

**Université Badji Mokhtar. Annaba.**  
**Faculté de Medecine. Annaba.**  
**Département de Médecine Dentaire.**  
**Service d'Odontologie Conservatrice/Endodontie.**  
**Promotion/ 3<sup>ème</sup> Année.**  
**Dr Bakli.N.S.**

## **Zone interproximale et syndrome du septum**

**Pr N.BAKLI.**  
**[nadjette.bakli@gmail.com](mailto:nadjette.bakli@gmail.com)**

**2019/2020**

# **Zone interproximale et syndrome du septum**

## **Plan**

### **1. Generalité**

### **2. ANATOMIE DE LA ZONE INTERPROXIMALE**

### **3. Etiologie de l'atteinte de la region septale**

#### **3.1 Causes morphologiques**

#### **3.2 Les causes thérapeutiques**

#### **3.3 Causes dues à la présence de tartre ou carie**

### **4. Pathogenie**

### **5. Symptomatology**

#### **5.1 Caractère de la douleur**

#### **5.2 Inspection**

#### **5.3 Palpation**

#### **5.4 Percussion**

#### **5.5 Signes Radiologiques**

### **6. Diagnostic**

#### **6.1 Diagnostic différentiel**

#### **6.2 Diagnostic positif**

### **7. Therapeutic**

#### **7.1 Traitement étiologique**

#### **7.2 Traitement symptomatique**

#### **7.3 TRaitement prophylactique**

### **8. Evolution et complications**

### **Conclusion**

### ***Références bibliographiques***

## SYNDROME DU SEPTUM INTERDENTAIRE

### 1. GENERALITE

L'espace interproximal est la région la plus exposée aux maladies bucco-dentaires. L'anatomie de cette zone suffit à expliquer ces observations, car elle rend le nettoyage à ce niveau très difficile, les brins des brosses à dents, même très souples, ne parviennent pas à pénétrer dans l'espace interdentaire.

L'absence de nettoyage à cet endroit va permettre l'accumulation de particules alimentaires qui seront colonisées par les micro-organismes qui entraînent de ce fait une inflammation du parodonte.

### 2. ANATOMIE DE LA ZONE INTERPROXIMALE

La Z.I.P est l'ensemble anatomique et fonctionnel qui se trouve entre deux dents contigües et qui a la forme approximative d'une pyramide à quatre cotés.

- La base est constituée par **la région septale**.
- Deux faces opposées représentées par **les faces mésiale et distale** des deux dents adjacentes
  - Deux autres faces représentées par la gencive libre papillaire ou **papille interdentaire**. Celle-ci se subdivise en deux papilles : Vestibulaire et linguale qui seront séparées par une dépression ou col interpapillaire.
- Le sommet est constitué par le point **de contact interdentaire**.

La Z.I.P est donc délimitée par des éléments de l'endodonte et des éléments du parodonte.

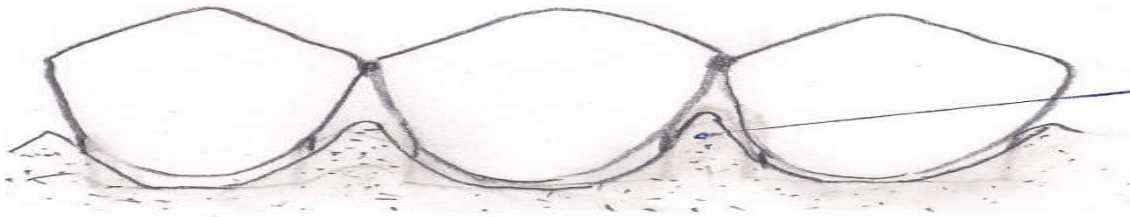
Dans cette pathologie ce sont les éléments du parodonte qui nous intéressent particulièrement.

#### \* **La gencive interpapillaire:**

Celle-ci n'étant pas soumise aux stimulations mécaniques est dépourvue de kératinisation elle reste donc très fragile aux irritations.

#### \* **Septum interdentaire :**

C'est un os spongieux, bordé par les parois alvéolaires des dents proximales et par les corticales vestibulaires et linguales.



