

■ Revues générales

Traumatismes dentaires : ce qu'il faut faire et ne pas faire au cabinet médical en urgence

RÉSUMÉ : Un traumatisme dentaire est considéré comme une urgence. Le pédiatre peut être le premier praticien à être en contact téléphonique avec les parents et/ou recevoir les jeunes patients victimes. Ainsi, examiner la situation et entreprendre les premiers gestes d'urgence avant de diriger vers le chirurgien-dentiste est primordial.

Dès ce moment, des recommandations essentielles peuvent être données à l'interlocuteur, comme récupérer le morceau fracturé en vue d'un collage, le rinçage et la réimplantation immédiate de la dent permanente expulsée ou, en cas d'impossibilité de réimplanter, son immersion immédiate dans un milieu adéquat. En effet, un traitement initial bien mené augmente le pronostic favorable de cicatrisation. Parfois, l'observation de la cavité buccale de l'enfant permet de dépister un antécédent de traumatisme dentaire à prendre en charge.



L. GOUPY

Responsable du département
d'odontologie pédiatrique,
Service de Stomatologie et Chirurgie
maxillo-faciale de l'enfant
et de l'adolescent,
CHU Robert Debré, PARIS.

La cour d'école, la maison, les espaces sportifs sont autant de lieux où les enfants peuvent chuter, se cogner. 25 % des enfants scolarisés sont victimes de traumatismes dentaires [1], et la prévalence s'élève à 30 % avant l'âge de 5 ans. Ainsi n'est-il pas anodin de parler des traumatismes dentaires dans une revue destinée aux pédiatres, praticiens généralement consultés en première intention, en particulier lors des chocs sur les dents de lait.

Avant examen clinique, les données du patient seront recueillies avec les informations sur son état de santé général, ses allergies et les circonstances de l'accident. En cas de polytraumatisme et si l'examen neurologique est anormal, il sera redirigé en milieu spécialisé.

À l'examen de la face, il peut y avoir des lacérations ou des coupures. Il convient d'éliminer les souillures, par pulvérisation d'eau minérale par exemple, et de

désinfecter les zones muqueuses (lèvres rouges) avec une compresse exprimée de bain de bouche sans alcool (Paroex, Eludril pro), et ce avant de recoudre (sutures sous anesthésie locale, fil 5/0 ou 6/0 Ethilon), d'appliquer des Steri-Strip ou des colles biologiques. Une fois la cicatrisation obtenue, l'application de crème cicatrisante type Cicalfate (Avène) et de l'écran total tous les jours sur les zones concernées pendant 1 an, même par temps nuageux, est conseillée. Il sera recommandé de masser les brides cicatricielles.

La palpation des rebords osseux permet de déceler d'éventuelles fractures de la face. Nous regardons les os propres du nez. Enfin, une ouverture buccale limitée ou une gêne laisse suspecter une fracture ou fêlure du condyle, nécessitant une radiographie de cette zone.

L'urgence maxillofaciale constitue la priorité avant l'orientation vers le dentiste traitant. Néanmoins les gestes de

Revue générale

Matériel pour les premiers soins en cas de traumatismes dentaires :

- savon à pH neutre et petite éponge, ou pulvérisateur d'eau minérale pour le nettoyage des plaies exobuccales ;
- Steri-Strip ;
- bain de bouche sans alcool ;
- sérum physiologique et un contenant ;
- compresses ;
- milieu de conservation d'organe adéquat : SOS Dentobox (Miradent, Hager & Werker).

Encadré 1.

premières intentions peuvent être réalisés après observation endobuccale. À l'examen endobuccal, on peut observer des traumatismes des tissus mous. Fréquemment, chez les enfants en denture temporaire présentant une insertion basse et un frein labial supérieur court, ce dernier se déchire, entraînant un saignement important et spectaculaire pour les parents. Il convient de les rassurer et une compresse d'eau froide peut être appliquée pour arrêter le saignement. Certaines lacérations à d'autres endroits de la bouche nécessitent des points de suture. Il convient d'inspecter les tissus

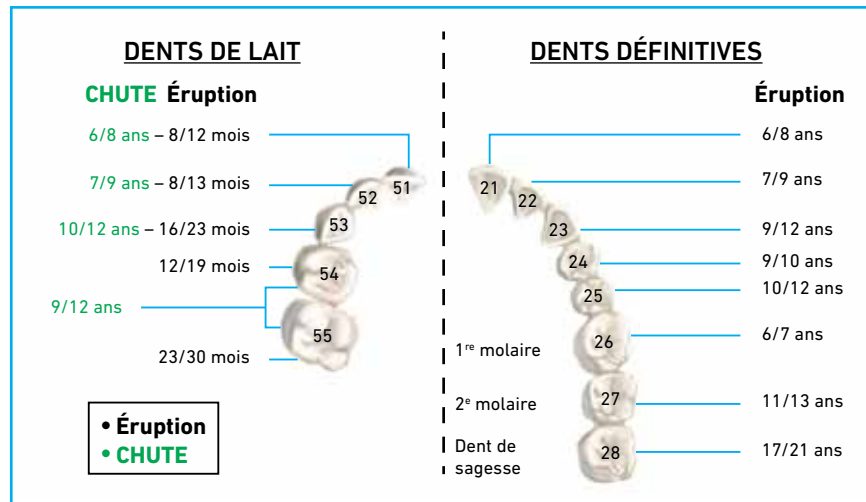


Fig. 1 : Schéma sur l'âge d'éruption des dents temporaires et permanentes.

mous pour enlever les souillures ou morceaux de dents qui seraient fichés dans la muqueuse (**encadré 1**). Il sera utilisé du fil 5.0 de préférence.

>>> Les traumatismes des tissus durs

La classification des traumatismes dentaires selon l'OMS modifiée par Andreasen :

- fêlure ;
- fracture coronaire sans exposition pulpaire ;
- fracture coronaire avec exposition pulpaire ;
- fracture corono-radiculaire ;
- fracture radiculaire ;
- fracture alvéolaire ;
- contusion : dent non déplacée, traumatisme mineur ;

