

Compte-rendu de la soirée de formation

Pathologies bucco-dentaires – Mardi 2 avril 2024

Participants :

- ABBADIE Pierre – Médecin généraliste régulateur
- AUBERGER Philippe – Médecin généraliste régulateur
- BARBOU Christophe – Chirurgien-dentiste – Secrétaire adjoint CPTS La Rochelle
- BERACASSAT Catherine – Médecin généraliste régulateur
- BEZAGU Thierry – Médecin généraliste régulateur
- BLUM Jean-Pierre – Orthophoniste
- BONNA Philippe – Médecin généraliste
- BORJON Vanessa – Chirurgien-dentiste
- CHEMARIN Isabelle – Médecin généraliste
- CHERUBIN Julie – Chirurgien-dentiste
- CHOLET-LE-MOIGNE Marie-Pierre – Chirurgien-dentiste
- COINDREAU Tatiana – Chirurgien-dentiste
- CORSIN Sylvie - Infirmière libérale - Trésorière adjointe CPTS La Rochelle
- COURTY Bertrand – Chirurgien-dentiste
- DEBIEUVRE Brice – Médecin généraliste régulateur
- DELAIRE Caroline – Médecin généraliste régulateur
- DELBANCUT Charlotte – Médecin généraliste
- FARRUGIA Pierre-Yves – Masseur-kinésithérapeute – Président CPTS La Rochelle
- GUEREMY THOMAS - Pharmacien d'officine - Secrétaire général CPTS La Rochelle
- JAILLAIS Paul – Cardiologue
- LAVAUD Marie – Chirurgien-dentiste
- LE COZ Xavier – Chirurgien-dentiste – Président du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes
- LE MOIGNE Erwan – Chirurgien-dentiste
- LEMERCIER Guillaume – Médecin généraliste régulateur
- MORET HENRI – Médecin généraliste régulateur
- MOUHIB Wahid – Médecin généraliste régulateur
- MUSA Clémence - Chargée de mission et de communication - CPTS La Rochelle
- NGUYEN Guillaume – Médecin généraliste régulateur
- PERIE Bruno – Chirurgien-dentiste
- PERROTIN Sophie – Médecin généraliste régulateur
- RICARD Tim – Médecin généraliste
- ROBIN Caroline – Chirurgien-dentiste
- ROBIN Sébastien – Médecin généraliste
- RONCATO-SABERAN Mariam – Infectiologue – Centre hospitalier de La Rochelle
- SALHAB Karim – Chirurgien-dentiste
- SEIGNOT Marie-Christine – Chirurgien-dentiste
- TAMBOURAN Olivier – Médecin généraliste

CPTS
La Rochelle

CHARENTE-MARITIME: FAUTE DE DENTISTE DISPONIBLE, IL S'ARRACHE UNE DENT LUI-MÊME

BFMTV.



PAS DE DENTISTE : IL S'ENLÈVE LUI-MÊME SA DENT

Il souffrait d'une rage de dent persistante, sans parvenir à trouver de dentiste près de chez lui, dans une zone classée comme désert médical. Il s'est finalement résolu à arracher sa dent seul.

Une décision radicale. Un habitant de Charente-Maritime, V. [nom] s'est arraché lui-même une dent, alors qu'il souffrait d'une douleur persistante. La faute, d'HR, à un manque de dentistes dans le région.

V. [nom] souffre d'une rage de dent depuis deux semaines. Mais impossible pour cet ouvrier agricole de Saint-Jean-d'Angély d'obtenir un rendez-vous avant deux mois, les praticiens n'étant pas nombreux dans les environs.

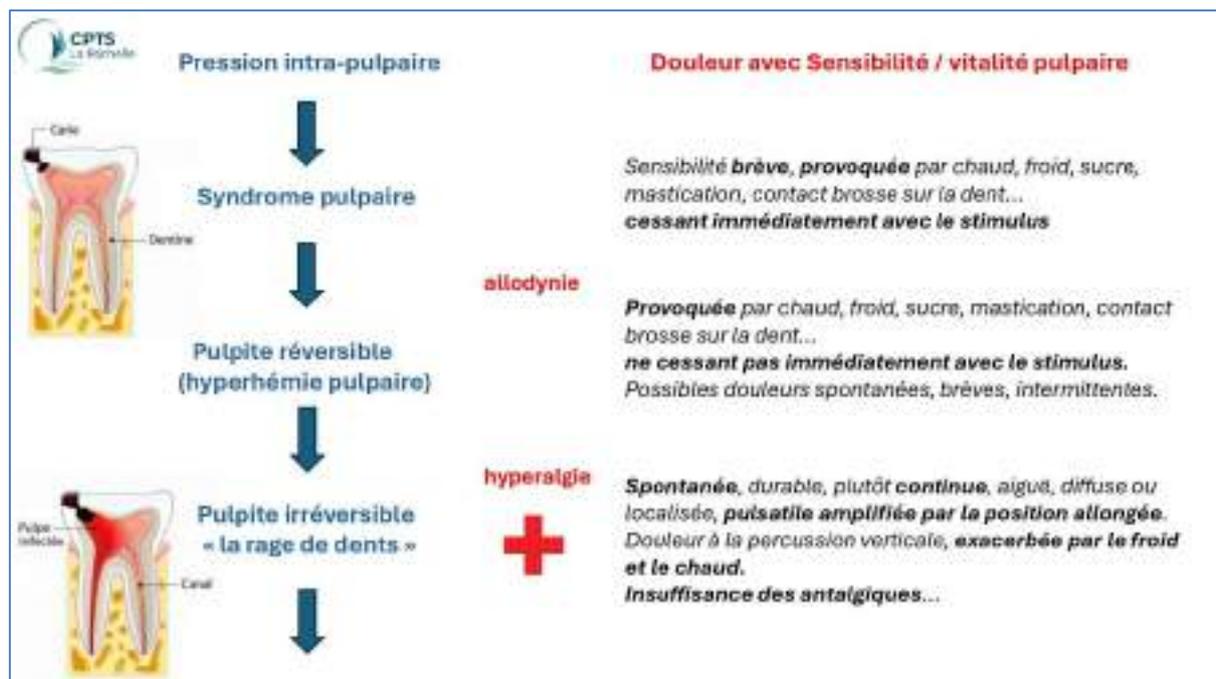
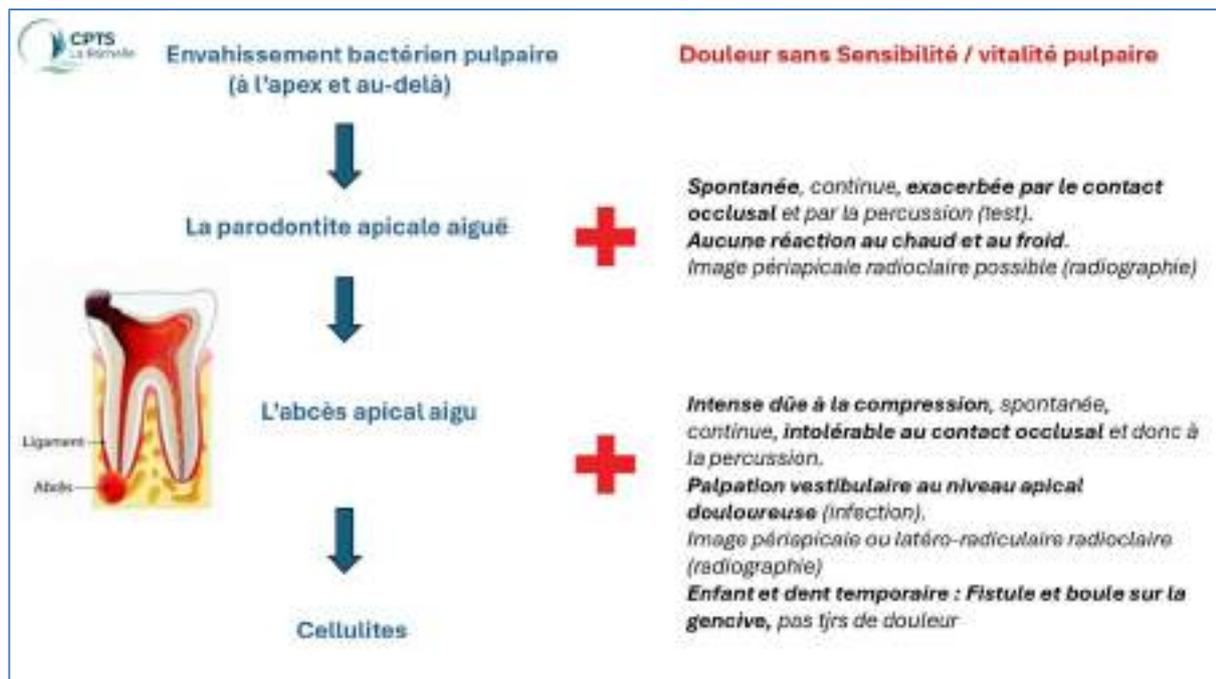
Il décide donc de contacter les urgences, mais des dentistes l'orientent vers des professionnels de santé qui lui ont déjà donné un refus.

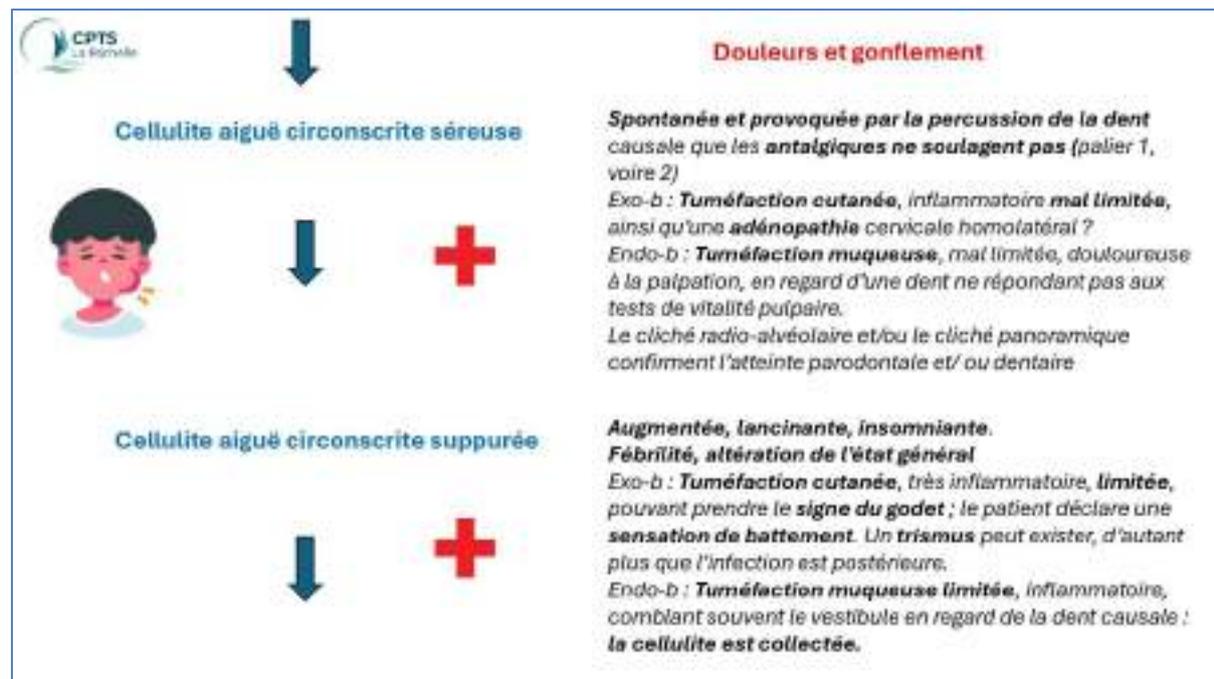
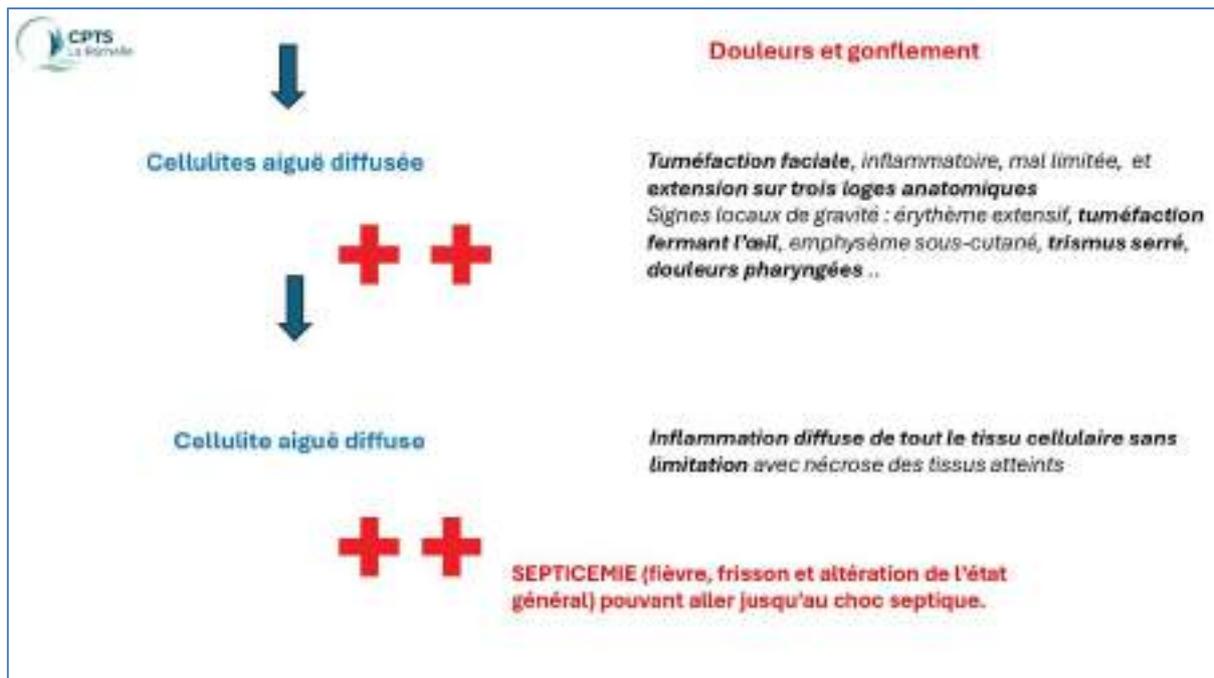
"Je prends une pince, j'arrache la dent"

"J'ai la douleur qui est là, le mal de tête, le mal de dent. Je ne peux pas manger, je ne peux pas parler parce que j'ai la dent qui me gêne la langue", énumère-t-il au micro de BFMTV.

