire.....	69
4-Caractéristiques des Urgences Odontostomatologiques.....	70
4-1-Motif de consultation.....	70
4-2-Evaluation de la douleur.....	70
4-3-Nature des urgences.....	71
4-3-1-Urgences infectieuses et/ou inflammatoires.....	72
4-3-1-1-Répartition des cas selon l'âge et l'urgence infectieuses et/ou inflammatoires.....	72
4-3-1-2-Hygiène bucco-dentaire et urgences inflammatoires et/ou infectieuses.....	73
4-3-1-3-Localisation des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire.....	73
4-3-1-4-Localisation des alvéolites.....	74
4-3-2-Urgences traumatiques.....	75
4-3-2-1-Etiologies des traumatismes.....	76
4-3-2-2-Localisation des traumatismes alvéolo-dentaires.....	77
4-3-2-3-Sexe et urgence Traumatique.....	77
4-3-2-4-Repartition selon l'âge et urgence traumatique.....	78
4-3-3-Etiologies des hémorragies buccales.....	78
4-3-4- Lésions Des ATM.....	79
4-3-5-Lésions de la muqueuse buccale.....	79
DISCUSSION.....	81
CAS CLINIQUES.....	92

CONCLUSION.....	111
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	79
ANNEXES.....	79
ABSTRACT.....	79
RÉSUMÉ.....	80

Liste des abréviations

AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
ATM	: Articulation temporo-mandibulaire
AVC	: Accident vasculo-cérébral
AVP	: Accident de la voie publique
BIM	: Blocage inter-maxillaire
CBV	: Coups et blessures volontaires
CHU	: Centre hospitalo-universitaire
COLL	: Collaborateurs
DAM	: Dysfonction de l'appareil manducateur
FPS	: Faces pain scale
GUN	: Gingivite ulcéro-nécrotique
OCE	: Odontologie conservatrice et endodontie
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
PA	: Parodontite apicale
PBD	: Pathologies bucco-dentaires
PMV	: Plaques miniaturisées vissées
PUN	: Parodontite ulcéro-nécrotique
UMC	: Urgences médico-chirurgicales
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Tableau 1: Etude comparative entre l'Abcès Péri-apical et l'Abcès Parodontal.....	25
Tableau 2: Répartition de la population selon le lieu de résidence	65
Tableau 3: Répartition de la population selon l'état général	68
Tableau 4: Répartition de la population suivant l'échelle EVA de la douleur	70
Tableau 5: Répartition de la population selon la nature de l'urgence	71
Tableau 6: Répartition de la population selon le type de traumatisme	75
Tableau 7: Répartition de la population selon l'étiologie des traumatismes	76
Tableau 8: Répartition de la population selon les lésions des ATM	79
Tableau 9: Répartition de la population selon les lésions de la muqueuse buccale	79
Tableau 10: Comparaison de nos résultats (âge et sexe) par rapport aux autres études	82

Liste des figures

Figure 1: Exemple sur l'échelle EVA de la douleur.....	14
Figure 2: Cellulite vestibulo-génienne basse par infection péri-apicale de la première molaire inférieure.	23
Figure 3: Abscessus parodontal.....	24
Figure 4: GUN chez un patient de 25 ans d'origine africaine, non-fumeur.	26
Figure 5 : Arbre décisionnel relatif aux traumatismes de l'odontologie en denture temporaire.....	37
Figure 6 : Arbre décisionnel relatif aux traumatismes des structures parodontales en denture temporaire.....	38
Figure 7: Les différents types de traumatismes alvéolo-dentaires.	38
Figure 8: Fracture de la BH coté droit associé à une fracture condylienne coté.....	43
Figure 9 : Manœuvre de Nelaton.....	49
Figure 10: Aphte Géant.....	54
Figure 11: Répartition de la population selon le sexe	64
Figure 12: Répartition de la population selon l'âge	64
Figure 13: Répartition de la population selon le mois de consultation	66
Figure 14: Répartition de la population selon l'heure d'arrivée des patients.....	66
Figure 15: Répartition des cas selon l'existence ou non d'une consultation antérieure	67
Figure 16: Répartition de la population selon le lieu de consultation	67
Figure 17: Répartition des cas selon l'hygiène bucco-dentaire	69
Figure 18: Répartition de la population selon le motif de consultation	70
Figure 19: Répartition de la population selon les urgences inflammatoire et/ou infectieuse....	72
Figure 20: Répartition de la population selon la relation entre l'âge et l'urgence infectieuse et/ou inflammatoire	72
Figure 21: Répartition de la population selon l'impact de l'hygiène bucco-dentaire sur les urgences infectieuses et/ou inflammatoires	73
Figure 22: Répartition de la population selon la localisation des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire	73
Figure 23: Répartition de la population selon la localisation des alvéolites	74

Figure 24: Répartition des cas selon la localisation des traumatismes alvéolo-dentaire	77
Figure 25: Répartition des cas selon la relation entre le sexe et l'urgence traumatique	77
Figure 26: Répartition de la population selon la relation entre l'âge et l'urgence traumatique..	78
Figure 27: Répartition de la population selon l'étiologie des hémorragies bucco-dentaires	78
Figure 28: Aspect clinique à la première consultation du patient O.A âgé de 23ans.....	92
Figure 29: Aspect radiologique à la première consultation du patient O.A âgé de 23ans	93
Figure 30: Aspect clinique après blocage inter-maxillaire du patient O.A âgé de 23ans	94
Figure 31: Aspect radiologique après blocage inter-maxillaire du patient O.A âgé de 23ans ...	94
Figure 32: Aspect clinique à la première consultation de la patiente L.C âgée de 20ans	95
Figure 33: Aspect radiologique à la première consultation de la patiente L.C âgée de 20ans...	96
Figure 34: Aspect clinique lors de la mise en place d'un drain à de la patiente L.C 20ans	97
Figure 35: Aspect clinique montrant l'évolution après la thérapeutique De la patiente L.C âgé de 20ans	97
Figure 36: Aspect clinique à la première consultation du patient M.A âgé de 24 ans	98
Figure 37: Aspect clinique à la première consultation du patient A.F âgé de 39 ans	100
Figure 38: Aspect radiologique à la première consultation du patient A.F âgé de 39 ans	101
Figure 39: Aspect clinique après la thérapeutique d'urgence du patient A.F âgé de 39 ans....	102
Figure 40: Aspect clinique à la première consultation de la patiente M.K âgée de 37 ans	103
Figure 41: Aspect clinique endo-buccale à la première consultation de la patiente M.K âgée de 37 ans	104
Figure 42: Aspect clinique endo-buccale à la première consultation de la patiente S.C âgée de 61 ans	106
Figure 43: Aspect clinique endo-buccale après mise en place d'une gouttière en élastomère lourd de la patiente S.C âgé de 61 ans	107
Figure 44: Aspect clinique endo-buccale à la première consultation du patient A.L âgé de 15 ans.....	108

INTRODUCTION

Une situation d'urgence est une menace soudaine ou inattendue au bien être ou à l'intégrité physique (Morgans 2011).

Les urgences bucco-dentaires atteignent l'ensemble de la population, elles diffèrent des urgences médicales, car elles engagent rarement le pronostic vital, elles sont néanmoins invalidantes par la douleur et les conséquences à long terme. Par exemple, un enfant de 10 ans, victime d'un accident de roller, présente une fracture du tibia et l'expulsion de deux incisives supérieures ; la prise en charge orthopédique est immédiate et la réparation bien souvent « ad integrum » s'effectue au bout de quelques semaines ; la non-réimplantation des incisives engendre des séquelles esthétiques et fonctionnelles à vie. ⁽¹⁾

Les urgences bucco-dentaires participent par leurs nombres et leurs diversités, à l'engorgement des services d'urgences générales (SAU). Les principaux items à l'origine de ces consultations d'urgence sont la douleur, le traumatisme, l'infection, l'hémorragie, les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, les pathologies de la muqueuse buccale ⁽²⁾.

Une étude réalisée par Ahossi et al ⁽³⁾ montre que 46 % des motifs de consultation sont les algies, 33 % représentent les pathologies infectieuses, 15 % sont les traumatismes, 2% les hémorragies et 4 % des motifs classés autres. Il n'y a pas de limite d'âge pour les urgences odontostomatologiques ; cependant, la tranche la plus importante se situe entre 1 an et 25 ans.

En effet la douleur reste le symptôme qui amène la grande majorité des patients à consulter en urgence ^(4,5).

En Algérie, contrairement à la médecine générale où l'on trouve des services d'accueil d'urgences qui assurent la permanence des soins, l'odontostomatologie n'a pas encore de structures spécifiques pour prendre en charge ces situations.

Soulager les souffrances des patients est la raison d'être médecin ; leurs prises en charge est un devoir. La médecine dentaire doit également répondre à ce concept et ainsi le rôle des médecin-dentistes dans la permanence de soins ne doit pas être négligé.

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques des urgences odontostomatologiques au niveau du CHU de Tlemcen de Juillet 2017 - 31 Mars 2018.

PROBLEMATIQUE

Les urgences bucco-dentaires par leur caractère inattendu, est une source de stress pour le médecin dentiste qui doit apporter son aide au patient.

On a constaté durant notre passage aux différents services du CHU Tlemcen que le nombre est assez élevé des patients présentant des urgences bucco-dentaires qui rendent la vie des patients pénible, voir parfois insupportable vue la présence de la douleur dans presque la majorité de ces urgences.

D'autant plus, l'augmentation significative de la notion de l'esthétique chez la population algérienne et la demande croissante des solutions immédiates à ce type d'urgences à laquelle sont confrontés ces patients d'une façon presque quotidienne.

L'épidémiologie des urgences en médecine dentaire varie d'un pays à autre. En Algérie, peu d'études ont été réalisées dans ce contexte, c'est pourquoi nous nous sommes proposé d'effectuer cette étude afin de décrire les différentes urgences et leurs aspects cliniques chez les patients présentant une urgence bucco-dentaire colligés au sein des différents services concernées (service de PBD, d'OCE, UMC, parodontologie et service d'ORL) du CHU Tlemcen pendant une période de 9mois depuis juillet 2017 jusqu'au mars 2018.

Dans la première partie de ce travail, nous citons la notion d'urgence en distinguant notamment les vraies urgences des fausses urgences. Nous aborderons ensuite le diagnostic des différentes urgences odontostomatologiques rencontrées dans la pratique quotidienne d'un médecin dentiste et la thérapeutique d'urgence.

Dans la seconde partie, nous présenterons une étude épidémiologique portant sur les patients consultants en urgence au niveau du CHU Tlemcen.

Revue de la littérature

REVUE DE LA LITTERATURE

I- GENERALITES SUR LES URGENCES EN ODONTOSTOMATOLOGIE

1-1- Définition de la consultation

Le terme consultation est issu du latin *consultatio* et signifie conseil, c'est l'examen d'un malade que le médecin pratique à son cabinet. *Selon le dictionnaire (Larousse Médical)*

1-2-Définition des urgences en odontostomatologie

Le mot « Urgence » vient du latin « Urgere » qui signifie « presser ». Urgence signifie littéralement « en toute hâte » Selon le dictionnaire (Larousse Médical)

L'urgence odontostomatologique peut être définie comme étant la survenue d'une condition orale soudaine, dont l'examen ne peut être différé et qui nécessite une prise en charge immédiate. Elle intéresse diverses affections, essentiellement de type inflammatoire, infectieux et traumatique. Ces affections entraînent des troubles fonctionnels et esthétiques, altérant ainsi la qualité de vie du patient. Dans certains cas, elles peuvent entraver le pronostic vital⁽⁶⁾.

1-3-Urgence vraie ou relative ?

La perception de l'urgence d'une situation est en effet différente par le praticien et par le patient. Elle dépend de facteurs personnels du patient à savoir son caractère, son histoire personnelle, ses antécédents médicaux, Etc...

Il faut alors distinguer l'urgence « objective » (situation impliquant l'intervention rapide d'un médecin) de l'urgence « subjective » (situation ressentie comme urgente par le patient). Ces critères nous permettent d'avoir une première approche pour distinguer la « vraie » urgence de la « relative » urgence notamment lors de l'accueil des patients⁽⁷⁾.

II-LE CADRE MEDICOLEGAL

2-1- Urgence et déontologie

2-1-1- Obligation de la prise en charge (Un dentiste peut-il refuser une urgence ?)

« Il y a peu d'urgences absolues mais nous n'avons pas le droit de laisser un patient dans la douleur et dans l'angoisse sans l'aider. »

D. Rozencweig (Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire)

Il n'existe pas de cadre particulier pour les urgences, les conditions d'exercice du chirurgien-dentiste sont les mêmes en situation d'urgence, et il est soumis au Code de Santé Publique et au Code de Déontologie. D'après *l'article 9 du code de déontologie algérien* : « le médecin, le chirurgien-dentiste doit porter secours à un malade en danger immédiat ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. », aussi *L'article 49 du code de déontologie algérien* : «En cas de refus de soins médicaux, il est exigé du malade, une déclaration écrite à cet effet. »

Le praticien est alors tenu de prendre en charge les urgences se présentant à lui et de respecter la permanence des soins en odontologie⁽⁸⁾, sauf s'il pense aggraver la situation du patient.

2-1-2- Respect de la confraternité et le secret médical

2-1-2-1-Respect de la confraternité

Le respect de la confraternité est indispensable dans la prise en charge d'un patient qui consulte un autre praticien lorsque son chirurgien-dentiste traitant est absent. D'après *l'article 59 du code de déontologie algérien* :

« La confraternité est un devoir primordial entre médecins, elle doit s'exercer dans l'intérêt des malades et de la profession. Les médecins, les chirurgiens-dentistes doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité et créer des sentiments de loyauté, d'estime et de confiance. »

Et selon *l'article 68 du code de déontologie algérien* : « le médecin, le chirurgien-dentiste, peut accueillir tous les malades qu'ils aient ou non un confrère traitant. S'il est consulté à son cabinet par un malade à l'insu de son médecin traitant, il doit, après accord du malade, essayer d'entrer en contact avec le confrère traitant afin d'échanger leurs informations et se faire part mutuellement de leurs observations et de leurs conclusions. »

2-1-2-2-Le secret médical

« Le secret professionnel couvre tout ce que le médecin, chirurgien-dentiste a vu, entendu, compris ou lui a été confié dans l'exercice de sa profession. » *L'article 37 du code de déontologie algérien.*

Loi relative à la Promotion et la Protection de la santé (*loi 90.17 en date du 31 Juillet 1991*, modifiant et complétant *la loi 85.05 du 16 Février 1985* notamment dans son *article 206-alinéa 1* qui dit : « Le respect de la dignité du malade est la protection de sa personnalité sont garanties par le secret professionnel auquel est tenu l'ensemble des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens. »

Le Code Pénal qui prévoit dans son *article 301 alinéa 1*: "Les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sage femmes ou toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions permanentes ou temporaires, des secrets qu'on leurs contient, qui hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs ont révélé ces secrets, sont punis d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 500 à 5000 DA. »

2-1-3- Consentement éclairé

D'après *l'article 44 du code de déontologie algérien* : « Tout acte médical, lorsqu'il présente un risque sérieux pour le malade est subordonné au consentement libre et éclairé du malade ou celui des personnes habilitées par lui ou par la loi. Si le malade est en péril ou incapable d'exprimer son consentement, le médecin, le chirurgien-dentiste doit donner les soins nécessaires ».

Article 52 du code de déontologie algérien : « Le médecin, le chirurgien-dentiste appelé à donner des soins à un mineur ou à un incapable majeur doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal, et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence ou s'ils ne peuvent être joints, le médecin, le chirurgien-dentiste doit donner les soins nécessaires. Si l'incapable majeur peut émettre un avis, le médecin, le chirurgien-dentiste doit en tenir compte dans toute la mesure du possible ».

2-1-4-Service de garde

On ne peut pas parler de la déontologie dans le cadre de l'urgence sans aborder le problème du service de garde. Assurer la permanence des soins est une obligation déontologique qui s'applique à tout praticien quel que soit son mode d'exercice (libéral ou salarié)⁽⁴⁾.

« Les médecins, chirurgiens-dentistes, et pharmaciens sont tenus d'assurer le service de garde, selon des modalités fixées par le ministre chargé de la santé. Sous peine de sanction administrative. » *Article 209 du code de déontologie algérien*

Il est important de noter que notre service de pathologie et chirurgie buccales est le seul de son genre en Algérie à assurer le service de garde et ceci depuis des années par absence de service de chirurgie maxillo-faciale au niveau du CHU Tlemcen, et ceci malgré le manque du matériel, en absence de chambres de garde, et en absence de fauteuils dentaires.

2-2-Les enjeux de sante publique de la prise en charge des urgences odontologiques

2-2-1- Les objectifs de la prise en charge de l'urgence dentaire

L'urgence dentaire de par son caractère non programmé ne peut pas bénéficier d'un traitement aussi complet que lors d'une consultation programmée. Néanmoins, le traitement de l'urgence doit répondre à certaines exigences :

- Soulager le patient et prendre en charge sa douleur et sa détresse.
- Mettre fin à l'évolution du processus pathologique.
- Prévenir les complications éventuelles du processus en cours.

2-2-2- Prise en charge des urgences bucco-dentaires et implications sur l'état général

Le lien entre les infections orales et certaines affections chroniques est désormais avéré au sein de la communauté scientifique. De nombreuses études récentes ont démontré que les affections buccales notamment les parodontopathies peuvent entraîner une inflammation systémique et causer différents désordres de l'état général telles que :

- L'augmentation du risque de survenue d'AVC⁽⁹⁾ et d'infarctus du myocarde⁽¹⁰⁾.
- L'augmentation du risque de déséquilibre glycémique chez les patients diabétiques^(11, 12).
- L'augmentation du risque de naissances prématurées⁽¹³⁾.

- L'augmentation du risque d'apparition de pathologies cardio-respiratoires ⁽¹⁴⁾.
- L'augmentation du risque d'une dysfonction érectile ⁽¹⁵⁾.
- L'augmentation du risque d'aggravation des symptômes de la polyarthrite rhumatoïde⁽¹⁶⁾

De ce fait, il apparaît important d'assurer une prise en charge rapide et efficace des urgences bucco-dentaires chez les patients à besoins spécifiques. Cela représente un réel enjeu de santé publique puisqu'une mauvaise gestion de leur santé bucco-dentaire peut augmenter le risque de survenue de pathologies ou en aggraver les symptômes.

2-2-3- Les risques du retard de prise en charge des urgences

2-2-3-1- Le risque pharmacologique

En l'absence de prise en charge rapide de la douleur par un professionnel de santé, on est confronté à deux cas de figures :

D'une part, l'automédication. D'après l'APNET (*Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique*) on peut considérer qu'il existe deux types d'automédication ⁽⁷⁾ :

- Une première concerne les substances de PMF (Prescription Médicale Facultative) qui peuvent être délivrées au patient sans ordonnance. Ces médicaments concernent des molécules qui ne présentent pas de danger si l'utilisateur respecte les indications thérapeutiques, même sans contrôle médical.⁽⁷⁾
- La deuxième consiste à prélever dans la pharmacie familiale les résidus des médicaments non consommés prescrits antérieurement au malade ou un membre de la famille pour le même symptôme ou un symptôme que le patient considère comme équivalent. Cette deuxième forme d'automédication est plus dangereuse car elle peut concerner des molécules moins anodines et dont l'usage inapproprié peut être dangereux, d'autant plus qu'il n'y a aucune intervention d'un professionnel de santé.

Il n'est pas rare de constater une aggravation de l'état local ou général d'un patient avec une infection bucco-dentaire provoquée par une prise d'AINS dans le cadre d'une automédication.

D'autre part, lorsque la prise en charge de l'urgence douloureuse est déficiente, l'autre risque qui se présente est le risque de surdosage en molécules antalgiques⁽¹⁷⁾.

2-2-3-2- Le risque infectieux

Les urgences dentaires, surtout infectieuses, ne présentent généralement pas de risques sur la vie du patient. Cependant, dans le cas d'une antibiothérapie insuffisante ou inadaptée ou de la prise d'anti-inflammatoires sans couverture antibiotique ; il existe un risque de survenue de complications graves mettant directement en jeu le pronostic vital par diffusion de l'infection. La principale complication mettant en jeu le pronostic vital est le choc septique ou septicémie⁽¹⁸⁾.

C'est pourquoi l'automédication, la prescription directe par un pharmacien ou une prescription par un médecin sans diagnostic précis peuvent s'avérer dangereuses. De plus, une négligence dans le diagnostic d'un chirurgien-dentiste avec une prescription antibiotique inadaptée peut également entraîner des complications graves.

III-GESTION DES URGENCES EN ODONTOSTOMATOLOGIE

La consultation d'urgence se déroule le plus souvent dans un contexte particulier de stress.

Ceci ne doit pas perturber la démarche diagnostique, il est indispensable de réaliser une observation clinique rigoureuse afin de s'orienter vers un diagnostic précis qui aboutit ainsi à une prise en charge thérapeutique adéquate.

La démarche diagnostique repose sur les trois piliers qui sont : l'interrogatoire, l'examen clinique, et les examens complémentaires. Bien que de nature très différentes, ces étapes peuvent chronologiquement se superposer.

3-1-L'interrogatoire

Début toujours par une anamnèse. Le praticien questionne le patient sur son état de santé générale et complète le dossier médical afin de connaître ses antécédents médicaux et chirurgicaux, ainsi que ses traitements médicamenteux, les habitudes de vie (tabac, alcool, addictions, milieu socioculturel, alimentation). Le praticien aborde ainsi le motif de consultation (description des symptômes, d'un éventuel accident, ou tout autre motif), lieu et date de l'apparition de l'urgence. Dans les cas de traumatisme, la vaccination

antitétanique doit être vérifiée. Le patient expose librement le ou les motifs qui l'amènent à consulter de cette façon ⁽¹⁹⁾.

3-2-L'examen clinique

L'examen clinique doit être ciblé selon l'urgence qui a poussé le patient à consulter

- **En cas de douleur**

La douleur est subjective, elle est décrite par le patient. Pour une bonne appréciation de cette douleur, le médecin dentiste doit guider le patient via l'interrogatoire pour une bonne description de cette sensation.

On doit déterminer : le siège de la douleur ainsi ses irradiations si elles existent, son intensité selon des différentes échelles de douleurs suggérées par le praticien, le moment et les circonstances de l'apparition de la douleur, sa durée, et l'efficacité des antalgiques.

- **En cas d'urgences infectieuses**

Les urgences infectieuses ont plusieurs étiologies possibles :

Endodontiques (contamination du péri apex de la dent via le système endocanalaire), parodontales (atteintes des tissus péri dentaires), post opératoire, ou autres (origine endo-parodontale vraie)

Les signes cliniques à rechercher sont : une tuméfaction faciale, une tuméfaction de la muqueuse buccale en regard de la dent causale associée ou non à une fistule ; une halitose (mauvaise haleine) ; une inflammation gingivale avec des saignements fréquents, au brossage, à la mastication, parfois spontanés ; une mobilité dentaire ; une présence de dépôts bactériens, de tartre ou un délabrement de la couronne dentaire ; une douleur spontanée ou accentuée par la mastication.

- **En cas de traumatisme**

Face à un traumatisme maxillo-facial ou bucco-dentaire, on précise l'âge du patient (enfant, adolescent, adulte), le type de traumatisme (alvéolo-dentaire ou basal), le type de choc et circonstances de la survenue du traumatisme (cause et lieu), dents retrouvées ou non (en cas d'expulsion), douleurs ou hémorragies associées.

Le praticien recherche les atteintes dentaires (mobilités, pertes de substance avec ou sans exposition pulpaire), une fracture basale, sa localisation, met en évidence un trouble de l'articulé en demandant au patient de serrer les dents, constate les dilacérations des tissus mous et recherche toute les lésions ou les plaies muqueuses associées.

Il est nécessaire de vérifier si le patient a été antérieurement vacciné contre le tétanos, et orienter le patient vers un service spécialisé si le contraire.

- **En cas d'hémorragie**

On cherche l'état général du patient et le traitement en cours, les antécédents d'hémorragies personnelles ou familiales, le moment et les circonstances du déclenchement de l'hémorragie, le temps de saignements et les divers moyens utilisés pour l'arrêter.

La visualisation d'un caillot ou d'un saignement détermine la localisation de l'effraction vasculaire ou tissulaire, et nous renseigne sur l'origine du saignement, qui n'est pas toujours évident.

- **En cas de troubles des ATM**

L'examen du jeu condylien en cherchant des bruits articulaires et des douleurs associées aux différents mouvements buccaux (ouverture/fermeture, diduction, et propulsion) et on évalue l'amplitude de l'ouverture buccale en cherchant un trismus ou une limitation de l'ouverture buccale

- **En cas d'Atteintes de la muqueuse buccale**

Face à une lésion de la muqueuse buccale, le praticien doit noter l'aspect, le volume, le siège, et le nombre des lésions. On recherche la présence d'un facteur iatrogène (prothèse, dispositif d'orthodontie mal adapté, fracture dentaire ou fracture d'un composite, présence d'amalgame)

3-3-Les examens complémentaires

Les examens complémentaires comme leur nom l'indiquent, sont des examens qui complètent l'examen clinique, mais qui ne doivent jamais le substituer.

- **Examens radiologiques**

L'orthopantomogramme (cliché panoramique dentaire) est l'examen de choix. Il donne une vision globale de la cavité buccale, en précisant le degré d'évolution dentaire et d'édification radiculaire avec l'éventuelle présence d'éléments inclus. Dans le cadre de la recherche d'une pathologie, ce cliché précise les fractures dentaires, les atteintes carieuses et les complications infectieuses. Enfin, cet examen peut être complété par un cliché rétro alvéolaire, un mordue occlusal, un scanner ou un cône-beam selon l'indication.

- **Examens biologiques**

Dans certains cas d'urgence, la réalisation de tests biologiques permet de confirmer ou d'infirmer une suspicion de troubles révélés par l'interrogatoire et l'examen clinique.

En fonction des indications, les tests biologiques les plus souvent demandés comprennent un hémogramme, un bilan d'hémostase ainsi qu'autres examens (tests bactériologiques, tests d'inflammations etc.)

3-4-Diagnostic

L'investigation clinique et radiologique doit conduire à formuler le diagnostic⁽²⁰⁾.

Le praticien expose ses résultats au patient, lui explique les pronostics possibles et le traitement qu'il peut lui proposer dans l'immédiat afin de répondre au(x) motif(s) de la consultation et obtenir son consentement éclairé. Bien souvent le traitement réalisé est provisoire et nécessite une autre séance afin de répondre définitivement à la demande du patient.

IV-EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES

Le patient consulte en urgence pour les trois motifs suivants :

- Motif douloureux : étant le premier motif de consultation en odontostomatologie^(21,22).
- Motif fonctionnel.
- Motif esthétique.

4-1- Définition de la douleur

Selon la définition officielle de *l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP)*, 'la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. '

La douleur dentaire, « la plus grande et la plus cruelle des douleurs qui n'entraînent pas la mort » d'après *Ambroise Pare*.

