

Anomalies dentaires :

Articles fondamentaux et recommandations

- Ashkenazi M, Greenberg BP, Chodik G, Rakocz M.** Postoperative prognosis of unerupted teeth after removal of supernumerary teeth or odontomas. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007 May;131(5):61
- Dashash M, Yeung CA, Jamous I, Blinkhorn A.** Interventions for the restorative care of amelogenesis imperfecta in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD007157.
- Depprich RA, Ommerborn MA, Handschel JG, Naujoks CD, Meyer U, Kübler NR.** Dentin dysplasia type I: a challenge for treatment with dental implants. *Head Face Med.* 2007;3:31. Published 2007 Aug 22. doi:10.1186/1746-160X-3-31
- Gallacher A, Ali R, Bhakta S.** Dens invaginatus: diagnosis and management strategies. *Br Dent J.* 2016;221:383-7.
- Garrocho-Rangel A, Dávila-Zapata I, Martínez-Rider R, Ruiz-Rodríguez S, Pozos-Guillén A.** Dentinogenesis Imperfecta Type II in Children: A Scoping Review. *J Clin Pediatr Dent.* 2019;43(3):147-154.
- Gill DS, Barker CS.** The multidisciplinary management of hypodontia: a team approach. *Br Dent J* 2015;218:143-9.
- Hobkirk JA, Gill D S, Jones S P, Hemmings K W, Bassi G S, O'Donnell A L, Goodman J R.** Hypodontia: a team approach to management. Wiley-Blackwell. 2011
- Kana A, Markou L, Arhakis A, Kotsanos N.** Natal and neonatal teeth: a systematic review of prevalence and management. *European journal of paediatric dentistry*, 2013-03, Vol.14 (1), p.27-32
- Krug R, Volland J, Reich S, Soliman S, Connert T, Krastl G.** Guided endodontic treatment of multiple teeth with dentin dysplasia: a case report. *Head & Face Medicine.* 2020;16(1):27.
- Leith R, O'Connell AC.** Selective Reduction of Talon Cusps- A Case Series. *J Clin Pediatr Dent.* 2018;42(1):1-5.
- Patel M, McDonnell ST, Iram S, Chan MF.** Amelogenesis imperfecta - lifelong management. Restorative management of the adult patient. *Br Dent J.* 2013 Nov 8;215(9):449-57.
- Pousette Lundgren G, Karsten A, Dahllöf G.** Oral health-related quality of life before and after crown therapy in young patients with amelogenesis imperfecta. *Health Qual Life Outcomes.* 2015 Dec 10;13:197.
- Pousette Lundgren G, Wickström A, Hasselblad T, Dahllöf G.** Amelogenesis Imperfecta and Early Restorative Crown Therapy: An Interview Study with Adolescents and Young Adults on Their Experiences. *PLoS One.* 2016 Jun 30;11(6):
- Smail-Faugeron V, Picou Rollin J, Muller Bolla M, Courson F.** Management of non-syndromic dens evaginatus affecting permanent maxillary central incisors: a systematic review. *BMJ Case Rep* 2016. doi: 10.1136/bcr-2016-216672.
- Venezie RD, Vadiakas G, Christensen JR, Wright JT.** Enamel pretreatment with sodium hypochlorite to enhance bonding in hypocalcified amelogenesis imperfecta: case report and SEM analysis. *Pediatr Dent* 1994; 16: 433-436.

Contexte

L'amélogénèse imparfaite (AI) désigne un groupe de troubles génétiques affectant l'émail dentaire. Le diagnostic de l'AI est généralement basé sur le phénotype, les antécédents médicaux et familiaux. Les caractéristiques cliniques suivantes peuvent être associées à l'AI : sensibilité, tartre, dégradation post-éruptive, aspects esthétiques, réduction de la dimension verticale, difficultés à mastiquer, risque accru de caries, réduction de l'adhésion des matériaux de restauration, éruption retardée ou échec d'éruption, résorption coronaire pré-éruptive et béance antérieure.

La dentinogénèse imparfaite (DI) est un groupe d'affections autosomiques dominantes caractérisées par un défaut de formation de la dentine, affectant les dentitions temporaire et permanente. La classification classique de Shield définit ce groupe de troubles comme suit : Type 1 DI associée à l'ostéogénèse imparfaite (OI) ; Type 2 : DI non associée à l'OI ; Type 3 : DI rare avec attrition sévère de la dentine coronaire et radiculaire pouvant conduire à une nécrose pulpaire. La dysplasie dentinaire présente un caractère autosomique-dominant, elle affecte les dentitions temporaire et permanente. Les dents touchées sont caractérisées par des racines courtes ou totalement absentes, des chambres pulpaires oblitérées et des radio-transparences péri-apicales.

L'hypodontie se définit par l'absence d'une ou plusieurs dents, à l'exception des troisièmes molaires permanentes. Les conditions cliniques associées

à l'hypodontie peuvent être les suivantes : dents coniques, microdontie, éruption retardée, éruption ectopique, ankylose des dents temporaires, usure occlusale et développement alvéolaire réduit. Les problèmes sont souvent d'ordre esthétique avec une fonction masticatoire compromise et un impact psychosocial négatif.

Les dents surnuméraires s'ajoutent au nombre normal de dents temporaires et permanentes et présentent des structures semblables. Les caractéristiques associées peuvent être les suivantes: retard ou défaut d'éruption des dents permanentes, encombrement, rotation ou position ectopique des dents permanentes, malformations radiculaires, formation de kystes de dents surnuméraires non édifiées.

Les dents invaginées sont des formations en forme de cuspide qui contiennent de l'émail, de la dentine et parfois de la pulpe. Les dents invaginées sont définies par la croissance de l'émail, de la dentine et du complexe pulpaire dans l'espace pulpaire.

Les dents natales sont présentes à la naissance et les dents néonatales font éruption dans les 30 premiers jours de vie. La majorité des dents natales et néonatales représentent une éruption précoce des dents temporaires. Les complications résident dans l'irritation ou le traumatisme de la langue du nourrisson, l'ulcération sublinguale, la lacération des mamelons de la mère et le risque d'inhalation des dents.

Recommandations de l'IAPD

1. La prise en charge de l'amélogénèse imparfaite des dents permanentes peut comprendre les éléments suivants :

a. Gestion de la sensibilité dentaire.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 89%

b. Utilisation de procédures esthétiques telles que le blanchiment, les facettes en composite ou en céramique.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 72%

c. Interventions précoces avec des restaurations en composite, des facettes et des couronnes en acier inoxydable, en métal préformé ou en céramique.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 74%

2. La prise en charge de la dentinogénèse imparfaite dans les dents permanentes peut comprendre les éléments suivants : Intervention précoce avec des restaurations en composite, des couronnes en acier inoxydable, en métal préformé ou en céramique, et des prothèses amovibles pour prévenir la perte de la dimension verticale.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 89%

3. La gestion de la dysplasie dentinaire dans les dents permanentes peut inclure:

a. L'endodontie conventionnelle est souvent difficile, voire impossible pour les dents dont les canaux radiculaires et les chambres pulpaires sont totalement oblitérés.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 78%

b. Une réhabilitation orale à l'aide de prothèses amovibles suite à des extractions, ou une greffe osseuse et un comblement du plancher sinusal peuvent être nécessaires pour la pose de futurs implants à l'âge approprié.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 89%

4. La gestion clinique de l'hypodontie des dents permanentes peut inclure :

a. Pose de restaurations en composite ; couronnes et facettes en acier inoxydable, en métal préformé ou en céramique pour gérer les dents coniques, les microdonties et l'usure dentaire.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 83%

b. Prothèses amovibles, bridges en résine, overdenture, autotransplantation de dents et/ou implants dentaires pour le remplacement des dents manquantes.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 77%

5. La gestion des dents surnuméraires peut inclure :

a. Surveillance par des examens radiographiques périodiques s'il n'y a pas de complications associées et si un traitement orthodontique n'est pas prévu.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 82%

b. Ablation de la (des) dent(s) surnuméraire(s) avec ou sans intervention chirurgicale si elle(s) n'est (sont) pas alignée(s) sur l'arcade ou nécessite(nt) une intervention orthodontique.

Recommandation consensuelle avec approbation globale 78%

6. La prise en charge de la dent invaginée peut inclure :

a. Surveillance et pose d'un scellement de fissure s'il n'y a pas de complications associées.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 83%

b. Réduction progressive sélective de la dent invaginée pour prévenir les complications. L'exposition de la pulpe et la protection de la pulpe doivent être prises en compte.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 87%

c. Excision de la dent invaginée si des complications se présentent. La possibilité d'une exposition de la pulpe doit être envisagée.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 72%

7. La gestion de la dent invaginée peut inclure :

a. Mise en place de scellement de fissures et contrôle de la vitalité de la dent.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 89%

b. Élimination des caries et restauration adéquate en cas de lésion.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 95%

c. Selon la coopération du patient, traitement endodontique si la pulpe se nécrose.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 85%

8. La gestion des dents natales et néonatales peut inclure :

a. Extraction si la dent est surnuméraire, excessivement mobile ou si elle gêne l'allaitement.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 83%

b. Si possible, recouvrir la partie incisale de la dent avec de la résine composite ou lisser le bord incisif si la dent gêne l'allaitement.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 70%