

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T-B

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE**

Année universitaire 2018-2019 N° :

THESE

EXTRACTION DES DENTS DE SAGESSES MAXILLAIRES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE BUCCALE AU CHU-CNOS DE BAMAKO : 134 CAS

Présentée et soutenue publiquement le 09/08/2019 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par: Mme. Awa TAPILY

**Pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie dentaire
(DIPLÔME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr Yacaria COULIBALY

Membre : Dr Abdoulaye KASSAMBARA

Co-Directeur: Dr Ousseynou DIAWARA

Directeur : Pr Boubacar BAH

DEDICACES

Dédicaces

Je tiens à remercier, et en premier lieu, **DIEU**, Le Tout Puissant ; Le Très Miséricordieux, pour toutes ces bénédictions qu'il m'a offertes.

***A mon pays natal la Côte d'Ivoire**

Pour mon éducation et les bons moments d'enfance, que la paix règne en ton sein !!!

***A mon pays d'origine, le Mali** Que j'aime beaucoup, que Dieu te bénisse et que la paix revienne en ton sein !!!

***A mon père (Mamoudou Tapily)**

Tu m'as toujours appris à me fixer un dessein dans la vie. Ton amour, tes sacrifices, tes encouragements surtout tes conseils « à persévérer dans la vie » et tes bénédictions font de nous ce que nous sommes aujourd'hui ; papa reçoit ce modeste travail pour t'exprimer tout mon amour, ma reconnaissance et toute ma profonde gratitude .Puisse Dieu te procure longévité et bonne santé papa. Merci papa !!!

***A la Mémoire de feu Aminata Tapily (ma mère) :**

«J'aurais bien, aimé que tu sois parmi nous pour qu'ensemble nous partagions ces bonheurs mais Dieu en a décidé autrement .Puisse Allahou te réserve sa clémence à sa large miséricorde et t'accueillir en son vaste paradis auprès des prophètes et des saints. (Amina) !!!

***A la Mémoire de mes maitres :**

Feu Professeur **DANIEL COULIBALY ;**

Feu Professeur **GANGALY DIALLO ;**

Feu Professeur **OGOBARA DOUMBO ;**

Feu Professeur **ANATOLE TOUNKARA.**

Paix à leurs âmes.

Remerciements

***Ma belle-mère Djénéba Samaké**

Reine mère, femme simple, soumise tu as été pour nous une consolatrice et une mère .Tu fais notre fierté maternelle. Que Dieu vous bénisse et surtout longévité !!!

***Feue beau-père : Mamadou Koné**

Repose en paix et que Dieu t'accueille dans son paradis. Amina !!!

Mon mari : Dr Yacouba Koné

Mon chéri, en ce jour si important de notre vie, permets-moi de te réaffirmer mon amour, mon profond attachement et ma gratitude pour ta bonté et ton soutien devant nos difficultés.

Homme scientifique, courageux, et avide de travail bien fait, j'ai appris à tes côtés le respect et l'harmonie pour un meilleur résultat. Puisse Allah qui nous a uni te permettre de trouver en moi un compagnon fidèle et utile.

S'il est vrai que l'époux est le maître de la femme, après Dieu, mon amour pardonne mes caprices et que le tout puissant exauce nos vœux et nous guide vers le chemin qui mène au paradis «Amina» !!!

***A mon fils : Mamoudou koné**

Dieu soit loué de t'avoir pour fils. Qu'il te bénisse et te protège **Bisous !**

A mes belles sœurs

Mme Koné Mamou Samaké, Rokia Koné, ainsi que toutes les autres dont les noms n'ont pas été mentionnés. Trouvez ici mon profond attachement à chacun d'entre vous. Vous m'avez accepté à cœur ouverts. Je tiens à vous remercier pour la considération à ma modeste personne. Merci pour la fraternité

***Mon Cadet : Daifour Tapily**

Notre Dieudonné, tu es la belle étoile (*), que Dieu t'accorde toutes les meilleures chances du monde !!!

***A ma sœur chérie : Tandou Tapily et ma confidente**

Malgré les difficultés de la vie nous sommes restées unies pour persévérer, enfin de donner le meilleur de nous-même comme notre papa a toujours voulu.

Ton soutien moral tout au long de mes études se solde par cette réussite.

Ce travail est aussi le tien, il est le fruit de notre union fraternelle ; puisse Dieu renforce ce lien et nous laisse unies à jamais !!!

***A mon adorable nièce : « Mariam TRAORE »**

Que Dieu te donne longue vie et te bénisse.

***A mon Oncle : Tonton Fousseyni**

Vous vous êtes toujours souciés pour ma réussite. Les mots me manquent pour vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour ma formation dans la vie.

Ce travail n'aurait pu arriver à terme sans votre apport tout moral, vos conseils et encouragement n'ont fait aucun défaut

Longue vie à la famille !!!

***Mon oncle Tonton : Alou kassogue**

Que Dieu te garde très longtemps auprès de nous afin que tous les enfants de la famille puissent profiter de tes sages conseils et de ta bonté

Ce travail est l'occasion pour moi de t'affirmer mon profond attachement et ma gratitude pour les bons moments que j'ai passé en famille !!!

***Mme Kassogué Djeneba Kassogué:**

Femme de principe et très intelligente, à travers toi on peut confirmer l'adage qui dit que « Derrière tout grand homme se cache une grande femme ».

Puisse Allah te donne une longue vie dans la paix et piété « amina » !!!

***A la Famille : Kassogué à Missira**

Ma joie au Mali c'est vous, mes tantes, oncles, cousins et grands-parents Kassogué. Que Dieu bénisse et protège le sang qui nous lie. Merci pour tout.

*** A mes cousins et ma cousine :**

Daiffour Tapily, Bouba Tapily (interne à la chirurgie pédiatrique), Dr Abdoulaye Tapily, et feue Awa Tapily (paix a son âme) je tiens à vous

remercier pour votre encouragement et soutien morale ; que DIEU renforce notre lien de parenté.

*** A mon Tonton : Dr Mamadou Tapily et famille**

Merci pour mes premiers pas au sein de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie et dans votre famille vous m'avez accueillie à bras ouvert.

Pour ma réussite, vous avez donné le meilleur de vous-même, vous restez toujours pour moi un soutien à la fois moral, que Dieu vous garde longtemps auprès de nous et veille sur votre famille !!!.

***A mes maris :**

Dr Moussa Toé Diarra, Dr Djelimory Kanouté, IngYacouba Dembélé, Dr Marc Kone, Sony Théra.

Vous avez été toujours là au moment où j'ai eu le plus besoin de vos soutiens, les mots me manquent pour vous exprimer mes sincères remerciements.

Que Dieu vous bénisse et bénisse votre amitié !!!.

*** A Dr Mama Dombia et à tout le personnel du cabinet dentaire du Golf.**

C'est à cœur ouvert que je tiens à vous remercier pour votre accueil chaleureux et l'hospitalité dont vous m'avez témoigné. Que Dieu vous bénisse ! **Au**

Docteur Marc Koné :

Comme on le dit dans notre adage bambara

« ngumandjamuye Foliyé » (merci cher docteur Marc)

Vous m'avez toujours soutenu en me motivant à avoir confiance en soit toujours là à m'écouter, à me donner des conseils surtout dans les moments pénibles. Vos précieux critiques et suggestions m'ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail .Veuillez recevoir ici l'expression de mon plus profond respect et de ma gratitude.

Au personnel du cabinet 12, cabinet 13, cabinet 5, cabinet 1, cabinet 14, service de chirurgie buccale (stomato1), vous m'avez accueillie à bras ouvert durant mes stages, votre qualité professionnel n'ont fait aucun défaut. Merci.

Au corps professoral, au Décanat de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako :

Merci pour tout le soutien moral et l'encadrement exemplaire dont nous avons bénéficié.

A tout le personnel du Centre Hospitalier Universitaire-Centre National d'Odontostomatologie (CHU-CNOS) de Bamako et plus particulièrement aux responsables des services de chirurgie buccale, et au personnel des cabinets :

Merci de nous avoir assistés et d'avoir fait de nous ce que nous avons souhaité être aujourd'hui ! Recevez l'expression sincère de toute notre reconnaissance.

A nos aînés de la 1^{ère}, 2^{ème}, et 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} promotions de la filière Odontostomatologie et nos cadets des classes inférieures :

Merci pour les encouragements.

A mes amis : Mme Diarra Fatoumata, Mme Diarra Salimata, Dr djomantenin , Dr Kadidia Traore.

L'amitié est un art qui se cultive et s'entretient.

Conservez-moi votre profonde amitié et votre immense amour et soyez convaincus qu'il en est de même pour moi !!!

Merci pour les bons moments passés ensemble, je ne vais jamais vous oublier.

A mes grands-parents maternels et paternels :

Fatoumata Tapily (Côte d'Ivoire), Fanta Kassogué (Mali), Daifour Tapily,

Ce travail est le résultat de votre prière incessante, de votre tendresse et de votre amour.

Que Dieu vous procure santé et joie pour le restant de la vie !!!

Je vous aime.

Au professeur Boubacar Bah :

Nous avons été toujours séduits par les immenses qualités humaines et intellectuelles qui font de vous un des professeurs dont on est fier de suivre l'enseignement.

Que Dieu vous bénisse et vous accorde longue vie professeur.

Au professeur Yacaria Coulibaly :

Merci Pr de m'avoir mieux initié dans le domaine de la recherche scientifique nous sommes entièrement reconnaissante pour la qualité de votre enseignement.

Qu'ALLAH le tout puissant vous donne une bonne santé et longue vie.

A Docteur Diawara, Docteur Wane chirurgiens-dentistes au CHU-CNOS

Cher maître je tiens à vous remercier

Malgré votre nombreuse occupation, vous nous avez toujours accueillis avec simplicité et gentillesse vous êtes comme un père Docteur

Permettez-moi de m'exprimer ainsi,

Merci papa et que Dieu vous donne longue vie surtout santé.

A Docteur Mamadou Diallo responsable du cabinet 1 (CHU-CNOS)

Pour votre dynamisme, votre disponibilité et votre gentillesse

Je vous souhaite bonne carrière professionnelle.

***A Docteur Hama Oueloguem (D.E .S en chirurgie pédiatrique)**

Merci pour votre contribution qui nous a mieux permis d'améliorer ce document ; vous êtes un exemple à suivre .Bon vent dans votre carrière professionnelle.

A nos amis et camarades de la 5^{ème} promotion, la nôtre baptisée « promotion Feu Professeur BOCAR SARR » :

Je tiens à vous remercier tous mes chers camarades, nous avons vécu des moments agréables ensemble à la faculté que Dieu fasse qu'on vivra encore des moments plus agréables à nos service

***A la mémoire de mes grands-parents :**

Feu Sekou Tapily, feu Djeneba Kassogué, Feu Ousmane Tapily, feu Tandou Tapily,

J'aurais bien aimé que vous soyez parmi nous pour qu'ensemble nous partagions ce bonheur

Que Dieu nous donne la force de toujours prier pour vous.

Repos éternel !!!.

L'oubli étant humain, remerciements et profond respect à tous ceux qui nous sont chers et dont nous n'avons pu citer les noms.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Pr Yacaria COULIBALY

- ✓ **Professeur titulaire en chirurgie pédiatrique à la FMOS**
- ✓ **Spécialiste en chirurgie pédiatrique**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- ✓ **Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali**
- ✓ **Membre de l'Association Malienne de pédiatrie**
- ✓ **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé**

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider notre jury. Nous sommes très honorés de pouvoir bénéficier de votre apports pour l'amélioration de la qualité de cette thèse ; Veuillez trouver ici notre reconnaissance et profond respect.

Que le tout puissant ALLAH vous comble de toute sa grâce !!!

A notre Maître et membre du Jury,

Dr Abdoulaye KASSAMBARA

- ✓ **Spécialiste en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale ;**
- ✓ **Maître Assistant à la FMOS ;**

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Nous avons toujours compté sur votre disponibilité et nous vous sommes particulièrement reconnaissants pour vos suggestions et précieux conseils.

Que le Tout Puissant ALLAH vous donne longue vie !!!

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Dr Ousseynou Diawara

- ✓ **Diplômé de la Faculté de Stomatologie de l'Institut d'Etat de Médecine de Krasnodar (ex URSS),**
- ✓ **Spécialiste en Santé Publique Odontostomatologie de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (UCAD),**
- ✓ **Spécialiste en Parodontologie de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (UCAD),**
- ✓ **Chef de Service de Parodontologie au CHU-CNOS.**
- ✓ **Attaché de recherche à la FMOS**

Cher Maître,

Vous nous avez fait l'immense honneur d'être l'instigateur de ce sujet et de codiriger ce travail.

Nous avons toujours compté sur votre disponibilité et nous vous sommes particulièrement reconnaissants pour votre investissement et vos précieux conseils.

Qu'ALLAH vous accorde une longue vie !!!

A notre directeur de thèse

Pr Boubacar BA

- ✓ **Maître de conférences en Odontostomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS),**
- ✓ **Spécialiste en Chirurgie Buccale,**
- ✓ **D.U en Carcinologie Buccale,**
- ✓ **Membre de la Société Française de Chirurgie Orale,**
- ✓ **Coordinateur de la Filière Odontologique de l'Institut National de Formation en Science de la Santé (l'INFSS),**
- ✓ **Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHU-CNOS,**
- ✓ **Membre du Comité National de Greffe du MALI,**
- ✓ **Praticien Hospitalier au CHU-CNOS,**
- ✓ **Chef de Service de Chirurgie Buccale.**

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par votre dynamisme et votre modestie.

Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements ont été d'un apport capital pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Permettez-nous, cher maître de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre respect.

Puisse ALLAH le tout puissant vous comble de toutes ses grâces!!!

Sigles et abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANPE : Agence Nationale pour la Promotion de l'Emploi

ATCD : Antécédent

CHU-CNOS : Centre Hospitalier Universitaire-Centre National
d'Odontostomatologie

CME : Commission médicale d'établissement.

CSI : commission des soins infirmiers.

CTE : Commission technique d'établissement.

CTHS : Comité technique d'hygiène et de sécurité.

CME : Commission médicale d'établissement.

CSI : commission des soins infirmiers.

CTE : Commission technique d'établissement.

CTHS : Comité technique d'hygiène et de sécurité.

