

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali
Peuple—Un But—Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
(F.M.O.S)

Année académique : 2013-2014N°

THESE

TRAUMATISMES ALVEOLO-DENTAIRES CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS DE 1 A 15 ANS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'ODONTO-STOMATOLOGIE (CHU-OS)DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 26/01/2015 devant
la faculté de Médecine et
d'Odonto-stomatologie

PAR M. MALIKI HAIDARA

Pour obtenir le Grade de Docteur en Chirurgie Dentaire
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président: PrAdama SANGARE

Membre: Dr Ousséynou DIAWARA

Co-directeur : Dr Boubacar BA

Directeur de thèse : PrTiémokoDaniel COULIBALY

DEDICACE

Je dédie cette thèse à ma très chère Maman Feue Nassirra Traoré pour son amour, son affection, son accompagnement moral et physique, et surtout la qualité de l'éducation qu'elle m'a offerte. Merci pour tout, chère mère.

REMERCIEMENTS

Rien n'est plus répréhensible dans la vie que d'être ingrat, pour ne pas l'être tout d'abord je remercie le bon Dieu de m'avoir montré ce jour.

Je remercie toute la famille HAIDARA (Bamako, Kéla et Kankan) mais particulièrement celle qui m'a mis au monde et je profite de l'occasion pour prier le bon Dieu de me donner la force et le courage de les prendre en charge.

Mes sincères remerciements vont à l'endroit du Dr. DIAWARAOusséynou qui a beaucoup œuvré pour la réalisation de ce travail.

Je ne saurais présenter cette étude sans pour autant remercier Dr. TOURE Kadidia Oumar pour son dévouement et son souci constant de me donner une bonne formation.

Mes vifs remerciements vont à l'adresse de Mme MAIGA Fatoumata Nouhoum pour ses conseils affectifs et inconditionnels.

Je remercie mes enseignants et encadreurs de l'école primaire, secondaire et universitaire pour la bonne transmission de leur connaissance.

Je remercie tous mes frères et sœurs pour leurs efforts, sans oublier mes amis et tous ceux qui, de près ou de loin m'ont aidé et soutenu dans ma formation.

Je remercie tous ceux que j'ai omis de citer, que Dieu mette cela dans la balance de vos bonnes actions le jour où il n'y aura d'ombre que la sienne.

Professeur Adama SANGARE

- ❖ **Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU de Kati**
- ❖ **Ancien interne des hôpitaux de Dijon (France)**
- ❖ **Maitre de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Somatologie (F.M.O.S) de Bamako**
- ❖ **Président de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et traumatologie (SO.MA.C.O.T)**
- ❖ **Membre de la Société Afrique Francophone de l'Ouest (S.A.F.O)**
- ❖ **Membre de la Société Mali-Médical**

Cher Maitre

Vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos occupations.

Votre simplicité et votre rigueur scientifique sont des qualités qui font de vous un grand maitre admiré par tous.

Permettez-nous cher maître, de vous rendre ici le témoignage de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

A notre Maitre et juge :

Docteur Ousséynou DIAWARA

- ❖ **Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'Etat de médecine de Krasnodar (ex URSS)**
- ❖ **Spécialiste en santé publique de l'Université Cheick Anta Diop de Dakar (U.C.A.D)**
- ❖ **Spécialiste en parodontologie (U.C.A.D)**
- ❖ **Ancien Médecin chef adjoint à Bafoulabé, Kita**
- ❖ **Ancien Médecin chef adjoint à l'hôpital secondaire de San**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU-OS de Bamako**

Cher Maitre

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger cette étude malgré vos multiples occupations.

Nous avons été touchés par votre ponctualité, votre accessibilité et votre modestie qui font de vous un exemple à suivre.

Cher maître recevez ici l'expression de notre profond respect.

A notre Maitre et Co-Directeur de thèse :

Docteur Boubacar BA

- ❖ **Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'Etat de médecine de Krasnodar(U.C.A.D)**
- ❖ **Maitre-assistant d'odontostomatologie à la F.M.O.S de Bamako**
- ❖ **Spécialiste en chirurgie buccale**
- ❖ **D.U en carcinologie buccale**
- ❖ **Membre du comité national de greffe du Mali**

Cher Maitre

Nous ne saurions jamais trouver de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à cette thèse, mais aussi la disponibilité avec laquelle vous avez accepté de la diriger.

Veillez accepter cher maître, le témoignage de notre profonde admiration.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Tiémoko Daniel COULIBALY

- ❖ **Maître de conférences d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à la F.M.O.S**
- ❖ **CES d'odontologie chirurgicale**
- ❖ **Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako**
- ❖ **Diplômé de réhabilitation et prothèse maxillo-faciale**
- ❖ **Coordinateur de CES de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHU-OS de Bamako**
- ❖ **Coordinateur de la filière d'odontostomatologie à la F.M.O.S de Bamako**
- ❖ **Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale au CHU-OS de Bamako**

Cher Maître

Nous sommes sensibles à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant ce travail.

Votre rigueur scientifique, vos conseils, votre simplicité et votre savoir font de vous un maître aimé par tous.

Permettez nous cher maître de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

SIGLES ETABREVIATIONS

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

AIS : Anti Inflammatoire Stéroïdien

AVP : Accident de la voie publique

BW : Bordet et Wassermann

CBV : Coups et blessures Volontaires

CHUOS : centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie

ECBU : Examen Cyto Bactériologique des Urines

F : Féminin

G.E : Goutte Epaisse

HB : Hémoglobine

M : Masculin

NFS : Numération de la Formule Sanguine

Selles POK : Recherche de Parasites, Œufs et Kystes dans les selles

% : pourcentage

M.V.I.U :

Fig : Figure

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1- 31
II- OBJECTIFS	32
III- PATIENTS ET METHODES	33- 35
IV- RESULTATS.....	36- 44
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	45- 47
VI- CONCLUSION	48- 49

I- INTRODUCTION

A- Préambule

Le traumatisme est un état général particulier, créé de toute pièce par l'action d'une violence extrême sur un organisme occasionnant une blessure, une lésion locale [1].

Les traumatismes alvéolo-dentaires sont des traumatismes accidentels, dus aux chocs directs et indirects portés sur le système alvéolo-dentaire.

Ces traumatismes sont différents des traumatismes fonctionnels para physiologiques, que sont le bruxisme, les troubles de l'articulé dentaire [2].

Les traumatismes alvéolo-dentaires occupent une place importante en odontologie chirurgicale chez l'enfant et l'adolescent. Ils sont fréquents en pratique quotidienne et posent des réels problèmes à la denture. Une étude d'analyse rétrospective de trois années d'activité au C.H.U. de Dijon sur les urgences traumatiques en odontologie, en 2005 donne 28 % de traumatismes dentaires [3].

Si les facteurs favorisants sont connus, les traitements d'urgence sont souvent mal appréhendés et les séquelles à plus ou moins long terme sont souvent difficiles à gérer. Les traitements sont d'autant plus complexes que les dents sont immatures. Les possibilités thérapeutiques dépendent des différentes formes cliniques. La chirurgie est souvent indiquée dans les traumatismes graves qui intéressent les tissus de soutien [4].

Au Mali la prévalence des traumatismes alvéolo-dentaires chez l'enfant et l'adolescent reste méconnue. L'insuffisance des données sur ces traumatismes chez l'enfant nous a motivé à mener cette étude.

B- Intérêt

L'intérêt du sujet réside dans le fait que :

- 1) Les enfants et les adolescents souvent victimes d'accidents de la vie courante, constituent une tranche d'âge ciblée par les traumatismes alvéolo-dentaires.
- 2) La prise en charge précoce de ces traumatismes constitue un facteur de réussite thérapeutique.
- 3) En absence d'une prise en charge adéquate, les complications peuvent être sévères.

C- Généralités

1- Rappel anatomique:

Anatomie et topographie de la face[5]

Elle est limitée en bas par le plan de séparation entre la face et le cou, en haut elle a pour frontière la limite antérieure du cuir chevelu.

Il est classique de la diviser en trois étages :

a) L'étage supérieur ou crânien :

Il est compris entre la ligne supérieure qui répond au cuir chevelu et le plan passant par le bord supérieur de l'orbite, il répond à l'os frontal.

b) L'étage moyen ou massif facial :

- Il est limité en haut par la ligne de séparation avec l'étage supérieur.

- En bas, par un plan qui en avant se confond avec le plan d'occlusion des arcades dentaires prolongé en arrière il atteint le bord antérieur de la branche montante de maxillaire inférieure.

c) L'étage inférieur ou mandibulaire :

Il est compris entre la ligne de séparation avec l'étage moyen en haut et la ligne de séparation entre la face et le cou en bas.

Cet étage répond dans la profondeur au maxillaire inférieur dans toute son étendue, il est prolongé en bas par le plan mylo-hyoidien.

L'étage moyen ou massif facial et l'étage inférieur ou mandibule sont les plus touchés par les traumatismes.