Il poursuit en réalisant un focus sur les **pathologies / urgences endodontiques** qui représentent 85% des consultations d'urgence en cabinet dentaire. La pulpe dentaire est constituée d'un tissu conjonctif complexe, richement vascularisé ; une vascularisation terminale avec beaucoup de cellules ; la cavité dans laquelle elle se situe est inextensible, ce qui complexifie le soin lorsqu'il y a une inflammation et peut engendrer successivement :

- Pression intra-pulpaire ;
- Syndrome pulpaire ;
- Pulpite réversible (hyperhémie pulpaire) ;
- Pulpite irréversible « La rage de dents » ;
- Envahissement bactérien pulpaire (à l'apex et au-delà) et une nécrose pulpaire ;
- Parodontite apicale aiguë ;
- Abscess apical aigu ;
- Cellulite aiguë circonscrite séreuse ;
- Cellulite aiguë circonscrite suppurée ;
- Cellulite aiguë diffusée ;
- Cellulite aiguë circonscrite diffuse ;





Traitement de l'urgence

La parodontite apicale aiguë



L'abcès apical aigu



Diminuer la compression intraosseuse par parage, désinfection canalaire (irrigation NaClO et action mécanique), élimination des tissus cariés, des matériaux d'obturation endodontique préexistants

Drainage (pus) maîtrisé

Médication interne temporaire (OHCa), obturation provisoire étanche, non compressive.

Prescription antalgiques (AINS, Paracétamol, codéiné), antibiotiques seulement systématiques pour patient à risque ou signes généraux (fièvre, adénopathie, asthénie).

Mise en sous-occlusion pour réduire les stimuli aggravants par contact.

Si drainage non obtenu : dent laissée ouverte 48h (solution par nécessité), à revoir.

Complications opératoires rencontrées de prise en charge :

Stress, douleur contact, anesthésie, état dentaire résiduel (extraction ?), difficultés de diagnostic, drainage, obturations existantes...

Enfant et dent temporaire = extraction

Cd 23 € (+ astreinte MCD 30 €)

Traitement de l'urgence



Pulpite irréversible
« la rage de dents »



Diminuer la pression intrapulpaire par une ouverture de la chambre pulpaire et pulpotomie, irrigation NaClO

Obturation coronaire transitoire étanche,

traitement endodontique à suivre, immédiatement ou ultérieurement le plus tôt possible pour éviter l'aggravation.

Prescription antalgique de précaution. Prescription antibiotique aberrante à ce stade uniquement inflammatoire. *En aucun cas la prescription peut se substituer au geste technique.*

Complications opératoires rencontrées de prise en charge :

Stress, anesthésie, saignement pulpaire incontrôlable, difficultés de diagnostic précis.

Chez l'enfant, rare et très brève avant 10 ans, éviter les AINS

Cd 23 € (+ astreinte MCD 30 €)



Impossibilité d'accès à l'endodonte (canaux et apex) du fait d'une prothèse difficilement démontable...

+ manque de temps
absence de programmation
Suite non maîtrisée

Mise en sous-occlusion
(dépose, fraisage)

Prescription antibiotique
(pénicillines + imidazolés)

+ **+** Cellulite circonscrite
suppurée

Possible drainage par une fistule
artificielle, par voie gingivale ou
transosseuse (incision lame, fraise bûche).

LCJA003 20,9 €



Cellulite aiguë circonscrite séreuse



Traitement de l'urgence

Ouverture de la dent causale (ou du sac parodontal)
Antibiothérapie par voie orale :
Amoxicilline 2 g/jour pendant 7 jours et Métronidazole 1,5g/jour pendant 7 jours

Ajouter :
- antalgiques de niveau 1 ou 2 ;
- bains de bouche à la Chlorhexidine

Cellulite aiguë circonscrite suppurée



Idem
Incision de la collection au sommet de la tuméfaction muqueuse, avec drainage et lavage de la collection.
Ajouter à la prescription :
- un AIS : Prednisone 1 mg/kg pendant 3 jours, en cas de trismus.

Difficulté
ouverture buccale

En cas de collection cutanée, le patient devra être dirigé aux urgences maxillo-faciales ou odontologiques.



Traitement de l'urgence

~~CABINET DENTAIRE~~

Cellulites aiguë diffusée

Cellulite aiguë diffuse

+ **+**

Augmentation de la posologie de l'antibiothérapie

avec une voie parentérale

Hospitalisation

En dentaire, l'urgence est très rarement résolue définitivement au premier rendez-vous...



Traitement de l'urgence et après ?



Extraction dent causale

Radicale, rapide
Solution ultérieure pour traiter ou pas l'édentement

Traitement conservateur dent causale

Traitement endodontique
Ou Reprise de traitement endodontique
Obturation étanche de l'endodonte
Reconstitution / Reconstruction prothétique de la dent

De quelques minutes... à plusieurs heures et rendez-vous pour traitement à suivre...

Questions :

Dans quelles situations - état de santé, antécédents, pathologies – faut-il ne pas se lancer dans un traitement conservateur ?

Y a-t-il des patients plus à risque pour certaines dents que pour d'autres ?

Pathologies immuno-dépressives ?

Diabète non équilibré ?

Pathologies cardiaques ?

Autres ?

Où en sommes-nous quant aux prescriptions antibiotiques recommandées aujourd'hui, en curatif, en préventif ?

Serait-il possible, qu'avant d'adresser chez le chirurgien-dentiste effecteur de garde, pour faciliter son geste technique en urgence, diagnostic et prescription soient établis et anticipés ?

Il nous est demandé régulièrement des bilans dentaires infectieux, avant intervention : Mais si une pathologie endodontique ou infectieuse est décelée ou potentiellement prévisible lors d'un examen bucco-dentaire clinique et radiographique, avant une intervention médicale, **combien de temps faut-il prévoir entre la fin du traitement dentaire et l'intervention médico-chirurgicale à risque ?**

Pour illustrer ces questions, Christophe BARBOU présente le cas ci-dessous d'un patient :

Christophe BARBOU laisse la parole à Mariam RONCATO-SABERAN pour répondre aux questions et présenter le cas pratique. Le patient ayant déjà fait une endocardite infectieuse, de fait, il est spécialement à risque. Il sera donné au patient une antibioprophylaxie (ABP) avant certaines interventions bucco-dentaires. Le patient est d'autant plus à risque, s'il porte une valve cardiaque prothétique.





CAS PRATIQUE

Homme 83 ans

TRAITEMENT HABITUEL :
 XARELTO 20mg : 1 comprimé le soir
 BUMETANIDE 5 mg : 0.5 comprimé le matin
 ROSUVASTATINE 5mg : 1 comprimé le soir
 NADOLOL 80mg : 1 comprimé le matin
 RAMIPRIL 1.25mg : 1 comprimé le matin
 PANTOPRAZOLE
 ALLOPURINOL
 XANAX

Monsieur A a été hospitalisé dans le service de Cardiologie pour bactériémie et décompensation cardiaque.

ANTÉCÉDENTS :
 - Endocardite infectieuse à streptocoque dysgalactiae en 2020 sur valve aortique mécanique (mise en place en 1994) et sonde de pacemaker, compliquée de multiples AVC cérébraux sur embolies septiques.
 Prise en charge par antibiothérapie adaptée et chirurgie à Haut Lévéque : Bentall + valve aortique biologique + Menopontage Saphène - CDI&2 + Exclusion de l'aorte gauche + Retrait sondes de pacemaker + Pose de Pacemaker épiaortale ectal en épigastrique.

- Cure d'Anévrisme fuitaine de l'aorte abdominale sous-rénale de 50 mm en 2021 par Dr FRANCO
 Vasculaire sténose proximale estimée à plus de 50 % de l'artère rénale droite
 Thrombose complète des artères fémorales superficielles à droite comme à gauche

- AOMI
 - Filtration atriale
 - SACS opposé
 - Étymie régulier (une bouteille de vin par jour)

ALLERGIES : 0

MODE DE VIE, FACTEURS DE RISQUES :
 Autonome à domicile avec son épouse, marche avec une canne.

QUELLES PRÉCAUTIONS ?

