



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 6 METZ
UNIVERSITE HENRI POINCARE 6 NANCY 1
FACULTE D'ODONTOLOGIE

Année 2012

n° 3853

THESE

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Par

Cindy ZANDOUCHE

Née le 03 février 1983 à Metz (Moselle)

**LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES
DENTAIRES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT :
SECTEUR LIBERAL, SECTEUR HOSPITALIER ?
ATTITUDES DES CHIRURGIENS DENTISTES.**

Présentée et soutenue publiquement le 10 janvier 2012

Examineurs de la thèse :

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

ACADEMIE DE NANCY 6 METZ
UNIVERSITE HENRI POINCARE 6 NANCY 1
FACULTE D'ODONTOLOGIE

Année 2012

n° 3853

THESE

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Par

Cindy ZANDOUCHE

Née le 03 février 1983 à Metz (Moselle)

**LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES
DENTAIRES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT :
SECTEUR LIBERAL, SECTEUR HOSPITALIER ?
ATTITUDES DES CHIRURGIENS DENTISTES.**

Présentée et soutenue publiquement le 10 janvier 2012

Examineurs de la thèse :

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

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

A notre président de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Paul LOUIS,

Officier des Palmes Académiques

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Professeur des Universités

Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable de la sous-section : Prothèse

Nous vous remercions de l'honneur 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.

Veillez trouver ici l'expression 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 l'Université Henri Poincaré, Nancy 1

Maître de Conférences des Universités

Sous section : Odontologie pédiatrique

Nous apprécions l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail.

Nous vous remercions pour votre gentillesse et votre disponibilité durant toute l'élaboration 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 d'études.

A travers ce travail, veuillez trouver l'expression de notre gratitude.

A notre juge,

Mademoiselle le Docteur B. PHULPIN

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistante

Sous section : Odontologie pédiatrique

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de
notre jury de thèse.

Nous vous sommes reconnaissants pour l'intérêt que
vous avez porté à notre sujet.

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements
les plus sincères.

A ma familiei

Maman,

Comment pourrais-je commencer sans te remercier

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

Tu m'as laissé le choix de chacune de mes décisions.

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

C'est en voyant la fierté pétiller dans tes yeux que j'ai trouvé parfois la force d'avancer.

Je suis également fière de toi, de l'éducation et des valeurs que tu m'as apprises, de la détermination avec laquelle tu t'es battue pour en arriver là aujourd'hui.

Tu m'as appris que rien ne se obtient rien sans travailler.

Tu as été un exemple de combativité, d'amour et d'intelligence pour moi.

Je t'aime si fort.

Que ce travail soit le témoignage de ma gratitude.

Ludovic et Julien,

Mes deux frères que j'aime tendrement.

Je serais bien différente si vous n'aviez pas été dans ma vie.

Pour l'affection et la complicité qui nous unissent.

Merci d'être là pour moi, malgré l'éloignement géographique, à tout moment et en n'importe quelle circonstance.

Ludovic, pour m'avoir toujours soutenue et écoutée.

Julien, pour toutes ces fois où tu m'as fait réviser en me disant « mais comment tu fais ».

Laetitia,

Merci pour ton soutien,

Et pour ces magnifiques faire- partí

A mon amour

Marc,

Toi qui a toujours été dans ma vie, d'une façon comme d'une autre !

Tu as toujours été là, dans mon cœur, dans ma tête.

Mon meilleur ami au lycée, tu m'as retrouvé en dentaire en tant que prothésiste, puis sans le savoir tu es devenu mon voisin

Le destin nous a poussé dans les bras l'un de l'autre, et de toute façon, il n'aurait 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.

L'accomplissement de ce travail permet notre envolée ; une porte s'ouvre vers de nouveaux horizons.

Je t'aime, tout simplement

A mes amis et à tous les autres

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 »í

Pour m'avoir supportée dans les moments difficiles.

Pour m'avoir accueillie dans votre famille sans hésitation.

Et puis sinon, ben demandes quand tu sais pasí

Valentine

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

Chaque fois que je te regarde, j'ai envie de sourire.

Pour cette magnifique co-habitation qui m'a remise sur pied.

Et Waka-waka hé hé !

Xeus

Pour toutes ces fois où je t'ai 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

Day on night, c'est tout ce que j'ai à dire!

Petit 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 m'a tant marqué.

Emile

Pour me permettre d'être 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 m'avoir 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 l'écoute 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 cœur.

J'espère qu'elle durera toujours.

Merci pour toutes ces soirées.

Merci pour Marc.

A toute l'équipe du Cabinet dentaire

Dr SCHWARTZBERG

Merci pour la sympathie et la confiance que vous m'avez témoigné en m'offrant une collaboration dans un cabinet où j'apprécie énormément travaillé.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon amitié.

Emilie

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

Merci pour m'avoir toute de suite mise à l'aise 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 n'aurait pu voir le jour.

A tous ceux qui ne peuvent pas être là aujourd'hui.

Je suis persuadée que vous me voyez de l'endroit où vous êtes.

J'aurais 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 d'accidents.....	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 L'ETUDE.....	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 l'échantillon	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 d'odontologie de l'Hôpital d'enfants	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 d'une chute de bicyclette ou des adolescents victimes d'un coup dans le cadre d'activité 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 qu'à l'Hôpital d'Enfants 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 d'émettre 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 l'origine d'une perte partielle ou totale des tissus dentaires visibles affectant alors les fonctions sensibles, 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.

L'étiologie et la fréquence de ces accidents varient en fonction de facteurs comme l'âge et le sexe.

Ces traumatismes, outre leur impact sur l'état général de l'enfant, vont entraîner de nombreuses conséquences sur le plan socio-économique car leur prise en charge entraîne un coût non négligeable, sans oublier l'incertitude 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 l'attitude du praticien devant ce type d'urgence, de sa mauvaise volonté ou de son manque d'expérience (16, 43).

1.2 EPIDEMIOLOGIE

Les études rapportent en fonction de l'âge deux pics de fréquence : chez les enfants dont l'âge est inférieur à 5 ans, l'apprentissage de la marche et la découverte de l'environnement 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 d'accidents

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

C'est une catégorie que l'on peut subdiviser en 5 sous-classes :

- " chutes indéterminées (regroupant les chutes dont l'origine n'est pas connue)
- " chutes de « sa hauteur »
- " chutes dans les escaliers
- " chutes contre objet (mur, baignoire, toilettes, porte meuble, etc.)
- " chutes « d'une hauteur » (à partir d'une 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 l'accident 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 d'intérieur (cheval à bascule, etc.) ou d'extérieur (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 n'est 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 d'une 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 d'une part, les cas pour lesquels ni l'enfant, ni les parents, étaient capables de mentionner le lieu de l'accident avec précision, d'autre part, les cas pour lesquels ce renseignement n'a 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 d'environ 3 et 6 mm multiplie par deux la survenue d'un traumatisme dentaire et si ce surplomb dépasse 6 mm, le risque est majoré.

Parmi les autres facteurs favorisant, nous trouvons :

- la faible calcification et la grande dimension des dents jeunes ;
- l'incontinence labiale, le prognathisme, la macrodontie, l'encombrement dentaire (18, 26) ;
- la carie et l'atteinte du parodonte, l'agénésie 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 d'atteinte dentaire varie en fonction de l'âge (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, l'os 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 l'adulte (fracture des tissus durs).

1.2.4 Fréquence

Les traumatismes bucco-dentaires sont si courants chez l'enfant et l'adolescent qu'Andreasen 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 l'âge 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 d'âge 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 l'âge de l'enfant. Le tableau suivant présente succinctement les différentes études réalisées à ce sujet (41).

Auteurs de l'étude/ Année	Pays	Nombre de Cas	Agés 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*)	5-6	33
		862 (G)	12-14	34
Gabris et coll. (2001)	Hongrie	43	1-6	7,29
		521	7-14	88,3
		26	15-18	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 d'âge le plus fréquemment affecté varie également selon l'auteur. 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 s'accordent sur une atteinte plus fréquente de l'incisive 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 l'incisive latérale supérieure et l'incisive centrale inférieure (1, 3, 7, 8, 11, 27, 29, 30, 31, 36, 38, 39).

Les fractures coronaires ainsi que les fractures de l'émail 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 d'Andreasen, la plus complète, adaptée de celle de l'OMS (6).

Cette classification s'applique aux dents temporaires et permanentes et présente quatre groupes. Cependant, l'accident 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 amélaire se manifestent comme des fractures incomplètes de l'émail 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 l'émail.

3. Fracture coronaire simple

La fracture coronaire simple (image 2) consiste en une perte de substance dentaire confinée à l'émail 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 l'émail et à la dentine avec exposition pulpaire.



Image 3 : Fracture coronaire amélo-dentinaire avec exposition pulpaire

5. Fracture corono-radulaire simple ou complexe

La fracture corono-radulaire (image 4) simple ou complexe atteint l'émail, la dentine et le cément. La pulpe peut être impliquée.



Image 4 : Fracture corono-radulaire

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

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



Image 5 : Fracture radulaire

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 d'une certaine mobilité. Minimales 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 qu'axiale ainsi qu'une comminution et une fracture de la paroi alvéolaire. Souvent, l'apex 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 toutes les luxations, présente un déplacement de la dent en direction apicale, provoquant un écrasement du paquet vasculo nerveux et de 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 l'os alvéolaire

La comminution de l'os alvéolaire consiste en un écrasement de l'os alvéolaire suite à une intrusion ou à une luxation latérale.

2. Fracture de l'os alvéolaire

La fracture de l'os alvéolaire consiste en une fracture confinée à la paroi alvéolaire buccale ou linguale.

3. Fracture du processus alvéolaire

La fracture du processus alvéolaire consiste en une fracture du processus alvéolaire qui peut aussi inclure l'os alvéolaire.

4. Fracture de la mandibule et/ou du maxillaire

La fracture de la mandibule et/ou du maxillaire implique l'os 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 contondant, sans bris de la gencive, souvent suivie d'une hémorragie sous-muqueuse.

3. Abrasion

L'abrasion 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 l'arcade et avoir une influence sur le psychisme de l'enfant.

L'enfant traumatisé est souvent inquiet, en état de choc et de moindre résistance psychologique. La perte des organes dentaires impliqués dans le sourire et l'esthétique peut modifier le comportement de l'enfant vis-à-vis de son entourage et influencer 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 s'accélérer en fonction de la nature même de l'accident et des habitudes de l'enfant. 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 l'édification radiculaire, etc.

1.3 LES TRAITEMENTS

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

Qu'est ce que l'urgence ? Le plus difficile pour le praticien est d'apprécier le caractère même de l'urgence. Il existe dans la littérature deux avis prédominants : ceux qui considèrent que toutes lésions traumatiques bucco- dentaires (la fracture d'une dent antérieure, l'expulsion d'une dent permanente, etc.) nécessitent une attention immédiate (5, 9) ; et ceux pour qui la plupart des traumatismes dentaires sont minimales et de nature non urgente, à l'exception des dents expulsées ou déplacées (35).

Cependant, l'urgence dentaire doit toujours être relativisée par rapport à l'urgence médicale. En effet, lors d'un 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 LITTÉRATURE

2.1 LES CONNAISSANCES ACTUELLES

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

Il est impossible d'établir un catalogue complet de tous les travaux qui ont pu être menés tant l'étendue 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 d'urgences 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**).

D'autres ouvrages, plus précis, s'attachent à mettre l'accent 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**), d'autres s'intéressent au suivi des traumatismes et à leurs complications (**37, 38**), et d'autres 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 d'autres qui se démarquent un peu des précédentes par leur originalité. L'objectif est parfois d'utiliser un indice pour analyser les épisodes de traumatismes dentaires rencontrés dans tous les hôpitaux ou sur l'ensemble d'un pays. Certaines enquêtes soulèvent des comparaisons entre école privée et école publique (**11**), entre

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

2.2 RESULTATS

En dépit des différentes sources d'information, beaucoup d'études 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 l'école (1, 4, 7, 8, 11, 17, 18, 19, 28, 29, 30, 31, 33, 36, 39).

L'âge des enfants est variable, ce qui influence le type de lésion. La majorité des accidents n'affecte qu'une 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 d'os marginal alvéolaire.

3 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

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 l'hôpital.

Devant de telles observations, plusieurs questions se sont posées. Pourquoi certains traumatismes simples ne sont pas gérés en cabinet ? L'enfant a-t-il été adressé ou est-il venu de lui-même en consultation à l'hôpital ? Autant de questions qui permettent de mesurer à quel point l'approche 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 l'attitude du chirurgien dentiste.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la proportion des traumatismes dentaires se présentant au service dentaire de l'Hôpital d'Enfants ainsi qu'en 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 MATRIELS ET METHODES

Dans un premier temps, une enquête a été réalisée auprès de tous les chirurgiens dentistes de Meurthe et Moselle par le biais d'un 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 l'Hôpital d'Enfants de Nancy dans le service d'odontologie.

