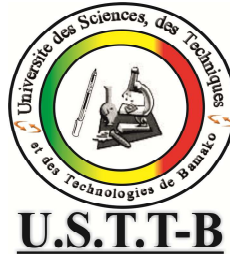


**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But Une Foi



Année : 2012- 2013

N°...../

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

TITRE :

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES DES
EXTRACTIONS DENTAIRES AU CHU-OS DE
BAMAKO : 306 cas**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : M. Mahamadou Siné TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Tiémoko Daniel COULIBALY
Membre : Professeur Mamadou L. DIOMBANA
Co-directeur : Docteur Boubacar BA
Directeur de thèse : Docteur Oumar WANE

DEDICACE

Nous dédions ce travail

A tous nos collègues étudiants qui avaient une grande passion pour la santé, qui malheureusement ont été empêchés de poursuivre leur étude pour cause de numerus clausus ou pour tout autre motif quelconque.

A nos chers parents

A Notre père : Siné TRAORE

Vous n'avez cessé de nous témoigner votre affection et votre estime.

Vous nous avez été d'un grand secours tout au long de notre vie d'enfance et de scolaire.

Vous avez consenti de lourds sacrifices pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

Puisse ce travail couronner vos peines et patience.

Notre mère : Béréthé KEITA.

Nous vous devons tout. Ces mots ne sont pas assez forts pour traduire les liens qui unissent un enfant à ses parents. Votre amour bienveillant, votre dévouement, votre rigueur et votre persévérance nous ont assuré une éducation fondée à défendre la patrie, l'honneur, le courage et la sincérité ; à détester la paresse, la honte et l'orgueil ; à contrôler la conduite, le caractère et le langage ; et à éviter l'injustice, l'ingratitude.

Nous ne saurons jamais vous remercier pour vos sacrifices et vos souffrances.

Ce grand jour tant souhaité est le fruit de vos efforts déployés pour notre réussite.

A nos frères et sœurs :

Komandjan Traoré, Fatoumata Traoré, Djénéba Traoré.

La solidarité et le respect entre nous ont été d'un apport considérable dans nos relations qui nous ont aidés à surmonter les épreuves les plus dures.

A notre grand père Feu Fonfo KEITA :

Vous avez été à la base de tout, car c'est vous qui nous avez amené pour la première fois à l'école et qui nous avez suivi au moment où nous ne connaissions pas l'importance de l'école. Vous nous avez appris depuis le bas âge que l'école était une voie sûre de réussite.

Grand père votre caractère altruiste fait de vous, une personnalité respectée et exemplaire.

A nos très chères grandes mères :

Fadima Keita, Nanténin Traoré, Nagnakalé Traoré, Nanténin Traoré.

Vous avez toujours accordé un intérêt particulier à notre personne et à tout ce qui nous concerne.

Nous vous remercions pour votre amour et le soutien que vous nous avez apportés.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A nos oncles et familles :

Toute la famille de Kamissaman Traoré à Salamalé,

-Feu Namboukary Taoré et famille à Titibougou,

- Bakary Traoré et famille à Sébénikoro,

- Sidiki Traoré et famille à Koutiala,

- Adama traoré et famille à cote d'ivoire,

C'est un réel amour que vous avez placé en nous. Que ce travail soit le témoignage de notre gratitude pour les conseils et bénédictions que vous n'avez cessé de nous prodiguer. Nous osons espérer que vos efforts et sacrifices consentis n'ont pas été vains.

REMERCIEMENTS

Nous ne saurons achever ce travail sans adresser nos sincères remerciements à :

- D'abord à Dieu le Tout Puissant de nous avoir donné l'énergie nécessaire pour finir ce travail, et nous le prions de nous guider dans notre carrière postuniversitaire.
- L'Etat malien pour la gratuité de nos études durant toutes ces années, sinon il aurait été difficile d'en arriver là aujourd'hui.
- Tous nos formateurs de base depuis l'école fondamentale jusqu'à la **FMOS** pour nous avoir donné une formation de qualité.
- Toute la famille **Bagayoko à Kangaba** et plus particulièrement à **Sanassi Bagayoko et son épouse**.

Au personnel du CHU-OS

A tout le personnel Particulièrement à DOCTEUR BA Mamadou, Bréhima Ouedraogo, Feue Fatoumata Famanta, Mme. TRAORE Fanta DIAKITE, Mme. MAIGA Sanata DIARRA et Mme. KONATE Nanko CAMARA.

Merci pour votre grande hospitalité lors de notre passage dans le service.

Vous nous avez permis de pratiquer ce que nous avons appris avec nos grands maitres à la faculté. Encore une fois merci.

Aux Missionnaires Français

Il s'agit de PROFESSEUR B. GUIMELIT, PROFESSEUR PALOUDIE, PROFESSEUR AUTEUR et de Docteur Susini.

Ces maîtres et hommes de sciences passionnés par leur profession n'ont ménagé aucun effort pour la mise en marche de la filière odontostomatologie au Mali, en apportant les fournitures et en dispensant les cours.

Veillez trouver ici, chers maitres l'expression de nos vives éternelles reconnaissances.

A l'administration et au corps professoral de la FMOS

A l'administration et au corps professoral du Lycée Mamadou M'Bodj de Sébénikoro (LMBS)

Particulièrement aux professeurs de biologie Faraba Dembélé et Mamadou Mamby Kéita, et de mathématique professeur WATTARA.

A la direction et maitres encadreurs de l'école fondamentale de Kangaba A et Salamalé.

A nos amis du quartier :

Mohamed Keita, Yacouba Keita, Boukary Boré.

Vous avez été toujours pour nous, un ami, un conseiller, un consolateur.

Merci pour votre affection et votre sympathie. A travers ce travail, nous vous réitérons toute notre reconnaissance.

A nos condisciples internes, docteurs, promotionnaires, aînés : Dr Balla Traoré, Dr Kabiné Camara, Dr Abdrahmane Maiga, Dr Yaya DIARRA.

Nous avons passé cette vie scolaire ensemble et vécu des moments de joie et de peine ensemble.

Nous vous remercions une fois de plus pour votre aide et conseils pratiques, nous vous attestons notre respect et notre reconnaissance. Que le Tout Puissant nous donne beaucoup de chance et d'intérêt dans nos projets postuniversitaires.

A nos amis d'enfance.

En souvenir de tous les bons moments que nous avons partagés ensemble.

Au Docteur Ibrahim Kalilou MANGANE du cabinet dentaire STOMADENT à Hamdallaye ACI 2000.

Nous vous remercions pour le soutien moral, la sympathie et surtout l'esprit de collaboration et de partage.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY :

PROFESSEUR Tiémoko Daniel COULIBALY

**-Maître de conférence d'odontostomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale
à la FMOS;**

-Chef de service d'odontologie chirurgicale du CHU-OS de Bamako;

**-Ancien Président du comité médical d'établissement du CHU-OS de
Bamako.**

**-Chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-
OS.**

-Chef de la Filière Odontologie

-CES d'odontologie chirurgicale

-Diplôme de Réhabilitation et Prothèse Maxillo-Faciale

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de
présider ce jury malgré vos multiples occupations.

En vous remerciant très sincèrement, permettez de souligner vos qualités de bon
praticien, votre rigueur scientifique, votre disponibilité pour la jeune génération
que nous sommes et votre qualité d'homme simple font de vous un maître
admiré et respecté.

Cher Maître recevez ici, le témoignage de toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY :

DOCTEUR Oumar WANE

-Spécialiste en odontostomatologie ;

-Spécialiste d'odontologie - conservatrice et d'endodontie

-Chef de service d'odontologie conservatrice et d'endodontie du CHUOS de Bamako.

Cher Maître

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre simplicité, votre disponibilité, humanisme, et votre sagesse nous ont séduits.

Recevez ici cher Maître, l'expression de toute notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

DOCTEUR Boubacar BA

- Maître assistant d'odontostomatologie à la FMOS**
- Praticien hospitalier au CHU-OS de Bamako**
- Certifié de chirurgie buccale**
- Certifié d'oncologie oro-faciale**

Cher Maître

Nous ne saurions jamais trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance, non seulement pour l'intérêt que vous portez à ce travail, mais aussi la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de le diriger.

Veillez acceptez cher maître, le témoignage de notre respect et de notre sincère gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE :

PROFESSEUR Mamadou Lamine DIOMBANA

- **Spécialiste en odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale,**
- **Ancien chef du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital de KATI;**
- **Ancien Chef du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS,**
- **Ancien Directeur général du CHU d'odontostomatologie de BAMAKO;**
- **Ancien vice –président du 1er conseil national de l'ordre des Médecins et Pharmaciens du Mali.**
- **Membre fondateur et titulaire de la société médicale du Mali depuis 1984.**
- **Membre fondateur et titulaire de la société de chirurgie du Mali;**
- **Médaille du mérite de la santé du Mali.**

Cher Maître

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous nous avez transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement pour notre formation. C'est l'occasion pour nous de vous remercier vivement. Veuillez recevoir ici cher Maître le témoignage de toute notre reconnaissance.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AVP : Accident de la voie publique.

CBV : Coups et blessures volontaires.

CHUOS : Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie.

CS Réf : Centre de Santé de Référence.

ddl: Degré de liberté.

Dr. : Docteur.

ED : Extraction dentaire.

F : Féminin.

FMOS : Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie.

M : Masculin.

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

PMS : Prémolaire supérieure.

Pr. : Professeur.

Rx : Radiographie.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	01
1. Préambule	02
2. Intérêt	04
3. GENERALITES	05
II. OBJECTIFS	47
III. PATIENTS ET METHODE	49
IV. RESULTATS	52
V. DISCUSSION ET COMMENTAIRES	59
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	66
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	69
VIII. ANNEXES	77

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

PREAMBULE :

L'extraction d'une dent en situation normale sur l'arcade, est un acte de pratique quotidienne dans notre activité professionnelle.

L'extraction ou avulsion dentaire consiste à extraire une dent de son alvéole.

L'objectif de l'extraction dentaire est d'enlever la dent en entier avec les tissus pathologiques associés et sans lésions des tissus environnants.

Malgré les progrès de la parodontologie, les techniques de réhabilitation prothétique et de l'odontologie conservatrice, notamment dans le domaine de l'endodontie, les extractions demeurent de pratique courante [10].

De nos jours, la carie dentaire et les parodontopathies sont de véritables problèmes de santé publique. Selon l'O.M.S., elles sont classées comme étant le quatrième fléau mondial après le cancer, les cardiopathies et le Sida [41].

Ces pathologies mettent rarement en jeu le pronostic vital de l'individu, toutefois elles ont un coût financier et social relativement important.

Les algies provoquées par les pathologies dentaires et parodontales de même que leurs complications font partie des douleurs les plus aiguës du corps humain.

La conjonction de ces deux affections a pour principale conséquence la perte dentaire par extraction [4 ; 34]. En effet, l'indigence des patients liée à l'état de sous développement, la longueur et la cherté des traitements conservateurs, associées aux douleurs dentaires incitent patients et praticiens à privilégier l'extraction dentaire comme solution thérapeutique.

D'autre part, le déficit en infrastructures, les difficultés d'accès aux soins dentaires et surtout le manque d'informations des patients concourent à pérenniser cet état de fait.

Des récentes enquêtes épidémiologiques indiquent une forte baisse de la prévalence des caries et des parodontopathies dans les pays développés d'Europe [16 ; 44].

En Afrique, les enquêtes épidémiologiques sur la santé bucco-dentaire rapportent une recrudescence de ces pathologies [15 ; 53 ; 34].

Au Mali, dans son étude Aliou M.T. en 2008, sur un échantillon de 400[5] patients, a trouvé 1,66 dents extraites par patient. Au CHU-OS il y aurait eu un taux d'extraction de 54,66% en 2004 et 54,12% en 2005 selon les rapports annuels du centre [5].

Au Sénégal, dans l'étude d'Aminata Cissé Epouse Kane en 2007 durant la période de 2 semaines allant du 8 au 21 mai, 2980 dents ont été extraites chez 2106 patients soit 1,4 dents avulsées par patient [15].

