

Extraction chirurgicale des dents de sagesse sous anesthésie générale au Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) Antananarivo

Ramangason JA^{1,3}, Njatsoa RF¹, Rakotoson M¹, Randrianantoandro AI², Fanomezaniaina MVS¹, Rakotoarivony AE¹, Razafindrabe JAB², Rakotoarison RA^{1,3}.

¹ Sous-section de Chirurgie Buccale, IOSTM Mahajanga.

² Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU-JDR Befelatanana Antananarivo.

³ Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, CENHOSOA Antananarivo.

Auteur correspondant : RAMANGASON Jacques Adrien
jramangason@yahoo.fr

Résumé

Malgré le confort aussi bien pour le praticien que pour le patient, le gain de temps et la qualité opératoire que l'extraction des dents de sagesse (DS) sous anesthésie générale (AG) présente, elle est encore rarement pratiquée à Madagascar. L'objectif que nous nous sommes fixés est de déterminer le profil épidémio-clinique des patients ayant subi des extractions de DS sous anesthésie générale au Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo (CENHOSOA) à Madagascar. C'est une étude rétrospective descriptive transversale sur une période allant de janvier 2013 à juillet 2018. Nous avons retenu 74 dossiers de patients avec une prédominance féminine à 73,0% et un âge moyen de 25,9 ans. Le motif d'avulsion dentaire le plus fréquent est la péricoronarite avec un taux de 39,2%. La majorité des DS extraites sont enclavées (54,0%) et localisées à la mandibule (54,1%). Les suites opératoires sont généralement favorables (85,1%). Les résultats sont similaires à ceux de la littérature.

Mots clés : Anesthésie générale, dent de sagesse, extraction chirurgicale.

Abstract

Despite the comfort for the practitioner and the patient, the time saving and the operational quality that the extraction of wisdom teeth (WT) under general anesthesia has exposed, it is still rarely practiced in Madagascar. The aim of this study is to determine the epidemiological-clinical profile of patients who have undergone WT extractions under general anesthesia (GA) at the « Centre Hospitalier de Soavinandriana » (CENHOSOA) at Antananarivo Madagascar. This is a cross-sectional descriptive retrospective study over a period from January 2013 to July 2018. We selected 74 patient folders with a female predominance at 73.0% and an age average of 25.9 years. The most common reason for dental avulsion is pericoronaritis (39.2%). The majority of extracted WT are enclaved teeth

(54.0%) and mainly located on mandible (54.1%). Surgical suites are generally favorable (85.1%). Results are similar to those of the literature.

Keywords : *General anesthesia, wisdom tooth, surgical extraction.*

INTRODUCTION

Des pathologies sont souvent rencontrées durant l'évolution des dents de sagesse (DS) à partir de l'âge de 16 ans ; l'espace disponible étant parfois restreint et l'extraction de la dent constitue souvent la seule alternative [1, 2]. L'extraction des DS est l'une des opérations les plus courantes en chirurgie buccale et maxillo-faciale avec des indications bien précises [3]. Elle peut se faire sous anesthésie locale ou générale.

L'extraction de DS sous anesthésie générale (AG) est encore rarement pratiquée à Madagascar. Les objectifs de cette étude sont de définir le profil épidémiologique des patients ayant subi des extractions de DS sous AG, déterminer l'aspect anatomo-clinique des DS et l'indication de leur extraction sous AG au Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) Antananarivo.

METHODOLOGIE

C'est une étude rétrospective, descriptive et transversale effectuée au CENHOSOA à Antananarivo. Les dossiers retenus étaient ceux de 74 patients reçus et opérés dans le service pendant une période de cinq ans allant de janvier 2013 à juillet 2018.

Chaque dossier comprend les documents suivants : une fiche de consultation, une fiche d'observation pour patient hospitalisé, des documents paracliniques (cliché de radiographie, tomodensitométrie, résultats d'analyses biologiques), un compte rendu opératoire.

Toutes les données sont enregistrées, traitées et analysées sur ordinateur en utilisant le logiciel SPSS 20.0 pour *Windows*.

Une analyse uni-variée est effectuée pour la distribution de fréquence et l'analyse bi-variée pour voir la relation des deux variables.

Les tests de Khi2 et Student sont utilisés respectivement pour la comparaison des pourcentages et des moyennes. La différence des comparaisons est significative si $p \leq 0,05$ pour un degré de confiance de 95%.

Le respect de la confidentialité et de l'anonymat des dossiers est assuré.

RESULTAT

Tableau 1 : Répartition des patients selon le genre

Genre	Effectif	Pourcentage
	N	%
Masculin	20	27,0
Féminin	54	73,0
Total	74	100,0

Tableau 2 : Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
	N	%
≤23 ans	26	35,1
[24-33 ans]	31	41,9
[34-43 ans]	11	14,9
>44 ans	6	8,1
Total	74	100,0

L'âge varie de 14 à 69 ans dont la moyenne est de 25,92 ans.

