

L'âge du patient n'est pas une contre-indication au traitement endodontique

• Geoffrey H. Sperber, BSc Hons, MS, BDS, PhD, Dr Med Dent hc •
 • Donald C. Yu, BS, DMD, CAGS, MScD, FRCD(C), FAGD •

© J Can Dent Assoc 2003; 69(8):494-6
 Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

La prise de décisions cliniques à l'égard des patients âgés devient de plus en plus difficile, avec le vieillissement de la population¹. Alors qu'il fut une époque où l'édentation semblait inévitable chez toute personne atteignant sa septième décennie de vie – comme en témoigne d'une manière si éloquente cette déclamation de Jaques «Sans dents, sans yeux, sans goût, sans rien»², tirée de *Comme il vous plaira* de Shakespeare, la préservation des dents naturelles connaît aujourd'hui un tel succès que la perte des dents n'est plus considérée comme inévitable. Cependant, il existe toujours une cohorte de personnes âgées qui n'ont pu profiter des mesures de prévention modernes et pour qui le maintien de l'appareil de mastication nécessaire à l'alimentation pose problème³. En effet, même avec d'excellents soins dentaires, il se produit avec l'âge une usure de la couronne des dents naturelles, et les racines restent dans l'os alvéolaire (ill. 1).

Les anciens principes régissant les soins dentaires recommandaient l'extraction de ces racines mais, aujourd'hui, la poursuite de l'excellence en endodontie commande une autre approche. Le cas présenté ici, qui relate notre expérience dans le traitement endodontique des racines chez une femme de 93 ans, vient justifier la prestation de tels traitements aux personnes âgées et en souligne l'importance. Ainsi, il est hautement souhaitable de préserver les racines de dents dont les couronnes sont excessivement usées, voire détruites, car ceci favorise le maintien de l'os alvéolaire dans lequel se trouvent les racines. La perte des racines est en effet une cause bien connue de la résorption de l'os alvéolaire et illustre la loi de Wolff sur l'architecture osseuse⁴, loi selon laquelle la structure des os reflète sa fonction. En l'absence de racines, l'os alvéolaire se retrouve sans fonction, d'où la résorption^{4,5}. Qui plus est, la perte des dents modifie les propriétés matérielles de l'épaisseur de la corticale, les modules d'élasticité et de cisaillement, l'anisotropie ainsi que la rigidité de la corticale du maxillaire inférieur, provoquant ainsi un affaiblissement marqué de la mandibule⁶.

Une femme de 93 ans a été dirigée à notre cabinet pour un traitement endodontique non chirurgical. L'examen des

systèmes somatiques et des antécédents médicaux a révélé que la patiente était en relativement bonne santé et qu'il n'y avait aucune contre-indication à administrer une solution anesthésique locale. À l'examen buccal, nous avons remarqué un édentement du maxillaire supérieur et une perte de toutes les dents inférieures, sauf des incisives 31 et 41. Les dents absentes avaient été extraites plusieurs années auparavant. Un examen radiographique a révélé qu'un traitement endodontique de la racine de la dent 42 avait été effectué, et que la racine avait préservé l'os alvéolaire. Les 2 dents restantes présentaient des facettes d'usure excessive et une perte significative de la hauteur alvéolaire, bilatéralement au niveau des régions postérieures (ill. 2). Ces dents étaient sensibles à la percussion, mais non à la palpation au niveau apical des racines. Le soutien osseux offert par l'os alvéolaire était excellent, et l'état du parodonte était optimal. La patiente portait des prothèses supérieure et inférieure complètes; la prothèse inférieure était une prothèse hybride recouvrant les racines des incisives encore présentes. L'hygiène buccodentaire de la patiente était relativement bonne. Les 2 dents restantes étaient sensibles au chaud (soupe ou café), et la patiente y ressentait parfois une douleur pulsatile. Un test de sensibilité à la chaleur a confirmé une pulpite irréversible. Un consentement éclairé a été obtenu en vue du traitement endodontique.

