

## LES CAS CLINIQUES DE MICHAËL

Plus de cas sur <http://mimiryudo.free.fr/blog>

Relu et corrigé par **nfbk**, médecin anesthésiste-réanimateur et ancien conférencier :  
<http://www.nfbk0.com/ecn/>

### Cas n°7 — Un problème de dents

*Niveau de difficulté : 3/4*

*Storyline : Histoire de la médecine*

M. Wells, 29 ans, vous consulte pour une tuméfaction fébrile de la joue gauche avec douleur insomniate évoluant depuis deux jours.

Il ne présente aucun antécédent, aucune allergie connue, et ne prend aucun traitement, à l'exception de 3 comprimés d'ibuprofène au cours de la nuit. Il ne fume pas et ne consomme pas d'alcool.

Vous retrouvez la notion de douleur dentaire spontanée évoluant depuis plusieurs semaines, avec une sensation de dent longue et mobile. Depuis quelques jours, la joue gauche était chaude, rouge et tendue.

A l'examen, vous mettez en évidence une tuméfaction jugale douloureuse, rouge, chaude, sans crépitation sous-cutanée, effaçant le sillon naso-génien gauche et soulevant l'hémi-lèvre. Le palper bidigital met en évidence une masse fluctuante. L'ouverture buccale est limitée par un trismus. Le patient présente un mauvais état bucco-dentaire ; la première molaire supérieure gauche est de couleur grisâtre, douloureuse à la percussion axiale.

La tension artérielle est de 140/90, avec une fréquence cardiaque à 95 battements par minute, et une fréquence respiratoire à 12 cycles par minute. La température est à 39,5°C.

**1/ Quel est votre diagnostic complet ?**

**2/ Quel est votre bilan paraclinique ? Qu'en attendez-vous ?**

**3/ Quel prise en charge thérapeutique proposez-vous ?**

Vous décidez de prescrire de la morphine.

**4/ Comment avez-vous évalué la douleur au préalable ? Décrivez votre prescription de morphine per os. Quel antalgique pouvez-vous y associer ? Quel est l'intérêt de cette association ?**

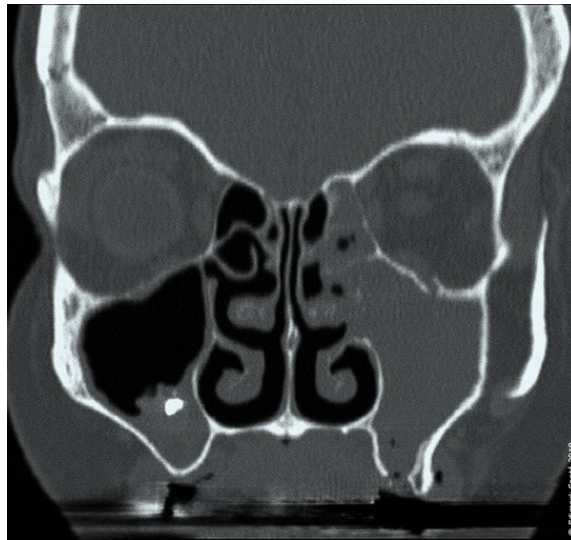
Le patient bénéficie de soins adaptés à son mauvais état bucco-dentaire, avec notamment un traitement endodontique des molaires supérieures droites. Il garde pour séquelle une limitation de l'ouverture buccale secondaire à une arthrite temporo-mandibulaire.



Il revient vous voir trois mois plus tard pour une douleur pulsatile sous-orbitaire droite avec irradiation dentaire, augmentée en se penchant en avant, à l'effort ou lors d'une quinte de toux. Vous retrouvez une obstruction nasale droite, une rhinorrhée purulente parfois noirâtre, et une cacosmie. M. Wells n'a pas présenté de rhinopharyngite récemment.

**5/ Quel diagnostic évoquez-vous ? Quelle est l'origine la plus probable de cette infection aiguë ? Justifier (3 réponses). Quel est votre traitement ?**

Devant l'origine de cette infection, vous avez adressé le patient chez le spécialiste. Après des clichés radiographiques dentaires, celui-ci a demandé à distance la réalisation d'une tomodensitométrie faciale.



**6/ Interprétez la coupe.**

Le médecin spécialiste propose un traitement chirurgical sous anesthésie générale.

**7/ Quelle consultation est obligatoire avant la chirurgie ? Quelles informations sont délivrées ? Quel(s) est (sont) l'(les) examen(s) obligatoire(s) ?**

**8/ Quel est le principal risque anesthésique de cette intervention ? Comment l'évaluer ? Comment s'y préparer ?**

## CORRECTION

*Commentaire historique : en décembre 1844, le dentiste Horace Wells assiste à un spectacle de Gardner Colton dans le cadre du cirque du Gaz Hilarant (employant le protoxyde d'azote découvert par Priestley). Sur scène, l'un des participants chute, mais n'en ressent aucune douleur. Attentif, Horace Wells y perçoit le potentiel de ce gaz dans sa profession. Le lendemain, il demande à son assistant John Riggs de lui arracher une molaire sous l'effet du protoxyde d'azote. C'est un succès : l'anesthésie chirurgicale est née grâce à ce jeune dentiste de 29 ans (on laissera de côté la mandragone et les vapeurs d'opium). Mais, lors d'une présentation à l'hôpital de Boston, un mois plus tard, l'arrachage de dent d'un étudiant volontaire est un semi-échec, mettant à mal l'utilisation du protoxyde d'azote. Wells fait une dépression et quitte le milieu médical un temps. Son invention est alors reprise au compte d'autres médecins, initialement sceptiques, si bien que l'anesthésie poursuit son chemin avec la découverte du chloroforme par James Simpson en décembre 1847. Habitué de l'expérimentation sur lui-même, Horace Wells teste le chloroforme et en devient dépendant. En janvier 1848, il agresse deux femmes à l'acide sulfurique sous l'effet du chloroforme ; incarcéré à la prison de New-York, il se suicidera trois jours plus tard, en se tranchant l'artère fémorale, non sans s'être anesthésié au chloroforme au préalable.*

*Commentaire : la cellulite jugale aiguë suppurée circonscrite est tombée en 2001. Dans l'intitulé de l'item 256, seul la partie « diagnostique » est tombable, donc la prise en charge restera générale.*

*La limitation d'ouverture buccale (limite si inférieure à 4 cm, certaine si inférieure à 3 cm) nécessite un examen complet et au minimum un panoramique dentaire. Après avoir éliminé un pseudo-trismus (cédant à la provocation du réflexe nauséux), on distingue deux cadres :*

- *les limitations transitoires évolutives (trismus par constriction des muscles élévateurs de la mandibule, les plus fréquents) :*
  - o *de cause locale : infection bucco-dentaire ou musculaire, traumatisme au niveau des points d'insertion des muscles, tumoral par infiltration musculaire, syndrome algique dysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM, classiquement chez la femme jeune anxio-dépressive, avec bruits articulaires)*
  - o *de cause générale : tétanos (rare depuis 1940 et la vaccination obligatoire), neuroleptiques, strychnine (mort aux rats), gaz halogénés, barbituriques, encéphalopathie de Gayet-Wernicke, hypoglycémie, crise de tétanie et hypocalcémie, atteinte du trijumeau (épilepsie, encéphalite, tumeurs...)*
- *les limitations permanentes non évolutives (constrictions, plus rares) :*
  - o *articulaire : ankylose temporo-mandibulaire post-traumatique (fracture du condyle), arthrite infectieuse (otite, mastoïdite), inflammatoire (polyarthrite)*
  - o *extra-articulaire : ostéome, cal vicieux, sclérodémie, séquelles de brûlures en regard de l'articulation, rétractions musculaires, radiothérapie...*

*L'intervention de Caldwell-Luc est une chirurgie sous-labiale de méatotomie moyenne et/ou inférieure, avec éradication du corps étranger et mise en place d'un drain sinusien. Les complications extrêmement rares, nécessitant un contrôle à 7 jours, et une endoscopie à 1 mois : ecchymose bénigne de joue pendant 3 semaines, emphysème sous-cutané de joue en cas de mouchage dans le premier mois, fracture du plancher ou enophtalmie par rétraction du sinus. L'ablation du corps étranger par endoscopie nasale est généralement préférée.*

*Sources :*

- *Revue du Praticien, janvier 2004, N° 54, pp 110-113, Expérimenter sur soi-même : De la compréhension de la digestion à l'invention de l'anesthésie.*



- *Revue du Praticien, novembre 2010, N° 60, Dossier : anesthésie.*
- [http://fr.wikipedia.org/wiki/Horace\\_Wells](http://fr.wikipedia.org/wiki/Horace_Wells)
- [http://www.edimark.fr/phototheque/galerie\\_detail.php?id\\_galerie=602](http://www.edimark.fr/phototheque/galerie_detail.php?id_galerie=602)
- [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca05/html/ca05\\_23/ca05\\_23.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca05/html/ca05_23/ca05_23.htm)

Items :

- 65 – Bases neuro-physiologiques et évaluation d'une douleur
- 66 – Antalgiques médicamenteuses et non-médicamenteuses
- 67 – Anesthésie locale, loco-régionale et générale
- 90 – Infections naso-sinusiennes chez l'enfant et chez l'adulte
- 256 – Lésions dentaires et gingivales

### 1/ Quel est votre diagnostic complet ? (10 points)

Cellulite infectieuse aiguë / Dermo-hypodermite aiguë non nécrosante	5
Circonsrite	NC
Au stade de collection/suppuration	3
Nasogénienne ou jugale	NC
Gauche	NC
Complicquant une desmodontite aiguë / périodontite aiguë / monoarthrite dentaire ( <i>complicquant elle-même une pulpite aiguë ou rage de dent, sur une dent cariée</i> )	NC
De la première molaire supérieure gauche / dent 26 / d'origine dentaire	2
A Streptocoque de groupe D, par argument de fréquence	NC
☀ Il existe 3 stades : cellulite séreuse, cellulite suppurée, cellulite gangréneuse ☀	

### 2/ Quel est votre bilan paraclinique ? Qu'en attendez-vous ? (10 points)

Bilan inflammatoire :	NC
NFS	NC
CRP	NC
Bilan infectieux ( <i>étiologique</i> ) :	NC
Hémocultures aéro-anaérobies	1
Prélèvements locaux (ponction de pus) précédant l'incision du drainage	NC
Bilan radiologique ( <i>diagnostique, étiologique et gravité</i> ) :	NC
Radiographie de thorax (extension au médiastin)	NC
Panoramique dentaire	2
Etat bucco-dentaire / Examen clinique difficile avec le trismus	NC
Cliché rétro-alvéolaire de la dent 26	2
Augmentation de l'espace alvéolo-dentaire par inflammation du ligament alvéolo-dentaire	NC
Tomodensitométrie de la face sans et avec injection de produit de contraste en absence de contre-indication (insuffisance rénale, allergie)	2
Prise de contraste diffuse et homogène	1
Contours mal délimités / Pas de collection / Diagnostic différentiel avec l'abcès	1
Extension / Morphologie / Topographie / Rapports anatomiques	1
Bilan pré-opératoire à discuter selon l'indication chirurgicale, et la consultation d'anesthésie	NC

### 3/ Quel prise en charge thérapeutique proposez-vous ? (15 points)

Hospitalisation en urgence en service spécialisé (stomatologie)	2
Drainage endobuccal	2
<b>ZERO A LA QUESTION SI OUBLI DU DRAINAGE</b>	
Traitement symptomatique	
Antalgiques adaptés à la douleur et réévalués	NC
Contre-indication des anti-inflammatoires non stéroïdiens / AINS / kétoprofène	2
<b>ZERO A LA QUESTION SI PAS DE NOTION D'ARRET DES AINS</b>	
Bains de bouche antiseptiques / Lavage abondant	2
Traitement étiologique	
Antibiothérapie intraveineuse active sur les bacilles Gram négatifs et anaérobies /	2
Amoxicilline-acide clavulanique AUGMENTIN	
Extraction de la dent cariée lors du drainage (ou secondaire en cas de trismus, après 24 heures de couverture antibiotique)	1
Remise en état bucco-dentaire	2
Traitement préventif (de la thrombophlébite faciale)	
Anticoagulation à dose isocoagulante / HBPM hors contre-indication / HNF	2
Surveillance ( <i>fréquence cardiaque, tension artérielle, température, neurologique et ophtalmologique : thrombophlébite faciale et du sinus caverneux</i> )	NC

### 4/ Comment avez-vous évalué la douleur au préalable ? Décrivez votre prescription de morphine per os. Quel antalgique pouvez-vous y associer ? Quel est l'intérêt de cette association ? (20 points)

EVALUATION DE LA DOULEUR	NC
Type : douleur aiguë	NC
Mécanisme : par excès de nociception	2
Auto-évaluation par échelle visuelle analogique > 6/10	1
Résistant à la prescription d'antalgiques de paliers I et II bien conduit	2
PRESCRIPTION DE MORPHINE PER OS	NC
Sur ordonnance sécurisée (avec le nombre de médicaments dans le carré)	NC
Pour une durée limitée / Maximum 28 jours	NC
En toutes lettres	NC
Identité / poids / date (en toutes lettres)	NC
1 mg/kg/jour / 60 mg per os	2
En 6 prises à libération immédiate (LI) / En 2 prises à libération prolongée (LP)	1
Interdose de 1/10 <sup>ème</sup> à 1/6 <sup>ème</sup> de la dose journalière, toutes les 4 heures maximum	1
Laxatifs +/- anti-émétiques	1
Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement / Réévaluation régulière	NC
<b>-2 A LA PARTIE SI OUBLI « REEVALUATION/SURVEILLANCE »</b>	
ASSOCIATION :	NC
Antalgique de palier I : néfopam ou paracétamol	2
<b>ZERO A LA PARTIE SI PRESCRIPTION D'AINS</b>	
ASSOCIATION D'ANTALGIQUES	NC
Analgesie multimodale / Sites d'action différents et complémentaires / Pluralité	2

des voies et messagers de la douleur	
Variabilité inter-individuelle	2
Interaction synergique / Interaction au moins additive	2
Diminution du délai d'obtention d'une analgésie efficace	NC
Epargne morphinique / Réduction des posologies / Diminution des effets indésirables morphiniques	2

**5/ Quel diagnostic évoquez-vous ? Quelle est l'origine la plus probable de cette infection aiguë ? Justifier (3 réponses). Quel est votre traitement ? (15 points)**

Sinusite aiguë maxillaire	4
Droite	NC
Suppurée / Bactérienne	2
Probablement d'origine dentaire	3
Mauvais état bucco-dentaire	2
Absence de rhinopharyngite préalable	2
Unilatéralité de l'obstruction nasale	2
Traitement :	NC
Antibiothérapie probabiliste active sur <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> : amoxicilline-acide clavulanique AUGMENTIN hors contre-indication (pristinamycine si allergie)	4
Antalgiques ( <i>adaptés à la douleur, réévalués</i> )	NC
Décongestionnants 3-5 jours / Vasoconstricteurs nasaux / éphédrine + acide benzoïque, pseudoéphédrine ( <i>en absence d'antécédents cardiovasculaires</i> )	1

**6/ Interprétez la coupe. (5 points)**

Tomodensitométrie du massif facial en coupe coronale/frontale sans injection de produit de contraste	NC
Comblement du sinus maxillaire gauche	1
Hyperdensité (métallique/osseuse) sinusienne maxillaire droite	1
Conclusion :	
Grefe ou truffe aspergillaire du sinus maxillaire droit / Surinfection mycosique / Aspergillose sinusienne	1
Sur corps étranger intrasinusien (pâte dentaire de traitement endodontique)	1
Sinusite maxillaire gauche	1
Par diffusion de l'infection dentaire apicale au plancher du sinus	NC
☀ <b>10 à 30% des sinusites maxillaires sont d'origine dentaire. L'épisode aigu peut passer inaperçu</b> ☀	

**7/ Quelle consultation est obligatoire avant la chirurgie ? Quelles informations sont délivrées ? Quel(s) est (sont) l'(les) examen(s) obligatoire(s) ? (10 points)**

CONSULTATION D'ANESTHESIE	2
Obligatoire depuis la loi du 4 décembre 1994 sur la sécurité anesthésique	NC
Au moins 48 heures avant l'intervention	NC



A ne pas confondre avec la visite pré-anesthésique (juste avant l'intervention)	NC
INFORMATION CONCERNANT LA PHASE :	NC
PRE-OPERATOIRE	NC
Modalités du jeune pré-opérateur	1
Modifications thérapeutiques	NC
Prémédication (anxiolytique le matin, dans un fond de verre d'eau)	1
PER-OPERATOIRE :	
Déroulement de l'anesthésie	1
Risques peropératoires et anesthésiques (même exceptionnels, dont le risque transfusionnel, à moduler selon la compréhension et l'anxiété)	1
Alternatives entre plusieurs modes anesthésiques	NC
POST-OPERATOIRE	
Soins post-opératoires (drains, antibiothérapie...)	1
Analgésie multimodale (médicamenteuses, non médicamenteuses)	1
Au décours, le patient est invité à formuler des questions	NC
Le médecin anesthésiste-réanimateur recueille le consentement libre et éclairé	NC
Et résume la consultation dans un document écrit dans le dossier médical	NC
EXAMEN OBLIGATOIRE	
Examen clinique	2
<b>SI AUTRE REPONSE : ZERO SUR DEUX (ECG, radiographie de thorax, bilan de coagulation ne sont pas obligatoires)</b>	

**8/ Quel est le principal risque anesthésique de cette intervention ? Comment l'évaluer ? Comment s'y préparer ? (15 points)**

Intubation / Difficulté d'accès aux voies aériennes supérieures / Hypoxie / Inhalation péri-anesthésique / Syndrome de Mendelson	5
Limitation de l'ouverture buccale par arthrite temporo-mandibulaire / Ankylose temporo-mandibulaire	NC
Mauvais état dentaire	NC
Risque estimé lors de la consultation d'anesthésie :	NC
Score de Mallampati (visibilité de la luette)	NC
Mesure de distances / distance thyromentonnière	NC
Ouverture de la bouche	4
Préparation à une intubation	NC
Vérification du matériel / Chariot d'intubation difficile à disposition	2
Monitoring : ECG, TA, SpO2, VVP	NC
Pré-oxygénation	2
Intubation fibro vigile	2
Instruments spécifiques : mandrin pour guider la sonde...	NC
Le risque anesthésique représente environ 10% du risque global d'une intervention : risque thromboembolique, risque allergique, risque septique, risque rénal et cardiovasculaire...	NC