

4

18 NOV 2019

OC

Chir-Dent
1 2 3 4 5

20.00

Histoire de la...

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEURE ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE CONSTANTINE 3
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

**THERAPEUTIQUES DES LESIONS
INFLAMMATOIRES PERI RADICULAIRES
D'ORIGINE ENDODONTIQUE**

COURS D'ODONTOLOGIE CONSERVATRICE A L'USAGE
DES ETUDIANTS de 4^{ème} année

ASSURE PAR

Mme **H.D KABOUIA**

Docteur en Medecine Dentaire

Maitre Assistante Hospitalo- Universitaire

Service: Odontologie Conservatrice -Endodontie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019/2020

1. INTRODUCTION :

Le traitement conservateur d'une dent atteinte de gangrène pulpaire, avec ses complications desmodontales inévitables, est une intervention qui consiste dans la **suppression** définitive, chirurgicale et médicamenteuse, **du foyer infectieux et nécrotique.**

Il permet la **cicatrisation** du desmodonte et de l'os alvéolaire ainsi que la fermeture Cementaire de l'apex.

Le traitement conservateur des desmodontites est en fait un traitement étiologique :

Il consiste dans la suppression de sa cause.

Ainsi, traiter une desmodontite revient à traiter la gangrène pulpaire, quelle que soit sa variété.

2. TRAITEMENT DES DESMODONTITES AIGUES :

C'est un traitement d'urgence.

On rencontrera certes plusieurs éventualités selon qu'il s'agira

- De Pulpite aigue
- De gangrène pulpaire fermée,
- De gangrène ouverte refermée
- Ou de gangrène indirectement ouverte,
- De réaction postopératoire à la suite de l'obturation canalaire.

✳ Pour le traitement de cette pathologie il faut garder à l'esprit que le praticien ne doit pas agir à "chaud" son rôle consiste à refroidir la réaction quelque soit son étiologie, une fois passée à la chronicité le praticien pourra entreprendre le traitement conventionnel.

2.1. Parodontite apicale aiguë (forme séreuse) :

Desmodontite périapicale aigue consécutive à une pulpite aigue dite extensive :

- ⊗ Cette forme clinique constitue un état d'urgence, difficile à traiter surtout pour les pluriradiculées.
- ⊗ La sédation de la douleur n'est obtenue qu'après exérèse complète de la pulpe radiculaire (surtout celle située ou portion du 1/3 apical)

Protocole :

- Procéder sous anesthésie régionale, anesthésie en double dose + dose anesthésie complémentaire (intra-septal et intra-pp)
- Caler la dent entre le pouce et l'index, car elle est trop sensible a la moindre pression (pour limiter l'effet de vibrations donc la douleur)
- Utiliser les grandes vitesses, pour minimiser le temps du travail, les vibrations et la douleur.
- Réaliser la cavité d'accès
- Extirpation totale de la pulpe (pulpectomie),
- ✳ Dans la 2^{ème} séance: la dent devient insensible à la pression et la percussion axiale → on poursuivra le traitement endodontique

2.2. Desmodontite périapicale aigue consécutive à une nécrose :

- ◆ Engendrer par l'extension des éléments nécrotiques d'un canal infecté
- ◆ Le traitement consiste à supprimer toute source d'infection
 - ➡ On procède au parage canalaire /désinfection de la dent causale

Gangrène pulpaire fermée

THERAPEUTIQUES DES LESIONS INFLAMMATOIRES PERI RADICULAIRE D'ORIGINE ENDODONTIQUE

- ❖ C'est un cas délicat, car il faut éviter de laisser la dent ouverte dans le milieu buccal pour ne pas provoquer le phénomène de surinfection.
- ❖ A l'abri de la salive, avec précaution et, si possible, sous anesthésie régionale, on ouvre la chambre pulpaire puis on dégage les orifices des canaux → Il y a émission de gaz nauséabonds, de pus, de sang ;
- ❖ si on a affaire à des gangrènes sèches, il ne s'échappe que des gaz nauséabonds.

Gangrène pulpaire ouverte refermée ou indirectement ouverte

- ✦ C'est le traitement le plus simple et le plus facile.
- ✦ Le traitement consiste essentiellement à drainer, à ouvrir ou ré ouvrir et à laisser ouvert.
- ✦ On trépane la chambre pulpaire à travers la dentine ramollie puisque la gangrène n'est « qu'indirectement ouverte ».
- ✦ On la débouche si la chambre pulpaire a été inopinément obturée (bourrage alimentaire, pansement inadéquat).
- ✦ Après l'ouverture de la chambre pulpaire dégagement de l'orifice des canaux, permet l'évacuation de gaz (nauséabonds), de sang, de pus, qui soulage très vite le malade, en un quart d'heure celui-ci peut retrouver le calme.
- ✦ Il faut maintenir le drainage ; pour ce faire, le malade doit mettre avant chaque repas une boulette de coton dans la chambre pulpaire et l'ôter après ; le bourrage alimentaire dans la chambre est ainsi rendu impossible.

⇒ Le succès de ce traitement résulte d'une double action :

➤ Le drainage ;

- Les flores canalaire et salivaire sont relativement voisines et les deux milieux sont énergétiquement semblables. Il n'y a pas de risque de surinfection.

Le succès est le retour à la chronicité de la desmodontite

✦ On prescrit :

- Des bains de bouche chauds ;
- Des antalgiques ;

- ✦ Le traitement endo classique est envisagé lorsque la dent n'est + sensible à la percussion (+ obturation canalaire)

2.3. Parodontite apicale aiguë (forme suppurée)

Traitement de l'abcès aigu et recrudescence :

Traitement d'urgence :

- En présence d'une suppuration en formation, il n'y a qu'une conduite à suivre : Drainage
- L'incision ne dispense pas d'établir un drainage trans-canalaire.
- La dent sera laissée ouverte pendant 24h
- une couverture ATB → dans ce cas toutes les dispositions seront prises pour terminer le traitement y compris le scellement avant la fin de l'Antibiothérapie (qui pourra être prolongée d'1 ou 2 j)

2.3.1. Définition du Drainage

- *Mettre en communication le foyer aigu et la cavité buccale ;
- *Il y a 2 voies de drainage.

2.3.2. Les voies de drainage

2.3.2.1. Drainage trans-dentaire : 2 situations sont envisagées

L'obtention immédiate de drainage :

Après la pose de la digue si possible

THERAPEUTIQUES DES LESIONS INFLAMMATOIRES PERI RADICULAIRE D'ORIGINE ENDODONTIQUE

Préparer la CA avec des grandes vitesses → minimiser les vibrations qui sont douloureuses
Les douleurs ici, sont d'origine osseuse, et non pulpaire, donc l'utilisation d'anesthésie n'est pas utile pour le débridement canalaire en plus il y a un risque de dissémination des micro-organismes.

L'ouverture de la chambre pulpaire (CP) (fraise boule avec Ø approprié), dès l'atteinte de la CP, un flot de pus s'écoule par l'orifice canalaire et le patient ressent un soulagement immédiat

Amélioration de la CA + rinçage avec NaOCl

Laisser la dent ouverte donner la prochain RDV après 48h

Médication :

BDB à l'eau tiède et salée plusieurs fois à des intervalles réguliers fréquents en attendant la prochaine visite

Amoxicilline 2g/j, ou Erythromycine 250mg

la mise en forme complète du canal est programmée

Le drainage n'est pas obtenu :

- ➔ Si le drainage n'est pas obtenu par l'ouverture de la chambre pulpaire, il faut essayer d'établir en passant une courte séquence instrumentale (lime 8-15) au-delà de la constriction apicale en commençant par le canal le + large
- ➔ Si cette manœuvre est sans effet, et que les symptômes douloureux sont toujours présents, il faut laisser la dent ouverte et demander au patient de commencer immédiatement un BDB à l'eau chaude et salée, et de les continuer toutes les heures (pendant 3-4h)
- ➔ Si les douleurs n'ont pas cessées après ce laps du temps, le patient doit commencer à prendre un ATB et en poursuivre le traitement pendant 7j
- Prescription :
 - Amoxicilline + Métronidazole (car il existe diverses combinaisons de bactéries anaérobies Gram -)
 - Antalgiques puissants peuvent être prescrits.
 - RDV : après la disparition des symptômes cliniques → le traitement endo, l'obturation se fait une semaine après la séance du nettoyage et mise en forme canalaire.

