

PHARMA CLINICS

COMMENT JE TRAITE ...

L'urgence dentaire en médecine générale

J.C. DABÉE (1), S. GEERTS (2), J. CHARPENTIER (3)

RESUME : Les conseils et la prescription de médicaments constituent le plus souvent l'essentiel des moyens dont dispose le médecin pour aider le patient présentant une urgence dentaire. Celle-ci peut être une pathologie infectieuse : pulpite, abcès apical ou parodontal, gingivite ulcéro-nécrotique ou alvéolite. Le traitement d'urgence comprend un antibiotique (clindamycine, amoxicilline / ac. clavulanique, métronidazole), un bain de bouche et un analgésique sauf pour la pulpite (douleur aux stimuli thermiques) où seuls les analgésiques sont nécessaires. Les urgences dentaires non infectieuses sont diverses : hémorragie après extraction dont le remède est avant tout la compression; traumatismes, notamment la dent avulsée qu'il faut réimplanter le plus vite possible; les formes aiguës de désordres temporo-mandibulaire, notamment la dislocation ou luxation condylienne bloquant le patient bouche ouverte et que l'on peut réduire par la manœuvre de Nelaton.

INTRODUCTION

La plupart des pathologies dentaires ne peuvent se traiter sans acte technique nécessitant un matériel sophistiqué et des produits adéquats. Les médicaments ne sont souvent utilisés par le dentiste qu'en complément de ses actes techniques. Le médecin ne disposant pas, dans sa trousse, d'une panoplie de dentiste, ni de son mode d'emploi, son intervention se limite à une prescription. Il est clair que celle-ci constitue un traitement d'attente avant l'intervention d'un dentiste et que la rémission des symptômes n'est jamais synonyme de guérison. Elle n'est, bien au contraire, qu'une étape de transition vers une pathologie plus sévère.

Sur le plan dentaire on peut rencontrer les situations de détresse suivantes :

Les pathologies infectieuses : les complications de la carie, les lésions parodontales, les alvéolites. Il s'agit de pathologies qui trouvent leur origine infectieuse commune dans la plaque bactérienne, dépôt constitué de bactéries sur un substrat polysaccharidique. La plupart de ces situations d'urgence peuvent être évitées par une prévention et un dépistage adéquat.

Les pathologies non infectieuses : les complications de traitements dentaires, les traumatismes, les problèmes d'articulations temporo-mandibulaires.

THE GENERAL PRACTITIONER AND DENTAL EMERGENCIES
SUMMARY : Counselling and drug prescription are the only means for the physician to manage dental emergencies. Among these, some are infection related : pulpitis, apical and periodontal abscesses, acute necrotizing ulcerative gingivitis and alveolitis. Urgent medical treatment includes antibiotics, mouth rinses and analgesics except for pulpitis (pain caused by thermal stimuli) for which analgesics alone are prescribed. Infection non related dental emergencies are : hemorrhage for which the best treatment is compression; trauma, mainly dental avulsion for which reimplantation must be done as soon as possible; acute TMD such as open lock which can be reduced by the Nelaton handling.

KEYWORDS : Dental emergencies - Pulpitis - Dental abscess - Gingivitis - Alveolitis - Dental trauma - Acute TMD

Le but de cet article est de revoir de façon synthétique ces différentes situations de façon à permettre au médecin généraliste, parfois consulté pour celles-ci, de donner les conseils adéquats et de prescrire à bon escient.

PATHOLOGIES INFECTIEUSES

LA CARIE

La carie est une maladie qui se caractérise par une déminéralisation progressive des tissus durs de la couronne dentaire aboutissant à une perte de substance irréversible. La figure 1 présente un rappel anatomique succinct de l'organe dentaire.

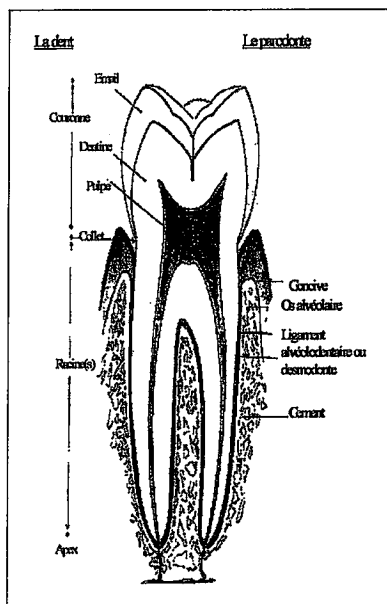


Fig. 1. L'organe dentaire.

