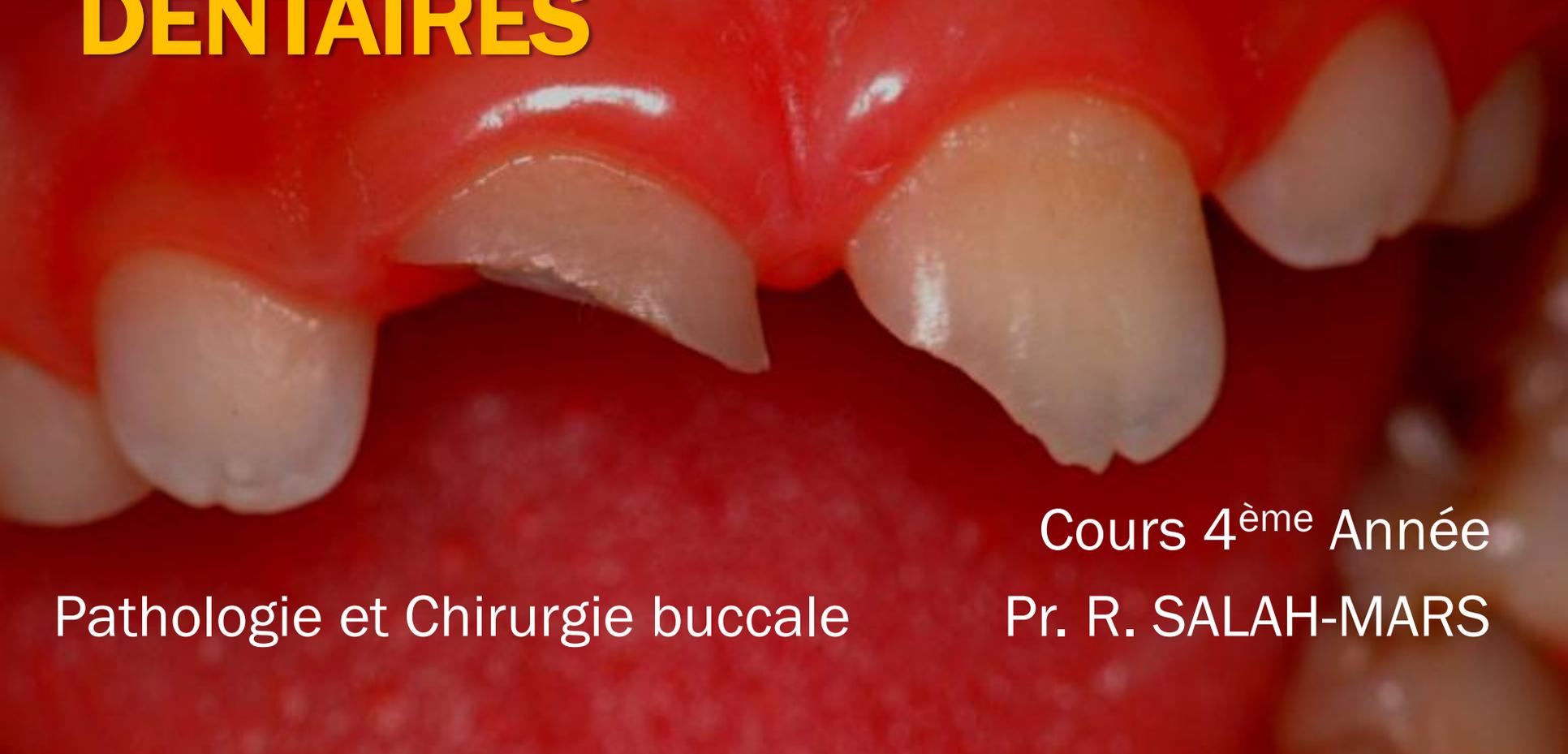




TRAUMATISMES ALVÉOLO-DENTAIRES



Pathologie et Chirurgie buccale

Cours 4^{ème} Année

Pr. R. SALAH-MARS

INTRODUCTION

Les Traumatismes alvéolo-dentaires occupent une place importante en traumatologie maxillaires chez l'enfant et l'adolescent. Leur siège de prédilection reste la région antérieure le maxillaire supérieur est le plus exposé.

Ils sont d'apparence bénigne, mais restent très fréquents en pratique quotidienne et posent de réels problèmes inhérents à la denture

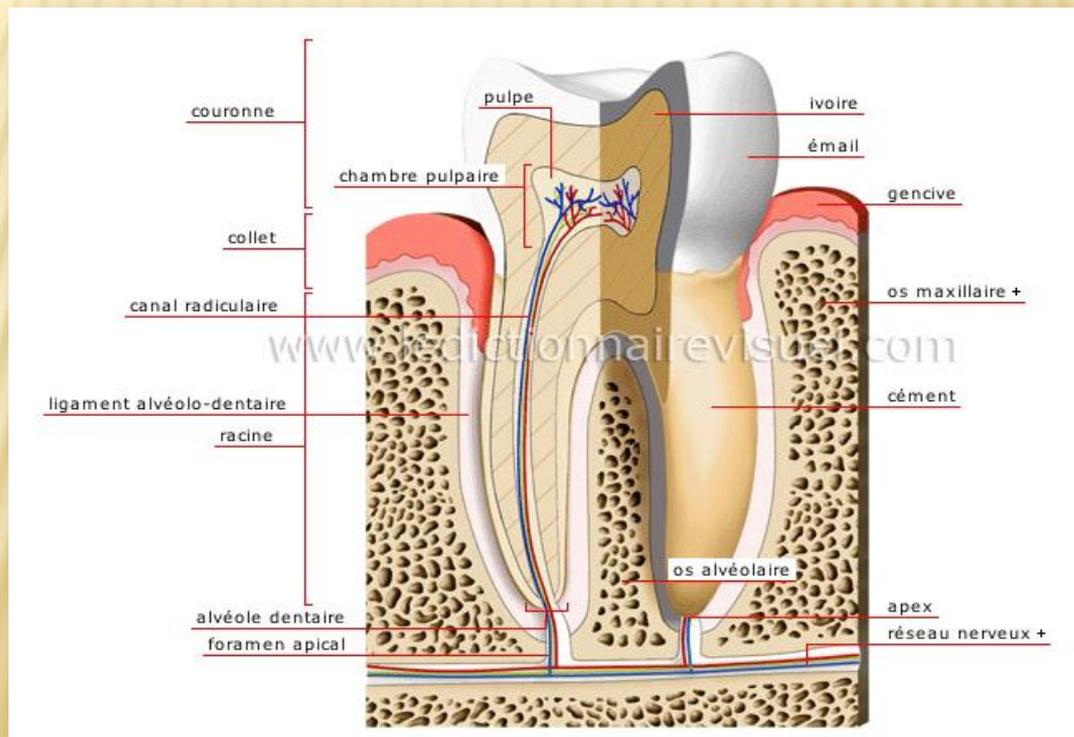
Si chez l'adulte le traitement est bien codifié, chez l'enfant les dents ne sont pas matures et les arcades ne sont pas stables.

