

I Revues générales

Quelles sont les vraies urgences odontologiques ?

RÉSUMÉ : La consultation en urgence pour motif dentaire n'est, de prime abord, pas évidente pour le pédiatre. Il convient de distinguer la nature traumatique, infectieuse ou douloureuse de cette consultation, afin d'adapter la prise en charge et d'orienter au mieux vers le chirurgien-dentiste. Les conduites à tenir, prescriptions et pronostics sont décrits pour les différents types d'urgences dentaires que le pédiatre sera à même de recevoir. Dans de nombreuses situations, notamment traumatiques, la mise en œuvre de gestes d'urgence appropriés est déterminante pour le maintien de l'intégrité de la dent et sa conservation.



S. VITAL

Université de Paris, UFR Odontologie, UR 2496 "Orofacial Pathologies, Imaging and Biotherapies", Service de Médecine bucco-dentaire, Hôpital Louis-Mourier, PARIS.

La consultation en urgence pour les dents peut laisser perplexe le pédiatre, avec un sentiment qu'il y a comme une erreur d'orientation. Pour citer un ami urgentiste pédiatre, "quand je veux du poisson, je vais chez le poissonnier, pas chez le boucher". Pour autant, ces consultations ne sont pas si anecdotiques puisqu'elles sont estimées de 4 à 22 % des consultations pédiatriques en urgence selon les études [1, 2]. Il est courant de distinguer trois causes principales d'urgences dentaires : les traumatismes, les infections et les douleurs liées aux lésions carieuses. L'objectif de cet article est d'identifier les situations d'urgence dentaire les plus fréquentes et de proposer des éléments de prise en charge et d'orientation adaptés.

■ La traumatologie dentaire

1. Généralités

Si la région buccale ne représente qu'1 % de la surface totale du corps, elle concentre 5 % des traumatismes corporels. Chez les enfants d'âge préscolaire, les traumatismes buccaux représentent

jusqu'à 17 % de l'ensemble des lésions corporelles. L'incidence des traumatismes dentaires est de 1 à 3 % et leur prévalence est de 20 à 30 %, stable depuis des années.

Ces données permettent de penser que le pédiatre sera amené à recevoir des consultations d'urgence pour traumatismes dentaires. La prise en charge sera différente selon qu'il s'agisse de dents temporaires, soit jusqu'à 5-7 ans, ou bien de dents permanentes, à partir de 5-7 ans. On le constate, la frontière entre les deux est poreuse, car l'âge du renouvellement des dents est variable d'un enfant à l'autre.

Lors de l'examen buccal, la présence et l'intégrité des dents doivent être recherchées, tout comme leur mobilité, par une palpation bi-digitale délicate. Un examen minutieux des plaies des tissus mous est recommandé, afin d'évaluer la nécessité de sutures (*fig. 1*). En cas de plaie de la lèvre ou de la langue, une recherche de corps étranger est nécessaire (*fig. 2*). Des photos de la situation, prises à l'aide d'un smartphone, peuvent être d'une grande utilité pour le chirurgien-dentiste qui recevra l'enfant en deuxième intention.

Revue générale



Fig. 1 : Plaie de la lèvre associée à un traumatisme facial chez un enfant de 4 ans, nécessitant la réalisation de sutures.



Fig. 2A : Fracture de l'incisive centrale permanente maxillaire gauche (21) chez un enfant de 8 ans. Une plaie au niveau de la lèvre inférieure est associée. **B :** un cliché radiographique de contrôle est réalisé, il permet de mettre en évidence des fragments dentaires dans la lèvre. Ces derniers doivent être retirés avant sutures.

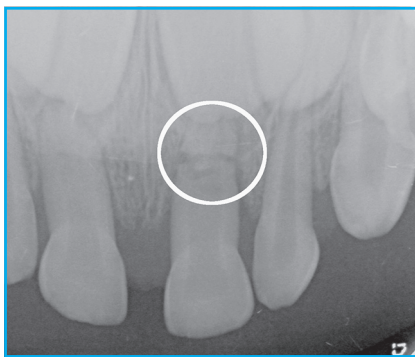


Fig. 3 : Radiographie intrabuccale chez un enfant de 3 ans qui permet d'objectiver une fracture radiculaire de l'incisive centrale temporaire maxillaire gauche (61). Nous pouvons constater la proximité anatomique des germes des dents permanentes avec les dents temporaires, expliquant les possibles séquelles sur les dents permanentes des traumatismes en denture temporaire.

À noter : le cliché panoramique a très peu d'indications en traumatologie dentaire chez l'enfant. Il n'apporte que rarement des éléments diagnostiques, la zone antérieure étant souvent mal définie. Les clichés intrabuccaux, de faible ionisation, offrent une très bonne définition des tissus dentaires et permettent le suivi au cours du temps de la dent traumatisée (fig. 3).

2. Traumatismes des dents permanentes

● La dent est absente

Les expulsions représentent entre 0,5 et 16 % des traumatismes dentaires [3].

Il s'agit là de la forme la plus sévère de traumatisme dentaire et il a été largement montré que le pronostic est très dépendant des mesures prises sur le lieu de l'accident et rapidement après l'avulsion [4] (fig. 4).

>>> Conduite à tenir : les recommandations internationales [3] préconisent la réimplantation la plus rapide possible de la dent expulsée, idéalement sur le lieu de l'accident dans les 15 minutes qui suivent l'expulsion. Les principes sont les suivants :

1. s'assurer qu'il s'agit bien d'une dent permanente, les dents temporaires ne se réimplantent pas ;
2. s'assurer que l'enfant ne présente pas de contre-indications à la réimplantation, soit un risque d'endocardite ou une déficience immunitaire, ou qu'il soit bien conscient.



Fig. 4 : Suite à une chute à la piscine, expulsion de l'incisive permanente centrale maxillaire gauche (21) chez un enfant de 7 ans. La réimplantation n'a pas été réalisée sur place, la dent a été placée dans du sérum physiologique.

Protocole : en tenant la dent uniquement par sa couronne, sans toucher la racine, la replacer dans l'alvéole dentaire vide, dans sa position initiale. Si la dent est sale, la rincer d'abord doucement dans du lait, du sérum physiologique ou dans la salive (éviter l'eau qui produit un choc osmotique endommageant irréversiblement les cellules sur la racine). Une fois que la dent a été replacée, faire mordre l'enfant sur une compresse, un mouchoir ou une serviette pour la maintenir en place. Pour diverses raisons, si la replantation immédiate n'est pas possible, il est impératif de placer la dent, dès que possible, dans un milieu de conservation compatible avec la survie des cellules (lait, salive [après avoir craché dans un verre par exemple] ou sérum physiologique). Bien que l'eau soit un milieu de stockage inapproprié, elle est préférable à une conservation à l'air libre [3]. Il est à noter que le protocole de réimplantation et de traitement dentaire au cours des semaines et mois suivant l'expulsion sera adapté en fonction du temps extra-alvéolaire à sec, mais que la réimplantation est toujours préconisée.

L'expulsion nécessite une consultation dentaire immédiate, pour la réimplantation ou la mise en place d'une attelle de contention souple et passive. Une prise en charge dentaire spécifique adaptée à chaque situation sera ensuite programmée sur plusieurs années.

>>> Prescription :

- antibiotique (amoxicilline) pendant une semaine ;
- antalgiques (paracétamol) ;
- bains de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) sans alcool, deux fois par jour pendant deux semaines ;
- brossage dentaire biquotidien avec une brosse à dents souple ;
- alimentation molle pendant une à deux semaines ;
- éviter les sports de contact.

>>> Pronostic : il est directement lié aux conditions de réimplantation (durée entre l'expulsion et la réimplantation et nature du milieu de conservation) mais il dépend également grandement du respect par le patient des visites de suivi et de l'interception par le chirurgien-dentiste de tout signe de complications. Les deux complications principales sont :

- la résorption radiculaire : destruction des tissus durs de la racine, qui peut conduire à la perte de la dent (**fig. 5**) ;



Fig. 5 : Enfant de 11 ans avec réimplantation de son incisive permanente et mise en place d'une contention. Aucun suivi n'a été mis en place, la contention n'a pas été déposée et, 9 mois après la réimplantation, une résorption radiculaire totale conduit à la perte de la dent.



Fig. 6 : Complication d'une réimplantation de l'incisive centrale gauche, la dent est ankylosée, elle ne suit pas le processus de croissance et se retrouve en infraclusion.

- l'ankylose : la dent est comme soudée à l'os, elle ne suit pas la croissance maxillaire et se retrouve en infraclusion (**fig. 6**).

L'Association internationale de traumatologie dentaire œuvre pour la diffusion de la conduite à tenir face à un traumatisme dentaire. Sur son site internet, elle propose une affiche "Sauve ta dent" pour le grand public, ainsi qu'une application gratuite ToothSOS qui reprend les gestes à mettre en œuvre en cas de traumatisme dentaire [5].

- **La dent est déplacée**

- **Déplacement**

Si les déplacements dentaires sont possibles dans les 3 sens de l'espace, ils nécessitent un repositionnement lorsque la dent est sortie de son alvéole (extrusion) ou lorsqu'elle a subi une luxation latérale (qui est fréquemment associée à une fracture alvéolaire). Le repositionnement est suivi par la mise en place d'une contention souple et passive.

Lorsque la dent est rentrée dans son alvéole (intrusion), la conduite à tenir va dépendre de deux paramètres :

- l'immatrité de la racine ;
- le degré d'intrusion.

Lorsque la dent est immature, soit dans les 2 à 3 années après son éruption, il est recommandé d'attendre la ré-éruption spontanée de la dent. Lorsqu'elle est mature, le remplacement de la dent dans

sa position initiale est nécessaire si le déplacement est supérieur à 3 mm.

>>> Conduite à tenir : consultation dentaire urgente pour repositionner la dent et mise en place d'une contention souple et passive.

>>> Prescription :

- antalgiques (paracétamol) ;
- bains de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) sans alcool, deux fois par jour pendant deux semaines ;
- brossage dentaire biquotidien avec une brosse à dents souple.

>>> Pronostic : il est lié essentiellement à la nature de la prise en charge en urgence et à l'importance du déplacement. Un suivi clinique et radiographique rigoureux par un chirurgien-dentiste est indispensable.

- **Subluxation**

Lors d'un traumatisme de la région buccale, il est rare que les dents soient épargnées. En l'absence de déplacement franc visible, un examen clinique des incisives est nécessaire, notamment à la recherche :

- d'une sensibilité de la dent au toucher digital ou aux légers tapotements ;
- d'une augmentation de la mobilité de la dent ;
- d'un saignement au niveau de la jonction gencive-dent.

Il s'agit alors d'une subluxation.

>>> Conduite à tenir : consultation dentaire dans les jours à venir, notamment pour réaliser des examens radiographiques intrabuccaux et éventuellement mettre en place une contention si la dent est particulièrement mobile ou si elle est douloureuse lors de l'occlusion.

>>> Prescription :

- antalgiques (paracétamol) éventuelle-ment ;
- bains de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) sans alcool, deux fois par jour pendant deux semaines ;

Revue générale

– brossage dentaire biquotidien avec une brosse à dents souple.

>>> Pronostic : il est généralement bon, mais un suivi par le dentiste est nécessaire afin d'intercepter tout signe de complication.

● Fracture osseuse alvéolaire

Si le diagnostic de fracture alvéolaire est généralement posé à l'aide de la radiographie, il peut être constaté lors de l'examen clinique, quand la mobilisation de la dent traumatisée entraîne le déplacement de plusieurs dents ou lorsque la mobilisation du bloc alvéolaire au-dessus de la couronne dentaire induit le déplacement de plusieurs dents. Il est également courant d'observer des perturbations occlusales lors de la fermeture buccale, dues au déplacement et au mauvais alignement du segment alvéolaire fracturé.

>>> Conduite à tenir : repositionner tout segment déplacé et le stabiliser à l'aide d'une attelle de contention passive et flexible sur les dents, pendant 4 semaines. Une suture éventuelle des lacérations gingivales est possible. La consultation dentaire doit se faire en urgence si le repositionnement et la contention ne sont pas faites ou sinon dans les jours à venir, notamment pour réaliser des examens radiographiques intrabuccaux et instaurer le suivi dentaire, en particulier de la vitalité des dents intéressées par la fracture adjacente.

>>> Prescription :

- antalgiques (paracétamol) ;
- bains de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) sans alcool, deux fois par jour pendant deux semaines ;
- brossage dentaire biquotidien avec une brosse à dents souple.

>>> Pronostic : il est bon pour la réparation osseuse et plus réservé sur le maintien de la vitalité pulpaire sur le long terme des dents concernées par la fracture adjacente.

L'attelle de contention (fig. 7)

Le repositionnement d'une dent nécessite la mise en place d'une contention afin de la maintenir dans sa position correcte, d'assurer le confort de l'enfant et d'améliorer ses fonctions de mastication et phonation.

Les données scientifiques mettent en évidence la nécessité de choisir des attelles passives et flexibles, mises en place sur une période courte de 2 semaines, permettant une légère mobilité [6, 7]. Ainsi, il est préconisé d'utiliser un fil en acier inoxydable de 0,4 mm de diamètre maximum ou des fils de nylon, collés avec de la résine composite dentaire sur la face labiale des dents. La contention sur la face externe des dents permet :

- d'éviter les interférences occlusales lors de la fermeture buccale ;
- un accès lingual pour les procédures endodontiques ;
- une limitation de la rétention de plaque et un maintien du contrôle de plaque, garant de la cicatrisation gingivale et de l'os alvéolaire.

Le patient et le parent doivent être informés qu'au moment du retrait de l'attelle, la dent traumatisée peut être mobile.

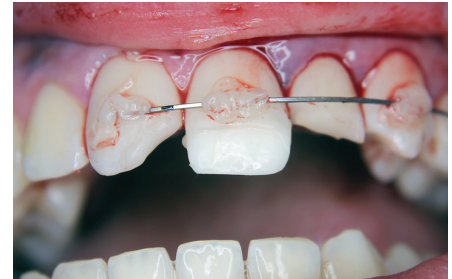


Fig. 7 : Attelle de contention après réduction d'une luxation latérale de l'incisive centrale. Placée sur la face externe des incisives, elle n'engendre pas d'inflammation de la gencive, permet à la fois un brossage efficace et un accès pour les traitements pulpaires éventuels.

● La dent est cassée

Les fractures dentaires peuvent intéresser la couronne, la racine ou les deux entités. Seules les fractures minimales, limitées à l'émail, ne nécessitent pas de prise en charge spécifique. Dès lors que le fragment cassé représente une partie importante de la dent, une consultation chez un chirurgien-dentiste s'impose. Elle peut toutefois se faire dans les 24 heures suivant le traumatisme, sans perte de chance significative (fig. 8).



Fig. 8 : Fractures des couronnes des incisives centrales. Le trait de fracture passe par le tissu conjonctif pulpaire, la partie vascularisée et innervée de la dent est exposée dans la cavité buccale. Une prise en charge dentaire pour étanchéfier la pulpe est indispensable pour la pérennité de la dent.

>>> Conduite à tenir : si le fragment cassé a été récupéré, il peut être placé dans du sérum physiologique, voire de l'eau, afin de le réhydrater. Il n'est pas question ici de survie cellulaire. La consultation dentaire doit s'effectuer dans les 24 heures pour une prise en charge adaptée, notamment du tissu pulpaire de la dent.

>>> Prescription :

- antalgiques (paracétamol) ;
- bains de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) sans alcool, deux fois par jour pendant deux semaines ;
- brossage dentaire biquotidien avec une brosse à dents souple.

>>> Pronostic : il dépendra de l'importance de la fracture. Les fractures coronaradiculaires sont particulièrement délicates à traiter et nécessitent une prise en charge spécifique.

3. Traumatismes des dents temporaires

● La dent est absente

Il s'agit de faire le diagnostic différentiel entre une expulsion et une intrusion. La

dent a-t-elle été retrouvée ? À l'examen clinique, un morceau de la dent est-il visible ? Dans le cas où la dent n'a pas été retrouvée, même en l'absence d'une partie coronaire visible, l'intrusion est fort probable. Toutefois, le diagnostic différentiel ne sera posé avec certitude qu'avec un examen radiologique intrabuccal.

■ Expulsion

>>> Conduite à tenir : si la dent a été retrouvée, le diagnostic d'expulsion ne fait pas de doute. Il ne faut jamais réimplanter une dent temporaire. Quelles que soient les conditions optimales de conservation de la dent et la compliance de l'enfant, les recommandations internationales s'accordent à juger que le risque de lésion du germe de la dent permanente est majeur lors de la réimplantation. Une consultation dentaire est à prévoir dans les jours à venir.

>>> Prescription :

- antalgiques (paracétamol) ;
- nettoyage de la zone lésée avec une compresse imprégnée de bain de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) sans alcool, deux fois par jour pendant une semaine ;
- brossage dentaire biquotidien.

>>> Pronostic : il existe un risque faible de lésion du germe de la dent permanente, consécutif à l'inflammation engendrée par le traumatisme. La dent permanente ne fera pas son éruption précocement et un dispositif prothétique peut être proposé si l'enfant est gêné par l'absence de la ou des dent(s).

■ Intrusion

>>> Conduite à tenir (fig. 9) : consultation dentaire dans les jours à venir.

>>> Prescription :

- antalgiques (paracétamol) ;
- nettoyage de la zone lésée avec une compresse imprégnée de bain de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) sans alcool, deux fois par jour pendant une semaine ;
- brossage dentaire biquotidien.

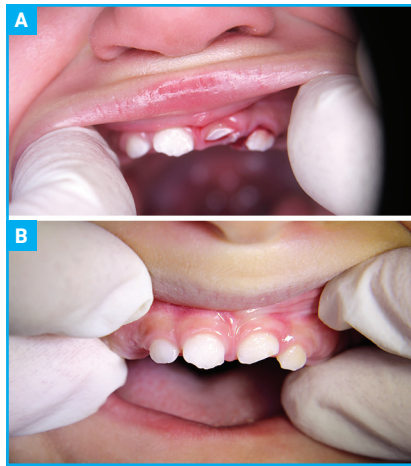


Fig. 9A : Intrusion d'une incisive temporaire maxillaire gauche chez une enfant de 14 mois. Un calendrier de suivi est établi avec les parents afin de surveiller la rééruption de la dent. Ils sont informés du risque de lésion du germe de la dent permanente, notamment un risque d'anomalie de structure de la couronne. **B :** 3 mois après le traumatisme, la dent a refait son éruption. Elle présente une fracture de la couronne, qui pourra être masquée avec du composite une fois l'enfant plus âgée.

>>> Pronostic : dans la très grande majorité des cas, la dent va refaire son éruption, parfois selon un axe différent de la position initiale, au cours des semaines ou mois qui suivent le traumatisme. Il existe un risque de lésion du germe de la dent permanente sous-jacente, risque d'autant plus important que le germe est à un stade précoce de minéralisation, c'est-à-dire que l'enfant est jeune.

● La dent est cassée

Les fractures coronaires, radiculaires ou corono-radiculaires sont moins fréquentes que les formes cliniques de déplacement, du fait de la souplesse de l'os alvéolaire chez le jeune enfant.

>>> Conduite à tenir : consultation dentaire dans les jours à venir.

>>> Prescription :

- antalgiques (paracétamol) ;
- nettoyage de la zone lésée avec une compresse imprégnée de bain de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) sans alcool, deux fois par jour pendant une semaine ;
- brossage dentaire biquotidien.

>>> Pronostic : en fonction de la forme clinique et de la coopération de l'enfant, la prise en charge s'attachera à préserver la dent. Toutefois, l'objectif principal est de préserver les complications au niveau du germe de la dent permanente, notamment en interceptant tout signe d'infection secondaire à la nécrose de la dent temporaire.

● La dent est déplacée

Dans cette situation, il est important d'évaluer la mobilité de la dent, afin de prévenir le risque d'ingestion voire d'inhalation de la dent.

>>> Conduite à tenir : consultation dentaire dans les jours à venir, sauf dans le cas où la ou les dents déplacées empêchent la fermeture de la bouche ou entraînent une douleur à chaque occlusion, soit plusieurs fois par minute pour la déglutition.

>>> Prescription :

- antalgiques (paracétamol) ;
- nettoyage de la zone lésée avec une compresse imprégnée de bain de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) sans alcool, deux fois par jour pendant une semaine ;
- brossage dentaire biquotidien.

>>> Pronostic : il est directement lié à l'importance du déplacement. Une cicatrisation est possible en cas de faible déplacement, l'extraction de la dent est préconisée dans les cas de déplacements importants avec risque d'inhalation ou ingestion de la dent.

À noter : le certificat médical initial concernant les lésions dentaires est capital pour la prise en charge financière des traitements, qui peuvent être coûteux, par les assurances. Il doit comporter une réserve sur le devenir fonctionnel et esthétique des dents traumatisées, adjacentes, antagonistes et successives, lorsqu'il s'agit de dents temporaires traumatisées. En effet, comme nous l'avons vu, les complications liées au traumatisme peuvent survenir plusieurs

Revue générale

POINTS FORTS

- En cas de traumatisme dentaire sur les dents permanentes (à partir de 5-7 ans), la prise en charge adéquate immédiate est déterminante pour le devenir de la dent.
- Les traumatismes en denture temporaire peuvent conduire à des lésions du germe de la dent permanente sous-jacente de type tache, malformation. Cette réserve sur le devenir de la dent successienne doit figurer dans le certificat médical initial.
- La radiographie panoramique est très rarement indiquée lors des traumatismes dentaires.
- Les cellulites faciales d'origine dentaire nécessitent une bithérapie antibiotique, elles sont consécutives à la nécrose d'une dent temporaire ou permanente, cariée ou traumatisée.

