



La gestion des traumatismes alvéolo-dentaires : Avantages des attelles orthodontiques

Fatima NABI¹, Amine KHEBICHETE², Nihel BELHAMIDI³, Djamila KHAASSANI³, Noureddine AHMED FOUATIH¹.

1. Service d'ODF-CHU-ORAN, Faculté de Médecine - Université Oran1 (Algérie).
2. Service de Pathologie Et Chirurgie Buccales CHU-ORAN, Faculté de Médecine - Université Oran1 (Algérie).
3. Service de Parodontologie CHU-ORAN, Faculté de Médecine - Université Oran1 (Algérie).

Aucun lien d'intérêt



Introduction :

L'avulsion dentaire traumatique constitue une urgence. En denture permanente, elle fait appel, le plus souvent, à la réimplantation. Aujourd'hui les conditions permettant le succès thérapeutique dépendent des conditions de conservation et du temps extra-alvéolaire de la dent ainsi que des techniques de réimplantation et de contention qui lui sont appliquées

Objectif

Objectif est de faire le point sur la gestion des dents traumatisées en soulignant l'avantage des contentions par attelles orthodontiques.

Matériel et méthodes :

Un jeune garçon de 18 ans s'est présenté après avoir subi un grave traumatisme bucco facial un jour auparavant. Au moment du traumatisme, le repositionnement manuel des dents luxées (21,22) peu de temps après le traumatisme était effectué et une attelle orthodontique était mise en place au service de Pathologie et Chirurgie Buccales puis un jumelage orthodontique était réalisé au service d'ODF-CHU Oran. La 23 n'a pas été retrouvée,

Résultats

Dans le cas présent, les boîtiers et les fils étaient maintenus dans leur position initiale pendant 7 mois, sans que cela n'entraîne d'ankylose, de résorption de remplacement ou d'autres effets indésirables.

Discussion

Les attelles orthodontiques permettent une évaluation clinique facile des dents traumatisées, car il suffit de retirer le fil pour évaluer la mobilité et la guérison du parodonte. De plus, les fils et la position des boîtiers peuvent facilement être changés, selon la vitesse de rétablissement et l'évolution des objectifs du traitement. Préservation de la mobilité physiologique : Il a été démontré que les attelles orthodontiques ne sont pas rigides et qu'elles peuvent préserver la mobilité physiologique. Ces attelles peuvent également être maintenues en place durant de longues périodes.

Mise en place d'implant pour la 23 :

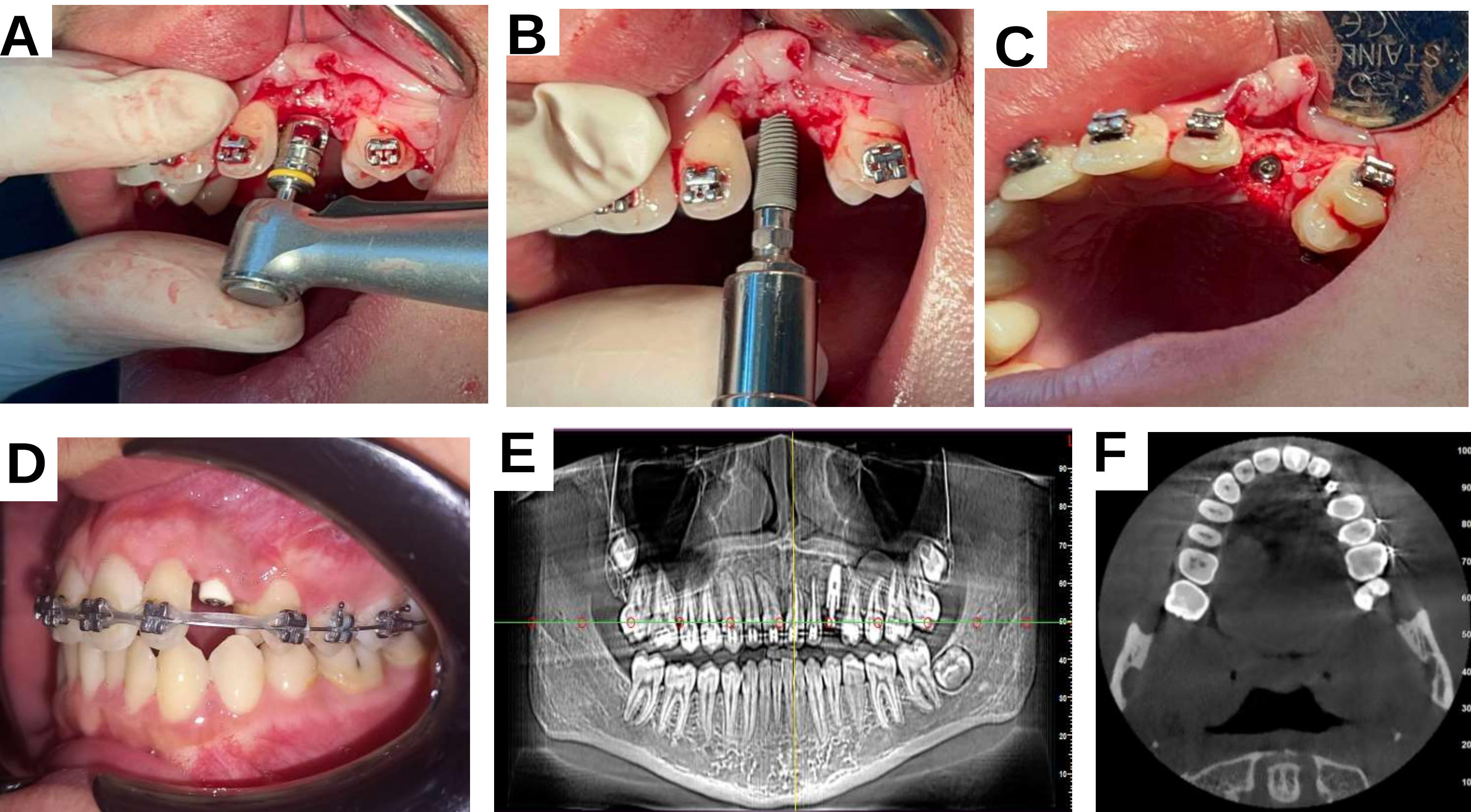


Figure 05 : après 1 an et demi Mise en place d'un implant dentaire pour remplacer la 23 expulsée

Conclusion :

Les attelles orthodontiques doivent être considérées comme solution viable pour le traitement de traumatismes alvéolo-dentaires. Le respect des protocoles de réimplantation permet de garder les dents réimplantées plus longtemps sur l'arcade et de maintenir un espace, fonction et esthétique.

Cas clinique :

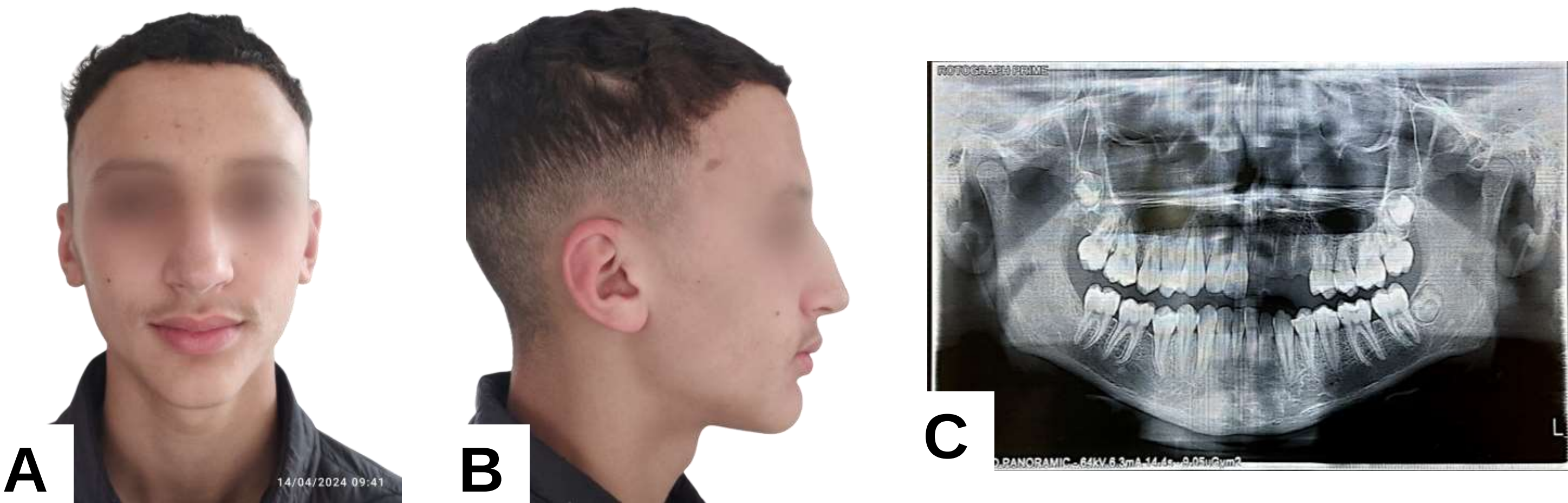


Figure 01 : Photographie du patient B.A

Réimplantation des dents expulsées

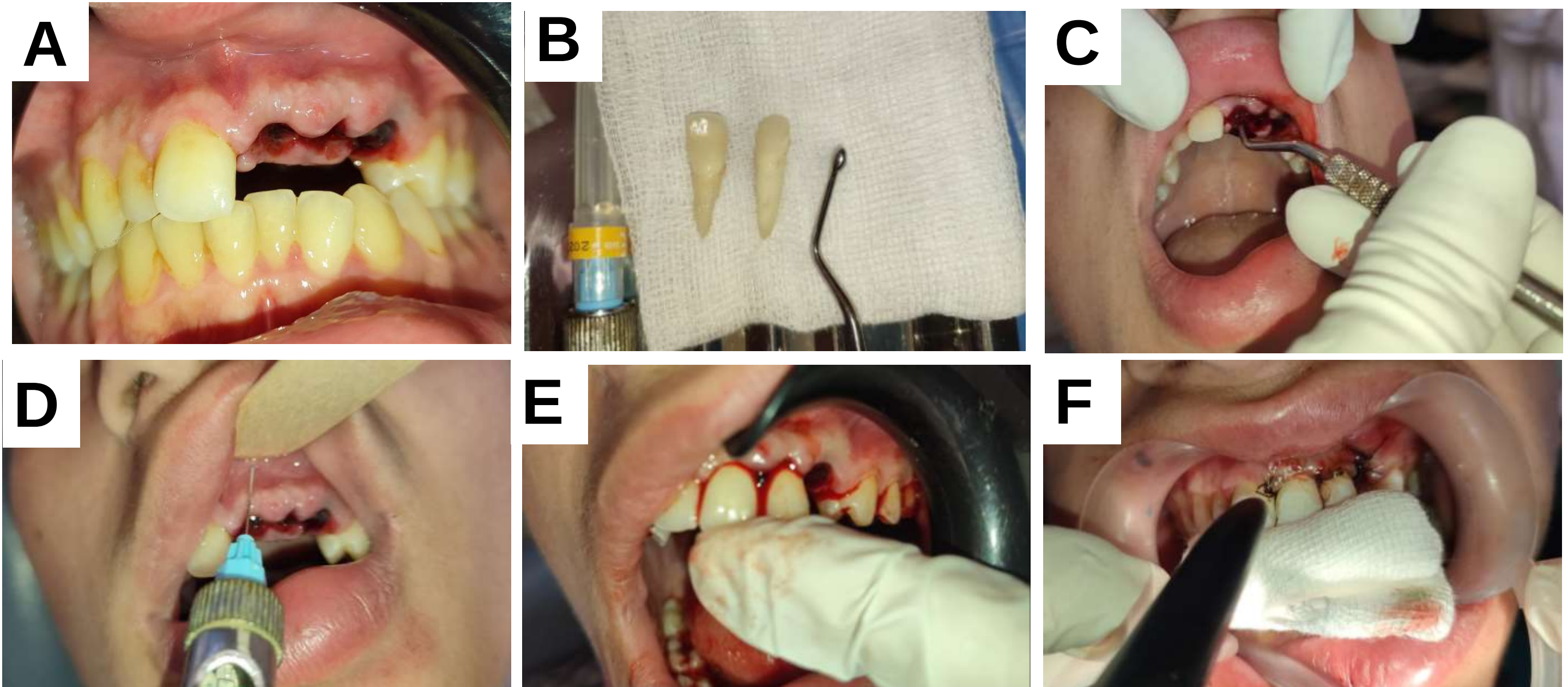


Figure 02: La dent est rincée au sérum physiologique (B). Le praticien vérifie la qualité de l'alvéole, élimine le caillot par rinçage au sérum physiologique ou aspiration (C), et réimplante immédiatement la dent par pression douce (E).

Mise en place d'une attelle orthodontique



Figure 03: Une attelle en NiTi .012" et un traitement médical est prescrit (C), des sutures sont réalisées suite à la laceration gingivale(A). Entre 7 et 10 jours, le traitement endodontique est réalisé avec un parage canalaire et une obturation à l'hydroxyde de calcium éventuellement renouvelée.

Réévaluation du cas après 7 mois :

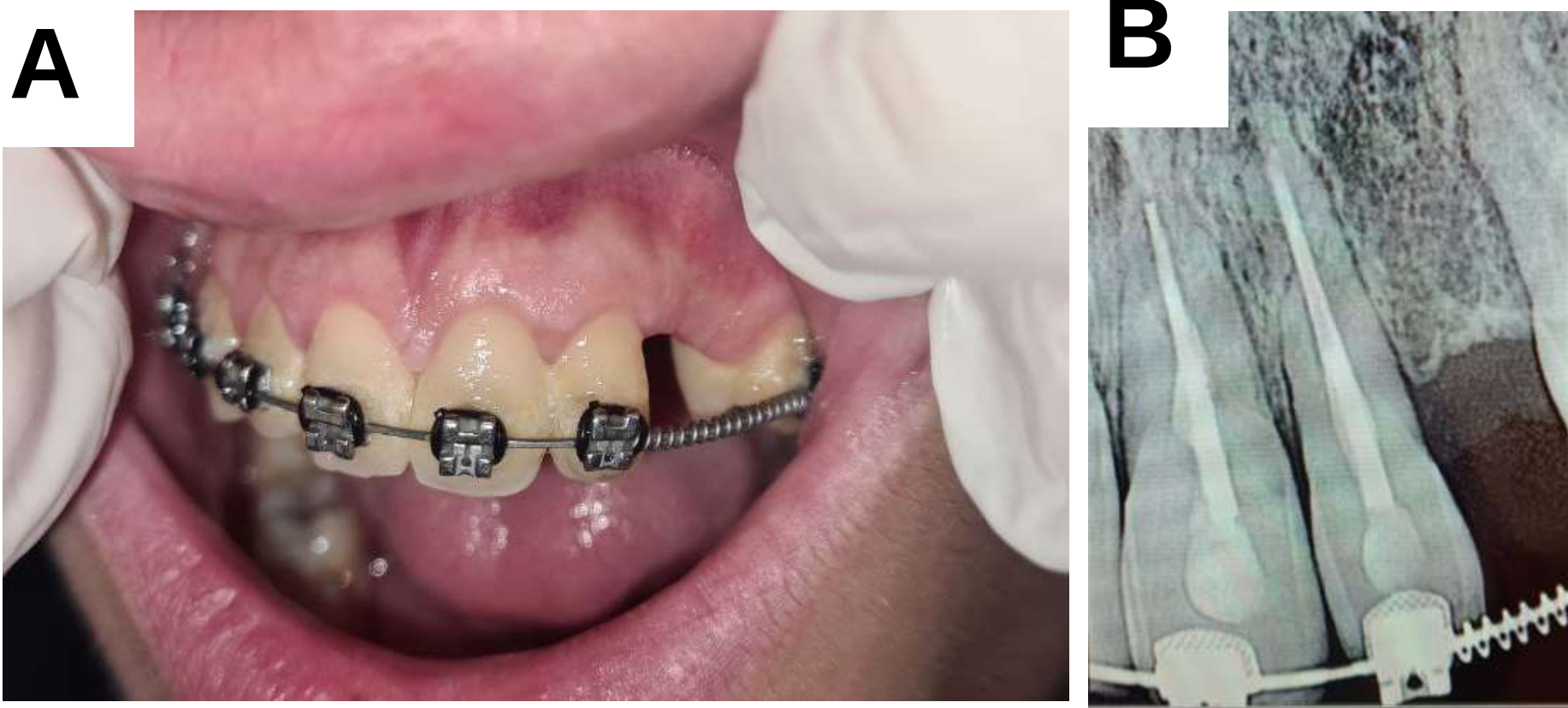


Figure 04 : A un mois on procède à l'obturation canalaire définitive avec une pâte de scellement et un maître-cône. En effet, il existe le risque que la dent subisse un processus d'ankylose et de résorption ; la contention est laissée en place 4 semaines.

Références :

1. Bastone EB, Freer TJ, McNamara JR. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature. *Aust Dent J.* 2000;45(1):2-9.
2. Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, editors. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 4th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2007.
3. von Arx T. Splinting of traumatized teeth with focus on adhesive techniques. *J Calif Dent Assoc.* 2005;33(5):409-14.
4. Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental Traumatology.* 2007;23(2):66-71.
5. Oikarinen K. Tooth splinting: a review of the literature and consideration of the versatility of a wire-composite splint. *Endod Dent Traumatol.* 1990;6(6):237-50.
6. Filippi A, von Arx T, Lussi A. Comfort and discomfort of dental trauma splints — a comparison of a new device (TTS) with three commonly used splinting techniques. *Dental Traumatology.* 2002;18(5):275-80.
7. Andreasen JO, Bakland LK, Flores MT, Andreasen FM, Andersson L. *Traumatic dental injuries*, 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.