

Les urgences en parodontologie

Résumé

Certaines affections nécessitent un rendez-vous d'urgence accompagné de soins spécifiques. L'abcès parodontal, dont le diagnostic se fait essentiellement à l'aide de la sonde parodontale, sera incisé si la collection purulente est apparente. Le traitement d'urgence consiste en un curetage ou un surfaçage sous anesthésie locale suivi de la prescription d'un bain de bouche et éventuellement d'un antalgique. La prise d'antibiotique n'est utile qu'en cas de signes généraux considérables. Si le patient consulte pour gingivorragies, il suffit de détartrer la zone intéressée et de prescrire des bains de bouche. En cas de gingivite ulcéro-nécrotique, une détersion aux ultrasons ou avec des instruments manuels précède le nettoyage à l'eau oxygénée. De la Chlorhexidine en bain de bouche et des antibiotiques sont prescrits. La gingivite herpétique aiguë se traite par des bains de bouche. Les anesthésiants en gel ou spray facilitent l'alimentation. Le traitement en urgence de la péri coronarite consiste en un nettoyage de la zone et la prise de bains de bouche. Les antibiotiques sont nécessaires si l'état général du patient est altéré. Une phase aiguë d'une gingivite chronique, accompagnée de douleurs nécessite un nettoyage (détartrage sommaire) et la prise de bains de bouche. La mobilité dentaire est un motif de consultation fréquent des patients qui ont peur de perdre leurs dents. Le traitement d'urgence est la réalisation d'une contention. Les extractions immédiates ne sont effectuées que sur des dents qui ne peuvent plus être conservées, qui sont fortement mobiles et qui gênent le patient. Le syndrome du septum se caractérise essentiellement par une douleur violente, le plus souvent au cours des repas. Les douleurs de syndrome du septum résultent de la compression mécanique mais surtout du développement bactérien associé qui entraîne l'inflammation du site. Le traitement est uniquement étiologique en éliminant le facteur causal. Le fait de nettoyer l'espace inter-dentaire entraîne un soulagement quasi-immédiat du patient.

>>> Mots-clés :

Urgence, douleur, nettoyage, détartrage.



N. CHAMOUNI⁽¹⁾,
M. BENIDIR⁽²⁾,
S. BRIHOM⁽²⁾.

(1) EPSP de Reghaïa ;

(2) CHU Isaad Hassani de Beni Messous

Abstract

Some conditions require an emergency appointment with specific care. Periodontal abscess, which is diagnosed primarily with the periodontal probe, will be incised if the purulent collection is apparent. Emergency treatment consists of curettage or surfacing under local anesthesia followed by mouthwash prescription and possibly an analgesic. Antibiotic use is only useful in case of considerable general signs. If the patient consults for gingival bleeding, it is sufficient to descale the area concerned and to prescribe mouthwashes. In case of ulcerative necrotic gingivitis, ultrasound or manual instrumentation precedes cleaning with hydrogen peroxide. Chlorhexidine in mouthwash and antibiotics are prescribed. Acute herpetic gingivitis is treated by mouthwashes. Anesthetics in gel or spray facilitate feeding. Emergency treatment for pericoronitis consists of cleaning the area and using mouthwashes. Antibiotics are necessary if patient's general condition is impaired. Acute phase of chronic gingivitis, accompanied by pain requires cleaning (basic descaling) and mouthwashes use. Dental mobility is a frequent reason for consulting patients who are afraid of losing their teeth. Emergency treatment is the realization of a restraint. Immediate extractions are performed only on teeth that can no longer be preserved, that are highly mobile and that cause patient discomfort. The septum syndrome is characterized mainly by violent pain, most often during meals. Septum syndrome pain results from mechanical compression but especially from associated bacterial development that causes inflammation of the site. Treatment is etiological only and consists on eliminating the causative factor. Cleansing the inter-dental space results in almost immediate patient relief.

>>> Key-words :

Emergency, pain, cleaning, descaling.

Introduction :

De nombreux patients atteints de parodontite restent ignorants de leur maladie parfois très avancée pendant des années. Ce n'est qu'à l'apparition de douleurs et de symptômes inflammatoires aigus (rougeur, chaleur, œdème) qu'ils consultent leur dentiste.

