



DENTS NATALES ET NÉO NATALES, QUELLE PRISE EN CHARGE ? : REVUE SYSTÉMATIQUE DE LITTÉRATURE

NATAL AND NEONATAL TEETH, WHICH MANAGEMENT? : SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

BOUKAHIL R(1), CHABANE H(2).

* SPÉCIALISTE EN ODONTOLOGIE CONSERVATRICE / ENDODONTIE, EXERCICE LIBÉRAL

** SPÉCIALISTE EN PATHOLOGIE ET CHIRURGIE BUCCALE, ANCIENNE MAÎTRE ASSISTANTE AU SERVICE DE PATHOLOGIE ET CHIRURGIE BUCCALE DE CONSTANTINE, EXERCICE LIBÉRAL

Résumé

Les dents « natales et néo natales » sont des phénomènes rares mais assez bien documentées dans la littérature. Ces dents apparaissent avant l'âge de l'éruption dentaire et sont à l'origine de nombreuses complications. Leur prise en charge est donc une priorité absolue afin de maintenir un état buccal compatible avec les besoins physiologiques du nouveau-né. A cet égard, de nombreux traitements ont été décrits.

Objectif : faire le point sur la prise en charge des dents natale et néo natale afin de mieux comprendre et exploiter les modalités thérapeutiques de ce phénomène décrit comme « rare ».

Les dents natales et néo natales ont longtemps suscité de nombreuses interrogations quant à leurs étiologies, leurs diagnostics et leurs prises en charge. Que ce soit le médecin pédiatre ou le médecin dentiste, l'implication diagnostique et thérapeutique relève de l'unanimité et la collaboration actives entre les équipes médicales.

Le traitement allant d'un simple polissage à l'extraction de la dent natale ou néo natale, il est judicieux d'instaurer une thérapeutique adaptée à la situation clinique tout en sensibilisant les parents de l'importance d'un suivi clinique et radiologique de l'état bucco-dentaire de l'enfant présentant cette anomalie particulièrement rare et pouvant être associée à un état pathologique d'ordre général.

Mots-clés : anomalies dentaires, nouveau-né, dent natale, dent néo natale, pédiatrie, pédodontie, extraction.

INTRODUCTION

L'éruption normale des premières dents est assez excitante, mais leur apparition à la naissance ou quelques jours après la naissance est assez inquiétante en raison de la réaction sociale désagréable à son égard dans certaines communautés. La majorité des dents natales et néonatales représentent l'éruption précoce des dents primaires normales. Moins de 10% des dents natales sont surnuméraires. Bien que la majorité des dents natales soient des incidents isolés, leur présence peut être associée à certains syndromes.(1)

Les dents natales et néonatales sont rares mais peuvent être diagnostiquées par les pédiatres et les médecins de famille lors de l'examen initial du nourrisson.(2)

Symmary

"Natal and neonatal" teeth are rare phenomena but fairly well documented in the literature. These teeth appear before the age of dental eruption and are the cause of many complications. Their management is therefore an absolute priority in order to maintain an oral condition compatible with the physiological needs of the newborn. In this regard, many treatments have been described.

Aim: to review the management of natal and neonatal teeth in order to better understand and achieve the best therapeutic modalities of this phenomenon described as "rare".

Natal and neonatal teeth have long raised many questions about their etiologies, their diagnosis and their treatment. Whether it is the pediatrician or the dentist, the diagnosis and the treatment involvement is based on unanimity and active collaboration between the medical teams.

The treatment, ranging from a simple polishing to the extraction of the natal or neonatal tooth, it is wise to establish a therapy adapted to the clinical situation while sensitizing the parents of the importance of a clinical and radiological follow-up of the oral condition of the child with this particularly rare anomaly and which may be associated with a general pathological condition.

Keywords: dental anomalies, newborn, native tooth, neonatal tooth, pediatrics, pedodontics, extraction.

INTRODUCTION

The normal eruption of the first teeth is quite exciting, but their appearance at birth or a few days after birth is quite disturbing due to the unpleasant social reaction towards it in some communities. The majority of natal and neonatal teeth represent the early eruption of normal primary teeth. Less than 10% of native teeth are supernumerary. Although the majority of natal teeth are isolated incidents, their presence may be associated with certain syndromes. (1) Natal and neonatal teeth are rare but can be diagnosed by pediatricians and family physicians during the infant's initial examination.(2)

In many cultures, these teeth were associated with superstitious beliefs. Multiple terms have been used to qualify them such as: fetal teeth, congenital teeth or early teeth through premature teeth or prematurely erupted teeth.(3)

Dans de nombreuses cultures, ces dents étaient associées à des croyances superstitieuses. De multiples termes ont été employés afin de les qualifier tels que : dents fœtales, dents congénitales ou dents précoces en passant par dents prématurées ou ayant fait leur éruption prématurément.(3)

Les dents natales et néonatales apparaissent respectivement à la naissance ou dans le mois qui suit, les dents natales sont alors déjà présentes au moment de la naissance, les dents néonatales font éruption pendant les 30 premiers jours après la naissance. Les premières représentations de ce phénomène datent de 59 avant JC.(3)

