

COURS DE STOMATOLOGIE

INFAS AUXILIAIRE DE SOINS

OBJECTIF

- Objectif générale: L'auxiliaire de soins doit connaître les notions de base de la stomatologie afin de mieux s'intégrer dans l'équipe de soins
- Objectifs spécifiques:
 1. Définir la stomatologie
 2. Reconnaître la zone anatomique
 3. Avoir des notions sur quelques maladies
 4. Connaître le rôle propre de l'auxiliaire de soins

GENERALITES

GENERALITES

- **La stomatologie** s'intéresse aux maladies de
 - La face
 - La bouche
 - Du cou (en dehors de la trachée et l'œsophage)
- Elle est médicale et chirurgicale on parle de **stomatologie et chirurgie maxillo-faciale**

GENERALITES

- **Les groupes de pathologie en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale**

- *Les traumatisme*: ex les fractures des maxillaires
- *Les tumeurs* : ex les cancers de la langue
- *Les infections*: la carie dentaire et ses complications
- *Les malformations* et pathologies diverses: les fentes labiales

GENERALITES

- **La face est décrite entre**
 - En haut: la ligne capillaire
 - En bas : la tangente à la pointe du menton
- Elle est **divisée en 3 étages:**
 - Supérieure
 - Moyen
 - inférieur

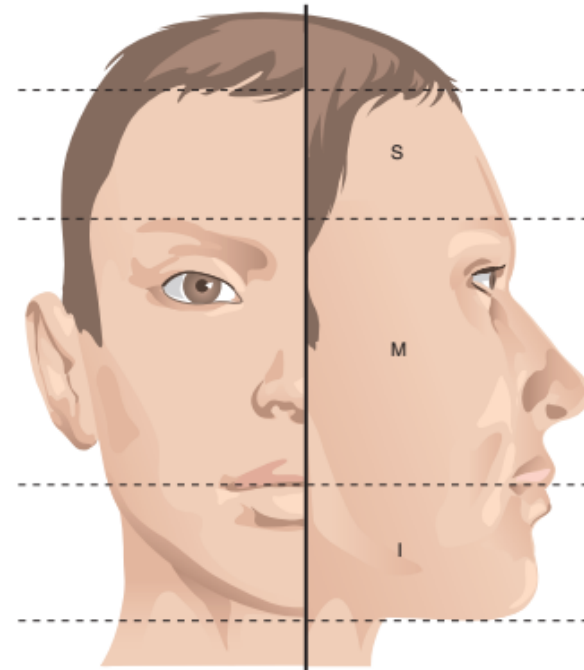


Figure 1.1. Les trois étages de la face : supérieur, moyen, inférieur.

GENERALITES

- **Les squelette facial** intimement lié à celui du crane est subdivisé en 2 parties
 - Une partie fixe: **le massif facial**
 - o Constitué de 13 os dont les plus volumineux est le maxillaire
 - o Creusé de plusieurs cavités dont le sinus maxillaire
 - Une partie mobile: **la mandibule**

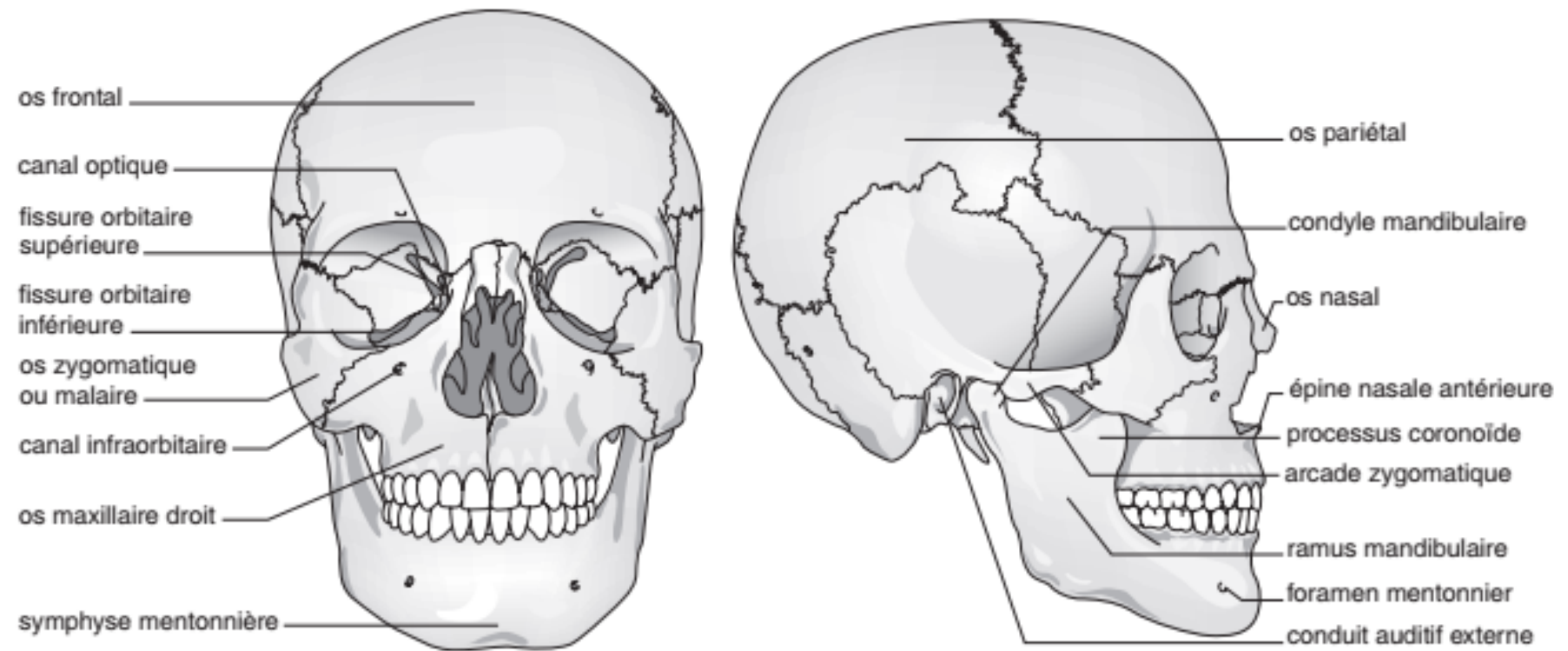


Fig. 2 Les os du crane et de la face

GENERALITES

- Le maxillaire et la mandibule portent les dents
- Le sujet **adulte a 32 dents**
 - 16 dents maxillaires
 - et 16 dent mandibulaires
- **L'enfant de 2 à 6 ans a 20 dents**
 - 10 dents mandibulaires
 - 10 dents maxillaires



1.ORGANE DENTAIRE

DEFINITIONS

- **DENTITION**

- Ensemble des **phénomènes** qui concourent
 - à la formation
 - au développement
 - à la mise en place des dents sur l'arcade dentaire

- **LA DENTURE**

- Ensemble des dents présentes sur l'arcade dentaire

ANATOMIE DE L'ORGANE DENTAIRE

- L'organe dentaire comprend l'odonte et le parodonte
 - **L'odonte** est composé de 2 parties
 - La couronne qui associe l'émail, la dentine et la pulpe
 - La racine qui associe le cément la dentine et la pulpe
 - **Le parodonte** comprend
 - La gencive, le ligament alvéolodentaire ou desmodonte et l'os alvéolaire

