

**Ministère des enseignements  
Secondaire, supérieur et de la  
Recherche scientifique**

**République du Mali  
un peuple un but une foi**

**Faculté de médecine, de pharmacie et  
d'odontostomatologie  
(F. M. P. O. S.)**

**Année universitaire 2008- 2009**

**N° ...../**

**Titre**

**Contribution à l'étude de l'extraction dentaire  
Au centre hospitalo-universitaire  
d'odontostomatologie de BAMAKO (CHU-OS)**

**Thèse**

**Présentée et soutenue publiquement à BAMAKO par**

**Mr HAMADOUN TRAORE**

**Pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine**

**Jury :**

**Président : Pr. ALHOUSSEINI AG MOHAMED**

**Membre : Dr. TIEMOKO DANIEL COULIBALY**

**Codirecteur : Dr. SOULEYMANE TOGORA**

**Directeur de thèse : Pr. MAMADOU LAMINE DIOMBANA**

# **DEDICACES**

**Nous dédions ce travail :**

**\*A nos chers parents :**

**- Notre père feu BOUBOUARY TRAORE :**

C'est avec beaucoup d'émotion que nous évoquons ici votre mémoire. Vous nous avez quitté tôt. L'épreuve a été dure pour ne pas dire insupportable.

De votre vivant vous étiez très décidé d'œuvrer pour notre réussite et vous voilà absent ce grand jour tant souhaité

Nous vous pleurons toujours dans notre cœur du fond duquel l'oubli ne saurait avoir place.

Nous aurons toujours besoin de vous, de vos bénédictions.

Que votre âme repose en paix. Amen !

**- Notre mère FATOUMATA DITTI MAIGA :**

Nous vous devons tout. Ces mots sont incapables de traduire les liens qui unissent un enfant à ses parents. Votre amour bienveillant, votre dévouement, votre rigueur et votre persévérance nous ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité et la dignité. Nous ne saurons jamais vous remercier pour vos sacrifices et vos souffrances depuis la mort de notre père.

Ce grand jour tant souhaité est le fruit de vos efforts déployés pour notre réussite.

**-Notre oncle YOUSOUF GANABA et FAMILLE :**

C'est un réel amour que vous avez placé à nous en nous acceptant dans votre foyer qui est aussi le notre durant nos études supérieures. Que ce travail soit le témoignage de notre profonde reconnaissance et que vous y trouviez toute notre gratitude pour les conseils et bénédictions que vous n'avez cessé de nous prodiguer. Nous osons espérer que vos efforts et sacrifices consentis n'aient pas été vains

**Notre épouse AMINATA MAIGA dite NIAMOYE :**

Nous serons toujours reconnaissant pour toutes les peines endurées à nos côtés pendant les moments difficiles . Que Dieu vous accorde bénédiction, longévité et prospérité. Qu'il vous apporte tout le bonheur que vous désirez dans la vie.

**-Notre oncle BOUREIMA DITTI MAIGA :**

Vous avez été à la base de tout car c'est vous qui m'avez amené pour la première fois à l'école et m'avez suivi au moment où je ne connaissais pas l'importance de l'école.

**- Notre fils BOUBACAR TRAORE :**

Votre venue sur cette terre nous a plus donné l'envie de nous battre pour la réussite dans la vie . Courage et fais mieux que ton père .

**-Autres membres de la famille :**

Frères et sœurs (FATOUMATA, AISSATA, AMADOU, RAMATA, AMINATA, MARIAM, ASSIA, DIENEBA, MOUSSA, et paix à son âme OUMOU tous TRAORE) : La solidarité et le respect entre nous ont été des facteurs sociaux considérables pour arriver jusque là .

.

## REMERCIEMENTS

Nous ne saurons achever ce travail sans adresser nos sincères remerciements :

-à tous nos formateurs de base pour nous avoir donné une formation de qualité,

-à HASSANE GARIKO et FAMILLE pour tous les soutiens quand nous étions au lycée de Sevaré,

-à OUSMANE GASSAMBA et famille pour l'affection qu'ils nous ont accordée pendant notre séjour à Sevaré,

-à HAMADOUN DITTI MAIGA et famille pour les conseils et le soutien moral,

-à AMADOU ALPHA MAIGA pour le grand soutien matériel et moral pour l'élaboration de ce document,

-à PAUL HUSSEN KEITA et famille pour la bonne compagnie et le soutien,

-à nos amis : IBRAHIM GARIKO ; (ALY, MOUSSA ET MOUSTAPH tous GANABA), (ARSIKE, HAMA SIDI, ABDRAMANE ; HAMA, ABOUBACARY tous MAIGA)

DAOUDA GORBEL et DIDJIER pour toute leur tolérance et leur amitié sincère

-à tout le personnel de la FMPOS, à tout le personnel du CHUOS pour l'encadrement.

**HOMMAGE  
AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du jury :**

**PROFESSEUR ALHOUSSEINI AG MOHAMED**

- \*Professeur d'ORL et de chirurgie cervico-faciale,
- \*président de l'ordre national des médecins,
- \*président de la société malienne d'ORL,
- \* membre fondateur de la société d'ORL d'Afrique francophone et de la société panafricaine d'ORL,
- \*Ancien vice doyen de la FMPOS,
- \*chef du service d'ORL de CHU GT,
- \* chevalier de l'ordre national du MALI.

Cher maître c'est un honneur et un privilège pour nous d'avoir été choisi pour ce travail dont nul ne conteste la pertinence.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionné par votre simplicité, votre qualité de pédagogue et votre grande disponibilité.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement, votre rigueur dans la démarche scientifique et surtout votre souci constant du travail bien fait, votre courtoisie et simplicité font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Veillez accepter, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre maître et directeur de thèse :**

**PROFESSEUR MAMADOU LAMINE DIOMBANA**

Spécialiste en odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale,  
Chef du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du  
CHUOS

Ancien chef du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale  
de l'hôpital de KATI

Directeur général du CHU d'odontostomatologie de BAMAKO

Ancien vice-président du 1<sup>er</sup> conseil national de l'ordre des Médecins  
et Pharmaciens du Mali.

Membre Bienfaiteur de l'association Malienne Raoul Follereau

Membre Bienfaiteur de l'association Malienne Solidarité Sida.

Membre fondateur et titulaire de la société médicale du Mali depuis  
1984.

Membre fondateur et titulaire de la société de chirurgie du Mali.

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en nous  
acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail  
bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur,  
la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de  
vous un grand médecin.

Bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un guide à qui nous  
demandons lumière pour aller vers le savoir ultime dans la recherche

Cher maître les mots nous manquent pour vous remercier.

## **A notre maître et membre de jury**

**DOCTEUR TIEMOKO DANIEL COULIBALY**

Spécialiste en odontostomatologie,

Maître assistant à la FMPOS

Chef de service d'odontostomatologie chirurgicale de CHUOS.

Président du comité scientifique de l'association des odontostomatologues du Mali.

