

La **douleur** d'origine endodontique est le motif de consultation le plus fréquent des patients au cabinet dentaire. Les lésions carieuses, y compris les caries secondaires, représentent la première cause (88 p. 100), viennent ensuite les fractures des cuspidés, l'hypersensibilité du collet et l'occlusion traumatique dentaire. Les douleurs d'origine endodontique entraînent souvent des problèmes d'organisation au cabinet dentaire parce qu'il faut aider le plus vite possible ces patients jusqu'à ce qu'ils n'aient plus mal. Si le dentiste n'atteint pas cet objectif, le patient sera souvent insatisfait de ses compétences professionnelles ! Une des raisons poussant le plus souvent à rechercher un nouveau dentiste est l'incapacité du praticien à faire face rapidement et efficacement à une douleur d'origine endodontique.

Le traitement de la douleur dentaire doit être précédé d'un **diagnostic définitif** qui doit permettre de différencier la pulpite réversible de la pulpite irréversible, de la présence d'une nécrose ou d'une autre pathologie apicale. La douleur dentaire peut être engendrée par la chaleur, le froid ou des aliments et boissons sucrés ou acides. Cette douleur peut être très intense, mais elle est généralement de courte durée.

La **pulpite réversible** se caractérise par très peu de symptômes : sa transition en pulpite irréversible est assez floue et le diagnostic définitif est souvent très difficile. Lors de pulpite réversible, le processus carieux n'a pas encore atteint la pulpe ; certains patients peuvent présenter également une fracture de leur restauration dentaire ou une mise à nu de la dentine.

Dans cette situation, les tests de sensibilité peuvent être positifs et la percussion négative. Sur les radiographies, on peut généralement observer des caries profondes ou une restauration ancienne associée à des caries secondaires. En général, aucune lésion périapicale n'est visible radiologiquement.

Face à ce diagnostic définitif, le dentiste doit réagir en ayant comme objectif de maintenir la vitalité de la dent tout en éliminant la douleur du patient.

La première mesure **thérapeutique** sera donc de déposer toutes les anciennes restaurations et d'éliminer la totalité de la dentine cariée ; **en aucun cas** il ne faudra laisser de carie résiduelle *in situ*. Ce sont les seules mesures qui permettront d'être certain qu'il ne se produira aucune irritation supplémentaire du tissu pulpaire.

Pour empêcher la récurrence des symptômes cliniques douloureux, les procédures cliniques se doivent d'être extrêmement scrupuleuses. Il faut recouvrir la cavité d'une médication temporaire à l'oxyde de zinc-eugéol (ZOE) ayant une faible

teneur en eugéol et sans additifs ; on peut également employer un mélange manuel d'un ciment verre ionomère à faible teneur liquidienne. Il est contre-indiqué d'effectuer une restauration en composite collée (« *total bondig* »), ou d'utiliser des agents de collage dentinaire ou un ciment phosphaté.

La **restauration définitive** ne sera placée que lorsque les symptômes auront disparu depuis 48 heures et consistera en un recouvrement scellé sur une base de ciment biologiquement neutre.

Le coiffage pulpaire direct ou même la pulpotomie (amputation pulpaire) sont contre-indiqués chez les patients présentant de la douleur. Cette approche, lorsqu'elle est employée sans raison valable, ne représente qu'une mesure temporaire.

Si la douleur persiste ou s'accroît, c'est qu'il s'agit de symptômes de **pulpite irréversible**. Dans ce cas, il faut effectuer un débridement complet du canal radiculaire suivi de son obturation.

### Présentation d'un cas

- A** Ce patient présentait une douleur au niveau du segment maxillaire antérieur depuis la mise en place, quatre mois auparavant, de restaurations composites. Ces restaurations pouvaient être facilement soulevées à la sonde exploratrice, révélant des caries visibles qui n'avaient pas été totalement éliminées. Par la suite, ces caries ont été totalement retirées et les cavités ont été remplies d'une restauration temporaire à l'oxyde de zinc-eugéol.
- B** Les dents n'étaient pas sensibles à la percussion. La radiographie montrait un léger élargissement de l'espace du ligament alvéolo-dentaire de l'incisive latérale.
- C** Le lendemain matin, lorsque le patient est venu au cabinet dentaire, il présentait une tuméfaction nette de la région sous-orbitaire droite ; cela indiquait clairement que le diagnostic initial de pulpite réversible n'était pas correct. Cela n'était donc pas possible de maintenir la vitalité des dents impliquées.
- D** Il fut nécessaire d'inciser pour faire sortir le pus. Les jours suivants, le patient ne présentait plus de symptômes.
- E** Deux jours plus tard, les trois canaux radiculaires ont été débridés et remplis d'une médication temporaire intracanalinaire à l'hydroxyde de calcium.
- F** Trois semaines plus tard, comme le patient était toujours asymptomatique, l'obturation définitive des canaux radiculaires a été effectuée.