4-2- L'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est essentielle dans l'élaboration d'une stratégie thérapeutique. Il n'existe pas d'étalon universel de la douleur, c'est pourquoi son évaluation est très complexe. Cependant, il existe des outils spécifiques appelés «*échelles de la douleur*» qui permettent de mesurer cette subjectivité et qui sont adaptés à l'âge et aux capacités cognitives du patient.

Les échelles les plus couramment utilisées sont :

➤ **Pour l'enfant**

• **Les échelles d'autoévaluation :**

- L'échelle des visages ou FPS présentant six visages allant du neutre au plus grimaçant pour les enfants de 4 à 6 ans⁽²⁴⁾.
- L'échelle visuelle analogique (EVA) à partir de 6 ans (figure n°1)^(20, 23)
- L'échelle numérique (EN) à partir de 7 ans.
- L'échelle verbale simple (EVS) faite de quatre qualificatifs « un peu, moyen, fort, très fort. »

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) recommande d'utiliser deux échelles d'auto-évaluation et de comparer les scores obtenus. Si les scores sont discordants, le résultat n'est pas considéré comme fiable. Cependant un enfant peut comprendre correctement le fonctionnement d'un outil et pas de l'autre.

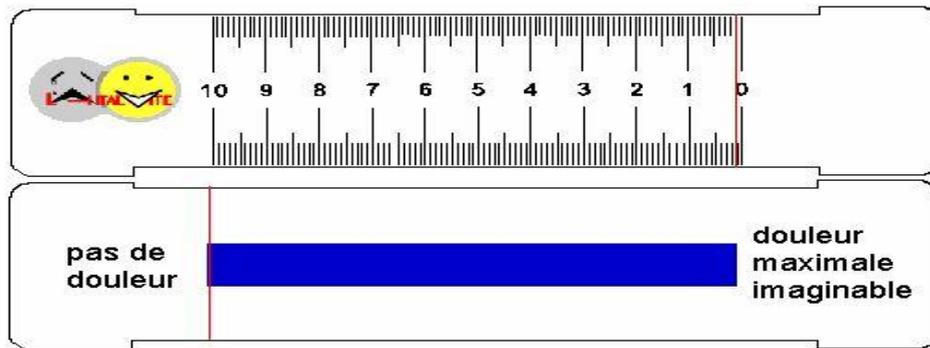


Figure 1: Exemple sur l'échelle EVA de la douleur

- **Les échelles comportementales**

- L'échelle NFCS (Néonatale Facial Coding System) : utilise quatre critères d'activité faciale : le froncement des sourcils, la contracture des paupières, l'accentuation du sillon naso-labial et l'ouverture buccale. Elle est utilisable jusqu'à 18 mois.
- CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) est utilisée entre 1 et 7 ans. Elle analyse les pleurs, l'expression du visage, les plaintes verbales ainsi que les mouvements du corps, des mains et des jambes.

- **Pour les personnes âgées**

- Les échelles DOLOPLUS.
- L'échelle comportementale de la personne âgée ou ECPA.

- **Pour le polyhandicapé**

On utilise l'échelle comportementale FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

Dans le cadre de l'urgence dentaire, les échelles EVA et EN sont les plus courantes et les plus appropriées à la situation d'urgence^(23, 25).

4-3-Natures d'urgences

Les principaux items à l'origine des consultations d'urgence sont : ⁽²⁶⁾

- Urgences infectieuses et/ou inflammatoires
- Urgences traumatiques bucco-dentaires et faciales.

- Urgences hémorragiques.
- Urgences de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Urgences de la muqueuse buccale.

4-3-1-Urgences infectieuses et /ou inflammatoires

4-3-1-1-Pulpite aigue irréversible

Appartient à la Catégorie III de BAUME ⁽²⁷⁾. C'est une inflammation pulpaire sévère qui se caractérise par une douleur spontanée, lancinante, intermittentes, pulsatile et irradiée, très souvent difficile à localiser⁽²⁸⁾. Elle augmente lorsque le patient se penche ou se couche. Elle est épuisante pour le patient qui se présente avec une « rage de dent » ^(29, 30)

a-Formes cliniques

- **Forme exsudative** : ou encore pulpite séreuse, c'est une forme de début qui se caractérise histologiquement par une vasodilatation (exsudation liquidienne).

Cliniquement, la douleur est spontanée, intermittente, intense et provoquée cessant avec une certaine latence après arrêt du stimulus.

- **Forme suppurative** : appelée aussi purulente ou pulpite jaune, c'est un stade plus avancé de la pulpite qui se caractérise par la formation d'un abcès intra pulpaire.

Cliniquement, la douleur est spontanée, violente, pulsatile, continue, avec des paroxysmes nocturnes et une irradiation vers les dents voisines ou à l'hémiface. Elle est exacerbée par le chaud est calmée par le froid. Les percussions axiale et transversale sont positives.

b-Diagnostic

Le patient ne localise pas parfaitement la douleur d'une pulpite aiguë. Il la ressent diffuse. La douleur peut être ressentie sur d'autres régions de la même arcade ou de l'arcade opposée.

La sévérité des symptômes cliniques varie au fur et à mesure que la réaction inflammatoire augmente. Elle peut varier entre un simple inconfort léger, facilement toléré, et une douleur sévère, lancinante et atroce. Lors des tests thermiques, la pulpe peut

répondre tôt aux variations thermiques, mais la douleur peut persister malgré l'arrêt de l'excitation⁽³¹⁾.

c-Traitement

La thérapeutique consiste avant tout à chercher l'étiologie, l'élimination de la cause suffit généralement à faire régresser l'inflammation pulpaire. Cependant le traitement final devant ce type d'atteinte reste préférentiellement Biopulpectomie sauf impossibilité de sauver la dent. (*Selon CNEOC : Collège National Enseignants Odontologie Conservatrice*)

4-3-1-2-La parodontite apicale aigüe

Les parodontites apicales ou encore appelée « LIPOE » (lésions inflammatoires péri-apicales d'origine endodontique) sont des lésions inflammatoires du parodonte profond péri radiculaire, secondaires à l'infection bactérienne de l'endodonte⁽³²⁾. Elles sont la conséquence des différentes agressions pouvant altérer la pulpe dentaire et aboutissant à l'infection bactérienne de l'endodonte, dont: la carie, les traumatismes et les actes opératoires iatrogènes⁽³³⁾.

Clinique

Ce sont des douleurs qui ne cèdent pas aux antalgiques habituels, elles sont spontanées, continues, lancinantes et pulsatiles, leur intensité est variable selon le degré de l'œdème péri-apical. Tout ce qui est susceptible d'augmenter la congestion des tissus péri-apicaux et la mobilité de la dent provoque une douleur. En cas d'abcédation, les douleurs ont tendance à devenir de plus en plus irradiées, le contact de la dent est intolérable et la palpation en regard de l'apex est douloureuse à cause de la présence de pus^(20, 34, 35).

La parodontite apicale aigüe primaire débutante puis installée

Communément désigné pulpo-desmodontite C'est un temps intermédiaire où la pulpe enflammée est toujours vivante mais l'inflammation atteint le desmodonte péri apical. La parodontite apicale aigüe primaire débutante correspond à une pulpite aigüe avec une participation desmodontale^(20, 34).

Les changements dans le péri apex ne sont pas nécessairement visibles radiologiquement. Cet état peut être classé dans la catégorie des pulpites aiguës irréversibles⁽³⁶⁾ ou des P.A. aiguës débutantes avec lesquelles elle partage la même symptomatologie⁽³⁷⁾.

Le patient décrit une douleur spontanée avec sensibilité de la dent à la mastication et surtout à la percussion avec sensation de dent « longue » (dite encore sensation d'extrusion). Les test thermiques génèrent des réponses positives de sensibilité pulpaire pour la parodontite apicale aigue débutante mais négative pour la parodontite apicale aigue installée⁽³⁶⁾.

Le traitement

Repose sur la dépulpation comme pour la pulpite.

Dans le cas d'une participation desmodontale, une mise en forme canalaire en une séance est nécessaire, suivie de la mise en place d'un hydroxyde de calcium fluide dans les canaux et dense au niveau de la chambre pulpaire et en sous occlusion^(32, 37, 38).

La parodontite apicale aigue primaire abcédée

Encore dénommée abcès apical aigu, elle correspond à une suppuration localisée du péri apex. Elle peut être soit primaire, lorsqu'il s'agit d'une inflammation de courte durée, initiée dans un péri apex sain, soit secondaire dans le cas d'une exacerbation aiguë d'une lésion chronique⁽³⁸⁾.

Diagnostic

En plus de l'exagération des signes cités précédemment, ceci est le stade le plus douloureux. Les tests de sensibilité pulpaire sont négatifs, la palpation en regard de l'apex est douloureuse, faisant suspecter la présence de pus. Une tuméfaction sous-périostée ou sous muqueuse est possible.

Un abcès péri-apical aigu primaire n'est pas nécessairement visible radiologiquement (abcès entièrement intra osseux, sans atteinte des corticales)⁽²⁰⁾.

La parodontite apicale aiguë secondaire abcédée

Encore dénommée l'abcès péri-apical récurrent ou abcès phœnix, c'est une exacerbation d'une lésion chronique. Les symptômes sont sensiblement voisins de ceux de l'abcès primaire. Les critères diagnostiques sont identiques à ceux du stade précédent avec une

caractéristique : une image radio-claire est toujours décelable du fait de la destruction osseuse préexistante(dite image en goutte d'eau)⁽²⁰⁾.

Ces deux derniers stades nécessitent un traitement d'urgence à établir un drainage tant par voie intra canalaire que par incision vestibulaire ou une transgression de l'apex pour permettre l'évacuation du pus à travers le système canalaire.

4-3-1-3-Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire

Définition

Désignée par les auteurs anglo-saxons sous le terme de fasciite nécrosante⁽³⁹⁾, les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire sont des infections des espaces cellulo-graisseux de la tête et du cou, propagées à partir d'une inoculation septique dont l'étiologie causale est la dent ou des éléments péri dentaires . Ces cellulites sont caractérisées par leur progression rapide⁽⁴⁰⁾ et peuvent être à l'origine des complications graves mettant parfois en jeu le pronostic vital, soit par la tuméfaction et ce d'autant qu'elle obstrue le carrefour aéro-digestif directement, ou indirectement par ptose linguale, ou encore par détérioration de l'état général du patient par un déficit immunitaire ou une sensibilité à l'infection⁽⁴¹⁾.C'est une véritable urgence, également parmi les plus graves qu'un dentiste prend en charge^(42, 43).

Etiologie

Les infections maxillo-faciales sont à 90% d'origine dentaire, elle peut être le résultat d'une infection péri-apicale, secondaire à une nécrose pulpaire septique ou aseptique, d'une péri coronarite de la dent de sagesse, d'une affection parodontale, ou d'une infection autour d'un implant dentaire, ou d'autres causes iatrogènes⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾.

Il est généralement admis que les facteurs prédisposant aux cellulites d'origine dentaire comprennent le diabète, l'alcoolisme, l'abus de tabac, l'immunosuppression, la malnutrition, l'âge avancé, et les maladies vasculaires périphériques⁽⁴⁷⁾.

Voies de diffusion des cellulites d'origine dentaire

L'infection se propage à partir d'un foyer infectieux dentaire, péri-apical, ou parodontal vers les parties molles péri-osseuses en traversant l'os et en décollant le périoste qui finit

par se rompre. Ces parties molles péri-osseuses sont constituées par un tissu cellulo-adipeux remplissant les espaces délimités par les zones d'insertions musculo-aponévrotiques au niveau des tables osseuses internes ou externes.

La localisation de l'infection dépend principalement de quatre facteurs qui sont :

- La dent causale.
- L'épaisseur de l'os alvéolaire.
- La longueur des racines.
- La relation entre le site de la fenestration osseuse et les différentes insertions musculaires du maxillaire et de la mandibule⁽⁴⁾.

a-Classification ^(48, 49)

Selon la forme évolutive

- **Cellulites circonscrites aiguës**

Elle s'exprime par une réaction inflammatoire vasculo-exsudative à tendance suppurative s'exprimant par une tuméfaction dont la topographie est elle-même presque spécifique à celle de la porte d'entrée infectieuse.

Les différentes formes des cellulites circonscrites aiguës partagent le même tableau clinique entre douleur et plainte sur la difformité, l'examen clinique révélera la présence de :

- Fièvre.
- Adénopathie.
- Pouls.
- Diminution de l'amplitude de l'ouverture buccale.
- Retentissement comportemental.
- Dysphagie.

- **Cellulite circonscrite aigue séreuse**

C'est le point de départ de la cellulite. À ce stade, les signes généraux associés sont minimes, ou même inexistant, se représentent parfois seulement par une fièvre, survenant après un épisode d'algie dentaire de type parodontite apicale aigue. Une tuméfaction arrondie comblant les sillons effaçant les méplats, aux limites imprécises, douloureuse, chaude, et rouge avec une peau en regard qui est tendue, lisse, rosée, élastique et ne prend pas le godet. L'examen de la cavité buccale met en évidence une tuméfaction comblant le vestibule jusqu'à la gencive, ainsi que la présence d'une dent atteinte d'une carie profonde. Il n'y a pas de fluctuation. Si l'infection siège sur les dents postérieures, un trismus modéré peut être présent.

En cas de négligence ou d'un traitement mal adapté, l'évolution se fait vers le stade suppuré.

- **Cellulite circonscrite aigue suppurée**

Elle succède à la précédente, en général après 3 à 4 jours d'évolution

A ce stade on observe une hyperthermie à 38-39 °C, accompagnée d'une altération de l'état général, une insomnie, une asthénie, parfois des céphalées et des courbatures. Une aggravation des signes inflammatoires locaux qui se circonscrivent ; des sensations de battements au niveau de la tuméfaction faciale, douleur continue, lancinante avec des irradiations à l'hémiface homolatérale à la tuméfaction, rebelle aux antalgiques. La présence d'une fluctuation à la palpation.

Si l'infection siège sur les dents postérieures, le trismus est franc. L'examen endo-buccal peut révéler la présence du pus au collet de la dent causale. La palpation du plancher buccal peut trouver une infiltration qui est un signe de gravité.

En absence du traitement, l'évolution peut se faire vers la fistulisation spontanée à la peau ou à la muqueuse, ou vers le stade gangréneux.

- **Cellulite circonscrite gangréneuse**

Bien que rare de nos jours, la cellulite gangréneuse existe toujours. Il s'agit d'une forme particulière de cellulite à germes anaérobies entraînant une production de gaz et une nécrose tissulaire extensive⁽⁴⁾.

Elle peut faire suite à l'un ou l'autre des deux autres stades, ou survenir d'emblée.

Il se caractérise par des signes généraux marqués (fièvre à 40°C, choc septique), une diffusion rapide des signes cutanés⁽⁴⁰⁾ avec une peau qui peut être nécrotique avec présence d'un pus brunâtre, nauséabond, une tuméfaction indurée et très douloureuse, la présence éventuelle de crépitation à la palpation du placard inflammatoire, liés à la présence de germes anaérobies. Seule une prise en charge par une équipe de réanimation très spécialisée, associée à de très larges débridements chirurgicaux pratiqués sans le moindre délai peuvent dans quelques cas permettre la survie de ces patients.

- **Cellulites circonscrites chroniques et subaiguës**

Ces deux formes, voisines l'une de l'autre, sont moins virulentes que celles étudiées précédemment⁽⁴⁾. Elles sont dues à la persistance de la porte d'entrée bactérienne par persistance de bactéries de faibles virulence ou par une thérapeutique inadaptée ou insuffisante, provoquant ainsi une évolution lente pendant plusieurs mois de la lésion⁽⁵⁰⁾ avec formation d'une membrane fibreuse isolant le noyau purulent (phénomène de sclérose).

Cliniquement, On observe, un nodule en saillie sur la peau, arrondi, ovalaire ou polycyclique, du volume d'une noix, aux contours imprécis, au relief irrégulier, Les téguments de recouvrement sont minces, violacés. Indolores à la palpation, sans chaleur particulière, il adhère à la peau mais pris entre les doigts, on le mobilise légèrement sur les plans sous-jacents malgré la présence d'un cordon induré qui le relie à la zone en cause. On ne note rien sur le plan général.

Cependant, la lésion silencieuse peut s'aggraver en se réchauffant ou en créant une fistule.

Devant ce tableau clinique, les patients devront être orientés vers un service hospitalier pour prise en charge de la cellulite et de la fistule qui ne guérit jamais totalement, même après traitement correct de la dent causale⁽⁴⁾.

- **Cellulite extensive ou diffuse**

Elle peut soit être secondaire à une cellulite circonscrite, soit diffuse d'emblée. Par sa rapidité, elle aboutit précocement à des complications graves. Du fait de son caractère d'urgence, elle nécessite une hospitalisation du patient le plus rapidement possible.

L'infection s'étend depuis la base du crâne jusqu'au médiastin ; c'est souligner le risque grave, voire mortel que représente la diffusion de ces abcès. Une tuméfaction du plancher buccal qui s'accompagne parfois à un œdème lingual débutant, une douleur oropharyngée très vive, qui gêne la déglutition , s'accompagnant d'un trismus serré⁽⁴⁾.

Certaines formes topographiques très caractéristiques sont décrites depuis longtemps.

- Cellulite diffuse sus et sous-mylo-hyoïdienne (angine de Ludwig).
- Cellulite diffuse faciale.
- Cellulite diffuse péri pharyngienne (angine de Senator).
- Abcès juxta amygdalien ⁽⁴⁾.

b-Traitement ⁽⁵¹⁻⁵³⁾

À l'heure actuelle, il n'existe aucun consensus basé sur des preuves scientifiques et chaque praticien fait appel à sa propre expérience clinique pour les traiter.

Le traitement doit être précoce et associé à la fois un traitement médical et un traitement chirurgical.

- **Traitement médical**

le premier repose sur l'administration d'antibiothérapie ; l'amoxicilline étant la molécule de choix sauf allergie, associée à la métronidazole vue le caractère anaérobique de ce type d'infection⁽⁵⁴⁾. La dose dépend de l'évolution de l'infection, du poids du sujet, de son âge, de sa clairance de la créatinine. Les antalgiques sont prescrits en cas de douleurs⁽⁴¹⁾, et les AINS sont proscrits car ils sont source d'exacerbation de l'infection. Cependant une prescription médicamenteuse ne doit jamais substituer l'acte chirurgical⁽⁵⁵⁾.

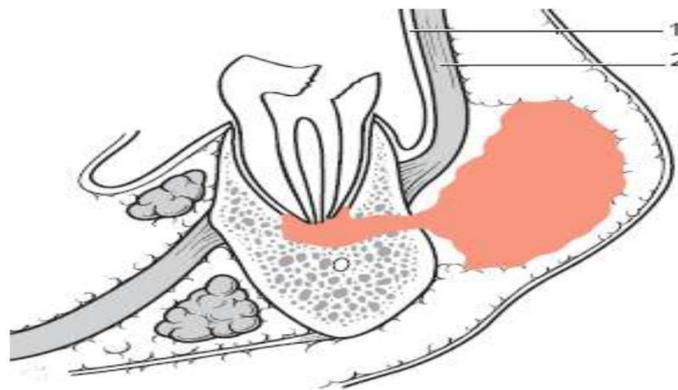
- **Traitement chirurgical**

Comprenant le traitement de la porte d'entrée, en l'occurrence la dent causale qui se résume soit à sa conservation (parage et désinfection canalaire) ou son extraction selon l'état de la dent et les possibilités de la conserver, et le traitement de la cellulite elle-même qui comprend une incision qui peut être endobuccale ou cervicale ou l'association des deux, un drainage de la collection purulente et irrigation, puis mise en place d'une voie

de drainage. Une surveillance est ensuite instaurée afin de déterminer l'évolution de l'infection.

Le traitement des cellulites diffuses et gangréneuses se fait en milieu hospitalier pour des raisons de surveillance.

Une hospitalisation est indispensable chez l'adulte en cas de frisson ou d'hyperthermie dépassant les 38,5° ou en présence de facteurs favorisants tels que le diabète et l'infection à VIH.



**Figure 2: Cellulite vestibulo-génienne basse par infection péri-apicale de la première molaire inférieure.
1. Muqueuse vestibulaire ; 2. Muscle buccinateur**

Source : THIERO.B cellulites péri-maxillaires circonscrites aiguës d'origine dentaire dans le service de la stomatologie .Thèse Chir-dent 2014.

4-3-1-4-Urgences parodontales

a- L'abcès parodontal

- **Définition**

Parmi toutes les urgences dentaires, l'abcès parodontal est considéré comme la troisième urgence la plus fréquemment rencontrée en parodontologie et constitue 14% des urgences dentaires⁽⁵⁶⁾. Un abcès parodontal est une infection localisée, purulente des tissus parodontaux⁽⁵⁷⁾.



Figure 3: Abscès parodontal

Source : Urgence dentaire et médicale. Conduites à tenir Prévention chez le patient à risque.
Y. BOUCHER , E. COHEN

C'est un épisode d'active résorption osseuse : il est donc primordial de le prendre rapidement en charge afin d'en limiter la morbidité. On distingue deux types d'étiologie: avec ou sans maladie parodontale⁽⁵⁸⁾.

- ✓ Sans maladie parodontale
 - Impaction d'un corps étranger.
 - Perforation lors d'un traitement canalaire.
 - Fracture radiculaire.

- ✓ Avec maladie parodontale
 - Fermeture de la poche parodontale avec présence du tartre résiduel au fond de la poche.
 - Changement de la flore bactérienne ou de la résistance de l'hôte.

La douleur est un phénomène inconstant, le symptôme clinique caractéristique est la présence d'un œdème gingival localisé sur la face latérale de la racine ne dépassant pas la ligne mucco-gingivale associé à une rougeur marquée. La suppuration, signe caractéristique de l'abcès, peut être spontanée ou provoquée par la pression.

La radiographie permet d'objectiver généralement la destruction tissulaire osseuse rapide impliquant une grande partie du tissu de soutien de la dent ^(59, 60).

Le diagnostic différentiel se fait avec l'abcès périapical⁽⁶¹⁾. (Tableau n°01)

Tableau 1: Etude comparative entre l'Abcès Péri-apical et l'Abcès Parodontal

	Abcès périapical	Abcès Parodontal
Vitalité	-	+
Caries	+	-
Poches	-	+
Radio clarté	apicale	Latérale
Mobilité	+/-	+
Percussion	+	+ (aigu)
Fistule	apicale	Latérale

- **Traitement**

Il est principalement étiologique et symptomatique vue la rapidité de la destruction osseuse. Il consiste à faire un drainage par voie sulculaire et un surfaçage de la zone concernée (si l'abcès est causé par l'invasion d'un corps étranger, il est retiré par précaution pour ne pas perturber la cicatrisation du parodonte) associé par une irrigation sous gingivale de Chlorhexidine 0,12%. L'Afssaps (l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) ne recommande pas de prescrire des antibiotiques dans ce cas sauf signes généraux associés ou bien chez des sujets à risques d'infections A et B^(62, 63).

Pour ceux-ci, une antibiothérapie à raison de 2g d'amoxicilline par jour pendant 7jours est prescrite, peut être associé à un antalgique pendant 3 jours et un bain de bouche à base de Chlorhexidine^(61, 64).

b-Gingivite ulcéro-nécrotique

- **Définition**

La gingivite ulcéro-nécrotique aiguë est une maladie parodontale dont l'étiologie reste toujours inconnue, elle touche une tranche d'âge de 18 à 30ans, et elle serai due à une flore bactérienne spécifique incluant les bactéries fusiformes, Prevotella intermedia et les spirochètes⁽⁶⁵⁾.

La GUN est caractérisée par une ulcération nécrotique des papilles et parfois de la gencive marginale et formation de cratères au niveau des papilles avec une «pseudomembrane» blanc-jaunâtre ou grisâtre entourée par un halo érythémateux plus ou moins vif, un saignement gingival spontané, et des douleurs gingivales intenses et irradiantes⁽⁶⁶⁾. Cette lésion douloureuse peut affecter la qualité de vie et la mastication provoquant une perte de poids significative et rapide⁽⁶⁷⁾.

Elle s'accompagne d'une haleine fétide, adénopathie, fièvre, malaise et déshydratation⁽⁶⁸⁾.

Si elle n'est pas traitée, elle peut conduire à cancrum oris, une forme sévère avec des lésions oro faciales gangréneuses, aussi connu comme «bouche de tranchée»⁽⁶⁹⁾.



Figure 4: GUN chez un patient de 25 ans d'origine africaine, non-fumeur.

Source : Urgence dentaire et médicale. Conduites à tenir Prévention chez le patient à risque.
Y.BOUCHER , E.COHEN

c-Parodontite ulcéro-nécrotique

Une GUN non traitée peut évoluer en PUN qui est caractérisée en plus de la nécrose des tissus mous par une destruction parodontale rapide et une perte osseuse inter-proximale. La nécrose conduit parfois à une exposition osseuse et formation d'un séquestre osseux. La PUN est parmi les premières lésions buccales décrites dans l'infection par le VIH selon l'Atelier international organisé par l'Académie américaine de parodontologie tenue en 1999⁽⁷⁰⁾. Cependant, pas tous les patients sévèrement immunodéprimés présentera une PUN selon Glick et al⁽⁷¹⁾.

Il a été démontré que le nombre de sites touchés par la destruction papillaire est déterminé par l'usage du tabac⁽⁶⁷⁾.

Traitement initial commun

- Une élimination douce, sous anesthésie locale de la pseudomembrane avec une compresse stérile imbibé d'une solution antiseptique^(72, 73).
- Fournir au patient des instructions spécifiques d'hygiène orale (utilisation d'antiseptiques type Chlorhexidine 0.12%) et des conseils alimentaires et diététiques.
- Une antibiothérapie en cas de signes généraux ou dans le cas d'une immunodépression (association d'Amoxicilline et métronidazole)^(66, 72, 74), associée à des analgésiques (ibuprofène 400-600 mg).

Renouveler le traitement jusqu'à disparition des symptômes.

d-Péricoronarite

- **Définition**

La péri coronarite est une inflammation du sac péri-coronaire et de la fibro-muqueuse adjacente d'une dent en partielle éruption, le plus souvent une dent de sagesse. Il se produit lorsque la plaque bactérienne et les débris alimentaires s'accumulent sous la fibro-muqueuse couvrant la dent en éruption⁽⁷⁵⁾.

Cliniquement, un œdème inflammatoire, souvent compliqué par un traumatisme de la dent opposée, on peut même remarquer la présence de marques des cuspides des dents opposées sur la muqueuse enflammée^(76, 77) conduit à un gonflement du capuchon, la douleur, la tendresse, et un mauvais goût causé par le suintement de pus sous le capuchon⁽⁷⁸⁾. Une adénopathie régionale est commune et la formation d'une cellulite dans des cas avancés.

- **Formes cliniques**

La péri coronarite peut se présenter sous deux formes aiguës : séreuse ou suppurée ou encore une forme chronique lorsque ces deux dernières formes ne sont pas ou mal traitées. Dans ces situations la douleur est plus intense dans la forme suppurée que dans la forme séreuse et devient la caractéristique la plus importante en raison de son intensité locale et sa tendance à irradier vers les structures anatomiques voisines (plancher buccal et la

gorge)⁽⁷⁹⁾, donnant ainsi souvent lieu à des symptômes tels que trismus, dysphagie, odynophagie et otalgie sur le côté homolatéral comme la mandibule affectée^(76, 77).

- **Complications**

La périecoronarite présente les conditions cliniques les plus variées car dans l'espace de quelques heures, elle peut progresser d'une infection locale au développement de complications graves et même mortelles si les structures cervico-faciales sont affectées. C'est logique en vue de où se situent les troisièmes molaires et leur proximités aux voies respiratoires et les structures liées à la déglutition, étant donné qu'elles sont situées dans un carrefour anatomique fortement vascularisé et innervé⁽⁸⁰⁾.

- **Traitement**

Si la périecoronarite est bien localisée, des bains de bouche salés chauds et l'irrigation sous le capuchon peut résoudre les symptômes, dans la majorité des cas. Les cas localisés qui ne répondent pas à la thérapie mécanique et les cas disséminés plus graves avec la propagation de la cellulite doivent être traités avec une antibiothérapie et des antalgiques pour atténuer la douleur⁽⁷⁹⁾.

- a- Syndrome du septum**

C'est une forme d'ostéite localisée, causé par l'insertion forcée d'aliments au niveau du parodonte dû aux forces occlusales ainsi que les forces latérales créées par les joues et les lèvres, résultant de l'absence d'un point de contact efficace entre deux dents suite à une mobilité terminale, obturation défectueuse, une carie proximale, ou encore à une modification de morphologie de la dent adjacente. L'agression mécanique de l'attache épithéliale créée par ce tassement va favoriser la prolifération bactérienne vers le septum inter dentaire, d'où vient l'appellation « *syndrome du septum* »^(61, 81, 82).

Cliniquement, les signes apparaissent généralement après les repas pouvant amener le patient pour consulter mais pouvant aussi passer inaperçus. Le signe majeur est la douleur qui serait vague, continue, et irradiant les maxillaires. Elle doit être évaluée et quantifiée selon l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) et mentionnée dans le dossier de malade.

D'autres signes peuvent exister :

- Halitose.

- Mauvais gout à la succion.
- Le bourrage des aliments.
- La sensation de pression pendant et après les repas.
- Le saignement gingival ^(4, 61, 81, 83).

- **Traitement**

Il est principalement étiologique. Il se base sur l'élimination du grand possible d'éléments irritants d'espace sous gingival en inter dentaire soit en utilisant une sonde, un hydro-pulseur, ou un fil de soie. Ce premier geste va soulager le patient. Ensuite, on va passer à l'irrigation avec une solution de Chlorhexidine à 0,12 ou 0,2%. L'irrigation a un rôle antiseptique et permet d'assurer un environnement microbien sécurisant. (84)

4-3-1-5-Urgences post-opératoires

a-Alvéolites

L'alvéolite est un trouble du processus normal de la cicatrisation, caractérisée par une inflammation de l'alvéole extrêmement limitée, sans diffusion en dehors de la région alvéolaire⁽⁸⁵⁾. C'est la complication la plus commune suivant une extraction dentaire ⁽⁸⁶⁾ et une parmi les complications les plus étudiée en dentisterie⁽⁸⁷⁾.

- **Alvéolite sèche ou fibrinolytique ou «dry socket»**

Elle est définie récemment comme une douleur postopératoire autour de l'alvéole qui s'aggrave 1-3 jrs après une extraction suite à la perte partielle ou totale du caillot sanguin. Une alvéolite sèche peut être accompagnée par une halitose, une douleur intense irradiée vers l'oreille, la nuque, qui ne répond pas aux antalgiques⁽⁸⁷⁾. L'os apparaît blanchâtre, la muqueuse alentour est normale⁽³⁰⁾. Son incidence est de 1 à 3% pour une extraction facile et de 14 à 35% pour une dent de sagesse incluse⁽¹⁹⁾.

Devant une alvéolite sèche, la prise en charge de la douleur insupportable est une véritable urgence. Le choix d'une prescription analgésique adaptée et immédiate s'impose, de niveau 2 ou de niveau 3. Il est inutile de l'associer à une prescription antibiotique⁽¹⁹⁾.

Les moyens thérapeutiques sont nombreux et relèvent de l'habitude de chacun.

Deux principes dominant :

- L'un consiste à irriguer l'alvéole avec une solution saline stérile isotonique ou avec des anesthésiques locaux.
- L'autre consiste sous anesthésie locale, à nettoyer l'alvéole et à raviver l'os atone pour obtenir un caillot efficace⁽³⁰⁾. Ce geste souvent douloureux, malgré l'anesthésie, n'est pas facile à réaliser chez un patient déjà fatigué par plusieurs jours de douleurs violentes. Dans certains cas, une automédication de plusieurs jours à forte dose à l'aspirine ou aux AINS peut contre-indiquer la réalisation d'un traitement d'urgence⁽¹⁹⁾.

- **Alvéolite suppurée ou humide ou purulente ou infectieuse**

Il s'agit d'une surinfection du caillot. Dans ce cas, l'alvéole n'est pas vide. il est comblé par des débris malodorants ou du tissu granulomateux sanglant qui résulte de la désorganisation du caillot⁽⁸⁸⁾, l'examen clinique révèle une halitose⁽⁸⁵⁾, la muqueuse bordant l'alvéole est érythémateuse et tuméfiée. La suppuration signe la présence d'un séquestre⁽³⁰⁾ (ceci est confirmé radiologiquement)⁽⁸⁵⁾. La douleur débute en général plus tôt (parfois même quelques heures après l'extraction). Elle est sourde, violente (en général moins intense que celle de l'alvéolite sèche) et surtout provoquée⁽⁸⁵⁾.

La prise en charge repose sur une révision soigneuse du site par curetage sous anesthésie locale après contrôle radiographique. On peut faire un rinçage avec une solution saline ou un antiseptique local tel que l'hypochlorite de sodium à 5%, la polyvidone iodée (Bétadine® orale ou, encore, la Chlorhexidine à 0,12%. Le patient est mis sous antibiotique de première intention et sous antalgiques de niveau I ou II en fonction de la douleur⁽³⁰⁾.

b-Flare up

A la suite d'un traitement endodontique des douleurs peuvent être rencontrées, elles sont regroupées sous le terme «Flare-up» et sont d'origine mécanique ou chimique⁽⁸⁹⁾. Les causes mécaniques possibles sont une sur-instrumentation, un dépassement d'un cône de gutta percha ou un instrument fracturé dans la zone apicale. Les causes chimiques sont dues au passage d'irrigants dans le péri-apex. Ces douleurs peuvent être traitées par des antalgiques de niveau 1 ou 2 et cessent en quelques jours^(30 ; 31).

c-Réaction inflammatoire postopératoire

Le trismus, l'œdème et la douleur sont les trois symptômes caractéristiques d'une réaction inflammatoire postopératoire. Ils s'observent généralement suite à un acte long et invasif. La réaction inflammatoire aigüe est un phénomène physiologique nécessaire, elle devient pathologique si elle perdure plus d'une semaine ou qu'elle entrave les activités quotidiennes. Les signes cliniques les plus fréquents sont une tuméfaction importante, un trismus, des hématomes et une douleur aigüe.

Traitement

Le traitement de la douleur se fait grâce à une prescription d'antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur, le plus souvent paracétamol 1g + codéine 60 mg toutes les 6 heures ou tramadol 50 mg toutes les 4h. Une prescription de glucocorticoïdes à forte dose peut être utile à raison de 1mg/kg/jour de prednisone.

4-3-2-Urgences traumatiques

4-3-2-1-Traumatismes alvéolo-dentaires

Les traumatismes alvéolodentaires sont considérés comme un problème de santé publique, ils peuvent affecter les dents, les tissus mous et les tissus de soutiens. Plus fréquents chez le sexe masculin^(90, 91) avec une prévalence sur les incisives centrales supérieures^(92, 93) et les traumatismes unitaires⁽⁹⁴⁻⁹⁶⁾.Elles sont douloureuses et peuvent conduire à des problèmes d'occlusion, de développement du tiers moyen du visage, des problèmes de mastication, de phonation, des problèmes esthétiques, émotionnels et comportementaux chez les enfants et leurs parents ou tuteurs^(97, 98).

Ils ont une étiologie très varié ; l'augmentation du taux de la violence, les accidents et les chutes qui constituent les étiologies principales^(94,99,102) , les sports de contact et les blessures dans l'environnement scolaire^(103, 104). Certaines études affirment que le nombre de cas avec un traumatisme dentaire dépassera les cas de caries dentaires ou des problèmes parodontaux^(105, 106).

a-Fractures dentaires^(107, 108)

- **Fracture coronaire amélaire simple**

C'est une perte de substance au niveau de l'angle mésial ou distal intéressant uniquement l'émail dentaire, la dent est sensible à la percussion.

Il existe deux situations cliniques :

- Perte minimale : on réalise un simple meulage avec une application de vernis fluoré ou d'un sealant.
- Perte plus importante : on réalise le collage du fragment, ou une reconstitution au composite.

La prescription d'un antalgique peut s'avérer nécessaire.

- **Fracture coronaire amélo-dentinaire sans exposition pulpaire**

Il existe une amputation coronaire plus importante avec un trait de fracture horizontal ou oblique. On note une hyperesthésie dentinaire, avec douleurs aux changements de températures, aux acides, aux sucres. On recherchera une atteinte parodontale type concussion ou subluxation⁽⁴⁾.

La protection dentino-pulpaire sera assurée avec un collage du fragment fracturé ou un composite.

- **Fracture coronaire avec exposition pulpaire**

On retrouve une perte de substance avec un trait de fracture transversal ou horizontal intéressant la chambre pulpaire. Il apparaît un point sanglant au milieu du trait de fracture, avec une douleur au contact et de type pulpite. Un cliché rétro-alvéolaire précise le trait de fracture et renseigne sur le stade d'évolution radiculaire.

La conduite à tenir dépend de l'évolution radiculaire, de l'importance de l'exposition et du temps écoulé entre le moment du traumatisme et la prise en charge odontologique⁽⁴⁾.

- **Fracture corono-radicaire**

Le plus souvent, le trait de fracture est oblique avec un fragment corono-radicaire mobilisable avec ou sans implication pulpaire. Il est préférable d'utiliser plusieurs incidences pour visualiser la fracture.

Le traitement d'urgence diffère selon la complexité de la fracture :

- Les fractures corono-radicales simples : le fragment fracturé sera recollé au composite fluide si c'est possible. Dans le cas contraire, un polissage soigneux de la zone cervicale sera réalisé puis une reconstitution de la perte de substance
- Les fractures corono-radicales compliquées, intéressant la pulpe, il s'agira de traiter indépendamment le problème pulpaire et le problème parodontal⁽⁴⁾.

- **Les fractures radicales** ⁽¹⁰⁸⁻¹¹⁰⁾

L'expression clinique des fractures radicales est diverse⁽¹¹¹⁾. La dent peut apparaître dans une position normale, extrusée ou déplacée latéralement. L'examen clinique doit rechercher une mobilisation de la table externe par palpation vestibulaire et réaliser un test de percussion :

- Un son sourd à la percussion signifie une fracture radicaire associée à une luxation du fragment coronaire.
- Un son métallique signifie une fracture radicaire associée à une extrusion du fragment coronaire.

Il est recommandé d'attendre 3 à 4 semaines pour confirmer la vitalité pulpaire.

Un cliché occlusal peut objectiver un déplacement antéropostérieur du fragment coronaire. Les incidences rétro-alvéolaires peuvent objectiver le trait de fracture seulement si le rayon incident passe avec un angle inférieur à 15 ° du plan de fracture. Plusieurs clichés d'incidences différentes dans le sens vertical sont donc indiqués.

Traitement

Les deux facteurs essentiels sont le degré de maturation de l'apex et la situation du trait de fracture.

- Trait de fracture au tiers coronaire ou au tiers médian

L'objectif est de repositionner le fragment coronaire dans son alvéole le plus précisément possible par rapport au fragment apical sous anesthésie et de contrôler son positionnement à l'aide d'une radiographie après désinfection et nettoyage voire suture des plaies et la réalisation d'une contention à l'aide de fil d'orthodontie peu rigide.

- Trait de fracture au tiers apical sans fracture alvéolaire associée

Il n'y a pas en général dans ce cas de déplacement du fragment coronaire, c'est l'abstention thérapeutique avec des suivies périodiques et des contrôles radiologiques.

S'il y a un léger déplacement du fragment coronaire, on réalise un repositionnement du fragment selon l'axe radiologique de la dent sans contention.

b-Traumatismes alvéolaires

- **Concussion** ⁽¹⁰⁷⁾

Dans ce traumatisme mineur des tissus parodontaux, la mobilité et la circulation pulpaire sont rarement affectées. La dent est parfois sensible à la percussion.

Traitement

On réalise un meulage sélectif en cas de contact prématuré avec une prescription d'antalgiques et d'antiseptiques.

- **Subluxation** ⁽¹⁰⁸⁾

Elle se manifeste par une douleur discrète ou intense de type desmodontite⁽¹⁰⁷⁾ avec mobilité douloureuse dans le sens vestibulo-lingual. La douleur est augmentée par la percussion axiale et à la palpation. On note un liseré hémorragique sulculaire.

Traitement

Un contrôle des rapports inter dentaires et une équilibration occlusale en cas de contacts traumatisants, une surveillance clinique est instaurée. Il faut conseiller une alimentation molle durant une semaine.

Si la mobilité est importante, une contention souple doit être posée pendant deux semaines. La prescription sera un antalgique et un bain de bouche.

NB : Dans le cas d'une concussion et subluxation, la radiographie n'est pas évocatrice⁽¹⁰⁸⁾.

- **Luxation latérale**

On note une version latérale de la dent, palatine ou linguale, avec possibilité de blocage dans sa position, ce qui perturbe l'occlusion. Une fracture alvéolaire est souvent associée⁽¹⁰⁷⁾.

La radiographie de choix dans ce cas est le cliché occlusal qui sera complété par d'autres incidences excentrées, éventuellement une incidence de profile pour visualiser le déplacement dentaire⁽¹⁰⁸⁾.

Traitement

Le repositionnement manuel de la dent dans son alvéole sous anesthésie. Puis, une réduction manuelle de la fracture alvéolaire par compression des tables osseuses, complétée par d'éventuelles sutures résorbables. On pose une contention rigide qui sera maintenue pendant deux à trois mois.

Une éventuelle prescription d'antibiotique, antalgique et bain de bouche est associée.

- **Extrusion** ⁽¹⁰⁷⁾

C'est souvent le résultat d'un traumatisme fronto-latéral sévère des tissus de soutien⁽¹⁰⁸⁾, avec un déplacement coronaire perturbant l'occlusion et une atteinte alvéolaire. Le patient indique une impression de dent plus longue que les autres, avec une mobilité importante et douloureuse.

Le cliché rétro-alvéolaire et occlusal montre un espace entre la paroi radiculaire et la paroi osseuse voir même un espace vide en apicale⁽¹⁰⁸⁾.

Traitement

Le repositionnement manuel de la dent dans son alvéole de manière atraumatique, en réalignant la dent par rapport à ses voisines et en vérifiant l'occlusion.

Une contention souple sera réalisée pendant deux semaines avec une hygiène rigoureuse et une prescription d'antibiotique, d'antalgique et d'antiseptique.

- **Intrusion** ⁽¹¹²⁾

Ce traumatisme intéresse le groupe incisivo-canin maxillaire et entraîne un déplacement apical de la dent qui apparaît plus courte voire sa disparition plus ou moins complète, avec une fracture alvéolaire souvent associée.

L'impaction totale de la dent peut fausser le diagnostic vers une expulsion dentaire, ceci est confirmé radiologiquement

Des clichés rétro-alvéolaires centrés et excentrés montrent la disparition ou la diminution de l'espace desmodontal. Un trait de fracture de l'os alvéolaire peut être objectivé sur les clichés radiographiques.

Traitement

Une ré-éruption spontanée possible dans les semaines suivant le traumatisme dans le cas d'une dent immature ou d'une dent mature déplacée de moins du tiers de la couronne.

Si la dent est immature et le déplacement dépasse le 1/3 de la couronne dentaire ; procéder à l'extrusion orthodontique ou chirurgicale de la dent à l'aide d'un davier associé à une contention de trois mois.

On prescrit une ordonnance à base d'un antibiotique, d'un antalgique et d'un antiseptique et on insistera sur l'hygiène.

- **Expulsion dentaire** ⁽³⁰⁾

L'alvéole est déshabillée, avec des plaies muqueuses possibles. Une confirmation par un cliché rétro alvéolaire est nécessaire.

Traitement

L'Association internationale pour Traumatologie dentaire (IADT) et l'American Academy of pédiatric dentistry (AAPD) recommandent la réimplantation d'une dent pour obtenir le meilleur pronostic ⁽¹¹³⁻¹¹⁵⁾.

Si la dent ne peut pas être réimplantée dans les 5 minutes, il devrait être stocké dans un milieu qui aidera à maintenir la vitalité du ligament parodontal⁽¹¹⁶⁾ (du lait, le vestibule de la cavité buccale, ou du sérum physiologique). On est confronté à deux situations :

- ✓ La première : Si le délai est inférieur à deux heures :
 - Nettoyer la dent au sérum physiologique, sans gratter la racine.
 - Rincer l'alvéole au sérum physiologique pour retirer le caillot.
 - Replacer la dent dans son alvéole (contrôle radiologique).
 - Contention simple pendant trois (3) semaines.

- ✓ La deuxième : Si le temps de la réimplantation dépasse deux heures :

Dans ce cas un curetage alvéolaire accompagné d'un rinçage approprié et un nettoyage de la racine dentaire. L'obturation canalaire est réalisée dans ce cas en extra-buccal.

Une prescription d'un antibiotique, un antalgique et un antiseptique dans les deux cas.

Urgence et risque chez l'enfant (4)

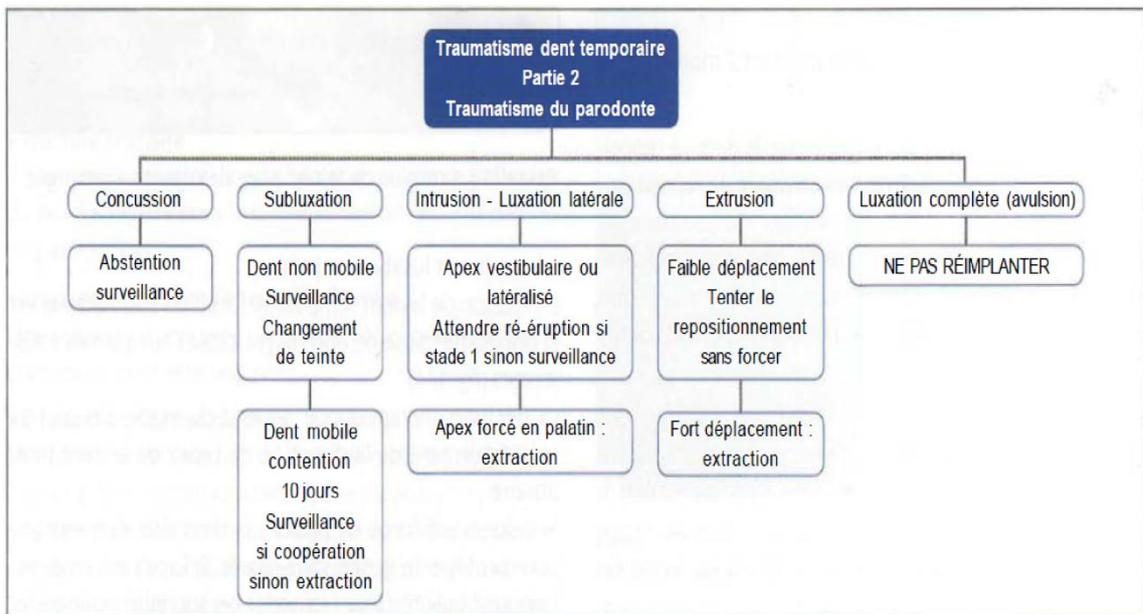


Figure 5 : Arbre décisionnel relatif aux traumatismes de l'odonte en denture temporaire

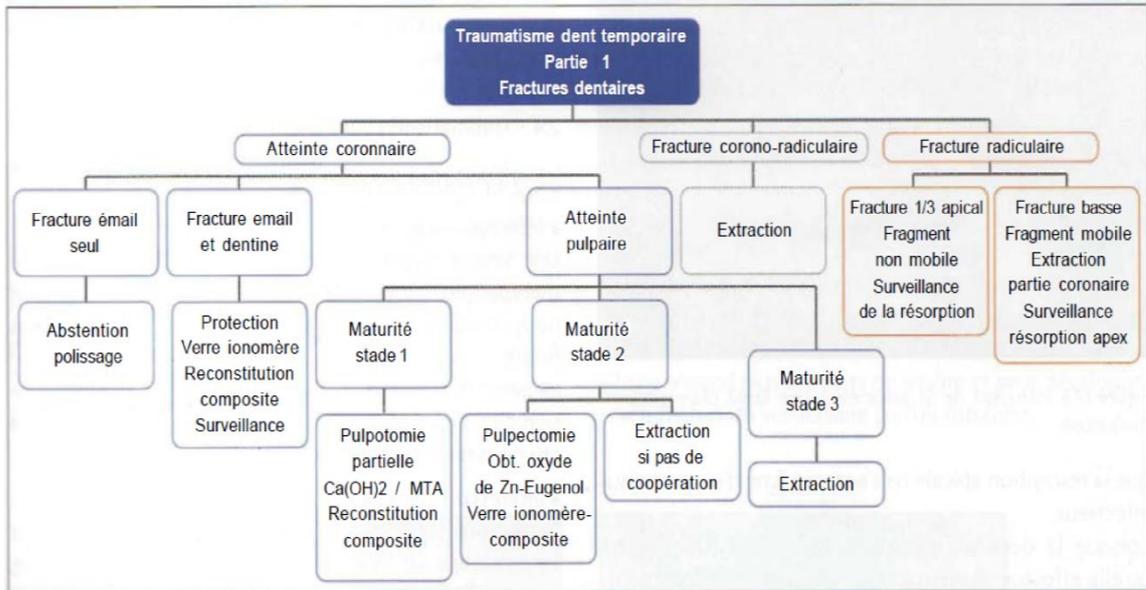


Figure 6 : Arbre décisionnel relatif aux traumatismes des structures parodontales en denture temporaire



Figure 7: Les différents types de traumatismes alvéolo-dentaires.

Source : Urgences dentaire et médicale. Conduites à tenir Prévention chez le patient à risque.
Y.BOUCHER , E.COHEN

4-3-2-2-Traumatismes des maxillaires

Les fractures maxillo-faciales sont parmi les urgences les plus graves en odontostomatologie, et qui engagent le pronostic vital. Elles ont une étiologie essentiellement traumatique, elles ont un impact important sur la psychologie et l'esthétique du patient et exerce un effet durable sur son comportement⁽¹¹⁷⁾, car ils s'accompagnent généralement de complications particulières telles que le risque de troubles de la croissance, l'asymétrie faciale⁽¹¹⁸⁾ et ceci surtout chez les enfants⁽¹¹⁹⁾.

Dans ce chapitre nous nous intéressant qu'aux fractures qui ont un impact sur l'occlusion et l'articulé dentaire. Nous le rappelons ici que ce mémoire s'intéresse aux urgences que peut affronter un chirurgien-dentiste dans sa pratique quotidienne.

L'élimination du risque de mortalité suite à une hémorragie ou une asphyxie est prioritaire à la prise en charge de la fracture⁽¹²⁰⁾.

A-Fractures mandibulaires

En raison de sa prééminence, la mandibule est fréquemment impliquée dans les fractures des os du visage. En effet, les fractures mandibulaires représentent^(46,67) à 86,62% des fractures du complexe maxillo-facial^(121, 122). Leurs étiologie varie d'une région du monde à l'autre et est attribuée aux facteurs socioculturels, environnementaux, et économiques⁽¹²³⁾.

Les fractures mandibulaires ont une étiologie très variée, des études réalisées dans des pays en voie de développement montrent que les accidents de la voie publique sont les principales causes⁽¹²⁴⁾. tandis que les agressions dominent dans les pays développés⁽¹²⁵⁾.

- **Formes cliniques**

Il existe différentes méthodes de classification des fractures mandibulaires ; anatomiquement, par dentition, par action musculaire et par gravité. La fracture elle-même peut être fermée, ouverte, comminutive, déplacée ou pathologique^(126, 127).

La classification anatomique est mieux décrite par Dingman et Natvig, qui localisent les fractures de la mandibule à la symphyse, la région para symphysaire, le corps, l'angle, le ramus, le processus condylien, le processus coronoïde et le processus alvéolaire⁽¹²⁸⁾.

La classification de Kazanjian et Converse décrit trois classes basées sur la dentition. Dans une blessure de classe I, des dents sont présentes des deux côtés de la ligne de fracture. Si les dents sont seulement présentes sur un côté de la ligne de fracture, il s'agit alors d'une blessure de classe II et lorsque les deux fragments de la fracture sont édentés, il s'agit d'une blessure de classe III. Cela présente un intérêt clinique, car les dents peuvent être utilisées pour réduire les fragments de fracture et fixer ensuite les fils pour maintenir l'alignement⁽¹²⁹⁾.

Les fractures de l'angle et du corps peuvent être classées par action musculaire. Des fractures favorables se produisent lorsque les actions des muscles environnants s'opposent aux fragments de la fracture. Lorsque les actions musculaires entraînent le déplacement des fragments de fracture, ce sont des fractures défavorables⁽¹³⁰⁾.

a- Fractures de la portion dentée

Les fractures de la portion dentée de la mandibule sont considérées comme des fractures ouvertes par présence des dents et des déchirures gingivales⁽¹¹⁹⁾.

- **Fractures symphysaires et para symphysaires**

Elles sont localisées entre les faces distales des canines, suite à un choc direct au niveau du menton. Le trait de fracture peut être médian, paramédian, oblique ou vertical, avec une localisation préférentielle le long de la racine de la canine, en raison de la raréfaction de l'os à ce niveau. Une simple plaie de la muqueuse gingivale est parfois le seul signe clinique révélateur de la solution de continuité.

Les formes bilatérales peuvent entraîner un déplacement vers le bas et en arrière de la région symphysaire, avec un risque de chute postérieure de la langue engendrer ainsi une détresse respiratoire. Une fracture de l'un ou des deux condyles peut y être classiquement associée⁽¹³¹⁻¹³³⁾.

- **Fractures de la branche horizontale**

Localisée entre la face médiale de la première prémolaire et la face distale de la deuxième molaire. La stabilité de la fracture est conditionnée par l'orientation du trait de fracture et de l'action des muscles élévateurs, d'où la notion des fractures favorables et les fractures défavorables décrite antérieurement.

Il existe parfois un déplacement du menton du côté fracturé par chevauchement des fragments antérieur et postérieur. À noter que ces mécanismes sont majorés en cas d'édentement, l'occlusion dentaire agit comme un facteur limitant les déplacements.

Dans les déplacements importants, les atteintes du nerf dentaire inférieur sont fréquentes, et la rupture de l'artère dentaire inférieure peut exceptionnellement être à l'origine d'une hémorragie gravissime nécessitant alors une hémostase en urgence, ou d'un hématome nécessitant une évacuation^(132, 134, 135).

