

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE
DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE CHIRURGIE DENTAIRE
DU 8 OCTOBRE 2009

Cette séance fut consacrée à l'avis des différents spécialistes sur la dent de sagesse et de l'utilité de sa conservation ou non.

En effet, les dents de sagesse sont généralement considérées comme de peu d'utilité et souvent génératrices de complications. L'approche clinique a souvent privilégié l'avulsion, d'autant plus que pour certains orthodontistes cette intervention était considérée comme une « fin de traitement ». Par contre l'approche « basée sur la preuve » permet de faire valoir l'intérêt de la conservation.

Malgré les « Recommandations de bonne pratique clinique » il reste des interrogations, pour les dents de sagesse asymptomatiques, dans la prise de décision clinique dans l'intérêt du patient.

Dans un premier temps le Dr J-P Charrier situa M3 par rapport à son voisinage et des complications que ce voisinage pouvait provoquer. Ainsi, M3 maxillaire entraîne plus souvent des complications per-opératoires : projection de la dent dans le sinus ou la fosse infra-temporale, fractures alvéolaires ou tubérositaires etc... Tandis que M3 mandibulaire provoquera plus de complications post-opératoires : lésion du nerf alvéolaire inférieur et surtout plus fréquemment du nerf lingual.

Quand le praticien compte tenu de la clinique décide la conservation de la dent et si la dépulstation est nécessaire. Le Dr D. Martin relève des difficultés anatomiques telles que :

- une ouverture buccale limitée
- la proximité de zones anatomiques à risques
- une anatomie canalaire très aléatoire où toutes les statistiques sur la localisation et le nombre de canaux ne peuvent pallier le sens clinique du praticien.

Mais pour contrecarrer ces obstacles des aides se révèlent indispensables :

- le microscope opératoire
- le champ opératoire pour l'asepsie et la sécurité du patient
- des instruments en nickel-titane qui permettent d'accéder avec plus de facilité dans les zones difficiles.

Selon le Dr O. Hue, la dent de sagesse peut avoir un intérêt stratégique dans les restaurations par prothèse amovible partielle, elle peut s'opposer aux mouvements d'enfoncement et de soulèvement autour de la dernière dent d'appui, de même elle peut s'opposer aux mouvements de rotation d'une selle prothétique et permet, de plus une conservation osseuse.

Par contre, la dent de sagesse sera extraite si elle se trouve en dehors du plan d'occlusion, sans espace prothétique et si l'axe d'insertion d'une plaque base métal est impossible.

Pour l'orthodontiste la dent de sagesse peut elle être une auxiliaire utile ou bien une ennemie ? Selon le Pr. P. Canal 2/3 des avulsions des dents de sagesse ne sont pas utiles et il n'y a pas consensus à extraire les dents de sagesse pour des raisons prophylactiques, ni d'évidence. Quant à l'intérêt d'extraire M3 pour éviter une récurrence orthodontique. Car la majorité des auteurs admettent qu'il est difficile de prédire l'évolution de M3 de manière fiable. Il en résulte que n'est pas acceptable l'indication de germectomies en fonction de risque d'inclusion sur des mesures faites à l'âge de 8 à 10 ans. De même, il n'y a pas d'évidence à recommander l'avulsion de M3 incluse asymptomatique chez l'adolescent ou l'adulte.

En conclusion le Pr. P. Canal confirme que l'avulsion prophylactique de routine de M3 asymptomatique doit être abandonné.

La dent de sagesse est la plaque tournante de la pathologie infectieuse de l'angle mandibulaire (Ackerman et Miniac) Cette pathologie peut revêtir 4 formes : infectieuse, neurologique, mécanique et tumorale.

Le Pr. F. Predine-Hug cite des statistiques américaines affirmant que 63% des interventions de chirurgie buccale avec hospitalisation sont des avulsions de dents de sagesse.

Mais l'ANAES(1997) révèle que l'analyse de la littérature n'a pas permis d'identifier des articles pour établir des recommandations professionnelles incontestables.

En 2006 1/3 des dents de sagesse ont été avulsées sans motif pertinent.

En 2001 selon Worall : Des preuves partielles suggèrent que les dangers de l'avulsion prophylactique l'emportent sur les avantages.

L'avulsion prophylactique se fonde sur une complication inéluctable, sans indicateur prédictif de complications. A différencier de l'avulsion préventive quand il existe un indicateur prédictif de complications (anatomie, position etc...)

La conclusion du Pr. F. Predine-Hug est que la dent de sagesse n'est pas une pathologie en soi.

Enfin pour terminer cette séance le Pr. Y. Commissionat nous fit part de son expérience et de sa technique de section des racines en contact avec le canal mandibulaire, afin de prévenir le risque de lésion du nerf alvéolaire inférieur.