

**DEMARCHE THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES
MOBILITES DENTAIRES CONSECUTIVES A UNE PARODONTITE
ASSOCIEE A UN TRAUMA OCCLUSAL**

Auteurs

KAMAGATE A.
MOBIO S.
KONE D.
COULIBALY N.T.
AHNOUX A.
BROU E.

Service

Département de Parodontologie
U.F.R. Odonto-stomatologie
Université d'Abidjan-Cocody

Correspondance

Dr KAMAGATE Anzoumana
Maître-Assistant,
U.F.R. Odonto-stomatologie
Université d'Abidjan-Cocody
22 Bp 612 Abidjan 22

RESUME

Une parodontite agressive associée à un trauma occlusal secondaire a entraîné de fortes mobilités dentaires et des versions dentaires au niveau du bloc incisivo-canin affectant négativement l'esthétique d'un patient.

Nous proposons dans cet article une démarche thérapeutique adéquate et efficace pour la prise en charge de ces mobilités dentaires afin d'éviter l'avulsion des dents et de rétablir l'esthétique du patient.

La démarche thérapeutique a consisté à combiner un curetage parodontal, un ajustage occlusal et des conten-tions semi-permanentes et permanentes.

Cette prise en charge a permis de sauvegarder la denture en évitant l'avulsion des dents et de restaurer l'esthétique du patient.

Mots-clés : Parodontite agressive - Trauma occlusal - Chirurgie parodontale.

SUMMARY

An aggressive periodontitis associated with an occlusal secondary trauma has caused of strong dental mobilities and dental versions at the level of the incisivo-canine block affecting negatively the aesthetics of a patient.

We propose in this article an adequate and effective therapeutic approach for the care of these dental mobilities to avoid the avulsion of teeth and restore the aesthetics of the patient.

The therapeutic approach consisted combined a periodontal curettage, Occlusal adjustment and semi-permanent and permanent concentrations. This care allowed to protect the set of teeth by avoiding the avulsion of teeth and to restore the aesthetics of the patient.

Key words: aggressive periodontitis - Occlusal trauma - Periodontal surgery.

INTRODUCTION

Les mobilités dentaires peuvent avoir des origines diverses. Parmi celles-ci nous avons la parodontite et le trauma occlusal.

La parodontite est une inflammation des tissus parodontaux profonds d'origine infectieuse^{11,17}.

Cette inflammation des tissus parodontaux profonds va provoquer une perte d'attache qui avec l'évolution de la maladie peut entraîner la mobilité dentaire^{4,17}.

Le trauma occlusal est une altération des structures parodontales profondes résultant des forces occlusales excessives^{4,8,14}. Il peut survenir sur une ou plusieurs dents à parodonte sain ou réduit par la maladie parodontale.

Le traumatisme occlusal est causé par une occlusion traumatogène (le bruxisme, les contacts prématurés, les interférences et les dysharmonies dento-maxillaires)^{5,8,12}.

Lorsque le trauma occlusal est associé à la parodontite, il devient un facteur aggravant de destructions des tissus parodontaux (cément, desmodonte, os alvéolaires) qui entraînera un élargissement du desmodonte avec des lésions osseuses angulaires et une augmentation de la mobilité dentaire^{10,13,16}.

Cette mobilité dentaire accrue conduit beaucoup de praticiens à un traitement radical, c'est-à-dire à l'avulsion des dents mobiles.

Or la mobilité dentaire due au trauma occlusal seul, n'est que le résultat d'une adaptation du parodonte vis-à-vis de la surcharge occlusale^{2,9,15}. Il est donc possible de sauvegarder les dents mobiles en éliminant les causes de la surcharge occlusale.

Nous proposons à travers un cas clinique une démarche thérapeutique adéquate et efficace pour la prise en charge des mobilités dentaires consécutives à une parodontite associée à un trauma occlusal.

I- CAS CLINIQUE

Il s'agit du cas d'un homme âgé de 35 ans venu consulter pour des mobilités dentaires importantes du bloc incisivo-canin. Il nous a été adressé par son dentiste traitant pour une réhabilitation occluso-fonctionnelle et esthétique. En effet le confrère avait proposé d'extraire toutes les dents mobiles et de les remplacer avec une prothèse amovible. Ce qui n'a pas été agréé par le patient qui pour des raisons culturelles et professionnelles a souhaité conserver ses dents.

I.1- Examen clinique et radiographique

A l'entretien, le patient a indiqué que ses gencives ont beaucoup saigné il y'a quelques années. Il a perçu une migration des incisives supérieures (11 ; 21 et 22) qui sont devenues de plus en plus mobiles. Il n'a jamais été détartré et n'a jamais subi de soins dentaires. Le passé médical du patient est sans particularités.

L'examen clinique révèle une hygiène buccale peu satisfaisante avec une présence de tartre au niveau des molaires et les muqueuses gingivales sont apparemment saines.

On note des migrations dentaires et des mobilités de type II au niveau des incisives supérieures (21 ; 22 ; 11 ; 12) avec une présence de diastèmes (figure 1). Ces dents présentent une perte d'attache avec des récessions gingivales.

Au niveau mandibulaire, le bloc incisif (31 ; 32 ; 41 ; 42) présente des mobilités de type I, des diastèmes et des facettes d'usure au niveau des bords incisifs.

Le sondage parodontal a révélé des poches parodontales de 6 mm au niveau des molaires inférieures et des molaires supérieures.

L'examen radiographique a révélé des destructions osseuses importantes ; des lésions osseuses angulaires au niveau des molaires et une résorption osseuse horizontale au niveau du groupe incisivo-canin supérieur (figure 2).



Figure 1 : Observation initiale : présence de migrations, de récessions gingivales, de diastèmes et de désordres occlusaux du groupe incisivo-canin.

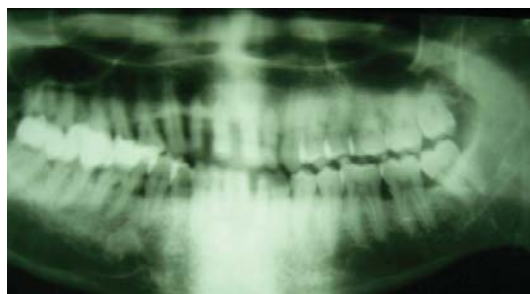


Figure 2 : Radiographie préopératoire montrant des lésions osseuses angulaires sur les molaires et des lésions osseuses horizontales au niveau du bloc incisivo-canin.

I.2- Diagnostic

Les éléments recueillis à l'interrogatoire, à l'examen clinique et au niveau du cliché radiographique permettent de poser comme diagnostic, une parodontite agressive associée à un trauma occlusal secondaire.

I.3- Traitement

Le tableau clinique a nécessité le plan de traitement suivant :

- une thérapeutique initiale
- des soins endodontiques sur les dents mobiles
- un ajustage occlusal
- un curetage parodontal sur les dents mobiles

- une contention semi-permanente à l'aide d'un bridge provisoire en résine

- une contention permanente avec un bridge définitif en céramique.

La démarche thérapeutique a consisté tout d'abord à informer le patient de la nature infectieuse de sa pathologie et de la nécessité de résoudre les problèmes parodontaux avant d'envisager une quelconque solution aux problèmes esthétiques.

Les soins parodontaux ont débuté par une motivation à l'hygiène bucco-dentaire et un enseignement aux méthodes de contrôle de la plaque (brossage dentaire).

Cette séance de motivation est complétée par un détartrage, un surfaçage radiculaire et une prescription médicamenteuse d'amoxicilline (2g/j) associé au Metronidazole (1g/j) pendant 21 jours.

Après 2 semaines, le patient a été revu afin de contrôler son hygiène bucco-dentaire et d'entreprendre la suite des soins.

L'hygiène étant satisfaisante, les soins endodontiques ont été entrepris sur la 11 ; 12 ; 21 ; 22 ; 23 et sur le bloc incisif inférieur.

Une semaine après, nous avons réalisé l'ajustage occlusal qui a consisté à réduire les couronnes du bloc incisif supérieur et inférieur pour les mettre en sous occlusion et à faire des meulages sélectifs sur les molaires et prémolaires en nous aidant de papiers à articuler (figure 3).

Un curetage parodontal approfondi a été réalisé sur les dents dépulpées qui ont été préparées pour recevoir un bridge de couronnes provisoires en résine devant servir de contention semi-permanente (figures 4 et 5).

Pendant la mise en place des couronnes provisoires, l'occlusion a été réajustée pour éviter toutes sortes d'interférences et de prématurités.

L'antibiothérapie a été reconduite pour 3 semaines.

Le patient a été revu 3 mois plus tard pour tester la mobilité de ses dents. La mobilité étant satisfaisante (mobilité de type I), l'armature du futur bridge a été essayée

(figure 6) et le patient est reparti avec son bridge provisoire en résine pour servir toujours de contention semi-permanente.