DR : Docteur

DS : Dent de Sagesse

ED : Extraction Dentaire

HTA : Hyper Tension Artérielle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

M2 : Deuxième Molaire

M3 : Troisième Molaire

PR : Professeur

TABLE DES MATIERES

Table des matières

Liste des tableaux	XIX
Liste des figures.....	XX
I-INTRODUCTION	2
1-Objectif général.....	6
2-Objectifs spécifiques	6
1- Définition des termes	8
2- Rappel anatomique [6]	8
3- La dent de sagesse maxillaire	17
4- Vascularisation et innervation des dents.....	28
5- Les E-D (extractions dentaires) ou avulsion.....	29
6- Instrumentation	30
7- diagnostic des extractions dentaires.....	33
8- Technique d'extraction dentaire	37
9- Les indications de l'ED.....	39
10- Contre-indications de l'ED :	40
11. Complications per opératoires :.....	41
12. Complications des post-extractionnelles :.....	42
13. Les complications de la carie dentaire	43
IV- METHODOLOGIE	47
A-Cadre d'étude	47
B-Type, lieu et Période d'étude.....	50
C-Population d'étude.....	50
D-Echantillonnage.....	50
E-Aspects éthiques	50
F- L'état civil du patient.....	51
G- Aspect clinique.....	51
H-Les habitudes d'hygiène.....	51
I-Recueil des données.....	51
J-Saisie et analyse des données	51

2. Données sociodémographiques	64
3. Aspects cliniques	65
Conclusion	68
Recommandations	69
X- ANNEXES	75
FICHE SIGNALÉTIQUE	75
NOM : TAPILY	75
PRENOM : AWA	75
propos de : 134 Cas.	75
ANNEE : 2018-2019	75
VILLE : Bamako	75
Pays d'origine : Mali	75
Résumé	76
Fiche d'enquête	77

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des patients selon les tranches d'âge.....	54
Tableau II : Répartition des patients en fonction de leur profession	55
Tableau III: Répartition des patients en fonction de leur niveau d'étude	56
Tableau IV: Répartition de l'effectif en fonction du motif de consultation	56
Tableau V: Répartition de l'effectif en fonction des ATCD médicaux	57
Tableau VI: Répartition de l'effectif en fonction des ATCD chirurgicaux	57
Tableau VII: Répartition de l'effectif en fonction du motif de consultation	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VIII: Répartition en fonction des signes à l'inspection bucco dentaire	58
Tableau IX: Répartition de l'effectif en fonction des signes à la palpation.....	58
Tableau X: Répartition de l'effectif des patients en fonction des examens complémentaires.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XI: Répartition de l'effectif des patients selon la position anatomique de la dent	60
Tableau XII: Répartition de l'effectif des patients selon le traitement médical reçu avant et après avulsion dentaire.....	60
Tableau XIII: Répartition de l'effectif des patients selon l'indication de l'avulsion dentaire	61
Tableau XIV: Répartition de l'effectif des patients en fonction des complications per opératoire.....	61
Tableau XV: Répartition de l'effectif des patients en fonction des complications post opératoires.....	62

Liste des figures

Figure 1:anatomie de la dent [12]	10
Figure 2 : coupe sagittale et vue clinique de l'organe dentaire et du parodonte [9]	13
Figure 3 : structure d'une dent. [12].....	14
Figure 4:Illustration des différentes parties et composantes d'une dent (incisive inférieure) et du parodonte (os alvéolaire et gencive). [21] Erreur ! Signet non défini.	
Figure 5 : photographie de la face externe du crâne, après avoir réséqué la mandibule et la boîte crânienne, nous pouvons visualiser la situation de la dent de sagesse maxillaire, dernière dent de l'arcade dentaire, dans la tubérosité de l'os maxillaire [3].	18
Figure 6 : Face latérale de l'os maxillaire [4].	20
Figure 7 : photographie représentant la situation du corps adipeux de la joue d'après Cl. LEVY [19].	25
Figure 8 : Vascularisation et innervation d'une dent [12].	29
Figure 9:dent 18-28 avant extraction (CHU-CNOS cabinet 5).....	37
Figure 10:dent 18-28 extraite (CHU-CNOS : cabinet 5)	37
Figure 11 : Répartition de l'effectif des patients selon le sexe.	53
Figure 12 : Répartition de l'effectif des patients selon leur provenance.	54
Figure 13 : Répartition de l'effectif selon la prévalence de la dent concernée... ..	59
Figure 14 : Répartition de l'effectif des patients selon le suivi du traitement. ...	62

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

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, bref, elle participe activement à la phonétique. Cependant, il arrive malheureusement que, pour une ou d'autres raisons que certaines dents soient extraites [1].

L'extraction dentaire, pratiquée normalement par un dentiste, consiste à extraire une dent sous anesthésie locale ou locorégionale [2]. L'avulsion des dents de sagesse est une des procédures chirurgicales les plus répandues en chirurgie dentaire [3].

En raison d'une diminution d'origine vraisemblablement fonctionnelle, ce sont les dents des groupes distaux les premières touchées environ 30% des dents de sagesse du maxillaire [4].

Notons cependant que la dent de sagesse est le nom donné chez l'homme à la troisième molaire la dernière en arrière sur l'arcade dentaire, dont l'éruption se fait en général entre 16 et 25 ans, mais elle est toutefois inconstante.

L'être humain en possède quatre mais certaines personnes peuvent en posséder moins [5].

Etymologiquement, en français, ainsi qu'en anglais, en allemand et en arabe; la 3^{ème} molaire est nommée « dent de sagesse, Sans doute par ce qu'elle apparait beaucoup plus tard que les autres dents. Suivant les pays, elle porte différents noms : en Turquie on la nomme « dent de 20 ans, en Corée « dent de l'amour ou encore dent que les parents ne connaissent pas au Japon [6].

Selon un des auteurs Darwin, la 3^{ème} molaire tend à disparaître, selon lui nous assistons à une décadence progressive de cet organe, qui naît la dernière de toutes et périt la première ; nous considérons les dents de sagesse maxillaires en état pathologique comme un problème à l'origine d'un certain nombre de complications qui vont motiver leur avulsion.

Selon Traore M [7] dans ses travaux au Mali, les causes des extractions dentaires sont dominées par les caries dentaires et les parodontopathies respectivement 63 % et 43% alors que celles-ci sont évitables par la maîtrise d'une bonne hygiène bucco-dentaire.

Les dents doivent être extraites dans la mesure où leur conservation ne peut être envisagée après un traitement conservateur ou un traitement parodontal, prothétique, orthodontique ou chirurgical, ou lorsque leur maintien n'est plus raisonnablement possible au regard des conditions locales, régionales ou générales [1].

La décision d'avulsion sera prise en fonction des signes que présente chaque patient. Il peut s'agir de motif d'ordre prophylactique ou thérapeutique, mais ça ne sera qu'au terme d'une étude minutieuse, tant clinique, que l'indication d'extraction sera ou non retenue.

L'avulsion des dents de sagesse peut se révéler difficile du fait des particularités anatomiques et la position des dents de sagesse, de leurs rapports avec les éléments anatomiques de voisinage, en particulier le paquet vasculo-nerveux dentaire supérieur [6].

La prise en charge de ces dents de sagesse peut prévenir les infections focales d'origine dentaire. C'est un acte préventif et thérapeutique par le respect d'hygiène bucco-dentaire et par des visites régulières chez le chirurgien-dentiste. Selon les rapports annuels du centre (CHU_CNOS) au cours de l'année 2016 et 2017, le taux d'extraction dentaire était respectivement de 16,09% et 25,65%. Les données épidémiologiques sont rares au Mali sur les extractions des dents de sagesse maxillaires plus précisément ; c'est pour cette raison que nous avons jugé nécessaire de faire une étude en guise de contribution à la recherche scientifique et de mieux connaître l'anatomie avant de se prononcer.

1-INTERET

Cette étude servira :

- ❖ D'ébaucher à d'autres études similaires ultérieures.
- ❖ De prévenir les difficultés et complications rencontrées lors de l'avulsion dentaire de ces 3^{ème} molaires.
- ❖ De répertorier les sujets victimes de ces avulsions.

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

1-Objectif général

Etudier les aspects épidémiocliniques et chirurgicaux de l'extraction des dents de sagesse maxillaires au CHU-CNOS de Bamako : 134 cas

2-Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients ayant subi l'extraction des dents de sagesse maxillaires ;
- ✓ Décrire les aspects cliniques de ces dents de sagesse extraites
- ✓ Identifier les étiologies des extractions de ces dents de sagesse maxillaires ;
- ✓ Décrire les indications chirurgicales de ces dents

GENERALITES

III- GENERALITES

1- Définition des termes

Germe dentaire : un germe dentaire d'une dent permanente correspond au stade primitif d'une dent, depuis le stade de bourgeon jusqu'à la maturation complète de la dent, c'est à dire jusqu'à ce que l'édification radiculaire soit achevée (définition de l'ANAES)

Carie dentaire : la carie est une maladie infectieuse multifactorielle transmissible induisant une destruction localisée des tissus durs dentaires. [22]

En odontologie, la flore bactérienne bucco-dentaire constitue un écosystème riche et complexe de plus de 500 espèces, la plupart des infections sont dues à la flore endogène de la cavité buccale. Celle-ci est dite commensale ; mais elle peut devenir pathogène opportuniste suite à un déséquilibre, ayant comme incidence la plus connue la carie, et la moins connue le passage de germes dans le sang ou bactériémie, pouvant conduire à une fixation bactérienne sur les organes lésés. [23]

2- Rappel anatomique [6]

2.1. Anatomie de la dent et ses tissus de soutien :

2.1.1. Morphologie dentaire

L'organe dentaire comprend deux parties :

- L'odonte
- Le parodonte

2.1.2. Les dents:

Il y'a 32 dents permanentes et 20 dents temporaires réparties entre le maxillaire et la mandibule. On distingue 4types de dents : les incisives, les canines, les prémolaires et les molaires. Chaque dent comporte deux parties : une visible la couronne et une invisible la racine

Ces deux parties sont séparées par une ligne de démarcation spécifique : le collet résultant de la juxtaposition intime des deux tissus les plus externes de la dent, l'émail pour la couronne et le ciment pour la racine.

2.1.3. La couronne

C'est la partie visible de la dent caractérisée par:

- sa couleur blanche ou blanc-jaunâtre,
- sa dureté,
- ses éléments anatomiques nettement différenciés qui sont des saillies et des dépressions.

Elle a l'allure d'un volume présentant cinq faces :

- Face vestibulaire : orientée vers les lèvres et les joues et présentant des sillons,
- Face linguale ou palatine : orientée à l'inverse vers la cavité buccale caractérisée surtout par des sillons qui quelque fois forment le cingulum des incisives et des canines,
- Face mésiale : orientée vers le plan sagittal médian,
- Face distale : orientée à l'inverse de la face mésiale,
- Face occlusale : ou bord libre pour les incisives et les canines et, face triturante pour les molaires et les prémolaires. Cette face est en rapport avec les embrasures et les faces occlusales de l'arcade antagoniste, c'est la face fonctionnelle par excellence. Elle comporte, pour les molaires et prémolaires, des crêtes marginales, des cuspidés dont le nombre varie selon la molaire.

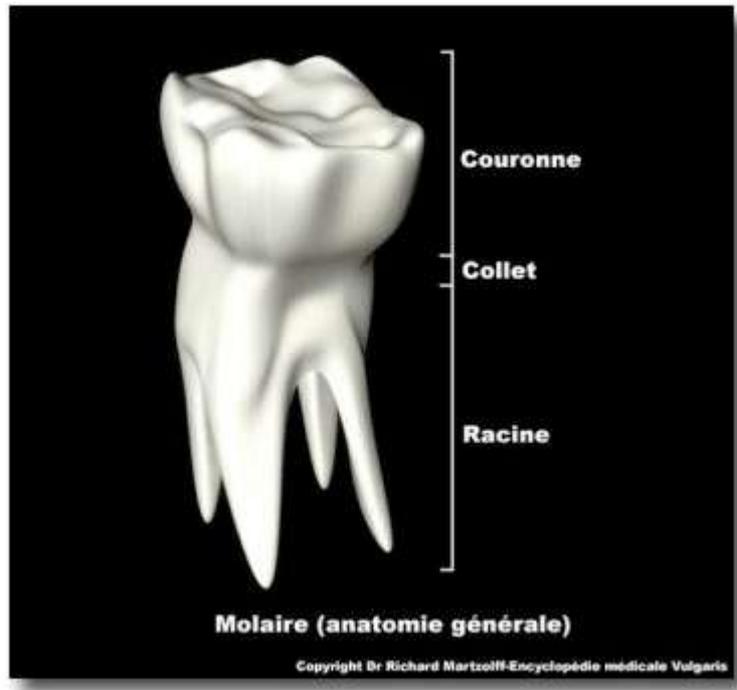


Figure 1:anatomie de la dent [12]

2.1.4. La racine

Elle correspond à la partie invisible de la dent, implantée dans l'os alvéolaire et caractérisée par sa teinte jaunâtre et sa forme effilée depuis la zone du collet jusqu'à l'apex. En général, la ou les racines ont la même forme conique à rétrécissement rapide vers l'apex ou foramen qui livre passage au paquet vasculo-nerveux propre à chaque pulpe.

Nombre de racines

- Les incisives, les canines, les deuxièmes prémolaires supérieures et les prémolaires inférieures sont mono radiculées.

On note que la racine inférieure peut être bifide dans son tiers apical.

La première prémolaire supérieure est biradiculée avec une racine vestibulaire et une palatine. Les molaires inférieures sont biradiculées dont une mésiale et une distale. Les molaires supérieures ont trois racines dont une palatine et deux vestibulaires.

Les racines tendent à se rapprocher lorsqu'on va de la première à la troisième molaire. On peut noter quelques fois une accentuation de la divergence de ces racines de la première à la troisième molaire. Il arrive d'observer un apex en forme de crochet d'où certaines difficultés rencontrées lors des extractions.

2.1.5. Le parodonte

Il constitue l'appareil de soutien de la dent. Sous ce vocable, on rassemble le cément, les faisceaux ligamentaires qui réalisent le ligament alvéolo-dentaire, l'os alvéolaire et enfin la gencive.

2.1.6. La gencive

La gencive fait partie des tissus mous de revêtement de la cavité buccale. Elle entoure les collets des dents, assurant la continuité de l'épithélium buccal au-dessus du ligament parodontal et de l'os alvéolaire. De couleur rose pâle, elle peut être dans certains cas pigmentée. La gencive se divise en trois parties : la gencive libre ou marginale, la gencive attachée, la gencive papillaire ou interdentaire.

2.1.7. L'os alvéolaire

L'os alvéolaire est défini comme la partie du maxillaire et de la mandibule qui forme et supporte les alvéoles dentaires. Il est formé par la réunion de deux corticales vestibulaire et linguale et sa morphologie varie en fonction des formes et des positions des racines. Il se développe avec les dents et s'efface presque totalement après leur disparition. Il se présente sous la forme d'une enveloppe d'os compact dense entourant un os spongieux à grands espaces médullaires assurant une vascularisation très importante.

On distingue de l'extérieur vers l'intérieur :

- le périoste, fine membrane jaunâtre très fibreuse adhérent sur la surface osseuse,
- La corticale périphérique vestibulaire, constituée d'un os compact continu,

- La paroi alvéolaire interne, constituée d'une lame criblée de pertuis permettant le passage de structures vasculaires et nerveuses entre les espaces médullaires et le ligament parodontal,
- la corticale périphérique lingual, identique à la vestibulaire.

1.1.8. Le desmodonte ou ligament parodontal

Le desmodonte est un tissu conjonctif non minéralisé situé entre le ciment et l'os alvéolaire. C'est la structure qui permet le lien entre la dent et son alvéole. Le desmodonte aussi connu comme système d'attache est richement vascularisé et contient des mécanorécepteurs sensoriels et des propriocepteurs. Il est en continuité avec la lamina propria de la gencive mais limité par les fibres crestales. Les fibres de collagène constituent 50 à 70% du desmodonte. En

forme de sablier, son épaisseur varie en fonction de la région de la racine et en général, diminue avec l'âge.

2.1.9. Le ciment

C'est un tissu calcifié et minéralisé, semblable à l'os ; qui recouvre toute la dentine radiculaire ; il est ni vascularisé ni innervé. On distingue 4 types de ciments :

- le ciment acellulaire afibrillaire,
- le ciment acellulaire à fibres extrinsèques,
- le ciment cellulaire à fibres intrinsèques,
- le ciment cellulaire à fibres extrinsèques.

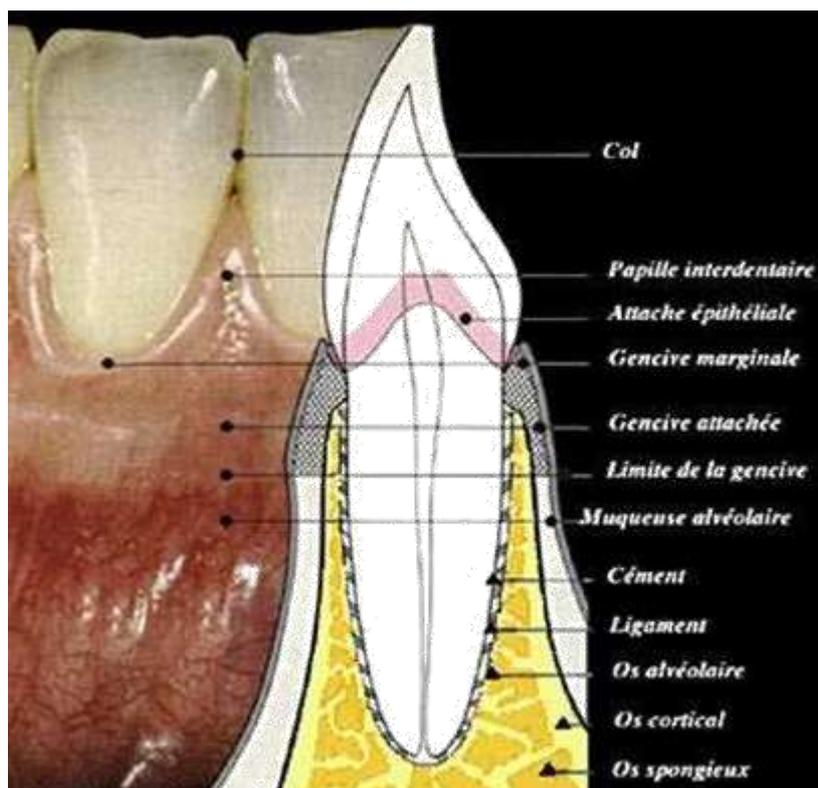


Figure 2 : coupe sagittale et vue clinique de l'organe dentaire et du parodonte [9,10]

2.2. HISTOLOGIE DENTAIRE

2.2.1. L'émail

L'émail qui recouvre la dentine coronaire est le tissu le plus minéralisé de l'organisme. Il est constitué d'une juxtaposition de structures élémentaires ou prismes qui parcourent toute l'épaisseur de l'émail de la jonction amélo-dentinaire jusqu'à la surface de la dent. Chaque prisme comporte une pièce renflée ou cœur du prisme qui se prolonge par une partie mince ou queue du prisme. Les prismes sont imbriqués les uns aux autres et chaque prisme est limité par une gaine de nature organique. L'agencement des prismes est tel que le cœur d'un prisme est logé entre les queues des prismes sus jacents.

Un prisme contient des cristaux regroupés en faisceaux alignés parallèlement entre eux. Le grand axe du cœur est parallèle à l'axe des cristaux et au niveau de la queue, les cristaux divergent par rapport au grand axe du prisme.

Dans les deux tiers internes de l'émail, les prismes ont un trajet sinueux ; lesquelles sinuosités se font par groupes et les prismes d'un groupe sont parallèles entre eux. Par contre, dans le tiers externe de l'émail, le trajet des prismes devient progressivement rectiligne, les prismes sont alors parallèles entre eux et perpendiculaires à la surface de la dent.

L'observation des prismes dans le sens longitudinal montre :

- Des alternances de constructions et de dilatation,
- Des striations transversales.

On observe aussi au niveau de l'émail des stries de Retzius qui sont des lignes séparant les différentes couches d'émail formées et qui suivent le contour de la dent depuis la formation des premières couches [6].

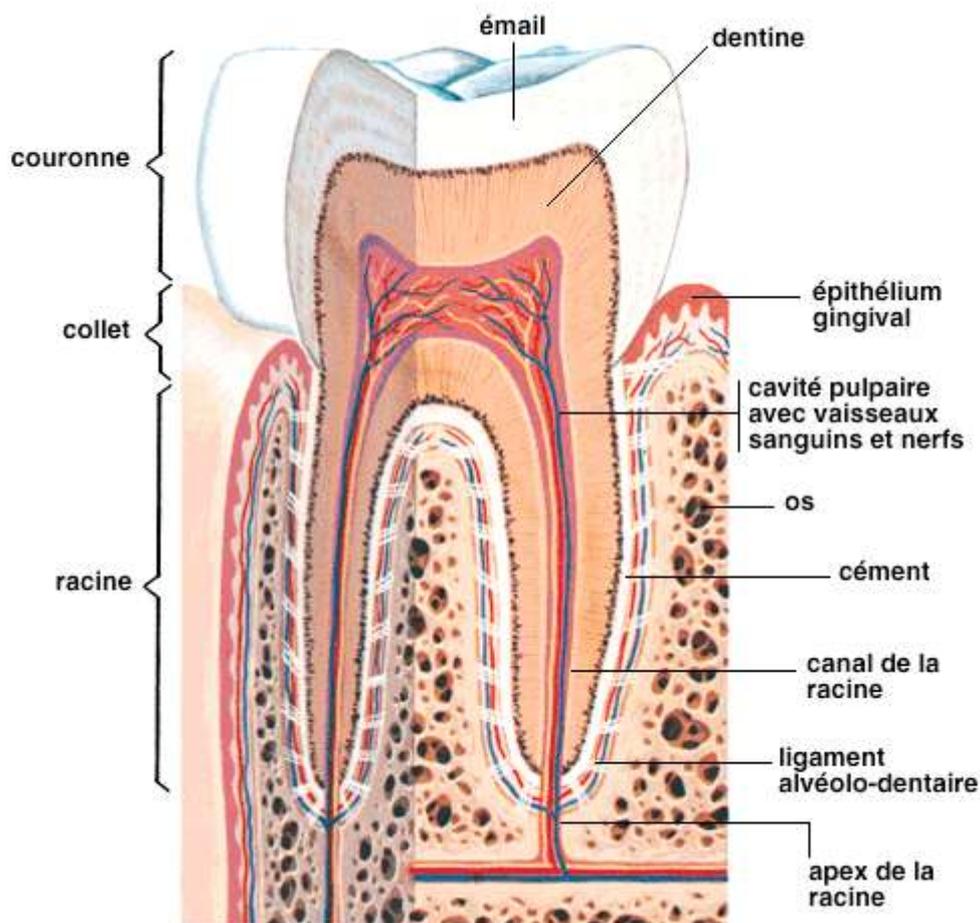


Figure 3 : structure d'une dent. [12]

2.2.2. La dentine

Trois types de dentine peuvent être décrits : primaire, secondaire, tertiaire.

Dans notre étude, nous nous limiterons à décrire la dentine primaire car la dentine tertiaire est d'ordre réactionnel. Étudiée en microscopie optique, la dentine primaire apparaît creusée de tubules séparés les uns des autres par la dentine inter tubulaire. A l'intérieur des tubules, on observe des dépôts de dentine dont l'épaisseur s'accroît avec l'âge.

On y constate également des zones hypo minéralisées qui correspondent à la dentine inter globulaire, aux lignes d'appositions successives de VON EBNER à un territoire visible seulement dans la racine à la jonction dentine-cément, la couche granuleuse de Tomes [2,21].

2.2.3. Le cément

Le cément acellulaire ou cément fibrillaire :

Il prédomine dans la portion juxta dentinaire et est constitué de la juxtaposition de lamelles parallèles entre elles et dont le trajet suit le contour radiculaire.

Ces lamelles sont séparées par des lignes de croissance ; cet aspect traduit le rythme séquentiel de la cémentogénèse. Ce type de cément est traversé par des fibres folliculaires et ou desmodontales incluses secondairement dans le cément au fur et à mesure de son apposition.

Le cément acellulaire, caractéristique des premières couches de cément déposé, alterne ensuite avec des zones de cément cellulaire.

2.2.3. Le cément cellulaire

Il recouvre le cément acellulaire qui tapisse la surface radiculaire.

Le cément cellulaire prédomine dans la région apicale de la racine et dans les espaces inter radiculaires. Son épaisseur augmente progressivement avec l'âge. Il est caractérisé par la présence de cémentocytes inclus dans le tissu au sein des

cavités lacunaires ou cémentoplastes. Ces cémentocytes se répartissent le long des lignes d'apposition cémentaire[16,15].

2.2.4. Le cément afibrillaire

Il est observé généralement à la jonction émail cément recouvrant partiellement l'émail cervical. Ce type de cément est généralement acellulaire. Il existe parfois du cément afibrillaire au niveau des furcations inter radiculaires.

2.2.5. La pulpe

Ce tissu conjonctif sert de soutien à la dentine. On y distingue quatre zones : la zone odontoblastique située en périphérie, la zone acellulaire de Weill située sous les odontoblastes, particulièrement nette dans la pulpe coronaire, une zone riche en cellules et enfin le centre de la pulpe qui est caractérisé par la présence des vaisseaux et nerfs pulpaire.

La pulpe est composée de cellules pulpaire, la substance fondamentale amorphe et figurée qui les entoure, de vaisseaux sanguins et lymphatiques et de nerfs.

- Les cellules

-les odontoblastes forment une couche bordant la périphérie de la pulpe et émettent un prolongement entrant dans la dentine. Il y a des odontoblastes sécrétoires, des odontoblastes de type intermédiaire ou transitionnel et enfin des odontoblastes au repos.

-les fibroblastes sont les plus nombreux dans la pulpe.

-les cellules mésenchymateuses indifférenciées ; ce sont des cellules souches d'où dérivent les cellules conjonctives de la pulpe (odontoblastes et fibroblastes).

- Substance fondamentale

La matrice pulpaire comprend une composante amorphe, la substance fondamentale et une composante figurée, les fibres collagènes.

- Substance fondamentale pulpaire

Elle est similaire à celle des autres tissus conjonctifs. Elle se compose essentiellement de glycosaminoglycanes, d'acide hyaluronique, de chondroïtine sulfate, de glycoprotéines et d'eau. Cette substance sert de support aux cellules et assure le transport vers celle-ci de divers métabolites, permettant ainsi leur nutrition.

- **Fibres**

Ce sont des fibres collagènes de type I et de type III avec un rapport moyen entre les deux types de 55/45. Cette proportion reste la même, qu'il s'agisse d'une dent en formation ou d'une dent mature.

Dans la pulpe jeune, ces fibres sont éparpillées entre les cellules. Avec l'âge, le collagène s'accroît mais le rapport collagène I/ collagène III reste stable et les fibres se regroupent en faisceaux.

- **Vaisseaux sanguins et lymphatiques**

Les vaisseaux sanguins entrent dans la pulpe et en sortent par l'intermédiaire du foramen apical et des foramina accessoires ; ils proviennent de l'artère dentaire. Un ou deux vaisseaux de la taille d'une artériole entre par le foramen apical en compagnie de faisceaux nerveux sensitifs et sympathiques. Les vaisseaux les plus petits entrent par les foramina mineurs. Les veines quittant la pulpe cheminent parallèlement aux artères. Les artérioles après leur pénétration dans la pulpe, ont une lumière plus large et une paroi plus mince. Elles sont situées au centre de la pulpe et dans sa portion radiculaire, elles donnent de petites branches à la région sous-odontoblastique. Dans la pulpe coronale, elles se résolvent en un réseau capillaire abondant.

3- La dent de sagesse maxillaire

a-) Situation anatomique de la dent de sagesse du maxillaire supérieur

La dent de sagesse maxillaire, ou troisième molaire supérieur, est située très postérieurement sur l'arcade dentaire ; le plus souvent, elle est implantée dans la partie postéro-latérale de la tubérosité maxillaire.



- 1* Processus mastoïde de l'os temporal
- 2* Processus styloïde de l'os temporal
- 3* Arcade zygomatique
- 4* Tubérosité du maxillaire
- 5* 3^e molaire maxillaire
- 6* 1^{ère} molaire maxillaire
- 7* Corps du maxillaire
- 8* Conduit auditif externe
- 9* Orbite

Figure 4 : photographie de la face externe du crâne, après avoir réséqué la mandibule et la boîte crânienne, nous pouvons visualiser la situation de la dent de sagesse maxillaire, dernière dent de l'arcade dentaire, dans la tubérosité de l'os maxillaire [3].

Lorsque la dent de sagesse est sur l'arcade, elle a très souvent une position vestibulée. Ses racines sont moins allongées que celles de la seconde molaire mais sont fortement inclinées en distal avec une fusion fréquente des racines, en particulier les racines mésio-vestibulaire et linguale.

La troisième molaire est la plus petite des trois molaires ; on peut noter que l'expressivité des caractères est de moins en moins importante dans le sens distal.

Elle présente des rapports étroites avec le pédicule vasculo-nerveux tubérositaire, l'aponévrose buccinatrice et la fosse infra-temporale.

Il faut donc prendre en compte tous ses éléments lors de son avulsion pour ne pas léser les structures nobles.

b-) La dent de sagesse maxillaire et ses rapports

La région de la dent de sagesse maxillaire est limitée par :

- En dehors : la région génienne
- En dedans : la région palatine postérieure
- En arrière : la face infra-temporale du maxillaire puis la fosse infra-temporale
- En avant : la seconde molaire maxillaire
- En haut : le sinus maxillaire

Dans la région de la dent de sagesse maxillaire, les structures musculaires, vasculo-nerveuses et pneumatiques, que constitue le sinus, sont au voisinage immédiat de la zone opératoire. Il faut en tenir compte lors des tracés d'incision et des protocoles chirurgicaux.

c-) Les structures osseuses

L'os maxillaire est l'os le plus volumineux du massif facial, tout en étant proportionnellement le plus léger. En effet, la trabéculatation osseuse est beaucoup moins dense qu'à la mandibule et la corticale osseuse beaucoup moins épaisse. De plus, l'os maxillaire est pneumatiqué par le sinus maxillaire, dont le développement et les extensions varient d'un individu à l'autre.

c-1) La paroi latérale ou jugale du maxillaire :

De forme globalement convexe, la face jugale du maxillaire se poursuit en avant par le processus zygomatique, prolongé en dehors par l'os zygomatique auquel il s'attache en participant à la formation de la fosse infra-temporale. Cette zone est le siège du corps adipeux de la joue ou boule de Bichat.

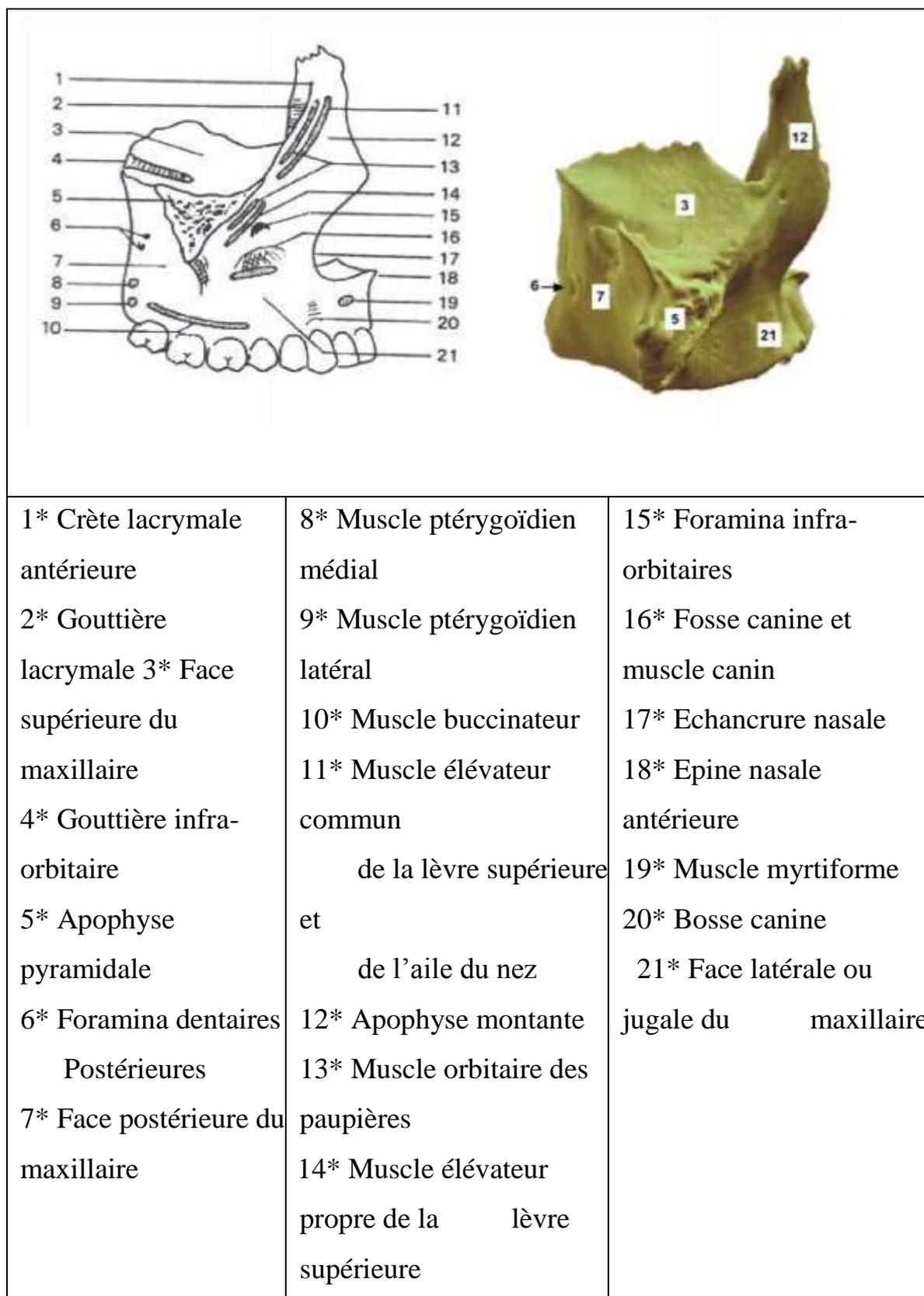


Figure 5 : Face latérale de l'os maxillaire [4].

