

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEURE ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple, Un But, Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTÉ DE MÉDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2021-2022

Thèse N°.....

THESE

ACCIDENTS D'ÉVOLUTION DES DENTS DE SAGESSE
MANDIBULAIRE AU SERVICE DE CHIRURGIE BUCCALE
DU CHU-CNOS DE BAMAKO : 150 CAS

Présentée et soutenue publiquement le 30/12 /2022 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : **M. Abdoul Kassim DIARRA**

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

JURY

Président : Pr. Ousseynou DIAWARA

Membre : Dr. Mamadou DIALLO

Co-directeur : Pr. Mamadou BA

Directeur : Pr. Boubacar BA

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A Dieu, le Tout Puissant

« Gloire à toi ! Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'Omniscient, le Sage ».

A mon Père Karim DIARRA

Tu as toujours été pour moi un exemple du père respectueux, honnête, de la personne méticuleuse, je tiens à honorer l'homme que tu es.

Grace à toi papa j'ai appris le sens du travail et de la responsabilité. Je voudrais te remercier pour ton amour, ta générosité, ta compréhension ... Ton soutien fut une lumière dans tout mon parcours. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour l'estime et le respect que j'ai toujours eu pour toi.

Ce modeste travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as déployés pour mon éducation et ma formation. Je t'aime papa et j'implore le Tout-Puissant pour qu'il t'accorde une bonne santé et une longue vie et heureuse.

A ma Mère SitanKANE

Maman, les mots me manquent et ne suffiront jamais assez pour te remercier. J'ai les larmes aux yeux quand je pense à toi et toutes les souffrances que tu as traversées pour nous. Tu as toujours été là pour moi. Tu as été pour moi la mère, la bonne mère que j'ai aimée et je t'aimerais toujours. Chère mère, tu as été la femme soumise et la mère soucieuse de l'avenir de ses enfants. Maman, je ne t'oublierai jamais. Merci d'avoir eu toujours confiance en moi, merci pour tes précieux conseils, ton soutien et ton affection indescriptible. Qu'ALLAH le Tout Puissant te prête longue vie afin que tu puisses jouir des retombées de toutes les longs efforts dans notre éducation et prise en charge.

A mes Sœurs Et Mon Frère

Assata DIARRA, Awa Karim DIARRA, Aminata Karim DIARRA et Adama Karim DIARRA. Je vous remercie pour vos soutiens. Qu'Allah exalté, nous donne longévité et bonheur.

A mon Frère Jumeau Yassin Mohamed CISSE Et Sa Famille

Mohamed CISSE, Amadou CISSE, Ibrahim MAIGA, Mariam MAIGA, Mariam A MAIGA.

Merci pour votre accueil si chaleureux au sein de votre famille.

A mes Grandes Mères Sitan TOGORA Et Hawa FOFANA

Merci pour tout l'effort consenti pour mon éducation sociale et ma réussite à l'école. Encore une fois merci pour tout ce que vous avez fait pour ma famille. Que le Seigneur vous inonde de Ses Grâces.

Au Dr Marc KONE

Merci pour tout, votre simplicité et votre modestie forgent votre personnalité, ainsi que votre rigueur scientifique de même que votre générosité sans égale. Merci de m'avoir accepté dans votre équipe et d'être mon mentor en me faisant bénéficier de votre immense connaissance.

A mes Tontons

Adama KANE, Seydou KOUROUMA, Moussa KOUROUMA, Aliou KOUROUMA, Modibo TOGORA, Papi TOGORA, Monzon TOGORA. Je vous remercie pour vos conseils et vos soutiens. Qu'Allah exalté, veille sur vos familles et vous. Amen

A mes Tantes

Sétou KOUROUMA, Oumou KOUROUMA, Oumou TOGORA, Agna TOGORA, Maman TOGORA, Djénéba TOGORA. Merci pour vos encouragements. Qu'Allah exalté, vous donne longévité et bonheur.

REMERCIEMENTS

Le nombre de merci est incalculable, faut-il tous les formuler ? En courant le risque inévitable d'en oublier, ou faut-il laisser planer un merci symbolique que chacun comprendra à sa guise ? Il va de soi que j'en adresse :

A L'Afrique Toute Entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A Notre Pays, Le Mali

Tu nous as vu naître, grandir, et tu nous as permis de faire nos premiers pas vers l'acquisition d'une instruction meilleure. Comme l'a dit l'autre : « c'est à moi de faire la gloire de ce pays, je le bâtirais à mon image ; il sera le plus beau, une terre d'accueil, d'humanité et d'hospitalité. Ma chère patrie, je ferai de toi la plus enviée du monde. »

A tous nos enseignants du premier et deuxième cycle, et du Lycée

Merci pour nous avoir initié aux études et dans la vie.

A l'administration et au Corps Professoral de la FMOS

Chers Maîtres, nous vous remercions pour les connaissances que vous nous avez transmises. Nous retenons de vous des hommes scientifiques, pédagogues, honnêtes, sincères et exemplaires.

Aux enseignants de la Filière Odontostomatologie

C'est un grand plaisir et un honneur pour nous d'avoir appris auprès de vous. Trouvez ici chers maîtres, le témoignage de notre reconnaissance et de notre respect profond.

Aux personnels du CHU-CNOS : chirurgie buccale, parodontologie, pédodontie
Particulièrement ceux du service : Odontologie Conservatrice Endodontie, Prothèse Amovible, Prothèse Fixée et Orthopédie- Dento-Faciale

Pr Boubacar BA, Pr Ousseynou DIAWARA, Dr Marc KONE, Aminata FOFANA, Aissata KONE, Fatoumata SANGARE, Dr Mamadou BA, Dr Amsalla NIANG,

Dr Hamed BAH, Dr Baba DIALLO, Dr Bérénice SANGARE, Dr Bougadari COULIBALY, Dr TOURE Kadidia, Commandant Issa BOUARE, Dr Mamadou DIALLO, Adama SANOGO.

Vous nous avez appris le travail en équipe, le travail sous pression mais aussi la joie de tout partager. Les liens qui se sont tissés entre nous ont dépassé ceux uniquement professionnels. Cette cohésion au sein des cabinets subsistera toujours et nous prions le Bon Dieu pour un bon fonctionnement au sein de la structure. Pour votre disponibilité et vos conseils, nous prions d'accepter toute notre gratitude.

A tous mes camarades de la 9^{ème} Promotion du Numerus Clausus (Promotion Dr Oumar Wane) et mes camarades de lutte 2019-2020

Ce fut agréable, chers frères et sœurs, d'apprendre à vos côtés durant ces six (6) années. Je souhaite à nous tous une bonne chance dans notre vie professionnelle et familiale.

A mes amis de la FMOS

Merci pour toutes ces années que nous avons eu le plaisir de partager ensemble malgré nos appartenances ethnique, culture et religieuse. Nous avons appris à nous apprécier les uns les autres et à nous accepter. Que l'Eternel nous garde toujours ensemble afin que nous puissions construire une part de l'édifice sanitaire de nos différents pays.

L'oubli étant humain, remerciements et profond respect à tous ceux qui nous sont chers et dont nous n'avons pu citer leurs noms.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Ousseynou DIAWARA.

- **Maître de recherche en parodontologie**
- **Diplômé de la faculté de stomatologie de l'Institut de Médecine de Krasnodar (ex URSS)**
- **Spécialiste en sante publique odontostomatologie de l'université Cheikh Anta DIOP (U.C.A.D) de Dakar.**
- **Chef de département médico-technique du CHU-CNOS,**
- **Praticien hospitalier, chef de service de parodontologie au CHU-CNOSde Bamako**
- **Enseignantchercheur, formateur à l'INFSS de Bamako**
- **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury. Votre compétence, vos qualités pédagogiques et humaines, votre disponibilité, nous ont marqué dès notre premier abord. Votre intérêt pour la ponctualité et le sérieux dans le travail imposent respect et admiration.

Ce fut un véritable privilège pour nous de compter parmi vos étudiants.

Merci pour votre aide et votre soutien à l'élaboration de ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

Qu'ALLAH vous bénisse et vous accorde une longue vie.

NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Mamadou DIALLO

- **Praticien hospitalier au CHU-CNOS**
- **Chirurgien dentiste.**

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury, malgré vos nombreuses occupations. Votre simplicité, votre humilité sont entre autres les qualités que nous avons en admiration pour vous. Veuillez recevoir expression de notre profond respect. Qu'ALLAH vous bénisse et vous accorde une longue vie.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Mamadou BA

- **Chirurgien dentiste**
- **Spécialiste en Chirurgie Buccale**
- **Enseignant chercheur, Maître de recherche à la FMOS**
- **Enseignant vacataire à l'INFSS**
- **Praticien hospitalier au CHU-CNOS.**

Cher maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Nous avons été émerveillés par votre simplicité et vos grandes qualités humaines.

Nous sommes sensibles à l'honneur et au privilège que vous nous avez accordé en acceptant de juger notre travail malgré vos multiples occupations.

Que Dieu vous bénisse !

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Boubacar BA

- **Maître de conférences en chirurgie buccale de la FMOS**
- **Directeur générale du CHU-CNOS**
- **Spécialiste en Chirurgie Buccale**
- **D.U en Carcinologie Buccale**
- **Membre de la Société Française de Chirurgie Orale**
- **Coordinateur de la Filière Odontologique de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS)**
- **Ancien président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHU-CNOS**
- **Membre du Comité National de Greffe du MALI**
- **Praticien Hospitalier au CHU-CNOS.**

Cher Maître,

Nous avons été émus par votre disponibilité, votre modestie, votre sens de responsabilité, votre exactitude scientifique, vos qualités humaines et pédagogiques qui font de vous un modèle à suivre.

Merci de nous avoir accepté parmi vos élèves, plus qu'un maître vous avez su être un père.

Soyez rassuré, cher maître de notre entière disponibilité et de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse !

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie

CAO/DENT : Cariéuse Absente Obturée

DS :Dent de Sagesse

DR : Docteur

FMOS :Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

HTA :hypertension artérielle

INFSS : l'Institut National de Formation en Science de la Santé

ODF : Orthopédie Dento-Faciale

OCE : Odontologie Conservatrice Endodontie

PA : Prothèse Amovible

PF : Prothèse Fixé

PARO :parodontologie

PR : professeur

RAS : rien a signalé

TDM : Tomodensitométrie

UCAD : Université Cheick Anta Diop de Dakar

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	55
Tableau II : Répartition des patients selon la profession	56
Tableau III : Répartition des patients selon la résidence	56
Tableau IV : Répartition des patients selon le motif de consultation	57
Tableau V: Répartition des patients selon l'antécédent médicaux et chirurgicaux	58
Tableau VI : Répartition des patients selon le degré du trismus.....	59
Tableau VII: Répartition des patients selon l'hygiène buccodentaire	59
Tableau VIII : Répartition des patients selon les indices de besoin de traitement (Ainamo)	61
Tableau IX: Répartition des patients selon la présence de carie dentaire, sur la dent de la deuxième molaire	62
Tableau X: Répartition des patients selon la localisation anatomique du quadrant dentaire	63
Tableau XI :Répartition des patients selon l'étiologie de l'accident	63
Tableau XII :Répartition des patients selon le traitement.....	63
Tableau XIII :Répartition des patients selon les types d'anesthésie.....	64
Tableau XIV : Répartition des patients selon les complications	64

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma montrant les différents degrés d'inclusion possibles	7
Figure 2: position des germes dentaires au stade de l'organe en « cloche » d'après Cantaloube	8
Figure 3 : dent de sagesse incluse chez l'adulte Les racines ont évolué en profondeur et croisent le Nerf alvéolaire inférieure	11
Figure 4 : carie de la seconde molaire due à une dent de sagesse enclavée	11
Figure 5: radiographie révélant la présence d'un odontome composé	12
Figure 6 : Volumineux kyste à une dent de sagesse incluse.	13
Figure 7 : Améloblastome du ramus mandibulaire en TDM 3D. Vue de profil. ...	14
Figure 8 : Follicule améloblastique tapissé par un épithélium cylindrique palissadique en périphérie et étoilé au centre, entouré par une condensation fibrohyaline (HES, X 400).	15
Figure 9 : Radiographie panoramique montrant l'aspect poly géodique de l'améloblastome intéressant la branche horizontale et le ramus mandibulaire	15
Figure 10: dent de sagesse mandibulaire incluse en contact avec la dent adjacente	17
Figure 11: Position de la dent de sagesse dans le plan horizontal	17
Figure 12: Position de la dent de sagesse dans le plan sagittal	18
Figure 13 : Radiographie panoramique visualisant la présence d'un kyste folliculaire en rapport avec la dent la dent de sagesse 48	19
Figure 14 : conditions de développement d'une péri coronarite sur la troisième molaire inférieure d'après Cantaloube	20
Figure 15 : schéma pericoronarite google	20
Figure 16 : Anatomie radiculaire de la dent de sagesse.....	22
Figure 17 : Situation anatomique de la dent de sagesse inférieure.	23
Figure 18 : Classification de winter concernant les inclusions des troisièmes molaires mandibulaires.	24

Figure 19: Diagramme illustrant les lignes de winter (www.exodontia.info).	25
Figure 20: Classification des 1, 2, 3 de Pell et Gregory concernant les inclusions des troisièmes molaires mandibulaires.....	26
Figure 21: Classification des A, B, C de Pell et Gregory concernant les inclusions des troisièmes molaires mandibulaires	27
Figure 22: Evaluation de la profondeur d'inclusion de la dent retenue par rapport à la seconde molaire	27
Figure 23: Exemple d'une dent de sagesse mandibulaire ayant provoqué une importante résorption de la racine distale de la deuxième molaire.....	29
Figure 24: Le degré de résorption peut facilement être apprécié après avulsion de la deuxième molaire	29
Figure 25 : Classification des troisièmes molaires mandibulaires incluses de Pell et Gregory	30
Figure 26: Diagramme illustrant la méthode du calcul de la profondeur d'inclusion en visualisant le point d'application d'un élévateur par rapport à la deuxième molaire (www.exodontia.info).....	31
Figure 27: schéma-synthèse des différentes classifications	32
Figure 28 : Situation anatomique de la dent de sagesse inferieure dans le plan horizontal	33
Figure 29: Latérale du nerf mandibulaire droit et ces branches.....	35
Figure 30: Dent de sagesse mandibulaire incluse dont les apex sont en relation interne avec le trajet du nerf alvéolaire inferieur	38
Figure 31: Positions du canal mandibulaire selon Parant.	39
Figure 32 : Schéma montrant les différents rapports possibles entre le nerf alvéolaire inferieure et les racines de la dent de sagesse dans le sens vestibulo-lingual.....	40

Figure 33: Photographie visualisant le passage du canal mandibulaire à travers la racine d'une dent de sagesse, coupée pendant l'intervention puis reconstituée postérieurement. (Photographie du Dr Viennet)	40
Figure 34 : Photographie montrant le trajet interradiculaire du canal mandibulaire dans la zone apicale d'une dent de sagesse. (Photographie du Dr Viennet).....	41
Figure 35: Signes radiologiques de la proximité de la dent de sagesse mandibulaire avec le canal mandibulaire d'après Roob et Shehab.....	42
Figure 36: Cliché mettant en évidence un rétrécissement du canal mandibulaire en regard de la dent de sagesse. (Radiographie du Dr Viennet)	43
Figure 37: Cliché issu d'un examen à faisceau conique mettant en évidence le trajet du canal mandibulaire entre les racines d'une 38. (Radiographie du Dr Viennet). 43	
Figure 38: Rapport de la dent de sagesse avec les nerfs alvéolaire inférieur et lingual	45
Figure 39 : Répartition des patients selon le sexe	55
Figure 40 : Répartition des patients selon le délai de consultation.....	57
Figure 41 : Répartition des patients selon les habitudes alimentaires	58
Figure 42 : Répartition des patients selon les indices CAO/DENT	60
Figure 43 : Répartition des patients selon la présence de la deuxième molaire	62

TABLE DES MATIERES

I.INTRODUCTION	1
1.Préambule.....	1
2.Intérêt.....	2
II.OBJECTIFS.....	4
1.Objectif général :.....	4
2.Objectifs spécifiques :.....	4
III.GENERALITES.....	6
1.Définitions :	6
a)Germe dentaire :.....	6
b)Dent de sagesse :.....	6
c)Dent en rétention :.....	6
d)Dent enclavée :.....	6
e)Dent incluse :.....	6
f)Dent en désinclusion :.....	7
2.Rappels Embryologiques et anomalies d'évolution / éruption :.....	8
a)Embryologie et éruption :.....	8
b)Anomalie d'évolution et Eruption :.....	10
✓ Locales :	12
✓ Générales :.....	16
✓ Inconnues :	16
3.Classifications :	22
a)Classification de Winter (situation anatomique dans le plan sagittal) :.....	24
b)Classification 1 ,2 ,3 de Pell et Gregory :.....	25
c)Classification A, B, C de Pell et Gregory :	26
4.Rappel anatomique de la dent de sagesse	35
a)Environnement anatomique à la mandibule :.....	35
IV.METHODOLOGIES :	49
1.Cadre d'étude :	49

2.Type et lieu d'étude :.....	50
3.Période d'étude :.....	50
4.Population d'étude :.....	50
5.Echantillonnage :.....	51
6.Variables étudiées :	51
7.Procédure et technique de collecte des données :	52
8.Traitement et analyse des données :.....	53
9.Considérations éthiques :	53
10.Retombées scientifiques :.....	53
V.RESULTATS :	55
VI.COMMENTAIRES ET DISCUSION	66
VII.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	73
1.CONCLUSION	73
2.RECOMANDATIONS	74
VIII.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	76
IX.ANNEXES	82

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

1. Préambule

Les accidents occasionnés par l'évolution des dents de sagesse sont fréquents dans la pratique courante et sont dominés par les accidents infectieux. Les périecoronarites sont les accidents les plus fréquents et s'accompagnent habituellement d'adénopathies [1].

La périecoronarite est une infection des tissus mous entourant la couronne d'une dent partiellement éruptive ; elle est souvent associée à une troisième molaire incluse ou enclavée [2, 3]. La périecoronarite est fréquente chez les jeunes adultes (15-24ans), car il s'agit de l'âge où les dents de sagesse apparaissent dans la bouche [4].

Les accidents d'évolution de la dent de sagesse, sont des troubles divers occasionnés par l'éruption de cette dent.

L'éruption dentaire est un processus physiologique qui aboutit à l'apparition sur les arcades des dents ou groupe de dents selon une chronologie bien précise. La dernière étape du processus est l'éruption des dents de sagesse.

Plusieurs hypothèses ont été rapportées dans la pathogénie de ces accidents d'évolution de la dent de sagesse, ainsi on évoque une anomalie morphologique, une surinfection de la périecoronarite physiologique d'éruption ou le potentiel très réflexogène (irritant) du nerf trijumeau voisin des dents de sagesse mandibulaire.

La symptomatologie survient entre 18 et 25 ans, pendant la période d'éruption de la dent de sagesse, et la pathologie de son évolution est divers et se caractérise par la douleur, la dysphagie et le trismus. La radiographie précise la morphologie de la dent, ses rapports avec le nerf dentaire et la dent voisine, l'inclinaison ou l'enclavement de la dent, et l'existence probable d'un kyste marginal.

L'évolution se fait soit vers la rémission temporaire, soit vers une forme chronique ou compliquée.

La stratégie thérapeutique s'oriente vers les soins locaux (antiseptiques) l'antibiothérapie et l'extraction dentaire de la dent de sagesse n'est pas systématique.

Les accidents d'évolution de la dent de sagesse sont fréquents en milieu hospitalier. Les accidents d'évolution de la dent de sagesse sont de deux ordres : il s'agit soit d'un accident d'éruption entre 18 et 25 ans, par difficulté d'éruption de la dent de sagesse inférieure, soit d'un accident de désinclusion après 25 ans, par impossibilité d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire [5, 6, 7].

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

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

Nous avons entrepris cette étude, dans le but d'apporter notre modeste contribution à la prise en charge de ces accidents d'évolution des dents de sagesse mandibulaire.

2. Intérêt

L'intérêt du sujet réside dans le fait que :

- c'est une pathologie fréquente
- c'est un problème de santé publique
- le retard de consultation conduit à des complications
- ce travail servira d'ébauche à d'autres études

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Etudier les accidents d'évolution des dents de sagesse mandibulaire au service de chirurgie buccale du CHU-CNOS de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques ;
- Déterminer la fréquence des accidents d'évolution des dents de sagesse mandibulaire, en fonction des paramètres cliniques et radiologiques ;
- Décrire les aspects cliniques
- Décrire les aspects thérapeutiques.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définitions : [8, 9]

a) Germe dentaire :

Un germe dentaire d'une dent permanente correspond au stade primitif d'une dent, depuis le stade de bourgeon jusqu'à maturation complète de la dent, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'édification radiculaire soit achevée (définition de l'ANAES).

b) Dent de sagesse :

Elle est la troisième molaire. Présente de manière inconstante, l'être humain en possède généralement quatre, ceci variant plus ou moins. Son éruption se fait en principe entre 18 et 25 ans.

c) Dent en rétention :

C'est une dent immature, gênée et stoppée dans son évolution. Elle est retenue bien qu'elle garde cependant son potentiel d'éruption. La rétention n'empêche pas la maturation de la dent et aboutit ainsi à l'enclavement ou à l'inclusion.

d) Dent enclavée :

C'est une dent mature retenue dans le maxillaire au-delà de la date normale d'éruption et dont le sac péri-coronaire est ouvert dans la cavité buccale. La couronne a traversé partiellement la couche épithéliale (qui est la fusion de l'épithélium réduit et de l'épithélium gingival) mais elle reste retenue.

e) Dent incluse :

C'est une dent retenue dans le maxillaire au-delà de la date normale d'éruption et entourée d'un sac péri-coronaire sans communication avec la cavité buccale.

Une dent incluse peut-être complètement enfermée dans sa crypte osseuse, ou bien le plafond de la crypte osseuse est déjà fenestré. La couronne et son enveloppe folliculaire arrivent alors au contact du périoste et de la face interne de la fibromuqueuse qui recouvre complètement la corticale ; à ce stade d'éruption, la dent est incluse en position sous-muqueuse. La dent reste incluse tant que son enveloppe folliculaire n'est pas perforée.

➤ **Inclusion complète ou totale** : l'élément inclus et son sac péri-coronaire sont entièrement situés dans le tissu osseux.

➤ **Inclusion partielle** : l'élément inclus et son sac péri-coronaire sont dans le tissu osseux mais également dans le tissu ostéo-fibreux :

Si le sac péri-coronaire est fermé, la dent est en inclusion partielle.

Si le sac péri-coronaire est ouvert, la dent est en désinclusion [10] (cf. figure 1).

f) Dent en désinclusion :

C'est une dent primitivement incluse ou enclavée qui apparaît plus ou moins complètement dans la cavité buccale au-delà de la date normale de son éruption.

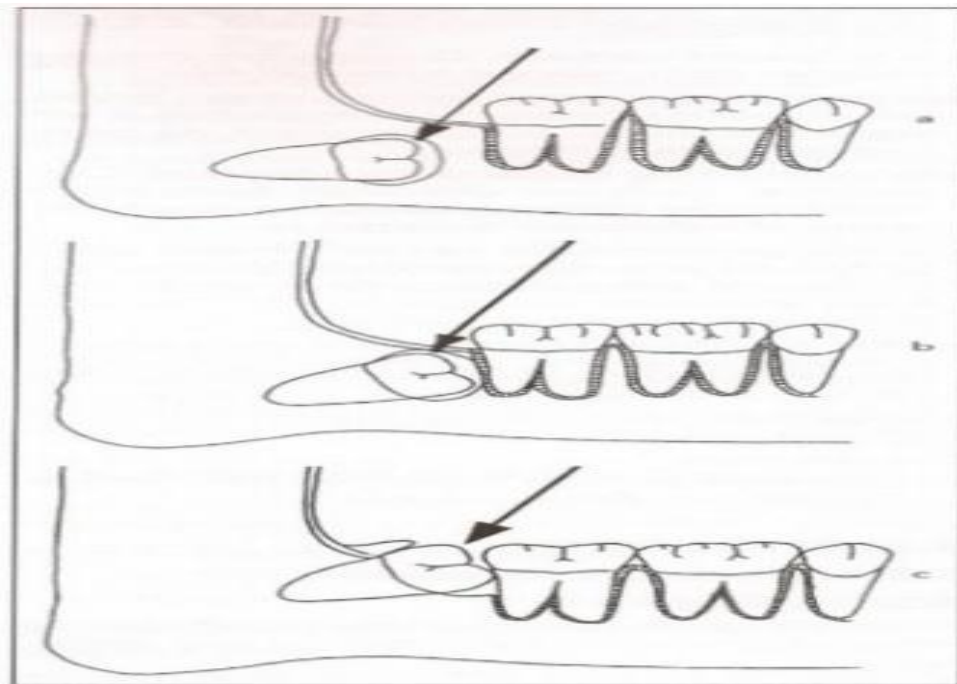


Figure 1: Schéma montrant les différents degrés d'inclusion possibles [10]

a. inclusion complète ou totale: L'élément inclus et son sac péri-coronaire sont entièrement dans le tissu osseux.

b. inclusion partielle : L'élément inclus et son sac péri-coronaire sont dans le tissu osseux mais également dans le tissu ostéo-fibreux.

c. désinclusion : Le sac péri-coronaire est ouvert sur le milieu extérieur.

2. Rappels Embryologiques et anomalies d'évolution / éruption :

a) Embryologie et éruption :

La troisième molaire est, comme toutes les molaires chez l'homme, une dent dite ascensionnelle, à l'opposé des autres, appelées dent de remplacement ou successionnelle.

L'ébauche des dents de sagesse apparaît vers la cinquième année avec des variations d'un an d'un individu à l'autre. Le germe est un organe complet vers l'âge de 20 ans, après la fermeture apicale de ses racines.

Les dents sont formées à partir des bourgeons dentaires, eux-mêmes issus de la lame dentaire dérivée de l'épithélium buccal et de l'ectomésenchyme. Ce dernier est à l'origine du développement dentaire car il présente une forte activité inductrice de par son origine neuroectoblastique.

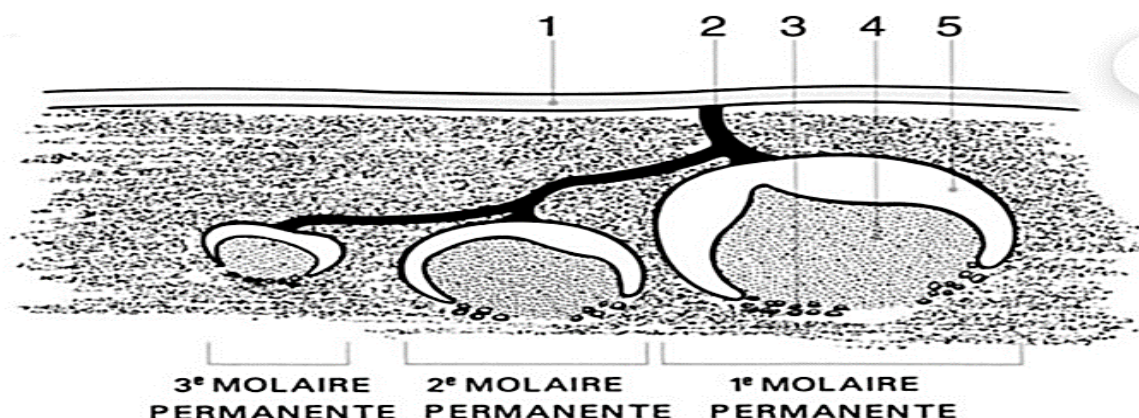


Figure 2: position des germes dentaires au stade de l'organe en « cloche » d'après Cantaloube[11]

Vers la seizième semaine de vie intra-utérine, à l'extrémité distale de la lame dentaire primitive, apparaissent des digitations épithéliales qui formeront les germes des deuxième et troisième molaires permanentes : la première molaire définitive occupe la partie terminale postérieure de cette lame et son inter-dentis est rattaché à la crête gingivale. Les ébauches des dents suivantes apparaissent comme des dépendances des dents qui les précèdent : la deuxième molaire se différencie à

partir du bourgeon de la première molaire et celui de la dent de sagesse, à partir de celui de la deuxième. Leur iter-dentis est rattaché au gubernaculum de la première molaire et non à la gencive. Cette dent apparaît ainsi comme une dent de « remplacement » de la dent précédente, qui va cependant évoluer derrière elle et non la rhizalyser pour prendre sa place [12].

Après la formation de leur couronne, les deuxième et troisièmes molaires vont migrer progressivement vers la gencive en se verticalisant au contact de la face distale de la molaire qui les précède, décrivant la classique « courbe de Capdepont ».

La chronologie de la formation de la troisième molaire est plus étalée dans le temps que pour les autres dents. En moyenne, le début de calcification se fait entre 8 et 10 ans, la couronne est achevée entre 12 et 16 ans, l'âge d'éruption se situe entre 17 et 21 ans ; enfin, les racines sont achevées entre 18 et 25 ans d'après Kronfeld (1939).

Le germe de la dent de sagesse pousse de façon oblique. Il évolue vers l'angle mandibulaire pour la dent de sagesse mandibulaire, zone en remaniement constant tout au long de la croissance faciale. Il ne peut se développer correctement que si cette zone postérieure de l'arc mandibulaire poursuit sa croissance en quantité suffisante. La dent de sagesse occupe normalement un espace formé par le trigone rétro molaire, en arrière de la dent de douze ans.

Les deuxième et troisièmes germes des molaires sont attirés en bas et en arrière dans cette zone de croissance, qui est organisée autour du paquet vasculo-nerveux. Il en résultera donc une croissance d'avant en arrière pour permettre l'évolution des molaires inférieures, et cela grâce à une résorption du bord antérieur de la branche montante et une apposition postérieure de celle-ci.

L'évolution normale des dents de sagesse se fera de bas en haut et d'arrière en avant suivant la courbe de Capdepont, à concavité postérieure.

L'éruption se déclenche en deux phases :

-Une phase pré-éruptive : correspondant à la formation de la couronne entre 12 et 16 ans après calcification vers l'âge de 8 ans. Le germe se déplace en profondeur en suivant la croissance mandibulaire.

-Une phase d'éruption active : permettant l'évolution entre 17 et 23 ans de cette dent de sagesse par glissement contre la face distale de la deuxième molaire et contrôlée par les muscles de la joue et de la langue. C'est un mouvement ascensionnel qui débute lors de la formation des racines. La dent se redresse progressivement et se dirige vers l'espace rétro molaire.

C'est l'orientation très particulière du gubernaculum dentis du bourgeon qui va conditionner l'axe d'éruption de la dent et impliquer parfois des difficultés pour son redressement. Ainsi, cette dernière va être amenée sous le collet de la deuxième molaire [13].

De plus, le développement vers l'arrière de la mandibule continue après la formation de la couronne de la troisième molaire, ce qui va entraîner vers l'arrière l'ébauche des racines et les incurver.

Selon BERCHER, à l'obliquité du sac dentaire primitif, s'ajoute l'obliquité produite par l'évolution de la mandibule.

b) Anomalie d'évolution et Eruption :

L'éruption de la troisième molaire se fait tardivement par rapport aux autres dents, déjà toutes évoluées. Elle évolue dans un espace réduit où les obstacles sont nombreux.

Les accidents d'évolution de la troisième molaire qui surviennent au cours de son éruption sont en relation avec l'orientation du germe et l'environnement squelettique et dentaire.

Ces accidents de dentition concernent les dents retenues : incluses et enclavées.

Les dents de sagesse sont incluses chez environ 9% des hommes et 20% des femmes selon Kess citer dans l'étude de Wolner-Hanssen [14]. Cette différence

liée au sexe provient du fait que les dents de sagesse se trouvent encore en phase d'éruption à l'arrêt de la croissance, qui survient à la puberté, plus précoce chez la jeune fille. Chez l'homme, la croissance du squelette se prolonge plus longtemps et les troisièmes molaires ont davantage de temps pour faire leur place.

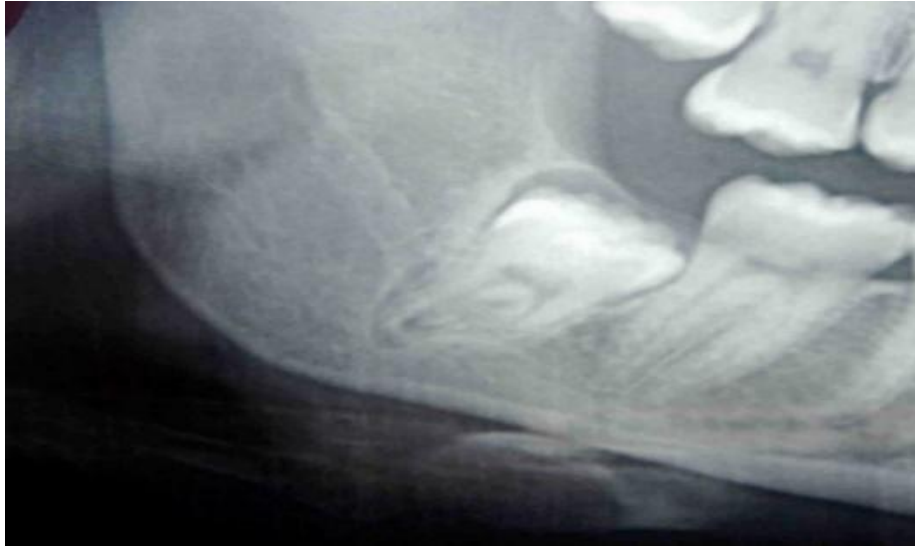


Figure 3 : dent de sagesse incluse chez l'adulte Les racines ont évolué en profondeur et croisent le Nerf alvéolaire inférieure [2].

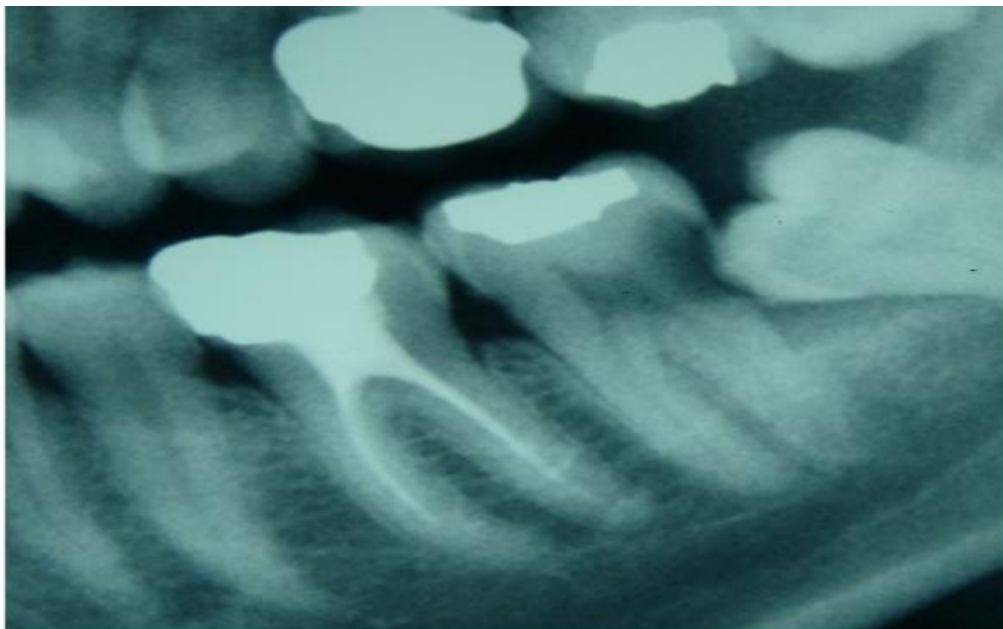


Figure 4 : carie de la seconde molaire due à une dent de sagesse enclavée[2].

Il existe de nombreuses étiologies de l'inclusion de la dent de sagesse :

✓ **Locales :**

-Au niveau du germe : anomalie de la lame dentaire tant dans sa morphologie que sa position ou son évolution

-Au niveau des dents voisines :

- **Malpositions dentaires**
- **Dysharmonie dento-maxillaire**

✓ **Etiologie tumorale locale :**

➤ **Odontomes (voir figure 5)**



Figure 5: radiographie révélant la présence d'un odontome composé [15]

➤ **Kystes (d'origine dentaire ou non) :**

Citons parmi eux le kyste dentigère ou folliculaire (d'origine dentaire), qui est un kyste développé à partir du sac dentaire autour de la couronne d'une dent incluse. Typiquement, il se développe surtout sur la dent de sagesse mandibulaire et s'étend dans l'angle, puis dans la branche montante, pouvant atteindre plusieurs cm de diamètre. Cette découverte est soit fortuite à l'occasion d'un examen radiographique, soit lors d'une complication (infection – fracture pathologique). Il

évolue en soufflant les corticales. Le traitement comporte l'ablation du kyste et de la dent incluse avec énucléation complète pour éviter la récurrence. L'examen anatomopathologique du kyste montre un épithélium paucistratifié reposant sur du tissu conjonctif lâche renfermant quelquefois des cellules malpighiennes à l'état de vestiges. Le diagnostic différentiel est parfois difficile à faire avec les kératokystes et les améloblastomes dans leur forme monogéodique. C'est l'examen histologique qui tranchera [16].

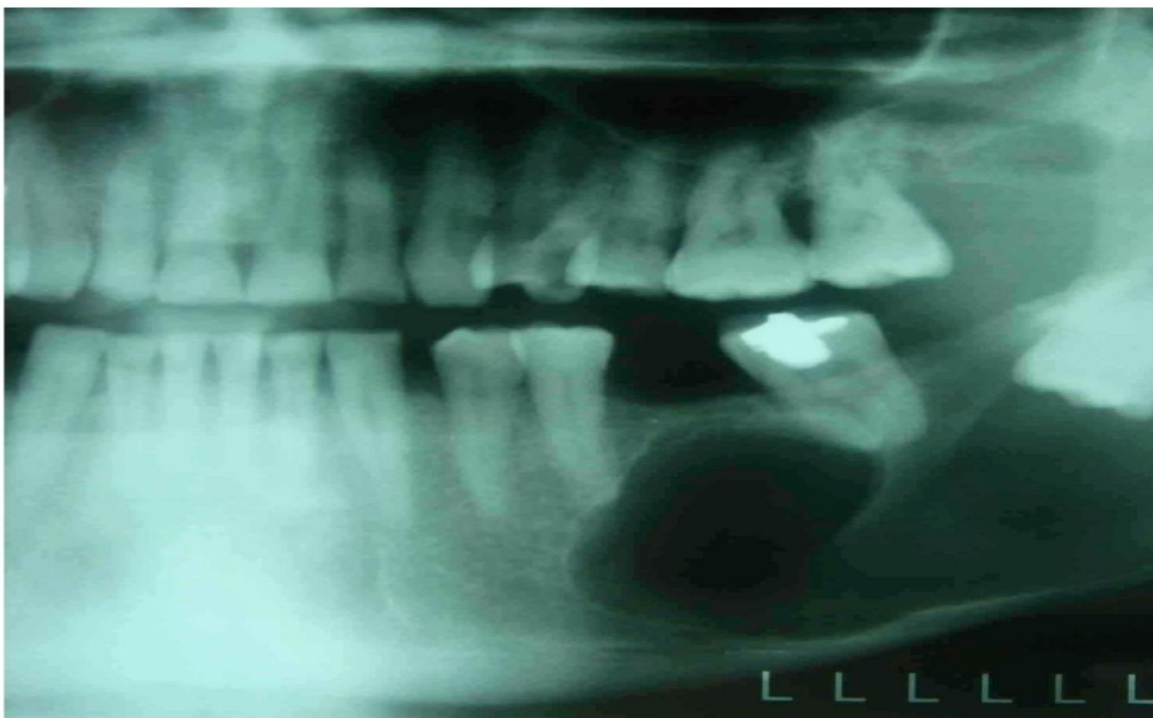


Figure 6 : Volumineux kyste à une dent de sagesse incluse. [2]

➤ **Kératokyste :**

Plus communément appelé kyste épidermoïde. Il dérive de la lame dentaire ou de ses vestiges et de l'assise basale de l'épithélium buccal. Il se développe chez les sujets jeunes (10-30ans). Le siège préférentiel du kératokyste est l'angle mandibulaire. L'image radiologique est celle d'une géode mono ou poly focale, homogène ronde ou ovale au contour régulier et net. Les formes polygédiques adoptent une image en bulles de savon. Ainsi, le principal diagnostic différentiel se

pose avec l'améloblastome. Histologiquement, ces kystes kératinisés sont recouverts par un épithélium malpighien pluristratifié kératinisant, à leur base, un conjonctif fibreux renfermant souvent des nodules épithéliaux malpighiens. Le traitement est l'ablation du kyste avec curetage appuyé car la récurrence est fréquente, notamment quand une ou plusieurs dents sont en rapport avec le kyste [16].

➤ **Améloblastomes:**

Cette tumeur, assez rare, est caractérisée par sa forte tendance à la récurrence après simple énucléation. Cliniquement, c'est souvent une tuméfaction de l'angle mandibulaire qui déforme de manière irrégulière et bosselée la table externe. L'aspect radiologique est celui d'une image kystique multiloculaire envahissant l'angle mandibulaire, le Ramus ou le corpus mandibulaire avec un aspect aréolaire typiquement en nids d'abeilles ou en bulles de savon, avec forte érosion ou disparition d'une corticale au scanner [16]. Dans sa forme monogéodique, il peut ressembler au kératokyste ou à d'autres lacunes endosseuses se développant dans cette région.



Figure 7 : Améloblastome du ramus mandibulaire en TDM 3D. Vue de profil.[17]

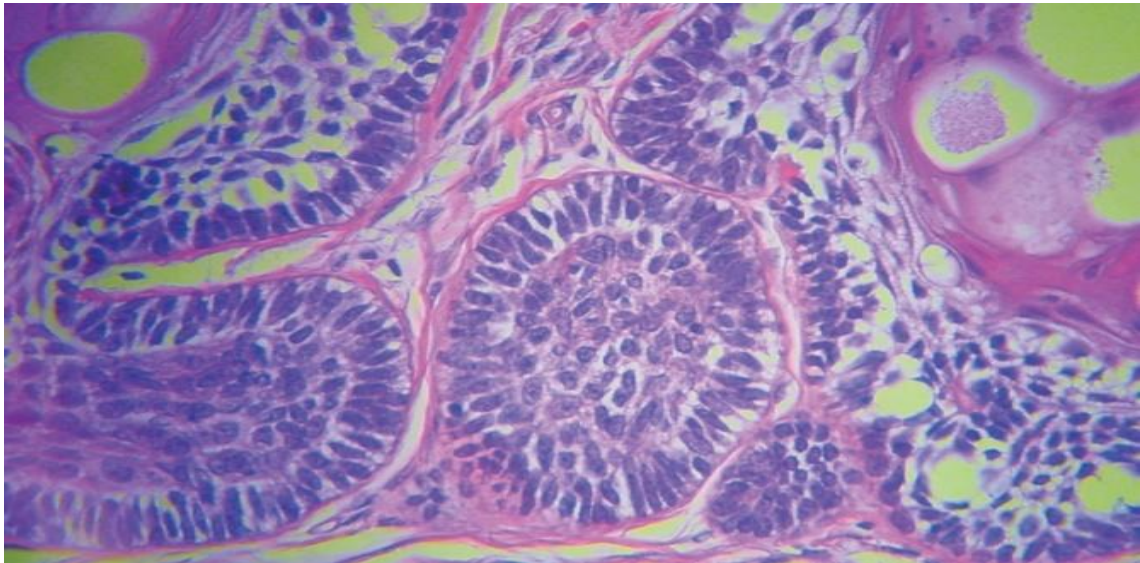


Figure 8 : Follicule améloblastique tapissé par un épithélium cylindrique palissadique en périphérie et étoilé au centre, entouré par une condensation fibrohyaline (HES, X 400)[17].



Figure 9 : Radiographie panoramique montrant l'aspect poly géodique de l'améloblastome intéressant la branche horizontale et le ramus mandibulaire[17].

✓ **Générales :**

Il y a incontestablement des « familles à dents incluses ». La notion d'hérédité sans jamais avoir été objectivée est réelle. Toutes les pathologies congénitales peuvent être accompagnées d'inclusion dentaire. Les deux plus classiques sont la dysostose cléidocrânienne ou maladie de Pierre Marie Sainton et la dysostose cranio-faciale de Crouzon[10].

✓ **Inconnues :**

En dehors des étiologies identifiables que nous venons de voir, il existe un certain nombre d'inclusions dont l'origine reste inconnue.

Evolution de la dent de sagesse mandibulaire

Les accidents d'évolution de la dent de sagesse mandibulaire sont fréquents chez l'adolescent et l'adulte jeune mais sont possibles à tout âge. L'importance de certains accidents (telle la fameuse angine de Ludwig), leur variété, l'appréhension de certains praticiens à intervenir ont créé le « mythe de la dent de sagesse » [10].

La plupart des études montrent que l'éruption de la troisième molaire est un mécanisme multifactoriel. Aucune n'établit, de façon significative, une corrélation entre l'angle de la troisième molaire inférieure et son inclusion.

La dent de sagesse mandibulaire est la dent le plus souvent incluse. Cette dent n'est en effet présente sur l'arcade que dans seulement 20% des cas. Dans les autres cas, cette dent peut être :

- Restée enclavée sous le collet de la deuxième molaire.



Figure 10: dent de sagesse mandibulaire incluse en contact avec la dent adjacente [18]

- Restée enclavée par malposition du bourgeon
- Inconstante.

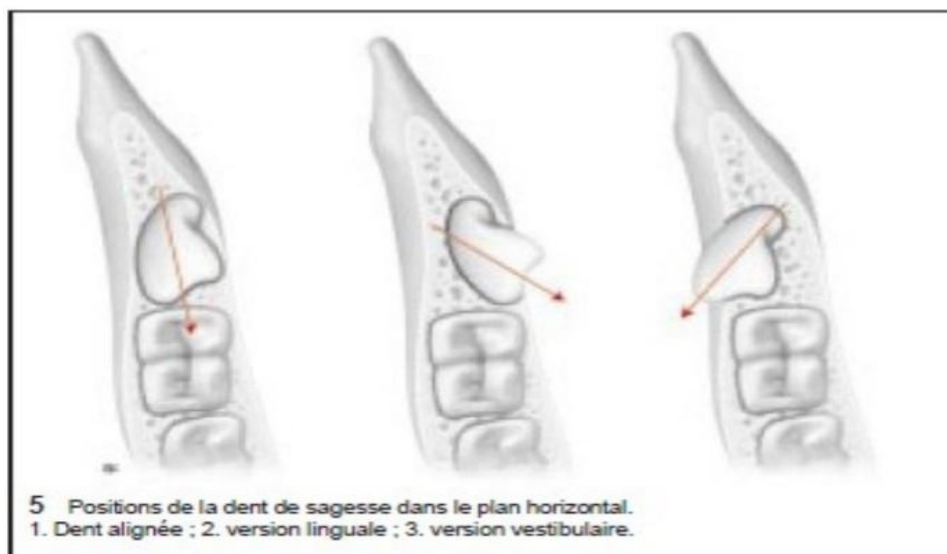


Figure 11: Position de la dent de sagesse dans le plan horizontal [19]

Dans les étapes précoces de minéralisation, la troisième molaire mandibulaire présente une orientation mésiale et linguale physiologique. Le changement d'angulation amenant à une verticalisation interviendrait entre 14 et 16 ans (Richardson, 1978).

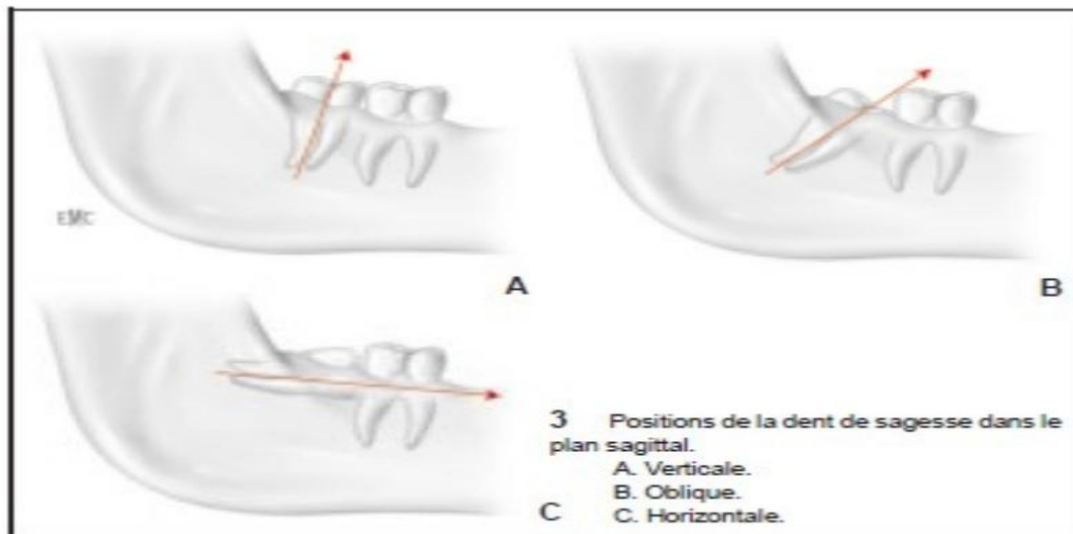


Figure 12: Position de la dent de sagesse dans le plan sagittal [19].

Toujours selon Richardson, une croissance prédominante de la partie mésiale de la couronne et de la racine mésiale s'accompagne d'une verticalisation, alors que si la croissance prédomine au niveau de la racine distale, elle favorise une horizontalisation du germe.

En résumé, il apparaît judicieux de poser un pronostic d'évolution de la troisième molaire à partir de 16 ans.

Bjork (1956) corrèle le manque de place pour l'évolution de la troisième molaire avec trois facteurs :

- La direction de croissance condylienne verticale
- La faible longueur mandibulaire
- La direction d'éruption dentaire orientée vers l'arrière.

Silling (1973) montre qu'on trouve plus d'inclusions des troisièmes molaires dans des classes II squelettiques avec une mandibule courte et un angle mandibulaire fermé que lorsqu'on a un hyperdéveloppement de la mandibule.

Il existe deux types de pathologie lors des accidents de dentition :

- **Le kyste folliculaire** (ou kyste dentigère) : qui fait son apparition lorsque le germe est dystopique ou à plus forte raison ectopique, et qu'un obstacle entrave

l'évolution de la dent. La crypte osseuse est déformée, ses parois sont repoussées par l'épaississement du tissu folliculaire.



Figure 13 : Radiographie panoramique visualisant la présence d'un kyste folliculaire en rapport avec la dent la dent de sagesse 48 [20].

- **La péri coronarite** : elle survient après l'émergence, lorsque l'espace péri coronaire est en communication avec la cavité buccale. Elle est rencontrée le plus fréquemment chez les sujets de 17 à 25 ans. L'accident inflammatoire peut être aigu, subaigu, mais le plus souvent chronique. La péri coronarite de la dent de sagesse inférieure est marquée chez un sujet d'une vingtaine d'années par une douleur de la région rétro molaire inférieure, accompagnée d'un léger trismus. La couronne de la dent peut être visible. La palpation locale est douloureuse et peut parfois faire sourdre du pus. L'évolution est souvent favorable sous traitement médical et se fait vers l'éruption de la dent. Ailleurs, si l'éruption de la dent n'est pas complète, il peut y avoir passage à la chronicité avec survenue d'accidents infectieux ; l'extraction de la dent s'impose [21].

Les péri coronarites même discrètes doivent être prises en compte dans les bilans de foyers infectieux. Dans tous les cas, un bilan radiologique est nécessaire (OPG).

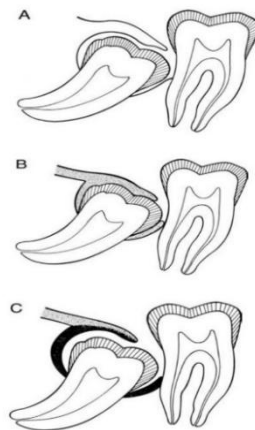


Figure 14 : conditions de développement d'une péricoronarite sur la troisième molaire inférieure d'après Cantaloube[11].



Figure 15 : schéma pericoronarite google [22]

- A. Conception classique de Capdepont avec ouverture du sac folliculaire ou de « la cavité virtuelle péricoronaire », aussi appelée péricoronarite secondaire.
- B. Réalité anatomique normale avec présence de l'attachement épithélial adhérent fortement à l'émail, absence de cavité et absence de péricoronarite.
- C. Réalité pathologique (accidentelle) avec présence d'un kyste d'éruption (péricoronaire, intrafolliculaire) préexistant. C'est l'ouverture du kyste dans la bouche qui provoque la péricoronarite.

On distinguera la péricoronarite congestive, de l'abcès péricoronaire : dans le premier cas, le geste chirurgical pourra être différé, avec prescription d'antibiotiques avant l'intervention ; dans le second, le geste chirurgical pourra être réalisé sans délai, après désinfection locale ; le patient se verra prescrire des antibiotiques après l'intervention [23].

Morphologie de la dent

A la mandibule : Sa forme est moins inconstante que la dent de sagesse supérieure. Au niveau de la couronne (émail, dentine, pulpe), toutes les anomalies morphologiques, de taille, de forme, anatomie cuspidienne, etc...peuvent se rencontrer [10].

De manière générale, la couronne est grossièrement rectangulaire et a peu de caractéristiques constantes hormis sa forme globuleuse [19].

La forme de la couronne de la troisième molaire mandibulaire incluse ou enclavée est source de difficultés, moins par son volume que par la position qu'elle occupe. En revanche, la forme des racines est un facteur de complications important que l'on doit savoir analyser soigneusement avant l'intervention sur les radiographies ; on peut ainsi trouver des racines : coniques, coudées, en baïonnette, renflées, torsadées, convergentes, divergentes, etc. (voir figure 16).

La totalité de la dent doit être visible sur le cliché et ses rapports avec le canal mandibulaire doivent pouvoir être déterminés. Aucune systématisation n'est possible.

Selon Hesse, la dent de sagesse présente deux racines.

Pour Boutonnet et Becquain, les deux racines primitives fusionnent en une seule et volumineuse racine courbe à concavité distale.

Ces racines sont plus courtes que celles des autres molaires.

La racine distale est généralement plus étroite que la mésiale.

Les racines surnuméraires sont fréquentes sur la troisième molaire mandibulaire.

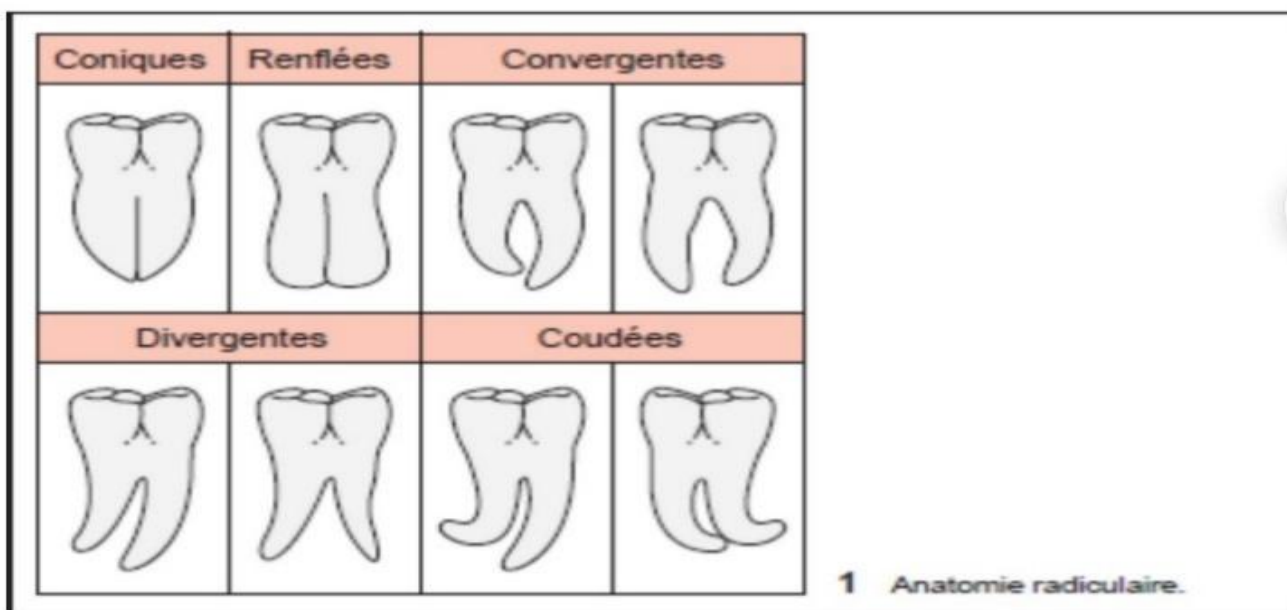


Figure 16 : Anatomie radicaire de la dent de sagesse [19].

Soit la dent est susceptible d'être avulsée en un bloc (un septum épais n'empêchant pas toujours l'avulsion). Le point d'application de l'élevateur sera choisi en fonction de l'orientation des racines.

Soit la forme et l'orientation des racines impliquent une séparation radicaire. Celle-ci s'effectue avec le morcellement global de la dent ou à la suite de la section horizontale de la couronne, extraite dans un premier temps. Cette séparation est nécessaire si les racines sont convergentes ou divergentes et lorsque les apex sont fortement coudés. Elle est également recommandée si les racines croisent le canal mandibulaire

3. Classifications :

Situation anatomique à la mandibule

Sa position est très inconstante au sein de la mandibule.

Elle est la dent le plus souvent incluse ; cela tient à sa position dans l'angle mandibulaire, zone de croissance à évolution tardive.

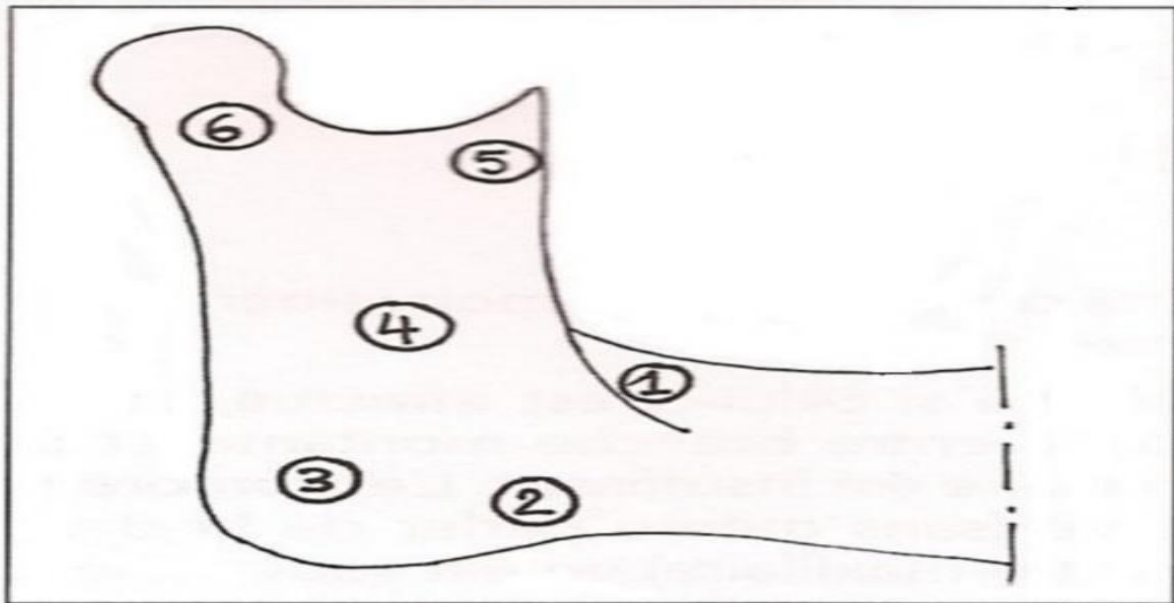


Figure 17 : Situation anatomique de la dent de sagesse inférieure [10].

-Le plus souvent en position 1 (trigone rétro molaire)

- **Dent dystopique**

-Quelquefois en position 2 (rebord basilaire)

-Rarement en position 3 (angle mandibulaire, position basse)

- **Dent ectopique**

-Exceptionnellement en position 4 (branche montante)

-Très exceptionnellement en position 5 (coroné) et 6 (condyle).

Notons que la présence d'une dent de sagesse inférieure incluse au niveau de l'angle mandibulaire rompt les lignes de résistance de cette région et constituerait logiquement une zone de fragilité par laquelle passe le trait de fracture. L'étude de Lee confirme le fait que la présence d'une dent de sagesse double le risque de fracture angulaire [12].

Il existe trois classifications complémentaires pour les dents incluses reposant sur leur analyse permettant d'évaluer le degré de difficulté de l'avulsion (classées par ordre croissant de difficulté d'avulsion :

a) Classification de Winter (situation anatomique dans le plan sagittal) [24] :
Elle prend en compte l'angle déterminé par l'axe corono-angulaire de la dent de sagesse et celui de la deuxième molaire [18].

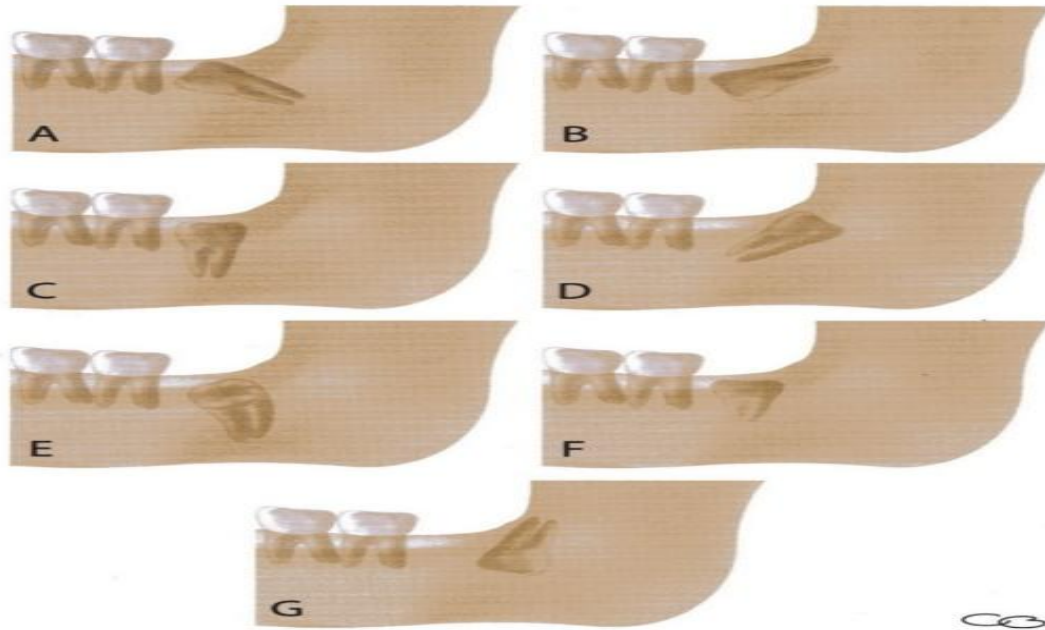


Figure 18 : Classification de winter concernant les inclusions des troisièmes molaires mandibulaires [18].