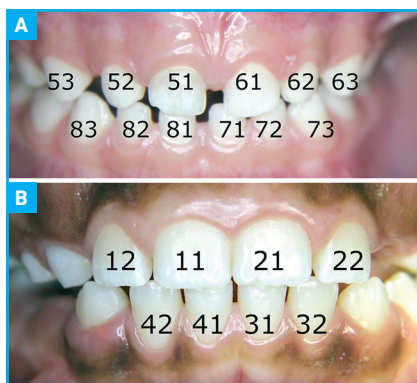


Fig. 10 : Numérotation des dents temporaires (A) et permanentes (B) en vue de la rédaction du certificat médical initial.

années après celui-ci et conduire parfois à la perte de la dent. Une vigilance particulière doit être portée à l'identification des dents concernées, en utilisant la numération correcte (**fig. 10**).

En fonction de la nature du traumatisme dentaire, l'urgence de la prise en charge par un chirurgien-dentiste est variable mais, dans tous les cas, un suivi clinique et radiographique doit être instauré. Il revient aux pédiatres d'informer les parents, qui n'en ont pas toujours conscience, du risque d'une perte prématurée de la dent, aux conséquences lourdes sur le plan fonctionnel, esthétique et psychologique.

Les infections d'origine dentaire

1. Les abcès dentaires

La nécrose des dents temporaires ou permanentes peut entraîner des abcès intrabuccaux, au niveau de la gencive, voire du palais (**fig. 11**).

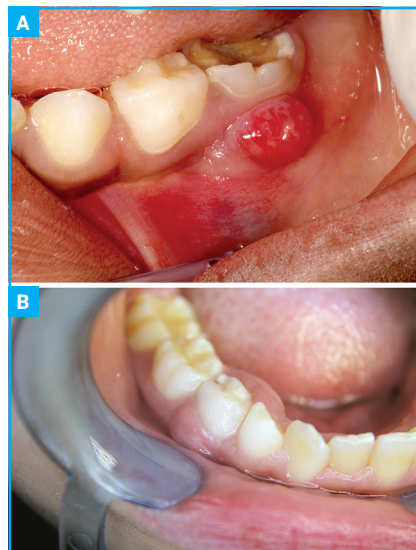


Fig. 11A : Abscès dentaire, complication de la nécrose d'une molaire temporaire cariée. **B :** abcès dentaire consécutif à la nécrose d'une molaire temporaire cariée. La carie n'apparaît pas cliniquement importante mais elle est à l'origine de la manifestation infectieuse.

>>> Conduite à tenir : si l'abcès est collecté, il est possible d'effectuer un drainage de la collection. Chez le très jeune enfant, cet acte peut s'avérer difficile pour un bénéfice relatif. Une consultation dentaire doit être effectuée dans les jours à venir afin de prendre en charge l'origine du problème, par traitement endodontique ou avulsion selon la situation.

>>> Prescription :

- antibiothérapie (amoxicilline) pendant une semaine;
- antalgiques (paracétamol);
- brossage dentaire biquotidien.

2. Les cellulites faciales d'origine dentaire ou dermohypodermite

Dans de plus rares cas, la nécrose des dents temporaires ou permanentes, consécutive à une carie dentaire ou un traumatisme, peut entraîner une infection bactérienne extensive qui touche les espaces aponévrotiques de la face (**fig. 12**).

>>> Conduite à tenir : consultation dentaire dans les 24 heures afin d'identifier la dent causale, cette complication



Fig. 12A : Cellulite génienne basse gauche chez un enfant de 6 ans. **B :** vue intrabuccale mettant en évidence des lésions carieuses importantes sur les molaires temporaires et permanentes.

infectieuse pouvant survenir suite à la nécrose d'une dent cariée, d'une dent traumatisée ou encore consécutivement à une extraction.