Ces dents apparaissent généralement par paires dans la région des incisives centrales mandibulaires, suivies des incisives maxillaires.(4,5)

L'incidence varie de 1 sur 2 000 à 1 sur 3 500(2), les dents natales sont trois fois plus fréquentes que les dents néonatales(4). Bien qu'il n'y ait pas de prédilection de sexe, une prévalence légèrement plus élevée a été citée chez les femmes par certains auteurs.(4)

Bien que les traumatismes, les infections, la malnutrition, la stimulation hormonale, le germe dentaire en position superficielle et l'exposition maternelle aux toxines environnementales aient été impliqués comme facteurs étiologiques, l'étiologie exacte n'est pas bien comprise. (2,4) Le concept actuel retient la position superficielle du germe dentaire comme principal facteur étiologique.

Les complications relatives aux dents natales et néonatales peuvent inclure une laceration de la langue, une alimentation et une croissance médiocres, ainsi que des douleurs ou des blessures chez la femme qui allaite.(1, 4,3)

La décision d'extraction étant basée sur les complications locales et/ou générales associées, le pronostic dentaire et l'avis des parents(4), nous voulons, à travers cet article, faire le point sur les différentes conduites thérapeutiques ayant été décrites dans la littérature et d'en déduire laquelle est la plus convenable pour le nouveau-né et les parents.

Matériels et méthodes :

Une recherche électronique a été effectuée dans les bases de données en ligne MEDLINE/PubMed afin de faire le point sur les différentes modalités de prise en charge des dents natale et néo natale décrites au cours des dix dernières années (2013-2023).

Les mots utilisés pour la recherche étaient : natal AND neo natal tooth, natal and neo natal tooth AND traitement.

Les articles retenus selon le titre ont été introduits dans le logiciel Zotero pour être, par la suite, filtrés suivant le résumé et l'accessibilité au texte intégral.

Afin d'élaborer un arbre décisionnel pour la prise en charge des dents natales et néonatales, les revues de littérature et les cas cliniques publiés durant les dix dernières années sont consultés et un recueil des différentes attitudes thérapeutiques est résumé ci-après.

Natal and neonatal teeth appear respectively at birth or within a month, natal teeth are then already present at the time of birth, neonatal teeth erupt during the first 30 days after birth. The first representations of this phenomenon date from 59 BC.(3)

These teeth usually appear in pairs in the region of the mandibular central incisors, followed by the maxillary incisors.(4,5)

The incidence ranges from 1 in 2,000 to 1 in 3,500(2), natal teeth are three times more common than neonatal teeth(4). Although there is no gender predilection, a slightly higher prevalence has been cited in females by some authors.(4)

Although trauma, infection, malnutrition, hormonal stimulation, tooth germ in superficial position, and maternal exposure to environmental toxins have been implicated as etiological factors, the exact etiology is not well understood. (2,4) The current concept retains the superficial position of the dental germ as the main etiological factor.

Complications relative to natal and neonatal teeth can include laceration of the tongue, poor feeding and growth, and pain or injury in breastfeeding women.(1, 4,3)

Since the decision to extract these teeth is based on the associated local and/or general complications, the dental prognosis and the opinion of the parents(4), we want, through this article, to review the different therapeutic approaches that have been described in literature and deduce which is the most suitable for both newborns and parents.

Materials and methods:

An electronic search was carried out in the online databases MEDLINE/PubMed in order to collect and analyze different modalities of management of natal and neonatal teeth described during the last ten years (2013-2023).

The words used for the search were: natal AND neo natal tooth, natal and neo natal tooth AND treatment.

The articles selected according to the title were inserted into the Zotero software to be subsequently filtered according to the abstract and the accessibility to the full text.

In order to develop a decision chart for the management of natal and neonatal teeth, literature reviews and clinical cases published during the last ten years are consulted and a collection of different therapeutic attitudes is summarized below.

Articles dealing with cases of natal and neonatal teeth associated with complex syndromes and malformative bone pathologies and those where the treatment responded to a radical attitude in relation to the general condition of the newborn were excluded from this systematic literature review.

Les articles traitant des cas de dents natales et néonatales associées aux syndromes complexes et aux pathologies osseuses malformatives et dont le traitement répondait à une attitude radicale en relation avec l'état général du nouveau-né ont été exclus de cette revue systématique de littérature.

Résultats :

Un total de 660 articles est apparu suite à la recherche effectuée sur la base de données Medline/Pubmed en utilisant les termes sus-cités. 67 articles ont été sélectionnés suivant les titres et les résumés.

Suivant les critères d'éligibilité 43 articles ont été inclus dans notre revue de littérature. Le texte intégral de 29 articles était disponible pour une lecture complète.

Recherche dans la base de données Medline/Pubmed en utilisant les mots clés	660 articles
Articles retenus après lecture des titres et des résumés	67 articles
Articles correspondants aux critères d'éligibilité	43 articles
Articles retenus selon la disponibilité du texte intégral	29 articles

Tableau 1 : Schéma de la recherche électronique

Les paramètres cliniques et radiologiques les plus impliqués dans la décision thérapeutique ont été répertoriés dans le tableau ci-dessous (tableau 2) afin d'évaluer ceux qui influencent le choix de tel ou tel traitement.

