

Disponible en ligne sur www.mdn.dz, www.asjp.cerist.dz et sur www.atriss.dz /Revue Médicale de l'HMRUO, Volume 9 N°1



Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran
Docteur Amir Mohammed BENAÏSSA
LA REVUE MÉDICALE DE L'HMRUO
B.P 35 AHMED MEDAGHRI ORAN Tél: 041.58.71.79-83
Fax : 041.58.71.90 Email : hmruo@mdn.dz



Observation clinique

Retard d'éruption de l'incisive centrale supérieure permanente : à propos d'un cas clinique

A. Dlebza ^{(1) (2)} S. Terbeche ⁽²⁾ K. Yousfi ⁽²⁾ A. Bouazza ⁽²⁾ M. Oukil ⁽²⁾

(1) Service de Parodontologie/ CHU Oran

(2) Service de Médecine Dentaire / Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran



Résumé

Introduction : Les traumatismes sur les incisives centrales supérieures temporaires peuvent avoir des conséquences néfastes sur les germes des incisives permanentes.

Objectif : Décrire la prise en charge interdisciplinaire d'un cas clinique de rétention de l'incisive centrale supérieure permanente, séquelle d'un traumatisme.

Méthodologie : Nous avons pris en charge en collaboration entre la parodontologie et l'orthodontie, au sein du service de médecine dentaire de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran durant une période de 5 mois, un enfant âgé de 9ans suite à un retard d'éruption de l'incisive centrale supérieure permanente gauche.

Résultat : Le travail multidisciplinaire orthodontique et parodontal a permis l'éruption de l'incisive centrale permanente avec un bon environnement dento-parodontal.

Conclusion : L'approche ortho-parodontale apparaît très intéressante, d'une part parce qu'elle permet de gérer la majorité des cas de dents retenues et d'autre part elle limite le nombre d'interventions.

Mots Clés : Chirurgie parodontale, Orthodontie, Dent retenue, Traumatisme dentaire.

Summary:

Introduction: Trauma on the temporary upper central incisors can have harmful consequences on the germs of the Permanent incisors

Objective: To describe the interdisciplinary management of a clinical case of permanent upper central incisor retention, a sequel of trauma.

Methodology: We supported in collaboration between periodontology and orthodontics, within the dental department of the regional university military hospital of Oran during a period of 5 months, a 9-year-old child following a delay eruption of the upper permanent left central incisor

Result: the multidisciplinary orthodontic and periodontal work allowed the eruption of the permanent central incisor with a good dento-periodontal environment.

Conclusion: the ortho-periodontal approach appears to be very interesting, on the one hand because it makes it possible to manage the majority of cases of retained teeth and, on the other hand, because it limits the number of interventions. Keywords: Periodontal surgery, Orthodontics, Retained tooth, Dental trauma.

Keywords: Periodontal surgery, Orthodontics, Retained tooth, Dental trauma

Introduction

Des facteurs génétiques et environnementaux sont impliqués dans le phénomène multifactoriel de l'éruption dentaire. Ce phénomène peut être perturbé à n'importe quel stade du développement et aboutir à une rétention [1-3]. Le terme de dent retenue est attribué aux dents dont le chemin d'éruption a été entravé par un obstacle [4].

Un manque d'espace en rapport avec un encombrement, ou encore une perte prématurée de la dent temporaire avec fermeture de l'espace qu'elle occupait sont des étiologies fréquentes à l'origine d'une rétention totale ou partielle de la dent [5]. Le traumatisme de la dent temporaire constitue un facteur parfois méconnu dans cette étiologie. Il représente plus de 15 % dans la prévalence des défauts d'éruption des incisives supérieures permanente.

Les traumatismes en denture temporaire sont localisés pour 95% au maxillaire, ils concernent surtout les incisives centrales maxillaires.

La rétention de l'incisive centrale maxillaire est beaucoup plus fréquente que celle de l'incisive latérale. Elle est généralement découverte lorsque les dents adjacentes ont rejoint le plan d'occlusion [6].

Observation

Il s'agit du patient D.A, âgé de 9 ans (**Figure 01**), ne présentant aucune maladie d'ordre général. Orienté par une consœur orthodontiste suite à un retard d'éruption de l'incisive centrale supérieur permanente 21 (**Figure 02**).



Figure 01 : Photo de face, notant l'absence clinique de l'incisive centrale 21



Figure 02 : Photo endobuccale, notant l'absence de l'incisive centrale permanente 21.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Suite au diagnostic de la rétention de la 21, le patient a bénéficié d'un traitement orthodontique fixe pour ouverture d'espace entre la 11 et 22 avec mise en place d'un mainteneur d'espace durant 4 mois, pour faciliter l'éruption de la 21 (**Figure 03**), au bout de six mois, la dent était toujours absente cliniquement malgré la préparation orthodontique. Durant l'interrogatoire, nous avons noté la notion d'un traumatisme dentaire en denture temporaire à l'âge de 4 ans au niveau du secteur maxillaire, suite à une chute, provoquant une intrusion de l'incisive temporaire, mais aucun suivi dentaire n'a eu lieu.