Cette zone donne insertion au muscle buccinateur, juste au-dessus du collet des molaires. A noter que les insertions horizontales du buccinateur constituent la limite supérieure du niveau de la résorption osseuse, après avulsion.

c-3) La base du maxillaire

La base du maxillaire est divisée en deux parties : une partie supérieure, nasale et une partie inférieure, orale, séparées par une large lame horizontale, le processus palatin du maxillaire.

Le processus palatin du maxillaire s'articule en arrière avec la lame horizontale de l'os palatin, formant ainsi la voûte palatine.

Le bord inférieur de la base maxillaire est représenté par les rebords alvéolaires, qui contiennent les alvéoles dentaires. L'axe général des dents est versé en dehors, ce qui réduit de manière importante la corticale osseuse vestibulaire. Ceci explique la résorption centripète après extraction.

c-4) La paroi supérieure

Elle est représentée par les parois du sinus maxillaire.

Nous pouvons remarquer que les sinus pneumatisent largement le maxillaire [4,10].

d-) Les rapports externes

Les rapports externes de la région molaire maxillaire sont représentés par le vestibule jugal. Les éléments constitutifs de ces rapports externes sont disposés sur deux niveaux principaux :

- Les rapports immédiats, plaqués contre la tubérosité maxillaire par l'aponévrose buccinatrice et constitués du pédicule vasculo-nerveux alvéolaire postéro-supérieur ;
- Plus en dehors, le vestibule jugal contenant toutes les structures anatomiques en dehors du muscle buccinateur.

d-1) Les rapports immédiats :

d-1.1) L'artère alvéolaire supéro-postérieure XC

Elle naît de l'artère maxillaire, dans la fosse ptérygo-palatine, en arrière de la tubérosité maxillaire et haute située par rapport à la tubérosité.

Elle est constituée en générale de deux ou trois branches qui vont rapidement se diviser en deux contingents :

- Interne, pénétrant dans le corps maxillaire et destinée à la vascularisation du sinus maxillaire et des molaires ;
- Externe, qui glisse entre le muscle buccinateur et son aponévrose pour se distribuer au vestibule jugal et à la gencive de la région molaire.

Un petit filet nerveux interne se poursuit au-delà des molaires pour s'anastomoser au niveau des prémolaires avec le nerf alvéolaire supéro-postérieur, formant un plexus nerveux innervant les prémolaires : le nerf alvéolaire supéro-moyen.

d-1.2) Les nerfs alvéolaires supéro-postérieurs

Les nerfs alvéolaires supéro-postérieurs suivent l'artère du même nom.

Au nombre de trois ou quatre, ils naissent du nerf maxillaire dans la fosse ptérygo-palatine et se dirigent en avant et en dehors pour aborder le bord postéro-supérieur de la tubérosité maxillaire. La face latérale de la tubérosité est recouverte par le prolongement supérieur de l'aponévrose buccinatrice qui plaque ainsi le pédicule vasculo-nerveux contre la tubérosité maxillaire. Les rameaux nerveux suivent le même trajet que les rameaux vasculaires en se divisant en branches internes, endo-osseuses pour la muqueuse du sinus maxillaire d'une part, et pour les molaires maxillaires d'autre part, assurant l'innervation sensitive de ces territoires. Les branches externes glissent sur l'aponévrose buccinatrice pour se distribuer à la muqueuse gingivale et orale maxillaire.

d-1.2.3) L'aponévrose buccinatrice

La face externe du muscle buccinateur est recouverte par une aponévrose de revêtement, comme le sont des muscles masticateurs. Il s'agit d'une lame fibreuse, dense et épaisse en arrière, qui s'amincit progressivement vers l'avant pour devenir mince et celluleuse en abordant l'angle oral où elle se perd. Elle recouvre la face latérale du muscle buccinateur en arrière du point de pénétration du conduit parotidien, et émet une expansion supérieure vers la tubérosité du maxillaire qu'elle recouvre en plaquant le pédicule vasculo-nerveux contre le périoste et une expansion latérale vers les muscles temporal et masséter. En adhérant au bord du fascia massétérique par ce feuillet aponévrotique horizontal, elle constitue la face inférieure de la loge du corps adipeux de la joue.

d-1.2.3.4) Les muscles ptérygoïdiens médial et latéral

Ces deux muscles assurent, par la traction permanente qu'ils exercent sur la tubérosité maxillaire, le maintien du volume osseux tubérositaire.

e-) Le plan intermédiaire

Le muscle buccinateur assure la frontière entre la cavité buccale et la région génienne.

e-1) La muqueuse buccale

Fine et fortement adhérente par sa paroi latérale à la face profonde du muscle buccinateur, la muqueuse buccale présente en regard de la première molaire maxillaire, l'ostium de conduit parotidien, également nommé ostium du canal de Sténon.

e-2) Le muscle buccinateur

Comme décrit précédemment, ce muscle large, aplati, quadrilatère, constitue l'armature de la partie profonde de la joue, formant une véritable «sangle jugale». Ce muscle peaucier, bien qu'ayant toutes les caractéristiques des muscles faciaux, interfère peu dans la physionomie et a essentiellement un rôle digestif.

Ses origines se font par trois insertions distinctes, horizontales réunies par une verticale :

- Le chef maxillaire qui s'insère au-dessus du collet des molaires supérieures. En forme d'éventail, il s'entrecroise avec le chef mandibulaire dans la région rétro-commissurale et se termine au niveau de la commissure labiale.
- Le chef mandibulaire qui s'insère au-dessous du collet des molaires inférieures sur la crête buccinatrice, jusqu'au foramen mentonnier, et qui se termine après s'être entrecroisé avec les fibres maxillaires, sur la commissure labiale.
- Le chef horizontal qui est tendu du ligament ptérygo-mandibulaire et parfois sur le bord antérieur du tendon du muscle temporal, jusqu'à la commissure labiale.

La distinction entre ces trois chefs est impossible anatomiquement ; le muscle constituant un rideau dont les fibres à direction horizontale relie le maxillaire à la mandibule. Même en ouverture maximale, les fibres musculaires ne sont jamais tendues au maximum, ce qui détermine au niveau des vestibules molaires des poches permettant des rétentions alimentaires ; ce sont surtout développées chez les rongeurs.

f-) Dans le vestibule

En dehors du muscle buccinateur et de son aponévrose se trouve un plan musculo-cellulo-graisseux dans lequel circulent les vaisseaux faciaux, le conduit parotidien, le nerf facial et des muscles peauciers.

f-1) Le corps adipeux de la joue

Le corps adipeux de la joue ou boule de Bichat constitue le second rapport d'importance pour la dent de sagesse maxillaire ou la tubérosité lorsque la dent est incluse, encore à l'état de germe.

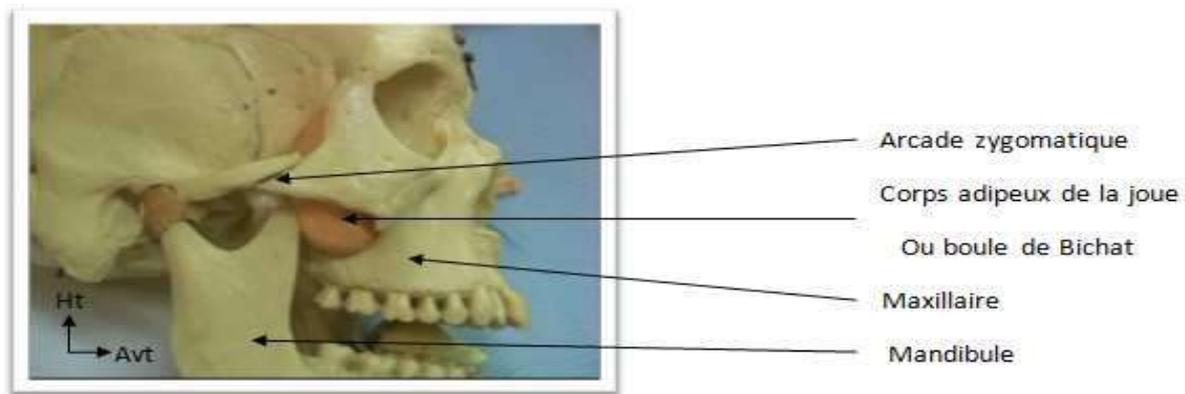


Figure 6 : photographie représentant la situation du corps adipeux de la joue d'après Cl. LEVY [19].

Ils'agit d'une masse graisseuse individualisée, encapsulée, qui à grossièrement la forme d'une tuile romaine à concavité postérieure, qui remplit un couloir ostéo-musculaire limité par :

- En dehors, la branche montante de la mandibule, sur laquelle s'insèrent des muscles masséter et temporal ;
- En dedans, par le muscle buccinateur et son fascia (angle postéro-supérieur).

Vers le haut, le corps adipeux remonte dans la fosse temporale en avant de la portion orbitaire du muscle temporal. Son bord le plus externe prend contact avec le bord antérieur du masséter qu'il dépasse rarement. Sa face antérieure, convexe est latéro-sinusienne puis latéro-orbitaire. Sa limite inférieure correspond à la seconde molaire maxillaire et se projette dans un angle limité par :

- En bas, le canal de Sténon, qui perfore le muscle buccinateur ;
- En haut le muscle grand zygomatique ;
- En arrière, le bord antérieur du muscle masséter.

Au-delà, sont retrouvés des prolongements inconstants, dont le prolongement buccal, souvent confondu avec la boule de Bichat proprement dite.

La capsule renfermant le corps adipeux de la joue est d'importance variable mais elle est renforcée et individualisée dans sa partie inférieure et génienne où elle provient d'une extension de l'aponévrose massétérine, au bord antérieur du

masséter, et de l'aponévrose buccinatrice. Cette masse adipeuse constitue une zone de glissement entre les muscles masticateurs et permet un fonctionnement fluide de l'appareil manducateur.

Cette configuration combinée à la consistance fluide de la boule de Bichat, explique la facilité avec laquelle elle se retrouve sur le site opératoire.

De plus, la vascularisation du corps adipeux de la joue est assurée par un riche réseau artériolaire et veineux, ce qui explique la constitution d'hématomes lors d'une recherche hésitante et insistante du foramen mandibulaire lors de la réalisation de l'anesthésie loco-régionale à l'épine de Spix.

NB : Celle-ci peut être utilisée dans le traitement des communications bucco-sinusiennes.

f-2) Le conduit parotidien

Egalement nommé canal de Sténon, il court horizontalement au niveau du quart supérieur de la face latérale du muscle masséter, accompagné par l'artère transverse de la face, branche de l'artère temporale superficielle ; il se dirige ensuite en dedans, contournant la face antérieure du corps adipeux de la joue, et traverse le muscle buccinateur et la muqueuse buccale, en regard de la première molaire supérieure.

f-3) Le pédicule facial

L'artère faciale aborde la région génienne en avant du muscle masséter et est immédiatement plaquée sur la face externe du muscle buccinateur. Elle se dirige ensuite en direction de l'ail du nez où elle se termine dans la majorité des cas.

La veine faciale est située en arrière de l'artère ; elle passe en dehors du corps adipeux de la joue et se dirige ensuite de manière rectiligne en direction de l'angle interne de l'œil.

Le nerf facial sort du foramen stylo-mastoïdien et pénètre dans la glande parotide où il va se diviser en deux branches principales :

- Le rameau temporo-facial, supérieur ;
- Le rameau cervico-facial, inférieur.

g-) Les rapports internes

Ils sont représentés par la région palatine. Le rapport le plus immédiat est constitué par le foramen grand palatin et les ramifications de son pédicule. L'émergence du pédicule grand palatin se fait par un large entonnoir débouchant entre la seconde et la troisième molaire maxillaire, à environ un centimètre de leur collet.

- i-) Les rapports supérieurs : Le sinus maxillaire

Le sinus maxillaire, ou antra le Highmore, est une cavité pneumatique creusée dans le corps du maxillaire, pouvant être cloisonnée. Il est annexé à chaque cavité nasale avec laquelle il communique avec l'ostium maxillaire.

Chez l'adulte, la taille du sinus est très variable. De plus, chez un même individu, les sinus droit et gauche peuvent avoir des tailles très différentes.

Les sinus de grande taille présentent souvent des évaginations se logeant entre les racines dentaires, rendant le contact dent/sinus très intime ; ils sont souvent à l'origine de sinusite chronique ou de communication bucco-sinusienne lors d'extraction dentaire.

Cette pyramide quadrangulaire présente :

i-1) Une paroi antérolatérale : il s'agit d'une mince pellicule osseuse parcourue par le pédicule alvéolaire supéro-antérieur et marquée par le foramen infra-orbitaire et la fosse canine.

i-2) La paroi postérieure : Cette paroi correspond à la tubérosité maxillaire. Elle sépare le sinus de la fosse infra-temporale en arrière et en dehors, et le sinus de la fosse ptérygo-maxillaire en arrière. Elle présente le pédicule alvéolaire postéro-supérieur.

C'est à ce niveau que se situe la dent de sagesse maxillaire ; si celle-ci est :

- Sur l'arcade : ses apex seront en contact avec le sinus, sauf en cas de petit sinus, bien intra-sinusiennes en cas de sinus large et/ou de longues racines dentaires ;
- Incluse : ses racines pourront soit être en contact avec la muqueuse sinusienne, soit être antrales ;

- A l'état de germe : il n'existe qu'une mince pellicule osseuse la séparant du sinus ; celle-ci pourra aisément être franchie lors d'un geste malencontreux à l'occasion d'une germectomie.

Mais tout ceci reste très variable en fonction des sujets.

i-3) Une paroi supérieure, orbitaire, ou toit sinusien : elle constitue une grande partie du plancher de l'orbite. Elle est marquée par la gouttière infra-orbitaire qui devient ensuite le canal infra-orbitaire ; dans cette gouttière, le nerf infra-orbitaire donne les nerfs alvéolaires supéro-moyen et supéro-antérieur.

i-4) Une paroi interne ou nasale : elle présente l'ostium maxillaire, le cornet nasal inférieur ainsi que le labyrinthe éthmoïdal et les différents prolongements qui y sont annexés.

i-5) Une paroi inférieure ou plancher sinusien : elle est constituée à environ 15 mm du collet des dents. Les alvéoles dentaires y font une saillie plus ou moins marquée ; une mince couche de tissu spongieux sépare les racines des dents sinusiennes de la cavité antrale ; ce tissu peut être épais, fin ou parfois même déhiscent, mettant ainsi la racine dentaire au contact de la muqueuse sinusienne.

Le sinus maxillaire peut présenter des prolongements :

- Le prolongement zygomatique, vers l'os zygomatique ;
- Le prolongement frontal, vers la suture fronto-maxillaire ;
- Le prolongement inférieur, vers les dents, envoyant des digitations entre les dents et même parfois entre les racines des dents ; il y aura alors des risques de communications bucco-sinusienne en cas d'avulsion dentaire ;
- Le prolongement postérieur, qui se fait en général en bas et en arrière, au moment de l'évolution de la dent de sagesse maxillaire.

4- Vascularisation et innervation des dents

L'arcade supérieure est vascularisée par les artères alvéolaires supéro-antérieure et supéro--postérieure, branches de l'artère maxillaire et l'artère infra-orbitaire.

L'innervation sensitive est assurée par des rameaux alvéolaires, branches du nerf maxillaire.