La mise en place d'une digue en caoutchouc et de rouleaux de coton a permis l'obtention d'un champ sec. Une dose de 1,8 mL de lidocaïne 2 % combinée à de l'épinéphrine 1/100 000 a été injectée localement, au niveau de l'apex des dents 31 et 41. Un accès en ligne droite a été pratiqué à l'aide d'une fraise ronde n° 2 montée sur une pièce à main haute vitesse. Les canaux radiculaires ont été nettoyés et mis en forme; ils ont ensuite été limés et alésés progressivement, puis le forage a été réalisé avec des perceuses Gates-Glidden n°s 2 et 3. Durant le débridement, la zone a été abondamment irriguée avec une solution d'hypochlorite de sodium à 2,5 %⁷. Les canaux ont ensuite été fermés à l'aide d'une petite boulette de coton et d'un matériau d'obturation temporaire (Cavit, ESPE, Seefeld, Allemagne).

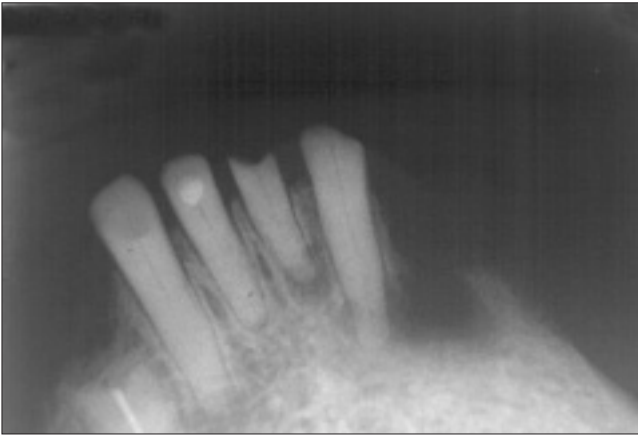


Illustration 1 : Radiographie prise environ 5 ans avant le traitement actuel, montrant des racines encore présentes sur les dents antérieures 42, 41, 31, 32 et 33 d'une patiente âgée.



Illustration 2 : Vue intra-buccale des dents 41 et 31, de l'os alvéolaire toujours présent et de la crête postérieure résorbée.



Illustration 3 : Radiographie postopératoire des racines des dents 42 (racine submergée), 41 et 31, qui ont été traitées par endodontie.



Illustration 4 : Radiographie prise 7 mois après le traitement.

L'obturation finale a été pratiquée une semaine plus tard, et la patiente n'a rapporté aucun malaise dans l'intervalle. Les canaux radiculaires ont été obturés avec un cône de gutta-percha de fin à moyen et l'agent de scellement Kerr Pulp Canal Sealer (Kerr Corporation, Romulus, Michigan), selon la technique de compactage vertical (ill. 3)⁸. Aucun anesthésique n'a été administré lors de la deuxième visite, et la patiente n'a ressenti aucun inconfort. L'examen de suivi, réalisé 7 jours plus tard, n'a indiqué aucune complication, et la patiente n'éprouvait aucune douleur. Son dentiste généraliste a par la suite procédé à la restauration des dents avec de la résine composite. Un autre examen de suivi, fait 7 mois plus tard, a révélé que les dents 31 et 41 étaient toutes 2 asymptomatiques et que l'os dans la région périradiculaire était intact et normal (ill. 4).

Ce cas illustre une perte considérable d'os alvéolaire, là où des molaires, des prémolaires et des canines avaient été extraites bien des années auparavant (ill. 2). La radiographie prise 5 ans plus tôt montre en effet que la hauteur de l'os alvéolaire était alors excellente dans la zone des dents 32 et 33 (ill. 1). Cependant, ces 2 dents ont été extraites, à cause d'abcès apicaux aigus. La réduction subséquente de la hauteur de l'os alvéolaire apparaît clairement sur une radiographie ultérieure. Bien que l'usure des couronnes atteignait le niveau gingival, la rétention des racines des dents 31, 41 et 42 (avec une racine submergée) a permis la réalisation d'un traitement endodontique malgré l'âge avancé de la patiente, et le traitement a été réussi (ill. 4).

