**Conduite diagnostique en Odontologie**

**Conservatrice/ Endodontie**

**Introduction**

En odontologie conservatrice, comme dans toutes autres disciplines médicales, il est toujours nécessaire de faire précéder le traitement par l’établissement d’un diagnostic juste et précis basé sur l’intégration des données subjectives et objectives recueillies, permettant une prise en charge globale du malade.

1. **L’accueil du malade**

 Le premier contact entre le praticien et le malade a une importance primordiale dans les rapports que l’un et l’autre auront toute au long du traitement.

1. **L’interrogatoire**

**2.1 L’état civil**

* Nom et prénom.
* Age.
* Sexe
* Date et lieu de naissance.
* Profession.
* Adresse.
* N=° de téléphone.

**2.2 Le motif de la consultation**

En endodontie on trouve surtout :

* La douleur
* Une gêne fonctionnelle
* Un désordre esthétique
* Une désobturation
* Une remise en état de la cavité buccale.
* Une visite périodique.

**2.3 Histoire de la maladie** : on note

* La localisation des symptômes
* Le début et le déroulement des symptômes
* Déroulement clinique
* Circonstance d’apparition.
* Périodicité des symptômes.
* Durée.
* Intensité.
* Fréquence.
* Irradiation

**2.4 L’anamnèse médicale**

C’est l’ensemble des renseignements concernant l’état de santé générale du malade fournis par le malade ou par son entourage.

1. ***Les antécédents généraux***
* Pour faciliter le diagnostic et mieux comprendre l’évolution de la maladie, pour mener à bien un traitement, pour porter avec plus d’assurance un pronostic, il faut savoir si le patient présente un état général satisfaisant.
* Les conditions physiques du patient, l’histoire de son passé médical ou les médications auxquelles il peut être soumis, peuvent avoir des implications susceptibles de modifier le cours habituelle du traitement.
1. ***Les antécédents médicamenteux***
2. ***Les antécédents locaux***
3. **Examen exo buccal**

Comprend deux étapes

\* Inspection: les éléments sont

 - La symétrie faciale

 - Aspect et coloration des téguments

\* Palpation : se déroule en trois étapes : -Palpation des muscles

- Palpation des ATM

- Palpation des chaînes ganglionnaires

***Palpation des muscles masticateurs : -*** Le temporal

- Le masséter

**4. Examen intermédiaire**

* Amplitude d’ouverture
* Chemin de fermeture
* Examen de l’occlusion
* Examen statique :
	+ Stomion
	+ La ligne inter-incisive
	+ Over jet
	+ Over bite

**5. Examen endobuccal**

* Hygiène bucco-dentaire
* salive

***5.1 Examen des tissus mous***

 - Etat des gencives

 - Etat des muqueuses

 - Le plancher buccal

 - La Langue

 - Le palais

 - Le vestibule

***5.2 Examen des tissus durs***

* Indice CAO

 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

* Les fractures, Les fêlures
* Les anomalies de forme, de position, et de nombre.
* Les dents abrasées, dents mobiles, état des restaurations

***5.3 Examen de la dent causale***

***a) Signes subjectifs***

 On note les caractères des symptômes

 - La douleur provoquée ou spontanée

 - Facteurs déclenchant.

 - Intensité

 - Localisation.

 - Durée

 - Si elle est calmée par la prise des antalgiques ou non

***b) Signes objectifs***

*De visu : Classe, Coloration, Contenu, Profondeur*

*In situ*

 *-inspection: rougeur, œdème , collection purulente*

 *- Palpation*

 *- Tests de vitalités: Test au froid*

 *Test au chaud*

 *Test électrique*

 *Test au fraisage (Cavité)*

 *- Test a la percussion*

 *- Test a la pression*

 *- Test de morsure*

 *- Transillumination*

 *- Anesthésie sélective.*

 *Examens complémentaires: la radiographie, prélèvement pour antibiogramme*

**6. Diagnostic**

Il convient de faire un diagnostic différentiel avant de poser un diagnostic positif

C’est un procédé au cours duquel on élimine les affections présentant une similitude partielle dans leurs tableaux cliniques avec celles que recherche à identifier le praticien.

**7. Plan de traitement**

Une fois le diagnostic établi, le praticien pose l’indication thérapeutique divisé en 4 phases :

-Traitement général: si le patient présente une maladie d’ordre générale

-Traitement initial: motivation du patient à l’HBD, méthodes de brossage

- Traitement global : orientation vers les autres services si nécessaires.

- traitement spécifique : traitement de la dent suivant le diagnostic posé

**8. Pronostic**

- Destiner à évaluer les possibilités de guérison.

- Plusieurs paramètres peuvent contribuer à cette évaluation notamment :

 -Motivation du patient.

 -Stade d’atteinte de l’organe dentaire.

 -Précocité de la consultation.

 -Qualité du traitement

9. **Les outils et méthodes de diagnostic en odontologie conservatrice**

**9.1 L'examen visuel**

* Implique le nettoyage et le séchage des surfaces dentaires.
* Il est sous la dépendance du facteur examinateur.
* Les critères utilisés sont les modifications de teinte

|  |  |
| --- | --- |
| Score | Critères  |
| 0 | **Absence ou léger changement de la translucidité de l’email après séchage prolongé > 5 sec** |
| 1 | **Opacité ou discoloration difficilement visible au niveau d’une surface humide mais distinguée visiblement après séchage**  |
| 2 | **Opacité ou discoloration nettement visible sans séchage** |
| 3 | **Présence d’une cavité amelaire au niveau d’un email opaque coloré et ou discoloration grisâtre de la dentine sous- jacente** |
| 4 | **Cavité au niveau d’un email opaque ou décolorée exposant la dentine**  |

**Critères utilisés lors de l’examen visuel pour le diagnostic de la carie d’après CORTES et coll 2000**

**9.2 Le passage du fil**

* Le passage du fil dentaire non ciré détecte les cavitations proximales.
* Pour des lésions débutantes non cavitaires le fil n'est d'aucune utilité diagnostique.

**9.3 Les tests thermiques**

* Constituent un élément déterminant de l'état pulpaire.
* Comportent le test au froid et le test au chaud.

**9.4 Le test à la pression**

* Ce test nous renseigne sur la profondeur de la cavité de carie et sa proximité du plafond pulpaire.
* Il est réalisé en appliquant délicatement au fond de la cavité, avec une certaine pression, une boulette de coton tenue avec la précelle.

**9.5 EPT (*ELECTRIC PULP TESTING)***

**9.6 Le test de cavité (stimulation dentinaire direct ou test au fraisage)**

**9.7 Test à la percussion**

Percussion verticale ; renseigne sur l’état de santé du parodonte

Percussion horizontale : altération desmodontale, ébranlement pulpaire

**9.8 Test du cône de Gutta (Test du tracé fistulaire)**

**9.9 La palpation**

La palpation des tissus mous en regard des apex des racines dentaires par l’index permet la détection des enflures ou des tuméfactions résultant d’une pathologie pulpaire

**9.10 Test de la mobilité dentaire**

* La mobilité dentaire peut être mise en évidence soit:

=>En faisant bouger la dent vers la face vestibulaire/linguale ou palatine.

=>En plaçant l’index sur la face linguale et on applique une force latérale à l’aide d’un instrument.

**9.11 Test de morsure**

**9.12 L'anesthésie sélective**

* L’administration d’une anesthésie locale (intraligamentaire) => le patient est incapable de reconnaitre la dent causale=> Tous les autres tests sont équivoques.

**9. 13 La radiographie**

**Elle permet d’apprécier:**

* L’existence de dissolution de continuité amélaire dentinaire ou cémentaire
* La profondeur et les rapports avec la pulpe.
* Les restaurations iatrogènes.
* Les calcifications canalaire.
* Les fractures radiculaires.
* Les résorptions et les réactions apicales**.**

**9.14 Fluorescence laser**

* Cette méthode est basée sur la mesure de la fluorescence induite par les dents après irradiation lumineuse afin de différencier entre le tissu carié et le tissu sain.
* Le principe de détection est basé sur le changement des propriétés physiques induites par les lésions carieuses, parce qu’il y a plus d’eau dans une lésion carieuse que dans le tissu sain.
* **Le DIAGNOdent :** C’est un appareil qui émet une lumière rouge de longueur d'onde de 655 nm véhiculée par un embout angulé comprenant une fibre centrale, autour de cette fibre centrale, des fibres additionnelles concentriques reliées au boîtier sont chargées de recueillir la lumière fluorescente rétro-diffusée et de la quantifier
* De par sa capacité à détecter les lésions amélaires, le système DIAGNOdent doit encourager le traitement préventif des lésions carieuses et pas uniquement la seule localisation des lésions carieuses nécessitant une restauration. Enfin, grâce à sa bonne reproductibilité, il permet le suivi dans le temps ou monitoring des lésions carieuses et évaluation de l’impact des thérapeutiques préventives mises en œuvre.
* **La fluxmètrie par laser Doppler(FLD)**

****

****

****

**9.15 La Transillumination**

Cette méthode consiste appliquer une source lumineuse perpendiculairement sur la dent à examiner, la présence de fêlures ou caries est recherchée par transillumination.

***9.15.1 Transillumination par fibre optique simple (FOTI)***

L’illumination est délivrée via les fibres d’une source lumineuse halogène placée au niveau de la surface dentaire*.*

***9.15.2 Transillumination par fibre optique avec imagerienumérique DIFOTI* (Digital imagining fibre optic transillumination)**

* Ce système est basé sur l’utilisation d’une lumière de radiation visible et non ionisante.
* La brillance sur l’image provient de la combinaison de la transmission élevée au niveau de l’émail(par rapport à la dentine) et des vides causés par la perte structurelle de la densité amélaire.

**9.16. Les aides optiques**

**9.16.1 Le microscope opératoire**

* **Avantages**

- Vue parfaite

-Variation possible de grossissement

-Traitement endodontique amélioré

-Documentations iconographiques-

* **Inconvénients**

**-**Phase d’apprentissage longue

- Surface opératoire petite

**9.16.2 Loupes binoculaires**

* **Avantages**

**-** Améliore la vision

- Surface de travail variable

* **Inconvénients**

**-** Grossissement fixe

- Poids

- Position moins ergonomique vue la position courbe de la nuque

**Conclusion**

* L’examen clinique est une étape très importante dans la prise en charge du malade.
* Il faut lui consacrer le temps nécessaire pour établir un diagnostic juste afin d’aboutir à une approche thérapeutique efficace**.**

**Bibliographie**

1. Hennequin M, Lasfargues JJ. La démarche diagnostique en cariologie. Réalités Cliniques (1999); 10:515-539.
2. Lasfargues JP, Kaleka R, Louis JJ. Le concept SISTA, un nouveau guide thérapeutique en cariologie. RéalitésCliniques (2000); 11:103-122.
3. Lussi A. Comparison of different methods for the diagnosis of fissure caries without cavitation. Caries Res (1993);27:409-416.
4. 1Mount GJ, Hum WR. A revised classification of carious lesions by site and size. Quintessence Int (1997);28:301-303.
5. Mount GJ, Tyas MJ, Duke ES, Lasfargues JJ and Kaleka R, Hume WR. A proposal for a new classification of lesions of exposed tooth surfaces. Int Dent J (2006); 56:82-91.
6. Pitts NB. Diagnostic methods for caries: what is appropriate, when? J Dent (1991); 19:377-382.
7. Vaarkamp J, Tenbosch J, Verdonschol EH, Bronkhorste M. The real performance of bitewing radiography and fiberoptictransillumination in approximal caries diagnosis; J Dent Res (2000); 79:1747-1751.
8. Verdonschot EH, Bronkhorst EM, Burgersdijk RC, Konig KG, Schaeken MJ, Truin GJ. Performance of some diagnosticsystems in examinations for small carious lesions. Caries Res (1992); 26:59-64.