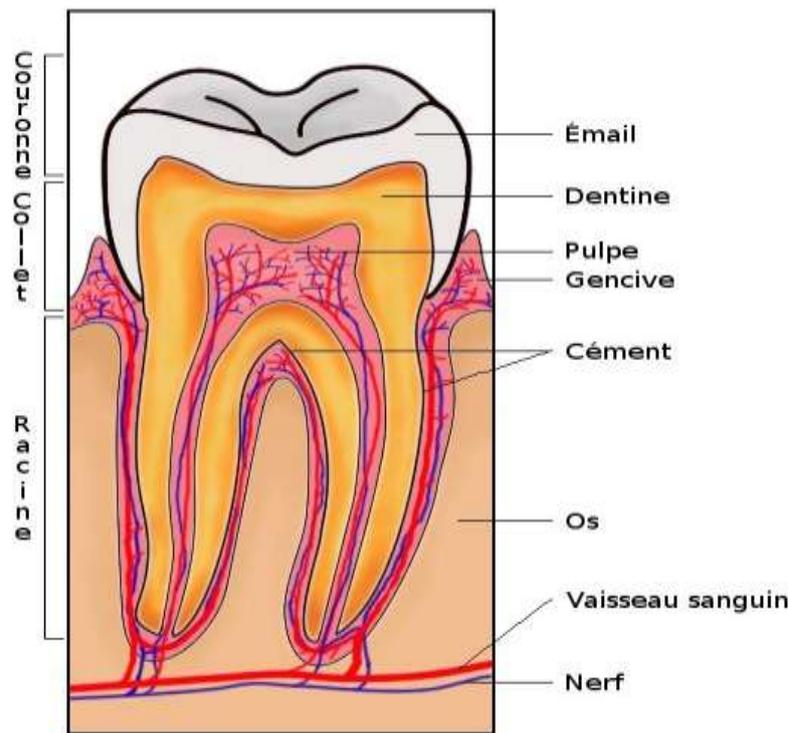


Figure 7 : Vascularisation et innervation d'une dent [12].

5- Les E-D (extractions dentaires) ou avulsion

La réalisation d'ED nécessite le respect d'un certain nombre de règles inhérentes à toute pratique chirurgicale. Les conditions d'installation, la connaissance du matériel et des instruments ainsi que leur utilisation rationnelle sont des éléments que déterminent une bonne pratique opératoire jusqu'au début de ce siècle. L'extraction était la seule réponse thérapeutique à la carie dentaire et à la parodontopathie sur nommée «déchaussement recouverte par l'os alvéolaire et la gencive».

Avant toute décision opératoire concernant l'avulsion d'une dent, aussi simple puisse-t-elle paraître, une étude critique précise les facteurs favorables ou défavorables à cette intervention est indispensable.

6- Instrumentation

Comme notre étude porte exclusivement sur les molaires 18 et 28, nous nous limiterons à présenter les matériels utilisés pour ces dents.

1°) Le syndesmotome

- Fonctions : il permet de couper la sertissure gingivale tout autour de la dent, ce qui évite, lors de l'extraction proprement dite, de provoquer des déchirures de la gencive. L'instrument est introduit dans le sillon gingival au niveau d'une des papilles inter dentaires jusqu'au contact de la dent par un mouvement de reptation jusqu'à la papille opposée en sectionnant le ligament parodontal.
- Variété : il existe deux grandes variétés.
 - ❖ Les syndesmotomes de chompret : syndesmotome (droit, faucille, coudé sur le tranchant et le syndesmotome coudé sur le plat).
 - ❖ Les syndesmotomes de Bernard : il s'agit véritablement d'un assortiment de syndesmotome constitué d'une manche démontable et de onze insères différents adaptés à toutes les particularités anatomiques.
- Utilisation : un peu à la manière d'un stylo, la manche du syndesmotome est calée sur l'éminence hypothénar, la partie antérieure de l'instrument est maintenue entre le pouce et l'index de telle sorte que seule l'extrémité travaillante dépasse.

Syndesmotome droit : le manche et la partie travaillante sont dans le même axe, utilisés pour les dents antérieures surtout les dents maxillaires

2°) Les élévateurs

- Fonction : d'une conception plus volumineuse tant au niveau de la manche que la partie travaillante, ils servent à mobiliser la dent après la syndesmotomie. C'est par l'insertion de l'extrémité active entre la dent et l'os alvéolaire, la concavité s'adapte à la convexité de la racine, que la subluxation de la dent est assurée. On réalise un véritable clivage de la dent de son tissu de soutien, le but étant d'aboutir à la mobilisation et l'élévation de l'organe dentaire.

- **Variétés** : il en existe de multiples, mais de façon générale, il présente une manche volumineuse en forme de poire et une partie active solide, ce qui permet une meilleure prise en main et autorise l'application d'une force certaine lors de son utilisation.
- **Utilisation** : l'instrument est maintenu fermement, la manche dans la paume de la main et autorise, l'index en extension

Les plus utilisés sont des élévateurs droits

On a aussi les élévateurs de type WINTER

3°) Les daviers :

Fonction : C'est un instrument qui permet de saisir très solidement la dent et à luxer la dent dans le sens **V-P** pour élargir l'alvéole dentaire et à faire sortir la dent de l'alvéole. Un davier est une pince qui comporte 2 parties réunies par une charnière.

Les deux parties sont : les mors et les branches.

- * **Les mors** : sont la partie active et spécifique du davier qui permet de saisir la dent grâce à l'adéquation de leur forme à la morphologie de la dent.
- * **Les branches** : sont généralement symétriques, légèrement courbées et de section ovalaire, les faces externes sont striées pour une meilleure préhension.
- * **La charnière** : est le point d'union de 2 branches de l'instrument. Cet axe de rotation permet le mouvement d'ouverture et de fermeture de la pince.

Les daviers ont une forme qui s'adapte à l'anatomie des différentes dents maxillaires et mandibulaires par la forme des mors et par l'inclinaison des branches.

La prise en main des branches de l'instrument est franche. Il sera calé dans le pli d'opposition du pouce et entouré des 4 autres doigts, la pulpe du pouce étant enroulée des 4 autres doigts. La pulpe du pouce est engagée entre les 2 bras de l'instrument et constitue un rempart souple qui permet de doser la pression exercée.

Les mors du davier seront insérés le plus profondément possible dans l'espace sulculaire.

Les daviers pour les dents maxillaires :

Se distinguent par leur mors qui sont placés dans le prolongement des branches, l'ouverture des mors et des branches se fait sur un même plan.

Du davier à l'incisives à celui pour les dents de sagesse supérieures, les mors se décalent dans un plan qui s'éloigne de celui de la branche, à part ces variations de forme générale, les mors sont adaptés à la morphologie coronaire, c'est ainsi qu'on distingue :

Pour les dents de sagesse : le davier a une forme générale en baïonnette à mors symétriques et non jointifs.

Ils sont utilisés de la même façon que ceux des prémolaires.

Daviers pour les racines supérieures

Daviers en baïonnette avec des mors plus ou moins effilés, symétriques et jointifs (contact doux en fermeture)

4°) **Les curettes :**

Fonction :

Il s'agit d'un instrument en forme de cuillère et qui sert à explorer l'alvéole déshabillée pour :

- Retirer les éventuels débris tissulaires (osseux, dentaire, kystique ou de granulation) ;
- Générer un hématome qui servira d'inducteur pour le processus de cicatrisation ;

Technique :

Sa prise est en porteplume, la face concave de la partie active est appliquée contre toutes les parois de l'alvéole (révision alvéolaire). Il faut faire attention au maxillaire au niveau des unités dentaires du groupe prémolo-molaire à ne pas faire une effraction du plancher sinusal. Il ne faut pas trop appuyer pour ne pas créer une communication bucco-sinusienne [18].

5°) La pince rouge :

Fonction : C'est une pince coupante, qui permet de régulariser les rebords alvéolaires saillants. Plus généralement, son utilisation est réservée à la régularisation des septa-interdentaires lors des avulsions multiples.

Variétés : un peu à l'image des daviers, il en existe des formes multiples. Elles peuvent être coudées de 90° à 120°, avec des mors plus ou moins larges. Elles présentent un ressort de rappel entre les deux manches. Le bord des mors est coupant.[19]

Technique : La tenue est identique à celle d'un davier, excepté le fait qu'il n'y a pas d'interposition de la pulpe du pouce entre les manches. La pression exercée par la main sur les branches de l'instrument rapproche les mors tranchants sur le bord crêtal, aboutissant à la coupe de l'extrémité osseuse saillante [1].

6°) **Matériel de suture :** Dans le cadre des extractions simples, il peut être nécessaire de tenir à disposition un matériel de suture pour parfaire une hémostase difficile à obtenir par une simple compression [19].

7- diagnostic des extractions dentaires

a)- Diagnostic préopératoire :

Le sujet chez lequel une indication d'avulsion dentaire devait être posée doit entreprendre un examen clinique préopératoire complet.

- Diagnostic de l'état général : si l'examen local minutieux, clinique et radiologique est habituellement facile, il n'en est pas de même de l'examen médical général, souvent impossible dans les conditions habituelles de l'exercice professionnel d'où l'intérêt capital d'interrogatoire rapide, mais systématique et méthodique en se rappelant que les malades omettent fréquemment de signaler spontanément leurs antécédents pathologique. L'attitude du patient, au cours de cet échange verbal peut aussi renseigner utilement sur l'état psychique de supporter une intervention et les résultats des examens para cliniques, permettant de promouvoir la préparation générale du patient.

- Le terrain dit spécial : c'est-à-dire le terrain différent de celui du sujet normal, mais néanmoins physiologique et en rapport avec :
 - La grossesse : au premier trimestre de la grossesse, le risque de l'avortement et de malformation fœtale existe néanmoins. A partir du 7^{ième} mois, il n'existe aucune contre-indication.
 - L'âge du malade : Les patients adultes sont des sujets moins résistants avec une certaine fragilité vasculaire et osseuse, doivent faire l'objet d'une attention particulière tant en ce qui concerne l'anesthésie que le traumatisme opératoire et ses suites.
- Le terrain pathologique : les tares que peuvent avoir une incidence d'ailleurs variable, sont diverses,
- Hémopathie : Malgré leur rareté, les stomatorragies dentaires de cause générale, il faut y penser avant toute extraction.
- Les cardiopathies : les risques du malade cardiaque en cas d'extraction dentaire sont différents selon la présente :
 - Les neurotoniques ou « faux cardiaques », les grandes insuffisances cardiaques, infarctus du myocarde : ces malades fonctionnels qui souffrent d'un déséquilibre neurovégétatif, l'action vasoconstrictrice périphérique de l'adrénaline au cours de l'anesthésie locale est à craindre et le traitement anticoagulant auquel ils sont soumis entraînant un risque hémorragique.
 - Les sujets porteurs d'une cardiopathie valvulaire, chez ces sujets il y a un risque d'être atteint d'une endocardite bactérienne consécutive à l'extraction ; (maladie d'Osler) ou une réactivation causée par la bactériémie consécutive à l'extraction.
 - Le diabète : c'est une tare pathologique redoutable pour le chirurgien en général « par ce que le diabète est un terrain favorable pour l'infection, parce que toute infection est une cause d'aggravation du diabète ». L'anesthésie locale se fera autant que possible sans adrénaline, qui est hyperglycémiant et nécrosante.

- L'alcoolisme : cette en tare général que l'on incriminait dans la genèse des accidents infectieux s'avères d'origine dentaire, avant toute intervention chez un éthylique, il est nécessaire de se prémunir contre 2 complications possibles :

- ✓ Le danger d'une infection intercurrente
- ✓ Le péril hémorragique

Il faut surtout retenir la nécessité absolue, pour celui qui doit pratiquer l'avulsion, de se mettre en rapport avec le médecin généraliste ou spécialiste traitant dès que la notion d'un terrain spécial ou pathologique, ou d'une thérapeutique particulière lui aura été révélée.

Un rappel concerne cependant l'épilepsie susceptible d'être à l'origine des crises aiguës dangereuses, sur les fauteuils dentaire, d'où la nécessité de prise d'anticonvulsifs à des doses habituellement augmentées à titre préventif.

- Diagnostic de l'état local : Quant aux conditions locales, elles impliquent un certain nombre de choix de la part du praticien :
 - L'étude de la dent : (état du délabrement coronaire, et de la mobilité), rapport anatomique avec les éléments voisins (sinus maxillaire).
 - Bilan radiologique : suffisant permettant un regard ample sur toute la racine de la dent et sur son environnement immédiat. Pour une extraction simple des clichés rétro-alvéolaires en incidence ortho radicale sont suffisants, Les dents incluses ou ectopiques, au contraire, dans leur approche chirurgicale, il faut une vision plus large et claire de leur environnement, les clichés panoramiques, comme les ortho pantomogrammes ou mieux encore les techniques d'imagerie en deux plans, avec cliché occlusal sont indispensables.
 - Le moment de l'intervention d'urgence ou retardée
 - Le mode de préparation locale, désinfection de la cavité buccale par soins divers tels que détartrage applications médicamenteuses ou par antibiothérapie générale.

Le mode d'anesthésie locale ou locorégionale.

b)- Information du patient

L'information du patient est un élément incontournable de toute intervention programmée.

Le consentement éclairé du patient doit être recueilli après un dialogue singulier et en aucun cas être le résultat d'un unique exposé écrit préétabli. Cette information doit mettre l'accent sur les points suivants ;

- Explications concernant le diagnostic et le traitement nécessaire ;
- Exposé des éventuelles autres solutions thérapeutiques ;
- Type et ampleur de l'intervention projetée ainsi que le mode d'anesthésie à envisager.
- Séquelles opératoires ou définitives possibles ;
- Suivi et durée des suites opératoires avec mention des répercussions possibles sur la vie courante ;
- Risque opératoire courante.

c)- Prémédication

Une extraction indolore est l'un des fondements les plus importants d'une relation de confiance durable entre le patient et son praticien. Le projet d'intervention soulevant souvent chez le patient des réticences psychologiques nombreuses, il convient de les contourner par une préparation quasiment toujours nécessaire. Chez les patients à risque une prémédication spécifique à chaque cas est évidemment nécessaire. Lorsqu'une antibioprophylaxie est indiquée.

NB : (patients atteints de rhumatisme articulaire aigu, d'endocardite, de glomérulonéphrite) celle doit être mise en œuvre au minimum une heure avant l'intervention.



Figure 8: dent 18-28 avant extraction (CHU-CNOS cabinet 5)

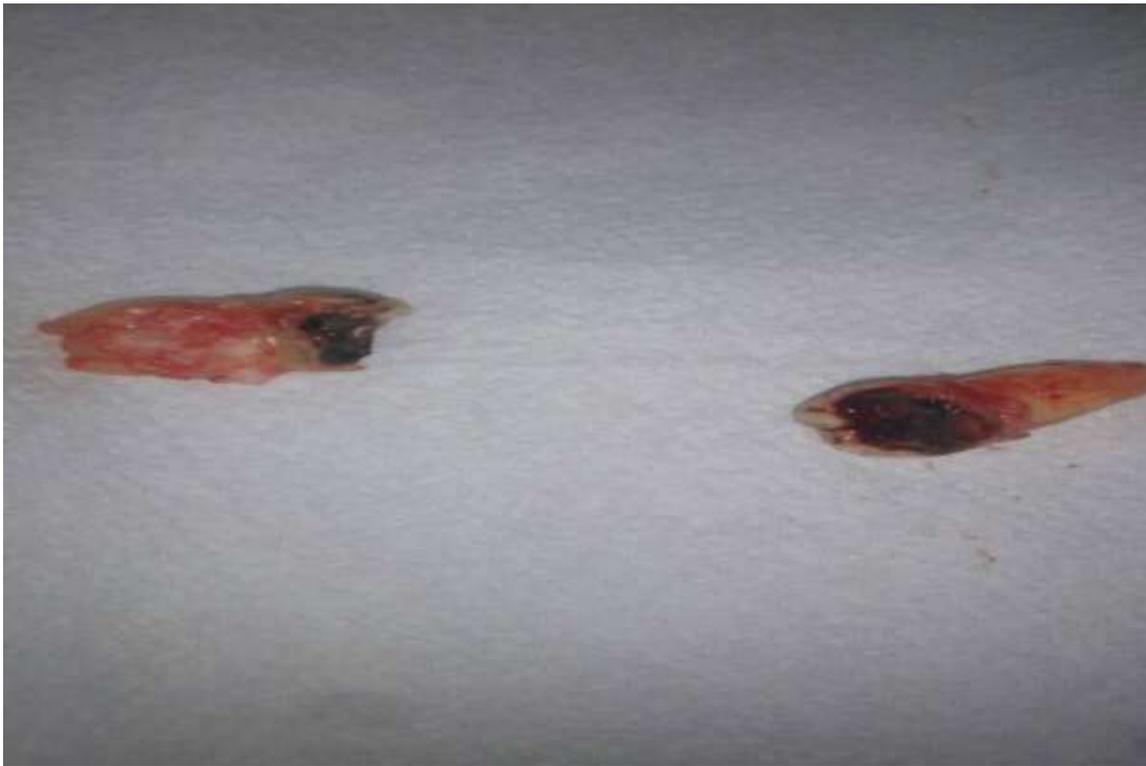


Figure 9: dent 18-28 extraite (CHU-CNOS : cabinet 5)

8- Technique d'extraction dentaire

1°) Installation du patient : généralement en position semi-assise, le patient devra être confortablement installé. Le fonctionnement du fauteuil doit

permettre d'obtenir, un décubitus dorsal total qui est parfois recherché par l'opérateur pour un meilleur accès à la cavité buccale.

2°) L'opérateur : face au risque de contamination, le port de gants à usage unique, d'un masque et de lunettes de protection est devenu indispensable.

3°) Mesure opératoire de base

- Le mode de préparation local : il s'agit de la désinfection péribuccale et endo buccale, elle peut être effectué avec un simple bain de bouche que le patient réalise lui-même, ou par le praticien à base d'une compresse imbibée d'antiseptique, en badigeonnant d'abord les lèvres puis l'intérieur de la bouche.
- Le mode d'anesthésie : l'objectif de l'anesthésie en odontostomatologie, et chirurgie maxillo-faciale comme en chirurgie générale est de mettre à l'aise non seulement le patient qui devrait être opéré, mais aussi le chirurgien responsable de l'acte opératoire. L'anesthésie consiste à bloquer la sensibilité nerveuse à n'importe quel niveau de son trajet. Le choix dépendra de l'importance, de la durée, de la région anatomique sur laquelle portera l'acte opératoire et en fin des habitudes du chirurgien.

Les différentes sortes d'anesthésie sont :

- L'anesthésie locale : elle se caractérise par sa simplicité et l'absence de risque à condition qu'on utilise une prémédication ; surtout quand on emploie un vasoconstricteur de type d'adrénaline. Elle peut être obtenir par différents procédés, choisi selon leur opportunité et en fonction du degré de l'insensibilisation que l'on souhaite obtenir. On peut l'appliquer sous forme de :
 - L'installation directe intra-dentaire à l'aide d'une sonde en instille de la procaine 2%, 5% ou de la lidocaïne dans le septum intra-dentaire ou la cavité carieuse de la dent (anesthésie directe de la pulpe).
 - Imprégnation : elle s'effectue à l'aide d'un tampon de coton ou de compresse imbibée de produits anesthésiques, ou à l'aide de spray pulvérisant le produit anesthésiant la muqueuse.

- Anesthésie par réfrigération : pour l'intervention de courte durée, on peut utiliser un jet de chlorure d'éthyle au niveau de la zone concernée, provoquant une forme d'anesthésie par le froid.
- L'infiltration : c'est la méthode la plus utilisée. L'infiltration peut être sous cutanée, sous muqueuse, para apicale, intra ligamentaire, intra septale. Elle est suffisante au niveau du maxillaire supérieure, mais insuffisante au niveau du maxillaire inférieure d'où l'utilisation d'autres procédés tels que :
- L'anesthésie régionale : cette forme d'anesthésie nécessite une certaine précaution à cause de la substance utilisée (adrénaline et noradrénaline qui sont des vasoconstricteurs pouvant provoquer des troubles neurovégétatifs et cardiovasculaires). Elle consiste à bloquer à distance tout un terrain muqueux et cutano-muqueux à travers l'anesthésie d'un tronc nerveux d'où le nom d'anesthésie tronculaire. On utilise surtout lorsque l'anesthésie nécessite une certaine durée dans le temps, où lorsque l'utilisation de l'anesthésie locale s'avère difficile ou peu active. On peut pratiquer une prémédication classique (barbiturique légère le matin ; dolo sal ou phenergan en IM une à deux heures avant l'intervention). Comme anesthésie on peut utiliser la xylocaïne à 1% ou 2% avec ou sans adrénaline, injectée avec une seringue ordinaire disposant d'aiguille longue avec graduation ou avec un repère mobile. A retenir que les techniques sont multiples et varient avec le nerf choisi [1].

9- Les indications de l'ED

Relation de la dent avec les sinus maxillaires

La paroi supérieure du sinus en rapport avec l'apex de la dent.

Parfois le sinus vient s'invaginer entre les molaires maxillaires.

Les indications prophylactiques ou préventives

Lorsque la position de la dent de sagesse ne permet pas une bonne hygiène adaptée, nous pouvons citer dans ce cas la dent de sagesse maxillaire qui par sa position très souvent vestibulée, ne permet pas au patient un brossage optimal,

de ce fait la dent de sagesse est souvent cariée et n'est pas en occlusion avec son antagoniste.

Les indications thérapeutiques

- Lésion péri apicale créant un foyer infectieux potentiel chez les sujets à risque.
- Destruction coronaire importante
- Fracture radiculaire
- Complication infectieuse importante chronique
- Problème parodontal important traitement orthodontie.

Les infections régionales, les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire

Elles compliquent une péri coronarite qui échappe au traitement ou qui a été négligée. Il s'agit d'un tissu cellulaire d'origine dentaire évoluant vers la suppuration à l'intérieur des loges anatomiques entourant les maxillaires, l'infection se propage alors en sous gingival vers l'espace cellulaire adjacent. Elles peuvent également être provoquées par la mortification de la dent de sagesse due à une carie, même sur une dent complètement incluse, ou à une atteinte parodontale profonde (cul de sac entre la 2^{ème} et 3^{ème} molaire) ; l'infection se propage par voie trans osseuse.

Ces accidents sont plus fréquents à la mandibule qu'au maxillaire. [4]

10- Contre-indications de l'ED :

Certaines situations physiologiques contre-indiquent l'extraction dentaire immédiate.

On distingue :

• Contre-indications d'ordre local :

- Etats inflammatoires cellulaires ou osseux au stade sévère sans couverture par des antibiotiques ;
- Trismus serré ;
- Lésions sous-jacentes des tissus mous (stomatites.) ;
- Hygiène bucco-dentaire insuffisante et inflammations gingivales aiguës [20].

● **Contre-indications d'ordre général :**

- Diabète non équilibré ;
- Patient à haut risque infectieux ;
- Troubles de l'hémostase ;
- Désordres hématologiques associés ;
- Dernier trimestre de grossesse ou plutôt le 1^{er} (C. I relative, liée et à la nervosité accompagnant cet état et aux risques de complications pouvant induire un accouchement prématuré) [20].

11. Complications per opératoires :

✓ **Accidents et incidents de l'anesthésie :**

- Douleur violente au moment de l'injection : par atteinte d'un rameau sensitif ou par une solution anesthésique froide ou encore une injection trop rapide ;
- Bris de l'aiguille ;
- Lésions nerveuses ;
- Hémorragie et hématome ;
- Choc anaphylactique (allergie ...) ;
- Fracture de la couronne

✓ **Accidents et incidents survenus au cours de l'extraction :**

- Atteintes des dents voisines ;
- Projections iatrogènes de dents, de fragment de dents dans les tissus mous, les voies aériennes ou digestives ;
- Fractures dentaires, osseuses ou instrumentales ;
- Hémorragie ;
- Choc opératoire vaso-vagal ;
- Emphysème suite à l'utilisation d'un jet d'air ;

✓ **Accidents et incidents survenus au cours de l'extraction de la dent de sagesse :**

- Désinsertion de la boule graisseuse de BICHAT : fuite de la boule de son logement vers le champ opératoire ;

- Projection de la dent dans le sinus maxillaire en cas d'une 8 ou 4 ou 5 supérieure (dents sinusales) avec un rapport intime avec le plancher sinusien ;
- Lésion ;

12. Complications des post-extractionnelles :

- 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 locales d'anesthésiques locaux avec vasoconstricteurs. Des bains de bouche intempestifs, des applications de compresses chaudes, des alimentations vasodilatateurs (café, alcool), la peur favorise 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 existe 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 aiguë. Un large drainage des abcès ainsi qu'une longue antibiothérapie sont les bases de traitements.

- **Les ostéomyélites post-extractionnelles** sont rares et orientent 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.

- **Les 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 fait le lit à une infection.

Si l'hématome est très étendu il faut évoquer d'un trouble de la coagulation. De tels hématomes peuvent 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 de pommades thrombolytiques.

- **Nerveux**

La paresthésie absence totale de la sensibilité qui peut survenir lorsque le nerf dentaire inférieur est arraché ou sectionné au cours de l'intervention.

13. Les complications de la carie dentaire

Ce sont des lésions péri-apicales comme :

- Granulome péri apical : c'est un pseudo tumeur inflammatoire d'origine dentaire, représentant une réaction inflammatoire hyperplasique du tissu conjonctif desmodontal. Il constitue un tissu réactionnel de défense vis-à-vis d'une infection latente et pouvant évoluer vers la formation d'un kyste. L'étiologie des lésions péri apicales est dominée par les complications de la carie dentaire, les affections parodontales, les traitements endodontiques défectueux et les corps étrangers apicaux (pâtes d'obturation débordantes, cône de gutta...).
- Kyste péri apical : c'est une tumeur bénigne des maxillaires justiciable d'un traitement endodontique et/ou chirurgical.

Le kyste péri apical a pour origine la transformation d'un épithélio-granulome qui proviendrait des débris épithéliaux, de Malassez hyperplasiés et irritant le tissu conjonctif. En effet, ces débris épithéliaux silencieux à l'origine sont

activés par l'irritation que représente une réponse granulomateuse. Les cellules subissent alors des mitoses et prolifèrent d'une façon plus ou moins anarchique au sein du tissu conjonctif. Cette prolifération s'accroissant, les cellules les plus éloignées de la couche basale se trouvent privées de leur nutrition, dégèrent et se liquéfient créant le début d'une cavité remplie de fluide. Le facteur de croissance endothélial jouerait un rôle important dans la stimulation des restes épithéliaux de Malassez.

- **Abcès péri apical** : les deux pathologies précédentes (granulome et kyste) sont considérées comme des lésions chroniques pouvant évoluer cliniquement à bas bruit, avec parfois des périodes exacerbées. Dans le cas où la diffusion du processus infectieux au sein des tissus péri apicaux n'est pas limitée par une barrière fibreuse, un abcès péri apical aigu peut survenir à l'apex de la dent dont la pulpe est nécrosée. Un tel abcès survient parfois à la suite d'un traumatisme ayant provoqué la rupture du paquet vasculo-nerveux radiculaire. L'abcès péri apical peut donc se former directement à partir d'une lésion péri apicale chronique entrant dans la phase d'inflammation aiguë. Il peut s'étendre rapidement aux espaces médullaires osseux adjacents et entraîner des complications locales ou générales :

❖ **Les complications des lésions péri apicales**

- **Complications locales,**

Ostéites : Il s'agit d'une inflammation de l'os maxillaire ou mandibulaire résultant d'une infection bactérienne et pouvant être aiguë, subaiguë et chronique.

Cellulites : elles correspondent à l'infection du tissu cellulaire péri maxillaire. Les causes sont essentiellement dentaires et péri-dentaires ; les complications de la carie sont à mettre au premier rang, mais il peut s'agir d'un accident d'évolution de la dent de sagesse (péri coronarite) ou d'un traumatisme dentaire.

Sinusites maxillaires : l'extension d'une infection dentaire peut donner lieu à une inflammation aiguë ou chronique des sinus maxillaires. L'apparition d'une

sinusite d'origine dentaire dépend étroitement de la proximité du sinus et de l'apex de la dent infectée. La sinusite peut être aiguë ou chronique

- Complications générales,

L'infection focale est atteinte, à distance d'un organe par les microorganismes ou leurs toxines, à partir de leurs foyers d'origines, par voie sanguine ou lymphatique. Les atteintes d'origine buccale les plus courantes affectent : l'endocarde, les articulations, les voies respiratoires, le tractus gastro-intestinal, le système oculaire, la peau et les reins [6].

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

A-Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie buccale au Centre Hospitalier Universitaire Centre National d'Odonto-Stomatologie (CHU-CNOS) de Bamako.

PRESENTATION DU CHU-CNOS :

1- Description du CHU-CNOS :

Il est situé au quartier du fleuve dans la commune III du district de Bamako, à la rive gauche du fleuve Niger à la Rue Raymond Point CARRE Porte N° 857.

C'est un Centre Hospitalier de 3^{ème} référence en Odonto Stomatologie.

Il est le Centre de Référence Nationale et a effectivement ouvert ses portes le 10 Février 1986.

Erigé en établissement public à caractère administratif (E.P.A) par la loi n°92-026 /AN-RM du 5 octobre 1992, le CHU- CNOS est devenu un Etablissement Hospitalier Public (EPH) par la loi N° 03-23/AN-RM du 14-07-03.

Il a signé la convention hospitalo-universitaire le 12 -12-2006, date à laquelle il est devenu CHU.

Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire.

Il assure les missions suivantes :

- ✓ Assurer le diagnostic, le traitement 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 la santé ;
- ✓ Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

IL est composé de différents services qui sont entre autre :

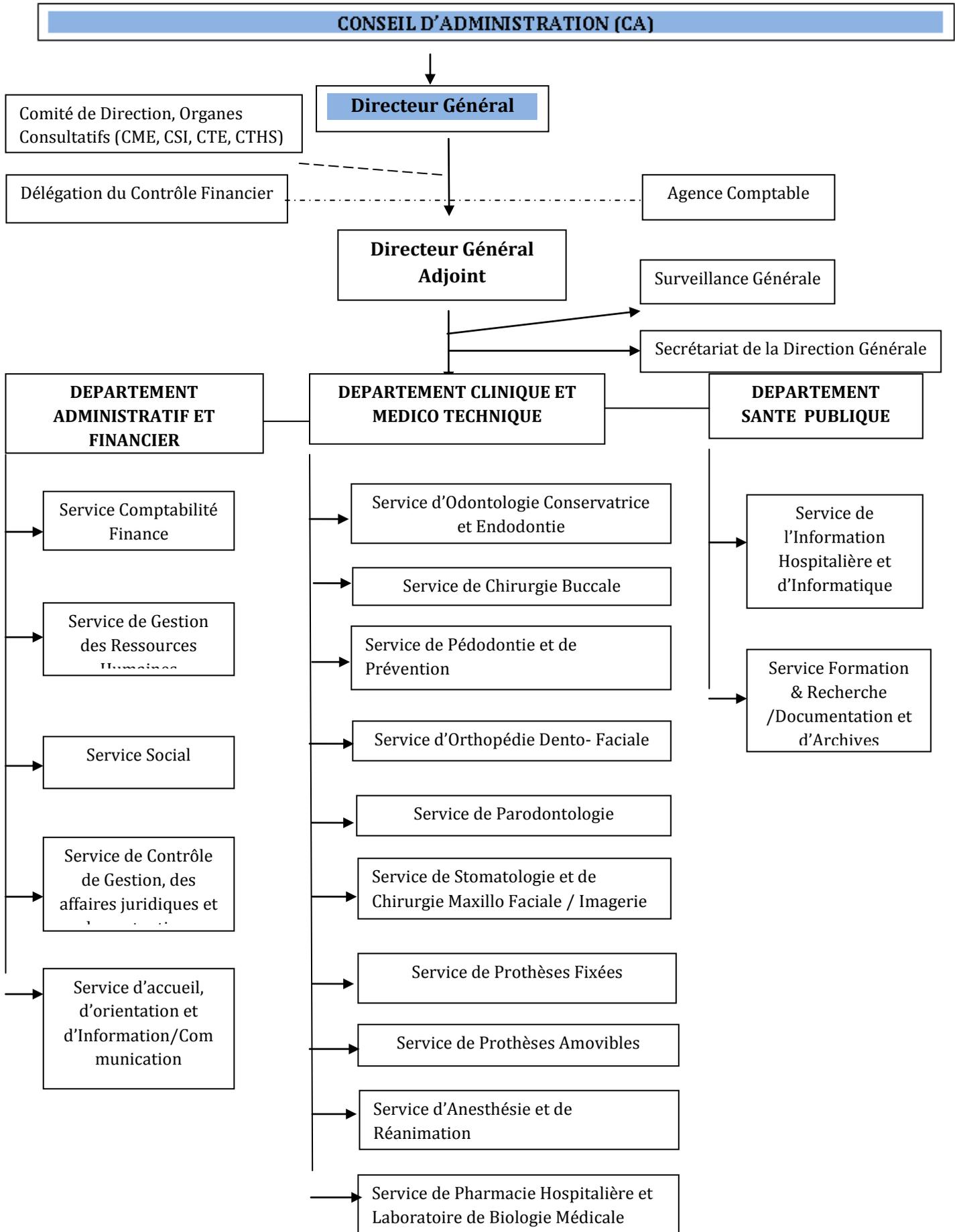
- ✓ Service d'odontologie conservatrice et endodontie(OCE) ;
- ✓ Service de parodontologie ;
- ✓ Service de chirurgie buccale ;

- ✓ Service de prothèse fixée ;
- ✓ Service de prothèse amovible ;
- ✓ Service de pédodontie ;
- ✓ Service d'orthopédie dento-faciale (ODF) ;
- ✓ Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale.

Le service de chirurgie buccale est constitué de quatre cabinets.

2– Organisation

Le Centre National d'Odonto-Stomatologie, Centre Hospitalier Universitaire est organisé comme suit :



B-Type, lieu et Période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive effectuée au service de chirurgie buccale du CHU-CNOS de Bamako sur une période de 6 mois allant du 1^{er} Juillet au 31 Décembre 2017.

C-Population d'étude

L'étude s'est portée sur tous les patients ayant consulté au service de chirurgie buccale du CHU-CNOS pour motif d'extraction dentaire des troisièmes molaires supérieures.

D-Echantillonnage

❖ **Critères d'inclusion :**

Était inclus dans notre étude tout patient ayant subi une extraction des dents de sagesse du maxillaire et acceptant de participer à l'étude

❖ **Critères de non inclusion :**

N'était pas inclus dans notre étude, tout patient ayant subi une extraction des dents de sagesse et n'ayant pas accepté de participer à l'étude

❖ **Critère d'exclusions :**

Était exclu tout patient ayant consulté pour un autre motif autre que l'extraction des dents de sagesse du maxillaire et ceux dont la fiche d'enquête était mal remplie.

E-Aspects éthiques

Un consentement verbal éclairé a été recueilli avec un souci permanent de la confidentialité des informations recueillies.

Toutes les précautions nécessaires (l'anonymat) ont été prises pour assurer le respect des droits et libertés des sujets à l'étude.

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

Avant l'intervention qui consistait à l'avulsion de l'organe dentaire, on mettait tout d'abord nos différents patients sous traitement.

Ces dossiers étaient exploités à l'aide de la fiche d'enquête que nous prenions soin de remplir nous-même.

F- L'état civil du patient

Il nous permet d'identifier et de classer nos patients selon l'âge, le sexe et la résidence.

G- Aspect clinique

Etat dentaire :

Nous avons utilisé la classification de Baume appliquée aux dents permanentes. Cette classification se fait en stade allant du premier degré au cinquième degré (mort de la dent).

H-Les habitudes d'hygiène

Dans ce paramètre, nous avons sensibilisé les patients qui avaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire, en les initiant les bonnes techniques de brossage, sur la fréquence et la durée de brossage.

I-Recueil des données

Les données étaient recueillies à partir des registres médicaux et de la fiche d'enquête.

J-Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel SPSS version 23.

Les graphiques ont été faits avec le logiciel Excel 2016.

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel Word 2016.

RESULTATS

V -Résultats.

Fréquence

Au cours de notre étude nous avons eu pour admission 1743 patients dont 130 ont subi une extraction dentaire des dents de sagesse maxillaires avec au total 134 dents soit sur une fréquence de 7,68% au service de chirurgie buccale.

1. Données sociodémographiques

1.1. Le sexe

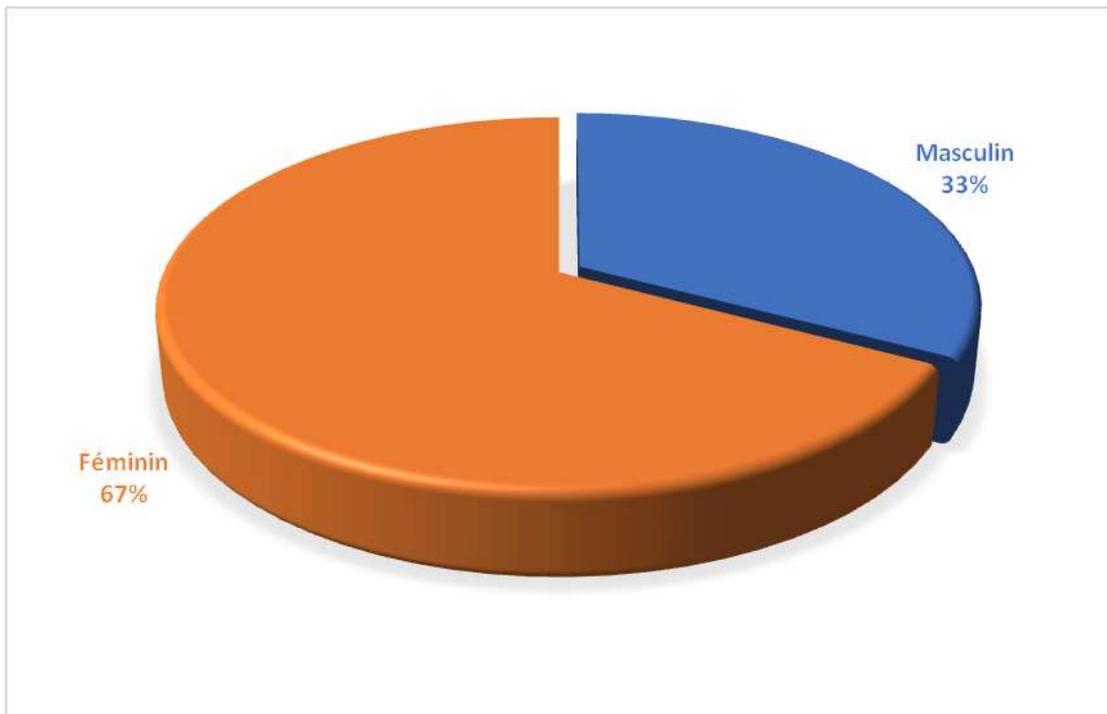


Figure 10 : Répartition de l'effectif des patients selon le sexe.

Le sexe féminin a été le plus représenté avec 67% des cas avec un sex-ratio de 0,49 en faveur du sexe féminin.

1.2. L'âge :

Tableau I: Répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge (année)	Effectif	Fréquence(%)
11 - 20	2	1,5
21 - 30	49	36,6
31 - 40	38	28,7
41 - 50	28	20,9
51 - 60	10	7,5
> 60	7	4,2
Total	134	100

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 21 à 30 ans soit 36,6% de cas ; la moyenne d'âge a été 46 ans avec des extrêmes de 19 et 73 ans.

1.3. Provenance :

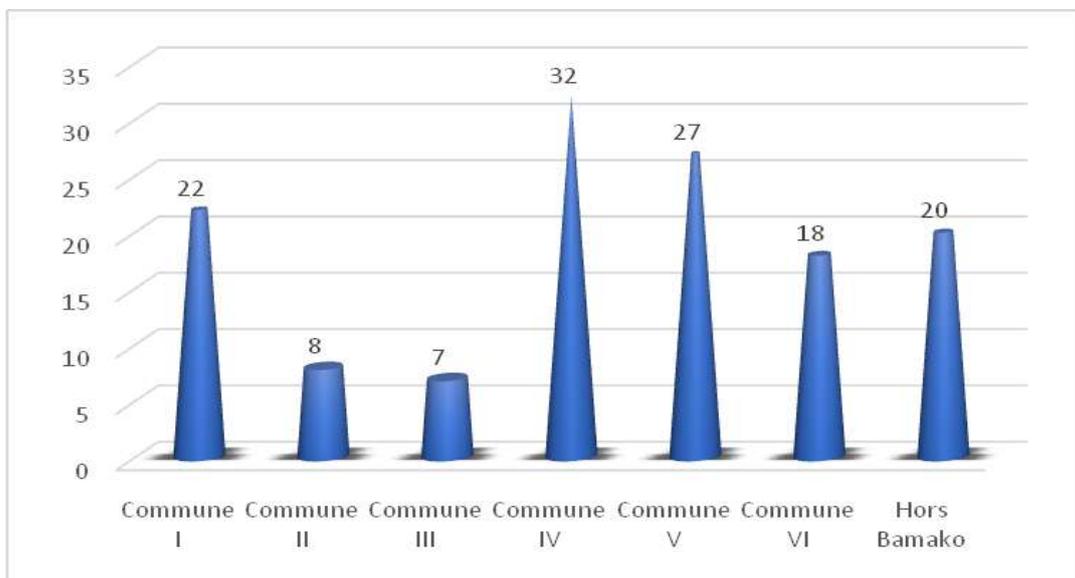


Figure 11: Répartition de l'effectif des patients selon leur provenance.

La majorité de nos patients provenait de la commune IV avec 23,9% des cas.

Tableau II : Répartition des patients en fonction de leur profession

Profession	Effectif (n)	Fréquence (%)
Administrateur	18	13,2
Chauffeur	9	6,7
Commerçant	19	13,9
Cultivateur	2	1,6
Elève/ Etudiant	12	8,8
Enseignant	11	8,1
Ménagère	51	38,8
Militaire	5	3,7
Ouvrier	7	5,2

Les ménagères étaient les plus représentées avec 38,8% des cas.

1.4. Niveau d'étude :

Tableau III: Répartition des patients en fonction de leur niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif (n)	Fréquence (%)
Fondamentale (1ere à la 9eme année)	67	50
Secondaire	35	25,6
Supérieur	32	24,4
Total	134	100

Les patients qui avaient un niveau d'étude plus bas étaient les plus nombreux avec 50% des cas.

2. Examen clinique et para clinique

2.1. Motif de consultation :

Tableau IV: Répartition de l'effectif en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs (n)	Fréquence (%)
Algies	100	76.92
Troubles fonctionnels à la mastication +Algie	30	23.07
Total	130	100

Les algies ont été retrouvées avec 76.92% des cas.

2.2. Les antécédents :

2.2.1. Antécédents médicaux :

Tableau V: Répartition de l'effectif en fonction des ATCD médicaux

ATCD médicaux	Effectif (n)	Fréquence (%)
Néant	52	40
Diabète	18	13.85
HTA	36	27.7
HTA +Diabète	8	6.15
Pathologies bucco-dentaires	16	12.30
Total	130	100

La plus grande majorité de nos patients n'avaient d'ATCD médical connu.

2.2.2. Antécédents chirurgicaux

Tableau VI: Répartition de l'effectif en fonction des ATCD chirurgicaux

ATCD chirurgicales	Effectif (n)	Fréquence (%)
Néant	116	89,23
Chirurgie bucco-dentaire	3	2,31
Chirurgie abdominale ou pelvienne	6	4,62
Oculaire	3	2,31
ORL	2	1,53
Total	130	100

La majorité de nos patients soit 89,23% n'avaient jamais été opérés.

2.3. Signes physiques

2.3.1. Inspection :

Tableau VII:Répartition en fonction des signes à l'inspection bucco dentaire

Inspection bucco-dentaire	Effectif (n)	Fréquence (%)
Caries dentaires	124	95,38
Bourrage alimentaire entre M2 et M3	6	4,62
Total	130	100

Tous nos patients présentaient t une carie dentaire presque soit 95,38%.

2.3.2. Palpation :

Tableau VIII:Répartition de l'effectif en fonction des signes à la palpation

Palpation maxillo-cervico-faciale	Effectif (n)	Fréquence (%)
Normale	126	96,92
Adénopathie sous-angulo-maxillaire	4	3,08
Total	130	100

La palpation normale a été la plus représentée avec 96,92%.

3.5. Etude des dents concernées :

2.3.3. Prévalence de la dent concernée

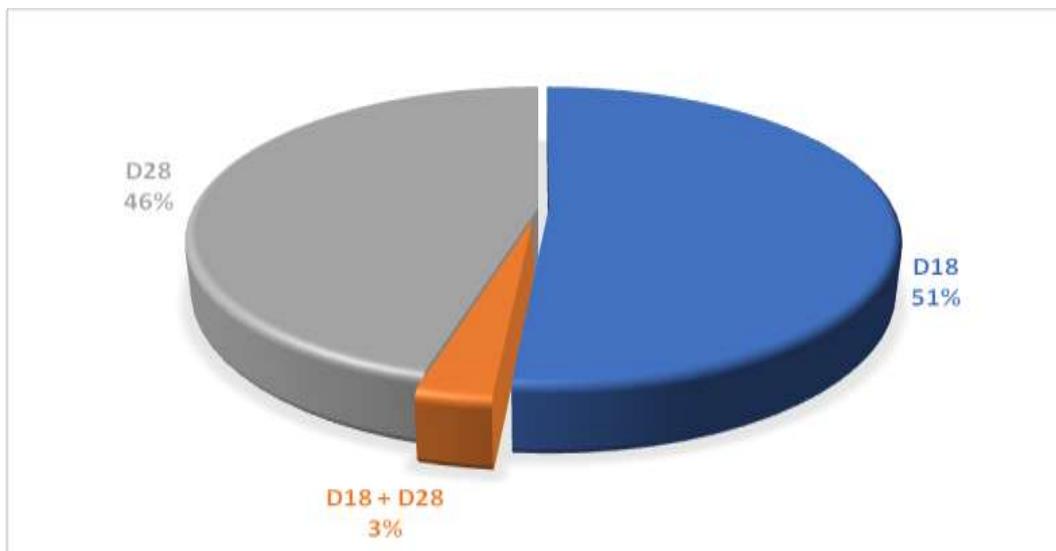


Figure 12: Répartition de l'effectif selon la prévalence de la dent concernée
La dent 18 a été la dent la plus concernée avec 51% des cas.

Anatomie de la dent concernée

Tableau IX: Répartition de l'effectif des patients selon la position anatomique de la dent

Angulation	Effectif (n)	Fréquence(%)
Verticale	133	99,3
Horizontale	1	0,7
Total	134	100

Les dents concernées étaient en position verticale dans 99,3% des cas.

3. Traitement :

3.1. Traitement médical :

Tableau X: Répartition de l'effectif des patients selon le traitement médical reçu avant et après avulsion dentaire

Traitement médical	Effectif (n)	Fréquence (%)
Antibiotique	130	100
Antalgique	130	100
Antiseptique	130	100

L'antibiotique + antalgique + antiseptique ont été les médicaments prescrits à 100%.

3.2. **Tableau XI:** Répartition de l'effectif des patients selon l'indication de l'avulsion dentaire

Indication de l'avulsion dentaire	Effectif (n)	Fréquence (%)
Caries dentaires et ses complications	91	70
Dent en état de racine	39	30
Total	130	100

Dans notre étude la carie dentaire et ses complications a été la plus représentée avec 70% suivi des dents en état de racine avec 30% des cas.

3.3. **Complications du traitement :**

3.3.1. **Complications per opératoires :**

Tableau XII: Répartition de l'effectif des patients en fonction des complications per opératoire

Complications per opératoire	Effectif (n)	Fréquence(%)
Aucune	124	95,38
Fracture coronaire	6	4,62
Total	130	100

La fracture coronaire a été la seule complication rencontrée en per opératoire avec 4,62%.

3.3.2. Complications post opératoire

Tableau XIII: Répartition de l'effectif des patients en fonction des complications post opératoires

Complications post opératoire		Effectif (n)	Fréquence (%)
Oui	Alvéolite	8	3,09
	Hémorragie	2	1,53
Non		124	95,38
Total		134	100

L'alvéolite a été observée dans 3,09 % des cas.