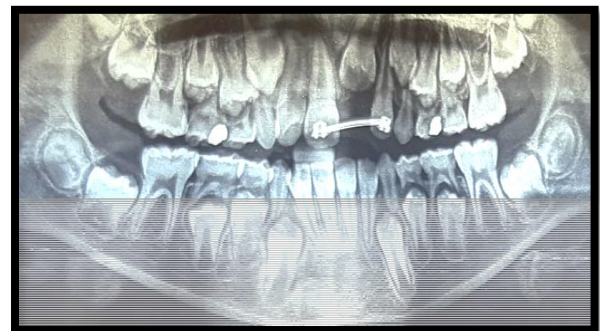


Figure 03 : Mainteneur d'espace entre la 11 et la 22, avec présence de la 21 radiologiquement associée à un apex non édifié (dent immature).

Protocole chirurgical:

Une Chirurgie muco-gingivale type : lambeau déplacé apicalement est indiqué en 1^{ère} intention vu le potentiel éruptif présent avec possibilité d'éruption spontanée de la dent, suivi d'un traitement orthodontique pour faciliter l'éruption de la 21.

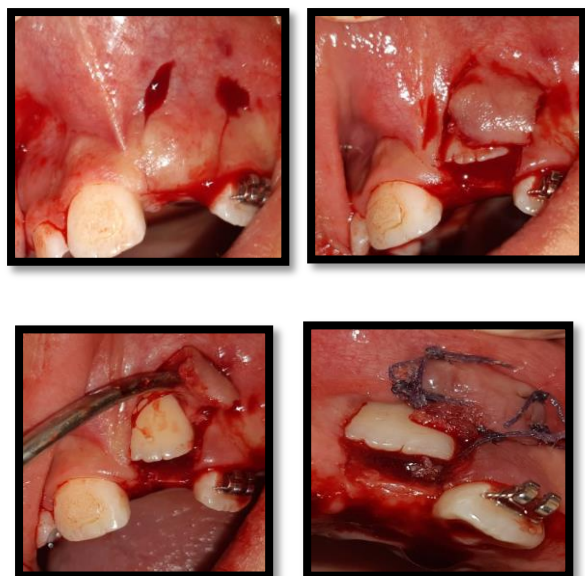


Figure 04 : Incisions décollement muco-périosté, exposition de la dent retenue, sutures.

Résultat clinique à 2 mois : -On note une gencive bien cicatrisée autour de la 21, avec une éruption spontanée de la dent sans traction orthodontique.

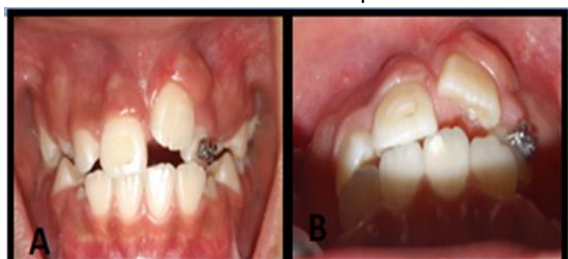


Figure 05 : Éruption spontanée à 2 mois (vue de face et occlusale).

Radiologiquement : on note une bonne évolution de l'incisive centrale supérieur 21 avec un apex encore ouvert (**Figure 06**).

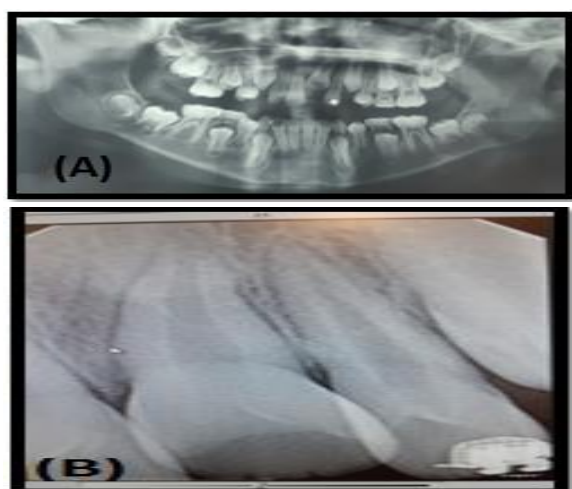


Figure 06 : Contrôle radiographique : panoramique (A) et RVG (B) après 2 mois

Suivi clinique à 5 mois :

Reprise du traitement orthodontique pour redressement de l'axe de l'incisive centrale 21 et correction de l'articulé inversé de la 22 (**Figure 07**).



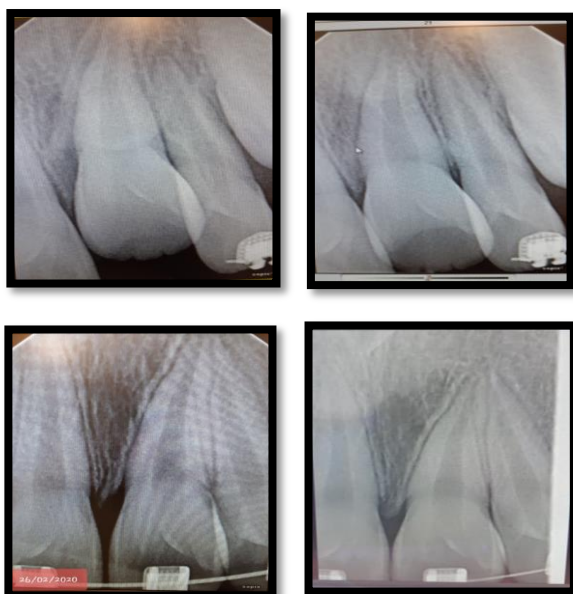
Figure 07 : Reprise du traitement orthodontique 5 mois après l'intervention chirurgicale. On note l'excès de gencive au niveau de la 21 22 11 12.

Décision thérapeutique :

Une Gingivectomie à biseau externe (GBE) est indiquée pour harmoniser le contour gingival de la 21 22 11 12 et élimination des fausses poches gingivales associée à une freinectomie labiale supérieure (**Figure 08**).



Figure 08 : Photo initiale la gingivectomie la freinectomie cicatrisation à J 15

Contrôle clinique et radiologique à 1 an :**Figure 09** : J0 , 2mois , 5 mois ,1an**Contrôle radiologique****Figure 10** : J0 , 2mois, 5 mois ,1 an.**Contrôle radiologique à 1 an****Figure 11** : Contrôle clinique du sourire avant /après.**Discussion**

Le Lambeau Positionné apicalement a pour objectif de créer ou de maintenir du tissu kératinisé autour de la dent à dégager. Il constitue un abord de choix dans de nombreuses situations [8,12] :

- Gencive kératinisée disponible dans l'axe de la dent incluse
- Dent maxillaire en dystopie vestibulaire à grand axe proche de la normale et présentant un risque d'effraction élevé de la muqueuse.
- Dent mandibulaire en dystopie vestibulaire ou linguale. L'avantage des lambeaux déplacés apicalement est de maintenir ou de créer le capital de tissu kératinisé autour de la dent en éruption.

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 des manières, tout en étant le moins invasif possible.

Bibliographie

- [1] BASSIGNY. Les défauts d'éruption des incisives centrales supérieures : causes connues et méconnues. *Rev.Orthop.Dento.Faciale*.1990;24:83-9.
- [2] KORBENDEAU J-M. GUYOMARD F. chirurgie parodontale Orthodontique. Editions Cdp Lassay-Les-Châteaux 1998: 79-89.
- [3] BECKER A. The Orthodontic Treatement of Impacted theeth.;1998: 52-83.
- [4] Becker A, Brin I, Ben-Bassat Y, Zilberman Y, Chaushu S. Closed-eruption surgical technique for impacted maxillary incisors: a postorthodontic periodontal evaluation. *Amer J Ortho Dentofac Orthop* 2002;122:9-14.
- [5] Chaushu S, Brin I, Ben-Bessat Y, Zilberman Y, Becker A. Periodontal status following surgical-orthodontic alignment of impacted central incisors with an open-eruption technique. *Eur J Ortho* 2003;25:579-584.
- [6] Crescini A, Nieri M, Buti J, Bacetti T, Mauro S, Prato GP. Short-and long-term periodontal evaluation of impacted canines treated with a closed surgical-orthodontic approach. *J Clin Periodontol* 2007;34: 231-242.
- [7] Maverna R, Gracco A. Different diagnostic tools for the localization of impacted maxillary canines: clinical considerations. *Prog orthod* 2007;8:28-44.
- [8] Quirynen M, Danny G, OP Heij DG, Adriansens A, Opdebeek HM, van Steenberghe DV. Periodontal health of orthodontically extruded impacted teeth. A split-mouth, long-term clinical evaluation. *J Periodontol* 2000;71:1708-1714.
- [9] Lakhdar L, Ismaili Z, Lahlou K, Ennibi O. Désinclusion des dents antérieures retenues : quelle technique choisir ? *Rev Odont Stomat* 2008;37:51-58.
- [10] Borghetti A, Monnet-Corti V. Chirurgie plastique parodontale. Ed : Cdp, Paris, 2000.
- [11] Chambas C. Désinclusion et mise en place des dents retenues. *Ency Médico Chirur* 1997; 23-492-A-10.
- [12] Vermette M, Kokich V, Kennedy D. Uncovering labially impacted teeth: apically positioned flap and closed-eruption techniques. *Angle Ortho* 1995;65:23-32.