

La rétention de l'incisive centrale supérieure: À propos d'un cas clinique

انظمار القاطعة الوسطى العلوية : حالة سريرية

Retention of the upper central incisor: About a clinical case

GUEHRIA Mounia⁽¹⁾, RAMDANI Hanane⁽¹⁾, SAAD SAOUD Reda⁽¹⁾, MENDJEL Redouane⁽¹⁾
ZAGHEZ Mounir⁽²⁾

ملخص:

يعد انظمار القاطعة الوسطى العلوية مشكلة نادرة الحدوث نسبيا، وهي تطرح صعوبات لطبيب الأسنان المشخص. أسباب الانظمار قد تكون حاجز عند ظهور هذه السن (سن زائدة أو ورم سني مثلا) أو حدوث رضوض على الأسنان اللبنية. تكتشف القاطعة الوسطى العلوية المنظمة خلال الفحص الروتيني أو عند قلق الوالدين بعد ملاحظتهما لغياب هذه السن. لمواجهة هذه المشكلة، يجب على طبيب الأسنان المعالج أن يقوم بتحديد مكان السن المنظمة وأن يقترح خطة علاجية فورية. وضع السن في مكانه الطبيعي عن طريق الجراحة والتقويم يعد الحل الأمثل عندما يكون ممكنا. في كل الحالات، الأهمية الوظيفية والجمالية تقتضي من كل الأطراف المتدخلين في العلاج وضع خيار علاجي بعد تفكير جيد وتطبيق الخطة العلاجية بطريقة دقيقة. هذه المستلزمات المختلفة تدخل في إطار الاستراتيجية العلاجية المتعددة الاختصاصات المناسبة لحالة المريض.

الكلمات المفتاحية: تأخر الظهور، سن منظمة، حاجز ميكانيكي، سن زائدة، ورم سني

- (1) Service de Pathologie et Chirurgie Buccales, Clinique dentaire Elysa, CHU Annaba. Faculté de Médecine, Université BADJI Mokhtar Annaba 23000. Algérie
- (2) Service de Parodontologie, Clinique dentaire Elysa, CHU Annaba. Faculté de Médecine, Université BADJI Mokhtar Annaba 23000. Algérie

Received 14/09/2015

Accepted 23/03/2016

Correspondance :

Dr GUEHRIA M.

E-mail :

mounirakardoussi@gmail.com

Résumé :

L'inclusion d'une incisive centrale maxillaire est relativement rare et pose d'autant plus de difficultés au praticien qui la diagnostique. L'étiologie, quand elle est connue, peut-être la présence d'un obstacle à l'éruption (dent surnuméraire, odontome) ou un traumatisme en denture temporaire. L'incisive centrale incluse peut faire l'objet de la consultation suite à l'inquiétude des parents remarquant l'absence d'une dent sur l'arcade ou bien une découverte fortuite lors d'un examen de routine. Face à cette anomalie, le praticien doit préciser la situation de la dent incluse et donner un protocole thérapeutique spécifique. Quand elle est possible, la mise en place chirurgico-orthodontique est la solution de choix. Dans tous les cas, l'importance des enjeux esthétique et fonctionnel impose aux différents intervenants un choix thérapeutique réfléchi et une conduite rigoureuse du plan de traitement.

Mots clés : retard d'éruption, dent retenue, obstacle mécanique, dent surnuméraire, odontome.

Abstract : The inclusion of a maxillary central incisor is relatively rare and raises even more difficult for the practitioner who diagnoses. The cause, if known, perhaps the presence of an obstacle to the eruption (supernumerary tooth, odontoma) or trauma in primary dentition. Retention of the upper central incisor is subject to consultation following parental concern noting the absence of a tooth in the arch or an incidental finding during a routine exam. Faced with this anomaly, the practitioner must specify the position of the impacted tooth and give a specific treatment protocol. When possible, the surgical-orthodontic implementation is a good solution. In all cases, the importance of aesthetic and functional issues requires different actors' therapeutic intervention thoughtful and rigorous conduct of the treatment plan.

Key words : delay of eruption, retained tooth, mechanical obstacle , supernumerary tooth , odontoma

INTRODUCTION

On parle de retard d'éruption isolé pour 1 à 2 dents si l'émergence de la dent ne s'est pas produite au-delà de l'âge limite de son éruption ou de l'âge d'éruption de la dent homologue [1]. La majorité des retards d'éruptions

n'a aucune signification clinique notable, mais ces cas doivent être évalués cliniquement et radiologiquement.

Alors on peut se retrouver dans une des situations suivantes [3] :

- Un obstacle sur le trajet d'éruption : dent surnuméraire ou odontome, fermeture de



ISSN 1172-4555

l'espace d'éruption par dysharmonie dento-maxillaire ou perte prématurée de la dent temporaire.

- Un trouble de la résorption par infection ou ankylose de la dent temporaire sus-jacente
- Un germe dystopique, dilacéré ou nécrosé (antécédent de traumatisme) : Une gencive fibreuse ou bien une agénésie.

CAS CLINIQUE

1. Examen clinique

Il s'agit d'une patiente âgée de 09 ans qui s'est présentée à la consultation du service de pathologie et chirurgie buccales accompagnée de ses parents inquiets pour le retard d'éruption de la 11 alors que son homologue la 21 est sur l'arcade depuis plus de deux ans .

L'interrogatoire révèle l'absence de pathologie d'ordre général ou d'antécédent de traumatisme antérieur.

L'examen exo-buccal est sans particularité (**fig. 1**).



Figure 1 : Examen clinique exo-buccal de face

L'examen endo-buccal révèle que la patiente est en denture mixte et présente une voûture vestibulaire médiane supérieure avec une latérale (la 12) en vestibulo-version. La 21 a fait son éruption complète (**fig.2 et 3**).



Figure 2 : Vue endo-buccale vestibulaire



Figure 3 : Vue endo-buccale palatine

2. Examen radiographique

L'examen radiographique type panoramique dentaire, montre la présence d'une dent surnuméraire en regard et faisant obstacle à la 11 (**fig. 4**).



Figure 4 : Radiographie panoramique de la patiente : mise en évidence d'une dent surnuméraire en regard de la 11 (flèche rouge)

3. Diagnostic

La démarche diagnostique intègre les informations recueillies lors de l'interrogatoire, l'examen clinique et l'examen radiographique.

- Retard d'éruption de la 11.
- Présence d'une voûture vestibulaire non dépressible, médiane, en regard de la région de la 11 (absente sur l'arcade).
- La vestibulo-version de la 12.
- Confirmation radiologique de la présence d'un élément odontoïde (une dent surnuméraire qui constitue un obstacle mécanique devant l'éruption de la 11).

4. Conduite à tenir

Plan de traitement :

Face à cette situation clinique, nous disposons de deux alternatives thérapeutiques :

Première alternative thérapeutique

- L'élimination de l'obstacle mécanique par extraction chirurgicale de la dent surnuméraire.
- La mise en place d'un mainteneur d'espace orthodontique.
- Une fois que la 11 est libérée, on attend qu'elle use de son pouvoir évolutif et fasse son éruption spontanée sur l'arcade.

Deuxième alternative thérapeutique

- L'élimination de l'obstacle mécanique par extraction chirurgicale de la dent surnuméraire.
- La mise en place chirurgicale d'un dispositif de traction orthodontique afin de tracter, aider et guider la dent à faire son éruption sur l'arcade.

Selon la littérature, le choix de l'une ou l'autre possibilité thérapeutique dépend des données radio-cliniques spécifiques à chaque cas de rétention dentaire [5].

Pour notre cas, les décisions thérapeutiques dépendent :

- Du degré d'inclusion de la 11 (basse au haute)
- De la position de la 11 dans l'espace (axe d'orientation par rapport à l'axe d'éruption normal)
- Du niveau de maturité (le stade d'édification radiculaire ou maturité apicale, sachant que les dents immatures ont un potentiel d'éruption spontanée supérieur aux dents matures)
- Du consentement des parents et du degré de coopération de la malade.

La synthèse des informations et les données radio-cliniques de notre clinique, sont en faveur d'une dent immature incluse basse et qui est bien orientée. La dent peut reprendre et continuer son éruption dès l'élimination de l'obstacle mécanique.

Protocole opératoire

- **Le 1^{er} temps opératoire** : consiste en une prise d'empreinte pour la confection d'un mainteneur d'espace, afin de conserver l'espace nécessaire pour la mise en place de la 11.

- **Le 2^{ème} temps opératoire** : consiste en l'élimination par voie chirurgicale de l'élément ontoïde [2].
 - Le protocole préliminaire : Une prémédication sédatrice en utilisant un anxiolytique (ex : Atarax) la veille et le matin de l'intervention. Préparation psychologique et vérification du bilan préopératoire
 - Asepsie de la cavité buccale à l'aide d'une solution antiseptique et anesthésie locale par infiltration avec vasoconstricteur.
 - Le protocole chirurgical proprement dit comprend :
 - Une incision angulaire en distal de la 11, puis en intrasculculaire et se termine au niveau de 53 (**Fig.5**).
 - Décollement d'un lambeau mucopériosté (**Fig. 6**).
 - La mise en évidence de deux dents superposées la dent permanente et la dent surnuméraire (**Fig. 7**).
 - Extraction de la dent surnuméraire ainsi que son sac péri coronaire (**Fig. 8, 9**).
 - Nettoyage et hémostase avec une solution hémostatique (**Fig.10**).
 - Redressement du lambeau et sutures (**Fig.11**).
 - Prescription d'antibiotique et d'antalgique et conseils post opératoires.
 - Rendez-vous après 08 jours pour ablation de fil de sutures et vérification du site opératoire.
 - Contrôle clinique et radiologique après un mois pour voir l'évolution de l

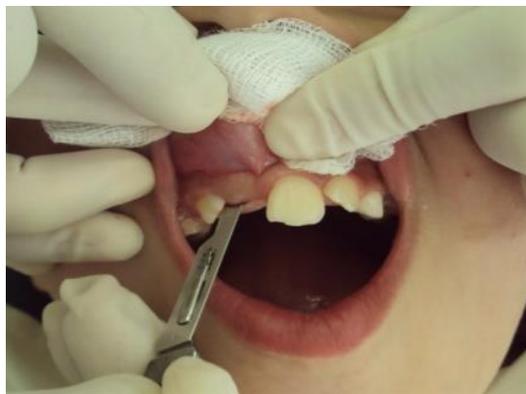


Figure 5 : Le tracé de l'incision en distal de la 11, sur la crête édentée puis se termine en intrasculculaire au niveau de 53



Figure 6 : Décollement d'un lambeau mucopériosté à épaisseur totale avec des incisions de décharge.



Figure 9 : L'élément odontoïde



Figure 7 : Mise en évidence de deux dents superposées l'une en position vestibulaire c'est la dent permanente retenue (11) et l'autre en position palatine (la dent surnuméraire).



Figure 10 : Vue poste chirurgicale après nettoyage et hémotase



Figure 8 : Extraction de la dent surnuméraire ainsi que son sac péri coronaire.



Figure 11 : Ré-application et suture des lambeaux

DISCUSSION

On entend par rétention de l'incisive centrale permanente, la situation intra-osseuse de cette dent au-delà de son âge d'évolution sur l'arcade [5, 6, 8].

L'interruption de l'éruption des incisives pose des problèmes importants pour la future denture adulte. Le diagnostic d'interruption doit être posé le plus tôt possible de manière à diminuer les séquelles [6].

Dans le cas d'un obstacle, le mode opératoire peut varier et différentes options thérapeutiques sont à envisager [2, 3, 4, 7].

Il est évident qu'une dent immature en inclusion superficielle et en position axiale possède un potentiel d'éruption maximal après la levée de l'obstacle [4, 10].

Une élimination de l'obstacle sans pose de dispositif de traction sera indiquée dans les cas suivants [7] :

- dent immature indépendamment de son degré d'inclusion ;
- dent mature en inclusion peu profonde et en position axiale.

Enfin, l'élimination de l'obstacle avec pose d'un dispositif de traction sera indiquée sur les dents matures, en inclusion profonde et en position nettement défavorable. Dans ces cas, le potentiel d'éruption est très faible. L'évolution sur l'arcade ne peut se faire qu'à l'aide d'un dispositif ortho-chirurgical [9].

CONCLUSION

Le cas présenté illustre un type de prise en charge possible devant la rétention d'une dent définitive. Cette situation clinique nécessite une véritable réflexion dans le but d'amener la dent à faire son éruption de la meilleure façon, tout en étant le moins invasif possible. Ces différents impératifs s'inscriront dans une stratégie thérapeutique pluridisciplinaire adaptée à chaque cas.

REFERENCES

1. BASSIGNY, F. *Signes majeurs et signes associés des anomalies orthodontiques*. Sémiologie orthodontique. Encycl. Méd. Chir, odontologie/stomatologie/orthopédie dentofaciale.2012, 23-460-C-10, p.2.
2. CHEKRON, A, et al. Différentes stratégies thérapeutiques face à une incisive centrale maxillaire incluse. *International orthodontics*,2010, vol 8, p.152-176
3. JULIEN BALLY, Approche chirurgicale et pré-orthodontique face à une incisive centrale retenue par un odontome complexe. À propos

d'un cas, Actualités Odonto-Stomatologiques - n° 249 - mars 2010

4. CHHOUL, H, AMEZIAN, R . Les dents surnuméraires : aspects cliniques et approches thérapeutiques. *Courr. Dent*, mai 2002, n° 26, p 5-7
5. MOULIS, E et al. *Anomalie de l'éruption*. . Encycl. Méd. Chir, odontostomatologie. 2002, 22-032-A-10.
6. LAURENDEAU, G. Les dents surnuméraires. *Revue d'ODF*, janvier1973, p. 51.
7. UBRICH, M. La gestion des dents surnuméraires et supplémentaires chez l'enfant et l'adolescent. Nancy : Université de Lorraine Nancy 1. 95 p. Th. Etat : chirurgie dentaire : Lorraine Nancy 1 : 2012.
8. DJAKAK, BAKAYOKO ,TOURES, H. Dents surnuméraire et traitement orthodontique. *Revue odonto- stomatologie tropicale*, 1998, N° 22^{ème} , p. 5-8
9. LE BRETON G. *Traité de sémiologie et clinique odonto-stomatologique*. Paris : Éditions CdP, 1997
10. PATRICK EXBRAYAT, Mise en place d'une incisive incluse maxillaire en présence d'une dent surnuméraire, *Information Dentaire* n° 40 du 22 novembre 2000