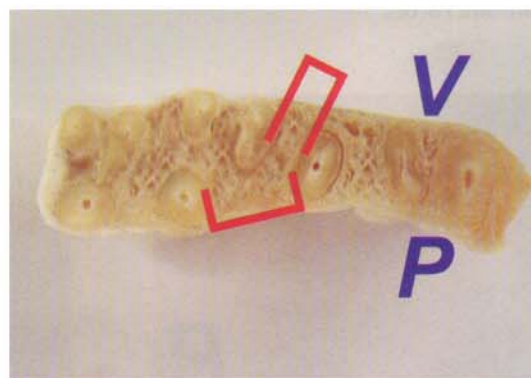


Une nouvelle voie pour l'anesthésie maxillaire

Alain Villette



ÉVALUATION FORMATION CONTINUE

- 1 Un anesthésique de surface est indispensable avant l'injection en muqueuse palatine. Vrai Faux
- 2 Trois points de puncture seulement permettent d'anesthésier un maxillaire. Vrai Faux
- 3 Le temps de latence d'une anesthésie transcorticale palatine est identique à celui d'une anesthésie paraapicale vestibulaire. Vrai Faux
- 4 L'anesthésie transcorticale par voie palatine nécessite un rappel vestibulaire. Vrai Faux
- 5 Au maxillaire, la corticale vestibulaire est moins épaisse que la corticale palatine. Vrai Faux

Les réponses à ces questions sont disponibles sur le site internet de l'ID : www.information-dentaire.com

Cet article répond-t-il à vos attentes en matière de formation continue ? : votre opinion à faugereau@information-dentaire.fr

L'anesthésie maxillaire n'est pas celle qui présente le plus de difficultés. Classiquement, elle se résume à l'injection para-apicale d'une cartouche d'anesthésique en vestibulaire. Cette injection permet l'anesthésie de deux dents avec un engourdissement des tissus mous environnants. Elle est quelquefois complétée par une anesthésie palatine lors de la présence d'un sinus proéminent et, systématiquement, pour une extraction.

L'anesthésie transcorticale ou intradiplôïque appliquée au maxillaire apporte, par rapport à la classique para-apicale, des avantages certains : elle est parfaitement immédiate, n'entraîne pas l'anesthésie des tissus mous périphériques, supprime systématiquement l'anesthésie palatine de complément, même pour une extraction, et permet l'anesthésie de six dents avec un seul point d'injection.

Cette possibilité d'anesthésier six dents à partir d'une seule injection réduit l'anesthésie d'un maxillaire à trois points privilégiés. Ce sont : le point interincisif, et les points situés entre la première molaire et la deuxième prémolaire droite et gauche.

- Le point interincisif ne présente pas de difficulté majeure et permet d'anesthésier le bloc incisivo-canin en entier.
- Le point d'injection situé entre la deuxième prémolaire supérieure et la première molaire présente quelquefois des difficultés dues à une proximité radriculaire ou à une commissure labiale peu extensible limitant l'accès.

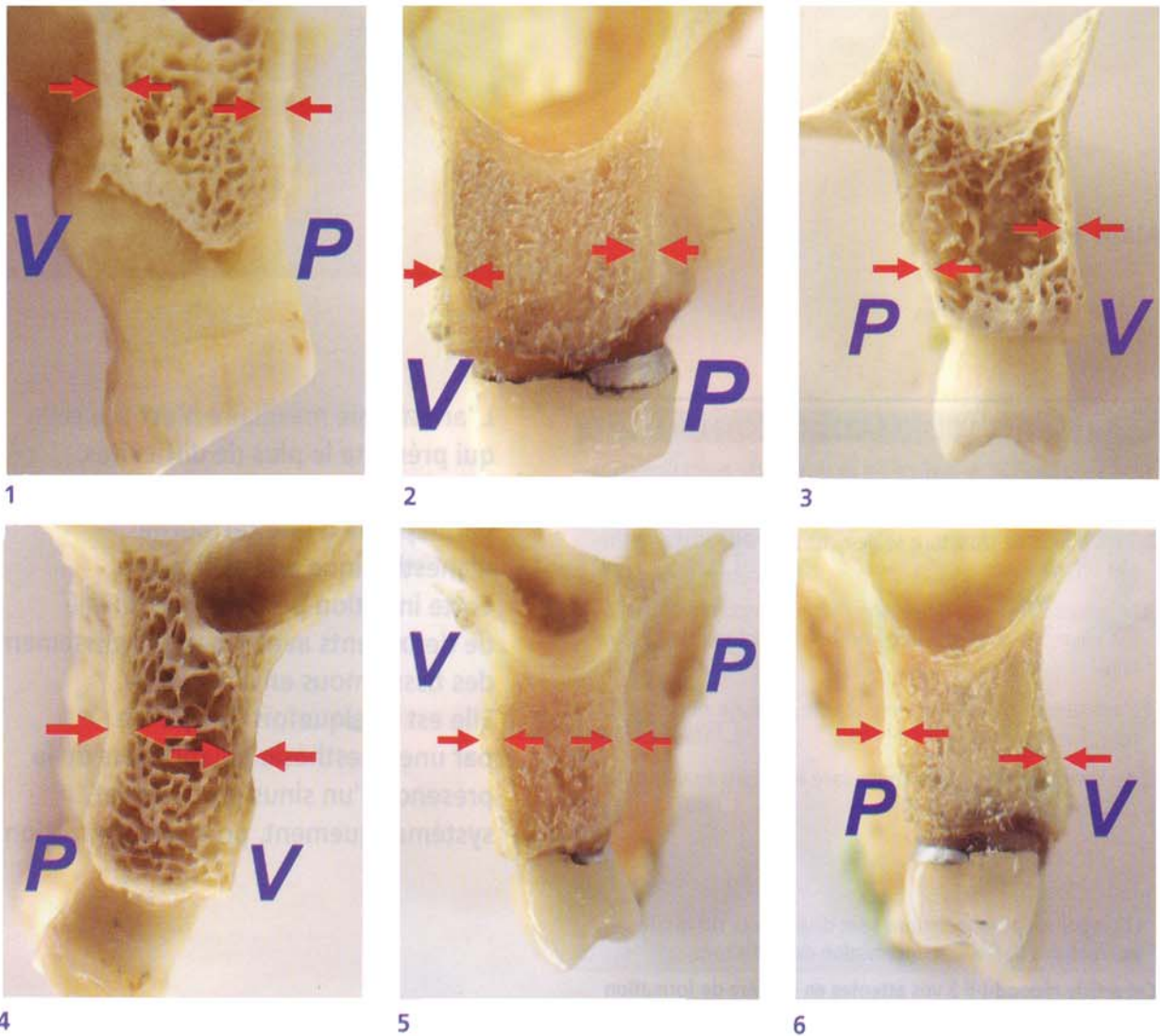
- L'étude anatomique de cet espace interdentaire nous permet de résoudre ces deux difficultés.

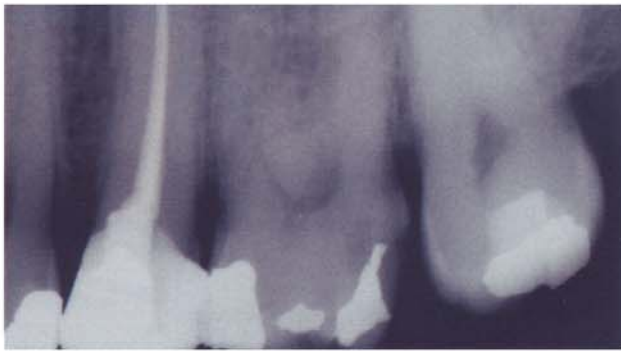
Étude de l'espace osseux situé entre la première molaire et la deuxième prémolaire supérieures

Pour simplifier la dénomination de cet espace situé entre les dents qui ont pour numéro d'ordre 5 et 6 nous l'appellerons 5-6.

Tout d'abord, il faut étudier l'épaisseur de la corticale palatine. On peut constater, sur les coupes d'os sec, ci-dessous, que les deux corticales vestibulaire et palatine ont sensiblement la même épaisseur. Il n'est donc pas envisagé de difficultés techniques particulières quant au franchissement de la corticale palatine (fig. 1 à 6).

1 à 6. Les coupes verticales des espaces 5 - 6, montrent que les corticales vestibulaire et palatine sont d'épaisseur comparable.





7. Une radiographie montre, entre les deux racines vestibulaires, un espace très restreint.

8, 9, 10. Coupes coronales montrant en vue occlusale la plus grande largeur en palatin.

11, 12. Coupe sur scanner.

Quelquefois, une radiographie de 5-6, montre entre les deux racines vestibulaires un espace très restreint où les deux corticales alvéolaires peuvent être accolées, et donc, empêchent toute injection intra-osseuse (fig. 7).

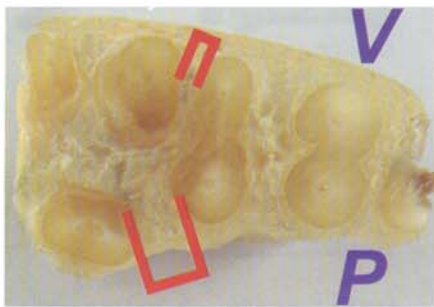
L'observation de coupes coronales de cet espace 5-6, réalisées parallèlement au plan occlusal, 2 mm au-dessus du collet, montre, en vue occlusale, une largeur plus importante en palatin qu'en vestibulaire.

Ceci est dû au fait qu'en vestibulaire, il y a deux racines et qu'en palatin, il n'y a qu'une seule racine pour la molaire. L'espace 5-6 est donc toujours plus large en palatin qu'en vestibulaire.

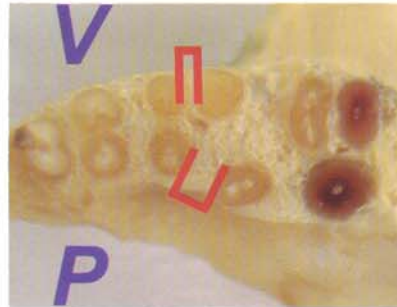
Cette analyse est aussi valable pour l'espace palatin situé entre la première et la deuxième molaire.

Sur ces coupes réalisées sur os sec (fig. 8, 9 et 10) et sur ces scanners (fig. 11 et 12), on peut observer que l'espace osseux situé entre la racine palatine de la dent de six ans et la racine palatine de la deuxième prémolaire est toujours plus grand que l'espace situé entre la racine mésio-vestibulaire de la dent de six ans et la racine de la deuxième prémolaire supérieure.

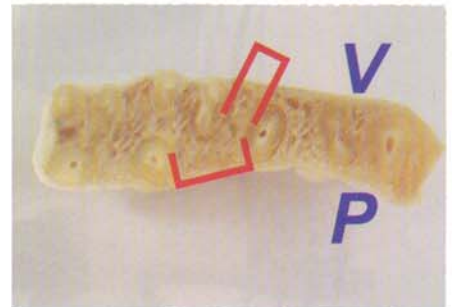
L'injection dans cet espace semble donc plus rationnelle par un accès palatin.



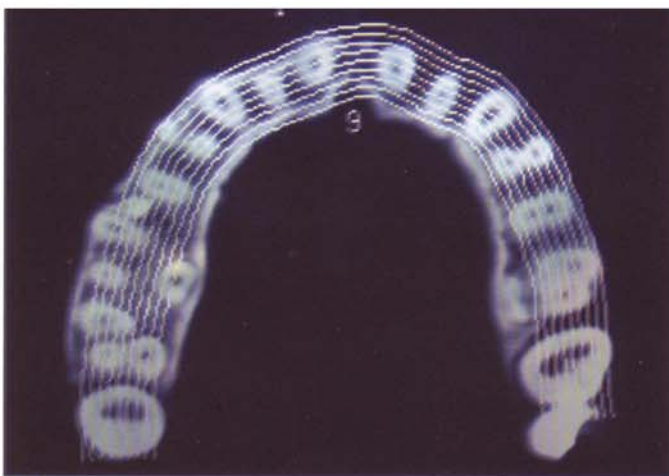
8



9



10



11



12

Comment pratiquer une anesthésie palatine indolore ?

L'anesthésie palatine est unanimement reconnue comme douloureuse (1).

Depuis quelques années, elle était cependant proposée, dans l'utilisation d'un système d'injection assistée électroniquement, le Wand (1).

L'injection assistée est effectivement un facteur participant à la diminution de la douleur lors de l'injection, pour peu que la configuration de la courbe d'injection soit judicieusement pensée.

L'autre facteur, tout aussi déterminant, est le positionnement parfait du biseau de l'aiguille par rapport à la muqueuse (2). Celui-ci doit être posé à plat sur la muqueuse pour diminuer la pénétration dans la profondeur de celle-ci tout en permettant l'injection. L'angulation générale de l'aiguille par rapport à la muqueuse doit être d'environ 15° à 20°.

L'anesthésie palatine indolore, sans topique et sans aucun subterfuge (manche de miroir, coton-tige, pression de l'ongle) est possible en utilisant un système caractérisé par une injection assistée électroniquement et surtout une prise « stylo » qui assure la précision de l'angulation et le contrôle de la pénétration de l'aiguille.

Discussion

Si l'injection palatine douloureuse n'est plus un problème comme on vient de le voir, la possibilité d'apparition de nécrose n'est pas à rejeter.

La nécrose palatine est générée par la conjonction de deux éléments : l'un chimique, l'autre mécanique.

Le paramètre chimique est le vasoconstricteur contenu dans la solution qui entraînera une fermeture plus ou moins importante des vaisseaux sur une durée variable, ces deux éléments étant fonction de la concentration en vasoconstricteur.

Le paramètre mécanique, certainement le plus important, est l'écrasement des capillaires par le liquide injecté dans une muqueuse indéformable. Cet élément est directement fonction de la quantité injectée.

Le praticien devra donc, pour éviter ce risque, être certain que l'injection se fait bien en intra-osseux et non en sous muqueux. C'est le seul élément auquel le praticien devra apporter toute son attention.

Conclusion

Si l'anesthésie des dents maxillaires n'est pas le problème majeur du praticien, il convient de reconnaître que l'anesthésie transcorticale par voie palatine participe à l'amélioration du confort du patient, tout en permettant un gain de temps appréciable ainsi qu'une efficacité accrue pour le praticien.

Les éléments importants à retirer de cette étude sont les suivants :

- l'absence de douleur lors de la réalisation de ce type d'anesthésie ;
- l'absence totale de nécrose muqueuse ou osseuse, et ceci, quel que soit l'anesthésique utilisé ;
- la possibilité, pour le praticien, de soigner une ou plusieurs dents (jusqu'à six) dans la même séance, sans que le patient soit perturbé par l'anesthésie des tissus mous ;
- une diminution des quantités moyennes injectées donc une diminution de la toxicité de l'anesthésie.

Cette nouvelle voie d'injection intra-osseuse résout les difficultés posées par des espaces osseux inter radiculaires de faible largeur, associée ou non, à une bouche étroite.

BIBLIOGRAPHIE

1. Malamed SF. handbook of local anesthesia, ed 5, St Louis, 2005, Mosby .
2. Sixou Jean-Louis. « Du bon usage du biseau de l'aiguille lors de l'anesthésie chez l'enfant (et l'adulte) ». ID 37 (88) p 2286-88.

Adresse de l'auteur
Alain Villette D.S.O.
66, avenue des Marronniers
49300 Cholet