

Cabinet de Chirurgie Maxillo-Faciale, de Stomatologie et d'Orthodontie

des Drs Dupui, Haddad, Maynadier et Mazzoni

www.chirurgiemaxillofaciale-albi.com

Clinique Claude Bernard ALBI

Fiche de consentement et d'informations



L'EXTRACTION DES DENTS DE SAGESSE

Les dents de sagesse sont les troisièmes molaires. Elles poussent normalement entre 15 et 25 ans. Elles sont normalement au nombre de quatre (deux en haut, deux en bas), mais il n'est pas rare qu'il n'en existe que trois, deux voire aucune, parfois cinq, six ou plus.

Les dents de sagesse peuvent être:

- totalement sorties ; on dit alors qu'elles sont sur arcade
- à moitié sorties ; on dit alors qu'elles sont enclavées.
- totalement enfouies sous la gencive ; on dit alors qu'elles sont incluses.

Pourquoi faut-il opérer ?

Votre stomatologue peut vous proposer l'extraction des dents de sagesse pour différentes raisons :

- Parce qu'elles sont à l'origine de douleurs et/ou de surinfections souvent récidivantes (péricoronarites). C'est souvent le cas de dents de sagesse mal positionnées (trop horizontales par exemple) ou de dents de sagesse qui n'ont pas la place de sortir normalement. Elles restent alors souvent incluses ou enclavées. Mais ce peut être aussi le cas de dents de sagesse totalement sorties (sur arcade) mais qui sont cariées et pour lesquelles votre dentiste ne peut plus proposer de soins conservateurs.
- Après un traitement orthodontique, parce qu'elles n'auront pas suffisamment de place pour sortir normalement et qu'en les laissant pousser, elles risqueraient de venir appuyer sur les autres dents, finiraient par perturber le bon alignement dentaire et feraient perdre ainsi tout ou partie du bénéfice du traitement orthodontique.

Comment se déroule l'intervention ?

L'extraction des dents de sagesse peut se pratiquer :

- soit sous anesthésie locale. L'intervention se déroule alors au fauteuil, au cabinet, en deux séances espacées d'un délai raisonnable (3 semaines au minimum). Vous n'êtes pas hospitalisé(e). On commence par un côté (une dent de sagesse du haut et une dent de sagesse du bas) puis l'autre côté est opéré au cours de la deuxième séance.
 - soit sous anesthésie générale. Une hospitalisation ainsi qu'une consultation d'anesthésie sont alors indispensables.
- Quelle que soit le mode d'anesthésie, la technique chirurgicale reste la même et consiste à :
- Inciser la gencive quand cela est nécessaire (dents incluses ou enclavées) afin d'exposer la zone opératoire.
 - Dégager la dent en fraisant l'os qui l'entoure afin de permettre son extraction. C'est souvent le cas pour les dents de sagesse du bas, plus rarement le cas pour celles du haut.
 - Sectionner parfois la dent avant de l'extraire quand l'extraction est difficile (en particulier pour les dents de sagesse du bas).
 - Extraire la dent.

- Nettoyer et laver l'alvéole dentaire. L'alvéole dentaire est le trou qui reste après l'extraction de la dent. Cette alvéole se comble de sang en post-opératoire qui s'ossifiera progressivement pour être totalement consolidé 2 mois environ après l'intervention.

- Suturer la gencive à l'aide de fils résorbables qui, selon leur nature, disparaîtront spontanément en 10 jours à 3 semaines. Il arrive que le chirurgien ne suture pas la gencive de la dent de sagesse du haut car cette suture est souvent inutile.

La durée de l'intervention varie en fonction des difficultés techniques. Elle est en moyenne de 5 et 10 minutes par dent à extraire.

Principe de l'extraction des dents de sagesse

Quelles sont les suites opératoires?

Les soins post-opératoires comportent:

- Des bains de bouche, à débiter seulement 24 à 48 heures après l'intervention. Des bains de bouche commencés trop tôt peuvent entretenir de petites hémorragies en évacuant le caillot sanguin qui stoppe normalement le saignement.

- Des médicaments contre la douleur (des antalgiques).

- Souvent des anti-inflammatoires.

- Parfois des antibiotiques.

- L'application de glace sur les joues pendant les 48 premières heures est primordial (la glace a un bon effet anti-inflammatoire et anti-oedémateux).

- Une alimentation tiède ou froide pendant les 24 premières heures. Ceci diminue le risque de saignements.

- Une alimentation molle pendant les premiers jours post-opératoires.

- Le brossage des dents doit rester soigneux et rigoureux pendant la période post-opératoire.

- Il vaut mieux arrêter de fumer pendant la période post-opératoire. La poursuite du tabac favorise les complications liées à une mauvaise cicatrisation de la gencive.

Les suites opératoires comportent :

- De petits saignements qui peuvent survenir au niveau des zones opérées pendant les 24 premières heures.

- La douleur au niveau des zones opérées cède avec les antalgiques et anti-inflammatoires prescrits et disparaît en général en quelques jours.

- L'œdème est fréquent. Il est imprévisible et varie d'une personne à l'autre. Il est volontiers plus marqué chez l'adolescent.

- La limitation douloureuse de l'ouverture buccale est fréquente et s'estompe en quelques jours.

Quels sont les risques de l'intervention ?

Tout acte médical, même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, comporte des risques de complication. Aujourd'hui, tout chirurgien se doit d'informer son patient sur les risques et les complications éventuelles de l'intervention dont il va bénéficier. Cette information doit être claire, loyale et intelligible. Elle a pour but de permettre à chaque patient de mettre en balance les risques qu'il encourt par rapport aux bénéfices qu'il retirera de l'intervention chirurgicale afin qu'il puisse prendre la décision, en son âme et conscience, de se faire opérer ou non.

Les complications possibles liées à l'extraction des dents de sagesse peuvent être :

Des lésions nerveuses :

Deux nerfs passent à proximité de la dent de sagesse inférieure et peuvent donc être lésés lors de son extraction.

1) Le nerf alvéolaire inférieur chemine dans un canal osseux situé dans la mâchoire inférieure en passant à proximité des racines des dents. Il donne des nerfs pour chacune des dents puis finit par sortir de l'os au niveau du menton pour donner la sensibilité de la moitié de lèvre inférieure (du même côté). Lorsqu'il est trop au contact des racines de la dent de sagesse inférieure, il peut être étiré et lésé lors de l'extraction.

Ceci se traduit par une perte de la sensibilité totale (anesthésie) ou partielle (hypoesthésie) de la moitié de la lèvre inférieure. Cette diminution de la sensibilité est temporaire et récupère en quelques semaines à quelques mois. Les pertes définitives de la sensibilité de la lèvre restent exceptionnelles.

Le risque de lésion de ce nerf est facilement évaluable car la radiographie panoramique qui vous a été prescrite montre les rapports entre le canal osseux dans lequel circule le nerf et les racines de la dent de sagesse du bas. Votre stomatologue pourra donc vous préciser si vous êtes plus susceptible qu'un autre de faire ce type de complication.

Dans des cas très particuliers (quand le risque de lésion du nerf semble très important), votre stomatologue peut être amené à prescrire un CONEBEAM qui permet d'évaluer au mieux les rapports anatomiques entre le nerf et la dent et de préciser ainsi le risque encouru.

2) Le nerf lingual chemine à la face interne de la mandibule, entre l'os et la langue, à proximité de la dent de sagesse du bas. Cette proximité fait qu'il peut être lésé lors de l'extraction de la dent de sagesse du bas.

Ceci se manifeste par une perte de la sensibilité totale (anesthésie) ou partielle (hypoesthésie) de la moitié de la langue du même côté. Cette diminution de la sensibilité est temporaire et récupère en quelques jours à quelques semaines. Les pertes définitives de la sensibilité de la langue sont exceptionnelles.

Le risque de lésion du nerf lingual est difficilement mesurable en préopératoire. Ce risque est rare.

Des complications infectieuses :

- Une infection de la cavité d'extraction de la dent (alvéolite suppurée) ou de la joue (cellulite) peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'extraction (typiquement à la troisième semaine post-opératoire). Cette complication concerne presque exclusivement la dent de sagesse du bas. Elle semble favorisée par la stagnation des aliments dans la cavité d'extraction de la dent. Elle cède sous traitement antibiotique associé ou non à un geste de révision de l'alvéole sous anesthésie locale. Elle nécessite très rarement une deuxième intervention sous anesthésie générale.

- Une infection sans pus de l'alvéole de la dent (alvéolite sèche) peut survenir quelques jours après l'intervention. Elle concerne surtout les dents de sagesse du bas et est douloureuse. Elle nécessite souvent un traitement local. La mise en place d'une mèche imbibée de clou de girofle (Alvogyl) fait rapidement céder la douleur. Une séance de laser diode peut aussi aider. Cette complication est très liée au tabagisme.

- L'infection de l'os (ostéite) est exceptionnelle.

Des complications osseuses :

- Une fracture de la mâchoire inférieure reste exceptionnelle. Ce risque est cependant plus présent avec l'âge. En effet, avec le temps, le ligament qui entoure normalement la dent finit par s'ossifier ; la dent « fusionne » avec l'os. Elle s'ankylose et rend l'extraction plus difficile augmentant de fait le risque de fracture de la mandibule.

- Quand cette complication survient, elle nécessite dans le même temps opératoire (sous anesthésie générale), la mise en place d'une plaque et de vis d'ostéosynthèse et/ou d'un blocage des mâchoires.

- Une fracture de l'os qui entoure la dent de sagesse supérieure peut survenir. Elle est sans conséquence et ne nécessite aucun traitement spécifique.

Des complications dentaires :

- La perte d'un amalgame (plombage), une fracture dentaire ou le descellement d'une couronne sont possibles. Ces complications concernent principalement les deuxième molaires qui sont les dents situées juste en avant des dents de sagesse.

- Certaines dents de sagesse, surtout inférieures, ont parfois des racines difficiles à extraire, de surcroît très proches du nerf alvéolaire inférieur. La volonté d'extraire à tout prix un fragment de racine fracturée peut constituer un danger pour le nerf. Le "mieux étant souvent l'ennemi du bien", il est parfois préférable de laisser en place le petit fragment de racine. Il n'y a aucune suite dans la plupart des cas.

- La nécrose (mort) de la molaire jouxtant la dent de sagesse peut survenir lorsque l'extraction a été difficile, dans les semaines ou les mois suivants, et nécessiter une dévitalisation de cette molaire. Elle se révèle par une infection de cette dernière ou des douleurs à la mastication et/ou à la percussion de la dent.

Des complications sinusiennes:

Ce type de complication concerne exclusivement les dents de sagesse du haut qui sont en relation étroite avec des cavités situées au dessus de la mâchoire supérieure : les sinus maxillaires.

- Une communication entre le sinus maxillaire et la bouche peut survenir lors de l'extraction de la dent de sagesse supérieure quand celle-ci est très proche du sinus maxillaire. Elle se ferme spontanément en 10 jours à 3 semaines dans la plupart des cas. Mais sa persistance peut nécessiter un traitement chirurgical adapté.

- Une migration anormale (luxation) de la dent de sagesse du haut dans le sinus maxillaire peut survenir. Cette complication est rare. Elle peut justifier, lorsque elle survient, que l'on ouvre le sinus par une incision au dessus de la canine supérieure afin de récupérer cette dent et d'éviter l'apparition d'une sinusite. Le risque de voir apparaître ce type de complication est facilement évaluable grâce à la radiographie panoramique qui vous a été prescrite et qui montre les rapports entre le sinus maxillaire et la dent de sagesse du haut. Un cone beam complémentaire peut être prescrit

- De la même façon, une luxation de la dent de sagesse du haut en arrière du sinus maxillaire (dans la fosse ptérygo-maxillaire) peut très exceptionnellement survenir. Ceci peut entraîner des douleurs ou une infection. Toutefois, l'abord chirurgical de cette région étant très complexe et cette région étant très riche en vaisseaux et nerfs, la dent, si elle ne peut être récupérée par des manœuvres simples et atraumatiques, est généralement laissée en place.

Des complications hémorragiques:

Des complications hémorragiques peuvent survenir les premières 48h et cèdent généralement à une simple compression (en mordant des compresses). Une reprise chirurgicale sous anesthésie locale est parfois nécessaire.

Autres complications :

- Une brûlure du coin des lèvres (commissure labiale), une plaie de lèvres ou de la face interne des joues sont des complications bénignes, qui régressent en quelques jours.