



République Algérienne Démocratique et Populaire

Université FERHAT ABBAS-Séif -1-

Faculté de médecine- Département de médecine dentaire

Cours d'Odontologie Conservatrice-Endodontie à l'usage des étudiants de deuxième année

*Les lésions des tissus durs de la dent
autres qu'infectieuses et traumatiques*

Réalisé et présenté par :

Dr.S.KHELAFIA

Maître assistant en odontologie conservatrice-endodontie

Année universitaire 2017-2018



Bibliothèque
MedStore



Bibliothèque
MedStore



Bibliothèque
MedStore



Bibliothèque
MedStore



Bibliothèque
MedStore



Bibliothèque
MedStore

Le plan

Introduction

- 1. Terminologie
- 2. Étiologies des anomalies de structure
- 3. Formes cliniques

3.1. Lésions cervicales

- 3.1.1. Attrition
- 3.1.2. Abrasion
- 3.1.3. Érosion
- 3.1.4. Abfraction

3.2. Atteintes de l'émail

- 3.2.1. L'amélogénèse imparfaite
- 3.2.2. Hypoplasie banale de l'émail
- 3.2.3. Hypoplasie complexe de l'émail
- 3.2.4. Hypoplasies traumatiques
- 3.2.5. La dent de Turner

3.3. Atteintes de la dentine

- 3.3.1. Dentinogenèse imparfaite
- 3.3.2. Dysplasie dentinaire

3.4. Anomalies du ciment

- 3.4.1. Hypoplasie du ciment
- 3.4.2. Hyper-cémentose ou hyperplasie cémentaire

3.5. Odontogénèse imparfaite

- 3.6. Odontodysplasie régionale : taurodontisme ou dent fantôme

3.7. La fluorose dentaire

Introduction :

Les tissus durs de l'organe dentaire peuvent être affectés par des pathologies (anomalies) autres que carieuses et traumatiques qui altèrent comme les précédentes les tissus durs de la dent.

1. Terminologie :

- **Anomalie dentaire :** L'anomalie dentaire est une déviation constitutionnelle ou génétique de l'évolution normale du système dentaire. Elle est la conséquence d'un processus normal ou d'une pathologie connue ou inexplicquée intervenant lors de la formation d'un organe, troublant son développement et aboutissant à un résultat inhabituel, une lésion définitive, une malformation par exemple.
- **Hypoplasie :** insuffisance de développement tissulaire.
- **Dysplasie :** perturbation de ce même développement tissulaire

2. Étiologies des anomalies de structure :

Les anomalies de structure reflètent les altérations des tissus constitutifs de la dent, d'origine génétique ou liées à l'environnement local ou systémique :

- > **Génétiques :** C'est la mutation d'un gène spécifique du développement dentaire qui peut être à l'origine d'une anomalie dentaire.
- > **Facteurs congénitaux :** perturbations ou les troubles qui surviennent au cours la grossesse comme les maladies infectieuses aiguës (syphilis), troubles nutritionnels (carences vitaminiques), intoxication par le fluor, Une radiothérapie excessive, Agents pharmacologiques (tétracyclines).
- > **Facteurs néo et périnataux**
- > **Facteurs post-nataux**

3. Formes cliniques :

3.1. Lésions cervicales :

Dans le cas de lésions cervicales non carieuses, leur dénomination a évolué ces dernières années; en effet, on peut les reconnaître sous le nom de myololyse, de lésions cervicales non carieuses ou bien plus récemment de lésions cervicales d'usure (L-CU); (image1)

3.1.1. Attrition :

L'attrition est une usure des bords incisifs, des faces occlusales, des zones de contacts interproximales due aux seuls contacts dentaires, c'est-à-dire aux forces physiologiques masticatrices, sans intervention extrinsèque (usure à eux corps)

3.1.2. Abrasion :

L'abrasion est une perte de substance due à un processus mécanique autre que la mastication, par exemple un brossage traumatique (horizontal intempesitif), un dentifrice trop abrasif.

Les lésions se situent majoritairement au niveau des collets et peuvent être associées à une rétraction gingivale et aux hypersensibilités dentinaires. Leur surface, contrairement à la carie, est dure, lisse, brillante comme polie. Les lésions présentent des bords nets, une forme générale en coup d'angle, en U.

3.1.3. Érosion :

L'érosion correspond à une destruction des tissus durs de la dent induite par des processus chimiques et/ou électrolytes.

Les acides responsables sont d'origine extrinsèque ou intrinsèque :

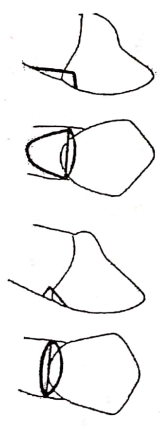
- > **Les causes extrinsèques :**

- Alimentation acide (agrumes, boissons acides, jus de fruit, médicaments acides, etc
 - Environnement professionnel acide (travailleurs exposés dans certaines usines chimiques, peintres, nageurs de compétition, etc.)
- Les causes intrinsèques :** peuvent être les cas de reflux gastro-oesophagien, de régurgitation acide, de boulimie, d'anorexie, etc.

Le plus souvent, il s'agit de sillons ou de lacunes cunéiformes, ou de lésions en forme de U, à surface large, peu profonde, aux bords flous et au contour mal défini, avec aspect satiné, opaquescent.

Le diagnostic étiologique est le plus souvent difficile en raison d'une association de différents facteurs étiologiques ; il s'agit d'une dissolution chimique superficielle des tissus dentales combinée à l'attrition et à l'abrasion.

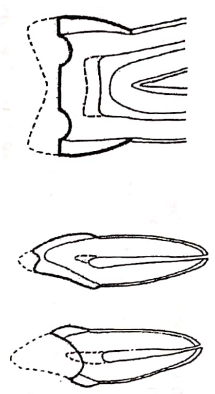
3.1.4. Abrfraction :
L'abfraction est un terme défini par pour décrire une forme spéciale de perte des tissus durs liée à une composante fonctionnelle : flexion de la dent qui amène à une mise en tensions de la structure cristalline située à la JEC en vestibulaire. Cette zone de grande susceptibilité est appelée « fulcrum » (Théorie de Lee). Elle est due à une surcharge biomécanique. Les dents atteintes d'abfraction sont souvent associées à une hypersensibilité. Ces défauts ont fréquemment une forme concave et arrondie avec des limites irrégulières



01

Aspect d'une lacune cunéiforme (myololyse) selon FLEURY

Il existe des formes généralisées à toutes les dents et des formes localisées aux prémolaires et canines, ou encore intéressant la face occlusale des molaires qui prennent alors un aspect en cupule. (image2)



02

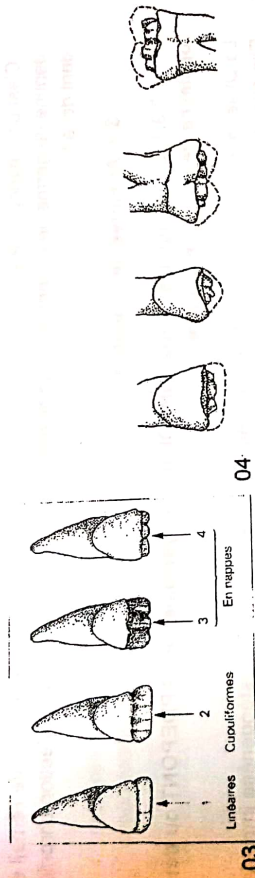
3.2. Atteintes de l'émail :
3.2.1. L'amélogénèse imparfaite :
C'est une affection héréditaire rare, qui se manifeste par une variété de défauts amélaire sans nécessairement être associée à une pathologie générale ou à une maladie systémique.

Forme hypoplasique	- Déficit quantitatif - Email lisse, dur, présentant des stries horizontales et verticales - Volume de l'émail est réduit
Forme hypominéralisée	- Déficit quantitatif et qualitatif - Tissu mou et friable - Email de faible densité radiologique - Peut coexister avec la forme hypoplasique
Forme hypomature	- Déficit quantitatif - Marbrures jaune-brun - La plus grave des 03 formes

3.2.2. Hypoplasie banale de l'émail :
L'hypoplasie se manifeste sous la forme d'anomalies pouvant prendre plusieurs aspects :
↓ Sur les dents antérieures : (image3)

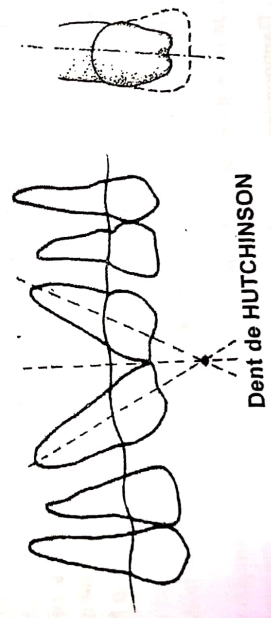
- **Hypoplasies cupuliformes** : petites dépressions en forme de cupules, alignées sur la face vestibulaire des incisives et disposées parallèlement au bord libre. Le fond à une coloration jaunâtre ou brunâtre.
- **Hypoplasies linéaires** : Rayures enserrant la couronne qui peuvent donner un aspect en escalier
- **Hypoplasie en nappe** : Elle ressemble à la précédente, mais la lésion est plus étendue.

↳ **Hypoplasies cuspidiennes**: Elles s'observent le plus souvent sur les premières molaires mais elles peuvent également toucher les autres canines et les prémolaires. L'émail s'effrite en donnant à la canine l'aspect de clou de girofle. Sur les molaires et PM, la surface triturante, étranglée, laisse émerger un moignon jaunâtre de forme irrégulière et anfractueuse : c'est la dent en « gâteau de miel » de Tomes (image4)

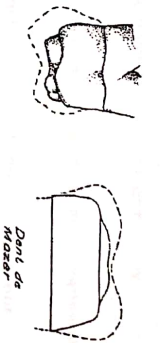


3.2.3. Hypoplasie complexe de l'émail :

- ↳ **Dent de HUTCHINSON**
- ✓ Hypoplasie de l'incisive centrale maxillaire
- ✓ Liée à une maladie congénitale comme la syphilis ou l'ictère néonatale
- ✓ La lésion est bilatérale, symétrique en principe. Le bord libre de ces incisives présente une échancrure semi-lunaire.
- ✓ Les axes des dents lésées ne sont plus verticaux convergents vers le bord libre.



- ↳ **Dent de MOZER**
- ✓ Un sillon entoure la face triturante de la dent à un ou deux millimètres du bord libre. Il enserre les cuspidés qui paraissent étranglées, jaunâtres plus ou moins érodées.
- ✓ La dent est tronconique, elle a un aspect en « bourse ».



3.2.4. Hypoplasies traumatiques:

Elles sont provoquées le plus souvent par un traumatisme sur dent temporaire, cette dernière lésant le germe de la dent définitive sous-jacente.

3.2.5. La dent de Turner

C'est une hypoplasie simple isolée et non évolutive. Il s'agit d'une atteinte de l'émail et de la dentine du germe de la dent de remplacement peut être causé par une infection chronique d'une dent de lait.

3.3. Atteintes de la dentine :

3.3.1. Dentinogenèse imparfaite (DI) ou La dysplasie de CAPDEPONT ou dentine opalescente brune héréditaire:

La DI se rencontre soit isolée, soit associée à une des formes de l'ostéogénèse imparfaite (OI). Elle atteint les deux dentures, temporaire et permanente. Les dents sont usées parfois jusqu'à la gencive.

On distingue selon Shields:

Le type 1: Associée à l'ostéogénèse imparfaite.

- ✓ la denture temporaire est la plus atteinte.
- ✓ La coloration générale est ambrée, translucide.
- ✓ L'émail fragile, d'aspect bleuté, peut se détacher facilement.
- ✓ La forme globuleuse des couronnes et la finesse des racines, renforcées par une striction coronoradiculaire, leur confèrent une forme dite en « battant de cloche ».
- ✓ L'espace pulpaire caméral ou radiculaire est réduit à un volume filiforme. Parfois, aucune image pulpaire n'est visible.

Le type 2 : Dentine opalescente héréditaire.

- ✓ les deux dentures sont atteintes.

Le type 3 : Dentinogenèse imparfaite de Brandy Wine.

- ✓ la denture temporaire est la plus touchée.

3.3.2. Dysplasie dentinaire :

Elles sont rares, caractérisées par un émail normal, une formation dentinaire atypique.

➤ Type 1 (radiculaire):

- ✓ Affecte les deux dentitions.
- ✓ Forme et consistance des dents sont normales
- ✓ une coloration brunâtre ou bleuâtre est possible

➤ **Type 2 (coronaire) :**

- ✓ Dents temporaires ont une couleur ombrée et translucide
- ✓ Dents définitives ont habituellement une couleur normale.

➤ **Type 3 : Dysplasies dentinaires acquises:**

- ✓ Associées le plus souvent aux anomalies de l'émail.
- ✓ Rencontrées surtout en cas de rachitisme, scorbut et d'hypo-tyroïdisme.

3.4. Anomalies du ciment :

3.4.1. Hypoplasie du ciment :

- ✓ Découverte par un examen radiographique et histologique.
- ✓ N'affecte que les dents temporaires surtout antérieures habituellement avant l'âge de 3 ans.

3.4.2. Hyper-cémentose ou hyperplasie cémentaire:

- ✓ Considérée comme une tumeur hyperplasique bénigne réversible
- ✓ Conséquence d'une inflammation d'origine pulpaire ou ligamentaire. Ou d'un poly-micro-traumatisme
- ✓ Le diagnostic est radiologique

3.5. Odontogénèse imparfaite

Anomalie héréditaire très rare dont l'émail est profondément hypoplasique et la dentine présente des anomalies semblables à celles de la dysplasie dentinaire.

3.6. Odontodysplasie régionale : taurodontisme ou dent fantôme :

Touche l'émail est la dentine des deux dentitions avec une prédominance pour le sexe féminin et les dents temporaires antérieures.

La dent présente une silhouette irrégulière, avec une fine coque d'émail et de dentine entourant une pulpe volumineuse.

3.7. La fluorose dentaire :

C'est une porosité amélaire due à un surdosage en fluor, pendant plusieurs mois ou années, survenant lors de la période de minéralisation des dents. Elle dépend de la dose ingérée, du moment d'exposition (phase de formation de l'émail) et de la durée d'imprégnation. La dose à ne pas dépasser pour éviter tout risque de fluorose est de 0.05mg/kg de poids corporel, sans dépasser 1mg/jr (donnée OMS).

1. Indice de DEAN

Indice I: taches blanches, opaques et crayeuses.

Indice II: taches blanches plus étendues avec quelques taches marrons claires.

Indice III: taches marrons plus étendues avec en plus quelques taches brunes.

Indice IV: taches brunes uniquement.

Indice V: émail totalement délabré prenant l'aspect de la carie vraie sans ramollissement dentinaire.