

Fiche de procédure R2

Détecter et diagnostiquer les lésions carieuses

1- OBJECTIFS

- Détecter toutes les lésions carieuses, primaires et secondaires, quels que soient le site et le stade d'évolution, en corrélation avec le RCI du patient (*cf. fiche R1*).
- Diagnostiquer la nature, l'activité et le stade d'évolution des lésions détectées.
- Etablir la cartographie des lésions dans le but de planifier une thérapeutique appropriée.

2- PLATEAU TECHNIQUE RECOMMANDE

- Plateau technique recommandé pour l'évaluation du RCI (*cf. fiche R1*).
- Outils de diagnostic cariologique avancés*, tels que la transillumination ou la fluorescence (pour ces derniers, utiliser des pâtes de nettoyage prophylactique n'interférant pas avec la fluorescence).

3- PROTOCOLE OPERATOIRE

- **Première étape : Détecter les lésions carieuses coronaires et radiculaires**
 - effectuer le nettoyage des surfaces dentaires pour éliminer les dépôts exogènes, la plaque bactérienne et les colorations extrinsèques, sans altérer les surfaces dentaires.
 - examiner les dents non séchées - de préférence sous aide visuelle - pour objectiver la présence éventuelle de lésions cachées sans effondrement de l'émail superficiel.
 - examiner les dents après séchage - de préférence sous aide optique - pour objectiver les premières altérations visuelles de l'émail et/ou évaluer l'aspect des lésions cavitaires : taches blanches et brunes, microcavitations.
 - explorer à la sonde les défauts marginaux des restaurations ainsi que les faces proximales.
 - utiliser un fil de soie non ciré* pour objectiver la cavitation d'une lésion proximale.
 - effectuer les clichés rétrocoronaires (détection précoce des lésions proximales).
- **Deuxième étape : Diagnostiquer l'activité et la sévérité des lésions**
 - relever la symptomatologie : absence ou présence de sensibilités et/ou de douleurs aux agents sucrés et thermiques ou provoquées par la mastication.
 - effectuer un test thermique au froid au niveau des lésions avancées, afin d'évaluer l'état pulpaire : absence ou présence de douleur provoquée et rémanente.
 - sonder les lésions cavitaires et les défauts marginaux pour évaluer leur dimension et la texture des tissus : une consistance molle indique une lésion à progression rapide tandis qu'une consistance dure indique une lésion arrêtée ou à progression lente.
 - relever les indices d'une maladie carieuse agressive : lésions recouvertes de plaque, et/ou saignements gingivaux à proximité (pour les lésions proximales et cervicales).
 - confronter la symptomatologie clinique avec les résultats de l'examen visuel et de l'examen radiographique pour poser un diagnostic précis.
- **Troisième étape : Classer les lésions dans un but thérapeutique**
 - selon la nature : lésions primaires ou lésions secondaires adjacentes aux restaurations.
 - selon le site : occlusal (site 1), proximal (site 2), cervical/radiculaire (site 3).
 - selon le stade : de la déminéralisation débutante à la cavitation avancée (*cf. tableau*).
 - selon le rapport avec le parodonte.

Critères visuels de détection des lésions carieuses (ICDAS) et classification (SiSta)

Codes ICDAS	Critères de détection visuelle des lésions	Degré d'évolution (sévérité des lésions)	Stades SiSta	Options thérapeutiques
0	Surface dentaire saine			Abstention/suivi
1	Premier changement visuel, détectable par séchage de l'émail	Déminéralisation ≤ tiers externe de l'émail	0	<i>Intervention a minima</i> : Soins non invasifs par reminéralisation et scellements
2	Changement nettement visible de l'émail : Taches blanches ou brunes visibles sans séchage	Déminéralisation ≤ tiers interne de l'émail atteinte possible de la Jonction Amélo-Dentinaire		
3	Rupture localisée de l'émail Dentine non visible	Déminéralisation de l'émail et du tiers externe de la dentine	1	<i>Intervention a minima</i> : restaurations adhésives ultra-conservatrices
4	Email opaque grisâtre caractéristique d'une lésion dentinaire sous-jacente, sans ou avec cavitation de l'émail	Déminéralisation du tiers médian dentinaire sans fragilisation des structures axiales coronaires	et 2	
5	Cavité amélodentinaire franche, avec exposition visible de la dentine cariée	Déminéralisation du tiers médian dentinaire avec fragilisation relative des structures coronaires	3	<i>Thérapeutique restauratrice</i> : restaurations coronaires fonctionnelles, sans ou avec recouvrement des cuspides
6	Cavité amélodentinaire étendue et profonde, avec exposition visible de la dentine cariée	Déminéralisation du tiers interne dentinaire, avec perte partielle des structures cuspidiennes	et 4	