Le traitement endodontique des racines est utilisé de manière sélective dans la partie antérieure de la mandibule, chez les patients présentant des antécédents de maladie parodontale grave avec perte des dents postérieures. Chez ces patients, la hauteur de l'os alvéolaire dans la zone postérieure est faible, voire nulle, et l'extraction des dents dans la partie antérieure du maxillaire inférieur aurait pour effet de réduire sensiblement la hauteur de l'os alvéolaire et la forme de la crête. Le port d'une prothèse complète serait en outre très difficile, vu l'absence de rétention. Le traitement endodontique des racines vise à préserver la forme et la hauteur de la crête antérieure. La conservation des racines favorise le maintien de l'os alvéolaire adjacent et procure une certaine stabilité pour une prothèse hybride.

Il va de soi que l'on pourrait insérer des pivots dans les dents traitées par endodontie et y ajouter des attaches de précision, augmentant ainsi la stabilité de la prothèse hybride⁹. Les racines des dents naturelles confèrent donc un net avantage sur les implants artificiels osseointégrés dans l'os alvéolaire, et c'est là la principale raison de conserver les racines des dents, chaque fois que cela est possible^{10,11}. Le cas décrit ici montre que l'âge avancé n'est pas une contre-indication au traitement endodontique si l'on prévoit une guérison périapicale.

Si l'on prend soin d'établir une norme raisonnable de bonne santé pour les personnes âgées et qu'il n'y a aucune contre-indication à l'administration d'anesthésiques locaux, le traitement endodontique des racines peut s'avérer un volet efficace de la gérodontie. ♦

Le Dr Sperber est professeur émérite, Département de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta).

Le Dr Yu est professeur clinique et directeur d'endodontie, Département de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta).

Écrire au : Dr Donald Yu, Département de la médecine dentaire, Faculté de médecine et de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton AB T6G 2N8. Courriel : donaldyu@ualberta.ca.

Les vues exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne. Les auteurs n'ont aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Références

1. Berkey D, Berg RG, Ettinger RL, Mersel A, Mann J. The old-old patient: the challenge of clinical decision making. *J Am Dent Assoc* 1996; 127(3):321-32.
2. Shakespeare W. As you like it. In: Alexander P, editor. *The Complete Works of Shakespeare. The Comedies*. London: Collins; 1958. II, vii, 166.
3. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, and others. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001; 80(2):408-13.
4. Frost HM. *Bone remodelling dynamics*. Springfield, Illinois. C.C. Thomas; 1963.
5. Heath MR. The effect of maximum biting force and bone loss upon masticatory function and dietary selection of the elderly. *Int Dent J* 1982; 32(4):345-56.

6. Schwartz-Dabney CL, Dechow PC. Edentulation alters material properties of cortical bone in the human mandible. *J Dent Res* 2002; 81(9):613-7.
7. Yu DC, Schilder H. Cleaning and shaping the apical third of a root canal system. *Gen Dent* 2001; 49(3):266-70.
8. Schilder H. Filling root canals in three dimensions. *Dent Clin North Am* 1967; 11:723-44.
9. Haraldson T, Jemt T, Stalblad P, Lekholm U. Oral function in subjects with overdentures supported by osseointegrated implants. *Scand J Dent Res* 1988; 96(3):235-42.
10. Fontijn-Tekamp FA, Slagter AP, van der Bilt A, Van 'T Hof MA, Witter DJ, Kalk W, and other. Biting and chewing with mandibular implant-retained overdentures, full dentures, and natural dentition. *J Dent Res* 2000; 79(7):1519-24.
11. van Kampen FMC, van der Bilt A, Cune MS, Bosman F. The influence of various attachment types in mandibular implant-retained overdentures on maximum bite force and EMG. *J Dent Res* 2002; 81(3):170-3.