3.4. Suivi post opératoire

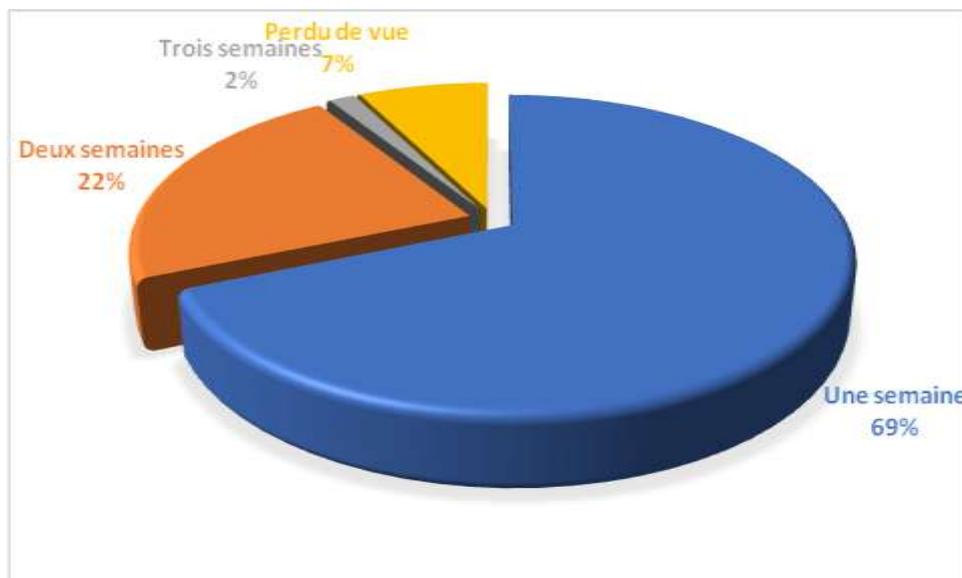


Figure 13: Répartition de l'effectif des patients selon le suivi du traitement. La majorité (69% des cas) de nos patients ont été suivis pendant une semaine.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence

Dans notre étude, nous avons eu une fréquence de 7,68% au service de chirurgie buccale.

2. Données sociodémographiques

2.1. Sexe

Dans notre étude nous avons trouvé une majorité de sexe féminin 67% avec un sex-ratio de **0,49**. Nos résultats sont inférieurs à ceux de TRAORE M [6] en 2008 et de TRAORE H [7] au Mali en 2009 qui avaient trouvé respectivement un sex-ratio de 2,03 et 1,47 en faveur du sexe féminin.

GUIGUIMDE et coll [13] au Burkina Faso en 2014 trouvaient aussi le sexe féminin plus fréquent avec 50,8%, ainsi que dans l'étude d'OGINNI [16] au Nigeria tandis que CISSE A [14] au Sénégal et TROSTO [8] en France ont trouvé une prédominance masculine.

Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par leur mode alimentaire d'où une exposition aux risques de carie dentaire, mais aussi du fait que les femmes s'intéressent plus à leur santé bucco-dentaire.

2.2. L'âge

Dans notre étude la tranche d'âge de 21-30 ans représentait 36,60% des cas ; l'âge moyen des patients est de 46 ans avec des extrêmes de 19 et 73 ans.

Nos résultats sont comparables avec ceux de certains auteurs comme : SACKO à Bamako [11] qui avait trouvé la même tranche d'âge avec une fréquence de 30,30% des cas ; NIAMBELE.A qui a aussi trouvé la même tranche d'âge avec 31,68% [17] et 35,6% pour la tranche d'âge de 31-40 ans dans l'étude de SOUMARE [9] en Mauritanie.

2.3. Profession

Les ménagères sont les plus représentées avec 38,8%. TRAORE A [1] avait trouvé les élèves/ étudiant plus nombreux avec 33% et TRAORE M [6] avait trouvé les femmes au foyer prédominant avec 45%.

Cela nous amène à dire que les problèmes dentaires sont liés à la méconnaissance de la population.

2.4. La résidence

Dans notre étude les patients résidant dans les communes IV et V étaient les plus nombreux avec respectivement 23,9% et 20,1%.

Notre résultat est similaire à celui de TRAORE M [7] qui avait trouvé que des patients venus des communes V et IV étaient plus nombreux avec respectivement 26% et 19%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le CHU-CNOS demeure le seul centre de référence en odontostomatologie dans le district de Bamako et c'est là qu'on retrouve tous les spécialistes en la matière.

2.5. Niveau d'étude

Les patients qui avaient un niveau d'étude plus bas étaient les plus nombreux avec 50% des cas.

3. Aspects cliniques

Motif de consultation

La douleur a été le principal motif ayant conduit les patients à la consultation avec 76,92% des cas. Nos résultats sont proches à ceux de : TRAORE M [6] au Mali et SOUMARE [9] en Mauritanie qui ont trouvé la douleur en première ligne avec respectivement 80% et 63% de cas.

Cela s'explique par le fait que les patients ne viennent en consultation que lorsque la douleur devienne insoutenable.

Etiologie

La carie dentaire et ses complications ont été la cause principale de ces extractions avec 70% des cas.

Nos résultats sont proches à ceux de TRAORE M [6] au Mali qui avait trouvé 84% des cas et GUIGUIMDE et ses coll [13] au Burkina ont trouvé 67,85% des cas.

Ces résultats s'expliqueraient par le développement des caries qui est due à une mauvaise hygiène bucco-dentaire, une insuffisance des structures sanitaires et personnels de santé, et un manque de communication pour la sensibilisation de la population.

4. Traitement

Le traitement médical concernait :

- L'antibiotique : amoxicilline + acide clavulanique souvent le métronidazole,
- L'antalgique pure : paracétamol ou Paracétamol + codéine,
- L'antiseptique buccal.

Dans notre étude tous les patients ont bénéficié ce traitement à 100 % à courte durée. Nos résultats sont comparables à celui de :

TRAORE H au Mali [7] l'antibiothérapie a été associée à tous les cas, antalgique à 88,5% des cas et bain de bouche à 4 % des cas.

L'antibiothérapie a été administrée dans 99,35 % des cas, dans l'étude de TRAORE M [6] et bain de bouche à 29,74% des cas.

Complications

Au cours de ces extractions, la fracture coronaire a été la complication immédiate la plus observée avec 4,62% des cas.

Nous avons noté 3,09% de complications infectieuses à types d'alvéolite.

Il ressort dans la littérature que la complication la plus fréquente est l'infection : jusqu'à 13% des cas pour l'association américaine des chirurgiens maxillo-faciaux [17] ; 8% des cas en France [8].

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

Conclusion

Notre étude sur l'extraction des dents de sagesse maxillaires dans le service de chirurgie buccale au CHU-CNOS de Bamako a révélé une fréquence non négligeable. Ces extractions ont été surtout motivées par la douleur liée aux caries et ses complications. Les personnes ayant subies cet acte sont en général jeunes avec une prédominance féminine sans occupation professionnelle (femme au foyer) Les complications post opératoires ont été moindre d'où la nécessité d'une prise en charge précoces et adéquate de ces avulsions. Des campagnes de prévention et de promotion de la santé buccodentaire permettront de minimiser les caries et ses complications et par conséquent de réduire considérablement les extractions dentaires.

Recommandations

Nos recommandations iront :

❖ **Aux autorités socio-sanitaires**

Renforcer les campagnes de sensibilisation afin de réduire les complications liées aux pathologies affectant les dents. (à la télévision, à la radio, à la presse écrite).

❖ **Aux chirurgiens-dentistes**

- ✓ Sensibiliser la population à l'hygiène bucco-dentaire ; (campagnes de sensibilisation et d'éducation dans le domaine dentaire ;
- ✓ Motiver la population à consulter les spécialistes de préférence deux fois par ans pour déceler les caries dès le 1^{er} stade d'évolution afin de prévenir les complications et éviter ainsi les extractions dentaires ;
- ✓ Expliquer clairement les dispositions à prendre (ce qu'il faut ou ne faut pas faire) dans la période post extraction pour limiter les complications.

❖ **A la population**

- ✓ Bannir l'automédication ;
- ✓ Pratiquer une bonne hygiène bucco-dentaire, se brosser aux moins deux fois par jour (au coucher et au réveil après le repas), utiliser les fils dentaires à la place des frottes des dents.

❖ **Au CHU CNOS**

- ✓ Recruter assez de personnels qualifiés pour une prise en charge adéquate des patients.
- ✓ Renforcer le plateau technique du service de chirurgie buccale.
- ✓ Encourager la formation sur le développement professionnel continue et des spécialistes en chirurgie buccale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. TRAORE A.M.

Extractions dentaires : étiologies et dents concernées au service d'odontologie chirurgicale du CHU-OS de Bamako.

Thèse méd, Bamako, 2008, N°386.

2. VALENZANO L.

Comment prévenir les complications des extractions des dents de sagesse ?

Thèse méd., Lyon, 2013, N°42

3. VACELET J.

Critères d'évaluation de la difficulté opératoire lors de l'avulsion des dents de sagesse maxillaires et mandibulaires. Thèse de chirurgie dentaire. France, 2011, N°3825.

4. BERHAUT P.

Environnement anatomique des dents de sagesse maxillaires et mandibulaires. Protocoles chirurgicaux. Thèse odontologie. France, 2009, N°2013.

5. NOGWA WADO YVAN GERVAIS.

Extractions des dents de sagesse mandibulaires, enclavées ou incluses au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako. Aspect épidémio-chirurgical. Thèse méd. Bamako, 2014.

6. TRAORE M.-S.

Aspects épidémio-cliniques des extractions dentaires au CHU-OS de Bamako. Thèse méd. Bamako, 2013, N°386

7. TRAORE H.

Contribution à l'étude de l'extraction dentaire au centre hospitalo-universitaire d'odonto-stomatologie de Bamako (CHU-OS). These med. Bamako, 2009.

8. TROST O., KADLUK N., ROBE N et al.

Extraction des dents de sagesse sous anesthésie générale. ELSEVIER Masson[en ligne].Dijon, Disponible sur www.sciencedirect.Com.

9. SOUMARE I.

Motifs d'extraction des dents permanentes en Mauritanie à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar. Thèse méd. Dakar, 2009, n°23.

10.Pr ROMEROWSKI J., BOCCARA E.

Under stand the dental anatomy. Publié par EDP Sciences et disponible sur le site <http://aos.edp-dentaire.fr>.

11.SACKO M.

Enquête sur l'extraction dentaire au niveau du cabinet dentaire privé du Dr Ly. O. Sangaré. Thèse odontologie. Bamako, 2010.

12.NIAMBELE A.

Les extractions dentaires : Aspects épidémio-clinique et thérapeutique au cabinet dentaire privé du Dr. Boubacar NIAMBELE. Thèse méd. Bamako, 2015.

13.GUIGUIMDE W.-P.-L., BAKIONO F., OUEDRAOGO Y., MILLOGO M., GARE J.-V.,KONSEM T et al:

Aspects épidémiologiques et cliniques des extractions dentaires au centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO (Burkina Faso).

Odontostomatologie tropicale, Ouagadougou 2014, n°148.

14.CISSE Aminata.

Motifs d'extraction des dents permanentes au Sénégal. Thèse chir. Dent : Dakar ; 2007 ; N°2.

15.DANIELSON O.-E.; CHINEDU A.-C.; OLUYEMIS E.-A.; BASHIRU B.-O.; NDUBUISI O.-O.

Fréquency causes and pattern of adult tooth extraction in a Nigerian rural heath facility. Odontostomatol trop 2011; 34(135): 5-10.

16.IGINNI F.-O.

Tooth loss in a sub-urban Nigerian population: causes and pattern of mortality revisited. Int dent J 2005; 55(1): 17-23.

17.HAUG R.-H.; PERROT D.-H.; GONZALES M.-L.; TALWAR R.-M.

The American Association of oral and maxillofacial surgeons age-related third molar surgery. J oral maxillofac surg, 2005; 63: 1106-14.

18.LEZY J.-P ; PRINC G.

Abrégés de pathologie maxillo-faciale et stomatologie, 3^{ème} édition Masson 2004.

19.CABINET DENTAIRE Privé du DR BOUBACAR NIAMBELE.

Photos clinique d'une extraction dentaire (Bamako, Mali), Juillet 2014.

20.LABBEN A; LAABIDI A; MAY Y.

L'extraction dentaire. Faculté de Médecine dentaire de Monastir. Année universitaire dentaire 2008 / 2009 Tunisie.

21.Publication de l'ordre des chirurgiens-dentistes du Québec sur la santé bucco-dentaire.

Anatomie et nomenclature dentaire publication originale 2014-03-14 C ortho Lemay .com.

22.NOIRJEAN Edouar

Le traitement des dents permanentes immatures a pulpe non vitale : approche clinique .Thèse odontologie. France 2015, N°6701.

23. MILAN DAVID.

Guide pratique de prescription Antibiotique, Antalgique adaptée aux patients à risque en odontostomatologie. Thèse odontostomatologie. France 2003, N°39 - 03.

ANNEXES

X- ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : TAPILY

PRENOM : AWA

TITRE DE LA THESE : Extraction des dents de sagesse du maxillaire supérieur
dans le service de chirurgie buccale au CHU-CNOS de Bamako à propos de :
134 Cas.

ANNEE : 2018-2019

VILLE : Bamako

Pays d'origine : Mali

LIEU DE DEPOT : bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'odontostomatologie, Bibliothèque du CHU-CNOS.

SECTEURS D'INTERET : chirurgie buccale, sante publique.

Résumé

Nous avons mené une étude prospective, descriptive au CHU-CNOS de Bamako sur une période de 6 mois. L'objectif était d'étudier les aspects épidémioclinique et chirurgicaux des extractions des dents de sagesse du maxillaire dans un échantillon de 130 patients.

Ont été inclus dans l'étude les patients ayant subi une extraction dentaire des dents de sagesse du maxillaire et acceptant de participer à l'étude.

Nos données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et de la fiche d'enquête, puis traitées par le logiciel SPSS version 23.

Dans notre étude le sexe féminin était le plus représenté avec 67% des cas contre 33% de sexe masculin pour une sex-ratio 2,04. La majorité de nos patients avaient un âge compris entre 21 à 30 ans. Ils venaient plus nombreux de la commune IV et V. La carie dentaire était la principale cause des extractions dentaires avec 70% suivi des dents en état de racine avec 30%. Le siège préférentiel des extractions dentaires était la dent de sagesse numéro 18 avec 51% des cas.

Le suivi post opératoire a été effectué sur une durée d'une semaine chez 69% des patients.

MOTS CLES : extraction dentaire, dent de sagesse, maxillaire, carie dentaire, CHU-CNOS.

Fiche d'enquête

IDENTIFICATION :

Nom et prénom :

Age et lieu de naissance:.....

Sexe :

Profession :

Niveau d'étude.....

Provenance :

MOTIFS DE CONSULTATION :

1. Algies : oui/.../ non/.../
2. Carie : oui/.../ non/.../
3. Péricoronarite : oui/.../ non/.../
4. Tuméfaction : oui/.../ non/.../
5. Bourrage alimentaire entre M2 et M3 : oui/.../ non/.../
6. Microtraumatisme : oui/.../ non/.../
7. Autres :

ANTECEDENTS :

Antécédents médicaux :

- 1 : Néant 2 : Drépanocytose 3 : HTA
- 4 : Pathologies bucco-dentaires 5 : Immunodépression
- 6 : Autres à préciser :

Antécédents chirurgicaux

- 1 : Non 2 : Interventions bucco-dentaires
- 3 : Interventions abdomino-pelviennes
- 4 : Autres

DENTS CONCERNEES :

Dent 18 : oui/.../ non/.../

Dent 28 : oui/.../ non/.../

ANGULATION :

Verticale /.../ ; Horizontale /.../ ;

TRAITEMENT MEDICAL :

Antibiotique : oui /.../ non /.../

Préciser.....

Antalgique : oui /.../ non /.../

Antiseptique : oui /.../ non:/.../

Autres :.....

APPROCHE CHIRURGICALE :

Anesthésie locorégionale :

Anesthésie para-apicale : /.../

Anesthésie tubérositaire haute : /.../

Anesthésie tubérositaire haute + anesthésie palatine : /.../

Avulsion de la dent causale : oui /.../ non /.../

COMPLICATIONS PER OPERATOIRE :

Dent voisine : préciser.....

Luxation /.../ Préciser.....

Fracture coronaire /.../

Avulsion dentaire /.../**Dent causale** : préciser.....

Fracture coronaire /.../

Fracture radiculaire /.../

Hémorragie /.../

COMPLICATIONS POST OPERATOIRES :

Douleur : oui /.../ non/.../

Tuméfaction : oui/.../ non/.../

Trismus : oui/.../ non/.../

Tuméfaction + Trismus : oui/.../ non/.../

Alvéolite : oui/.../ non/.../

Préciser.....

Ostéite : oui /.../ non/.../

Cellulite : oui/.../ non/.../

Hémorragie : oui/.../ non/.../

Autres (à préciser).....

SUIVI POST-OPERATOIRE :

Une semaine /.../

Deux semaines /.../

Trois semaines /.../

Perdu de vue /.../

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. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront 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 nation, 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure