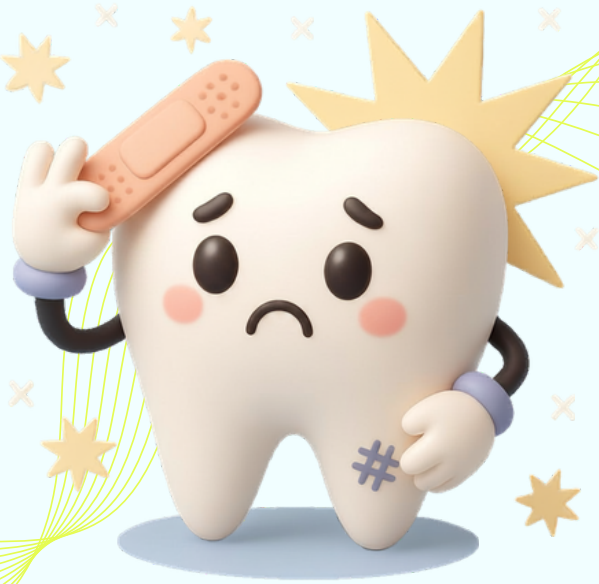
MÉDECINE GÉNÉRALE & URGENCES DENTAIRES



Livret réalisé par le Dr Ceccaldi Franck - chirurgien dentiste -
340 rue de l'Eygala Centr'Alp 38430 Moirans

SOMMAIRE

1 Urgences esthétiques

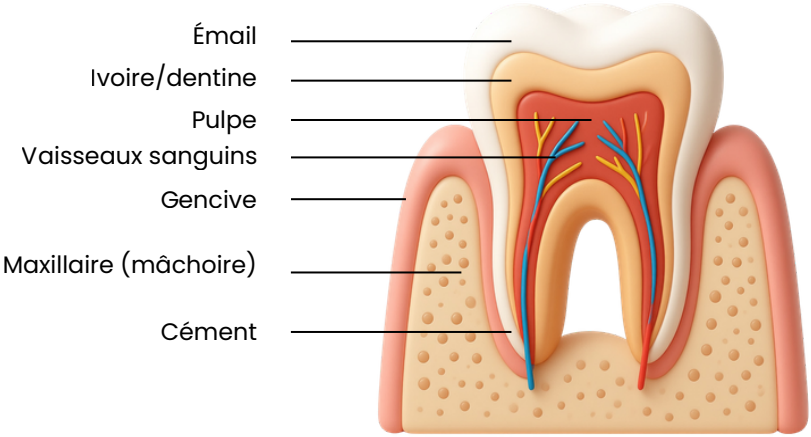
2 Urgences algiques

3 Urgences traumatiques

4 Fausses urgences

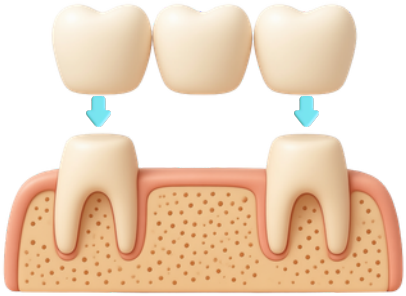
5 Annexes

ANATOMIE D'UNE DENT



1 Urgences esthétiques

Exemple : *couronne ou bridge antérieur qui est tombé, ou encore un appareil amovible cassé.*



Pour les **dents décollées,** proposer au patient d'utiliser de la colle d'appareil amovible (type « fixodent pro ») en attendant le rendez-vous chez le dentiste.
Sécher la couronne avec du coton, du sopalin ou bombe spray de clavier et mettre de la colle dans la couronne ou sur le pivot. Idéalement sécher la dent support de prothèse en bouche avec du coton, une compresse, et remettre la couronne en place. Laisser sécher 4 minutes.

Pour l'**appareil amovible cassé** (dentier/dentier partiel), la colle cyanolite fonctionne bien si les 2 morceaux s'emboitent. Attendre le séchage complet avant de remettre en bouche en attendant un rendez-vous dentiste ou chez le prothésiste qui peut dépanner souvent plus rapidement.