HISTOIRE DE LA MALADIE :
 Patient de 83 ans connu pour cardiopathie ischémique partiel, biochimie cardiaque, fibrillation atriale, pacemaker, opéré avec SACS valve opposé. Il a présenté de nombreuses insuffisances cardiaques chroniques avec sur son dernier (II) une FEVG préservée, avec EF sévère diminuée. L'amylose a été écartée.

Il se présente aux urgences pour un tableau d'insuffisance cardiaque droite avec anasarque avec suspicion de surinfection bronchopulmonaire associée, le patient présente également une fièvre depuis 48-72h.

Prophylaxie de l'endocardite infectieuse

- ▶ Population à risque:
 - ▶ Antécédent d'endocardite infectieuse; valve prothétique et matériel intra-cardiaque; cardiopathies congénitales (si opéré++; cardiopathies cyanogène); dispositif d'assistance ventriculaire
- ▶ Situation à risque
 - ▶ les extractions dentaires, les interventions de chirurgie buccale (y compris la chirurgie parodontale, la chirurgie implantaire et les biopsies buccales) et les interventions dentaires impliquant une manipulation de la gencive ou de la région périapicale des dents (y compris le détartrage et les interventions sur le canal radiculaire).
- ▶ Traitement: 60 à 30 min avant l'intervention, AMOXICILLINE 2g, et si allergie KEFORAL 2g ou DOXYCYCLINE 100mg

Les recas sont actuellement à 2g en Amoxicilline, 3g pourquoi pas d'autant plus suivant le poids du patient. Céphalosporines (KEFORAL) = 20% d'allergie croisée avec pénicillines

Antibioprophylaxie chirurgicale

- ▶ Beaucoup de NON-INDICATIONS
- ▶ Si indiqué: **AMOXICILLINE 2g ou CLINDAMYCINE 600mg en 1 seule prise**
- ▶ En population générale dans l'heure précédant la chirurgie, les indications sont :
 - ▶ Avulsion de dent de sagesse mandibulaire incluse Avulsion de dent incluse de dent en désinclusion, genclectomie, chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées, auto-transplantation dentaire
 - ▶ Chirurgie osseuse
 - ▶ Élévation du plancher sinusien, greffe osseuse, membrane de régénération osseuse et/ou matériau de comblement

Antibioprophylaxie chirurgicale

- ▶ Chez les immunodéprimés AMOXICILLINE 2g ou CLINDAMYCINE 600mg. les indications sont :
 - ▶ Les actes invasifs
 - ▶ Discuté au cas par cas pour
 - ▶ Chirurgie osseuse hors chîrmaxilla et ORL
 - ▶ Exérèse de tumeur de la muqueuse buccale
 - ▶ Freinectomie, BGS&A (biopsie des glandes salivaires accessoires)

En curatif

- ▶ Très souvent il n'y a pas besoin d'antibiotique.
- ▶ C'est le geste chirurgical qui guérit.
- ▶ Très souvent l'amoxicilline seule suffit (antistreptocoque+++)
- ▶ Qui traite-t-on ?
 - ▶ Parodontites agressives localisées, ou généralisées
 - ▶ Maladies parodontales nécrosantes
 - ▶ Abscès parodontaux chez immunodéprimé (ID) ou à risque endocardite
 - ▶ Infection relative au protocole de régénération parodontale chez ID
 - ▶ Peri-implantite
 - ▶ Alvéolite suppurée
 - ▶ Ostéite

Quel traitement curatif?

	Sans allergie	Allergie pénicilline
Parodontite agressive	Amox + Métronidazole	DOXI + Métronidazole
Nécroses parodontales nécrosantes	Métronidazole	
Abcès parodontaux chez immunodéprimé (ID) ou à risque endocardite	Amoxicilline	Clindamycine
Infection relative au protocole de régénération parodontale chez ID	Amoxicilline	Clindamycine
Péri-implantite	Amoxicilline	Clindamycine
Alvéolite suppurrée	Amoxicilline	clindamycine
Oxelle	AVIS INFECTIEUX	

Amox + Acide clavulanique = spectre très large, association plutôt indiquée en ORL pour sinusite aiguë

Des médicaments actuellement en tension d'approvisionnement (pénurie pour certains dosages et formes)
limiter les prescriptions à 6 ou 7 jours selon le conditionnement.

Question d'un participant : Quel dosage et plan de traitement ?

Mariam RONCATO-SABERAN précise que :

- Le dosage de l'amoxicilline indiqué dans les situations dentaires est plutôt en dessous de ce que l'on prescrit habituellement à savoir 2 grammes/jour ;
- Le métronidazole a une dose tout à fait fixe quelle que soit la situation même pour les insuffisants rénaux : 500 mg/3 fois par jour pour une durée de traitement de 7 jours.

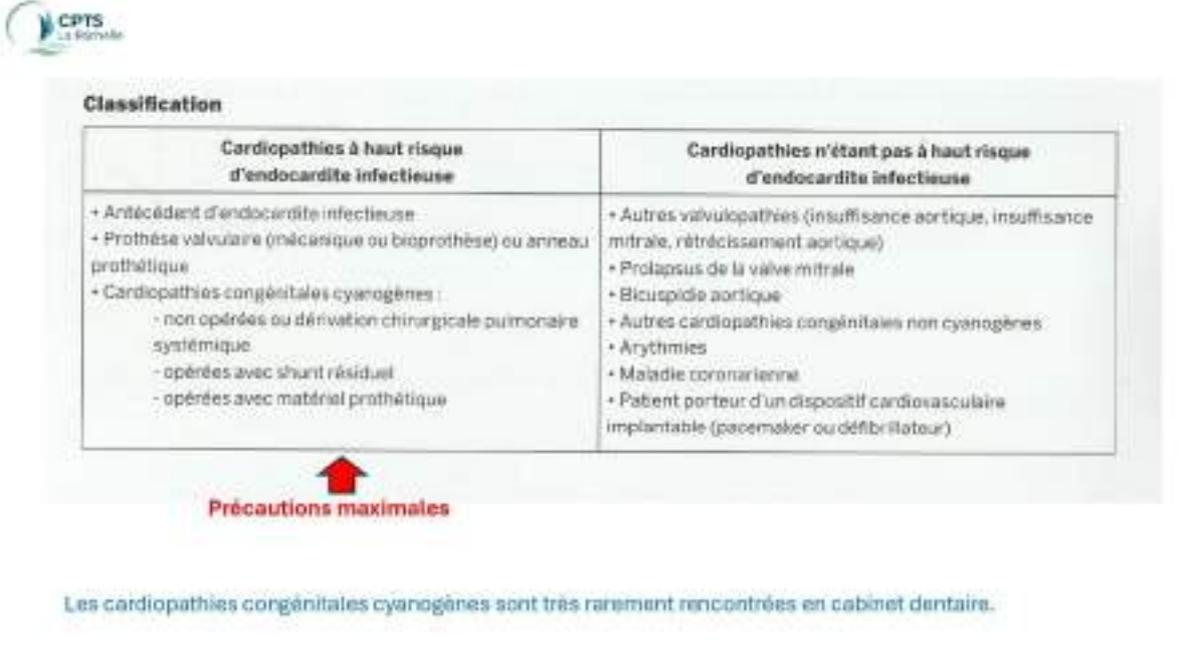
Question : Dans le cadre d'une formation sur l'antibiorésistance il avait été évoqué 3 gr/jour d'amoxicilline et de l'étaler dans la journée ?

Mariam RONCATO-SABERAN confirme qu'étaler le traitement dans la journée est très important. Dans son service, par exemple, les infirmières étalent le dosage en respectant les horaires 7h/15h/22h.

Paul JAILLAIS prend la parole et revient sur le cas du patient ayant eu une endocardite infectieuse qui est une maladie très rare. 30% d'entre elles sont d'origine dentaire. Il est ainsi important d'être scrupuleux sur la prévention et au moindre doute, de contacter le médecin traitant ou le cardiologue.