Cher maître, nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous de souligner vos qualités de bon praticien, votre rigueur scientifique, votre disponibilité pour la jeune génération que nous sommes, votre dynamisme et votre franchise ainsi que votre qualité d'homme simple faisant de vous un maître admiré et respecté.

Recevez ici cher maître, notre reconnaissance et plus grand respect.

**A notre maître et codirecteur de thèse**

**DOCTEUR SOULEYMANE TOGORA**

Chirurgien dentiste,

Maître assistant à la FMPOS,

Chef du service de prothèses dentaires du CHUOS,

Cher maître, nous vous remercions de votre confiance en acceptant de nous confier un travail aussi important. Il est le fruit de votre volonté de parfaire, votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité de modestie et du travail bien fait.

Votre caractère social, votre amour de la médecine font de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres.

Les mots nous manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de faire de nous des futurs bons médecins.

## **ABREVIATIONS**

**CHU-OS** : centre hospitalo-universitaire d'odontostomatologie

**CCC** : communication pour le changement de comportement

**Dr** : docteur

**ED** : extraction dentaire

**EPA** : établissement public à caractère administratif

**EPH** : établissement public hospitalier

**IEC** : information éducation communication

**NB** : nota bene

**Pr.** : professeur

## SOMMAIRE

Pages

<b>A-ABREVIATIONS.....</b>	<b>1</b>
<b>B-INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
I- Préambule.....	3
II – Intérêt du sujet .....	4
<b>C-OBJECTIFS.....</b>	<b>5</b>
<b>D-GENERALITES .....</b>	<b>6</b>
I- Rappels sur les dents et leurs tissus de soutien.....	7
II – Extraction dentaire .....	13
<b>E-PATIENTS ET METHODE .....</b>	<b>24</b>
1- Cadre de l'étude.....	25
2- Matériels et méthode.....	25
<b>F-RESULTATS .....</b>	<b>27</b>
<b>G-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.. .....</b>	<b>39</b>
<b>H-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>44</b>
<b>I-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>47</b>
<b>J-RESUME.....</b>	<b>52</b>
<b>K-ANNEXES.....</b>	<b>53</b>

# **INTRODUCTION**

## I- Préambule

La denture humaine exerce des fonctions très importantes : entre autres la mastication ou la préparation du bol alimentaire , l'immobilisation de la mandibule pendant la déglutition . Elle participe activement à la phonation et contribue sans nul doute à l'esthétique en rendant agréable le sourire .

Cependant , il arrive malheureusement que pour une ou plusieurs raisons que certaines dents soient extraites ( **14** )

Les causes des extractions dentaires ( ED) sont dominées par les caries dentaires et les parodontopathies respectivement **63% et 34% (39)** alors que celles-ci sont très souvent évitables par la maîtrise d'une bonne hygiène bucco-dentaire .

Dans l'étude de **BADER J.-D. et coll. 93%** des patients ont au moins une seule dent extraite ( **3** ) . Au **CHUOS** il y aurait eu un taux d'extraction de **54,66% en 2004 et 54,12% en 2005** selon les rapports annuels du centre , ce qui nous fait dire que l'ED est parmi les actes les plus fréquents en chirurgie bucco-dentaire .

Les complications ne sont pas rares et elles sont variées avec au premier plan les alvéolites **2-5%** pour les extractions simples et **20-35%** pour les extractions chirurgicales ( **4** ) .

## **II- Intérêt du sujet**

### **Réside dans le fait que :**

- l'extraction dentaire soit une thérapeutique,
- l'ED pourra prévenir des septicémies,
- elle pourra prévenir des infections focales,
- elle pourra entraîner une édentation.
- elle peut parfois être évitée

# **OBJECTIFS**

## **1° l'objectif général**

Faire une étude descriptive et prospective de l'extraction dentaire au CHU OS.

## **2° les objectifs spécifiques**

-déterminer les motifs de consultation conduisant à l'extraction dentaire,

-déterminer les pathologies causales de l'extraction dentaire,

-déterminer la fréquence de l'extraction dentaire en fonction des variables sociodémographiques ( âge, sexe, profession )

-déterminer les complications de cette pratique,

-déterminer le traitement médical associé ,

-faire des recommandations.

# **GENERALITES**

## A- Rappels sur les dents et leurs tissus de soutien

### 1 – Notions essentielles sur l'origine et le développement des dents (7)

#### **Les dents ont une double origine (épithéliale et conjonctive)**

- **Epithéliale** : c'est par une invagination de l'épithélium stomodéal qui s'observe à la fin de la sixième semaine de la vie intra utérine
- **Conjonctive** : c'est par la différenciation du tissu conjonctif au sein duquel se produit cette invagination.

L'ensemble de ce processus aboutit à la formation des bourgeons dentaires.

A la neuvième semaine de la vie intra utérine (entre le deuxième et troisième mois) vingt bourgeons existent à la partie antérieure du maxillaire et de la mandibule ; ces bourgeons sont groupés par deux, le premier correspond à la dent temporaire, le second à la dent permanente qui la remplacera.

A ce stade, chaque bourgeon est constitué par une cupule périphérique, épithéliale et englobant une zone centrale conjonctive.

La première a un rôle très important : c'est elle qui induit les transformations qui se produisent au niveau du mésenchyme.

La zone centrale, où les vaisseaux sont en cours de développement et groupés au centre de la papille mésenchymateuse représente l'ébauche de la pulpe dentaire.

Ainsi constituée cette structure tissulaire va élaborer une substance qui, ultérieurement, se minéralisera : la dentine apparaît d'abord à la partie périphérique, en suite, l'email se dépose à la surface des premières couches de la dentine.

L'émail qui va recouvrir la couronne est une production épithéliale.

Le cément, qui revêtira la racine ainsi que la dentine ont une origine conjonctive.

Cette minéralisation va se poursuivre simultanément par apposition de couches successives.

Cet accroissement se fait de manière centrifuge pour l'émail et centripète pour la dentine.

Cette édification à la jonction amelo – dentinaire des couronnes se continue formant d'abord la couronne, puis la racine, enfermant ainsi la pulpe dentaire.

## **2- Morphologie des dents ( 6)**

**La dent comporte plusieurs parties :**

- **une couronne** : c'est la partie externe à l'alvéole, faisant issue dans la cavité buccale, recouverte d'émail.

**La couronne des prémolaires et des molaires présente 5faces :**

\*une face vestibulaire ou jugale

\*une face palatine ou linguale selon qu'il s'agit d'une dent maxillaire ou mandibulaire.

\*deux faces proximales, ainsi nommées parce qu'elles se trouvent au contact des dents voisines.

\*une triturante ou masticatrice, portant en général deux cuspides ou pointes pour les prémolaires et trois à cinq cuspides pour les molaires  
Les cuspides sont séparées par les sillons intercuspidiens

**La couronne des incisives et des canines présente quatre faces :**

\*une face vestibulaire ou labiale ; où l'on retrouve habituellement deux dépressions linéaires verticales délimitant trois travées d'émail

\*une face palatine ou linguale présentant deux cuspides de volumes inégaux et formant le cingulum

\*une face distale ; éloignée du milieu de la bouche

\*une face mésiale, la plus rapprochée de ce milieu.

Il n'y a pas de face triturante, mais un bord libre tranchant.

**-Les racines :** elles sont coniques, de section ovale.

L'extrémité des racines s'appelle l'apex, il est effilé et par son orifice terminal appelé foramen apical que pénètre le paquet vasculo-nerveux. Elles sont habituellement droites pour les incisives, les canines et prémolaires, sauf dans la partie apicale plus courbe pour les molaires. Il y a généralement une racine pour les incisives et la canine ; une racine pour les prémolaires mandibulaires ; deux pour les prémolaires maxillaires mais qui peuvent fusionner et n'en former qu'une seule dite en « canon de fusil » : c'est souvent le cas pour les deuxièmes prémolaires maxillaires.

Les molaires mandibulaires ont généralement deux racines (une distale et une proximale).

Les molaires maxillaires en ont généralement trois ; deux vestibulaires et une palatine.

Des variantes dans le nombre de racines sont souvent détectées par l'examen radiographique.

**-La pulpe dentaire ou paquet vasculo-nerveux :** c'est un tissu conjonctif mou, très spécialisé d'origine ecto-mésenchymateuse, les cavités pulpaire de la dent c'est-à-dire la chambre pulpaire pour la couronne et les canaux radiculaires.

La pulpe est riche en vaisseaux sanguins et en nerfs ; les odontoblastes sont alignés à sa périphérie.

### **3 -Le parodonte ( 6 ) :**

Les dents sont maintenues dans les alvéoles osseuses par un ligament alvéo-dentaire.

Tout l'ensemble des tissus de soutien de la dent s'appelle parodonte ; formé par la muqueuse ; l'os alvéolaire, le desmodonte et le ciment.

**\*Le desmodonte ou ligament alvéo-dentaire** est formé de fibres conjonctives tendues en faisceaux entre le ciment et la face interne de l'alvéole, ce tissu fixe la dent tout en lui laissant une certaine mobilité.

Il s'épaissit au niveau du collet et devient plus large et plus lâche à l'apex où il forme l'espace périapicale de BLACK, protégeant le paquet vasculo-nerveux contre les chocs et les microtraumatismes.

**\*L'os alvéolaire :** l'espace desmodontal est limité du côté osseux ou alvéolaire par une couche osseuse de caractère cortical, la lamina dura qui fusionne au niveau de la crête avec la corticale alvéolaire externe . L'os alvéolaire est spongieux entre ces deux corticales.

**\*Le revêtement muqueux :** il comprend :

-**la partie gingivale** divisée en gencive attachée ou adhérente et en muqueuse par la ligne muco-gingivale.

-**la partie vestibulaire**, basale, mince et mobile sur les plans profonds .

**\* le ciment :** c'est un tissu minéralisé, cellulaire qui augmente avec le temps.

#### **4- Occlusion (7):**

C'est un état de contact antagoniste, des dents maxillaires et des mandibulaires (**VERCHERE et BUDIN**) .

L'occlusion centrée est la position où les arcades dentaires en occlusion sont en contact sur le plus grand nombre possible des dents (intercuspidie maximale) avec une relation correcte des cuspides et des fosses cuspidiennes ; les muscles masticateurs et articulations temporomandibulaires étant en équilibre (**A CHAPUT**).

Les dents viennent en contact par un point inter proximal de leur couronne .Elles sont placées sur deux arcades paraboliques, l'arcade maxillaire enveloppant l'arcade mandibulaire plus étroite.

A chaque dent vont donc correspondre deux dents antagonistes sur l'arcade opposée (sauf les incisives centrales mandibulaires qui n'ont qu'une antagoniste et les troisièmes molaires maxillaires).

Il faut se rappeler que l'occlusion centrée ne répond pas à la position de repos de la mandibule.

### 5 -Codification des dents ( 6 )

Chaque dent comporte un numéro d'ordre à partir de l'axe de symétrie du visage.

Les dents temporaires encore appelées dents de lait font leur éruption par groupe chaque semestre, depuis le sixième jusqu' au trentième mois .Elles sont au nombre de vingt au total.

La formule classique de la première dentition de lait est la suivante :

(Incisives : 2/2, canine : 1/1, molaires : 2/2 ) 2 = 20 dents

Les dents temporaires sont définies selon le schéma suivant :

$$\begin{array}{cccccc|cccccc} 5 & 4 & 3 & 2 & 1 & | & 1 & 2 & 3 & 4 & 5 \\ \hline 5 & 4 & 3 & 2 & 1 & | & 1 & 2 & 3 & 4 & 5 \end{array}$$

La formule de la dentition permanente est :

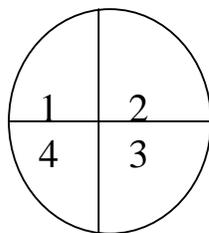
(2/2 incisives, 1/1 canine, 2/2 prémolaires et 3/3molaires) 2= 32

Les dents permanentes sont définies selon le schéma suivant :

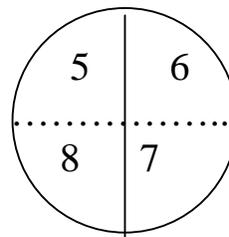
$$\begin{array}{cccccccc|cccccccc} 8 & 7 & 6 & 5 & 4 & 3 & 2 & 1 & | & 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 & 7 & 8 \\ \hline 8 & 7 & 6 & 5 & 4 & 3 & 2 & 1 & | & 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 & 7 & 8 \end{array}$$

Dans la méthode de codification actuelle, dit système à deux chiffres,

On aura les schémas modifiés suivants :



Dents permanentes



Dents temporaires

Le chiffre du cadran considéré précède le numéro d'ordre conventionnel de la dent ; par exemple : canine maxillaire droite

permanente est la 13. La première molaire temporaire mandibulaire gauche est la 74.

**Les numéros conventionnels :**

- **du cadran supérieur droit** est 1 pour la dentition définitive et 5 pour celle temporaire ;
- **du cadran supérieur gauche** est 2 pour la dentition définitive et 6 pour celle temporaire ;
- **du cadran inférieur gauche** est 3 pour la dentition définitive et 7 pour celle temporaire.
- **du cadran inférieur droit** est 4 pour la dentition définitive et 8 pour celle temporaire.

## **B- Extraction dentaire**

**1- Définition** : l'extraction dentaire est un acte chirurgical d'avulsion d'un organe dentaire (14).

### **2- Les indications de l'extraction dentaire ( 8 ) :**

Les dents doivent être extraites dans la mesure où leur conservation ne peut être envisagée après traitement endodontique conservateur ou traitement parodontal, prothétique, orthodontique ou chirurgical, ou lorsque leur maintien n'est plus raisonnablement possible au regard des conditions locales, régionales ou générales.

Les indications des extractions dentaires s'imposent généralement dans les cas suivants :

#### **a- La carie dentaire et ses complications :**

C'est une maladie infectieuse qui attaque les tissus durs de la dent, elle les ramollie puis les détruit.

**\*Classification de la carie dentaire :** elle peut être classée selon la localisation de la cavité des caries, la vitesse de progression, la profondeur de la pénétration de la lésion.

#### **\*Les complications de la carie dentaire :**

Il peut s'agir des complications pulpaires (pulpites chroniques, mortification pulpaire)

-les complications desmodontales (périodontite, périostite).

-des abcès.

-des infections spécifiques (l'endocardite d'OSLER, septicémie).

**NB :** la carie dentaire n'est pas dans tous les cas une indication de l'extraction dentaire ; elle le devient quand la dent atteinte ne peut plus être récupérée.

**b-Les parodontopathies** : ce sont des atteintes des tissus de soutien de la dent.

Plusieurs facteurs peuvent déclencher les parodontopathies tels que la plaque dentaire, le tartre, les malocclusions dentaires, les traumatismes etc....

Les parodontopathies sont surtout une indication de l'extraction dentaire quand elles entraînent une grande mobilité.

**c-Les traumatismes dentaires** : le traumatisme peut intéresser l'organe dentaire ou le parodonte entraînant une fracture dentaire grave ou une mobilité de la dent .Il devient en ce moment une des indications de l'extraction dentaire.

**d-Les extractions à visée prothétique. :**

**-définition de la prothèse dentaire** : c'est un appareil destiné à remplacer artificiellement la ou les dents et les tissus annexes.

Il y a deux types de prothèses :

**\*la prothèse amovible encore appelée adjointe ou prothèse mobile.**

**\*la prothèse conjointe encore appelée prothèse fixe ou prothèse inamovible.**

Le but de la prothèse dentaire peut être d'ordre matériel c'est-à-dire remplacer l'organe qui manque en tenant compte de l'esthétique ,ou d'ordre médical qui consiste à restaurer de façon physiologique toute la fonction masticatrice ,maintenir aussi longtemps que possible dans les bonnes conditions les organes masticatoires restants .

**e- L'échec des traitements conservateurs** : est aussi un motif de l'extraction des dents.

**Les contres indications**

- contres indications systémiques : elles concernent surtout les situations d'ordre général qui ne sont pas stabilisées malgré les efforts thérapeutiques déployés.

-contres indications locales : elles concernent des troubles locaux de cicatrisation qui peuvent être supprimés.

### **3- les instruments utilisés dans l'extraction dentaire**

**Les instruments les plus communément utilisés sont :**

\* **les syndesmotomes** : ils permettent de couper la sertissure gingivale tout autour de la dent.

Il existe deux grandes variétés (syndesmotome de Chompret et celui de Bernard) (16) .

\* **Les élévateurs** : ils servent à mobiliser la dent après la syndesmotomie. Il en existe des multiples (13).

\* **Les daviers** : ils permettent de saisir la dent ( 8 ) .

\***Les curettes** : leur rôle est d'explorer l'alvéole déshabité . Elles sont au nombre de trois (curettes droite , sur le tranchant à droite et à gauche ) .

\***Les matériels de suture** : fil de suture , porte-aiguille etc...

### **4- Technique de l'intervention ( 10)**

L'intervention se déroule généralement sous anesthésie locale.

S'il est nécessaire de procéder à l'extraction de plusieurs dents, l'intervention s'effectuera en plusieurs séances espacées de 2 à 3 semaines en général.

**L'anesthésie générale peut cependant vous être proposée :**

- **soit parce qu'il existe des conditions particulières (allergie vraie aux anesthésiques locaux par exemple) .**
- **soit parce qu'il existe un grand nombre de dents à extraire en général plus de dix.**

Quel que soit le mode d'anesthésie la technique chirurgicale reste la même et consiste à extraire la dent par effet de levier grâce à des instruments adaptés.

Cependant, dans les cas d'extractions difficiles d'autres gestes sont souvent nécessaires comme :

- **inciser et décoller la gencive** afin de mieux explorer la zone opératoire.

- **dégager la dent en fraisant l'os qui l'entoure** afin de permettre son extraction.

- **sectionner parfois la dent.**

On procède ensuite à l'ablation d'un éventuel kyste dentaire, au lavage de l'alvéole dentaire (c'est le trou laissé par la dent) et à la suture de la gencive (quand celle-ci est indiquée) à l'aide des fils résorbables qui selon leur nature disparaîtront spontanément en 10 jours à 3 semaines.

En cas de traitement antiagrégant ou anticoagulant, il est souvent laissé en place dans l'alvéole, une compresse qui limite le risque de saignement secondaire, cette compresse se résorbe rapidement.

La durée de l'intervention est très variable en fonction des difficultés techniques.

### **Extractions difficiles ou chirurgicales ( 5)**

Elles se définissent comme l'avulsion d'une dent en situation normale ou parodontale, dont l'état pathologique coronaire et/ou radiculaire, nécessite un geste chirurgical spécifique complémentaire à la technique opératoire de base.

#### **\*causes des difficultés**

- Difficultés liées à la dent : position, morphologie, état naturel ou acquis de la dent conditionnent la difficulté de l'acte.
- Difficultés liées au contexte parodontal : le système d'ancrage de la dent reconstitué en particulier par le desmodonte peut, dans un certain nombre de cas, s'effacer, voir disparaître complètement, au profit d'une véritable ankylose de la racine dans l'os alvéolaire.

#### **\*Moyens complémentaires**

Afin de surmonter les obstacles rencontrés dans les avulsions dentaires difficiles, l'opérateur dispose de techniques complémentaires qui s'ajoutent aux techniques de base.

Trois temps peuvent être individualisés, correspondant chacun à un groupe instrumental particulier :

° **temps muqueux** : il sert à ouvrir et à dégager le site opératoire en réclinant la fibromuqueuse gingivale, puis assurer le repositionnement du lambeau après extraction dentaire.

Cette instrumentation se compose de : le bistouri, le décolleur, l'écarteur, des pinces ou précelles à griffes , la pince porte- aiguille, des ciseaux à fil et le fil de suture .

° **temps osseux** : il sert à réséquer l'os alvéolaire pour dégager le système radiculaire de la dent à extraire et rendre le site accessible aux autres instruments participant à l'avulsion de la dent.

Il nécessite les instruments suivants : une pièce à main chirurgicale, une turbine à fraise des pinces gouges.

° **temps dentaire** : il sert à saisir , luxer et sortir l'élément dentaire à l'issue ou non des autres temps opératoires .

L'instrumentation est composée d' un syndesmoteur , d'un élévateur et d'un davier à racine .

\* **Techniques opératoires spécifiques** : on décrit classiquement deux techniques spécifiques qui peuvent être utilisées séparément ou complémentaires selon les difficultés auxquelles l'opérateur est confronté.

° **Alvéolectomie** : on la définit comme la technique opératoire qui permet d'exposer partiellement ou totalement la ou les racine (s) de la dent à extraire .

