

David Azaria
Boulogne-Billancourt



Les préalables au traitement endodontique

Préparation difficile, guerre facile. Ce proverbe de la Légion Étrangère peut s'appliquer aussi à l'endodontie, la préparation étant les étapes préalables au temps opératoire proprement dit. Parmi ces étapes, la consultation pré-endodontique qui pourra être réalisée lors du plan de traitement ou d'une consultation diagnostique plus générale. Elle vise à poser l'indication, ou non, du traitement endodontique. Les antécédents, pathologies, médications et allergies devront être renseignés avant le début des soins. Elle comportera également un examen radiographique 2D préopératoire. Un examen radiographique 3D cone-beam pourra être réalisé si nécessaire, dans des cas où il sera justifié et à une dose la plus basse possible. Une anesthésie efficace permettra, en plus d'avoir une dent non sensible lors du soin, de diminuer le stress du patient et du praticien. Une séance plus apaisée entraînera des conséquences positives sur l'issue du traitement. Ces dispositions prises avant de s'intéresser de plus près à la dent à soigner permettront au praticien de se concentrer sur l'objectif principal du traitement endodontique qui est la prévention ou l'élimination de la contamination bactérienne (1-2-3).

Le champ opératoire, notre allié

D'après le dictionnaire Le Robert, l'asepsie est *une méthode préventive, qui s'oppose aux maladies infectieuses en empêchant l'introduction de microbes dans l'organisme*. Cette notion est une de nos préoccupations premières, puisque tout le principe du traitement endodontique repose sur la prévention ou la guérison des pathologies pulpaires ou apicales, qui sont liées directement à la présence des micro-organismes en quantité et en qualité dans le réseau canalair et la zone apicale. La persistance ou l'apport extérieur de micro-organismes lors de la procédure endodontique est d'ailleurs le facteur majeur d'échec des traitements endodontiques. L'asepsie est indissociable de l'antisepsie, qui consiste à éliminer les micro-organismes déjà présents au niveau des tissus (2-4-5-6).

Le champ opératoire, doit permettre d'isoler la dent à traiter du reste de la cavité buccale. Le but est que la feuille épouse les contours de la dent, au-dessus de

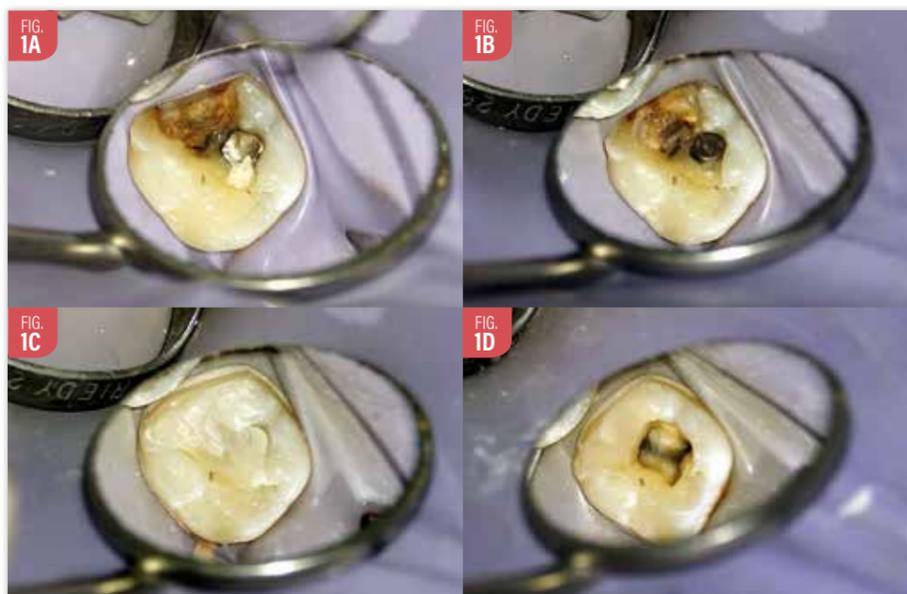
la gencive et assure une étanchéité entre l'intérieur du champ opératoire et l'extérieur. Si nécessaire, de la digue liquide sera utilisée. Elle se présente sous forme de seringue avec un embout fin et long. Elle est déposée sur la zone à étanchéfier, ou même tout autour de la dent, puis photopolymérisée. Elle sera gardée tout au long du traitement jusqu'à la restauration coronaire post-opératoire. Les études montrent une courbe d'apprentissage très rapide pour le temps et la facilité de pose de la digue (7). Le confort de travail pour le praticien y est sensiblement amélioré par la rétraction des tissus mous, l'isolation des fluides buccaux et la prévention de l'ingestion des solutions d'irrigation et des instruments (1). Le confort du patient, parfois réticent les premières secondes, s'en trouve aussi grandement amélioré. Les études montrent même que cette expérience est bien vécue par les patients (8).

De même, le taux de survie des dents traitées sous champ opératoire est supérieur à celles traitées sans (9). Enfin, les consensus des sociétés d'endodontie s'accordent à dire que c'est aujourd'hui un standard de bonne pratique (2-10-11).

L'ergonomie au service de l'asepsie

L'ergonomie et les bonnes habitudes d'asepsie au cabinet jouent aussi un rôle primordial dans la recherche de l'asepsie qui nous incombe (12). Notre ennemi dans ce cas est la contamination croisée, définie comme le transfert de fluides biologiques ou de micro-organismes d'un patient à un autre. Le fait de toucher avec ses gants souillés un instrument qui ne sera pas utilisé au cours du soin peut, par exemple, entraîner une contamination croisée. Pour l'éviter, l'utilisation de matériel rigoureusement stérilisé et mis sous sachets, ou même sous forme de cassettes contenant toute la séquence instrumentale du soin sera très utile (13). Elles permettent de réduire les contacts avec les meubles, les poignées des tiroirs ou les instruments, et donc d'éviter de les contaminer avec nos gants. De même, les contacts avec les téléphones, souris ou claviers d'ordinateurs devront se faire sans gant, suivi d'une friction hydroalcoolique et la mise de gants neufs, pour les praticiens et les personnes qui l'assistent.

La prise de radiographies aussi nécessitera le changement des gants, après la remise du champ opératoire en place. Toutes ces mesures doivent être standardisées, écrites si besoin, pour devenir des protocoles systématiques pour le personnel du cabinet (14-15-16-17). C'est à ce prix que la sécurité sanitaire des patients



a. Le champ opératoire est posé, la dent postérieure a été clampée pour un meilleur accès à la lésion carieuse en distal.
b. Nettoyage de la lésion carieuse et dépose des restes d'obturation. L'excavation a été réalisée à minima, les tissus restants sont affectés mais sains.
c. Une restauration en CVI a été réalisée sur toute la cavité à l'aide d'une matrice et d'un coin de bois, puis un fil rétracteur a été tendu au collet pour repousser la digue.
d. La cavité d'accès a été réalisée à travers le CVI. La cavité doit être la plus conservatrice possible.

pourra être contrôlée, ce qui est une de nos missions de praticiens. Un protocole d'asepsie renforcé, avec changement complet de matériel et d'instruments avant l'obturation endodontique, permet même d'augmenter les taux de succès des traitements (18).

À la fin du traitement la fermeture provisoire ou définitive de la dent traitée devra se faire toujours sous champ opératoire pour éviter une recontamination. Ce continuum endo-restaurateur qui consiste en l'obturation étanche canalair et coronaire est un facteur décisif pour la réussite du traitement (19).

Les différentes étapes du traitement ne doivent pas faire oublier la notion fondamentale de l'endodontie : l'isolation et l'élimination du mieux possible des micro-organismes pour prévenir ou guérir les pathologies pulpaires et péri-apicales.

À retenir

- Le principe fondamental de l'endodontie est l'isolation et l'élimination du mieux possible des micro-organismes pour prévenir ou guérir les pathologies pulpaires et péri-apicales.
- Le champ opératoire est un standard de bonne pratique, et offre beaucoup plus d'avantages que d'inconvénients.
- Le contrôle de l'asepsie au cabinet passe par l'ergonomie et des protocoles d'hygiène rigoureux.



La reconstitution pré-endodontique permet de retrouver quatre parois, d'assurer l'étanchéité au cours du soin et sera gardée en post-opératoire. Un Teflon stérile a été tassé au contact des entrées canalaires, puis un nouveau CVI a été posé à la fin de la séance.

Bibliographie

1. Simon S, Pertot W, Machtou P. Endodontie, JPIO.
2. European Society of Endodontology. Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. International Endodontic Journal, 2006.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr