

CHIRURGIE ORALE

POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE Porte Chézine
Avenue Claude Bernard BP 40419 44819 SAINT-HERBLAIN Cedex
Tél 02 40 95 82 77 Fax 02 40 95 81 70 Urgences 02 40 95 94 91 www.drguyot.fr

Dr Michel GUYOT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Médecine (non inscrit)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire

*du Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires
du CHU de Nantes*

DU de Chirurgie et Prothèses Implantologiques (Paris V)

DU de Dermatologie de la Muqueuse Buccale (Paris V)

DU d'Expertise Maxillo-Faciale et Bucco-Dentaire (Montpellier I)

DU de Sédation Consciente (Clermont-Ferrand I)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales (Pharmacologie)

Spécialiste Qualifié en CHIRURGIE ORALE

N°RPPS : 10000873371

INFORMATION MEDICALE AVANT RESECTION APICALE-CURETAGE

Une lésion dite apicale peut se former au bout de la racine d'une dent dont le ou les canaux ont été traités. Cette lésion infectieuse et inflammatoire a détruit plus ou moins l'os au bout de la racine. Elle est soit hétérogène soit s'est bien constituée lentement sous la forme d'un kyste radiculo-dentaire (enveloppe contenant un liquide infecté). L'origine réside dans des résidus bactériens non atteints ou impossibles à atteindre lors du traitement de désinfection de la racine, dans le niveau d'obturation de la racine insuffisant ou excessif (dépassement ou migration du produit d'obturation).

Le traitement consiste si possible à reprendre le traitement de la racine par le dentiste traitant (voire un endodontiste exclusif) pour désobturation, désinfection, puis réobturation. Si cela est insuffisant ou impossible, on peut envisager une intervention dite de **résection apicale**. Il s'agit du « nettoyage » de la lésion et de la « section » de l'extrémité de la racine.

Dans le cas précis de cette intervention, la dent n'est pas extraite: seule la partie de la racine en relation avec le kyste va être supprimée, d'où le terme de résection apicale. L'abord de la racine se fait par la gencive, sans toucher à la couronne de la dent. En fonction de l'état de l'obturation canalair, une obturation **a retro** peut être éventuellement réalisée dans le même temps opératoire. Cette intervention est réalisée avec l'aide d'un microscope optique pour en optimiser le résultat.

Les suites opératoires classiques sont celles d'une chirurgie buccale: gonflement, douleur, gêne par traction des tissus, saignement, ecchymose sur la peau en regard, hématome, ... Suites possibles de récession gingivale, cicatrice rétractile, chéloïde, dépression osseuse. Il est impératif de bien respecter les recommandations post-opératoires et les traitements prescrits. Les complications sont les lâchages des sutures, les complications liées au voisinage de l'extrémité de la racine: sinus maxillaire ou canal dentaire avec nerf sensitif et vaisseaux), une récurrence infectieuse (abcès, avec fistule ou non) si des germes dit « dormants » persistent à l'intérieur de la racine et ne peuvent être éradiqués du fait d'une anatomie canalair complexe, même avec un traitement antibiotique.

Les chances de succès d'une telle intervention pratiquée en microchirurgie sont actuellement de 80%, pour une dent qui ne présente ni fêlure, ni fracture, ni atteinte de la gencive (parodontite). Elles sont augmentées s'il y a possibilité de reprendre le traitement canalair de la racine avec désinfection, mais ceci n'est pas toujours possible et il vaut mieux préférer l'extraction de la dent dans ces cas. En cas de récurrence, deux possibilités vous seront proposées : soit l'extraction de la dent, soit une deuxième intervention dans des conditions similaires à la première.

Il faut observer un contrôle très rapproché de la zone kystique, à savoir une radiographie rétroalvéolaire tous les 6 mois, sur laquelle nous pourrons suivre l'évolution de la cicatrisation osseuse. Ceci permet d'observer la disparition de l'empreinte kystique, par rapport à la radiographie post-opératoire immédiate; en fonction de la taille du kyste, la cicatrisation osseuse définitive peut prendre jusqu'à 18 mois.

En cas de complications, il est conseillé de prendre contact avec votre chirurgien.

Dans le cadre de la consultation, il vous a été exposé les risques et les effets secondaires inhérents à l'acte opératoire en relation avec votre traitement.

Information reçue et bien comprise.

Date et Signature du patient ou du représentant légal

Signature du praticien

Document à remettre daté signé au plus tard le jour de l'intervention