Observation clinique

Diastème maxillaire médian associé à une microdontie des incisives latérales supérieures : gestion pluridisciplinaire d'un cas

Manuel Messa Savi de Tove^{1,*}, Ramata Bakayoko-Ly¹, Kolomdou Koné¹, Arthur Koffi N'guessan¹, Emilienne N'cho-Oka¹, Konan Djaha²

¹ Département d'Odonto-Stomatologie pédiatrique, UFR d'Odonto-Stomatologie, Abidjan, Côte d'Ivoire

² Département d'Orthopédie dento-faciale, UFR d'Odonto-Stomatologie, Abidjan, Côte d'Ivoire

(Reçu le 27 février 2012, accepté le 7 mai 2012)

Mots clés :
diastème inter-incisif
médian maxillaire /
chirurgie / orthodontie /
prothèse

Résumé – Un enfant de 12 ans présentant un diastème inter-incisif maxillaire médian associé à une microdontie des incisives latérales est rapporté dans cette présentation. Une freinectomie labiale supérieure et un traitement orthodontique ont permis d'obtenir la fermeture du diastème ; le résultat thérapeutique a été stabilisé par la réalisation de prothèses coronaires pour corriger la morphologie des incisives latérales. Cette présentation montre la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire si l'on cherche à obtenir le meilleur résultat.

Key words:
median maxillary inter-
incisor diastema /
surgery / orthodontics /
prosthesis

Abstract – A maxillary median diastema associated with a microdontia of the side incisors is reported. A superior labial frenectomy and an orthodontic treatment allowed to obtain the closure of the diastema; the therapeutic result was stabilized by the realization of coronary prostheses to correct the morphology of the side incisors. This presentation shows the necessity of a multidisciplinary coverage if we try to obtain the best result.

Dans les sociétés négro-africaines, le diastème médian supérieur en denture permanente fait partie des canons de la beauté [9]. Il rehausse le sourire et la grâce. Chez le jeune enfant en denture permanente, lorsque le diastème inter-incisif médian maxillaire s'associe à une microdontie des incisives latérales supérieures, le caractère inesthétique du sourire peut entraîner un véritable état dépressif, en partie lié à la difficulté de communication avec son entourage [7]. Cette présentation a pour objectif de montrer la prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire d'une telle association.

Observation

Un enfant, âgé de 12 ans a été reçu en consultation dans le service d'Odonto-Stomatologie pédiatrique de l'UFR d'Odonto-Stomatologie d'Abidjan (Côte d'Ivoire). Les parents

souhaitaient la prise en charge du problème esthétique de leur fils. Après l'interrogatoire, l'examen endobuccal a mis en évidence au maxillaire un large diastème inter-incisif médian dû à un frein labial hypertrophique. Les incisives latérales supérieures présentaient une anomalie morphologique coronaire sous la forme de dents en « grain de riz ». Les propositions thérapeutiques comportaient une freinectomie, la mise en place d'un traitement orthodontique pour la mésialisation des incisives centrales et la pose de prothèses qui permettront de donner une morphologie coronaire normale à 12 et 22. Dans un premier temps, après la freinectomie labiale supérieure, un appareil multibagues sectionnel a été posé sur la 11 et la 21 afin de réduire le diastème (Fig. 1). La fermeture du diastème inter-incisif médian avec établissement d'un contact entre 11 et 21, a été obtenue en 4 mois (Fig. 2). Afin de restaurer la morphologie coronaire des incisives latérales

* Correspondance : savi_manuel2006@yahoo.fr

Fig. 1. Diastème inter-maxillaire médian.
Fig. 1. Median maxillary inter-incisor diastema.

Fig. 3. Profil droit : coiffe en résine scellée en bouche.
Fig. 3. Right profile: headgear in resin sealed in mouth.

Fig. 2. Fermeture du diastème inter-incisif maxillaire médian (4 mois).
Fig. 2. Closure of median maxillary inter-incisor diastema (4 months).

supérieures et de stabiliser la fermeture du diastème médian, des couronnes en résine ont été réalisées sur un modèle en plâtre, puis scellées sur les incisives latérales (Fig. 3). Une contention orthodontique a été mise en place pour éviter toute récurrence du diastème inter-incisif maxillaire.

Commentaires

En présence d'un diastème inter-incisif, on retrouve le plus souvent un frein labial supérieur hypertrophique s'insérant sur

la papille palatine [10]. Classiquement, chez l'enfant, on réalise une freinectomie pour faciliter la fermeture du diastème et éviter la récurrence [5].

Dans ce cas, la fermeture du diastème a également nécessité une action mécanique réalisée avec un appareil multibagues sectionnel posé sur 11 et 21, parce que les 6 dents antérieures avaient déjà atteint le plan d'occlusion. Lorsqu'il existe une microdontie des incisives latérales maxillaires, les espaces présents dans le secteur incisivo-canin ont des répercussions sur la fonction et l'esthétique de l'enfant [6]. De plus, l'anomalie morphologique coronaire des incisives latérales rend instable la fermeture du diastème médian, d'où le risque de récurrence [3]. Pour maintenir la stabilité du résultat obtenu, il faut ne pas oublier quelques notions de base [1, 2, 11] :

- une diminution du volume normal des dents (microdontie des incisives latérales maxillaires) s'accompagne d'une absence de points de contact satisfaisants ce qui favorise la récurrence du diastème inter-incisif médian ;
- en présence d'une microdontie des incisives latérales maxillaires, la mauvaise orientation axiale des dents, l'absence d'un bon engrènement cuspidien semblent constituer des éléments favorisant la récurrence ;
- la coopération du patient est une condition essentielle pour la bonne marche du traitement. Une mauvaise appréciation de cette coopération peut vouer le traitement à l'échec ou à la récurrence [12] ;
- une récurrence survient chaque fois que les structures tissulaires environnantes ne se reconstituent pas.

Lorsque des versions d'incisives latérales maxillaires se présentent, le choix thérapeutique peut s'orienter vers une réalisation prothétique classique sur ces dernières. Des troubles

psychologiques, émotionnels et sociaux sont généralement beaucoup plus prononcés chez les enfants présentant une microdentie avec une version importante des incisives latérales maxillaires ou un diastème important laissé dans le secteur incisivo-canin [8]. La réhabilitation prothétique classique avec pose de couronnes fixes en résine sur les incisives latérales constitue le meilleur moyen pour assurer la stabilité du traitement. Ces couronnes ont pour rôle [4] :

- de restituer la morphologie coronaire de 12 et 22 ;
- de servir de contention après la fermeture du diastème médian ;
- de stabiliser la situation et de prévenir les récides.

Cette décision thérapeutique est fonction de l'hygiène bucco-dentaire et de la coopération du patient. Après avoir vérifié l'occlusion, les coiffes en résine ont été scellées provisoirement.

Conclusion

Chez l'enfant, la prise en charge d'un diastème interdentaire maxillaire médian, associé à une microdentie des incisives latérales supérieures, nécessite une gestion pluridisciplinaire. Après l'exérèse chirurgicale et la suppression du diastème par des moyens orthodontiques, la reconstitution coronaire des incisives conoïdes permet d'obtenir le résultat esthétique et fonctionnel recherché et participe à la stabilité du résultat. L'orthodontiste doit contrôler l'occlusion et dépister toute éventuelle récide.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Benyahya L, Hamza M, Badre B, Msefer S. Le traitement chirurgical des kystes folliculaires chez l'enfant à propos de 2 cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2000;6:27-32.
2. Delsol L, Orti V, Chouvin MP. Canines et incisives maxillaires incluses, diagnostic et thérapeutique (pp. 291-300). Masson, Paris, 2006.
3. Dummett JR. Anomalies of the developing dentition (pp. 61-73). Masson, Paris, 2005.
4. Fraysse CH. La dentisterie pédiatrique : coiffes pédiatriques préformées, facettes céramiques, mainteneur d'espace, prothèse pédiatrique. *J Odonto-stomatol Pédiatr* 2003;3:133-8.
5. Guyomard F, Korbendau JM. La fermeture d'un diastème interdentaire. Edition CdP, Paris, 2009.
6. Korbendau JM, Guyomard F. La chirurgie muco-gingivale chez l'enfant et l'adolescent. Edition CdP, Paris, 1992.
7. Shaw L. Pédodontie : guide clinique. Edition CdP, Paris, 1997.
8. Marcelli D. Troubles du comportement, psychopathologie de l'enfant (pp. 190-201). Masson, Paris, 2000.
9. Moctar G, Talla Seck M, Tardivel-Velliet C, Jonas P, Rignon-Bret C. Ethno-esthétique bucco-faciale au Sénégal. *Inform Dent* 2008;3:74-9.
10. Piette E, Michel G. Pathologie des dents : pathologie dentaire non carieuse (pp. 1181-4). In *Traité des pathologies buccales et maxillo-faciales*. De Boeck Université, Bruxelles, 2009.
11. Regragui S, Lahlou K, Aalloula E. Pourquoi le traitement orthodontique récide-t-il ? <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossier>.
12. Tamdy K. La freinectomie : chirurgie muco-gingivale chez l'enfant et l'adolescent à propos de deux cas cliniques. *J Parodontol* 2008;3:227-34.