

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple- Un But- Une Foi*



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

*Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*

**FMOS**

Année Universitaire 2018-2019

Thèse N°...../M

**THEME**

**Extraction dentaire dans l'unité  
d'Odontologie du Centre de Santé de  
Référence de la Commune VI du  
District de Bamako**

Présenté et soutenu publiquement le .../... / 2019 devant le jury de la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Par :

**M<sup>me</sup>. Ramatoulaye KALOSSY FOFANA**

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

**Jury**

Président : **Pr. Bakarou KAMATE**  
Membre : **Dr. Ousseynou DIAWARA**  
Co-directeur : **Dr. Aboubacar Sidiki GOÏTA**  
Directeur : **Pr. Boubacar BA**

### **ADMINISTRATION**

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA**-Professeur  
VICE-DOYEN : **M. Ousmane FAYE**-Professeur  
SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ**-Maitre-assistant  
AGENT COMPTABLE : **M. Harouna SIDIBÉ**-Inspecteur de trésor



### **LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE**

Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Medicine interne
Mr. Boulkassoum HAIDARA	Legislation
Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopedie-Traumatologie
Mr. Daouda DIAL	Chimie-générale et Minérale
Mr. Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
Mme. Sy Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
Mr. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Mahamdou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
Mr. Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
Mr. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
Mr. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologue
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
Mr. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
Mme.Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale
	Biologie Cellulaire,

### **LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS**

Mr. Mahamed TOURÉ	Pédiatrie
Mr. Alou BAH	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopedie-Taumatologie-
Secouriste	

Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale
Mr. Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr Yéminégué Albet Kader DEMBÉLÉ	Chimie Organique
Mr. Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
Mr. Bouraïma MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
Mr. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
Mr abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie

#### **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE**

##### **D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES**

##### **PROFESSEURS ET DIRECTEURS DE RECHERCHE**

Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R.L
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
Mr. Samba Karim TIMBO	O.R.L Chirurgie maxillofaciale
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale

##### **MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE**

Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Allassane TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie générale
Mr. Birama TOGOLA	Chirurgie générale
Mr. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R.L
Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation

Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Broulaye Massaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Aladji Seïdou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie
Mr. Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
36. Mr. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
38. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie

**MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES**

Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Boubacary GUINDO	O.R.L-C.C. F
Mr. Siaka SOUMAORO	O.R.L
Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R.L
Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R.L
Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie
Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie

Mr. Nouhoum GUIROU	Ophthalmologie
Mr. Bougadari COULIBALY	Protèse Scellée
Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie
Mr. Dramane Nafo CISSE	Urologie
Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
Mr. Tioukani Théra	Gynéco-Obstétrique
Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdoulay SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Aminata KOUUMA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Amadou Bocoum	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibraahim Ongoiba	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibrahima Ousmane Kanté	Gynéco-Obstétrique
Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mr. Amsalah NIANG	Odonto-préventive-Sociale
Mr Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale

#### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mme. Lydia B. SITA	Stomatologie
--------------------	--------------

#### **D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES**

#### **PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

1. Mr. Adama DIARRA	Physiologie
2. Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
3. Mr. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie chef de DER
4. Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie

#### **MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES**

1. Mr. Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
2. Mme. Safiatou NIARE DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
3. Mr. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire
4. Mr. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire
5. Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
6. Mr. Bakary MAIGA	Immunologie

#### **MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE**

1. Mr. Abdoulay KONE	Parasitologie-Mycologie
2. Mr. Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
3. Mr. Mamadou MAIGA	Bactériologie-Virologie

4. Mr. Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
5. Mme. Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie-Virologie
6. Mr. Sidi Boula SISSOKO	Histologie Embryologie et Cytogénétique
7. Mr. Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
8. Mr. Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr. Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
10. Mr. Boubacar Sidiki Ibrahim DIAKITE	Biologie-Médicale/Biochimie Clinique
11. Mr. Mamadou BA	Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
12. Mr. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
13. Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
14. Mr. Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
15. Mr. Nouhoum SACKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
16. Mme. Mariam TRAORE	Pharmacologie
17. Mr. Saidou BALAM	Immunologie
18. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie

#### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

1. Mr. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
2. Mr. Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
3. Mr. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
4. Mr. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie
5. Mr. Yacouba FOFANA	Hématologie
6. Mr. Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
7. Mr. Djakaridja TRAORE	Hématologie

#### **D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES**

#### **PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

Mr. Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Mr. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr. Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
Mr. Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr. Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie

#### **MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE**

Mr. Abdel Kader TRAORE	Medicine interne
Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme. KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr. Abdoul Azize DIAKITE	Pediatrie
Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr. Ilo Bella DIALL	Cadiologie
Mr. Ichiaka MENTA	Cardiologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie

Mr. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

**MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE**

Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Konimba DIABATE	Radiologie et Thérapie
Mr. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aphou Sallé KONE	Radiologie et Thérapie
Mr. Mory Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Issa Cissé	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mr. Djibril SY	Médecine Interne
Mme. Djéneba DIALLO	Néphrologie
Mr. Hamadoun YATTARA	Néphrologie
Mr. Seydou SY	Néphrologie
Mr. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr. Massama KONATE	Cardiologie
Mr. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr. Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mme Adiaratou Coumba THIAM	Cardiologie
Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr. Adama Seydou SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr. Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie

Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr. Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
Mr. Adama Aguissa DICKO	Dermatologie
Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie
Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

**ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mr. Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
-------------------------	----------------------

**D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**

**PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

Mr. Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
Mr. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr. Samba DIOP	Anthropologie Médicale et Éthique en Santé
4. Mr. Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

**MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE**

Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO	Information Médicale
Mr. Massambou SACKO	Santé Publique
Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr. Modibo DIARRA	Nutrition

**MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE**

Mr. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr. Ousmane LY	Santé Publique
Mr. Ogobara KODIO	Santé Publique
Mr. Oumar THIERO	Bio statistique/Bio-informatique
Mr. Cheick Abou COULIBALY	Épidémiologie

**ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE**

Mr. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
Mr. Mohamed Moumine TRAORE	Santé Communautaire
Mr. Housseini DOLO	Épidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Épidémiologie
Mr. Yaya dit Sadio SARRO	Épidémiologie
Mr. Moctar TOUNKARA	Épidémiologie
Mr. Nouhoum TELLY	Épidémiologie
Mr. Bassirou DIARRA	Recherche-Opérationnelle
Mme. Fatoumata KONATE	Nutrition-Diététique



Mr. Bakary DIARRA	Santé-Publique
Mr. Baba DIALLO	Épidémiologie
Mme. Fatoumata SY	Gestion des Ressources Humaines

**CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr. Souleymane GUINDO	Gestion
Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr. Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr. Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mr. Alou DIARRA	Cardiologie
6. Mme. Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
7. Mr. Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
8. Mr. Mamadou KARAMBE	Neurologie
9. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
10. Mr. Alassane PEROU	Radiologie
11. Mr. Boubacar ZIBEIROU	Physique
12. Mr. Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie-Organique
13. Mme. Doulata MARIKO	Stomatologie
14. Mr. Elimane MARIKO	Pharmacologie
15. Mr. Issa COULIBALY	Gestion

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Mr. Lamine GAYE	Physiologie
-----------------	-------------



DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...  
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,  
L'amour, le respect, la reconnaissance...  
Aussi, c'est tout simplement que*

*Je dédie cette thèse ...*

## **A DIEU LE TOUT PUISSANT**

L'Omniscient, l'Omniprésent, l'Omnipotent. Seigneur du monde de m'avoir permis de voir le jour, de grandir, d'avoir voulu que je parvienne à cette étape.

Puisse Allah le Tout Puissant nous guider et répandre sa Miséricorde et à son prophète (paix et salut sur lui).

## **À MES CHERS PARENTS**

### **A MON PERE : MOHAMED KALOSSI FOFANA**

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour toi. Rien au monde ne vaut les efforts fournis jours et nuit pour mon éducation et mon bien être.

### **A MA MERE : AOUA COULIBALIBALY**

Maman chérie, ma meilleure amie, ma confidente, ce travail est le fruit de tes nombreux efforts. L'avenir de tes enfants t'a toujours préoccupé et t'a poussé au dépassement et à consentir de nombreuses privations. Ton courage, tes conseils et tes prières n'ont pas été vains. Que le Tout Puissant te donne santé, longévité et t'accorde sa grâce infinie. Merci Maman !!!

### **A MON CHER ET TENDRE EPOUX : KAFONON RAPHAEL OUATTARA**

Quand je t'ai connu, j'ai trouvé l'homme de ma vie, mon âme sœur et la lumière de mon chemin ; tes sacrifices ; ton soutien moral et financier, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement m'ont permis de réussir à mes études.

### **A MES ENFANTS ADORES :**

#### **A MA FILLE FATOUMATA :**

Lorsque tu es venue au monde c'était autour de toi un véritable émerveillement et je me demandais comment, et par quel miracle, par quel mystère, ce jolie poupon, ma fille, était là.

Un petit ange nouveau sur cette terre, une immense fierté m'envahissait. Tu as grandi et pour mes yeux tu seras toujours la plus jolie et le bonheur de chaque instant, je t'aime énormément !!!

### **A MON FILS ZOUMANA :**

Quand je prononce ce simple mot "mon fils" une immense fierté m'envahit et submerge mon cœur. Il suffit que j'entends ta voix, que je te serre dans mes bras pour te dire et me dire, en souriant, que tu seras toujours "mon petit garçon."

### **A MA BELLE-FAMILLE :**

Vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille. Je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous. Vos prières, vos engagements et soutien m'ont toujours été d'un grand secours. Puisse Dieu, le Tout Puissant vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur et vous procurer une longue vie.

### **A MES CHERS ONCLES**

Mes conseillers et amis fidèles, qui m'ont assisté dans les moments difficiles et m'ont pris doucement par la main pour traverser ensemble des épreuves pénibles. Je vous suis très reconnaissante, et je ne vous remercierai jamais assez pour votre amabilité, votre générosité, votre aide précieuse.

### **A MES TANTES ET A MES BELLES SOEURS :**

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection.

### **A MES CHERS ET ADORABLE FRERES ET SOEURS**

ALIMA, tu as été comme une seconde mère pour nous tous je t'aime énormément. AMIDOU le généreux tu as de même été pour nous comme un second papa je t'admire tellement le barbu, ALIOU que j'apprécie énormément les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement que je te porte.

MALAMINE au cœur si grand. ABDOULAYE mon petit frère que j'adore et qui est toujours disponible pour ses aînés, AMINATA la prunelle de mes yeux, ma sœur d'amour je peux toujours compter sur toi. MARIAM l'aimable, l'ambitieuse que j'aime profondément. En témoignage de mon affection fraternelle, de ma

profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le Tout Puissant, vous protège et vous garde !!!

### **À MES CHERS PETITS NEVEUX ET NIECES**

Boubacar, Mohamed, Ousmane, Salimatou, Kadidiatou, Awoua, Fatoumatou, Abdoulaziz, Ibrahimou, Mohamedali, Mohamed Bechir, Alimatou, Badra Etc...

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour vous, votre joie et votre gaieté me comblent de bonheur.

Puisse Dieu vous garder, éclairer votre route et vous aider à réaliser à votre tour vos vœux les plus chers.

### **A LA MEMOIRE DE MES GRAND-PERES ET MA GRANDE MERE**

J'aurais tant aimé que vous soyez présents.

Que Dieu ait vos âmes dans sa Sainte Miséricorde.

### **HOMMAGE A MON CHER GRAND PERE MATERNEL REGRETTE BAKARY COULIBALY**

Mon papy que j'aime, le jour ou la mort t'a emporté c'est beaucoup de moi qui s'en est allé, toi l'homme sage, tendre et si généreux. Repose en paix mon papy tant aime, tu vis aujourd'hui dans chacune de mes pensées !!!

### **A MA CHERE GRANDE MERE MATERNELLE : RAMATOU TRAORE**

Qui m'a accompagné par ses prières, sa douceur, puisse Dieu lui prêter longue vie et beaucoup de santé et de bonheur dans les deux vies.

### **A MES CHERS COUSINS COUSINES**

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

## **À MON AMIE DE TOUJOURS : M'BAMAKAN DOUMBIA**

Mon journal intime, ma moitié, mon soutien de tous les jours, ma douce amie, une sœur qui me ressemble en souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. J'ai trouvé en toi le refuge de mes chagrins et mes secrets. Je te souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans ta vie professionnelle que privée.

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'intervention, consciente, d'un grand nombre de personnes, nous souhaitons ici les adresser nos sincères remerciements à :

- L'Etat Malien pour la gratuité de nos études durant toutes ces années, sinon il serait 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.
- A tous les étudiants, enseignants et au personnel administratif du département d'odontostomatologie.
- A l'issue de notre stage, nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin au bon acheminement de cette formation.

Nous remercions Mr Samaké, Mme Sylla Mariam, Mme Ami Guarango, Mme Ami Koné, Fatoumata Doumbia et Brehima Diabaté pour leur orientation et l'accueil sympathique au sein du cabinet dentaire du CSREF de la commune VI.

- A tous mes camarades de promotion pour leur soutien sans faille tout au long de la réalisation de ce travail.
- A mes chères amies : Mme Togo Mariam, Mme Dicko Maimouna, Mme Dembélé Nadoussou, Mme Sow Kadidia, Mariam Diallo.

Je tiens à remercier particulièrement Mme Goita Oumou Tandina pour ses conseils et ses encouragements

- A tous ceux qui ont participé de loin ou de près à l'aboutissement de ma formation.





HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY



## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

A notre Maitre et Président du jury :

**Professeur Bakarou KAMATE**

- ❖ **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS**
- ❖ **Chercheur Praticien hospitalier au CHU du point G**
- ❖ **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali**
- ❖ **Secrétaire général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie International de Pathologie (D.A.F./A.I.P.)**
- ❖ **Secrétaire général de la Commission Médicale d'Etablissement(CME) du CHU du point G.**

**Cher Maitre,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse, vos conseils si précieux, votre disponibilité, votre enseignement de qualité font de vous un maitre respecté et admiré de tous.

C'est un privilège pour nous d'être compté parmi vos étudiants.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

Qu'Allah vous prête longue vie.

.

A notre Maître et Juge :

**Docteur Ousseynou DIAWARA**

- ❖ **Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'Etat de médecine de Krasnodar (ex URSS)**
- ❖ **Spécialiste en santé publique en odontologie de l'Université Cheick Anta Diop de Dakar (UCAD)**
- ❖ **Spécialiste en parodontologie de l'Université Cheick Anta Diop de Dakar (UCAD)**
- ❖ **Ancien médecin-chef adjoint à BAFOULABE, KITA**
- ❖ **Ancien médecin-chef adjoint à l'hôpital secondaire de SAN**
- ❖ **Chef de service de parodontologie au CHU-CNOS**
- ❖ **Enseignant chercheur chargé de recherche en parodontologie à la FMOS et à l'INFSS**

**Cher Maître,**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, votre amour pour le perfectionnisme, votre ponctualité, l'accessibilité et la simplicité qui vous caractérise font de vous un exemple à suivre. Ce qui nous offre l'opportunité de vous exprimer notre profonde admiration et gratitude.

Cher maître, recevez ici nos sincères remerciements.

A notre Maitre et Co-directeur :

**Docteur Aboubacar Sidiki GOITA**

- ❖ **Diplômé de la faculté de médecine dentaire de Monastir (Tunisie)**
- ❖ **Ancien Chef de service par intérim du service d'odontostomatologie de l'hôpital « Mère-Enfant » Luxembourg.**
- ❖ **Ancien Chef de service d'odontologie hôpital de GAO.**
- ❖ **Chef de l'unité d'odontologie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.**

**Cher Maitre,**

Nous sommes flattées d'avoir appris à vos côtés. Vous nous avez enseigné l'amour de la chirurgie buccale.

Recevez ici très cher maître, l'expression de notre profonde reconnaissance et gratitude. Qu'Allah l'omnipotent vous prête longue vie.

A notre Maitre et Directeur :

**Professeur Boubacar BA**

- ❖ **Maitre de conférences en chirurgie buccale à la FMOS**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU-OS**
- ❖ **Spécialiste en Chirurgie buccale**
- ❖ **D.U en Carcinologie Buccale**
- ❖ **Chef de service de chirurgie buccale au CHU-OS**
- ❖ **Ancien président de la C.M.E du CHU-OS**
- ❖ **Membre du Comité National de Greffe du Mali**
- ❖ **Coordinateur de la Filière Odontologique de l'INFSS**
- ❖ **Membre de la Société Française de Chirurgie Orale**

**Cher Maitre,**

Vous nous avez fait honneur et plaisir en acceptant de diriger cette thèse. Votre disponibilité et votre sympathie, votre façon particulière d'établir un rapport entre professeur et élève basé sur la confiance, rempli d'affection, d'écoute, de rigueurs scientifiques font de vous un modèle dans notre future carrière.

Nous vous sommes très reconnaissante pour votre soutien et votre dévouement pour la réalisation de ce travail. Qu'Allah dans sa miséricorde vous prête longue vie.



