



**HAL**  
open science

## Urgences bucco-dentaires nocturnes : étude de l'activité de mai 2022 à décembre 2022 au CHU de Bordeaux

Sarah Marie Mathilde Vermeille Bonix

### ► To cite this version:

Sarah Marie Mathilde Vermeille Bonix. Urgences bucco-dentaires nocturnes : étude de l'activité de mai 2022 à décembre 2022 au CHU de Bordeaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04295560

**HAL Id: dumas-04295560**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04295560>**

Submitted on 20 Nov 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2023

Thèse n° 83

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE  
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par BONIX, Sarah Marie Mathilde Vermeille

Né(e) le 08/02/1997 à Fort-de-France

Le 23/10/2023

**Urgences bucco-dentaires nocturnes : étude de l'activité  
de mai 2022 à décembre 2022 au CHU de Bordeaux**

Sous la direction de : Laura DONNET

Membres du jury :

M. ELLA-NGUEMA Bruno  
Mme DONNET Laura  
M. SAMOT Johan  
Mme CHUY Virginie  
Mme BADET Marie-cécile

Professeur des Universités  
Chef des cliniques universitaire  
Maitre de conférence des Universités  
Chef des cliniques universitaire .  
Maitre de conférence des Universités

Président  
Directrice  
Rapporteur  
Asseseur  
Asseseur

# UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ  
01/10/2023

**Président** M. LEWIS Dean  
**Directeur de Collège des Sciences de la Santé** M. PELLEGRIN Jean-Luc

## **COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES**

**Directrice** Mme BERTRAND Caroline 58-01  
**Directeur Adjoint à la Pédagogie** M. DELBOS Yves 56-01  
**Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche** M. CATROS Sylvain 57-01  
**Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales** M.SEDARAT Cyril 57-01

### **ENSEIGNANTS DE L'UFR**

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M.	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean- Christophe	FRICAIN	Chirurgie orale	57-01

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie orale	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean- Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Hélène	FRON-CHABOUIS	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01

M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

#### **PRATICIENS HOSPITALIER-UNIVERSITAIRE**

Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01

#### **AUTRES ENSEIGNANTS**

M.	Maxime	BOITEAUD	CDD 2e degré Santé publique	56-02
----	--------	----------	-----------------------------	-------

#### **CCU-AH (Chefs de Clinique Universitaires - Assistant des Hôpitaux)**

M.	Adrien	AMELINE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	William	AUMAILLEY	Prothèse dentaire	58-01
M.	Baptiste	BERGES	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Diane	DELADRIERE	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Mathieu	DELOLME	Parodontologie	57-01
M.	Quentin	DESPERIEZ	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Laurie	FUCHS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Joran	GARDIN	Parodontologie	57-01
M.	Paul	GIRARDEAU	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
M.	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Jean-Baptiste	IRIBARREN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Aymeric	JOUBERT DU CELLIER	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Sarah	KAWCHAGIE	Prothèse Dentaire	58-01
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Xavier	LAGARDE	Chirurgie Orale	57-01
M.	Clément	LEBRET	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	LEVRIER	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Chiara	PASCALI	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Imane	RAMDANI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Ana	RIBEIRO MAGALHES	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Mathilde	SAINT-JEAN	Biologie Orale	57-01
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

## **A notre président de thèse**

Monsieur le Professeur Bruno ELLA- NGUEMA

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Section Sciences anatomiques et physiologiques – Biomatériaux 58-01

Qui nous fait l'honneur de présider ce jury.

Merci pour la qualité de votre enseignement tout le long de ces années d'étude.

Votre pédagogie et votre enseignement au cours de ce cursus sont un exemple.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus grand respect et de notre estime.

## **A notre Directrice de thèse**

Madame le Docteur Laura DONNET

Chef des cliniques Universitaires – Assitant des Hôpitaux

Section Biologie Orale 57-01

Qui nous a fait le privilège de diriger ce travail.

Merci pour votre investissement, votre bienveillance, votre disponibilité et vos conseils tout au long de la rédaction de cette thèse.

Merci pour ces deux années à Saint-André où vos conseils et votre pédagogie m'ont permis de grandir en tant que praticien mais aussi que personne.

Veillez trouver ici le témoignage de ma plus profonde reconnaissance et de mon respect inconditionnel.

## **A notre rapporteur de thèse**

Monsieur le Docteur Johan SAMOT

Maitre de conférence des Universités – Praticien Hospitalier

Section Biologie Orale 57-01

Qui nous a fait l'honneur de corriger ce travail.

Merci d'avoir su trouver le temps malgré vos nombreux impératifs de corriger ce travail

Merci pour la qualité de votre enseignement théorique et pratique.

Merci pour la gentillesse et la pédagogie dont vous faites preuve chaque jour avec les étudiants et dont j'ai pu être témoin.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et l'assurance de notre profond respect.

## **A notre assesseur**

Madame le Docteur Virginie CHUY

Chef des cliniques Universitaires – Assistant des Hôpitaux

Section Prévention épidémiologique- Economie de la santé- Odontologie légale 56-02

Qui nous a fait l'honneur de faire partie de ce jury.

Nous vous remercions infiniment pour vos qualités humaines et d'enseignement.

Soyez remerciée pour votre disponibilité et votre bienveillance.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

# **A notre assesseur**

Madame le Docteur Marie-Cécile BADET

Maitre de conférence des Universités – Praticien Hospitalier

Section Biologie Orale 57-01

Qui nous a fait l'honneur de faire partie de ce jury.

Merci pour la qualité de votre enseignement, votre bienveillance et votre gentillesse.

Merci pour votre disponibilité et vos bons conseils.

Veillez trouver ici l'expression de notre estime et notre respect.

A mes parents,

Merci pour l'amour, l'éducation, le soutien que vous m'apportez depuis toujours et ce tous les jours de ma vie. Merci d'être ces incroyables exemples que vous avez été pour moi durant toute mon enfance et aujourd'hui encore. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Je vous aime de tout mon cœur.

A mon frère,

Tito, merci d'être ce petit frère adorable et gentil toujours là pour moi. Même si je suis une grande sœur chiante et dure sache que je t'aime.

A mes grands parents,

Mes mamies, j'espère que de là haut vous êtes fières de moi. Papi merci pour les discussions sur le banc de la terrasse, les anecdotes et les blagues. Je vous aime.

A ma marraine,

Merci d'être cette personne incroyablement forte, tu es un exemple pour moi. Merci pour l'amour et le soutien sans faille que tu m'apportes depuis toujours. J'espère apporter tout autant à Lila. Je t'aime fort.

A mes oncles et tantes, mes cousins et cousines

Ma famille, je vous remercie d'avoir contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui et que j'aspire à devenir demain.

A Anaïs,

Merci pour toutes ces aventures que nous vivons ensemble depuis plus de 10 ans maintenant. Merci pour tous ces moments de joie, de tristesse, de réussite, d'échec, de rire, de partage. Comme dirais Meredith tu es plus que ma meilleure amie, tu es ma personne.



A Vivi,

Ma colloc, merci pour ces années de collocation à jamais gravées dans ma mémoire. Merci d'avoir subi mon caractère parfois un peu grognon, de m'avoir soutenue et supportée. Mention spéciale à groot. Je t'aime fort.

A mes sœurs de cœur : Alexia R, Alexia P, Alexandra, Audrey, Coralie B, Coralie I, Farah, Sarah,

Merci pour votre présence dans ma vie, je suis reconnaissante de vous avoir, de l'amour, la bienveillance que vous m'apportez. Je vous aime.

A mes copains du lycée Alan, Johann, Kenaël ,

Merci pour votre présence depuis le lycée, même si on ne se voit pas souvent vous avez une place dans mon cœur.

A ma binôme Héléa ,

Je me rappellerai toujours nos TP, nos premiers pas en clinique toutes les deux ; Merci d'avoir embelli ces années d'étude et d'être l'amie que tu es.

A Julien et Julien,

Merci d'être les personnes que vous êtes, merci pour tous ces fous rires, ces anecdotes, tous ces moments partagés. Je suis reconnaissante de vous avoir rencontré et pour toutes ces années passées avec vous.

A mes supers copines Camille et Madeline,

Je suis heureuse de vous compter parmi mes amis, merci pour ces moments passés ensemble.

Et à toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à ma réussite : MERCI

# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
I. GENERALITES SUR LES URGENCES EN ODONTOLOGIE .....	11
1. <i>Gestion des urgences dentaires en France</i> .....	11
2. <i>Les différents types d'urgences</i> .....	13
a. Urgences douloureuses .....	14
b. Urgences traumatiques .....	23
c. Autres types d'urgences .....	34
II. ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES .....	35
1. <i>Contexte de l'étude</i> .....	35
2. <i>Matériel et Méthode</i> .....	36
3. <i>Résultats</i> .....	38
a. Fréquentation des urgences .....	38
b. Motif de consultation mois par mois.....	41
c. Prise en charge des urgences mois par mois .....	49
d. Motif de consultations et prise en charge sur l'année .....	53
III. DISCUSSION.....	55
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>60</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>61</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>63</b>

# Introduction

L'urgence est définie comme une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et / ou un traitement doivent être réalisés rapidement. La douleur est le symptôme incitant la grande majorité des patients à consulter.

Les urgences bucco-dentaires ne peuvent être minimisées en regard des risques infectieux et hémorragiques ainsi que de la perte de chance que représente une prise en charge tardive des urgences traumatiques.

Beaucoup de patients se retrouvent démunis face à une urgence bucco-dentaire. Un rapport de l'Observatoire national démographique des professions de santé (ONDPS) datant de novembre 2021 a montré que la densité d'offre de soins est insuffisante par rapport aux besoins.

En France la prise en charge des urgences bucco-dentaires est assurée par les praticiens libéraux ainsi que les services hospitaliers d'odontologie et les cliniques.

D'après le code de santé publique L-1110-5 il est de la responsabilité de tout chirurgien-dentiste de recevoir tout patient souffrant d'une urgence afin de gérer la situation.

En semaine les urgences sont traitées par les cabinets dentaires en fonction de leur disponibilité. Afin d'assurer une permanence de soins, des gardes sont réalisées par les chirurgiens-dentistes libéraux le dimanche et les jours fériés.

En Gironde, afin de compléter l'offre de prise en charge des patients depuis le 2 mai 2022, un service d'urgence bucco-dentaire de nuit a ouvert à l'hôpital Saint André à Bordeaux.

L'objectif de cette thèse est d'évaluer comment ce service d'urgence bucco-dentaire de nuit répond à une demande et à un besoin de santé publique.

# I. Généralités sur les urgences en Odontologie

## 1. Gestion des urgences dentaires en France

En France plusieurs acteurs participent à la gestion des urgences buccodentaires.

En première ligne on retrouve les chirurgiens-dentistes libéraux, dans le cadre de leur obligation déontologique. La gestion des urgences est propre à chaque cabinet ; dans certains cabinets des plages horaires sont dédiées aux patients souhaitant une consultation d'urgence. D'autres praticiens aménagent leurs plannings au jour le jour afin de recevoir les urgences. Les praticiens privilégient également les demandes de leurs propres patients par rapport à de nouveaux patients. Face à ce système aléatoire, de nombreux patients ne parviennent pas à trouver un rendez-vous d'urgence ; c'est pour cela que l'offre de soins est renforcée par des services de médecine bucco-dentaire dans les hôpitaux publics et les cliniques privées.

En Gironde, quatre services d'Odontologie sont accessibles au sein des Centres hospitaliers de Pellegrin et de Saint André à Bordeaux, de Xavier Arnoz à Pessac et du centre hospitalier de Libourne. A cela s'ajoute les cliniques privées comme les cliniques mutualistes, la Polyclinique Bordeaux Nord....

Pour les patients qui résident en milieu rural, la situation se complique. D'après le rapport de novembre 2021 de l'ONPDS, la densité de chirurgiens-dentistes libéraux est deux à trois fois plus importante dans l'agglomération bordelaise par rapport aux zones plus excentrées.

La situation devient plus difficile lorsque le patient nécessite une consultation d'urgence le dimanche ou encore les jours fériés. Les cabinets dentaires et les services Odontologie des hôpitaux et cliniques sont majoritairement fermés. C'est à ce moment que se met en place la permanence afin d'assurer une continuité des soins.

La permanence est dirigée conjointement par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et les conseils départementaux de l'Ordre.

En Gironde, depuis le dimanche 8 mai 2022, les patients doivent contacter le 15 afin d'être orientés par le chirurgien-dentiste régulateur vers un praticien. D'après une note de l'Agence Régionale de Santé de la Nouvelle Aquitaine au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre 2022,

63,41% des appels ont été orientés vers le chirurgien dentiste de garde et 58,65% lors du 3<sup>ème</sup> trimestre 2022 (1).

La prise en charge des urgences bucco-dentaires de nuit est très limitée. Il existe en France peu de permanences de soins de nuit ; on peut citer celle de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris on encore celle l'hôpital Saint André à Bordeaux.

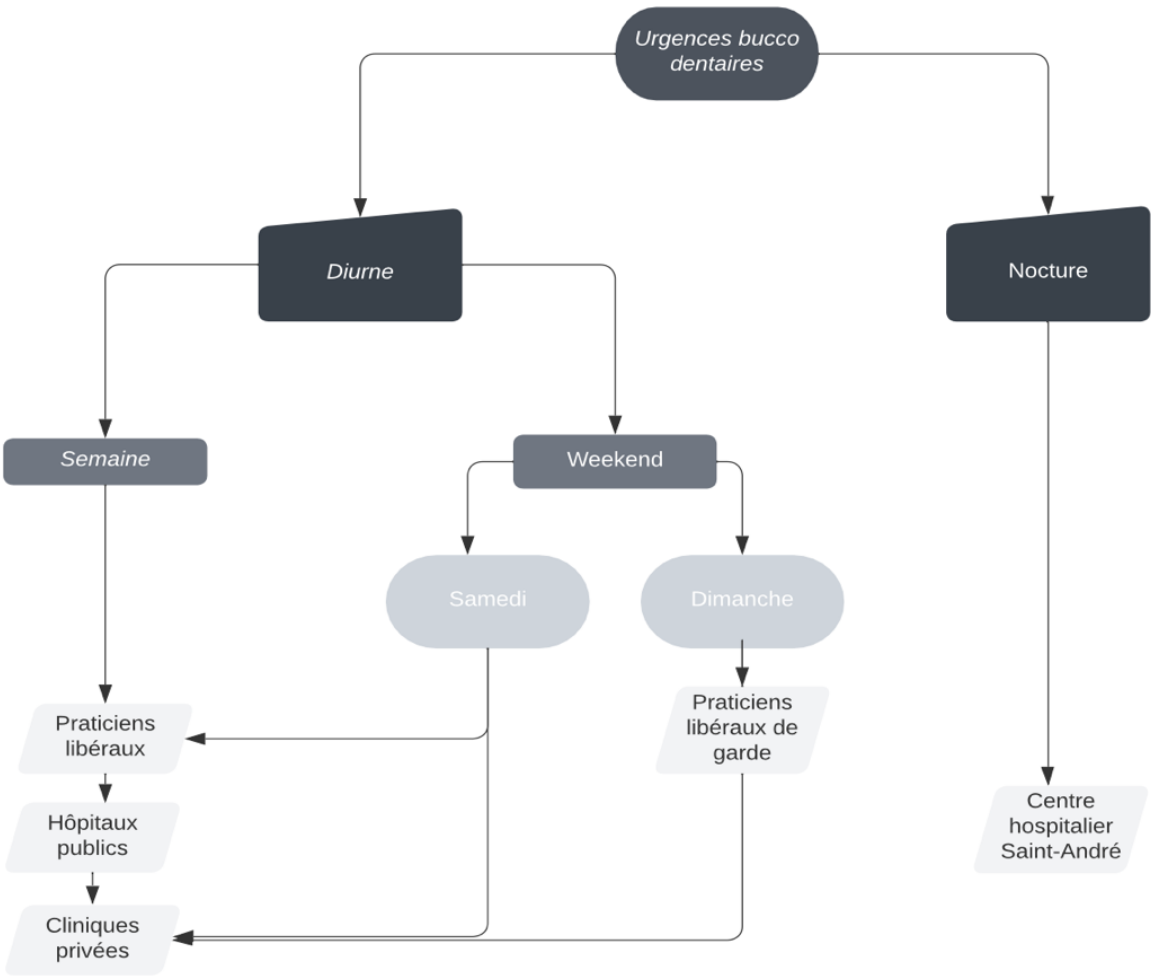


Figure 1: organisation des urgences bucco dentaires en Gironde

## 2. Les différents types d'urgences

La consultation regroupe l'ensemble des actes permettant d'établir un diagnostic, un pronostic et de prendre une décision thérapeutique.

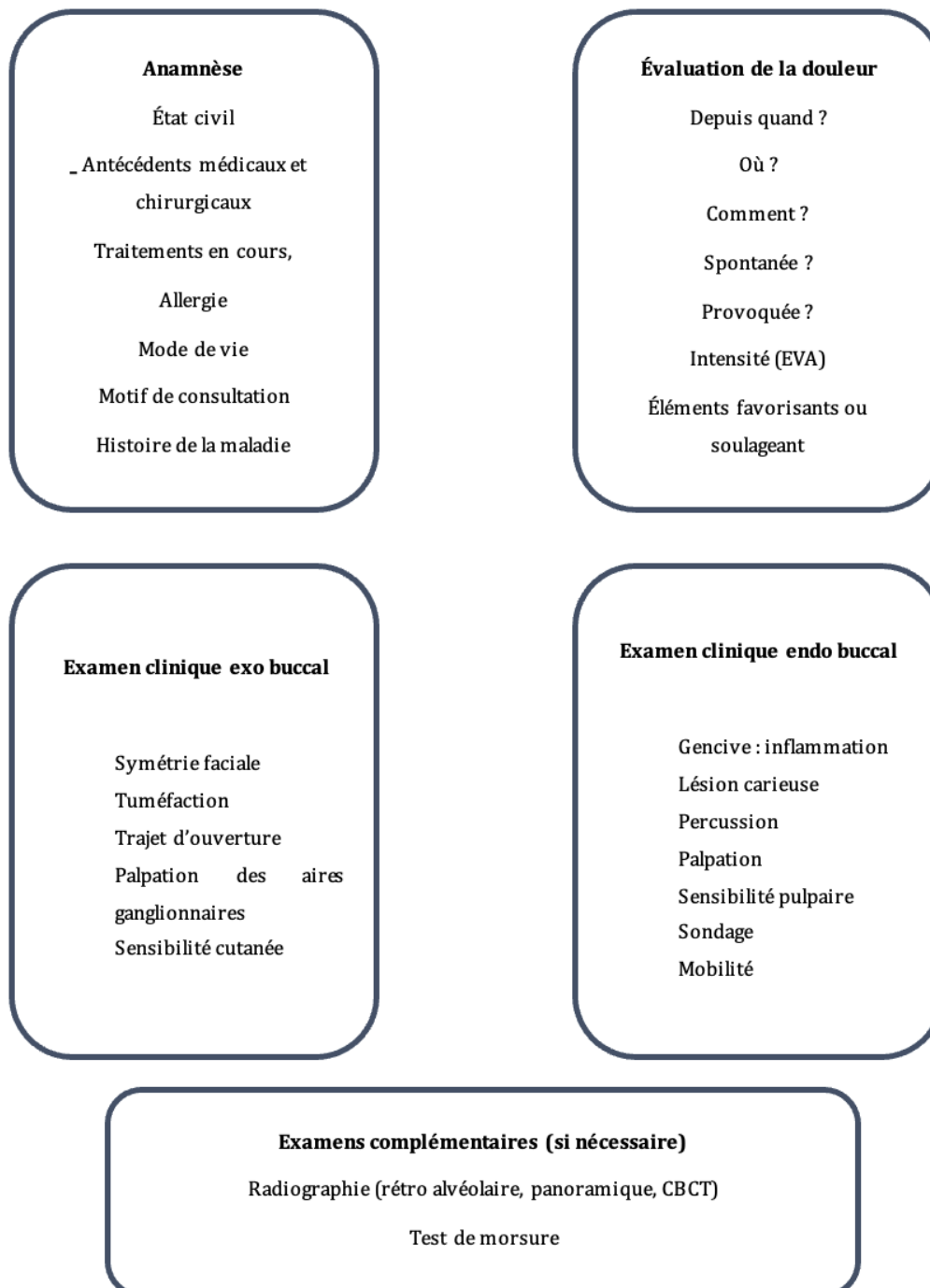


Figure 2: Déroulement de la consultation

### *a. Urgences douloureuses*

- **Syndrôme dentinaire**

Le patient décrit des douleurs provoquées (froid, sucre...). L'examen clinique et radiologique révèle une lésion carieuse ou une reprise de carie.