Au TOGO en 2001 au CHU de Lomé l'extraction dentaire a occupé 95,8 % des actes chirurgicaux avec une moyenne de 1.6 extractions par malade sur un échantillon de 981 [3].

Donc l'extraction dentaire est parmi les actes les plus fréquents en chirurgie dentaire.

Au regard de tous ces faits, les données épidémiologiques sont rares sur les ED au MALI [36].

C'est pour quoi nous avons décidé de faire cette étude sur les ED en guise de contribution scientifique.

INTERET DU SUJET :

Il réside dans le fait que :

- l'extraction dentaire est un acte thérapeutique, qui ne doit être pratiqué qu'en milieu médical ;
- elle peut prévenir les infections focales d'origine dentaire,
- elle peut entraîner des déficits fonctionnels et esthétiques.
- elle peut être prévenue par le respect des mesures d'hygiène buccodentaire et par des visites régulières chez le chirurgien dentiste au moins tous les six mois.

GENERALITES

I. RAPPEL ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE DE LA DENT :

I.1. ANATOMIE DENTAIRE :

I.1.2. MORPHOLOGIE DE LA DENT :

L'organe dentaire comprend deux parties :

- l'odonte
- le parodonte

I.1.2.1. Les dents

Il y'a trente-deux (32) dents permanentes et vingt (20) dents temporaires réparties entre le maxillaire et la mandibule. On distingue 4 types 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 [9].

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.

I.1.2.1.1. 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 cuspides dont le nombre varie selon la molaire [10].

I.1.2.1.2. 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 [29 ; 30].

- Nombre de racines
 - Les incisives, les canines, les deuxièmes prémolaires supérieures et les prémolaires inférieures sont monoradiculées.

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 platine 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 [48].

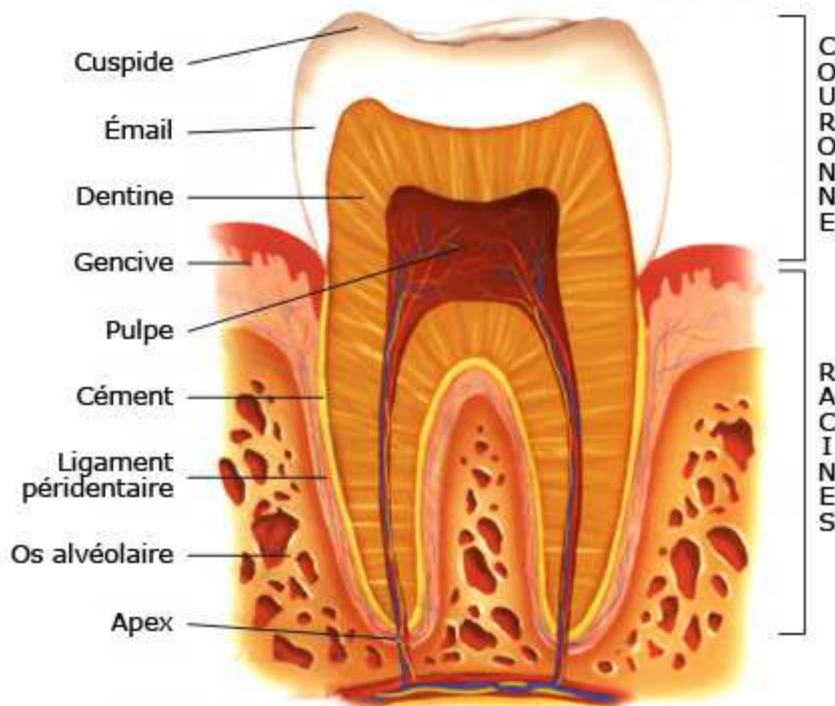


Figure 3 : Coupe sagittale d'une molaire inférieure [54]

I.1.2.2. 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 [27].

I.1.2.2.1. 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 inter dentaire [27].

I.1.2.2.2. 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 [6].

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 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 [27].

I.1.2.2.3. Le desmodonte ou ligament parodontal

Le desmodonte est un tissu conjonctif non minéralisé situé entre le cément 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 [27].

I.1.2.2.4. Le cément

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

- le cément acellulaire afibrillaire,
- le cément acellulaire à fibres extrinsèques,
- le cément cellulaire à fibres intrinsèques,
- le cément cellulaire à fibres extrinsèques [27].

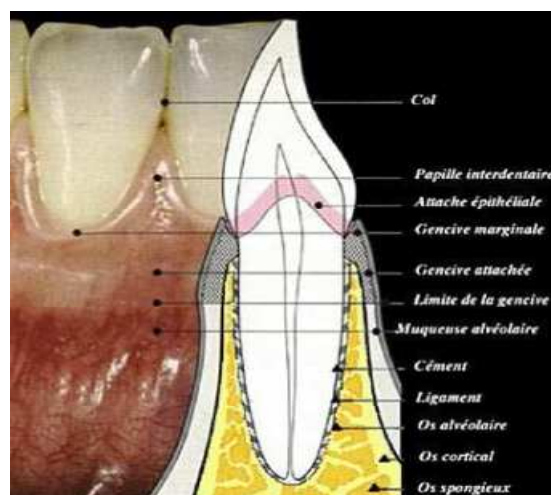


Figure 4 : coupe sagittale et vue clinique de l'organe dentaire et du parodonte [45]

I.2. HISTOLOGIE DENTAIRE :

I.2.1. L'EMAIL

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 amérodentinaire 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 [8].

I.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 réactionnelle. Etudiée 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 [14].

I.2.3. LE CEMENT

❖ Le ciment acellulaire ou ciment fibrillaire.

Il prédomine dans la portion juxtadentinaire 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 ciment est traversé par des fibres folliculaires et ou desmodontales incluses secondairement dans le ciment au fur et à mesure de son apposition.

Le ciment acellulaire, caractéristique des premières couches de ciment déposé, alterne ensuite avec des zones de ciment cellulaire [13].

❖ Le ciment cellulaire

Il recouvre le ciment acellulaire qui tapisse la surface radiculaire.

Le ciment 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 [28].

❖ **Le ciment afibrillaire**

Il est observé généralement à la jonction émail ciment recouvrant partiellement l'émail cervical. Ce type de ciment est généralement acellulaire. Il existe parfois du ciment afibrillaire au niveau des furcations interradiculaires [13].

I.2.4. 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 [13].

❖ **Les cellules**

Elles sont de plusieurs types :

- 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 [13].

❖ 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 coronaire, elles se résolvent en un réseau capillaire abondant [13].

I.2.5. LE PARODONTE

❖ Le ligament parodontal ou desmodonte

Ce ligament occupe l'espace situé entre le ciment et l'os alvéolaire.

Comme tout tissu conjonctif, il comporte des cellules et un compartiment extracellulaire comprenant des fibres et une substance fondamentale. Parmi les cellules, on retrouve des fibroblastes, des cellules mésenchymateuses indifférenciées, des ostéoblastes, des ostéoclastes (fonctionnellement associés à l'os alvéolaire), des cimentoblastes et cimentoclastes (fonctionnellement associés au ciment), des restes épithéliaux de Mallassez, des macrophages et des cellules à compétence immunitaire.

❖ Les fibres

Ce sont des fibres collagènes et des fibres oxytalanes (fibres élastiques immatures).

❖ La substance fondamentale

C'est un gel polysaccharidique hautement hydraté constitué des macromolécules suivantes :

- acide hyaluronique appartenant au groupe des glycosaminoglycanes,
- protéoglycanes (ou mucoprotéines), formée de glycosaminoglycanes combinés à une protéine
- glycoprotéines, parmi lesquelles la fibronectine [13].

II. PATHOLOGIES DENTAIRES ET PERIDENTAIRES

1.2. CARIE DENTAIRE ET SES CONSEQUENCES

1.2.1. CARIE DENTAIRE

❖ Définition

Il existe plusieurs définitions de la carie dentaire dans la littérature.

Selon l'OMS [41] « la carie est un processus localisé d'origine externe apparaissant après l'éruption des dents qui s'accompagne d'un ramollissement des tissus durs de la dent et évolue vers la formation d'une cavité ».

D'après Thylstup [52], «La carie est un processus local résultant d'une activité bactérienne localisée ».

❖ Le processus carieux

Baume [27] a classé la pathologie carieuse en quatre catégories selon la profondeur de la lésion et le degré d'atteinte pulpaire.

- Catégorie I de Baume

C'est une carie de l'émail. Elle est indolore et passe souvent inaperçue, sa découverte est souvent faite au cours d'un examen systématique.

- Catégorie II de Baume

Elle est appelée dentinite et atteint la dentine. Elle peut être peu profonde comme elle peut être plus avancée. Elle se caractérise par une douleur provoquée qui s'arrête après le stimulus.

- Catégorie III de Baume

Elle est appelée pulpite car la pulpe est atteinte. La douleur ressentie est beaucoup plus intense que celle de la dentinite.

- Catégorie IV de Baume

La pulpe est nécrosée et infectée : *c'est la gangrène pulpaire.*



Figure 5 : Caries à un stade évolué [23]

1.2.2. Les conséquences de la carie dentaire

Ce sont des lésions périapicales, comme :

- **Granulome périapical:** C'est une pseudotumeur 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 périapicales 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, cônes de gutta ...) [31].

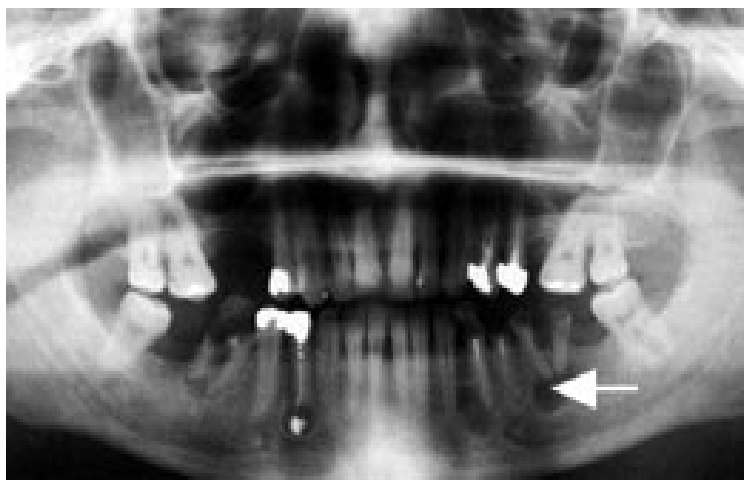


Figure 6:Granulome apical [23]

- **Kyste périapical** : C'est une tumeur bénigne des maxillaires justiciable d'un traitement endodontique et / ou chirurgical.

Le kyste périapical a pour origine la transformation d'un épithéliogranulome 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 [26].

- **Abcès périapical** : 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 périapicaux n'est pas limitée par une barrière fibreuse, un abcès périapical 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 radulaire. L'abcès périapical peut donc se former directement à partir d'une lésion périapicale 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 [33].

❖ **Complications des lésions périapicales**

- **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 ou chronique [26].

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 (péricoronarite) ou d'un traumatisme dentaire [32].



Photo 1 : Cellulite génienne basse [32]

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 [26].

- **Complications générales**

L'infection focale est l'atteinte, à distance, d'un organe par les microorganismes ou leurs toxines, à partir de leur foyer d'origine, 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 [26].

1.2.3. PARODONTOPATHIES

1.2.4. DEFINITION

Les maladies parodontales ou parodontopathies sont des affections des tissus de soutien de la dent. Les maladies parodontales, de par la complexité du biofilm et des bactéries qui les composent et les nombreux facteurs modifiants et aggravants, sont des maladies multifactorielles qui rendent le diagnostic plus difficile. Ce sont des processus inflammatoires gingivaux dont le rôle est essentiel dans la résorption de l'os alvéolaire.

Elles comprennent principalement les gingivites localisées au parodonte superficiel et les parodontolyses qui atteignent le parodonte profond [27].