# SIGLES ET ABBREVIATIONS



## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ADH** : Hormone Antidiurétique

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CHU-CNOS** : Centre Hospitalier Universitaire Centre National d'Odontostomatologie

**CSREF** : Centre de Santé de Référence

**CVI** : Commune VI

**CBS** : Communication bucco-Sunisienne

**CMLN** : Comité Militaire de Libération Nationale

**DDM** : Dysharmonie Dento-Maxillaire

**DNSI** : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

**ED** : Extraction Dentaire

**IDM** : Infarctus Du Myocarde

**ORN** : Osteoradionecrose

**O.M.S** : Organisation Mondiale de la Sante

**SIDA** : Syndrome Immunodéficience Acquise

**UFSBD** : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire



TABLES DES  
ILLUSTRATIONS





## TABLES DES ILLUSTRATIONS

### Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Les différents types de dents .....	5
<b>Figure 2</b> : Schéma des différentes faces de la dents .....	6
<b>Figure 3</b> : Coupe d'une molaire.....	8
<b>Figure 4</b> : La maladie parodontale.....	9
<b>Figure 5</b> : Schéma des tissus de soutiens de la dent ou parodonte .....	10
<b>Figure 6</b> : Histophysiologie du parodonte .....	11
<b>Figure 7</b> : Schéma de la denture lactéale avec l'âge d'éruption .....	12
<b>Figure 8</b> : Schéma d'éruption des dents permanentes avec l'âge d'éruption .....	14
<b>Figure 9</b> : Evolution de la carie (schéma) .....	15
<b>Figure 10</b> : Evolution de la carie (schéma) .....	16
<b>Figure 11</b> : Bilan long cone confirmant le diagnostic d'une parodontite chronique generalisee .....	16
<b>Figure 12</b> : Cliché panoramique dentaire .....	23
<b>Figure 13</b> : Méthode d'utilisation d'un syndesmotome lors d'une extraction .....	25
<b>Figure 14</b> : Syndesmotomes .....	25
<b>Figure 15</b> : Méthode d'utilisation d'élévateur lors d'une extraction .....	27
<b>Figure 16</b> : Les élévateurs .....	27
<b>Figure 17</b> : Méthode d'utilisation d'un davier lors d'extraction .....	28
<b>Figure 18</b> : Les daviers pour les dents supérieures.....	29
<b>Figure 19</b> : Les différents daviers pour chaque type de dents supérieures .....	29
<b>Figure 20</b> : Les différents daviers pour chaque type de dents inférieures .....	30
<b>Figure 21</b> : Curettes .....	31
<b>Figure 22</b> : Technique de l'extraction des dents maxillaires groupes incisivo-canin .....	35
<b>Figure 23</b> : Technique de l'extraction des prémolaires maxillaires .....	35
<b>Figure 24</b> : Technique de l'extraction des molaires maxillaires .....	36
<b>Figure 25</b> : Technique de l'extraction des incisives mandibulaires .....	37
<b>Figure 26</b> : Technique de l'extraction des prémolaires mandibulaires .....	37
<b>Figure 27</b> : Technique de l'extraction des molaires mandibulaires .....	38
<b>Figure 28</b> : Radiographie rétro alvéolaire montrant la morphologie de la racine et l'état du péri apex .....	38

<b>Figure 29</b> : Aspect clinique d'un bout de racine de la 15 chez un patient avec une mauvaise hygiène bucco-dentaire .....	39
<b>Figure 30</b> : Radiographie rétro alvéolaire visualisant une couronne totalement détruite .....	39
<b>Figure 31</b> : Séparation de la racine palatine des deux(2) racines vestibulaires .....	40
<b>Figure 32</b> : Utilisation d'élévateur ou syndesmotome pour l'avulsion des racines .....	40
<b>Figure 33</b> : séparation en T .....	41

### Liste des tableaux

<b>Tableau I</b> : Denture lactéale .....	12
<b>Tableau II</b> : Formation des dents permanentes d'après Kronfeld, 1939. ....	14
<b>Tableau III</b> : Répartition de l'effectif des patients selon la tranche d'âge.....	56
<b>Tableau IV</b> : Répartition de l'effectif des patients selon le statut professionnel .....	57
<b>Tableau V</b> : Répartition de l'effectif des patients selon la résidence.....	57
<b>Tableau VI</b> : Répartition de l'effectif des patients selon l'ethnie .....	58
<b>Tableau VII</b> : Répartition de l'effectif en fonction du motif de la consultation. ....	58
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des patients en fonction du motif de l'extraction .....	59
<b>Tableau IX</b> : Répartition de l'effectif en fonction du traitement médical.....	59
<b>Tableau X</b> : Répartition de l'effectif en fonction du type de dents concerné par l'extraction dentaire .....	59
<b>Tableau XI</b> : Répartition de l'effectif selon le bloc prémolo-molaire concerné par l'extraction dentaire .....	60
<b>Tableau XII</b> : Répartition de l'effectif selon le bloc incisivo-canin concerné par l'extraction dentaire .....	61
<b>Tableau XIII</b> : Répartition de l'effectif en fonction de la localisation de la dent.....	61
<b>Tableau XIV</b> : Répartition de l'effectif en fonction du type de radiographie utilisé.....	61
<b>Tableau XV</b> : Répartition de la tranche d'âge en fonction du sexe .....	62
<b>Tableau XVI</b> : Répartition du motif de consultation en fonction du sexe .....	62
<b>Tableau XVII</b> : Répartition du motif de consultation par rapport à la tranche d'âge.....	63
<b>Tableau XVIII</b> : Répartition du motif de consultation par rapport au statut socio-professionnel .....	63



TABLES DES  
MATIERES



## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	1
I.OBJECTIFS .....	3
II.GENERALITES .....	4
1. Définitions .....	4
2. Rappel sur la morphologie dentaire .....	4
2.1. Les dents.....	4
2.2. Le parodonte.....	8
3. Dentition et denture.....	11
4. Indications de l'extraction dentaire .....	15
5. Contre-indications .....	18
6. Les extractions dentaires .....	19
7. Prémédication .....	24
8. Instrumentation .....	24
8.1. Les syndesmotomes.....	24
8.2. Les élévateurs .....	26
8.3. Les daviers.....	27
8.4. Les curettes.....	30
9. Technique d'extraction dentaire .....	31
9.1. Installation du patient .....	31
9.2. L'opérateur .....	31
9.3. Mesure opératoire de base .....	31
9.4. L'extraction dentaire proprement dite .....	34
9.5. Complications des extractions dentaires.....	43
9.6. Les accidents portant sur la dent .....	44
9.7. Accidents intéressant les os maxillaires.....	45
9.8. Accidents de la muqueuse et des parties molles .....	45
9.9. Accidents nerveux .....	45
9.10. Accidents vasculaires .....	46
9.11. Accidents infectieux .....	46
9.12. Facteurs généraux.....	47
9.13. Facteurs locaux préexistants.....	47
9.14. Facteurs post opératoires .....	47
9.15. Facteurs dus au trauma opératoire.....	47
III.MATERIEL ET METHODES .....	48
IV.RESULTATS.....	56
1. Profil sociodémographique.....	56

2. Profil clinique .....	58
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	64
1. Aspects socio-épidémiologiques .....	64
2. Aspects cliniques.....	65
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	69
Conclusion.....	69
Recommandations .....	70
<b>VII. REFERENCES</b> .....	72
<b>ANNEXES</b> .....	75
Fiche d'enquête .....	75
Fiche signalétique.....	77
Serment d'Hippocrate.....	79



# INTRODUCTION



## **INTRODUCTION**

La carie dentaire et les parodontopathies sont de véritables problèmes de santé publique. Selon l'OMS, elles sont classées comme étant le quatrième fléau mondial après le cancer, les cardiopathies et le Sida [1].

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 [2].

L'extraction dentaire (ou avulsion dentaire) est un acte chirurgical d'avulsion ou de délogement de l'organe dentaire de l'os alvéolaire [3].

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

L'extraction dentaire est indiquée dans les cas suivant :

- Atteinte carieuse sans possibilité de récupération par un traitement conservateur [4].
- Fractures proches de la racine et de destruction de la gencive autour de la dent (parodontopathies) [4].
- En orthodontie pour améliorer l'articulé dentaire [4].
- Pour éliminer un foyer infectieux avant une chirurgie cardiaque ou une radiothérapie locale [4].

Les contre-indications s'observent chez les patients qui présentent une atteinte générale ou locale, temporaire ou définitive nécessitant des précautions particulières adaptées à chaque cas, les risques peuvent être infectieux, hémorragique, anesthésique ou autre... [5].

Qu'elles soient intra-buccales ou extra-buccales, en deux ou trois dimensions, les radiographies dentaires sont un complément essentiel au dépistage et à l'examen clinique. Elles peaufinent le diagnostic du praticien et aident à déterminer la

présence de caries, d'abcès, de kystes ou de tumeurs, le niveau osseux et le degré de la maladie parodontale, le développement et l'emplacement exact des dents [6].

Il existe plusieurs complications liées aux extractions dentaires dont les principales sont : peropératoires (atteintes des dents voisines, projections iatrogènes de dents, complications sinusiennes, traumatismes des tissus mous, fractures osseuses, radiculaires) et post opératoires (hémorragies post-opératoires, infections, hématomes, alvéolites, paresthésies) [7].

L'edentation étant une mutilation sérieuse, elle apporte un grave préjudice à la fois esthétique et fonctionnel. Elle doit être limitée et retardée à tout prix [8].

Ces extractions ne posent pas de sérieux problèmes : elles sont généralement très faciles ; mais il faut toutefois savoir que certaines dents très mobiles se fracturent néanmoins au cours de l'extraction.

Dans notre contexte au Mali, 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, ce qui fait que l'extraction dentaire demeure parmi les actes les plus fréquents en chirurgie dentaire [3]. Vu la fréquence de cet acte nous nous sommes donc proposés ce travail au sein l'unité d'odontologie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.





# OBJECTIFS



## **I.OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Etudier l'extraction dentaire dans l'unité d'odontologie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CS Réf de la CVI) du District de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques**

- a.** Déterminer la fréquence des extractions dentaires dans l'unité d'odontologie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.
- b.** Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients.
- c.** Déterminer les motifs de consultation conduisant à l'extraction dentaire chez ces patients.
- d.** Déterminer le traitement médical associé chez ces patients.



# GENERALITES



## **II.GENERALITES**

### **1. Définitions**

L'extraction dentaire est un acte chirurgical d'avulsion ou de délogement de l'organe dentaire de l'os alvéolaire [3].

### **2. Rappel sur la morphologie dentaire**

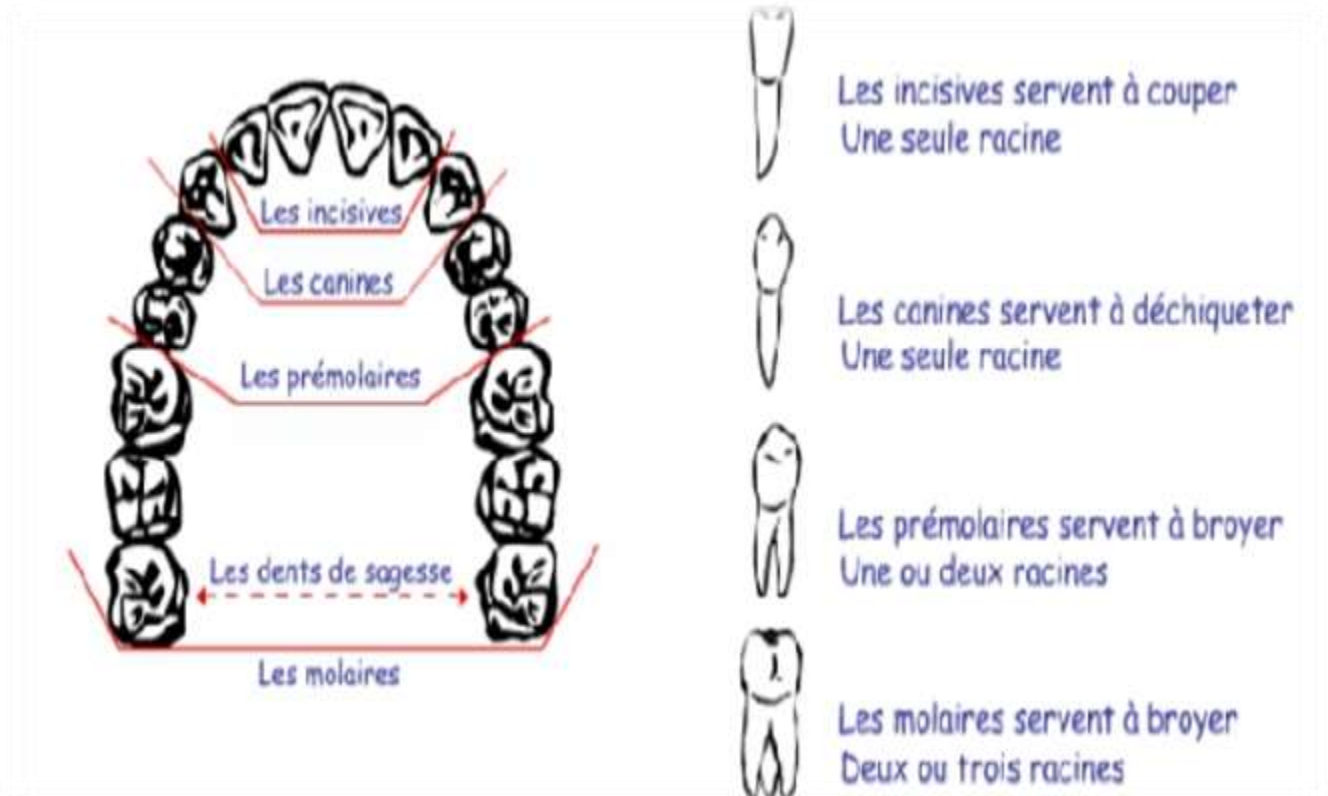
L'organe dentaire comprend deux parties : Odonte (la dent proprement dite) et le parodonte (les tissus de soutien de la dent).

#### **2.1. Les dents**

Les dents humaines sont des phanères, c'est-à-dire des productions apparentes et saillantes d'origine ecto-mésenchymateuse, fortement minéralisées [9].

Les dents à travers leurs caractères singuliers peuvent être classées par catégorie ou groupe, disposées dans la cavité buccale selon un ordre chronologique précis et stable dans le temps et dans l'espace. Les dents permettent la mastication.

Il existe 32 dents permanentes et 20 dents temporaires réparties entre le maxillaire et la mandibule. On distingue 4 types de dents les incisives, les canines, les prémolaires, les molaires. Chaque dent comporte deux parties une visible la couronne et une invisible la racine [10]. Ces deux parties sont séparées par une ligne de démarcation spécifique appelée le collet résultant de la juxtaposition intime des deux tissus les plus externes de la dent, l'émail pour la couronne et le cément pour la racine.



**Figure 1** : Les différents types de dents

Source : <http://www.selarl-dr-bres-stephane.chirurgiens-dentistes.fr/conseils-les-differentes-types-de-dents-6>)

### a. La couronne :

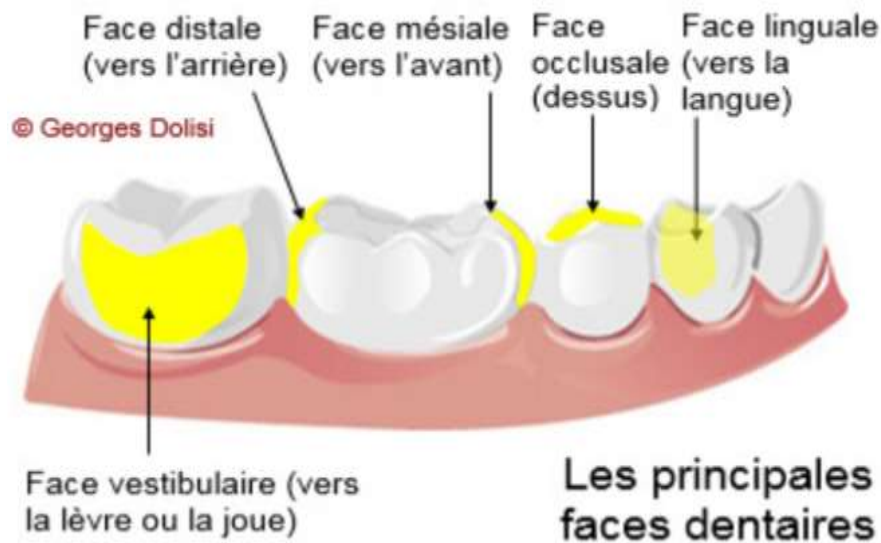
C'est la partie visible de la dent caractérisée par :

- 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 forme 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 [2].



**Figure 2** : Schéma des différentes faces de la dents

*Source* : <http://www.bio-top.net/Terminologie/D/dento.htm> ;consulte le 02 février 2019 à 00h

### **b. La racine**

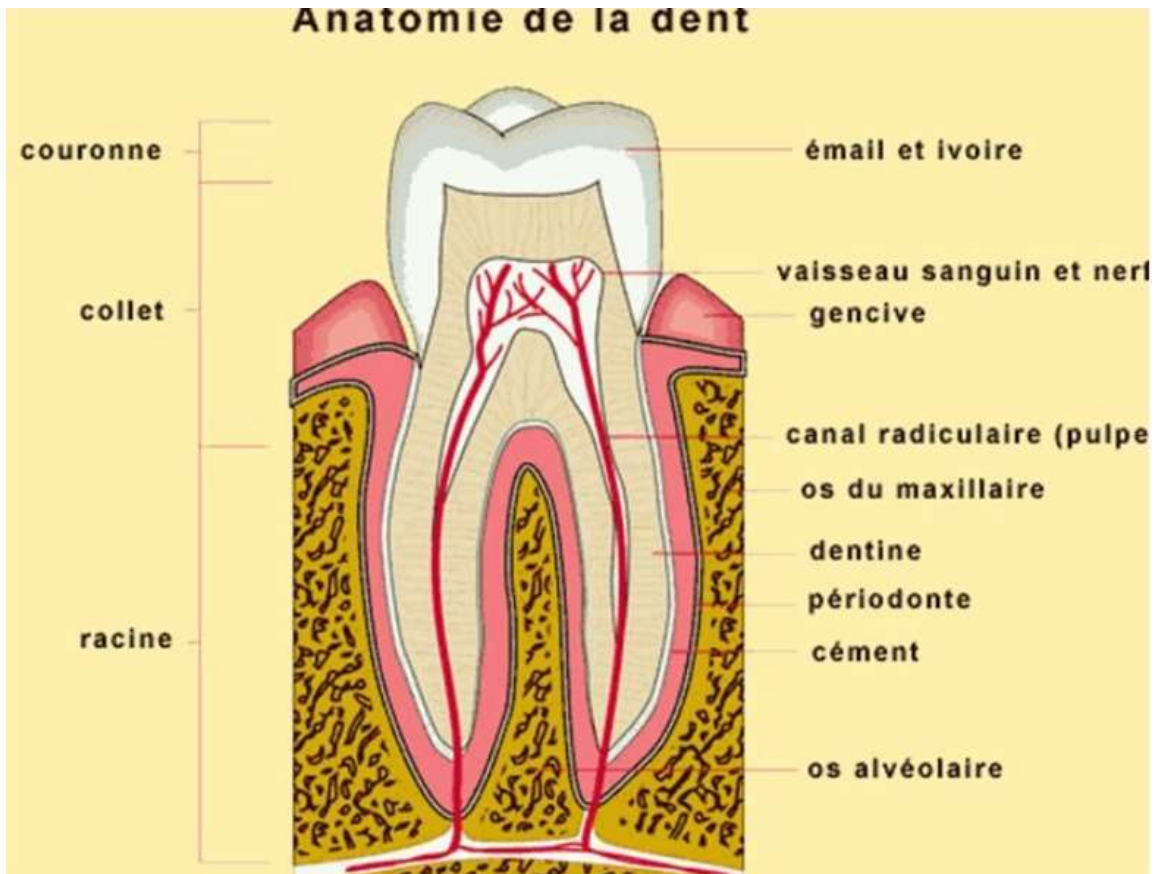
Elle correspond à la partie invisible de la dent, implantée dans l'os alvéolaire et caractérisée par sa teinte jaunâtre et sa forme effilée depuis la zone du collet jusqu'à l'apex. En général, la ou les racines ont la même forme conique à rétrécissement rapide vers l'apex ou foramen qui livre passage au paquet vasculo-nerveux propre à chaque pulpe [11,12].

### **Le Nombre de racines varie en fonction du type de dent. Ainsi :**

- Les incisives, les canines, les deuxièmes prémolaires supérieures et les prémolaires inférieures sont mono radicules.
- La première prémolaire supérieure a deux racines avec une racine vestibulaire et une palatine. Les molaires inférieures sont bi radicules dont une mésiale et une distale. Les molaires supérieures ont trois racines dont une palatine 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 [13]

### **Le nombre de canaux en fonction du type de dents :**

- Les incisives et les canines présentent un seul canal.
- Les premières prémolaires maxillaires présentent généralement deux canaux radiculaires, souvent les deuxièmes prémolaires maxillaires peuvent présenter un seul canal.
- Les premières prémolaires et les deuxièmes prémolaires mandibulaires sont également monocanalaire dans la grande majorité des cas.
- Les molaires maxillaires et mandibulaires présentent trois canaux dans leur majorité, souvent ces molaires peuvent présenter quatre canaux.
- Les dents de sagesse maxillaires comme mandibulaires ont un nombre de canaux variables de trois, quatre ou cinq [ ].



**Figure 3** : Coupe d'une molaire [14]

## 2.2. Le parodonte

Il constitue l'appareil de soutien de la dent. Sous ce vocable, on rassemble le ciment, les faisceaux ligamentaires qui réalisent le ligament alvéolo-dentaire, l'os alvéolaire et enfin la gencive [15].

