

**UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE DE MEDECINE**

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

SERVICE DE PARODONTOLOGIE

PR. M.MEDDAD

LES URGENCES EN PARODONTIE

Cours à l'usage des étudiants de 3^{ème} année

Dr.A.BALI

Année universitaire 2020-2021

Plan

Introduction

1. Abscess parodontal aigu
 - 1.1. Définition
 - 1.2. Abscess gingival
 - 1.2.1. Définition
 - 1.2.2. Signes cliniques
 - 1.2.3. Traitement
 - 1.3. Abscess parodontal
 - 1.3.1. Etiologie
 - 1.3.2. Signes cliniques
 - 1.3.3. Signes radiographiques
 - 1.3.4. Microbiologie
 - 1.3.5. Diagnostic différentiel
 - 1.3.6. Traitement
 - 1.4. Pérocoronarite
 - 1.4.1. Définition
 - 1.4.2. Signes cliniques
 - 1.4.3. Etiologie
 - 1.4.4. Traitement
2. Maladies parodontales nécrotiques
 - 2.1. Définition
 - 2.2. Signes cliniques
 - 2.3. Etiologie
 - 2.4. Microbiologie
 - 2.5. Diagnostic différentiel
 - 2.6. Traitement
3. Syndrome du septum
 - 3.1. Définition
 - 3.2. Etiologie
 - 3.3. Clinique
 - 3.4. Traitement
4. Pulpite à rétro
 - 4.1. Définition
 - 4.2. Traitement
5. Mobilité dentaire
6. Gingivorragie
 - 6.1. Etiologie
 - 6.2. Traitement

Conclusion

Introduction :

Le terme « urgence » décrit la survenue d'un phénomène aigu douloureux nécessitant l'établissement d'un diagnostic précis pour la mise en place d'un traitement rapide et adéquat. Les urgences en parodontologie sont peu fréquentes par rapport aux autres disciplines odontologiques mais nécessitent une prise en charge rapide et efficace compte tenu des atteintes tissulaires étendues et parfois irréversibles qu'elles peuvent engendrer. Les situations cliniques d'urgence les plus rencontrées en parodontologie sont :

- Abscès parodontal aigu.
- Maladies parodontales nécrotiques
- Mobilité dentaire.
- Syndrome du septum.
- Pulpite à rétro.
- Gingivorragie.

1. Abscès parodontal aigu :

1.1. Définition :

L'abcès parodontal appelé également abcès latéral, est une inflammation purulente localisée, située dans les tissus parodontaux, qui en l'absence de traitement peut occasionner une destruction importante des tissus de soutien de la dent.

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

- **l'abcès gingival** : localisé au niveau de la gencive marginale ou de la papille interdentaire, il est souvent lié à la présence d'un corps étranger,
- **l'abcès parodontal proprement dit** : il s'étend au niveau du desmodonte et de l'os alvéolaire et résulte généralement de la surinfection d'une poche parodontale.
- **l'abcès péri-coronaire ou péri-coronarite** : conséquence de l'atteinte des tissus recouvrant un organe dentaire en cours d'éruption, le plus souvent la troisième molaire inférieure.

1.2. Abscès gingival :

1.2.1. Définition :

Un abcès gingival est une réaction inflammatoire aiguë siégeant uniquement au niveau de la gencive marginale et /ou inter-dentaire.

Il intervient fréquemment sur un parodonte sain, suite à l'inclusion (ou l'irritation provoquée par un corps étranger) d'un corps étranger tels que poils de brosses à dents, extrémité d'un cure-dent, épine de poisson, forcé sous la gencive.

1.2.2. Signes cliniques :

La zone affectée de la gencive libre est tuméfiée, de forme ovoïde, rouge, d'aspect lisse et brillant, douloureuse au toucher, au fur et à mesure que la lésion progresse, cette zone peut devenir pointue et il peut filtrer un exsudat

purulent par un orifice fistuleux.