Ces deux enquêtes mises en parallèle vont nous permettre d'évaluer les caractéristiques des patients, la fréquence et la sévérité des traumatismes dentaires en cabinet ainsi qu'en milieu hospitalier, et de comprendre l'attitude 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 l'échantillon

Notre enquête intéressait tous les praticiens de Meurthe et Moselle. Le questionnaire, soumis dans un premier temps au conseil de l'ordre 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 l'attitude du chirurgien dentiste est présenté en annexe page 82.

1.1.3 Analyse des résultats

A l'aide 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 :

É1 caractéristiques des praticiens de Meurthe et Moselle

É2 fréquence des urgences traumatiques en cabinet libéral

É3 caractéristiques des patients

É4 étiologies des traumatismes

É5 formes cliniques des traumatismes dentaires

É6 modes de prise en charge

É7 motifs de non prise en charge des urgences traumatiques

É8 orientation des patients

É9 niveau d'information sur les urgences traumatiques

1.2 ETUDE RETROSPECTIVE

1.2.1 Sélection de l'échantillon

Pour cette étude, il a été nécessaire de s'appuyer sur des documents riches en informations, tels que les dossiers patients du service d'odontologie et les fiches d'examen 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 6^{ème} 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 à 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 venus 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 d'examen 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 d'odontologie afin de procéder à un recueil systématique des informations pour chacun des traumatismes dentaires vus à l'Hôpital.

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 d'éliminer 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. L'objectif 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 d'odontologie.

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 d'étude : à savoir les caractéristiques des patients, les circonstances de l'accident, 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 l'année de début d'exercice varie entre 1967 et 2011 ont bien voulu répondre à notre questionnaire. 4 questionnaires ont été exclus car incomplets.

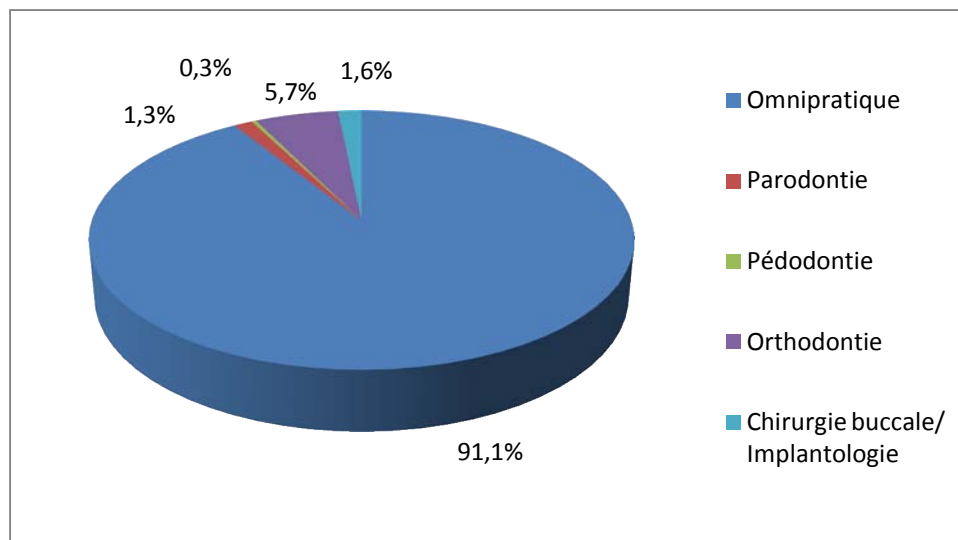


Figure 1 : Distribution des praticiens selon leur profil d'activité

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

Il est facile de constater que le profil d'activité de la majorité des praticiens de Meurthe et Moselle est l'omnipratique, alors que seulement 9,9% ont choisi d'orienter 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 d'activité.

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 proposées : « une à deux fois par an », « une à deux fois par mois », « plusieurs fois par mois ».

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

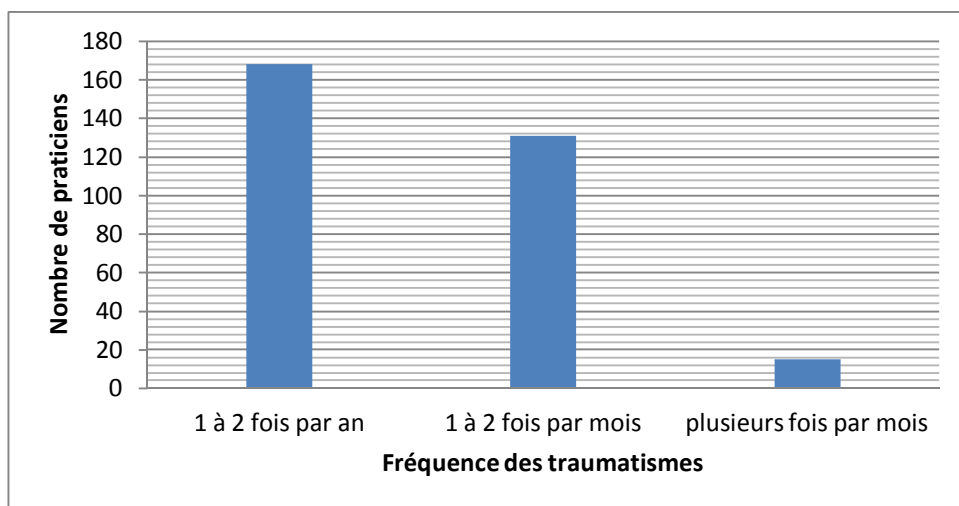


Figure 2 : distribution de la fréquence des traumatismes dentaires

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 d'activité (figure 3)

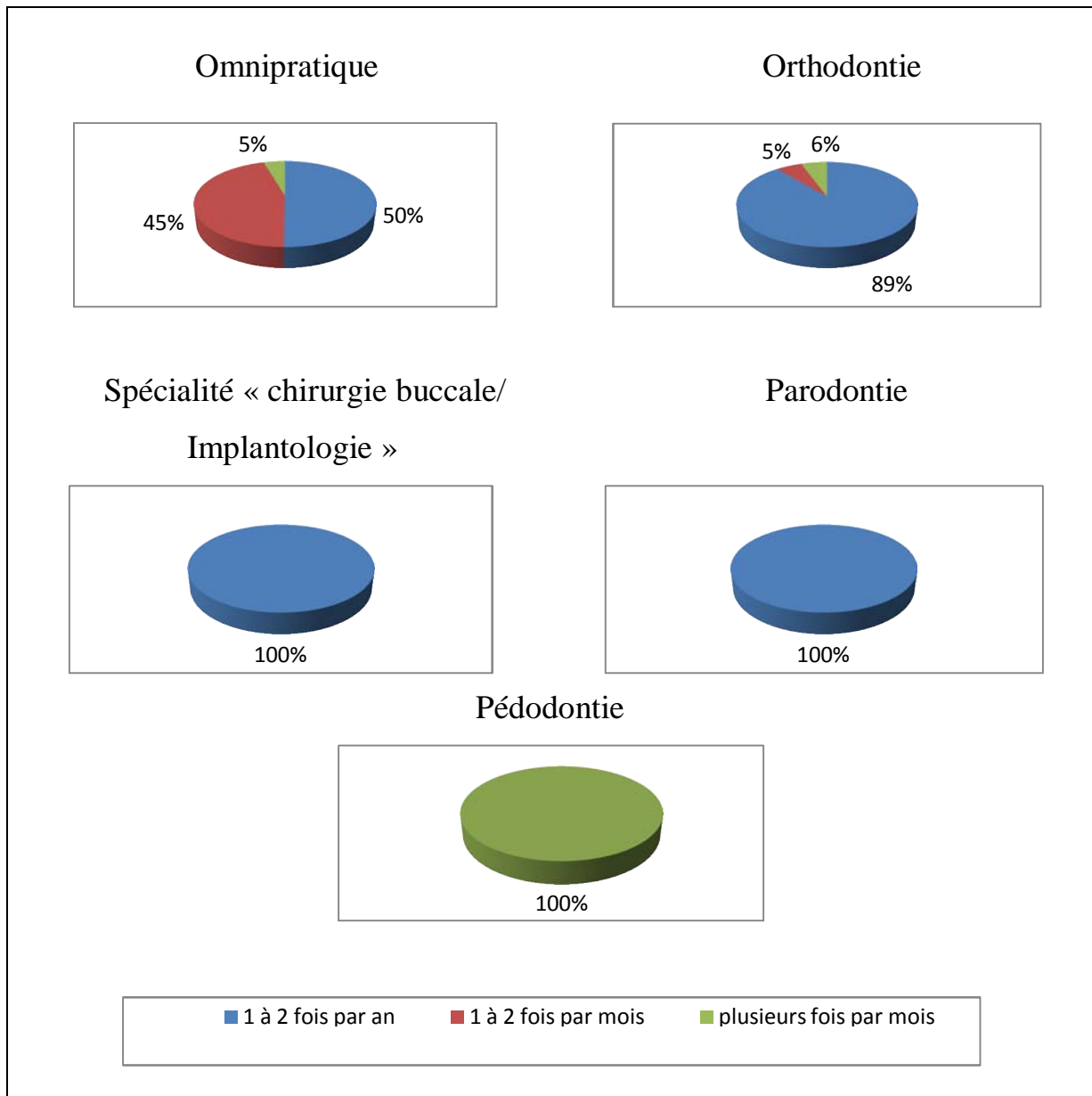


Figure 3 : Distribution de la fréquence des traumatismes dentaires selon le profil d'activité

L'analyse des résultats nous a permis de voir que quelque soit le profil d'activité, 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 classe d'âge des patients (figure 4)

Pour les besoins de notre enquête, quatre tranches d'âge 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 d'âge afin de pouvoir analyser plus facilement les résultats (plusieurs classes pouvant être concernées pour un praticien). Certains praticiens n'ont pas répondu à cette question car leur profil d'activité n'est pas compatible avec la gestion des traumatismes dentaires ; ou parce qu'ils déclarent ne pas soigner les enfants.

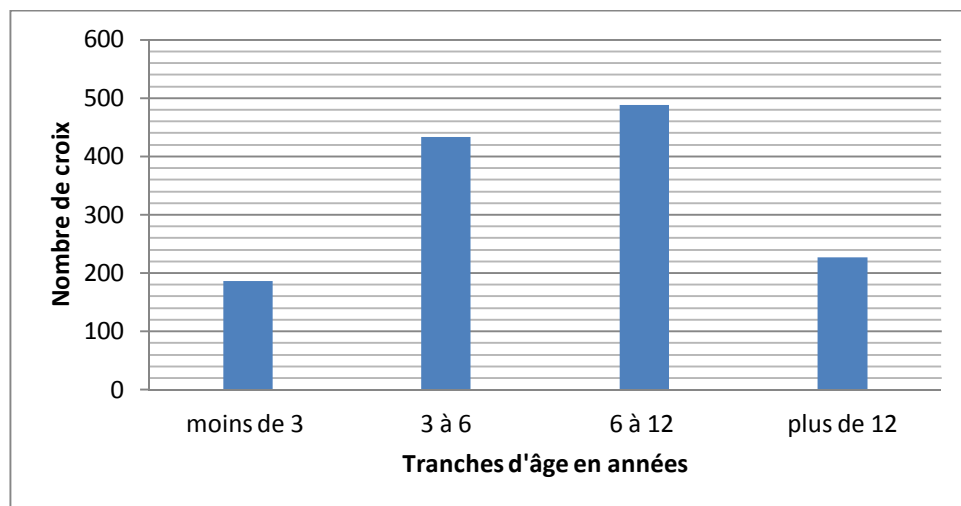


Figure 4 : distribution globale par classes d'âge des patients consultant en secteur libéral pour traumatisme dentaire

Les classes d'âge 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 d'âge et selon le profil d'activité des praticiens libéraux (figure 5)*

