

Quel est votre diagnostic ?

Dr LAKHDAR.L*, Pr ENNIBI.O**

* Spécialiste ** Professeur de l'enseignement supérieur
Service de Parodontologie
Faculté de Médecine Dentaire de Rabat

Réponse = 5

Lésion endoparodontale vraie

La communication entre l'endodonte et le parodonte est fréquente à travers trois voies principales: les tubuli dentinaires, les canaux latéraux et accessoires (1), et le foramen apical (2, 3).

Une lésion endodontique peut induire une lésion du parodonte et inversement une lésion parodontale peut déclencher une lésion endodontique par l'intermédiaire de ces différentes voies de communication.

Les lésions endoparodontales peuvent être classées en (Simon J H S et coll 1972):

Lésion endodontique primaire

Lésion endodontique primaire avec atteinte parodontale secondaire

Lésion parodontale primaire

Lésion parodontale primaire avec implication endodontique secondaire

Lésion combinée: lésion endoparodontale vraie.

DEFINITION

Les lésions endoparodontales combinées vraies apparaissent moins fréquemment que les autres pathologies endoparodontales. Elles se forment lorsqu'une lésion endodontique progressant

coronairement rejoint une poche parodontale infectée progressant apicalement (4, 5). Le degré de perte d'attache dans ce type de lésion est toujours important et le pronostic réservé.

ETIOLOGIE

En cas de lésion endoparodontale vraie, l'étiologie est celle des maladies parodontales (biofilm bactérien, facteurs favorisants, anomalies de développement (sillon palatin cingulaire, perles d'émail)) et celle des pathologies endodontiques (caries, restauration défectueuse, traumatisme, perforation radiculaires, traitement endodontique défectueux).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des lésions endoparodontales vraies se base sur plusieurs éléments cliniques et paracliniques qui doivent être associés.

Les tests cliniques sont impératifs pour établir un diagnostic correct et différencier entre la lésion parodontale et la lésion endodontique ou la combinaison des deux. Un seul test est généralement insuffisant pour obtenir un diagnostic final.



1. L'interrogatoire:

L'anamnèse dentaire mettant en évidence les symptômes ressentis par le patient et son motif de consultation peuvent parfois contenir des éléments importants quant à l'origine et l'ancienneté du problème.

2. L'examen visuel:

L'examen visuel de la gencive, des tissus mous et de la muqueuse orale doit être réalisé à la recherche d'inflammation ou de fistule (6).

Les dents sont examinées à la recherche de carie, de tartre, de restaurations défectueuses, érosions, abrasions, fêlure ou fracture (7).

3. La palpation:

La palpation de la muqueuse et de l'os cortical sous-jacent s'effectue par pression digitale ferme au niveau apical des organes dentaires. Ceci permet de détecter une zone douloureuse en faveur d'un processus inflammatoire périradiculaire. Cependant, ce test n'indique pas si le phénomène est d'origine endodontique ou parodontale.

4. La percussion

Elle s'effectue sur les surfaces incisives ou occlusales des dents, verticalement et horizontalement, à l'aide de l'extrémité du manche d'un instrument métallique (miroir).

Ce test indique la présence d'une inflammation périradiculaire qui peut être aussi bien d'origine pulpaire que parodontale.

5. L'examen de la mobilité

La mobilité est évaluée en utilisant deux manches d'instruments de part et d'autre de la couronne dentaire et en exerçant des mouvements en direction vestibulo-linguale et verticale. Elle reflète l'inflammation du

ligament parodontal et lorsqu'elle est importante peut indiquer une atteinte du système d'attache.

La mobilité augmente en cas de maladie parodontale active, d'abcès apical aigu, de traumatisme ou de déplacement orthodontique.

6. Les tests de vitalité pulpaire

Ils évaluent la réponse de la pulpe à différents stimuli permettant ainsi de différencier entre lésion pulpaire et lésion parodontale. Une réponse négative indique une nécrose pulpaire et une réponse modérée transitoire indique une vitalité pulpaire normale.

On distingue: le test au froid, le test électrique, le test mesurant le flux sanguin et le test de cavité (8). L'association de deux au moins de ces tests est recommandée pour poser un diagnostic correct.

7. Le sondage parodontal

C'est une étape importante de l'examen clinique d'une lésion endoparodontale.

Le sondage parodontal met en évidence l'atteinte ou non de l'attache épithélio-conjonctive, et détermine également la trajectoire d'une fistule due à une lésion inflammatoire périapicale qui s'étend en direction cervicale à travers l'espace ligamentaire.

Le sondage est dit punctiforme en présence d'une fistule desmodontale étroite qui signe une lésion d'origine endodontique. Par ailleurs, un sondage dit arciforme ou concave est retrouvé en cas de poche parodontale qui, elle, est plus large autorisant l'enfoncement de plusieurs sondes. Enfin l'association d'un sondage punctiforme et arciforme indique une lésion endoparodontale vraie.

8. La radiographie

Permet de détecter des lésions carieuses, restaurations défectueuses, fracture radiculaire et lésion apicale (image radioclaire apicale) qui orientent le diagnostic vers un problème d'origine endodontique.



Par ailleurs, un élargissement du ligament parodontal et une lyse alvéolaire (image radioclaire latéro-radulaire) indique une origine parodontale de la lésion.

L'association de deux radioclarités apicale et latéro-radulaire signe une lésion endoparodontale combinée.

Toutefois, ces données radiographiques doivent être confrontées aux données cliniques (signes cliniques et réponses aux tests cliniques) pour poser un diagnostic fiable.

TRAITEMENT ET PRONOSTIC

Une lésion endoparodontale vraie nécessite aussi bien un traitement endodontique qu'un traitement parodontal. Le potentiel de cicatrisation de la lésion endodontique étant plus élevé (lésion fermée), le traitement endodontique sera toujours entrepris avant le traitement parodontal (9). Le délai de cicatrisation est variable selon les individus allant de 3 à 6 mois. De ce fait, un suivi radiographique est nécessaire avant d'entreprendre le traitement parodontal.

Cependant, dans le cas de ce type de lésions, le pronostic est réservé et dépend principalement de la sévérité de la lésion parodontale et de la réponse au traitement parodontal. Ceci est particulièrement vrai pour les dents monoradiculées. En cas de dents pluriradiculées, la résection radulaire peut être réalisée si toutes les racines ne sont pas sévèrement atteintes. Parfois, des procédures chirurgicales de comblement peuvent s'avérer nécessaires pour compléter le traitement.

CONCLUSION

Le plus souvent, en cas de lésion endoparodontale vraie, on peut s'attendre à une cicatrisation périrapicale après traitement endodontique réussi. Cependant, les tissus parodontaux peuvent ne pas bien répondre au

traitement et dépendront de la sévérité de la lésion combinée.

REFERENCES

1. Harrington G. The perio-endo question: differential diagnosis. *Dent Clin N Amer* 1979; 23:673-690.
2. Dahlen G. Microbiology and treatment of dental abscesses and periodontal endodontic lesions. *Periodontol 2000* 2002; 28: 206-239.
3. Pineda F, Kutter JW. Mesiodistal and buccolingual roentgenographic investigation of 7,275 root canals. *Oral Surg* 1972; 33: 101-110.
4. Simon JHS, Glick DH, Frank AL. The relationship of endodontic-periodontic lesions. *J Periodontol* 1972; 43: 202-208.
5. Seltzer S, Bender IB, Ziontz M. The interrelationship of pulp and periodontal disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1963; 16: 1474-1490.
6. Rotstein I., Simon J. H.S. Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. *Periodontol 2000* 2004; 34: 165-203.
7. RANGE H.
Les relations complexes entre parodonte et endodonte. *Rev Odont Stomat* 2007; 36: 161-178.
8. Walton RE., Torabinejad M, Principles and practice of endodontics, 3rd edn. Philadelphia: WB Saunders Co. 2002.
9. Machtou P., Cohen A. Diagnostic différentiel des lésions endo-parodontales. *J Parodont* 1988; 7: 155-166.

