

EVALUATION D'UNE THERAPEUTIQUE EXPECTATIVE DANS LE CAS D'UNE INTRUSION DES INCISIVES TEMPORAIRES MAXILLAIRES.

EVALUATION OF A THERAPEUTIC EXPECTATION IN THE CASE OF AN INTRUSION OF TEMPORARY INCISORS MAXILLARY.

KONÉ K., SAVI DE TOVE M.M., KOUAMÉ B., KOFFI N. A., N'CHO-OKA E., KATTIÉ A.L., BAKAYOKO-LY R.

Département d'Odonto-Stomatologie Pédiatrique,

UFR-OS de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan - Côte d'Ivoire

Correspondance: Dr KONE KOLOMDOU

22 BP 1707 ABIDJAN 22

RESUME

Introduction: Les traumatismes des dents temporaires constituent l'un des motifs les plus fréquents de consultation en omnipratique. Leur prise en charge varie selon la forme clinique. Le but de ce travail est de montrer à travers un cas clinique, que dans les cas d'intrusion dentaire, la thérapeutique expectative avec surveillance clinique et radiologique peut permettre la rééruption de la dent sur l'arcade.

Observation clinique: Le cas clinique est celui d'un garçon de 4 ans présentant une intrusion partielle des incisives centrales temporaires maxillaires (51 et 61). La rééruption des 2/3 coronaires de ces dents est intervenue au bout de 3 semaines. Dix mois après, elle était complète.

Conclusion : Cette thérapeutique expectative permet d'éviter l'extraction systématique des dents temporaires traumatisées intruses.

MOTS CLÉS : TRAUMATISME DENTAIRE - DENT TEMPORAIRE - INTRUSION - RE-ÉRUPTION.

SUMMARY

Background: Trauma in deciduous teeth is one of the most frequent reasons for consultation in general practice. Their care varies according to the clinical form. The aim of this work is to show through a case study, as in the case of dental intrusion, the expectation therapeutic monitoring with clinical and radiological second eruption may allow the tooth in the arch.

Observation : The clinical case is that of a 4 year old boy with a partial intrusion of maxillary central incisors (51 and 61). The second eruption of the coronary 2/3 of these teeth occurred after 3 weeks. Ten months after it was complete.

Conclusion: This treatment avoids the expectation systematic extraction of deciduous teeth traumatized intruders.

KEYWORDS: DENTAL TRAUMA - DECIDUOUS TOOTH - INTRUSION - SECOND ERUPTION.

INTRODUCTION

L'intrusion dentaire est une luxation. Elle est l'enfoncement axial de la dent dans son alvéole lors d'un choc ou d'une chute traumatique [1,2]. Les luxations chez l'enfant en denture temporaire sont plus fréquentes que les fractures coronaires et radiculaires [3,4]. Cette fréquence des luxations est liée aux particularités anatomiques et physiologiques de la dent temporaire. Elles constituent avec l'ensemble des autres traumatismes, l'un des motifs les plus fréquents et les plus urgents de consultation dans les cabinets dentaires [3,5].

Les dents temporaires les plus affectées par ces luxations dentaires sont les incisives centrales maxillaires temporaires. En effet, selon PINKHAM et coll. en 1988 et JASMIN en 1992 (cité par YAM [6]), les traumatismes des tissus parodontaux représentent 95% des traumatismes de ses dents. Les lésions les plus souvent observées sont d'après YAM [6], les luxations et les subluxations (21% des cas). Selon ANASTASIO [7], les luxations constitueraient 62 à 73% de tous les traumatismes en denture temporaire avant six ans. Face à ces types de traumatisme, le praticien opte généralement en pratique quotidienne pour l'extraction ; or, dans les cas de luxations de type intrusion dentaire, la dent temporaire peut faire sa re-éruption sur l'arcade ; particulièrement, lorsqu'elle n'est pas retenue dans son alvéole, ou lorsque aucun obstacle ne gêne son mouvement éruptif.

Cette rééruption nécessite une thérapeutique expectative avec une surveillance clinique et radiologique régulière. Dans cette étude, les auteurs montrent à travers un cas clinique, le protocole de mise en œuvre de cette thérapeutique expectative et son intérêt dans la prise en charge des intrusions des dents temporaires.

OBSERVATION CLINIQUE

L'enfant K.K.J âgé de quatre (4) ans a été reçu dans notre service d'Odonto-Stomatologie Pédiatrique pour un traumatisme du bloc incisivo-canin maxillaire. L'interrogatoire a révélé une chute survenue une semaine auparavant. Le praticien consulté le jour du traumatisme a instauré une antibiothérapie. A notre consultation, l'enfant ne montrait aucun signe douloureux et était à jour de ses vaccins.

L'examen clinique a montré:

* au niveau exobuccal :

- des lésions en voie de cicatrisation sur la lèvre inférieure et le menton (photo N°1).

- l'absence de douleur et de fracture à la palpation des articulations temporo-mandibulaires (ATM),

* au niveau endobuccal :

- une limitation de l'ouverture buccale
- une inflammation de la gencive avec voussure vestibulaire circonscrite au niveau de 51 et 61.
- une expulsion de la 52, une ingression de 51 et 61 qui étaient à peine visibles (photo N°2).



Photo 1: Plaies labiales (enfant de 4 ans)



Photo 2: expulsion de la 52 ; 51 et 61 enfoncées dans l'alvéole

L'examen radiologique sur un cliché panoramique a mis en évidence (photos N°3 et 4) :

- l'absence de la 52 avec une alvéole déshabillée ;
- une ingression et une position oblique de 51 et 61 qui étaient au stade II de FORTIER [3] ou stade de maturité physiologique.

Aucune fracture corono-radiculaire n'était visible à la radiographie sur les dents traumatisées. Sur les clichés radiographiques pris en incidence orthogonale les dents ingressées (51 ; 61) étaient situées au dessus de la ligne d'occlusion dentaire. Elles paraissaient plus courtes.

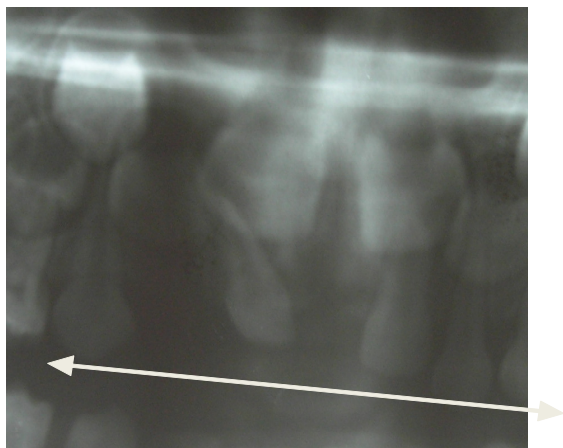


Photo 3 : Radiographie panoramique initiale indiquant les dents intrusées en deçà du plan d'occlusion.

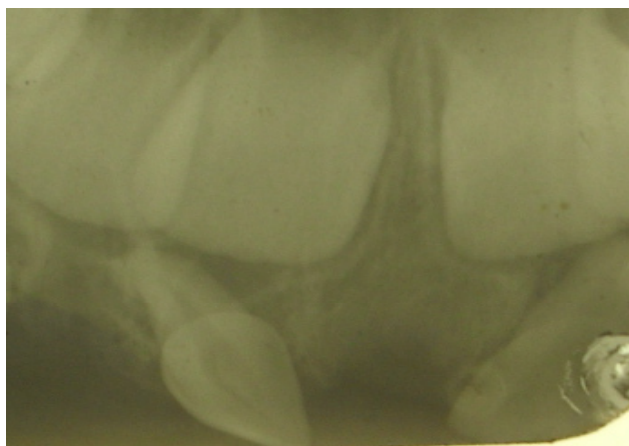


Photo 4 : Radiographie rétroalvéolaire montrant le déplacement vestibulaire des dents intrusées.

Ces signes cliniques et radiologiques nous ont amené à poser le diagnostic d'une intrusion partielle de 51 et 61 et d'une luxation totale (expulsion) de la 52 d'origine traumatique. Pour la prise en charge thérapeutique de ces traumatismes dentaires, nous avons opté pour une attitude expectative, associée à une prescription médicamenteuse. Le traitement médical a consisté en l'administration orale d'un antibiotique (amoxicilline) à raison de 50mg/Kg/j en deux prises pendant six jours et d'un anti-inflammatoire, à raison de 25mg/Kg/j en deux prises pendant trois jours.

L'attitude expectative exige une surveillance rigoureuse des dents. Dans le cadre de cette surveillance, nous avons prévu des consultations hebdomadaires pendant deux mois et mensuelles pendant dix mois. Au bout de 3 semaines, nous avons constaté la disparition des lésions labiale et mentonnière ainsi que la re-éruption spontanée des dents intrusées (photo N°5). En effet les 2/3 coronaires de ces dents étaient visibles. Nous avons ensuite perdu de vue notre jeune patient, qui ne nous a consulté que presque neuf (9) mois plus tard. A cette consultation, l'examen de la cavité buccale nous a permis d'observer (photo N°6).

- une re-éruption complète de 51 et 61 sur l'arcade,
- une augmentation du diastème interincisif supérieur,
- la non compensation de l'édentement dû à l'expulsion de la 52.



Photo 5 : Re-éruption spontanée de 51 et 61 trois (3) semaines après la première consultation.



Photo 6 : Re-éruption complète de 51 et 61, 10 mois après

L'examen radiologique sur un cliché rétro alvéolaire a montré (photo N°7) :

- une résorption totale de la racine de 51 et 61.
- une maturation radiculaire à 1/3 des germes de la 11 et de la 21
- une absence de lésion parodontale.

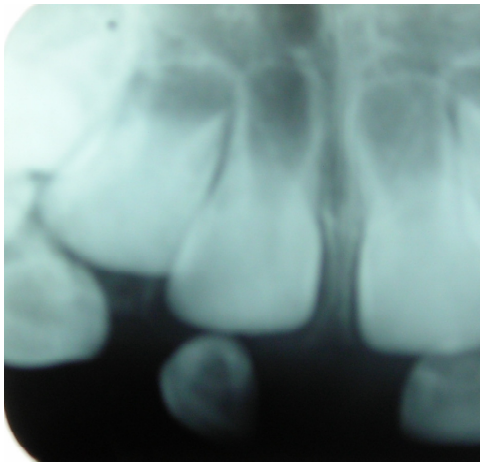


Photo 6: radiographie rétro-alvéolaire: résorption radiculaire de 51 et 61 (patient à 5 ans)

II- DISCUSSION

Il existe deux formes cliniques d'intrusion dentaire chez l'enfant. L'intrusion partielle où la couronne clinique de la dent est plus courte et l'intrusion totale où la dent n'apparaît plus sur l'arcade.

Le cas clinique, objet de l'étude présente, est celui d'une intrusion partielle des incisives centrales maxillaires temporaires. En effet, les dents temporaires sont très exposées à ce type de luxation, à cause de la plasticité de l'os alvéolaire, de la relative faiblesse du ligament parodontal, de l'anatomie radiculaire de la dent temporaire, et de sa résorption physiologique [5,8]. A ces facteurs s'ajoutent la protrusion de l'os alvéolaire et le prognathisme du maxillaire.

L'attitude expectative adoptée face à ces dents intruses (51 et 61) a permis d'observer leur re-éruption, trois (3) semaines après le traumatisme. Ce type d'observation a été fait par plusieurs auteurs [9, 10, 11, 12]. En effet, NAULIN IFI [11] souligne une re-éruption de l'incisive temporaire entre 1 mois et 6 mois après un traumatisme. Cette re-éruption serait d'autant plus rapide que la dent temporaire est au stade I de FORTIER ou phase de croissance et développement [3, 5, 9, 10, 11].

La conservation de la dent intruse ne doit pas être systématique. Elle se fait après des examens clinique et radiologique approfondis. L'examen radiologique est très important car il renseigne sur le sens du déplacement de la dent temporaire et sur le rapport de la racine dentaire avec le germe sous-jacent.

Dans notre cas clinique la radiographie rétroalvéolaire ou panoramique a mis en évidence une taille plus réduite des dents intruses (51-61), par rapport aux autres dents antérieures. Le raccourcissement de la taille des dents temporaires luxées sur la radiographie est le signe d'un déplacement vestibulaire des dents intruses; décrivant ainsi, un éloignement de leur racine du germe sous jacent de la dent permanente [4, 5, 8, 11, 12].

Généralement, dans ce cas de figure, la dent intruse fait spontanément sa re-éruption. Mais, dans certaines situations, cette re-éruption pourrait être bloquée par la succion digitale qui exercerait une pression sur la muqueuse gingivale au site de l'éruption [5, 10, 12]. Après 6 mois, si la dent ne réapparaît pas sur l'arcade, il faut procéder à l'extraction, car elle pourrait être ankylosée entraînant des complications locales (persistance et infraclusion de la dent luxée ; trouble de l'éruption de la dent permanente de remplacement) [4, 5, 12].

L'orientation radiographique des racines de la dent intruse en direction palatine indique que l'apex est déplacé vers le germe successional. Dans ce cas, l'extraction s'impose immédiatement pour éviter tout risque de perturbation du germe de la dent permanente sous jacent en formation [5, 11], surtout lorsque la dent temporaire est au stade II de FORTIER [3] ou de maturité physiologique (apex fermé) [8, 12]. Dans cette même position, la dent temporaire au stade I de FORTIER [3], causerait peu ou aucune lésion au germe de la dent permanente [4, 8, 12]. Son extraction ne s'impose pas alors immédiatement.

Les contrôles cliniques et radiologiques rigoureux et réguliers d'une intrusion partielle sont essentiels pour le dépistage précoce et l'interception d'une éventuelle inflammation ou une infection du péri apex de la dent intruse, compromettant sa re-éruption et la formation normale du germe de la dent permanente. Selon CHARLAND et All. [8], de nombreuses dents intruses subiraient un mouvement de rotation lors du traumatisme entraînant une position ectopique au moment de leur re-éruption. Chez notre patient, les contrôles réguliers n'ont pas été possibles. Neuf mois après,

lorsque le patient est venu consulter, nous avons noté des modifications sur l'arcade; à savoir :

- une migration distale de la 51 entraînant une réduction de l'espace créé par l'expulsion de la 52,

- et une augmentation du diastème interincisif, toujours causée par la migration de 51.

Un suivi régulier associé à la mise en place d'un mainteneur d'espace fixe ou amovible, au niveau de l'édentement aurait permis de limiter la migration et conserver la taille initiale du diastème interincisif.

La surveillance clinique et radiologique d'une intrusion partielle doit se faire une fois toutes les semaines pendant deux mois, puis une fois par mois jusqu'à l'éruption de la dent de remplacement afin d'intercepter les malpositions dentaires.

CONCLUSION

Face à une intrusion partielle des incisives centrales temporaires, des examens cliniques et radiologiques sont nécessaires. Ils informent sur le sens de déplacement de l'apex des dents traumatisées et aident au choix de l'attitude thérapeutique. Les cas les plus favorables à la rééruption de la dent sont constitués par l'orientation vestibulaire des apex. L'attitude expectative avec des examens cliniques et radiologiques est alors recommandée. La bonne re-éruption des dents temporaires sur l'arcade est tributaire de la qualité du suivi. Celui-ci nécessite une participation effective des parents, ce qui passe par l'information et surtout la sensibilisation de ceux-ci à respecter les rendez-vous.

REFERENCES

- 1- FRAYSSE MC, ROY E., DAJEAN-TRUTAUD S. : Traumatismes de la dent temporaire. *Rev. Francoph. Odontol. Pédiatr.* 2009 ; 4 (2) : 60-67
- 2- CHARLAND R. ; MARIE CHAMPAGNE M. ; SALVAIL P. ; MERCIER R. ; GAGNON S. ; SHOGHIKIAN E. ; MACKAY P. : Traumatismes des dents antérieures primaires et permanentes. Deuxième partie : Mécanismes d'action, épidémiologie, paramètres additionnels et facteurs prédisposants. *Journal dentaire du Québec, Volume 42, Décembre 2005, P : 499-502*
- 3- FORTIER J.P. ; DEMARS C. : abrégé de pédodontie. Les traumatismes. *Masson Edit., Paris, 1983, P. 147-161.*
- 4- RAMDI H.; CHHOUL H.; HAJJI A.; BELHAÏSSI Fz.; AMEZIANE R. : Conduite à tenir devant les traumatismes des dents temporaires. *Ed. Espace santé, Casablanca ; MAROC. Rev. Espérance médicale, 2002, vol. 9, no79, pp. 4a-11a*
- 5- NAULIN-IFI C. : Traumatismes dentaires du diagnostic au traitement. *Ed. C.D.P, Paris 1994*
- 6- YAM AA., DIOP F., FAYE M., TAMBA-BA A. et BA. I.: Les complications des traumatismes des dents temporaires : Evaluations clinique et radiographique. Perspectives de prise en charge et de prévention. A propos de 4 cas *Odonto-Stomatologie Tropicale 2000 - N°89*
- 7- ANASTASIO D., PRESTAT G., HEIN- HALBGEWACHS L., SECKINGER C., HUBERT A.C.: Diagnostic Tardif de l'intrusion totale d'une incisive maxillaire temporaire lors d'un traumatisme. A propos de deux cas. *Rev. Francoph. Odontol. Pédiatr.* 2008 ; 3 (3) : 116-120.
- 8- CHARLAND R., CHAMPAGNE M., SALVAIL P., et COLL. : traumatismes des dents antérieures primaires : traitement des tissus de soutien parodontaux. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec Volume 43 Mai/Juin 2006 P 211-215*
- 9- CAPRIOGLIO. D, FALCONI. P, VERNOLE. B. : Les traumatismes des dents antérieures en pédodontie. *Paris : Edition Masson, 1990.*
- 10- CHARLAND. R, ABELARDO. L, CUDZINOWSKI. L, SALVAIL. P. : A propos des luxations des dents primaires. *Journal dentaire du Québec, 1996, vol. 33 : 251-254.*
- 11- NAULIN-IFI C. : traumatismes des dents : conduite à tenir en pratique. *Les cahiers de l'ADF - N° 4 – 1er trimestre 1999*
- 12- RAMDI H. ; CHHOUL H. ; AMEZIANE R. : conduite à tenir devant un cas d'intrusion d'une incisive temporaire. <http://www.fmdrabat.ac.ma/wjd/n4/CAT.htm>, consulté le 15 janvier 2010