2 Urgences algiques

Les urgences dentaires algiques sont soit d'ordre « ***nerveuses*** » aigües (nerf dentaire, pulpe dentaire), soit ***infectieuses*** et plus « sourdes », soit plus ou moins ***inflammatoires*** (gingivales), soit **associées**.

C'est le **questionnaire médical** qui oriente le diagnostic (**DÉCISATA – ANNEXE 1**), complété par les tests cliniques (thermique, mécanique, fraisage, anesthésie – **ANNEXE 2**) et enfin l'imagerie.

Douleur d'origine nerveuse

La « **rage de dent** »,c'est environ 8-9 sur l'échelle de la douleur (*ex* : *le patient n'a pas dormi de la nuit*). C'est le nerf qui fait mal mais l'origine de la douleur est une **grosse inflammation de la pulpe dentaire** (vaisseaux + nerf attenant). Soit d'origine bactérienne, chimique, mécanique ou thermique). Le traitement de cette douleur se fera donc par **AINS associé ou non à un antalgique de palier 1**, voir palier 2 (*en cabinet dentaire* : *Izalgi®* , *Tramadol®, Lamaline®*).

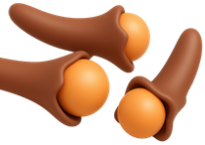
Le patient arrive au cabinet avec la main sur la joue, l'atteinte psychologique est quasi immédiate (insomnie, agressivité, etc)... Le terme exact : occupation du champ de conscience. La douleur, comme la faim ou la soif, à tendance à envahir le psychisme pour mobiliser l'organisme vers sa résolution.

Lorsque la douleur est **potentialisée par le froid,** celle-ci fait donc suite à :

- soit une carie non traitée ou après un soin trop proche du nerf (composite, résine, couronne)
- soit suite à une fracture dentaire avec exposition du nerf (traumatisme).



Il se produit une hyperhémie des vaisseaux dans le canal pulpaire, comprimant le nerf.
Il n'y a pas d'infection, donc **les antibiotiques sont inutiles.**



Un calmant assez efficace est le **clou de girofle** dans la cavité carieuse si elle est accessible, car il diminue l'hyperhémie pulpaire.
(Par exemple : mettre de l'huile essentielle de clou de girofle sur un coton)

Il faut forcément un geste du praticien dentiste qui va dévitaliser la dent, acte simple sur une dent monoradiculée (incisives et canines, prémolaires) mais plus complexe pour une molaire (3 nerfs) nécessitant un RDV de 1 heure environ.

LES CARIES

Attaque de **l'émail**



Attaque de **la dentine**



Dent sensible

Attaque de **la pulpe**



Rage de dent

Attaque du **nerf**



Abcès

NOTE IMPORTANTE SUR LES AINS DANS LES DOULEURS DENTAIRES

Bien que de palier 1, l'*Ibuprofène®* à un effet antalgique important, dans des modèles de douleurs dentaires :

- 400 mg d'*Ibuprofène®*ont un effet antalgique équivalent à 60mg de morphine ou 5 mg d'oxycodone
- 400 mg d'*Ibuprofène®* sont deux fois plus efficaces en post op que l'association 600 mg de paracétamol et 60 mg de codéine.





Source : édition de l'ADF 2025, douleur aiguë chez l'adulte, Yves BOUCHER, Vianney DESCROIX

Douleur d'origine infectieuse



C'est une douleur plus sourde, 5-6 sur l'échelle de la douleur. Soit due à un kyste ou un granulome (infection de l'organe dentaire et atteinte du péri apex), à une maladie gingivale (ce n'est pas la dent qui est atteinte mais tout le parodonte : gencive, os, ligament desmodontal), ou plus rarement en post opératoire (rare car souvent le patient est sous couverture antibiotique pour les actes à risque).

Pour simplifier, c'est soit une infection de la dent (A) soit de la gencive (B).

A - Infection de l'organe dentaire (kystes apicaux)

En bouche, il y a :

- soit aucun signe visible lorsque le kyste est intra osseux (mais douloureux par la pression interne)
- soit présence d'une petite voussure gingivale/muqueuse/jugale, et plus ou moins une rougeur de la gencive. Il peut également y avoir une fistule (bouton blanc) et peut aller jusqu'à un œdème de tout le vestibule buccal, qui finit par envahir un coté du visage (cellulite).