De tels cas doivent, malgré une urgence ponctuelle, être traités complètement. Il est nécessaire d'effectuer en premier lieu une anamnèse rapide de médecine générale, qui permet de déterminer en particulier la prise de médicaments (anticoagulant ...), la nécessité d'une prophylaxie infectieuse (endocardites, HIV...) de même que des incidents précédents.

La pose d'un diagnostic clinique est primordiale avant toute thérapie, même chez les patients dont le cas est urgent et malgré les douleurs.

Les situations d'urgence parodontale rencontrées le plus souvent au cabinet dentaire sont : l'abcès parodontal, le syndrome du septum, les gingivorragies, les infections spécifiques (gingivite ulcéro-nécrotique, gingivite herpétique), la gingivite en phase aiguë, la péri coronarite et la mobilité dentaire.

1 - Abscès parodontal :

C'est une destruction rapide des tissus de soutien de la dent, survenant au cours d'une période de temps limitée, avec des symptômes cliniques facilement détectables : une accumulation de pus souvent localisée et située à l'intérieur de la poche parodontale.

L'abcès parodontal est considéré comme une des situations d'urgences les plus fréquentes ; bien que sa prévalence soit particulièrement élevée chez les patients atteints de parodontites non-traitées, on observe également un taux important d'abcès parodontaux chez les patients suivis en traitement parodontal.

En fonction de leur localisation, les abcès parodontaux peuvent être classifiés en : abcès gingival ou abcès parodontal. L'abcès gingival ou parulie est caractérisé par un œdème douloureux localisé uniquement au niveau de la gencive marginale et/ou papillaire, souvent associé à l'inclusion d'un corps étranger.

En revanche, l'abcès parodontal est caractérisé par un œdème douloureux situé dans les tissus adjacents à une poche parodontale.



Aspect clinique d'un abcès parodontal



Aspect clinique d'un abcès gingival

Étiologie :

Dans la plupart des cas, l'abcès parodontal est directement associé à une parodontite, mais il peut également être lié à un autre facteur dans un site sans poche parodontale préexistante.

Abcès parodontal

En cas de parodontite, le développement d'un abcès parodontal peut se produire :

- lors d'une exacerbation aiguë d'une parodontite non-traitée,
- après un détartrage et/ou surfaçage radiculaire. Celui-ci est souvent le résultat du déplacement d'un fragment de tartre dans une zone profonde de la poche parodontale, tandis que la partie coronaire se ferme par résolution de l'inflammation empêchant le drainage,
- après un traitement parodontal chirurgical par réaction à un corps étranger (membrane de régénération, sutures ...),

- antibiothérapie sans débridement sous-gingival : certaines études ont rapporté une prévalence importante d'abcès parodontaux survenus peu après l'administration d'antibiotiques chez des patients atteints d'une parodontite sévère non-traitée.

Bacteroides gingivalis, *Fusobacterium nucleatum*, *Streptococcus intermedius* et *Staphylococcus aureus* ont été les espèces les plus retrouvées ce qui laisse penser à un changement dans la composition de la flore sous-gingivale, favorisant l'apparition d'organismes opportunistes et par conséquent, d'une surinfection.

Abcès gingival (parulie)

L'abcès peut également se développer en l'absence d'une parodontite. Les causes les plus fréquentes sont soit l'inclusion d'un corps étranger au sein du tissu gingival (élastique orthodontique, fil dentaire, cure-dent...), soit des altérations de la surface radiculaire comme les perforations, les fissures, les fractures, les résorptions externes, les perles d'émail, les invaginations...

Traitement d'urgence :

- Drainage de l'abcès par la poche parodontale ou par une incision externe, compression digitale,
- Débridement de la poche par détartrage et surfaçage radiculaire suivi d'une irrigation antiseptique avec un mélange de peroxyde d'hydrogène 10 vol et polyvidone iodée à 10%,
- Selon l'AFSSAPS, la prescription d'antibiotiques n'est pas recommandée dans le traitement des abcès parodontaux, à l'exception des cas de patients dont l'état général est altéré ou les patients à risque.

