



# Luxations volontaires et mobilisation de dents postérieures mésioversées

François Barruel, Eva Ameisen

On sait depuis longtemps que les molaires inférieures, dans les cas de dysharmonie dento-maxillaire, ont tendance à évoluer en mésioversion.

On constate couramment la position horizontale des dents de sagesse inférieures (fig. 1). Plus rarement, on observe ce phénomène pour les germes des dents de douze ans inférieures qui se versent vers l'avant et ne peuvent plus faire leur éruption en bonne place sur l'arcade (fig. 2). Jusqu'alors, nous étions très démunis devant ce phénomène lorsqu'il était installé. Il nous a paru nécessaire de tenter la luxation chirurgicale de la dent incriminée afin de lui redonner un avenir dans le capital dentaire du patient.

## PROTOCOLE

**Population :** notre étude concerne treize patients âgés de 10 ans et demi à 17 ans et demi qui présentaient au moins la version d'une deuxième ou troisième molaire inférieure. Le groupe est constitué de sept filles et six garçons. Nous avons pratiqué :

- cinq luxations de 47 isolées, c'est-à-dire que la 37 évoluait en bonne inclinaison ;
- deux luxations de 37 isolées, c'est-à-dire que la 47 évoluait en bonne inclinaison ;
- trois luxations de 37 puis de 47 ;
- une luxation de 38 isolée ;
- une luxation de 48 isolée ;
- une luxation de 38 puis de 48.

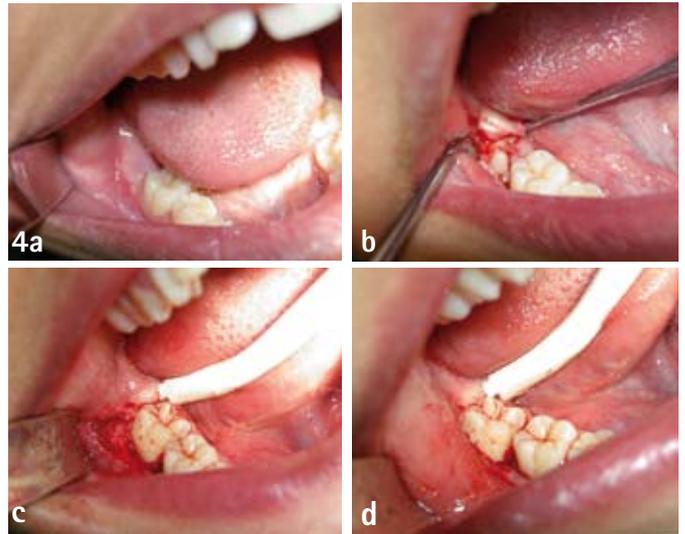
**Technique chirurgicale :** les interventions ont été conduites suivant le même protocole :

- anesthésie locale de la zone rétro molaire ;
- incision et fenestration de la muqueuse pour permettre le dégagement de la dent de douze ans ;
- mobilisation délicate de la dent versée ;
- jusqu'à la luxation complète et sa mise en occlusion sur l'arcade ;
- la contention est assurée par la pression des dents adjacentes ;
- quand le trajet de luxation était très important, de l'os artificiel a été ajouté en avant de la dent luxée ;
- la dent de sagesse a été laissée en place comme cale postérieure. Parfois, en cas de manque de place postérieur, elle a été fraisée dans un premier temps puis sa germectomie a été pratiquée dans un deuxième temps ;
- une radiographie de contrôle a été effectuée systématiquement en postopératoire.

Lisa est âgée de 13 ans et demi et présente, entre autres, une anomalie d'occlusion et des dents absentes.



3. La radiographie confirme le retard dentaire et la version de 47. Elle présente non seulement une mésoversion de la 47 mais aussi une malposition du germe de la 13 qui justifie une exploration par scanner avec reconstitution en trois dimensions. On décide alors de réaliser, dans un premier temps, la fenestration muqueuse de la canine.

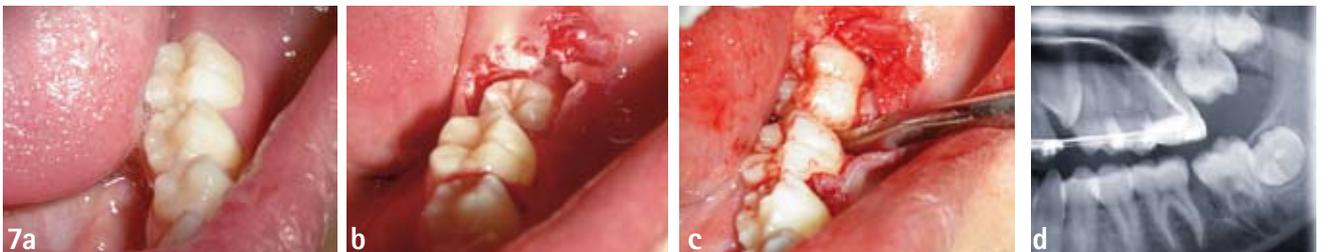


4 a, b, c, d. Le 4 novembre 2007, on décide de pratiquer la luxation de la 47.

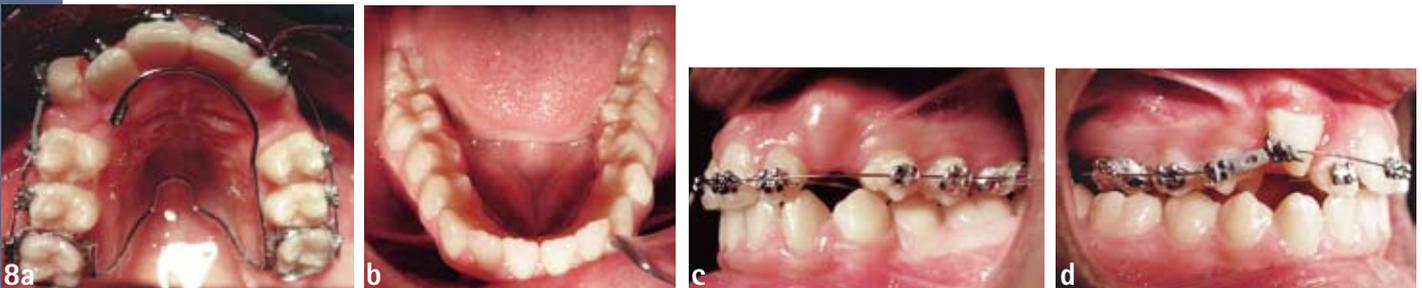


5. Quatre mois après la luxation, la 47 est en place et on continue de tracter la canine.

6. Dix mois après la luxation, on refait une radio de contrôle. On s'aperçoit que la 47 est bien redressée avec des apex refermés. On constate aussi que la canine est en meilleure position. Et malheureusement, que c'est au tour de 37 de s'être versée vers l'avant.



7a, b, c, d. On décide alors d'intervenir le 2 décembre 2008 de la même manière à gauche. En incisant et dégageant ; puis en luxant délicatement la 37. Cette fois-ci, on fait le choix d'ajouter un peu d'os artificiel pour combler l'espace mésial car le chemin parcouru par la dent était grand. D'après l'expérience que nous en avons maintenant, l'apport d'os artificiel n'améliore pas forcément l'ossification de l'alvéole autour de la dent luxée.



8a, b, c, d. Les arcades de Lisa le 6 mars 2009, c'est-à-dire un an et quatre mois après la luxation de 47 et quatre mois après celle de la 37. Il est à noter que les dents 37 et 47 sont sensibles aux tests thermiques.