Tableau 3 : Répartition des patients selon la position de la DS

Position de la DS	Effectif	Pourcentage
	N	%
Enclavée	40	54,0
Incluse	17	23,0
Retenue	13	17,6
Ectopique	4	5,4
Total	74	100,0

Tableau 4 : Répartition des patients selon le motif d'extraction de la DS

Motif d'extraction	Effectif	Pourcentage
	N	%
Péricoronarite	29	39,2
Traitement orthodontique	16	21,6
Asymptomatique	17	23,0
Caries	7	9,5
Autres	5	6,8
Total	74	100

Tableau 5 : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.

Hospitalisation	Effectif	Pourcentage
	N	%
1 à 4 jours	60	81,1
5 à 7 jours	10	13,5
>8 jours	4	5,4
Total	74	100,0

La durée moyenne de l'hospitalisation était de 4 jours.

Tableau 6 : Distribution du motif d'extraction de la DS selon sa position.

Motif d'extraction de la DS	Position de la DS				Total
	Enclavée	Incluse	Retenue	Ectopique	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Péricoronarite	20(50,0)	2(11,8)	7(53,8)	0(0,0)	29(39,2)
Traitement orthodontique	2(5,0)	14(82,4***)	0(0,0)	0(0,0)	16(21,5)
Accidents d'évolution	14(35,0)	0(0,0)	2(15,4)	1(25,0)	17(23,0)
Caries	2(5,0)	1(5,9)	3(23,1)	1(25,5)	7(9,5)
Autres motifs	2(5,0)	0(0,0)	1(7,7)	2(50,0)	5(6,8)
Total	40(100,0)	17(100,0)	13(100,0)	4(100,0)	74(100,0)

***p<0,001

Tableau 7 : Répartition des patients selon le secteur d'extraction

Secteur d'extraction	Effectif	Pourcentage
	N	%
Maxillaire	8	10,8
Mandibule	40	54,1
Maxillaire et mandibule	26	35,1
Total	74	100,0

Tableau 8 : Distribution des suites opératoires selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Suites opératoires					
	Favorables		Complicées		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
≤23 ans	24	38,1	2	18,2	26	35,1
[24 - 33 ans]	24	38,1	7	63,6***	31	41,9
[34 - 43 ans]	9	14,3	2	18,2	11	14,9
>44 ans	6	9,5	0	0,0	6	8,1
Total	63	100,0	11	100,0	74	100,0

***p<0,001

Tableau 9 : Distribution des suites opératoires selon la position de la DS

Position de la DS	Suites opératoires					
	Favorables		Complicées		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Enclavée	32	50,8	8	72,7***	40	54,1
Incluse	16	25,4	1	9,1	17	23,0
Retenue	12	19,1	1	9,1	13	17,6
Ectopique	3	4,8	1	9,1	4	5,4
Total	63	100,0	11	100,0	74	100,0

***p<0,001

DISCUSSION

Les pathologies initiées par les accidents d'évolution des DS n'ont pas de rapport avec le genre, bien que nous ayons observé plus de femmes (73,0%) que d'hommes (27,0%). Il est difficile de prouver que les femmes soient plus atteintes par les pathologies provoquées par la DS, elles sont juste plus soucieuses de leur santé et de l'esthétique.

La fréquence d'extraction de la DS est élevée à 41,9% entre 24 et 33 ans. Cela explique une extraction tardive, signe de mauvaise ou d'absence de surveillance de l'évolution dentaire. La diminution du nombre de cas observés après 33 ans est probablement due au fait que d'éventuelles extractions d'une ou des autres molaires, notamment les premières molaires mandibulaires, ont été réalisées avant cet âge et qui ont permis la mise en place des DS par mésialisation dentaire.

Selon Blondeau, l'extraction d'une DS devrait être effectuée avant l'âge de 24 ans pour éviter les complications postopératoires [4]. Selon Richardson, avec le temps, les DS deviennent plus fermement ancrées à l'os et donc plus difficiles à extraire. Cela engendre un risque de complications [5]. Dans notre étude, nous n'avons pas rencontré ce problème.

Plus de la moitié des DS extraites sont en position enclavée ou partiellement incluse

(54,0%) car elles provoquent précocement des accidents d'évolution de l'éruption dentaire comme la péri coronarite qui d'ailleurs représente l'indication la plus fréquente d'avulsion des DS (39,2%) dans notre étude. Cela concorde avec l'étude de Bordais [6] qui parle de la péri coronarite comme le « *primum novens* » des autres accidents infectieux. Cependant, les péri coronarites empêchent l'évolution dentaire pour des raisons diverses et que les accidents d'évolution se multiplient au point de poser l'indication d'extraire la dent [6]. Cela montre que l'extraction de la DS se situait au niveau de l'arcade mandibulaire dans plus de la moitié des cas, soit 54,1%. Ce résultat rejoint l'observation faite par des auteurs qui ont mentionné que les extractions de DS inférieures sont plus fréquentes [8]. D'autre part, d'autres auteurs ont évoqué de faible taux d'extractions de DS mandibulaires mais qui est tout de même plus élevé qu'au niveau du maxillaire [9, 10, 11]. Cela est dû au fait qu'au maxillaire, par la croissance de la tubérosité et la mésialisation plus marquée de la dentition, il y a plus de place pour l'éruption buccale de la DS. Contrairement à la mandibule, au cours de la croissance, elle peut être modifiée à cause des habitudes vicieuses ou par des causes mécaniques

favorisant ainsi des accidents et des infections pendant l'évolution de la DS [12].

L'extraction des DS sous AG présente les mêmes taux de complication que sous anesthésie loco-régionale. Cependant, elle permet un grand confort aussi bien pour le praticien que pour le patient, et la durée de l'intervention est très courte et bien sécurisée. Elle peut se faire en ambulatoire. Une extraction de quatre DS sous AG, quelle que soit leur position, peut se faire en une seule intervention ; elle est indiquée surtout dans les DS en mal position (couchées, incluses et ectopiques). [13, 14, 15]

La durée moyenne de l'hospitalisation était de 4 jours, mais la chirurgie en ambulatoire a été possible. Cela notifie que la plupart des extractions avaient des suites opératoires favorables (85,1%). Les cas compliqués sont représentés par l'apparition d'alvéolite après 48 heures post-opératoires, l'installation d'œdème, important post-avulsionnelle, gêne

à l'ouverture buccale et rarement de l'hypo- ou anesthésie labio-mentonnaire ou linguale persistante jusqu'à 6 jours, voire 3 mois post-opératoires.

Une sensibilisation directe peut être préconisée par le biais d'information sur les différents moyens de prévention dans diverses localités ou établissements (écoles, lieux de travail). Une sensibilisation peut être envisagée par voie médiatique (radio, télévision, revues, journaux, affiches) afin de convaincre la population de faire une visite systématique.

Les formations post-universitaires et congrès ou séminaires médicaux spécialisés devraient être tenus régulièrement car ils permettent des recyclages et des échanges de compétences.

Dans tous les cas, en dehors de recommandation orthodontique, toutes les DS devraient être extraites systématiquement si toutes les autres dents sont présentes dans la cavité buccale.

CONCLUSION

Les patients-types pour des extractions de DS sous AG au CENHOSOA sont des femmes âgées de 24 à 33 ans présentant une péri coronarite sur une DS mandibulaire enclavée. Néanmoins, nous avons remarqué que toute la population, en particulier les jeunes des deux genres, peut présenter des

inconforts buccaux d'intensité et de diagnostic divers provoqués par la DS, nécessitant ainsi son extraction. Cette intervention est très sécurisée et de durée très courte par rapport aux interventions sous anesthésie loco-régionales.

REFERENCES

1. White RP, Proffit WR. Evaluation and management of asymptomatic third molars: Lack of symptoms does not equate to lack of pathology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011; 140(1):10-6.
2. Seigneuric F, Seigneuric JB. Avulsion des dents incluses : troisièmes molaires. *Encycl Méd Chir (Paris), Stomatologie,* 22-095-A-10, 2010, 24.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation S. Indications et non indications de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires. 1997. http://www.cnsd77.fr/dossiers/infos_med/avulsio.pdf. [Consulté le 07/06/2018].
4. Blondeau F, Daniel NG. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. *JCDA,* 2007; 13(4).
5. Richardson ME. L'extraction des dents de sagesse. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 2009; 12(3): 1-5.
6. Bordais P, Gineste P, Granat J, Marchand J. Les dents incluses. *Encycl.Med. Chir., Paris, Stomatologie,* 22050F, 10-1980.
7. Kouame P, Souaga D, Amantchi D. Les difficultés de la chirurgie des dents de sagesse inférieures au cabinet en Côte d'Ivoire. *Revue COSA* 2006; 3(1):15-17.
8. Semur F, Seigneuric JB. Complications des avulsions dentaires : prophylaxie et traitement. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie/Odontologie,* 22-092-B-10, 2007, *Médecine buccale,* 28-755-V-10, 2008.
9. Stagers JA, Germane N, Legan HL. Clinical considerations in the use of protraction headgear. *J Clin Orthod.* 1992 Feb; 26(2):87-91.
10. Elsey MJ, Rock WP. Influence of orthodontic treatment on development of third molars. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000 Aug; 38(4):350-3.
11. Yavuz I, Baydaş B, Ikbal A, Dağsuyu IM, Ceylan I. Effects of early loss of permanent first molars on the development of third molars. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006 Nov; 130(5):634-8.
12. Chateau M. Orthopédie dento-faciale. Bases scientifiques. Tome 1 Edition. Paris; 1993, 105-6.
13. Hill CM, Mostafa P, Thomas DW, Newcombe RG, Walker RV. Nerve morbidity following wisdom tooth removal under local and general

- anaesthesia. Br J Oral Maxillofac Surg. 2001 Dec;39(6):419-22.
14. Khan M, Mehmboob B, Katpar S. Extraction of wisdom teeth under general anesthesia – a study. JKCD December 2014;5(1).
15. Cantlay K, Williamson S, Hawkings J. Anaesthesia for dentistry. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain 2005;5 (3).