Le test de sensibilité pulpaire est positif, il peut entraîner une douleur disparaissant à l'arrêt du stimulus.

La prise en charge consiste en la réalisation d'un curetage carieux et d'une restauration temporaire ou d'usage (2).

- **Pulpite réversible**

La pulpite réversible est définie comme une inflammation du tissu pulpaire avec un retour à une santé pulpaire normale possible en cas de prise en charge appropriée (3).

Le patient décrit des douleurs provoquées d'intensité légère à modérée. A l'examen clinique on peut retrouver une lésion carieuse, une exposition dentaire. Le test de vitalité est positif sans rémanence ou avec une rémanence de quelques secondes ; il peut être exacerbé (4).

Radiologiquement on peut retrouver une lésion carieuse ou une restauration coronaire plus ou moins proche de la pulpe. Une rétractation du volume pulpaire peut être observée. Aucune atteinte desmodontale ou péri apicale n'est observée.

La prise en charge consiste en une éviction carieuse sélective qui peut être associée à un coiffage pulpaire indirect ou direct en cas d'effraction pulpaire(5).

- **Pulpite irréversible**

Il s'agit d'une inflammation du tissu pulpaire . La douleur est spontanée, aiguë, irradiante. Le test au froid est positif et exacerbé ; on observe une rémanence > 20 secondes (4).

A la radiographie on peut voir une lésion carieuse profonde juxta pulpaire et parfois un élargissement desmodontal.

Le soin d'urgence consiste à la réalisation d'une biopulpectomie sur dent monoradiculée ou une pulpotomie partielle ou totale sur dent pluriradiculée. Une médication ainsi qu'une obturation temporaire seront mises en place (6).

Le patient sera revu afin de réaliser le traitement endodontique de la dent et la restauration d'usage.

En situation de pulpite irréversible sur molaires mandibulaires les échecs d'anesthésie sont très fréquents.

- **Flare up**

Il s'agit d'une exacerbation aigüe d'une pathologie pulpaire ou péri-radicaire asymptomatique après ou lors d'un traitement endodontique (3). Il se manifeste par des douleurs intenses dans les 48 heures suivant l'acte endodontique.

Il conviendra d'évaluer si une composante infectieuse est associée.

La prise en charge locale consiste en la réouverture de la chambre pulpaire, au nettoyage canalaire et à la mise en place d'une médication temporaire à base d'hydroxyde de calcium.

Dans le cas de la présence d'un abcès ou d'une cellulite, il conviendra de réaliser un drainage si possible.

L'acte local sera complété par une prescription :

Douleurs faibles à modérées : Ibuprofène 400mg toutes les 8 heures

Douleurs modérées à intenses : Ibuprofène 400mg + paracétamol 1g toutes les 8 heures en alternance

La prescription d'une antibiothérapie ne se fera que dans le cadre d'un abcès apical aigüe associé à des signes d'altération de l'état général ou en cas de diffusion locale (cellulite, ostéomyélite) chez le patient immunocompétent.



L'antibiothérapie sera prescrite chez le patient immunodéprimé en cas d'exacerbation infectieuse (6).

- **Parodontite apicale aigüe**

Il s'agit d'une lésion inflammatoire du parodonte profond péri apical consécutive à l'infection bactérienne de l'endodonte (7).

Le patient relate une douleur continue, exacerbée à la pression. Le test de sensibilité pulpaire est négatif.

La radiographie révèle un élargissement desmodontal ainsi qu'une image radioclaire péri apicale (LIPOE).

La prise en charge en urgence consiste à un parage canalaire sous champ opératoire avec irrigation à l'hypochlorite de sodium. De l'hydroxyde de calcium peut être mis en place puis une obturation temporaire. Il est conseillé de mettre la dent en sous occlusion (6).

Dans le cas où un accès au réseau canalaire est impossible, une prescription d'antibiotique sera réalisée (amoxicilline 2g / jour durant 7 jours) associée à des antalgiques (paracétamol 4g/jour).

- **Abcès apical aigü**

Il est défini comme une réaction inflammatoire suite à une nécrose du tissu pulpaire associée à un gonflement des tissus et une formation de pus (3). L'abcès apical est donc dû à une infection du système canalaire. Le patient relate une douleur spontanée ainsi qu'une sensibilité exacerbée de la dent à la pression et la mastication.

A l'examen clinique, la palpation et la percussion sont douloureuses. Le test de sensibilité pulpaire est négatif. L'examen radiologique met en évidence une image radioclaire en regard de la dent concernée (8).

Le traitement en urgence sera un drainage de l'abcès. Si possible une incision muqueuse sera réalisée.

Si le drainage par voie muqueuse est impossible, la chambre pulpaire de la dent causale sera ouverte afin de permettre un drainage canalaire.

En cas d'impossibilité de drainage canalaire (obturation endodontique, restauration...), une antibiothérapie sera prescrite au patient pour une durée de 7 jours :

- Amoxicilline 2g/ jour ou Clindamycine 1200mg/ jour chez l'adulte.
- Amoxicilline 50mg/kg ou Clindamycine 20mg/kg chez l'enfant (9).

La dent causale sera mise en sous occlusion.

- **Cellulite cervico faciale**

Il s'agit d'une infection des tissus mous de la face et du cou.

Les cellulites cervico faciales sont principalement d'origine dentaire. Les causes peuvent être : une complication d'une nécrose pulpaire, une pericoronarite, une infection parodontale (10).

La cellulite peut être circonscrite c'est-à-dire qu'elle est bien limitée à une loge anatomique ou diffuse.

Il existe deux types de cellulite circonscrite : aigue ou chronique.

- Le stade séreux

Il représente la première forme évolutive de la cellulite aigue : il s'agit du stade initial. On y retrouve les signes cardinaux de l'inflammation (9).

L'examen exo buccal montre : La peau est tendue, rouge et douloureuse à la palpation, on retrouve également des adénopathies satellites.

L'examen endo buccal révèle une tuméfaction, une muqueuse érythémateuse, comblant le vestibule. La percussion est douloureuse au niveau de la dent causale, le test de sensibilité est négatif.

Les signes généraux sont réduits, les signes fonctionnels que l'on retrouve sont : une gêne à la mastication ainsi qu'une douleur spontanée et lancinante.

La radiographie montre une image radioclaire en rapport avec la dent causale.

Traitement : Il consiste en une trépanation si possible de la dent causale avec une désinfection canalaire à l'hypochlorite de sodium et à sa mise en sous occlusion.

Une antibiothérapie est prescrite : Amoxicilline 2g/ jour durant 7 jours en première intention et 50mg/Kg chez l'enfant. Selon les recommandations de l'Afssaps de 2011, en seconde intention une bi thérapie peut être prescrite : Amoxicilline 2g/ jour et Métronidazole 1500mg/ jour. (11)

La prescription sera complétée par un antalgique de palier 1 ou 2 en fonction de l'intensité de la douleur du patient.

- Le stade suppuré

Il s'agit du stade d'abcédation qui fait suite au stade séreux.

Les signes généraux sont présents : fièvre, asthénie, insomnie. On retrouve des signes fonctionnels tels que : trismus, dysphagie, douleur spontanée lancinante intense, halitose.

L'examen endo buccal montre une tuméfaction avec un revêtement tendu luisant et légèrement dépressible à la palpation.

Traitement : Face à une cellulite circonscrite en stade suppuré la prise en charge sera la même que celle du stade séreux. On réalisera en plus un drainage endo ou exo buccal sous anesthésie locale (10).

Dans les deux cas, le patient doit être rassuré et informé qu'un traitement de l'étiologie devra être réalisé.

Il est important de rechercher des signes de gravité nécessitant une prise en charge hospitalière :

- Tuméfaction jugale avec fermeture de l'angle interne de l'œil
- Douleur à la déglutition
- Tuméfaction du plancher avec œdème lingual
- Tuméfaction sous mylo hyoïdienne
- Trismus serré
- Crépitation
- Extension vers le médiastin

- **Gingivite**

Il s'agit d'un état inflammatoire de la gencive (12).

A l'examen clinique on retrouve une gencive oedématisée ainsi qu'une rougeur.

La prise en charge consiste à une élimination de la plaque dentaire par débridement ainsi qu'à des conseils d'hygiène.

- **Pericoronarite**

Elle concerne le plus souvent la troisième molaire mandibulaire. La péri coronarite est définie comme une inflammation des tissus mous entourant la couronne d'une dent en cours d'éruption ou ayant une éruption incomplète (13).

Elle est due à une accumulation de plaque et de débris alimentaires entre la dent et le capuchon muqueux. Il y a donc une colonisation de l'espace par la flore bactérienne pouvant entraîner une évolution vers une forme infectieuse (abcès, cellulite) (14).

Le patient décrit une douleur localisée, un mauvais goût dans la bouche. Dans les formes infectieuses, le patient peut expérimenter une douleur irradiante.

A l'examen clinique, on observe une gencive rouge, chaude et tendue ; on peut également observer un suintement de pus au niveau du capuchon muqueux et des signes fonctionnels tels qu'un trismus, une dysphagie.

Le traitement va consister à éliminer la plaque et les débris alimentaires en effectuant un débridement associé à une irrigation avec une solution antiseptique. Des conseils d'hygiène doivent également être prodigués au patient afin de prévenir d'éventuelles récives.

La prescription d'antibiotique est réservée aux formes sévères (cellulite) (15).

- **Abcès parodontal**

L'abcès parodontal est une lésion inflammatoire aigue et purulente conduisant à une destruction rapide des tissus de soutien de la dent (16).

A l'examen clinique on retrouve une gencive rouge, lisse et tuméfiée. Les tests de palpation et de percussion sont positifs, une mobilité plus ou moins importante peut être observée. Un suintement de pus au niveau du sulcus peut être visible. Afin de confirmer le diagnostic, il faudra réaliser un test de sensibilité pulpaire, un sondage ainsi qu'une radiographie rétro alvéolaire.

Dans le cas d'un abcès parodontal, le test de sensibilité pulpaire est positif, le sondage arciforme et la radiographie montre une image radioclaire latérale.

Le traitement consiste en une évacuation de l'abcès après anesthésie par débridement de la poche parodontale (insert US ou curette de gracey) ou par incision à la lame froide et désinfection avec un antiseptique (polyvidone iodée verte ou chlorexidine 0,2%). Le drainage se fera sous antibioprophyllaxie chez les patients immunodéprimés ou à risque d'endocardite infectieuse (17).

Des conseils d'hygiène sont donnés au patient, accompagnés si nécessaire d'une prescription d'antalgique de palier 1 et d'un antiseptique local.

En cas d'altération de l'état général, d'immunodepression ou de risque d'endocardite infectieuse, une antibiothérapie sera prescrite : Amoxicilline 2g / jour durant 7 jours ou Clindamycine 1200mg / jour durant 7 jours

L'examen clinique devra permettre d'écarter la lésion endo parodontale et la lésion d'origine endodontique (abcès apical aigue). Dans le cas de lésion endo parodontale, l'origine étant mixte, on retrouvera un sondage combiné (arciforme et punctiforme), une image radioclaire apicale et latérale à la radiographie, le test de sensibilité pulpaire sera lui négatif.

- **Maladies parodontales ulcéro-nécrotique**

Il s'agit d'un état inflammatoire aigue du parodonte superficiel (gingivite ulcéro nécrotique) à progression rapide.

Le patient décrit des douleurs vives spontanées à la mastication et au brossage.

A l'examen clinique on retrouve : une gencive érythémateuse, un œdème de la gencive, un saignement spontané, un enduit blanchâtre pseudo-membraneux, des papilles décapitées, ainsi qu'une halitose (18).

La prise en charge en urgence consiste en une désorganisation du biofilm et un nettoyage des débris nécrotiques.

Motivation à l'hygiène : technique, matériel

Si possible : anesthésie, débridement aux US, écouvillonnage des lésions avec des compresses imbibées d'eau oxygénée 3%.

Si le patient est trop algique : on pratiquera uniquement un écouvillonnage.

Prescription de Metronidazole 1500mg / jour durant 7 jours, de paracétamol 1000mg toutes les 6 heures ainsi qu'un bain de bouche à la chlorexidine 0,2%

Un bilan sanguin : VIH, VHC, VHB, EBV, CMV doit être prescrit à la recherche d'un facteur de risque (17).

Lorsque les signes cliniques de la GUN sont associés à une perte d'attache, on parlera de parodontite ulcéro nécrotique. Afin d'écarter ce diagnostic différentiel, une radiographie rétro alvéolaire, un sondage, une évaluation de la mobilité, permettront d'objectiver une alvéolyse au niveau des sites concernés.

- **Alvéolite sèche**

Elle est définie comme une absence du caillot de fibrine au sein de l'alvéole d'extraction, soit en raison d'un défaut de formation du caillot, soit à sa perte une fois formé entraînant une exposition de l'os alvéolaire. Le patient présente des douleurs modérées à fortes (19). Ces douleurs apparaissent 48 à 72 heures après l'avulsion.

L'examen clinique révèle une alvéole vide, un os alvéolaire exposé ou recouvert de débris alimentaires.

Le traitement consiste à une révision alvéolaire sous anesthésie locale afin de recréer un caillot ainsi qu'à la mise en place de gaze résorbable de type alvéogyl.

Une prescription d'antalgique peut être faite en fonction de l'intensité de la douleur du patient (10).

- **Alvéolite suppurée**

Elle apparaît en général 72 heures après l'extraction, le patient décrit des douleurs modérées.

On retrouve un tissu de granulation surinfecté ainsi qu'une suppuration de l'alvéole. On peut observer des signes généraux comme de la fièvre, une asthénie ainsi que des adénopathies satellites (10).

On peut observer au fond de l'alvéole des débris osseux ou dentaires.

La prise en charge va consister à un cureter l'alvéole sous anesthésie locale et rincer avec une solution saline ou antiseptique (20). Une prescription d'antibiotique (amoxicilline 2g/ jour durant 7 jours) et d'antalgique complètera l'acte local.

- **Septite (syndrome du septum)**

Il s'agit d'une ostéite circonscrite due à un défaut de point de contact.

A l'examen clinique on retrouve une papille rouge oedématiée, un bourrage alimentaire, un saignement au passage du fil dentaire. On observe également une lésion carieuse et / ou une obturation proximale défailante (10).

La radiographie rétro alvéolaire peut révéler un septum flou.

La prise en charge en urgence consiste en un débridement de l'espace interdentaire pouvant être accompagné d'une irrigation avec une solution antiseptique. Des conseils d'hygiène doivent être prodigués au patient (passage de fil dentaire ou de brossette interdentaire).

Il est important de rassurer et d'informer le patient que l'étiologie devra être traitée.

- **Urgence hémorragique**

Le patient consulte quelques heures ou jours après l'acte chirurgical, la bouche ensanglantée.

Ce type d'urgence ne concerne pas uniquement les patients ayant un traitement anti thrombotique (anti agrégant plaquettaire, anti vitamine K, anticoagulants oraux directs et héparines).

A l'examen clinique on observe un saignement actif ainsi qu'un caillot plus ou moins volumineux.

La prise en charge consiste à :

- Une révision alvéolaire : curetage de l'alvéole afin de créer un nouveau caillot.
- Une hémostase locale : mécanique par compression, utilisation d'acide tranexamique, mise en place d'éponge hémostatique, sutures.

Des conseils post opératoires doivent être donnés au patient : arrêt tabac et alcool, alimentation froide ou tiède, pas de stimulation mécanique de la plaie, pas de bain de bouche durant 48 heures.

En cas de saignement persistant, le patient doit être adressé pour une prise en charge hospitalière (21).

### *b. Urgences traumatiques*

Les traumatismes dentaires concernent le plus souvent les jeunes enfants. En effet d'après une récente méta analyse, la prévalence des traumatismes sur denture temporaire serait de 22,7 % (22).

La prévalence serait de 20% chez les enfants et adolescents en denture permanente (23).

Peu d'études ont pu analyser ces chiffres chez les adultes, mais on estime qu'en denture permanente (adolescents et adultes) la prévalence serait de 15,2% (22).



Face à un traumatisme dentaire, la rapidité de prise en charge est un facteur important à prendre en compte ; une prise en charge tardive représentant une perte de chance pour la ou les dents traumatisées.

L'association internationale de traumatologie dentaire (IADT) a actualisé en 2020 des recommandations de prise en charge des urgences traumatiques.

Avant toute prise en charge en traumatologie, une anamnèse complète est réalisée : état civil du patient, antécédents médicaux, chirurgicaux, allergie, vérification de la vaccination anti tétanique. Les circonstances détaillées du traumatisme ainsi que les conditions de prise en charge devront être recueillies.

A l'interrogatoire, il est important d'évaluer la douleur (EVA ou échelle numérique) et de rechercher d'éventuels signes de traumatisme crânien : maux de tête, nausée, vomissement, perte de connaissance, diplopie (6).

Un examen exo buccal minutieux doit être effectué, une inspection des tissus mous, des bases osseuses, une analyse du trajet ouverture / fermeture de la bouche ainsi qu'un examen des plaies et ecchymoses de la face.

L'examen endo buccal consistera à l'inspection des tissus mous (24)

- Lèvres : on recherche la présence d'un corps étranger
- Freins : lacération, hématome
- Gencive attachée : plaie, saignement
- Langue : lacération

A l'examen des tissus dentaires on recherchera : des fêlures, fractures, déplacement, mobilité. Les dents ne semblant pas être directement impliquées par le traumatisme devront être examinées également. D'éventuelles interférences occlusales devront être objectivées (6).

## Examens complémentaires

Afin de préciser le diagnostic et de permettre un meilleur suivi, des examens complémentaires seront réalisés (25) :

- Photographies : permet un suivi dans le temps et peut être utile dans un contexte médico-légal.
- Test de sensibilité pulpaire : du fait de la sidération pulpaire, ce test est à interpréter avec prudence le jour du traumatisme ; cependant il permet un suivi lors des visites de contrôle.
- Test de percussion : permet d'évaluer une atteinte des tissus parodontaux.
- Radiographies : La radiographie intra orale est recommandée lors de traumatismes. Elle permet de préciser le diagnostic, mais elle sert également de base de comparaison pour le suivi.

On pourra analyser : le stade d'édification radiculaire, le volume pulpaire, la perte de substance, le rapport avec la pulpe.

Il est recommandé de réaliser plusieurs radiographies avec plusieurs angles d'incidence.

La radiographie panoramique peut être utile lors de fractures des bases osseuses et/ou des articulations temporo mandibulaire.

Dans les cas de fracture radiculaire ou alvéolaire, un cone beam permettra d'objectiver la fracture.