Il existe quatre types de positions (figure 18) : mésio-angulaire (cas A, 43% des cas d'inclusion), horizontale (cas B, 3%), verticale (cas C, 38%), et disto-angulaire (cas D, 6% des cas). De plus, cette classification va tenir compte de la position vestibulaire (cas E) ou linguale (cas F) de la dent. Dans de très rares cas, on trouvera la dent incluse en inclusion inversée (cas G).

Dans cette classification, on prend pour repères trois lignes imaginaires qui seront dessinées sur les radios (figure 19)

- La ligne blanche est tracée le long de la face occlusale des troisièmes molaires et étendue au-delà de ces dernières postérieurement. Elle indique la différence de niveau d'occlusion entre les deux premières molaires et la troisième molaire.
- La ligne jaune représente la hauteur de niveau d'os, tracée de la surface de l'os présent à la face distale de la troisième molaire (ou de la branche ascendante de la

mandibule) jusqu'au septum interdentaire situé entre les deux premières molaires. Cette ligne fait état de la quantité d'os alvéolaire couvrant les troisièmes molaires et donnant donc quelques indications sur la quantité d'os qu'il sera nécessaire d'enlever pendant l'intervention.

- La ligne rouge est une ligne imaginaire dessinée perpendiculairement à la ligne blanche jusqu'à un point imaginaire qui sera le point d'application de l'élévateur. Généralement, c'est la jonction email-cément de la face mésiale de la dent incluse (si ce n'est pas possible, on prendra l'angle distal de la dent incluse pour le tracé de la ligne jusqu'à la jonction amélocémentaire. Cette ligne indique la profondeur de la dent dans la mâchoire et la difficulté rencontrée pendant l'avulsion. Avec chaque augmentation de la profondeur de 1mm pour cette ligne, la dent incluse devient 3fois plus difficile à enlever selon Howe.

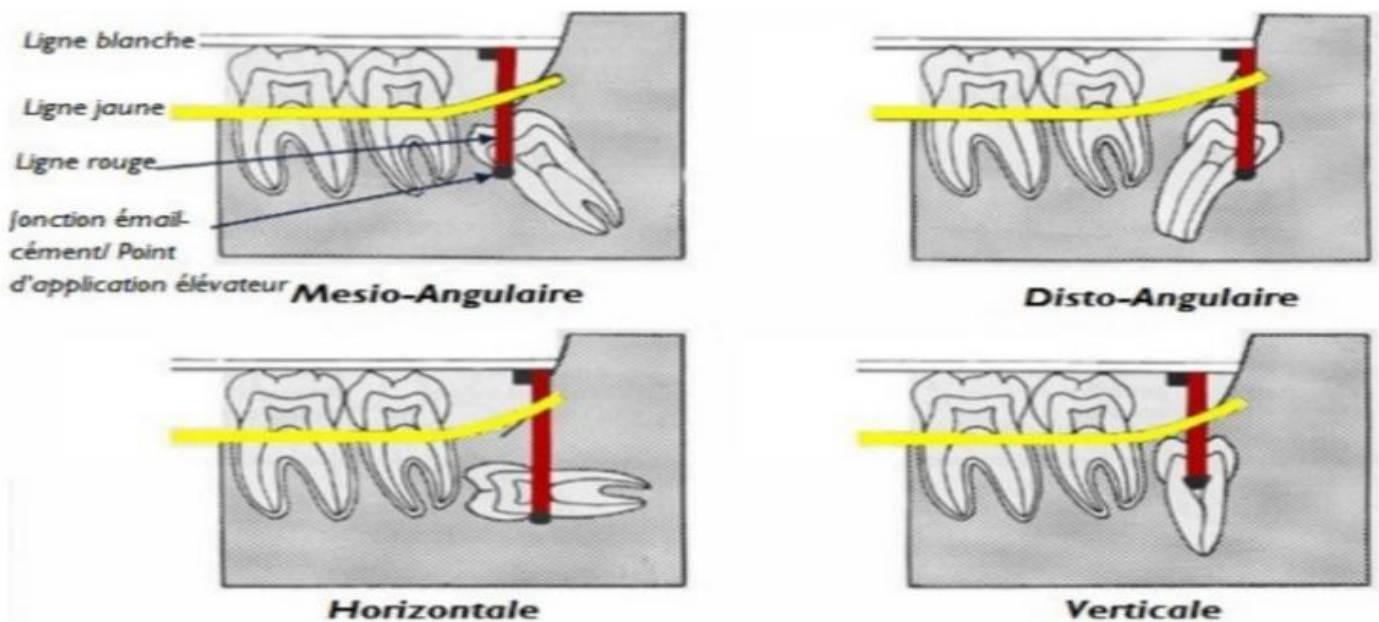


Figure 19: Diagramme illustrant les lignes de winter(www.exodontia.info).

b) Classification 1 ,2 ,3 de Pell et Gregory [25] :

Elle tient compte de la distance entre la partie intérieure de la branche montante de la mandibule et la face distale de la deuxième molaire. Si cette distance est supérieure ou égale au diamètre mésio-distal de la dent incluse, l'inclusion est dite

de classe 1. Si elle est inférieure à ce diamètre, la couronne se trouvant dans la partie antérieure de la branche montante mandibulaire, l'inclusion sera une classe 2. Enfin, lorsque la troisième molaire est totalement incluse dans le tissu osseux de la branche montante, l'inclusion sera dite de classe 3.

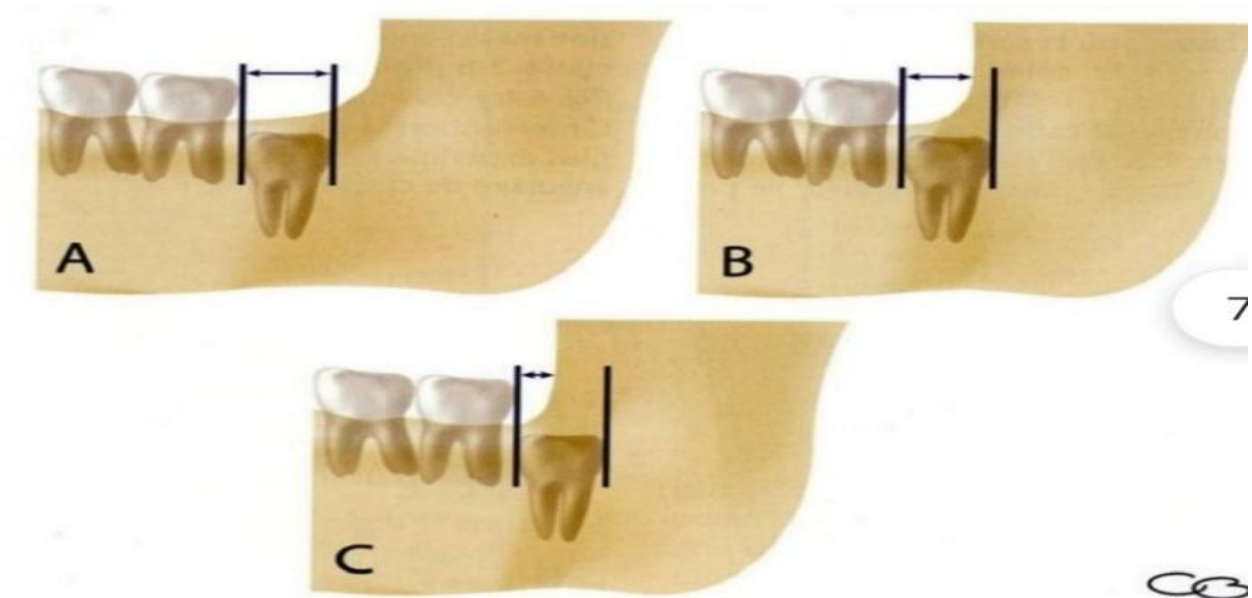


Figure 20: Classification des 1, 2, 3 de Pell et Gregory concernant les inclusions des troisièmes molaires mandibulaires [17].

- A. Classe 1,
- B. Classe 2,
- C. Classe 3

c) Classification A, B, C de Pell et Gregory :

C'est la même que celle utilisée pour les dents de sagesse maxillaires.

Elle prend en compte **la profondeur d'inclusion** : la profondeur de la dent retenue dans le corps de la mandibule s'apprécie par rapport à la deuxième molaire, lorsque celle-ci a rejoint le plan d'occlusion et qu'elle est en position normale sur l'arcade. Dans la classe A, la surface occlusale de la dent incluse se situe au niveau du plan occlusal de la deuxième molaire ; dans la classe B, la surface occlusale de la dent de sagesse est située entre le plan occlusal et le collet anatomique de la

deuxième molaire ; enfin, lorsque la surface occlusale de la troisième molaire se situe sous le collet anatomique de la deuxième molaire, on est en présence d'une classe C.

Nous visualiserons cette classification lorsque la dent de sagesse est en position verticale (figure 21) et lorsqu'elle est en position horizontale (figure 22).

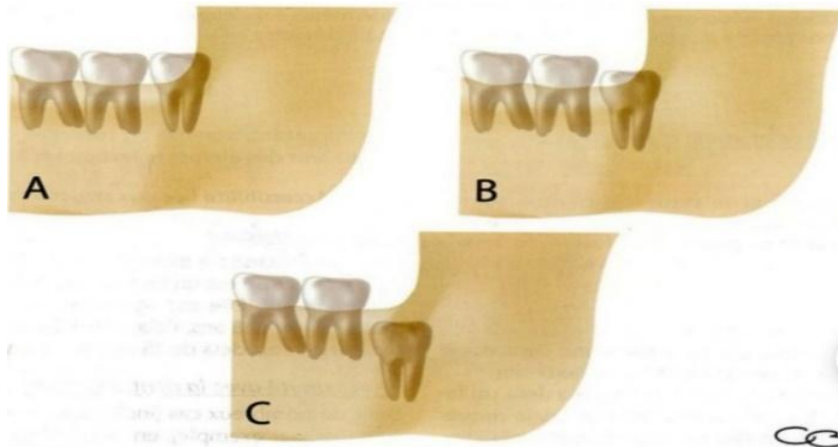


Figure 21: Classification des A, B, C de Pell et Gregory concernant les inclusions des troisièmes molaires mandibulaires [18,26].

A. Classe A

B. Classe B

C. Classe C

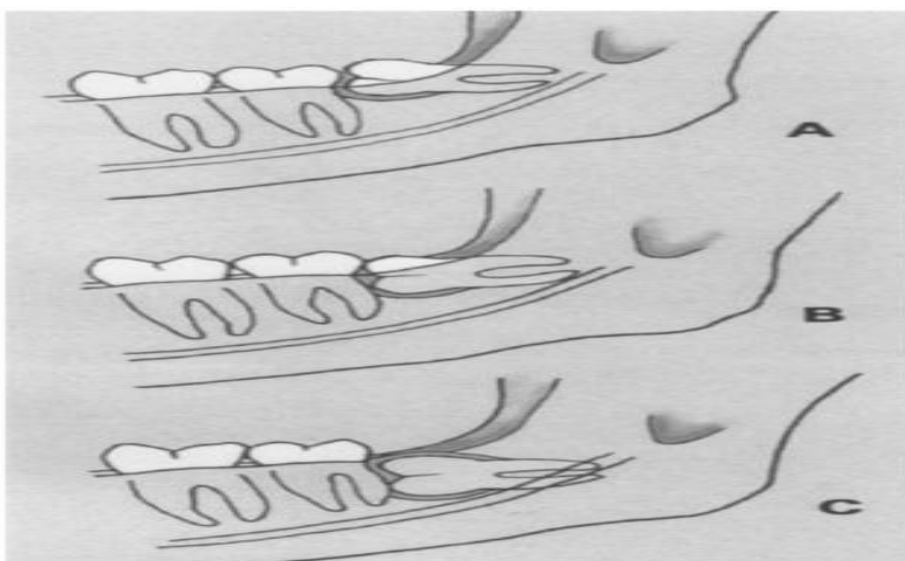


Figure 22: Evaluation de la profondeur d'inclusion de la dent retenue par rapport à la seconde molaire [10].

Cette classification, appliquée ici à une dent horizontale, objective l'importance du dégagement osseux à mettre en œuvre [8] :

-Cas A : la portion la plus haute de la dent a rejoint ou dépassé le plan d'occlusion. Les couronnes des deuxièmes et troisièmes molaires sont alors au même niveau. L'accès chirurgical est en général facile, mais c'est sur la nature des rapports avec la branche montante de la mandibule que s'établira le pronostic.

-Cas B : la portion la plus haute de la couronne se situe en dessous du plan d'occlusion, mais au-dessus de la ligne cervicale de la seconde molaire. La profondeur de l'inclusion est représentée sur un cliché par la distance qui sépare la jonction amélocémentaire de la projection de la ligne oblique. Ici, ce point le plus déclive se situe au niveau mésial. Il correspondra le plus souvent, au point d'application d'un élévateur, et représente donc une indication sur l'importance du dégagement osseux nécessaire.

-Cas C : La portion la plus haute de la dent reste en dessous de la ligne cervicale. Les explications de la situation B sont toujours valables, avec toutefois des difficultés croissantes. La deuxième molaire occulte la visibilité, rendant ainsi l'accès plus difficile, alors que la profondeur d'inclusion nécessite un dégagement osseux souvent important.

Ce type d'inclusion peut avoir de néfastes conséquences sur la deuxième molaire mandibulaire : en effet, la dent incluse peut provoquer une résorption plus ou moins importante de la racine distale de la deuxième molaire.



Figure 23: Exemple d'une dent de sagesse mandibulaire ayant provoqué une importante résorption de la racine distale de la deuxième molaire [27].



Figure 24: Le degré de résorption peut facilement être apprécié après avulsion de la deuxième molaire

Les deux classifications de Pell et Gregory peuvent être visualisées ensemble sur la figure 25.

Pell-Gregory Classification of Impacted Mandibular 3rd Molars

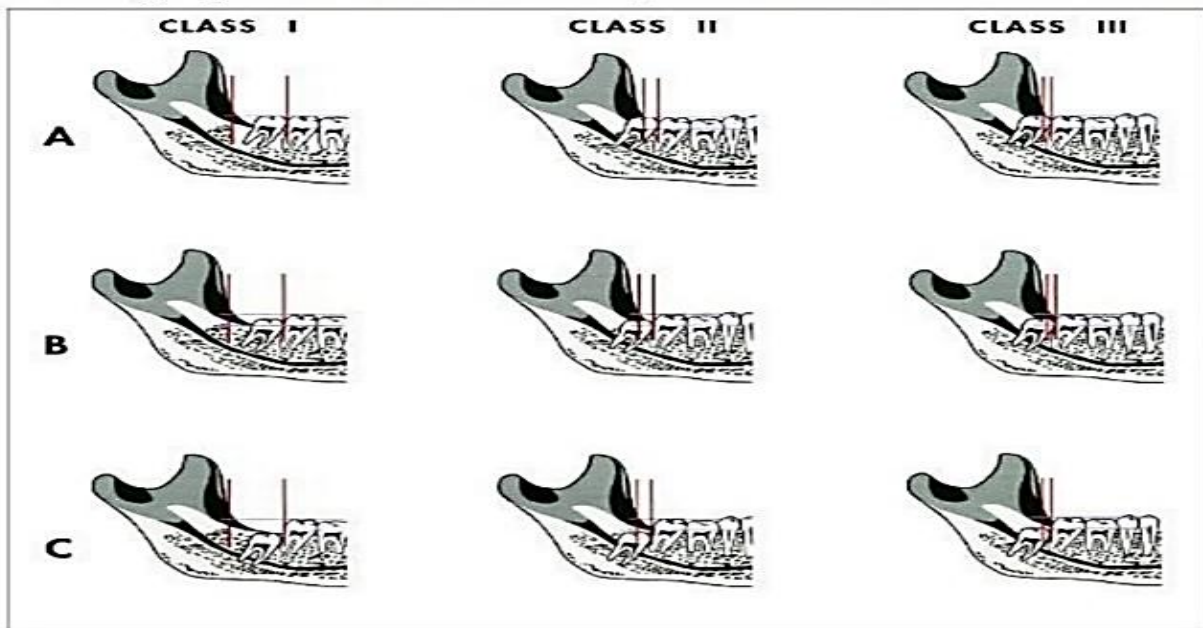


Figure 25 : Classification des troisièmes molaires mandibulaires incluses de Pell et Gregory [28].

Cette classification de Pell et Gregory a été étudiée par GARCIA-GARCIA et coll., en 2000 [29] : leurs résultats démontrent que cette dernière est insuffisante pour prévoir les difficultés d'avulsion des dents de sagesse mandibulaires dans les cas d'inclusion en position verticale. Les auteurs concluent donc que cette classification ne revêt que peu d'intérêt en clinique.

Une autre méthode pour juger la profondeur d'inclusion de la troisième molaire consiste, sur la radiographie, à diviser la racine de la deuxième molaire en 1/3. Une ligne horizontale est tracée depuis le point d'application d'un élévateur jusqu'à la deuxième molaire. Si le point d'application se situe dans le tiers coronal, l'extraction sera considérée comme facile ; s'il est situé dans le tiers moyen, la difficulté sera plus grande ; enfin, s'il est situé dans le tiers apical de la deuxième molaire, l'avulsion sera considérée comme difficile.

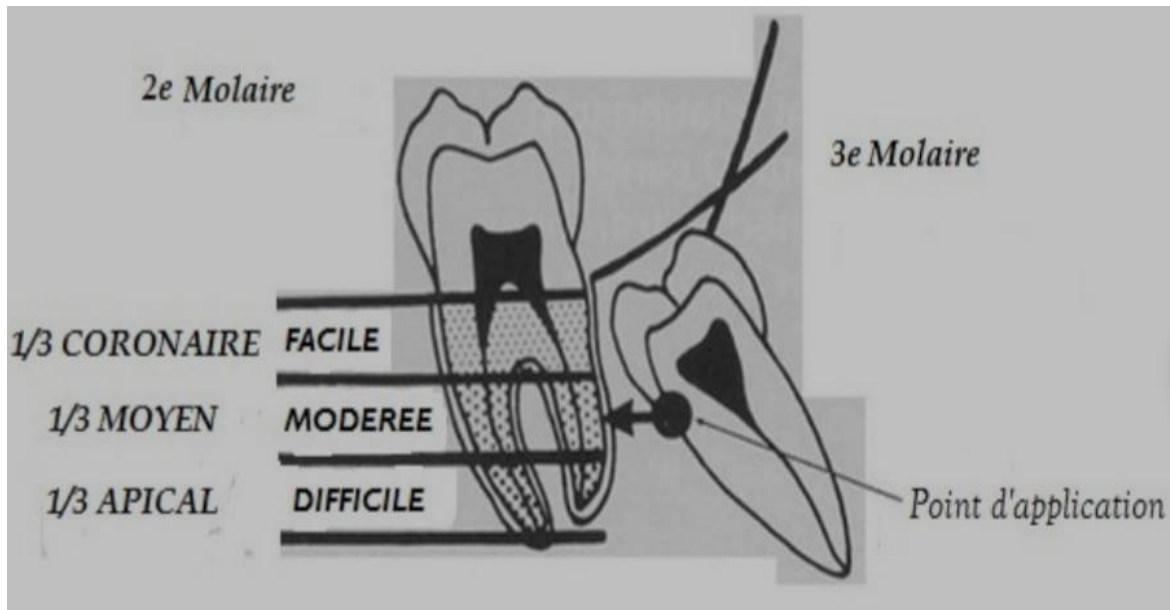


Figure 26: Diagramme illustrant la méthode du calcul de la profondeur d'inclusion en visualisant le point d'application d'un élévateur par rapport à la deuxième molaire (www.exodontia.info)

Notons que plus la dent est profondément placée dans l'os mandibulaire, plus elle risque d'être en rapport avec le nerf alvéolaire.

On combinera ces trois classifications pour déterminer le degré de difficulté opératoire (figure 27).

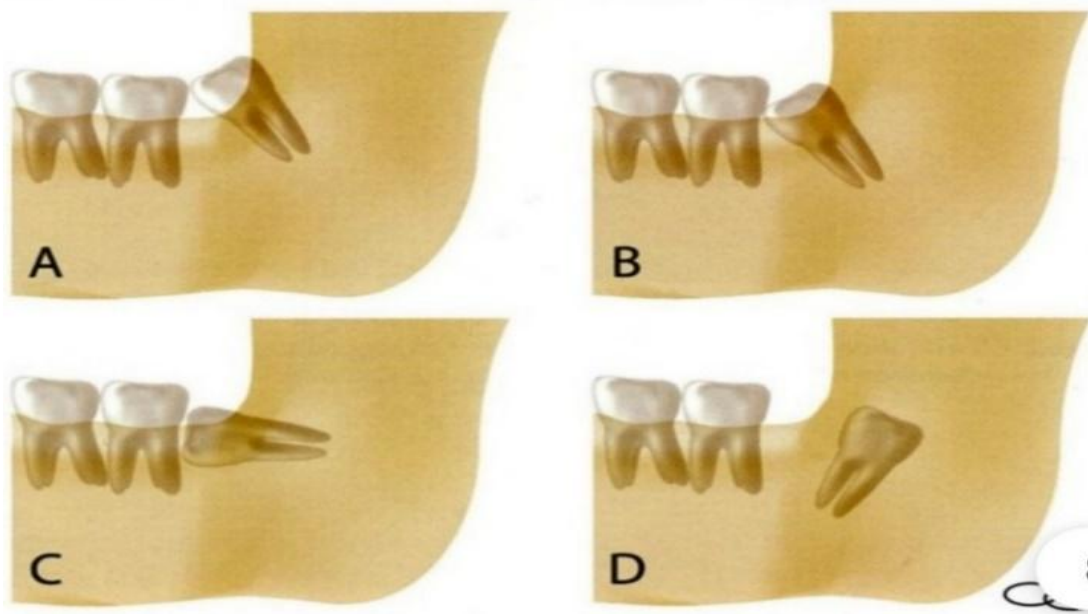


Figure 27: schéma-synthèse des différentes classifications [18].

Détermination du degré de difficulté par la combinaison des trois classifications :

A : Inclusion méso-angulaire de classe 1-A

B : Inclusion méso-angulaire de classe 2-B

C : Inclusion horizontale de classe 2-B

D : Inclusion disto-angulaire de classe 3-C

Enfin, dans le plan horizontal, on peut trouver la dent de sagesse mandibulaire à différentes positions :

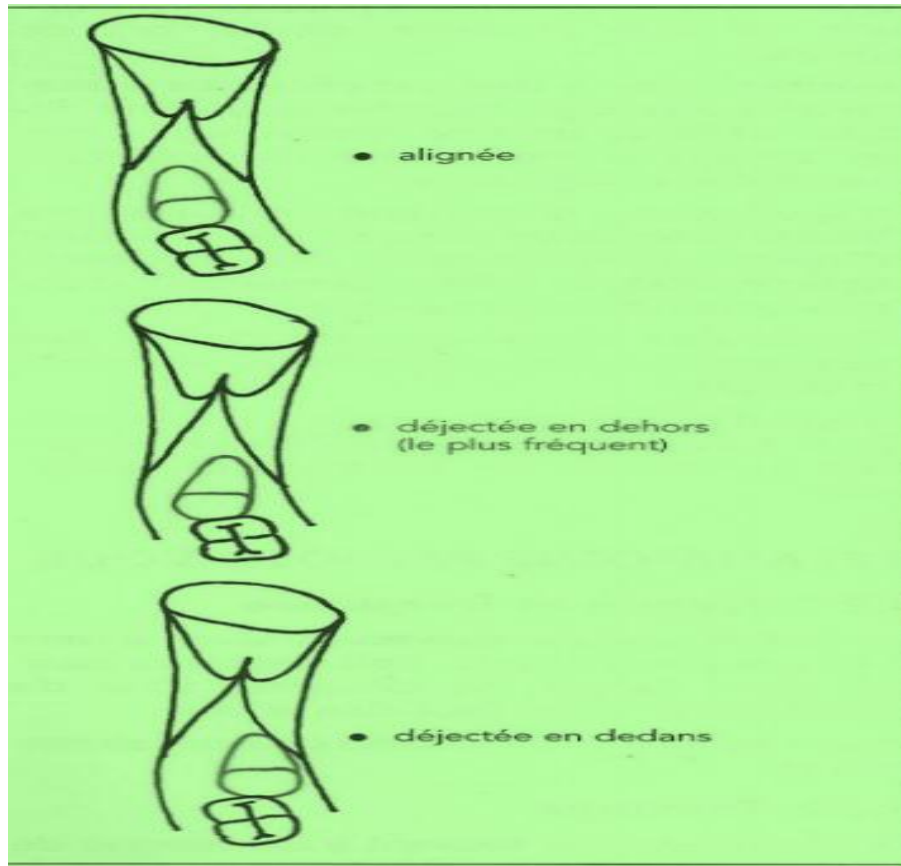


Figure 28 : Situation anatomique de la dent de sagesse inférieure dans le plan horizontal [10].

D'autres études ont été réalisées, notamment celle de MacGregor en 1985 [30], qui évalue radiographiquement la difficulté attendue pendant l'avulsion à partir de 6 critères :

« WHARFE assessement » : -Classification de Winter

- Profondeur d'inclusion dans la mandibule en mm (Height of mandible)
- Angle par rapport à la deuxième molaire
- Forme des racines et développement (Root)
- Taille du sac folliculaire (Follicle size)
- Axe de sortie de la dent (Path of Exit)

Cette classification « WHARFE » plus complète que les précédentes, est cependant jugée trop complexe selon DINIZ-FREITAS et coll. (2007) pour être utilisée au quotidien par les chirurgiens [56].

Nous citerons également les classifications de Pederson (2002) et de Parant (1974) ; ces dernières ne prenant pas en considération certains facteurs comme la densité osseuse, la flexibilité de la joue ou encore du degré de l'ouverture buccale, elles sont jugées peu utiles pour déterminer le degré de difficulté de l'avulsion, toujours selon la même étude [56].

Il existe visiblement de nombreuses classifications qui tentent de prédire les difficultés qui pourront être rencontrées pendant l'intervention. Cependant, aucune d'entre elle ne comporte, de manière complète, tous les critères anatomiques et morphologiques à prendre en compte [55, 56].

En s'inspirant de ces classifications, on peut établir une liste plus fournie des critères cliniques et radiologiques à prendre en compte afin de faire une estimation correcte de la difficulté. La synthèse de ces éléments permettra de fixer les modalités de l'intervention, sous anesthésie locale ou bien sous anesthésie générale.

4. Rappel anatomique de la dent de sagesse

a) Environnement anatomique à la mandibule :

Ses rapports anatomiques sont complexes

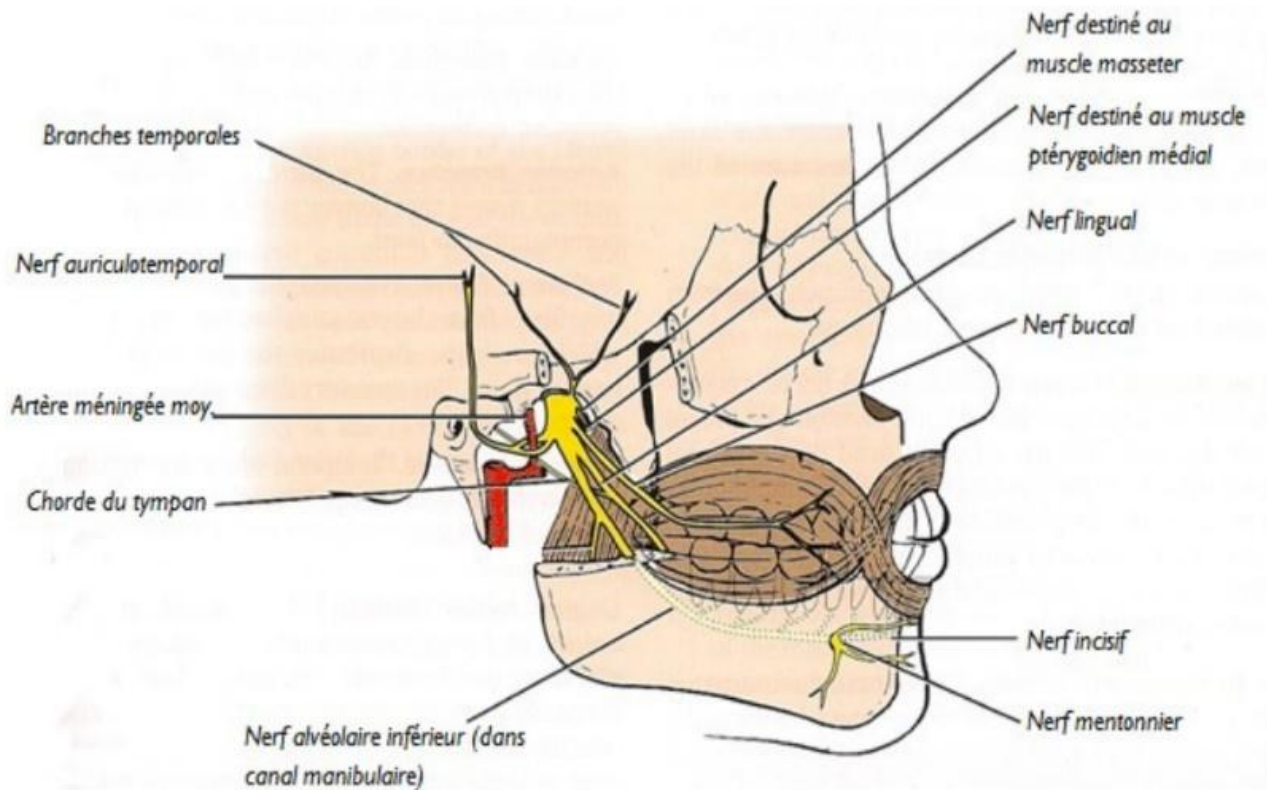


Figure 29: Latérale du nerf mandibulaire droit et ces branches [31].

En avant, la deuxième molaire est le rapport primordial rencontré par la dent de sagesse.

En effet, elle représente un guide dans son évolution normale, ou bien constitue un obstacle plus ou moins infranchissable.

En arrière, c'est la corticale osseuse dense du trigone rétro molaire ou du bord antérieur de la branche montante mandibulaire qui le recouvre parfois en totalité ou en partie. Cela nécessitera alors un fraisage de l'os lors de l'extraction après réalisation d'un lambeau muco-périosté (importance de la radiographie avant l'intervention).

En bas, elle se trouve en rapport avec le canal mandibulaire et son contenu vasculonerveux, ce qui explique les difficultés chirurgicales rencontrées lors des avulsions, et ce d'autant qu'il existe une dysmorphose radiculaire, une malposition ou une inclusion dentaire. Le nerf alvéolaire inférieur est une branche sensitive du nerf mandibulaire, qui lui-même constitue la plus grande branche du nerf trijumeau (Ve paire des nerfs crâniens). Le nerf mandibulaire naît du ganglion trigéminal (ganglion de Gasser), émerge du crâne par le foramen ovale, et se divise après un trajet de 1 à 2 mm en branches terminales, dont le tronc postérieur. Celui-ci se divise ensuite en plusieurs rameaux qui, pour le tronc postérieur (surtout sensitif) seront : le nerf auriculotemporal, le nerf lingual, et le nerf alvéolaire inférieur. Ce dernier chemine à la face interne du muscle ptérygoidien latéral, puis va pénétrer dans la mandibule au niveau du foramen mandibulaire, situé en bas et en arrière de la lingula (antérieurement appelée épine de Spix) accompagné par l'artère et la veine dentaires inférieures. Il a ensuite un trajet intraosseux, dans le canal mandibulaire.

Pour Olivier [32], le canal mandibulaire peut revêtir deux formes :

- soit un conduit parfaitement individualisé au sein du tissu spongieux, à parois épaisses (60 % des cas disséqués) ;
- soit un canal beaucoup moins bien individualisé, les différents éléments vasculonerveux semblant se frayer un chemin irrégulier (40 % des cas).

La plupart des auteurs décrivent ce canal comme unique mais quelques observations indiquent que, dans moins d'1 % des cas, il peut être dédoublé, un canal collatéral pouvant être présent [33].

Dans ce canal mandibulaire, le nerf cheminera avec les vaisseaux dentaires inférieurs fournissant au passage plusieurs collatérales, dont les rameaux dentaires inférieurs. Ils naissent dans le canal et sont destinés aux racines des dents molaires et prémolaires mandibulaires, à l'os alvéolaire qui les entoure et à la gencive linguale. Le canal mandibulaire poursuivra son chemin jusqu'au foramen

mentonnier situé soit à l'apex de la deuxième prémolaire, soit entre les apex des deux prémolaires. En ce point le nerf alvéolaire inférieur se divise en deux branches terminales : le nerf mentonnier et le nerf incisif.

Des deux branches terminales, le nerf mentonnier traverse le foramen mentonnier et se résout en de nombreux rameaux terminaux, destinés à la gencive vestibulaire de la première prémolaire à l'incisive centrale, à la muqueuse de la lèvre inférieure ainsi qu'à la peau de la lèvre inférieure et du menton. Le nerf incisif se porte en avant et donne des rameaux à la canine, aux incisives et à l'os alvéolaire qui les entoure [34].

Les neuropathies mentonnières sont parfois très peu symptomatiques ; à l'inverse, elles peuvent constituer de réelles gênes. Il n'y a pas d'anomalies motrices. Il s'agit essentiellement du signe de Vincent, avec troubles sensitifs dans le territoire du nerf alvéolaire inférieur (paresthésie, dysesthésies, douleurs, hypo ou anesthésie...). Des complications locales peuvent également être observées : plaies, ulcérations, incontinence salivaire, difficulté d'élocution...

La neuropathie iatrogène peut ainsi être observée après l'extraction de la troisième molaire mandibulaire. Elle est liée à un traumatisme direct ou indirect du nerf alvéolaire inférieur, dont la fréquence de survenue est de l'ordre de 0,68 à 4,4% pour BLONDEAU (1994) [35]. Pour REYSCHLER (2002) [36], l'hypoanesthésie ou l'anesthésie du nerf alvéolaire inférieur surviendrait dans 2 à 6% des cas. L'évolution à moyen et long terme est variable selon les auteurs : la neuropathie est le plus souvent temporaire (en cas de contusion du nerf par exemple), mais est parfois définitive, comme c'est le cas si le nerf est sectionné. Toujours selon REYSCHLER, la lésion du nerf est définitive dans 1% des cas.

Signalons que la simple « décompression » du nerf par l'avulsion peut entraîner de très légères et très transitoires paresthésies.



Figure 30: Dent de sagesse mandibulaire incluse dont les apex sont en relation interne avec le trajet du nerf alvéolaire inférieur [18].

Les rapports de la DS mandibulaire avec le canal mandibulaire varient selon les auteurs :

-Selon Parant [PARANT M, 1991], le pédicule vasculo-nerveux passe généralement en dedans de la région de la dent de sagesse en croisant en X le plan de la branche horizontale pour devenir de plus en plus externe et aboutir au foramen mentonnier. Toujours selon lui, le canal mandibulaire chemine en moyenne à 2.5 mm en dessous des racines de la 3^{ème} molaire.

L'une de ses études schématise les rapports de la DS mandibulaire avec le nerf alvéolaire inférieur, décrivant ainsi sept possibilités (cf. figure 31)

- 1) Le canal est centré dans l'axe de la mandibule et à distance (5-6 mm) de la région apicale
- 2) Le canal est linguale par rapport à la racine
- 3) Le canal se situe plus ou moins du côté vestibulaire de la racine, une dépression ou coudure radiculaire pouvant s'observer en regard du canal

- 4) Le canal se situe plus ou moins du côté lingual de la racine, une dépression ou coudure radulaire pouvant s'observer en regard du canal
- 5) 6) Le canal emprunte la région apicale de la racine
- 7) Le canal perfore la racine ; ce cas serait observé dans 1 cas sur 800 selon Drage.

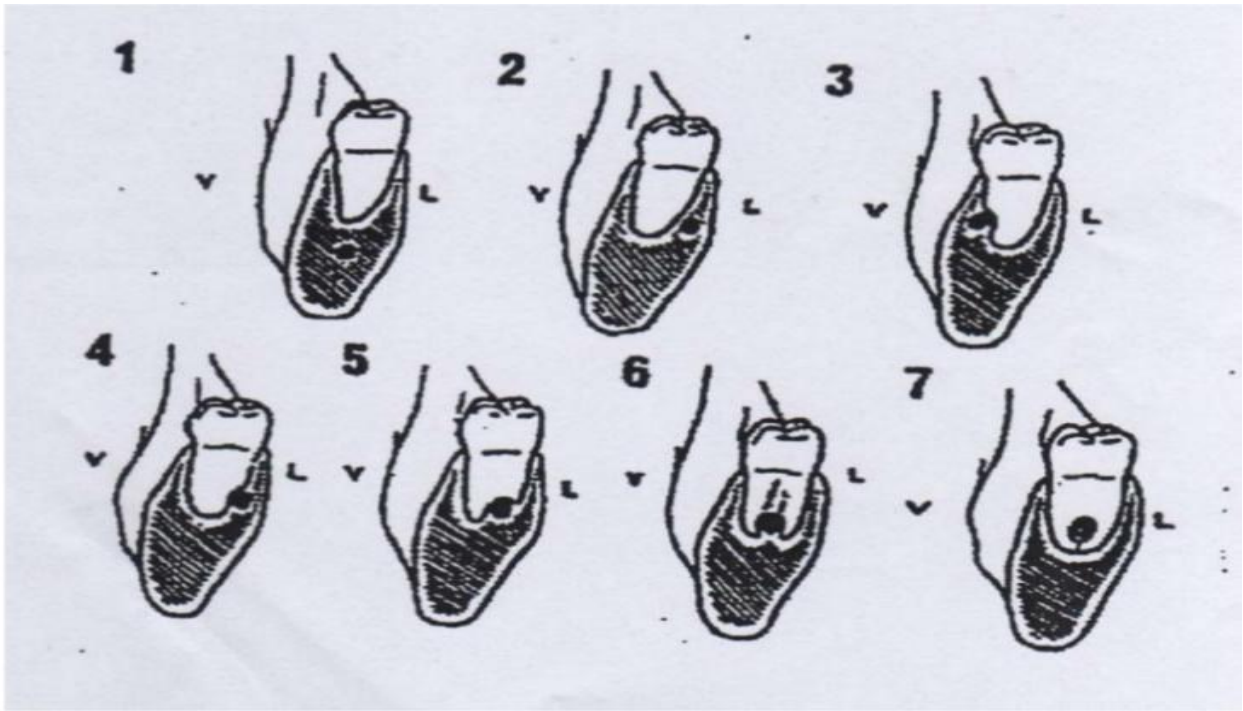


Figure 31: Positions du canal mandibulaire selon Parant [37].



Figure 32 : Schéma montrant les différents rapports possibles entre le nerf alvéolaire inférieure et les racines de la dent de sagesse dans le sens vestibulo-lingual [19]



Figure 33: Photographie visualisant le passage du canal mandibulaire à travers la racine d'une dent de sagesse, coupée pendant l'intervention puis reconstituée postérieurement. (Photographie du Dr Viennet)



Figure 34 : Photographie montrant le trajet interradiculaire du canal mandibulaire dans la zone apicale d'une dent de sagesse. (Photographie du Dr Viennet)

-Obradovic et al (1993) [26] quant à eux, ont affirmé que la distance moyenne entre les apex de la racine distale de la dent de sagesse mandibulaire et le canal mandibulaire serait de 1.82mm.

-ROOD et SHEHAB (1990) [38] ont relevé 7 signes sur radiographies panoramiques ou rétro-alvéolaires pouvant être prédictifs d'une proximité étroite canal alvéolaire/ dent de sagesse :

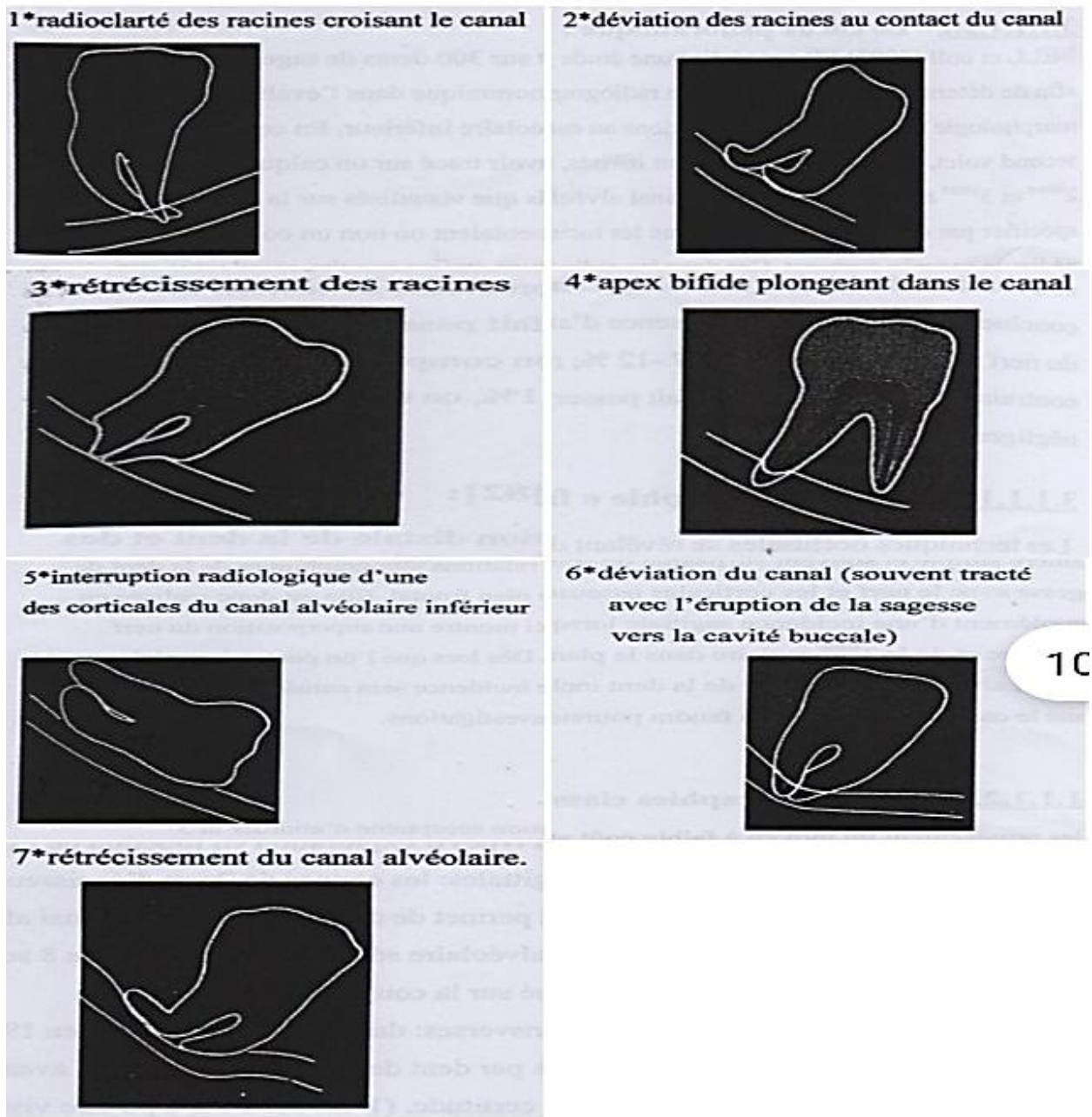


Figure 35: Signes radiologiques de la proximité de la dent de sagesse mandibulaire avec le canal mandibulaire d'après Roob et Shehab [37].



Figure 36: Cliché mettant en évidence un rétrécissement du canal mandibulaire en regard de la dent de sagesse. (Radiographie du Dr Viennet)

Un autre signe pourra être une racine masquée par superposition du canal mandibulaire.

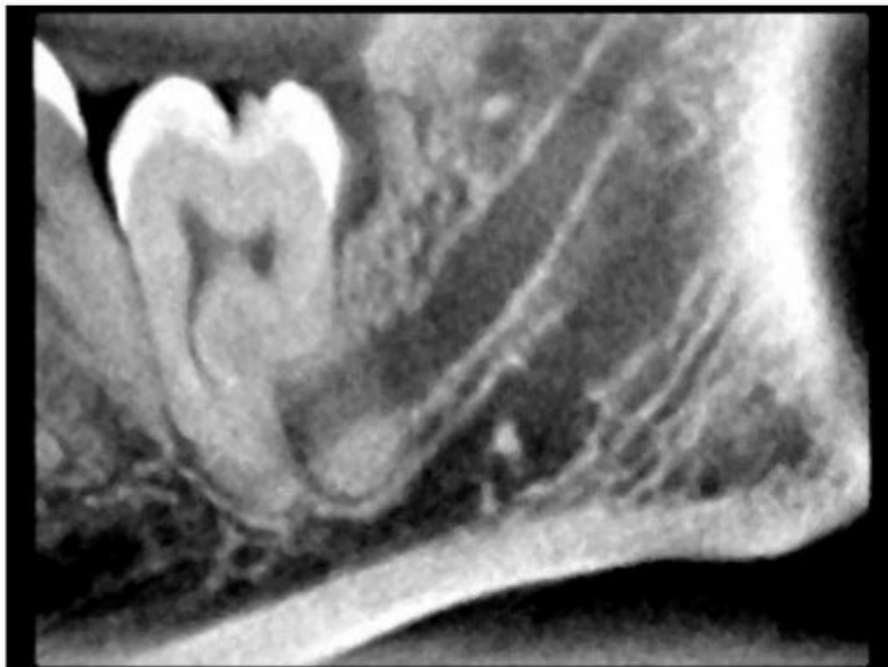


Figure 37: Cliché issu d'un examen à faisceau conique mettant en évidence le trajet du canal mandibulaire entre les racines d'une 38. (Radiographie du Dr Viennet)

En haut, elle est en rapport avec son homologue antagoniste ; en cas de rétention ou d'inclusion, elle n'est pas recouverte par de l'os alvéolaire (spongieux), mais par un os compact (cortical) dans la zone appelée trigone rétro molaire.

En dehors, la DS est classiquement à distance de la corticale externe et ce, d'autant plus qu'elle est évoluée sur l'arcade. L'angle mandibulaire est recouvert par la puissante sangle massétérine et les espaces de glissement cellulieux situés au contact de la face externe de la branche montante mandibulaire.

En dedans, la dent de sagesse est en relation plus ou moins intime avec la corticale interne sur laquelle est plaqué le nerf lingual.

Le nerf lingual accompagne le nerf alvéolaire inférieur sur un à trois millimètres. Il est, comme lui, compris entre le fascia inter-ptérygoïdien et le muscle ptérygoïdien médial en dedans, et le muscle ptérygoïdien latéral et la branche montante en dehors. Dans certains cas, il peut être très haut situé, et risquer parfois de passer sur le trigone rétro molaire.

Son trajet est oblique, descendant presque verticalement en avant et en dedans. Lorsque le nerf lingual quitte le bord antérieur du muscle ptérygoïdien latéral, sa direction se porte vers l'avant et il chemine sous la muqueuse du sillon gingivo-lingual, en passant au-dessus du bord supérieur de la glande sub-mandibulaire. Il est alors situé dans la partie postérieure du creux sublingual et il est appliqué à la table interne du corps mandibulaire [39]. Il est situé très proche de la corticale linguale du site de la troisième molaire, parfois même dans 14% des cas, au-dessus de cette corticale [40]. Le nerf lingual descend ensuite sur la face médiale de la glande submandibulaire, croise le conduit sub-mandibulaire de dehors en dedans, et ce en passant au-dessous de lui. Le nerf lingual plonge alors dans la langue où il se distribue.

Un de ces rameaux descend sur le muscle hyoglosse et s'anastomose avec le nerf hypoglosse. Le nerf lingual donne des rameaux pour la muqueuse du pilier antérieur du voile du palais et les amygdales. D'autres encore rejoignent la glande

sub-mandibulaire et la glande sublinguale par l'intermédiaire des ganglions submandibulaire et sublingual, d'où partent les filets nerveux destinés aux glandes correspondantes.

La blessure du nerf lingual est une complication classique et redoutée d'une avulsion de la dent de sagesse mandibulaire, survenant entre 0,5 et 5,3 % des cas [41, 42]. Plus récemment, l'étude de REYSCHLER en 2002 indique que cette complication surviendrait dans 1% des cas. Elle se traduit par un trouble de la sensibilité de l'hémi-langue homolatérale, plus accessoirement par un trouble du goût concernant les sensations acides ou salées véhiculées par la corde du tympan.

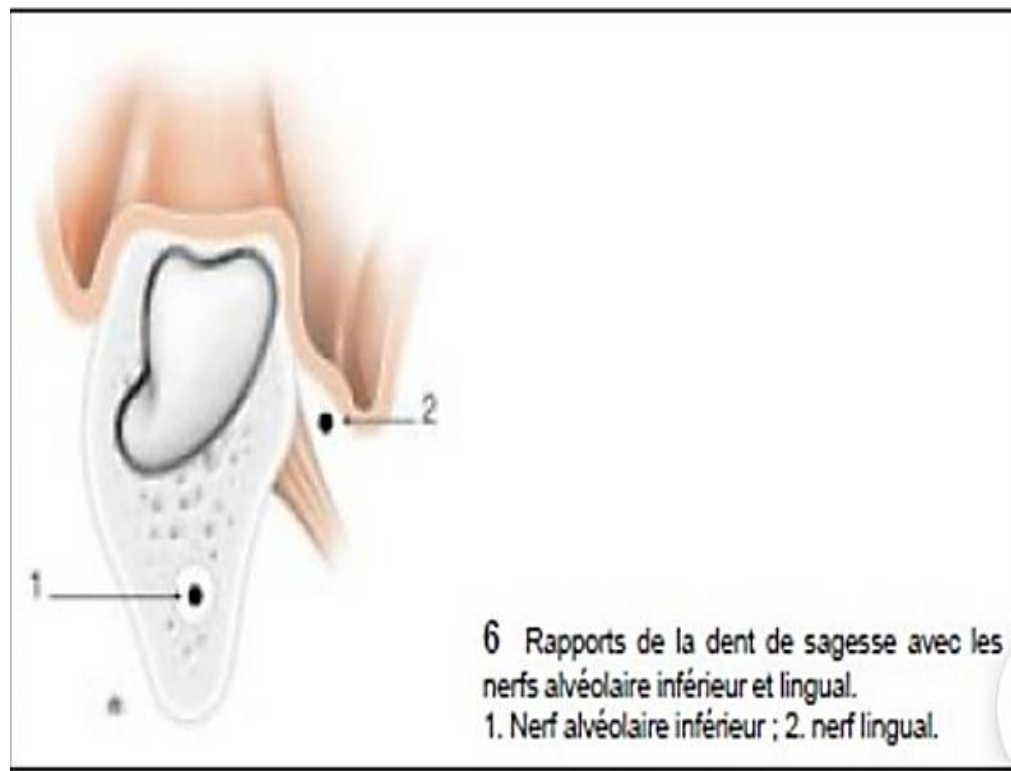


Figure 38: Rapport de la dent de sagesse avec les nerfs alvéolaire inférieur et lingual [19].

Du fait de ces rapports anatomiques, plusieurs types de lésion du nerf lingual sont possibles au cours de l'avulsion de la dent de sagesse mandibulaire :

- Piqûre du nerf lors d'une anesthésie tronculaire, ayant pour conséquence une anesthésie de l'hémi-langue et de la région labio-mentonnière (on aura une récupération simultanée de la sensibilité dans les deux zones)
- Etirement du nerf avec un instrument positionné trop en lingual de l'alvéole
- Irritation du nerf par un fragment de corticale
- Compression par constitution d'un hématome per ou postopératoire (rare)
- Embrochement du nerf par l'aiguille et le fil de suture
- Section partielle (anesthésie incomplète de l'hémi-langue)
- Section complète (anesthésie invalidante de toute l'hémi-langue homolatérale avec perte de goût) ; si elle est constatée pendant l'intervention, il faut procéder à la réparation nerveuse au plus vite [43]. Si le diagnostic de section du nerf lingual est trop tardif, on peut craindre que la réparation chirurgicale soit vaine. C'est pourquoi, si la régénération avec restauration de la sensibilité ne survient pas à la fin du premier mois, une exploration du nerf lingual sous anesthésie générale est à envisagée entre la fin du premier mois et du troisième. En revanche, la sensation de récupération du goût est subjective. Elle est le plus souvent partielle mais peut être complète dans des proportions de 12 à 35% [44].

Il est également important de rappeler qu'en cas de lésion du nerf, le transfert immédiat du patient dans un centre de chirurgie maxillo-faciale spécialisé dans la microchirurgie des nerfs, où les spécialistes poseront l'indication, soit d'une intervention immédiate, soit d'une mise en observation de l'évolution clinique, s'impose [45].

Ainsi, si les avis divergent sur le délai d'attente acceptable avant d'explorer le nerf lingual traumatisé, il est nécessaire de l'aborder chirurgicalement si la récupération sensitive est inexistante. En raison des lésions dégénératives du nerf lésé, un délai inférieur à trois mois paraît préférable pour cette exploration. Un délai d'intervention court et une suture de qualité favorisent la récupération nerveuse surtout si le sujet est jeune et si le nerf ne présente pas de perte de substance [46].

Enfin, ajoutons à cela que les apex de la dent de sagesse mandibulaire se situent sous la ligne d'insertion du muscle mylohyoïdien. De plus, elle est toute proche de l'espace paraamygdalien qui est un carrefour stratégique des régions celluluses cervicofaciales en continuité avec les espaces médiastinaux. Cette situation au sein d'un carrefour de régions anatomiques profondes est à prendre en considération. La diffusion d'une infection, en raison de la position de la DS, peut influencer dans une certaine mesure sur la localisation initiale : tous les espaces communiquent, ce qui rend potentiellement dangereux tout accident infectieux de cette région.

METHODOLOGIES

IV. METHODOLOGIES :

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire-Centre National d'Odontostomatologie (CHU-CNOS) de Bamako.

❖ Présentation du CHU-CNOS :

Le Centre National d'Odontostomatologie (CNOS) est situé dans la commune III du district de Bamako au quartier du fleuve de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger, à l'Est du haut Conseil des Collectivités territoriales, à l'Ouest de l'Agence Nationale pour la promotion de l'Emploi (ANPE), au Sud du centre de perfectionnement et de reconversion (CPR), rue : Raymond POINCARRE, porte : 870.

Il est un Centre Hospitalier spécialisé en Odontostomatologie et demeure la seule structure de 3ème référence au niveau national. C'est donc en son sein que sont regroupés près de 95% des spécialistes de l'art dentaire du Mali. Centre de référence nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 février 1986 et a été érigé en établissement Public à caractère administratif (E.P.A) par la loi N0 92-026/AN-RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu un Etablissement Public hospitalier (EPH) par la loi N0 03-AN-RM du 14 juillet 2003.

Après la signature de la convention Hospitalo-universitaire en 2006 ; l'E.P.H est devenu un Centre Hospitalier Universitaire Centre National d'Odontostomatologie (CHU-CNOS) le 12 Décembre 2006.

Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire. Il s'occupe des missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés en matière d'odontostomatologie ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé en matière de la santé bucco-dentaire ;

•Conduire des travaux de recherche dans le domaine médical au CHU-CNOS [47].
En outre par Décret N°2022-0522/PT-RM DU 01 Sept 2022, le centre national d'Odontostomatologie reçoit la dénomination« **Centre National d'Odontostomatologie Professeur Hamady Traoré** »

❖ **Présentation du service chirurgie buccale :**

Le service chirurgie buccale ou chirurgie odontologique a été créé depuis 1986 et s'exerçait dans le cadre d'une activité d'omni-pratique aujourd'hui il comprend 4 cabinets (CB1, CB2, CB3 et CB4).

Les principales activités sont :

- des soins (chirurgical, préventif),
- la formation (encadrement des étudiants de la filière odontostomatologie de la FMOS et de l'INFSS, encadrement des étudiants thésards du service, des stagiaires et participation aux différentes études post universitaire)

Chaque cabinet est dirigé par un chirurgien-dentiste assisté par un assistant médical en odontostomatologie, et d'un aide-soignant.

Le chef de service de chirurgie buccale est un spécialiste en chirurgie buccal.

2. Type et lieu d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective, transversale et descriptive à visé analytique, basée sur les accidents d'évolution de la dent de sagesse mandibulaire dans le service de chirurgie buccale.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de six (6) mois allant de novembre 2021 à Avril 2022

4. Population d'étude :

L'étude a concerné tous les patients admis au service chirurgie buccale pour accidents d'évolution de la dent de sagesse mandibulaire au CHU-CNOS de Bamako pendant la période d'étude.

5. Echantillonnage :

Notre échantillonnage était de type exhaustif, non probabiliste.

• critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude, tout patient présentant une péri coronarite au niveau d'au moins une dent de sagesse mandibulaire et ayant accepté de participer à l'étude.

• critères de non inclusion :

Nous n'avons pas inclus dans notre étude, tout patient présentant une péri coronarite n'ayant pas accepté de participer à l'étude et ceux dont la fiche d'enquête a été mal remplie.

6. Variables étudiées :

❖ Variables sociodémographiques :

- âge,
- sexe,
- profession,
- ethnie,
- résidence.

❖ Variables cliniques :

- délai de consultation,
- motif de consultation
- habitudes alimentaires,
- antécédent médicaux chirurgicaux,
- degré de trismus,
- hygiène bucco-dentaire :

Bonne= absence de tartre dentaire, langue normale gencive saine et bien rose

Moyenne= gencive saine et rose

Mauvaise= mauvaise haleine, et dépôt de tartre sur toutes les dents gencive tuméfiées ;

- indices parodontaux : l'indice a été défini selon **Ainamo et al. 1982**, cet indice permet d'apprécier le besoin en soin, sans être un examen parodontal en soi (pas de mesure d'indice de plaque),

0= Gencive saine, pas besoin thérapeutique

1= Saignement au sondage, sans présence de poche prophylaxie adaptée au patient

2= Indice tartre, prophylaxie + détartrage

3= Parodontite modérée, prophylaxie + détartrage + débridement radiculaire

4= Parodontite sévère, prophylaxie + détartrage + débridement radiculaire + thérapeutiques complémentaires

- présence de la deuxième molaire,
- la deuxième molaire carieuse,
- présence des dents antagonistes,
- localisation anatomique du quadrant dentaire,
- étiologie,
- accidents infectieux,

❖ **Variables paracliniques :**

- bilan radiographique

❖ **Variable traitement,**

❖ **Variable complication,**

❖ **Evolution.**

7. Procédure et technique de collecte des données :

- **Procédure**

A l'admission des patients, on procédait à un interrogatoire et un examen clinique minutieux. Cet examen se faisait dans un fauteuil dentaire muni d'un scialytique à bon éclairage, et à l'aide d'un plateau métallique contenant un miroir, une sonde dentaire et une précelle. La radiographie panoramique a été réalisée chez la majorité de nos patients.

- **Technique de collecte des données**

Nous avons réalisé une enquête quantitative.

Les supports de données ont été collectés à partir des dossiers médicaux des patients, du registre de consultation des patients et de la fiche d'enquête.

8. Traitement et analyse des données :

Le Microsoft Officiel Word : pour la rédaction.

Microsoft Office Excel : pour les représentations graphiques.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 25.0.

9. Considérations éthiques :

Après avoir été validé notre protocole par le comité d'éthique de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

- Nous avons obtenu le consentement verbal, libre et éclairé de tous nos patients.
- La confidentialité et l'anonymat de nos patients ont été préservés.

10. Retombées scientifiques :

Cette étude nous permettra d'avoir une cartographie des accidents d'évolution des dents de sagesse mandibulaire au CHU-CNOS de Bamako. Au cours de cette étude les patients présentant les accidents d'évolution des dents de sagesse mandibulaire ont bénéficiés des enseignements, conseil par rapport à l'accident et les complications qui en découlent. Ce travail pourra servir à d'autres études.

RESULTATS

V. RESULTATS :

Tableau I: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (année)	Effectif	Fréquence (%)
15-19	27	18,0
20-24	67	44,7
25-29	43	28,7
30-34	11	7,3
35 et plus	2	1,3
Total	150	100,0

La tranche d'âge **20-24** a été la plus représentée soit **44,7% des cas**, avec une moyenne d'âge de **30 ans** et des extrêmes allant de **15 à 45 ans**.

