



|   |          |
|---|----------|
| PROJET LA QUALITE AU CABINET DENTAIRE   | INCI 04  |
| REFERENTIEL TRAITEMENT D'URGENCE DES TRAUMATISMES<br>ACCIDENTELS DE L'INCISIVE CENTRALE MAXILLAIRE PERMANENTE, CHEZ<br>L'ENFANT ET L'ADOLESCENT | 12/09/00 |

Document de travail non définitif

---

## **Référentiel n° 4**

# **Traitement d'urgence des traumatismes accidentels de l'incisive centrale maxillaire permanente, chez l'enfant et l'adolescent**

### **Participants au groupe de travail :**

Dr L.F. JACQUELIN      Dr D. MARTIN  
Dr J-M. SVOBODA      Dr VILLETTE  
Dr H. BOURLIER

---

## Introduction

Les traumatismes alvéolo-dentaires en denture permanente touchent au moins 2 enfants sur 10, entre 8 et 11 ans, avec une prédominance de garçons, préférentiellement au maxillaire : 9 fois sur 10, l'incisive centrale étant particulièrement atteinte : 8 fois sur 10.

L'objet de ce document d'autoévaluation est de déterminer la conduite à tenir face aux traumatismes alvéolo-dentaires du secteur antérieur de l'arcade de l'enfant âgé de 6 ans à l'adolescent âgé de 15 ans, ce qui sous-entend la prise en compte des critères spécifiques suivants :

- morphogenèse des arcades et éruption dentaire,
- croissance alvéolaire et maturation parodontale,
- maturation radiculaire.

La classification adoptée dans ce référentiel est basée sur la notion de geste d'urgence spécifique aux différentes situations cliniques.

Les 6 premières références regroupées sous le chapitre "DIAGNOSTIC" seront communes à toutes les formes cliniques de traumatismes décrites dans ce travail, et représentent un carrefour obligatoire dans toute prise en charge d'un enfant ou d'un adolescent, dès la séance d'urgence.

Dans la séance consacrée à l'urgence, le pronostic sera toujours évoqué en fonction des complications éventuelles, ce qui implique un suivi à court, moyen, voire à long terme.

|   |          |
|---|----------|
| PROJET LA QUALITE AU CABINET DENTAIRE   | INCI 04  |
| REFERENTIEL TRAITEMENT D'URGENCE DES TRAUMATISMES<br>ACCIDENTELS DE L'INCISIVE CENTRALE MAXILLAIRE PERMANENTE, CHEZ<br>L'ENFANT ET L'ADOLESCENT | 12/09/00 |
| Document de travail non définitif   |          |

---

## DIAGNOSTIC

- Réf. 1 : Le praticien assure l'urgence.
- Réf. 2 : Le praticien établit l'anamnèse.
- Réf. 3 : Le praticien procède à l'examen clinique exobuccal craniofacial.
- Réf. 4 : Le praticien pratique un examen clinique endobuccal.
- Réf. 5 : Le praticien réalise un examen radiographique.
- Réf. 6 : Le praticien constitue le dossier médical.

## FRACTURES

- Réf. 7 : Le praticien diagnostique et traite une fêlure coronaire.
- Réf. 8 : Le praticien diagnostique et traite une fracture de l'émail.
- Réf. 9 : Le praticien diagnostique et traite une fracture amélo-dentinaire sans exposition pulpaire.
- Réf. 10 : Le praticien diagnostique et traite une fracture coronaire avec exposition pulpaire sur dent mature.
- Réf. 11 : Le praticien diagnostique et traite une fracture coronaire avec exposition pulpaire sur dent immature.
- Réf. 12 : Le praticien diagnostique et traite une fracture coronaire-radiculaire.
- Réf. 13 : Le praticien diagnostique et traite une fracture radiculaire sans communication avec le milieu buccal.

## **SUBLUXATIONS**

Réf. 14 : Le praticien diagnostique et traite une version antéropostérieure, latérale ou une extrusion de l'incisive.

Réf. 15 : Le praticien diagnostique et traite une intrusion de l'incisive.

## **LUXATIONS TOTALES**

Réf. 16 : Le praticien diagnostique et traite une expulsion de l'incisive.

