

Gestion de l'anomalie de forme dentaire chez l'enfant : à propos d'un cas clinique.

Wafa Hammami**,K.Ezzina*,A.Ben Hadj Khalifa**,R.Kallala**,C.Baccouche**,S.Touzi**,H.Ghedira*.

*: Service d'odontologie pédiatrique et prévention de Monastir.

** : Département d'Anatomie Dentaire, Faculté de Médecine dentaire de Monastir.

Correspondance :

Dr.Wafa Hammami: Département d'Anatomie Dentaire /Service d'Odontologie Pédiatrique et Prévention,
Faculté de Médecine Dentaire de Monastir.

Email : hammamiwafaaa@gmail.com

Résumé:

Introduction : Le Talon cuspidien est une anomalie odontogène rare chez l'enfant qui affecte le plus souvent les incisives permanentes maxillaires. Sa présence pose des problèmes d'esthétique, de prévention des caries et d'accommodation occlusale pour le patient et des spécificités dans le diagnostic et prise en charge clinique pour le médecin dentiste.

Rapport de cas: Cet article rapporte un cas d'excroissance cuspidienne sur la face palatine de l'incisive centrale maxillaire permanente et la décision thérapeutique établie.

Discussion: la présence d'un talon cuspidien au niveau des unités dentaires nécessite un diagnostic minutieux avec différentes incidences radiologiques et analyse occlusale rigoureuse. Le traitement de ces anomalies est individualisé cas par cas et il varie de l'abstention thérapeutique, meulage, traitement endodontique à l'extraction. La prise en charge ainsi permet une meilleure intégration sociale chez des enfants sous-estimés par leurs camarades.

Mots clés : talon cuspidien, enfant, gestion, anomalie dentaire.

Introduction

L'excroissance cuspidienne ou le talon cuspidien est une anomalie dentaire de forme qui est rare chez l'enfant ^{1,4}. Il peut se présenter dans les dents primaires ou permanentes. Les caractéristiques anatomiques qui résident entre la dent principale et la formation dentaire, comme les puits, fissures et sillons accessoires augmentent le risque carieux ⁶. Cette excroissance dentaire peut loger un tissu pulpaire vivant compliquant ainsi la prise en charge par le médecin dentiste. L'investigation radiologique est essentielle et individualisée cas par cas allant d'une simple retro-alvéolaire à une exploration tridimensionnelle avec le scanner dentaire ou Cône Beam.

Nous décrivons dans cet article un cas de talon cuspidien qui avait été diagnostiqué chez un enfant et l'importance de poser un diagnostic adéquat afin d'instaurer une stratégie thérapeutique convenable.

Étude de cas

Une fille âgée de 8 ans, a consulté le service d'odontologie pédiatrique et prévention de Monastir pour une gêne à la fermeture buccale et à l'alimentation.

Examen clinique



Figure 01 : Arcade en occlusion



Figure 02 : Vue endo-buccale du maxillaire

L'examen exo-buccal a montré une égalité des étages et une symétrie faciale.

L'examen endo-buccal a révélé que la patiente était au stade de reconstitution de la denture mixte. Elle présente une relation molaire de classe I d'Angle, un surplomb vertical négatif et un surplomb horizontal de 2 mm.

La première incisive permanente gauche « la 21 » présente sur sa face linguale une excroissance pyramidale accessoire qui mesurait 3 mm (dans le sens mésio-distal) sur 4,5 mm et (sens cervico-incisif).

Les résultats du test de vitalité au froid, du test de percussion et de la palpation étaient tous dans les normales montrant une vitalité pulpaire saine. La mobilité physiologique de la dent était normale. En intercuspidation les rapports d'occlusion sont déficients. Le rapport Entre la 21 et la 31 fait défaut. Les dents se touchent par le talon cuspidien. Les canines temporaires ne sont pas abrasés signifiant une mastication non attritionnelle.

Examen radiologique

Deux radiographies rétro-alvéolaires ont été prises à des angles horizontaux différents pour faciliter le diagnostic.



