

Fiche de procédure E7

Réaliser une cavité d'accès en endodontie

1- OBJECTIFS

- Retirer l'intégralité du tissu pulinaire caméral, sans mutilation coronaire excessive.
- Visualiser et repérer l'ensemble des entrées canalaires.
- Obtenir un accès instrumental direct aux canaux radiculaires sans interférence ou obstacle.
- Obtenir un réservoir pour la solution d'irrigation.
- Permettre la rétention du matériau d'obturation coronaire temporaire.

2- PLATEAU TECHNIQUE RECOMMANDÉ

- Plateau d'examen, aides optiques, matériel pour champ opératoire (*cf. fiches E1 et E6*).
- Instrumentation rotative (turbine, contre-angles).
- Fraise turbine et fraises contre-angle dont fraise boule long col.
- Fraise spécifiques à la réalisation de cavités d'accès.
- Inserts ultrasonores et sonores spécifiques à l'aménagement de la cavité d'accès.
- Sonde exploratrice d'endodontie type DG 16.
- Instrument canalaire mécanisé d'évasement coronaire (foret de Gates, instrument avec une partie travaillante courte de conicité majorée).

3- PROTOCOLE OPERATOIRE

▪ Etapes préliminaires

- analyser les radiographies préopératoires : volume pulinaire, calcifications, mesure face occlusale – plafond pulinaire.
- visualiser l'axe corono radiculaire et les axes MD et VL.
- supprimer les caries et obturations coronaires préalables.
- réaliser une reconstitution pré endodontique si nécessaire (*cf. fiche E5*).
- poser un champ opératoire (*cf. fiche E6*).

▪ Etablir la forme générale de la cavité d'accès

- délimiter la zone de préparation en fonction de la projection occlusale supposée des orifices canalaires.
- réaliser une cavité occlusale (cavité guide ou de délinéation) sur toute l'épaisseur de l'émail et le tiers dentinaire externe.
- approfondir en direction de la zone de plus grand volume pulinaire.
- trépaner le plafond pulinaire.
- mettre en forme la cavité, de légère dépouille, avec ablation de la totalité du plafond pulinaire (fraise multi-lames à pointe mousse).

Spécificités anatomiques :

dents antérieures :

la forme générale est triangulaire à base vestibulaire (incisive centrale et latérale maxillaire), ovale ou arrondie (autres incisives et canines). L'accès s'effectue au milieu de la face linguale de la dent. Au départ, l'axe de fraisage est perpendiculaire à la face linguale, puis est ensuite redressé afin de le faire coïncider avec celui de la racine.

prémolaires :

la forme générale est ovalaire. La cavité d'accès est centrée sur la face occlusale.

À la mandibule, la réalisation de l'accès doit tenir compte de la ligne de fuite linguale des couronnes qui est particulièrement marquée.

molaires :

la cavité d'accès est de forme générale triangulaire à base vestibulaire (maxillaire) et trapézoïdale à base mésiale (mandibulaire) et mésialée sur la face occlusale.

Conduite à tenir en présence de calcifications :

- rechercher sous aides optiques (indispensables) les colorations dentinaires, les minéralisations, la cartographie du plancher pulinaire.
- commencer par éliminer les minéralisations de la chambre pulinaire à l'aide de fraises long col et/ou d'inserts ultrasonores spécifiques.
- rechercher éventuellement les entrées canalaires à l'aide d'un colorant.

■ Aménagement des voies d'accès au réseau canalaire sous aides optiques

- irriguer à l'hypochlorite de sodium à 2,5%.
- vérifier l'absence de surplomb à la sonde 17.
- éliminer le cas échéant les surplombs résiduels avec des inserts ultrasonores abrasifs.
- irriguer à l'hypochlorite de sodium.
- repérer les orifices canalaires avec la sonde DG 16.
- relocaliser les orifices canalaires à l'aide d'un instrument canalaire mécanisé d'évasement coronaire aux dépens des parois externes du canal (dites de « sécurité ») et sans mutilation inutile.
- irriguer à l'hypochlorite de sodium.

4- ERREURS A NE PAS COMMETTRE

- S'affranchir de la pose du champ opératoire et de la reconstitution des parois manquantes.
- Réaliser une cavité ne permettant pas le repérage de l'ensemble des orifices canalaires.
- Sur- ou sous-préparer la cavité d'accès.
- Trépaner des éléments prothétiques préexistants.
- Eliminer de façon incomplète les tissus carieux ou les anciennes obturations coronaires.
- Eliminer de façon incomplète le plafond pulinaire.
- Aplanir ou réaliser une effraction du plancher pulinaire.
- Perforer des parois par mauvaise appréciation de l'axe de la dent.

5- VALIDATION ET NIVEAU DE PREUVE = NIVEAU B

- Pertot WJ., Simon S. Réussir le traitement endodontique. Quintessence Int. Paris. (2009).
- HAS (2008), ANDEM (1996). Rapports d'évaluation technologique sur le traitement et retraitement endodontiques. (<http://www.has-sante.fr>).
- ESE (2006). Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontontology. (<http://www.ese.org>).
- AAE (2006). Case assessment form and guidelines. (<http://www.aae.org>).

* L'astérisque indique des instruments ou des mesures optionnelles

ORGANIGRAMME METHODOLOGIQUE DES FICHES

