

# 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) ?

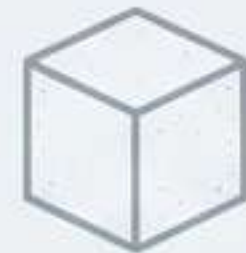
**Définition :** Une douleur brève et aiguë (Q6, Q10) en réponse à un stimulus :

- 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.



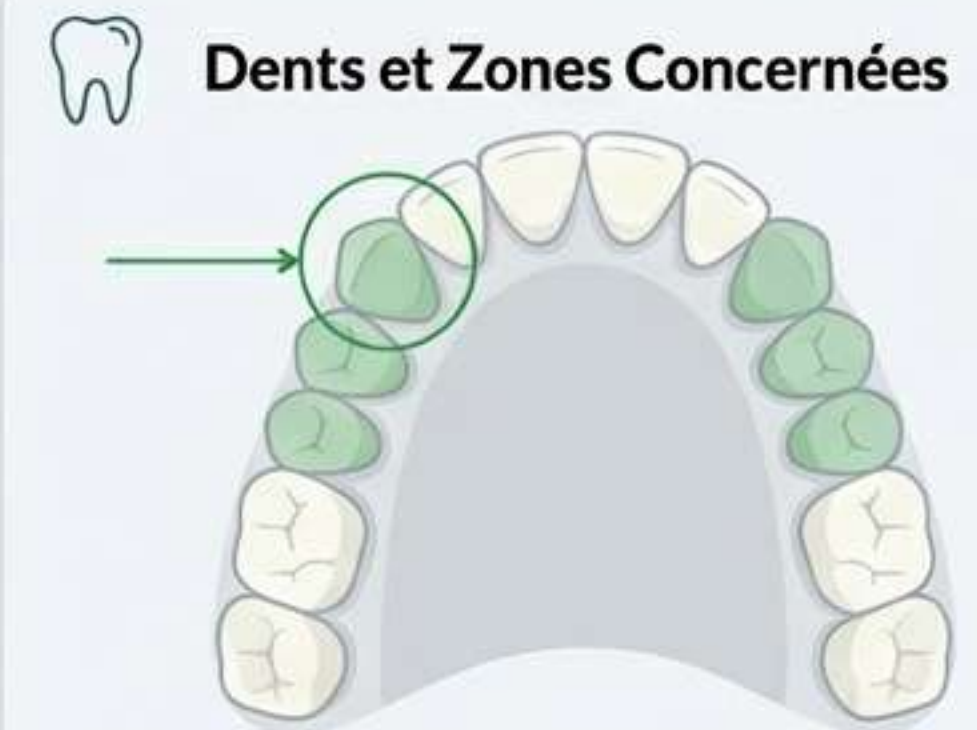
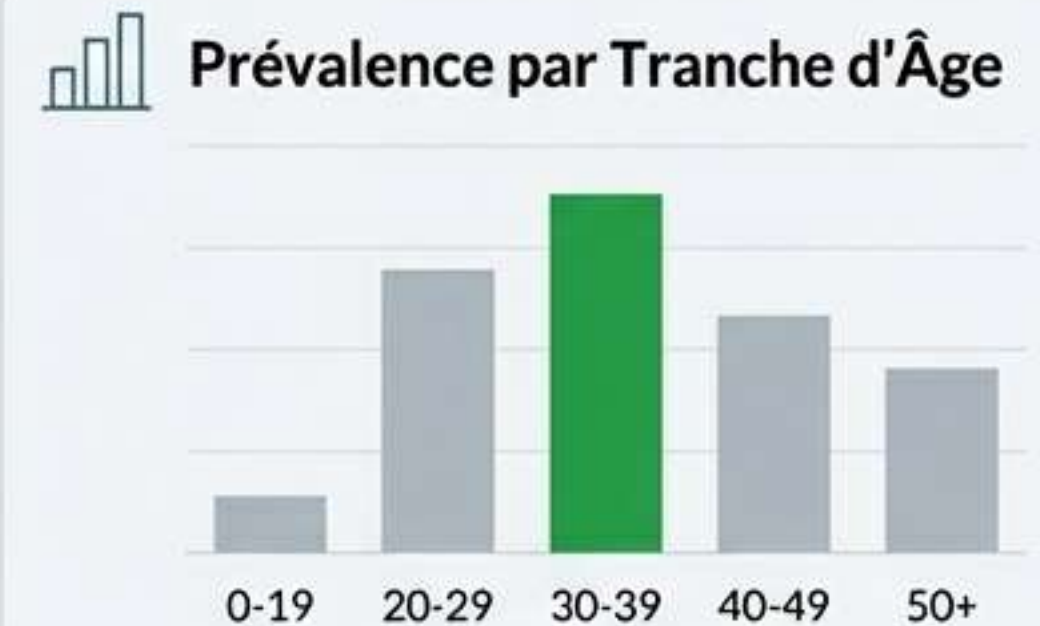


