

Les urgences dentaires les plus courantes

par Pierre Desautels

Un jeune homme de 19 ans se présente à l'urgence et se plaint d'une douleur intense du côté gauche de la mâchoire. À l'examen, vous voyez une enflure qui fluctue au toucher. Que faites-vous ?

Un adolescent de 13 ans, accompagné de son père, arrive avec son incisive centrale supérieure droite déposée dans du lait. Il raconte qu'il vient tout juste de perdre cette dent en jouant au hockey de rue. Que faites-vous ?

L'anatomie dentaire

La dent est composée de trois couches distinctes (figure 1). La couche externe, l'émail, est composée de tissus durs et très minéralisés. Elle recouvre et protège la couronne de la dent. Sous l'émail, il y a la dentine. Sous la dentine, au centre de la dent, se trouve la chambre pulpaire. Cette dernière contient des vaisseaux sanguins et des nerfs qui passent par l'apex des racines et qui sont reliés aux vaisseaux sanguins et aux nerfs des deux maxillaires. Les racines des dents sont placées dans des alvéoles et s'attachent à l'os environnant par le ligament parodontal.

La douleur dentaire

Lors de l'évaluation d'une douleur d'origine buccale, la première étape consiste à en déterminer la cause. Les causes les plus fréquentes sont d'origine dentaire. Par contre, il faut prendre en considération et exclure la douleur provenant de sources non dentaires, telles que l'inflammation des muscles de la mastication, la migraine, la sinusite, le mal d'oreille, la douleur à l'articulation temporomandibulaire et la névralgie².

Le Dr Pierre Desautels, dentiste, enseigne à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal. Il est titulaire d'une maîtrise en sciences dentaires.

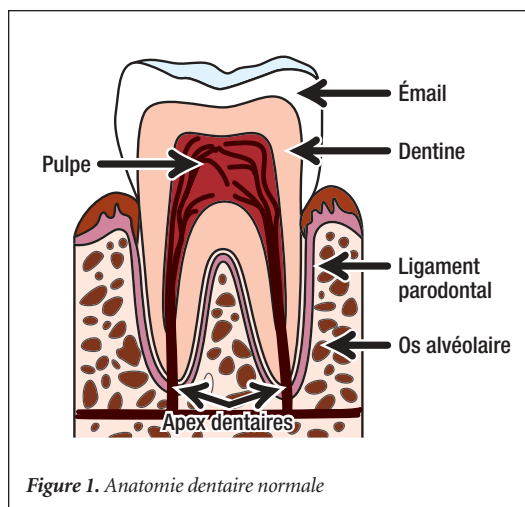


Figure 1. Anatomie dentaire normale

La carie dentaire et la douleur

La carie dentaire est une maladie bactérienne qui se caractérise par une déminéralisation de l'émail et de la dentine par un acide produit par la décomposition chimique des glucides alimentaires par les bactéries buccales, les *Streptococcus mutans* étant prédominants³. D'un point de vue clinique, la carie est une lésion opaque blanche tournant vers le gris qui prend l'allure d'une cavité de couleur brunâtre

à un stade plus avancé. Au début, la carie n'occasionne aucun symptôme. Toutefois, lorsqu'elle progresse au point de s'approcher de la chambre pulpaire, il se produit une réaction inflammatoire, ou pulpite, qui est au début légère et réversible. Le froid, le chaud et le sucré provoquent alors une douleur qui ne dure que quelques secondes⁴ et qui disparaît spontanément. Le traitement consiste à enlever le tissu carié et à mettre en place une restauration dentaire ou obturation.