Si l'abcès est dû à l'inclusion d'un corps étranger, celui-ci devra être retiré avec précaution pour ne pas perturber le potentiel de cicatrisation du parodonte.

Après traitement d'urgence, le patient doit être revu en contrôle après 24 à 48h pour confirmer la résolution de la phase aiguë. Par la suite, la thérapeutique parodontale est entamée.

2 - Gingivorragies :

Un patient peut parfois consulter en urgence pour un saignement abondant des gencives ; fréquemment, le patient se réveille avec un écoulement sanguin sur sa taie d'oreiller.

Le traitement en urgence comprendra un détartrage et un surfaçage radiculaire de la zone intéressée par la gingivorragie et la prescription de bains de bouche à la Chlorhexidine, tout en veillant à rassurer le patient et

en attirant son attention sur les causes de cette gingivorragie.

Un traitement classique de la gingivite ou de la parodontite prendra place par la suite, lors d'une visite ultérieure du patient.



Aspect clinique d'un saignement gingival

3 - Gingivite en phase aiguë :

Il s'agit dans ce cas, de la phase aiguë d'une gingivite préexistante.

Les symptômes algiques sont importants. Un détartrage et nettoyage sous-gingival sommaire s'effectueront dans la mesure du possible, suivis d'une prescription de bains de bouche à la Chlorhexidine. Une semaine après, un détartrage complet sera effectué.

4 - Les infections gingivales spécifiques :

4-1 - La gingivite ulcéro nécrotique aiguë :

Signes cliniques :

- On observe les papilles décapitées, ulcérées. Au niveau de l'ulcération, apparaissent des enduits pseudo-membraneux.
- Le moindre contact provoque un saignement. Ces lésions dégagent une odeur fétide.
- Elles sont plus ou moins étendues, soit uniquement aux papilles, soit dans des cas plus avancés à toute la gencive marginale.
- Elles s'entourent d'un érythème linéaire plus ou moins vif.

Signes généraux :

- Ces derniers sont en général peu marqués.
- On constate parfois des adénopathies locales et de la température dans des cas très rares.

- Très souvent, la douleur et l'inconfort gingival entraînent une asthénie.

Traitement d'urgence :

- Détersion la plus complète possible des zones où les lésions sont apparues et un détartrage des surfaces dentaires en rapport avec elle.

- Ces opérations se feront avec des instruments à main ou aux ultrasons et dans la mesure où le patient peut supporter le contact des curettes avec les lésions.

- Ensuite, les cratères seront détergés à l'eau oxygénée.

- On prescrira de la Chlorhexidine en bain de bouche. La Chlorhexidine peut suffire au traitement, mais dans ce cas, il faut revoir le patient très fréquemment pour s'assurer de l'évolution positive.

- La prescription d'antibiotiques s'impose absolument dans tous les cas où revoir le patient paraît incertain, et doit être généralement préférée aux seuls antiseptiques, car l'évolution de la gingivite ulcéro-nécrotique aiguë peut entraîner une destruction parodontale.

- Un abattement du patient et/ou de la fièvre apparaissant, l'antibiothérapie s'avère indispensable.

- Après ce traitement d'urgence, on reverra le patient pour appliquer la thérapeutique classique des gingivites.



Aspect clinique d'une gingivite ulcéro-nécrotique ; application d'une crème désinfectante et anti-inflammatoire après avoir tamponné avec H₂O₂



Quelques jours après le traitement d'urgence local-médicamenteux ainsi que le débridement mécanique

4-2- La gingivite herpétique :

- Due au virus Herpes simplex₁, cette gingivite se présente sous forme d'éruption vésiculaire sur un fond érythémateux. Avec l'évolution, les vésicules se

rompent, donnant naissance à de petites ulcérations rondes ou ovales.

- La gingivite herpétique aiguë est rarement localisée au seul tissu gingival. En général, des vésicules se retrouvent au niveau de la muqueuse buccale et des lèvres.

- Le diagnostic se fait sur la base de ce tableau.

- La durée de cette gingivite est de 7 à 10 jours.

Traitement d'urgence :

- Le traitement consistera en bains de bouche à la Chlorhexidine. En effet, la douleur est souvent due à une surinfection des ulcérations.

- Le patient sera prévenu de l'aspect contagieux de cette gingivite.

- Des anesthésiants (xylocaïne gel ou spray) pourront aussi faire l'objet d'une prescription de façon à faciliter l'alimentation.



Aspect clinique d'une gingivite herpétique ; vésicules sur fond érythémateux

5 - Pericoronarite :

Il s'agit d'une inflammation aiguë du tissu gingival en rapport avec la couronne d'une dent qui n'a pas encore achevé son éruption.

La péricoronarite se rencontre le plus fréquemment au niveau de la dent de sagesse inférieure.

Elle est provoquée par une accumulation bactérienne sous le capuchon muqueux. On constate une inflammation (rougeur, tuméfaction, douleur) et, parfois des adénopathies.

Aux signes inflammatoires peut s'ajouter parfois une suppuration.

Dans certains cas, une atteinte de l'état général avec température apparaît.

Traitement d'urgence :

- Nettoyage des zones impliquées, à l'aide d'une curette parodontale et d'eau oxygénée.

- Prescription de Chlorhexidine en bains de bouche.

- Une atteinte de l'état général (abattement, température), ou l'extension régionale des signes inflammatoires

nécessitent la prescription d'antibiotiques.

- Après refroidissement de la lésion, il y a lieu de procéder à l'excision du capuchon muqueux ou éventuellement, à l'extraction de la dent si on juge que son éruption est impossible.



Aspect clinique d'une péricoronarite d'une dent de sagesse inférieure

6- Mobilité dentaire :

C'est un motif de consultation fréquent des patients qui ont peur de perdre leurs dents.

Les cas d'urgence concernent le plus souvent les dents antérieures. L'étiologie est multiple : atteinte endo-paro, traumatisme occlusal ...

Le traitement d'urgence est la réalisation d'une contention. Dans le cas d'une atteinte d'origine occlusale, un meulage sélectif sera associé.

Dans le cas d'une atteinte endo-paro, il convient de réaliser le traitement endodontique dans un premier temps, puis le surfaçage de la zone concernée et enfin la réalisation de la contention.

Les extractions immédiates ne sont effectuées que sur des dents qui ne peuvent plus être conservées, qui sont fortement mobiles et qui gênent le patient. Dans les régions visibles, une extraction doit être évitée dans la mesure du possible pour des raisons esthétiques, ou une prothèse provisoire doit être immédiatement disponible.



Radiographie avant extraction immédiate ; la sonde parodontale introduite sans pression dans la poche profonde atteint presque l'apex. Sans la sonde, la lésion à cet endroit serait à peine identifiable. À droite : une grosse masse de tissu de granulation fortement infiltré reste accroché à l'extrémité apicale de la dent extraite

7 - Le syndrome du septum :

Le syndrome du septum est une cause fréquente de l'inflammation gingivale.

Le syndrome de septum est provoqué par un tassement alimentaire dû à une insertion forcée d'aliments dans le parodonte sous l'action des forces occlusales.

Le patient va ressentir une douleur plus ou moins intense au cours et après les repas. En effet, il existe dans un premier temps une compression mécanique associée à un développement bactérien, entraînant par la suite l'inflammation de la zone atteinte.

Le diagnostic est basé sur les symptômes évoqués par le patient et les signes cliniques retrouvés lors de l'examen clinique.

Le patient pourra décrire :

- Une douleur vague, sourde, continue, irradiant les maxillaires
- Une sensation de pression pendant et après le repas
- Un bourrage alimentaire
- Un saignement gingival
- Un mauvais goût à la succion

Une halitose

Examen clinique :

Les signes retrouvés le plus couramment sont :

- Une papille dentaire concernée qui apparaît le plus souvent inflammatoire : rouge, et tuméfiée
- Un bourrage alimentaire
- Un saignement et une poche gingivale liée à l'inflammation gingivale présents lors du sondage parodontal
- Une sensibilité de la dent à la pression et à la percussion
- Des tests de vitalité pulpaire normaux
- Une mobilité dentaire possible

En plus des signes décrits précédemment, le diagnostic positif se fait à l'aide d'une spatule à bouche avec laquelle on réalise une simple pression au niveau de la zone, ce qui va déclencher une douleur très vive et un saignement éventuel.