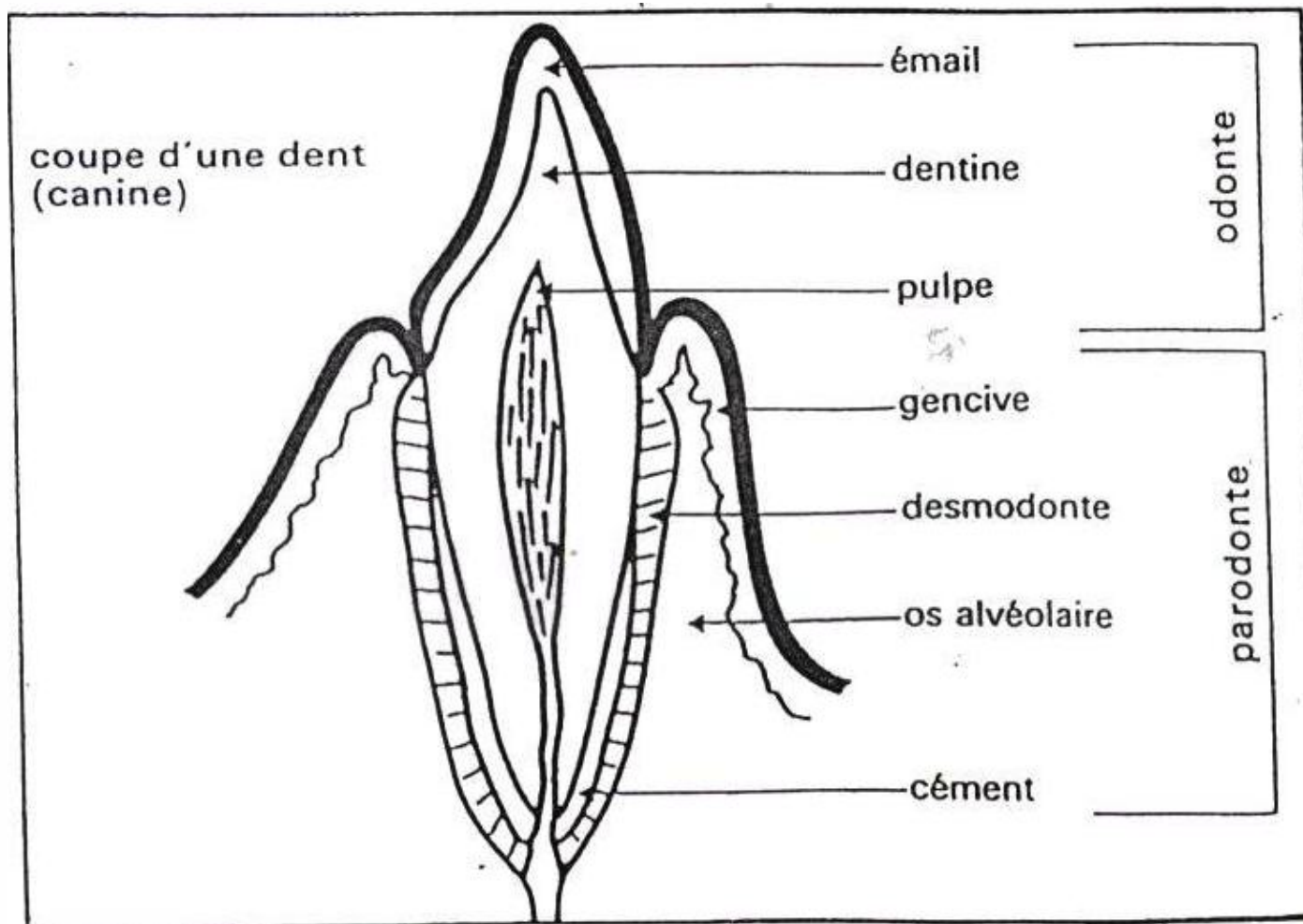


Fig. 2 Organe dentaire

CHROLOGIE DE L'ERUPTION DES DENTS DE LAIT

- Un groupe de dent apparait **tous les 6 mois a partir du 6ème mois de naissance**
 - **6-12 mois** : l'incisive centrale /incisive latérale
 - **12-18 mois** : la 1ère molaire de lait
 - **18-24 mois** : la canine
 - **24-30 mois** : la 2ème molaire de lait

CHROLOGIE DE L'ERUPTION DES DENTS DEFINITIVES

- Un groupe de dent apparait **chaque année en commençant par la 1ère molaire définitive**
 - **6 ans** : 1ère molaire ou dent de 6 ans
 - **7 ans** : incisive centrale
 - **8 ans** : incisive latérale
 - **9 ans** : 1ère prémolaire
 - **10 ans** : canine
 - **11 ans** : 2ème prémolaire
 - **12 ans** : 2ème molaire
 - **16-25 ans** : dent de sagesse

NOMENCLATURE INTERNATIONALE DES DENTS

- Les dents sont **disposées sur les deux arcades dentaires** (maxillaire et mandibulaire)
- Chaque arcade est divisée en **deux moitiés symétriques** par rapport à un plan sagittal médian : héli-arcades
- **Chacun des quadrants** comporte :
 - **5 dents** pour la **denture temporaire**;
 - **8 dents** pour la **denture définitive**.

NOMENCLATURE INTERNATIONALE DES DENTS

- Dans chaque héli-arcade, les dents sont numérotées depuis l'incisive médiane jusqu'à la dernière dent latéralement,
 - **de 1 à 5** pour les dents de lait,
 - et de **1 à 8** pour les dents définitives.
- Chaque dent est numérotée par deux chiffres, le premier désignant le quadrant dont fait partie la dent :

NOMENCLATURE INTERNATIONALE DES DENTS

- pour les **dents de lait**, les quadrants sont numérotés de 5 à 8 :
 - **5** pour le quadrant **supérieur droit**;
 - **6** pour le quadrant **supérieur gauche**;
 - **7** pour le quadrant **inférieur gauche**;
 - **8** pour le quadrant **inférieur droit**;
- ainsi, la 65 est la deuxième molaire supérieure droit

NOMENCLATURE INTERNATIONALE DES DENTS

- pour les **dents permanentes**, les quadrants sont numérotés de **1 à 4** :
 - **1** pour le quadrant **supérieur droit**;
 - **2** pour le quadrant **supérieur gauche**;
 - **3** pour le quadrant **inférieur gauche**;
 - **4** pour le quadrant **inférieur droit**;
- ainsi, la 13 est la canine supérieure droite.

Nomenclature F.D.I.

- dents permanentes

18 17 16 15 14 13 12 11										Haut	21 22 23 24 25 26 27 28										numéro des	1	2
48 47 46 45 44 43 42 41											31 32 33 34 35 36 37 38										Gauche	4	3
Droit											Bas										quadrants		

- dents temporaires

										H												numéro des	5	6					
55 54 53 52 51										D	61 62 63 64 65																quadrants	8	7
85 84 83 82 81											71 72 73 74 75																		



2.CARIE DENTAIRE

GENERALITES

- **DEFINITION**

- **La carie dentaire** : affection qui provoque par déminéralisation la **destruction progressive et localisée**, de la surface à la profondeur, des tissus durs **de la dent**.