La démarche du praticien doit se projeter dans l'avenir pour aider les dents traumatisées à évoluer dans de bonnes conditions et éviter les séquelles lourdes de conséquences (nécrose pulpaire et les rhizalyses ankyloses)

RAPPELS

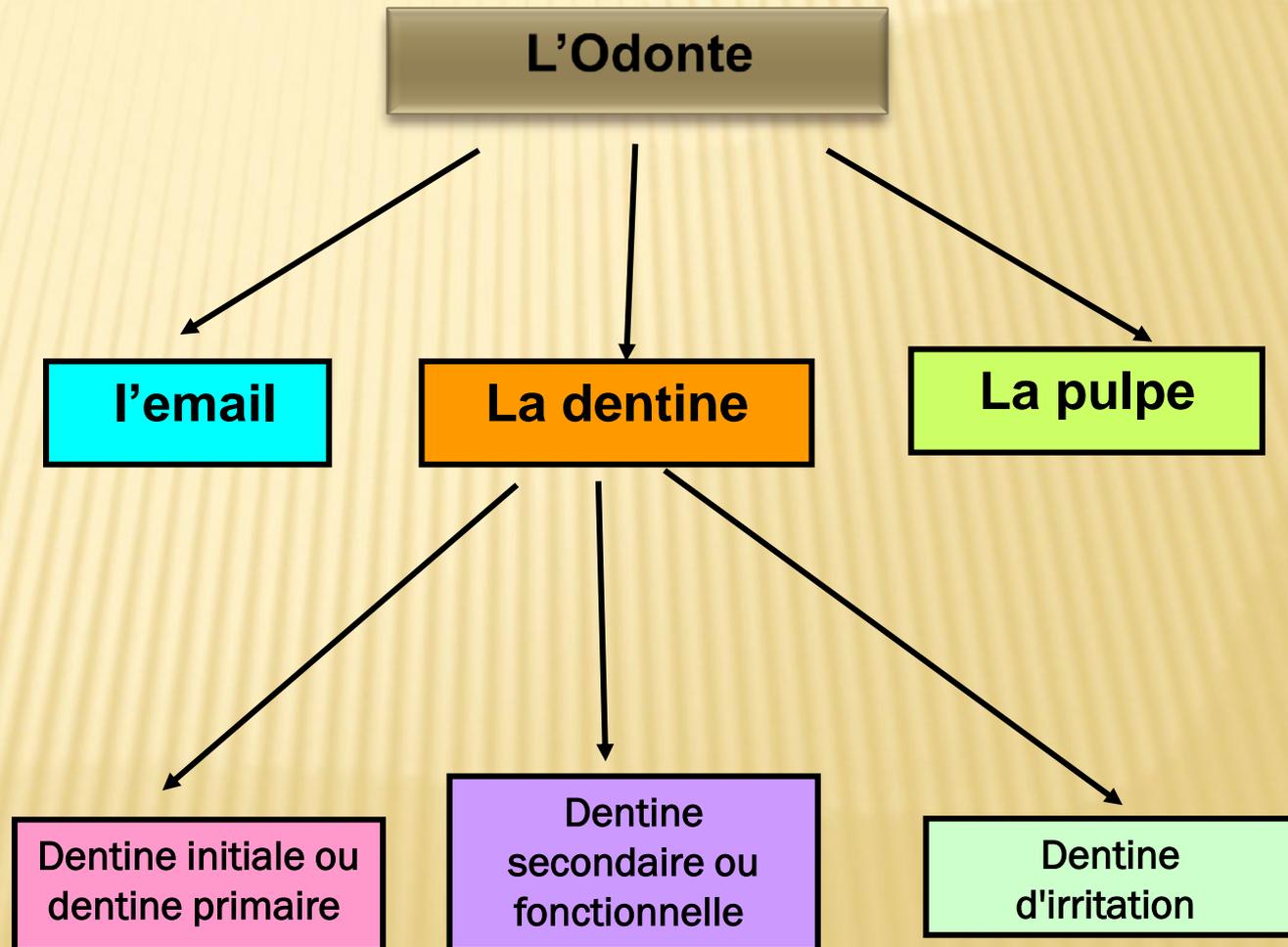
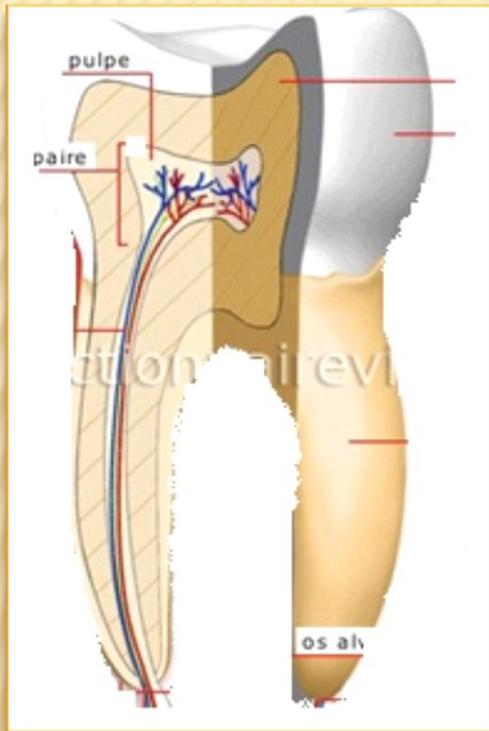
RAPPELS

Le traumatisme dento alvéolaire peut intéresser la dent à n'importe quel moment de son évolution, d'où la nécessité de faire un rappel sur certaines notions de base, pour établir un diagnostic précis et un plan de traitement adéquat



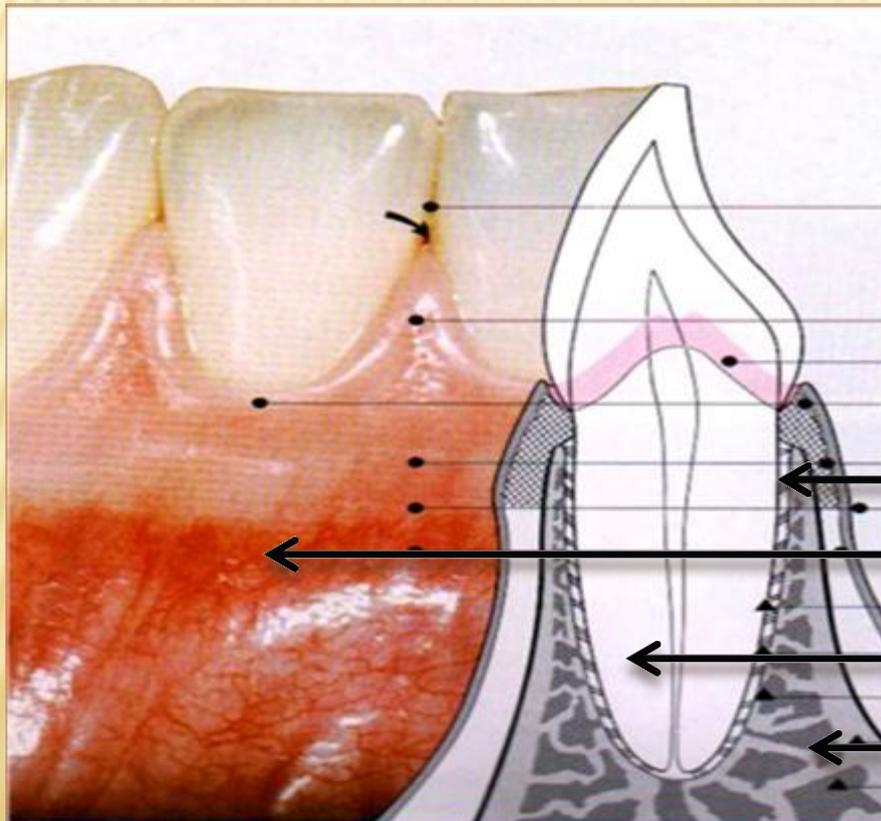
RAPPEL: ORGANE DENTAIRE

L'Odonte



RAPPEL

La Parodonte



le ligament alvéolo-dentaire

la gencive

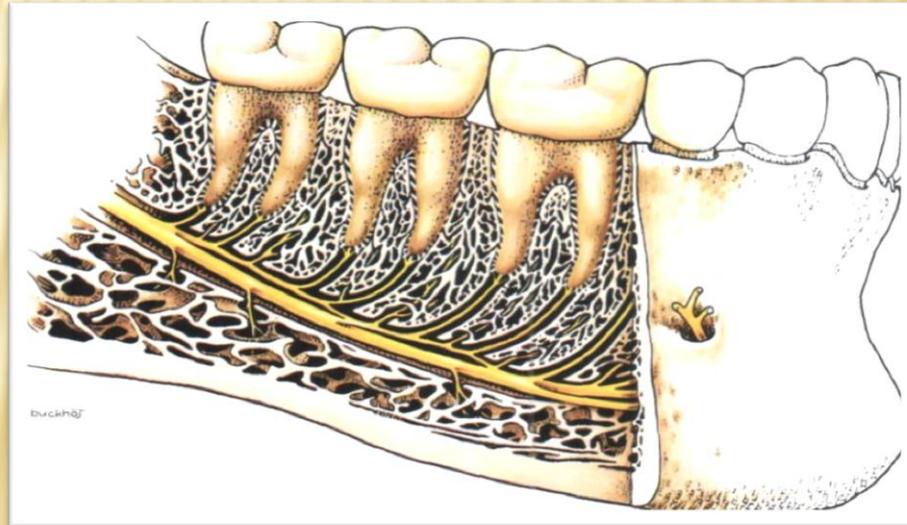
le cément.

l'os alvéolaire

RAPPEL

Vascularisation et innervation

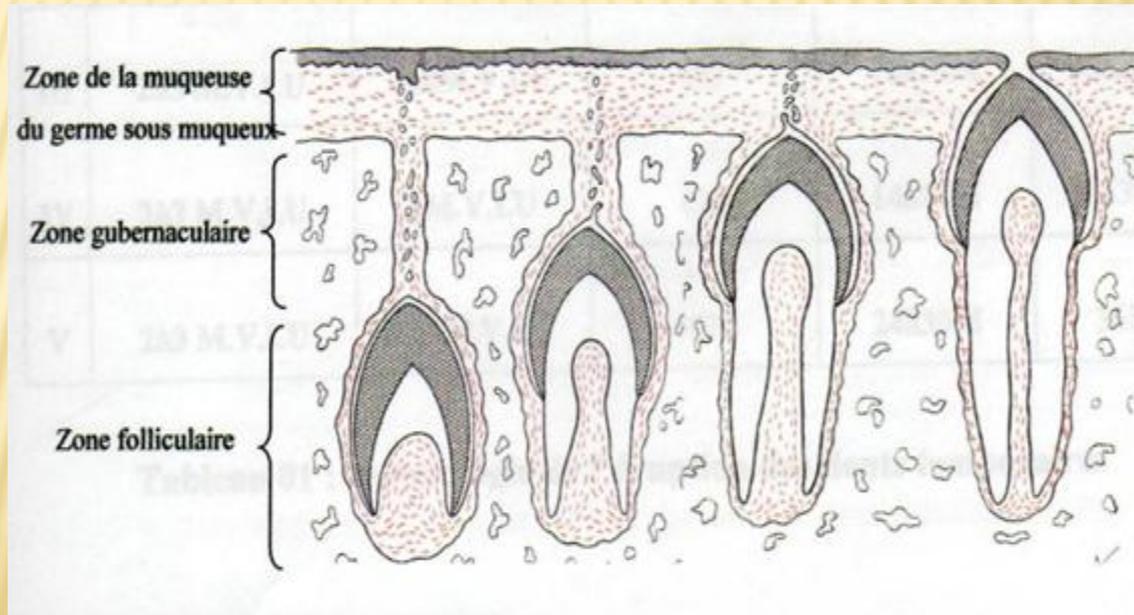
- L'irrigation et l'innervation dentaire sont assurées par un paquet vasculo-nerveux qui pénètre par les foramens apicaux des canaux radicaire.
- La vascularisation pulpaire est très abondante et provient de l'artère dentaire.



RAPPEL

Physiologie de l'éruption

L'éruption est un phénomène physiologique par lequel une dent se met en place sur l'arcade



RAPPEL

Chronologie de l'éruption des dents temporaires [23]

Denture temporaire	Incisive centrale	Incisive latérale	Canine	1 ^{ère} molaire	2 ^{ème} molaire
Achèvement de la couronne	3 - 4 mois	4 - 5 mois	9 - 12 mois	6 - 9 mois	12 mois
Éruption	6-7 mois	7-9 mois	18 mois	12 mois	24 mois
Fermeture apex	2 ans	2 - 2 ½ ans	3 ans	2 ½ -3 ans	3 ½ - 4 ans
Début rhizalyse	5 ans	5 - 5 ½ ans	6 - 7 ans	5 ½ ans	6 ½ ans
Chute	7 ans	8 ans	11 ans	9 ans	10 ans

RAPPEL

Chronologie de l'éruption des dents permanentes [23]

Denture permanente	Incisive centrale	Incisive latérale	Canine	1 ^{ère} prémolaire	2 ^{ème} prémolaire	1 ^{ère} molaire	2 ^{ème} molaire	3 ^{ème} molaire
Mise en place de germe	LE 5 M.V.I.U	LE 5 M.V.I.U	vers le 5M.V.I.U	la naissance	(9-12) mois	Le 4 M.V.I.U	(9-12) mois	4ans
Début de minéralisation	(3-4) mois	(3-12) mois	(4-5) mois	Vers 2 ans	Vers 3 ans	La naissance	(2-3) ans	(7-10) ans
Achèvement de la couronne	(4-5) ans	5 ans	6 ans	(6-7) ans	(6-8) ans	(3-4) ans	(7-8) ans	(13-15) ans
Eruption	(6-7) ans	(7-8) ans	(11-12) ans	(10-12) ans	(11-12) ans	6 ans	(12-13) ans	(17-21) ans
Achèvement de la dent	(9-10) ans	(10-11) ans	(13-15) ans	(12-13) ans	(13-14) ans	(9-10) ans.	(14-15) ans	(18-25) ans

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Classification (*Classification de l'O.M.S. de 1969 modifiée par Andreasen*)

Les traumatismes des tissus durs de la dent

Les traumatismes des tissus parodontaux

Les traumatismes de l'os alvéolaire

Les lésions gingivales

CLASSIFICATION

Les traumatismes des tissus durs de la dent

- Fêlures
- Fractures coronaire non compliquée
- Fracture coronaire compliquée
- Fracture coronoradiculaire non compliquée
- Fracture coronoradiculaire compliquée
- Fractures radiculaires.

CLASSIFICATION

Les traumatismes des tissus parodontaux

- Concussion;
- Subluxation;
- Intrusion;
- Egression;
- Luxation latérale;
- Avulsion.

CLASSIFICATION

Les traumatismes de l'os alvéolaire

- Fracture d'une paroi de l'alvéole (ext ou int)
- Fracture comminutive de l'os alvéolaire
- Fracture des procès alvéolaire
- Fracture de la mandibule ou du maxillaire

CLASSIFICATION

Les lésions gingivales

- Abrasion;
- Déchirure de la gencive,
- Concussion;

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

➤ Étiopatogénie

Les traumatismes dento-alvéolaires concernent le plus souvent les enfants (8-11 ans) victimes des chutes, des accidents dus aux sports violents, aux rixes, et aux accidents domestiques.

Facteurs favorisants :

- ❖ Les lésions carieuses,
- ❖ les obturations importantes,
- ❖ les dents mortifiées,
- ❖ Parodontolyse évoluée(luxations),
- ❖ Proalvéolies supérieures
- ❖ facteurs divers : âge, microchéilie et macrochéilie



ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Mécanisme d'action

L'agent vulnérant va heurter l'organe dentaire dans un mouvement antéro postérieur.

- ❖ Nature de choc : direct ou indirect

- ❖ Intensité du traumatisme : l'âge de l'enfant et sa vivacité (l'enfant se livre à des jeux et des sports de plus en plus rapides et violents)

- ❖ Énergie de l'impact : Masse-Vitesse
 - × Masse élevée, vitesse réduite → lésions des tissus parodontaux
 - × Masse petite, vitesse élevée → lésions des tissus dentaires

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Examen clinique de l'enfant traumatisé

La consultation d'urgence

Sauver le pronostic vital

L'évaluation globale du patient permet de déceler les lésions graves

- L'hémorragie
- La respiration
- Les lésions cérébrales
- Le praticien doit vérifier :
 - Le reflexe pupillaire
 - La tension
 - Le pouls



EN URGENCE

- Dédramatiser la situation ;
- Apaiser le patient et ses accompagnateurs ;
- Etablir le diagnostic précis des lésions ;
- Adapter une démarche thérapeutique ;
- Rédiger le certificat initial.

ANAMNESE

OU ? QUAND ? COMMENT ?

Trois mots clé permettront au praticien de déterminer:

- Circonstances de l'accident ;
- Lieu de l'accident ;
- Temps écoulé entre l'accident et la prise en charge ;
- Préciser les antécédents pathologiques ;
- Préciser le statut de la vaccination antitétanique ;
- Rechercher une perte de connaissance.

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Examen clinique

Examen exo buccal:

- Examen des téguments et des parties molles (recherche de plaies mentonnières et labiales)
- Limitation de l'ouverture buccale(fracture condyliennes)
- Recherche de fragments mobiles par la palpation

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Examen clinique

Examen endobuccale:

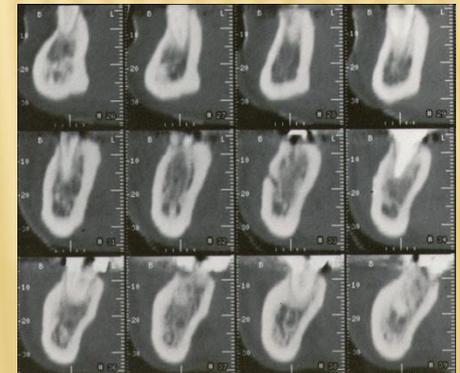
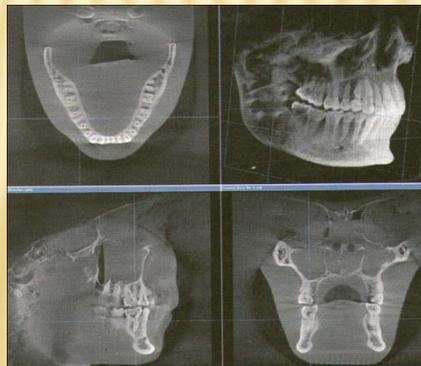
- Recherche de plaies et déchirure;
- Recherche de fêlures de ,fractures coronaires;
- Recherche de mobilités dentaires;
- Recherche de fractures alvéolaires;
- Réaliser les tests de vitalité(non fiables)

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Examen radiologique

Incidence extra buccale

- Le panoramique visualise les structures osseuses (mandibulaires)
- Incidences spécifiques (fractures condyliennes)
- Le denta scan donne un bilan précis des lésions maxillaires et dentaires
- Con beam.



ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Examen radiologique

Incidence intra buccale

La radio rétro alvéolaire

- La taille de la chambre pulpaire;
- L'état du parodonte;
- Le degré de maturation de la dent, du LAD et de l'os;
- Les fractures radiculaire;
- Les fractures alvéolaires;
- Les rapports des germes avec le foyer de fracture
- Le degré de rhizalyse radiculaire à long terme



ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Étude des lésions alvéolodentaires

Les lésions dentaires

- En denture temporaire

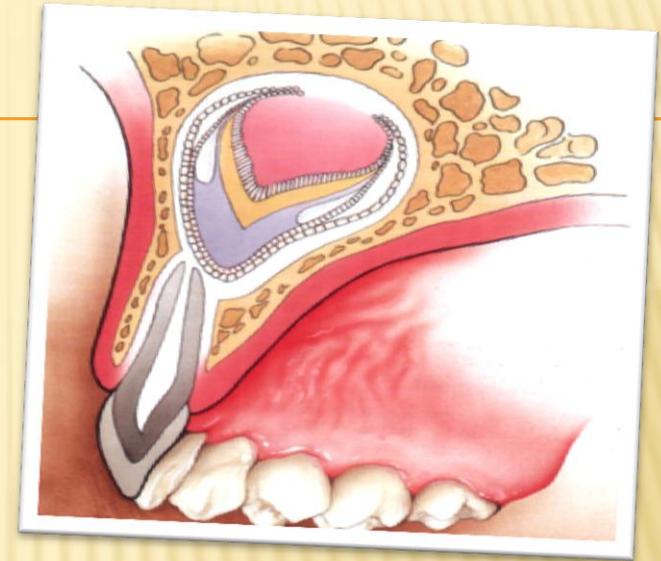
Dent mature

entre 3 et 6 ans

Vitesse de déplacement



Risque de traumatismes
augmentent



vers l'âge de 6 ans

os alvéolaire malléable

attaches parodontales lâches

racine rhizalysée



luxations importantes
fractures réduites

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Étude des lésions alvéolodentaires

Les lésions dentaires

- En denture temporaire

Dent en résorption

Résorption progressive de la racine  complications moins importantes au niveau du germe

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Étude des lésions alvéolodentaires

Les lésions dentaires

➤ En denture mixte

S'étale entre 6 et 12ans  Incisives centrales restent les plus touchées par les traumatismes

Racine courte favorise les luxations plus que les fractures même si l'os alvéolaire devient compact et plus résistant.

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Étude des lésions alvéolodentaires

Les lésions dentaires

➤ En denture permanente

La denture définitive est édiflée et les conséquences sont lourdes

Dent permanente immature

À l'âge de 8ans ,les 2/3 de la racine sont édifiées ,les parois radiculairees sont minces.

Un traumatisme survenant à cette âge peut provoquer:

- ✓ Une ré ingression
- ✓ Une extrusion ou luxation totale
- ✓ Une fracture coronaire ou radiculaire(rare)



Ligament alvéolodentaire non mature, néo vascularisation post traumatique

Réparation ligamentaire possible

TRAUMATISMES DES TISSUS DURS

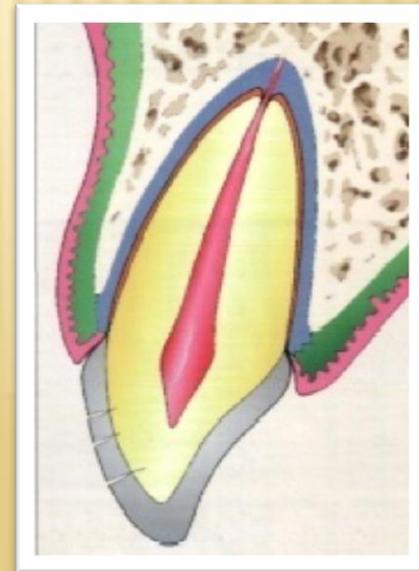
Dent permanente mature

Dent mature (racine édiflée; os alvéolaire bien solide) = fractures

- Les fêlures dentaires = solution de continuité partielle de l'émail

Signes cliniques inexistant

Sensibilité aux froid légère



TRAUMATISMES DES TISSUS DURS

Dent permanente mature

- Les fractures coronaires
- ❖ Fracture amélaire: perte de l'émail au niveau de l'angle mésial ou distal



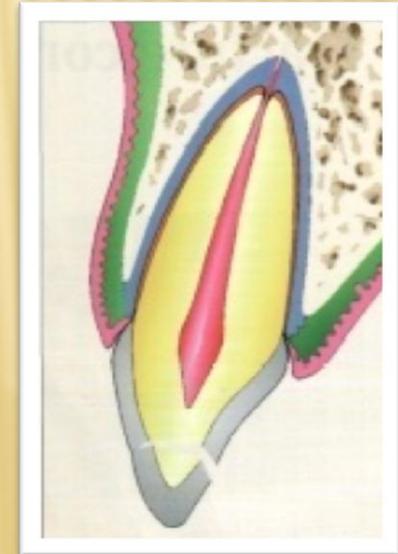
TRAUMATISMES DES TISSUS DURS

Dent permanente mature

- Les fractures coronaires
- ❖ Fracture amélodentinaire=fracture limitée à l'émail et la dentine

Signes cliniques en fonction de la sévérité du traumatisme

Douleur au changement de température, aux acides et la mastication



TRAUMATISMES DES TISSUS DURS

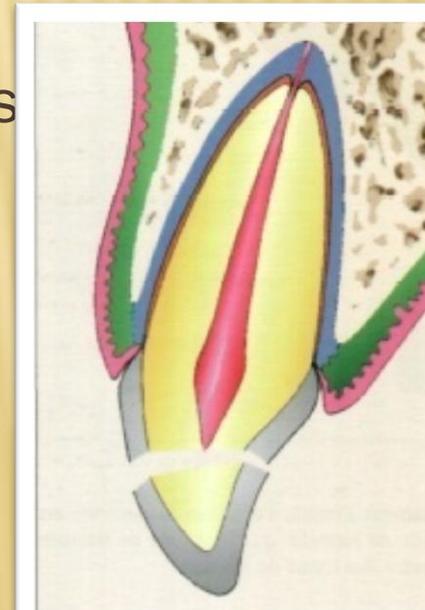
Dent permanente mature

➤ Les fractures coronaires

❖ Fracture coronaire compliquée=Fracture de l'émail ,de la dentine avec exposition pulpaire

Cliniquement:Pulpe apparaît comme un point sanglant au milieu de la surface dénudée

Douleurs très importantes aux variations thermiques



TRAUMATISMES DES TISSUS DURS

Dent permanente mature

- Les fractures corono radiculaire
- ❖ Fracture corono radiculaire simple=Fracture de l'émail ,de la dentine et du cément sans atteinte pulpaire



TRAUMATISMES DES TISSUS DURS

Dent permanente mature

- Les fractures corono radiculaire
- ❖ Fracture corono radiculaire compliquée =concerne le tissu pulpaire ;Le trait est généralement oblique ;la douleur par tiraillement de la pulpe caractérisée par un syndrome pulpaire et desmodontal



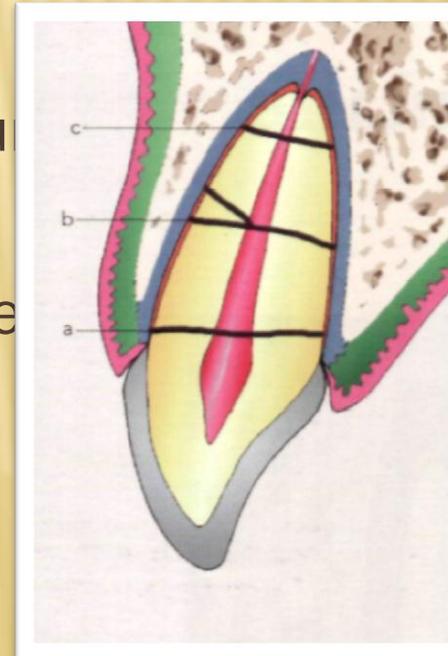
TRAUMATISMES DES TISSUS DURS

Dent permanente mature

➤ Les fractures radicaire:

Choc direct,elles peuvent être associées à des traumatismes alvéolodentaires à des fractures coronaire ou à des luxations.

- ❖ fracture basse (1/3cervical)=fracture ouverte(hémorragie gingivale)
- ❖ fracture moyenne(1/3moyen)=mobilité et douleur
- ❖ fracture haute(1/3 apical)=trait au niveau de l'apex pas de mobilité pas d' hémorragie, la fracture est fermée.



TRAUMATISMES DES TISSUS PARODONTAUX

Dent permanente mature

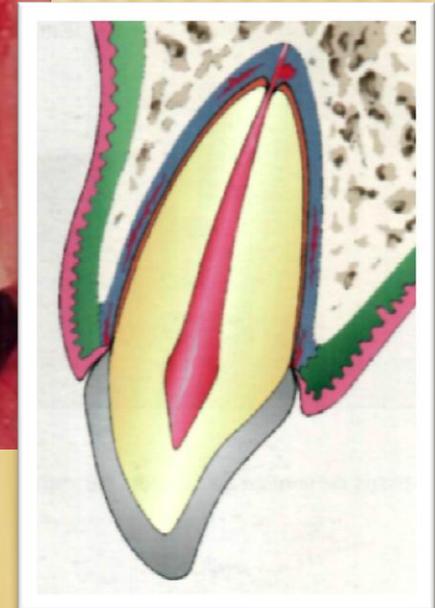
- Les luxations
- ❖ Concussion=traumatisme des tissus parodontaux sans mobilité,
légère sensibilité à la stimulation mécanique,
légère douleur à la mastication,
tests de vitalité peuvent être négatifs,
épaississement ligamentaire



TRAUMATISES DES TISSUS PARODONTAUX

Dent permanente mature

- Les luxations
- ❖ La subluxation=traumatisme des tissus parodontaux avec une légère augmentation de la mobilité ,sans malposition dentaire dent mobile et très douloureuse, saignement au collet, tests de vitalité perturbés.

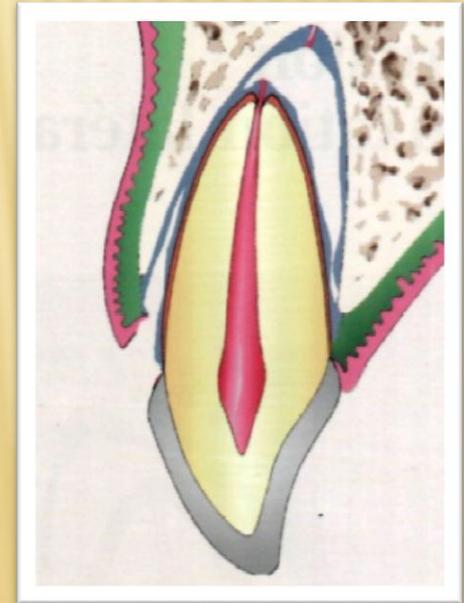


TRAUMATISES DES TISSUS PARODONTAUX

Dent permanente mature

- Luxations
- ❖ Les luxations latérales=intéressent la dent ,le parodonte et l'os alvéolaire.

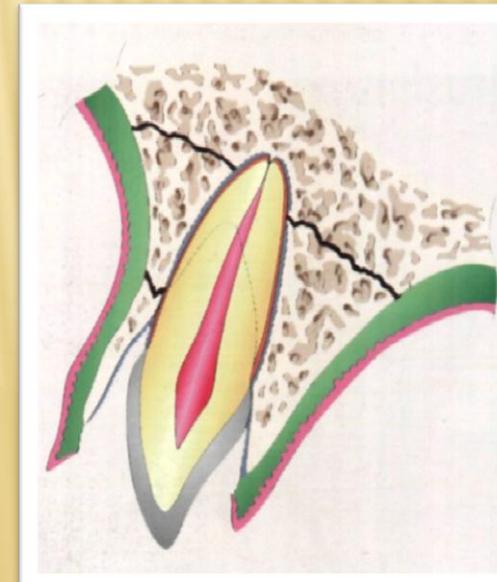
cliniquement la dent est déplacée latéralement bloquée dans sa position nouvelle.(fracture alvéolaire possible)



TRAUMATISMES DES TISSUS PARODONTAUX

Dent permanente mature

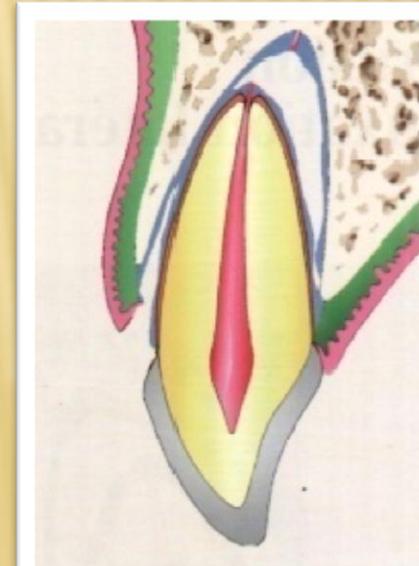
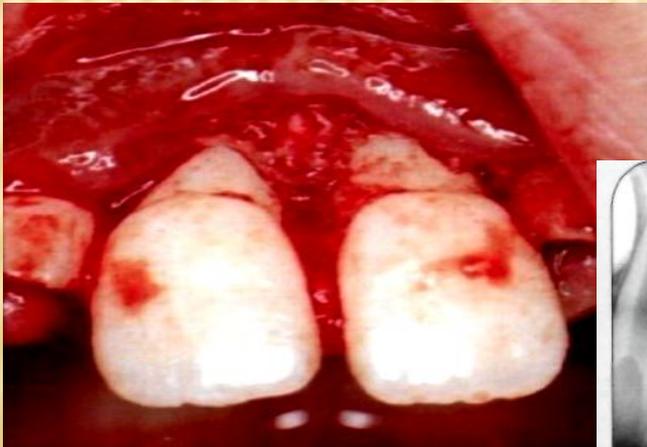
- Les luxations
- ❖ Les ingressions ou intrusions=rare et s'accompagnent de dégâts alvéolaires Le système neuro vasculaire de la dent subit des dommages considérables
- ❖ Les fibres desmodontales sont écrasées
- ❖ Les tests de vitalité négatifs
- ❖ La radiographie ➡ disparition du ligament
- ❖ au niveau apicale



TRAUMATISMES DES TISSUS PARODONTAUX

Dent permanente mature

- Les luxations
- ❖ Extrusion=dent extrusée déplacée coronairement ;le ligament desmodontal et le système pulpaire sont sévèrement atteints
Cliniquement:la dent parait plus longue que les adjacentes,avec grande mobilité ,les tests pulpaires négatifs.
La radiographie montre un élargissement de l'espace périapical.



TRAUMATISMES DES TISSUS PARODONTAUX

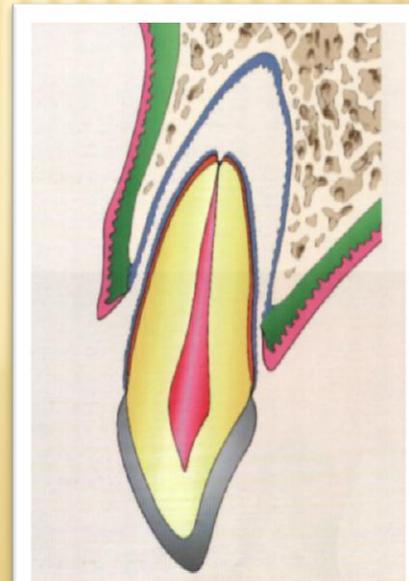
Dent permanente mature

➤ Les luxations

❖ Luxations totales ou avulsions=alvéole vide.

cliniquement: recherche de fracture alvéolaire

le diagnostic différentiel se fait avec l'intrusion dentaire.



LES LÉSIONS ALVÉOLAIRES

Les fractures alvéolaires

Fréquentes dans la région antérieure .Il faut savoir que l'os alvéolaire joue un rôle important dans la nutrition et la vitalité des dents.

- ❖ à la mand :le bord ext est épais=fracture rare(limitée à une seule dent)
- ❖ au maxil: fractures importantes =choc peut provoquer un enfoncement du massif osseux(quatres incisives)

LES LÉSIONS ALVÉOLAIRES

Les fractures alvéolaires

- Les fractures partielles = fract. de la table externe ou interne si la fracture est limitée à un seule dent le mal est minime; si fracture est étendue aux alvéoles voisines :risque infectieux. Cliniquement :le vestibule est tuméfié ,la muqueuse déchirée, la palpation révèle une mobilité globale dent-
tests de vitalité négatifs,
trait de fracture visible à la radiographie.



LES LÉSIONS ALVÉOLAIRES

Les fractures alvéolaires

➤ Les fractures totales= véritable ostéotomie (tables int, ext fract) au maxillaire elles s'accompagnent d'épistaxis (lésions des muqueuses nasale ou sinusiennes)

à la mandibule elles sont souvent associées à une fracture du rebord basilaire

cliniquement: déplacement en bloque d'un fragment de l'os, présence d'hématome, déchirure muqueuse, mobilité du bloc alvéolo-dentaire.

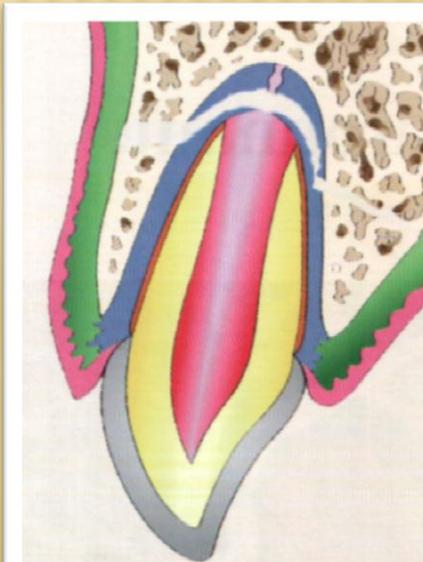
radiologie met en évidence : fracture

associée aux fractures radiculaire

risque de séquestration du fragment osseux

et rupture du paquet

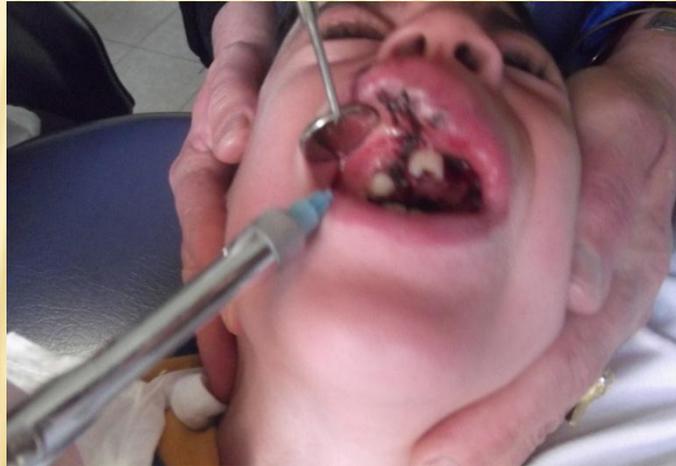
Vasculo-nerveux



LES LÉSIONS ALVÉOLAIRES

Les fractures alvéolaires

- Fracas alvéolaires:
elles sont rencontrés dans les grands traumatismes balistiques.



LESIONS DES TISSUS MOUS

Selon L'OMS:

- La concussion ,les abrasions,lacérations se sont des atteintes fréquentes lors des traumatismes alvéolo-dentaires



concussion



abrasion



lacération

LESIONS DES TISSUS MOUS

plaie gingivale: fréquente lorsqu'il existe une atteinte de l'os sous jacent

plaies de la langue: induites par l'interposition de la langue entre les deux arcades; leurs exploration doit être systématique à la recherche de fragment dentaire ou autre.

plaies des lèvres: causées par l'impact directe des dents opposées.

lésions des joues: rares = morsures des joues lorsque le traumatisme survient en bouche ouverte.

COMPLICATIONS ET SEQUELLES

complications

Les Complications immédiates

- ✓ Un syndrome hémorragique;
- ✓ Un syndrome du plancher;
- ✓ Un syndrome asphyxique.

COMPLICATIONS

Les complications secondaires

- Les pulpopathies;
- les mortifications pulpaire (nécrose pulpaire);
- Les cellulites;
- Les ostéites.

COMPLICATIONS

Les complications retardées

- Les pathologies péri apicale chroniques
un kyste radiculaire;
un granulome.

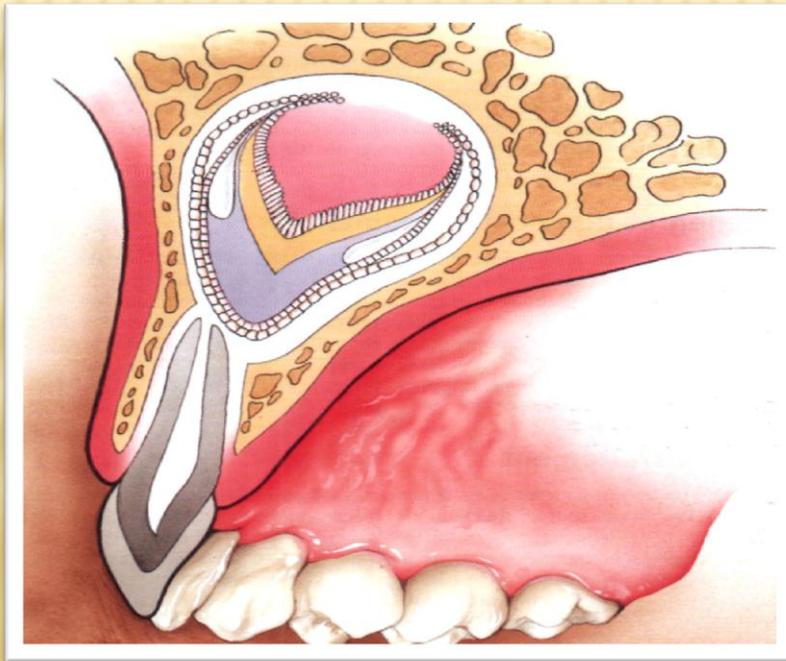
- La dégénérescence calcique

La dégénérescence calcique est considérée comme étant un dépôt anarchique de dentine dans le tissu pulpaire, conduisant à terme à une oblitération totale de la Chambre pulpaire.

