

ACCIDENTS D'ÉVOLUTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE DANS LE SERVICE D'ODONTOSTOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DU CHU YALGADO OUEDRAOGO.

ACCIDENTS DUE TO THE DEVELOPMENT OF THE WISDOM TOOTH IN THE ODONTO-STOMATOLOGY AND MAXILLOFACIAL SURGERY SERVICE AT THE TEACHING HOSPITAL YALGADO OUEDRAOGO.

GUIGUIMDE W P L, MILLOGO M, KONSEM T, FALL M, OUEDAOGO D.

*Service d'Odonto-Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO-Ouagadougou*

Correspondance : Docteur MILLOGO Mathieu
Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO
Tél : (226) 70 16 09 68 ; Fax : (226) 50 31 18 48 ; 01 BP 7022 Ouagadougou 01 ;
Email : milmathieu@yahoo.fr

RESUME

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'est agi d'une étude rétrospective descriptive, allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 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 (53,7%). 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 bilatéral. Les accidents infectieux et nerveux étaient les 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 gectomie permettrait de réduire la morbidité liée aux accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure.

MOTS CLÉS : ACCIDENTS D'ÉVOLUTION, DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE, PRISE EN CHARGE

SUMMARY

Introduction: The aim of the present study was to bring our contribution to the cure of the accidents due to the development of the bottom wisdom tooth at the Academic Hospital Yalgado OUEDRAOGO.

Patients and Method: It was a descriptive whole-sale research covering the time period from January, 1st 2010 to December, 31st 2012.

Results: We have register 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 misposture was the enclosed wisdom tooth (81.3 percent) in the mesio-angular position (56.6 percent); it was most often bilateral. Infections and nervous accidents were the most frequently encountered. Treatment was the avulsion of the wisdom tooth under general or local anesthetic.

Conclusion: An early detection along with gectomia would lead to a reduction of morbidity linked to accidents due to the development of the bottom wisdom tooth.

KEYWORDS: ACCIDENT OF EVOLUTION, WISDOM TOOTH, CURE

INTRODUCTION

Les accidents d'évolution de la dent de sagesse sont fréquents en milieu hospitalier. Ceux 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, soit d'un accident de désinclusion après 25 ans, par impossibilité d'éruption [1, 2, 3].

Une dent est dite incluse lorsqu'elle n'a pas fait son éruption à la date normale et que son sac péricoronaire n'est pas entré en contact avec la cavité buccale. L'inclusion est totale 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 désinclusion est une dent qui communique avec la cavité buccale et dont l'éruption est incomplète ou particulièrement longue [4, 5].

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. Les études africaines sur ce sujet sont rares et traitent peu de la symptomatologie et de la prise en charge [4, 6]. L'objectif de cette étude est de faire l'état des lieux des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure et des difficultés thérapeutiques qu'ils posent dans notre contexte afin de contribuer à l'amélioration de leur prise en charge.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive allant du 01 Janvier 2010 au 31 Décembre 2012 dans le service d'odonto-stomatologie et 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

retro-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) [7]. La malposition de la dent de sagesse a été caractérisée par la classification radiologique de Winter [5].

L'avulsion sous anesthésie locale a été réalisée au fauteuil dentaire, avec infiltration locale d'anesthésiques à la seringue dentaire. L'avulsion sous anesthésie générale a été effectuée au bloc opératoire, avec intubation du patient.

La collecte des données a été réalisée à partir des registres de consultation et de compte-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.

RESULTATS

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 service d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, soit une moyenne annuelle de 36,66 cas.

L'échantillon était constitué de 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 (Figure 1).

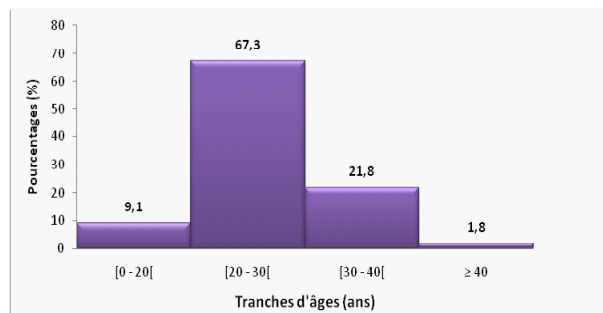


Figure 1: Répartition des patients selon les tranches d'âge

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 étant un accident 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, 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 péri coronarites 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 (Figure 2).

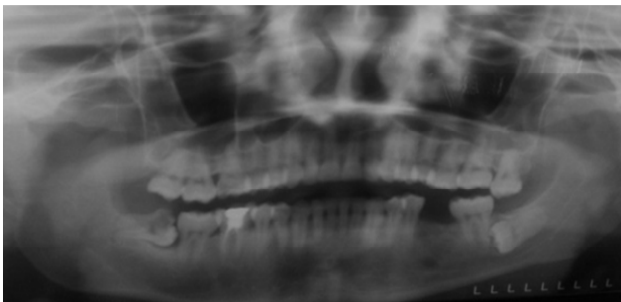


Figure 2 : Radiographie panoramique dentaire objectivant un accident mécanique : 48 enclavée, cariée et 38 incluse

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

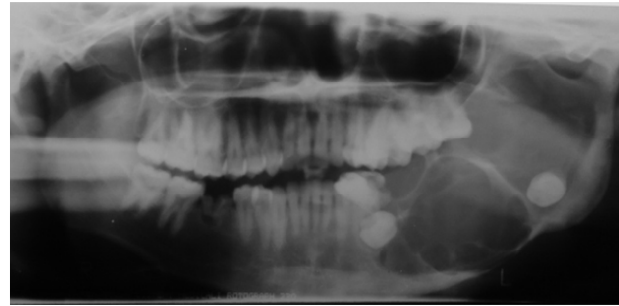


Figure 3 : Radiographie panoramique dentaire objectivant un accident tumoral : 38 en position ectopique refoulée par la tumeur

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 secteurs 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.