- **Fractures de l'angle mandibulaire**

Elle se situe entre la ligne horizontale du trigone rétro-molaire et la face distale de la deuxième molaire et elle résulte le plus souvent d'un choc direct. Très souvent associée à la présence de la dent de sagesse qui compliquera la réduction. Le trait est oblique en bas et en arrière. Le patient se présente avec un décalage du point inter-incisif du côté fracturé et une béance postérieure controlatérale, une tuméfaction douloureuse de l'angle et d'un trismus. L'atteinte du nerf dentaire inférieur est fréquente^(132, 134, 136).

b- Fractures de la région non dentée

- **Fractures de la branche montante**

Grace à la gaine musculaire des muscles masticateurs, les fractures à ce niveau sont rares, et peu déplacées. Le patient se présente avec une tuméfaction jugale et une limitation de l'ouverture buccale avec un contact molaire prématuré homolatéral si déplacement conséquence d'un raccourcissement du ramus ou une contraction du muscle masséter^(132, 134, 136).

- **Fractures du condyle**

Causées essentiellement par un choc indirect, sur le menton ou le côté controlatéral de la mandibule.

Radiologiquement, il existe deux types de fractures :

- Les fractures extra-articulaires : siégeant à la base du col, l'occlusion est peu perturbée. Ces fractures passent parfois inaperçues, la symptomatologie étant généralement réduite à une simple douleur à l'ouverture et à la fermeture buccale.

- Les fractures intra-articulaires :
 - ✓ Fracture sous condylienne haute : elle affecte l'occlusion par des contacts prématurés postérieurs et une béance antérieure, ainsi une limitation des mouvements mandibulaires⁽¹³⁷⁾.
 - ✓ Fracture capitale : Elle concerne la tête du condyle et peut provoquer une ankylose condylienne. Elle peut passer inaperçue mais la palpation de l'articulation est douloureuse avec une otorragie si fracture de la paroi antérieure du conduit auditif externe.
- **Autre version des fractures du condyle**

Les fractures condyliennes peuvent également être séparées selon la classification de Lindahl⁽¹³⁰⁾, qui correspond à l'emplacement anatomique de la fracture. Cela peut être divisé en la tête condylienne, le cou ou la région subcondylienne. Fait à noter, les termes intracapsulaire et extra-capsulaire sont utilisés pour décrire les fractures de la tête et du cou condyliens respectivement, en se référant à la capsule articulaire. Les fractures sont ensuite classées comme étant non déplacés, déviés, déplacés, déviés et disloqués, déplacés et disloqués, dépassant latéralement ou dépassement médian. Il est important de savoir que si une fracture survient à la base du condyle, cela entraîne souvent une luxation de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), en raison de l'attraction médiale du muscle ptérygoïdien latéral.

- **Fractures d'apophyse coronoïde**

Grace à sa protection par des muscles épais de la région et par l'os zygomatique ; la fracture de l'apophyse coronoïde est rare. Elle est associée à une fracture mandibulaire ou une fracture de l'arcade zygomatique suite à un traumatisme sur ses deux derniers.

Le trait de fracture est peu déplacé, il est linéaire et oblique en bas et en arrière.

- **Formes plurifocales**

Les fractures mandibulaires peuvent s'associer, cette association dépend du mécanisme de la lésion et de la denture, celles-ci peuvent être bifocales ou tri focales, et peuvent être symétriques ou asymétriques, unilatérales ou bilatérales, altérant l'occlusion et les

différentes fonctions. Parmi ces formes, nous citons la fracture parasymphysaire bilatérale, celle qui constitue une vraie urgence vitale par la ptose linguale contre l'oropharynx qui résulte de la traction des muscles abaisseurs du fragment symphysaire en direction retro caudale (en bas et en arrière) conduisant ainsi à un risque d'asphyxie du patient.

Traitement

La mortalité associée aux traumatismes graves de la face est très faible et la plupart des décès des patients sont dus à des lésions associées cérébrales ou thoraco-abdominales⁽¹³⁸⁾.

Le traitement d'urgence d'une fracture mandibulaire se base sur les principes suivants :

- La réduction de la fracture et création de l'anatomie initiale de la mandibule. La réduction est soit manuellement, par traction élastique, sur arcs ou par voie chirurgicale.
- La contention de la réduction par des ligature simples, arcs métalliques ou bien par des procédés chirurgicaux d'ostéosynthèse.
- L'immobilisation par un blocage bimaxillaire afin d'éviter tout mouvement pouvant ré-ouvrir la fracture.

Une rééducation est ensuite instaurée pour permettre la récupération de la fonction de l'appareil manducateur⁽⁶⁸⁾.



Figure 8: Fracture de la BH coté droit associé à une fracture condylienne coté

Source: Adi M, Ogden GR, Chisholm DM. An analysis of mandibular fractures in Dundee, Scotland (1977 to 1985). Br J Oral Maxillofac Surg 1990; 28: 194-199.

B-Fractures maxillaires

Dans le cadre de notre sujet d'étude, on va se baser sur le diagnostic et la prise en charge des fractures occluso-faciales (horizontales) qui ont une répercussion sur l'articulé dentaire: les fractures de Le Fort⁽¹³⁹⁾.

- **Fracture de LEFORT I⁽¹³⁹⁾**

Egalement appelée fracture de Guérin lorsqu'elle reste engrenées⁽¹⁾, sépare le plateau palatin du maxillaire qui reste solidaire du massif cranio-facial, avec luxation ou section du pied de la cloison nasale et fracture associée à la partie inférieure des apophyses ptérygoïdes en arrière⁽¹³⁴⁾.

Diagnostic

Après un choc violent sur la lèvre supérieure ou le nez, on note :

- Une ecchymose labiale et vestibulaire supérieure en « fer à cheval », avec une mobilité de l'arcade dentaire par rapport au massif facial supérieur : « mobilité en dentier. »
- Douleur au serrement des dents, à la pression de l'épine nasale antérieure et à la pression bilatérale des ptérygoïdes (signe pathognomonique de Guérin).
- Un contact molaire prématuré entraînant une béance antérieure et un recul du maxillaire.
- Radiologiquement (Blondeau, Scanner), on note un trait horizontal passant au-dessus de l'apex des dents. Sur le profil, un trait sur le processus ptérygoïde confirme le diagnostic⁽¹⁴⁰⁾.

Traitement

a- La réparation osseuse

Dans le meilleur des cas, si toutes les dents sont présentes et si la mandibule est indemne de lésions, le BIM avec serrage sur fils d'acier ou élastiques, en position d'intercuspidation maximale, permet la réduction et la contention. Les ostéosynthèses par PMV (plaques miniaturisées vissées) permettent la reconstruction anatomique des piliers antérieurs, le repositionnement précis du maxillaire par rapport à la base du crâne, la

reconstruction de la dimension verticale et de la projection horizontale du maxillaire. Tout pilier instable est réparé à l'aide de PMV, et un pilier détruit doit être remplacé par une greffe osseuse immédiate. Si le montage osseux est solide, le BIM peut être levé, sinon le patient le gardera entre 4 et 30 jours⁽¹⁴¹⁾.

b- Traitement médical

Il encadre de façon variable les thérapeutiques précédentes et comporte :

Des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des corticoïdes, une sérovaccination antitétanique et un bain de bouche antiseptique. On y associe une hygiène buccodentaire par brossage doux et régulier des dents et Une alimentation adaptée, liquide ou semi-liquide⁽¹⁴²⁾.

Les deux autres types de fractures Lefort ne relèvent pas des capacités d'un médecin dentiste, mais par absence d'un service de chirurgie maxillo-faciale au niveau de notre CHU de Tlemcen, le service de PBD assure l'examen clinique et radiologique, et l'orientation des patients vers les services concernés.

- **Fracture de LEFORT II ou disjonction faciofaciale**⁽¹³⁹⁾

Elle sépare la partie moyenne de la face en dessous de l'os zygomatique. Le trait de fracture part de chaque côté de la partie postéro-latérale du sinus maxillaire et s'étend en direction supéro-médiale en traversant le foramen infra-orbitaire puis l'os lacrymal ou l'os éthmoïde pour aboutir à la racine du nez ; toute la partie centrale du massif facial avec le palais dur et les processus alvéolaires se trouvent ainsi séparés du reste du crâne.

Cliniquement :

- Ecchymoses périorbitaires et une épistaxis.
- Un enfoncement de la région nasale par rapport aux orbites.
- Peu de mobilité par son impaction vers l'arrière et il existe de fréquentes.
- Un recul de l'arcade dentaire supérieur et un contact molaire prématuré entraînant une béance antérieure.
-

- **La fracture de Le fort de type III** ⁽¹³⁹⁾

Elle sépare la face du reste du crâne. Horizontale, elle passe par les fissures orbitaires supérieures, l'os éthmoïde et les os nasaux ; elle se prolonge latéralement en traversant les grandes ailes de l'os sphénoïde et les sutures fronto-zygomatique. Une fracture concomitante des arcades zygomatiques désolidarise les os maxillaires et zygomatique du reste du crâne et réalise alors une vraie disjonction crânio-faciale.

Cliniquement :

- Un faciès lunaire de part l'importance de l'œdème et des ecchymoses à la fois péri-orbitaires en lunettes, palatines et vestibulaires.
- Un enfoncement global du massif facial.
- Un recul associé à un abaissement de l'arcade dentaire supérieure, avec un contact molaire prématuré et une béance antérieure.
- La mobilisation est difficile car il s'agit d'une véritable disjonction crânio-faciale.

Il faut noter que ces fractures de type de LEFORT peuvent exister isolément ou s'associer entre elles. Il existe également des fractures verticales présentant différents traits et pouvant s'associer aux fractures de LEFORT et réaliser des fractures mixtes.

4-3-3-Urgences hémorragiques

L'hémorragie dentaire est une urgence vraie qui nécessite une prise en charge rapide et efficace. Elle peut être de cause locale ,générale ou la combinaison des deux ⁽¹⁹⁾. Poser le diagnostic d'hémorragie de la cavité buccale est une chose simple ; en revanche, identifier son origine et réaliser une bonne hémostase nécessite parfois un acte technique précis⁽¹⁴³⁾.

4-3-3-1-L'hémorragie buccale de cause locale

Les hémorragies buccales de cause locale, comme les hémorragies post chirurgicales ou traumatiques, sont soit immédiates, soit plus tardives, amenant le patient à consulter en urgence⁽³⁾.

L'hémorragie postopératoire est la plus fréquente et peut survenir après toute intervention de chirurgie buccale. Les hémorragies survenant à la suite d'une extraction dentaire sont

dues dans la plus part des cas à une cause purement locale qui est souvent la conséquence d'une plaie muqueuse non suturée, d'une fracture apicale avec le fragment radiculaire laissé en place, de l'absence de révision alvéolaire, de bains de bouche précoce ou de tics de succion alvéolaire, ou d'un angiome évoluant à proximité de la dent avulsée⁽¹⁴⁴⁾.

Chez les sujets sains, ne présentant pas un trouble de l'hémostase, ces manifestations hémorragiques sont habituellement contrôlables avec des moyens simples et classiques,⁽¹⁴³⁾ qui consiste après un nettoyage de la cavité buccale et élimination du caillot mal formé, en une pratique d'une radio rétro alvéolaire à la recherche d'un fragment osseux, un apex résiduel ou une lésion apicale, suivie d'une révision et un nettoyage alvéolaire minutieux et complété par la dépose d'un hémostatique résorbable au fond de l'alvéole.

En cas de traumatisme muqueux ou osseux ; il faut régulariser et suturer les berges des lambeaux muqueux et déposer les fragments osseux mobiles⁽¹⁹⁾.

Ces gestes se terminent par une compression buccale efficace de 15 à 20 minutes avec des compresses stériles. Un contrôle de la qualité de l'hémostase sera réalisé après 20 minutes de compression et avant de libérer le patient, quelques consignes seront rappelées : une activité réduite, une alimentation mixée froide ou tiède pendant 24 h et pas de bain de bouche dans les 24 h suivant l'intervention⁽³⁰⁾.

La prescription médicale est obligatoire en cas d'un traumatisme avec plaie souillée pour éviter tous les problèmes infectieux⁽¹⁹⁾. Le praticien doit s'assurer d'une prescription adéquate comprenant un antalgique et un antibiotique⁽³⁰⁾.

4-3-3-2-L'hémorragie buccale de cause générale

Les hémorragies buccales de cause générale peuvent survenir spontanément et seront recherchées pendant l'interrogatoire⁽³⁾. Elles ont deux origines : l'une congénitale (exp : chez un patient atteint d'hémophilie), l'autre acquise (traitement par anti-vitamines K, héparines)^(145, 146)

Dans tout cas, le geste de première intention est de réaliser une compression avec un anti fibrinolytique type Exacyl® ou Dycinone® en attendant la prise en charge hématologique⁽¹⁹⁾.

Dans certains cas d'hémorragies spontanées, de causes générales, l'odontologiste permet peut réaliser techniquement une hémostase locale par gouttière de compression ou colle biologique⁽¹⁹⁾.

4-3-3-3-L'hémorragie de cause locale et générale

Dans certaines circonstances, les causes locales et générales se conjuguent. En effet, l'interrogatoire peut révéler une automédication à l'aspirine, une mauvaise gestion d'un relais hépatique, associées à un acte chirurgical⁽¹⁹⁾.

- **Chez les patient hypo-coagulés**

Cette prise en charge est faite par l'odontologiste qui en informera le médecin traitant. L'arrêt spontané de ces hémorragies n'est pas facile à obtenir. Après l'identification de l'origine de l'hémorragie, l'odontologiste applique les mêmes principes de prise en charge que pour une hémorragie de cause locale⁽¹⁹⁾. La particularité du geste local est l'utilisation d'un anti fibrinolytique (Exacyl ®) qui intervient une première fois pour rincer l'alvéole après la révision. Un pansement hémostatique (Surgicel®) sera déposé au fond de l'alvéole. La suture est faite avec la même minutie. La compression sera faite avec une compresse imbibée d'Exacyl® pendant 15 à 20 minutes.

Dans ce cas d'urgence, on peut faire appel à des moyens supplémentaires comme la gouttière de compression, réalisée et déposée pendant 24 à 48 heures⁽³⁰⁾.

- **Chez les patients présentant une diathèse hémorragique**

Ce sont les patients qui connaissent bien la pathologie et sont suivis. Le geste d'urgence dans le cabinet d'odontologie est la compression du point hémorragique avec une compresse stérile imbibée d'Exacyl. Le praticien adresse ensuite ce patient au service médical le plus proche pour assurer la prise en charge spécifique⁽³⁰⁾.

4-3-4-Urgences articulaires

4-3-4-1-Luxation de l'articulation temporo-mandibulaire

Il s'agit d'une urgence vraie et plus le temps passe, plus la réduction de la luxation devient difficile. Les luxations condyliennes peuvent être soit isolées, soit associée à une fracture mandibulaire ou pan faciale^(147, 148).

- **Luxation temporo-mandibulaire antérieure**

Il existe deux types : la luxation « bloquée » et la luxation « récidivante », les véritables urgences au cabinet sont essentiellement dues aux formes bloquées. Le patient se présente bouche ouverte, sans possibilité de fermeture, avec une douleur importante au niveau de l'articulation. Lorsque la luxation est unilatérale, le menton est dévié du côté sain, et lorsqu'elle est bilatérale, le patient peut présenter une pseudo-promandibulie. L'étiologie peut être soit un traumatisme lié à un point d'impact mentonnier, soit une ouverture forcée (crie, bâillement.) soit iatrogène (acte dentaire, intubation). Une radiographie panoramique dentaire s'impose si on soupçonne une fracture, mais elle peut éventuellement être prise dans un second temps.

Conduite à tenir

Elle consiste à pratiquer rapidement une réduction orthopédique par la manœuvre de Nélaton : le sujet est assis, mis en confiance, la tête maintenue en rectitude. La mandibule est empaumée, les pouces prenant appui sur les molaires inférieures : on désengrène le condyle en exerçant une pression douce sur les molaires on bas et en avant ; un ressaut est alors perçu indiquant le repositionnement des condyles. Une contention est ensuite mise en place, lorsque la luxation est récente, sa réduction peut être réalisée sans prémédication. Si non une médication est prescrite pour éviter la contraction musculaire⁽²⁹⁾.

Lorsque la manœuvre de Nélaton échoue après plusieurs tentatives ou si le temps écoulé est très long, la réduction se fera sous anesthésie générale avec curarisation.



Figure 9 :Manœuvre de Nelaton

Source : Daniel ROZENCWEIG, Algies et dysfonctionnements de l'appareil manducateur, CDP. Paris : 1994.

- **Luxation temporo-mandibulaire postérieure**

Exceptionnelle, elle survient à la suite d'une chute sur le menton bouche ouverte. Le patient se présente avec une rétroposition de la mandibule, et la radiographie doit chercher des fractures associées⁽¹⁴⁹⁾.

4-3-4-2-Les dysfonctionnements de l'appareil manducateur

- **Luxation articulaire condylo-discale irréductible aigüe bilatérale (GradeIII)**

Appelé aussi « le verrouillage fermé »⁽¹⁵⁰⁾. Elle est la conséquence d'anomalie de position du complexe condylo-discal. Son apparition est brutale mais elle est toujours précédée d'une luxation condylo-discale réductible qui évolue depuis de nombreuses années ou suite à un traumatisme au niveau des ATM⁽¹⁵¹⁾. Le patient se présente avec une diminution de l'ouverture buccale douloureuse parfois réduite à 15 ou 20mm, disparition des bruits articulaires, et une douleur au niveau des ATM⁽¹⁵²⁾.

Le traitement d'urgence consiste à soulager le patient par une prescription d'antalgique de niveau II, d'anti-inflammatoire et de myorelaxant (Myolastan ®).

- **Les dysfonctionnements musculaires**

Ils sont plus fréquentes que les dysfonctionnements articulaires⁽¹⁵³⁾ et sont responsables de douleurs et d'anomalies d'amplitude des mouvements mandibulaires. La cause essentielle des contractures des muscles masticateurs est une réponse réflexe de protection mise en place par le système nerveux central. Ces contractures musculaires sont largement exacerbées par le stress et la fatigue et sont aiguës, soudaines, involontaires, douloureuses au repos et lors de la palpation⁽¹⁵⁰⁾, et les premiers signes se manifestent sous forme de courbature et de fatigue musculaire.⁽¹⁵⁴⁾

Le diagnostic différentiel entre un DAM musculaire et un DAM articulaire est très essentiel, et est réalisé avec le test de *KROGH-POULSEN* (Test de morsure postérieur)

4-3-4-3-Constriction permanente des maxillaires

La constriction permanente des maxillaires (CPM) a été définie par Dechaume comme la perte permanente, complète ou incomplète, du mouvement d'abaissement de la mandibule.

Elle peut être due à une lésion d'origine articulaire (ankylose temporo-mandibulaire), osseuse, musculaire, cutanée ou mixte. Elle se différencie du trismus par son aspect définitif et ne cède pas sous anesthésie générale.

Nous nous contenterons ici de rappeler brièvement les principales étiologies pouvant entraîner une limitation d'ouverture buccale :

- Infections.
- Traumatismes.
- Pathologie des Articulations temporo-mandibulaires.
- Tumeurs.
- Radiothérapie.
- Causes toxiques et médicamenteuses.
- Pathologies congénitales.
- Autres étiologies : pathologies neurologiques, métaboliques, inflammatoires et immunologiques, musculaires, du tissu conjonctif, psychiatriques...⁽¹⁵⁵⁾

4-3-5-Les atteintes muqueuses

4-3-5-1-Les lésions traumatiques

Les muqueuses buccales sont exposées à toute une série de facteurs traumatisants, parmi lesquels nous mentionnerons :

a- Lésions d'origine mécanique : causées par les accidents, les morsures accidentelles, les prothèses dentaires...etc.

- **Les plaies de la gencive et de la muqueuse palatine**

La plaie accompagne généralement une fracture sous-jacente et est traitée avec cette dernière.

Les plaies de la gencive libre et des culs-de sac vestibulaires Dans la région du foramen mentonnier peuvent sectionner le rameau terminal du nerf alvéolaire inférieur provoquant

l'anesthésie d'une hémilèvre inférieure. Lors de la suture, la profondeur du cul-de-sac est respectée afin de ne pas gêner le port ultérieur d'une prothèse. Les plaies du frein de la lèvre sont fréquentes, mais la suture est rarement nécessaire.

- **Les plaies des lèvres**

Soit par un choc direct sur la lèvre, soit par auto morsure de la lèvre inférieure au cours d'une chute. L'examen de la cavité buccale recherche une plaie vestibulaire, voire transfixiante. Un bilan dentaire est systématique car il existe souvent un traumatisme dentaire associé. De plus, l'épaisseur de la lèvre est inspectée à la recherche de débris dentaires ou prothétiques. En cas de luxation totale, la dent peut se retrouver dans l'épaisseur de la lèvre.

- **Les plaies jugales**

Elles sont le plus souvent consécutives à un choc sur la joue, mâchoires ouvertes. La suture est réalisée au fil résorbable. Il faut néanmoins vérifier l'intégrité du canal de Sténon.

- **Les plaies de la langue**

Les plaies de langue sont relativement fréquentes. Leur mécanisme le plus courant s'explique par auto-morsure. Ces plaies peuvent être impressionnantes par l'hémorragie qui peut les accompagner. Après quelques minutes de compression à l'aide d'une compresse, une hémostase se réalise. La grande majorité ne nécessite pas de suture et cicatrise très bien sous antibiotiques et bains de bouche. Il peut arriver qu'une plaie détache un lambeau dont le parage et la suture sont à faire. Les plaies transfixiantes ou avec saignement actif persistant sont en principe les seules qui nécessitent une suture (au fil résorbable).

- **Les plaies du voile et du palais**

Par son mécanisme, une chute avec un objet dans la bouche (un crayon par exemple), ce type de plaie est plus fréquent chez l'enfant. Elle détache un petit lambeau en « V ». L'hémorragie cède le plus souvent spontanément. Un traitement symptomatique par bains de bouche suffit généralement. Dans le cas contraire, la fermeture de la plaie est assurée par quelques points séparés avec du fil résorbable.

b- Brûlures : surtout par les liquides gras, les cigarettes, et les pipes.

- c- **Lésions par courant électrique** : chez les enfants en particulier, avec des nécroses plus ou moins étendues intéressant les lèvres où une hémorragie de l'artère labiale est possible.
- d- **Lésions d'étiologie chimique.**
- e- **Lésions allergiques** : par des substances ingérées ou inhalées^(156, 157)

4-3-5-2-Le lichen plan érosif

Le lichen plan est une affection cutanéomuqueuse inflammatoire qui évolue par poussées, parfois déclenché par des émotions ou des situations de stress, il peut être présent partout dans la cavité buccale. La muqueuse buccale, la langue, et la gencive sont les sites les plus souvent touchés. Il est relativement fréquent et son étiopathogénie est la cible de nombreuses controverses⁽¹⁵⁸⁾.

Dans notre étude, nous allons nous concentrer sur la forme érosive qui présente la caractéristique de la douleur.

La forme érosive, correspond à une poussée aiguë. Elle se manifeste par des ulcérations larges, à contours irréguliers, et douloureuses. Un phénomène de Koebner est constaté au niveau muqueux, les traumatismes exacerbent les lésions érosives. Le patient gêné dans son alimentation et ses soins bucco-dentaires habituels, décrit des sensations de cuisson, un goût métallique, une irritation ou des saignements au brossage. Les lésions sont de tailles variables allant de quelques millimètres à plusieurs centimètres, de formes irrégulières, dont le fond est recouvert d'un enduit fibrineux jaunâtre. Les bords plats sont parfois marqués par un fin sillon, et la muqueuse des berges est le siège d'une aréole érythémateuse plus ou moins large⁽¹⁵⁹⁾.

4-3-5-3-Aphte géant

Est caractérisé par sa taille importante, supérieure à 1cm, pouvant atteindre, voire dépasser les 3cm, très douloureux provoquant une dysphagie, une dysphonie, et une hypersialorrhée. La lésion est le plus souvent unique, mais des formes multiples peuvent exister. L'ulcération est parfois infiltrée d'œdème, parfois nécrotique, et évolue sur plusieurs semaines, parfois plusieurs mois et laisse une cicatrice rétractile si l'ulcère est profond ou dans le cas d'un aphte géant nécrotique.

Les récurrences peuvent se faire à des intervalles réguliers de 1 à 3mois⁽¹⁶⁰⁾.



Figure 10: Aphte Géant

Source : Urgences dentaire et médicale. Conduites à tenir Prévention chez le patient à risque.
Y.BOUCHER , E.COHEN

4-3-6-Urgences de confort

4-3-6-1-Le syndrome de la bouche brûlante

Est caractérisé par une sensation ininterrompue de brûlure buccale et de la douleur avec changements indétectables de la muqueuse buccale. Les patients habituellement se plaignent d'une sensation de brûlure qui peut affecter divers sites oraux, mais principalement la muqueuse labiale et la langue qui est due à une hypersensibilité des métaux utilisés dans la prothèse conjointe (essentiellement Nickel, Chromium, Mercurey, Palladium et le Cobalt)⁽¹⁶¹⁾.

4-3-6-2-Descellement d'une prothèse définitive

Le descellement d'une prothèse, surtout au niveau du secteur esthétique, constitue une véritable urgence pour certaines personnes.

On prendra soin de vérifier avant le rescellement qu'il n'existe pas de fracture radiculaire ou de pathologie apicale, en faisant une radiographie rétro alvéolaire. Un rebasage à la résine peut être nécessaire pour améliorer l'ajustement. Le rescellement est réalisé avec un ciment de scellement provisoire ou définitif en fonction du traitement envisagé par la suite. La dent pourra être mise en sous occlusion dans l'attente de soins ultérieurs, si le descellement est fréquent ou s'il s'agit d'un traitement prothétique à réévaluer⁽¹⁶²⁾.

4-3-6-3-Intolérance de la prothèse adjointe

Si les prothèses adjointes ne sont pas tolérées psychologiquement par le patient, le problème ne pourra pas être résolu de façon systématique. La compression de certaines zones (émergence nerveuse) peut gêner le patient, aussi quelques retouches réalisées à la fraise peuvent suffire pour le soulager. En ce qui concerne les prothèses adjointes des dents antérieures fracturées, la réparation se fera en clinique, les pièces facturées sont réunies au moyen de cire collante avant la réalisation d'un modèle en plâtre. Après création de rétention, la cire collante peut être remplacée par la résine chémo-polymérisable⁽¹⁶³⁾.

4-3-6-4-Perte ou fracture d'un composite

Un désordre inesthétique comme la perte d'un composite fait courir le patient vers le cabinet dentaire. Pour un composite antérieur, le traitement ne laisse pas d'autres solutions que de reprendre l'obturation⁽²⁹⁾.

4-3-6-5-Mobilité dentaire

Le cas le plus fréquent est celui d'une mobilité de degré quatre (04) sur une dent isolée ou d'un contexte de parodontite au stade terminal. Il s'agit de dents avec un déplacement vertical et une fonction perturbée. Le patient craint la perte spontanée de la dent ou de ses dents⁽¹⁶⁴⁾.

