

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
De la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But - Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)



Faculté De Médecine Et D'odontostomatologie
(FMOS)



Année universitaire 2025-2026

N°...

THEME

ETUDE DES URGENCES EN PEDODONTIE DANS LE
SERVICE D'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE AU CHU-CNOS
Pr HAMADY TRAORE DE BAMAKO.

THESE

Présentée et Soutenue publiquement le 09 /07/2026 à la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Mme. Penda DJIGUIBA

**Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie Dentaire
(DIPLÔME D'ETAT)**

JURY :

Président : M. Ousseynou DIAWARA Maitre de recherche

Directeur : M. Amsalla NIANG Maitre de recherche

Co-Directrice : Mme Daoulata MARIKO Chargé de cours

Membre : Mme Assétou Yanougo DIARRA Chirurgienne dentiste



**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026**

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES AGENT

COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
2	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
3	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
4	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
5	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
7	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
8	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
9	Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
10	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
12	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
13	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
14	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
15	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
16	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
17	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique

18	Mr Baba ROUMARE	Psychiatrie
19	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie -Virologie
20	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie - Virologie
21	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
22	Mr Souleymane Diallo	Pneumologie
23	Mr Bakoroba Coulibaly	Psychiatrie
24	MR Seydou DIAKITE	Cardiologie
25	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
26	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
27	Mr Fififing SISSOKO	Chirurgie Générale
28	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
29	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Aihousseini Ag MOHAMED	ORL
32	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
33	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
34	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
35	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
36	Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
37	Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
38	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
39	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
40	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
41	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
42	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
43	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
44	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
45	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
46	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
48	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
49	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

50	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
51	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
52	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
53	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
54	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
55	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
56	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
57	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
58	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
59	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie-Hépatologie
60	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
61	Mr Aly TEMBELY	Urologie
62	Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
63	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
64	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
65	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
66	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
67	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
68	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
69	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
70	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
71	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
72	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
73	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
74	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
75	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
76	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
77	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
78	Mr Diibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
79	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladii Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Brouiave Massaoülé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Diibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
6	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
7	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
9	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
10	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
11	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
12	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
13	Mr Sadio YENA .	Chirurgie Thoracique
14	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
15	Mr Tiounkani THERA	Gynécologie/Obstétrique
16	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
18	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
19	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
20	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
21	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
22	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
23	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale

14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUN	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Yousseuf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
39	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
40	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
41	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
42	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
43	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
44	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF

45	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
46	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
47	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
48	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
49	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
50	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
53	Mr Alphousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
54	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
55	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
56	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
57	Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
58	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
59	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

N°	PRENOM S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
4	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie - Mycologie
5	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Dieneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
9	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
10	Mr Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
11	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
12	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
13	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
15	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
16	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
17	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
2	Antiémé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments
3	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
4	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
5	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
6	Mr Sidy BANE	Immunologie
7	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
8	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
3	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
4	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie

5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Diénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépatogastro-entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine interne
27	Mr Djibril SY	Médecine interne
28	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Diénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie

36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme N'Drain SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
41	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Diigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sor Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM S ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
N°	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mme Halimatou DIAWARA	Economie de la santé
3	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
4	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
5	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
6	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
7	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
8	Mr Bakal DIARRA	Santé Publique
9	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
10	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
11	Mr Ousmane LY	Santé Publique
12	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

13	Mr Abdoul Salam DIARRA	Santé Publique
----	------------------------	----------------

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

N°	PRENOMS ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Diénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahim KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Diibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
5	Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6	Mr Madani MARICO	Chimie générale
7	Mr Blaise DACKO	Chimie organique
8	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
9	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
10	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
11	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
12	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
13	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
14	Mr Baba DIALLO	Santé publique bucco-dentaire
15	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
16	Mr Issa COULIBALY	Gestion
17	Mr Kassim SIDIBE	Imagerie Dentaire
18	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
19	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
20	Mme Mariame KOUMARE	Medecine du travail
21	Mr Brahim DICKO	Médecine Légale
22	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
23	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
24	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
25	Mr Ibrahima FALL	OCE
26	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE

27	Mr Aly SY	OCE
28	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODP
29	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
30	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
31	Mr Madani LY	Oncologie
32	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
33	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
34	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
35	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
36	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
37	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
38	Mr Morodian DIALLO	Physique
39	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
40	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
41	Mr Ibrahim PAMANTA	Rhumatologie
42	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 02 / 06 / 2026

Le Secrétaire Principal

 Dr Monzon TRAORE

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Dédicace :

Je dédie ce travail à :

A mon cher père Feu Idrissa DJIGUIBA

Aucun mot ne saurait exprimer pleinement ma profonde gratitude pour ton sacrifice, ton amour inconditionnel et la confiance que tu m'as accordée tout au long de ma vie

Grace a ton éducation exemplaire et a ton accompagnement constant, tu m'as transmis des valeurs précieuses qui ont façonné la personne que je suis aujourd'hui

Je te remercie du fond du cœur pour tout ce que tu as accompli pour moi, je suis honoré d'être ton enfant et d'avoir bénéficié de ton amour de ta sagesse et de ta bienveillance

Bien que tu ne sois plus physiquement présent pour assister à l'aboutissement de ce travail, ta mémoire demeure vivante dans chacune de mes réalisations. Je te dédie humblement cette œuvre, avec l'espoir qu'elle fasse rayonner les valeurs que tu m'as léguée.

Qu'Allah te pardonne te fasse miséricorde, qu'il élargisse et illumine ta tombe.

Qu'il fasse de ta tombe un jardin parmi les jardins du paradis.

Que ton âme repose en paix, papa.

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier **Allah** de m'avoir donné la santé, la force et le courage de mener à bien ce modeste travail.

A mon très cher père : Feu Idrissa DJIGUIBA

Papa,

Au moment où j'achève ce travail qui marque une étape importante de ma vie, mon cœur est partagé entre la joie de cette réussite et la profonde tristesse de ton absence.

Tu nous as quittés avant de pouvoir assister à cette soutenance, un moment que nous attendions tous avec tant d'espoir et de fierté. J'aurais tant aimé croiser ton regard ce jour-là, entendre tes encouragements et voir la joie sur ton visage. Ton absence rend cette réussite incomplète car j'aurais tant aimé la partager avec toi. Cette pensée restera sans doute l'un de mes plus grands regrets.

Merci pour ton amour, tes sacrifices, tes conseils et la confiance que tu as toujours placée en moi. Les valeurs que tu m'as transmises m'ont donné la force d'aller jusqu'au bout.

Je dédie ce travail à ta mémoire avec une immense gratitude, un profond respect et un amour qui ne s'éteindra jamais. Où que tu sois j'espère que tu es fier de moi.

Repose en paix, papa. Tu resteras à jamais dans mon cœur.

A ma très chère mère : Sosselem Tembely

Aucun mot ne pourra exprimer pleinement ma gratitude pour tout ce que tu as fait pour moi. Merci pour ton amour inconditionnel, tes sacrifices, tes prières et ton soutien constant tout au long de mon parcours.

Dans les moments de doute comme dans les moments de joie, tu as toujours été ma force et mon inspiration. Cette réussite est le fruit de tes efforts autant que des miens.

Merci pour tout ce que tu m'as donné sans jamais rien demandé en retour.

Je t'aime maman et j'implore le tout puissant de t'accorder une bonne santé et de te donner une vie longue et heureuse.

A ma fille : Aminata Dougnon

A toi, ma petite étoile née dans l'aube de ma vie, je t'ai confiée aux bras sûrs de mes parents aimants alors que tu n'avais que six mois pour tenir le monde entre tes mains.

Je suis partie étudier mais en réalité c'est mon âme qui restait près de toi. Chaque nuit loin de toi était un vide que rien ne pouvait combler, je m'endormais en serrant ton souvenir pour ne pas tomber de chagrin. Ton nom était la prière silencieuse qui me gardait debout.

Je pensais à ton odeur à ta chaleur à ton innocence que je n'ai pas assez tenue. Chaque sacrifice me déchirait, mais c'est ton avenir qui guidait mes pas. Un jour tu sauras le poids d'une mère qui part pour mieux revenir et tu comprendras que mon absence n'était pas un abandon mais un acte d'amour qui voulais t'offrir une vie plus douce.

Je t'aime très fort, ma petite princesse.

A mes frères et sœurs : Bintou Dara, Bocar Dara, Djénèba DJIGUIBA, Mohamed DJIGUIBA, Balakissa DJIGUIBA

Merci pour votre soutien inconditionnel, votre confiance et votre amour silencieux mais toujours présent tout au long de mon parcours. Chaque pas que j'ai fait jusqu'ici, je l'ai fait porter par votre lumière. Que dieu vous bénisse, vous garde et remplisse vos vies de bonheur, de paix et de réussite.

Je vous aime plus que vous ne puissiez l'imaginer.

A mon oncle : Ogobara Dolo

Tu as été bien plus qu'un oncle pour moi tu as été un véritable père. Merci pour ton soutien constant, tes conseils et ta présence tout au long de mes études.

Si je suis arrivée jusque-là aujourd'hui, c'est aussi grâce à toi. Je te serai éternellement reconnaissante.

A Samba H Tamboura :

Merci pour ta patience, ton soutien et ton amour tout au long de cette thèse. Ta présence constante à mes côtés a été une source de sérénité qui a rendu ce chemin plus léger.

A mes maîtres d'école :

De l'école fondamentale Mamadou Tolo (premier cycle et second cycle) de Bandiagara, du lycée public de Bandiagara ainsi que de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako.

Je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements et ma profonde gratitude.

Au corps professoral de la FMOS :

Chers maîtres nous vous remercions pour votre engagement, votre disponibilité et votre passion pour l'enseignement, vous avez grandement contribué à mon développement académique et personnel.

Merci pour votre dévouement et pour la qualité de l'enseignement que vous transmettez chaque jour.

Aux enseignants de la filière Odontostomatologie :

Mes remerciements les plus sincères pour votre professionnalisme et votre engagement. Votre rigueur, vos explications claires et votre sens de l'écoute ont grandement contribué à mon apprentissage. Je vous suis profondément reconnaissante.

A tous les personnels du service de la pédodontie du CHU CNOS :

Pr Amsalla Niang, Dr Mamadou Diallo, Fanta Sanogo, David Diarra, Kani Doumbia, Aminata Traoré, Awa Sidibé

Votre hospitalité, votre patience et votre engagement quotidien ont créé un environnement de travail agréable et motivant. Merci pour chaque échange, chaque conseil et chaque geste qui m'ont aidé à mener à bien cette thèse.

A mes chères amies : Fanta Coulibaly et Salimata Djiré

Vous avez été plus que des amies : des sœurs de cœur, des compagnes de route, des éclats de joie dans mes journées les plus lourdes. Vos encouragements, vos mots réconfortants et vos rires sincères ont rendu ce chemin possible et plus beau.

Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir portée avec votre amitié et votre tendresse

A Ousmane Karembé dit Bekaram :

Je tiens à t'adresser mes plus sincères remerciements pour ta disponibilité, ton respect constant et pour l'amour que tu m'as témoigné tout au long de mon parcours.

A Brehima Kamaté :

Je tiens à t'exprimer ma profonde gratitude pour la confiance que tu m'as accordée du début de mon parcours jusqu'à la fin, ton soutien, tes conseils et ta présence constante m'ont beaucoup aidé surtout dans les moments de doutes.

Je te suis profondément reconnaissante

A mes amis et compagnons :

Aïssata Tembely, Néné Dia, Abraham Dougnon, Sagou Banou, Modié Dolo, Joel Dougnon, Thérèse Tembely, Djeneba Sagara, Fatoumata Traoré, Oumou Yanogo, Maïmouna Sanogo, Tenimba Sountoura, Bruno Kassogué, Djoubairou Ouane

Merci pour votre présence, votre écoute et votre soutien si précieux. Votre présence, même silencieuse, m'a aidé à avancer avec confiance .je vous suis profondément reconnaissante.

**A mes camarades de la 12eme promotion du numerus d'odontostomatologie :
La golden promotion**

Merci pour votre soutien, votre solidarité et tous les moments partagés, des plus sérieux au plus légers. Vous avez rendu ce parcours plus riche et plus humain, et je suis fière d'avoir avancé à vos côtés.

A Drissa Konaté :

Je tiens à te remercier pour ton soutien et ta disponibilité tout au long de l'élaboration de cette thèse. Ton accompagnement a été d'une aide précieuse dans l'aboutissement de ce travail

A mes aînés : Dr Ousmane Sow, Dr Sidi M.Y. Touré

Merci pour votre disponibilité, votre bienveillance et vos conseils. Je vous suis profondément reconnaissante.

Aux associations :

Ginna dogon, AESACBAS, AERMOS, RCS, AEOS, RESDAO

Merci d'avoir rendu ma vie estudiantine agréable à travers les moments forts que nous avons partagé.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

- **Professeur Ousseynou DIAWARA**

- Maître de recherche en Parodontologie à la FMOS
- Diplômé de la Faculté de Stomatologie de l'Institut d'Etat de Médecine de Krasnodar (ex URSS)
- Spécialiste en Santé Publique en odontologie de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) de Dakar (Sénégal)
- CES en parodontologie à l'UCAD de Dakar (Sénégal)
- Master en Sciences Odontologiques parcours parodontologie à l'UCAD de Dakar
- Représentant de la CTE du CHU-CNOS Pr. HT
- Représentant du personnel au CA du CHU-CNOS Pr. HT
- Chef de département clinique et médicotechnique du CHU-CNOS Pr. HT
- Chef de service de parodontologie au CHU-CNOS Pr. HT
- Chef de la Filière OdontoStomatologie de l'INFSS de Bamako
- Ancien médecin-chef adjoint au CS Réf de Bafoulabe, Kita
- Ancien médecin-chef adjoint à l'Hôpital Secondaire de San
- Chevalier de l'ordre national du Mali.