Cette lésion carieuse qui cause une pulpite réversible doit être traitée assez rapidement, autrement elle progressera de façon insidieuse et causera éventuellement une pulpite irréversible (figure 2). La douleur est alors intense, spontanée, persistante et mal localisée⁴. La seule façon de traiter ce problème est de procéder à un traitement de canal (enlèvement du tissu pulpaire et remplissage de la chambre

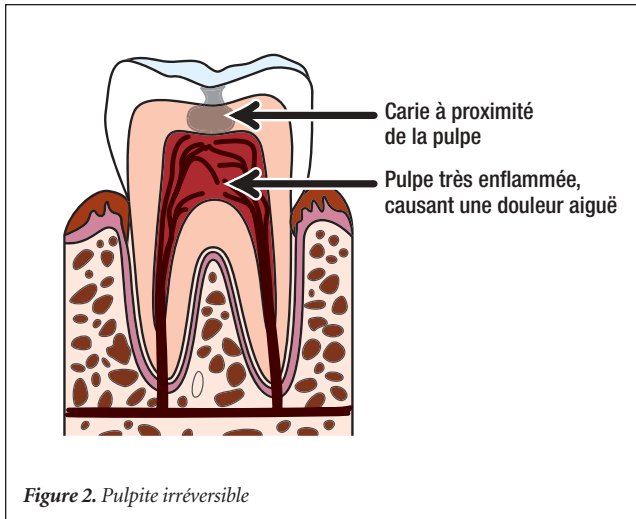


Figure 2. Pulpite irréversible

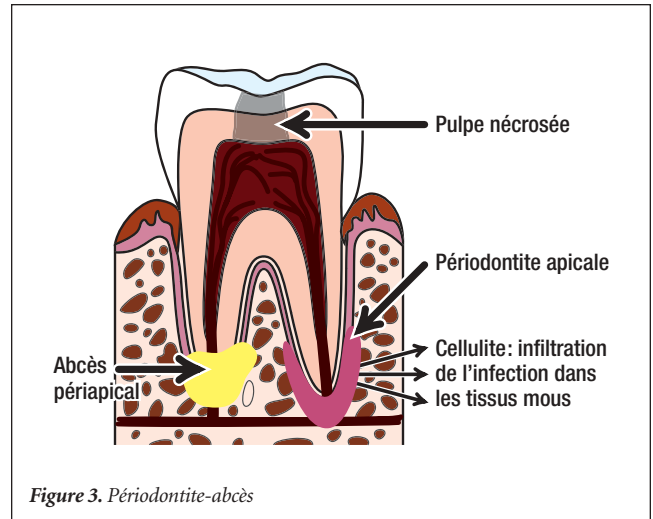


Figure 3. Périodontite-abcès

pulpaire ainsi que des canaux pulpaire à l'aide d'un matériau spécialisé) ou simplement à l'extraction de la dent. C'est le niveau d'inconfort du patient qui détermine l'urgence de voir un dentiste. Toutefois, le délai ne devrait pas dépasser plus de quelques jours. À ce stade, il faut de toute façon traiter la douleur à l'aide d'un analgésique approprié, comme un anti-inflammatoire non stéroïdien ou de l'acétaminophène en quantité suffisante pour soulager le patient jusqu'à sa visite chez le dentiste.

Cette pulpite irréversible, qui provoque une douleur intense et persistante, va bientôt se changer en nécrose et causer une périodontite apicale (figure 3) qui est, en fait, une inflammation autour de l'apex de la racine. La douleur est alors importante, spontanée, persistante et très localisée. La dent est sensible à la percussion⁴. Encore une fois, seul un traitement de canal ou une extraction peuvent régler le problème. Ce patient doit être vu le plus tôt possible par un dentiste et prendre entre-temps un médicament antidouleur. À ce stade, l'antibiothérapie n'est pas nécessaire.

La périodontite apicale peut devenir purulente. On parle alors d'un abcès apical (figure 3). On peut, d'un point de vue clinique, apercevoir une enflure fluctuante ou mobile du côté de la joue ou encore du côté du palais ou de la langue, avec ou sans fistule. Une adénopathie est généra-

lement présente. Si le pus peut se drainer de lui-même, la douleur n'est pas importante, et aucune intervention médicale immédiate n'est nécessaire. Dans le cas contraire, une incision de l'abcès est souhaitable afin de favoriser le drainage du pus et de faire disparaître la douleur⁴. Dans un cas comme dans l'autre, le patient doit être dirigé vers un dentiste pour subir un traitement de canal ou une extraction. D'ici là, il doit recevoir deux médicaments, l'un contre la douleur et l'autre contre l'infection. Le traitement anti-infection classique chez l'adulte serait la prise de pénicilline par voie orale à raison de 500 mg, trois fois par jour. Chez les enfants, la posologie est plutôt de 50 mg/kg par jour, en trois doses quotidiennes. Si le patient est allergique à la pénicilline, l'érythromycine ou la clindamycine peuvent servir de substituts⁵.