1.2.5. CLASSIFICATION DES MALADIES PARODONTALES

Plusieurs classifications ont été proposées et la plus complète est celle d'Armitage [15]. C'est ainsi que l'on a :

- Gingivite associée à la plaque dentaire :
 - Sans facteurs favorisants locaux
 - Avec facteurs favorisants locaux
- Maladies gingivales modifiées par des facteurs systémiques associés au système endocrinien (puberté, menstruation, grossesse, diabète), associés aux maladies hématologiques (leucémie et autres)
- Maladies gingivales modifiées par la prise de médicaments

- Maladies gingivales modifiées par la malnutrition (carence en Vitamine C et autres)
- Maladies gingivales non dues à la plaque, virale, génétique, mucocutanée, allergique
- Maladies gingivales d'origine virale telles que primo-infection herpétique, herpès buccal, zona
- Parodontite chronique (dite parodontite de l'adulte)
 - Sévérité : légère (niveau d'attache clinique < 3mm), Modérée (niveau d'attache clinique 3-4mm), Sévère (niveau d'attache clinique \geq 5mm)
 - Destruction en rapport avec les facteurs locaux, associée à des schémas microbiens variables, progression de la maladie lente à modérée, mais avec de possibles périodes de progression rapide, peut intervenir à tout âge, sous une forme localisée ou généralisée.
- Parodontite agressive, localisée et généralisée (dite parodontite précoce, qui comprend les parodontites juvéniles, de la puberté, et à évolution rapide).
 - perte d'attache clinique et importance des dépôts microbiens sans relation avec la sévérité de la destruction tissulaire, et familiale, souvent associée aux infections à *Actinobacillus Actinomycetemcomitans*
 - La forme localisée touche les molaires et les incisives
- Parodontites à manifestations de maladies systémiques, hématologiques ou génétiques
- Maladies parodontales nécrosantes :
 - Gingivite ulcéro-nécrotique
 - Parodontite ulcéro-nécrotique
- Parodontites associées à des lésions endodontiques
- Anomalies de développement ou acquises, défauts muco-gingivaux, traumatismes occlusaux.

1.3. TRAUMATISMES ALVEOLO-DENTAIRES

Ils sont dus aux accidents de la voie publique, au sport et aux rixes. On observe surtout des fractures et des luxations.

1.3.1. CLASSIFICATION DES TRAUMATISMES DENTAIRES

Les traumatismes dentaires sont classés selon des considérations étiologiques, anatomiques, pathologiques ou thérapeutiques. La classification détaillée est basée sur un système adopté par l'organisation mondiale de la santé [47].

❖ Traumatismes des tissus durs et du tissu pulpaire [47]

1.3.1..1. Fractures coronaires

Tout type de fracture coronaire peut s'accompagner d'un traumatisme des tissus de soutien, qu'il faut dépister, car il a un impact certain sur le pronostic vital de la dent.

➤ Fractures coronaires sans exposition pulpaire

- Fêlure : fracture incomplète de l'émail sans perte de substance amélaire.
- Fracture de l'émail : fracture amélaire avec une petite perte d'émail.
- Fracture coronaire sans effraction pulpaire : Ce type de fracture coronaire n'implique que l'émail et la dentine, sans exposition pulpaire directe.

➤ Fracture coronaire avec exposition pulpaire

Cette fracture concerne l'émail, la dentine et une exposition pulpaire.

1.3.1..2. Fracture coronoradiculaire

Cette fracture concerne l'émail, la dentine, le cément, associée ou non à une exposition pulpaire.

1.3.1..3. Fracture radiculaire

Cette fracture concerne la dentine, le cément et la pulpe. Elle exige une attention particulière, car une fracture radiculaire peut s'accompagner simultanément d'une luxation du fragment coronaire.

❖ Traumatismes des tissus parodontaux et osseux [39]

➤ Contusion

La contusion est un traumatisme mineur du parodonte sans déplacement ni mobilité de la dent.

➤ Subluxation

La subluxation est un traumatisme du parodonte sans déplacement de la dent, mais s'accompagnant d'une faible mobilité.

➤ Extrusion

Ce traumatisme est un déplacement de la dent hors de l'alvéole.

➤ Luxation latérale

La dent est déplacée selon son grand axe, l'apex étant habituellement déporté en direction vestibulaire et la partie coronaire en palatin. Elle s'accompagne souvent d'une fracture alvéolaire.

➤ Intrusion

Ce traumatisme représente un déplacement de la dent en direction apicale, entraînant un écrasement du paquet vasculo-nerveux apical et d'importantes lésions cémentaires et parodontales.

➤ Expulsion

Déplacement total de la dent hors de son alvéole, avec rupture totale de la vascularisation pulpaire [39].

1.4. ACCIDENTS D'EVOLUTION DE LA DENT DE SAGESSE INFERIEURE [18]

On regroupe sous cette dénomination, l'ensemble des phénomènes pathologiques liés à l'éruption de cette dent. La fréquence de ces accidents est due à des conditions anatomiques et embryologiques particulières et certains d'entre eux sont justiciables d'extraction.

Cependant, nous nous limiterons, pour notre étude, aux accidents infectieux locaux car ces derniers sont plus susceptibles d'indiquer une extraction.

1.4.1. Les accidents locaux

❖ Les accidents infectieux

Ils sont observés lorsque le sac péri-coronaire qui englobe la dent va former avec le capuchon un cul de sac dans lequel les débris alimentaires vont s'accumuler et provoquer ainsi l'infection. Elle est d'abord congestive puis évolue vers la suppuration.

❖ Les lésions muqueuses

- L'angine par inflammation de voisinage
- La gingivo-stomatite odontiasique qui réalise une gingivite ulcéronécrotique unilatérale ne dépassant pas la canine opposée.

❖ Les accidents cellulaires

- Les cellulites aiguës; on peut noter :
 - l'abcès migrateur de Chompret et l'Hirondelle,
 - l'abcès masseterien,
 - le phlegmon circonscrit interne,
 - le phlegmon circonscrit postérieur,
 - le phlegmon temporal.

- Les cellulites chroniques

❖ Les accidents ganglionnaires

Ils accompagnent les péri-coronarites et les gingivo-stomatites odontiasiques. On peut noter :

- l'adénite simple
- l'adénite suppurée
- l'adéno-phlegmon

❖ **Les accidents osseux et tumoraux**

Les premiers sont devenus rares depuis l'avènement des antibiotiques, on y note surtout les ostéites pérимандibulaires.

Quant aux accidents tumoraux, il s'agit essentiellement du granulome marginal postérieur de Berchet et du kyste péri-coronaire.

III. LES EXTRACTIONS DENTAIRES

Au cours de toute extraction dentaire, laquelle consiste en la suppression des moyens de fixation maintenant la dent dans son alvéole afin de la séparer de l'os.

Cette désarticulation constitue, une intervention chirurgicale de petite ou moyenne importance selon les cas, mais qu'il faut toujours se garder de minimiser, sous peine de surprises par fois lourdes de conséquences ainsi, avant toute décision opératoire concernant l'avulsion d'une dent, aussi simple puisse-t-elle paraître, une étude critique précisant les facteurs favorables ou défavorables à cette intervention est indispensable, et repose sur un examen minutieux local, général et une bonne pratique opératoire[51].

III.1. Diagnostic Préopératoire [51] :

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

III.2. Diagnostic de l'état général [51] :

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'un interrogatoire rapide, mais systématique et méthodique, en se rappelant que les malades omettent fréquemment de signaler spontanément leurs antécédents pathologiques et les traitements auxquels ils sont ou ont été soumis.

Il faut donc orienter cet interrogatoire, en fonction d'une des incidences d'un terrain spécial ou 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, permettront 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^{ème} mois, les accouchements prématurés sont à craindre, mais il n'existe aucune contre indication formelle.

• **L'âge du malade** : les personnes âgées 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 qui 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 diffèrent selon la lésion 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 entraîne 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 (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 « parce 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 nécrosant.

• **L'alcoolisme** : cette tare en général que l'on incriminait dans la genèse des accidents infectieux s'avère d'origine dentaire. Avant toute intervention chez un éthylique, il est nécessaire de se prémunir contre trois 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 le fauteuil dentaire, d'où la nécessité de prise d'anti convulsifs à des doses habituellement augmentées à titre préventif.

III.4. Diagnostic de l'état local [21 ; 46]:

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, radiculaire, et la mobilité), rapport anatomique avec les éléments voisins (sinus maxillaire, canal mandibulaire)
- Bilan **radiographique** suffisant permettant un regard ample sur toute la racine de la dent, et sur son environnement immédiat. Pour une extraction simple les clichés rétro alvéolaires en incidence ortho radiale 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 orthopantomogrammes 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.
- L'étendue de l'acte opératoire, problème des extractions multiples.
- Le mode d'anesthésie locale ou générale



F

Fig. 7 : Cliché panoramique dentaire [36]

III.5. 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 temporaires ou définitives possibles ;
- Suivi et durée des suites opératoires, avec mention des répercussions possibles sur la vie courante ;
- Risque opératoire courant [21].

III.6. 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 antibioprofylaxie est indiquée (patients atteints de rhumatisme articulaire aigu, d'endocardite, de glomérulonéphrite) celle-ci doit être mise en œuvre au minimum une heure avant l'intervention [21].

III.7. Instrumentation [21] :

Il ne s'agit pas d'établir une liste exhaustive mais de présenter les instruments le plus communément utilisés.

• **Les syndesmotomes :**

- **Fonctions :** ils permettent 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 interdentaires jusqu'au contact de la dent par un mouvement de reptation jusqu'à la papille opposée en sectionnant le ligament parodontal.

- **Variétés :** il existe deux grandes variétés

- . **Les syndesmotomes de Chompret :** syndesmotome droit, syndesmotome faucille, syndesmotome 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 inserts différents adaptés à toutes les particularités anatomiques des dents.

- **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.

Les syndesmotomes servent souvent d'élévateurs pour les opérateurs expérimentés.

• **Les élévateurs :**

- **Fonctions :** d'une conception plus volumineuse tant au niveau du manche que de 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'adaptant 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, l'index en extension sur la partie travaillante.

Soit l'instrument travaille parallèlement à l'axe de la dent en s'immisçant progressivement entre l'alvéole et la racine pour élargir l'espace et faciliter la luxation finale de l'organe. Soit l'instrument agit perpendiculairement à l'axe de la dent, la partie travaillante est introduite entre l'os et le ciment au niveau de l'angle mésio- ou distovestibulaire de l'odonte. Les bords de la face concave de l'élévateur accrochent la structure radiculaire tandis que la partie convexe prend appui sur le rebord crestal.

Par rotation de la manche, le praticien imprime un mouvement de déroulement à la racine qui sort de son alvéole. Il ne reste alors qu'à saisir la dent luxée avec un davier.

• **Les daviers** :

- **Fonctions** : pinces en forme de tenaille, ils permettent de saisir la dent, participent activement à la luxation de celle-ci et terminent l'avulsion.

- **Variétés** : un davier comprend trois parties :

- **Les mors** : qui constituent la partie spécifique, ils permettent de saisir la dent. À chaque variété de dent correspond des mors adaptés;

- **Les branches** : elles sont généralement symétriques, légèrement courbées et à section ovale ;

- **La charnière** : c'est le point d'union des deux branches.

- **Utilisation** : bien que destinés à maintenir fermement la dent pour lui imprimer les mouvements nécessaires à sa subluxation, les mors du davier ne doivent pas l'écraser.

La prise en main des branches de l'instrument est franche, calée dans le pli d'opposition du pouce et enroulée des quatre autres doigts. La pulpe du pouce est engagée entre les deux bras de l'instrument et constitue un rempart souple qui permet de fixer à tout moment la pression exercée sur la structure dentaire.

La position du davier doit garantir un maximum de prise, pour ce faire, les mors de l'instrument sont insérés le plus profondément possible dans l'espace sulculaire.

- **Les curettes**

- **Fonctions** : leur rôle est d'explorer l'alvéole déshabillée afin de retirer les éventuels débris tissulaires qu'ils soient osseux, dentaires, kystiques ou granulaires. Elles sont constituées d'un manche fin et d'une extrémité en forme de cuillère.

- **Variétés** : les plus communément utilisées sont les curettes de Chompret.

Elles sont au nombre de trois : curette droite, curette sur le tranchant à droite et à gauche.

- **Utilisation** : la prise est de type « porte plume », la face concave de la partie active est appliquée sur toutes les parois de l'alvéole et progresse de la profondeur vers la superficie, assurant ainsi un curetage soigneux de la cavité.



Fig. 8 : Un syndesmotome [36]

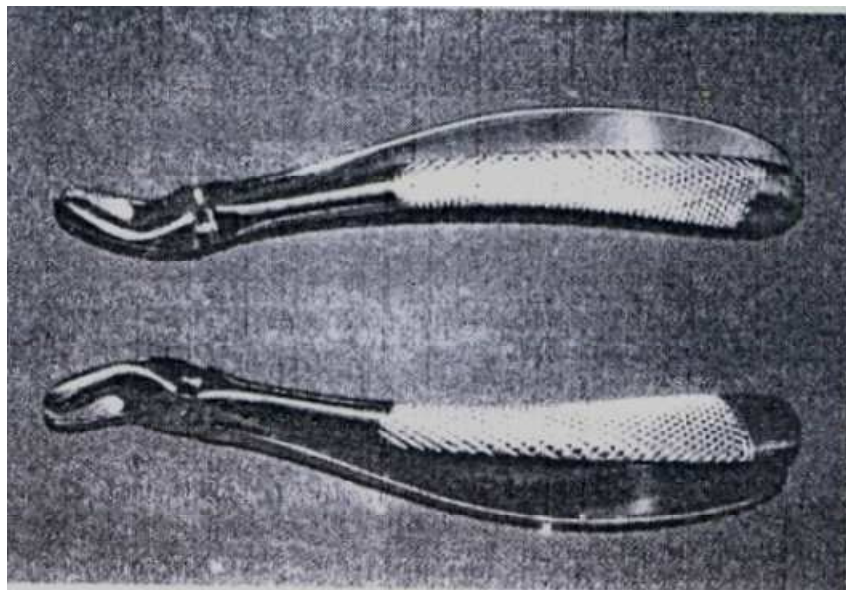


Fig. 9: Daviers [21]



Fig. 10 : Elévateurs [36]

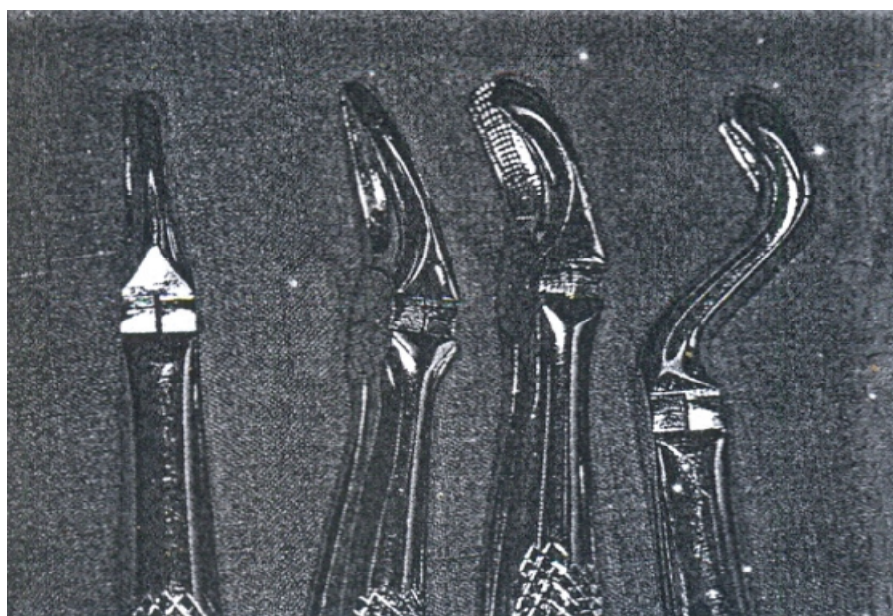


Fig. 11 : Les différents daviers pour chaque type de dents supérieures. [21]

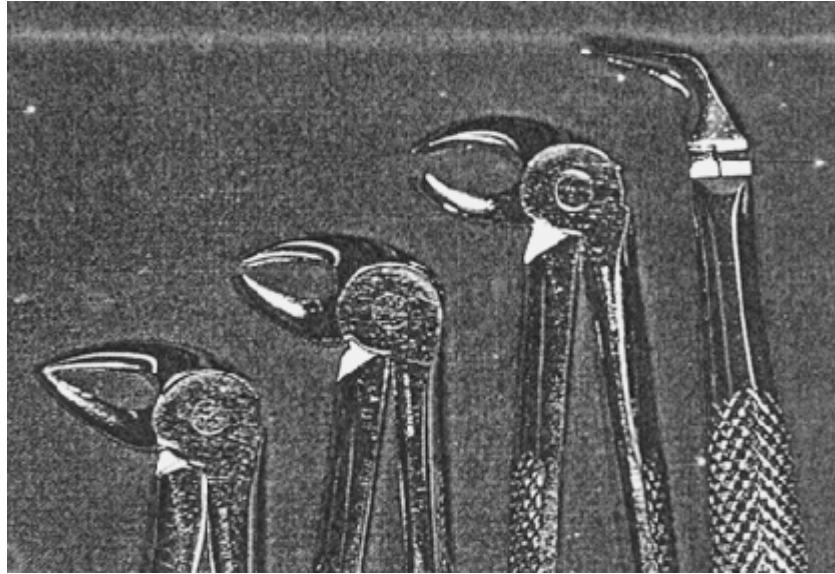


Fig. 12 : les différents daviers pour chaque type de dents inférieures [21].

III.8. Technique d'extraction dentaire [21].

- **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.

- **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.

- **Mesure opératoire de base :**

- **Le mode de préparation locale :** il s'agit de la désinfection péribuccale et endobuccale, elle peut être effectuée avec un simple bain de bouche que le patient réalise lui-même, ou par le praticien à l'aide 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 préméditation, surtout quant on emploie un vasoconstricteur de type d'**adrénaline**. Elle peut être obtenue par différents procédés, choisis selon leur opportunité et en fonction du degré d'insensibilisation que l'on souhaite obtenir. On peut l'appliquer sous forme de :

- **L'instillation directe intra dentaire :**

A l'aide d'une sonde on instille de la **procaïne 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 en jet de **chlorure d'éthyle** au niveau de la zone concernée, provoquant une forme d'anesthésie par le froid

- **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 ou noradrénaline** qui sont des vasoconstricteurs pouvant provoquer des troubles neurovégétatifs et cardiovasculaires). Elle consiste à bloquer à distance tout un territoire muqueux ou cutano- muqueux à travers l'anesthésie d'un tronc nerveux d'où le nom d'anesthésie tronculaire. On l'utilise surtout lorsque l'anesthésie nécessite une certaine durée dans le temps, ou lorsque l'utilisation de l'anesthésie locale s'avère difficile ou peu active. On peut pratiquer une prémédication classique (**barbiturique** légère le matin, **dolosal 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.

III.9. L'extraction dentaire proprement dite:

La position de l'opérateur est fonction de la localisation et de la nature de la dent à extraire. Généralement à droite de l'opéré pour un opérateur droitier et inversement pour un gaucher. Il pourra, lors de certains temps précis, se positionner plus en avant ou plus en arrière. La station debout est préférable, elle assure une meilleure stabilité et facilite une bonne gestuelle. Les mouvements à imprimer sont variables selon le type de dent [21].



Fig13 : Syndesmotomie [36]

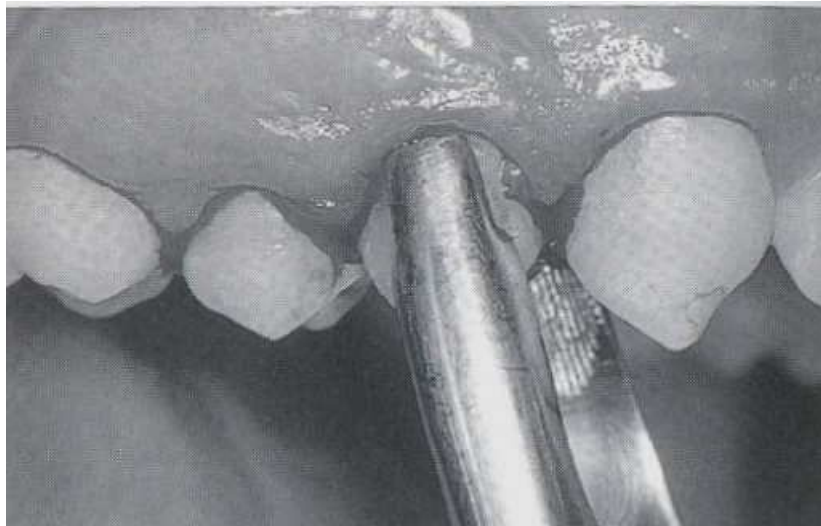


Fig. 14 : Prise au davier [36]

III.9.1. INDICATIONS [21] :

III.9.1.1. Les caries dentaires

Ce sont des maladies infectieuses qui attaquent les tissus durs de la dent, elles les ramollissent puis les détruisent.

Cette destruction une fois entamée se poursuit jusqu'à la disparition complète de l'organe dentaire.

Généralement la carie évolue de l'extérieur vers l'intérieur de la dent. Cette évolution se fait en stades allant du premier au quatrième degré (mort de la dent).

❖ **Premier degré** : en principe sans douleur, elle passe presque inaperçue pour le patient, son attention peut être attirée par :

.Un sillon particulièrement sombre ;

.Une rétention alimentaire inhabituelle, si atteinte proximale, on l'appelle carie de l'émail.

❖ **Deuxième degré** : carie de la dentine.

Elle n'occasionne jamais de douleurs spontanées. Les douleurs occasionnées par cette carie sont presque toujours provoquées par le froid et le sucre : c'est la **dentinite**.

Les caries sont souvent perceptibles mais pas toujours, les rétentions alimentaires sont importantes. La radiographie permet de faire une idée de la profondeur de la lésion avant traitement.

❖ **Troisième degré** : carie de la dentine à proximité de la pulpe, cette pulpe est affectée d'une inflammation non ouverte, ce qui explique sa symptomatologie clinique orageuse. C'est le stade de la rage et les nuits blanches, on parle de **pulpite aiguë**.

L'œdème inflammatoire est responsable de fortes douleurs que nous reconnaissons étant donné que la chambre pulpaire est inextensible, ce qui occasionne une augmentation de la pression qui irrite les terminaisons nerveuses à ce niveau, ceci explique le caractère spontané de cette douleur forte.

❖ **Quatrième degré** : (ouverture pulpaire, dent morte)

L'ouverture pulpaire diminuant la pression intra-chambrale atténue les symptômes orageux du troisième degré. Cette ouverture peut être spontanée quand le malade s'entête à ne pas consulter, ou provoquée par le malade lui-même ou par le thérapeute qui peut être amené à pratiquer cette ouverture en cas d'échec de la thérapie conservatrice, ce qui est souvent le cas des pulpites de

longue durée. La pulpite aiguë évolue vers la pulpite chronique, soit vers la nécrose pulpaire, plus ou moins rapidement ou totalement selon les cas.

III.9.1.2. Complications de carie dentaire.

La carie de cinquième degré est une terminologie désuète qui désigne les premières atteintes péri-apicales qui suivent la nécrose pulpaire.

.Complications pulpaires : pulpites chroniques plus ou moins prolifératives, la mortification pulpaire.

.Complications desmodontales; périodontite ou desmodontite, périostéite ou ostéite apicale.

.Les abcès : l'infection déborde le périoste et diffuse aux tissus voisins, l'évolution est variable en étendue. La suppuration est certaine sans traitement ou en cas de traitement tardif ou inapproprié.

