

## **Les lésions résorptives odontoclastiques félines**

par Franck BOURDY\*

---

Les lésions de résorption odontoclastiques (LROF) constituent une dominante de la pathologie buccale du chat. Leur importance tient à leur fréquence et à leurs conséquences sur l'état général de l'animal. Malgré bien des efforts déployés depuis une dizaine d'années, leur étiologie reste inconnue, mais leur pathogénie est mieux connue.

### **SYNONYMIE**

Tant en français qu'en anglais, de nombreux termes désignent cette maladie :

– en français, on parle surtout de lésion du collet, en référence à la clinique, ou de lésion de résorption odontoclastique, en référence à la pathogénie et à l'histologie. En aucun cas, comme cela fût le cas dans le passé, il ne convient de parler de carie, ces lésions n'ayant pas la même pathogénie.

– en anglais, on utilise surtout les termes "feline odontoclastic resorptive lesion" (et son acronyme FORL) et "neck lesion", plus rarement "cervical line lesion", "chronic subgingival tooth erosion", "feline external resorptive lesion", "subgingival resorptive lesion".

### **ÉPIDÉMIOLOGIE**

Les LROF sont des lésions propres aux félidés, retrouvées tant sur le chat domestique que sur les félidés sauvages (panthères, lions, par exemple).

---

\* Docteur-vétérinaire, Vice-président du Groupe d'Études et de Recherches en Odonto-Stomatologie (CNVSPA) - Chargé de consultation ENVL - 7, rue Georget - 37000 Tours.

Elles semblent être de découverte récente puisqu'il faut attendre des travaux de ce siècle, et en particulier de sa deuxième moitié, pour les voir mentionner.

Leur fréquence est élevée. La littérature mentionne des valeurs diverses selon qu'elles se rapportent à une population de chats amenés à la consultation pour n'importe quel motif, ou de chats "pré-triés" venant pour une consultation de stomatologie. Dans le premier cas, l'incidence de la maladie rapportée dans la littérature va de 20 % (MULLIGAN, 1989) à 28 % (ZETNER, 1987). Dans le second cas, l'incidence va de 46 % (ZETNER, 1987) à 65 % (THOLEN, 1987). Retenons donc qu'environ un quart des chats tout venant présente cette pathologie.

Les Siamois et les Abyssins semblent beaucoup plus atteints que les Européens, eux-mêmes plus atteints que les Persans. Il ne semble pas y avoir de prédisposition sexuelle (bien qu'une seule étude mentionne une plus grande fréquence de mâles atteints [Weesp]).

Le nombre de dents atteintes augmente avec l'âge. Les lésions sont situées le plus souvent en face labiale/buccale. Les dents les plus atteintes sont les quatrième prémolaires supérieures et inférieures.

## ÉTUDE CLINIQUE

### Symptomatologie

Les chats atteints présentent une baisse de l'état général : léthargie, hyporexie ou anorexie, dysphagie, ptyalisme. Ces lésions sont extrêmement douloureuses : le chat présente des tremblements de la mâchoire au moindre attouchement des lésions, parfois même sous anesthésie. Il refuse de manger des aliments solides.

Macroscopiquement, la lésion se présente sous la forme d'une lésion dentaire cervicale, plus ou moins profondément dans les structures de la dent. Cette cavité qui n'intéresse au départ que l'émail attaque par la suite la dentine et le cément progresse vers la cavité pulpaire. À terme, elle détruit l'ensemble de la couronne qui finira par tomber. Les racines sont également atteintes, mais de façon plus insidieuse, seule une radiographie pourra mettre en évidence leur atteinte. La lésion est parfois cachée par la présence de tartre. Un tissu de granulation vient souvent recouvrir la lésion : ce tissu saigne très facilement.

### Histologie

Microscopiquement, on peut détecter deux phases sur les dents atteintes, une phase de résorption et une phase de réparation.

Lors de la phase résorptive, à la surface de la dentine intacte, des odontoclastes résorbent activement le tissu dentaire. Du tissu épithélial prolifératif provenant certainement de l'épithélium gingival enflammé semble couvrir la surface creusée du tissu dentaire.

Une phase de reconstruction suit immédiatement la phase précédente : un nouveau tissu ressemblant à de l'os ou du ciment se développe sur la dent. Ce tissu est sécrété par des odontoblastes et des cémentoblastes que l'on retrouve adhérents à ce nouveau tissu minéralisé. La création de ce tissu peut expliquer l'ankylose progressive de la dent dans son alvéole.

### ÉTIOPATHOGÉNIE

L'étiologie reste encore à ce jour inconnue. Cependant, l'étude histologique des lésions et son mode de développement permettent de considérer des facteurs extrinsèques, intrinsèques et de médiation :

- Facteurs intrinsèques :
  - réaction immunitaire spécifique comprenant des inhibiteurs de protéases, une augmentation des cellules inflammatoires et une hyperréactivité,
  - caractéristiques structurales incluant les structures de type vasculaires de la dentine,
  - anomalies de la régulation du calcium incluant des désordres nutritionnels et métaboliques,
- Facteurs extrinsèques :
  - tartre dentaire et plaque bactérienne incluant différents produits bactériens comme les lipopolysaccharides, des endotoxines, l'acide lipotéchoïque,
  - stress mécanique incluant les forces occlusives.
- Facteurs de la médiation :
  - cytokines incluant des interleukines (IL1 et IL6), facteurs de nécrose tumorale (TNF),
  - prostaglandines,
  - protéinases incluant les métalloprotéinases.

### DIAGNOSTIC ET CLASSIFICATION

Le diagnostic est :

- clinique : chat en mauvais état, anorexique, présentant une grande douleur buccale ; présence de lésions cavitaires près du collet dentaire, plus ou moins recouvertes d'un tissu de granulation,
- instrumental : l'utilisation d'une sonde aide grandement à la localisation des lésions parfois peu visibles car placées juste dans le sulcus,
- radiographique : il faut radiographier toutes les mâchoires des chats : cela constitue souvent le meilleur moyen de détecter les lésions radiculaires.

Dans une récente étude, VERSTRAETE a démontré que 8,7 % des lésions de résorption odontoclastique passaient inaperçues sans la radiographie.

Deux classifications coexistent:

– Classification de MULLIGAN (1988) :

- classe I : lésion débutante s'étendant en profondeur à moins de 0,5 mm dans le collet de la dent,
- classe II : érosion significative (plus de 0,5 mm) qui n'envahit pas le système endodontique,
- classe III : érosion profonde envahissant le tissu endodontique,
- classe IV : invasion très profonde causant une perte d'intégrité de la dent (couronne extrêmement creusée, prête à chuter),
- classe V : lésion chronique ayant entraîné une perte complète de la couronne et une réaction gingivale proliférative recouvrant les racines restantes.

– Classification de LYON (1992) :

- stade 1 : abrasion de l'émail ou du cément près de la jonction amélocémentaire sans entrer dans la dentine,
- stade 2 : érosion progressant dans la dentine sans atteinte pulpaire,
- stade 3 : atteinte pulpaire,
- stade 4 : cavitation de la structure dentaire, perte de la couronne, destruction complète des racines, ankylose des racines incluses.

## TRAITEMENT

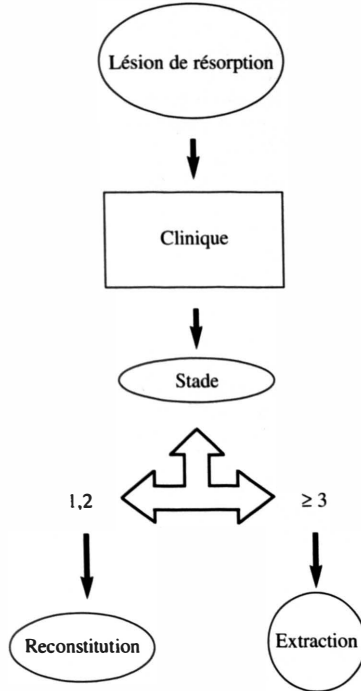
Pendant très longtemps, deux "écoles" se sont affrontées : d'une part les partisans de la reconstruction de la dent atteinte, en ayant éventuellement recours à un traitement endodontique, d'autre part les partisans du "tout arracher, dès l'apparition d'une lésion". En effet, malgré un traitement soigneux de la cavité avec un comblement par un matériau approprié, une récurrence sur la dent traitée a souvent lieu. De plus, en cas d'atteinte endodontique, vu la petite taille des dents de chat, vu surtout l'emplacement de la lésion (jonction amélocémentaire dans le sulcus), il est pratiquement impossible de dévitaliser et de réparer une dent atteinte.

La conduite à tenir face à une dent atteinte d'une lésion de résorption odontoclastique peut donc se résumer comme le montre la figure suivante.

Il est cependant à remarquer que la plupart des cas nous étant montré à un stade avancé, l'extraction est souvent la règle. Celle-ci est difficile (dent cassante et ankylosée) et doit être soigneuse.

La reconstitution se fait avec un verre ionomère comprenant du fluor. Dans le cas où l'on choisirait cette alternative, il convient de préciser au propriétaire les risques de récurrence.

*Figure.*  
Conduite à tenir face à une lésion de résorption odontoclastique.



## CONCLUSION

Les lésions de résorption du chat constituent un important élément de la pathologie buccale de cet animal. Elles exigent une grande précision dans le travail à la fois de diagnostic, avec le recours systématique à la radiographie de très bonne qualité, et de chirurgie, avec des extractions souvent difficiles.