

## Observation clinique

# Dent temporaire ankylosée : un cas de ré-inclusion

Sébastien Mercier<sup>1,\*</sup>, Delphine Schmidt<sup>2</sup>, Lucy Hoang<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Université Paris Descartes, Service d'Odontologie, Hôpital Bretonneau, Paris, France

<sup>2</sup> Service de Stomatologie, Hôpital Saint Antoine, Paris, France

<sup>3</sup> Université Paris Descartes, Service d'Odontologie, Hôpital Chenevier, Créteil, France

(Reçu le 9 juillet 2013, accepté le 23 septembre 2013)

### Mots clés :

ankylose dentaire /  
dent temporaire /  
ré-inclusion molaire

### Key words:

tooth ankylosis /  
deciduous tooth /  
molar in reinclusion

**Résumé – Introduction :** L'ankylose est un phénomène courant, en denture temporaire stricte ou mixte. Elle concerne essentiellement les secteurs postérieurs pour les dents lactéales et le secteur antérieur pour la denture adulte. **Observation :** Une enfant de 6 ans sans antécédents médicaux a consulté pour la présence d'une dent temporaire « ré-incluse ». **Discussion :** L'évolution d'une ankylose est le plus souvent défavorable. Les traitements sont discutés en fonction du type de denture.

**Abstract – Ankylosed primary tooth: a case report. Introduction:** Tooth ankylosis is a current phenomenon, especially in strict or mixed deciduous dentition. It concerns essentially posterior sectors for deciduous teeth and anterior sector for adult dentition. **Observation:** A 6-year-old girl with no medical history has consulted for the presence of a primary tooth "re-included". **Discussion:** The ankylosis evolution is often unfavourable. Treatments depends on the dentition.

## Introduction

L'ankylose dentaire a de nombreux synonymes : rétention, ré-inclusion, infraclusion. C'est un phénomène courant en denture temporaire et mixte. Elle correspond à un arrêt d'évolution de la dent temporaire alors que l'ensemble des autres dents continue leur éruption. Plus le temps passe, et plus la « ré-inclusion » est évidente.

Les dents les plus touchées, par ordre de fréquence, sont les premières et les deuxièmes molaires temporaires mandibulaires, puis les premières et deuxièmes molaires temporaires maxillaires. Les dents antérieures temporaires ne sont jamais concernées [1]. L'atteinte est plus rare en denture définitive. Elle concerne les dents antérieures, le plus souvent suite à un traumatisme pour les incisives supérieures, ou suite à un dégageement chirurgical pour les canines incluses.

## Observation

Une jeune patiente âgée de 6 ans, a été adressée pour la « ré-inclusion » de la 75. L'interrogatoire ne révélait pas d'antécédent médical ou chirurgical. Aucun symptôme n'était décrit par la patiente.

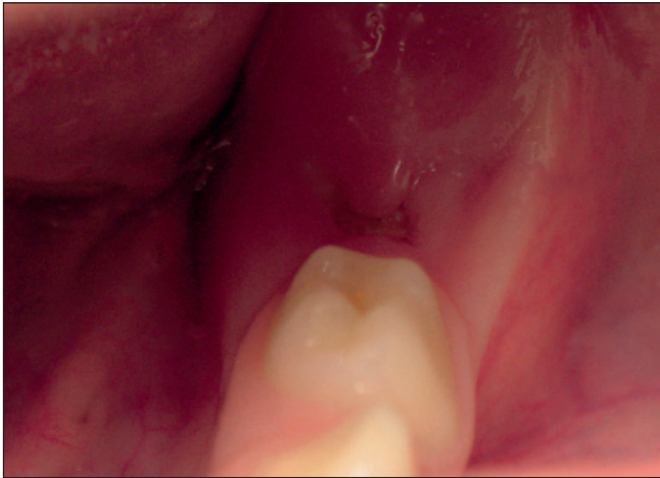
À l'examen clinique, la 75 était absente. Il existait un large pertuis sur la crête alvéolaire, en arrière de la 74. Aucune particularité n'était décelée lors de la palpation. La 36 n'avait pas encore fait son éruption (Fig. 1).

La radiographie panoramique mettait en évidence la présence de 75 qui paraissait ingressive par rapport à 74. Le diagnostic d'ankylose de la 75 a été posé et son avulsion réalisée (Fig. 2).

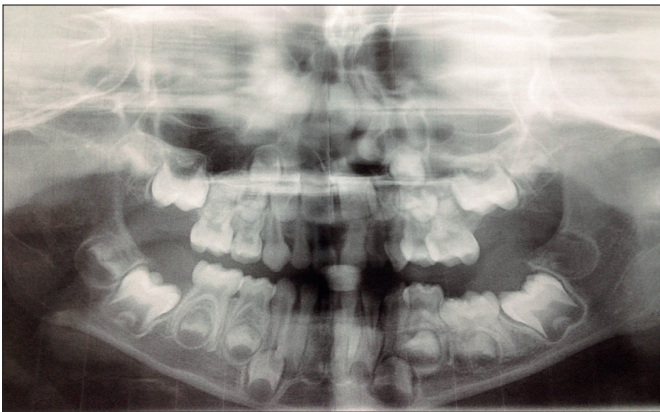
## Discussion

L'ankylose alvéolo-dentaire est due à la fusion entre l'os alvéolaire et le cément radiculaire. Elle résulte d'une rupture au niveau du ligament alvéolo-dentaire ou du sac folliculaire de la dent atteinte, souvent d'origine traumatique ou iatrogène [2-5]. La croissance de l'os alvéolaire se fait par apposition interstitielle de cellules osseuses. L'ankylose empêche toute apposition osseuse dans l'alvéole. L'éruption est stoppée pour la dent ankylosée mais elle se poursuit pour les dents adjacentes : la dent ankylosée semble « disparaître » sous le plan d'occlusion [1].

\* Correspondance : docteur.sebastien.mercier@gmail.com



**Fig. 1.** Vue clinique montrant l'absence de 75.  
*Fig. 1. Clinical view showing the absence of 75.*



**Fig. 2.** Radiographie panoramique mettant en évidence la « ré-inclusion » de 75.  
*Fig. 2. Panoramic radiography revealing the re-inclusion of 75.*

L'origine de l'ankylose est mal connue. Plusieurs facteurs sont cités : des facteurs génétiques pour les formes familiales

ou pour celles associées à des syndromes, métaboliques et traumatiques pour les dents antérieures définitives [4].

Le traitement de l'ankylose est variable selon qu'il s'agit d'une dent temporaire ou d'une dent permanente. Plusieurs critères sont à prendre en compte : présence du germe succédané, âge et coopération du patient, possibilité de suivi, sévérité de l'atteinte. Dans le cas de dents temporaires, le suivi est impératif afin d'évaluer la perte de fonction de la dent et le risque d'apparition de désordres occlusaux. L'exfoliation naturelle peut être retardée d'environ 6 mois par rapport à une dent normale dans le cas d'ankylose légère ou modérée [5]. L'avulsion est indiquée dès que l'infraclusion est importante ou précoce, ou si le germe de la dent de remplacement est absent. La pose d'un mainteneur d'espace est préconisée afin de limiter le déplacement et la version des dents adjacentes. La réalisation de ce dernier n'est pas toujours envisageable, notamment chez les patients très jeunes en denture temporaire stricte ou lorsque la première molaire est en cours d'éruption.

Dans le cas de dents permanentes le risque de rhizalysie est élevé. Une thérapeutique transitoire est souhaitable pour l'adolescent en attendant la maturation osseuse et parodontale [5].

**Conflits d'intérêt :** aucun

## Références

1. Bready LJ, McKibben DH. Ankylosis of primary molar teeth. I. Prevalence and characteristics. *J Dent Child* 1973;40:54-63.
2. Andersson L, Blomlöf L, Lindskog S, Feiglin B, Hammarström L. Tooth ankylosis. Clinical, radiographic and histological assessments. *Int J Oral Surg* 1984;13:423-31.
3. Kuroi J. Early treatment of tooth-eruption disturbances. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2002;12:588-91.
4. Schätzle M, Tanner SD, Bosshardt DD. Progressive, generalized, apical idiopathic root resorption and hypercementosis. *J Periodontol* 2005;76:1106-12.
5. Franck CA. Treatment options for impacted teeth. *J Am Dent Assoc* 2000;131:623-32.