

## Lésion du septum inter-dentaire

### 1. Introduction

La lésion du septum inter-dentaire est une affection très courante, malgré sa fréquence et le risque qu'elle fait courir aux dents intéressées, elle est trop souvent négligée, au point qu'elle est fréquemment le résultat de la pratique dentaire.

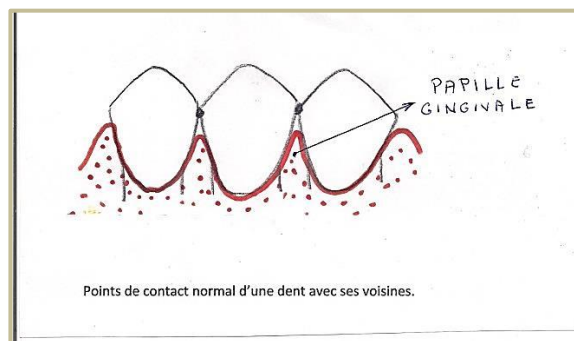
C'est la conséquence d'une dysfonction de la zone inter-proximale, qui se manifeste par une atteinte plus ou moins profonde, localisée au parodontite inter-dentaire.

### 2. Zone Inter-Proximale

#### 2.1 Définition

Deux dents voisines étant en contact, la zone inter-proximale est l'ensemble anatomique et fonctionnel constitué par :

- Les fossettes et les crêtes marginales.
- Le point ou surface de contact.
- Les faces proximales.
- La papille gingivale et le septum alvéolaire



#### 2.2 Anatomie

##### ✚ Point de contact

Chez le jeune, il est sensiblement situé au niveau du tiers vestibulaire dans le sens vestibulo-lingual et au niveau du tiers triturant de la couronne dentaire dans le sens vertical.

Chez l'adulte par suite d'usure inter-proximale consécutive à la mobilité pendant la mastication, on parle de surface de contact

##### ✚ Face proximale

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

Le point de contact ou surface de contact divise la zone inter-dentaire en :

Espace inter-dentaire

Espace inter-proximal

✚ **Sillon inter-dentaire**

Il est délimité par le point de contact et les crêtes marginales des surfaces triturantes

✚ **L'espace inter-proximal**

Il se situe au dessous du point de contact, cet espace a schématiquement la forme d'une pyramide dont le sommet est le point de contact et la base est représentée par le septum osseux inter-dentaire.

✚ **La papille gingivale**

Chez le sujet jeune, l'espace inter-proximal est rempli par la papille, avec l'âge cette papille a tendance à libérer progressivement cet espace.

En réalité la papille n'a pas un sommet pyramidal, elle se subdivise en deux papilles :

Vestibulaire et linguale séparées par une dépression ou col papillaire, cette région du col inter-papillaires est particulièrement fragile parce que peu kératinisé donc peu protégée

✚ **Le septum alvéolaire**

Sert de support à la papille gingivale, c'est un os spongieux limité par deux corticales périostées (externes et internes)

**3. Physiologie de la zone inter-proximale**

Chez le sujet jeune, le bol alimentaire est soumis à une trituration par les dents postérieures antagoniste (PM et M), sous l'effet de la mastication il est réparti sur les crêtes marginales, ensuite il est dirigé soit vers le versant triturant, soit le versant inter-proximal le long des faces vestibulaires et linguales de la papille. Sur la face triturant on assiste à un broyage, sur l'autre partie, le bol alimentaire est renvoyé à chaque pression masticatrice par l'action combinée : des Muscles, des joues, de la langue, des lèvres et de la salive pour être réexpédié sur la face occlusale

✚ Les forces de mastications ont un rôle de collage des dents entre elles

✚ La zone de contact est resserrée et par conséquent son franchissement est empêchée

✚ Chez le sujet jeune, l'espace inter-proximal est rempli par la papille

Toutes ces conditions font que il n'y pas de rétention alimentaire au niveau de la zone inter-proximale donc pas de pathologie.

