

La prise en charge des traumatismes dentaires chez l'enfant et l'adolescent : secteur libéral, secteur hospitalier ? Attitudes des chirurgiens dentistes.

Cindy Zandouche

▶ **To cite this version:**

Cindy Zandouche. La prise en charge des traumatismes dentaires chez l'enfant et l'adolescent : secteur libéral, secteur hospitalier ? Attitudes des chirurgiens dentistes.. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01738811

HAL Id: hal-01738811
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738811

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

ACADEMIE DE NANCY ï METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARE ï NANCY 1

FACULTE DôODONTOLOGIE

Année 2012 n° 3853

THESE

Pour le

DIPLOME DôETAT DE DOCTEUR

EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Cindy ZANDOUCHE

Née le 03 février 1983 à Metz (Moselle)

LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES DENTAIRES CHEZ LôENFANT ET LôADOLESCENT : SECTEUR LIBERAL, SECTEUR HOSPITALIER ? ATTITUDES DES CHIRURGIENS DENTISTES.

Présentée et soutenue publiquement le 10 janvier 2012

Examinateurs de la thèse :

Mr J.P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
Mr J. PREVOST	Maître de Conférences des Universités	Juge
Mme N. MARCHETTI	Praticien hospitalier	Juge
Mme B. PHULPIN	Assistante Hospitalier-Universitaire	Juge

ACADEMIE DE NANCY ï METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARE ï NANCY 1

FACULTE DôODONTOLOGIE

Année 2012 n° 3853

THESE

Pour le

DIPLOME DôETAT DE DOCTEUR

EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Cindy ZANDOUCHE

Née le 03 février 1983 à Metz (Moselle)

LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES DENTAIRES CHEZ LôENFANT ET LôADOLESCENT : SECTEUR LIBERAL, SECTEUR HOSPITALIER ? ATTITUDES DES CHIRURGIENS DENTISTES.

Présentée et soutenue publiquement le 10 janvier 2012

Examinateurs de la thèse :

Mr J.P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
Mr J. PREVOST	Maître de Conférences des Universités	Juge
Mme N. MARCHETTI	Praticien hospitalier	Juge
Mme B. PHULPIN	Assistante Hospitalier-Universitaire	Juge

Nancy-Université
Université Henri Poincaré

Faculté d'Odontologie

Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI – Pr Francis JANOT - Dr Jean-Marc MARTRETTE

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme	**DROZ Dominique (Desprez)**		Maître de Conférences*
	M.	PREVOST Jacques		Maître de Conférences
	M.	BOCQUEL Julien		Assistant
	Mme	JULHIEN-COSTER Charlotte		Assistante
	Mlle	PHULPIN Bérengère		Assistante
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme	**FILLEUL Marie Pierryle**		Professeur des Universités*
	M.	BOLENDER Yves		Maître de Conférences
	M.	EGLOFF Benoît		Assistant
	Mlle	PY Catherine		Assistante
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme	**CLEMENT Céline**		Maître de Conférences*
	M.	JANOT Francis		Professeur Contractuel
		Poste transféré en 57-02		Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M.	**AMBROSINI Pascal**		Professeur des Universités*
	Mme	BISSON Catherine		Maître de Conférences*
	M.	MILLER Neal		Maître de Conférences
	M.	PENAUD Jacques		Maître de Conférences
	M.	GALLINA Sébastien		Assistant
	M.	JOSEPH David		Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M.	**BRAVETTI Pierre**		Maître de Conférences
	M.	ARTIS Jean-Paul		Professeur 1er grade
	M.	VIENNET Daniel		Maître de Conférences
	M.	WANG Christian		Maître de Conférences*
	M.	BALLY Julien		Assistant (ex 58-01)
	M.	CURIEN Rémi		Assistant
	Mme	GUILLET Julie		Assistante (ex 56-03)
	Mme	SOURDOT-SAND Alexandra		Assistante
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M.	**WESTPHAL Alain**		Maître de Conférences*
	M.	MARTRETTE Jean-Marc		Maître de Conférences*
	M.	YASUKAWA Kazutoyo		Assistant Associé
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M.	**ENGELS-DEUTSCH Marc**		Maître de Conférences
	M.	AMORY Christophe		Maître de Conférences
	M.	MORTIER Eric		Maître de Conférences
	M.	BALTHAZARD Rémy		Assistant
	M.	CUNY Pierre		Assistant
	Mlle	PECHOUX Sophie		Assistante
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M.	**LOUIS Jean-Paul**		Professeur des Universités*
	M.	ARCHIEN Claude		Maître de Conférences*
	M.	DE MARCH Pascal		Maître de Conférences
	M.	SCHOUVER Jacques		Maître de Conférences
	M.	BARONE Serge		Assistant
	M.	LACZNY Sébastien		Assistant
	M.	MAGNIN Gilles		Assistant
	Mlle	MONDON Hélène		Assistante
	Mlle	RIFFAULT Amélie		Assistante
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle	**STRAZIELLE Catherine**		Professeur des Universités*
	M.	RAPIN Christophe (Sect. 33)		Professeur des Universités*
	Mme	MOBY Vanessa (Stutzmann)		Maître de Conférences*
	M.	SALOMON Jean-Pierre		Maître de Conférences
	Mme	JAVELOT Cécile (Jacquelin)		Assistante Associée

souligné : ***responsable de la sous-section*** * temps plein

Mis à jour le 01.11.2011

Par délibération en date du 11 décembre 1972,

la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que

les opinions émises dans les dissertations

qui lui seront présentées

doivent être considérées comme propres à

leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner

aucune approbation ni improbation.

*Aux membres du jury****é***

A notre président de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Paul LOUIS,

Officier des Palmes Académiques

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur dôEtat en Odontologie

Professeur des Universités

Membre de lôAcadémie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable de la sous-section : Prothèse

Nous vous remercions de lôhonneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Vous nous avez fait partager votre passion de la prothèse avec toute la patience et la pédagogie que nous vous connaissons.

Veuillez trouver ici lôexpression de notre plus profond respect pour votre enseignement et la qualité de votre encadrement.

Nous vous prions de croire à notre sincère reconnaissance.

A notre juge et directeur,

Monsieur le Docteur J. PREVOST,

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur de lôUniversité Henri Poincaré, Nancy 1

Maître de Conférences des Universités

Sous section : Odontologie pédiatrique

Nous apprécions lôhonneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail.

Nous vous remercions pour votre gentillesse et votre disponibilité durant toute lôélaboration de cet ouvrage.

Nous voulons ici vous exprimer toute notre gratitude.

A notre juge,

Mademoiselle le Docteur N. MARCHETTI

Docteur en chirurgie dentaire

Praticien hospitalier

Nous sommes très sensibles à votre présence au sein de ce jury.

Nous garderons en mémoire votre disponibilité et votre sympathie tout au long de ces années dôétudes.

A travers ce travail, veuillez trouver lôexpression de notre gratitude.

A notre juge,

Mademoiselle le Docteur B. PHULPIN

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistante

Sous section : Odontologie pédiatrique

Nous vous remercions dôavoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Nous vous sommes reconnaissants pour lôintérêt que vous avez porté à notre sujet.

Veuillez trouver ici lôexpression de nos remerciements les plus sincères.

*A ma famille**é***

Maman,

Comment pourrais-je commencer sans te remercieré

Tu as vécu chaque instant de ces études à mes côtés, et tu sais trop bien quôil y a eu de nombreux rebondissements et moments de doutes.

Tu môas laissé le choix de chacune de mes décisions.

Ton soutien est la clé de ma réussite et sans lui, je ne serais pas là aujourdôhui.

Côest en voyant la fierté pétiller dans tes yeux que jôai trouvé parfois la force dôavancer.

Je suis également fière de toi, de lôéducation et des valeurs que tu môas apprises, de la détermination avec laquelle tu tôes battue pour en arriver là aujourdôhui.

Tu môas appris que rien ne sôobtient rien sans travailler.

Tu as été un exemple de combativité, dôamour et dôintelligence pour moi.

Je tôaime si fort.

Que ce travail soit le témoignage de ma gratitude.

Ludovic et Julien,

Mes deux frères que jôaime tendrement.

Je serais bien différente si vous nôaviez pas été dans ma vie.

Pour lôaffection et la complicité qui nous unissent.

Merci dôêtre là pour moi, malgré lôéloignement géographique, à tout moment et en nôimporte quelle circonstance.

Ludovic, pour môavoir toujours soutenue et écoutée.

Julien , pour toutes ces fois où tu môas fait réviser en me disant « mais comment tu faisé ».

Laetitia,

Merci pour ton soutien,

Et pour ces magnifiques faire- parté

*A mon amour**é***

Marc,

Toi qui a toujours été dans ma vie, dûne façon comme dûne autre !

Tu as toujours été là, dans mon cî ur, dans ma tête.

Mon meilleur ami au lycée, tu môas retrouvé en dentaire en tant que prothésiste, puis sans le savoir tu es devenu mon voisiné

Le destin nous a poussé dans les bras lûun de lôautre, et de toute façon, il nôaurait pas pu en être autrement.

Tu es la source de mon bonheur et ma plus grande motivation.

Tu es mon grand amour, mon unique amour, tu es « mon » homme parfait.

Merci pour ta patience et pour ton soutien sans limite.

Tes conseils précieux et riches de bon sens guident ma route chaque jour.

Lôaccomplissement de ce travail permet notre envolée ; une porte sôouvre vers de nouveaux horizons.

Je tôaime, tout simplementé

*A mes amis et à tous les autres****é***

Gérôme

Tu es à mes côtés depuis le début.

Pour ta présence dans les bons moments comme dans les moments difficiles.

Pour les années passées et celles à venir.

Marion

Pour tous tes « boudins », « salut ma grosse »é

Pour mœavoir supportée dans les moments difficiles.

Pour mœavoir accueillie dans votre famille sans hésitation.

Et puis sinon, ben demandes quand tu sais pasé

Valentine

Pour ta bonne humeur, ta joie de vivre, ta simplicité.

Chaque fois que je te regarde, jœai envie de sourire.

Pour cette magnifique co-habitation qui mœa remise sur pied.

Et Waka-waka hé hé !

Xeus

Pour toutes ces fois où je tœai appelé en te demandant : « je peux passer ? »

Et toutes celles où tu as dû nous supporter avec nos problèmes de filles.

Pour ton écoute et ta présence.

Pierre

Dayôn night, côest tout ce que jôai à direé

Pôtit Nico,

Pour ces longues soirées à écouter du Mickaël Jackson en nous racontant nos vies.

Romain et Roxanne,

Pour faire tout simplement partie de cette belle famille.

Emilie et Julien,

Pour toutes ces balades à moto.

Pour tous ces dîners quasiment parfaits.

Nicolas et Jessica,

Toutes mes félicitations !

Nico, merci pour toutes ces soirées et ces bons moments.

Et un merci particulier à Jessica pour ce massage de clavicule qui môa tant marqué.

Emile

Pour me permettre dôêtre simplement moi.

A mes yeux vous êtes tous complémentaires, et vous me permettez par votre présence, votre soutien, vos délires, votre folie parfois, de trouver mon équilibre. Merci à vous tous, avec toute mon amitié.

A Patricia

Merci pour mœavoir accueillie chez vous sans hésiter à un moment difficile de ma vie.

Pour toutes ces parties de « tout le monde veut prendre ma place ».

Pour avoir également accueilli Marc à nos débuts.

Pour ces vacances à Lavail, inoubliables.

Merci pour lœécoute et le soutien.

A ma belle famille

Laurence, Jean- Marie, Anne- Karine, Stéphane, Cathy et leurs enfants (Léna, Rafaël et Maëlle)

Merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre soutien.

Aux Knekes

Clément, Guillaume, Valentin, Gary et Alex.

Je ne pouvais pas ne pas vous citer.

Votre amitié à tous les six me fait chaud au cî ur.

Jœspère quœlle durera toujours.

Merci pour toutes ces soirées.

Merci pour Marc.

A toute lôéquipe du Cabinet dentaire

Dr SCHWARTZBERG

Merci pour la sympathie et la confiance que vous môavez témoigné en môoffrant une collaboration dans un cabinet ou jôapprécie énormément travaillé.

Veuillez trouver ici lôexpression de ma gratitude et de mon amitié.

Emilie

Nous avons travaillé ensemble à Nancy, et le hasard nous permet de nous retrouver.

Merci pour môavoir toute de suite mise à lôaise dans ce cabinet où je ne connaissais rien.

Merci pour votre efficacité.

Merci pour votre soutien.

Gwen

Nous avons travaillé ensemble quelque fois, et ce, dans la joie et la bonne humeur.

A tous les dentistes ayant accepté de répondre à mon questionnaire.

Merci pour leurs encouragements et leurs participations.

Sans eux, ce travail nôaurait pu voir le jour.

A tous ceux qui ne peuvent pas être là aujourdôhui.

Je suis persuadée que vous me voyez de lôendroit où vous êtes.

Jôaurais tellement aimé vous avoir à mes côtés.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : TRAUMATOLOGIE DENTAIRE

1 LES TRAUMATISMES DENTAIRES 8

1.1 GENERALITES 8
1.2 EPIDEMIOLOGIE 9
1.2.1 Les différents types dôaccidents 9
1.2.2 Les lieux 10
1.2.3 Facteurs associés 11
1.2.4 Fréquence 12
1.2.5 Formes cliniques et classifications 14
1.2.6 Répercussions dentaires, fonctionnelles, esthétiques 21
1.3 LES TRAITEMENTS 21

2 LA TRAUMATOLOGIE DANS LA LITTERATURE 23

2.1 LES CONNAISSANCES ACTUELLES 23
2.2 RESULTATS 24

3 OBJECTIFS DE LôETUDE 25

DEUXIEME PARTIE: EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES

1 MATERIELS ET METHODES 27

1.1 ENQUETE AUPRES DES PRATICIENS LIBERAUX 27
1.1.1 Sélection de lôéchantillon 27
1.1.2 Documents utilisés 27
1.1.3 Analyse des résultats 28

1.2 ETUDE RETROSPECTIVE 28
1.2.1 Sélection de l'échantillon 28
1.2.2 Recueil des données 29
1.2.3 Analyse des résultats 31

2 RESULTATS 32

2.1 ENQUETE AUPRES DES PRATICIENS LIBERAUX 32
2.1.1 Caractéristiques des praticiens de Meurthe et Moselle 32
2.1.2 Fréquence des urgences traumatiques dentaires en cabinet libéral 33
2.1.3 Caractéristiques des patients venant consulter pour traumatisme dentaire en cabinet libéral
2.1.4 Circonstances de l'accident 37
2.1.5 Formes cliniques des traumatismes dentaires 38
2.1.6 Mode de prise en charge des traumatismes dentaires 40
2.1.7 Motifs de non prise en charge des urgences traumatiques 42
2.1.8 Orientation des patients consultant pour traumatisme dentaire 44
2.2 ETUDE RETROSPECTIVE 46
2.2.1 Caractéristiques des patients 47
2.2.2 Lieu du traumatisme 48
2.2.3 Les lésions dentaires 49
2.2.4 Formes cliniques des traumatismes dentaires 53
2.2.5 Distribution selon l'âge 54
2.2.6 Les autres lésions 55
2.2.1 Patients adressés ou non 58

3 DISCUSSION 59

3.1 MATERIELS ET METHODES 59
3.1.1 Recensement des cas 59
3.1.2 Collecte des informations 60
3.1.3 Interprétation des résultats 62
3.2 RESULTATS 63
3.2.1 Incidence 63
3.2.2 Caractéristiques des praticiens de Meurthe et Moselle 63

3.2.3 Fréquence des urgences traumatiques en cabinet dentaire 64
3.2.4 Caractéristiques des patients.....64
3.2.5 Lieu du traumatisme 66
3.2.6 Formes cliniques des traumatismes dentaires.....67
3.2.7 Prise en charge des patients par les praticiens libéraux.....69
3.2.8 Patients adressés au service dôodontologie de lôHôpital dôenfants 72
3.2.9 Niveau de formation sur les urgences traumatiques des praticiens libéraux 74

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Dans la vie quotidienne, nous avons tous connu des enfants victimes dôune chute de bicyclette ou des adolescents victimes dôun coup dans le cadre dôactivité sportive. Ces accidents sont habituels et peuvent se traduire par des lésions de diverses natures et notamment dentaires.

Ces patients seront pris en charge par leur chirurgien dentiste de famille ou par un service hospitalier dans les situations complexes.

Dans ce contexte, nous étudierons en parallèle la gestion des traumatismes dentaires chez les praticiens libéraux de Meurthe et Moselle ainsi quôà lôHôpital dôEnfants de Nancy.

La première partie sera consacrée à un rappel des différentes formes cliniques et des traitements des traumatismes dentaires. La seconde partie décrira la méthodologie employée dans notre étude, présentera les résultats obtenus. Ces derniers seront confrontés aux connaissances issues des publications nationales et internationales nous permettant alors dôémettre des hypothèses liées à la gestion de ces accidents.

PREMIERE PARTIE : TRAUMATOLOGIE DENTAIRE

1 LES TRAUMATISMES DENTAIRES

1.1 GENERALITES

Les traumatismes bucco-dentaires constituent avec les infections les vraies urgences en odontologie pédiatrique. Il est possible que depuis certaines années, le volume représenté par de telles lésions et ses séquelles rattrape celui représenté par les caries, au point de devenir une réelle menace pour la santé dentaire (**15, 20, 38**). Ces traumatismes chez les enfants et adolescents sont un problème commun, car aussi longtemps que les enfants resteront actifs, des accidents en tous genres se produiront (**28**). Ils sont souvent à lôorigine dôune perte partielle ou totale des tissus dentaires visibles affectant alors les fonctions sensitives, communicatives et psychoesthétiques.

A la différence du tissu squelettique où une consolidation est liée à la réaction ostéoblastique, cette dernière est inexistante pour les fractures coronaires et est difficile à obtenir pour les fractures radiculaires. Ferraud définit la traumatologie infantile comme une pathologie intéressant un os jeune, un os en période de croissance et une structure osseuse compartimentée (**2**).

Les accidents concernent chez le jeune enfant les dents temporaires et après 6 ans, les dents temporaires mais aussi les dents permanentes. Les incisives maxillaires sont touchées de manière préférentielle.

Lôétiologie et la fréquence de ces accidents varient en fonction de facteurs comme lôâge et le sexe.

Ces traumatismes, outre leur impact sur lôétat général de lôenfant, vont entraîner de nombreuses conséquences sur le plan socio-économique car leur prise en charge entraîne un coût non négligeable, sans oublier lôincertitude du devenir des dents atteintes.

De nombreux patients victimes de traumatismes dentaires sont adressés en milieu hospitalier, même pour des cas simples. Ceci soulève la question de lôattitude du praticien devant ce type dôurgence, de sa mauvaise volonté ou de son manque dôexpérience (**16, 43**).

1.2 EPIDEMIOLOGIE

Les études rapportent en fonction de lôâge deux pics de fréquence : chez les enfants dont lôâge est inférieur à 5 ans, lôapprentissage de la marche et la découverte de lôenvironnement sont les étiologies les plus fréquentes des accidents tandis que chez les adolescents, la pratique sportive et les accidents de la voie publique sont souvent évoqués.

1.2.1 Les différents types dôaccidents

Les causes d'accidents peuvent être divisées en 8 grandes catégories, selon Demars et coll (**13**) :

- 1. Les accidents de la voie publique (AVP)

Cette catégorie regroupe tous les accidents de la circulation (piéton, motocyclette, passager auto)

- 2. Les chutes

Cêst une catégorie que lôon peut subdiviser en 5 sous-classes :

- chutes indéterminées (regroupant les chutes dont lôorigine nêst pas connue)
- chutes de « sa hauteur »
- chutes dans les escaliers
- chutes contre objet (mur, baignoire, toilettes, porte meuble, etc.)
- chutes « dôune hauteur » (à partir dôune chaise, un lit, un muret, etc.)

- 3. Les accidents de bicyclette

Les chutes de bicyclette sont classées dans cette catégorie et non dans les AVP car la première cause de lôaccident est la bicyclette, et non la chute.

- 4. Les sports

Ici sont inclus à la fois les sports collectifs (football, basket-ball, etc.) et les sports individuels (roller, patinage sur glace, etc.).

- 5. Les jeux

Tous les accidents dont la cause primaire était le jeu, que ce soit dôintérieur (cheval à bascule, etc.) ou dôextérieur (balançoire, etc.).

- 6. Les chocs directs

Cette catégorie concerne les cas où il y a eu télescopage avec autrui et ceux où le coup est donné par un objet en mouvement (projectile, etc.).

- 7. La violence

Cette section concerne les bagarres et les agressions (sévices corporels).

- 8. Imprécisé

Cette dernière classe correspond aux cas des traumatismes dentaires pour lesquels le facteur étiologique nôest pas connu.

1.2.2 Les lieux

Les lieux les plus fréquents où se produisent ces accidents sont :

- 1. Intérieur maison

Ici nous retrouvons tous les accidents domestiques : chute dôune table, choc contre un meuble, etc.

- 2. Extérieur maison

Ce groupe correspond aux traumatismes qui se sont produits dans un petit périmètre autour de la maison, sous la surveillance directe des parents (jardin, cour, terrasse, rue jouxtant la maison).

- 3. Ecole

Accident dans la cour de récréation.

- 4. Rue

Accident de la voie publique, bagarre, etc.

- 5. Lieux de sports et loisirs

Cette classe regroupe à la fois les terrains de sport au sens large du terme (patinoires, piscines, salles de sport) et les centres de loisirs (parcs, terrains de jeux, centre aérés, etc.).

- 6. Autres

Magasins, crèche, etc.

- 7. Imprécisé

Cette catégorie concerne dôune part, les cas pour lesquels ni lôenfant, ni les parents, étaient capables de mentionner le lieu de lôaccident avec précision, dôautre part, les cas pour lesquels ce renseignement nôa pas été demandé.

1.2.3 Facteurs associés

Différents facteurs sont incriminés et selon les différentes publications, les traumatismes sont deux fois plus fréquents chez les enfants présentant une protrusion incisive (image 1) (**1, 3, 15, 18, 20, 26, 36**).



Image 1 : Protrusion incisive chez un enfant de quatre ans

Un surplomb incisif dôenviron 3 et 6 mm multiplie par deux la survenue dôun traumatisme dentaire et si ce surplomb dépasse 6 mm, le risque est majoré.

Parmi les autres facteurs favorisants, nous trouvons :

- la faible calcification et la grande dimension des dents jeunes ;
- lôincontinence labiale, le prognatisme, la macrodontie, lôencombrement dentaire (**18, 26**) ;
- la carie et lôatteinte du parodonte, lôagénésie ou la perte de dents, les troubles occlusaux, les dents incluses ou leurs évolutions (cas de la dent de sagesse inférieure incluse qui représente un danger de fracture mandibulaire).

Le type dôatteinte dentaire varie en fonction de lôâge (**16, 22, 31, 38**) :

- avant 7 ans : nous aurons essentiellement des blessures des muqueuses et des luxations dentaires car à cet âge, nous avons une petite face, une denture temporaire en voie de résorption et un os souple et élastique.

- entre 7 et 12 ans : la face se développe et se pneumatise. Nous sommes en denture mixte, ce qui se traduit par des zones de moindre résistance, lôos infantile se stabilise. Nous assisterons plutôt à des fractures dentaires et des luxations.

- après 12 ans : le visage est de type adulte, avec une denture permanente mature et un os adulte dur et résistant. La traumatologie observée sera semblable à celle de lôadulte (fracture des tissus durs).

1.2.4 Fréquence

Les traumatismes bucco-dentaires sont si courants chez lôenfant et lôadolescent quôAndreasen et Andreasen (**2**) ont prédit que, dans un futur proche, leur fréquence dépassera celle des caries et des parodontopathies. Différentes études à travers le monde tendent à confirmer cette hypothèse et ont montré que 7 à 50 % de la population infantile ont subi de tels accidents avant lôâge de 15 ans (**1, 3, 4, 6, 8, 10, 15, 17, 20, 27, 29, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40**). La zone oro-faciale est la première atteinte chez les enfants dôâge pré- scolaire et la quatrième zone de tout le corps chez les personnes âgées de 7 à 30 ans.

La fréquence de ces traumatismes varie selon le pays considéré et selon lôâge de lôenfant. Le tableau suivant présente succinctement les différentes études réalisées à ce sujet (**41**).

Auteurs de lôétude/ Année	Pays	Nombre de Cas	Ages des enfants	Prévalence des traumatismes dentaires (%)
Otuyemi (1994)	Nigeria	1016	12	10,9
Delattre et coll. (1995)	France	2020	6-15	13,6
Hargraves et coll. (1995)	Rép. Sud Africaine	1035	11	15,4
Kania et Coll. (1997)	USA	3396	7-12	19,2
Borssén et coll. (1997)	Suède	3007	1-16	34
Hamilton et Coll. (1997)	Angleterre	2022	11-14	34,4
Marcenes (1999)	Syrie	1087	9-12	33,2
Al Majeb (2001)	Arabie Saoudite	354 (G*) 862 (G)	5-6 12-14	33 34
Gabris et coll. (2001)	Hongrie	43 521 26	1-6 7-14 15-18	7,29 88,3 4,4
Nik- Hussein (2001)	Malaisie	4085	16	4,1

La fréquence des traumatismes dentaires varie également en fonction de la dent considérée.