L'analyse des cas inclus dans notre étude montre une propension des médecins dentistes, généralistes ou pédodontistes, à l'extraction, avec ou sans incision, des dents natales et néo natales. En effet, dans 92 % des cas (soient 23 cas sur 25) ces dents ont été extraites. Les causes de cette attitude sont surtout d'ordre fonctionnel : la mobilité de la couronne, la difficulté ou l'incapacité du nouveau-né à se nourrir correctement et les lésions induites (36% des cas) par ces dents au niveau des muqueuses ainsi que pour la mère allaitante.

L'examen radiologique a permis de diagnostiquer la nature surnuméraire des dents dans seulement deux cas, par ailleurs, les auteurs rapportent soit le refus des parents de réaliser la radiographie, soit la difficulté de cet examen étant donné l'âge du patient, cependant, dans la majorité des cas le recours ou non à cet examen n'a pas fait l'objet de mention.

Results:

A total of 660 articles emerged from the search of the Medline/Pubmed database using the above terms. 67 articles were selected according to titles and abstracts.

According to the eligibility criteria, 43 articles were included in our literature review, thus, the full text of only 29 articles was available for complete reading.

Search the Medline/Pubmed database using keywords	660 articles
Articles retained after reading the titles and abstracts	67 articles
Articles corresponding to the eligibility criteria	43 articles
Articles retained according to the availability of the full text	29 articles

Table 1 : Diagram of electronic research

The clinical and radiological parameters most involved in the treatment decision have been listed in the table below (Table 2) in order to assess those that influence the choice of a particular treatment.

The analysis of the cases included in our study shows a propensity of dentists, generalists or pedodontists, to the extraction, with or without incision, of natal and neonatal teeth. In fact, in 92% of cases (i.e. 23 cases out of 25) these teeth were extracted. The causes of this attitude are mainly functional: the mobility of the crown, the difficulty or inability of the newborn to feed properly and the lesions induced (36% of cases) by these teeth at the level of the mucous membranes as well than for the breastfeeding mother.

The radiological examination made it possible to diagnose the supernumerary nature of the teeth in only two cases, moreover, the authors report either the refusal of the parents to carry out the radiography, or the difficulty of this examination given the patient's age, however, in the majority of cases, the use or not of this examination was not mentioned.

Age	Dent natale/néo natale (DN/DNN)	ATCDs	Mobilité	Ulcérations / inflammation des muqueuses	Radio	Traitement	Suivi
4 jrs (2)	2 DN	-	++	-	Dents surnuméraires	Extraction	NM
2 sem (6)	1 DN		NI	Oui		Extraction	Oui*
12 jrs (7)	2 DNN	NI	++++	Excroissances gingivales	NI	Extraction sans curetage	Récidive
45 jrs (8)	1 DN	NI	NI	Oui	Dent surnuméraire	Extraction	Oui*
13 jrs (9)	2 DN	NI	++++	NI	NI	Extraction + curetage	Oui *
36 jrs (10)	1 DN	Fièvre Symptômes neurologiques	NI	Oui	NI	Extraction + ATBpie	NM
1 sem 2 sem (11)	8 DN 2 DN	-	++++ ++++	- -	NM NM	Extraction+ curetage Extraction + curetage	Récidive Oui *
7 jrs (12)	2 DN	-	+++ (incisive G)	-	Non	Extraction + curetage	Oui*
2 h (12)	1 DN	-	++++	-	Non	Extraction	Oui*
15 jrs (13)	1 DNN	-	++++	NM	Non	Extraction	NI
14 jrs (13)	2 DNN	-	++++	Non	Non	Extraction	NI
27 jrs (14)	1 DNN	-	++++	Non	NI	Extraction	NI
1 mois (15)	1 DNN	Familiaux	++++	Oui	Non	Extraction	Oui*
22 jrs (16)	2 DN	-	++	Non	NI	Extraction	NI
NN (17)	1 DN	-	++++	Non	NI	Chirurgie	NI
1 mois (18)	2 DN	-	G++++ D----	Oui Oui	Non	Chirurgie Restauration CVI	Oui*
15 jrs (19)	2 DN	Syndactylie oligodactylie	+	Oui	NI	Extraction	Oui*
29 jrs (4)	DNN	-	++	Non	NI	Extraction	Oui

45 jrs(4)	DNN	-	++	-	NI	Extraction	NI
1 mois (4)	DNN	-	+	Non	NI	Extraction	Oui
35 jrs(4)	DNN	-	-	Oui	NI	Polissage du bord incisif	Oui
18 jrs(4)	DN	-	+	-	NI	Extraction	Oui
7 jrs(4)	DN	-	+	-	NI	Extraction	Oui
25 jrs(4)	DNN	-	+	-	NI	Extraction	Oui
DN : Dent Natale DNN : Dent Néo Natale G : Gauche							
D : Droite NI : Non Indiqué * : absence de complications							

Tableau 2 : Paramètres décisifs dans le traitement des dents natales et néonatales et la thérapeutique associée à chaque cas.