1.2.3. Traitement :

Le traitement comprend :

- Irrigation à l'aide d'une solution antiseptique à base de chlorhexidine à 0,12 %, de povidone iodée à 10% ou d'eau oxygénée à 3%.
- Procéder à l'extraction du corps étranger par un débridement soigneux.
- Drainage de l'abcès par voie sulculaire par un détartrage-surfaçage en douceur à l'aide de curettes parodontales, ou par incision localisée.
- Prescription de bain de bouche à base de chlorhexidine, trois fois par jour
- Suivi de l'évolution de la lésion à 48 heures puis jusqu'à la résolution totale des signes cliniques.

1.3. Abscès parodontal :

1.3.1. Etiologie :

Dans la plupart des cas, l'abcès parodontal est directement associé à une parodontite, il peut être la conséquence de :

- Exacerbation des conditions locales d'anaérobiose par fermeture *de* la poche parodontale (accumulation *de* fibrine et *de* pus) ;
- modification *de* la composition du biofilm ;
- modification de la réponse *de* l'hôte ;
- cicatrisation d'une poche parodontale coronairement à du tartre résiduel consécutif à un détartrage-surfaçage insuffisant ;
- Antibiothérapie sans élimination mécanique *de* la plaque par détartrage-surfaçage.

1.3.2. Signes cliniques :

- Signes et symptômes locaux :
 - tuméfaction gingivale localisée, rouge, plus ou moins circonscrite, sa surface est lisse et brillante ;
 - douleur plus ou moins intense pouvant être lancinante, irradiante;
 - mobilité dentaire exacerbée ;
 - sensation de dent longue ;
 - halitose possible ;
 - sensibilité à la percussion et à la mastication ;
 - la poche parodontale est souvent profonde et communique en général avec l'abcès ;
 - présence inconstante d'une fistule en regard de la lésion ;
 - exsudation purulente via la poche parodontale ou la fistule, spontanée ou à la pression de la lésion ;
 - saignement spontané ou provoqué par le sondage ou la pression de la lésion ;

➤ Signes et symptômes loco-régionaux et généraux :

De manière inconstante, peuvent être retrouvés :

- adénopathies,
- fièvre,
- asthénie.

1.3.3. Signes radiographiques :

L'abcès parodontal apparaît habituellement comme une zone radio-claire le long de la surface radiculaire, dans les stades avancés de l'abcès parodontal, on peut voir une image radiographique de perte osseuse importante.

1.3.4. MICROBIOLOGIE :

La charge microbienne des abcès parodontaux est élevée et la composition du biofilm est comparable à celui des poches parodontales profondes et des lésions parodontales actives. On retrouve donc les parodontopathogènes Gram négatif classiques : Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Fusobacterium nucleatum, mais aussi A. actinomycetemcomitans.

Remarque: Il faut noter que

- L'abcès parodontal aigu peut devenir chronique lorsqu'une voie de drainage (fistule) se forme, et inversement un abcès parodontal chronique devient aigu si la fistule devient obstruée.
- Les abcès parodontaux peuvent être multiples et s'inscrivent surtout dans des contextes médicaux fragilisés (diabète non équilibré, patients polymédiqués, etc.) ou présentant des résorptions radiculaires multiples.

1.3.5. Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel est capital car il conditionne le traitement. Il repose sur une anamnèse et un examen clinique approfondis.

Le diagnostic différentiel s'effectue en se basant sur des signes et symptômes tels que :

- la vitalité pulpaire ;
- la présence de lésion carieuse profonde ;
- la localisation de l'abcès ;
- l'examen radiographique.

Le diagnostic différentiel de l'abcès parodontal se fait avec :

- l'abcès péri-apical ;
- kyste latéroradulaire ;
- fracture radiculaire ;
- lésion combinée endo-parodontale ;
- infection post-opératoire .

1.3.6. Traitement :

L'approche thérapeutique doit être mixte, étiologique et symptomatique : soulager d'abord et stopper l'infection, puis traiter la cause dans un second temps, une fois la situation d'urgence passée.

Protocole :

- réaliser une anesthésie de contact ou par infiltration.
- Le drainage de l'abcès se fera, après désinfection locale, par incision externe à la lame froide du dôme abcédé jusqu'à la base de l'abcès (la zone la plus fluctuante) et compression digitale .
- Le drainage de l'abcès pourra également se faire par (le sulcus) la poche parodontale à l'aide de curette parodontale par curetage prudent.
- La zone sera irriguée à l'aide de solution antiseptique à base de chlorhexidine ou un mélange peroxyde d'hydrogène à 10 vol et polyvidone iodée à 10 %.
- Conseils postopératoires : motivation à l'hygiène bucco-dentaire et bain de bouche à la chlorhexidine 3 fois /jour pendant une semaine.
- La prescription d'antibiotiques est indiquée en présence de signes régionaux ou généraux importants (abattement du patient avec température), et dans le cas de patients à risque (immunodépression ou cardiopathie à haut risque d'endocardite infectieuse) (AFSSAPS,2011). On prescrira de l'amoxicilline associée à du métronidazole pendant 10 jours. Des antalgiques, à base de paracétamol.
- le patient doit être revu en contrôle 24 à 48h pour confirmer la résolution de la phase aigüe.

Suite du traitement :

Étant donné que la plupart des abcès se développent dans une poche parodontale préexistante, la prise en charge de celle-ci constitue la suite du traitement (chirurgie à lambeau, greffe osseuse, etc).

1.4. Péricoronarite :**1.4.1. Définition :**

C'est un état inflammatoire aigu du tissu gingival en rapport avec la couronne d'une dent qui n'a pas encore achevé son éruption. Elle se rencontre le plus fréquemment au niveau de la dent de sagesse inférieure.

1.4.2. Signes cliniques :

- Recouvrement de la surface de la dent par un lambeau de tissu gingival appelé capuchon muqueux.
- Ce capuchon est rouge, tuméfié, douloureux avec tendance au saignement.
- Aux signes inflammatoires peut s'ajouter parfois une suppuration (signe d'infection).
- Mauvaise haleine.
- Limitation d'ouverture buccale.
- Adénopathies.
- Douleurs pouvant irradier vers l'oreille et la gorge.
- Dans certains cas, apparition d'une atteinte de l'état général avec fièvre.

1.4.3. Etiologie :

Elle est provoquée par une accumulation bactérienne sous le capuchon muqueux, les débris alimentaires, et l'irritation mécanique .

L'infiltration bactérienne donne lieu à une inflammation locale du capuchon muqueux,

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

1.4.4. Traitement :

- déterSION et irrigation de la lésion : sous anesthésie locale ,la désinfection est réalisée à l'aide de boulettes de coton imbibées d'un antiseptique local à base de chlorhexidine 0,12%, de povidone iodée 10% ou d'eau oxygénée 3% ;
- débridement : il s'effectue à l'aide d'ultrasons (sous pression douce) ;ou de curette parodontale pour déloger les débris alimentaires et la plaque bactérienne présents sous le capuchon muqueux ;
- drainage : En cas de péri-coronarite suppurée, et en présence d'un abcès collecté et fluctuant, une incision est pratiquée pour drainer.
- Une antibiothérapie est prescrite en présence de signes généraux ou chez les patients à risque infectieux ou lorsque le drainage de l'infection est impossible. La molécule de choix est l'Amoxicilline à raison de 2 grammes par jour en deux prises (ou clindamycine 1,2g par jour en cas d'allergie aux pénicillines).
- 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.

2. Maladies parodontales nécrotiques :

2.1. définition :

Ces maladies peuvent être définies comme des atteintes infectieuses sévères et d'installation rapide au niveau des tissus de soutien de la dent. Elle peut être localisée au niveau de la gencive et sera appelée gingivite ulcéro-nécrotique(GUN) ou associée à une perte osseuse et on parlera de parodontite ulcéro-nécrotique(PUN).

2.2. SIGNES CLINIQUES :

Les signes cliniques sont :

- Papilles inter-dentaires décapitées, ulcérées, avec nécrose.
- Une gencive rouge vif, recouverte d'un enduit blanchâtre pseudo- membraneux, bordée d'un érythème linéaire.
- Douleurs importantes.
- Saignement spontanée ou provoquée au moindre contact.
- Forte halitose.
- de manière inconstante une altération de l'état général peut être associée avec fièvre, malaise, et adénopathies.

Le tableau clinique décrit ci-dessus est caractéristique de la gingivite et de la parodontite ulcéronécrotiques. Néanmoins, en cas de parodontite ulcéronécrotique, deux autres critères doivent être présents: la perte d'attache et la perte osseuse visible à l'examen radiologique. Il faut noter que la localisation la plus fréquente concerne les dents antérieures, en particulier, celles du secteur mandibulaire, alors que les secteurs postérieurs semblent moins atteints.

2.3. Etiologie :

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

Il existe des facteurs de prédisposition d'ordre local tels que :

- Un niveau d'hygiène orale faible.
 - Un déséquilibre de la flore bactérienne avec une surabondance de bactéries anaérobies strictes telles que les spirochètes et fusobactéries.
 - La consommation de tabac ou de drogues et l'ischémie locale qui en résulte influent également sur la survenue de ces pathologies.
- ❖ Sur le plan général, le stress, les déficiences immunitaires (chez les patients HIV positif, l'incidence de GUN est élevée) et nutritionnelles, mais aussi les désordres hormonaux ont une influence.

2.4. Microbiologie :

la flore retrouvée chez ces patients se compose essentiellement de l'association de fusospirochètes : Prevotella intermedia, Fusobacterium sp, Treponema sp, et Selenomonas sp.

2.5. Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel se pose devant :

- La gingivo-stomatite herpétique aiguë pour laquelle des vésicules peuvent apparaître sur le palais, le dos de la langue ou la gencive.
- Angine de Vincent qui est une infection à fusospirochètes du pharynx.
- La gingivite desquamative.
- Le pemphigoïde muqueux bénin.
- Manifestations buccales de certaines formes de leucémies.

2.6. Traitement :

Le traitement d'urgence consiste en

- une détersion de la lésion à l'aide de boulettes de cotons imbibées d'eau oxygénée 3%, de chlorhexidine 0,12% ou de povidone iodée 10%, afin d'éliminer les débris de tissu pseudomembraneux.
- Un débridement mécanique supra-gingival dans la mesure où le patient peut supporter le contact des curettes avec la lésion.
- Des antalgiques de palier 1 (paracétamol) ou de palier 2 (paracétamol codéiné) seront prescrits en fonction de l'intensité des douleurs rapportées par le patient.
- Un bain de bouche à base de chlorhexidine (0,12 ou 0,2 %) 3 fois par jour pendant 15 jours doit être systématiquement recommandé.
- Des instructions d'hygiène sont données au patient avec l'utilisation de brosse à dents souple.
- motivation à l'arrêt du tabac et de la consommation d'alcool ou de drogues, il faut aussi éviter les aliments épicés.
- Si des signes généraux sont associés (adénopathies, fièvre), une administration d'antibiotique est préconisée. Étant donné la flore anaérobie riche en spirochètes, l'antibiotique de choix est le métronidazole (500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours).
- Le patient sera revu tous les 2 ou 3 jours pour compléter le débridement des lésions jusqu'à la disparition complète des symptômes.

➤ Suite du traitement

Les maladies ulcéronécrotiques se développent toujours sur un terrain inflammatoire déjà présent au préalable. Par conséquent, une fois la phase aigüe contrôlée, le traitement parodontal sera indispensable pour traiter la gingivite ou la parodontite préexistante.

NB : En cas de PUN, il est recommandé de réaliser systématiquement une prescription NFS et sérologie HIV pour le dépistage d'une déficience immunitaire.

3. Syndrome du septum :

3.1. Définition :

Le syndrome du septum est une inflammation de la gencive interdentaire qui gagne par la suite le septum osseux.

3.2. Etiologie :

on note la présence de défaut du point de contact entre deux dents (reconstitution débordante ou insuffisante, carie proximale), ce qui va provoquée une compression ,soit par une obturation débordante ou par tassement alimentaire provoquée par le point de contact défectueux au niveau de l'espace interdentaire ,créant une agression mécanique (compression du tissu gingival) et favorisant l'accumulation du biofilm ,de ce fait l'inflammation se propage au sein du septum osseux interdentaire.

3.3. Clinique :

- Douleurs à la mastication, souvent même spontanée et irradiées confondues avec les douleurs de la pulpite.
- Sensibilités des dents à la percussion.
- Sensation de compression et de mauvais goût.
- Papille tuméfiée avec tendance au saignement.
- Une pression sur la tuméfaction provoque une douleur et signe le diagnostic.

3.4. Traitement :

- Le traitement d'urgence consiste à :
 - La suppression d'une obturation débordante ou d'un corps étranger ayant basculé dans l'espace interdentaire.
 - Curetage parodontal de la région interdentaire après écouvillonnage à l'eau oxygénée.
 - Dans un second temps, le point de contact défectueux devra être reconstitué afin d'éviter toute récurrence.

4. Pulpite à retro :

4.1. Définition :

C'est une pulpite d'origine parodontale.

Une poche parodontale qui atteint l'apex peut provoquer une pulpite.

Il s'agit d'une lésion endo-parodontale.

Le diagnostic différentiel : est posé avec la pulpite d'origine dentaire en éliminant l'absence de carie.

4.2. Traitement :

Le traitement sera mixte :

- Traitement endodontique
- Traitement de la poche parodontale

5. Mobilité dentaire :

Normalement les dents ont une certaine amplitude de mobilité, lorsque celle-ci se produit au-delà de l'amplitude physiologique elle est appelée mobilité pathologique.

Elle constitue souvent un motif fréquent de consultation d'urgence. Cette mobilité induit une anxiété, des attitudes parafunctionnelles, un arrêt du brossage parfois ; le patient craignant de perdre la dent causale,

L'étiologie de la mobilité peut être : parodontale, traumatique, endodontique (lésion périapicale), ou même tumorale.

La première étape consiste donc à établir le diagnostic étiologique, puis réaliser un traitement adapté selon la mobilité observée :

- Quand la dent présente une mobilité 3, l'indication d'une contention doit être posée afin de permettre au patient de retrouver une fonction occlusale stable.
- La contention en urgence peut être réalisée par collage de la dent mobile aux deux dents collatérales à l'aide d'un composite fluide.
- Si une interférence occlusale est décelée, sa correction devra intervenir avant la réalisation de la contention.
- Extraction, lorsque le pronostic est sombre.

6. Gingivorragie :

Se manifestent par un saignement abondant des gencives. Le patient rapporte souvent un écoulement sanguin sur sa taie d'oreiller.

6.1. Etiologie:

➤ **Facteurs locaux:**

- facteur mécanique: blessure traumatique (bagarres, chute, mauvaise use de cure-dent) schauve.

➤ **Facteurs généraux:**

- carence en Vit K ou autres facteurs de coagulation
- certaines maladies: leucémie
- administration à doses excessive de certains médicaments telle aspirine, anticoagulant

6.2. Signes cliniques :

La gencive est rouge oedémateuse saignant au moindre contact.

6.3. Traitement :

Le traitement d'urgence consiste à :

- Localiser le saignement en éliminant le caillot sanguin
- Compression bidigitale maintenue au moins 3min
- En cas d'échec ,adjonction d'un hémostatique: Surgicel
- En cas de déchirure gingivale : suture
- Orientation du malade vers le service d'hématologies, si une maladie générale ou un traitement médical est mis en cause.

Conclusion :

Le geste d'urgence nous permet de soulager le patient, de juguler l'infection. L'élaboration d'un plan de traitement avec observation clinique et radiologique permettant d'établir un diagnostic parodontal global avec un pronostic précis sera fait après réévaluation de la lésion.

Bibliographie :

1. Bercy ;tenenbaun.Parodontologie :du diagnostic à la pratique,éditions De Boeck,1996
2. P.Bouchard.Parodontologie Dentisterie implantaire,vol 1 :Médecine parodontale, éditions Lavoisier ,2015.
3. Y.Boucher,E.Cohen.Urgences dentaires et médicales,édition CdP,2007 .
4. E.A.Pawlak .Manuel de parodontologie,éditions Masson,1988.
5. IM.Wait ;J.D.Strahan.atlas de parodontologie,éditions CdP1992 ;