- **ETIOLOGIE/PATHOGÉNIE**

- Pour qu'il ait carie il faut une interaction de 4 facteurs :
 - o glucide alimentaire
 - o flore buccale (germe)
 - o terrain propre à chaque individu
 - o temps

CLINIQUE

a. **Carie de l'émail = carie 1er degré :**

Elle est asymptomatique

b. **carie 2ème degré (la dentinite) Elle associe :**

- Une **douleur provoquée** (par le chaud ou le froid), localisée, passagère et **qui cesse après arrêt du stimulus** qui l'a provoquée.
- A l'examen : la curette ramène de la **dentine**, des **débris d'aliments de la cavité carieuse**

CLINIQUE

c. La pulpite aigue :

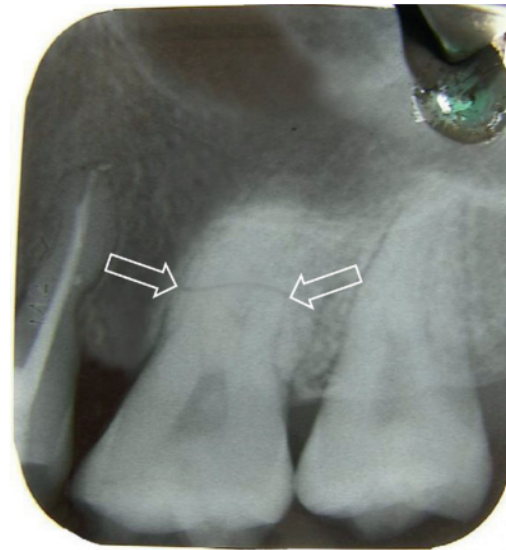
- Une **douleur**
 - **spontanée**, vive persistante,
 - irradiant vers les dents voisines (synalgie), vers les oreilles donnant des **otalgies réflexes**
 - **insomniaque**
- Des signe de gravités : **fièvre**
- A l'examen de la cavité carieuse les **tests de sensibilité** (test à l'éther, au chaud, au froid) sont **perturbés**

LES EXAMENS RADIOGRAPHIQUES

- Le rétro- alvéolaire ou rétro – dentaire
- Le mordu
- Le panoramique des maxillaires
- utiles pour
 - **confirmer la carie,**
 - **apprécier l'état de délabrement de la dent**
 - **et rechercher une complication.**



RX incidence mordue



RX incidence rétro-alvéolaire



Rx panoramique des maxillaire

COMPLICATIONS DE LA CARIE DENTAIRE

LA DESMODONTITE :

- **est due à une extension de l'infection au ligament alvéolo-dentaire.**
- **Associe signes de pulpite et sensation de dent longue (douleur lorsque la dent concernée touche la dent antagoniste).**

COMPLICATIONS DE LA CARIE DENTAIRE

LES CELLULITES :

- Le périoste se fistulise, le pus pénètre dans les tissus mous et provoque une
- réaction phlegmoneuse (inflammatoire) qui peut être limitée (cellulite circonscrite) ou étendue en superficie (cellulite diffuse prise d'AINS).

LES OSTÉITES

• L'infection s'étend au tissu osseux entraînant



Ostéite mandibulaire et fistule cutanée en cul de poule

TRAITEMENT

TRAITEMENT PRÉVENTIF

- Mesures individuelles :
 - **consommation modérée d'aliment sucrée,**
 - **brossage régulier** après chaque repas.
- Mesures collectives :
 - campagne **de dépistage des caries dentaires en milieu scolaire,**
 - campagne de sensibilisation en faveur de **l'hygiène bucco-dentaire**

CARIE DE L'ÉMAIL

- Obturation de l'orifice carieux après traitement canalaire

TRAITEMENT

CARIE DE LA DENTINE ET PULPE

- Antalgique : paracetamol (efferalgan)
- Antibiotiques : amoxicilline (clamoxy) amoxicilline + acide clavulanique (augmentin)
- Traitement conservateur (obturation avec dévitalisation ou non)
- Traitement non conservateur : extraction de la dent cariée



3.LES CELLULITES

INTRODUCTION

- cellulites =
 - **Infection du tissu cellulaire sous cutané** d'une région cervico-faciale
- Infection
 - généralement à **point de départ dentaire**
 - complique les caries dentaire
 - entraine une **collection purulente** au niveau des zones anatomiques **en rapport avec la dent causale**
 - dont les **germes sont présents dans la cavité buccale**

INTRODUCTION

- Affections courantes d'expression clinique variée
- **Traitement** repose sur l'**antibiothérapie** et le **traitement de la dent causale**
- Se déclinent en **cellulite circonscrite** et **cellulite diffuse**

RAPPELS ANATOMIQUES

TISSU CELLULAIRE SOUS CUTANE

- Tissu conjonctif lâche qui **cloisonne des zones adipeuse**
- Associé à de petits vaisseaux sanguins et lymphatiques il forme un **tissu conjunctivo-vasculaire**
- Rôle fonctionnel:
 - **Lubrifiant**
 - **Amortisseur** facilitant les **mouvements de la manducation**
- Se répartit en **3 coulées** : 2 latérales et 1 médiane

RAPPELS ANATOMIQUES

LES MUSCLES ET LEURS APONEVROSES

- En dehors: le **muscle buccinateur**
- En dedans :
 - Au niveau du maxillaire : la **fibro-muqueuse adhère à l'os** (pratiquement pas de tissu cellulaire)
 - Au niveau de la mandibule : le **muscle mylohyoidien** divise le plancher buccal en 2 étage : sus-mylohyoidien et sous mylo-hyoidien

RAPPELS ANATOMIQUES

LES DENTS

- Leur topographie joue un rôle dans le point de départ ou le lieu de développement de l'affection

MICROBIOLOGIE DE LA CAVITE BUCCALE

- La bouche est l'une des **cavités les plus septiques de l'organisme**
- On y dénombre plus de **300 variétés de germes**
- Les bactéries **aérobies prédominent**
- GRAM+ streptocoque, staphylocoque, corynebactérie
- GRAM- morexelle, Neiseria
- Les **bactéries anaérobies** sont responsables de la **rapidité et de certaines infections**

ETIOLOGIE

CAUSES DETERMINANTES (FACTEURS DECLENCHANTS)

- **Causes dentaires** : carie et ses complications (80%), traumatisme dentaire, accident des dents de sagesse
- **Causes périodentaires** : poches parodontales
- **Causes thérapeutiques** : dentisterie, chirurgie dentaire, chirurgie orthopédique, chirurgie parodontale

ETIOLOGIE

CAUSES FAVORISANTES OU AGGRAVANTES

- Les tares : **Diabète, VIH**, drépanocytose
- Les états physiologiques :
 - Imprégnation hormonale au cours de la **grossesse**
 - Oestroprogestatifs
- La **prise d'AINS**

PATHOGENIE

LA VOIE DE PENETRATION DES GERMES:

- La voie ostéo-périostée : la plus fréquente
- La voie lymphatique et veineuse : surtout dans les formes graves

• LA RÉPONSE DE L'ORGANISME :

- La réaction vasculaire
- La réaction cellulaire

LES CELLULITES CIRCONSCRITES

Signes cliniques

- **Signes généraux** : fièvre, asthénie, pâleur
- **Signes fonctionnels** : douleur, halitose, trismus serré
- **Signes physique** :
 - **Exobuccal** :
 - Tuméfaction basse, en arrière de la commissure labiale, atteignant le rebord basilaire de la mandibule sans le dépasser

Signes cliniques

- **Signes physique :**

- **Exobuccal :**

- La peau est tendue luisante couleur lie de vin
 - La palpation est très douloureuse et entraine des geste de défense
 - La masse adhère au plan sus et sous jacent avec des zones de fluctuations