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. L'immensité de vos connaissances scientifiques, votre rigueur dans le travail, votre humilité font de vous un grand maître admiré et respecté de tous.

Nous vous prions d'accepter, cher maître le témoignage de nos sentiments les plus distingués et les plus respectueux.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

- **Dr Assétou Yanougo DIARRA,**
 - Docteur en Chirurgie dentaire de la FMOS de Bamako
 - Ancienne praticienne Hospitalière à l'Hôpital de Sikasso
 - Praticienne au CHU-CNOS Pr Hamady TRAORE de Bamako

Cher maître,

C'est un privilège que vous nous accordez en acceptant de juger cette thèse, nous en sommes très honorés. Merci pour vos corrections et suggestions très utiles qui ont permis d'améliorer notre travail. Trouvez ici cher maitres, l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE CHER MAÎTRE ET CO-DIRECTRICE DE THÈSE

- **Dr Daoulata Mariko**

- Praticienne au groupement dentaire de Bamako
- Chargé de cours d'Odontologie Pédiatrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali (FMOS)
- Médecin dentiste diplômé de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali (FMOS)
- Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique de la faculté de médecine dentaire à l'Université Hassan II de Casablanca (Maroc)
- Master en Sciences Odontologiques, parcours odontologie pédiatrique à l'Université Cheick Anta Diop de Dakar (UCAD)

Cher maître,

C'est un grand privilège que vous nous avez accordé en acceptant de codiriger cette thèse, nous en sommes très honorés. Merci pour vos corrections et suggestions très utiles qui ont permis d'améliorer notre travail.

Permettez-nous, cher maître de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

- **Professeur Amsalla Niang**
 - Praticien hospitalier au CHU CNOS Pr Hamady TRAORE
 - Maître de recherche en Odontologie Préventive et Sociale
 - Chef de service d'odontologie pédiatrique et préventive au CHU CNOS Pr Hamady TRAORE
 - Président de la commission de conciliation et de dialogue social du CHU CNOS Pr Hamady TRAORE

Cher maître,

Nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique et la qualité de vos conseils ont été essentiels à l'aboutissement de cette thèse.

Votre encadrement exigeant mais bienveillant nous a permis de progresser, de développer notre esprit critique et d'approfondir notre réflexion. Nous avons particulièrement apprécié votre patience, votre confiance et l'intérêt constant que vous avez porté à ce projet.

Veuillez retrouver à travers ces quelques lignes l'expression de notre profonde gratitude pour votre accompagnement tout au long de ce parcours.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles et abréviations

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

INFSS : l'Institut National de Formation en Science de la Santé

C A : Conseil d'Administration

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOS : Centre National d'Odontostomatologie

CTE : Commission Technique d'Etablissement

UCAD : Université Cheick Anta Diop

Pr : Professeur

Dr : Docteur

PEDO : Pédodontie

Rx : Radiographie

RAS : Rien A Signaler

AEOS : Association des Étudiants en Odontostomatologie

RESDAO : Réseau des Étudiants en Science Dentaire de l'Afrique de l'Ouest

JGD : Jeunesse Ginna Dogon

AESACBAS : Association des Étudiants en Santé du Cercle de Bandiagara et Sympathisants

AERMOS : Association des Étudiants Ressortissants de la région de Mopti et Sympathisants

RCS : Renaissance Convergence Syndicale

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Listes des tableaux :

Tableau I : Répartition des patients selon caractéristiques socio-démographiques ...	35
Tableau II: Répartition des patients selon le type d'urgence :	38
Tableau III: Répartition des patients selon l'étiologie de l'urgence :	39
Tableau IV : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.....	39
Tableau V: Répartition des patients selon le motif de consultation :	40
Tableau VI: Répartition des patients selon le type de dent concernée.....	40
Tableau VII: Répartition des patients selon le diagnostic :	41
Tableau VIII: Répartition des patients selon le traitement :	43

Listes des figures :

Figure1 : Deux cas d'abcès parodontales prise au cabinet de Pédiodontie du CHU-CNOS Pr HT	11
Figure 2: arbre décisionnel et distinction des différents types de traumatismes selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé modifiée par Andreasen(18). 14	14
Figure 3: Un cas d'intrusion post-traumatique prise en charge au cabinet de Pédiodontie du CHU-CNOS Pr HT	18
Figure 4: Localisation du centre (22).....	28
Figure 5: Répartition des patients selon le Type de consultation :	38
Figure 6: Répartition des patients selon l'examen complémentaire	41

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION :	2
I OBJECTIFS	5
1. Objectif général :	5
2. Objectifs spécifiques :	5
II GENERALITES	7
1. Définitions	7
1.1 Urgence :	7
1.2 Consultation d'urgence en pédodontie :	7
1.3 Douleur :	7
2. Motifs de consultation d'urgence en odontologie pédiatrique :	7
2.1 Urgences non traumatiques :	7
2.1.1 Hyperhémie pulpaire ou pulpite réversible :(17)	7
2.1.2 Pulpite irréversible(17–19)	8
2.1.3 Syndrome du septum(4,17)	9
2.1.4 Abscès parodontal (17,20)	11
2.1.5 Pathologie de la furcation(17)	12
2.1.5 Urgences hémorragiques	13
2.1.5.1 Définition	13
2.1.5.2 Conduite à tenir en urgence face à une hémorragie	13
2.2 Urgences traumatiques	14
2.2.1 Urgences traumatiques en denture temporaire	14
2.2.1.1 Concussion (16,18)	15
2.2.1.2 Subluxation (16,18)	15
2.2.1.3 Extrusion (16,18)	16
2.2.1.4 Luxation latérale (16,18)	16
2.2.1.5 Expulsion (16,18)	17
2.2.1.6 Intrusion (16,18)	17

2.2.1.7	Fêlures (16,18)	18
2.2.1.8	Fractures (16,18).....	19
2.2.1.9	Traumatismes dento-alvéolaire.....	22
2.2.2	Urgences traumatiques en denture permanente.....	22
2.2.2.1	Concussion ou subluxation.....	22
2.1.2.2	Extrusion.....	23
2.1.2.3	Intrusion	23
2.1.2.4	Luxation latérale	24
2.1.2.5	Expulsion	25
2.1.2.6	Fêlures et fractures amélo-dentinaires (21)	25
2.1.2.7	Fractures mélo-dentine-pulpaire	26
III	METHODOLOGIE.....	28
1.	Cadre et lieu d'étude :	28
2.	Type d'étude et période d'étude :.....	30
3.	Population d'étude :	30
4.	Echantillonnage :.....	30
5.	Critères de sélection :.....	30
III.5.1	Critères d'inclusions :	30
III.5.2	Critères de non inclusions	30
6.	Variables étudiées :	30
7.	Méthode de collecte des données et matériels utilisés :	31
8.	Plan de traitement et d'analyses des données :	32
9.	Considération éthique.....	33
10.	Les retombées scientifiques :	33
IV	Résultats :.....	35
V	DISCUSSION ET COMMENTAIRES	45
	CONCLUSION	52

RECOMMANADATIONS.....	53
REFERENCE.....	55
ANNEXES	60
FICHE SIGNALETIQUE	63

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

Du latin urgere, le mot « urgence » signifie presser ; en médecine générale, elle est définie par une situation médicale qui ne peut pas ou très peu attendre une prise en charge(1).

Les urgences en odontostomatologie sont des situations qui nécessitent un diagnostic rapide et une prise en charge immédiate pour réduire les souffrances(2). En odontologie pédiatrique elle se définit comme la survenue d'un problème diagnostique et thérapeutique chez un enfant dont l'examen ne peut être différé et qui nécessite une décision immédiate(3). Les urgences en dentisterie pédiatrique représentent un véritable challenge pour le dentiste, en effet la prise en charge du jeune patient en urgence dentaire représente une des parties les plus compliquées de notre pratique en tant que dentiste pédiatrique(4).

Les visites aux urgences peuvent être définies comme les soins prodigués aux patients qui présentent des problèmes buccodentaires qui interfèrent avec leur vie ou avec le fonctionnement de leurs organes(5). Les consultations d'urgence peuvent avoir pour motifs principaux : les douleurs, les traumatismes et les infections dentaires(6). Si les accidents sont assez difficiles à prévenir, les urgences en pathologie bucco-dento-maxillaire résultent pour une grande partie, de la négligence et de l'ignorance de l'enfant et des parents(2).

Les enfants se présentent plus souvent aux urgences avec des affections liées à la carie que pour des blessures traumatiques(7,8). Les pathologies bucco-dentaires habituellement retrouvées chez les enfants concernent les pathologies des tissus durs de la dent et des tissus pulpaire (carie dentaire et atteinte du paquet vasculo-nerveux), les pathologies des tissus de soutien (gencive et os alvéolaire), les pathologies des muqueuses (lésions buccales) et les dysharmonies dento-maxillaires, les traumatismes alvéolo-dentaires, lors de l'apprentissage de la marche ou de la pratique sportive, sont également observés(9,10).

Tout praticien est confronté à l'urgence pédiatrique(11). L'existence de la notion d'urgence est aujourd'hui indiscutable en odontologie. Les motifs de consultation sont multiples et variés et la prise en charge se doit d'être la plus rapide possible afin

d'éviter toute complication (12). En dentisterie pédiatrique, « tout enfant se plaignant de douleur » est considéré comme un patient en urgence (13).

Dans une étude publiée dans les Archives européennes de dentisterie pédiatrique, Martens et al ont montré que les visites aux urgences étaient principalement liées aux caries et aux traumatismes(13) ;

À Kinshasa, Songo et al (14). Ont montré que la carie dentaire et ses complications constituent l'un des principaux motifs de consultation en odontologie pédiatrique, la douleur étant la manifestation clinique la plus fréquente.

Au Sénégal une étude rétrospective menée par Diouf et al en 2021 (15), a montré un faible taux des consultations d'urgence, La douleur étant le principal motif de consultation, le diagnostic lié à un événement carieux est le plus fréquent et le traitement endodontique est l'acte le plus réalisé.

En effet les urgences dentaires représentent une situation inconfortable pour le patient et le professionnel, il est important que le dentiste possède suffisamment de connaissances pour prendre des décisions rapides, pour soulager la douleur et l'inconfort, en particulier lorsqu'il s'agit d'enfants(5).

La douleur chez l'enfant est un événement physiologique et psychologique lié à l'anxiété, ce qui implique le tableau clinique. Il est certain que la douleur reste encore le principal motif de consultation d'urgence en odontologie pédiatrique quels que soient l'âge et le type de dent concernée : temporaire ou permanente immature(15).

Les pathologies d'urgences bucco-dentaires voir les événements traumatiques peuvent avoir un impact important sur la santé générale de l'enfant et sur sa qualité de vie : difficultés de sommeil, de mastication (affectant la prise de poids et le développement général), difficultés d'élocution et altérations du développement du massif facial(9).

Au Mali, il existe plusieurs études épidémiologiques consacrées à la santé bucco-dentaire des enfants, cependant très peu se sont intéressée aux motifs d'urgence en dentisterie pédiatrique. Notre travail visait à étudier les d'urgences en pédodontie dans le service d'odontologie pédiatrique au CHU-CNOS Pr H.T. de Bamako.

OBJECTIFS

I OBJECTIFS

1. Objectif général :

L'objectif principal de notre travail sera d'étudier les urgences en Pédodontie dans le service d'odontologie pédiatrique au CHU CNOS Pr HT de Bamako

2. Objectifs spécifiques :

Il s'agira de :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enfants consultant en urgence au service de Pédodontie du CHU-CNOS Pr HT ;
- Déterminer la prévalence de l'urgence au sein du service ;
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des urgences en pédodontie

GÉNÉRALITÉS

II GENERALITES

1. Définitions

1.1 Urgence :

De façon générale l'urgence est définie : selon le dictionnaire Larousse médicale, comme une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement(3).

1.2 Consultation d'urgence en pédodontie :

l'urgence en odontologie pédiatrique se définit comme la survenue d'un problème de diagnostic et thérapeutique chez un enfant dont l'examen ne peut être différé et qui nécessite une décision immédiate(3).

1.3 Douleur :

Perception de la douleur et des comportements qu'elle induit. Elle permet d'en comprendre la cause ou le mécanisme, de communiquer des informations pour obtenir un soulagement, et de comparer avec des expériences antérieures. Elle demande une certaine maturation intellectuelle et donc dépend fondamentalement de l'âge et des acquis car elle fait intervenir les souvenirs de l'individu. Elle varie en fonction d'un éventuel handicap(16).

2. Motifs de consultation d'urgence en odontologie pédiatrique :

Le plus souvent, les enfants sont emmenés en consultation d'urgences dentaires pédiatriques pour deux raisons principales : soit

- Lors de l'apparition de douleur dentaire
- Ou en cas de traumatismes

2.1 Urgences non traumatiques :

2.1.1 Hyperhémie pulpaire ou pulpite réversible :(17)

Lésion carieuse qui débute à la jonction amélo-dentinaire puis se développe dans la dentine sous-jacente ; entraînant un état pré-inflammatoire de la pulpe dû à une vasodilatation des capillaires et à une augmentation du volume de la pulpe,

douloureuse en phase aiguë, sans phénomène dégénératif sévère avec une circulation sanguine et un drainage apical conservés

Signes cliniques et réponses aux tests :

- ✓ Sensibilité augmentée aux aliments froids et sucrés
- ✓ Douleur provoquée par le froid, le sucre et la pression cavitaire
- ✓ Test au froid positif douloureux
- ✓ Percussion négative
- ✓ Observation d'une carie ou d'une reprise carieuse sous une reconstitution
- ✓ Signes radiologiques :
- ✓ Radio-clarté amélo-dentinaire ou sous une reconstitution
- ✓ Intégrité de la lamina dura

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Curetage carieux + coiffage indirect* et reconstitution en absence effraction pulpaire
- ✓ Coiffage direct, Biopulpotomie ou Biopulpectomie si effraction pulpaire selon le type de denture et le stade d'évolution.

2.1.2 Pulpite irréversible(17–19)

Inflammation sévère de la pulpe avec augmentation de la pression intra pulpaire qui conduit à un étranglement foraminal du paquet vasculo-nerveux de la dent.

Signes cliniques et réponses aux tests :

- ✓ Douleur spontanée fugace, vive, empêchant de dormir
- ✓ Douleur lancinante, parfois irradiante, augmentée au décubitus dorsal
- ✓ Parfois fracture proche pulpaire
- ✓ Test au froid positif douloureux +++
- ✓ Percussion axiale négative

- ✓ Percussion transversale positive
- ✓ Douleur exacerbée par le chaud, atténuée par le froid
- ✓ Difficilement calmée par les médicaments

Signes radiologiques :

- ✓ Proximité pulpaire de la carie ou du trait de fracture
- ✓ Absence d'épaississement du ligament parodontal et intégrité de la lamina dura

Conduite à tenir immédiate :

Denture temporaire

- ✓ Biopulpotomie (stade I et III), Biopulpectomie (stade II) ou extraction au stade III

Denture permanente immature

- ✓ Biopulpectomie sur dent monoradiculée et Biopulpotomie sur dent pluriradiculée

Denture permanente

- ✓ Pulpectomie sur dent monoradiculée et pulpotomie sur dent pluriradiculée
- Si hémorragie incontrôlable après Biopulpotomie, faire la Biopulpectomie car inflammation irréversible
- Conseil d'hygiène orale
- Prescription : - paracétamol

Suivi :

En cas de Biopulpotomie sur dent permanente :

-immature : revoir l'enfant jusqu'à l'apexogénèse pour pouvoir obturer définitivement la dent.

-mature : effectuer la pulpectomie et l'obturation définitive de la dent

En cas de Biopulpectomie sur dent permanente :

-immature : réaliser l'apexification puis obturer définitivement la dent

-mature : obturer définitivement la dent si nous n'avons pas eu le temps de le faire le jour de l'urgence.

2.1.3 Syndrome du septum(4,17)

Forme d'ostéite alvéolaire touchant le septum inter dentaire à la suite d'un défaut de point de contact, présence de tartre, bourrage alimentaire ou restauration débordante.

Signes cliniques et réponses aux tests :

- ✓ Douleurs vives, spontanées, parfois pulsatiles
- ✓ Douleurs essentiellement en per et post-prandial, localisées souvent à l'hémi-arcade
- ✓ Papille œdématiée, gencive inflammatoire avec fréquemment des caries proximales
- ✓ La pression de la papille reproduit la douleur et signe le diagnostic
- ✓ Le saignement de la papille peut soulager
- ✓ Le passage du fil dentaire entraîne un saignement tout comme le sondage
- ✓ Point de contact inefficace ou absent
- ✓ Test au froid positif non douloureux sauf si atteinte de la pulpe des dents par les caries proximales
- ✓ La percussion peut être douloureuse sur les deux dents adjacentes
- ✓ Signes radiologiques :
- ✓ Présence de caries proximales, perte du point de contact, épaissement ligamentaire inter dentaire
- ✓ Possible décapitation du septum osseux

Conduite à tenir immédiate :

Eviction des bourrages alimentaires

Passer les ultrasons pour débrider au niveau interproximal et irrigation à la chlorhexidine

Soins des caries ou pose de pansement temporaire si absence de temps

Traitement pulpaire effectué en fonction de la profondeur de la lésion et du stade physiologique des dents concernées

Restauration du point de contact et du volume coronaire

Conseiller le passage du fil dentaire ainsi que des brossettes pour soulager si une douleur de ce type venait à se reproduire

Prescription :

- ✚ Fil dentaire ou brossettes inter dentaires
- ✚ Eventuellement un gel anesthésique local

Suivi :

Revoir le patient une semaine après pour contrôler la symptomatologie.

2.1.4 Abscès parodontal (17,20)

Infection purulente localisée au niveau des tissus parodontaux, s'accompagnant d'un épisode de résorption osseuse active et rapide.



Figure 1 : Deux cas d'abcès parodontales prise au cabinet de Pédiodontie du CHU-CNOS Pr HT

Signes cliniques et réponses aux tests :

- ◆ Douleur provoquée à la mastication ou permanente
- ◆ Tests de sensibilité négatifs
- ◆ Percussion douloureuse, douleur même à une pression légère
- ◆ Altération de l'état général : état fébrile, asthénie, inappétence
- ◆ Adénopathies
- ◆ Mobilité augmentée de la dent et fluctuation de la muqueuse
- ◆ Suppuration
- ◆ Gonflement de la gencive
- ◆ Palpation de la table osseuse parfois douloureuse et objectivant une dépression
- ◆ Possible fracture dentaire

Signes radiologiques :

- Radio-clarté parodontale : apicale ou inter radiculaire
- Possible épaissement du ligament
- Possible fracture radiculaire ou résorption radiculaire externe
- Pour les dents permanentes immatures : arrêt de l'édification radiculaire

♦ **Conduite à tenir immédiate :**

- **Dent temporaire**

Extraction de la dent

- **Dents permanentes :**

- ✓ Anesthésie à distance de l'abcès
- ✓ Irriguer à la chlorhexidine ou avec de l'eau oxygénée à 10 volumes
- ✓ Débridement aux ultrasons
- ✓ Drainage si nécessaire par incision
- ✓ Extraction de la dent en urgence si la destruction osseuse est trop importante
- ✓ Prescription :
 - ✚ Antibiothérapie (métronidazole)
 - ✚ Antalgique
 - ✚ Bain de bouche

Suivi :

Revoir l'enfant 5 jours après pour vérifier la symptomatologie.

Et refaire une séance de débridement si nécessaire.

2.1.5 Pathologie de la furcation(17)

Affection de la zone inter-radiculaire des molaires temporaires

Signes cliniques :

- ♦ Observation d'une carie ou d'une reprise carieuse sous une reconstitution
- ♦ L'infection peut évoluer en abcès (appelé parulie) au niveau de la furcation, proche du sulcus

Signes radiologiques :

- ♦ D'abord un élargissement ligamentaire puis une lyse de l'os inter radiculaire
- ♦ Le diagnostic est surtout radiologique

Conduite à tenir immédiate :

Dent temporaire :

Conservation possible de la dent temporaire uniquement si l'infection est à distance du germe sous-jacent, et si le patient est compliant et si le suivi est régulier

Dent permanente :

- ✓ Conservation de la dent si le plancher n'est pas atteint

✓ Prescription :

✚ Antibiotiques (amoxicilline si pas d'allergie)

✚ Antalgique palier I

Suivi :

Contrôle à 8 jours après si conservation de la dent : vérifier la symptomatologie et contrôler les symptômes parodontaux.

Si dent non vitale, obturer définitivement la dent.

Contrôles cliniques et radiologiques régulier

2.1.5 Urgences hémorragiques

L'hémorragie constitue une urgence vraie qui nécessite une prise en charge rapide et efficace. L'hémorragie peut être de cause locale ou générale.

2.1.5.1 Définition

Les hémorragies buccales de cause locale, comme les hémorragies post chirurgicales ou traumatiques, sont soit immédiates, soit plus tardives, amenant le patient à consulter en urgence.

Les hémorragies buccales de cause générale peuvent survenir spontanément et seront recherchées pendant l'interrogatoire.

2.1.5.2 Conduite à tenir en urgence face à une hémorragie

Tout d'abord, il convient de rassurer le patient qui est souvent inquiet, nerveux et surestime la perte qu'il subit. L'étendu du saignement, souvent majoré par la salive, doit être apprécié et objectivé par le praticien (aspect général, tension artérielle, asthénie,).

En cas de cause locale, l'alvéole sera vérifié, ainsi que les tissus avoisinants.

Une radiographie rétro alvéolaire renseignera sur un apex résiduel ou la présence d'une infection sous-jacente. La zone sera nettoyée, et l'alvéole révisée sous anesthésie locale ou locorégionale. Une éponge hémostatique résorbable est déposée au fond de l'alvéole et l'hémostase est réalisée en comprimant digitalement entre cinq et dix minutes. Des points de suture sont réalisés berge à berge.

Des gouttières confectionnées à l'aide de matériaux de prise d'empreinte comme les élastomères de silicone ou en stents® peuvent être réalisées et conservées en bouche 24 à 48 heures.

Des conseils postopératoires sont prodigués au patient : l'alimentation molle pendant trois jours, l'arrêt du tabac, le repos et la position surélevée pendant le sommeil.

En cas de cause générale, la pathologie peut avoir été signalée lors de l'interrogatoire. L'hémorragie persiste malgré les moyens hémostatiques locaux mis en œuvre. Le patient sera mis en position demi-assise.

L'alvéole sera comprimée avec une compresse imbibée d'un anti fibrinolytique (Exacyl®). Si le saignement persiste le patient doit être référé vers un service spécialisé.

2.2 Urgences traumatiques

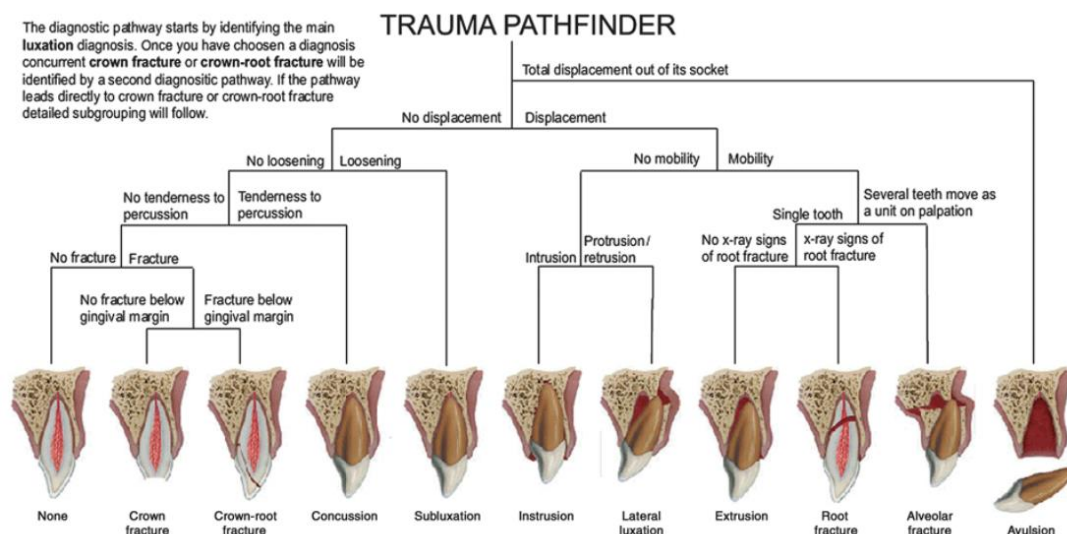


Figure 2: arbre décisionnel et distinction des différents types de traumatismes selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé modifiée par Andreasen(18)

2.2.1 Urgences traumatiques en denture temporaire

On note une fréquence élevée d'urgences pour les incisives centrales maxillaires, avec de nombreuses luxations ou expulsion et de rares fractures coronaire ou coronoradiculaires. Leur rareté s'explique par la plasticité de l'os alvéolaire, la verticalité

fréquente de forces traumatiques chez le jeune patient, et des racines plus courtes qu'au niveau des dents permanentes(16).

2.2.1.1 Concussion (16,18)

C'est un traumatisme très modéré, sans répercussion importante sur le desmodonte.

Clinique

On note l'absence de mobilité et de déplacement, avec une sensibilité à la percussion

Examen radiographique

Un cliché rétro alvéolaire ne montre aucune particularité.

Conduite à tenir

Aucun geste thérapeutique n'est nécessaire dans l'urgence.

2.2.1.2 Subluxation (16,18)

Clinique

L'examen révèle une douleur discrète, majorée à la percussion, avec une petite mobilité de la dent plus ou moins douloureuse, sans déplacement. Il peut exister un saignement séculaire, et l'on recherchera une fêlure par transillumination ou un trait de fracture par sondage.

Examen radiographique

Un cliché rétro alvéolaire s'il est possible, confirme l'absence de fracture et renseigne sur l'état de résorption physiologique de la racine de la dent.

Conduite à tenir

Une surveillance clinique et radiologique est instaurée jusqu'à l'éruption de la dent définitive. On pourra observer, plusieurs mois après :

- un changement de teinte avec une coloration grise signant une nécrose, nécessitant selon l'examen clinique du parodonte et l'examen radiographique, une polypectomie ;
- une fistulisation nécessite l'avulsion de la dent.

