

Conduite à tenir

Pr. Majid SAKOUT

Professeur agrégé
Département Odontologie Conservatrice
Faculté de Médecine Dentaire, Rabat.

Les lésions radioclares périapicales d'origine endodontique sont des entités cliniques appartenant à la lignée chronique des parodontites apicales. Elles sont définies comme étant des lésions inflammatoires du parodonte profond péri-radulaire, principalement de la région périapicale, consécutives à l'infection bactérienne de l'endodonte.

Il s'agit d'une réponse inflammatoire de défense des tissus périapicaux qui tend à circonscrire l'infection et à l'empêcher de diffuser dans l'organisme.

Cette lignée comprend les parodontites apicales chroniques à savoir le granulome et l'épithélio-granulome, et les kystes périapicaux dont on distingue le kyste vrai (cavité kystique sans communication avec le canal radulaire), et le kyste en poche (cavité kystique ouverte en communication avec le canal radulaire).

Diagnostic

Le diagnostic positif des parodontites apicales chroniques et kystes périapicaux est avant tout radiographique et doit être corrélé à l'absence de réponse aux tests de sensibilité pulpaire (nécrose pulpaire ou traitement endodontique défectueux). Ces lésions sont en général asymptomatiques (absence de douleur ou douleurs minimales), découvertes souvent fortuitement lors des bilans radiographiques de recherche des foyers infectieux dentaires. Certains signes cliniques sont inconstants tels que : changement de teinte de la couronne, présence d'une fistule.

Il est à préciser que, malgré le fait que la présence d'une image radioclaire est un signe pathognomonique de parodontite apicale chronique ou de kyste périapical; il est important de souligner que:

- l'apparence radiographique d'une lésion périapicale chronique est toujours moins importante que sa traduction histologique ;
- l'absence de signes radiologiques n'est pas suffisante pour infirmer un diagnostic de lésion apicale chronique ;
- la radiographie ne permet en aucun de faire la distinction entre les différentes formes histologiques des lésions apicales chroniques à savoir : granulome, épithélio-granulome, kyste vrai ou encore kyste en poche. L'examen anatomo-pathologique est le seul moyen permettant de donner le diagnostic histologique exact.

Attitudes thérapeutiques

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.

Des études histo-pathologiques incluant la distinction entre les différentes classes des lésions périapicales chroniques ont montré que, parmi toutes les lésions, la prévalence des kystes vrais reste inférieur à 10 %. Ceci n'est pas sans conséquence sur l'approche thérapeutique à adopter, en effet, du moment que plus de 90 % des lésions périapicales chroniques sont susceptibles de guérir par une thérapeutique canalaire conventionnelle, il convient de réaliser un traitement endodontique correct, suivi d'une période de temporisation (6, 9, 12 mois ...), durant laquelle sera instaurée une surveillance clinique et radiologique du cas concerné afin de juger de la réparation ou non de la lésion périapicale.

La thérapeutique endodontique correcte consiste en:

- ✚ une désinfection optimale du système endodontique : incluant l'action de débridement mécanique des instruments endodontiques, et l'action chimique des solutions d'irrigation. Le recours à une médication intracanaire à base d'hydroxyde de calcium est aussi envisagée, pour ses effets antiseptique et anabolisant ;
- ✚ une mise en forme canalaire conique, respectant la trajectoire canalaire initiale, et préservant les tissus périapicaux ; une technique de préparation corono-apicale est la mieux indiquée. En effet, une telle technique permet de débrider en premier la zone la plus infectée du canal radiculaire, en l'occurrence le tiers coronaire, et favorise la pénétration en profondeur de la solution d'irrigation, et donc une désinfection chimique optimale ;
- ✚ une obturation canalaire tridimensionnelle étanche, qui aura pour objectif de neutraliser la totalité du système endodontique : canal principal mais aussi les zones inaccessibles qui peuvent contenir d'éventuelles bactéries à l'état quiescent (cryptes, isthmes, canaux latéraux...). Ces dernières sont souvent incriminées dans les échecs endodontiques particulièrement si les obturations canalaires ne sont pas étanches ;
- ✚ la restauration coronaire définitive hermétique.

La cinétique de guérison des lésions périapicales est variable, les jeunes patients sont d'un meilleur pronostic que les patients plus âgés :

- 89 % des lésions susceptibles de guérir manifestent des signes de réparation après une année (réduction de la taille de la lésion) ;
- 50 % des ces lésions guérissent totalement en un an ;
- à deux ans, la majorité des lésions guérissent ou continuent à manifester des signes de réparation par réduction de la taille de la lésion ;
- occasionnellement, cette réduction peut se poursuivre sur 4 ou 5 ans.

Devant les cas d'échecs, à priori initialement, non identifiables cliniquement, le seul recours thérapeutique, après l'endodontie orthograde, reste la chirurgie endodontique.

