



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**AMPUTATION ET/OU SEPARATION RADICULAIRE
OU CORONORADICULAIRE D'UNE DENT**

Classement CCAM : 07.02.02.10 - Code : HBFD014

NOVEMBRE 2005

Service évaluation des actes professionnels

Ce rapport est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 - Fax +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en **novembre 2005**

© **Haute Autorité de santé - 2005**

L'EQUIPE

Ce dossier a été réalisé par le Dr Françoise Saint-Pierre, Chef de projet au Service évaluation des actes professionnels

La recherche documentaire a été effectuée par Melle Gaëlle Fanelli, Documentaliste, avec l'aide de Mmes Julie Mokhbi et de Valérie Serriere-Lanneau, Assistantes-documentalistes, sous la direction du Dr Frédérique Pagès, docteur ès sciences.

L'organisation de la réunion et le secrétariat ont été réalisés par Félix Muller.

.....
Pour tout contact au sujet de ce dossier :

Tél. : 01 55 93 71 12

Fax : 01 55 93 74 35

E-mail : contact.seap@has-sante.fr

Service évaluation des actes professionnels
Chef de service, Dr Sun Hae Lee-Robin
Adjoint au chef de service, Dr Denis Jean David, docteur ès sciences

SYNTHESE

I. Données de la littérature

Contexte

Les indications de l'amputation et/ou séparation radiculaire ou coronaradiculaire ont été définies : perte osseuse sévère affectant une ou plusieurs racines ; atteintes interradiculaires de classe II ou III (II : pénétration horizontale du support osseux supérieur au tiers, mais ne traversant pas la totalité de la région interradiculaire ; III : pénétration horizontale de « part et autre » de la région interradiculaire) ; proximité défavorable d'une racine avec des dents voisines ; fracture radiculaire, perforations, caries radiculaires ou résorption radiculaire intéressant une ou plusieurs racines ; quand le traitement endodontique d'une racine spécifique ne peut être correctement réalisé.

La fréquence d'apparition des lésions interradiculaires varie de 18 à 30 % au niveau des prémolaires et molaires. La complexité et l'irrégularité anatomique des dents pluriradiculées, ainsi que leur situation sur l'arcade rendant l'hygiène plus difficile favorisent la destruction tissulaire lors d'atteintes parodontales. Ainsi, les molaires enregistrent des taux de mortalité élevés. L'extension et la sévérité des lésions interradiculaires s'accroissent avec l'âge, et au moins une lésion interradiculaire est détectée avant 40 ans.

L'évaluation des facteurs de risques de développer une maladie parodontale a conduit à identifier certains facteurs affectant les tissus parodontaux : colonisation par certaines bactéries pathogènes, tabac, diabète, âge, stress.

Le clinicien doit donc évaluer le niveau d'exposition aux facteurs de risque pour adopter des stratégies préventives ou curatives, et également pour prédire les résultats du traitement.

L'existence d'arguments indirects en faveur d'une possible relation de causalité entre la maladie parodontale et l'endocardite infectieuse a conduit à recommander une prophylaxie de l'endocardite infectieuse, chez les patients ayant maladie parodontale, et une cardiopathie à risque d'endocardite infectieuse. Concernant la maladie coronaire, l'accident vasculaire cérébral, les sinusites, les pathologies pulmonaires et l'accouchement prématurée, les données sont encore plus préliminaires. Celles-ci ne permettent pas de conclure formellement que la maladie parodontale est un facteur de risque pour ces différentes situations au cours desquelles un examen clinique de la cavité buccale est simplement recommandé.

La qualité de vie peut être affectée d'une certaine manière par la santé orale. La perte des dents et l'âge sont étroitement associés, et ont un impact négatif sur la qualité de vie liée à la santé buccale. Une étude menée auprès de populations anglaises et australiennes montrait qu'une dentition complète ou presque (25 dents ou plus) était associée à des scores élevés sur le questionnaire *Oral Health Impact Profile* par rapport à des populations ayant moins de 17 dents.

Efficacité

- niveau de preuve : 7 études rétrospectives (niveau IV) ;

- principaux résultats : les études rétrospectives soulignent que les échecs sont tardifs (à 5 ans, le taux d'échec demeure faible), et que les suivis d'évaluation doivent être d'au moins 10 ans.

Tous les résultats mettent en évidence la nécessité d'une approche thérapeutique plurifactorielle pour améliorer l'efficacité de l'acte, et assurer un bon pronostic des dents traitées, dont le taux de survie à 10 ans peut être supérieur à 90 %.

Sécurité

Des complications à long terme imputables à l'échec du traitement (fractures, caries, complications endodontiques et parodontales) ont été décrites.

Place dans la stratégie de prise en charge

Dans le cas de lésions parodontales interradiculaires, l'approche non chirurgicale est réservée à des lésions de classe I voire II débutantes ; elle permet de préserver le niveau d'attache, et assure un débridement de la zone atteinte.

Les techniques de résection/séparation des racines s'adresseront à des lésions plus avancées de type II et III ; ce traitement stabilise le processus de dégradation des tissus sous la condition *sine qua non* du respect étroit de la technique, de traitements réguliers de soutien, de l'identification préalable, de la réduction voire l'élimination des facteurs de risque.

Cette approche conservatrice doit être la première option à considérer avant de recourir à l'alternative suivante, extraction et option prothétique et/ou implantaire.

II. Nomenclatures

L'acte n'est pas inscrit à la NGAP. L'acte est inscrit dans les nomenclatures américaines et belges.

III. Avis rendu par le groupe de travail

- Avis favorable sans recommandations
- Commentaires : le groupe souhaite retirer du libellé la mention « avec ou sans lambeau parodontal » estimant qu'elle ne se justifie pas, car l'acte « lambeau parodontal » est décrit dans un autre libellé.
- Libellé proposé : Amputation et/ou séparation radiculaire ou coronoradiculaire d'une dent.

CONCLUSION SUR LE SERVICE ATTENDU

Les données de la littérature soulignent la nécessité d'une approche thérapeutique plurifactorielle, endodontique, parodontale et prothétique pour améliorer l'efficacité de l'acte, et assurer un bon pronostic des dents traitées, dont le taux de survie à 10 ans peut être supérieur à 90 %.

Aucune étude n'a été identifiée concernant l'impact de l'acte sur la population.

Toutefois, la prévalence des parodontopathies dans la population générale (18 à 30 % de lésions interradiculaires au niveau des prémolaires et molaires, et au moins une lésion interradiculaire détectée avant 40 ans), leurs conséquences sur la santé buccale et générale du sujet ainsi que sur sa qualité de vie conduisent à considérer le Service attendu suffisant.

L'Amélioration du service attendu est jugée mineure (niveau 4).