Généralement , elle consiste à une ostéotomie de la table externe alvéolaire intéressant ou non les espaces intermédiaires.

La technique consiste à faire l'exposition du site , l'Alvéolectomie proprement dite, l'avulsion, la révision alvéolaire et la fermeture du site .

° **Séparation des racines** : par définition elle concerne les dents pluriradiculées. Sa réalisation permet de lever l'obstacle constitué par la divergence ou la convergence radiculaire qui s'oppose mécaniquement à la <sortie> de l'odonte de son alvéole.

Cette technique peut être utilisée seule ou compléter une Alvéolectomie selon les cas.

Les étapes sont les suivantes : l'exposition de la bifurcation radiculaire, le fraisage de la dent, la séparation et l'extraction.

## **5- Les suites opératoires**

Elles comportent :

- **des petits saignements** qui peuvent survenir au niveau des zones opérées pendant les 24 premières heures ;
- **la douleur** au niveau des zones opérées cède avec les antalgiques et les anti-inflammatoires prescrits et disparaît en général en quelques jours ;
- **l'oedème** dans la zone opérée est possible, il est imprévisible et varie d'une personne à l'autre **(10)**.

### **Les soins post-opératoires ( 10 )**

Ils comportent :

- des bains de bouche, à débiter seulement de 24 à 48 heures après l'intervention. Des bains de bouche commencés trop tôt peuvent entretenir des petites hémorragies en évacuant le caillot de sang qui stoppe normalement le saignement,
- des médicaments contre la douleur (des antalgiques : paracétamol, diantalvic ) ;
- souvent des anti-inflammatoires : diclofenac, ibuprofène,
- parfois des antibiotiques : amoxicilline, metronidazol ;
- l'application de la glace sur les joues pendant les 24 premières heures ( la glace a un bon effet anti-inflammatoire et anti-oedemateux ) ;
- une alimentation tiède ou froide pendant les 24 premières heures. Ceci diminue le risque de saignement
- une alimentation molle pendant les premiers jours post-opératoires ;

- le brossage des dents doit rester soigneux et rigoureux pendant la période post-opératoire ;
- il vaut mieux arrêter de fumer pendant la période post-opératoire .La poursuite du tabac favorise les complications liées à une mauvaise cicatrisation de la gencive.

### **6- Les risques de l'intervention (10)**

Tout acte médical, même conduit dans des conditions de compétences et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, comporte des risques de complication. Aujourd'hui, tout chirurgien se doit d'informer son patient sur les risques et complications éventuels de l'intervention dont il va bénéficier. Cette information doit être claire, loyale et intelligible. Elle a pour but de permettre à chaque patient de mettre en balance les risques qu'il en coure par rapport aux bénéfices qu'il retirera de l'intervention chirurgicale afin qu'il puisse prendre la décision, en son âme et conscience de se faire opérer ou non .

## **7-Les complications de l'extraction dentaire ( 8)**

Des complications sont possibles après toute intervention chirurgicale. Elles peuvent être prévenues à un niveau aussi faible que possible en respectant une bonne préparation, une technique opératoire répondant aux règles et des soins postopératoires appropriés .

### **Complications peropératoires**

Les accidents suivants peuvent survenir pendant l'intervention : fracture d'une racine, hémorragie, atteinte d'une dent voisine , ouverture des cavités anatomiques voisines , atteinte nerveuse, blessures des tissus mous avoisinants ou projection des fragments dentaires dans les tissus mous et une possibilité de fracture de maxillaire .

### **Complications postopératoires**

Elles sont les suivantes :

° **hémorragies postopératoires** : une hémorragie postopératoire survenant quelques heures après l'intervention est dans la plupart des cas le résultat d'une vasodilatation consécutive à la vasoconstriction due aux injections d'anesthésiques locaux avec vasoconstricteurs. Des bains de bouche intempestifs, des applications des compresses chaudes, des aliments vasodilatateurs ( café , alcool ) , la peur favorisent l'apparition des hémorragies .

° **infections :**

L'alvéolite est la complication la plus fréquente après les extractions dentaires. Elle apparaît après un laps de temps de deux à trois jours et est caractérisée par des violentes douleurs.

La cause première est une alvéolite <sèche> par manque de vascularisation de l'alvéole ou par lyse du caillot.

La conséquence est une ostéite localisée qui régresse généralement au bout de neuf jours par granulation secondaire de l'alvéole .

Le traitement de l'alvéolite se fait par nettoyage de la plaie par irrigations avec de l'eau oxygénée à 3% et avec application in situ de pansements locaux désinfectants et anesthésiques. Les douleurs sont justiciables d'un analgésique mais l'antibiothérapie ne s'impose pas .

A côté des traumatismes opératoires, il y a d'autres causes d'inflammations étendues des tissus mous ou de l'os, il s'agit essentiellement d'une baisse de la résistance de l'organisme ou d'une extraction pratiquée en phase aigue . Un large drainage des abcès ainsi qu'une longue antibiothérapie sont les bases du traitement.

Les ostéomyélites post-extractionnelles sont rares et oriente la réflexion vers la recherche d'une cause générale. C'est pourquoi le traitement local doit s'accompagner dans de tels cas d'une prise en charge par le généraliste.

° **hématomes** : ils sont le témoignage d'attrition des tissus mous ou d'une hémostase insuffisante. La constitution d'un hématome peut grandement perturber le cours normal de la guérison et faire le lit à une infection.

Si l'hématome est très étendu il faut évoquer l'hypothèse d'un trouble de la coagulation. De tels hématomes peut s'étendre jusqu'au cou et dans la région thoracique.

Leur traitement dépend de la localisation et de l'étendue.

Les moyens de traitement de choix sont le repos et l'application des pommades thrombolytiques.

**PATIENTS**

**ET**

**METHODE**

## **1- Cadre de l'étude :**

Notre étude a été réalisée au centre hospitalo-universitaire d'odontostomatologie (CHUOS) de Bamako.

Le CHUOS est situé au quartier du fleuve de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger .

C'est un centre hospitalier spécialisé en odontostomatologie.

Centre de référence nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 février 1986.

Erigé en établissement public à caractère administratif (EPA) par la loi n°92 – 026 /AN – RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu établissement public hospitalier (EPH) par la loi n°03- 23/AN- RM du 14 juillet 2003.

Il doit assurer les missions suivantes :

- assurer le diagnostic, les traitements des malades et des blessés
- prendre en charge les urgences et les cas référés.
- assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé.
- conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

## **2 -Matériels et méthode**

**a- type d'étude :** il s'agissait d'une étude descriptive et prospective qui s'est réalisée du 2 Janvier au 2 Juillet 2007 .

### **b- matériel proprement dit :**

Notre étude a porté sur 400 cas (un patient = 1cas) .

Nous avons utilisé :

- les fiches d'enquête
- un ordinateur avec logiciel épi info version 6- 0

### **\* critères d'inclusion :**

Etait inclus de notre étude, tout patient ayant consulté pour l'extraction dentaire.

**\* critères de non inclusion :** était exclu de notre étude tout patient ayant consulté pour toute autre pathologie .

**c- méthode de travail:**

A l'admission des patients on procédait à un interrogatoire et un examen clinique minutieux.

Les patients étaient examinés confortablement installés dans un fauteuil dentaire muni d'un scialytique à bonne lumière, à l'aide d'un plateau métallique contenant un miroir plan dentaire, une sonde dentaire ordinaire, une précelle.

Nous nous contentions le plus souvent de l'examen clinique pour confirmer le diagnostic, mais souvent une radiographie était demandée.

L'intervention consistait à l'avulsion de l'organe dentaire mais très généralement une antibiothérapie précédait l'intervention.

Le recueil des données a été fait à partir des dossiers de consultation. Ces dossiers étaient exploités à l'aide de fiche d'enquête que nous prenions soin de remplir nous mêmes.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi-Info6-0 version française.

Les calculs statistiques ont été effectués avec un risque alpha de 0,05% et une représentation tabulaire des données a été adaptée .

# **RESULTATS**

**Tableau I : répartition de l'effectif des patients en fonction des tranches d'âges :**

<i>Tranche d'âge (en années )</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>0-10</b>	<b>4</b>	<b>1,00</b>
<b>11-20</b>	<b>106</b>	<b>26,5 0</b>
<b>21-30</b>	<b>65</b>	<b>16,25</b>
<b>31-40</b>	<b>55</b>	<b>13,75</b>
<b>41- 50</b>	<b>50</b>	<b>12,50</b>
<b>51-60</b>	<b>40</b>	<b>10,00</b>
<b>Plus de 60</b>	<b>80</b>	<b>20,00</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>

**La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 11à 20ans (26,50%) devant celle de plus de 60 ans avec 20% selon notre étude . L'âge moyen a été de 40ans .**

**Tableau II : répartition de l'effectif des patients en fonction du sexe**

<i>Sexe</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Masculin</b>	<b>120</b>	<b>30,00</b>
<b>Féminin</b>	<b>280</b>	<b>70,00</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>

**Le sexe féminin a été plus représenté ( 70% ) avec un sex- ratio de 2,03 .**

**Tableau III : répartition de l'effectif des patients en fonction de l'ethnie**

<i>Ethnie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Bamanan</b>	<b>102</b>	<b>25 ,50</b>
<b>Soninké</b>	<b>96</b>	<b>24,00</b>
<b>Peulh</b>	<b>80</b>	<b>20,00</b>
<b>Sonrhäï</b>	<b>60</b>	<b>15,00</b>
<b>Autres</b>	<b>62</b>	<b>15,50</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>

**L'ethnie Bamanan a été la plus représentée avec 102 cas soit 25,5 % suivie des Sarakolés 24% .**

**Les autres ( Bozo 3,50%, Sénoufo5%, Touareg1,50% et Minianka 5,50% ) .**

**Tableau IV: répartition de l'effectif des patients en fonction de l'occupation**

<i>Occupation</i>	<i>Effectif</i>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Travailleurs intellectuels</b>	<b>16</b>	<b>4,00</b>
<b>Etudiants et élèves</b>	<b>64</b>	<b>16,00</b>
<b>Agriculteurs</b>	<b>76</b>	<b>19,00</b>
<b>Femmes au foyer</b>	<b>180</b>	<b>45,00</b>
<b>Commerçants</b>	<b>62</b>	<b>15,50</b>
<b>Autres</b>	<b>2</b>	<b>0,50</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>

**Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 180 cas soit 45% suivies des agriculteurs 19% .**

**Les autres ( sans occupation 1cas et maçon 1cas) .**

**Tableau V: répartition de l'effectif des patients en fonction de la résidence à Bamako**

<i>Résidence à Bamako</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Commune I</b>	<b>68</b>	<b>17,00</b>
<b>Commune II</b>	<b>48</b>	<b>12,00</b>
<b>Commune III</b>	<b>52</b>	<b>13,00</b>
<b>Commune IV</b>	<b>76</b>	<b>19,00</b>
<b>Commune V</b>	<b>104</b>	<b>26,00</b>
<b>Commune VI</b>	<b>52</b>	<b>13,00</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>

**La commune V avec 26% devance la commune IV( 19%) .**

**Tableau VI : répartition de l'effectif des patients en fonction du motif de consultation**

<i>Motif de consultation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Douleur</b>	<b>234</b>	<b>58,50</b>
<b>Abcès</b>	<b>120</b>	<b>30,00</b>
<b>Causes prothétiques</b>	<b>30</b>	<b>7,50</b>
<b>Gêne fonctionnelle</b>	<b>16</b>	<b>4,00</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>

**La douleur a été le motif qui a le plus conduit les patients à la consultation avec 234 cas soit 58,50%.**

**Ensuite ce fut les abcès dentaires avec 30% .**

**Tableau VII : répartition de l'effectif des patients en fonction du type de dents concernées par l'ED**

<i>Type de dents concerné par l'ED</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence ( % )</i>
<b>Incisives</b>	<b>108</b>	<b>27,00</b>
<b>Canines</b>	<b>54</b>	<b>13,50</b>
<b>Prémolaires</b>	<b>114</b>	<b>28,50</b>
<b>Molaires</b>	<b>124</b>	<b>31,00</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100 ,00</b>

**Les molaires ont été le type de dents qui ont été les plus extraites avec 124cas soit 31% . Les incisives ont été extraites dans 27% .**

**Tableau VIII : répartition de l'effectif des patients en fonction de la pathologie causale de l'extraction dentaire**

<i>Pathologie causale de l'extraction</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence ( % )</i>
<b>Carie dentaire</b>	<b>220</b>	<b>55,00</b>
<b>Causes prothétiques</b>	<b>30</b>	<b>7,50</b>
<b>Traumatismes</b>	<b>110</b>	<b>27,50</b>
<b>Parodontopathies</b>	<b>40</b>	<b>10,00</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>

**La carie dentaire a été la première cause de l'ED selon notre étude (55 %) . Elle a été suivie par les traumatismes avec 27,50%.**

**Tableau IX : répartition de l'effectif des patients en fonction du type de complications**

<i>Type de Complications</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Douleur</b>	<b>14</b>	<b>3,50</b>
<b>Fractures dentaires</b>	<b>44</b>	<b>11,00</b>
<b>Absence de complication</b>	<b>336</b>	<b>84,00</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>

**Les fractures dentaires ont représenté 11% des complications suivies de celle de la douleur 3,50%.**

**Tableau X : répartition de l'effectif des patients en fonction du traitement médical associé**

<i>Type de traitement médical associé</i>	<i>Effectif</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<b>Antibiotiques</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>
<b>Antalgiques</b>	<b>354</b>	<b>88,50</b>
<b>Anti-inflammatoires</b>	<b>300</b>	<b>75,00</b>
<b>Bain de bouche</b>	<b>16</b>	<b>4,00</b>

**L'antibiothérapie a été associée chez tous les patients .**

**Les antalgiques ont été associés dans 88,50% des cas , les anti-inflammatoires dans 75% et les bains de bouche dans 4% des cas .**

**Tableau XI : répartition des patients selon la réalisation radiographique**

<i>Radiographie</i>	<i>Effectif</i>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Réalisée</b>	<b>40</b>	<b>10,00</b>
<b>Non réalisée</b>	<b>360</b>	<b>90,00</b>
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100,00</b>

**La radiographie a été réalisée seulement dans 40 cas soit 10% .**

**COMMENTAIRES**

**ET**

**DISCUSSION**

## 1- En fonction de l'âge

Il a été constaté une prédominance des patients dont la tranche d'âge se situe entre **11 et 20 ans** . Cela a été le cas d'une étude réalisée au CHU campus de Lomé par **Agoda P., E.Bogo , Chmdia P.T.,**

**Jogba D.D .(2)**

La tranche d'âge la plus représentée dans l'étude réalisée par **Aliou M Traoré (3)** au CHUOS de Bamako a été de **20-29ans** .

Les âges extrêmes ont été de **5ans et 75 ans** avec une moyenne d'âge à **40ans**.

**Oginni F.O. et coll. (16)** ont eu des extrêmes de **4 et 102 ans** .

**Sanya B.O. et coll. (19)** en 2004 au Kenya ont trouvé **6 et 85 ans** .

L'extraction peut concerner tous les âges .

## 2- En fonction du sexe

Nos résultats font remarquer une prédominance du sexe féminin avec **un sex- ratio de 2,03** en sa faveur .

**Oginni F.O. et coll. . (16)** au Nigeria en 2004 ,ont trouvé **1,4 en faveur des femmes** .

**Aliou M Traoré ( 3 )** au Mali a trouvé **1,82 en faveur du sexe féminin** .

## 3) En fonction de l'ethnie

Les Bamanans et les Soninkés ont été les mieux représentés **25,50% et 24%** .

Les Bamanans ont dominé également dans l'étude réalisée par **Aliou M Traoré (3)** au CHUOS avec **22,5%** mais suivis des Malinkés (**20%**) .

La plus grande représentativité des Bamanans pourrait être expliquée par une plus grande fréquence à la consultation de cette ethnie selon notre étude.

#### **4) En fonction de l'occupation**

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses avec **45%** suivies des agriculteurs **19%** .

Contrairement à nous, **Aliou M Traoré ( 3 )** a trouvé **33% des cas de son échantillon.**

#### **5) En fonction de la résidence à Bamako**

Les patients de notre étude résidaient dans toutes les communes du district de Bamako .

La commune V a été la plus représentée . Cela a été le cas dans l'étude de **Aliou M Traoré au CHUOS de Bamako .( 3 )**

#### **6) En fonction du motif de consultation :**

La douleur a représenté **58,50%** du motif de consultation.

La douleur a occupé également le premier rang du motif de consultation avec **56%**chez **Ntumba MK, Sangway Songob ( 14 )**

Cela pourrait s'expliquer par la place importante qu'occupe la douleur en odontostomatologie. ( **9** )

### **7) En fonction des dents concernées**

Tous les types de dents ont été concernés par l'extraction dentaire.

Le secteur molaire a été le plus affecté (**31%**) . Ces résultats ont été confirmés par une étude réalisée au CHU campus de Lomé par **Agoba P.,Bogo E., Chmdia P.T., Jogba D.D. avec 29% des cas ( 2) .**

**Aliou M Traoré (3)** a trouvé **52,27%** en faveur des molaires .

### **8) En fonction des pathologies causales de l'extraction dentaire**

Les extractions pour causes de caries ont représenté **55%** soit plus de la majorité des cas.

Cela confirme les données de plusieurs auteurs : **Sanya B.O. et Coll.(19)** ont trouvé **52,60% des cas** , **Oginni F. O. (15)** en 2005 au Nigeria ( **56,4%** ) , **Aliou M Traoré ( 3 ) ( 58,5% )** .

Les traumatismes ont représenté **27,5%** dans notre étude et **35,72%** dans celle de **Aliou M Traoré ( 3 )** .

### **9) En fonction des complications**

Il est très important de signaler que **342 cas** d'extractions dentaires ont été réalisés sans complication dans notre étude.

La fracture dentaire par fragilité de la dent atteinte a été la complication la plus constatée avec **11%**.

Avec **Charles R.B. ( 4 )** les alvéolites ont été les complications les plus constatées, **2-5%** pour les extractions simples et **20-35%** pour les extractions chirurgicales .

### **10) En fonction du traitement médical associé**

Une antibiothérapie a été associée à tous les cas de notre étude.

Avec **J. LEBEAU ( 10)** l'antibiothérapie n'a été prescrit qu'en cas d'infection .

Cela pourrait s'expliquer par notre antibiothérapie préventive.

## **11) En fonction de la radiographie**

Les **90%** des extractions de notre échantillon ont été réalisées sans le concours de la radiographie.

Elle n'a été réalisée que dans les **10 %** où nous l'avons jugée nécessaire.

**CONCLUSION  
ET  
RECOMMANDATIONS**

# Conclusion

Il y avait 400 patients dont 70% de femmes avec **un sex- ratio de 2,03**.

Elle a concerné surtout les jeunes de 11 à 20 ans (26,50%), ainsi que les femmes au foyer (**45%**).

L'étiologie principale a été celle de la carie dentaire avec **55%**.

Les molaires ont plus été extraites avec **31%**.

Notre étude a recensé **14,50%** de complications avec les fractures dentaires au premier plan qui ont représenté **11%** de ces complications.

L'antibiothérapie a été prescrite dans tous les cas.

# **Recommandations :**

**Notre souhait le plus ardent est de voir le généraliste et le spécialiste collaborer pour une meilleure prise en charge des patients.**

**Nos recommandations iront :**

**1) aux autorités socio sanitaires :**

- promouvoir des campagnes de sensibilisation pour la prévention des affections bucco-dentaires ;
- former en grand nombre les spécialistes en odontostomatologie pour faciliter l'accès de la population aux soins dentaires afin de limiter leurs complications conduisant aux extractions dentaires.
- équiper les centres de référence des communes IV et V d'un fauteuil dentaire.

**2) à la population :**

- consulter les dentistes au moins deux fois par an pour déceler les lésions carieuses au tout début afin de limiter les complications ,
- pratiquer une bonne hygiène bucco-dentaire ( se brosser les dents après chaque repas ) .
- suivre les conseils des chirurgiens dentistes sur les dispositions à prendre dans la période post-extraction dentaire.

**3) aux chirurgiens du service :**

- sensibiliser la population et promouvoir l'hygiène bucco-dentaire ;
- tenter de sauver toute dent susceptible de l'être avant de procéder à l'avulsion ;
- tenter de récupérer les dents traumatisées avant de préconiser l'extraction ;
- expliquer clairement les dispositions à prendre ( ce qu'il faut ou ne faut pas faire ) dans la période post-extraction pour limiter les complications .

