

Article original

Accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure au département d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo

Wendpuiré Patrice Laurent Guiguimé, Mathieu Millogo, Tarcissus Konsem, Dieudonné Ouedraogo

Service odonto-stomatologie, CHU Yalgado, Ouedraogo

(Reçu le 4 septembre 2013, accepté le 8 février 2015)

Mots clés :
accidents d'évolution /
dent de sagesse
inférieure /
prise en charge

Résumé – Introduction : L'objectif de cette étude était de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. **Patients et méthode :** Il s'agit d'une étude de cohorte descriptive allant du 01/01/2010 au 31/12/2012. **Résultats :** Nous avons enregistré 110 cas d'accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure. La tranche d'âge de 20 à 30 ans était la plus touchée avec une prédominance féminine (57,7 %). Les élèves et les étudiants (52,7 %) étaient les plus représentés. La douleur, retrouvée dans 59,1 % des cas, a été le principal motif de consultation. Le type de malposition le plus fréquent était la dent de sagesse inférieure enclavée (81,3 %) en position mésio-angulaire (56,6 %), le plus souvent bilatérale. Les accidents infectieux et nerveux étaient le plus fréquemment rencontrés. Le traitement était l'avulsion des dents de sagesse sous anesthésie générale ou sous anesthésie locale. **Conclusion :** Un dépistage précoce suivi d'une germectomie permettrait de réduire la morbidité liée aux accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure.

Key words:
accidents
due to development /
wisdom tooth /
treatment

Abstract – Accidents due to the development of the bottom wisdom tooth in the odonto-stomatology and maxillofacial surgery department at yalgado ouedraogo teaching hospital. Introduction: The aim of the present study was to contribute to improving the treatment of accidents due to the development of the bottom wisdom tooth at Yalgado Ouedraogo Teaching Hospital. **Patients and Method:** A descriptive cohort study was conducted covering the time period from January 1st 2010 to December 31st 2012. **Results:** We recorded 110 cases of accidents due to the development of the bottom wisdom tooth. The age group 20-30 was the most affected, with a female predominance of 57.7 percent. Pupils and students constituted 52.7 percent of the cases. Pain was known to be the major cause of medical check-up, representing 59.1 percent of the cases. The most frequent type of malposition was the enclosed wisdom tooth (81.3 percent) in the mesioangular position (56.6 percent); it was most often bilateral. Infections and nerve accidents were the most frequently encountered. Treatment was the removal of the wisdom tooth under general or local anesthetic. **Conclusion:** Early detection along with germectomy would lead to a reduction of morbidity linked to accidents due to the development of the bottom wisdom tooth.

Introduction

Les accidents d'évolution de la dent de sagesse sont fréquents en milieu hospitalier. Les accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure sont de deux ordres : il s'agit soit d'un accident d'éruption entre 18 et 25 ans, par difficulté

d'éruption de la dent de sagesse inférieure, soit d'un accident de désinclusion après 25 ans, par impossibilité d'éruption de la dent de sagesse inférieure [2, 3, 4].

Une dent est dite incluse lorsqu'elle n'a pas fait son éruption à la date normale et que son sac péri-coronaire n'est pas entré en contact avec la cavité buccale. L'inclusion est totale

* Correspondance : milmathieu@yahoo.fr

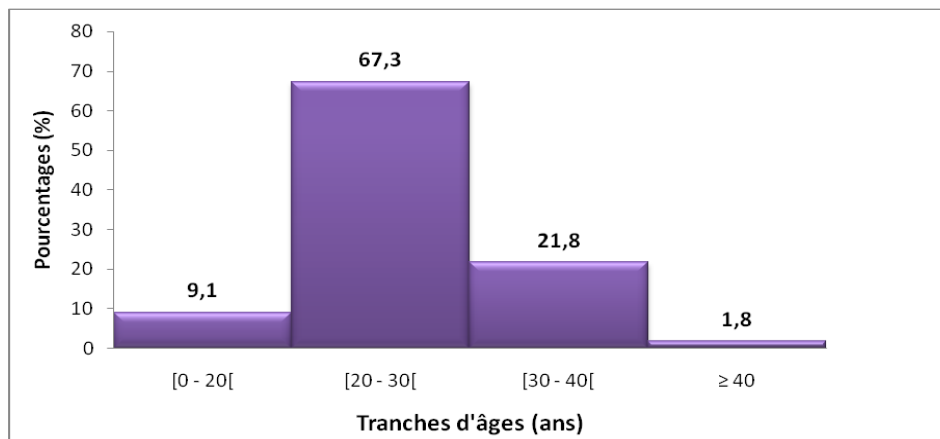


Fig. 1. Répartition des patients selon les tranches d'âge.
fig. 1. Patients distribution according to the age groups.

si la dent est entièrement recouverte par le tissu osseux ; elle est partielle si elle n'est pas entièrement recouverte par le tissu osseux, même si elle reste protégée par son sac péricoronaire et la muqueuse buccale. Une dent est dite enclavée lorsque sa position ou son anatomie atypique ne permet pas son évolution normale sur l'arcade. Enfin, une dent en désincluion est une dent qui communique avec la cavité buccale et dont l'éruption est incomplète ou particulièrement longue [5, 6].

Les accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure semblent banals mais en réalité ils méritent une attention particulière du fait de leur fréquence et de leurs éventuelles complications.

Leur gravité a diminué dans les pays développés en raison d'une prophylaxie efficace. Cependant, dans nos milieux défavorisés où la couverture sociale et sanitaire est insuffisante, nous continuons à observer des formes compliquées.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude de cohorte descriptive allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2012 dans le service d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo.

Les critères retenus pour la caractérisation d'un accident d'évolution de la dent de sagesse étaient la présence d'une symptomatologie clinique (arguments anamnestiques, signes fonctionnels, signes physiques) et radiologique (radiographie panoramique dentaire, clichés rétro-alvéolaires, mordus) devant une difficulté d'éruption de la dent de sagesse entre 18 et 25 ans ou une impossibilité d'éruption de la dent de sagesse après 25 ans.

La douleur a été évaluée selon l'échelle verbale simple (pas de douleur, douleur faible, douleur modérée, douleur intense).

La malposition de la dent de sagesse a été caractérisée par la classification radiologique de Winter.

La collecte des données a été réalisée à partir des registres de consultation et de comptes rendus opératoires.

Nous avons étudié les paramètres épidémiologiques (âge, sexe), les données cliniques et thérapeutiques.

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels Epi-Data 3.1., SPSS version 21.

Cette étude s'est faite dans le respect strict de l'anonymat des patients et du caractère confidentiel des renseignements collectés avec le consentement éclairé des patients.

Résultats

Aspects épidémiologiques

Au cours de la période de l'étude, 110 cas d'accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure ont été colligés dans le département d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, soit une moyenne annuelle de 36,66 cas.

L'échantillon était constitué pour 57,3 % de patients de sexe féminin (sex-ratio égal à 0,75).

La moyenne d'âge des patients était de $27,5 \pm 5,8$ ans avec des extrêmes de 17 ans et 45 ans. La tranche d'âge de 20 à 30 ans a regroupé 67,3 % des patients (Fig. 1).

Des antécédents familiaux (dans la fratrie ou chez les ascendants) d'accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure ont été retrouvés chez 24 patients. Ces antécédents sont définis comme des accidents d'évolution de la dent de sagesse figurant dans la base de données du département, en dehors de notre période d'étude.

Aspects cliniques

Les manifestations cliniques étaient polymorphes, et revêtaient plusieurs types de syndromes : infectieux (91 cas,

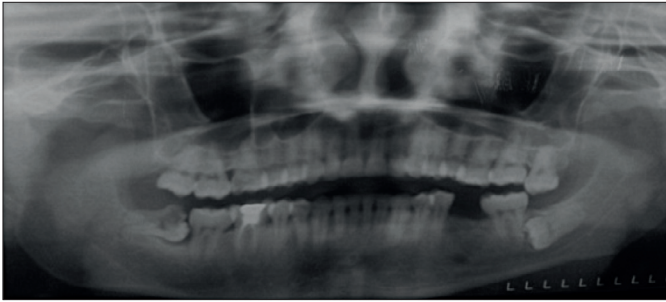


Fig. 2. Radiographie panoramique dentaire objectivant un accident mécanique : 48 enclavée, cariée et 38 incluse.

fig. 2. Panoramic X-ray illustrating mechanical accident: enclosed and decayed 48, impacted 38.

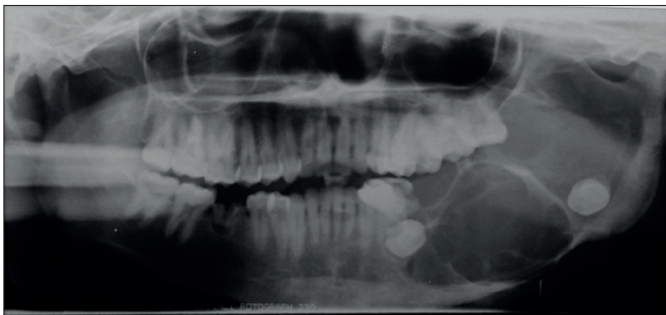


Fig. 3. Radiographie panoramique dentaire objectivant un accident tumoral : 38 en position ectopique refoulée par la tumeur.

fig. 3. Panoramic X-ray illustrating tumoral accident: ectopic position of the 38 repressed by the tumoral process.

82,7 %), nerveux (61 cas, 55,5 %), mécaniques (49 cas, 44,5 %) et tumoraux (5 cas, 4,5 %). Cependant, la douleur était le maître symptôme, retrouvée chez 90 patients (81,8 % des cas), évaluée selon l'échelle verbale simple (pas de douleur : 20 cas ; douleur faible : 36 cas ; douleur modérée : 42 cas ; douleur intense : 12 cas).

Le délai moyen de consultation était de 5 jours avec des extrêmes de 1 et de 915 jours.

Les accidents infectieux se manifestaient par les périodontites aiguës (80 patients) et les cellulites (11 patients). Les accidents nerveux étaient à type de troubles sensitifs (otalgie réflexe chez 37 patients, d'algie faciale chez 28 patients, d'algies dentaires chez 18 patients), troubles moteurs (trismus et hémiparésie chez 6 patients), de troubles sensoriels (bourdonnements d'oreilles chez 5 patients), et de troubles glandulaires (hypersialorrhée chez 5 patients).

Les accidents mécaniques se manifestaient par une carie de la face distale de la deuxième molaire chez 28 patients et une carie de la face mésiale de la troisième molaire chez 17 patients (Fig. 2).

Des accidents tumoraux ont également été enregistrés : 3 cas d'améloblastomes mandibulaires et 2 cas de kystes folliculaires (Fig. 3).

D'autres anomalies bucco-dentaires ont été retrouvées chez 83 patients (75,5 %) : dysharmonie dento-maxillaire à type d'encombrement dentaire (66 patients), lingo-version des seconds prémolo-molaires inférieurs (7 patients), supraclusion (5 patients), dents surnuméraires sur l'arcade dentaire inférieure (3 patients), diastème incisif (2 patients).

La caractérisation de la malposition de la dent de sagesse inférieure a été consignée dans le tableau ci-après.

Aspects thérapeutiques

Le traitement a fait appel à l'avulsion des dents de sagesse sous anesthésie locale dans 62 cas (56,36 %) et sous anesthésie générale dans 48 cas (43,64 %). Une résection mandibulaire interruptrice a été indiquée dans trois cas d'améloblastomes mandibulaires et une exérèse de kyste folliculaire dans deux cas. L'avulsion dentaire sous anesthésie locale a été indiquée dans les cas où les couronnes étaient visibles sur l'arcade dentaire. En revanche, l'avulsion sous anesthésie générale a été réservée pour les cas où la couronne dentaire n'était pas visible sur l'arcade dentaire.

Les suites postavulsion ont été émaillées de complications chez 22 patients. Parmi ces patients, 19 avaient bénéficié d'une avulsion sous anesthésie locale (hémorragie chez 5 patients, luxation de l'articulation temporo-mandibulaire chez 3 patients, fracture mandibulaire chez 3 patients, cellulite périmaxillaire chez 5 patients et alvéolite chez 3 patients). Les trois autres avaient bénéficié d'une avulsion sous anesthésie générale (hémorragie chez deux patients, et alvéolite chez un patient).

Discussion

Aspects épidémiologiques

La moyenne annuelle de 36,66 cas enregistrée dans cette étude ne traduit pas la fréquence réelle au sein de la population, du fait de l'existence d'autres structures de prises en charge des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure dans la ville de Ouagadougou (cabinets dentaires). Par ailleurs, le recours à l'automédication et aux traitements traditionnels contribue largement à limiter la fréquence hospitalière de cette affection. En effet, le faible revenu de la population et l'absence de couverture sociale et d'assurance maladie n'encouragent pas la plupart des patients à se rendre dans les services de santé [7].

L'échantillon était à prédominance féminine (57,3 % des cas) avec un sex-ratio à 0,75. Cette prédominance pourrait s'expliquer par la forte composante féminine de la population burkinabé ainsi que par des considérations esthétiques [7].

Tableau I. Répartition des patients en fonction de la malposition de la dent de sagesse inférieure (classification radiologique de Winter).
Table I. Patients distribution according to the mandibular wisdom tooth malposition (Radiological classification of Winter).

Dystopie	Malposition	Unilatérale	Bilatérale	Total
DSI incluse	Mésio-angulaire	8 (4,4 %)	8 (4,4 %)	16 (8,8 %)
	Verticale	7 (3,8 %)	0	7 (3,8 %)
	Horizontale	6 (3,3 %)	2 (1,1 %)	8 (4,4 %)
	Inversée	2 (1,1 %)	0	2 (1,1 %)
	Linguale	1 (0,5 %)	0	1 (0,5 %)
DSI enclavée	Mésio-angulaire	37 (20,3 %)	66 (36,3 %)	103 (56,6 %)
	Verticale	18 (9,9 %)	6 (3,3 %)	24 (13,2 %)
	Horizontale	9 (4,9 %)	8 (4,4 %)	17 (9,3 %)
	Disto-angulaire	4 (2,2 %)	0	4 (2,2 %)

Sebbar *et al.* [4] à Casablanca avait également trouvé dans son échantillon de 78 patients une prédominance féminine de 57,7 %.

La tranche d'âge de 20 à 30 ans a regroupé le plus grand nombre de patients, soit 67,3 % des cas. L'âge d'éruption de la dent de sagesse se situant entre 18 et 25 ans, c'est dans cette tranche d'âge que l'on rencontrera le plus grand nombre d'accidents d'évolution de la dent de sagesse [5].

Les antécédents familiaux d'accident d'évolution de la dent de sagesse inférieure retrouvés chez certains patients témoigneraient d'une prédisposition familiale à faire des accidents d'évolution de la dent de sagesse [6]. En effet, lorsque l'espace disponible sur la mandibule est plus étroit que l'espace nécessaire pour les dents, la dent de sagesse qui est la dernière à émerger aura des difficultés à se mettre sur l'arcade. Ces malpositions seront à l'origine des accidents infectieux, nerveux, mécaniques ou tumoraux réalisant ainsi des accidents d'évolution de la dent de sagesse [2, 4, 5, 8].

Aspects cliniques

Dans l'échantillon, il a été dénombré 182 dents de sagesse inférieures en malposition dont 148 (81,3 %) étaient des dents enclavées et 34 (18,7 %) étaient des dents incluses. Les malpositions étaient bilatérales dans 65,4 % des cas. Le type de malposition le plus fréquent était la dent de sagesse enclavée qui était le plus souvent bilatérale (44 %).

Une dysharmonie dento-maxillaire a été retrouvée dans 60 % des cas de malposition de la dent de sagesse inférieure. En moyenne, dans deux tiers des cas de dystopies de la dent de sagesse inférieure, l'espace rétromolaire était insuffisant pour recevoir la dent.

La cause de non-éruption serait donc de nature mécanique, liée à l'ouverture insuffisante du bord antérieur de la branche montante [5].

Selon Moreau [6], la race blanche présenterait un angle mandibulaire droit où l'espace entre la dent de 12 ans et le bord antérieur de la branche montante est étroit, favorisant l'enclavement de la dent de sagesse inférieure. Cependant l'avulsion préventive des dents de sagesse inférieures dans les pays développés fait que ces accidents sont rares en pratique quotidienne [5, 9].

Les accidents infectieux et les accidents nerveux étaient le plus fréquemment rencontrés, respectivement dans 82,7 % et 55,5 % des cas.

Le sac péri-coronnaire peut s'infecter à partir du capuchon muqueux rétromolaire dont la distension constitue un cul-de-sac où stagnent les débris alimentaires et les éléments microbiens. Une mauvaise hygiène bucco-dentaire pourrait alors favoriser la péri-coronarite [7]. La cellulite a été retrouvée chez les patients qui ont présenté une péri-coronarite après une avulsion sous anesthésie locale et qui n'ont pas bénéficié d'une prise en charge adéquate [10, 11].

Parmi les accidents nerveux, les troubles sensitifs étaient les plus fréquents. L'otalgie réflexe retrouvée chez 33,6 % des patients serait une irradiation de la douleur dentaire à l'oreille du même côté sans aucune atteinte organique de cette oreille. L'irritation du nerf alvéolaire inférieur, branche du nerf trigéminal serait responsable des troubles vasomoteurs sympathiques, des algies faciales et de divers troubles réflexes [12, 13].

Les accidents mécaniques se sont illustrés plus souvent par les caries dentaires. L'améloblastome retrouvé dans les accidents tumoraux pourrait s'expliquer par ses origines diverses. En effet il peut dériver de l'épithélium de l'organe de l'émail, de l'épithélium des kystes coronaires et des débris épithéliaux de Malassez [3, 11].

La dent de sagesse inférieure enclavée en position mésio-angulaire était la dystopie la plus fréquente (56,6 %). Moreau [6] avait fait le même constat avec 75 % de dents de sagesse inférieures enclavées en position mésio-angulaire.

Aspects thérapeutiques

Les méthodes thérapeutiques étaient l'avulsion de la dent de sagesse sous anesthésie locale ou générale, l'exérèse tumorale et l'incision, le drainage des cellulites.

Le traitement chirurgical sous anesthésie locale était le plus fréquent, à cause de son accessibilité économique et de la disponibilité des chirurgiens dentistes dans le département d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale. Cependant, cette pratique s'est révélée très laborieuse et pourvoyeuse de nombreuses complications. En effet, Freudlsperger [4] dans son étude a révélé une corrélation hautement significative entre le niveau de difficulté de l'avulsion de la dent de sagesse inférieure (prédite par les variables anatomiques) et la survenue de complications.

L'hémorragie était le plus souvent due à une rétention des racines ou de fragments dentaires dans l'os mandibulaire. Les complications infectieuses seraient liées à une aseptie moins rigoureuse dans les avulsions sous anesthésie locale ou à une mauvaise hygiène bucco-dentaire postopératoire. Les luxations de l'articulation temporo-mandibulaire et les fractures mandibulaires seraient quant à elles liées à l'acharnement sur une dent de sagesse difficile à extraire ou à la fragilisation de l'angle mandibulaire par la présence d'un germe dentaire.

Au vue de tous ces arguments, l'idéal serait d'envisager l'extraction des dents de sagesse incluses ou enclavées sous anesthésie générale et sous une bonne antibioprofylaxie pré-, per- et postopératoire [14]. Dans le meilleur des cas, lorsqu'une anomalie est détectée très tôt, à type de manque d'espace sur l'arcade ou de malposition des germes dentaires, ces derniers devraient faire l'objet d'une extraction préventive sous anesthésie générale [9].

Conclusion

Les manifestations diverses rencontrées au cours des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure font toute leur morbidité. Les accidents infectieux sont les plus courants, favorisés par la mauvaise hygiène bucco-dentaire. Les accidents tumoraux, mécaniques et nerveux sont relativement moins fréquents mais ont des conséquences aussi importantes. Dans notre contexte, la plupart des patients ont été reçus en consultation après l'installation des manifestations cliniques. La précarité et la paupérisation des populations de même que l'insuffisance de l'offre de soins imposent souvent la pratique d'extractions de la dent de sagesse sous anesthésie locale, avec des complications parfois désastreuses. Cependant, les accidents d'évolution des dents de sagesse inférieures peuvent être

évités par une consultation préventive et une gectomie sous anesthésie générale.

Conflits d'intérêt : aucun.

Références

1. Antunes AA, Avelar RL, Martins Neto EC, Frota R, Dias E. Effect of two routes of administration of dexamethasone on pain, edema, and trismus in impacted lower third molar surgery. *Oral Maxillofac Surg* 2011;15(4):217-23.
2. Arakeri G, Brennan PA. Polyvidone-iodine: an anti-oedematous agent. *Int J Oral Maxillofacial Surg* 2011;40(2):173-6.
3. Chkoura A, El Wady W, Taleb B. Dent de sagesse et nerf alvéolaire inférieur. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale* 2011;112(6):360-364.
4. Freudlsperger C, Deiss T, Bodem J, Engel M, Hoffmann J. Influence of lower third molar anatomic position on postoperative inflammatory complications. *J Oral Maxillofacial Surg* 2012; 70(6):1280-5.
5. Friez P. Accidents de la dent de sagesse inférieure. *Concours médical (Paris)* 1975;97(30): 4547/4554.
6. Moreau JL. Morphologie et topographie de la dent de sagesse inférieure chez l'africain. *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française* 1984;9(2):267-272.
7. OMS. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde. Pour suivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle. L'approche du programme OMS de santé bucco-dentaire. Série de rapports techniques. Genève, 2003;916:149 p.
8. Osborn TP, Frederickson G Jr, Small IA, Torgerson TS. A prospective study of complications related to mandibular third molar surgery. *J Oral Maxillofacial Surg* 1985;43(10):767-9.
9. Ouédraogo D, Millogo M, Konsem T, et al. Offre de soins bucco-dentaires au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillofac* 2011;18(3):10-13.
10. Peron J. Accidents d'évolution des dents de sagesse. *EncyclMé-dChir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Stomatologie/Odontologie* 2003;22-032-E-10, 8 p.
11. Sebbar M, Bourzgui F. Accident d'évolution de la dent de sagesse. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale* 2011;112: 263-268.
12. Sedaghatfar M, August MA, Dodson TB. Panoramic radiographic findings as predictors of inferior alveolar nerve exposure following third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63(1):3-7.
13. Tay ABG, Go WS. Effect of exposed inferior alveolar neurovascular bundle during surgical removal of impacted lower third molars. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62(5):592-600.
14. Yachouh J, Jammet P, Bensaha T. Lésions du nerf lingual lors de l'extraction d'une dent de sagesse inférieure : Plaidoyer pour une intervention précoce. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale* 2006;107:393-396.