

Fiche de procédure E3

Diagnostiquer une pulpite aiguë

1- OBJECTIFS

- Identifier l'origine, dentaire ou non dentaire, des symptômes.
- Evaluer l'état pulpaire.
- Etablir le caractère réversible ou irréversible de la pulpopathie.
- Evaluer le pronostic de conservation de la dent.
- Adapter et planifier le traitement clinique immédiat.

2- PLATEAU TECHNIQUE RECOMMANDE

- Plateau d'examen, aides optiques, matériel et matériaux indispensables à la réalisation des tests et examens complémentaires en endodontie (cf. fiche E1).

3- PROTOCOLE OPERATOIRE

L'inflammation de la pulpe dentaire a le plus souvent une étiologie bactérienne, mais une étiologie physique et/ou chimique peut également être retenue.

L'inflammation pulpaire progresse de façon corono-apicale selon un mode aigu ou chronique. La pulpite irréversible symptomatique est à l'origine de douleurs intenses car l'inflammation génère une surpression dans une cavité aux parois inextensibles.

- **Première étape: réaliser l'anamnèse générale et buccodentaire** (cf. fiche E1)
 - recueillir les éléments de la symptomatologie passée et présente.
 - caractériser la douleur : intensité (EVA), localisation, facteurs déclenchant, aggravants, calmants ; durée, irradiation...
- **Deuxième étape : identifier cliniquement la dent causale**
 - réaliser l'examen dentaire.
 - confirmer ou infirmer le diagnostic par les tests et examens complémentaires :
- Effectuer un test de sensibilité pulpaire en cas de doute (plusieurs dents suspectes) pour reproduire les symptômes décrits par le patient.

Lors de ces tests, le praticien doit se tenir prêt à pouvoir réaliser rapidement une anesthésie face à une réponse très intense.
- Réaliser les tests thermiques de la façon suivante :
 - maintenir les dents du secteur étudié sèches, le test s'effectuant généralement au collet vestibulaire.
 - « calibrer » la sensation du patient en effectuant le test d'abord sur une dent saine (adjacente ou controlatérale = normalité), puis la comparer avec la réponse de la dent soupçonnée.
 - réaliser un test au froid en appliquant rapidement une boulette de coton pulvérisée par un spray de DDM.
 - effectuer un test au chaud en appliquant sur une surface dentaire vaselinée un bâton de gutta percha suffisamment réchauffée, sans être brûlée.

- Pratiquer un test électrique le cas échéant pour distinguer les dents à pulpe vitale de celles à pulpe nécrosée.
- Pratiquer un test de palpation de la dent et au besoin un test de percussion pour évaluer l'implication péri-apicale : cet examen est généralement asymptomatique, positif il signe une parodontite apicale initiale consécutive à la pulpite aiguë irréversible.
- Réaliser un cliché rétro-alvéolaire (*cf. fiche E2*).
 - identifier les éléments dentaires suivants : perte de substance, fracture, volume de la restauration, proximité pulpaire.
 - identifier les atteintes parodontales associées : alvéolyse, élargissement du LAD, image radioclaire péri-radriculaire.

Ces signes radiologiques sont inconstants et non pathognomoniques de la pulpite aiguë.
Remarque : chez le sujet jeune, la pulpite aiguë irréversible peut s'accompagner d'une image radioclaire péri-apicale.
- **Troisième étape : formuler le diagnostic différentiel, étiologique puis positif**
 - éliminer notamment : parodontite marginale localisée, péri-coronarite, sinusite, névralgies faciales dont l'odontalgie atypique.
 - préciser la cause de la pulpite : carie, lésion d'usure, fracture, barodontalgie, traitement iatrogène, etc.
 - inscrire le diagnostic positif dans le dossier médical.