Aspect clinique du syndrome du septum au niveau de la 2^{ème} prémolaire inférieure

Traitement d'urgence :

- Nettoyer l'espace interdentaire afin de diminuer l'inflammation gingivale ;
- Retirer les possible éléments irritants sous gingivaux de l'espace interdentaire à l'aide d'une sonde, d'un jet d'eau hydropulseur. Ce geste peut entraîner un soulagement immédiat du patient ;
- Irriguer la lésion avec une solution de Chlorhexidine à 0,12% ;
- Débridement à l'aide d'instruments ultrasonores ou manuels au niveau de la lésion, afin de réduire l'inflammation gingivale et d'éliminer d'éventuels corps étrangers responsables de l'infection ;
- Polissage et dépose de l'obturation débordante ;
- Transmission des conseils d'hygiène buccale ;
- La prescription d'antalgiques est facultative et en fonction du degré de la douleur ressentie par le patient.

Conclusion :

Une situation d'urgence impose une réaction immédiate et méthodique visant à satisfaire la mission essentielle du praticien qui est de répondre aux attentes du patient, de le rassurer, de le soulager et de maîtriser une infection potentielle.

Le praticien fera ensuite appel à ses connaissances afin d'établir le diagnostic de la pathologie basé sur l'observation rigoureuse des signes cliniques et radiologiques. La prise en charge de ces pathologies d'origine parodontale comprend tout d'abord une thérapeutique immédiate : les soins, prescriptions et conseils d'hygiène bucco-dentaire seront adaptés au patient, à sa pathologie et son stade d'évolution, ainsi qu'au risque qu'il a de développer une infection.

Ce dernier sera revu lors d'un prochain rendez-vous, de manière à contrôler le développement de la pathologie et de ses symptômes, et à s'assurer de l'efficacité du traitement. En fonction du cas, un examen parodontal plus global avec établissement d'un plan de traitement adéquat pourra alors être envisagé.

Références bibliographiques

Bercy – Tenenbaum, Parodontologie Du diagnostic à la pratique Ed de Back et Larcier s-a, 1996
 Becker W, Berg L et Becker B. The long-term evaluation of periodontal treatment and maintenance in 95 patients. *Int J Periodont Rest Dent* 1984;4(2):54-71.

Bercy P, Obeid P et Blase D. Contention dentaire en parodontologie. *Encycl Med Chir (Paris), Odontologie*, 23-445-P-10, 2003.
 Berres F et Marinello P. Parodontite ulcéro-nécrotique : diagnostic, traitement et présentation d'un cas. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2004;114(5):490-495.
 Boucher Y et Cohen E. Urgences dentaires et médicales : conduite à tenir –Prévention chez le patient à risque. Rueil-Malmaison : Edition CdP,2007.
 Calas-Bennasar I, Jame O, Orti V et coll. Classification des maladies parodontales. *Encycl Med Chir (Paris), Médecine buccale*, 28-265-G-10, 2013.
 Carranza FA, Glickman's clinical periodontology. Philadelphie : W.B Saunders Company, 1984.
 Cazier S et Danan M. Les contentions : Protocoles cliniques directs et indirects. Rueil-Malmaison : CdP, 2007.
 Chardin H, Barsotti O et Bonnaure-Mallet M. Microbiologie en odonto-stomatologie. Paris : Maloine, 2006.
 Charon J. Parodontie médicale innovations cliniques. 2ème éd. Rueil-Malmaison : CdP, 2010.
 Fontaine M, Perrin M, Sebban C. Interactions pathologiques dento-parodontales. *Encycl Med Chir (Paris), Odontologie*, 23-025-B-10, 1990.
 Herbert F, Wolf Parodontologie - Edith M. and Klaus H. Reteitschak MASSON
 Kuffer R, Lombardi T, Husson-Hui C et coll. La muqueuse buccale : de la clinique au traitement. Paris : Med'Com,2009.
 Lasfargues JJ, Colon P, Vanherle G et coll. Odontologie conservatrice et restauratrice. Tome 1. Rueil-Malmaison : CdP,2010.
 Peron J-M. Accidents d'évolution des dents de sagesse. *Encycl Med Chir (Paris), Odontologie*, 22-032-E-10, 2003.
 Rodier P, Bourgeois D et Agniel L. Maladie Parodontale nécrosante : la gingivite ulcéro-nécrotique. *J Parodontol Implantol Orale* 2003 ;23(2):117-128.
 Schaudel F, Lutz JC. Accidents d'évolution des dents de sagesse. *Encycl Med Chir (Paris), Médecine buccale*, 22-032-E-10, 2013.
 Svoboda JM et Dufour T. Prophylaxie des parodontopathies et hygiène buccodentaire. *Encycl Med Chir (Paris), Odontologie*, 23-447-E-10, 2004.
 Toledo-Arenas R et Descroix V. Urgences odontologiques. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010.
 Woelfel JB et Scheid RC. Anatomie dentaire : Application à la pratique dentaire. Paris : Maloine,2007.

Ahmed contrôlé par la Rectocolite Hémorragique

La Rectocolite Hémorragique contrôlée par Ahmed

Indication¹

Humira[®] est indiqué dans le traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les patients adultes ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et la 6-mercaptopurine (6-MP) ou l'azathioprine (AZA), ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré.

NWAHUG170365

abbvie

Mentions légales : voir page 80 - 89

 **HUMIRA[®]**
adalimumab
destination you™

smebiocta®

Lactobacillus plantarum® 299v - LP299V® Complément alimentaire

Probiotique pour le confort intestinal

Une souche unique scientifiquement étudiée et rigoureusement sélectionnée qui agit sur :

- Ballonnements
- Douleurs abdominales
- Inconfort intestinal

Survie dans
le tractus gastro-
intestinal,^{1,2}

Propriétés
d'adhérence
uniques,^{2,3,4}

Capacité
à coloniser
durablement
la muqueuse
intestinale
de l'homme.^{4,5}



NOUVEAU
Vente exclusive
en pharmacie



Chaque gélule contient 10 milliards de LP299V® (UFC*). Boîte de 20 gélules végétales.

Dose recommandée à ne pas dépasser :

1 à 2 gélules par jour, pendant 4 semaines. À renouveler si nécessaire après conseil de son médecin ou pharmacien. Administration par voie orale, à prendre avec un verre d'eau. La gélule n'est pas adaptée à l'utilisateur de moins de 6 ans.

UFC * Unité Formant Colonie jusqu'à date de péremption (24mois)

Ceci est un complément alimentaire à base de ferments lactiques. Sans gluten, sans lactose. Ne se substitue pas à une alimentation variée et équilibrée, ni à un mode de vie sain.

Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière.

1. Johansson ML *et al.* Survival of *Lactobacillus plantarum* DSM 9843 (299v), and effect on the short-chain fatty acid content of faeces after ingestion of a rose-hip drink with fermented oats. International Journal of Food microbiology 1998; 42:29-38. 2. Johansson ML *et al.* Administration of different *Lactobacillus* strains in fermented oatmeal soup: *in vivo* colonization of human intestinal mucosa and effect on the indigenous flora. Appl. Environ. Microbiol. 1993; 59(1):15-20. 3. Adlerberth I *et al.* A mannose-specific adherence mechanism in *Lactobacillus plantarum* conferring binding to the human colonic cell line HT-29. Appl Environ microbiol. 1996; 62(7):2244-2251. 4. Klarin B *et al.* Adhesion of the probiotic bacterium *Lactobacillus plantarum* 299v onto the gut mucosa in critically ill patients: a randomised open trial. Critical care 2005; 9(3):R285-R293. 5. Goossens D *et al.* The effect of *Lactobacillus plantarum* 299v on the bacterial composition and metabolic activity in faeces of healthy volunteers: a placebo-controlled study on the onset and duration of effects. Aliment pharmacol 2003; 18:495-505.