Discussion :

La prise en charge des dents natales /néo natales est confrontée à plusieurs défis en rapport avec le contexte global de cette anomalie. L'apparition soudaine et précoce de dents, supposées faire l'éruption à l'âge de 6 mois, suscite une réaction désagréable de la part des parents.

Age	Number of Natal/ Neonatal tooth (N/NN)	Background	Mobility	Ulcérations / inflammation	Radio	Treatment	Follow-up
4 days (2)	2 N	-	++	-	Supernumerary tooth	Extraction	NM
2 weeks (6)	1 N		NM	Yes	NM	Extraction	Yes*
12 days (7)	2 NN	NM	++++	Gingival excrecence	NM	Extraction without curettage	Récidive
45 days (8)	1 N	NM	NM	Yes	Supernumerary tooth	Extraction	Yes*
13 days (9)	2 N	NM	++++	NM	NM	Extraction + curettage	Yes*
36 days (10)	1 N	Fever + Neurologic symptoms	NM	Yes	NM	Extraction + Antibiotic therapy	NM
1 week 2 weeks (11)	8 N 2 N	-	++++ ++++	- -	NM NM	Extraction+ curettage Extraction + curettage	Relapse Yes *
7 days (12)	2 N	-	+++ (L incisive)	-	No	Extraction + curettage	Yes*
2 hours (12)	1 N	-	++++	-	No	Extraction	Yes*
15 days (13)	1 NN	-	++++	NM	No	Extraction	NM
14 days (13)	2 NN	-	++++	No	No	Extraction	NM
27 days (14)	1 NN	-	++++	No	NM	Extraction	NM
1 month (15)	1 NN	Familial	++++	Yes	No	Extraction	Yes*
22 days (16)	2 N	-	++	No	NM	Extraction	NM
NB (17)	1 N	-	++++	No	NM	Surgery	NM
1 month (18)	2 N	-	L++++ R----	Yes Yes	Yes	Surgery Restauration GIC	Yes*
15 days (19)	2 N	Syndactyly oligodactyl y	+	Yes	NM	Extraction	Yes*

15 days (19)	2 N	Syndactyly oligodactyl y	+	Yes	NM	Extraction	Yes*
29 days(4)	NN	-	++	No	NM	Extraction	Yes
45 days(4)	NN	-	++	-	NM	Extraction	NM
1 month (4)	NN	-	+	No	NM	Extraction	Yes
35 days(4)	NN	-	-	Yes	NM	Grinding incisal edge	Yes
18 days(4)	N	-	+	-	NM	Extraction	Yes
7 days(4)	N	-	+	-	NM	Extraction	Yes
25 days(4)	NN	-	+	-	NM	Extraction	Yes
N : Natal tooth NN : Neo Natal tooth L : Left							
R : Right NM : Not Mentioned * : No complications							
GIC : Glass Ionomer Cement							

Table 2 : Decisive parameters in the treatment of natal and neonatal teeth and the therapy associated with each case

Discussion:

The management of natal/neonatal teeth faces several challenges related to the global context of this anomaly. The sudden and early appearance of teeth, supposed to erupt at the age of 6 months, causes an unpleasant reaction from parents.

Bien que ces dents ne soient pas nécessairement considérées comme pathologiques ou anormales, elles peuvent entraîner plusieurs complications dont l'aspiration, la déglutition due à une exfoliation prématurée, des ulcérations sur la langue et les lèvres ainsi que des blessures à la mère lors de l'allaitement, ces dents sont donc retirées de manière prophylactique.(9,20-22) Par ailleurs, les dents natales peuvent être associées à des syndromes tels que le syndrome d'Ellis-van creveld, Jackson-Lawler, Hallermann-streiff, le stéatocystome multiplex avec dents natales, Rubinstein-Taybi, Pierre-Robin, fente labiale et palatine, dysplasie ectodermique, dysostose cranio-faciale .(4,14,23,24) Une évaluation systémique approfondie est très essentielle chez les enfants présentant une éruption dentaire prématurée.(19,25)

La gestion des dents natales/néonatales est régie par de nombreux facteurs, notamment le risque d'aspiration, la difficulté et l'interférence avec l'allaitement, le risque d'hémorragie, l'implantation et le degré de mobilité, la possibilité de blessures traumatiques et si la dent fait partie de la dentition normale ou est surnuméraire.(3,4,9)

L'évaluation clinique et radiologique (26) des dents est importante pour estimer leur développement, la formation des racines, la mobilité et surtout la nature surnuméraire ou non qui influence la décision thérapeutique.(4,9)

La décision d'extraire une dent natale ou néonatale doit être judicieusement réfléchie et pondérée en fonction des complications qui lui sont associées contre la perte d'espace et la dérive mésiale de la dent permanente entraînant des dysmorphies dento maxillaires ultérieures en denture adulte. Le préjudice esthétique est un autre facteur à considérer car l'enfant, s'ils s'agissent de dents temporaires prématurées, ce qui est souvent le cas, resterait sans dents jusqu'à l'éruption des dents permanentes correspondantes avec les conséquences lourdes qui en découlent.(4, 7,9)

L'examen radiographique est un outil auxiliaire essentiel pour le diagnostic différentiel entre les dents primaires surnuméraires et les dents de la dentition normale. Lorsque les dents sont surnuméraires, elles doivent être extraites.

