

**LES ACCIDENTS D'ERUPTION DE LA DENT DE SAGESSE  
MANDIBULAIRE AU CHU- CAMPUS DE LOME (TOGO).**

<p style="text-align: center;"><b>Auteurs</b></p> <p>AGODA P. <sup>1</sup> AMANA P. <sup>2</sup> BOKO E. <sup>3</sup> BISSAH K. <sup>1</sup> BETENORA B. <sup>4</sup> KPEMISSI E. <sup>2</sup></p> <p style="text-align: center;"><b>Services</b></p> <p>1- Service de Stomatologie du CHU-Campus de Lomé 2- Service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale : CHU-Tokoin de Lomé 3- Service d'ORL CHU Campus de Lomé. 4- Service de Stomatologie du CHR d'Atakpamé</p> <p style="text-align: center;"><b>Correspondance</b></p> <p>Dr AGODA Palakina . Bp 339 Lomé -Togo Tél /Fax : 00228/ 225 14 41 Cel : 904 61 68 E-mail : agodagere@yahoo.fr</p>	<p style="text-align: center;"><b>RESUME</b></p> <p>Cette étude rétrospective de 1995 à 2000 a pour but d'identifier les aspects épidémiologiques et cliniques des accidents d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire au CHU-Campus de Lomé. Les patients de la tranche d'âge de 20-24 ans (45,45 %) d'une part et ceux du sexe féminin de l'autre (59,09 %) sont les plus affectés. Les principaux accidents d'éruption de la 3<sup>ème</sup> molaire mandibulaire enregistrés sont la péri coronarite (69,09 %) et l'enclavement (20,91 %). Le traitement est médical (61,82 %) ou chirurgical (38,18 %). Ces pathologies peuvent entraîner des complications tel que la cellulite mandibulaire d'où la nécessité du dépistage et de la prise en charge précoces.</p> <p><b>Mots-clés :</b> Accident d'éruption - Dent de sagesse mandibulaire.</p> <p style="text-align: center;"><b>SUMMARY</b></p> <p><i>This retrospective study carried out from 1995 to 2000 is aimed at identifying the clinical and epidemiological aspects of the third mandibular molar eruption's pathologies at CHU-Campus of Lome. The patients of the age bracked between 20-24 years (45.45 %) on the one hand and the female sex on the other (59.09 %) are the most affected. The main eruption accidents of the third mandibular molar encountered are the pericoronaritis (69.09 %) and the dental impaction (29.91 %). The therapy has most consisted in medical treatment (61.82 %) or in dental extraction (38.18 %). These pathologies can become complicated in mandibular cellulitis, hence the need of screening and of a precocious taking in charge.</i></p> <p><b>Key words :</b> Impaction- Third mandibular molar.</p>
--	--

## INTRODUCTION

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. Ce phénomène naturel peut faire l'objet de certaines perturbations pathologiques appelées "accidents d'éruption" notamment ceux des dents de sagesse mandibulaires. En Europe ces accidents sont d'une grande fréquence en pratique hospitalière.

Par contre au Togo, les données de la littérature sont absentes à ce sujet. D'où l'intérêt de cette étude dont les objectifs sont d'identifier les aspects épidémiologiques et cliniques des accidents d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire au CHU-Campus de Lomé, puis insister sur la nécessité d'une prise en charge précoce.

## I- METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 110 cas colligés au CHU-campus de Lomé de 1995 à 2000. Le matériel d'étude est constitué de dossiers de malades présentant un accident d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire. Sont inclus, dans cette étude les dossiers de patients comportant tous les renseignements sur les paramètres démographiques et cliniques .

## II- RESULTATS

Les accidents d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire enregistrés ont été soit des anomalies de position (enclavement, inclusion ou rétention) ou des accidents infectieux (péricoronarite ou cellulite mandibulaire). L'âge de nos malades allait de 15 à 47 ans avec une moyenne de 24 ans. La tranche d'âge de 20-24 ans a été la plus représentée avec 50 cas soit 45,45% suivie de celle entre 25 et 29 ans (29,72% des cas).