>>> Prescription :

- une antibiothérapie probabiliste associant amoxicilline et métronidazole est indiquée pendant 7 à 10 jours, avec une réévaluation à 48-72 heures ;
- antalgiques (paracétamol) ;
- bains de bouche à la chlorhexidine (0,12 %) sans alcool, deux fois par jour pendant deux semaines, si l'enfant sait cracher (après 6 ans) ;
- brossage dentaire biquotidien.

>>> Pronostic : chez l'enfant observant le traitement, les signes régressent généralement au bout de 48 heures. Toutefois, en cas d'aggravation, une hospitalisation en urgence s'impose. Les signes de gravité sont :

- un érythème qui s'étend vers la partie basse du cou, le creux sus-claviculaire et la fourchette sternale ;
- une tuméfaction sus-hyoïdienne latérale progressant vers la région cervicale médiane ;
- une crépitation neigeuse à la palpation de la tuméfaction ;
- une tuméfaction du plancher buccal soulevant la langue et un œdème lingual ;
- une douleur oropharyngée vive avec dysphagie ;
- une dyspnée ;
- une tuméfaction jugale qui atteint la paupière supérieure ;
- une altération sévère de l'état général avec des signes de choc septique.

En fonction de l'atteinte, la dent sera traitée endodontiquement ou bien extraite.

■ Les lésions carieuses

Les caries peuvent être à l'origine de douleurs, parfois intenses, notamment lorsqu'elles entraînent une inflammation pulpaire. Cette douleur est spontanée, pulsatile et souvent nocturne. Des douleurs peuvent également être provoquées

lors de la mastication ou bien par compression des aliments entre deux dents.

>>> Conduite à tenir : consultation dentaire dans les jours à venir.

>>> Prescription :

- antalgiques (paracétamol), de palier II si la douleur ne cède pas avec le paracétamol ;
- brossage dentaire biquotidien, accompagné d'un nettoyage spécifique si des aliments se logent entre deux dents.

À noter : l'antibiothérapie s'avère inutile en l'absence de complication infectieuse (abcès) de la carie.

■ Les morsures post-anesthésie dentaire

Du fait de leur durée d'action sur quelques heures, l'engourdissement induit par les anesthésies locales intra-buccales peuvent perturber les enfants et conduire à des morsures des tissus mous (joues, lèvres). La plaie et l'œdème associé peuvent être impressionnants pour les parents et constituer un motif de consultation aux urgences (**fig. 13**).

>>> Conduite à tenir : il n'y a pas de nécessité d'orienter vers le chirurgien-dentiste.

>>> Prescription :

- antalgiques (paracétamol) ;
- aseptie locale pour éviter la surinfection à l'aide de bains de bouche à



Fig. 13 : Morsure labiale auto-infligée par un enfant de 3 ans suite à l'engourdissement des tissus mous avec une anesthésie locale pour des soins dentaires.

la chlorhexidine 0,12 % sans alcool si l'enfant sait cracher, sinon par tamponnement avec une compresse.

■ Conclusion

Il existe bien de vraies urgences odontologiques qui, dans un monde idéal, devraient être prises en charge par un chirurgien-dentiste, mais qui arrivent parfois en première intention en pédiatrie. La nature traumatique, infectieuse ou douloureuse de l'urgence dentaire doit être déterminée. En cas de traumatisme d'une dent permanente, les premiers gestes sont déterminants pour le devenir de la dent atteinte, il convient donc de les connaître et de les mettre en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDERSSON L. Epidemiology of traumatic dental injuries. *Pediatr Dent*, 2013;35:102-105.
2. WHITFIELD T, AUERBACH M, SCHERZER DJ *et al.* Emergency care for children in the United States: epidemiology and trends over time. *J Emerg Med*, 2018;55: 423-434.
3. FOUAD AF, ABBOTT PV, TSILINGARIDIS G *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol*, 2020;36:331-342.
4. DAY PF, DUGGAL M, NAZZAL H. Interventions for treating traumatised permanent front teeth: avulsed (knocked out) and replanted. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019;2:CD006542.
5. For patients - International Association for Dental Traumatology [Internet]. [cité 14 juill 2020]. Disponible sur: www.iadt-dentaltrauma.org/for-patients.html
6. KWAN SC, JOHNSON JD, COHENCA N. The effect of splint material and thickness on tooth mobility after extraction and replantation using a human cadaveric model. *Dent Traumatol*, 2012;28:277-281.
7. BOURGUIGNON C, COHENCA N, LAURIDSEN E *et al.* International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. *Dent Traumatol*, 2020;36:314-330.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.