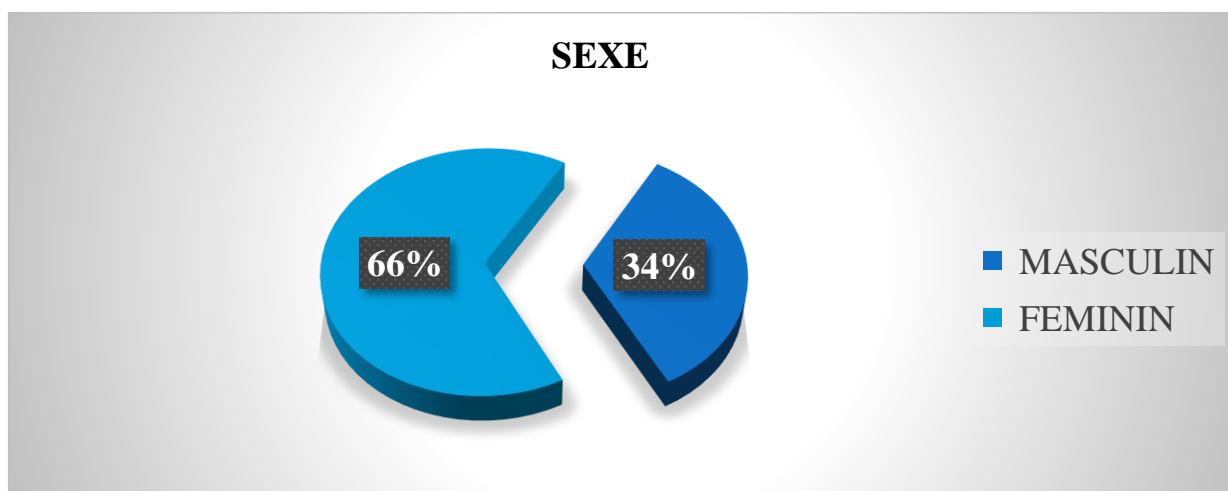


Figure 39 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin a été le plus représenté soit **66%** des cas avec un sex-ratio de **0,51**.

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Femmes au foyer	35	23,3
Etudiants/ Elèves	53	35,3
Fonctionnaires	28	18,7
Commerçants	27	18,0
Couturières	4	2,7
Cultivateurs	3	2,0
Total	150	100,0

Les étudiants /élèves ont été les plus représentés soit **35,3%** des cas.

Tableau III: Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Commune I	10	6,7
Commune II	9	6,0
Commune III	58	38,7
Commune IV	23	15,3
Commune V	24	16,0
Commune VI	17	11,3
Autres	9	6,0
Total	150	100,0

La commune **III** a été la résidence des patients la plus représentée soit **38,7%** des cas. **Autres (9) : Koulikoro (3), Kati (4), Koutiala (2).**

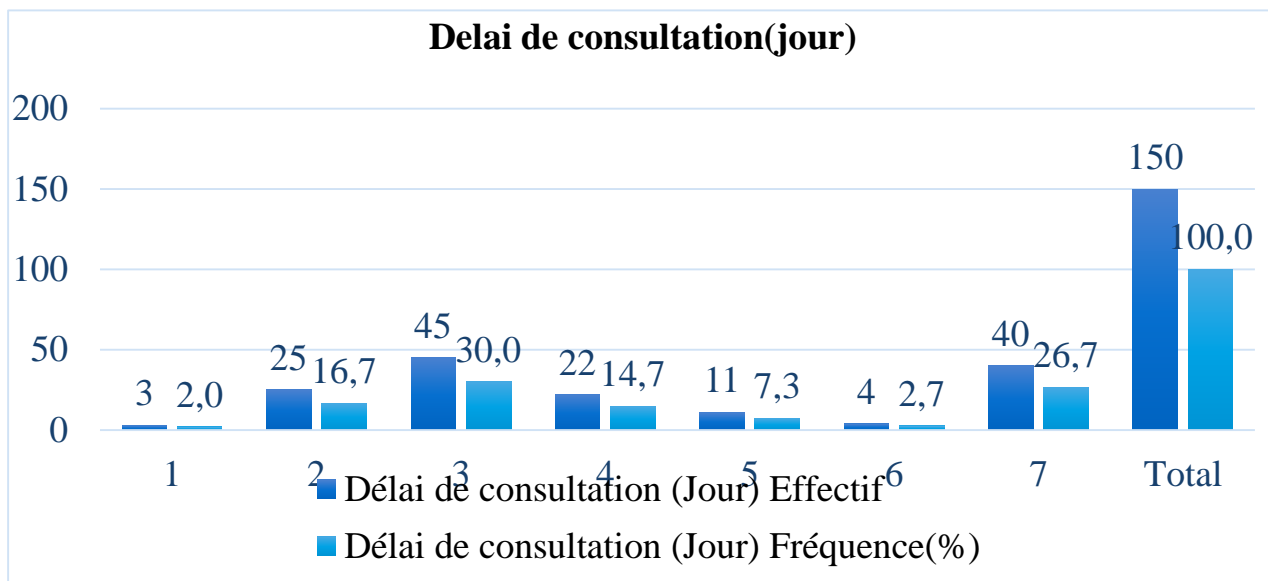


Figure 40 : Répartition des patients selon le délai de consultation

Les patients ayant consultés dans un délai de 3 jours, ont été les plus représentés soit **30,0%** des cas.

Tableau IV : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Fréquence (%)
Douleur	144	96,0
Tuméfaction	2	1,3
Gène	1	0,7
Tuméfaction et Gène Fonctionnelle	1	0,7
Gingivite	2	1,3
Total	150	100,0

Le motif de consultation le plus fréquent a été la douleur soit **96,0%** des cas.

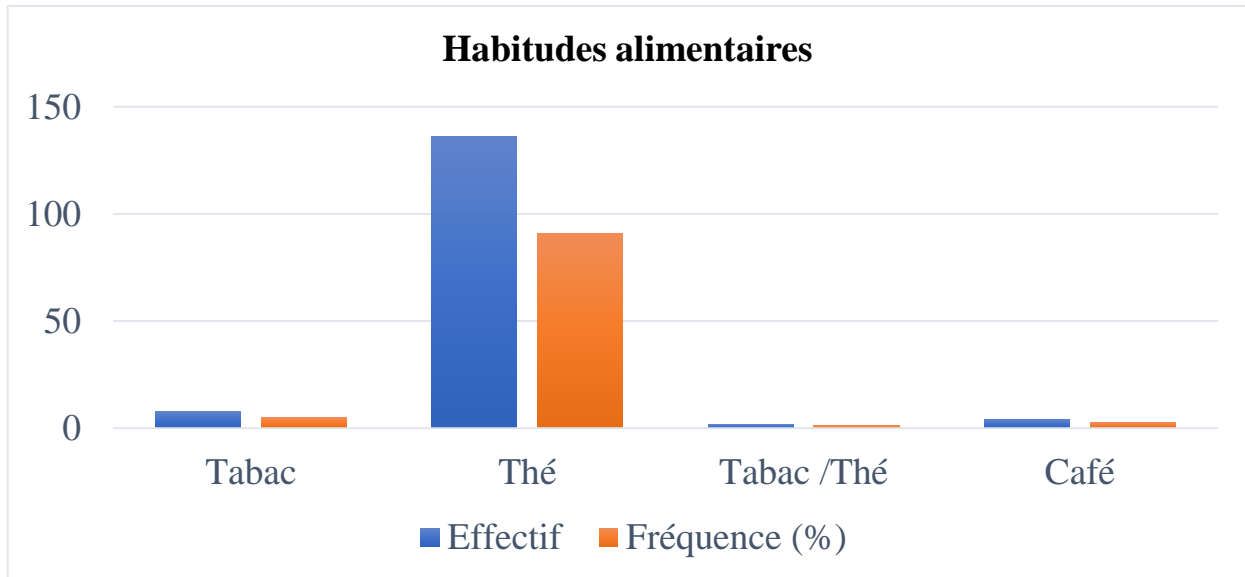


Figure 41 : Répartition des patients selon les habitudes alimentaires

La majorité de nos patients consommaient du thé soit 90% des cas.

Tableau V: Répartition des patients selon l'antécédent médicaux et chirurgicaux

Antécédent Médico-Chirurgical	Effectif	Fréquence (%)
HTA	1	0,7
Allergie	2	1,3
RAS	147	98
Total	150	100,0

La majorité de nos patients n'avait pas d'antécédent médico-chirurgical soit 98% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon le degré du trismus

Degré du trismus	Effectif	Fréquence (%)
Modéré	30	20,0
Intense	4	2,7
Absence du Trismus	116	77,3
Total	150	100,0

Le degré de trismus était intense dans **2,7%**des cas.

Modéré : amplitude d'ouverture buccale entre 10 et 20 mm

Intense : amplitude d'ouverture buccale en dessous de 10 mm

Absence du Trismus : amplitude d'ouverture buccale est environ 35 mm

Tableau VII: Répartition des patients selon l'hygiène buccodentaire

Hygiène bucco-dentaire	Effectif	Fréquence (%)
Bonne	6	4,0
Moyenne	136	90,7
Mauvaise	8	5,3
Total	150	100,0

La majorité des patients avait une hygiène moyenne soit **90,7%**des cas.

Bonne= absence de tartre dentaire, langue normale gencive saine et bien rose

Moyenne= gencive saine et rose

Mauvaise= mauvaise haleine, et dépôt de tartre sur toutes les dents gencive tuméfiées.

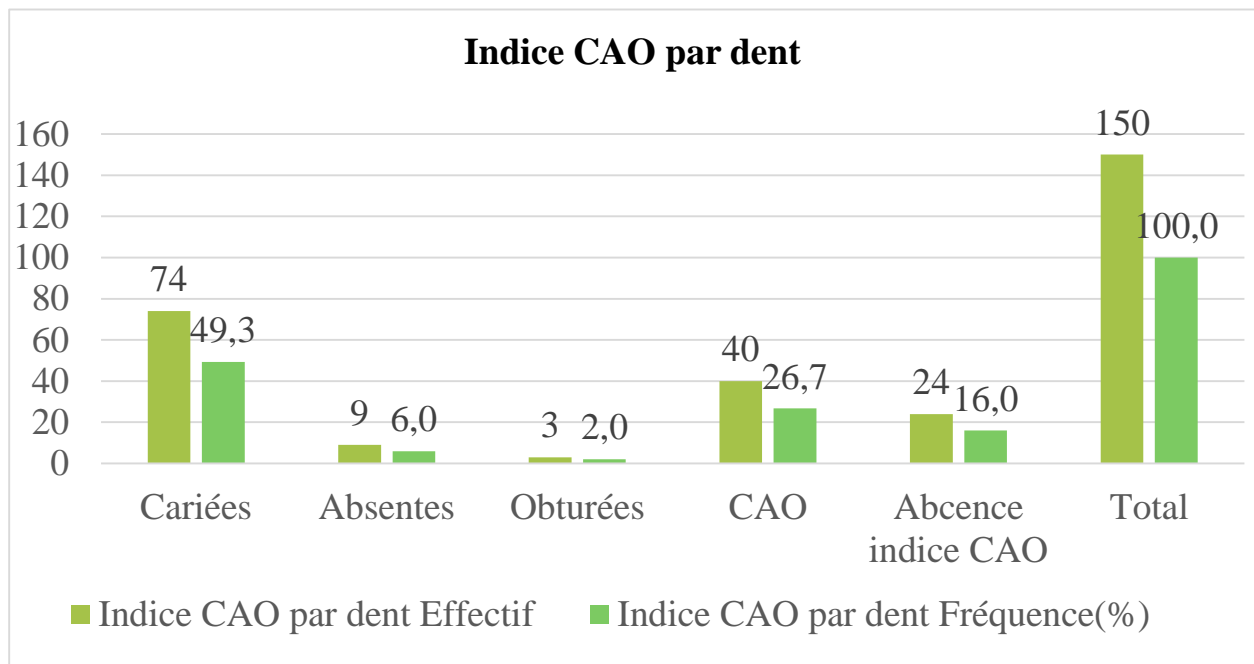


Figure 42 : Répartition des patients selon les indices CAO/DENT

Nombre total de dents CAO = C+A+O= 74+9+3=86

$$\text{Indice de CAO} = \frac{\text{Nombre total de dents CAO}}{\text{Nombre de sujets examinés}} = \frac{86}{150} = 0,57$$

Près de la moitié de nos patients présentaient des dents cariées soit **49,3%** des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les indices de besoin de traitement
(Ainamo et al.1982)

Indices parodontaux	Effectif	Fréquence (%)
0	115	76,7
1	17	11,7
2	119	79,3
3	10	6,7
4	0	0

Indice de tartre a été la plus représentée soit **79,3%** des cas.

0= Gencive saine, pas besoin thérapeutique

1= Saignement au sondage, sans présence de poche prophylaxie adaptée au patient

2= Indice tartre, prophylaxie + détartrage

3= Parodontite modérée, prophylaxie + détartrage + débridement radiculaire

4= Parodontite sévère, prophylaxie + détartrage + débridement radiculaire +
thérapeutiques complémentaires.

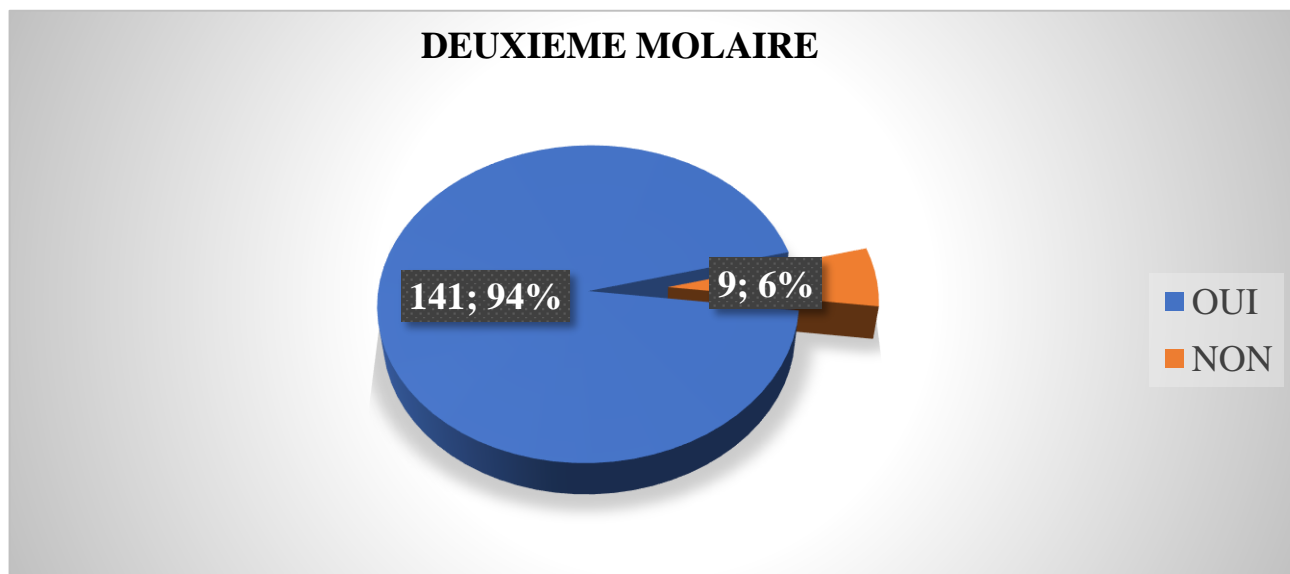


Figure 43 : Répartition des patients selon la présence de la deuxième molaire
La deuxième molaire était présente chez la majorité de nos patients soit **94,0%** des cas.

Tableau IX: Répartition des patients selon la présence de carie dentaire, sur la dent de la deuxième molaire

Présence de Carie sur la Deuxième Molaire	Effectif	Fréquence
Carie sur la Deuxième Molaire	43	28,7
Pas de Carie sur la Deuxième Molaire	98	65,3
Deuxième Molaire Absente	9	6,0
Total	150	100,0

La deuxième molaire était cariée dans **28,7%** des cas

- Les dents antagonistes étaient présentes chez la majorité de nos patients soit **96,0%** des cas.
- La majorité de nos patients ont réalisés la radiographie panoramique soit **84,7%** des cas.

Tableau X: Répartition des patients selon la localisation anatomique du quadrant dentaire

Localisation de l'accident	Effectif	Fréquence (%)
Mandibule côté droit	57	38,0
Mandibule côté gauche	74	49,3
Mandibule côté droit et gauche	19	12,7
Total	150	100,0

La mandibule côté gauche a été la localisation anatomique la plus fréquente soit **49,3%** des cas.

Tableau XI: Répartition des patients selon l'étiologie de l'accident

Etiologie	Effectif	Fréquence (%)
Enclavée	51	34,0
Incluse	8	5,3
Infectieux	91	60,7
Total	150	100,0

L'étiologie la plus fréquente était l'infection soit **60,7%** des cas.

- La péri coronarite a été l'accident infectieux la plus représentée dans **60,7%** des cas.

Tableau XII : Répartition des patients selon le traitement

Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Médical	30	20,0
Médico-Chirurgical	120	80,0
Total	150	100,0

Le traitement était essentiellement médico-chirurgical soit **80,0%** des cas.

Tableau XIII: Répartition des patients selon les types d'anesthésie

Types d'anesthésie	Effectif	Fréquence (%)
Locale	76	63,3
Locorégionale	44	36,7
Total	120	100,0

L'anesthésie locale a été la plus effectuée soit **63,3%** des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon les complications

Complications	Effectif	Fréquence(%)
Pas de Complication	140	93,3
Fracture Coronaire	4	2,7
Trismus	1	0,7
Tuméfaction	1	0,7
Tuméfaction +Trismus	2	1,3
Douleur Post +Trismus	2	1,3
Total	150	100,0

La complication la plus fréquente était la fracture coronaire soit **2,7%** des cas.

➤ L'évolution était favorable chez nos patients soit 98% des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons entrepris une étude prospective et descriptive sur les accidents d'évolution de la dent de sagesse mandibulaire au CHU-CNOS de Bamako à propos de **150** cas sur une période de 6 mois.

➤ **Fréquence**

Dans notre étude qui s'est déroulée du mois de novembre 2021 au mois d'avril 2022 sur les accidents d'évolution des dents de sagesse mandibulaires au CHU-CNOS de BAMAKO, nous avons colligé **150** patients sur **3246** Patients venus en consultation au service de chirurgie buccale soit une fréquence de **4,6%** des cas.

➤ **Tranche d'âge**

Dans notre étude, la tranche d'âge **20-24** a été la plus représentée soit **44,7% des cas**, avec une âge moyenne **30 ans** et des extrêmes allant de **15 à 45 ans**. Notre résultat est conforme à celui d'Agoda et coll[48] qui ont trouvé dans leur étude une tranche d'âge de **20-24** ans soit **45,45%**. Par contre notre résultat est différent de celui de Wendpouire P.L.G et al [49] qui ont trouvé dans leur étude une tranche d'âge de 19 à 29 ans soit **45,56%**. Cette différence pourrait s'expliquer par le choix de l'intervalle de la tranche d'âge. Nos patients avaient un âge extrême de **45** ans qui est conforme à celui de l'étude menée par Agoda et coll[48] qui ont trouvé aussi un âge extrême de 45ans. Cette conformité pourrait s'expliquer par le choix de la période d'étude et de l'intervalle de la tranche d'âge.

➤ **Sexe**

Dans notre étude, le sexe féminin a été le plus représenté soit **66,0 %** des cas. Ce résultat est supérieur à celui d'Agoda et coll[48] soit **59,09%** des cas de sexe féminin. Cette prédominance du sexe féminin pourrait s'expliquer par le taux élevé de la fréquence du genre féminine au service. En effet les femmes sont en général plus soucieuses de leurs santé bucco-dentaire tant sur le plan préventif (hygiène bucco-dentaire) que sur le plan curatif (soins).

➤ **Profession**

Dans notre étude, les étudiants /élèves ont été les plus représentés soit **35,3%** des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Noguia W.Y.G[50]qui a trouvé dans son étude**28,25%** des cas.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les étudiants/élèves constituent une tranche d'âge jeune qui est concernée par les accidents d'évolution de la dent de sagesse et qui s'intéressent de plus en plus relativement à leur état de santé en général et plus particulièrement leur état de santé bucco-dentaire à travers l'internet et les réseaux sociaux.

➤ **Résidence**

Dans notre étude, la commune **III** a été la résidence des patients la plus représentéesoit **38,7%** des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le CHU-CNOS se situe dans la commune III du District de Bamako.

➤ **Le délai de consultation**

Dans notre étude, les patients ayant consultés dans un délai de **3** joursont été les plus représentés soit **30,0%** des cas.Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la majeure partie de la population utilise souvent l'automédication avant de se faire consulter à l'hôpital.

➤ **Le motif de consultation**

Le motif de consultation le plus fréquent a été la douleur soit **97,3%** des cas.Ce résultat est conforme à celui de Noguia W.Y.G [50] soit **98,08%**et celui de Fofana R.K [51] soit **96%**des cas dans leur étude. Cette conformité pourrait s'expliquer par le fait que la douleur reste en général le motif principal de consultation en odontostomatologie et la majeure partie des patients ne viennent en consultation que lorsque cette douleur est insupportable.

➤ **Habitudes alimentaires**

La majorité de nos patients consommaient du thé soit **90%** des cas. En Afrique subsaharienne plus particulièrement au Mali la majeure partie des jeunes ont comme habitude alimentaire le thé.

➤ **Antécédent médicaux chirurgicaux**

Dans notre étude, la majorité de nos patients n'avait pas d'antécédent médico-chirurgical soit **98%** des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que notre échantillon était constitué d'adolescent et de jeunes.

➤ **Le degré de trismus**

Dans notre étude, le degré de trismus était intense dans **2,7%** des cas. Ce résultat est conforme à celui de Wendpouiré P.L.G et al[49] qui ont trouvé dans leur étude **2,3%** de trismus associée à une douleur. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la dent causale est la troisième molaire mandibulaire et plus la dent causale est postérieure plus le trismus est intense ou serré

➤ **Hygiène bucco-dentaire**

Dans notre étude, la majorité des patients avait une hygiène moyenne soit **90,7%** des cas. Cela pourrait s'expliquer par la non visite régulière chez son chirurgien-dentiste, le manque de brossage régulier et la mauvaise technique de brossage.

➤ **Indices CAO/Dent**

Dans notre étude, près de la moitié de nos patients présentaient des dents carieuses soit **49,3%** des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'hygiène bucco-dentaire était moyenne chez la majorité de nos patients

➤ **Indices de besoin de traitement selon Ainamo et Al. 1982**

Dans notre étude, l'indice de tartre a été la plus représentée avec **79,3%** des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'hygiène buccale était moyenne pendant une très longue période à travers le manque de moyen d'hygiène et la mauvaise technique de brossage.

➤ **Présence de la deuxième molaire**

La deuxième molaire était présente chez la majorité de nos patients soit **94,0%** des cas. Cette présence de la deuxième molaire pourrait s'expliquer par le fait que l'hygiène bucco-dentaire était moyenne chez nos patients.

➤ **Présence de carie sur la deuxième molaire**

Dans notre étude, La deuxième molaire était cariée dans **28,7%** des cas. Ce résultat est supérieur à celui d'Agoda et coll [48] qui a trouvé dans son étude 7% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et du degré d'inclinaison de la troisième molaire mandibulaire.

➤ **Localisation de l'accident**

Dans notre étude, l'hémi mandibule gauche(38) a été la localisation la plus fréquente des accidents avec **49,3%** des cas, ce résultat est conforme à celui de l'étude de Drissa M.D[52]qui a trouvé dans son étude**51,16%** des cas, supérieur à celui de l'étude d'Agoda et coll[48] soit **33,6%** des cas et inférieur à celui de l'étude de Noguia W.Y.G [50]soit **59,62%** des cas.Ces résultats pourraient s'expliquer par lesphénomènes physiologiques concernant l'éruption dentaire.

➤ **Etiologie**

Dans notre étude, la péri coronarite a été l'étiologie la plus fréquente soit**60,7%**des cas.Ce résultat est inférieur à celui d'Agoda et coll [48] qui a trouvé dans son étude**69,1%** des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'éruption de la dent de sagesse mandibulaire est généralement accompagnée d'un processus inflammatoire appelé péri coronarite.

➤ **Présence des dents antagonistes**

Les dents antagonistes étaient présentes chez la majorité de nos patients soit **96,0%** des cas.Cette présence des dents antagoniste pourrait s'expliquer par le délai d'éruption normale des dents de sagesse qui est un phénomène physiologique.

➤ Bilan Radiographique

La radiographie panoramique a été l'examen radiographique de base. Elle a été réalisée chez la plupart de nos patients soit 84,7% des cas pour préciser le diagnostic ainsi que les particularités. Ce qui est supérieur aux résultats d'Agoda et coll [48] soit 40,90% des cas et inférieur à celui de l'étude de Noguia W.Y.G [50] soit **92,31%** des cas. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la radiographie panoramique reste le cliché de débrouillage le plus disponible et permet d'avoir une vue d'ensemble des organes dentaires et structures osseuses.

➤ Traitement.

Notre attitude thérapeutique a été plus fréquemment marquée par l'extraction dentaire dans **80,0%** des cas, et médicaux dans **20,0%** des cas, Ces résultats sont supérieurs à ceux d'Agoda et coll [48] soit 38,18% et 9,10% des cas. Ce choix est motivé par plusieurs raisons :

- La consultation tardive de nos patients par ignorance ou négligence et le souci de prévenir les complications éventuelles.
- Le contexte socioéconomique particulier des pays en développement crée des difficultés de suivi thérapeutique et nous oriente plus souvent vers le choix du traitement radical.

Pour le traitement des péri coronarites, notre attitude rejoint celle préconisée à travers la littérature [53, 54].

➤ Types d'anesthésies

L'anesthésie locale a été la plus effectuée soit **63,3%** des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'anesthésie locale est l'anesthésie le plus couramment utilisée par la majeure partie des praticiens pour la prise en charge des cas d'accidents d'évolution de la dent de sagesse.

➤ **Complications**

Dans notre étude les complications ont été observées dans 6,7% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les complications des accidents d'évolution de la dent de sagesse peuvent varier d'un individu à un autre et dépendre du degré d'infection du sac péri coronaire.

➤ **Evolution**

L'évolution était favorable chez nos patients soit 98% des cas. Ce résultat est conforme à celui d'Agoda et coll[48] qui ont trouvé dans leur étude 97 % des cas. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait du respect des consignes et conseils prodigué par les praticiens lors de la prise en charge.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

Les accidents d'évolution de la dent de sagesse restent un problème de santé publique. Une consultation précoce pourrait éviter ou limiter certaines complications qui parfois peuvent engager le pronostic vital du malade. La bonne maîtrise de l'anatomie et des radiographies dentaires par les professionnels de la santé buccodentaire est irrévocable pour une meilleure prise en charge. Une collaboration interprofessionnelle et pluridisciplinaire est nécessaire et indispensable.

2. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous formulons des recommandations

❖ A l'endroit des autorités socio-sanitaires:

- ✓ Renforcer le plateau technique pour améliorer la prise en charge en augmentant le budget alloué au renouvellement du matériel dentaire ;
- ✓ Renforcer la compétence du personnel pour une meilleure prise en charge des extractions des dents de sagesse enclavées ou incluses, en organisant des formations continues pour le personnel soignant ;
- ✓ Renforcer les campagnes de sensibilisations afin de réduire les complications liées aux pathologies affectant les dents de sagesse en réalisant plus de spots publicitaires télévisuels et radiophoniques dans les différentes langues parlées du pays sur la promotion et la prévention de la santé bucco-dentaire.

❖ A l'endroit des chirurgiens dentistes:

- ✓ Utiliser des examens complémentaires (radiographique, biologique) pour un diagnostic précis,
- ✓ Respecter le protocole de prise en charge (prémédication, asepsie, anesthésie, temps chirurgicaux...) pour limiter les complications éventuelles et réduire la convalescence des patients.

❖ A l'endroit de la population:

- ✓ Consulter tous les 6 mois le chirurgien dentiste pour prévenir certaines pathologies et complications liées à ces dernières,
- ✓ Eviter des pratiques néfastes pour la santé bucco-dentaire (fumigation, automédication, autres pratiques traditionnelles etc...)
- ✓ Respecter les règles d'hygiène bucco-dentaires.

❖ A l'endroit des étudiants :

- ✓ Renforcer les compétences par rapport à la prise en charge des dents de sagesse enclavées ou incluses, dans le souci d'améliorer le bien-être des patients et des populations

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références

1. Google: <https://www.em-consulte.com/article/15721/accidents-d-evolution-des-dents-de-sagesse>
2. Dr Bado et coll. centre schneck 73 bd du Maréchal Joffre 92340 Bourge la reine.
3. Douglass AB. Les Urgences Dentaires Ordinaires. American Family Physician 2003 :67 (3) : 511-6.
4. Nitzan DW, Tal O, Sela MN Et Al. Pericoronitis: A Reappraisal Of Its Clinical And Microbiologic Aspect. J Oral Maxillofac Surg 1985 ;43(7) : 510-16.
5. Arakeri G, Bernnan PA. Polyvidone-Iodine : An Anti-Oedematous Agent, Int J Oral Maxillo-Facial Surg 2011;15(4) : 217-23.
6. Chkoura A, EL Wady W, Taleb B. Dent De Sagesse Et Nerf Alvéolaire Inferieur. Revue De Stomatologie Et De Chirurgie Maxillo-Faciale 2011 ; 112(6) : 360-364.
7. FreudlsPergerC, Deiss T, Bodem J, Engel M, Hoffman J. Influence Of Lower Third Molar Anatomic Position On Postoperative Inflammatory Complications. J Oral Maxillo-Facial Surg 2012 ; 70(60) : 1280-5.
8. Korbendau J.M., Korbendau X. Et Coll. L'extraction De La Dent De Sagesse. Editions Quintessence, Collection Réussir, 2001, P48.
9. Davarpanah M. Et Coll. La Chirurgie Buccale : Nouveaux Concepts. RueilMalmaison : Cdp, 2005, 158p
10. Predine-Hug F. Chirurgie De L'inclusion. Les Fascicules D'odontologie, Editions SID, 2003, P12, 15, 18, 20, 30, 33, 61.
11. Cantaloube D., Fusari J.P. Accidents d'évolution des dents de sagesse. Encycl Med Chir, 1991, 12p, Stomatologie, 22-032-E-10.
12. Peron J.-M Accidents d'évolution des dents de sagesse. EMC- Dentisterie, Volume 1, Issue 2, May 2004, p147-158
13. Munier A. Embryologie développement bucco-facial

14. Wolner-Hanssen A.B. et coll. Trajet interradiculaire du nerf alvéolaire inférieur de la dent 38 et dysplasie fibreuse monostotique de la 48 chez le même patient Présentation d'un cas clinique. Rev. Mens. Suisse Odontostomatol, May 2009, Volume 119, Issue 5.
15. Lebeau J. avec le collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillofaciale et stomatologie Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie pour le 2e cycle des études médicales. Elsevier, 2004, p82 et 87.
16. Wilk A. Kystes et tumeurs des maxillaires Module de spécialité Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Plastique Réparatrice, TD III (item 154), 2007-2008
17. S Nitassi et coll : <http://www.mbcjournal.org> ou <http://dx.doi.org/10.1051/mbcb/2009020>.
18. Tarragano H., Missika P. et coll. La chirurgie orale Editions CdP, collection JPIO, 2010, p 53-57
19. Seigneuric J.B., Denhez., Andreani J.F. Et Cantaloube D. Extraction des dents incluses : Dents de sagesse. Encycl. Med. Chir, Paris : Elsevier, Stomatologie/Odontologie, 1999, 10p.
20. Google : <https://www.information-dentaire.fr/formations/prise-en-charge-d'un-kyste-dentigere-par-dcompression>
21. Lezy J.P., Princ G. Pathologie maxillo-faciale et stomatologie. Editions Elsevier/ Masson, 2004 (3e édition), 237p.
22. Google: <https://www.cabinetdentairemelum.fr/dents-de-sagesse>.
23. Ahossi V. Et Coll. Urgences odontologiques EMC (Elsevier /Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-170-A-10, 2007
24. Winter G.B. Impacted Mandibular Third Molar St Louis, American Medical Book, Co., 1926
25. Pell G.J., Gregory G.T. Impacted mandibular third molars; classification and modified technique for removal Dent digest, 1933; 39; 330.

26. Obradovic O. Et Coll. Morphometric analysis of mandibular canal Bull. Group. Int. Rech.Sci. Stomatol.Odontol., 1993; 36 (3-4); 109-113.
27. Meechan J.G ET Cool. Minor Oral surgery in Dental Practice Quint Essentials, 2006, p 45.
28. Wagner K.W. Et Coll. Pathological mandibular fractures following third molar removal. Int. J. Oral Maxillofac. Surg., 2005; 34: 722-6.
29. Garcia Garcia A. Et Coll. Pell- Gregory classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery, 2000, 38, 585-587.
30. Macgregor A. The impacted lower wisdom tooth Oxford: Oxford University press, 1985- pp62, 63.
31. Liebgott B. The Anatomical Basis of Dentistry, third edition. Editions Mosby Elsevier, 2010, p285, 318.
32. Olivier E. Le canal dentaire inférieur et son nerf chez l'adulte. Ann. Anat. Pathol. 4, numero 9, 1927, pp975-987.
33. Russe P. Nerf dentaire inférieur et 3ème molaire mandibulaire Th. : Chir. Dent : Reims, 1984.
34. Rouviere H., Delmas A., Delmas V. Anatomie humaine : descriptive, topographique et fonctionnelle. Tête et cou Editions MASSON, tome 3, 2002, p 293.
35. Blondeau F. Paresthesia: incidence following the extraction of 455 mandibular impacted third molars. J. Can. Dent Assoc., November 1994, 60(11): 991-4.
36. Reyschler H. Complications after third molar extrctions: retrospective analysis of 1213 teeth. Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., 2002, 103, 5, 269-274.
37. SCDPHA-TD-2011-VACELET-JULIE.pdf :<http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg-droi.php>.

38. Rood J.P., Shehab B. The radiological prediction of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, 1990; 28: 20-25.
39. Hodez C., Bravetti P. Imagerie dento-maxillo-faciale par faisceau conique « Cone Beam ». Editions Sauramps médical, 2010, p16, 35 à 37, 41, 48, 54, 55, 162.
40. Behnia H. Et Coll. An Anatomic study of the lingual nerve in the third molar region. *J Oral and Maxillofacial Surgery*, Vol 58, Issue 6, june 2000, p 649-651.
41. Fielding A.F. Et Coll. Lingual nerve paresthesia following third molar surgery: a retrospective clinical study. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path. Oral Radiol. Endod.*, 1997, 84, 345-8.
42. Scrivani S.J. Et Coll. Taste perception after lingual nerve repair. *J Oral Maxillofac. Surg.*, Jan 2000, 58 (1) : 3-5.
43. Robinson P.P. Et Coll. Current management of damage to the inferior alveolar and lingual nerves as a result of removal of third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2004, 42; 285-292.
44. Hillerup S. Et Coll. Repair of the lingual nerve after iatrogenic injury: a follow-up study of return of sensation and taste. *J Oral Maxillo-facial. Surg.*, oct 1994; 52 (10): 1028-31.
45. Horch H.H. *Chirurgie buccale*. Editions Masson, 1997, 327p.
46. Yachouh J., Jammet P., Bensaha T. And Goudot P. Lésions du nerf lingual lors de l'extraction d'une dent de sagesse inférieure : Plaidoyer pour une intervention précoce. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*, Nov 2006, Volume 107, Issue 5, p 393-396.
47. Maiga A. *Communications Bucco-Sinusiennes Au CHU-CNOS De Bamako : A Propos De 12 Cas*. [Bamako] ; 2019.
48. Dr AgodaPalakinaBp 05 Bp 339 Lomé –Togo Tél /Fax : 00228/ 225 14 41 Cel : 904 61 68 E-mail : agodagere@yahoo.fr

49. Wendpouiré P.L.G et al. Accident d'évolution des dents de sagesse au centre hospitalier universitaire yalgadoouedraogo de ouagadougou : Aspect épidémiologie et diagnostiques article 2009-2016.
50. Noguia W.Y.G Extraction des dents de sagesse mandibulaires enclavées ou incluses au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako : thèse 2013-2014.
51. Fofana R.K Extraction dentaire dans l'unité d'odontologie du centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako : thèse 2018-2019.
52. Drissa M.D Extraction des dents de sagesse incluses ou enclavées au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHUOS de Bamako :123 cas : thèse chir dent Faculté de Médecine et d'odontostomatologie du Mali. Année 2013.
53. Hachard H. Jean louis - révision accélérée en odonto-stomatologie Ed. maloine. Paris 1988.
54. Hassin Michel, Alep A .Lantar -Les accidents d'évolution des dents de sagesse sont fréquents et parfois graves ; La revue du praticien, Tome 12 N° 438 du 16 Nov 1998.
55. Almendros-Marques N., Berini-Aytes L., Gay-Escoda C. Evaluation of intraexaminer and interexaminer agreement on classifying lower third molars according to the systems of Pell and Gregory and of Winter. J. Oral Maxillo-fac. Surg., mai 2008; 66(5): 893-9.
56. Diniz-Freitas M. Et Coll. Pederson scale fails to predict how difficult it will be to extract lower third molars. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 45, Issue 1, January 2007, p 2326.

ANNEXES

IX. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Q1 Numéro de la fiche :

Q2 Numéro du dossier :

Q3 Age :

Q4 Sexe : 1 : Masculin 2 : Féminin

Q5 Profession :

Q6 Ethnie 1 : Bambara 2 : Peulh 3 : Soninké 4 : Dogon 5 : Senoufo
6 : Autres

Q7 Résidence : 1 : Commune I 2 : Commune II 3 : Commune III 4 : Commune
IV

5 : Commune V 6 : Commune VI 7 : Autres

Q8 Délai de consultation 1 : jour 2 : mois..... 3 : année.....

Q9 Motif de consultation 1 : Douleur 2 : Tuméfaction et gêne fonctionnelle
3 : Gingivite 4 : Gène 5 : Tuméfaction 6 : Autres

Q10 habitudes alimentaires : 1 : alcool 2 : Tabac 3 : Thé 4 : Tabac/Thé 5 :
Café

6 : Autres

Q11 Antécédents médicaux et chirurgicaux : 1 : HTA 2 : Diabète 3 : Allergie
4 : Autres.....

Q12 Trismus : 1 : Modéré 2 : Intense 3 : Absence de trismus

Q13 Hygiène Bucco-dentaire : 1 : Bonne 2 : Moyenne 3 : Insuffisante

Q14 Indice CAO/Dent :

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

Q15 Indices parodontaux :

0= gencive saine.....

1= saignement au sondage

2=indice de tartre.....

3= parodontale modérée.....

4= parodontite sévère.....

Q16 Présence de la deuxième molaire : 1 : Oui 2 : Non

Q17 Présence de carie dentaire sur la deuxième molaire :

1 : Carie sur la deuxième molaire 2 : Pas de carie sur la deuxième molaire

3 : Deuxième molaire absente

Q18 Présence de dents antagonistes : 1 Oui 2 Non

Q19 Examen(s) radiologique(s) réalisé(s) :

Q20 Localisation Anatomique du Quadrant Dentaire : 1 : Mandibule côté droit

2 : Mandibule côté gauche 3 : Mandibule côté droit et gauche

Q21 Etiologie : 1 : Enclavée 2 : Incluse 3 : Ectopique 4 : infectieux

5 : Autres (traumatisme ou dents antagonistes)

Q22 Les accidents infectieux :

Q23 Traitement : 1 : Médical : 2 : Chirurgical 3 : Médico-chirurgical

Q24 Types d'anesthésie : 1 : Locale 2 : Locorégionale 3 : Générale

Q25 Complications : 1 : oui 2 : Non

Si Oui Préciser le type :

Q26 Evolution : 1 : favorable 2 : Non favorable

FICHE SIGNALETIQUE :

Noms : DIARRA

Prénoms : ABDOUL KASSIM

Nationalité : Malienne

Contact : (+223)73490513

E-MAIL : abdoukassimdiarra2@gmail.com

Année Universitaire : 2020-2021

Pays d'origine : MALI

Titre de la Thèse : Accidents d'évolution des dents de sagesse mandibulaire au service chirurgie buccale du CHU-CNOS de BAMAKO: A PROPOS DE 150 CAS.

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Bibliothèque CHU-CNOS.

Secteur d'intérêt : Santé Publique, Odontostomatologie.

RÉSUMÉ :

Les accidents d'évolution des dents de sagesse sont fréquents en milieu hospitalier. Les formes compliquées sont beaucoup observées dans nos milieux défavorisés à cause d'une couverture sociale insuffisante. Une étude réalisée au CHU-CNOS de Bamako sur 150 patients avait pour but d'étudier les accidents d'évolution des dents de sagesse mandibulaires. Notre étude prospective allait de la période de novembre 2021 à avril 2022. Les patients de la tranche d'âge de 20- 24 ans (47,7 %) d'une part et ceux du sexe féminin de l'autre (66,0 %) sont les plus affectés. Les principaux accidents d'évolution de la dent de sagesse mandibulaire enregistrés sont la péri coronarite (60,7 %) et l'enclavement (34,0 %).

Le traitement est médical (20,0 %) ou chirurgical (80,0 %). Ces pathologies peuvent entraîner des complications telles que la cellulite mandibulaire d'où la nécessité du dépistage et de la prise en charge précoces.

Mots-clés : Accident d'évolution - Dent de sagesse mandibulaire.

SUMMARY:

The accidents of evolution of the wisdom teeth are frequent in hospital environment.

Complicated forms are observed a lot in our underprivileged areas because of insufficient social security coverage. A study carried out at the CHU-CNOS in BAMAKO on 150 patients aimed to study the devolution accidents of mandibular wisdom teeth. Our prospective study ran from November 2021 to April 2022. Patients in the 20-24 age group (47, 7%) on the one hand and those of the female sex on the other (66, 0%) are the most affected. The main accidents of evolution of the mandibular wisdom tooth recorded are pericoronitis (60, 7%) and entrapment (34, 0%). Treatment is medical (20, 0%) or surgical (80, 0%). These pathologies can lead to complications such as mandibular cellulitis, hence the need for early detection and treatment.

Keywords: Evolution accident-Mandibular wisdom tooth.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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 !