Objectifs de L'étude

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Objectif principal

L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques des urgences odontostomatologiques au niveau du CHU de Tlemcen

Objectif secondaire

Différencier les urgences vraies des urgences relatives.

Matériel et Méthodes

MATERIEL ET METHODES

1-Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective

2-Population de l'étude :

L'étude est portée sur les sujets qui se présentent dans les services concernées pour une urgence odontostomatologique.

2-1-Critères d'inclusion

Tout sujet qui répond aux critères suivants :

- Présentant une urgence odontostomatologique,
- Quelque soit l'âge,
- Quelque soit le sexe,
- Quelque soit leur lieu de résidence.

2-2-Critères de non-inclusion

Tout sujet qui ne présente pas une urgence odontostomatologique.

3-Lieu de l'étude

L'étude a été menée dans les différents services du Centres Hospitaliers Universitaires, à savoir : le service de pathologie-bucco-dentaire, le service d'odontologie conservatrice et endodontie, les Urgences Médico-chirurgicales, le service de parodontologie et service d'Oto-rhino-laryngologique.

4-Durée et période de l'étude :

Notre étude a duré 09 mois allant de Juillet 2017 jusqu'au 31 Mars 2018.

5-Collecte des données :

Le recueil des données était prospectif, réalisé au fur et à mesure dans le temps, portant sur les sujets qui présentent une urgence en médecine dentaire et qui se sont présentés au niveau des services concernés durant la période de l'étude.

La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire, administré au-près des sujets faisant l'objet de notre étude. Ce questionnaire a été composé de questions fermées, ouvertes, et semi-ouvertes. Il est composé de deux parties :

Tête du questionnaire (Identification du malade) :

- Nom
- Prénom
- Âge
- Sexe
- Lieu de résidence
- Lieu et heure de la consultation

Corps du questionnaire :

1-Antécédents et pathologies associées (généraux et stomatologiques)

2-Examen de la cavité buccale : hygiène bucco-dentaire

3-Caractéristiques des urgences odontostomatologiques :

- a. Motif de consultation du patient
- b. Types des urgences
- c. Nature des urgences odontostomatologiques: Inflammatoire et/ou infectieuse, traumatique, hémorragique, troubles des ATM, lésion de la muqueuse buccale
- d. Pathologies en urgence odontostomatologique

4-Examens complémentaires

5- Plan de traitement d'urgence

Quelques enquêteurs internes en médecine dentaire et en médecine nous ont aidés à saisir les informations des sujets faisant objet à notre étude qui se sont présentés dans les services des UMC, ORL et OCE.

6-Saisie et analyse des données

Réalisée à partir du logiciel SPSS après codage des variables pour pouvoir les exploiter, ces outil statistiques nous on permit d'analyser les données recueillies.

7-Paramètres étudiés

• **Identification**

1-Sexe : variable qualitative ; 2 modalités : masculin, féminin

2-Âge : variable quantitative continue,

3-Tranche d'âge : 10 ans

[1-9ans], [10-19ans], [20-29ans], [30-39ans], [40-49ans], [50-59ans], [60-69ans], [70-79ans].

4-Lieu de résidence : variable qualitative nominale

- **Antécédents et pathologies associées** : variable qualitative nominale

Les antécédents médicaux et/ou généraux familiaux et personnels dans le cadre de la recherche d'une éventuelle maladie systémique qui pourrait avoir une relation avec l'apparition de l'urgence bucco-dentaire, son aggravation, ou qui pourrait affecter la thérapeutique d'urgence.

Précisez les antécédents stomatologiques du patient qui pourront avoir une relation avec l'urgence, une lésion à répétition, les différents soins dentaires réalisés et leurs effets et efficacités. Ainsi les antécédents stomatologiques familiaux.

- **Examen de la cavité buccale** : variable qualitative nominale ; hygiène buccale ; 3 modalités : Bonne, moyenne, mauvaise.
- **Caractéristiques des urgences odontostomatologiques** : variable qualitative nominale

a- Le motif de consultation du patient : variable qualitative nominale avec 3 modalités :

- Dououreux
- Fonctionnel
- Esthétique

b-Type d'urgence : variable qualitative nominale ; 2 modalités : Vrai, relative

c- La nature de l'urgence odontostomatologique : variable qualitative nominale ; 6 modalités :

- Urgence infectieuse et/ou inflammatoire

- Urgence traumatique
 - Urgence hémorragique
 - Troubles des ATM
 - Lésions de la muqueuse buccale
 - Urgence de confort
- **Lieu de la consultation** : variable qualitative nominale ; 4 modalités : PBD, OCE, UMC, Autres.
 - **Heure de la consultation** : variable quantitative continue transformée en variable qualitative avec 3 modalités : 08h30-10h30, 10h30-12h30, Après 13h30.

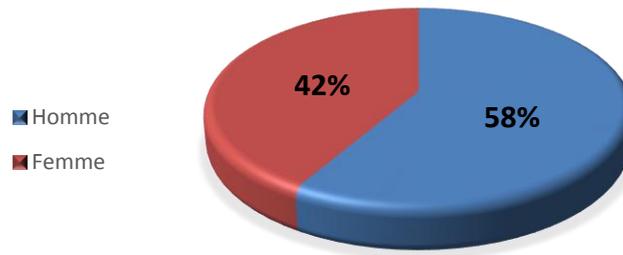
Résultats

RESULTATS

1-Caractéristiques de la population étudiée

1-1-Sexe

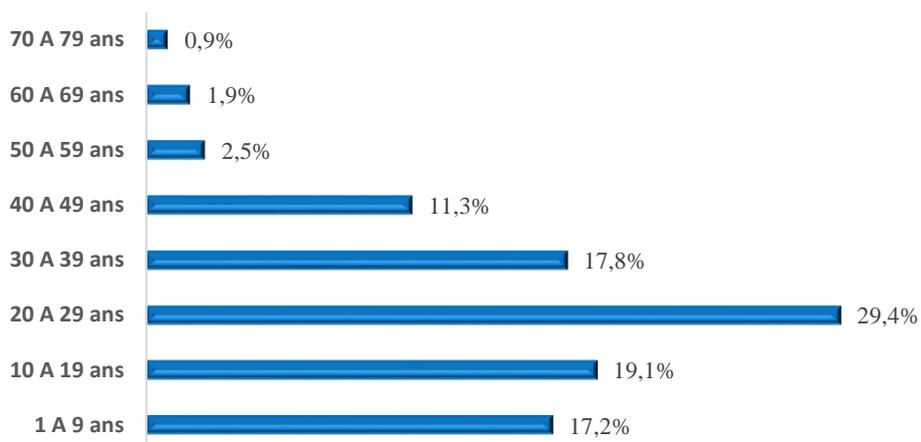
La population est constituée de 320 sujets, à prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,40.



**Figure 11: Répartition de la population selon le sexe
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

1-2-Âge

La moyenne d'âge de 25,07ans ± 14,54 avec un minimum d'un an et un maximum de 74 ans avec une tranche âge majoritaire entre 20 et 29ans.



**Figure 12: Répartition de la population selon l'âge
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

1-3-Lieu de résidence

La majorité des malades proviennent de la wilaya de Tlemcen, avec une prédominance de la daïra de Tlemcen à 36,7%

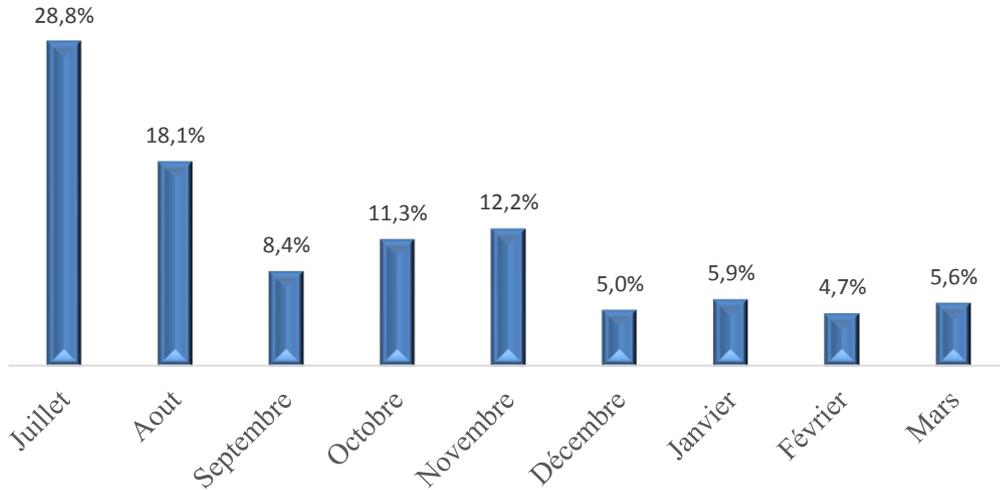
27 sujets ont été parvenus des autres wilayas hors Tlemcen (8,4%), un seul sujet d'une nationalité étrangère

**Tableau 2: Répartition de la population selon le lieu de résidence
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

Daira	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Tlemcen	127	39,7
Mansourah	44	13,8
Hennaya	33	10,3
Chetouane	32	10,0
Maghnia	10	03,1
Ouled mimoun	08	02,5
Remchi	09	02,8
Sebdou	07	02,2
Autres dairas	22	06,9
Hors wilaya de Tlemcen	27	08,4
Nationalité étrangère	01	0,3

1-4-Mois de consultations

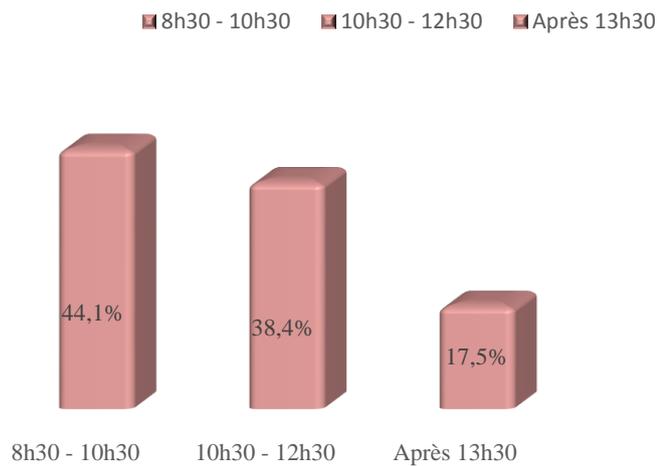
28,8% des urgences odontostomatologiques ont été survenue durant le mois de Juillet



**Figure 13: Répartition de la population selon le mois de consultation
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

1-5-Heure d'arrivée des patients

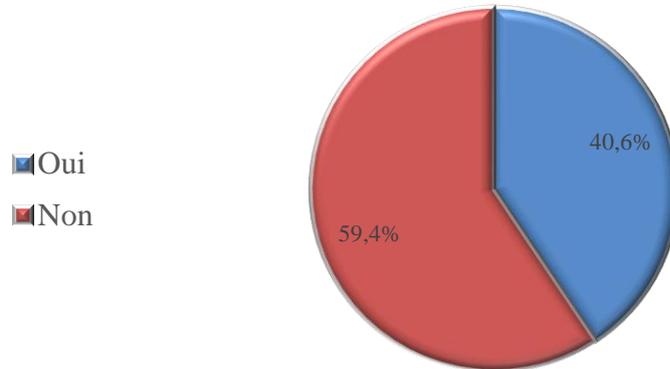
Notre étude a démontré que les patients consultent beaucoup plus la matinée et ceci avec un taux de 44,1% entre 08h30 et 10h30 et de 38,4% entre 10h30 et 12h30



**Figure 14: Répartition de la population selon l'heure d'arrivée des patients
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

1-6-Consultation antérieure

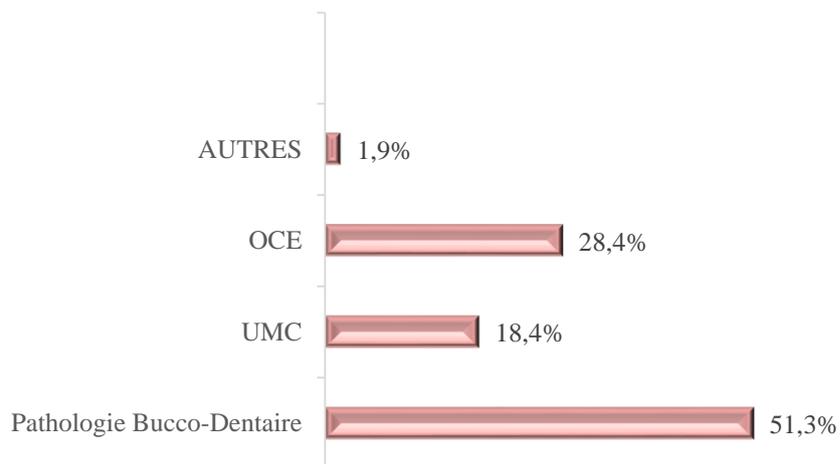
La consultation antérieure a été retrouvée chez 40.6% de nos malades



**Figure 15: Répartition de la population selon l'existence ou non d'une consultation antérieure
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

1-7-Le service de consultation

Le Service de pathologie bucco-dentaire a représenté le 1^{er} service de consultation avec un taux de 51,3% suivi par le service d'OCE (28,4%)



**Figure 16: Répartition de la population selon le lieu de consultation
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

2-Antécédents généraux

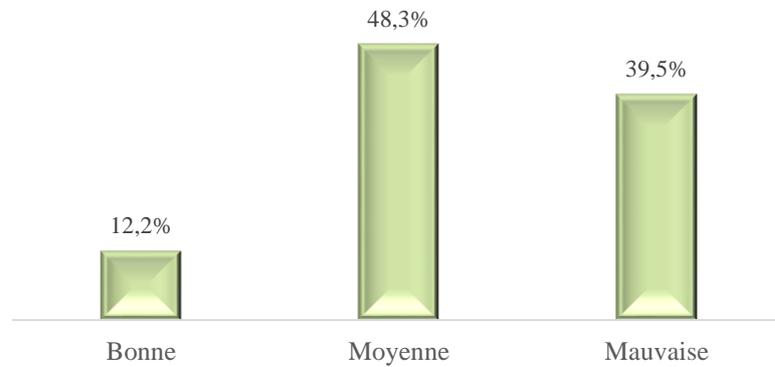
Parmi 320 sujets, 38 personnes présentent une maladie générale soit d'un taux de 11,9%
Dont six sont hypertendus et quatre sont diabétiques.

**Tableau 3: Répartition de la population selon l'état général
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

Etat général	N(%)
Présence d'une maladie générale	38(11,9)
HTA	06 (15,8)
Diabète	04 (10,5)
Épilepsie	04 (10,5)
Cardiopathie	03 (07,9)
Insuffisance rénale	03 (07,9)
Autre	18 (47,4)
Absence d'une maladie générale	282 (88,1)

3-Hygiène bucco-dentaire

Presque la moitié de la population avait une hygiène bucco-dentaire moyenne avec un taux de 48,3%,

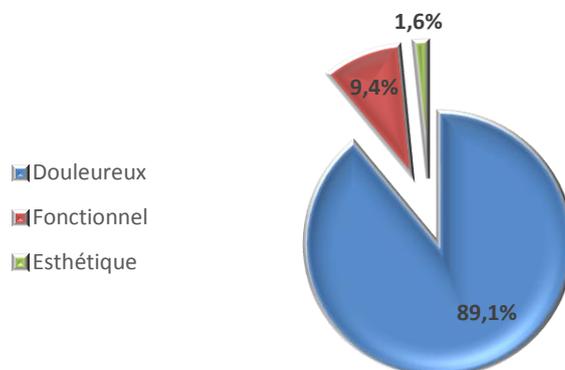


**Figure 17: Répartition des cas selon l'hygiène bucco-dentaire
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

4-Caractéristiques des Urgences Odontostomatologiques

4-1-Motif de consultation

La douleur représente le principal motif de consultation avec un taux de 89,1%.



**Figure 18: Répartition de la population selon le motif de consultation
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

4-2-Evaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur ressentie par les sujets lors de la consultation a démontré que 41,9% des sujets se plaignaient d'une douleur forte.

**Tableau 4: Répartition de la population suivant l'échelle EVA de la douleur
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

Evaluation de la douleur	Effectifs	Pourcentage (%)
Absente	35	10,9
Faible	26	8,1
Moyenne	71	22,2
Forte	134	41,9
Très forte	54	16,9

4-3-Nature des urgences

La quasi-totalité des sujets ont consulté pour une urgence vraie avec un taux de 98,8%.

Plus que la moitié de la population ont consulté pour une urgence de nature infectieuse et /ou inflammatoire (56%) et 33,5% de la population ont consulté pour une urgence traumatique

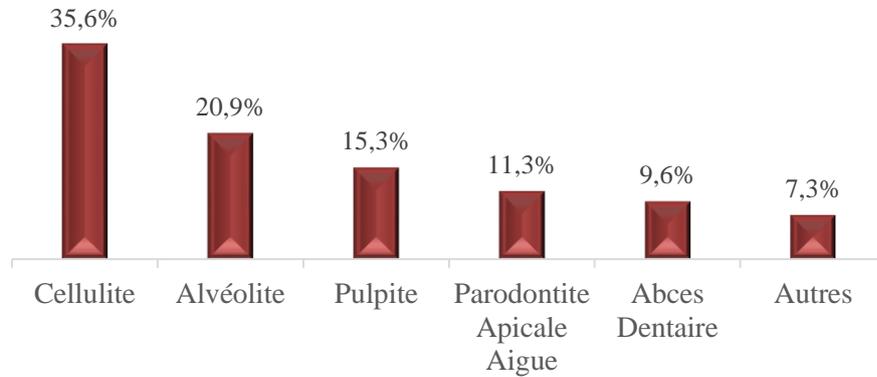
Neuf sujets ont consulté en urgence pour une hémorragie bucco-dentaire.

**Tableau 5: Répartition de la population selon la nature de l'urgence
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

Nature de l'urgence	Type de pathologie	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Urgence vraie		316	98,8
	Pathologie infectieuse et/ou inflammatoire	177	56
	Traumatisme bucco-dentaire	106	33,5
	Hémorragie bucco-dentaire	9	2,8
	Lésion des ATM	10	3,2
	Lésion de la muqueuse buccale	14	4,4
Urgence relative	De confort	4	1,3
Total		320	100,0

4-3-1-Urgences infectieuses et/ou inflammatoires

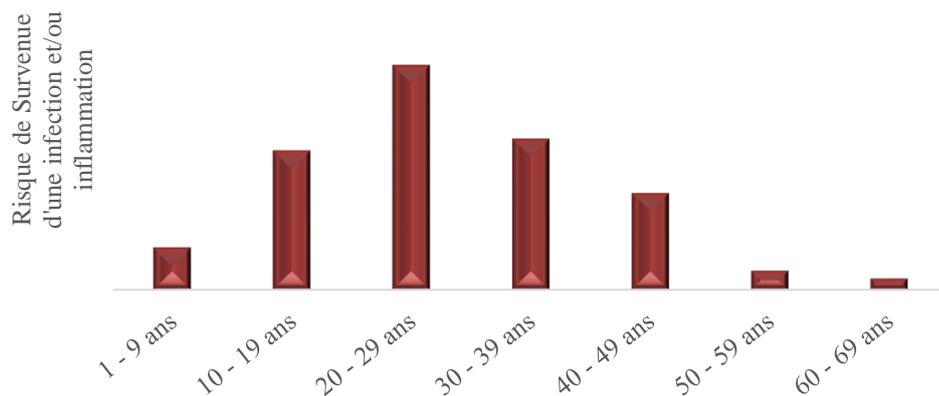
Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire constituent la pathologie infectieuses et/ou inflammatoires la plus rencontrée au sein de notre population avec un taux de 35,6% suivie des alvéolites avec un taux de 20,9%



**Figure 19: Répartition de la population selon les urgences infectieuses et/ou inflammatoires
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

4-3-1-1-Répartition des cas selon l'âge et l'urgence infectieuses et/ou inflammatoires

La tranche d'âge [20ans-29ans] présente le taux le plus élevé des urgences infectieuses et/ou inflammatoires.



**Figure 20: Répartition de la population selon la relation entre l'âge et l'urgence infectieuse et/ou inflammatoire
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

4-3-1-2-Hygiène bucco-dentaire et urgences inflammatoires et/ou infectieuses

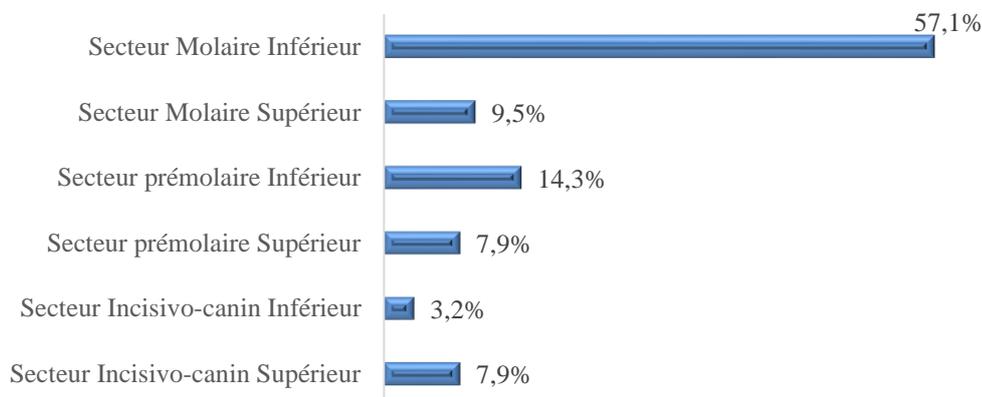
Les urgences inflammatoires et/ou infectieuses augmentent proportionnellement avec le manque d'hygiène bucco-dentaire



**Figure 21: Répartition de la population selon impact de l'hygiène bucco-dentaire sur les urgences infectieuses et/ou inflammatoires
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

4-3-1-3-Localisation des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire

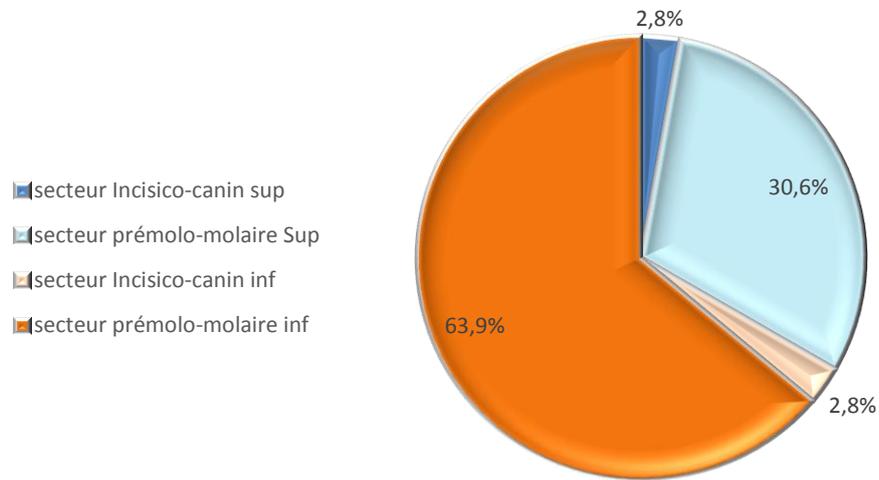
Plus que la moitié des sujets présentant une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire avaient une localisation au niveau du secteur molaire inférieur avec un taux de 57,1% et uniquement 3,2% des sujets ont présenté une cellulite localisée au niveau du secteur incisivo-canin inférieur.



**Figure 22: Répartition de la population selon la localisation des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

4-3-1-4-Localisation des alvéolites

Les alvéolites au niveau du secteur prémolo-molaire inférieur ont présenté un taux élevé de 63,9% suivi du secteur prémolo-molaire supérieur avec un taux de 30,6%



**Figure 23: Répartition de la population selon la localisation des alvéolites
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

4-3-2-Urgences traumatiques

La grande partie des sujets qui se sont présentés pour une urgence traumatique ont présentés un traumatisme alvéolo-dentaire avec un taux de 62,3% et 30,2% de ces sujets avaient un traumatisme basal.

Huit sujets avec un traumatisme basal et alvéolo-dentaire

La grande majorité des traumatisés basaux concerne la mandibule avec un taux élevé de 75,7%

Les expulsions dentaires constituent l'urgence traumatique la plus importante des traumatisme alvéolo-dentaire avec un taux de 27,3% suivies des fractures coronaires à un taux qui se rapproche de ce dernier (25,8%)

Un seul patient a présenté une concussion dentaire

**Tableau 6: Répartition de la population selon le type de traumatisme
CHU de Tlemcen Juillet 2017 – Mars 2018**

Type de Traumatisme	Effectif	Pourcentage (%)
Basale	32	30,2
Maxillaire	06	18,2
Mandibulaire	25	75,7
Bi-maxillaire	02	06,1
Alvéolo dentaire	66	62,3
Fracture coronaire	17	25,8
Fracture Radiculaire	04	06,1
Concussion	01	01,5
Luxation	03	04,5
Extrusion	06	09,1
Luxation Latérale	11	16,6
Intrusion	06	09,1
Expulsion	18	27,3
Basale et alvéolo dentaire	08	07,5

4-3-2-1-Etiologies des traumatismes

Les chutes constituent l'étiologie essentielle des traumatismes alvéolo-dentaires avec un taux de 43,4%. Par contre, les traumatismes des bases osseuses sont provoqués plus par des CBV avec un taux de 15,09%, et dominant dans les AVP avec un taux de 4,72%

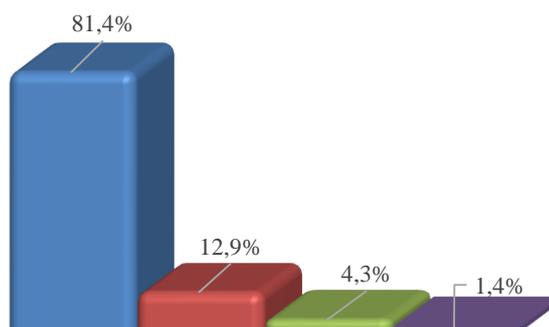
**Tableau 7: Répartition de la population selon l'étiologie des traumatismes
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

Etiologie des traumatisme	Type de traumatisme	Nombre De Cas	Pourcentage (%)
Chute		60	56,61
	Traumatisme basale	11	10,38
	Traumatisme alvéolo dentaire	46	43,4
	Traumatisme basale et alvéolo dentaire	03	02,83
CBV		36	33,95
	Traumatisme basale	16	15,09
	Traumatisme alvéolo dentaire	18	16,98
	Traumatisme basale et alvéolo dentaire	02	01,88
Accident de voie publique		10	9,44
	Traumatisme basale	05	04,72
	Traumatisme alvéolo-dentaire	02	01,88
	Traumatisme basale et alvéolo-dentaire	03	02,84
Total		106	100

4-3-2-2-Localisation des traumatismes alvéolo-dentaires

Le secteur le plus touché par les traumatismes alvéolo-dentaires est le secteur incisivo-canin supérieur avec un taux très élevé de 81,4%, et le secteur le moins touché est le secteur prémolo-molaires supérieures avec un taux minimum de 1,4%

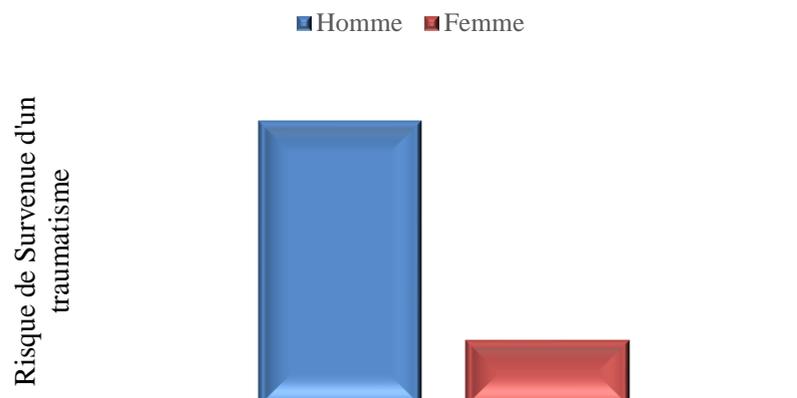
■ Secteur incisivo-canin supérieur ■ Secteur incisivo-canin inférieur
 ■ Secteur prémolo-molaire inférieur ■ Secteur prémolo-molaire supérieur



**Figure 24: Répartition de la population selon la localisation des traumatismes alvéolo-dentaire
 CHU de Tlemcen
 Juillet 2017 – Mars 2018**

4-3-2-3-Sexe et urgence Traumatique

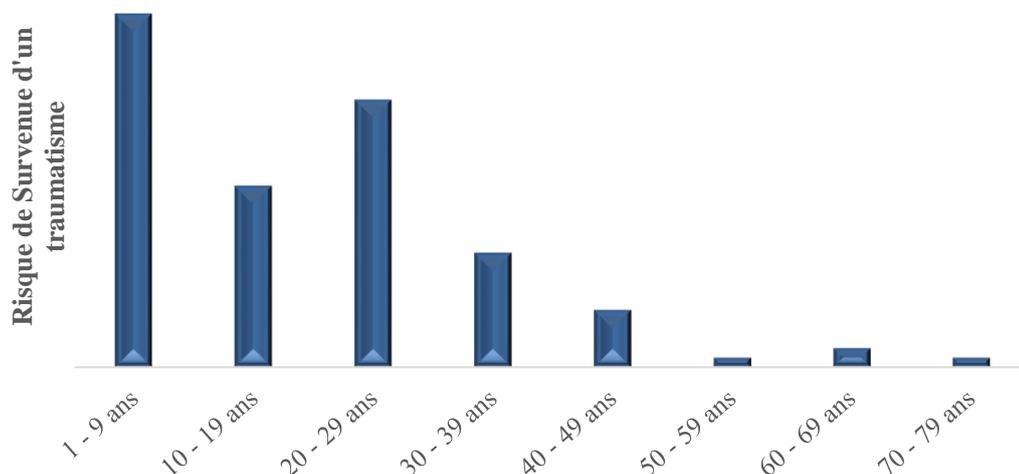
Le sexe masculin est plus exposé aux traumatismes bucco-dentaires



**Figure 25: Répartition de la population selon la relation entre le sexe et l'urgence traumatique
 CHU de Tlemcen
 Juillet 2017 – Mars 2018**

4-3-2-4-Repartition selon l'âge et urgence traumatique

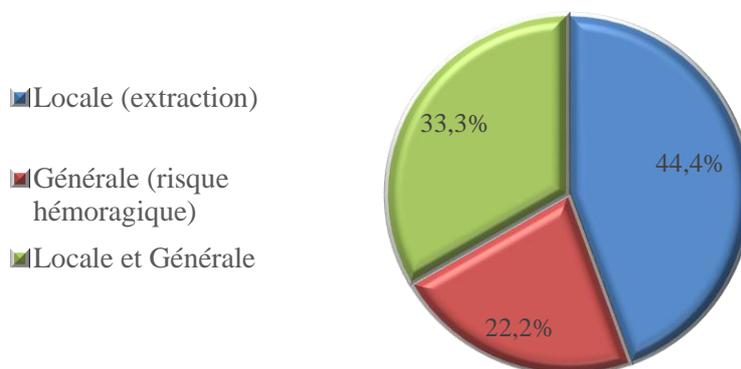
La tranche d'âge [1an-9ans] présente le taux le plus élevé des traumatismes bucco-dentaires



**Figure 26: Répartition de la population selon la relation entre l'âge et l'urgence traumatique
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

4-3-3-Etiologies des hémorragies buccales

Presque la moitié des hémorragies qui se sont présentés étaient suite à une extraction dentaire chez des patients sains avec un taux de 44,4%



**Figure 27: Répartition de la population selon l'étiologie des hémorragies bucco-dentaires
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

4-3-4- Lésions Des ATM

La moitié des patients qui se sont présentés pour une lésion des ATM avaient un DAM articulaire

Deux sujets présentaient une luxation mandibulaire antérieure

**Tableau 8: Répartition de la population selon les lésions des ATM
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

Lésions des ATM	Nombre De Cas	Pourcentage (%)
DAM articulaire	05	50,0
DAM musculaire	03	30,0
Luxation mandibulaire	02	20,0

4-3-5-Lésions de la muqueuse buccale

Les plaies de la muqueuse buccale ont constitué 42,9% des lésions de la muqueuse buccale.

**Tableau 9: Répartition de la population selon les lésions de la muqueuse buccale
CHU de Tlemcen
Juillet 2017 – Mars 2018**

Atteinte Muqueuse	Nombre De Cas	Pourcentage (%)
Aphte	04	28,6
Plaie muqueuse	06	42,9
Ulcération due au port de la Prothèse amovible	04	28,6

Discussion

DISCUSSION

Notre étude est menée auprès de 320 sujets âgés de 01 an à 74 ans qui se sont présentés au sein du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen, aux services de pathologies bucco-dentaires, urgences médico-chirurgicales, odontologie conservatrice et endodontie, parodontologie et ORL.

L'intérêt de notre étude était de déterminer les caractéristiques des urgences odontostomatologiques.

Notre étude a démontré une prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,40. La tranche d'âge la plus touchée par les urgences odontostomatologiques est entre 20ans et 29ans.

La douleur représente le motif de consultation le plus élevé soit 89,1%, et l'infection et/ou l'inflammation représente la nature d'urgence la plus rencontrée soit 56% de l'ensemble des urgences, suivie par les traumatismes bucco-dentaires avec un taux de 33,5%.

1-Sexe

Les résultats de notre étude montrent une prédominance du sexe masculin (58%) sur le sexe féminin (42%) avec un sexe ratio de 1,40. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que les hommes mènent une vie plus active par rapport aux femmes, et ont des métiers beaucoup plus risqués et aussi ces résultats peuvent être expliqués par le fait que les hommes sont moins consciencieux dans le suivi de leurs soins bucco-dentaires par rapport aux femmes, qui elles consultent chez le médecin dentiste dès l'apparition des premiers symptômes d'une maladie dentaire ou parodontale en évitant alors l'évolution de la pathologie vers des stades plus graves.

Nos résultats coïncident avec une étude réalisée à Savoie en France par POPESCU.L et collaborateurs en 2015 qui a démontré une prédominance masculine avec un taux de (54,1 %) ⁽¹⁶⁵⁾ et une étude à Brest réalisée par PREDINE-HUG.F et coll. en 2007 ⁽¹⁶⁶⁾ et celle réalisée au CHU de Clermont-Ferrand où 52% des patients étaient de sexe masculin⁽¹⁶⁷⁾ ainsi qu'une étude réalisé à Nancy par BALDE.S en 2007 ⁽¹⁶⁸⁾.

En revanche, une études réalisée au Sénégal en 2006 a démontré une légère prédominance du sexe féminin (53,93%) sur le sexe masculin (46,7%)⁽³⁰⁾.

2-Âge

Les urgences bucco-dentaires peuvent survenir à n'importe quel âge. Dans notre étude la tranche d'âge la plus concernée était entre [21ans- 29ans].

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la population algérienne est relativement jeune. Mais aussi par le fait que cette tranche d'âge d'adultes jeunes est la plus active et celle qui consulte le plus, parce qu'elle est la plus instruite et la plus avertie des dangers que présentent les pathologies bucco-dentaires sur la santé.

Ces résultats coïncident avec ceux d'une étude réalisée au CHU de Clermont-Ferrand où la tranche d'âge la plus représentée était celle des 20-29 ans ⁽¹⁶⁷⁾, ainsi qu'avec d'autres études ^(30, 169, 170)

Tableau 10: Comparaison de nos résultats (âge et sexe) par rapport aux autres études

	Lieu d'étude	Année de l'étude	Effectif (N)	Sexe ratio	Tranche d'âge la plus touchée
Notre étude	CHU de Tlemcen-Algérie	2018	320	1,4	20-29
Popescu.L et coll	Savoie- France	2015	942	1,17	16-30
Predine.F et coll	Brest- France	2007	229	0,63	1-30
Roger.V et coll	Clermont Ferrand- France	2003	2207	1,08	20-29
Balde.S	Nancy- France	2007	604	1,38	18-65
Idy, D	Dakar- Sénégal	1975	330	1,17	20-30

3-Lieu de résidence

On a répartie notre population d'étude selon les différentes daïras de la wilaya de Tlemcen. On a remarqué que la majorité de nos malades proviennent de la daïra de Tlemcen, ceci peut être dû à la proximité du CHU de Tlemcen.

D'autres sujets proviennent d'autres wilayas de l'Algérie, qui ont été soit orientés vers nos services soit étaient de passage sur la wilaya de Tlemcen.

Un sujet de nationalité étrangère s'est présenté dans notre service de PBD suite à des CBV.

Les résultats sont concordants avec une autre étude faite par ARBAB-CHIRANI.R et coll. au niveau du centre hospitalier universitaire (CHU) de Brest et qui a constaté que la majorité des patients viennent là où se localise le CHU ou de son agglomération ⁽¹⁷¹⁾

4-Mois de consultation

Dans notre étude, nous avons remarqué un taux maximal de consultation durant la saison estivale (Juillet, Août, septembre) soit 55,3%. Ce qui correspond à la saison d'été et les vacances scolaires, ce qui peut être à l'origine de l'augmentation du taux des CBV, des accidents de la voie publique, et des accidents à domicile surtout en ce qui concerne les enfants. Le rôle de la chaleur dans la poussée inflammatoire pourrait expliquer le taux important des urgences infectieuses

De plus, la plupart des dentistes du secteur privé prennent leurs vacances, ce qui pousse les gens vers les établissements de santé publique.

Une étude menée par PREDINE-HUG.F et coll. en 2007 a démontré une augmentation de la fréquence des consultations en urgence durant cette période (40 % des cas sont survenus durant les mois de juin à août) ⁽¹⁶⁶⁾.

D'autres études ont noté une augmentation de la fréquence des consultations en urgences bucco-dentaires pendant la période estivale, qui regroupe près de 30% des consultations totales FLEMING et coll. 1991 ⁽¹⁷²⁾, AHOSSI et coll. 2002 ⁽³⁾, SHQAIR et coll. 2012 ⁽¹⁷³⁾.

5-Consultation antérieure

Notre étude a démontré que plus que la moitié (59,4%) des sujets a consulté pour la première fois depuis l'apparition de leurs pathologies. Cela peut être expliqué par le fait que les patients préfèrent être soignés dans des CHU. En effet tout le monde n'a pas la possibilité d'accéder aux structures privées. Par ailleurs, ces structures ne sont pas bien connues du public quant à la prise en charge des urgences odontologiques par manque d'information.

Ces résultats sont conformes avec d'autres études ^(3,174,175,167).

6-Antécédents généraux

Parmi 320 sujets, 38 personnes présentent une maladie générale avec un taux de 11,9% par rapport à l'ensemble de la population recrutée. Ceci peut être expliqué par le fait que les patients présentant des maladies chroniques sont plus soucieux de leur santé y compris leur santé bucco-dentaire, aussi par l'importance que donnent les médecins dentistes aux conseils post-opératoires afin d'éviter toute complications ultérieures.

Nos résultats coïncident avec ceux obtenus dans une étude réalisée en France où les patients sans affections chroniques associées représentaient la majorité de la population qui a consulté pour une urgence bucco-dentaire (72,3 %) ⁽¹⁶⁵⁾.

7-Motif de la consultation

La douleur représente de loin le motif de consultation le plus important avec un taux de 89,1%. Elle constitue un symptôme commun entre la plupart des urgences bucco dentaires.

Ce qui corrobore les résultats obtenus au service des urgences odontologiques du centre hospitalier universitaire de Dijon après une évaluation de 12 mois d'activités.⁽³⁾ ainsi une étude réalisé à Nancy par BALDE.S ⁽¹⁶⁸⁾ et celle réalisée par Tempelhoff. C en 1993 ⁽¹⁷⁶⁾.

8-Natures d'urgences bucco-dentaires

Plus que la moitié de la population a consulté pour une urgence de nature infectieuse et/ou inflammatoire (56%) et 33,5% de la population ont consulté pour une urgence traumatique.

Nous pouvons expliquer ces résultats par les caractéristiques de la société algérienne ; où la notion de l'hygiène buccale est encore pas tout à fait acquise. Nous avons constaté que la grande partie de la population étudiée avait une hygiène bucco-dentaire entre moyenne à mauvaise

Ces résultats correspondent à la littérature ^(165, 168)

Cependant, une étude réalisée à Dijon par LEGENS.M en 2007 a démontré que les urgences traumatiques dominaient les urgences bucco-dentaires avec un taux de 43 % par rapport aux urgences infectieuses (28%) ⁽¹⁶⁶⁾

9-Urgences infectieuses et/ou inflammatoires

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire constituent la pathologie infectieuse et/ou inflammatoire la plus rencontrée au sein de notre population avec un taux de 35,6% suivie des alvéolites avec un taux de 20,9%

Ces résultats peuvent confirmer que dans nos pays sous-développés, la majeure partie des populations consultent à un stade tardif après apparition de la tuméfaction qui est le signe d'alerte pour une consultation en urgence.

Ces résultats peuvent être considérés comme étant l'une des conséquences de l'automédication (la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens)

Nos résultats à propos des cellulites correspondent aux résultats d'une étude réalisée à Dakar en 2006 par IDY.D qui a trouvé que les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire occupaient la première place dans les urgences infectieuses de la cavité buccale avec un taux supérieur au nombre que nous avons obtenu soit 44,1% ⁽³⁰⁾

9-1-Cellulites cervico-faciales d'origine dentaire et secteurs atteints

Plus que la moitié des sujets présentant une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire avaient une localisation au niveau du secteur molaire inférieur avec un taux de 57,1%

Ce taux est supérieur à celui montré dans une étude réalisée au CHU Tlemcen en 2016 (12,8%)⁽¹⁷⁷⁾, mais relativement proche de ceux présentés par une étude réalisée en Guinée par CAMARA.S en 2012⁽¹⁷⁸⁾

9-2-Alvéolites et secteurs atteints

Le taux des alvéolites survenant au niveau du secteur prémolo-molaire inférieur dépasse la moitié de l'ensemble des alvéolites (63,9%)

En prenant en considération l'anatomie des deux maxillaires, la vascularisation très riche du maxillaire supérieur par rapport à la mandibule et à la carence de la mandibule en os spongieux, on pourrait déduire que la formation d'un caillot sanguin au niveau d'un alvéole récemment déshabité après une extraction dentaire au niveau de l'arcade inférieure est plus difficile que celle au niveau de l'arcade supérieure. D'autant plus que l'alvéole laissé après l'extraction d'une molaire ou d'une prémolaire est nettement plus large que celui laissé par une dent du secteur incisivo-canin.

Nos résultats coïncident avec plusieurs études : du professeur MANDEBI P et coll. qui a trouvé un taux de 75% des alvéolites au niveau du secteur prémolo-molaire du bas⁽¹⁷⁹⁾, ainsi avec d'autres études^(85,180,181)

10- Les traumatismes bucco-dentaires

Notre étude a montré que les traumatismes bucco-dentaires intéressés de loin le sexe masculin que le sexe féminin. Ceci peut être expliqué par le fait que le sexe masculin est exposé à des facteurs de risque de traumatismes aussi bucco-dentaire que le restant du corps, en particulier les rixes, les AVP, les CBV, les jeux et les sports violents d'autant plus que les hommes mènent des métiers plus dangereux par rapport à ceux que pratiquent les femmes

Ces résultats sont conformes avec plusieurs études dont une réalisée en Suède par ALMAHDI HM et coll. en 2016 et par LIEGER O et coll. en Allemagne qui ont montré

les deux un sexe ratio de 2,21 ^(182, 183) et une autre aux Etats Unis par VICTORIN.A et coll. en 2006 avec un taux de 55,8% ⁽¹⁸⁴⁾ et une autre à Toronto ⁽¹⁸⁵⁾. Aussi celle réalisée à Bénin par BANCOLE.S en 2013 qui a trouvé un sexe ratio supérieur à celui qu'on a trouvé ⁽¹⁸⁶⁾

Les chutes dominent les étiologies des traumatismes bucco-dentaires avec un taux de 56,61% alors que les CBV présentent 33,95% des cas et les AVP constituent 9,44% des cas.

Ces résultats concordent avec une étude réalisée en Allemagne qui a démontré que les chutes étaient l'étiologie des traumatismes buccaux-dentaires dans 30% des cas ⁽¹⁸³⁾, ainsi avec d'autres études réalisées au Brésil en 2010 ⁽¹⁸⁷⁾, au Nigéria en 2012 ⁽¹⁸⁸⁾, et en Corée du Sud en 2008⁽¹⁸⁹⁾

Cependant, une étude réalisée en Tunisie en 2008 a trouvé que l'étiologie principale des traumatismes était les AVP avec un taux de 45% suivi des actes de violences avec un taux de 22% ⁽¹⁹⁰⁾. Ainsi avec d'autres résultats obtenus dans une étude réalisée en Suède ⁽¹⁸²⁾ et en France⁽¹³⁷⁾

La grande majorité des traumatisés maxillaires concerne la mandibule avec un taux élevé de 75,7% un résultat qui se rapproche de celui obtenue dans une étude en Suède en 2016 avec un taux de 77% ⁽¹⁸²⁾. Ceci peut être expliqué par la prééminence de la mandibule constituant un réel par choc, ainsi qu'elle soit le seul os mobile du massif cranio-facial

Nos résultats correspondent à une étude réalisée en Tunisie en 2008 qui a montré une fréquence de 62% des fractures mandibulaires par rapport aux autres localisations du massif cranio-facial⁽¹⁹⁰⁾, et avec une autre étude menée à Madagascar en 2014 ⁽¹⁹¹⁾

Cependant, une étude réalisée à Madagascar en 2014 a démontré que les fractures de l'étage moyen de la face ont dépassé celles de la mandibule avec un taux de 59,45% ⁽¹⁹²⁾.

A propos de l'âge des sujets ayant des traumatismes bucco-dentaires ; notre étude a démontré que la tranche d'âge entre [1an-9ans] est celle la plus touchée par les traumatismes bucco-dentaires. Ceci, pourra s'expliquer par les chutes très fréquentes des enfants durant l'apprentissage de la marche, leur hyperactivité durant le cycle préscolaire et scolaire, les jeux de terrain, la violence et les accidents de la voie publique.

La plus part des études réalisées sur ce sujets, surtout sur les traumatismes alvéolo-dentaires, ont démontré le même résultat, telle qu'une étude réalisée à Madagascar en 2014 ⁽¹⁹²⁾, et une étude à Bourgogne en 2006 ⁽¹⁹³⁾ avec des taux qui varient d'un pays à un autre, ceci peut être due aux différents niveaux socio-culturels des pays, leurs modes de vie, et leur conscience en ce qui concerne les traumatismes bucco-dentaires.

Par contre, d'autres études ont démontré des tranches d'âges différentes, telle que l'étude réalisée au Nigéria en 2017 qui a montré une tranche d'âge de 25ans à 34ans ⁽¹⁸⁸⁾, et une étude réalisée à la Croatie en 2014 qui a démontré une tranche d'âge de 13ans à 24ans ⁽¹⁹⁴⁾

Les expulsions dentaires constituent l'urgence traumatique la plus importante avec un taux de 27,3%, suivies des fractures coronaires à un taux qui se rapproche de ce dernier (25,8%)

Ceci peut être expliqué par le nombre important des enfants qu'on a reçu durant l'étude. L'os alvéolaire chez un enfant est caractérisé par sa malléabilité suite à son permanent remaniement dans ce stade de vie, donc la dent à tendance à s'expulser ou s'extruser plus que se fracturer par absence de la résistance osseuse qu'un adulte

Nos résultats concordent avec plusieurs études, comme celle réalisée en France ⁽¹⁶⁵⁾, et au Brésil ⁽¹⁹⁵⁾, mais ne concorde pas avec une étude faite par FARINIUK.L et coll. qui a trouvé que les fractures coronaires occupent la première place avec un taux de 28% ⁽¹⁹⁶⁾

10-1-Traumatismes bucco-dentaires et secteurs dentaires touchés

Le secteur dentaire le plus touché par les traumatismes alvéolo-dentaires est le secteur incisivo-canin supérieur avec un taux très élevé de 81,4% un chiffre qui dépasse légèrement celui acquis dans une étude réalisée par MARKO.V et coll. 2014 (81,1%) ⁽¹⁹⁴⁾

Ce taux important de traumatisme est dû à la position des incisives supérieures, surtout lesquelles sont en proalvéolie

Nos résultats concordent avec les résultats obtenus par une étude réalisée par LUIZ FERNANDO FARINIUK et coll. en 2010 qui a démontré que les incisives centrale supérieures permanentes étaient les dents les plus touchées par les traumatismes dentaires avec un taux de 53,2% suivies par les incisives latérales supérieures permanentes avec un

taux de 17,1%, et 10,3% des fractures intéressaient les incisives centrales supérieures lactéales.

11-Hémorragies bucco-dentaires

Presque la moitié des hémorragies été survenu suite à des extractions dentaires chez des patients qui ne présentaient aucune maladie d'ordre général soit 44,4%. Ce résultat peut être expliqué soit par la négligence des patients des conseils postopératoires qui consistent à éviter le rinçage de la cavité buccale avec des bains de bouche, de l'eau et de n'importe quel liquide afin de ne pas déstabiliser le caillot sanguin formé, de ne pas fumer, et d'éviter toute activité ou traitement pouvant provoquer un saignement (les bains chauds, le sport...etc.), soit lorsque l'extraction dentaire est difficile et traumatique sans sutures et sans assurer une bonne hémostase ou lors de la présence d'un fragment résiduel dans l'alvéole.

On a noté un taux inférieur des hémorragies chez les sujets à risque, ce qui peut signifier que leur prise en charge est tenue beaucoup plus au sérieux, en assurant un acte le moins traumatique possible après avoir fait un bilan sanguin, de faire des sutures si nécessaires et d'insister sur les conseils postopératoires. En plus, un patient atteint d'une maladie d'ordre générale qui présente un risque hémorragique et/ou infectieux et beaucoup plus soucieux des complications postopératoires

Des études ont trouvé les mêmes résultats tels que l'étude faite par IDY.D à Dakar ⁽³⁰⁾, et celle de PERRIN.D et coll. et AHOSSI.V et coll qui ont trouvé un taux d'hémorragies post-extraction elle chez des sujets qui ne présentent pas de maladie générale supérieur de 90% par rapport à l'ensemble des hémorragies ^(1,2).

12-Urgences de confort

Les urgences de confort, ou encore urgences relatives constituent 1,3% de l'ensemble des consultations.

Ce nombre très réduit pourrait être expliqué par le manque de conscience de la population en termes d'esthétique, et d'altération de fonction

En revanche, une étude effectuée en France en 2015 a trouvé un taux de 8,3% de la population et qu'ils ont considérée comme un chiffre important : « Représente une part

importante de la prise en charge en urgence du fait des conséquences esthétiques et parfois fonctionnelles ». ⁽¹⁶⁵⁾

Contraintes de l'étude :

Durant notre étude, nous étions confrontés à un nombre de difficultés :

- Difficulté de recueil des données au niveau des UMC concernant les malades qui se sont présentés la nuit, par absence de chambre de garde et de fauteuils dentaire.
- Difficulté d'être présent dans plusieurs services en même temps pour collecter les données (stage pratique)

Enfin, nous constatons que les résultats retrouvés dans notre étude concordent à la littérature.

Cas Cliniques

Au niveau du CHU de Tlemcen

Juillet 2017 – Mars 2018

CAS CLINIQUES

Dans ce qui suit, nous présentons quelques cas cliniques pris en charge au niveau du service de pathologie bucco-dentaire du CHU de Tlemcen.

Cas clinique n°01

Il s'agit du patient O.A âgé de 23 ans qui réside dans la commune de Tlemcen, qui s'est présenté à notre consultation le 29-09-2017 pour délivrance de certificat médical de constatation des lésions. Le patient déclare qu'il a été victime de coups et blessure volontaires (CBV) le 27-09 2017. Antécédents médicaux chirurgicaux sans particularités.



Figure 28: Aspect clinique à la première consultation du patient O.A âgé de 23ans

Source : Service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

Examen exo buccal

L'inspection du visage face et profil met en évidence un visage légèrement asymétrique, par un léger œdème localisé au niveau du corps mandibulaire du côté gauche.

A la palpation, on note un rebord mandibulaire régulier avec douleurs provoquées au niveau de la BH gauche, et un signe de Vincent négatif

Examen endo buccal

- Une mauvaise hygiène buccodentaire.
- Une ouverture buccale insuffisante et douloureuse.

- Conservation de l'articulé dentaire.
- Formule dentaire :

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 R5 6 7 8

N : Dent absente

N : Dent cariée

RN : Dent en état de racine

A la palpation on note :

- Une mobilité de classe II de la canine inférieure gauche (33).

Examen radiologique



Figure 29: Aspect radiologique à la première consultation du patient O.A âgé de 23ans

Source : Service de Pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

La radiographie panoramique montre un trait de fracture complet non déplacé du côté gauche entre la 33 et la 34 et une autre fracture angulaire du côté droit.

Le diagnostic positif

Il s'agit d'une fracture de la branche horizontale mandibulaire du côté gauche, complète non déplacée.

Le traitement d'urgence :

- Un blocage bi maxillaire par arc est réalisé sous anesthésie loco régionale, la fixation intermaxillaire est faite par des élastiques pour réduire le déplacement.
- Une prescription d'ATB associée à un AINS, antalgique et un bain de bouche
- Prescription d'une alimentation liquide et semi-liquide et motivation à l'hygiène bucco-dentaire.



Figure 30: Aspect clinique après blocage inter-maxillaire du patient O.A âgé de 23ans

Source : service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

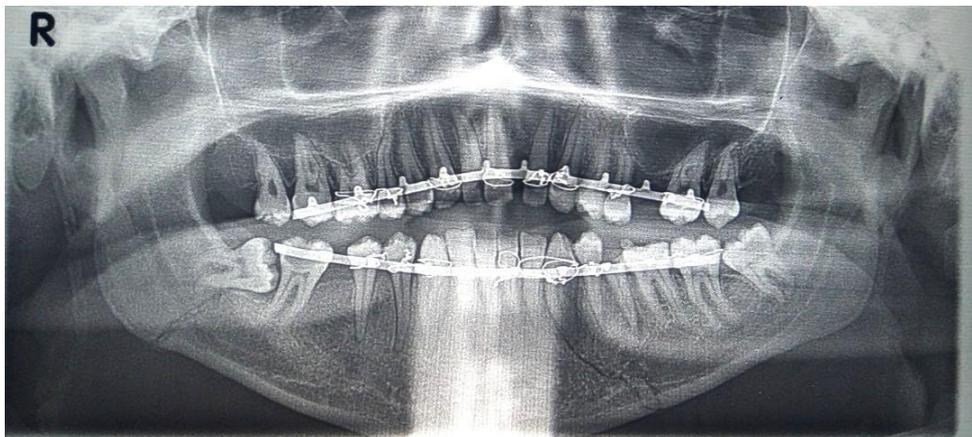


Figure 31: Aspect radiologique après blocage inter-maxillaire du patient O.A âgé de 23ans

Source : service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

Cas clinique n°02

Il s'agit de la patiente L.C âgée de 20 ans qui réside dans la commune de Tlemcen, qui s'est présentée au UMC le 02-12-2017 pour une tuméfaction de la joue gauche, des douleurs intenses et une limitation d'ouverture buccale, la patiente a été orienté vers le service de pathologie bucco-dentaire.

La patiente est diabétique de type I non équilibré, elle présente une asthénie, et une fièvre.

Examen exo buccal

L'inspection du visage face et profil met en évidence une tuméfaction jugale et sous mandibulaire gauche, de couleur rougeâtre, chaude, et de peu indurée qui s'étend jusqu'à la nuque.



Figure 32: Aspect clinique à la première consultation de la patiente L.C âgée de 20ans

Source : service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

Examen endo buccal

- Une mauvaise hygiène buccodentaire.
- Une ouverture buccale insuffisante et douloureuse.
- Vestibule comblé
- Formule dentaire :

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

N : Dent absente

N : Dent cariée

N : Dent traitée

La palpation en regard de la (35) est douloureuse.

Examen radiologique



Figure 33: Aspect radiologique à la première consultation de la patiente L.C âgée de 20ans

Source : service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

La radiographie montre plusieurs caries dentaires, ainsi plusieurs réactions péri-apicales.
La dent causale est confirmée radiologiquement (35)

Le diagnostic positif

Il s'agit d'une cellulite aiguë suppurée qui est en voie de diffusion.

Le traitement d'urgence :

- Prescription d'antibiotiques et d'antalgiques,
- Extraction de la dent causale,
- Incision intra et extra orale et drainage de la collection purulente et mise en place d'un drain,
- Hospitalisation dans le service de médecine interne
- Contrôles réguliers au niveau du service de médecine interne avec drainage et changement de drains



Figure 34: Aspect clinique lors de la mise en place d'un drain à de la patiente L.C âgée de 20ans

Source : Service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen



Figure 35: Aspect clinique montrant l'évolution après la thérapeutique De la patiente L.C âgée de 20ans

Sources : Service de Médecine interne (à gauche) et service de PBD (à droite) - CHU Tlemcen

Cas clinique n°03

Il s'agit du patient M.A âgé de 24 ans qui réside dans la commune de Tlemcen, qui s'est présenté à notre consultation le 18-07-2017 avec une bouche bloquée en position ouverte. Le blocage est arrivé au début d'une extraction dentaire au niveau de la clinique dentaire A (Service de pathologie et chirurgie buccale). Le patient déclare ne jamais avoir une antécédente pareille. Antécédents médicaux et chirurgicaux sans particularités.

Examen exo buccal

L'inspection du visage face et profil met en évidence un visage asymétrique.

A la palpation, on note la position avancée des têtes condyliennes par rapport à leurs cavités glénoïdes respectives, le patient souffre d'une douleur à la palpation des ATM.



Figure 36: Aspect clinique à la première consultation du patient M.A âgé de 24 ans

Source : Service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

L'examen endo buccal

- Une hygiène bucco-dentaire moyenne.

- Formule dentaire :

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

~~N~~ : Dent absente

N : Dent cariée

Le diagnostic positif

Il s'agit d'une luxation condylienne antérieure bilatérale

Le traitement d'urgence :

-La pratique de la manœuvre de Nélaton.

-Mise en place d'une contention pour éviter une autre luxation.

Cas clinique n°04

Il s'agit du patient A.F âgé de 39 ans qui réside dans la daïra de Hennaya, qui s'est présenté à notre consultation le 18-02-2018 pour une expulsion de l'incisive centrale et latérale supérieures suite à une chute (Accident de travail), le patient a ramené ses dents avec lui et elles étaient conservées dans du lait. Antécédent médicaux et chirurgicaux sans particularités.

Examen exo buccal

L'inspection du visage face et profil met en évidence un visage symétrique, sans commotions ni blessures extra orales.

On a rien signalé à la palpation musculaire et articulaire.



Figure 37: Aspect clinique à la première consultation du patient A.F âgé de 39 ans

Source : Service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

L'examen endo buccal

- Une mauvaise hygiène buccodentaire avec une inflammation gingivale.
- Un saignement au niveau des alvéoles déshabités
- Formule dentaire :

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

⌘ : Dent absente

N : Dent cariée

N : Dent traitée

Examen radiologique



Figure 38: Aspect radiologique à la première consultation du patient A.F âgé de 39 ans

Source : Service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

Le diagnostic positif

Il s'agit d'une expulsion de la 11 et de la 12

Le traitement d'urgence :

Le délai de la prise en charge n'a pas dépassée une heure :

-Rinçage des alvéoles déshabitées avec du sérum physiologique sans curetage sous anesthésie locale.

-Les dents sont nettoyer avec prudence de ne pas toucher les racines afin de ne pas abimer les fibroblastes qui sont sur leur surfaces afin d'assurer une bonne ré-attache.

-Réimplantation des deux dents selon leurs positions initiales, avec le consentement du patient qui est en face d'un miroir

-Mise en place d'une contention semi rigide collée avec du composite en prenant les canines comme dents piliers.

-Prescription d'ATB et d'AINS et d'antalgiques

-Prescription d'une alimentation liquide et semi liquide et des conseils d'hygiène bucco-dentaire.



Figure 39: Aspect clinique après la thérapeutique d'urgence du patient A.F âgé de 39 ans

Source : Service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

Cas clinique n°05

Il s'agit de la patiente M.K âgée de 37 ans qui réside dans la commune de Sebdou, qui s'est présentée à notre consultation au niveau du service des UMC le 11-10-2017 pour délivrance de certificat médical de constatation des lésions. La patiente déclare qu'elle a été victime de coups et blessure volontaires (CBV) le jour même. Antécédent médicaux et chirurgicaux sans particularités.

Examen exo buccal

L'inspection du visage face et profil met en évidence une tuméfaction de la joue droite, et une ecchymose au niveau de l'œil gauche. La palpation des muscles et des ATM n'a révélé aucune anomalie.



Figure 40: Aspect clinique à la première consultation de la patiente M.K âgée de 37 ans

Source : service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

Examen endo buccal :

- Une mauvaise hygiène bucco-dentaire
- Une ouverture buccale normale mais douloureuse
- Une plaie traumatique au fond du vestibule du quadrant inférieur droit des arcades dentaires.
- Formule dentaire :

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

⌘ : Dent absente

N : Dent cariée



Figure 41: Aspect clinique endo-buccale à la première consultation de la patiente M.K âgée de 37 ans

Source : Service des UMC, CHU de Tlemcen

Examen radiologique :

La radiographie n'a montré aucune atteinte osseuse.

Le diagnostic positif

Il s'agit d'une plaie de la muqueuse buccale d'origine traumatique

Le traitement d'urgence :

La prise en charge de la patiente a été faite au niveau du service de pathologie et chirurgie buccale par absence de moyens dans les UMC, et il consistait à faire :

- Rinçage et nettoyage de la plaie avec du sérum physiologique et de la Bétadine sous anesthésie locale
- Sutures de la plaie muqueuse avec un fil résorbable.
- Prescription d'ATB, d'AINS et d'antalgiques
- Conseils postopératoires à propos de l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation.

Cas clinique n°06

Il s'agit de la patiente S.C âgée de 61 ans qui réside dans la daïra de Ghazaouet, qui s'est présentée à notre consultation au niveau du service des UMC le 14.01.2018 avec une hémorragie buccale spontanée qui a commencé un jour avant. La patiente a déjà consulté un médecin dentiste dans sa commune de résidence et a été orientée au CHU. A l'interrogatoire, l'accompagnateur de la patiente a signalé que la patiente est sous antiagrégants plaquettaires suite à une maladie cardiovasculaire, qu'elle n'avait subi aucune extraction dentaire antérieure, ni soin parodontal, ni un traumatisme au niveau de sa cavité buccale.

Examen exo buccal

L'inspection du visage face et profil ainsi la palpation des muscles, des ATM et des chaînes ganglionnaires n'ont révélé aucune anomalie.

Examen endo buccal

L'examen endo buccal n'a pas été évident à cause du saignement important et de l'agitation de la patiente.

L'inspection a pu déterminer que la source du saignement était bien buccale, d'origine sous-gingivale.



Figure 42: Aspect clinique endo-buccale à la première consultation de la patiente S.C âgée de 61 ans

Source : Service des UMC, CHU Tlemcen

Examens complémentaires

Une prise de tension artérielle a été faite et n'a pas révélé une hypertension artérielle qui pourrait participer à l'hémorragie.

Un bilan sanguin a été demandé après avoir effectué le traitement d'urgence et a révélé une baisse des plaquettes sanguines.

Diagnostic positif

Il s'agit d'une hémorragie buccale de cause générale.

Traitement d'urgence

- Injection d'un anesthésique avec vaso-constricteur local dans la région du saignement afin de le diminuer.
- Mise en place d'une gouttière en élastomère lourd pour arrêter le saignement
- Orientation de la patiente vers le service de cardiologie.



Figure 43: Aspect clinique endo-buccale après mise en place d'une gouttière en élastomère lourd de la patiente S.C âgée de 61 ans

Source : Service de Pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

NB : il s'est avéré que la patiente prenait des doses importantes des antiagrégants plaquettaires, et le traitement a été réajusté.

Cas Clinique n°07 :

Il s'agit du patient A.L âgé de 15 ans qui réside dans la daïra de Maghnia, qui s'est présenté à notre consultation le 23-10-2017 avec une hémorragie buccale suite à une extraction dentaire datant de 03jours sans sutures ni mise en place d'une gouttière. Le patient est hémophile et présente un retard mental et un handicap physique.

Examen exo buccal

L'inspection du visage face et profil met en évidence un visage pale, la palpation n'a révélé aucune anomalie.

Examen endo buccal :

L'inspection a révélé un grand caillot sanguin de mauvaise qualité, et un saignement au contact du caillot avec une très mauvaise hygiène bucco-dentaire.



Figure 44: Aspect clinique endo-buccale à la première consultation du patient A.L âgé de 15 ans

Source : Service de pathologie et chirurgie buccale, clinique A, CHU Tlemcen

Traitement d'urgence

- Orientation du patient vers le service d'hématologie pour l'injection du facteur manquant.
- Le patient est reçu dans le service de PBD avant 01heure de l'injection du facteur manquant pour l'élimination du caillot sanguin. Un curetage alvéolaire est ensuite réalisé avec des sutures.
- Mise en place d'une gouttière hémostatique pour stopper le saignement et s'assurer de l'arrêt du saignement
- Réorientation du patient vers le service d'hématologie pour recevoir une deuxième injection du facteur manquant.

Conclusion

CONCLUSION

L'urgence odontostomatologique constitue une situation brutale, non prévue, représentée par une composante aigüe douloureuse dans la majorité des cas, et pour laquelle le praticien doit agir immédiatement

L'urgence médicale en général et l'urgence odontostomatologique en particulier sont de véritables défis, qu'il faut relever. Pour le médecin dentiste, l'urgence odontostomatologique représente non pas une exception, mais un acte pratique quotidien.

Par conséquent, il est temps de s'y pencher sérieusement et de voir comment résoudre les nombreux obstacles qui se dressent pour une meilleure prise en charge des urgences odontostomatologiques.

Cette étude est la première à décrire les urgences odontostomatologiques dans la wilaya de Tlemcen. Elle nous a permis de déterminer les principales urgences bucco-dentaires et de différencier les urgences absolues des urgences relatives, ainsi de nous rappeler les objectifs d'un traitement d'urgence :

- Lutter contre le stress et la douleur du patient,
- Stopper l'évolution d'un processus pathologique,
- Prévenir les complications potentielles du processus en cours
- Mettre en œuvre un retour le plus proche possible de la normalité et cela le plus rapidement possible,
- Ne pas compromettre l'avenir, c'est-à-dire en terme juridique, ne pas entraîner de perte déchéance.

Dans ce travail, nous avons démontré la nécessité d'une prise en charge rapide et efficace des urgences odontostomatologique. Qui reste encore un enjeu majeur dans la politique de santé publique.

Cependant, il existe à Tlemcen un défaut de prise en charge des urgences bucco-dentaires, la permanence de soins odontologiques n'est pas assurée de manière continue puisqu'il n'existe pas de structures assurant une prise en charge la nuit notamment. Il existe de nombreuses pistes à développer afin d'améliorer cet aspect de la prise en charge de la santé bucco-dentaire

Toutes ces raisons montrent la nécessité de créer des services d'accueil et d'urgence pour une meilleure prise en charge des urgences odontologiques, une meilleure rentabilité du travail et un certain respect du programme établi. Dès lors il est important de créer des mécanismes pour la prise en charge des soins bucco-dentaires et en particulier gérer au mieux les urgences odontostomatologiques.

Références Bibliographiques

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Perrin D, Ahossi V, Larras P, Paris M. L'urgence en odontologie: Wolters Kluwer France; 2005.
2. Ahossi V, Perrot G, Thery L, Potard D, Perrin D. Urgences odontologiques Encycl méd chir. Elsevier SAS, Paris, urgence; 2004.
3. Ahossi V, Devoize L, Tazi M, Perrin D. Urgences odontologiques au centre hospitalier universitaire de Dijon. Analyse de 12 mois d'activité. *Clinic*. 2002;23(3):165-70.
4. Boucher Y, Cohen E. Urgences dentaires et médicales: Conduites à tenir-Prévention chez le patient à risque: Wolters Kluwer France; 2007.
5. Blettery B, Ebrahim L, Honnart D, Aube H. Les échelles de mesure de la douleur dans un service d'accueil des urgences. *Réanimation urgences*. 1996;5(6):691-7.
6. ESSOH PE. Aspects épidémiologiques et cliniques des urgences odontostomatologiques dans trois hopitaux de la ville de Yaoundé. 2015.
7. Marine L. FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE: UNIVERSITE TOULOUSE III; 2016.
8. Béry A, Delprat L. Droits et obligations du chirurgien-dentiste.
9. Janket S-J, Baird AE, Chuang S-K, Jones JA. Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2003;95(5):559-69.
10. Blaizot A, Vergnes JN, Nuwwareh S, Amar J, Sixou M. Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies. *International dental journal*. 2009;59(4):197-209.
11. Darré L, Vergnes J-N, Gourdy P, Sixou M. Efficacy of periodontal treatment on glycaemic control in diabetic patients: a meta-analysis of interventional studies. *Diabetes & metabolism*. 2008;34(5):497-506.
12. Vergnes J-N, Arrivé E, Gourdy P, Hanaire H, Rigalleau V, Gin H, et al. Periodontal treatment to improve glycaemic control in diabetic patients: study protocol of the randomized, controlled DIAPERIO trial. *Trials*. 2009;10(1):65.
13. Vergnes J-N, Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2007;196(2):135. e1-. e7.

14. Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *Journal of periodontology*. 2006;77(9):1465-82.
15. Zadik Y, Bechor R, Galor S, Justo D, Heruti RJ. Erectile dysfunction might be associated with chronic periodontal disease: two ends of the cardiovascular spectrum. *The journal of sexual medicine*. 2009;6(4):1111-6.
16. Monsarrat P, Vergnes J-N, Cantagrel A, Algans N, Cousty S, Kémoun P, et al. Effect of periodontal treatment on the clinical parameters of patients with rheumatoid arthritis: study protocol of the randomized, controlled ESPERA trial. *Trials*. 2013;14(1):253.
17. Hadengue MSAIA. Paracétamol: toxicité hépatique aux doses thérapeutiques et populations à risque. *Rev Med Suisse*. 2007:32629.
18. Vallet B, Tavernier B. Physiopathologie du choc septique. Sfar, Ed Conférences d'actualisation. 1999;41.
19. Ahossi V, Perrot G, Thery L, Potard G, Perrin D. Urgences odontologiques. *EMC-Médecine*. 2004;1(5):463-85.
20. Lasfargues J-J. Le diagnostic clinique des parodontites apicales. *Réal Clin*. 2001;12(2):149-62.
21. Serrie A. Organisation de la prise en charge de la douleur. La douleur en pratique quotidienne Diagnostic et traitements Ed Arnette. 2002:1-29.
22. Robin O, Fribourg-Chelle I, Bois D. La douleur, premier motif de consultation en odonto-stomatologie. *Douleur et analgésie*. 1996;9(2):33-8.
23. Anaes R. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant d'un mois à 15 ans. Mars. 2000.
24. Hunter M, McDowell L, Hennessy R, Cassey J. An evaluation of the Faces Pain Scale with young children. *Journal of pain and symptom management*. 2000;20(2):122-9.
25. TONO MAS. Prise en charge de la douleur post opératoire au CHU de KATI. 2012.
26. Robinson J, Dos Santos S, Fleschi J. Urgences dentaires dans la pratique quotidienne. *Encycl Méd Chir*. 2001.
27. Baume L, Fiore-Donno G. Vues nouvelles sur le diagnostic différentiel des pulpopathies. *Med et Hyg*. 1962;20:1330-4.
28. Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Farman AG, Agnihotry A, Al-Langawi JH. Antibiotic use for irreversible pulpitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;12.

29. Tarragano H, Missika P, Moyal F, Illouz B, Roche Y. La chirurgie orale-Editions CdP: Initiatives Sante; 2015.
30. Idy D. LA NECESSITE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE ODONTOLOGIQUE: ENQUETE A PROPOS DE 330 AS: UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR; 1975.
31. CONSERVATRICE DLCDO. Meryem CHRAÏBI: UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR; 1979.
32. Burkiet F, Rolland C, Gardon N, Pommel L. Gérer l'urgence en endodontie. *Le chir Dent Fr.* 1997;860:371-83.
33. Ray H, Trope M. Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical quality of the root filling and the coronal restoration. *International endodontic journal.* 1995;28(1):12-8.
34. Iqbal M, Kim S, Yoon F. An investigation into differential diagnosis of pulp and periapical pain: a PennEndo database study. *Journal of endodontics.* 2007;33(5):548-51.
35. Rieger J, Gass M, Feki A. Evaluer et prendre en charge la douleur: place de la prescription antalgique. *Réal Clin.* 2006;17(1):17-24.
36. Woda A, Doméjean-Orliaguet S, Faulks D, Augusto F, Bourdeau L, Gentilucci L, et al. Réflexions sur les critères diagnostiques des maladies pulpaire et parodontales d'origine pulpaire. *Inf Dent.* 1999;43:3473-8.
37. Goldberg M. La dent normale et pathologique. Bruxelles: De Boeck University. 2001.
38. Romieu G, Bertrand C, Panayotov I, Romieu O, Levallois B. Conduite à tenir face à une urgence endodontique. *Actualités Odonto-Stomatologiques.* 2012(259):231-44.
39. Blancal J-P, Kania R, Sauvaget E, Huy PTB, Mateo J, Guichard J-P, et al. Prise en charge des cellulites cervicofaciales en réanimation. *Réanimation.* 2010;19(4):297-303.
40. Shimizu T, Tokuda Y. Necrotizing fasciitis. *Internal Medicine.* 2010;49(12):1051-7.
41. Benzarti S, Mardassi A, Mhamed R, Hachicha A, Brahem H, Akkari K, et al. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire: a propos de 150 cas. *Journal Tunisien d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale.* 2007;19(1).
42. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS. Deep neck infection: analysis of 185 cases. *Head & neck.* 2004;26(10):854-60.

43. Lin C, Yeh F-L, Lin J-T, Ma H, Hwang C-H, Shen B-H, et al. Necrotizing fasciitis of the head and neck: an analysis of 47 cases. *Plastic and reconstructive surgery*. 2001;107(7):1684-93.
44. Peron J, Mangez J. Cellulites et fistules d'origine dentaire. *Encycl Méd Chir*. 2002:14p.
45. Chan C, McGurk M. Cervical necrotising fasciitis--a rare complication of periodontal disease. *British dental journal*. 1997;183(8):293-6.
46. Roldan S, O'Connor, A (O'Connor, A); Sanz, M (Sanz, M) The periodontal abscess (II). Short-term clinical and microbiological efficacy of 2 systemic antibiotic regimes. *J Clin Periodontol*. 2000;27:377-86.
47. Choi M-G. Necrotizing fasciitis of the head and neck: a case report. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2015;41(2):90-6.
48. Brunato D. Les cellulites d'origine dentaire: classification, étiologie, bactériologie et traitement. *Illustrations cliniques: thèse chirurgie dentaire*, Nancy; 2005.
49. Bertolus C. Cellulite cervico-faciale. *Urgences 2011*; Chapitre. 2011;52.
50. Buccarello F. Effet de solutions antiseptiques sur la dispersion de particules et de bactéries émises lors de l'utilisation d'un détartreur ultrasonique: University of Geneva; 2005.
51. Dennis M. Treating odontogenic infections: an update for dental professionals. *Today's FDA: official monthly journal of the Florida Dental Association*. 2006;18(3):20-3, 5.
52. Muster D. Médicaments de l'inflammation. *EMC-Stomatologie*. 2005;1(1):21-9.
53. Rakotoarison R, Ramarozatovo N, Rakoto F, Rakotovao F. Cellulites cervico-faciales: à propos de 41 cas. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale*. 2008;14(1):35-9.
54. Mättö J, Asikainen S, Väisänen M-L, Von Troil-Lindén B, Könönen E, Saarela M, et al. β -Lactamase Production in *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens*, and *Prevotella pallens* Genotypes and In Vitro Susceptibilities to Selected Antimicrobial Agents. *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 1999;43(10):2383-8.
55. Davido N, Toledo-Arenas R. Focos infecciosos dentales y sus complicaciones. *EMC-Tratado de Medicina*. 2011;15(1):1-6.
56. Ahl D, Hilgeman J, Snyder J. Periodontal emergencies. *Dental clinics of North America*. 1986;30(3):459.
57. Meng HX. Periodontal abscess. *Annals of Periodontology*. 1999;4(1):79-82.
58. Herrera D, Roldán S, Sanz M. The periodontal abscess: a review. *Journal of clinical periodontology*. 2000;27(6):377-86.

59. Carranza FA, Glickman I. La parodontologie clinique selon Glickman: Ed. CdP; 1987.
60. Herrera D, Alonso B, Arriba L, Santa Cruz I, Serrano C, Sanz M. Acute periodontal lesions. *Periodontology 2000*. 2014;65(1):149-77.
61. Hallmon W, Carranza F, Drisko C, Rapley J, Robinson P. *Periodontal Literature Reviews—a Summary of Current Knowledge*. Chicago: The American Academy of Periodontology. 1996:39-40.
62. Genon P, Romagna-Genon C. *Le traitement parodontal raisonné*: Wolters Kluwer France; 1999.
63. Michel J-F. Faire face a l'urgence en parodontologie. *REVUE D ODONTOSTOMATOLOGIE-PARIS-*. 1997;26:269-77.
64. Herrera D, Roldán S, O'connor A, Sanz M. The periodontal abscess (II). Short-term clinical and microbiological efficacy of 2 systemic antibiotic regimes. *Journal of clinical periodontology*. 2000;27(6):395-404.
65. Riviere GR, Wagoner MA, Baker-Zander SA, Weisz KS, Adams DF, Simonson L, et al. Identification of spirochetes related to *Treponema pallidum* in necrotizing ulcerative gingivitis and chronic periodontitis. *New England Journal of Medicine*. 1991;325(8):539-43.
66. Marty M, Palmieri J, Noirrit-Esclassan E, Vaysse F, Bailleul-Forestier I. Necrotizing periodontal diseases in children: A literature review and adjustment of treatment. *Journal of tropical pediatrics*. 2016;62(4):331-7.
67. Swango PA, Kleinman DV, Konzelman JL. HIV and periodontal health. *The Journal of the American Dental Association*. 1991;122(7):49-54.
68. Rowland R. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Annals of periodontology*. 1999;4(1):65.
69. Melnick SL, Roseman JM, Engel D, Cogen RB. Epidemiology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. *Epidemiologic reviews*. 1988;10:191-211.
70. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of periodontology*. 1999;4(1):1-6.
71. Glick M, Muzyka BC, Salkin LM, Lurie D. Necrotizing ulcerative periodontitis: a marker for immune deterioration and a predictor for the diagnosis of AIDS. *Journal of Periodontology*. 1994;65(5):393-7.
72. Salinas YJ, Millán RE. Enfermedad periodontal necrosante: Conducta odontológica. *Acta odontológica venezolana*. 2009;47(4):234-48.

73. Bouchard P. Parodontologie & dentisterie implantaire: Lavoisier-Médecine sciences; 2014.
74. Gillam DG, Turner W. Antibiotics in the treatment of periodontal disease: a guide for the general dental practitioner. Primary dental journal. 2014;3(3):43-7.
75. Renton T, Wilson NH. Problems with erupting wisdom teeth: signs, symptoms, and management. Br J Gen Pract. 2016;66(649):e606-e8.
76. Peltroche-Llacsahuanga H, Reichhart E, Schmitt W, Lütticken R, Haase G. Investigation of infectious organisms causing pericoronitis of the mandibular third molar. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2000;58(6):611-6.
77. Sixou J-L, Magaud C, Jolivet-Gougeon A, Cormier M, Bonnaure-Mallet M. Evaluation of the mandibular third molar pericoronitis flora and its susceptibility to different antibiotics prescribed in France. Journal of clinical microbiology. 2003;41(12):5794-7.
78. Soames JV, Southam JC. Oral pathology: Oxford University Press; 2005.
79. Trummel C, Behnia A. Periodontal and pulpal infections. Topazian RG, Goldberg MH, Hupp JR, rédacteurs Oral and maxillofacial infections 4e éd Philadelphie: Saunders. 2002:126-57.
80. Punwutikorn J, Waikakul A, Ochareon P. Symptoms of unerupted mandibular third molars. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 1999;87(3):305-10.
81. Carranza F. Glickman's Clinical Periodontology. Philadelphia. WB Saunders. 2003:100-62.
82. Matthews DC, Tabesh M. Detection of localized tooth-related factors that predispose to periodontal infections. Periodontology 2000. 2004;34(1):136-50.
83. Khairnar M. Classification of food impaction-revisited and its management. Indian J Dent Adv. 2013;5(1):1113-9.
84. Charon JA, Bezzina-Moulierac M-È. Parodontie médicale: innovations cliniques: CdP; 2010.
85. Souaga K, Adou A, Amantchi D, Angoh Y. LE TRAITEMENT DES ALVEOLITES EN PRATIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE NOTRE EXPERIENCE. Odontostomatol Trop. 1997;20:21-5.

86. Burgoyne CC, Giglio JA, Reese SE, Sima AP, Laskin DM. The efficacy of a topical anesthetic gel in the relief of pain associated with localized alveolar osteitis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2010;68(1):144-8.
87. Cardoso CL, Rodrigues MTV, Júnior OF, Garlet GP, de Carvalho PSP. Clinical concepts of dry socket. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2010;68(8):1922-32.
88. CISSOKHO CA. LE POINT SUR LES ALVEOLITES ET LEUR PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE: Etude prospective à propos de 68 cas cliniques. 1967.
89. de Oliveira Alves V. Endodontic flare-ups: a prospective study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*. 2010;110(5):e68-e72.
90. Sandalli N, Cildir S, Guler N. Clinical investigation of traumatic injuries in Yeditepe University, Turkey during the last 3 years. *Dental Traumatology*. 2005;21(4):188-94.
91. Wilson S, Smith GA, Preisch J, Casamassimo PS. Epidemiology of dental trauma treated in an urban pediatric emergency department. *Pediatric emergency care*. 1997;13(1):12-5.
92. Zuhail K, Semra ÖEM, Hüseyin K. Traumatic injuries of the permanent incisors in children in southern Turkey: a retrospective study. *Dental Traumatology*. 2005;21(1):20-5.
93. Osuji O. Traumatized primary teeth in Nigerian children attending University Hospital: the consequences of delays in seeking treatment. *International dental journal*. 1996;46(3):165-70.
94. Mestrinho HD, Bezerra ACB, Carvalho JC. Traumatic dental injuries in Brazilian pre-school children. *Braz Dent J*. 1998;9(2):101-4.
95. Zaragoza AA, Catala M, Colmena ML, Valdemoro C. Dental trauma in schoolchildren six to twelve years of age. *ASDC journal of dentistry for children*. 1998;65(6):492-4, 39.
96. Otoyemi O, Segun-Ojo I, Adegboye A. Traumatic anterior dental injuries in Nigerian preschool children. *East African medical journal*. 1996;73(9):604-6.
97. Sennhenn-Kirchner S, Jacobs HG. Traumatic injuries to the primary dentition and effects on the permanent successors—a clinical follow-up study. *Dental Traumatology*. 2006;22(5):237-41.
98. Altun C, Cehreli ZC, Güven G, Acikel C. Traumatic intrusion of primary teeth and its effects on the permanent successors: a clinical follow-up study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2009;107(4):493-8.
99. Çaglar E, Ferreira LP, Kargul B. Dental trauma management knowledge among a group of teachers in two south European cities. *Dental Traumatology*. 2005;21(5):258-62.

100. Young C, Wong K, Cheung L. Emergency management of dental trauma: knowledge of Hong Kong primary and secondary school teachers. *Hong Kong Medical Journal*. 2012.
101. Al-Obaida M. Knowledge and management of traumatic dental injuries in a group of Saudi primary schools teachers. *Dental traumatology*. 2010;26(4):338-41.
102. Onetto J, Flores M, Garbarino M. Dental trauma in children and adolescents in Valparaiso, Chile. *Dental Traumatology*. 1994;10(5):223-7.
103. Faus-Damiá M, Alegre-Domingo T, Faus-Matoses I, Faus-Matoses V, Faus-Llácer V-J. Traumatic dental injuries among schoolchildren in Valencia, Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(2):e292-5.
104. Marcenes W, Zabet N, Traebert J. Socio-economic correlates of traumatic injuries to the permanent incisors in schoolchildren aged 12 years in Blumenau, Brazil. *Dental traumatology*. 2001;17(5):218-22.
105. Marchiori ÉC, Santos SE, Asprino L, de Moraes M, Moreira RWF. Occurrence of dental avulsion and associated injuries in patients with facial trauma over a 9-year period. *Oral and maxillofacial surgery*. 2013;17(2):119-26.
106. Al-Khateeb S, Al-Nimri K, Alhajja EA. Factors affecting coronal fracture of anterior teeth in North Jordanian children. *Dental Traumatology*. 2005;21(1):26-8.
107. ARTAUD C. SOCIETE ODONTOLOGIQUE DE PARIS REVUE D'ODONTOSTOMATOLOGIE n 4-1999 PEDODONTIE PROTHESE PEDIATRIQUE ANTERIEURE.
108. Bakland LK, Andreasen JO. Dental traumatology: essential diagnosis and treatment planning. *Endodontic topics*. 2004;7(1):14-34.
109. Andreasen JO, Andreasen FM, Mejàre I, Cvek M. Healing of 400 intra-alveolar root fractures. 1. Effect of pre-injury and injury factors such as sex, age, stage of root development, fracture type, location of fracture and severity of dislocation. *Dental Traumatology*. 2004;20(4):192-202.
110. Naulin-Ifi C. Traumatismes dentaires: du diagnostic au traitement: Wolters Kluwer France; 2005.
111. Majorana A, Pasini S, Bardellini E, Keller E. Clinical and epidemiological study of traumatic root fractures. *Dental Traumatology*. 2002;18(2):77-80.
112. Andreasen JO, Bakland LK, Andreasen FM. Traumatic intrusion of permanent teeth. Part 2. A clinical study of the effect of preinjury and injury factors, such as sex, age, stage of

root development, tooth location, and extent of injury including number of intruded teeth on 140 intruded permanent teeth. *Dental Traumatology*. 2006;22(2):90-8.

113. Andersson L, Andreasen J, Day P, Heithersay G, Trope M, Diangelis A, et al. International Association of Dental Traumatology. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2012;28(2):88-96.

114. Bourguignon C, Lenzi AR, Tsukiboshi M, Andersson L, Lamar Hicks M, Malmgren B, et al. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 2. Avulsion of Permanent Teeth. *Pediatric Dentistry*. 2013;35(6).

115. Trope M. Clinical management of the avulsed tooth: present strategies and future directions. *Dental Traumatology*. 2002;18(1):1-11.

116. Sigalas E, Regan JD, Kramer PR, Witherspoon DE, Opperman LA. Survival of human periodontal ligament cells in media proposed for transport of avulsed teeth. *Dental traumatology*. 2004;20(1):21-8.

117. De Sousa A. Psychological issues in acquired facial trauma. *Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*. 2010;43(2):200.

118. Chao MT, Losee JE. Complications in pediatric facial fractures. *Craniofacial Trauma and Reconstruction*. 2009;2(02):103-12.

119. Haug RH, Foss J. Maxillofacial injuries in the pediatric patient. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2000;90(2):126-34.

120. Pons J, Bellavoit A. *Traumatologie faciale: Expansion scientifique française*; 1988.

121. Keubou L, Bengondo C. Aspects Épidémiologiques et Cliniques des Fractures Mandibulaires Traitées par Procédé Orthopédique à l'Hôpital de District de Kumba, Cameroun. *HEALTH SCIENCES AND DISEASES*. 2017;18(4).

122. Malik AH, Shah AA. Mandibular Fractures in Kashmiri Population. *Pathology (underlying)*.5:2.08.

123. Amarista Rojas FJ, Bordoy Soto MA, Cachazo M, Dopazo JR, Vélez H. The epidemiology of mandibular fractures in Caracas, Venezuela: incidence and its combination patterns. *Dental traumatology*. 2017.

124. Adhikari R, Karmacharya A, Malla N. Pattern of mandibular fractures in western region of Nepal. *Nepal Journal of Medical Sciences*. 2012;1(1):45-8.

125. Oikarinen K, Schutz P, Thalib L, Sándor GK, Clokie C, Meisami T, et al. Differences in the etiology of mandibular fractures in Kuwait, Canada, and Finland. *Dental Traumatology*. 2004;20(5):241-5.
126. Cillo JE, Ellis E. Treatment of patients with double unilateral fractures of the mandible. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2007;65(8):1461-9.
127. Natu SS, Pradhan H, Gupta H, Alam S, Gupta S, Pradhan R, et al. An epidemiological study on pattern and incidence of mandibular fractures. *Plastic surgery international*. 2012;2012.
128. Dingman RO, Natvig P. *Surgery of facial fractures*: Saunders; 1964.
129. Converse JM. *Kazanjian & Converse's surgical treatment of facial injuries*. 1974.
130. Naeem A, Gemal H, Reed D. Imaging in traumatic mandibular fractures. *Quantitative imaging in medicine and surgery*. 2017;7(4):469.
131. FRIKEL MF. ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES FRACTURES MANDIBULAIRES.
132. Frison L, Larbi A, Abida S, Goudot P, Yachouh J. Fractures de la mandibule. *EMC-Médecine buccale*. 2011:1-11.
133. HIROUAL S, HATTAB NM, FIKRY T. Kit d'auto-enseignement en traumatologie maxillo-faciale: A propos de 30 cas.
134. Duhamel P, Giraud O, Denhez F, Cantaloube D. Examen d'un traumatisé facial. *EncyclMédChir (Elsevier, Paris), Stomatologie*. 2002:22-068.
135. Giraud O, Teysseres N, Brachet M, Teysseres N, Brachet M. Traumatisme maxillofacial. *EMC. Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence*.
136. Touré G, Meningaud J-P, Bertrand J-C. Fractures de la mandibule. *EMC-Dentisterie*. 2004;1(3):228-43.
137. Rocton S, Chaine A, Ernenwein D, Bertolus C, Rigolet A, Bertrand J-C, et al. Fractures de la mandibule: épidémiologie, prise en charge thérapeutique et complications d'une série de 563 cas. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*. 2007;108(1):3-10.
138. Gruss JS. Complex Craniomaxillofacial Trauma: Evolving Concepts in Management. A Trauma Unit's Experience-1989 Fraser B. Gurd Lecture. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 1990;30(4):377-83.
139. Le Fort R. Etude expérimentale sur les fractures de la mâchoire supérieure. *Revue Chirurgio*. 1901;23:208.

140. Revol M, Servant J. Traumatologie maxillo-faciale. Manuel de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique Paris: Pradel. 1993:295-332.
141. DIALLO MMG. PRISE EN CHARGE DES FRACTURES DE L'ETAGE MOYEN DE LA FACE AU SERVICE DE STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLOFACIALE DU CHU CNOS DE BAMAKO: 62 CAS. 2014.
142. Giraud O, Duhamel P, Seigneuric J, Cantaloube D. Traumatologie maxillo-faciale: modalités thérapeutiques. EncyclMédChir (Elsevier, Paris), Stomatologie. 2002:22-068.
143. Cantaloube D, Rives J, Daize E, SALLERAS J. Traitement préventif et curatif des hémorragies opératoires. Encycl Med Chir Editions techniques Editeur, Paris 22090G10. 1991.
144. BUCCALE C. DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE: UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR; 2009.
145. Ellrodt A. Urgences médicales: De Boeck Secundair; 2002.
146. Fiessinger J-N. Réduire les risques des anticoagulants oraux. REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE. 2001(554):1971-.
147. Ménard P, BERTRAND J-C. Fractures mandibulaires (maxillaires inférieures): diagnostic, principes du traitement. La Revue du praticien. 1991;41(8):735-42.
148. Payen J, editor Bettega G. Traumatismes maxillofaciaux. 41e Congres national d'anesthésie et de réanimation Conférences d'actualisation Paris: Elsevier; 1999.
149. Lézy J-P, Princ G, Schmitt M. Pathologie maxillo-faciale et stomatologie: Masson; 1997.
150. McNeill C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controverses. The Journal of prosthetic dentistry. 1997;77(5):510-22.
151. Vallée C. Déplacements discaux des ATM: place du chirurgien dentiste dans la prise en charge thérapeutique: Thèse: Méd. Dent. Université de NATES n 36; 2004.
152. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. Journal of pain research. 2014;7:99.
153. Gola R, Chossegros C, Orthlieb J-D. Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur. La Revue du praticien. 1995;45(13):1593-600.
154. Gola R, Cheynet F, Chossegros C, Orthlieb J. Les dysfonctionnements de l'appareil manducateur: invalidants et fréquents. La Revue du praticien Médecine générale. 1998(431).
155. Dhanrajani P, Jonaidel O. Trismus: aetiology, differential diagnosis and treatment. Dental update. 2002;29(2):88-94.

156. Thoma KH, Gorlin RJ, Goldman HM. Thoma's oral pathology: CV Mosby; 1970.
157. Held A-J. Anatomie pathologique de l'appareil masticateur et des glandes salivaires: Maloine; 1977.
158. Chbicheb S, El Wady W. Lichen plan buccal. EMC. Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie; 2008.
159. Gerber C, Lucas C, Sourdot A, Kirchner S, Bravetti P. Le lichen plan gingival érosif: à propos de 3 cas. Actualités Odonto-Stomatologiques. 2009(248):349-60.
160. Szpirglas H, Slama LB. Pathologie de la muqueuse buccale: Elsevier Masson; 1999.
161. Zhang X, Wei LC, Wu B, Yu LY, Wang XP, Liu Y. A comparative analysis of metal allergens associated with dental alloy prostheses and the expression of HLA-DR in gingival tissue. Molecular medicine reports. 2016;13(1):91-8.
162. Joseph E, Schittly J, Borel J-C. Manuel de prothèse fixée unitaire: Masson Paris etc.; 1992.
163. Roth F, Bassigny F, Casamajor P, Colon P, Courrier B, Hugly C. Les urgences bucco-dentaires. Paris: AP/HP éd Douin. 1999.
164. Bercy P, Tenenbaum H. Parodontologie: du diagnostic à la pratique: De Boeck Supérieur; 1996.
165. Popescu L-D, Aga I, Popescu M-A. La prise en charge des urgences odontologiques dans le centre hospitalier Métropole Savoie après un an de fonctionnement d'une ligne d'astreinte. Médecine Buccale Chirurgie Buccale. 2015;21(4):211-8.
166. Predine-Hug F, Legens M, Boisramé-Gastrin S. 52e Congrès de la SFMBCB Dijon 18-20 octobre 2007. 2007.
167. Roger-Leroi V, Laléchère-Lestrade C, Tubert-Jeannin S. Caractéristiques des patients ayant recours à l'unité d'urgence odontologique du CHU de Clermont-Ferrand (France). Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2007;55(3):197-202.
168. BALDÉ S. ACADÉMIE DE NANCY-METZ. 2007.
169. Nusstein JM, Beck M. Comparison of preoperative pain and medication use in emergency patients presenting with irreversible pulpitis or teeth with necrotic pulps. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics. 2003;96(2):207-14.
170. NIANG SO. PROFIL DE PRISE DE MEDICAMENTS EN: UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR; 1981.

171. Arbab-Chirani R, Chevalier V, Roux M, Boisramé-Gastrin S, L'Azou D, Colemard F. Astreinte odontologique au sein d'un CHU: mise en place et résultats préliminaires d'activité. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2010;58(3):217-24.
172. Fleming P, Gregg T, Saunders I. Analysis of an emergency dental service provided at a children's hospital. *International journal of paediatric dentistry*. 1991;1(1):25-30.
173. Haqiqi AM. Why do parents seek care for their child's non-traumatic dental problems in the emergency department? : McGill University; 2014.
174. Ch D, Vernieres J, Leon H, Lozza J, Ph L. 47e Journées Scientifiques de la SFMBCB Montpellier 20, 21 et 22 mai 2004.
175. Shqair AQ, Gomes GB, Oliveira A, Goettems ML, Romano AR, Schardozim LR, et al. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. *Brazilian oral research*. 2012;26(1):50-6.
176. Tempelhoff C, Tempelhoff G. La douleur dans les services d'accueil et d'urgence: état des lieux étude multicentrique. *Réanimation Urgences*. 1993;2(3):328-30.
177. AMRANI S, BENGHOMARI S, AMEUR K. Cellulite cervico-faciale d'origine dentaire chez l'enfant étude descriptive menée au niveau de service de pathologie et chirurgie buccales CHU Tlemcen (01octobre 2015 au 30 avril 2016) 2016.
178. OR D, SAT C. CELLULITES ODONTOGÈNES DU PLANCHER BUCCAL: ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE AU CHU DE CONAKRY. 2012.
179. MANDEBI PR. Prévalence des complications des extractions dentaire en per et post opératoire. 2016.
180. Taieb M. Les alvéolites: J. Prélat; 1975.
181. Commissionat Y. Quelques considerations sur la pathogenie des alveolites. *Actual Odontostomatol*. 1964;18:203-20.
182. Almahdi HM, Higzi MA. Maxillofacial fractures among Sudanese children at Khartoum Dental Teaching Hospital. *BMC research notes*. 2016;9(1):120.
183. Lieger O, Zix J, Kruse A, Iizuka T. Dental injuries in association with facial fractures. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2009;67(8):1680-4.
184. Soukup JW, Mulherin BL, Snyder CJ. Prevalence and nature of dentoalveolar injuries among patients with maxillofacial fractures. *Journal of Small Animal Practice*. 2013;54(1):9-14.

185. Sojat AJ, Meisami T, Sàndor GK, Clokie CM. Epidémiologie des fractures de la mandibule traitées à l'hôpital général de Toronto: revue de 246 cas. *J Can Dent Assoc.* 2001;67(11):640-4.
186. Bancolé Pognon SA, Biotchane I, Dossou Akpovi G. Prise en charge des fractures mandibulaires à l'hôpital Saint Luc de Cotonou (Bénin). A propos de 83 cas. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale.* 2013;19(2).
187. Wendt FP, Torriani DD, Assunção MCF, Romano AR, Bonow MLM, Da Costa CT, et al. Traumatic dental injuries in primary dentition: epidemiological study among preschool children in South Brazil. *Dental traumatology.* 2010;26(2):168-73.
188. Predine-Hug F, Legens M, Boisramé-Gastrin S. 52e Congrès de la SFMB CB Dijon 18-20 octobre 2007. 2007.
189. Chung I-H, Lee E-K, Yoo C-K, Park C-J, Song S-I, Hwang K-G. Etiology and Patterns of Maxillofacial Fractures in 518 patients in Korea. *대한구강악안면외과학회지.* 2008;34(1):83-9.
190. Bouguila J, Zairi I, Khonsari R, Jablaoui Y, Hellali M, Adouani A. Épidémiologie de la traumatologie maxillofaciale à Tunis. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale.* 2008;109(6):353-7.
191. Rakotoarivony AE, Rakotoarison RA, Rakotoarimanana FVdA, Arijaona AN, Rakoto-Alson S, Rakoto FA. Épidémiologie des traumatismes dento-maxillo-faciaux au CENHOSOA Antananarivo. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale.* 2014;20(4):221-6.
192. Rakotoarisoa A, Rakotoarimanana F, Randriamanantena T, Rasolonjatovo T, Randriamiarisoa N, Raotoson H, et al. Epidémiologie des fractures faciales observées au Service de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU d'Antananarivo. *Revue de Stomatologie Malgache.* 2014;9:20-32.
193. VICTORIN A, SYLVIE B-G, STEPHANIE G, MOHSSINE T, PATRICK L, DIDIER H, et al. Urgences traumatiques en odontologie: analyse rétrospective de trois années d'activités au CHU de Dijon. *Revue d'odonto-stomatologie.* 2005;34(1):39-57.
194. Vuletić M, Škaričić J, Batinjan G, Trampuš Z, Bagić IČ, Jurić H. A retrospective study on traumatic dental and soft-tissue injuries in preschool children in Zagreb, Croatia. *Bosnian journal of basic medical sciences.* 2014;14(1):12.
195. Batista AM, Marques LS, Batista AE, Falci SGM, Ramos-Jorge ML. Urban-rural differences in oral and maxillofacial trauma. *Brazilian oral research.* 2012;26(2):132-8.

196. Fariniuk LF, Souza MHd, Westphalen VPD, Carneiro E, Silva Neto UX, Roskamp L, et al. Evaluation of care of dentoalveolar trauma. *Journal of Applied Oral Science*. 2010;18(4):343-5.

Annexes

ANNEXES

Annexe A

CODE des COMMUNES de la WILAYA de TLEMCEM

101 TLEMCEM	1501 "OULED MIMOUN"
201 MANSOURAH	1502 "BENI SEMIEL"
202 TERNY	1503 "OUED LAKHDAR"
203 "AIN GHORABA"	1601 "BEN SEKRANE"
204 "BENI MESTER"	1602 "SIDI ABOLI"
301 CHETOUANE	1701 "AIN TALOUT"
302 "AIN FEZZA"	1702 "AIN NEHALA"
303 AMIEUR	1801 CHAZAOUET
401 SEBRA	1802 "DAR YAGHMOURACEN"
402 BOUHLOU	1803 SOUHLIA
501 REMCHI	1804 TIANET
502 "AIN YOCCEF"	1901 NEDROMA
503 "BENI OUARSOUS"	1902 DJEBALA
504 "SEBAA CHIOUKH"	2001 FELLAOUCENE
505 "EL FEHOUL"	2002 "AIN FETTAH"
601 HENRAYA	2003 "AIN KEBIRA"
602 ZENATA	
603 "OULED RYAH"	98 Nationalité Etrangère
701 HONAINE	99 Indéterminé
702 "BENI RACHED"	
801 MAGHINIA	
802 "HAMMAM BOUGHRARA"	
901 "BEB EL ASSA"	
902 SOUANI	
903 "SOUK TLATA"	
1001 "BENI BOUSSAID"	
1002 "SIDI MEJAHED"	
1101 "MERSA BEN MEHIDI"	
1102 "MSIRDA FOUAGA"	
1201 SEBDOU	
1202 "EL GOR"	
1203 "EL ARICHA"	
1301 "SIDI DJILALI"	
1302 "EL BCUIHI"	
1401 "BENI SNOUS"	
1402 AZAIL	
1403 "BENI BANDEL"	

Annexe B**Questionnaire Médicale**

Nom et prénom : Sexe : Age :

Adresse :

Profession : N° du téléphone :

Lieu de consultation : PBD UMC OCE AUTRE

Date de consultation :

L'heure d'arrivée :

Antécédents généraux :R.A.S Présence d'une maladie générale Laquelle ? :

Traitement suivi :

Antécédents stomatologique :**Hygiène buccale :** Bonne Moyenne Mauvaise **Motif de consultation :** Dououreux Fonctionnel Esthétique

Evaluation de la douleur : (EVA)

Absente Faible Moyenne Forte Très forte **Nature de l'urgence :****1- Inflammatoire et/ou infectieuse** - Siège :- Type de douleur :Spontanée Provoquée Par :Continue Irradiante Nocturne Diurne Tuméfaction Non Oui Siège :

2- Traumatique

Etiologie :

Basale : Maxillaire Mandibulaire Bimaxillaire

Localisation(s) :

Type de fracture : Horizontale Verticale Oblique Catégorie de lefort :Alvéolo-dentaire:

Dent(s) intéressée(s) :

F.Coronaire F.Radicaire F.Coronoradicaire Concussion Luxation Extrusion Luxation latérale Intrusion Expulsion Type de fracture : Horizontale Verticale Oblique **3- Hémorragique** :

Cause :

Localisation :

Durée de saignement :

Antécédents D'hémorragie :

4- Atteinte de l'Articulation Temporo-mandibulaire : Jeu condylien : Symétrique Asymétrique Bruit Articulaire : Claquement Craquement Crépitation Douleurs : Non Oui **5- Atteinte de La Muqueuse buccale** :

Type : siège : Aspect : volume :

6- De Confort : Type :

Date exacte de l'apparition :

Circonstances de l'apparition :

Avez-vous déjà consulté un médecin ? Non Oui La date de la consultation :

Type d'intervention :

Avez-vous déjà pris un médicament ? Oui Non

Quel type de médicaments ? :

Ce dernier était-il efficace ? Oui Non

La symétrie faciale : Conservée Non conservée

Détails :

Coloration des téguments : Conservée Non conservée

Détails :

Examen Complémentaire :

Radiographie : Panoramique Retro-alvéolaire
Cone beam Scanner Autres

Examens Biologiques :

Diagnostic de la pathologie :

Thérapeutique d'urgence :

Contrôles :

ABSTRACT

Introduction:

Oral emergencies reach the general population, they are different from medical emergencies because they are rarely life-threatening, but they are disabling due to pain and long-term consequences.

Objective:

The objective of this study was to describe the characteristics of odontostomatology emergencies at Tlemcen University Hospital Center.

Material and methods

Prospective descriptive study, carried out on 320 patients admitted to the Tlemcen University Hospital for odontostomatological emergency during a period of 09 months, from July 2017 - March 2018. A questionnaire was administered to our patients. Data entry and analysis was done using SPSS version 21 software

Results

The emergency referral population had a male predominance (58%) with a sex ratio of 1.40. The most concerned age group was between 21 and 29. Pain was the most important reason for consultation with a rate of 89.1%. More than half of the population consulted for an infectious emergency (56%), of which cervicofacial cellulitis of dental origin constituted the most common infectious pathology, and 33.5% for a traumatic emergency represented mainly by falls with a percentage of 56.61%. As for oral bleeding, 44.4% were achieved following tooth extraction in patients with no general disease. finally, relative emergencies accounted for only 1.3% of all consultations.

Conclusion

At the end of this study, we considered it necessary to create odontostomatological emergency units to ensure better management of these patients.

Keywords: Emergency, odontostomatology, infection, trauma, haemorrhage

RÉSUMÉ

Introduction

Les urgences bucco-dentaires atteignent l'ensemble de la population, elles diffèrent des urgences médicales, car elles engagent rarement le pronostic vital, elles sont néanmoins invalidantes par la douleur et les conséquences à long terme

Objectif

L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques des urgences en odontostomatologie au niveau du CHU de Tlemcen

Matériel et méthodes

Etude descriptive prospective, réalisée sur 320 patients admis au CHU de Tlemcen pour urgence odontostomatologique durant une période de 09 mois, allant de Juillet 2017 – Mars 2018. Un questionnaire a été administré auprès de nos malades. La saisie et l'analyse des données ont été effectués à l'aide du logiciel SPSS version 21.

Résultats

La population consultant en urgence a présenté une prédominance masculine (58%) avec un sexe ratio de 1,40. La tranche d'âge la plus concernée était entre 21ans- 29ans. La douleur a représenté le motif de consultation le plus important avec un taux de 89,1%. Plus que la moitié de la population a consulté pour une urgence de nature infectieuse (56%) dont les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire ont constitué la pathologie infectieuse la plus rencontrée, et 33,5% pour une urgence traumatique représentée essentiellement par les chutes soit un pourcentage de 56,61%. Concernant les hémorragies bucco-dentaires, 44,4% ont été parvenues suite à une extraction dentaire chez des patients qui ne présentent pas de maladie générale, enfin les urgences relatives ont constitué seulement 1,3% de l'ensemble des consultations.

Conclusion

Au terme de cette étude, nous avons jugé nécessaire de créer des unités de soins d'urgences odontostomatologiques afin d'assurer une meilleure prise en charge de ces malades.

Mots clés : Urgence, odontostomatologie, infection, traumatisme, hémorragie.