La transillumination peut être également utilisée lors de suspicion de fêlure/ fracture.

Tous les éléments recueillis lors de l'anamnèse, l'examen clinique et les examens complémentaires devront être relatés à la rédaction du Certificat Médical Initial (CMI).

A la fin de cette consultation d'urgence, le CMI sera remis au patient ou à son représentant légal, des conseils de surveillance seront prodigués ainsi que les dates des consultations de contrôle en fonction du traumatisme.

L'association internationale de Traumatologie dentaire (IADT) a actualisé en 2020 les recommandations pour la prise en charge des traumatismes dentaires.

La société européenne d'endodontie a également publié des recommandations en 2021 concernant la prise en charge de la dent permanente lors de traumatisme (26).

- **Traumatismes sur dents permanentes (27)**

Traumatisme	Signes cliniques	Prise en charge
<b>Fêlure Traumatique</b>  <i>Atteinte amélaire sans perte de substance</i>	Examen clinique normal	Application d'adhésif afin de prévenir une éventuelle contamination bactérienne
<b>Fracture amélaire</b>  <i>Fracture coronaire n'impliquant que l'émail</i>	Perte de substance amélaire  Tests cliniques normaux	- Collage du fragment si retrouvé - Restauration au composite
<b>Fracture amélo dentinaire sans exposition pulpaire</b>  <i>Fracture impliquant l'émail et la dentine sans que la pulpe ne soit exposée</i>	Tests cliniques normaux  Radiographie : permet d'évaluer le volume de la perte de substance et la proximité pulpaire	Collage du fragment si retrouvé - Restauration au composite ou au CVI Rq : en cas de proximité pulpaire (moins de 0,5mm) mise en place d'hydroxyde de calcium + CVI
<b>Fracture amélo dentinaire avec exposition pulpaire</b>  <i>Fracture impliquant l'émail, la dentine et la pulpe</i>	Pulpe exposée peut être sensible au stimuli thermique  Radiographie : permet d'évaluer le volume de la perte de substance ainsi que l'effraction pulpaire	Objectif : préservation de la vitalité pulpaire.  Voir arbre décisionnel

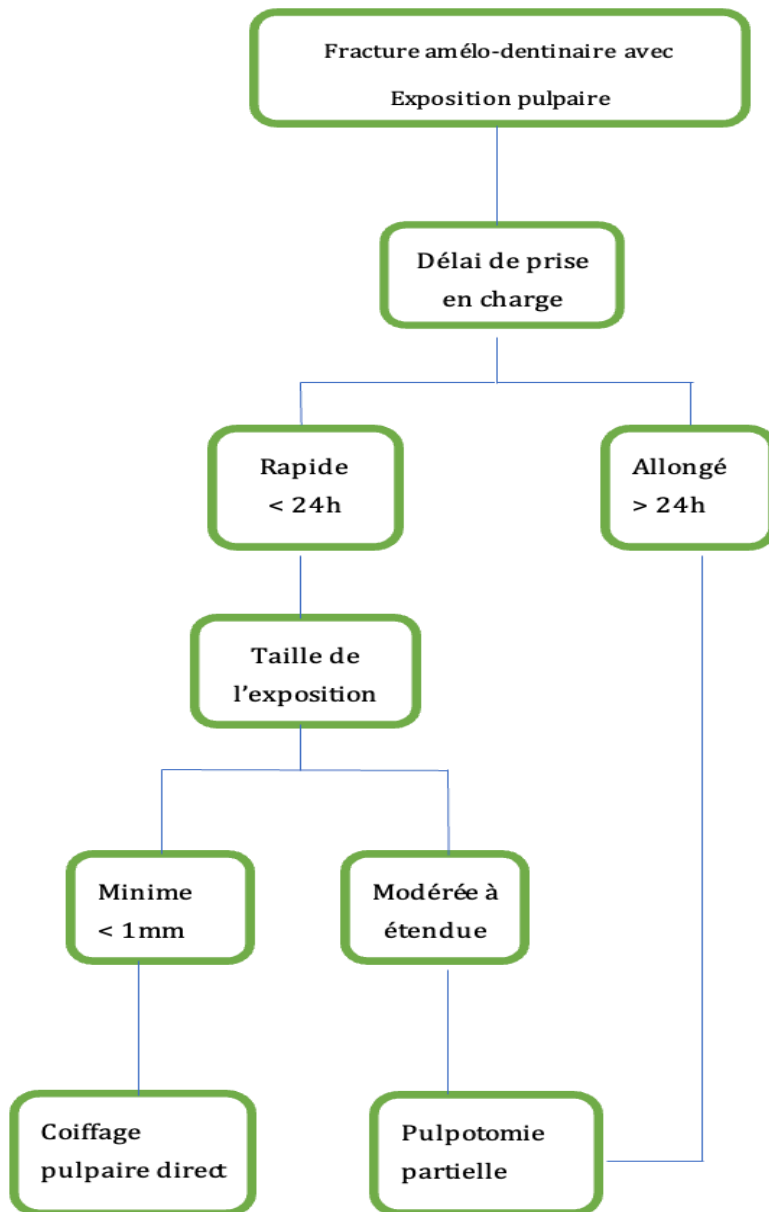


Figure 3: prise en charge d'une fracture amélo-dentinaire avec exposition pulpaire

## Fractures et luxations (27)

Traumatisme	Examen clinique	Examen radiologique	Prise en charge en urgence
<p><b>Fracture corono radiculaire sans exposition pulpaire</b></p> <p><i>Fracture impliquant l'émail la dentine et le ciment</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragment coronaire mobile</li> <li>- Sensibilité à la percussion</li> </ul>	<p>Localisation du trait de fracture</p> <p>ou CBCT pour déterminer la localisation et l'étendue de la fracture</p>	<p>Retrait du fragment mobile et restauration</p>
<p><b>Fracture corono radiculaire avec exposition pulpaire</b></p> <p><i>Fracture compliquée mettant en jeu l'émail, la dentine, la pulpe et le ciment.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilité du fragment coronaire</li> <li>- Sensibilité à la percussion</li> <li>- Test de sensibilité pulpaire peut être positif</li> </ul>	<p>Localisation du trait de fracture</p> <p>Si non : CBCT afin de déterminer la localisation et l'étendue de la fracture</p>	<p>Dent immature : pulpotomie partielle</p> <p>Dent mature : traitement endodontique</p> <p>Collage du fragment au composite si présent sinon restauration</p>
<p><b>Fracture radiculaire</b></p> <p><i>Fracture impliquant la dentine, la pulpe et le ciment.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilité et/ou déplacement du fragment coronaire</li> <li>- Test de sensibilité pulpaire négatif (sidération pulpaire)</li> <li>- Saignement sulculaire</li> </ul>	<p>Localisation du trait de fracture</p> <p>Si non : CBCT afin de déterminer la localisation et l'étendue de la fracture</p>	<p>Vérification radiologique du positionnement correct du fragment et mise en place d'une contention souple pour 4 semaines.</p>
<p><b>Fracture alvéolaire</b></p> <p><i>Fracture de l'os alvéolaire</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déplacement d'une ou plusieurs dents</li> <li>- Mobilité exacerbée du bloc concerné</li> </ul>	<p>Localisation du trait de fracture</p> <p>Si non : CBCT afin de déterminer la</p>	<p>Repositionnement du bloc alvéolaire et mise en place d'une contention souple pour un délai de 4 semaines.</p>

	- Interférences occlusales	localisation et l'étendue de la fracture	
<b>Concussion</b> <i>Ebranlement des tissus parodontaux sans déplacement</i>	Possible sensibilité au toucher et à la percussion	Radiographie normale	Abstention thérapeutique
<b>Subluxation</b> <i>Ebranlement des tissus parodontaux sans déplacement mais avec une mobilité augmentée de la ou les dents concernées</i>	- Test de percussion positif - Mobilité augmentée	Radiographie normale	Abstention thérapeutique  Rq : en cas de mobilité importante une contention souple peut être mise en place
<b>Extrusion</b> <i>Déplacement de la dent dans son axe en dehors de l'alvéole</i>	- Dent plus longue que les dents contro latérales - Mobilité augmentée	Elargissement desmodontal	Repositionnement de la dent sous anesthésie locale et mise en place d'une contention souple
<b>Luxation latérale</b> <i>Déplacement dans le sens latéral</i>	- Dent déplacée latéralement - Dent immobile - Bruit métallique à la percussion	Elargissement desmodontal	Repositionnement de la dent sous anesthésie locale et mise en place d'une contention souple
<b>Intrusion</b> <i>Déplacement dans le sens apical de la dent</i>	- Dent enfoncée dans son alvéole - Dent immobile - Bruit métallique à la percussion	Jonction émail-cément de la dent plus apicale que celles des dents contro-latérales	Pas de traitement en urgence

## **Expulsion**

Il s'agit d'une avulsion traumatique.

A l'examen clinique et radiologique on observe une alvéole vide.

Il sera important de demander au patient depuis combien de temps le traumatisme a eu lieu et dans quelles conditions la dent a été conservée car son devenir est dépendant du temps extra oral ainsi que de son milieu de conservation.

En urgence il conviendra de réimplanter la dent expulsée.

- Décontamination de la dent, élimination des débris à la compresse et au sérum physiologique
- Anesthésie locale
- Irrigation de l'alvéole, contrôle, élimination du caillot sanguin si besoin
- Réimplantation avec légère pression digitale
- Contrôle du positionnement correct de la dent (clinique et radiologique)
- Mise en place d'une contention souple (2 semaines)

Les sutures des dilacérations gingivales seront faites une fois la dent réimplantée.

Une prescription d'antibiotiques (amoxicilline) sera remise au patient.

Des contrôles devront être faits à 2 semaines (dépose de la contention), 4 semaines, 3 mois, 6 mois, 1 an puis chaque année durant les 4 années suivantes (28).

- **Traumatismes sur dents temporaires**

### ***Fracture amélaire***

Dans le cas où le patient présente des angles vifs pouvant blesser, ils seront polis.

### ***Fracture amélo dentinaire sans exposition pulpaire***

La perte de substance sera restaurée avec un ciment verre ionomère ou une résine composite (24).

### ***Fracture amélo dentinaire avec exposition pulpaire***

Le traitement d'urgence consiste en une pulpotomie partielle.

Cependant la prise en charge du patient sera dépendante de sa coopération (24).

### ***Fracture radiculaire***

Dans les cas de fracture radiculaire, la prise en charge dépendra de 3 facteurs : la mobilité, les interférences occlusales et la coopération du patient.

Si le fragment coronaire s'avère peu mobile et ne crée pas d'interférence occlusale, il sera laissé en place.

Par contre dans le cas d'une mobilité exacerbée et d'interférence occlusale, le fragment sera soit extrait soit laissé en place à l'aide d'une contention souple durant 4 semaines (24).

La décision d'avulsion ou de mise en place d'une contention dépendra de la coopération du patient.

### ***Fracture alvéolaire***

Dans ce cas, il conviendra de repositionner la table osseuse sous anesthésie et de mettre en place une contention souple pour une durée de 4 semaines (24) si la coopération du patient le permet.

### ***Extrusion***

La prise en charge se fera en fonction de la mobilité de la dent et des interférences occlusales. En cas de faible mobilité et d'absence d'interférence occlusale : la dent sera laissée en place.

Dans la situation où la dent présente une mobilité excessive et / ou une extrusion de plus de 3mm gênant l'occlusion, il faudra procéder à l'avulsion (24).



### ***Luxation latérale***

La prise en charge en urgence de la luxation latérale est la même que celle de la fracture radiculaire (24).

### ***Concussion, subluxation, intrusion et expulsion***

Toutes ces situations ne requièrent aucune prise en charge en urgence. Des conseils sont prodigués aux parents (24).

- **Certificat médical initial**

Il s'agit d'un document médico-légal permettant d'attester le préjudice subi par le patient.

Il sera rédigé et remis en main propre au patient ou à son représentant légal après l'examen clinique et le traitement (29).

Le certificat doit être :

- Objectif
- Descriptif
- Clair
- Précis
- Iconographié au maximum

Il doit contenir les informations d'identification du praticien, et du patient. Lors de la rédaction le chirurgien-dentiste devra :

- Décrire les circonstances du traumatisme en rapportant les faits déclarés par le patient (et / ou son représentant légal)
- Décrire les éléments constatés lors de l'examen clinique (exo buccal et endobuccal) en joignant les examens complémentaires ainsi que l'iconographie si possible.
- Décrire les soins éventuellement réalisés le jour de l'examen
- Émettre toutes les réserves nécessaires concernant le devenir (pulpaire, radiculaire, parodontal, dents adjacentes et/ou antagonistes)

- Mentionner la nécessité de surveillance clinique et radiologique et préciser la fréquence
- Décrire le pronostic et les soins futurs à prévoir
- Préciser le cas échéant qu'une attention particulière sera apportée à un éventuel traitement orthodontique
- Préciser le cas échéant que la restauration devra ou pourra être renouvelée régulièrement
- Dater et signer le document

S'il est en mesure de l'évaluer, le praticien pourra mentionner un nombre de jours d'incapacité totale de travail (ITT) dans les cas de traumatisme grave (30).

### *Exemple CMI*

Entête du praticien

Je soussigné Dr (X) certifie avoir examiné ce jour (date et heure), M/ Mme/ l'enfant (Nom et prénom) né(e) le (date de naissance) et résidant (adresse) .

Ce dernier/ cette dernière/ les parents expliquent (circonstances de l'accident) le (jour de l'accident) à (heure de l'accident)

L'examen exo buccal révèle : description de l'examen + iconographie si possible

L'examen endo buccal révèle : relevé des données intra orales et résultats des tests

L'examen radiologique montre : description clichés radiographiques + iconographie

Le traitement a consisté ce jour : description de la prise en charge

Les soins à prévoir dans les semaines à venir sont : description de la prise en charge à moyen et long terme

Une surveillance clinique et radiologique est mise en place à compter de ce jour et « date des visites de contrôle »

Toutes les réserves sont émises quant au devenir des : « numéros des dents concernées »

Certificat établi ce jour « date » à « lieu » à la demande du patient (ou de ses représentants légaux) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature

- **Prescriptions et conseils post opératoires**

Les prescriptions se feront au cas par cas. Le praticien pourra prescrire des antalgiques en fonction de l'évaluation de la douleur. La nécessité d'une prescription d'antibiotique sera évaluée en fonction de l'état de santé du patient et du traumatisme (27).

Dans les cas de lésions de la muqueuse, des gels antiseptiques ou encore des bains de bouche peuvent être prescrits.

Il conviendra d'informer et de rassurer le patient et ou son représentant légal (24).

Des conseils de surveillance seront prodigués : changement de teinte, apparition de fistule.

### *c. Autres types d'urgences*

Les patients peuvent également consulter pour des urgences prothétiques (couronne descellée, facette décollée). Dans ce cas, la prothèse est rescellée ou recollée si cela est possible. Lorsque la perte d'une restauration ou d'une couronne est en antérieur, l'urgence peut être esthétique pour le patient.

Certaines urgences prothétiques nécessitent parfois l'intervention d'un prothésiste : c'est le cas pour les fractures de prothèse amovible ou certains problèmes de crochets. Ces urgences ne sont pas douloureuses mais peuvent être très handicapantes pour le patient d'un point de vue fonctionnel s'il ne peut plus mastiquer ou avoir une élocution correcte et également d'un point de vue esthétique s'il se retrouve sans dents antérieures.

Les urgences orthodontiques (bracket décollé, perte d'une ligature, fil saillant) sont très souvent réorientées vers un orthodontiste. En urgence, un chirurgien-dentiste peut soulager un patient en coupant un arc ou un fil.

D'autres patients consultent également pour des restaurations tombées ou gênantes, sans forcément de douleurs associées, souvent ils consultent par inquiétude. En fonction de la situation, la restauration sera refaite ou ajustée, ou un pansement provisoire sera réalisé en attendant un rendez-vous adapté pour réaliser la restauration.

## II. Évaluation des pratiques professionnelles

### 1. Contexte de l'étude

De nombreuses urgences en Odontologie doivent être prises en charge rapidement afin de soulager le patient ou de prévenir d'éventuelles complications.

Bordeaux est une des rares villes en France à proposer un service d'urgences bucco-dentaires de nuit. Ce service a ouvert début mai 2022 à l'hôpital Saint André. Une précédente offre de soins pour les urgences de nuit a existé à l'hôpital Robert Picqué, qui était beaucoup plus excentré du centre ville que le nouveau service. Auparavant, les patients étaient uniquement pris en charge pour les urgences diurnes dans les services d'Odontologie des CHU Saint André, Pellegrin, Xavier Arnoz jusqu'à 17h en semaine.

Dans le cadre des urgences bucco-dentaires nocturnes, les patients sont accueillis au sein des urgences médicales de l'hôpital Saint André situé en plein centre de Bordeaux. Ils sont pris en charge soit par un binôme composé de deux étudiants en 6<sup>ème</sup> année d'Odontologie, soit par un binôme composé d'un étudiant en 6<sup>ème</sup> année et d'un interne (Orthopédie dento-faciale, chirurgie orale ou médecine bucco dentaire). Un enseignant est d'astreinte chaque nuit afin de pouvoir aider si besoin le binôme, par voie téléphonique ou en se déplaçant si nécessaire.

En urgences de nuit, tous les types d'urgences ne sont pas traités : les urgences douloureuses, infectieuses, hémorragiques et traumatologiques sont priorisées. Par conséquent, le cabinet aménagé pour l'accueil des urgences de nuit ne contient que le matériel nécessaire pour traiter ces types d'urgences.

Avec l'ouverture de ce service d'urgences bucco-dentaires nocturnes, une nouvelle offre de soins est proposée aux patients, c'est ce que cette étude s'intéresse ici à analyser.

## 2. Matériel et Méthode

L'étude actuelle est réalisée sur les pratiques en urgences bucco-dentaires de nuit, il s'agit d'une évaluation des pratiques professionnelles.

- *Objectifs de l'étude*

L'objectif principal est d'évaluer l'activité du service d'urgences bucco-dentaire de nuit ouvert 7 jours / 7, de 19 heures à 7 heures.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Analyser la fréquentation des urgences de nuit
- Comparer la fréquentation en semaine et les weekends et jours fériés
- Analyser la prévalence des différents types d'urgence
- Analyser le type d'actes réalisés en urgence de nuit
- Comparer les actes réalisés avec les recommandations

- *Schéma de l'étude*

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale de 8 mois : du 2 mai 2022 au 31 décembre 2022. La période observée comprend donc 244 jours dont 8 jours fériés. Les grandes vacances sont incluses dans cette période.

- *Recueil des données*

L'analyse rétrospective des dossiers médicaux du service via le logiciel Dxcare ® a permis de recueillir les données ; ces dernières ont été analysées par le même opérateur. La totalité des dossiers a été investigué.

La grille de recueil comprenait : l'âge du patient, la date de la consultation, l'heure de prise en charge, le diagnostic posé et l'acte réalisé.

Afin de respecter l'anonymat, un numéro d'identification a été attribué à chaque patient.

Tous les diagnostics ont été pris en compte même ceux n'étant pas considérés comme des urgences « de base » . Les dossiers mal renseignés, c'est-à-dire ne permettant pas

d'objectiver un diagnostic ont été inclus. Les patients dont les dossiers étaient introuvables ont également été inclus.

- *Analyse des données*

Les résultats ont été calculés par l'opérateur . Les diagnostics de pulpite réversible et pulpite irréversible ont été regroupés dans une catégorie « pulpite ».

Dans un soucis de lisibilité des graphiques, une catégorie « Autres » a été créée afin de regrouper tous les diagnostics représentant moins de 1% des diagnostics posés.