2.2.1.3 Extrusion (16,18)

Clinique

Il existe un déplacement de la dent, dans le sens vestibulaire, palatin ou lingual.

A ce stade, la couronne paraît plus longue que les dents voisines avec une mobilité douloureuse. La palpation recherchera une fracture alvéolaire associée.

Examen radiographique

Un cliché rétro alvéolaire ou un cliché occlusal est nécessaire. S'il est possible, Il peut révéler une fracture dentaire.

Conduite à tenir

Deux choix thérapeutiques existent :

-Le praticien réalise l'avulsion si la dent est très mobile ou si la résorption radiculaire est avancée ou, encore en cas de gêne occlusale ; si le germe est haut placé, on pourra envisager de conserver la distance inter dentaire par la réalisation d'un mainteneur d'espace ;

-à l'inverse, le praticien repositionne la dent de manière délicate si l'extrusion est minime. Il n'est pas réalisé de contention. Le praticien recommandera au jeune patient et ses parents ou à l'entourage présent de ne pas solliciter l'élément extrudé pendant une semaine.

Une surveillance clinique et radiologique est instaurée jusqu'à l'éruption de la dent définitive. On pourra observer, plusieurs mois après :

-un changement de teinte avec une coloration grise signant une nécrose et nécessitant, selon l'examen clinique du parodonte et l'examen clinique du parodonte et l'examen radiographique une polypectomie ;

-une fistulisation nécessitant l'avulsion de la dent.

2.2.1.4 Luxation latérale (16,18)

Clinique

Le praticien note un déplacement latéral de la dent, en position linguale ou palatine, avec des interférences occlusales. Il existe une fracture alvéolaire souvent associée.

Examen radiographique

Un cliché rétro alvéolaire, occlusal ou un film latéral s'ils sont possibles, renseignent sur l'état de la résorption radiculaire et le déplacement de la dent.

Conduite à tenir

Le praticien réalise l'avulsion de la dent déplacée. En cas de fracture alvéolaire associée, la réduction se fait par pression digitale vestibulaire et palatine, afin de replacer les tables osseuses, puis des sutures sont mises en place(16,18).

2.2.1.5 Expulsion (16,18)

Clinique

La dent et quelques débris osseux peuvent être appendus à la gencive ou l'alvéole est déshabillée, la dent ayant été expulsée.

Examen radiographique

Un cliché rétro alvéolaire ou un occlusal, s'ils sont possibles, confirment l'absence de tout débris radiculaire résiduel et l'intégrité alvéolaire.

Conduite à tenir

Le praticien vérifie la vacuité alvéolaire, à l'aide d'une curette ou d'un instrument mousse et l'absence de tout autre traumatisme, une dent lactéale pouvant être totalement impactée lors d'une intrusion.

Il ne faut jamais réimplanter les dents lactéales. Cette manœuvre peut léser le germe sous-jacent, soit par pression excessive exercée sur le follicule lors de la remise en place, soit par phénomène infectieux postopératoire.

2.2.1.6 Intrusion (16,18)

Clinique

Il existe un déplacement apical de la dent plus ou moins complètement sous la gencive.



Figure 3: Un cas d'intrusion post-traumatique prise en charge au cabinet de Pédodontie du CHU-CNOS Pr HT

Examen radiographique

Un cliché rétro alvéolaire ou un occlusal, s'ils sont possibles, confirment

L'intégrité de la dent luxée et l'absence des lésions sous-jacentes. La racine

Parait plus courte, si l'apex est en position vestibulaire, ou plus longue, si l'apex est à proximité du germe.

Conduite à tenir

Une surveillance est instaurée, car on pourra observer une ré-éruption de la dent au bout de plusieurs semaines post-traumatiques.

Le praticien réalise l'avulsion si l'apex est à proximité du germe.

2.2.1.7 Fêlures (16,18)

Elles sont rares et peuvent se rencontrer isolément ou en association avec d'autres types de traumatismes.

Clinique

Elles sont mises en évidence par transillumination.

Examen radiographique

Un cliché rétro alvéolaire ou un occlusal, s'ils sont possibles permettent d'exclure l'existence d'un trait de fracture.

Conduite à tenir

Une simple surveillance clinique et radiographique est conseillée

Il ne faut pas oublier que tout choc, même minime, sur une dent lactéale peut toujours entraîner une nécrose du tissu pulpaire. Une surveillance clinique et radiologique est instaurée jusqu'à l'éruption de la dent définitive.

La nécrose pourra être observée plusieurs mois après :

- un changement de teinte avec une coloration grise, nécessitant selon l'examen clinique du parodonte et l'examen radiographique, une pulpectomie ;
- une fistulisation nécessitant l'avulsion de la dent.

2.2.1.8 Fractures (16,18)

Leur rareté s'explique par la plasticité de l'os alvéolaire, la verticalité fréquente des forces traumatiques chez le jeune patient et des racines plus courtes qu'au niveau des dents permanentes.

a. Fractures amélioires et amélo-dentinaires sans effraction pulpaire

Clinique

Le trait de fracture est horizontal ou oblique avec ou sans perte du fragment coronaire.

Examen radiographique

Par cliché rétro alvéolaire, il confirme l'intégrité alvéolaire et renseigne sur l'état de résorption radiculaire

Conduite à tenir

Elle est envisagée selon l'âge et l'état de résorption :

- en cas de simple fracture amélaire et d'amélo-dentinaire limitée, on réalise un meulage de toutes les parties blessantes, sous irrigation, puis on applique un gel fluoré ; une surveillance clinique est indispensable car tout choc peut entraîner une nécrose pulpaire et nécessiter des traitements complémentaires tels que polypectomie ou avulsion, en fonction de l'examen clinique du parodonte et de l'examen radiographique ;
- en cas de fracture amélo-dentinaire plus importante, une reconstitution coronaire par collage de composite, après mordançage et mise en place d'une protection dentine-pulpaire, peut être envisagée si le patient est coopérant ; puis surveillance clinique pour apprécier un changement de teinte de la dent.

b. Fractures amélares et amélo-dentaires avec effraction pulpaire

Clinique

La perte de substance coronaire montre un point sanglant au niveau du trait de fracture.

Examen radiographique

Un cliché rétro alvéolaire confirme, s'il est possible :

- l'intégrité alvéolaire ;
- la proximité pulpaire ;
- l'état de résorption radiculaire (16,18).

Conduite à tenir

Elle varie selon l'âge, l'état de résorption physiologique et le temps d'exposition pulpaire :

- Si l'exposition pulpaire est inférieure à 48 heures :

Dans le cas de dents avec une édification radiculaire non achevée, on réalise une pulpectomie (avec mise en place d'un hydroxyde de calcium à demeure) et une reconstitution coronaire hermétique.

Dans le cas de dents avec une édification radiculaire achevée, on réalise une pulpectomie avec mise en place d'une obturation avec une pâte à l'oxyde de zinc-eugénol, au contact pulpaire suivie par une reconstitution coronaire hermétique par ciment verre ionomère (CVI) ou composite, en isolant alors le contenu caméral par une couche d'hydroxyde de calcium à prise rapide pour l'adhésion du matériau d'obturation coronaire

-Si l'exposition pulpaire est supérieure à 48 heures :

Dans le cas de dents avec une édification radiculaire achevée, on réalise une polypectomie. La longueur de travail sera toujours calculée en deçà de l'apex, et l'on utilisera une pâte à base d'oxyde de zinc-eugénol, semi-résorbable, compatible avec la résorption physiologique de la dent, suivie d'une reconstitution coronaire définitive hermétique par ciment verre ionomère (CVI), ou par composite. Une surveillance est instaurée tous les 6 mois, au cours de contrôle préventifs ;

Dans le cas de patients pusillanimes ou non coopérants, on réalise l'avulsion de la dent quel que soit le stade d'évolution, parce que son traitement ne peut être mené correctement.

c. Fractures corono-radiculaires (16,18)

Clinique

Le praticien peut observer un trait de fracture vertical, avec un fragment corono-radiculaire mobilisable.

Examen radiographique

Un cliché rétro alvéolaire ou un cliché occlusal confirment :

- ✓ La présence de la racine ;
- ✓ L'intégrité alvéolaire ;
- ✓ L'absence de fractures de dents adjacentes.

Conduite à tenir :

Le praticien réalise l'avulsion des différents fragments résiduels. On surveillera le devenir des dents voisines, notamment les changements de teinte possibles.

2.2.1.9 Traumatismes dento-alvéolaire

L'association d'une fracture de table osseuse et d'une luxation dentaire est très fréquente. Il est donc nécessaire de la rechercher systématiquement, cliniquement et par cliché radiographique complémentaire.

Clinique

Plusieurs signes participent au tableau : un déplacement des dents intéressées, avec une mobilité douloureuse, un hématome, une palpation douloureuse et des lésions gingivales possibles.

Examen radiographique

Un cliché rétro-alvéolaire ou occlusal, ou un cliché occlusal placé tangentiellement à la joue permettent d'apprécier les déplacements dentaires et la fracture alvéolaire.

Conduite à tenir

Le praticien réalise une toilette chirurgicale. Après incision séculaire et incision de décharge en fonction des limites du site opératoire, on élève un lambeau séculaire découvrant la table osseuse. On réalise l'avulsion des éléments concernés et l'élimination des différents fragments osseux. Le parage alvéolaire est complété par un rinçage au sérum physiologique du site. Des sutures résorbables par points simples terminent le geste(16,18).

2.2.2 Urgences traumatiques en denture permanente

2.2.2.1 Concussion ou subluxation

Diagnostic

Les signes cliniques sont une légère mobilité dentaire, une douleur à la palpation, un saignement du sulcus, un test de vitalité pulpaire positif, un léger épaissement desmodontal à la radio est possible.

Traitement

La dent causale doit être mise en sous occlusion. Dans le cas d'une subluxation, une contention souple peut être mise en place pendant 2 semaines.

Complications

Les tests de vitalité doivent être répétés lors du suivi à la recherche d'une nécrose pulpaire ou de complications endo-parodontales.

2.1.2.2 Extrusion

Diagnostic

Les signes cliniques sont une dent poussée hors de l'alvéole et qui paraît plus longue, un saignement parodontal important, une mobilité importante, un test de vitalité pulpaire immédiat négatif, un déplacement de la dent visible à la radio.

Traitement

Dans les premières 24h suite au traumatisme, la dent peut être repositionnée par pression digitale sous anesthésie et une contention souple sera mise en place pendant 2 semaines. Si le traumatisme date de plus de 24h, un repositionnement orthodontique peut être envisagé. Dans les 2 cas, une prescription d'antalgiques et de bain de bouche antiseptique est conseillée. Il est nécessaire d'instaurer un régime semi-liquide pendant 2 semaines et d'utiliser une brosse à dents chirurgicale.

Complications

Une surveillance radiologique et clinique est nécessaire pour mettre en évidence une nécrose pulpaire ou une résorption radiculaire. Le pronostic dépend essentiellement du repositionnement de la dent et du stade d'édification radiculaire.

2.1.2.3 Intrusion

Diagnostic

La dent paraît plus courte que la controlatérale ou peut sembler absente en cas d'intrusion totale. La mobilité dentaire est normale. La percussion est douloureuse et donne un son métallique. Le test de vitalité immédiat est souvent négatif mais peut redevenir positif après quelques semaines.

Traitement

Si le déplacement est inférieur à 1/3 de la couronne, la ré-éruption spontanée est possible dans les 3 premières semaines. Si le déplacement est important et moins de 24h après le traumatisme, on peut tenter un repositionnement digital avec mise en place d'une contention souple. Si le traumatisme date de plus de 24h, un repositionnement chirurgical ou orthodontique doit être fait le plus rapidement possible.

Complications

Un suivi clinique et radiologique régulier est nécessaire pour mettre en évidence une nécrose pulpaire ou une résorption radiculaire dans le cas d'une ré-éruption spontanée. Dans les cas de repositionnement chirurgical ou orthodontique, le traitement endodontique doit être réalisé car le risque de nécrose est de 100% sur des dents matures.

2.1.2.4 Luxation latérale

Diagnostic

La couronne est déplacée en position linguale ou palatine et présente des interférences occlusales. Une fracture alvéolaire peut être mise en évidence par la palpation du vestibule.

Traitement

Si le traumatisme date de moins de 24h, on peut effectuer un repositionnement digital de la dent et du fragment osseux et une contention souple sera mise en place pendant 4 semaines. Si le traumatisme date de plus de 24h, un repositionnement orthodontique peut être envisagé en l'absence de complications. Dans les deux cas, une prescription d'antalgiques et de bain de bouche antiseptique est conseillée. Il est nécessaire d'instaurer un régime semi-liquide pendant 2 semaines et d'utiliser une brosse à dents chirurgicale.

Complications

Un suivi clinique et radiologique est nécessaire. Les nécroses pulpaires et les résorptions radiculaires sont des complications fréquentes. Le pronostic est plus favorable pour les dents à apex ouvert et lorsque le déplacement est inférieur à 2mm.

2.1.2.5 Expulsion

Diagnostic

Il s'agit d'un déplacement total de la dent hors de son alvéole avec atteinte et lacérations des tissus mous le plus souvent, le diagnostic est assez évident.

Cependant, il est nécessaire de faire le diagnostic différentiel avec une intrusion totale.

Traitement

Si possible, la dent doit être réimplantée le plus rapidement possible après nettoyage délicat de la dent avec une compresse stérile. La dent doit être mise en sous occlusion et une contention souple sera mise en place. Le nettoyage et la préparation de la dent avant la réimplantation sera fonction du temps extra alvéolaire et de l'état de maturité de la racine. Un régime semi-liquide sera recommandé pendant 7 jours et des antalgiques seront prescrits.