# Le Profil du Patient : Qui est le plus Touché ?

## 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 ciment.
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).





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

## Facteurs Prédisposants :

### 1. Perte d'Émail (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 ciment, qui est fragile et rapidement éliminé par le brossage, mettant à nu la dentine radiculaire.

### 3. Anomalie Anatomique :

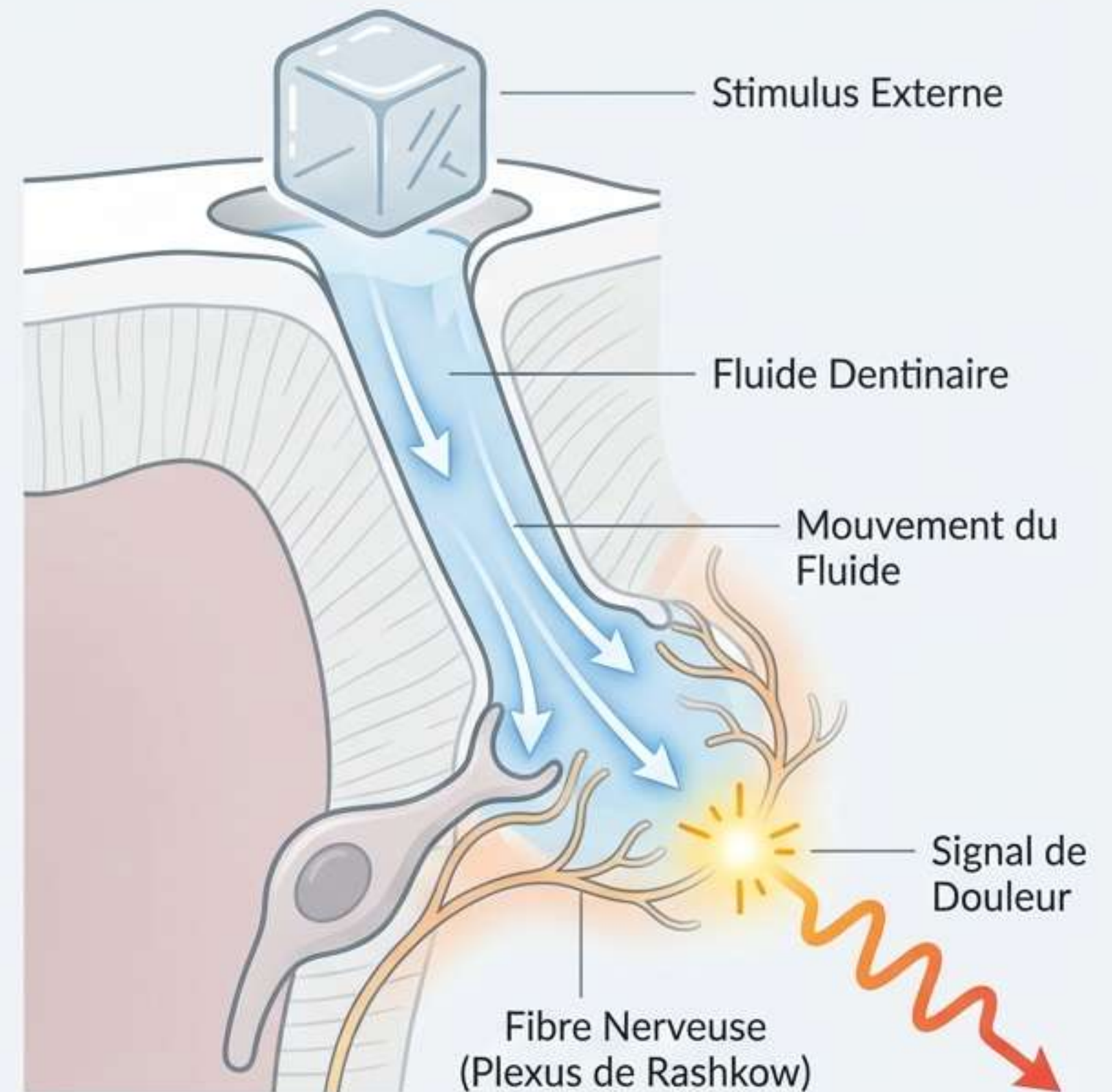
- **Défaut de coalescence émail-cément** : Dans 5 à 10% des cas, l'émail et le ciment ne se rejoignent pas à la jonction amélo-cémentaire, laissant la dentine nativement exposée.