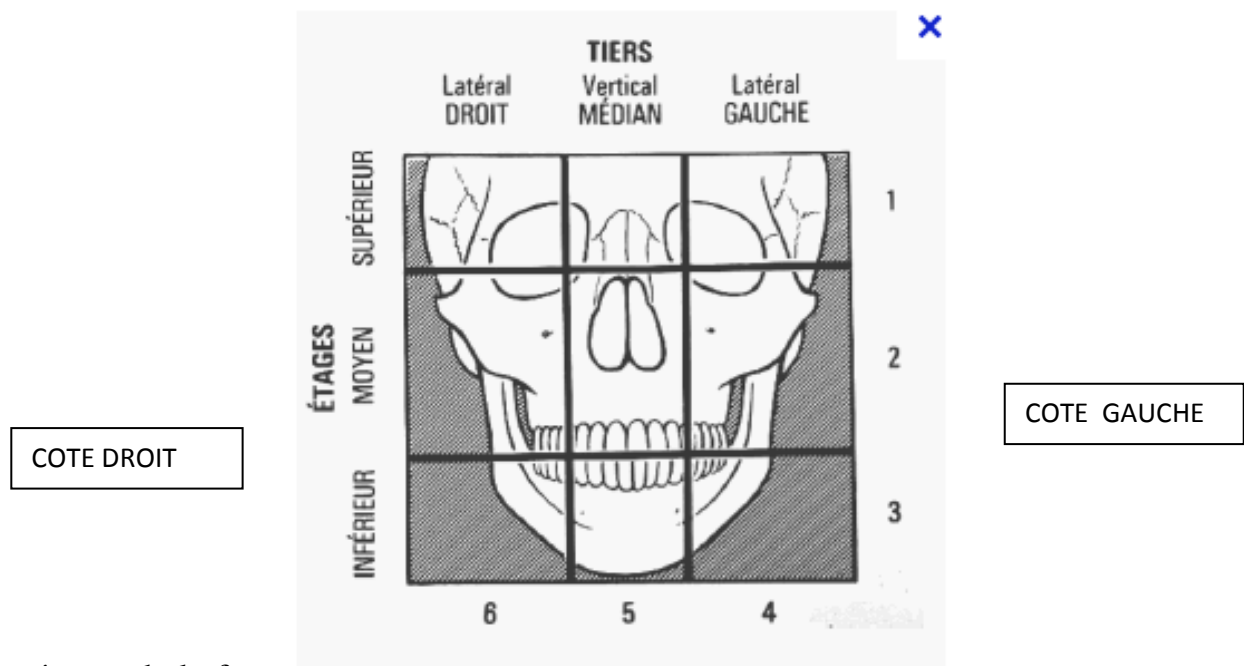


Fig 1: Les étages de la face

Source [6]

d) Vascularisation et innervation de la face:

- La vascularisation de l'arcade supérieure est assurée par les artères alvéolaires supéro-antérieure et supéro-postérieure, les branches de l'artère maxillaire et de l'artère infra-orbitaire.
- L'innervation sensitive est assurée par des rameaux alvéolaires, branches du nerf maxillaire.
- L'arcade inférieure est vascularisée par l'artère alvéolaire inférieure et l'innervation provient des branches du nerf mandibulaire[7].

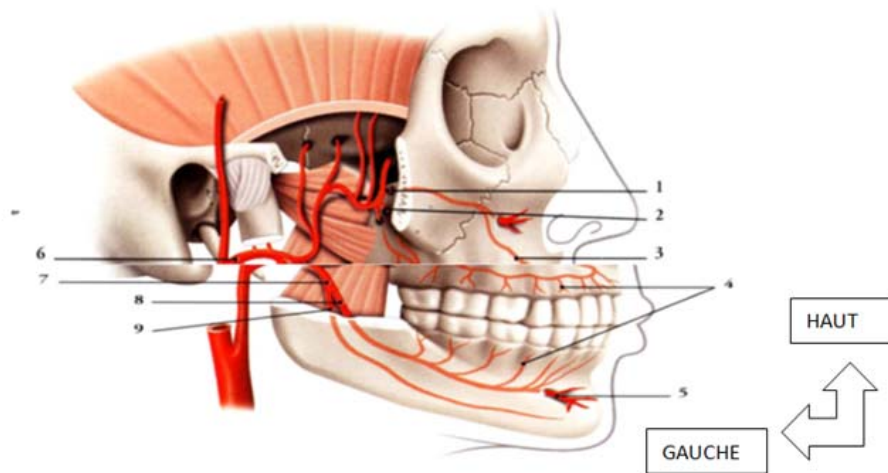


Fig. 2 [8]

Vascularisation artérielle des maxillaires

1. a. infra-orbitaire, 2. a.alvéolaire supéro-postérieure, 3. a. alvéolo-supéro-antérieure, 4. a. dentaire, 5. a. mentonnière, 6. a. maxillaire 7. a.alvéolaire inférieure, 8. a. rameaux dentaire de l'a. alv.inférieure, 9. r. mylohyoïdiens.

KAMINA P. PARIS 2004

e) Denture et dentition :

- La denture : est un terme qui désigne l'ensemble des dents présentes dans la cavité buccale.
- La dentition : est un terme dynamique qui englobe l'ensemble des phénomènes de développement des arcades dentaires : l'origine, la minéralisation, la croissance, l'éruption, le vieillissement et remplacement des dents[9].

Chez l'homme on distingue trois dentitions [10] :

De six mois à six ans, la dentition lactéale (ou temporaire) qui commence dès l'apparition de l'incisive centrale mandibulaire (six mois) qui devient complète à la mise en place de la deuxième molaire supérieure (vingt à vingt-quatre mois), et se poursuit jusqu'à six ans ; elle présente vingt dents.

Tableau de Chronologie de l'éruption des dents temporaires

Denture temporaire	Incisive centrale	Incisive latérale	Canine	1 ^{ère} molaire	2 ^{ème} molaire
Achèvement de la couronne	3 - 4 mois	4 - 5 mois	9 - 12 mois	6 - 9 mois	12 mois
Éruption	6-7 mois	7-9 mois	18 mois	12 mois	24 mois
Fermeture apex	2 ans	2 - 2 ½ ans	3 ans	2 ½ -3 ans	3 ½ - 4 ans
Début rhizalyse	5 ans	5 - 5 ½ ans	6 – 7 ans	5 ½ ans	6 ½ ans
Chute	7 ans	8 ans	11 ans	9 ans	10 ans

De six à douze ans la dentition mixte, commençant par l'apparition de la première molaire permanente et se terminant par l'éruption de la deuxième molaire permanente ; elle se caractérise par la présence sur l'arcade des dents temporaires et permanentes.

A partir de douze ans, la denture permanente comprenant trente-deux dents (en cas d'évolution de la dent de sagesse ou troisième molaire).

Il est à noter que lors de l'éruption des dents permanentes dans la cavité buccale, les racines ne sont pas encore totalement édifiées.

Tableau de Chronologie de l'éruption des dents permanentes

Denture permanente	Incisive centrale	Incisive latérale	Canine	1 ^{ère} prémolaire	2 ^{ème} prémolaire	1 ^{ère} molaire	2 ^{ème} molaire	3 ^{ème} molaire
Mise en place de germe	LE 5 M.V.I.U	LE 5 M.V.I.U	vers le 5M.V.I.U	Naissance	(9-12) mois	Le 4 M.V.I.U	(9-12) mois	4ans
Début de minéralisation	(3-4) mois	(3-12) mois	(4-5) mois	Vers 2 ans	Vers 3 ans	La naissance	(2-3) ans	(7-10) ans
Achèvement de la couronne	(4-5) ans	5 ans	6 ans	(6-7) ans	(6-8) ans	(3-4) ans	(7-8) ans	(13-15) ans
Eruption	(6-7) ans	(7-8) ans	(11-12) ans	(10-12) ans	(11-12) ans	6 ans	(12-13) ans	(17-21) ans
Achèvement de la dent	(9-10) ans	(10-11) ans	(13-15) ans	(12-13) ans	(13-14) ans	(9-10) ans.	(14-15) ans	(18-25) ans

f) Anatomie dentaire :

Un traumatisme dento-alvéolaire intéresse plusieurs tissus et structures. Il est nécessaire de connaître la structure d'une dent saine et de ses tissus de soutien pour déterminer les conséquences d'un traumatisme.

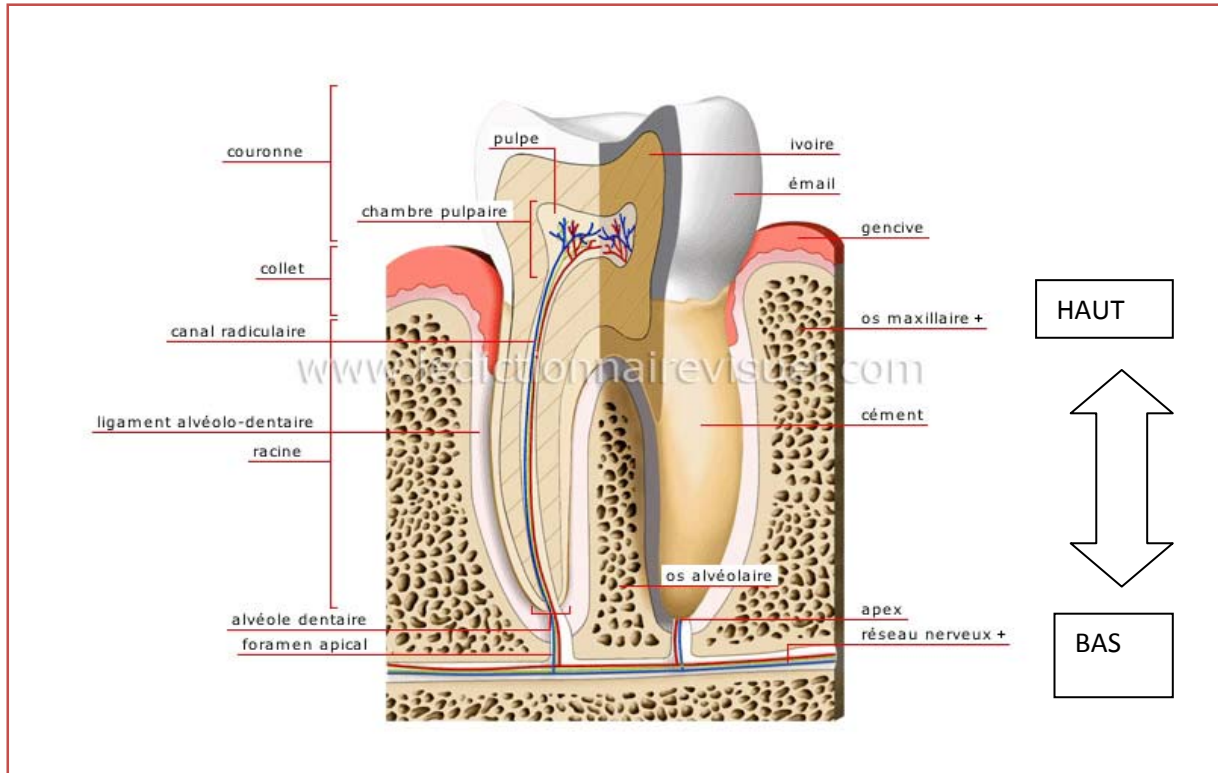


Fig 3 : Coupe transversale d'une molaire inférieure et ses tissus de soutien

Source [11]

Caractères généraux des dents :

Les dents sont des organes nécessaires et essentiels à la mastication, à travers leurs caractères singuliers, on peut les classer par catégorie ou groupe.

Chaque dent est constituée de deux parties principales distinctes :

-une partie visible dans la cavité buccale et plus ou moins massive (couronne dentaire)

-une partie radiculaire enfouie dans la gencive se terminant en pointe ou (apex).

h) Particularités anatomiques, histologiques et physiologiques de l'organe dentaire chez l'enfant

1. Odonte [13]

Les dents temporaires et les dents permanentes immatures présentent des caractéristiques morphologiques et physiologiques qui vont influencer les signes cliniques de la maladie buccodentaire pour Demars-Fremault et PilipiliMuhima , ces caractéristiques sont:

- une couche d'émail et de dentine plus fine,
- l'émail à un degré de minéralisation moindre, sa déminéralisation sera rapide de même que l'atteinte pulpaire,
- une chambre pulpaire volumineuse expliquant la rapidité de l'atteinte pulpaire au cours des pathologies.
- l'existence de canaux pulpoparodontaux mettant en communication le plancher pulpaire, mince, des molaires avec la zone inter-radiculaire.

Un complexe dentinopulpaire se caractérisant par une largeur plus importante des tubuli dentinaires, une vascularisation plus importante de la pulpe, une faible épaisseur de la dentine et une physiologie pulpaire variable selon le stade physiologique de la dent temporaire. Pour Kopel, la pulpe des dents temporaires élabore plus facilement de la dentine réactionnelle, en réponse à l'agression pulpaire, que les dents permanentes. Cette réaction de défense ne s'observe cependant que pour les dents temporaires aux stades I et II. La réponse inflammatoire pulpaire est en général plus importante qu'en denture permanente, et peut être à l'origine de phénomènes de résorption interne. Cette pulpe est également moins sensible aux stimuli douloureux par suite, probablement, d'une moindre densité des fibres nerveuses.

D'autre part, une dent en éruption accumule plus de plaque qu'une dent ayant achevé son éruption. En effet, pour Ekstrand et al, les forces masticatoires représentent un élément important dans les phénomènes de colonisation, par les bactéries cariogènes des surfaces dentaires des dents faisant leur éruption.

2. Parodonte [14]

Le parodonte est l'objet d'adaptations et de modifications liées à la fonction et à l'âge. Le parodonte pendant l'enfance et la puberté est en constant remaniement à cause de l'exfoliation et de l'éruption des dents. Comme l'ont montré BAER et BENJAMIN.

Une description figée du parodonte de l'enfant et de l'adolescent est difficile en raison, des changements permanents qui surviennent entre l'éruption des dents temporaires, leur exfoliation, l'apparition des dents définitives et leur mise en occlusion.

Depuis l'apparition de la première dent lactéale (6-7mois) jusqu'à la mise en occlusion de la deuxième molaire définitive (13-14 ans), le parodonte doit s'adapter à toutes ces variations physiologiques.

2.1. Gencive

La hauteur de la gencive marginale est largement accrue en denture temporaire et peut atteindre une valeur moyenne de 2,1mm [15].

L'anatomie cervicale des dents temporaires et la proéminence des bombés vestibulaires lui confèrent un aspect ourlé et épais [16].

La gencive inter-dentaire chez l'enfant est plus étroite dans le sens mésio-distal que chez l'adulte. La hauteur de gencive adhérente est plus importante au maxillaire qu'à la mandibule, elle augmente avec l'âge. La profondeur du sulcus a une valeur constante de 1 mm en moyenne [17].

La gencive de l'enfant est décrite comme plus rouge du fait, d'un réseau capillaire abondant et d'un épithélium plus mince et moins kératinisé, il y a une absence de piqueté « en peau d'orange » car les papilles conjonctives de la lamina propria sont plus courtes et plus plates[16].

La hauteur de l'épithélium par rapport au chorion est plus grande que chez l'adulte L'attache épithéliale est située au niveau de l'émail, plus haut et non à la jonction amélo-cémentaire. Chez l'enfant, le sillon gingivo-dentaire est très peu marqué. Sa profondeur à une valeur constante de 1mm en moyenne. L'espace inter- dentaire est complètement occupé par la gencive papillaire.

Au niveau des fréquents diastèmes rencontrés en denture temporaire, on observe, du point de vue histologique, une gencive recouverte d'un épithélium kératinisé desquamant [18].

2.2. Desmodonte

Au niveau des dents lactéales, le desmodonte communique avec les espaces médullaires des procès alvéolaires. La radiographie de l'espace desmodontal laisse apparaître une radioclarité marquée, un espace large surtout au niveau de la furcation. Les faisceaux fibrillaires collagéniques et les fibres oxytalanes, quoique organisés comme dans le desmodonte des dents définitives, y sont moins denses.

Chez l'enfant on retrouve dans le desmodonte des résidus de la gaine de Hertwig et de l'épithélium de l'organe de l'émail. Les cellules sont très souvent au repos, elles prolifèrent sous l'influence de l'inflammation du tissu adjacent et participent à l'étiopathogénie de la poche parodontale au cours des parodontites [16].L'image radiographique de l'espace desmodontal laisse apparaître une radioclarité marquée, un espace large, surtout au niveau de la furcation. Le desmodonte communique avec les espaces médullaires des procès alvéolaires et

avec le tissu conjonctif pulpaire par les orifices apicaux et de nombreux canaux pulpo-parodontaux.

2.3. Cément

La densité et l'épaisseur du ciment des dents temporaires sont moindres que celles des dents permanentes. Le ciment lactéal est généralement de type acellulaire dans la zone coronaire de la racine et de type cellulaire dans la zone apicale. Il y a une absence de piqueté « en peau d'orange » car les papilles conjonctives de la lamina propria sont plus courtes et plus plates [16].

2.4. Os alvéolaire

L'os alvéolaire lactéal est peu volumineux et présente de plus larges espaces médullaires, avec des trabéculations moins denses associées à une moindre minéralisation. Les corticales externes et internes sont fines en particulier au niveau du secteur antérieur. La lamina dura est fine. Les crêtes inter-dentaires sont plus plates. La vascularisation sanguine et lymphatique est très importante.

L'os alvéolaire parcouru par une vascularisation sanguine et lymphatique dense, est moins calcifié. Les corticales sont fines en particulier, au niveau du secteur antérieur. Les crêtes alvéolaires peuvent être convexes ou plates, surtout si elles sont associées à des diastèmes. La densité et l'épaisseur du ciment des dents temporaires sont moindres que celles des dents permanentes. Il est de type acellulaire dans la zone coronaire de la racine et cellulaire dans la région apicale [16].

3. Particularités du parodonte en denture mixte

Cette période s'étend sur 6 années, de l'évolution des premières molaires et des incisives inférieures permanentes à la mise en place des deuxièmes molaires permanentes. La fin de cette période correspond généralement à la période pubertaire.

L'éruption dentaire provoque des changements morphologiques, et structuraux que le clinicien doit connaître afin de distinguer une situation physiologique normale d'une pathologie.

La gencive marginale souvent inflammatoire est épaisse, ourlée, flasque et rouge. Elle réagit très rapidement aux agressions locales (plaques dentaires, dispositifs orthodontiques et/ou obturation iatrogènes). Durant la période pubertaire, de nombreux changements morphologiques et métaboliques apparaissent.

L'augmentation de la profondeur du sulcus chez l'enfant et le jeune adolescent est d'abord associée à l'âge et, à un degré moindre, à la réponse inflammatoire. L'image des crêtes osseuses au cours de l'éruption est variable. Elle peut être rectiligne, oblique, linéaire ou concave [19]

i) Mécanismes et étiopathogénies

1. Les facteurs déterminants :

Les étiologies des traumatismes alvéolo-dentaires sont multiples. Tout choc porté sur le système alvéolo-dentaire peut nuire à celui-ci.

En denture temporaire, on note les chocs liés à l'apprentissage à la marche c'est-à-dire entre deux et quatre ans ou aux accidents de la cour de la récréation.

En denture définitive, on a les pratiques sportives, les accidents de travail, de la circulation et les rixes qui sont prédominantes. Les dents les plus fréquemment touchées sont les incisives centrales supérieures.

2. Les facteurs favorisant :

2.1 Facteurs locaux :

- protrusion ou proalvéoliesupérieure
- incontinence labiale et absence de stomion
- parodontopathies
- Dents siégeant dans un foyer tumoral.

2.2.-Facteurs généraux :

- Ostéopathies ;
- L'ostéoporose médicamenteuse (corticoïdes) ;
- Les avitaminoses (A) et (D).

Et l'hypervitaminose (A) : résorption osseuse généralisée.

N.B: Les traumatismes alvéolo-dentaires peuvent être iatrogènes.

3. Mécanisme:

Le mécanisme des lésions traumatiques alvéolo-dentaires est direct ou indirect.

Dans les traumatismes directes, l'agent vulnérant heurte directement l'organe dentaire dans un mouvement antéro-postérieur.

Les traumatismes indirects font appel au rôle de bélier que joue la mandibule lors d'un choc sous le menton, la bouche étant ouverte.

4-Classification:

Différentes classifications ont été proposées, mais la plus utilisée reste celle de l'OMS

a) Classification de L'O.M.S (1969)

2-1-Les traumatismes des tissus durs et de la dent:

1-Fêlure coronaire.

2-Fracture coronaire non compliquée.

3- Fracture coronaire compliquée.

4- Fracture corono-radriculaire non compliquée.

5- Fracture corono-radriculaire compliquée.

6- Fracture radriculaire.

2-2- Les traumatismes des tissus parodontaux:

1-Ebranlement.

2-Subluxation.

3-Luxation avec intrusion.

4-Luxation avec extrusion.

5-Luxation latérale.

6-Avulsion.

2-3- Les traumatismes de l'os alvéolaire:

1-Communication de l'os alvéolaire.

2-Fracture d'une paroi de l'alvéole.

3- Fracture du procès alvéolaire.

4-Fracture de la mandibule ou du maxillaire.

2-4-Les lésions gingivales:

1-Déchirure de la gencive ou de la muqueuse buccale.

2-Contusion de la gencive ou de la muqueuse buccale.

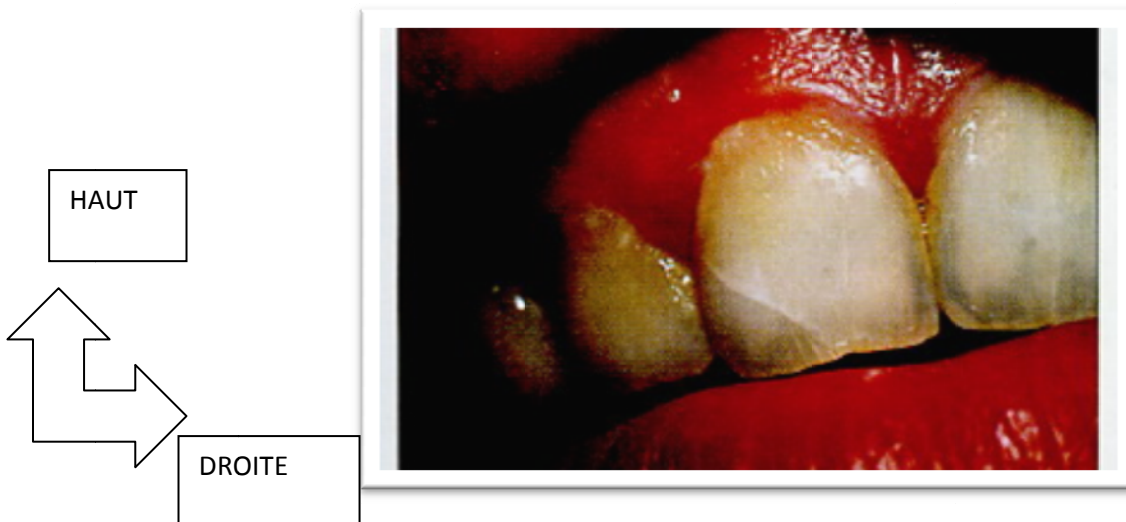
3-Abrasion de la gencive ou de la muqueuse buccale.

2-Diagnostic des formes cliniques :

A) Les fêlures dentaires

La fêlure est une solution de continuité partielle de l'email sans perte de substance amélaire. Les signes cliniques sont souvent inexistant, le patient se plaint d'une légère sensibilité au froid.

Fig 5: fêlure dentaire



Source : [20]

B) Les fractures coronaires.

La fracture coronaire peut concerner uniquement l'émail (fracture amélaire), l'émail et la dentine (fracture amélodentinaire) ou l'émail, la dentine et la pulpe (fracture amélodentinaire avec exposition pulpaire).

1- Fracture amélaire:

Elle est rare caractérisée par une perte de l'email qui est située, le plus souvent au niveau de l'angle mésiale ou distal de la dent traumatisée.

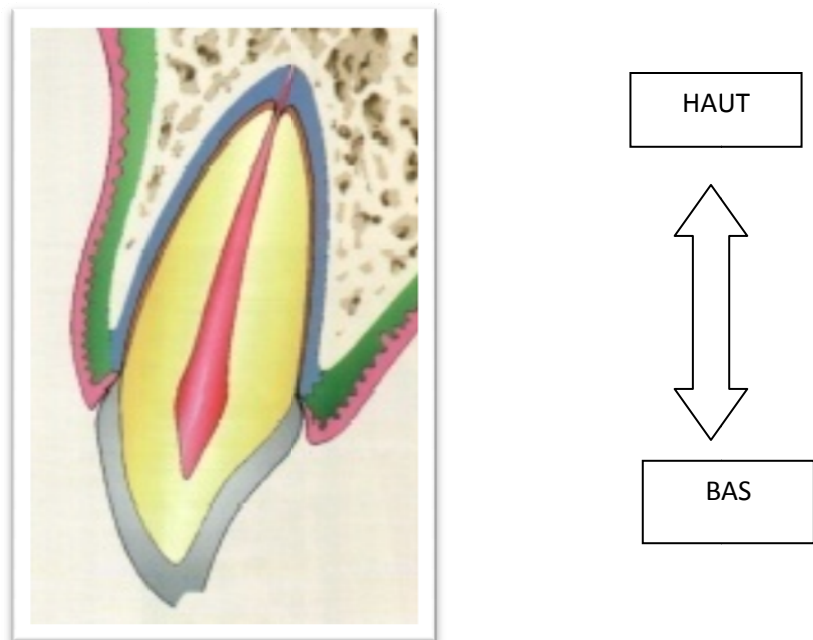


Fig 6 : Fracture amélaire

Source [20]

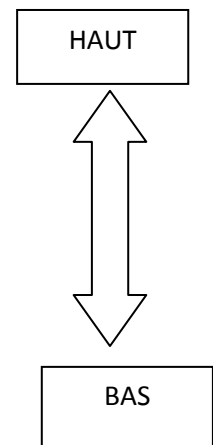
2- Fracture amélodentinaire

Fracture limitée à l'email et à la dentine sans exposition pulpaire. Les signes cliniques sont proportionnels à la sévérité du traumatisme c'est à dire en fonction de l'étendu de l'exposition dentaire et la proximité pulpaire, caractérisée par une douleur aux changements de température; aux acides et à la mastication



Fig 7: Fracture coronaire amélodentinaire

Source : [20]



3- Fracture coronaire compliquée:

Cette fracture implique l'email et la dentine, avec exposition pulpaire. Cliniquement la pulpe apparaît comme un point sanguinolant au milieu de la surface dénudée, le patient se plaint de douleurs très importantes aux variations thermiques et au moindre de contact.

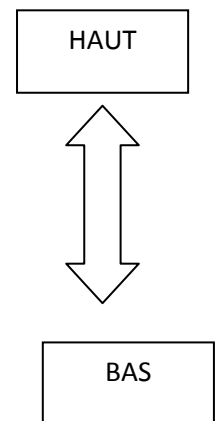


Fig 8: Fracture coronaire compliquée

Source : [20]

C) Fracture corono-radicaire:

On peut les classer en 2 catégories selon l'implication pulpaire:

-fracture corono-radicaire simple

-fracture coronaire compliquée

1-fracture corono-radicaire simple:

Sans atteinte du tissu pulpaire (tissus dentaires concernés: émail, dentine, cément.). C'est une fracture rare presque verticale qui comporte un grand fragment fixe et un petit fragment plus ou moins mobile.

2-fracture coronaire compliquée: Où le tissu pulpaire est concerné (email, dentine, pulpe et cément,) : C'est une fracture généralement oblique qui comporte un fragment corono-radicaire immobile et un autre mobile ; provoquant des douleurs par tiraillement de la pulpe ; caractérisée par un syndrome pulpaire et un autre desmodontique.

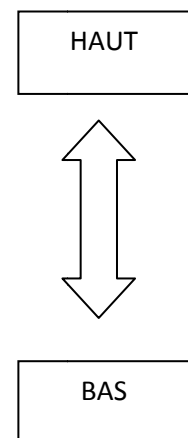
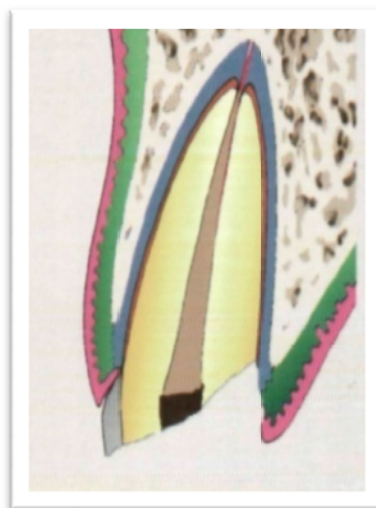


Fig 9 : Fracture corono radicaire

Source : [20]

D) Fracture radiculaire.

Ces fractures surviennent généralement à la suite d'un traumatisme direct. Elles peuvent être associées à des traumatismes alvéolaires, à des fractures coronaires et ou à une atteinte des tissus mous. Elles sont regroupées en trois catégories selon la situation du trait de fracture :

a) Fracture radiculaire au tiers cervical (Basse) :

La pulpe radiculaire apparaît en un point rouge et qui saigne

La sertissure gingivale est arrachée et hémorragique.

La fracture est ouverte.

Si le trait de fracture n'est que para-cervical, le fragment coronaire peut rester attaché à la gencive, sa mobilité est très grande.

La mobilisation du fragment coronaire constitue un symptôme dominant et chaque mouvement occasionne une douleur très vive

b) Fracture du tiers moyen : La mobilité du fragment est très douloureuse ; les douleurs sont spontanées, intenses.

La dent peut réagir aux tests de vitalité pulpaire comme elle peut ne pas réagir.

c) Fracture du tiers apical (haute):

Le trait de fracture est situé au niveau de l'apex, la fracture est toujours fermée, aseptique, pas de mobilité; pas d'hémorragie. On peut avoir une légère douleur à la pression.



Fig 10 : Fracture radriculaire

Source : [20]

- a- Fracture radriculaire au tiers cervical (basse)
- b- Fracture du tiers moyen
- c- Fracture du tiers apical

E) Les luxations : Toute luxation provoque un traumatisme des tissus de la dent. Par ordre croissant de sévérité, les luxations sont:

1-Concussion et subluxation

-Concussion : C'est un traumatisme des tissus parodontaux sans malposition ou mobilité de la dent. La circulation sanguine de la pulpe est rarement affectée.

La stimulation mécanique (percussion) peut provoquer une légère sensibilité

La mastication est légèrement douloureuse.

Les tests vitalité peuvent être négatifs et aucune anomalie radiologique n'est révélée sauf des fois un léger épaissement ligamentaire.



Fig 11: Concussion

Source : [20]

-La subluxation :

Résulte du traumatisme des tissus parodontaux avec une légère augmentation de la mobilité, mais sans malposition dentaire, la circulation sanguine de la pulpe peut être affectée. Il existe un petit saignement. Le patient se plaint d'une « dent devenue plus longue » et un gêne à la mastication.

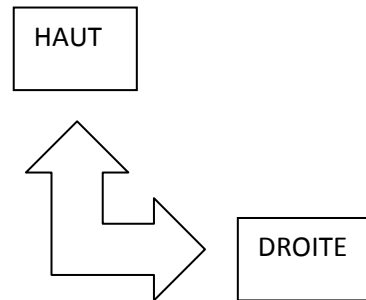


Fig 12 : Subluxation

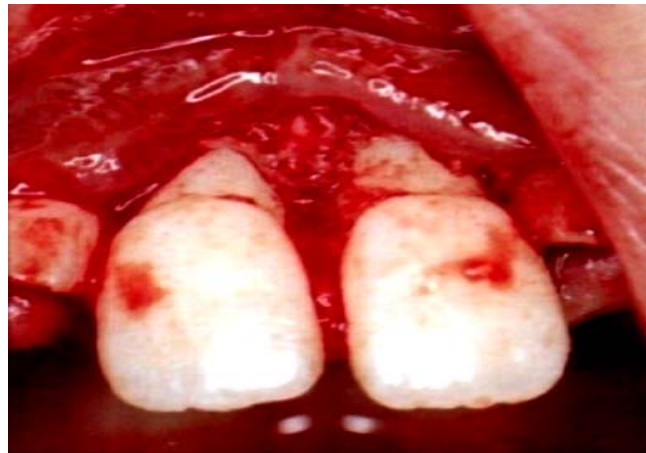
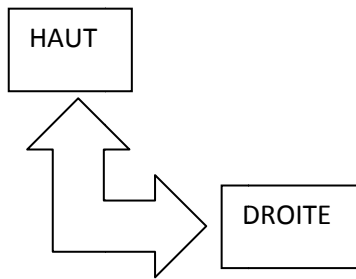
Source : [20]

2-Extrusion et luxation latérale :

-Extrusion :

Une dent extrusée est déplacée coronairement.

Dans ce cas de luxation, le ligament desmodontal et le système neuro-vasculaire du tissu pulpaire sont sévèrement atteints. A l'examen clinique, la dent se trouve déplacée hors de son alvéole. La dent paraît plus longue que les adjacents et présente une grande mobilité. Les tests pulpaires immédiats sont le plus souvent négatifs. La radiographie montre une racine intacte et un élargissement ligamentaire plus ou moins important de l'espace péri apical.



Source : [20]

Fig 13 : Extrusion ou égression

Les luxations latérales ou horizontales :

Elles intéressent les tissus dentaires, parodontaux et osseux. A l'examen clinique, la dent apparaît déplacée latéralement et souvent fermement bloquée dans sa nouvelle position. Une fracture alvéolaire généralement évidente.

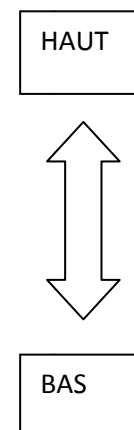
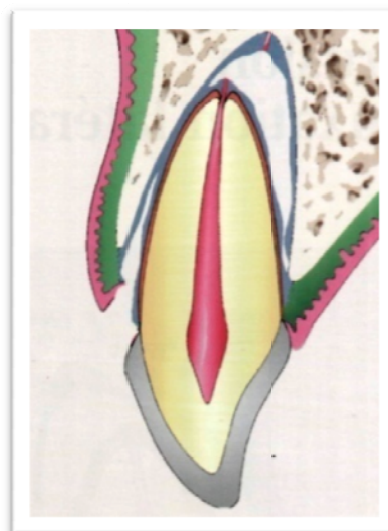


Fig 14 : Luxation latérale

Source : [20]

Intrusion ou ingression :

L'intrusion est un déplacement apical de la dent. Elle s'accompagne d'une fracture de l'os alvéolaire.

Les intrusions des dents définitives matures sont rares et s'accompagnent toujours de dégâts alvéolaires importants. Le système neuro-vasculaire de la dent subit des dommages considérables et les fibres desmodontales sont dilacérées et /ou écrasées. En denture mixte, le diagnostic doit être établi entre l'ingression et le retard d'éruption. Les tests de vitalité sont le plus souvent négatifs, mais ne doivent pas conduire à une thérapeutique endodontique immédiate. La radiographie objective une diminution de la largeur du ligament parodontal et une disparition totale au niveau de la région apicale. La racine est généralement intacte.



Fig 15 : Intrusion

Source : [20]

La luxation totale :

Lors d'une expulsion, la dent entière est complètement dissociée de ses tissus de soutien.

Elle est évidente. l'alvéole est vide , le blessé tient la dent dans sa main ou l' a perdu (dans le cas , le diagnostic différentiel doit se faire avec une intrusion totale de la dent par le recours à la radiographie) . L'examen clinique recherche une fracture de l'os alvéolaire qui contre- indique la réimplantation de la dent.



Fig 16: Expulsion

Source : [20]

Les fractures de l'os alvéolaire:

Ces types de fracture intéressent l'os alvéolaire dans sa partie coronaire et/ou apicale.

Elles sont plus fréquentes dans la région antérieure et résultantes le plus souvent d'un choc violent affectant plusieurs dents. Les traumatismes dentaires souvent associés sont la luxation latérale, et/ou l'expulsion et plus rarement les fractures radiculaire.

L'inspection retrouve une tuméfaction et des ecchymoses de la muqueuse gingivale et, à un stade plus avancé, l'adhérence de celle-ci à l'os alvéolaire conduit à sa déchirure si le déplacement est important. La mobilisation douce retrouve une mobilité associée de la (ou des) dent(s) et de l'os alvéolaire. Les tests de vitalité pulpaire sont le plus souvent perturbés.

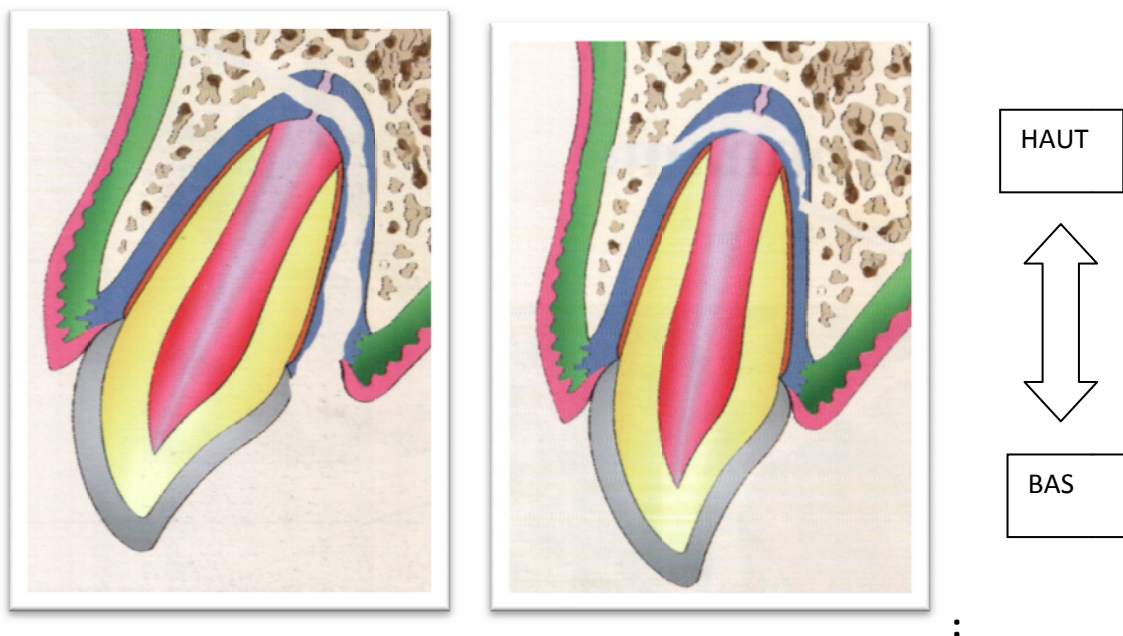


Fig17: Les fractures de l'os alvéolaire Source : [20]

LES LÉSIONS DES TISSUS MOUS :

Selon l'OMS les lésions des tissus mous sont de trois types de lésions :

Il s'agit des traumatismes des lèvres, la langue, la gencive attachée, de la joue.

Ces traumatismes peuvent être :

-soit une abrasion : c'est une blessure superficielle dans laquelle l'épithélium gingival est égratigné et raflé.

-soit une contusion : qui est une hémorragie du tissu sous cutané sans lacération du tissu épithélial.

- soit une lacération : qui est une blessure des tissus généralement due à un objet tranchant.

Ces différentes lésions sont constituées par les plaies ; les excoriations ; les œdèmes, les lésions nerveuses.



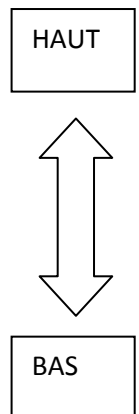
Fig : 18 Abrasions



Fig:19 Contusion



Fig 20 : Lacération



Source : [20]

Les complications des traumatismes alvéolo-dentaires:[21]

Le traumatisme alvéolo-dentaire négligé ou mal pris en charge se compliquera par :

Les Complications immédiates :

- ✓ Un syndrome hémorragique;
- ✓ Un syndrome du plancher;
- ✓ Un syndrome asphyxique.

Les complications secondaires

- ✓ Les pulpopathies;
- ✓ les mortifications pulpaire (nécrose pulpaire);
- ✓ Les cellulites;
- ✓ Les ostéites.

Les complications retardées

Les pathologies péri apicales chroniques

- ✓ un kyste radulaire;
- ✓ un granulome.

La dégénérescence calcique

La dégénérescence calcique est considérée comme étant un dépôt anarchique de dentine dans le tissu pulpaire, conduisant à terme à une oblitération totale de la Chambre pulpaire.

Les séquelles des traumatismes sur les dents temporaires

- ✓ Décolorations coronaires

Un changement qui apparaît deux ou trois semaines après le traumatisme n'est pas le signe pathognomonique d'une nécrose pulpaire.

Les séquelles des traumatismes sur les germes des dents permanentes

Elles peuvent également concerner la dent définitive traumatisée à l'état de germe par l'apex ingressée de la dent lactéale.

- ✓ Une hypoplasie de l'émail ;
- ✓ anomalies radiculaires;
- ✓ anomalies de l'éruption : absence, retard ou ectopie.
- ✓ Une fragmentation ou dégénérescence du germe

Les séquelles des traumatismes sur les dents permanentes

- ✓ La perte d'une dent définitive;
- ✓ La résorption de l'os alvéolaire en secteur édenté ;
- ✓ la mortification d'une dent est la séquelle la plus fréquente ;
- ✓ Le déplacement, souvent latéral, des dents.

Les séquelles des traumatismes sur les tissus de soutien

- ✓ La contusion;
- ✓ L'ingression et l'égression;
- ✓ La luxation totale;

Après réimplantation, la dent luxée n'échappera pas au double processus d'ankylose, rhizalyse à moyen ou à long terme.

L'ankylose

Ce processus est plus important pour les dents matures que pour les dents immatures ou la racine est intégrée dans un processus de remodelage osseux, résorbée graduellement et remplacée par du tissu osseux alvéolaire.

II) OBJECTIFS :

a) **Objectif général :**

- ❖ Etudier les traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants et adolescents de 1 à 15 ans au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU OS) de Bamako

b) **Objectif spécifiques:**

- ❖ Déterminer les aspects sociodémographiques des traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants et adolescents de 1 à 15 ans.
- ❖ Déterminer les aspects cliniques des traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants et adolescents de 1 à 15 ans.
- ❖ Déterminer les aspects thérapeutiques des traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants et adolescents.

III) Patients et Méthodes

1. Cadre et lieu d'étude

Notre étude a été effectuée au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie (CHU OS) de Bamako. C'est un Centre Hospitalier de troisième niveau spécialisé en Odonto-Stomatologie.

Il est situé au quartier du Fleuve, Rue Raymond Poincaré, porte N°870.

Il assure les missions suivantes :

- poser le diagnostic, le traitement des malades et des blessés
- Prendre en charge les urgences et les référés
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels santé ainsi que les étudiants stagiaires en matière de santé bucco-dentaire
- conduire les travaux de recherche dans le domaine d'Odontostomatologie.

Les personnels et l'infrastructure

Le CHU-OS est organisé autour de deux (2) pôles à savoir : un pôle administratif et un pôle technique.

Les services techniques du CHU-OS se divisent en deux groupes à savoir :

- ✓ L'odontologie avec quatorze (14) cabinets de soins repartis entre six (6) services :
 - Service d'Odontologie Conservatrice ;
 - Service d'Odontologie Chirurgicale ;
 - Service de Parodontologie ;
 - Service de Pédiodontie (odontologie pédiatrique) ;
 - Service d'Orthopédie Dento-faciale ;
 - Service de Prothèses Dentaires.

✓ La stomatologie avec 10 boxes, une salle de fantôme et 2 salles.

Il s'agit de :

- Service de Chirurgie buccale
- Service de Chirurgie Maxillo-faciale

A la date d'aujourd'hui le CHU-OS compte deux maîtres de conférences, deux maîtres assistants et sept vacataires. D'autres médecins participent à l'encadrement des étudiants.

2. Type et période d'étude

L'étude est de type rétrospectif et descriptif s'étalant sur une période de 11 mois (21 Février au 30 Décembre 2013) au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU OS).

3. Population d'étude

Notre étude a porté sur 80 enfants victimes d'un traumatisme alvéolo-dentaire reçus en consultation au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie de Bamako.

a) Echantillonnage :

Cette étude était basée sur un échantillon de 80 cas.

b) Critère d'inclusion :

Etait inclus dans cette étude tout enfant âgé de 1 à 15 ans malade sans distinction de nationalité ni de sexe présentant un traumatisme alvéolo-dentaire et ayant accepté de participer à l'étude.

c) Critère de non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude tout enfant âgé plus de 15 ans et victime de toute autre forme de traumatisme que celle sus citée.

Tout enfant âgé de 1 à 15 ans victime d'un traumatisme alvéolo-dentaire ayant un dossier nonexploitable.

d) Critère d'appréciation du résultat

Les résultats ont été jugés selon les critères de BEZIAT :

- Ont été jugés bons les résultats des patients chez lesquels :

- L'occlusion a été rétablie

- La fonction de l'articulé dentaire a été restaurée

- Il n'y a pas de trouble neurologique.

- Ont été jugés assez bons les résultats des patients chez lesquels :

- L'occlusion a été partiellement rétablie

- La fonction de l'articulé a été restaurée partiellement

- Il n'a pas de trouble neurologique.

e) Collecte des données

Nous avons utilisé comme sources d'information :

- ✓ Fiche d'enquête
- ✓ Dossiers des patients
- ✓ Registres d'hospitalisation du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale.
- ✓ Ordinateur
- ✓ Logiciel Epi info version 3.5

f) Méthode

Les dossiers cliniques des patients, les registres d'hospitalisations du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale et la fiche d'enquête ont servi de source des données

Saisie et analyse des données :

L'analyse des données a été effectuée sur logiciel EPI INFO version 3.5.

IV. RESULTATS

1. Selon les caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Distribution de l'effectif des patients en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	57	71,25
Féminin	23	28,75
Total	80	100,00

Le sexe masculin a été le plus représenté avec 71,25 % des cas

Le sex-ratio M/F=2,48.

Tableau II : Distribution de l'effectif des patients en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence (%)
0 -5	11	13,75
6-10	30	37,50
11-15	39	48,75
Total	80	100,00

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 11 à 15 ans avec 48,75% des cas.

Tableau III : Distribution de l'effectif des patients en fonction du niveau d'alphabétisation

Niveau d'alphabétisation	Effectif	Fréquence (%)
Précolaire	10	12,50
Cycle fondamental	62	77,50
Cycle secondaire	05	6,25
Non alphabétisé	03	3,75
Total	80	100,00

Le cycle fondamental était le plus représenté avec 77,25% des cas

Tableau IV : Distribution de l'effectif des patients en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
District de Bamako	75	93,75
Région de Koulikoro	02	2,50
Région de Sikasso	01	1,25
Région de Ségou	01	1,25
Autres	01	1,25
Total	80	100,00

Les patients provenant du district de Bamako ont été les plus représentés avec 93,75 % des cas.

Autres : Un était d'origine Guinéenne et résidait au Mali.

Dans notre étude :

- ❖ **La nationalité Malienne était de 79 patients soit 98,75 % des cas.** Par contre 1 patient était de nationalité Guinéenne soit 1,25 % des cas.

2. Selon l'examen clinique

Dans notre étude :

- ❖ **Les patients reçus en Urgence étaient de 65 patients soit 81,25 % des cas.** Tandis que 14 patients ont été référés soit 17,50 % des cas.

Tableau V: Distribution de l'effectif des patients en fonction de la circonstance de survenue (étiologie)

Circonstance de survenue	Effectif	Fréquence (%)
Accident de la circulation routière	39	48,75
Chute	34	42,50
Coups et blessures volontaires	02	2,50
Autres	05	6,25
Total	80	100,00

La principale cause de ces traumatismes alvéolo-dentaires a été l'accident de la circulation routière avec 48,75 % des cas.

Autres : accident du sport (03) soit 3,75 % des cas, extraction dentaire (02) soit 2,50 % des cas.

Tableau VI: Distribution de l'effectif des patients en fonction de la topographie

Cadran concerné	Effectif	Fréquence (%)
Cadran 1	18	22,50
Cadran 2	12	15,00
Cadran 3	09	11,25
Cadran 4	03	3,75
Autres	38	47,50
Total	80	100

Le cadran 1 a été le plus touché avec 76,25 % des cas.

Autres : Cadran 1+cadran 2 (16) soit 20,00 % des cas.

Cadran 1+cadran 3 (03) soit 3,75 % des cas.

Cadran 1+cadran 4 (02) soit 2,50 % des cas.

Cadran 2+cadran 4 (06) soit 7,50 % des cas.

Cadran 3+cadran 4 (02) soit 2,50 % des cas.

Cadran 1+cadran 2+cadran 4 (04) soit 5,00 % des cas.

Cadran 1+cadran 2+cadran 3+cadran 4 (05) soit 6,25 % des cas.

Tableau VII: Distribution de l'effectif des patients en fonction des signes cliniques

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage (%)
Déformation	01	1,25
Luxation dentaire partielle et complète	03	3,75
Fracture dentaire	24	30,00
Fracture alvéolaire	06	7,50
Luxation dentaire partielle	17	21,25
Luxation dentaire complète	02	2,50
Intrusion dentaire	04	5,00
Association N°1	07	8,75
Association N°2	08	10,00
Association N°3	05	6,25
Association N°4	03	3,75
Autres	00	00,00
Total	80	100,00

Le signe clinique le plus représenté a été la fracture dentaire avec 30,00 % des cas.

Association N°1: fracture dentaire plus fracture alvéolaire (07) soit 8,75 % des cas.

Association N°2 : fracture dentaire plus luxation (08) soit 10,00 % des cas.

Association N°3 : fracture alvéolaire plus luxation (05) soit 6,25 % des cas.

Association N°4 : fracture alvéolo-dentaire plus luxation (03) soit 3,75 % des cas.

Autres : Il s'agit des cas de fractures maxillo-faciales associées à une fracture alvéolo-dentaire.

Dans notre étude :

❖ **Les 80 patients avaient de la douleur soit 100,00 % de nos cas.**

Tableau VIII : Distribution de l'effectif des patients en fonction du type de lésion

Type de lésion	Effectif	Fréquence (%)
Lésions dentaires	5	6,25
Lésions dentaires + osseuses	25	31,25
Lésions dentaires + parties molles	20	25,00
Lésions des parties molles	9	11,25
Lésions des parties molles + osseuses	20	25,00
Lésions osseuses	1	1,25
Total	80	100,00

Les lésions dentaires + osseuses ont été les plus représentées avec 31,25% des cas.

3. Selon l'examen complémentaire

Tableau IX : Distribution de l'effectif des patients en fonction de l'examen radiologique

Type de radiographie	Effectif	Fréquence (%)
Radio retro alvéolaire	27	33,75
Radio panoramique	43	53,75
Radiographie non réalisée	10	12,50
Total	80	100,00

La radiographie panoramique a été la plus demandée avec 53,75% des cas.

4. Selon le traitement

Dans notre étude :

- ❖ Les antibiotiques et anti inflammatoires non stéroïdiens ont été les plus prescrits chez les 80 patients soit 100,00% des cas.
- ❖ Le type d'anesthésie le plus utilisé a été l'anesthésie locale avec 97,50 % des cas. par contre 2,50 % des cas ont été pris sans anesthésie.

Tableau X : Distribution de l'effectif des patients en fonction de type du traitement

Type de traitement	Effectif	Fréquence (%)
Extraction dentaire	36	45,00
Contention	13	16,25
Extraction dentaire+contention	11	13,75
Suture+contention	06	7,50
Autres	14	17,50
Total	80	100,00

L'extraction dentaire a été le type de traitement le plus utilisé avec 45,00 % des cas.

Autres : Il s'agit des patients ayant subi des soins dentaires locaux.

5. Selon le suivi post opératoire

Tableau XI : Distribution de l'effectif des patients selon le suivi post opératoire

Période	Effectif	Fréquence (%)
2 mois	29	36,25
4 mois	02	2,50
6 mois	01	1,25
Autres	48	60,00
Total	80	100,00

Après leur intervention 36,25 % des patients ont été vus à 2 mois.

Autres : ce sont des patients qui ont été suivis pendant une à 6 semaines après leur intervention.

Tableau XII : Distribution de l'effectif des patients en fonction du résultat de traitement

Résultat du traitement	Effectifs	Fréquence (%)
Bon	71	88,75
Assez bon	09	11.25
Total	80	100,00

88,75 % de nos résultats ont été jugés bons.

Dans notre étude :

- ❖ Nous n'avons pas eu de séquelles chez les patients lors des suivis pendant six mois.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Les aspects sociodémographiques

1.1. L'âge

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 11- 15 ans avec 48,75 % des cas.

Ce résultat est largement supérieur à celui de MULLERM. et coll. qui en 1995 ont trouvé 12,47 % des patients de 8 -15 ans [22].

1.2. Le sexe

Dans notre étude, il y'avait une prédominance masculine avec 71,25 % et un sex-ratio de 2,48. Ce résultat est conforme à celui de BERTHED. au Mali en 2008, qui a trouvé 79,55 % des cas [23]. Il est supérieur à celui d'H-H.HORCH et coll. qui en Allemagne en 1996 ont constaté 2,2 % de traumatisme chez les garçons [24].

Ce qui pourrait s'expliquer par certaines activités pratiquées par les garçons.

1.3. L'occupation

Notre étude a révélé que le cycle fondamental était le plus représenté avec 77,25 % des cas. Ce résultat est supérieur à celui de DRAME.M en Juin 2005 au Sénégal, où le cycle fondamental représentait 68 % des cas [25].

1.4. La résidence

Nos patients résidaient à Bamako dans 93,75 % des cas. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que le lieu d'étude, le Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-stomatologie (CHU- OS) soit situé à Bamako.

2. Aspect clinique

2.1. L'étiologie

La circonstance de survenue de ces traumatismes a été l'accident de la circulation routière avec 48,75 %, suivi des chutes avec 42,50 % des cas. Ces résultats sont inférieurs à ceux d'autres auteurs comme MULLER M et coll. en France qui ont trouvé 55,60 % des cas [22].

Dans l'étude de DJEDOUANI A. et coll., les chutes représentaient 77,60 % des cas [21].

2.2. La topographie

Le cadran 1 a été le plus touché avec 22,50 %, suivi du cadran 2 avec 15 % des cas.

Ces résultats concordent avec l'étude de BERTHED. au Mali, où le cadran 1 représentait 22,35 %, suivi du cadran 2 avec 16,47 % des cas [23].

2.3. Le signe clinique

Le signe clinique le plus représenté a été la fracture dentaire avec 30 % des cas. Ce résultat est inférieur à celui de BERTHED. au Mali, qui avait trouvé 70 % [23].

2.4. Le type de lésion

Nos patients avaient des lésions dentaires associées à des lésions osseuses dans 31,65 % des cas. Ce qui est largement inférieur à celui de BERTHED. au Mali, qui avait observé 57,65 % des cas [23].

3. Aspect thérapeutique

3.1. Le bilan radiologique

Nos patients ont bénéficié de la radiographie panoramique dans 53,75 % des cas. Nous n'avons pas trouvé d'élément de comparaison dans la littérature.

3.2. Le traitement

L'extraction dentaire a été la plus réalisée avec 45 % des cas. Nous n'avons pas trouvé d'élément de comparaison dans la littérature.

3.3. Le type d'anesthésie

Le type d'anesthésie le plus utilisé a été l'anesthésie locale avec 97,50 % de nos cas. Ce résultat est supérieur à celui de BERTHED qui avait trouvé 77,65 % [23].

Le suivi post opératoire

Nos patients ont été suivis après une à 6 semaines de leurs interventions dans 60% des cas. Ce résultat est similaire à celui de BERTHED qui avait trouvé 64,70% [23].

Nos patients ont eu un résultat satisfaisant dans 88,75 % des cas. Sur une période minimale de deux mois, 36,25 % de nos patients sont venus pour l'évaluation clinique. Plus on s'étend dans la durée plus le nombre de patients diminue pour le contrôle.

VI. Conclusion

A travers ce modeste travail, nous avons donné un aperçu sur les traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants et adolescents.

Le but principal de cette étude statistique était d'identifier le profil épidémiologique des traumatismes alvéolo-dentaires chez l'enfant et l'adolescent dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du (CHU-OS)

A l'analyse statique des données, nous retenons que :

Les traumatismes alvéolo-dentaires touchent un enfant sur dix, dont le taux le plus élevé est situé entre 11 et 15 ans, à prédominance masculine avec un sexe ratio de 2,48 et que les accidents de la circulation routière représentent la cause principale suivis des chutes. Le cadran 1 a été le plus touché par ces traumatismes avec 22,50 % des cas.

La fracture dentaire a représenté 30 % des cas; les lésions dentaires plus osseuses ont représenté 31,25 % des cas. L'extraction dentaire a été le type de traitement le plus représenté avec 45 % de cas. La prescription d'antibiotique, d'anti-inflammatoire et d'antiseptique (bain de bouche) suite aux gestes chirurgicaux de la cavité buccale est souvent nécessaire. Le suivi thérapeutique de ces traumatismes est pratiquement négligé de la part des parents.

Le traumatisme alvéolo-dentaire constitue un problème de santé publique en pratique courante d'où l'intérêt d'instaurer un service de pédodontie au sein du CHU OS de Bamako pour la prévention et la prise en charge précoce et efficace de ces lésions afin d'éviter l'installation des complications et séquelles fonctionnelles, esthétiques et psychologiques des traumatisés.

Nous insistons sur le rôle important que doit jouer l'odonto-stomatologiste dans la prévention et la prise en charge des lésions traumatiques.

Recommandations

A partir des notions retenues des résultats de notre étude il est important de formuler les recommandations suivantes :

A l'endroit des autorités publiques :

- Légaliser le port de casque pour les motocyclistes afin de diminuer la fréquence des traumatismes de la circulation routière.
- Améliorer la qualité des voies routières.

A l'endroit des personnels de la santé :

- Assurer la formation continue du personnel sur la prise en charge des traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants et adolescents.
- Renforcer la compétence des praticiens pour une prise en charge précoce et efficace des traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants et adolescents.

A l'endroit des usagers de la route

- respecter le port de casque.
- respecter le code de la route.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1) DANIEL PERRIN / VICTORIN A HOSSI / PATRICK LARRAS / MARION PARIS.

Urgence en odontologie

CDP, 2005, pp 65-97

2) PASTUREL A

Traumatismes accidentels alvéolo dentaires.

Encycl.Med.Chir.(EMC) tome5 (Paris France) Odontologie stomatologie 22067
A 05, 4, 1980.

3) AHOSSI Victorin et coll.

Urgences traumatiques en odontologie : analyse rétrospective de trois années
d'activité au C.H.U. de Dijon.

RevOdontStomat 2005;34:39-57

4) A.E.OKA, KJ. C.N'CHOR, BAKAYOKO LY :

Traumatismes alvéolo dentaires : traitement d'un cas de fracture alvéolaire
infantile.

Odonto-Stomatologie Tropicale 1999 - N°88

5)A. TARDIF, J.MISINO,J.M.PERON

Traumatismes dentaires et alvéolaires

Encyclopédie. Med. Chir. (EMC). Tome7 (EL Sevier, PARIS) odontologie 22-067-A-05, 2004.

6) Pr C. CHOSSEGROS

Plaies de la face

Collège PACA de Médecine d'urgence Mars 2006

7)LAUTROU A. :

Anatomie dentaire,

Abrégés d'odonto-stomatologie, 2ème édition Masson Paris 1997

8) KAMINA P.

Précis d'anatomie clinique 2ème édition.

Maloine, Paris, 2004, 2 : 387p.

9) LEZY J P ; PRINCE G. :

Abrégés de pathologie maxillo-faciale et stomatologie,

3ème édition Masson 2004

10) Manuel d'hygiène bucco-dentaire Destiné à la formation de prophylaxies.

SDI 2006 / 2007; Ed. n°1. p21

11) RATEITSSCHAKE E M, WOLFH F

Atlas de parodontologie

Edit; Paris flammarion, 1986p.286.

12) JEAN-JACQUES MORRIER ET COL

La carie et ses complications chez l'enfant

Encycl. Med. Chir. Odontologique. 2009; 23-410-C-10; p11

13) WHITTAKER C J, C M KLIER, AND P E KOLENBRANDER.

Mechanisms of adhésion by oral bacteria, 1996

14) BAER P. N., BEN JAMIN S. BAER P. N., BEN JAMIN S.

Periodontal disease in children and adolescent.

Lippincot. Ed. Philadelphia, 1975

15) BERGLUNDH T., ERICSSON I., LINDHE J;

Some anatomical features of the periodontium of the deciduous and permanent dentition in the beagle dog;

Elsevier, London, ROYAUME-UNI (1965)

1990, vol. 102, n°3, pp. 311-321 (20 ref.)

16) TENENBAUM H., WOLFF J-M

La parodontite pré pubertaire. A propos d'un cas ;

J. Parodontol., 1985, 5 (1): 41-49

17) KLAPISZ-WOLIKOW M., DOBIGNY CH., DERSOT J.M;

Evaluation clinique de la maturation parodontale : normalité et pathologies ; J. Parodontol., 1993, 12: 115-127.

18) BAILLEUL FORSTIER I., MAULIN-IFI C.

Parodonte de l'enfant ;

Encycl. Med. Chir. Odontol., 2001, 23-415-C-10, 9p.

19) THIAM F. ép THIAM

Diabète et parodontopathie. étude cas-témoins chez Les enfants âgés de 6 à 15 ans Thèse Chir.Dent. Dakar 2006 ; p78 ; N° 07

20) TSUKIBO SHI/ SCHMEL ZEISEN / HELLWIG

Traitement des traumatismes dentaires

Quintessence international, 2002

21) DJEDOUANI ABDEELJALIL et coll.

Fréquence des lésions traumatiques alvéolo-dentaires chez l'enfant et l'adolescent en milieu scolaire

Thèse Chir. Dent. Annaba 2009

22) MULLER M. ; BOLLA M. ; IONESCO-BENAICHE N. ; JASMIN J.-R.

Traumatismes alvéolo-dentaires et contexte socio-économique

Thèse Chir. Dent. Nice, France, 2008,05 – N°42.63.08.04

23) BERTHED.

Thèse : Contribution à l'étude des traumatismes alvéolo-dentaires et lésions associées au centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie.

Thèse de chirurgie dentaire, Mali, 2008, n° 340

24) H.H.HORCH et DEPPE

Traumatismes des dents antérieurs : aspects chirurgicaux

Ed. Masson, 1996, pp 239 – 253

25) DRAME M.

Evaluation de la prise en charge thérapeutique et préventive en clinique d'odontologie pédiatrique du département d'odontologie de Dakar (étude sur trois ans).

Thèse Chir.DentUcad de Dakar.2005, N°11

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre le 21 Février 2013 et le 30 Décembre 2013 portant sur les traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants et adolescents dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire de Bamako. L'objectif était d'évaluer la fréquence des traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants selon les aspects sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques.

L'étude a porté sur 80 cas dont 71,25 % étaient des garçons. Le sexe ratio était 2,48 en faveur du sexe masculin. La majorité de nos patients étaient âgés de 11 à 15 ans.

Les accidents de la circulation routière étaient la principale étiologie des traumatismes alvéolo-dentaires avec 48,75% et suivis des chutes avec 42,50 % de cas. Le siège préférentiel des traumatismes a été le premier cadran avec 22,50 % de cas. Les lésions dentaires + osseuses ont été les plus représentées avec 31,25% de cas. Le type de traitement le plus utilisé a été l'extraction dentaire avec 36,25% de cas.

Le suivi post opératoire a été fait sur une durée minimale de deux mois chez des patients 36,25 % et 1,25 % d'une durée maximale de six mois. Le résultat du traitement a été jugé satisfaisant chez les patients venus au rendez-vous.

Cette étude pourrait contribuer à améliorer la prise en charge des traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants au CHU d'odonto-stomatologie de Bamako.

Mots clés: traumatismes alvéolo-dentaires, enfants, adolescents, CHU-OS de Bamako.

FICHE ANALYTIQUE :

NOM : HAIDARA

PRENOM : Maliki

TITRE DE LA THESE :

Traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants et adolescents de 1 à 15 ans au Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-stomatologie (CHUOS) de Bamako : 80 cas

ANNEE DE SOUTENANCE : 2015

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de médecine et d'Odonto-stomatologie; Bibliothèque du Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-stomatologie (CHU OS) de Bamako.

SECTEUR D'INTERET : odontostomatologie, chirurgie maxillo-faciale, traumatologie, radiologie

ANNEXES

Traumatismes alvéolo-dentaires chez les enfants au CHU-OS

Fiche d'enquête

Date de consultation .. / .. / 2013 n^o du dossier :

Identification

Nom et prénom

Nationalité

Résidence

Adresse à Bamako

Sexe

Age

Ethnie

Niveau d'étude : maternel fondamental primaire secondaire
non alphabétisé Autres

a) Mode de recrutement

Urgence venu de lui-même/référé sur recommandation

b) circonstance de survenue

Accident de la voie publique Coups et blessures volontaires
Blessures balistiques Autres

c) examens cliniques

1) types de lésions

Lésions des parties molles Lésions osseuses Lésions parties molles + lésions osseuses
lésions dentaires lésions dentaires + parties molles
lésions dentaires + osseuses

2) siège

-Siège par cadran selon l'atteinte de la crête alvéolaire

Premier cadran deuxième cadran troisième cadran quatrième cadran autres

3) signes cliniques

-Douleur: oui non

-Déformation : oui non

-gingivorragie : oui non

-fracture dentaire : oui non

-fracture alvéolaire : oui non -expulsion dentaire -intrusion dentaire

- extrusion dentaire : oui non

-fracture alvéolo-dentaire : oui non

-luxation dentaire : oui non

-autres

d) examens complémentaires

1) Bilan radiologique

Radiographie panoramique radiographie rétro-alvéolaire

Radiographie face basse maxillaire défilé radiographie pulmonaire

2) Bilan biologique

-groupage /rhésus -Urée -Electrophorèse H B

-Sérologie VIH -ECBU -Selles POK

-Sérologie WIDAL -Glycémie -NFS

-Le BW

-La goutte épaisse -frottis mince

e) traitement

1) Médical

Antibiothérapie antalgiques antipyrétiques bain de bouche AINS corticoïdes

2) chirurgical

-extraction dentaire : oui non

-repositionnement dentaire : oui non

-pose d'arc mono-maxillaire

-pose d'arc bi-maxillaire autres

3) Type d'anesthésie :

-anesthésie générale

-anesthésie locale : 1) para-apicale : oui non 2) tronculaire : oui non

3) Para-apicale + tronculaire : oui non

f) Suivi post-opératoire : 2 mois 4 mois 6 mois autres

g) Résultats : bon assez bon

i) Séquelles : oui non

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux de mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.