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**1- ADRHOLD L. , FRENKEL G.**

Die aufklarung inder zahnarztlichen chirurgie .  
Zahnarz .Prax. 32(1981) , 184 .

**2-AGODA .P; BOGO.E; CHMDIA.P.T, JOGBA.D.D**

L'extraction dentaire au CHU campus de Lomé (Togo). A propos  
de 981 malades.  
De 1996 à 2001, thèse

**3-ALIOU M TRAORE**

Extractions dentaires : étiologies et dents concernées au service  
d'odontostomatologie chirurgicale du CHUOS de Bamako.  
Thèse 2007-2008

**4-CHARLES R.B.-**

Alveolar osteitis prevention by immediate placement of medicated  
packing.  
Oral surg med , oral pathol radiol endod , 2000; 90: 282-4

**5- DENHEZ.-F, SEIGNERIC.J.-B, J.-F. ANDREANIET.J.-F,  
CANTALOUDE .-D**

Extractions dentaires : techniques opératoires .  
Encycl. Med . Chir. ( Elsevier Paris ), Stomatologie / Odontologie,  
22-092-A-10. 1999, 12p

**6-DENTWIKI PEDIA**

Description, dent et périodonte [WWW.Wikipedia. Org / Wiki/  
dent 51](http://WWW.Wikipedia.Org/Wiki/dent51), dernière modification 30 juin 2006 , = 95 -98

**7-GEORGE LE BRETON**

Traité de sémiologie et clinique odontostomatologie .  
Edition cdp , 22 p .

**8- HORCH H.-H**

Chirurgie buccale . Les extractions et leurs complications ,  
Masson Paris 1996, 141-160

**9- LAUTROU.-A**

Anatomie dentaire , abrégé d'odontostomatologie .  
2<sup>ème</sup> édition Masson Paris 1997 .

**10- LEBEAU.J**

Collège hospitalo- universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et  
stomatologique . (France ).  
2ème édition Elsevier 2005 , pour le 2ème cycle des études médicales.  
Collection : campus illustré .

**11- LEZY.J.-P, PRINC.G**

Abrégés de pathologie maxillo-faciale et stomatologique  
3<sup>ème</sup> édition Masson 2004.

**12- LO.C.M , D.FAYE , CISSE.D, YAM. A.A**

Etude de la carie dentaire dans les écoles primaires publiques  
dépendant du centre de santé Nabil Choucair de Dakar, Sénégal  
Odontostomatologie tropicale 2001 , No. 91

**13- MARTINAU C., PHILIPPE L.**

La chirurgie exodontique au quotidien .  
Ed. cdp 1999, collection guide clinique

**14- NTUMBA , MK , SANGWAY SONGOB .**

Extractions des dents temporaires .  
Revue Médecine d'Afrique noire 1993 , 40 (1) .

**15-OGINI F.O.**

Tooth loss in a sub-urban Nigerian population : cause and pattern of mortality revisited .  
Int . Dent J . 2005 feb, 55(1) : 17-23 .

**16- OGINI F.O., FATUSI O.A., ALGBE A.O**

A clinical evaluation of dry socket in a Nigerian teaching hospital.  
J.Oral Maxillofac.surg. 2004apr ; 62(4) : 519-20

**17- PERON JM. ET MANGEZ JF.**

Cellulites et fistules d'origine dentaire.  
Encycl. Méd. chir. (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Paris, tout droit réservé)  
Stomatologie / odontologie ; 22-033A-2002, 14p

**18- ROST.A**

Zur problematik der herddiagnostik.  
Zahnarztl . 1981 .

**19- SANYA B.O., NG'ANG'A P.M., NG'ANG'A RN**

Causes and pattern of missing permanent teeth among kenyans .  
East Afr Med J. 2004Jun ; 81(6) : 3225.

**20- SHAMMARI AL-. K.F, ANSARI AL-. J.M , MELH M AL-.  
A, KHABBAZ AL-. A.R**

Raison for tooth extraction in Kuwait .  
Med Princ Prac. 2006 , 15(6): 417- 22 .

**21- STEPHENS R.-G, KGNON SL., JARVIS EST.**

A study of the raison for tooth extraction in a canadian population,  
J Can dent assoc. 1991 Juin. 57(6) : 501 -4 ; Aug ;57(8) :611 .

**22- TETSH P , WAGNER W**

Die operative weisheitszahnentfernung .  
Hanser , Munchenvien 1982 =65-83

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**NOM :** TRAORE

**PRENOM :** HAMADOUN

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2008 -2009

**TITRE DE THESE :** contribution à l'étude de l'extraction  
Dentaire au CHUOS de Bamako

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako

**PAYS D'ORIGINE :** Mali

**LIEUX DE DEPOT :** Bibliothèques de la FMPOS et du  
CHUOS

# Résumé

Une étude descriptive et prospective sur les extractions dentaires a été entreprise dans le service d'odontostomatologie du CHUOS de Bamako **du 2 janvier au 2 Juillet 2007** .

Elle a porté sur **400** patients .

Il y avait **70%** de femmes .

La classe d'âge **11-20 ans** fut la plus fréquente avec **26,50%** .

Les ethnies les plus fréquentes furent respectivement les Bamanans (**25,5%** ) et les Sarakolés **24%** .

La majorité des patients étaient originaires des communes V(**26%**) et IV(**19%**) .

Les femmes au foyer étaient le groupe le plus représenté avec **45%** .

Les molaires ont été les dents les plus extraites avec **31%** .

Les caries dentaires ont été l'étiologie la plus fréquente avec **55%** .

Les fractures dentaires ont représenté **11%** des complications .

# **ANNEXES**

## FICHE D'ENQUETE

### A-Numéro du dossier

### B- Identification :

.Nom et prénom .....

Age .....

Sexe .....

Adresse .....

Ethnie .....

Profession .....

### C-Motif de consultation

Douleur                    **oui**       **non**  

Gène fonctionnel oui     non  

Abcès                    oui     non  

Causes orthodontiques oui  non  

Fracture dentaire    oui     non  

Causes prothétiques oui                    non  

### D-Dents concernées

Formule dentaire

~~8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8~~  
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

## E- Causes de l'extraction dentaire

- Carie dentaire            oui  non   
Abcès                    oui  non
- Traumatisme            oui  non
- Fracture dentaire        oui  non   
Causes prothétiques    oui  non

## F- Complications immédiates

- Fracture dentaire        oui  non   
Douleur                  oui  non   
Hémorragie              oui  non   
Fracture alvéolaire      oui  non   
Fracture mandibulaire    oui  non

## G- Traitement médical

- Antibiotiques            oui  non   
Anti-inflammatoires    oui  non   
Bain de bouche        oui  non   
Antalgiques            oui  non   
Autres                    oui  non   
                                  oui  non

## H- Radiographie

Réalisée .....

Non réalisée .....

I – Date.....

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion , de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient .

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception .

Même sous la menace , je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité .

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres , je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères .

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses .

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque .

**JE LE JURE !**