

# 46<sup>e</sup> Journées Scientifiques de la SFMBCB

## Nantes

### 9-10-11 octobre 2003

#### Evolution des techniques en chirurgie endodontique : bilan de 9 années d'activité clinique

Bischof M<sup>\*/\*\*</sup>, Nedir R<sup>\*/\*\*</sup>, Lombardi T<sup>\*</sup>, Bernard JP<sup>\*</sup>, Samson J<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup> Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Université de Genève, Suisse

<sup>\*\*</sup> CdR Clinique Dentaire, Vevey, Suisse

Le concept actuel propose une approche pluridisciplinaire des affections périapicales secondaires à une nécrose pulpaire. Les termes trop réducteurs d'« apicectomie » ou de « résection apicale » tendent à disparaître, on parle maintenant de chirurgie endodontique. Lorsqu'une révision endodontique par voie orthograde est impossible ou que celle-ci ne permet pas d'atteindre le résultat souhaité, la chirurgie endodontique constitue une alternative thérapeutique. L'introduction dans les années 90 de moyens de grossissement optiques, d'une micro-instrumentation spécifique, d'inserts ultrasoniques, ainsi que l'apparition de matériaux d'obturation rétrograde biocompatibles et étanches ont modifié l'approche de la chirurgie endodontique (Von Arx et Walker, 2000). La possibilité offerte par ces moyens techniques d'atteindre plus efficacement les objectifs du traitement ont permis vraisemblablement d'optimiser les résultats.

Entre 1994 et 2002, 95 patients ont été traités dans la Division par chirurgie endodontique (femmes : 57 %, hommes : 43 %), soit 122 apex abordés sur 107 dents. L'indication chirurgicale était posée lorsque la révision orthograde était jugée impossible à réaliser par la Division de Cariologie et d'Endodontie (Prof. I. Krejci). On a pratiqué deux types d'abord chirurgicaux (lambeaux trapézoïdal ou de Lübke-Ochsenbein) et le choix était fait après étude des clichés radiologiques et de l'état parodontal. Depuis 1997, les interventions sont systématiquement réalisées avec un microscope opératoire. Le matériel de curetage est récolté et adressé à un laboratoire d'histopathologie. En l'absence de reprise endodontique préopératoire et, chaque fois que cela était techniquement réalisable, une obturation rétrograde a été effectuée (avec de l'IRM<sup>®</sup> jusqu'en 1999, puis avec du ProRoot<sup>®</sup> MTA). La régénération tissulaire guidée avec le Combi-Pack<sup>®</sup> (Geistlich Pharma AG) (10,4 % des cas) n'a été réalisée qu'en présence d'une ostéolyse bicorticale ou une déhiscence osseuse intéressant le collet de la dent (Von Arx et Cochran, 2001). L'examen histopathologique a été

concluant dans 43,4 % des cas ; pour les autres cas, le curetage avait entraîné une altération des tissus trop importante pour obtenir un résultat fiable. Les résultats sont les suivants : dans 46,8 % des cas, c'est un kyste radiculo-dentaire de petite taille, dans 42,6 % un granulome périapical, dans 6,4 % un tissu cicatriciel, dans 2,1 % une ostéite et dans 2,1 % un amas de corps étrangers. Après un suivi moyen de 37,4 mois (3 à 112 mois), le taux de succès moyen est de 88,5 % (108/122) : 92,4 % avec l'obturation au MTA, 85,7 % avec l'IRM, 82,1 % en l'absence d'obturation. Il y a eu 2 échecs immédiats et 14 échecs tardifs survenant entre 6 et 32 mois après l'intervention. Deux patients ayant eu une obturation rétrograde au MTA ont présenté une importante sensibilité postopératoire, persistant respectivement 8 et 24 mois, tout en présentant une image radiologique de cicatrisation satisfaisante. Les résultats sont limités par le fait que certains cas de « cicatrisation incertaine » selon Molven et al. 1996, n'ont pas un recul suffisant, permettant leur classification définitive. De plus, le recul clinique avec les produits d'obturation rétrograde ainsi que la courbe d'apprentissage des opérateurs, pourrait influencer les résultats.

Ce bilan amène trois remarques. La consultation conjointe instaurée depuis 1999 avec les collaborateurs de la Division de Cariologie et d'Endodontie influence l'indication de la chirurgie endodontique. Les derniers progrès technologiques ont ouvert de nouvelles perspectives pour la chirurgie endodontique, et les résultats obtenus sont comparables à ceux obtenus avec un traitement endodontique orthograde effectué selon les critères de l'endodontie moderne.