Concernant l'interrogation qu'il y avait sur l'amoxicilline : lorsqu'il était interne les recommandations étaient de 3 gr/j puis elles sont passées à 2 gr/j.

Il présente la classification ci-dessous :



Classification

Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse	Cardiopathies n'étant pas à haut risque d'endocardite infectieuse
<ul style="list-style-type: none"> + Antécédent d'endocardite infectieuse + Prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou anneau prothétique + Cardiopathies congénitales cyanogènes : <ul style="list-style-type: none"> - non opérées ou dérivation chirurgicale pulmonaire systémique - opérées avec shunt résiduel - opérées avec matériel prothétique 	<ul style="list-style-type: none"> + Autres valvulopathies (insuffisance aortique, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique) + Prolapsus de la valve mitrale + Bicuspidie aortique + Autres cardiopathies congénitales non cyanogènes + Arythmies + Maladie coronarienne + Patient porteur d'un dispositif cardiovasculaire implantable (pacemaker ou défibrillateur)

↑
Précautions maximales

Les cardiopathies congénitales cyanogènes sont très rarement rencontrées en cabinet dentaire.

Question à l'attention de Thomas GUEREMY, pharmacien, secrétaire de la CPTS La Rochelle : Qu'en est-il des pénuries sur les antibiotiques cités ?

Thomas GUEREMY prend la parole et précise que la situation est moins catastrophique qu'en décembre 2022 mais la situation est toujours tendue :

- Amoxicilline : Ok en dosage pour adulte
- Amoxicilline : catastrophique pour les dosages enfants
- Metronidazole : gérable

Mais la situation restera instable pendant des mois voire des années. La réponse des pouvoirs publics est de déconditionner pour donner la dose adaptée et garder le reste pour les patients suivants.

Conseils auprès des prescripteurs :

- Pour l'amoxicilline : Si possible la prescrire pour 6 ou 7 jours.

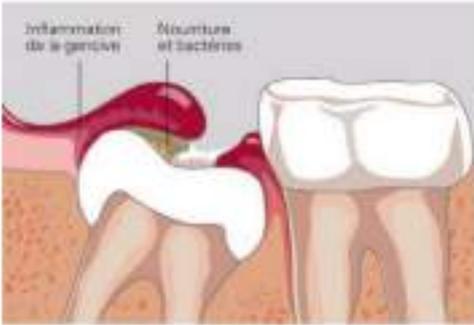
Les dotations de la ville et de l'hôpital étant différentes, les pharmaciens de ville ont tenté de travailler avec les pharmaciens hospitaliers mais malheureusement, réglementairement parlant ça n'a pu aboutir.

Christophe BARBOU reprend la parole pour exposer d'autres situations potentiellement d'urgence rencontrées au cabinet dentaire :

Péricoronarite aiguë congestive

*Inflammation gingivale
douleur spontanée
écoulement sérosanguinant à la pression*

Trt : antalgiques et d'antiseptiques buccaux



Code CCAM : HBJB001 40C

Péricoronarite aiguë suppurée

*muqueuse est érythémateuse et oedématisée
douleur violente
écoulement purulent à la pression douloureuse
hyperthermie, asthénie, anorexie.
trismus ou limitation de l'ouverture buccale fréquente,
dysphagie et gêne à la mastication,
adénopathies satellites*

Trt local :
Geste technique : rinçage à l'eau oxygénée à 10 vol. additionnée de polyvidone iodée

Prescription antibiothérapie à base d'amoxicilline, 2 g/j x 7 j. ou clindamycine ou Doxy + métronidazole 150 000 unités/250mg, 1 comprimé 3 x/j .x7j.
et antalgiques de niveau II
+ corticoïdes si nécessaire 1mg/kg/j.

Abcès parodontal

Symptomatologie :

Douleur
Gencive gonflée le long de la partie latérale de la racine, ou entre 2 dents
Saignement au toucher ou au sondage
Suppuration au sondage,
Parfois **poches parodontales** profondes
Mobilité dentaire accrue



Trt :
Geste technique : débridement par ultrasons associé à des antiseptiques en sous-gingival.
Pas d'antibiothérapie.
Prescription antalgique de niveau I ou II
+ antiseptiques et brossettes

Code CCAM : HBJB001 40C

Classification des abcès parodontaux basée sur les facteurs étiologiques associés

	Parodontite non traitée	
Abcès parodontal chez les patients atteints de parodontite aiguë (sans poche parodontale préexistante)	Étiologie: Aiguë	Maximale réponse à la Thérapeutique Parodontale Thérapie parodontale de soutien
	Après traitement parodontal	Après chirurgie parodontale Après prescription médicamenteuse
Abcès parodontal chez les patients ne présentant pas de parodontite (pas d'ultra-gingivite et présence d'une poche parodontale préexistante)	Impaction	Rétention, élimination orthodontique (déviation), interdents, sur-dent, (prothèse, objet ou popcorn)
	Habitudes néfastes	Orthopédie, Serrement de dents...
	Facteurs orthodontiques	Force orthodontique ou inversé (denture)
	Accroissement gingival	
Attraction de la surface radulaire	Atypisme anatomique sévères	Dent émergeante Dent érigée Cuspide dentaire
	Atypisme anatomique mineurs	Partie d'émal Érosions récurrentes Génes de développement
	Conditions techniques	Perforations
	Domages restauratifs sévères	Récur ou fissure Syndrome des dents fissurées
	Après chirurgie parodontale	

Source Fiche pratique EFP SFPD





Maladies parodontales ulcéro-nécrotiques

GUN & PUN

3 trois signes cliniques pathognomoniques :

- **l'algie gingivale** : motif de la consultation. Intense, presque partout, qui restreint hygiène et alimentation.
- **la gingivorragie** : le saignement gingival, non spécifique, important lors du brossage et de la mastication, parfois spontané.
- **la nécrose des papilles gingivales** : papilles décapitées, desquamées, gencive marginale très inflammatoire...



Image Réalités Cliniques N°2 - 2016

Ttt :
 Geste technique : déterision douce à l'eau oxygénée et recommander une brosse très douce type inava 7/100
 antibiothérapie à large spectre associée à des antalgiques de niveau II et de la chlorhexidine.
 Bilan sanguin, maladie immunodépressive ?

Des maladies systémiques ont des répercussions buccales, elles concernent nombre de professionnels de santé.



Parodontites étant des manifestations d'une maladie systémique

Troubles systémiques ayant un impact majeur sur la perte de tissus parodontaux en agissant sur l'inflammation parodontale :

- Les troubles génétiques
 - Maladies associées à des troubles immunologiques (p. ex. syndrome de Papillon-Lévine)
 - Maladies touchant la muqueuse buccale et le tissu gingival (p. ex. l'épidermolyse bulbeuse)
 - Maladies affectant les tissus conjonctifs (p. ex. les syndromes d' Ehlers-Danlos)
 - Troubles métaboliques et endocriniens (p. ex. l'hypophosphatase)
- Maladies d'immunoséquence acquise (p. ex. l'infection par le VIH)
- Maladies inflammatoires (p. ex. maladie intestinale inflammatoire)

Autres troubles systémiques qui influencent la pathogénèse des maladies parodontales :

- Diabète sucré
- Obésité
- Tabagisme (dépendance à la nicotine)

Maladies ou affections systémiques affectant les tissus de soutien parodontaux

Troubles systémiques pouvant entraîner une perte de tissus parodontaux indépendamment des maladies parodontales :

- Tumeurs (par exemple, carcinome épidermoïde oral)
- Autres troubles pouvant affecter les tissus parodontaux (par exemple, l'histiocytose à cellules de Langerhans)

Source Fiche pratique EFP SFPO



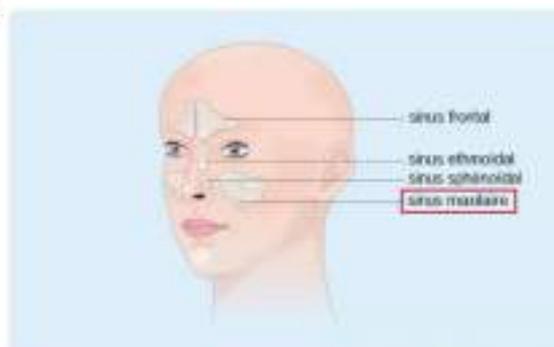
La sinusite aiguë maxillaire

congestion nasale, douleur, une pression dans les sinus, mal de tête, toux, écoulement nasal, goût ou odeur altérés, fièvre, fatigue, pas forcément tous, et... **douleur dentaire !?**

Des douleurs dentaires liées à la pression intra-sinusienne sur les prémolaires et molaires maxillaires

Face à une sinusite aiguë maxillaire unilatérale, une étiologie dentaire est à rechercher et à traiter.

Dans certains cas, une sinusite maxillaire chronique se développe suite à des abcès dentaires.



Examen clinique et radiographique pour faire la différence....

Et référer au médecin traitant.



Complications suite à extraction

Alvéolite sèche

Douleur très vive 2 ou 3 jours après une extraction.
L'alvéole paraît vide, pas eu de formation de caillot
Muqueuse congestive
Pas d'altération de l'état général
Radio ne montre rien.

Traitement :

Geste technique : AL

Curetage de l'alvéole pour obtenir un caillot stable

Rincer l'alvéole au sérum physiologique, mèche ou

matériau à base d'eugénoïl et d'anesthésique

Prescription antalgique (paracétamol,

éventuellement + codéine)



Alvéolite suppurée

Douleur sourde au niveau du site opéré entre 8 et 10 jours après l'extraction.
Muqueuse congestive
Alvéole remplie de tissu de granulation (bourgeon) et pus
Possible signes généraux de fièvre
Radio : possible visibilité d'un sequestre osseux

Traitement :

Geste technique : AL

Curetage du sequestre osseux, lavage alvéole

(bétadine buccale, sérum physiologique,

chlorhexidine 0,12%)

Prescription antibiothérapie (amox 1,5 g / j ou

clindamycine 600mg x3 pdt 7 jours)

Antalgiques : paracétamol (500mg + 30mg codéine)

Complications suite à extraction ou chirurgie buccale

Les hémorragies



Anamnèse

Antécédents médico-chirurgicaux, traitement général du patient.

Date, heure et déroulement, l'évolution de l'hémorragie

Durée et la difficulté de l'intervention ; une fracture ? Incident ? Déjà pratiquée ?

Possibilité de joindre le praticien ayant pratiqué l'intervention ?

Médications en cours (aspirine, anti- vitamine K, anti-inflammatoires non stéroïdiens).

Terrain particulier du patient (épistaxis ou hématomes fréquents, alcoolisme, HTA, hépatites)

Radiographie (panoramique) : déceler un apex résiduel, une fracture alvéolaire une lésion non curetée.

Question : où en sommes-nous actuellement à propos de la gestion des patients sous médicaments anti-thrombotiques ? Quels sont-ils ?

Paul JAILLAIS commente la liste des médicaments AVK et AOD ci-dessous puis présente la gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale :

Avec la nouvelle **Convention** vous pouvez appliquer un supplément de 20€ sur les actes de chirurgie pour les patients en **ALD sous AVK ou AOD YYY614**

Liste des médicaments AVK et AOD

AVK

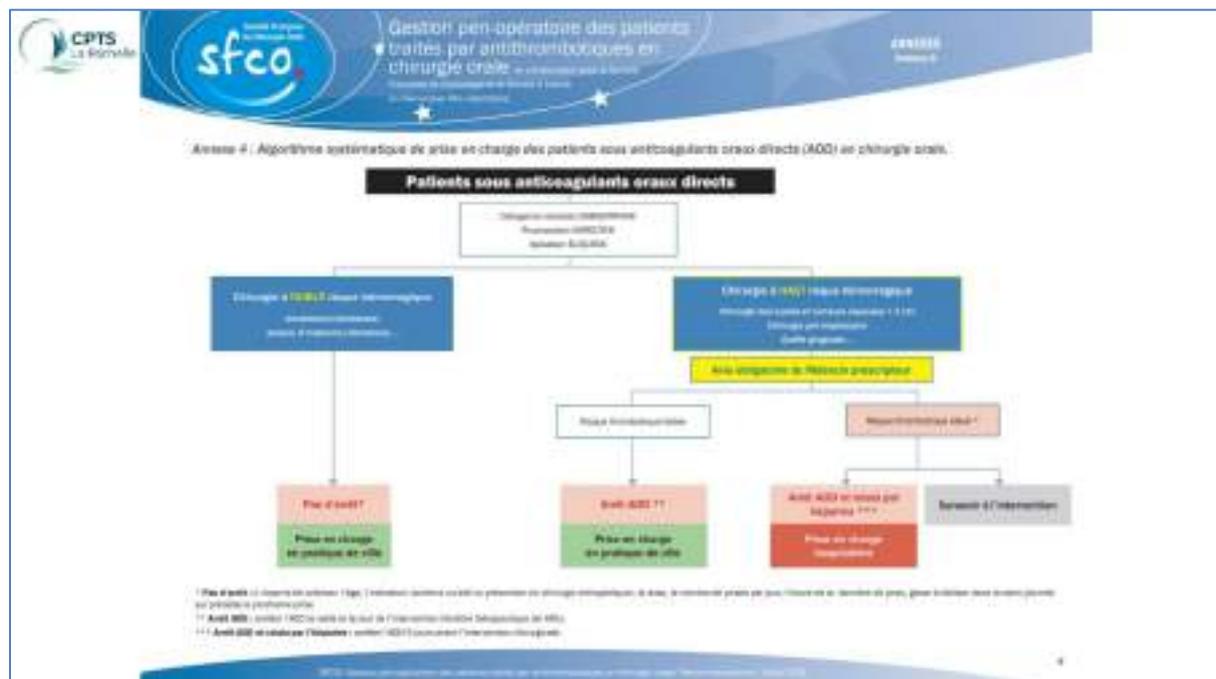
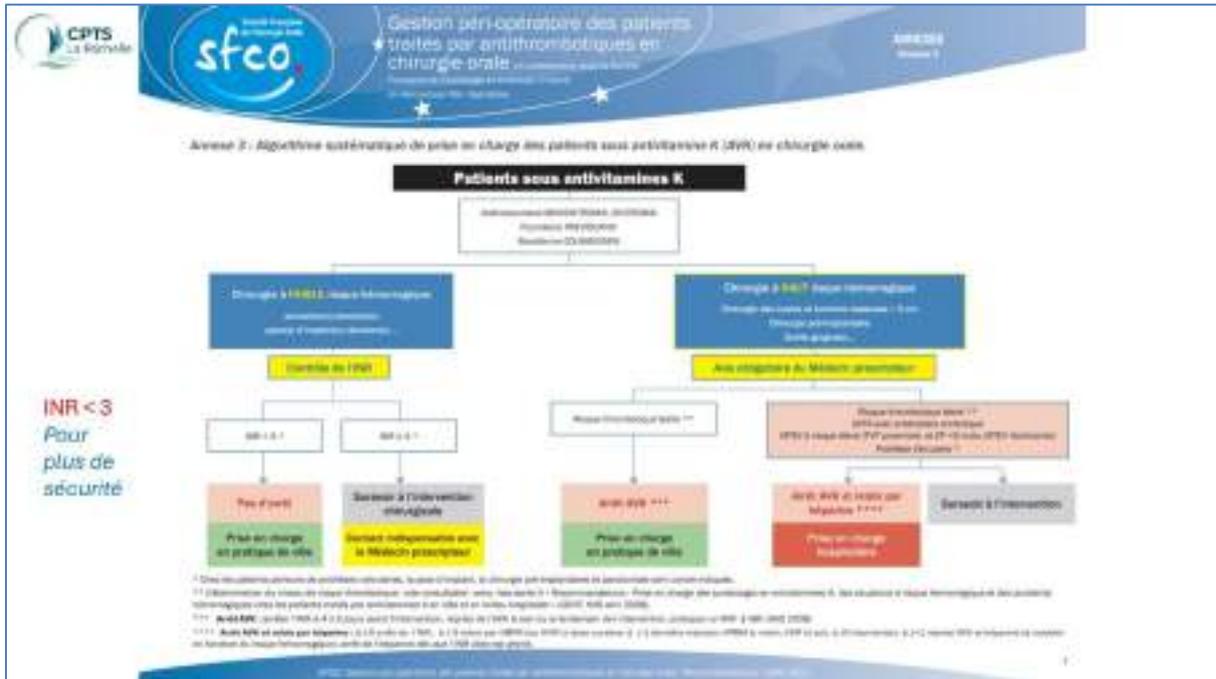
Code ATC	DCI	Nom commercial
B01AA02	PHENINDIONE	PINDIONE
B01AA03	WARFARINE	COUMADINE
B01AA04	PHENPROCOUMONE	MARCOUMAR
B01AA07	ACENOCOUMAROL	MINI SINTRON, SINTRON
B01AA08	ETHYL BISCOUNACETATE	STILEFRINE 500 10 MG SOL INJ
B01AA09	CLOBRINDONE	CHLORMADINONE
B01AA10	DERIVATIONNE (Incluse comme AVK)	DERIVIDE, DEPO MEDROL, DIPENTUM, DIPANTONE
B01AA11	TICLOMADOL	AFEDONE
B01AA12	FLINDIONE	PREVICAN

AOD - inhibiteurs directs de la thrombine

Code ATC	DCI	Nom commercial
B01AE01	DESIRUDINE	REVASC
B01AE02	LEPIRUDINE	BEFLUDAN
B01AE03	ARGATROBAN	ARGANOVA
B01AE06	BIVALIRUDINE	ANGIOX
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATE	PRADAXA

Inhibiteurs directs du facteur Xa

Code ATC	DCI	Nom commercial
B01AF01	BIVAROXABAN	XARELTO
B01AF02	APIXABAN	ELIQUIS
B01AF03	EDOXABAN	LIXIANA



Puis sont exposés les traumatismes dentaires, l'expulsion dentaire, les urgences bucco-dentaires chez les enfants et enfin, à propos d'autres situations « plus ou moins urgentes » (orthodontiques, implantaire, prothétiques) :



Traumas dentaires

Âge
 Santé générale
 Dent temporaire / définitive
 Localisation
 Date et circonstances

Conservation du ou des fragments dentaires

Certificat médical initial











Complications suite à extraction ou chirurgie buccale

Les hémorragies +

Le traitement : réalisation d'une hémostase locale

- Rassurer, calmer le patient, l'installer en position semi-assise,
- Pratiquer une anesthésie locale, nettoyer l'alvéole avec de l'eau

Eventuellement :

- Eliminer un apex résiduel ou un fragment osseux ou cureter la lésion apicale
- **Placer dans l'alvéole un hémostatique local** (éponge de collagène, gaze d'oxycellulose) imbibé d'acide Tranexamique
- **Suturer l'alvéole** avec du fil résorbable
- **Compression à l'aide d'une compresse imbibée d'acide Tranexamique** (EXACYL ampoules)

En cas de persistance de l'hémorragie, l'utilisation d'une colle biologique est possible ; mais il est préférable de réaliser une gouttière compressible thermoformée, ou une prothèse amovible immédiate...

Une étude récente indique que l'acide tranexamique en rinçage local, a peu d'effet sur une hémorragie buccale.

Geste technique : Hémostase gingivo-alvéolaire secondaire à une avulsion dentaire = code CCAM HBSD001 à 22,05€



+ AVULSION – EXPULSION DENTAIRE

Traitement immédiat ou si possible < 60 min



**Réimplantation
Dent permanente**



**Pas de réimplantation
Dent temporaire**

- Calmer le patient.
- Trouver la dent et la **prendre par sa couronne (la partie blanche)**. Éviter de toucher la racine.
- Si la dent est souillée, la **rincer délicatement avec du lait, du sérum physiologique ou de la salive du patient**
- **Encourager le patient/les parents à réimplanter la dent** dans sa position initiale dans la mâchoire.
- Demander au patient de mordre sur un mouchoir pour faire tenir la dent réimplantée en place.
- Si une réimplantation immédiate n'est pas possible, **placer la dent dans un milieu de conservation approprié** et disponible sur le lieu de l'accident. Cela doit être fait rapidement afin d'éviter la déshydratation de la surface dentaire. Les milieux de conservation appropriés pour les dents avulsées, sont : **le lait, le HBSS, la salive (après l'avoir crachée dans un verre par exemple) ou le sérum physiologique**. Bien que l'eau soit un milieu de conservation médiocre, elle est préférable au dessèchement de la dent laissée à l'air libre.
- Chercher immédiatement à obtenir un rdv dentaire d'urgence.
- Si la dent a touché la terre, vérifier **vaccination antitétanique**.



+ TRAUMA DENTAIRE

Acte technique minimal : une radiographie

pas de déplacement

pas de mobilité

pas de sensibilité à la percussion

pas de fracture

supra-gingivale

sub-gingivale

BEN

FRACTURE CORONAIRE

FRACTURE CORONO-RADICULAIRE

CONCUSSION

SUBLUXATION

mobilité accrue

sensibilité à la percussion

fracture

INTRUSION

LUXATION LATÉRALE

EXTUSION

FRACTURE RADICULAIRE

FRACTURE ALVEOLAIRE

AVULSION EXPULSION

+ + + + + + + + + +

Urgence relative, si la dent n'a pas bougé et qu'elle paraît indemne sans extraction pulpaire

Déplacement

Déplacement complet de la dent hors de son alvéole

pas de mobilité

mobilité

protrusion ou intrusion

sans signe RX

avec signes RX

pour 1 seule dent

Plusieurs dents bougent à la palpation

Visite ?



Les Urgences Orthodontiques

Très peu

La plupart des problèmes résolus par le patient

Eviter les AINS
(limitent le déplacement dentaire)



Les pathologies / Urgences Bucco-dentaires chez les enfants

2 motifs principaux pour une mère d'obtenir un rdv en urgence :
la douleur et le traumatisme.

Pas toujours le caractère d'une véritable urgence mais qui demandent néanmoins une prise en charge rapide, permet de prévenir bien des complications.

Consultation d'urgence = souvent premier contact de l'enfant avec le monde dentaire.

Approche psychologique enfant et parents : **réassurer et obtenir leur coopération respective.**

Dents temporaires / dents permanentes immatures





Les rescelllements de prothèses (couronnes, bridges...)

Une urgence très relative et possiblement très compliquée :
celles qui ne tiennent jamais, qui tombent tout le temps...

« urgence esthétique »

Prévenir des honoraires non remboursables

Convention dentaire 2023-2028

MESURES APPLICABLES AU 25 FEVRIER 2024

Accès aux soins 

Une mesure pour les Soins Non Programmés (SNP) des médecins, étendue aux CD

Majoration de la Consultation par le Supplément SNP (15 euros) pour urgence orientée par Samu ou SAS, en dehors des astreintes des dimanches et Jours fériés (PDSD)

- quand patient en dehors de la patientèle (valable uniquement pour le « médecin traitant », car pas de « CD traitant »).
- 10 prises en charge maximum par semaine
- Uniquement Majoration **avec la consultation et non avec des actes techniques CCAM** (idem médecins)

Cd + 15 €

À condition d'avoir déjà une régulation effective des urgences dentaires par le SAMU dans le département

SAS = Service d'Accès aux Soins
PDSD = Permanence Des Soins Dentaires (Astreinte des Dim et JF)

Cd = 23€

La dernière mesure conventionnelle concernant les Soins non programmés reste très insuffisante et très conditionnée, pour rendre attractive la prise en charge des urgences dentaires et leurs suites... Elle ne permet même pas de réaliser des actes techniques majorés, la majoration étant réservée à la consultation dentaire toujours maintenue à 23 € depuis plusieurs décennies.

La valorisation du travail du chirurgien-dentiste effecteur semble indispensable pour entrevoir un début de solution à la gestion des urgences dentaires.

Pour les chirurgiens-dentistes effecteurs :
Une tarification des actes bucco-dentaires d'urgence, à revoir, à revaloriser, à rendre plus attractive... (plateau technique, temps cabinet, personnel, astreinte...)



Question d'un participant : Dans une des slides, il est précisé le terme de « chirurgien-dentiste régulateur » ?

Christophe BARBOU explique qu'il y a actuellement des expérimentations dans certains départements : des chirurgiens-dentistes viennent réguler les appels pour motif dentaire, dans les SAMU les jours fériés et les dimanches à la place des médecins régulateurs.

Sophie PERROTIN rebondit sur la question pour préciser que cette expérimentation est souhaitée sur La Rochelle. Elle précise que l'ARS accepte de la financer et qu'un arrêté généralise l'expérimentation.

Christophe BARBOU se demande si cela est efficace dans la mesure où elle ne répond que le dimanche et jours fériés à une problématique dans certains territoires, qui se produit toute la semaine, que les patients ne trouvent pas plus ensuite de praticiens les jours suivants pour poursuivre le soin d'urgence, sinon à se déplacer de certains territoires pour venir saturer les zones voisines ou plus lointaines un peu mieux dotées... A La Rochelle, nous recevons des patients de départements voisins (79, 86, 16, 85), dont certains expérimentent cette régulation dentaire, et en Charente-Maritime, des patients vont déjà chercher des solutions de traitements dentaires à Bordeaux.

Xavier LE COZ intervient pour préciser que dans les régions pilotes comme la Bretagne, cela fonctionne très bien et cela soulage les médecins. En effet, les urgences dentaires sont difficiles à gérer pour la régulation médicale. Il pense que l'installation d'une régulation dentaire sera très intéressante. Selon Christophe BARBOU, cela ne fonctionne pas partout, les résultats sont mitigés, en Isère notamment.

Question d'un participant : Quel est le pourcentage d'appels pour les urgences dentaires ?

Sophie PERROTIN précise qu'il y a énormément d'appels pour des urgences dentaires toute la semaine et particulièrement le samedi et le dimanche. Elle est pour une régulation dentaire mais dans le cadre des CPTS, avec des soins non-programmés de soins dentaires pour soulager les week-ends et apporter des réponses aux patients tout au long de la semaine.

Xavier LE COZ, Président départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, évoque le département de la Haute-Vienne, département plus facile à gérer qu'en Charente-Maritime étant donné que Limoges est au centre du département et rassemble 70% de la population. Au sein de l'hôpital, ils ont créé deux fauteuils dentaires et tous les matins, 365 jours de l'année, il y a 1 voire 2 chirurgiens-dentistes qui ne font que des urgences. Cela permet aussi de gérer tous les patients des alentours et répondre d'une certaine manière à la problématique de désertification médicale.

Thomas GUEREMY demande à Xavier LE COZ comment ce service est géré : Accès direct ? Accès régulé ? Ce service étant très récent, Xavier LE COZ n'a pas toutes les informations.

Pierre-Yves FARRUGIA précise que la CPTS La Rochelle a essayé de réfléchir à une solution comme le SAS mais à ce jour, la CPTS La Rochelle a peu de chirurgiens-dentistes. Se pose la question de savoir si les chirurgiens-dentistes seront au rendez-vous. Xavier LE COZ pense que c'est également une question de volonté. Il faut qu'il y ait une certaine énergie pour faire les choses et avancer.

Pierre-Yves FARRUGIA invite les participants chirurgiens-dentistes de l'assemblée à lever la main pour savoir combien d'entre eux pourrait donner des créneaux d'urgences dentaires de 2h par exemple ?

Certains chirurgiens-dentistes présents expliquent qu'ils ont tous des façons différentes de gérer leur planning, beaucoup des présents bloquent, dans leur planning hebdomadaire, des plages horaires dédiées aux urgences chaque semaine.

Pierre-Yves FARRUGIA rappelle que la CPTS La Rochelle souhaite voir ce SAS naître mais pense qu'il y a des difficultés pour dégager des temps dédiés aux urgences dentaires et un manque de « ressources humaines ».

Xavier LE COZ pense que si les chirurgiens-dentistes sont rémunérés comme les médecins généralistes le sont dans les régulations, des volontaires seront trouvés (retraités, actifs, étudiants...). Si les moyens sont là cela pourra voir le jour.

Une chirurgienne-dentiste témoigne qu'elle a fait sa thèse d'exercice sur les urgences dentaires à la faculté de Nantes. Le constat a été fait que beaucoup de chirurgiens-dentistes ne prenaient pas leurs urgences et qu'ils renvoyaient directement au centre hospitalo-universitaire de soins et traitements dentaires de Nantes.

Pierre-Yves FARUGGIA propose à Sophie PERROTIN de se réunir avec Christophe BARBOU, Henri MORET et Xavier LE COZ pour échanger ensemble et voir comment le projet peut avancer. Xavier LE COZ pense que l'exemple de Limoges est à dupliquer en Charente-Maritime et qu'il serait intéressant d'installer un fauteuil sur chaque hôpital (La Rochelle, Saintes, Rochefort).

Christophe BARBOU évoque la période du COVID, les urgences étaient régulées mais non-traitées, avec des situations qui s'aggravaient car il n'y avait pas assez de praticiens qui prenaient en charge les patients. Traiter une urgence dentaire et surtout sa suite peut être chronophage... Cela ne s'arrête que très rarement à une simple prescription. Il y a le ou les premiers gestes techniques mais ensuite il faut finir le soin, restaurer la dent, etc... et le traitement de l'urgence est faiblement valorisé, eu égard au plateau technique nécessaire, voire au personnel à mobiliser aussi.

Si par l'intermédiaire de la CPTS La Rochelle ou de l'ARS, il est possible d'avoir une valorisation certains y trouveront un intérêt mais il faudra aussi qu'ils aient le temps pour intégrer les nouveaux patients dans leurs agendas pour réaliser les actes qui suivent l'urgence, ou alors, qu'ils n'y soient pas déontologiquement tenus.

Henri MORET intervient, pour l'instant, lorsque l'on parle de régulation, c'est en permanence de soins, le dimanche matin, c'est une aide aux dentistes effecteurs. Un dentiste qui est là le matin de 8h à 13h et qui prend les appels d'urgences dentaires, renvoie le patient au chirurgien-dentiste qui est de garde.

Christophe BARBOU conclut la soirée de formation en rappelant qu'il serait intéressant de se réunir comme précédemment évoqué et monter un groupe de travail dédié à un projet sur le dentaire.