



Autotransplantation de dent immature

Autotransplantation of an immature tooth

J.-H. Catherine*, O. Mockers, O. Richard, P. Roche-Poggi, L. Guyot, P. Olivi, C. Chossegras

Service de chirurgie maxillofaciale, stomatologie et plastique de la face, hôpital Nord, chemin des Bourrelys, 13015 Marseille, France

Reçu le :
13 mars 2006
Accepté le :
23 mars 2006

Summary

Autogenous tooth transplantation is indicated in young people treated by orthodontology, especially when they present with damaged first molars requiring extraction. This therapeutic alternative with a favourable prognosis is an elegant solution after a single tooth loss.

© 2006 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Tissue transplantation, Tooth

Les autotransplantations dentoparodontales (ADP) sont définies comme étant le déplacement d'un organe fonctionnel autogène, le transplant dentaire, d'un site donneur vers un site receveur. Ces ADP peuvent intéresser à la fois les dents immatures et les dents matures. D'un point de vue embryologique, il est important de rappeler que dans le cadre des transplantations, le sac folliculaire qui est un tissu conjonctif riche en facteurs de croissance joue un rôle primordial. Ce tissu est à l'origine commune des tissus parodontaux, comprenant le cément, le ligament parodontal et la paroi ligamentaire de l'os alvéolaire. Ce sac folliculaire est à l'origine de l'attache épithélioconjonctive et joue donc un rôle essentiel lors de l'éruption dentaire. De ce fait, il doit être respecté lors du prélèvement du transplant. Depuis 25 ans, d'importantes recherches cliniques et expérimentales [1, 2] ont permis une meilleure compréhension de la physiologie et de la cicatrisation pulpaire et parodontale, servant ainsi de bases aux techniques modernes d'autotransplantation.

* Auteur correspondant.
e-mail : jean-hugues@netcourrier.com

Résumé

Les autotransplantations dentaires sont indiquées dans une population jeune et orthodontique, particulièrement en présence de premières molaires fortement délabrées et condamnées à l'extraction. Cette alternative thérapeutique permet, en raison de son bon pronostic, d'apporter de manière originale une nouvelle dimension au plan de traitement de l'édentement unitaire.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Transplantation tissulaire, Dent

Matériel

Pour réaliser cette intervention, l'instrumentation nécessaire est la suivante : une seringue à carpule, des carpules de chlorhydrate d'articaine (adrénalinée à 1/200 000), une lame de bistouri n° 15, un décolleur de Molt (Hu-Friedy®), un élévateur de Bein modèle 3 mm, une pince gouge Friedmann, un foret implantaire de 3 mm de diamètre (Nobel Biocare®), une fraise boule acier de 2 mm de diamètre, des ciseaux à gencive de type Lagrange, un porte-aiguilles Mayo-Hegar, des curettes alvéolaires de Lucas, une pince d'Adson, pour les sutures, du fil Vicryl 4.0 (Ethicon®), pour la contention, un fil rectangulaire acier (16/22) et du ciment verre-ionomère photopolymérisable Fuji Ortho LC (GC®).

Méthode

Le cas clinique donné à titre d'exemple est celui d'une transplantation de troisième molaire mandibulaire immature, la 38, destinée à remplacer une 36 fortement délabrée, et ce chez une jeune patiente de 16 ans. L'examen clinique et radiographique (fig. 1, 2) révèle que la 36 présente un traitement endodontique sans étanchéité associé à un vaste délabrement coronodistal ne permettant pas sa

conservation à moyen terme, aussi l'indication d'extraction est posée.

Bilan du site donneur

Il repose sur un examen clinique et radiographique. L'usage d'un cliché rétroalvéolaire, pris avec un angulateur et une technique long cône, permet de mesurer le diamètre mésio-distal de la dent à transplanter (au niveau de son plus grand diamètre coronaire) et d'évaluer son degré d'édification radulaire. Le stade idéal de transplantation correspond à une dent dont le degré d'édification radulaire est compris entre les deux tiers et les trois quarts [1], cela afin d'assurer la stabilité du transplant tout en bénéficiant d'apex largement ouverts nécessaires à la cicatrisation pulpaire. Par ce bilan, le chirurgien évalue également l'orientation et la position du transplant.



Figure 1. Radiographie panoramique initiale.



Figure 2. Vue latérale gauche, aspect clinique initial.

Bilan du site receveur

Il est également réalisé à partir des mêmes données cliniques et radiographiques. L'opérateur évalue alors la position du foramen mentonnier et du nerf alvéolaire inférieur et mesure sur les clichés rétroalvéolaires et les moulages les dimensions mésiodistales vestibulolinguales et la hauteur des sites de prélèvement et d'implantation. L'espace disponible au niveau du site receveur doit comporter une marge d'au moins 1 mm par rapport aux mesures du site donneur. Le parodonte est également examiné, notamment en ce qui concerne la hauteur et l'épaisseur de gencive kératinisée (fig. 1, 2).

Technique opératoire

L'autotransplantation est faite le plus souvent sous anesthésie locorégionale.

Premier temps chirurgical

La technique décrite consiste à enlever la dent pathologique et à préparer l'alvéole réceptrice, 15 jours avant la transplantation (fig. 3). La préparation de l'alvéole réceptrice nécessite d'éliminer à la pince gouge le septum interradiculaire et d'élargir les dimensions de cette alvéole à l'aide des forets implantaires, selon la taille et la forme du transplant. L'utilisation de forets calibrés de différentes longueurs permet d'adapter au mieux la profondeur du forage à la hauteur du transplant qui sera mis en place lors du deuxième temps [3, 4].

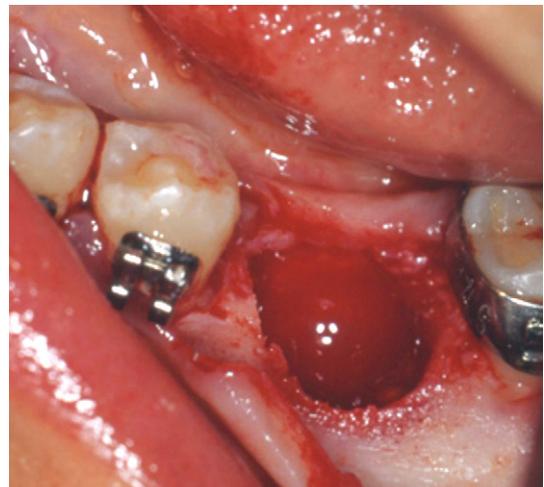


Figure 3. Vue latérale gauche, préparation du site, j-15.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174688>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174688>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)