

LES ANOMALIES DENTAIRES

Introduction

Selon GYSEL : on appelle anomalie dentaire, toute altération de l'aspect externe, de la structure interne ou de la topographie d'une ou plusieurs dents, résultant d'un trouble quelconque survenu au cours du développement de la denture » ;

Toute anomalie de l'une des étapes menant de la crête neurale à l'organe dentaire aura une conséquence variable sur ce dernier :

- ◆ Les anomalies de la crête neurale en une région déterminée intéressant les futurs odontoblastes sont la cause :
 - Soit d'hypodontie ou d'anodontie par insuffisance du nombre d'odontoblastes
 - Soit des dents surnuméraires ou hyperdontie par excès d'odontoblastes.
- ◆ Les troubles de la migration des odontoblastes réalisent le tableau des ectopies dentaires à variabilité et expression très variable.
- ◆ Les troubles de la différenciation des odontoblastes ont pour conséquence des syndromes malformatifs dentaires.
- ◆ Les anomalies de prolifération conduisent à la microdontie ou à la macrodontie

1. Les anomalies de nombre

a) Anodontie, oligodontie :

L'absence totale des dents ou anodontie est exceptionnelle, il s'agit le plus souvent du manque d'un certain nombre de dents définitives ou oligodontie. Ici, les dents lactéales n'étant pas remplacées par les dents définitives vont alors persister plusieurs dizaines d'années.



Agénésie dentaire

Les diminutions du nombre de dents peuvent concerner un seul groupe de dents, voire une seule dent, il s'agit des agénésies dentaires qui sont relativement fréquentes et concernent essentiellement deux types de dents (en dehors des dents de sagesse), l'incisive latérale maxillaire et la deuxième prémolaire mandibulaire.



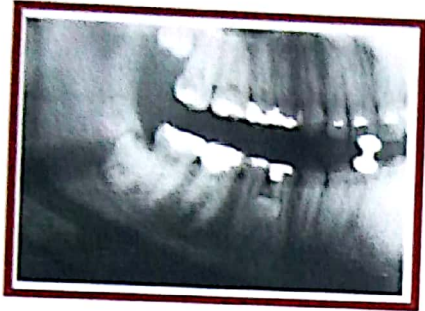
Incisive maxillaire unique

b) Hypergénésie.

L'excès de nombre de dents ou polydontie peut se rencontrer dans trois cas de figures :

- ✓ ***Les dents prétemporaires.*** Il s'agit d'une troisième denture où les dents apparaissent dès la naissance, ces dents (odontoïdes) disparaissent rapidement.
- ✓ ***Les dents temporaires surnuméraires*** ; elles sont rares.

- ✓ **Les dents permanentes surnuméraires.** Elles peuvent faire leur éruption ou rester incluses et sont beaucoup plus nombreuses au maxillaire (85% des cas) qu'à la mandibule (15% des cas).



Prémolaire et molaire surnuméraires



Incisive surnuméraire

Ces dents surnuméraires sont classées en dents de forme normale et en dents de forme anormale.

- **Dents surnuméraires de forme normale** ; telles que les dents de sagesse surnuméraires
- **Dents surnuméraires de forme anormale** ; tel que le « Mesiodens » qui est une dent surnuméraire de forme anormale siégeant auprès de la suture médiane du maxillaire supérieur, elle peut être simple ou double et provoquer un diastème inter-incisif.



Mesiodens surnuméraire

2. Les anomalies de position (dystopie dentaire)

a) Inclusion dentaire : Elle se définit par le fait qu'il n'y a aucune communication entre la cavité péri-coronaire et le milieu buccal et que la dent est située sur son trajet normal de migration.

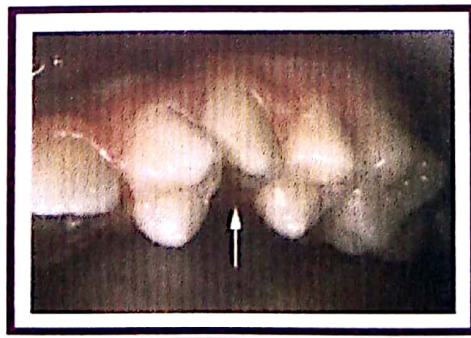
Les dents les plus souvent concernées sont les dents de sagesse maxillaires et mandibulaires et les canines maxillaires.

b) Ectopie dentaire : ici, la dent est située dans le maxillaire ou la mandibule mais à distance de l'arcade dentaire et en dehors du trajet normal de migration, il peut s'agir d'une canine sous-orbitaire, d'une 3^e molaire condylienne, d'une incisive centrale nasale



Ectopie condylienne

c) Transposition : il s'agit d'une inversion de place de deux dents contiguës ; la transposition canine - première prémolaire supérieure est la plus classique.



Transposition

d) Hétéropie dentaire : la dent est située en dehors des maxillaires (kyste dermoïde de l'ovaire).

3) Les anomalies morphologiques

3.1) de volume ou de dimension

a) Microdontie : la diminution de taille des dents concerne essentiellement les dents terminales de chaque groupe (incisive latérale parfois rhiziforme, 3^e molaire), elle est fréquente au cours de la trisomie 21.

La microdontie est souvent accompagnée de la réduction du nombre de dents.



Microdontie

b) Macrodontie : l'augmentation de taille des dents touche préférentiellement les incisives centrales, les canines supérieures, les premières et secondes molaires mandibulaires.

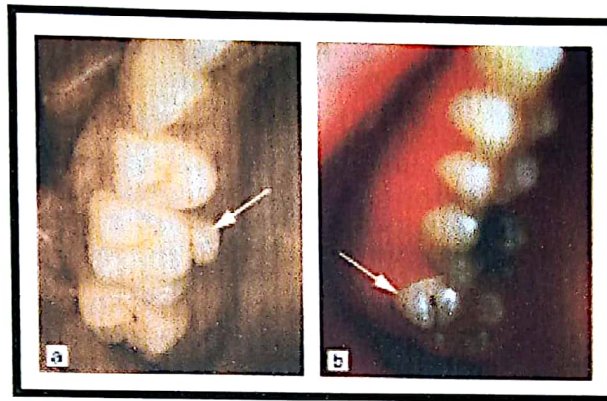
En raison du côté inesthétique ou de problème d'engrènement dentaire posé par la macrodontie, des avulsions sont parfois nécessaires.

3-2) Anomalies de forme (dysmorphies)

Elles peuvent concerner des différents éléments de la dent : la couronne, la racine, la couronne et la racine ou autre,

a) Dymorphies coronaires : on distingue les cuspides supplémentaires et les perles d'émail

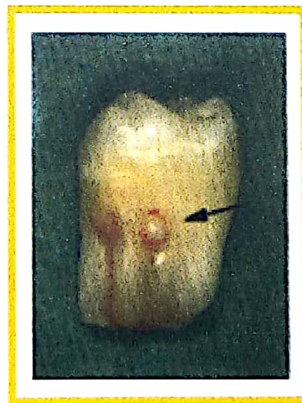
- **Le tubercule de Carabelli** est une cuspide supplémentaire qui siège sur le versant lingual de la première molaire maxillaire permanente.
- **Le tubercule de Bolk**, est une saillie arrondie du versant vestibulaire des 2è et 3è molaires supérieures



Carabelli

Bolk

- **La perle d'émail**, est un plissement de l'émail, situé au niveau de la couronne

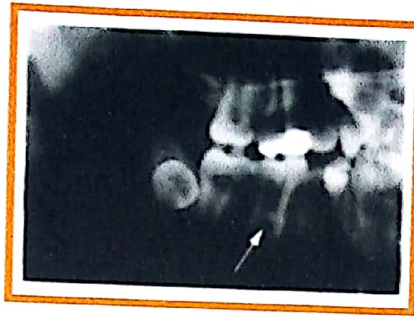


Perle d'émail

b) Dymorphies radiculaires : de nombreuses anomalies existent à ce niveau, elles sont à l'origine de difficultés thérapeutiques pour l'odontologiste lorsqu'il est amené à obturer ces racines.

- **Le taurodontisme** est l'anomalie la plus classique, cette anomalie correspond à une division particulière de la hauteur pulpaire camérale qui se fait loin du collet, les dents concernées sont les prémolaires et molaires.

Cette anomalie est fréquente chez les sujets porteurs d'anomalies chromosomiques (trisomie 21, syndrome poly X).



Taurodontisme

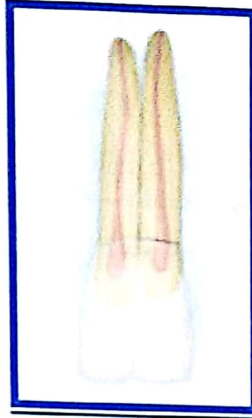
c) Dymorphies corono-radiculaires

- **La gémination** est la coalescence de tous les tissus de deux dents dont une est supplémentaire, elle se produit essentiellement au niveau des incisives mandibulaires, il ne manque pas de dents sur l'arcade.



Gémination

- **La fusion** est la coalescence de deux germes voisins soit par leurs couronnes, soit par leurs racines, une dent est absente sur l'arcade.



Fusion

- **La concrescence** est l'union de deux ou plusieurs racines de dents différentes par une prolifération du ciment au niveau des racines, elle s'observe surtout aux molaires maxillaires. La concrescence de deux molaires peut entraîner lors de l'avulsion d'une des molaires la perte de l'autre molaire qui y est soudée.



Concrecence

d) Dymorphie intra-dentaire (dens in dente): l'anomalie résulte d'un plissement au moment de la formation du germe dentaire, réalisant une invagination proliférative d'une région périphérique de la dent, contenue dans la cavité pulpaire. Cette anomalie concerne surtout l'incisive latérale supérieure, plus rarement l'incisive centrale ou la canine. Ces dents malformées se mortifient même en l'absence de carie; leur avulsion est alors

nécessaire car leur traitement est impossible. Le diagnostic peut être suspecté cliniquement par la présence d'un pertuis sur la face palatine ou linguale de la dent ; il est confirmé par la radiographie.



Dens in dente

4) Les anomalies de structure

Elles font partie du vaste chapitre des troubles de la formation de l'organe dentaire et représentent la cicatrice d'une maladie localisée ou généralisée de l'organe dentaire.

Visibles à l'examen clinique, elles sont déjà présentes lors de l'éruption dentaire, la radiographie vient confirmer le diagnostic et surtout apprécier l'état des racines sous-jacentes.

Diverses causes peuvent être retrouvées, chez la mère porteuse (rubéole, syphilis, troubles nutritionnels, fluorose, radiothérapie) ou plus tard chez l'enfant (traumatisme, maladie de la petite enfance, maladies infectieuses ou virales, intoxications, rachitisme, syndromes endocriniens, ostéodystrophie d'Albright).

Elles sont classées selon qu'elles ont une origine congénitale génétique, une origine congénitale non génétique ou qu'elles sont post-natales.

Si les atteintes de l'émail peuvent être d'origine congénitales ou acquises, les atteintes de la dentine dont l'origine est plus précoce sont exclusivement génétiques.

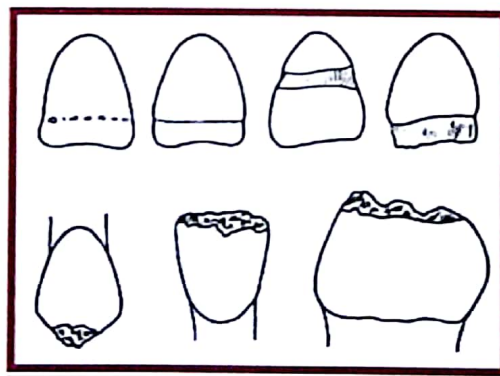
4.1 Les atteintes de l'émail

Toutes les formes d'hypoplasies de l'émail s'observent sur les incisives centrales supérieures, les germes de ces dents sont en effet, avec ceux des premières molaires, les sites où débutent la minéralisation des matrices de l'émail et de la dentine, puis viennent les canines et beaucoup plus rarement les prémolaires, on distingue :

4.1.1) Les hypoplasies partielles simples

Elles sont la conséquence de troubles de la minéralisation de la matrice adamantine durant une période relativement limitée, ces hypoplasies peuvent être :

- **Cupuliformes** petites dépressions grossièrement punctiformes, rondes ou ovales, disposées suivant une ligne parallèle au bord libre de la dent, la symétrie des lésions est de règle ; la profondeur de ces puits est variable allant de l'érosion superficielle de l'émail au canal traversant l'épaisseur de la dent lorsque la lésion intéresse les tissus vestibulaires et linguaux conduisant rapidement à des fractures partielles de la couronne.



Hypoplasies partielles simples

- **Linéaires ou en sillons** : sous la forme d'un fin sillon de profondeur variable s'ouvrant dans l'émail, parallèlement au bord libre de la dent et la circonscrivant totalement, plusieurs sillons peuvent s'étager à des

distances régulières provoquant une morphologie en gradins.



Hypoplasie linéaire

- **En nappes** : très polymorphes, la zone d'émail affectée se situe souvent dans la région du bord libre et intéresse une zone plus ou moins étendue de la couronne qui présente un amincissement important et une surface ravinée où se succèdent saillies et dépressions irrégulières.



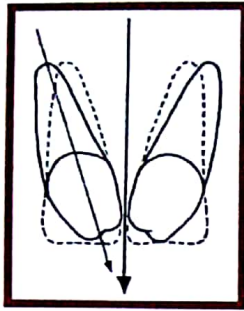
Hypoplasie en nappe

4.1.2) Les hypoplasies partielles complexes

Elles s'accompagnent de modifications importantes de la morphologie coronaire, elles sont en outre, associées à des altérations profondes de l'émail et de la dentine, on distingue :

- **Les dents d'HUTCHINSON** : anomalie stigmatique de la syphilis congénitale dont elle constitue un élément du diagnostic. L'anomalie intéresse les incisives centrales, leur couronne présente une forme dite en "tournevis", leur diamètre cervical étant plus important que celui de leur bord incisif.

Les axes des deux centrales convergent plus que normalement



Convergence des axes



Dents de Hutchinson

- **La dent de TURNER** : dent dont la couronne très dysmorphique présente une réduction de taille importante, elle se caractérise par la présence de tâches jaune-brunâtre, il s'agit presque toujours d'une dent définitive isolée.

4.1.3) Les hypoplasies généralisées

C'est « l'amélogénèse imparfaite » ou « hypoplasie brune de l'émail », elle se caractérise par un défaut de l'émail pouvant atteindre toutes les dents de l'une ou des deux dentures, elle a un caractère nettement héréditaire.

Toutes les couronnes des dents présentent une teinte brunâtre diffuse ou gris jaunâtre ainsi qu'un aspect de surface très irrégulier et rugueux.



Amélogénèse imparfaite

4.2) Les atteintes de la dentine (Dysplasie de Capdepon)

C'est une maladie héréditaire à transmission autosomale sur le mode dominant, elle peut aussi être le résultat d'une intoxication en cours de gestation, elle atteint alors les deux dentures.

Autres causes d'hypoplasie dentaire génétiques : l'ostéogénèse imparfaite (maladie des os de verre ou maladie de Lobstein), avec dentine opalescente, sclérotique bleue ; dans cette affection la dentine est lésée, elle concerne les couronnes mais aussi les racines.

La dentine est opalescente, tant sur les dents de lait que sur les dents définitives.

Sur le plan radiologique on observe une hypoplasie radiculaire, avec des racines trop courtes et trop fines par rapport aux couronnes donnant un aspect en « battant de cloche » à ces dents.

Des agénésies dentaires et des inclusions sont fréquemment associées.

Toutes les dents apparaissent de couleur ambrée, d'un aspect que FARGIN-FAYOLLE caractérise en "sucre d'orge sucé". Les couronnes sont globuleuses, écourtées par l'abrasion qui est régulière et générale. L'usure dentinaire est lisse et insensible.



Dentinogénèse imparfaite

Indications thérapeutiques

Le meilleur traitement est la prévention, en évitant les maladies de la femme enceinte et de l'enfance.

Une fois les lésions installées, il faut :

- ✓ Eviter que les dents hypoplasées supportent d'autres altérations, telles que la carie, les fractures ou l'usure.
- ✓ Pour les dents antérieures, restaurer l'esthétique
- ✓ Enfin, éviter que la diminution prématurée de la hauteur de la dent n'entraîne des troubles occluso-articulaires, en réalisant d'importantes restaurations sur les dents lésées, le recouvrement définitif par des couronnes ne peut être envisagé qu'après l'évolution totale des dents sur l'arcade (17 à 18 ans)

4.3) Les anomalies de teinte ou dyschromies

Selon MUGNIER, "Toute couronne dentaire dont la teinte s'écarte de sa blancheur habituelle présente une dyschromie

La dyschromie se caractérise avant tout par le contraste lumineux ou la diversité des tons qui s'établit entre une dent ou un groupe de dents et celles qui les entourent ; c'est une coloration particulière et inaccoutumée par rapport à d'autres dents, ces dyschromies sont d'origine génétique ou acquise.

4.3.1) Les dyschromies d'origine génétique

- **La porphyrie** qui se manifeste par d'autres signes (urinaires, cutanés et oculaires) donne des dents temporaires ou définitives de teinte rosée.

- **Les ictères néonataux** : en raison de leur caractère hémolytique mettent en circulation des pigments verdâtres liés à la bilirubine qui colorent les dents en vert.
- **L'émail laiteux** : avec présence d'opacités d'un blanc laiteux paraissant incluses immédiatement sous la surface de l'émail.



Email laiteux

4.3.2) Les dyschromies acquises

- **Les dyschromies pathologiques** : Elles résultent de la carie dentaire en accompagnant tous ses stades allant de la simple tâche blanchâtre crayeuse ou leucome ou "dyschromie d'alarme" pour MUGNIER pour gagner toute la gamme des gris; des bruns et des noirs suite à des caries, traitements, dépulpaions ou nécrose pulpaire.

4.3.3) Les dyschromies traumatiques

Elle conduit à des modifications de teinte des incisives permanentes à la suite de traumatismes subits par les dents temporaires qui les précédaient variant du blanc crayeux interne avec l'émail lisse à sa surface au blanc et brun jaunâtre interne et externe avec accroc dans l'émail.



Dyschromie traumatique

4.3.4) Les dyschromies médicamenteuses :

- ◆ **Les tétracyclines** administrées à la femme enceinte (à partir du 4ème mois de gestation) et au jeune enfant jusqu'à l'âge de 8 ans sont à l'origine de colorations disgracieuses et indélébiles des tissus dentaires se présentant sous la forme de bandes jaune clair ou brunâtres selon la classe d'antibiotique



Dyschromie due aux tétracyclines

- ◆ **La fluorose ou DARMOUS** s'observe sur des sujets qui sont nés et ont séjourné durant leur enfance (jusqu'à 8 ans) dans des régions où les eaux de boissons recèlent une teneur naturelle en fluor supérieure à 1,5mg/litre.

Les lésions présentent des aspects très polymorphes, l'émail est terne, sans éclat, opaque, avec en surface la présence de marbrures ou de tâches irrégulières blanchâtres, la couche d'email la plus externe est hyperminéralisée, elle repose sur une couche interne caractérisée par une hypominéralisation de la substance interprismatique.



Fluorose dentaire

Indications thérapeutiques

Selon l'origine de la dyschromie, son étendue, sa profondeur et son ancienneté, on peut traiter soit par :

- ✓ Microabrasion (dyschromie isolée, peu profonde)
- ✓ Blanchiment au cabinet ou en ambulatoire (dyschromie généralisée sans altération de l'état de surface)
- ✓ Recouvrement coronaire (dyschromie importante avec altération de l'état de surface)

5. Les abrasions et les érosions dentaires

L'abrasion, c'est à dire l'usure des faces occlusales des dents, est due à une parafonction, le bruxisme lié à l'hypertonie de certains patients.

Les érosions se traduisent par des déminéralisations de l'émail en nappe sur toute la surface des dents. Elles ont pour origine les reflux acides gastro-oesophagiens, mais aussi la consommation de boissons et d'aliments à pH bas.



Erosions dues aux reflux gastriques

Conclusion : Si les dents font partie de tout l'ensemble stomatognathique que nous sommes amenés à tenter de rééquilibrer, les anomalies dentaires par leur richesse, leur combinaison font que l'on ne peut plus les considérer comme de simples curiosités et les solutions que nous devons de leur apporter seront aussi à la base du maintien de l'esthétique et de la fonction.