



Guide Clinique des Urgences Parodontales

Du Diagnostic à la Prise en Charge Immédiate

Pr. M. MEDDAD

Pr. A. MAHFOUD

2025-2026

Un guide de révision essentiel, conçu pour la clarté et la rétention.

Le Scénario d'Urgence : Pourquoi Maîtriser ce Sujet est Crucial

Certaines maladies parodontales évoluent vers des situations d'urgence, associées à des douleurs aiguës et des altérations fonctionnelles. Votre rôle est d'intervenir de manière rapide, précise et efficace. Toute prise en charge commence impérativement par une anamnèse médicale complète.

Nos Objectifs Pédagogiques :

- ✓ Reconnaître les principales urgences parodontales.
- ✓ Établir un diagnostic rapide et précis.
- ✓ Mettre en place une prise en charge immédiate et adaptée.
- ✓ Prévenir les complications locales et systémiques.

Légende de Révision

- [QX] = Point testé lors d'un examen précédent.
- = Point à forte probabilité d'être à l'examen.



Fiche d'Intervention 1 : L'Abcès Gingival

Définition

Une infection purulente, localisée et limitée à la gencive marginale.

Étiologie (Causes principales)

- Présence de corps étranger impacté dans le sulcus [Q2]:
 - Poils de brosse à dents, morceau de cure-dents, particule alimentaire.
- Obturation défectueuse proche de la gencive.
- Complication d'une gingivite préexistante.

Signes Cliniques Clés

- Tuméfaction rouge, lisse et brillante, pouvant devenir pointue.
- Le pus peut s'échapper spontanément ou à la pression via un orifice fistuleux.
- Signes radiologiques:** Généralement absents, ce qui est un critère de diagnostic différentiel important.

Traitement d'Urgence

- Drainage:** Incision simple pour évacuer le pus.
- Débridement:** Élimination du corps étranger ou de la cause irritante.
- Correction:** Reprise du traitement défectueux si nécessaire.



Fiche d'Intervention 2 : L'Abcès Parodontal (Diagnostic)

Aussi appelé abcès pariétal ou latéral. C'est une infection purulente localisée au niveau des tissus parodontaux profonds, liée à une poche parodontale préexistante.

(Colonne 1) Signes Cliniques Locaux

- œdème gingival avec érythème.
- Douleur d'intensité variable (simple gêne à violente).
- Sondage révélant une poche parodontale profonde.
- Suppuration spontanée ou à la pression.
- Mobilité dentaire et sensibilité à la percussion.
- Sensation de 'dent longue' (égression).
- Test de vitalité pulpaire positif. C'est un signe différentiel majeur avec un abcès d'origine endodontique.

(Colonne 2) Signes Généraux & Radiologiques

Généraux (inconstants)

- Fièvre, malaise, adénopathies cervicales.

Radiologiques

- Parodontolyse avancée visible.
- Lésion radio-claire latérale à la racine.
- Élargissement de l'espace desmodontal.





Abcès Parodontal : Étiologie & Microbiologie

(Section 1) Étiologie : Quand se forme-t-il ?

Chez les patients avec maladie parodontale :

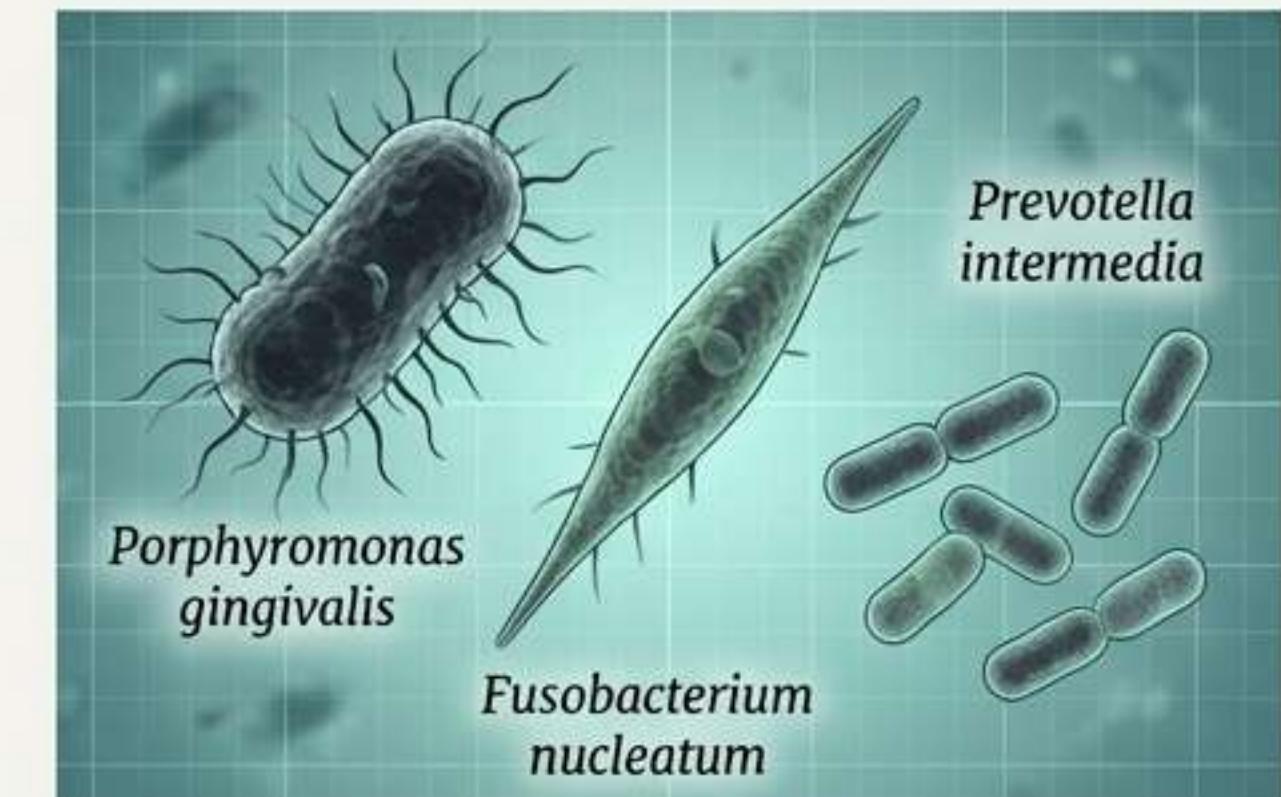
- Obstruction de l'orifice d'une poche parodontale [Q3] (ex: par un fragment de tartre), empêchant le drainage.
- Exacerbation aiguë d'une lésion chronique (baisse des défenses immunitaires).
- Traitement antibiotique systémique sans débridement local préalable (peut masquer et aggraver l'infection).

Chez les patients sans maladie parodontale :

- Perforation radiculaire lors d'un traitement endodontique [Q3].
- Fracture radiculaire verticale.
- Corps étranger impacté [Q3] (similaire à l'abcès gingival mais plus profond).

(Section 2) Microbiologie : Qui sont les coupables ?

- L'abcès parodontal est une infection polymicrobienne.
- Il existe une grande similitude entre la flore des abcès parodontaux et celle des parodontites chroniques [Q1].
- **Bactéries dominantes:** Bacilles Gram négatif, anaérobies stricts.
 - *Porphyromonas gingivalis* (très virulent, retrouvé dans 50-100% des cas).
 - *Prevotella intermedia*.
 - *Fusobacterium nucleatum*.



Abcès Parodontal : Protocole de Traitement d'Urgence

1

(Étape 1) Drainage de la collection purulente

Objectif : Soulager la pression et la douleur.



Deux approches possibles :

- Voie 1 : Drainage par la poche (sulculaire) [Q5, Q6]. Sous anesthésie, une sonde ou une curette est insérée dans la poche pour permettre l'évacuation du pus.
- Voie 2 : Drainage par incision externe [Q6]. Si la collection est très fluctuante, une incision verticale est réalisée au centre de la tuméfaction.

2

(Étape 2) Débridement et assainissement

Détartrage et surfaçage radiculaire (manuel ou ultrasons) pour éliminer les irritants.

Irrigation de la poche avec une solution saline ou un antiseptique (Chlorhexidine, Polyvidone iodée).

3

(Étape 3) Soulagement et prescription

Ajustement occlusal: Indispensable si la dent est égressée pour soulager le patient.

Antalgiques: Paracétamol ou paracétamol codéiné.

Antibiothérapie Systémique: NON SYSTÉMATIQUE [Q5].

- Indiquée SEULEMENT si présence de signes généraux (fièvre, malaise, adénopathie), si la collection est diffuse, ou si le drainage est impossible.

Exemple : Amoxicilline 2g/j pendant 7 jours.



Fiche d'Intervention 3 : La Gingivite Ulcéro-Nécrotique (GUNA)

Une maladie infectieuse et inflammatoire aiguë de la gencive, évoluant rapidement vers l'ulcération puis la nécrose de la gencive marginale et des papilles.

Étiologie Multifactorielle

(Colonne 1) Facteurs Déclenchants

- **Bactériens:** Association fuso-spirillaire [Q7] (Fusobactéries, Spirochètes, *Prevotella intermedia*).
- **Viraux:** Impliqués dans les formes récidivantes [Q7] (Cytomégalovirus, VIH/Sida).

(Colonne 2) Facteurs Favorisants (Le 'Terrain')

- **Le Stress:** Niveaux élevés de corticostéroïdes observés (ex: militaires).
- **Le Tabac:** 98% des patients atteints de GUNA sont fumeurs (Pindborg, 1951).
- **Immunodépression:** Le VIH est un facteur de risque majeur.
- **Hygiène bucco-dentaire:** Une mauvaise hygiène est un facteur d'aggravation majeur [Q7].
- **Gingivite préexistante:** La GUNA débute souvent sur une gingivite marginale simple.

GUNA : Reconnaître les Signes Cliniques et Agir



Signes Locaux (Le Triptyque Pathognomonique)

- Douleurs (algies) gingivales [Q8]: Intenses, spontanées, invalidantes.
- Gingivorragies [Q8]: Saignements spontanés ou facilement provoqués.
- Nécrose papillaire [Q8]: L'aspect de "papilles décapitées" est le signe le plus révélateur de la maladie.

Autres signes locaux:

- Enduit blanc-grisâtre (pseudomembrane) [Q8] recouvrant les zones nécrosées.
- Érythème linéaire en bordure des lésions.
- Halitose fétide caractéristique.



Signes Régionaux et Généraux

- Adénopathies sub-mandibulaires.
- Fièvre, malaise, anorexie dans les cas sévères [Q8].



Prise en Charge d'Urgence

1. Symptomatique: Antalgiques, bains de bouche antiseptiques, et antibiotiques (Pénicillines ou Métronidazole).
2. Étiologique (dès que possible): Détersions douces des lésions avec H_2O_2 ou Chlorhexidine, suivies d'un débridement aux ultrasons si la douleur le permet.



Fiche d'Intervention 4 : Le Syndrome du Septum

Définition

Une forme d'ostéite alvéolaire aiguë et localisée qui touche le septum interdentaire, suite à un tassemement alimentaire.

Signes Cliniques

- Douleur vive et lancinante, surtout pendant les repas ('envie de cureter la dent').
- Papille interdentaire tuméfiée et saignante.
- **Signe Pathognomonique:** La pression digitale de la papille interdentaire provoque une douleur exquise, très différente de celle d'un septum sain.
- **Signes Radiologiques:** Lyse du septum interdentaire (en cratère si septum large, horizontale si septum étroit).

Étiologie Principale

- La perte ou l'altération d'un point de contact fonctionnel entre deux dents [Q9], qui cause le 'bourrage alimentaire'.
- **Causes fréquentes:** Carie proximale, fracture de crête marginale, restauration débordante ou mal ajustée, malpositions dentaires.

Traitemment d'Urgence

- Le traitement est à la fois symptomatique et étiologique [Q9].
 1. **Symptomatique:** Anesthésie locale, curetage des tissus de granulation et nettoyage de la zone (antiseptiques).
 2. **Étiologique:** Élimination du corps étranger, et surtout, rétablissement d'un point de contact correct (réfection de l'obturation, ajustement de la prothèse).





Fiche d'Intervention 5 : La Péricoronarite

Définition et Contexte

- Inflammation aiguë du tissu gingival (capuchon muqueux ou opercule) recouvrant la couronne d'une dent qui n'a pas encore achevé son éruption.
- Concerne principalement les dents de sagesse (troisièmes molaires), surtout mandibulaires (troisièmes molaires), surtout mandibulaires [Q11].

Signes Cliniques

- Tuméfaction rouge et douloureuse du capuchon muqueux.
- Suppuration possible.
- Limitation de l'ouverture buccale (trismus).
- Douleur irradiant vers l'oreille et la gorge.
- Adénopathie, mauvaise haleine, et parfois fièvre.

Mécanisme Étiologique



1. Accumulation de plaque



2. Inflammation & Œdème



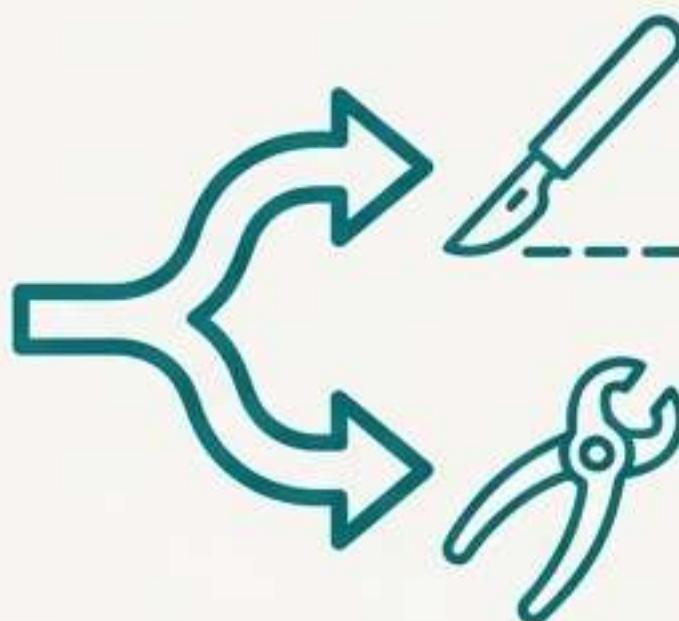
3. Traumatisme Occlusal

Péricoronarite : Prise en Charge et Traitement

Protocole en Phase Aiguë (Traitement Symptomatique)



- **Nettoyage / Drainage:**
 - Le premier geste est le nettoyage et le débridement sous le capuchon à l'aide d'une curette et l'irrigation avec un antiseptique (ex: eau oxygénée) [Q10].
- **Antibiothérapie:**
 - N'est PAS systématique [Q12].
 - Indiquée uniquement si l'état général est altéré (fièvre) ou en cas d'extension régionale de l'infection (cellulite).
- **Antalgiques:** Pour soulager la douleur.



Après Refroidissement de l'Épisode Aigu (Traitement Étiologique)

Une fois l'inflammation contrôlée, une décision doit être prise :

- Option 1 : **Excision du capuchon muqueux (operculectomie)** si la dent a une position fonctionnelle sur l'arcade.
- Option 2 : **Extraction de la dent de sagesse** si elle est mal positionnée ou risque de générer des récidives ou d'autres perturbations.

Urgences Parodontales : Fiches de Référence Rapide



Gingivorragie

Définition: Saignement abondant des gencives, spontané ou provoqué.

Étiologie Clé: Peut être locale (gingivite, parodontite, traumatisme) ou le signe d'une maladie systémique (troubles de l'hémostase).

Action d'Urgence:
Détartrage/surfaçage de la zone, écouvillonnage à l'eau oxygénée, prescription de bains de bouche (Chlorhexidine). Si une cause systémique est suspectée, orienter vers un médecin.



Mobilité Dentaire Accrue

Définition: Augmentation de l'amplitude du déplacement d'une dent. Motif d'inquiétude majeur pour le patient.

Étiologie Clé: Peut être réversible (traumatisme occlusal, inflammation) ou irréversible (perte de support osseux avancée).

Action d'Urgence: Le traitement dépend de la cause.

Ajustement occlusal sélectif, contention immédiate si traumatisme, traitement anti-inflammatoire, ou extraction en dernier recours.

Types de Mobilité

Mobilité transitoire	-Mobilité physiologique : due aux hormones sexuelles durant la grossesse, à une désocclusion prolongée pendant le sommeil. -Mobilité iatrogène : due aux actes odontologiques (traitement chirurgicaux, endodontique).
Mobilité réversible	-Etiologie inflammatoire (inflammation des tissus parodontaux, inflammation pulpaire, nécrose) -Etiologie prothétique : effet des crochets ou des attaches en prothèse adjointe partielle, élément fixés en extension mal répartis. -Etiologie occlusale : traumatisme occlusal, bruxisme
Mobilité irréversible	-Mobilité consécutive à la perte du support osseux



Pulpite 'à Retro'

Définition: Inflammation pulpaire ('rage de dent') d'origine parodontale. L'infection atteint la pulpe par voie rétrograde (via l'apex ou des canaux accessoires).

Signes Clés: Douleurs de pulpite sur une dent à couronne intacte mais présentant une poche parodontale profonde.

Action d'Urgence: Le traitement est mixte et combine une approche endodontique (traitement canalaire) et parodontale (surfaçage radiculaire).

Le Tableau de Diagnostic Différentiel



Abcès Parodontal vs. Abcès Péri-apical vs. GUNA



Critère de Distinction	Abcès Parodontal	Abcès Péri-apical (Endodontique)	Gingivite Ulcéro-Nécrotique (GUNA)
Douleur	Sourde, continue, localisée	Intense, pulsatile, diffuse	Très intense, généralisée, constante
Test de Vitalité Pulpaire	Positive	Négative (dent nécrosée)	Non applicable (dents vivantes)
Cause Principale	Poche parodontale préexistante	Carie profonde / Traumatisme / Nécrose pulpaire	Association bactérienne sur un terrain favorisant (stress, tabac)
Localisation de la Tuméfaction	Latérale, sur la gencive attachée	Apicale, dans le vestibule	Pas de tuméfaction, mais une nécrose généralisée
Sondage Parodontal	Poche profonde et étroite	Généralement normal (sauf si fistule)	Sondage impossible et très douloureux
Signes Radiologiques	Perte osseuse latérale/angulaire	Lésion radio-claire à l'apex de la dent	Pas de signes osseux (atteinte gingivale)
Signe Visuel Clé	Fistule latérale	Fistule apicale	Papilles 'décapitées', pseudomembrane

Note: La capacité à différencier ces lésions est un point clé de l'évaluation clinique [Q4].

Au-Delà de l'Urgence : Le Rôle du Chirurgien-Dentiste

Les urgences parodontales, bien que rares, peuvent entraîner des destructions tissulaires irréversibles. La prise en charge de l'urgence est essentielle, mais notre rôle le plus important réside dans la prévention.

Les Piliers de la Prévention



Dépistage Précoces: Identifier et traiter les maladies parodontales avant qu'elles n'atteignent un stade aigu.



Motivation du Patient: Eduquer à une hygiène bucco-dentaire rigoureuse et à l'importance du suivi régulier.



Traitements en Temps Opportun: Instaurer une thérapeutique parodontale complète pour stabiliser la maladie et prévenir les récidives.

Le succès ne se mesure pas seulement à la qualité de notre intervention d'urgence, mais à notre capacité à la rendre inutile.

Checklist d'Action en Situation d'Urgence

Abcès Parodontal



1. Anesthésie locale.
2. Drainage (par la poche ou par incision).
3. Débridement et surfaçage de la racine.
4. Irrigation antiseptique.
5. Ajustement occlusal si nécessaire.
6. Prescription : Antalgiques ± Antibiotiques (si signes généraux).

Gingivite Ulcéro-Nécrotique (GUNA)



1. Prescription initiale : Antibiotiques (Métronidazole/Pénicilline), Antalgiques, Antiseptiques.
2. Détersión douce des pseudomembranes (H_2O_2).
3. Débridement aux ultrasons (dès que la douleur le permet).
4. Instructions d'hygiène rigoureuses et arrêt du tabac.
5. Planification du traitement parodontal complet.

Péricoronarite Aiguë



1. Anesthésie locale.
2. Irrigation et nettoyage sous le capuchon muqueux.
3. Soulagement de l'occlusion si traumatisme de la dent antagoniste.
4. Prescription : Antalgiques ± Antibiotiques (si signes généraux/extension).
5. Planification post-crise : Excision du capuchon ou extraction de la dent.