Christopher est un jeune homme de 14 ans



9a



b



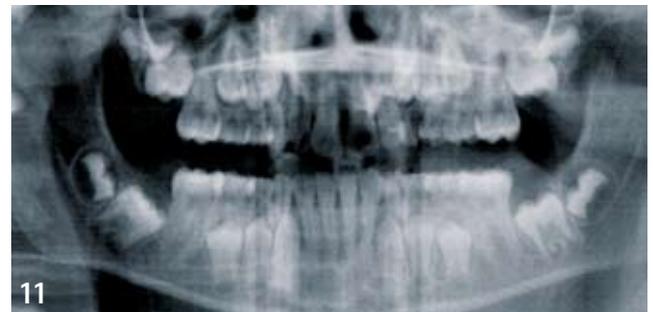
c

9a, b, c. On constate qu'il manque les 37 et 47 et que 37 est pré éruptive.



10

10. La radiographie panoramique montre une mésoversion de 47.



11

11. On reprenant le passé radiographique, on peut regretter qu'en novembre 2004 n'aient pas été pratiquées les avulsions des 75 et 85 car 47 est particulièrement mésoversée.



12

12. Deux ans plus tard, on constate que 37 est en bonne inclinaison et 47 toujours versée.



13

13. En mars 2008 47 se retrouve coincée !

14 a, b. La luxation a lieu le 24 juin 2008 avec fenestration retro molaire, dégagement de la dent méso versée, mobilisation puis luxation et mise en occlusion de la 2<sup>e</sup> molaire inférieure droite.



14a



b

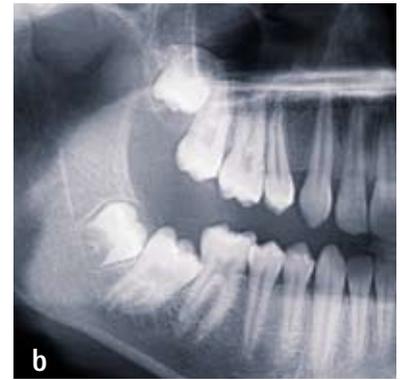


15

15 Le jour de l'intervention, on pratique une radiographie qui montre que 47 est intègre et bien en place.



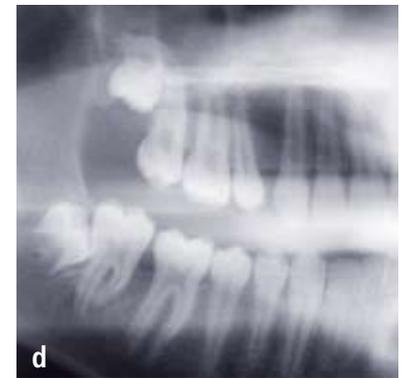
16a



b



c



d

16 a, b, c, d. On revoit ici les arcades avant et après la luxation de 47 du 24 juin 2008, et on constate la bonne place de 47 et la fermeture de ses apex.

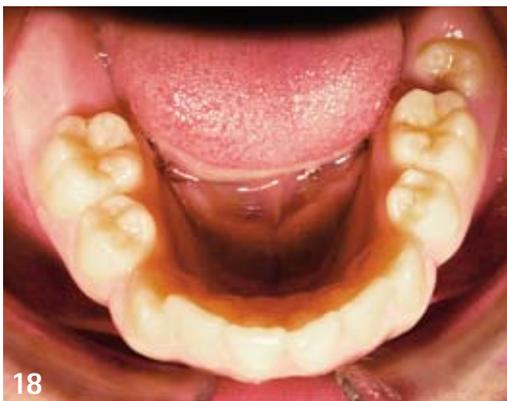


17a



b

17 a, b. Le 10 mars 2009, on décide de pratiquer l'avulsion de la 48. On constate le bon état osseux alvéolaire autour de la 47. On découpe la dent de sagesse pour pouvoir la retirer avec un délabrement moindre, une radiographie de contrôle ne laisse pas préjuger de la luxation de 47 il y a plus de neuf mois.



18

Claire, 15 ans et demi, présente de toute évidence un retard dentaire et une mésioversion de sa 37 (fig. 18).



19

19. La radiographie panoramique confirme la mésioversion de la 37, mais aussi celle de 47. On décide de luxer chirurgicalement la 47 dans un premier temps. Elle est tellement versée qu'il faut, pour créer de l'espace, faire un dégagement mésial de la 48.