Complications

Le suivi consiste à réaliser des tests de vitalité réguliers pour mettre en évidence une éventuelle nécrose et des complications endo-parodontales.

2.1.2.6 Fêlures et fractures amélo-dentinaires (21)

Diagnostic

Les fêlures sont diagnostiquées par transillumination, une hyperalgie au froid peut être ressentie

Les fractures avec perte de substance sont souvent localisées sur les angles incisifs ou peuvent compromettre tout le bord incisif.

Traitement

Sous anesthésie, on effectue le polissage du bord fracturé et on réalise la reconstitution par composite. Si le fragment a été conservé et que cela est possible, un collage est indiqué à l'aide d'un mordantage préalable et d'un composite fluide.

Complications

Le risque de nécrose est faible (1 à 8%).

2.1.2.7 Fractures mélo-dentine-pulpaire

Diagnostic

Il s'agit d'une perte de substance avec exposition du tissu pulpaire.

Traitement

Si le traumatisme date de moins de 24h, le praticien effectue un nettoyage au sérum physiologique, un coiffage pulpaire avec un hydroxyde de calcium et une reconstitution coronaire étanche au composite.

Si le traumatisme date de plus de 48h sur une dent mature, on effectue un traitement endodontique complet et une reconstitution coronaire étanche.

Entre 24 et 48h après le traumatisme, on peut tenter une pulpotomie partielle avec coiffage pulpaire à l'hydroxyde de calcium et une couche de ciment verre monomère avant de faire la reconstitution coronaire au composite.

Complications

Le principal risque est la nécrose pulpaire.

METHODOLOGIE

III METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :

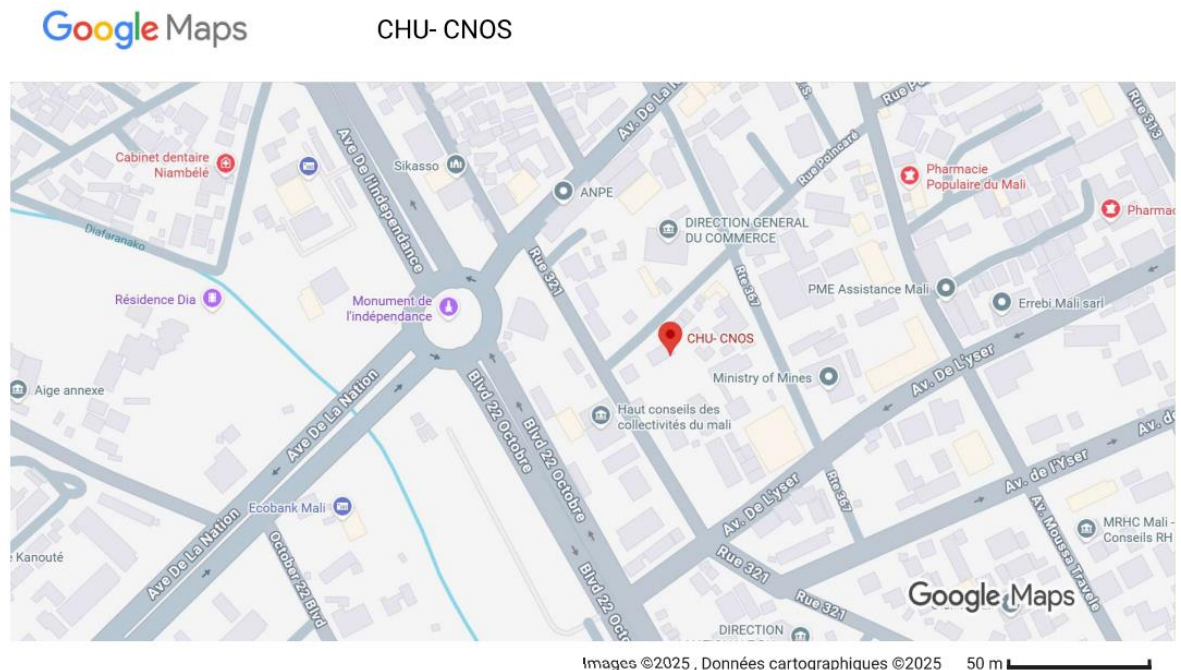


Figure 4: Localisation du centre (22)

Notre étude a été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU CNOS) Pr Hamadi Traore de Bamako, dans le service de Pédiodontie et de prévention. Le CHU-CNOS Pr HT est situé en commune III du district de Bamako au quartier du fleuve sur la rive gauche du fleuve Niger, à l'Est du haut Conseil des Collectivités territoriales, à l'Ouest de l'Agence Nationale pour la promotion de l'Emploi (ANPE), au Sud du centre de perfectionnement et de reconversion (CPR), dans la rue : Raymond POINCARRE, porte : 870.

Le CHU CNOS est un centre hospitalier spécialisé en Odontostomatologie et en chirurgie maxillo-faciale et est la seule structure de 3ème référence au niveau dentaire au Mali. Centre de référence nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 février 1986 et a été érigé en Etablissement Public à caractère Administratif (E.P.A) par la loi N° 92-026/AN-RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu un Etablissement Public Hospitalier (EPH) par la loi N° 03-AN-RM du 14 juillet 2003.

Après la signature de la convention hospitalo-universitaire le 12 décembre 2006 ; il est devenu un Centre Hospitalier Universitaire. Il a pour objectif d'améliorer l'état de

santé des populations en matière de santé bucco-dentaire. Il s'occupe des missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés en matière d'odontostomatologie ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé en matière de la santé bucco-dentaire ;
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine médical au CHU-CNOS.

Service de Pédodontie et de Prévention

• **Organisation du service** : le service de pédodontie et de prévention du CHU-CNOS est opérationnel depuis 2016. Il est situé au rez de chaussée et est composé de deux cabinets dentaires (cabinet Pédo 1 et cabinet Pédo2).

• Principales activités du service :

- Prise en charge préventive et curative des affections bucco-dentaires des enfants âgés de 0 à 15 ans ;
- Référer les enfants vers d'autres services spécialisés en cas de besoin pour une meilleure prise en charge ;
- Encadrer les étudiants et les stagiaires ;
- Encadrer des thèses et des mémoires ;
- Mener des études de recherche.

• **Personnel du service** : Il est composé de :

- Un médecin dentiste spécialiste en pédodontie et en odontologie préventive et sociale, chef de service ;
- Un chirurgien-dentiste généraliste ;
- Trois assistants médicaux ;
- Une technicienne de santé ;

- Une aide-soignante.

2. Type d'étude et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptive qui s'est déroulée du 1^{er} novembre 2024 au 31 juin 2025.

3. Population d'étude :

Cette étude a concerné les enfants de 02 à 12 ans venus pour consultation pour la première fois dans le service de Pédiodontie et de prévention du CHU CNOS.

4. Echantillonnage :

Pour la taille de notre échantillon nous avons opté pour un recrutement exhaustif des enfants âgés de 02 à 12 ans venus en consultation au service de Pédiodontie du CHU CNOS.

5. Critères de sélection :

III.5.1 Critères d'inclusions :

Nous avons inclus dans notre étude les enfants de 02 à 12 ans consultants au service de Pédiodontie du CHU CNOS pour une première fois avec un tableau d'urgence pendant notre période d'enquête et dont les parents ont accepté de participer.

III.5.2 Critères de non-inclusions

Nous n'avons pas inclus dans notre étude tous les enfants de 02 à 12 ans consultants au service de Pédiodontie du CHU CNOS ne présentant pas un tableau d'urgence pendant notre période d'enquête et/ou dont les parents n'ont pas accepté de participer.

6. Variables étudiées :

Les variables concernant les caractéristiques sociodémographiques, les motifs de consultations, et le plan de traitement adopté ont été constatées.

Caractéristiques sociodémographiques :

- **Identification** : Age, sexe, résidence, ethnie, scolarisation.

Données cliniques :

- Antécédents médicaux

- Motifs de la consultation
- Type de consultation
- Etiologie de l'urgence
- La dent en rapport avec l'urgence
- Diagnostic
- Prise en charge.

7. Méthode de collecte des données et matériels utilisés :

Matériels

Une fiche d'enquête individuelle pour la circonstance a été établie pour l'enregistrement des données. L'examen clinique des patients a été effectué dans les cabinets Pédo 1 et Pédo 2 sur le fauteuil dentaire avec un plateau d'examen contenant un miroir, une sonde et une precelle.

Méthodes

L'enquête dans son déroulement s'est effectuée en deux phases :

- La première phase de l'enquête concernait l'administration des questions aux patients, aux accompagnants ou tuteurs légaux et les informations recueillies étaient enregistrées sur la fiche d'enquête. Les questions ont porté sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, résidence, ethnie, scolarisation) ; les antécédents médicaux et le motif de la consultation. Les données reçus sont portées sur la fiche d'enquête réaliser pour la circonstance

Age :il s'agissait d'évaluer l'âge des enquêter en année

Sexe : l'étude a été porté sur le sexe masculin et féminin

Résidence : l'étude a concerné le lieu d'habitation des enquêtés

Ethnie : Il s'agit de l'appartenance culturelle des enquêtés

Scolarisation :il s'agissait de la scolarisation ou non des enquêtés

Antécédant médicaux :il s'agissait de l'état générale des enquêtés

Motifs de consultation :il s'agissait de ce qui a amené le patient à consulter.

- La seconde phase de l'enquête concernait l'examen clinique du patient au fauteuil suivi de la mention des données cliniques obtenues sur la fiche d'enquête. Pendant cette phase des variables tel type de consultation, étiologie de l'urgence, le type de dent en lien avec la situation d'urgence, le diagnostic, et le traitement. ont été examinés

***Pour le type de consultation** :il s'agissait de déterminer si c'était une consultation d'urgence ou pas,

***Quant à l'étiologie des urgences** :il s'agissait de déterminer la cause de l'urgence

*Concernant la classification des urgences nous avons retenu les urgences de types douloureux, infectieux, traumatique, parodontal et hémorragique. Nous avons considéré comme :

- **Urgences douloureuses** : les cas de pulpite réversible, et irréversible, de syndrome de septum de mobilité et les péricoronarites

- **Urgences infectieuses** : les cas d'abcès dentaire avec ou sans douleur, fistule, perforation gingivale et les cas de cellulites

- **Urgences traumatiques** : il s'agissait des cas de traumatisme des tissus de soutien et traumatisme des tissus durs de la dent.

- **Urgences hémorragiques** : représentait tous les cas de saignement.

- **Urgence parodontales** : il s'agissait du saignement gingival et de l'abcès parodontal

- **Urgence orthodontique** : le descellement de la bague orthodontique, blessure par l'arc orthodontique

*Les traitements entrepris étaient des prescriptions médicamenteuses, la biopulpotomie, la Biopulpectomie le coiffage direct, le coiffage indirect, des extractions ou autres.

8. Plan de traitement et d'analyses des données :

L'application Microsoft Word 2016 a été utilisée pour la rédaction du document de thèse. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS Version 26.0

La fréquence, la moyenne, et l'écart type ont été utilisés en fonction de la représentation des résultats qui sont sous formes de tableaux ou graphiques.

9. Considération éthique

Le consentement éclairé verbal des parents et l'assentiment des enfants a été demandé avant l'administration du questionnaire. L'enquête était anonyme et la confidentialité des données était observée.

10. Les retombées scientifiques :

Tous nos enquêtés ont bénéficié des enseignements sur l'hygiène et la prévention bucco-dentaire.

L'étude va permettre d'avoir des données épidémiologiques et cliniques sur les urgences en Pédiodontie, de faire des recommandations visant une meilleure prise en charge de ces urgences.

En outre cette étude pourra servir d'un apport précieux pour d'autres études ultérieures.

RESULTATS

IV Résultats :

Nous avons colligé 410 patients pendant la période de juin à septembre 2025, dont 309 enfants reçus pour une consultation d'urgence, soit une prévalence de 75%.

Données socio-démographiques :

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Fréquence (%)
[2-5]	71	20,2
[6-9]	177	50,3
[10-12]	104	29,5
Total	309	100

La tranche d'âge de 6-9 ans a été prédominante avec 50,3% des cas. L'âge moyen des patients était de $7,88 \pm 2,63$ ans

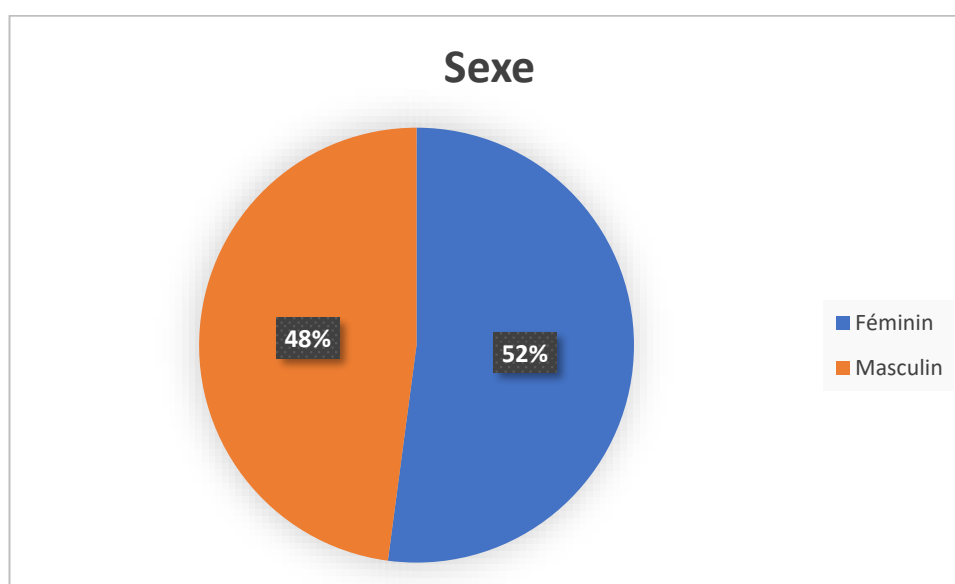


Figure : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin a été la plus représenté avec 52% des cas avec un sex ratio de 0,93.