.Infections spécifiques : un certain nombre d'états pathologiques peuvent interférer avec l'infection dentaire, cette dernière peut les révéler ou les compliquer.

III.9.1.3. Les traitements endodontiques impossibles, par suite de douleurs rebelles, ou sur canaux radiculaires non pénétrables, ou après échec thérapeutique.

III.9.1.4. Les maladies parodontales ou parodontopathies :

Le syndrome parodontal se manifeste par :

- Cliniquement :
 - . Des gingivites œdémateuses avec gingivorragies au brossage ;
 - . La récession gingivale associée à la mobilité dentaire avec perte prématurée de la dent;
 - . L'apparition d'une poche parodontale signe la surinfection locale pouvant évoluer vers l'abcès gingival (**parulie**).
- Radiologiquement : on retrouve une lyse progressive de l'os alvéolaire avec disparition du septum inter dentaire

- Sur le plan thérapeutique, les possibilités sont réduites (chirurgie parodontale) et le traitement préventif est le plus efficace.

III.9.1.5. Pour raisons orthopédiques : ces extractions concernent en règle générale les premières prémolaires supérieures et inférieures.

III.9.1.6. Les dents en malposition : leur extraction relève d'indications orthodontiques, pathologiques (caries), de la prophylaxie des parodontopathies ou de raisons fonctionnelles et esthétiques.

III.9.1.7. Les dents fracturées non conservables, c'est-à-dire atteintes des fractures multiples ou longitudinales.

III.9.1.8. Pour des raisons stratégiques, au cours de l'élaboration d'un projet de restauration prothétique, en ce qui concerne les dents discutables d'un point de vue esthétique ou fonctionnel.

III.9.1.9. Les dents surnuméraires : elles sont le plus souvent incluses et gênent l'évolution ou la conservation des dents voisines.

III.9.1.10. Les dents sujettes à des pathologies diverses : kystes folliculaires, tumeurs bénignes et malignes, fractures des maxillaires.

III.1.11. Les dents présentes dans un champ de radiothérapie lors d'un traitement par rayonnements ionisants : toute dent dévitalisée, fortement parodontolysée ou délabrée présente dans le champ d'irradiation ou à sa proximité doit être extraite avant la mise en œuvre de la radiothérapie.

III.9.1.12. Une infection focale : cette indication intéresse toute dent dévitalisée ou porteuse d'un foyer d'infection dans le cadre d'une endocardite, d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une glomérulonéphrite ou d'une immunosuppression. Dans ces cas, l'extraction se discute en fonction de l'état général du patient.

III.9.1.13. Les dents enclavées ou incluses : ces dents dont l'image radiographique montre clairement l'impossibilité d'évoluer normalement devraient théoriquement être extraites. En raison d'une diminution d'origine

vraisemblablement fonctionnelle, ce sont les dents des groupes distaux les premières touchées.

À cet égard, les dents les plus souvent intéressées par le phénomène sont les dents de sagesse inférieures (environ 50%), suivies des dents de sagesse supérieures (environ 30%), des canines supérieures (environ 7%), des canines inférieures, des incisives centrales supérieures, des secondes prémolaires inférieures, des secondes prémolaires supérieures et des incisives latérales supérieures.

Lorsque la dent est dans son axe d'évolution normal, mais est seulement gênée dans son processus d'éruption, nous parlons de dent incluse ou de dent retenue (rétention complète ou incomplète) ; si, son axe anatomique a une orientation différente que l'axe normal d'évolution, nous parlons d'ectopie.

III.9.2. Contre indications [21] :

La connaissance parfaite des conditions locales et générales dans lesquelles on doit opérer, permet le plus souvent de prendre toutes les précautions nécessaires, ce qui fait qu'il n'existe pratiquement pas de contre indications absolument formelles à l'avulsion dentaire; celles mentionnées habituellement n'ont qu'une valeur relative et sont généralement transitoires. Elles concernent surtout des situations non stabilisées par les efforts thérapeutiques où soit un risque vital, il s'agit des **processus tumoraux** de la dent, des **troubles majeurs** de la **coagulation**, troubles **métaboliques non jugulés**, ou un **infarctus** récent.

III.9.3. Complications des extractions dentaires :

Leur variété est grande, leur fréquence très différente, elles peuvent résulter de **l'anesthésie** ou de **l'extraction**, elles sont parfois la conséquence d'un **terrain particulier** (spécial ou pathologique) [1].

Leur classification est difficile, et les statistiques qui ont été faites, notamment celles de **BRABANT H [11]**, portant sur 20.000 cas d'extractions

dentaires ne donnent que des indications très relatives, ceci du fait de l'instabilité due aussi bien au praticien qu'au patient, dont les complications éventuelle ont pu passer inaperçues. Néanmoins, dans l'ensemble, elles surviendraient dans 20% des cas.

Nous ne pouvons nous étendre ici sur l'étude détaillée des complications, mais seulement celles dues à l'acte d'extraction proprement dit. Elles sont toujours possibles, malgré un bon examen clinique, radiologique, malgré une technique rigoureuse en raison de conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques parfois imprévisibles.

III.9.4. LES ACCIDENTS PORTANT SUR LA DENT

❖ **Fracture de la dent :**

Fracture coronaire ou radiculaire, elle est fréquente surtout au niveau des molaires et 1^{ère} prémolaire, elle est souvent inévitable malgré toutes les précautions. Curieusement, il semble que les dents isolées se brisent à peu près 3 fois plus souvent que celles qui font partie d'une arcade dentaire continue [49].

❖ **Luxation ou fracture d'une dent voisine :**

C'est en général la conséquence d'un mauvais point d'appui pour l'**élévateur**.

La luxation complète, très rare, nécessite une réimplantation de la dent.

La fracture, enfin, nécessite une reconstitution prothétique ultérieure après traitement.

Quant à la luxation du germe de la dent permanente, sous jacente à une dent temporaire, en cours d'extraction, elle n'est possible que si ce germe est enserré par les racines lactéales non résorbées, mais le fait même d'en envisager un éventuel cliché radiographique doit permettre de l'éviter.

- **Erreur de dent :** c'est en fait le résultat d'une erreur de diagnostic, qui conduit à des avulsions inutiles pratiquées en cas de **synalgie** ou de **névralgie faciale** sans étiologie dentaire.

- **Projection d'une dent** ou d'un fragment, échappant au contrôle de l'opérateur. Exceptionnelle, elle peut se produire dans un espace cellulaire pouvant entraîner une **cellulite**, dans les voies digestives sans risque important, dans les voies aériennes avec risque d'asphyxie.
- **Malpositions dentaires tardives** : résultant des déplacements dentaires consécutifs aux extractions et à l'absence des remplacements prothétiques des dents extraites. Elles sont responsables du **syndrome de dysfonctionnement temporo-mandibulaire [49]**.

III.9.5. ACCIDENTS INTERESSANT LES OS MAXILLAIRES [19].

- **Fracture du rebord alvéolaire** : d'étendue variable, se limitant le plus souvent à l'alvéole de la dent extraite, surtout fréquent du côté vestibulaire, elle représente un accident inévitable qui facilite la luxation et l'avulsion de la dent, d'où la nécessité d'une révision alvéolaire complète, s'impose donc après toute extraction.
- **Fracture mandibulaire** : très exceptionnelle, elle peut se produire au cours de l'extraction d'une dent profondément incluse au niveau de l'angle, à la suite d'un effort excessif sur un os déjà fragilisé
- **La luxation de la mâchoire inférieure** : elle ne survient que chez les sujets prédisposés à la luxation récidivante. La manœuvre de réduction est généralement facile, mais le malade doit être mis en garde contre la possibilité d'une luxation récidivante.

III.9.6. ACCIDENTS DE LA MUQUEUSE ET DES PARTIES MOLLES [12].

Les plaies de la muqueuse, localisées ou à distance sont le fait du dérapage d'un instrument et doivent être facilement évitées par une syndesmotomie correcte et la nécessité de toujours prendre un point d'appui.

Elles sont cependant fréquentes, et peuvent être génératrices d'hémorragies, d'hématomes, d'infections.

III.9.7. ACCIDENTS NERVEUX [12].

- **Le nerf dentaire inférieur** : est susceptible d'être atteint au niveau de la dent de sagesse avec laquelle il a un rapport étroit. Il peut y avoir contusion du nerf, capable d'entraîner une anesthésie douloureuse passagère.
- **Nerf mentonnier** : peut être lésé lors d'une incision de la muqueuse au cours d'une alvéolectomie pendant l'extraction d'une prémolaire ou d'une avulsion dite chirurgicale d'une dent incluse.
- **Nerf lingual** : peut être atteint lors de l'avulsion de la dent de sagesse inférieure. Il faut également se méfier dans cette région, des sutures muqueuses trop à distance du bord de la lèvre interne.

III.9.8. ACCIDENTS VASCULAIRES [12].

Tout le problème des hémorragies per et post opératoires qui se trouve posé, problème important en raison de la fréquence des accidents de cause locale : dû à une vasodilatation consécutive à la vasoconstriction des anesthésiques locaux, des bains de bouche intempestifs, des applications de compresse chaude, des aliments vasodilatateurs (café, alcool).

III.9.9. ACCIDENTS INFECTIEUX [12].

- ❖ **L'alvéolite** : c'est la conséquence d'une perturbation de la cicatrisation de la plaie alvéolaire après une extraction, complication assez fréquente. Cette alvéolite débute classiquement 2 à 3 jours après l'extraction, parfois plus précocement (dans les **1ères heures**) ou au contraire plus tardivement (à partir du 4ème jour). En absence de traitement elle dure 2 à 3 semaines.

L'alvéolite peut être considérée comme « **état nécrotique du procès alvéolaire ou septa qui en absence des vaisseaux sanguins ne permet pas la**

prolifération ni de capillaires, ni de tissus de granulation pour l'organisation du caillot sanguin » selon Schwartz

La classification des alvéolites se fait en deux ou trois groupes selon les auteurs

- **Alvéolite sèche (dry-socket)**, qui résulterait des troubles vasomoteurs, se caractérise par l'absence ou la lyse du caillot sanguin par hyperactivité fibrinolytique.
- **Alvéolite suppurée** : d'origine inflammatoire est marquée par l'infection du caillot et de l'alvéole.
- **Alvéolite marginale superficielle** : n'est qu'une variante de la précédente, ou l'infection plus modérée n'atteint que la surface.

Les facteurs étiologiques sont nombreux mais difficiles à affirmer ou à infirmer dans la pathogénie des alvéolites.

- **Facteurs généraux :**

L'âge : Chez le sujet jeune, les ligaments sont minces et bien vascularisés tandis que chez le sujet âgé les ligaments sont épais et mal vascularisés (rôle favorisant des alvéolites)

- **Facteurs locaux préexistants :**

- **Siège** : au maxillaire supérieur, la structure osseuse est spongieuse, la vascularisation facile (très peu d'alvéolites), au contraire du maxillaire inférieur où la structure osseuse est compacte.

- **Dent en cause** : 95% des alvéolites sont au niveau des molaires et prémolaires inférieures.

- L'infection préexistante de la dent extraite ou du voisinage est aussi favorisante

- **L'anesthésie locale** : rôle favorisant incontestable, mais discutable par la présence d'un vasoconstricteur, ou faute technique.
- **Facteurs post opératoires** : abus des bains de bouche, rôle favorisant discutable.
- **Facteurs dus au trauma opératoire** : en rapport avec les manœuvres traumatisantes qui facilitent l'infection ultérieure du caillot

II. OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL :

- Etablir le profil épidémiologique-clinique des extractions dentaires au CHU-OS de Bamako.
- Sensibiliser les étudiants de la discipline sur une telle pratique.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence de l'extraction dentaire en fonction des variables sociodémographiques (sexe, tranche d'âge, ethnie, résidence, motif de consultation et occupation).
- Déterminer les principales causes des extractions dentaires;
- Déterminer les dents concernées par cette pratique;
- Préciser le type de radiographie réalisé;
- Déterminer la fréquence des complications immédiates survenues;
- Préciser le traitement médical associé;
- Faire des recommandations.

III. PATIENTS ET METHODE

III. PATIENTS ET METHODE

1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude a eu lieu au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU-OS) de Bamako.

Le CHU-OS est situé dans la *commune III du district de Bamako au Quartier du fleuve, en face de la primature ; Rue Raymond POINCARRE, Porte 857.*

Le CHU-OS est un centre hospitalier universitaire spécialisé en odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Centre de référence nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 février 1986.

Érigé en établissement public à caractère administratif (EPA) par la loi n°92-026/AN-RM du 05 octobre 1992, le CHUOS est devenu Établissement Public Hospitalier (EPH) par la loi n°03-23/AN-RM du 14 juillet 2003. Il doit assurer 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 des travaux de recherche dans le domaine médical.

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive de type prospective durant la période du **09-05-2013 au 09-07-2013.**

3. Collecte des données :

La collecte des données se faisait à partir des registres, les dossiers médicaux ouverts à cet effet et les annotations se faisaient sur les fiches d'enquêtes.

4. Echantillon :

L'échantillon était composé de 306 patients.

5. Type de recrutement des patients :

Le recrutement se faisait de façon accidentelle ou sur recommandation de tierces personnes.

- **Critères d'inclusion :**

Etait inclus dans notre étude tout patient ayant subi une ou des extractions dentaires durant la période d'étude et ayant accepté la prise en charge.

- **Critères de non inclusion :**

Etait exclus de notre étude tout patient ayant consulté pour tout autre motif autre que celui sus-cité.

4. Saisie, Calculs statistiques et Analyse des données

La saisie des données a été effectuée avec le logiciel Epi info 3.4.3 (version française. Les calculs statistiques avec le Chi 2 de PEARSON avec un risque $\alpha < \text{ou} = 0,05\%$).

La rédaction du texte avec le logiciel Word et une représentation tabulaire a été adoptée.

5. Aspect Ethique :

Il a été demandé à chaque patient son accord ainsi que son consentement éclairé. Tous les patients ont été informés à l'avance du déroulement de notre étude.

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été préservés.

IV. RESULTATS

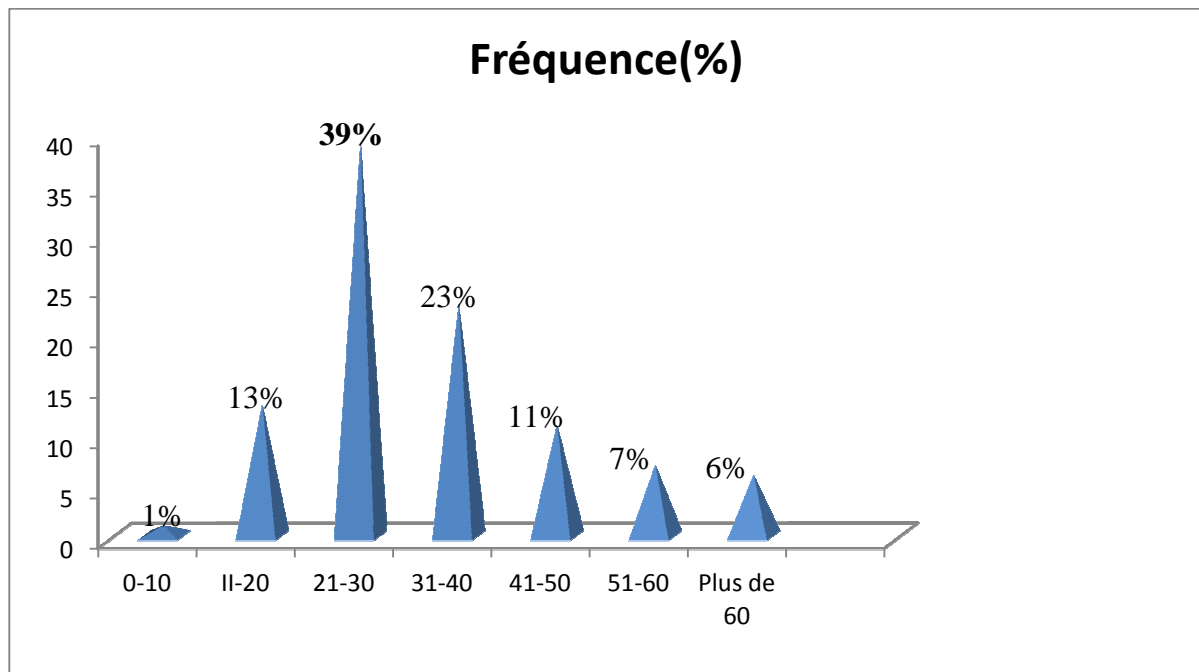
IV. RESULTATS

Tableau I : La répartition de l'effectif des patients en fonction du sexe.

Sexe	Effectif	Fréquence(%)
M	116	38
F	190	62
Total :	306	100

Le sexe féminin a été le plus représenté avec **62%** des cas, et un sex-ratio de **1,64**.

GRAPHIQUE 1 : La répartition de l'effectif des patients en fonction de la tranche d'âge.



La tranche d'âge de 21-30 a été la plus représentée avec **39 %** des cas.

Les âges extrêmes ont été 9 et 80 ans avec une moyenne de **33** ans.

Tableau II : La répartition de l'effectif des patients en fonction de l'occupation.

Occupation	Effectif	Fréquence(%)
Agriculteurs	17	6
Femmes au foyer	140	46
Scolaires	74	24
Salariés	35	11
Commerçants	35	11
Autres	5	2
TOTAL	306	100

Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec **46%** des cas, suivies des scolaires avec **24%**.

Tableau III : La répartition de l'effectif des patients en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Fréquence(%)
Bamanan	120	39
Malinké	51	17
Sonrhäï	22	7
Soninké	47	15
Dogon	8	3
Peulh	51	17
Autres	7	2
TOTAL	306	100

L'ethnie Bamanan a été la plus représentée avec **39%**, suivie de l'ethnie Malinké avec **17%** des cas.

Tableau IV : La répartition de l'effectif des patients en fonction de la résidence.

Résidences	Effectif	Fréquence(%)
District de Bamako	231	75,50
Koulikoro	38	12
Kayes	16	5
Ségou	4	1,31
Sikasso	6	2
Mopti	4	1,31
Tombouctou	1	0,33
Gao	1	0,33
Kidal	0	0
Autres	5	1,6
TOTAL	306	100

Les patients venant du district de Bamako ont été les plus nombreux avec **75,50%** des cas.

Tableau V : La répartition de l'effectif des patients en fonction du motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Fréquence(%)
Douleur dentaire	244	80
Gêne fonctionnelle	25	8
Esthétique	17	5,50
Fracture dentaire	18	6
Autres	2	0,65
Total	306	100,00

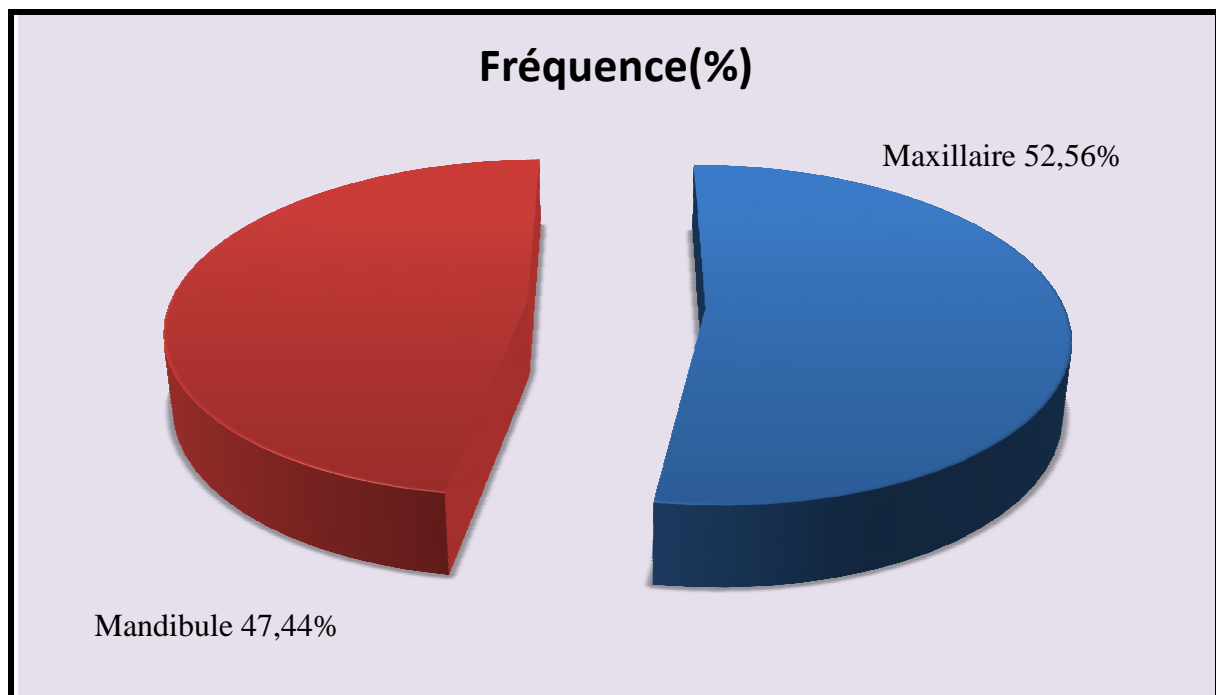
La douleur dentaire a été le motif de consultation le plus fréquent dans **80%** des cas, suivie de la gêne fonctionnelle dans **8%** des cas.

Tableau VI : La répartition de l'effectif des patients en fonction de la cause de l'extraction.

Causes de l'extraction	Effectif	Fréquence(%)
Carie dentaire	256	84
Parodontopathie	37	12,09
Traumatisme	6	2
Raison prothétique	3	0,98
Raison orthodontique	4	1
TOTAL	306	100,00

La carie dentaire a été la première cause de l'extraction dentaire avec **84%**, suivie des parodontopathies dans **12,09%** des cas.

Graphique 2 : Répartition du nombre de dents extraites en fonction de la localisation de l'extraction dentaire.



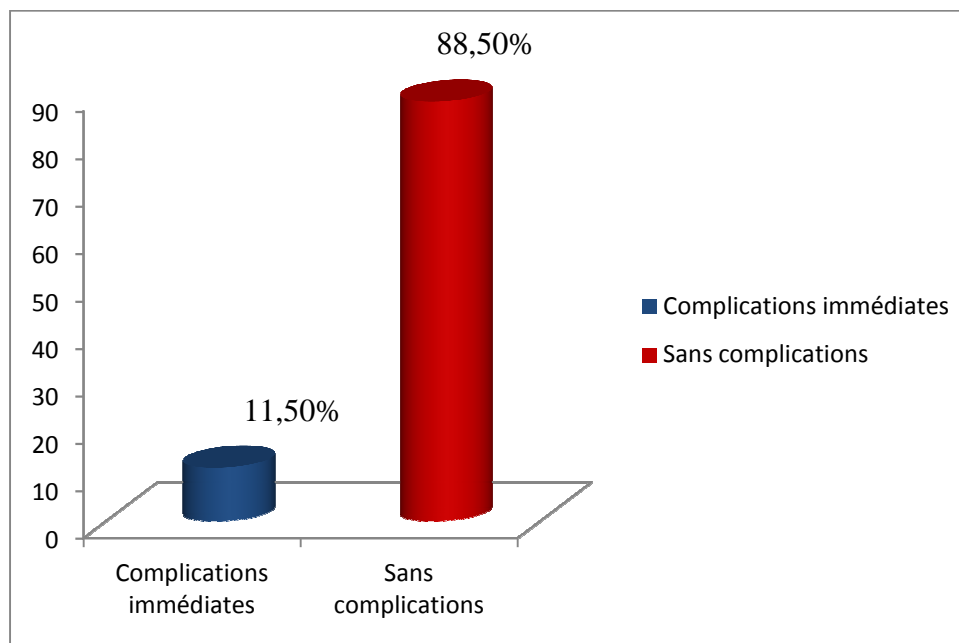
Les extractions des dents du maxillaire supérieur ont représenté **52,56%** des cas.

