

UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2017

N° 018

Dents natales et néonatales : Analyse de la littérature et enquête auprès des professionnels de l'obstétrique.

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR

EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Giuliano CERNUSCO

Né le 01/01/1992

Le 10 mai 2017 devant le jury ci-dessous :

Président : Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN

Assesseur : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Assesseur : Madame le Docteur Elisabeth ROY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr AMOURIQ Yves
Assesseurs	Dr LE BARS Pierre Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Monsieur ABBAS Amine Monsieur AUBEUX Davy Madame BERNARD Cécile Monsieur BOUCHET Xavier Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Monsieur DRUGEAU Kévin Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur LE GUENNEC Benoît Monsieur LOCHON Damien Madame MAÇON Claire Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel
Maître de Conférences	
Madame VINATIER Claire	
Enseignants Associés	A.T.E.R.
Monsieur KOUADIO Ayepa (Assistant Associé) Madame LOLAH Aoula (MC Associé) Madame RAKIC Mia (PU Associé)	Madame BON Nina

Mise à jour 11/2016

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier Des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,

Docteur de l'Université de Nantes,

Habilité à diriger des recherches, PEDR

Chef du Département de Parodontologie

Référent de l'Unité d'Investigation Clinique Odontologie.

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse,

Pour votre grande expérience, la qualité de vos enseignements théoriques et cliniques dont j'ai pu bénéficier tout le long de mon cursus universitaire,

Veillez recevoir ici le témoignage de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME,

Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche
Dentaires,
Département de Pédiodontie.

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse,

Pour m'avoir aidé avec bienveillance à l'accomplissement de ce travail,

Pour votre disponibilité et votre gentillesse,

Veillez recevoir ici le témoignage de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD,
Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Docteur de l'Université de Nantes
Chef du Département de Pédodontie

-NANTES-

*Pour l'honneur que vous me faites de siéger parmi les membres du jury,
Pour votre dynamisme, votre écoute et la qualité de votre enseignement théorique et clinique,
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.*

A Madame le Docteur Elisabeth ROY,
Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire,
Docteur de l'Université de Nantes
Département de Pédodontie.

-NANTES-

*Pour l'honneur que vous me faites de siéger parmi les membres du jury,
Pour votre gentillesse et la qualité de votre enseignement,
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.*

*Je remercie le docteur Castelot-Enkel Bénédicte,
Pour l'aide que vous m'avez apporté sur ce travail,
Pour votre gentillesse et votre enseignement,
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.*

TABLE DES MATIERES :

Table des matières.....	10
Partie I : Introduction et contexte général.....	12
1.1. Introduction.....	12
1.2. Morphogénèse dentaire.....	12
1.2.1. Stade du bourgeon.....	14
1.2.2. Stade de la cupule.....	14
1.2.3. Stade de la cloche.....	15
1.3. Eruption dentaire.....	18
1.3.1. Les mouvements pré-éruptifs.....	19
1.3.2. Les mouvements éruptifs.....	19
1.3.3. Les mouvements post-éruptifs.....	19
1.4. Dents surnuméraires.....	20
Partie II : Dents natales et néonatales.....	21
2.1. Définition.....	21
2.2. Historique.....	21
2.3. Épidémiologie.....	22
2.3.1. Prévalence.....	22
2.3.2. Localisation.....	23
2.4. Étiologie.....	24
2.4.1. Les différentes théories.....	24
2.4.2. Les syndromes associés.....	25
2.5. Aspects.....	26
2.5.1. Aspect clinique.....	26
2.5.2. Aspect histologique.....	28
2.5.2.1. L'émail.....	28
2.5.2.2. La dentine.....	29
2.5.2.3. La pulpe.....	30
2.5.2.4. La racine.....	30
2.6. Complications.....	31
2.6.1. Complications générales.....	31
2.6.2. La maladie de Riga-Fede.....	32

2.7. Diagnostics différentiels.....	34
2.8. Traitements.....	36
2.8.1. Traitements conservateurs.....	37
2.8.2. Traitements non conservateurs.....	39
Partie III : Enquête auprès des professionnels de l'obstétrique.....	45
3.1. Objectif.....	45
3.2. Matériels et méthodes.....	45
3.2.1. Élaboration du questionnaire.....	45
3.2.2. Moyens de recrutement.....	46
3.2.3. Analyse statistique.....	47
3.3. Résultats.....	47
3.3.1. Analyse descriptive des caractéristiques de l'échantillon interrogé.....	47
3.3.2. Réponses au questionnaire et analyses univariées à l'aide du test du Chi 2.....	49
3.3.2.1. Avez-vous été formé sur les dents natales et néonatales ?.....	49
3.3.2.2. Connaissez-vous la différence entre une dent natale et néonatale ?.....	49
3.3.2.3. Avez-vous déjà rencontré des cas de nouveau-nés ayant des dents présentes à la naissance ?.....	50
3.3.2.4. Si oui, à quelle fréquence selon vous ?.....	51
3.3.2.5. Avez-vous eu des signalements de la part des parents, d'une éruption dentaire durant les 4 premières semaines suivant la naissance ?.....	51
3.3.2.6. Si oui, quelle en est la fréquence ?.....	52
3.3.2.7. Si vous avez eu ou si le cas se présentait (de dent présente lors de la naissance), quelle serait votre attitude thérapeutique ?.....	52
3.4. Discussion.....	54
4. Conclusion.....	56
Références bibliographiques.....	57
Table des illustrations.....	61
Annexes.....	63

Partie I : Introduction et contexte général

1.1. Introduction

L'arrivée des dents temporaires chez un nouveau-né est un événement important au cours de son développement. Ces dents vont changer le sourire de l'enfant, ainsi que sa façon de s'alimenter. L'arrivée de celles-ci est bien souvent accompagnée de douleurs pouvant être un sujet d'inquiétude pour les parents. Ainsi le chirurgien dentiste peut être amené à leur donner des conseils sur l'hygiène dentaire du nouveau-né.

Les dents temporaires font généralement leur éruption à un moment programmé, mais peuvent le faire plus rapidement ou plus tardivement pour certaines. Des dents peuvent être retrouvées dès la naissance, et ce phénomène bien qu'existant, n'est pas bien connu. Nous allons donc analyser la documentation disponible sur ce sujet et réaliser une enquête auprès de professionnels de santé en relation avec les nouveau-nés afin d'obtenir plus d'informations.

1.2. Morphogénèse dentaire

L'embryologie dentaire ou l'odontogénèse correspond à l'ensemble des phénomènes aboutissant à la formation des follicules dentaires et des dents (10). C'est à partir du 37^{ème} jour IU que commence la formation des dents. Elles ont une double origine (5) :

- Mésenchymateuse, et plus précisément l'ectomésenchyme provenant des crêtes neurales
- Epithéliale

L'odontogénèse se déroule au niveau de la bouche primitive ou stomodeum, où l'on retrouve un épithélium embryonnaire. Celui-ci a un potentiel odontogène et va sécréter des facteurs de croissance (BMP4, Pitx2 et FGF8) qui vont agir sur les cellules des crêtes neurales. Ces dernières vont migrer pour transformer le mésenchyme en ectomésenchyme. L'épithélium buccal va ensuite s'épaissir par prolifération et superposition de cellules, et prendre le nom de lame primitive. Celle-ci est en forme de fer à cheval, car elle préfigure les arcades dentaires (30).

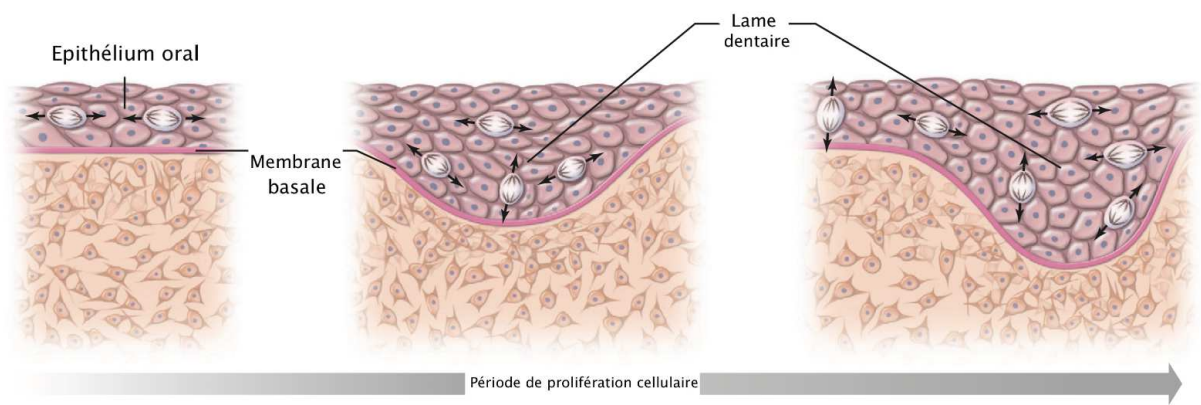


Figure 1 : Illustration de la prolifération des cellules épithéliales et de la formation de la lame primitive d'après Nanci A., 2003.

Cette lame va par la suite se diviser en deux pour donner la lame vestibulaire et la lame dentaire primaire qui vont évoluer dans le mésenchyme sous-jacent. La lame vestibulaire va se creuser en sillon qui donnera le vestibule et ne participe pas à la formation de la dent (30).

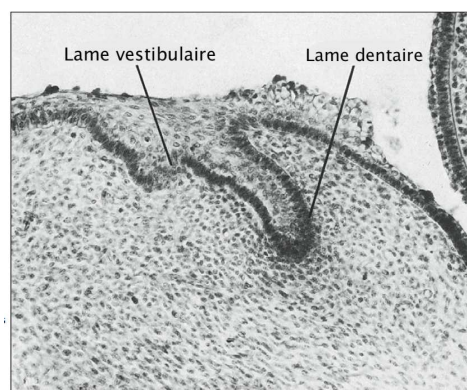


Figure 2 : Coupe histologique de la lame primitive après sa division en lame vestibulaire et lame dentaire d'après Nanci A., 2003.

Commence alors la morphogenèse, qui va déterminer la forme des dents. Elle est divisée en plusieurs stades. Ces derniers nous décrivent l'aspect morphologique du développement des germes, mais pas les changements fonctionnels et histologiques. C'est un processus continu (30).

La clé de l'initiation du développement des dents vient de la formation de placodes dans la lame dentaire. Ces placodes sont des éléments très importants pour la formation et la localisation des futurs germes dentaires. Les facteurs stimulant (FGF) et inhibiteur (BMP) vont déterminer la localisation de ces placodes (30).

1.2.1. Stade du bourgeon

Sur la lame dentaire primaire, des proliférations localisées de cellules épithéliales vont apparaître au sein du mésenchyme, correspondant aux bourgeons dentaires. Il y en aura 10 sur chaque arcade, et ils préfigurent les futures dents temporaires (21).

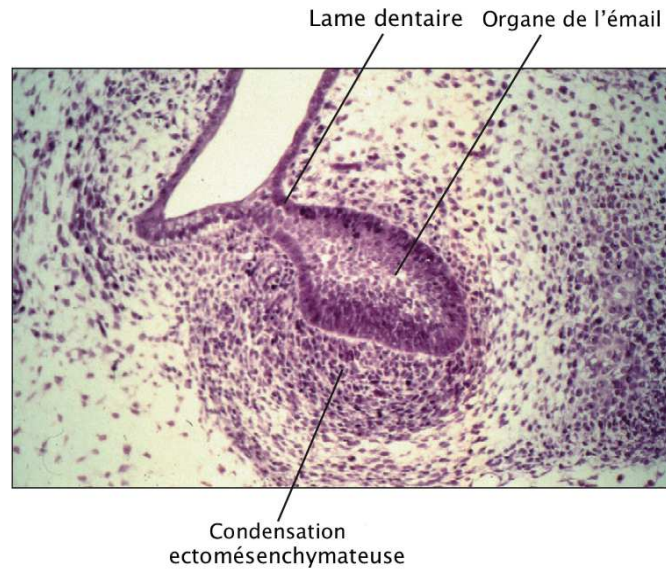


Figure 3 : Coupe histologique d'un germe dentaire au stade de bourgeon d'après Nanci A., 2003.

1.2.2. Stade de la cupule

Le bourgeon va prendre ensuite une forme de cupule, par invagination de la partie centrale du bourgeon dentaire grâce à la poussée du mésenchyme sous-jacent. Le passage du stade de bourgeon à celui de la cupule est marqué par l'expression de Msx-1, BMP4 et de Shh (30).

Le mésenchyme situé dans l'invagination est appelé la papille dentaire, il donnera naissance à la dentine et à la pulpe par la suite. La partie en forme de cupule appelée organe de l'émail qui donnera l'émail (21).

Au niveau de l'organe de l'émail on va retrouver plusieurs couches (30) :

- La couche externe : L'épithélium externe, se trouvant dans la partie convexe de la cupule.
- La couche interne : L'épithélium interne, se trouvant dans la partie concave de la cupule.

- Au centre : Le réticulum étoilé.

Autour de la cupule, le mésenchyme forme une capsule qui est appelée le sac dentaire ou follicule dentaire, et produira le cément et le ligament.

A ce stade nous ne pouvons pas encore définir la future morphologie dentaire, il s'agit de la morphogénèse primaire. C'est lorsque la dent prend une forme de cloche que commence la morphogénèse coronaire définitive (7).

1.2.3. Stade de la cloche

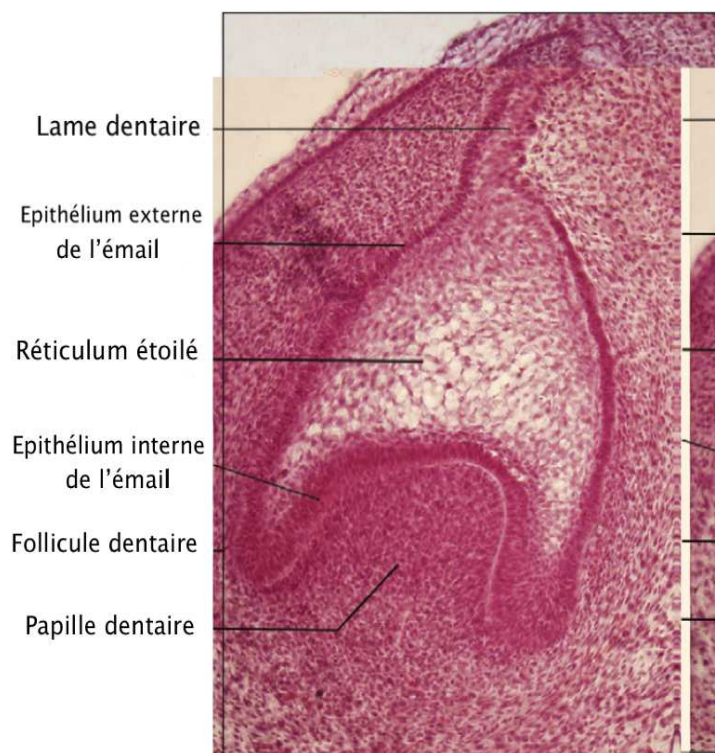


Figure 4 : Coupe histologique d'un germe dentaire au stade de la cloche d'après Nanci A., 2003.

Des plis au niveau de l'épithélium dentaire interne vont se former. Ces derniers sont dus à la présence des nœuds d'émail et préfigurent les futures cuspides. Les nœuds d'émail sont des centres de signalisation constitués de cellules épithéliales qui ne se divisent pas. Il y a des nœuds d'émail primaire et secondaire au niveau des pointes des futures cuspides. Ils apparaissent au stade de la cupule (30).

Au stade de la cloche, des différenciations cellulaires vont se produire. Les cellules mésenchymateuses proches de l'épithélium interne vont se différencier en odontoblastes. Ceux-ci produisent la pré-dentine qui deviendra la dentine par calcification. Ensuite les cellules de l'épithélium interne proches de la dentine vont donner les pré-améloblastes, puis les améloblastes, qui sont producteurs d'émail prismatique (21).

En ce qui concerne l'épithélium dentaire externe, il va devenir flexueux, avec des capillaires provenant du follicule allant au contact de cet épithélium. Ces capillaires vont être importants pour l'apport nutritionnel durant la formation de la dent (30).

Les épithéliums interne et externe se rencontrent au niveau du collet de la future dent, et forment la gaine épithéliale de Hertwig ou zone de réflexion. C'est à cet endroit que les cellules continuent de se diviser jusqu'à ce que la couronne atteigne sa taille complète puis donne naissance à l'épithélium qui va former la racine (30).

On retrouve aussi à ce stade une couche de cellules épithéliales apparaissant entre l'épithélium interne de l'émail et le réticulum étoilé, que l'on appelle le stratum intermedium. L'organe de l'émail est désormais complet, avec l'épithélium interne, externe, le stratum intermedium et le réticulum étoilé. Toutes les cellules de l'organe de l'émail sont en lien les unes avec les autres par des desmosomes et sont séparées de l'ectomésenchyme (tissu conjonctif, papille et follicule) par une membrane basale (30).

Les cellules internes du follicule dentaire se différencient en cémentoblastes qui produiront le ciment. Celui-ci est déposé sur la dentine de la racine et rencontrera l'émail au niveau du collet. Les cellules externes du follicule forment de l'os autour de la dent en formation (sauf au-dessus de la couronne). Il y a aussi formation du ligament (21).

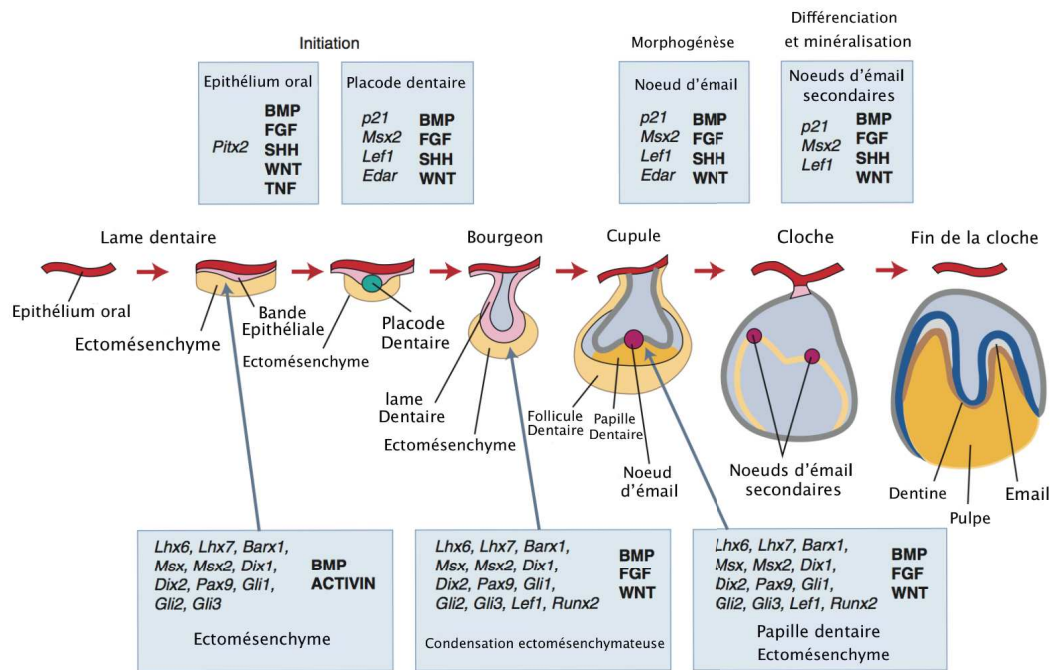


Figure 5 : Schéma récapitulatif de la morphogénèse dentaire d'après Nanci A., 2003.

Durant le stade de la cloche, l'épithélium buccal et le germe vont se séparer. Il va se produire une fragmentation de la lame dentaire qui reliait ces deux structures. Des groupes de cellules épithéliales résultants de cette fragmentation vont ensuite dégénérer. Cependant certaines cellules épithéliales vont persister, que l'on appelle perles épithéliales, et peuvent parfois donner des kystes, retarder l'éruption, former des odontomes, ou encore former des dents surnuméraires. Car parfois ces cellules épithéliales peuvent être stimulées par tous les signaux nécessaires pour la formation d'une dent (30).

Le développement des dents permanentes est similaire à celui des dents temporaires, il provient de la lame dentaire, sauf pour les molaires qui n'ont pas de dents qui les précède. C'est au stade de la cloche que l'on retrouve la lame dentaire secondaire (qui découle de la lame primaire), qui va permettre la formation des dents permanentes (des incisives aux 2èmes prémolaires). Puis il y aura une extension de la lame dentaire en postérieur, qui permettra aux 1^{ère}, 2^{ème}, et aux 3^{ème} molaires de se former.

La première dentition est initiée entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine embryonnaire. La deuxième dentition est initiée entre la 20^{ème} semaine in utero et le 10^{ème} mois après la naissance (30).

Tableau I : Les différentes étapes de la formation dentaire pour les dents temporaires adapté du guide clinique d'odontologie

Dent	Stade	Calcification coronaire	Eruption	Racine achevée (après éruption)	Début de rhizalyse	Exfoliation
incisives centrales		3-4 m IU à 4-5 m	6-9 m	2 ans (+ 1,5 an)	4 ans	6-8 ans
Incisives latérales		3-4 m IU à 4-5 m	7-10 m	2,5 ans (+ 1,5 an)	5 ans	7-8 ans
Canines		5 m IU à 9 m	16- 20 m	3 ans (+ 1,25 an)	8 ans	11-12 ans
1ère molaire		5 m IU à 6 m	12-18 m	2,5 ans (+ 1 an)	6 ans	10 ans
2ème molaire		6 m IU à 10-12 m	20-30 m	3 ans (+ 1 an)	7 ans	11-12 ans

Tableau II : Les différentes étapes de la formation dentaire pour les dents permanentes adapté du guide clinique d'odontologie

Dent	Stade	Début Minéralisation coronaire	Couronne achevée	Eruption	Racine achevée
Incisives centrales		3-4 mois	4-5 ans	6-8 ans (7)	10 ans
Incisives latérales		3-4 mois	4-5 ans	7-9 ans (8)	11 ans
Canines		4-5 mois	6-7 ans	11-12 ans	13-15 ans
1ère prémolaire		1,5-2 ans	5-6 ans	9-10 ans	12-13 ans
2ème prémolaire		2-2,5 ans	6-7 ans	10-11 ans	13-14 ans
1ère molaire		naissance	2,5-3 ans	6-7 ans	9-10 ans
2ème molaire		2,5-3 ans	7-8 ans	11-13 ans (12)	14-16 ans
3ème molaire		7-10 ans	12-16 ans	17-21 ans	18-25 ans

1.3. Eruption dentaire

L'éruption correspond à l'ensemble des déplacements qu'effectue une dent entre le moment de la formation du germe jusqu'à la chute de la dent temporaire ou jusqu'à la fin de la vie de la dent permanente. L'éruption des dents permanentes est précédée par la résorption des dents temporaires jusqu'aux prémolaires. Les anomalies de l'éruption surviennent aussi bien au niveau des dents temporaires que des dents permanentes. Il faut distinguer les accidents d'éruption (généralement inflammatoires), les anomalies chronologiques (retard et avance) et les anomalies topographiques (30).

C'est une fois que la racine débute sa formation que commence l'éruption de la dent. La formation de la racine ne débute qu'une fois la couronne achevée. Il va se former la gaine épithéliale de Hertwig par l'épithélium dentaire interne et externe. Cette dernière va se désagréger au fur et à mesure, de façon à ce qu'elle ne soit présente qu'au début de la formation de la racine.

Cependant la formation de la racine n'a aucun rôle dans l'éruption dentaire, elle en est la conséquence et non la cause (30).

Il y a 3 phases durant l'éruption dentaire :

1.3.1. Les mouvements pré-éruptifs

Ils concernent les dents temporaires et permanentes lorsqu'elles sont encore à l'état de germes dans les os maxillaire et mandibulaire avant que leur éruption commence (30).

1.3.2. Les mouvements éruptifs

Ils correspondent aux mouvements exécutés par la dent depuis sa position initiale dans l'os à sa position fonctionnelle en occlusion. Cette phase est souvent divisée en deux parties : intraosseuse et extraosseuse. Le trajet intraosseux est permis par une ouverture laissée au-dessus de la couronne par activation des ostéoclastes qui vont résorber l'os. Cette activation est due à la sécrétion de facteurs par le follicule dentaire et l'épithélium réduit de l'émail. L'espace laissé au-dessus de la couronne reliant la crypte osseuse et la muqueuse orale s'appelle le canal gubernaculaire (30).

Le trajet intra muqueux va suivre, avec la fusion de l'épithélium oral et de l'épithélium réduit de l'émail, associé à une activité protéolytique aboutissant à la formation de l'épithélium de jonction et au passage de la couronne dans la cavité orale sans douleur ni saignement (7).

1.3.3. Les mouvements post-éruptifs

Ce sont les mouvements qui gardent la dent dans sa position telle qu'elle est en occlusion après son éruption. Ils peuvent être divisés en 3 : les mouvements pour s'adapter

à l'évolution des maxillaires, ceux pour compenser l'usure occlusale et ceux pour compenser l'usure proximale (30).

L'éruption pré-occlusale est consécutive à la croissance radulaire associée à l'apposition osseuse du fond de l'alvéole. Le ligament alvéolo-dentaire va se former et s'organiser avec la formation de l'os alvéolaire et de la lamina dura. Il ne contribue pas à l'éruption dentaire mais à la stabilité de la dent fonctionnelle (7).

1.4. Dents surnuméraires

Une dent surnuméraire correspond à une anomalie de nombre par excès. La prévalence est de 0,3 à 0,8% pour les dents temporaires, et de 0,1 à 3,8% pour les dents permanentes (31).

L'étiologie est inconnue, mais plusieurs théories sont évoquées dans la littérature :

- Une hyperprolifération ou hyperactivation de la lame dentaire.
- La scission du bourgeon dentaire ou atavisme.

Il ne s'agirait pas de facteurs génétiques mais plutôt épigénétiques ou environnementaux (31).

Parfois, les dents natales et néonatales sont des dents surnuméraires, mais dans 90% des cas ce sont les dents temporaires qui font leur éruption précocement (31).

Les complications dues à la présence de ces dents surnuméraires peuvent être un retard d'éruption pour la dent sous-jacente, un kyste ou encore une anomalie de la morphologie des dents permanentes. La conduite à tenir est généralement l'extraction, et elle devra être réalisée rapidement si la dent surnuméraire bloque l'éruption de la dent sous-jacente. Après extraction, il faut évaluer à l'aide d'une radio à 6 mois si la dent fait son éruption. Si ce n'est pas le cas il faudra envisager une traction orthodontique. Si il y a de nombreux germes surnuméraires, on peut évoquer l'hypothèse d'un syndrome polymalformatif tel que le syndrome de Gardner ou encore la dysostose cléïdo-crânienne (31).

Partie II : Dents natales et néonatales

2.1. Définition

Les dents natales et néonatales sont définies en fonction de leur moment d'éruption. Les dents natales sont ainsi présentes à la naissance et les dents néonatales sont les dents faisant éruption dans les 30 premiers jours suivant la naissance (27).



Figure 6 : Photo d'une dent néonatale d'après Prabhakar AR. et coll, 2009.

2.2. Historique

Depuis longtemps, les dents natales et néonatales font l'objet de curiosité. C'est avec Titus Livius en 59 avant JC. qu'elles sont évoquées pour la première fois. En 23 avant JC., Caius Plinius Secundus l'Ancien croyait que cela portait chance si un garçon naissait avec une dent, alors que pour les filles il s'agissait d'un mauvais présage (14).

Ces dents ont donc fait l'objet de nombreuses croyances et superstitions. En fonction des pays les idées n'étaient pas les mêmes. En France et en Italie, les bébés nés avec des dents étaient destinés à conquérir le monde, tandis qu'en Angleterre, ils étaient destinés à devenir de grands soldats. En Pologne, en Afrique, en Inde, ou encore en Chine, les bébés étaient considérés comme des monstres porteurs de malheurs (2). Pour cette raison en Chine on était amené à extraire ces dents, et pour certaines tribus africaines on allait même jusqu'à tuer le bébé après la naissance (8).

Des figures importantes, ayants marquées l'Histoire font parties de ces enfants nés avec des dents. On compte parmi ces personnages : Richard III, Louis XIV, Napoléon, Mirabeau, Mazarin, Richelieu, Zoroastre et Hannibal (39).

