



Hanna Kruk, Xavier Bensaïd, Jonathan Sellem, Marc Danan

Gestion d'un traumatisme alvéolo-dentaire complexe

Hanna Kruk
Xavier Bensaïd
Jonathan Sellem
Marc Danan
Paris

Émilie C., 21 ans, consulte à l'hôpital Albert Chenevier de Créteil, suite à une chute de roller.

Dans un premier temps, elle est prise en charge aux urgences médicales générales afin de s'assurer de l'absence de fracture des structures osseuses maxillo-faciales. La prise en charge du traumatisme dentaire a donc lieu 36 h après l'accident.

L'interrogatoire et l'observation clinique permettent de recueillir toutes les informations nécessaires pour la rédaction du Certificat Médical Initial qui doit être remis à la patiente lors de la première consultation.

Lors de traumatismes alvéolo-dentaires, l'examen clinique comprend les examens exo-buccal et endo-buccal avec analyse des tissus parodontaux, évaluation de la mobilité dentaire, tests de vitalité et percussion verticale et horizontale, coloration de la couronne des dents impliquées, examens radiographiques complémentaires de type radiographies rétro-alvéolaires. Des photographies des zones affectées doivent être réalisées.

Examen clinique

On décontamine les tissus atteints pour éviter tout risque infectieux. L'examen exo-buccal d'Émilie révèle des plaies superficielles sur le visage : sous-orbitaire, aile nasale droite et une dermabrasion plus importante au niveau du menton (Fig. 1a).

À l'aide de radiographies rétro-alvéolaires complémentaires, l'examen endobuccal montre (Fig. 1 a, b, c) :

- 12 : fracture corono-radulaire intrusion du fragment coronaire,
- 11 : luxation palatine de 11 et fracture du bord libre,
- 21 : luxation palatine et fracture coronaire mésiale,
- suspicion d'une fracture alvéolaire à la palpation.

Face à cette situation clinique, voici le plan de traitement choisi :

- gestion de l'urgence avec repositionnement des dents et contention provisoire collée de 13 à 23,
- extraction de 12 et temporisation avec un bridge provisoire,
- réalisation d'un bridge céramo-céramique 12-22 à 1 an.

Déroulement de la première séance d'urgence (Fig. 1)

C'est une séance longue mais qui est essentielle pour le pronostic des dents au long terme. Dans un premier temps, on cherche à remettre en place les dents luxées.

Une anesthésie locale est réalisée et on fait mordre la patiente doucement sur une compresse afin de réduire la luxation palatine. Le fragment coronaire de 12 qui était intrusé est extrait et est collé aux dents adjacentes (Fig. 1d). La racine est laissée en place.

Une contention collée provisoire de 13 à 23 est réalisée à l'aide d'un fil en acier mou. Elle est laissée au moins 3 semaines. Il ne faut pas réaliser de contention trop rigide lors de la séance d'urgence pour ne pas risquer d'ankylose.

De plus, la contention doit être déposée à 3 ou 4 semaines. Un traitement antibiotique est prescrit en raison de l'étendue du traumatisme et de la durée de la séance : amoxicilline 3 g/j pendant 8 j.

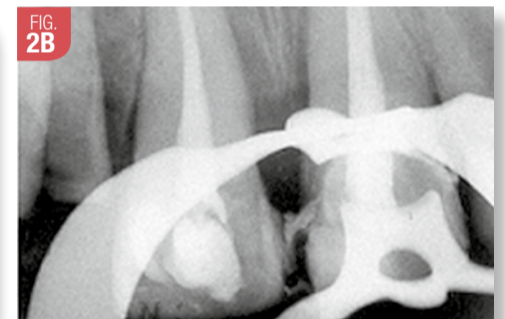
Les fractures coronaaires de 11 et 21 sont restaurées au composite.

Déroulement de la deuxième séance à 14 jours (Fig. 2)

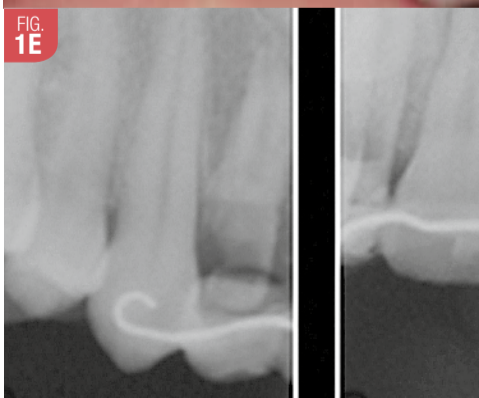
Les tests à la percussion de 11 et 21 sont positifs mais les tests de vitalité pulpaire sont négatifs. Émilie C. a subi un traumatisme alvéolo-dentaire complexe associant fracture et luxation, les traitements endodontiques de 11 et 21 sont donc indiqués.

Déroulement de la troisième séance à 3 semaines (Fig. 3)

La contention provisoire est déposée. Un lambeau de pleine épaisseur est réalisé afin d'extraire la racine de 12. La portion cervicale de 12 est réalisée en composite. Les sutures sont déposées 10 jours après la séance. À ce stade, on tempore avec un suivi régulier (2 semaines, 4 semaines, 6 semaines puis 6 mois).



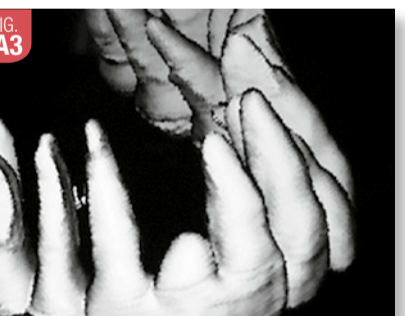
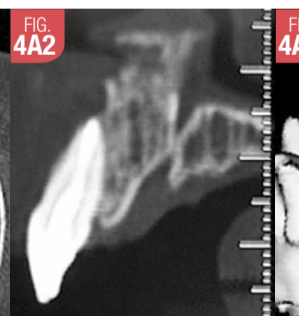
2^e séance 14 j après l'accident : a. cicatrisation des tissus mous 14 j après l'accident
b. traitements endodontiques 11 et 21



Gestion d'un traumatisme complexe associant fractures et luxation – 1^{re} séance d'urgence 36 h après l'accident
a et b : fracture corono-radulaire et intrusion du fragment coronaire de 12
Luxation palatine et fracture du bord palatin de 11 – Luxation palatine et fracture coronaire de 21
c : après anesthésie locale, la patiente mord doucement sur une compresse pour réduire la luxation et gérer l'hémostase
d : le fragment coronaire de 12 est extrait et collé aux dents adjacentes
Restauration composite de 11 et 21 : adhésif-3 temps et composite
e : contention provisoire palatine (fil d'acier mou) laissée en place au moins 3 semaines



3^e séance après l'accident : a. extraction de la racine de 12 remodelage au composite de la portion cervicale



Réhabilitation prothétique définitive à 1 an
a : scanner maxillaire, pas de résorption apparente à 6 mois – peu ou pas de corticale vestibulaire sur 11 visible
b et c : réalisation d'un bridge provisoire à 6 mois
d : réalisation d'un bridge céramo-céramique à 1 an

Hommage au Pr Michel Degrange qui a réalisé la partie prothétique

Equilibre parfait entre confort et résistance

Dexter s'associe à Ansell pour vous présenter la dernière innovation technologique : le gant chirurgical ergonomique PI Hybrid.



Réduction des contraintes au niveau des articulations, des ligaments et des tendons



< 20 % de contraction volontaire maximum pour les efforts musculaires des avant-bras et des mains. Il en résulte une réduction des efforts musculaires de la main jusqu'à 36.5% par rapport au travail à main nues.

CARACTÉRISTIQUES DU GAMMEX PI HYBRID®

- 50% polyisoprène (PI) : confort exceptionnel + 50% Néoprène : résistance et la durabilité
- Niveau élevé de PROTECTION CONTRE LES ALLERGIES : sans latex, DPG, CPC, ZMBT
- Coloris transparent pour détecter toute perforation
- Technologie SureFit™ pour empêcher la manchette de glisser sur l'avant-bras

Disponible en SMART Pack



ERGOFORM™
Ergonomic Design Technology



Performances de mesure des efforts musculaires réalisés lors d'une simulation de leurs tâches quotidiennes au bloc opératoire, certifiées par United States Ergonomics.

Produit de Classe IIa - CE 05537 - Organisme Certificateur BSI - Fabricant Ansell



Scé Clients 01 34 34 38 10
www.dexter.fr

LES CAS ORIGINAUX DE LA RÉDAC !

Hanna Kruk, Xavier Bensaïd, Jonathan Sellem, Françoise Fontanel, Marc Danan

Réhabilitation prothétique définitive

À 6 mois, un scanner est réalisé pour vérifier l'absence de résorption radiculaire du secteur antérieur (Fig. 4a). Cependant, on remarque qu'il n'y a que peu ou pas de corticale vestibulaire en 11, ainsi qu'une position en vestibulotopie de 11 et 21.

Si une solution implantaire était envisagée, le volume osseux du secteur antérieur nécessiterait une greffe d'augmentation osseuse horizontale.

En raison des antécédents de fracture de 11 et 21, une solution de bridge fixe 11 / 21 avec 12 en extension semble plus adaptée qu'une solution implantaire en 12 avec 2 CCM unitaires en 11 et 21. Un bridge provisoire est réalisé à 6 mois (Fig. 4c). Le bridge définitif céramo-céramique est réalisé à 1 an.

Discussion

Andreasen et al 1995 ont développé plusieurs critères à prendre en compte dans la gestion des traumatismes alvéolo-dentaires.

Les résultats dépendent :

- de l'intégrité pulpaire en présence d'une vascularisation réduite (ischémie),
- du diamètre de l'ouverture du foramen apical en cas de dent immature (une dent mature présente une constriction apicale à la différence d'une dent immature qui a un foramen apical plus large et donc plus de chance de revascularisation pulpaire),
- de l'étendue des pertes tissulaires lors du traumatisme et de l'infiltration bactérienne en conséquence.

En cas de luxation latérale sans association à une fracture, le paquet vasculo-nerveux de la dent est atteint et certaines zones tissulaires peuvent être en compression notamment dans la luxation latérale du fait du déplacement de la dent (Hermann et al 2012). Immédiatement après le trauma, les tests de sensibilité pulpaire sont souvent négatifs mais aucun diagnostic pulpaire définitif ne peut alors être établi (Diangelis et al 2012). Une période de 10 à 14 jours peut alors permettre

un retour à la normale et donc une réponse positive aux tests. Dans les cas de luxation latérale ou d'expulsion/réimplantation avec une rupture totale de la vascularisation, un retour à la normale de la sensibilité pulpaire peut prendre 3 mois pour les dents immatures voire plusieurs années pour les dents matures avec un apex fermé. De ce fait, la réponse négative aux tests de sensibilité au moment du traumatisme n'indique pas forcément une nécrose pulpaire mais une atteinte pulpaire qui doit être surveillée dans le temps.

Cependant, lorsque fracture et luxations sont associées comme dans le cas d'Emilie C, le pronostic de vitalité pulpaire des dents impliquées est défavorable (Robertson et al 2000). Par conséquent, les traitements endodontiques sont indiqués dans les 7 à 14 jours après l'accident. Un bon suivi au long terme est indispensable.

Pour permettre un accès à la diversité des conduites à tenir en cas de traumatisme dentaire, Andreasen JO et son équipe ont créé en 2008 une riche base de données sur internet <http://www.DentalTraumaGuide.org>, dont une partie est accessible publiquement et gratuitement, avec plus de 400 cas cliniques traités et leur suivi dans le temps. Les principales recommandations sont également disponibles en ligne.

C'est un outil précieux auquel tout praticien peut se référer quand il doit gérer en urgence un patient avec un traumatisme dentaire.

Bibliographie

1. Andreasen Jo, Borum Mk, Jacobsen Hl, Andreasen Fm. Replantation Of 400 Avulsed Permanent Incisors. 1. Diagnosis Of Healing Complications. Endod Dent Traumatol 1995; 11:51-58
2. Andreasen Jo, Borum Mk, Jacobsen Hl, Andreasen Fm. Replantation Of 400 Avulsed Permanent Incisors. 2. Factors Related To Pulpal Healing. Endod Dent Traumatol 1995; 11: 76-89

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr

