

ATTITUDE THERAPEUTIQUE DE PREMIERE INTENTION DANS LA PRISE EN CHARGE DES LESIONS PERIRADICULAIRES D'ORIGINE ENDODONTIQUE : A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE.

FIRST FOR THERAPEUTIC ATTITUDE IN THE MANAGEMENT OF INJURY PERIRADICULAR ENDODONTIC ORIGINAL: A CASE REPORT.

KOUAKOU KF, ADOU-ASSOUMOU M, KRAH-SINAN A.

Service d'Odontologie-Conservatrice-Endodontie,
Département d'Odontologie-Conservatrice-Endodontie Université Félix-Houphouët-Boigny
d'Abidjan-Cocody, Côte-d'Ivoire.

Correspondance : Dr Florent Kouadio KOUAKOU
05BP 1343 ABIDJAN 05, Côte-d'Ivoire.
E-mail : kouakoukf2007@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif : Ce travail a pour objectif de mettre en évidence l'intérêt du traitement endodontique comme thérapeutique de première intention dans la prise en charge des lésions d'origine endodontique.

Observation clinique. c'est le cas d'une patiente, médecin de profession, âgée de 40 ans, chez qui un confrère stomatologiste a émis l'hypothèse d'une tumeur bénigne du maxillaire en rapport avec la 11 et la 21. En attendant d'en faire l'exérèse en vue d'examen anatomopathologique pour affiner son diagnostic, il nous l'a adressée pour avis. A l'examen clinique, nous avons noté que la 11 était dyschromiée et porteuse d'une restauration coronaire provisoire; elle fait l'objet d'infection récurrente évoluant depuis plus de 10 ans selon la patiente. Le test de percussion axial est positif; la palpation du vestibule en regard de cette dent est négative, de même que le test de vitalité pulpaire au froid. La radiographie rétro alvéolaire objectivait une importante image de destruction osseuse à l'apex de la 11 partiellement résorbé. La lésion s'étendait à la 21 qui était apparemment saine. La confrontation des données cliniques et radiographiques nous a conduit à poser le diagnostic d'une lésion d'origine endodontique de type chronique.

Pour la prise en charge de cette patiente, nous avons réalisé un traitement endodontique de la dent avec une couverture antibiothérapie par voie orale (2g d'Amoxicilline/jour pendant 10 jours associé à du Métronidazole pour 1,5g/jour pendant 7 jours). La thérapeutique endodontique a débuté par la préparation de la dent, l'asepsie du canal et la mise en place d'un pansement à l'hydroxyde de calcium en vue de stériliser le système canalair et résorber la lésion péri-radulaire. Les contrôles successifs, effectués chaque semaine durant le premier mois au rythme du renouvellement du CaOH puis toutes les 2 semaines au 2^{ème} mois et enfin, tous les mois à compter du 3^{ème} mois, ont permis de noter au 6^{ème} mois, la régression totale de l'image radioclaire initiale tandis que le test de percussion se révélait négatif. Ce qui a permis de conclure au succès du traitement à l'hydroxyde de calcium et autorisé la réalisation de l'obturation canalair définitive suivie d'une restauration coronaire provisoire au composite dans l'attente d'une couronne céramo-métallique définitive. Au 12^{ème} mois, c'est-à-dire à un an post-opératoire, nous avons noté une guérison totale avec un desmodonte normal et une lamina dura normale.

Conclusion : La prise en charge des lésions d'origine endodontique par un traitement endodontique correctement réalisé donne d'excellents résultats en première intention. La reconstitution coronaire ultérieure par une restauration foulée ou une couronne prothétique permet de conserver la dent sur l'arcade et de rétablir ses rôles mécanique, fonctionnel et esthétique au sein de l'appareil manducateur.

MOTS CLES : PARODONTITES APICALES, THERAPEUTIQUE ENDODONTIQUE, RADIOGRAPHIE.

SUMMARY

Objective: This study aims to highlight the interest of endodontic treatment as first-line therapy in the management of lesions of endodontic origin like chronic apical periodontitis.

Case report: This case was about a doctor by profession, 40 old years, in which a colleague, oral surgeon, issued in the event of a benign tumor of the maxilla in relation to the right (11) and the left (21) central incisors. Pending make excision of the tumor for histological examination in order to refine his diagnosis, he sent us for review. On physical examination, we noted that the right (11) central incisor was discolored and carried a provisional crown restoration. This tooth was the subject of recurrent infection evolving for over 10 years according to the patient. The axial percussion test was positive; palpation of the porch next to the tooth was negative, as well as the pulp vitality cold test. Retro alveolar radiography objectified significant bone destruction image related to the apex of the 11 partially resorbed. The lesion extends to the 21 that was apparently healthy clinically. The comparison of clinical and radiographic data led us to the diagnosis of a lesion of endodontic origin of chronic type.

For the management of this patient, we performed endodontic treatment of the tooth with a blanket oral antibiotics (amoxicillin 2g / day for 10 days associated with metronidazole for the 1.5 g / day for 7 days). Endodontic therapy began with the preparation of the tooth, the sterility of the root canal and the establishment of a dressing with calcium hydroxide to sterilize the root canal system and reduce the lesion periradicular. Successive checks performed weekly during the first month (renewal rate of CaOH) and then, every 2 weeks during the 2nd month and then every month from the 3rd months. At the 6th month, we have noted, the total regression of initial radiolucent image, while the percussion test proved negative. Which concluded the success of treatment with calcium hydroxide and authorized the completion of the definitive root filling followed by a provisional crown restoration in composite pending a final PFM crown. In the 12th month, that is to say in a post-operative year, we noted a total healing with a normal periodontal ligament and lamina dura normal.

Conclusion: The management of lesions of endodontic origin properly by endodontic treatment performed with excellent results in first intention. The subsequent core build a stride or a prosthetic crown restoration keeps the tooth in the arch and restore its mechanical, functional and aesthetic roles.

KEY WORDS: APICAL PERIODONTITIS, ENDODONTIC THERAPY, RADIOGRAPHY

INTRODUCTION

Les lésions d'origine endodontique (LOE) ou parodontites apicales sont des lésions inflammatoires se développant au dépend du parodonte profond périradiculaire d'une dent^[1]. L'étiologie de ces lésions est surtout bactérienne, peut être soit endodontique en rapport avec les complications de la carie dentaire ; soit parodontale via une poche parodontale profonde ; soit traumatique par rupture du paquet vasculo-nerveux périapicale^[2 ; 3 ; 4 ; 5]. Les formes chroniques évoluent à bas bruit et sont de découverte fortuite lors d'un examen clinique. Ces lésions peuvent se réchauffer et passer à une phase aigüe. Elles sont fréquentes dans notre pratique quotidienne avec une prévalence élevée, supérieure à 50%^[6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10]. Non traitées, elles peuvent être à l'origine de complications à type d'abcès, de cellulites, de phlegmons et de septicémies avec parfois des infections focales. Le volume de destruction important du tissu de soutien pousse les praticiens à opter pour une solution radicale, c'est-à-dire une extraction de la dent. Pourtant, le traitement de ces lésions, lorsqu'il est bien conduit, donne un très bon pourcentage de succès de l'ordre de 86% selon Lasfargues^[1]. La reconstitution de la morphologie coronaire qui s'en suit, par une restauration coronoradiculaire par matériaux plastiques foulés, ou par une couronne prothétique permet de conserver la dent sur l'arcade et de lui redonner une très grande partie de son potentiel mécanique, fonctionnel et esthétique au sein de l'appareil manducateur.

Ce travail a pour objectif de mettre en évidence l'intérêt de la prise en charge thérapeutique de ces lésions par voie canalaire à travers un cas clinique.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente, médecin de profession, âgée de 40 ans, chez qui un confrère, stomatologiste, a émis l'hypothèse d'une tumeur bénigne du maxillaire en rapport avec la 11 et la 21. En attendant de faire l'exérèse de cette tumeur pour un examen anatomopathologique en vue d'affiner son diagnostic, il nous l'a adressée pour avis.

A l'examen clinique, nous avons noté que la 11 est dyschromiée et porteuse d'une restauration coronaire provisoire. Elle fait l'objet d'infection récurrente, évoluant depuis plus de 10 ans selon la patiente. Le test de percussion axial au moyen du manche du miroir est positif. La palpation du vestibule en regard de cette dent est négative, de même que le test de vitalité pulpaire au froid.

La dent est donc nécrosée. Face à ce cas, nous avons pensé à :

- une lésion d'origine endodontique (kyste ou un granulome),
- une ostéite périradiculaire,
- une tumeur bénigne localisée au niveau maxillaire supérieure.

La radiographie rétro-alvéolaire que nous effectuons objective une importante image de destruction osseuse en rapport avec l'apex de la 11 partiellement résorbé (figure 1). La lésion s'étend à la 21 qui est apparemment saine.

