

La réimplantation non planifiée : une situation à éviter

Robert S. Roda, DDS, MS



Les articles de la rubrique «Images cliniques» de ce mois-ci sont écrits par des conférenciers du Congrès annuel 2006 de l'ADC, qui se tiendra du 24 au 26 août à St. John's (Terre-Neuve). Le Dr Roda donnera sa séance d'une journée intitulée «Endodontic diagnosis and therapy update» lors du congrès, le vendredi 25 août.

Maintes fois durant sa carrière, le dentiste prendra des décisions qui auront des conséquences imprévues. Dans le cas présenté ici, une certaine rapidité d'intervention a été nécessaire pour corriger l'issue d'une série d'événements inattendus. De plus, comme l'analyse rétrospective est très utile à l'apprentissage clinique, nous présentons également une liste des leçons à tirer de ce cas, dans l'espoir qu'elles aideront les lecteurs à éviter pareille situation.

Étude de cas

Une femme de 63 ans s'est présentée avec une douleur intense et un œdème facial extrabuccal dans le quadrant supérieur gauche, qui avaient débuté la veille et s'étaient aggravés depuis. Rien dans ses antécédents médicaux ne permettait d'orienter le diagnostic, mis à part un prolapsus valvulaire mitral (avec régurgitation); la patiente était traitée par prophylaxie antibiotique pour une endocardite infectieuse subaiguë. Cette journée-là, son dentiste généraliste avait tenté un traitement endodontique sur la deuxième prémolaire supérieure gauche, mais n'avait pas réussi à trouver les canaux en raison d'une calcification pulpaire et d'une difficulté à réaliser une anesthésie complète; la patiente a donc été dirigée vers un spécialiste.

L'examen clinique a révélé un vaste œdème extrabuccal et intrabuccal, depuis l'incisive latérale supérieure gauche jusqu'à la deuxième prémolaire supérieure gauche, l'œdème alvéolaire siégeant principalement au niveau de la canine supérieure gauche. Les 2 dents avaient été préparées pour servir de piliers à un pont, mais le pont temporaire était absent. La prémolaire présentait un accès endodontique sans exposition pulpaire, et une petite restauration en résine composite était présente sur la canine. La canine et la deuxième prémolaire étaient toutes 2 sensibles à la percussion. La canine présentait aussi une très grande sensibilité à l'occlusion (évaluée à l'aide de l'instrument Tooth Slooth, Professional Results Inc, Laguna Niguel, Calif.) et à la palpation alvéolaire buccale, mais ces sensibilités étaient absentes sur la prémolaire. Par ailleurs, aucune sensibilité au froid n'a été décelée sur la canine, mais une hypersensibilité a été observée sur la prémolaire, la douleur non persistante ressentie étant évocatrice d'une pulpite réversible. La radiographie intrabuccale (ill. 1) a révélé la présence d'une radiotransparence périapicale autour de l'extrémité radiculaire de la canine, ainsi qu'un élargissement de l'espace parodontal tout autour de la racine de la prémolaire qui concordait avec un traumatisme occlusal. Une perte osseuse verticale



Illustration 1 : Une radiotransparence périapicale est visible à l'extrémité radiculaire de la canine.



Illustration 2 : Obturation finale de la canine.



Illustration 3 : Une radiographie prise 1 an après le traitement initial montre un élargissement de l'espace parodontal sur la prémolaire associé à une ostéite condensante, et la guérison complète de la canine.



Illustration 4 : Arrache-couronne Morell.



Illustration 5 : Extraction accidentelle de la prémolaire avec le pont. (Photo reproduite de Cohen and Hargreaves,³ avec la permission d'Elsevier.)



Illustration 6 : La prémolaire a été plongée dans une solution saline équilibrée de Hank.



Illustration 7 : L'agrégat minéral de trioxyde utilisé pour obturer la préparation.



Illustration 8 : Mise en place de l'agrégat minéral de trioxyde dans la cavité rétrograde.

distale, associée à une profondeur au sondage de 5 mm, a aussi été observée sur cette dent. Il a été déterminé que la douleur provenait de la canine, et une nécrose pulpaire avec abcès apical aigu (phoenix) a été diagnostiquée sur cette dent. Différentes options ont été présentées à la patiente, qui a opté pour un traitement radiculaire non chirurgical (TRNC).

L'accès de la prémolaire a été obturé avec un matériau de restauration intermédiaire (IRM, Caulk Dentsply, York, Penn.), et la patiente a été informée de surveiller les symptômes de pulpite qui pourraient nécessiter un traitement radiculaire futur. Un accès pratiqué dans la canine a libéré un exsudat purulent abondant. Une boulette de coton a été mise en place dans la cavité d'accès, afin de laisser une ouverture propice au drainage, car l'écoulement d'exsudat continuait malgré un débridement en profondeur. Deux jours plus tard, la canine a été nettoyée, mise en forme et obturée. Le traitement a été complété sans problème 2 semaines plus tard, et la patiente a été dirigée vers son dentiste généraliste pour une reconstitution de pile sur tenon radiculaire et mise en place d'une prothèse partielle fixe (ill. 2).

La patiente est revenue 1 an plus tard, se plaignant d'une douleur spontanée intermittente dans le quadrant supérieur gauche, qui avait débuté 10 jours auparavant. Elle ressentait une sensibilité occlusale au niveau du nouveau pont, mais aucune sensibilité

thermique. Le pont était descellé au niveau de la canine, mais une bonne adhésion était observée au niveau de la prémolaire. La radiographie périapicale (ill. 3) a révélé un élargissement de l'espace parodontal sur la prémolaire, associé à une ostéite condensante. La lésion apicale autour de la canine s'était complètement guérie, mais l'espace du tenon dans la canine était vide. Les tests cliniques ont confirmé une nécrose pulpaire avec parodontite périradiculaire subaiguë sur la prémolaire. Après avoir discuté des options disponibles, la patiente a opté pour un TRNC. Informé de la situation, le dentiste généraliste de la patiente a demandé s'il était possible de retirer le pont intact, afin de pouvoir le réutiliser; on l'a informé que cela était peu probable, mais qu'on tenterait néanmoins de le faire. La patiente a consenti au traitement, malgré le risque de désarticulation de la prémolaire. Malgré une tentative soignée d'enlever le pont à l'aide d'un arrache-couronne Morell (Henry Schein, Port Washington, N.Y.) (ill. 4), il s'ensuivit l'extraction accidentelle de la prémolaire fixée à la prothèse (ill. 5).

La dent a immédiatement été remise en place dans l'alvéole, pendant qu'on rassemblait le matériel thérapeutique nécessaire à la réimplantation. Puis la dent a été doucement désarticulée de nouveau et elle a été plongée dans une solution saline équilibrée de Hank (EMT Toothsaver, SmartPractice, Phoenix,



Illustration 9 : La couronne-canine est remise en place en même temps que la réimplantation finale de la prémolaire qui y est fixée.



Illustration 10 : Une radiographie prise immédiatement après le scellement montre le tenon préfabriqué dans la canine et l'obturation finale de la prémolaire.



Illustration 11 : Guérison complète, 30 mois après la réimplantation de la prémolaire.

Ariz.) (ill. 6). Une section de 0,5 mm de l'extrémité radiculaire a été réséquée, et le canal a été préparé apicalement à l'aide d'une lime rotative ProFiles (Dentsply Endodontics, Tulsa, Okla.), en irriguant avec la solution saline. Le canal a ensuite été obturé avec de la gutta-percha scellée à la résine époxy (ThermaSeal Plus, Dentsply Endodontics). Une petite cavité rétrograde a été préparée à l'aide d'une pièce à main haute vitesse refroidie à l'eau stérile, puis la préparation a été obturée avec un agrégat minéral de trioxyde (ProRoot MTA, Dentsply Endodontics) (ill. 7 et 8). Après avoir désinfecté l'espace du tenon sur la canine, un Parapost n° 4 (Coltene/Whaledent, Cuyahoga Falls, Ohio) a été scellé avec un ciment de verre ionomère (Fuji-Cem, GC America, Alsip, Ill.). La couronne-canine a été remplie avec du ciment Durelon (3M ESPE, St. Paul, Minn.) et sa remise en place s'est faite en même temps que la réimplantation finale de la prémolaire (ill. 9 et 10). Au total, la dent est restée hors de son alvéole pendant 35 minutes et, durant tout ce temps, elle a été conservée dans une solution saline. La patiente a ressenti une faible douleur pendant les quelques jours qui ont suivi, mais la douleur s'est complètement dissipée par la suite. Une réévaluation après 30 mois (ill. 11) a révélé une guérison complète autour des 2 piliers asymptomatiques et une prothèse intacte sur le plan clinique.

Leçons à tirer

Ce cas illustre quelques lacunes du processus décisionnel clinique, qu'il faut éviter. Les lignes directrices qui suivent résument les leçons à tirer de ce cas.

Ne jamais tenter un traitement endodontique sur une dent (dans le cas présent, sur la deuxième prémolaire au moment de la manifestation du premier œdème), à moins d'être certain du diagnostic¹. Si vous ne pouvez déterminer avec certitude la cause du problème du patient, vous devez diriger le patient vers le professionnel qui saura poser le bon diagnostic. Quoi qu'il en soit, vous ne devez exécuter aucun traitement s'il existe quelque incertitude quant au diagnostic.

Si vous avez tenté de pratiquer un accès endodontique sur une dent, en particulier sur une dent qui doit servir de pilier à un pont, vous devez procéder au traitement endodontique, même s'il n'y a aucune exposition pulpaire et que la pulpe semble réversible, car il est fort probable qu'une pathologie pulpaire se développera.

Si la dent présente un espace pour un tenon, insérez un tenon, puis obturez l'espace avec de la gutta-percha et un scellant ou un autre matériau de restauration. Dans le cas présenté ici, la présence d'une pile sur tenon aurait peut-être pu empêcher le délogement de la couronne-canine².

Il ne faut pas essayer de retirer un pont en le gardant intact, à moins que les 2 piliers soient sains et qu'ils soient solidement fixés au parodonte. En effet, même dans des circonstances idéales, une telle pratique a souvent pour effet d'endommager la prothèse ou les dents et il est souvent impossible de retirer la prothèse³. Malgré le grand succès de la réimplantation volontaire en endodontie⁴, la réimplantation non prévue ne peut être recommandée, à cause des impondérables qui y sont associés.

Enfin, n'exécutez jamais un traitement, pour la simple raison qu'un patient ou un autre praticien vous le demande. Si vous avez quelques réserves au sujet d'un plan d'action, trouvez une solution de rechange acceptable. Sinon, vous pourriez vous retrouver dans une situation plus «délicate» que vous ne l'espérez. »

L'AUTEUR



Le Dr Roda est professeur adjoint au Département d'endodontie, Collège de médecine dentaire Baylor, Dallas (Texas).

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré dans la ou les sociétés qui fabriquent les produits mentionnés dans cet article.

Références

1. Berman LH, Hartwell GR. Diagnosis. In: Cohen S, Hargreaves KM, editors. Pathways of the pulp. 9th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2006. p. 2-39.
2. Wagnild G, Mueller K. Restoration of endodontically treated teeth. In: Cohen S, Hargreaves KM, editors. Pathways of the pulp. 9th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2006; p. 786-821.
3. Roda RS, Gettleman BH. Non-surgical retreatment. In: Cohen S, Hargreaves KM, editors. Pathways of the pulp. 9th ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2006. p. 944-1010.
4. Niemczyk SP. Re-inventing intentional replantation: a modification of the technique. *Pract Proced Aesthet Dent* 2001; 13(6):433-9.

