

La parodontite apicale aiguë avancée

Dr. Majid SAKOUT

Professeur Assistant en Odontologie Conservatrice ;

Faculté de Médecine Dentaire ; RABAT

La parodontite apicale aiguë avancée (autrefois appelée desmodontite aiguë) est une réaction inflammatoire aiguë exsudative des tissus périapicaux consécutive à l'infection bactérienne de l'endodonte. En effet, non traitée, une pulpe malade évolue à bas bruit vers la nécrose. Les bactéries qui colonisent ainsi le système endodontique produisent des toxines qui peu à peu se drainent dans le périapex par le biais des canaux principaux et latéraux. Cette irritation initie une réaction inflammatoire qui est à l'origine des phénomènes douloureux qui amènent le patient à consulter en urgence.

Le patient rapporte des douleurs spontanées et continues, *rebelles aux antalgiques* usuels, il reconnaît la dent causale. Celle-ci est hypersensible à toute pression et au moindre contact. Les tests de sensibilité pulpaire sont négatifs.

L'examen radiographique montre un élargissement de l'espace desmodontal associé ou non à une image radioclaire diffuse périapicale.

Conduite à tenir

Le traitement est basé sur la suppression de l'étiologie qui est ici l'infection canalaire.

Après pose de la digue, excision des tissus cariés et réalisation de la cavité d'accès endodontique, la conduite à tenir en urgence consiste en la réalisation du parage canalaire sous irrigation abondante à l'hypochlorite de sodium. L'élimination de tous les irritants endocanalaire est indispensable pour espérer la résolution de la parodontite apicale.

Une fois le cathétérisme réalisé et la longueur de travail déterminée, procéder à *la mise en forme complète du canal radiculaire* par alternance des limes k et limes H, sous irrigation abondante à l'hypochlorite de sodium à une concentration de 2,5 %. Celui-ci est doté d'une bonne action antiseptique et aussi d'une action solvante sur les débris organiques.

Le traitement est complété par la mise en place, à l'aide d'un bourre pâte rotatif, d'une médication intracanaulaire à base d'hydroxyde de calcium fluide (Ca(OH)_2 pure + sérum physiologique, ou encore une préparation commerciale). La forte alcalinité de ce produit (pH voisin de 12,5) associée à sa dissociation ionique avec libération d'ions hydroxydes (OH^-), lui confère les propriétés suivantes :

- dégradation des matières organiques mortes ;
- action antibactérienne (bactériostatique) et inactivation des acides bactériens et des endotoxines, sources de la genèse des parodontites apicales, ce qui permet d'optimiser la désinfection endodontique ;
- action anti-inflammatoire : la résolution de l'inflammation est le point de départ de la réparation périapicale ;
- effet anabolisant sur les tissus périapicaux avec comme résultat une disparition des sérosités périapicales.

Il faut surtout éviter l'utilisation des antiseptiques volatils car, d'une part, ils ont une activité qui est limitée dans le temps (24 à 48h), et d'autre part, ils sont agressifs pour les tissus périapicaux en cas d'utilisation abusive.

L'utilisation des antibiotiques locaux en intracanaulaire est aussi désuète car, en plus des risques de manifestations allergiques, de sensibilisation et de résistance, sur un plan strictement clinique, ces pâtes antibiotiques présentent des excipients liposolubles difficiles à éliminer des surfaces canalaires.

Le traitement se termine par la pose d'un pansement caméral étanche qui conserve à l'endodonte l'état d'assainissement jusqu'à l'obturation canalulaire.

Médication générale

En fonction de la sévérité du tableau clinique initial, on peut avoir recours à une prescription antalgique ou anti-inflammatoire pour diminuer les risques d'exacerbation de la douleur en postopératoire.

- antalgique : paracétamol + codéine ; paracétamol + dextropropoxyphène.
- Douleur plus importante : AINS : Ibuprofène 1,2 à 2,4 g/j. Donner 1 g immédiatement après les soins.

La prudence est de règle devant la prescription des AINS, il faut avoir la certitude qu'il n'y a pas d'infection.

BIBLIOGRAPHIE

1. Claisse-Crinquette A, Claisse D. Pharmacologie endodontique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Stomatologie / Odontologie, 22-014-D-10, 2001, 6 p.
2. Cochet-Barill I, Simon S. L'hydroxyde de calcium est-il toujours d'actualité ? Cahiers de l'ADF, n°16, 2003, pp : 17 – 25.
3. Lasfargues J.J ; Machtou P. Pathogenèse des lésions apicales. Réalités cliniques, Vol. 12, n° 2, 2001, pp : 139 - 148.
4. Sundqvist G, Figdor D. Endodontic treatment of apical periodontitis. In « Ørstavik D, Pitt Ford T.R. Essential Endodontology : prevention and treatment of apical periodontitis » ; Eds Blackwell Science LTD ; London; 1998 : 242 - 277.
5. Toumelin-Chemla F. Les urgences endodontiques. Information Dentaire, cahier rédactionnel, supplément Décembre 1998.
6. Trope M. Impératifs biologiques du traitement des dents infectées. Réalités cliniques, Vol. 12, n° 2, 2001, pp : 171- 184.