

**Emmanuelle Rioux**Ancien interne des hôpitaux de Paris (Paris Descartes)  
CECSMO (Paris Descartes)

# À propos d'un cas de traction d'une incisive

## Introduction

Les praticiens se sont depuis fort longtemps intéressés aux problèmes suscités par la présence de dents retenues, incluses, par leur dégagement et leur mise en place sur l'arcade dentaire.

C'est ainsi que dès le XVI<sup>e</sup> siècle, le chirurgien impérial de Charles Quint du nom d'André Vesale eut l'idée de traiter par incision et dégagement osseux, permettant à une de ses dents de sagesse d'évoluer normalement. Angle et Howard utilisèrent tenons et bagues comme moyen d'accrochage sur une dent retenue.

Mais qu'entend-on par dent incluse ?

C'est une dent dont le sac folliculaire ne communique pas avec la cavité buccale après sa date normale d'éruption à plus ou moins deux écarts types (définition selon l'Afnor).

La notion d'inclusion est indépendante du phénomène d'éruption. En effet, une dent qualifiée « d'incluse » puisqu'elle n'a pas évolué à sa date dite

normale d'éruption, peut spontanément ou sous l'effet de sollicitations fonctionnelles évoluer à tout moment (exemple : une irritation fonctionnelle créée par une prothèse peut réactiver le potentiel éruptif d'une dent incluse à l'âge adulte).

Les canines incluses maxillaires sont, hormis les dents de sagesse, les dents les plus fréquemment incluses. Elles représentent plus de 50 % des dents retenues suivies des prémolaires, incisives maxillaires, canines mandibulaires puis molaires. Dans la population générale, les études épidémiologiques donnent 2 % d'individus concernés. Ce chiffre double dans les populations fréquentant les cabinets d'orthodontie. Il est à noter que les inclusions sont plus fréquentes chez les sujets féminins.

Nous allons présenter dans cet article le cas d'une jeune patiente de 14 ans présentant une incisive latérale mandibulaire incluse sous une dent surnuméraire. Nous rappellerons dans un premier temps

l'étiopathogénie, le diagnostic et les facteurs de décision de traitement des dents incluses.

## Étiopathogénie des inclusions

Nous retrouvons dans les causes générales l'existence de prédispositions familiales. Pour ce qui est des causes congénitales, les fentes labio-alvéolo-palatines sont fréquemment retrouvées, et sont souvent à l'origine d'inclusion de l'incisive latérale. On retrouve également fréquemment des phénomènes d'inclusions dans les syndrômes affectant la région crâniofaciale (syndrôme de Crouzon, syndrome d'Apert). Il existe aussi des causes pathologiques (avitaminoses A et D aux endocrinopathies). Au niveau régional, les deux causes les plus citées par les auteurs sont la brachygnathie maxillaire et la dysharmonie dento-maxillaire. Les causes locales sont liées soit au germe lui-même par malformations (rares), par perte de potentialité éruptive, soit à l'environnement du germe.

## Diagnostic

Le diagnostic de la canine maxillaire incluse est établi après une anamnèse, un examen clinique, mais il est essentiellement radiologique.

Il appartient à l'imagerie de confirmer l'inclusion en la distinguant de l'agénésie dentaire et de la localiser par rapport aux autres dents et aux structures anatomiques adjacentes (4).

La symptomatologie de l'inclusion s'avère le plus souvent très discrète chez l'enfant ou le jeune adolescent. Aussi, le praticien doit-il être très attentif. Des gestes cliniques essentiels permettront d'orienter le diagnostic :

- Étude de la mobilité de la dent temporaire pour apprécier le degré de résorption physiologique.
- Recherche d'une éventuelle mobilité des dents voisines, signant un risque de résorption radiculaire.
- La palpation, afin de rechercher la présence d'une voûture fibromuqueuse indolore, incompressible palatine ou vestibulaire.

L'examen radiographique vient ensuite compléter l'examen clinique. La radiographie panoramique est un cliché de première intention, de débrouillage de la région maxillo-dentaire, tout à fait suffisant pour

un dépistage. Il permet de situer la dent incluse dans le plan vertical (hauteur d'inclusion), dans le plan frontal (axe général de la dent), dans le plan antéro-postérieur (une dent située en arrière du plan de coupe apparaît agrandie et celle située en avant de ce plan, diminuée de taille). Enfin, l'examen radiographique permet de déceler la présence de dents surnuméraires, d'odontoïde ou d'anomalies de forme.

La téléradiographie de profil renseigne sur la situation verticale et antero-postérieure de la canine. Les rapports avec le plancher des fosses nasales sont objectivés. Grâce à la technique de Clark, l'interprétation la plus précise des superpositions des structures dentaires se fait à l'aide de 2 clichés rétro-alvéolaires, réalisés avec une angulation différente : le premier cliché est réalisé avec une angulation orthocentrique et le deuxième avec une incidence disto-centrique. Les clichés occlusaux sont quant à eux indiqués pour l'étude de la situation vestibulo-linguale. Le scanner, examen coûteux, doit rester exceptionnel et n'être jamais demandé en première intention. Il est réservé aux inclusions profondes, aux situations anatomiques complexes que sont les inclusions multiples associées à des dents surnuméraires ou encore les anomalies faciales congénitales. Le cone beam représente en ce sens une alternative très intéressante, puisque, faiblement irradiant, il peut offrir les informations suffisantes et nécessaires à la localisation de la dent incluse, et à ses apports anatomiques (4).

## Diagnostic différentiel

Il est à faire avec :

- L'extraction : d'où l'importance de l'interrogatoire.
- L'agénésie : rare pour les canines (0,13 % selon Delder). Elle est plus fréquente pour les troisièmes molaires, les incisives latérales supérieures et les deuxièmes prémolaires inférieures.
- Un retard d'évolution
- Une rétention
- Une ectopie
- Une ré-inclusion totale (exemple : deuxième molaire temporaire ou incisive latérale)
- La voûture peut être provoquée par des kystes d'origine dentaire ou non.
- Des dépressions et fistules peuvent être des vestiges d'accidents inflammatoires antérieurs.

En général, la radiographie permet de trancher.

## Diagnostic évolutif, dans le cas présent d'une inclusion de la deuxième incisive inférieure gauche

### 1) Sans traitement

Les répercussions sont nombreuses et plus ou moins graves.

- *Inclusion silencieuse* :

Il existe une persistance de l'inclusion le plus souvent. Chez l'édenté appareillé, cela peut provoquer une intolérance ou une fracture de la prothèse.

- *Ankylose, résorption radiculaire ou coronaire, courbures radiculaires, hypercémentoses* sont également décrites dans la littérature.

Sur les dents voisines peuvent se produire des complications mécaniques par poussée directe ou par effet de masse du sac péricoronaire. Ceci pouvant entraîner des malocclusions ou des résorptions radiculaires. La dent incluse peut être à l'origine de complications infectieuses (kyste péricoronaire).

### 2) Avec traitement

Le traitement de l'inclusion peut être :

- l'interception,
- l'extraction,
- la mise en place chirurgicale,
- le traitement chirurgico-orthodontique.

Si, pour les troisièmes molaires, l'extraction est généralement choisie, on peut dire que pour les incisives et les canines, depuis l'avènement du collage et de l'amélioration des techniques chirurgicales et parodontales, la mise en place de la dent est généralement tentée.

Pour les prémolaires, la décision dépend généralement de la DDM.

- des possibilités orthodontiques (en fonction des dysmorphoses associées ou d'une éventuelle ankylose de la dent incluse),
- de la valeur esthétique et fonctionnelle de la dent.

## Cas clinique

### 1) Diagnostic positif (figures 1 à 9)

Une jeune patiente âgée de 13 ans et 3 mois, en denture adulte jeune incomplète, est venue consulter pour des raisons esthétiques, et elle a été adressée par son chirurgien-dentiste traitant pour agénésie et dents incluses. Elle présente :

- *Au niveau dentaire*, une classe I d'angle molaire et canine, avec cependant une tendance classe III de la dent 36, due à une mésialisation secondaire à l'absence de 33 sur l'arcade. La canine maxillaire droite est retenue et la canine maxillaire gauche fait son éruption en palatotopie. On note la persistance sur l'arcade des canines lactées maxillaires. La



FIGURE 1



FIGURE 2

## Facteurs de décision

La décision thérapeutique dépend :

- du patient (âge, coopération, hygiène, état général),
- des possibilités chirurgicales (position de la dent et état du parodonte),



FIGURE 3



FIGURE 6



FIGURE 4



FIGURE 7



FIGURE 5



FIGURE 8 : Panoramique initiale



FIGURE 9 :  
Téléradiographie initiale

canine inférieure gauche est retenue, l'incisive latérale inférieure gauche est incluse (inclusion profonde et vestibulaire). Les dents lactées 72 et 73 sont présentes sur l'arcade. Les examens radiographiques nous révèlent la présence d'un odontome, nommé 71 bis, en position apicale de la dent 72 persistante. Le milieu inter-incisif mandibulaire est décalé de 1 mm vers la gauche, et il existe une faible dysharmonie dento-maxillaire.

- Au niveau squelettique, on note une classe I de Ballard avec Ao-Bo de 0 mm, confirmant une tendance à la rétromaxillie. Son schéma facial est hypodivergent.

Au niveau esthétique la patiente présente une bi-rétrocheilie, sur un profil rectiligne et transfrontal, et rien n'est à signaler au niveau fonctionnel.

## 2) Les objectifs de traitement

Compte tenu de la faible dysharmonie dento-maxillaire, du profil de la patiente, et de la présence sur arcade de la dent temporaire 72 (maintenant l'espace dévolu à la dent incluse), nos objectifs de traitement sont la mise en occlusion fonctionnelle de la 32 incluse, après extraction des dents lactées et de la dent surnuméraire. Au niveau dentaire, la continuité des arcades en classe I est attendue. Au niveau squelettique, nous veillerons à ne pas ouvrir le plan mandibulaire.

La difficulté de ce traitement sera la gestion de l'environnement parodontal de la 32, lors de sa mise en place sur l'arcade.

## 3) Les étapes du traitement

La première phase est la phase d'aménagement orthodontique de l'espace dévolu à la 32. Il consiste en un alignement/nivellement des arcades maxillaire et mandibulaire, et montée en gamme de notre séquence d'arcs orthodontiques, jusqu'à avoir un arc suffisamment rigide pour soutenir la traction de la 32 incluse (figures 10 à 13).

La deuxième phase consiste en l'extraction des dents lactées, et l'exposition chirurgicale de la 32 avec collage d'un bouton sur sa face exposée (vestibulaire). Il est important lors de cette phase de respecter l'environnement parodontal et d'anticiper le mouvement que fera la dent tractée : son éruption doit se faire dans la gencive kératinisée.



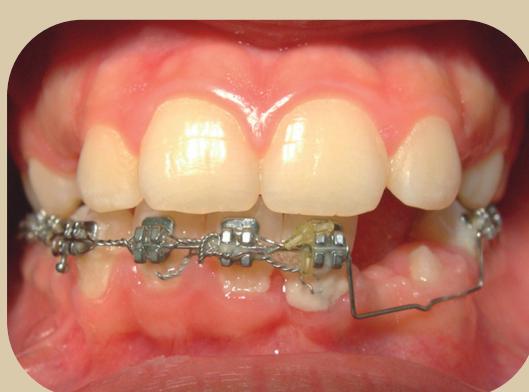
**FIGURE 10 :**  
La 32 est dégagée



**FIGURE 11 :**  
Suture après extraction  
des dents lactées  
et surnuméraires. Par  
la suite un collage d'un  
bouton permettra la traction  
sur la 32 incluse



**FIGURE 12 :**  
Radiographie rétro-alvéolaire  
à J + 3 mois



**FIGURE 13 :**  
Examen en bouche  
à J + 3 mois



FIGURE 14 : Lambeau déplacé apicalement à J + 14 mois



FIGURE 15 : Traitement à J + 15 mois

La troisième phase de ce traitement ortho-chirurgical démarre après la mise en occlusion fonctionnelle de la dent tractée : c'est la phase de finition. Une intervention parodontale a été nécessaire, la dent tractée a en effet fait son éruption dans la gencive libre. L'intervention a consisté en un lambeau déplacé apicalement (figures 14 et 15).

#### 4) Devenir pulpaire et parodontal

La littérature décrit une augmentation du risque de modifications pulpaires si les mouvements radiculaires sont excessifs.

Par ailleurs, Woloshyn et al. (6) notent dans leur étude de 1994 des oblitérations pulpaires dans 20 % des cas de traction de canines incluses. Selon eux, il n'existe pas de corrélation entre l'emplacement initial de la dent et l'apparition de modifications pulpaires (6). Dans le cas clinique présenté ici, aucune anomalie pulpaire n'a été relevée sur l'incisive latérale incluse, malgré sa position éloignée.

Lors de la traction orthodontique, les dents adjacentes peuvent souffrir de résorptions radiculaires (mouvements parasites, intrusion) (1, 2, 3).



FIGURE 16



FIGURE 17

Il convient donc d'effectuer des contrôles radiographiques réguliers, afin de s'assurer du trajet de traction que l'on effectue sur la dent.

Il n'est pas rare d'observer une malposition de la dent tractée (torque corono-vestibulaire insuffisant, fibrotomie circonferentielle recommandée si la dent était en rotation) (5, 6). C'est pourquoi la phase de finitions orthodontiques est incontournable, une fois la couronne de la dent incluse positionnée sur l'arcade (figures 16 à 20).

#### Conclusion

La mise en place de dents incluses lorsqu'elle est indiquée, représente toujours une part d'inconnu, quelles que soient les précautions diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre. C'est la situation typique qui illustre bien dans notre exercice l'obligation de moyens et non de résultats.

Une inclusion ne doit jamais être regardée comme un problème facile à résoudre, mais au contraire il faut émettre des réserves auprès du patient afin de prévenir toute éventuelle déception.



FIGURE 18



FIGURE 19

FIGURES 16 À 19 : Fin du traitement

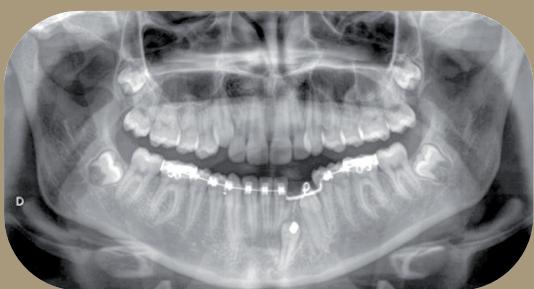


FIGURE 20 : Panoramique en fin de traitement  
à J + 24 mois

L'orthodontiste devra veiller particulièrement à utiliser des forces légères et continues, une contention adaptée, et effectuer une bonne gestion du parodonte avant, pendant et après le traitement ortho-chirurgical (5).

Il ne faudra pas omettre le très actuel principe de précaution et :

- informer le patient sur les risques, les incertitudes,
- obtenir son consentement éclairé.

## Bibliographie

- 1) Bishara S. Impacted maxillary canines : a review. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1992 ; 101(2) : 159-171.
- 2) Charles A et al. Periodontal concerns associated with the orthodontic treatment of impacted teeth. Am J Orthod Dentofac Orthop 2002 ; 121 : 639-49.
- 3) Linge L, Linge BO. Patient characteristics and treatment variables associated with apical root resorption during orthodontic treatment. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1991 Jan ; 99(1) : 35-43.
- 4) Pajoni D, Jouan E, Hermann P. Intérêts des reconstructions tridimensionnelles dans la localisation des canines incluses. Rev Orthop Dento Fac 1995 ; 29(4) : 473.
- 5) Schmidt A, Kokich V. Periodontal response to early uncovering, autonomous eruption, and orthodontic alignment of palatally impacted maxillary canines. Am J Orthod Dentofac Orthop 2007 ; 131 : 449-455.
- 6) Woloshyn H et al. Pulpal and periodontal reactions to orthodontic alignment of palatally impacted canines. Angle Orthod 1994 ; 64(4) : 257-264.

## Précision

Les auteurs (Ahd Zaghiba, Hichan Soualhi, Amal El Yamani) de l'article de formation continue paru dans le CDF n° 1526 du 26 avril 2012: « Le point sur le collage des tenons fibrés », sont issus de la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat (Maroc).