

## Atteintes de l'émail après antibiotiques?

Die deutsche Fassung dieses Artikels wird folgen

### Question

«De l'avis de certains dentistes, on peut assister à un «défaut de l'émail» dès le plus jeune âge chez les enfants ayant eu de nombreuses cures d'antibiotiques pendant la première année de vie. Cela conduit à des traitements longs et onéreux. Ces dentistes proposent de faire payer ces frais aux assurances maladies.

Est-ce exact? Si oui, par quel mécanisme? (sélections de bactéries cariogènes?).

Y a-t-il des travaux qui prouvent cela de façon à ce que nous puissions les citer auprès des médecins-conseils et obtenir ainsi la couverture de ces frais par la caisse maladie?»

H. U. Meyer, La Sarraz

### Réponse

#### Quelques rappels

L'émail est le tissu qui recouvre la couronne dentaire, donc la partie visible de la dent. Sa formation débute par la synthèse d'une matrice organique par les améloblastes suivie d'une phase de minéralisation. Au cas où le processus de développement serait perturbé, la structure de l'émail peut être altérée. Les manifestations cliniques de l'atteinte, du «défaut», seront très variables.

En ce qui concerne les dents temporaires, la formation des germes commence dès le 4<sup>e</sup> mois de la vie du fœtus, la minéralisation coronaire se terminant environ 11 mois après la naissance. Quant aux dents permanentes, leur développement débute 3-4 mois après la naissance et la miné-

ralisation coronaire s'achève vers 7-8 ans, dent de sagesse exclue. Les incisives, premières molaires et canines sont parmi les premiers germes à se développer, suivis des prémolaires et des deuxièmes molaires<sup>1)</sup>.

#### Atteintes dans le développement de l'émail dentaire

Les pathologies intervenant pendant le développement de la dent peuvent intéresser la composante minérale de l'émail (hypominéralisation) ou toucher la matrice organique (hypoplasie)<sup>1) 2) 3)</sup>.

Dans les cas d'hypominéralisation, c'est le processus de formation et de déposition des cristaux d'apatite sur la trame organique qui est perturbé. Il en résulte un émail mou, friable, qui se désintègre rapidement une fois la dent évoluée. Au moment de l'éruption, la dent présente un aspect opaque, terne avec parfois une coloration jaune-orangé ou brune. Ces formes sont essentiellement d'origine héréditaire.

Les hypoplasies de l'émail, elles, sont dues à un dysfonctionnement des améloblastes, qui se traduit par une formation incomplète ou défectueuse de la matrice. Cliniquement, elles se manifestent le plus souvent par la présence de sillons ou stries horizontales ou des défauts («pitting») ou altérations de la surface de l'émail voire même parfois par une malformation de la couronne. Ces hypoplasies peuvent être d'origine héréditaire, impliquant différents modes de transmission, ou d'origine environnementale. Parmi celles-ci, citons certaines déficiences nutritionnelles (vitamine A, C et D) et maladies exanthémateuses (rougeole, scarlatine, rubéole), la syphilis congénitale, l'hypocalcémie, les problèmes

de traumatismes à la naissance, de prématurité et de maladie hémolytique, ainsi que les problèmes d'infection ou de traumatisme local ou enfin d'exposition à des éléments tels que le fluor.

Le nombre de dents atteintes varie selon la cause: l'hypoplasie peut ne toucher qu'une seule dent, par exemple lors d'un traumatisme local ou bien concerner l'ensemble de la denture ou un groupe de dents si le facteur étiologique agit d'une manière généralisée. La localisation, l'aspect clinique et la sévérité de l'atteinte sont également très variables et dépendront de l'origine de la lésion, du degré d'exposition au facteur causal et du stade de développement de la dent. D'une manière générale, les hypoplasies d'origine environnementale sont liées à des événements ayant eu lieu pendant la première année de l'enfant.

#### Antibiotiques et «défauts de l'émail»

Le lecteur aura déjà relevé le fait qu'il ne soit pas fait mention des antibiotiques, dans les causes possibles des «défauts de l'émail». A notre connaissance, mis à part les tétracyclines, il n'y a pas d'évidence ayant démontré une relation de cause à effet entre la prise répétée d'antibiotiques et des atteintes de l'émail. Le cas des tétracyclines est bien connu et parfaitement documenté. Lorsque celles-ci sont administrées avant l'âge de 8 ans, elles sont incorporées dans le tissu en voie de minéralisation et forment un complexe avec l'orthophosphate de calcium. Ce complexe, en s'oxydant, donne une coloration jaune pâle à brune ou grise à l'émail. La denture temporaire et permanente peut être affectée<sup>2) 3)</sup>.

**Certitudes, certitudes...**

Le diagnostic différentiel est très souvent délicat à établir sur la seule base d'une observation clinique. De plus, plusieurs années se sont, en général, écoulées entre la genèse d'une dent et le moment de la consultation. Il est donc parfois bien difficile d'établir avec certitude la cause et l'origine exacte d'une dysplasie dentaire.

**A savoir**

Les dysplasies dentaires d'origine congénitale sont prises en charge par l'Assurance Invalidité, selon les conditions suivantes (Office fédéral des assurances sociales, Ordonnance sur les infirmités congénitales, chapitre IV consacré à la face, sous le chiffre 205, novembre 2000):

*«Dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins 12 dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteintes et lorsqu'il est prévisible de les traiter définitivement par la pose de couronnes (mesures de cerclage)».*

S'il est vrai que le traitement des dysplasies et autres défauts de l'émail conduisait en général à des solutions mutilantes et coûteuses, l'approche, aujourd'hui, est résolument conservatrice. On utilisera, dans un premier temps des techniques de blanchiment ou de microabrasion qui permettent de conserver au maximum le tissu dentaire. En cas d'échec ou de dysplasie plus marquée, on envisagera une restauration en composite ou la pose d'une facette. L'option prothétique, elle, ne sera retenue que pour les cas très sévères dans lesquels l'emploi des techniques conservatrices est contre-indiqué<sup>4)</sup>.

**Références**

- 1) Pediatric oral health. The Pediatric Clinics of North America, vol. 47, number 5, October 2000.
- 2) Pediatric dentistry. Infancy through adolescence. Pinkham, J.R. ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1994.
- 3) Dentistry for the child and adolescent. McDonald, R.E., Avery, D.R. eds., Mosby, St Louis, 1994.
- 4) Dietschi, D., Krejci, I. Traitements chimiques des dyschromies dentaires. Réalités Cliniques 10: 7-24, 1999.

P. Baehni, Genève

**Correspondance:**

Prof. P. Baehni  
Université de Genève  
Ecole de Médecine Dentaire  
Rue Barthélemy-Menn 19  
1205 Genève  
Tél. 022 382 91 39  
Fax 022 382 91 09  
e-mail: pierre.baehni@medecine.unige.ch