**Tableau I :** Répartition des accidents d'éruption selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	Péricoronarite	Enclavement	Enclavement et péricoronarite	Inclusion ou rétention	Cellulite	(%)
15-19 ans	13	1	0	0	0	14 (12,73)
20-24 ans	37	10	1	1	1	50 (45,45)
25-29 ans	22	7	2	2	0	33 (30,0)
30-34 ans	3	3	0	0	0	06 (05,45)
35-39 ans	0	1	0	1	1	03 (02,73)
40-44 ans	1	0	2	0	0	03 (02,73)
45-47 ans	0	1	0	0	0	01 (0,91)
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Le sexe féminin a constitué le plus de la moitié de notre échantillon avec 65 cas (59,09%). Le sex -ratio a été égale à 0,69. Le motif de consultation le plus fréquent a été la douleur (94,54% des cas), accompagnée de la tuméfaction mandibulaire du côté de la 3<sup>ème</sup> molaire inférieure en cause dans 1,9 % des cas. Dans 3,63 % des cas l'accident d'éruption de la 3<sup>ème</sup> molaire mandibulaire a été découvert lors d'un bilan de santé bucco-dentaire de routine. La péricoronarite a affecté

69,09% des malades suivie de l'enclavements dentaires (20,91% des cas). Les inclusions ou rétentions de la 3<sup>ème</sup> molaire mandibulaire ont représenté 3,63% des cas et la cellulite mandibulaire a été l'accident infectieux dans 01,81% des cas. La péricoronarite a plus souvent siégé au niveau de la 3<sup>ème</sup> molaire inférieure droite. L'enclavement a été surtout bilatéral (Tableau II). 40,90 % des cas ont bénéficié d'une radiographie panoramique ou rétro alvéolaire.

**Tableau II :** Répartition des accidents d'éruption selon la dent causale.

Dents Causales	Péricoronarite	Enclavement rétention Ou inclusion	enclavement et péricoronarite	Cellulite	Total
(38)	29	6	1	1	37
(48)	31	7	1	1	40
(38 et 48)	16	14	3	0	33
Total	76	27	5	2	110

(38) = dent de sagesse mandibulaire gauche.

(48) = dent de sagesse mandibulaire droite.

L'examen bactériologique du pus des cellulites a permis d'isoler respectivement des staphylocoques pour le premier cas et des streptocoques pour le second. Le traitement de ces accidents d'éruption est chirurgical et/ou médical. Le traitement

médical a concerné 61,82% des cas et a consisté soit en une cautérisation (24,54 %) soit l'utilisation des antiseptiques en bain de bouche (28,18%) ou l'administration d'anti inflammatoires et/ou d'antibiotiques par voie générale (9,1%), (tableau III).

**Tableau III :** Répartition des traitements des accidents d'éruption la dent de sagesse mandibulaire.

Traitements	Nombre (%)
Bains de bouche	31 ( 28,18 )
Cautérisation	27 ( 24,54 )
médicaux ( générale )	10 ( 9,10 )
Extractions dentaires	42 ( 38,18 )
Total	110 ( 100 )

Le traitement chirurgical a consisté en une extraction dentaire (38,18% des cas). L'avulsion dentaire a été le traitement le plus fréquent dans les enclavements rétentions ou inclusions ainsi que dans les cellulites. Les périecoronarites ont surtout bénéficié d'un traitement médical.

### III- DISCUSSION

L'intérêt de ce travail reste entier eu égard à l'importance du cadre d'étude (centre de référence au Togo). Les données de la littérature sont inexistantes sur ce sujet au Togo. Au niveau africain, des travaux au Nigeria ont abordé le thème sur les aspects thérapeutiques et radiographiques<sup>[13,14]</sup>. L'éruption physiologique des 3<sup>ème</sup> molaires mandibulaires est attendue généralement entre 17 et 25 ans. Au delà de cette tranche d'âge, l'apparition est tardive et consiste en fait en une désinclusion par fonte d'os autour de la dent<sup>[9,15]</sup>. Ce processus est souvent marqué par des complications kystiques infectieuses, mécaniques, ou de type réflexe. La prédominance des patients de la tranche d'âge de 20 à 24 ans corroborent les résultats des séries du Nigeria<sup>[13]</sup> et d'Europe<sup>[5,15]</sup>. Cette prédominance est justifiée par l'âge des patients correspondant à la période d'éruption physiologique de la dent de sagesse. On peut donc comprendre qu'elle soit la plus exposée aux accidents d'éruption de la 3<sup>ème</sup> molaire mandibulaire. L'âge extrême de 47 ans de nos malades est supérieur à celui de la série de Björk<sup>[1]</sup>, et comparable à celui rapporté par Langman<sup>[9]</sup>. Cet auteur situe jusqu'au delà de 30 ans la période de survenue des accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure. La prédominance du sexe féminin peut s'expliquer par le taux élevé de la fréquentation du genre féminin au service de stomatologie du CHU-campus. En effet les femmes sont en général plus soucieuses de leur santé bucco-dentaire au Togo que se soit sur le plan de l'hygiène bucco-dentaire<sup>[8]</sup> que des soins curatifs. Aussi, sont-elles plus sensibles et de ce fait

plus motivées à consulter dès l'apparition des symptômes de la pathologie d'origine dentaire. Cette prédominance féminine a été retrouvée également au Nigéria<sup>[14]</sup>. Nos résultats relatifs aux accidents mécaniques sont très proches de ceux de Björk<sup>[1]</sup>, plus élevés que ceux de Stanley et coll<sup>[18]</sup> et inférieures à ceux de Buisson<sup>[2]</sup>. La périecoronarite est le principal accident d'éruption infectieux observée dans cette série, tel que décrite dans la littérature<sup>[3]</sup>. Les formes aiguës et subaiguës sont les plus rencontrées dans notre étude (96% des périecoronarites).

La fréquence de survenue des périecoronarites dépend surtout de l'âge des malades. Les cellulites rencontrées ont été une complication de la périecoronarite. Malgré leur faible fréquence, elles posent le problème de la prise en charge précoce dans la mesure où les cellulites cervico-faciales mettent en jeu le pronostic vital des malades qu'elles affectent. Ces cellulites ont été notées dans 40% des cas selon Verdalley<sup>[20]</sup>. Au delà de la prédominance de l'enclavement dentaire pour ce qui concerne les anomalies de position au cours de l'éruption de la 3<sup>ème</sup> molaire mandibulaire, il est important de souligner que ces accidents sont souvent à l'origine de certaines complications dans le voisinage immédiat de la 3<sup>ème</sup> molaire en cause<sup>[3]</sup>. En effet l'enclavement dentaire a été associé à une résorption de la face distale de la 2<sup>ème</sup> molaire voisine dans 10% des cas et à une carie dentaire de la même face dans 7% des cas dans cette étude. Nous n'avons par contre enregistré aucune complication dans les inclusions en rapport avec le voisinage du canal dentaire inférieure que Owotade et coll<sup>[14]</sup> ont rapporté dans 21,6 % des cas. Ce rapport complique le traitement de ces pathologies. Nos conclusions ont corroboré ceux de Björk<sup>[1]</sup> en ce qui concerne l'enclavement bilatéral. Sur le plan paraclinique, nos résultats ont mis en évidence l'importance de la radiographie conventionnelle dans les accidents d'éruption

de la dent de sagesse mandibulaire. La radiographie fut systématique dans tous les cas d'accident mécanique, celle-ci a été indispensable pour préciser le diagnostic ainsi que les particularités. La radiographie panoramique est d'un grand intérêt dans les accidents bilatéraux alors que le cliché rétro alvéolaire est déterminant dans l'étude des rapports entre la 3<sup>ème</sup> molaire causale et la face distale de la 2<sup>ème</sup> molaire voisine. L'importance de la radiographie para apicale dans les accidents d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire avait été également soulignée par les auteurs nigériens<sup>[14]</sup> et européens<sup>[4]</sup>. Dans leur série Stanley et coll<sup>[18]</sup> ont utilisé exclusivement la radiographie panoramique mais leur étude avait un intérêt essentiellement épidémiologique.

La phase d'évolution des deux cellulites (stade suppuré) a justifié les examens bactériologiques qui ont permis d'isoler un staphylocoque aureus et un streptocoque pyogène. Cette étiologie bactérienne n'est pas spécifique pour ces cellulites d'origine dentaire liées aux Streptocoques et aux staphylocoques souvent incriminés dans les différentes pathologies buccodentaires (caries dentaires, parodontopathies etc...).

Le traitement des pathologies d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire est marqué par des variations de pratique relatives à l'extraction ou non de la troisième molaire mandibulaire en cause. Notre attitude thérapeutique a été plus fréquemment marquée par l'extraction dentaire dans les enclavements et les cellulites. Ce choix est motivé par plusieurs raisons :

- la consultation tardive de nos patients par ignorance ou négligence (94 % des cas) 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. C'est ainsi que notre fréquence d'extraction se rapproche plus de celle d'Obiechina<sup>[13]</sup> que de celles évoquées par la littérature

en Europe<sup>[14,15,16]</sup>. Pour le traitement des périecoronarites, notre attitude rejoint celle préconisée à travers la littérature<sup>[6,7]</sup>. Leur évolution est bonne dans la grande majorité des cas (97 %). Mais sur des terrains présentent une mauvaise hygiène bucco-dentaire, les complications sont possibles.

Les indications de l'extraction des 3<sup>ème</sup> molaires mandibulaires ont été évoquées dans la littérature notamment par Lysell et coll<sup>[10]</sup> mais les avis sont très partagés dans la littérature européenne pour ce qui concerne les extractions prophylactiques des troisièmes molaires mandibulaires asymptomatiques<sup>[12,16,17,19]</sup>. Ce problème ne se pose réellement qu'en cas de diagnostic précoce. Dans notre série nous n'avons eu à faire l'extraction prophylactique que dans 3,63% des cas.