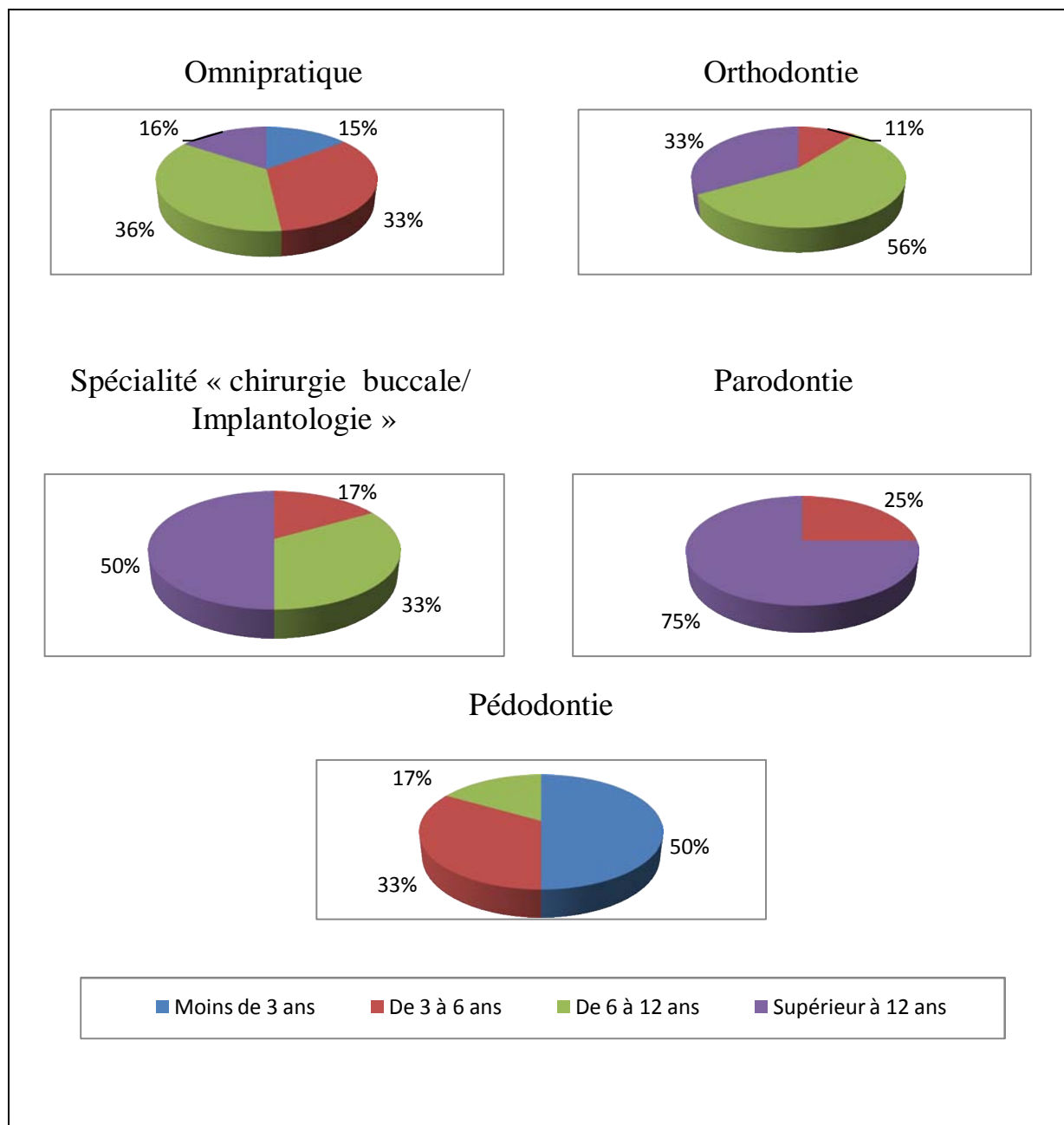


Figure 5 : distribution des patients par classes d'âge et selon le profil d'activité

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 l'activité « chirurgie buccale/implantologie » semblent être le plus souvent confrontés à la classe des « plus de 12 ans ». La catégorie d'âge

« 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 d'âge des « 3 à 6 ans » est la seule que l'on retrouve dans les cinq différents profils d'activité.

2.1.4 Circonstances de l'accident

A ces deux questions, les praticiens n'ont 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)

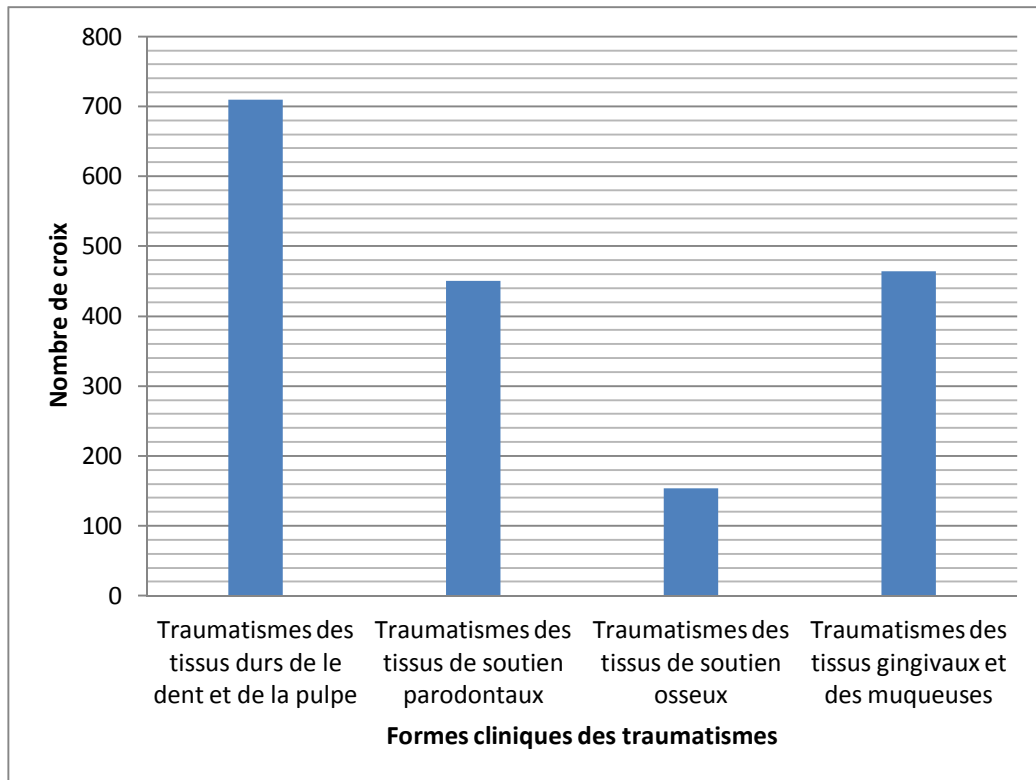


Figure 6 : distribution globale des traumatismes dentaires rencontrés par les chirurgiens dentistes libéraux

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 d'activité des praticiens libéraux (figure 7)*

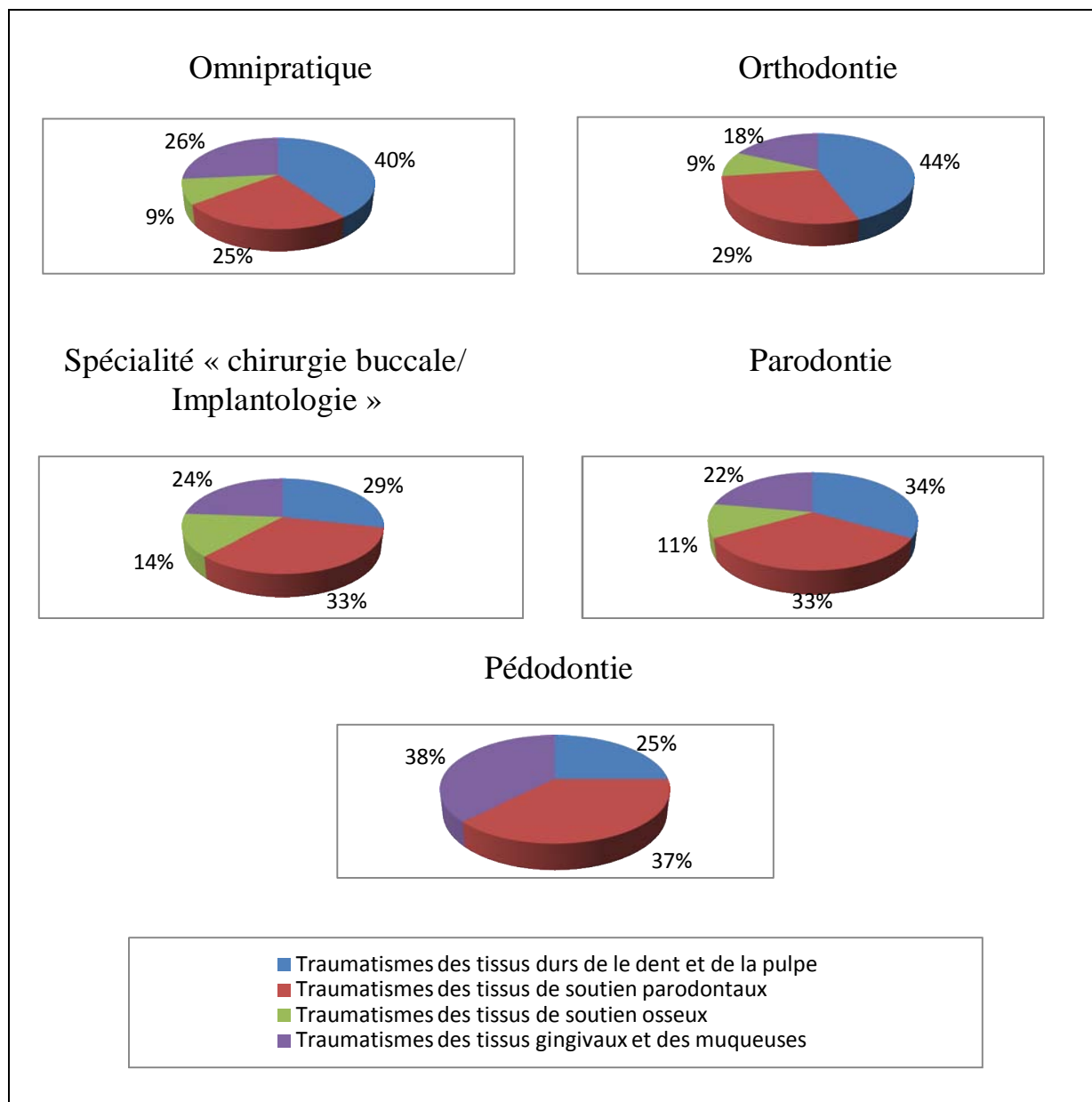


Figure 7 : distribution des formes cliniques de traumatismes dentaires selon le profil d'activité des praticiens libéraux

L'analyse 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, l'activité « 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)

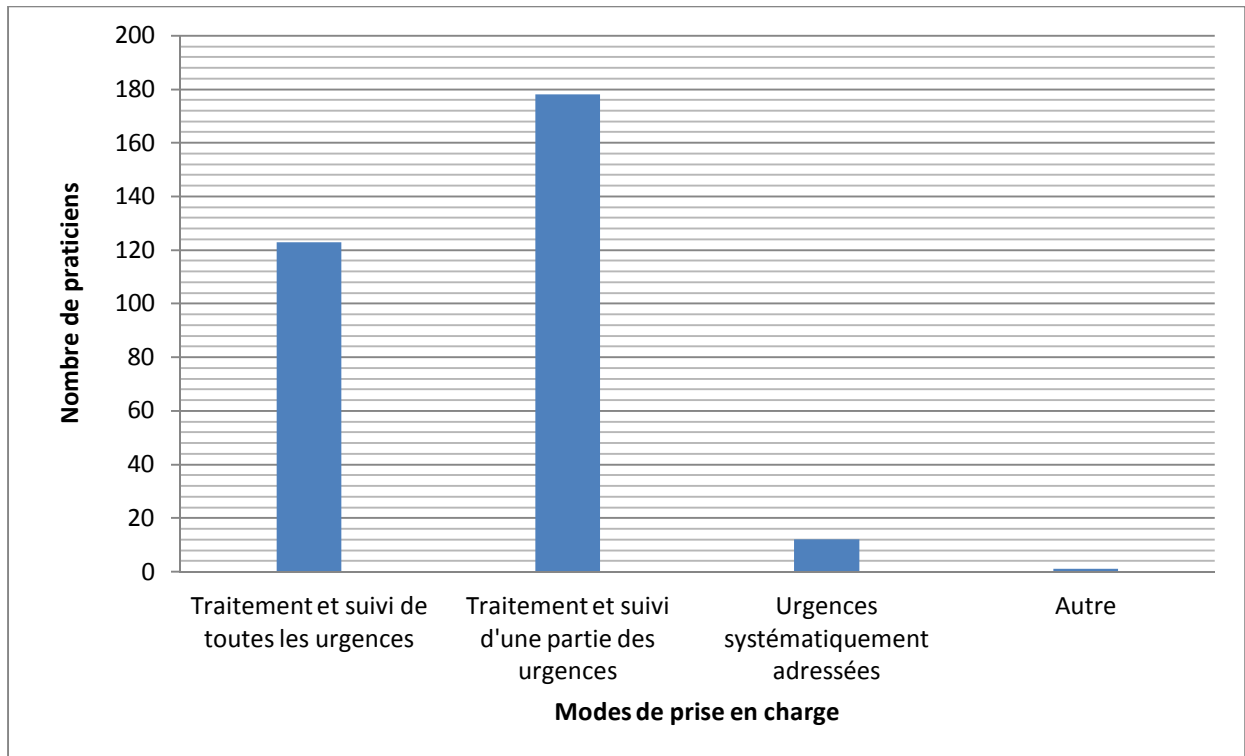


Figure 8 : distribution globale des modes de prise en charge des urgences traumatiques dentaires

La majorité des praticiens (56,7%) ont répondu ne traiter et ne 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 d'activité des chirurgiens dentistes (figure 9)*