**4. Modification physiologique de la région inter-proximale**

**Sujet âgé :** avec l'âge, un changement physiologique apparaît :

Les dents subissent une usure proximo-occlusale plus ou moins importante selon les sujets :

✚ La crête marginale s'abrase

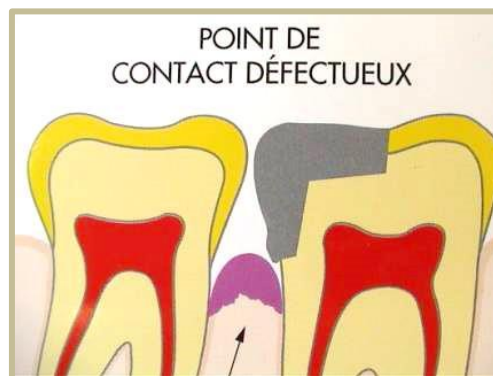
✚ Le point de contact devient une surface de contact

✚ Le sillon dentaire devient une fente

- ✚ Au niveau de la fibro-muqueuse et l'os, la sénescence se traduit par une rétraction mettant à nu une partie de la racine.

Ainsi l'espace inter-proximal augmente de volume alors que la papille en absence d'inflammation a tendance à se rétracter ; le résultat de toutes ces modifications :

- ✚ Le bol alimentaire est toujours broyé mais l'écoulement est plus vestibulaire et plus linguale
- ✚ Rétention alimentaire au niveau de la zone inter-proximale.
- ✚ Accélération de la récession gingivale.
- ✚ Naissance de processus pathologique
- ✚ Carie des tissus durs.
- ✚ Inflammation gingivale.



### 5. Pathologie de la zone inter-proximale

Dès que l'intégrité anatomique est atteinte, il apparait rapidement un dysfonctionnement lié à la rétention alimentaire et plaque de bactérienne, il en résulte rapidement

- ✚ Une lésion carieuse des faces proximales.
- ✚ Approfondissement du sillon gingivo-dentaire
- ✚ Migration de l'attache épithéliale et destruction des fibres superficielles du desmodonte
- ✚ Et enfin résorption osseuse donnant naissance à une poche parodontale.



## 6. Etiologie

### a. Causes occlusales

- Cuspide plongeante (usure pathologique)
- Perte du calage mesio-distale

### b. Causes fonctionnelles

- Déglutition atypique avec interposition linguale (diastème et version)

### c. Causes Morphologiques

- Anomalie de forme des dents
- Malposition (le point de contact n'est pas à sa place)

### d. Causes morphologiques

- Anomalies de forme des dents
- Malposition (le point de contact n'est pas à sa place)

### e. Caries proximale et conséquences

### f. Fautes techniques

- Restauration incorrecte
  - ✚ Face occlusale
  - ✚ Face proximale
- Omission ou position incorrecte du point de contact
- Mauvaise sculpture des faces proximales
- Couronne mal ajustée
- Obturation débordante

## 7. Symptomatologie

### 7.1 Signes cliniques

#### a) Subjectifs

Le tassement alimentaire s'accompagne au début d'une sensation de compression, mais c'est la plus souvent la douleur qui amène le patient à consulter.

Au début, il s'agit de douleurs provoquées essentiellement par la mastication et les variations thermique, (froid et chaud) puis apparaissent les douleurs spontanées plus ou moins diffuses parfois pulsatiles s'accompagnant souvent de sensation de gonflement et de tension locale

Au cours de l'évolution de la lésion, peuvent apparaître des irradiations qui peuvent rappeler celles d'une pulpite symptomatique totale, le patient peut parfois se plaindre de sensation de mauvais goût et de gonflement de la papille.

## b) Objectifs

### 7.2 Inspection

- Rétention alimentaire (sonde) entre deux dents située dans la zone douloureuse
- Hypertrophie de la papille de la zone concernée qui est rouge.
- Hémorragie provoquée et spontanée entraînant la décongestion et donc, elle calme la douleur.

### 7.2 Percussion et pression

La dent est sensible à la percussion et à la pression des dents antagonistes, elle donne la sensation d'être allongée.

### 7.3 Signes radiologiques

La radiographie rétro alvéolaire montre une atteinte du septum inter-dentaire plus ou moins avancée selon le stade de la lésion.