# 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

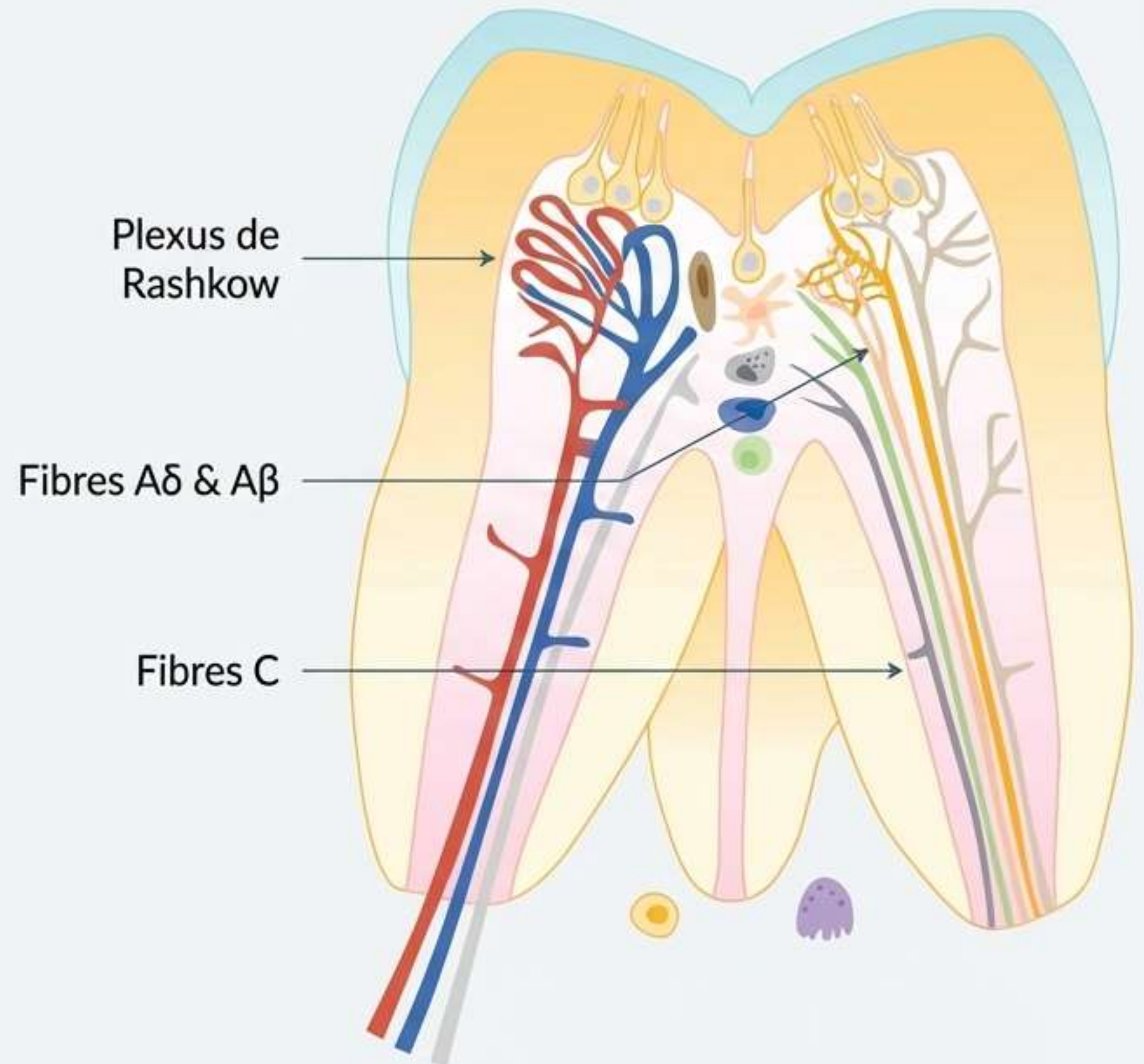
- Utilisation du visuel pour localiser les structures. Les faisceaux nerveux se terminent en un réseau dense sous les odontoblastes : le **Plexus de Rashkow**.

Deux Types de Fibres :

1. **Système nerveux autonome** : Contrôle la vascularisation pulpaire.
2. **Fibres sensibles** : Transmettent la douleur au SNC.

Classification des Fibres Sensitives :

- **Fibres A $\delta$  (A-delta) & A $\beta$  (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.





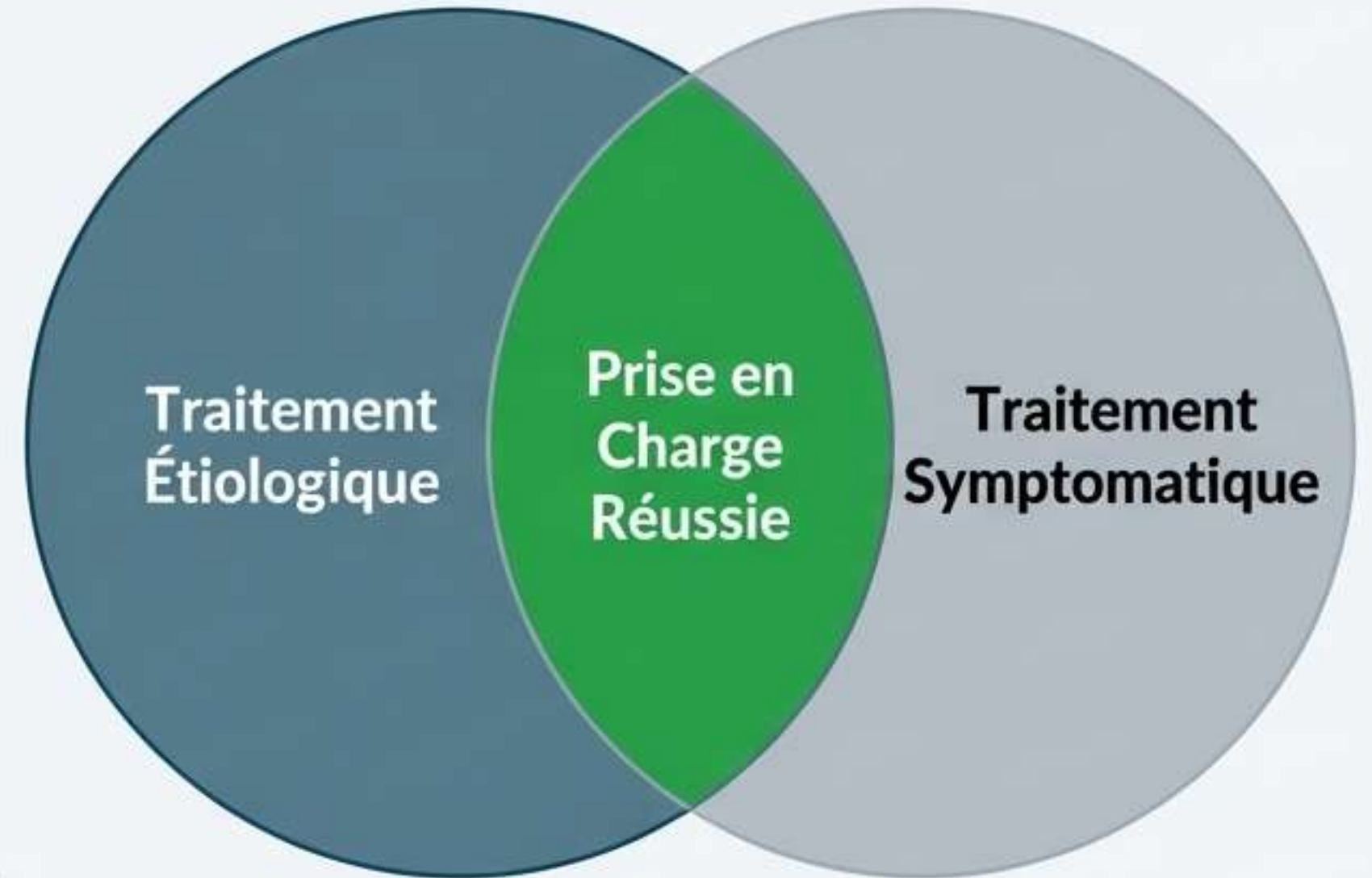
# Le Plan de Traitement : Principes et Stratégie Globale