On y retrouve les urgences orthodontiques, prothétiques, les dents mobiles, le flare up, la sinusite, les douleurs post opératoires, les restaurations gênantes ou manquantes, les fausses urgences ainsi que d'autres diagnostics plus rares (hyperesthésie dentinaire, douleur aux articulations temporo-mandibulaire, lésion endo-parodontale, lésion dermatologique...).

Les prises en charge par pulpotomie partielle et pulpotomie complète ont été regroupées dans une catégorie « pulpotomie ». La catégorie désinfection rassemble les actes d'irrigation avec une solution antiseptique réalisés dans le cadre de péri coronarite, de septite. La catégorie repositionnement rassemble les repositionnements dentaire ou alvéolaire lors de traumatismes.

### 3. Résultats

La période d'étude s'étend du 2 mai 2022 au 31 décembre 2022. Sur cette période 3770 patients ont été enregistrés.

#### a. Fréquentation des urgences

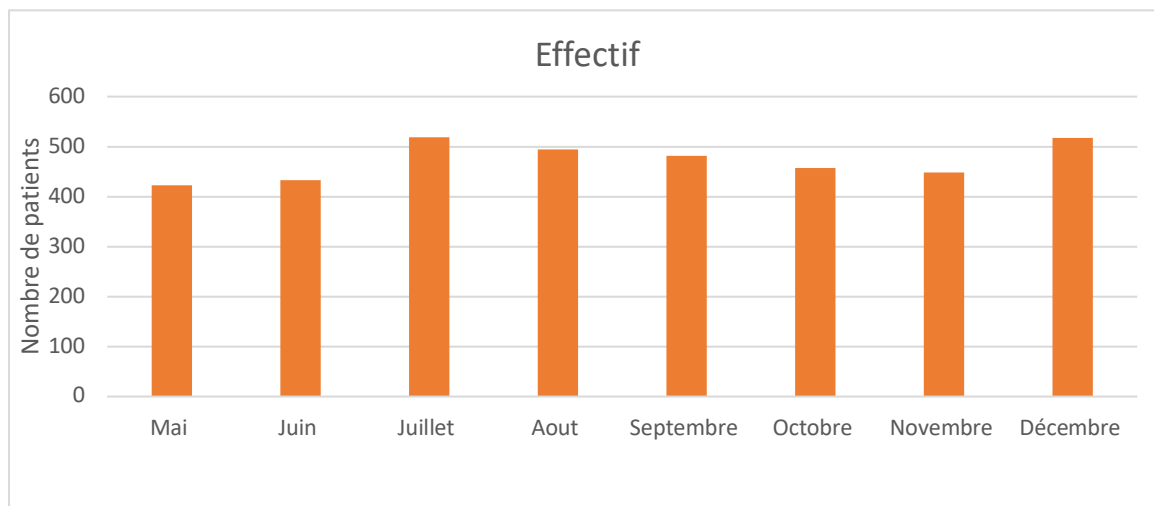


Figure 4: Fréquentation des urgences bucco-dentaires nocturnes de mai à décembre 2022

Durant les 8 mois d'analyse, la fréquentation est stable, elle se situe entre 420 et 520 patients par mois. La fréquentation moyenne est de 471,25 patients par mois.

L'effectif le plus élevé a été observé en juillet et le moins important au mois de mai (date de début de fonctionnement du service).

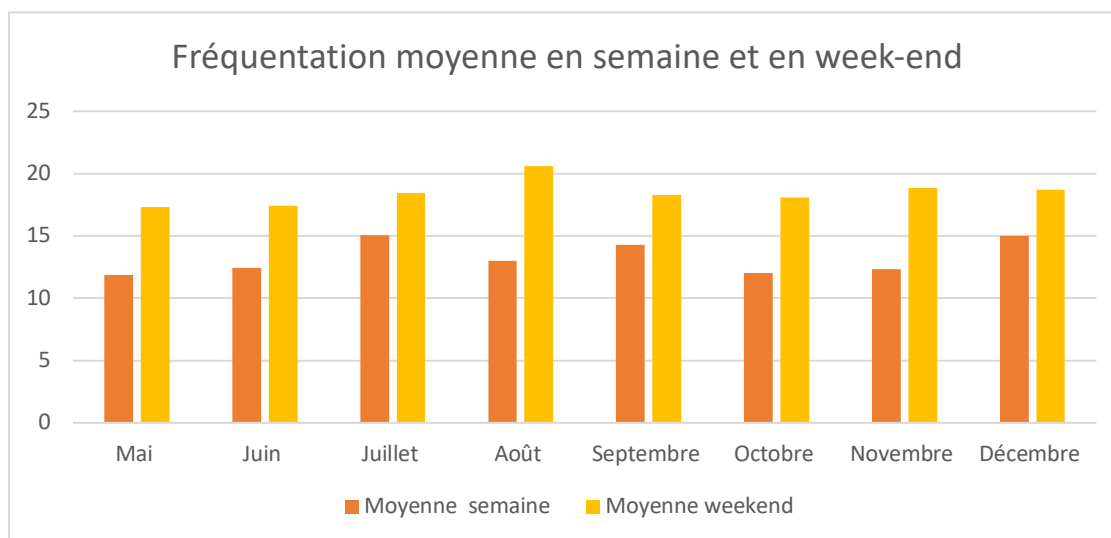


Figure 5: Fréquentation moyenne en semaine et en week-end de mai à décembre 2022

Il y a plus de consultations en week-end qu'en semaine. Les weekends du mois d'aout et les semaines du mois de juillet comptent le plus de passages.

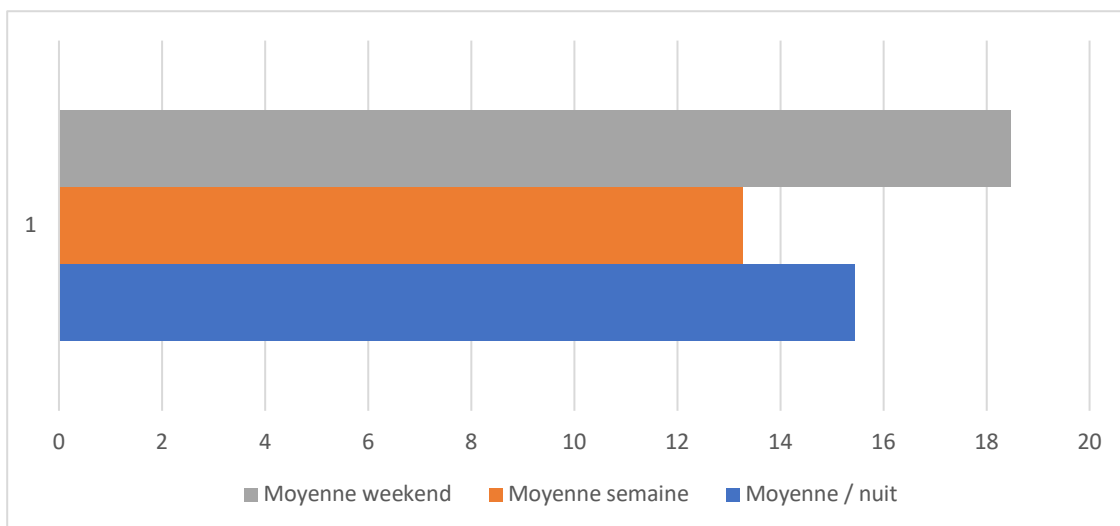


Figure 6: moyenne des patients reçus par nuit sur la période de mai à décembre 2022

Sur la période d'étude, en moyenne 15 patients sont consultés par nuit. Durant le weekend 18 patients sont vus par nuit et 13 en semaine.

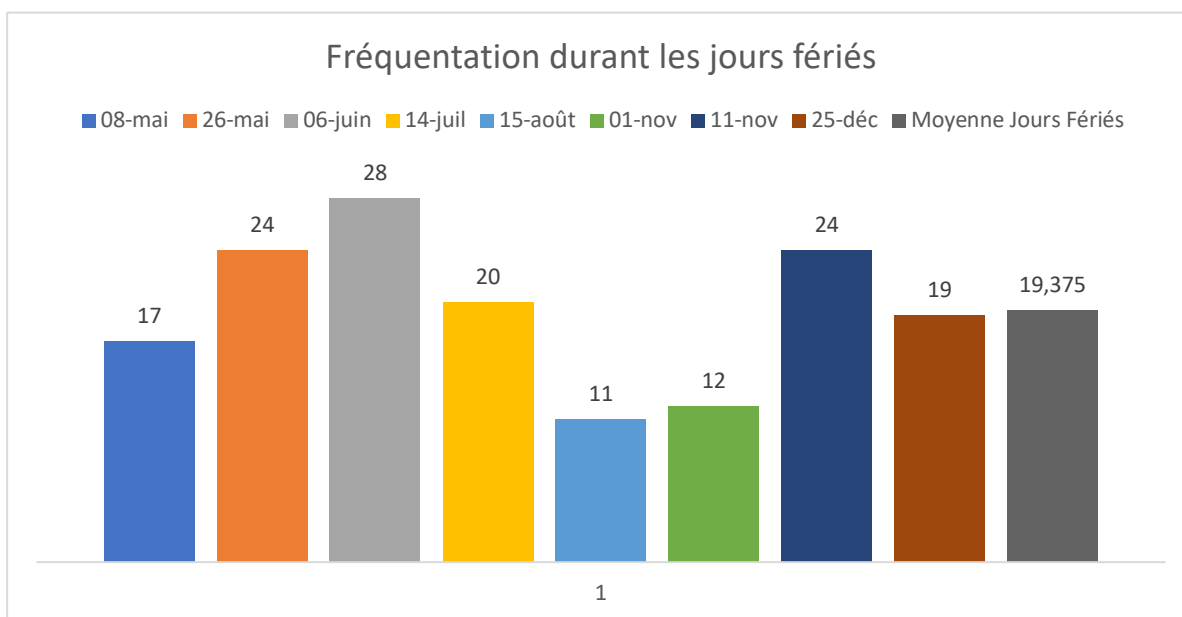


Figure 7: Fréquentation durant les jours fériés



La fréquentation moyenne durant les jours fériés est de 19 patients par nuit. L'effectif le plus élevé a été observé le lundi 6 juin (lundi de Pentecôte) et le plus faible le lundi 15 août 2022.

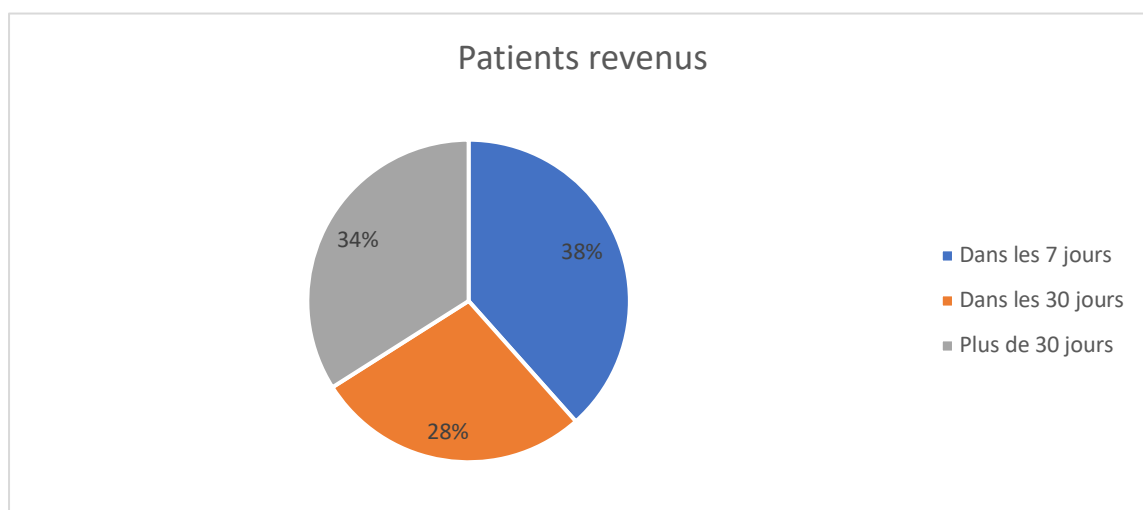


Figure 8: Patients revenus: laps de temps entre les consultations

Au total, 203 patients ont reconsulté les urgences bucco dentaires de nuit. Ces patients sont majoritairement revenu au cours des sept jours suivant la première consultation.

26 patients ont consulté plus de deux fois le service d'urgences bucco dentaires nocturnes.

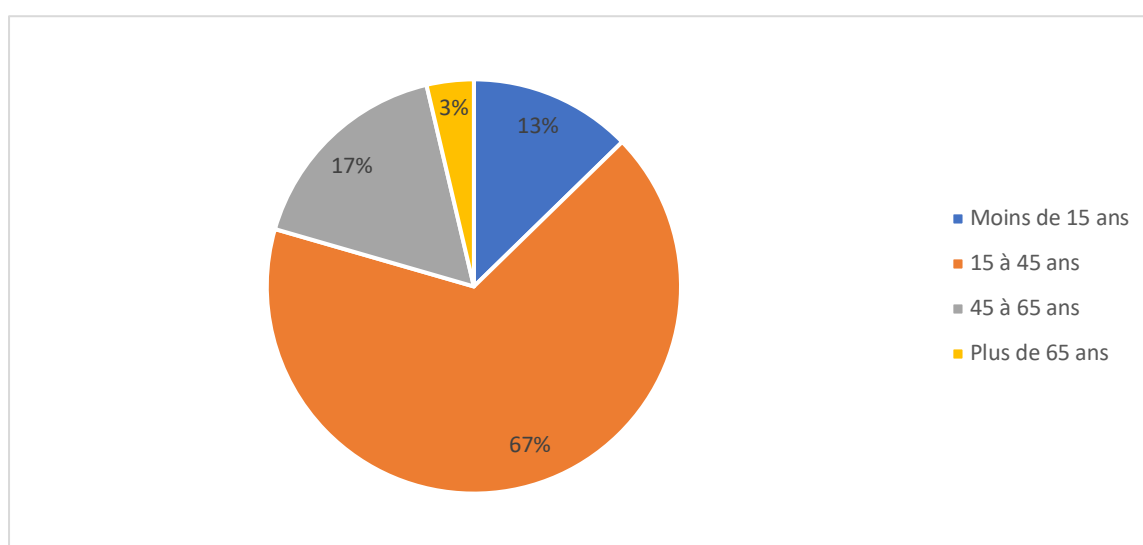


Figure 9: Population annuelle par tranche d'âge

La population consultant le plus est celle des 15-45ans. Cette répartition est similaire pour tous les mois de l'année.

La moyenne d'âge des patients est de 32 ans.

*b. Motif de consultation mois par mois*

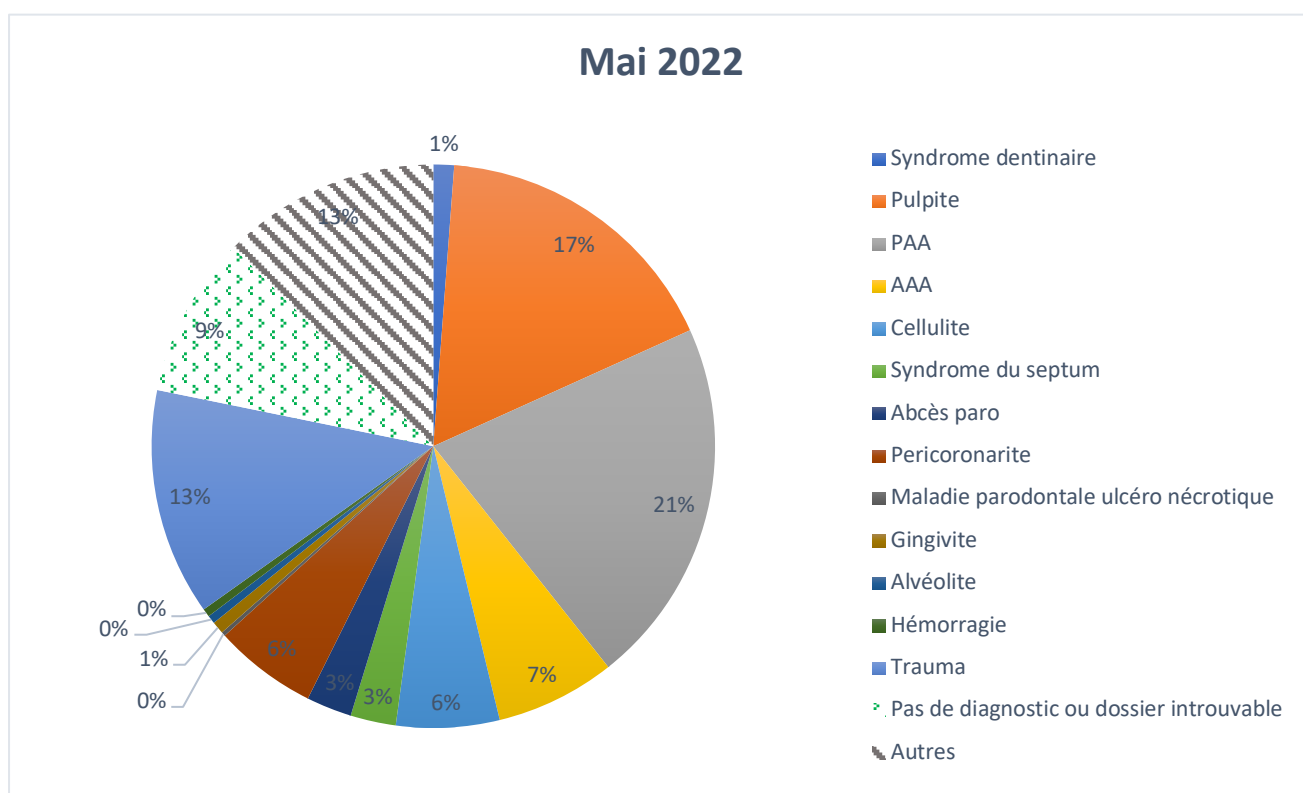


Figure 10 Répartition des diagnostics posés en Mai 2022

Les diagnostics les plus souvent posés sont ceux de la parodontite apicale aigue et de la pulpite. Ils sont suivis par les traumatismes, l'abcès apical aigue, la cellulite et la péricoronarite.

39 dossiers étaient soit incomplet soit non rempli.

