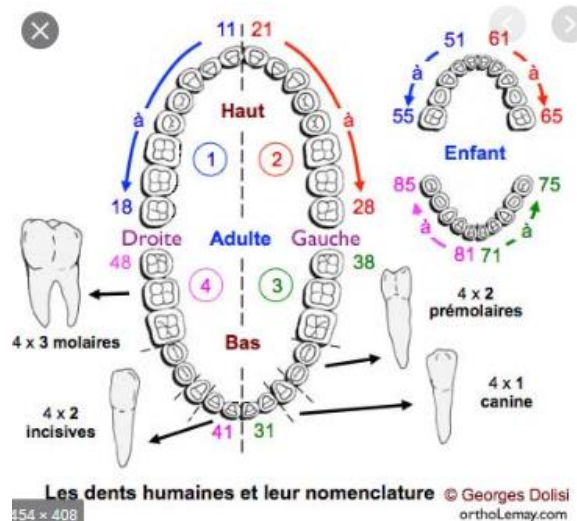


Il faut différencier les traumatismes des **DENTS DE LAIT** et ceux des **DENTS DEFINITIVES**.

GENERALITES

Conseils téléphoniques :

- Récupérer tous les fragments dentaires, les tenir par la couronne
- Nettoyer avec du sérum physiologique
- Si possible : Replacer la dent au plus vite après nettoyage dans son alvéole (attention face avant-arrière)
- Faire serrer les dents sur une compresse ou un mouchoir pour maintenir la dent en place et consultation en urgence pour contention, chez le **dentiste** ou aux urgences pour avis spécialisé.
- Sinon, mettre la dent dans du sérum physiologique, à défaut dans du lait (UHT ; bouteille neuve) ou de la salive.



Pour différencier des dents définitives des dents lactéales (surtout pour les incisives) : L'âge d'éruption des incisives est autour de 7 ans. Demander systématiquement aux parents si les dents sont déjà tombées !

DELAI DES PRISE EN CHARGE DES URGENCES :

EXPULSION de dent définitive : dès que possible, dans les 6 heures (à discuter si vu plus tard)

Extrusion, intrusion ou impaction, luxation partielle : Cs dans les 24h, dentiste dans les 24-72 h

Fractures coronaires avec ou sans exposition pulpaire ; Cs dans les 24 h, dentiste dans les 24 à 72h

AVIS :

38 : dans la journée, contacter le **dentiste traitant** ou un **dentiste de garde**

sinon **interne de chirurgie maxillo-faciale (CMF) DECT 20116**.

N.B. : Il n'y a pas de dentiste au CHU Grenoble. *L'interne de CMF ne pourra pas faire d'extraction dentaire, ni collage de fragment ni traitement de racine ou atteinte pulpaire.*

73 : contacter le chirurgien oral du CHMS. 04-79-96-50-50 demander secrétariat de chirurgie orale.

Dentiste de garde les dimanches matin de 9 h à 13 h. Coordonnées via le centre 15 du 73

74 : dans la journée, contacter le dentiste traitant ou un dentiste de garde

Pour avis CMF : en journée, un interne de chirurgie maxillo-faciale (CMF) : 04-50-63-63-63, demandé poste 585329

En nuit et en garde : interne tête et cou : 04-50-63-69-55

Il n'y a pas de dentiste au CH d'Annecy. L'interne de CMF ne pourra pas faire d'extraction dentaire, ni collage de fragment ni traitement de racine ou atteinte pulpaire.

PRISE EN CHARGE CLINIQUE GENERALE

- Récupérer morceau(x) fracturé(s) ou dent définitive expulsée, les nettoyer enlever les débris, SANS frotter la racine (ne pas enlever les « filaments » = ligament alvéolo-dentaire !), et le(s) mettre dans sérum physiologique.
- Evaluation ABCD, TTT antalgique selon procédure.
- **Interrogatoire** : ATCD, vaccins (VAT), circonstances, heure de survenue, dent expulsée retrouvée ?
- **Examen clinique complet** :
 - Ne pas oublier palpation des ATM, ouverture buccale, examen neuro des paires crâniennes, lésion des tissus mous intra-buccales, souillures, morceaux de dents impactés dans la muqueuse.
 - Tester dents antagonistes et controlatérales de la dent lésée (mobilité...)
 - Si chute sur le menton : rechercher **lésion des dents postérieures** et **fracture des condyles mandibulaires**.
 - Et des traumatismes associés
- Lavage abondant des lésions muqueuses et nettoyage doux au sérum physiologique (pas de désinfection sauf souillure).
- **Examen complémentaire en fonction de la clinique** :
 - Panoramique dentaire : suspicion de **fracture de mandibule et bloc alvéolo-dentaire**.
 - Radiographie pulmonaire pour écarter une inhalation (si expulsion dentaire et dent non retrouvée).
 - TDM massif facial à discuter (avis CMF) si suspicion de fracture osseuse (cf protocole « Traumatisme facial »)
- **Rédiger CERTIFICAT MEDICAL INITIAL avec le numéro des dents atteintes** pour la déclaration d'accident par la famille. Prévenir la famille qu'il y a un **risque d'atteinte de la dent définitive** même en cas de traumatisme d'une dent de lait (dyschromie, anomalie de l'émail, mauvaise position, voire nécrose du germe). Cette atteinte est due au choc, non modifiable par le traitement entrepris (sauf prévention de l'infection).
- Prévenir la famille qu'ils doivent faire la déclaration d'accident et prévenir les organismes d'assurance, et organiser le suivi par leur dentiste.

AVIS SPECIALISE en cas de :

Avulsion = Luxation complète de dent définitive

Fracture alvéolo-dentaire

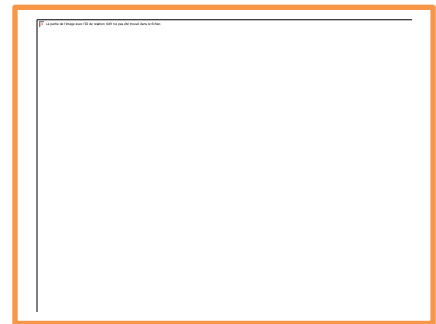
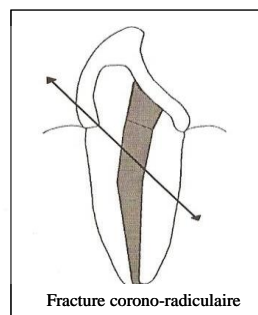
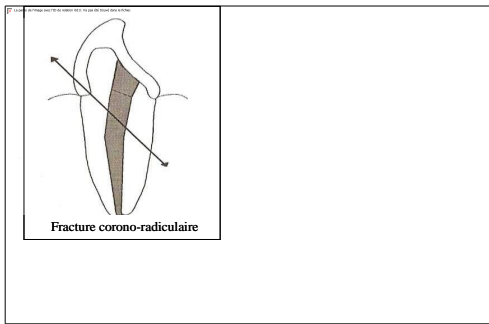
Subluxation ou **luxation** de dent définitive (dent mobile)

Certaines plaies buccales (plaies transfixiantes avec atteinte de la jonction cutanéomuqueuse, ou atteinte de structures nobles (canal de sténon, nerf facial..) ; avis chirurgien oral, ORL, CMF en fonction de la localisation

Indication d'antibioprophylaxie : Augmentin 48h (si pas d'allergie) : la durée d'une antibioprophylaxie ne doit pas excéder 48h

- **Luxation dentaire (avec intrusion ou extrusion)**
- **Subluxation**
- **Fracture de la couronne avec exposition de la pulpe**
- **Fracture radiculaire**
- **Réimplantation dent définitive après expulsion**
- **Intrusion**
- **Plaies gingivales importantes**

FRACTURES CORONAIRES, CORONO-RADICAIRES SANS OU AVEC EXPOSITION



Atteinte pulpaire : point rosé/rouge au centre et douleur

A adresser au dentiste ou chirurgien oral

- dans la semaine si pas d'atteinte pulpaire,
- dans les 24h si atteinte pulpaire (et ATB) ou radicaire (+/- extraction du reste de la dent) (pas d'indication à une extraction en urgence de la racine ; le dentiste décidera d'une conservation de la racine ou non)
ATB si atteinte pulpaire ou fracture radicaire

TRAUMATISME ALVEOLO-DENTAIRES AVEC MOBILISATION

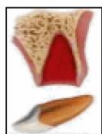
❖ DEFINITIONS :

- **Contusion** = dent douloureuse à la palpation et à la percussion mais non mobile. (Si hématome de la gencive : vérifier absence de mobilité en bloc = suspicion de fracture !)
- **Subluxation** = dent mobile et douloureuse, liseré hémorragique dans son alvéole, pas de déplacement dans l'alvéole ni de trouble occlusal
- **Luxation partielle avec intrusion** = « dent remonté dans l'os », la dent peut être totalement impactée et donc la couronne ne sera plus visible (diagnostic différentiel : expulsion).
- **Luxation partielle avec extrusion** = dent mobile, sortie de son alvéole (dent paraît plus longue)
- **Luxation latérale** = dent mobile et douloureuse avec déplacement dans son alvéole responsable d'un trouble occlusal. Couronne déplacée en avant ou en arrière. Fracture alvéolaire associée.
- **Luxation totale = Expulsion** = avulsion, dent en dehors de son alvéole. Il faut retrouver la dent pour s'assurer qu'elle est intègre et écarter une inhalation.
- **Fracture alvéolo-dentaire** = fracture du bloc dent + os alvéolaire (cf photo)



LA CONDUITE A TENIR DEPEND DE LA DENTITION : LACTEALE ou DEFINITIVE

(2) Expulsion
(Dent tombée)



(3) Impaction
(Dent enfoncée)



(4) Extrusion
/luxation latérale
(Dent pas à la bonne place)



(1) Fracture
(Dent cassée)



❖ **PRISE EN CHARGE SUR UNE DENT DEFINITIVE**

- **Contusion** : pas d'urgence, alimentation molle, bains de bouche, ttt médical, antalgiques, suivi dentiste.

- **Subluxation : CS < 24h**

Nécessité de contention si dent très mobile.

Surveillance par dentiste à prévoir rapidement.

Alimentation molle, bains de bouche, +/- ATB Augmentin 5 jours, antalgiques.

- **Luxation partielle avec intrusion – semi-urgence CS < 24h**

Ttt médical : bains de bouche, antalgiques, +/- ATB (**Augmentin**) 5 jours. +/- Cs dentiste (repositionnement et/ou contention (selon le déplacement et la mobilité), dans les **24h**-72h. Surveillance par dentiste de la ré-éruption

- **Luxation latérale ou luxation partielle avec extrusion : URGENCE ++ CS < 6h**

Repositionner la dent au plus vite dans son alvéole, après nettoyage (rincage au sérum phy sans frotter la dent)

Contention collée par interne CMF ou dentiste ou chirurgien oral

ATB (**Augmentin**) 5 jours.

Alimentation liquide 10 Jours, bains de bouche, antalgiques

Surveillance par dentiste de vitalité pulpaire.

- **Luxation totale = EXPULSION : URGENCE ++ CS < 6h** (max 12h, à discuter)

Récupérer la dent, la tenir par la couronne

Nettoyer à l'eau courante ou avec du sérum physiologique et compresses (conserver filaments sur les racines !)

Replacer la dent au plus vite après nettoyage dans son alvéole (attention face avant-arrière)

Faire serrer les dents sur une compresse ou un mouchoir pour maintenir la dent en place et consultation en urgence pour contention sous AL, au SAU pédiatrique (par interne CMF) ou chez le dentiste ou chir oral, si possible dans l'heure (délai discutable selon le contexte, exceptionnellement > 6h).

Si réimplantation pas possible, mettre la dent dans du sérum physiologique/lait/ salive/ DENTABOX (milieu de culture spécifique pour traumatisme dentaire en pharmacie) → réimplantation, contention ATB (Augmentin), antalgiques et bains de bouche (15 jours).

- **Fracture alvéolo-dentaire : URGENCE**

Réduction de la fracture sous AL avec repositionnement des dents au SAU pédiatrique (par interne CMF).

Contention collée pour immobilisation pendant 1 mois

Alimentation liquide 10 Jours, bain de bouche, antalgiques,

Surveillance par dentiste de vitalité pulpaire

ATB (**Augmentin**) 5 jours.

❖ **PRISE EN CHARGE SUR UNE DENT LACTEALE :**

JAMAIS DE RE-IMPLANTATION DE DENT LACTEALE (risque d'infection du germe de la dent définitive sous jacente)

- **Contusion et subluxation**: traitement symptomatique général et ATB pour subluxation
- **Luxation partielle avec intrusion : Semi-urgence (CS< 24h),** consultation au SAU pédiatrique (interne CMF) ou chez le dentiste pour mise sous ATB ou chirurgien oral
- **Autres LUXATIONS de dent lactéale** : s'assurer que la dent est entière. Si la dent n'est pas retrouvée : diagnostic différentiel avec impaction (radiographie occlusale chez le chirurgien-dentiste). Si doute sur inhalation : radiographie thoracique de face. Si luxation partielle : Extraction si dent très mobile ou gêne à l'occlusion, chez le dentiste. Dans tous les cas, traitement symptomatique général, ATB (sauf pour contusion) et cs dentiste rapidement (moins urgent pour contusion) avec des Clichés rétro-alvéolaires et occlusaux car risque de traumatisme sur le germe de la dent définitive sous-jacente (bien expliquer aux parents que les dégâts ont été faits par le choc et qu'on ne peut ni les anticiper ni les prévenir). Surveillance de la ré-éruption par le dentiste

❖ **AUTRES LESIONS**

- **Plaie muqueuse** ou **plaie cutanéomuqueuse** :

Indication de prise en charge par l'interne CMF ou spécialiste en fonction de la localisation (chirurgien oral, ORL, ophtalmo) si plaie buccale transfixiante, plaie avec atteinte de la jonction cutanéomuqueuse des lèvres ou atteinte du muscle périorbitaire, ou atteinte de structure noble (canal de Stenon, nerf facial ; sur la ligne entre commissure et tragus).

Sinon suture au SAU pédiatrique (cf protocole « plaies »).

Prévenir parents que lors de la cicatrisation, de la fibrine (jaune) se formera. Ce n'est pas du pus et il n'y a pas de signe inflammatoire, ni douleur, ni gonflement, donc pas de surinfection !

- **Rupture frein labial** supérieur court (surtout chez les enfants en denture temporaire) : saignement initial peut être important. Compresse d'eau froide pour compression. Pas de suture.

- **Abcès dentaire** : avis CMF facile ou chirurgien oral

Incision si collecté (par interne CMF).

Rechercher complications : Adénophlegmon, cellulite faciale, ostéite... ; antibiothérapie en fonction des pathologies et selon procédures ; avis infectieux si infections sévères

ET consultation dentiste : soins de la dent une fois l'infection contrôlée (prendre RDV).

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE GENERAL

Alimentation tiède ou froide, semi-liquide, non épicée, pendant 5-10 jours.

Désinfecter les lésions muqueuses ou dents traumatisées après chaque repas avec une compresse imbibée d'un bain de bouche sans alcool (Sodium Bicarbonate 0,14% chez les petits, ELUDRIL/PAROEX... à partir de 12 ans) après chaque repas.

Brossage de dents avec brosse à dent **souple**.

Antalgie adaptée