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>PROJET LA QUALITE AU CABINET DENTAIRE</b>   | <b>INCI 04</b>  |
| <b>REFERENTIEL TRAITEMENT D'URGENCE DES TRAUMATISMES<br/>ACCIDENTELS DE L'INCISIVE CENTRALE MAXILLAIRE PERMANENTE, CHEZ<br/>L'ENFANT ET L'ADOLESCENT</b> | <b>12/09/00</b> |
| Document de travail non définitif  |                 |

---

## **Diagnostic**

### **Réf. 1 : Le praticien assure l'urgence**

---

Crit. 1.1 : L'organisation du cabinet permet de dégager des disponibilités pour les urgences

Crit. 1.2 : Le praticien est informé et apprécie le degré d'urgence

Crit. 1.3 : Lors de la communication téléphonique les conseils spécifiques et le rendez-vous sont donnés selon des directives du praticien

Crit. 1.4 : Le praticien reçoit le jeune patient, établit un diagnostic et peut être conduit à différer sa prise en charge en l'orientant, en priorité, vers un service de traumatologie

---

## **Réf. 2 : Le praticien établit l'anamnèse**

---

---

Crit. 2.1 : Le praticien interroge le jeune patient et ses parents sur l'histoire du traumatisme

Crit. 2.2 : Le praticien interroge les parents sur le passé médical du jeune patient

Crit. 2.3 : Le carnet de santé est exigé, la mise à jour des vaccinations est vérifiée

---

## **Réf. 3 : Le praticien procède à l'examen clinique exobuccal craniofacial**

---

---

- Crit. 3.1 : Le praticien évalue l'importance du traumatisme neuro-moteur \*
  - Crit. 3.2 : Le praticien constate la présence éventuelle de plaies, saignements, contusions du crâne et du visage
  - Crit. 3.3 : Le praticien interroge l'enfant sur l'existence d'une douleur, sa localisation, son intensité et les éventuels facteurs déclenchants
  - Crit. 3.4 : Le praticien recherche visuellement les dissymétries de la face (nez, malaire, rebords orbitaires, mandibule)
  - Crit. 3.5 : Le praticien palpe la face à la recherche de lésions osseuses
  - Crit. 3.6 : Le praticien recherche une limitation d'ouverture et/ou une latéro-déviaton
- 

\* En cas de somnolence, vertige, vomissements, bourdonnements, perte partielle de connaissance, le patient et/ou son responsable légal est orienté vers un service d'urgence

## **Réf. 4 : Le praticien pratique un examen clinique endobuccal**

---

---

Crit. 4.1 : Le praticien examine les tissus mous en recherchant d'éventuelles lésions

Crit. 4.2 : Le praticien évalue les rapports inter-arcades

Crit. 4.3 : Le praticien examine les tissus dentaires et parodontaux

---

## **Réf. 5 : Le praticien réalise un examen radiologique**

---

---

- Crit. 5.1 : Le praticien exécute trois clichés radiographiques rétro-alvéolaires du groupe incisivo-canin, sous trois incidences différentes
- Crit. 5.2 : Une tomographie panoramique des maxillaires est prescrite en cas de suspicion de traumatisme facial
- Crit. 5.3 : Le praticien prescrit tout autre examen adapté au traumatisme (cliché occlusal, téléradiographie de profil, tomographie des ATM, ...)
-

## **Réf. 6 : Le praticien constitue le dossier médical**

---

---

Crit. 6.1 : Le praticien note toutes ses observations sur le dossier médical

Crit. 6.2 : Le praticien identifie toutes les radiographies (nom, prénom, n° de la dent, date)

Crit. 6.3 : Le praticien note toutes les prescriptions faites

Crit. 6.4 : Le praticien note tous les conseils qu'il a donnés

Crit. 6.5 : Le praticien rédige le certificat médical initial

Crit. 6.6 : Le responsable légal est informé et autorise par écrit la mise en oeuvre des thérapeutiques

---

## **Fractures**

### **Réf. 7 : Le praticien diagnostique et traite une fêlure coronaire**

---

---

Crit. 7.1 : Le praticien diagnostique une fêlure par transillumination

Crit. 7.2 : Le praticien recherche une sensibilité thermique

Crit. 7.3 : Après lecture des clichés rétro-alvéolaires, le praticien confirme l'absence d'autres lésions

Crit. 7.4 : Le praticien applique un vernis fluoruré

Crit. 7.5 : Le praticien informe le patient et/ou son responsable légal du pronostic favorable

Crit. 7.6 : Le praticien organise avec le patient et/ou son responsable légal un suivi pour évaluer la vitalité pulpaire

---

## **Réf. 8 : Le praticien diagnostique et traite une fracture de l'émail**

---

---

- Crit. 8.1 : Le praticien examine le trait de fracture pour objectiver l'absence d'exposition dentinaire
  - Crit. 8.2 : Le praticien recherche une sensibilité thermique
  - Crit. 8.3 : Le praticien recherche des fêlures associées par transillumination
  - Crit. 8.4 : La lecture des clichés rétro-alvéolaires par le praticien confirme l'absence d'autres lésions sur la dent concernée
  - Crit. 8.5 : Le praticien isole la dent par la pose d'un champ opératoire (digue)
  - Crit. 8.6 : Dans le cas d'une perte tissulaire discrète, le praticien réalise une améloplastie et applique un vernis fluoruré
  - Crit. 8.7 : Dans le cas d'une perte tissulaire modérée, le praticien réalise une reconstitution par collage d'un matériau plastique
  - Crit. 8.8 : Le praticien informe le patient et/ou son responsable légal du pronostic pulpaire favorable
  - Crit. 8.9 : Le praticien organise avec le patient et/ou son responsable légal un suivi pour évaluer la vitalité pulpaire
-

## **Réf. 9 : Le praticien diagnostique et traite une fracture coronaire amélo-dentinaire sans exposition pulpaire**

---

---

- Crit. 9.1 : Le praticien examine le trait de fracture pour objectiver l'absence d'exposition pulpaire
  - Crit. 9.2 : Le praticien évalue la vitalité pulpaire à l'aide de tests thermiques ou électriques
  - Crit. 9.3 : La lecture des clichés rétro-alvéolaires par le praticien confirme l'absence d'autres lésions
  - Crit. 9.4 : Le praticien isole la dent par la pose d'un champ opératoire (digue)
  - Crit. 9.5 : Le praticien réalise une protection dentino-pulpaire et une reconstitution coronaire étanche \* immédiate
  - Crit. 9.6 : Le praticien informe le patient et/ou son responsable légal du pronostic réservé
  - Crit. 9.7 : Le praticien organise et planifie avec le patient et/ou son responsable légal un suivi pour contrôler la vitalité pulpaire
- 

\* par collage d'un matériau plastique ou du fragment fracturé

## **Réf. 10 : Le praticien diagnostique et traite une fracture coronaire avec exposition pulpaire sur dent mature <sup>(1)</sup>**

(1) Une dent est considérée comme mature lorsque la jonction cémento-dentinaire est édifiée dans la région apicale.

L'examen radiographique montre la présence d'une conicité canalaire régulière du tiers apical.

---

Crit. 10.1 : Le praticien examine le trait de fracture pour visualiser l'exposition pulpaire

Crit. 10.2 : La lecture des clichés rétro-alvéolaires par le praticien confirme l'implication pulpaire et l'absence d'autres lésions

Crit. 10.3 : Le praticien isole la dent par la pose d'un champ opératoire (digue)

Crit. 10.4 : Le praticien réalise une pulpectomie\* et une reconstitution coronaire étanche

Crit. 10.5 : Le praticien informe le patient et/ou son responsable légal du pronostic

Crit. 10.6 : Le praticien organise avec le patient et/ou son responsable légal le suivi thérapeutique et l'informe de la nécessité de réévaluer la restauration coronaire

---

\* Dans le cas d'une exposition pulpaire de faible étendue (surface inférieure à 1 mm<sup>2</sup>) récente (< 24 heures), le praticien peut différer, pour des raisons de confort, la pulpectomie en réalisant un coiffage pulpaire direct à l'hydroxyde de calcium et une obturation coronaire étanche immédiate.

## **Réf. 11 : Le praticien diagnostique et traite une fracture coronaire avec exposition pulpaire sur dent immature <sup>(2)</sup>**

(2) Une dent est considérée comme immature lorsque l'examen radiographique montre que les parois pulpaire radiculaires sont parallèles ou divergentes et la gaine de Hertwig objectivable.

---

Crit. 11.1 : Le praticien examine le trait de fracture pour visualiser l'exposition pulpaire

Crit. 11.2 : La lecture des clichés rétro-alvéolaires par le praticien confirme l'implication pulpaire et l'absence d'autres lésions

Crit. 11.3 : Le praticien isole la dent par la pose d'un champ opératoire (digue)

Crit. 11.4 : Dans le cas d'une exposition pulpaire de faible étendue (surface inférieure à 1 mm<sup>2</sup>) et récente (<24 heures), le praticien réalise un coiffage pulpaire à l'hydroxyde de calcium, suivi d'une reconstitution coronaire étanche immédiate en vue d'obtenir une apexogénèse

Crit. 11.5 : Dans le cas d'une exposition pulpaire importante (surface supérieure à 1 mm<sup>2</sup>) et/ou ancienne (> 24 heures), le praticien réalise une pulpotomie et un coiffage du tissu pulpaire résiduel à l'aide d'hydroxyde de calcium suivi d'une reconstitution coronaire étanche immédiate en vue d'obtenir une apexogénèse

Crit. 11.6 : Dans le cas d'une nécrose pulpaire totale, le praticien réalise un parage canalaire et obture le canal à l'aide d'hydroxyde de calcium suivi d'une reconstitution coronaire étanche immédiate en vue d'obtenir une apexification

Crit. 11.7 : Le praticien informe le patient et/ou son responsable légal du pronostic réservé

Crit. 11.8 : Le praticien organise avec le patient et/ou son responsable légal un calendrier de rendez-vous afin de renouveler régulièrement l'hydroxyde de calcium et d'évaluer l'édification radiculaire

---

## **Réf. 12 : Le praticien diagnostique et traite une fracture corono-radriculaire**

---

---

- Crit. 12.1 : La lecture des clichés rétro-alvéolaires par le praticien permet de situer le trait de fracture par rapport à la crête osseuse et confirme l'absence d'autres lésions
- Crit. 12.2 : Le praticien élimine le fragment mobile et recherche une éventuelle exposition pulpaire
- Crit. 12.3 : Le praticien isole le groupe incisivo-canin
- Crit. 12.4 : En l'absence d'exposition pulpaire, le praticien réalise une protection dentino-pulpaire et une restauration coronaire étanche immédiate.
- Crit. 12.5 : En cas d'exposition pulpaire sur dent mature, le praticien réalise dans la séance une pulpectomie et une restauration corono-radriculaire étanche immédiate.
- Crit. 12.6 : En cas d'exposition pulpaire sur dent immature, le praticien entreprend dans la séance une thérapeutique endodontique adaptée (traitement d'apexogénèse ou d'apexification) et une restauration coronaire étanche immédiate
- Crit. 12.7 : Le praticien informe le patient et/ou son responsable légal du pronostic réservé
- Crit. 12.8 : Le praticien programme un suivi de la vitalité pulpaire ou de la thérapeutique endodontique
- Crit. 12.9 : Il décide, après réévaluation, d'une attitude thérapeutique parodontale (gingivoplastie, égression orthodontique, lambeau muco-gingival positionné apicalement et ostéoplastie, ...)
-

## **Réf. 13 : Le praticien diagnostique et traite une fracture radiculaire sans communication avec le milieu buccal**

---

- Crit. 13.1 : La lecture des clichés rétro-alvéolaires par le praticien permet de situer le trait de fracture par rapport à la crête osseuse et confirme l'absence d'autres lésions sur la dent concernée
- Crit. 13.2 : Le praticien examine la dent fracturée, évalue sa mobilité et confirme par un sondage parodontal l'intégrité de l'attache épithélio-conjonctive
- Crit. 13.3 : Le praticien recherche par une palpation des tables osseuses, une éventuelle fracture alvéolaire associée
- Crit. 13.4 : En cas de déplacement, le praticien repositionne la dent. Ce repositionnement est vérifié radiographiquement
- Crit. 13.5 : Le praticien réalise une contention immédiate semi-rigide
- Crit. 13.6 : Le praticien informe le patient et/ou son responsable légal du pronostic réservé
- Crit. 13.7 : Le praticien organise avec le patient et/ou son responsable légal un suivi pulpaire et parodontal
-

## **Subluxations**

### **Réf. 14 : Le praticien diagnostique et traite une version antéro-postérieure, latérale ou une extrusion de l'incisive**

---

---

- Crit. 14.1 : Le praticien évalue cliniquement le déplacement de la dent par rapport aux dents adjacentes et antagonistes
- Crit. 14.2 : Le praticien évalue une éventuelle fracture alvéolaire par palpation de la table osseuse vestibulaire
- Crit. 14.3 : La lecture des clichés rétro-alvéolaires confirme le déplacement dentaire par modification de la largeur de l'espace desmodontal
- Crit. 14.4 : Le praticien repositionne la dent par pression digitale douce. Ce positionnement est vérifié radiographiquement
- Crit. 14.5 : Le praticien met en place une contention semi-rigide immédiate
- Crit. 14.6 : Le praticien prescrit une antibiothérapie associée à une thérapeutique anti-inflammatoire pendant 8 jours
- Crit. 14.7 : Dans le cas d'une dent mature, le praticien programme la pulpectomie
- Crit. 14.8 : Dans le cas d'une dent immature, le praticien programme un suivi de la vitalité pulpaire et assure un contrôle radiographique périodique
- Crit. 14.9 : Le praticien informe le patient et/ou son responsable légal du pronostic réservé
- Crit. 14.10 : Le praticien organise le suivi parodontal
-

## **Réf. 15 : Le praticien diagnostique et traite une intrusion de l'incisive**

---

---

- Crit. 15.1 : Le praticien objective cliniquement le degré d'intrusion de la dent par rapport aux dents adjacentes
  - Crit. 15.2 : La lecture des clichés rétro-alvéolaires confirme l'intrusion qui peut s'accompagner de la modification de l'anatomie de l'espace desmodontal
  - Crit. 15.3 : L'abstention thérapeutique est de règle lors de la consultation d'urgence
  - Crit. 15.4 : En cas de réémergence spontanée de la dent mature, le praticien programme le traitement endodontique
  - Crit. 15.5 : En cas de réémergence spontanée de la dent immature, le praticien programme un suivi de la vitalité pulpaire et assure un contrôle radiographique périodique
  - Crit. 15.6 : En cas de non réémergence spontanée de la dent, le praticien envisage un repositionnement orthodontique avant tout traitement endodontique
  - Crit. 15.7 : Le praticien informe le patient et/ou son responsable légal du pronostic très réservé
  - Crit. 15.8 : Le praticien programme un suivi parodontal. Il décide, après réévaluation, d'une attitude thérapeutique adaptée (traction orthodontique, correction gingivale, ...)
-

## **Luxations totales**

### **Réf. 16 : Le praticien diagnostique et traite une expulsion de l'incisive**

---

- Crit. 16.1 : Le praticien ou un membre de l'équipe soignante, en réponse à l'appel téléphonique, demande au patient de consulter le plus rapidement possible et lui conseille de conserver la dent récupérée, sans l'avoir nettoyée, dans un milieu biologiquement approprié (milieu de « HANKS », sérum physiologique, lait UHT)
- Crit. 16.2 : Le praticien tient la dent par la couronne et la nettoie délicatement avec du sérum physiologique, afin de préserver les cellules desmodontales
- Crit. 16.3 : Le praticien s'assure par sondage, de l'absence de corps exogène ou de caillot dans l'alvéole et la rince avec du sérum physiologique
- Crit. 16.4 : Le praticien réimplante la dent par une pression douce. Cette réimplantation est vérifiée radiographiquement
- Crit. 16.5 : Si le temps extra-oral est supérieur à deux heures et/ou si la dent n'a pas été conservée dans un milieu de transport approprié, elle est immergée dans une solution de fluorure de sodium à 2,4 % pendant 20 minutes
- Crit. 16.6 : Dans le cas de fractures alvéolaires, le praticien replace par pression digitale l'ensemble table osseuse-gencive contre la dent réimplantée et réalise si nécessaire une suture
- Crit. 16.7 : Le praticien réalise une contention immédiate semi-rigide
- Crit. 16.8 : Le praticien prescrit une antibiothérapie associée à une thérapeutique anti-inflammatoire pendant 8 jours
- Crit. 16.9 : Le praticien informe son patient et/ou son responsable légal du pronostic défavorable
- Crit. 16.10 : Le praticien organise le suivi thérapeutique afin de programmer un traitement endodontique approprié
-

## **Traitement d'urgence des traumatismes accidentels de l'incisive centrale maxillaire permanente, chez l'enfant et l'adolescent : bibliographie**

- ANDREASEN.J.O., BORUM M.K., JACOBSEN H.L., ANDREASEN F.M. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 1. Diagnosis of healing complications. Endod. Dent. Traumatol. 1995, 11, 51-58.
- ANDREASEN J.O., BORUM M.K., JACOBSEN H.L., ALIDREASEN F.M. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 2. Factors related to pulpal healing. Endod. Dent. Traumatol. 1995, 11, 59-68.
- ANDREASEN.J.O., BORUM M.K., ANDREASEN F.M. Replantation of 400 avulsed permanent incisors 3. Factors related to root growth. Endod. Dent. Traumatol. 1995, 11, 69-75.
- ANDREASEN J.O., BORUM M.K., JACOBSEN H.L., ANDREASEN F.M. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. 4. Factors related to periodontal ligament healing. Endod. Dent. Traumatol. 1995, 11, 76-89.
- DEWHURST S.N., MASON C., ROBERTS G.J. Emergency treatment of orodental injuries: a review. Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 1998, 36, 165-175.
- DUMSHA T., HOULAND E.J. Evaluation of long term calcium hydroxide treatment in avulsed teeth - an in vivo study. Intern. Endod. J. 1995, 28, 7-11.
- FARIK B., KREIBORG S., ANDREASEN J.O. Adhesive bonding of fragmented anterior teeth. Endod. Dent. Traumatol. 1998, 14, 119-123.
- FLORES MTN, ANDREASEN JON, BAKLAND LKN, FEIGLIN BN, GUTMANN JLN, OIKARINEN KN, PITT FORD TR., SIGURDSSON A., TROPE M., VAN WF Jr., ANDREASEN FM. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. Dent Traumatol. 2001, 17, 193-198.
- FLORES MT., ANDREASEN JO., BAKLAND LK., FEIGLIN B., GUTMANN JL., OIKARINEN K., PITT FORD TR., SIGURDSSON A., TROPE M. VAN WF Jr., ANDREASEN FM. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. Dent Traumatol. 2001, 17, 145-148.
- FLORES MT., ANDREASEN JO., BAKLAND LK., FEIGLIN B., GUTMANN JL., OIKARINEN K., PITT FORD TR., SIGURDSSON A., TROPE M. VAN WF Jr., ANDREASEN FM. Guidelines for the evaluation evaluation and management of traumatic dental injuries. Dent Traumatol. 2001, 17, 97-102.

- FLORES MT., ANDREASEN JO., BAKLAND LK., FEIGLIN B., GUTMANN JL., OIKARINEN K., PITT FORD TR., SIGURDSSON A., TROPE M. VAN WF Jr. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. Dent Traumatol. 2001, 17, 49-52.
- FLORES MT, ANDREASEN JO, BAKLAND LK, FEIGLIN B, GUTMANN JL, OIKARINEN K, PITT FORD TR, SIGURDSSON A, TROPE M, VAN WF Jr. Guidelines for the evaluation and management of traumatic dental injuries. Dent Traumatol. 2001, 17, 1-4.
- KIRINONS M.J., SUTCLIFFE J. Traumatocally intruded permanent incisors: a study of treatment and outcome. Brit. Dent. J. 1991, 170, 144-146.
- MACKIE I.C., WORTHINGTON H.V., HILL F.J. Comparison of two calcium hydroxide pastes used for endodontic treatment of non-vital immature incisor teeth. Endod. Dent. Traumatol. 1994, 10, 88-90.
- RAVN J.J. Follow-up study of permanent incisors with enamel-dentin fractures after acute trauma. Scand. J. Dent. Res. 1981, 89, 355-365.
- RAVN J.J. Follow-up study of permanent incisors with complicated crown fractures after acute trauma. Scand. J. Dent. Res. 1982, 90, 363-372.
- SCHATZ.L.P., DUBREZ B., ROEHRICH N. Muco-gingival and periodontal health recovery following reimplantation of teeth. Endod. Dent. Traumatol. 1999, 15, 216-220.
- TROPE M. Clinical management of the avulsed tooth: present strategies and future directions. Dent Traumatol. 2002, 18, 1-11.
- TROPE M., FRIEDMAN S. Periodontal healing of replanted dog teeth stored in Viaspan, milk and Hank's balanced salt solution. Endod. Dent. 1992, 8, 183-188.