La périodontite apicale purulente peut passer du stade localisé au stade diffus. L'infection s'est alors étendue aux tissus environnants : il s'agit d'une cellulite (figure 3). Les tissus touchés sont tendus et douloureux. Souvent, le patient présente une lymphadénopathie et de la fièvre. Il est important de réaliser que l'infection peut s'étendre jusque dans l'espace péripharyngien et présenter un risque d'obstruction du conduit aérien. Au niveau du maxillaire supérieur, l'infection peut s'étendre dans la région périorbitaire

Au niveau du maxillaire supérieur, l'infection peut s'étendre dans la région périorbitaire et entraîner des risques de complications sérieuses, telles que la perte de vision, la thrombose du sinus caverneux et l'atteinte du système nerveux central

et entraîner des risques de complications sérieuses, telles que la perte de vision, la thrombose du sinus caverneux et l'atteinte du système nerveux central. Dans de tels cas, la vie du patient peut être menacée. En général, on optera donc pour l'hospitalisation. Après détection de l'abcès, il est impératif de procéder au drainage chirurgical, puis de donner un traitement antibiotique à large spectre par voie intraveineuse⁵.

La maladie parodontale et la douleur

Cette maladie entraîne la destruction inflammatoire du ligament parodontal (figure 1) ainsi que de l'os qui soutient la dent. La cause principale de cette maladie est la plaque dentaire. Un grand nombre de bactéries sont en cause dans cette affection, les bactéries anaérobies à Gram négatif étant prédominantes³. La douleur parodontale peut aussi être provoquée par la présence d'un corps étranger ou encore de nourriture entre les dents en raison de l'inflammation aiguë localisée qui y est associée⁶. Il peut même y avoir un abcès parodontal. La douleur devient alors plus intense et pulsatile et s'accompagne d'une enflure de la région touchée. La dent est sensible à la percussion et devient mobile. Il est, par contre, plutôt rare que cette infection évolue vers une cellulite. Ce patient doit être dirigé vers un dentiste au cours des prochaines 24 heures pour un drainage et un nettoyage de la région infectée. À ce stade, l'emploi d'un antibiotique, quoique non obligatoire, est conseillé⁷.

La périecoronarite (figure 4) est une inflammation ou une infection qui se produit autour de la couronne d'une dent en éruption à la suite d'une accumulation de plaque ou de débris alimentaires au niveau des tissus mous entourant la couronne. Halitose, trismus (difficulté à ouvrir la bouche pleinement), cellulite, lymphadénopathie, fièvre, mauvais goût dans la bouche, inconfort ou douleur qui irradie à l'oreille, au plancher de la bouche ou encore à la gorge sont les symptômes les plus fréquents. Au sondage, il y a souvent de la suppuration. Les dents les plus susceptibles de présenter une périecoronarite sont les troisièmes molaires inférieures permanentes. L'irrigation à l'aide d'une solution saline sous la partie de la gencive qui recouvre la cou-

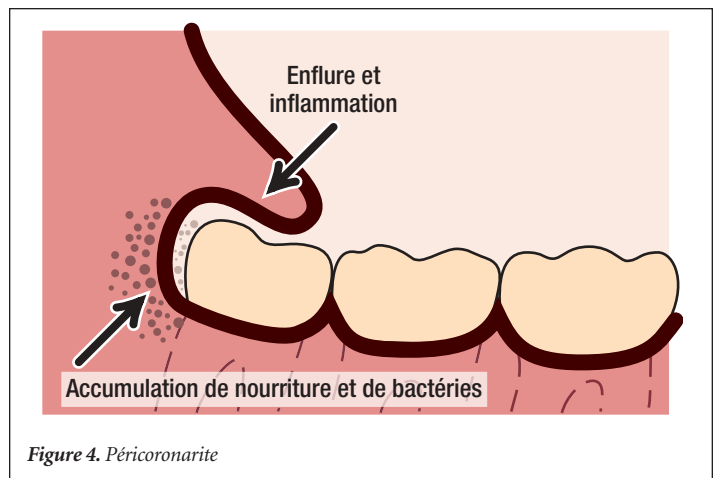


Figure 4. Péricoronarite

ronne donne généralement de bons résultats⁸. Si ce traitement mécanique ne fonctionne pas, il faut alors avoir recours à un antibiotique et à un analgésique, puis diriger le patient dès que possible vers un dentiste pour évaluation. Le traitement ira de la simple observation jusqu'à la sortie complète de la dent, à l'ablation chirurgicale de la portion de gencive qui recouvre la couronne de la dent.

La douleur postextraction

L'alvéolite, ou ostéite localisée, est une affection qui survient de trois à quatre jours après l'extraction, le plus souvent, d'une troisième molaire inférieure. Le degré de douleur pulsatile ressentie va de modéré à intense. La douleur irradie à l'oreille et à la région temporale, mais plus rarement à la nuque. Le patient, en plus de se plaindre d'halitose, peut avoir de la difficulté à ouvrir la bouche à cause d'un trismus. À l'examen, il y a absence partielle ou complète de caillot dans l'alvéole et, malgré la douleur à la palpation, il n'y a pas de fièvre⁶. Le traitement consiste à irriguer l'alvéole avec une solution saline, à y introduire un pansement sédatif (par exemple, Alvogyl^{MD} ou glycérine et eugénol) et à prescrire un analgésique⁹.

La douleur due aux traumatismes dentaires

Le National Institute of Dental Research publiait, en 1996,

L'alvéolite, ou ostéite localisée, est une affection qui survient de trois à quatre jours après l'extraction, le plus souvent, d'une troisième molaire inférieure. Le degré de douleur pulsatile ressentie va de modéré à intense.

les résultats d'une enquête qui indiquait qu'au moins 25 % de la population américaine avait subi un traumatisme dentaire aux incisives supérieures et inférieures¹⁰. C'est la fracture de la portion coronaire des incisives qui est la plus commune. À ce rythme, on peut prédire que tôt ou tard les dégâts causés par les traumatismes dépasseront ceux résultant de la carie dentaire et des maladies parodontales, du moins chez les enfants et les adolescents¹¹.

Quand un patient, le plus souvent un enfant ou un adolescent, se rend à l'urgence en raison d'un traumatisme dentaire, il présente généralement une fracture, une luxation ou une avulsion.

La fracture peut toucher la partie coronaire ou radiculaire, voire les deux. Si elle se limite à l'émail, il y a peu ou pas de douleur. Par conséquent, un traitement immédiat n'est pas nécessaire. Par contre, le patient doit être avisé de consulter un dentiste dès que possible. Si la fracture touche l'émail et la dentine, il se peut que la pulpe soit également exposée. Le patient ressent alors de la douleur, particulièrement aux changements de température et à la pression. Ce patient doit être dirigé rapidement vers un dentiste, car la douleur va persister tant et aussi longtemps que le tissu pulpaire n'aura pas été extirpé ou que la dent n'aura pas été extraite.

Quant à la fracture qui se situe au niveau de la racine, une radiographie devient nécessaire pour en déterminer la nature exacte afin de choisir le traitement approprié. À la percussion, la dent est très sensible. Le dentiste pourra peut-être régler le problème en faisant un traitement de canal et en jumelant la dent touchée avec une ou plusieurs dents voisines ou, s'il n'y a rien à faire pour la sauver, en procédant à l'extraction de la dent.

La luxation se caractérise par une extrusion ou une intrusion de la dent traumatisée. La dent est alors soit partiellement sortie de son alvéole, soit forcée à l'intérieur. Dans le cas d'une extrusion, la dent devient mobile. Si ce problème se produit avec la denture primaire, la dent traumatisée est alors tellement mobile qu'elle risque d'être aspirée par l'enfant ou tout simplement d'interférer avec l'occlusion normale. L'enfant doit voir un dentiste immédiatement pour la faire extraire¹¹. Lorsque le traumatisme touche la denture permanente, la dent extrudée demande

également l'intervention rapide d'un dentiste qui procédera à un repositionnement de la dent, à un jumelage, puis à un traitement de canal. Il assurera, bien sûr, un suivi à long terme¹². Cette intervention est encore plus urgente si la dent extrudée interfère avec l'occlusion normale, afin d'éviter douleur et complications futures.

Quant à la luxation de type intrusion, la dent est forcée vers l'intérieur de l'alvéole. Elle peut même pénétrer si profondément dans l'alvéole qu'elle n'est alors plus visible. Encore une fois, le patient doit voir un dentiste dès que possible. S'il s'agit d'une dent de lait, ce dernier jugera si elle a des chances de faire éruption. Pour les dents permanentes, le dentiste devra décider si la dent peut refaire éruption d'elle-même ou si elle doit être repositionnée par chirurgie ou par orthodontie, avec ou sans traitement de canal.

Parmi les trois types de traumatismes dentaires, l'avulsion est probablement la véritable urgence dentaire, du moins lorsqu'il s'agit de dents permanentes. L'avulsion se définit comme l'extrusion complète de la dent hors de son alvéole. Pour les dents de lait, cette urgence est simple puisqu'on ne réimplante pas¹¹. Par contre, il faut replacer une dent permanente rapidement, car le temps est l'essence même du succès du traitement. Le meilleur traitement est la réimplantation immédiate. Si la dent semble contaminée, on doit la rincer délicatement avec du sérum physiologique ou de l'eau froide, puis la réimplanter. Au moment du rinçage, on doit faire bien attention de ne pas toucher ou frotter la racine afin de ne pas enlever le ligament parodontal (*figure 1*) et ainsi compromettre les chances de réussite de la réimplantation. Par la suite, le patient doit voir un dentiste le plus tôt possible pour faire le jumelage avec les dents voisines et pour recevoir une antibioprofylaxie. Si la réimplantation immédiate n'est pas possible, la dent avulsée doit être transportée jusqu'à un centre d'urgence, soit en la déposant dans la bouche du patient, contre sa joue, soit dans un contenant de lait. Si la dent doit être rincée, on utilisera une solution saline ordinaire ou de l'eau froide. Si un caillot a commencé à se former dans l'alvéole, on doit l'enlever avant de réimplanter la dent, soumettre ensuite le patient à une antibiothérapie et lui injecter une anatoxine tétanique s'il n'a pas été vacciné contre le tétanos

L'avulsion se définit comme l'extrusion complète de la dent hors de son alvéole. Il faut replacer une dent permanente rapidement, car le temps est l'essence même du succès du traitement.

R E P È R E

au cours des cinq dernières années¹³. Tout de suite après la réimplantation, un dentiste doit procéder à un jumelage. Il verra le patient plus tard pour un traitement de canal si la réimplantation a réussi. Si la dent avulsée n'a pu être réimplantée, idéalement à l'intérieur d'une période de 15 minutes ou tout au plus de deux heures, on la conservera pour un traitement de rechange¹².

QU'IL S'AGISSE de fracture, de luxation ou d'avulsion, il est important d'établir un diagnostic et un plan de traitement dès la première visite, et aussi de procéder à une évaluation complète de la situation¹⁴. Les antécédents médicaux peuvent dicter le traitement à administrer au patient; la façon dont s'est produit le traumatisme et l'endroit où est survenu l'accident peuvent avoir un effet sur les questions de responsabilité; la cause du traumatisme peut amener le clinicien à étendre plus ou moins son examen et à éliminer ou à inclure un abus criminel. Enfin, il est utile de faire un bref examen neurologique pour éliminer, entre autres, la présence d'une commotion cérébrale.

La prévention des caries et des maladies parodontales est possible si on peut convaincre le patient de diminuer sa consommation de sucre et d'utiliser régulièrement la brosse à dents et la soie dentaire. Des examens dentaires réguliers permettent de détecter les caries à leur début, réduisant ainsi considérablement les risques de complications sérieuses.

Le port du protecteur buccal dans l'exercice d'un sport peut réduire de façon substantielle les risques de traumatismes dentaires. ❧

Date de réception : 22 octobre 2003

Date d'acceptation : 19 mai 2004

Mots-clés : douleur dentaire, périodontite apicale, périoronarite, alvéolite, fracture, réimplantation, urgence dentaire

Bibliographie

1. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993; 124: 115-21.
2. Okeson JP, Falace DA. Nonodontogenic toothache. *Dent Clin North Am* 1997; 41: 367-83.
3. Loesche WJ. Dental infections. Dans: Gorbach SL, Bartlett JG,

S U M M A R Y

Common dental emergencies. Dental caries, a bacterial disease of teeth, is characterized by destruction of enamel and dentine. It is often the underlying cause of dental pain. When a carious lesion encroaches on the dental pulp, pulpitis follows and, ultimately, necrosis of the pulp occurs. Untreated necrosis may lead to a localized abscess or a spreading infection into the surrounding soft tissue that results in cellulitis. Immediate treatment involves antibiotic therapy for cellulitis, sometimes with drainage of abscess, while definitive treatment requires root canal therapy or extraction of the involved tooth. Periodontal diseases are characterized by destruction of the periodontal ligament and the supporting bone. Teeth involved are generally mobile and sensitive to percussion. Drainage and cleaning of the infected area must be achieved. Prescription of an antibiotic is often indicated. Pericoronitis is an inflammation of the soft tissue overlying a partially erupted tooth. Localized cases respond to irrigation. Definitive treatment may require surgical extraction of the underlying tooth or excision of the gum flap. Dry socket or localized osteitis is an affection that occurs 3 to 4 days after an extraction. Pain is severe. The treatment includes irrigation of the socket, insertion of a sedative dressing, and prescription of an analgesic. Avulsion of a permanent tooth secondary to trauma requires that the tooth be reimplanted as soon as possible, and the patient should be seen immediately after, by a dentist, for splinting and antibiotic prophylaxis. Most dental problems can be prevented with regular dental care and steps to minimize risks of oral trauma.

Keywords: dental pain, periodontitis, pericoronitis, acute alveolitis (dry socket), fracture, reimplantation, dental emergency

- Blacklow NR, rédacteurs. *Infectious diseases*. 2^e éd. Philadelphie: Saunders, 1998; 499-508.
4. Soames JV, Southam JC. *Oral pathology*. 3^e éd. Oxford: Oxford University Press, 1998; 51-70.
 5. Goldberg MH, Topazian RG. Odontogenic infections and deep fascial space infections of dental origins. Dans: Topazian RG, Goldberg MH, Hupp JR, rédacteurs. *Oral and maxillofacial infections*. 4^e éd. Philadelphie: Saunders, 2002; 158-87.
 6. Duquette P. *Douleurs buccofaciales: quelques aides diagnostiques*. 2003. Non publié.
 7. Herrera D, Roldan S, Sanz M. The periodontal abscess: a review. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 377-86.
 8. Trummel CL, Behnia A. Periodontal and pulpal infections. Dans: Topazian RG, Goldberg MH, Hupp JR, rédacteurs. *Oral and maxillofacial infections*. 4^e éd. Philadelphie: Saunders, 2002; 126-57.
 9. Houston JP, McCollum J, Pietz D, Schneck D. Alveolar osteitis: a review of its etiology, prevention, and treatment modalities. *Gen Dent* 2002; 457-63: quiz 464-5.
 10. Kaste LM, Gift HC, Bhat M, Swango PA. Prevalence of incisor trauma in persons 6 to 50 years of age: United States 1988-1991. *J Dent Res* 1996 (special edition); 75: 696-705.
 11. Andreasen JO, Andreasen FM. Dental traumatology: quo vadis. *Endo Dent Traumatol* 1990; 78-80.
 12. Andreasen JO. *Traumatic dental injuries: a manual*. Copenhagen: Munksgaard, 1999; 34-9.
 13. Hsu SS, Groleau G. Tetanus in the emergency department: a current review. *J Emerg Med* 2001; 20: 357-65.
 14. Diangelis AJ, Bakland LK. Traumatic dental injuries: current treatment. *J Am Dent Assoc* 1998; 1401-14.