

FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

**LES URGENCES MEDICALES AU CABINET
DENTAIRE
ET NOTIONS DE REANIMATION**

Cours de Pathologie/ 3^{ème} Année

Présenté par : Dr Y.NERIER

Année universitaire 2024/2025

1. INTRODUCTION

2. LES MALAISES

2.1. LIPOTHYMIE ET SYNCOPÉ

2.2. MALAISE HYPOGLYCEMIQUE

2.3. HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

3. LES CRISES

3.1. CRISE D'ASTHME

3.2. CRISE DE SPASMOPHILIE

3.3. CRISE CONVULSIVE

4. LES ACCIDENTS ALLERGIQUES

5. INHALATION DE CORPS ÉTRANGER

6. L'ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE

7. NOTIONS DE REANIMATION

8. CONCLUSION

1. INTRODUCTION

L'exercice de la médecine dentaire peut exposer le praticien à la survenue des urgences médicales ; il s'agit des situations médicales pouvant parfois mettre en péril le pronostic vital du patient ; Un diagnostic et un traitement doivent être entrepris rapidement.

Le médecin dentiste doit acquérir les connaissances qui lui permettent de prévenir, de détecter les signes d'alerte et de traiter efficacement ces situations.

Au regard de la loi, il est tenu à une obligation de moyens (disposition de matériel d'urgence) et de dispenser les premiers gestes d'urgence à son patient, soit par son action personnelle soit en provoquant un secours.

D'un point de vue didactique, les urgences médicales peuvent être subdivisées comme suit :

- Les malaises
- Les crises
- Les accidents allergiques
- L'inhalation de corps étranger
- L'arrêt cardio-respiratoire

2- LES MALAISES

2.1. LIPOTHYMIE ET SYNCOPE

Définition

Le malaise vagal ou choc vagal est très fréquemment rencontré dans notre exercice, c'est une perte de connaissance **incomplète**, avec un **début** et une **fin progressives**.

Sa physiopathologie est caractérisée par : une hyperactivité du nerf vague, ralentissant la fréquence cardiaque et provoquant une baisse de la pression artérielle.

La bradycardie et l'hypotension entraînent une baisse d'irrigation et d'oxygénation cérébrales et par conséquent l'installation du malaise vagal.

Facteurs déclenchant : les causes des lipothymies sont multiples:

- Choc émotionnel, anxiété, vue du sang ou d'aiguille ;
- Douleur vive ;
- Espace clos surchauffée et peu oxygéné ;
- Etat de fatigue ;
- Jeûne.

Signes subjectifs : avant la survenue du malaise, le patient peut ressentir et exprimer des prodromes :

- Sensation d'évanouissement ;
- Bouffées de chaleur ;

- Troubles visuels ;
- Acouphènes ;
- Asthénie ;
- Palpitations ;
- Nausées et sécheresse buccale.

Signes objectifs

- Pâleur intense ;
- Sueurs ;
- Hyper salivation ;
- Hypotension artérielle ;
- Bradycardie ;
- Fréquence respiratoire normale, parfois polypnée.

Conduite à tenir : le praticien doit agir dès la constatation des premiers signes annonciateurs.

- Arrêter les soins ;
- Retirer tous les corps étrangers de la bouche ;
- Mettre le patient en position décubitus dorsal, tête basse et jambes surélevées afin d'améliorer l'afflux de sang vers le cerveau, ce qui accélère la récupération;
- Desserrer col, cravate et ceinture du patient ;
- Aérer la pièce ;
- Contrôler la tension artérielle, le pouls, l'état de conscience et la ventilation ;
- Faire appel à la sensibilité muqueuse et olfactive par l'attouchement des narines avec de l'éther ou à défaut avec de l'alcool ;
- La plupart des malaises vagues peuvent être évités en adoptant une attitude rassurante envers le patient et en respectant certaines mesures préventives :
 - ✓ Prise en charge matinale ;
 - ✓ Limiter l'attente du patient ;
 - ✓ Local bien aéré ;
 - ✓ Position semi-allongée ;
 - ✓ Faire une anesthésie efficace pour assurer un acte indolore.
- la prémédication anxiolytique est rarement indiquée.

La syncope correspond à une perte de connaissance **complète, brutale**, brève et spontanément réversible, liée à une diminution brusque du débit sanguin cérébral.

La distinction entre syncope et lipothymie repose sur l'existence des **prodromes** pour la lipothymie avec récupération **progressive** de la conscience.

Pour la syncope absence des **prodromes** et récupération **brutale** de la conscience avec **amnésie** de la durée de la syncope.

La conduite à tenir face à une syncope est la même qu'en cas de lipothymie, en rajoutant l'administration de 0,50 mg d'**atropine** en IM ou IV en cas d'évolution défavorable vers une détresse cardio-respiratoire.

2.2. LE MALAISE HYPOGLYCEMIQUE

Définition

Diminution rapide du taux de glycémie entraînant un manque d'apport d'O₂ au niveau des neurones, avec risque de coma hypoglycémique (urgence vitale).

Le malaise hypoglycémique peut survenir chez tout type de patient, mais par ordre décroissant :

- Survient principalement chez les patients DID ;
- Moins fréquent chez les DNID ;
- Rare chez les patients non diabétiques.

Causes et physiopathologie

Due à un apport anormal d'insuline dans le sang chez les diabétiques, lorsqu'il y'a un déséquilibre entre les apports alimentaires de sucre et les traitements hypoglycémisants suite au :

- Saut d'un repas ;
- Modification du traitement ;
- Erreur dans la prise du traitement.

Favorisé par : le jeûne, l'insomnie, l'imprégnation alcoolique, les atteintes hépatiques, l'effort ou le stress intense.

Signes subjectifs

- Sensation de malaise et d'évanouissement ;
- Troubles sensoriels : éblouissement visuel et acouphènes ;
- Céphalées ;
- Sensation de faim impérieuse ;

- Fatigabilité brutale.

Signes objectifs

- Sueurs profuse : visage et face antérieure du thorax;
- Pâleur ;
- Changement brusque d'humeur : anxiété, état de nervosité, agitation.
- Trouble de la parole, manque de coordination et bâillement incoercible (on peut pas l'arrêter).
- Des troubles moteurs dont : tremblements, déviations conjuguées de la tête et des yeux, trismus et hypertonie musculaire.
- Complication en coma hypoglycémique : perte de connaissance et convulsion (Contractions involontaires localisées à un ou plusieurs groupes musculaires ou généralisées à tout le corps).
- Fréquence cardiaque normale ou accélérée (tachycardie)
- Pression artérielle normale.

Conduit à tenir

Un malaise avec des sueurs profuses chez un patient DID doit faire penser en première intention à une hypoglycémie.

- Arrêter immédiatement les soins ;
- Retirer tous les corps étrangers de la bouche (coton, compresse, instruments, etc.).

1- Patient conscient :

- Décubitus dorsal (DD) ou PLS ;
- Resucrer le malade par voie orale : 4 à 5 morceaux de sucre à croquer ou une boisson sucrée.

2- Patient inconscient :

- Mettre le patient en position latérale de sécurité (PLS);
- Resucrage par voie parentérale :
 - Injection en IV de 20 à 30 ml de Sérum glucosé hypertonique à 30% .
 - Injection en IM ou SC de 1mg Glucagon ;
- Surveiller en permanence pour éviter les lésions traumatiques ;
- Évolution favorable chez les sujets non diabétiques ;
- Si évolution défavorable et apparition de convulsions, aggravation des troubles de la conscience : Oxygénation et appel du SAMU pour éviter le passage au coma hypoglycémique.

Chez le diabétique, tout malaise qui ne s'améliore pas rapidement après resucrage nécessite une évacuation rapide en milieu hospitalier.

2.3. L'HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

Définition

Malaise plus au moins fréquent survient lors du passage de la position allongée ou assise à la position debout. Le changement de position orthostatique est accompagné d'une redistribution du volume sanguin aux membres inférieurs. Un volume important de sang s'accumule dans la moitié inférieure du corps, provoquant ainsi une baisse d'irrigation cérébrale.

Facteurs favorisants

- Soins longs en position allongée ;
- Patients sous antidépresseurs ou hypotenseurs ;
- Patients âgés ;
- Période post-prandiale ;
- Patients de grande taille (maladie de MARFON).

Signes subjectifs

- Vertige ;
- Troubles visuels ;
- Nausées.

Signes objectifs

- Déséquilibre orthostatique du patient ;
- Pâleur ;
- Hypotension artérielle ;
- Fréquence cardiaque normale ou accélérée ;
- Fréquence respiratoire normale.

Conduite à tenir

- Retirer tous les corps étrangers de la bouche ;
- Remettre le patient en position allongée jambes surélevées ;
- Desserrer le col du patient ;
- Aérer la pièce ;
- Retour progressive à la position debout, en deux temps et en passant par la position assise.

3. LES CRISES

3.1. CRISE D'ASTHME

Elle se manifeste par une toux sèche et sensation d'oppression thoracique. Des signes annonciateurs peuvent être ressentis : un malaise général, une irritation laryngée et des éternuements répétés. Le principal mécanisme d'installation est une broncho-contraction.

Facteurs favorisant

- Stress-anxiété ;
- Douleur aiguë ;
- Rupture de traitement.

Signes subjectifs

- Sensation d'étouffement.

Signes objectifs

- Respiration sifflante et phénomène de tirage,
- Expiration longue et incomplète,
- Agitation,
- Difficulté à finir les phrases,
- Tachycardie,
- Sueurs et cyanose traduisant l'état d'hypoxie et d'hypercapnie (augmentation plus que la normale du volume de CO₂ dans le sang).

Conduite à tenir : la crise d'asthme doit être traitée en urgence, dès les premiers symptômes.

- Arrêter les soins,
- Retirer tous les corps étrangers de la bouche,
- Mettre le patient en position **assise** ou semi assise,
- Faire appel à une équipe médicale,
- Administrer 2 bouffées de Salbutamol : **Ventoline**® ou Sulfate de terbutaline : **bricanyl**® ou autre médicament de crise du patient,
- Oxygénation au masque 10 à 15 l/min,
- Si la crise est associée à des manifestations allergiques : Corticoïdes d'action rapide : 100 à 200 mg en IV : Hemisuccinates d'hydrocortisone, Celestene®, Betnesol®, Soludecadron®.

3.2. LACRISE DE SPASMOPHILIE

Appelée aussi crise de Tétanie, c'est une pathologie psychosomatique aiguë, dominée par une hyper-excitabilité neuro-musculaire; le mécanisme déclenchant est un climat neuro-psychique particulier et est le plus souvent attribué à un état d'anxiété ou d'angoisse, rencontrée plus fréquemment chez la femme. Elle peut être l'expression d'un déficit ou d'un défaut de régulation en ions calcium/potassium.

Facteurs déclenchant

- Stress ou anxiété,
- Etat de fatigue,
- Vue du sang ou d'aiguille, ou autres objets anxiogènes,
- Douleur vive,
- Espace clos surchauffé.

Signes subjectifs

- Sensation d'étouffement,
- Fourmillement au niveau de la bouche et des extrémités,
- Palpitations,
- Tête qui tourne.

Signes objectifs

- Hyperventilation,
- Contractures musculaires involontaires plus marquées au niveau de la face et des membres supérieurs avec flexion des avant-bras sur les bras en "mains d'accoucheur",
- Absence de cyanose et respiration polypnée non sifflante,
- Persistance de la conscience et absence de signes de détresse cardio-respiratoire,
- Pression artérielle normale.

Conduite à tenir

- Arrêter les soins,
- Retirer tous les corps étrangers,
- Mettre le patient en position assise,
- Desserrer le col,
- Retirer tous les objets anxiogènes de sa vue,
- Isoler le patient, le rassurer en dédramatisant la situation,
- Imposer au malade de contrôler sa respiration (Fréquence et amplitude) en lui demandant de respirer à la même fréquence que soi. (pas de masque d'Oxygène qui aggrave le déséquilibre ionique) ;
- Envisager une calcithérapie en cas de persistance de la crise :
Injection de Gluconate de calcium 1g en IV lente ou en IM. Un anxiolytique per-
os ou sublingual (LEXOMIL) est parfois nécessaire.

3.3. LACRISE CONVULSIVE

Définition

Hyperexcitabilité des cellules cérébrales due à une souffrance cérébrale de multiple origines métaboliques : (hypoglycémie aiguë, hypoxie aiguë, ischémie cérébrale, toxique par surdosage anesthésique), principalement rencontrée chez les patients épileptiques connus, cette hyperexcitabilité provoque de décharges électriques paroxystiques d'un groupe plus ou moins étendu de neurones corticaux et en fonction du groupe de neurones concerné, la manifestation clinique est localisée ou généralisée.

Facteurs favorisant

- Terrain épileptique,
- Non observance du traitement antiépileptique,
- Fatigue, stress physique et/ou psychique,
- Manque de sommeil,
- Prise d'alcool.

Signes subjectifs

- Le patient est inconscient.

Signes objectifs

- Perte de connaissance totale d'apparition brutale,
- Contractions tonico-cloniques incontrôlés, généralisées aux quatre membres et au visage,
- Trismus, morsure de la langue, perte des urines,
- Hypersalivation, râles ;
- Durée variable, avec récupération de la conscience beaucoup plus longue,
- Amnésie après période convulsive.

Conduite à tenir

- Arrêter les soins, faire descendre le patient du fauteuil et l'allonger en **P**osition **L**atérale de **S**écurité (PLS) ;
- Retirer tous les corps étrangers de la bouche ;
- Pendant les convulsions : ne rien mettre dans la bouche et ne pas essayer d'attraper la langue ;
- Prévenir une chute ou un traumatisme du patient (écarter les objets autour) ;
- Surveiller le déroulement de la crise, pour en apprécier le retentissement ventilatoire et la durée. Une crise convulsive de plus de 5 minutes peut entraîner des séquelles cérébrales ;
- Si les convulsions ne cèdent pas spontanément :
 - Oxygénation au masque (5 à 6 litres/min) ;
 - Administrer 10 mg de diazépam (**Valium®**) en IM ; sinon Clonazepam (**RIVOTRIL**) 1^e amp de 1mg en IM ou IVL et appeler le SAMU.
- Après la crise orienter le patient pour une adaptation de la thérapeutique à des taux efficaces si le patient est un épileptique connu, ou pour effectuer une enquête étiologique s'il n'est pas suivi pour l'épilepsie.

4. LES ACCIDENTS ALLERGIQUES

4.1 Crise d'urticaire

C'est une réaction allergique de l'organisme avec une traduction cutanée, elle se manifeste par des plaques érythémateuses, plus ou moins, étendues qui s'accompagnent d'une sensation de chaleur locale et de prurit.

Conduite à tenir

- Arrêt des soins dentaires,
- Placer le patient dans la position la plus confortable,
- Libérer les voies respiratoires et circulatoires,
- Administration d'un corticoïde à effet rapide,
- Prescription d'antihistaminiques pendant 2 à 3 J,
- Orientation du malade vers un médecin allergologue pour déterminer la nature de

4.2 Choc anaphylactique et Œdème de Quincke

- Réaction d'hypersensibilité immédiate de type (1) induit la libération des médiateurs de l'inflammation, dont l'histamine ; caractérisée par la survenue rapide après exposition à un allergène d'un état de choc circulatoire engageant le pronostic vital.
- Véritable état de choc ;
- Se caractérise par : Prurit +/- généralisé et érythème cutané ;
- Dyspnée traduisant une obstruction bronchique ;
- Dysphonie traduisant un œdème laryngé ;
- Tachycardie et collapsus (chute importante de la tension artérielle).

Conduite à tenir

- Arrêter les soins en cours,
- Mettre le patient en décubitus dorsal jambes surélevées ou en P.L.S s'il est inconscient,
- Appeler une équipe médicale spécialisée (SAMU),
- Oxygénation au masque,
- Contrôle de la fréquence cardiaque, respiratoire et de la pression sanguine artérielle,
- Injection par voie IV d'un corticoïde d'action rapide : Célestène, Soludécadron, ou Solumédrol, Hemisuccinate d'hydrocortisone (HHC);
- Eventuellement administration d'un antihistaminique (Polaramine en IM) ;
- Injection éventuelle d'adrénaline, soit en IM ou en SC (0,25 à 0,50 mg).

5. INHALATION DE CORPS ETRANGER

Il s'agit majoritairement d'obstructions partielles avec des éléments de prothèse fixe ou des instruments d'endodontie ; les patients à risque sont les patients psychotiques agités, les patients avec handicap et ceux avec une ouverture buccale limitée, un réflexe nauséeux important ou une macroglossie.

Dans la majorité des cas, lorsqu'un corps solide ou liquide passe dans la trachée et/ou dans les bronches, un réflexe de toux se déclenche pour expulser l'objet.

Si l'obstruction est totale, le patient est agité ; il ne peut ni parler, ni tousser, bouche ouverte, mains autour du cou, il est rouge, puis cyanosé.

Conduite à tenir

- 5 claques entre les omoplates avec la paume de la main
- 5 compressions abdominales de type Heimlich ; si les claques s'avèrent inefficaces, recommencer alternance 5 claques/5 compressions Heimlich jusqu'à expulsion du corps étranger ou apparition d'une toux.

Lorsque le patient tousse, il ne faut pas faire de manœuvre de désobstruction, la toux du patient est toujours plus efficace qu'une manœuvre externe.

6. L'ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE (ACR)

L'ACR est défini comme l'interruption brutale de la circulation sanguine et de la ventilation. Survenue inopinée ; parfois des convulsions peuvent être le signe inaugural de l'arrêt cardiaque. Éventuellement douleur thoracique (IDM) précédant la perte de connaissance.

C'est la complication la plus redoutable, qui correspond par fois à l'aboutissement de l'une des situations médicales précédemment citées.

Conduite à tenir

Le massage cardiaque doit débiter le plus précocement possible; chaque minute passée sans gestes de réanimation diminue les chances de survie ; c'est le facteur temps qui prime, plus vite les organes sont revascularisés, meilleur sera le pronostic.

- Allonger le malade strictement à l'horizontal au fauteuil en décubitus dorsal complet;
- Vérifier la liberté des voies aériennes supérieures ;
- Pendant ce temps une autre personne fait appel aux urgentistes ;
- Prendre le pouls et la tension artérielle ;
- Entamer la réanimation cardio-pulmonaire (voir TD).

7. NOTION DE REANIMATION : (Voir TD)

7.1-Manœuvre de Heimlich : Chez le sujet conscient, le sauveteur se place derrière la victime, il place ses bras sous les bras de la victime et place un de ses poings au niveau du creux épigastrique. Il place l'autre main en recouvrement de la première puis il tire brusquement sur ses mains en exerçant une forte pression vers lui et vers le haut. Cette manœuvre est répétée jusqu'à expulsion du corps étranger.



7.2- LA REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

comprend : la réanimation respiratoire et la réanimation cardiaque.

- **La réanimation respiratoire** est basée sur la respiration artificielle (1 insufflation pour 5 compressions sternales) et l'utilisation d'un masque à oxygène.

- **La réanimation cardiaque** comprend :

- Le massage cardiaque externe: Patient allongé sur le dos sur un plan dur, le sauveteur à genoux, bras tendus. Le talon des mains se situe sur la zone d'appui, au milieu du sternum. Les bras sont tendus, perpendiculaires, les doigts sont en extension; la fréquence du massage est de l'ordre de 100/min.



- La réanimation cardiaque médicale par injection de 0,5 à 1mg d'atropine en sous cutanée ou IM (pour réaccélérer la fréquence cardiaque) et mettre sous oxygène à raison de 9 litres/min.

8. CONCLUSION

Le médecin dentiste, lors de sa pratique quotidienne, peut être confronté à des situations d'urgences médicales. Il doit être apte à prévenir, à détecter les signes d'alerte et à faire face à ces situations.

Le contrôle du stress et de l'anxiété du patient reste un élément clé dans la prévention et la gestion de ces situations.