

Fiche de procédure E4

Diagnostiquer une parodontite apicale aiguë (PAI, PAA, AAA)

1- OBJECTIFS

- Identifier l'origine, dentaire ou non dentaire, des symptômes.
- Déterminer la dent causale.
- Evaluer le pronostic de conservation de la dent atteinte.
- Choisir une thérapeutique appropriée pour :
 - obtenir la résolution des symptômes,
 - restaurer la santé du péri-apex,
 - prévenir les complications infectieuses postopératoires et à long terme.

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

La parodontite apicale est une affection inflammatoire du parodonte profond généralement provoquée par l'infection de l'endodonte. L'inflammation du péri-apex est causée par le passage des bactéries et/ou de leurs sous-produits à partir du réseau canalaire, soit par diffusion naturelle de l'inflammation par les voies foraminales, soit de manière iatrogène (surinstrumentation, expulsion de débris et de bactéries lors de la préparation canalaire, percolation coronaire). Cette affection se traduit par l'apparition et le développement de lésions inflammatoires péri-apicales d'origine endodontique (LIPOE). L'évolution de ces lésions peut se faire sous une forme chronique asymptomatique ou sous des formes aiguës très douloureuses.

Parmi les formes aiguës, on distingue :

la parodontite apicale initiale (PAI), correspondant soit à une inflammation débutante d'origine endodontique (consécutive à une pulpite aiguë), soit à une inflammation transitoire consécutive à un traumatisme du LAD. (Remarque : cette dernière situation est la seule exception où la cause n'est pas endodontique : accident de la mastication, suroccclusion après traitement restaurateur, anesthésie intraligamentaire).

la parodontite apicale aiguë proprement dite (PAA), correspondant à une inflammation patente, installée dans le péri-apex, consécutive à l'extension de l'infection endodontique vers la région apicale.

l'abcès apical aigu (AAA), correspondant à une rupture d'équilibre entre les pathogènes intracanaux et les défenses péri-apicales de l'hôte avec passage d'agents pathogènes en situation extraradiculaire et formation d'une collection suppurée dans le péri-apex. Cet abcès peut être primaire ou secondaire (en cas de LIPOE préexistante, connu alors sous l'appellation d'abcès phœnix) et par la suite se fistuliser.

- **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.

Le patient se plaint de douleurs sourdes, continues, exacerbées par le contact occlusal. Il peut la plupart du temps désigner lui-même la dent causale.

▪ **Deuxième étape : identifier cliniquement la dent causale**

- observer l'accumulation localisée de plaque sur le secteur concerné.
- réaliser l'examen dentaire :
- rechercher une voie de contamination bactérienne coronaire (carie, fracture, restauration ...).
- réaliser les tests de sensibilité pulpaire (cf. tableau).
- pratiquer un test de palpation de la dent et au besoin un test de percussion pour évaluer l'implication péri-apicale : le test de percussion est toujours positif, pathognomonique du passage de l'inflammation dans le péri-apex (si la dent est douloureuse au simple contact, éviter la percussion franche).
- réaliser un examen parodontal : mobilité et sondage positif si atteinte parodontale associée ; la palpation du fond du vestibule est normale, sensible ou douloureuse.
- réaliser un cliché rétro-alvéolaire (cf. fiche E2).

La radiographie rétro-alvéolaire montre le plus souvent un léger épaissement ligamentaire ou une image radioclaire péri-apicale avec des limites périphériques plus ou moins diffuses.

	PAI CAUSE NON ENDO	PAI CAUSE ENDO	PAA	AAA PRIMAIRE	AAA SECONDAIRE
DOULEUR SPONTANEE	±	+	++	+++	+++
REPONSE A LA PERCUSSION	+	+	++	+++	++
SENSIBILITE PULPAIRE	+	±	-	-	-
PALPATION APICALE	±	-	±	++	+
IMAGE RADIOCLAIRE	-	±	±	±	+

4- ERREURS A NE PAS COMMETTRE

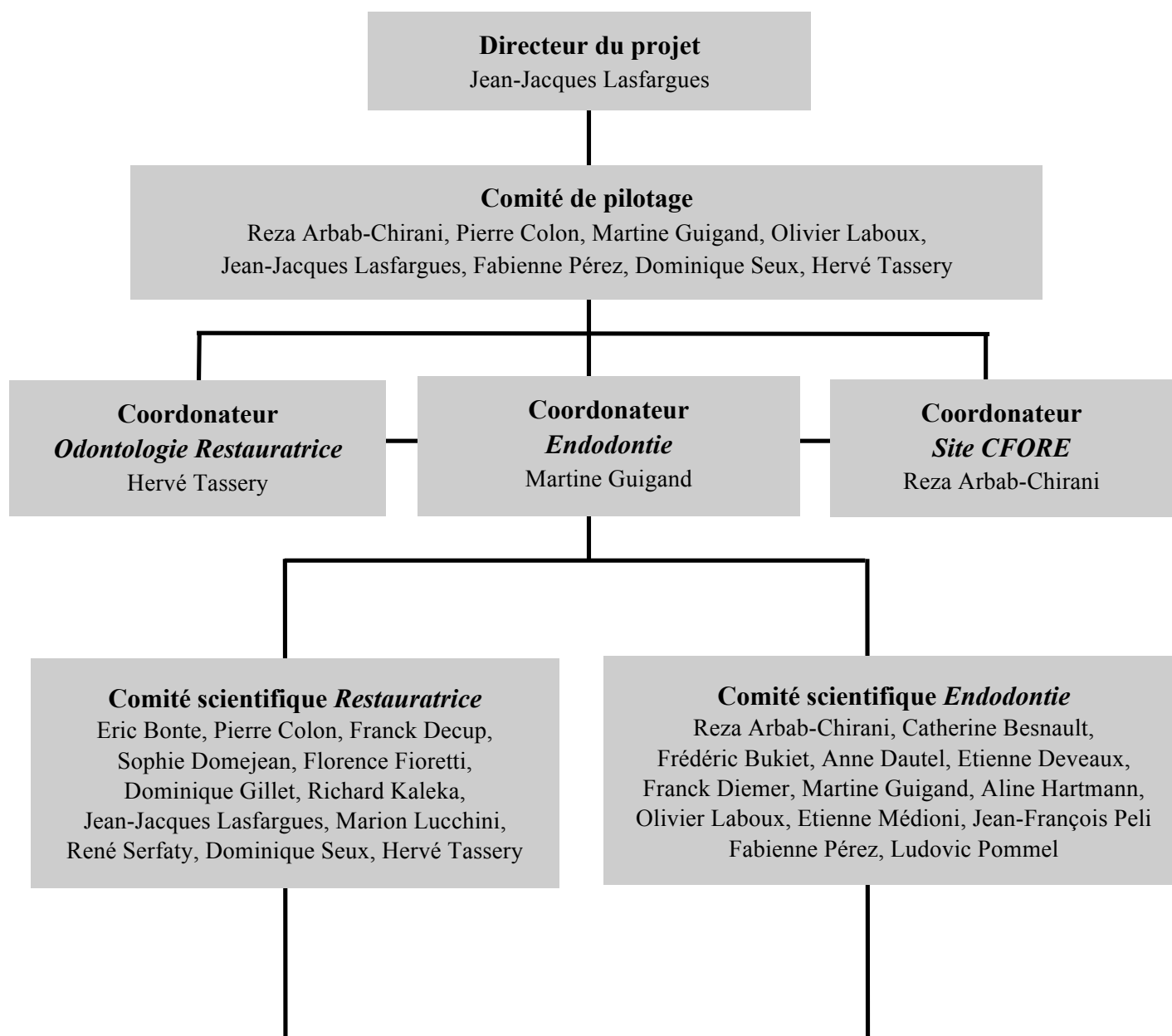
- Confondre une pulpe vivante ou nécrosée.
- Pratiquer des tests de sensibilité et de percussion sans discernement.
- Oublier de prendre en compte le pronostic de conservation de la dent.
- S'affranchir du niveau de risque lié à l'état de santé général du patient.

5- VALIDATION ET NIVEAU DE PREUVE = NIVEAU B

- 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 Endodontology. (<http://www.eso.org>).

* 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