

Cas clinique et revue de littérature

Déplacement accidentel de la troisième molaire dans l'espace submandibulaire : deux cas

Yamina Guenane¹, Adel Ayat^{2,*}, Badia Saari¹

¹ Service de pathologie et chirurgie buccale, CHU Mustapha, Alger, Algérie

² Service de médecine dentaire, Hôpital militaire régional universitaire, Constantine, Algérie

(Reçu le 16 décembre 2013, accepté le 9 avril 2014)

Mots clés :
déplacement
accidentel / troisième
molaire / espace
sub-mandibulaire

Résumé – Introduction : Le déplacement ou le refoulement accidentel de la dent de sagesse dans les espaces de voisinages est une complication rare mais possible lors de son avulsion. **Observation :** Deux cas de déplacement accidentel de troisièmes molaires mandibulaires dans l'espace sub-mandibulaire sont rapportés. Le diagnostic topographique, la conduite du traitement et les causes de cette complication seront discutés. **Discussion :** Le déplacement peut intéresser l'espace sublingual, l'espace ptérygo-mandibulaire et l'espace sub-mandibulaire pour les 3^{es} molaires mandibulaires, les espaces cellulaires, le sinus maxillaire et la fosse ptérygo-maxillaire pour les 3^{es} molaires maxillaires. L'absence d'évaluation pré-chirurgicale des facteurs de risque a été citée comme la cause la plus fréquente de ces accidents notamment au niveau mandibulaire. Une bonne planification préopératoire, une analyse radiographique minutieuse et la maîtrise de la technique chirurgicale sont d'une importance capitale pour diminuer l'incidence de ces complications.

Key words:
accidental
displacement / third
molar / submandibular
space

Abstract – Accidental displacement of third molar into the submandibular space: two case reports.
Introduction: The accidental displacement of the wisdom tooth into nearby spaces is a rare, but possible complication during extraction. **Case report:** We report two cases of accidental displacement of mandibular third molars into the submandibular space. Topographic diagnosis, treatment and the causes of this complication are discussed. **Discussion:** Displacement may involve the sublingual space, pterygomandibular space and submandibular space for the third lower molars, and cellular spaces, maxillary sinus and pterygomaxillary fossa for the third upper molars. The most frequent cause cited for these accidents, particularly for mandibular molars, was the lack of presurgery assessment of risk factors. Good preoperative planning, careful radiographic evaluation, and mastery of the surgical technique are of crucial importance in reducing the incidence of these complications.

Introduction

L'avulsion chirurgicale de la troisième molaire mandibulaire est un geste quotidien en chirurgie orale. Cependant quelques complications peuvent apparaître ou survenir en per- ou post-opératoire, telles une hémorragie, des lésions nerveuses ou un trismus. Ces complications varient de 4,6 % à 30,9 % [1, 2].

Le refoulement ou le déplacement accidentel de la dent de sagesse est une complication rare [3, 4, 5] dont l'incidence est inférieure à 1 % [6]. La majorité des complications concerne le déplacement de la racine ou des dents dans le sinus maxillaire [3]. Les déplacements dans l'espace sublingual ou dans l'espace submandibulaire sont principalement

dus à la minceur de la table osseuse linguale, à l'orientation linguale de la dent ou à l'utilisation d'une force excessive lors de la luxation (manœuvre intempestive) [4, 5].

Observation

Cas n° 1

Un patient âgé de 37 ans a été adressé dans le service de pathologie et chirurgie buccale suite à l'échec d'une tentative d'énucléation d'un kyste mandibulaire en rapport avec la dent de sagesse mandibulaire gauche (38) incluse. La radiographie panoramique initiale objectivait la présence d'une image

* Correspondance : adel.ayat@gmail.com



Fig. 1. Radiographie panoramique : kyste mandibulaire entourant la partie coronaire de la 38.
Fig 1. Panoramic radiograph: mandibular cyst surrounding the coronal part of the 38.



Fig. 2. Vue endobuccale : absence de la 37 et alvéole en voie de cicatrisation.
Fig. 2. Intraoral view: absence of the 37 and socket in process of healing.

ostéolytique bien limitée, d'environ 3 cm de grand diamètre, appendue à l'apex de la molaire adjacente (37) et entourant la partie coronaire de la 38 incluse dont le grand axe était oblique, orienté vers les apex de la 37. Le canal alvéolaire inférieur paraissait refoulé (Fig. 1). L'examen clinique endobuccal de la région concernée mettait en évidence le jour de la consultation l'absence de la 37 extraite lors de la tentative initiale d'énucléation du kyste et une alvéole en voie de cicatrisation. La palpation de la table osseuse linguale révélait une voussure d'environ 1 cm de diamètre, fixe et dure (Fig. 2). La radiographie panoramique mettait en évidence la présence d'une image ostéolytique qui semblait entourer la totalité de la 38 en situation renversée (Fig. 3). La demande d'un examen tomodensitométrique (TDM) avec reconstitution en trois dimensions (3D) objectivait une effraction de la table linguale mandibulaire dans sa partie inférieure avec déplacement de la partie coronaire de 38 vers l'espace submandibulaire (Figs. 4 et 5). L'énucléation kystique emportant la 38 a été réalisée sous anesthésie locorégionale par voie intra-orale en réclinant un

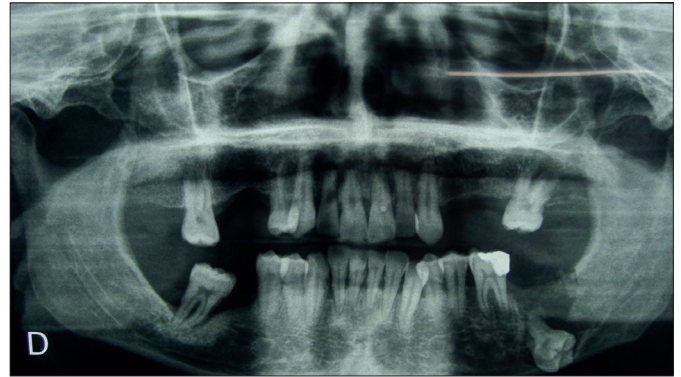


Fig. 3. Radiographie panoramique : 38 déplacée en situation renversée.
Fig.3. Panoramic radiograph: 38 displaced in reverse situation.



Fig. 4. Coupes tomodensitométriques : la 38 déplacée vers l'espace sub-mandibulaire.
Fig. 4. Computed tomography slices: the 38 displaced into the sub-mandibular space.

lambeau muqueux vestibulaire. Le geste de récupération de la 38 déplacée a été effectué en appuyant sur la table osseuse linguale (Fig. 6). L'examen histopathologique de la lésion kystique était compatible avec un diagnostic de kyste dentigère. Le patient a été contrôlé à 7 jours puis à 1 mois et tous les trois mois pendant un an. Aucune complication ou récurrence n'a été observée (Fig. 7).

Cas n° 2

Un patient âgé de 45 ans a été adressé dans le service de pathologie et chirurgie buccale suite à l'échec d'une tentative d'avulsion de la dent de sagesse mandibulaire droite (48). La radiographie panoramique initiale révélait la présence de la 48 incluse horizontale, basse, présentant un élargissement du sac péri-coronaire et un rapport étroit avec le canal alvéolaire inférieur (Fig. 8). L'examen clinique retrouvait une limitation de l'ouverture buccale (20 mm environ). La palpation de la table osseuse linguale retrouvait au fond du plancher une concavité d'environ 2 cm de diamètre, à bords irréguliers. La localisation de la dent a été établie par la radiographie panoramique et l'examen TDM qui mettaient en évidence une alvéole vide et un déplacement de la totalité de la 48 sous le

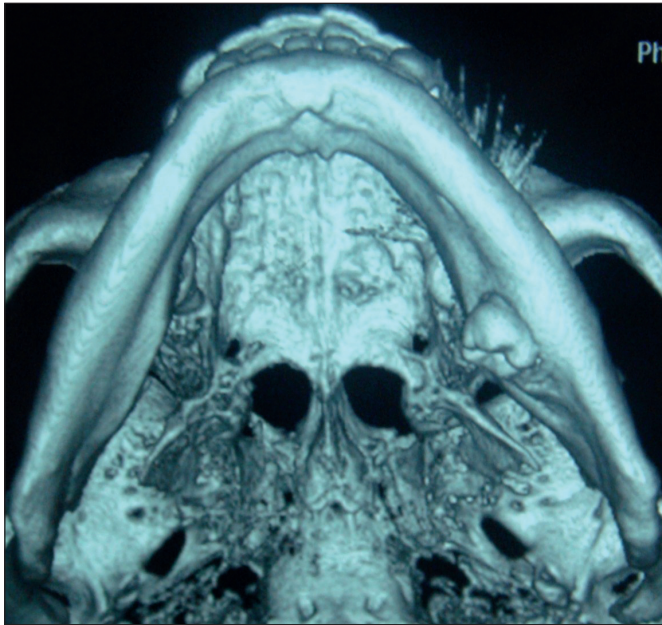


Fig. 5. Reconstruction en 3D de la 38 déplacée dans l'espace sub-mandibulaire.
Fig. 5. 3D reconstruction of the 38 displaced into the sub-mandibular space.



Fig. 6. Aspect peropératoire : la 38 extraite.
Fig. 6. Intraoperative aspect: 38 removed

rebord basilaire (Figs. 9 et 10). Étant donné la profondeur du refoulement de la 48 dans l'espace submandibulaire, le patient a été orienté vers le service de chirurgie maxillofaciale. La dent a été avulsée par un abord extra-oral submandibulaire sous anesthésie générale. Les suites opératoires ont été favorables.



Fig. 7. Radiographie panoramique de contrôle à 6 mois : bonne cicatrisation osseuse.
Fig. 7. Panoramic radiograph at 6 months: good bone healing.

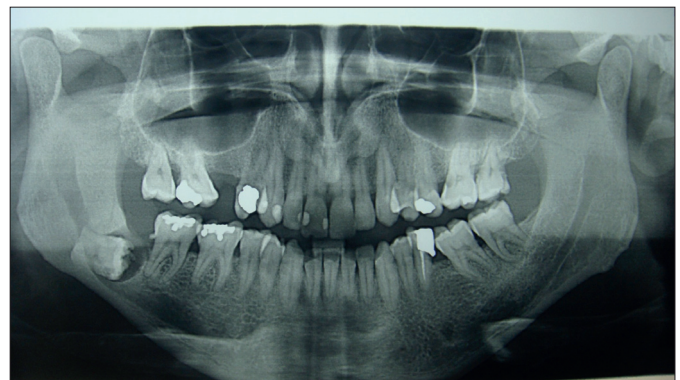


Fig. 8. Radiographie panoramique : 48 incluse.
Fig. 8. Panoramic radiograph: 48 impacted.

Discussion

Le premier cas de déplacement de dent de sagesse dans le plancher buccal a été publié en 1958 [7]. Un déplacement accidentel peut intéresser les espaces cellulaires, le sinus maxillaire et la fosse ptérygo-maxillaire pour les 3^{es} molaires maxillaires ; l'espace sublingual, l'espace ptérygo-mandibulaire et l'espace sub-mandibulaire pour les 3^{es} molaires mandibulaires. Les troisièmes molaires mandibulaires déplacées via une perforation de l'os alvéolaire lingual passent fréquemment au-dessous du muscle mylo-hyoïdien [8]. L'absence d'évaluation préchirurgicale des facteurs de risque, à savoir l'orientation linguale de la dent, la minceur de la corticale interne, l'inclusion profonde, la morphologie dentaire et les forces intempestives lors de la luxation, ont été citées comme les causes les plus fréquentes de ces accidents [3, 4, 5, 9, 10]. Tous les patients nécessitant un acte de chirurgie orale doivent être soigneusement évalués, les risques inhérents à l'acte doivent être clairement définis dans le consentement et le patient doit être informé des éventuelles complications [3, 5]. Les

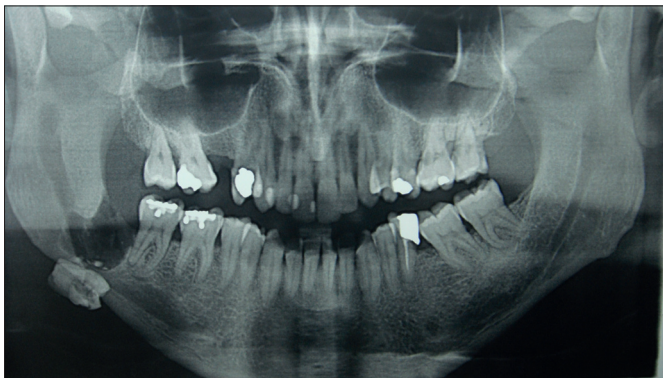


Fig. 9. Radiographie panoramique : déplacement de la troisième molaire.

Fig. 9. Panoramic radiograph: displacement of the third molar.

chirurgiens qui ont moins d'expérience induisent une incidence beaucoup plus élevée de complications que les chirurgiens expérimentés [4, 5].

En cas de déplacement accidentel d'une dent dans les espaces cellulaires adjacents, le chirurgien doit procéder à l'avulsion immédiate de celle-ci afin de prévenir les complications infectieuses et d'éviter une seconde intervention. Certains chirurgiens préconisent le report de cet acte dans le but de favoriser la formation d'une fibrose qui stabilisera la dent ou le fragment en prenant le soin de mettre le patient sous traitement antibiotique afin d'éviter une surinfection [10]. En cas de reprise tardive et de surinfection, on peut observer une tuméfaction, des douleurs, un trismus ainsi que des difficultés à la mobilisation de la langue, lors de la mastication et de la déglutition [6, 11]. La symptomatologie clinique varie selon le site de déplacement. Un déplacement vers l'espace latéro-pharyngé peut se manifester par un risque d'infection, une thrombose de la veine jugulaire interne, l'érosion de l'artère carotide ou de l'une de ses branches, et une interférence avec les nerfs crâniens IX à XII [11]. L'examen radiographique est indispensable pour localiser la dent déplacée. Une incidence occlusale, une radiographie panoramique, et/ou des radiographies de profil peuvent être exploitées. La TDM ou le cone beam avec reconstruction 3D restent les examens de référence car ils fournissent des informations précises sur la localisation de la dent et ses rapports avec les éléments anatomiques voisins [12].

Le praticien doit éviter l'acharnement chirurgical qui risque d'occasionner un déplacement secondaire plus important, et doit orienter le malade vers un service spécialisé [10, 11, 13, 14]. Lors de la prise en charge, le chirurgien doit placer son pouce sous le bord inférieur de la mandibule dans le but de bloquer et de diriger la dent vers son site initial. Un lambeau muqueux vestibulaire et/ou lingual étendu peut être récliné et le muscle mylo-hyoïdien peut être incisé pour avoir

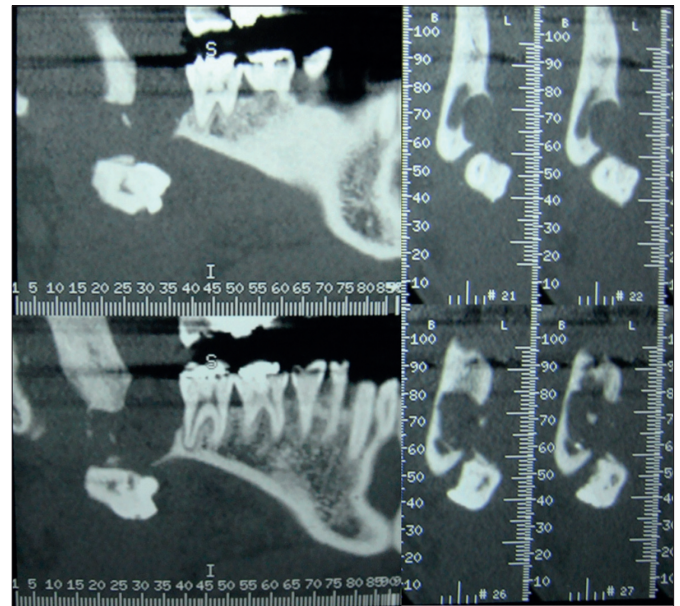


Fig. 10. Coupes tomodynamométriques de la mandibule : déplacement de la 48.

Fig. 10. Computed tomography slices of the mandible: displacement of the 48.

accès à l'espace sous-mandibulaire. Parfois il est nécessaire de faire un abord combiné intra- et extra-oral [3, 15]. Une lésion du nerf lingual doit être évitée [16].

Conclusion

Le déplacement accidentel de la dent de sagesse mandibulaire est une complication rare, dont la prévention exige une évaluation clinique et radiographique complète avant l'acte chirurgical, ainsi que le choix d'une technique adaptée. En cas de déplacement accidentel de la dent de sagesse, l'avulsion immédiate ou différée devra être réalisée en veillant à être le moins iatrogène possible.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:1379-89.
2. Sisk AL, Hammer WB, Shelton DW, Joy ED Jr. Complications following removal of impacted third molars: the role of the experience of the surgeon. *J Oral Maxillofac Surg* 1986;44:855-9.
3. Huang IY, Chen CM, Chang SW, Yang CF, Chen CH, Chen CM. Surgical management of accidentally displaced mandibular third molar into the pterygomandibular space: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2007;23:370-3.

4. Aznar-Arasa L, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Iatrogenic displacement of lower third molar roots into the sublingual space: Report of 6 Cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2012;70:107-15.
5. Nusrath MA, Banks RJ. Unrecognized displacement of mandibular molar root into the submandibular space. *Br Dent J* 2010;209:279-80.
6. Brauer HU. Unusual complications associated with third molar surgery: A systematic review. *Quintessence Int* 2009;40:565-72.
7. Howe GL. Tooth removed from the lingual pouch. *Br Dent J* 1958;104:283-4.
8. Bouloux GF, Steed MB, Perciaccante VJ. Complications of Third Molar Surgery. *J. Oral Maxillofac. Surg Clin. N. Am.* 2007;19:117-28.
9. Yeh CJ. A simple retrieval technique for accidentally displaced mandibular third molars. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2002;60:836-7.
10. Ertas Ü, Selim M, Tozoglu S. Accidental third molar displacement into the lateral pharyngeal space. *J Oral Maxillofac Surg* 2002;60:1217-8.
11. Esen E, Aydogan LB, Akcali MC. Accidental displacement of an impacted mandibular third molar into the lateral pharyngeal space. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:96-7.
12. Mellor TK, Finch LD: Displaced third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;64:131.
13. Grandini SA, Barros VM, Salata LA. Complications in exodontia-accidental dislodgment to adjacent anatomical areas. *Braz Dent J* 1993;3:103-112.
14. Durmus E, Dolanmaz D, Kucukkolbsi H, Mutlu N. Accidental displacement of impacted maxillary and mandibular third molars. *Quintessence Int* 2004;35:375-77.
15. Ayat A, Dahmani Dj, Boudaoud Z, Guenane Y, Saari B. Déplacement accidentel de la dent de sagesse mandibulaire dans l'espace ptérygo-mandibulaire : à propos d'un cas. *J Dent Qué* 2013;50:7-10.
16. Pogrel M. Complications of third molar surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 1990;2:441-51.