

<https://www.cpalb.fr/les-dents-et-la-plongee>



Date de mise en ligne : samedi 27 octobre 2018

Copyright © Club de plongée d'Aix les Bains, lac du Bourget - Tous droits

réservés

Article trouvé sur le groupe Facebook "[la plongée et ses accidents. Comment tenter de les prévenir à€!](#)"

Sujet de monsieur Jean-Claude Dierieck

Les dents et la plongée

Les problèmes dentaires liés à la pratique de la plongée sont pour ainsi dire tous en relation avec les variations de pressions rencontrées lors des différentes phases de l'immersion du plongeur. Les accidents ayant rapport aux dents sont donc à classer dans la catégorie mécanique, autrement dit les barotraumatismes.

Je passerais en revue d'une part les "pépins" rencontrés lors de la descente soit lors de la mise en pression, et d'autre part ceux rencontrés lors de la remontée soit lors de la décompression.

DESCENTE

Lors de la mise en pression au cours de la descente, les variations sont relativement plus importantes près de la surface (100% d'augmentation de 0 à 10 m), c'est là que vont se manifester les premiers symptômes.

Dans le cas d'une dent non traitée mais atteinte d'une carie perforante (qui atteint le tissu pulpaire) l'hyperbarie va provoquer une mise en pression du parenchyme pulpaire, qui va s'écraser, devenir douloureux, c'est la pulpite classique.

Traitement : Remontée immédiate et aller consulter son dentiste pour faire traiter la dent.

Lorsqu'on a affaire à une dent obturée (amalgame par exemple), il arrive que cette obturation soit légèrement mobile dans la dent, et ce, soit pour une raison de vieillissement (fendue par exemple), ou pour cause iatrogène. A ce moment-là, c'est la pression de l'obturation sur la pulpe qui provoquera la pulpite par écrasement.

Traitement : Idem que sous point a.

Il arrive également que l'on assiste à des implosions destructives sur des dents déjà obturées, explicables par des fentes des obturations ou des retraits au niveau de l'ajustage marginal des obturations générateurs de caries secondaires sous obturations, créant ainsi une cavité propice à cette implosion.

Une hyperbarie plus importante entraînerait selon notre confrère P.Perraud une arthrite alvéolo-dentaire associée à une sinusite dont la cause serait due à un traumatisme hyperbare de la deuxième branche du trijumeau qui entraînerait une vasodilatation du système vasculaire dentaire génératrice de douleurs à la mastication associée à une plus ou moins grande mobilité des dents, et exacerbée par les variations de température. Ces symptômes sont ceux d'une arthrite dentaire classique, et disparaissent également par un traitement anti-inflammatoire approprié.

Après extraction récente d'une dent dont la racine se trouvait située près du sinus par exemple, il peut arriver que le plongeur faisant une manoeuvre de Valsalva un peu brutale, fasse passer l'air par un trajet transalvéolaire créant ainsi un emphysème muqueux ou sous-cutané très douloureux.

REMONTEE

Lors de la décompression, c'est également près de la surface que la plupart des incidents vont se déclencher.

Sous une obturation fendue par exemple ou mal ajustée au niveau la marge, l'air emprisonné va en se détendant augmenter de volume et tendre à expulser l'obturation déficiente.

Là deux cas se présentent :

L'obturation cède et le plongeur est soulagé mais risque d'avaler le morceau d'obturation incriminé ou pire risque de le faire passer dans les voies bronchiques avec la toux et la panique qui peuvent en résulter.

L'obturation tient bon et c'est la pulpe qui est comprimée avec les douleurs intolérables que cela provoque et qui augmentent au fur et à mesure que l'on se rapproche de la surface.

Traitement : Redescendre un peu jusqu'à ce que la douleur cesse puis amorcer une remontée plus lente en espérant que l'air emprisonné ait le temps de s'échapper par là où il est rentré.

NB : Si l'on se force à une remontée vraiment trop rapide et si les parois de la dent sont faibles, on s'expose au risque d'une véritable explosion de la dent.

Dans le cas de dents dévitalisées, il peut arriver des accidents analogues mais plus graves. En effet, si dans la pâte d'obturation radiculaire, certaines bulles persistent ou certains canaux secondaires ou aberrants ne soient pas ou mal obturés, et que ces bulles ou cavités soient mis en équipression lors de la plongée, il est fort probable que lors de la remontée, l'augmentation de leur volume provoque également une explosion de la dent mais au niveau de la racine, ce qui nous amènera irrémédiablement à devoir procéder à l'avulsion de cette racine.

NB : Il est actuellement quasi impossible de garantir une étanchéité absolue à long terme de n'importe quelle pâte d'obturation radiculaire.

Lors d'extraction récente, l'alvéole fraîchement cicatrisée va également réagir à la décompression sous force de douleur pulsée et lancinante comme si un dégazage s'effectuait à travers le mince endothélium des capillaires néoformés de cette alvéole.

Certains auteurs signalent également que la pulpe dentaire possède une vascularisation terminale si fragile que lors de la décompression elle serait soumise à un aéro-embolisme.

D'autre part, le DOUCEN a démontré in vitro sur des coupes de dents de véritables accidents de décompression dentaires où l'on remarque des agrégats de globules rouges dans des vaisseaux pulpaire dilatés par un dégazage. Ceci pourrait expliquer certaines douleurs vives sur des dents totalement saines, douleurs augmentées par la mastication et persistant longtemps après la plongée.

Après la plongée, on peut également remarquer parfois une gêne dans l'occlusion. Cette gêne est due soit à une crispation excessive sur l'embout pendant la plongée, soit à la nature même de cet embout (trop dur par exemple), il faut alors en changer. Un embout inadapté peut également être tenu pour responsable de gingivite aiguë ou de desmodontite aiguë apparaissant après la plongée.

Au niveau gingival, on peut également trouver dans les espaces interdentaires des zones où les débris alimentaires compriment les papilles interdentaires et entretiennent un état d'inflammation douloureux qui sera lui aussi exacerbé par les variations de pression rencontrées lors des différentes phases d'une plongée mais principalement lors de la descente.

Mis à part ces problèmes liés aux variations de pression, il faut également ajouter que les dents supportent mieux les fortes températures (=> 55 °C) que les basses températures (< à 15°C), et ce surtout si les fonds de cavités (isolations) sont déficients. Or les mélanges respirés en se détendant se refroidissent et par là irritent l'organe pulpodentinaire s'il n'est pas bien isolé.

Certains cas de douleurs sinusales peuvent également être imputés à des dépassements de pâte d'obturation radiculaires dans les sinus maxillaires, devenus douloureux en hyperbarie. Les douleurs sont alors sinusales et parfois même otitiques alors que l'origine est dentaire et iatrogène.

Les dents et la plongée

D'une façon plus générale, il faut signaler que la propagation de la carie est facilitée en hyperbarie de par la pénétration carieuse des tubulis dentinaires.

Pour terminer, je préciserai encore qu'en ce qui concerne les réhabilitations prothétiques, il va de soi que les travaux prothétiques fixes (pont & couronnes) sont à préférer à ceux de prothèses amovibles quoique le port de celles-ci ne soit pas pour moi une contre-indication absolue à la plongée sous-marine, à condition bien entendu qu'elles soient réalisées de façon irréprochable.