

Point de service

La rubrique «Point de service» du JADC répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Si vous êtes intéressé à répondre à une question ou à en soumettre une, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

Question 1 Comment dois-je diagnostiquer une ostéoarthropathie dégénérative de l'articulation temporo-mandibulaire (ostéoarthrite dégénérative)?

L'ostéoarthrite dégénérative est l'une des arthrites les plus courantes de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM). Même si le terme «ostéoarthropathie dégénérative» est souvent employé comme synonyme d'ostéoarthrite dégénérative, il s'agit simplement d'un terme descriptif qui n'identifie pas la cause de la maladie qu'il désigne. On pense que l'ostéoarthropathie dégénérative de l'ATM est la manifestation d'un déséquilibre entre les réponses adaptatives, c'est-à-dire le remodelage, et les réponses non adaptatives, c'est-à-dire la dégénérescence. Lorsqu'une dégénérescence osseuse active et une douleur accompagnent la maladie, on la désigne souvent sous le nom d'ostéoarthrite dégénérative. À mesure que progresse le remodelage osseux, la maladie se stabilise et elle est souvent appelée ostéoarthrose.

En général, de 8 % à 12 % des patients atteints d'un problème temporo-mandibulaire qui se présentent à notre clinique reçoivent un diagnostic d'ostéoarthropathie dégénérative. Une grande proportion des patients se compose de femmes depuis la post-puberté jusqu'à la pré-ménopause. L'atteinte peut siéger latéralement ou bilatéralement. Typiquement, il y a une phase de destruction qui dure environ de 12 à 18 mois, suivie d'une phase de réparation et de guérison qui dure également entre 12 et 18 mois, après quoi la maladie se résorbe d'elle-même. Ce modèle pathologique est fort différent de celui qu'on observe dans l'ostéoarthrite dégénérative des autres articulations (p. ex., celle du genou), qui touche surtout les femmes et les hommes d'un certain âge et dans laquelle le processus dégénératif progresse souvent au point d'entraîner une incapacité et un remplacement articulaire.

Parmi les facteurs étiologiques, on compte le trauma aigu, notamment par coup direct sur le menton, la surcharge mécanique de l'articulation et l'atteinte intra-articulaire, en particulier avec difformité et perforation du disque articulaire. L'occlusion reste à prouver comme facteur causal, même si des modifications occlusales secondaires peuvent accompagner les altérations dégénératives de l'ATM.

Parmi les manifestations cliniques importantes de la dégénérescence active, on compte la limitation du mouvement de la mandibule, la douleur articulaire fonctionnelle, la sensibilité secondaire à la palpation des capsules de l'ATM et des muscles masticatoires ainsi que la crépitation articulaire, caractéristiques qui ne se retrouvent cependant pas chez tous les

patients. Par exemple, même si la crépitation articulaire est un bon prédicteur de l'ostéoarthropathie dégénérative, certaines ATM ainsi touchées ne se révèlent pas crépitanter à l'examen.

Les techniques d'imagerie évoluées sont nécessaires pour poser un diagnostic définitif. L'imagerie en cliché panoramique et en cliché simple, notamment les projections transcrâniennes, transpharyngées et transorbitales, peuvent révéler des modifications grossières de l'ATM, mais ces méthodes sont d'une valeur limitée pour le diagnostic en raison de la superposition anatomique, de l'angulation du faisceau et des problèmes d'agrandissement qui empêchent un affichage précis des composantes osseuses. La tomographie, en particulier la tomographie à correction axiale, est considérée comme une méthode idéale pour l'évaluation des composantes osseuses de l'ATM. La tomographie volumétrique à faisceau conique, qui fait appel à l'ordinateur pour créer des images en 3 dimensions anatomiquement précises, a récemment été mise à la disposition du personnel médical. Le balayage tomographique à faisceau conique moyen non seulement produit des images détaillées et exemptes de distorsions des composantes osseuses de l'ATM, mais entraîne aussi une dose de radiation considérablement inférieure à celle qui est produite avec la tomographie traditionnelle et avec la tomographie informatisée.

L'illustration 1 montre une image tomographique à correction axiale de l'ATM gauche (en vue sagittale) d'une fillette de 11 ans recommandée à notre clinique en mai 1999. La perte osseuse perceptible et la forme irrégulière du condyle gauche se révèlent avec une clarté évidente par rapport au côté droit de l'ATM, qui est normal (ill. 2). La patiente a reçu pour traitement un appareil de stabilisation nocturne expressément conçue pour assurer une stabilité orthopédique, du sulfate de glucosamine (1000 mg 2 fois par jour) et un analgésique pendant les périodes symptomatiques. Elle a été réévaluée à des intervalles de 8 à 12 semaines. Deux ans plus tard, on constate que l'ATM présente un remodelage condylien ainsi qu'un aplatissement et une sclérose de la racine transverse de l'apophyse zygomatique (ill. 3). En août 2004 (ill. 4), un remodelage osseux supplémentaire et une réduction de la taille du condyle sont évidents, mais les radiographies récentes en cause ici ont été interprétées comme si elles ne montraient aucun signe supplémentaire de dégénérescence active (il y a eu extinction de la maladie). La patiente est maintenant tout à fait

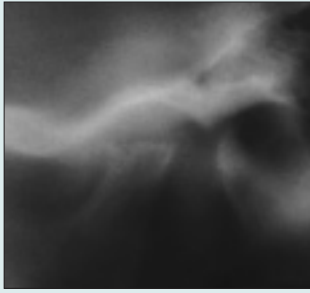


Illustration 1 : Dégénérescence osseuse active de l'articulation temporomandibulaire (ATM) gauche.



Illustration 2 : Les structures du côté droit de l'ATM sont normales.



Illustration 3 : Le côté gauche de l'ATM montre un remodelage condylien, un aplatissement et une sclérose de la racine transverse de l'apophyse zygomatique.

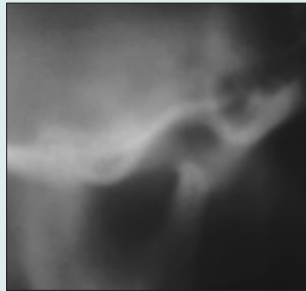


Illustration 4 : Dégénérescence terminale du côté gauche de l'ATM.

consommer du sulfate de glucosamine, supplément alimentaire dont on a montré dans nos propres recherches cliniques qu'il s'agit d'un adjuvant pharmacologique utile pour les adultes atteints d'une ostéoarthropathie dégénérative de l'ATM. ♦

Lectures suggérées

Baba K, Tsukiyama Y, Yamazaki M, Clark GT. A review of temporomandibular disorder diagnostic techniques. *J Prosthet Dent* 2001; 86(2): 184-94.

Brooks SL, Brand JW, Gibbs SJ, Hollender L, Lurie AG, Omnell KA, and others. Imaging of the temporomandibular joint: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 83(5):609-18.

Kamelchuk LS, Major PW. Degenerative disease of the temporomandibular joint. *J Orofac Pain* 1995; 9(2):168-80.

Pharoah M, Petrikowski G. Imaging temporomandibular joint disorders. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am* 2001; 13(4):623-38.

Thie NM, Prasad, NG, Major, PW. Evaluation of glucosamine sulfate compared to ibuprofen for the treatment of temporomandibular joint osteoarthritis: a randomized double blind controlled 3 month clinical trial. *J Rheumatol* 2001; 28(6):1347-55.

asymptomatique. Étant donné la stabilisation des composantes osseuses et des symptômes, la patiente sera réévaluée par notre équipe multidisciplinaire afin de décider si un traitement orthodontique et chirurgical visant à corriger une relation occlusale instable du point de vue orthopédique est indiqué.

Une fois confirmé le diagnostic d'ostéoarthropathie dégénérative, le traitement comprend, dans la mesure où c'est indiqué, une éducation du patient qu'on doit rassurer amplement sur le fait que la maladie est spontanément résolutive, des instructions pour l'auto-traitement des problèmes temporomandibulaires (p. ex., régime composé d'aliments mous, réduction des habitudes parafunctionnelles), une physiothérapie pour faciliter la mobilité articulaire, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), de préférence des inhibiteurs de la cyclo-oxygénase-2, dont il existe actuellement 3 variétés sur le marché canadien (il est à noter que beaucoup d'anti-inflammatoires non stéroïdiens vendus sans ordonnance et utilisés chroniquement nuisent à la guérison articulaire), des opiacés à longue durée d'action et un traitement à long terme avec un appareil de stabilisation nocturne pour ramener la stabilité orthopédique ou la maintenir. Les injections intra-articulaires de stéroïdes et l'arthrocentèse sont indiquées chez certains patients, mais elles se sont rarement révélées nécessaires dans notre expérience. On conseille à la plupart des patients de



Le Dr Darrell Boychuk est résident de la Clinique sur la douleur buccofaciale et les PTM, Département de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta).



Le Dr Norman Thie est directeur de la Clinique sur la douleur buccofaciale et les PTM, Département de médecine dentaire, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta). Courriel : nthie@ualberta.ca.

Les auteurs tiennent à remercier le Dr Ernie Lam pour ses commentaires et Donna Hurd, responsable de la clinique, pour son aide à la rédaction du document.

Pour plus d'information sur le programme de résidence sur les problèmes temporomandibulaires et la douleur buccofaciale de l'Université de l'Alberta, communiquez avec le Dr Thie ou visitez le site Web du département de médecine dentaire à www.dent.ualberta.ca.

Question 2 Le localisateur d'apex électronique est-il utile en endodontie?

Le but du traitement endodontique orthograde est de nettoyer, de mettre en forme, de désinfecter et d'obturer, par voie chimio-mécanique, l'ensemble du canal radiculaire, en préparation d'une restauration coronaire saine. En général, le fait de limiter l'emploi des instruments, l'irrigation et l'obturation au canal radiculaire (et d'éviter ainsi les tissus périapicaux) permet de réaliser un traitement de canal moins désagréable et dont les résultats sont plus prévisibles. Ceci n'est toutefois possible que si la longueur de l'espace canalaire (c.-à-d. la position du terminus apical) est déterminée de façon précise.

Selon nous, le terminus apical du canal se trouve à la jonction des tissus parodontaux et pulpaire. Théoriquement (et schématiquement), ce point a souvent été représenté par la «constriction apicale» de la racine, ce qui peut ou non coïncider avec la jonction cémento-dentinaire (ill. 1). En réalité, toutefois, la morphologie de la constriction apicale, de même que sa position par rapport au foramen apical et à l'apex radiographique, varient considérablement.

Un certain nombre de méthodes ont été utilisées pour déterminer la longueur de travail, notamment la sensation tactile, la présence de sang ou de liquide sur une pointe de papier et la radiographie. Les cliniciens se basent sur cette information, et sur leurs connaissances de l'anatomie de l'apex de la racine, pour estimer la position de la constriction apicale. Malheureusement, les radiographies n'offrent pas toujours une représentation fidèle de l'anatomie apicale, à cause par exemple de la superposition des structures anatomiques, de la densité osseuse ou de la minceur des apex radiculaires, des courbures hors du plan radiographique et des variations dans l'interprétation de l'opérateur. Ajoutons à cela les dépôts de ciment, les particularités anatomiques et l'obliquité de la radiographie qui peuvent aussi fausser l'interprétation.

Les localisateurs d'apex électroniques ont été mis au point pour faciliter la détermination de la position exacte de la

constriction apicale. Depuis l'introduction des instruments de première génération en 1969, la fiabilité, l'efficacité et la polyvalence de ces instruments n'ont cessé de s'améliorer grâce aux progrès de la technologie et, aujourd'hui, les instruments de quatrième génération peuvent déterminer la position de la constriction apicale avec une précision atteignant 96 %. De plus, ces instruments ne sont généralement pas sensibles aux liquides présents dans le canal et ils conviennent à tous les types de limes.

Ces instruments très précis comportent cependant des limites et ils doivent être utilisés avec soin. Des lectures erronées peuvent ainsi se produire, si une ou plusieurs des conditions suivantes sont réunies :

- contact de la lime avec la carie ou la restauration métallique
- inondation de la chambre de dents pluriradiculaires par l'irrigant (en particulier si l'irrigant est électro-conducteur)
- absence de perméabilité apicale
- large diamètre apical (porter une attention particulière s'il y a résorption, apicectomie ou développement insuffisant au niveau de la constriction apicale)
- présence de canaux latéraux, de croisements canaux ou de perforations
- difficultés techniques, par exemple une pile faible ou des connexions défectueuses.

Il semble par ailleurs qu'il serait prudent d'éviter les localisateurs d'apex électroniques chez les patients qui ont un stimulateur cardiaque, même si les données laissant croire à des problèmes possibles demeurent non concluantes.

Utilisé judicieusement, le localisateur d'apex électronique offre de nombreux avantages, dont le plus important est sa précision, parfois supérieure à celle de la radiographie. Les traitements endodontiques peuvent alors être pratiqués d'une manière plus efficace et avec moins d'inconfort pour le patient, car ils requièrent moins de radiographies et ceci permet, en retour, de réduire l'exposition du patient aux rayonnements. Ce dernier avantage est particulièrement bénéfique pour les femmes enceintes, les patients sous sédation ou souffrant d'un handicap physique et les jeunes patients. Ces instruments peuvent aussi aider le clinicien à faire la distinction entre les perforations et les canaux.

En résumé, nous estimons que la fiabilité et la précision des localisateurs d'apex électroniques en font des compléments utiles en endodontie. Ces instruments aident à déterminer la position exacte de la constriction apicale et donc à mesurer la longueur de travail. Quant à la radiographie, elle a l'avantage de montrer la courbure du canal, en plus de procurer une preuve médico-légale à l'appui du traitement. La combinaison de ces 2 techniques offre donc le meilleur moyen d'assurer une prise en charge réussie.

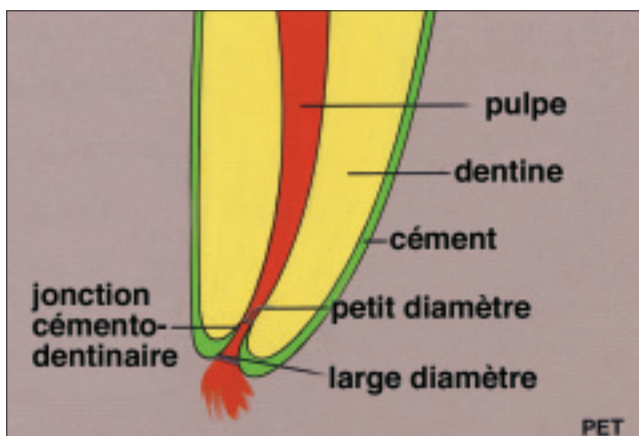


Illustration 1 : Anatomie de l'apex de la racine.



Le Dr Tom Iwanowski exerce dans un cabinet privé à Gatineau (Québec). Courriel : tomiwanowski@videotron.ca.

Le Dr Paul Teplitsky est professeur, Collège de médecine dentaire, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan).

Lectures suggérées

- Fouad AF, Reid, LC. Effect of using electronic apex locators on selected endodontic treatment parameters. *J Endod* 2000; 26(6):364-7.
- Gordon MP, Chandler, NP. Electronic apex locators. *Int Endod J* 2004; 37(7):425-37.
- Lauer R, Lutz F, Barbakow F. An in vivo comparison of gradient and absolute impedance electronic apex locators. *J Endod* 1996; 22(5): 260-3.
- Serota KS, Barnett. The new era of foraminal location. *Oral Health* 2004; 48-54.
- Welk, AR, Baumgartner JC, Marshall JG. An in vivo comparison of two frequency-based electronic apex locators. *J Endod* 2003; 29(8):497-500.

Question 3 Est-il préférable de dispenser les traitements endodontiques en une seule ou en plusieurs visites?

Il semble que les traitements endodontiques orthogrades complétés en une seule visite gagnent en popularité. Bien que ces traitements soient techniquement réalisables à la condition d'avoir suffisamment de temps, il faut se demander si une telle approche est prudente dans tous les cas.

Cette tendance en faveur des traitements dispensés en une seule visite est liée aux avantages considérables qui peuvent en découler, à la fois pour le clinicien et le patient :

- Efficacité : Le dentiste n'a pas à se familiariser de nouveau avec l'anatomie ou les repères anatomiques particuliers du patient.
- Commodité : Le patient n'a pas à subir l'inconfort répété lié aux anesthésies locales, aux procédures de traitement et au rétablissement postopératoire.
- Économie : La réduction de la durée en salle opératoire et des matériaux utilisés rend le traitement plus rentable pour le dentiste. Quant au patient, il n'a pas à s'absenter autant du travail, et les coûts connexes, comme les frais de transport et de stationnement, sont moindres.
- Prise en charge du patient : La plupart des patients préfèrent que le traitement soit complété le plus rapidement possible. Les traitements en une seule visite sont particulièrement bénéfiques pour les patients anxieux et ils sont même indiqués, dans certains cas, pour des questions de santé (p. ex., lorsqu'une antibiothérapie prophylactique ou une sédation est requise).
- Facteurs liés à la restauration : Le parachèvement rapide du traitement endodontique est parfois nécessaire pour permettre la mise en place immédiate d'une restauration coronaire (la mise en place immédiate d'un tenon radiculaire contribue au succès du traitement en assurant un scellement coronaire hermétique).

Ces avantages, bien qu'intéressants, ne seraient toutefois pas déterminants si les résultats cliniques étaient compromis ou si l'incidence de la douleur ou de l'œdème postopératoires augmentait. À cet égard, plusieurs études ont comparé le taux de succès des traitements endodontiques en une seule ou en plusieurs visites et la douleur qui y était associée, dans les 2 catégories de cas suivantes :

- Catégorie 1 : Dents à pulpe vivante non infectées et dents traumatisées à pulpe non vivante, sans signe de périodontite apicale
- Catégorie 2 : Dents infectées avec signes de périodontite apicale (radiotransparence de la zone périapicale, œdème, exsudat).

Les cas de la catégorie 1 peuvent être traités d'une manière prévisible en une seule visite, à la condition que l'isolement de la dent par des moyens mécaniques, que l'irrigation avec de l'hypochlorite de sodium, que l'obturation canalaire et que la restauration coronaire puissent se faire le plus rapidement possible. Les instruments rotatifs ont rendu cette démarche moins fastidieuse. Les instruments rotatifs en nickel-titane permettent en effet d'obtenir un meilleur taux de succès et de réduire les problèmes d'exécution (comme le redressement du canal), même entre les mains d'opérateurs moins expérimentés.

S'il y a infection (catégorie 2), il faut procéder immédiatement à la désinfection des canaux. Selon les données actuelles, l'instrumentation mécanique et l'irrigation par une solution d'hypochlorite de sodium devraient être complétées à la première visite, puis un mélange d'hydroxyde de calcium et de chlorhexidine devrait être laissé en place dans le canal, pendant 1 à 4 semaines. L'obturation canalaire peut être faite lorsque les symptômes cliniques (douleur, œdème) disparaissent et qu'il n'y a plus d'exsudat dans la région apicale.

La présence de bactéries est déterminante dans les maladies endodontiques. Kakehashi et coll. ont en effet montré que le processus de guérison se déroulait de façon prévisible, en l'absence d'infection. Donc, lors du traitement de dents à pulpe vivante non infectées et exemptes de bactéries, il faut maintenir un milieu aseptique pour éviter l'introduction de micro-organismes dans le canal radiculaire, et de pareils cas devraient être traités en une seule visite. On ne s'entend par contre pas sur le traitement à privilégier s'il y a infection, car on se demande s'il est possible d'assurer un nettoyage et une désinfection adéquats en une seule visite. Si l'on se fie aux données actuelles, seule la combinaison d'un nettoyage et d'une mise en forme mécanique efficaces, de l'irrigation et de l'application d'un médicament antibactérien intracanalair (p. ex., l'hydroxyde de calcium) peut contribuer à réduire les bactéries dans une proportion de 90 % à 100 %. Or, une telle réduction semble possible par l'application d'un protocole échelonné sur plusieurs visites. Enfin, bien que le succès du traitement s'améliore si l'obturation canalaire n'est pratiquée que lorsque le canal est exempt de bactéries, on ignore les effets d'une obturation pratiquée alors que persistent certaines bactéries.

Un traitement en plusieurs visites devrait être envisagé dans les situations suivantes :

- dents asymptomatiques à pulpe non vivante, avec pathologie périapicale sans relation sinusale
- dents présentant des anomalies anatomiques
- cas de la catégorie 2
- la plupart des reprises de traitement
- patients souffrant de nombreuses allergies ou ayant déjà souffert de poussées actives.

La prévention et l'élimination de la périodontite apicale sont les 2 objectifs qui définissent la discipline de l'endodontie. Lorsque le clinicien aura déterminé le meilleur moyen de parvenir à ces objectifs, la décision quant à savoir si le traitement doit être dispensé en une ou plusieurs visites ira de soi. ♦

Le Dr Robert Munce exerce dans un cabinet privé d'endodontie à Burlington (Ontario). Courriel : enduman@pppoe.ca.

Le Dr Paul Teplitsky est professeur, Collège de médecine dentaire, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan).

Lectures suggérées

- Card S, Sigurdsson A, Orstavik D, Trope M. The effectiveness of increased apical enlargement in reducing intracanal bacteria. *J Endod* 2002; 28(11):779-83.
- Haas M. Point of Care — Question 3. *J Can Dent Assoc* 2004; 70(3):187-8.
- Takehashi S, Stanley HR, Fitzgerald RJ. The effect of surgical exposures of dental pulps in germ-free and conventional laboratory rats. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1965; 20:340-9.
- Kerekes K, Tronstad L. Long-term results of endodontic treatment performed with a standardized technique. *J Endod* 1979; 5(3):83-90.
- Mulhern JM, Patterson SS, Newton CW, Ringel AM. Incidence of postoperative pain after one appointment endodontic treatment of asymptomatic pulpal necrosis in single rooted teeth. *J Endod* 1982; 8(8):370-5.
- Oliet S. Single-visit endodontic therapy. *J Endod* 1983; 9:4-7.
- Trope M, Bergenholtz G. Microbiological basis for endodontic treatment: can a maximal outcome be achieved in one visit? *Endodontic Topics* 2002; 1(1):40-53.
- Trope M, Delano O, Orstavik D. Endodontic treatment of teeth with apical periodontitis: single vs. multivisit treatment. *J Endod* 1999; 25(5): 345-50.
- Walton R, Fouad A. Endodontic interappointment flare-ups: a prospective study of incidence and related factors. *J Endod* 1992; 18(4):172-7.

Question 4 Devrait-on prescrire des antibiotiques avec un traitement endodontique? Le cas échéant, quels sont les régimes médicamenteux recommandés?

Lutte contre les infections endodontiques

Les antibiotiques sont rarement nécessaires¹; ils sont d'ailleurs souvent prescrits de manière inappropriée dans les situations où existent une inflammation (p. ex., une pulpite) ou une infection avec site de drainage (p. ex., les voies sinusales)². Pour traiter efficacement une infection endodontique, il faut plutôt accéder à la dent touchée, la débrider et la médicamenteusement afin de favoriser le drainage, avant de désinfecter le canal radiculaire (ill. 1a à 1c; 2a à 2c). Lorsque l'infection s'étend au-delà des racines, entraînant une enflure locale des tissus, on peut pratiquer une incision pour drainer le siège de l'infection et atténuer la pression³. Les antibiotiques devraient être envisagés dans les situations suivantes :

- L'immunité du patient est compromise et sa santé est médiocre.
- L'infection s'étend et s'est généralisée.
- L'enflure continue à s'étendre malgré les tentatives de désinfecter le système canalaire et d'instaurer le drainage.

Sélection d'un antibiotique

Divers facteurs doivent être pris en considération dans le choix de l'antibiotique le plus approprié, y compris les antécédents du patient quant aux allergies médicamenteuses et aux réactions indésirables, la gravité de l'infection et l'état général de la santé du patient⁴.



Illustration 1a : Radiographie préopératoire de la dent 21 présentant un abcès périapical aigu.

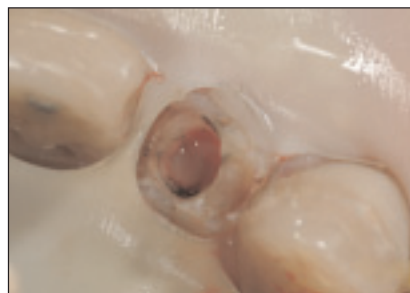


Illustration 1b : Le pilier, le tenon préfabriqué et le matériau d'obturation radiculaire à base de gutta-percha ont été enlevés de la dent.

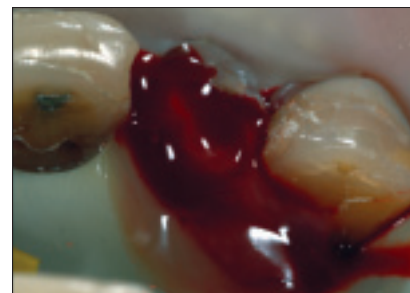


Illustration 1c : Drainage d'une quantité considérable de pus par l'ouverture d'accès. Aucun antibiotique n'a été nécessaire dans la prise en charge de ce cas.



Illustration 2a : Drainage des sinus par le biais de la gencive palatine de la dent 26.

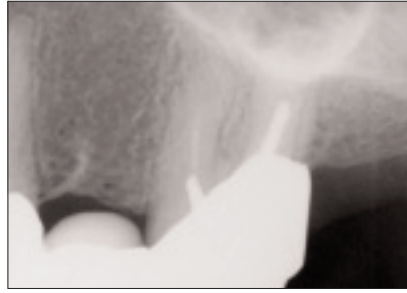


Illustration 2b : La radiographie suggère que le canal radiculaire a été mal débridé et nettoyé. Les bactéries présentes dans les racines sont contributives à la formation de l'abcès radiculaire chronique. Un nouveau traitement endodontique devra être effectué et les canaux débridés de manière chimiomécanique. L'hydroxyde de calcium servira de médicament intracanal.



Illustration 2c : La gencive palatine au moment de l'obturation (2 semaines plus tard). Le tissu mou a complètement guéri après le débridement et la désinfection du système canalair. Aucun antibiotique n'a été nécessaire pour traiter le patient.

La pénicilline VK a un coût faible et un spectre d'activité bactéricide étroit; elle n'a virtuellement aucun effet indésirable significatif en l'absence d'allergie, réaction dont l'incidence est évaluée entre 0,7 % et 10 % dans la population générale, et elle est efficace contre la plupart des bactéries associées aux infections endodontiques⁴. Un sondage récent a permis de constater que les membres de l'Association américaine des endodontistes considèrent la pénicilline VK comme l'antibiotique de choix pour le traitement des infections odontogènes lorsqu'elle est administrée à raison d'une dose d'attaque de 1 g suivie par 500 mg 4 fois par jour pendant une durée moyenne d'environ 1 semaine². Au Canada, ce médicament est offert seulement en capsules de 150 mg et de 300 mg.

L'amoxicilline a un spectre d'activité antimicrobienne plus large que la pénicilline VK et elle est par conséquent appropriée pour traiter les patients immunodéprimés atteints d'une infection odontogène⁴. Par comparaison à la pénicilline VK, l'amoxicilline s'absorbe plus facilement dès l'ingestion; elle a une demi-vie plus longue et se maintient plus longtemps à une concentration sanguine thérapeutique. Par conséquent, les doses d'amoxicilline peuvent être prises 3 fois par jour, à raison d'une dose d'attaque de 1 g, suivie par 500 mg 3 fois par jour pendant 5 à 7 jours³. Toutefois, pour les personnes par ailleurs en santé, le spectre d'activité de l'amoxicilline, plus large que celui de la pénicilline VK, peut être plus que nécessaire et contribuer à l'apparition de souches bactériennes résistantes.

La clindamycine convient aux patients allergiques à la pénicilline, mais elle a aussi un spectre d'activité antimicrobienne plus large et coûte de 4 à 5 fois plus cher². Une dose d'attaque de 300 mg est suivie par un régime de 150 mg 4 fois par jour pendant 7 à 10 jours^{2,3}. L'incidence de la colite pseudomembraneuse associée à ce médicament est évaluée à seulement 1 %⁴.

Les taux élevés de résistance à l'érythromycine des agents pathogènes endodontiques rendent cet antibiotique obsolète pour les infections odontogènes⁴. La clarithromycine constitue une solution de remplacement convenable à l'érythromycine en raison de son efficacité supérieure contre les bactéries

buccales anaérobies; elle est moins susceptible que l'érythromycine de causer des problèmes gastro-intestinaux et elle nécessite des prises moins fréquentes, soit 250 mg à 500 mg toutes les 12 heures pendant 7 à 10 jours^{3,4}. ♦

Le Dr David C. Thom exerce dans un cabinet privé à Port Coquitlam (Colombie-Britannique). Courriel : dthom@telus.net.

Le Dr Paul Teplitsky est professeur, Collège de médecine dentaire, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan).

Références

1. Siqueira JF. Endodontic infections: concepts, paradigms, and perspectives. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2002; 94:281-93.
2. Yingling NM, Byrne BE, Hartwell GR. Antibiotic use by members of the American Association of Endodontists in the year 2000: report of a national survey. *J Endod* 2002; 28:396-404.
3. American Association of Endodontists. Prescription for the future. Responsible use of antibiotics in endodontic therapy. 1999. Available from: URL: <http://www.aae.org/NR/rdonlyres/9DE9C7C7-B50B-45DA-ABFF-244F2A5C290B/0/ss99ecfe.pdf>.
4. Wynn RL, Meiller TF, Crossley HL. Drug information handbook for dentistry. 8th ed. Hudson: Lexi-Comp; 2002. p. 1367-74.

Les Drs Iwanowski, Munce, Thom et Teplitsky sont membres de l'Académie canadienne d'endodontie.