Cette lésion est soit du type horizontal ou vertical (résorption) → Rx (Bite wing)

### 7.4 Signes généraux

Ils sont souvent nuls, cependant les signes peuvent entraîner parfois une atteinte de l'état général avec insomnie et anorexie, l'adénopathie sous maxillaire est de règle

## 8. Evolution et complication.

- Parodontolyse complexe avec mobilité dentaire
- Carie du cément
- Parulie (abcès parodontale)
- Pulpite à rétro.
- Abscesses intra-osseux

## 9. Diagnostic

### 9.1 Différentiel

#### *Syndrome desmodontique*

- ✓ Dent mortifié
- ✓ Douleurs continues
- ✓ Mobilité dentaire
- ✓ Rebelle aux antalgiques
- ✓ Etat général (fièvre, fatigue)

#### *Syndrome pulpaire*

- ✓ Douleurs intermittentes
- ✓ Absence de lyse septale

*Fusée arsenicale*

*Alvéolite*

*Maladie extra-dentaire*

## **9.2 Positif**

- Bourrage alimentaire inter-dentaire
- Légère rougeur de la papille inter-dentaire
- Confirmation par radiographie rétro-alvéolaire

## **10. Traitement**

### ***Traitement prophylactique***

Ce traitement est le plus facilement réalisable, il doit être mené de « front » avec le patient et le praticien.

#### **a. *Rôle du praticien***

- Dépistage, surveillance de l'état parodontal, examen clinique de la gencive marginale et de la papille.
- La radiographie permettra la surveillance de l'intégrité de l'os alvéolaire, elle nous donne également des renseignements sur les facteurs locaux directs d'irritation papillaire (amalgames débordant, couronnes mal ajustées, absence du traitement de canaux)
- La reconstitution des faces proximales vise à recréer la morphologie de la zone interproximale.
- On tiendra compte de l'âge du sujet :  
Exemple :
  - Chez un vieillard : il y a une surface de contact
  - Chez un enfant : il y a un point de contact
- Ne pas omettre la réalisation d'une architecture défrichée
- La jonction dent-obturation devra être parfaite
- Traitement des para-fonctions
- Les limites cervicales pour les couronnes doivent être correctes.

#### **b. *Rôle du patient***

C'est surtout la pratique d'une hygiène buccale adéquate, rigoureuse dont les principes et techniques seront enseignés par le praticien

### ***Traitement étiologiques***

- Reconstitution du point de contact
- Meulage de la cuspside plongeante

- Eliminer les crochets
- Réajuster une couronne.

### **Traitement symptomatique**

- Dans un premier temps débarrasser l'espace proximal des débris alimentaire (nettoyer la zone)
- En présence d'une hypertrophie de la papille, celle-ci sera refoulée par éviction au bistouri électrique
- Curetage soigneux de la poche (sous anesthésie) ce qui provoque un saignement qui va entraîner une décongestion.
- Hémostase à l'eau oxygénée
- Attouchement avec l'eugénol, boulette de coton imbibée et bien essorée, appliquée au niveau de l'espace inter-proximale
- Une médication antalgique, anti-inflammatoire et parfois antibiotique sera donnée en plus des conseils d'hygiène
- Reconstitution provisoire de la face proximale (point de contact)

### **Conclusion**

Espace inter-dentaire et point de contact sont deux éléments très importants à prendre en compte notamment en dentisterie conservatrice, tant par les incidences potentielles de leur non-respect que par la difficulté technique à les réhabiliter.

### **Bibliographie**

1. AUSTEN FK Affections liées à une réaction d'hypersensibilité immédiate. In : Wilson JD et al. Principes de médecine interne. 5ème ed.. Paris, ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1992 : 1422-1428.
  2. BACSIK CJ, Swift JQ, HARGREAVES KM, Toxic systemic reactions of bupivacaïne and eticaïne. Oral Surg Oral Pathol, 1995, 79 : 18-23
  3. BASKER RM, HUNTER AM, HIGHE AS A severe asthmatic reaction to polymethylmethacrylate denture base resin. Br Dent J, 1990, 169 : 250-251.
  4. BROSTOFF J, SCADDING GK, MALE D, ROITT IM. Immunologie clinique. ed. De Bœck Université, London, 1991, 438p
  5. GEUSAU A, PIRKHAMMER D, ABERER W Anaphylaxis after devitalisation of dental root using paraformaldehyde-containing materials. Allergologie, 1994, 17 : 439-441.
  6. GUINNEPAIN MT, KUFFER R Allergie en stomatologie. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Stomatologie, 22-050-M-10 , 1998, 12p
  7. GUYURON B, LASA CL Reaction to stainless steel wire following orthognathic surgery. Plastic reconstructive surgery, 1992, 89 : 540-542.
  8. KANERVA L, ESTLANDER T JOLANKI R Occupational skin allergy in the dental profession. Dermatol Clin, 1994, 12 : 517-532.
- MALAMED SF Local anesthetic : dentistry's most important drug. J Am Dent Ass, 1994, 125: 1571-1575.