

Wouter Demey, Vétérinaire et Stijn Teysen, Vétérinaire

Trauma externe comme cause d'un trouble du développement dentaire chez le cheval

*les signes
cliniques se
développent des
années après le
trauma initial.*

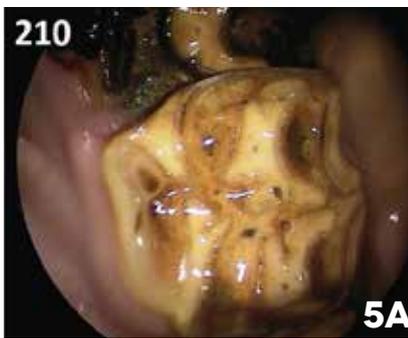
Ce cas illustre dans quelle mesure une lésion crânienne traumatique chez un jeune cheval peut entraîner des pathologies dentaires complexes. De manière générale, les chevaux - en particulier les jeunes chevaux hébergés en groupe - peuvent facilement se blesser eux-mêmes ou entre eux. L'impact de ces traumas peut être anodin à fatal et les répercussions à long terme ne sont pas toujours prévisibles. Dans le cas présent, les signes cliniques sont apparus seulement des années après le traumatisme subi, et il n'est donc pas étonnant que l'anamnèse et le diagnostic aient été un casse-tête.

ANAMNÈSE

Un hongre Warmblood de 5 ans (Illustration 1) a été présenté pour un contrôle dentaire suite à l'apparition récente et aiguë de problèmes en mangeant. Le cheval laissait tomber des boulettes prémâchées d'aliments et était légèrement amaigri. Il n'avait encore été soumis à aucun contrôle dentaire et avait été élevé par le propriétaire lui-même.

Au moment de la consultation, aucun autre antécédent ni aucune autre information n'était disponible.





EXAMEN GÉNÉRAL

Le patient présentait un score corporel (BCS) de -0,5 (intervalle -2/+2). Il présentait par ailleurs une nette asymétrie de la tête. Le côté gauche présentait une nette déformation au niveau de la zone située entre l'œil et la partie rostrale de la crête faciale (l'illustration 2 avec projection des repères montre clairement cette asymétrie).

En outre, le cheval présentait une cicatrice d'environ 3 cm ventro-rostralement à l'angle médial de l'œil (Illustration 3 - flèche rouge). Cette cicatrice suggérait fortement un antécédent de fistule s'abouchant à cet endroit. Au moment de l'examen, il n'y avait plus de fistule active et la lésion était totalement recouverte de peau (partiellement dépigmentée et glabre). Par ailleurs, l'examen initial révélait d'emblée une accumulation de sécrétions lacrymales au niveau de l'œil gauche (Illustration 3 - flèche bleue).

Le propriétaire a confirmé que le cheval présentait souvent un épiphora au niveau de l'œil gauche. Aucune anomalie du globe oculaire n'était perceptible.

La suite de l'examen externe de la tête n'a pas révélé d'anomalie supplémentaire.

Le cheval ne présentait ni jetage ni odeur anormale en provenance du nez.

EXAMEN BUCCAL

On a procédé à un examen dentaire approfondi. Pour ce faire, le cheval a été sédaté avec 0,8 ml de Detogesic IV (détomidine 10 mg/ml - Zoetis) en association avec 0,5 ml de Torbugesic IV (butorphanol 10 mg/ml - Zoetis). Avant l'examen, la bouche a été soigneusement rincée. L'inspection des canines n'a pas révélé d'anomalies. La suite de l'examen a été réalisée en utilisant un ouvre-bouche (spéculum), des sondes, un miroir et un endoscope buccal. Le cheval présentait une occlusion neutre avec des surdents symétriques et physiologiques.

La molaire 209 (numérotation de Triadan) était fracturée (Illustrations 4a et 4b). Il s'agissait d'une fracture en bloc au travers des pulpes dentaires 1 et 2 (numérotation pulpaire selon N. du Toit et al. 2009), où la partie fracturée s'était déplacée dans la bouche et provoquait une ulcération de la muqueuse de la joue à cet endroit (Illustration 5 - flèche bleue et mauve). Les autres

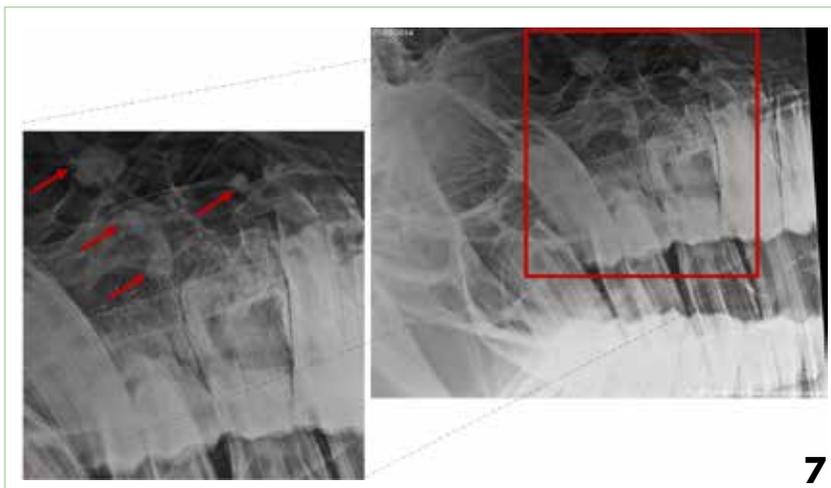
cornes pulpaire (3, 4 et 5) présentaient un comblement incomplet, une dentine anormale et une impaction d'aliments. La surface occlusale de la molaire 210 présentait un aspect anormal. La dentine visible présentait notamment des anomalies. Il était quasi impossible de distinguer la dentine primaire de la dentine secondaire, et une grande quantité de dentine probablement tertiaire (réparatrice) était présente. La dentine réparatrice se caractérise par l'absence de tubules de dentine tels que présents dans la dentine secondaire. Ceci entraîne une couleur plutôt crème, contrairement à la couleur brune de la dentine secondaire. Cette dentine réparatrice se forme typiquement après un stimulus déclencheur comme par exemple un trauma. Les Illustrations 5a et 5b montrent les détails obtenus par endoscopie buccale respectivement de la molaire 210 et de la molaire 110 (molaire controlatérale ayant une anatomie normale).

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

Un examen radiographique complémentaire a été réalisé. Il s'agissait de clichés bouche ouverte avec la cassette en position extra-buccale. De manière standard, les clichés radiographiques de la mâchoire supérieure comprennent une projection latéro-médiale et une projection oblique (latéro 30° dorsale - latérale oblique) ainsi qu'une projection ventro-dorsale avec la mandibule en position déportée.

L'illustration 6 montre un cliché

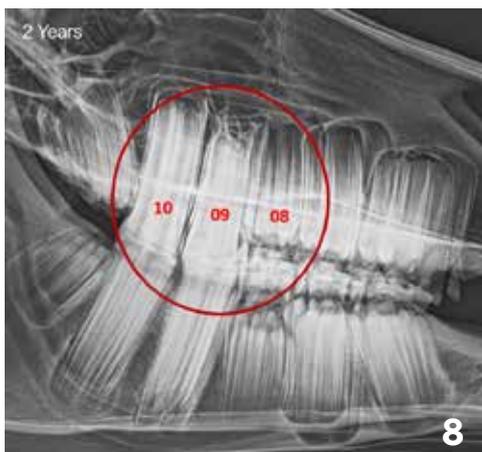




7

ventro-dorsal où la partie fracturée et déplacée de la molaire 209 est clairement visible (Illustration 6 - flèche bleue).

L'illustration 7 est un cliché oblique du maxillaire gauche. On constate d'importantes modifications tant au niveau de la forme, de la taille, de la position que de la structure de la molaire 209 et de la molaire 210. On observe également différentes structures ayant une « densité dentaire » dans une large zone entourant la molaire 209 (flèches rouges). Il y a une forte augmentation de tissu osseux autour des molaires 209 et 210 et les compartiments sinusaux ont une anatomie anormale. Cependant, aucun signe de sinusite n'était visible sur la série de radiographies réalisées (toutes les radiographies ne sont pas représentées dans cet article).



8



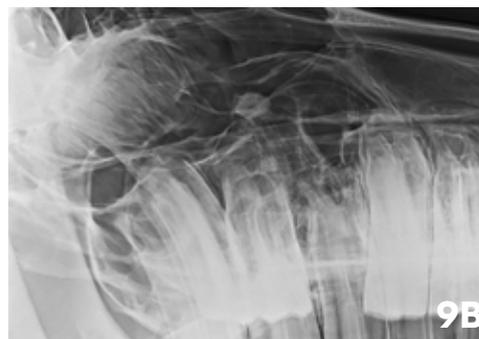
9

DIAGNOSTIC & DISCUSSION

La fracture de la molaire 209 était la cause du récent problème de mastication chez ce cheval. Des anomalies significatives ont été constatées sur les molaires 209 et 210. L'explication la plus plausible de ces anomalies était un traumatisme crânien sévère du cheval à un âge précoce. Celui-ci aurait endommagé les bourgeons dentaires des dents 209 et 210 en développement. Le traumatisme a provoqué la malformation de ces dents. Une dissémination des cellules à partir du bourgeon dentaire de la molaire 209 a probablement mené au développement de diverses structures « odontoïdes » dans les tissus avoisinants. De plus, il est très probable que la lésion traumatique ait été à la base de l'asymétrie de la tête et que les dommages causés au canal lacrymal dans cette région aient conduit à l'accumulation de sécrétions lacrymales.



9A



9B

Le développement de la dentition équine s'effectue selon un scénario assez immuable, avec des moments d'éruption prédictibles pour les différentes dents. Par conséquent, il est possible - sur base des radiographies - d'estimer le moment où s'est produite la perturbation du développement des molaires touchées. L'illustration 8 montre une radiographie d'un cheval de 2 ans. Celui-ci montre clairement que les molaires .09 et .10 sont déjà totalement formées et en occlusion. L'illustration 9 montre une nouvelle fois la situation de notre patient à l'âge de 5 ans. On a ainsi pu antédater avec une forte probabilité la survenue de la lésion à l'âge de moins d'1 an.

Sur base de ces observations, nous avons à nouveau interrogé le propriétaire qui s'est également adressé à son personnel d'écurie et au vétérinaire. Il en est ressorti que, lorsqu'il était poulain/yearling (il n'est plus possible d'établir l'âge exact), le cheval avait effectivement subi un traumatisme crânien en prairie (probablement dû à un coup de pied d'un autre cheval). Il avait alors présenté un jetage hémorragique et purulent, une plaie sur le chanfrein et une dépression au niveau du front/nez. Il avait alors été traité à l'aide d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques par voie orale. Aucun examen complémentaire n'avait été réalisé à ce moment. Cet élément est venu confirmer une fois encore l'hypothèse traumatique de nos observations.

TRAITEMENT ET SOINS POST-INTERVENTIONNELS

On a opté pour l'extraction complète de la molaire 209. L'extraction de la partie fracturée seule aurait pu soulager temporairement les signes cliniques mais le risque de dégradation ultérieure et de fracture de la molaire aurait été très élevé. Les structures odontoïdes en connexion directe avec cette molaire/alvéole ont été extraites en même temps. Celles qui n'étaient pas en connexion avec l'alvéole ont été laissées en place (Illustrations 9a et 9b : radiographies per- et postopératoires).

La molaire a été extraite par une méthode



de buccotomie mini-invasive selon Stoll. Cette technique permet également d'effectuer les extractions dentaires les plus complexes au moyen d'une procédure mini-invasive sur cheval debout.

La présence des structures « odontoïdes » résiduelles pourrait entraîner des problèmes à un moment ultérieur. Néanmoins, il n'y avait pas de signes d'infection et la situation pourrait rester stable pendant toute la vie du cheval. De plus, l'extraction de ces fragments aurait nécessité une imagerie complémentaire (de préférence un scanner) et une chirurgie invasive comportant des risques de complications. Tant sur le plan médical, qu'éthique et économique, il nous est donc paru judicieux de ne pas effectuer cette intervention. Le patient doit toutefois revenir en contrôle 2x/an, surtout s'il manifeste des signes cliniques. Nous avons expressément demandé au propriétaire de nous recontacter rapidement en cas de jetage unilatéral. L'apparition d'une odeur anormale de la narine gauche doit elle aussi être un signal d'alarme.

En concertation avec le propriétaire, il a été décidé pour des raisons économiques de ne pas réaliser d'imagerie complémentaire. Une endoscopie/sinoscopie transnasale a été proposée mais n'a pas été réalisée pour l'instant.

À quatre semaines post-op, le site d'extraction présentait une belle granulation (Illustration 10) et il n'y avait pas d'indications de fistulisation à cet instant. Le cheval mangeait à nouveau normalement. Une tentative de rinçage du canal lacrymal a été effectuée mais sans succès. Ceci a confirmé

une fois encore la suspicion d'une obstruction du canal lacrymal. Le cheval fait l'objet de contrôles réguliers et d'un suivi par le vétérinaire référent. Jusqu'à présent (2 ans plus tard environ), le cheval n'a manifesté aucun problème.

CONCLUSION

Les troubles du développement dentaire peuvent avoir une origine traumatique. Le délai entre le trauma initial et l'apparition des problèmes dentaires peut être long. Il arrive donc souvent de ne pas pouvoir établir le lien de causalité. Il est important toutefois que le vétérinaire garde le traumatisme à l'esprit. Il faut en particulier faire un suivi régulier chez les jeunes chevaux qui ont subi un traumatisme crânien sévère dans la région des molaires en développement, et ce afin d'éviter de gros problèmes dentaires. Tout comme en dentisterie humaine, la prévention et le diagnostic précoce sont d'une importance primordiale en « dentisterie équine ». ●

Qui est
Wouter
Demey

- Vétérinaire,
Dentisterie équine
www.equide.be
info@equide.be



Qui est
Stijn Teysen

- Vétérinaire, Dentisterie et
ostéopathie équines
www.vetrident.be
info@stijnteysen.be