Signes cliniques lorsque rien n'est visible : **douleur à la pression sur la dent**, à la mastication sur cette zone, **impression de « dent longue »** car la pression fait remonter la dent. En revanche, **le froid n'a aucun effet sur la douleur. (radio)**

Il s'agit de l'affection la plus courante. Se calme avec les antalgiques de palier 1 mais nécessite aussi **la mise en place d'une antibiothérapie**.

Amoxicilline®
adulte : 1g matin midi et soir pendant 7 jours

Si allergie bêta lactamines :
Clindamycine ®
300 mg/ 2 matin et soir pendant 7 jours

En seconde intention ou si atteinte sinusienne :
Amoxicilline® + Acide Clavulanique® (500+62,5)
2 matin midi et soir pendant 7 jours

Un geste de chirurgie dentaire est le plus souvent indiqué, mais avec souvent beaucoup de réticences des patients ce qui amène à des antibiothérapies itératives.

B - Infection de la gencive (et du parodonte)

RAPPEL

La gingivite est une inflammation (sans infection) gingivale avec rougeur, légers gonflements des papilles inter dentaires, saignements au brossage. Les dents n'ont pas de mobilité car pas d'atteinte osseuse.

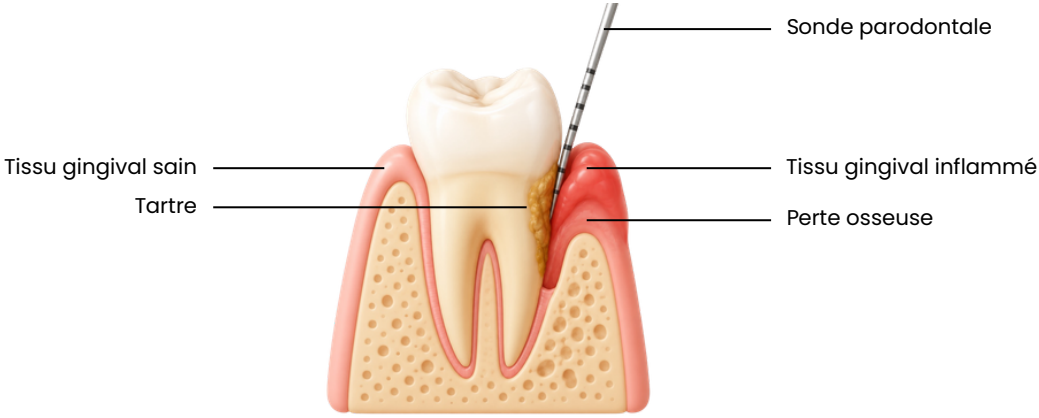
C'est une maladie réversible avec l'instauration d'une **hygiène bucco-dentaire stricte** (brossage 3x par/jour avec *Parodontax®* dentifrice, fil dentaire / brossettes inter dentaires ou jet dentaire, bains de bouche à la Chlorhexidine pendant 10 jours comme *ELUDRIL Gé®*)



Si rien n'est fait, alors on bascule à la parodontite qui est une maladie inflammatoire mais d'origine infectieuse.

L'atteinte osseuse est visible d'abord sur une radio panoramique (élargissement du ligament parodontal) puis mobilités dentaires, gencives très rouges et saignant à chaque brossage voir spontanément, la perte osseuse est irréversible. Conduit à des infections dites parodontales avec présence sur l'arcade de dents saines et de dents dévitalisées.

Les différentes parodontites ont toutes en commun le même phénomène, c'est-à-dire un **passage de bactéries buccales dans un l'espace confiné** qui est le ligament alvéolo-dentaire (ou desmodonte) situé entre le cément de la dent et l'os (augmentation et prolifération des bactéries GRAM – Et des anaérobies). C'est ce qu'on appelle la poche parodontale.



C'est la radiographie panoramique qui confirme le diagnostic, suite au sondage des poches parodontales.





