

Enseignante : **Dr F. CHAABNIA**

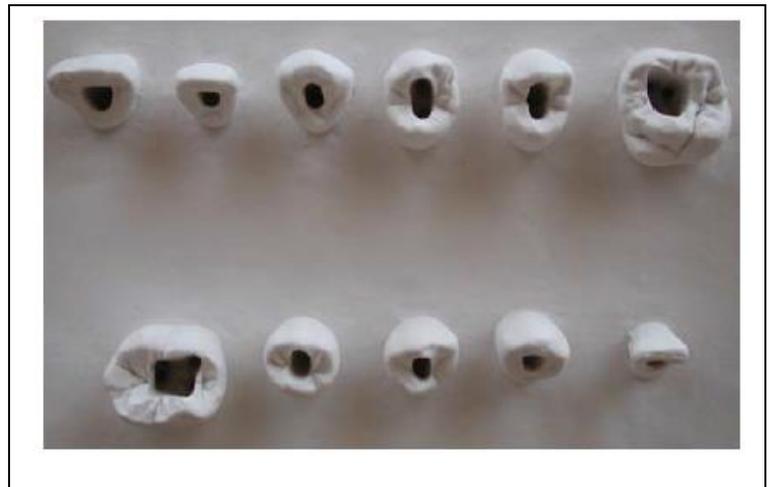
L'endodontie : Généralités, Buts, Principes et cavités d'accès.

PLAN

Introduction

1. Définition
2. Objectifs de la cavité d'accès
3. Préalable à toute cavité d'accès
4. Règle générale
5. Plateau technique
6. Analyse clinique
7. Protocole générales de réalisation de la cavité d'accès endodontique
8. Description des cavités d'accès par type de dent
 - 8.1 Cavité d'accès sur les dents antérieures maxillaires
 - 8.2 Cavité d'accès sur les dents antérieures mandibulaires
 - 8.3 Cavité d'accès sur les prémolaires maxillaires
 - 8.4 Cavité d'accès sur les prémolaires mandibulaires
 - 8.5 Cavité d'accès sur les molaires maxillaires
 - 8.6 Cavité d'accès sur les molaires mandibulaires

Conclusion



Introduction

- La cavité d'accès est un élément **cléf** pour la réussite du traitement endodontique.
- La suite du traitement dépend de sa réalisation.
- La conception et la réalisation de la cavité d'accès reposent sur des connaissances solides en anatomie et en histologie dentaire, une technique et une interprétation radiographique sans faille, un plateau technique adapté et des règles opératoires qu'il convient de respecter avec discernement et bon sens.

1. Définition

Elle consiste à réaliser une voie d'accès intra-croinaire de forme, de dimension et de position bien déterminées et qui doit permettre un passage direct des instruments vers les orifices canaux en direction apicale.



2. Objectifs de la cavité d'accès

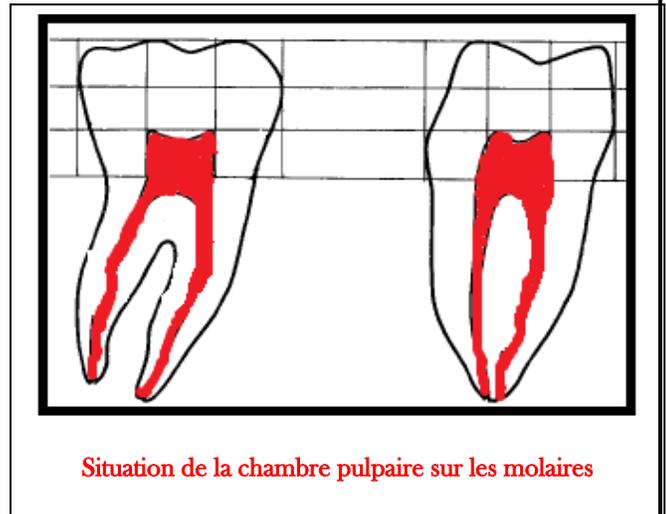
1. Eliminer complètement le plafond de la chambre pulpaire.
2. Eliminer tout le contenu de la chambre pulpaire, pulpe vivante ou nécrosée.
3. Visualiser directement tous les orifices canaux et ne pas léser le plancher pulpaire
4. Permettre un accès direct au tiers apical des instruments sans interférence avec les parois coronaires lors de la mise en forme et de l'obturation
5. Constituer un réservoir étanche pour les solutions d'irrigation
6. Procurer une bonne assise au pansement temporaire

3. Préalable à toute cavité d'accès :

- ✓ Avoir une bonne connaissance de l'anatomie dentaire et endodontique
- ✓ Disposer d'un bon cliché radiographique pris avec un angulateur en technique parallèle.
- ✓ Prendre un cliché supplémentaire rétro-croinaire si la pulpe est rétractée
- ✓ La réalisation d'une restauration pré-endodontique: les parois coronaires absentes doivent être reconstituées (assurer l'étanchéité et/ou la stabilité de la digue).

4. Règle générale

- ✓ La cavité d'accès sera toujours située sur les faces palatines ou linguales des dents monoradiculées et sur les faces occlusales des dents pluricuspidées.
- ✓ La chambre pulpaire se trouve toujours au centre de la couronne et se situe, en général, dans le tiers cervical de la couronne dentaire. Chez un sujet jeune, les cornes pulpaires se trouvent à la moitié, parfois au 2/3 de la couronne coronaire
- ✓ Le plancher pulpaire est toujours situé 1 ou 2 millimètres plus apical que le collet anatomique ; il n'est jamais plus coronaire
- ✓ Le canal radiculaire est toujours au centre de la racine



5. Plateau technique

- Des instruments rotatifs à grande vitesse sont utilisés pour éliminer l'émail et la dentine surplombant la pulpe et aménager les parois de la cavité :
- ⇒ **Fraise boule diamantée** : Son action abrasive facilite l'éviction d'émail ou de céramique sur des coiffes céramo-métalliques ou céramo-céramiques
- ⇒ **Une fraise transmétal** (permet de traverser une couronne métallique ou l'infrastructure des couronnes céramo-métalliques)

⇒ **Fraise boule en carbure de tungstène à long col** permet de dégager la vision du champ opératoire sous aide optique (microscope opératoire ou loupes)



⇒ **Une fraise congé diamantée 016 (Fraise endo Access® Set)** : Sa granulométrie permet d'élargir la cavité et d'obtenir des parois lisses lors de la finition. Sa pointe est active et ne doit pas agir sur le plancher de la cavité ;

⇒ **Une fraise Zekrya Endo (Endo Z)** : permet d'élargir et de finir la cavité tout en évitant une action iatrogène par sa pointe mousse ;



⇒ **Un foret de Gates** permet un marquage des orifices coronaires en pointant canalaire et en effectuant un mouvement de broissage au retrait contre la paroi.



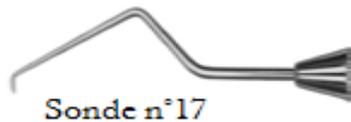
⇒ **Endoflare**, instrument en nickel-titane pour la suppression des surplombs dentinaires aux entrées canalaire et la préparation du tiers coronaire des canaux.



⇒ **Excavateurs endodontiques** permettant d'éliminer la pulpe camérale.

⇒ **Sondes exploratrices** disposant d'un petit crochet permettant de localiser les surplombs (**sonde n°17**).

⇒ **Sondes endodontiques droites plus longues** que les sondes classiques permettant de repérer les entrées canalaire (**Sonde de Rhein**).



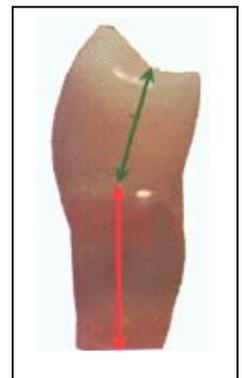
– Si disponibles, **un kit d'inserts ultrasonores** ou **sonores** peut être utile pour l'élimination du plafond pulpaire et la finition des parois, car ils dégagent parfaitement le champ de vision.



6. Analyse clinique

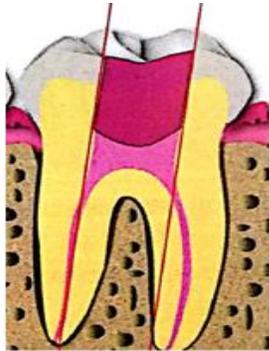
– Avant d'entreprendre le traitement, l'opérateur procède à la lecture de la radiographie préopératoire, il faut évaluer :

- ⇒ La position et l'axe de la dent sur l'arcade.
- ⇒ L'axe corono-radulaire (PM,M< :occluso-lingual ----PM,M> :occluso-vestibulaire)
- ⇒ La morphologie externe, l'extension de la carie, la présence d'obturations.
- ⇒ Le volume pulpaire : la forme, la taille et l'extension coronaire de la chambre.
- ⇒ La situation présumée des cornes pulpaires, avec ou sans rétraction.
- ⇒ La distance à parcourir par les instruments rotatifs pour atteindre la pulpe.
- ⇒ La topographie, le nombre et la forme présumée des orifices canalaire.
- ⇒ L'anatomie interne de la chambre pulpaire conditionne la forme et la taille de la cavité d'accès.



7. Protocole générales de réalisation de la cavité d'accès endodontique

- Le plafond pulpaire ne se limite pas au toit de la chambre mais est constitué par l'ensemble des tissus dentaires et des éventuels matériaux d'obturation compris entre le toit de la chambre pulpaire et sa projection sur la face occlusale (dents cuspidées) ou palatine (dents antérieures).
- Ce plafond doit être éliminé toujours avec un souci majeur d'économie tissulaire.
- Il est donc nécessaire de pouvoir matérialiser sur la face occlusale la projection du plafond de la chambre pulpaire et de dessiner une cavité qui englobe ces projections sans pour autant élargir inutilement la cavité

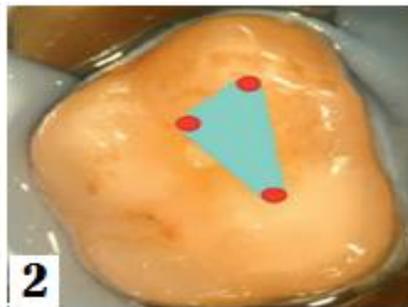


Le plafond pulpaire correspond à toutes les structures situées entre le toit de la chambre pulpaire et sa projection sur la face occlusale



La cavité d'accès consiste à éliminer la totalité du plafond pulpaire

- La réalisation de la cavité d'accès se déroule en quatre étapes opératoires :
 1. **Identification de la position des cornes pulpaires sur la face d'accès à l'aide de repères anatomiques précis et dessin de la forme de contour qui doit englober ces limites ;**
 2. **Approfondissement de la cavité jusqu'à obtenir une effraction pulpaire ;**
 - ⇒ Se fait dans l'axe de la couronne sur les dents cuspidées
 - ⇒ En direction de la chambre pulpaire sur les dents monoradiculées
 3. **Suppression du plafond pulpaire résiduel : les entrées canalaire sont dorénavant tout à fait visibles ;**
 4. **Finition de la cavité et obtention de la dépouille** (une continuité avec les parois de la chambre pulpaire)



- Pour une réalisation adéquate, les critères d'évaluation et de contrôle prenant en compte les objectifs énumérés plus haut:

1. **Forme de contour,**
2. **Elimination du plafond pulpaire,**
3. **Visibilité directe des entrées canalaire,**
4. **Respect du plancher pulpaire,**
5. **Dépouille**

8. Description des cavités d'accès par type de dent

- Pour les descriptions qui suivent, on considérera que les dents sont intactes ce qui, dans la réalité clinique, est rarement le cas puisque c'est généralement une destruction tissulaire importante de la couronne qui justifie la nécessité d'un TRT canalaire.
- Pour retrouver ces repères, il suffit de procéder à une reconstitution pré-endodontique.

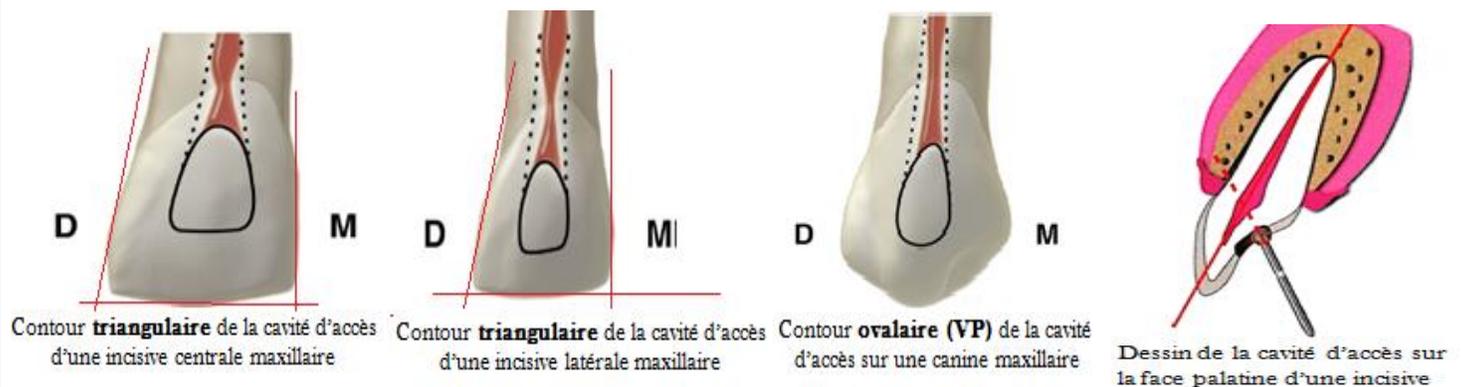
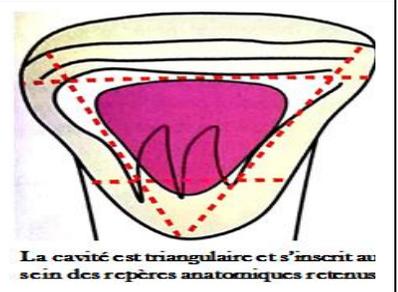
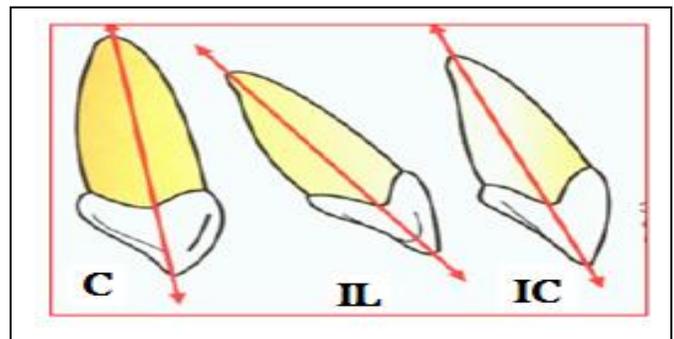
8.1 Cavité d'accès sur les dents antérieures maxillaire

➤ Rappels anatomiques

- Seule l'incisive latérale : une courbure apicale disto-palatine (souvent non détectable à l'examen radio)
 - ⇒ doit toujours être prévenue par une précourbure des instruments endo lors de la négociation du 1/3 apical
- Au niveau incisif ; la chambre pulpaire est élargie dans le sens MD puis plus allongée dans le sens VP au niveau cervical
 - ⇒ une constriction à la transition entre la chambre pulpaire et le canal radiculaire : **le triangle dentinaire Palatin.**
- Le canal unique a une section triangulaire qui a tendance à devenir circulaire dans la région apicale.
- La présence d'un second canal est exceptionnelle.
- La présence de canaux latéraux est beaucoup plus fréquente.
- Les incisives centrales et latérales maxillaires sont inclinées, alors que la canine est presque verticale.

➤ Dessin de la cavité d'accès idéale

- Pour délimiter les contours de cette cavité, les repères anatomiques coronaires utilisés sont :
 - ✓ Les crêtes marginales proximales ;
 - ✓ Le bord incisif
 - ✓ le talon du cingulum
- La cavité d'accès doit s'inscrire dans l'espace limité par ces axes.
- Il n'y a pas de tissu pulpaire en dehors de ces limites et rien ne justifie d'étendre les cavités au-delà
- **Incisive C maxillaire**, présence de 3 cornes pulpaire ;
- **Incisive L maxillaire**, présence aléatoire de cornes pulpaire (jusqu'à 2 ou absentes).
 - ⇒ La forme de contour est d'aspect **triangulaire à sommet cingulaire et base incisive** ;
- **Canine maxillaire** : 1 corne pulpaire centrale + la chambre pulpaire est **allongée dans le sens VP**.
 - ⇒ La forme de contour est d'aspect **ovale allongé dans le sens VP**.
- N'intéresse jamais le bord incisif.
- La fraise boule diamantée (diamètre 012 ou 014) montée sur turbine, et tenue perpendiculaire à la direction de la face palatine, dessine la forme de contour et réalise une cuvette dentinaire à l'intérieur du dessin (2 à 3 mm)



NB :

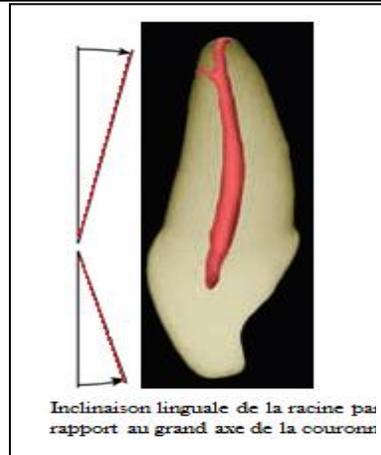
- Face à une dent restaurée pré-endodontiquement, la forme de contour est souvent plus large que sur une dent intactes où la face occlusale est indemne de restauration ou de lésion carieuse car la projection des cornes pulpaire est moins précise.

➤ Approfondissement de la cavité

- Avec la même fraise, approfondissement en direction de la chambre pulpaire jusqu'à obtenir une effraction pulpaire
- En fonction :
 - ✓ Du volume de cette chambre et
 - ✓ De l'inclinaison de la dent,

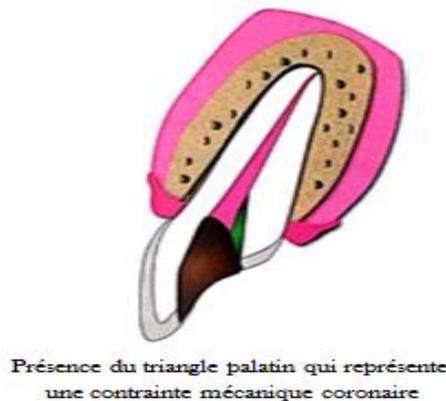
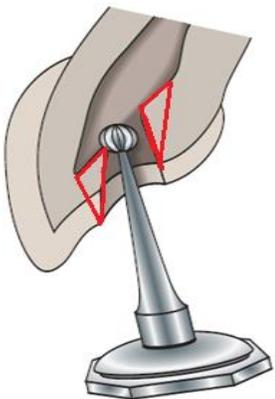
⇒ l'axe d'approfondissement est choisi.

C'est lui qui donne l'orientation de la fraise pour l'approfondissement de la cavité



➤ Suppression du plafond pulpaire et du triangle dentinaire palatin

- Une fois l'effraction pulpaire obtenue, le toit de la chambre pulpaire est éliminé à l'aide d'une fraise boule long col n°4 utilisée avec un contre angle bleu sans spray (en retrait axial) ou avec une fraise endo Z.
- Cette suppression du plafond met en évidence un triangle amérodentinaire V et un triangle dentinaire P. Ces zones d'interférence doivent être supprimées car elles génèrent des contraintes pour le passage des instruments de mise en forme canalaire.
- La suppression du triangle V est réalisée à l'aide de la fraise boule long col n°4.
- Le triangle P est éliminé par une fraise boule long col n°2 tractée coronairement ou par le passage en retrait vertical de foret de Gates ou de l'endoflare.



➤ Finition de la cavité d'accès

- La cavité est mise de dépouille et les ressauts sont éliminés avec des instruments rotatifs, ultrasonores ou sonores.
- La procédure est la même pour les incisives centrales, latérales et les canines. Seul l'axe d'approfondissement et par conséquent l'orientation de la fraise varient



NB :

- Pour les incisives latérales maxillaires, la cavité d'accès doit souvent être légèrement étendue en direction M pour permettre une bonne négociation de la courbure distale du canal.

8.2 Cavité d'accès sur les dents antérieures mandibulaires

➤ Rappels anatomiques

- Incisives centrales et latérales : couronnes de faible volume \Rightarrow La cavité d'accès est particulièrement difficile.
- Anatomie canalaire présente dans la moitié des cas deux canaux. Ceux-ci peuvent se rejoindre au niveau apical mais aussi rester indépendants sur toute la trajectoire canalaire.
- La canine mandibulaire présente le plus souvent un canal mais peut être bifide.
- La section du canal unique est ovale et une courbure apicale D est fréquemment retrouvée.

➤ Dessin de la cavité d'accès idéale

- Les repères anatomiques coronaires utilisés pour délimiter la cavité d'accès sont :
 - ✓ Le cingulum ;
 - ✓ Le bord incisif ;
 - ✓ Les crêtes marginales proximales
- La cavité idéale des Incisives mandibulaire : **triangulaire**, le sommet, arrondi, est situé au niveau du cingulum et la base est parallèle au bord incisif sur la face L
- Le bord libre n'est pas intéressé par la cavité d'accès.
- La cavité d'accès de la canine mandibulaire est **ovale**, comprise entre le sommet du cingulum et l'arrière du bord libre

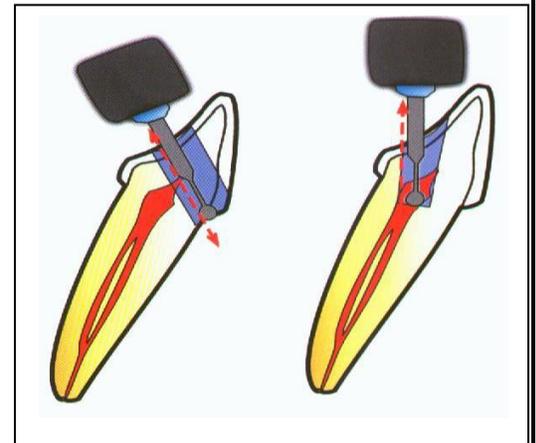


➤ Approfondissement de la cavité

- L'approfondissement se fait en direction de la chambre pulpaire
- Le choix de l'axe dépend du volume de la chambre pulpaire ; plus le volume se réduit et plus la fraise doit être réorientée dans un plan vertical. Une erreur d'axe peut conduire à la création d'une perforation vestibulaire

➤ Elimination du plafond pulpaire

- Une fois l'effraction pulpaire obtenue, le reste du plafond de la chambre pulpaire est supprimé avec la fraise boule long col en travaillant en retrait.
- L'élimination des triangles V et L permet de mettre en évidence le ou les canaux et de supprimer les interférences susceptibles de contraindre les instruments
- Le canal V est facile à trouver ; le canal L, qui existe dans 40% des cas, l'est beaucoup moins.



➤ Finition

- La cavité est finalisée avec des inserts ultrasonores ou sonores

NB :

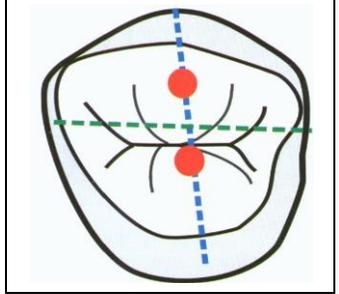
- En cas d'abrasion, la cavité d'accès peut empiéter sur le bord incisif.



8.3 Cavité d'accès sur les prémolaires maxillaires

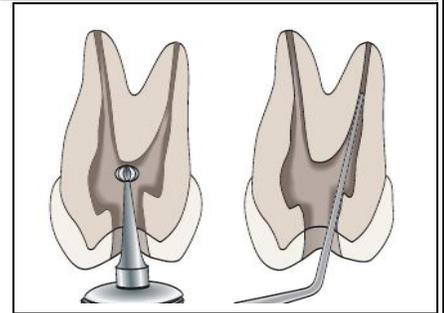
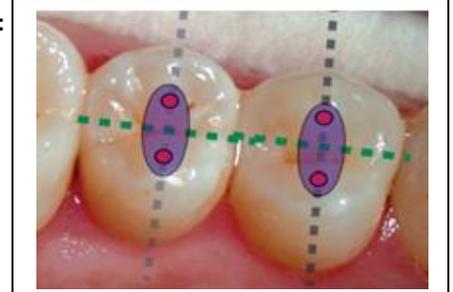
➤ Rappels anatomiques

- Les PM > peuvent être biradiculées (1PM max) ou monoradiculée (2PM max).
- Des variations anatomiques majeures des deux PM sont possibles allant de la présence d'un canal-une racine à trois canaux-trois racines.
- La chambre pulpaire est allongée dans le sens VL, aplatie dans le sens MD.



➤ Dessin de la cavité d'accès idéale

- Les repères anatomiques coronaires nécessaires au dessin de la cavité d'accès sont :
 - ✓ L'axe MD séparant la table occlusale en deux parties égales ;
 - ✓ L'axe médian joignant les deux sommets cuspidiens.
- La cavité d'accès idéale est centrée sur la face occlusale.
- Le sillon central de la face occlusale ne divise pas la dent en deux parties égales ;
- La partie V est plus grande que la partie P ; le centre de la dent se trouve donc à l'intersection de la droite séparant la table occlusale en deux parties égales et de l'axe joignant les deux sommets cuspidiens.
- Les canaux V et P se trouvent de part et d'autre du milieu de cet axe intercuspideen.
- L'orifice P est plus proche du sillon principal de la dent que l'orifice V.
- La cavité d'accès idéale est **ovale, de grand axe V-P**, étroite dans le sens MD (pour préserver au mieux la structure coronaire)
- Le point de trépanation de l'émail se situe entre les cuspidés V et P.
- La fraise boule est orientée parallèlement au grand axe de la dent et pénètre l'émail et la dentine jusqu'à trépanation de la chambre pulpaire.



➤ Approfondissement de la cavité

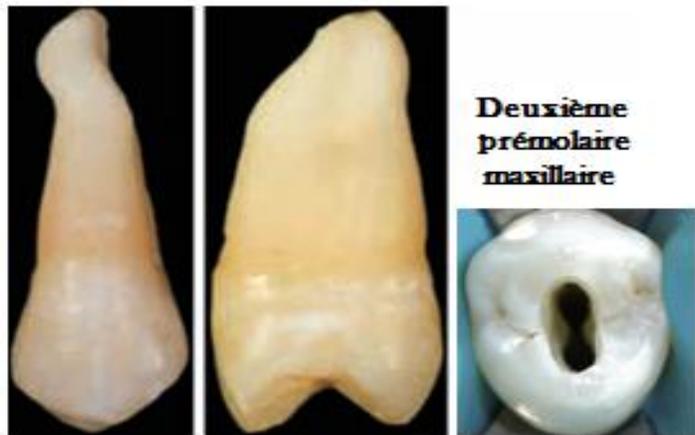
- La cavité occlusale est approfondie selon le grand axe de la couronne de la dent, généralement confondu avec le grand axe de la dent
- À l'aide d'une fraise boule long col, le plancher de la cavité occlusale est pelé jusqu'à obtenir une effraction pulpaire (la phase d'approfondissement est arrêtée)

➤ Elimination du plafond pulpaire

- Le plafond de la chambre pulpaire est éliminé avec une fraise boule long col tournant à vitesse lente, sans spray, animée d'un mouvement de retrait ou une fraise endo Z montée sur turbine ou un contre angle à grande vitesse

➤ Finition de la cavité d'accès

- La cavité est mise de dépouille et les parois sont régularisées
- Si deux canaux sont présents et séparés par un isthme, le praticien doit explorer cette zone à l'aide d'inserts ultrasonores spécifiques. L'isthme peut receler un canal supplémentaire et doit de toute façon être intéressé par les manoeuvres d'irrigation lors de la mise en forme canalaire.

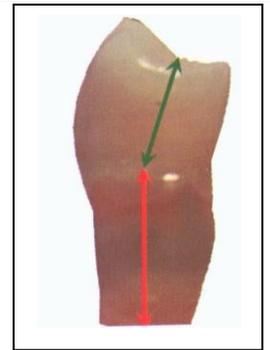


8.4 Cavité d'accès sur les prémolaires mandibulaires

⇒ Première prémolaire mandibulaire

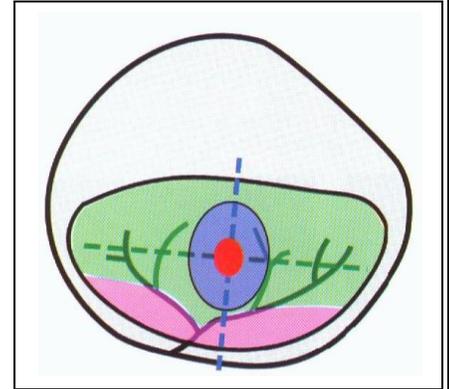
➤ Rappels anatomiques

- Un fort taux d'échecs ⇒ variation anatomique importante.
- Un canal unique est le plus fréquemment rencontré
- Peut en présenter 2 ou 3 canaux avec des orientations abruptes rendant difficile leur négociation.
- Présente 2 cornes pulpaire : une volumineuse, V (derrière la pointe cuspidienne V), et une atrophiée, L (derrière le sillon central).
- La table occlusale ressemble à celle de la C< où la cuspidie L serait un cingulum proéminent.
- La partie V représente environ les 2/3 de la face occlusale de la couronne.



➤ Dessin de la cavité d'accès idéale

- Les repères anatomiques coronaires sont :
 - ✓ L'axe MD séparant la table occlusale en 2 parties égales (légèrement déporté sur le versant interne de la cuspidie V)
 - ✓ L'axe médian VL
- La projection de la corne pulpaire est localisée à l'intersection de ces 2 axes
- La forme de contour est ovale à grand axe VL et centrée sur la face occlusale.
- L'asymétrie de la table occlusale tend à déplacer la cavité d'accès en direction V ⇒ Elle est donc réalisée aux dépens de la cuspidie V.



➤ Approfondissement de la cavité

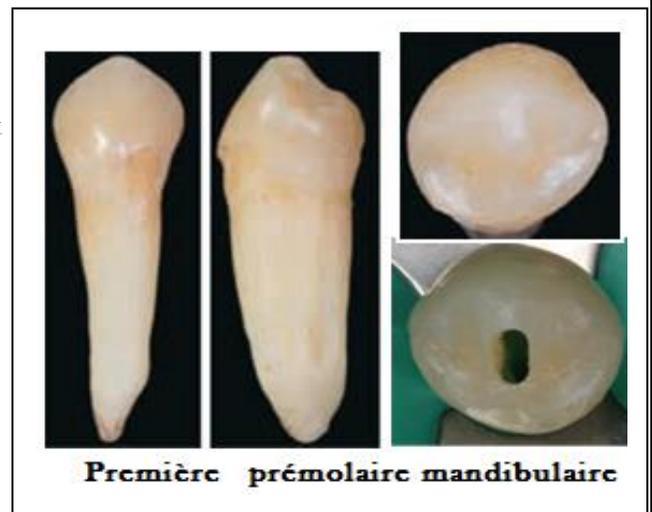
- L'approfondissement se fait selon l'axe de la couronne jusqu'à la mise en évidence d'une corne pulpaire
- La 1PM mandibulaire possède une angulation marquée (30° environ) entre l'axe de la couronne et l'axe radiculaire.

➤ Elimination du plafond pulpaire

- Après l'effraction pulpaire, l'axe de l'instrument rotatif est redressé pour être parallèle au grand axe de la dent afin d'éliminer totalement le plafond de la chambre pulpaire.

➤ Finition de la cavité d'accès

- Les interférences sont éliminées et la cavité mise de dépouille.
- Si la dent présente 2 canaux la forme de la cavité sera allongée dans le sens VL.
- Si les premières limes de négociation présentent une difficulté d'insertion alors que la lumière canalaire semble large, le praticien doit immédiatement penser à une bifurcation plus ou moins basse.



⇒ Deuxième prémolaire mandibulaire

➤ Rappels anatomiques

- La 2PM< est souvent décrite comme une petite 2PM molaire avec une couronne dans l'axe de la racine et la présence d'une cuspidie V et deux cuspidies L.
- Le sillon principal divise la face occlusale en 2 parties presque égales.

➤ Dessin de la cavité d'accès idéale

- La forme de contour est ovale allongée dans le sens VL.
- La cavité d'accès est en continuité avec le canal (le plus souvent unique) d'aspect ovale ou exceptionnellement circulaire.

➤ Approfondissement de la cavité

- Cette étape ne présente pas de difficulté particulière et l'orientation des instruments rotatifs reste perpendiculaire à la table occlusale de la dent.

➤ Finition de la cavité d'accès

- À l'image de la 1PM<, le praticien doit rester vigilant et suspecter tout type de variation anatomique



8.5 Cavité d'accès sur les molaires maxillaires

⇒ La première molaire maxillaire

➤ Rappels anatomiques

– Il est maintenant admis que la **1M** présente au minimum quatre canaux :

- ✓ Le canal mésio-vestibulaire 1 (MV1) ;
- ✓ Le canal mésio-vestibulaire 2 (MV2) ;
- ✓ Le canal disto-vestibulaire ;
- ✓ Le canal palatin.



– Outre cette anatomie canalaire référencée, de nombreuses variations sont possibles.

– Chacune des trois racines (MV, DV et P) peut présenter des canaux supplémentaires.

➤ Dessin de la cavité d'accès idéale

– Le repérage des cornes pulpaire se fait à partir des éléments anatomiques suivants :

- ✓ Le sillon V intercuspidien ;
- ✓ La fosse centrale ;
- ✓ La crête marginale M ;
- ✓ La pointe cuspidienne MV
- ✓ L'axe de la face V.

– La corne pulpaire P se projette sur la face occlusale à proximité de la fosse principale, légèrement en palatin

– La corne MV se projette sur la pointe cuspidienne MV légèrement en dedans

– Pour matérialiser la corne DV, il suffit de tracer :

- ✓ Une droite parallèle à la face M et passant par la corne P
- ✓ Une droite parallèle à la face V et passant par la corne MV

– Ces trois points forment un triangle.

– La position la plus éloignée de la corne DV se trouve à l'angle du triangle formé par les deux droites décrites ci-dessus et une troisième rejoignant les cornes pulpaire P et MV ;

– La forme de contour de la cavité d'accès idéale inclut la position la plus D de la corne DV

– La projection occlusale de cet orifice se situe dans un triangle formé par l'axe reliant les cornes P et MV et dont le 3eme sommet est sur la hauteur précédemment décrite.

– Un bec de dentine recouvre souvent cette entrée canalire, ce qui complique sa mise en évidence.

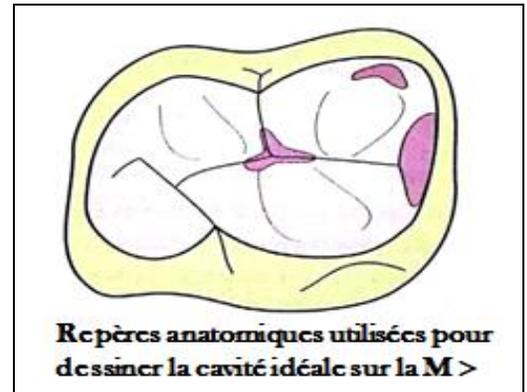
– L'orifice P étant plus large que les autres, il constitue une paroi à lui seul

⇒ La cavité occlusale idéale est donc trapézoïdale et non triangulaire

– Elle se situe dans la moitié M de la couronne à partir de la fosse centrale

– La cavité d'accès préserve les poutres de résistance de la dent :

le pont d'émail en D et la crête marginale M.



➤ Approfondissement de la cavité

– La cavité occlusale, une fois dessinée, est approfondie selon un axe équivalent au grand axe de la couronne

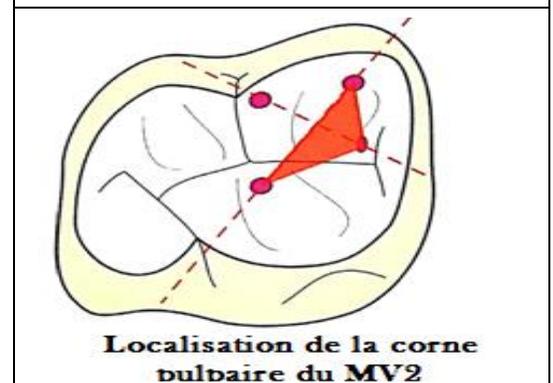
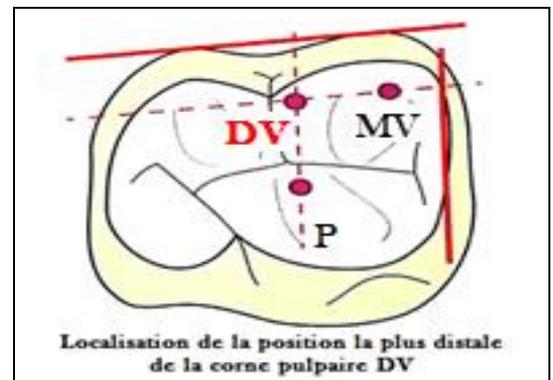
➤ Elimination du plafond pulpaire

– Le plafond pulpaire est éliminé dès qu'une effraction pulpaire est obtenue, toujours selon le même protocole

➤ Finition de la cavité d'accès

– La présence d'une chambre pulpaire volumineuse favorise l'utilisation d'instruments rotatifs du type fraise congé ou Zekrya Endo pour la finition des parois.

– Les inserts sonores ou ultrasonores permettent d'éliminer les zones de surplomb au niveau du MV2 et les possibles obstructions canalaires tels que les pulpolithes.



Mise en évidence du quatrième canal

- La localisation du 4eme canal(MV2) n'est recherchée qu'après **la mise en forme** des trois canaux « principaux ».
- Le surplomb dentinaire au niveau du MV2 est éliminé :
 - ✓ Soit par la pointe d'une fraise conge fine diamantée,
 - ✓ Soit, de manière plus sûre et plus précise, par un insert approprié
- Pour découvrir le MV2 (et tout canal surnuméraire) :
 - ⇒ **Test des « bulles de champagne »**
 - La réaction entre NaClO (propriété solvante) et tout débris organique provoque une digestion des substances organiques avec production d'une effervescence visible sous forme de bulle.
 - En d'autres termes, la présence localisée de bulles en fin de mise en forme peut indiquer la position d'un orifice canalaire surnuméraire.
 - ⇒ **Test du colorant**
 - Le fond de la cavité est badigeonné de colorant (le bleu de méthylène) puis rincé.
 - Les zones marquées après rinçage correspondent aux endroits où persistent des débris organiques.

⇒ Deuxième et troisième molaires maxillaires

- La description de la cavité d'accès reste identique pour les trois molaires maxillaires.
- L'anatomie canalaire tend à se simplifier
- Le MV2 est moins fréquent pour la 2M> que pour la 1M> (60 % contre plus de 90 %).
- Plus la dent est distale, plus la corne DV a tendance à se rapprocher de l'axe reliant le canal MV et le canal P.
- Il n'est pas rare de constater un alignement des trois canaux au niveau d'une 2M ou d'une 3M>.



8.6 Cavité d'accès sur les molaires mandibulaires

⇒ Première molaire mandibulaire

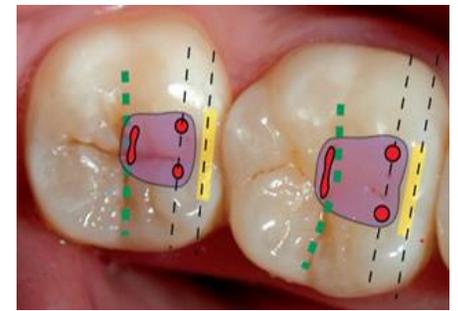
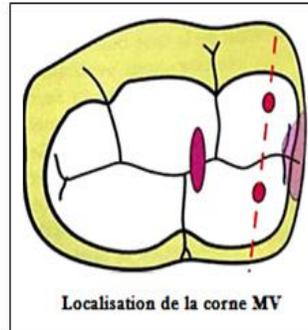
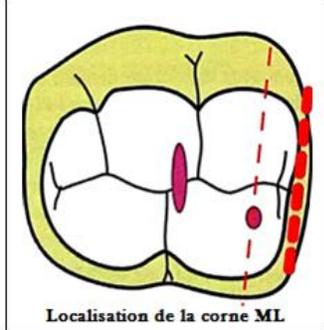
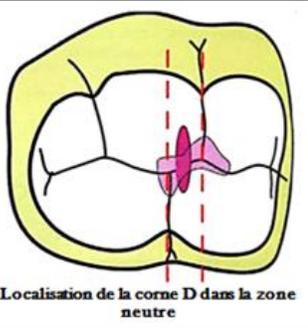
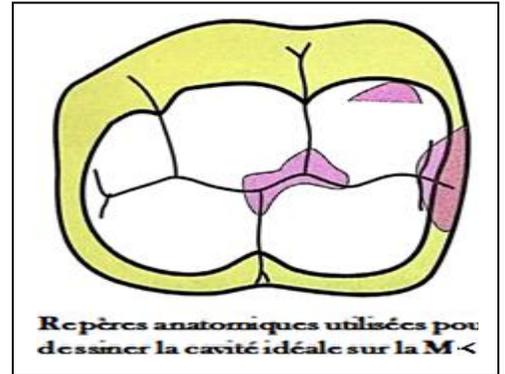
➤ Rappels anatomiques

- Première dent à apparaître sur l'arcade, la 1M< est très souvent concernée par les traitements endodontiques.
- Elle présente 2 racines (M et D) et une racine surnuméraire est parfois détectée en vestibulaire (radix paramolaris) ou lingualem (radix entomolaris).
- La racine M possède 2 canaux (MV et ML) et la racine D un seul canal (D). Des canaux surnuméraires sont possibles
- La fréquence d'un second canal D est beaucoup plus importante que la présence d'un 3ème canal M.



➤ Dessin de la cavité d'accès idéale

- Les repères anatomiques utilisés :
 - ✓ Le sillon principal de la table occlusale ;
 - ✓ La crête marginale mésiale ;
 - ✓ Le sillon intercuspide ;
 - ✓ L'axe MD séparant la table occlusale en deux parties égales
- Les sillons intercuspidiens V et L sont légèrement décalés ; leurs prolongations respectifs sur la face occlusale délimitent une zone qualifiée de « neutre » où se trouve la ou les cornes D
- La corne pulpaire D : se projette dans la zone neutre sur l'axe média MD
- La corne ML : se projette à proximité de la fossette marginale M, légèrement en L du sillon principal
- La corne MV : se trouve sur la droite passant par la corne ML et dans le versant interne de la cuspidé MV
- La forme de contour est située sur la partie M de la dent et ne dépasse jamais la zone neutre.
- Son aspect est trapézoïdal à grande base M et à petite base D, préservant la crête marginale M et restant homothétique à la table occlusale.



➤ Approfondissement de la cavité

- L'approfondissement de la cavité doit se faire selon l'axe coronaire (peut être différent de l'axe radulaire).
- L'axe de la couronne est facile à visualiser dans le sens MD grâce à la radiographie préopératoire

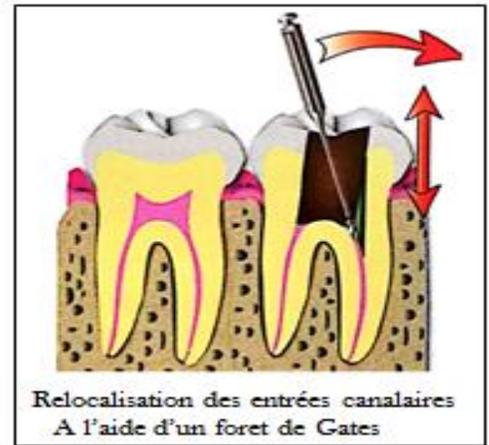
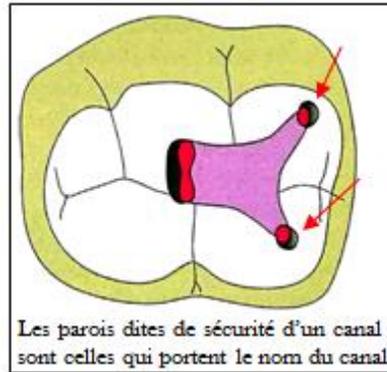
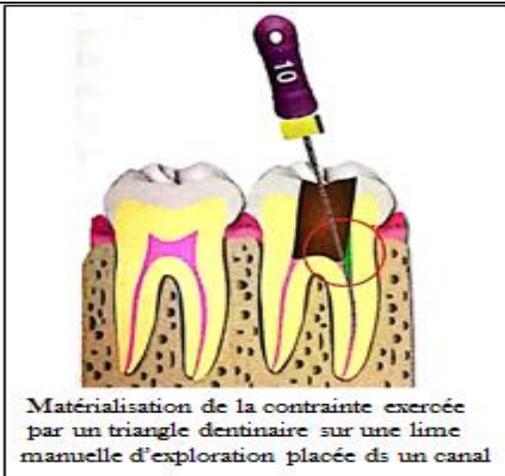


➤ Elimination du plafond

- Le reste du plafond est ensuite de la même façon que pour les autres dents avec la fraise boule long col utilisée sur contre-angle bleu et animée d'un mouvement de retrait.

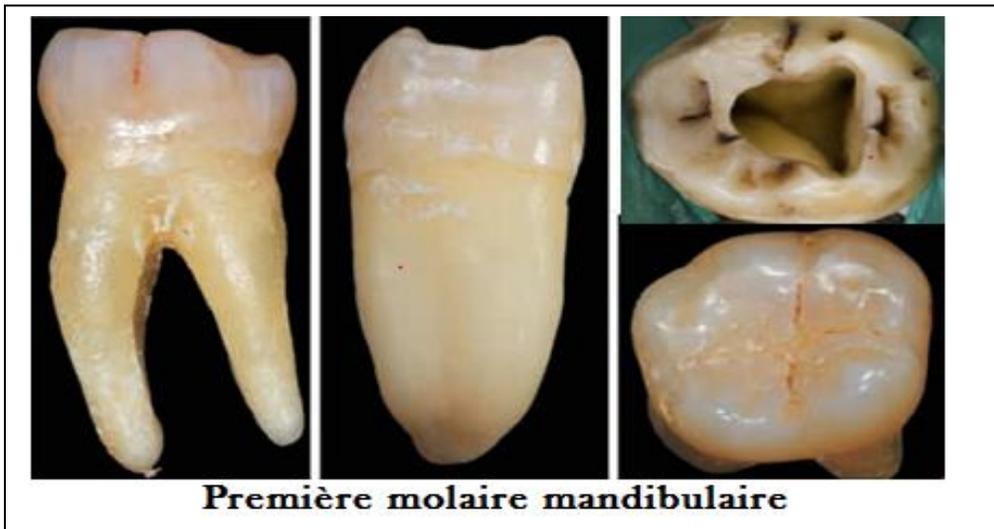
➤ Finition de la cavité d'accès

- La cavité est alors finalisée, les parois égalisées et les ressauts dentinaires éliminés.
- Une fois la cavité d'accès terminée, la mise en place d'une lime de petit diamètre dans le canal permet, d'une part, d'appréhender l'axe du canal et, d'autre part, d'évaluer l'accessibilité.
- Il sera nécessaire d'éliminer les surplombs dentinaires situés à l'entrée des canaux pour offrir un accès rectiligne en direction de la première courbure et de la région apicale de la racine. Cela facilite la pénétration des instruments dans les canaux.
- La relocalisation des orifices doit toujours se faire aux dépens des parois externes du canal (paroi de sécurité)
- Cette relocalisation est effectuée avec un foret de gates. Placé à l'entrée du canal, il est animé d'un mouvement circulaire en s'appuyant sur la paroi de sécurité



❖ Mise en évidence d'un second canal distal

- Si un second orifice canalaire n'est pas détecté, le cathétérisme initial à l'aide de limes endodontiques fines est un excellent moyen pour déceler la présence possible d'un second canal distal :
- ✓ Si la lime endodontique est lâche au sein d'un canal large et centré sur la racine, un seul canal distal est attendu ;
- ✓ Si la lime présente des difficultés d'insertion et que son orientation est angulée en direction vestibulaire ou linguale, un second canal distal est attendu dans la direction opposée.



⇒ Deuxième et troisième molaires mandibulaires

- La couronne des 2 M< et 3M< ne présente plus de cuspide D.
- La forme de contour est similaire à celle de la 1M mais la cavité d'accès est moins étendue du fait d'un rapprochement des orifices des canaux mésiaux, parfois jusqu'à leur fusion.
- Cette modification anatomique tend à modifier la forme de contour trapézoïdale vers une forme rectangulaire

Conclusion

Les phases pré-endodontiques et la réalisation d'une cavité d'accès idéale conditionnent les étapes suivantes que sont la préparation instrumentale et l'obturation canalaire tridimensionnelle.

Le traitement endodontique doit se considérer comme une somme de séquences cliniques dont les phases de prétraitement et la cavité d'accès constituent les fondations: un manque de rigueur dans la réalisation de ce socle ne pourra que conduire à un effondrement de la structure et amener un échec opératoire.