### a. 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 [15].

### b. 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 lingual. 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 [16].

On distingue de l'extérieur vers l'intérieur :

- Le périoste, fine membrane jaunâtre très fibreuse adhérent sur la surface osseuse,
- Le cortical périphérique vestibulaire, constitué
- 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 [15].

### **c. Le desmodonte ou ligament parodontal**

Le desmodonte est un tissu conjonctif non minéralisé situé entre le ciment 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.



**Figure 4** : La maladie parodontale

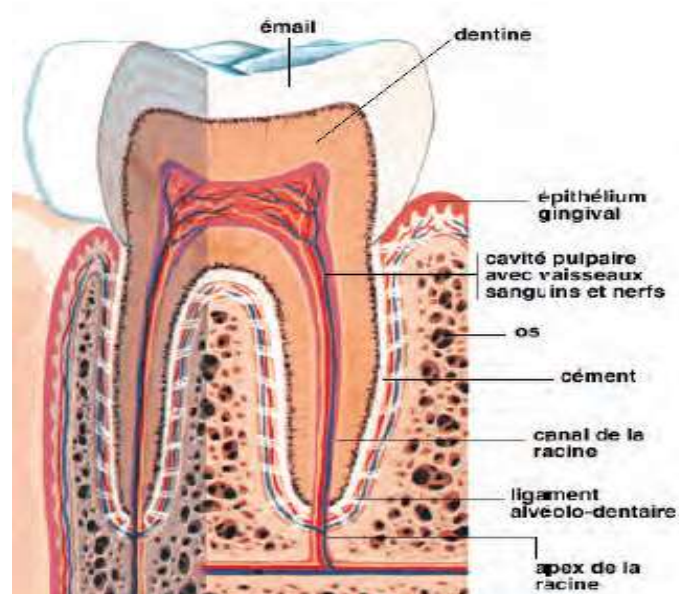
Source : <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/la-maladie-parodontale/> consulté le 02 février 2019 à 00h29)

#### d. Le ciment

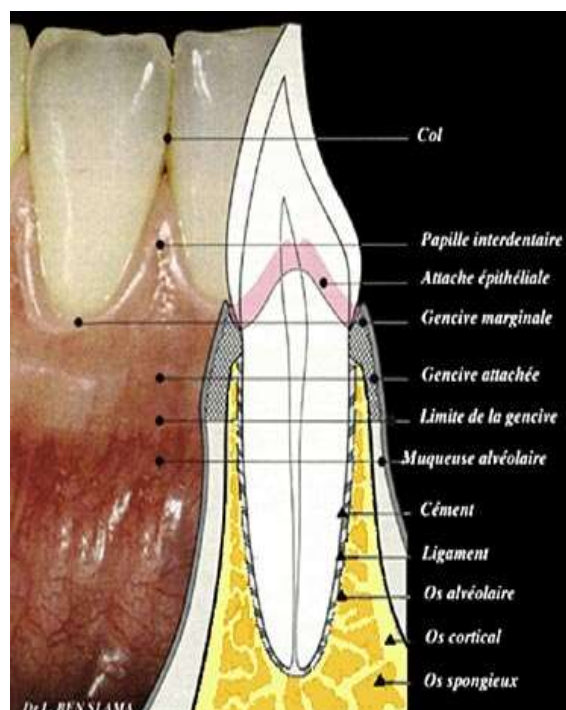
C'est un tissu calcifié et minéralisé, semblable à l'os, qui recouvre toute la dentine radriculaire. Il n'est ni vascularisé ni innervé.

On distingue 4 types de ciments :

- Le ciment acellulaire afibrillaire,
- Le ciment acellulaire à fibres extrinsèques,
- Le ciment cellulaire à fibres intrinsèques,
- Le ciment cellulaire à fibres extrinsèques [15].



**Figure 5** : Schéma des tissus de soutiens de la dent ou parodonte [17].



**Figure 6** : Histophysologie du parodonte

Source : <https://moodle.umontpellier.fr.consulte> le 02 février 2019 à 00h)

### 3. Dentition et denture

#### ✧ La dentition

La dentition c'est un processus dynamique correspondant à la formation des dents et à leur éruption. [18].

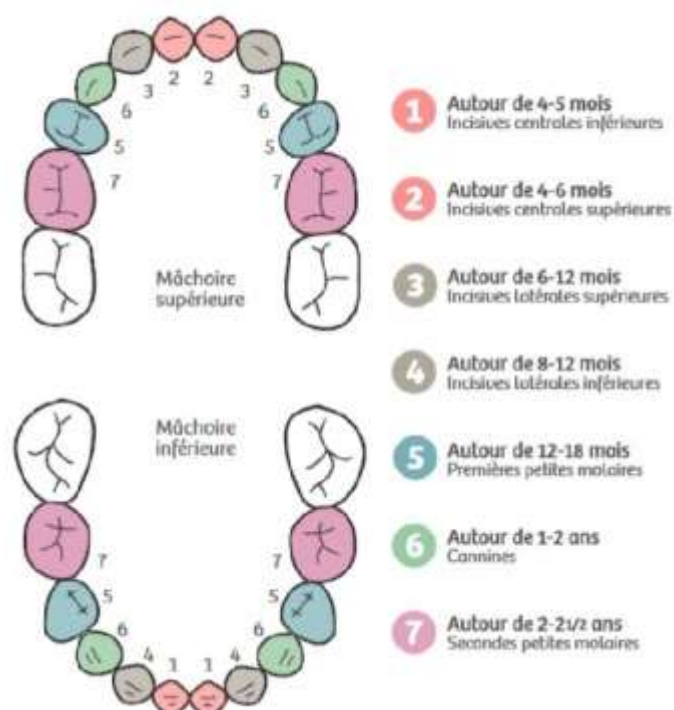
#### ✧ La denture

La denture est l'ensemble des dents présentes sur les arcades dentaires à un moment déterminé de l'existence.

#### ✧ Denture lactéale

Les dents de lait, ou dents temporaires, sont au nombre de 20. Elles commencent à émerger des gencives vers l'âge de 6 à 7 mois. Ce sont d'abord les deux incisives centrales inférieures qui apparaissent ; suivies des supérieures, en générale vers 8mois. Vers 10mois viennent les incisives latérales supérieures puis les incisives latérales inférieures entre le 12ème et le 18ème mois. C'est l'éruption de la 1ère molaire temporaire puis canines (entre 18-24 mois) et du 2ème molaire temporaire

(entre 24-30 mois). Les dents de lait sont constituées dans leur ensemble vers l'âge de 3 ans et tout retard d'éruption de plus d'un an dans cette chronologie doit être considérée comme pathologique. Cette éruption peut s'accompagner de salivation, de rougeur de la gencive, éventuellement tuméfiée, luisante et douloureuse. On observe par fois de petits kystes bleutés, une rougeur de la joue [18].



**Figure 7** : Schéma de la denture lactéale avec l'âge d'éruption

Source : (<https://www.magicmaman.com>, consulte le 2 février 2019 à 00h)

**Tableau I** : Denture lactéale

Dents	Éruption	Édification radiculaire	Résorption	Remplacement
<b>Incisives centrales</b>	6-9 mois	2 ans	4 ans	7 ans au maxillaire. 6 ans à la mandibule.
<b>Incisives latérales</b>	7-10 mois	2 ans ½	5 ans	8 ans au maxillaire. 7 ans à la mandibule.
<b>Canines</b>	16-20 mois	3 ans	8 ans	11 ans au maxillaire. 8 ans à la mandibule.
<b>1ère molaire</b>	12-16 mois	3 ans	6 ans	10 ans
<b>2ème molaire</b>	23-30 mois	4 ans	7 ans	11 ans

✧ **Denture définitive :**

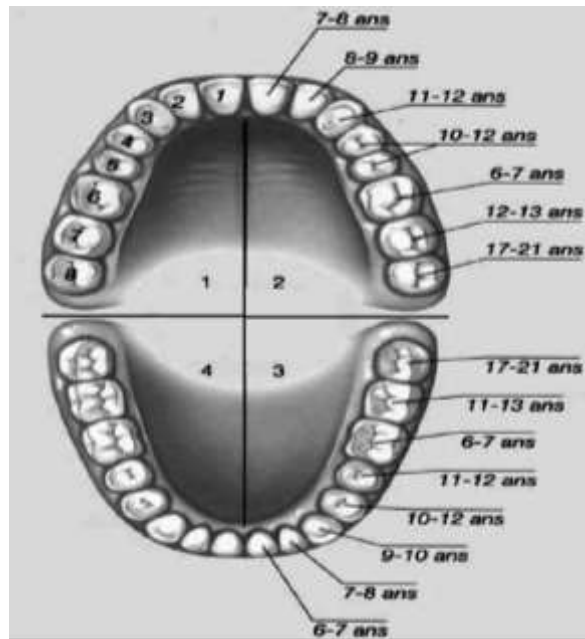
A partir de 6 ans, les dents de lait sont progressivement remplacées par des dents permanentes, et l'enfant est en période de denture mixte.

La première prémolaire définitive apparaît tout d'abord derrière les molaires temporaires et sert de guide pour l'éruption de la dent permanente, qui comprend l'apparition des incisives puis des premières prémolaires vers l'âge de 9 ans, des canines vers 11 à 12 ans et de la 2ème permanente à 12 ans.

Les 3ème molaires ou dents de sagesse, évoluent à partir de 18 ans environ, mais leur éruption peut ne jamais se faire, on les appelle **dents incluses**.

Une inclusion dentaire est un arrêt partiel ou total de l'éruption d'une dent qui demeure sous la gencive, où elle est complètement enchâssée dans l'os de la mâchoire.

L'inclusion la plus fréquente concerne les dents de sagesse. Les canines supérieures peuvent ainsi rester incluses. Si l'évolution est partielle, les bactéries de la plaque dentaire se glissent entre la dent et la gencive et entraînent la douleur, l'enflure et l'empâtement ganglionnaire, ce qui nécessite l'extraction chirurgicale de la dent. L'éruption est en générale contrariée par le manque de place, celle-là restant alors totalement ou partiellement incluse dans la mâchoire. Une discordance de volume entre les dents et leur base osseuse se traduit, si les dents sont trop petites, par des espaces entre elles, si elles sont trop volumineuses, par un encombrement dentaire (rotation, chevauchement). L'encombrement dentaire peut être traité par le port d'un appareil dentaire. Une dent peut également présenter des anomalies de structure ou de couleur (dysplasie dentaire) ou venir en surnombre (dent surnuméraire) [18].



**Figure 8** : Schéma d'éruption des dents permanentes avec l'âge d'éruption

Source : ([https://www.researchgate.net/publication/259540190-ODONTOLOGIE\\_MEDICO-LEGALE\\_ESTIMA\\_TIN\\_DE\\_L%27AGE\\_DENTAIRE](https://www.researchgate.net/publication/259540190-ODONTOLOGIE_MEDICO-LEGALE_ESTIMA_TIN_DE_L%27AGE_DENTAIRE); consulté le 02fevrier à 00h40)

[190-ODONTOLOGIE MEDICO-LEGALE ESTIMA TIN DE L'AGE DENTAIRE](https://www.researchgate.net/publication/259540190-ODONTOLOGIE_MEDICO-LEGALE_ESTIMA_TIN_DE_L%27AGE_DENTAIRE); consulté le 02fevrier à 00h40)

**Tableau II** : Formation des dents permanentes d'après Kronfeld, 1939.

Dents	Couronne formée	Éruption	Édification radiculaire complète
<i>Incisive centrale</i>	Maxill : 4-5 ans Mand : 4-5 ans	Maxill : 7-8 ans Mand : 6-7 ans	Maxill : 10 ans Mand : 9 ans
<i>Incisive latérale</i>	Maxill : 4-5 ans Mand : 4-5 ans	Maxill : 8-9 ans Mand : 7-8 ans	Maxill : 11 ans Mand : 10 ans
<i>Canine</i>	Maxill : 6-7 ans Mand : 6-7 ans	Maxill : 11-12 ans Mand : 9-10 ans	Maxill : 13-15 ans Mand : 12-14 ans
<i>1ère prémolaire</i>	Maxill : 5-6 ans Mand : 5-6 ans	Maxill : 10-11 ans Mand : 10-12ans	Maxill : 12-13 ans Mand : 12-13 ans
<i>2ème prémolaire</i>	Maxill : 6-7 ans Mand : 6-7 ans	Maxill : 10-12 ans Mand : 11-12 ans	Maxill : 12-14 ans Mand : 13-14 ans
<i>1ère molaire</i>	Maxill : 2,5-3 ans Mand : 2,5-3 ans	Maxill : 6-7 ans Mand : 6-7 ans	Maxill : 9-10 ans Mand : 9-10 ans
<i>2ème molaire</i>	Maxill : 7-8 ans Mand : 7-8 ans	Maxill : 12-13 ans Mand : 11-13 ans	Maxill : 14-16 ans Mand : 14-15 ans
<i>3ème molaire</i>	Maxill : 12-16ans Mand : 12-16 ans	Maxill : 17-21 ans Mand : 17-21ans	Maxill : 18-25 ans Mand : 18-25 ans

4.



## 5. Indications de l'extraction dentaire

### a. Indications d'ordre local :(liées à l'état de la dent elle-même)

#### Les caries dentaires :

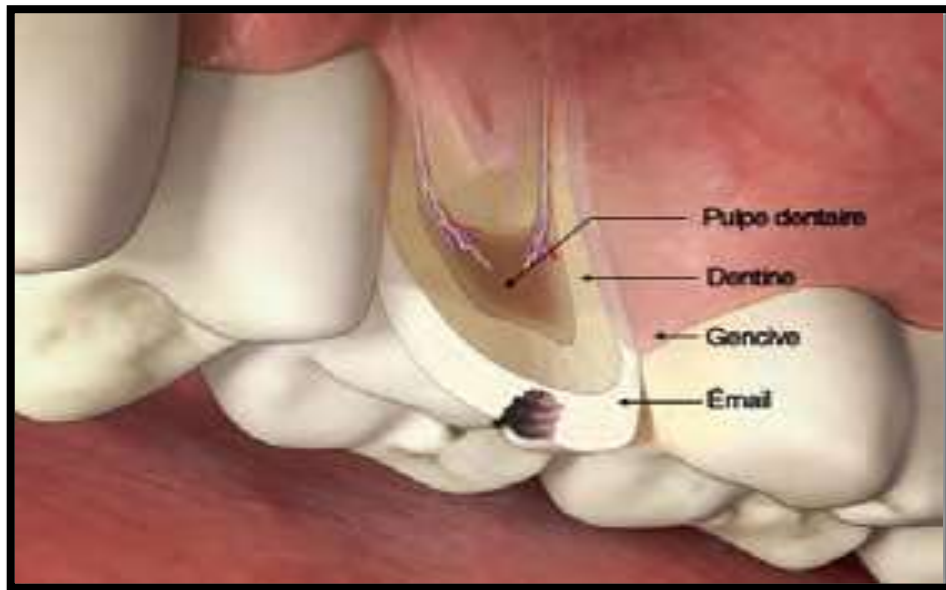
Ce sont des maladies infectieuses qui attaquent les tissus durs de la dent, elles les ramollissent puis les détruisent. Cette destruction une fois entamée se poursuit jusqu'à la disparition complète de l'organe dentaire. Généralement la carie évolue de l'extérieur vers l'intérieur de la dent [21].

#### Complications de la carie dentaire :

- 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.



**Figure 9** : Evolution de la carie (schéma) [19].



**Figure 10** : Evolution de la carie (schéma) [20].

- **Les traitements endodontiques impossibles**, par suite de douleurs rebelles, ou sur canaux radiculaires non pénétrables, ou après échec thérapeutique [21].
- **Les maladies parodontales avancées ou parodontopathies** :



**Figure 11** : Bilan long cone confirmant le diagnostic d'une parodontite chronique généralisée [22].

- **Pour raisons orthopédiques** : ces extractions concernent en règle général les premières prémolaires supérieures et inférieures



- **Les dents en malposition** : leur extraction relève d'indications orthodontiques, pathologiques (caries), de la prophylaxie des parodontopathies ou de raisons fonctionnelles et esthétiques.
- **Les dents fracturées non conservables**, c'est-à-dire atteintes des fractures multiples ou longitudinales [21].
- **Les dents enclavées ou incluses** : ces dents dont l'image radiographique montre G Y 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.
- **Les dents surnuméraires** : elles sont le plus souvent incluses et gênent l'évolution ou la conservation des dents voisines.
- **Les dents sujettes à des pathologies diverses** : kystes folliculaires, tumeurs bénignes et malignes, fractures des maxillaires.
- **Les dents présentes dans un champ de radiothérapie sans gouttière fluorée** 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 [21].

#### **b. Indications d'ordre général**

- **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. [23].
- **Pathologies systémiques** (cardiaques, digestives et rénale)

### c. Indications d'ordre spécifique

- **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, une dent sans valeur fonctionnelle, ou susceptibles de nuire un système prothétique équilibré.
- Pour des raisons orthodontiques :
  - En cas d'anomalies de nombre (dents surnuméraires, DDM, extraction pilotée)
  - Pour régulariser l'alignement dentaire.
  - Pour prévenir ou limiter une future malocclusion

### 5. Contre-indications

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 ou soit un risque vital [5].

#### a. Contre-indications relatives ou passagères :

- **Contre-indications d'ordre local** : en cas de septicité buccale (cellulite, abcès, desmodontite).
- **Contre-indications d'ordre physiologique** :
  - ✓ Pendant le premier et le dernier trimestre (sauf l'urgence),
  - ✓ Cycle menstruel (déséquilibre neuro-végétatif, l'extraction peut l'accentuer),
  - ✓ Allaitement (toxicité)

### **b. Contre-indications d'ordre général :**

- Les patients qui souffrent d'une maladie générale doivent être préparé (prémédiqué) pour éviter certains risques (infectieux, hémorragique, syncopal et toxique)
- Processus tumoraux de la dent,
- Patient ayant fait un infarctus du myocarde (IDM) ou une angine de poitrine (ANGOR) (moins de 6mois)

### **c. Contre-indications absolues**

C'est le cas où l'extraction peut être fatale :

- Malades immunodéprimés (leucémie, SIDA avancé) : La résistance du sujet est diminuée et une extraction peut donner un réveil brutal à la maladie.
- L'extraction chez les irradiés risque de déclencher une ORN en cas d'urgence, l'extraction se fait avec une conduite à tenir spécifique.
- Troubles métaboliques non jugulés,

## **6. 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 [24].

La réalisation d'ED nécessite le respect d'un certain nombre de règles inhérentes à toute pratique chirurgicale. Les conditions d'installation, la connaissance du matériel et des instruments ainsi que leur utilisation rationnelle sont des éléments qui déterminent une bonne pratique opératoire [3].

Jusqu'au début de ce siècle l'extraction était la seule réponse thérapeutique à la carie dentaire et à la parodontite surnommée « déchaussement des dents » car elle expose la racine normalement recouverte par l'os alvéolaire et la gencive [3].

### **6.1. Diagnostic Préopératoire**

Le sujet chez lequel une indication d'avulsion dentaire devait être posée doit entreprendre un examen clinique préopératoire complet. La clé du succès en chirurgie est une préparation minutieuse, et les différents secteurs concernés seront examinés tour à tour (patient, équipement, assistance, praticien), mais sont tous interdépendants. L'efficacité est de rigueur et sera compensée par la confiance et la coopération du patient. Les difficultés résultent plus souvent d'un manque de préparation que d'un manque de dextérité [25].

