

TACHES

(cf amélogénèse, cf coloration des dents, cf dyschromies, cf dysplasies)

Les taches sont un signe clinique. Elle correspondent donc à plusieurs causes différentes ; La dyschromie peut se manifester sur la denture définitive et plus rarement sur la denture lactéale.

A Sur les dents lactéales :

1 - les caries :

Ce sont les premières causes de dyschromie. Elles se retrouvent surtout sur les molaires de



lait, lorsque l'alimentation est « normale » et sur les dents antérieures lorsqu'il s'agit d'une persistance de la tétée du biberon vespérale, voire nocturne au delà de l'âge de 5 à 6 ans. Le changement de couleur va du blanc crayeux (leucome pré carieux) au marron de la carie avérée en

passant par l'opalescence qui signe une modification de l'organisation des cristaux d'émail. Il vaut mieux regarder la dent tachée sous plusieurs angles car cela permet parfois d'objectiver une perte de substance et donc une carie comme sur la photo.

Le traitement de la carie consiste toujours en la suppression de la carie par fraisage



mécanique pour retirer la substance malade. Les dents temporaires sont des dents fragiles qui ont une grande chambre pulpaire où se trouvent les nerfs et les vaisseaux, une faible épaisseur de paroi (dentine + émail). Si elles ne sont pas soignées, les caries franchissent rapidement cette paroi et déclenchent des douleurs lorsqu'elles arrivent près des nerfs. Le contenu de la chambre pulpaire se gangrène et s'infecte. L'infection atteint la région osseuse située entre les racines. Un abcès se forme et s'ouvre à travers la gencive dans la cavité buccale. Le pus s'écoule dans la bouche. L'infection peut atteindre le sac qui entoure la dent permanente

correspondante. Un kyste se forme, grossit. Parfois, les microbes peuvent se propager à distance, provoquant des endocardites, des néphrites, des abcès du cerveau, etc..

Il faut donc soigner les dents temporaires des jeunes enfants, détecter les caries à leur début, les soigner dès leur apparition, d'où l'intérêt des dépistages systématiques deux fois par an par les pédiatres. Le traitement consiste toujours en la suppression de la carie par fraisage mécanique, pour retirer la substance malade.

Lorsque les caries sont proches de la chambre pulpaire, le dentiste ou le stomatologiste traitant devitalisera la dent. Il enlèvera le contenu de la chambre pulpaire et des canaux des racines, les remplira d'une pâte afin d'éviter gangrène et infection. Cette dent doit ensuite être régulièrement surveillée car sa chute peut être retardée.

En effet, les dents temporaires perdent progressivement leurs racines au fur et à mesure de la



migration des dents permanentes qui les remplaceront.

Lorsqu'elles n'ont plus de racine, elles tombent et les dents permanentes font leur éruption.



Quand les dents temporaires sont cariées et que les racines ont en partie disparu, il est généralement préférable de les extraire. Lorsqu'elles sont traitées, cette résorption peut se faire incomplètement ou pas du tout.



Enfin, si la dent temporaire s'est infectée, si un abcès s'est formé, si un kyste entoure la couronne de la dent permanente sous-jacente, il ne faut jamais courir le risque d'une complication grave quant à la santé de l'enfant et l'avenir de la dent définitive, il faut l'extraire.

Contrairement à ce qui se dit parfois, il n'y a pas de rapport entre l'existence des dents et la croissance des os qui supportent le système

dentaire (maxillaires et mandibule).

L'extraction d'une dent temporaire n'entraînera pas, par ce fait seul, un manque de place pour la dent permanente qui fera ultérieurement son éruption. Si un manque de place existe, il aura une autre cause.

2 -les traumatismes des dents antérieures :

sont une des fréquentes causes de consultations du jeune enfant. Parfois, le traumatisme est passé inaperçu et ce n'est que le changement de couleur de la dent qui alerte les parents. La dent mortifiée à bas bruit change de couleur progressivement pour devenir de plus en plus terne et grise. Parfois, sa revascularisation post-traumatique lui permet de retrouver une couleur normale.

Lorsqu'un enfant se présente avec une dent de lait qui a changé de couleur, il est indispensable de faire un test au froid. En effet, une dent grise et insensible au froid est



certainement une dent mortifiée, source latente d'infection. Il est impératif d'envoyer l'enfant chez son praticien pour qu'il pratique un examen radiographique et évalue les risques. Lorsque la dent s'est clarifiée et a retrouvé sa couleur originelle, sans être sensible au froid. Cette revascularisation

exclue une infection à son apex.

Dans certains cas, l'infection est visible cliniquement et /ou radiologiquement.

L'extraction de cette dent de lait s'impose alors dans les plus brefs délais.

3 - les taches délétibles :

sont des colorations dues à l'alimentation ou à la plaque dentaire. Les taches adhérentes noirâtres dues à des bactéries chromogènes sont des dyschromies impossibles à éliminer autrement que par ponçage opiniâtre de ces dents. Mais un simple nettoyage au fauteuil dentaire suivi d'un petit cours d'hygiène, pour améliorer les habitudes de brossage peut éviter la réapparition de ces taches. Elles ne présentent aucun caractère de gravité. Quant aux taches



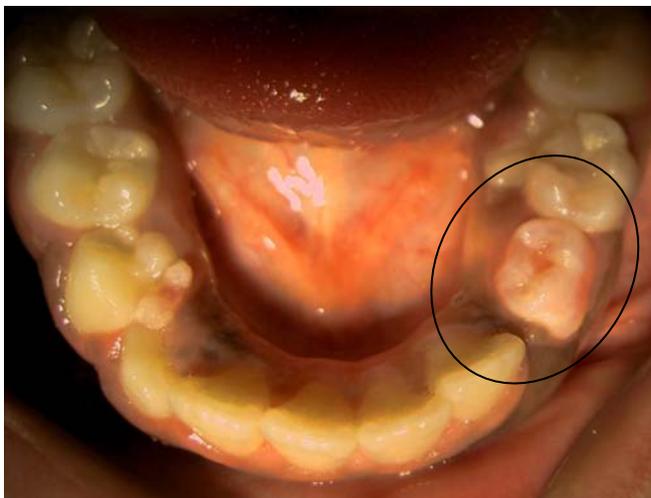
blanchâtres dues à un enduit en surépaisseur, collé sur la surface dentaire, il s'agit de plaque dentaire qui ne résiste à aucun brossage efficace, mais qui est un grand pourvoyeur de caries et de gingivite. Enfin, nous citerons pour mémoire les taches de tartre, qui, blanc à l'origine, peut se charger de toutes les colorations



possibles du thé, du café, etc....Ce tartre, que nous rencontrons plus souvent chez les grands adolescents ou jeunes adultes, se retrouve, semble-t-il de plus en plus souvent chez les jeunes enfants qui d'habitude, il y a encore quelques années ne présentaient pas ces traces. Est-ce un défaut de brossage, un abandon des principes d'hygiène, une difficulté des parents à se faire entendre des enfants (un parent vous parle) ?

4 -Changement de couleur définitif avant la chute physiologique de la dent.

Avant la chute de la dent de lait, il arrive fréquemment de voir cette dent condamnée, changer de couleur, et de blanc, passer au rose. Cette nouvelle couleur correspond à la muqueuse



contenue dans le reliquat de couronne appelé à disparaître. L'arrivée de la nouvelle dent définitive, réglera le problème radicalement. Cette dyschromie n'a aucun rapport avec celle des adultes sur dents définitives, dont les causes sont évidemment très différentes.

B Sur les dents définitives

La couleur des dents définitives est très variable d'un enfant à l'autre. Comme la carnation de la peau, les dents ont une couleur propre. Les teintes varient du blanc nacré au jaune en passant par toutes les nuances.

1 - les dents définitives sont toujours moins blanches que les dents lactéales.



Souvent, au moment de leur éruption, les parents sont inquiets de la couleur plus sombre de ces nouvelles dents. Il faut les rassurer en leur expliquant que c'est normal ainsi que la fleur de lys qui borde les dents neuves et qui s'abraseront au cours du temps.

2 - les caries

sont des déminéralisations de l'émail, puis de la dentine sous-jacente. Elles peuvent atteindre la pulpe dentaire, ce qui provoque la « fameuse rage de dent ».

Pour les dents antérieures, elles se manifestent par une tâche brune avec une perte de substance.

Pour les dents du fond, elles se manifestent à l'examen, en dehors de tout signe douloureux, par une couleur brune, au fond des sillons, lieu de prédilection de la stase alimentaire. C'est pourquoi, plutôt que de combler les sillons avec des composites collés, il vaut mieux prôner un nettoyage rigoureux, régulier, et biquotidien.



3 - les traumatismes des dents antérieures

sur les dents définitives dès l'âge de 8 ans, sont très fréquents. Comme pour les dents de lait, dans les semaines qui suivent le traumatisme, la dent définitive risque de changer de teinte et de devenir insensible au froid. Il est bien entendu que, contrairement à la denture lactéale, il est impensable (sauf cas rarissimes) d'extraire cette dent malgré le risque infectieux qu'elle

peut représenter. Il faudra alors remplir le canal d'un matériau biocompatible et inerte de manière à tenter d'éviter une infection ultérieure. Si une dent mortifiée peut toujours rester une cause éventuelle d'infection locale ou à distance, il est important de savoir, pour rassurer les parents et l'enfant, d'un point de vue esthétique, qu'il sera possible ultérieurement, lorsque l'enfant sera devenu adulte, de reblanchir cette dent mortifiée sans avoir besoin de la couronner.

4 - les taches indélébiles sont de vraies dyschromies

et en premier, il faut citer la fluorose. Longtemps prôné comme garantie contre la maladie



carieuse, le fluor est maintenant critiqué, à hautes doses, comme pourvoyeur de pathologie rappelant la maladie de Lobstein et entraînant une dyschromie dentaire.

Au cours de notre expérience de 20 ans d'exercice au fauteuil, et

avec des doses conformes à la pharmacopée, nous avons vu le taux de carie diminuer de manière spectaculaire et significative. Mais nous ne pouvons nous départager entre la motivation active des parents quant à la protection contre la carie aidant leurs enfants à nettoyer leurs dents et, et l'efficacité intrinsèque du fluor dans la prévention de la carie dentaire.

Il est évident que le fluor prescrit à doses excessives peut provoquer une fluorose osseuse et dentaire.

Nous nous retirons momentanément du débat, tant qu'aucune étude fiable et responsable n'aura été réalisée.

Pour notre part, nous ne prescrivons plus de fluor à titre systématique, afin de ne pas engendrer de pathologie secondaire et séquellaire osseuse en attendant les résultats de ces études que nous appelons de tous nos vœux.

Les dyschromies du type fluorose sont justiciables de réparations des anomalies de l'émail par apport de matériau composite esthétique et résistant.

5 - Les dysplasies des dents définitives



se manifestent par des variations allant de malformations mineures jusqu'à l'absence complète d'émail mettant la dentine à nu. Les dysplasies peuvent être dues à un traumatisme indirect, où elles ne touchent qu'une dent voire sa voisine.

Le traumatisme indirect ayant créé des anomalies d'orientation des cristaux d'émail traumatisés créant des taches blanches ressemblant à des leucomes (lésion précarieuses) ou des taches sombres souvent

individualisable du reste de la dent lors d'un nettoyage un peu profond.



Elles peuvent être due à une anomalie métabolique, voire une maladie infectieuse pendant la grossesse ; et à ce moment, elles touchent un groupe de dents qui se minéralisent à la même époque.

Le traitement est presque toujours le même :



Plutôt que de fabriquer des couronnes artificielles, et alors amputer prothétiquement les dents en cause, il vaut mieux remplacer la partie dentaire perdue ou abîmée par de simples réparations de comblement des anomalies d'orientation d'émail, par suppression des cristaux mal orientés puis apport de matériau de comblement du type composite, qui allie l'esthétique à une résistance presque équivalente à celle de l'émail.



Dans certains cas extrêmes et heureusement rarissimes où les dents sont très délabrées et/ou douloureuses, seule la prothèse peut améliorer l'aspect des dents et le confort des patients. Dans les cas de dysplasies isolées et de faible extension, les dents dysplasiées sont à surveiller régulièrement car le risque carieux y est plus élevé. D'autre part, cette anomalie de l'émail rend la dent plus fragile. Et le risque de fracture de la dent s'en trouve augmenté.



6 - les taches délétibles

sont des taches dues aux colorants alimentaires, d'autant plus que l'on s'adresse à des adolescents qui souvent « tâtent » du tabac, du café à doses importantes, du thé...

Encore une fois, un simple cours de l'hygiéniste permettra de ne plus voir ces vilaines taches, surtout si on profite de l'occasion pour convaincre le patient de perdre ces habitudes nocives.