Le diagnostic différentiel par rapport à une dent infectée à son apex est plus facile car on voit bien l'état de la gencive même s'il existe des cas trompeurs visuellement mais **la mobilité d'une ou plusieurs dents** confirme ce diagnostic.

Traitement : en plus des mesures strictes d'hygiène bucco-dentaires, il faut instaurer un **traitement antibiotique** et ensuite voir le chirurgien-dentiste pour un traitement parodontal (va du curetage surfaçage des racines dentaires à l'extraction des dents trop mobiles).

Amoxicilline®
3g par jour

Pour les cas très avancés ou résistants, on ajoute du Métronidazole *FLAGYL ®*
1500 mg par jour en 3 prises

PS : savoir que la surface cumulée de toutes les racines dentaires infectées sur 1/3 de leur hauteur correspond à la surface de la paume de la main.

Antalgique si besoin : palier 1

Bains de bouche à vie : tous les soirs *LISTERINE®*

3 Urgences traumatiques

Une dent qui s'est cassée

Il y a des bords tranchants qui peuvent couper la langue ou la joue (très gênant). Il est possible de dire au patient de polir le bord coupant (lime a ongle cartonnée) ou de placer de la « cire orthodontique » (en pharmacie) dessus le bord coupant en attendant le rendez-vous chez le dentiste.

Chute accidentelle avec expulsion de la dent

1. Mettre la dent dans du **sérum physiologique ou du lait**
2. **Ne pas essayer** de nettoyer la dent (ne pas la gratter)
3. Délai d'**1 heure** pour la réimplanter chez le dentiste ou aux urgences stomatologiques
4. Ne pas oublier de traiter les **blessures annexes** : lèvre, peau, gencive avec un **nettoyage minutieux** si gravillon ou sable avec *Bétadine®* jaune ou verte (ou Chlorhexidine).

Le dentiste va réimplanter la dent, placer une attelle 10 jours et instaurer **un traitement antibiotique**.

Surveillance radio dans les 6 mois et test au froid du nerf tous les ans. Risque de nécrose du nerf dentaire, avec infection et ou changement de teinte de la dent.

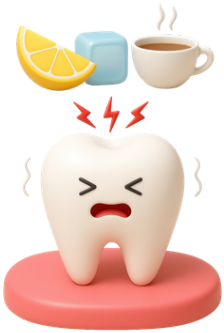
URGENCES DENTAIRES

Gérées par le 15
Tous les dimanches
de 9h à 13h sur le Voironnais

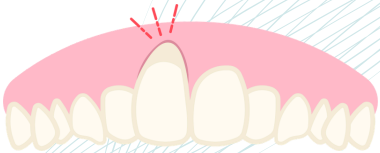
4 Fausses urgences

Sensibilité dentaire

Douleur au froid, au sucre, à l'air qui passe sur les dents. Cette sensibilité peut être intense et confondue avec un début de carie ou de rage de dent. Mais ici **la douleur ne dure que quelques secondes**, elle passe, elle revient, et souvent touche les dents contro-latérales et antagonistes avec des intensités moindres. Peut disparaitre plusieurs mois avant de réapparaitre (contrairement à une carie dont la douleur va progresser crescendo).



Surtout chez les patients qui brossent fort leurs dents et qui ont donc une bonne hygiène dentaire, provoquant un léger déchaussement qui dénude le collet de la dent vers la gencive et expose la racine. Cette sensibilité ne réveille pas la nuit.
Les antalgiques sont inutiles car le stimulus douloureux est de courte durée.



En cabinet dentaire : gels ou vernis désensibilisants, qui jouent un rôle de protection

En cabinet médical : prescrire un dentifrice spécifique (*Sensodyne rapid ®, Elmex sensitive + ®*)
> à utiliser en brossage puis en déposant une noisette sur le bas de la dent avant le coucher, le produit agira plus longtemps. Ceci **concerne souvent les prémolaires.**

Aphtes

Lésion de la muqueuse superficielle (ulcération), douloureuse 10 à 15 jours et non contagieuse. Peut-être favorisée en cas de stress, d'alimentation déséquilibrée, de blessure, de maladie de Crohn, de prise d'AINS).

Prescrire un **cicatrisant et une protection gingivale** (*Urgo® filmogel aphte*, *BoroStyrol®* gel, Lidocaine *Dynexan®* , *Xylocaine®* visqueuse) pour une anesthésie locale de surface, atténuant aussi la douleur liée à une atteinte muqueuse (érosion, post-herpétique, ulcération traumatique).

Accident d'évolution des dents de sagesse : entre 16 et 20 ans

La dent reste coincée à mi évolution dans la cavité buccale et provoque une porte d'entrée bactérienne. Douleur au fond de la bouche, souvent accompagnée d'un trismus. **Traitement antibiotique** puis adresser à un chirurgien-dentiste ou un stomatologue pour son extraction.

Douleurs des ATM et DTM*

Les myorelaxants peuvent avoir un intérêt dans la gestion des co-contractures ou myospasmes observés au cours des dysfonctionnements temporo-mandibulaires aigus (thiocolchicosides ou BDZ (diazepam) pour limiter la stimulation nociceptive qui résulte de la contracture musculaire.

Dentiste : gouttières de désocclusion, remplacement des dents absentes, séances de kinésithérapie.

***ATM** : Muscles masticateurs et articulation

DTM : Dysfonctionnements temporo-mandibulaires

Douleurs sinusiennes

Douleurs typiques sous orbitaires ou frontales, exacerbées lorsque le patient penche la tête en bas, confirmé en cabinet dentaire par le cone beam . Le plus souvent d'origine bactérienne.

> *Augmentin®* **en première intention pendant 10 jours** avec AINS ou *Pyostacine®* en seconde intention + rechercher une cause dentaire.

Le traitement sera symptomatique pour la sinusite virale et antihistaminique / anti-inflammatoire pour la sinusite allergique.

Colites salivaires

Cas de lithiases des glandes salivaires principales. Intérêt de l'antispasmodique type *Phloroglucinol®* qui agit sur les cellules musculaires lisses.



EN RÉSUMÉ

Une dent « vivante » donc sensible au froid (air-eau-sucre) ne peut pas s'infecter. C'est le nerf qui fait mal : **DONC PAS D'ANTIBIOTIQUE mais AINS.**

Alors qu'une dent dévitalisée, donc le plus souvent couronnée ou porteuse d'un bridge, dent sur pivot etc. ne peut pas être sensible au froid, donc en cas de douleur, c'est le plus souvent une infection : **ANTIBIOTHERAPIE**



Signes de problèmes infectieux : œdème, fistule, suppuration, absence de douleur au froid, mais douleur à la pression, à la mastication, sensation de dent longue, ou bien une gencive infectée par maladie parodontale (AB + Bains de bouche + analgique).

Post-extraction de dents de sagesse (3 à 4 semaines après) en raison des débris osseux qui se séquestrent et nécrosent : **ANTIBIOTHERAPIE**

Post implantaire : si douleur apparait 10 jours après l'intervention (**ANTIBIOTHERAPIE + AIS** type *Solupred®*) + RDV chez le dentiste

Après une dévitalisation de dent, si la douleur persiste : **ANTIBIOTHERAPIE + AINS** (*Amoxicilline®* 1g : 1/1/1 pendant 7 jours). Si allergie : *Dalacine®* 300 : 2/2 pendant 7 jours.

5 ANNEXES

Annexe 1 - DIAGNOSTIC DECISATA

DECISATA	QUESTIONS	COMMENTAIRES
DÉBUT	• Depuis quand avez-vous mal? • Y a t-il des circonstances d'apparition particulières?	**Durée :** Les mécanismes physiopathologiques évoluent avec la durée de la douleur. Une apparition de plus de 3 mois évoque une douleur plus complexe nécessitant une évaluation et une prise en charge spécifiques. Les détecter permet d'éviter des traitements iatrogènes et d'orienter les patients. **Circonstances d'apparition :** Elles peuvent constituer un indice important. Par exemple, une douleur depuis un choc au niveau du menton ou un stress intense peut être évocateur d'un DTM. Une douleur apparue à la suite d'un soin dentaire récent peut évoquer une douleur inflammatoire dentaire (proximité pulpaire) ou parodontale (surocclusion).
CARACTÉRISTIQUES	• Comment décrivez-vous votre douleur ? • Cela vous fait mal comme quoi? Avez-vous une sensation de battement de coeur? de crampe? de brûlure ? de décharge ? de piqûre ? de fourmillement ?	**Qualité :** L'utilisation de questions ouvertes évite d'influencer le patient mais conduti souvent à des descriptions frustres. Une liste de qualificatifs peut alors être proposée. Cette description donne des indications importantes sur la nature des tissus lésés et les mécanismes mis en jeu. Par exemple, des adjectifs comme "battements de coeur" ou "pulsatile" évoquent une atteinte pulpaire, alors qu'une douleur décrite à type de crampes est évocatrice d'une myalgie. Des adjectifs plus rares, tels que "brûlures, décharges électriques, serrement, fourmillements, engourdissements" sont évocateurs de douleurs neuropathies. Par exemple, la douleur est décrite à type de "brûlure" chez les patients souffrant de stomatodynie et à type de "décharges électriques" chez des patients atteints de névralgie du trijumeau.

DECISATA	QUESTIONS	COMMENTAIRES
INTENSITÉ	**Échelle numérique :** • Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur (0 étant l'absence de douleur et 10 la pire douleur que vous puissiez imaginer)? **Échelle visuelle analogique (EVA) si disponible :** • Il s'agit d'une échelle pour évaluer l'intensité de votre douleur. La partie gauche de l'échelle correspond à l'absence de douleur, la partie droite correspond à la pire douleur imaginable. Placez le curseur au niveau qui correspond à la douleur que vous ressentez maintenant.	**Intensité :** Elle ne renseigne pas sur la gravité de la maladie responsable (exemple : pulpite vs cancer). Elle dépend de susceptibilités génétiques, d'expériences algiques antérieures, de comorbidités, de traitements associés etc. qui en font donc une expérience individuelle. Le praticien ne peut par conséquent ni prédire ni juger la douleur que le patient serait censé ressentir. Il n'existe pas non plus d'appareil de mesure. L'intensité de la douleur se fait chez l'adulte par auto-évaluation et la règle pour le praticien est de croire son patient. Les échelles de douleurs s'utilisent avec des consignes précises. **Moyens :** • Échelle numérique (EN) : Graduée de 0 à 10, le patient indique la note qui décrit le mieux l'intensité de sa douleur. Elle est plus simple à utiliser en pratique clinique. • Échelle visuelle analogique (EVA) *(ANNEXE 4)* : Il faut présenter horizontalement la réglette EVA en montrant la face non-chiffrée en expliquant la consigne. Le patient bouge lui-même le curseur qui est placé au milieu lorsque l'EVA lui est remise. Le praticien prend note de la valeur chiffrée indiquée au dos de la réglette. Utilité : mesurer l'intensité permet d'adapter la stratégie antalgique et d'apprécier l'efficacité des thérapeutiques mises en oeuvre. C'est également un outil médico-légal qui permet de prouver la prise en compte de la douleur. Limites : L'auto-évaluation n'est pas toujours possible (jeunes enfants, personnes en situation de handicap, personnes âgées non-communicantes / non-coopérantes). Des mesures indirectes de la douleur peuvent alors être utilisées comme l'analyse de l'expression faciale ou du comportement, de l'automédication ou de la limitation des activités habituelles (sommeil, alimentation, etc.).
SITE (OU LOCALISATION)	• Où avez-vous mal ? Dans la peau ou les muscles ? Dans les dents ou l'os? Dans la gencive ? • Votre douleur est-elle bien localisée ou plutôt diffuse?	**Localisation :** Elle est indispensable à l'établissement du diagnostic : c'est également la source la plus fréquente d'erreurs diagnostiques et donc de traitements iatrogènes (douleurs diffuses, référées ou rapportées à un territoire sain et distant du site d'origine) Exemples : une myalgie ou une sinusite maxillaire peuvent entraîner une douleur ressentie au niveau de dents sains, une pulpite aiguë sévère est parfois rapportée sur les ents antagonistes. Schéma : il est utile de rapporter la douleur sur un schéma standardisé, sur le modèle de celui indiqué en annexe

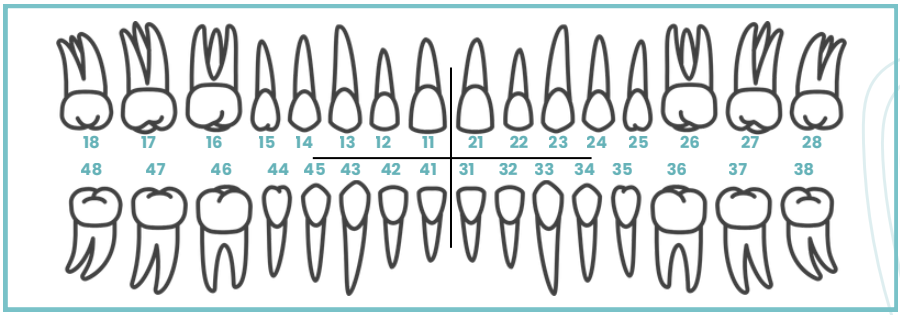
AGGRAVATION / ATTÉNUATION	• Qu'est-ce qui aggrave votre douleur ? Le chaud? Le froid ? Mastiquer du côté douloureux ? Vous allonger ? Pencher la tete en avant ? Ouvrir grand la bouche et manger des aliments durs ? • Qu'est-ce qui calme votre douleur? Le chaud ? Le froid ? Mastiquer du côté douloureux ? Vous allonger ? Pencher la tete en avant ? Ouvrir grand la bouche et manger des aliments durs ? • Quel médicament avez-vous pris pour traiter cette douleur ? Est-ce que cela a été efficace?	**Aggravation/amélioration** : Des stimulations non douloureuses en condition physiologique peuvent aggraver ou atténuer la douleur selon : • la pathologie : par exemple, un DTM algique est le plus souvent augmenté par la fonction masticatoire (manger des aliments durs, bâiller, ouverture bucccale prolongée) et une douleur de sinusite aiguë est augmentée lorsque le patient penche la tête en avant, la tête en bas; • son stade d'évolution : par exemple, le chaud aggrave souvent les duleurs pulpaires. La douleur spontanée d'une pulpite aiguë sévère en phase initiale est souvent aggravée par le froid mais attenuée à un stade plus avancé. Le décubitus augmente la pression intrapulpiaire, donc aggrave la douleur en présence d'une inflammation pulpaire persistante et interfére avec le sommeil. • Efficacité des traitements précédents : des informations sur les traitements déjà essayés et leur efficacité renseignent sur les mécanismes de la douleur. Par exemple, une douleur de parodonte répondra aux AINS, contrairement à une douleur neuropathique.
TYPE (SPONTANÉE ET/OU PROVOQUÉE)	• Qu'est-ce qui déclenche votre douleur ? le chaud ? Le froid ? Du Sucré ? Mastiquer du côté douloureux ? VVos allonger ? Pencher la tte en avant ? Ouvrir grand la bouche et manger des aliments durs ? • Est-ce que vous avez mal sans rien faire ? Est-ce que la douleur peut vous réveiller ?	**Facteurs déclenchants** : les déclencheurs de la douleur ne sont pas les mêmes slon les maladies ou selon le stade d'évolution. Les changements de sensibilité suggèrent des mécanismes différents, donc des prises en charge différentes. Dans l'évolution de la maladie carieuse par exemple, le passage de la pulpite aiguë légère à la pulpite aiguë sévère se traduit par le passage d'une douleur provoquée (douleur au chaud ou au froid) à une douleur spontanée. Le passage au stade de parodontite apicale aiguë est ensuite identifié par la perte de sensibilité (absence de douleur au chaud ou froid) et une inflammation ligamentaire (douleur à la mastication) **Allodynie/hyperalgésie** : une allodynie thermique dentaire est souvent consécutive à une perte de tissu dentaire (érosion, lésion curieuse). Une allodynie mécanique est plutôt évocatrice d'une inflammation ligamentaire et/ou d'une sensibilisation du systèmeème nerveux central, notamment lorsqu'on déclenche une douleur par la stimulation de dents adjacentes à la dent lésée. On parle alors d'hyperalgésie secondaire.
ASSOCIATIONS (SIGNES ASSOCIÉS)	• Avez-vous des difficultés à ouvrir la bouche ? • Ressentez-vous un gonflement ? • Avez-vous de la fièvre ? • Avez-vous le nez qui coule ? • Ressentez-vous un claquement des mâchoires lorsque vous ouvrez/fermez la bouche ?	**Signes associés :** Les signes locaux et/ou généraux associés aux douleurs aiguës d'origine dentaire sont souvent évocateurs de la gravité de la maladie. Par exemple, tuméfaction, fièvre et trismus sont des signes d'aggravation d'une nécrose pulpaire. Ces signes permettent également d'orienter vers certaines maladies d'origine non dentaire. Par exemple, une congestion ou un écoulement nasal (+/- céphalée et fièvre) peuvent signer une sinusite aiguë : un claquement des ATM à l'ouverture (+/- céphalées, acouphènes) peut être le signe associé d'un DTM. Certains signes peuvent aussi être évocateurs de douleurs spécifiques (dysgueusie, paresthésie, rhinorrhée, larmoiement, myosis, ptôsis, phono-photophobie, nausées, vomissements) et représentent de précieux indices pour un diagnostic différentiel.

Annexe 2 - Tests cliniques

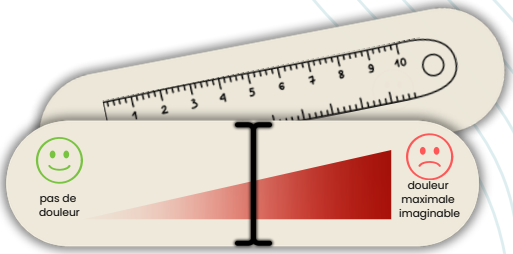
TESTS CLINIQUES DIAGNOSTIQUES VISANT À ÉVALUER LA SENSIBILITÉ DES ENTS ET DU PARODONTE UTILISÉS DANS LE DIAGNOSTIC DES DOULEURS INTRA-ORALES

TESTS	INDICATION	INTERPRÉTATION
THERMIQUES (FROID, CHAUD) ÉLECTRIQUES (PULP TESTER)	• Évaluation de la sensibilité de la pulpe dentaire	• Douleur exacerbée et/ou prolongée par rapport aux dents témoins : pulpe enflammée • Absence de douleur : ne signifie pas toujours une perte de vitalité
TEST DE FRAISAGE	• Évaluation de la sensibilité de la pulpe dentaire en cas de doute après les tests thermiques et électriques	• Permet de s'affranchir des problèmes de diffusion du courant ou de la température et de tester directement la fonction nerveuse. • Douleur au fraisage = pulpe vitale
TESTS MÉCANIQUES (MORSURE, PERCUSSION, PALPATION)	• Évaluation de l'état du desmodonte, de la muqueuse et de l'os alvéolaire	• Percussion positive : inflammation desmodontale • Palpation apicale positive : collection suppurée d'origine endodontique • Palpation bidigitale de la papille interdentaire positive : syndrome du septum (ou abcès parodontal)
ANESTHÉSIE LOCALE	• Localisation de l'origine de la douleur dans le cadre des douleurs projetées	• Permet d'identifier les douleurs référées (exemple : le patient ressent toujours la douleur dans la dent anesthésiée) • Permet de déterminer la dent causale ou d'infirmer l'originie dentaire de la douleur • Peut aider à déterminer le caractère périphérique ou central d'une douleur ; dans ce derniers cas l'AL de supprime pas la douleur

Annexe 3 - Numérotation des dents



Annexe 4 - EVA Échelle visuelle analogique





contact@cptsduvoironnais.com

www.cptsduvoironnais.com

Document élaboré dans le cadre des missions de la CPTS du Voironnais - Septembre 2026 - Imprimé par *Imprimerie RUZZIN* à Moirans - À destination des professionnels de santé du territoire - © Canva - © Freepik