Diagnostic de la douleur prothétique : principes et pratique

Robert W. Loney, DMD, MS



Le Dr Loney donnera sa séance d'une journée intitulée «*Making removable prostheses work*» lors du Congrès annuel de l'ADC, le samedi 26 août. Pour plus de renseignements sur le Congrès annuel 2006 de l'ADC, qui se tiendra du 24 au 26 août à St. John's (Terre-Neuve), visitez le site Web de l'ADC à www.cda-adc.ca.

Cet article propose 5 stratégies que les cliniciens peuvent utiliser pour gagner du temps et réduire au minimum les visites répétées pour les patients qui ont des problèmes avec une prothèse complète ou une prothèse partielle amovible : 1) établir le diagnostic différentiel; 2) déterminer les variations par rapport à la normale; 3) demander au patient de faire la démonstration du problème; 4) toujours utiliser un indicateur durant l'ajustement de la prothèse et 5) demander au patient de noter l'amélioration perçue après l'ajustement.

Établir le diagnostic différentiel

Pour éliminer un problème lié à une prothèse, il faut d'abord en déterminer la cause exacte. On doit recueillir une anamnèse détaillée et faire un examen clinique complet. Il faut aussi établir une liste des causes potentielles (diagnostic différentiel) en les classant par ordre de fréquence, puis procéder par élimination en commençant par les causes les plus susceptibles d'être à l'origine du problème chez le patient en question. Si la cause exacte du problème est détectée et corrigée, la douleur,

l'ulcération et les autres signes et symptômes connexes devraient disparaître dans 10 à 14 jours¹. Une biopsie doit cependant être pratiquée sur toute lésion qui n'est toujours pas guérie 14 jours après son apparition², surtout si la prothèse a été écartée comme cause de l'ulcère. Il faut également examiner toute la liste des diagnostics possibles, jusqu'à ce que le problème soit résolu².

Le diagnostic du problème exige une anamnèse complète du patient, incluant les renseignements précis suivants :

- Quand la douleur a-t-elle commencé?
- Combien de temps dure-t-elle?
- Qu'est-ce qui la soulage?
- Qu'est-ce qui l'aggrave?

Combinés aux renseignements obtenus durant l'examen clinique, cette information aidera à établir le diagnostic différentiel, et le clinicien pourra classer les causes les plus probables au haut de la liste. Cet examen clinique devrait inclure des stratégies prévoyant notamment l'examen des variations par rapport à la normale, la démonstration du problème par le patient et l'utilisation d'un indicateur.



III. 1 : Sur cette prothèse, le rebord buccal postérieur est plus court qu'à la normale et il devrait être allongé jusqu'à la ligne pointillée. Une pâte thermoplastique ou une résine acrylique photopolymérisable pourrait être appliquée sur la périphérie pour tenter d'allonger le rebord. Dans le cas présent, cette solution a permis d'accroître sensiblement l'adhésion de la prothèse.



III. 2 : Les zones transparentes de résine sur les tubérosités laissent croire que la prothèse inférieure vient en contact avec la prothèse supérieure, causant l'usure de sa base. Un tel contact peut entraîner le descellement de la prothèse.



III. 3 : L'usure marquée et inégale de ces prothèses est à l'origine des problèmes d'esthétique, de l'inconfort et de la difficulté à mastiquer.



III. 4 : Le contour distolingual de cette prothèse mandibulaire semble différent du modèle habituel. Normalement, le contour du rebord doit présenter une courbe descendante droite ou former un arc peu prononcé vers le bas et l'avant, à partir du coussin piriforme; dans le cas présent, l'extension se prolonge trop loin vers l'arrière, depuis la position du coussin rétomolaire, et cette hyperextension cause une douleur à la déglutition.



III. 5 : Ce patient présentait de nombreuses zones sensibles associées à la prothèse, nullement soulagées par les ajustements précédents apportés à la base de la prothèse. Les lignes médianes de la prothèse sont décalées et les dents de la prothèse, dans les deuxième et troisième quadrants, font occlusion de cuspid à cuspid, ce qui laisse croire qu'une mauvaise occlusion pourrait être la cause des problèmes du patient.