Le groupe dôâge le plus fréquemment affecté varie également selon lôauteur. On note un pic vers 10 ans pour Gabis et coll., 9-10 ans selon Marcenes et coll., 8-11 ans pour Borssén et Holm, 4 ans pour Sanchez et Garcia- Godoy et 12-15 ans pour Yam et coll (**41**).

Les différents auteurs sôaccordent sur une atteinte plus fréquente de lôincisive centrale maxillaire, qui est impliquée dans plus de 85% des cas de traumatisme, en raison de sa position très antérieure qui en fait un véritable « pare- choc ». Puis par ordre décroissant nous avons lôincisive latérale supérieure et lôincisive centrale inférieure (**1, 3, 7, 8, 11, 27, 29, 30, 31, 36, 38, 39**).

Les fractures coronaires ainsi que les fractures de lôémail constituent le type de traumatisme le plus fréquemment observé en denture permanente (**1, 11, 18, 19, 31, 33**).

En denture temporaire, nous avons une prédominance de luxations à cause de la plasticité des structures osseuses (**3, 4, 18, 22, 29, 31**).

1.2.5 Formes cliniques et classifications

Nous retiendrons ici la classification dôAndreasen, la plus complète, adaptée de celle de lôOMS (**6**).

Cette classification sôapplique aux dents temporaires et permanentes et présente quatre groupes. Cependant, lôaccident se rapportant à une dent est plutôt rare et les patients présentent le plus souvent des lésions multiples.

A. Traumatismes des tissus durs de la dent et de la pulpe
B. Traumatismes des tissus de soutien parodontaux
C. Traumatismes des tissus de soutien osseux
D. Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses buccales

A. Traumatismes des tissus durs de la dent et de la pulpe

1. Fêlure amélaire

Les fêlures amélaires se manifestent comme des fractures incomplètes de lôémail sans perte de substance ; elles ne franchissent pas la jonction amélo- dentinaire.

2. Fracture amélaire

La fracture amélaire est une perte de substance confinée à lôémail.

3. Fracture coronaire simple

La fracture coronaire simple (image 2) consiste en une perte de substance dentaire confinée à lôémail et à la dentine.



Image 2 : Fracture coronaire amélo-dentinaire sans exposition pulpaire

4. Fracture coronaire complexe

La fracture coronaire complexe (image 3) consiste en une perte de substance dentaire confinée à lôémail et à la dentine avec exposition pulpaire.



Image 3 : Fracture coronaire amélo-dentinaire avec exposition pulpaire

5. Fracture corono-radiculaire simple ou complexe

La fracture corono-radiculaire (image 4) simple ou complexe atteint lœémail, la dentine et le cément. La pulpe peut être impliquée.



Image 4 : Fracture corono-radiculaire

6. Fracture radiculaire : tiers cervical, tiers moyen, tiers apical

La fracture radiculaire (image 5) touche le cément, la dentine et la pulpe.



Image 5 : Fracture radiculaire

B. Traumatismes des tissus de soutien parodontaux

1. Commotion

La commotion consiste en un traumatisme mineur, sans déplacement ni mobilité pathologique de la dent.

2. Subluxation

La subluxation représente un traumatisme sans déplacement de la dent, mais accompagné dûne certaine mobilité. Minimes sont les atteintes de la vascularisation pulpaire et du parodonte.

3. Luxation en extrusion

La luxation en extrusion (image 6) présente un déplacement de la dent en direction coronaire ; elle affecte les tissus parodontaux et le paquet vasculo-nerveux.



Image 6 : Extrusion

4. Luxation latérale

La luxation latérale présente un déplacement de la dent dans une direction autre quôaxiale ainsi quôune comminution et une fracture de la paroi alvéolaire. Souvent, lôapex se trouve déporté en direction vestibulaire et la couronne, en direction palatine.

5. Luxation en intrusion

La luxation en intrusion (image 7), la plus sévère parmi toute les luxations, présente un déplacement de la dent en direction apicale, provoquant un écrasement du paquet vasculo nerveux et d'importantes lésions cémentaires et parodontales. Ce traumatisme peut s'accompagner d'une comminution et d'une fracture de l'os alvéolaire.



Image 7 : Intrusion

6. Luxation complète (expulsion)

La luxation complète (expulsion) (image 8) présente un déplacement complet de la dent hors de son alvéole.



Image 8 : Expulsion

C. Traumatismes des tissus de soutien osseux

1. Comminution de lôalvéole

La comminution de lôalvéole consiste en un écrasement de lôalvéole suite à une intrusion ou à une luxation latérale.

2. Fracture de lôalvéole

La fracture de lôalvéole consiste en une fracture confinée à la paroi alvéolaire buccale ou linguale.

3. Fracture du procès alvéolaire

La fracture du procès alvéolaire consiste en une fracture du procès alvéolaire qui peut aussi inclure lôalvéole.

4. Fracture de la mandibule et/ou du maxillaire

La fracture de la mandibule et/ou du maxillaire implique lôos basal et/ou la branche montante de la mandibule.

D. Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses buccales

1. Lacération

La lacération de la gencive ou de la muqueuse buccale (image 9) consiste en une plaie, superficielle ou profonde, habituellement produite par un objet tranchant ou dur.



Image 9 : Lacération de la lèvre supérieure

2. Contusion

La contusion de la gencive ou de la muqueuse buccale consiste en une ecchymose, occasionnée par un objet contendant, sans bris de la gencive, souvent suivie dôune hémorragie sous-muqueuse.

3. Abrasion

Lôabrasion de la gencive ou de la muqueuse buccale consiste en une plaie causée par friction résultant en une lésion sanguinolente superficielle.

1.2.6 Répercussions dentaires, fonctionnelles, esthétiques

Les traumatismes bucco-dentaires peuvent impliquer la dent temporaire, le germe de la dent permanente ou la dent permanente si elle est sur lôarcade et avoir une influence sur le psychisme de lôenfant.

Lôenfant traumatisé est souvent inquiet, en état de choc et de moindre résistance psychologique. La perte des organes dentaires impliqués dans le sourire et lôesthétique peut modifier le comportement de lôenfant vis-à-vis de son entourage et influer sur sa personnalité.

La dent temporaire pourra présenter une dyschromie secondaire à une hémorragie pulpaire, à une nécrose ou à une oblitération canalaire. La résorption radiculaire peut sôaccélérer en fonction de la nature même de lôaccident et des habitudes de lôenfant. Les atteintes traumatiques de la dent temporaire peuvent engendrer des lésions sur le germe de la dent permanente sous-jacente. Ces complications présentent différents aspects cliniques : taches, dilacération de la couronne, arrêt partiel ou total de lôédification radiculaire, etc.

1.3 LES TRAITEMENTS

Le traumatisme dentaire fait partie des urgences nécessitant une prise en charge rapide. Plus le délai entre lôaccident et la mise en î uvre de la thérapeutique initiale sera court, plus les chances de guérison seront majorées.

Quôest ce que lôurgence ? Le plus difficile pour le praticien est dôapprécier le caractère même de lôurgence. Il existe dans la littérature deux avis prédominants : ceux qui considèrent que toutes lésions traumatiques bucco- dentaires (la fracture dôune dent antérieure, lôexpulsion dôune dent permanente, etc.) nécessitent une attention immédiate (**5, 9**) ; et ceux pour qui la plupart des traumatismes dentaires sont minimes et de nature non urgente, à lôexception des dents expulsées ou déplacées (**35**).

Cependant, lôurgence dentaire doit toujours être relativisée par rapport à lôurgence médicale. En effet, lors dôun accident de la voie publique, la priorité est donnée aux

traitements des lésions pouvant impliquer un pronostic vital et une expulsion dentaire devient alors secondaire.

Malgré toutes ces réflexions, des questions persistent. Est-il essentiel de savoir si le traumatisme rencontré doit être considéré comme une véritable urgence ou non ? Ne vaudrait-il pas mieux répondre aux attentes du patient lui-même, ou de sa famille, quel que soit le degré de sévérité du traumatisme ? Chaque traumatisme dentaire mérite-t-il une attention immédiate pour atteindre un pronostic favorable ?

La prise en charge initiale s'effectue en respectant plusieurs étapes :

- 1. Examen initial

L'examen initial comporte dans un premier temps un interrogatoire précis portant sur la date, le lieu et les circonstances de survenue du traumatisme dentaire. Celui-ci est suivi par un examen clinique oral complet, puis d'un examen radiologique en cas de suspicion de fracture osseuse.

Cet examen a pour but l'établissement d'un diagnostic.

- 2. Traitement initial

L'objectif de cette étape est de soulager le patient et de maintenir, quand cela est possible, la vitalité pulpaire.

- 3. Traitement à moyen terme

Comme par exemple la mise en place d'une restauration coronaire esthétique.

- 4. Suivi thérapeutique

Le but de cette étape est la surveillance de la dent incriminée. Il peut y avoir par exemple nécrose ou résorption radiculaire de cette dernière à long terme.

2 LA TRAUMATOLOGIE DANS LA LITTERATURE

2.1 LES CONNAISSANCES ACTUELLES

De nombreuses études épidémiologiques, relatives aux traumatismes dentaires, sont publiées chaque année. Les buts, les centres dôintérêt et les sources dôinformations des différentes enquêtes sont extrêmement variés.

Il est impossible dôétablir un catalogue complet de tous les travaux qui ont pu être menés tant lôétendue des domaines explorés est grande. Certaines enquêtes se limitent à un simple recueil de données épidémiologiques, et ceci dans plusieurs buts :

- Définir le type et la prévalence des traumatismes dentaires (**1, 3, 6, 8, 11, 19, 29, 33, 34, 36, 37, 38**).
- Analyser les traumatismes dento-alvéolaires chez les patients visitant un service dôurgences hospitalier (**4, 17**).
- Améliorer nos connaissances en matière de prévention et de traitement (**12**).
- Fournir les éléments propres à déterminer la solution thérapeutique idéale et la place de la traumatologie dans la formation universitaire (**22, 32**).

Dôautres ouvrages, plus précis, sôattachent à mettre lôaccent sur un point bien particulier comme par exemple le facteur étiologique qui est analysé tant dans le domaine du sport (**5**) que dans ses relations avec le type de traumatisme ou le mécanisme de traumatisme (**1, 3, 20, 36**). Plusieurs points propres à la traumatologie sont ainsi soulignés. En effet, quelques études se consacrent aux traitements administrés aux patients (**8)**, dôautres sôintéressent au suivi des traumatismes et à leurs complications (**37, 38**), et dôautres encore examinent les corrélations qui existent entre la prévalence et les types de traumatisme affectant les dents antérieures et les désordres orthodontiques présentés par les enfants (**15, 18, 26, 36**).

Enfin, il en existe dôautres qui se démarquent un peu des précédentes par leur originalité. Lôobjectif est parfois dôutiliser un indice pour analyser les épisodes de traumatismes dentaires rencontrés dans tous les hôpitaux ou sur lôensemble dôun pays. Certaines enquêtes soulèvent des comparaisons entre école privée et école publique (**11**), entre

milieu rural et milieu urbain (**11, 30**), dôautres proposent des classifications des traumatismes ou des urgences dentaires pédiatriques en général.

2.2 RESULTATS

En dépit des différentes sources dôinformation, beaucoup dôétudes épidémiologiques relatives aux traumatismes dentaires chez les enfants et les adolescents concluent avec des résultats souvent similaires.

Epidémiologiquement, les chutes au cours des jeux et les accidents liés au sport sont la principale cause de lésions (**1, 4, 7, 8, 17, 18, 19, 28, 30, 31, 36, 38, 39**). Les autres facteurs étiologiques communément rencontrés sont la violence, les accidents de bicyclette, les accidents de la voie publique, les coups contre objet (**7, 17, 18, 28, 30, 31, 36**).

Ces accidents surviennent dans le plus grand nombre de cas à la maison et à lôécole (**1, 4, 7, 8, 11, 17, 18, 19, 28, 29, 30, 31, 33, 36, 39**).

Lôâge des enfants est variable, ce qui influence le type de lésion. La majorité des accidents nôaffecte quôune seule dent. Les dents les plus fréquemment traumatisées, toutes dentures confondues, sont les incisives maxillaires (**1, 3, 7, 8, 11, 27, 29, 30, 31, 36, 38, 39)**.

Pour finir, les complications observées à la suite des traumatismes dentaires sont principalement les nécroses pulpaires, les oblitérations canalaires, les résorptions radiculaires ainsi que les pertes dôos marginal alvéolaire.

3 OBJECTIFS DE LôETUDE

Notre étude a puisé son origine dans les problèmes de prise en charge des urgences dentaires, principalement traumatiques, en cabinet libéral ainsi que dans la fréquence de consultation pour urgences dentaires adressées ou non par un praticien libéral à lôhôpital.

Devant de telles observations, plusieurs questions se sont posées. Pourquoi certains traumatismes simples ne sont pas gérés en cabinet ? Lôenfant a-t-il été adressé ou est- il venu de lui-même en consultation à lôhôpital ? Autant de questions qui permettent de mesurer à quel point lôapproche de ces traumatismes dentaires est complexe.

Ces différentes raisons nous ont conduit à analyser et identifier les types, les étiologies et la prise en charge des accidents bucco- dentaires ainsi que lôattitude du chirurgien dentiste.

Lôobjectif de notre étude est dôévaluer la proportion des traumatismes dentaires se présentant au service dentaire de lôHôpital dôEnfants ainsi quôen secteur libéral, de connaître le degré de sévérité des lésions observées et de comprendre la réaction des chirurgiens face aux traumatismes dentaires. Cette étude devrait nous autoriser à améliorer la prise en charge de ces urgences traumatiques en cabinet libéral.

DEUXIEME PARTIE : EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES

1 MATERIELS ET METHODES

Dans un premier temps, une enquête a été réalisée auprès de tous les chirurgiens dentistes de Meurthe et Moselle par le biais dôun questionnaire.

Dans un second temps, notre étude a été conduite sur une période de 2 ans (du 01/01/2009 au 31/12/2010) à lôHôpital dôEnfants de Nancy dans le service dôodontologie.

Ces deux enquêtes mises en parallèle vont nous permettre dôévaluer les caractéristiques des patients, la fréquence et la sévérité des traumatismes dentaires en cabinet ainsi quôen milieu hospitalier, et de comprendre lôattitude des praticiens libéraux face à de telles urgences, la gestion ou non de ces consultations et les éventuelles raisons pour adresser un patient.

1.1 ENQUETE AUPRES DES PRATICIENS LIBERAUX

1.1.1 Sélection de lôéchantillon

Notre enquête intéressait tous les praticiens de Meurthe et Moselle. Le questionnaire, soumis dans un premier temps au conseil de lôordre des chirurgiens dentiste pour approbation, a été adressé aux 486 praticiens exerçant dans le département.

Nous avons recueilli 318 réponses.

1.1.2 Documents utilisés

1.1.2.1 La lettre explicative

La lettre explicative est représentée en annexe à la page 81.

1.1.2.2 Le questionnaire

Ce questionnaire conçu par nos soins pour analyser lôattitude du chirurgien dentiste est présenté en annexe page 82.

1.1.3 Analyse des résultats

A lôaide de notre questionnaire, nous avons créé une base de données permettant de faire une synthèse de toutes les informations recueillies.

Ainsi, nous avons pu étudier :

Å1 caractéristiques des praticiens de Meurthe et Moselle

Å2 fréquence des urgences traumatiques en cabinet libéral

Å3 caractéristiques des patients

Å4 étiologies des traumatismes

Å5 formes cliniques des traumatismes dentaires

Å6 modes de prise en charge

Å7 motifs de non prise en charge des urgences traumatiques

Å8 orientation des patients

Å9 niveau dôinformation sur les urgences traumatiques

1.2 ETUDE RETROSPECTIVE

1.2.1 Sélection de lôéchantillon

Pour cette étude, il a été nécessaire de sôappuyer sur des documents riches en informations, tels que les dossiers patients du service dôodontologie et les fiches dôexamen remplies après chaque traumatisme. Ces documents seront décrits plus tard.

Nous avons dénombrés 130 consultations d'urgences dont le motif était un traumatisme dentaire.

Des documents incomplets nous ont amené à exclure 5 cas de notre étude.

1.2.2 Recueil des données

1.2.2.1 Examen des patients

Le service d'odontologie est équipé de deux fauteuils de consultations, et d'un appareil de radiologie, générateur de rayons X permettant de compléter nos examens cliniques.

Ces derniers ont été réalisés par diverses personnes : praticiens hospitaliers du service d'odontologie, MCU, PH, AHU, internes et également étudiants en 6ème année en stage dans le service.

Toutes les informations rapportées au cours de cet examen sont collectées sur des documents : la fiche de traumatisme dentaire, le certificat médical initial contenus dans les dossiers patients du service d'odontologie.

1.2.2.2 Dossiers des patients

Un document a été nécessaire pour mener à bien notre enquête. Il s'agit des dossiers patients remplis a chaque consultation et répertoriant les documents administratifs, les antécédents médicaux, les dates de consultations, les actes réalisés, les fiches de traumatisme ainsi que les certificats médicaux initiaux.. Afin de pouvoir recenser tous les patients venu en consultation d'urgence traumatique, nous avons consulté le livre des actes dans lequel nous avons pu relever tous les noms des enfants dont la visite au service était motivée par une urgence dentaire traumatique. Ainsi, il a été possible de sortir et d'analyser tous les dossiers des patients rentrant dans le cadre de notre étude.

Le dossier patient est représenté en annexe aux pages 83, 84 et 85.

Un autre document nous a été nécessaire : les fiches dôexamen après traumatisme dentaire :

Mise en place

Ces fiches ont été conçues pour faciliter la collecte des données. Elles sont à la disposition des dentistes du service dôodontologie afin de procéder à un recueil systématique des informations pour chacun des traumatismes dentaires vus à lôHôpital.

Description

Les informations y sont présentées en cinq rubriques :

1. Données administratives
2. Examen extrabuccal
3. Examen intrabuccal
4. Examen dentaire
5. Traitements

La caractéristique principale de la fiche est dôéliminer la subjectivité dans les réponses. Les examinateurs répondent par *oui* ou par *non* ou placent une croix dans la case correspondant à la situation clinique présentée par le patient. Lôobjectif étant de tendre vers une uniformité dans le recueil des données entre les différents examinateurs.

Cette fiche est représentée sur les pages 86 et 87.

1.2.3 Analyse des résultats

Les informations obtenues à la suite des examens des patients ayant été victimes de traumatismes dentaires ont été collectées dans le dossier patient du service dôodontologie.

Nous avons développé une base de données permettant de faire une synthèse de toutes les informations pertinentes.

Voici les critères retenus pour notre base de données :

- 1 âge
- 2 lieu trauma
- 3 circonstance trauma
- 4 nombre de dents lésées
- 5 numéro des dents lésées
- 6 diagnostic général
- 7 diagnostic extrabuccal
- 8 diagnostic intrabuccal
- 9 patient adressé ou non ? par qui ?

Ces catégories définissent notre objet dôétude : à savoir les caractéristiques des patients, les circonstances de lôaccident, les lésions constatées et si ils ont été adressés ou non par un praticien libéral ou autre.

Tous les tableaux de résultats utilisés dans la partie suivante pour les graphiques sont regroupés en annexe 3.

2 RESULTATS

2.1 ENQUETE AUPRES DES PRATICIENS LIBERAUX

2.1.1 Caractéristiques des praticiens de Meurthe et Moselle

Sur les 486 praticiens de Meurthe et Moselle contactés pour notre enquête, 318 dont lôannée de début dôexercice varie entre 1967 et 2011 ont bien voulu répondre à notre questionnaire. 4 questionnaires ont été exclus car incomplets.

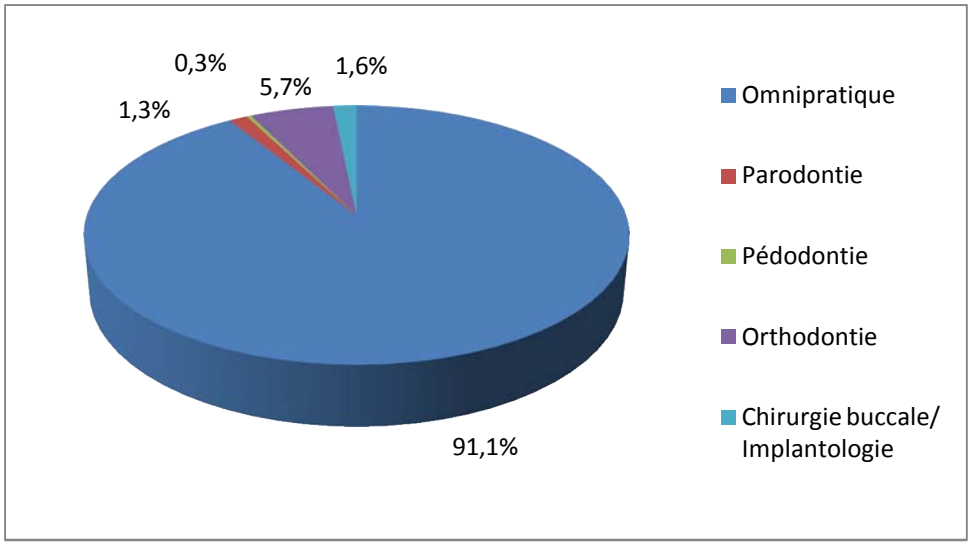


Figure 1 : Distribution des praticiens selon leur profil dôactivité

Parmi les 318 réponses obtenues, nous avons pu recenser 286 omnipraticiens, 18 orthodontistes, 5 dentistes dont lôactivité principale est la chirurgie buccale ou lôimplantologie, 4 parodontistes et 1 pédodontiste (figure 1).

Il est facile de constater que le profil dôactivité de la majorité des praticiens de Meurthe et Moselle est lôomnipratique, alors que seulement 9,9% ont choisi dôorienter leur activité vers un domaine particulier.

Nous étudierons donc dans un premier temps la globalité des 314 questionnaires, puis nous étudierons dans un second temps les réponses selon chaque profil dôactivité.

2.1.2 Fréquence des urgences traumatiques dentaires en cabinet libéral

2.1.2.1 Distribution globale de la fréquence des traumatismes dentaires (figure 2)

A la question : « A quel rythme êtes-vous confronté à des urgences traumatiques dentaires au sein de votre cabinet ? », trois réponses ont été proposé : « une à deux fois par an », « une à deux fois par mois », « plusieurs fois par mois ».

Deux praticiens nôont donné aucune réponse à cette question étant donné que la gestion des urgences est incompatible avec leur activité. La spécialité des ces deux praticiens est la parodontie.

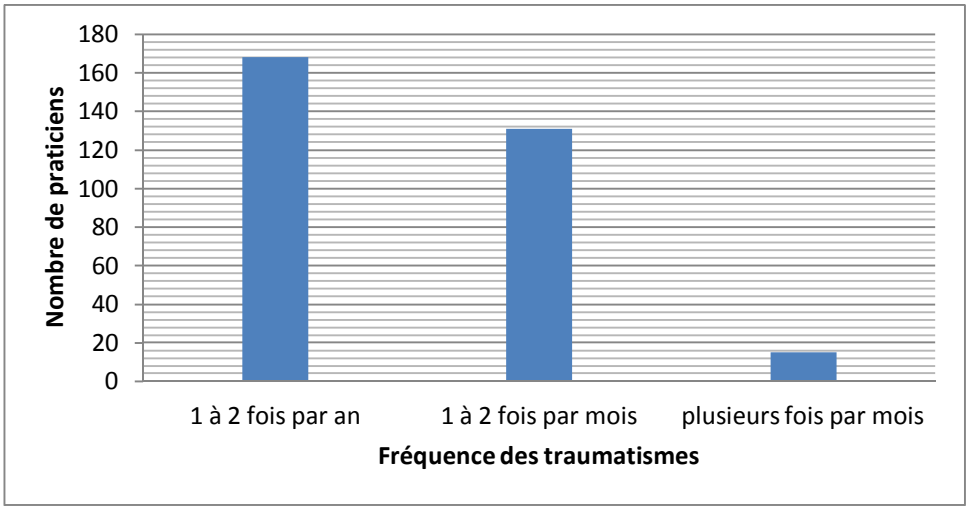


Figure 2 : distribution de la fréquence des traumatismes dentaires

La majorité des praticiens (53,5%) estime être confrontée à un traumatisme dentaire seulement une à deux fois par an, 41,7% considèrent que le rythme de telles consultations est de une à deux fois par mois et 4,8% des dentistes pensent rencontrer des traumatismes dentaires au cabinet plusieurs fois par mois.

2.1.2.2 Distribution de la fréquence des traumatismes dentaires selon le profil dôactivité (figure 3)

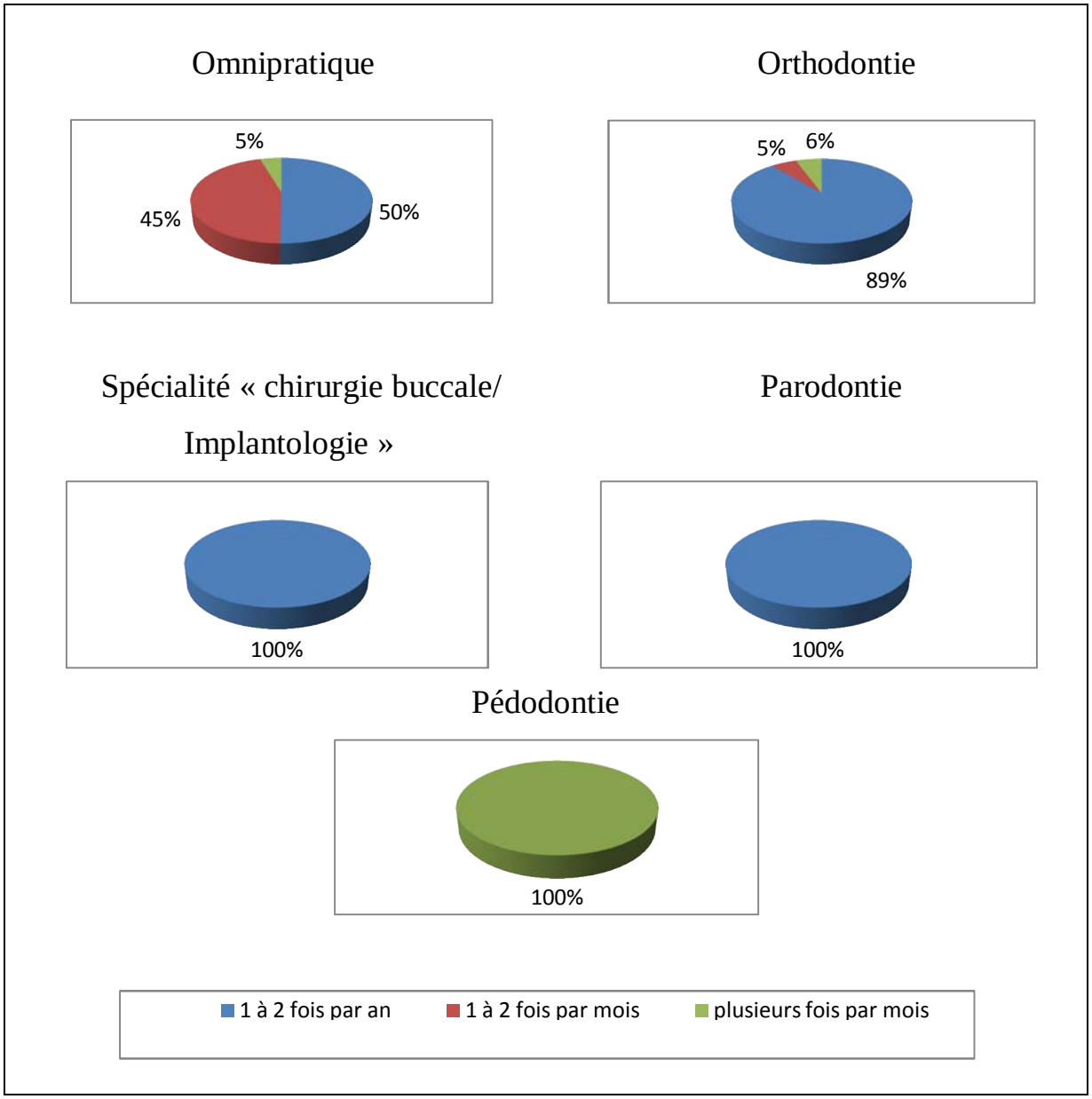


Figure 3 : Distribution de la fréquence des traumatismes dentaires selon le profil dôactivité

Lôanalyse des résultats nous a permis de voir que quelque soit le profil dôactivité, la grande majorité des praticiens estime être confrontée à un traumatisme dentaire une à deux fois par an. Exception faite du pédodontiste qui déclare que le rythme de telles consultations est de plusieurs fois par mois.

2.1.3 Caractéristiques des patients venant consulter pour traumatisme dentaire en cabinet libéral

2.1.3.1 Distribution globale par classse dôâge des patients (figure 4)

Pour les besoins de notre enquête, quatre tranches dôâge ont été proposées : moins de 3 ans, de 3 à 6 ans, de 6 à 12 ans, plus de 12 ans.

De plus, nous avons demandé à chaque praticien de quantifier (+++, ++, +) chaque tranche dôâge afin de pouvoir analyser plus facilement les résultats (plusieurs classes pouvant être concernées pour un praticien). Certains praticiens nôont pas répondu à cette question car leur profil dôactivité nôest pas compatible avec la gestion des traumatismes dentaires ; ou parce quôils déclarent ne pas soigner les enfants.

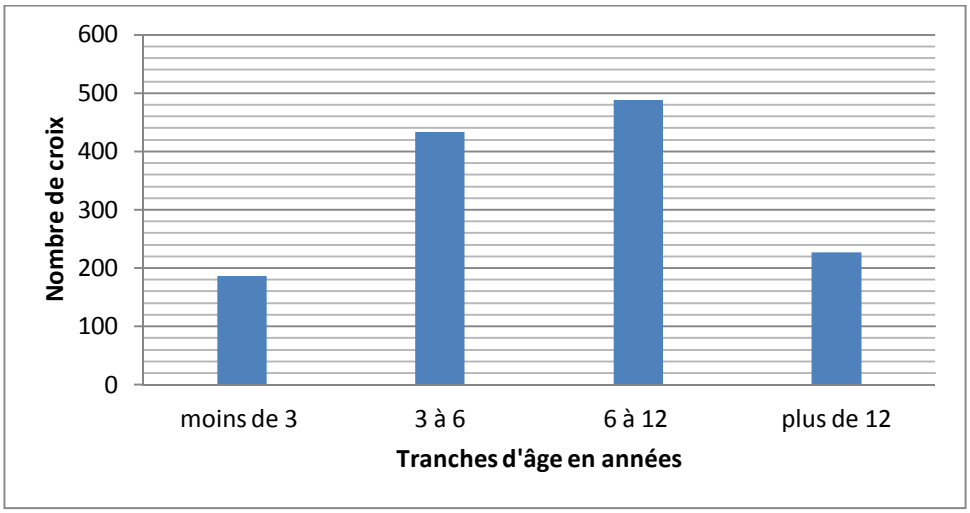


Figure 4 : distribution globale par classes dôâge des patients consultant en secteur libéral pour traumatisme dentaire

Les classes dôâge consultant pour des traumatismes dentaires sont majoritairement les « 6-12 ans » (36,6% des patients) et les « 3-6 ans » (32,5%) et ce quelle que soit la discipline de prédilection des praticiens ; suivent ensuite les « plus de 12 ans » (17%) et les « moins de 3 ans » (13,9%).

2.1.3.2 Distribution des patients par classes dâge et selon le profil dâactivité des praticiens libéraux (figure 5)

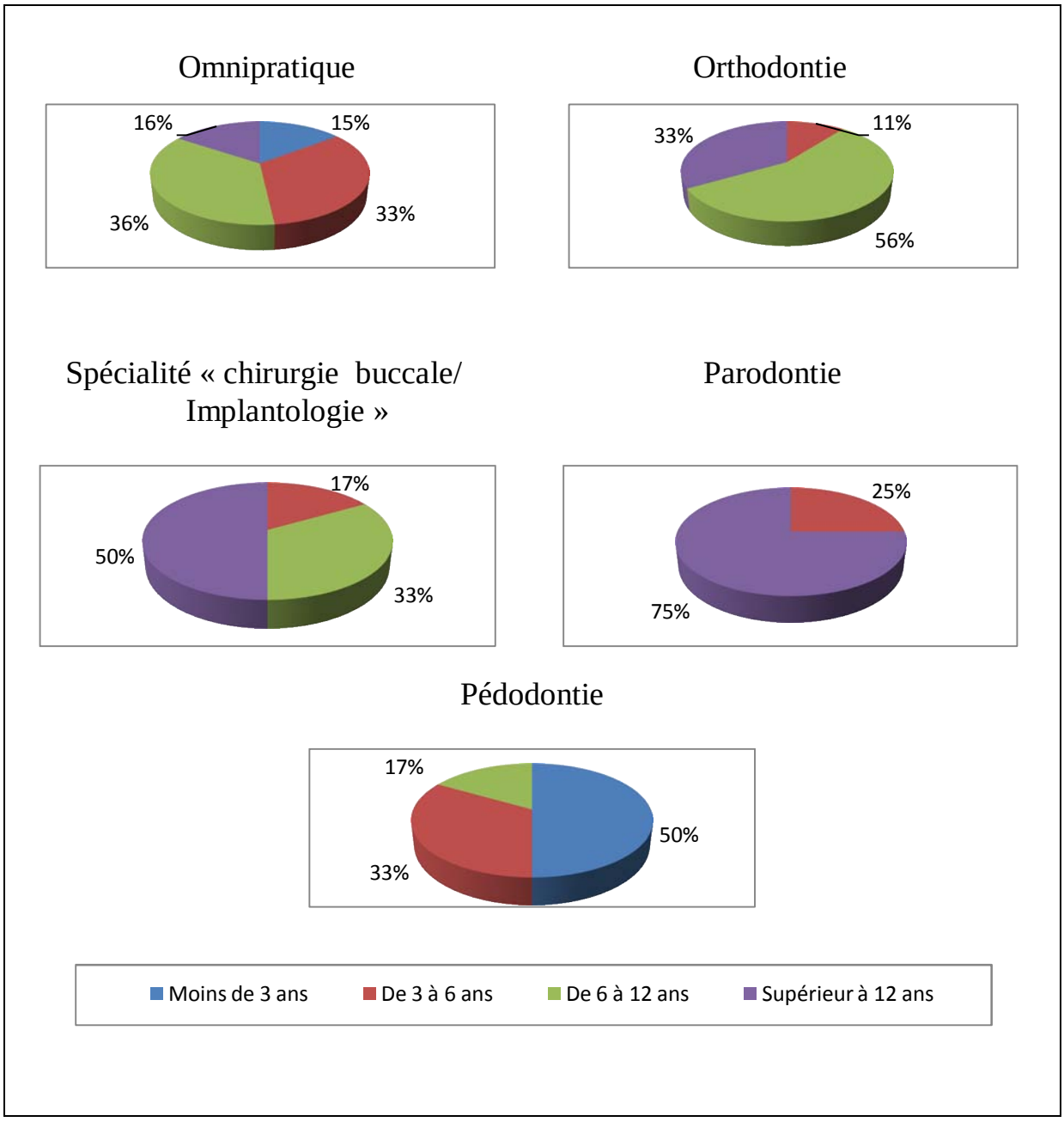


Figure 5 : distribution des patients par classes dâge et selon le profil dâactivité

On constate que les omnipraticiens ainsi que les orthodontistes estiment que la classe de patients se présentant le plus souvent au cabinet pour des urgences traumatiques est celle des « 6 à 12 ans ». Les parodontistes et lâactivité « chirurgie buccale/implantologie » semblent être le plus souvent confrontés à la classe des « plus de 12 ans ». La catégorie dâge

« moins de 3 ans » constitue la moitié des urgences traumatiques dentaires qui se présente chez le pédodontiste participant à notre enquête.

Il est intéressant de remarquer que la classe dôâge des « 3 à 6 ans » est la seule que lôon retrouve dans les cinq différents profils dôactivité.

2.1.4 Circonstances de lôaccident

A ces deux questions, les praticiens nôont pas répondu de façon assez précise pour pouvoir présenter les résultats sous forme de graphique. Nous avons cependant relevé les réponses les plus fréquemment données.

2.1.4.1 Facteurs étiologiques

Les facteurs étiologiques les plus souvent cités ont été :

- les chutes
- les coups directs
- les sports
- les jeux
- les accidents de bicyclette

2.1.4.2 Les lieux

Les lieux les plus souvent cités ont été :

- domicile
- école/crèche
- lieux de sport et loisirs

2.1.5 Formes cliniques des traumatismes dentaires

2.1.5.1 Distribution globale des traumatismes dentaires rencontrés par les chirurgiens dentistes libéraux (figure 6)

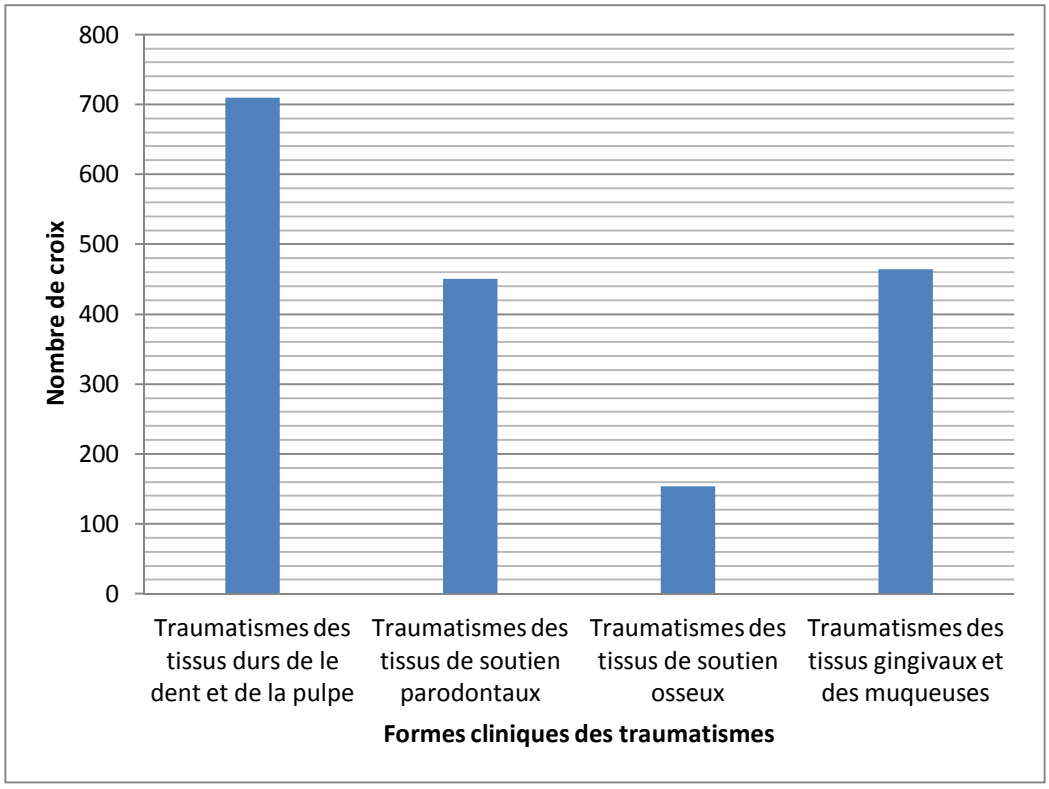


Figure 6 : distribution globale des traumatismes dentaires rencontrés par les chirurgiens dentistes libéraux

Comme précédemment, nous avons demandé à chaque praticien de quantifier leurs réponses afin de pouvoir identifier les formes cliniques auxquelles ils sont le plus souvent confrontés.

La majorité des traumatismes rencontrés par nos confrères concerne les tissus durs de la dent et de la pulpe (39,9%). Suivent les traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses (26,1%) puis les traumatismes des tissus de soutien parodontaux (25,3%). Les traumatismes des tissus de soutien osseux sont les moins rencontrés en cabinet (8,7%).

2.1.5.2 Distribution des formes cliniques de traumatismes dentaires selon le profil dôactivité des praticiens libéraux (figure 7)

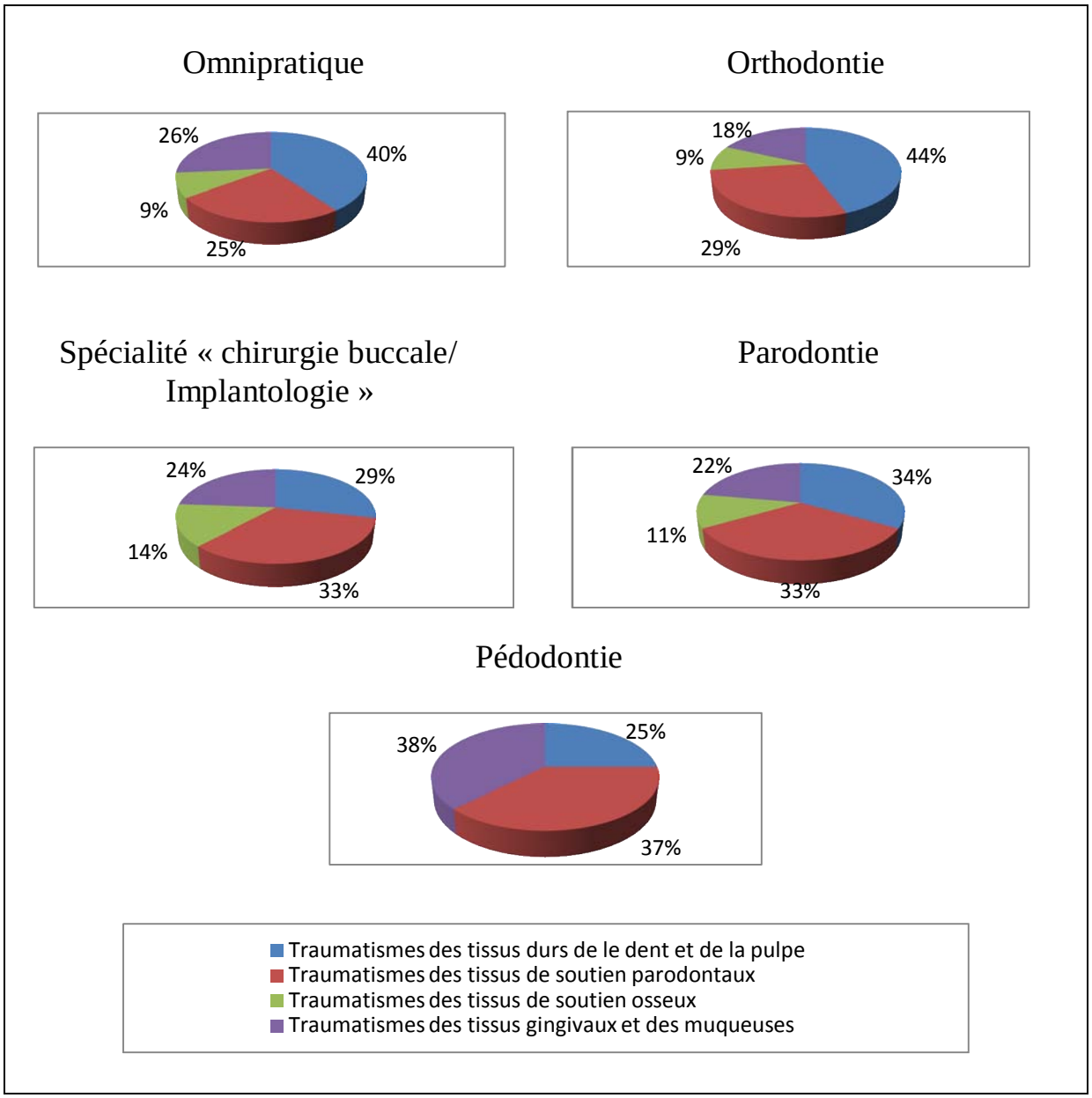


Figure 7 : distribution des formes cliniques de traumatismes dentaires selon le profil dôactivité des praticiens libéraux

Lôanalyse des résultats nous montre que les omnipraticiens, les orthodontistes ainsi que les parodontistes sont le plus souvent confrontés à des traumatismes des tissus durs de la dent et de la pulpe, lôactivité « chirurgie buccale/implantologie » à des traumatismes des tissus de soutien parodontaux, et pour finir les pédodontistes à des traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses.

2.1.6 Modes de prise en charge des traumatismes dentaires

2.1.6.1 Distribution globale des modes de prise en charge des urgences traumatiques dentaires (figure 8)

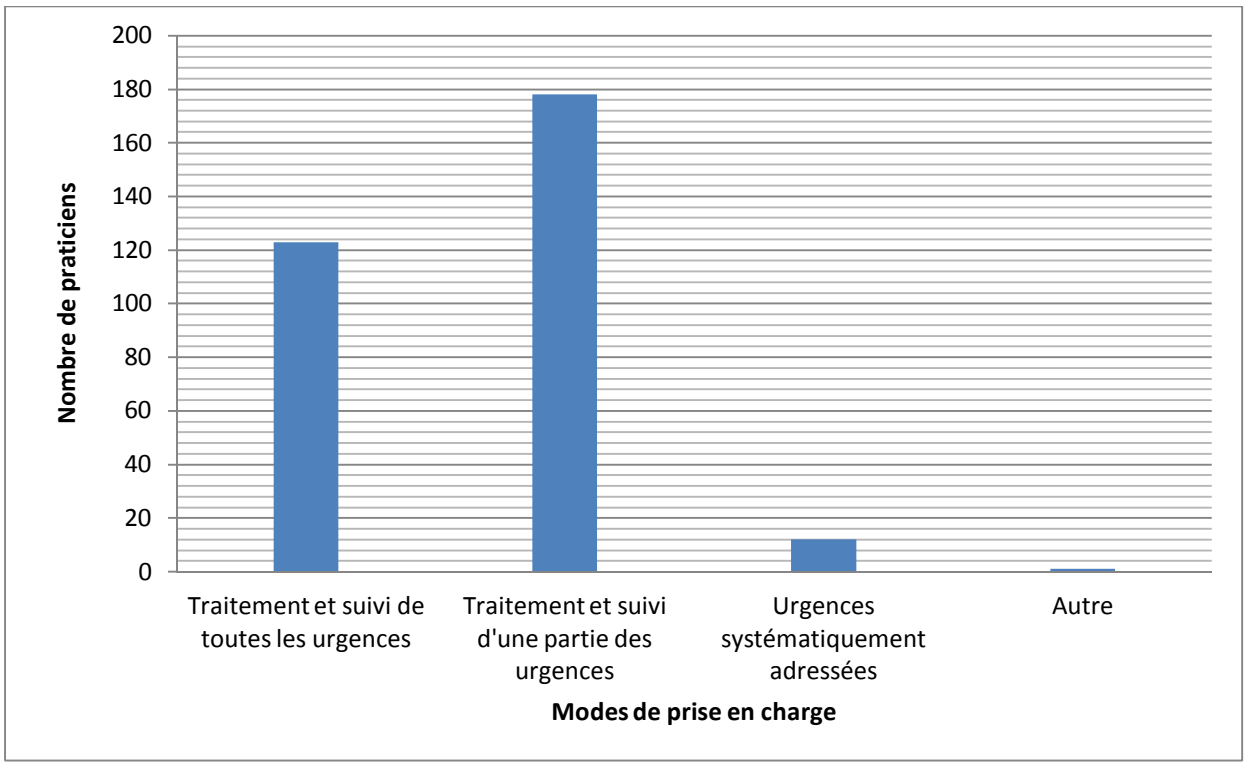


Figure 8 : distribution globale des modes de prise en charge des urgences traumatiques dentaires

La majorité des praticiens (56,7%) ont répondu ne traiter et n'assurer le suivi que d'une partie des urgences traumatiques. 39, 1% en traitent et en assurent le suivi de sa totalité, et 3,8% déclarent adresser systématiquement tout patient venant consulter pour de tels accidents. Un seul praticien sur les 314 a coché la case « autre » en nous précisant : « antibiothérapie, bain de bouche et c'est tout ! ».

2.1.6.2 Distribution des modes de prise en charge des urgences traumatiques dentaires selon le profil dâactivité des chirurgiens dentistes (figure 9)

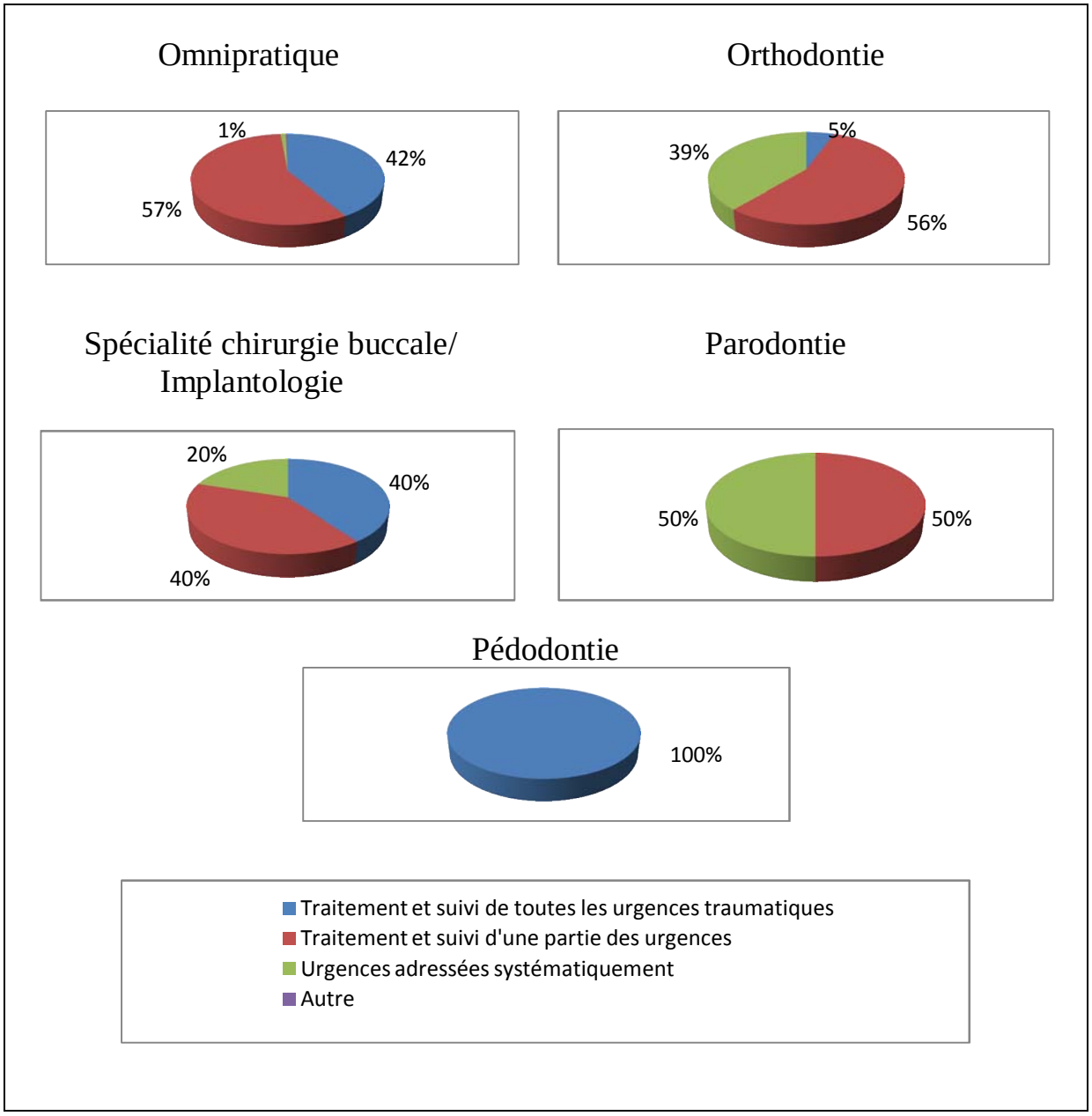


Figure 9 : distribution des modes de prise en charge des traumatismes dentaires selon le profil dâactivité des chirurgiens dentistes

On constate quâexcepté le pédodontiste qui déclare traiter et assurer la totalité des ses urgences traumatiques, la majorité des autres praticiens, toute autre activité confondue, en traite et en assure le suivi en partie seulement.

2.1.7 Motifs de non prise en charge des urgences traumatiques

Dans cette partie, nous allons étudier les raisons pour lesquelles les 191 praticiens parmi ceux interrogés adressent une partie ou la totalité de leurs patients. Cette partie ne concernera donc pas les chirurgiens dentistes ayant déclaré traiter la totalité de ces urgences.

2.1.7.1 Distribution globale des motifs de non prise en charge des urgences traumatiques (figure 10)

Plusieurs motifs ont pu intéresser un même praticien.

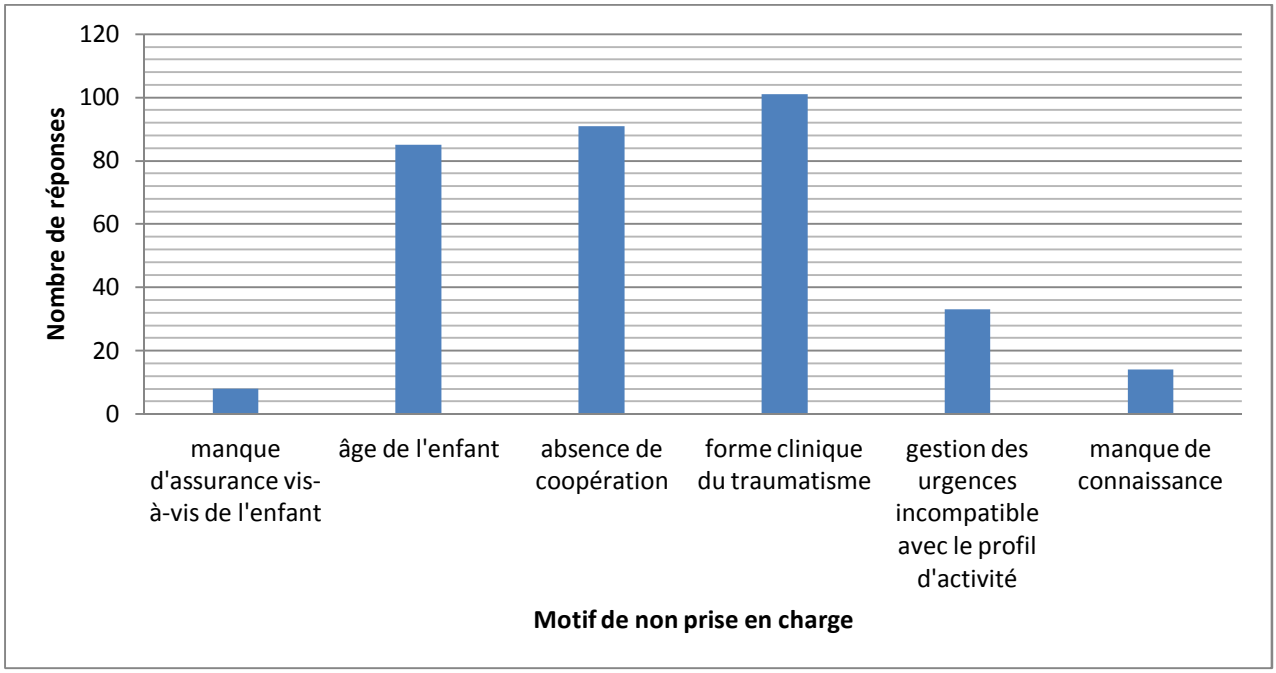


Figure 10 : distribution globale des motifs de non prise en charge des urgences traumatiques

Les résultats nous montrent que les principaux motifs de non prise en charge des urgences traumatiques sont la forme clinique du traumatisme (30,4%), suivie par l'absence de coopération de l'enfant (27,4%) et l'âge de l'enfant (25,6%). L'incompatibilité de gestion de ces consultations ne représentent que 9,9% de ces motifs, le manque de connaissance 4,3% et le manque d'assurance du praticien vis-à-vis de l'enfant 2,4%.

2.1.7.2 Distribution des motifs de non prise en charge des urgences traumatiques selon le profil dôactivité (figure 11)

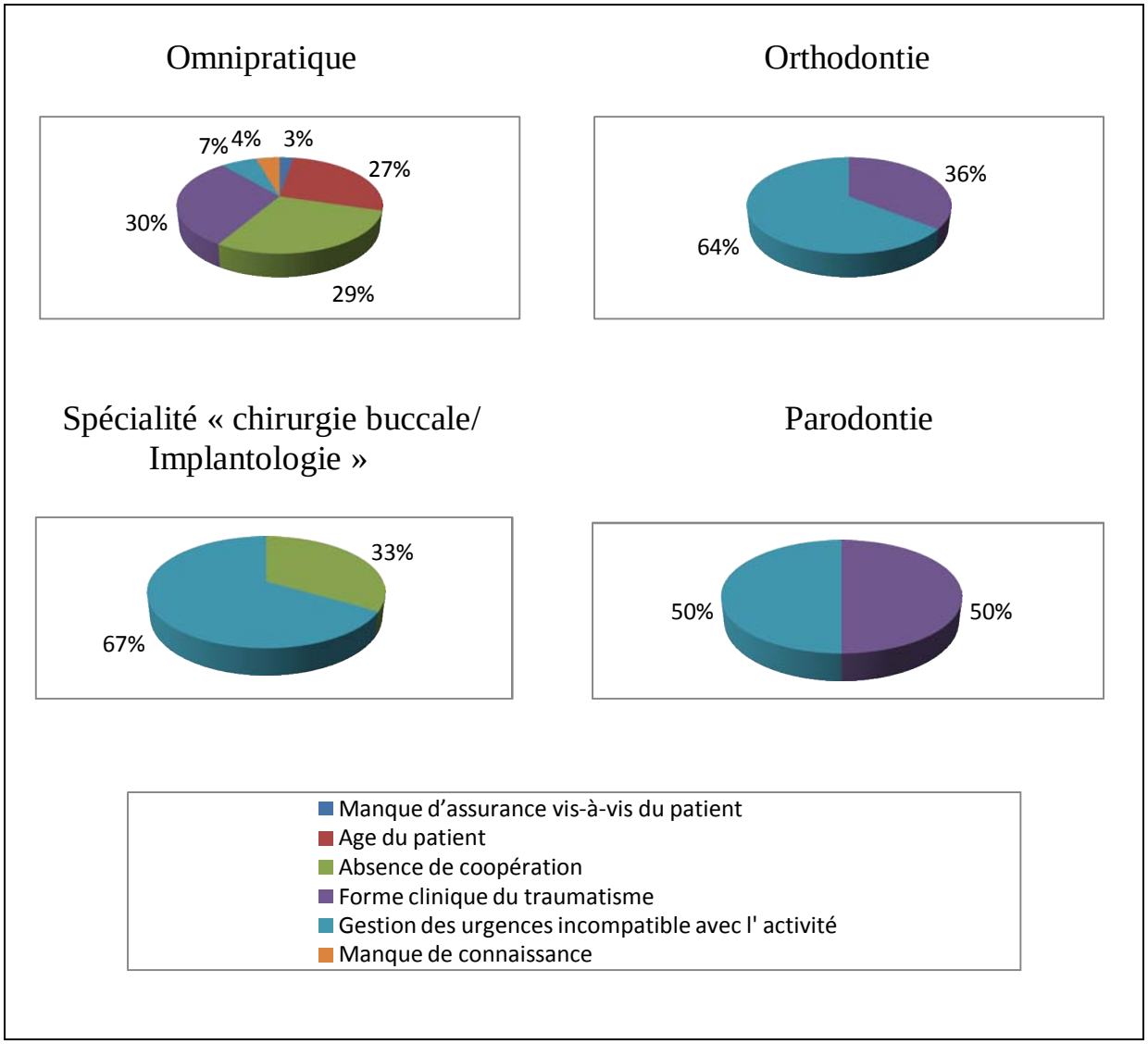


Figure 11 : distribution des motifs de non prise en charge des urgences traumatiques selon le profil dôactivité

Le pédodontiste interrogé dans notre enquête ayant déclaré traiter la totalité de ses urgences, le profil dôactivité « pédodontiste » nôapparaitra pas dans cette partie de lôétude.

Nous constatons que le motif principal évoqué par les parodontistes, les orthodontistes et les dentistes exerçant une activité de « chirurgie buccale/implantologie » est lôincompatibilité de la gestion de telles urgences avec leurs activités.

La majorité des omnipraticiens ont, quant à eux, donné comme raisons principales : la forme clinique du traumatisme (30% des omnipraticiens), lôabsence de coopération (29% des omnipraticiens) et lôâge du patient (27% des omnipraticiens).

2.1.8 Orientation des patients consultant pour traumatisme dentaire (figure 12)

Dans notre questionnaire, nous avons posé la question du choix de lôorientation du patient aux 191 praticiens concernés avec trois possibilités de réponses : chez un confrère, aux urgences hospitalières ou en consultation dentaire hospitalière (en lôoccurrence ici le service dôodontologie de Brabois enfants ou le service dôodontologie de la faculté).

Certains praticiens ont déclaré plusieurs choix dans lôorientation de leurs patients.

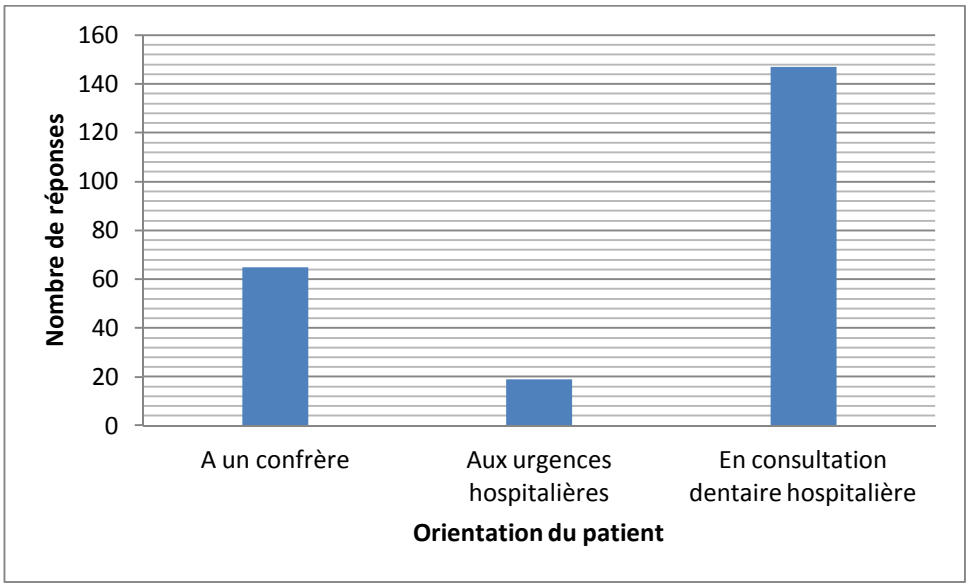


Figure 12 : distribution de lôorientation des patients

Les résultats montrent que la majorité des praticiens adresse leurs patients en consultation dentaire hospitalière (63,6%). En seconde intention, les praticiens orienteront leurs patients vers un confrère (28,2 %). Une très grande majorité de ces praticiens nous ont précisé quôil sôagissait dôun confrère pédodontiste. Enfin, les praticiens dirigent leurs patients aux urgences hospitalières à hauteur de 8,2%.

2.1.8.1 Evaluation des formations sur les urgences traumatiques dentaires

La dernière partie de notre questionnaire portait sur lôévaluation pour les chirurgiens dentistes des formations concernant les urgences traumatiques dentaires (formations universitaires et/ou post- universitaires). Les réponses sont illustrées figure 13a et 13b.

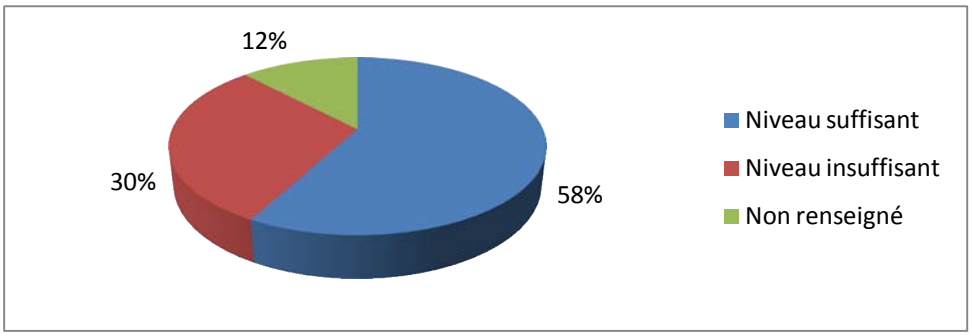


Figure 13a : aspect quantitatif de lôappréciation des niveaux de formation sur les urgences traumatiques

58% des praticiens interrogés estiment leur niveau de formation (formations universitaires et post universitaires sur les urgences traumatiques) suffisant, alors que 30% pensent le contraire. 12% des praticiens ne se sont pas exprimés à ce sujet.

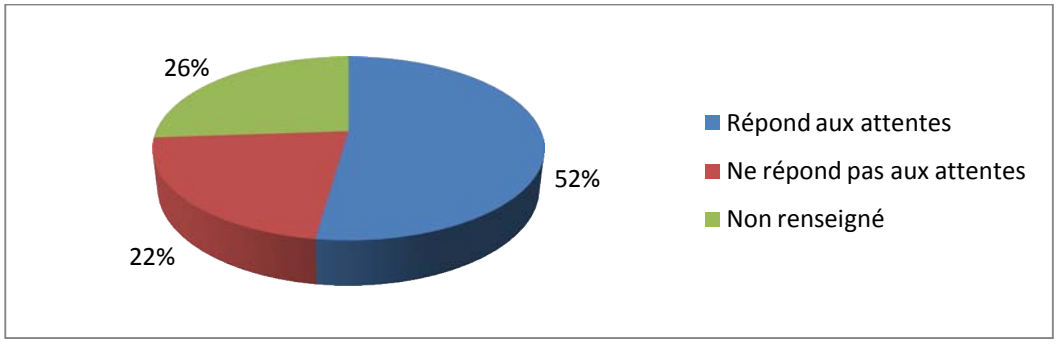


Figure 13b : aspect qualitatif de lôappréciation des niveaux de formation

52 % des praticiens interrogés estiment que les formations universitaires et post universitaires concernant les urgences traumatiques répondent à leurs attentes, alors que 22 % dôentre eux pensent le contraire. 26 % des praticiens nôont pas répondu à cette question.

2.2 ETUDE RETROSPECTIVE

réalisée au service odontologique de lôHôpital dôEnfants (01 janvier 2009/ 31 décembre 2010).

Nous avons, dans cette étude, recensé toutes les urgences dentaires traumatiques qui se sont présentées au service dôodontologie de lôhôpital sur une période donnée. Ainsi, nous avons pu recueillir des informations détaillées concernant lôâge des enfants, les circonstances de lôaccident (lieu, causeé), le type de lésion, le nombre de dents lésées. Nous avons également relevé ce qui avait orienté les patients vers le service dôodontologie de lôHôpital dôEnfants.

Nous avons dénombré 130 consultations dôurgences de nature traumatique.

Des documents incomplets nous ont amené à exclure 5 cas de notre étude.

2.2.1 Caractéristiques des patients

Lâge des patients venus consultés pour traumatismes dentaires sôéchelonne de 7 mois à 14 ans. Pour les besoins de la présentation, quatre classes dâge ont été établies : moins de 3 ans, de 3 à 6 ans, de 6 à 12 ans, plus de 12 ans.

La figure 14 représente la distribution par classes dâge de ces patients.

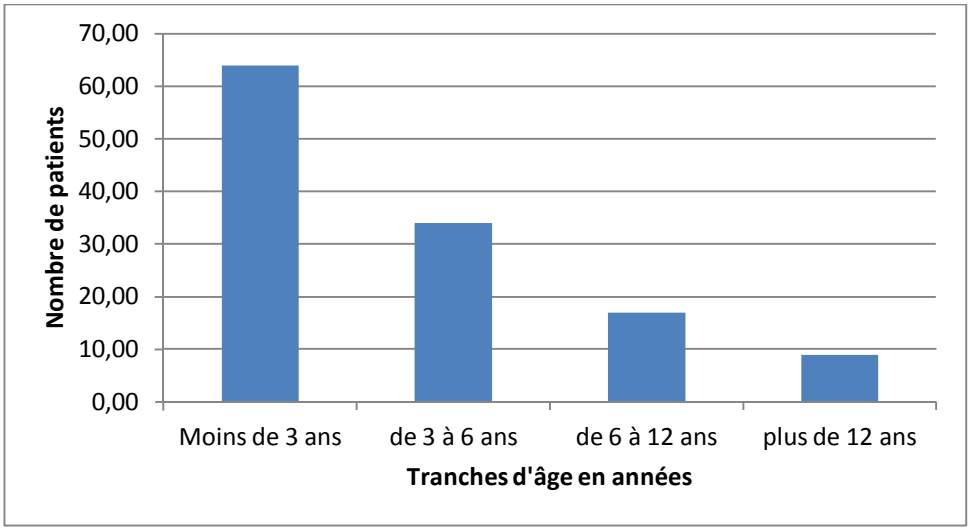


Figure 14 : distribution globale des patients selon lâge

Les résultats nous montrent que le classe dâge la plus touchée par les accidents traumatiques est celle des « moins de 3 ans » (51,2 %), suivent les tranches de « 3 à 6 ans » (27,2%) , de « 6 à 12 ans » (13,6%), et enfin de « plus de 12 ans » (8%). On sôaperçoit donc que plus la classe dâge augmente, moins les traumatismes sont fréquents.

2.2.2 Lieu du traumatisme

La figure 15 représente la distribution des enfants selon le lieu de survenue du traumatisme. Le graphique montre la répartition des différents lieux observés au cours de notre enquête.

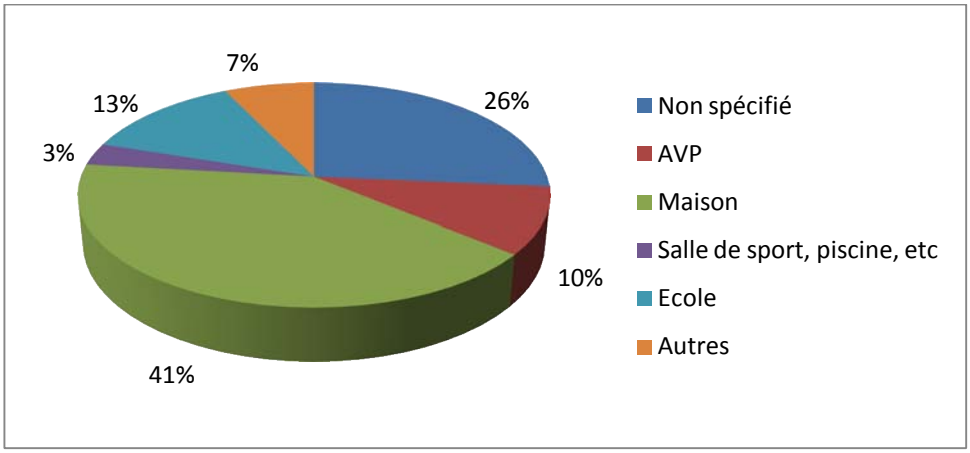


Figure 15: distribution des traumatismes selon le lieu dôapparition

Il est frappant de constater que pour plus dôun traumatisme sur quatre, le lieu de lôaccident nôétait pas connu. On peut émettre plusieurs hypothèses à ce sujet :

- soit la question nôa pas été posée
- soit le renseignement nôa pas été notifié
- soit ni les parents, ni même lôenfant, pouvaient mentionner avec précision cette information, ceci par manque de surveillance de la part des parents ou par oubli lié à la confusion post- traumatique.

Pour le reste, les accidents domestiques prédominent assez nettement, suivis par les accidents à lôécole et les accidents de la voie publique.

On observe que dans la majorité des cas (41%) les traumatismes dentaires surviennent à la maison (domicile des parents). Environ un quart (26%) des lieux de survenue nôa pas pu être spécifié dans notre enquête (fiche mal remplie, impossibilité dôavoir le renseignement lors de la consultation, etc.). 13 % des traumatismes dentaires ont lieu a lôécole, 10% sont liés à des accident de la voie publique, et enfin 3 % sont casés par la pratique dôune activité sportive.

2.2.3 Les lésions dentaires

2.2.3.1 Nombre de dents lésées par patient (figure 16)

Nous avons relevé parmi nos 125 patients enregistrés 199 dents traumatisées : 160 dents temporaires (80,4%) et 39 dents permanentes (19,6%). Trois patients ont du être retirés de lôétude en raison dôun manque de précision concernant les dents traumatisées (numéro, nombre, etc.).

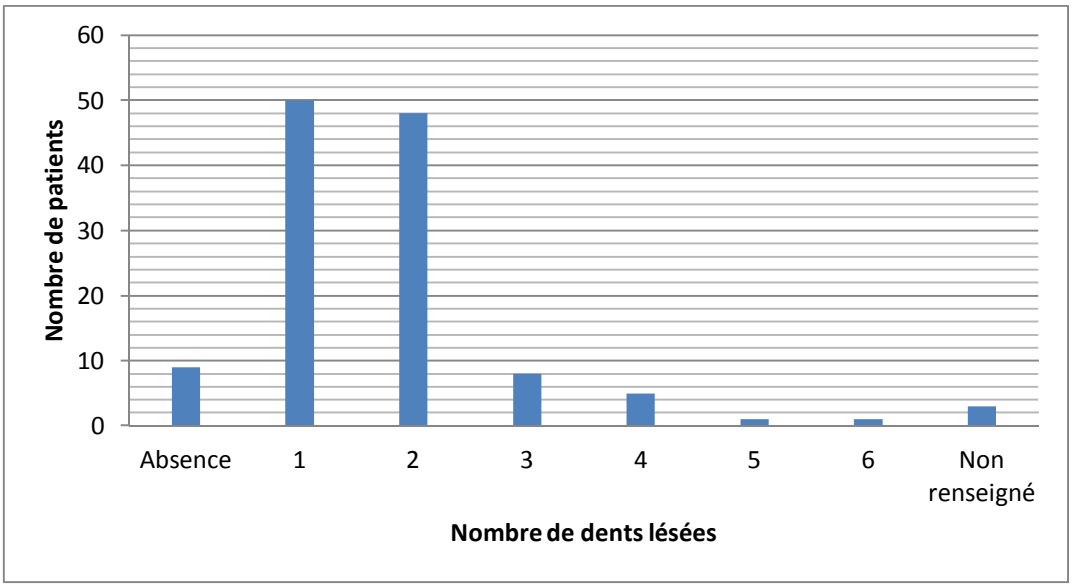


Figure 16 : distribution des patients selon le nombre de dents lésées par accident

Une ou deux dents traumatisées ont été relevées chez la majorité de nos patients (respectivement 40% et 38,4%). 6,4% des patients ont présentés trois dents lésées. Pour finir, 5,6 % des sujets présentaient une bouche avec au moins 4 dents accidentées. Nous avons recensé 9 cas (7,2 %) pour lesquels aucune dent nôétait touchée mais qui avaient tout de même été répertoriés dans la classe des traumatismes dentaires par le service des urgences car ils présentaient hématomes, plaies ou autres. Le maximum de dents lésées simultanément chez un patient était de 6.

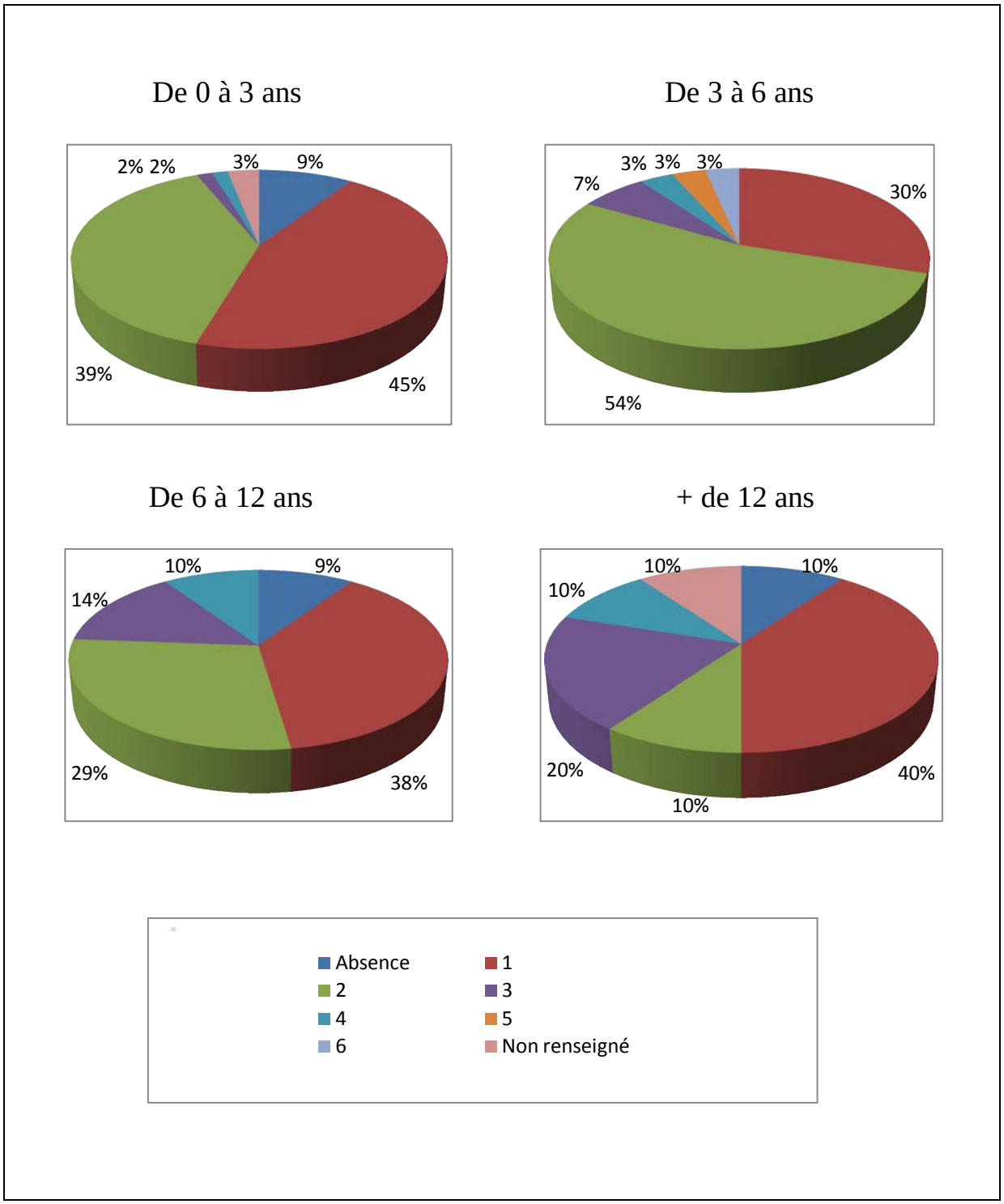


Figure 17 : distribution des patients par tranches dâge et par nombre de dents lésées

Dâaprès la figure 17, la majorité des accidents se traduit par des lésions dâune seule dent pour les tranches dâge de « 0 à 3 ans » (45%), de « 3 à 6 ans » (30%) , de 6 à 12 ans (38%) et de « + de 12 ans » (40%). Pour les « 3 à 6 ans », les traumatismes se soldent principalement par des lésions de deux dents. Enfin, dans notre enquête, les traumatismes à lésions multiples avaient essentiellement pour cible les enfants âgés de plus de 3 ans.

2.2.3.2 Localisation des dents traumatisées (figure 18 et 19)

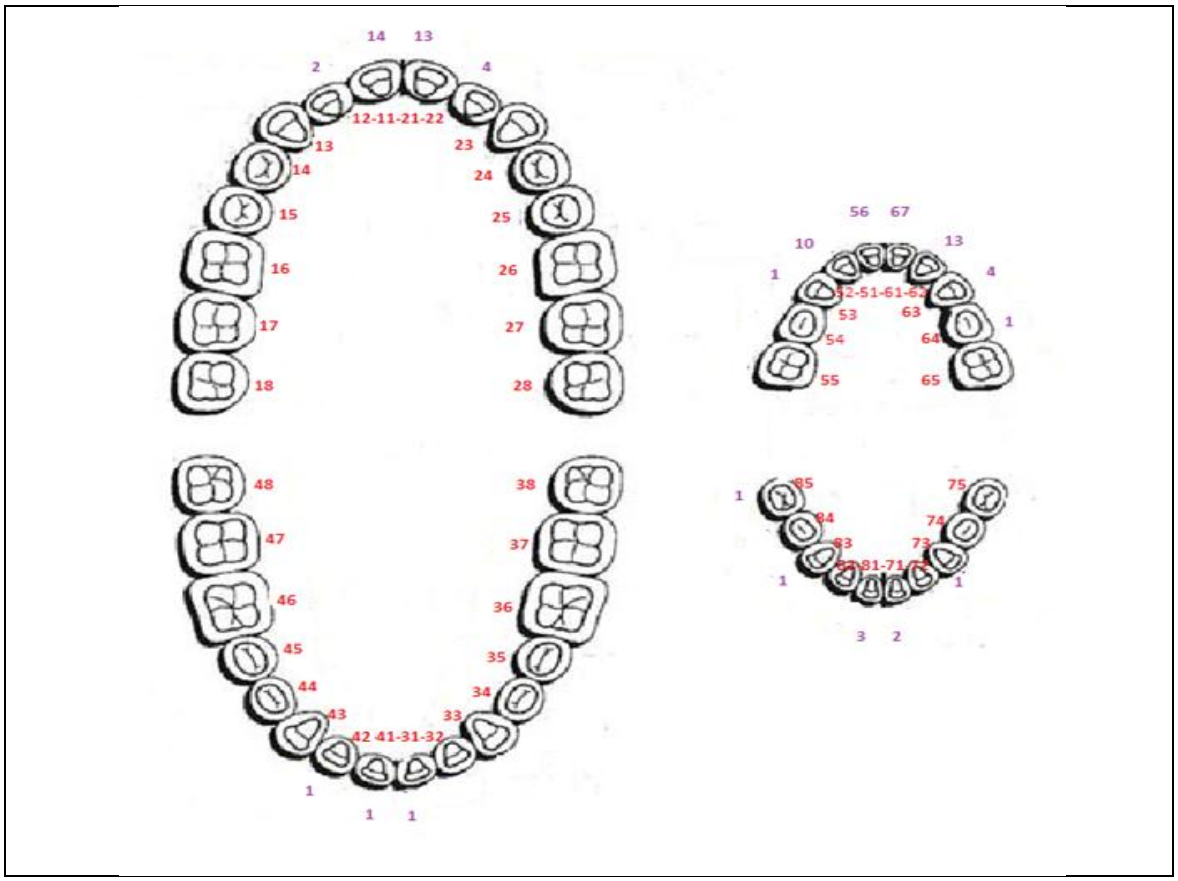


Fig. 18 : distribution des dents traumatisées par type

Cette figure s'inspire des schémas de bouche conventionnels. Les chiffres notés en caractère rouge correspondent au numéro des traumatisées, ceux inscrits en violet indiquent le nombre de dents qui ont été affectées. Ainsi nous pouvons lire que l'incisive centrale maxillaire droite temporaire (dent numéro 51) a été touchée 56 fois.

D'après ce schéma, on constate que la dent la plus traumatisée sur l'ensemble des deux dentures est l'incisive centrale maxillaire (75,3%), soit cinq fois plus que l'incisive latérale supérieure (14,5%). Les canines mandibulaires, quant à elles, ne représentent que 1% du total des dents lésées. Cette distribution est globalement similaire dans les deux dentures. A noter également que l'ensemble des huit incisives représente 93,4% de toutes les dents traumatisées.

Ces résultats sont illustrés sur les histogrammes suivants.

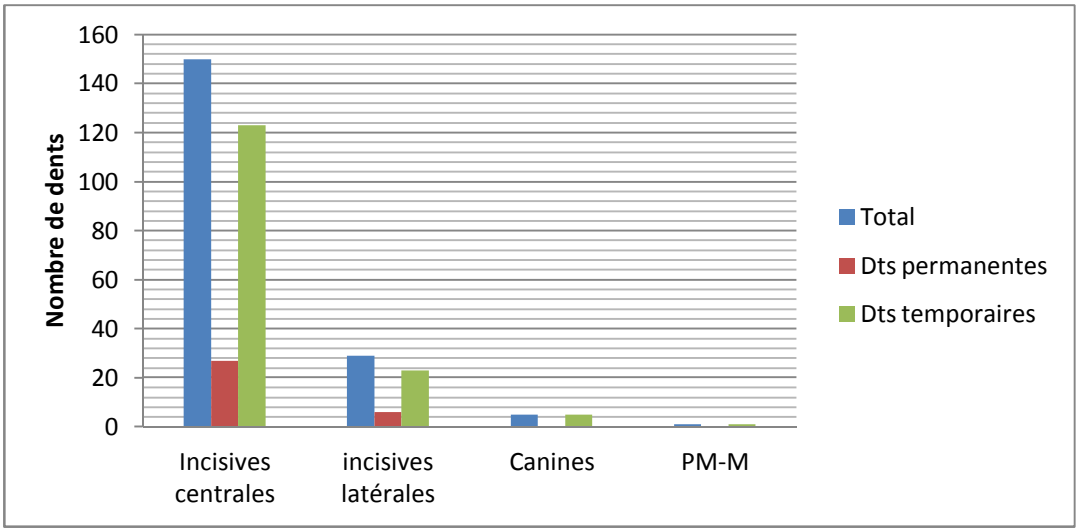


Figure 19a : distribution des dents maxillaires traumatisées selon leur type

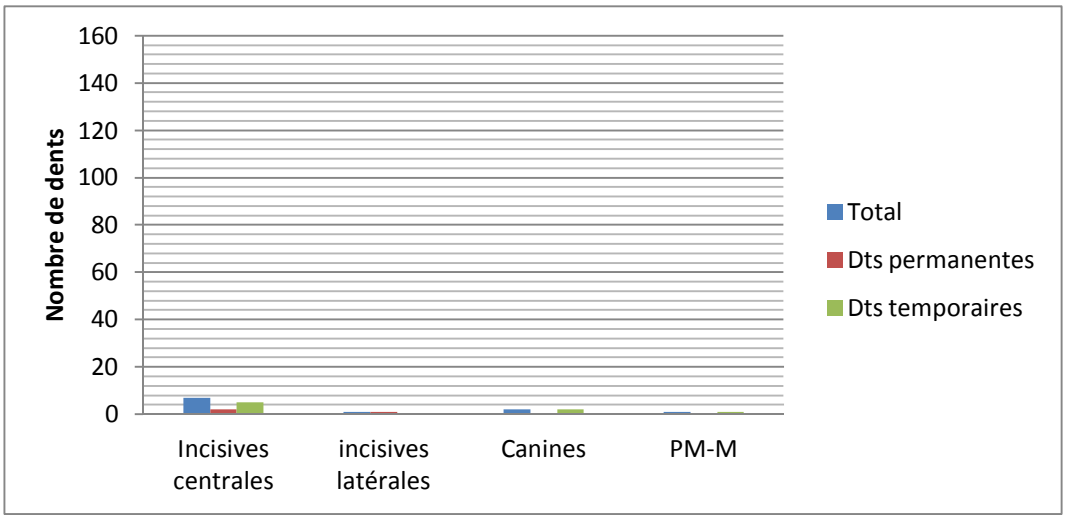


Figure 19b : distribution des dents mandibulaires traumatisées selon leur type

2.2.4 Formes cliniques des traumatismes dentaires

2.2.4.1 Distribution

La distribution des différents types de traumatismes dentaires est représentée sur la figure 20.

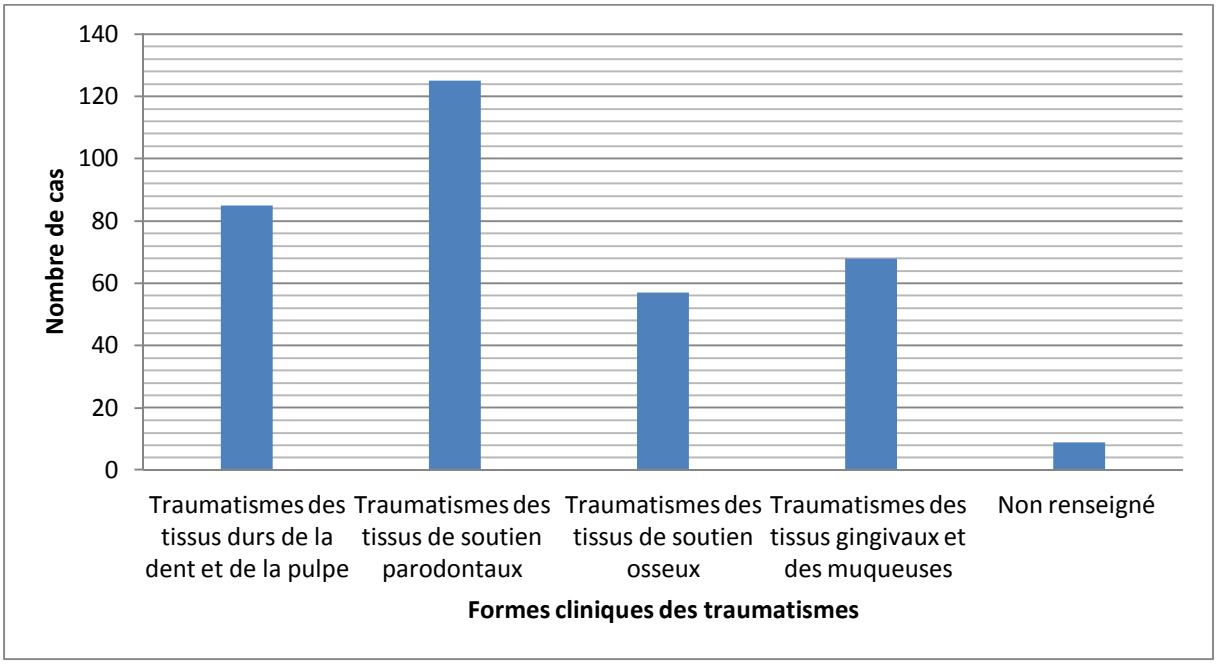


Figure 20 : distribution des différents types de traumatismes dentaires

A noter que si une dent est affectée de plusieurs lésions simultanées, tous les diagnostics sont reportés séparément.

Sur lœensemble des accidents, les traumatismes affectant les tissus périodontaux constituent 36,3 % du total des traumatismes dentaires enregistrés. Seulement 24,7 % des lésions concernent les tissus durs, 19,7% concernent les tissus gingivaux et des muqueuses et 16,5% concernent les tissus de soutien osseux. 2, 6 % des cas nœont pas été renseigné.

2.2.5 Distribution selon lôâge (figure 21)

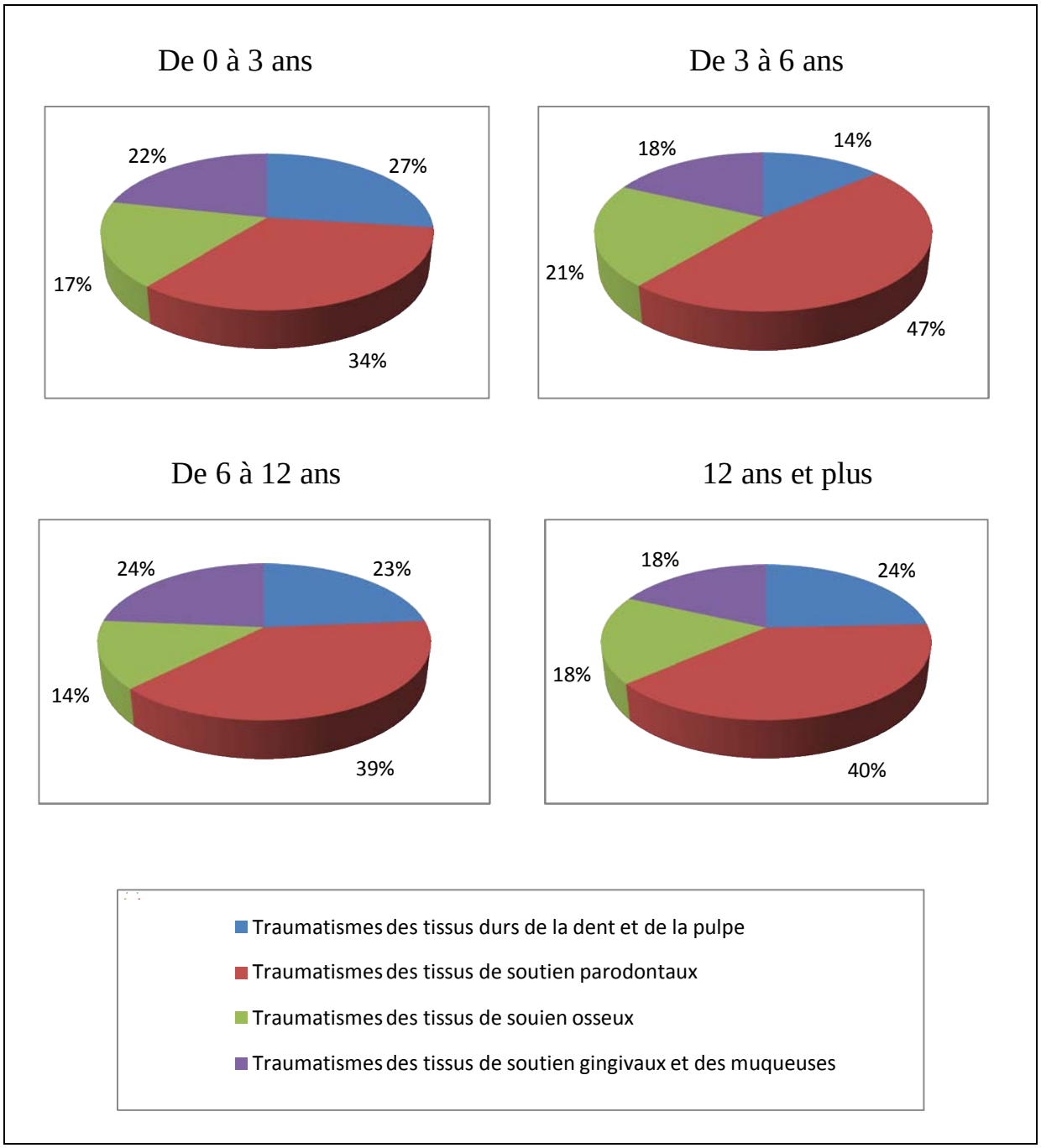


Figure 21 : distribution des patients par tranches dôâge et par type de traumatismes

Lôanalyse des résultats nous a permis de constater des différences importantes, selon les tranches dôâges, dans la distribution des différents diagnostics de traumatismes dentaires. Quelque soit la tranche dôâge, les traumatismes des tissus de soutien parodontaux sont majoritaires.

2.2.6 Les autres lésions

2.2.6.1 Les lésions générales

Le tableau 1 dresse la liste des diagnostics généraux posés au cours de notre enquête.

Diagnostic général	Nbre de cas	Pourcentage
R.A.S	116	92,8%
Traumatisme crânien	1	0,8%
Fracture mandibulaire	1	0,8%
Fracture nez	2	1,6%
Non renseigné	5	4%

Tableau 1 : distribution des diagnostics généraux

Sur les 125 patients, 116 ne montrent aucun symptôme dôordre général, 1 a été victime de traumatisme crânien, 1 de fracture mandibulaire, et 2 de fracture du nez. Nous avons recensé 5 cas où ces renseignements nôétaient pas précisés.

2.2.6.2 Les lésions extrabuccales (tableau 2)

.

Diagnostic extrabuccal	Nombre de cas	Pourcentage
R.A.S	64	44,1%
Lésion lèvre sup.	47	32,4%
Lésion lèvre inf.	9	6,2%
Lésion arcade zygomatique	4	2,8%
Lésion joue	5	3,4%
Lésion menton	3	2,1%
Lésion nez	4	2,8%
Lésion front	2	1,4%
Non renseigné	7	4,8%

Tableau 2 : distribution des diagnostics extrabuccaux

N.B. : la somme des diagnostics est supérieure au nombre total de patients car plusieurs sites peuvent être lésés simultanément.

La majorité des patients ne présente aucune lésion extrabuccale, alors que 32,4% ont eu la lèvre blessée. Les 125 enfants ont été victimes de 145 lésions extrabuccales dont le répartition est illustrée sur la figure 23.

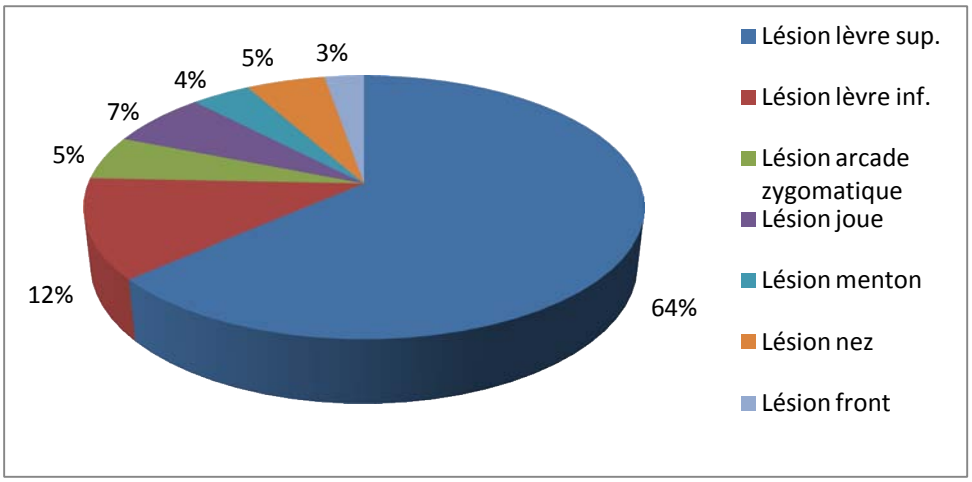


Figure 22 : distribution des lésions extrabuccales

Le site le plus fréquemment lacéré était la lèvre supérieure (64%), suivie par la lèvre inférieure (12%), les joues (7%) et le nez et les arcades zygomatiques (5%).

2.2.6.3 Les lésions intrabuccales (tableau 3)

Diagnostic intrabuccal	Nombre de cas	Pourcentage
R.A.S.	76	60,8%
Lésions freins	8	6,4%
Fracture os alvéolaire	4	3,2%
Lésions muqueuse gingivale	29	23,2%
Lésion muqueuse jugale	1	0,8%
Lésion muqueuse linguale	0	0%
Non renseigné	7	5,6%

Tableau 3 : distribution des diagnostics intrabuccaux

Dans la majorité des cas (60,8%), lœxamen intrabuccal ne montre aucune lésion. Seuls 42 des 125 patients (33,6%) ont présenté une ou plusieurs lésions. Leur répartition est illustrée sur la figure 24.

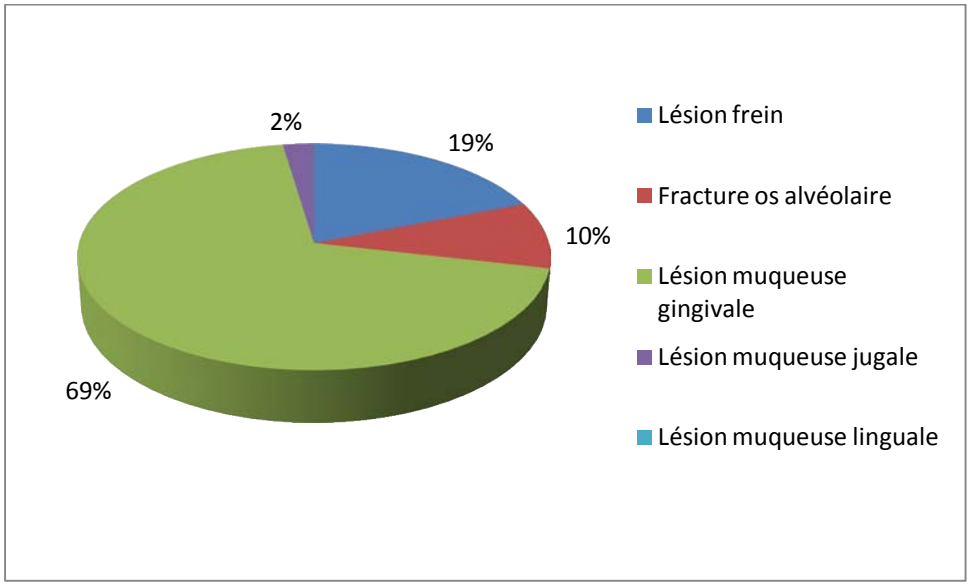


Figure 23 : distribution des lésions intrabuccales

La muqueuse gingivale est le site le plus souvent lésé (69%), tandis que les blessures des freins de lèvres sont observées dans 19 % des cas.

2.2.1 Patients adressés ou non

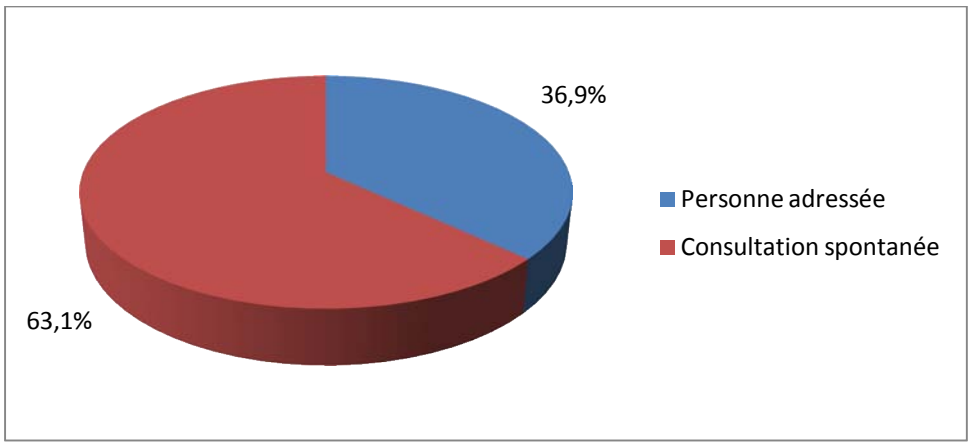


Figure 24 : distribution des patients adressés

Nous constatons dôaprès les résultats de la figure 25 que sur les 125 patients venus consulter au service dôodontologie, 45 patients (36,9%) nous ont été adressés alors que 77 patients (63,1%) sont venus consulter le service de leur propre initiative (sachant que certains enfants étaient déjà suivi au service). Nous avons 3 dossiers patients pour lesquels nous nôavons pas de renseignements à ce sujet.

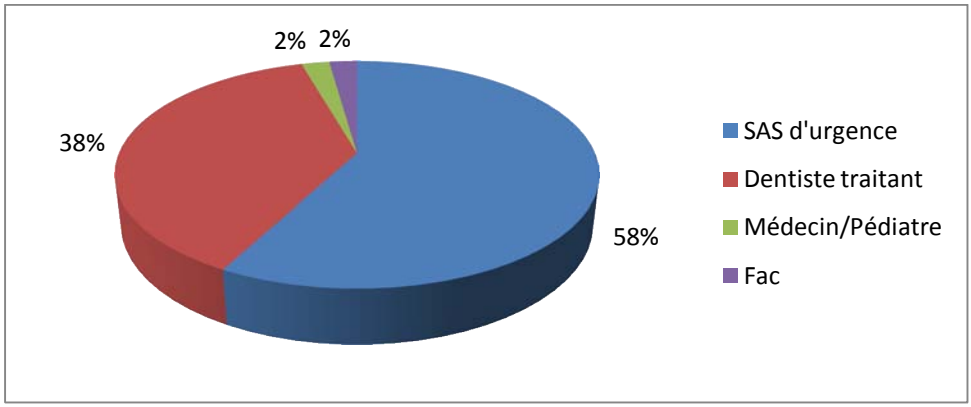


Figure 26 : distribution des patients adressés selon la personne qui adresse

Dôaprès les résultats de la figure 26, un peu plus de la moitié des patients (58%) nous ont été adressés par le SAS dôurgence de lôHôpital dôEnfants, 38% ont été orientés vers notre consultation par le dentiste traitant, dôautre part le même pourcentage de patients, 2%, est venu en consultation sur les conseils de leur médecin traitant (ou pédiatre) ou suite à un passage au service dôodontologie de la faculté dentaire.

3 DISCUSSION

3.1 MATERIELS ET METHODES

3.1.1 Recensement des cas

Au cours de notre enquête, seuls les patients qui se sont rendus à lôhôpital à la suite dôun choc traumatique et qui présentaient des lésions dentaires ont été enregistrés. Il est évident que bon nombre de cas nous ont échappé.

En effet, les enfants victimes de traumatisme dôun degré de sévérité modéré, tels que les contusions ou les fêlures coronaires, ne sont pas nécessairement conduits vers un service dôurgences. Certains parents ne jugent pas utile de consulter, dôautres sollicitent leur dentiste traitant.

Aussi, lorsque des lésions générales graves, comme certains traumatismes crâniens ou faciaux, noircissent le tableau clinique, le patient est souvent amené directement dans un service spécialisé (neurochirurgie, chirurgie maxillofaciale).

Par conséquent, notre étude ne nous a pas permis de recenser tous les cas observés sur une période de deux ans. Nous ne pouvons donc pas parler de prévalence. Ce qui constitue lôinconvénient majeur des études rétrospectives.

Pour recenser tous les cas de notre étude, nous avons consulté le registre des consultations. Il faut savoir que toute personne se présentant au service est enregistrée sur un livre dans lequel figurent les informations suivantes :

- Nom et prénom du patient
- Date de naissance
- Date de visite
- Contenu de la consultation
- Cotation sécurité sociale
- Initiales de lôopérateur

Pour quôun patient puisse être inclus dans notre échantillon, le terme « traumatisme dentaire » doit être indiqué dans le cadre réservé au motif de consultation.

Malheureusement, en lôabsence de cette indication, quelques traumatismes dentaires ont pu nous échapper.

Le recensement engagé pendant notre enquête nous permet juste de conclure quôau moins 125 cas de traumatismes dentaires ont été observés au service dôodontologie à lôHôpital dôEnfants. Le contrôle effectué pendant cette période nous autorise à penser que lôintervalle dôerreur reste petit, bien que non négligeable.

A cela, il faut ajouter les réponses approximatives des praticiens libéraux à notre enquête quant au nombre de traumatismes auxquels ils sont confrontés. Le questionnaire ne permettait pas de recenser leurs traumatismes, mais plutôt de dresser un état des lieux global des traumatismes dentaires se présentant en cabinet et de la gestion de telles urgences par les praticiens.

La majorité des praticiens libéraux (53,5%) ont estimé être confrontés à un traumatisme dentaire seulement une à deux fois par an, 41,7% ont estimé que le rythme des urgences traumatiques est de une à deux fois par mois et 4,8% des dentistes pensent rencontrer des traumatismes dentaires au cabinet plusieurs fois par mois. Lôétude rétrospective a recensé 125 cas sur deux années, soit en moyenne un ou deux cas par mois. Les résultats des deux enquêtes sont donc en accord.

3.1.2 Collecte des informations

3.1.2.1 Etude rétrospective

Pour tous les cas recensés, le recueil des données a été décomposé en deux étapes :

- Tout dôabord, une consultation à partir de laquelle des informations brutes se sont dégagées.
- Ensuite, une transcription des informations sur des documents (fiches dôexamen, dossier du service).

Chacune de ces phases mérite des réflexions que nous nous proposons dôexposer dans ce chapitre.

- Consultation

La consultation effectuée au cours de notre étude commençait par un interrogatoire dont le but était de nous renseigner sur les caractéristiques du patient (âge, sexe), sur les circonstances de lôaccident (lieu) et sur lôanamnèse. Conduite convenablement, cette étape devait nous fournir toutes les informations intéressantes, ce qui fut le cas souvent. En revanche, par manque de temps ou dôintérêt, ce questionnaire était parfois négligé. Lôanalyse des résultats nous montre en effet que le lieu de lôaccident nôétait pas renseigné pour 26% des patients . Il est certain quôune part de ces pourcentages est à mettre sur le compte dôun interrogatoire succinct. Toutefois, il convient de rappeler que deux autres raisons peuvent expliquer lôabsence de ces données. En effet, sur certains documents rien ne transparaissait de lôinterrogatoire. De plus, les parents, et mêmes les enfants, ne se rappelaient pas toujours des circonstances exactes du choc.

La consultation se poursuivait par un examen clinique permettant dôétablir les diagnostics général, extrabuccal, intrabuccal et dentaire. Des manquements ont également été relevés dans cette partie de la consultation. En effet, pour 3 cas parmi les 125 recensés, le nombre de dents nôétait pas précisé et pour 9 cas, le type de traumatismes était inconnu.

Plusieurs raisons pourraient expliquer ces manquements.

Tout dôabord, certains opérateurs manifestent un manque dôintérêt pour de telles opérations administratives (recueil de données, etc.).

Ensuite, un temps compté et/ ou des effectifs en trop petit nombre peuvent parfois empêcher un investissement suffisant concernant le relevé des données. Lorsquôun patient victime dôun traumatisme dentaire se présente en consultation, les dentistes se consacrent souvent aux examens clinique et radiologique et/ ou à la rédaction dôun certificat médical initial.

Pour améliorer lôapproche de ce domaine, il est nécessaire dôapporter quelques changements.

- Transcription des informations

Les documents, sur lesquels sont théoriquement transcrites les informations, sont les témoins des problèmes rencontrés lors de la consultation. Cependant, leur abord a également été la source de difficultés et dôapproximations.

Pour les 130 patients recensés, seules 77 fiches ont été remplies, soit une fréquence de 61,6%. Lôimportance du volume représenté par les cas dépourvus de fiches peut sôexpliquer par un manque de temps ou par un oubli. De plus, 5 dossiers du service dôodontologie nôont pas été retrouvé. Nous avons donc été contraints dôéliminer de notre échantillon ces 5 cas pour lesquels nous ne disposions dôaucun document.

3.1.2.2 Enquête auprès des praticiens de Meurthe et Moselle

La majorité des praticiens libéraux nôont pas recensé leurs cas de traumatismes dentaires, mais nous ont donné des réponses approximatives issues de leur propre appréciation. Ceci nous a permis de dresser un bilan global sur la fréquence des traumatismes dentaires en cabinet libéral et de leur prise en charge.

3.1.3 Interprétation des résultats

Les réponses à lôenquête auprès des praticiens de Meurthe et Moselle ont été donné par différents praticiens. Il faut donc tenir compte des différentes appréciations des traumatismes dentaires et de leur classification par les praticiens.

Il en est de même pour lôétude réalisée à lôHôpital de Brabois où les consultations ont été réalisé par différents examinateurs. De plus, toutes les imperfections et erreurs rencontrées, tant dans le diagnostic que dans la rédaction des différents documents, nous ont contraint à faire un effort dôinterprétation des informations rapportées. Cette réflexion est basée la plupart du temps sur des déductions objectives, mais parfois sur des approximations subjectives.

Les déductions objectives s'appuient d'une part sur les tableaux cliniques décrits par les examinateurs, d'autre part, sur l'âge du patient qui nous permettait de corriger certaines confusions.

Les approximations subjectives concernaient le numéro de la dent ainsi que la détermination de certains diagnostics.

3.2 RESULTATS

3.2.1 Incidence

3.2.1.1 Enquête auprès des praticiens de Meurthe et Moselle

Sur les 486 praticiens concernés par notre enquête, 318 ont répondu à l'aide de l'enveloppe réponse jointe, soit environ 65%.

3.2.1.2 Etude rétrospective

130 cas de traumatismes dentaires ont été recensés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy au cours de la période décrite ; soit 65 cas par an.

3.2.2 Caractéristiques des praticiens de Meurthe et Moselle

Notre enquête portant sur les praticiens libéraux de ce département englobait tous les profils d'activité, avec une majorité d'activité omnipratique. Nous avons recensé le nombre de praticiens selon le type d'exercice, afin de nous permettre de mieux comprendre comment étaient gérées les urgences traumatiques en fonction de la spécialité.

3.2.3 Fréquence des urgences traumatiques en cabinet dentaire

Lôanalyse des résultats montre que la majorité des praticiens libéraux (53,5%), tout profil dôactivité confondu, estime être confrontée à une urgence traumatique environ « une à deux fois par an ». Une telle fréquence peut paraître surprenante. Ceci peut sôexpliquer par le fait quôen fonction de lôâge de lôenfant, du type dôaccident, du nombre de dents lésées, etc. , les patient sôorienteront plus facilement vers un service dôurgence hospitalier.

Lorsque nous détaillons les réponses en fonction du type dôexercice, nous remarquons que la fréquence de ces consultations augmente lorsque le profil dôactivité du praticien est lôorthodontie ou lôomnipratique. Il lôestime à « une ou deux fois par mois ». En effet, il est plus rare que les patients consultent un parodontiste ou un implantologue pour des traumatismes dentaires.

3.2.4 Caractéristiques des patients

3.2.4.1 Enquête auprès des praticiens de Meurthe et Moselle

Dans cette enquête, les praticiens estiment que les traumatismes dentaires concernent principalement les groupe des « 6 à 12 ans » (36,6%). Ce résultat est en accord avec la plupart des études menées à travers le monde : Turquie, Inde, Chili, Australie, Iran, etc. (**1, 11, 17, 30, 34, 36, 38**).

La classe des « 3 à 6 ans » représente 32,5% des consultations dôurgences traumatiques.

Toujours dôaprès notre enquête, la classe la moins concernée par les consultations dôurgences en cabinet serait celle des « moins de 3 ans ».On peut ici émettre lôhypothèse que cette tendance est liée au fait que pour les patients plus jeunes, les parents iront consulter spontanément un service dôurgence hospitalier et non leur dentiste traitant. En effet, lôanxiété chez les parents est plus élevée pour les jeunes enfants, même sôil sôagit de petits accidents (**3**). De plus, la littérature montre que lors des études où le groupe des « moins de 3 ans » était le plus concerné par les traumatismes dentaires, les enquêtes avaient été mené soit dans des

services d'urgence, soit dans les départements de dentisterie pédiatriques du pays concerné : Turquie, Corée du sud, Rio de Janeiro, etc. (**3, 6, 8, 17, 29, 37 , 39**).

Lorsque nous détaillons les résultats en fonction de chaque profil d'activité, nous remarquons que la classe des « moins de 3 ans » va principalement consulter chez le pédodontiste. Les parodontistes et la spécialité « chirurgie buccale/implantologie » sont principalement concernés par la classe des « plus de 12 ans ». Nous pouvons donc conclure ici qu'en fonction de leur spécialité, chaque praticien est intéressé par telle ou telle tranche d'âge. En effet, le pédodontiste soigne les enfants, donc la tranche d'âge qui le concerne le plus est celle des « moins de 3 ans ». La parodontie et la chirurgie buccale/implantologie concerne les adultes, donc leur tranche d'âge est celle des plus âgés.

3.2.4.2 Etude rétrospective

Dans la présente étude, le plus grand nombre de traumatismes dentaires a été enregistré dans le groupe des « moins de 3 ans ». Ces résultats sont bien conformes à notre enquête et aux études publiées (**3, 6, 8, 22, 29, 37, 39)**. En effet, en raison du jeune âge de certains patients et du choc des parents suite au caractère spectaculaire des lésions (saignements abondants, plaies de la face, gonflement péribuccalé), ces derniers non suffisamment en confiance se dirigeront vers un service d'urgence, et non vers le dentiste traitant.

Avant 5 ans, les activités et les objets de l'environnement familial paraissent constituer les facteurs de risque prédominants pour les traumatismes dentaires. Les mesures préventives, dans cet environnement, diminueraient les risques :

- Lumière et rampe dans les escaliers.
- Porte protectrice en haut et en bas des escaliers.
- Rampe et tapis en caoutchouc dans les salles de bains
- Eviter les sols glissants et/ou accidentés
- Supprimer la commercialisation de portes de verre.
- Caoutchouc au niveau des coins de table.

La décroissance des effectifs observée après 3 ans pourrait s'expliquer par l'exfoliation physiologique des dents temporaires antérieures. En effet, puisque la majorité

des patients recherche un traitement pour un traumatisme des dents antérieures, lôabsence de telles dents diminuerait le nombre de dents lésées.

Les activités physiques plus importantes dans les jeux ou dans la pratique sportive expliqueraient cette recrudescence. Les stratégies préventives devraient alors sôappuyer sur lôutilisation de dispositifs protecteurs (casque, protège dents).

La structure hospitalière étant réservée aux enfants, la moyenne dôâge y est relativement faible. En effet, 78,4% des patients recensés avaient moins de 6 ans au moment de leur accident.

3.2.5 Lieu du traumatisme

3.2.5.1 Enquête auprès des praticiens de Meurthe et Moselle

Dôaprès notre enquête, et conformément aux précédentes publications (**1, 4, 7, 9, 11,17, 18, 19, 28, 29, 30, 31, 33, 36, 39**) , les lieux les plus souvent décrits par les praticiens lors des accidents sont :

- Le domicile
- Lôécole/Crèche
- Lieux de sport et loisirs.

A lôécole, de nombreuses situations prédisposent les élèves à des accidents. Les jeux durant les récréations peuvent entraîner des collisions, des chutes et parfois des bagarres. Côest pour cette raison quôun important taux de traumatismes dentaires y est communément observé.

3.2.5.2 Etude rétrospective

Notre étude montre que la plupart des accidents se sont produits à lôintérieur de la maison. Ce résultat est dans lôensemble en accord avec notre enquête et les précédentes publications (**1, 4, 7, 8, 11, 17, 18, 19, 28, 29, 30, 31, 33, 36, 39**)

3.2.6 Formes cliniques des traumatismes dentaires

3.2.6.1 Enquête auprès des praticiens de Meurthe et Moselle

Dans notre enquête, toutes dentures confondues, les traumatismes des tissus durs de la dent et de la pulpe sont les plus communs (39,9%). Plus précisément, il sôagit des fêlures et des fractures. Les traumatismes des tissus de soutien parodontaux représentent 25,3%. Il sôagit là des subluxations , luxations, etc.

Le type de traumatisme dentaire est déterminé par la denture comme le suggère la majorité des auteurs (**18, 28, 31, 38**). Il semble que les accidents dento- alvéolaires, impliquant la denture temporaire, entraînent principalement des luxations dentaires étant donné la plus grande résilience de lôos alvéolaire et du ligament alvéolodentaire. En denture permanente, la présence de facteurs étiologiques plus variés et de traumatismes multiples élargit lôéventail des accidents et augmente la possibilité des fractures des tissus durs. Ainsi, par exemple, alors que les chutes aboutissent en denture temporaire essentiellement à des intrusions, en denture permanente, en revanche, les réflexes progressivement acquis par le patient avec lôâge déterminent une pathologie plus diversifiée.

Nos résultats sont donc en accord avec la littérature. Chez nos praticiens de Meurthe et Moselle, nous avons vu que la tranche dôâge la plus concernée était celle des « plus de 12 ans » ; il est donc logique que les traumatismes quôils déclarent rencontrer le plus souvent soient ceux des tissus durs de la dent et de la pulpe. De plus, ils ont estimé que la classe des « 3 à 6 ans » était concernée par les consultations dôurgences à hauteur de 32, 5%, ce qui expliquerait le taux non négligeable de traumatisme des tissus de soutien parodontaux.

Les traumatismes des tissus de soutien osseux sont les moins rencontrés en cabinet dentaire.

Nous nôavons pas noté de différences significatives en fonction du profil dôactivité.

3.2.6.2 Etude rétrospective

3.2.6.2.1 Nombre de dents lésées simultanément

Dans notre enquête, nous avons dénombré 199 dents traumatisées pour les 125 cas recensés ; soit une moyenne de 1,6 dents par patient. La majorité des accidents (50,6%) se soldait par des lésions de plusieurs dents. En effet, le nombre de dents lésées simultanément est lié à la gravité du traumatisme, est plus marqué en milieu hospitalier.

Ces résultats confirment nos hypothèses émises lors de notre enquête. La présence de multiples dents lésées peut donc décider un praticien à préférer adresser son patient ou inciter les parents à se diriger spontanément vers un service d'urgence hospitalier.

3.2.6.2.2 Types de dents

Comme dans toutes les études similaires, les incisives centrales maxillaires ont été les plus fréquemment traumatisées (**1, 3, 7, 8, 11, 27, 29, 30, 31, 36, 38, 39)**. Cette prédominance est telle qu'une corrélation entre le surplomb incisif (overjet) et la présence de traumatismes dentoalvéolaires a pu être suggérée (**1, 3, 15, 17, 20, 26, 36**).

Dans notre enquête, la forte proportion d'enfants en bas âge explique la nette prépondérance de traumatismes en denture temporaire (80,4%).

3.2.6.2.3 Les lésions dentaires

Dans notre étude, toute denture confondue, nous avons vu que les traumatismes des tissus de soutien parodontaux étaient les lésions les plus communes. Ce type de lésions atteignant les enfants les plus jeunes (moins de 6 ans) est jugées plus sérieux (intrusions, luxations latérales, fractures radiculaires) .

Ceci confirme à nouveau les hypothèses de notre enquête. Les enfants en bas âge, du fait de leur âge et de la forme clinique du traumatisme, seront emmenés en consultation d'urgence en milieu hospitalier, et non chez leur dentiste traitant.

3.2.6.2.4 Les lésions associées

Les traumatismes dentaires étaient quelquefois compliqués par des lésions générales (3,2% des cas), extraorales (51,1%) et intrabuccales (33,6%). Le seul lien significatif ayant pu être établi concernait les blessures intraorales, plus souvent associées à des luxations dentaires puisqu'elles affectent essentiellement de jeunes enfants.

Ces lésions expliquaient le fait de voir un patient, affecté de lésions associées sévères, être admis dans une unité chirurgicale du service des urgences, puis être adressé au cabinet dentaire afin qu'un contrôle et un suivi du traumatisme dentaire, même d'apparence minime, soient assurés.

La présence de lésions associées a une relation de cause à effet sur l'adresse ou la présence des patients en milieu hospitalier et non en cabinet libéral.

3.2.7 Prise en charge des patients par les praticiens libéraux

3.2.7.1 Modes de prise en charge

D'après notre enquête, la majorité des praticiens dit traiter et assurer la prise en charge partielle des urgences traumatiques. 39, 1 % traitent et assurent la totalité des urgences traumatiques se présentant au cabinet. 3,8% déclarent adresser systématiquement tout patient présentant un quelconque traumatisme.

La non prise en charge d'une urgence traumatique en cabinet dentaire peut s'expliquer de diverses manières :

- Certains praticiens montrent un manque d'intérêt vis-à-vis de la traumatologie.
  Par exemple, un praticien a répondu à cette question en nous disant : « antibiothérapie, bain de bouche et c'est tout ! ».
  Yeng T. et Parashos P. le décrivent clairement dans leur article (**43**). Il cite Hamilton et al., Kostopoulou et Duggal, qui nous ont rapporté que l'aspect financier est l'obstacle majeur à la prise en charge des traumatismes dentaires. D'après leur étude, la majorité des dentistes ont admis que le traitement des lésions traumatiques n'est pas rentable en cabinet.

Des commentaires nous ont souvent été laissé et expliquent ce manque dôintérêt :

Å insuffisance dans la prise en compte de la cotation N.G.A.P par rapport au temps passé.

ÅPeu de praticiens sont formés à la gestion des urgences pédodontiques et traumatiques et disent « ce nôest rien, ce sont des dents de lait ».

ÅActes chronophages qui nécessitent le report des rendez- vous

ÅActes très mal rémunérés

ÅTrop de praticiens nôaiment pas la pédodontie

ÅTrop faible rémunération

ÅAspect bénévole de lôart dentaire

ÅUrgences peu rémunératrices pour le retard quôelles occasionnent et le temps passé.

- Dôautres avouent un manque dôassurance vis-à-vis de lôenfant
- Lôâge et la coopération de lôenfant posent quelques fois problèmes aux praticiens
- La forme clinique du traumatisme peut les inciter à adresser
- Parfois, la gestion des urgences est incompatible avec le profil dôactivité
- Et dôautres fois, côest le manque de connaissance qui fait défaut.

Toutes ces raisons, hormis le manque dôintérêt de certains praticiens, seront exposées dans le paragraphe suivant.

Lorsque nous détaillons le mode de prise en charge en fonction du profil dôactivité, nous notons certaines différences. Le pédodontiste traite et assure la totalité de ces urgences. Les orthodontistes et parodontistes déclarent adresser en majorité la totalité de leurs urgences.

3.2.7.2 Motif de non prise en charge des urgences traumatiques

Comme dit précédemment, de nombreuses raisons peuvent expliquer la non prise en charge dôune urgence en cabinet.

La principale et la plus citée est la forme clinique du traumatisme. En effet, en fonction de la sévérité et de la complexité du traumatisme, la majorité des praticiens préfèreront adresser les patients. Même si la plupart des cas de traumatismes concernent une

seule dent, certains accidents mettent en jeu plusieurs dents lésées simultanément, comme le confirment certaines études (**1, 11, 33, 36**). De plus, certains cas peuvent parfois être compliquées par des lésions générales, extrabuccales et/ou intrabuccales. Une étude (**37**) a été réalisé pour nous montrer, quôen fonction de la gravité de traumatisme, un groupe de patients était dirigé pour traitement en médecine générale, lôautre groupe vers un dentiste pédiatrique. La forme sévère dôun traumatisme ou la présence de lésions associées peuvent donc décider un praticien à préférer adresser son patient pour une prise en charge plus complète du traumatisme.

Deux autres raisons nous ont été très souvent citées : ce sont lôabsence de coopération de lôenfant et lôâge de celui- ci. Nous avons vu précédemment que les praticiens de Meurthe et Moselle estimaient que 46,4% des urgences traumatiques se présentant au cabinet concernaient les enfants de moins de 6 ans. Le jeune âge des patients peut représenter un obstacle majeur à la prise en charge de telles consultations. De plus, une étude menée en Australie (**43**) portant sur la gestion des traumatismes dentaires par les dentistes généralistes montre que la non coopération dôun patient a été perçue par 70% des dentistes comme une difficulté importante à fournir un traitement dôurgence.

Le manque de connaissance ou dôassurance vis-à-vis de lôenfant peut également être un argument de dissuasion pour la prise en charge dôun traumatisme dentaire. En effet, la connaissance des dentistes joue un rôle très important dans ce domaine. De nombreux commentaires nous ont été laissés à ce sujet, parmi lesquels :

- Absence de fiche synthétique pour les praticiens concernant les CAT
- Traumatismes dentaires insuffisamment traités à la fac
- De gros trauma non vus en suffisance en tant quôétudiant
- Pour les traumatismes compliqués, connaissances incomplètes
- Informations pas assez fréquentes
- Pas de mise en situation pendant les études.

Des enquêtes réalisées dans des différents pays confirment ce manque de connaissance vis-à-vis de la gestion des traumatismes dentaires (**12,16, 30, 32, 40, 43, 44).**

Garcia-Godoy et Pulver soulignent lôimportance de la formation technique et scientifique des professionnels de santé lors du traitement des dents traumatisées (**32**).

Une enquête a été réalisée à Pékin, en Chine, à propos de la connaissance des chirurgiens dentistes sur la gestion des urgences. Les résultats ont démontré une connaissance insuffisante des dentistes chinois concernant la gestion des urgences.

Il est donc nécessaire dôaméliorer ces connaissances dans le traitement des urgences. Cette amélioration devrait être obligatoire, parce que ces blessures présentent de multiples défis pour lôéquipe dentaire ainsi que des complications pour le patient qui peuvent entraîner tout au long de sa vie des traitements longs et couteux. Des formations continues seraient un moyen formel pour améliorer le savoir des praticiens après lôobtention de leur diplôme.

La dernière raison qui a été évoquée pour la non prise en charge des urgences traumatiques en cabinet est lôincompatibilité de la gestion de telles urgences avec le profil dôactivité. Lorsque nous détaillons les réponses selon le mode dôexercice, nous nous rendons compte que seuls les praticiens exerçant une activité exclusive sont concernés par cette réponse. En effet, quôils soient parodontistes, orthodontistes, plus de la moitié déclare ne pas gérer les urgences traumatiques du fait de leur spécialité.

3.2.7.3 Orientation des patients

Lorsquôun chirurgien dentiste ne traite pas une urgence traumatique en cabinet, il adresse le patient à une tierce personne pour sa prise en charge. 147 praticiens ont répondu diriger les patients vers le service hospitalier de chirurgie dentaire de lôHôpital dôEnfants de Nancy, et 19 adressent directement aux urgences hospitalières . Ceci explique le fait que 36% des traumatismes dentaires vus au service nous avaient été adressé. Parmi ces patients, 38% avaient été vus par un chirurgien dentiste libéral, 58% par le S.A.S dôurgence.

3.2.8 Patients adressés au service dôodontologie de lôHôpital dôenfants

Dans notre échantillon composé de 125 patients, nous avons pu recenser 63,1% de consultation spontanée et 36,9% (soit 45 cas) de consultation conseillée par une tierce personne. La majorité des cas provenaient du SAS dôurgence de lôHôpital dôenfants (58%).

Ceci s'explique de plusieurs manières :

- nous avons vu précédemment que le plus grand nombre de traumatismes dentaires a été enregistré dans le groupe des « moins de 3 ans ». Lorsqu'un enfant en bas âge subit un tel accident, les parents auront tendance à l'emmener dans un service d'urgence hospitalier en première intention.
- nous avons également pu voir que les accidents entraînant des traumatismes dentaires se produisaient principalement à la maison. Il arrive aussi que ce soit suite à une bagarre, à la pratique d'un sport, à un accident de la voie publique, etc. Dans le cas d'accident plus grave, les parents iront spontanément dans un service d'urgence hospitalier.
- le fait que plusieurs dents peuvent être lésées simultanément (50, 6% des cas avaient au moins deux dents touchées selon nos résultats précédents) peut également inciter les patient à s'adresser en premier lieu dans un service d'urgence.
- la présence de lésions associées telles que des lésions générales (comme les traumatismes crâniens, les fractures mandibulairesé), les lésions extrabuccales (lésion de la lèvre supérieur, lésion de la joue ou du menton), ou encore les lésions intrabuccales (lésion du frein, fracture de l'os alvéolaire, etc.) poussent aussi les patients à se présenter spontanément en première intention dans un service d'urgence. Alors parfois, nous pouvons voir un patient admis dans une unité chirurgicale du service des urgences, puis être adressé au cabinet dentaire en prévision d'un contrôle et d'un suivi du traumatisme dentaire.

Toutes ces raisons peuvent expliquer que ces 45 patients aient été adressés au service d'odontologie de l'Hôpital d'Enfants.

Certains d'entre eux ont également été adressés au service par le dentiste traitant (38%), le pédiatre (2%, car les parents s'adressent rarement à lui si le problème est exclusivement dentaire) ou la faculté (2%, où les dentistes savent gérer les urgences traumatiques, sauf celles qui nécessite une anesthésie générale).

Les raisons précitées expliquent ce phénomène. Nous pouvons en déduire quelques autres :

- la forme clinique des traumatismes dentaires peut décider un praticien à diriger un patient vers un tiers. En effet, en fonction de la gravité du traumatisme, des

connaissances du praticien, de son assurance vis-à-vis des enfants, de lôâge de lôenfant ou de sa coopération, etc. , un praticien décide ou non de traiter et dôassurer le suivi des ces urgences.

- certains dentistes ne soignent pas les enfants en cabinet (manque de temps, appréhension, ne se sentent pas capables de gérer les traumatismes, etc.).
- dôautres ont un profil dôactivité qui ne leur permet pas dôassurer de telles urgences.

3.2.9 Niveau de formation sur les urgences traumatiques des praticiens libéraux

Précédemment de nombreuses raisons ont expliqué la non prise en charge des urgences traumatiques en cabinet dentaire. Deux dôentre elles étaient le manque dôassurance et de connaissance vis-à-vis des telles urgences. Nous avons donc demandé aux praticiens libéraux ce quôils pensaient du niveau des formations universitaires et post universitaires, et si ces formations répondaient à leur attente.

30% dôentre eux estiment que ces formations sont insuffisantes, mais 38 praticiens ont désiré ne pas répondre à cette question ; 22% estiment que ces formations ne répondent pas à leur attentes, mais 12% des praticiens nôont pas souhaité répondre à cette question.

De nombreux commentaires nous ont également été confiés à ce sujet :

- Les formations post universitaires sont capitales dans ce domaine
- Il y a une nécessité de formations post universitaires pour actualiser connaissances et conduite à tenir
- Il devrait y avoir obligation de formation
- Une remise à niveau ou une formation continue obligatoire serait appréciée
- Les formations sont trop rares
- Lôinsuffisance des formations est soulignée

La même enquête menée en Australie et citée auparavant (**43)** a montré de graves lacunes dôinformation en ce qui concerne le niveau des connaissances et les obstacles à traiter les traumatismes dentaires par les dentistes du monde entier.

Cette conclusion renforce lôidée de la mise en place dôun programme dôinformation et dôinstruction sur la prise en charge des traumatismes dentaires ainsi que des conduites à tenir qui devraient être destiné aux praticiens.

La formation continue en traumatologie dentaire peut fournir aux dentistes les compétences appropriées et les connaissances nécessaires pour gérer les urgences traumatiques à long terme.

Un guide pourrait être mis au point, destiné aux praticiens, dont le but serait dôaider au diagnostic, au pronostic et aux traitements des traumatismes dentaires.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous avons pu tirer des conclusions de lôenquête menée auprès des praticiens de Meurthe et Moselle à propos de la prise en charge des urgences traumatiques en cabinet libéral, ainsi que de lôexpérience de lôHôpital dôEnfants concernant les traumatismes dentaires.

Toutes les études publiées dans ce domaine sôaccordent à montrer lôimportance de la traumatologie dans lôévaluation de la santé bucco dentaire de lôenfant. Nos enquêtes nôont fait que confirmer ce constat.

Tout ceci doit nous inciter à prendre très au sérieux ce phénomène. Lôurgence traumatique dentaire ne présente pas de risque vital pour le patient et ne rend pas indispensable la présence dôun chirurgien dentiste dôastreinte au C.H.U. de Nancy les week-end et jours fériés. Un effort dôinformation semble nécessaire pour perfectionner la connaissance des praticiens libéraux afin de faciliter la prise en charge des traumatismes en cabinet, et réserver les consultations hospitalières pour les cas sévères et les enfants en bas âge. De nombreux patients adressés en milieu hospitalier (service odontologique) pourraient être traités en cabinet libéral. Il est également essentiel de souligner que certaines urgences traumatiques dentaires se présentent malheureusement trop tard en consultation hospitalière suite à une première visite chez un praticien libéral, ce qui peut compromettre sérieusement lôévolution positive du traumatisme dentaire.

Il y a donc une nécessité dôaccentuer la formation des praticiens libéraux sur la traumatologie dentaire. Cependant, cela suppose une véritable implication et motivation de la part de ses chirurgiens dentistes dans la gestion de ces urgences chez lôenfant et de lôadolescent.

ANNEXES

ANNEXE 1 : IMAGE

Image 1 : Protrusion incisive chez un enfant de quatre ans

(image internet : www.orthodontiste-paris.fr)

Image 2 : Fracture coronaire amélo-dentinaire sans exposition pulpaire

(image internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/Traumatologie_de_la_dent_temporaire)

Image 3 : Fracture coronaire amélo-dentinaire avec exposition pulpaire

(image internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/Traumatologie_de_la_dent_temporaire)

Image 4 : Fracture corono- radiculaire

(image internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/Traumatologie_de_la_dent_temporaire)

Image 5 : Fracture radiculaire du tiers cervical

(image internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/Traumatologie_de_la_dent_temporaire)

Image 6 : Extrusion

(image internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/Traumatologie_de_la_dent_temporaire)

Image 7 : Intrusion

(image prise à lôHôpital de Brabois enfants, service dôodontologie)

Image 8 : Avulsion

(image prise à lôHôpital de Brabois enfants, service dôodontologie)

Image 9 : Lacération de la lèvre supérieure

(image prise à lôHôpital de Brabois enfants, service dôodontologie)

ANNEXE 2 : DOCUMENTS

Document 1 : lettre explicative adressée aux chirurgiens dentistes de Meurthe et Moselle

Cindy ZANDOUCHE
32, rue Daga
57050 Metz

Nancy, le 15 mars 2011

Chère Consî ur, Cher Confrère,

Actuellement étudiante à la faculté de chirurgie dentaire de Nancy, je suis en cours de rédaction de ma thèse dôexercice pour le diplôme dôétat de docteur en chirurgie dentaire. Ayant réalisé mon stage à lôHôpital Brabois enfants, je môintéresse particulièrement aux traumatismes dentaires et ai choisi ce thème comme sujet de thèse dôexercice.

Au cours de mon activité au sein de la consultation dentaire de lôHôpital dôenfants, je me suis trouvée quotidiennement confrontée à des urgences traumatiques. Même si les patients se présentaient parfois spontanément dans notre service , la majorité dôentre eux nous étaient adressés (SAS dôurgence, chirurgiens dentistes, médecins, etc.).

Jôai donc souhaité, à travers un questionnaire (ci-joint) simple et anonyme, évaluer et quantifier les urgences traumatiques se présentant dans les cabinets dentaires de Meurthe et Moselle. Il ne sôagit en aucun cas de porter, ici, un quelconque jugement sur vos habitudes de travail.

Ce questionnaire est diffusé à tous les chirurgiens dentistes de Meurthe et Moselle avec lôaccord et lôaide du Conseil de lôordre.

Je vous remercie par avance pour vos réponses et votre collaboration.

Cordialement,

Cindy ZANDOUCHE.

P.S. : Vous pouvez me retourner ce questionnaire avant le 15 mai 2011 à lôaide de lôenveloppe jointe.

Document 2 : questionnaire adressé aux chirurgiens dentiste de Meurthe et Moselle

QUESTIONNAIRE : (cochez une ou plusieurs réponses)
***Quantifiez chaque réponse cochée (+, ++, +++)**

- En quelle année avez-vous débuté votre exercice ?

- Quel est votre profil dôactivité ?

☐ omnipratique ☐ activité exclusive, laquelle :

- A quel rythme êtes- vous confrontés à des urgences traumatiques dentaires au sein de votre cabinet ?

☐ une à deux fois par an ☐ une à deux fois par mois ☐ plusieurs fois par mois

- Comment estimez- vous la répartition en âge des patients se présentant à votre cabinet suite à un traumatisme dentaire ? *****

☐ moins de 3 ans ☐ de 3 à 6 ans ☐ de 6 à 12 ans ☐ supérieur à 12 ans

- Quelles sont les principales circonstances des traumatismes dentaires que vous êtes amenés à rencontrer ?

(choc au sport, chute é .)

- Comment estimez- vous la répartition des formes cliniques des patients avec des traumatismes dentaires se présentant à votre cabinet? *****

☐ traumatismes des tissus durs de la dent et de la pulpe (fêlure, fracture amélaireé)
☐ traumatismes des tissus de soutien parodontaux (luxation, subluxationé)
☐ traumatismes des tissus de soutien osseux (comminution, fracture alvéolaireé)
☐ traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses (lacération, contusion, abrasioné)

- Quelle est votre attitude face à de telles urgences ?

☐ vous traitez et assurez le suivi de toutes les urgences
☐ vous traitez et assurez le suivi dôune partie de ces urgences
☐ vous adressez systématiquement vos patients
☐ autre, précisez :

- Pour quelles raisons adressez- vous la totalité/ une partie de vos urgences traumatiques ?

☐ manque dôassurance vis-à-vis des enfants
☐ âge de lôenfant (patient très jeune)
☐ absence de coopération du patient
☐ forme clinique du traumatisme dentaire
☐ gestion des urgences incompatible avec votre activité (manque de temps, etc.)
☐ manque de connaissance par rapport aux urgences dentaires (formation insuffisante)

- A qui adressez- vous les urgences dentaires et précisez votre choix

☐ à un confrère
☐ en milieu hospitalier : ☐ aux urgences ☐ en consultation dentaire

- Pensez-vous que les formations (universitaires et post universitaires) concernant les urgences traumatiques :

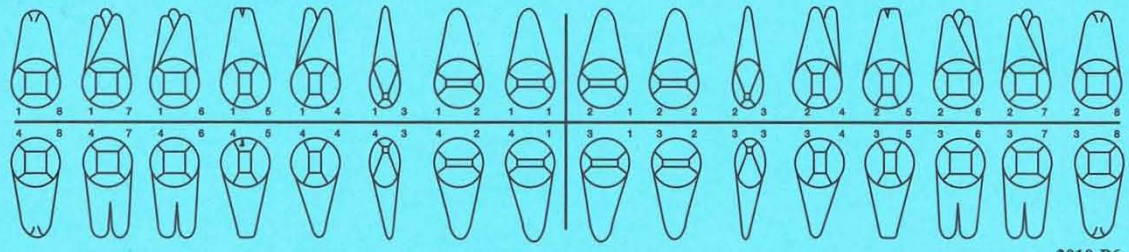
☐ sont suffisantes : ☐ oui ☐ non
☐ répondent à vos attentes : ☐ oui ☐ non
☐ autre, précisez :

- Tout commentaire et/ou précision sont les bienvenus.

Document 3 : dossier patient

NOM : .....
Prénom : .....
Nom de J.F. : .....
Né(e) le : .....
Adresse : .....
.....
.....
Tél : .....

N° S.S. : .....
Sec. Soc. : .....
D.O. : .....
Assuré(e) : .....
Mutuelle : .....
D.O. : .....
N° Adh. : .....
N°paie : ..... U F : ..... A S T
Service : ..... Tél : .....



2010-P6

DATE	DENT	DESCRIPTION DES TRAVAUX	C	Z	SC	DC	SPR	OP

FICHE DE CONSULTATION

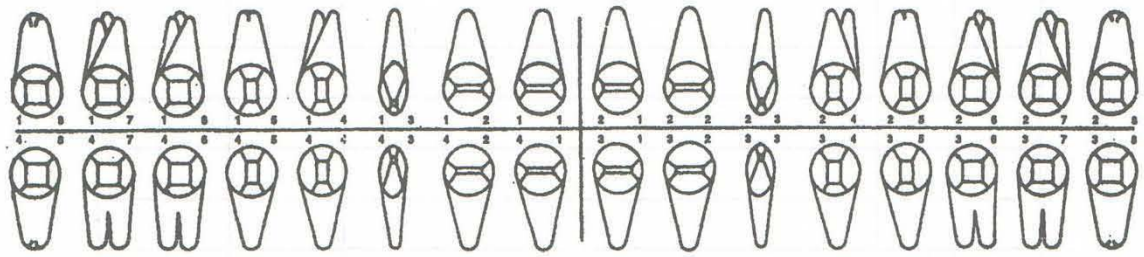
NOM :
Prénom :

Service :
Pathologie générale :

Né(e) le :
Adresse :

Traitement médical :

Téléphone :



Radiographie : Bw Ra OPT Max Déf
Date :
Plan de traitement :

	dent	diagnostic	traitement
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

date	dent	actes effectués	cotation	opérateur

Document 4 : Fiche dœxamen de traumatisme dentaire

FICHE D'EXAMEN APRES TRAUMATISME DENTAIRE

DONNEES ADMINISTRATIVES

Nom : Prénom : Né(e) le :

Date et heure - de l'accident :

- de la consultation :

Circonstances de l'accident : - Nature :

- Lieu :

Traumatismes dentaires antérieurs : OUI - NON

Antécédents médicaux : OUI - NON

Vaccinations à jour : OUI - NON

EXAMEN EXTRABUCCAL

		Lèvres Inf.	Lèvres Sup.	Arcade zygomatique D	Arcade zygomatique G	Région jugale D	Région jugale G	Région frontale	Région nasale	Région mentonière
OEDEME	OUI - NON									
HEMATOME	OUI - NON									
SUTURES	OUI - NON									
SAIGNEMENT	OUI - NON									

FRACTURE OUI - NON : Préciser suivant l'observation médicale :

EXAMEN INTRABUCCAL

		Gingivales	Jugales
LESIONS DE MUQUEUSE BUCCALE	OUI - NON		
LESIONS LINGUALES	OUI - NON		
FRACTURES ALVEOLAIRES	OUI - NON		

EXAMEN DENTAIRE

		N° des dents						
FRACTURES DENTAIRES	FELURES CORONAIRES							
	FRACTURES CORONAIRES sans exposition pulpaire							
	FRACTURES CORONAIRES avec exposition pulpaire							
	FRACTURES CORONAIRES complètes							
	FRACTURES CORONO-RADICULAIRES							
	FRACTURES RADICULAIRES 1/3 apical							
	FRACTURES RADICULAIRES 1/3 moyen							
	FRACTURES RADICULAIRES 1/3 cervical							
LUXATIONS	CONTUSION pas de mobilité, saignement sulculaire							Mobilité (voir au dos)
	SUBLUXATION mobilité, saignement sulculaire							
	INTRUSION complète							
	INTRUSION partielle							
	EXTRUSION							
	LUXATION LATERALE mouvement hors de son axe							

Expulsion : OUI - NON

Si oui, n° des dents :

La dent a-t-elle été retrouvée ? OUI - NON Si oui, où ?

Moyen de conservation de la dent :

TRAITEMENTS

	N° des dents						Matériel utilisé
ABSTENTION							
RECONSTITUTION CORONAIRE							
COIFFAGE INDIRECT							
COIFFAGE DIRECT							
PULPOTOMIE							
TRAITEMENT RADICULAIRE							
APEX MATURE antiseptique							
APEX MATURE hydroxyde de calcium							
APEX MATURE obturation définitive							
APEX IMMATURE antiseptique							
APEX IMMATURE hydroxyde de calcium							
EXTRACTION							
REIMPLANTATION							
CONTENTION							
TRAITEMENT MEDICAMENTEUX							
Antibiotiques							
Anti-inflammatoires							

Toilette chirurgicale : OUI - NON

Si oui : - sous AG : OUI - NON - au fauteuil : OUI - NON

Test de vitalité : OUI - NON

Certificat médical initial : OUI - NON

SUIVI DU TRAITEMENT

MOBILITE :

0 : Pas de mobilité détectable
1 : Légère mobilité inférieure à 1mm
2 : Mobilité importante supérieure à 1mm
3 : Mobilité sévère supérieure à 2mm
4 : Mobilité axiale

exemple :
dent 21, mobilité 2 : noter 21(2)

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE :

- OPT — OUI - NON
- Mordu occlusal — OUI - NON
- Radio rétro-alvéolaire (angulateur de Rinn) — OUI - NON

ANNEXE 3 : FIGURE

Figure 1 : Distribution des praticiens selon leur profil dôactivité

Profile dôexercice	Omnipratique	Parodontie	Pédodontie	Orthodontie	Chirurgie buccale/ Implantologie
Nombre de patients	286	4	1	18	5

Figure 2 : Distribution de la fréquence des traumatismes dentaires

Fréquence	1 à 2 fois par an	1 à 2 fois par mois	Plusieurs fois par mois
Nombre de praticiens	168	131	15

Figure 3 : Distribution de la fréquence des traumatismes dentaires selon le profil d'activité

Omnipratique

Fréquence	1 à 2 fois par an	1 à 2 fois par mois	Plusieurs fois par mois
Nombre de praticiens	143	129	13

Orthodontie

Fréquence	1 à 2 fois par an	1 à 2 fois par mois	Plusieurs fois par mois
Nombre de praticiens	16	1	1

Spécialités « chirurgie buccale/implantologie »

Fréquence	1 à 2 fois par an	1 à 2 fois par mois	Plusieurs fois par mois
Nombre de praticiens	5	0	0

Parodontie

Fréquence	1 à 2 fois par an	1 à 2 fois par mois	Plusieurs fois par mois
Nombre de praticiens	2	0	0

Pédodontie

TOTAL	1 à 2 fois par an	1 à 2 fois par mois	Plusieurs fois par mois
1	0	0	1

Figure 4 : distribution globale par classes dôâge des patients consultant en secteur libéral pour traumatisme dentaire

Tranches dôâge en années	**Moins de 3**	**De 3 à 6**	**De 6 à 12**	**Plus de 12**
Nombre de croix	186	433	488	227

Figure 5 : distribution des patients par classes d'âge et selon le profil d'activité

Omnipratique

Tranches d'âge en années	**Moins de 3**	**De 3 à 6**	**De 6 à 12**	**Plus de 12**
Nombre de croix	183	419	451	196

Orthodontie

Tranches d'âge en années	**Moins de 3**	**De 3 à 6**	**De 6 à 12**	**Plus de 12**
Nombre de croix	0	6	32	19

Spécialités « chirurgie buccale/implantologie »

Tranches d'âge en années	**Moins de 3**	**De 3 à 6**	**De 6 à 12**	**Plus de 12**
Nombre de croix	0	2	4	6

Parodontie

Tranches d'âge en années	**Moins de 3**	**De 3 à 6**	**De 6 à 12**	**Plus de 12**
Nombre de croix	0	2	0	6

Pédodontie

Tranches d'âge en années	**Moins de 3**	**De 3 à 6**	**De 6 à 12**	**Plus de 12**
Nombre de croix	3	2	1	0

Figure 6 : distribution globale des formes cliniques des traumatismes dentaires rencontrés par les chirurgiens dentistes libéraux

Formes cliniques	**Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe**	**Traumatismes des tissus de soutien parodontaux**	**Traumatismes des tissus de soutien osseux**	**Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses**
Nombre de croix	710	450	154	464

Figure 7 : distribution des formes cliniques de traumatismes dentaires selon le profil d'activité des praticiens libéraux

Omnipratique

Formes cliniques	Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe	Traumatismes des tissus de soutien parodontaux	Traumatismes des tissus de soutien osseux	Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses
Nombre de croix	658	408	142	436

Orthodontie

Formes cliniques	Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe	Traumatismes des tissus de soutien parodontaux	Traumatismes des tissus de soutien osseux	Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses
Nombre de croix	34	22	7	14

Spécialités « chirurgie buccale/implantologie »

Formes cliniques	Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe	Traumatismes des tissus de soutien parodontaux	Traumatismes des tissus de soutien osseux	Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses
Nombre de croix	6	7	3	5

Parodontie

Formes cliniques	Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe	Traumatismes des tissus de soutien parodontaux	Traumatismes des tissus de soutien osseux	Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses
Nombre de croix	6	6	3	4

Pédodontie

Formes cliniques	Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe	Traumatismes des tissus de soutien parodontaux	Traumatismes des tissus de soutien osseux	Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses
Nombre de croix	2	3	0	3

Figure 8 : distribution globale des modes de prise en charge des urgences traumatiques

Modes de prise en charge	Traitement et suivi de toutes les urgences	Traitement et suivi d'une partie des urgences	Urgences systématiquement adressées	Autre
Nombre de praticiens	123	178	12	1

Figure 9 : distribution des modes de prise en charge des urgences traumatiques dentaires selon le profil dôactivité des chirurgiens dentistes

Omnipratique

Modes de prise en charge	Traitement et suivi de toutes les urgences	Traitement et suivi d'une partie des urgences	Urgences systématiquement adressées	Autre
Nombre de croix	119	164	3	1

Orthodontie

Modes de prise en charge	Traitement et suivi de toutes les urgences	Traitement et suivi d'une partie des urgences	Urgences systématiquement adressées	Autre
Nombre de praticiens	1	10	7	0

Spécialités « chirurgie buccale/implantologie »

Modes de prise en charge	Traitement et suivi de toutes les urgences	Traitement et suivi d'une partie des urgences	Urgences systématiquement adressées	Autre
Nombre de praticiens	2	2	1	0

Parodontie

Modes de prise en charge	Traitement et suivi de toutes les urgences	Traitement et suivi d'une partie des urgences	Urgences systématiquement adressées	Autre
Nombre de praticiens	0	2	2	0

Pédodontie

Modes de prise en charge	Traitement et suivi de toutes les urgences	Traitement et suivi d'une partie des urgences	Urgences systématiquement adressées	Autre
Nombre de praticiens	1	0	0	0

Figure 10 : distribution globale des motifs de non prise en charge des urgences traumatiques

Motif de non prise en charge	Manque dôassurance vis-à-vis du patient	Age du patient	Absence de coopération	Forme clinique du traumatisme	Gestion des urgences incompatibles avec lôactivité	Manque de connaissance
Nombre de réponses	8	85	91	101	33	14

Figure 11 : distribution des motifs de non prise en charge en fonction du profil dôactivité

Omnipratique

Motifs de non prise en charge	Manque dôassurance vis-à-vis du patient	Age du patient	Absence de coopération	Forme clinique du traumatisme	Gestion des urgences incompatibles avec lôactivité	Manque de connaissance
Nombre de réponses	8	85	91	101	33	14

Orthodontie

Motifs de non prise en charge	Manque dôassurance vis-à-vis du patient	Age du patient	Absence de coopération	Forme clinique du traumatisme	Gestion des urgences incompatibles avec lôactivité	Manque de connaissance
Nombre de réponses	0	0	0	5	9	0

Spécialité « chirurgie buccale/implantologie »

Motifs de non prise en charge	Manque dôassurance vis-à-vis du patient	Age du patient	Absence de coopération	Forme clinique du traumatisme	Gestion des urgences incompatibles avec lôactivité	Manque de connaissance
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	0

Parodontie

Motifs de non prise en charge	Manque dôassurance vis-à-vis du patient	Age du patient	Absence de coopération	Forme clinique du traumatisme	Gestion des urgences incompatibles avec lôactivité	Manque de connaissance
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	0

Figure 12 : distribution de l'orientation des patients

Orientation du patient	A un confrère	Aux urgences hospitalières	En consultation dentaire hospitalière
Nombre de réponses	65	19	147

Figure 13a : appréciation par les praticiens des niveaux de formation sur les urgences traumatiques

Appréciation du niveau de formation	Niveau suffisant	Niveau insuffisant	Non renseigné
Nombre de réponses	182	94	38

Figure 13b : aspect qualitatif de l'appréciation des niveaux de formation

Appréciation du niveau de formation	Répond aux attentes	Ne répond pas aux attentes	Non renseigné
Nombre de réponses	164	68	82

Figure 14 : distribution globale des patients selon l'âge

Tranches d'âge en année	Moins de 3 ans	De 3 à 6 ans	De 6 à 12 ans	Plus de 12 ans
Nombre de patients	64	34	17	9

Figure 15 : distribution des traumatismes selon le lieu dôapparition

Lieu dôapparition	Non spécifié	AVP	Maison	Sport	Ecole	Autres
Nombre de patients	33	12	51	4	16	9

Figure 16 : Distribution des patients selon le nombre de dents lésées par accident

Nombre de dents lésées	Absence	1	2	3	4	5	6	Non spécifié
Nombre de patients	9	50	48	8	5	1	1	3

Figure 17 : distribution des patients par tranches dâges et par nombre de dents

De 0 à 3 ans

Nombre de dents lésées	**Absence**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**Non spécifié**
Nombre de patients	6	29	25	1	1	0	0	2

De 3 à 6 ans

Nombre de dents lésées	**Absence**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**Non spécifié**
Nombre de patients	0	9	16	2	1	1	1	0

De 6 à 12 ans

Nombre de dents lésées	**Absence**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**Non spécifié**
Nombre de patients	2	8	6	3	2	0	0	0

De 6 à 12 ans

Nombre de dents lésées	**Absence**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**Non spécifié**
Nombre de patients	1	4	1	2	1	0	0	1

Figure 18 : distribution des dents traumatisées par type

Dents définitives

Numéro de dent	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Nombre de dents	0	0	0	0	0	0	2	14	13	4	0	0	0	0	0	0
Nombre de dents	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Numéro de dent	**48**	**47**	**46**	**45**	**34**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**

Dents temporaires

Numéro de dent	**55**	**54**	**53**	**52**	**51**	**61**	**62**	**63**	**64**	**65**
Nombre de dents	0	0	1	10	56	67	13	4	1	0
Nombre de dents	1	0	1	0	3	2	0	1	0	0
Numéro de dent	**85**	**84**	**83**	**82**	**81**	**71**	**72**	**73**	**74**	**75**

Figure 19a : distribution des dents maxillaires traumatisées selon leur type

		Nombres de dents		
		TOTAL	**Dents Permanentes**	**Dents Temporaires**
Types de dents	**Incisives centrales**	150	27	123
	Incisives latérales	29	6	23
	Canines	5	0	5
	PM-M	1	0	1

Figure 19b : distribution des dents mandibulaires traumatisées selon leur type

		Nombres de dents		
		TOTAL	**Dents Permanentes**	**Dents Temporaires**
Types de dents	**Incisives centrales**	7	2	5
	Incisives latérales	1	1	0
	Canines	5	0	5
	PM-M	2	0	2

Figure 20 : distribution des différents types de traumatisme

Formes cliniques	Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe	Traumatismes des tissus de soutien parodontaux	Traumatismes des tissus de soutien osseux	Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses	Non renseignées
Nombre de croix	85	125	57	68	9

Figure 21 : Distribution des patients par tranches dôâge et par type de traumatismes

De 0 à 3 ans

Formes cliniques	Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe	Traumatismes des tissus de soutien parodontaux	Traumatismes des tissus de soutien osseux	Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses	Non renseignées
Nombre de croix	40	50	26	32	9

De 3 à 6 ans

Formes cliniques	Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe	Traumatismes des tissus de soutien parodontaux	Traumatismes des tissus de soutien osseux	Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses	Non renseignées
Nombre de croix	10	34	15	13	0

De 6 à 12 ans

Formes cliniques	Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe	Traumatismes des tissus de soutien parodontaux	Traumatismes des tissus de soutien osseux	Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses	Non renseignées
Nombre de croix	17	28	10	17	0

Plus de 12 ans

Formes cliniques	Traumatismes des tissus durs de le dent et de la pulpe	Traumatismes des tissus de soutien parodontaux	Traumatismes des tissus de soutien osseux	Traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses	Non renseignées
Nombre de croix	8	10	6	6	0

Figure 22 : distribution des lésions extrabuccales

Types de lésions	Lésion lèvre supérieure	Lésion lèvre inférieure	Lésion arcade zygomatique	Lésion joue	Lésion menton	Lésion nez	Lésion front
Nombre de cas	47	9	4	5	3	4	2

Figure 23 : distribution des lésions intrabuccales

Types de lésions	Lésion freins	Fracture os alvéolaire	Lésion muqueuse gingivale	Lésion muqueuse jugale	Lésion muqueuse linguale
Nombre de cas	8	4	29	1	0

Figure 24 : distribution des patients adressés

Motif de consultation	Personne adressée	Consultation spontanée
Nombre de cas	45	77

Figure 25 : distribution des patients adressés selon la personne qui adresse

Personne qui adresse	SAS dûrgence	Dentiste traitant	Médecin/ Pédiatre	Faculté
Nombre de patients	26	17	1	1

BIBLIOGRAPHIE

1. **Altun C, Ozen B, Esenlik E, Guven G, Gürbüz T, Acikel C, Basak F, Akbulut E**

Traumatic injuries to permanent teeth in turkish children, Ankara

Dental traumatology, 2009, 25 (3) : 309- 313

2. **Andreasen J, Adreasen FM.**

Dental traumatology : quo vadis Endod

Dental Traumatology, 1990, 6 : 78-8

3. **Avsar A, Topaloglu B**

Traumatic tooth injuries to primary teeth of children aged 0-3 years

Dental Traumatology, 2009, 25 (3) : 323- 327

4. **Bringhurts C, Herr RD, Aldous JA.**

Oral trauma in the emergency department

American Journal of Emergency Medicine, 1993, 11 (5) : 486- 490

5. **Camp J.H.**

Diagnosis and management of sports-related injuries to the teeth

Dent. Clin. North Am., 1991, 35 : 733-756

6. **Charland R, Salvail P, Champagne M, Mercier R, Gagnon S, Shoghikian E, Mackay P, Aubre N.**

Traumatismes des dents antérieurs primaires et permanents

Journal dentaire du Québec, 2005, 42

7. Choi SC, Park JH, Pae A, Kim JR.

Retrospective study on traumatic dental injuries in preschool children at Kyung Hee Dental Hospital, Seoul, South Korea

Dental Traumatology, 2010, 26 (1) : 70- 75

8. Colak I, Markovic D, Petrovic B, Peric T, Milenkovic A.

A retrospective study of intrusive injuries in primary dentition

Dental Traumatology, 2009, 25 (6) : 605-610.

9. Croll T.P.

Emergency repair followed by complete-coronal restoration of a fractured mandibular incisor

Quintessence Int., 1992, 23 : 817- 822

10. Dard M, Fraysse C., Scheffer F.

Parodonte de lœnfant

Stomatologie Odontologie, 1992, 234 (15)

11. David J, Astrøm AN, Wang NJ.

Factors associated with traumatic dental injuries among 12-year-old schoolchildren in South India

Dental Traumatology, 2009, 25 (5) : 500- 505

12. De França Caldas A Jr, Soriano EP, Rosenblatt A, de Melo EH, de Miranda Coelho LG.

Dental trauma: an evidence-based approach to care

Dental Traumatology, 2009, 25 (2) : 190- 193

13. Demars C, Assouad A

Traumatismes dentaires chez lœnfant

Stomatologie Odontologie, 1992, 234 (10) : 1- 4

14. Demars C, Michel A.

Traumatologie de lôincisive permanente immature

Rev Odonto Stomatologie, 1997, 6 : 235- 244

15. De Vasconcelos Cunha Bonini GA, Marcenes W, Oliveira LB, Sheiham A, Bönecker M.

Trends in the prevalence of traumatic dental injuries in Brazilian preschool children

Dental Traumatology, 2009, 25 (6) : 594- 598

16. De Vasconcellos LG, Brentel AS, Vanderlei AD, de Vasconcellos LM, Valera MC, de Araújo MA.

Knowledge of general dentists in the current guidelines for emergency treatment of avulsed teeth and dental trauma prevention

Dental Traumatology, 2009, 25 (6) : 578- 583

17. Díaz JA, Bustos L, Brandt AC, Fernández BE.

Dental injuries among children and adolescents aged 1-15 years attending to public hospital in Temuco, Chile

Dental Traumatology, 2010, 26 (3) : 254- 261

18. Emerich K, Wyszkowski J.

Clinical practice: dental trauma

Eur J Pediatr, 2010, 169 (9) : 1045- 1050

19. Faus-Damiá M, Alegre-Domingo T, Faus-Matoses I, Faus-Matoses V, Faus-Llácer VJ.

Traumatic dental injuries among schoolchildren in valencia, spain

Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2010

20. Feldens CA, Kramer PF, Ferreira SH, Spiguel MH, Marquezan M.

Exploring factors associated with traumatic dental injuries in preschool children: a Poisson regression analysis

Dental Traumatology, 2010, 26(2):143-8

21. Fischer D, Limme M.

Traumatic injuries to primary dentition

Rev Med Liège, 2007, 62 (9) : 575- 581

22. Flores MT.

Traumatic injuries in the primary dentition

Dental Traumatology, 2002, 18 : 287- 298

23. Fortier JP, Demars C.

Abrégé de pédodontie, 2eme édition

Masson, 1987

24. Glendor U.

Epidemiology of traumatic dental injuries--a 12 year review of the literature.

Dental Traumatology, 2008, 24 (6) : 603- 611.

25. Gorseta K, Vranic DN, Skrinjaric T, Glavina D.

Traumatic injuries of primary teeth : analysis of types and causes.

Acta Stomatol Croat, 2010, 44 (1) : 47- 52

26. Granville-Garcia AF, de Menezes VA, de Lira PI.

Dental trauma and associated factors in Brazilian preschoolers

Dental Traumatology, 2006, 22 (6) : 318- 322

27. Hasan AA, Qudeimat MA, Andersson L.

Prevalence of traumatic dental injuries in preschool children in Kuwait - a screening study

Dental Traumatology, 2010, 26 (4) : 346- 350

28. Huang B, Marcenes W, Croucher R, Hector M.

Activities related to the occurrence of traumatic dental injuries in 15- to 18-year-olds

Dental Traumatology, 2009, 25 (1) : 64- 68

29. Jesus MA, Antunes LA, Risso Pde A, Freire MV, Maia LC

Epidemiologic survey of traumatic dental injuries in children seen at the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil

Braz Oral Res, 2010, 24 (1) : 89- 94

30. Lam R, Abbott P, Lloyd C, Lloyd C, Kruger E, Tennant M.

Dental trauma in an Australian rural centre

Dental Traumatology, 2008, 24 (6) : 663- 670

31. Love RM, Ponnambalam Y.

Dental and maxillofacial skeletal injuries seen at the University of Otago School of Dentistry, New Zealand 2000-2004

Dental Traumatology, 2008, 24 (2) : 170- 176

32. Moura Lde F, Bezerra AC, Amorim Lde F, Moura Mde D, Toledo Ode A.

Intrusive luxation of primary teeth

Dental Traumatology, 2008, 24 (1) : 91- 95

33. Naidoo S, Sheiham A, Tsakos G.

Traumatic dental injuries of permanent incisors in 11- to 13-year-old South African schoolchildren.

Dental Traumatology, 2009, 25 (2) : 224- 228.

34. Navabazam A, Farahani SS.

Prevalence of traumatic injuries to maxillary permanent teeth in 9- to 14-year-old school children in Yazd, Iran

Dental Traumatology, 2010, 26 (2) : 154- 157

35. Newton C.W.

Trauma involving the dentition and supporting tissues

Curr. Opin. Dent., 1992, 2 : 108-114

36. Noori AJ, Al-Obaidi WA.

Traumatic dental injuries among primary school children in Sulaimani city, Iraq

Dental Traumatology, 2009, 25 (4) : 442- 446

37. Rasmusson CG, Koch G.

Assessment of traumatic injuries to primary teeth in general practise and specialized paediatric dentistry

Dental Traumatolology, 2010 , 26 (2) : 129- 132

38. Sandalli N, Cildir S, Guler N

Clinical investigation of traumatic injuries in Yeditepe University, Turkey during the last 3 years

Dental Traumatology, 2005, 21 : 188-194

39. Skaare AB, Jacobsen I.

Primary tooth injuries in Norwegian children (1-8 years)

Dental Traumatology, 2005, 21 (6) : 315- 319

40. Subhashraj K.

Awareness of management of dental trauma among medical professionals in Pondicherry, India

Dental Traumatology, 2009, 25 (1) : 92- 94

41. Tchuendjo Kom N.

Traumatismes bucco-dentaires et pratique sportive chez lôenfant au Sénégal

Thèse de médecine, pharmacie et dôodonto-stomatologie

Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2003, 49 p.

42. Wendt FP, Torriani DD, Assunção MC, Romano AR, Bonow ML, da Costa CT, Goettems ML, Hallal PC.

Traumatic dental injuries in primary dentition: epidemiological study among preschool children in South Brazil

Dental Traumatology, 2010, 26 (2) : 168- 173

43. Yeng T, Parashos P.

Dentistsô management of dental injuries and dental trauma in Australia : a review

Dental Traumatology, 2008, 24 : 268- 271

44. Zhao Y, Gong Y.

Knowledge of emergency management of avulsed teeth: a survey of dentists in Beijing, China

Dental Traumatology, 2010, 26 (3) : 281- 284

ZANDOUCHE CINDY ï La prise en charge des traumatismes dentaires chez lôenfant et lôadolescent : secteur libéral, secteur hospitalier ? Attitudes des chirurgiens dentistes.

NANCY 2012 : 113 f. : 34 ill.
Th. : Chir. Dent. : NANCY I : 2012
Mots clés : Traumatismes, Prise en charge, Attitude

ZANDOUCHE CINDY ï La prise en charge des traumatismes dentaires chez lôenfant et lôadolescent : secteur libéral, secteur hospitalier ? Attitudes des chirurgiens dentistes.
Th. : Chir. Dent. : NANCY I : 2012

Résumé :
But : Notre étude va permettre dôévaluer les caractéristiques des patients, la fréquence et la sévérité des traumatismes dentaires en cabinet ainsi quôen milieu hospitalier, et de comprendre lôattitude des praticiens libéraux face à de telles urgences, la gestion ou non de ces consultations et les éventuelles raisons pour adresser un patient.
Méthode : Deux enquêtes ont été réalisées et mises en parallèle. La première auprès des praticiens de Meurthe et Moselle, la seconde au service dôodontologie de lôHôpital dôenfants. Les résultats ainsi obtenus ont pu être confrontés aux connaissances issues des publications nationales et internationales nous permettant dôémettre des hypothèses liées à la gestion de ces accidents.
Résultats : Un effort dôinformation semble nécessaire pour perfectionner la connaissance des praticiens libéraux afin de faciliter la prise en charge des traumatismes en cabinet, et réserver les consultations hospitalières pour les cas sévères et les enfants en très bas âge. De nombreux patients adressés en milieu hospitalier (service odontologique) pourraient être traités en cabinet libéral. Il est également essentiel de souligner que certaines urgences traumatiques dentaires se présentent malheureusement trop tard en consultation hospitalière. Ce retard dans la prise en charge est préjudiciable à la guérison des dents atteintes.

JURY :

Mr J.P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
Mr J. PREVOST	Maître de Conférences des Universités	Juge
Mme N. MARCHETTI	Praticien hospitalier	Juge
Mme B. PHULPIN	Assistante	Juge

Adresse de lôauteur : 32, rue Daga. 57050 METZ

Nancy-Université
Université Henri Poincaré

Faculté d'Odontologie

Jury : Président : J.P. LOUIS – Professeur des Universités
Juges : J. PREVOST – Maître de Conférence des Universités
N.MARCHETTI – Praticien Hospitalier
B.PHULPIN – Assistante Hospitalier-Universitaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle ZANDOUCHE Cindy, Christiane, Hélène**

né(e) à: **METZ (Moselle)** le **03 février 1983**

et ayant pour titre : **« La prise en charge des traumatismes dentaires chez l'enfant et l'adolescent : secteur libéral, secteur hospitalier ? Attitudes des chirurgiens dentistes. »**

Le Président du jury,

J.P. LOUIS

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie

P. BRAVETTI

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 3853.

NANCY, le 29.11.2011

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

J-P. FINANCE

ZANDOUCHE CINDY ï La prise en charge des traumatismes dentaires chez lôenfant et lôadolescent : secteur libéral, secteur hospitalier ? Attitudes des chirurgiens dentistes.

NANCY 2012 : 113 f. : 34 ill.
Th. : Chir. Dent. : NANCY I : 2012
Mots clés : Traumatismes, Prise en charge, Attitude

ZANDOUCHE CINDY ï La prise en charge des traumatismes dentaires chez lôenfant et lôadolescent : secteur libéral, secteur hospitalier ? Attitudes des chirurgiens dentistes.
Th. : Chir. Dent. : NANCY I : 2012

Résumé :
But : Notre étude va permettre dôévaluer les caractéristiques des patients, la fréquence et la sévérité des traumatismes dentaires en cabinet ainsi quôen milieu hospitalier, et de comprendre lôattitude des praticiens libéraux face à de telles urgences, la gestion ou non de ces consultations et les éventuelles raisons pour adresser un patient.
Méthode : Deux enquêtes ont été réalisées et mises en parallèle. La première auprès des praticiens de Meurthe et Moselle, la seconde au service dôodontologie de lôHôpital dôenfants. Les résultats ainsi obtenus ont pu être confrontés aux connaissances issues des publications nationales et internationales nous permettant dôémettre des hypothèses liées à la gestion de ces accidents.
Résultats : Un effort dôinformation semble nécessaire pour perfectionner la connaissance des praticiens libéraux afin de faciliter la prise en charge des traumatismes en cabinet, et réserver les consultations hospitalières pour les cas sévères et les enfants en très bas âge. De nombreux patients adressés en milieu hospitalier (service odontologique) pourraient être traités en cabinet libéral. Il est également essentiel de souligner que certaines urgences traumatiques dentaires se présentent malheureusement trop tard en consultation hospitalière. Ce retard dans la prise en charge est préjudiciable à la guérison des dents atteintes.

JURY :

Mr J.P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
Mr J. PREVOST	Maître de Conférences des Universités	Juge
Mme N. MARCHETTI	Praticien hospitalier	Juge
Mme B. PHULPIN	Assistante	Juge

Adresse de lôauteur : 32, rue Daga. 57050 METZ