Signes cliniques

- Signes physique :

- examen endobuccale

- Tuméfaction vestibulaire inférieure en forme de massue dont l'extrémité postérieure effilée atteint le capuchon muqueux de la dent de sagesse et la partie renflée est au contact des prémolaires
 - Signe pathognomonique : lorsqu'on appui sur la tuméfaction jugale du **pus** apparait **sous le capuchon muqueux**
 -

FORMES CLINIQUES :

formes évolutives

CELLULITE AIGUE SEREUSE :

- **Tuméfaction**

- arrondie aux limites imprécises, recouverte d'une peau tendue chaude tendue mobile élastique
- Comblant les sillons, effaçant les méplats
- Les muscles de la mimiques sont gênés dans leurs mouvements

FORMES CLINIQUES :

formes évolutives

CELLULITE AIGUE SEREUSE :

- **En bouche:**
 - les signes sont superposables, la muqueuse est vernisée et soulevée
- **Évolution :**
 - sédation si le traitement est correcte
 - Sinon évolution vers la suppuration

FORMES CLINIQUES :

formes évolutives

CELLULITE SUPPUREE :

- **Douleur intense**, aggravée par les mouvements de la langue
- **Trismus** d'autant plus serré que la dent causale est postérieure
- **Tuméfaction** chaude, douloureuse, bien limitée, tendue, fluctuante qui prend le godet
- **ADP** réactionnelles

FORMES CLINIQUES :

formes évolutives

CELLULITE SUPPUREE :

- **En bouche**
 - une tuméfaction inflammatoire

FORMES CLINIQUES :

formes évolutives

CELLULITE SUPPUREE :

- Evolution
 - **Guerison:** après drainage sous antibiotique et traitement de la dent causale
 - **Fistulisation spontanée**
 - **Chronicité** si traitement inadapté
 - **Diffusion** dans les tissu cellulaire des régions voisines
 - **Ostéite, myosite, artrite temporo-mandibulaire**

FORMES TOPOGRAPHIQUES

- Cellulite génienne
- Cellulites labiale supérieure
- Cellulite labio-mentonnière
- Abscès palatin sous périoste
- Cellulite juxta-amygdalienne
- Cellulite du voile du palais

FORME TOPOGRAPHIQUE

- Cellulites sous-mylo-hoïdienne
- Cellulites sus mylo-hyoidienne
- Cellulite temprale
- Cellulite ptérigo-maxillaire
- Cellulite de la langue

EXAMEN CLINIQUE

- **NFS** : augmentation des polynucléaires
- **Examen cyto-bactériologique du pus** avec antibiogramme
- **Glycémie** à la recherche d'un diabète
- **SRV** : immuno-drépression au VIH
- **Radiographie rétro-aléolaire, clichet occlusal, Rx panoramique des maxillaire** : carie dentaire ou kyste dentaire ou lésion péri dentaire

TRAITEMENT

TRAITEMENT PREVENTIF

- Prophylaxie de la carie dentaire par une bonne hygiène bucco-dentaire
- Brossage régulier et répétés
- Visite chez le dentiste
- Campagne de sensibilisation sur l'hygiène bucco-dentaire

TRAITEMENT CURATIF

- **MOYENS MEDICAUX**

- Antibiotique
- Antalgique
- Antiseptique

- **MOYENS CHIRURGICAUX**

- Ponction drainage
- Incision drainage plastie de séquelle

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

- **MEDICAL**

- **Antibiotique** : bi ou tri-antibiothérapie (beta lactamine : 50 à 100mg/kg/j + Aminoside : 3mg/kg/j + metronidazole 30mg/kg/j)
- **Antalgique** : à la demande
- Bain de bouche

- **CHIRURGICAL**

- **Incision drainage**

TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

- **Traitement conservateur** : si la dent peut être conservée
- **Traitement des séquelles** :
 - Reprise de cicatrice par plastie

LES CELLULITES DIFFUSE

SIGNES CLINIQUES

SUR LE PLAN GENERAL : TOXI INFECTION MALIGNE

- Début rapide
- **Véritable choc toxi-infectieux** : frisson sueur profuse, faciès pale, après quelques heure faciès terreux, respiration superficielle, dissociation pouls/température, TA basse, diarrhée profuse avec vomissement, urine foncée et rares, yeux excavés avec subictère. Mort possible par collapsus cardio-vasculaire.

SIGNES CLINIQUES

SUR LE LOCAL :

- **Début** : tuméfaction molle, limitée, non fluctuante, peu douloureuse.
- **Puis** elle :
 - devient d'une **dureté ligneuse**,
 - s'étend se recouvre d'une **peau blafarde**, tendue
 - La **muqueuse est grisâtre**
 - Le **trismus est serré**

SIGNES CLINIQUES

SUR LE LOCAL :

- La suppuration apparait entre le 5ème ou 6ème J d'odeur insoutenable, en petite quantité pour devenir verdâtre et abondant.
- Les dégâts locaux sont important : nécrose importante et étendue (muscle et aponévrose, veine, artère)
- Œdème peut entrainer des troubles respiratoire
- EVOLUTION : vers les territoires voisins (médiastin, endocrane)

FORMES CLINIQUES

ANGINE DE LUDWIG :

- Dans la **région sus-mylo-hyoidienne**
- Est **hyper-toxique**, due une **infection des molaires inférieures**
- **Au début** : le **bourrelet gingival interne** qui borde la dent causal est mou
- **Puis** devient de plus en plus due et occupe tout le plancher buccal entrainant une protrusion de la langue (**aspect en double langue**)

FORMES CLINIQUES

ANGINE DE LUDWIG :

- L'oedème évolue vers le cou proconsulaire
- Evolution : se fait vers asphyxie, septicémie, abcès putride du poumon

FORMES CLINIQUES

PHLEGMON DE PATEL ET CLAVEL:

- Dans la **région sus-mylo-hyoidienne**
- Débute dans la région sous-maxillaire, l'infection gagne très rapidement la région sous mentale et le coté opposé
- La peau est couverte de phyctènes
- **Evolution** : vers l'étage sus mylo-hyoidien, le SCM, la thyroïde

FORMES CLINIQUES

ANGINE DE SENATOR

- Dans la région parapharyngée
- Succède à une effraction pharyngée mais la dent de sagesse inférieure est parfois en cause
- La dysphagie, la dysphonie, les troubles asphyxiques sont précoces
- **Evolution** : envahissement de l'ensemble du cou et du médiastin

FORMES CLINIQUES

PHLEGMON DE PETIT, DUTAILLIS, LEIBOVICI ET LATTES:

- Intéresse l'ensemble de la face
- Débute en région génienne ou ptérygo-maxillaire, mais très vite s'étend à toute la face ainsi que les régions environnantes : jugulo-carotidienne et endocrabienne

DIAGNOSTIC POSITIF

- Choc toxi-infectieux,
- Nécrose rapide et étendue
- ATCD dentaire
- Prise d'AINS

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

CELULITES DIFFUSEES

- Passent par une phase de cellulite circonscrite
- Il n'y a pas de toxi-infection

THROMBOPHEBITE

- Sa gravité est due à la relation directe du système veineux de la face.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

SEPTICEMIES

OSTEITE DIFFUSES DE LA FACE

- Une atteinte aiguë, brutale, étendue de la mandibule et parfois du maxillaire
- Les signes généraux sont marqués
- Le trismus est intense
- L'anesthésie labio-mentonnière est présente lorsque la mandibule est consernée

- Les dents sont mobiles et les dents voisines sont mobiles

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

- **Antibiothérapie préventive** à débiter la veille et à poursuivre 4 après l'extraction dentaire chez les patients à risque :
 - Mauvaise hygiène
 - Diabétique mal équilibré

TRAITEMENT CURATIF

MOYEN MEDICAUX

- **Antibiothérapie probabiliste** puis adapté à l'antibiogramme : bi ou tri-antibiothérapie (bétalactamine, aminoside, métronidazole)
- **Réanimation** : rééquilibration hydo-électrolytique, corticothérapie si syndrome malin ou asphyxique
- **Trachéotomie** si risque asphyxique

TRAITEMENT CURATIF

MOYEN MEDICAUX

- Oxygénothérapie
- Anticoagulant : précaution si drainage car risque hémorragique
- Alimentation entérale et parentérale

TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

- Se fait 3 à 4j après le début du traitement symptomatique dès que le risque Vital s'estompe, extraction de la dent causale.

TRAITEMENT CURATIF

MOYEN CHIRURGICAUX

- Incision drainage et lavage au Dakin

TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

- Se fait 3 à 4j après le début du traitement symptomatique dès que le risque Vital s'estompe, extraction de la dent causale.



4. TRAUMATISME DENTAIRE : CAUSES ET SOINS

GENERALITES

- La **dent** est un **organe vivant**.
- Chaque **dent** est **amarrée dans l'os alvéolaire** par les éléments du tissu de soutien : le **parodonte**
- Les **dents** sont **particulièrement vulnérables lors des traumatismes** de la face car elles ne bénéficient d'aucun "pare choc" naturel.
- La gravité de ce traumatisme ainsi que le niveau d'urgence de sa prise en charge varie selon l'état de la dent elle-même, mais aussi selon l'état de délabrement des éléments soutien de cette dernière, à savoir l'os alvéolaire et le ligament alvéolo-dentaire.

GENERALITES

- Tout **traumatisme dentaire impose un diagnostic** précis de la gravité de la lésion dont dépendra le traitement et le pronostic de survie de la dent à long terme.
- Par ordre de fréquence sont atteintes très majoritairement les **incisives et la canine** (notamment *supérieures*) et dans une moindre mesure les molaires et prémolaires.
- La raison est purement topographique, les traumatismes survenant le plus souvent de face.
- Le pic de fréquence se situe entre **5 et 11 ans**.

CAUSES/AGENT VULNERANT

CAUSES

- **Sport:** Boxe, football, basket, rugby
- Chute
- Agression / Rixe
- Accident domestique/ Accident de travail

AGENT VULNERANT

- Ils sont variés et ubiquitaires. La lésion n'est pas toujours liée à une agression extérieure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MÉCANISME

- **Choc direct** : chute face contre sol
- **Choc indirect**

SIGNES CLINIQUES

- **LÉSIONS** : 4 type de lésions contusion, luxation, fêlure, fracture.
 - **Contusion** :
 - est due à un traumatisme minime,
 - intégrité anatomique de la gencive, de la dent et de l'os alvéolaire qui est respecté.
 - Lésion ligamentaire
 - **Luxation**
 - Partielle : le ligament est étiré
 - Totale : le ligament est rompu
 - **Fêlure**
 - C'est le 1er stade de la fracture. On a une solution de continuité plus ou moins profonde

SIGNES CLINIQUES

- **LÉSIONS** : 4 type de lésions contusion, luxation, fêlure, fracture.
 - **Fracture**
 - Solution de continuité de couronne ou de la racine . On distingue :
 - Les fractures coronaires
 - Les fractures radiculaires
 - Le trait de fracture peut être horizontal, oblique verticale
 - **Lésions associées**
 - Les lésions dentaires isolées sont rares
 - Lésion des lèvres, de la langue, des joues, lésions alvéolaire le plus souvent le bloc incisivo-canin.
 - Lésion du condyle mandibulaire en cas de chute sur le menton.

ETUDE CLINIQUE

- **EXAMEN CLINIQUE**

- **Inspection** permet de voir le groupe dentaire intéressé
- **Palpation**
 - Douce lente recherche une mobilité dentaire anormale (axiale, vestibulo-linguale)
 - Palpation des dents voisine
 - Recherche de la vitalité dentaire

- Ainsi dans la

- **Contusion :**
 - absence de signe
- **Fêlure :**
 - les lésions sont méconnues car peu visibles. Le passage de la sonde dans le trait peut réveiller une douleur

ETUDE CLINIQUE

• EXAMEN CLINIQUE

• **Luxation :**

- le diagnostic st aisé
- La dent subit un déplacement partiel
 - Dans le vestibule = vestibulo-version
 - Verticale
 - dans l'alvéole : on parle d'ingression
 - en dehors de l'alvéole : on parle d'égression
- La dent subit un déplacement total :
 - l'alvéole est vide

• **Fracture**

- Coronaire :
 - Le diagnostic est évidente : amputation plus ou moins importante d'une partie de la couronne
- Radiculaire : nas de mobilité mais une douleur existe

EXAMEN PARACLINIQUE/FORMES CLINIQUE

- **EXAMEN PARACLINIQUE**

- Radiographique : clichés buccaux, panoramique des maxillaires

- **FORMES CLINIQUES**

- **Forme de l'enfant** : fracture des dent lactéale
- **Adultes** : fracture coronaire
- **formes compliquées** de :
 - Luxation fracture
 - Luxation fracture d'un groupe de dent
 - Lésion muqueuse associée
 - Fracture mandibulaire ou maxillaire associée
 - D'atteinte condylienne

CAT DEVANT UNE LUXATION

- **Rechercher et retrouver la dent**
- **Maintenir la dent dans un milieu propice à sa survie :**
 - o Il faut **au mieux** *REIMPLANTER DIRECTEMENT* la dent dans son alvéole, en la tenant par la couronne, après nettoyage à l'eau claire et sans frotter la racine.
 - o L'acte est non douloureux et permet d'attendre l'avis du spécialiste.
 - o Si cela est impossible (fracture de l'os associée, corps étranger dans la cavité d'avulsion..), il faudra alors conserver la dent dans un milieu propre à la survie des cellules du ligament alvéolaire.

CAT DEVANT UNE LUXATION

- **Maintenir la dent dans un milieu propice à sa survie :**
 - Ceci est au mieux réalisé dans du LAIT ou à défaut dans du sérum physiologique.
 - **Ne pas mettre la dent dans de la glace**

CAT DEVANT UNE LUXATION

- **Consulter en urgence :**

- Après le conditionnement de la dent luxée, c'est le deuxième réflexe car la RAPIDITE avec laquelle la dent sera réimplantée garantira les meilleures chances de survie.
- Cette *réimplantation* et la *contention* de la dent luxée (soit totalement soit partiellement) sont effectuées :
 - soit sous *Anesthésie Locale* : elle nécessite alors l'entière coopération du patient et l'absence de traumatisme important de l'os alvéolaire.
 - Soit sous *Anesthésie Générale* : pour tous les autres cas, et de façon générale chez les enfants