Les résultats post-thérapeutiques suite à l'extraction dentaire sont eux aussi diversement appréciées dans les données de la littérature en Europe. Si nous avons considéré comme un succès thérapeutique la disparition de la symptomatologie de la pathologie d'éruption de la 3<sup>ème</sup> molaire mandibulaire ou de ses complications suite à l'extraction, certains auteurs<sup>[11,16,17]</sup> en évoquant des risques notamment parodontaux liés à ce traitement, n'en ont qu'une appréciation très mitigée.

Par rapport à ces divergences dans le choix thérapeutique, notre attitude peut se justifier par la prise en compte outre les aspects cliniques et para cliniques, du contexte psychosocial, économique de nos malades, et des réalités du milieu.

## CONCLUSION

Les pathologies d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire représentent 3% des consultations au CHU-Campus de Lomé.

L'extraction dentaire est mis en oeuvre le plus souvent dans les enclavements dentaires. Ces pathologies peuvent entraîner des complications à type cellulites mandibulaires.

L'application des programmes de dépistage et de prise en charge précoce de ces pathologies d'éruption dans les pays en développement devrait permettre d'éviter la survenue d'éventuelles complications infectieuses.

#### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Björk A , Jensen E, Palling M . Mandibular growth and third molar impaction. Acta Odontol scand /956 :14 : 231-72.
- 2-Buisson G. -Traitement des dents incluses ( autre que les dents de sagesse et les canines supérieures ). Encycl méd chir – chirurgie bucco-dentaire 1968 22096 F10 :10 p.
- 3-Cantaloube D., Fusari J P -Accident d'évolution des dents de sagesse : Encycl Méd chir-stomatologie 1991 ; 22032 E10 : 1-12.
- 4-Eliasson S., Heimdahl A.- Nordern ram A. Pathological changes related to long-term impaction of third molars : a radiographic study : Int J oral maxillofac surg 1989 ;18 : 210-2.
- 5-Friez P. -Accident de la dent de sagesse inférieure : Concours Méd, 1975 ; 97 : 4547-4554.
- 6- Hachard H. Jean louis - révision accélérée en odonto-stomatologie  
Ed. maloine. Paris 1988.
- 7- 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.
- 8-Kpémissi E ., Djagba T., Djimongou -Les maladies parodontales : Problème de santé publique .Echo de santé 1997 N° 39.
- 9-Langman J. C., Fabert G. , Alexandrie E. - La dent de sagesse et sa pathologie ; Concours Méd 1983,105 : 2506.
- 10-Lysell L., Rohun M.-A study of indications for surgical removal of mandibular third molar : oral maxillofac surg 1988 ; 17 : 161-4.
- 11 Mercier P., Precious D., : risks and benefits of removal of impacted third molars : a critical review of the literature. Int J oral maxillofac surg 1992 ; 21 : 17-27.
- 12 National Institute of Dental Research - Removal of third molars. Bethesda NIDR 1979 ; 5.
- 13- Obiéchina A E, Arotiba JT, FASOLA A O. Third molar impaction : evaluation of the symptoms and pattern of impaction of mandibular third molar teeth in Nigeria. Odonto-stomatol trop 2001, N° 93 : pp. 22-25.
- 14- Owotade FJ , Fatusi OA , Ibitoye B , Otuyemi O D-Dental radiographic features of impacted third molars and some management implications. Odonto-stomatol trop 2003 ; 103 : 9-13.
- 15-Pons J., Pasturel A.-Les accidents d'évolution des dents de sagesse : Méd Armées, 1977 ; 5 : 41-42.
- 16-Precious D S ,Mercier P , Payette F -Risques et bénéfice de l'ablation des troisièmes molaires incluses : Revue critique de la littérature. partie 2 : J Can Dent Assoc 1992 ; 58 : 756-66.
- 17-Precious D S , Mercier P., Payette F-Risque et bénéfice de l'ablation des troisièmes molaires incluses : revue critique de la littérature partie 2 : J Can Dent Assoc 1992 ; 58 : 845-52.
- 18- Stanley HR , Alattar M , Collett WK , Stringfellow HR, Spiegel EH .-Pathological sequelae of "neglected impacted third molars : J oral pathol 1998 ; 17 : 19-21.
- 19- Stephens R G ,Kogon S L ,Reid J A : The unerupted or impacted third molar: a critical appraisal of its pathologic potential. Can Dent Assoc J 1989 ; 55 : 201-7.
- 20-Verdalley PB, Rouquette E. , Raynal M., Rouquette I. et coll - Les cellulites cervico-médiastinales nécrosantes à propos de 3 cas . Ann Otolaryngol . chir . cervicofac1997 ; 114 : 302-309.