Parmi les autres diagnostics on retrouve surtout :

- Les dents mobiles : 8 patients
- Les sinusites : 4 patients

- Les douleurs post opératoires : 3 patients
- Les urgences orthodontiques : 3 patients
- Les urgences prothétiques : 3 patients
- Les restaurations gênantes ou perdues : 3 patients

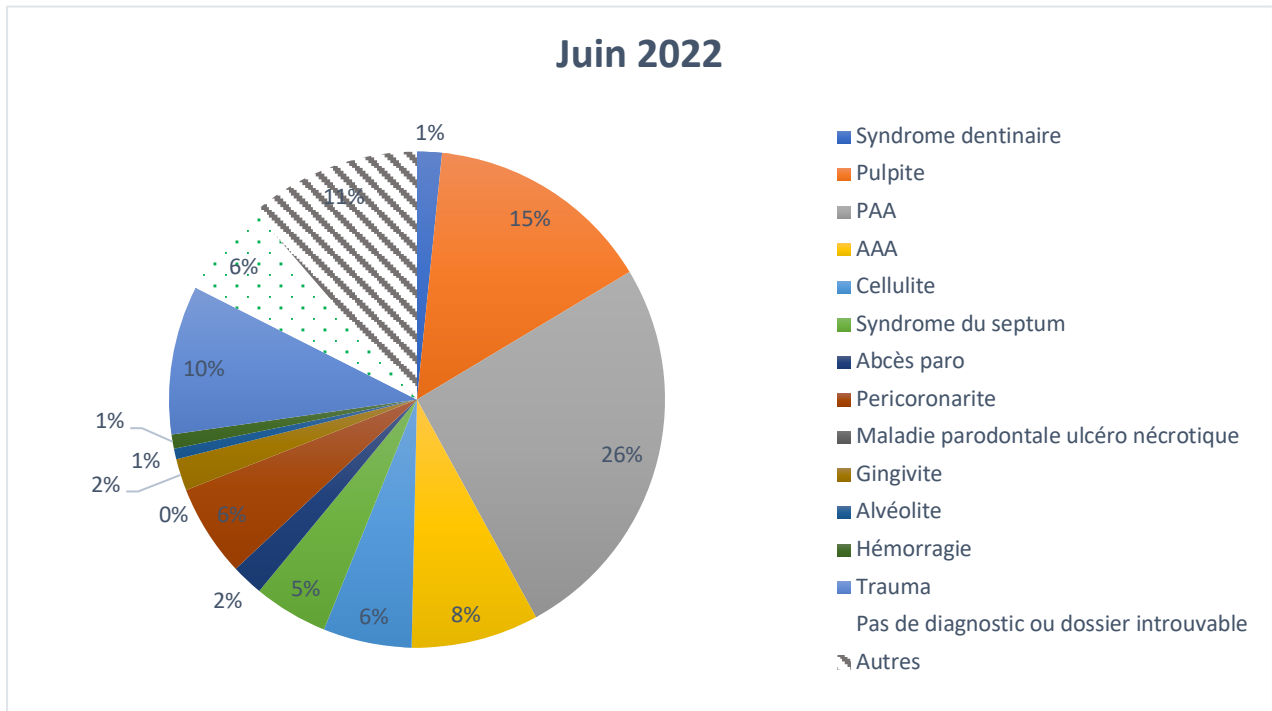


Figure 11: Répartition des diagnostics posés en juin 2022

Durant le mois de juin, les principaux diagnostics posés sont les mêmes que ceux du mois de mai. Les 3 principaux diagnostics représentent 50% de la totalité.

Les diagnostics principalement retrouvés dans la catégorie « autres » sont :

- Les douleurs post opératoires (5 patients)
- Les urgences orthodontiques (4 patients)
- Les urgences prothétiques (4 patients)
- Les dents mobiles (3 patients)

6% des dossiers étaient mal renseignés ou introuvables, soit 27 dossiers.

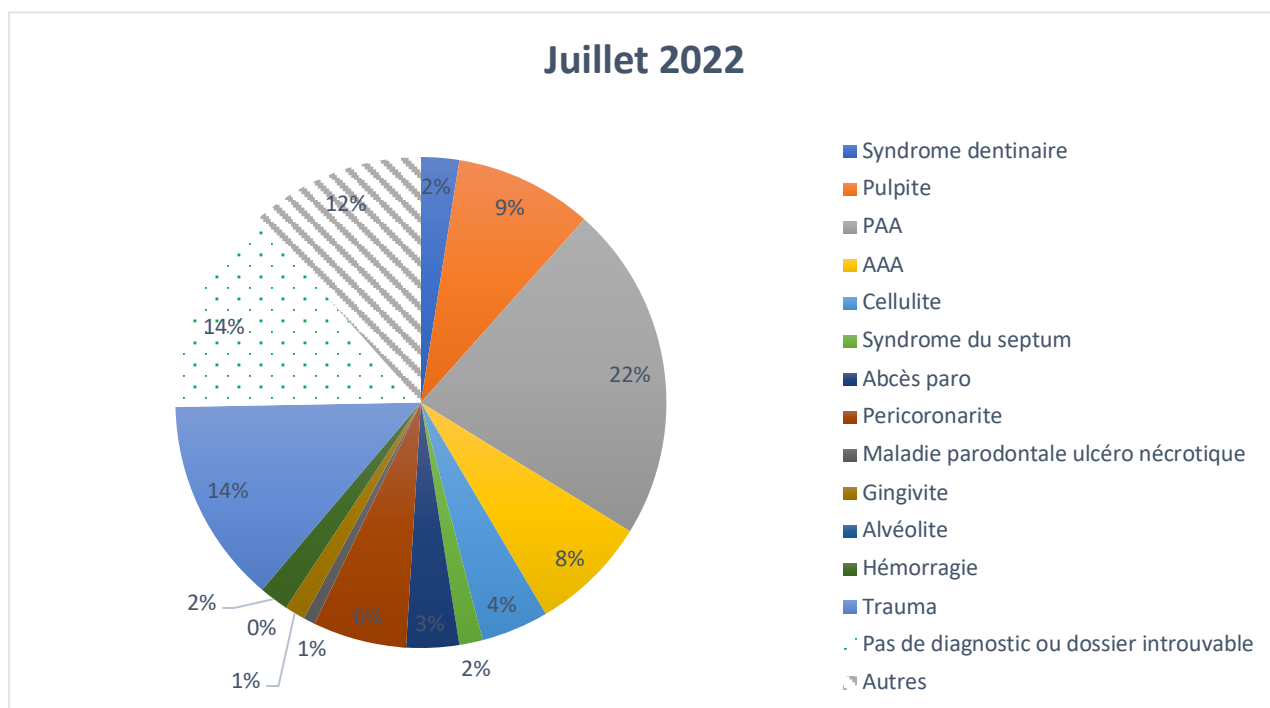


Figure 12 : Répartition des diagnostics posés en juillet 2022

Au cours du mois de juillet, le diagnostic le plus posé est la parodontite apicale aigue puis les traumatismes et les pulpites. On retrouve ensuite l'abcès apical aigue et la péricoronarite.

Dans la catégorie « autres » on retrouve majoritairement

- les dents mobiles : 11 patients
- les urgences prothétiques : 8 patients
- les urgences orthodontiques : 8 patients
- les douleurs post opératoires : 5 patients
- le flare up : 4 patients

14% des dossiers étaient mal renseigné ou introuvable, ils étaient au nombre de 71.

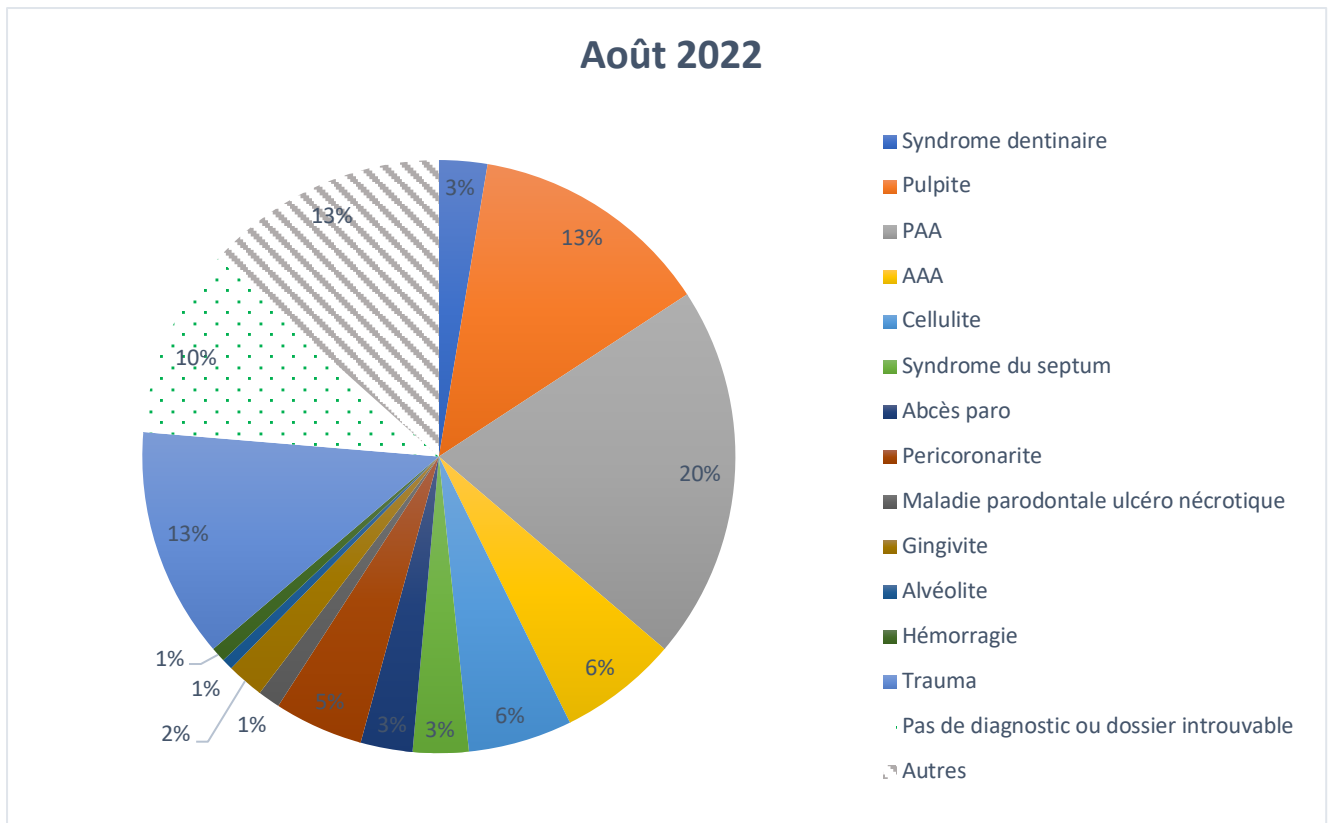


Figure 13: Répartition des diagnostics posés en août 2022

Les diagnostics les plus retrouvés en août sont la parodontite apicale aigue, les traumatismes, la pulpite, l'abcès apical aigue, la cellulite et la péricoronarite.

Parmi les autres diagnostics on retrouve surtout :

- les restaurations gênantes ou perdues : 8 patients
- les dents mobiles : 7 patients
- les urgences orthodontiques : 7 patients
- les urgences prothétiques : 6 patients
- les douleurs post extractionnelles : 6 patients
- le flare up : 3 patients

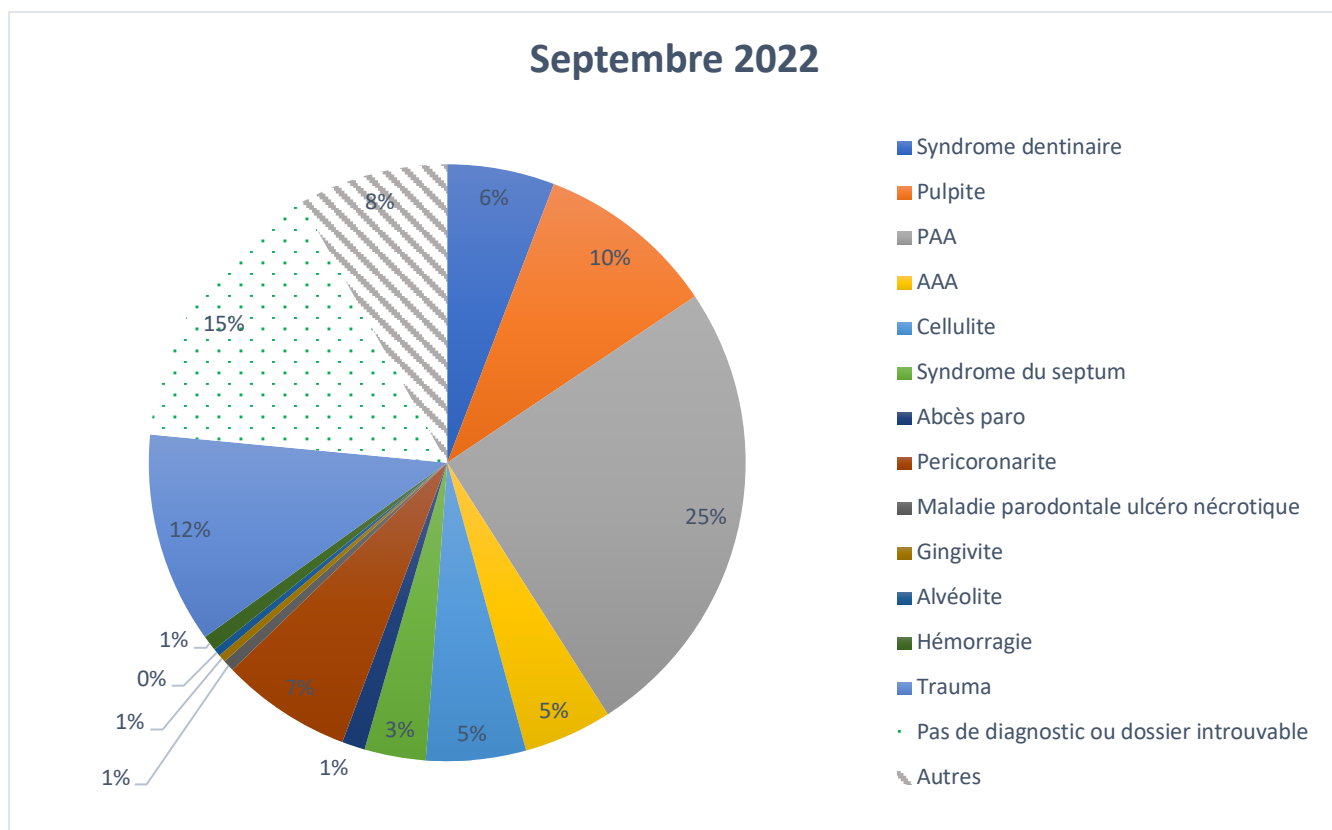


Figure 14: Répartition des diagnostics posés en septembre 2022

On retrouve principalement comme diagnostic établi la parodontite apicale aigue, les traumatismes, les pulpites suivis de la péri coronarite, le syndrome dentinaire, l'abcès apical aigue, et la cellulite.

Dans la catégorie « autres », les restaurations gênantes sont au nombre de 11, les dents mobiles au nombre de 4 et 3 patients ont consulté pour cause de flare up.

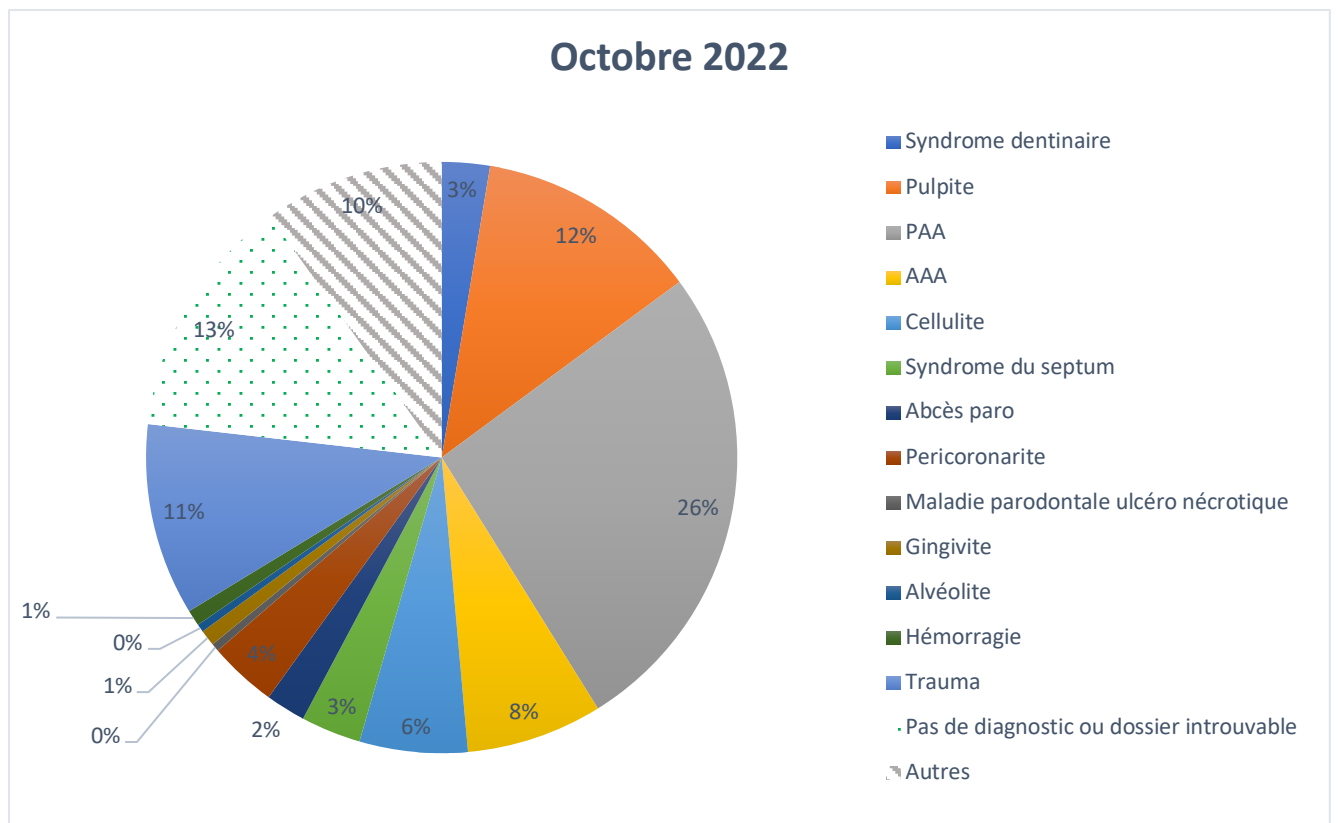


Figure 15: Répartition des diagnostics posés en octobre 2022

Les diagnostics les plus établis au cours du mois d'octobre sont ceux de la parodontite apicale aigue, des pulpites , des traumatismes ainsi que l'abcès apical aigue et la cellulite.

Dans la catégorie des autres diagnostics on retrouve principalement :

- Douleurs post opératoires : 7 patients
- Urgences orthodontiques : 4 patients
- Urgences prothétiques : 4 patients
- Dents mobiles : 3 patients
- Restauration gênante ou manquante : 3 patients

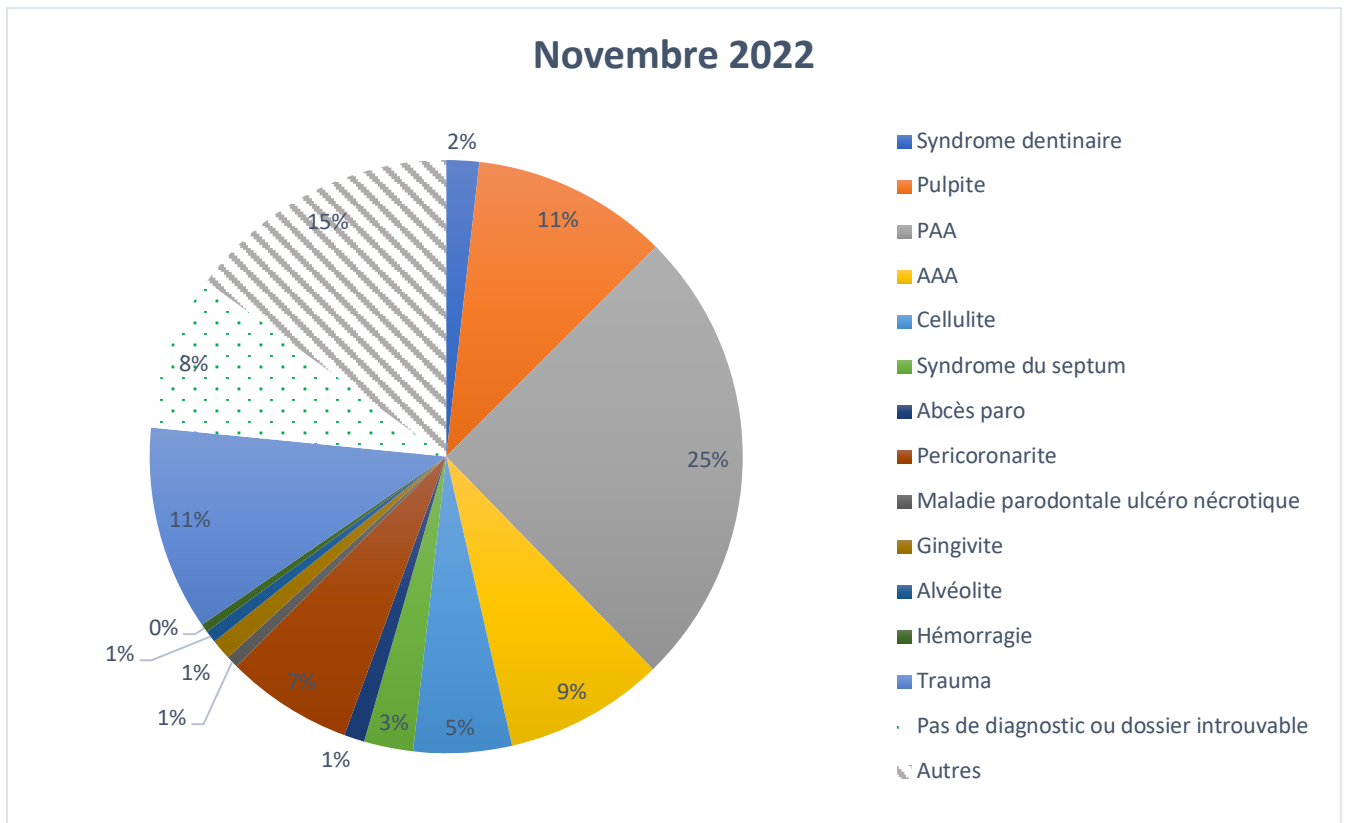


Figure 16: Répartition des diagnostics posés en novembre 2022

En Novembre, on retrouve principalement comme diagnostics : la parodontite apicale aigue, les pulpites, les traumatismes ; s'en suivent l'abcès apical aigue, la péri coronarite et la cellulite.

Parmi les autres diagnostics établis les principaux sont :

- Les dents mobiles : 10 patients
- Les urgences prothétiques : 6 patients
- Les restaurations gênantes ou absentes : 5 patients
- Les urgences orthodontiques : 4 patients



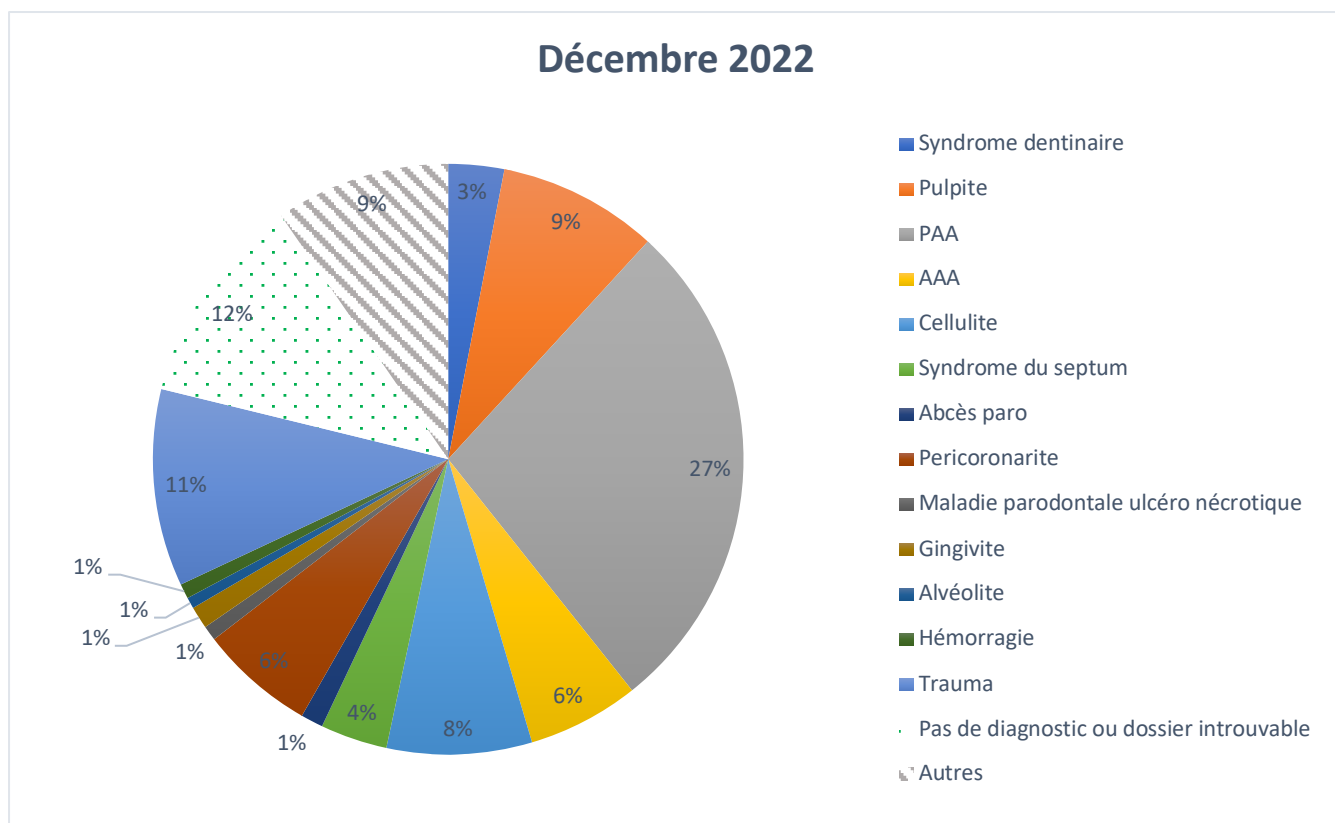


Figure 17: Répartition des diagnostics posés en décembre 2022

La parodontite apicale aigue représente la majorité des diagnostics posés, suivie des traumatismes et des pulpites. La cellulite, l'abcès apical aigue et la pericoronarite sont les autres diagnostics le plus retrouvés.

Dans la catégorie des autres urgences, les consultations pour « dents mobiles » sont au nombre de 18, les urgences prothétiques au nombre de 9. 6 patients ont consulté pour des douleurs post opératoires, 6 également pour des urgences orthodontiques et 5 pour des restaurations gênantes ou absentes.

c. *Prise en charge des urgences mois par mois*

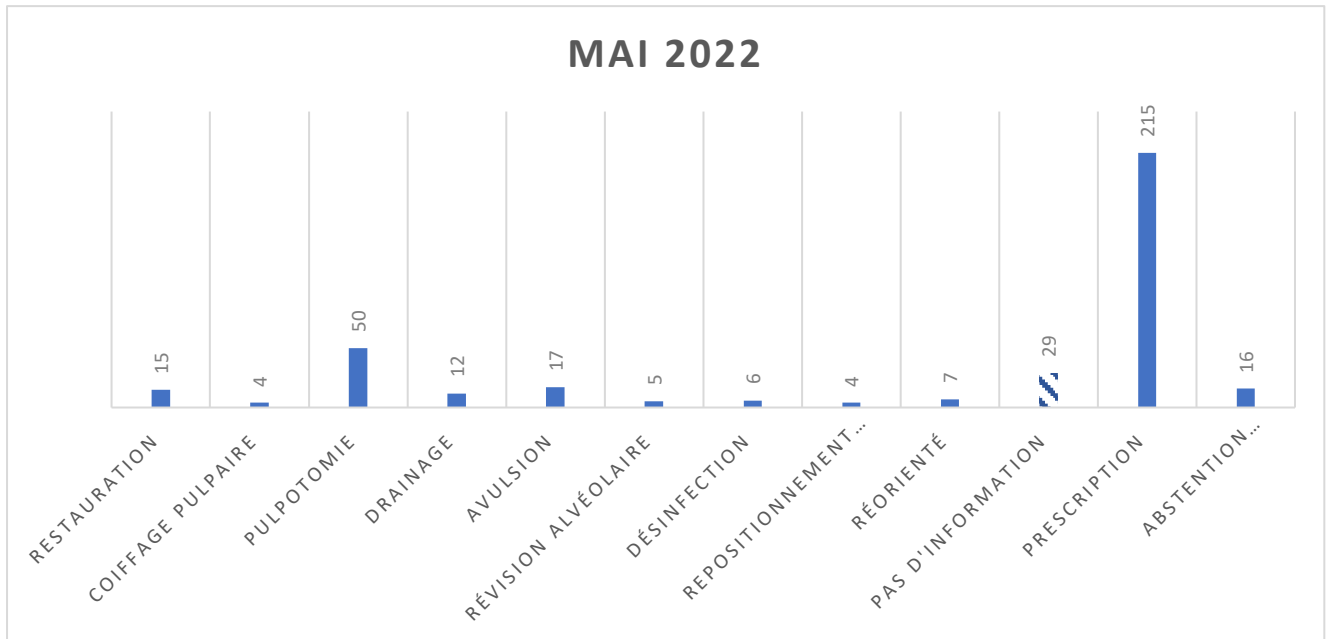


Figure 18: Répartition des actes réalisés en Mai 2022

Les prescriptions sont majoritaires (57%). Les actes techniques les plus réalisés sont la pulpotomie(13%), l'avulsion(4%) et les restaurations provisoires ou d'usage (4%) ainsi que le drainage d'abcès (4%).

Plusieurs autres prises en charge sont retrouvées dans les dossiers des patients mais elles représentent chacune moins de 1% des actes réalisés : La mise en sous occlusion, le polissage d'angles vifs, l'anesthésie de confort, la motivation à l'hygiène, la mise en place de contention.

D'autres actes sont retrouvés dans les dossiers comme des gingivectomies, des rescelllements, le retrait de fil d'orthodontie....mais ils sont plus rares.

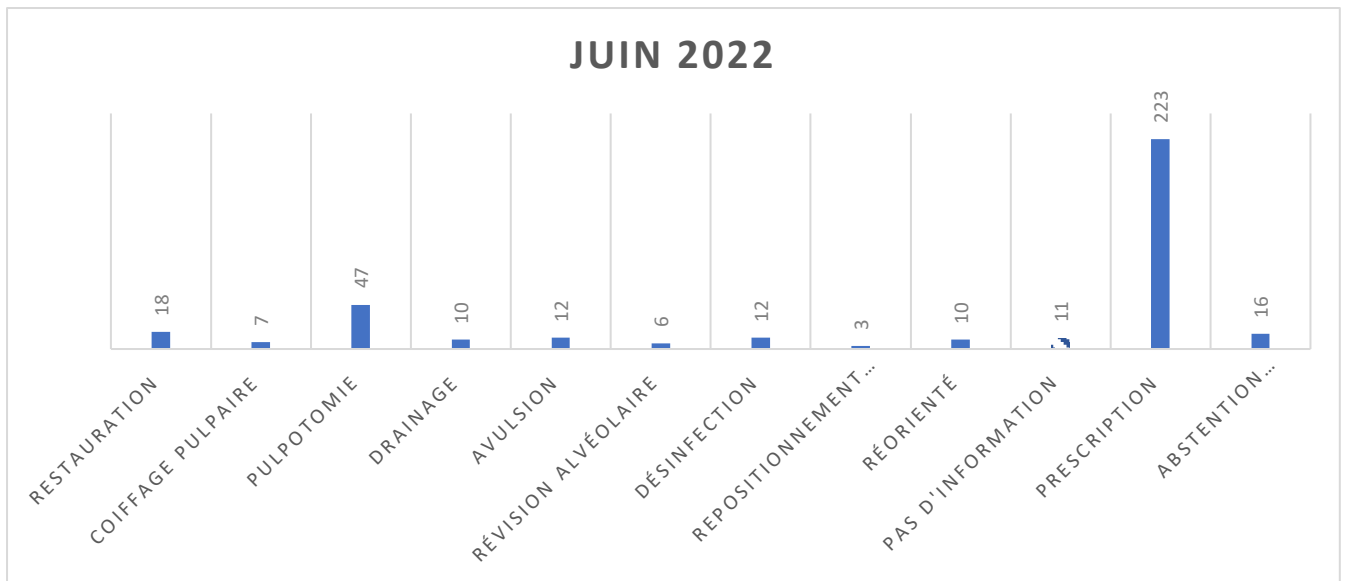


Figure 19: Répartition des actes réalisés en Juin 2022

La prise en charge majoritaire est la prescription (59%) suivi par : la pulpotomie (12%), les restaurations (5%), l'abstention thérapeutique (4%), l'avulsion (3%), la désinfection (3%), le drainage (3%) et la réorientation (3%).

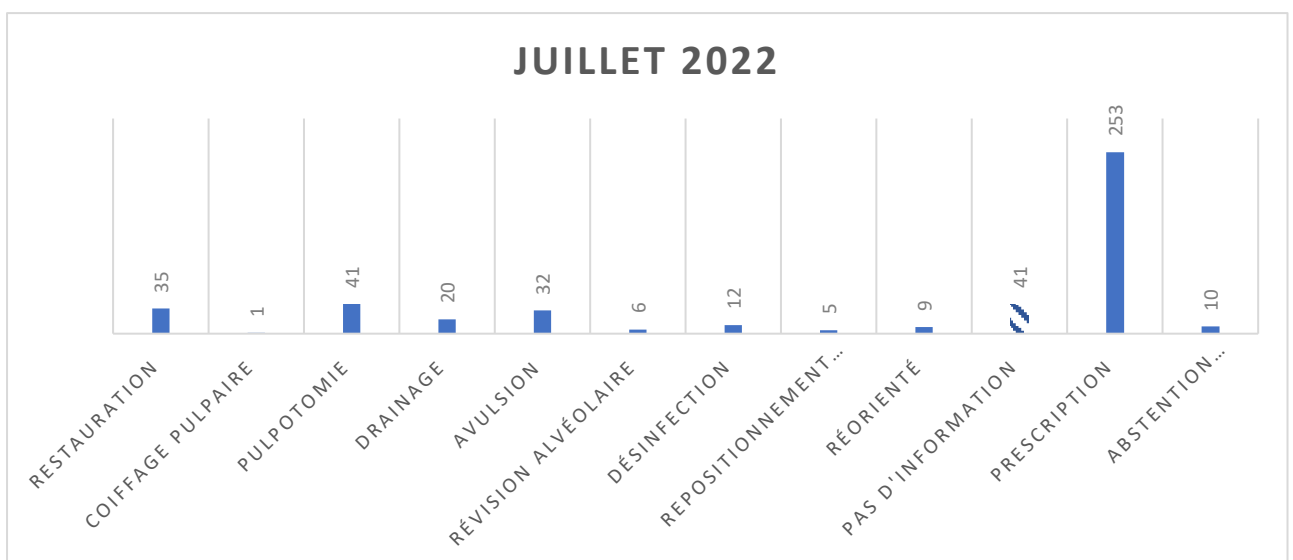


Figure 20: Répartition des actes réalisés en juillet 2022

Au cours du mois de juillet, 49% des consultations ont abouti à une prescription seule, 8% à une pulpotomie, 7% à une restauration, 6% à une avulsion et 4% au drainage d'un abcès.

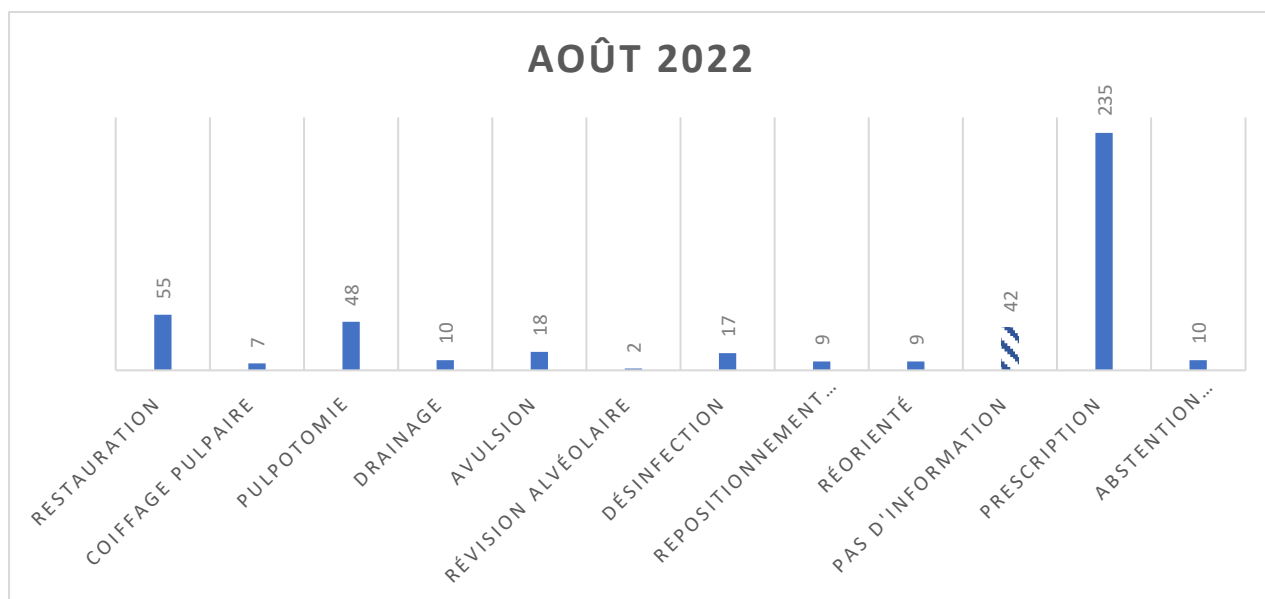


Figure 21: Répartition des actes réalisés en août 2022

Les prescriptions sont les plus représentées (48%), puis on retrouve les restaurations (11%) et les pulpotomies (10%), les avulsions (4%) et les désinfections (3%).

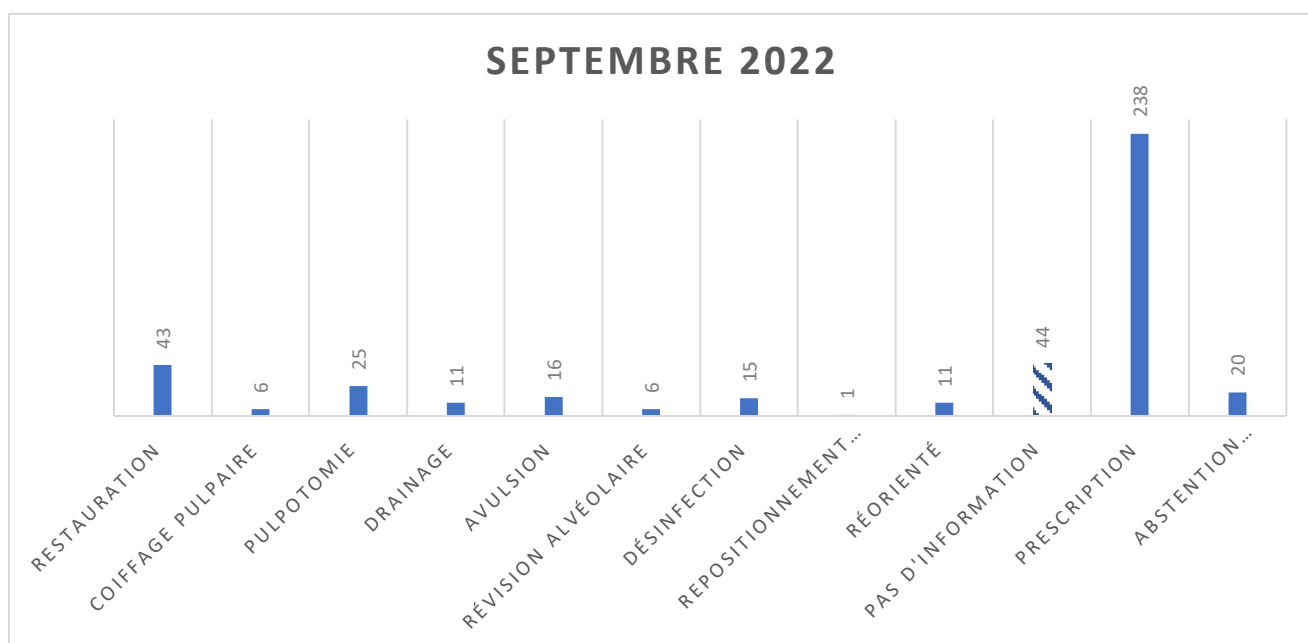


Figure 22: Répartition des actes réalisés en septembre 2022

Les prescriptions sont représentées à 50%, suivies des restaurations à 9%, de la pulpotomie à 5%, les avulsions représentent 4% des actes réalisés tout comme d'abstention thérapeutique. La désinfection quant à elle représente 3% des actes réalisés.