Le bridge en céramique a été scellé enfin comme une contention permanente définitive trois (3) mois plus tard (figure 7).

Après le scellement du bridge en céramique, le patient a été revu pendant les périodicités suivantes : 2 semaines, 1 mois et 6 mois pour des séances de contrôle et de maintenance parodontale. Nous notons qu'au cours de ces séances, des radiographies de contrôle ont été réalisées (figure 8).



Figure 3 : Ajustage occlusale



Figure 4 : Curetage parodontale à l'aveugle



Figure 5 : Mise en place des provisoires



Figure 6 : Essayage de l'armature



Figure 7 : Mise en place de la prothèse fixée définitive

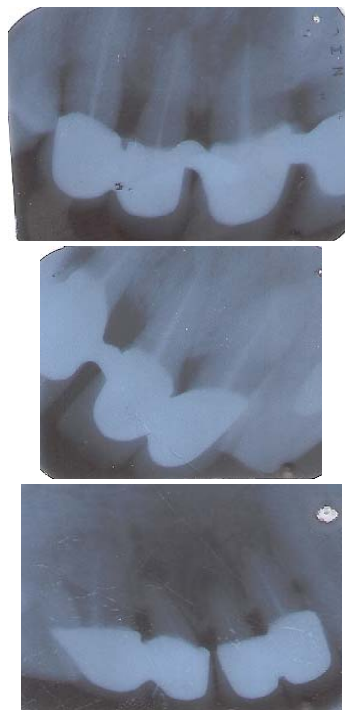


Figure 8 : Radiographies de contrôle un an post-opératoire montrant un gain osseux et une stabilisation des lésions osseuses.

II- COMMENTAIRES

Les mobilités dentaires peuvent être d'étiologies diverses. L'étiologie peut être traumatique, inflammatoire ou «mécanique»¹¹.

La connaissance de l'étiologie de la mobilité est primordiale dans le succès du traitement^{6,16}. D'où un examen clinique minutieux en vue de poser un diagnostic étiologique comme ce fut le cas que nous avons traité.

En effet pour ce cas clinique a montré des mobilités dentaires dont les causes sont la parodontite agressive (parodontite à progression rapide de type A, ancienne classification) associée à un trauma secondaire. Nous avons retenu la parodontite agressive car il y'avait peu de plaque et la gencive était plus ou moins enflammée avec des pertes d'attaches importantes ainsi que des lésions osseuses angulaires localisées sur les incisives et les premières molaires.

Cette répartition typique des lésions montre que le patient est passé par une phase de parodontite juvénile à une phase de parodontite à progression rapide de type A.

L'autre cause de ces mobilités dentaires est le trauma occlusal secondaire, car des désordres occlusaux, des facettes d'usure et des mobilités accrues ont été notés sur les incisives supérieures avec des pertes osseuses profondes sur ces dents.

Il faut noter que le trauma occlusal seul n'initie pas la formation de poche parodontale, mais c'est la présence de plaque combinée qui favorise la formation de poches parodontales^{2,5,15}. Pour les dents atteintes de parodontite, le trauma occlusal peut dans certain cas aggraver les destructions parodontales dont la résultante est la mobilité accrue^{1,6,7}.

Les deux (2) causes étant connues, il a été plus aisé de mettre en route le plan de traitement qui a consisté à éliminer le déséquilibre occlusal et de juguler l'infection due à la parodontite.

Le traitement de la parodontite a consisté à faire un curetage parodontal à l'aveugle couplé à une antibiothérapie pendant une longue durée à cause du caractère agressif de la parodontite. L'ajustage occlusal a consisté à faire des meulages sélectifs des dents postérieures et une réduction des couronnes des dents antérieures afin d'augmenter le rapport couronne clinique/racine clinique.

Toutefois vu que le support osseux des dents mobiles était très réduit ne permettant pas ainsi le déplacement dentaire et que le rapport couronne clinique/racine clinique était défavorable, un traitement symptomatique à travers une contention a été indiqué.

Il faut noter que le traitement orthodontique est indiqué lorsque la mobilité est réversible et le support osseux pas trop affecté^{3,18}. Ce qui ne fut pas le cas chez ce patient.

La contention a été réalisée à l'aide de prothèse fixée, afin de régler en même temps le problème des diastèmes, des récessions gingivales et des vestibulo-versions des dents mobiles.

Nous sommes passés par une phase de prothèse fixée provisoire à long terme comme contention semi-permanente afin de stabiliser la cicatrisation et de consolider les dents après le curetage parodontal.

Ces différentes phases du traitement ont permis une évolution très positive du cas. Déjà après le curetage parodontal et la mise en place des prothèses provisoires, les dents se sont consolidées. Nous sommes passés des mobilités de type II à des mobilités de type I ainsi qu'à des gains osseux mis en évidence par les radiographies de contrôle (fig.8). La coopération du patient a été d'un grand apport. En effet, il a respecté toutes les mesures d'hygiène bucco-dentaire et a honoré tous les rendez-vous.

Cette bonne coopération, en plus des contrôles post-opératoires ou de maintenance parodontale a contribué fortement à la guérison et à la stabilisation des lésions.

CONCLUSION

Ce travail a montré qu'il existe d'autres alternatives à l'extraction de dents à mobilité accrue due à une parodontite associée à un trauma occlusal. La démarche thérapeutique consiste d'abord à supprimer la surcharge occlusale, ensuite à traiter la parodontite et enfin selon le degré de destruction osseuse à faire une contention prothèses fixées ou attelles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- ALKAN A, KESKINER I, ARICI S, SATO S.
The effect of periodontal surgery on bite force, occlusal contact area and bite pressure.
J Am Dent Assoc. 2006 Jul;137(7):978-83; quiz 1028.
- 2- BRANSCHOFKY M, BEIKLER T, SCHÄFER R, FLEMMING TF, LANG H.
Secondary trauma from occlusion and periodontitis.
Quintessence Int. 2011 Jun;42(6):515-22.
- 3- BYRNE PJ, IRWIN C, MULLALLY B, ALLEN E, ZIADA H.
Periodontics: 8. Periodontal problems associated with compromised anterior teeth.
Dent Update. 2008 Jan-Feb;35(1):21-2, 24-6, 28.
- 4- CARRANZA
Clinical Periodontology
Saunders Elsevier 10è ed, 2006.
- 5- DAVIES SJ, GRAY RJ, LINDEN GJ, JAMES JA.
Occlusal considerations in periodontics.
Br Dent J. 2001 Dec 8;191(11):597-604.
- 6- FORABOSCO A, GRANDI T, COTTI B.
The importance of splinting of teeth in the therapy of periodontitis.
Minerva Stomatol. 2006 Mar;55(3):87-97.
- 7- FU JH, YAP AU
Occlusion and periodontal disease-where is the link?
Singapore Dent J. 2007 Dec;29(1):22-33.
- 8- GERAMY A, FAGHIHI S.
Secondary trauma from occlusion: three-dimensional analysis using the finite element method.
Quintessence Int. 2004 Nov-Dec;35(10):835-43.
- 9- GHER ME.
Changing concepts. The effects of occlusion on periodontitis.
Dent Clin North Am. 1998 Apr;42(2):285-99.
- 10- JIN LJ, CAO CF.
Clinical diagnosis of trauma from occlusion and its relation with severity of periodontitis.
J Clin Periodontol. 1992 Feb;19(2):92-7.
- 11- LINDHE J.
Clinical periodontology and implant dentistry
Blackwell Munksgaard, 4th ed 2006.
- 12- ONYEASO CO, ONEYEASO AO.
Occlusal/dental anomalies found in a random sample of Nigerian schoolchildren.
Oral Health Prev Dent. 2006;4(3):181-6.
- 13- PHILSTROM BL, ANDERSON KA, AEPPLI D, SCHAFFER EM.
Association between signs of trauma from occlusion and periodontitis.
J Periodontol. 1986 Jan;57(1):1-6.
- 14- POIATE IA, DE VASCONCELLOS AB, DE SANTANA RB, POIATE E.
Three-dimensional stress distribution in the human periodontal ligament in masticatory, parafunctional, and trauma loads: finite element analysis.
J Periodontol. 2009 Nov;80(11):1859-6.
- 15- SBORDONE L, BORTOLAIA C.
Periodontal disease and occlusal trauma: a still debated controversy? A review of the literature].
Minerva Stomatol. 2002 Mar;51(3):79-85.
- 16- SERIO FG, HAWLEY CE.
Periodontal trauma and mobility. Diagnosis and treatment planning.
Dent Clin North Am. 1999 Jan;43(1):37-44.
- 17- WOLF H.F., EDITH M. et RATEITSCHAK K.H.
Parodontologie Masson, 3th ed Paris 2005.
- 18- ZHU BL, GUO YH, ZHOU HA, FU XH.
The clinical results of combined periodontal-orthodontic treatment on patients with periodontitis and labial displacement of incisors].
Shanghai Kou Qiang Yi Xue. 2005 Aug;14(4):431-3.