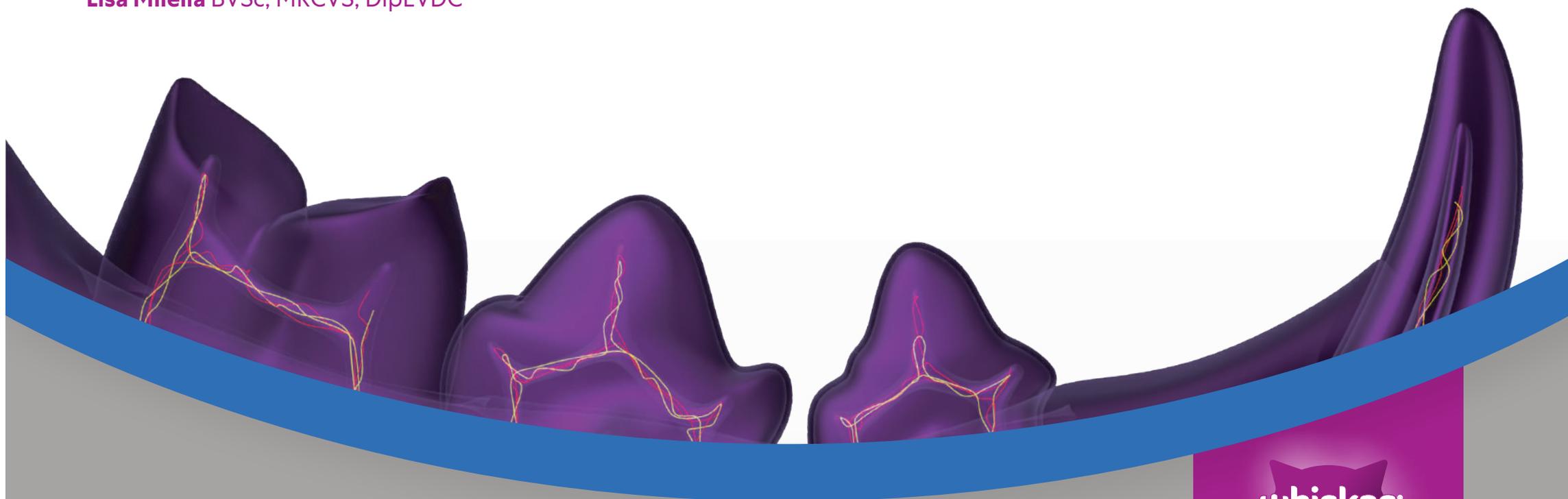


GUIDE PRATIQUE DESTINÉ AUX VÉTÉRINAIRES ET ASV

# DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET PRÉVENTION DES PRINCIPALES MALADIES DENTAIRES CHEZ LE CHAT

2nd édition, Novembre 2023

Lisa Milella BVSc, MRCVS, DipEVDC



# LES MALADIES BUCCO-DENTAIRES FÉLINES

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



Une étude menée sur 13 900 chats a montré que 9,9 % des chats âgés de 0 à 7 ans souffraient d'une maladie bucco-dentaire. Ces chiffres atteignaient 20 % chez les chats âgés de 7 à 10 ans et 19,5 % chez ceux âgés de plus de 10 ans. Les maladies bucco-dentaires sont de loin les maladies les plus courantes chez les chats\*.

Outre la maladie parodontale, les chats présentent également des résorptions dentaires. En effet, 29% des chats au Royaume-Uni montrent ce type de lésion (Ingham *et al.* - 2001). Ce chiffre passe à 54 % des chats consultant pour un problème dentaire.

Cette brochure a été conçue comme un guide pratique à l'attention des vétérinaires et ASV. Il comprend des informations sur le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies bucco-dentaires chez le chat. Il illustre clairement la progression de la maladie, et indique les diagnostics et les traitements appropriés.

Enfin, dans l'optique de préserver la santé bucco-dentaire tout au long de la vie de l'animal, il aborde le rôle des propriétaires et les méthodes de sensibilisation à l'importance de mettre en place une routine de soin bucco-dentaire adaptée à domicile.



**Lisa Milella** BVSc, MRCVS, DipEVDC  
Ancienne Présidente de la British Veterinary Dental Association



Co-développé avec  
**Marie-Louise Bennett** BSc. (Hons), PhD  
Communication scientifique, Mars Petcare



European Veterinary Dental Society  
[www.evds.info](http://www.evds.info)

**Nos remerciements vont également à John Robinson pour son soutien dans l'élaboration de ce guide.**

*Tous les collaborateurs de Mars Petcare s'associent pour remercier notre défunte amie, Lisa Milella, pour la rédaction de ce guide. Vétérinaire spécialisée en dentisterie de renom, Lisa a consacré ses connaissances et son expertise à soulager la douleur des animaux présentant des affections dentaires invalidantes, mais également à enseigner aux vétérinaires du monde entier les procédures de dentisterie vétérinaire les plus récentes.*

**Pour toutes réimpressions ou informations complémentaires, veuillez contacter Marie-Louise Bennett à l'adresse suivante : [marie-louise.bennett@effem.com](mailto:marie-louise.bennett@effem.com)**

Ingham KE, Gorrel C, Blackburn J, Farnsworth W. Prevalence of odontoclastic resorptive lesions in a population of clinically healthy cats. J Small Anim Pract. 2001 sep; 42(9):439-43.

\*National Companion Animal Study, University of Minnesota centre for companion animal health; 1996, pg3.

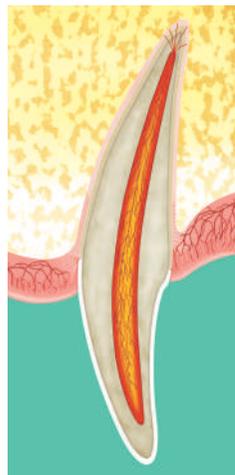
# VUE D'ENSEMBLE

## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA MALADIE PARODONTALE

Soutenu par

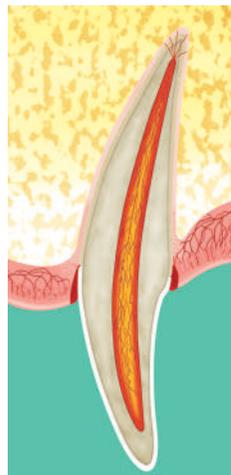


CONTRÔLE DU TARTRE



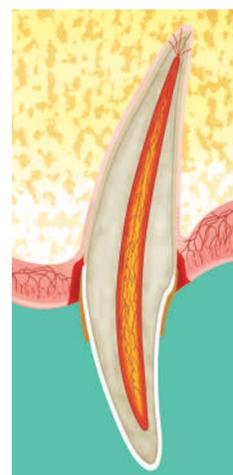
### Dent saine

Aucun signe d'inflammation gingivale ou de maladie parodontale cliniquement apparente.



### Gingivite

Gingivite uniquement. Pas de perte de fixations. La hauteur et l'architecture du bord alvéolaire sont normales.



### Parodontite précoce

Moins de 25 % de perte des fixations (par sonde ou radiographie) ou au moins une atteinte de la furcation de grade 1 des dents pluri-radiculées, signes radiologiques précoces de parodontite.