### **6.2. Diagnostic de l'état général [24].**

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 patients 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<sup>ème</sup> 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 particulier 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 anti coagulant 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 nécrosante.

- **L'alcoolisme** : cette tare 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 :

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.

#### ✓ **Diagnostic de l'état local :**

Quant aux conditions locales, elles impliquent un certain nombre de choix de la part du praticien :

##### ○ **L'étude de la dent**

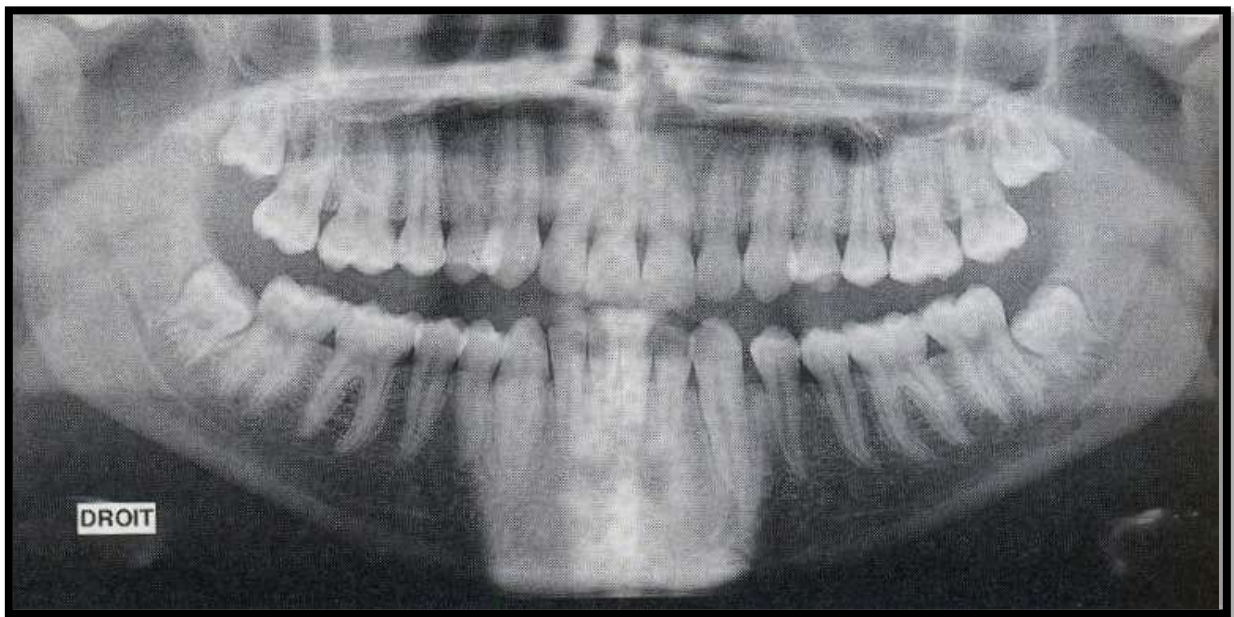
L'état du délabrement coronaire, radiculaire, et la mobilité), rapport anatomique avec les éléments voisins (sinus maxillaire, canal mandibulaire).

##### ○ **Bilan radiographique**

Il permet 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 [21]. 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 [26] 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**



**Figure 12** : Cliché panoramique dentaire[27].

#### ○ **Information du patient**

L'information du patient est un élément incontournable de toute intervention programmée [27].

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 [21].

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.

## **7. 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].

## **8. Instrumentation [3]**

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

### **8.1. Les syndesmotomes**

Ils permettent de couper la sertissure gingivale tout autour de la dent (c'est-à-dire décoller l'anneau gingival autour du collet de la dent), ce qui évite, lors de l'extraction proprement dite, de provoquer des déchirures de la gencive. Il sera tenu comme un stylo et nous prendrons appui sur les dents voisines pour éviter les dérapages.



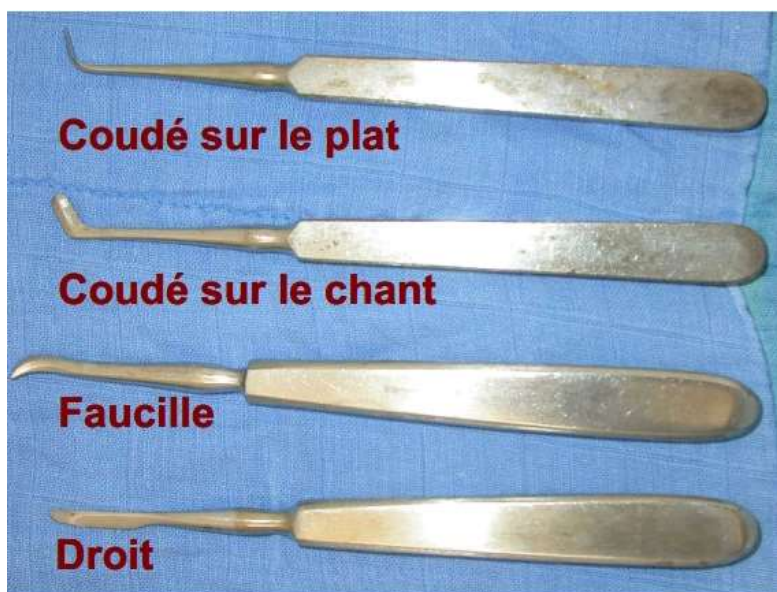
L'instrument est introduit dans le sillon gingival au niveau d'une des papilles interdentaires jusqu'au contact de la dent par un mouvement de reptation jusqu'à la papille opposée en sectionnant le ligament parodontal.

Il existe deux grandes variétés.



**Figure 13** : Méthode d'utilisation d'un syndesmotome lors d'une extraction[22].

- **Les syndesmotomes de Chompret** : Syndesmotome droit, Syndesmotome faucille, syndesmotome coudé sur le tranchant et le Syndesmotome coudé sur le plat.



**Figure 14** : Syndesmotomes [27]

- **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.

## **8.2. Les élévateurs**

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.

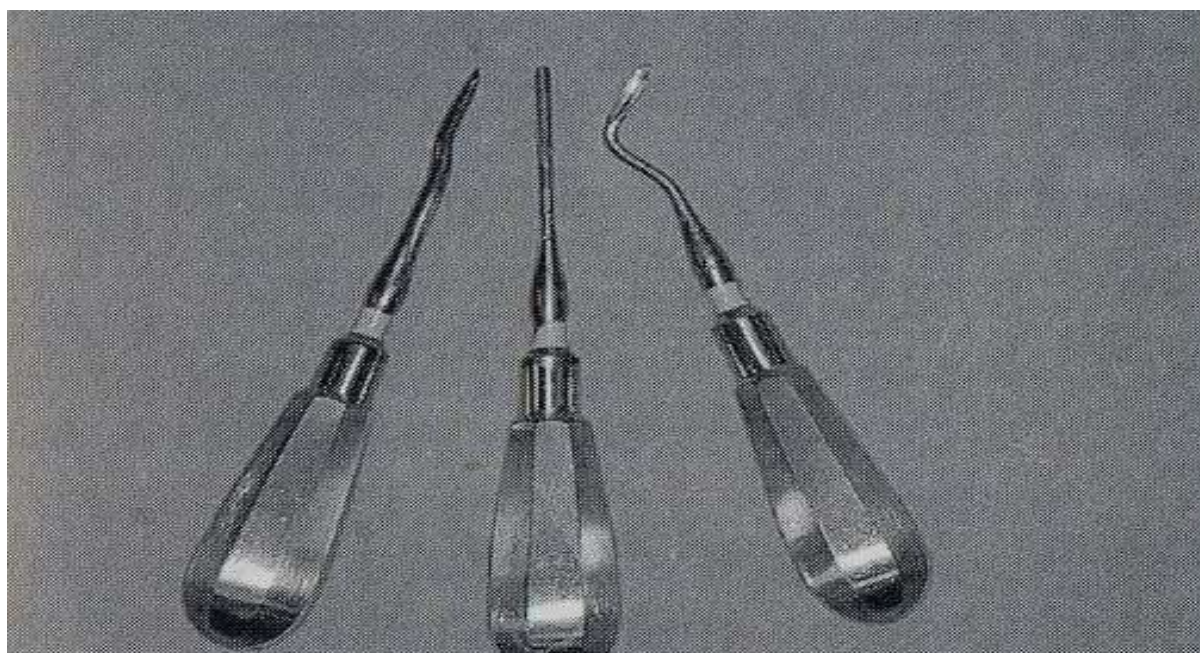
Il en existe de multiples, mais de façon générale il présente un manche volumineux en forme de poire et une partie active solide, ce qui permet une meilleure prise en main et autorise l'application d'une force certaine lors de son utilisation.

L'instrument est maintenu fermement, le 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 la dent. 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 du 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.



**Figure 15** : Méthode d'utilisation d'élevateur lors d'une extraction [22]



**Figure 16** : Les éleveurs [27]

### **8.3. Les daviers**

Ce sont des instruments de chirurgie dentaire destinés à l'extraction dentaire. Ils se présentent classiquement sous la forme d'une pince destinée à prendre appui au niveau coronaire et, par de petits mouvements de rotation et traction, permet de sortir la dent de son alvéole.

Un davier comprend trois parties :

- **Les mors** : qui constituent la partie spécifique, ils permettent de saisir la dent. A chaque variété de dent correspond des mors adaptés ;
- **Les branches** : elles sont généralement symétriques, légèrement courbées et à section ovalaire ;
- **La charnière** : c'est le point d'union des deux branches.

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.

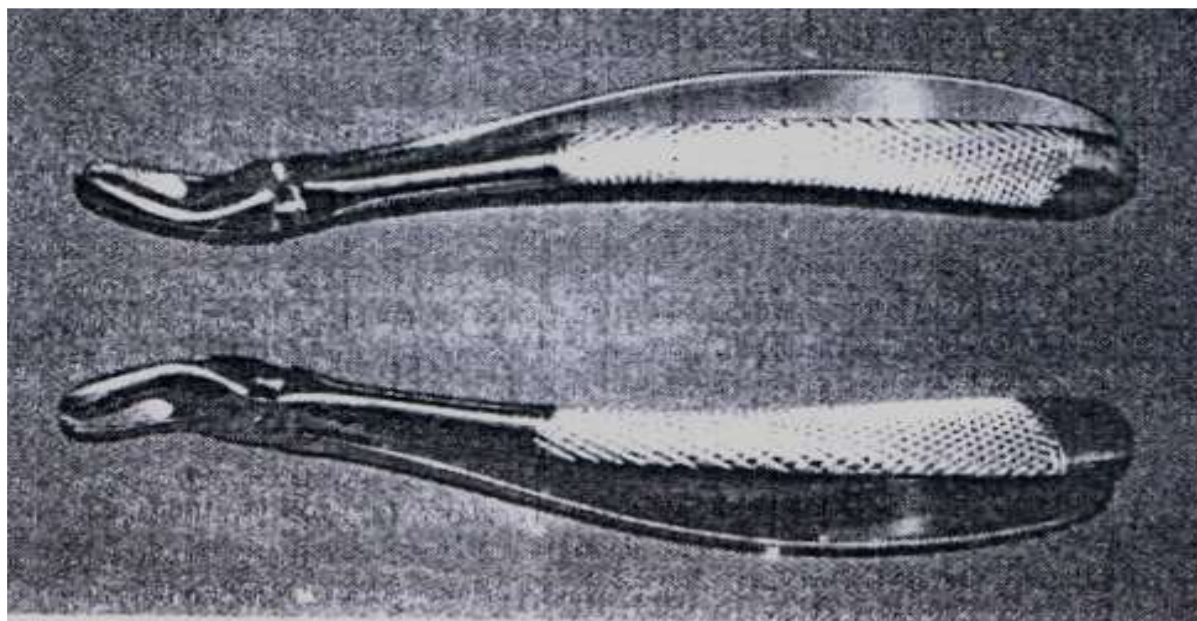
La prise en main des branches de l'instrument est franche, calée dans le pli d'opposition du pouce et enroulée des quatre autres doigts. La pulpe du pouce est engagée entre les deux bras de l'instrument et constitue un rempart souple qui permet de fixer à tout moment la pression exercée sur la structure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

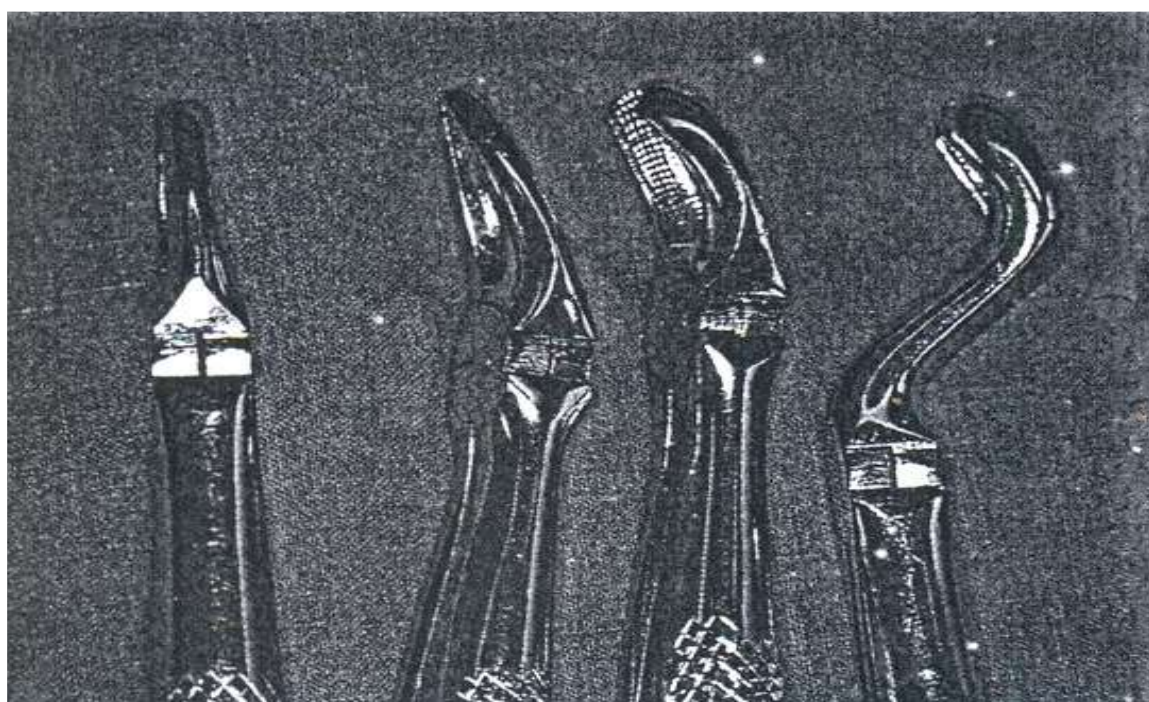


**Figure 17** : Méthode d'utilisation d'un davier lors d'extraction [22].

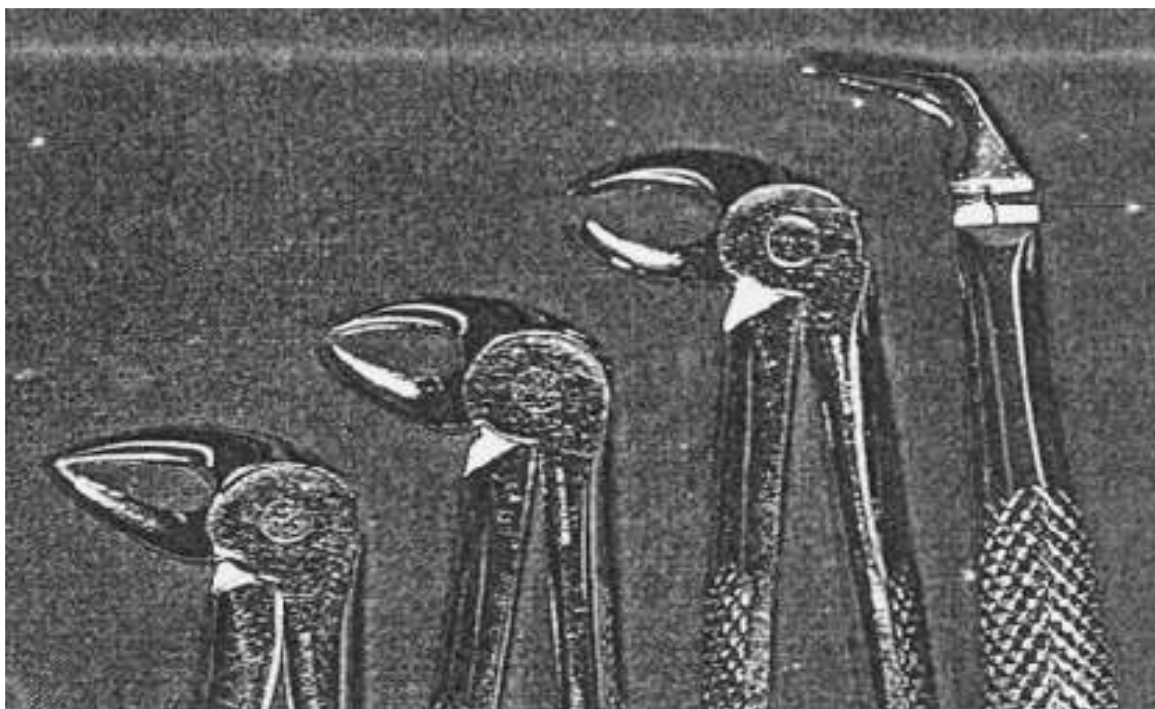




**Figure 18** : Les daviers pour les dents supérieures. [21]



**Figure 19** : Les différents daviers pour chaque type de dents supérieures [21]



**Figure 20** : Les différents daviers pour chaque type de dents inférieures [21].

#### **8.4. Les curettes**

Leur rôle est d'explorer l'alvéole déshabité 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.

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.

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



**Figure 21** : Curettes [22] .

## **9. Technique d'extraction dentaire**

### **9.1. Installation du patient [3]**

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.

### **9.2. L'opérateur [3]**

Face au risque de contamination, le port de gants à usage unique, d'un masque et de lunettes de protection est devenu indispensable.

### **9.3. Mesure opératoire de base**

- **Le mode de préparation locale :**

Il s'agit de la désinfection péri-buccale et endo buccale, 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'anti septique, en badigeonnant d'abord les lèvres puis l'intérieur de la bouche.

L'anesthésie consiste à bloquer la sensibilité du nerf 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 quand 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 inférieur, 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. Comme inconvénients il peut y avoir des douleurs lors de la piqure, disparaissant en quelques heures, exceptionnellement en quelques jours. Inefficacité de l'anesthésie, requérant une nouvelle procédure (avec un autre produit ou une autre technique par exemple). Les risques potentiels sont :

- Ceux du produit anesthésique et/ou du produit vasoconstricteur : allergie, malaises cardiaques, ou respiratoires, syncopes, céphalées, hypertension, choc.
- Lésions d'un nerf sensitif par la piqure elle-même : l'anesthésie ne se réveille que très lentement, elle peut persister plusieurs semaines.
- Lésions d'un nerf voisin, comme par exemple le nerf facial, avec paralysie faciale transitoire.
- Trismus, soit difficultés d'ouvrir la bouche, par infiltration des muscles : se résout normalement en quelques jours, et nécessite exceptionnellement de la kiné.
- Hématomes(rare)régressant en plusieurs jours.
- Les infections sont rarissimes, le matériel étant à usage unique.
- Risque de réactivation d'un herpes oral ou labial.