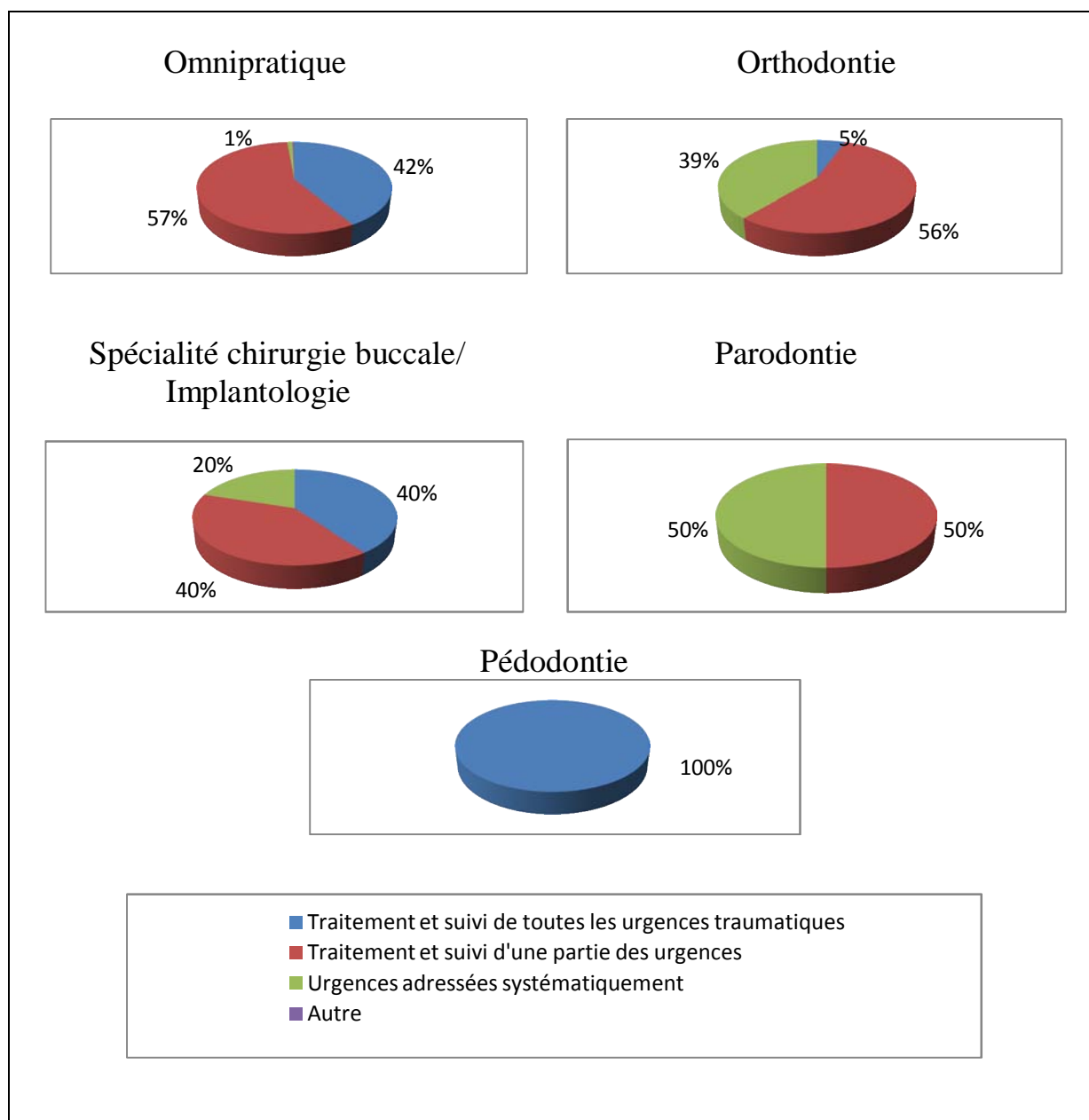


Figure 9 : *distribution des modes de prise en charge des traumatismes dentaires selon le profil d'activité des chirurgiens dentistes*

On constate qu'excepté 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.

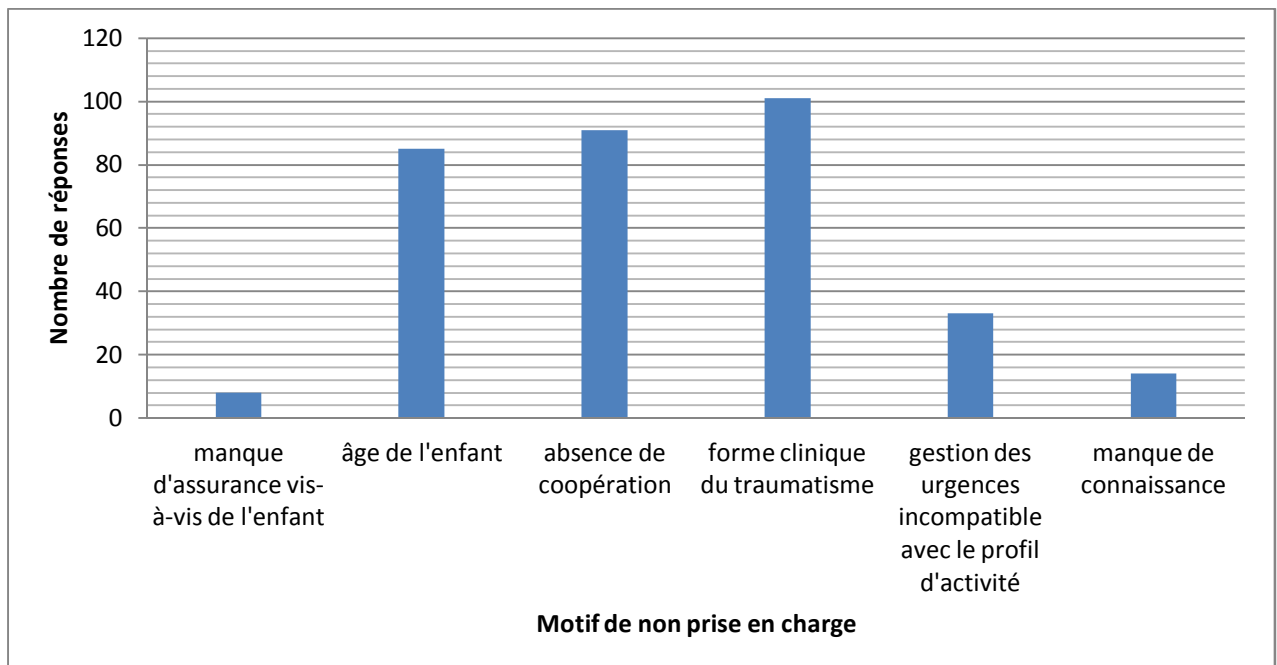


Figure 10 : distribution globale des motifs de non prise en charge des urgences traumatiques

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 d'activité (figure 11)*

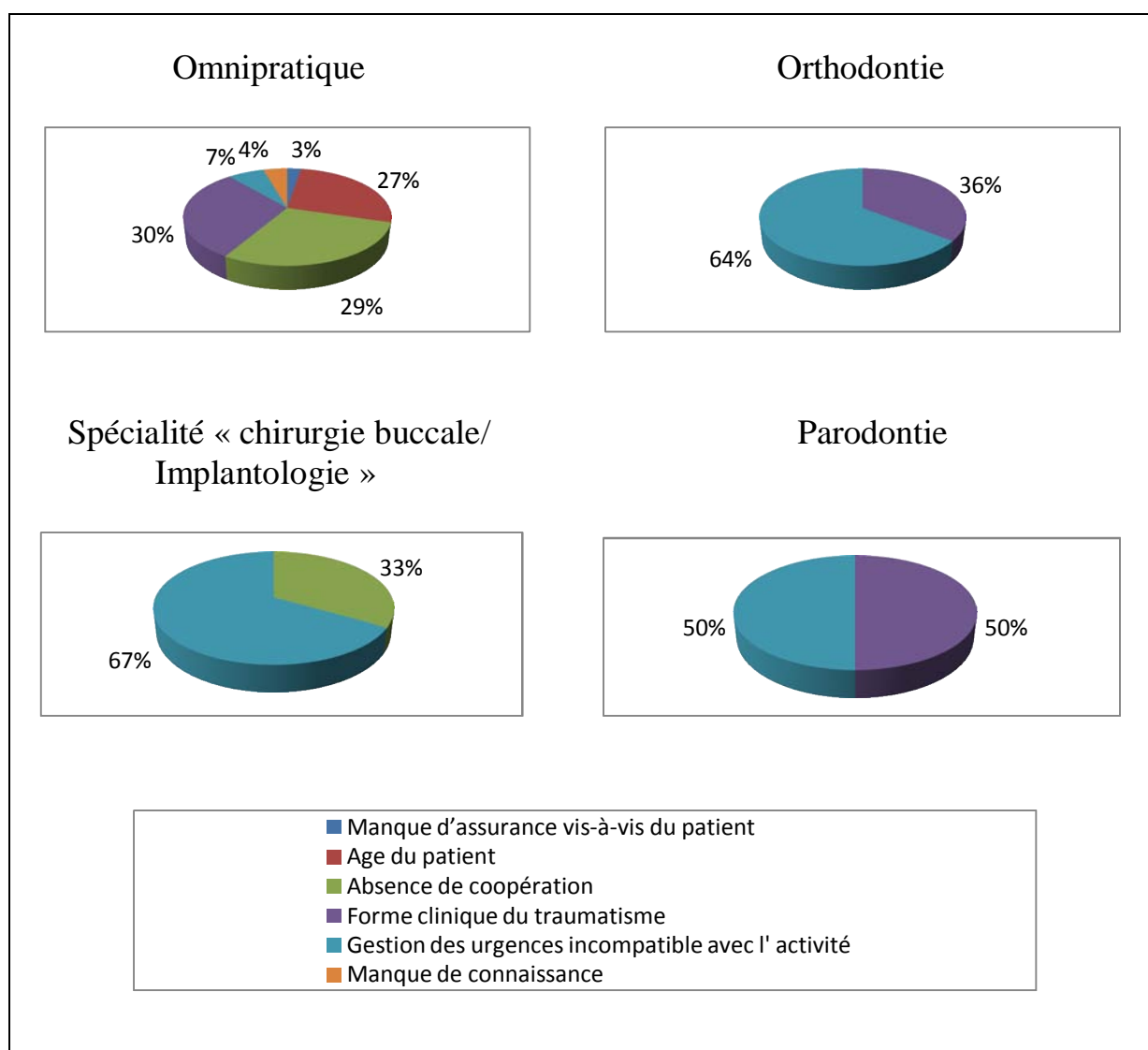


Figure 11 : distribution des motifs de non prise en charge des urgences traumatiques selon le profil d'activité

Le pédodontiste interrogé dans notre enquête ayant déclaré traiter la totalité de ses urgences, le profil d'activité « pédodontiste » n'apparaîtra pas dans cette partie de l'étude.

Nous constatons que le motif principal évoqué par les parodontistes, les orthodontistes et les dentistes exerçant une activité de « chirurgie buccale/implantologie » est l'incompatibilité 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), l'absence de coopération (29% des omnipraticiens) et l'âge 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 l'orientation du patient aux 191 praticiens concernés avec trois possibilités de réponses : chez un confrère, aux urgences hospitalières ou en consultation dentaire hospitalière (en l'occurrence ici le service d'odontologie de Brabois enfants ou le service d'odontologie de la faculté).

Certains praticiens ont déclaré plusieurs choix dans l'orientation de leurs patients.

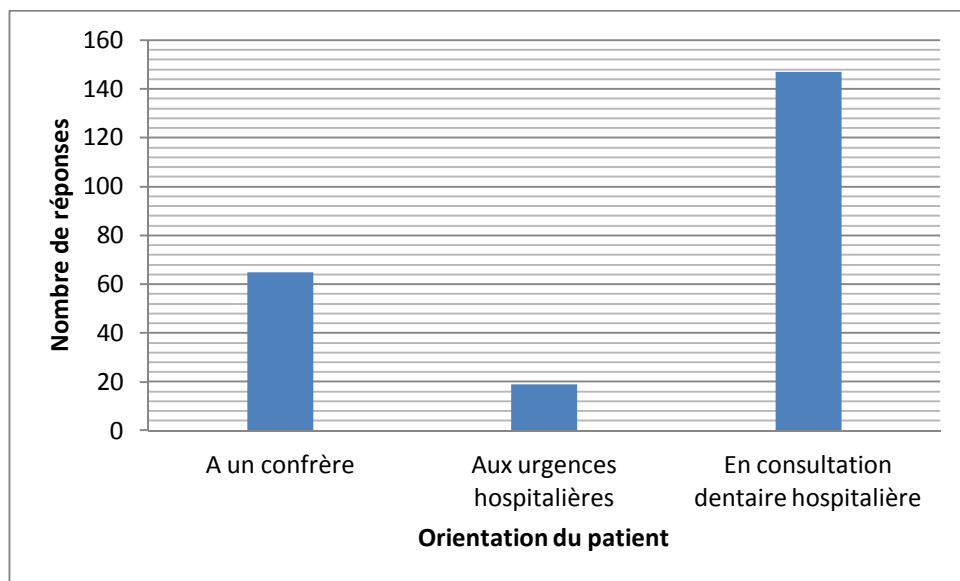


Figure 12 : distribution de l'orientation des patients

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 qu'il s'agissait d'un 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 l'évaluation 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.

