

Enseignante : **Dr F. CHAABIA**

La zone inter proximale et Syndrome du septum

PLAN

Introduction

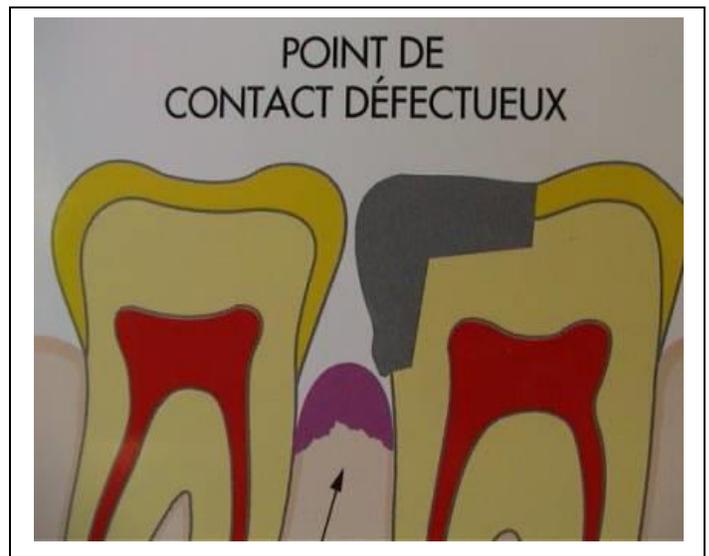
I. La zone inter proximale

1. Définition
2. Anatomie
3. Physiologie
4. Modification physiologique
5. Pathologie

II. Le syndrome de septum

1. Définition
2. Etiologie
3. Symptomatologie
4. Diagnostic différentiel
5. Diagnostic positif
6. Evolution et complication
7. Traitement
8. Pronostic

Conclusion



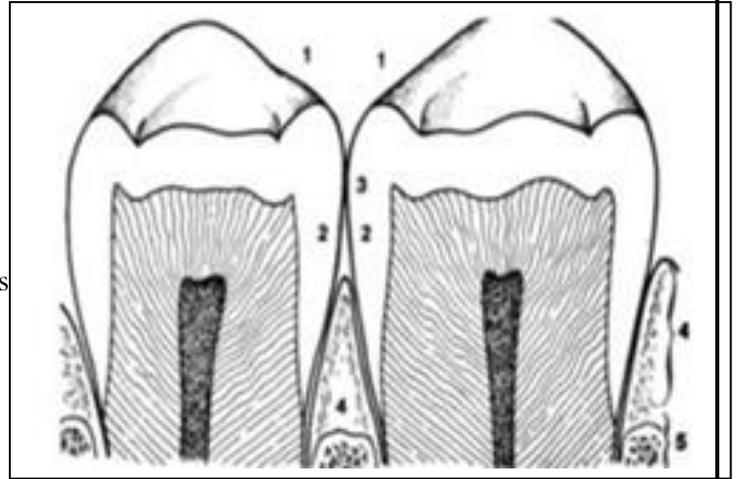
Introduction

- Le point de contact entre deux dents est d'une importance capitale pour la santé de la dent et du parodonte.
- Une absence ou un défaut de contact, entraîne des désordres très préjudiciables.

I. La zone inter proximale

1. Définition

- **La zone inter proximale** est un ensemble anatomique et fonctionnel délimité par deux dents adjacentes en contact
- Elle comprend des éléments dentaires et parodontaux :
 1. Les fossettes et les crêtes marginales,
 2. Les faces proximales,
 3. Le point ou surface de contact inter-dentaire,
 4. La papille gingivale et
 5. Le septum alvéolaire.



2. Anatomie

- Il est important de bien connaître l'anatomie des éléments constitutifs de cette zone pour pouvoir ultérieurement la restaurer dans de bonnes conditions

2.1 Les éléments dentaires :

⇒ Les crêtes marginales :

- Sont des élévations linéaires de la face occlusale des dents cuspidées et de la face linguale ou palatine des incisives et des canines
- Elles assurent la jonction entre la cuspide vestibulaire et linguale des dents pluricuspidées et entre le bord libre et le cingulum des dents monocuspidées

⇒ Les faces proximales :

- C'est une surface convexe qui devient concave vers le collet se termine par une partie rectiligne au voisinage de la gencive

⇒ La zone de contact :

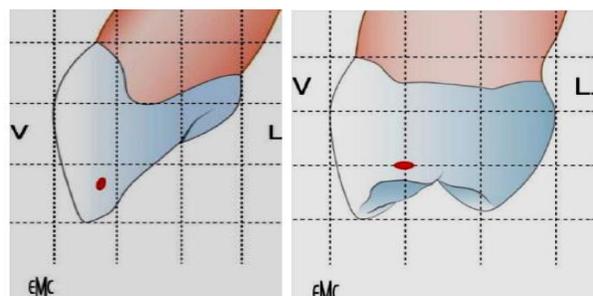
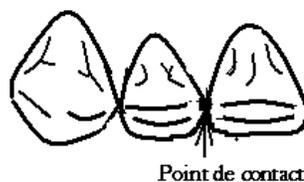
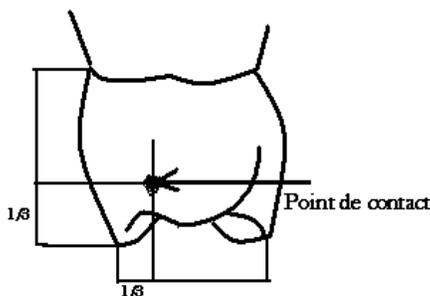
- Un contact inter-proximal est un affrontement des dents adjacentes dans la continuité de l'arcade dentaire

✚ Le point de contact :

- Le point de contact inter dentaire se définit comme étant la zone de contact entre les faces proximales de 2 dents adjacentes.
- Il se trouve au carrefour de 4 volumes pyramidaux ou embrasures : vestibulaire, palatine/linguale, occlusale, cervicale.
- L'aire ainsi délimitée autour du point de contact est appelée l'espace interproximal.

Chez le jeune ; il est sensiblement situé

- Au niveau du 1/3 vestibulaire dans le sens Vestibulo Lingual et
- Au niveau du 1/3 triturant de la couronne dentaire y compris les cuspidés dans le sens vertical (Il est presque au sommet de la face proximale).



Situation statistique du point de contact sur la face proximale à l'intersection du tiers occlusal et du tiers vestibulaire.

Chez l'adulte ; par suite d'usure inter proximale consécutive à la mobilité des dents durant la mastication, on parle de surface de contact.

2.2 Les éléments parodontaux :

⇒ L'espace inter-proximal :

La zone de contact inter proximale, entre deux surfaces convexes, induit la formation de quatre espaces pyramidaux appelés embrasures et on distingue :

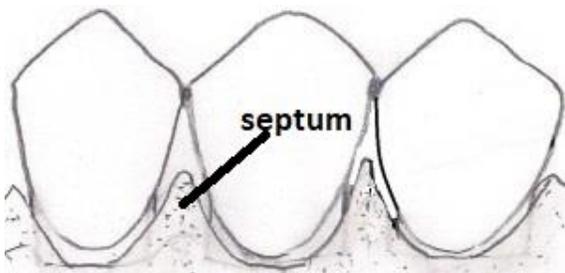
- ✓ L'embrasure occlusale ; située au-dessus du point de contact
- ✓ L'embrasure cervicale ; située en dessous du point de contact (sert de logement à la papille interdentaire)
- ✓ L'embrasure vestibulaire ; située vestibulairement par rapport au point de contact ;
- ✓ L'embrasure linguale ; située lingualemment par rapport au point de contact.

⇒ La papille gingivale:

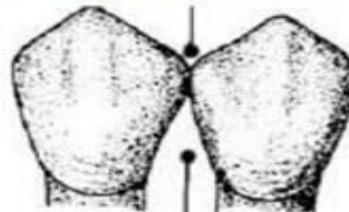
- C'est la portion de gencive libre qui comble l'espace inter dentaire de deux dents adjacentes en contact
- Chez le sujet jeune, l'espace inter proximal est rempli par la papille, celle-ci se subdivise en 2 papilles vestibulaire et linguale séparée par une dépression " le col inter dentaire "
- Avec l'âge cette papille a tendance à libère progressivement cet espace
- Cette zone est particulièrement fragile parce qu'elle est peu kératinisée (n'étant pas soumise aux stimulations fonctionnelles)

⇒ Le septum alvéolaire:

- C'est un os spongieux (fragilité face a toute sorte d'agression) limité par deux corticales (externe et interne)
- Il sert de support à la papille gingivale.



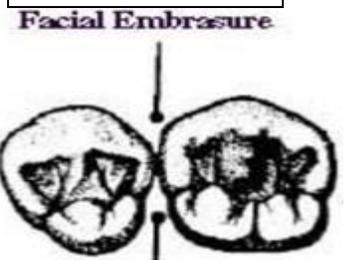
Occlusal Embrasure



Apical Embrasure

Embrasure cervicale

Embrasure Vestibulaire

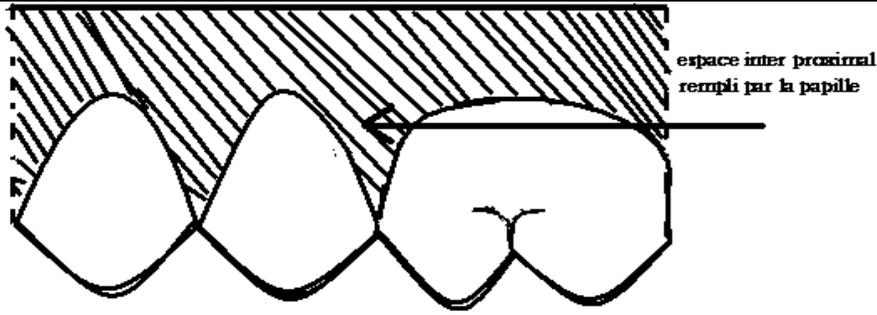


Lingual Embrasure

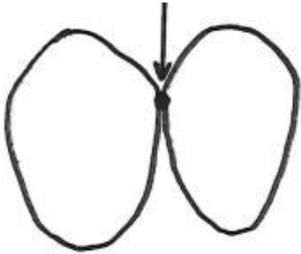
3. Physiologie de la zone inter dentaire :

- En réalité ; les dents sont sollicités au cours de la mastication et de la déglutition, cette fonction entraîne une mobilisation des dents dans le sens axiale, vestibulaire et linguale qui crée des facettes d'usure coronaire proximale et occlusale
- L'action du point du contact va varier avec l'âge et son fonctionnement différent selon son évolution ;
- Chez un sujet jeune on observe :
 - Les dents sont peu abrasées
 - La zone de contact est très réduite (un point de contact) ;
- Le bol alimentaire est soumis à une trituration par les dents postérieures antagonistes
- Ensuite il est orienté par les crêtes :
 - La plus grande partie va vers le versant triturant incliné de la crête,
 - Et la partie la plus faible, guidée par le versant proximale, s'engage de part et d'autre du point de contact
- Les aliments sont ainsi rejetés vers le vestibule ou la face linguale par les plans inclinés de la papille gingivale

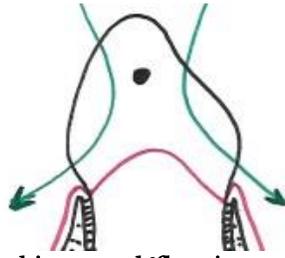
Dans ce cas il n'y a pas de stagnation alimentaire inter dentaire ; donc il y a très peu de risque d'installation de carie proximale



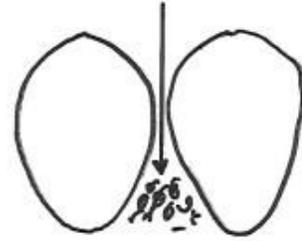
« Chez un sujet jeune »



Bon point de contact:
Pas de bourrage.



Architecture déflectrice normale
des tissus dento-parodontaux



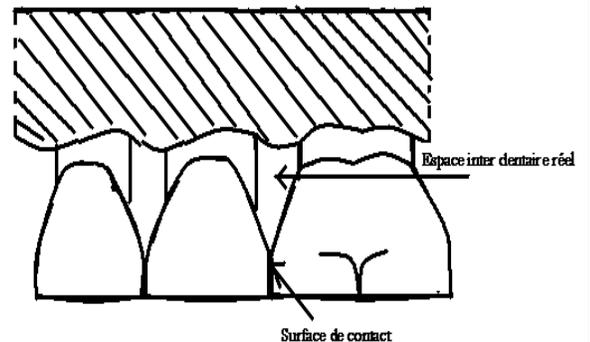
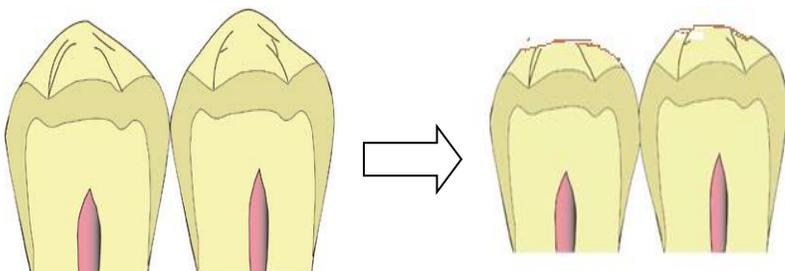
Absence de point de contact:
Bourrage alimentaire

4. Modification physiologique de la région inter proximale

- ✚ La denture d'un adolescent présente des contacts **punctiformes** entre chaque dent.
- ✚ Chez les personnes âgées on assiste aux modifications suivantes :
 - ✓ Usure proximale et occlusale ;
 - ✓ Abrasion des crêtes marginales.
 - ✓ Le point de contact devient une surface de contact ;
 - ✓ Sillon dentaire devient une fente
 - ✓ L'espace inter proximal augmente de volume et la papille à tendance à se rétracter en absence d'inflammation.
 - ✓ Au niveau de la fibro-muqueuse et de l'os alvéolaire, la sénescence se traduit par une rétraction mettant à nu une partie de la racine ; la couronne clinique s'allonge tandis que la racine clinique diminue d'autant, les septa inter dentaires se décapitent, toute fois l'herméticité du desmodonte est réservée

Résultats :

- Le bol alimentaire est toujours broyé mais l'écoulement est plus vestibulaire que linguale à cause de la surface de contact
- Stagnation alimentaire au niveau de l'espace inter dentaire (favorisée par les zones concaves et par l'affaissement de la papille)
- Récession gingivale
- Apparition de carie et de pathologie parodontale



Transformation du point de contact en surface de contact lors du vieillissement.

5. Pathologies de la zone inter proximale

- Dès que l'intégrité anatomique est atteinte ou s'il existe des dysharmonies dans le rapport des dents entre elles, il apparait rapidement :
 - ❖ Rétention alimentaire, plaque bactérienne
 - ✘ Carie proximale
 - ✘ Approfondissement du sillon gingival.
 - ✘ Migration de l'attache épithéliale.
 - ✘ Destruction des fibres superficielles du LAD.
 - ✘ Résorption osseuse (poche parodontale).

II. Le syndrome du septum inter dentaire

1. Définition

- C'est une inflammation des tissus de l'espace inter-dentaire, d'abord la gencive, puis si rien n'est fait, l'os alvéolaire, et qui se termine par la destruction du septum osseux et une infection avec un petit abcès localisé entre les deux dents concernées.
- Le syndrome de septum est la conséquence d'une dysfonction de la zone inter dentaire qui se manifeste par une atteinte douloureuse plus ou moins profonde.
- Il est provoqué par un tassement alimentaire, souvent aggravé par les des manoeuvres d'élimination iatrogènes.

2. Etiologies

➤ Causes fonctionnelles:

- Déglutition atypique avec interposition linguale.

➤ Causes morphologiques:

- Anomalies de formes,
- Malposition dentaire
- Pathologies infectieuse

➤ Causes occlusales:

- Cuspide plongeante: pénètre profondément entre 2 dents et créer un espace
- Perte de calage mésio distal (extraction non compensée, microdontie généralisée)

➤ Causes iatrogènes:

- Restauration défectueuses (amalgame débordant, prothèse mal adaptée, crochet ou système d'attache d'une prothèse adjointe, rugosité d'une restauration)



3. Symptomatology

✘ Signes clinique:

➤ Subjectifs:

1. Tassement alimentaire avec sensation de compression.
2. Douleurs provoqués surtout pendant et après les repas.
3. Douleurs provoqués aux variations thermiques.
4. Douleurs spontanés peuvent exister plus ou moins intenses, parfois diffuse même pulsatiles. Ces douleurs peuvent êtres violentes et mal localisables, souvent confondues avec les douleurs de pulpites.



➤ Objectifs:

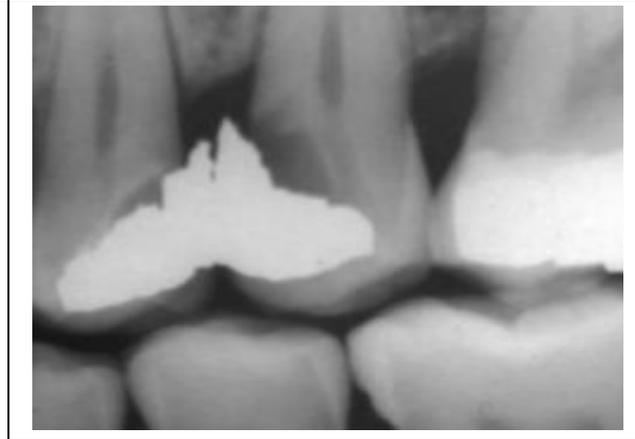
✚ L'inspection:

- Bourrage alimentaire.
- Hypertrophie de la papille.
- Hémorragie spontanée et provoquée (calme la DLR)

✚ Sensibilité à la pression et à la percussion transversale.

✚ Radiologie (Retro alvéolaire ou bite wing)

- Peut montrer :
 - Une atteinte du septum inter dentaire +/- avancée selon le stade de la lésion (horizontale, verticale, oblique)
 - Un élargissement desmodontal
 - La présence ou non de caries proximales, d'obturation débordantes



✘ Signes généraux :

- Souvent nul
- Cependant les algies entraînant une altération de l'état général (insomnie, anorexie ...)

4. Diagnostic différentiel :

- On se basant sur les 3 tests suivants :
 - ⇒ Le sondage parodontal,
 - ⇒ Les testes de vitalité, et
 - ⇒ La radiographie
- Il sera fait avec :
 - ✚ Les pulpites aiguës
 - ✚ Les réactions péri apicales aiguës
 - ✚ Alvéolites

5. Diagnostic positif :

- A l'aide d'une spatule à bouche avec laquelle on réalise une simple pression au niveau de la zone ce qui va déclencher :
 - ✓ Une douleur très vive et
 - ✓ Un saignement gingival éventuel

6. Evolution et complication :

- Si aucun traitement n'est entrepris, l'évolution s'oriente vers une atteinte de l'attache épithéliale, puis une destruction de l'attache conjonctive, enfin des lyses de l'os alvéolaire peuvent apparaître :
 - ✘ Parodontolyse complexe avec mobilité dentaire;
 - ✘ Carie du cément ;
 - ✘ Abscess parodontale;
 - ✘ Pulpite à retro;
 - ✘ Abscess intra osseux.

7. Traitement

➤ TRT symptomatique

- ✓ Nettoyage de l'espace inter dentaire (débarrasser l'espace proximale des débris)
- ✓ Sous anesthésie, curetage de la poche et éviction de l'hypertrophie papillaire Si elle existe.
- ✓ Hémostase a H_2O_2
- ✓ Attouchement à l'acide Chromique à **10%**, ou à défaut de l'**Eugénol**.
- ✓ TRT d'ordre générale antalgique si nécessaire
- ✓ La préconisation de réaliser des bains de bouche à base de chlorehexidine à 0,2% deux fois par jour pendant une semaine
- ✓ Conseils d'hygiène bucco-dentaire.

✚ En présence d'une hypertrophie papillaire importante :

Résection au bistouri « papillectomie » et on place un ciment de protection pendant quelques jours ce ciment empêche la formation d'une nouvelle papille flottante

✚ En cas d'une poche parodontale supra osseuse :

Curetage soigneux de la poche sous anesthésie locale, ce curetage supprime le tartare, le ciment nécrosé et le tissu de granulation

➤ TRT Etiologique

- Supprimer toutes les causes responsables du passage alimentaire, en fonction du cas clinique le praticien pourra :
 - ⇒ Recréer un point de contact idéal (reprise d'une restauration défectueuse)
 - ⇒ Effectuer des réglages occlusaux
 - ⇒ Modifier la prothèse existante

➤ TRT Prophylactique

- Consultation périodique chez le dentiste pour dépister les caries proximales + Surveillance régulière de l'état parodontal.
- Bonne hygiène.

8. Pronostic

- Si le TRT est relativement rapide, les pertes tissulaires seront minimales
- Certains cas de syndrome du Septum peuvent être responsables de véritables nécroses osseuses qui peuvent nécessiter un TRT chirurgicale.

Conclusion

- L'espace inter-dentaire, entité anatomique et fonctionnelle importante des arcades dentaires, doit être connu et respecté par les praticiens afin de réaliser des obturations **non iatrogènes** et physiologiques.
- Un traitement réussi permet un entretien soigné et régulier des zones proximales par un patient sensibilisé au contrôle de plaque et à un brossage rigoureux, ainsi que le passage du fil de soie qui ne doit pas se déchirer au passage du point de contact.