4- ERREURS A NE PAS COMMETTRE

- Utiliser une sonde pointue comme outil de détection des lésions initiales.
- Confondre puits et sillons anfractueux et/ou colorés et lésions carieuses de site 1.
- Confondre détériorations et/ou colorations marginales et lésions carieuses secondaires.
- Confondre une radio-clarté due à un matériau non radio-opaque avec une lésion carieuse.
- Confondre artéfact radiologique (radioclarité triangulaire cervico-proximale) et lésion carieuse.
- Etablir le diagnostic des lésions en ignorant le niveau du risque carieux du patient.
- Etablir le diagnostic sans corréler les aspects cliniques et radiographiques.

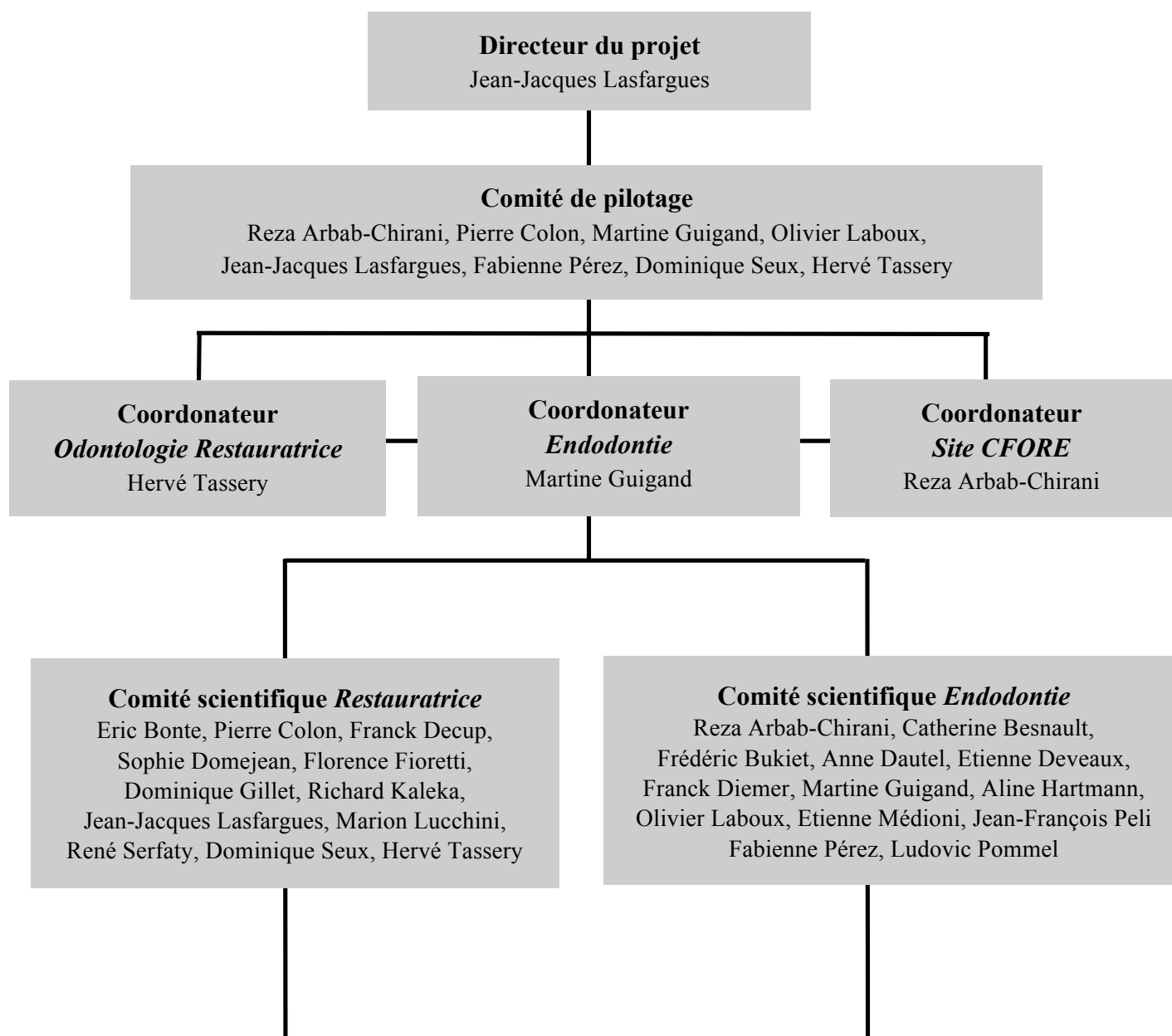
5- VALIDATION ET NIVEAU DE PREUVE = NIVEAU B

- ICDAS Committee. International Caries Detection and Assessment System. <http://www.icdas.org/>
- Lasfargues JJ., Colon P. Odontologie conservatrice et restauratrice. Tome 1 : une approche médicale globale. Tome 1, Paris, Ed CdP (2010).
- Kuhnisch J. *et al.* Effects of dental probing on occlusal surfaces - a scanning electron microscopy evaluation. Caries Res. 2007;41(1):43-8.

NOTE : Cette fiche de procédure concerne la détection et le diagnostic de toutes les lésions carieuses, avec une prédilection pour les lésions débutantes, pour lesquelles un diagnostic précis et précoce est fondamental pour la mise en œuvre des traitements prophylactiques non invasifs et des procédures d'intervention *à minima*.

* L'astérisque indique des instruments ou des mesures optionnelles

ORGANIGRAMME METHODOLOGIQUE DES FICHES



Les membres du CNEOC des 16 Facultés d'Odontologie Françaises ayant contribué à la réalisation des fiches de procédures cliniques

Reza Arbab-Chirani, Aurélia Basso, Marie-France Bertrand, Catherine Besnault, Eric Bonte, Julia Bosco, Zineb Bouhnaïda, Frédéric Bukiet, Nathalie Brulat, Françoise Chemla, Valérie Chevalier, Anne Claisse, Guillaume Couderc, Pierre Colon, Anne Dautel, Nicolas Decerle, Franck Decup, Etienne Deveaux, Cécilia Dupas, Raphaël Devillard, Franck Diemer, Sophie Domejean, Marc Engels-Deutsch, Florence Fioretti, Alain Gambiez, Marie Georgelin-Gurgel, Dominique Gillet, Martine Guigand, Youssef Haïkel, Aline Hartmann, Martine Hennequin, Isabelle Hyon, Richard Kaleka, Jacqueline Kamsu, Stéphane Koubi, Olivier Laboux, Jean-Jacques Lasfargues, Anne Le Goff, Bernard Levallois, Patricia Linez, Marion Lucchini, Délphine Maret, Jean-Christophe Maurin, Etienne Médioni, Catherine Mesgouez, Eric Mortier, Dominique Oriez, Jean-François Peli, Fabienne Pérez, Mathieu Pérard, Christian Pignoly, Ludovic Pommel, Nelly Pradelle, Olivier Romieu, René Serfaty, Dominique Seux, Hervé Tassery, Yann-Loïc Turpin, Karen Vallaëys, Cyril Villat, Jean-Marie Vulcain, Gautier Weisrock