Tableau VII : La répartition de l'effectif des patients en fonction du type de dent concernée par l'extraction.

Type de dent concernée par l'ED	Effectif	Fréquence(%)
Incisives	95	17,40
Canines	23	4,21
Prémolaires	118	21,61
Molaires	310	56,78
TOTAL	546	100,00

Les molaires ont été les plus extraites dans **56,78%** des cas.

Graphique 3 : La répartition des patients en fonction des complications immédiates.



11,50% de nos patients ont eu de complications immédiates.

Tableau VIII : La répartition de l'effectif des patients en fonction du traitement.

Traitement médical associé	Effectif	Fréquence(%)
Antibiotiques	304	99,35
Antalgiques	269	87,91
Anti inflammatoires	123	40,20
Bain de bouche	91	29,74

L'antibiothérapie a été administrée dans **99,35%** des cas.

Tableau IX : La répartition de l'effectif des patients en fonction du type de radiographique effectuée.

Type de Radiographie	Effectif	Fréquence(%)
Retro alvéolaire	11	3,6
Panoramique	14	4,6
Non réalisée	281	91,83
TOTAL	306	100,00

Les extractions dentaires, dans **91,83%** des cas ont été réalisées sans une radiographie de contrôle.

V. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

V. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

Notre étude a concerné un échantillon de **306** patients ayant subi des extractions dentaires.

Au total **546** dents ont été extraites soit **1,78** dents par patient.

AMINATA CISSE EPOUSE KANE [15] en 2007 au Sénégal a trouvé 1,4 dents extraites par patient.

Au Mali, **Aliou M T [5]** en 2008 a trouvé 1,66 dents extraites par patient.

A. Aspects socio-épidémiologiques

❖ En fonction du sexe :

Dans notre étude le sexe féminin a représenté 62% avec un sex-ratio de 1,64.

Dans l'étude de **CISSE A.EPOUSE KANE [15]**, au Sénégal, le sexe masculin a représenté 60% avec un sexe ratio de 1,48.

Dans l'étude de **OGINNI F. O et coll [43]** au Nigeria en 2004, les femmes ont représenté 61,58% avec un sex-ratio de 1,6 en faveur du sexe féminin.

Au Mali dans l'étude de **ALIOU M. T [5]** en 2008, les femmes ont représenté 64,50% des cas avec un sex-ratio de 1,82 en faveur du sexe féminin.

Dans l'étude de **HAMADOUN T. [20]** en 2009, les femmes ont représenté 70% des cas avec un sexe de 2,03 en faveur du sexe féminin.

Dans l'étude de **ISSA SOUMARE en Mauritanie [24]**, le sexe féminin a été le plus représenté dans 60% des cas avec un sexe- ratio de 1,48.

❖ **En fonction de l'âge :**

La tranche d'âge de 21 à 30 ans a été la plus représentée avec 39%, les âges extrêmes ont été de 9 et 80 ans avec une moyenne d'âge de 33 ans.

MAGANGA A.P [35] au Gabon a trouvé dans son étude une tranche d'âge 21-30, comme dominante avec 28%.

La tranche d'âge la plus représentée dans l'étude réalisée par **ALIOU M. TRAORE [5]** en 2009 au CHUOS de Bamako a été celle de 20-29 ans.

Les âges extrêmes ont été de 5ans et 75 ans avec une moyenne d'âge de 40 ans.

SANYA B. O et coll [50] en 2004 au Kenya ont trouvé 6 et 85 ans comme âges extrêmes.

Dans l'étude de **ISSA SOUMARE en Mauritanie [24]**, la tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 31-40 ans avec 35, 60% des cas.

Dans l'étude de **MAGANGA A.P. au Gabon [35]** la tranche d'âge 21-40 ans a été la plus représentée avec 44,70% des cas.

❖ **En fonction de l'occupation :**

Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 46% des cas, suivies des scolaires avec 24%.

Dans l'étude de **HAMADOUN T. [20]**, les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 45% des cas.

MARIKAMOSSE [36], dans son étude les scolaires et les femmes au foyer ont été les plus nombreux avec respectivement 33% et 30% des cas.

❖ **En fonction de l'ethnie :**

Les Bamanans et les Malinkés ont dominé avec respectivement 39% et 17%.

Les Bamanans étaient les plus représentés dans l'étude de **ALIOU M. T [5]** avec 22,5% et dans l'étude de **HAMADOUN T [20]** avec 25,5% des cas.

Dans l'étude de **MARIKAMOSSE [36]** les Bamanans et les Malinkés ont représenté respectivement 22,50% et 20% des cas.

❖ **En fonction de la résidence :**

Les patients résidant dans le district de Bamako ont été les plus représentés avec 75,50% des cas.

Dans l'étude de **MARIKAMOSSE [36]** les résidents du district de Bamako ont été les plus représentés avec 94% des cas.

Dans l'étude de **HAMADOUN T [20]**, tous les patients étaient des résidents du district de Bamako.

B. Aspects cliniques :

❖ **En fonction du motif de consultation :**

La douleur a été le principal motif ayant conduit les patients à la consultation avec 80%.

Dans l'étude de **MAGANGA A.P. au Gabon [35]** la douleur est de loin le motif de consultation le plus fréquent avec 52% des cas.

Elle a été le principal motif de consultation chez **NTUMBA M. K et Coll. [40]** dans 56% des cas.

Dans l'étude de **HAMADOUN T. [20]**, la douleur dentaire a représenté 58,50% des motifs de consultation.

La douleur a été le motif le plus représenté avec 99,40% des cas Chez **AGODA et Coll. [3]** au C.H.U Campus de Lomé.

Dans l'étude de **ISSA SOUMARE en Mauritanie [24]**, la douleur a été le motif de consultation le plus fréquent avec 63%.

VARRENNE B et Coll. [53] au Burkina- Faso en 2005, ont trouvé 60% des cas de douleur comme motif de consultation.

❖ **En fonction de l'étiologie :**

Les extractions dentaires pour cause de carie dentaire ont représenté 84% des cas.

ISSA SOUMARE en Mauritanie [24] et **MAGANGA A.P [35]** au Gabon ont trouvés respectivement dans leur étude 73% des cas et 78,70% des cas d'ED pour cause de carie dentaire.

MARIKAMOSSE [36] a trouvé dans son étude 59% des cas d'extractions pour cause de carie dentaire.

JAAFAR et Coll. [25] en Malaisie ont trouvé 67,40% des cas dans leur étude.

SANYA B. O et coll. [50] ont trouvé 52,6% des cas.

Dans l'étude de **OGINNI F. O [42]**, la carie dentaire a été la principale cause des extractions dentaires avec 56,40% des cas.

Dans l'étude de **ALIOU M. T. [5]**, la carie dentaire a été la cause d'extraction dentaire la plus représentée avec 58,50% des cas.

HAMADOUN T. [20] a trouvé 55% des cas d'extraction pour cause de carie dentaire.

Dans l'étude de **AGERHOLM D. [2]** en 2001, la carie dentaire a été la première cause des ED avec 45% des cas.

Dans l'étude de **MORITA [37] et Coll.** la carie a été la principale cause des ED avec 76% des cas.

HULLP et Coll. [22], ont trouvé 37% des cas d'extraction dentaire pour cause de carie.

❖ **En fonction du type de dents extraites :**

Les molaires ont été les plus concernées par l'acte d'extraction avec 56,78%.

Cependant, dans l'étude de **MANGAGA A.P [35]**, les molaires ont été les plus représentées avec 43,9% des cas.

Dans l'étude de **ANGELLILO I.F et Coll. [7]** en Italie, les molaires ont été les dents les plus extraites avec 47,4 % des cas.

AGODA P, BOGO E, CHMDIA P. T et JOGBA D. D [3] au C.H.U campus de Lomé ont trouvé 29% des cas.

❖ **En fonction des complications :**

Il y a eu 11,50% de cas d'extractions dentaires avec complication immédiate.

JAAFAR N et coll [25] en Malaisie ont eu 3,4% des cas de complications.

Selon **BRABANT H [11]** dans l'ensemble 20% des extractions dentaires seraient compliquées.

Dans l'étude de **MARIKAMOSSE [36]**, 95,6% des extractions dentaires ont été effectuées sans complication.

Dans l'étude de **ALIOU M. T [5]**, 84,00% des extractions ont été effectuées sans complication.

❖ **En fonction de la radiographie :**

Au cours de notre étude la radiographie a été réalisée dans 8,20% des cas, avec 3,6% pour le retro-alvéolaire et 4,6% pour la radiographie panoramique.

Dans l'étude de **HAMADOUN T. [20]** en 2009, la radiographie a été effectuée dans 10% des cas.

Dans l'étude de **MARIKAMOSSE [36]**, la radiographie a été effectuée dans 4,17% des cas.

❖ **En fonction du traitement médical :**

L'antibiotique a été le type de médicament le plus prescrit avec 99,35% et l'antalgique dans 87,91% des cas.

Dans l'étude de **LEBEAU J [30]** il n'y a eu qu'une seule prescription d'antibiotique.

Cependant, dans l'étude de **HAMADOUN T [20]** tous les patients ont eu une antibiothérapie.

Dans l'étude de **MARIKAMOSSE [36]**, l'antibiothérapie a été réalisée dans 97,7% des cas.

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

❖ CONCLUSION

A travers notre étude nous avons constaté que l'extraction dentaire touche surtout les adultes jeunes. Les âges extrêmes de 9 à 80 ans étaient concernés par l'acte d'extraction. La tranche d'âge de 21-30 ans était la plus représentée avec 39%.

C'est une pratique qui touche les deux sexes. Le sexe féminin a été le plus représenté (62%) avec un sex-ratio de 1,64.

Dans notre étude, les principales causes de l'extraction dentaire ont été la carie dentaire avec 84%, suivie par les parodontopathies avec 12,9%. Et le principal signe fonctionnel ayant conduit à la consultation était la douleur dentaire avec 80%.

Dans notre étude, nous avons trouvé 11,50% de complications immédiates.

L'antibiothérapie a été réalisée dans 99,35% des cas.

Les dents les plus concernées par l'extraction étaient les molaires (56,78%).

❖ RECOMMANDATIONS

Nos recommandations iront :

❖ Aux autorités socio sanitaires :

- Intégrer la santé bucco-dentaire dans les programmes de santé
- Promouvoir des campagnes de sensibilisation pour la prévention des affections bucco-dentaires.
- Encourager la formation des spécialistes en odontostomatologie pour faciliter l'accès de la population aux soins dentaires.
- Mettre l'accent sur l'enseignement des méthodes d'hygiène buccodentaire à travers les médias.

❖ Aux chirurgiens dentistes et autres personnels de la santé :

- Sensibiliser la population et promouvoir l'hygiène bucco-dentaire.
- Eviter d'extraire les dents qui peuvent être conservées.
- Donner les conseils post-extractions pour limiter les complications.
- Inclure l'examen buccodentaire dans les bilans de santé.

❖ A la population :

- Pratiquer une bonne hygiène bucco-dentaire.
- Consulter le chirurgien dentiste au moins deux fois par an pour déceler et traiter les lésions dentaires au tout début afin de limiter les complications.
- Suivre les conseils post-extractions du chirurgien dentiste.
- Bannir l'automédication.

❖ A l'administration du CHU-OS :

- Mettre l'accent sur la formation continue du personnel.
- Améliorer le plateau technique pour une meilleure prise en charge des malades.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ADERHOLD L., FRENKEL G.

Die aufklarung inder zahnarztlichen chirurgie.
Zahnarzt .Prax. 32(1981), 184.

2. AGERHOLM D.

Reasons for extraction by dental practitioners in England and Wales:
a comparison with 1986 and variations between regions.
J. Dent. 2001; 29: 237-241.

3. AGODA P; BOGO E; CHMDIA P.T, JOGBA D.D

L'extraction dentaire au CHU campus de Lomé (Togo). A propos de 981
malades.
De 1996 à 2001, thèse Med Togo N°402

4. AKPATA ES.

Oral health in Nigeria.
Int. Dent J 2004; 54:361-366.

5. ALIOU M.T

Extractions dentaires : étiologies et dents concernées au service
d'odontostomatologie chirurgicale du CHUOS de Bamako.
Thèse 2007-2008 N°386.

6. ANATOMIE DES OS DU CRANE

<<http://rockefeller.univ-lyon1.fr/Anatomie-Lyon-Nord/crane/splanchnocrane/mandibule.htm>>
(Consulté le 10/08/13)

7. ANGELILLO I.F., NOBILE C.G., PAVIA M.:

Survey of raisons for extraction of permanent teeth in Italy.
J. Community Dent Oral Epidemiol. 1996 Oct; 24(5):336(40).

8. AURIOL MM, LE CHARPENTIER Y, LE NAOUR G.

Histologie de l'émail.
EMC Odontol, 22-007-10, 1991, p.1-13.

9. BERTRAM S, KRAUS PH, RONALD E.

Dental anatomy: a study of the masticatory system.
Baltimore: Edition Williams & Wilkins Company 1980, 240 p.

10. BOUTONNET PH, BEQUAIN JF.

Morphologie des dents humaines.
EMC Stomatol, 22 003.A10, 48. 10, 1991, p. 3-4.

11. BRABANT H

Complications locales et générales de 20000 ED Communication au cercle
d'étude odontostomatologique d'Aquitaine séance du 7 mars 1970.

12. CHARLES-R.B;

Alveolar osteitis prevention by immediate placement of medicated packing.
Oral Surg Med; Oral Pathol Radiol Endod, 2000; 90: 282-4

13. CHOMETTE G, AURIOL M.

Histologie du complexe pulpo-dentinaire.
EMC Stomatol 1991; 22007 B10, p. 9.

14. CHOMETTE G.

Histologie de la muqueuse buccale et des maxillaires.
Paris : Masson, 1980, 221p.

15. CISSE A épouse KANE.

Motifs d'extraction des dents permanentes au Sénégal.
Thèse : chir. Dent : Dakar : 2007 ; n°02

16. DEMERTZI A, TOPITSOGLU V, MURONIDIS S.

Caries prevalence of 11.5 year-olds between 1989 and 2001 in a province of
north-Eastern Greece.

17. DESCROZAILLES CH ET CREPY CL

Complication des ED Encycl.
Med. Chir, traité stomatologie, fasc 220-92 B10, 11 1974.

18. FUSARI D, CANTALOUBE JP.

Accident d'évolution des dents de sagesse.
EMC Stomatol, 22 032 E 10, 1991.

19.HAHN W,

Was unsere Patienten wissen müssen;
Quintessenz, Berlin 1982.

20.HAMADOUN T,

Contribution à l'étude de l'extraction dentaire au centre hospitalo
universitaire d'odontostomatologie de Bamako.
Thèse de médecine FMPOS ; 2009. N°472

21.HORCH H.-H

Chirurgie buccale. Les extractions et leurs complications, Masson Paris
1996, 141-160.

**22.HULLP.S.,CLARKSONJ.E.,WORTHINGTONH.V.,CLEREHUG
HV.TSIRBA R., DAVIES R.M.:**

The reasons for tooth extractions in adults and their validation.
J Dent 1997; 25: 233-237.

23.HUTTENBERGER B.

Dents et urgences dentaires.
http://www.chutours.fr/site_public/services/Maxillo/dents/dents.htm
Consulté le 20/07/2013.

24.ISSA SOUMAORO.

Motifs d'extraction des dents permanentes en Mauritanie.
Thèse Med en 2009, N°23.

25.JAAFAR N., NOR G.M.,

The prevalence of post extractions complications in an out patient dental clinic
in Kuala Lumpur Malaysia – a retrospective survey.
J. Dent Singapore 2000 Feb; 23(1):24-8.

26.KAQUELER JC, LE MAY O.

Anatomie pathologique bucco-dentaire.
Paris : Masson, 1998, 158p.

**27.KATCHBURIAN E, ARANA-CHAVEZ V, MATTOU P,
MATTOUTC.**

Les différents tissus parodontaux. In: Paul Mattout et Catherine Mattout
Eds. Les thérapeutiques parodontales et implantaire. Paris: Quintess
Intern; 2003.p.28-46.

**28.LAURENT – MAQUIN D, BRISSELT L, VERCHER M,
BOUTHORSS.**

Présentation de quelques cas de lésions de l'organe dentaire et d'anomalie
cliniques.

29.LAUTROU A.

Abrégé d'anatomie dentaire 2ème édition.

30.LEBEAU.J

Collège hospitalo- universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et
stomatologique. (France).
2ème édition Elsevier 2005, pour le 2ème cycle des études médicales.

31.LEONARDI R, CALTABIANO.

Detection of vascular endothelial growth factor/ vascular permeability factor
in periapical lesions. Endod J. 2003; 29 (3): 183-180.

32.LEZY JP, PRINC G.

Pathologie maxillo-faciale et stomatologie
Paris : Masson, 1997, 236p.

33.LIN LM, GAENGLER P, LANGELAND K.

Periradicular curetage
Int endod J 1996; 29 (4) 220-7.

34.LO C.M, D.FAYE, CISSE D, YAM A.A

Etude de la carie dentaire dans les écoles primaires publiques dépendant
du centre de santé Nabil Choucair de Dakar, Sénégal
Odontostomatologie tropicale 2001, No. 91

35.MAGANGA ANNIE PRUDENCE:

Les raisons d'extractions dentaires au Gabon. De juillet 2003, thèse Med GABON N°11.

36.MARIKAMOSSE.

Enquête sur l'extraction dentaire au niveau du cabinet dentaire privé du Dr. Ly O.Sangaré en 2010, thèse Med au Mali.

37. MORITA M., KINURA T., KANEGAE M., ISHIKURA U.N., WTANABE T.

Les causes d'extractions des dents permanentes au Japon.
Community Dent Oral Epidemiol. 1994 Oct; 22(5pt1):303-

38. MOUSSA B. D

Epidemiologie de la carie dentaire chez les scolaires de 12 ans en commune IV du district de Bamako à travers 4 écoles.
Thèse de med, Bamako, FMPOS 2007, p: 4-8, N°210

39. NAULIN-IFI C.

Traumatismes dentaires du diagnostic au traitement.
Paris: Groupe liaison 2005, 165p.

40. NTUMBA, MK, SANGWAY SONGOB.

Extractions des dents temporaires.
Revue Médecine d'Afrique noire 1993, 40 (1).

41. O.M.S

Prévention des affections bucco-dentaires.
Genève : O.M.S., 1990.

42. OGINI F O

Tooth loss in a sub-urban Nigerian population: cause and pattern of mortality
revited .Int .
Dent J. 2005 feb, 55(1): 17-23.

43. OGINI F.O., FATUSI O A., ALGBE A.O

A clinical evaluation of dry socket in a Nigerian theaching hospital.
J.Oral Maxillofac.surg. 2004apr ; 62(4) : 519-20

44. PITTS N. B., BOYLES J, NUGENT Z. J., THOMAS N, PINE C. M.

The dental caries experience of 5-year-old children in england and wales.
Surveys co-ordinated by the British Association for the study of community
Dentistry in 2001 / 2002.
Comm dent health 2003; 20: 45-57.

45. RATEITSCHAK H, RATEITSCHAK EM, WOLF HF.

Atlas de parodontologie
Paris: Edit. Flammarion, 1986:286P

46. RITTER W

Rontgenuntersuchug der Zähne, der Kiefer und Gesichtsskelettes.
In: schwenzer N., Grimm G. (Hrsg): zahn-Mund und Kieferheilkunde, Bd. I:
Allgemeine Chirurgie, Entzündungen und Röntgenologie.
Thiene, Stuttgart- New York 1981

47. ROBERTSON A, ANDREASEN FM, ANDREASEN JO, NOREN JG.

Long term prognosis of crown-fractured permanent incisors. The effect of
stage root development and associated luxation injury.
Int J Paediatr dent 2000; 10: 191-199.

48. ROUVIERE H, DELMAS A.

Anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle.Tome 1.
Tête et cou 14ème édition.
Paris : Masson, 1997 ; p. 432-436.

49. ROSTA

Zur problematik der herddiagnostik.
Zahnarztl. 1981.

50. SANYA B.O., NG'ANG'A P.M., NG'ANG'A RN

Causes and pattern of missing permanent teeth among kenyans.
East Afr Med J. 2004Jun; 81(6): 3225.

51. SHUHMANNCL

Complications des ED

Encyl,Med-chir-Fasc 22092 B10; N°5, 1976

52. THYLSTRUP A, FEJERSKOV O.

Textbook of cariology, 2nd edition.

Copenhagen: Munksgaard 1994, 424 p.

**53. VARENNE B; MSELLATIP, ZOUNGRANA C, FOURNET F ;
SALAMG.**

Reasons for attending dental-care services in Ouagadougou, Burkina-Faso.

Bull. World health organ 2005; 83:650-655.

54. WIKIPEDIA, L'ENCYCLOPEDIE LIBRE.

<http://www.studiodentaire.com/fr/glossaire/dent.php>

Consulté le07/06/2013 à 17 heures 30.

VIII. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. Identification

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1. Date : /..... /..... /..... / | 2. N ^o |
| 3. Prénom | 4. Nom |
| 5. Sexe M/...../; F/...../ | 6. Age..... |
| 7. Profession ou occupation..... | 8. Ethnie..... |
| 9. Résidence..... | |

II. Motif de consultation

1. Douleur dentaire /...../
2. Gène fonctionnel /...../
3. Fracture dentaire /...../
4. Autres /...../

III. Formule dentaire :

IX. DENTURE PERMANENTE

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

X. DENTURE TEMPORAIRE

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

IV. Etiologie de l'extraction dentaire /...../

1. Carie dentaire ;
2. Parodontopathie ;
3. Traumatisme
4. Othodontique ;
5. Prothétique.

V. Complications per opératoires/...../

VI. Traitement Médical associé

1. Antibiotique ;
2. Antalgique ;
3. Anti-inflammatoire ;
4. Bain de bouche antiseptique;
5. Autres ;

VII. Examen radiographique de la dent en préopératoire

1. Type de radiographie/...../;
2. Radiographie non faite /...../;

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Mahamadou Siné

Email : traoremahamadou58@yahoo.fr

Année universitaire : 2012-2013

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et
d'odontostomatologie ; bibliothèque du CHU-OS.

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Odontostomatologie, Odontologie
chirurgicale.

RESUME

Une étude prospective sur les extractions dentaires au CHU-OS de Bamako a été réalisée du **09-05-2013 au 09-07-2013**.

Elle a porté sur 306 patients chez lesquels il y a eu 546 dents extraites soit 1,78 dents par patient; il y avait 62 % de femmes. La moyenne d'âge était de 33 ans avec des extrêmes de 9 et 80 ans. La classe d'âge 21-30 ans fut la plus représentée avec 39 %. Les ethnies les plus représentées furent respectivement celles des Bamanans (39 %) et des Malinkés (17 %).

Les patients résidant dans le district de Bamako étaient majoritaires (75,50 %).

Les femmes au foyer et les scolaires étaient les groupes les plus représentés avec respectivement 46% et 24%.

Les extractions dentaires portant sur le maxillaire ont représenté 52,56% sur les 546 dents extraites et celles portant sur la mandibule ont représenté 47,44%. Les molaires ont été les dents les plus extraites avec 56,78 %.

Les caries dentaires et les parodontopathies ont été les principales étiologies avec respectivement 84 % et 12,9%.

Dans notre étude, 11,50% de nos patients ont eu des complications immédiates.

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. Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE.