

Les lésions carieuses et le premier traitement restaurateur

ADOPTED by the FDI General Assembly **September, 2019** in **San Francisco, United States**

Contexte

En 2016, la FDI a approuvé une version révisée de la Déclaration de principe intitulée « L'intervention minimale dans le traitement des caries dentaires » (2002), qui affirmait qu'« une démarche opératoire (chirurgicale) ne doit être utilisée que pour des raisons précises, par exemple lorsque la cavitation est telle que la lésion ne peut être arrêtée ou lorsqu'il existe des raisons esthétiques ou fonctionnelles¹ ». L'objectif était de privilégier la médecine dentaire préventive² au traitement restaurateur des caries, mais, à ce jour, la transition dans la pratique clinique quotidienne est lente.

Périmètre

La présente déclaration de principe donne une orientation sur le traitement des caries sur les dents de lait et définitives en faisant la distinction entre les principes d'arrêt des caries et de traitement restaurateur mini-invasif.

Définitions

(Cf. également le système ICDAS)

Lésion carieuse initiale: Lésion carieuse sans cavitation qui se limite à un changement visible de couleur et de texture de l'émail

Lésion carieuse modérée: Lésion carieuse limitée au tiers extérieur de la dentine et à des microcavités

Lésion carieuse sévère: Lésion carieuse s'étendant au-delà du tiers extérieur de la dentine et présentant des cavités

Lésion carieuse active: Lésion carieuse présentant une perte minérale nette sur une période donnée, ce qui témoigne d'une progression de la lésion

Lésion carieuse inactive: Lésion carieuse ne présentant pas de perte minérale nette sur une période donnée, ce qui témoigne de l'absence de progression de la lésion

Principes

Il est primordial que les patients reçoivent des conseils diététiques adaptés et soient initiés à la gestion efficace du biofilm.

Le recours limité au traitement des lésions carieuses sur les dents de lait et définitives par ablation tissulaire permet de préserver la substance dentaire, de prolonger la vie de la dent affectée et de réduire, voire d'éviter, les troubles iatrogènes tels que la douleur, l'anxiété et des dommages aux dents adjacentes.

La décision en matière d'ablation tissulaire doit être prise en tenant compte du stade de la lésion, de son activité, de l'état de santé et du risque carieux présentés par le patient, ainsi que des exigences esthétiques de ce dernier. Lorsque l'ablation tissulaire est jugée nécessaire, il convient de procéder à une intervention minimale.

Déclaration

La Fédération dentaire internationale (FDI) encourage à privilégier les mesures visant à prévenir et arrêter le développement des caries, notamment via la surveillance, au traitement restaurateur des caries, dans le respect des principes de l'*International Caries Classification and Management System* (ICCMS™).²

Les lésions carieuses initiales doivent être traitées via l'application topique de fluor et faire l'objet d'une surveillance. Il est alors possible de procéder au scellement des sillons pour les lésions occlusales et à l'infiltration de résine pour les lésions proximales dans le tiers extérieur de la dentine³. Pour les patients ne supportant pas le traitement, le fluorure diamine d'argent constitue une bonne alternative^{3,4,5}. Quelle que soit la procédure adoptée, il est impératif d'effectuer un suivi.

En cas de cavitation progressive dans la dentine profonde, il convient d'envisager un traitement restaurateur mini-invasif et l'ablation sélective de la carie.

Tout traitement doit être accompagné du contrôle du biofilm et de l'application topique de fluor, en complément de l'éducation et du suivi du patient.

Le diagnostic clinique de l'activité de la lésion carieuse doit tenir compte de la localisation de la lésion, de l'aspect superficiel, d'une évaluation tactile minutieuse et de la santé gingivale.

Le type et l'ampleur des interventions dépendent du profil de risque du patient^{4,5}.

Les **lésions carieuses actives ou inactives initiales à modérées** ne nécessitent généralement pas d'ablation tissulaire dans les situations suivantes :

- **Surface occlusale** : caries de sillon limitées à l'émail;
- **Surface proximale** : lésions carieuses sans cavitation limitées à l'émail et au tiers extérieur de la dentine;
- **Surface lisse** : lésions carieuses sans cavitation limitées au tiers extérieur de la dentine et à des microcavités.

Les lésions doivent être surveillées pendant le traitement puis à intervalles réguliers.

Les **lésions carieuses inactives modérées à sévères** ne nécessitent pas d'ablation tissulaire dans les situations suivantes :

- **Surface proximale** : lésions présentant des cavités dans l'émail, sans contact avec une dent ou une prothèse;
- **Surface lisse** : lésions présentant des cavités dans l'émail et la dentine, sans conséquence esthétique ni contact avec le crochet d'une prothèse.

Les **lésions carieuses actives modérées à sévères** nécessitent une ablation tissulaire mini-invasive dans les situations suivantes :

- **Surface occlusale** : lésions carieuses dans la dentine;
- **Surface proximale** : lésions présentant des cavités dans l'émail et la dentine;
- **Surface lisse** : lésions présentant des cavités dans la dentine.

Dans le cadre de la réduction progressive de l'amalgame dentaire, la Déclaration de principe de la FDI (2018) recommande de limiter ou d'éviter le recours à l'amalgame lorsque les lésions sont éligibles à d'autres traitements restaurateurs, notamment s'il s'agit d'une première intervention.

Matériaux de restauration à utiliser sur les **dents de lait** :

- ciments verres ionomères à haute viscosité ou modifiés par adjonction de résine pour les cavités uniques et à surfaces multiples dans le cadre d'un traitement restaurateur atraumatique (instruments manuels et ciments verres ionomères)⁶ ;
- matériaux composites à base de résine pour les cavités plus étendues (si le contrôle de l'humidité est possible) ;
- couronnes préfabriquées (acier ou polycarbonate) pour les cavités étendues ayant causé d'importants dommages dans la dent (dont la technique de Hall).

Matériaux de restauration à utiliser sur les **dents définitives** :

- matériaux à base de résine ;
- ciments verres ionomères à haute viscosité ou matériaux hybrides pour les cavités à surface unique et les petites cavités de classe 2 sans charge élevée ;
- inlays/onlays en or, en céramique ou en résine sur les dents plus endommagées ;
- couronne complète en métal, en céramique ou en alliage céramique sur les dents très endommagées.

Avertissement

Les informations figurant dans la présente Déclaration de principe sont fondées sur les données scientifiques les plus fiables disponibles au moment de la rédaction et peuvent être interprétées de manière à tenir compte des sensibilités culturelles et contraintes socioéconomiques actuelles.

Références

1. Fédération dentaire internationale (FDI). Déclaration de principe de la FDI : L'intervention minimale dans le traitement des caries dentaires, 2002. (<http://www.fdiworldental.org/media/11275/Minimal-intervention-in-the-man...> ; version française : Minimal-Intervention-in-the-Management-of-Dental-Caries-2002-Fr.pdf). Int. Dent. J., février 2017 ; 67(1) : 6-7. DOI : 10.1111/idj.12308. FDI (Fédération dentaire internationale)¹. Déclaration de principe de la FDI sur l'intervention minimale en odontologie (*Minimal Intervention Dentistry*, MID) dans le cadre du traitement des caries dentaires, adoptée par l'Assemblée générale en septembre 2016 à Poznań, en Pologne.
2. Pitts N., Zero D. *White Paper on Dental Caries Prevention and Management. A summary of the current evidence and the key issues in controlling this preventable disease.* www.fdiworldental.org, 2016.
3. Schwendicke F., Splieth C., Breschi L., Banerjee A., Fontana M., Paris S., Burrow M. F., Crombie F., Page L. F., Gatón-Hernández P., Giacaman R., Gugnani N., Hickel R., Jordan R. A., Leal S., Lo E., Tassery H., Thomson W. M., Manton D. J. *When to intervene*

in the caries process? An expert Delphi consensus statement. Clin. Oral Investig., 23 août 2019. DOI : 10.1007/s00784-019-03058-w. [Publication en ligne avant impression] PMID : 31444695.

4. O. Urquhart, M. P. Tampi, L. Pilcher, R. L. Slayton, M. W. B. Araujo, M. Fontana, S. Guzmán-Armstrong, M. M. Nascimento, B. B. Nový, N. Tinanoff, R. J. Weyant, M. S. Wolff, D. A. Young, D. T. Zero, R. Brignardello-Petersen, L. Banfield, A. Parikh, G. Joshi¹⁶, et A. Carrasco-Labra^{1,17}. *Nonrestorative Treatments for Caries: Systematic Review and Network Meta-analysis.* Journal of Dental Research 2019, Vol. 98(1), 14-26.
5. Slayton R. L., Urquhart O., Araujo M. W. B., Fontana M., Guzmán-Armstrong S., Nascimento M. M., Nový B. B., Tinanoff N., Weyant R. J., Wolff M. S., Young D. A., Zero D. T., Tampi M. P., Pilcher L., Banfield L., Carrasco-Labra A. *Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association.* J. Am. Dent. Assoc. Oct. 2018 ; 149(10) : 837-849.
6. Frencken J. E. *Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry.* Brit. Dent. J. 2017 ; 223 : 183-189.