

Prise en charge d'une lésion endo-parodontale (LEP) sévère

Docteur Mathias Lancien
Assistant hospitalo-universitaire Faculté Paris V-Montrouge

Motif de consultation

Mr SL se présente en consultation endodontique en décembre 2019 pour des douleurs et un abcès en vestibulaire au niveau de 46.

À l'interrogatoire, il ressort qu'un traitement endodontique a été réalisé sur la 46 en octobre 2018 ainsi qu'une restauration prothétique. Le traitement endodontique et la couronne semblent correctement réalisés. On note toutefois un léger manque d'étanchéité de l'obturation endodontique au niveau des canaux mésiaux.

Le patient ne présente pas d'antécédents sur le plan général.

Examen endo-buccal

A l'examen clinique, on note la présence d'une fistule en vestibulaire de la dent, des douleurs à la percussion et à la palpation. Un sondage parodontal montre une poche parodontale profonde localisée qui s'étend jusqu'à l'apex de la dent.

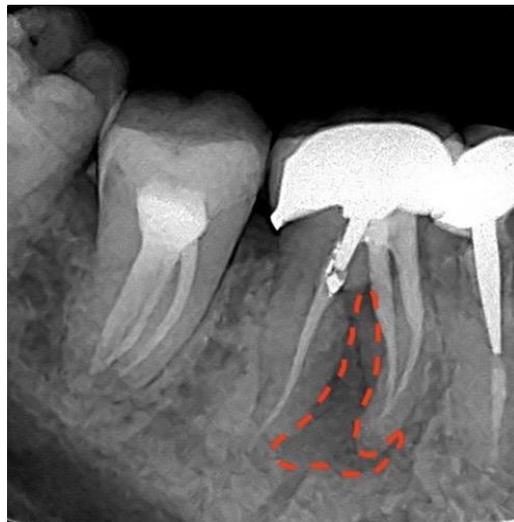
Examen radiographique

A l'examen radiographique, on observe une perte osseuse qui s'étend des apex mésiaux jusqu'à la furcation de la dent (radio 1). La sévérité de la perte osseuse est objectivée par le pointillé en rouge (radio 2). La mise en place d'un cône de gutta dans la fistule, confirme aussi la profondeur de la poche parodontale observée lors de l'examen clinique (radio 3).

Au regard du traitement endodontique initial et de la restauration prothétique réalisée, on suspecte la présence d'une fêlure ou d'un stripping de la racine distale au niveau du tenon radicaire ; pour autant l'examen radiographique cone beam réalisé ne nous permet pas d'objectiver la présence de fêlure à ce stade.



Radio 1 – LEP sévère au niveau 46



Radio 2 – Visualisation de l'étendue de la LEP



Radio 3 – Objectivation après insertion d'un cône de gutta dans la fistule

Diagnostic et pronostic

Nous sommes donc en présence d'une lésion endo-parodontale (LEP) sévère, dont il faudra analyser l'étiologie afin de proposer au patient le traitement le plus adapté. Le traitement sera fonction de l'indication de conservation de la dent ou de son extraction.

L'origine de la lésion inter-radiculaire peut être due à une fêlure de la racine distale et la perte osseuse a progressé jusqu'à l'apex des dents. En l'absence de fracture, l'origine peut être aussi endodontique à partir des apex de la racine mésiale et la lésion remonte dans l'espace inter-radiculaire. Le trajet de la fistule objectivé par le cône de gutta nous oriente dans le cas présent sur une lésion d'origine endodontique possible.

Le patient souhaite que l'on tente de sauver sa dent. Il a été informé du très mauvais pronostic de cette dent et de l'éventualité de son extraction en cas d'échec du traitement.

Proposition thérapeutique

Il s'agit dans un premier temps de déposer la couronne et le tenon dans la racine distale, afin de mettre en évidence une fêlure éventuelle ou une fracture en regard de l'espace inter radiculaire. Suite à la dépose de cette couronne, aucune fêlure ni fracture n'est objectivable. Nous prenons alors la décision de réintervenir endodontiquement.

Le traitement a nécessité une première séance de désobturation avec une irrigation importante à l'hypochlorite, puis la mise en place d'hydroxyde de calcium en inter séance après séchage méticuleux avec des pointes de papier.

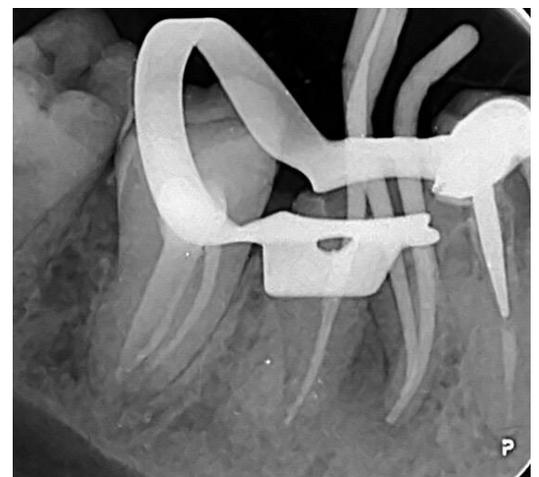
Lors de la deuxième séance à 2 semaines, le patient nous informe de la diminution des douleurs ainsi qu'une diminution des suintements en regard de la fistule vestibulaire, la décision est prise de réaliser une deuxième séance de désinfection à l'hypochlorite ainsi que la mise en place à nouveau d'hydroxyde de calcium.

Lors de la troisième séance, le patient a une disparition complète des douleurs et la fistule vestibulaire s'est refermée. La mise en forme endocanalaire finale est réalisée ainsi que la désinfection à l'hypochlorite et à l'EDTA. L'obturation a été réalisée par thermocompactage du cône de gutta (radios 4 et 5).

L'empreinte pour l'inlay core et la couronne provisoire de laboratoire est réalisée dans la même séance.

Le patient revient à six mois pour une visite de contrôle, on observe une nette diminution de la lésion au niveau inter-radiculaire, ainsi qu'une réparation osseuse quasi complète (radio 6). Un traitement parodontal par comblement osseux ou ROG n'est donc plus nécessaire à ce stade de la guérison. La décision est prise de réaliser la couronne définitive, ainsi qu'un suivi régulier tous les ans.

La guérison complète de cette lésion nous confirme donc que la LEP était d'origine endodontique.



Radio 4 – Obturation de la 46 par thermocompactage de gutta.



Radio 5 – Obturation définitive de la 46



Radio 6 – Cicatrisation complète à 6 mois

Discussion et Conclusion

La plupart des échecs de cicatrisation des LEP sont dus à des erreurs de diagnostic différentiel. Il faut donc que ce dernier soit fait très minutieusement afin de mettre en œuvre la thérapeutique appropriée. Il est donc important avant de s'engager dans tout type de traitement, de déterminer l'origine endodontique, parodontale ou combinée de ces lésions. En fonction de l'origine et de l'architecture de la destruction osseuse, un traitement endodontique, parodontal ou la combinaison des deux sera réalisé.

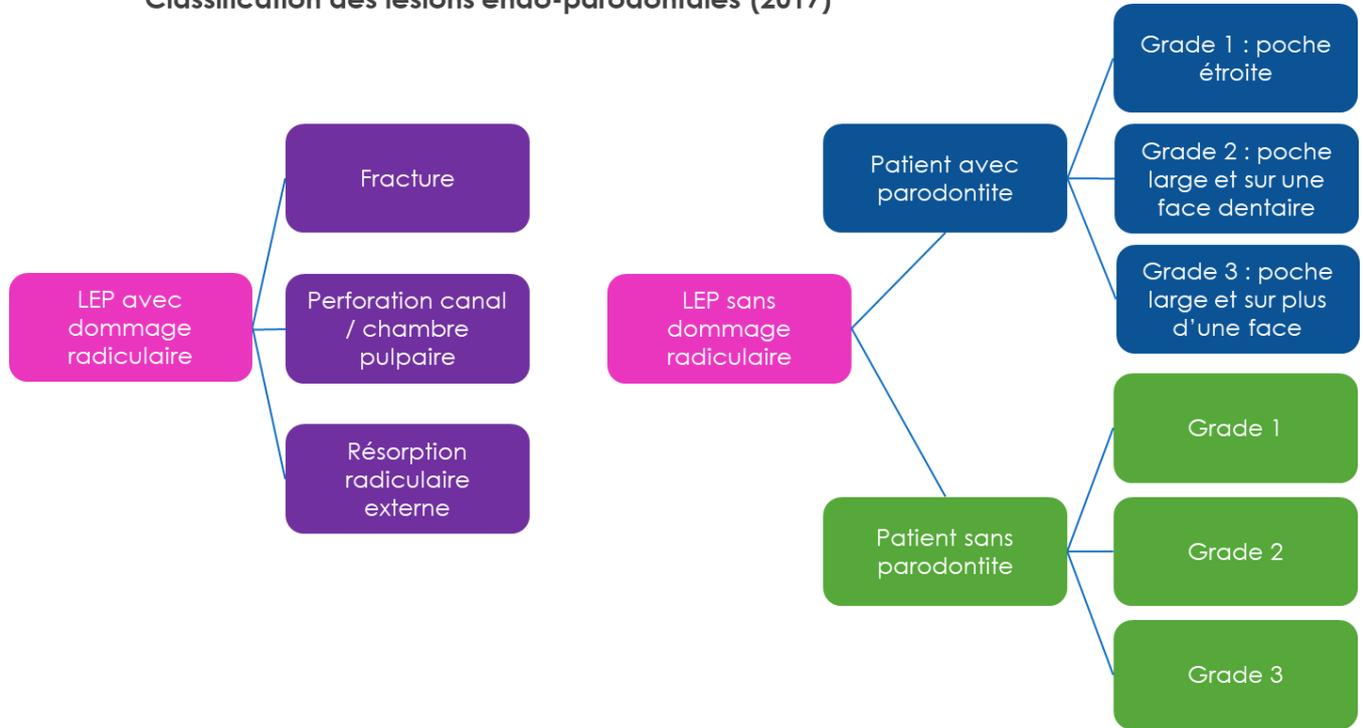
Les examens radiographiques (rétro-alvéolaire + cone beam) sont bien sûr les principaux moyens d'aide au diagnostic afin de déterminer la présence de lésions des tissus durs (fêlure, fracture, perforation, résorption externe) ou d'une infection apicale.

En cas de dent non dévitalisée, il faudra faire un test de vitalité pulpaire. La vitalité pulpaire oriente le diagnostic vers un problème d'origine parodontal. L'absence de vitalité pulpaire témoigne d'une nécrose pulpaire, et nous devons différencier la nécrose d'origine endodontique ou la nécrose consécutive à une lésion parodontale ayant atteint le foramen apical (rare).

Le sondage parodontal en présence d'une fistule étroite comme dans notre cas décrit plus haut, et descendant jusqu'à l'apex, témoigne d'une probable étiologie d'origine endodontique.

Il existe plusieurs classifications des lésions endo-parodontales. La plus récente est la classification dite de Chicago qui fait suite en 2017 à une conférence de consensus sous l'égide de l'Académie Américaine de Parodontologie (AAP) et de la Fédération Européenne de Parodontologie. Cette nouvelle classification avec un système de grade se fait selon qu'il y ait ou non un dommage radiculaire.

Classification des lésions endo-parodontales (2017)



Nous retiendrons la classification de Simon, Glick et Franck (1972) qui s'appuie sur l'origine et la progression des lésions :

1. Lésions endodontiques pures
2. Lésions endodontiques primaires avec atteinte parodontale secondaire
3. Lésions parodontales pures
4. Lésions parodontales primaires avec complications endodontiques secondaires
5. Lésions associées
6. Lésions combinées : lésions endo-parodontales vraies

Les choix thérapeutiques sont ainsi étroitement liés à l'étiologie de la lésion endo-parodontale :

- **Origine endodontique** : Le traitement endodontique peut suffire et entraîner une guérison complète.
- **Origine parodontale** : Le traitement parodontal est nécessaire pour obtenir une guérison. Mais un traitement endodontique peut s'avérer nécessaire en cas de nécrose pulpaire secondaire à la progression de la lésion.
- **Origine endo-parodontale** : le traitement endodontique sera toujours réalisé avant le traitement parodontal (Machtou et Cohen, 1996) car le potentiel de cicatrisation de la lésion d'origine endodontique est très élevé. Le délai de cicatrisation est variable selon les individus et un suivi radiographique est donc nécessaire avant d'entreprendre le traitement parodontal. Une technique de comblement osseux ou de ROG pourra ainsi être décidée après la cicatrisation endodontique, s'il existe une perte osseuse résiduelle.

La difficulté de diagnostic et de traitement des lésions endo-parodontales illustre parfaitement l'existence d'un « continuum endo-parodontal » (Ouchene, Collignon, Bouter, 2013). Quelle que soit l'étiologie de la lésion, le traitement ou le retraitement endodontique est le plus souvent entrepris en première intention.

En cas d'atteinte parodontale sévère, une désinfection et une obturation endocanalaire transitoire seront envisagées afin de diminuer la charge bactérienne endodontique. L'obturation endodontique définitive sera réalisée dans un second temps.

Lorsque l'atteinte parodontale est plus modérée, on pourra terminer d'emblée le traitement endodontique avant de réaliser le traitement parodontal si ce dernier s'avère nécessaire. L'appréciation de la réponse des tissus au traitement endodontique donnera une indication sur la chronologie des traitements à effectuer.