2.3. Epidémiologie

2.3.1. PREVALENCE

Il convient de dire que l'incidence des dents natales et néonatales est en moyenne de 1 pour 2 000 à 3 500 naissances, comme le montre la revue de la littérature publiés par Almeida et Gomide en 1996 (tableau III) (14). Un article publié par CHOW en 1980 recense 7 études de 1950 à 1966 et confirme ces résultats (12). Cependant d'autres auteurs ZHU et KING en 1995 ont présenté les résultats d'une revue de 10 études de 1876 à 1991, et concluent à une incidence allant de 1 pour 716 à 1 pour 30 000 naissances (39). Les variations des résultats sont expliquées par les différentes populations étudiées, notamment pour MAYHALL (1967), qui a étudié une tribu indienne du Sud-Ouest de l'Alaska, et pour ALMEIDA et GOMIDE (1996), qui ont étudié des enfants avec des fentes labio-palatines avec une incidence de 2 pour 100 naissances à 10 pour 100 naissances pour les fentes unilatérales et bilatérales respectivement. DIAZ ROMERO et coll. (1991) rapportent une incidence plus élevée dans la population mexicaine (15).

Les auteurs convergent cependant tous pour dire que les dents natales sont 3 fois plus fréquentes que les dents néonatales, mais il est probable que l'explication de cette disparité vienne du fait qu'après la sortie de la maternité, le suivi des enfants ne permet pas de desceller toutes les dents néonatales (8).

Tableau III : Prévalence des dents natales et néonatales rapportée dans de la littérature, adapté de Almeida et Gomide, 1996 (14).

Auteurs	Prévalence	Nombre d'enfants dans l'échantillon
Magitot, 1876	1:6000	17 578
Puech, 1876	1:30 000	60 000
Ballantyne, 1897	1:6 000	17 578
Massler & Savara, 1950	1:2 000	6 000
Allwright, 1958	1:3408	6 817
Bodenhoff, 1959	1:3 000	—
Wong, 1962	1:3 000	—
Bodenhoff & Gorlin, 1963	1:3 000	—
Mayhall, 1967	1:11,25	90
Chow, 1980	1:2 000 à 3 500	—
Anderson, 1982	1:800	—
Kates et coll., 1984	1:3 667	7 155
Leung, 1986	1:3 392	50 892
Bedi & Yan, 1990	1:1 442	—
Rusmah, 1991	1:2 325	9 600
To, 1991	1:1 118	53 678
Almeida & Gomide, 1996	1:21,6	1 019

Il n'y a pas de différence significative de prévalence entre les deux sexes. Cependant des auteurs ont montré une proportion plus importante pour les filles avec un ratio de 66% contre 34% pour les garçons (20).

Bien souvent il s'agit de dents temporaires ayant fait leur éruption précocement (90-99%), et dans seulement 1 à 10% des cas, il s'agit de dents surnuméraire (8,20).

2.3.2. LOCALISATION

On retrouve le plus souvent les dents natales et néonatales au niveau de la région des incisives centrales mandibulaires, avec une fréquence de 85 à 100%. Il est rapporté des cas de dents natales et néonatales dans la région des incisives maxillaires (11%), des canines et molaires mandibulaires (3%), et aussi dans la région des canines et molaires maxillaires (1%), mais cela reste plus rare (8).

Ces dents font leur éruption dans 61% des cas par paire, bilatéralement, et sont très rarement plus de deux (20).



Figure 7 : Photo d'une 1ère molaire maxillaire gauche néonatale d'après Kumar A. et coll, 2011.

2.4. Etiologies

2.4.1. LES DIFFERENTES THEORIES

L'étiologie des dents natales et néonatales reste encore inconnue, et des études sont encore nécessaires pour la déterminer.

Cependant certaines hypothèses sont évoquées (1,8,12,14,39):

- La transmission héréditaire d'un gène autosomique dominant. Bodenhoff et Gorlin (1963) rapportent des cas de nouveau-nés avec des dents natales et néonatales dont un des parents, un frère ou une soeur présente aussi ce phénomène (15% des enfants avec dents natales et néonatales) (8).
- La position superficielle du germe dentaire.
- Des troubles endocriniens, avec une sécrétion excessive de certaines glandes (thyroïde, pituitaire, gonadique).
- Une mauvaise santé maternelle pendant la grossesse, due à une déficience nutritionnelle, amenant à des carences vitaminique, avec un état fébrile (fièvre) pourrait tendre à accélérer l'éruption dentaire.
- Des infections, comme la syphilis congénitale ou encore la folliculite expulsive.

- Des facteurs environnementaux tels que des concentrations élevées de PCB (polychlorobiphényle) et PCDF (polychlorodibenzofurane) dans le lait maternel pourraient causer une éruption prématurée, mais ALALUUSUA et coll. ont montrés qu'on ne pouvait pas prouver de corrélation (1).
- Plus récemment, des auteurs ont montrés une relation avec l'hyperactivité des cellules ostéoblastiques au niveau du germe dentaire durant l'initiation ou le stade de prolifération du développement de la dent.

La théorie la plus reconnue dans la littérature est celle de la position superficielle du germe dentaire, due à un facteur héréditaire. En effet, les dents natales et néonatales sont à la surface de l'os alvéolaire et à distance des autres germes dentaires. Il semblerait que ce soit un trouble localisé de la formation et du développement, car les autres dents font leur éruption normalement (4,11,14,25,33).

Des auteurs distinguent l'éruption précoce vraie de l'éruption prématurée. Pour eux, l'éruption prématurée est un phénomène pathologique du le plus souvent à une infection (folliculite expulsive) causée elle-même par un traumatisme, et aboutissant à l'éruption d'une dent incomplètement formée, avec une gencive inflammatoire dans la zone d'éruption. Alors que l'éruption précoce vraie est due à un trouble endocrinien. Cela aboutit à l'éruption d'une dent normale avec intégrité de la gencive (18).

2.4.2. LES SYNDROMES ASSOCIES

L'étiologie étant sans doute multifactorielle, des syndromes peuvent de plus être associés, mais de façon plus rare (33) :

- Syndrome d'Ellis Van Creveld (dysplasie chondro-ectodermique)
- Kystes sébacés multiples
- Fentes labio-palatines
- Syndrome d'Hallermann Streiff (oculo-mandibulo-dyscéphalie)
- Pachyonychie congénitale (Jadassohn Lewandowsky)
- Syndrome de Rubinstein Taybi
- Syndrome de Pierre Robin
- Cyclopie
- Syndrome de Pallister Hall

- Syndrome de Sotos
- Dysostose crânio-faciale
- Syndrome de Down
- Epidermolyse bulleuse simple
- Syndrome de Van der Woude
- Syndrome de Walker Warsburg (hydrocéphalie congénitale avec glaucome congénital).
- Polydactylie thoracique (type II).



Figure 8 : Photo d'une fente labiale et d'une alvéole post extractionnelle suite à l'avulsion d'une dent néonatale à gauche et photo de la dent néonatale extraite à droite d'après Kadam M. et coll, 2013.

2.5. Aspects

2.5.1. Aspect clinique

L'aspect clinique dépend du degré de maturité et de l'étape du développement de la dent. Les dents natales et néonatales ayant fait leur éruption peuvent être de forme et de taille normale, mais selon BIGEARD et coll. en 1996 (6) on les retrouve le plus souvent plus petites que les dents temporaires observées par LATROU en 1986 (22). La forme peut être conique, faisant penser à une coquille (4,11,28).

L'émail est incomplètement formé, hypoplasique et irrégulier avec des manques par endroits. Il devient cassant et finit par disparaître tout autour de la dent.

Ainsi la dent laisse apparaître une couleur opaque brune-jaunâtre ou blanchâtre (28).

La gencive autour de la dent est inflammatoire et on observera des saignements (4,11).

Ces dents sont dans la plupart des cas très mobiles, et cette mobilité conduit à une dégénérescence des cellules de la gaine épithéliale de Hertwig qui explique l'absence de formation de la racine, ou une racine de petite taille.

Elles sont donc retenues par du tissu gingival à la crête alvéolaire, et peuvent être dans certains cas recouvertes par la muqueuse (28).

On rapporte qu'elles sont parfois accompagnées d'un kyste d'éruption, d'une hyperplasie fibreuse, ou encore d'un hamartome fibreux gingival (33).

Le terme de dent natale et néonatale défini par MASSLER et SAVARA (27) n'est basé que sur la notion temporelle de l'éruption, et ne fait pas de référence à l'anatomie, la morphologie ou encore à la structure de la dent.

C'est pourquoi SPOUGE et FEASBY en 1966 (34) ont proposé une classification basée sur des critères cliniques :

- Mature : Lorsque la forme de la dent est complète et qu'elle est comparable à la morphologie des dents temporaires.
- Immature : Lorsque la structure et le développement de la dent sont incomplets.

Le terme mature indique une dent bien développée et de bon pronostic, alors que le terme immature implique un mauvais pronostic et une structure de la dent incomplète (34).

On retrouve aussi dans la littérature une classification en 4 groupes basée sur des critères cliniques (19):

1. Une couronne en forme de coquille mal attachée à la crête alvéolaire par du tissu gingival et sans racine.
2. Une couronne solide mal attachée à la crête alvéolaire par du tissu gingival avec une petite racine ou sans racine.
3. L'éruption du bord incisif de la couronne à travers la gencive.
4. Un oedème gingival avec une dent qui n'a pas fait son éruption mais qui est palpable.

Ces classifications sont à retenir car en fonction du groupe auquel appartient la dent, le traitement sera différent.

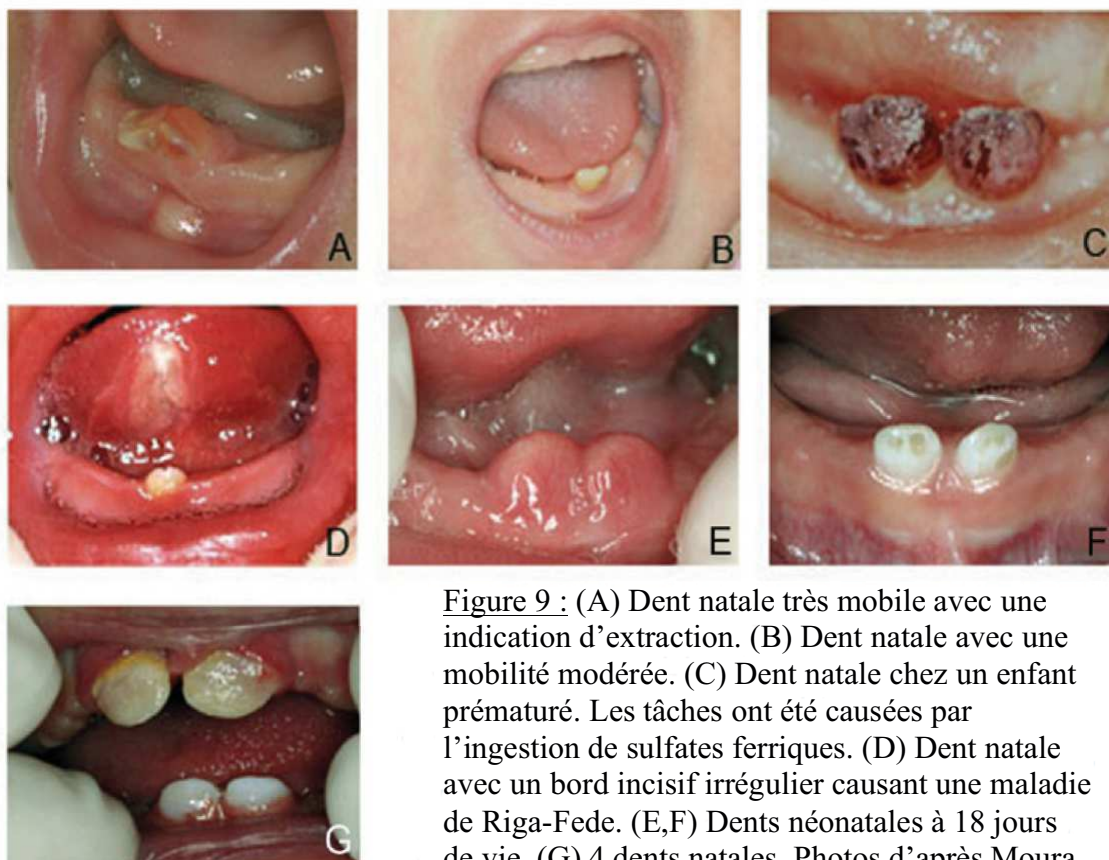


Figure 9 : (A) Dent natale très mobile avec une indication d'extraction. (B) Dent natale avec une mobilité modérée. (C) Dent natale chez un enfant prématuré. Les tâches ont été causées par l'ingestion de sulfates ferriques. (D) Dent natale avec un bord incisif irrégulier causant une maladie de Riga-Fede. (E,F) Dents néonatales à 18 jours de vie. (G) 4 dents natales. Photos d'après Moura LF. et coll. 2014.

2.5.2. Aspect histologique

2.5.2.1. L'émail

Dans toutes les études, on rapporte un émail hypoplasique, avec différents degrés de minéralisation, en quantité moindre dans certaines zones, et un cas a même été rapporté où il n'y avait pas d'émail (4).

On a également une structure prismatique normale, exceptée dans la portion cervicale de la dent, où l'émail peut être absent (4).

Il s'agirait en fait d'un trouble de l'amélogénèse due à une exposition prématurée en bouche de la dent, cette dernière est donc interrompue, mais l'émail est normalement minéralisé par rapport à son stade de développement (4).

Son épaisseur est réduite, et on a observé sur des coupes histologiques que ces épaisseurs vont de 55 à 300 microns, tandis que pour une dent temporaire normale, on est généralement à 1200 microns (4).

Certains auteurs ont même mesuré la dureté des tissus durs de ces dents, et ont conclu que la dureté de l'émail et de la dentine est réduite (4).

La jonction amélo-dentinaire n'est pas fenêtrée, elle est presque droite, ce qui est similaire aux dents temporaires normales (25,28).

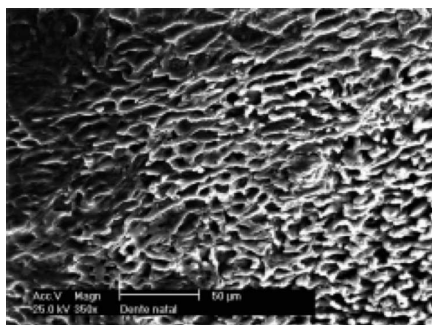


Figure 10 : Photo micrographique montrant l'émail avec son apparence typique en nid d'abeille d'après Ruschel HC. et coll, 2010.

Des lignes néonatales sont présentes dans les zones où la formation de l'émail est terminée (34).

Alors que des auteurs semblent indiquer l'absence des stries de Retzius et des bandes de Hunter-Schreger (6) confirmant un trouble précoce de l'amélogénèse, sur d'autres coupes histologiques elles sont présentes (4).