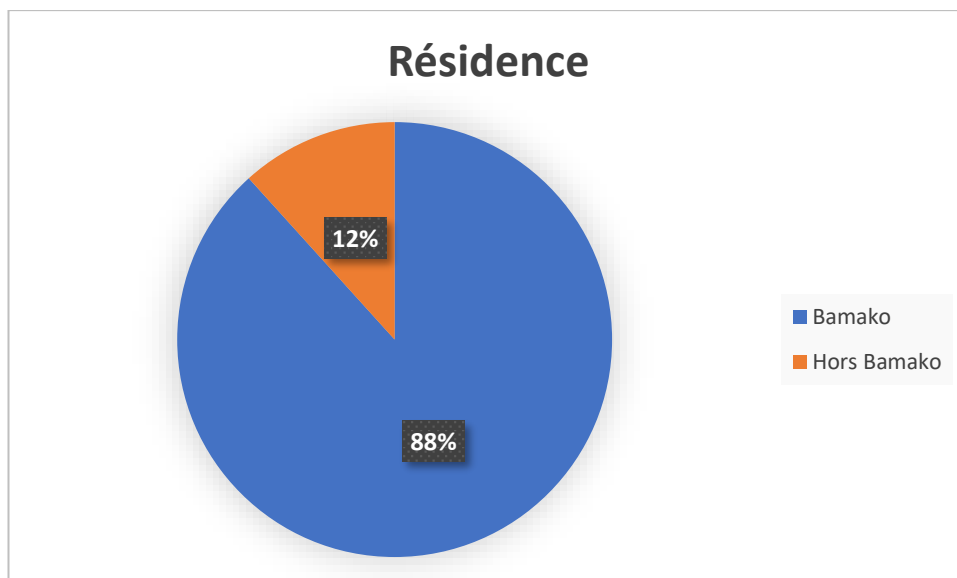


Figure 5: Répartition des patients selon la résidence

Nos enquêtés résidaient à Bamako dans 88 % des cas.

Tableau : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
Bambara	84	27,2
Bozo	8	2,6
Djawando	12	3,9
Dogon	5	1,6
Malinké	41	13,3
Peulh	52	16,8
Senoufo	13	4,2
Soninké	72	23,3
Sonrhäi	19	6,1
Autres	3	1,0
Total	309	100

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 27,2% des cas.

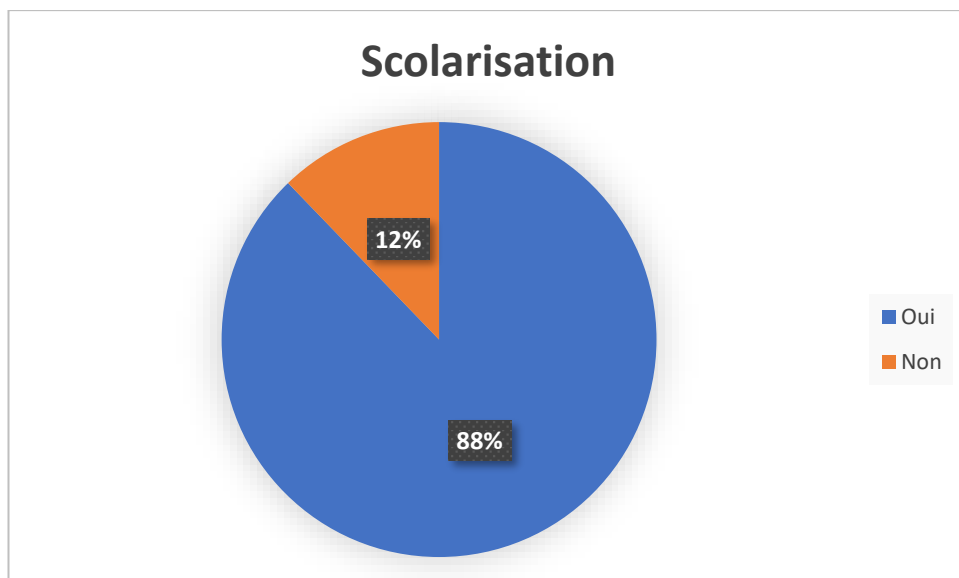


Figure : Répartition selon la scolarisation

Nos patients étaient scolarisés dans 88% des cas.

Tableau II: Répartition des patients selon le niveau d'étude scolarisation

Niveau scolaire		Effectif	Fréquence (%)
Maternelle		43	14,6
Fondamental	Premier cycle	239	81,3
	Second cycle	12	4,1
Total		294	100,0

Nos patients étaient scolarisés au premier cycle fondamental dans 81,8% des cas.

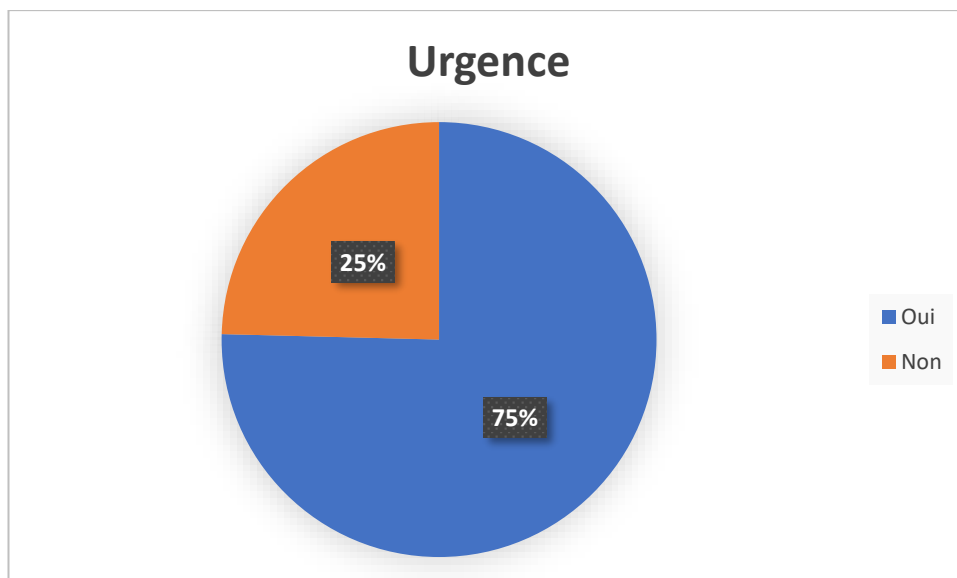


Figure 5: Répartition des patients selon le Type de consultation :

Les consultations d'urgences représentaient 75% des cas.

Tableau III: Répartition des patients selon le type d'urgence :

Type d'urgence	Effectif	Fréquence (%)
Douloureuse	67	21,7
Hémorragique	1	0,3
Infectieuse	232	75,1
Traumatique	9	2,9
Total	309	100,0

L'urgence infectieuse a été le plus retrouvée dans 75,1%.

Tableau IV: Répartition des patients selon l'étiologie de l'urgence :

Etiologie de l'urgence	Effectif	Fréquence (%)
Carie et ses complications	283	91,6
Eruption dentaire	2	0,6
Chute	7	2,3
Mauvaise d'hygiène bucco-dentaire (présence de plaque/tartre)	3	0,9
Mobilité dentaire	11	3,7
Autres	3	0,9

Autres : Sports (1), Plaies dans la cavité buccale (1), Imprécise (1)

La carie et ses complications étaient la principale étiologie de la consultation d'urgence avec 91,6% des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Fréquence (%)
Drépanocytaire	5	1,6
RAS	304	98,4
Total	309	100,0

La drépanocytose était le seul antécédent médical retrouvé soit 1,4% des cas.

Tableau VI: Répartition des patients selon le motif de consultation :

Motif de la consultation	Effectif	Fréquence (%)
Douleur	299	96,8
Saignement	1	0,3
Traumatisme	9	2,9
Total	309	100,0

La douleur était le motif de consultation d'urgence le plus évoqué avec 96,8% des cas.

Tableau VII: Répartition des patients selon le type de dents impliquées dans l'urgence

Type de dent		Effectif	Fréquence (%)
Dent permanente	Incisive	7	2,3
	Prémolaire	3	0,9
	Molaire	80	25,9
Dent temporaire	Incisive	34	11,0
	Molaire	185	59,9
Total		309	100,0

La molaire était la plus impliquées dans les urgences avec 85,8% et plus particulièrement la molaire temporaire avec 59,9% des cas.

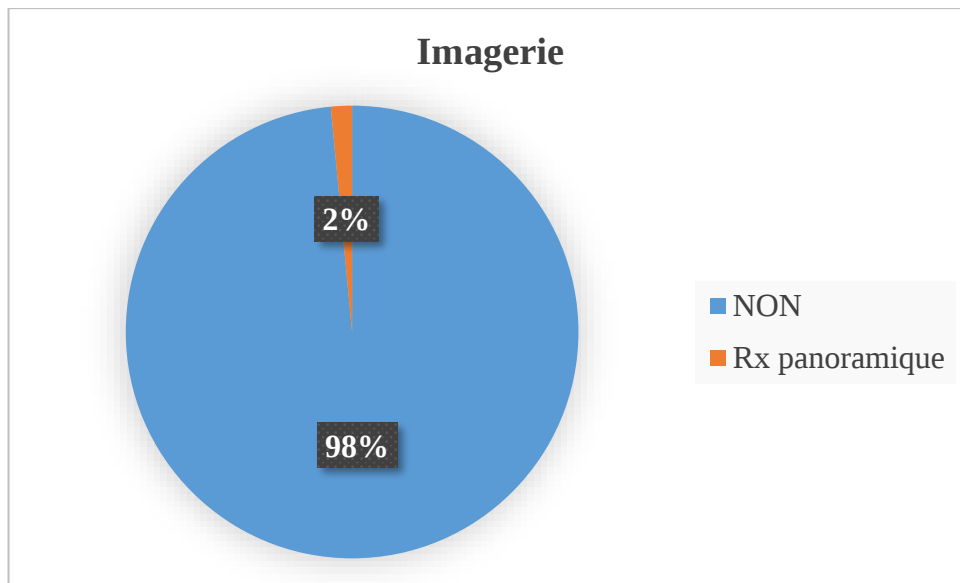


Figure 6: Répartition des patients selon l'examen complémentaire

Nos patients n'ont pas effectué d'examen complémentaire dans 98% des cas.

Tableau VIII: Répartition des patients selon le diagnostic :

Diagnostic	Effectif	Fréquence (%)
Abcès dentaire douloureux	228	73,8
Pulpite	26	8,4
Abcès dentaire + Fistule	15	4,9
Syndrome de septum	5	1,6
Persistance de dents temporaire	8	2,6
Abcès dentaire + Perforation gingivale	5	1,6
Traumatisme des tissus durs et de la pulpe	5	1,6

Diagnostic	Effectif	Fréquence (%)
Péricoronarite	5	1,6
Traumatisme des tissus de soutien	4	1,3
Autres	8	2,6

Autres : Rhizalyse (3), Gingivo-stomatite (3), Aphte (1), Hémorragie gingivale (1)

L'abcès dentaire douloureux a été retrouvée dans 73,8% des cas.

Tableau IX: Répartition des patients selon le traitement :

Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Prescription et programmation de l'extraction	248	80,3
Prescription et programmation de soins	20	6,5
Extraction et prescription	10	3,2
Coiffage pulpaire indirecte	8	2,6
Coiffage pulpaire direct	4	1,3
Biopulpotomie	3	0,9
Biopulpectomie	10	3,2
Ouverture de la chambre pulpaire + Prescription	3	1,0
Autres	3	1,0

Autres : Détartrage (1) ; référée (2)

La programmation de l'extraction après prescription était la plus représentée dans 80,3% des cas.

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

V DISCUSSION ET COMMENTAIRES

Notre étude a porté sur 410 dossiers collecté entre juin et septembre 2025 dans le service de Pédodontie de CHU-CNOS Pr HT, cependant 309 patients se sont présentés dans un tableau d'urgence, soit un taux de 75%.

1. Données sociodémographiques :

♦ Selon le sexe

Notre échantillon se composait de 161 filles (52 %) et 148 garçons (48%) avec un sex-ratio de 0,93, ce résultat est proche de celui de CISSÉ Y (23) dans lequel Le sexe féminin a été le plus représenté avec 59,2% de cas soit un sex-ratio de 0,68, mais contraire à celui de Martens et al(24) qui rapportent que plus de garçons (56,1 %) avaient consulté pour des urgences dentaires par rapport aux filles (43,9 %), ce qui donne un ratio garçons/filles de 1,28. Ceci met en évidence une répartition par sexe est équilibrée dans cette étude.

♦ Selon l'âge

Dans cette étude, l'échantillon comprenait 309 enfants âgés de 2 à 12 ans, avec une moyenne d'âge de $7,88 \pm 2,63$ ans. Les participants ont été répartis en trois tranches d'âge correspondant aux différents stades de développement des dents, dont celle de 6 à 9 ans était la plus représentée (50,3 %), ce résultat est proche de celui de Martens et al.(24) dont la tranche d'âge 6 à 12 ans représentait 48,2 % , ce résultat traduit une forte représentation des sujets en âge scolaire.

♦ Selon la résidence

La majorité des enfants, soit (88 %), résidaient à Bamako, ce résultat pourrait s'expliquer par l'implantation du centre à Bamako.

♦ Selon l'ethnie

L'ethnie bambara était prédominante, représentant 27,2% suivi de l'ethnie soninké avec 23,3% cela reflète la structure socioculturelle locale.

♦ Selon la scolarisation

Dans notre échantillon 88% des enfants étaient scolarisés, parmi eux 81,3% étaient des élèves du niveau fondamental 1^{er} cycle. CISSÉ Y (23) dans son étude sur la perte précoce de la dent de 6ans au CHU-CNOS Pr-HT remporte un taux de 94,8% des enfants Scolarisé avec un niveau du 2^{ème} cycle fondamentale dans 64,5% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par de la tranche d'âge de l'étude.

2. Données cliniques

♦ Selon le Type de consultation

Dans notre étude, les consultations d'urgence représentaient 75 %. Ce résultat diffère nettement avec celui de Diouf et al.(15) au Sénégal, qui ont rapporté une prévalence de 12% lors d'une étude réalisé à la clinique d'odontologie pédiatrique à Dakar au cours de leur période d'étude et de Yang et al., qui, lors de l'épidémie de COVID-19 à Wuhan, ont observé que l'incidence des urgences pédiatriques (40,1 %) était légèrement inférieure à celle des consultations non urgentes (59,9 %). Cette différence pourrait s'expliquer par l'impact des contextes locaux et des conditions sanitaires particulières sur la proportion des urgences pédiatriques. Elle souligne la nécessité d'adapter l'organisation des soins aux réalités épidémiologiques et socio-économiques propres à chaque environnement

♦ Selon le type d'urgence

Dans cette étude la majorité des urgences étaient de type infectieux avec 75,1%, suivi de la douleur avec 21,7% et du traumatisme 2,9%. Et Seulement 0,3% des cas était de type hémorragique. Sakai et al., dans leur étude ont trouvé que l'urgence les plus fréquemment signalés étaient la douleur dans 57,29% des cas, le gonflement avec 4,8 %, le saignement avec 1,97% des cas, et l'infection dans 1,72% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le contexte épidémiologique et des conditions locales dans la typologie des urgences dentaires, ceci pourrait s'expliquer également par les habitudes de recours tardive à la consultation.

♦ Selon l'étiologie de l'urgence

Notre étude montre que parmi les 309 enfants consultés en urgence 91,6% présentait comme étiologie la carie et ses complications, ce résultat est en accord avec celui de Declerck et al. au Congo (14) qui ont trouvé que les caries et/ou leurs complications

constituaient les motifs de consultation les plus fréquents soit 79%. Dans l'étude de Chehidi (3), leur rapport de consultation de 2016 rapporte que les caries dentaires et infections pulpaires constituaient les raisons les plus fréquentes de consultation en urgences dentaires (42,41 %) suivies par les traumatismes dentaires (36,76 %) et les infections dentaires (cellulite, abcès, parulies..). En France, Tenenbaum et al.(25) ont trouvé que les urgences liées à un évènement carieux représentaient 42,9% alors que les urgences traumatiques étaient de 38,4%. Notre étude confirme la prédominance des caries et leurs complications comme principal motif d'urgence pédiatrique (91,6%), en cohérence avec les données africaines et internationale avec quelques différences observées. Ces résultats mettent en évidence l'urgence de renforcer la prévention carieuse adaptée aux réalités locales.

♦ Selon les antécédents médicaux

Parmi les 309 enfants consultés en urgence, seulement 1,6% des enfants souffraient de drépanocytose, alors que 98,4% étaient en bonne santé selon les dires des accompagnants. Ce résultat est proche de celui de Elasmari et al.(26) qui ont trouvé que 83,3 % des enfants participant leur étude étaient en bonne santé, 16,7 % souffraient d'une pathologie générale et 10 % suivaient un traitement médical. Ces résultats confirment que les urgences pédiatriques dentaires concernent d'avantage les enfants sans comorbidités médicales majeures.

♦ Selon le motif de consultation

Le motif de consultation le plus représenté était la douleur avec 96,8%, suivi du traumatisme et du saignement avec respectivement 2,9% et 0,3%. Ce résultat est similaire à celui de Elasmari et al.(21), au Maroc qui rapporte que la douleur était la plainte principale des patients examinés, soit 92,7% et de Diana et al.(27) qui ont trouvé que 80 % des patients de leur étude se présentaient avec la douleur comme raison principale de la consultation aux urgences. Cependant il diffère de celui de Yung et al. (23) qui ont rapporté une prédominance du traumatisme bucco-dentaire comme motif de consultation. Cette prédominance de la douleur comme motif de consultation pourrait s'expliquer par le fait qu'elle représente la raison majeure des visites en odontologie, mais aussi parce que la plupart des parents n'amènent leurs enfants qu'en

cas de douleur et certains renoncent à poursuivre le traitement une fois que celle-ci est passée.

♦ Selon le type de dent concernée par l'urgence :

Notre étude a démontré que la molaire avec 85,8% était la dent causale la plus retenue en lien avec l'urgence pédiodontique ;particulièrement la molaire temporaires avec 59,9% des cas suivi des molaires permanentes avec 25,9%.ce résultat est en accord avec les données de la littérature, notamment dans l'étude de Kouli (16), les données recueillies ont montré une prédominance des dents du groupe prémolaire-molaire avec 82% contre 8% pour celles du groupe incisivo-canin, dans les deux types de denture ; selon Juniorb et al.(28), Les dents temporaires étaient les plus touchées par la douleur odontogène chez 237 patients (76,95 %). Alors que pour Shqair et al.(5), les dents postérieures primaires étaient les plus fréquemment touchées par la carie dentaire avec 45,85%, ainsi que dents postérieures dans la dentition permanente. Ce résultat s'explique par la vulnérabilité particulière des dents postérieures aux atteintes carieuses à cause de leur morphologie anatomique et de leur situation sur l'arcade qui ne facilite pas l'accès à l'hygiène bucco-dentaire pour bon nombre d'enfants d'autant plus que la carie et ses complications ont représenté l'étiologie majeure de cette étude.

♦ Selon l'examen complémentaire

Dans notre étude seul 2% des enfants ont bénéficié d'un examen radiologique complémentaire (radiographie panoramique). Ce faible taux d'examen radiographique pourrait s'expliquer d'une part par l'impossibilité de réaliser une radiographie retro alvéolaire au niveau du service au moment de l'enregistrement de nos données. Et d'autre part au coût élevé de la radiographie panoramique.

♦ Selon le diagnostic

Notre étude rapporte que parmi les consultations d'urgence, l'abcès dentaire douloureux était le plus observé avec 73,8% des cas traduisant souvent un retard de consultation et une évolution avancée des lésions carieuses, suivi de la pulpites avec 8,4% , ce résultat contraste avec celui de Diouf et al.(1), qui ont dans une étude réalisée au Sénégal retrouver 27,4% de cas de pulpite aiguë irréversible 18,5% de cas d'abcès et 10% de cas de nécrose pulpaire avec participation parodontale. Ceci s'explique par

l'importance du diagnostic précoce et de la prise en charge rapide des caries afin d'éviter leur progression vers des formes infectieuses sévères, qui constituent non seulement un motif majeur d'urgence mais aussi un indicateur de défaillance dans la prévention et l'accès aux soins d'autant plus que la majorité des participants résidait à Bamako.

♦ Selon le traitement

Dans notre étude tous les patients ayant consulté pour une urgence ont bénéficié d'une prescription médicale, néanmoins 80,3% ont été programmé pour des extractions et 6,5% ont été programmé pour les soins alors que 3,2% d'extractions ont été réalisées, ce résultat diffère à celui de Juniorb et al.(28) qui ont rapporté dans leur étude que les interventions les plus fréquemment pratiquées étaient 21,4% de cas d'extraction de dents temporaires 16,6% de cas de médication endodontique et 10,7% de cas de restauration temporaire ;et de Masiga (29) dans lequel le traitement effectué lors de la première visite consistait principalement en des extractions dentaires (21,8 %), une prophylaxie buccale et une éducation à la santé dentaire (20,5 %) et un traitement restaurateur (20,0 %) mais aussi de Gomes et al.(30), qui rapportent que les traitements les plus fréquemment réalisés dans leur étude ont été : 184 interventions chirurgicales (157 extractions de dents primaires, 19 extractions de restes radiculaires, 7 extractions de dents surnuméraires et une excision de tissus mous) ; 93 procédures endodontiques (60 pansements endodontiques sur dents primaires, 29 endodonties sur dents primaires et 4 pansements endodontiques sur dents permanentes) ; 91 procédures de restauration (55 restaurations provisoires et 36 restaurations définitives). Cette divergence s'explique par des différences dans les pratiques thérapeutiques et l'organisation des soins selon les contextes de chaque structure.

♦ Limites et difficultés :

Il peut y avoir un biais dans notre étude par rapport au type d'urgence parce que l'urgence douloureux peut survenir par suite d'une infection comme ça peut survenir par suite d'un traumatisme, notre collecte dépendait de la réponse donnée par le patient.

Le biais peut dépendre aussi du motif de consultation parce que le patient peut venir pour un traumatisme et avoir la douleur en même temps.

Il peut également être en rapport avec la définition du concept « urgence pédodontique », qui peut impacter fortement la prévalence de la consultation d'urgence.

Le biais de non-réponse en lien avec la non obtention de consentement de certains parents qui risque de limiter l'exhaustivité rechercher par l'échantillonnage.

La non réalisation de la radiographie rétro alvéolaire était aussi l'une des difficultés de notre étude.

CONCLUSION & RECOMMANADATIONS

CONCLUSION

Notre étude a permis de faire ressortir une présence massive de cas d'urgence pédodontique chez les enfants de 2 à 12 ans reçus en consultation dans le service de pédodontie du CHU-CNOS Pr HT. La douleur était le principal motif qui amenait les enfants et leurs parents à consulter.

L'abcès consécutive à la carie, particulièrement celui de la dent temporaire a été la pathologie la plus fréquemment rencontrée chez nos enfants. La thérapeutique la plus envisagée a été la prescription avec rendez-vous pour extraction dentaire.

Les urgences en pédodontie découlent le plus souvent des cas infectieux et ou traumatiques. D'où la nécessité de renforcer la sensibilisation des enfants et leurs parents par rapport à l'hygiène buccodentaire, la visite d'urgence post traumatique et la visite régulière chez le dentiste. Ceci, afin de réduire la prévalence des urgences pédodontique lors de nos consultations et par conséquent améliorer leurs prises en charge.

RECOMMANDATIONS

A l'issu de notre travail et des résultats obtenus, nous formulons ces quelques recommandations :

A la direction du CHU CNOS Pr HT

- ✚ Augmenter le nombre de cabinet du service de pédodontie afin de réduire la charge de travail des cabinets existants, ce qui va permettre aux praticiens de disposer d'assez de temps à consacrer aux situations d'urgence.
- ✚ Améliorer le plateau technique du service de pédodontie en offrant la possibilité de faire des cliché retro alvéolaires. Un examen complémentaire essentiel voir indispensable très souvent dans le cadre du diagnostic et de la prise charge des situations d'urgence.

Aux praticiens du service d'odontologie pédiatrique

- ✚ Préconiser l'élaboration d'un référentiel de prise en charge des différents cas d'urgences pédodonties.
- ✚ Mettre d'avantage l'accent sur la sensibilisation des parents et leurs enfants par rapport à la bonne hygiène bucco-dentaire, la régularité des consultations pour les enfants afin de mieux lutter contre la carie et ses complications.
- ✚ Informer les parents et les enfants de l'existence d'un service de garde en dehors des heures régulières de service au niveau du CHU-CNOS Pr HT. Afin de diminuer les cas d'automédication, les consultations à domicile et la sollicitation des pharmacies sans consultation préalable. Des comportements qui amènent à recourir à des consultations d'urgences.

Aux parents

- ✚ De consulter le plus tôt possible afin d'éviter aux enfants la douleur, les abcès...

- ✚ D'effectuer des visites régulières auprès des spécialistes en odontostomatologie particulièrement ceux en charge des enfants pour une prise en charge adéquate des enfants.
- ✚ De veiller à l'hygiène bucco-dentaire des enfants par la limitation de la consommation accrue des aliments sucrés et la réalisation d'un bon brossage.