III. 6 : Des interférences postérieures entre les bases de la prothèse peuvent causer le basculement des prothèses, ce qui occasionnera une douleur comparable à celle causée par les problèmes d'occlusion.



III. 7 : Il est habituellement préférable de placer les dents postérieures et de les mettre en charge en position centrale (C) sur la crête³. L'application de forces occlusales en position buccale par rapport à la crête crée davantage de problèmes de basculement (B)⁴, lesquels problèmes peuvent ensuite causer le descellement de la prothèse et de la douleur.



III. 8 : En 1 an, 3 prothèses partielles supérieures ont été fabriquées sans succès pour cette patiente. Chaque fois, elle avait demandé qu'on refasse uniquement la prothèse supérieure. Cependant, les 3 prothèses ont échoué, en raison de la fracture des dents et de la grande mobilité de la prothèse. Or, le problème venait de l'espace inter-arcade qui était insuffisant pour la prothèse, un problème que les cliniciens n'ont pu déceler car, se contentant d'écouter la patiente, ils n'ont examiné que l'arcade supérieure. Ce cas illustre l'importance de faire un examen clinique complet, afin de pouvoir déceler tous les problèmes et variantes potentiels.



III. 9 : Chez ce patient, les ligaments ptérygo-mandibulaires sont très tendus (flèches). Durant l'ouverture, les ligaments se resserrent et exercent ainsi une traction sur le bord postérieur de la prothèse, causant son descellement (principale préoccupation du patient). La tension sur ces structures devrait être éliminée lors de la prise d'empreintes. Ce cas illustre l'importance de tenir compte des variations anatomiques, pour réduire au minimum les problèmes prothétiques.



III. 10 : Chez ce patient, la profonde fissure médiane dans les tissus mous, dans la partie postérieure du palais, a brisé l'adhésion de la prothèse, ce qui a provoqué le descellement et la chute de la prothèse. Il est important de s'assurer que le scellement palatin postérieur de la prothèse soit maintenu, pour assurer une rétention adéquate.



III. 11 : Les ulcères, les lésions douloureuses ou les zones d'hyperkératose sur les versants de la crête, qui n'apparaissent pas sur l'indicateur de pression, sont habituellement causés par le basculement de la prothèse, un problème souvent associé à l'occlusion.



III. 12 : Des dents postérieures mises en place sur la portion ascendante de la branche montante peuvent causer le glissement ou le déplacement de la prothèse durant sa mise en fonction⁵, causant une douleur reliée à l'occlusion. Il faut donc éviter de placer les dents au-delà de la position indiquée par la flèche.



III. 13 : Lorsqu'une prothèse est opposée à la dentition naturelle, la courbe de Spee du plan occlusal ne doit pas être prononcée, sinon des forces d'inclinaison s'exerceront sur la prothèse durant les mouvements d'excursion, ce qui est souvent la cause d'inconfort et de descellement.



III. 14 : Les zones d'inflammation ou d'ulcération causées par la base de la prothèse sont souvent discrètes et ne peuvent être distinguées des lésions comparables reliées aux problèmes d'occlusion. Le diagnostic doit être établi à la lumière des antécédents et de l'examen clinique et à l'aide d'un indicateur. Le diagnostic définitif est souvent déterminé par élimination des autres causes possibles.



III. 15 : Ce patient utilise un petit morceau de ouate pour indiquer l'endroit où il y a descellement de la prothèse supérieure durant la mastication. Le fait d'observer le patient, pendant qu'il fait la démonstration de son problème, peut souvent accélérer le diagnostic des problèmes prothétiques.

Déterminer les variations par rapport à la normale

Bon nombre de problèmes liés aux prothèses peuvent être décelés en faisant un examen critique de la prothèse, afin d'y déceler toute variation par rapport à la normale (ill. 1 à 7). Toute irrégularité dans l'extension, le contour, la position des dents, l'épaisseur et le fini pourrait être la cause de problèmes prothétiques. Un examen intrabuccal, à la recherche d'anomalies ou de variantes anatomiques ou tissulaires, peut aussi orienter le diagnostic dans certains cas (ill. 8 à 14). Si une anomalie est notée et corrigée, les signes et symptômes devraient disparaître dans les 10 à 14 jours.

Demander au patient de faire la démonstration du problème

Le fait de demander au patient de démontrer comment se manifeste le problème aide souvent le clini-

en à en déterminer l'origine. Si le problème se produit uniquement durant la mastication, couper un petit morceau de ouate, l'humecter et demander au patient d'indiquer avec la ouate l'endroit où le bol alimentaire cause les symptômes (ill. 15). Si le problème se présente lorsque le patient parle, chante, boit ou ouvre grand la bouche, lui demander de reproduire la situation. Observer avec soin le patient pendant qu'il décrit son problème, afin d'en déterminer la cause. Essayer de corriger la cause du problème et demander au patient de revenir dans 10 à 14 jours pour vous assurer que les signes et symptômes ont disparu.

Utiliser un indicateur pour l'ajustement de la prothèse

Les cliniciens vérifient habituellement l'occlusion après la mise en place d'une restauration à l'aide d'un indicateur, tel un papier à articuler ou une feuille



III. 16 : Il est essentiel d'utiliser un indicateur de pression pour déterminer l'empiètement de la base de la prothèse. Appliquer le matériau avec une brosse à soies dures, en recouvrant la prothèse de suffisamment de pâte pour que sa base soit essentiellement de la couleur du matériau-indicateur. Laisser des stries dans la pâte. Placer la prothèse à l'intérieur de la bouche, en évitant de toucher les joues et les lèvres. Mettre en place en appuyant fermement sur les premières molaires. Éviter de basculer, d'incliner ou de déplacer la prothèse. Retirer la prothèse et l'examiner. Les zones enduites de pâte et exemptes de coup de brosse correspondent aux zones de contact modéré avec les tissus (C). Les zones sans pâte représentent les zones d'empiètement tissulaire (I). Enfin, les zones sur lesquelles les stries sont toujours visibles dans la pâte n'ont eu aucun contact avec les tissus (N).



III. 17 : Base de prothèse bien ajustée. Il est fort probable que les zones d'inflammation tissulaire qui ne correspondent pas aux zones d'empiètement tissulaire ont été causées par le basculement de la prothèse. Il y aurait donc lieu d'examiner la possibilité de forces occlusales.



III. 18 : Les zones d'empiètement tissulaire au niveau du rebord correspondent souvent à des zones d'hyperextension ou des zones trop épaisses, qui pourraient nécessiter des ajustements répétés et l'application renouvelée de pâte.

Encadré 1 Tableaux cliniques caractéristiques des patients souffrant de douleur prothétique

Douleur reliée à l'occlusion

Douleur ressentie uniquement à la mastication
 Douleur aggravée par la mastication
 Intensification de la douleur à mesure que la journée avance
 Le patient doit enlever sa prothèse à la fin de la journée à cause de l'inconfort

Douleur reliée à l'ajustement de la base de la prothèse

Le problème commence quand le patient insère la prothèse, laquelle semble souvent trop serrée ou est douloureuse
 Le patient ressent une douleur, même sans mastiquer
 La douleur s'intensifie, ou non, à mesure que la journée avance

Douleur liée à la dimension verticale de l'occlusion (DVO)^{5,6}

DVO insuffisante (ill. 21)

Faible pouvoir masticatoire
 Inconfort minimal au niveau de la crête
 Chéilite angulaire
 Proéminence du menton
 Exposition minimale du bord libre de la lèvre

DVO excessive (ill. 21)

Douleur ressentie sur l'ensemble de la crête
 Douleur plus intense durant le jour (contact occlusal accru)
 «Claquement» des prothèses lorsque le patient parle
 La bouche semble «trop pleine»; le patient a de la difficulté à fermer les lèvres ensemble



III. 19 : Un indicateur de pression peut être appliqué ailleurs qu'à l'intrados de la prothèse pour déceler d'autres contours indésirables. Cette photo montre l'empiètement de l'apophyse coronoïde sur la surface buccale postérieure de la prothèse durant les mouvements de latéralité du maxillaire inférieur. Cette interférence est à l'origine de la douleur et du descellement de la prothèse.



III. 20 : Une périphérie mince, acérée ou trop étendue dans la zone de l'échancrure hamulaire peut causer la formation d'ulcères douloureux. L'utilisation d'un indicateur est essentiel pour l'ajustement dans ces zones, car le meulage d'acrylique au mauvais endroit pourrait briser l'adhésion palatine postérieure, ce qui entraînera le descellement de la prothèse sans pour autant procurer grand soulagement.



III. 21 : Exemples illustrant une dimension occlusale insuffisante (gauche) et excessive (droite). Bien que des ajustements soient parfois utiles, il faut habituellement refaire la prothèse pour résoudre complètement ces graves problèmes prothétiques.

métallique d'enregistrement occlusal. De même, les ajustements de prothèse sont plus exacts et plus efficaces lorsqu'un indicateur est utilisé. Un indicateur de pression ou d'ajustement, un marqueur indélébile ou un papier à articuler peuvent être utilisés pour aider à localiser l'origine du problème et à déterminer le degré d'ajustement nécessaire (ill. 16 à 20).

Demander au patient d'évaluer le degré d'amélioration après l'ajustement

Si le clinicien demande au patient si il ou elle note une amélioration après l'ajustement de la prothèse, il est fort probable que le patient répondra «oui». Cependant, si cette amélioration n'est que de 20 %, il est probable que le patient se présentera de nouveau avec le même problème. Il vaut donc mieux lui poser la question suivante : «Comment vous sentez-vous?» Si le patient dit se sentir «mieux», lui demander ensuite d'évaluer, en pourcentage, le degré d'amélioration ressenti. L'ulcération ne sera sans doute pas guérie à 100 % après une seule consultation, mais l'amélioration notée devrait se situer plus près de 90 % que de 20 %.

Causes de la douleur prothétique

La base de la prothèse (ajustement et contour) n'est qu'une des nombreuses causes possibles des douleurs prothétiques, lesquelles peuvent aussi être dues à l'occlusion, à la dimension verticale, à une infection, à une maladie ou un état systémique ou à une allergie (rare).

Il est probable, quoique cela reste à prouver, que les douleurs d'origine prothétique soient davantage dues à l'occlusion et au mauvais ajustement de la base de la prothèse qu'aux autres causes précitées.

Enfin, bien que les 3 dernières causes (infection, maladie et allergie) ne doivent jamais être négligées, en particulier si la douleur ou l'ulcère persiste malgré les interventions, seules les 3 premières seront examinées ici (encadré 1).

Conclusion

Les cliniciens peuvent gagner du temps et réduire les visites répétées pour les patients qui ont des problèmes avec une prothèse s'ils utilisent une approche systématique afin de bien diagnostiquer la douleur prothétique. ♦

L'AUTEUR



Le Dr Loney est professeur et directeur du programme supérieur de prosthodontie au Département des sciences dentaires cliniques, Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse). Courriel : robert.loney@dal.ca.

Références

1. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2003. p. 459.
2. Sonis ST, Fang LS, Fazio R. Principles and practice of oral medicine. 2nd ed.. Philadelphia: W.B. Saunders; 1995. p. 23-9.
3. Zarb GA, Bolender CL. Prosthodontic treatment for edentulous patients: complete dentures and implant-supported prostheses. 12th ed. St. Louis: Mosby; 2003. p. 84, 314.
4. Browning JD, Jameson WE, Stewart CD, McGarran HE, Eick JD. Effect of positional loading of three removable partial denture clasp assemblies on movement of abutment teeth. *J Prosthet Dent* 1986; 55(3):347-51.
5. Winkler S. Essentials of complete denture prosthodontics. 2nd ed. Littleton (MA): PSG Pub. Co.; 1988. p. 326-7.
6. Watt DM, MacGregor AR. Designing complete dentures. 2nd ed. Bristol: John Wright; 1986. p. 142-59.