Les dents de la dentition normale, lorsqu'elles sont considérées comme matures, doivent être préservées et maintenues dans des conditions saines dans la bouche du bébé en utilisant toutes les ressources cliniques possibles. (7,9)

Par conséquent, les problèmes fonctionnels associés à la dent natale/néonatale rendent souvent une extraction obligatoire, même si la dent appartient à la denture temporaire normale, néanmoins, le bon sens clinique dicte que la conservation de la dent, dans la mesure du possible, doit rester la première réflexion du clinicien.

Dans la majorité des cas cliniques et les revues de littérature analysés les justifications de l'extraction étaient de trois ordres : la mobilité, les problèmes nutritionnels et les lésions provoquées par la dent au niveau des muqueuses.

Furthermore, natal teeth can be associated with syndromes such as Ellis-van creveld syndrome, Jackson-Lawler, Hallermann-streiff, steatocystoma multiplex with natal teeth, Rubinstein-Taybi, Pierre-Robin, cleft lip and palate , ectodermal dysplasia, craniofacial dysostosis.(4,14,23,24) Thorough systemic evaluation is very essential for children with premature tooth eruption.(19,25)

The management of natal/neonatal teeth is governed by many factors including risk of aspiration, difficulty and interference with breastfeeding, risk of bleeding, degree of mobility, possibility of traumatic injuries and whether the tooth is part of the normal or supernumerary dentition.(3,4,9)

The clinical and radiological evaluation (26) of the teeth is important to estimate their development, the evolution of the roots, the mobility and especially the supernumerary nature or not of these teeth which influences the therapeutic decision.(4,9)

The decision to extract a natal or neonatal tooth must be judiciously considered and weighted according to the complications associated with it against the loss of space and the mesial drift of the permanent tooth resulting in subsequent dentomaxillary dysmorphisms in adult dentition. The aesthetic damage is another factor to consider because the child, if it concerns premature temporary teeth, which is often the case, would remain without teeth until the eruption of the corresponding permanent teeth with the heavy consequences of this state.(4, 7,9) Radiographic examination is an essential auxiliary tool for the differential diagnosis between supernumerary primary teeth and teeth of the normal dentition. When the teeth are supernumerary, they must be extracted.

The teeth of the normal dentition, when considered mature, should be preserved and maintained in healthy condition in the baby's mouth using all possible clinical resources. (7.9)

Therefore, functional problems associated with the natal/neonatal tooth often make an extraction mandatory, even if the tooth belongs to the normal deciduous dentition, nevertheless, clinical common sense dictates that the conservation of the tooth, as far as possible, should remain the clinician's first consideration.

In the majority of clinical cases and literature reviews analyzed, the justifications for extraction were of three types: mobility, nutritional problems and lesions caused by the tooth in the mucous membranes.

The excessive mobility of these teeth, often rudimentary and not having completed the root construction because of the early eruption, exposes to the risk of exfoliation and accidental aspiration;

The difficulty or even the inability of the newborn to feed properly leads to severe malnutrition and dehydration and often unpleasant aggressive behavior leading the parents to consult the pediatrician;

La mobilité excessive de ces dents, souvent rudimentaires et n'ayant pas achevées l'édification radiculaire à cause de l'éruption précoce, expose au risque d'exfoliation et d'aspiration accidentelle ;

La difficulté voire l'incapacité du nouveau-né à se nourrir correctement conduit à une dénutrition et une déshydratation sévères et un comportement agressif souvent désagréable amenant les parents à consulter le pédiatre ;

Ces deux paramètres indiquent la nécessité d'extraire les dents natales/néo natales et parfois de manière urgente.

L'ulcération fréquente de la face ventrale de la langue (syndrome de Riga-Fede), induite par le frottement et les traumatismes de la muqueuse en contact avec les couronnes dentaires dont la forme et les reliefs sont pointus et aiguisés (6,8,18), ne justifie pas l'extraction systématique de ces dents. En effet, certains cas ont témoigné d'une cicatrisation et une résolution des symptômes en une semaine après un simple polissage des bords incisifs (9) ou même après leurs recouvrements avec un composite(9), un ciment verre ionomère (18) ou un protège-dents(27).

Le meulage ou le polissage des bords incisifs peut être une alternative à l'extraction pour prévenir les complications associées à ces dents. (4,27)

L'exodontie est le traitement le plus recommandé pour éviter les complications. (6,28)

Dans le cas où une extraction est indiquée, il est plus sûr d'attendre que l'enfant ait 10 jours.(28) Un nouveau-né ne peut pas produire de vitamine K à la naissance et cette période d'attente de 10 jours avant l'extraction dentaire aide à établir la flore commensale intestinale qui synthétise la vitamine K. Elle est nécessaire à la production de prothrombine dans le foie et à la coagulation du sang. Si un enfant n'a pas reçu de prophylaxie à la vitamine K à la naissance, une dose (0,5 à 1,0 mg) doit être administrée par voie intramusculaire.