### Parodontite modérée

25 à 50 % de perte des fixations (par sonde ou radiographie) et atteinte de la furcation de grade 2 des dents pluri-radiculées.



### Parodontite avancée

Plus de 50 % de perte des fixations (par sonde ou radiographie) ou une atteinte de la furcation de grade 3 des dents pluri-radiculées.

### LÉGENDE :

- Os
- Gencive
- Gingivite
- Tartre dentaire
- Dentine
- Pulpe
- Ligament parodontal
- Émail
- Pus
- Espace de la poche parodontale pluri-radiculées.

### MOTS CLEFS :

**La plaque :** pellicule adhérente de couleur blanc cassé à la surface des dents, constituée de particules alimentaires, de bactéries et de produits bactériens. La plaque est la cause primaire de la maladie parodontale et des autres pathologies bucco-dentaires. Elle peut être réduite des dents par un léger grattage, notamment par brossage des dents.

**Tartre :** le tartre se forme lorsque la salive et le liquide crévicaire gingival, qui contient des taux élevés de minéraux, entraînent une calcification de la plaque sur les dents. Le tartre, dont la surface poreuse et rugueuse contient la plaque future, peut se former moins de 48 heures après le début de l'accumulation de la plaque. Le tartre ne peut être retiré que par détartrage.

**Le parodonte** est constitué par l'ensemble des tissus qui entourent et soutiennent la dent. Les quatre constituants du parodonte sont la gencive, l'os alvéolaire, le cément, le desmodonte ou ligament alvéolo-dentaire.

**La maladie parodontale** est la principale cause des pertes dentaires. Le nombre de ces affections diminue avec l'établissement d'une hygiène buccale correcte. Ces maladies sont toutes des maladies inflammatoires,

pour la majorité d'origine infectieuse, provoquées par la plaque bactérienne s'accumulant quotidiennement au niveau des dents.

Une distinction doit être faite entre la gingivite et la parodontite :

**La gingivite** correspond à l'inflammation du tissu de la gencive sans perte des fixations. La gingivite est provoquée par la présence de la plaque le long du rebord gingival et dans le sillon dentaire. Des bonnes techniques d'hygiène bucco-dentaire permettent de l'éviter. Elle est nécessaire pour le développement d'une parodontite mais n'évolue pas toujours en parodontite. La gingivite est le seul stade entièrement réversible de la maladie parodontale.

**La parodontite** est l'inflammation et la destruction progressive des tissus parodontaux, entraînant une perte des fixations. Cette destruction tissulaire est due en partie à l'activité bactérienne, mais surtout à la réponse inflammatoire et immunitaire de l'hôte. La destruction des tissus de soutien des dents entraînera avec le temps une mobilité dentaire de plus en plus importante, puis leur perte.

**La poche parodontale :** lors de la maladie parodontale, un espace se crée entre la racine de la dent et la gencive avec une perte des fixations du ligament alvéolo-dentaire. C'est ce que l'on appelle la poche parodontale.

**Récession gingivale :** la récession gingivale correspond à la migration de la marge gingivale vers la racine (apicalement) de sa position initiale à la base de la couronne.

**La furcation :** la furcation d'une dent correspond à l'endroit où les racines commencent à diverger dans l'alvéole osseuse.

La furcation est normalement recouverte par l'os alvéolaire. Mais lors d'une parodontite, une résorption osseuse a lieu au niveau de l'os entre les racines, entraînant une récession gingivale et osseuse mettant à nu la furcation.

Les furcations sont classées du grade 0 au grade 3 selon leur sévérité, c'est-à-dire en fonction de la distance à laquelle la sonde parodontale peut être introduire au niveau de cette zone de furcation.

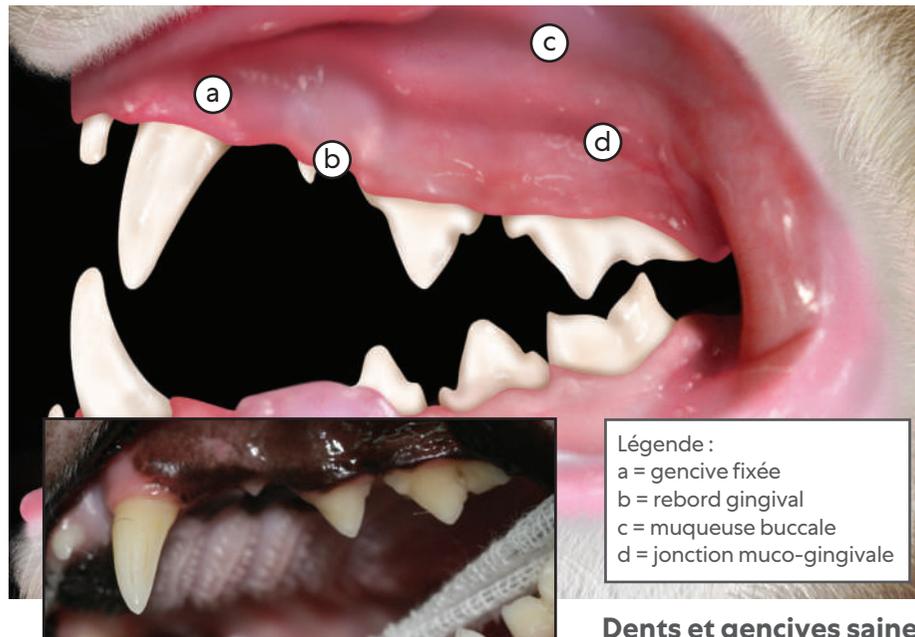
# VUE D'ENSEMBLE

## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

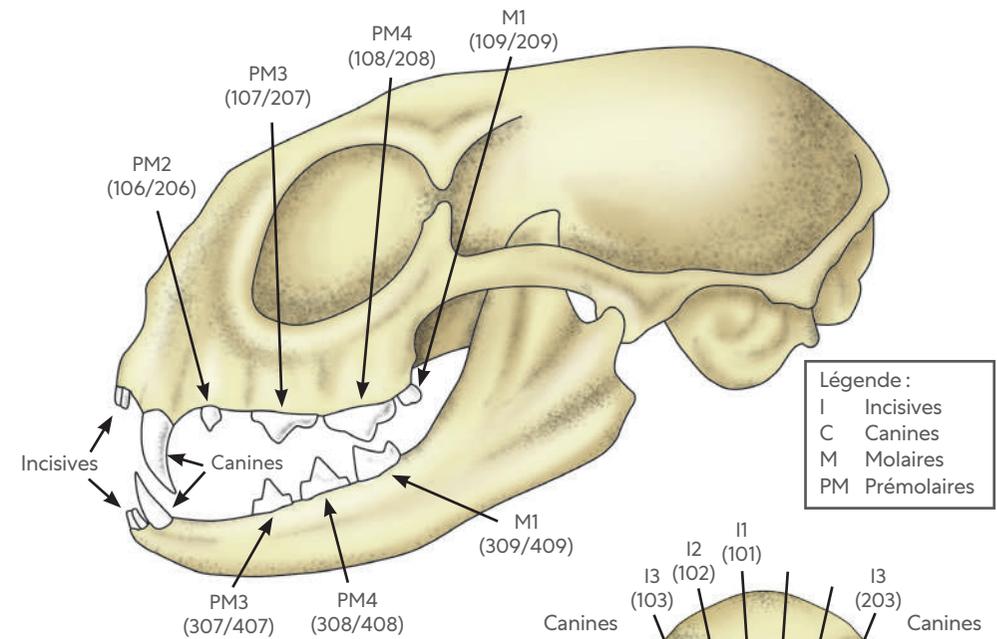
Soutenu par



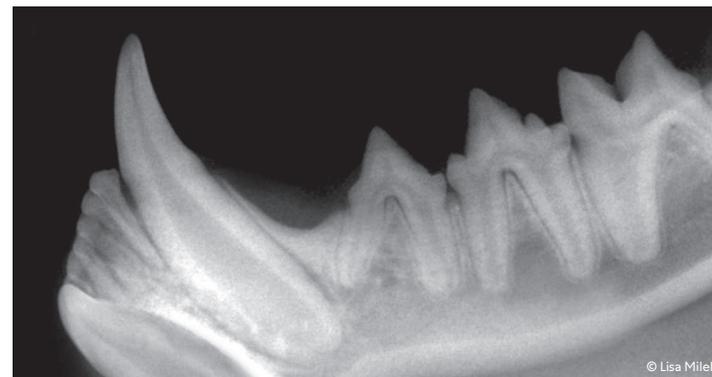
CONTRÔLE DU TARTRE



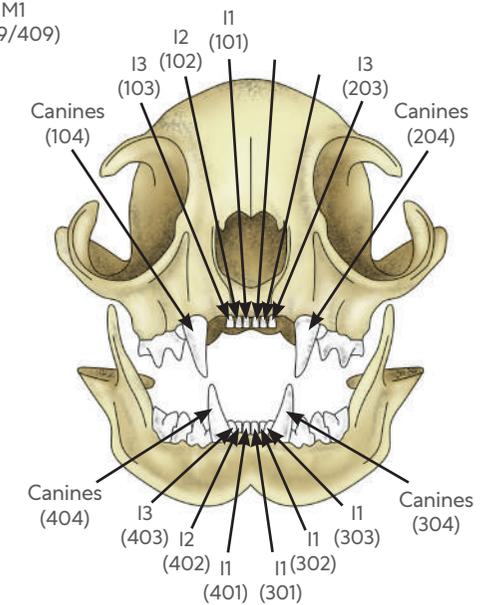
**Dents et gencives saines**



**Radiographie d'une gueule saine - mâchoire supérieure**



**Radiographie d'une gueule saine - mâchoire inférieure**



# PREMIÈRE CONSULTATION

3 ANS

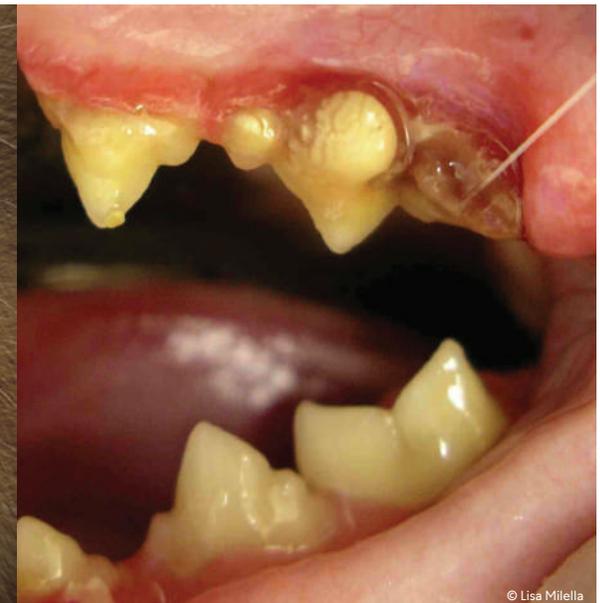
Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



© Mars Petcare



© Lisa Milella

## Que voit-on sur cette photo ?

- Des gencives gonflées et rouges
- Gencives ayant tendance à saigner lors de l'examen physique à la sonde
- Accumulation bénigne de tartre

## Remarque

- La parodontite est une maladie évolutive.
- La première consultation de l'animal est l'occasion de discuter avec son propriétaire des soins préventifs à domicile et de la prise en charge à long terme.

## Vue d'ensemble

- La plaque s'accumule en quelques heures sur une dent propre, entraînant une gingivite en quelques heures
- La plaque peut se minéraliser et former du tartre en quelques jours
- Le tartre constitue alors une surface rugueuse qui favorise l'accumulation de la plaque
- Si les soins à domicile pour éliminer la plaque dentaire sont entrepris dès le plus jeune âge, la progression de la maladie parodontale peut être considérablement réduite

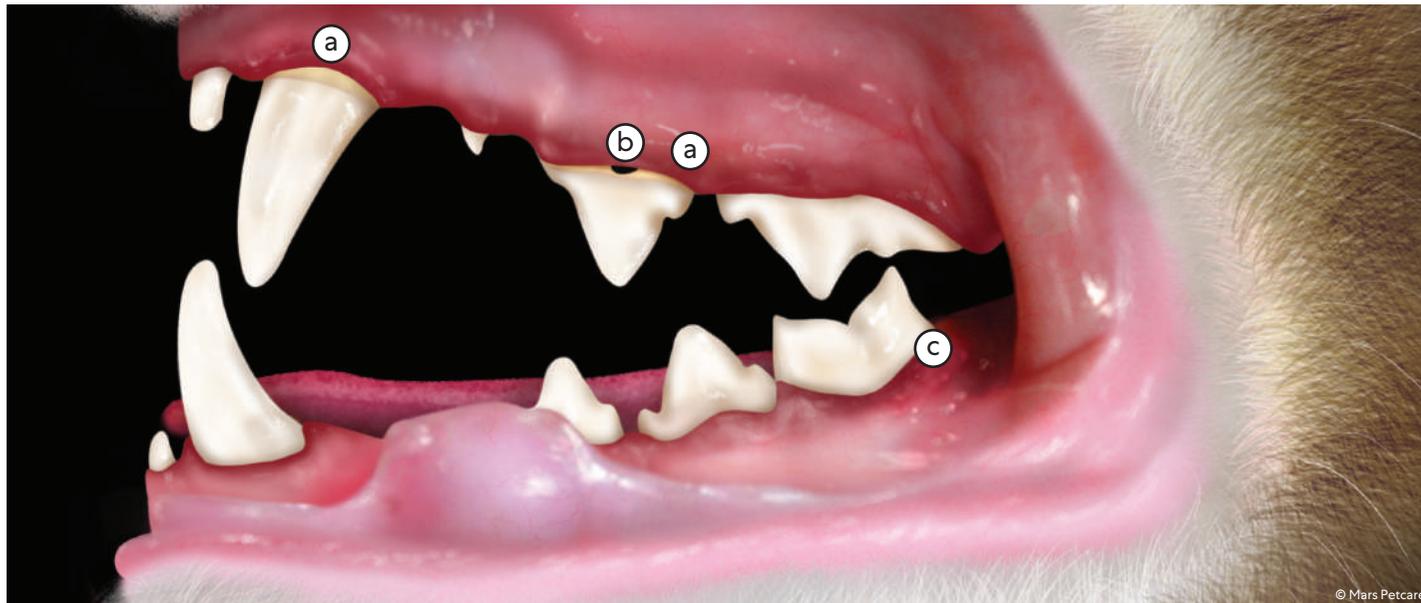
# PREMIÈRE CONSULTATION

## APRÈS DÉTARTRAGE ET POLISSAGE

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



© Mars Petcare



© Lisa Milella

### Que voit-on sur cette photo ?

- Récession gingivale exposant le ciment (a)
- Exposition de la furcation (b)
- Poche parodontale trop profonde au sondage sur la racine distale de la molaire inférieure (c)

### Traitement recommandé

- Examen de la cavité buccale sous anesthésie générale à l'aide d'une sonde parodontale afin d'examiner chaque dent et de représenter graphiquement toutes les observations.
- Détartrage et polissage de toutes les dents pour éliminer le tartre supra-gingival et sous-gingival.
- Exposition de la furcation entraînant l'accumulation de plaque et qui est impossible de maintenir propre chez le chat. Cette dent doit être extraite.
- Poches parodontales trop profondes au sondage (> 1mm). Les dents concernées doivent être extraites. La canine représente une exception puisqu'une poche de plus de 3 mm indique un mauvais pronostic.

