

Aborder les lésions endo-parodontales

Du fait des relations étroites qui existent entre le parodonte et la pulpe dentaire, il est parfois difficile d'établir le diagnostic étiologique d'une lésion parodontale atypique. En effet, les 2 structures communiquent par de nombreuses voies : tubuli dentinaires, foramen apical, canaux latéraux et accessoires. Elles permettent le passage d'éléments pathogènes entre l'endodonte et le parodonte pouvant aboutir au développement d'une lésion endo-parodontale, dont le pronostic est souvent considéré comme réservé.

Il est donc important de faire le point sur les différentes lésions ayant une expression à la fois parodontale et endodontique et ainsi donner les clés permettant de réaliser le diagnostic différentiel entre ces lésions et de choisir l'approche thérapeutique la plus adaptée.



Dr Rodolphe ZUNZARREN

- Assistant hospitalo-universitaire en odontologie conservatrice endodontie Bordeaux II

- C.E.S. d'odontologie conservatrice endodontie

- Praticien libéral



Dr Raphaël DEVILLARD

- Maître de conférences en odontologie conservatrice endodontie UFR odontologie Bordeaux II

- Praticien hospitalier CHU Bordeaux

Pathologies pulpaire



- **Pulpite** : lésion inflammatoire ayant comme origine une carie, un traumatisme, une irritation chimique. Dans cette situation, les tests de vitalité sont exacerbés et il n'y a pas d'image radiologique. Le sondage parodontal est normal.

- **Nécrose pulpaire, parodontite apicale aiguë et chronique** : dans ces situations, il y a présence de bactéries intra-canalaires qui migrent au niveau apical et créent une pathologie péri-apicale (aiguë ou chronique).

Les tests de sensibilité sont négatifs. En phase aiguë, la percussion est douloureuse et une image radio-claire peut être visible au niveau de l'apex. Le sondage parodontal est normal.

Dans ces situations la thérapeutique est strictement endodontique.

Pathologies pulpaire ayant une expression parodontale



- **La parodontite apicale aiguë abcédée** : dans cette situation, la pulpe est nécrosée et infectée (ou le traitement endodontique contaminé), l'infection atteint le péri-apex et se draine par le sulcus.

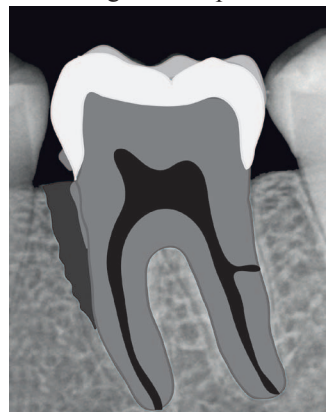
Ce signe d'appel peut faire penser à un abcès parodontal. Le sondage sera cependant ponctuel, étroit (parfois difficile) et le test de sensibilité

négatif. Un cône de gutta percha peut être placé dans la perte d'attache afin d'objectiver la dent causale.

- **Les perforations, résorptions et fractures** : de la même façon, il existera un sondage positif, ponctuel, étroit (parfois difficile) et le test de sensibilité sera négatif (ou la dent traitée endodontiquement). Il faudra alors réaliser le traitement ou retraitement endodontique. En l'absence de guérison, un lambeau d'exploration pourra être réalisé afin de confirmer le diagnostic et proposer une thérapeutique.

Pathologies parodontales

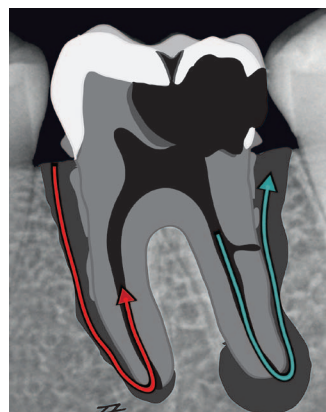
Le sondage sera supérieur à 3 mm, étendu et associé à la présence de plaque, de tartre et d'un saignement.



Le diagnostic différentiel avec une pathologie pulpaire se fera à l'aide du test de sensibilité et de l'examen de la morphologie de la lésion osseuse. La dent répondra positivement aux tests

thermiques ou électriques, la thérapeutique sera donc exclusivement parodontale.