## Deux Principes d'Action Fondamentaux

1. **Blocage de la Réponse Nerveuse** : "Modifier l'excitabilité des terminaisons nerveuses pulpairees."
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 traumatique).
- Recommandation d'une brosse à dents souple ou médium 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 Parafunctions :

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 re-polarisation et donc la transmission du signal douloureux.

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



**Sels de Strontium, Fluorures, Oxalate de Potassium**

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

**Modalités :** Dentifrices, bains de bouche, gels.

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



# 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 mordantage.
- 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 Biopulpectomie (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.



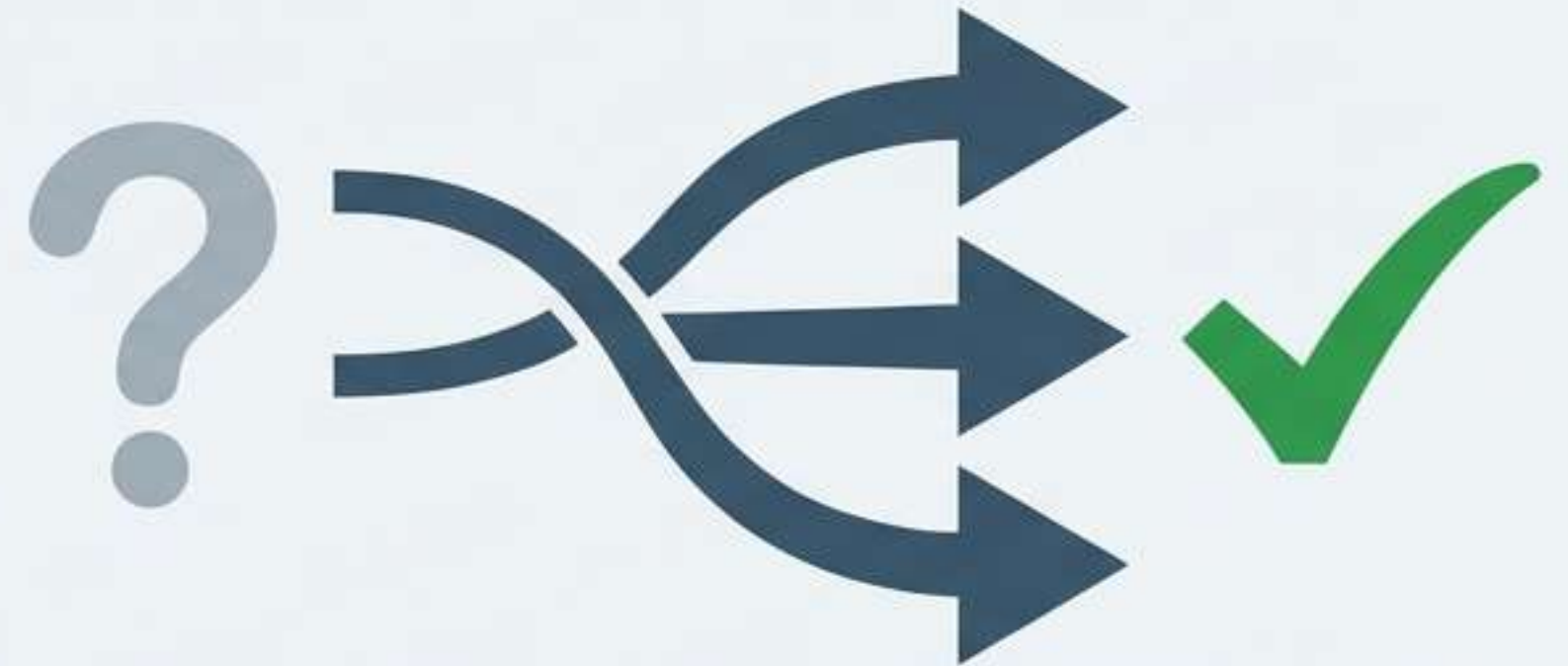
# Conclusion : Une Prise en Charge sur le Long Terme

## 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 récives.

## 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.”*