

# Traumatismes dentaires chez l'enfant

Les traumatismes dentaires chez l'enfant et l'adolescent sont l'une des causes les plus fréquentes de consultation en urgence au cabinet dentaire.

**Mathieu A. Derbanne**

Rubrique SFDE animée par  
Pierre Jonas et Gérard Guez

**EVALUEZ VOS CONNAISSANCES**  
avec P. Colon et G. Kuhn

- 1 Les CVIMAR sont les matériaux de choix pour traiter l'urgence esthétique.  Vrai  Faux
- 2 Les composites microhybrides peuvent être utilisés pour traiter l'urgence esthétique.  Vrai  Faux
- 3 Les tests de vitalité sont essentiels pour poser, en urgence, l'indication d'un traitement restaurateur.  Vrai  Faux
- 4 La transillumination est un outil de diagnostic important en cas de traumatisme sur une dent antérieure.  Vrai  Faux
- 5 L'hydroxyde de calcium doit être placé systématiquement en cas de fracture profonde sans exposition pulpaire.  Vrai  Faux
- 6 Un fragment fracturé doit être systématiquement recollé pour obtenir le meilleur résultat esthétique.  Vrai  Faux
- 7 Durant les visites de contrôle, les tests de vitalité sur une dent traumatisée doivent être poursuivis pendant un an afin de surveiller une éventuelle nécrose.  Vrai  Faux
- 8 Les composites comportant des charges prépolymérisées présentent des caractéristiques intéressantes sur le plan esthétique.  Vrai  Faux
- 9 Un certificat précisant le numéro des dents atteintes, décrivant la situation clinique et indiquant les conséquences possibles à long terme doit être remis systématiquement au patient même si ce dernier n'en fait pas la demande.  Vrai  Faux
- 10 Après un traumatisme ayant entraîné une fracture coronaire de l'ensemble du bord incisif sans exposition pulpaire on peut, après traitement d'urgence réaliser une coiffe céramo-céramique sur dent pulpée dans les quinze jours qui suivent le traumatisme.  Vrai  Faux
- 11 Les CVI conventionnels sont particulièrement indiqués en technique sandwich pour restaurer une incisive centrale fracturée.  Vrai  Faux
- 12 La digue est le système de choix pour restaurer une incisive fracturée par une technique adhésive.  Vrai  Faux
- 13 La digue peut être mise en place en 5 minutes pour isoler un secteur antérieur.  Vrai  Faux
- 14 Vous utilisez systématiquement la digue pour réaliser un composite antérieur sur une dent atteinte d'un traumatisme.  Vrai  Faux
- 15 Après quelques années, un composite antérieur restaurant un angle fracturé est dégradé en surface et sa teinte s'est altérée. Il est recommandé de refaire l'ensemble de la restauration.  Vrai  Faux

**L'origine des traumatismes est différente** chez le tout-petit en denture temporaire (apprentissage de la marche, méconnaissance des dangers) et chez l'enfant plus âgé (cours de récréation, voie publique, activités sportives).

**Les répercussions cliniques le sont également.** Il est important de noter que la position des dents peut être un facteur prédisposant aux traumatismes dentaires. Les enfants présentant un surplomb de 5 mm ou plus étant, une fois et demi, plus exposés à ce type de traumatisme que les autres. Cette différence est multipliée par deux lorsque le surplomb atteint ou dépasse 9 mm. Les circonstances de l'accident étant connues et nécessaires à l'établissement d'un certificat médical, nous pouvons réaliser notre observation clinique qui permet de connaître les dents atteintes et de prendre notre décision thérapeutique.

Si les dents temporaires et les dents permanentes appellent des thérapeutiques parfois différentes, elles viseront toutes des objectifs communs : prévention de la douleur, des séquelles, rétablissement des fonctions et de l'esthétique. Si ce dernier objectif semble être une évidence pour l'adolescent ou le jeune adulte chez le praticien sensibilisé à l'esthétique, il doit aussi l'être chez le très jeune enfant. En effet, dès son plus jeune âge, l'enfant peut souffrir d'une différence, une dégradation de l'esthétique dentaire représentant alors un handicap social qui devra être pris en compte.

**Diverses techniques restauratrices ou prothétiques dérivées des techniques employées chez l'adulte sont à notre disposition**, une simplification des protocoles étant principalement recherchée afin d'augmenter le confort lors des séances de soins que devront subir nos jeunes patients.

Néanmoins, la physiologie même des dents temporaires et leur proximité avec les dents permanentes en devenir impliquent souvent la non-conservation des organes dentaires traumatisés, et leur remplacement.

**Après une première phase de traitement consacrée au traitement de l'urgence et des séquelles immédiates du traumatisme, nous envisageons la restauration des organes dentaires abîmés ou perdus** comme cela est arrivé au petit Benoît, deux ans et demi.

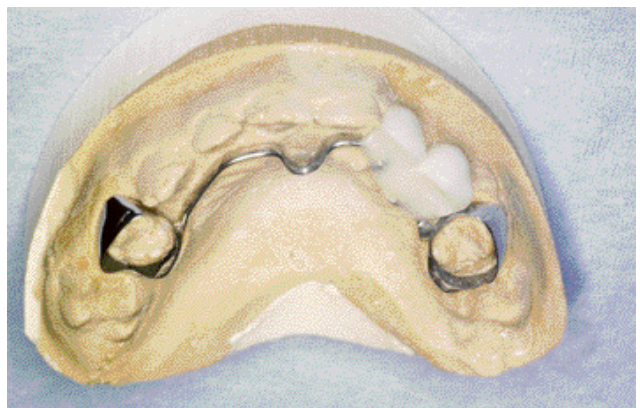
## Cas clinique

Benoît se présente en consultation d'urgence le lendemain d'une chute survenue lors d'une promenade en forêt. On constate immédiatement que la lèvre supérieure présente une déhiscence accompagnant un œdème important (fig. 1). Par ailleurs, sa maman nous indique que deux dents ont été perdues lors du choc. L'observation clinique et radiologique permet de contrôler l'expulsion complète de l'incisive latérale et de la canine temporaire maxillaire gauche (62 et 63).

Dans le but de prévenir l'apparition d'éventuelles dysmorphoses liées notamment à l'apparition de dysfonctions linguales et de rétablir une esthétique acceptable, un dispositif fixe est réalisé. Cela est possible sans entraver la croissance à l'âge de Benoît car la largeur d'arcade varie peu. Le dispositif est réalisé par la réunion de bagues orthodontiques scellées sur les premières molaires temporaires (les deuxièmes molaires sont trop peu évoluées pour servir de moyen de rétention), d'un arc palatin et de dents prothétiques fixées sur ce dernier (fig. 2).



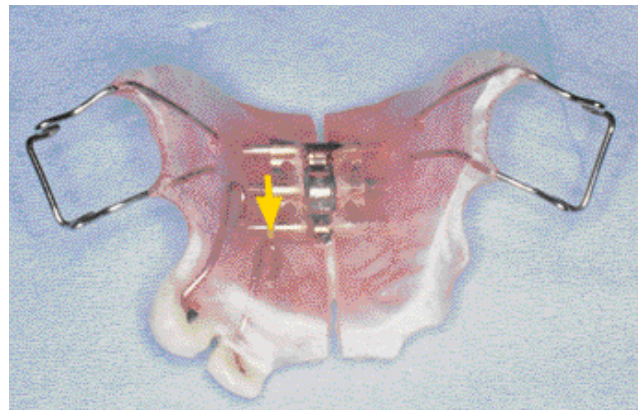
1. Vue extra buccale.



2. Prothèse pédiatrique fixe.



3. Vue clinique de la prothèse fixe (essages).



4. Prothèse pédiatrique adjointe.



5. Vue clinique de la prothèse adjointe.



6. Crochet de Adams (vue clinique).

Cet appareil est scellé en bouche et permet à la fois de rétablir esthétique et fonctions pendant deux ans et demi (fig. 3).

À l'âge de cinq ans, suite aux contraintes masticatoires, l'appareil réalisé deux ans plus tôt est brisé par Benoît. Une nouvelle prothèse doit être réalisée en prenant en compte le fait que la croissance transversale, notamment, augmente de manière quasi simultanée à l'apparition des dents permanentes. De façon à s'accommoder de la croissance, une prothèse amovible partielle est réalisée en incluant un vérin qui permet d'adapter la largeur de la prothèse à la croissance du maxillaire (fig. 4).

Ce type de prothèse permet, là aussi, de restaurer les fonctions perdues suite à la perte de ces deux organes dentaires en maintenant une esthétique acceptable (fig. 5). La rétention est confiée à des crochets de Adams qui permettent une bonne tenue en bouche de la prothèse, tout en restant relativement discrets (fig. 6).

## Conclusion

Les traumatismes dentaires chez l'enfant peuvent revêtir des aspects cliniques multiples qui demandent de faire appel à toutes les techniques restauratrices usuelles disponibles tout en prenant en compte les phénomènes de croissance et de remplacement des dents temporaires par les dents permanentes.

Ces thérapeutiques, difficiles, sont néanmoins très valorisantes pour le praticien qui rend le sourire à ces jeunes patients et, très souvent aussi, à leur maman.

Adresse de l'auteur  
Mathieu A. Derbanne  
Assistant Hospitalier Universitaire, Pratique Privée  
Odontologie Pédiatrique exclusive  
20, rue de Mogador - 75009 Paris  
Dr.mathieu@free.fr