- Blanchiment de la peau dans la région injectée : passager, sans conséquence.
- Troubles passagers de la vision par transmission des effets des produits anesthésiques et vasoconstricteur aux vaisseaux de l'œil.
- Bris de l'aiguille, très exceptionnel.

### **L'anesthésie générale.**

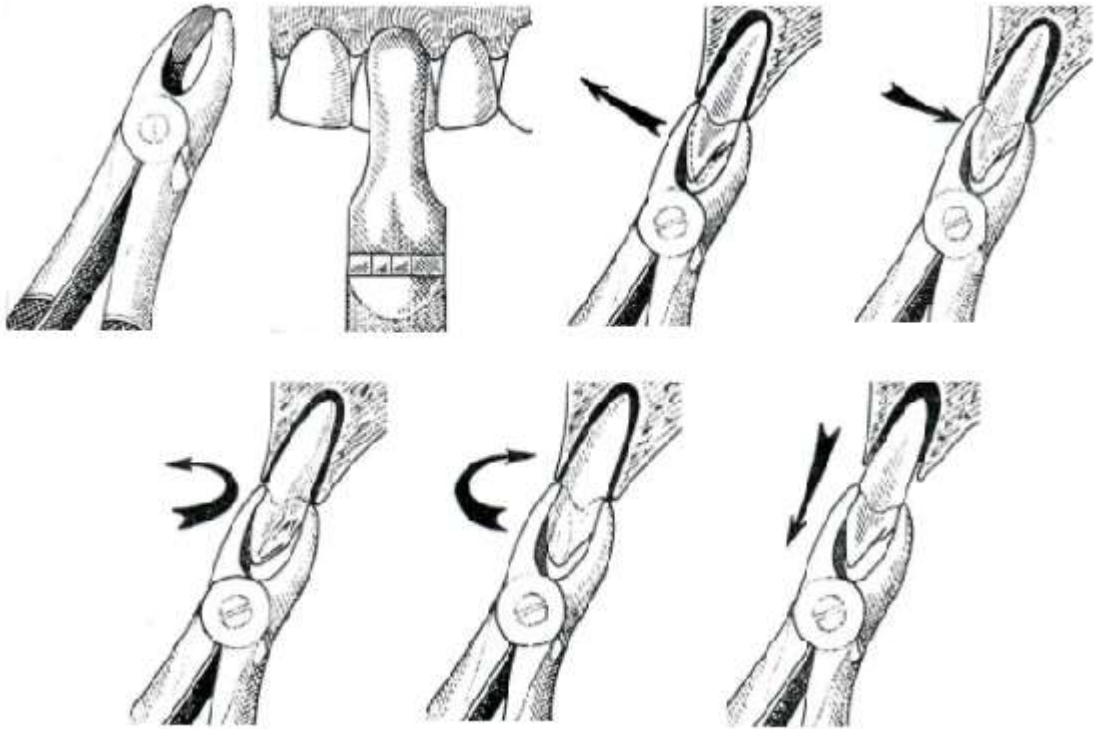
Elle a pour objectif de permettre la réalisation d'actes douloureux (chirurgie) ou désagréables. Elle consiste en une perte de conscience pharmacologique qui :

- ✓ Evite au malade de sentir la douleur et de se souvenir de l'acte.
- ✓ Evite (ou limite) les réactions neuro-endocriniennes réflexes à la douleur opératoire : activation sympathique, hypersécrétion d'ADH, cortisol, aldostérone, etc....
- ✓ Entraîne un relâchement musculaire suffisant pour permettre la réalisation de l'acte chirurgical.

### **9.4. 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 [3].

- **Extraction des dents maxillaires**
  - ✓ **Groupe incisivo-canin**
    - Syndesmotomie : syndesmotome faucille, droit
    - Luxation : élévateur droit, baïonnette

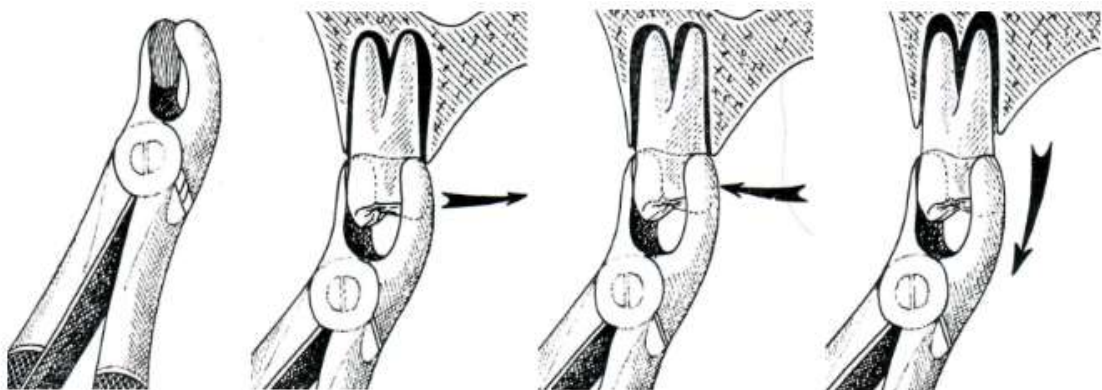


**Figure 22** : Technique de l'extraction des dents maxillaires groupes incisivo-canin [22].

✓ **Prémolaires**

Morphologie :

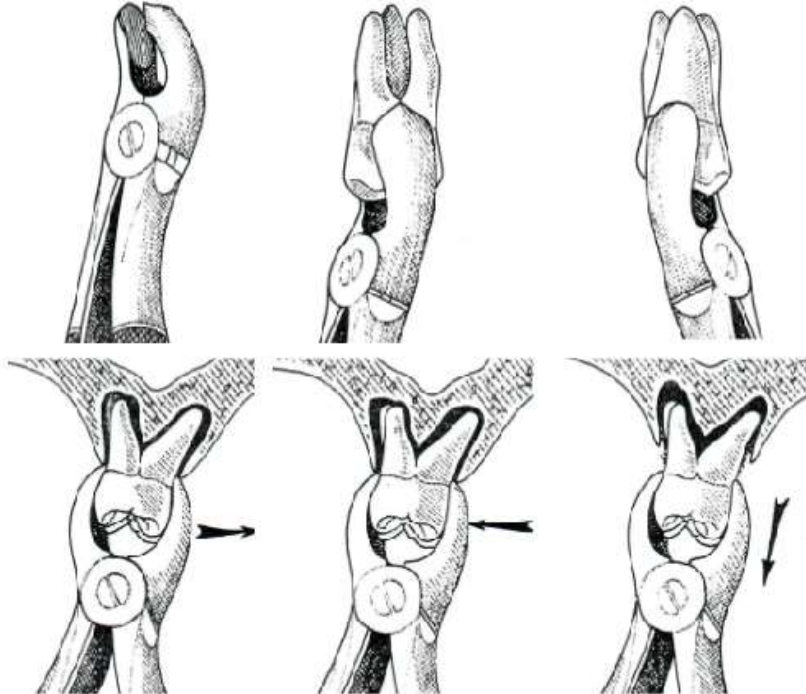
- 1ère PM : 2 racines (grêles, fragiles)
- 2ème PM : 1 racine
- Syndesmotomie : syndesmotome faucille, droit
- Luxation : élévateurs droit, baïonnette



**Figure 23** : Technique de l'extraction des prémolaires maxillaires [22].

✓ **Molaires**

- Syndesmotomie: syndesmotome faucille, droit
- Luxation : élévateurs droit, baïonnette



**Figure 24** : Technique de l'extraction des molaires maxillaires [22].

Remarque :

✓ **Molaire supérieure** : 3 possibilités :

- Racine convergente : identique
- Coudure distale : mouvement de distalisation
- Racine divergente : séparation de racine

✓ **Dent de sagesse**

- Siège : tubérosité
- Mouvement : vestibulo-palatin
- Traction : vers le base

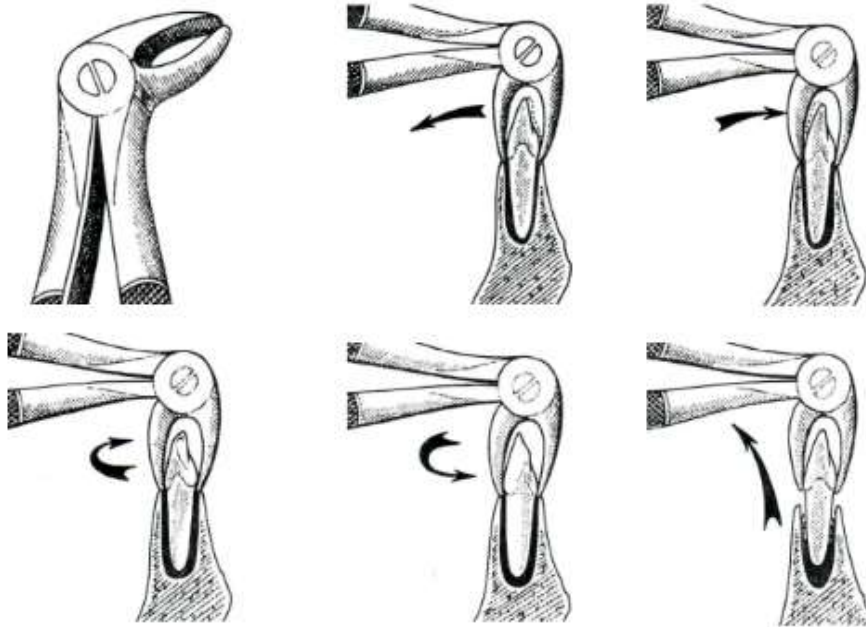
**Remarque :**

**Molaires et PM** : dents antrales = Communication buccosinusienne (CBS)

**Fracture d'apex** : pas de manœuvre de syndesmotomie = refoulement l'apex dans le sinus.

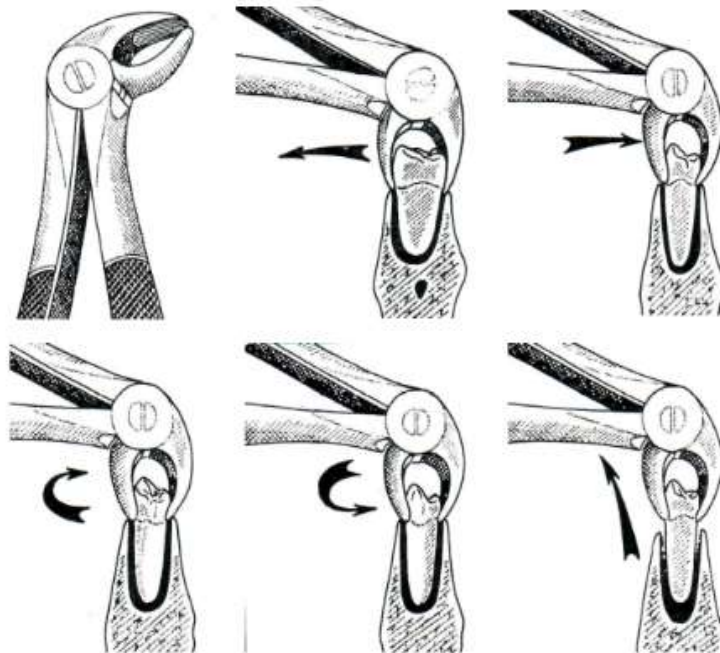
- **Extraction des dents Mandibulaires**

- ✓ Incisives



**Figure 25** : Technique de l'extraction des incisives mandibulaires [22].

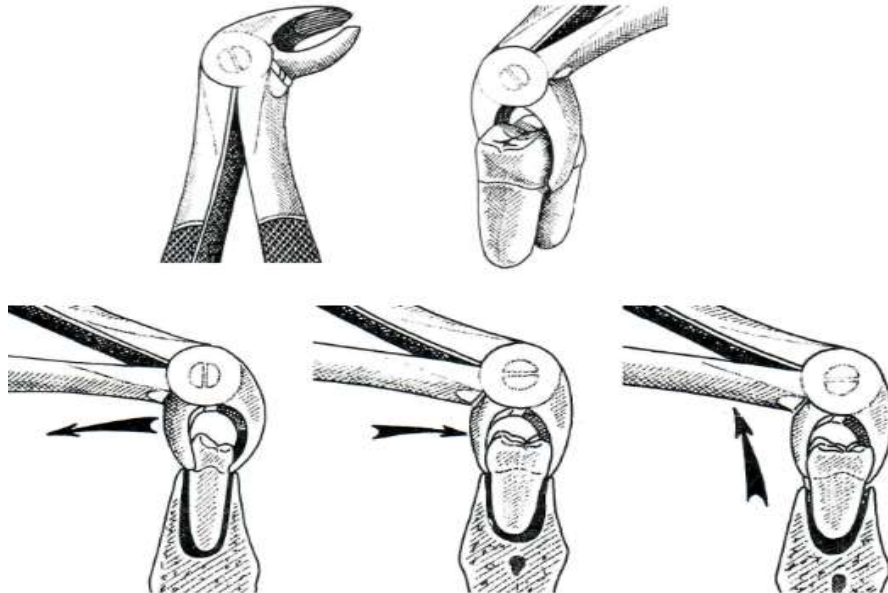
- ✓ Prémolaires



**Figure 26** : Technique de l'extraction des prémolaires mandibulaires [22].

✓ **Molaires**

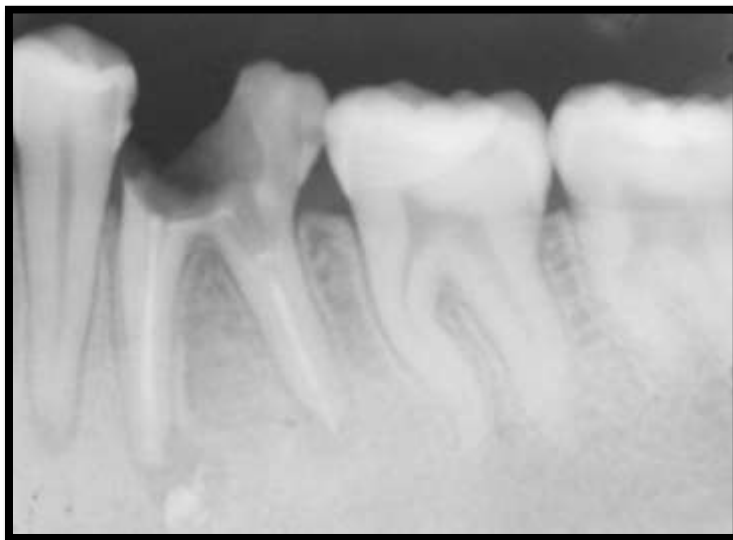
- Mouvements vestibulo-linguaux, circumduction
- Traction : vers le haut



**Figure 27** : Technique de l'extraction des molaires mandibulaires [22].

**Remarque :**

- Racines divergentes : séparation de racines,
- Racines convergentes : fracture du septum inter-radiculaire + vérification de l'alvéole



**Figure 28** : Radiographie rétro alvéolaire montrant la morphologie de la racine et l'état du péri apex [22].



✓ **Extraction des racines**

- Couronne persiste, délabrée = risque de fracture lors de la prise au davier
- Couronne totalement détruite
- Racine émerge du rebord alvéolaire : extraction au davier
- Racine n'émerge pas assez du rebord : extraction à l'élévateur
- Racine n'émerge pas du rebord : extraction chirurgicale



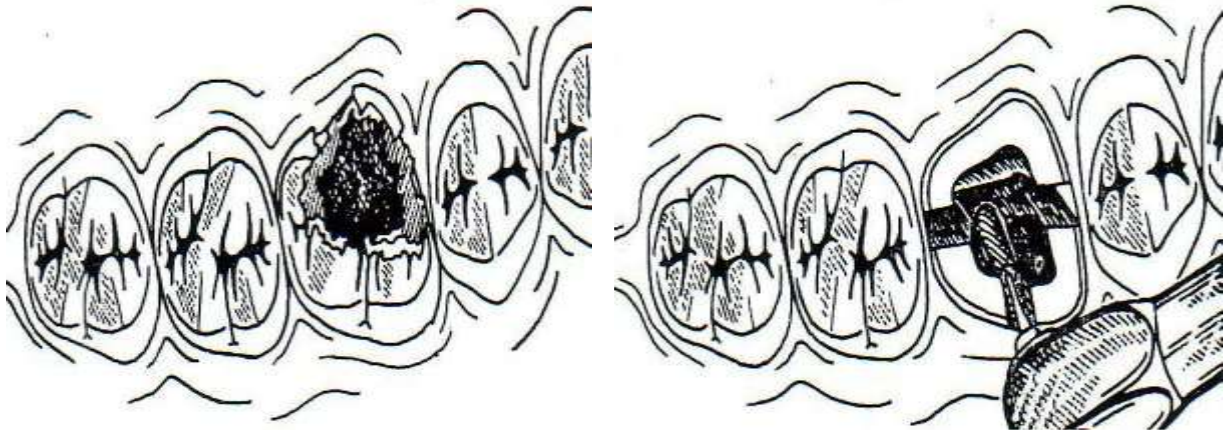
**Figure 29** : Aspect clinique d'un bout de racine de la 15 chez un patient avec une mauvaise hygiène bucco-dentaire [22].



**Figure 30** : Radiographie rétro alvéolaire visualisant une couronne totalement détruite [22].

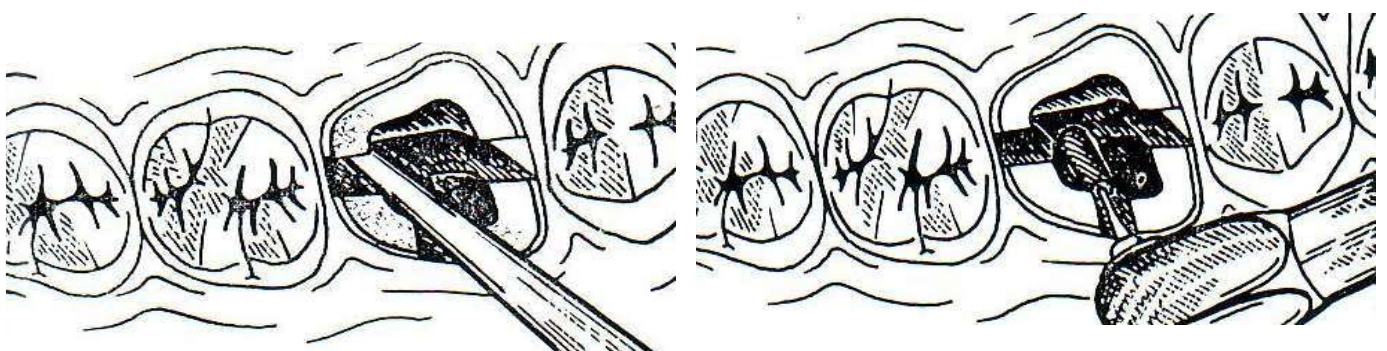
✓ **Racines de molaires supérieures**

- Éliminer les débris coronaires résiduels
- Fraiser au niveau du plancher
- Séparation de la racine P (palatine) des 2 racines V (vestibulaires) : section mesio-distale



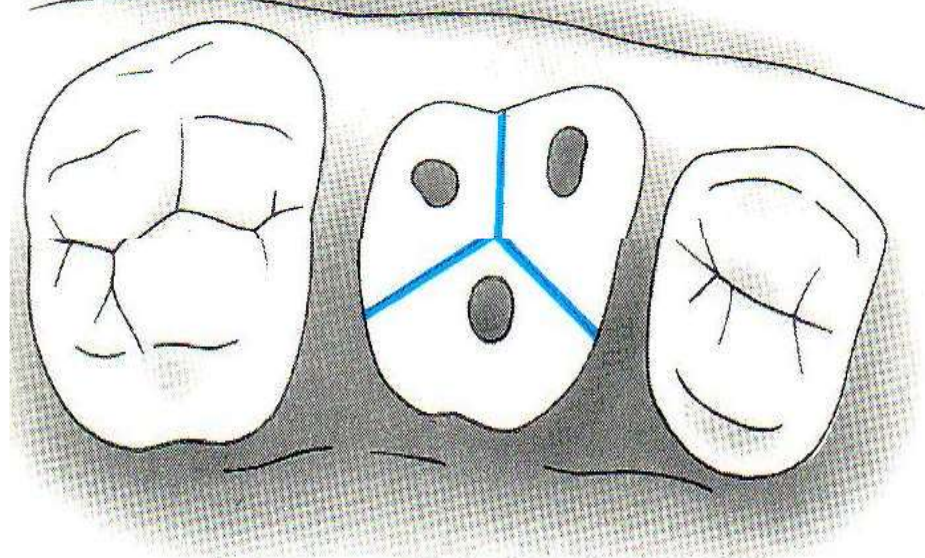
**Figure 31** : Séparation de la racine palatine des deux(2) racines vestibulaires [22].

- Complétée à l'élévateur (rotation)
- Séparation des 2 racines V (vestibulaires) par une rainure dans le sens V-P (vestibulo-palatin)

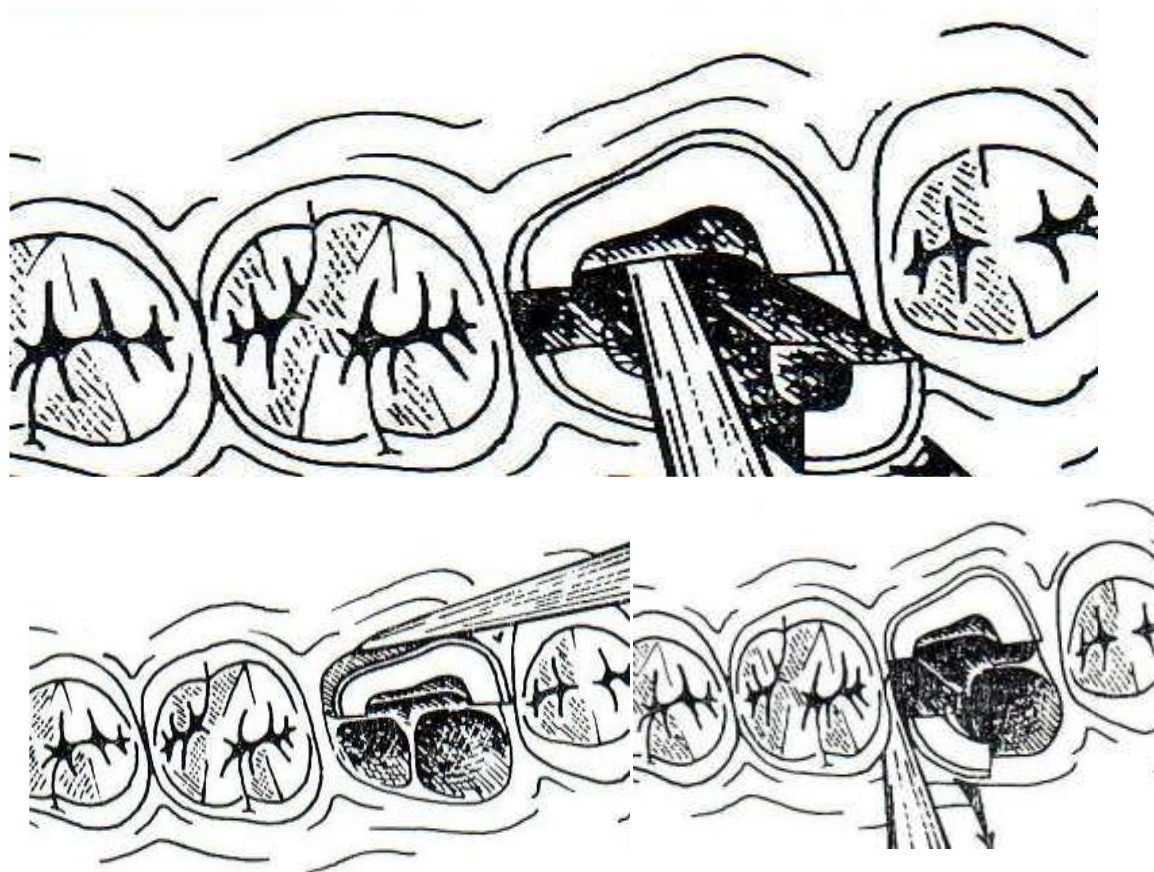


**Figure 32** : Utilisation d'élévateur ou syndesmotome pour l'avulsion des racines [22].





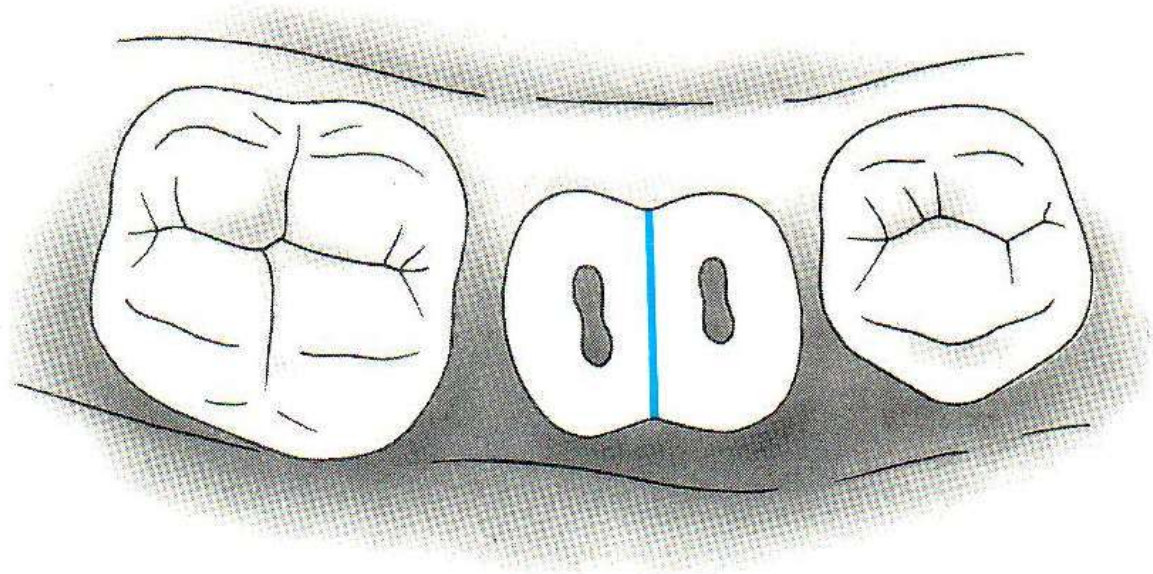
**Figure 33** : séparation en T [22].



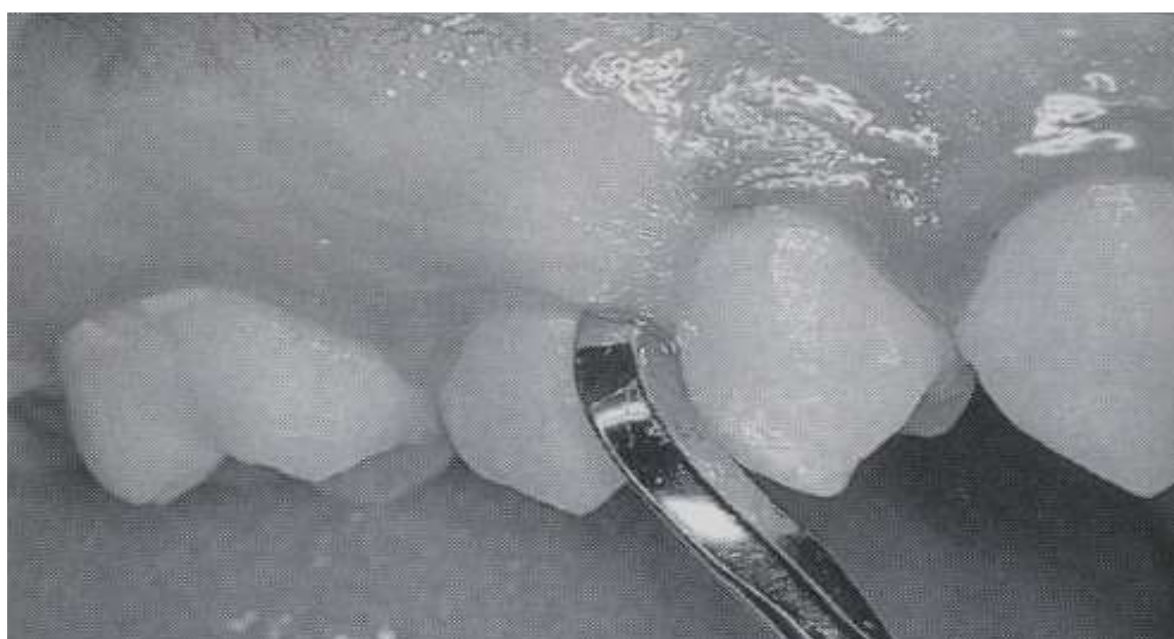
**Figure 34** : extraction racine par racine [22].

✓ **Racines de molaires inférieures**

- Séparation des racines M (mésiaux) et D (distal) : rainure dans le sens V-L (vestibolo-lingual)

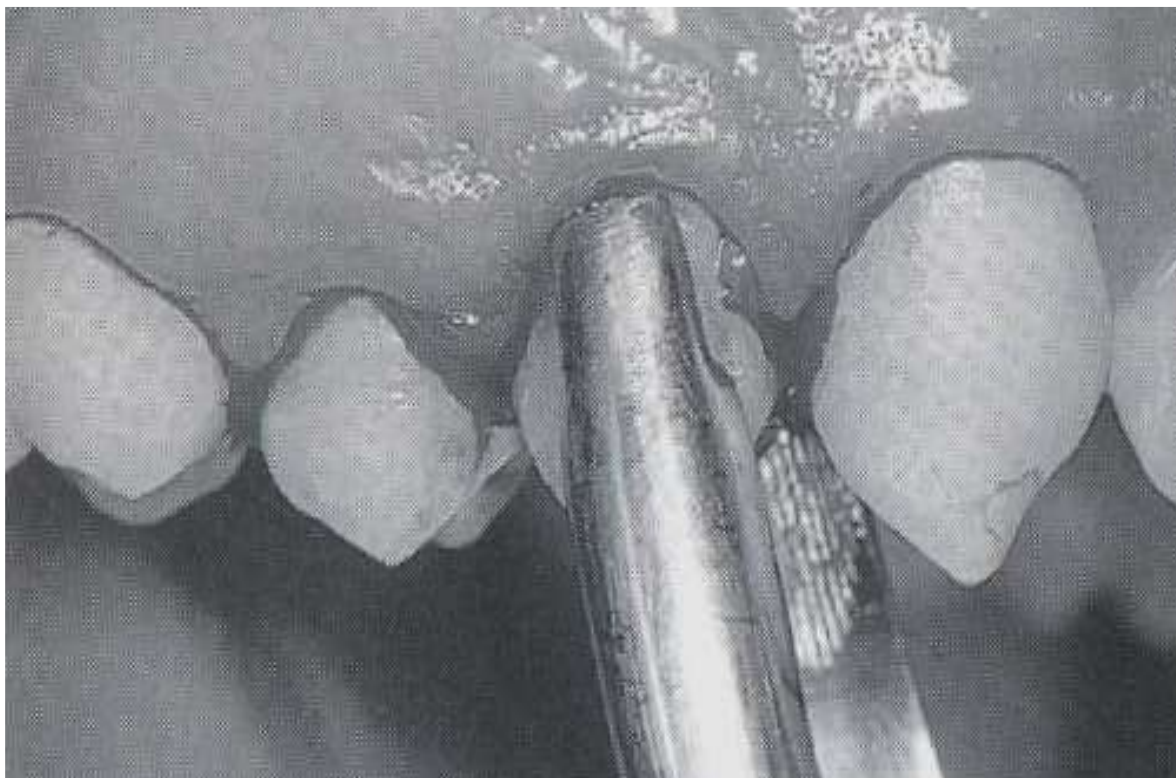


**Figure 35** : séparation de la racine distale des deux (2) racines mésiales [22].



**Figure 36** : La syndesmotomie [27]





**Figure 37** : L'extraction dentaire [27]

### **9.5. 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).

Leur classification est difficile, et les statistiques qui ont été faites, notamment celles de **BRABANT H** [10], portant sur 20000 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 éventuelles ont pu passer inaperçues. Néanmoins, dans l'ensemble, elles surviendraient dans 20% des cas [10].

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.

### 9.6. Les accidents portant sur la dent

- **Fracture de la dent** : coronaire ou radiculaire, elle est fréquente sur tout au niveau des molaires et 1ère 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 [10].
- **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 [29].
- **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**.

### **9.7. Accidents intéressants les os maxillaires**

- **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.

### **9.8. Accidents de la muqueuse et des parties molles**

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.

### **9.9. Accidents nerveux**

- **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.

### 9.10. Accidents vasculaires

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).

### 9.11. Accidents infectieux

- **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.

### **9.12. 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).

### **9.13. 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'anesthésie locale** : rôle favorisant, mais discutable par la présence d'un vasoconstricteur, ou faute technique.

### **9.14. Facteurs post opératoires**

Abus des bains de bouche, rôle favorisant discutable.

### **9.15. Facteurs dus au trauma opératoire**

En rapport avec les manœuvres traumatisantes qui facilitent l'infection ultérieure du caillot.



# MATERIEL ET METHODES





### **III.MATERIEL ET METHODES**

#### **1. Type d'étude**

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique.

#### **2. Période et lieu d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans l'unité d'odontologie du Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako sur une période de six (6) mois allant du 9 Mai au 9 Novembre 2018.

#### **3. Cadre d'étude**

##### **3.1. Présentation de la commune**

La maternité de Sogoniko de son nom initial a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve NIGER. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (CSRéf) en 1999.

La commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978.

##### **3.2. Superficie**

La commune VI est la commune la plus vaste du district avec 94 Km<sup>2</sup>, pour une population estimée à 620 360 habitants en 2017, avec un taux d'accroissement 9,4.

##### **3.3. Données démographiques**

La population totale de la Commune VI a été estimée en 1998 à 221 342 (source DNSI). En application du taux d'accroissement annuel qui est de 9,4 %, la population a atteint 611.807 habitants en 2017. Elle est composée de 50,6% d'hommes et 49,4% de femmes.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako compte 266 agents qui collaborent dans l'accomplissement de différentes tâches.

L'unité d'odontologie comprend six (6) agents qui sont répartis comme suit :

- Un chirurgien-dentiste
- Quatre assistants médicaux
- Une aide-soignante

Ces six (6) agents sont répartis dans deux salles de consultations.

#### **4. Echantillonnage**

L'échantillon était composé de 200 patients

#### **5. Population d'étude**

Notre étude a concerné tous les patients ayant subi une extraction dentaire à l'unité d'odontologie du CS Réf de la Commune VI durant la période d'étude.

##### **✓ Critères d'inclusion :**

Était 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 dans l'unité d'odontologie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI et de répondre au questionnaire.

##### **✓ Critères de non inclusion :**

Était exclus de notre étude tout patient ayant consulté pour tout autre motif autre que celui suscite dans le service et ceux dont la fiche d'enquête a été mal remplie.

##### **✓ Critères d'exclusion :**

N'était pas inclus dans notre étude tout patient ayant subi une extraction dentaire, et n'ayant pas souhaité participer à l'étude.

## **6. Matériel**

Les supports utilisés sont :

- ✓ Plateau complet (miroir, sonde, précelle)
- ✓ Excavateur
- ✓ Gants
- ✓ Bavette
- ✓ Seringue d'anesthésie
- ✓ Syndesmotome
- ✓ Elévateur
- ✓ Davier
- ✓ Curette
- ✓ Compresse

## **7. Variables**

Les paramètres étudiés sont :

### **7.1. Les variables socio-épidémiologiques**

- Age
- Sexe
- Profession
- Résidence
- Ethnie

### **7.2. Profil clinique**

Répartition des effectifs en fonction :

- Du motif de consultation
- Du motif de l'extraction
- Du Traitement médical
- Du Type de dents concerné par l'extraction dentaire
- De la dent extraite (Incisives, canines, prémolaires, molaires)

- De la localisation de la dent
- Du type de radiographie utilisée

## **8. Définitions opérationnelles**

### **♦ Etat civil du patient :**

S'il existe un acte opératoire pratique sur la plupart des patients du cabinet dentaire c'est bien l'extraction, sans distinction d'âge. Aussi, le choix de ce paramètre procède d'une part à mieux cerner notre population et d'autre part à vérifier si le sexe et l'âge influent sur la fréquence de l'extraction dentaire.

### **♦ Etat bucco-dentaire :**

Le choix de cet item relève surtout de notre souci de repérer les dents les plus sujettes à l'extraction et par conséquent les sites sur lesquelles les complications sont les plus fréquentes.

### **♦ Hygiène bucco-dentaire :**

Quelles que soient la perfection d'une technique opératoire et la rigueur de son application, le non-respect de l'asepsie du champ opératoire peut altérer la qualité de l'acte. Dans le cas spécifique de la cavité buccale, l'hygiène bucco-dentaire peut être déterminante dans l'apparition de suites opératoires favorables ou défavorables.

## **9. Collecte des données**

Les données étaient collectées par interrogatoire directe et portées sur une fiche d'enquête prévue pour cet effet. Les patients étaient soumis à des conseils tels que :

### **a. Conseils post-opératoires**

#### **✓ Anesthésie**

Avant une extraction, vous aurez une anesthésie locale. Votre bouche restera engourdie quelques heures après l'intervention. Pendant que votre bouche est

endormie, vous devez faire attention de ne pas vous mordre les joues, les lèvres ou la langue. Ne fumez pas, ne buvez pas d'alcool. L'anesthésie doit disparaître après quelques heures. En cas de problème, contactez votre chirurgien-dentiste.

### ✓ **Saignements**

Votre dentiste va mettre en place une compresse de gaze sur laquelle vous mordrez pour limiter les saignements juste après l'extraction. Ceci aide à la formation du caillot de sang, qui est nécessaire à la bonne cicatrisation de la plaie. Cette compresse doit être maintenue sous pression (sans trop forcer) pendant 30 minutes après votre rendez-vous pour permettre une bonne coagulation. Ne mâchez pas la compresse. Avalez normalement votre salive, ne crachez pas pour éviter de saigner.

La plaie peut saigner ou suinter après avoir retiré la compresse. Si c'est le cas, voici ce que vous devez faire :

- Plier un morceau de gaze stérile à placer directement sur le site de l'extraction,
- Appliquer une pression en mordant dessus. Maintenez la pression pendant au moins 30 minutes ;
- Ne passer pas votre langue sur le site l'extraction ;
- Une quantité légère de fuire du site d'extraction jusqu'à ce qu'un caillot se forme. Cependant si cela continue à saigner abondamment, contactez votre dentiste.

### ✓ **Laissez la plaie tranquille**

Le caillot de sang qui se forme dans le site de l'extraction est important pour une bonne cicatrisation. Vous ne devez rien faire qui puisse déloger ce caillot. Voici quelques conseils pour le protéger

Ne fumez pas, ne rincez pas votre bouche abondamment, ne buvez pas avec une paille pendant 24 heures. Toutes ces pratiques créent une dépression en bouche, qui peut déplacer le caillot sanguin et retarder la cicatrisation ou vous refaire saigner ;

- ✓ Evitez les boissons alcoolisées ou les bains de bouche contenant de l'alcool pendant 24 heures ;
- ✓ Limitez les activités physiques intenses pendant 24 heures après l'extraction. Cela réduira les risques de saignements et aidera la cicatrisation ;
- ✓ Ne pas cracher car cela favorise le saignement ;
- ✓ Privilégier une alimentation mixée ;
- ✓ Ne rien boire ou manger de trop chaud ;
- ✓ Dormir la tête surélevée ;
- ✓ Parfois le caillot ne se forme pas le premier ou le deuxième jour après l'extraction ou se forme mais ne reste pas en place. Le résultat est appelé une plaie sèche. Cela peut être très douloureux et vous aurez besoin de retourner chez votre chirurgien-dentiste. Un pansement pourra être placé dans la plaie pour favoriser la cicatrisation et soulager la douleur.

- **Prescription de médicaments**

Votre chirurgien-dentiste vous a prescrit des médicaments pour des raisons précises : douleurs inflammation, infection. Suivez scrupuleusement ces prescriptions.

Si les médicaments contre la douleur n'ont pas un effet suffisant, ne prenez pas plus de comprimés par prise ou plus que la quantité maximale recommandée, mais contactez votre dentiste.

- **Inflammation et douleur**

Après l'extraction de la dent, vous pouvez avoir quelques sensations inconfortables et remarquer un gonflement (œdème). C'est normal. Pour réduire le gonflement et la douleur, essayez d'appliquer une poche de glace ou de froid sur votre visage en intercalant une serviette éponge pour ne pas avoir la glace à

même la peau. Votre dentiste vous aura donné des instructions sur la durée et la fréquence d'utilisation de cette poche de glace.

- **Brossage**

Ne brossez pas vos dents à côté du site de l'extraction pour le reste de la journée. Vous pouvez cependant brosser vos dents et passer le fil dentaire entre les autres dents. Vous pouvez également brosser votre langue. Ceci vous aidera à vous débarrasser de la mauvaise haleine et de goût désagréable qui sont fréquents après une extraction, mais ne rincez pas avec de l'eau ou des bains de bouche le premier jour.

Essayez de rincer très doucement votre bouche pour ne pas déloger le caillot sanguin.

N'utilisez pas de bain de bouche pendant ce premier temps de cicatrisation sans avis de votre chirurgien-dentiste.

- **Manger et boire**

Après l'extraction, buvez abondamment mais doucement de l'eau et mangez léger. Evitez les boissons chaudes et les boissons alcoolisées. N'utilisez pas de paille. Pour les jours suivants, essayez de mâcher du côté opposé au site de l'extraction. Quand vous vous sentez mieux, vous pourrez à nouveau mâcher des deux côtés.

- **Suivi**

Si vous avez des sutures qui doivent être retirées, votre chirurgien-dentiste vous donnera un nouveau rendez-vous pour procéder à leur retrait.

## **b. Conseils d'hygiène bucco-dentaire**

### **Les bons gestes à adopter pour une bonne hygiène bucco-dentaire :**

- Se brosser les dents idéalement après chaque repas (ou au moins 2 fois par jour) ...

- Rendre visite à son chirurgien-dentiste régulièrement....
- Adopter la bonne technique (selon l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire(UFSBD), la méthode de brossage la plus utilisée et la plus efficace dès l'âge de 9 ans est la méthode de BROS) et la bonne brosse à dent (la caractéristique la plus importante est la souplesse qui est fonction de la longueur du poil et de son diamètre. Une brosse à dent souple est la seule qui permet d'avoir un brossage efficace et non agressif)
- Le choix du dentifrice :  
Le dentifrice a pour intérêt principal de faciliter l'élimination de la plaque dentaire. Le principal principe actif est le fluor.
- Adopter une alimentation saine et équilibrée.
- Moyens complémentaires :  
Le fil dentaire, les bossettes interdentaires, les bâtonnets interdentaires, permettent de nettoyer la face latérale des dents (zone inter-proximale), que la brosse à dent ne peut atteindre.

## **10.Ethique**

Avant chaque intervention il a été demandé à chaque patient son accord ainsi que son consentement verbal, une période d'information du patient et /ou de sa famille a été systématiquement effectuée. Elle portait essentiellement sur le diagnostic opératoire, le geste thérapeutique (la chirurgie conventionnelle) et le bénéfice attendu. L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été préservés.

## **11.Saisie et Analyse des données**

Le traitement de texte et tableaux a été effectué sur Microsoft Word et l'analyse des données sur le logiciel Epi info 6 ; pour les comparaisons statistiques nous avons utilisé le Chi2 de Fisher avec comme valeur significative  $P < 0,05$ .





# RESULTS



## IV.RESULTATS

Nous avons colligé 1857 patients dont 200 qui répondaient à nos critères d'inclusion soit une prévalence de 9,3% en fonction du nombre d'admission total dans le service pendant la période d'étude.

### 1. Profil sociodémographique



**Figure 39** : Répartition de l'effectif des patients en fonction du sexe

Le sexe masculin était le plus représenté avec 55,0% des cas. Le sexe ratio était de 1,2

**Tableau III** : Répartition de l'effectif des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (année)	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
2 – 10	42	21,0
<b>11 – 25</b>	<b>86</b>	<b>43,0</b>
26 – 35	46	23,0
36 – 45	16	8,0
46 et plus	10	5,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Les patients âgés de (11 à 25) étaient les plus représentés avec 43,0% des cas. La moyenne d'âges de notre étude était de  $39,5 \pm 12,5$  ans, avec des extrêmes allant de 2 et 77 ans.

**Tableau IV** : Répartition de l'effectif des patients selon le statut professionnel

Statut professionnel	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
<b>Femme au foyer</b>	<b>78</b>	<b>39,0</b>
Elève/Étudiant	54	27,0
Commerçant	30	15,0
Fonctionnaire	22	11,0
Agriculteur	7	3,5
Préscolaire	5	2,5
Retraité	2	1,0
Industriel	2	1,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 39% des cas.

**Tableau V** : Répartition de l'effectif des patients selon la résidence

Résidence	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
<b>Commune urbaine</b>	<b>190</b>	<b>95,0</b>
Commune rurale	10	5,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

La majorité des patients résidaient dans le district de Bamako, soit 95,0% des cas.

**Tableau VI** : Répartition de l'effectif des patients selon l'ethnie

<b>Ethnie</b>	<b>Effectifs (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Bambara</b>	<b>74</b>	<b>37,0</b>
Sarakolé	34	17,0
Malinké	18	9,0
Peulh	16	8,0
Sonrhäi	16	8,0
Senoufo	12	6,0
Bozo	8	4,0
Bobo	4	2,0
Diawando	4	2,0
Minianka	4	2,0
Non Malien	4	2,0
Tamashek	2	1,0
Kakolo	2	1,0
Dogon	2	1,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec 37% des cas

## 2. Profil clinique

**Tableau VII** : Répartition de l'effectif en fonction du motif de la consultation.

<b>Motif de la consultation</b>	<b>Effectifs (n)</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Douleur</b>	<b>192</b>	<b>96,0</b>
Tuméfaction	26	13,0
Parodontopathies	2	1,0
Traumatisme	1	0,5

La majorité de nos patients avait la douleur comme motif de consultations (96%)

**Tableau VIII** : Répartition des patients en fonction du motif de l'extraction

Motif de l'extraction	Effectifs (n)	Pourcentage(%)
<b>Caries et ses complications</b>	<b>194</b>	<b>97,0</b>
Parodontopathies	2	1,0
Dents temporaires rhizalysées ou persistantes	2	1,0
Fracture dentaire	2	1,0

Caries et ses complications ont représenté 96% du motif de l'extraction.

**Tableau IX** : Répartition de l'effectif en fonction du traitement médical

Traitement médical	Effectifs (n)	Pourcentage(%)
<b>Antibiotique</b>	<b>197</b>	<b>98,5</b>
<b>Anti inflammatoire + antalgique</b>	<b>195</b>	<b>97,5</b>
Antiseptique	9	4,5
Anti histaminiques	4	2,0
Vitamines	1	0,50

Les principaux traitements de nos patients étaient les antibiotiques et les antiinflammatoires associées aux antalgiques à des proportions respectives de 98,5% et 97,5% et 3 patients n'avait pas bénéficié d'antibiotique.

**Tableau X** : Répartition de l'effectif en fonction du type de dents concerné par l'extraction dentaire

Type de dents concerné par l'ED	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
<b>Molaires</b>	<b>158</b>	<b>79,0</b>
Prémolaires	18	9,0
Incisives	18	9,0
Canines	6	3,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Les molaires ont été les plus extraites dans 79%. Parmi celles-ci ils y avaient 32 dents de sagesse.

**Tableau XI** : Répartition de l'effectif selon le bloc prémolo-molaire concerné par l'extraction dentaire

Bloc prémolo-molaire concernées par l'ED	Effectifs	Pourcentage (%)
54	1	0,6
55	2	1,1
64	2	1,1
74	9	5,1
75	4	2,3
84	4	2,3
85	10	5,7
<b>14</b>	<b>4</b>	<b>2,3</b>
24	3	1,7
25	1	0,6
34	2	1,1
35	2	1,1
<b>44</b>	<b>4</b>	<b>2,3</b>
45	2	1,1
16	12	<b>6,8</b>
17	4	2,3
18	16	9,1
26	6	3,4
27	4	2,3
28	4	2,3
<b>36</b>	<b>26</b>	<b>14,8</b>
37	4	2,3
38	5	2,8
<b>46</b>	<b>34</b>	<b>19,3</b>
47	4	2,3
48	7	4,0
<b>Total</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>

46 était la plus représentée avec 19,3% soit 34 cas/158 suivie de la 36 avec 14,8% soit 26 cas/200

Les prémolaires supérieures droites et inférieures droites ont été les plus représentées avec respectivement 2,3% de cas chacune.

**Tableau XII** : Répartition de l'effectif selon le bloc incisivo-canin concerné par l'extraction dentaire

<b>Bloc incisivo-canin concernées par l'ED</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>12</b>	<b>6</b>	<b>25,0</b>
21	2	8,3
22	2	8,3
31	1	4,2
32	2	8,3
42	3	12,5
51	2	8,3
<b>23</b>	<b>4</b>	<b>16,7</b>
43	2	8,3
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

Les incisives supérieures droites ont été les plus représentées avec 6 cas soit 25%.

Les canines définitives supérieures gauches ont été les plus représentées avec 4 cas soit 16,7%.

**Tableau XIII** : Répartition de l'effectif en fonction de la localisation de la dent

<b>Quadrant concerné par l'ED</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Quadrant 1	47	23,5
Quadrant 2	28	14,0
Quadrant 3	55	27,5
<b>Quadrant 4</b>	<b>70</b>	<b>35,0</b>
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Le quadrant 4 était le plus concerné par l'extraction avec 35,00%

**Tableau XIV** : Répartition de l'effectif en fonction du type de radiographie utilisé

<b>Types de radiographie utilisé</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Rx retro alvéolaire	5	2,50
Rx panoramique	1	0,50
Aucun type	194	97,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

La radio retro alvéolaire était la plus réalisée avec 2,50% soit 5cas/200

**Tableau XV** : Répartition de la tranche d'âge en fonction du sexe

Tranche d'âge (année)	Sexe		Total (%)
	Masculin (%)	Féminin (%)	
2 – 10	19	23	42 (21,0)
<b>11 – 25</b>	<b>55</b>	<b>31</b>	<b>86 (43,0)</b>
26 – 35	20	26	46 (23,0)
36 – 45	9	7	16 (8,0)
46 et plus	6	4	10 (5,0)
<b>Total</b>	<b>109 (55)</b>	<b>91 (45)</b>	<b>200 (100,0)</b>
<b>Khi<sup>2</sup></b>	<b>6,947</b>		
<b>ddl</b>	4		
<b>p</b>	<b>0,150</b>		

Il n'y a aucun lien significatif entre la tranche d'âge et le sexe.

**Tableau XVI** : Répartition du motif de consultation en fonction du sexe

Motif de consultation	Sexe		Total (%)	Khi <sup>2</sup>	p
	Masculin (%)	Féminin (%)			
Douleur	105	87	192 (96,0)	0,189	<b>0,663</b>
Tuméfaction	14	12	26 (13,0)	0,016	<b>0,899</b>
Parodontopathies	0	2	2 (1,0)	2,469	<b>0,116</b>
Traumatisme	1	0	1 (0,5)	0,822	<b>0,364</b>

Il n'y a aucun lien significatif entre le motif de consultation et le sexe.



**Tableau XVII** : Répartition du motif de consultation par rapport à la tranche d'âge

Tranche d'âge (année)	Motif de consultation			
	Douleur	Tuméfaction	Parodontopathies	Traumatisme
2 - 10	42	12	0	1
<b>11 - 25</b>	<b>84</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
26 - 35	44	4	0	0
36 - 45	13	3	0	0
46 et plus	9	2	2	0
<b>Total</b>	<b>192 (96,0)</b>	<b>26 (13,0)</b>	<b>2 (1,0)</b>	<b>1 (0,5)</b>
<b>Khi<sup>2</sup></b>	<b>12,397</b>	<b>14,586</b>	<b>38,385</b>	<b>3,78</b>
<b>ddl</b>	12	12	12	12
<b>p</b>	<b>0,300</b>	<b>0,200</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,900</b>

Il y a un lien significatif entre la tranche d'âge et les parodontopathies.

**Tableau XVIII** : Répartition du motif de consultation par rapport au statut socio-professionnel

Statut professionnel	Motif de consultation			
	Douleur	Tuméfaction	Parodontopathies	Traumatisme
<b>Femme au foyer</b>	74	10	1	0
Elève/Étudiant	53	8	0	0
Commerçant	30	2	0	0
Fonctionnaire	20	0	0	0
Agriculteur	7	4	0	0
Préscolaire	5	2	0	1
Retraite	1	0	1	0
Industriel	2	0	0	0
<b>Total</b>	<b>192 (96,0)</b>	<b>26 (13,0)</b>	<b>2 (1,0)</b>	<b>1 (0,5)</b>
<b>Khi<sup>2</sup></b>				
<b>ddl</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>p</b>	<b>0,577</b>	<b>0,011</b>	<b>0,103</b>	<b>0,045</b>

Statut professionnel était lié à la tuméfaction et au traumatisme



COMMENTAIRES  
ET DISCUSSION



## **V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

Notre étude a concerné un échantillon de 200 patients ayant subi des extractions dentaires avec un effectif total de 258 dents extraites soit 1,29 dents par patient. Nos résultats sont inférieurs à ceux de **Traore A.M [3]** en 2008 au Mali qui avait trouvé 1,7 dent extraite par patient. **Shammari Al K. F et coll [30]** en 2006 au Koweït qui avait trouvé 1,7 dent extraite par patient.

### **1. Aspects socio-épidémiologiques**

#### **✓ En fonction du sexe :**

Dans notre étude le sexe masculin a été le plus représenté avec un taux de 55,0% et un sex-ratio de 1,2. Ce résultat est similaire à celui de **Cissé A et coll [31]**, au Sénégal, le sexe masculin a représenté 60% avec un sex ratio de 1,48, contrairement à ceux de **Kané A.S.T et coll [32]** au Mali qui avaient trouvé dans leur étude 61,7% en faveur des femmes, de même que celle de **Oginni F. O et coll [33]** au Nigeria en 2004, qui avaient trouvé dans leur étude un sex ratio de 1,4 en faveur du sexe féminin.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ont plutôt tendance à conserver leur dent, par le biais des soins conservateurs.

#### **✓ En fonction de l'âge :**

La tranche d'âge 11 à 25 ans a été la plus représentée avec **43,0% de cas**, les âges extrêmes ont été 2-77 ans avec une moyenne d'âge de 39,5 ans. Ce que corrobore les études de **Traoré A.M [3]** et **SACKO M [9]** dans la même tranche d'âge au Mali. **Sanya B. O et coll [34]** en 2004 au Kenya ont trouvé 6 et 85 ans comme âges extrêmes. L'extraction dentaire peut donc concerner tous les âges.

Ces résultats pourraient s'expliquer par des phénomènes qui surviennent pendant la succession des dentures.

✓ **En fonction de la résidence**

Les patients résidant dans le District de Bamako ont été les plus représentés avec 95,0%. Nos résultats sont similaires à ceux de **SACKO M [9]** les résidents du District de Bamako ont été les plus représentés avec 94% et de **Traoré H [35]**, tous les patients étaient des résidents du district de Bamako. Cela pourrait s'expliquer par la présence des différents centres dentaires au niveau du District de Bamako

✓ **En fonction de la profession :**

Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 39% des cas suivies des Elèves/étudiants avec 27% des cas. Nos résultats sont comparables à ceux de **Traoré H [35]** 45% de son échantillon a concerné les femmes au foyer.

Ce résultat s'expliquerait par le fait que les femmes s'occupent plus de leur hygiène buccodentaire que les hommes.

✓ **En fonction de l'ethnie :**

Les Bamanans et les Soninkés ont été les plus représentés 37,0% et 17 %. Nos résultats sont similaires à ceux de **Traoré A.M [3]** et **Traoré H [35]** qui en ont trouvé respectivement 22,5% et 25,5% de Bamanans.

Les Bambaras sont le groupe ethnique Malien le plus grand de la population donc de ce fait plus exposés que les autres groupes ethniques de la population.

## **2. Aspects cliniques**

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

La douleur a été le principal signe fonctionnel ayant conduit les patients à la consultation avec 96%. Elle a occupé également le premier rang des causes de consultation, ce que confirment les travaux de **Agoda et coll. [36]** au **Togo** et **Traoré M.S [37]** au **Mali** avec respectivement 99,4% et 80%. Cela pourrait s'expliquer par la place importante qu'occupe la douleur en odontostomatologie.

✓ **En fonction de l'étiologie :**

Les avulsions dentaires pour cause de carie ont représenté 97% des cas. Cela confirme les données de plusieurs auteurs : **Traoré M.S** 84% [37], **KANE A.S.T et coll** (80,6 %) [40], **Morita et coll** (76%) [38], **Traoré A.M** (58,5%) [8], **Traoré H** (55%) [35].

Cette prévalence élevée de carie pourrait s'expliquer par une mauvaise hygiène bucco-dentaire et aussi par une méconnaissance des techniques appropriées de brossage d'hygiène bucco-dentaire.

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

Les molaires ont été les plus concernées par l'acte d'extraction avec 79% **Angelillo I. F et coll** [39] en Italie en 1996 avaient trouvé 47,4% pour les premières et deuxièmes molaires. **Agoda P, Bogo E, Chmdia P. T et Jogba D. D** [36] au C.H.U campus de Lomé avaient trouvé 29%.

Cela s'expliquerait par le fait que ce sont les dents les plus sollicitées dans le broyage des aliments, donc elles retiennent plus de débris alimentaires que les autres dents.

✓ **En fonction du bloc prémolo-molaire concerné par l'extraction dentaire :**

Les premières molaires permanentes mandibulaires étaient les plus représentées soit la 46 avec 19,3% suivie de la (36) avec 14,8%. Ce résultat est comparable à celui de **Kané A.S.T et coll** [32] qui dans une étude similaire avaient trouvé que le secteur molaire permanente mandibulaire était le plus représenté avec 75,5 % et **Al-Assadi** [41] à **Bagdad** avait trouvé que les premières molaires permanentes inférieures étaient les plus extraites avec 57,5%, Les prémolaires supérieures droites et inférieures droites ont été les plus représentées avec respectivement 2,3% de cas chacune, Cependant, des résultats différents ont été rapportés par d'autre étude menée par **Al-Assadi** [41] qui avait découvert que la première

prémolaire représentait 10,6% et tous ont été extraits de la mâchoire supérieure. Cela pourrait s'expliquer par la position anatomique des dents sur l'arcade.

✓ **En fonction du bloc incisivo-canin concerné par l'extraction dentaire :**

Les incisives supérieures droites ont été les plus représentées avec 25% suivie des canines définitives supérieures gauches avec 16,7%. **Kané AST et coll [32]** dans une étude similaire avaient trouvé que le bloc incisivo-canin était le plus touché avec 62,5% et **Maganga AP [42]** avait trouvé un taux d'extraction des dents antérieures plus important avec 22,2% au-delà de 50 ans.

✓ **En fonction du type de quadrant concerné par l'extraction dentaire :**

Le quadrant 4 a été le plus concerné par l'extraction dentaire avec 35%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup de gens mastiquent du côté droit.

✓ **En fonction de la radiographie :**

Au cours de notre étude la radiographie a été réalisée dans 3% des cas. Nos résultats sont inférieurs à ceux de **Traoré H [35]** au C.H.U. OS en 2009 (Mali) dans 10% des cas la radiographie a été effectuée. Cela pourrait s'expliquer par la disponibilité financière du patient, mais aussi dans un souci de confirmation du diagnostic.

✓ **En fonction du traitement médical associé :**

L'antibiotique a été le type de médicament le plus prescrit avec 98,5%. Nos résultats sont conformes à ceux de **Traoré H [35]** et contraire à ceux de **Lebeau J [14]**. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en Europe, les patients bénéficient d'un bon suivi médical, tel n'est pas notre cas où nous recevons des patients inconnus sur le plan médical.

Les analyses analytiques ont montré qu'il n'y a aucun lien significatif entre le motif de consultation et le sexe. Cependant il existe un lien significatif :

- Entre la tranche d'âge et les parodontopathies,
- Entre le statut professionnel et la tuméfaction d'une part et le traumatisme d'autre part.



# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS





## **VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **Conclusion**

Au terme de notre étude réalisée sur 200 patients, les extractions dentaires étaient l'apanage de l'adulte jeune de sexe masculin. La carie dentaire et ses complications en étaient les principaux pourvoyeurs au Centre de santé de référence de la commune VI. Les molaires étaient les dents les plus souvent extraites, en particulier la première molaire (dent de 6 ans) du fait d'une insuffisance d'hygiène buccale. Devant cette situation, il y'a une nécessité de renforcer les programmes de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire afin de réduire les extractions dentaires causées par la principale étiologie ci-dessus citée. Nous venons en conclure qu'il existe un intérêt certain de développer les connaissances existantes sur les extractions dentaires.

## Recommandations

### Nos recommandations iront à l'endroit de :

#### ❖ Aux autorités socio sanitaires :

- Intégrer la santé bucco-dentaire dans les programmes de sante publique
- Promouvoir des campagnes de sensibilisation pour la prévention des affections bucco-dentaire au niveau de la population.
- 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 bucco-dentaire à travers les médias.

#### ❖ Aux chirurgiens-dentistes et autres personnels de la sante :

- 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 CSREF de la commune VI :

- ✓ Mettre l'accent sur la formation continue du personnel :
  - Diplômante (spécialisation en soin conservateur).

- Non diplômante (forum, congrès) pour suivre l'actualité au niveau du développement médical.
- ✓ Améliorer le plateau technique pour une meilleure prise en charge des malades :
  - Doter le Centre de Radio de diagnostique (Radiographie rétro-alvéolaire ou panoramique).
  - Doter le Centre en matériels de soins.
  - Déficit en ressources humaines :  
Il faudrait un (1) chirurgien-dentiste, deux (2) assistants médicaux, une (1) aide-soignante.



# REFERENCES



## VII. REFERENCES

1. **Organisation mondiale de la santé (OMS).** Prévention des affections bucco-dentaires. Genève 1990 en ligne [www.scholar.google.com](http://www.scholar.google.com) consultée le 16/04/2018.
2. **Boutonnet P.H, Bequain J.F.** Morphologie des dents humaines. EMC Stomatol,22 003.A10,48.10,1991, p.3-4
3. **Traoré A.M.** Extractions dentaires : étiologie et dents concernées au service d'odontostomatologie chirurgicale du CHUOS de Bamako. Thèse 2007-2008 N386
4. **Technique-docteurclic.com.** Extraction dentaire : définition. Disponible en ligne sur <https://www.docteurclic.com/technique/extraction-dentaire.aspx>, consulté le 28/02/2018 à 13h
5. **Club scientifique dentaire.** Indication et contre-indication dentaire(avulsion). Disponible en ligne sur [https://csd23.blogspot.com/2009/04/dispositif-chirurgical -du -cabinet-15.html?m=1](https://csd23.blogspot.com/2009/04/dispositif-chirurgical-du-cabinet-15.html?m=1), consulté le 28/02/2018 à 14h .
6. **Jourdan C.** Elaboration de fiches pédagogiques concernant les techniques et méthodes de réalisation de radiographies dentaires. Thèse chirurgie dentaire France ;2016. p 60
7. **Docplayer.** Complications post-opératoires des extractions dentaires : diagnostics et traitements. Disponible en ligne sur <https://docplayer-fr.cdn.ampproject.org> ; consulte le 28 février 2018 à 14 h
8. **Royer A.W.** La médecine pratique. Edition du club France Loisirs, Paris, Solar. 1976 ISBN 2-7242-0314-3, 377p.
9. **Sacko M.** Enquête sur l'extraction dentaire au niveau du cabinet dentaire prive du Dr Ly O. Sangaré. Thèse de médecine FMPOS ; 2009-2010 No 89
10. **Brabant H.** Complications locales et générales de 20000 ED Communication au cercle d'étude odontostomatologie d'Aquitaine séance du 7 mars 1970.
11. **Auriol M.M, Le Charpentier Y, Le Naour G.** Histologie de l'email EMC Odontol,22-007-10,1991, p.1-13.
12. **Boutonnet P.H, Bequain JF.** Morphologie des dents humaines. ECM Stomatol,22 003.A10,1991, p.3-4
13. **Lautrou A.** Abrégé d'anatomie dentaire 2eme édition 1998, Université Rene-Descartes (Paris V). Page 272.
14. **Lebeau J.** Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (France). 2<sup>eme</sup> édition Elsevier 2005, pour le 2eme cycle des études médicales.
15. **Rouviere H, Delmas A.** Anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle. Tome 1. Tête et cou 14eme édition. Paris : Masson,1997 ; p. 432-436.

16. **Wikipedia**, L'encyclopédie libre. Disponible en ligne sur <http://www.studiodentaire.com/fr/glossaire/dent.php> Consultée le 07/06/2018 à 17 heures 30.
17. **Katchburian E, Arana-Chavez V, Mattout P, Mattoutc.** Les différents tissus parodontaux. Les thérapeutiques parodontales et implantaires. Paris : Quintess Intern ;2003. p.28-46
18. **Université de Lyon.** Anatomie des os du crâne. Disponible en ligne sur <http://rockefeller.univ-lyon1.fr/Anatomie-LyonNord/crane/splanchnocrane/mandibule.htm> (consulté le 10/08/13).
19. **Delannoy.** La carie et ses conséquences Disponible en ligne sur <http://docteurdelannoy.free.fr/carie.html> ; consulté le 3/2/2019 à 20h
20. **Etapas de formation et symptômes de la carie dentaire.** Disponible en ligne sur <http://www.listerine.be/les-conseils-du-coach/caries> ; consulté le 3/2/2019 à 13h
21. **Horch H.H.** Chirurgie buccale. Les extractions et leurs complications, Masson Paris 1996, 141-160
22. **El Harti K.** Technique des extractions simples. Chirurgie orale simple. 2018.p84. Disponible en ligne sur <http://scholar.um.5.ac.ma/sites/default/files/karima>
23. **Aderhold L, Frenkel G.** Die aufklarung inder zahnarztlichen chirurgie. Zahnarzt. Prax. 32(1981), 184.
24. **Schuhmann CL.** Complications des ED Encyl,Med-chir-Fasc 22092 B10; N°5, 1976
25. **David A, Mc Gowan.** Atlas de petite chirurgie buccale principe et pratique. Paris ed.cdp cop.1993
26. **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
27. **Martinau C, Philippe L.** La chirurgie exodontique au quotidien. Ed. cdp 1999, collection guide clinique
28. **Hahn W.** Was unsere Patienten wissen müssen; Quintessenz, Berlin 1982.
29. **Descrozailles C.H et Crepy C.I.** Complication des ED-Encycl.Med.Chir, traite stomato-logie, fasc 220-92 B10,11 1974.
30. **Al-Shammari K.F, Al-Ansari J.M, Al-Melh ma, Al-Khabbaz A.R.** Raisons for tooth extraction in kuwait. Med Princ Pract.2006 ;15(6) :417-22.
31. **Cissé A.** Motifs d'extraction des dents permanentes au Sénégal. Thèse : chir. Dent : Dakar :2007 ; n 02

32. **Kané A.S.T, Diarra D, Traoré H, Diallo B, Traoré A.A, Koné M et al.** Causes of dental extractions on the odontology service of Bamako Military Hospital Mali. *EAS J Dent Oral Med*; Vol-1, Iss-3 (May-Jun,2019) :45-48.
33. **Oginni F.O, Fatusi O.A, Algbe A.O.** A clinical evaluation of dry socket in a nigerian theaching hospital. *J.Oral Maxillofac.surg.*2004;62(4) :519-20
34. **Sanya BO, Nganga PM, Nganga RN.** Causes and pattern of missing permanent teeth among kenyans. *East Afr Med J.* 2004; 81(6): 3225.
35. **Traoré H,** Contribution à l'étude de l'extraction dentaire au centre hospitalo-Universitaire d'odontostomatologie de Bamako. Thèse de médecine FMPOS ; 2009. Page.67. N°472.
36. **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
37. **Traoré M.S.** Aspects épidémio-cliniques des extractions dentaires au chu-os de Bamako 306 cas. These.Chirurgie dentaire Mali ,2012-2013.Page 96. N 369
38. **Morita M, Kinura T, Kanegae M, Ishikura UN, Wtanabe T.** Les causes d'extractions des dents permanentes au Japon. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994 ; 22(5pt1) :303.
39. **Angelillo IF, Nobile CG, Pavia M.** Survey of raisons for extraction of permanent teeth in Italy. *J. Community Dent Oral Epidemiol.* 1996 ; 24(5) :336(40).
40. **Kané A.S.T, Diallo B, Goïta A.S, Togo AK, Diarra D, Maïga A.S et al.** Etat bucco-dentaire des détenus du centre de détention de Kangaba (milieu carcéral). Oral state of the détenus of the center of détention of Kangaba. 2018 Oct ; Tome VIII (1) :41-42.
41. **Al Assadi.** *Int J Med Res Health Sci* 2018,7(5):88-95
42. **Maganga AP.** Les raisons d'extractions stomatologie dentaires au Gabon. Thèse de chirurgie dentaire ; 2003.Page.53. N 11
43. **Maury E.** Etude du nombre de racines et de canaux à partir d'acquisitions C.B.C.T. dans une population Française. Thèse de chirurgie dentaire ; Université Toulouse III- Paul SABATIER,2014.page.112.



# ANNEXES





## ANNEXES

### Fiche d'enquête

*Extraction dentaire dans le service odontologie du centre de sante de référence de la commune cvi du district de Bamako.*

I. Numéro du dossier

II. Identification

1. Age :

2. Sexe :  M  F

3. Résidence :  capitale  région  commune

4. Ethnie :

5. Profession :  ménagère  agriculteur  éleveur  élève/étudiant  commerçant  
 retraité  fonctionnaire  autres

III. Motifs de consultation

1. Douleur  oui  non

2. Tuméfaction  oui  non

3. Trismus  oui  non

4. Parodontopathies  oui  non

5. Traumatisme  oui  non

6. Cause prothétique  oui  non

IV. Dents concernées

Formule dentaire

➤ 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

➤ Denture temporaire

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

V. Causes de l'extraction dentaire

A. Caries ou ses complications

oui  non

➤ Caries

oui  non

➤ Racines délabrées

oui  non

➤ Echec de traitement endodontique

oui  non

B. Parodontopathies ou ses complications

oui  non

➤ Parodontite chronique

oui  non

➤ Parodontopathies agressive

oui  non

➤ Parodontite ulcéro-nécrotique

oui  non

- C. Anomalies d'éruption  oui  non
- Dents incluses  oui  non
  - Dents enclavées  oui  non
  - Dent temporaire rhizalysée ou présente en bouche avec la permanente de remplacement  oui  non
- D. Orthodontique  oui  non
- E. Traumatisme  oui  non
- Fractures dentaires  oui  non
    - Fracture coronaire partielle  oui  non
    - Fracture corono-radulaire  oui  non
    - Fracture radulaire  oui  non
  - Fracture alvéolaire  oui  non
  - Fracture mandibulaire  oui  non
  - Fracture maxillaire  oui  non
  - Autre raison (Esthétique )  oui  non
- VI. Traitements médical
- A. Antibiotique  oui  non
- B. Antalgique  oui  non
- C. Anti-inflammatoires  oui  non
- Anti-inflammatoire non stéroïdiens  oui  non
  - Anti-inflammatoire stéroïdiens  oui  non
- D. Antiseptiques  oui  non
- E. Vitamines  oui  non
- F. Anti-histamiques  oui  non
- G. Anesthésiques  oui  non
- Anesthésique avec adrénaline  oui  non
  - Anesthésique sans adrénaline  oui  non
  - Nombre de carpules.....
  - Allergie (ou complication) anesthésique constaté  oui  non
- VII. Radiographie  oui  non
- A. Retro-alvéolaire (R.A)  oui  non
- B. Panoramique  oui  non
- C. Blondeau  oui  non
- D. Face basse  oui  non
- E. Autres (scanner ; échographie )  oui  non
- VIII. Date .../...../2017
- A. Evolution
- Favorable  oui  non
  - Non favorable  oui  non

## **Fiche signalétique**

**Nom** : Fofana

**Prénom** : Ramatoulaye Kalossi

**Adresse électronique** : fofanaramatoulaye11@gmail.com

**Titre** : Extraction dentaire dans l'unité d'odontologie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.

**Année académique** : 2018-2019

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : bibliothèque de la FMOS et du CHUOS

**Secteur d'intérêt** : Odonto-stomatologie, chirurgie buccale

### **Résumé :**

**Introduction** : L'avulsion dentaire est un ensemble des manœuvres qui permettent de sortir la dent de son alvéole. C'est à la fois un geste thérapeutique et chirurgical bien précis qui se déroule selon une séquence bien codifiée et qui obéit à un certain nombre de règles.

**Matériel et méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique sur les extractions dentaires dans l'unité d'odontologie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSREF de CVI) du District de Bamako qui a été réalisée du 9 Mai au 9 Novembre 2018.

**Résultats** : Notre étude a porté sur un échantillon de 200 patients, avec un sex-ratio 1,22 en faveur du sexe masculin. Les âges de 2 à 77 ans étaient concernés par l'acte d'extraction. Les jeunes de 11-25 ans étaient les plus représentés. Les ethnies les plus fréquentes furent respectivement celles des Bamanans (37%) et des Sarakholés (17%). Les femmes au foyer et les scolaires étaient les plus concernés par l'acte d'extraction avec respectivement 39,00% et 27,00%. L'étiologie principale a été celle des caries dentaires. Et le principal signe fonctionnel ayant conduit à la consultation était la douleur. Les molaires ont été les dents les plus extraites avec 63,00%. L'antibiothérapie a été réalisée dans 98,50% des cas.

**Conclusion** : les extractions dentaires étaient l'apanage de l'adulte jeune de sexe masculin. La carie dentaire et ses complications en étaient les principaux pourvoyeurs et les molaires étaient les dents les plus souvent extraites du fait d'une insuffisance d'hygiène buccale.

**Mots clés** : **Extractions dentaires, CSREF de la CVI, caries dentaires, antibiothérapie.**



## SERMENT D'HYPPOCRATE

*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.*

*Admise 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 les 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.*

*Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

***Je le jure !***

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : Fofana

**Prénom** : Ramatoulaye Kalossi

**Adresse électronique** : fofanaramatoulaye11@gmail.com

**Titre** : Extraction dentaire dans l'unité d'odontologie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.

**Année académique** : 2018-2019

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : bibliothèque de la FMOS et du CHUOS

**Secteur d'intérêt** : Odonto-stomatologie, chirurgie buccale



### Résumé :

**Introduction** : L'avulsion dentaire est un ensemble des manœuvres qui permettent de sortir la dent de son alvéole. C'est à la fois un geste thérapeutique et chirurgical bien précis qui se déroule selon une séquence bien codifiée et qui obéit à un certain nombre de règles.

**Matériel et méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique sur les extractions dentaires dans l'unité d'odontologie du Centre de Santé de Référence de la Commune VI (CSREF de CVI) du District de Bamako qui a été réalisée du 9 Mai au 9 Novembre 2018.

**Résultats** : Notre étude a porté sur un échantillon de 200 patients, avec un sex-ratio 1,22 en faveur du sexe masculin. Les âges de 2 à 77 ans étaient concernés par l'acte d'extraction. Les jeunes de 11-25 ans étaient les plus représentés. Les ethnies les plus fréquentes furent respectivement celles des Bamanans (37%) et des Sarakholés (17%). Les femmes au foyer et les scolaires étaient les plus concernés par l'acte d'extraction avec respectivement 39,00% et 27,00%. L'étiologie principale a été celle des caries dentaires. Et le principal signe fonctionnel ayant conduit à la consultation était la douleur. Les molaires ont été les dents les plus extraites avec 63,00%. L'antibiothérapie a été réalisée dans 98,50% des cas.

**Conclusion** : les extractions dentaires étaient l'apanage de l'adulte jeune de sexe masculin. La carie dentaire et ses complications en étaient les principaux pourvoyeurs et les molaires étaient les dents les plus souvent extraites du fait d'une insuffisance d'hygiène buccale.

**Mots clés** : **Extractions dentaires, CSREF de la CVI, caries dentaires, antibiothérapie.**