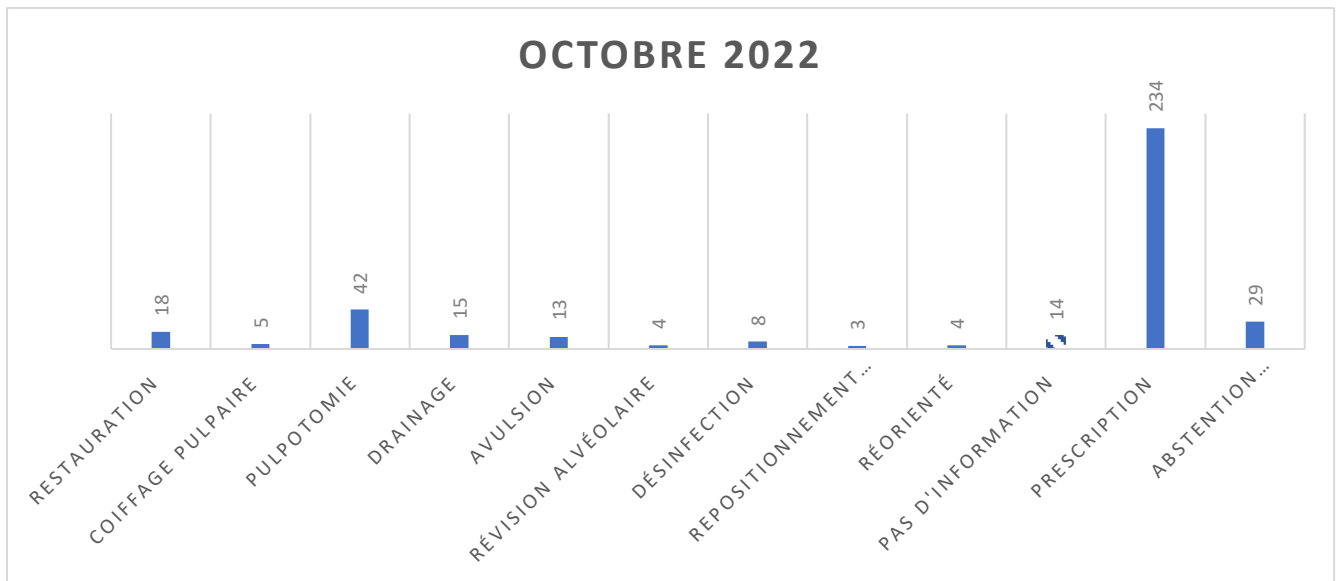


Figure 23: Répartition des actes réalisés en octobre 2022

On observe que les prescriptions sont majoritaires à 51%, on retrouve juste après les pulpotomies à 9% et l'abstention thérapeutique à 6%. Les restaurations représentent 4% des actes réalisés, les drainages d'abcès et les avulsions 3% chacun.

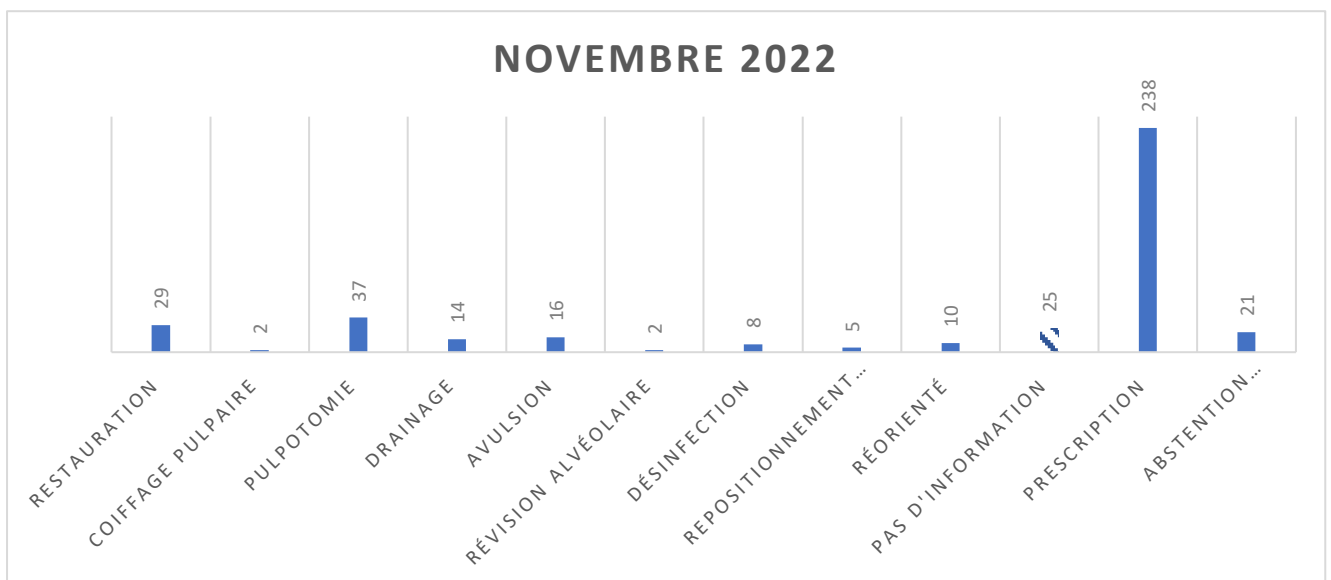


Figure 24: Répartition des actes réalisés en novembre 2022

En Novembre, 53% des consultations se sont achevées par la délivrance d'une prescription seule, 8% par une pulpotomie, 7% par une restauration. L'abstention thérapeutique a été privilégiée dans 5% des cas.

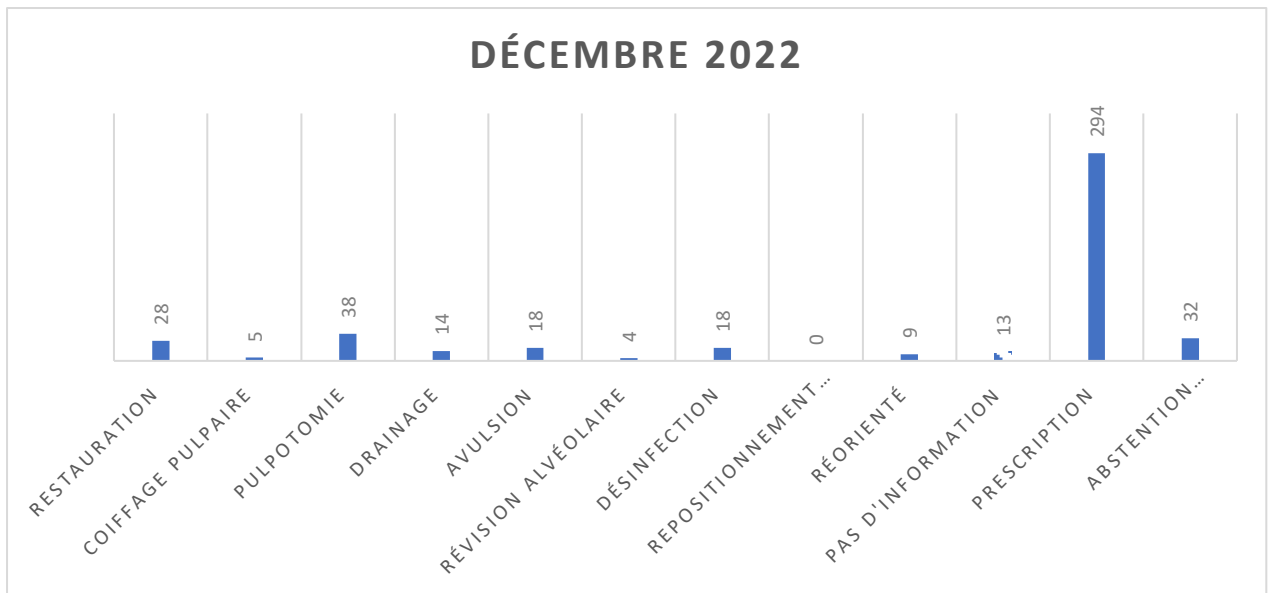


Figure 25: Répartition des actes réalisés en décembre 2022

Au cours du mois de décembre, les prescriptions représentent 57% des prises en charge, les pulpotomies 7%. L'abstention thérapeutique a été privilégiée dans 6% des cas. Les restaurations représentent 5% des prises en charge. Les avulsions, le drainage d'abcès et la désinfection sont représentés à 3% chacun.

#### d. Motif de consultations et prise en charge sur l'année

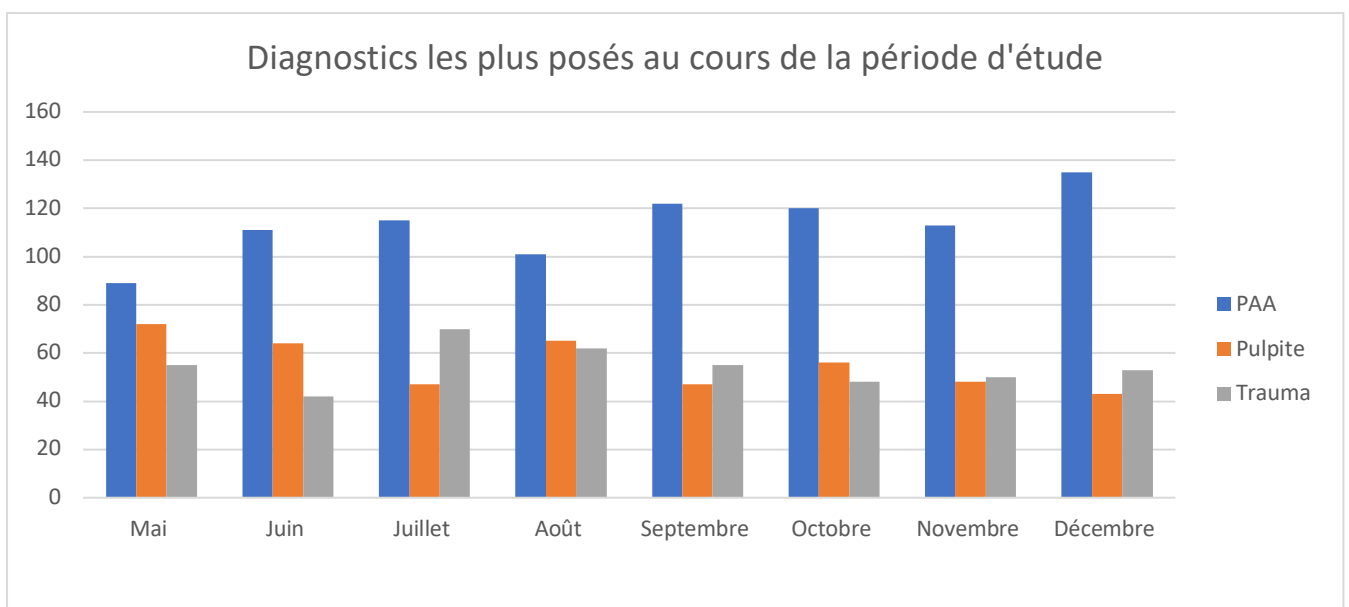


Figure 26: répartition des diagnostics les plus posés de mai à décembre 2022

Le diagnostic de la parodontite apicale aigüe est le plus posé. Par mois ce diagnostic est posé en moyenne 113,25 fois.

Concernant le diagnostic de pulpite, il a été posé en moyenne 55,25 fois par mois. 72 pulpites ont été diagnostiquées en mai et 43 en décembre.

Le mois comptabilisant le plus de traumatismes est le mois de juillet. Le mois de mai quant à lui en compte le moins.

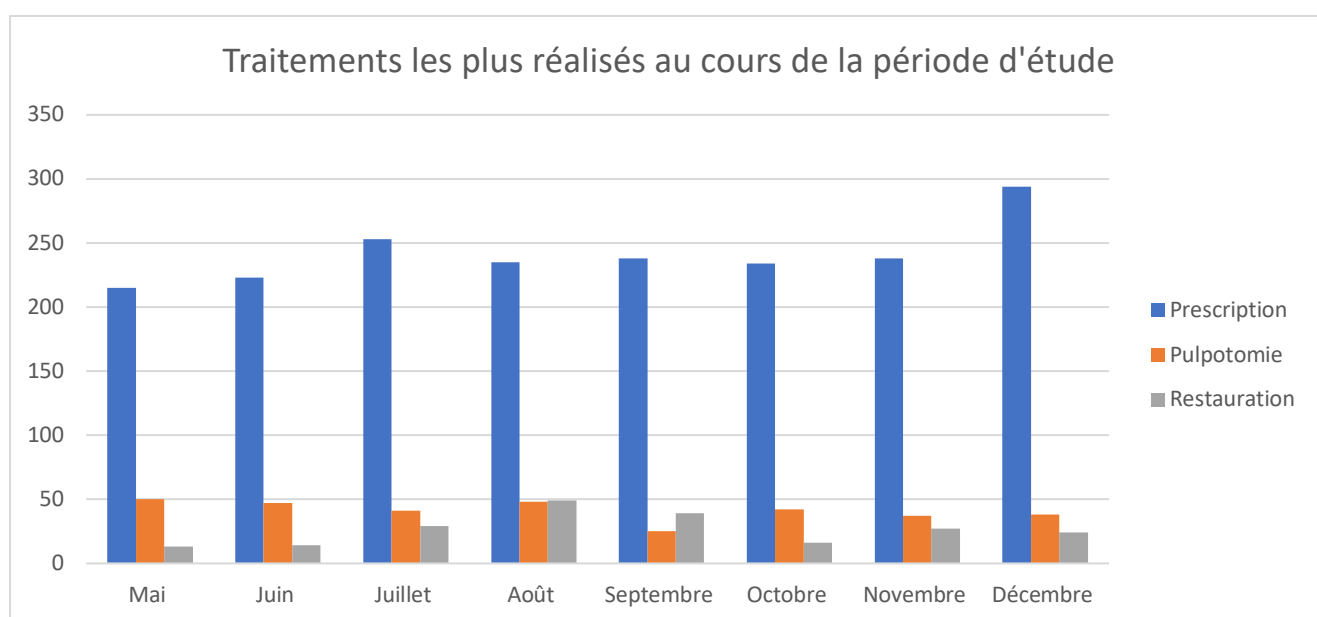


Figure 27: répartition des prises en charge par prescription, pulpotomie et restauration de mai à décembre 2022

En moyenne 242 patients sont pris en charge par prescription médicamenteuse chaque mois.

En moyenne 41 pulpotomies sont réalisées par mois, 50 pulpotomies ont été réalisées en mai contre 25 au mois de septembre.

Les actes de restauration provisoire ou d'usage sont en moyenne réalisés 26,375 fois par mois.

### III. Discussion

Les urgences bucco dentaires de nuit ont pour objectif de prendre en charge les urgences douloureuses, infectieuses, hémorragiques et traumatiques. Des consignes sur la prise en charge de ces urgences ont été données aux étudiants et le matériel disponible au sein du cabinet est limité à la prise en charge de ces urgences. Par exemple, les étudiants ne disposent pas d'ultrasons et les gingivites ou péri coronarites (13) sont donc difficiles à prendre en charge correctement ; on note également l'absence de limes endodontiques, ou encore de matériel nécessaire à la pose du champ opératoire.

Cette étude a été menée sur les 8 premiers mois de fonctionnement des urgences bucco-dentaires de nuit, on a donc enregistré le passage de 3770 patients. Cette période d'étude est limitée à une seule année et il serait intéressant par la suite de comparer les résultats obtenus sur plusieurs années.

Il est à noter que la période d'étude peut être divisée en deux concernant les praticiens effectuant les actes: durant les 4 premiers mois (du 2 mai au 31 août), les patients ont été pris en charge par la promotion de 2022, à partir du 1<sup>er</sup> septembre le relai a été pris par la promotion 2023 ; les consignes de prise en charge ont pu différer. Il serait intéressant d'étudier les pratiques sur une année universitaire complète de septembre à septembre.

Le mois avec la plus faible fréquentation est celui de mai, l'offre d'urgence de nuit ayant été proposée à partir du 2 mai on peut imaginer que le « bouche à oreille » ne faisait pas encore effet. La majorité des patients était adressée.

Les effectifs les plus élevés ont été observés durant les mois de juillet, décembre et août. De nombreux cabinets sont fermés au cours des vacances scolaires (grandes vacances, vacances de Noël) ce qui peut expliquer une fréquentation plus élevée durant les mois de juillet, août et décembre. Certaines pratiques « saisonnières » pourraient également expliquer un nombre plus important par exemple des traumatismes avec une augmentation de jeu en plein air.



La fermeture des cabinets et des services hospitaliers d'odontologie le weekend explique également le fait que l'on observe plus de passages le weekend qu'en semaine au sein des urgences de nuit, un rapport d'expertise de l'ARS Ile de France datant de 2012 confirme la hausse de fréquentation en week-end (32).

Même cas de figure concernant les jours fériés durant lesquels l'offre de soins est limitée.

L'hôpital Saint- André abrite un service de Permanence d' Accès aux Soins de Santé (PASS) : il s'agit d'une cellule de prise en charge médico-sociale visant à faciliter l'accès aux soins aux personnes démunies. Cet établissement hospitalier est donc le lieu de soins de « référence » pour les patients en situation précaire, l'échantillon étudié n'est donc pas forcément représentatif de la population générale. De plus, la situation centrale de l'hôpital Saint André permet à la population d'y accéder sans forcément avoir de véhicule personnel, cela modifie également l'échantillon de population si on compare aux précédentes urgences de nuit sur la métropole Bordelaise qui avait lieu à l'hôpital Robert Picqué, moins central et donc nécessitant parfois une voiture pour y accéder.

On remarque que la population ayant le plus recours au service d'urgences de nuit est celle des 15-45ans. Par ailleurs très peu de personnes de plus 65 ans (moins de 3%) fréquente le service d'urgences bucco-dentaires nocturnes, cela pourrait s'expliquer par un meilleur suivi bucco-dentaire de ces patients (population plus « sage » ?), ou un manque d'accès à l'information concernant l'ouverture de ce nouveau service. Les moins de 15 ans représentent une part non négligeables des consultations (environ 13%), pouvant traduire une anxiété des parents, un plus grand nombre de traumatismes dans une population « active » ou tout simplement un manque de praticiens ou de suivis en odontologie pédiatrique.

Les diagnostics les plus souvent posés durant les 8 mois d'étude sont ceux de la parodontite apicale aigüe et de la pulpite, ces pathologies inflammatoires représentent à elles seules 38% des diagnostics retrouvés. La prédominance des pathologies inflammatoires est en accord avec les résultats observés au sein de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière (32). D'autres études confirment la dominance de ces deux diagnostics lors des consultations d'urgences (33)34). Les pulpites irréversibles ont été généralement prise en charge par la réalisation d'une pulpotomie. Les parodontites apicales aigües

quant à elles, étaient traitées par prescriptions médicamenteuses en désaccord avec les recommandations actuelles (6).

Les traumatismes représentent le troisième motif de consultation (12%) : on remarque un chiffre plus élevé de traumatismes durant la période estivale : l'été étant la période propice aux activités extérieures. En effet beaucoup de traumatismes ont lieu en extérieur (35). Les CMI sont réalisées quasi systématiquement, en accord avec les recommandations.

Les pathologies infectieuses telles que l'abcès apical aigu ou encore la cellulite représentent plus de 10% des motifs de consultation.

Les urgences bucco dentaires de nuit ont pour objectif de traiter les urgences douloureuses, infectieuses, hémorragiques et traumatiques ; pourtant on remarque chaque mois qu'un grand nombre de patients consultent pour un problème autre que ceux précédemment cités. Cela met donc en évidence la problématique du tri des patients. Pour le binôme d'étudiants ayant en charge les admissions et les prises en charge, il est compliqué pour eux de réaliser un tri préalable des patients.

Au cours des premiers mois d'activité du service, un problème informatique récurrent est apparu, entraînant une disparition de certains dossiers médicaux ; ces dossiers n'ont donc pas pu être analysés ainsi que les dossiers pas ou mal remplis. En effet, certains étudiants, par manque de temps, oublient de remplir le dossier patient et d'autres le remplissent de façon sommaire ce qui ne permettait pas d'objectiver le diagnostic posé ni l'acte réalisé. En terme de chiffres, il s'agit de 418 dossiers ce qui représente 11% des patients ayant consulté. Ce manque d'informations peut entraîner des difficultés quant au suivi des patients mais également des problèmes administratifs ou médico-légaux ; le dossier patient étant une obligation médico-légale selon l'article R 1112-2 modifié du Code de Santé publique (36). L'examen clinique, la perception des symptômes décrits par les patients, diffèrent selon l'étudiant. La rigueur et la façon de remplir les dossiers sont également propres à chacun, certains étudiants peuvent omettre des informations et l'analyse des dossiers n'est pas forcément homogène selon qui était de garde. Il n'existe actuellement pas de cadre définissant le remplissage des dossiers à l'hôpital Saint André. De plus, lors des gardes de nuit, les étudiants proviennent des 3 sites hospitaliers de

Bordeaux, certains ne sont donc pas familiers avec le fonctionnement de Saint André et peuvent avoir d'autres habitudes.

Les patients sont principalement pris en charge par prescription médicamenteuse ; pourtant, les pathologies principalement retrouvées nécessitent la réalisation d'un acte selon les recommandations. Différents éléments peuvent expliquer cela : en premier lieu le facteur humain. Ce sont des étudiants qui sont responsables de gérer le cabinet d'urgences de nuit, ils ont donc peu d'expérience. La motivation du binôme d'étudiants est également à considérer : il semble logique de se dire que la fatigue augmente au cours de la vacation. De ce fait, réaliser un acte à 19 heures semble être plus évident qu'à 04 heures. On peut aussi imaginer que la prise en charge dépend de l'étudiant s'occupant du patient, un interne en orthopédie dento faciale ne pratiquant plus d'acte d'omnipratique ou encore un interne en chirurgie orale sortant de la filière médecine sera moins enclin à réaliser une pulpotomie par exemple.

En fonction du service de médecine bucco dentaire où évolue l'étudiant lors de ses vacances, il peut avoir une meilleure approche de la gestion des urgences ; certains services ont une plus forte activité que d'autres en urgences diurnes. La tendance à la prescription s'explique également par le matériel mis à disposition des étudiants. Du fait de l'absence de limes endodontiques et de matériel nécessaire à la pose du champ opératoire , la réalisation de parage canalaire est impossible, pourtant elle constitue le traitement d'urgence de la parodontite apicale aiguë d'après les recommandations (6). Une thèse réalisée sur les urgences bucco dentaires diurnes du CHU de Brest confirme cette tendance (37).

Un tiers des patients qui ont reconsulté le service d'urgence bucco dentaire de nuit , le font dans la semaine suivant leur première consultation. La majorité d'entre eux à cause de la persistance des symptômes. Cette persistance de symptômes peut s'expliquer par l'absence de réalisation de l'acte technique, par une mauvaise observance du patient, mais aussi par un manque d'explications du praticien. Quelques patients consultent ou reconsultent quelques jours après une prescription d'antibiotiques par manque d'informations. Une antibiothérapie n'entraîne pas une disparition instantanée de la symptomatologie ; un délai de 48 à 72 heures est nécessaire. Certains patients qui ne sont

pas informés se présentent à peine quelques heures ou quelques jours après la prescription.

La majorité des diagnostics posés sont des pathologies inflammatoires ou infectieuses, il est légitime de se questionner sur le suivi bucco dentaire de ces patients. Il y a une part non négligeable de patients précaires, de patients étrangers ne parlant pas français. Ces populations ont un accès très limité aux informations et à la prévention en terme de santé bucco-dentaire. Un suivi par un chirurgien-dentiste traitant pourrait peut être permettre de prévenir ces pathologies et donc de diminuer les consultations au sein des services d'urgences bucco dentaires diurnes et nocturnes.

Une piste d'amélioration pourra être également recherchée concernant la prise en charge de ces pathologies, car un bon nombre de prescriptions pourrait être évité. En effet d'après une étude, 10% des antibiotiques prescrits en libéral le sont par des chirurgiens-dentistes et 80% ne sont pas utiles (38). En France, malgré une campagne visant à réduire les prescriptions d'antibiotiques, on remarque encore des chiffres importants (39). La sensibilisation des étudiants au problème de la résistance aux antibiotiques qui est un problème de santé publique majeur, semble nécessaire afin de diminuer ces prescriptions et de prendre mieux en charge les patients.

De nombreux patients consultent pour de « fausses urgences » ce qui peut créer un engorgement du service les jours de forte affluence. Une réflexion autour du tri des patients serait aussi à envisager.

Une amélioration de la permanence de soins en journée, que ce soit par les chirurgiens dentistes libéraux mais également par les services de médecine bucco-dentaire publics ou privés, pourrait probablement soulager les urgences de nuit.

# Conclusion

Durant les 8 premiers mois d'activité des urgences bucco-dentaires nocturnes, 3770 passages ont été enregistrés. Le pic de l'activité de ce service a été constaté au cours du mois de juillet 2022. Les weekends et jours fériés observent une fréquentation nettement plus élevée. Il est donc évident que ce service permet d'améliorer l'offre de soins pour les patients de Gironde.

Les urgences traumatiques sont le troisième type d'urgence que l'on retrouve le plus. L'existence de ces urgences de nuit est un véritable atout pour la gestion des traumatismes quand on sait qu'un délai de prise en charge allongé constitue une perte de chance pour la ou les dents traumatisées.

En revanche, les consultations en urgence pour cause de pulpites et parodontites apicales aiguës semblent être évitables pour la plupart, avec la mise en place d'un suivi régulier des patients ou une gestion des urgences diurnes.

Notre étude se limite ici aux urgences bucco-dentaires nocturnes à l'hôpital Saint André à Bordeaux. Peu de littérature a été retrouvée sur le sujet et de plus amples études sont nécessaires pour conclure à une vraie nécessité d'urgences bucco-dentaires nocturnes, ce service n'étant actuellement proposé en France qu'à Paris et à Bordeaux et n'existant peu ou pas dans d'autres pays.

Les douleurs dentaires peuvent s'avérer parfois insupportables pour les patients, souvent démunis pour y faire face. Leur gestion est nécessaire et indispensable et le service d'urgences bucco-dentaires nocturnes semble être un outil clé pour y répondre en dehors des heures d'ouverture des cabinets. La mise en place d'un système de tri semble tout de même nécessaire, afin de réguler le nombre d'urgences non prioritaires, voire non urgentes qui viennent engorger le service.

# Table des figures

Figure 1: organisation des urgences bucco dentaires en Gironde .....	12
Figure 2: Déroulement de la consultation .....	13
Figure 3: prise en charge d'une fracture amélo-dentinaire avec exposition pulpaire .....	27
Figure 4: Fréquentation des urgences bucco-dentaires nocturnes de mai à décembre 2022 .....	38
Figure 5: Fréquentation moyenne en semaine et en week-end de mai à décembre 2022 .....	38
Figure 6: moyenne des patients reçus par nuit sur la période de mai à décembre 2022	39
Figure 7: Fréquentation durant les jours fériés .....	39
Figure 8: Patients revenus: lapse de temps entre les consultations .....	40
Figure 9 Répartition des diagnostics posés en Mai 2022.....	41
Figure 10: Répartition des diagnostics posés en juin 2022 .....	42
Figure 11 : Répartition des diagnostics posés en juillet 2022 .....	43
Figure 12: Répartition des diagnostics posés en août 2022 .....	44
Figure 13: Répartition des diagnostics posés en septembre 2022 .....	45
Figure 14: Répartition des diagnostics posés en octobre 2022 .....	46
Figure 15: Répartition des diagnostics posés en novembre 2022 .....	47
Figure 16: Répartition des diagnostics posés en décembre 2022.....	48
Figure 17: Répartition des actes réalisés en Mai 2022 .....	49
Figure 18: Répartition des actes réalisés en Juin 2022.....	50
Figure 19: Répartition des actes réalisés en juillet 2022 .....	50
Figure 20: Répartition des actes réalisés en août 2022.....	51
Figure 21: Répartition des actes réalisés en septembre 2022.....	51
Figure 22: Répartition des actes réalisés en octobre 2022 .....	52

Figure 23: Répartition des actes réalisés en novembre 2022.....	52
Figure 24: Répartition des actes réalisés en décembre 2022 .....	53
Figure 24: répartition des diagnostics les plus posés de mai à décembre 2022 .....	53
Figure 25: répartition des prises en charge par prescription, pulpotomie et restauration de mai à décembre 2022 .....	54

# Références bibliographiques

1. ARS Nouvelle-Aquitaine. Note relative à l'expérimentation de la régulation des urgences dentaires.
2. ZUNZARREN Rodolphe. Guide clinique d'odontologie. 3rd ed. Paris ; 2019.
3. American Association of Endodontist. Glossary of Endodontic Terms. Chicago ; 2020.
4. American Association of Endodontist, diagnostic pulpite réversible/irréversible ; 2013.
5. European Society of Endodontology. Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. Int Endod J. déc 2006;39(12):921-30.
6. DEVILLARD R, ROMIEU O. Référentiel Internat Dentisterie restauratrice Endodontie. 1st ed. Paris ; 2021.
7. American Association of endodontic. endodontic diagnosis. Chicago; 2013.
8. Oei A, Hülsmann M. The acute apical abscess: Aetiology, microbiology, treatment and prognosis. ENDO. 2018
9. Siqueira JF, Rôças IN. Microbiology and Treatment of Acute Apical Abscesses. Clin Microbiol Rev. avr 2013;26(2):255-73.
10. FRICAIN Jean christophe BSFJ, CHAUX-BODARD Anne Gaele CS, DEVOIZE Laurent LP, RADOI Lorédana. Référentiel Internat Chirurgie Orale. 3rd ed. Paris ; 2023.
11. Afssaps. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. 2011.
12. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. J Periodontol. juin 2018;89:46-73.
13. Douglass AB, Douglass JM. Common Dental Emergencies. Am Fam Physician 2003;67(3): 511-6
14. Justin Moloney, Leo F.A. Stassen. Pericoronitis: treatment and a clinical dilemma. Journal of the Irish Dental Association. 2009; 55 (4): 190-192
15. Schmidt J, Kunderova M, Pilbauerova N, Kapitan M. A Review of Evidence-Based



Recommendations for Pericoronitis Management and a Systematic Review of Antibiotic Prescribing for Pericoronitis among Dentists: Inappropriate Pericoronitis Treatment Is a Critical Factor of Antibiotic Overuse in Dentistry. *IJERPH*. 24 juin 2021;18(13):6796.

16. Herrera D, Roldán S, González I, Sanz M. The periodontal abscess (I). Clinical and microbiological findings. *Journal of Clinical Periodontology*. juin 2000;27(6):387-94.

17. Boyer A, Monnet-Corti V. La prise en charge en urgence. *ID*. 2018 ; 7/8.

18. Schom V, Chacun D, Bayet K, Dridi S. Les maladies parodontales ulcéronecrotiques. *Réalités Cliniques*. 2016 ; 27(2): 91-101.

19. Ghosh A, Aggarwal VR, Moore R. Aetiology, Prevention and Management of Alveolar Osteitis—A Scoping Review. *J of Oral Rehabilitation*. janv 2022;49(1):103-13.

20. Souaga K, Attobgain Kouame P, Aka-Adouko J, Jonas Adou A, Adou A, Angoh Y. Traitement des alvéolites post-extractionnelles. Données actuelles et expérience du centre de consultations et de traitements odonto-stomatologiques (CCTOS) d'Abidjan. *Med Buccale Chir Buccale*. 2009;15(3):147-51.

21. Medhi Hadj-Saïd RC, Ivan Romanet. Les complications des chirurgies du quotidien. *RC*. 2020 ; 31(4): 331-339.

22. Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dent Traumatol*. avr 2018;34(2):71-86.

23. Andersson L. Epidemiology of Traumatic Dental Injuries. *Journal of Endodontics*. mars 2013;39(3):S2-5.

24. Day PF, Flores MT, O'Connell AC, Abbott PV, Tsilingaridis G, Fouad AF, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol*. août 2020;36(4):343-59.

25. Moule A, Cohenca N. Emergency assessment and treatment planning for traumatic dental injuries. *Aust Dent J*. mars 2016;61:21-38.

26. European Society of Endodontology (ESE) developed by: Krastl G, Weiger R, Filippi A, Van Waes H, Ebeleseder K, et al. European Society of Endodontology position statement: endodontic management of traumatized permanent teeth. *Int Endod J*. sept 2021;54(9):1473-81.

27. Bourguignon C, Cohenca N, Lauridsen E, Flores MT, O'Connell AC, Day PF, et al.

International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *Dent Traumatol.* août 2020;36(4):314-30.

28. Fouad AF, Abbott PV, Tsilingaridis G, Cohenca N, Lauridsen E, Bourguignon C, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol.* août 2020;36(4):331-42.

29. BARTALA Michel. Les urgences dentaires. *L'information Dentaire.* 2014

30. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Repères fondamentaux concernant l'établissement d'un certificat médical initial. 2019.

31. Journal officiel de la république française. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

32. Azerad Jean. Permanence des Soins: Rapport d'expertise ARS IDF. 2012

33. Torres CRG, Gomes APM, Balducci I, Tiradentes N, dos Santos ISS, de Vasconcelos RA, et al. Patient Attendance for Emergency Care in a Brazilian Dental School. *World Journal of Dentistry.* mars 2012;3(1):11-7.

34. Windström E, Pietila I, Nilsson B. Diagnosis and treatment of dental emergencies in two cities. *Community Dental Health.* 1990;

35. Bastone EB, Freer TJ, McNamara JR. Epidemiology of dental trauma: A review of the literature. *Australian Dental Journal.* mars 2000;45(1):2-9.

36. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient: réglementation et recommandations. 2003.

37. Marc GUEN. Les urgences au service d'odontologie du CHRU de Brest: prise en charge et analyse statistique (Thèse d'exercice: Odontologie). Université de Brest. 2012.

38. Thompson W, Williams D, Pulcini C, Sanderson S, Calfon P, Verma M. Tackling Antibiotic Resistance: Why Dentistry Matters. *International Dental Journal.* déc 2021;71(6):450-3.

39. Santé publique France. Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2011-2021. Novembre 2022.

## Collège des Sciences de la Santé

### UFR des Sciences Odontologiques

# Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

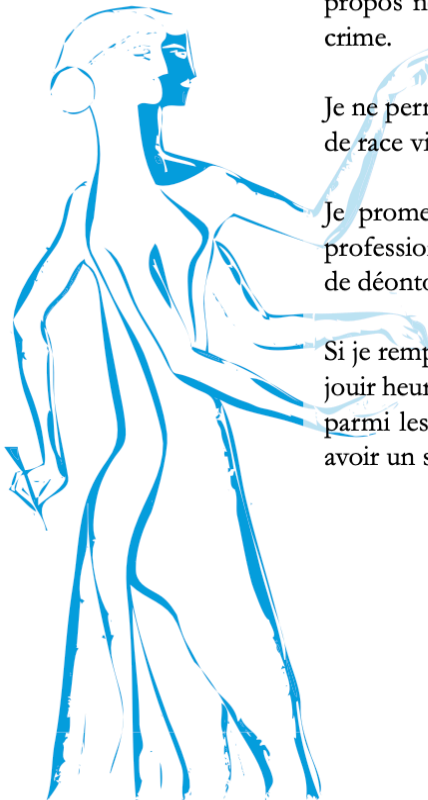
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

## **Titre : Urgences bucco-dentaires nocturnes : étude de l'activité de mai 2022 à décembre 2022 au CHU de Bordeaux**

**Résumé :** Les urgences bucco dentaires ne peuvent être minimisées en regard des risques infectieux et hémorragiques ainsi que de la perte de chance que représente une prise en charge tardive des urgences traumatiques. Depuis le 2 mai 2022 un service d'urgences bucco dentaires de nuit a ouvert au sein de l'hôpital Saint André (CHU de Bordeaux), permettant ainsi de compléter l'offre de prise en charge des patients proposée par le CHU de Bordeaux.

L'objectif est d'analyser l'activité du service d'urgences de nuit (fréquentation, prévalence des différents types d'urgence, actes réalisés...). Une analyse rétrospective des dossiers médicaux a été réalisée.

La parodontite apicale aigüe est le diagnostic le plus posé suivi de celui de la pulpite. Les traumatismes représentent le troisième motif de consultation. La prise en charge par prescription médicamenteuse est largement majoritaire.

Les urgences bucco-dentaires de nuit constitue un atout permettant l'amélioration de l'offre de soin, cependant des pistes peuvent être explorées concernant le tri des patients et afin de diminuer le nombre de prescription.

**Mots clés :** Santé bucco-dentaire, Urgences, Douleur, Traumatisme dentaire

---

## **Title : Nocturnal dental emergencies : Bordeaux CHU's data study from May 2022 to December 2022**

**Abstract :** Dental emergencies cannot be minimized as they present a risk of infection and bleeding. Also, the late treatment of a dental trauma can increase the risk of complications. Since May 2022, a nocturnal dental department service has opened at Saint André hospital (CHU Bordeaux) to improve the patient's dental care.

This study is a retrospective analysis of medical records. The aim of this study is to analyse the activity of the nocturnal dental department service (visits, prevalence....).

Symptomatic apical periodontitis is the diagnosis most frequently found followed by pulpitis. Dental trauma is the third reason of consultation. Prescription is the most common treatment.

The nocturnal dental emergencies constitutes an asset regarding the improving the dental care offer, however other routes could be explored regarding the sorting of the patients in order to diminish the number of prescription.

**Keywords :** Dental Care, Dental Trauma, Pain, Emergency

---