

Les urgences en parodontologie

Les urgences parodontales au sein de notre activité sont fréquentes et diverses. En effet, nombreux sont les patients qui consultent avec un tassement alimentaire, des saignements spontanés ou encore une mobilité importante. Ces urgences, souvent très douloureuses, nécessitent un diagnostic clinique et radiologique localisé pour mettre en place un plan de traitement adéquat. Nous verrons donc quelles sont ces urgences, et les moyens d'y répondre le plus efficacement possible.

Ces cas d'urgence sont :

- l'abcès parodontal aigu
- le tassement alimentaire
- les mobilités dentaires associées ou non à un abcès
- les atteintes parodontales nécrotiques
- la péricoronarite

L'abcès parodontal aigu

C'est l'une des urgences les plus fréquemment rencontrées en parodontologie qui correspond à une inflammation purulente, localisée au sein du parodonte. Cet abcès est causé par une agression mécanique entraînant une impossibilité de nettoyage par le patient (obturation débordante, atteinte de furcation).

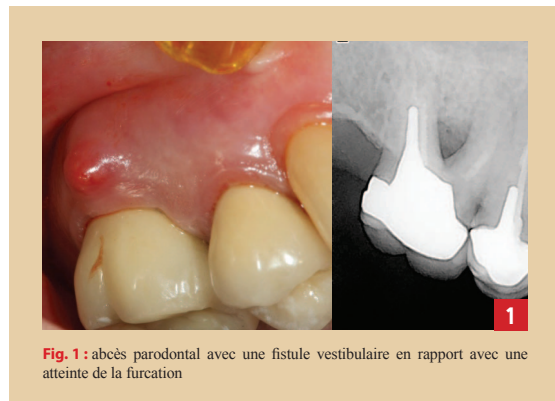


Fig. 1 : abcès parodontal avec une fistule vestibulaire en rapport avec une atteinte de la furcation

Les signes cliniques sont une gencive rouge, œdémateuse, lisse, associée à une douleur à la palpation et à la percussion à cause de la progression de l'inflammation au sein du desmodonte (1). Les signes généraux sont instables, souvent associés à un épisode de fièvre et à la présence de ganglions sous-angulo-mandibulaires. L'examen radiographique montre souvent la présence d'une alvéolyse.

Il est très important de faire rapidement le diagnostic différentiel avec l'abcès périapical. On fera donc un test de vitalité qui sera négatif dans le cas d'un abcès d'origine endodontique et positif dans le cas d'un abcès parodontal.

Le traitement doit être symptomatique et étiologique. Il consiste, à réaliser un drainage de l'abcès par voie

sulculaire, à réaliser un surfaçage de la zone concernée associé à une irrigation sous-gingivale de chlorhexidine à 0,12 %. L'Afssaps ne recommande pas de prescrire des antibiotiques dans ce cas sauf signes généraux associés ou bien chez des sujets à risques d'infections A et B (2). La prescription sera donc un antalgique associé à un bain de bouche à base de chlorhexidine et une motivation aux techniques d'hygiène interdentaire.

Le tassement alimentaire

Il est créé par une absence de point de contact efficace entre deux dents causée par une obturation déficiente, une carie proximale ou encore la mobilité d'une dent terminale sur l'arcade. Ce tassement crée une agression mécanique au niveau de l'attache et favorise le développement d'une prolifération bactérienne s'il n'est pas éliminé. De ce fait, l'inflammation se propage au sein du *septum* interdentaire (c'est pourquoi, cette atteinte est souvent appelée « syndrome du *septum* »).

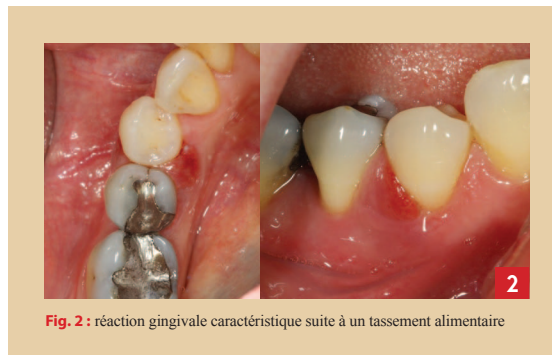


Fig. 2 : réaction gingivale caractéristique suite à un tassement alimentaire

Les signes cliniques sont brutaux, souvent en rapport avec la fin d'un repas. On note une douleur à la mastication, une inflammation gingivale associée avec des saignements et une sensation de compression.

Le traitement est uniquement étiologique en éliminant le facteur causal. Le fait de nettoyer l'espace inter-dentaire entraîne un soulagement quasi-immédiat du patient.

Pathologie parodontale ulcéro-nécrotique

C'est une maladie d'origine infectieuse avec une manifestation inflammatoire aiguë du parodonte. Elle peut être localisée au niveau de la gencive et sera appelée gingivite ulcéro-nécrotique ou associée à une perte osseuse et on parlera de parodontite ulcéro-nécrotique. L'étiologie est déterminée par un facteur bactérien (fusobactéries, spirochètes et bactéroïdes intermédius) et un terrain psychologique (décès d'un proche, divorce, examen...). Certains facteurs



Dr Rémi COLOMB

■ Assistant hospitalo-universitaire en parodontologie à l'université Victor Segalen de Bordeaux 2

■ D.U. d'implantologie

docteurcolomb@gmail.com

peuvent favoriser l'apparition de ces types d'atteintes comme le tabac ou l'immuno-dépression. En effet, chez les patients HIV positifs, l'incidence des GUN est élevée (3).

Les signes cliniques sont une gencive rouge vif, recouverte d'un enduit blanchâtre pseudo-membraneux, bordée d'un érythème linéaire. Les papilles sont souvent décapitées. Cette atteinte se manifeste par une douleur importante, une sensation de brûlure et des saignements importants spontanés ou provoqués. Des signes généraux sont décrits avec notamment des adénopathies et de la fièvre.

Le traitement est ici symptomatique avec une prescription d'antibiotiques (pénicilline 500 mg 3 fois par jour pendant 6 jours et métronidazol 400 mg 3 fois par jour pendant 8 jours)(4), d'antalgiques et d'antiseptiques en bain de bouche. De plus, il est conseillé de réaliser une détersion des lésions avec de l'eau oxygénée à 10 volumes et de réaliser un premier détartrage doux pour que le patient puisse reprendre des techniques d'hygiène favorables à la cicatrisation.

Le patient est revu à 15 jours pour un contrôle et un détartrage plus approfondi. Ce type d'atteinte cicatrise très bien si le patient met en œuvre une bonne hygiène.



Fig. 3 : patiente de 22 ans ayant perdu son père 10 jours auparavant ; détartrage à 15 jours et cicatrisation à 2 mois

Péricoronarite

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

C'est l'accumulation de plaque bactérienne sous le capuchon muqueux qui génère souvent un œdème à l'origine d'un traumatisme mécanique du capuchon par la dent antagoniste (5).

On note la présence d'un œdème souvent associé à une suppuration. La douleur est limitée autour du capuchon mais on note une limitation de l'ouverture, une halitose, une irradiation de la douleur vers l'oreille. Les signes généraux de fièvre et d'adénopathies sont souvent décrits.

Le traitement symptomatique comprend une anti-

biothérapie en présence de fièvre ou d'adénopathies. Sinon, on préconise un antiseptique local à base de bain de bouche. Le traitement étiologique consiste à nettoyer avec une curette et à irriguer. La dent sera extraite dans un second temps si elle n'a pas la possibilité de se mettre en place.

Mobilité dentaire

C'est un motif de consultation fréquent des patients qui ont peur de perdre leur dent. Les cas d'urgence concernent le plus souvent les dents antérieures.

L'étiologie est multiple : atteinte endo-paro, traumatisme occlusal... On classe cette mobilité en :

- stade 1 avec mobilité physiologique
- stade 2 : mobilité horizontale
- stade 3 : mobilité horizontale et axiale

Le traitement d'urgence est la réalisation d'une contention. Dans le cas d'une atteinte d'origine occlusale, un meulage sélectif sera associé. Dans le cas d'une atteinte endo-paro, il convient de planifier un rendez-vous assez long pour réaliser le traitement endodontique, le surfaçage de la zone concernée et la réalisation de la contention.



Fig. 4 : patient de 51 ans avec abcès endo-paro sur la 21 et mobilité 3 ; cicatrisation à 6 mois après endo-surfaçage et contention ; malgré les récessions, on note une bonne cicatrisation gingivale et une recorticalisation

Notre rôle est donc de soulager nos patients et de répondre certes, au maximum, à leurs doléances mais aussi et surtout de prévenir ces urgences en étant le plus possible parodonto-conscient au sein de notre activité. ♦

Bibliographie

1. Ramfjord S.P. et Ash M.M., Parodontologie et parodontie : Aspects théoriques et pratiques. Ed Masson Paris 1993
2. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, juillet 2001
3. AAP. Periodontal literature reviews a summary of current knowledge Chicago 1996.
4. Flemming et Karch : DGZMK, juin 1998
5. Bercy P. et Tenenbaum H. : Parodontologie du diagnostic à la pratique, De Boeck et Larquier s.a, 1996.