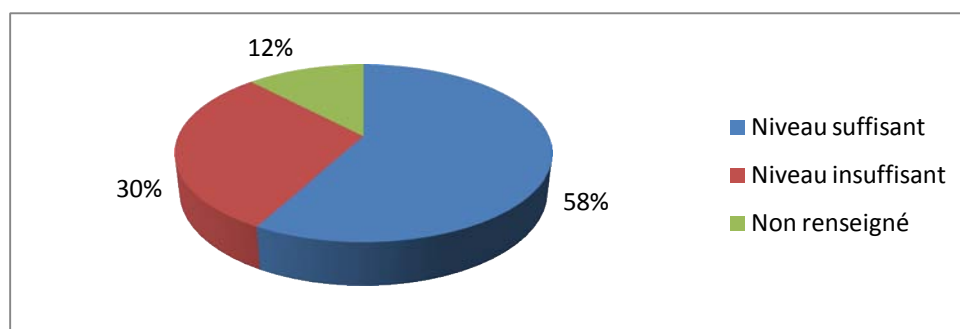


Figure 13a : aspect quantitatif de l'appréciation des niveaux de formation sur les urgences traumatiques

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.

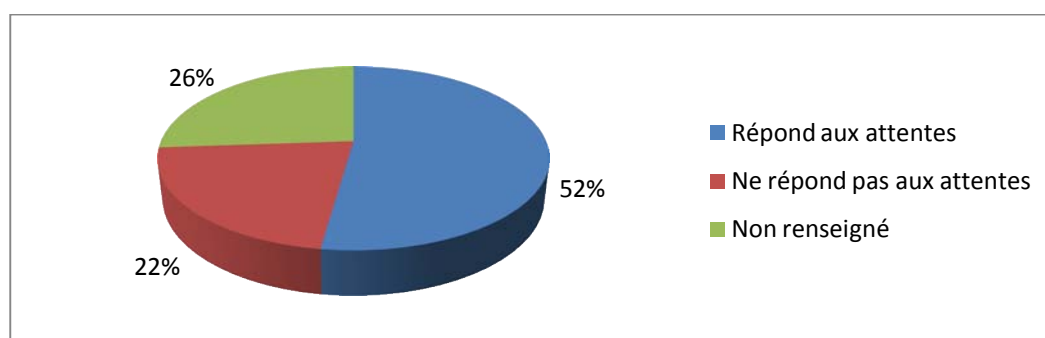


Figure 13b : aspect qualitatif de l'appréciation des niveaux de formation

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

2.2 ETUDE RETROSPECTIVE

réalisée au service odontologique de l'Hôpital d'Enfants (01 janvier 2009/ 31 décembre 2010).

Nous avons, dans cette étude, recensé toutes les urgences dentaires traumatiques qui se sont présentées au service d'odontologie de l'hôpital sur une période donnée. Ainsi, nous avons pu recueillir des informations détaillées concernant l'âge des enfants, les circonstances de l'accident (lieu, cause), le type de lésion, le nombre de dents lésées. Nous avons également relevé ce qui avait orienté les patients vers le service d'odontologie de l'Hôpital d'Enfants.

Nous avons dénombré 130 consultations d'urgences de nature traumatique.

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

2.2.1 Caractéristiques des patients

L'âge des patients venus consultés pour traumatismes dentaires se répartit en échelon de 7 mois à 14 ans. Pour les besoins de la présentation, quatre classes d'âge 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 d'âge de ces patients.

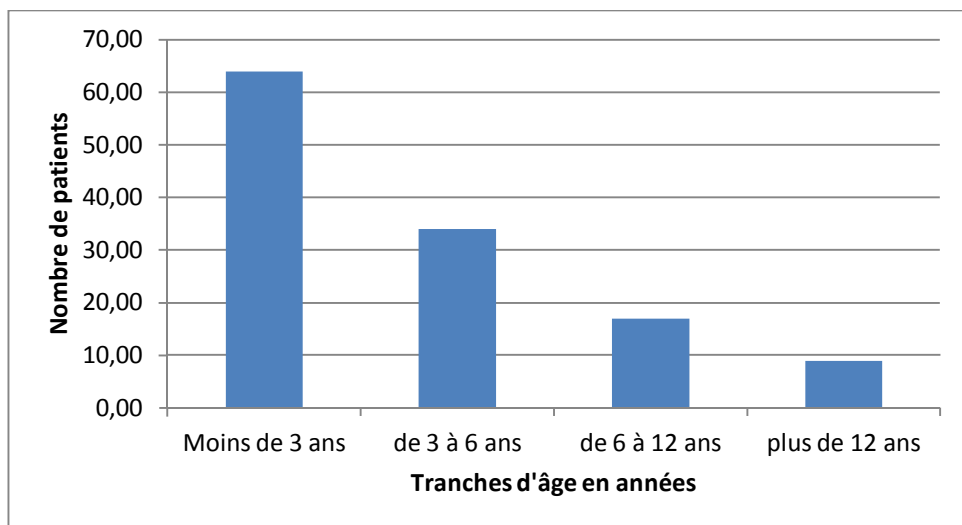


Figure 14 : distribution globale des patients selon l'âge

Les résultats nous montrent que la classe d'âge 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 s'aperçoit donc que plus la classe d'âge 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.

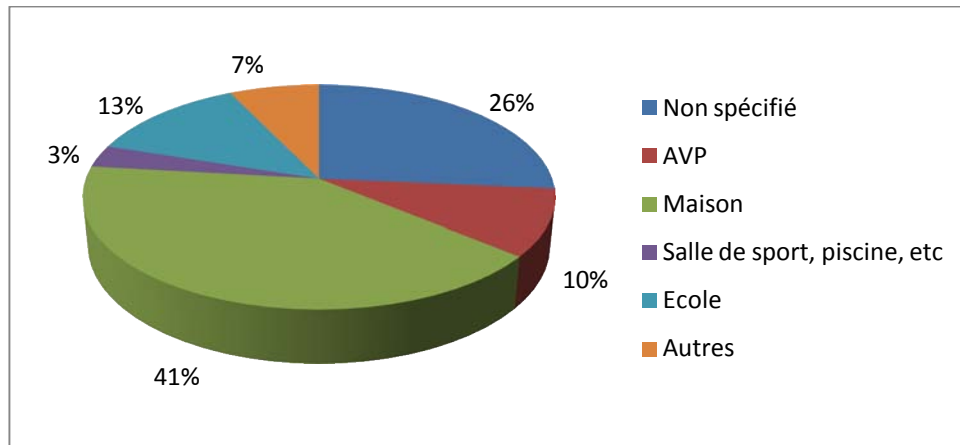


Figure 15: distribution des traumatismes selon le lieu d'apparition

Il est frappant de constater que pour plus d'un traumatisme sur quatre, le lieu de l'accident n'était pas connu. On peut émettre plusieurs hypothèses à ce sujet :

- soit la question n'a pas été posée
- soit le renseignement n'a pas été notifié
- soit ni les parents, ni même l'enfant, 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 l'école 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 n'a pas pu être spécifié dans notre enquête (fiche mal remplie, impossibilité d'avoir le renseignement lors de la consultation, etc.). 13 % des traumatismes dentaires ont lieu à l'école, 10% sont liés à des accidents de la voie publique, et enfin 3 % sont causés par la pratique d'une 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 l'étude en raison d'un manque de précision concernant les dents traumatisées (numéro, nombre, etc.).

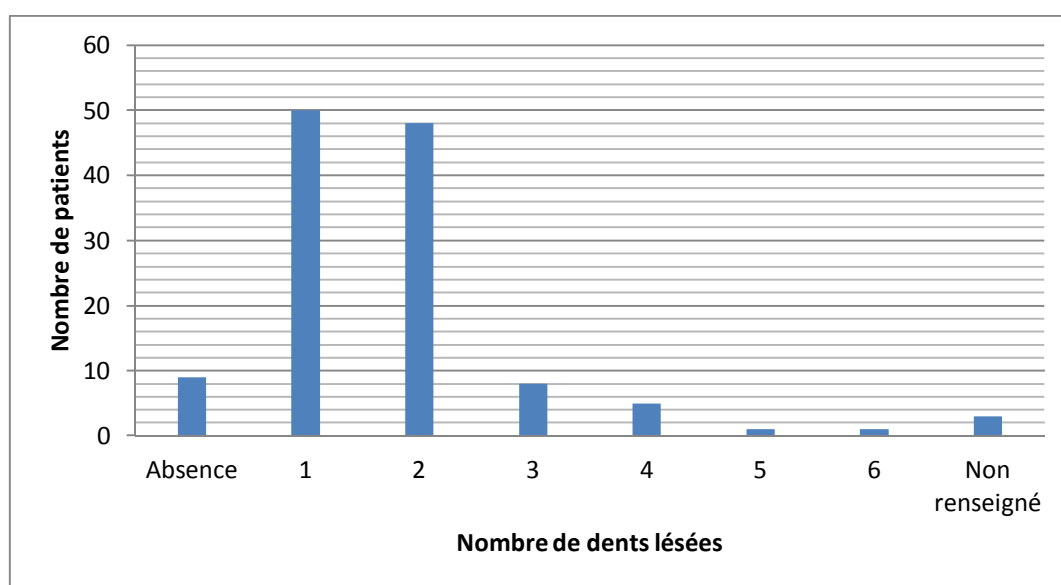


Figure 16 : distribution des patients selon le nombre de dents lésées par accident

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 n'était 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.

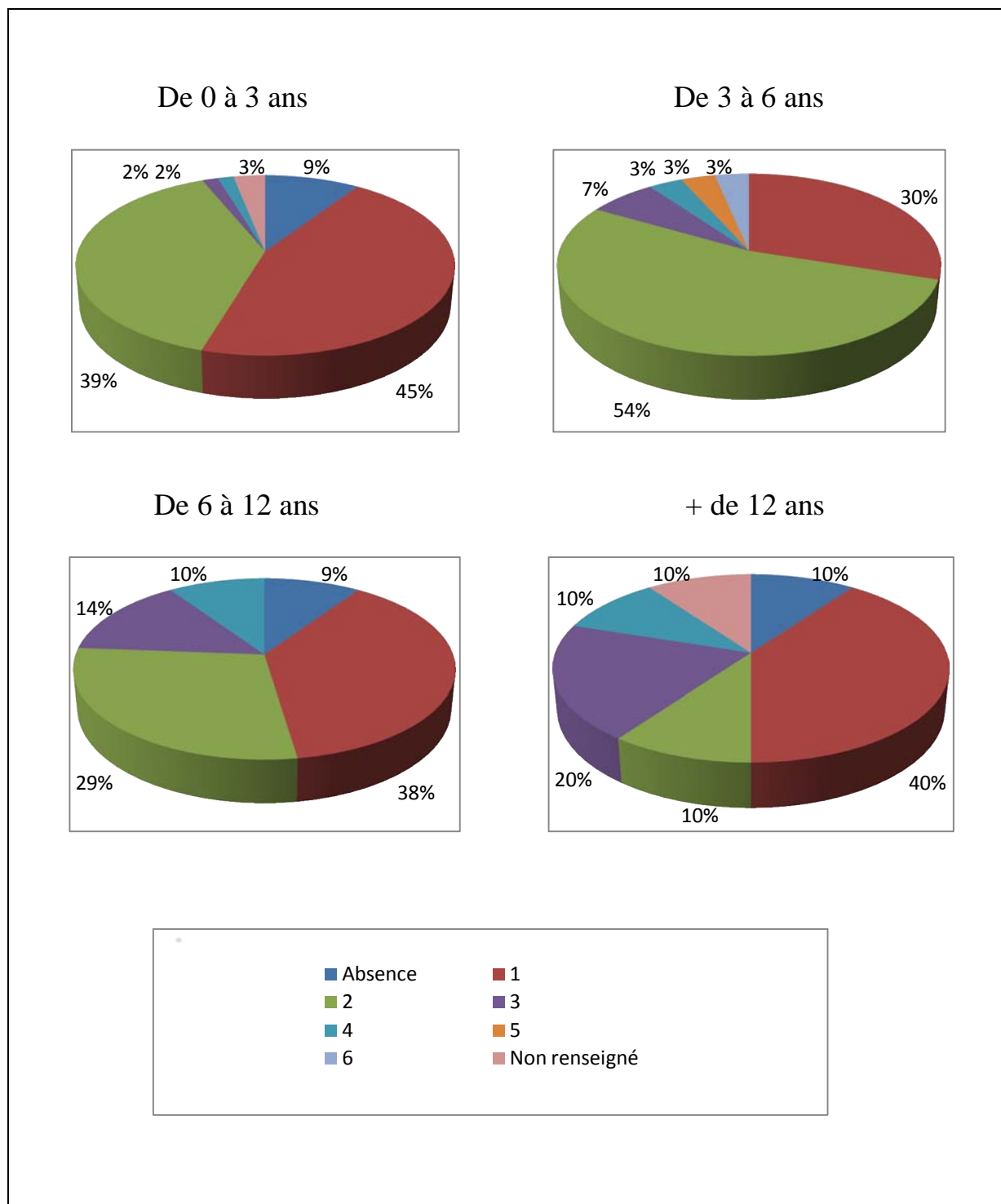


Figure 17 : distribution des patients par tranches d'âge et par nombre de dents lésées

D'après la figure 17, la majorité des accidents se traduit par des lésions d'une seule dent pour les tranches d'âge 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)

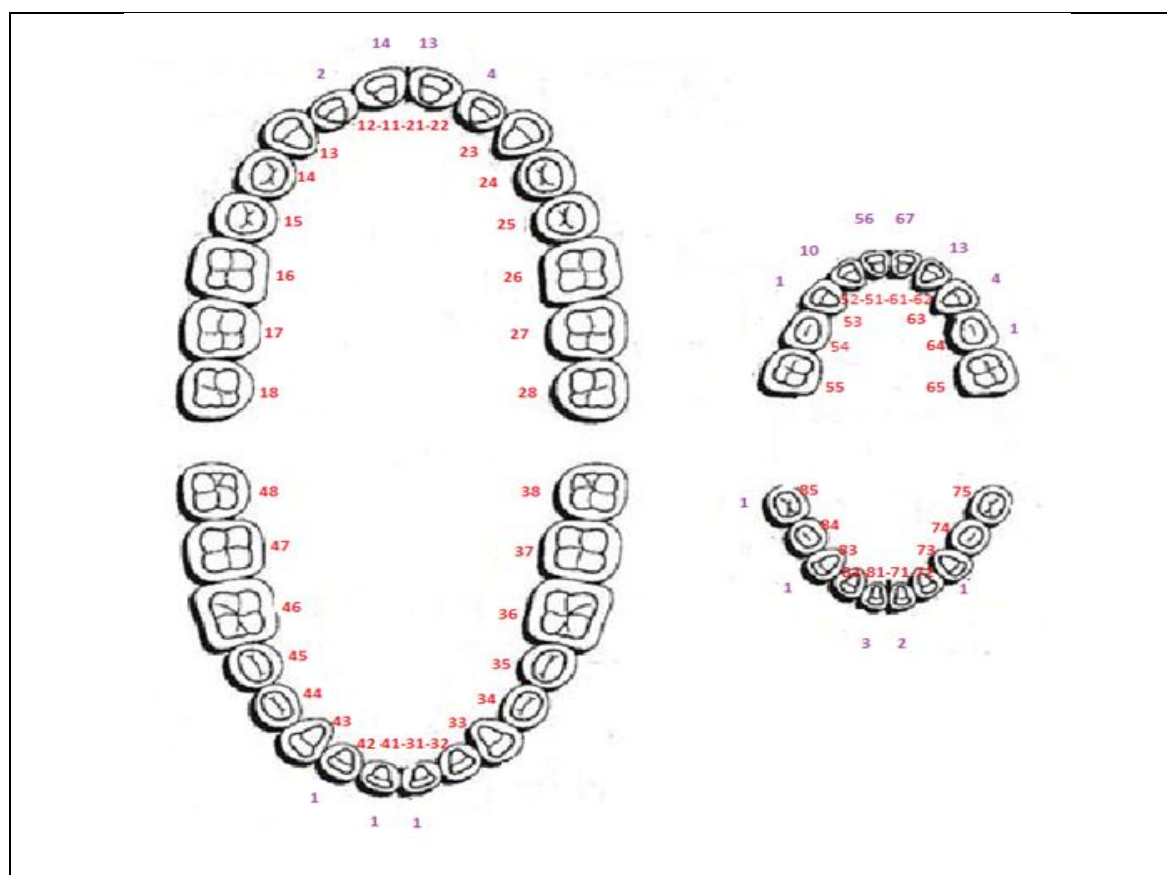


Fig. 18 : distribution des dents traumatisées par type

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.

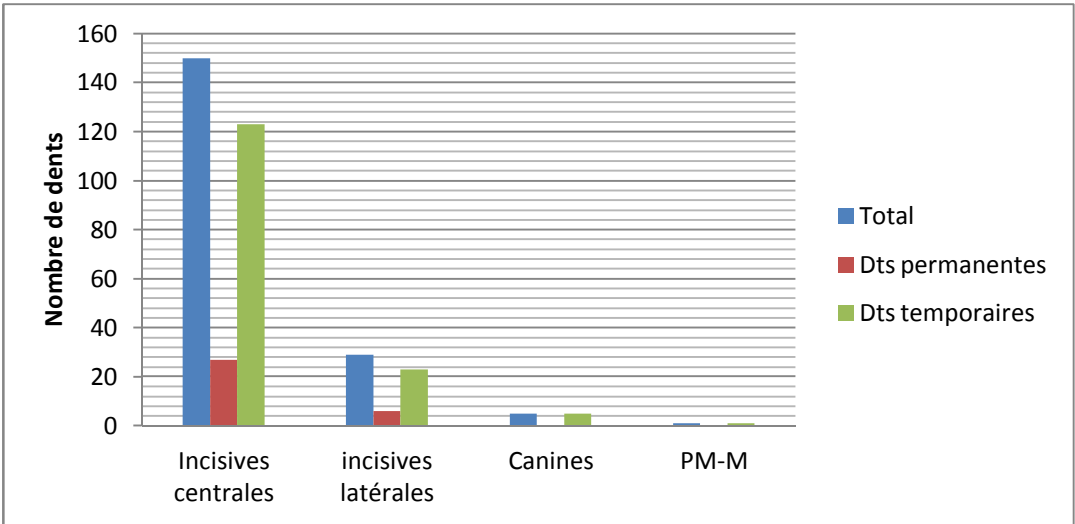


Figure 19a : distribution des dents maxillaires traumatisées selon leur type

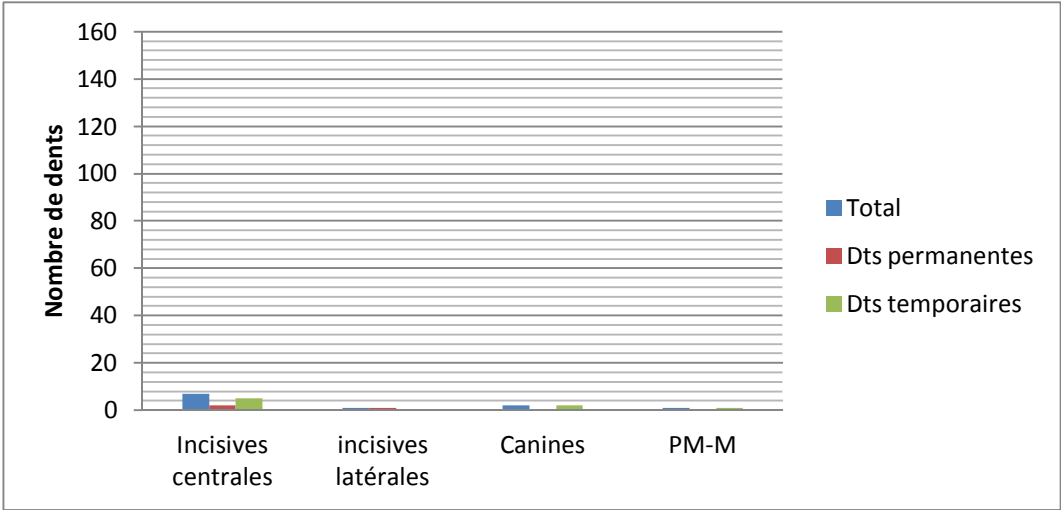


Figure 19b : distribution des dents mandibulaires traumatisées selon leur type

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.

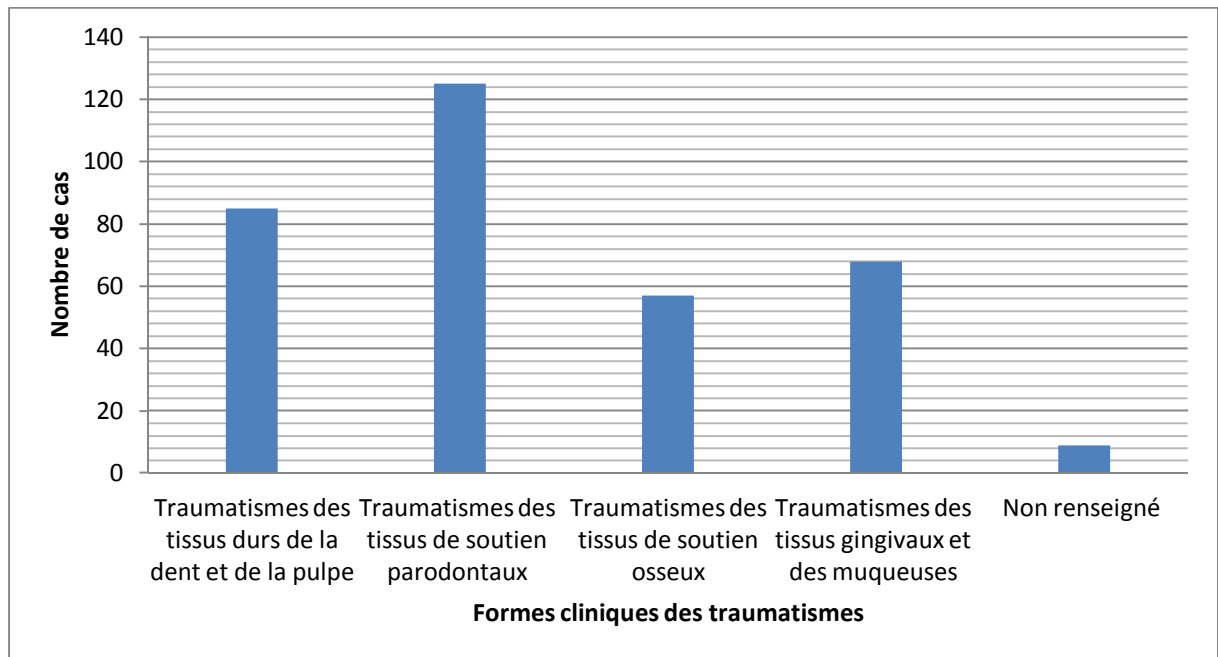


Figure 20 : distribution des différents types de traumatismes dentaires

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

Sur l'ensemble 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 n'ont pas été renseignés.

2.2.5 Distribution selon l'âge (figure 21)

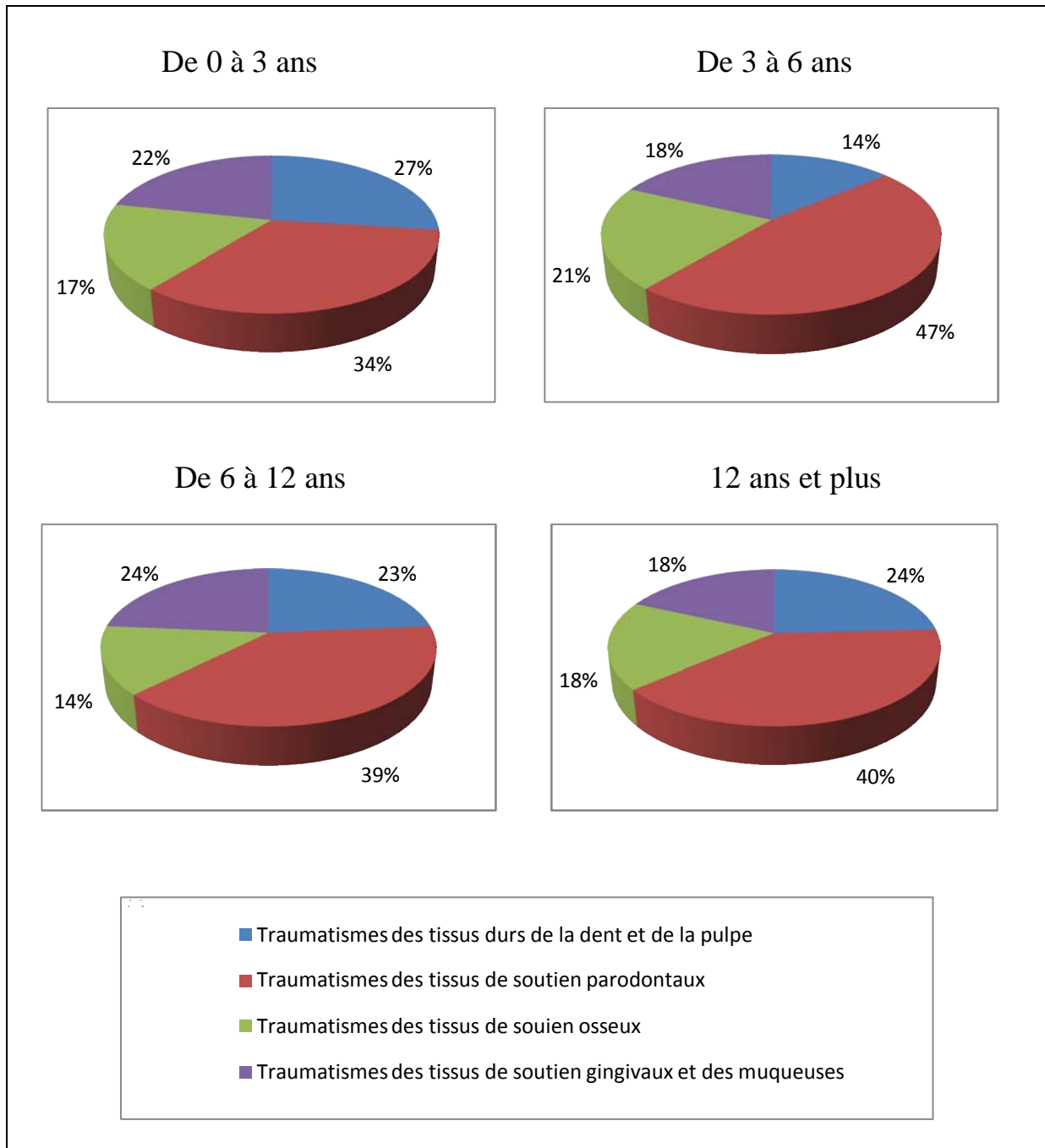


Figure 21 : distribution des patients par tranches d'âge et par type de traumatismes

L'analyse des résultats nous a permis de constater des différences importantes, selon les tranches d'âges, dans la distribution des différents diagnostics de traumatismes dentaires. Quelque soit la tranche d'âge, 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 d'ordre 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 n'étaient 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.

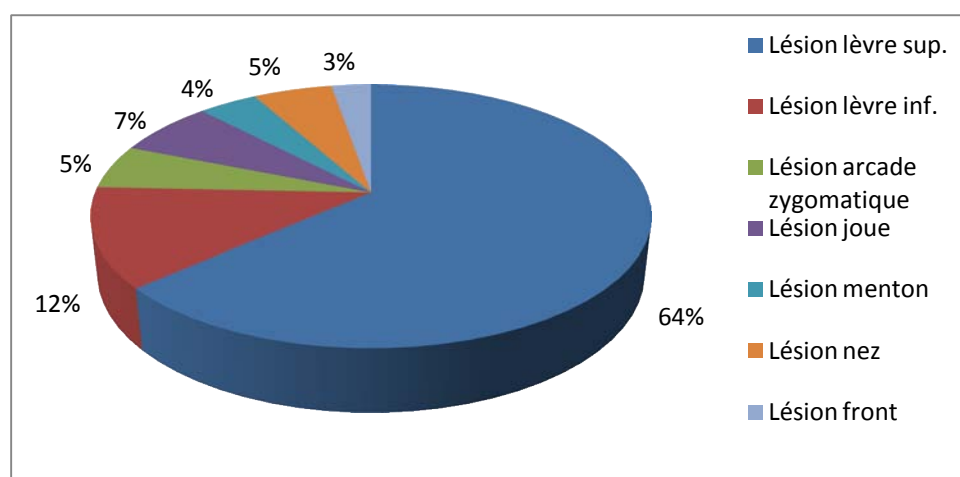


Figure 22 : distribution des lésions extrabuccales

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%), l'examen 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.

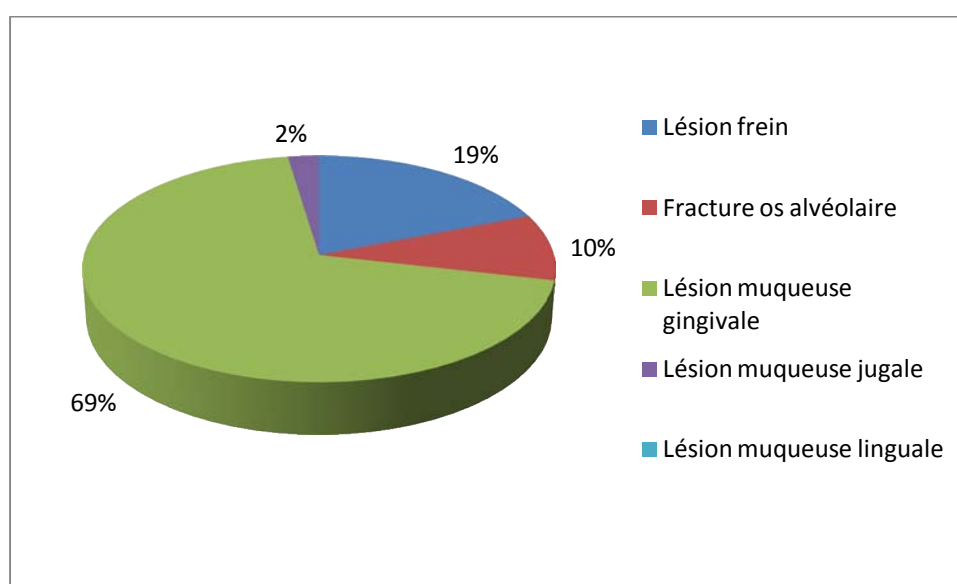


Figure 23 : distribution des lésions intrabuccales

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

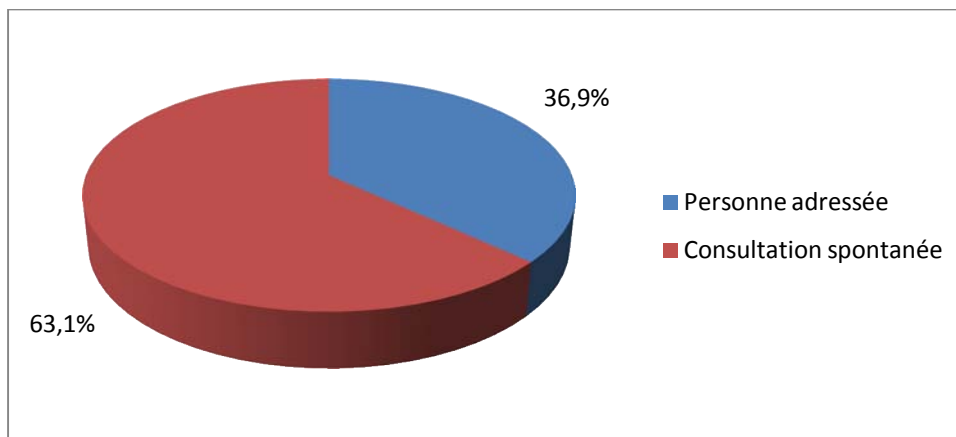


Figure 24 : distribution des patients adressés

Nous constatons d'après les résultats de la figure 25 que sur les 125 patients venus consulter au service d'odontologie, 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 suivis au service). Nous avons 3 dossiers patients pour lesquels nous n'avons pas de renseignements à ce sujet.

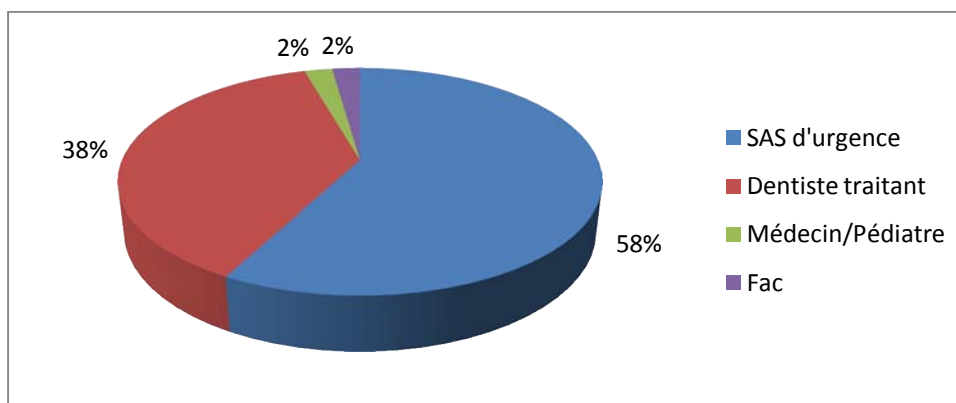


Figure 26 : distribution des patients adressés selon la personne qui adresse

D'après les résultats de la figure 26, un peu plus de la moitié des patients (58%) nous ont été adressés par le SAS d'urgence de l'Hôpital d'Enfants, 38% ont été orientés vers notre consultation par le dentiste traitant, d'autre 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 d'odontologie 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 l'hôpital à la suite d'un 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 d'un degré de sévérité modéré, tels que les contusions ou les fêlures coronaires, ne sont pas nécessairement conduits vers un service d'urgences. Certains parents ne jugent pas utile de consulter, d'autres 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 l'inconvénient 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 :

ÉNom et prénom du patient

ÉDate de naissance

ÉDate de visite

ÉContenu de la consultation

ÉCotation sécurité sociale

ÉInitiales de l'opérateur

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

Malheureusement, en l'absence de cette indication, quelques traumatismes dentaires ont pu nous échapper.

Le recensement engagé pendant notre enquête nous permet juste de conclure qu'au moins 125 cas de traumatismes dentaires ont été observés au service d'odontologie à l'Hôpital de Enfants. Le contrôle effectué pendant cette période nous autorise à penser que l'intervalle d'erreur 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. L'étude 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 d'abord, une consultation à partir de laquelle des informations brutes se sont dégagées.
- Ensuite, une transcription des informations sur des documents (fiches d'examen, dossier du service).

Chacune de ces phases mérite des réflexions que nous nous proposons d'exposer 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 l'accident (lieu) et sur l'anamnèse. Conduite convenablement, cette étape devait nous fournir toutes les informations intéressantes, ce qui fut le cas souvent. En revanche, par manque de temps ou d'intérêt, ce questionnaire était parfois négligé. L'analyse des résultats nous montre en effet que le lieu de l'accident n'était pas renseigné pour 26% des patients . Il est certain qu'une part de ces pourcentages est à mettre sur le compte d'un interrogatoire succinct. Toutefois, il convient de rappeler que deux autres raisons peuvent expliquer l'absence de ces données. En effet, sur certains documents rien ne transparaissait de l'interrogatoire. De plus, les parents, et même les enfants, ne se rappelaient pas toujours des circonstances exactes du choc.

La consultation se poursuivait par un examen clinique permettant d'établir 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 n'était pas précisé et pour 9 cas, le type de traumatismes était inconnu.

Plusieurs raisons pourraient expliquer ces manquements.

Tout d'abord, certains opérateurs manifestent un manque d'intérêt 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. Lorsqu'un patient victime d'un traumatisme dentaire se présente en consultation, les dentistes se consacrent souvent aux examens clinique et radiologique et/ ou à la rédaction d'un certificat médical initial.

Pour améliorer l'approche de ce domaine, il est nécessaire d'apporter 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 d'approximations.

Pour les 130 patients recensés, seules 77 fiches ont été remplies, soit une fréquence de 61,6%. L'importance du volume représenté par les cas dépourvus de fiches peut s'expliquer par un manque de temps ou par un oubli. De plus, 5 dossiers du service d'odontologie n'ont pas été retrouvés. Nous avons donc été contraints d'éliminer de notre échantillon ces 5 cas pour lesquels nous ne disposons d'aucun document.

3.1.2.2 Enquête auprès des praticiens de Meurthe et Moselle

La majorité des praticiens libéraux n'ont 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 l'enquête auprès des praticiens de Meurthe et Moselle ont été données 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 l'étude réalisée à l'Hôpital de Brabois où les consultations ont été réalisées 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 d'interprétation 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

L'analyse des résultats montre que la majorité des praticiens libéraux (53,5%), tout profil d'activité confondu, estime être confrontée à une urgence traumatique environ « une à deux fois par an ». Une telle fréquence peut paraître surprenante. Ceci peut s'expliquer par le fait que en fonction de l'âge de l'enfant, du type d'accident, du nombre de dents lésées, etc. , les patient s'orienteront plus facilement vers un service d'urgence hospitalier.

Lorsque nous détaillons les réponses en fonction du type d'exercice, nous remarquons que la fréquence de ces consultations augmente lorsque le profil d'activité du praticien est l'orthodontie ou l'omnipratique. Il l'estime 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 d'urgences traumatiques.

Toujours d'après notre enquête, la classe la moins concernée par les consultations d'urgences en cabinet serait celle des « moins de 3 ans ». On peut ici émettre l'hypothèse que cette tendance est liée au fait que pour les patients plus jeunes, les parents iront consulter spontanément un service d'urgence hospitalier et non leur dentiste traitant. En effet, l'anxiété chez les parents est plus élevée pour les jeunes enfants, même s'il s'agit 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 péribuccal), 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, l'absence 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 s'appuyer sur l'utilisation de dispositifs protecteurs (casque, protège dents).

La structure hospitalière étant réservée aux enfants, la moyenne d'âge 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

D'après 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
- L'école/Crèche
- Lieux de sport et loisirs.

A l'école, de nombreuses situations prédisposent les élèves à des accidents. Les jeux durant les récréations peuvent entraîner des collisions, des chutes et parfois des bagarres. C'est pour cette raison qu'un 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 l'intérieur de la maison. Ce résultat est dans l'ensemble 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 s'agit des fêlures et des fractures. Les traumatismes des tissus de soutien parodontaux représentent 25,3%. Il s'agit 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 l'os alvéolaire et du ligament alvéolodentaire. En denture permanente, la présence de facteurs étiologiques plus variés et de traumatismes multiples élargit l'éventail 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 l'âge 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 d'âge la plus concernée était celle des « plus de 12 ans » ; il est donc logique que les traumatismes qu'ils 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 d'urgences 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 n'avons pas noté de différences significatives en fonction du profil d'activité.

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 sérieuses (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 laissés et expliquent ce manque d'intérêt :

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

É Peu de praticiens sont formés à la gestion des urgences pédodontiques et traumatiques et disent « ce n'est rien, ce sont des dents de lait ».

É Actes chronophages qui nécessitent le report des rendez-vous

É Actes très mal rémunérés

É Trop de praticiens n'aiment pas la pédodontie

É Trop faible rémunération

É Aspect bénévole de l'art dentaire

É Urgences peu rémunératrices pour le retard qu'elles occasionnent et le temps passé.

- D'autres avouent un manque d'assurance vis-à-vis de l'enfant
- L'âge et la coopération de l'enfant 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 d'activité
- Et d'autres fois, c'est le manque de connaissance qui fait défaut.

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

Lorsque nous détaillons le mode de prise en charge en fonction du profil d'activité, 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 d'une 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 préféreront 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 compliqués par des lésions générales, extrabuccales et/ou intrabuccales. Une étude (37) a été réalisée pour nous montrer, qu'en fonction de la gravité de traumatisme, un groupe de patients était dirigé pour traitement en médecine générale, l'autre groupe vers un dentiste pédiatrique. La forme sévère d'un 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 l'absence de coopération de l'enfant et l'âge 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 d'un patient a été perçue par 70% des dentistes comme une difficulté importante à fournir un traitement d'urgence.

Le manque de connaissance ou d'assurance vis-à-vis de l'enfant peut également être un argument de dissuasion pour la prise en charge d'un 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 qu'étudiant
- 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 l'importance 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 d'améliorer ces connaissances dans le traitement des urgences. Cette amélioration devrait être obligatoire, parce que ces blessures présentent de multiples défis pour l'équipe dentaire ainsi que des complications pour le patient qui peuvent entraîner tout au long de sa vie des traitements longs et coûteux. Des formations continues seraient un moyen formel pour améliorer le savoir des praticiens après l'obtention de leur diplôme.

La dernière raison qui a été évoquée pour la non prise en charge des urgences traumatiques en cabinet est l'incompatibilité de la gestion de telles urgences avec le profil d'activité. Lorsque nous détaillons les réponses selon le mode d'exercice, nous nous rendons compte que seuls les praticiens exerçant une activité exclusive sont concernés par cette réponse. En effet, qu'ils 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

Lorsqu'un 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 l'Hôpital d'Enfants de Nancy, et 19 adressent directement aux urgences hospitalières. Ceci explique le fait que 36% des traumatismes dentaires vus au service nous avaient été adressés. Parmi ces patients, 38% avaient été vus par un chirurgien dentiste libéral, 58% par le S.A.S d'urgence.

3.2.8 Patients adressés au service d'odontologie de l'Hôpital d'enfants

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 d'urgence de l'Hôpital d'enfants (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'un 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 patients 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 mandibulaires), les lésions extrabuccales (lésion de la lèvre supérieure, 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 nécessitent 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 l'âge de l'enfant ou de sa coopération, etc. , un praticien décide ou non de traiter et d'assurer 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.).
- d'autres ont un profil d'activité qui ne leur permet pas d'assurer 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 d'entre elles étaient le manque d'assurance et de connaissance vis-à-vis des telles urgences. Nous avons donc demandé aux praticiens libéraux ce qu'ils pensaient du niveau des formations universitaires et post universitaires, et si ces formations répondaient à leur attente.

30% d'entre 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 n'ont 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
- L'insuffisance des formations est soulignée

La même enquête menée en Australie et citée auparavant (43) a montré de graves lacunes d'information 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 l'idée de la mise en place d'un programme d'information et d'instruction sur la prise en charge des traumatismes dentaires ainsi que des conduites à tenir qui devraient être destinés 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 d'aider au diagnostic, au pronostic et aux traitements des traumatismes dentaires.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous avons pu tirer des conclusions de l'enquête menée auprès des praticiens de Meurthe et Moselle à propos de la prise en charge des urgences traumatiques en cabinet libéral, ainsi que de l'expérience de l'Hôpital d'Enfants concernant les traumatismes dentaires.

Toutes les études publiées dans ce domaine s'accordent à montrer l'importance de la traumatologie dans l'évaluation de la santé bucco dentaire de l'enfant. Nos enquêtes n'ont fait que confirmer ce constat.

Tout ceci doit nous inciter à prendre très au sérieux ce phénomène. L'urgence traumatique dentaire ne présente pas de risque vital pour le patient et ne rend pas indispensable la présence d'un chirurgien dentiste d'astreinte au C.H.U. de Nancy les week-end et jours fériés. Un effort d'information 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 l'évolution positive du traumatisme dentaire.

Il y a donc une nécessité d'accentuer 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 l'enfant et de l'adolescent.

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 l'Hôpital de Brabois enfants, service d'odontologie)

Image 8 : Avulsion

(image prise à l'Hôpital de Brabois enfants, service d'odontologie)

Image 9 : Lacération de la lèvre supérieure

(image prise à l'Hôpital de Brabois enfants, service d'odontologie)

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 Consœur, Cher Confrère,

Actuellement étudiante à la faculté de chirurgie dentaire de Nancy, je suis en cours de rédaction de ma thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. Ayant réalisé mon stage à l'Hôpital Brabois enfants, je m'intéresse particulièrement aux traumatismes dentaires et ai choisi ce thème comme sujet de thèse d'exercice.

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

J'ai 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 s'agit 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 l'accord et l'aide du Conseil de l'Ordre.

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

Cordialement,

Cindy ZANDOUCHE.

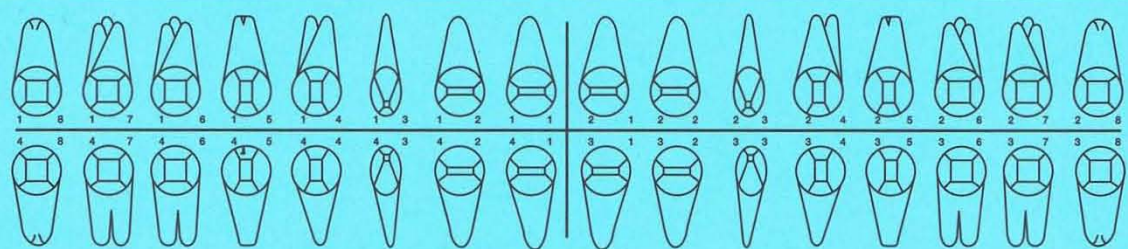
P.S. : Vous pouvez me retourner ce questionnaire avant le 15 mai 2011 à l'aide de l'enveloppe jointe.

QUESTIONNAIRE : (cochez une ou plusieurs réponses)

***Quantifiez chaque réponse cochée (+, ++, +++)**

- En quelle année avez-vous débuté votre exercice ?
- Quel est votre profil d'activité ?
 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 í .)
- 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 amélaireí)
 traumatismes des tissus de soutien parodontaux (luxation, subluxationí)
 traumatismes des tissus de soutien osseux (comminution, fracture alvéolaireí)
 traumatismes des tissus gingivaux et des muqueuses (lacération, contusion, abrasioní)
- 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 d'une 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 d'assurance vis-à-vis des enfants
 âge de l'enfant (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

<p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Nom de J.F. :</p> <p>Né(e) le :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Tél :</p>	<p>N° S.S. :</p> <p>Sec. Soc. :</p> <p>D.O. :</p> <p>Assuré(e) :</p> <p>Mutuelle :</p> <p>D.O. :</p> <p>N° Adh. :</p> <p>N°paie : U F : A S T</p> <p>Service : Tél :</p>							
								
2010-P6								
DATE	DENT	DESCRIPTION DES TRAVAUX	C	Z	SC	DC	SPR	OP

FICHE DE CONSULTATION

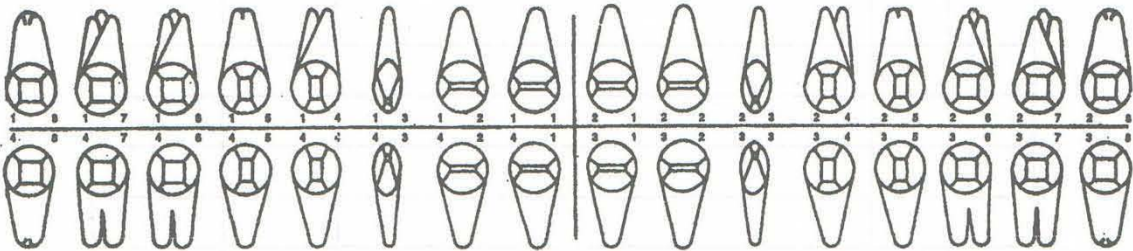
NOM :
Prénom :

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			

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		Arcade zygomatique		Région jugale		Région frontale	Région nasale	Région mentonnière
		Inf.	Sup.	D	G	D	G			
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						
		1	2	3	4	5	6	
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							
	1/3 moyen							
	1/3 cervical							
CONTUSION pas de mobilité, saignement sulculaire							- Mobilité (voir au dos)	
SUBLUXATION mobilité, saignement sulculaire								
LUXATIONS	INTRUSION complète							
	partielle							
	EXTRUSION							
LUXATION LAVERAGE 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
	1	2	3	4	5	6	
ABSTENTION							
RECONSTITUTION CORONAIRE							
COIFFAGE INDIRECT							
COIFFAGE DIRECT							
PULPOTOMIE							
TRAITEMENT RADICULAIRE							
antiseptique							
APEX MATURE hydroxyde de calcium							
obturation définitive							
APEX IMMATURE antiseptique							
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
- Mordu occlusal
- Radio rétro-alvéolaire (angulateur de Rinn)

OUI NON
 OUI NON
 OUI NON

ANNEXE 3 : FIGURE

Figure 1 : Distribution des praticiens selon leur profil d'activité

Profil d'exercice	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 d'âge des patients consultant en secteur libéral pour traumatisme dentaire

Tranches d'âge 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 d'activité 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 d'assurance vis-à-vis du patient	Age du patient	Absence de coopération	Forme clinique du traumatisme	Gestion des urgences incompatibles avec l'activité	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 d'activité

Omnipratique

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

Orthodontie

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

Spécialité « chirurgie buccale/implantologie »

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

Parodontie

Motifs de non prise en charge	Manque d'assurance vis-à-vis du patient	Age du patient	Absence de coopération	Forme clinique du traumatisme	Gestion des urgences incompatibles avec l'activité	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 d'apparition

Lieu d'apparition	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 d'âges 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 d'âge 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 d'urgence	Dentiste traitant	Médecin/Pédiatre	Faculté
Nombre de patients	26	17	1	1

BIBLIOGRAPHIE

1. Altun C, Ozen B, Esenlik E, Guven G, Gürbüç 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. Bringhursts 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.

Parodontite de l'enfant

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 l'enfant

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

14. Demars C, Michel A.

Traumatologie de l'incisive 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, Wyszowski 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 Traumatology, 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 l'enfant au Sénégal
Thèse de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie
Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2003, 49 p.

**42. Wendt FP, Torriani DD, Assunção MC, Romano AR, Bonow ML, da Costa CT,
Goettens 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.

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

Th. : Chir. Dent. : NANCY I : 2012

Résumé :

But : Notre étude va permettre d'évaluer les caractéristiques des patients, la fréquence et la sévérité des traumatismes dentaires en cabinet ainsi qu'en milieu hospitalier, et de comprendre l'attitude 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 d'odontologie de l'Hôpital d'enfants. Les résultats ainsi obtenus ont pu être confrontés aux connaissances issues des publications nationales et internationales nous permettant d'émettre des hypothèses liées à la gestion de ces accidents.

Résultats : Un effort d'information 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
<u>Mr J. PREVOST</u>	Maître de Conférences des Universités	Juge
Mme N. MARCHETTI	Praticien hospitalier	Juge
Mme B. PHULPIN	Assistante	Juge

Adresse de l'auteur : 32, rue Daga. 57050 METZ

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



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

Th. : Chir. Dent. : NANCY I : 2012

Résumé :

But : Notre étude va permettre d'évaluer les caractéristiques des patients, la fréquence et la sévérité des traumatismes dentaires en cabinet ainsi qu'en milieu hospitalier, et de comprendre l'attitude 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 d'odontologie de l'Hôpital d'enfants. Les résultats ainsi obtenus ont pu être confrontés aux connaissances issues des publications nationales et internationales nous permettant d'émettre des hypothèses liées à la gestion de ces accidents.

Résultats : Un effort d'information 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
<u>Mr J. PREVOST</u>	Maître de Conférences des Universités	Juge
Mme N. MARCHETTI	Praticien hospitalier	Juge
Mme B. PHULPIN	Assistante	Juge

Adresse de l'auteur : 32, rue Daga. 57050 METZ