2.5.2.2. La dentine

La dentine présente une structure équivalente à celle des dents temporaires normales. On y trouve cependant des vacuoles interglobulaires, des inclusions cellulaires atypiques, et les tubulis sont répartis irrégulièrement (4).

Dans la partie occlusale, on a une dentine atubulaire rappelant de la dentine tertiaire. Celle-ci est produite par les odontoblastes en réponse à un stimuli. Ce qui peut être expliqué ici car la dentine a été exposée en bouche sans que l'émail ne la recouvre (33).

Les mouvements de ces dents provoquent des altérations de l'odontogénèse dans la portion cervicale. On observe une disposition atypique des tubulis dans cette portion, et même parfois de l'ostéodentine (dentine atubulaire avec des inclusions cellulaires) (33).

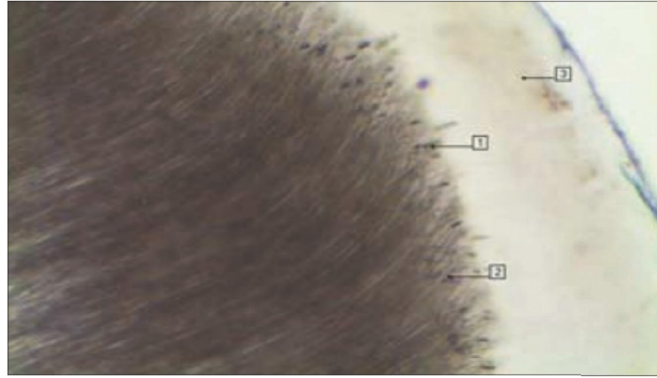


Figure 11 : Photo micrographique montrant la dentine irrégulière (1), les ramifications tubulaires irrégulière (2), et une fine couche d'émail (3) d'après Maheswari NU. et coll, 2012.

2.5.2.3. La pulpe

La chambre pulpaire est large, avec la présence de nombreux vaisseaux sanguins, ainsi que des cellules inflammatoires (lymphocytes, leucocytes, plasmocytes).

Cependant la zone de Weil et la zone riche en cellules dans la pulpe sont absentes, ce qui est normal à ce stade du développement de la dent (4).

2.5.2.4. La racine

La formation de la racine est interrompue (voir chapitre sur les aspects cliniques). La gaine épithéliale de Hertwig peut montrer une dégénérescence et le cément est souvent absent (4).

On peut donc conclure qu'il s'agit du développement interrompu de la dent, car en règle générale, les incisives centrales mandibulaires temporaires continuent leur développement jusqu'au 33ème mois de la vie (4).

2.6. Complications

2.6.1. COMPLICATIONS GENERALES

De l'éruption de ces dents découle des complications, en dehors des symptômes normaux d'une éruption dentaire, que peut être la douleur, l'irritation, la salivation excessive, la diarrhée infantile, ou encore des malaises (4).

Les plus rapportées de ces complications dans la littérature sont (25):

- Des ulcérations traumatiques au niveau des muqueuses buccales (lèvres, arcade antagoniste, frein, langue).
- Le risque d'inhalation ou d'ingestion de la dent, due à son importante mobilité.
- Des douleurs causées par la dent entraînant le refus de se nourrir de l'enfant.
- Des blessures de la poitrine de la mère lors de l'allaitement.

D'autres problèmes sont susceptibles d'être vus, tels que des lésions carieuses, des fractures, des infections, des polypes pulpaire, l'éruption prématurée des dents successives, ou encore des blessures au niveau de la main du bébé s'il suce son pouce (28).



Figure 12 : Photo d'un enfant de 15 jours avec une dent néonatale associée avec un abcès sous le menton d'après Kamboj M. et coll, 2009.

Cependant, des auteurs précisent qu'une blessure à la poitrine lors de l'allaitement ne serait que peu probable, car lors la tétée, le bébé va interposer naturellement sa langue entre ses dents et le téton (3).

Pour le risque d'inhalation ou d'ingestion, il n'a été rapporté aucun cas dans la littérature. Cette complication reste une possibilité peu probable, malgré que des cas d'exfoliation spontanée aient été rapportés (14,22).

2.6.2. LA MALADIE DE RIGA-FEDE

L'ulcération de la face ventrale de la langue est la complication la plus importante. Elle a été décrite tout d'abord par COLDRALLIN en 1857. Ensuite RIGA, en 1881 l'a identifiée aussi. Et FEDE en 1890 a décrit l'histologie de cette lésion, que l'on nomme généralement la maladie de Riga-Fede (3,25).

Il s'agit d'une lésion bénigne de la muqueuse, caractérisée par une ulcération de la langue, causée par un traumatisme répétitif du aux mouvements de va et vient des incisives mandibulaires (13).



Figure 13 : Photo d'une ulcération de la face ventrale de la langue (maladie de Riga-Fede) et de dents natales d'après Senanayake MP. et coll, 2014.

Cette maladie chez l'enfant porte plusieurs noms (13):

Ulcération linguale traumatique, granulome éosinophile, ulcération éosinophile traumatique de la langue et de la muqueuse orale, fibrome granulomateux sublinguale, croissance sublinguale de l'enfant, glossite atrophique traumatique.

Toutes les surfaces muqueuses de la bouche peuvent être atteintes, mais la face ventrale de la langue représente 60% des cas (13).

Elle est très souvent unique et asymptomatique, mais peut aussi être accompagnée de douleurs (13).

Elle apparaît sous forme d'une ulcération avec des bords proéminents, puis va s'étendre et donner une masse fibreuse, avec l'apparence d'un granulome ulcéreux accompagné d'une nécrose superficielle (37).

Histologiquement, on retrouve du tissu de granulation et un infiltrat inflammatoire composé de lymphocytes, macrophages, mastocytes, et de nombreuses cellules éosinophiles (13).

Cette pathologie est dans de nombreux cas associée à des troubles neurologiques. Une étude rapporte 1/4 des patients avec des troubles neurologiques, mais aucuns d'entre eux ne montraient de dents natales et néonatales. Ceux qui avaient des dents natales et néonatales ne présentaient pas de troubles neurologiques (36).

On l'associe avec l'apparition des premières incisives centrales mandibulaires chez l'enfant, ou avec celle des dents natales et néonatales (13).

Donc une classification a été établie pour la maladie de Riga-Fede, proposée par DOMINGUEZ CRUZ et coll. (16):

- La maladie de Riga-Fede précoce : Elle est associée aux dents natales et néonatales, et apparaît entre la naissance et 6 mois. Elle n'a pas de relation avec un trouble neurologique.
- La maladie de Riga-Fede retardée : Elle n'apparaît qu'à partir de 6 mois, avec la dentition temporaire, et peut être en rapport avec des troubles neurologiques.

Ainsi cette maladie bénigne peut poser des problèmes diagnostic. Elle peut faire penser à d'autres pathologies bénignes voir à une pathologie maligne (13).

Les diagnostics différentiels de cette maladie avec les autres ulcérations, masses indurées de la muqueuse orale chez l'enfant sont (36):

- Néoplasies locales :
 - Tumeur à cellules granuleuses
 - Myofibrome
 - Sarcome
 - Lymphome extra-nodale
- Infections :
 - Syphilis congénitale
 - Tuberculose
- Troubles hématologiques :
 - agranulocytose

- Traumatiques :
 - Mécanique (maladie de Riga-Fede)
 - Électrique
 - Chimique

Ce diagnostic doit être fait le plus rapidement possible, car la santé générale de l'enfant peut être mise en jeu. On peut imaginer que cette ulcération s'infecte, ou empêche l'enfant de se nourrir correctement, ce qui retarderait sa croissance (13).

2.7. Diagnostics différentiels

Le diagnostic d'une dent natale ou néonatale est basé sur l'historique médical, sur l'examen clinique et radiographique (3,25).

En bouche, les dents natales et néonatales peuvent être associées à des excroissances gingivales telles que : un granulome pyogénique, un fibrome ossifiant périphérique et un kyste d'éruption (11).

Ainsi ces dents peuvent être confondues avec d'autres manifestations pathologiques intra-orales qui sont les suivantes : le kyste de la lame dentaire, le lymphangiome de la crête alvéolaire, le nodule de Bohn, l'épulis et l'hamartome (11).

- Le kyste de la lame dentaire est bien circonscrit, pâle, avec une lésion blanche-jaunâtre localisée sur la crête alvéolaire du nouveau-né (29).
- Pour le lymphangiome, il peut être confondu dans le cas d'une dent natale mandibulaire postérieure (29).
- Les nodules de Bohn sont en général multiples et trouvés le long de la face vestibulaire et linguale des crêtes alvéolaires maxillaire et mandibulaire. Ces résidus de tissu de glandes muqueuses sont fermes, blanchâtre, et ont une forme de grain de riz. Ils sont asymptomatiques, n'interfèrent pas avec l'alimentation, et ils disparaissent spontanément en quelques semaines après la naissance (11).



Figure 14 : Photo d'un bébé présentant des nodules de bohn d'après Cizmeci MN. et coll, 2014.

- Les épulis quant à eux sont des excroissances tumorales gingivales qui peuvent être sessiles ou pédonculés, et ils sont réactifs contrairement aux lésions néoplasiques (11).
- L'hamartome a un aspect tumoral, il s'agit bien souvent d'une malformation bénigne, mais peut évoluer vers une forme cancéreuse (38).

Toutes ces manifestations intra orales peuvent être différenciées de la dent natale ou néonatale par la radiographie.

Cette radiographie va permettre également de savoir si la dent est surnuméraire ou si elle fait partie de la dentition temporaire.

Si l'on voit le germe de la dent temporaire sous la dent présente en bouche, alors il s'agit d'une dent surnuméraire.

Malheureusement la radiographie est souvent difficile, parfois même impossible à réaliser chez un nouveau-né. Du fait que la dent soit prématurée, la minéralisation de la couronne est incomplète voire inexistante parfois et la radiographie ne sera pas interprétable.

Donc il est parfois nécessaire de reporter l'examen radiographique (29).

Le diagnostic est très important pour pouvoir établir un plan de traitement approprié. Il ne faudrait pas réaliser une extraction si le maintien de la dent est possible, cela pourrait entraîner des complications par la suite concernant les dents permanentes (encombrement, mauvaise occlusion dentaire, esthétique, phonétique) (3).

Ce sont les pédiatres et les dentistes qui sont les plus concernés par le diagnostic d'une dent natale ou néonatale (29).

2.8. Traitements

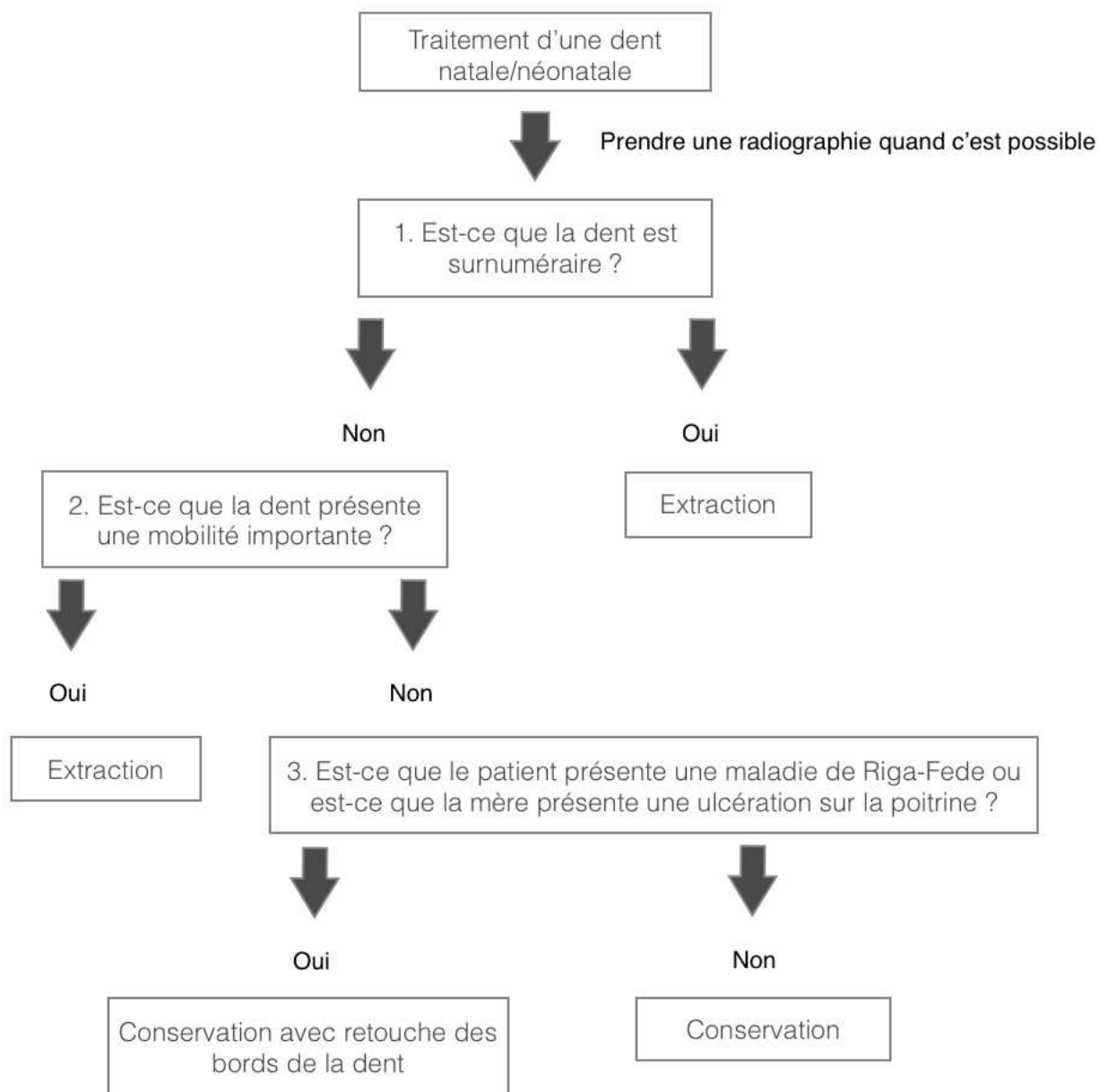


Figure 15 : Organigramme décisionnel pour le traitement d'une dent natale ou néonatale, d'après Moura LF. et coll, 2014.

Un examen approprié nous permettra de faire le bon diagnostic, mais aussi d'évaluer certains facteurs qui vont par la suite nous permettre de faire le bon choix pour la prise en charge d'une dent natale ou néonatale.

Ces facteurs sont les suivants (29):

- La dent est-elle surnuméraire ou de la dentition temporaire ?
- Le degré de mobilité de la dent.
- Si la dent entraîne des blessures au niveau de la langue du bébé, ou du sein de la mère, ou encore si elle empêche l'enfant d'avoir une alimentation correcte.

L'ordre des questions à se poser pour savoir quel traitement adopté pour la gestion de ces dents est décrit dans le schéma de la Figure 16 ci-dessus.

2.8.1. TRAITEMENTS CONSERVATEURS

Il s'agit de maintenir la dent en bouche dans de bonnes conditions.

Le but du traitement est d'éviter que la dent blesse le bébé ou la mère lors de l'allaitement, et d'assurer la bonne santé pour les deux.

Dans la plupart des cas, ces dents présentent des bords incisifs pointus ou râpés, avec la présence d'arêtes vives, et de mamelons pointus.

Des auteurs recommandent dans ces cas de polir cette partie de la dent avec un disque ou des fraises à finir (3,4,11,14,22,25,26,29,32,33,35,37).

D'autres parlent de recouvrir la dent avec du ciment verre ionomère ou de la résine composite.

Mais il est très difficile de le réaliser chez un nouveau-né, car le manque de coopération, l'accès réduit et l'impossibilité d'obtenir un milieu sans humidité font que le composite ne pourra pas avoir une adhésion optimale à la dent. De plus s'ajoute à cela, le fait que la dent natale ou néonatale présente bien souvent une couronne avec un émail hypominéralisé, hypoplasique, voir absent dans certaines zones, rendant le collage inefficace.

Donc si le composite mis en place ne tient pas, cela entraîne un risque pour le bébé de l'avaler.

Pour ces raisons cette technique n'est pas applicable dans la plupart des cas, et un seul succès a été rapporté (3,4,9,11,14,22,25,26,32,33,35,37).



Figure 16 : Photo d'une dent néonatale recouverte par le Stomahesive ® Wafer pour protéger la langue d'après Buchanan S. et coll, 1997.

Un cas de dent natale ou néonatale avec ulcération linguale a été rapporté, où les parents ne voulaient pas envisager l'extraction de la dent, et donc une procédure pour conserver la dent a été entreprise.

Tout d'abord, on a comblé les mamelons de la dent de façon à éliminer la partie irritante, en plus d'une prescription de gel antifongique pour la langue.

Malgré cela, l'ulcération présente sur la face ventrale de la langue était toujours présente.

Donc il a été proposé de mettre sur la dent un patch (Stomahesive ® Wafer, Convatec Deesides UK), pour obtenir une surface lisse. C'est un traitement que les parents peuvent appliquer à la maison.

En quelques semaines la lésion avait disparu et laissé place à une cicatrice (9).

Dans tous les cas, si le maintien de la dent en bouche est choisi, il faudra instaurer avec les parents des mesures d'hygiène bucco-dentaire.

Car la dent prématurée présente un émail hypoplasique, donc moins résistant à la carie, et est ajouté à cela l'allaitement ou le biberon, qui sont des facteurs de risques important dans la carie précoce de l'enfant (29).

Donc les parents devront apprendre à utiliser des dentifrices fluorés adaptés, à éliminer la plaque à l'aide d'une brosse à dents souple, et aussi faire des visites régulièrement chez le dentiste (3,4,11,14,29,35).

Si l'enfant présente en plus une maladie de Riga-Fede, on demandera alors aux parents d'appliquer une compresse de gaze humidifiée dans une solution de 0,12% de Chlorhexidine sur l'ulcération deux fois par jour (29).

Dans une série de cas sur les dents natales et néonatales publiée en 2013, et impliquant 23 nouveau-nés, dans 64% des cas, on a conservé les dents. La conservation de ces dents est donc assez courante (29).

Il faut aussi savoir que le pronostic d'une dent qui reste plus de 4 mois en bouche est bon, car la dent va développer une meilleure attache dans quelques cas (3,4).

De même, une dent néonatale aura un meilleur pronostic qu'une dent natale (4).

En revanche l'esthétique d'une dent natale ou néonatale est déplaisante du fait de la dysplasie amélaire (3,4).

2.8.2. TRAITEMENT NON CONSERVATEUR

Dans de nombreux cas se produit l'exfoliation spontanée de ces dents (6,20), mais parfois l'extraction est inévitable.

Les indications pour l'extraction d'une dent natale ou néonatale sont les suivantes (4,11,14,22,24,25,26,32,33,35,37) :

- Dent surnuméraire.
- Degré de mobilité élevé (plus de 2 mm), avec le risque de perte de la dent.
- Échec d'un traitement conservateur.
- Blessures causées par la dent, avec un danger pour la santé de l'enfant due à une malnutrition.

L'avulsion de la dent natale ou néonatale est un acte simple, à réaliser sous anesthésie locale de surface (topique) le plus souvent.

La dent étant mobile, elle peut être retirée à l'aide des doigts recouverts d'un tampon de gaze d'un coup sec (4).

Il faudra être vigilant à ce que l'enfant n'avale pas la dent pendant l'avulsion et à ne pas blesser sa gencive (4,14).

Dans certains cas, si la dent est moins mobile, un anesthésique local devra être injecté. Alors suite à l'extraction, un curetage de la zone doit être effectué, car il peut y avoir des cellules de la papille dentaire et de la gaine épithéliale de Hertwig encore actives, et dans ce cas, elles peuvent continuer de développer une structure dentaire (17).

Cette structure dentaire est plus connue sous le nom de dent natale résiduelle, et elle correspond à une récurrence de dent natale ou néonatale (17).

Une seule étude rapporte une incidence de cette récurrence, et on arrive à un taux de 9,1% (dans un échantillon de 44 enfants). Ce taux semble montrer que le risque est faible, malgré la taille limitée de l'échantillon (17).

Comme ce risque existe, les parents devront en être informés, car une seconde opération devra alors être réalisée (17).

Pour l'hémostase, il faut évaluer en fonction de l'âge du nouveau-né, car en dessous de 10 jours de vie, la flore commensale présente dans les intestins n'est pas encore établie et ne produit pas de vitamine K.

Cette vitamine K permet la synthèse de prothrombine par le foie.

Donc il faudra éviter de réaliser l'avulsion avant le 10^{ème} jour du bébé (14).

Si il n'est pas possible d'attendre, alors une consultation avec le pédiatre devra avoir lieu pour prévoir si oui ou non, une injection de vitamine K est nécessaire. Car dans certains pays comme au Brésil, une injection de vitamine K est réalisée juste après la naissance (29).

L'injection se fait en intra-musculaire, à une dose de 0,5 à 1 mg (14).

Sinon l'hémostase se fait par simple compression du site avec une compresse de gaze, et rinçage de la zone avec du sérum physiologique (29).

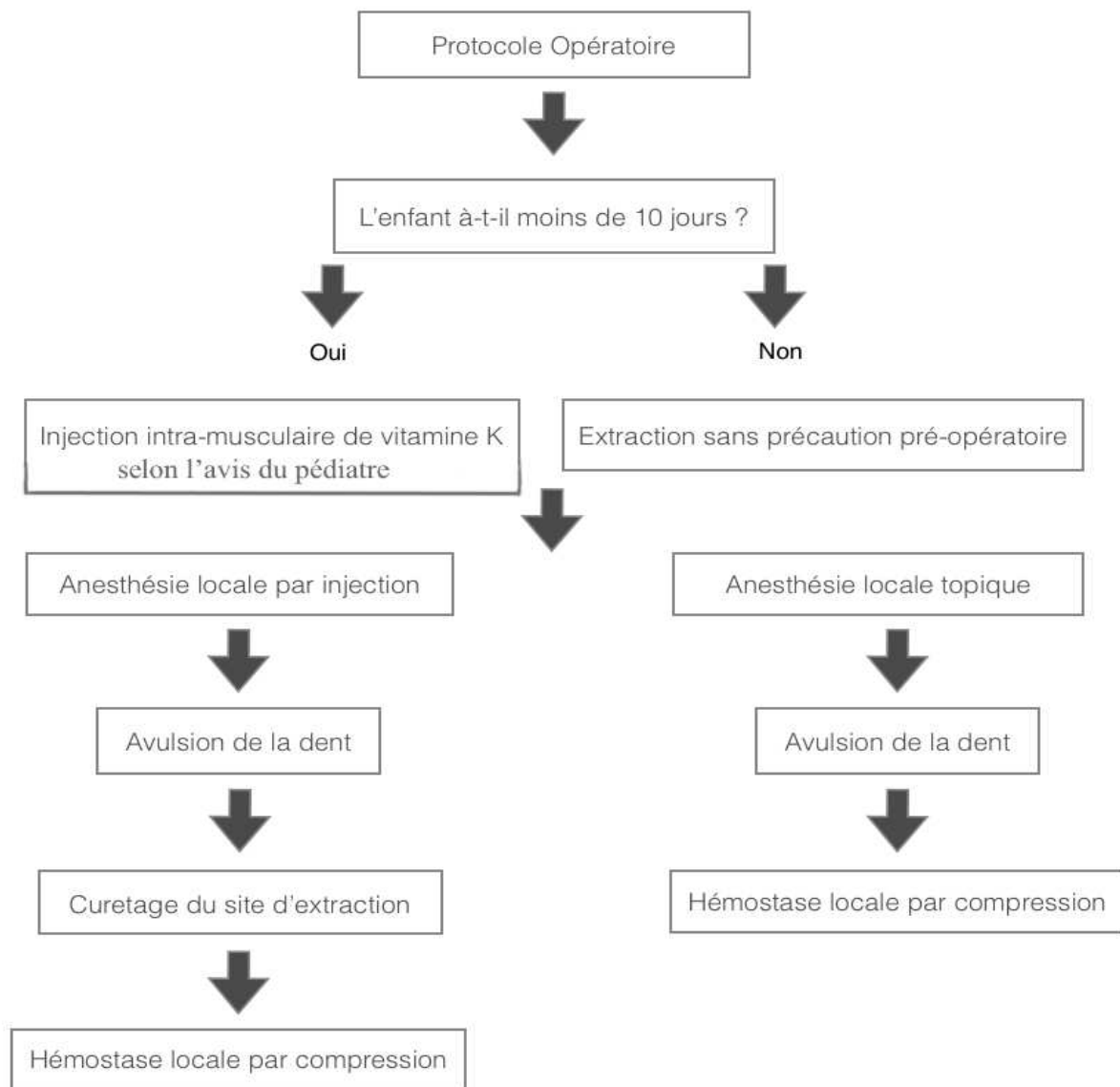


Figure 17 : Schéma récapitulatif du protocole opératoire de l’avulsion d’une dent natale ou néonatale.

Si une ulcération persiste après l’avulsion de la dent, alors une biopsie devra être effectuée (36).

Pour LEUNG, l’extraction d’une dent temporaire entraîne un encombrement des dents permanentes, car l’espace est fermé par les dents adjacentes. Cependant aucune perte d’espace n’a été observée suite à l’extraction d’une dent natale (24).

Et selon d’autres auteurs, il n’y a pas de risque de perte d’espace suite à l’extraction de ces dents (4).

Pour conclure sur les traitements, la conservation est le traitement de choix dès lors qu'il s'agit d'une dent temporaire, non mobile et sans complications. Bien que ce traitement soit souvent rapporté dans la littérature, il ne faut pas que le maintien de la dent nuise à la bonne santé du nouveau-né. L'avulsion apporte alors une solution permettant ainsi une cicatrisation plus rapide et sans préjudices pour le développement de l'enfant (4,11,14,22,24,25,26,32,33,35,37).



Figure 18 : Photo de l'hémostase post-opératoire à gauche et photo des dents natales extraites sans racines à droite d'après Khandelwal V. et coll, 2013.



Figure 19 : Photo d'une maladie de Riga-Fede avec les sites d'extractions à gauche et photo des dents néonatales extraites à droite d'après Costacurta M. et coll, 2012.

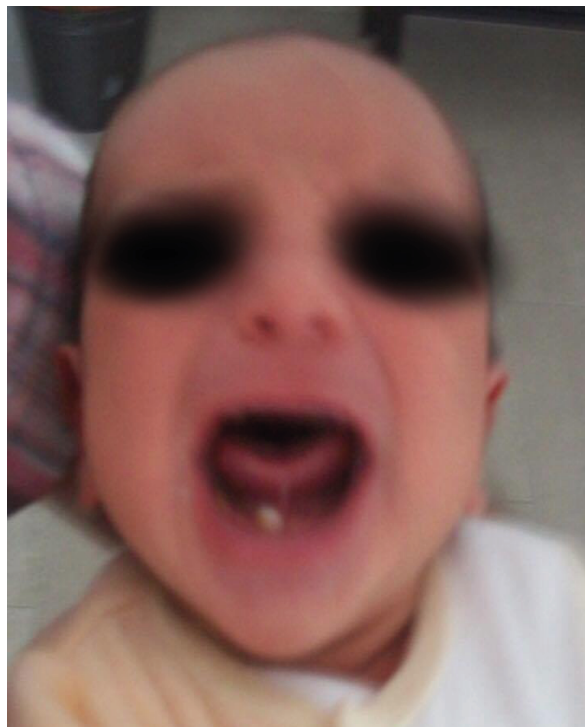


Figure 20 : Photos d'un bébé avec présence d'une dent natale (81)



Figure 21 : Photo du nouveau-né 2 ans plus tard, on remarque la présence de toutes les incisives temporaires mandibulaires à l'exception de la 81 qui a été extraite par son dentiste.

Partie III : Enquête auprès des professionnels de l'obstétrique

3.1. Objectif

Comme nous avons pu le constater précédemment, les dents natales et néonatales sont des événements rares, et il n'y a pas de protocole clairement établi pour le traitement de ces dents dans la littérature.

Nous nous sommes interrogés sur la formation et les différentes attitudes thérapeutiques des praticiens de l'obstétrique concernant ces dents à Nantes.

3.2. Matériels et méthodes

Pour répondre aux interrogations précédentes, nous avons mené une étude basée sur un questionnaire distribué à différents praticiens de l'obstétrique à Nantes.

Dans cette partie nous allons donc voir comment ce questionnaire a été construit et la façon dont nous avons procédé pour le distribuer.

3.2.1. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a pour but de mesurer la connaissance des professionnels de l'obstétrique sur les dents natales et néonatales d'une part, et en fonction de leur confrontation ou non à ces événements, de comparer leurs différentes attitudes thérapeutiques d'autre part. Il est aussi possible d'obtenir une estimation approximative sur la prévalence de ces événements, mais le but ici n'est pas d'en avoir une estimation précise.

Ce questionnaire est composé de 7 questions à choix multiple.

- Avez-vous été formé sur les dents natales et néonatales ?

Cette question va nous permettre de savoir si un enseignement existe sur les dents natales et néonatales, et de nous renseigner sur les différents types de formations selon les professions. Le questionnaire garde un intérêt même si la réponse est négative.

- Connaissez-vous la différence entre une dent natale et néonatale ?

Le fait de ne pas avoir eu de formation, n'implique pas forcément le fait de ne pas connaître la différence entre une dent natale et néonatale. L'information peut être transmise sous une autre forme.

Cette différence est cependant assez subtile, et pour que la suite du questionnaire garde son sens, nous permettons aux praticiens de répondre en utilisant les définitions des dents natales et néonatales dans les questions.

- Avez-vous déjà rencontré des cas de nouveau-nés ayant des dents présentes à la naissance ?
Il s'agit d'une question importante pour la deuxième partie du questionnaire, nous ne cherchons donc pas à évaluer la capacité du praticien à diagnostiquer une dent natale ou néonatale.

- Si oui, à quelle fréquence selon vous ?

Nous venons compléter la réponse précédente avec cette question. Elle ne nous donnera pas assez de précision pour en tirer une conclusion sur la réelle fréquence d'apparition des dents natales, mais nous permettra d'en avoir une idée.

- Avez-vous eu des signalements de la part des parents, d'une éruption dentaire durant les 4 premières semaines suivants la naissance ?

Il s'agit de savoir si le praticien a été confronté à une dent néonatale.

- Si oui, à quelle fréquence selon vous ?

- Si vous avez eu, ou si le cas se présentait (de dent présente lors de la naissance), quelle serait votre attitude thérapeutique ?

Cela va nous permettre de mettre en évidence les différents traitements proposés par les praticiens, puis de les comparer au tableau réalisé grâce à notre analyse de la littérature.

3.2.2. Moyens de recrutement

Initialement l'objectif était de distribuer le questionnaire aux gynécologues et aux sages-femmes de la ville de Nantes. Nous avons donc commencé par les distribuer dans les hôpitaux. Les pédiatres ont été interrogés dans un deuxième temps. Ces derniers présentaient en effet, un intérêt et une source de réponses plus adaptée sur le sujet.

La distribution a eu lieu dans les hôpitaux et maternités de la ville de Nantes. Ainsi la clinique Brétéché, la clinique Jules Verne, la Polyclinique de l'Atlantique et l'Hôpital Mère-Enfant ont été concernées.

Dans ces cliniques, les questionnaires ont été directement transmis aux secrétaires des praticiens, avec également un message d'explication. Pour la plupart un délai de deux semaines a été laissé aux praticiens pour répondre.

Des questionnaires ont été envoyés par courrier. Il a été décidé de procéder ainsi afin de simplifier les allers retours chez les praticiens exerçant en libéral, ainsi que de leur éviter une gêne occasionnée en interrompant leur activité. Ils ne concernaient que les pédiatres.

Nous avons distribués 73 questionnaires et comptabilisé un total de 51 réponses.

3.2.3. Analyse statistique

Nous avons ensuite procédé à une analyse descriptive de l'échantillon interrogé, en comparant les réponses obtenues selon les différentes professions.

Puis une analyse univariée a été menée pour les 7 questions, avec comme moyen le test du Chi 2 pour évaluer les liens entre les vecteurs de connaissances, ou encore les traitements proposés.

Je remercie le docteur CASTELOT-ENKEL Bénédicte pour l'aide qu'elle m'a apportée au cours de ce travail, ainsi que pour la réalisation de l'analyse statistique.

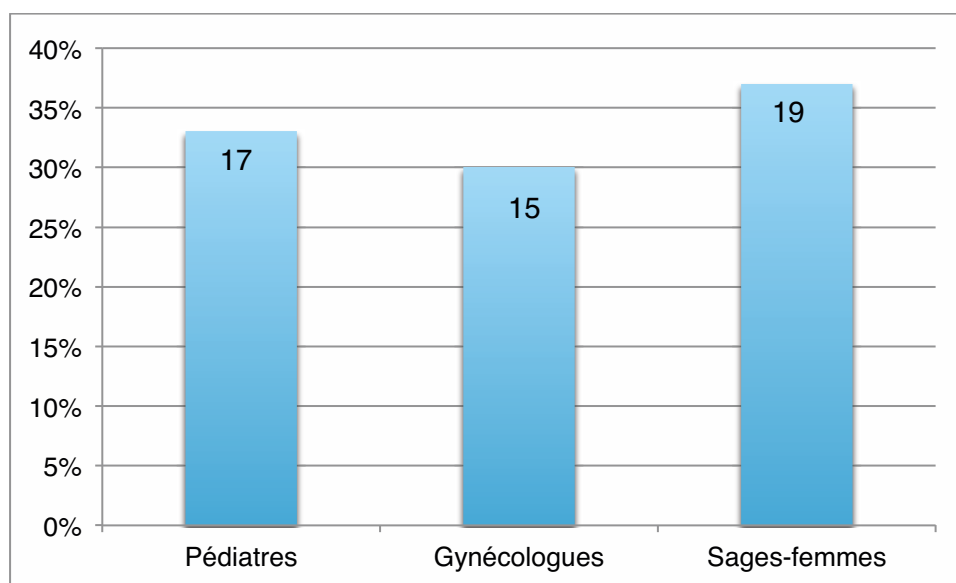
3.3. Résultats

3.3.1) Analyse descriptive des caractéristiques de l'échantillon interrogé

On obtient un total de 25 questionnaires distribués aux pédiatres, 28 pour les gynécologues, et 20 pour les sages-femmes. Puis dans les questionnaires récupérés, nous comptons 17 pédiatres (68%), 15 gynécologues (53,57%) et 19 sages-femmes (95%) qui ont répondu.

Parmi les réponses obtenues, les professionnels ayant répondu au questionnaire se répartissent ainsi :

Tableau IV : Répartition selon les professions



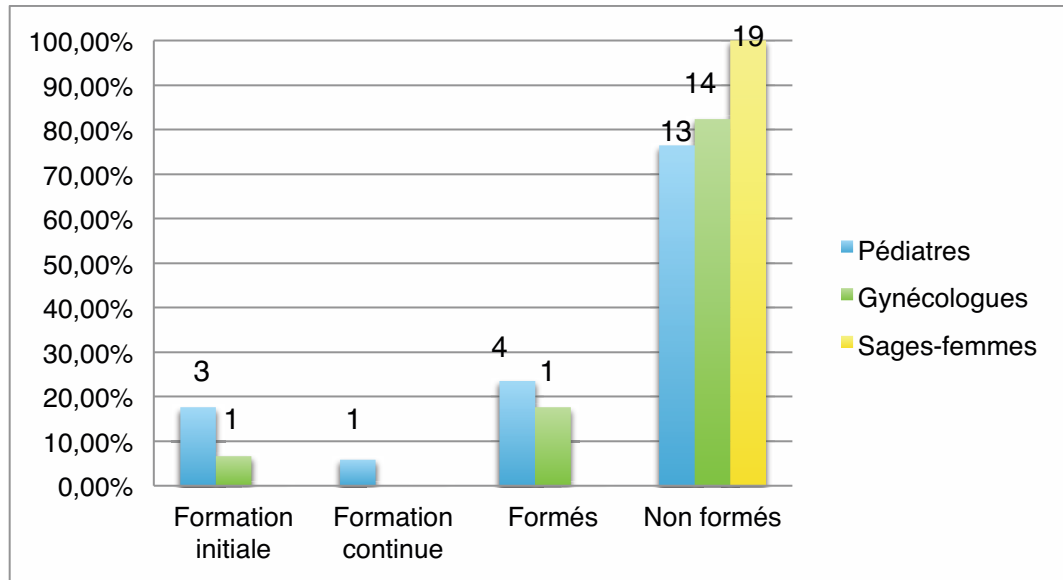
Parmi les réponses obtenu par les pédiatres, ils trouvaient pour certains le sujet intéressant, et souhaitaient recevoir des informations complémentaires sur le sujet.

De même que pour les gynécologues, les pédiatres ayant une spécialité dans un domaine particulier, n'ont pas tous répondu au questionnaire.

3.3.2. Réponses au questionnaire et analyses univariées à l'aide du test du Chi 2.

3.3.2.1. Avez-vous été formé sur les dents natales et néonatales ?

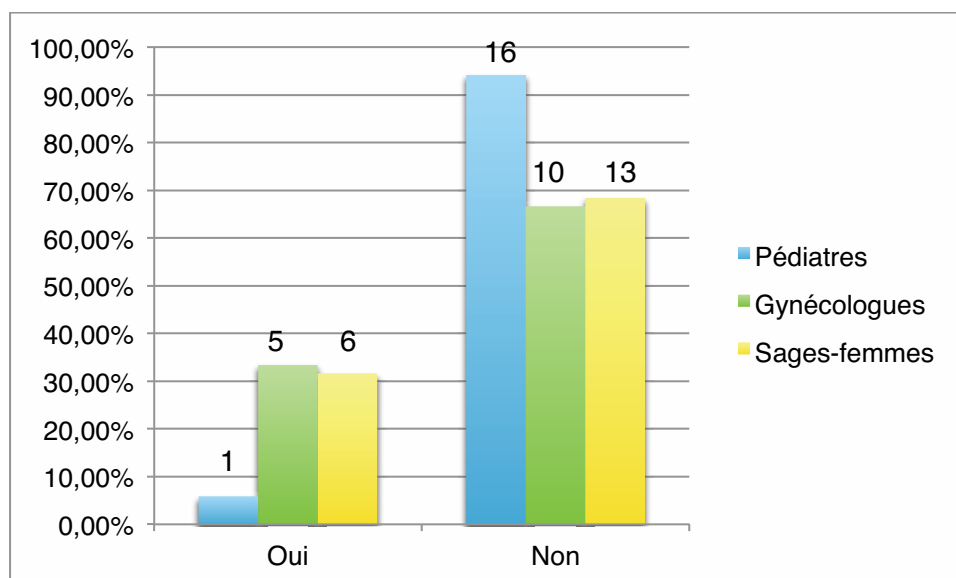
Tableau V : Formation des praticiens selon les professions.



Ici nous pouvons seulement dire qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la formation des pédiatres et celle des autres praticiens (Chi^2 , $p=0,053$).

3.3.2.2. Connaissez-vous la différence entre une dent natale et néonatale ?

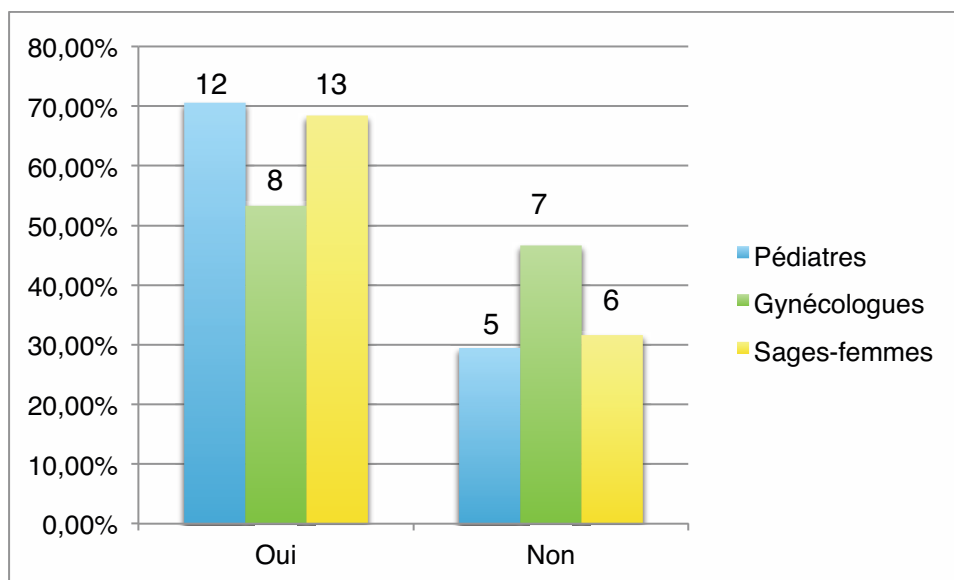
Tableau VI : Distinction entre les dents natales et néonatales selon les professions.



Les pédiatres semblent moins faire la différence de façon statistiquement significative entre ces 2 dents que les autres professionnels de santé (Chi^2 , $p=0,029$).

3.3.2.3. Avez-vous déjà rencontré des cas de nouveau-nés ayant des dents présentes à la naissance ?

Tableau VII : Dents natales rencontrées selon la profession.

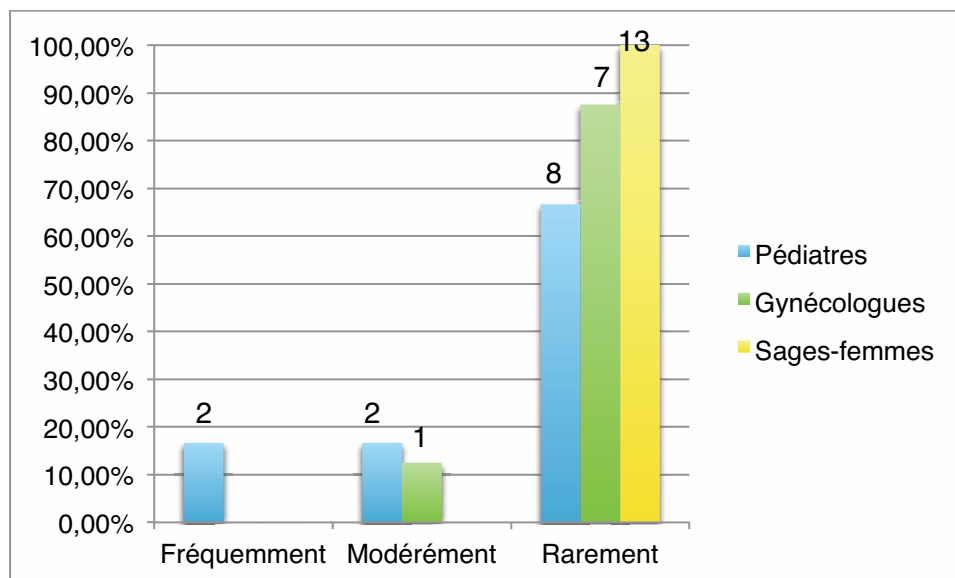


Les réponses obtenues ne semblent pas significativement statistiquement différentes selon la profession (Chi^2 , $p=0,54$).