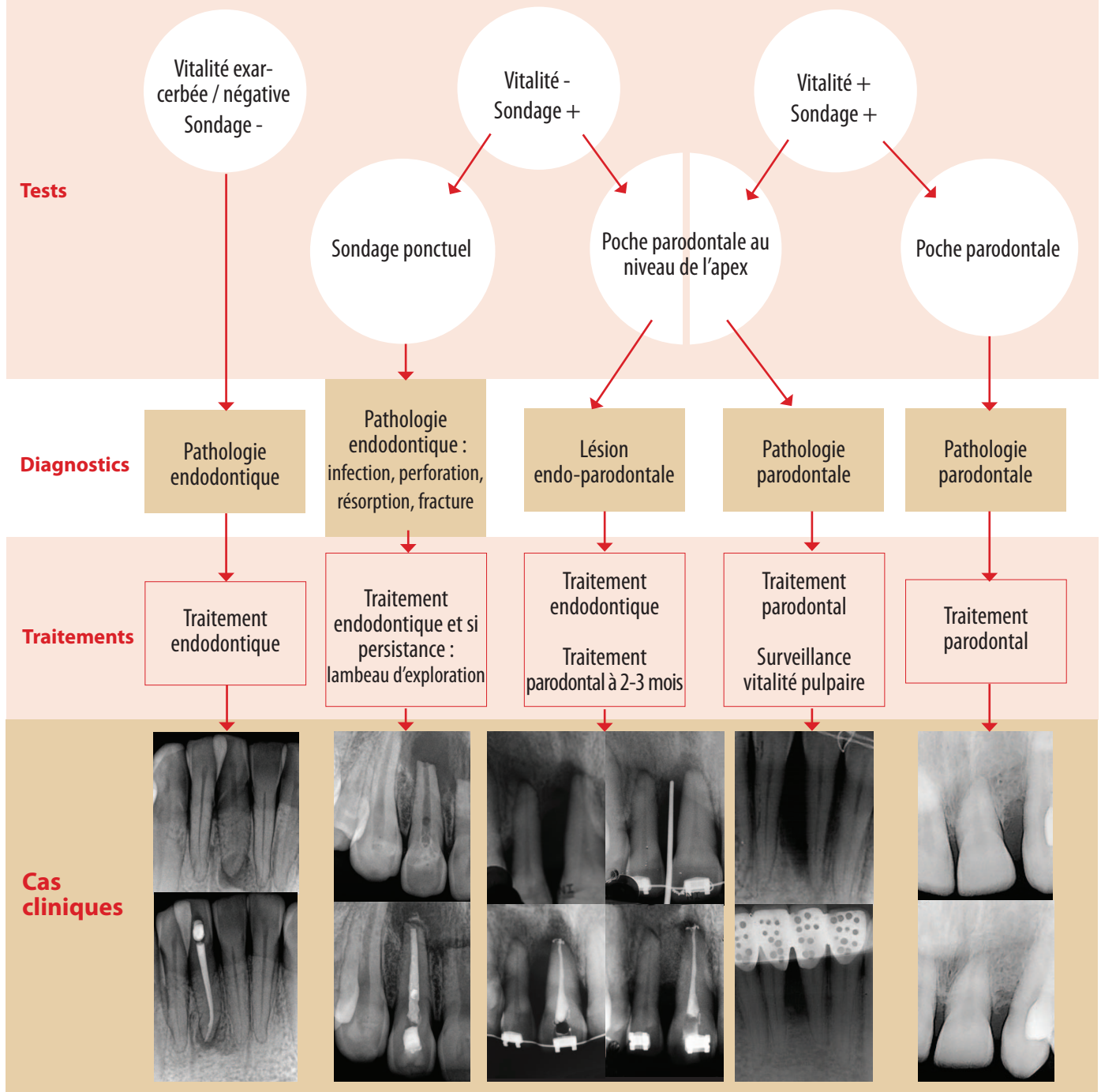
Lésions endodontiques et parodontales combinées



- **Lésion endodontique primaire avec lésion parodontale secondaire**

Dans cette situation, la lésion endodontique se draine par le sulcus entraînant une perte osseuse angulaire. La plaque et le tartre s'accumulent dans

EN RÉSUMÉ



ce défaut et entraînent l'apparition d'une parodontite.

• **Lésion parodontale primaire avec lésion endodontique secondaire**

De façon moins fréquente, une pathologie parodontale sévère peut entraîner la mise en relation de la pulpe avec les éléments pathogènes d'origine parodontale et entraîner une pulpite puis une nécrose.

• **Lésion concomitante : endodontique et parodontale**

Les deux lésions ont évolué de façon concomitante et indépendante puis se sont unifiées.

Dans ce type de lésion, la pathologie primaire est difficile à identifier, l'image radiologique étant la même. La thérapeutique se réalisera toujours de la même façon :

- traitement endodontique
- traitement parodontal avec ou sans régénération tissulaire guidée. ♦

Bibliographie

- 1- ROSTEIN I, SIMON JH. Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. *Periodontol* 2000. 2004;34:165-203.
- 2- BERGENHOLTZ G. Interactions between pulpal and periodontal disease conditions. *Endodontic Topics* 2006, 13, 1-2.
- 3- RUTHERFORD R. B. Chap: Interrelationship of Pulpal and Periodontal Diseases p411-424. *Seltzer and Bender's Dental Pulp* - Quintessence Publishing Co Inc., U.S. 2002
- 4- H. WOLF E & K. RATEITSCHAK. Chap: Parodontite - Endodontie p445- 445. *Parodontologie* - MASSON Paris 2005
- 5- ZEHNDER M, GOLD SI, HASSELGREN G. Pathologic interactions in pulpal and periodontal tissues. *J Clin Periodontol*. 2002 Aug;29(8):663-71.
- 6- OH SL, FOUAD AF, PARK SH. Treatment strategy for guided tissue regeneration in combined endodontic-periodontal lesions: case report and review - *Journal of Endodontics* 2009 Oct;35(10):1331-6.