Nom et adresse du conférencier

BISCHOF Mark  
CdR Clinique Dentaire  
3 rue du Collège  
CH-1800 Vevey - Suisse

médecine  
buccale  
chirurgie  
buccale

vol. 10, n° 1  
2004

page 37

### Prise de décision en endodontie chirurgicale Revue de la littérature

Boucher Y, Stanurski A, Toledo R  
Faculté d'Odontologie Paris 7

Dans les cas de parodontites apicales associées à un traitement endodontique, le traitement consiste essentiellement en l'une ou l'autre des options thérapeutiques suivantes : retraitement endodontique orthograde (RTE) ou chirurgie périapicale (CP) avec obturation rétrograde. La prise de décision est un processus complexe (Mc Creery et Truelove 1991) qui intègre de nombreux facteurs. Le pronostic thérapeutique est un des plus importants. De nombreuses études ont indiqué des taux de succès voisins pour le RTE et la CP (Danin et al. 1996, Kvist 1999, Hepworth et Friedman 1997 pour revue) qui peuvent laisser penser que les deux alternatives sont équivalentes. Cependant, une analyse attentive de la littérature montre que les différences entre les méthodes utilisées ont surestimé les succès de la thérapeutique chirurgicale. Certains des traitements chirurgicaux ont par exemple été effectués en association avec un traitement orthograde conventionnel (Rud et Andreasen. 1972, Molven et al. 1991), ce qui augmente les chances de succès. D'autre part, la période d'observation est également susceptible d'affecter les résultats (Franck et al. 1992). Un des autres facteurs fréquemment avancé pour justifier la décision de la CP par rapport à le RTE est la difficulté technique de le RTE, notamment liée à la dépose de prothèses existantes avec risque de fracture radiculaire. Les études chiffrant ces risques sont rares (Castrisos et Abott 2002) mais indiquent un risque très faible, de l'ordre de 0,002 %. Un des autres facteurs les plus cités pour justifier le recours à la CP est la persistance d'une symptomatologie (El Swiah et Walker 1996). Les études ayant comparé différents groupes de praticiens montrent que la spécialité de celui-ci (chirurgien vs omnipraticien vs endodontiste) influence la prise de déci-

sion. Doorbusch et al. 2002 ont par exemple fait analyser par un chirurgien maxillo-facial, un endodontiste et un omnipraticien les radios rétroalvéolaires des cas adressés pour CP par un dentiste référent et observé que le choix du traitement proposé était directement lié à la spécialité du praticien. Le jugement d'un RTE possible était de 41, 80 et 67 % pour le chirurgien, l'omnipraticien et l'endodontiste respectivement. La présence d'éléments prothétiques influence également la décision thérapeutique. De nombreux travaux montrent que l'étanchéité de la restauration coronaire est un élément important dans l'apparition des parodontites apicales en raison d'une contamination du contenu canalaire par les bactéries d'origine buccale (Bergenholtz et al. 1982), or la CP ne permet pas de résoudre ce problème.

Les données de la littérature disponibles permettent donc de conclure que le RTE doit être choisi en première intention en cas de parodontite apicale sur dent ayant fait l'objet d'un traitement endodontique. Plusieurs études montrent cependant que, dans de très nombreux cas, le recours à la chirurgie périapicale n'était pas indiqué (Beckett 1996, Bell 1998, Abramovitz 2002). D'autres facteurs comme le coût de l'intervention peuvent également influencer les décisions thérapeutiques (Doorbusch et al. 2002)

Le but de cette communication est d'effectuer une revue des processus décisionnels conduisant à l'endodontie chirurgicale afin de permettre une rationalisation des pratiques.

Nom et adresse du conférencier  
BOUCHER Yves  
5, rue Garancière  
75006 Paris

### Lésion péri-apicale implantaire : à propos d'un cas

Nedir R<sup>\*/\*\*</sup>, Bischof M<sup>\*/\*\*</sup>, Lombardi T<sup>\*</sup>, Bernard JP<sup>\*</sup>, Samson J<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup> Division de Stomatologie et Chirurgie Orale, Université de Genève, Suisse

<sup>\*\*</sup> CdR Clinique Dentaire, Vevey, Suisse

L'infection péri-apicale implantaire représente une des causes d'échec en implantologie (Reiser et Nevins 1995) dont seulement quelques cas ont été publiés (Piatelli et coll. 1998, Ayangco 2001, Tae-Ju et coll. 2003). Le traitement proposé est chirurgical : explantation ou curetage apical. Un seul cas de curetage associé à une résection apicale de l'implant a été rapporté (Jalbout et Tarnow 2001).

Une femme de 56 ans vient consulter pour une tuméfaction jugale droite avec abcès vestibulaire en regard d'un implant en position 15. Il s'agit d'un implant ITI<sup>®</sup>, Hollow Screw, d'une longueur de 14 mm, sans mobilité clinique, présentant une radiotransparence centrée sur l'extrémité apicale. La profondeur de sondage dépasse pas 3 mm. L'implant a été posé 3 ans auparavant, 3 mois après l'extraction de la 15 qui présentait un traitement endodontique