(1) Collaborateur Scientifique, (2) Assistante Résident spécialiste, (3) Chargé de cours, Chef de Service, Université de Liège, Service de Dentisterie Conservatrice, Institut de Dentisterie.

La dent cariée est indolore, si ce n'est une sensibilité au froid et au chaud, parfois au sucré, lorsque l'épaisseur de dentine couvrant la pulpe se réduit.

La carie progresse lentement dans l'émail, puis de manière plus rapide et plus invasive dans la dentine pour arriver finalement à proximité de la pulpe et permettre la diffusion des toxines bactériennes, puis des germes eux-mêmes, au niveau de celle-ci. La pulpe devient ainsi le siège de différents degrés d'inflammation. Ce sont les complications pulpaires de la carie qui constituent la première situation de détresse pour laquelle un patient peut faire appel à son médecin.

1. Les complications pulpaires.

Elles peuvent se subdiviser schématiquement en 3 stades cliniques.

a) *Hyperhémie pulpaire*.— C'est un stade débutant et réversible de l'inflammation pulpaire. Elle se caractérise par une douleur provoquée principalement par le froid. La durée de cette douleur est tout d'abord très courte mais elle augmente avec l'évolution de la pathologie. L'hyperhémie constitue le "signal d'alarme" avant la crise (1).

b) *Pulpite aiguë*.— Des microabcès au sein de la pulpe, en regard de la zone carieuse, sont entourés d'un parenchyme hautement infiltré dont la pression interstitielle augmente rapidement puisqu'il est contenu dans un espace clos inextensible. La pulpite, la "rage de dent", se caractérise par une douleur spontanée intense, irradiante, évoluant par paroxysmes, accentuée par la position couchée, exacerbée par les stimuli thermiques, chaud et surtout froid (1). La pulpite peut prendre une autre forme. Par infiltration sous une obturation ancienne, des germes anaérobies peuvent contaminer la pulpe et y provoquer une nécrose septique progressive avec libération de gaz, produits de sa décomposition. La pression de ceux-ci sur les filets pulpaires radiculaires restés vivants provoque une douleur intense et continue qui est exacerbée par le chaud et soulagée par le froid en fonction de la dilatation ou de la contraction de ces gaz.

c) *Nécrose ou gangrène pulpaire*.— Cette nécrose peut s'installer de proche en proche par l'envahissement progressif de la pulpe. Elle peut aussi résulter de l'infarctissement en bloc de toute la pulpe à la suite d'un collapsus artérioveineux occasionné par la pression intrapulpaire d'origine inflammatoire. Une fois le parenchyme pulpaire totalement nécrosé, on assiste à la rémission des symptômes (2).

d) *Prescription du médecin*.— En résumé, la situation d'urgence des complications pulpaires de la carie (pulpite aiguë) se caractérise par des douleurs exacerbées par les stimuli thermiques appliqués sur la dent.

Elle demande un traitement analgésique mais ne justifie pas d'antibiothérapie.

Analgésique/anti-inflammatoire.— La douleur de la pulpite débutante cède aux salicylés ou au paracétamol. Il faut avoir ensuite recours au paracétamol codéine ou aux AINS, tels que l'ibuprofène (1.200 mg) ou le naproxène (1.100 mg). Le recours aux analgésiques morphiniques peut même s'avérer nécessaire. Si la dent présente une carie ouverte et facilement accessible, le remède de bonne femme consistant à y placer un clou de girofle ramolli par mâchonnement, ne manque pas d'efficacité. Les huiles essentielles qu'il contient ont une action désinfectante et sédative réelle.

Pas d'antibiotique : la localisation de la carie, "réserve de germes", et le collapsus vasculaire, isolant la pulpe de l'organisme, rendent les antibiotiques inopérants dans ce cas précis.

2. Les complications apicales.

a) *Granulome ou kyste*.— La pulpe nécrosée constitue une réserve de bactéries totalement à l'abri des mécanismes de défense de l'organisme mais la dent peut très bien rester muette pendant des mois ou des années et la diffusion de toxines bactériennes ou l'essaimage de germes via le foramen apical ne donnent aucun signe ou symptôme apparents.

Elle provoque, au niveau du péri-apex, une réaction inflammatoire chronique : granulome ou kyste (à la formation duquel participent des "débris" épithéliaux d'origine embryonnaire). Ces lésions sont généralement asymptomatiques mais peuvent toutefois être responsables d'une adénite sous-maxillaire ou carotidienne (1).

b) *Abcès dentaire apical*.— La forme aiguë des complications apicales est l'abcès dentaire qui résulte en général du réchauffement de la forme chronique et constitue la deuxième urgence dentaire susceptible de se présenter au médecin.

La douleur de l'abcès dentaire apical est spontanée, permanente, d'intensité variable, mais souvent très forte, pulsatile, sans réponse aux stimuli thermiques, mais accentuée par les stimuli mécaniques (pression ou choc sur la dent). Le plus souvent, elle s'accompagne d'œdème des tissus mous, lorsque la collection purulente s'y retrouve après avoir franchi la table osseuse. Le gonflement peut rester localisé

en bouche ou déformer le visage. L'adénite est fréquente (1).

c) *Prescription du médecin.*— L'abcès dentaire, complication apicale de la carie, se caractérise par des douleurs exacerbées par les stimuli mécaniques appliqués sur la dent qui reste insensible aux stimuli thermiques. S'il est fréquent, le gonflement n'est pas systématique.

Analgésique/anti-inflammatoire (voir plus haut)

Antibiotique : La clindamycine constitue le maître choix en raison de son spectre bien ciblé sur la flore habituelle de ces lésions. (3). Si l'infection semble particulièrement grave, par exemple menace de phlébite de la veine angulaire de l'œil, la préférence sera donnée à l'amoxicilline/ ac. clavulanique. La clindamycine et l'amoxicilline sont les antibiotiques dont le spectre couvre le mieux la flore bucco-dentaire et sont donc indiqués pour la majorité des pathologies buccales d'origine bactérienne. Il sont d'ailleurs utilisés en dose flash (amoxicilline : 2 g, clindamycine : 600 mg) une heure avant toute intervention dentaire sanglante chez les patients présentant un risque de métastase infectieuse (4).

Bains de bouche chauds : Sedemol, Sedasept. La chaleur a pour but de stimuler la maturation de l'abcès tandis que les principes actifs du bain de bouche sont émoullissants pour les muqueuses et favorisent la fistulisation de la collection purulente. Eviter les compresses chaudes sur le visage pour éviter la fistulisation à la peau (5).

LES LÉSIONS PARODONTALES

Les lésions parodontales courantes sont la gingivite et la parodontite qui atteignent un grand nombre de personnes dont l'état général est cependant bon et le reste lorsqu'une complication se présente sous la forme d'un abcès parodontal. Par ailleurs, il existe deux affections particulières qui se rencontrent volontiers chez les personnes affaiblies ou stressées : la gingivite ulcéro-nécrotique et la péri coronarite de la dent de sagesse.

1. Gingivite, parodontite, abcès parodontal

a) *Gingivite, parodontite.*— Le "déchaussement" n'est pas seulement la récession gingivale qui dénude les collets des dents de manière inesthétique.

La plaque bactérienne et le tartre, sa version calcifiée résistante à la brosse, constituent une agression infectieuse pour la gencive et les tissus sous-jacents et y engendrent une inflammation qui évolue généralement sur le mode chronique.

Le premier stade du processus est la gingivite, phénomène superficiel et réversible : le signe principal est le saignement des gencives au contact de la brosse ou des aliments. Parfois le patient découvre des taches de sang sur son oreiller. En général il n'y a pas de douleur.