Étant donné que la vitamine K parentérale prévient une maladie hémorragique potentiellement mortelle du nouveau-né, l'American Academy of Pediatrics recommande que tous les nouveau-nés reçoivent une seule dose intramusculaire de 0,5 à 1 mg de vitamine K. Une fois l'extraction terminée, curetage doux de l'alvéole est généralement recommandé. Cela est nécessaire pour empêcher la gaine de Hertwig de former des structures racinaires. (7,11)

Les cliniciens n'ont pas les mêmes directives pour l'extraction des dents natales et néonatales. Certains chercheurs ont suggéré qu'après l'extraction, le curetage des tissus sous-jacents de la papille dentaire est nécessaire pour prévenir l'apparition de dents néonatales résiduelles. Pour un tel curetage, ils recommandent une anesthésie locale.

These two parameters indicate the need to extract natal/neonatal teeth and sometimes urgently.

Frequent ulceration of the ventral surface of the tongue (Riga-Fede syndrome), induced by friction and trauma to the mucous membrane in contact with the dental crowns, the shape and relief of which are pointed and sharp (6,8, 18), does not justify the systematic extraction of these teeth. Indeed, some cases have shown healing and resolution of symptoms within a week after simply polishing the incisal edges (9) or even after covering them with a composite (9), a glass ionomer cement (18) or a mouth-guard(27).

Grinding or polishing the incisal edges may be an alternative to extraction to prevent complications associated with these teeth. (4,27)

Exodontia is the most recommended treatment to avoid complications. (6,28)

If an extraction is indicated, it is safest to wait until the child is 10 days old.(28) A newborn cannot produce vitamin K at birth and this 10-day waiting period before tooth extraction helps to establish the commensal intestinal flora which synthesizes vitamin K. It is necessary for the production of prothrombin in the liver and for blood clotting. If a child did not receive vitamin K prophylaxis at birth, one dose (0.5 to 1.0 mg) should be given intramuscularly.

Because parenteral vitamin K prevents life-threatening hemorrhagic disease of the newborn, the American Academy of Pediatrics recommends that all newborns receive a single intramuscular dose of 0.5 to 1 mg of vitamin K. Once extraction is complete, gentle curettage of the socket is generally recommended. This is necessary to prevent Hertwig's sheath from forming root structures. (7,11)

Clinicians do not have the same guidelines for the extraction of natal and neonatal teeth. Some researchers have suggested that after extraction, curettage of the tissues underlying the dental papilla is necessary to prevent the appearance of residual neonatal teeth. For such curettage, they recommend local anesthesia. On the other hand, some authors recommend not to do this curettage because the risk of formation of residual teeth is very rare. The frequency of residual tooth eruption is not well established, and there is only one published report that suggests that 9.1% of infants with natal or neonatal teeth developed residual teeth after exfoliation or the extraction of these teeth; this suggests that the formation of residual neonatal teeth is very rare after the extraction of natal or neonatal teeth. (7)

Reactive lesions associated with natal teeth are described in the literature, although they do not occur frequently. The development of such lesions occurs due to the presence of the natal/neonatal tooth or to the surgery to remove it, which stimulates tissue proliferation in the site.(9, 21,22)

Incomplete extraction or wrong manipulation of the native tooth, such as the persistence of root fragments, can also induce certain lesions, such as inflammatory fibrous hyperplasia (29), peripheral ossifying fibroma, pyogenic granuloma, hamartoma gingiva and the pulp polyp.

D'autre part, certains auteurs recommandent de ne pas cureter le site d'extraction car le risque de formation de dents résiduelles est très rare. La fréquence d'éruption dentaire résiduelle n'est pas bien établie, et il n'y a qu'un seul rapport publié qui suggère que 9,1 % des nourrissons avec des dents natales ou néonatales ont développé des dents résiduelles après l'exfoliation ou l'extraction de ces dents ; cela suggère que la formation de dents néonatales résiduelles est très rare après l'extraction des dents natales ou néonatales. (7)

Des lésions réactives associées aux dents natales sont décrites dans la littérature, bien qu'elles ne surviennent pas fréquemment. Le développement de telles lésions se produit en raison de la présence de la dent natale/néo natale ou de l'intervention chirurgicale pour l'enlever, ce qui stimule la prolifération tissulaire dans le site.(9, 21,22)

L'extraction incomplète ou la manipulation erronée de la dent natale, telle que la persistance de fragments radiculaires, peuvent également induire certaines lésions, tels que l'hyperplasie fibreuse inflammatoire (29), le fibrome ossifiant périphérique, le granulome pyogénique, l'hamartome gingival et le polype pulpaire.

Les lésions réactives des tissus mous sont traitées par exérèse locale conservatrice associée à l'élimination du facteur étiologique. Le laser est un outil efficace dans les traitements chirurgicaux et non chirurgicaux des lésions des tissus mous buccaux en pédodontie. (28)

Reactive soft tissue lesions are treated by conservative local excision combined with elimination of the etiologic factor. The laser is an effective tool in the surgical and non-surgical treatment of oral soft tissue lesions in pedodontics. (28)

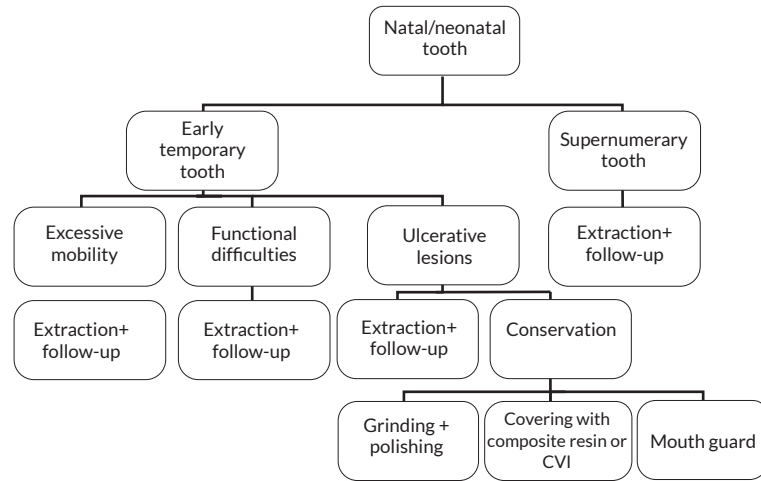


Figure 1 : Decision diagram for the management of natal / neonatal tooth

Conclusion:

The decision to conserve or extract a natal and/or neonatal tooth must be evaluated in each case, taking into account scientific knowledge, clinical common sense and parental opinion after the parents have been properly informed of all aspects involved in this situation.

References:

1. Adekoya-Sofowora CA. Natal and neonatal teeth: a review. *Niger Postgrad Med J.* mars 2008;15(1):38-41.
2. Bovet C, Burke S. Case Report: Supernumerary Natal Teeth in a Four-Day-Old Infant. *Am Fam Physician.* oct 2022;106(4):Online.
3. Dents natales et néonatales : connaissances actuelles et prise en charge - ScienceDirect [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X16302895>
4. Rahul M, Kapur A, Goyal A. Management of prematurely erupted teeth in newborns. *BMJ Case Rep.* 6 juill 2018;2018:bcr2018225288, bcr-2018-225288.
5. Martins AA, Ferraz C, Vaz R. [A Rare Case of Neonatal Teeth]. *Acta Med Port.* 2015;28(6):773-5.
6. De Tove MMS, Bakayoko-ly R, N'guessan KA. Conséquences locales et générales de la présence d'une dent natale chez le nouveau-né. À propos d'un cas clinique. *Médecine Buccale Chir Buccale.* 2014;20(1):53-5.

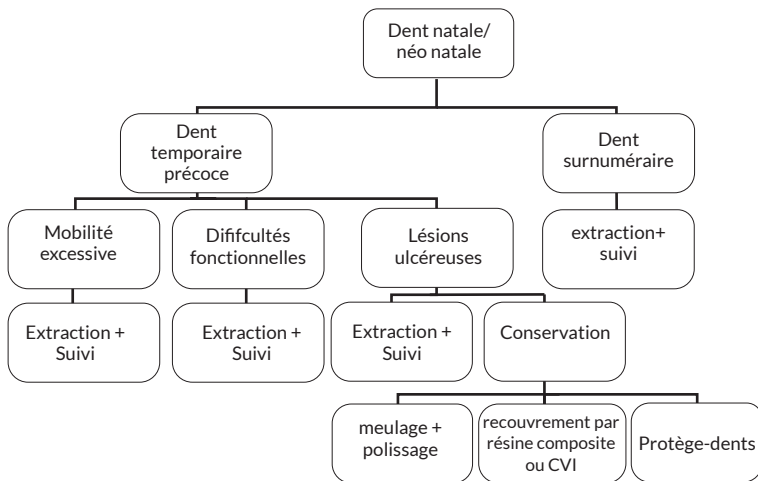


Figure 1 : Arbre décisionnel pour la gestion des dents natales / néo natales

Conclusion :

La décision de conserver ou d'extraire une dent natale et/ou néonatale doit être évaluée dans chaque cas, en tenant compte des connaissances scientifiques, du bon sens clinique et de l'opinion parentale après que les parents aient été correctement informés de tous les aspects impliqués dans cette situation.

Références:

1. Adekoya-Sofowora CA. Natal and neonatal teeth: a review. *Niger Postgrad Med J*. mars 2008;15(1):38-41.
2. Bovet C, Burke S. Case Report: Supernumerary Natal Teeth in a Four-Day-Old Infant. *Am Fam Physician*. oct 2022;106(4):Online.
3. Dents natales et néonatales : connaissances actuelles et prise en charge - ScienceDirect [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0929693X16302895>
4. Rahul M, Kapur A, Goyal A. Management of prematurely erupted teeth in newborns. *BMJ Case Rep*. 6 juill 2018;2018:bcr2018225288, bcr-2018-225288.
5. Martins AA, Ferraz C, Vaz R. [A Rare Case of Neonatal Teeth]. *Acta Med Port*. 2015;28(6):773-5.
6. De Tove MMS, Bakayoko-ly R, N'guessan KA. Conséquences locales et générales de la présence d'une dent natale chez le nouveau-né. À propos d'un cas clinique. *Médecine Buccale Chir Buccale*. 2014;20(1):53-5.
7. Tak MK, Kim JG, Yang YM, Lee DW. Dental Management of Congenital Granular Cell Lesion and Neonatal Teeth: A Case Report. *J Clin Pediatr Dent*. 1 oct 2021;45(4):269-72.
8. Graillon N, Dumont N, Guyot L. Maladie de Riga-Fede: ulcération traumatique de la langue chez un nourrisson. *Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale*. 2013;114(2):113-5.
9. Khandelwal V, Nayak UA, Nayak PA, Bafna Y. Management of an infant having natal teeth. *BMJ Case Rep*. 3 juin 2013;2013:bcr2013010049.
10. Picciotti M, DiVece L, Viviano M, Giorgio A, Lorenzini G. Meningitis and Riga-Fede disease: an unusual condition. *Eur J Paediatr Dent*. juill 2014;15(2 Suppl):245-6.
11. Aljohar A, Alwakeel H, Palma A. Multiple natal Teeth in a one-week-old baby: A Case report. *Clin Case Rep*. mars 2021;9(3):1292-4.
12. Aboulouidad S, Aziz Z, Bouihi ME, Fawzi S, Abouchadi A, Hattab NM. Natal teeth: report of two cases. *Pan Afr Med J*. 2020;36:312.
13. Festa P, Matarazzo G, Garret-Bernardin A, De Rosa S, Gentile T, Carugo N, et al. Neonatal teeth: Importance of histological findings in management update. *Eur J Paediatr Dent*. déc 2020;21(4):323-5.
14. Cizmeci MN, Kanburoglu MK, Uzun FK, Tatli MM. Neonatal tooth in a preterm infant. *Eur J Pediatr*. févr 2013;172(2):279.
15. Jamani NA, Ardini YD, Harun NA. Neonatal tooth with Riga-Fide disease affecting breastfeeding: a case report. *Int Breastfeed J*. 2018;13:35.
16. Hotwani K, Thosar NR. Non-syndromic Association of Natal Teeth in a Case of Septic Arthritis: Does Correlation Imply Causality? *Cureus*. juill 2022;14(7):e27061.
17. Brummund D, Chang A, Michienzi J. Pedunculated Natal Tooth: A Case Report. *Cureus*. juin 2022;14(6):e25992.
18. Volpato LER, Simões CAD, Simões F, Nespolo PA, Borges ÁH. Riga-Fede Disease Associated with Natal Teeth: Two Different Approaches in the Same Case. *Case Rep Dent*. 2015;2015:234961.
19. Kariya PB, Shah S, Singh S, Buch A. Riga-Fede Disease Associated with Syndactyly and Oligodactyly: A rare Occurrence. *J Clin Pediatr Dent*. 2019;43(5):356-9.
20. Shetty H, Kakade A, Shetty S, Neelakantan P, Nagar S, Desai RS, et al. Immunohistochemical characterization of stem cell and differentiation markers of the dental pulp of human natal teeth. *Future Sci OA*. déc 2018;4(10):FSO342.
21. Kim SH, Cho YA, Nam OH, Kim MS, Choi SC, Lee HS. Complication After Extraction of Natal Teeth with Continued Growth of a Dental Papilla. *Pediatr Dent*. 15 nov 2016;38(7):137-42.
22. Vora EC, Winnier J, Bhatia R. Neonatal osteomyelitis: An unusual complication of natal tooth extraction. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2018;36(1):97-100.
23. Yen VA, Kuppaswami N. Incidence of Natal Teeth in Newborns in Government Medical College and Hospital, Chengalpattu: A Pilot Study. *J Clin Diagn Res JCDR*. avr 2017;11(4):ZC86-8.
24. Cizmeci MN, Kanburoglu MK, Kara S, Tatli MM. Bohn's nodules: peculiar neonatal intraoral lesions mistaken for natal teeth. *Eur J Pediatr*. mars 2014;173(3):403.
25. Wu TT, Eldirany SA, Bunick CG, Teng JMC. Genotype-Structurotype-Phenotype Correlations in Patients with Pachyonychia Congenita. *J Invest Dermatol*. déc 2021;141(12):2876-2884.e4.
26. Park JS, Patel J, Seewoo BJ, King NM, Anthonappa RP. Literature review and micro-computed tomography analysis of natal teeth: A pilot study. *J Investig Clin Dent* [Internet]. nov 2019 [cité 22 avr 2023];10(4). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jicd.12466>
27. Baldiwala M, Nayak R. Conservative management of Riga-Fede disease. *J Dent Child Chic Ill*. 2014;81(2):103-6.
28. Cunico LA, de Meira CS, Moura Dutra BM, de Lima AAS, de Araujo MR. Oral Reactive Lesions Associated to Incomplete Removal of Natal Teeth: Case Report. *J Clin Pediatr Dent*. 1 déc 2021;45(6):385-8.
29. Sethi HS, Munjal D, Dhingra R, Malik NS, Sidhu GK. Natal tooth associated with fibrous hyperplasia - a rare case report. *J Clin Diagn Res JCDR*. avr 2015;9(4):ZD18-19.