20a



b



c

20 a, b, c. On poursuit ainsi la mobilisation et la lente luxation de 47. On peut constater qu'il existe un manque osseux en avant de 47. On décide alors d'ajouter de l'os artificiel afin qu'une greffe osseuse puisse combler cet espace. On suture alors de manière hermétique pour que l'os artificiel ne s'évade pas.



21a



b

21 a, b. Voici la dent avant la luxation et la voilà le jour même de la luxation.



22

22. Nous pouvons constater, un mois après la luxation, que la dent de douze ans est en bonne place et non mobile. Le fil de soie est encore en place. Il a assuré l'herméticité de la fermeture.



23a

b

c

d

23 a, b, c, d. On pratique le 5 mars la luxation de 37 qui était déjà sur l'arcade en la remontant petit à petit jusqu'à ce qu'elle prenne place sur l'arcade.

24. Radiographie panoramique pratiquée 10 jours après l'intervention. On peut noter sur la radiographie, qu'en un mois a eu lieu la réossification partielle autour de la 47. On constate un début de réossification en mésial de la 37 alors que de ce côté, il n'y a pas eu de greffe osseuse.



24

## 4<sup>e</sup> cas clinique

De la luxation à la simple mobilisation dentaire. Cette technique se justifie dans certains cas précis.



25a

b

c

25 a, b, c. Pierre âgé de 14 ans présente tous les signes cliniques d'une ankylose de sa première molaire supérieure droite qui a perdu sa mobilité physiologique. 16 est en infratropie et présente un son clair à la percussion. 46 a poursuivi son égression en raison de l'absence d'antagoniste.

26. La radiographie ne montre pas de tache d'ankylose. Par contre la téléradiographie de la tête de profil met en évidence ces importantes malpositions verticales dentaires localisées. De janvier à juin 2005, on va ajouter du matériau composite semaine après semaine sur la 16 pour permettre à la 46 de reprendre une position verticale normale par ingression, ce qu'elle fait gentiment. En septembre 2005, on va mobiliser simplement la 16 et il semble que deux semaines plus tard, elle a déjà bougé. Un mois après, on constate son déplacement. Quatre mois plus tard, son bord distal est déjà en occlusion. Dix-neuf mois plus tard, elle se retrouve enfin en occlusion



26



27. On peut visualiser la position de la molaire en 2005 et comment sa simple mobilisation lui a permis de faire son égression complète et normale sur l'arcade. Sachant qu'auparavant (cf. fig. 25c), la seule conduite à tenir devant une ankylose dentaire était l'extraction de la dent ankylosée, la simple mobilisation dentaire semble pouvoir être une solution d'avenir.



28. Radiographie panoramique janvier 2009.

## CONCLUSION

Quelques gestes chirurgicaux simples de mise en place des dents réputées perdues et à extraire, permettent, en utilisant nos connaissances de la luxation traumatique, de les conserver et de leur offrir un rôle qui ne leur avaient jusqu'à présent pas été proposé.

Nous avons un recul de trois ans, mais il convient bien entendu de surveiller ces dents luxées sur une plus longue période pour savoir si la vascularisation se rétablit durablement, et si la réinnervation reconvenue dans certains cas est fréquente et dans quelle proportion.

Quant à l'ankylose des dents définitives, elle semble pouvoir être levée avec des mouvements doux

de mobilisation *a minima*. Ces dents auparavant condamnées, sont probablement fonctionnelles et peuvent être préservées, au lieu d'être extraites comme l'étiquette « ankylose » le demandait.

## POUR EN SAVOIR PLUS :

- Communications à Rome lors du congrès de la SIMO février 2009.
- Communication lors du congrès du COGE mars 2009.



**Abonnez-vous aujourd'hui !**

page 1990 ou [www.information-dentaire.fr](http://www.information-dentaire.fr)

Nouveauté Abonnés Espace ID : Téléchargement gratuit et illimité des archives de la revue