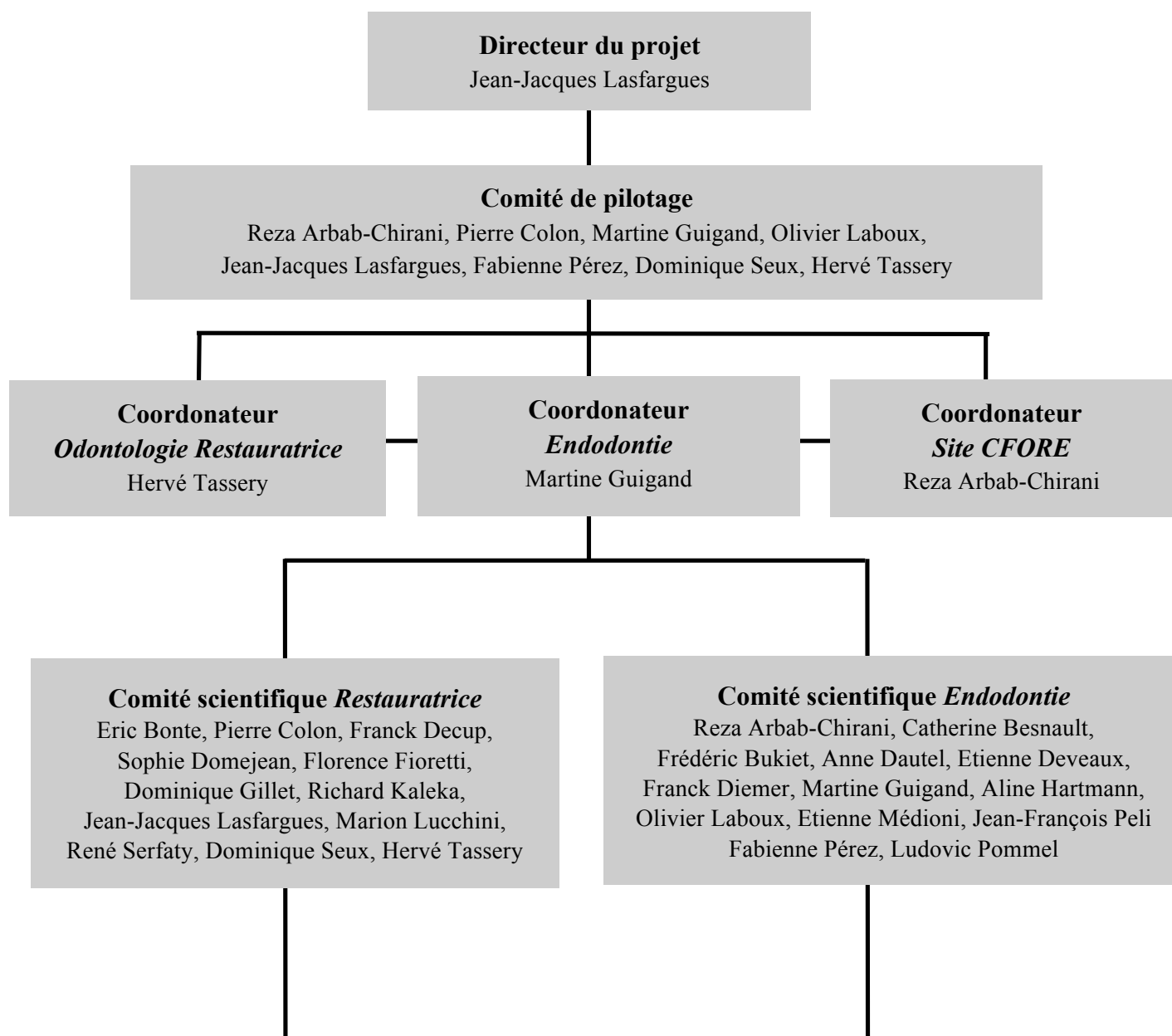
4- ERREURS A NE PAS COMMETTRE

- Négliger le recueil des informations auprès du patient.
- Se tromper dans l'identification de la dent causale, en particulier en cas d'irradiation de la douleur et en présence d'autres pathologies (dentaires et non dentaires).
- Pratiquer des tests de sensibilité et de percussion de façon systématique et sans discernement.
- Négliger l'extension péri-apicale débutante de l'inflammation pulpaire.

5- VALIDATION ET NIVEAU DE PREUVE = NIVEAU C

- Levin LG. *et al.* Diagnostic terms for pulpal health and disease states. J Endod. 2009;35:1645-57.
- Newton C.W. *et al.* Identify and determine the metrics, hierarchy, and predictive value of all the parameters and methods used during endodontic diagnosis. J Endod. 2009;35:1635-44.
- Bergenholtz G. *et al.* Textbook of endodontology. Blackwell. Munksgaard (2008).
- Piette E., Goldberg M. La dent normale et pathologique. De Boeck Université (2001).
- AAE (1996). Systematic Endodontic Diagnosis. (<http://www.aae.org>).

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