Et les gynécologues n'ont pas moins rencontré cette situation que les autres professionnels de santé (Chi^2 , $p=0,27$).

3.3.2.4. Si oui, à quelle fréquence selon vous ?

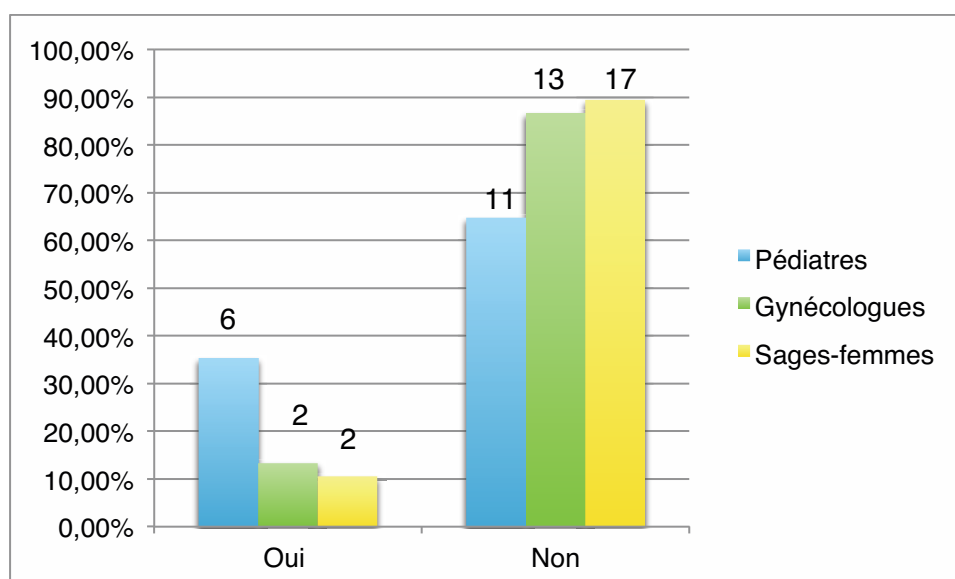
Tableau VIII : Distribution de la fréquence de rencontre de l'évènement dent natale selon la profession.



Il ne semble pas y avoir de différences statistiquement significative selon la profession pour ces réponses (Chi^2 , $p=0,17$), et la fréquence "rarement" ne semble pas différer statistiquement non plus selon les praticiens (Chi^2 , $p=0,065$).

3.3.2.5. Avez-vous eu des signalements de la part des parents, d'une éruption dentaire durant les 4 premières semaines suivant la naissance ?

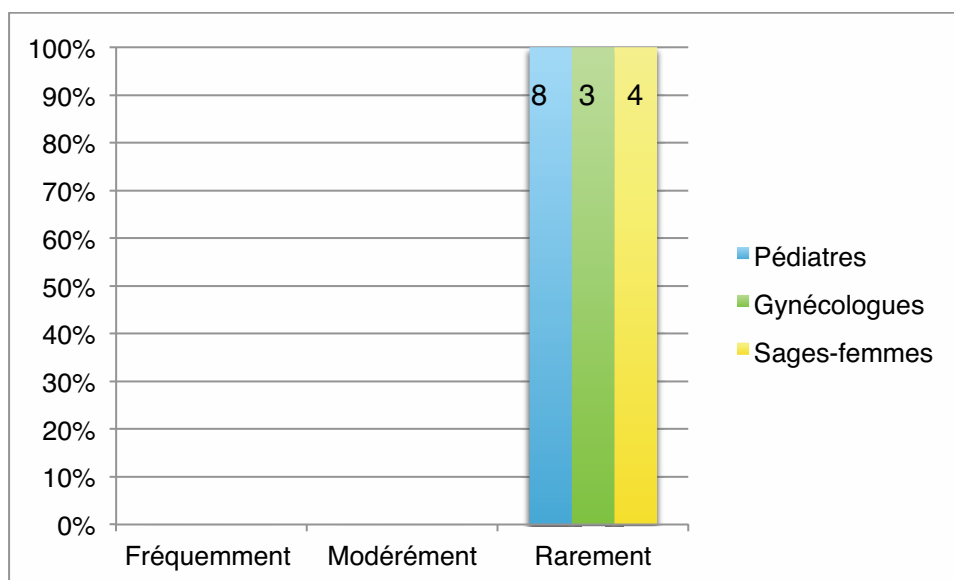
Tableau IX : Distribution des signalements de dents néonatales selon la profession.



Ici aussi, les réponses obtenues ne semblent pas significativement statistiquement différentes selon la profession (Chi^2 , $p=0,13$).

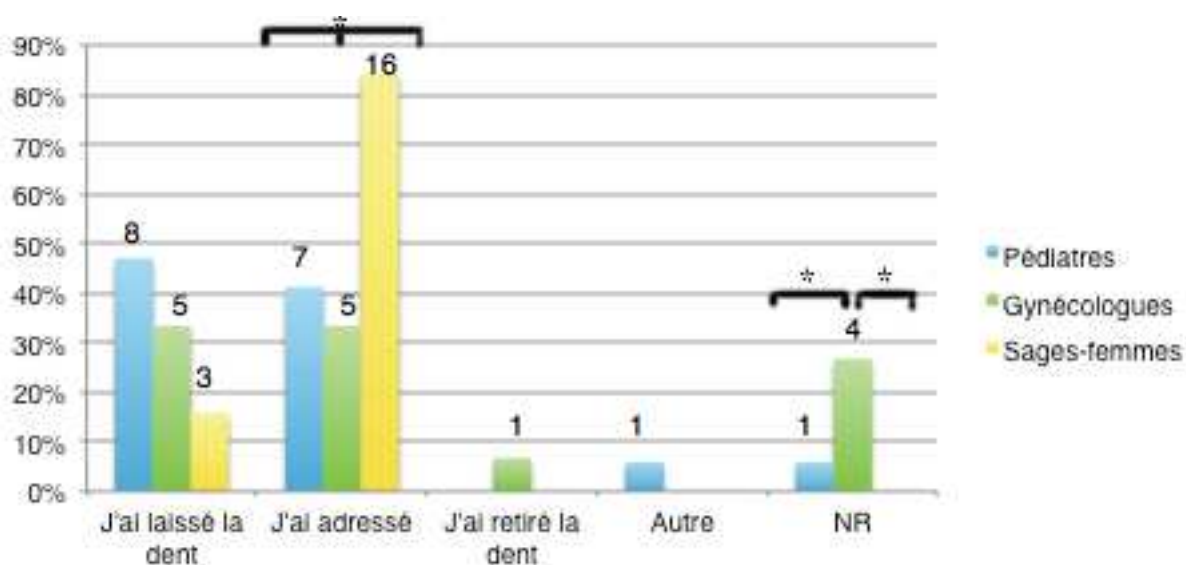
3.3.2.6. Si oui, quelle en est la fréquence ?

Tableau X : Distribution de la fréquence de signalement de l'évènement dent néonatale selon la profession.



3.3.2.7. Si vous avez eu ou si le cas se présentait (de dent présente lors de la naissance), quelle serait votre attitude thérapeutique ?

Tableau XI : Thérapeutiques selon les professions.

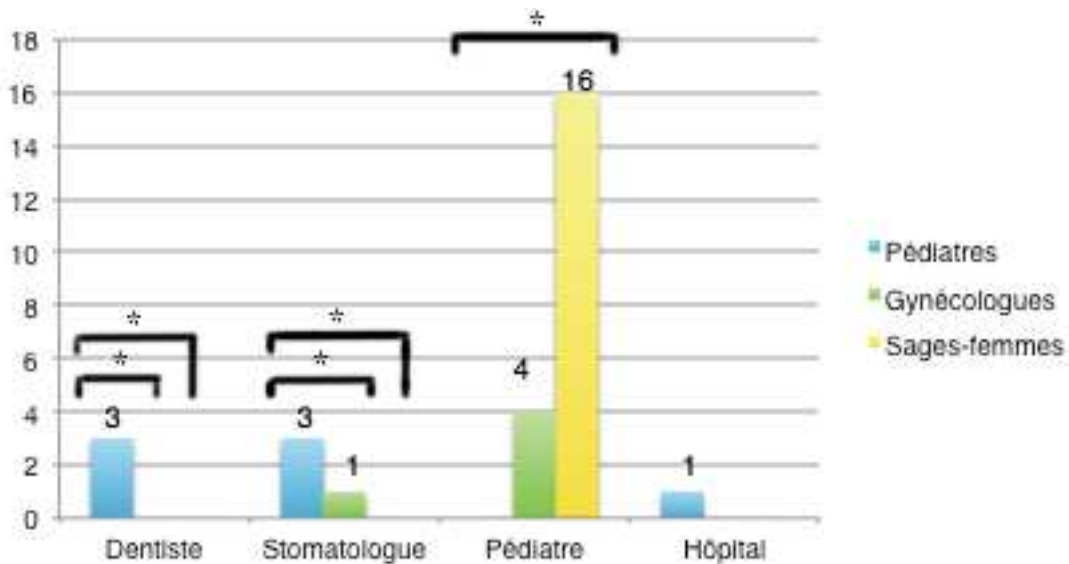


Les réponses « J'ai adressé » diffèrent statistiquement selon la profession (Chi^2 , $p=0,0047$).

Les Sages-Femmes adressent beaucoup plus que les autres.

Les réponses non renseignées sont également plus importantes chez les gynécologues (Chi^2 , $p=0,027$).

Tableau XII : Distribution des réponses «j'ai adressé» selon les professions.



Certaines réponses diffèrent significativement selon la profession :

- Les pédiatres adressent plus au dentiste (Chi^2 , $p=0,0047$) et au stomatologue (Chi^2 , $p=0,028$) que les gynécologues et les sages-femmes.

- Les sages-femmes adressent plus au pédiatre (Chi^2 , $p=5,9.10^{-6}$) que les autres, mais pas plus que les gynécologues (Chi^2 , $p=0,066$).

3.4. Discussion

Parmi les différentes professions que nous avons interrogées, les sages-femmes et les pédiatres semblaient répondre plus fréquemment que les gynécologues. Cela peut-être dû au fait que lors de la distribution des questionnaires aux secrétaires, les explications apportées en complément n'étaient pas assez claires. Ou alors le fait qu'il n'y ait pas eu de prise de contact directe avec les praticiens ne les a pas incités à répondre.

Puis il y a aussi pour les pédiatres et les gynécologues, comme vu précédemment, des spécialités (rhumatologues, cardiologues, chirurgiens, neurologues...). Ces spécialités font que pour certains professionnels, les dents natales et néonatales ne les concernent pas. Ce qui explique le fort taux de participation des sages-femmes, par rapport aux autres.

Il y a également un biais de recrutement dans cette étude, car la distribution des questionnaires n'a pas été réalisée selon le même protocole en fonction des différents groupes.

Pour ce qui est des deux premières questions, sur la formation et les connaissances des praticiens, on ne peut pas conclure qu'il n'existe pas de formation initiale à Nantes, car les praticiens ont peut être reçus leurs enseignements dans une autre ville. De plus, nous nous sommes aperçut qu'il existait bien des formations continues sur le sujet à Nantes. On pourra juste conclure que les différents professionnels interrogés n'ont pas été formés sur le sujet, et que les pédiatres semblent moins faire la distinction entre les deux formes de dents.

Les dents natales sont rencontrées dans toutes les professions et ne présentent pas de fréquence de rencontre différente selon les praticiens. Pourtant certains pédiatres rapportent une fréquence plus élevée (2 nous disent rencontrer ce phénomène fréquemment et 2 modérément). On peut donc conclure qu'il s'agit d'un événement rare à Nantes, et que les différents praticiens ont déjà été dans la majorité des cas confronté à cet événement.

Les dents néonatales sont rencontrées elles aussi dans toutes les professions, sans différence entre les professions quant à la fréquence. Et on pourra conclure qu'il s'agit ici aussi d'un événement rare.

Les réponses à la dernière question nous montrent que les sages-femmes adressent plus souvent que les autres praticiens.

Les gynécologues n'apportaient pas toujours de réponses ici.

Pour les praticiens qui ont adressé, les pédiatres jugeaient préférable de déléguer aux stomatologues ou au dentiste alors que les sages-femmes et gynécologues délèguent au pédiatre.

L'analyse statistique manque de puissance en raison du trop petit nombre de l'échantillon. Cette étude nous a permis de nous apercevoir que ces dents sont peu connues dans notre localité. Nous pouvons également confirmer que la fréquence de l'événement semble rare.

Pour ce qui est du traitement de ces dents, les praticiens semblent adopter une attitude conservatrice. Hors nous avons pu constater dans l'analyse de la littérature, que l'extraction de ces dents était souvent recommandée.

La comparaison avec le protocole recommandé est impossible à réaliser, car notre décision thérapeutique se base sur différents critères (mobilité de la dent, blessures, ...) que nous n'avons pas spécifiée dans les réponses proposées dans le questionnaire.

Il est difficile d'évaluer la prévalence des dents néonatales, car elles n'apparaissent pas dès la naissance, et ces dents ne peuvent pas être remarquées par le praticien de suite. Les pédiatres sont une source plus intéressante concernant ces dents, car ils sont amenés à revoir le nouveau-né après la naissance, contrairement aux autres professionnels de l'obstétrique. Mais les résultats obtenus ne montrent pas de différence significative avec les autres professionnels de l'obstétrique.

De futures études seraient intéressantes pour nous permettre de comparer les différents traitements choisis par les professionnels et les fréquences d'observation des dents natales et néonatales.

Une enquête auprès des chirurgiens-dentistes et stomatologues pourrait compléter notre étude. D'autant plus que les pédiatres adressent dans certains cas à ces derniers.

4. Conclusion

Les dents natales et néonatales diffèrent dans la mesure où les premières seront présentes dès la naissance, alors que les deuxièmes n'apparaîtront que dans le mois suivant la naissance. Ces dents apparaissent comme un événement rare au vu de la littérature, et elles gardent une étiologie inconnue. Elles ont un aspect de dents incomplètement formées la plupart du temps, et leur complication principale est l'ulcération traumatique des muqueuses buccales (avec la maladie de Riga-Fede). Le traitement qui ressort de la littérature concernant ces dents est dans un premier temps la conservation si il ne s'agit pas d'une dent surnuméraire. Puis, si cette dernière est trop mobile ou qu'elle cause des blessures, l'extraction est à envisager.

Concernant l'enquête, malgré le petit échantillon, nous pouvons conclure que les professionnels interrogés étaient peu formés sur le sujet. Il n'y a pas de différence au niveau des connaissances et de rencontre de l'événement selon les professions. Il semblerait que les dents natales et néonatales soient des événements rares. Les traitements proposés diffèrent selon les professions car les sages-femmes adressent la plupart du temps, alors que les pédiatres et les gynécologues semblent s'orienter vers un traitement conservateur.

Références Bibliographiques

1. **ALALUUSUA S, KIVIRANTA H, LEPPÄNIEMI A et coll.**
Natal and neonatal teeth in relation to environmental toxicants.
Pediatr Res, 2002;52(5):652-5.
2. **ALLWRIGHT WC.**
Natal and neonatal teeth.
Br Dent J 1958;105:163-172.
3. **ANEGUNDI RT, SUDHA P, KAVERI H et coll.**
Natal and neonatal teeth : A report of four cases.
J Indian Soc Pedo Prev Dent 2002;20(3):86-92.
4. **BAUMGART M, LUSSI A.**
Dents natales et néonatales.
Schweiz Monatschr Zahnmed 2006 ;116(9) :894-909.
5. **BENOÎT R, LEMIRE M, PELLERIN C.**
Embryologie dentaire : introduction à la biologie du développement.
Paris: Julien Prélat, 1979.
6. **BIGEARD L, HEMMERLE J, SOMMERMATER JI.**
Clinical and ultrastructural study of the natal tooth: enamel and dentin assessments.
J Dent Child, 1996;63(1):23-31.
7. **BIGEARD L, OBRY-MUSSET AN, HELMS M et coll.**
Eruption : Mécanismes, chronologie, anomalies.
J Odontostomatol Pédiatr 1997 ;7(1).
8. **BODENHOFF J, GORLIN RJ.**
Natal and neonatal teeth: folklore and fact.
Pediatr 1963;32:1087- 1093.
9. **BUCHANAN S, JENKINS CR.**
Riga-Fede syndrome : natal or neonatal teeth associated with tongue ulceration. Case report.
Aust Dent J 1997 ;42(4):225-7.
10. **CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES LEXICALES**
Verch. –Bud 1981
<http://www.cnrtl.fr/definition/odonto-stomatologie>
11. **CHANDRAMANI BM, HETUL JP, CHAYA JA.**
Natal and neonatal teeth - a review.
Indian J Dent 2014;5;77-81.
12. **CHOW MH.**
Natal and neonatal teeth.
J Am Dent Assoc 1980;100(2):215-6.

13. **COSTACURTA M, MATURO P, DOCIMO R.**
Riga-Fede disease and neonatal teeth.
Oral Implantol 2012;5(1): 26-30.
14. **CUHNA RF, BOER FA, TORRIANI DD et coll.**
Natal and neonatal teeth : review of the literature.
Pediatr Dent 2001 ;23(2) :158-62
15. **DIAZ ROMERO RM, SHOR-HASE F, BENITEZ TIRADO C, et coll.**
Anomalies of the oral cavity in Mexican neonates.
Bol Med Hosp Infant Mex, 1991 ;48(11) :832-5
16. **DOMINGUES-CRUZ J, HERRERA A, FERNANDEZ-CREHUET P, et coll.**
Riga-Fede disease associated with postanoxic encephalopathy and trisomy 21 : a proposed classification.
Pediatr Dermatol, 2007 ;24(6) :663-5.
17. **DYMENT H, ANDERSON R, HUMPHREY J, et coll.**
Residual neonatal teeth : a case report.
J Can Dent Assoc 2005 ;71(6):394-397.
18. **FACOUNNIER H, GERARDY L.**
Precocious or premature dentition.
Arch Stomatol, 1953;8(2):84-8.
19. **HEBLING J, ZUANON ACC, VIANNA DR.**
Dente Natal—A case of natal teeth.
Odontol Clín 1997;7:37-40.
20. **KATES GA, NEEDLEMAN HL, HOLMES LB.**
Natal and neonatal teeth: a clinical study.
J Am Dent Assoc 1984;109(3):441-443.
21. **KEITH L, MOORE.**
L'êre humain en développement : Embryologie orientée vers la clinique.
Paris: Edisem Inc, 1974.
22. **KHANDELWAL V, NAYAK UA, NAYAK PA et coll.**
Mangement of an infant having natal teeth.
BMJ Case Reports 2013.
23. **LAUTROU A.**
Abreg d'anatomie Dentaire. 2nd ed.
Paris: Masson, 1986:139-141.
24. **LEUNG AKC, ROBSON WLM.**
Natal teeth : a review.
J Nat Med Assoc 2006;98(2):226-228.
25. **MAHESWARI NU, KUMAR BP, KARUNAKARAN et coll.**
« Early baby teeth »: Folklore and facts.

- J Pharm Bioallied Sci 2012;4(Suppl 2):329-333.
26. **MALKI GA, AL-BADAWI EA, DAHLAN MA.**
Natal teeth : A case report and reappraisal.
Case Rep Dent 4, 2015.
 27. **MASSLER M, SAVARA BS.**
Natal and neonatal teeth: A review of 24 Cases reported in the literature.
J Pediatr, 1950;36(3):349—59.
 28. **MHASKE S, YUWANATI MB, MHASKE A et coll.**
Natal and neonatal teeth : an overview of the literature.
ISRN Pediatr, 2013.
 29. **MOURA LF, MOURA MS, LIMA MD, LIMA CC.**
Natal and neonatal teeth : a review of 23 cases.
J Dent Child, 2014;81(2):107-11.
 30. **NANCI A.**
Ten Cate's oral histology development, structure, and function.
St Louis: Elsevier Mosby, 2003.
 31. **NAULIN C.**
Odontologie pédiatrique clinique. Collection JPIO.
Reuil-Malmaison: CdP, 2011.
 32. **PRABHAKAR AR, RAVI GR, RAJU OS et coll.**
Neonatal tooth in fraternal twins : a case report.
Int J Clin Pediatr Dent 2009;2(2):40-44.
 33. **RAO RS, et MATHAD SV.**
Natal teeth : Case report and review of literature.
J Oral Maxillofac Pathol, 2009;13(1):41-6.
 34. **SPOUGE JD, FEASBY WH.**
Erupted teeth in the newborn.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1966;22:198-208.
 35. **SUMA S, SHIVAYOGI MH, SUDHA P, et coll.**
Multiple natal teeth : A rare case report.
Indian J Dent Res 2011;22(1):169-171.
 36. **VAN DER MEIJ EH. DE VRIES TW. EGGINK HF. et coll.**
Traumatic lingual ulceration in a newborn : Riga-Fede disease.
Int J Pediatr 2012;38:20.
 37. **VOLPATO LER, SIMÕES CAD, SIMÕES F et coll.**
Riga-Fede disease associated with natal teeth : two different approaches in the same case.
Case Reports in Dentistry 4, 2015.

38. **VULGARIS MEDICAL**
www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/hamartome
39. **ZHU J, KING D.**
Natal e neonatal teeth.
ASDC 1995;62(2):123-8.

TABLE DES ILLUSTRATIONS :

<u>Figure 1</u> : Illustration de la prolifération des cellules épithéliale et de la formation de la lame primitive d'après Nanci A., 2003.....	13
<u>Figure 2</u> : Coupe histologique de la lame primitive après sa division en lame vestibulaire et lame dentaire d'après Nanci A., 2003.....	13
<u>Figure 3</u> : Coupe histologique d'un germe dentaire au stade de bourgeon d'après Nanci A., 2003.....	14
<u>Figure 4</u> : Coupe histologique d'un germe dentaire au stade de la cloche d'après Nanci A., 2003.....	15
<u>Figure 5</u> : Schéma récapitulatif de la morphogenèse dentaire d'après Nanci A., 2003.....	17
<u>Tableau I</u> : Les différentes étapes de la formation dentaire pour les dents temporaires adapté du guide clinique d'odontologie.....	18
<u>Tableau II</u> : Les différentes étapes de la formation dentaire pour les dents permanentes adapté du guide clinique d'odontologie.....	18
<u>Figure 6</u> : Photo d'une dent néonatale d'après Prabhakar AR. et coll, 2009.....	21
<u>Tableau III</u> : Prévalence des dents natales et néonatales rapportée de la littérature, adapté de Almeida et Gomide, 1996.....	23
<u>Figure 7</u> : Photo d'une 1ère molaire maxillaire gauche néonatale d'après Kumar A. et coll, 2011.....	24
<u>Figure 8</u> : Photo d'une fente labiale et d'une alvéole post extractionnelle suite à l'extraction d'une dent néonatale à gauche et photo de la dent néonatale extraite à droite d'après Kadam M. et coll, 2013.....	26
<u>Figure 9</u> : (A) Dent natale très mobile avec une indication d'extraction. (B) Dent natale avec un mobilité modérée. (C) Dent natale chez un enfant prématuré. Les tâches ont été causées par l'ingestion de sulfates ferriques. (D) Dent natale avec un bord incisif irrégulier causant une maladie de Riga-Fede. (E,F) Dents néonatales à 18 jours de vie. (G) 4 dents natales. Photos d'après Moura LF. et coll, 2014.....	28
<u>Figure 10</u> : Photo micrographique montrant l'émail avec son apparence typique en nid d'abeille d'après Ruschel HC. et coll, 2010.....	29
<u>Figure 11</u> : Photo micrographique montrant la dentine irrégulière (1), les ramifications tubulaires irrégulière (2), et une fine couche d'émail (3) d'après Maheswari NU. et coll, 2012.....	30
<u>Figure 12</u> : Photo d'un enfant de 15 jours avec une dent néonatale associée avec un abcès sous le menton d'après Kamboj M. et coll, 2009.....	31
<u>Figure 13</u> : Photo d'une ulcération de la face ventrale de la langue (maladie de Riga-Fede) et de dents natales d'après Senanayake MP. et coll, 2014.....	32
<u>Figure 14</u> : Photo d'un bébé présentant des nodules de bohn d'après Cizmeci MN. et coll, 2014.....	35
<u>Figure 15</u> : Organigramme décisionnel pour le traitement d'une dent natale ou néonatale, d'après Moura LF. et coll, 2014.....	36
<u>Figure 16</u> : Photo d'une dent néonatale recouverte par le sstomahesive ® Wafer pour protéger la langue d'après Buchanan S. et coll, 1997.....	38
<u>Figure 17</u> : Schéma récapitulatif du protocole opératoire de l'avulsion d'une dent natale ou néonatale.....	41
<u>Figure 18</u> : Photo de l'hémostase post-opératoire à gauche et photo des dents natales extraites sans racines à droite d'après Khandelwal V. et coll, 2013.....	42
<u>Figure 19</u> : Photo d'une maladie de Riga-Fede avec les sites d'extractions à gauche et photo des dents néonatales extraites à droite d'après Costacurta M. et coll, 2012.....	42
<u>Figure 20</u> : Photos d'un bébé avec présence d'une dent natale (81).....	43

<u>Figure 21</u> : Photo du nouveau-né 2 ans plus tard, on remarque la présence de toutes les incisives temporaires mandibulaires à l'exception de la 81 qui a été extraite par son dentiste.....	44
<u>Tableau IV</u> : Répartition selon les professions.....	48
<u>Tableau V</u> : Formation des praticiens selon les professions.....	49
<u>Tableau VI</u> : Distinction entre les dents natales et néonatales selon les professions.....	49
<u>Tableau VII</u> : Dents natales rencontrées selon la profession.....	50
<u>Tableau VIII</u> : Distribution de la fréquence de rencontre de l'évènement dent natale selon la profession.....	51
<u>Tableau IX</u> : Distribution des signalements de dents néonatales selon la profession.....	51
<u>Tableau X</u> : Distribution de la fréquence de signalement de l'évènement dent néonatale selon la profession.....	52
<u>Tableau XI</u> : Thérapeutiques selon les professions.....	52
<u>Tableau XII</u> : Distribution des réponses "j'ai adressé" selon les professions.....	53

Questionnaire sur les dents natales et néonatales

1) Avez-vous été formé sur les dents natales et néonatales ?

- Oui (formation initiale)
- Oui (formation continue)
- Non

2) Connaissez vous la différence entre une dent natale et néonatale ?

- Oui
- Non

3) Avez vous déjà rencontré des cas de nouveau-nés ayant des dents présentes à la naissance ?

- Oui
- Non

4) Si oui, à quelle fréquence selon vous ?

- Fréquemment (1/1 000)
- Modérément (1/2 000)
- Rarement (1/5 000 ou moins)

5) Avez vous eu des signalements de la part des parents, d'une éruption dentaire durant les 4 premières semaines suivants la naissance ?

- Oui
- Non

6) Si oui, quelle en est la fréquence ?

- Fréquemment (1/1 000)
- Modérément (1/2 000)
- Rarement (1/5 000 ou moins)

7) Si vous avez eu ou si le cas se présentait (de dent présente lors de la naissance), quelle serait votre attitude thérapeutique ?

- J'ai laissé la dent
 - J'ai adressé :
 - Dentiste
 - Stomatologue
 - Pédiatre
 - Hôpital
 - J'ai retiré la dent
- Autre :

CERNUSCO (Giuliano). –Dents natales et néonatales : analyse de la littérature et enquête auprès des professionnels de l’obstétrique. – 55f; ill. ; tabl. ; 37 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes; 2017)

RESUME

Les dents natales et néonatales font partie des anomalies de l’éruption dentaire. Nous avons effectué une recherche bibliographique sur le sujet afin de faire le point sur les connaissances actuelles. Il en ressort que ces anomalies sont des événements rares, dont l’étiologie reste inconnue, et dont le traitement sera dépendant des complications qu’elles peuvent entraîner. Une enquête a été réalisée à Nantes auprès des pédiatres, gynécologues et sages-femmes, principalement dans les hôpitaux et maternités. Cette dernière avait pour but de nous renseigner sur les connaissances des praticiens et leurs méthodes de traitement. Il apparaît dans notre étude que tous les praticiens interrogés n’ont pas été formés sur les dents natales et néonatales, cet événement restant rare pour eux. Il semblerait également que les traitements diffèrent entre les professions.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Pédodontie

MOTS CLES MESH

Eruption dentaire – Tooth eruption
Malformation dentaire – Tooth abnormalities
Enquêtes sur les soins de santé – Health Care Surveys
Dent de lait – Tooth, Deciduous

JURY

Président : Pr Soueidan A.
Assesseur : Dr Dajean-Trutaud S.
Assesseur : Dr Roy E.
Directeur : Dr Prud’Homme T.

ADRESSE DE L’AUTEUR

10 rue Félix Faure – 44000 Nantes
giulcernusco@hotmail.fr