



Les dents de sagesse

FEUILLET D'INFORMATION

Les dents incluses

Le terme « dent incluse » désigne une dent qui n'a pas terminé son éruption en bouche dans un délai normal. Comme elles sont les dernières à faire éruption en bouche, les troisièmes molaires inférieures et supérieures, communément appelées « dents de sagesse », sont sans contredit les dents les plus souvent incluses. Les statistiques indiquent que 95 % des troisièmes molaires qui doivent faire éruption l'auront déjà fait avant l'âge de 24 ans. Compte tenu de leur position dans la bouche, ces dents sont souvent inutiles à la mastication. En effet, soit à cause d'une éruption partielle ou à cause d'une inclusion totale en raison d'un manque d'espace, elles ne peuvent pas être fonctionnelles. Il est estimé que seulement 5 % de la population a l'espace requis pour accueillir quatre dents de sagesse qui seront fonctionnelles et saines.



Si les indications pour une extraction en cas de symptômes sont évidentes, il en va autrement en situation asymptomatique. Le jugement clinique du dentiste est nécessaire afin de déterminer si l'extraction préventive des troisièmes molaires incluses peut s'avérer bénéfique pour le patient. Pour cela, l'évaluation préopératoire du patient, les indications et les contre-indications quant à l'extraction des dents ainsi que les risques et complications pouvant survenir après l'opération doivent être pris en considération. Chose certaine, on ne doit pas attendre qu'une dent incluse cause problème avant de l'enlever, car les risques de complications et de séquelles ainsi que le degré de difficulté de la chirurgie augmentent chez les patients âgés de plus de 30 ans.

Les indications et les contre-indications relatives à l'extraction des troisièmes molaires

Il est indiqué, entre autres, de procéder à l'extraction de ces dents afin de prévenir ou de traiter soit une périoronite (irritation des tissus

mous entourant la dent en éruption), soit une pathologie dentaire (carie de la deuxième ou de la troisième molaire), soit une pathologie parodontale, c'est-à-dire tout ce qui concerne les tissus de support de la dent (gencive et os), ou lorsqu'on observe des dommages à la dent voisine (résorption). En contrepartie, l'extraction des troisièmes molaires incluses asymptomatiques est contre-indiquée chez les patients âgés de plus de 30 ans, car les risques de complications et de séquelles augmentent avec l'âge. Cette procédure est également contre-indiquée lorsqu'il y a présence de dommages imminents pour les structures adjacentes.

Planification préopératoire

Afin de ne pas compromettre la santé du patient lors de la chirurgie, le dentiste doit effectuer une bonne évaluation de son état de santé. Les évaluations cliniques et radiologiques revêtent aussi un caractère particulier. En effet, le rapport entre la dent incluse et la dent voisine, voire sa position dans l'os des mâchoires de même que la présence de structures adjacentes, comme le sinus maxillaire et le paquet vasculo-nerveux inférieur (nerf dentaire inférieur, nerf lingual), sont des éléments déterminants dans la planification de l'extraction d'une troisième molaire incluse. On comprendra la nécessité de prendre des radiographies de très bonne qualité, car c'est à partir de ces dernières que la position de la dent est évaluée.

(Figures 1 à 7)

POSITION DES DENTS

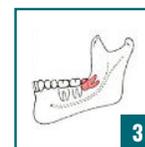
Selon l'axe long de la dent au maxillaire inférieur



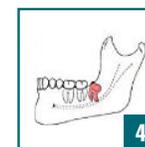
Mésio-angulée
(45 %)



Verticale
(40 %)

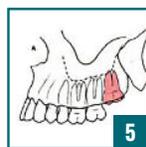


Horizontale
(10 %)

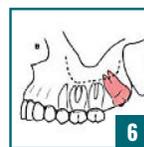


Disto-angulée
(5 %)

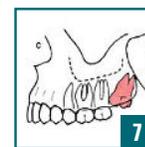
Selon l'axe long de la dent au maxillaire supérieur



Verticale
(63 %)



Disto-angulée
(25 %)



Mésio-angulée
(12 %)

Quels sont les risques et les complications associés à l'extraction des troisièmes molaires incluses ?

Dommages aux structures nerveuses adjacentes

- Le traumatisme d'un nerf sensitif, qu'il s'agisse du nerf dentaire inférieur ou du nerf lingual, peut conduire à une paresthésie, qui se définit comme une perte de sensibilité au niveau du menton, de la lèvre ou de la langue, dont la durée est variable. Habituellement, l'engourdissement est temporaire, mais, en de rares occasions, il peut être permanent.

Dommages au sinus maxillaire supérieur

- Le sinus maxillaire est une cavité remplie d'air située dans le maxillaire supérieur : si le sinus est surdimensionné, il peut s'étendre autour des apex (bouts) des racines et ainsi s'agrandir, et une fracture osseuse, de même qu'une communication entre le sinus et la cavité buccale, peuvent se créer.

Dommages aux dents voisines

Risque de fracture de racine

- Si la forme des racines n'est pas favorable à la pratique de cette intervention, le risque peut être élevé. Dans ces cas, une odontectomie (extraction) partielle peut être envisagée.

Risque de fracture de la mâchoire

- Une fracture de l'os du maxillaire inférieur peut se produire.

Fracture de la tubérosité du maxillaire supérieur

Risque d'infection

- Cela peut se produire à la suite de l'extraction. Dans certains cas, le foulage d'aliments ou encore la présence d'un fragment dentaire résiduel ou d'un corps étranger peuvent en être la cause.

Risque d'alvéolite

- Complication postopératoire la plus fréquente, l'alvéolite se définit par la perte prématurée du caillot sanguin de l'alvéole, causant une ostéonécrose superficielle de l'os alvéolaire. Pouvant se produire de trois à cinq jours après l'extraction, elle se manifeste par une douleur très aiguë pouvant irradier jusqu'au niveau de l'oreille et par une mauvaise haleine.

Autres inconvénients

- Douleur et inconfort
 - Trismus (ouverture limitée de la bouche)
 - Saignement (hémorragie)
 - Douleur myofasciale
 - Œdème (enflure)
 - Trouble à l'articulation temporo-mandibulaire

Qu'en est-il de la période suivant la chirurgie ?

Cette période peut amener une détérioration importante de la qualité de vie du patient, surtout pendant les cinq premiers jours. Par exemple, l'enflure influe sur le confort, la fonction et l'esthétique. Ces effets secondaires peuvent affecter le patient sur les plans tant physique que personnel et social. Cette période varie en fonction du degré de complexité de la chirurgie et de la façon dont le patient se conforme aux conseils postopératoires : diète, médication, etc. Une bonne préparation psychologique fait partie des conditions de succès.

J'ai remis au patient (nom) : _____ ce feuillet d'information.

Date : _____

Signature du dentiste : _____