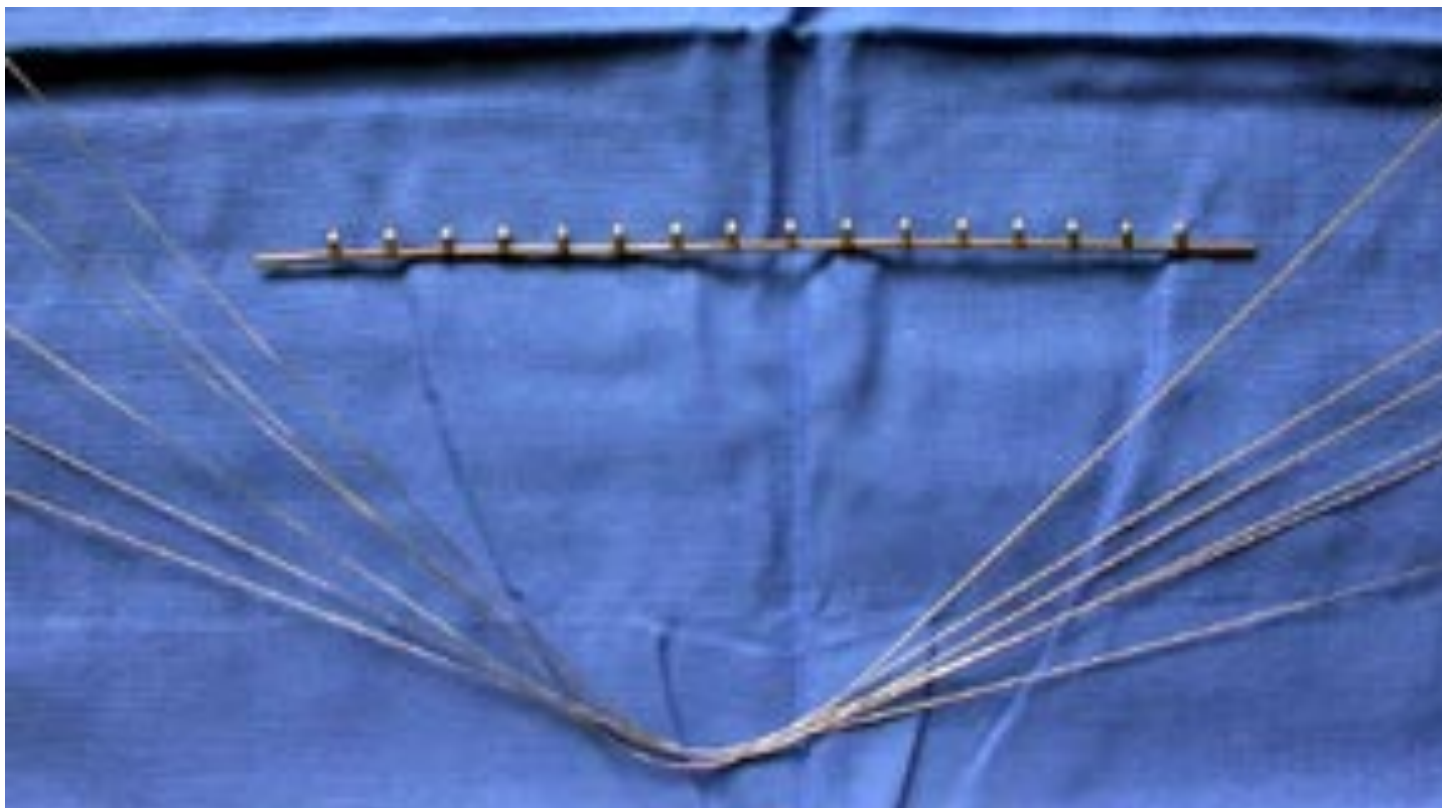
CAT DEVANT UNE LUXATION

- **Rechercher et retrouver la dent**
- **Maintenir la dent dans un milieu propice à sa survie :**
 - o Il faut **au mieux** *REIMPLANTER DIRECTEMENT* la dent dans son alvéole, en la tenant par la couronne, après nettoyage à l'eau claire et sans frotter la racine.
 - o L'acte est non douloureux et permet d'attendre l'avis du spécialiste.
 - o Si cela est impossible (fracture de l'os associée, corps étranger dans la cavité d'avulsion..), il faudra alors conserver la dent dans un milieu propre à la survie des cellules du ligament alvéolaire.

CAT DEVANT UNE LUXATION

- **Les moyens de contention**

- Réduction + contention (ligature, arc)
- Antibiotique
- Bain de bouche
- Mise au repos de la dent



Arc et fil métallique



Dent maintenue par un système collé à gauche et par un arc métallique à droite

CAT DEVANT UNE LUXATION

- L'intervention se déroule en 30 minutes environ pour 1 dent luxée.
- L'hospitalisation est réduite à 24-48 heures.
- Consignes post-opératoires : bains de bouche et alimentation molle pendant 45 jours.
- Le suivi clinique en consultation est effectué à J+21 et J+45 jours du traumatisme.

CAS PARTICULIER DE L'ENFANT

- La traumatologie dentaire de l'enfant est spécifique de part la présence des dents de lait et des germes des dents définitives qui imposent un traitement spécifique

CAS PARTICULIER DE L'ENFANT

- Voici schématiquement les **points essentiels qui différencient la prise en charge de l'enfant de celle de l'adulte**
 - Une **dent de lait est rarement réimplantée**. Le faire expose le germe de la dent définitive sous jacent à un **risque septique**
 - La perte ou la luxation prématurée peut avoir des conséquences sur l'éruption de la dent définitive
 - La **contention** d'une dent luxée réimplantée doit se faire de préférence **par arc collé** pour des raisons de confort et d'intégrité de la gencive



5. LES STOMATITES : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DEFINITION

- **STOMATITE** = toute inflammation de la muqueuse buccale qu'elle soit primitive ou secondaire

ETIOPATHOGENIE

- Les stomatites sont dues à une **rupture d'équilibre endobuccal**, du fait de facteurs locaux ou généraux.
- **Facteurs locaux** :
 - Dentaire : éruption dentaire, infection dentaire....
 - Irritation chronique : alcoolisme, prothèse tabagisme
 - Trouble de la sécrétion salivaire
 - Atteinte microbienne
- **Facteurs généraux** :
 - Maladies infectieuses
 - Maladies hématologiques
 - Intoxication

DIAGNOSTIC POSITIF

- **Signes fonctionnels** :

- **Douleur** exacerbée par le contact des aliments, le chaud, le froid, la phonation
- **Fétidité de l'haleine**
- gingivorragie
- hypersialorrhée (sécrétion salivaire excessive)

- **L'interrogatoire** : précise

- l'allure évolutive de la stomatite
- les traitement reçu
- les antécédents médicaux chirurgicaux

- **L'examen clinique** :

- ~~Est reporté sur un schéma daté, il met en évidence l'aspect des lésions :~~
érythémateuse (rougeâtre), vésiculeuse, érosif....

DIAGNOSTIC POSITIF

- **STOMATITES VIRALES** :

- Elles constituent une des étiologies les plus fréquentes et la stomatite n'est qu'une localisation de l'atteinte virale.

- Maladies virale en cause : rougeole, rubéole, varicelle, zona, herpes...

- Diagnostic :

- **Douleur** majorée par l'alimentation

- +/- dysphonie, dysphagie, hypersalivation, halitose

- Signes généraux discrets ou absents

- A l'examen

- **Vésicule** dans l'herpes, le zona, la varicelle

- **Erythème** dans la rougeole la rubéole. La lésion de la rougeole est la plus caractéristique : elle survient pendant la période d'invasion jusqu'au 2ème jour de l'éruption. On la recherche à la face interne des joues. Elle se

DIAGNOSTIC POSITIF

- **STOMATITES VIRALES :**

- **Principe du traitement**

- **Traitement non spécifique :**

- Antiseptique buccaux : chlorexidine (hextil, buccothymol, alodont...)
 - Anesthésique locaux : xylocaïne gel buccal
 - Antalgique : paracétamol (doliprane ; efferalgan), tramadol (trabar)

- **Traitement spécifique**

- Herpes : antiviraux (zovirax comp)
 -

DIAGNOSTIC POSITIF

- **STOMATITE MYCOSIQUE**

- Elles sont les plus fréquentes, essentiellement due à **candida albicans** ;
- En cas de récurrence chez l'adulte il faut rechercher une immunodépression notamment au VIH/SIDA et un diabète.
 - Agent causal :
 - **Candida albicans** +++ On parle de candidose buccale
 - Les autres mycoses : blastomycose, histoplasmoses, sporotrichose bucco pharyngée sont plus rares.
 - Facteurs favorisants :
 - Locaux : sécheresse buccale, alcoolisme chronique, cancer de la cavité buccale, prothèse dentaire, mauvaise hygiène bucco-dentaire...
 - Généraux : diabète, immunodépression, corticoïde au long cours, antibiothérapie à large

DIAGNOSTIC POSITIF

- **STOMATITE MYCOSIQUE**

- Diagnostic des candidoses

- **Muguet du jeune enfant et du nourrisson :**

- C'est la forme aiguë de candidose

- L'atteinte est muqueuse et cutanée.

- Lésion érythémato-érosive qui prennent par la suite un aspect kératosique. Elles prennent différentes formes :

- A la langue : c'est la glossite

- ***Glossite losangique médiane*** : la langue est rouge, décapillée, mamelonnée en avant du V lingual.

- ***Langue villose noire*** : est plus rare ;

- Au palais : c'est l'ouranite :

- plaque érythémateuse finement granuleuse siégeant au tiers médian du palais dur.

- Les autres formes :

- ***Forme à foyers multiples***

- ***Formes atoniques*** : surviennent au décours d'une antibiothérapie

DIAGNOSTIC POSITIF

- **STOMATITE MYCOSIQUE**

- Diagnostic des candidoses

- **Granulome monoliasique :**

- Aussi appelé candidose végétante et hyperkératosique

- Siège : commissure labiale ou région rétro commissurale cutané ou muqueuse

- Aspect : point blanchâtre, confluents facilement détachable par raclage.

- **Formes chroniques des candidoses.**

- Atteinte diffuse : c'est le **muget chronique de l'adolescent et de l'adulte**

- Siège : face interne des joues, langue, plus rarement palais, gencive.

- Aspect : érythème très adhérent, blanchâtre, parfois révélé lors des poussées.

- Atteinte localisée : c'est **la perlèche** ou chéilite angulaire au décours d'une antibiothérapie

DIAGNOSTIC POSITIF

STOMATITE BULLEUSE

- **Bulle** = soulèvement arrondi ou ovalaire en un point quelconque de la muqueuse contenant du liquide.
- On observe rarement des bulles intacts mais des bulles affaissées ou des bulles éliminées avec présence de frange épithéliales en périphérie de zone érosive.
- Les stomatites bulleuses sont dues soit à des agent externes (brûlures : fumeurs ; radiation ionisante), des médicaments (aspirine ; barbituriques...), des maladies chroniques (urticaire, eczéma, maladies de système,...)

DIAGNOSTIC POSITIF

STOMATITE À ULCERATION : l'aphte

- **L'aphte buccal isolé** = ulcération douloureuse, de petite taille en général arrondie, à fond cupuliforme couleur jaune beurre frais, à bord légèrement saillant. La muqueuse périphérique est le siège d'aréole érythémateuse.
- Lorsqu'il y a plusieurs ulcérations elles restent séparées les unes des autres.
 - **Facteurs favorisant ou déclenchant** :
 - génétique (aphtose familiale),
 - endocriniens, immuno-allergiques (allergie microbienne, médicamenteuse...),
 - alimentaire (choux, fromage de gruyère, aubergine...)
 - **Traitement** :
 - antalgiques (paracétamol)



**6. AFFECTIONS
CONGENITALES: LES
FENTES LABIO-
ALVEOLO-PALATINE**

DEFINITIONS

- La fente labiale et la division palatine (voûte du palais non soudée) sont deux malformations congénitales (parfois héréditaires) différentes qui peuvent se présenter ensemble ou séparément.
- **La fente labiale** est une fissure ou ouverture allongée par défaut d'accolement des deux parties de la lèvre supérieure.
- **La fente palatine** est un défaut d'accolement du palais

CAUSES /RISQUES

- **CAUSES**

- L'incidence de la fente labiale avec ou sans division palatine est de 1 pour 1000 naissances et celle de la division palatine seule de 1 pour 2500 naissances. L'hérédité semble plus en cause.

- **RISQUES**

- **Troubles alimentaires** surtout en cas de fente palatine : un obturateur spécialement conçu est appliqué dès la naissance sur la palais pour permettre l'alimentation du bébé : c'est la **tétine de veau**

COMPLICATIONS

- **COMPLICATIONS**

- Infections

- Pulmonaires
- ORL
- Respiratoire

- Troubles du langage nécessitant un traitement orthophonique du langage.

CALENDRIER DE PRISE EN CHARGE

- **INTERVENTION**

- Chirurgie à l'âge de
 - 1 ou 2 mois pour la fente labiale
 - 6 mois pour la fente palatine



8.LES URGENCES EN TRAUMATOLOGIE MAXILLO-FACIALES

INTRODUCTION

- La face est une région très exposée qui est le siège de traumatisme divers
- La violence des chocs et la vitesse de plus en plus importante entraîne la gravité et la pluralité des lésions.
- Ces polytraumatisés dont le traitement relève d'une équipe pluridisciplinaire composée d'anesthésiste réanimateur, de chirurgien d'ophtalmologiste, d'ORL , de neurochirurgien peuvent être vu en première intention par tout praticien qui doit pouvoir intervenir rapidement et orienter le blessé dans un service spécialisé.

RAPPEL ANATOMIQUE

- La face est subdivisée en trois étages :
 - o **Etage inférieur** : composé par la mandibule
 - o **Etage moyen** : est appelé le massif facial. IL comprenant 13 os et des cavités septique dont les sinus maxillaire les fosses nasales et la cavité buccale.
 - o **L'étage supérieur** : composé par l'os frontal. Il relève de la neurochirurgie
- La face est **très vascularisées** (artère carotide externe et ses branches) ce qui explique la fréquence et la rapidité des hémorragies, les œdèmes, les hématomes au cours de ces traumatismes.

RAPPELS PHYSIOLOGIQUE

- La face est le point de départ des orifices naturels indispensables à la vie
 - **Voies aéro-digestives supérieures**
 - fosse nasale, cavum, trachée pour la respiration, la phonation
 - cavité buccale œsophage pour l'alimentation, la phonation, la déglutition, la respiration
 - **globes oculaires pour la vision**

RAPPEL ETIOLOGIQUE

- **fréquence** : + de 50% des hospitalisation au CHU de Treichville.
- **Causes**
 - 70% AVP : autos/ 2 roue
 - Accident de travail
 - Rixe agressions
- **Age / sexe** : adulte de sexe masculin entre 20 et 30 ans

CLASSIFICATION

- Il existe 3 types d'urgences maxillo-faciales selon le professeur **CARLIER de LILLE**.
 - o **Les urgences immédiates absolues :**
 - o Mettent en jeu le pronostic vital du malade dans les minutes qui suivent l'accident.
 - o **Les urgences immédiates relatives :**
 - o Mettent en jeu le pronostic fonctionnel et esthétique. Elles nécessitent un geste dans les heures qui suivent l'accident
 - o **Les urgences différées**
 - o Mettent en jeu le pronostic esthétique et fonctionnel dans les jours qui suivent l'accident

CLINIQUE

- **Les urgences immédiates absolues** : elle comprennent l'asphyxie, les hémorragies les chocs traumatiques.
 - **L'asphyxie** ou crise de suffocation associe
 - Cyanose
 - Battement des ailes du nez
 - Turgescence des gros vaisseaux du cou
 - On les observe dans
 - Les doubles fractures mandibulaires para symphysaire avec chute de la langue en arrière
 - Les gros hématome du plancher buccal
 - Les corps étrangers (prothèse dentaire débris de terre, dent fracturée...) dans l'arrière gorge

CLINIQUE

- **Les urgences immédiates absolues**

- **Les hémorragies**

- Externes :

- Par le nez rhinorrhagie
 - Par la bouche stomatorragie
 - Par les oreilles otorragie
 - Par les plaies des parties molles

- Interne :

- hémotome
 - Elle s'observent dans
 - Les plaies vasculaires (gros vaisseaux du cou, langue, levre)
 - Fracas mandibulaires et du massif facial
 - Plaies du plancher buccal

CLINIQUE

- **Les urgences immédiates absolues**

- **Les chocs traumatiques fréquents** dans les traumatismes violents avec lésions associées abdominale, thoracique et des membres

- Elles se traduisent par :
 - Une pâleur
 - Respiration rapide superficielle
 - Chute progressive de la TA
 - Prostration, adynamie, anxiété

CLINIQUE

- **Les urgences immédiates relatives** : elle comprennent les plaies faciale (partie molle, gobe oculaire), les luxations de l'articulation temporo-mandibulaire, les luxations dentaire.
 - **Plaies des parties molles**
 - Elles peuvent intéresser toutes les régions de la face et léser nerfs vaisseaux canaux salivaires (canal de Stenon).
 - Les plaies du globe oculaire (plaies de la cornée) non traité dans les 6 heures peuvent conduire à une perte de la vue.
 - Les luxations de l'articulation temporo-mandibulaire se manifestent par une impossibilité de fermeture de la bouche
 - Les luxations dentaires peuvent être partielle ou totale

CLINIQUE

- **Les urgences différées** : ce sont les fractures maxillo-faciale et les fractures dentaires
- Fractures maxillo-faciale : comprennent
 - **Les fracture de Lefort I** : ou fracture de GUERIN ; elle détache l'arcade dentaire supérieur du massif facial
 - **Les fracture de Lefort II** ou fracture pyramidale : elles détache la partie moyenne du massif facial (les maxillaire + les os propre du nez + arcade maxillaire)
 - **Les fractures de Lefort III** détachent le massif facial du crâne
 - **Les fractures du tiers latéral de la face** :
 - fracture du malaire avec impaction de la pommette,
 - fracture du zygoma avec coup de hache zygomatique et limitation de l'ouverture buccale.

CLINIQUE

- **Les urgences différées** :
- Fractures maxillo-faciale : comprennent
 - **Les fractures du tiers médian** :
 - essentiellement représentée pas les fractures des os propres du nez avec déformation de l'ensellure nasale.
 - **Les fractures mandibulaires** avec
 - limitation de l'ouverture buccale + déformation ou déviation de la mandibule + douleur exquise et mobilité anormale au niveau du trait de fracture.
 - Les fractures de la portion dentée déforment la mandibule alors que les fractures de la portion non dentée dévient la mandibule

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

- **Urgences immédiates absolues :**

- **Asphyxies**

- **Sur les lieux de l'accident**

- Libérer les voies aéro-digestives supérieures en luxant la mandibule par appui rétro-angulaire
- Dégager l'arrière gorge de tous ce qui peut l'obstruer (prothèse, caillot de sang, débris de terre...) à l'aide d'une compresse, à l'aide d'une seringue ou au mieux au doigt
- Transfixier la pointe de la langue au fil et la tracter et la fixer pour éviter sa chute en arrière.

- **Evacuer** le malade en position latéral de sécurité dans une structure spécialisée.

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

- **Urgences immédiates absolues :**

- **Les hémorragies**

- **Sur les lieux de l'accident**

- Faire un pansement compressif à l'aide de compresse et de bandes velpeau.
 - Faire un méchage en cas d'épistaxis

- **En milieu hospitalier en attendant le spécialiste**

- Faire des sutures d'hémostase par des points pas trop serrés avec du vicryl 3/0, 4/0, 5/0 ; du fil à peau 3/0, 4/0, 5/0.
 - Pour les plaies de langue on peut utiliser des vicryl 2/0. Il faut éviter le catgut et les points trop serrés sur la face.

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

- **Urgences immédiates absolues :**

- En milieu hospitalier en attendant le spécialiste
 - Prendre une voie et faire passer des colloïde (plasmion/ geloplasma), des antalgiques
 - Faire une NFS + groupe sanguin Rhésus

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

- **Urgences immédiates relatives**

- **Plaies des parties molles**

- Sur les lieux de l'accident

- Nettoyer la plaie par des antiseptiques (eau oxygénée, Dakin...)
 - Faire un pansement peu serré
 - Transférer le malade dans un service spécialisé

- En milieu hospitalier en attendant le spécialiste

- Nettoyer la plaie par des antiseptiques (eau oxygénée, Dakin...)
 - Faire un parage économe
 - Faire un pansement peu serré
 - ***Cas particulier***
 - Plaie du globe
 - faire un lavage abondant au dacryosérum ou au sérum salé
 - Faire un pansement humide

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

- **Urgences immédiates relatives**

- **Luxation temporo-mandibulaire**

- Réduire la luxation par la manœuvre de Nelaton avec ses 3 temps
abaissement, rétro-pulsion, fermeture.
 - Mettre une fronde scincipito-mentonnière pendant 2 jours.

- **Luxation dentaire**

- Luxation partielle : réduction et contention pendant deux mois
 - Luxation totale : réimplantation avant 6 heures et contention pendant deux mois

ATTITUDE THERAPEUTIQUE

- **Urgences différée**

- **Les fractures des maxillaires :**

- Le but du traitement est de retrouver l'articulé
 - Moyen orthopédique :
 - blocage maxillo-mandibulaire pendant 45 jours pour les fractures mandibulaires

- **réduction au crochet de Ginestet pour les fractures du zygoma**

- moyens chirurgicaux
 - ostéosynthèse au fil d'acier par plaque visée

- **fracture du malaire**

- ostéosynthèse

- **fracture dentaire** (voir cours sur les traumatismes dentaires)

Rôle de l'auxiliaire de soins

1. Communication pour le changement de comportement (ccc)
 - L'importance de l'hygiène bucco dentaire
 - L'utilisation dangereuse des AINS
 - Expliquer la maladie malformative: Fente labio- palatine
2. Dans un service de stomatologie
 - Accueillir le malade
 - Installer le malade
 - Rassurer le malade qui vient pour un soins ou un acte chirurgical
 - Aider l'équipe de soins à mener l'acte de soins dans les meilleurs condition