2.3.2.2. Drainage trans-maxillaire :

Ⓞ Fistulisation artificielle (trans-muqueuse)

Abcès fluctuant est présent → drainage à travers les tissus mous = fistulisation)
Si un abcès fluctuant est présent et que le drainage n'a pas pu être obtenu par voie canalaire, il faut procéder à une incision :

- ➔ Anesthésie muqueuse superficielle et périphérique
- ➔ Insérer une lame n°15 dans la voussure de la muqueuse au niveau de la partie la plus proéminente

Un drainage immédiat de pus suivi de sang, soulager aussitôt le patient qui est libéré avec les recommandations de commencer un BDB à l'eau chaude et salée.

On peut presser autour de la tuméfaction pour aider l'évacuation. Placer un drain en caoutchouc pour permettre la poursuite du drainage et empêcher la cicatrisation de l'incision

- ➔ La prescription d'antibiotique dépendra de l'état général du patient.

THERAPEUTIQUES DES LESIONS INFLAMMATOIRES PERI RADICULAIRE D'ORIGINE ENDODONTIQUE

- RDV 48h pour effectuer la phase initiale du traitement canalair.
- L'obturation se fait une semaine +tard, si le patient ne présente aucun symptôme

ⓐ La trépanation osseuse :

Lorsque la fistulisation artificielle ne procure pas un drainage suffisant et qu'une pression demeure dans l'os péri-apical. On a recours à la trépanation → DRAINAGE TRANS-OSSEUX

- On élargit l'incision pour bien voir l'os péri-apical.
- On découpe l'os péri-apical → découvrir l'extrémité de la racine et obtenir le drainage nécessaire
- On place un drain
- Prescription d'ATB
- La séance ultérieure, on retire le drainage, on pratique une apicectomie + obturation à retro
- Dans tous les cas, la prescription de BDB à l'eau chaude et salée, représente l'élément essentiel du traitement, car il facilite le drainage et l'assainissement du milieu buccal, et de la dent laissée ouverte
- Si malgré les manœuvres de préparation, on n'arrive pas à obtenir un canal parfaitement sec, on remplira le ou les cnx avec de $Ca(OH)_2$ pendant une semaine que l'on pourra renouveler une autre semaine
- lorsqu'on traite un abcès aigu, il est conseillé de modifier les produits d'irrigation normalement utilisés lors de la préparation canalair en **séance d'urgence**
(Lors de cette intervention, on préfère le sérum physiologique ou l'eau stérile, pour pratiquer la 1^{ère} irrigation → car NaOCl a la tendance de coaguler l'exsudat → un blocage au niveau de la constriction apicale et arrête l'évacuation de l'exsudat).

3.4. La flambée infectieuse au cours du traitement (douleurs postopératoires) :

Elle fait suite :

- à une inoculation septique de la lésion par un dépassement instrumental.

Le traitement d'urgence est le même que celui d'un abcès alvéolaire aigu

Cependant, la sévérité du tableau clinique impose une antibiothérapie.

3.5. La sur-instrumentation :

- L'utilisation de lime de gros Ø au delà du foramen → flambée inflammatoire

Traitement :

- Irrigation abondante à la bonne long, mise en place de $Ca(OH)_2$ en médication temporaire + dent en sous occlusion
- Prescription d'AINS **Ibuprofène** sans dépasser la dose maximale

3.6. Réaction inflammatoire suite à un dépassement avec un matériau d'obturation canalair :

- S'il s'agit d'une pâte résorbable → pas de risque,

ASSURE PAR Mme H.D KABOUA
Docteur en Médecine Dentaire
Maître Assistante Hospitalo- Universitaire
Service: Odontologie Conservatrice -Endodontie

B

THERAPEUTIQUES DES LESIONS INFLAMMATOIRES PERI RADICULAIRE D'ORIGINE ENDODONTIQUE

- + Mais le dépassement avec une pâte non résorbable (GP, cône d'Ag...) → des réactions de défense au niveau de la région péri-apicale contre le corps étranger
- + Si les réactions sont sévères → on recourt à la chirurgie avec un curetage de la région péri-apicale et nettoyage avec le sérum physiologique

4. TRAITEMENT DES DESMODONTITES CHRONIQUES :

- ☐ Les granulomes, épithélio-granulomes et les kystes en poche, sont susceptibles de guérir dans la mesure où la source de la contamination, à savoir l'infection endodontique, est jugulée par une thérapeutique endodontique orthograde adéquate (nettoyage, mise en forme, obturation canalaire, restauration coronaire).
- ☐ Les kystes vrais, qui évoluent sans communication avec le système canalaire de la dent concernée, ne peuvent pas guérir par un traitement endodontique conventionnel, et la chirurgie endodontique s'impose.

4.1. Traitement de la pulpo-ostéosclérose:

- Engendrée par une inflammation pulpite chronique, et entretenue par une faible irritation mais de longue durée (poly microtraumatisme, bruxisme)
- De ce fait, un simple traitement endodontique, et la suppression du facteur causal exogène peut conduire à une guérison de cette lésion.
- 6 à 12 mois → contrôle Radio, l'espace desmodontal reprend un aspect normal

4.2. Traitement de l'abcès péri-apical chronique :

- Traitement endodontique reste le traitement de choix, la fistule va régresser et disparaître
- On aura la guérison après quelques mois.

4.3. Traitement du granulome :

- Dans la thérapeutique des réactions péri-apicales chroniques, 2 attitudes :
 - Traitement conservateur
 - Traitement associant chirurgie et OC

Traitement conservateur : il comprend plusieurs temps

4.3.1 Trt endo :

- Réaliser la triade qui est indispensable : parage, désinfection et obturation canalaire
- supprime l'infection du canal et des canalicules, la défense organique se chargera de la mise en ordre du péri-apex.

Surveillance de lésion Granulomateuse :

☐ Surveillance clinique :

- Un réchauffement sous la forme d'une réaction périapicale aigue ou d'une infection péri-maxillaire est toujours à craindre dans les jours qui suivent.
- La prescription et le drainage en cas de suppuration doivent être réalisés.

☐ Surveillance radiologique :

- Trimestrielle, au bout de **6 à 12 mois**
- La disparition de l'image Radio-claire périapicale est fréquente avec reconstitution de la trame alvéolaire périapicale,

4.3.2. Traitement chirurgical :

Indications :

THERAPEUTIQUES DES LESIONS INFLAMMATOIRES PERI RADICULAIRE D'ORIGINE ENDODONTIQUE

- Canaux inaccessibles par voie coronaire (calcification, ancrage radiculaire impossible à enlever, cônes d'Ag...)
- Racine perforée
- Suintement apical non contrôlable, ou instrument fracturé dépassant le péri apex
- Chirurgie d'exploration pour identifier des signes et des symptômes persistants (ex : fistule non guérie après le traitement)
- Apex ouvert ou plus large que le canal
- Résorption externe
- Nettoyage et obturation rétrograde des canaux coronairement obstrués.

Contre-indications:

- Etat général du patient (diabète,.....)
- Particularités anatomiques (sinus max, trous mentonniers...)
- Incompétence du praticien pour tel acte

Les temps opératoires du curetage et de la résection apicale :

- ◆ On parle d'endodontie chirurgicale car seul l'abord est chirurgical, mais l'intégrité des autres étapes du traitement dépende des critères d'endodontie moderne
- Cet abord chirurgical est envisagé en dernier, lorsque les tentatives conventionnelles ont été vaines, et que la seule alternative reste l'extraction.
- Prémédication: Amoxicilline 2 g/j pdt 6j, et en cas d'allergie : Erythromycine 1,5 g/j. pour limiter l'œdème : Ibuprofène 200 mg. anxiolytique avant l'acte : Valium 5mg
- Plateau technique : plateau chirurgical, éclairage, loupe...
- Asepsie
- Anesthésie locale et locorégionale : par infiltration avec une anesthésie contenant l'adrénaline à 1/500000

Mode opératoire

- Lambeau d'accès : consiste à lever un lambeau pour avoir un accès à la racine de la dent
- Ostéotomie :
La corticale vestibulaire est perforée pour avoir un accès large → voir toute la lésion, ainsi que l'extrémité radiculaire (fraise boule pour turbine), on pèle l'os sous spray abondant
- Curetage apical :
On enlève le max du tissu de granulation à l'aide d'un excavateur, si possible en 1 seule fois.

4.4. TRAITEMENT du kyste radiculo-dentaire :

Le traitement d'un kyste des maxillaires consiste en :

- ➔ son énucléation, ou kystectomie
- ➔ sa marsupialisation, ou kystotomie.

ENUCLEATION

Avant l'intervention, les traitements endodontiques nécessaires sont effectués.

THERAPEUTIQUES DES LESIONS INFLAMMATOIRES D'ORIGINE ENDODONTIQUE

Des extractions sont parfois programmées dans le même temps opératoire.
Après incision on récline le lambeau → le décollement du kyste débute avec des curettes. On décolle le kyste pour l'énucléer en une seule pièce.
Avant de suturer il faut s'assurer que la cavité se remplisse de sang, permettant l'obtention d'un caillot propice à une bonne cicatrisation.

❖ Il y a d'autres techniques, qui donnent de bons résultats :

Pour les kystes de taille moyenne et de taille importante :

On pratique La fenestration du kyste ou **Décompression** : décrite en 1976 par Tucker qui l'associait à une énucléation secondaire.
Il s'agit ici de réduire la pression hydrostatique à l'intérieur du kyste. Celle-ci est considérée comme étant le facteur causal de l'expansion du kyste.
Pour ce faire, on crée un accès vers la cavité kystique à l'aide d'un cathéter laissé en place durant plusieurs mois et, dans un second, on procède à l'énucléation.
Cette technique s'adresse à des kystes relativement volumineux, de progression rapide qui jouxtent les structures anatomiques (nerf dentaire inférieur) ou qui augmentent le risque de fracture.

MARSUPIALISATION :

décrite en 1971 par Brown pour le traitement des KO. Le principe est similaire à celui de la décompression.

elle consiste à mettre en communication la cavité buccale et la cavité kystique au travers d'une brèche chirurgicale limitée par la suture de la paroi kystique à la muqueuse buccale.
Le principe est de conserver la poche kystique et de l'exposer à la cavité buccale. Cette technique est réservée aux kystes de grande taille dont l'énucléation serait très délabrante, mais ne donne pas de résultats certains.

Technique :

- Consiste à ouvrir une large brèche entre le kyste et la cavité buccal et à maintenir par une suture la paroi kystique à la muqueuse buccale.
- On introduit un drain rigide dans la lésion osseuse et en le laissant en place pour une durée assez longue.
- La lésion se draine à la demande, et de l'os néoformé commence à croître sur les parois de la cavité osseuse
- La lésion diminue au fur et à mesure que l'os se dépose.

Ces deux techniques sont dites conservatrices ont pour objectif de réduire la pression à l'intérieur du kyste.

Elles présentent comme avantages la préservation des structures osseuses, un moindre délabrement.

5. CICATRISATION :

Le temps de cicatrisation et de régénération osseuse après traitement varie selon la taille et le type de lésion, le potentiel individuel de réparation, la nature du matériau de comblement.

6. Conclusion :

Les parodontites apicales représentent un problème de santé publique.

Une grande partie de ces affections provient de traitements endodontiques ne répondant pas aux critères de qualité internationalement reconnus.

Les conséquences médicales, humaines et économiques des parodontites apicales sont importantes

Il est donc nécessaire d'engager rapidement des actions énergiques de santé publique combinant prévention, dépistage et traitement.