Approche chirurgicale et pré-orthodontique face à une incisive centrale retenue par un odontome complexe. À propos d'un cas

RÉSUMÉ

Julien BALLY

Ancien interne en odontologie,
Assistant hospitalo-universitaire,
13, rue Blaise Pascal,
54320 Maxéville.

Cédric SECKINGER

Praticien hospitalier.

Eric MANGIARDI

Praticien hospitalier.

Daniel ANASTASIO

Praticien hospitalier.

L'odontome est une tumeur odontogénique généralement asymptomatique. Fréquemment, il interfère avec l'éruption dentaire. Nous présentons le cas d'un garçon âgé de 11 ans présentant un retard d'éruption de son incisive centrale. Dans ce cas clinique, l'hypothèse d'un odontome interférant avec l'éruption correcte de la dent est posée. Nous décrivons les différentes étapes du traitement. À travers cette expérience clinique, nous soulignons l'intérêt d'une prise en charge chirurgicale associée à la mise en place d'un dispositif de traction orthodontique.

Mots clés

- odontome
- tumeurs odontogéniques
- dent retenue
- orthodontie
- éruption guidée

AOS 2010;249:59-67
DOI: 10.1051/aos/2010105
© AEOS / EDP Sciences

Rappel sur les tumeurs de type odontome

Le terme d'odontome est choisi par Paul Broca en 1867. Il le définissait comme une tumeur formée par une croissance excessive de l'ensemble des tissus dentaires [1]. L'odontome est la tumeur odontogénique la plus fréquemment rencontrée au niveau maxillaire.

Il est composé de différents éléments se rapprochant histologiquement de l'émail, de la dentine, du ciment et parfois même de la pulpe [2]. On distingue deux types d'odontome :

- l'odontome composé correspondant à une masse dont l'anatomie ressemble à une dent, présent le plus souvent dans la région antérieure du maxillaire [3] ;
- l'odontome complexe décrit comme une masse informe de matériaux dentaires, retrouvé plus fréquemment dans les régions molaires, prémolaires [4] ;
- on notera l'existence d'un troisième type de tumeur, d'apparition rare, l'odontome fibreux améloblastique.

L'étude de Bhaskar [5], réalisée en 1990, nous montre que 67 % des odontomes interviennent au maxillaire pour 33 % à la mandibule. L'apparition de ces tumeurs se fait préférentiellement pendant la deuxième décade [6], mais peut intervenir quel que soit l'âge. La prévalence est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes avec un ratio de 2 pour 1 [7, 8]. La fréquence des odontomes est de 0,3 à 0,8 % en denture temporaire et de 1,5 à 3,5 % en denture permanente. L'étiologie de ces tumeurs n'est pas complètement élucidée. De multiples hypothèses sont proposées dont les traumatismes locaux [9], les facteurs génétiques ou encore les épisodes infectieux.

Le plus souvent asymptomatique, la découverte de ces tumeurs se fait radiologiquement, de manière fortuite. Dans d'autre cas, ils se manifestent par des retards d'éruption avec des dents retenues ou encore par des signes infectieux [10].

Cas clinique

Examen clinique

Un jeune garçon de 11 ans est adressé au service pour un retard d'éruption de la 11. Ce patient ne présente aucun antécédent médical ni traitement médicamenteux.

L'examen exobuccal ne révèle rien de particulier.

L'examen endobuccal montre un patient en denture mixte stable. On constate l'absence de la 11, la 21 ayant évolué complètement sur l'arcade.

Examens complémentaires

Les clichés rétro-alvéolaires et occlusaux montrent la présence d'une masse dense radio-opaque.

Le cliché radiographique panoramique (**fig. 1**) permet de mettre en évidence le refoulement de la 11 par une masse calcifiée évoquant un odontome complexe.

Un examen tomодensitométrique (**fig. 2**) est prescrit de manière à visualiser la localisation

Fig. 1 Radiographie panoramique lors de la première consultation.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

Fig. 2 Examen tomodensitométrique.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

de la tumeur et de l'incisive centrale permanente par rapport aux éléments anatomiques et aux autres dents. Le refoulement apical et vestibulaire de la 11 est confirmé.

Prise en charge thérapeutique

Face à une fermeture de l'espace d'éruption de la 21, un traitement orthodontique avec la pose d'un appareil multi-attaches (**fig. 3**) est instauré dans le but de rétablir un espace suffisant au niveau de la 11.

Le traitement chirurgical est conjointement programmé afin, d'une part, d'éliminer l'obstacle qui empêche l'éruption de la 11 et,

d'autre part, de mettre en place un dispositif chirurgico-orthodontique de traction.

L'indication d'une prise en charge sous anesthésie générale est posée vu le degré invasif de l'intervention et l'âge du patient.

L'intervention se partage en trois séquences opératoires :

- exérèse de la tumeur qui sera envoyée au laboratoire pour examen anatomopathologique ;
- dégagement partiel de l'incisive retenue ;
- pose d'un dispositif orthochirurgical de traction de la 11 avec aménagement des tissus mous.

Fig. 3 Dispositif orthodontique multi-attaches.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

L'intervention

La voie d'abord est réalisée par une incision angulaire en distal de la 21, puis en intrasulculaire et se termine au niveau de 53. Un lambeau de pleine épaisseur est décollé avec la création d'un volet osseux vestibulaire à l'aide de la pince gouge (**fig. 4**), afin de respecter la dent définitive incluse sous-jacente.

L'odontome très volumineux est sectionné en trois parties à l'aide d'instruments rotatifs

(**fig. 5**). Chaque fragment est extrait, puis sont effectués l'élimination du tissu kystique postérieur (**fig. 6**) et le nettoyage soigneux de la cavité osseuse avec une solution antiseptique de type chlorhexidine.

Le dispositif de traction orthochirurgicale est mis en place sur la face vestibulaire de la 11 par mordançage et collage (**fig. 7 et 8**). Il est mis en attente par collage sur la 21.

La sortie se fait le soir même après avis du chirurgien et du médecin anesthésiste. Les suites postopératoires sont sans particularité.

Fig. 4 Dégagement osseux de la tumeur et de l'incisive.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

Fig. 5 Section de la tumeur.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

Fig. 6 Élimination de la paroi kystique postérieure.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

Fig. 7 Mordançage de la surface dentaire.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au
CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

Fig. 8 Collage du dispositif.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au
CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

Histologie

Les deux prélèvements adressés au laboratoire ont fait l'objet d'une décalcification. Ils intéressent une prolifération tumorale bénigne constituée de tissu dentaire, dentine et émail. Au voisinage de cette formation, on observe du tissu

histologiquement normal. Tous les prélèvements sont tapissés en surface par une muqueuse de type malpighien sans particularité. En conclusion, l'aspect histologique observé est évocateur d'un odontome complexe. Il n'est relevé aucune malignité sur les prélèvements examinés.

Suivi du patient

Les fils sont déposés huit jours après l'intervention. Le contrôle postopératoire à 1 mois est cliniquement satisfaisant (**fig. 9**). À trois mois, radiographiquement, on note une évolution favorable de la dent vers la cavité buccale (**fig. 10**). Le dispositif de traction est activé à ce

stade. À un an postopératoire, la dent a fait son éruption sur l'arcade. Son positionnement est correct (**fig. 11 et 12**). On note cependant un déficit de gencive attachée lié à l'inclusion profonde initiale de la 11.

Fig. 9 Contrôle à 1 mois.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au
CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

Fig. 10 Contrôle radiographique à 3 mois.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au
CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

Fig. 11 À un an, dent sur l'arcade.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

Fig. 12 Contrôle radiographique à 1 an.
(Photo du Dr Anastasio. Intervention réalisée au CHR Metz-Thionville par le Dr Anastasio).

Discussion

On entend par rétention de l'incisive centrale permanente, la situation intra-osseuse de cette dent au-delà de son âge d'évolution sur l'arcade. L'interruption de l'éruption des incisives pose des problèmes importants pour la denture adulte future. Le diagnostic d'interruption doit être posé le plus tôt possible de manière à diminuer les séquelles futures.

Les étiologies de la dent retenue sont multiples ; une étude effectuée en 1999 [11] nous énumère les causes possibles et leur fréquence :

- dent surnuméraire (47 %) ;
- odontome (9 %) ;
- dilacération (9 %) ;
- germe en malposition (12 %) ;
- encombrement (4 %) ;
- kyste odontogénique calcifié (2 %) ;
- étiologie inconnue (17 %).

À partir de ces résultats, nous pouvons distinguer deux grandes situations cliniques, soit l'existence d'un obstacle empêchant l'éruption, soit des anomalies anatomiques interférant avec l'éruption. Dans les deux situations,

la prise en charge orthodontique est nécessaire avec le plus souvent un geste chirurgical à réaliser.

Dans le cas d'un obstacle, le mode opératoire peut varier, différentes options thérapeutiques sont à envisager [12] :

- élimination de l'obstacle créant ainsi suffisamment de place pour une éruption spontanée ;
- élimination de l'obstacle et pose chirurgicale d'un dispositif de traction orthodontique ;
- suivi sans intervention avec observation de l'évolution de la dent retenue ;
- avulsion de la dent en rétention.

L'approche chirurgico-orthodontique consiste en la mise en place d'un ancrage coronaire dans le même temps opératoire que l'élimination de l'obstacle. L'indication dépend de trois critères cliniques :

- **le stade d'édification** radiculaire ou maturité apicale. L'étude de Masson [13] en 2000 effectuée sur 100 dents retenues (84 immatures et 16 matures) ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale constate qu'il existe

72 % d'éruption spontanée pour les dents immatures sans intervention ultérieure alors qu'on note seulement 37 % de réussite pour les dents matures. Masson suggère que les dents immatures ont un potentiel d'éruption spontanée supérieur aux dents matures ;

- **la position** de la dent dans l'espace est également à prendre en compte. En effet, l'orientation de la dent incluse dans l'axe d'éruption naturel apparaît comme un facteur favorable d'éruption spontanée ;
- **le degré d'inclusion** est un facteur d'évaluation du potentiel d'éruption d'une dent rete-

nue. Schématiquement, plus une dent est en inclusion profonde, moins elle a de chance d'évoluer spontanément sur l'arcade.

On peut noter l'étude intéressante de Witsenburg et Boering [14] en 1981, qui montre que près de 50 % des dents retenues n'évoluent pas spontanément sur l'arcade et nécessitent une seconde intervention relevant de la chirurgie et de l'orthodontie. Il paraît donc intéressant de codifier une approche orthochirurgicale en fonction des trois critères précités.

Il est logique de penser qu'une dent mature en inclusion profonde et en position inversée ne

Fig. 13 Prise de décision devant une dent retenue.

possède qu'un faible potentiel d'éruption spontanée. De même, il est évident qu'une dent immature en inclusion superficielle et en position axiale possède un potentiel d'éruption maximal après la levée de l'obstacle.

Une élimination de l'obstacle sans pose de dispositif de traction sera indiquée dans les cas suivants :

- dent immature indépendamment de son degré d'inclusion ;
- dent mature en inclusion peu profonde et en position axiale.

Une élimination de l'obstacle avec pose de dispositif de traction et activation différée sera indiquée dans les cas suivants :

- dent immature en position non axiale aggravée d'une inclusion très profonde ;
- dent mature en inclusion profonde ;
- dent mature en position non axiale aberrante.

Cependant, l'activation du dispositif de traction sera différée afin de laisser une chance

d'évolution spontanée. Le dispositif peut être activé dans un second temps si l'évolution n'est pas spontanée au bout de 3 à 6 mois. Cette attitude thérapeutique semble intéressante à la vue des différents critères cités précédemment. Elle laisse en effet la possibilité de ne pas activer le dispositif et ainsi d'éviter les complications ou les désagréments éventuels comme les résorptions, les nécroses ou des différences de hauteur de gencive attachée. De plus, le collage peropératoire du dispositif orthodontique évite une nouvelle intervention si l'éruption de la dent n'a pas lieu.

Enfin, l'élimination de l'obstacle avec pose d'un dispositif de traction et activation immédiate sera indiquée sur les dents matures, en inclusion profonde et en position nettement défavorable. Dans ces cas, le potentiel d'éruption est très faible. L'évolution sur l'arcade ne peut se faire qu'à l'aide d'un dispositif orthochirurgical actif (**fig. 13**).

Conclusion

Le cas présenté illustre un type de prise en charge possible devant la rétention d'une dent définitive. Cette situation clinique nécessite une véritable réflexion dans le but d'amener la dent à faire son éruption de la meilleure des manières, tout en étant le moins invasif

possible. Dans ce cadre, l'approche orthochirurgicale apparaît comme très intéressante, d'une part parce qu'elle permet de gérer la majorité des cas de dent retenue et, d'autre part, parce qu'elle limite le nombre d'interventions. ■

Bibliographie

1. Batra P, Gupta S, Rajan K, Duggal R.
Odontomes-diagnosis and treatment: A 4 case Report.
JPFA 2003;19:73-6.
2. Smith RM, Turner JE, Robbins ML.
Atlas of oral pathology.
St Louis, CV Mosby Co 1981:54-56.
3. Or S, Yüçeta_ S.
Compound and complex odontomas.
Int J Oral Maxillofac Surg 1987;16(5):596-599.

4. Katz RW.
An analysis of compound and complex odontomas.
J Dent Child
1989;56:445-449.
5. Bhaskar SN.
Odontogenic tumours of the jaws.
In: Synopsis of Oral Pathology (7th ed).
CBS Publishers & Distributors 1990;260-308.
6. Owens BM, Schuman NJ, Mincer HH, Turnes JE, Olivier FM.
Dental odontomes: a retrospective study of 104 cases.
J Clin Pediatr Dent
1997;21(3):261-264.
7. Nazif MM, Ruffalo RC, Zullo T.
Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases.
Am Dent Assoc
1983;106:201-204.
8. Brook AH.
Dental anomalies of number, form and size: their prevalence in british schoolchildren.
J Int Assoc Dent Child
1974;5:37-53.
9. Cawson R, Odell E.
Odontogenic tumours and tumour like lesions of jaws.
In: Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine (6th ed).
W.B. Saunders et Co
1993;308-312.
10. Shafer W, Hine M, Levy B, Tomich C.
A text book of oral pathology (4th ed).
W.B. Saunders et Co
1993;308-312.
11. Betts A, Camilleri GE.
Review of 47 cases of unerupted maxillary incisors.
J. Paediatr Dentistry
1999;9:285-292.
12. Jones JW, Husain J.
Management of the unerupted incisor.
Dental Update
january/february 1996.
13. Masson C, Azman N, Holt RD, Rule DC.
A retrospective study of unerupted maxillary incisors associated with supernumerary teeth.
Br J Oral Maxillofac Surg
2000;38(1):62-65.
14. Witsenburg B, Boering G.
Eruption of impacted permanent upper incisors after removal of supernumerary teeth.
Int J Oral Surg
1981;10:423-31.

Surgical approach and pre orthodontic in front of central incisor retained by odontoma complex. About a case

Julien BALLY,
Cédric SECKINGER,
Eric MANGIARDI,
Daniel ANASTASIO

The odontoma is an odontogenic tumor usually asymptomatic. Frequently, it interferes with dental eruption. We report the case of 11 years old boy with an eruption delay of the central incisor. In this case, the hypothesis of an interfering odontoma is made. We describe the different stages of treatment. Through this case, we emphasize the importance of a collaboration between surgeon and orthodontist.

Keywords

- odontoma
- odontogenic tumors
- impacted tooth
- orthodontics
- guided eruption