LES SEQUELLES

Les séquelles des traumatismes sur les germes des dents permanentes

Elles peuvent également concerner la dent définitive traumatisée à l'état de germe par l'apex ingressée de la dent lactéale.



LES SEQUELLES

Les séquelles des traumatismes sur les dents temporaires

- ✓ Décolorations coronaires

un changement qui apparaît deux ou trois semaines après le traumatisme n'est pas le signe pathognomonique d'une nécrose pulpaire .

LES SEQUELLES

Les séquelles des traumatismes sur les dents permanentes

- ✓ La perte d'une dent définitive;
- ✓ La résorption de l'os alvéolaire en secteur édenté ;
- ✓ la mortification d'une dent est la séquelle la plus fréquente ;
- ✓ Le déplacement, souvent latéral, des dents .

LES SEQUELLES

Les séquelles des traumatismes sur les dents permanentes

- ✓ radiculaires
- ✓ anomalies de l'éruption : absence, retard ou ectopie.
- ✓ Une hypoplasie de l'émail ;
- ✓ anomalies fragmentation ou dégénérescence du germe

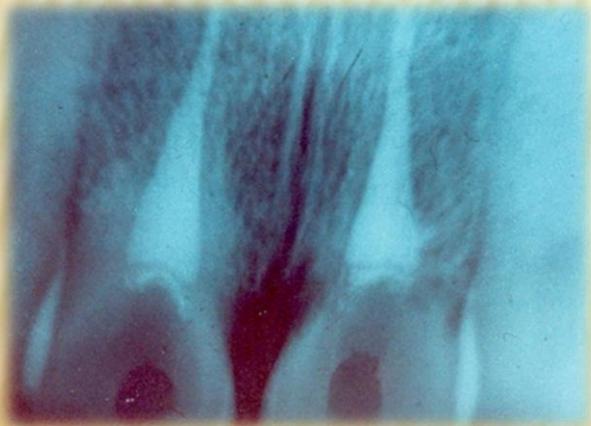
LES SEQUELLES



LES SEQUELLES

L'ankylose

Ce processus est plus important pour les dents matures que pour les dents immatures ou la racine est intégrée dans un processus de remodelage osseux, résorbée graduellement et remplacée par du tissu osseux alvéolaire.



TRAITEMENT DES FRACTURES ALVÉOLO DENTAIRES

Gérer l'urgence et prévenir les conséquences



ORIENTATION THERAPEUTIQUE

Rapidité = facteur de succès

Moyens Thérapeutiques

- conservateurs
- Chirurgicaux ;
- Orthopédiques ;
- Et médicaux

ORIENTATION THERAPEUTIQUE

Organe dentaire fracturé ,luxé ou avulsé.

- Protection dentino pulpaire
 - La réimplantation
 - Et la contention
-
- ❖ Gestes essentiels à réaliser → minimiser les risques

TRAITEMENT CONSERVATEUR

Fractures coronaires



Sans effraction pulpaire

effraction pulpaire
limitée

effraction pulpaire
non limitée

TRAITEMENT CONSERVATEUR

Absence d'effraction pulpaire

- Désinfection de la dent (chloréxidine) ;
- Biseautage des angles vifs ;
- Mise en place d'un fond protecteur CaOH_2 ;
- Pose du composite pour assurer l'étanchéité.



TRAITEMENT CONSERVATEUR

Mise à nue limitée de la pulpe

On réalise un coiffage direct à l'hydroxyde de calcium

(24h) :

- Anesthésie ;
- Nettoyage de la dent à la chloréxidine ;
- Nettoyage de la plaie pulpaire au sérum physiologique ;
- Pose du composite pour assurer l'étanché



TRAITEMENT CONSERVATEUR

Cas clinique



TRAITEMENT CONSERVATEUR

Mise à nue importante de la pulpe

pulpotomie partielle

- Anesthésie ;
- Nettoyage de la dent à la chloréxidine ;
- Amputation de la pulpe sur environ 3mm ;
- Coiffage radiculaire à l'hydroxyde de calcium au niveau de la pulpe ;
- Mise en place d'un matériau à prise rapide pour le comblement partiel de la chambre pulpaire ;
- Pose du composite pour assurer l'étanchéité.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Sutures

- Plaies
- Déchirures
- décollements des téguments et parties molles



doivent être

- Nettoyés
- Désinfectés
- suturés



RÉIMPLANTATION

Repositionnement de la dent luxée dans son alvéole d'origine

La guérison de l'organe dentaire dépend de

L'intégrité du ligament parodontal et la vitalité pulpaire .

- Le milieu de conservation (lait, salive et sérum physiologique).
- Le temps extra alvéolaire (court).
10% pour 30 minutes.

50% entre 30 et 60 minutes et il augmente au-delà.

Le pronostic des dents réimplantées est imprévisible, il sera d'autant meilleur quand la réimplantation est précoce et que la dent est immature

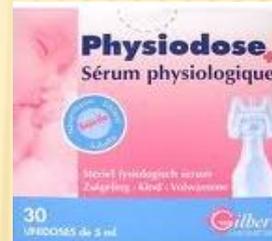
LES MILIEUX DE CONSERVATIONS



LE LAIT



La salive



Le serum
physiologique



Le milieu de
hank's

La doxycycline

TRAITEMENT CHIRURGICAL

BUT DE LA REPLANTATION

- Rétablir l'intégrité de l'organe dentaire ;
- Le développement des maxillaires ;
- Sert de guide aux dents en voie d'éruption ;
- Mainteneur d'espace.

CONTRES INDICATIONS

D'ordre local:

- Fracture radiculaire de la dent à réimplanter.
- Dent temporaire.
- Perte de substance osseuse.
- mauvaise hygiène et infection régionale.

D'ordre général :

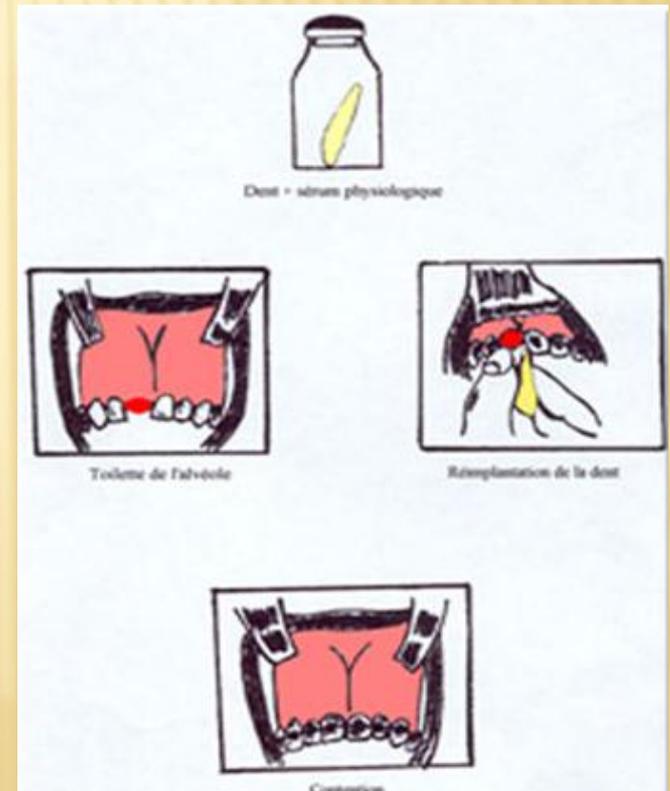
_Malade à risque

D'ordre psychologique:

Absence de coopération et motivation

RÉIMPLANTATION IMMÉDIATE (30 À 60 MINUTES)

- La dent est placée dans un sérum physiologique à haute teneur pénicilline.
- Cavité buccale et plaie alvéolaire doivent être nettoyées au sérum physiologique.
- Sous anesthésie locale, la dent est remise dans son alvéole.
- Suture des languettes inter dentaires



RÉIMPLANTATION IMMÉDIATE (30 À 60 MINUTES)

- Pose d'une contention mono maxillaire.
- Contrôle radiologique
- Antibiothérapie. Surveillance de la vitalité pulpaire :
- Dent mature = obturation conventionnelle.
- Dent immature = obturation hydroxyde de calcium (apexification).

Quelque soit le stade de maturité de la dent, la réimplantation est faite sans curetage alvéolaire et sans traitement canalaire

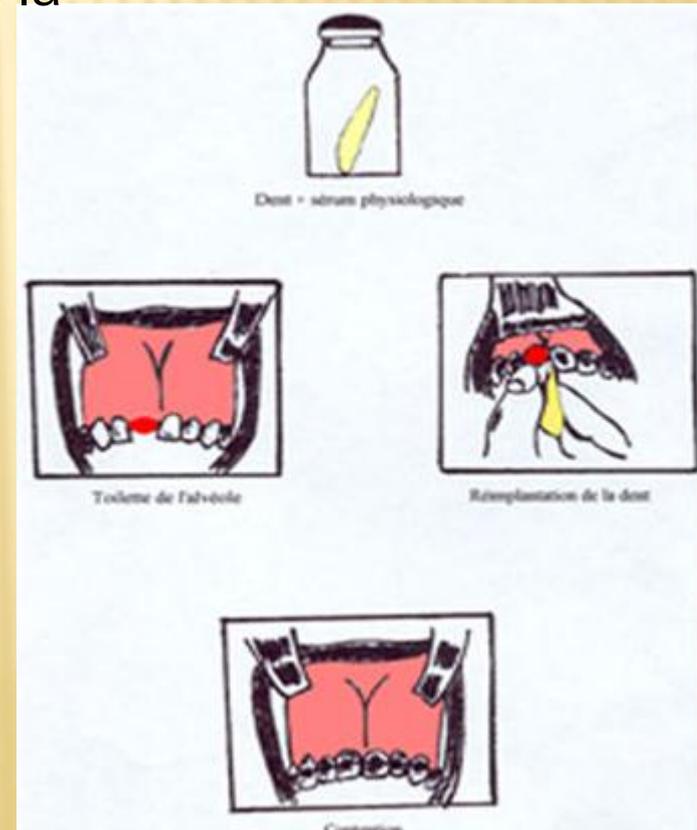
RÉIMPLANTATION IMMÉDIATE (30 À 60 MINUTES)

Cas clinique



RÉIMPLANTATION RETARDÉE (>60 MINUTES)

- Même principe ,sauf que le tissu pulpaire comme le tissu parodontal sont nécrosés ou vouées à la nécrose par conséquent il ya lieu de les Supprimer.
Curetage de l'alvéole et traitement canalaire



TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE

Contentions

- ❖ gouttières
- ❖ ligatures et arcs
- ❖ plaque

Méthodes anciennes instables et agressives pour le parodonte

LA CONTENTION

- Assure la stabilité ; Soulage souffrance parodontale
Permet la cicatrisation.

Durée de la contention:

- Contention de courte durée → Dent immature(7à21j:contention de normalisation et vascularisation)
- Contention de longue durée → Dent mature(21 à90j:contention de réparation et de consolidation)

TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE

Méthodes

- Ligatures et Arcs
- Gouttières
- Plaques

Méthodes anciennes instables et agressives pour le parodonte

CONTENTION COLLÉE AU COMPOSITE

Contention collée au fil

- Rinçage et séchage des dents traumatisées ;
- Mordançage des dents ;
- Utilisation du fil d'acier semi rigide rond (0,3 à 0,4 mm). Fil torsadé façonné selon le profil de l'arcade ;
- Collage du fil au composite sur les dents les plus externes. Les dents traumatisées sont repositionnées puis collées sur le système préalablement installé ;
- Vérification de l'occlusion. Polissage soigneux.

CONTENTION COLLÉE AU FIL



Mordançage



CONTENTION COLLÉE AU COMPOSITE

Contention collée aux brackets

Même principe, après mordançage de l'émail, rinçage et séchage des dents :

- Collage des brackets sur les faces vestibulaires des dents ;
- Pose du fil orthodontique (fil de jonc 5/10ème) d'abord sur les dents seines ; puis sur les dents traumatisées.

Il s'agit d'un fil neutre, mou, non élastique.

Contention collée aux brackets

Enfant âgé de 12 ans : Egression de la 11.



Mordançage



Nettoyage et séchage



Collage des brackets



Résultat après 1 mois

CONCLUSION

Les traumatismes dento-alvéolaires sont présents dans notre exercice quotidien.

Notre devoir est d'insister sur la simplicité de certains gestes essentiels rendant facile une thérapeutique d'urgence dans les premières heures qui suivent l'accident.

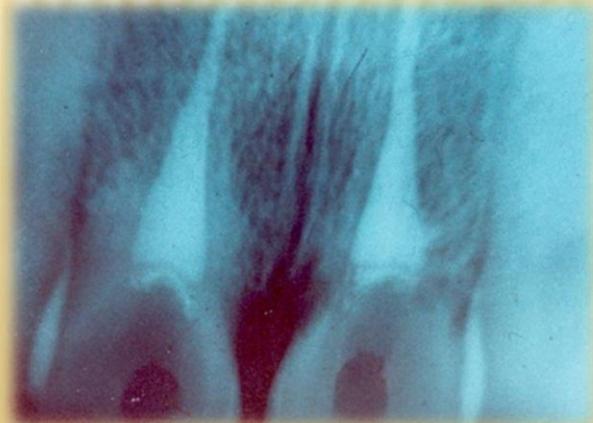
Chaque cas clinique est considéré comme une urgence et de sa bonne gestion dépendra le pronostic.

CONCLUSION

Il est important de savoir :

- Temporiser par la réimplantation, la protection pulpo-dentinaire et la contention.
- Observer les évolutions et intercepter les complications en redoutant la nécrose pulpaire et la rhizalyse ankylose.

Sur le plan médico-légal, il est impératif d'observer des réserves à long terme quand à l'avenir des dents traumatisées.



BIBLIOGRAPHIE

- x 1. AHOSSI.V, DEVOISE.L , TAZI. M, PERRIN .D. Urgences odontologiques au centre hospitalier universitaire de Dijon analyse de 12 mois d'activité
Clinique 2002;23(3):165-170.
- x
- x 2 . ALDAS. A.F, BURGOS. M.E.A. Retrospective study of traumatic dental injuries in a brazilian dental trauma clinic. Dent Traumat 2001;17:250-253.
- x
- x 3. ALONGE. O.K., NARENDRAN.S, WILLIAMSON. D.D. Prevalence of fractured incisal teeth among children in Harris Country,Texas
Dent Traumat2001;17(5):218-221.
- x
- x 4. Aldin.P, Fortier.JP, Villette.F : le traumatisme de l'incisive permanente de l'enfant et de l'adolescent, traitement d'urgence, Revue Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale 2006 ; 107 : 294-302.
- x
- x Anglais inOST ,vol27,march2004 pp32-36
- x
- x 05. SALAH-MARS .R,AIDOUUD.S,BOUADAM.F,DEBACHE.S. La réimplantation des incisives permanentes en pratique courante
Journal Algérien de Médecine (JAM) vol 3, 1993
- x
- x 06. SALAH -MARS .R. L'organe dentaire en traumatologie maxillaires
Thèse :1998 Faculté de médecine Constantine
- x
- x 07. SALAH-MARS .R,AIDOUUD.S,BOUADAM.F,DEBACHE.S . Les séquelles de la réimplantation :Bien les connaitre pour Mieux les gérer
Journal Dentaire Alger tome 6, n° 23, 2000.
- x
- x 08. SALAH-MARS.R. L'hydroxyde de calcium en traumatologie dento alvéolaire :Quand l'utiliser ? Comment et pendant combien de temps ?
Journal Dentaire d'ALGER, 9 n° 34 , 2003.
- x
- x 09. SALAH-MARS.R. La contention collée des dents traumatisées : Quand, Comment et Combien de temps ?
Journal Algerien de Médecine(JAM) Vol XIV n° 1 2006.
- x
- x