

L'Hyperesthésie Dentinaire : Maîtriser le Diagnostic et le Traitement

Le guide complet pour la préparation aux examens



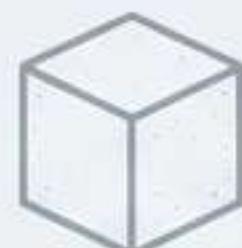
Une approche clinique structurée : Du symptôme à la solution.

Comprendre la Plainte du Patient : Qu'est-ce que l'Hyperesthésie Dentinaire (HD) ?



Définition : Une douleur brève et aiguë (Q6, Q10) en réponse à un stimulus :

- Thermique (chaud/froid)
- Tactile (contact)
- Osmotique (sucré/salé)
- Chimique (acide)
- Évaporatif (air)



Condition Essentielle : La douleur est associée à une dentine exposée, mais ne peut être expliquée par aucune autre pathologie dentaire (ex: carie).



Nature de la Pathologie :

- Ce n'est pas une lésion, mais un ensemble de symptômes.
- C'est une réaction exagérée à un stimulus bénin, non bactérien (Q1)
- Considérée comme une pathologie chronique avec des épisodes aigus.

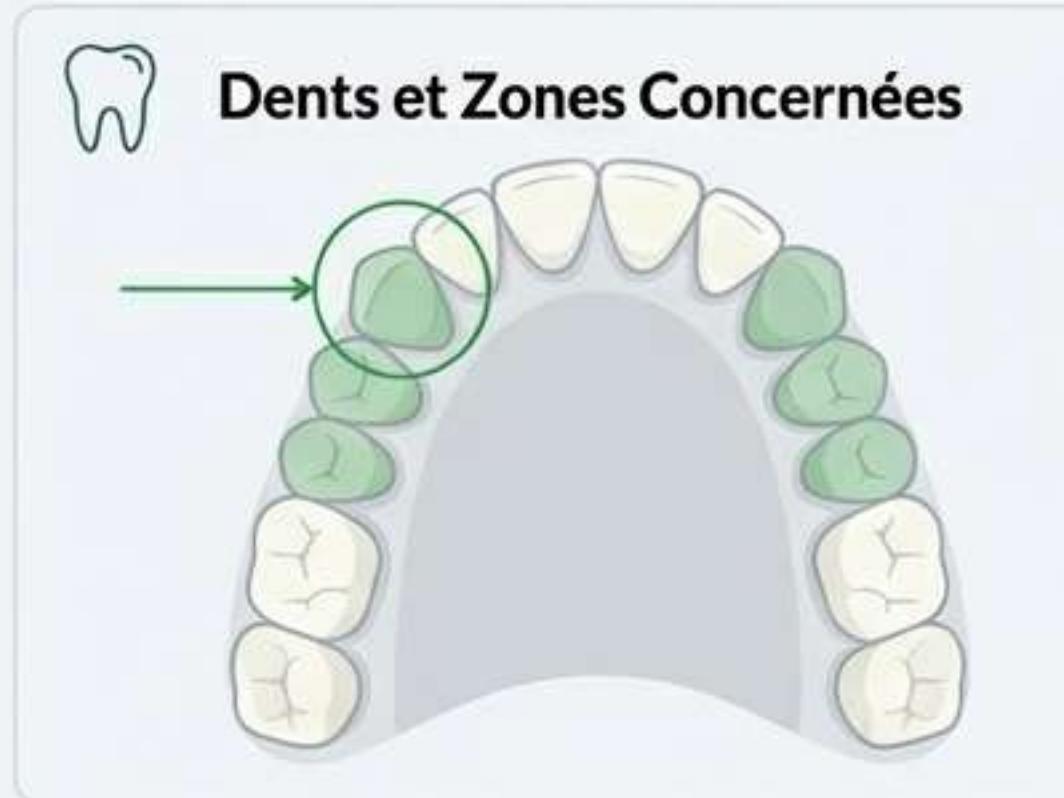


Le Profil du Patient : Qui est le plus Touché ?

Données Épidémiologiques :

- **Prévalence** : Varie de 3 à 70% selon les études, avec une moyenne de 15% dans la population adulte.
- **Âge** : Pic de prévalence entre 30 et 40 ans (majorité des cas entre 20 et 50 ans).
- **Sexe** : Les femmes sont plus fréquemment touchées que les hommes.
- **Dents Concernées** :
 - Les canines et les premières prémolaires sont les plus affectées
- Le côté gauche est plus souvent atteint.
- La zone la plus fréquente est la région cervicale vestibulaire.

Populations à Risque : Professions exposées aux acides (œnologues, peintres, nageurs de compétition).



La Condition Sine Qua Non : L'Exposition Dentinaire

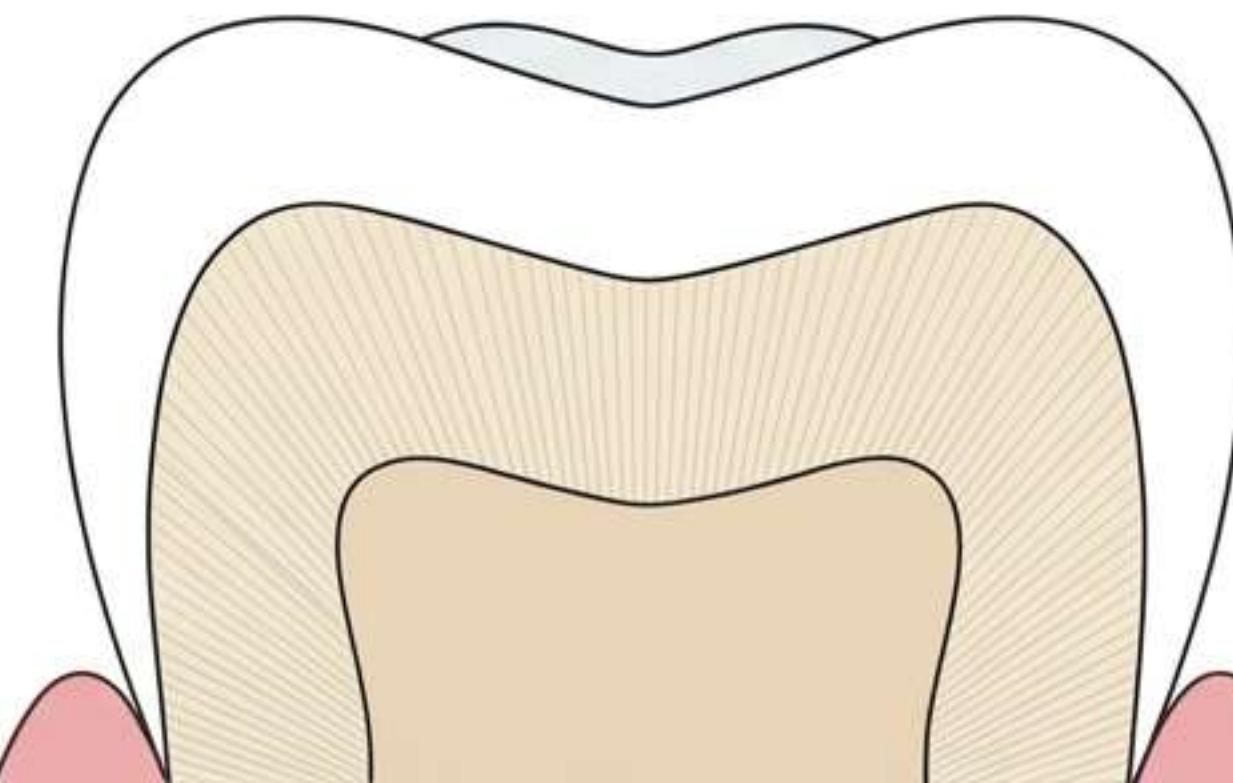
Le Mécanisme Fondamental :

L'HD ne peut exister sans deux conditions simultanées :

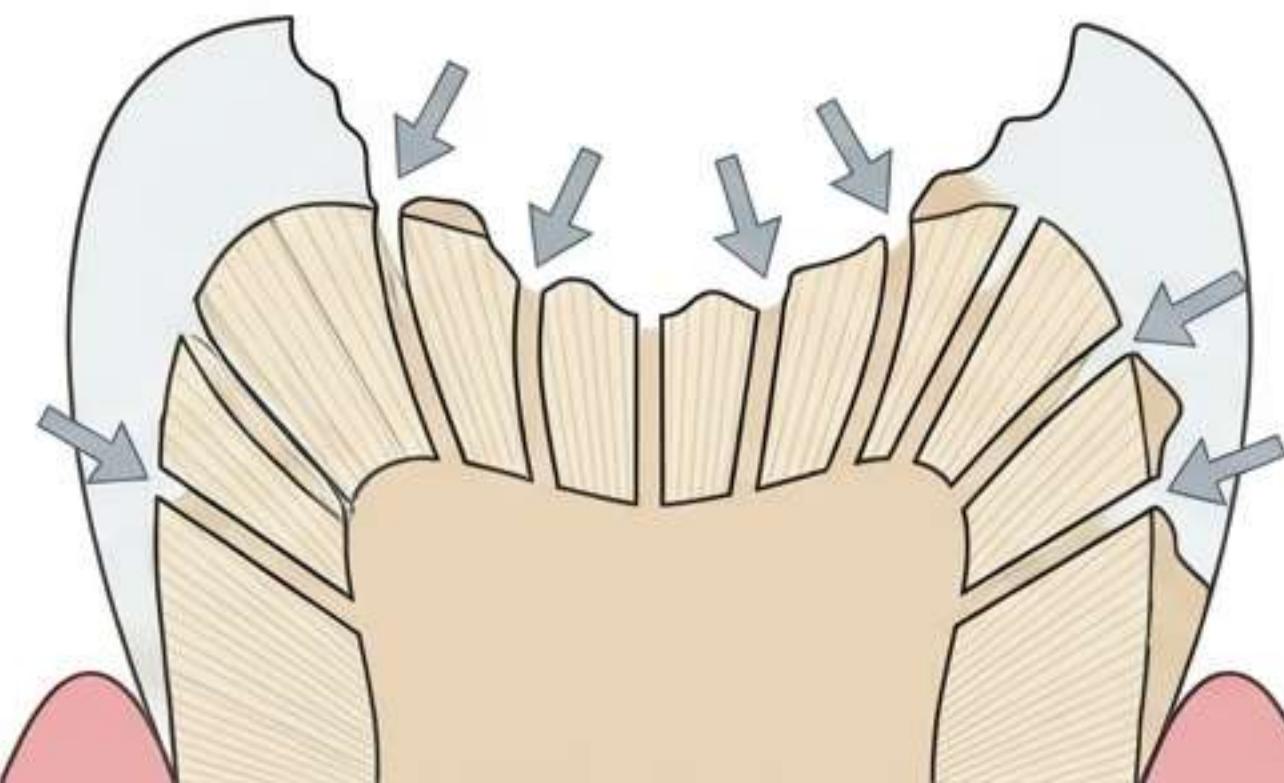
1. **Mise à nu de la dentine** : La surface de la dentine est exposée à l'environnement buccal suite à une perte d'émail ou de cément.
2. **Ouverture des tubuli** : Les tubuli dentinaires, qui communiquent avec la pulpe, doivent être ouverts.

L'HD est liée à une exposition dentinaire ET à la présence de nombreux tubuli ouverts (Q7). La simple exposition ne suffit pas si les tubuli sont oblitérés (par la boue dentinaire, par exemple).

Dent Saine



Dentine Exposée et Hypersensible



Les Facteurs Étiologiques : Comment la Dentine se Retrouve-t-elle Exposée ?

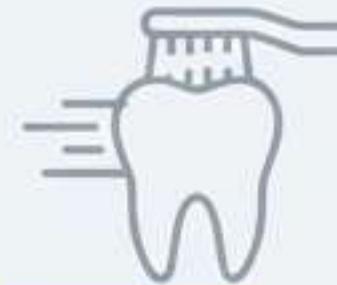
Facteurs Prédisposants :

1. Perte d'Email (Usure) :



Érosion (Q4)

Processus chimique (ex: acides alimentaires).



Abrasion (Q4)

Processus mécanique (Q3) (ex: brossage traumatique).



Attrition (Q4)

Usure par contact dento-dentaire (ex: bruxisme).



Abfraction (Q4)

Lésions cervicales dues aux forces occlusales.

2. Perte de Cément :

La récession gingivale (Q1) expose le cément, qui est fragile et rapidement éliminé par le brossage, mettant à nu la dentine radiculaire.

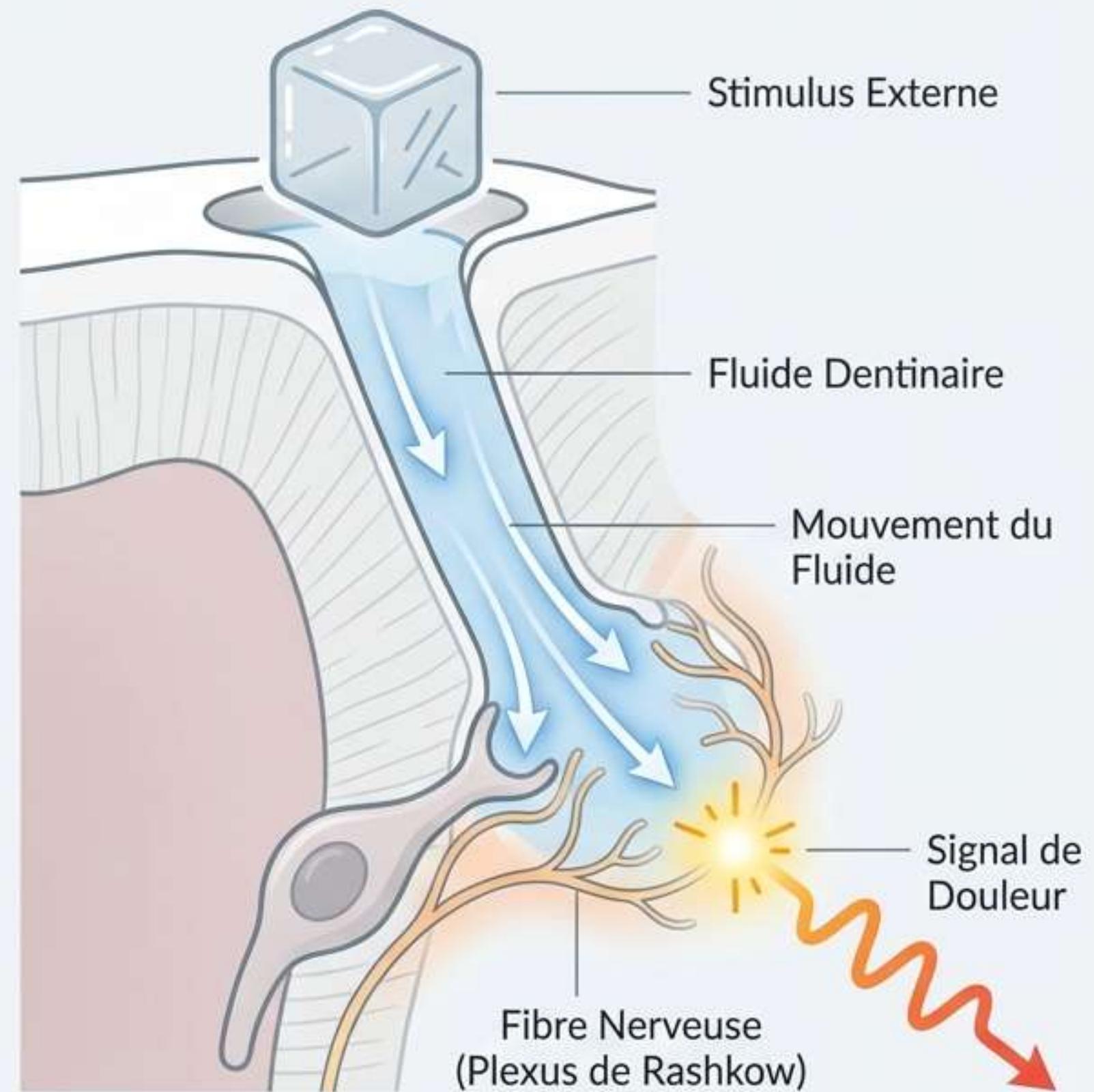
3. Anomalie Anatomique :

- **Défaut de coalescence émail-cément :** Dans 5 à 10% des cas, l'émail et le cément ne se rejoignent pas à la jonction amélo-cémentaire, laissant la dentine nativement exposée.

Le Mécanisme de la Douleur : La Théorie Hydrodynamique

Les Trois Théories Proposées

1. **Théorie de l'Innervation Directe** : Présence de fibres nerveuses dans les tubuli. (Mise en doute).
2. **Théorie de Transduction Odontoblastique** : L'odontoblaste agit comme un récepteur.
3. **La Théorie Hydrodynamique de Brännström (1967)** :
 - La plus acceptée à ce jour.
 - **Principe** : Les stimuli (thermique, tactile...) provoquent un **mouvement rapide du fluide** à **l'intérieur des tubuli dentinaires**
 - **Conséquence** : Ce mouvement de fluide irrite mécaniquement les terminaisons nerveuses du plexus de Rashkow entourant les odontoblastes, déclenchant un signal de douleur.



Rappel Anatomique : L'Innervation Pulpo-Pulpo-Dentinaire

Les Fibres Nerveuses de la Pulpe

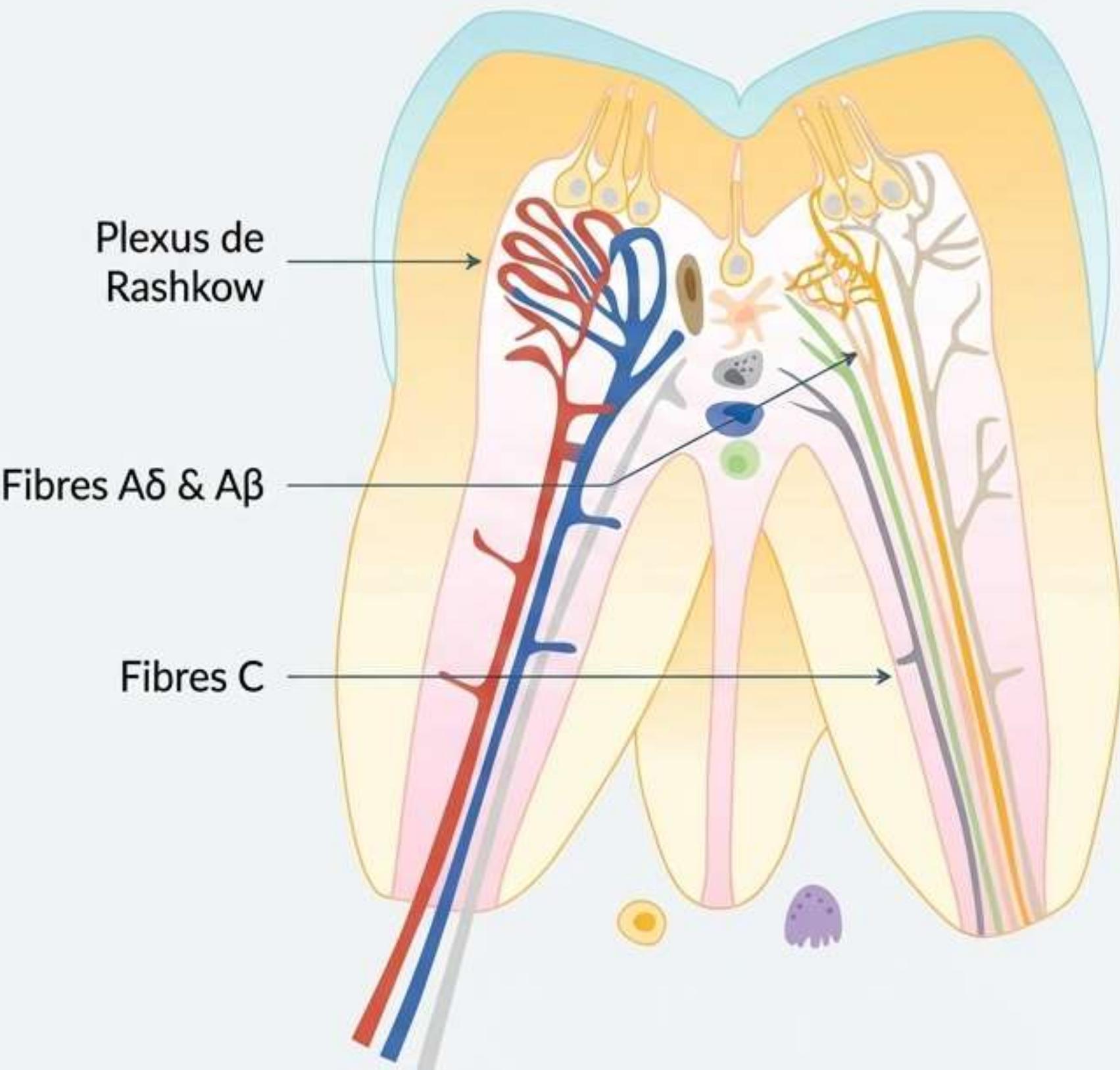
- Utilisation du visuel pour localiser les structures. Les faisceaux nerveux se terminent en un réseau dense sous les odontoblastes : le **Plexus de Rashkow**.

Deux Types de Fibres :

- Système nerveux autonome** : Contrôle la vascularisation pulpaire.
- Fibres sensitives** : Transmettent la douleur au SNC.

Classification des Fibres Sensitives :

- Fibres A δ (A-delta) & A β (A-beta)** : Localisées dans la dentine et la pulpe. Responsables de la douleur aiguë, vive et bien localisée, typique de l'HD
- Fibres C** : Localisées uniquement dans la pulpe. Responsables de la douleur profonde, sourde et difficile à localiser, typique de la pulpite



Démarche Diagnostique (1/2) : L'Interrogatoire

Recueillir l'historique complet pour orienter le diagnostic.

Questions Clés Concernant la Douleur :

- **Caractère** : "Comment décririez-vous la douleur ? (Vive, aiguë, etc.)"
- **Chronologie** : "Quand a-t-elle commencé ? Est-elle constante ou intermittente ?"
- **Déclencheurs** : "Qu'est-ce qui provoque la douleur ? (Froid, sucre, brossage...)"
- **Durée** : "La douleur s'arrête-t-elle dès que le stimulus cesse ? (Un "oui" est un signe fort d'HD)."
- **Localisation** : "Pouvez-vous pointer la dent exacte ?"

Questions Clés Concernant le Patient :

- **Habitudes alimentaires** : "Consommation de boissons/aliments acides ?"
- **Hygiène** : "Type de brosse à dents ? Technique de brossage ?"
- **Antécédents** : "Parafonctions (bruxisme) ? Reflux gastrique ?"

Démarche Diagnostique (2/2) : Examen Clinique et Différentiel

Examen Clinique Minutieux :

- **Recherche de signes d'exposition dentinaire** : Récessions gingivales, lésions d'usure (abrasion, érosion...).
- **Tests de sensibilité** : Utilisation du spray à air pour reproduire la douleur de manière localisée.
- **Examen de l'hygiène et de l'état parodontal.**

Le Diagnostic Différentiel est Crucial :

Il faut écarter toutes les autres causes de douleur avant de conclure à une HD.

Pathologies à exclure :

- Carie dentaire (surtout cervicale)
- Fêlure ou fracture coronaire
- Sensibilité post-opératoire (après restauration ou éclaircissement)
- Restauration défectueuse avec défaut d'étanchéité marginale
- Pulpite

Diagnostic Positif :

Confirmé par la présence d'une douleur typique en réponse à un stimulus, sur une dentine exposée, et après avoir éliminé toutes les autres causes.



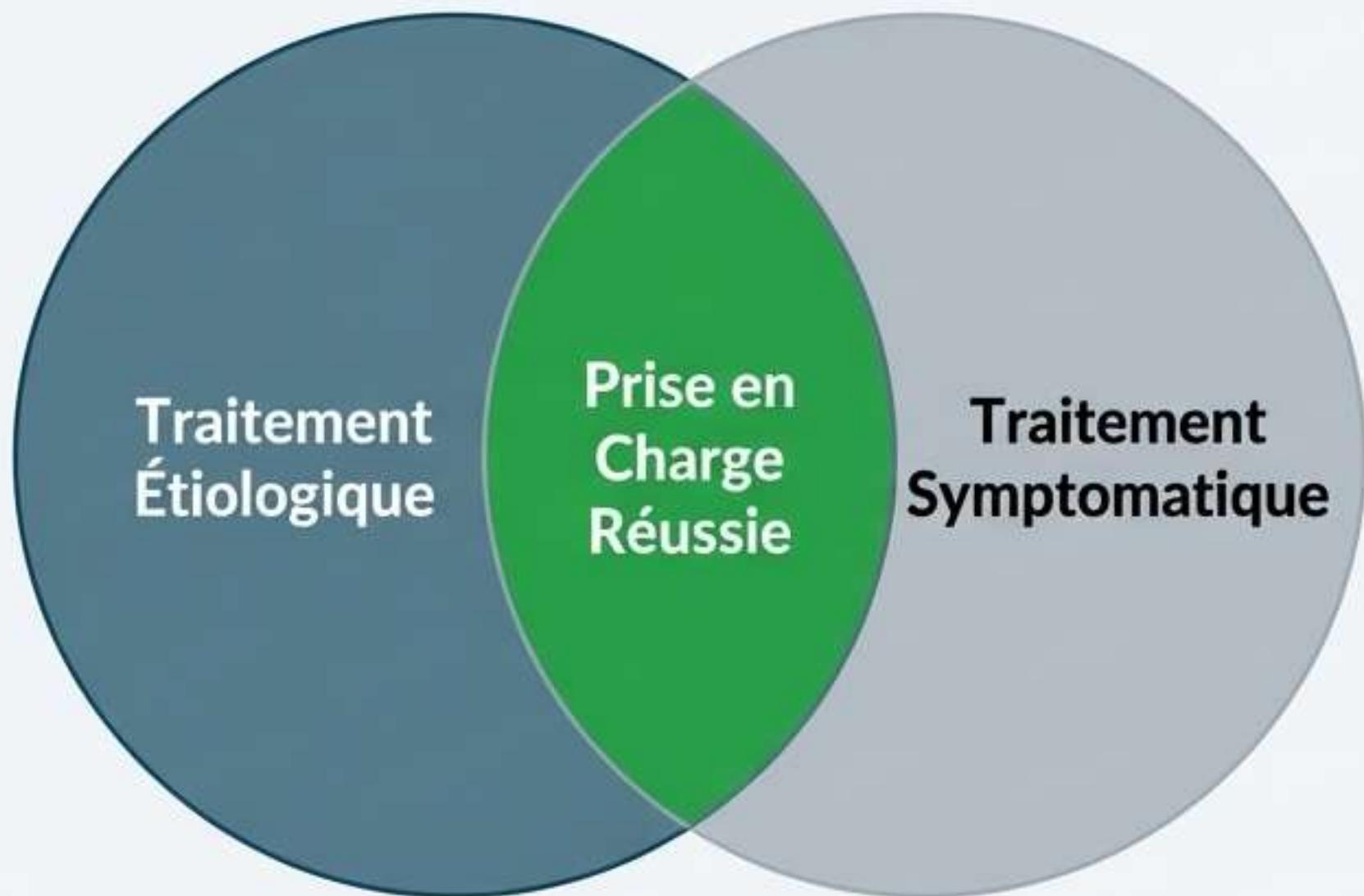
Le Plan de Traitement : Principes et Stratégie Globale

Deux Principes d'Action Fondamentaux

1. **Blocage de la Réponse Nerveuse** : "Modifier l'excitabilité des terminaisons nerveuses pulpaires."
2. **Occlusion des Tubuli** : "Altérer ou bloquer le mouvement du fluide intratubulaire (cible la théorie hydrodynamique)."

La Stratégie à Double Volet

- Le traitement de l'HD n'est jamais uniquement symptomatique.
- Il doit toujours commencer par une phase étiologique
- Une prise en charge réussie est une association de thérapeutiques étiologiques ET symptomatiques (Q2, Q8)
- L'approche est graduelle, en fonction de la sévérité des symptômes.



Étape 1 : Traiter la Cause (Traitement Étiologique)

Objectif

Éliminer les facteurs qui causent et entretiennent l'exposition dentinaire.

Ce traitement est fondamental (Q5)



Conseils d'Hygiène Bucco-Dentaire :

- Correction de la technique de brossage (éviter le brossage horizontal traumatisant).
- Recommandation d'une brosse à dents souple ou moyen et d'un dentifrice peu abrasif.



Conseils Diététiques :

- Restreindre la consommation d'aliments/boissons acides aux repas.
- Se rincer la bouche à l'eau ou avec une solution fluorée après consommation.
- Attendre 30 minutes avant de se brosser les dents.
- Boire les boissons acides à la paille.



Gestion des Parafonctions :

Prise en charge du bruxisme (gouttière occlusale).



Thérapeutiques Parodontales :

Chirurgie mucogingivale pour le recouvrement radiculaire si indiqué.

Étape 2 : Soulager les Symptômes (Traitement Ambulatoire)

Principe : Applications réalisées par le patient à domicile, préconisées en première intention pour les sensibilités diffuses.

**Agents à Action Neutralisante
(Blocage nerveux) :**



Nitrate de Potassium, Chlorure de Potassium

: Agissent en dépolarisant la membrane des fibres nerveuses, empêchant la repolarisation et donc la transmission du signal douloureux.

Modalités : Dentifrices, bains de bouche, gels.

Le soulagement peut prendre de 2 à 4 semaines. Une réévaluation est nécessaire.

**Agents à Action Minéralisante
(Occlusion des tubuli) :**



Sels de Strontium, Fluorures, Oxalate de Potassium

****Technologie récente :** Arginine + Carbonate de Calcium (oblitére les tubuli).

Étape 3 : Traitements au Fauteuil (Options Non-Invasives)

Indication : En seconde intention, ou pour des sensibilités localisées et sévères. Permet un soulagement plus rapide.



Application de Vernis (Q11)

- Solutions de résine (souvent avec du fluor ajouté).
- Le solvant s'évapore, laissant un film qui obture mécaniquement les tubuli.
- Action temporaire, nécessite des applications répétées.



Application d'Adhésifs Dentinaires (Q11)

- Utilise les systèmes adhésifs de la dentisterie restauratrice.
- Infiltration d'une résine à basse viscosité dans les tubuli après un léger mordançage.
- Crée une barrière étanche et plus durable que les vernis.



Utilisation du LASER (Q11) (Q11)

L'énergie du laser provoque une fusion et une recristallisation de la dentine, menant à l'oblitération des tubuli.

Derniers Recours : Traitements au Fauteuil (Options Invasives)

Indication: Lorsque l'HD est associée à une perte de substance significative ou que les autres traitements ont échoué.



1. Obturation Adhésive (Restauration) (Q9)

- Indiquée quand il y a une lésion cervicale d'usure (abfraction, abrasion) créant une perte de substance.
- Utilisation de résine composite ou de ciment verre ionomère pour restaurer la morphologie et sceller la dentine.



2. Chirurgie Mucco-Gingivale

- Greffes pour recouvrir les récessions gingivales étendues, traitant ainsi la cause de l'exposition radiculaire.



3. La Biopulpextomie (Traitement Endodontique) (Q9)

En dernier recours absolu.

- Indiquée uniquement lorsque toutes les autres approches (étiologiques et symptomatiques) ont échoué et que la douleur reste insupportable pour le patient.
- Consiste à retirer la pulpe dentaire.

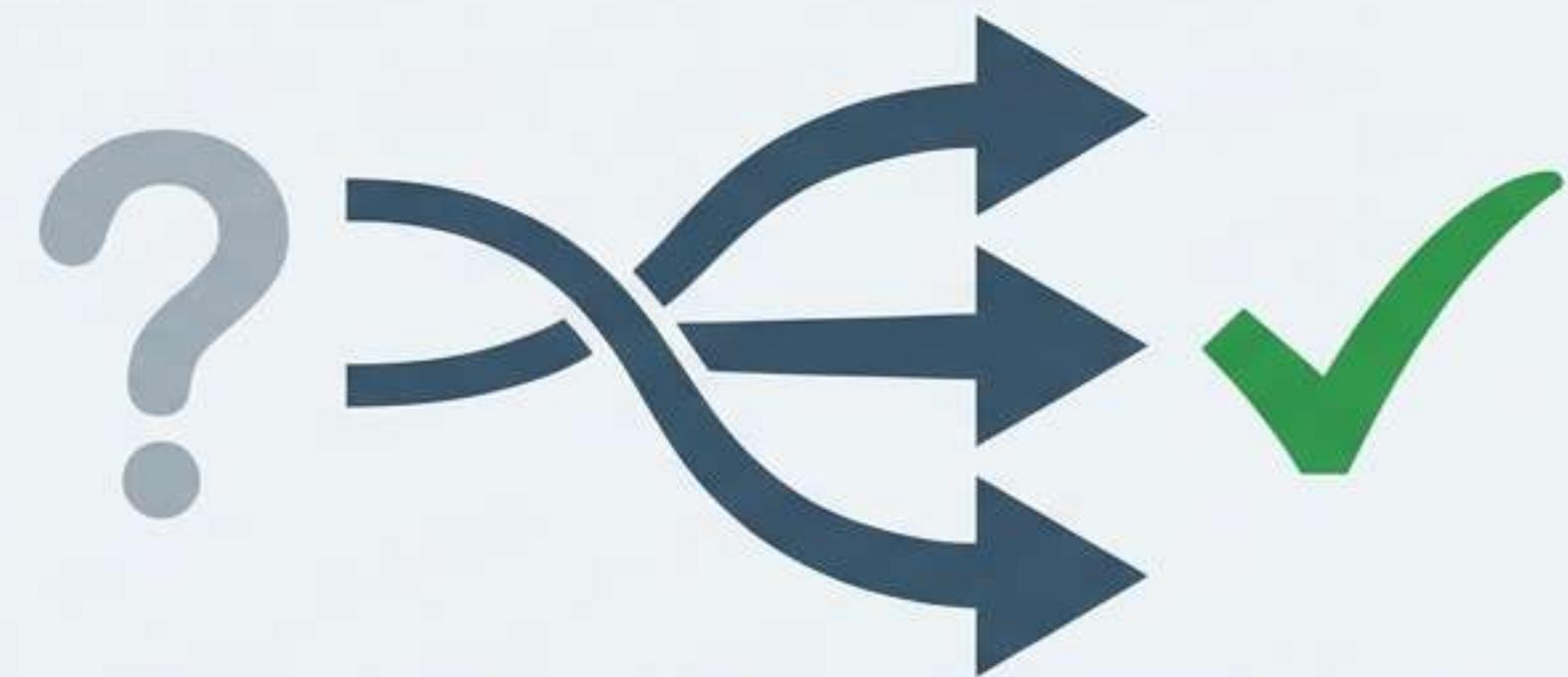
Conclusion : Une Prise en Charge sur le Long Terme

L'HD est une Condition Chronique

- La douleur diminue souvent avec un traitement symptomatique, mais peut réapparaître si le patient cesse le traitement et si les facteurs étiologiques persistent.
- Il est essentiel d'aviser les patients qu'un traitement à long terme est souvent nécessaire pour prévenir les récidives.

Message Clé pour l'Examen et la Pratique

- Quelle que soit la technique symptomatique choisie, le succès ne sera durable que si les facteurs étiologiques sont identifiés et supprimés.
- L'instauration d'une hygiène bucco-dentaire et alimentaire irréprochable est la pierre angulaire de toute prise en charge.



"Seule une prise en charge rigoureuse à long terme réussira à traiter l'inconfort continu et finira par aider à prévenir la douleur."