Figure 03 : retro-alvéolaire orthognathique



Figure 04 retro-alvéolaire excentrée

Diagnostic et traitement

Un diagnostic d'excroissance cuspidienne ou talon cuspidien associée à l'incisive centrale supérieure gauche permanente a été posé. Comme la dent 21 était asymptomatique et saine sur les plans clinique et radiographique, un plan de traitement conservateur axé sur l'élimination de l'anomalie a été adopté. Suivi de reconstitution de l'anatomie cingulaire avec la Résine Composite pour établir un guide antérieur fonctionnel. Les conséquences de la présence de cette excroissance cuspidienne ont été expliquées aux parents et au patient, ainsi que l'importance de faire un suivi clinique et radiographique du développement physiologique de la racine de la dent 21.



Figure 05 :Pose de la digue



Figure 06 :meulage du talon cuspidien

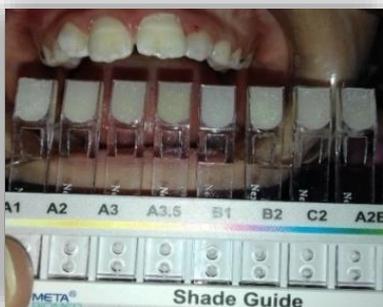


Figure 07 : choix de la teinte du Résine Composite



Figure 08 : application de l'adhésif



Figure 09 : photopolymérisation



Figure 10 : reconstitution du Cingulum



Figure 11 : Vue finale en occlusion



Figure 12 :large sourire

Discussion

L'excroissance cuspidienne ou le talon cuspidien est une anomalie de forme dentaire .C'est une structure accessoire en forme de cuspide sur la couronne d'une dent antérieure².La classification **LocSta** (Locus, localisation et Stage, stade) ⁶semble la plus détaillée. Les critères d'inclusions dans un stade varie en fonction de la localisation faciale ou palatine de la cuspide talon.Le locus est indique en première valeur, suivie du stage et séparée de celui-ci par un point.⁶

- **Locus 1** : concerne les cuspides talons palatines ou linguales, statistiquement les plus nombreuses.
- **Locus 2** : concerne les cuspides talons faciales.
- **Locus 3** : concerne les cas ou une dent porte une cuspide talon faciale et une cuspide talon palatine.

Les stages varient pour chaque locus.

L'anomalie illustrée dans ce cas appartient au **LocSta 1.2+**

- **Locus 1**(palatin)
- **Stage 2+** (Semi-talon. Cuspide additionnelle d'un millimètre ou plus mais dont

L'extension est plus petite que la moitié de la distance jonction email-cément-bord Incisal. L'apex coronaire de la cuspide talon est libre. L'augmentation de la rétention de plaque et inaccessibilité possible aux manœuvres d'hygiène entraînant une augmentation de l'incidence carieuse.)⁶

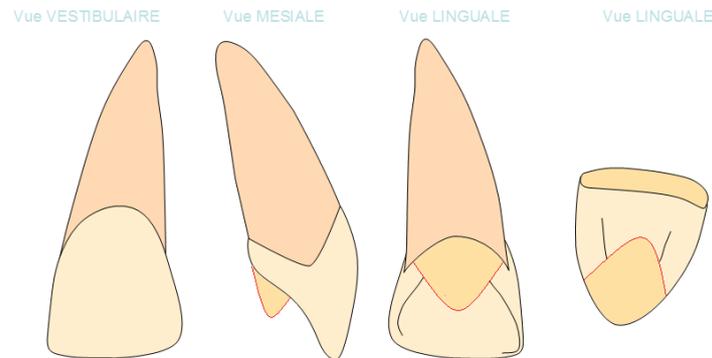


Figure 13 : Schéma indicatif LocSta 1.2+.

Cette extension se compose d'émail et de dentine et parfois de tissu pulpaire vivant.

La prévalence de cette anomalie varie de 1 % à 8 %^{2,5}

L'étiologie est inconnue, mais des facteurs génétiques et environnementaux influenceraient l'anatomie dentaire au cours de la morpho-différenciation de l'odontogenèse^{1, 3,5}. Parmi les cas déclarés, 75 %⁹ touchent la dentition permanente. Cette anomalie est associée, par ordre décroissant, aux incisives latérales supérieures, aux incisives centrales supérieures, aux incisives inférieures et aux canines supérieures⁵. Dans la dentition temporaire, les incisives centrales supérieures sont les plus atteintes⁵.

Les investigations radiologiques incluent souvent la présence d'une zone radio-opaque en forme de triangle, située au centre de la couronne et composée d'émail et de dentine. La recherche de tissu pulpaire nécessite de varier les incidences. la radiographie excentrée semble faire l'affaire mais le recours à la radiographie tridimensionnelle peut s'imposer dans quelques situations. Sur la radiographie d'une dent n'ayant pas fait éruption, l'anomalie peut ressembler à une dent surnuméraire ou à un odontome².

Les complications liées à la présence de cette anomalie, sont la rétention de plaque, les caries dentaires, des problèmes parodontaux, des interférences occlusales, des problèmes d'élocution, de mastication ou d'esthétique^{2, 8, 7,10}. Donc la décision thérapeutique doit tenir compte de tout ce contexte.

Cette étude de cas illustre l'importance de poser un bon diagnostic et de poser un plan de traitement individualisé. Dans le cas présent, l'élimination du talon cuspidien de la face palatine de la 21 permet de rétablir une occlusion statique parfaite, un guidage antérieur fonctionnelle, d'éliminer l'interférence, d'éviter l'apparition de lésions carieuses au niveau du sillon qui sépare le talon d la dent mère, les problèmes parodontaux possibles et le rétablissement d'une mastication physiologique. Le traitement consiste en une réduction de la cuspide avec un instrument diamanté suivi d'une reconstitution de l'anatomie cingulaire avec la Résine Composite pour rétablir la morphologie de l'incisive centrale sans entraver toutefois le chemin d'excursion mandibulaire.

Conclusion

Il est important de faire une évaluation clinique et radiographique rigoureuse face à une anomalie dentaire. Une erreur de diagnostic pourrait mener à une erreur de traitement et des complications. Cet article détaille les étapes de diagnostic et les options thérapeutiques dans les cas d'excroissance cuspidienne.

Un traitement conservateur de la dent 21 immature a été réalisé au service de d'odontologie pédiatrique de Monastir. L'importance de suivi a été expliquée à la famille pour suivre le développement radulaire de cette dent évitant ainsi l'apparition soudaine d'une complication pulpaire.

Conflit d'intérêt : Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt déclaré.

Références

1. Al-Omari MA, Hattab FN, Darwazeh AM, Dummer PM. Clinical problems associated with unusual cases of talon cusp. Int Endod J. 1999;32(3):183-90.
2. Hamasha AA, Safadi RA. Prevalence of talon cusps in Jordanian permanent teeth: a radiographic study. BMC Oral Health. 2010;10:6.
3. Hattab FN, Othman OM, al-Nimri KS. Talon cusp — clinical significance and management: case reports. Quintessence Int. 1995;26(2):115-20.
4. Llana-Puy MC, Forner-Navarro L. An unusual morphological anomaly in an incisor crown. Anterior dens evaginatus. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005;10(11):15-6, 13-5.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2009. p. 79-90.
6. Pierre-Hadrien Decaup. Cuspides Talons chez l'Homme et les Grands Singes : revue de la littérature et proposition d'une nouvelle classification. Chirurgie. 2016. Dumas-01407639
7. Segura-Egea JJ, Jiménez-Rubio A, Velasco-Ortega E, Ríos-Santos JV. Talon cusp causing occlusal trauma and acute apical periodontitis: report of a case. Dent Traumatol. 2003;19(1):55-9.
8. Sumer AP, Zengin AZ. An unusual presentation of talon cusp: a case report. Br Dent J. 2005;199(7):429-30.
9. Tulunoglu O, Cankala D, Ozdemir RC. Talon's cusp: report of four unusual cases. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2007;25(1):52-5.
10. Vardhan TH, Shanmugam S. Dens evaginatus and dens invaginatus in all maxillary incisors: report of a case. Quintessence Int. 2010;41(2):105-7.