
RUBRIQUE CLINIQUE

A propos d'un cas de mono-alvéolyse traumatique atypique

Bertrand LE ROMAIN

RÉSUMÉ

Une forme particulière de mono-alvéolyse traumatique est présentée à l'aide d'un cas clinique. Son évolution parodontale, après le traitement orthodontique, est apparue spontanément favorable. Ce cas est sujet à réflexion et à discussion.

MOTS CLÉS

Mono-alvéolyse traumatique – Interception.

INTRODUCTION Les anomalies du chemin de fermeture, chez le jeune patient, sont bien connues. Une de leurs conséquences les plus spectaculaires sur la denture est la mono-alvéolyse traumatique, caractérisée par la perte précoce et rapide du parodonte de la ou des dents qui subissent la contrainte occlusale.

La mono-alvéolyse s'exprime cliniquement par une mobilité excessive de la dent, témoin de l'atteinte du périodonte, une perte de son support osseux et une récession gingivale siégeant dans le vestibule. Ce dernier point est l'élément le plus visible, son évolution se fait de la gencive marginale en direction apicale.

B. LE ROMAIN — 30, rue Masséna, 69006, Lyon

L'élimination du trouble occlusal est à l'origine d'une guérison généralement rapide chez l'enfant. On constate alors :

- la disparition de la mobilité dentaire (retour à un desmodonte sain);
- un amoindrissement, voire une guérison totale, de la récession gingivale.

Toutefois, une chirurgie muco-gingivale peut-être indiquée après correction de la malocclusion, surtout si la lésion initiale était importante.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la mono-alvéolyse traumatique se présente ainsi :

- Une malposition dentaire, souvent isolée, en est l'origine. Elle peut elle-même être due à une malposition primitive, ce qui est éventuellement le cas d'une anomalie du site d'éruption (par exemple l'ectopie palatine d'une incisive supérieure) ou d'une rotation dentaire visible dès l'éruption (on l'observe en cas de dysharmonie dento-maxillaire importante, avec encombrement). A l'opposé, il peut s'agir d'une malposition dentaire secondaire à une parafonction ou à une dysfonction (l'exemple le plus classique étant la succion d'un doigt), ou bien à de mauvaises relations entre les bases osseuses ou alvéolaires (c'est par exemple le cas des Classes III squelettiques).

- Quelle que soit la cause initiale de la malposition dentaire, il s'ensuit un contact prématuré, lors du chemin de fermeture, entre la dent en malposition et une dent de l'arcade opposée.

- Deux pathologies distinctes, mais liées entre elles, vont découler de ce contact dentaire interarcade anormal, causant un déficit esthétique et fonctionnel :

- La contrainte occlusale excessive des dents qui subissent le contact prématuré va causer des dégâts sur le parodonte. C'est la mono-alvéolyse traumatique, avec destruction initiale du parodonte profond. Dans un premier temps, le périodonte s'élargit ; ceci est bien visible à l'imagerie radiologique, la dent est cliniquement mobile. Puis l'os alvéolaire disparaît, ce qui aggrave la mobilité. Le parodonte de surface s'élimine rapidement, tout comme l'os, du collet en direction apicale ; l'atteinte est généralement vestibulaire. Des phénomènes infectieux, dus à la plaque dentaire mal ou non éliminée, peuvent s'ajouter. Ils vont accélérer la destruction parodontale et compromettre sa guérison. Lorsque la destruction du parodonte est trop avancée, il s'ensuit la perte de l'odonte...

- Le contact prématuré est à l'origine d'une anomalie du chemin de fermeture. L'intercuspidation maximum ne correspond pas à la relation centrée mandibulaire. L'enfant propulse, ou dévie latéralement sa mâchoire inférieure pour obtenir le maximum de contacts interarcades. La croissance mandibulaire peut être amenée à compenser ce manque de correspondance des arcades : il n'y a plus d'anomalie du chemin de fermeture, mais une latérogнатhie, ou une prognathie mandibulaire. Dans un autre cas de figure, la croissance n'intervient pas ou est insuffisante, et ce sont les articulations temporo-mandibulaires qui développent une pathologie par dysfonctionnement.

L'orthodontie interceptive aura ici un rôle préventif et curatif.

**PRÉSENTATION
DU CAS**

C'est dans cet esprit que nous présentons le cas de Magali D., qui montre une forme inhabituelle de mono-alvéolyse traumatique, avec persistance de la gencive marginale et disparition de la gencive attachée (fig. 10).

– Lors de la première consultation, en janvier 1985 (fig. 1, 2, 3, 4, 5, 6 et tableau I), Magali présente, pour l'essentiel, un proglissement lié à une linguoversion de l'incisive centrale supérieure gauche, engendrant un contact prématuré avec son homologue inférieure lors du chemin de fermeture (fig. 3 et 4). L'examen minutieux montre une très discrète dénudation de la racine de l'incisive centrale inférieure gauche, comparée à ses voisines (fig. 3).



Figure 1

Occlusion du côté droit, en intercuspitation maximum (janvier 1985).



Figure 2

Occlusion du côté gauche, en intercuspitation maximum (janvier 1985). Remarquer la linguoversion de la 21.



Figure 3

Photographie antérieure de l'occlusion, en intercuspitation maximum, montrant l'inversé d'articulé entre la 21 et la 31 (janvier 1985).



Figure 4

Photographie antérieure de l'occlusion, cette fois en relation centrée, montrant le contact prématuré entre la 21 et la 31 (janvier 1985).

Figure 5

Orthopantomographie (janvier 1985).



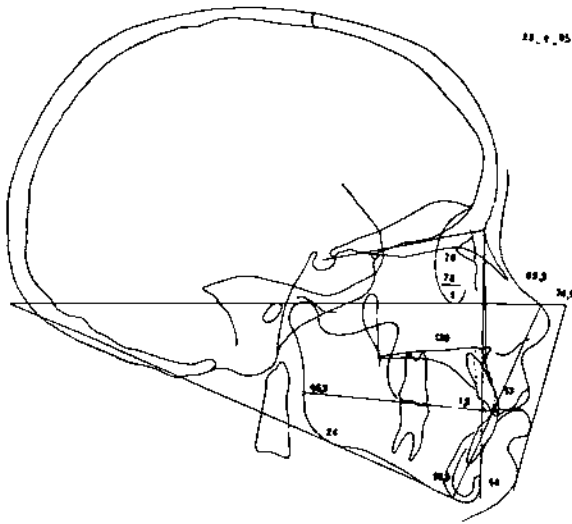


Figure 6
Analyse céphalométrique de TWEED (janvier 1985).

ANALYSE DE TWEED

NOM : Magali D.							
date :		1-85					
	NORM.	1	2	DÉBUT	1	2	FIN CONTENTION
FMIA	68°	65.5					
FMA	25°	24					
IMPA	87°	90.5					
SNA	82°	79					
SNB	80°	78					
ANB	2°	1					
AO-BO		1.5					
I/i	135°	130					
OCL/SN	14°	16.5					
TOTAL CHIN		14					
UPPER LIP		13					
ANGLE Z	78°	74.5					

Tableau I
Analyse céphalométrique de TWEED (janvier 1985).

– Notre proposition de traitement étant restée sans suite en 1985, une seconde consultation a eu lieu en février 1986 (fig. 7, 8, 9, 10, 11, 12, et tableau II). Les anomalies occlusale et fonctionnelle persistent sans grands changements, de même que le type facial.

- Par contre, l'incisive centrale inférieure gauche présente une monoalvéolyse traumatique atypique (fig. 10).
- La dent présente une mobilité horizontale importante (1,5 à 2 mm d'amplitude).
- La gencive attachée a disparu, mettant en communication la racine à nu et le milieu buccal.
- La gencive marginale persiste sans lésion apparente.



Figure 7
Photographie de face (février 1986).



Figure 8
Photographie de profil (février 1986).

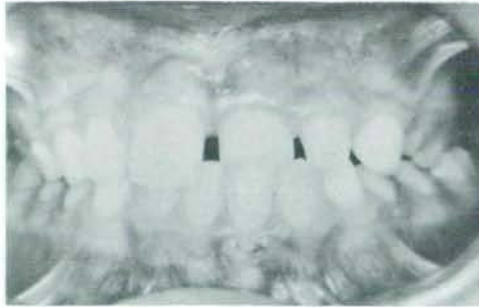


Figure 9
Photographie antérieure de l'occlusion, en intercuspidation maximum (semblable au cliché de janvier 1985 - fig. 3). Remarquer la « fenestration » gingivale de la 31 (février 1986).

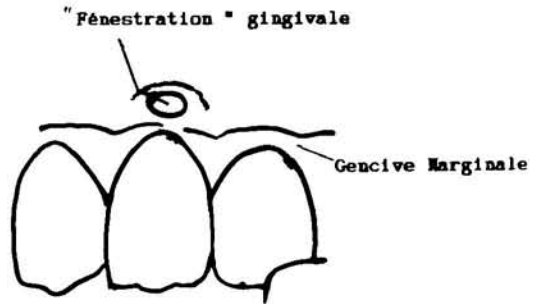
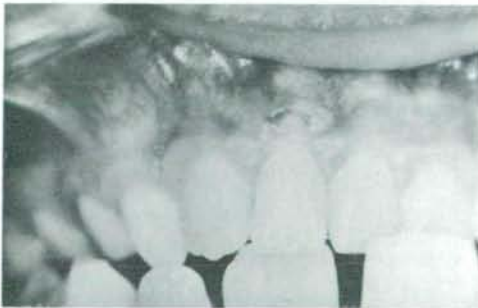


Figure 10
Même cliché que la figure 8, mais avec un grossissement supérieur, mettant en évidence la « fenestration » gingivale (février 1986).



Figure 11
Orthopantomographie (février 1986).

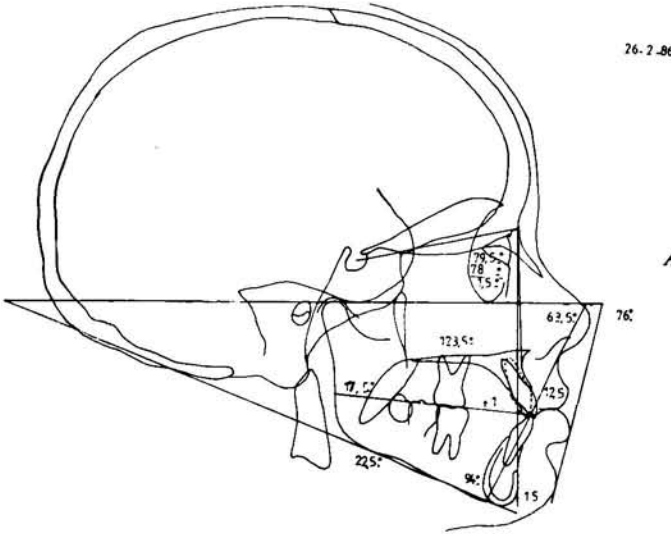


Figure 12
Analyse céphalométrique de TWEED
(février 1986).

ANALYSE DE TWEED

NOM : Magali D.							
dates :		1-85		2-86			
	NORM.	1	2	DÉBUT	1	2	FIN CONTENTION
FMIA	68°	65.5		63.5			
FMA	25°	24		22.5			
IMPA	87°	90.5		94			
SNA	82°	79		79.5			
SNB	80°	78		78			
ANB	2°	1		1.5			
AO-BO		1.5		1			
I/i	135°	130		123.5			
OCL/SN	14°	16.5		17.5			
TOTAL CHIN		14		15			
UPPER LIP		13		12.5			
ANGLE Z	78°	74.5		76			

Tableau II
Analyse céphalométrique de TWEED (février 1986).

– Cette fois un traitement est entrepris en technique Edgewise .022" x.028" avec (fig. 13 et 14):

- un quadhélix pour corriger la tendance à l'occlusion inversée au niveau molaire ;
- une force extra-orale d'ancrage et de correction de la Classe II molaire (en relation centrée les molaires avaient des rapports de Classe II d'ANGLE) ;
- un appareil multibague est placé sur les incisives supérieures et les premières molaires supérieures.
- Aucun appareil n'est placé à l'arcade inférieure.

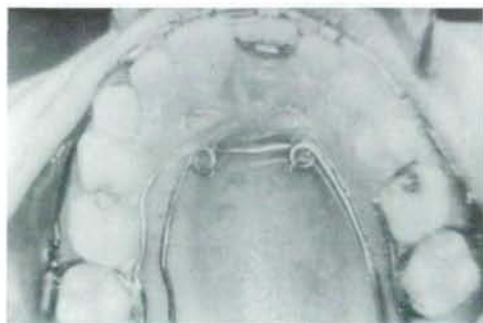


Figure 13
Quadhélix.



Figure 14
Appareil « Minibague », en technique Edgewise.

– Le traitement a duré six mois, sans problèmes particuliers, et n'a pas été suivi de contention.

– Le résultat orthodontique est satisfaisant (fig. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 et tableau III):

- correction de la linguoversion de l'incisive centrale supérieure gauche et alignement des incisives supérieures ;
- correction de la supraclusion incisive ;
- obtention d'une Classe I molaire ;
- correction de la tendance à l'inversé d'occlusion molaire ;
- pas d'altérations squelettique, dentaire ni esthétique.

– Le résultat parodontal est intéressant à considérer :

- disparition de la mobilité de l'incisive centrale inférieure gauche ;
- disparition, sans traitement parodontal ni orthodontique direct, de la déhiscence gingivale ; l'examen de la gencive attachée à l'aide d'une sonde parodontale et d'un cône de gutta nous a permis de constater l'absence de communication ; seule persiste une zone de gencive quelque peu boursoufflée. L'attache épithéliale assure normalement ses fonctions.

– Un an après le traitement orthodontique, nous revoyons Magali. Le résultat parodontal est stable. L'esthétique de sa gencive s'est même améliorée au niveau de l'incisive inférieure gauche (fig. 23, 24, 25, 26, 27).



Figure 15

Photographie de face, le jour de la dépose des appareils (novembre 1986).



Figure 16

Photographie de profil, le jour de la dépose des appareils (novembre 1986).



Figure 17

Occlusion du côté droit, le jour de la dépose des appareils (novembre 1986).

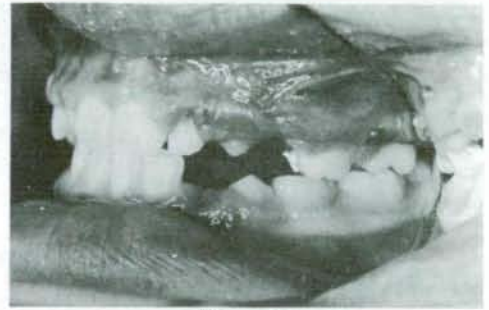


Figure 18

Occlusion du côté gauche, le jour de la dépose des appareils (novembre 1986).



Figure 19

Photographie antérieure de l'occlusion, le jour de la dépose des appareils (novembre 1986). Remarquer la gencive de la 31, parfaitement saine.



Figure 20

Orthopantomographie de fin de traitement, avec les appareils en bouche (novembre 1986).

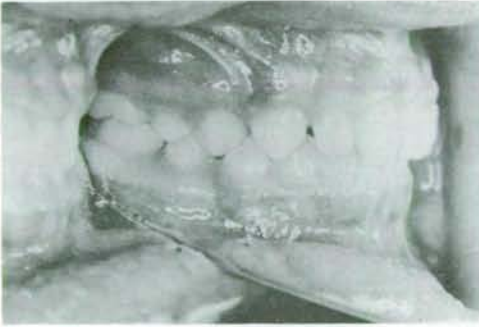


Figure 23
Occlusion du côté droit (décembre 1987).

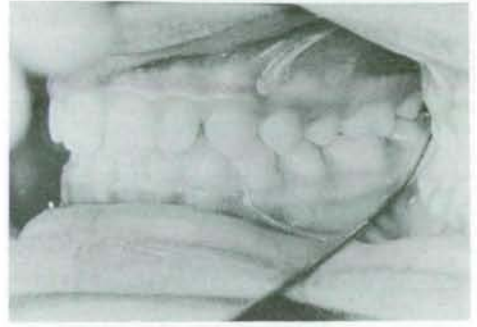


Figure 24
Occlusion du côté gauche (décembre 1987).



Figure 25
Photographie antérieure de l'occlusion. Remarquer la gencive au niveau de la 31 : elle est parfaitement normale, alors qu'aucun appareil n'a été installé ni aucune intervention chirurgicale pratiquée au niveau de l'arcade mandibulaire (décembre 1987).

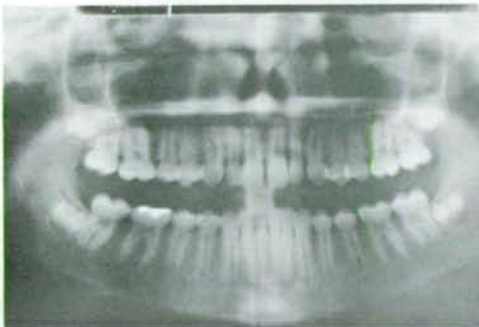


Figure 26
Orthopantomographie (décembre 1987).



Figure 27
Radiographie rétro-alvéolaire au niveau des incisives inférieures (décembre 1987).

DISCUSSION L'examen et l'étude du résultat de ce cas nous conduisent à deux types de réflexions : s'agit-il d'un stade évolutif d'une mono-alvéolyse traumatique, surpris à un instant précis de son évolution ou d'une mono-alvéolyse atypique ?

Nous sommes couramment consultés, pour ces cas d'interception en denture mixte, lorsque la lésion parodontale est déjà bien installée, avec une récession gingivale importante. Il est généralement admis que l'évolution peut se faire, en un premier temps, dans le sens de la perte de la gencive attachée (et de l'os sous-jacent), puis de la gencive marginale...

Dans le cas de Magali, deux mois se sont écoulés entre le diagnostic et le début du traitement, sans évolution apparente de l'aspect gingival. Ceci semblerait infirmer cette hypothèse, au vu de la rapidité de l'évolution habituelle de la mono-alvéolyse traumatique. Il semble donc qu'il s'agisse d'une forme atypique de mono-alvéolyse.

Si les examens cliniques pratiqués en fin de traitement et un an après ne nous ont pas permis de mettre en évidence une communication, même de faible importance à travers la gencive attachée, il est permis de suspecter son existence au niveau microscopique. Seule une biopsie nous assurerait ou non de sa réelle existence.

Dès lors, un suivi du cas s'impose, pour pallier, si nécessaire par greffe, par exemple, toute atteinte ultérieure du parodonte.