

Inclusion ectopique d'une dent de sagesse mandibulaire. A propos d'une observation

Ectopic mandibular third molar. Report of a case

AHMED BELGHUITH, MORCHED DHOUIB, HASSEN CHAMLI, NABILA BEN KHOUD,
MAHMOUD MAALEJ, HANEN HABLANI, FATHI KARRAY, MOHAMED ABDELMOULA

RÉSUMÉ

L'inclusion des dents de sagesse représente une pathologie fréquente en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Cependant, l'inclusion en position ectopique est rare.

Nous rapportons le cas d'une ectopie de la dent de sagesse inférieure gauche dans la branche montante, proche de l'échancrure sigmoïde.

Il s'agit d'un patient âgé de 42 ans qui a été adressé pour une cellulite de la région parotidienne gauche. Les explorations radiologiques ont montré une dent de sagesse inférieure gauche siégeant au niveau de l'échancrure sigmoïde avec un kyste péri-coronaire. L'état local s'est amélioré par une antibiothérapie pendant 15 jours. Un mois après, l'extraction de la dent a été pratiquée par voie endobuccale.

La conduite thérapeutique devant une dent de sagesse mandibulaire ectopique nécessite une bonne réflexion. Le choix de la voie d'abord dépend du siège de la dent et de l'expérience du chirurgien. Pour les cas asymptomatiques, l'abstention chirurgicale est conditionnée par une surveillance régulière. (**Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15: 45-48**).

mots clés : dent de sagesse, dent ectopique

SUMMARY

Inclusion of the third molar is one of the most frequent pathologies encountered in oral and maxillofacial surgery, but ectopic placement is quite rare.

Presented here is a case of ectopic location of a third molar in the mid-ramus of the mandible.

It's about a 42-year-old man who was referred due to swelling of the left parotid region, with history of similar symptoms. Radiological exams showed an ectopic third molar in the left mandibular mid-ramus with an associated cyst. Local symptoms were improved by a 15 day antibiotic therapy. One month later, the tooth extraction was performed via an oral approach.

*The therapeutic approach of ectopic inferior third molar requires a careful consideration. The choice of the surgical removal method depends on the tooth's location and the surgeon's experience. In the symptom-free cases, non removal is conditioned by a regular follow-up. (**Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15: 45-48**).*

key words : third molar, ectopic tooth

Service de Chirurgie maxillo-faciale CHU Habib Bourguiba Sfax Tunisie

Demande de tirés à part :

Morched Dhoubi Service de Chirurgie maxillo-faciale CHU Habib Bourguiba 3029 Sfax Tunisie morcheddhoubi@yahoo.fr

Accepté pour publication le 9 mars 2009

L'inclusion des dents de sagesse représente une pathologie courante en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Pour les localisations mandibulaires, la dent de sagesse incluse jouxte souvent la 2^e molaire. Exceptionnellement, elle se trouve dans une position ectopique.

Nous rapportons un cas d'ectopie de la dent de sagesse mandibulaire dans la branche montante, proche de l'échancrure sigmoïde.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 42 ans qui a été adressé pour une tuméfaction de la région parotidienne gauche avec notion d'épisodes similaires ayant régressé après un traitement antibiotique. L'examen clinique a trouvé des signes inflammatoires locaux et un trismus serré gênant l'examen de la cavité buccale. La radiographie panoramique a montré l'inclusion des 28, 38 et 48 avec une image kystique péri-coronaire sur la dent de sagesse inférieure gauche. Cette dernière siège dans la branche montante mandibulaire près de l'échancrure sigmoïde (Fig.1). La tomodynamométrie mandibulaire a confirmé les données de la radiographie panoramique et mis en évidence un épaissement des parties molles en regard, sans image de collection (Fig. 2 et 3).



Figure 1 : Radiographie panoramique montrant l'inclusion ectopique de la dent de sagesse mandibulaire gauche dans la branche montante, proche de l'échancrure sigmoïde. La dent est associée à une image de kyste péri-coronaire.

Orthopantomogram showing an ectopic third molar in the left side of mandibular body mid-ramus with an associated pericoronary cyst.



Figure 2 : TDM du massif facial en coupe axiale montrant la 38 incluse au niveau de la branche montante mandibulaire avec un épaissement des parties molles en regard.

Axial CT-Scan of the mandible showing the ectopic third molar in the left mandibular ramus with a very thick soft tissues.



Figure 3 : Reconstruction tridimensionnelle montrant la 38 incluse.

Three-dimensional CT-Scan reconstruction view of the the ectopic third molar.

Le diagnostic d'une cellulite génienne séreuse d'origine dentaire, en rapport avec la 38 ectopique a été retenu. Une antibiothérapie à base de pénicilline A et d'acide clavulanique a été prescrite pendant 15 jours. Après disparition des signes inflammatoires locaux, l'extraction de la dent causale et l'exérèse du kyste péri-coronaire ont été faites sous anesthésie générale. La voie d'abord a été endobuccale avec incision muqueuse en regard du bord antérieur de la branche montante mandibulaire, un

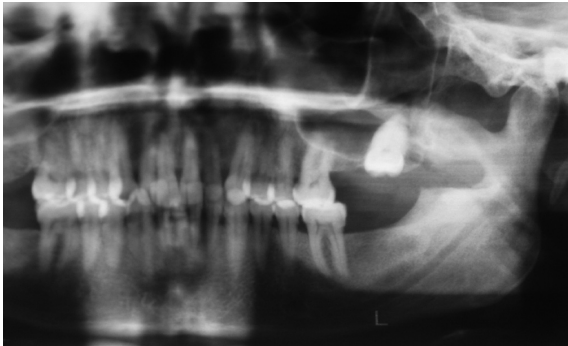


Figure 4 : Radiographie panoramique postopératoire montrant la cavité résiduelle.
Postsurgery orthopathogram showing the residual cavity.

décollement sous-périoste et une ostéotomie à la fraise de l'os mandibulaire en regard de la dent de sagesse. Les autres dents de sagesse incluses asymptomatiques ont été laissées en place. La radiographie panoramique postopératoire a montré une cavité résiduelle (Fig. 4). L'examen anatomopathologique a conclu à un kyste dentigère inflammatoire.

DISCUSSION

L'inclusion ectopique des dents de sagesse mandibulaires est une pathologie rare en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. L'ectopie la plus fréquemment rapportée dans la littérature concerne la région condylienne, suivie du processus coronoïde et du ramus [1].

Plusieurs théories étiopathogéniques ont été avancées. Cette ectopie pourrait résulter d'une éruption aberrante ou d'une formation ectopique des germes [2,3]. Un défaut d'espace entre la deuxième molaire inférieure et le ramus ou une disproportion entre la croissance mandibulaire et la direction du développement des germes ont été aussi évoqués [1]. Pour certains auteurs, le déplacement secondaire à un processus expansif kystique ou tumoral constituerait l'étiologie principale. Pour ces auteurs, même un kyste de petites dimensions pourrait causer un tel déplacement : l'ectopie déjà constituée, il y aurait une régression spontanée du kyste ou un drainage par une fistule [1,4].

En dehors des épisodes de surinfection, ces ectopies sont asymptomatiques ou responsables

d'une symptomatologie vague et non spécifique à type d'algies hémifaciales non systématisées ou de douleurs prétragiennes [1-7].

L'imagerie standard et la tomodensitométrie confirment le diagnostic, précisent la présence ou non d'un kyste péri-coronaire et déterminent le siège exact de la dent ; tous ces éléments sont déterminants pour la conduite thérapeutique [2].

Il a été recommandé d'extraire toutes les dents de sagesse ectopiques responsables de poussées inflammatoires ou accompagnées d'un kyste péri-coronaire afin de prévenir les complications à type de diffusion de l'ostéolyse, de déformation et même de fractures pour les ectopies condyliennes [1,2]. Certains auteurs ont proposé une surveillance annuelle pour les cas asymptomatiques, en dehors de toute tare associée [1].

Pour les localisations condyliennes, la voie d'abord peut être endobuccale ou externe. La voie externe pré-auriculaire offre une meilleure exposition du site opératoire, au prix d'une cicatrice cutanée et d'un risque de lésion des branches du nerf facial. La voie d'abord endobuccale permet d'éviter les complications de la voie d'abord externe, mais avec une moins bonne exposition du site opératoire. Pour améliorer l'accessibilité, certains auteurs ont proposé une coronoidectomie [1,2,3]. Pour les dents ectopiques siégeant dans le coroné ou le ramus mandibulaire, la voie d'abord endobuccale qui offre un jour suffisant, semble la plus appropriée.

L'endoscopie est de plus en plus utilisée en chirurgie maxillo-faciale et plusieurs auteurs préconisent son utilisation pour le traitement des dents de sagesse ectopiques. Il s'agit d'un moyen moins invasif que les procédés conventionnels. Elle permet l'extraction de la dent et son kyste à travers une petite incision et avec le minimum de dégâts osseux. Toutefois, cette technique nécessite un appareillage spécifique et coûteux, un opérateur expérimenté et paraît insuffisante lorsqu'il existe un volumineux kyste [2,4].

Enfin, un régime semi-liquide pendant au moins les 2 semaines postopératoires, a été recommandé par certains auteurs. Un contrôle régulier des patients doit s'assurer de l'absence de toute fracture secondaire jusqu'à la réossification complète [1,2,7].

RÉFÉRENCES

- 1 - Wang CC, Kok SH, Hou LT, Yang PJ, Lee JJ, Cheng SJ, Kuo RC, Chang HH. Ectopic mandibular third molar in the ramus region: report of a case and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008 ; 105 :155-61.
- 2 - Salmerón JI, Del Amo A, Plasencia J, Pujol R, Vila CN. Ectopic third molar in condylar region. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008 ; 37 : 398-400.
- 3 - Yusuf H. Intracondylar tooth. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1989 ; 8 : 323.
- 4 - Suarez-Cunqueiro MM, Schoen R, Schramm A, Gellrich C, Schmelzeisen R. Endoscopic approach to removal of an ectopic mandibular third molar. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003 ; 41 : 340.
- 5 - Anagnostopoulou S. Ectopic third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991 ; 71 : 522-3.
- 6 - Debes R, Miller SB. Molar in coronoid process. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1969 ; 28 : 511.
- 7 - Chongruk C. Asymptomatic ectopic impacted mandibular third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991 ; 71 : 520.