La confrontation des données cliniques et radiographiques nous conduit à poser le diagnostic d'une lésion d'origine endodontique de type chronique (kyste apico-dentaire) comme l'atteste la figure 1 de la 11 montrant une importante lésion périradiculaire (figure 1).

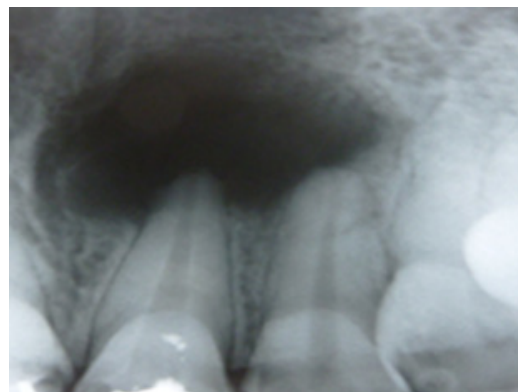


Figure 1 : importante image radioclaire le jour de la consultation

Pour la prise en charge de cette patiente, nous décidons de réaliser le traitement endodontique de la dent en vue de stériliser le système canalaire, résorber la lésion péri-radiculaire et de la restaurer au plan morphologique par une reconstitution coronoradiculaire à visée fonctionnelle, biologique et esthétique.

Une antibiothérapie par voie orale est d'abord instaurée à raison de 2g d'Amoxicilline/jour pendant 10 jours associé à du Métronidazole pour 1,5g/jour pendant 7 jours.

Trois jours plus tard, nous recevons la patiente afin de débiter la thérapeutique endodontique. La dent est préparée, le canal est aseptisé et un pansement à l'hydroxyde de calcium est mis en place.

Durant le 1^{er} mois, l'hydroxyde de calcium est renouvelé une fois toutes les semaines puis, toutes les 2 semaines au 2^{ème} mois et enfin, tous les mois à compter du 3^{ème} mois.

Dès le 1^{er} mois, l'on note un début de régression de la lésion (Figure 2). A partir du 3^{ème} mois, cette régression de la lésion est plus nette, confinée seulement à l'apex de la 11 (Figure 3). Au 6^{ème} mois, aucune image radioclaire n'est objectivée et le test de percussion se révèle négatif (Figure 4). Ce qui indique, de fait, une réussite du traitement à l'hydroxyde de calcium.

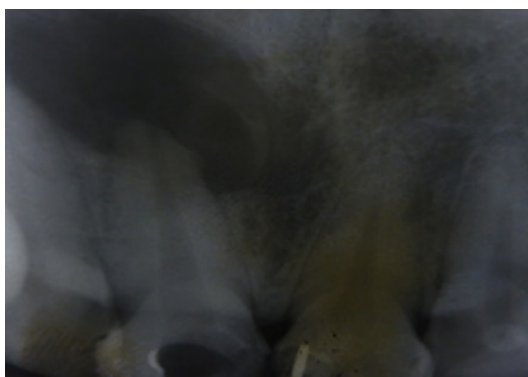


Figure 2 : début de régression de la lésion à 1 mois

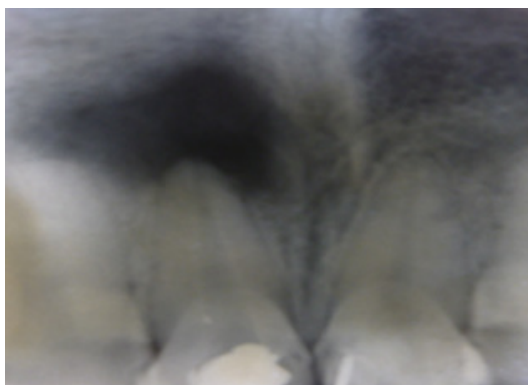


Figure 3 : nette régression de la lésion à trois mois post-opératoire

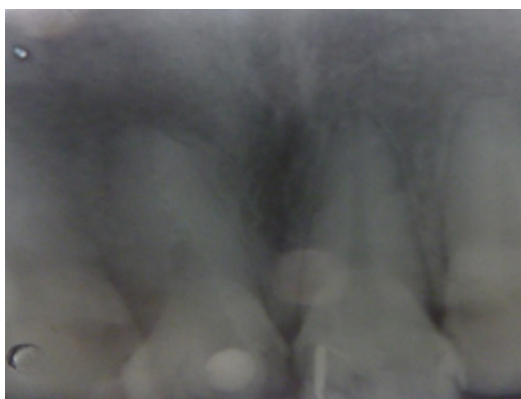


Figure 4 : lésion invisible à 6 mois post-opératoire

L'obturation canalaire définitive est alors réalisée suivie d'une restauration coronaire provisoire au composite dans l'attente d'une couronne céramo-métallique définitive. Un contrôle radiologique est effectué tous les 3 mois puis 6 mois après le premier semestre. Au 12^{ème} mois, c'est-à-dire à un an post-opératoire, nous notons une guérison parfaite avec un desmodonte normal et une lamina dura normale (Figure 5).

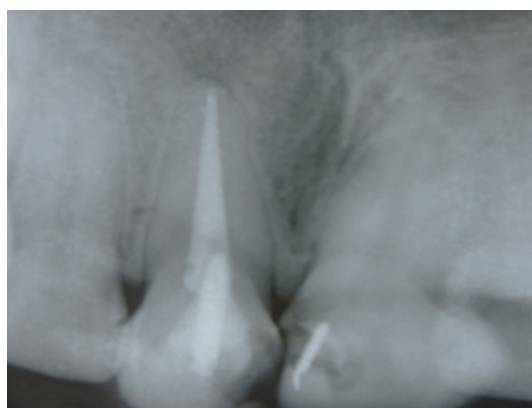


Figure 5 : Guérison totale de la dent traitée endodontiquement à 1 an post-opératoire.

DISCUSSION

Chez cette patiente, trois hypothèses diagnostiques ont été émises à savoir : la lésion d'origine endodontique (granulome ou kyste), l'ostéite péri radiculaire et une tumeur bénigne intéressant l'os maxillaire. L'ostéite péri radiculaire n'a pas été retenue car, elle est pour la plupart du temps d'origine iatrogénique. L'usage abusif de l'anhydride arsénieux en pansement d'interséance peut en effet provoquer une nécrose pulpaire qui serait à l'origine de cette pathologie. Dans ce cas, le patient doit être revu dans un bref délai afin de poursuivre le traitement radiculaire (3 jours à 7 jours sont largement suffisants). Au cas où le patient n'est pas revu pour le soin endodontique, le produit poursuit son action néfaste sur le parodonte profond péri radiculaire à type de d'ostéite péri radiculaire difficile à traiter. L'autre hypothèse envisagée était la tumeur bénigne isolée du maxillaire supérieur. Celle-ci paraît difficile à retenir car nous constatons bien au niveau radiographique que la lésion reste circonscrite aux 2 incisives centrales au plan clinique nous observons une forte dyschromie de la dent concernée causée par une nécrose pulpaire d'origine traumatique. Au total, c'est le diagnostic positif d'une lésion d'origine endodontique (LOE) anciennement appelée parodontite apicale qui a été retenu. Cette lésion peut être aiguë ou chronique.

Le succès du traitement administré a été obtenu grâce au choix thérapeutique mis en place. Le traitement a eu un double objectif : il fallait instaurer une antibiothérapie pour éviter la surinfection. Nous avons effectué le choix d'une antibiothérapie à base d'Amoxicilline à raison de 2g/jour et de Métronidazole à 1,5g/jour sur une semaine. Ce choix a été motivé par l'efficacité bien connue des pénicillines du groupes A au niveau de la sphère orofaciale et celle des métronidazoles sur les germes anaérobies. Cette association a permis d'éviter la surinfection. De nombreuses études ont toujours montré le rôle des microorganismes dans la survenue des lésions d'origine endodontique [11; 12; 13; 14; 15]. La complexité de cette flore bactérienne endodontique et sa diversité entraînent des lésions qui nécessitent une bonne asepsie endodontique.

Aussi, avons-nous réalisé l'asepsie du canal par voie endodontique à l'aide d'un pansement à base d'hydroxyde de calcium. Par son pH basique, il empêche la prolifération bactérienne au sein des canaux radiculaires. C'est un très bon agent antimicrobien mais son action doit être limitée dans le temps afin d'éviter toute résorption externe de la racine. Dans notre cas présent, nous avons d'abord commencé par une séance tous les 8 jours pendant 1 mois, puis, le mois suivant, nous avons réalisé une séance à l'hydroxyde de calcium toutes les 2 semaines. A partir du troisième mois, l'hydroxyde de calcium était renouvelé une seule fois par mois, et ce, jusqu'au sixième mois où l'obturation canalaire par la technique de comptage latérale à froid a été réalisé. Pour ce genre de lésion importante, la guérison selon la littérature n'est effective qu'après une année [16]. Aux considérations liées à la diversité de bactéries endodontiques, il ne faut surtout pas négliger l'influence de l'anatomie canalaire [16]. Cette interaction entre flore bactérienne endodontique et complexité du réseau canalaire explique, en partie, la survenue et la persistance de telles lésions.

CONCLUSION

Les lésions d'origine endodontique sont fréquentes en pratique quotidienne. Leur prise en charge par un traitement endodontique correctement réalisé donne d'excellents résultats en première intention. Or, d'une façon générale, dans notre contexte d'exercice, ces lésions d'origine endodontiques font l'objet de traitements radicaux, à type d'avulsion dentaire, privant ainsi la plupart de nos patients de dents nécessaires à une bonne efficacité masticatoire. Concernant les dents antérieures comme c'est le cas de notre

patiente, l'avulsion de celles-ci ont un impact négatif sur l'esthétique et l'estime de soi. C'est pourquoi, il importe de considérer toute la valeur de la collaboration du confrère stomatologiste qui a permis de proposer une autre alternative thérapeutique que la chirurgie d'exérèse, plus onéreuse et redoutée psychologiquement par les patients, ainsi qu'une réhabilitation occluso-prothétique qui greverait le coût des soins.

REFERENCES

- 1- LASFARGUES J. J. ; Le diagnostic clinique des parodontites apicales, *Réalités cliniques* 2001 vol.12 n°2, 149-162.
- 2- READER C.M., BONIFACE M., BUJANDA-WAGNER S.: Refractory endodontic lesion associated with Staphylococci Aureus. *JOE* 1994; 20: 607-609,.
- 3- SEGURA. , EGEA JJ et coll : Etat périapical et qualité des obturations canalaires et restaurations coronaires au sein d'une population espagnole adulte. *Intern Endod Journ*, 2004 ; 37(8) : 525-30.
- 4- SUNQVIST G.: Ecology of the root canal flora. *J.O.E* 1992(a), 18: 427-430.
- 5- SUNQVIST G., FIGDOR D.: Endodontic treatment of apical periodontitis. In Orstavik D, Pitt Ford T.: *Essential Endodontology: Prevention and treatment of apical periodontitis. Blackwell Science LTD. London* 1998, P: 242-269.
- 6- KOUAKOU K. : Approche épidémiologique des parodontites apicales à l'aide de supports panoramiques numériques : étude comparative sur deux populations de femmes en Côte d'Ivoire. *Thèse Unique UFHB-ABIBJAN*, déc. 2012.
- 7- BOUCHER Y et coll., Evaluation Radiographique de la prévalence et de la qualité technique des thérapeutiques canalaire au sein d'une population Française. *Intern Endod Journ* 2002 ; 35 : 229-238.
- 8- FRISK F. et Coll : Suivi de 24 ans des obturations canalaires et de la santé périapicale au sein d'une population des femmes adultes de Suède. *Intern Endod Journ*, 2005 ; 38(4) : 246-54.
- 9- GEORGOPOULOU M.K et Coll : Frequency an distribution of root filled teeth and apical periodontitis in Greek population, *Intern Endod Journ* 2005; 38(2) 105-111.
- 10- LOFTUS JJ. Et coll. : Status périapical et qualité du traitement endodontique au sein d'une population irlandaise. *International Endodontic Journal*, 2005 ; 38(2) : 81-6.
- 11- KAKEHASHI S, STANLEY H.R., FITZGERALD R.J.: The effects of surgical exposures of dental pulp in germ-free and conventional laboratory rats. *Oral Surg*. 1965, 20: 340-349.

- 12- MOORE W.E.C et MOORE L.V.H : The bacteria of periodontal diseases. *Perio* 1994; 5: 66-67.
- 13- SUNQVIST G., FIGDOR D., PERSSON S., SJÖGREN U.: Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and outcome of conservative retreatment. *Oral Surg* 1998. 85: 86-93.
- 14- TROPE M., CHOW E., NISSAN R.: In vitro endotoxin penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth. *Endodont. Dent. Traumatol.*, 11: 90-94, 1995.
- 15- WANG .N. et Coll.: L'étude de Toronto : les issues du traitement endodontiques, phase I et II : chirurgie apicale. *Intern Endod Journ*, 2004 ; 30(11) :751-61.
- 16- KLINGHOFER A : Conséquences cliniques des relations entre endodonte et parodonte : un point sur l'anatomie canalaire et radriculaire. *Information Dentaire* 1995 ; 77, 2525-32.