### **3. ETIOLOGIE DE L'ATTEINTE DE LA REGION SEPTALE**

Les causes de l'atteinte de la Z.I.P sont multiples , ce sont toutes celles qui favorisent ou qui provoquent **la retention de debris alimentaires dans l'espace interdentaire.**

- Les défauts morphologiques ou physiologiques
- Les Causes thérapeutiques :
- Causes dues à la présence de tartre ou carie.

#### **3.1 Causes morphologiques**

-Les cuspides plongeantes des dents antagonistes qui au cours de la mastication pénètrent entre deux dents à la façon d'un "coin" et créent un espace entre , les dents opposées dans lequel sont tassés les aliments.

- Le relief exagéré des dents peut donner de grandes embrasures non comblées par la papille, il en résulte une architecture inadéquate qui favorise la retention alimentaire.

- Malposition où le point de contact n'est plus situé normalement ou est carrément absent entraînant la non protection du col inter-dentaire.

#### **3.2 Les causes thérapeutiques**

Elles sont malheureusement les plus fréquentes:

- Lors des restaurations il arrive que les praticiens ne reproduisent pas la morphologie correcte des dents telles que : absence de fossette et crêtes marginales, omission de la reconstitution du point de contact.

- Absence de polissage des surfaces reconstituées.

- Pose de couronne mal ajustée ou obturation débordante dans le sillon gingivo-dentaire.

### 3.3 Causes dues à la présence de tartre ou carie

#### ●Carie proximale

La présence d'une carie proximale favorise le tassement alimentaire à l'origine d'inflammation dans cette zone.

#### ●Présence de tartre

Les dépôts tartriques sont responsables de rétention alimentaire par leurs rugosités et par leurs structures.

### 4. PATHOGENIE

Dès qu'une perturbation de cet ensemble anatomique due à une des causes citées, survient, elle a pour effet d'entretenir une stagnation alimentaire au niveau de la Z.I.P. Cette stagnation alimentaire servira de milieu favorable au développement microbien, qui entraînera secondairement une pathologie de cette région.

Celle-ci se manifeste par une inflammation parodontale et un approfondissement du sillon gingivodentaire, avec résorption du septum osseux.

### 5. SYMPTOMATOLOGIE

Au départ le tassement alimentaire au niveau de la Z.I.P donne une envie urgente de **deloger les débris coincés**. Par la suite l'aggravation de la pathologie va entraîner **des douleurs** qui peuvent aller de **la simple gêne à la crise insupportable**, et c'est cette douleur qui amène le patient à consulter.

Ces douleurs sont provoquées et spontanées. Celles-ci peuvent être continues, discontinues, localisée ou irradiées.

#### 5.1 Caractère de la douleur

La douleur est provoquée par **la mastication** et les variations thermiques ( en particulier le froid).

Puis très vite, **apparaissent des douleurs spontanées post-prandiales**. Il s'agit la plus part du temps de douleurs plus ou moins diffuses, parfois pulsatiles, s'accompagnant souvent de sensations, de gonflements et de tensions locales.

Au cours de **l'évolution de la lésion**, il peut apparaître **des douleurs pulsatiles** et même des irradiations pouvant rappeler celles d'une pulpite.

Enfin, l'atteinte du ligament alvéolo-dentaire se manifestera par tous les signes d'une mono-arthrite.

En générale entre les repas, les douleurs s'estompent progressivement, mais il demeure un fond continu, lancinant avec une sensation de gêne ou de **compression inter-dentaire**.

Cette sensation se calme le plus souvent et momentanément par la pression des dents antagonistes.

En outre, le patient peut parfois se plaindre d'une sensation de mauvais goût et de gonflement de la papille inter-dentaire.

Le tassement alimentaire s'accompagne d'une sensation de compression et d'une envie urgente de déloger le débris coincé .

## 5.2 Inspection

A l'inspection à l'aide d'une sonde mousse on peut noter une **rétenction alimentaire** entre deux dents situées dans la zone douloureuse.

L'exploration à la sonde permet de noter la profondeur de cette lésion.

Après localisation de la lésion, l'examen montre la présence d'une **hypertrophie de la papille inter-dentaire**. Celle-ci est **rouge, oedématisée** parfois violette et, est souvent le siège de **petites hémorragies spontanées et provoquées**. L'hémorragie calme, les phénomènes douloureux.

## 5.3 Palpation

La papille est **sensible au passage de la sonde** ou au jet d'eau froide.

**La papille inter-dentaire saigne au moindre contact.**

Un boulette de coton introduite avec précaution dans cette zone en ressort avec une odeur fétide.

## 5.4 Percussion

La dent est sensible à la percussion. Elle donne la sensation d'être allongée.

## 5.5 Signes Radiologiques

la radiographie rétro-alvéolaire montre **une atteinte du septum inter-dentaire** plus ou moins avancée suivant la gravité de la lésion .

# 6. DIAGNOSTIC

## 6.1 Diagnostic différentiel

- Avec la **pulpite** : les douleurs se ressemblent. Seule la radiographie ( lyse septale) nous donnera confirmation.
- **Monoarthrite apicale aigue** : Même signes cliniques, recherche de l'étiologie de la pathogénie qui différenciera le diagnostic.

- Fusées arsenicales : couleur des teguments - nature et intensité des douleurs.

## 6.2 Diagnostic positif

- Bourage alimentaire inter-dentaire.
- Légère rougeur de la papille inter-dentaire.
- Confirmation par radiographie rétro-alvéolaire.
- Présence d'une carie proximale.

## 7.THERAPEUTIQUE

Le traitement du syndrome du septum doit être :

- Etiologique
- Symptomatique
- Prophylactique

### 7.1 Traitement étiologique

Il vise naturellement à **supprimer toutes les causes responsables** du passage et de la rétention alimentaire.

Un examen systématique à la sonde ou à la radiographie ( BiteWings) permettra de **déceler les caries proximales, les obturations débordantes et les bords de couronnes mal ajustées.**

**Tous les points de contact** seront testés à l'aide de fil de soie. En cas de passage libre du fil, une restauration du point de contact sera entreprise.

### 7.2 Traitement symptomatique

Il oblige dans un premier temps à **débarrasser la Z.I.P** des débris alimentaires. Ceci par une pulvérisation ou spray tiède puis attouchement avec une solution d'acide chromique à 10% ou d'eugenol. Une médication antalgique, anti-inflammatoire et parfois antibiotique sera donnée en plus des conseils d'hygiène.

En présence d'une hypertrophie de la papille: elle-ci sera refoulée par éviction au bistouri électrique ou électronique.

### 7.3 Traitement prophylactique

Ce traitement est le plus facilement réalisable . Il doit être mené de " Front "avec le patient et le praticien.

### ●Rôle des praticiens

- Dépistage, surveillance régulière de l'état parodontal : examens cliniques de la gencive marginale et de la papille.

### ●Rôle des patients

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

## 8. EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Les plus souvent, la papille est détruite de manière irréversible.

Le bourrage alimentaire est constant. Ceci aboutira à une parodontolyse complexe avec au début, destruction du septum alvéolaire puis une ostéolyse verticale en cuvette, se terminant par la destruction totale de l'os alvéolaire proximal.

Ceci entraînera une mobilité importante de la dent en cause.

On peut aussi voir l'apparition:

- De caries cémentaires sous-gingivales:
- De pulpites à rétro entraînant une mortification pulpaire.
- Formation d'abcès infra-osseux ou d'abcès serpigneux de ROY.
- Formation d'abcès muqueux ou parulies

## CONCLUSION

Le syndrome du septum est une affection très fréquente en matière endodontique.

Le point de contact inter-proximal joue un rôle important de protection de la papille inter-dentaire et de l'intégrité des tissus parodontaux sous-jacent.

En pratique quotidienne, ce syndrome est très fréquent et pose de nombreux problèmes.

### *Références bibliographiques*

- 1) GAYE, F., MBAYE, M., KANE, A. W., et al. Point de contact et limite cervico-proximale des restaurations occluso-proximales a l'amalgame: evaluation clinique. *TROPICAL DENTAL JOURNAL*.
- 2) MOUNT, Graham J. et HUME, Wyatt Rory. *Préservation et restauration de la structure dentaire*. De Boeck Supérieur, 2002.
- 3) PIETTE, Etienne et GOLDBERG, Michel. *La dent normale et pathologique*. De Boeck Supérieur, 2001.