Si elle persiste, elle entraîne la perte de l'attachement gingival à la dent. Le phénomène inflammatoire s'étend alors aux tissus sous-jacents. C'est la parodontite, qui se manifeste par une destruction progressive et irréversible de l'os alvéolaire et du ligament alvéolo-dentaire, créant des poches de plus en plus profondes entre la dent et la gencive, avec ou sans recul de celle-ci.

Ces phénomènes évoluent à bas bruit sans grande symptomatologie douloureuse.

b) *Abcès parodontal.*— C'est lorsque les poches parodontales deviennent trop profondes pour permettre un drainage naturel que peut se déclarer un abcès parodontal (6), situation d'urgence dont les principaux symptômes sont :

- douleur spontanée, très variable en fonction de la localisation et de l'état des tissus, aggravée par les stimuli mécaniques;
- gonflement localisé de la gencive avec une possible extension aux tissus mous des régions voisines;
- fréquente mobilité de la dent qui souvent ne présente ni carie, ni obturation;
- réponse éventuelle aux stimuli thermiques, car il peut y avoir pulpite *a retro* (via l'apex de la racine);
- possibilité d'adénite.

c) *Prescription du médecin.*— La situation d'urgence de l'abcès parodontal est très comparable à celle de l'abcès apical, et demande une prescription identique.

2. Les atteintes parodontales liées au stress et à la fatigue

a) *La gingivite ulcéro-nécrotique* (GUN) (6).— Les gencives, très enflammées, présentent des ulcérations recouvertes d'un enduit grisâtre et responsables de pertes de substance surtout au niveau des papilles interdentaires, littéralement décapitées. La salivation est augmentée et s'accompagne d'un foetor important. La douleur spontanée est accentuée par le contact sur la gencive. Une adénite est possible.

L'hygiène dentaire très mauvaise, s'associe à un mauvais état général ou à un stress prolongé. Son incidence a été très élevée chez les soldats de la guerre des tranchées en 1914-18. On l'observe aussi chez les étudiants en cours de session.

b) *L'accident de dent de sagesse, la péricoronarite* (6).— Une dent de sagesse en phase d'éruption ou retenue par un blocage mécanique est partiellement enclavée dans la gencive, qui présente une poche profonde au sein de laquelle existe un équilibre entre la flore bactérienne et les défenses de l'organisme. La situation est habituellement asymptomatique et ce n'est qu'en cas d'atteinte de l'état général que se déclare la péricoronarite. La gencive adjacente est enflammée voire ulcérée, et il y a souvent suppuration.

Une adénite est possible, ainsi qu'un œdème des tissus mous environnants. Un trismus peut s'installer.

c) *Prescription du médecin.*— Dans les deux situations une désinfection locale s'impose par bains de bouche : chlorexidine et eau oxygénée, 3 bains de bouche de chaque produit en alternance.

Le paracétamol est prescrit comme antidouleur.

En cas d'adénite ou d'état général déficient, l'antibiotithérapie s'impose : amoxicilline/ac. clavulanique. Dans le cas de la GUN l'association fuso-spirillaire de Vincent, présente en grande quantité dans la flore pathogène, justifie la prescription de métronidazole. Enfin, il n'est pas superflu de donner à ces patients des conseils d'hygiène : repos, alimentation équilibrée, vitamines, limitation temporaire d'alcool, café, tabac ...

TABLEAU I. PATHOLOGIES INFECTIEUSES.

Pathologie	Signes	Traitement
I. Pulpaire (Rage de dent)	Douleur (aggravée par les stimuli thermiques)	Paracétamol codéine Ibuprofen Naproxen Morphiniques Pas d'AB Pas de bains de bouche Clou de grosse
II. Absces apical ou paradontal	Douleur (stimuli mécaniques) Gonflement Adénite Dent mobile	Ibuprofen Naproxen Bains de bouche chauds Sedemol Sedasept AB : Clindamycine Amoxicilline/ac. clavulanique
III. Gingivite ulcero-nécrotique	Ulcération gingivales Haleine fétide Fatigue	Bains de bouche Chlorexidine + H ₂ O ₂ AB : Métronidazole
IV. Péricoronarite (dent de sagesse)	Gonflement Trismus Fatigue	Bains de bouche Chlorexidine + H ₂ O ₂ Ibuprofen Naproxen AB : Amoxicilline/ ac. clavulanique
V. Alvéolite	Douleur Alvéole vide Malodorante	Bains de bouche Chlorexidine + H ₂ O ₂ Paracétamol codéine Ibuprofen AB : Clindamycine Amoxicilline / ac clavulanique

L'ALVÉOLITE

Il s'agit d'une complication classique de l'extraction dentaire. L'alvéole vide et malodorante est le siège d'une inflammation importante et d'une douleur spontanée, intense, en plateau. On distingue deux types d'alvéolite :

- *sèche* : le caillot ne se forme pas, elle démarre immédiatement après l'extraction.

- *suppurée* : le caillot est lysé par infection de la plaie, la douleur démarre 48 heures après l'intervention.

Prescription du médecin.— Dans les deux cas :

- bains de bouche alternés à la chlorexidine et H₂O₂,

- analgésique : paracétamol-codéine, ibuprofen,

- antibiotique : amoxicilline/ac. clavulanique, clindamycine.

Il faut renvoyer le patient le plus vite possible chez son dentiste qui peut calmer rapidement la douleur à l'aide d'un topique antiseptique et anesthésiant.

PATHOLOGIES NON INFECTIEUSES

Le médecin peut être consulté au sujet de certaines manifestations iatrogènes consécutives aux actes techniques posés par le dentiste.

LES COMPLICATIONS DES TRAITEMENTS DENTAIRES

1. Après obturation d'une dent ou sa dévitalisation

Il arrive parfois que cette dent développe une pulpite (douleur aggravée par les stimuli thermiques) résultant d'une erreur technique telle qu'un excès d'épaisseur de l'obturation provoquant une surcharge mécanique ou une effraction pulpaires non remarquée.

Lorsque la carie atteint la pulpe, le dentiste dévitalise la dent. Cette intervention se solde parfois par une arthrite dentaire, inflammation aiguë mais non infectieuse de la région apicale.

Prescription du médecin.— Qu'il s'agisse d'une pulpite ou d'une arthrite iatrogène il y a toujours une histoire de traitement dentaire conservateur récent. La dent porte un "pansement" ou une obturation nouvelle. Analgésique/anti-inflammatoire : ibuprofen, naproxen.

2. Après un acte chirurgical

Plusieurs problèmes peuvent se poser.

a) *L'hémorragie.*— En plus des médications antihémorragiques que nous ne rappellerons pas ici, le médecin peut facilement intervenir localement. L'acte requis est, évidemment, la compression. Parfois, la cavité buccale est pleine de

caillots qui adhèrent à la plaie. Il ne faut pas hésiter à les retirer avant de comprimer. On peut imbiber une compresse de Dicynone (en ampoule). On peut également placer dans l'alvéole dentaire un hémostatique topique résorbable : Hémodol, mais il est d'un prix élevé pour une conservation limitée. Les bains de bouche sont évidemment contre-indiqués. Eviter la position couchée.

b) *L'œdème*.— Ce n'est pas une complication à proprement parler, mais une suite opératoire normale après une chirurgie "fermée". Le médecin appelé par son patient, malgré les informations que celui-ci a reçues de son dentiste, doit simplement le rassurer et, si cela n'a été fait prescrire un anti-inflammatoire. S'il suspecte une infection, il ajoute de la clindamycine à sa prescription.

3. *L'hématome consécutif à une anesthésie*

L'atteinte d'un vaisseau par l'aiguille en est responsable. Le gonflement suit immédiatement l'injection ou survient quand l'effet du vasoconstricteur se lève. En général, il se situe au niveau de l'espace zygomatique ou de l'épine de Spix. Les mouvements de la mandibule, donc la mastication, sont douloureux.

Le mieux est d'attendre et, suivant la douleur, prescrire un analgésique/anti-inflammatoire.

4. *L'emphysème*

Il est très rare, mais très spectaculaire. Il résulte d'une diffusion, dans les tissus mous, de l'air du spray refroidissant la fraise, via une porte d'entrée comme un site chirurgical ou un attachement gingival dégradé par la parodontite. Le gonflement peut s'étendre loin du site d'entrée et se caractérise par un crépitement à la palpation.

Par "massage" vers le site d'entrée (à condition de le connaître), on peut éventuellement essayer de faire diffuser l'air en sens inverse.

Sinon, attendre et prescrire un analgésique/anti-inflammatoire si nécessaire.

5. *La morsure*

Elle est une conséquence indirecte de l'anesthésie, assez courante chez les jeunes enfants.

LES TRAUMATISMES

Le médecin généraliste n'est pas armé pour traiter un dégât dentaire traumatique. C'est au niveau des conseils et, des gestes urgents appropriés qu'il peut rendre un précieux service à son patient.

1. *Dent apparemment intacte après un traumatisme*

Cette dent peut subir, à la suite d'une altération du bouquet vasculo-nerveux apical, une nécrose pulpaire *a posteriori*. Un granulome peut en résulter après quelques mois. Elle peut aussi présenter une fracture radiculaire (7) située à un niveau profond de l'alvéole et non visible cliniquement.

C'est pourquoi, dans tous les cas traumatiques où les dents risquent d'avoir reçu un choc, une surveillance par le dentiste s'impose pendant plusieurs mois.

2. *Fracture coronaire (7)*

Ces fractures s'étendent souvent en biseau sur la face "cachée" de la dent. Il faut donc regarder celle-ci pour mesurer l'ampleur du dégât et le degré d'urgence d'une intervention dentaire. Un miroir dentaire ne serait pas superflu dans l'équipement d'un médecin.

Si seul l'émail est concerné, il n'y a pas urgence.

Si la dentine est concernée, c'est surtout la sensibilité de la dent aux stimuli thermiques qui poussera le patient à demander un traitement rapide. Ce sera particulièrement le cas si la fracture est si proche de la pulpe que la dentine prend une apparence rosée à ce niveau. Si un point sanguinolent est présent sur le trait de fracture, il y a effraction pulpaire. Le risque de pulpite est immédiat.

On propose comme règle que, si la dentine est atteinte par la fracture à quelque niveau que ce soit et en attendant le passage chez le dentiste, il faut désinfecter par des bains de chlorhexidine tiède et appliquer du dentifrice Sensodyne avec le doigt pour réduire la sensibilité. Les bains froids ou le brossage risquent d'être trop douloureux.

3. *Dent subluxée ou impactée (7)*

Cette dent peut interférer avec son antagoniste lors de la fermeture de la bouche. Il y a lieu de réduire le déplacement le plus rapidement possible, ce que le médecin peut faire si le patient supporte la douleur de cet acte. La dent est ensuite mobile et son parodonte lésé peut s'infecter. Il est donc préférable de prescrire des bains de bouche à la chlorhexidine et un antibiotique, tout en adressant le patient chez le dentiste qui assurera la contention.

4. *Dent avulsée (7)*

Cette dent peut être réimplantée, à condition d'agir rapidement et, en tout cas, d'éviter sa

déshydratation en la conservant dans du liquide physiologique ou toute autre solution isotonique comme du lait ou, en bouche, sous la langue, dans la salive du patient. Celui-ci se rend ainsi le plus vite possible chez le dentiste qui réimplantera la dent et la solidariserà aux voisines. Si aucun dentiste ne peut intervenir immédiatement, le médecin peut réimplanter la dent lui-même : remettre la dent bien orientée dans l'alvéole sans vider celle-ci de son sang et la faire maintenir en place sous pression par le patient pendant une heure ce qui dispense d'une contention. Une couverture antibiotique est nécessaire.

Les dents réimplantées se refixent bien. Si la réimplantation est immédiate le succès est définitif. Plus elle a été faite tardivement plus la racine risque de se résorber à long terme. La réimplantation reste cependant un acte utile car la dent permet temporairement au jeune patient en pleine croissance, d'éviter des appareillages prothétiques compliqués et très préjudiciables.

LES DÉSORDRES TEMPORO-MANDIBULAIRES (DTM)

Ces désordres constituent rarement une situation d'urgence, ils évoluent généralement sur le mode chronique.

L'articulation temporo-mandibulaire normale, présente un disque articulaire interposé entre le condyle mandibulaire et la cavité glénoïde.

L'ouverture buccale se fait par un mouvement combiné de rotation du condyle sous le disque et de translation antérieure de celui-ci. La fermeture s'accompagne d'un mouvement combiné similaire mais en sens inverse.

Le chef supérieur du muscle ptérygoïdien latéral est inséré sur la partie antérieure du disque articulaire. Ce muscle présente parfois un état spastique plus ou moins intense et perturbe la dynamique discale, ce qui peut faire apparaître un claquement intermittent. Le disque peut ainsi se luxer progressivement vers l'avant modifiant la cinétique articulaire et aboutissant à un claquement permanent : c'est la luxation discale réductible (LDR) (8).

Sous l'effet d'un spasme musculaire plus aigu, occasionné par une ouverture brusque ou, au contraire, prolongée de la bouche, il peut y avoir une luxation discale non réductible (LDNR) aiguë (8) occasionnant un blocage en fermeture de la mandibule : les patients ont peine à ouvrir la bouche et ont plus ou moins mal.

Le traitement symptomatique, est à base d'analgésiques et myorelaxants.

Les luxations discales ne doivent pas être confondues avec la luxation condylienne (9), autre situation de détresse pouvant constituer

une urgence médicale. En cas d'hyperlaxité de la capsule articulaire, lors d'un mouvement en ouverture maximale, bâillement, chant ou ... un plaidoyer d'avocat, le condyle mandibulaire se bloque en avant du condyle temporal. On parle aussi de dislocation antérieure qui entraîne un blocage en ouverture de la mandibule : le patient ne peut plus refermer la bouche.

Elle peut se réduire facilement en saisissant la mandibule de face, à deux mains, pouces sur les molaires et les autres doigts sous le bord inférieur de la branche horizontale, et en effectuant un mouvement de traction des condyles vers le bas jusqu'au déblocage, avant de les laisser remonter en place. C'est la manœuvre de Nelaton.

Si le blocage n'est pas récent, le patient, une fois libéré, par réflexe, va serrer les dents : attention à vos pouces !

La LDNR chronique est l'aboutissement d'une LDR ou d'une LDNR aiguë (8). Elle est souvent asymptomatique mais, chez certains patients, elle est responsable de douleurs et fait partie des causes possibles des céphalées. La palpation douloureuse des muscles temporaux et masséters ainsi que des ATM constitue un signe simple qui peut orienter le diagnostic.

Le traitement de fond des luxations discales est effectué par une équipe multidisciplinaire comprenant comme principaux acteurs, un dentiste occlusodontiste, un physiothérapeute et un kinésithérapeute.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Breton G.— *Traité de sémiologie et clinique odontomatologique*. C d P, Paris 1997, 150-152.
2. Schwartz SF, Cohen S.— Diagnostic, in J.M. Laurichesse et al, *Endodontie clinique*. C d P, Paris, 1986, 230.
3. Feifel H.— Prophylaxie und Therapie der odontogener Infektionen, in H. Luckhaupt et al, *Mikrobiologische Erkrankungen in HNO-Bereich*. SMV GmbH, Gräfelting, 1996, 84-86.
4. Mouton C, Robert JC.— *Bactériologie bucco-dentaire*. Masson, Paris, 1994.
5. Archer WH.— *Oral and maxillo-facial surgery*. 5^e Ed. W.B. Saunders, Philadelphie, 1975, 444-445.
6. Carranza FA.— *La parodontologie clinique*. C d P, Paris, 1988, 264-270 et 244-259.
7. Andreasen JO and FM.— *Traumatic dental injuries*. Munksgaard, Copenhagen, 1999, 20-27 et 40-43.
8. Rosencweig D.— *Algies et dysfonctionnements de l'appareil manducateur*. C d P, Paris, 1994, 115-118.
9. Pertes RA, Attanasio R.— Internal derangements, in A.S.Kaplan, L.A. Assael, *Temporomandibular disorders*. W.B. Saunders Cie, Philadelphie, 1991, 159-160.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. J. Charpentier, Service de Dentisterie, Boulevard de la Constitution, 78, 4020 Liège.