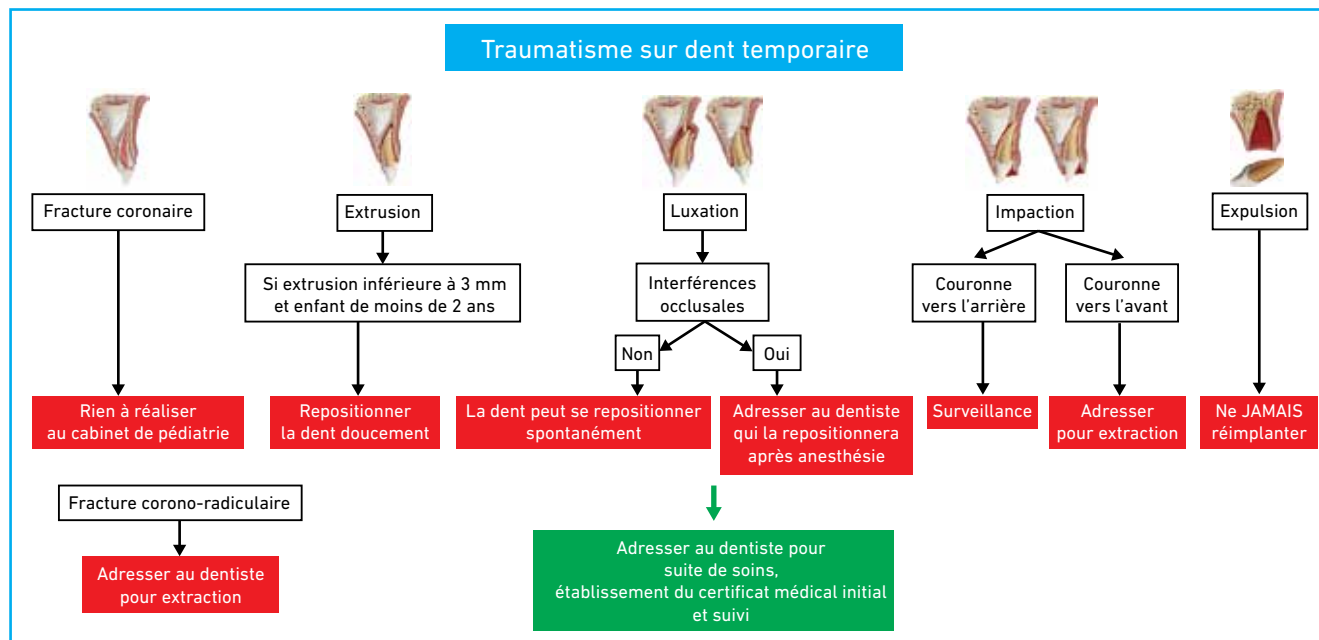


Fig. 2 : Arbre décisionnel pour prise en charge au cabinet médical de traumatisme sur dent temporaire.

Revue générale

- subluxation : augmentation de la mobilité sans déplacement de la dent dans l'alvéole ;
- extrusion : dent paraît plus longue ;
- luxation latérale : couronne déplacée en avant ou en arrière, fracture alvéolaire associée ;
- impaction : dent déplacée axialement dans l'os alvéolaire. La dent peut être totalement impactée et donc la couronne ne sera plus visible (diagnostic différentiel à faire avec l'expulsion) ;
- expulsion : alvéole déshabillée, il faut retrouver la dent pour s'assurer qu'elle est intègre.

Nous distinguerons la ou les dents concernées. Et il faut également regarder les dents antagonistes et controlatérales (fig. 1).

Les traumatismes sur les dents temporaires (fig. 2)

Les incisives supérieures sont les dents principalement touchées. Les **fractures coronaires** de l'émail ne nécessiteront pas de traitement urgent. En revanche, l'enfant est adressé au dentiste rapidement pour :

- des soins dans le cas de fracture coronaire avec exposition pulpaire (un petit point rouge sera alors visible) ou sans exposition pulpaire ;
- ou extraction dans le cas de fracture radiculaire associée à la fracture coronaire (fig. 3).

En cas de chute sur le menton, les dents postérieures peuvent être également fracturées (fig. 4).

Néanmoins, en denture temporaire, il s'agira de traumatismes de tissus de soutien, plus que de fractures coronaires, car l'os du jeune enfant est plus malléable (fig. 5).

Pour l'**expulsion**, il ne faut jamais réimplanter une dent temporaire, simplement s'assurer que la dent est présente en son entier : couronne et racine comprise. Si la dent n'a pas été retrouvée, il est nécessaire de faire le diagnostic

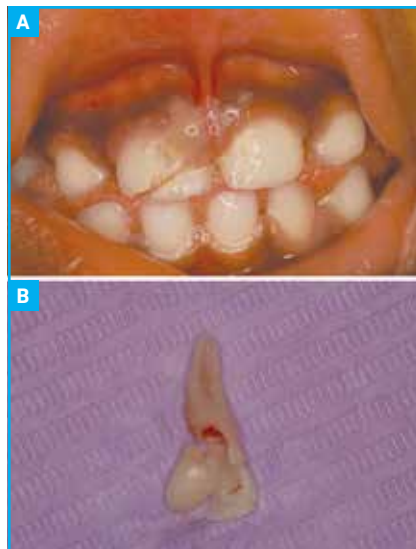


Fig. 3A : Fracture coronoradiculaire de la dent 51 : trait de fracture vertical visible et mobilité du fragment. **B :** la dent extraite.



Fig. 4 : Fracture amélodentinaire avec exposition pulpaire d'une molaire temporaire.



Fig. 5A : Impaction de la dent 51 et laceration du frein labial supérieur. **B :** patient âgé de 2 ans, luxation complète. **C :** séquelle d'un trauma avec fracture alvéolaire il y a 1 an, non traité.

différentiel avec un cas d'impaction. Cela passera par la prise d'une radiographie occlusale du secteur dentaire concerné chez le chirurgien-dentiste.

La **luxation** : s'il n'y a pas d'interférences occlusales, la dent peut se repositionner naturellement. Si la luxation de la couronne est vers l'intérieur, laisser un enfant sucer encore sa tétine va permettre à la dent de se replacer correctement vers l'avant. S'il y a une gêne lorsque l'enfant croque, celui-ci sera dirigé rapidement vers le dentiste qui pourra réduire la luxation après anesthésie locale.

Lors de l'extrusion d'une dent temporaire survenue dans la journée, et inférieure à 3 mm chez un enfant de moins de 2 ans, celle-ci peut être repositionnée douce-

ment après nettoyage doux de la partie exposée avec du sérum physiologique, puis maintenir avec une compresse et l'adresser au dentiste pour une contention.

Pour l'**impaction**, tout dépend de l'orientation qu'a prise la couronne de la dent, et donc l'apex. Si la couronne est



Fig. 6 : Impaction et couronne en vestibulaire : l'extraction est préconisée.



Fig. 7A: Impaction des dents chez un enfant de 9 mois. **B:** rééruption spontanée au bout de 1 mois.

déplacée vers l'avant, il y aura impact sur le germe sous-jacent : l'apex est déplacé en palatin, la dent sera extraite (**fig. 6**).

Chez un enfant très jeune, les dents peuvent faire une rééruption spontanée (**fig. 7**).

Les soins locaux par nettoyage de la zone lésée avec une compresse imbibée de bain de bouche sans alcool sont prescrits. Ils seront réalisés après chaque repas et brossage par les parents pendant 6 jours.

Si un parent vient consulter car la dent de son enfant a changé de couleur, cela peut mettre en évidence un épisode ancien de traumatisme. Une dyschromie jaune signe une oblitération du canal. Une dent qui noircit peut s'éclaircir à nouveau. La coloration signe un antécédent de traumatisme mais pas forcément de complications (il n'est pas forcément indiqué d'extraire, mais de surveiller l'évolution). Toutes ces situations évoquées ci-dessus ne justifient pas une quelconque prescription.

Si un abcès (**fig. 8**) est présent en regard de cette dent, une prescription antibiotique peut alors être donnée (amoxicilline en première intention, si absence



Fig. 8: Abcès consécutif à un antécédent de trauma sur les incisives supérieures temporaires: la dent sera extraite.



Fig. 9: Antécédent de traumatisme: la dent 51 a été impactée et l'absence de consultation conduit à une dent laissée sous la gencive.



Fig. 10: Modèle de prothèse pédiatrique permettant de remplacer une dent absente.



Fig. 11: Séquelle d'un antécédent de trauma des dents temporaires entraînant une dysplasie coronaire des dents permanentes qui étaient sous-jacentes.

	En première intention	En seconde intention
Abcès (antécédent de trauma dentaire)	Amoxicilline : 50 à 100 mg/kg/j en 2 prises	Amoxicilline-acide clavulanique 80 mg/kg/j en 3 prises pendant 7 j
	<i>Si allergie à l'amoxicilline :</i> azithromycine (hors AMM) : 20 mg/kg/j en 1 prise – 3 j* ou clarithromycine (hors AMM) : 15 mg/kg/j en 2 prises ou spiramycine : 300 000 UI/kg/j en 3 prises ou clindamycine (à partir de 6 ans) : 25 mg/kg/j en 3 ou 4 prises	<i>Si allergie à l'amoxicilline :</i> métronidazole : 30 mg/kg/j en 2 ou 3 prises et azithromycine (hors AMM) : 20 mg/kg/j en 1 prise ou clarithromycine (hors AMM) : 15 mg/kg/j en 2 prises ou spiramycine : 300 000 UI/kg/j en 3 prises
	Âge inférieur à 12 ans	Âge supérieur à 12 ans
Réimplantation d'une dent permanente	Pénicillines V	Tétracyclines-doxycycline 2 fois/j pendant 7 j
	<i>Si allergie à l'amoxicilline :</i> Clindamycine : 25 mg/kg/24 h en 3 ou 4 prises	

Tableau I : Seules indications de la prescription antibiotique systémique en cas de traumatismes dentaires.

d'allergies) (**tableau I**) et il faut diriger le patient vers son dentiste [2].

Dans chaque cas, il est conseillé de consulter le dentiste traitant pour les examens

cliniques et radiographiques et l'établissement du certificat médical initial dans la journée. Pour les fractures coronaires, les contusions, les subluxations: cela peut être vu dans la semaine (**fig. 9**).

Revue générale

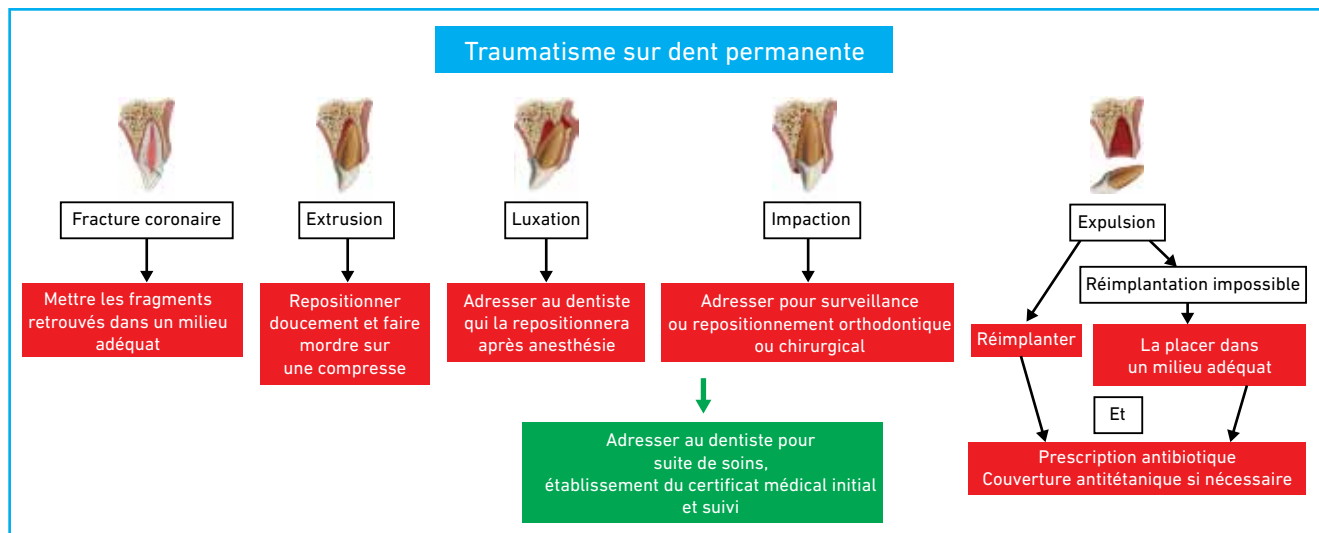


Fig. 12 : Arbre décisionnel pour prise en charge au cabinet médical de traumatisme sur dent permanente.

Degré d'urgence	
Dans l'heure	Expulsion
Dans les 24 h	Lorsqu'il y a un traumatisme des tissus de soutien de la dent : extrusion, impaction, luxation latérale
Dans les 24-78 h	Fractures coronaires avec ou sans exposition pulpaire

Tableau II : Délai de prise en charge.

Si une dent de lait est extraite, elle pourra être remplacée par une prothèse scellée chez l'enfant jeune à partir de 3,5-4 ans (fig. 10).

Il ne faut pas négliger les conséquences d'un traumatisme en denture temporaire sur les dents définitives (fig. 11).

Les traumatismes sur les dents permanentes (fig. 12)

Le délai de prise en charge est en fonction du type de traumatisme (tableau II). L'enfant sera reçu d'autant plus rapidement qu'il y a un déplacement associé. Dans tous les cas, les parents ou la personne encadrant l'enfant devront tout faire pour retrouver le morceau de la dent fracturée ou la dent entière et les placer immédiatement dans un milieu de conservation (SOS Dentobox), du sérum physiologique, du lait ou à défaut de l'eau.

Lorsque l'enfant sera reçu, la dent sera mise immédiatement dans un bon milieu de conservation.

En cas de **fracture coronaire**, la meilleure reconstitution sera le fragment retrouvé et recollé par parfaite coaptation, idéalement sous un champ opératoire appelé



Fig. 13 : Dans la mesure du possible, le chirurgien-dentiste pourra recoller le ou les fragments retrouvés.

digue pour optimiser le collage à l'abri de la salive et de l'humidité de l'expiration buccale (**fig. 13**). Sinon, il est possible de reconstituer avec une résine composite. La dent ne sera pas touchée, d'autant plus que l'enfant est jeune pour lui conserver son capital (**fig. 14**). Ainsi il ne sera pas fait de restaurations type couronne dentaire, et surtout pas avant 18 ans. En cas d'exposition de la pulpe dentaire, le dentiste fera le nécessaire pour tenter de conserver la dent vivante (**fig. 15**).

Pour l'**expulsion**, dès le contact téléphonique avec les parents ou encadrants de l'enfant, il faut s'assurer que la dent a été retrouvée, puis la réimplantation immédiate est la meilleure attitude à suivre :

- la dent expulsée est récupérée en la maintenant par la couronne ;
- si la dent est souillée, la nettoyer brièvement sous l'eau courante maximum 10 s ou avec du sérum physiologique, en la maintenant toujours par la couronne, avant de la replacer immédiatement dans son alvéole ;
- il faut observer au préalable la face avant (vestibulaire, convexe) et la face interne (palatine, plus concave) de la couronne afin de la réimplanter dans le bon sens. De même, observer la morphologie des dents si plusieurs sont expulsées, et faire serrer délicatement les dents sur une compresse ou un mouchoir, pour maintenir la dent en place.

Si la réimplantation sur le lieu de l'accident ou au cabinet pédiatrique (dans le cas où l'enfant est arrivé directement) est impossible, il est recommandé de l'immerger dans un milieu adéquat. L'enfant est adressé rapidement à son chirurgien-dentiste pour traitement et mise en place d'une contention [3]. C'est le seul traumatisme, chez un enfant sain, qui nécessite des antibiotiques systémiques et topiques. Si besoin, une injection antitétanique doit être effectuée.

Pour les autres types de traumatisme alvéolaires dentaires (luxation,

POINTS FORTS

- Une dent permanente doit être réimplantée dans les 20 min. Si cela n'est pas possible, elle doit être immergée le plus tôt possible dans un milieu adéquat.
- Un choc à la région mentonnière doit faire suspecter une lésion des articulations temporo-mandibulaires et des fractures coronaires des dents postérieures.
- Les antibiotiques par voie systémique sont prescrits seulement en cas d'abcès visible, ou en cas de réimplantation d'une dent permanente.
- La couverture antitétanique doit être vérifiée : administration d'une dose de vaccin anti-tétanique chez des patients n'ayant pas reçu de primovaccination ou pour lesquels la primovaccination est incomplète ou inconnue.
- La déclaration d'accident auprès des organismes d'assurance et la rédaction du certificat médical initial doivent être fait dans les 24 à 48 h.
- Un traumatisme dentaire nécessite un suivi régulier par le chirurgien-dentiste jusqu'à l'éruption des dents définitives en cas de trauma sur dent temporaire, et pendant 5 ans s'il s'agit des dents définitives.



Fig. 14 : Restauration au composite.



Fig. 15 : Exposition pulpaire de la dent 11 : un petit point rouge est visible lorsqu'on regarde la face fracturée.



Fig. 16 : Impaction chez un enfant âgé de 7 ans.

Revue générale

extrusion), il faut essayer de réduire le déplacement après nettoyage de la zone (par exemple pour une extrusion, repositionner délicatement la dent avec une pression digitale et faire mordre sur une compresse) [4]. Le traumatisme d'impaction nécessite un suivi très régulier car nous observons le plus de nécrose de la pulpe suite à ce trauma (**fig. 16**).

Conclusion

Heureusement, certains soins ou prescriptions peuvent intervenir en urgence au cabinet de pédiatrie. Une affiche sur l'importance de la prise en charge de l'expulsion peut être téléchargée sur le site de l'IADT (*International Association for Dental Traumatology*) et affichée dans la salle d'attente du cabinet et dans les infirmeries des écoles du secteur ou des clubs sportifs pour sensibiliser chacun (poster *Sauve ta dent* (**fig. 17**) [5]). Après avoir calmé la douleur, l'enfant sera adressé en consultation chez le dentiste traitant pour les soins complémentaires, la rédaction du certificat médical et le suivi. En parallèle, il faut rappeler aux parents les démarches à faire

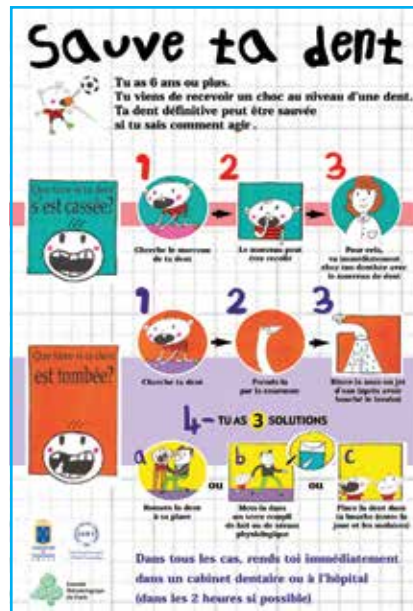


Fig. 17 : Poster *Sauve ta dent*.

pour la déclaration d'accident et pour prévenir les organismes d'assurance.

Nous sommes tous concernés par la prévention qui comprend la sensibilisation à l'arrêt de la succion à 2 ans et demi lorsqu'elle est responsable de

dysmorphoses dento-maxillaires (un surplomb incisif prononcé augmente le risque de trauma), et le port d'un protège-dents pour les sports à risque tels que les sports de contact et les sports collectifs, alors même que celui-ci est obligatoire pour seulement quelques-uns (la boxe, le taekwondo, le hockey sur glace, le football américain) [6].

BIBLIOGRAPHIE

1. GLENDOR U. Epidemiology of traumatic dental injuries- a 12 year review of the literature. *Dent Traumatol*, 2008;24:603-611.
2. AFSSAPS. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. Septembre 2011.
3. NAULIN-IFI C. *Traumatologie clinique, de la théorie à la pratique*. Éd Espace ID, 2016.
4. www.dentaltraumaguide.org
5. www.iadt-dentaltrauma.org/for-patients.html
6. Fédération Dentaire Internationale. Guidelines for dental protection during sporting activities/Drugs and sport. FDI Technical Report No 38 & 39. London: FDI World Dental Press;1990.

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