REFERENCE

1. Abdulye Diouf, Soukeye De Theyam, Ndee Guignane Diouf, Mamadou Tidiane Dialo, Malik Faye, Jihane Kouli, et al. Assessment of the Clinical Activities of Emergency Consultation of the Pediatric Odontology Clinic of Dakar. *Prim Sci Surg Res Pract.* 2024;4(4):29-38.
2. Bengondo MC, Ze MJ, Pisoh TC, Mengong HP, Bitha RC, Bengono G. Les urgences en odonto-stomatologie pediatrique au Centre Hospitalier Universitaire de Yaounde, Cameroun. 12 oct 2006 [cité 22 nov 2024]; Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/cmch/article/view/35821>
3. Chehidi A. Urgences bucco-dentaires en odontologie pédiatrique à Mayotte: étude rétrospective [thèse]. [France]: UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7; 2017.
4. Fleming EB, Nguyen D, Afful J, Carroll MD, Woods PD. Prevalence of daily flossing among adults by selected risk factors for periodontal disease—United States, 2011–2014. *J Periodontol.* août 2018;89(8):933-9.
5. Shqair AQ, Gomes GB, Oliveira A, Goettems ML, Romano AR, Schardozim LR, et al. Dental emergencies in a university pediatric dentistry clinic: a retrospective study. *Braz Oral Res.* févr 2012;26(1):50-6.
6. Rabache PQ. Étude de l'activité des urgences au sein du service d'Odontologie du CHU de Lille [THESE]. [FRANCE]: UNIVERSITE DE LILE; 2020.
7. Musa A a. R, Sethi S, Poirier BF, Oliver KJ, Jensen ED. Pediatric non-traumatic dental presentations to the emergency department: a ten year retrospective study in an Australian tertiary hospital. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* avr 2025;26(2):349-60.
8. Oliva MG, Kenny DJ, Ratnapalan S. Nontraumatic Dental Complaints in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care.* nov 2008;24(11):757.

9. Tenenbaum A, Sarric M, Bas AC, Toledo R, Descroix V, Azogui-Levy S. [Children's consultations for dental emergency. Retrospective study in Île-de-France]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1 févr 2020;68(1):17-24.
10. Heggie C, Gallichan N, Gartshore L, Hartshorn S, Messahel S, Clark V, et al. Traumatic and non-traumatic dental presentations to the paediatric emergency departments of two UK children's hospitals: A multi-centre evaluation. *Int J Paediatr Dent*. janv 2022;32(1):90-100.
11. BENSOUSSAN D, VANDERZWALM-GOUVERNAIRE A. urgences en odontologie pédiatrique.
12. Colombana-Jolly A. Élaboration d'un guide de prise en charge des urgences en odontologie pédiatrique à l'usage des Services d'Accueil des Urgences [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2021 [cité 22 nov 2024]. p. NNT : 2021LORR3017. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298294>
13. Martens LC, Rajasekharan S, Jacquet W, Vandenbulcke JD, Van Acker JWG, Cauwels RGE. Paediatric dental emergencies: a retrospective study and a proposal for definition and guidelines including pain management. *Eur Arch Paediatr Dent*. août 2018;19(4):245-53.
14. Songo BF, Declerck D, Kayembe KP, Pilipili CM, F V. Motifs de consultation en Odontologie pediatrique a Kinshasa en Republique democratique du Congo. *Ann Afr Méd En Ligne*. 2010;3(4):574-81.
15. DIOUF A, NDOYE THIAM S, DIOUF NG, KOULI J. Bilan des activites cliniques de consultation d'urgence de la clinique d'odontologie pediatrique de dakar. *Rev Col Odont-Stomal Afr Chir Maxilo-Fac*. 2021;28(1):32-9.
16. JIHANE KOULI. Evaluation des consultations d'urgence a la clinique d'odontologie pediatrique de l'ios : etude rétrospective [thèse]. [Dakar]: UCAD; 2019.
17. Bailly H. Les urgences non traumatiques en pédodontie : de l'appel téléphonique à la prise en charge au fauteuil : quintessence des conduites à tenir [Internet].

Université Lille 2 Droit et Santé; 2014 [cité 6 juill 2025]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-4101>

18. Colombana-Jolly A. Élaboration d'un guide de prise en charge des urgences en odontologie pédiatrique à l'usage des Services d'Accueil des Urgences [Thèse]. [France]: Université de Lorraine; 2021.
19. Boukhetam Q. La pulpotomie cervicale : une alternative a la biopulpectomie pour les dents permanentes matures atteintes de pulpite irréversible [Thèse]. [France]: UNIVERSITE DE LILLE; 2019.
20. Evelyne DAK, YAPO ARE, BEHIBRO R, SEGUY FO, LATE S, KONAN E. Cellulites cervico-faciales de l'enfant: aspects epidemiologiques, cliniques et therapeutiques au chu de treichville (abidjan). Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac. 2022;29(3):20-5.
21. Arnaud POURBAIX. Les fractures corono-radiculaires : prise en charge et gestion de l'esthétique [Thèse]. [France]: UNIVERSITE DE LILLE; 2020.
22. Google Maps [Internet]. [cité 2 déc 2025]. Google Maps. Disponible sur: https://www.google.com/maps/place/CHU-+CNOS/@12.6368341,-8.0038504,18z/data=!4m6!3m5!1s0xe51cd1dbe7bd04f:0xd4ff644628df699c!8m2!3d12.6368774!4d-8.0033976!16s%2Fg%2F11j140hdnc?entry=tту&g_ep=EgoyMDI1MTEzMC4wI KXMDS0ASAFAw%3D%3D
23. Yassin Mohamed Cissé. Perte précoce de la dent de 6ans au CHU-CNOS Pr HT : étiologies, conséquences et aspects cliniques [Thèse]. [Mali]: USTTB; 2023.
24. Martens LC, Rajasekharan S, Jacquet W, Vandenbulcke JD, Van Acker JWG, Cauwels RGE. Paediatric dental emergencies: a retrospective study and a proposal for definition and guidelines including pain management. Eur Arch Paediatr Dent. août 2018;19(4):245-53.

25. Tenenbaum A, Sarric M, Bas AC, Toledo R, Descroix V, Azogui-Levy S. Consultations pour urgence bucco-dentaire chez les enfants : étude rétrospective en Île-de-France. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. févr 2020;68(1):17-24.
26. Elasmr M. Evaluation and Management of Dental Pain in Children Motivating Emergency Consultation at the Dental Consultation and Treatment Center of Casablanca. *J Pediatr Dent* [Internet]. 2021 [cité 6 juill 2025]; Disponible sur: <https://jpdent.org/article/121>
27. Diana Daniela Daciana Zmărandache, Mihaela Tanase, Ioana Andreea Stanciu, Cristian Teodorescu, Carmen Larisa Nicolae. Clinico-statistical study regarding the reasons for dental emergency presentations in a pedodontics clinic. *Romanian J Stomatol*. 31 déc 2021;67(4):254-9.
28. Juniorb MFS, Gomesa APM, Sarmentoa LC, Gomesa AMM. Prévalence de la douleur odontogène et des facteurs associés chez les enfants traités dans un service d'urgence dentaire pédiatrique.
29. Masiga MA. Presenting chief complaints and clinical characteristics among patients attending the department of paediatric dentistry clinic at the university of nairobi dental hospital. *East Afr Med J* [Internet]. 28 juin 2011 [cité 21 avr 2025];82(12). Disponible sur: <http://journals.uonbi.ac.ke/eamj/article/view/120>
30. Gomes AMM, Dadalto ECV, Valle MAS do, Sanglard LF, Azevedo CC, Gomes AA. Urgency care in Clinic of Pediatric Dentistry. *Odontol Clínico-Científica Online*. déc 2011;10(4):367-671.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

N°.....

I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Âge..... Sexe Masculin ☐ Féminin ☐

Résidence :

Bamako ☐ Hors Bamako ☐

Ethnie :

Bambara ☐ Sonrhäï ☐ Senoufo ☐ Dogon ☐

Peulh ☐ Soninké ☐ Malinké ☐ Bozo ☐

Djawando ☐ Autres.....

Scolarisation : oui ☐ non ☐

Si oui niveau scolaire :

Maternelle ☐

Fondamental ☐ premier cycle ☐ Second cycle ☐

Secondaire ☐

II. TYPES DE CONSULTATION :

Urgente : oui ☐ non ☐

Si oui quel type d'urgence :

Douloureuse ☐ Parodontal ☐ Traumatique ☐

Infectieuse ☐ Hémorragique ☐ Orthodontique ☐

Autre à préciser :

III. ETIOLOGIE DE L'URGENCE

Carie ☐ Défaut de point de contact ☐ Processus infectieux ☐

Hypominéralisation des molaires et incisives (MIH) ☐

Mauvaise d'hygiène bucco-dentaire (présence de tartre) ☐

Accident de la voie publique (AVP) ☐

Chute ☐

Sports ☐

Jeux ☐

Choc direct Violence ☐

Imprécise ☐

Blessure par appareil dentaire ☐

Plaie dans la cavité buccale ☐

Plaie des tissus mous ☐

Extraction ☐

Autres à préciser.....

IV. DONNEES CLINIQUES :

A. Antécédents médicaux :

B. Motif de la consultation

Douleur ☐

Saignement ☐

Exfoliation/Eruption ☐

Mobilité dentaire ☐

Traumatisme ☐

Autres à préciser.....

C. Dent(s) concernée(s)

Dent temporaire :

Incisive ☐

Canine ☐

Molaire ☐

Dent permanente :

Incisive ☐

Canine ☐

Prémolaire ☐

Molaire ☐

Examen(s) complémentaire(s)

D. Diagnostic

Abcès dentaire ☐

Abcès parodontal ☐

Péricoronarite

Pulpite ☐

Réversible ☐

Irréversible ☐

Fistule ☐

Syndrome de septum ☐

Traumatisme des tissus durs et de la pulpe ☐
soutien

Traumatisme des tissus de ☐

Traumatisme gingivo-muqueux ☐

Traumatisme de l'os alvéolaire ☐

Nécrose pulpaire ☐

Hémorragie post-extraction ☐

Hémorragie gingivale ☐

Hémorragie post blessure ☐

☐

Alvéolite

Cellulite ☐

Autres à

préciser.....

E. Traitement

Prescription médicale ☐

Programmation de l'extraction sous traitement ☐

Extraction ☐

Détartrage ☐

Coiffage pulpaire directe ☐

Coiffage pulpaire indirecte ☐

Eviction de la carie + obturation ☐

temporaire

Curetage Parodontale ☐

Curetage Alvéolaire ☐

☐

Biopulpotomie

Biopulpectomie ☐

Suture ☐

Contention ☐

Parage canalaire ☐

Ouverture ☐

Réfère dans un

autre service

Autres à

préciser.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DJIGUIBA

Prénom : Penda

Date et lieu de naissance : 21 Juin 1999 à Bandiagara

E-mail : pendadjiguiba@gmail

Tel : +22390899306/+22363792279

Titre de la thèse : Etude des urgences en pédodontie dans le service d'odontologie pédiatrique au CHU CNOS Pr HT de Bamako

Année universitaire : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : santé publique, pédodontie, pédiatrie

RESUME

Introduction :

Les urgences en odontologie pédiatrique constituent un défi majeur, nécessitant une prise en charge immédiate pour soulager la douleur et prévenir les complications. Au Mali, peu d'études traitent spécifiquement de ce sujet. L'objectif de ce travail était d'étudier les urgences en pédodontie dans le service d'odontologie pédiatrique du CHU-CNOS Pr Hamady Traoré de Bamako.

Matériels et méthode :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive portant sur les dossiers de patients reçus entre juin et septembre 2025. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête standardisée.

Résultats :

Sur 410 dossiers collectés, 309 cas d'urgences ont été identifiés, soit une prévalence de 75 %. Le sexe féminin était légèrement prédominant (52 %) avec un sex-ratio de 0,93. La tranche d'âge de 6 à 9 ans était la plus représentée (50,3 %). La douleur était le principal motif de consultation (96,8 %) et la carie, avec ses complications, l'étiologie majeure (91,6 %). Les urgences étaient majoritairement de type infectieux (75,1 %), l'abcès dentaire douloureux étant le diagnostic le plus fréquent (73,8 %). Les molaires (temporaires et permanentes) étaient les dents les plus concernées (85,8 %). Le traitement a consisté systématiquement en une prescription médicamenteuse, associée à une programmation d'extraction dans 80,3 % des cas.

Conclusion :

Cette étude révèle une forte prévalence des urgences infectieuses liées à une prise en charge tardive des caries. Le renforcement de la prévention et du diagnostic précoce est indispensable pour réduire le recours aux extractions chez l'enfant.

Mots clés : urgence, pédodontie, odontologie pédiatrique, CHU-CNOS Pr HT, Bamako, Mali

ABSTRACT

Introduction:

Pediatric dental emergencies represent a major challenge, requiring immediate management to relieve pain and prevent complications. In Mali, few studies specifically address this topic. The objective of this study was to investigate pediatric dentistry emergencies in the pediatric dentistry department of the CHU-CNOS Pr Hamady Traoré in Bamako.

Materials and Methods:

This was a descriptive cross-sectional study of patient records collected between June and September 2025. Data were gathered using a standardized survey form.

Results:

Out of 410 records collected, 309 emergency cases were identified, representing a prevalence of 75%. Females were slightly predominant (52%) with a sex ratio of 0.93. The 6-to-9 age group was the most represented (50.3%). Pain was the primary reason for consultation (96.8%), and dental caries, along with its complications, was the major etiology (91.6%). The emergencies were predominantly of infectious origin (75.1%), with painful dental abscess being the most frequent diagnosis (73.8%). Molars (both primary and permanent) were the most frequently affected teeth (85.8%). Treatment systematically consisted of drug prescription, combined with scheduled extraction in 80.3% of cases.

Conclusion:

This study reveals a high prevalence of infectious emergencies related to delayed management of dental caries. Strengthening prevention and early diagnosis is essential to reduce the need for extractions in children.

Keywords: emergency, pediatric dentistry, pedodontics, CHU-CNOS Pr HT, Bamako, Mali

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas, que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres,

Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!!