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la malposition de la dent de sagesse inférieure (classification radiologique de 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%)

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 3 cas d'améloblastomes mandibulaires et une exérèse de kyste folliculaire dans 2 cas.

Tableau II : Répartition des patients en fonction du traitement médical

Traitement médical	Effectifs (n=110)	Pourcentages (%)
Antalgique	106	96,3
Antibiotique	102	92,7
Anti-inflammatoire stéroïdien	46	41,8
Anti-inflammatoire non stéroïdien	15	13,6

La plupart des patients ont bénéficié d'un traitement antalgique (96,3 %) et d'une antibiothérapie (92,7 %). L'antibiothérapie était systématique dans les accidents infectieux, en pré et post-avulsion dentaire. Les suites post avulsion 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 péri maxillaire chez 5 patients et alvéolite chez 3 patients). Les 3 autres avaient bénéficié d'une avulsion sous anesthésie générale (hémorragie chez 2 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 [6].

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 [6]. Sebbar et al [3] à Casablanca avaient également trouvé dans leur 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 si-

tuant entre 18 et 25 ans; c'est dans cette tranche d'âge que l'on rencontrera le plus grand nombre d'accident d'évolution de la dent de sagesse [4].

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 [1]. 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 [1, 3, 4, 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. La cause de non-éruption serait donc de nature mécanique, liée à l'ouverture insuffisante du bord antérieur de la branche montante [4]. Selon Moreau [4], 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 [4, 9].

Les accidents infectieux et les accidents nerveux étaient les plus fréquemment rencontrés, respectivement dans 82,7 % et 55,5 % des cas. Le sac péricoronaire peut s'infecter en ce moment 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 péricoronarite [5]. La cellulite a été retrouvée chez les patients qui ont présenté une péricoronarite après une avulsion sous anesthésie locale et qui n'ont pas bénéficié d'une prise en charge adéquate [10].

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 [11, 12].

Les accidents mécaniques se sont illustrés, le 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 [2].

La dent de sagesse inférieure enclavée, en position mésio-angulaire, était la dystopie la plus fréquente (56,6 %). Moreau [4] 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 service d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale. Cependant, cette pratique s'est révélée très laborieuse et pourvoyeuse de nombreuses 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 asepsie moins rigoureuse dans les avulsions sous anesthésie locale ou à une mauvaise hygiène bucco-dentaire post opératoire. 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. En effet, Freudlsperger [8], 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.

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 post opératoire [13,14]. 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 graves. Cependant, les accidents d'évolution des dents de sagesse inférieures peuvent être évités par une consultation préventive et une germectomie sous anesthésie générale.

REFERENCES

1. FRIEZ P. Accidents de la dent de sagesse inférieure ; *Concours médical (Paris)* ; 1975 ; 97 (30) : 4547/4554
2. PERON J. Accidents d'évolution des dents de sagesse. *EncyclMédChir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Stomatologie/Odontologie*, 2003 ; 22-032-E-10, 8 p.
3. SEBBAR M, BOURZGUI F. Accident d'évolution de la dent de sagesse. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale*; 2011 ; 112 : 263-268.
4. MOREAU J.L. Morphologie et topographie de la dent de sagesse inférieure chez l'africain; *Bulletin de la société médicale d'Afrique noire de langue française* ; 1984 ; 29. (2) 267/272p.
5. SEDAGHATFAR M, AUGUST M.A, DODSON T.B. Panoramic radiographic findings as predictors of inferior alveolar nerve exposure following third molar extraction. *J Oral Maxillofacial Surgery*; 2005 ; 63: 3-7.
6. OUEDRAOGO D. MILLOGO M, KONSEM T. ET AL. Offre de soins bucco-dentaires au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. *Rev Col Odontol Afr Chir Maxillo-fac*, 2011 ; 18 (3) : 10-13

7. OMS. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde. Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle. L'approche du programme OMS de sante bucco-dentaire. *Série de rapports techniques*. Genève, 2003 ; 916 ; 149p.
8. FREUDLSPERGER C, DEISS T, BODEM J. ET AL. Influence of lower third molar anatomic position on postoperative inflammatory complications. *J Oral Maxillofacial Surgery* 2012 ; 70 (6) : 1280-5.
9. YACHOUH J, JAMMET P, BENSABAHA 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.
10. ANTUNES A.A, AVELAR R.L, MARTINS NETO E.C. ET AL. Effect of two routes of administration of dexamethasone on pain, edema, and trismus in impacted lower third molar surgery. *Oral Maxillofacial Surgery* 2011 ; 15 (4): 217-23.
11. 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.
12. TAY A.B.G, GO W.S. Effect of exposed inferior alveolar neurovascular bundle during surgical removal of impacted lower third molars. *J Oral Maxillofacial Surgery*; 2004; 62: 592-600.
13. ARAKERI G, BRENNAN P.A. Polyvidone-iodine: an anti-oedematous agent. *Int J Oral Maxillofacial Surgery* 2011 ; 40 (2): 173-6.
14. MACARIO-GERARD A, GONNU-LEVALLOIS A, VERRY-PIC M ET AL. Comparison of two opioids with different kinetics for intra venous analgesia in outpatient multiple third molar avulsions. *Rev. stomatol chir maxilla-fac chir orale* 2014, Juin, 115(3): 145-51