

52^e Congrès de la SFMBCB
Dijon
18-20 octobre 2007

Approche rationalisée des urgences bucco-dentaires

Predine-Hug F, Legens M, Boisramé-Gastrin S

UFR d'Odontologie, Brest

Service d'Odontologie, CHU Brest

La notion d'urgence en matière médicale est complexe. L'urgence est évidente lorsque le pronostic vital est en jeu. Les urgences odontologiques prises en milieu hospitalier représentant 6 % de l'ensemble des urgences, il est donc indispensable de disposer d'un plateau technique adapté [1].

La mise en œuvre de protocoles liés à ces situations a fait l'objet de nombreuses publications et communications. Cependant face à une pathologie grave, une première décision doit être prise. Cette première décision revêt une importance capitale quant à la suite thérapeutique. En effet une orientation erronée ou inadaptée entraîne une cascade d'actions inutiles, voire néfastes [2]. En médecine des catastrophes, il est connu que celui qui est responsable de l'accueil et de l'orientation des victimes est un praticien « blanchi sous le harnois » !

C'est pourquoi il est proposé un schéma décisionnel face aux pathologies le plus souvent rencontrées. Les étapes en sont les suivantes :

- présomption de diagnostic,
- confirmation du diagnostic par les signes majeurs à rechercher,
- élimination des diagnostics voisins,
- conduite à tenir dans l'immédiat :
 - ce qu'il faut faire
 - ce qu'il ne faut pas faire
- conduite à tenir médiate,
- conduite à tenir à long terme.

Les exemples présentés correspondent aux urgences suivantes :

- pathologie infectieuse,
- pathologie muqueuse hypertrophique,
- pathologie muqueuse ulcéralive,
- pathologie traumatique,
- pathologie iatrogène.

Les conduites thérapeutiques à envisager sont des choix personnels qui peuvent être réfutés. Le but essentiel n'est pas de dicter telle ou telle attitude mais de donner un mécanisme de raisonnement face à une situation imposant de prendre rapidement une décision.

Cet ensemble est résumé dans un tableau synoptique essentiellement à l'usage des étudiants afin de les sécuriser lors de leurs premiers remplacements et qui sera distribué à chaque auditeur.

Références :

- 1 - Ahossi V, Devoize L, Tazi M, Perrin D. Urgences odontologiques au centre hospitalier universitaire de Dijon. Analyse de 12 mois d'activité. *Clinic* 2002 ; 23 :165-70.
- 2 - Hofer TP, Kerr EA, Hayward RA. What is an error? *Effect Clin Pract* 2000 ; 3 : 261-69.

Nom et adresse du conférencier

PREDINE-HUG François
Service d'Odontologie, CHU Morvan
2 rue Auguste Le Faux, 29200 Brest
francois.predine-hug@chu-brest.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 13, n° 4
2007

page 223

Choc septique d'origine dentaire : à propos d'un cas

Curien R¹, Bally J¹, Lafont A², Anastasio D¹

1. Service d'Odontologie, Hôpital Bel-Air, CHR Metz-Thionville

2. Service d'Odontologie, CHU Dijon

Le choc septique correspond à une défaillance circulatoire aiguë déclenchée par une invasion massive de l'organisme par un agent infectieux (Vallet et Tavernier, 1999). La porte d'entrée peut être pulmonaire, hépato-digestive, urinaire, sur cathéter, cutanée, méningée, ou non identifiée (Bernard et coll., 1997). Le traitement fait appel au rétablissement de la fonction circulatoire, au traitement anti-infectieux et au traitement primordial du foyer infectieux (Dhainault et coll., 1989).

Un patient de 80 ans est hospitalisé en raison d'une hyperthermie persistante. Les hémocultures s'avèrent positives et une thérapeutique anti-infectieuse est débutée. Le bilan pulmonaire, abdomino-pelvien et cérébral ne retrouve pas de foyer infectieux. Au cours de l'hospitalisation, un état de choc se déclare. Entre-temps, le *Streptococcus oralis* est identifié dans les hémocultures et le patient est orienté en odontologie après stabilisation de son état. L'examen clinique et radiologique retrouve une nécrose de la dent 36, qui est extraite. L'état général s'améliore et le patient quitte l'hôpital 12 jours plus tard.

La revue de la littérature ne retrouve que 5 cas similaires (Donoff et Guralnick, 1977 ; Egbert et coll., 1987 ; Quinn et Guernsey, 1985 ; Fardy et coll., 1999 ; Diederer et coll., 2006). Il est fort probable que les portes d'entrée dentaires soient sous-évaluées. Ce cas se distingue par l'absence de défaillance immunitaire, l'espèce bactérienne retrouvée ainsi que par la discrétion clinique du foyer infectieux.

Il met en exergue l'importance de la recherche d'un foyer infectieux dentaire devant un processus infectieux d'origine inconnue.

Nom et adresse du conférencier

CURIEN Rémi

Service d'Odontologie

Hôpital Bel Air, CHR Metz-Thionville

1-3 rue du Friscaty

57000 Thionville

remi.curien@laposte.net

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 13, N° 4
2007

page 224

Pronostic vital engagé suite à une infection d'origine dentaire : l'angine de Ludwig, une réalité en 2007

Hubert A-C¹, Lorentz C², Moizan H¹, Gérard E¹, Stringini R²

1. UFR Nancy, Service d'Odontologie, CHR Metz-Thionville

2. UFR Nancy, Service d'ORL, Hôpital Sainte-Blandine, Metz

L'angine de Ludwig est une phlegmon diffus dont l'origine est une molaire mandibulaire, qui s'étend vers les loges sus et sous-mylohyoïdiennes, pour se distribuer rapidement vers la région sous-mentale et le tissu cellulaire médiolingual. Les facteurs favorisants sont bien identifiés : déficit immunitaire, diabète et, trop souvent encore, utilisation d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) sur un terrain infecté. D'emblée, les signes généraux sont intenses, témoignant d'un syndrome septique grave pouvant conduire à un état de choc. Cette cellulite odontogénique est redoutable et de pronostic grave (Pino Rivero et coll., 2006 ; Abramowicz et coll., 2006). L'évolution clinique par extension rapide du processus infectieux à tout le plancher buccal est une caractéristique première. L'apparition d'une dyspnée et la diffusion vers le médiastin peuvent conduire à une issue fatale (un tiers des cas) malgré le traitement. La flore microbienne retrouvée note une prédominance des germes anaérobies ; toxines et gaz jouent un rôle important dans la propagation infectieuse. La nécrose tissulaire est toujours présente. La prise en charge du patient requiert impérativement l'hospitalisation et la collaboration du médecin réanimateur. Un bilan radiographique (scanner cervico-thoracique) est indispensable pour gui-

der le geste chirurgical (débridement large des foyers nécrotiques). Une antibiothérapie adaptée, à forte dose, par voie parentérale est incontournable, associée bien entendu à la recherche et l'élimination de l'agent causal (Perron et Mangez, 2002 ; Bouletreau et coll., 2005).

Le cas rapporté est celui d'un patient de 44 ans, présentant des douleurs mandibulaires gauches, une dysphagie et une fièvre. Les mêmes symptômes, un mois auparavant, avaient déjà motivé une première consultation spécialisée. Des traitements associant antalgiques, antibiotiques, corticoïdes et AINS lui avaient été administrés successivement. Aucune amélioration n'avait été observée. Le patient consulte à nouveau un autre spécialiste qui, devant la sévérité du tableau clinique, hospitalise le malade en ORL. Cliniquement, il présente une dysphagie bilatérale, un état fébrile (38,5°), un trismus serré (1/2 doigt), des douleurs mandibulaires gauches diffuses, un œdème de l'épiglotte. L'examen biologique révèle un syndrome inflammatoire. L'échographie confirme une collection sous-mentonnière, hétérogène, liquidienne, mesurant 5,7 cm dans son grand axe sur 4 cm de large. Le diagnostic d'angine de Ludwig est posé. Devant un état dyspnéique évoluant rapidement, une trachéotomie sous anesthésie locale, puis une ponc-

tion et un drainage avec pose de lame de Delbet sous anesthésie générale sont réalisés en urgence. L'examen bactériologique met en évidence des streptocoques du groupe C. Après antibiothérapie adaptée et avulsion de la dent causale, l'évolution est progressivement favorable. Le patient quitte l'hôpital après résolution des symptômes infectieux et inflammatoires, décanulation et obtention d'une bonne cicatrisation cervicale, soit un mois après son entrée. La prise en charge de l'angine de Ludwig doit associer systématiquement un temps chirurgical (drainage, exérèse des tissus nécrotiques, lavages) et un temps médical (antibio-

thérapie, réanimation). La prévention de ce type d'infection d'origine dentaire est essentielle, notamment en bannissant l'emploi systématique d'AINS dans le traitement d'une cellulite débutante.

Nom et adresse du conférencier

HUBERT Anne-Cécile
Service d'Odontologie, Hôpital Bonsecours
Place Ph de Vigneulles, BP1065
57038 Metz
achubert@voila.fr

A propos d'une ethmoïdite aiguë d'origine infectieuse dentaire chez un enfant de 12 ans sur un tableau de cellulite diffuse de la face

Baranes M, Radoi L, Vidaud C, Nguyen T, Poidatz E

Université Paris Descartes, Paris 5

Service d'Odontologie, Hôpital Louis Mourier, Colombes

L'ethmoïdite aiguë correspond à l'infection des cellules du labyrinthe ethmoïdal. Elle est rare mais de pronostic grave, liée à la possibilité de complications méningo-encéphaliques et orbitaires. La propagation de l'infection vers l'orbite peut s'effectuer par voie osseuse (unguis, lame papyracée) ou par voie vasculaire permettant le passage d'emboles septiques vers l'orbite responsable d'abcès intra-orbitaires (Clary et coll., 1992). La classification de Chandler (1970) décrit 5 stades anatomocliniques de gravité croissante de l'atteinte orbitaire corrélés à un pronostic de plus en plus sombre pour la fonction visuelle et oculomotrice. L'extension intracrânienne est rarement due à une ethmoïdite isolée. Elle se fait par voie veineuse ou par le biais d'une ostéite et diffuse à la méninge, aux espaces extra- ou sous-duraux, voire au parenchyme cérébral (Giannoni et coll., 1997).

Le cas d'un enfant de 12 ans, sans antécédents médicaux, adressé par le service d'urgence pédiatrique de l'Hôpital Louis Mourier est rapporté. L'enfant est hospitalisé depuis 48 heures, le diagnostic d'ethmoïdite aiguë a été posé et une antibiothérapie à base de céfotaxime, fosfomycine et métronidazole a été débutée par voie intraveineuse. Une faible amélioration est notée et aucune étiologie n'a été retrouvée ce qui a motivé la recherche d'une origine infectieuse dentaire. Le jour de la consultation, l'enfant présente un état fébrile (39,1°C). L'examen exo-buccal révèle une tuméfaction nasogénienne bilatérale, des œdèmes palpébraux supérieurs et inférieurs bilatéraux, un œdème labial supérieur, une ophtalmoplégie, une exophtalmie droite et des adénopathies sous-mandibulaires volumineuses et douloureuses. A l'examen endo-buccal, une tuméfaction dans le vestibule en regard de 11 et 21 est notée ainsi que la présence au niveau de ces dents de restaurations en composite, volumineuses, avec une mauvaise adaptation marginale. Les tests de vitalité pulpaire sont négatifs et le test à la percussion très dou-

oureux sur les deux incisives centrales maxillaires. Une image radioclaire périapicale et un élargissement desmodontal sur la 21 sont observés sur le cliché rétro-alvéolaire. L'examen tomodynamométrique met en évidence un envahissement des fosses nasales, du sinus maxillaire et des cellules ethmoïdales du côté droit, ainsi qu'un abcès orbitaire sous-périosté du côté droit et la confirmation de l'exophtalmie droite. Aucun envahissement des sinus frontaux et sphénoïdaux n'est observé. Les examens biologiques montrent une hyperleucocytose, une vitesse de sédimentation et une CRP augmentées tandis que l'hémoculture est négative.

Lors de la consultation d'urgence, l'ouverture des chambres pulpaire des incisives centrales maxillaires a permis d'obtenir un drainage par voie canalaire et simultanément une diminution des œdèmes palpébraux droits. Les dents sont laissées ouvertes et l'antibiothérapie maintenue. Une régression spectaculaire est notée dans les jours suivants et au 3^{ème} jour un traitement par hydroxyde de calcium a été réalisé. Au 8^{ème} jour, la cellulite a totalement régressé, l'enfant ne présente plus aucune symptomatologie. Les canaux ont été désinfectés et obturés définitivement.

L'ethmoïdite aiguë est rare mais de pronostic grave. Un bilan radiologique est systématique pour apprécier l'extension exacte de l'infection. Elle nécessite une hospitalisation d'urgence avec une antibiothérapie à large spectre par voie intraveineuse associée au traitement de la cause infectieuse. L'origine infectieuse dentaire, qui est peu décrite, doit être systématiquement recherchée.

Nom et adresse du conférencier

BARANES Marc
53 avenue du général Michel Bizot
75012 Paris
tronculaire@hotmail.com

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 13, n° 4
2007

page 225

Comment une mauvaise prise en charge médico-dentaire peut aboutir à une cellulite diffusée cervico-faciale

Radoi L, Laplane P, Baranes M, Poidatz E, Nguyen T

Faculté de Chirurgie dentaire, Paris 5

Service d'Odontologie, Hôpital Louis Mourier, Colombes

Les cellulites sont des processus infectieux se développant dans les espaces cellulaires péri-maxillaires. La flore bactérienne responsable de cellulites est polymorphe, aérobie et anaérobie, à germes Gram positifs et négatifs. Une antibiothérapie inadaptée, facteur de sélection de germes, fait courir le risque de ne plus maîtriser l'infection et peut mettre en jeu le pronostic vital chez les patients immunodéprimés (Peron et coll., 2002).

Le cas d'un patient de 37 ans, sans antécédents médicaux, consultant pour une tuméfaction submandibulaire et latéro-cervicale droite, est rapporté. L'affection a débuté 15 jours auparavant avec des douleurs et une inflammation de la muqueuse recouvrant la 48. Puis elle s'est aggravée progressivement sous traitement (érythromycine 1,5 g/j et bétaméthasone 7 mg/j) instauré par le médecin traitant et modifié par le chirurgien-dentiste du fait de l'apparition d'une tuméfaction submandibulaire droite (augmentation de la dose de bétaméthasone à 70 mg/j, soit 35 fois la dose maximale autorisée !). L'examen clinique a révélé une volumineuse tuméfaction submandibulaire et latéro-cervicale droite collectée ainsi qu'un comblement vestibulaire mandibulaire en regard de la 48 en désinclusion. Les examens clinique et radiologique ont conduit au diagnostic de cellulite diffusée, collectée, d'origine dentaire, chez un patient présentant une immunodépression acquise. Le drainage de la collection par voie cutanée avec mise en place d'une lame de Delbet et un prélèvement bactériologique ont été réalisés. Une antibiothérapie associant amoxicilline (2 g/j) et métronidazole (1,5 g/j) a été instaurée ainsi que des soins locaux cutanés (irrigation à la polyvidone iodée). La 48 a été extraite une semaine plus tard. L'évolution a été favorable avec disparition de la tuméfaction et cicatrisation de la fistule cutanée après 15 jours de traitement.

Les anti-inflammatoires sont souvent incriminés dans la survenue de cellulites sévères, bien que les données bibliographiques ne permettent pas d'établir avec certitude la relation de cause à effet. Les corticoïdes ont un effet immunosuppresseur par la diminution du pouvoir de phagocytose des macrophages, du nombre de polynucléaires et de lymphocytes ainsi que par l'altération de l'adhésion et du chimiotactisme des polynucléaires neutrophiles (Weschle et coll., 1997). Les macrolides, antibiotiques bactériostatiques, sont actifs sur moins de 90 % des souches streptococciques, inefficaces sur plus de 20 % des souches staphylococciques et anaérobies à Gram négatif et complètement inefficaces sur les bacilles à Gram négatif aéro-anaérobies facultatifs, composants de la flore bactérienne responsable de cellulites cervico-faciales. C'est la raison pour laquelle les cellulites sont rarement traitées en monothérapie. Les associations d'antibiotiques bactéricides permettent d'élargir le spectre, de renforcer la bactéricidie et d'obtenir une meilleure réponse clinique dans les infections sévères ou chez les patients immunodéprimés (Dubreuil et coll., 2005). La prescription de corticoïdes en odonto-stomatologie est rarement justifiée. Elle doit être de courte durée et associée à une antibiothérapie efficace dans les cas où une infection sous-jacente ne peut pas être exclue. Une meilleure information des médecins et des chirurgiens-dentistes concernant la prescription des corticoïdes et des antibiotiques en odonto-stomatologie est nécessaire afin d'éviter la survenue d'infections cervico-faciales graves.

Nom et adresse du conférencier

RADOI Loredana

Service d'Odontologie, Hôpital Louis Mourier

178 rue des Renouillers, 92700 Colombes

lradoi@yahoo.fr

Les urgences bucco-dentaires : analyse de la consultation hospitalière en Ile-de-France et problématiques actuelles

Toledo R¹, Azogui-Lévy S², Quéré-Lescaille G², Almanza Moreno Y¹, Azerad J²

1. Service d'Odontologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

2. Service d'Odontologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Université Paris 7

Introduction : La répartition de l'offre de soins d'urgences odontologiques est très inégale avec une prédominance de plus en plus importante du secteur hospitalier et un désengagement du secteur libéral (Baubeau et coll., 2000 ; Collet, 2001). Les urgences dentaires au Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière sont prises en charge depuis

2002 au sein du Service d'Odontologie avec comme objectif principal le traitement des pathologies infectieuses, douloureuses et/ou traumatiques. Le flux de patient qui consulte le service des urgences est en constante augmentation le jour et la nuit, ce qui soulève le problème du manque de structures hospitalières adaptées en général

et, plus particulièrement, pour les urgences odontologiques pédiatriques (Azérad, 2007).

Méthode : Une enquête transversale s'est déroulée sur une semaine donnée à plusieurs reprises, pour décrire les caractéristiques socio-démographiques et les motifs de visite des patients ainsi que leur prise en charge.

Résultats : La consultation d'urgences odontologiques du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière a accueilli 24 898 patients en 2006 – dont 9,1 % de moins de 15 ans – la nuit, le dimanche et les jours fériés, soit 35 % de l'activité des urgences générales. Le jour, une augmentation de 45 % de la fréquentation du service a été observée entre 2002 et 2006, avec un flux annuel de près de 19 000 patients en 2006. L'enquête révèle que le principal motif de consultation est la douleur, de jour comme de nuit. La proportion des traumatismes est notable pendant la nuit et le week-end (6,5 %) et quasi-absente (1 %) pendant les jours de semaine. En revanche, de jour comme de nuit, l'étiologie pulpaire constitue la principale cause d'urgences (70 % de jour et 60 % de nuit) et la proportion de cellulite d'environ 6 %. Le jour, 65 % des patients ont été soignés ce qui est rarement le cas la nuit et le week-end où la prescription est plus fréquente. Les délais d'attente moyens sont d'une heure avec des pics pour le midi, le week-end et la première partie de la soirée (18 h-23 h).

Discussion : La plupart des patients consultant en urgence ont des besoins de soins, ce qui pose la question de la prise en charge du traitement en aval. Il nous semble indispensable de réfléchir aux modalités de prise en charge des urgences dentaires en Ile-de-France et à la nécessaire articulation avec l'odontologie de ville. Par ailleurs, il s'agit également de mener une réflexion sur le service rendu et le type de traitement prodigué, ceci afin d'inscrire les patients dans une démarche de soins réguliers et de prévention. Il ressort des études réalisées dans le service que 13 % des patients peuvent être considérés comme des « consommateurs » de consultations d'urgence, ce qui interpelle sur leur prise en charge dans le temps et sur les difficultés rencontrées pour accéder à des soins réguliers. Se pose enfin la question du devoir de permanence des soins précisé par le code de déontologie des chirurgiens dentistes de ville.

Nom et adresse du conférencier

TOLEDO Rafael
Service Odontologie
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière
47-83 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris
rafael.toledo@psl.aphp.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 13, n° 4
2007

page 227

Evaluation de la douleur à l'aide de l'échelle numérique dans le cadre de l'urgence hospitalière : étude statistique sur 616 cas

Seckinger C¹, Curien R¹, Strazielle C², Boloni E¹, Baldé S¹, Anastasio D¹

1. Service d'Odontologie, CHR Metz-Thionville

2. Faculté d'Odontologie, Nancy

La prise en charge de la douleur est devenue une priorité de santé publique. L'article L 710.3.1 du code de la santé publique stipule que les établissements de santé doivent mettre en œuvre les moyens appropriés pour prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent.

L'échelle numérique (EN) a été validée par des essais cliniques dans de nombreuses spécialités médicales et elle est citée comme instrument de référence par plusieurs auteurs (Blettery et coll., 1996 ; Jensen et coll., 1996 ; Price et coll., 1994). Il s'agit d'une méthode d'autoévaluation suffisamment simple pour être comprise par l'utilisateur.

L'étude consiste à utiliser une fiche signalétique pour chaque patient intégrant son identité, le motif de l'urgence, l'existence d'une douleur, l'évaluation de la douleur par l'EN avant et après traitement, le diagnostic clinique, le geste technique réalisé, les prescriptions, la coopération du patient et son degré de satisfaction.

616 fiches ont été recueillies : 58 % des fiches concernent des hommes et 42 % de femmes, 79 % des patients présentent des douleurs.

Les motifs de consultation sont par ordre de fréquence décroissant : les atteintes pulpaires (41 %), les infections parodontales (25 %), les motifs autres (12 %), les problèmes prothétiques (6,9 %), les traumatismes (5,7 %), les mobilités dentaires (4,9 %), les lésions muqueuses (2,6 %), les lésions dentinaires (1,1 %), les syndromes du septum (1 %).

On a calculé le score moyen obtenu avec l'EN pour les différents motifs de consultation en urgence. Par ordre décroissant, voici les résultats chez l'adulte : les atteintes pulpaires (7,16), les traumatismes (6,23), les infections parodontales (5,93), les syndromes du septum (4,8), les mobilités dentaires (4,4), les lésions dentinaires (4,17), les lésions muqueuses (3,23). Par ordre décroissant, voici les résultats chez l'enfant : les atteintes pulpaires (6,21), les infections parodontales (5,11), les mobilités dentaires (3,14), les traumatismes (2,81).

Les scores de l'EN après traitement ont été évalués : les atteintes pulpaires montrent le score significativement le plus spectaculaire (0,77).

Il est à noter la différence significative entre les patients coopérants ayant un score initial de l'EN (5,48) plus faible que ceux des patients « tendus » (6,97).

L'échelle numérique est un outil intéressant pour le praticien afin d'évaluer la douleur initiale. Elle permet également d'évaluer la douleur résiduelle après traitement. Cette étude confirme la pertinence de cette échelle dans l'évaluation de l'intensité des douleurs rencontrées. De plus, sa simplicité montre tout l'intérêt de son utilisation systématique lors de l'urgence. Dans la littérature,

aucune étude actuelle n'a validée son bien fondé en odontologie. Sa validation dans notre spécialité serait souhaitable.

Nom et adresse du conférencier

SECKINGER Cédric

Service d'Odontologie, CHR Metz-Thionville

1-3 rue du Friscaty, 57126 Thionville

seckinger@hotmail.fr

Réduction de la douleur associée à la pulpite aiguë irréversible par l'injection intraosseuse d'un corticoïde : étude prospective

Eddaif M¹, Barthez M¹, Bronnec F¹, Toledo R², Azerad J¹

1. UFR Odontologie Université Paris 7 Denis Diderot, Service d'Odontologie Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

2. Service d'Odontologie, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Définition : Les urgences endodontiques constituent une part importante des urgences odontologiques et représentent 60 % à 70 % des motifs de consultation des urgences odontologiques dans le service des urgences odontologiques du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière dont un tiers de cas est représenté par les pulpites aiguës irréversibles (Azerad, 2007). Le traitement symptomatique de référence est représenté par le traitement endodontique de la dent causale qui montre un taux de succès de 96 % à court terme (Hasselgren et Reit, 1989). Par ailleurs, ce traitement symptomatique est consommateur de ressources (temps et matériel). Lorsque le traitement endodontique immédiat s'avère difficile, faute de temps par exemple, la prescription médicamenteuse reste la seule alternative pour lutter contre la douleur liée à l'inflammation pulpaire. Mais le plus souvent, cette solution est peu efficace (Nusstein et Beck, 2003).

Une autre alternative a été suggérée par Gallatin et coll. (2000) : l'injection périradiculaire d'un corticostéroïde soulageant la symptomatologie douloureuse, et dont Isset et coll. (2003), ont montré biochimiquement qu'elle avait une action anti-inflammatoire sur la pulpe proprement dite.

Le but de cette étude prospective est d'évaluer l'intérêt de l'injection intra-osseuse d'acétate de méthylprednisolone sur la réduction de la douleur endodontique d'origine inflammatoire (pulpite aiguë irréversible).

Patients et méthode : L'essai a été réalisée sur 32 patients présentant un diagnostic de pulpite irréversible, associée à une douleur spontanée modérée ou sévère, et ne présentant pas de contre-indication à la prise de corticoïdes, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou à l'injection intra-osseuse. Chacun des patients a reçu

une injection périradiculaire de 1 ml d'acétate de méthylprednisolone à 40 mg/ml, ainsi qu'une prescription médicamenteuse correspondant à une prise de 400mg d'ibuprofène, répétée toutes les 6 heures pendant 5 jours. En cas de douleurs intenses survenant dans l'intervalle entre deux prises d'ibuprofène, le patient est amené à prendre un comprimé de paracétamol (500 mg) codéiné à 30 mg, avec pour consigne de ne pas dépasser la dose de six comprimés par jour. Les patients ont été revus 3 à 10 jours plus tard pour la réalisation du traitement endodontique.

Résultats : 75 % des patients ont rapporté qu'ils étaient complètement soulagés par l'injection intra-osseuse d'acétate de méthylprednisolone, 20 % une réapparition des douleurs qui ont été maîtrisées par la prise de paracétamol codéiné. Le taux de succès cumulé est de 95 %.

Conclusion : Ces résultats démontrent que l'utilisation de corticoïdes par voie intra-osseuse en association avec des antalgiques constitue une technique intéressante pour la prise en charge à titre temporaire des pulpites irréversibles en attendant le traitement endodontique complet. Une étude randomisée comparative par rapport à la pulpotomie, et intéressant un échantillon plus large, est encore nécessaire pour valider cette technique à moyen terme.

Nom et adresse du conférencier

EDDAIF Mohammed

Service d'Odontologie

Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

47-83 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

seddaif10@yahoo.fr

Astreintes d'urgence en odontologie au CHU de Reims : enquête rétrospective sur un an

Bourgeois G, Miric T, Dessouter A, Urzel V, Dauce P, Klecha A, Lefèvre B, Hafian H

Service d'Odontologie, Unité de Pathologie et Chirurgie buccale, CHU Reims

Le service d'accueil des urgences du CHU de Reims admet toute les nuits, week-ends et jours fériés les patients souffrant de pathologies bucco-dentaires aiguës. Ces patients sont dirigés vers les urgences chirurgicales où un médecin de garde évalue dans un premier temps, la nécessité d'un déplacement de l'interne en odontologie d'astreinte.

Une enquête rétrospective de cette activité est ici présentée sur une période d'un an, à partir des fiches remplies lors des interventions de l'interne. Seules les fiches dûment complétées ont été retenues, soit 229 dossiers exploitables.

La population étudiée montre une prédominance masculine avec un sexe ratio de 0,63. Elle est âgée de 1 à 86 ans avec une médiane située à 22 ans et 6 mois, et environ 70 % des individus sont âgés de moins de 30 ans. Les appels émanent dans 62 % des cas du service d'accueil des urgences chirurgicales adultes et dans 25 % des cas des urgences chirurgicales pédiatriques. Le reste des appels proviennent de cliniques ou d'hôpitaux périphériques dans un périmètre de moins de 50 km pour 5,7 % des cas, de 50 à 100 km pour 4,4 % et supérieur à 100 km pour 1,8 %.

La distribution des appels suit des variations temporelles : annuelles avec une augmentation de la fréquentation durant les vacances scolaires (40 % d'entre eux sont représentés par les mois de juin à août), hebdomadaires avec des interventions trois fois plus fréquentes le week-end qu'en semaine et enfin horaires avec un intervalle 18h00-0h00 représentant la moitié des déplacements. Concernant le motif d'appel retenu par l'accueil des urgences, il s'agit d'un traumatisme dans 43 % des cas, d'un processus infectieux dans 28 % des cas et d'une hémorragie buccale dans 8 % des cas. Les autres appels (20,6 %) regroupent des douleurs dentaires et motifs divers. A noter que les urgences traumatiques représentent à elles

seules 78 % des motifs chez les moins de 15 ans. Par ailleurs un contexte médical prioritaire (accident de la voie publique, affection chronique, infection avec altération de l'état général...) est présent dans 11 % des cas. Une notion de surdosage par automédication (paracétamol et/ou anti-inflammatoires non stéroïdiens) en relation avec la douleur dentaire est retrouvée chez 8 patients (3,4 %).

Un geste odontologique a été réalisé par l'interne d'astreinte 4 fois sur 5 et une ordonnance médicale a été délivrée 3 fois sur 4. La prescription comportait un antibiotique dans 52 % des cas et un antalgique dans 70 % des cas. Les gestes sont réalisés en ambulatoire dans 83 % des cas et une hospitalisation a été requise dans 16 cas (7 %). Parmi les 229 patients retenus, seulement 20 étaient habituellement suivis dans le service d'odontologie et deux d'entre eux ont été revus pour hémorragie buccale.

En conclusion, lorsque l'urgence odontologique est identifiée, une intervention spécifique est nécessaire. Cette enquête montre que la population rencontrée est majoritairement jeune et se présente pour un traumatisme. Plus de 50 % des motifs d'admission aux urgences résultent d'une prise en charge initiale inadéquate (absence de suivi de recommandations, prescriptions inappropriées). Ces données témoignent de la nécessité d'une collaboration étroite entre odontologistes et médecins pour garantir une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient. Par ailleurs, les résultats de cette enquête sont comparables à ceux obtenus en 1998 dans une étude similaire faite au CHU de Reims.

Nom et adresse du conférencier

BOURGEOIS Geoffrey

Service d'Odontologie, CHU Reims

45 rue Cognacq-Jay, 51100 Reims

geoffrey.bourgeois1@voila.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccaleVOL. 13, N° 4
2007

page 229

Optimisation de la stabilité implantaire avec une surface SLA modifiée : étude pilote randomiséeBischof M¹, Nedir R¹, Nurdin N¹, Oates TW², Valderrama P², Jones A², Simpson J³, Toutenburg H⁴, Cochran D²

1. Swiss dental clinics group, Clinique dentaire de Chauderon, Lausanne, Suisse

2. Department of Periodontics, University of Texas Health Science Center, San Antonio, USA

3. Institut Straumann AG, Bâle, Suisse

4. Institut für Statistik, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Allemagne

La composition chimique des surfaces implantaires a le potentiel de modifier les interactions ioniques, l'adsorption des protéines et l'activité cellulaire de l'os environnant. Ainsi, la surface Straumann SLActive®, qui présente des propriétés hydrophiles obtenues par modification chi-

mique de la surface SLA (Sand blasted-Large, Acid-etched), optimise le contact os-implant. Par comparaison à cette dernière, la présence d'os est supérieure de 60 % dès les 2 premières semaines de guérison (Buser et coll., 2004). L'objectif de cette étude a été de comparer l'évo-

lution de la stabilité du complexe os-implant pour ces deux types de surface durant les 6 premières semaines post-opératoires et d'évaluer leur succès à un an.

Soixante-deux implants ont été placés de manière randomisée chez 31 patients, 22 femmes et 9 hommes (âge moyen : $61,1 \pm 13,0$ ans), présentant au moins 2 sites édentés, maxillaires ou mandibulaires postérieurs, parfaitement cicatrisés (> 4 mois post-extraction). Chaque patient a reçu un implant SLA (contrôle) et un implant SLActive® (test). Douze implants ont été posés au maxillaire et 50 à la mandibule. La stabilité des implants a été évaluée par la mesure du quotient de stabilité implantaire (ISQ compris entre 0 et 100), à l'aide de la technique d'analyse de fréquence de résonance Osstell® (Integration Diagnostics, Suède), de manière hebdomadaire, durant les six semaines postopératoires (Bischof et coll., 2004). La stabilité primaire mesurée immédiatement après la pose ne diffère pas significativement pour les deux groupes d'implants (ISQ moyen : $63,7 \pm 6,9$ pour le groupe contrôle, $61,7 \pm 7,6$ pour le groupe test). Les implants montrent une stabilité moyenne décroissante jusqu'à 2 semaines pour les implants SLActive® et jusqu'à 4 semaines pour les implants SLA, qu'ils soient placés dans des sites mandibulaires ($p < 0,01$) ou maxillaires ($p < 0,001$). Leur niveau de stabilité est identique à 6 semaines. L'identification d'un point de transition, pas-

sage de la décroissance à la croissance de la stabilité, suggère une modification du comportement général du métabolisme osseux au contact de la surface de l'implant. Celui-ci évoluerait de la résorption à l'apposition. A la mandibule, ce point d'inflexion s'est produit à 2 semaines pour les implants du groupe test, et à 4 semaines pour ceux du groupe contrôle. Les 62 implants étudiés étaient parfaitement intégrés à 6 semaines et ont été réhabilités. A un an, le succès clinique des implants à surface SLActive® est équivalent à celui des implants du groupe contrôle (100 %).

Cette étude clinique pilote démontre le succès clinique à court terme de la surface SLActive®. En outre, elle confirme le potentiel que possède la modification chimique de la surface SLA pour induire des phénomènes biologiques accélérant le procédé d'ostéointégration. Une analyse plus fine pourrait mettre en évidence les phénomènes de cicatrisation osseuse et le protocole de réhabilitation prothétique être ainsi modifié et accéléré.

Nom et adresse du conférencier

BISCHOF Mark

Swiss dental clinics group

Clinique dentaire de Chauderon

16 place Chauderon, 1003 Lausanne, Suisse

mark.bischof@swissdentalclinics.ch

Migration implantaire bilatérale dans le sinus maxillaire

Boisramé-Gastrin S¹, Zimmermann P¹, Briche T², Denhez F¹

1. Service d'Odontologie, de Chirurgie maxillo-faciale et plastique, Hôpital d'Instruction des armées (HIA), Percy-Clamart

2. Service d'ORL, Hôpital d'Instruction des armées (HIA), Percy-Clamart

De nombreuses complications sont rapportées après la pose d'implants. Au maxillaire postérieur, la mise en place d'implants peut être difficile à gérer par manque de hauteur osseuse ou présence d'un sinus procidens^[1]. Les greffes par interposition au niveau du plancher sinusien constituent une technique courante pour pallier à ces difficultés. Dans certains cas, une simple ostéotomie d'impaction (technique de Summers) suffit.

Les auteurs présentent le cas d'une migration implantaire bilatérale dans le sinus maxillaire. Un traitement implantaire a été proposé pour réhabiliter un édentement maxillaire de classe I. Après examen clinique et radiologique, la proposition thérapeutique consiste à la mise en place de trois implants droits et gauches en technique enfouie. Pour chaque implant distal, du fait du peu de hauteur osseuse, une intervention selon la technique de Summers a été réalisée avec l'obtention d'une bonne stabilité primaire. Trois semaines plus tard, le patient consulte pour contrôle de cicatrisation. L'aspect clinique des zones implantées est normal, il n'y a pas d'operculisations. Une radiographie rétro-alvéolaire visualise les trois implants de chaque côté. A trois mois, la mise en place des vis de cicatrisation est décidée.

Après incision crestale droite et gauche, seuls deux implants sont retrouvés. L'orthopantomogramme montre que les deux implants distaux qui ont migré secondairement dans le sinus. Bien qu'il n'existait aucun signe de sinusite, la dépose des implants a été réalisée.

Les raisons de ce type de migration sont mal connues. La faible hauteur de l'os alvéolaire, une effraction sinusienne lors du geste chirurgical et une fibrose favorisent sans aucun doute le mécanisme de déplacement secondaire de ces implants dans le sinus maxillaire pendant la période de cicatrisation malgré une stabilisation primaire satisfaisante^[2]. La morphologie faciale doit également être prise en compte^[3]. Notre patient est de type carbonique et présente des forces musculaires importantes. L'hypothèse retenue serait liée à une déchirure de la membrane de Schneider lors de la réalisation de la technique d'impaction de Summers suivie d'une fibro-intégration par migration des cellules de la membrane sinusienne favorisée par des mécanismes d'hyperpression intrasinusienne plus ou moins répétés (mouchage...). Ceci pourrait expliquer la migration bilatérale des deux implants distaux dans la cavité sinusienne.

Références :

- 1 - Galindo P, Sanchez-Fernandez E, Avila G, Cutando A, Fernandez JE. Migration of implants into the maxillary sinus: two clinical cases. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2005 ; 20 : 291-5.
- 2 - Ueda M, Kaneda T. Maxillary sinusitis caused by dental implant: report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1992 50 : 285-7.
- 3 - Iida S, Tanaka N, Kogo M, Matsuya T. Migration of a dental implant into the maxillary sinus. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2000 ; 29 : 358-9.

Nom et adresse du conférencier

BOISRAME-GASTRIN Sylvie
 UFR d'Odontologie
 avenue Camille Desmoulins
 29200 Brest
 Service d'Odontologie, CHU Morvan
 2 rue Auguste Le Faux
 29200 Brest
 sylvie.boisrame-gastrin@chu-brest.fr

Expérience de l'utilisation clinique d'un ciment brushitique (PD VitalOs Cement®) dans les greffes osseuses cortico-spongieuses en bloc d'origine mandibulaire à visée pré-implantaire

Torres JH¹, Cuisinier F^{1, 2}

1. Service d'Odontologie, CHU Montpellier

2. BioNano, EA 4203, Université Montpellier 1

En matière de reconstruction du volume osseux avant implantation, la greffe osseuse est généralement considérée comme le standard. Les matériaux de comblement peuvent être utilisés en alternative. Ils sont parfois aussi associés aux greffes osseuses.

PD VitalOs Cement® est un nouveau matériau de comblement. Il s'agit d'un ciment hydraulique à base de phosphate de calcium brushitique (Lemaître, 1995 ; Van Landuyt et coll., 1997) présenté en conditionnement stérile, sous la forme d'une seringue à deux compartiments dont le mélange extemporané durcit en quelques minutes. Ce produit a été testé chez le chien où l'on a pu observer sa parfaite résorption conjointement à la néo-formation osseuse et la possibilité de l'utiliser avec succès pour stabiliser les implants lors d'une implantation immédiate après avulsion (Cuisinier et coll., 2004).

Pendant 12 mois, PD VitalOs Cement® a été utilisé pour les greffes d'apposition et d'élévation du sinus maxillaire, en association avec des greffes osseuses cortico-spongieuses en bloc d'origine mandibulaire postérieure.

Dans les greffes d'apposition, l'usage de ce ciment en petite quantité (environ 1/4 ml) a contribué à stabiliser les greffons et à combler l'espace entre greffon et zone receveuse. Ce produit adhère sur les surfaces sèches, mais n'adhère plus dès qu'il existe un film de sang. Il n'a pas permis de se passer des moyens d'ostéosynthèse utilisés habituellement. Il n'a pas entraîné d'infection. Il n'était plus identifiable lors de la réentrée (pose des implants). Dans les comblements sinusiens, PD VitalOs Cement® a été utilisé en plus grande quantité (de l'ordre du milli-

litre, voire davantage) pour combler l'espace entre le greffon et le bas-fond sinusien. Il a contribué à stabiliser d'une part le greffon et d'autre part, dans certains cas, les implants qui étaient placés avec le greffon. D'un point de vue chirurgical, cette stabilisation a parfois permis de résoudre des situations d'échec (greffon fracturé, greffon mou, implant instable). Le matériau n'a pas migré vers la lumière du sinus. Il n'a pas entraîné d'infection. Le suivi tomométrique a montré que le matériau semblait faire l'objet d'une résorption centripète. Lors des poses d'implants différées, le forage osseux a été effectué à l'aide d'une tréphine pour analyser la nature du tissu. On a retrouvé du matériau non résorbé. Il semble donc que la résorption totale d'un matériau de l'ordre du millilitre chez l'homme dans ces conditions prenne plus de six mois, alors que les résultats obtenus chez le chien (Cuisinier et coll., 2004) montraient une résorption de l'ensemble de la masse du matériau à quatre mois. L'examen histologique montre que la résorption laisse la place à de l'os. Les implants ont pu être placés dans de bonnes conditions de stabilité et être exploités pour la réhabilitation prothétique.

Au total, il semblerait que ce matériau présente un intérêt pour stabiliser les greffes et/ou les implants.

Nom et adresse du conférencier

TORRES Jacques-Henri
 Service d'Odontologie, CHU Montpellier
 34295 Montpellier cedex 5
 j-torres@chu-montpellier.fr

médecine
 buccale
 chirurgie
 buccale

vol. 13, n° 4
 2007

page 231

Curetage péri-apical et résection apicale ou techniques anciennes au service de l'implantologie : à propos de 2 cas

Artis JP, Artis O

Faculté d'Odontologie, Nancy

Le développement et la vulgarisation des techniques implantaire amènent à observer des pathologies que le bon sens aurait pu croire réservées à la racine dentaire naturelle. Des observations semblables ont déjà été réalisées (Quirynen et coll., 2005 ; Panarrocha Daigo et coll., 2006 ; Brisman et coll., 2001).

Le premier cas concerne un patient adressé pour la pose d'un implant en lieu et place de 37, secteur édenté depuis plusieurs années. Il présente, deux années après la pose, une infection péri-apicale, alors même que l'implant était parfaitement intégré. L'apparition et l'évolution sur la table linguale d'une tuméfaction, due en réalité à l'infection, a fait suspecter au praticien traitant dans un premier temps à une lésion maligne. La disparition des symptômes par antibiothérapie a confirmé l'origine infectieuse. La réalisation d'une résection apicale avec curetage de la lésion dans une région proche du nerf alvéolaire inférieur a permis d'obtenir une évolution favorable.

Le deuxième cas concerne un patient qui, lors d'un séjour dans la région niçoise s'est fait poser 4 implants maxillaires (23, 24, 25, 26). Il consulte un mois plus tard pour une cellulite génienne haute, avec présence d'une fistule productive entre les implants 25 et 26, et présence d'une

image radioclaire dans la région de la 23. Après institution d'une antibiothérapie et régression des phénomènes infectieux, un curetage péri-apical des implants 23, 25 et 26, suivi d'une aseptie locale avec un mélange iodoforme-eugéol a permis la conservation de l'ensemble des implants et leur mise en fonction quelques mois plus tard.

Cette communication a pour but de montrer qu'il est nécessaire de posséder les techniques chirurgicales de base pour garantir le suivi dans le temps de cette extraordinaire avancée que constitue l'implantologie, qui ne saurait cependant se suffire à elle-même.

Il serait imprudent de dire que chacun est capable de « poser des implants » sans ajouter la restriction essentielle à nos yeux que cette technique chirurgicale nécessite la parfaite maîtrise de toutes les autres techniques chirurgicales.

Nom et adresse du conférencier

ARTIS Jean-Paul

Faculté d'Odontologie

1 rue du Dr Heydenreich, 54000 Nancy

Artis.commanderie@free.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 13, N° 4
2007

page 232

Les traumatismes alvéolo-dentaires : à propos d'un cas d'expulsions dentaires maxillaires associées à un fragment d'os maxillaire

Armbruster M, Foray H, Predine-Hug F

UFR d'Odontologie, Brest

Lors d'un traumatisme alvéolo-dentaire, la luxation totale d'un groupe de dents associée à la « fracture/expulsion » d'une partie de la corticale alvéolaire est peu fréquente et donc rarement décrite dans la littérature.

Le cas que nous présentons est celui d'un patient âgé de 11 ans, adressé dans le service d'Odontologie du CHU de Brest, à la suite d'un traumatisme lors d'un match de basket. L'anamnèse médicale révèle que l'enfant a présenté une fente labio-palatine opérée à plusieurs reprises, notamment avec greffe osseuse maxillaire. Le bilan traumatologique révèle une expulsion de trois incisives maxillaires, deux d'entre elles étant solidarisées par un fragment de table externe d'environ 2 cm². Des lésions muqueuses vestibulaires sont associées.

Le temps écoulé entre le traumatisme et la consultation, le milieu de conservation des dents n'étant pas défavorables, une tentative de conservation a été décidée. Une

remise en place des éléments dentaires et osseux est réalisée, une contention rigide établie pour une durée de 4 semaines. Secondairement, les trois incisives expulsées sont l'objet d'un traitement endodontique.

Une surveillance a été établie, qui nous permet de présenter un suivi clinique et radiologique de ce cas avec un an de recul. L'intérêt réside dans l'association de luxations dentaires totales avec « fracture/expulsion » de la table osseuse correspondante, ce qui à notre connaissance a rarement été décrit.

Nom et adresse du conférencier

ARMBRUSTER Mathieu

Service d'Odontologie, CHU Morvan

Rue Auguste Lefaux, 29200 Brest

dentistevil@hotmail.com

Les traumatismes dento-alvéolaires pédiatriques : gérer l'urgence et prévenir les conséquences

Salah-Mars R¹, Aïdoud S², Bouadam F², Debache S²

1. CHU Ibn Rochd, Annaba, Algérie

2. CHU Ben Badis, Constantine, Algérie

La traumatologie dento-alvéolaire pédiatrique occupe une place importante en pathologie buccale. Selon les données épidémiologiques, tous les auteurs s'accordent pour dire qu'un tiers des enfants subissent un traumatisme avant l'âge de 5 ans et que 30 % vers l'âge de 11 à 12 ans (Andreasen, 1972 ; Caprioglio, 1990 ; Naulin, 2005) les garçons sont souvent les plus atteints (Caprioglio et Falconi, 1990 ; Salah-Mars, 1998).

En effet les traumatismes dento-alvéolaires posent de réels problèmes inhérents à la denture.

Si chez l'adulte le traitement est bien codifié, chez l'enfant les dents ne sont pas matures et les arcades ne sont pas stables.

En l'absence de prises en charge spécifiques et rapides, la nécrose pulpaire, la rhizalyse et l'ankylose radiculaire sont les complications quasi inéluctables des dents traumatisées. L'odontostomatologiste est souvent confronté à ce problème de prise en charge précoce d'une façon inopinée pendant ses consultations.

Il est important de rappeler que tout traumatisme alvéolo-dentaire doit être considéré comme une urgence et de

sa bonne gestion dépendra le pronostic (Ahossi, 2005). La démarche du praticien doit se projeter dans l'avenir afin d'aider les dents traumatisées à évoluer dans les conditions physiologiques idéales.

Quand l'organe dentaire est fracturé ou luxé, la protection dentino-pulpaire, la réimplantation et la contention sont des gestes simples et essentiels qu'il faut savoir assurer en urgence au quotidien afin de minimiser les risques, d'éviter les séquelles et d'améliorer le pronostic des dents traumatisées (Andreasen, 1994).

À travers ce travail, nous essayons de vous présenter certains cas cliniques traités et pris en charge en urgence au sein de notre service de pathologie et chirurgie buccales.

Nom et adresse du conférencier

SALAH-MARS Razika

Clinique Elyza, Département de Chirurgie dentaire

Faculté de Médecine, Annaba, Algérie

pr_salahmars@yahoo.fr

médecine
buccale
chirurgie
buccale

vol. 13, n° 4
2007

page 233

Faire face à un patient en arrêt cardio-respiratoire : évaluation des étudiants d'une promotion de 1^{re} année de troisième cycle des études odontologiques

Laurent F¹, Nabet C³, Lavaud M¹, Alantar A¹, Galeazzi JM², Maman L¹

1. Département de Médecine buccale et de Chirurgie buccale, Paris Descartes

2. Service d'Odontologie, Hôpital Marx Fourestier

3. Unité INSERM 149, Hôpital Paul Brousse

L'analyse de la survenue des urgences médicales au cabinet dentaire révèle qu'une majorité de praticiens y seront confrontés durant leur carrière. La prise en charge d'un patient en arrêt cardio-respiratoire (ACR) au cabinet reste rare, mais la gravité de ces situations justifie que chaque praticien maîtrise au moins les techniques de réanimation cardio-pulmonaire de base (massage cardiaque et ventilation artificielle) (Calon et coll., 2007 ; Fleuranceau et coll., 2004 ; Verner et Louville, 1998).

Notre étude a consisté à évaluer la capacité des étudiants en fin de cursus de chirurgie dentaire, à prendre en charge un patient en ACR. Elle a été réalisée en deux parties :

– Un questionnaire a été distribué aux 93 étudiants de la promotion de 6^{ème} année afin d'évaluer leur comportement vis-à-vis des urgences médicales. Ils ont notamment été interrogés sur leur capacité à réaliser une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de base.

– Dans un second temps, 22 étudiants tirés au sort ont été évalués sur la prise en charge, sans matériel, d'une personne en ACR.

La prise en charge consistait en :

- Une démarche diagnostique ordonnée : vérification de la conscience, bascule de la tête en arrière, vérification de la ventilation, réalisation de deux insufflations et vérification de la circulation.

- Une technique de RCP efficace : au minimum 50 % de compressions thoraciques efficaces et 50 % d'insufflations efficaces (GNR AFPS 2001).

Le taux de retour des questionnaires a été de 84,9 %. Concernant la technique de RCP de base, 53,3 % des étudiants s'estimaient « totalement » ou « assez » aptes à réaliser la technique. Sur les 22 étudiants évalués, aucun n'a su pratiquer une prise en charge globale efficace. Plus de la moitié des étudiants a fait au moins quatre erreurs dans la démarche diagnostique. Seuls 2 étudiants ont effectué une technique de RCP efficace. Sur l'ensemble

de la cohorte, 46,3 % des compressions thoraciques et seulement 12,6 % des insufflations réalisées ont été efficaces.

Tous les étudiants évalués avaient passé et obtenu l'Attestation de Formation aux Premiers Secours (AFPS) quatre ou cinq ans auparavant. Certains d'entre eux ont pu re-pratiquer ces techniques dans le cadre de travaux pratiques en 4^e année mais de façon superficielle.

Plusieurs auteurs ont montré que six mois après une formation de premiers secours, il y a une perte rapide de la maîtrise des gestes pratiques avec généralement l'oubli du déroulement chronologique et de l'enchaînement des gestes de secours (Berden et coll., 1993 ; Metté, 2002 ; Pottin, 1997).

Il faut tenir compte de ces travaux pour l'enseignement des gestes de premiers secours aux étudiants en chirur-

gie dentaire, en actualisant régulièrement les connaissances et en leur permettant de re-pratiquer plus souvent durant le cursus.

Par ailleurs, la nouvelle formation l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) obligatoire dans la formation de tous les professionnels de santé, inclut la maîtrise de nouveaux outils de RCP : insufflateur manuel et défibrillateur.

Enfin, les réformes régulières des normes de réanimation imposent une mise à jour fréquente des référentiels à destination des chirurgiens-dentistes sur ce sujet.

Nom et prénom du conférencier
LAURENT Florian
7 rue Scipion, 75005 Paris
florian.laurent@free.fr