### Vue d'ensemble

- Les changements observés sont irréversibles. Le détartrage et le polissage ne permettent pas de réverser la perte des structures parodontales.
- La parodontite continuera à progresser si le traitement recommandé et les soins de suivi à domicile ne sont pas effectués

# 9 À 12 MOIS PLUS TARD

## CAS PRATIQUE TYPIQUE CHEZ LE CHAT - SI AUCUN TRAITEMENT PARODONTAL OU SOIN À DOMICILE N'A ÉTÉ EFFECTUÉ

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



### Que voit-on sur cette photo ?

- Gingivite prononcée
- Récession gingivale visible
- Accumulation modérée de tartre

### Remarque

- La récession gingivale n'est pas toujours visible tant que le tartre n'a pas été éliminé. De même, la formation d'une poche peut uniquement être détectée lorsque le chat est anesthésié et que chaque dent est examinée à l'aide d'une sonde parodontale.
- La progression de la parodontite est inévitable et les soins quotidiens à domicile sont essentiels pour en ralentir la progression.

### Vue d'ensemble

- Si aucun soin à domicile n'est effectué après un détartrage et un polissage, et si les extractions recommandées n'ont pas été effectuées, la perte des structures de soutien de la dent s'aggrave
- L'évolution peut survenir rapidement et, chez certains patients, la gueule est dans un état identique ou pire dans les 3 mois qui suivent le détartrage et le polissage initial

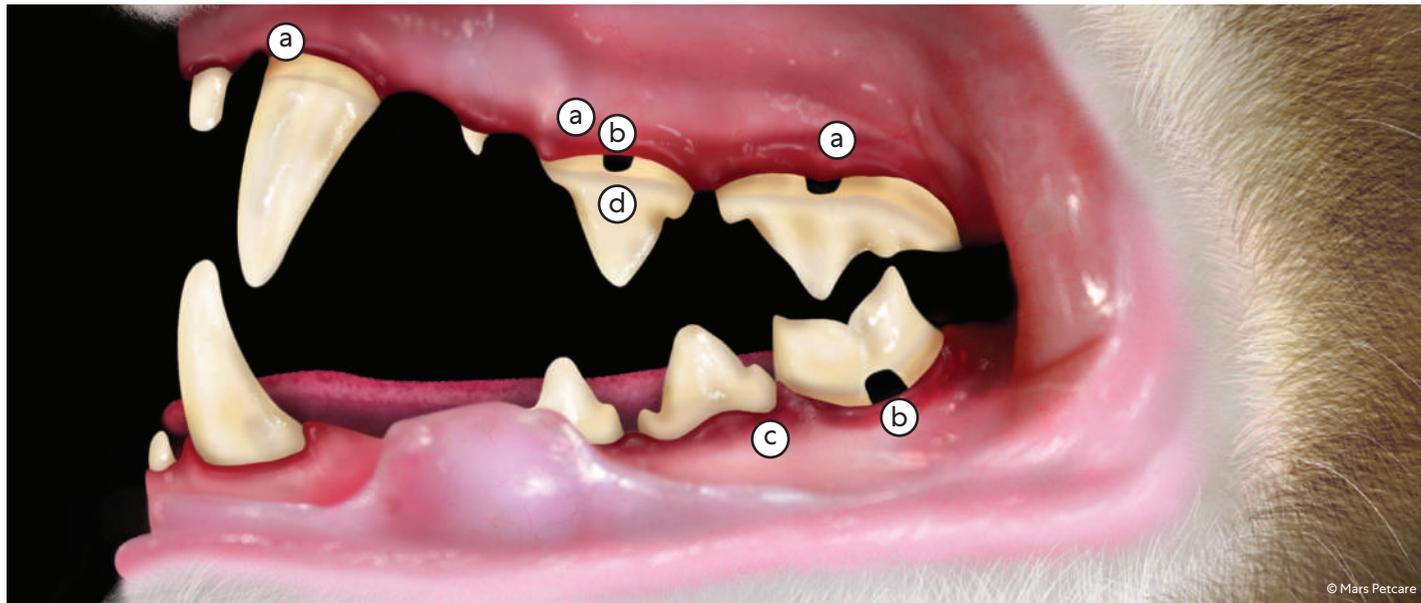
# 9 À 12 MOIS PLUS TARD

CAS PRATIQUE TYPIQUE CHEZ LE CHAT - SI AUCUN TRAITEMENT PARODONTAL OU SOIN À DOMICILE N'A ÉTÉ EFFECTUÉ - APRÈS DÉTARTRAGE ET POLISSAGE

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



© Mars Petcare

© Lisa Millella

## Que voit-on sur cette photo ?

- Récession gingivale marquée affectant la canine et les prémolaires maxillaires (a)
- Exposition de la furcation et lésion de résorption sur la molaire inférieure et la 3e prémolaire supérieure (b)
- Profondeur de la poche parodontale au sondage de 2 mm (c)
- Lésion de résorption. Perte de substance dentaire dans la zone de furcation (d)

## Examen d'évaluation recommandé

- Examen dentaire de chaque dent à l'aide d'une sonde parodontale pour vérifier la perte des fixations et d'une sonde d'exploration pour vérifier les lésions de résorption.
- Une radiographie est nécessaire pour déterminer la progression de la maladie et pour évaluer les lésions de résorption.

## Vue d'ensemble

- La perte des fixations s'est aggravée, car les dents présentant des zones de stagnation de plaque n'ont pas été extraites auparavant. Le chat a également développé des lésions de résorption
- L'étendue complète de la pathologie ne peut être évaluée sans utiliser la radiographie dentaire

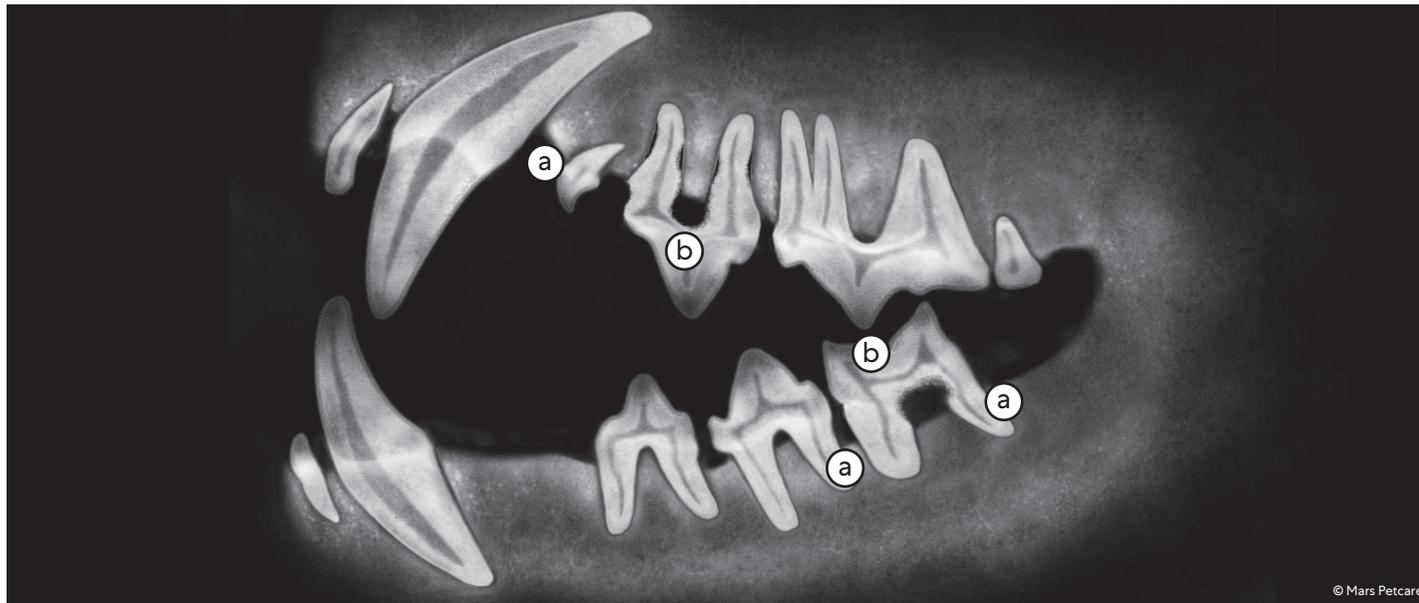
# 9 À 12 MOIS PLUS TARD

## RADIOGRAPHIE - MISE EN ÉVIDENCE DE L'ÉTENDUE DE LA MALADIE

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



© Mars Petcare



© Lisa Milella

### Que voit-on sur cette photo ?

- Perte osseuse dans le plan horizontal (a)
- Lésion de résorption de type 1 (b)

### Examen d'évaluation recommandé

- Détartrage et polissage de toutes les dents.
- Extraction de la molaire inférieure et de la 3e prémolaire supérieure.
- Soins à domicile continus pour réduire la gingivite et contrôles dentaires professionnels fréquents.

### Vue d'ensemble

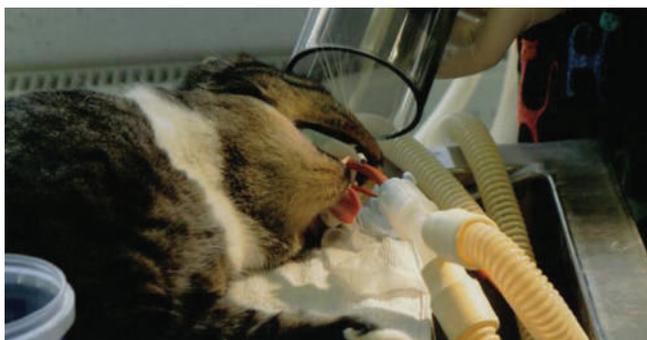
- Sans radiographie, l'évaluation de l'état de la racine et de l'os alvéolaire ne peut être correctement effectuée
- La progression et la gravité de la maladie parodontale sont souvent sous-estimées
- Les lésions de résorption ne peuvent être évaluées sans utiliser la radiographie (voir p. 13 pour plus de détails)
- Les radiographies peuvent également aider les propriétaires à prendre conscience de l'étendue de la maladie et comprendre l'importance du traitement

# RADIOGRAPHIE DENTAIRE

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



La radiographie dentaire est l'un des outils les plus importants dont dispose le vétérinaire. La plus grande partie de la dent ne peut être visualisée que par la radiographie, qui permet de détecter des pathologies qui passeraient inaperçues sans elle. Dans la plupart des cas, une lésion sera visible cliniquement, mais toute l'étendue de la pathologie ne pourra être évaluée que par la radiographie.

## Équipement de base nécessaire

**Appareil à rayons X :** Appareil à rayons X standard ou dentaire. La plupart des cabinets vétérinaires disposent d'un appareil à rayons X vétérinaire standard, qui peut prendre des radiographies dentaires, mais avec certaines limites. Les unités de rayons X dentaires sont munies d'une tête mobile et leur collimation est orientée par le cône. Le cône définit également la distance focale avec le film. Les valeurs de kV et de mA sont adaptées, la minuterie étant le seul paramètre ajustable. Les appareils peuvent être fixés au mur ou mobiles. Une unité de radiographie dentaire est plus facile à utiliser que les appareils standards, car c'est elle qui est déplacée, plutôt que le patient.

**Film ou capteur radiographique :** Un film intra-buccal doit être utilisé pour prendre les radiographies dentaires. Les films intra-buccaux ne disposent pas d'écran d'intensification, et nécessitent donc une exposition élevée, mais ils sont nécessaires pour obtenir tous les détails permettant l'évaluation de la pathologie.

**Équipement de développement :** Le film est développé dans quatre bains, dans une chambre noire ou avec une lumière inactinique.

Les films dentaires peuvent être développés par des systèmes

de traitement automatique généraux ou spécifiques. Le système de développement automatique permet d'obtenir un film entièrement fixé, sec en cinq minutes.

**Capteurs numériques :** Bien que le coût initial d'installation soit élevé, la facilité d'utilisation et la qualité de l'image en font une option très attrayante. Compte tenu de la proportion élevée de patients nécessitant des radiographies, les coûts peuvent être facilement amortis.

## Techniques utilisées pour réaliser des radiographies intra-buccales

Les techniques intra-buccales permettent d'obtenir des radiographies sans superposition du côté controlatéral, ce qui se produit souvent avec les techniques extra-buccales.

La taille du film doit permettre de couvrir toute la zone à radiographier dans la meilleure position possible. Le film est placé à l'intérieur de la bouche aussi près que possible et presque parallèlement aux structures à radiographier sans courber le film, afin de réduire le risque de distorsion. Du papier absorbant, de la mousse ou du coton sera placé derrière le film pour le caler le maintenir en place.

### 1. Technique parallèle

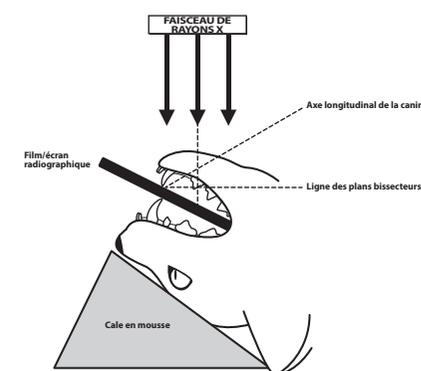
Le film est placé parallèlement à la dent et le faisceau est positionné perpendiculairement au film et au sujet. Dans la bouche, cette technique n'est possible que si le film peut être placé parallèlement aux dents, p. ex. pour les dents mandibulaires postérieures.

L'animal est placé en décubitus latéral, le côté à radiographier vers le haut. Le film intra-buccal est placé sur la face linguale de la prémolaire ou de la molaire, la fossette dirigée vers la dent. Le film doit être poussé doucement afin de placer le bord inférieur du film aussi près que possible du bord ventral de la mandibule.

### 2. Technique du plan bissecteur

Pour radiographier des dents autres que les prémolaires ou les molaires mandibulaires, il est impossible sur le plan anatomique de placer le film parallèlement au sujet. Le film doit être positionné aussi parallèlement que possible. Si le faisceau de rayons X était dirigé perpendiculairement au film, l'image serait raccourcie, mais s'il était dirigé perpendiculairement à l'axe long

de la dent, l'image serait allongée. Pour éviter ces problèmes, une ligne imaginaire est tracée à angle égal du plan du film et d'un plan passant par l'axe longitudinal de la dent. Cela définit la bissectrice. Le faisceau de rayons X est ensuite dirigé perpendiculairement à cette ligne. Un positionnement correct



nécessite de connaître l'anatomie normale de l'orientation, la longueur et la morphologie des racines dentaires. Deux spatules permettent de visualiser ces plans. Une erreur fréquente est de sous-estimer la longueur des racines (en particulier des canines) et de ne pas radiographier l'apex.

## Indications pour la prise de radiographies dentaires

- Changements anatomiques
- Dents manquantes
- Avant une extraction
- Visualisation de l'étendue d'une lésion, par ex. lésions de résorption
- Évaluer l'os entourant la dent
- Diagnostiquer une atteinte des racines ou de l'os
- Pendant le traitement (endodontique ou extraction)
- Évaluer les fractures de la mâchoire

# LONG TERME

## SI LE TRAITEMENT RECOMMANDÉ N'A PAS ÉTÉ EFFECTUÉ

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



© Mars Petcare



© Lisa Milella

### Que voit-on sur cette photo ?

- Gingivite et ulcération sévères
- Accumulation importante de tartre
- Partie manquante de la couronne de la molaire inférieure
- Dents déchaussées
- Stomatite de contact de la muqueuse de la joue
- Halitose

### Remarque

- La maladie parodontale et les lésions de résorption sont des maladies évolutives qui nécessitent une prise en charge à long terme.
- Les maladies graves ont des répercussions systémiques graves, car l'infection peut se propager au-delà de la cavité buccale. (DeBowes et al, 1996)
- Les lésions de résorption sont également douloureuses et inconfortables pour le chat, et entraînent des conséquences sur le bien-être souvent sous-estimées.

(DeBowes LJ, Mosier D, Logan E, Harvey C, Lowry S, Richardson DC. Association of periodontal disease and histologic lesions in multiple organs from 45 dogs. *Vet Dent* 13(2), 57-60, 1996.)

### Vue d'ensemble

- L'absence de soins dentaires réguliers entraîne finalement la perte des dents, précédée d'une longue période de douleur et d'inconfort
- D'autres organes du corps peuvent être affectés, ce qui a un impact sur le bien-être et la santé générale du chat

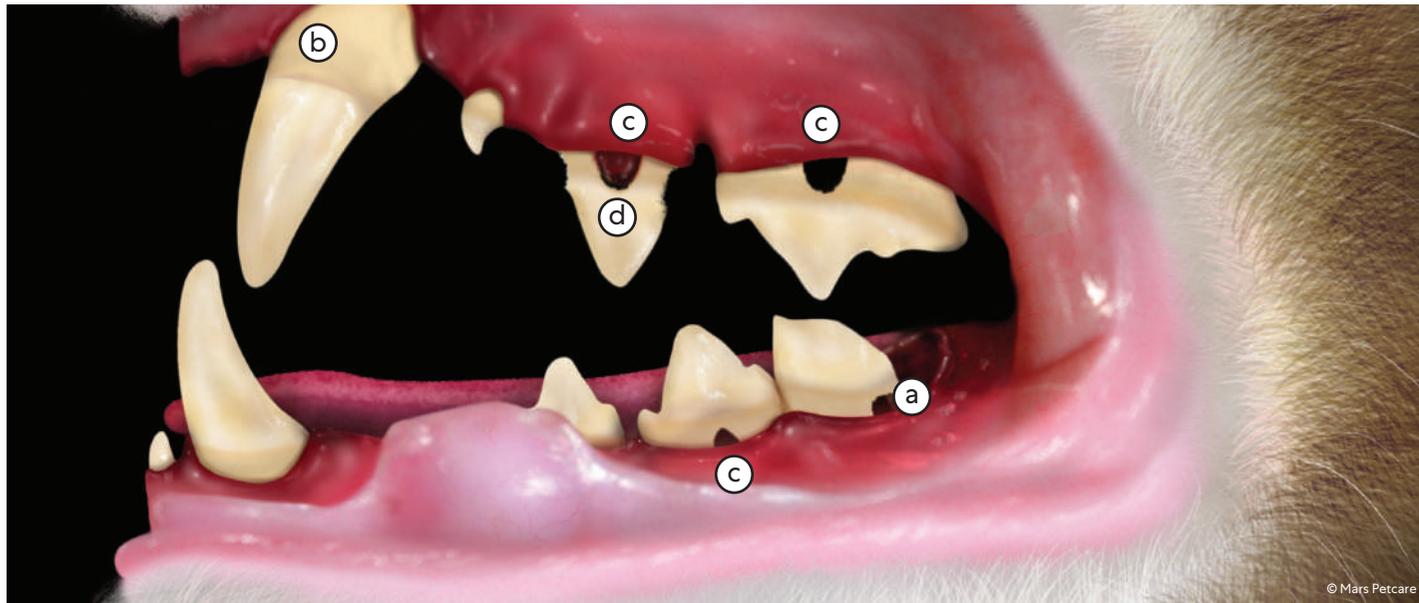
# LONG TERME

## SI LE TRAITEMENT RECOMMANDÉ N'A PAS ÉTÉ EFFECTUÉ - APRÈS DÉTARTRAGE ET POLISSAGE

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



© Mars Petcare



© Lisa Milella

### Que voit-on sur cette photo ?

- Couronne manquante de la cuspidé distale d'une molaire inférieure (a)
- Récession gingivale marquée sur la canine. Perte de fixation ayant entraîné une mobilité de la dent (b)
- Exposition complète de la furcation de plusieurs dents (c)
- Lésions de résorption avancées affectant les prémolaires (d)

### Traitement recommandé

- L'étendue et le type des lésions de résorption doivent être évalués par radiographie avant d'effectuer les extractions.
- Effectuer des radiographies pour identifier les racines dentaires fracturées toujours en place, par exemple la racine distale de la molaire inférieure.
- Évaluez la qualité et la quantité de l'os avant les extractions.

### Vue d'ensemble

- Les multiples extractions qui ont dû être pratiquées peuvent avoir entraîné des complications, dans la mesure où les lésions de résorption détruisent une partie de la substance de la dent, et fragilisent la racine.
- L'extraction de certaines dents très atteintes, comme les canines inférieures, est plus à risque de provoquer une fracture de la mâchoire, si la pathologie n'est pas entièrement diagnostiquée par radiographie avant l'extraction et qu'une technique inappropriée est utilisée.

# LÉSIONS DE RÉSORPTION

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



Les lésions de résorption affectent plus d'un tiers des chats domestiques adultes. L'étiologie précise de ces lésions reste encore inconnue malgré de nombreuses études et projets de recherche menés dans ce domaine. Après la parodontite, les lésions de résorption représentent le problème bucco-dentaire le plus fréquent chez le chat.

Ces lésions ont été décrites pour la première fois en 1930. Les comptes rendus sur la prévalence des lésions de résorption montrent une augmentation considérable depuis les années 1960. La radiographie étant nécessaire pour un diagnostic précis, les études antérieures qui ne l'utilisaient pas pourraient ne pas avoir diagnostiqué ces lésions.

## Résorption dentaire

La résorption externe de la racine peut être la conséquence d'une lésion du ligament parodontal et de la couche de cémentoblastes qui la protègent. Chez l'humain, cette pathologie est subdivisée en résorption de surface, de remplacement ou inflammatoire.

**Résorption de surface :** auto-résolutive et réversible. Des traumatismes mineurs, p. ex. la morsure involontaire d'objets durs, peuvent provoquer des lésions localisées du ligament parodontal et du cément, entraînant une résorption de surface. Le cément est constamment remodelé et il peut se résorber et se réparer. En présence d'une lésion, la surface de la racine affectée attire des cellules clastiques qui résorbent le cément et ne s'arrêtent pas tant qu'elles sont stimulées. Lorsque la résorption s'arrête, les cellules du ligament parodontal prolifèrent et peuplent la zone affectée pour former le tissu de réparation.

**Résorption de remplacement :** la zone affectée est résorbée et remplacée par de l'os. Ce phénomène semble survenir en l'absence de ligament parodontal viable recouvrant la surface de la racine et lorsque la zone résorbée est peuplée de cellules provenant de la moelle osseuse adjacente. De l'os se forme directement sur la dentine ou le cément, entraînant une ankylose, c'est-à-dire une fusion entre la dent et l'os adjacent.

**Résorption inflammatoire de la racine :** Elle provient d'une inflammation des tissus adjacents, et présente deux formes principales : la résorption radiculaire inflammatoire périphérique (RRIP) et la résorption radiculaire inflammatoire externe (RRIE). Dans la RRIP, des facteurs activant les ostéoclastes, qui pérennisent le processus résorptif, proviennent d'une lésion inflammatoire adjacente aux tissus parodontaux. La RRIP survient immédiatement au niveau apical des tissus marginaux (gingivaux), et se situe donc souvent au niveau cervical ; elle est également dénommée résorption cervicale.

La RRIE est stimulée par une résorption continue de la pulpe infectée et nécrosée. Ce type de résorption peut être une complication d'un traumatisme dentaire. La surface de la racine est endommagée après le traumatisme, mais la pulpe également. La pulpe peut se nécroser et libérer des substances inflammatoires et infectées dans le ligament parodontal, pérennisant le processus inflammatoire dans les tissus parodontaux adjacents. Des études ont suggéré que certaines formes de résorption correspondaient à une lésion de type RRIP, et étaient associées à la maladie parodontale. Il est désormais admis que deux types distincts de lésions de résorption affectent les chats.

## Types de lésions de résorption affectant les chats

### Type 1

Ces lésions sont associées à une maladie parodontale. D'un point de vue clinique, ces lésions se produisent au niveau du collet de la dent, juste au-dessus du bord gingival. Celui-ci est généralement enflammé. Les lésions se situent souvent dans la furcation. Sur le plan radiographique, la radiodensité de la racine ou l'apparence de l'espace du

ligament parodontal ne sont que très peu modifiées. La lésion de résorption proprement dite se présente sous la forme d'une radiotransparence très nette au niveau du collet de la dent et qui s'étend jusqu'à la couronne. On peut également observer une perte osseuse entre les racines, et l'os alvéolaire adjacent à la perte de substance dentaire est souvent résorbé. Une étude a mis en évidence une parodontite associée dans 72% des cas à des dents présentant des lésions résorptives de type 1, contrairement aux lésions résorptives de type 2 où cela concernait seulement 15% des cas.



### Type 2

Ces lésions ne se caractérisent que par une légère gingivite. La lésion débute généralement à la surface de la racine, et peut apparaître cliniquement comme une décoloration rosée de la couronne. Si l'émail et la dentine ont été déminéralisés, la perte de substance apparaît dentelée, souvent recouverte d'un tissu de granulation. À la radiographie, il apparaît une perte de la lame criblée, de l'espace du ligament parodontal et de la structure de la racine. La densité de la racine est souvent identique à celle de l'os.

La lésion visible sur la couronne peut apparaître comme une zone de moindre densité. Dans les lésions avancées, la couronne peut être avoir disparu et seules les racines résorbées en cours de remplacement sont visibles à la radiographie.

La distinction entre les différents types de lésions ne peut être effectuée qu'à la radiographie.

# LÉSIONS DE RÉSORPTION

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



## Étiologie et pathogenèse

### Inconnues

- Les lésions peuvent être visibles avec ou sans inflammation des tissus adjacents.
- Tout facteur entraînant une formation ou une minéralisation anormale du ciment peut provoquer des lésions de résorption.

La lésion peut débuter sur n'importe quelle partie de la racine recouverte de tissus mous. Les lésions visibles à l'examen clinique sont celles qui se situent dans la zone cervicale de la dent (la jonction amélo-cémentaire), parfois appelées lésions du collet. Dans ce cas de figure, la lésion est recouverte par un tissu gingival hyperplasique, généralement très enflammé. Ces lésions et le tissu mou qui les recouvre s'étendent progressivement jusqu'à la couronne de la dent. Les lésions qui commencent à la racine en position plus apicale ne sont pas visibles initialement à l'examen clinique, et ne peuvent être détectées qu'à la radiographie. Au fur et à mesure qu'elles progressent avec une perte plus importante de dentine plus profonde, elles apparaissent sur le plan clinique comme un point rose sur la couronne (la résorption s'étend derrière l'émail) ou par une fracture/perde de la couronne si les tissus de soutien sont détruits. L'incidence des lésions de résorption augmente avec l'âge.

## Diagnostic

En règle générale, il n'y a aucun signe clinique, mais ces lésions peuvent provoquer une douleur intense lorsqu'elles communiquent avec la cavité buccale. Elles sont alors associées à des claquements de mâchoire et à des rongements. Les signes moins évidents peuvent inclure la léthargie, le ptyalisme, la dépression, une difficulté à s'alimenter.

## Examen visuel

- Tissu gingival focalement hyperplasique – recouvrant la perte de substance dentaire
- Tache rouge sur la couronne
- Dents manquantes : le site peut présenter une inflammation couvrant la gencive et/ou un gonflement osseux.
- Fragments de racine

La visualisation est facilitée par le séchage des dents à l'aide du courant d'air d'une seringue dentaire air-eau. Normalement, le tissu du bord gingival se détache de la dent lorsque l'air est dirigé vers la base de la couronne. Dans une lésion de résorption, le tissu mou semble collé à la dent sous-jacente. Examen tactile : utilisez une sonde d'exploration pointue pour détecter les fosses ou les concavités.

## Radiographie

Les radiographies révèlent souvent une lésion plus avancée que ne le laissait supposer l'examen clinique.

Les caractéristiques radiographiques des lésions de résorption sont les suivantes :

- perte d'intégrité au niveau de l'espace du ligament parodontal
- perte de la lame criblée
- irrégularités sur la surface de la racine
- diminution diffuse de la radiodensité de l'intégrité de la totalité de la racine par rapport aux racines adjacentes

- zones radiotransparentes dans la dentine radiculaire s'étendant souvent à la dentine de la couronne
- remplacement de la substance radiculaire par un tissu osseux
- racines résorbées présentes avec une couronne manquante d'un point de vue clinique

## Traitement

La recommandation actuelle est d'extraire toutes les dents affectées, car les lésions progressent presque systématiquement et s'accompagnent d'un accroissement de la douleur. Chez le chat, l'extraction des dents est généralement difficile, et les difficultés augmentent lorsque l'intégrité de la dent est endommagée par le processus destructeur de résorption. Une ankylose ponctuelle peut être visible ou non sur les radiographies.

### Lésions de type 1 :

La racine entière et la substance dentaire restante doivent être enlevées. Une technique d'extraction chirurgicale est souvent nécessaire pour retirer les dents, car les racines sont susceptibles de se fracturer.

### Lésions de type 2 :

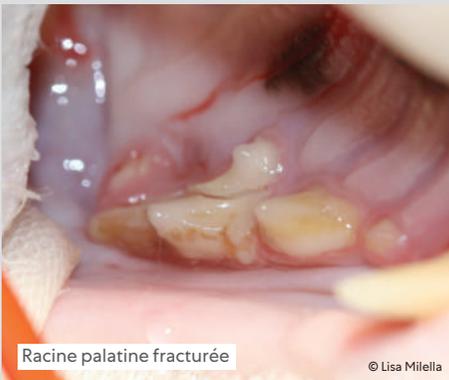
L'amputation de la couronne avec rétention intentionnelle de la racine a été proposée comme alternative à l'extraction de la dent entière. Cette technique est acceptable à condition qu'une évaluation radiographique préopératoire ait été effectuée pour s'assurer qu'il s'agit bien d'une lésion de type 2. Cependant, cette technique est approuvée uniquement pour les dents qui ne présentent aucune preuve radiographique de maladie endodontique ou de parodontite. Les dents présentant une maladie endodontique (c'est-à-dire une inflammation péri-apicale) ou une parodontite, ainsi que les dents présentant une gingivostomatite ou une gingivite sévère, doivent être retirées dans leur intégralité.

# AUTRES PROBLÈMES DENTAIRES

Soutenu par



CONTRÔLE DU TARTRE



Racine palatine fracturée

© Lisa Milella

## Dents fracturées

Si la couronne est fracturée et que la pulpe est exposée, la dent doit être traitée. L'exposition de la pulpe est généralement visible sous la forme d'une tache rose ou d'une tache noire si la pulpe s'est nécrosée.

La canine est la dent la plus souvent fracturée, mais une fracture consécutive à un traumatisme de la racine palatine de la quatrième prémolaire supérieure est souvent négligée.

### Traitement

Extraction ou traitement du canal radiculaire.



Canines fracturées

© Lisa Milella



Gingivite juvénile

© Lisa Milella

## Gingivite juvénile

Certains chats peuvent développer une gingivite sévère suite à l'éruption des dents. Les chats présentent souvent une halitose évidente. Les tissus gingivaux sont fortement enflammés et hyperplasiques. En l'absence de traitement, la maladie progresse, entraînant une parodontite précoce (irréversible, nécessitant souvent des extractions buccales complètes).

### Traitement

Détartrage et polissage avec résection de l'hyperplasie gingivale, suivis de soins à domicile avec un produit à base de chlorhexidine.



Parodontite juvénile

© Lisa Milella



Stomatite caudale sévère

© Lisa Milella

## Gingivostomatite chronique féline

La gingivo-stomatite chronique féline est une affection provenant d'une réponse aberrante à l'accumulation de plaque sur les dents.

La réponse inflammatoire observée est souvent extrême par rapport à la quantité de plaque accumulée sur les dents. Elle s'étend au-delà de la jonction mucogingivale et affecte non seulement la gencive, mais également les autres tissus mous buccaux.

### Traitement

Les extractions buccales complètes restent le traitement de choix, car elles produisent de meilleurs résultats à long terme. L'extraction des dents de ces chats peut s'avérer difficile et il convient d'envisager de confier cette opération à un vétérinaire spécialisé en dentisterie.



Gingivostomatite chronique

© Lisa Milella

# POUR ENCOURAGER UNE BONNE HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE CHEZ LE CHAT

**Vous savez que la santé bucco-dentaire est très importante chez le chat, mais vos clients le savent-ils ?**

Titulaires du label VOHC, les minuscules rainures de Whiskas® Contrôle du tartre nettoient délicatement la surface des dents lorsqu'elles entrent en contact avec ces friandises croquantes.

Ces friandises constituent un moyen efficace de procurer, de façon proactive, des soins bucco-dentaires quotidiens, y compris pour les chats les plus difficiles et les moins coopératifs.



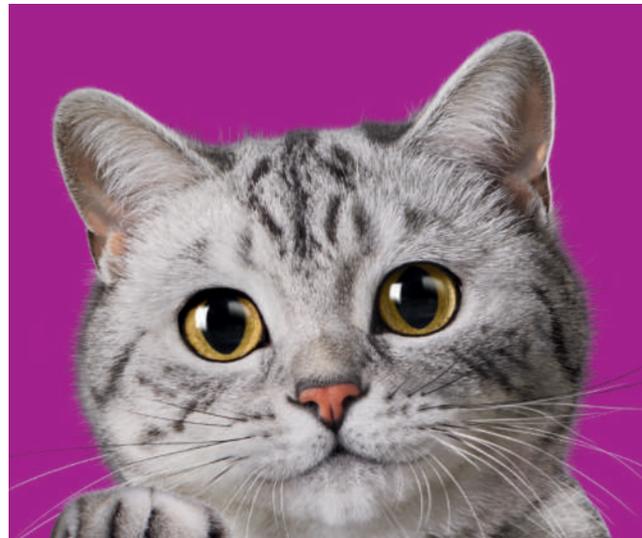
## WHISKAS® CONTRÔLE DU TARTRE

**Augmenter l'efficacité en diminuant la densité.**

La **plus** faible densité de nos friandises pour chats les rend moins susceptibles de **s'effriter** lorsque **les dents des chats s'y enfoncent**. De nombreuses autres friandises pour chats **peuvent s'effriter** au contact des dents, ce qui réduit les possibilités de nettoyage mécanique.



## IL EST IMPORTANT DE PRÉSERVER LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES CHATS



[www.VOHC.org](http://www.VOHC.org)

Le Veterinary Oral Health Council (VOHC) est reconnu dans le monde entier comme le principal organisme indépendant d'évaluation des produits dentaires pour animaux de compagnie. Les vétérinaires et les scientifiques spécialisés en dentisterie du VOHC examinent objectivement les recherches et attribuent le label uniquement aux produits qui répondent à leurs stricts critères.