

## Cas Clinique

## Association Dent de Sagesse Enclavée et Dent de Sagesse Surnuméraire Maxillo-Mandibulaire ; une Situation Exceptionnelle : À Propos d'un Cas

Nokam Abena ME<sup>1</sup>, Ngamgne Guiadem C, Bitha T, Kenna E<sup>2</sup>, Mballa JC<sup>3</sup>, Bengondo Messanga C<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Service d'odontostomatologie, Hôpital de district de la Cité Verte de Yaoundé

<sup>2</sup>Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale CHU de Yaoundé

<sup>3</sup>Service de radiologie CHU de Yaoundé

**Correspondance :** Dr Nokam Taguenné Epse Abéna Marie Elvire. Tel : (237)699975202

E-mail : nokamabena@yahoo.fr

**Mots clés :** dent de sagesse enclavée, dent de sagesse incluse, dent surnuméraire.

**Keywords:** impacted wisdom tooth, included wisdom tooth

### RÉSUMÉ

Les dents surnuméraires, anomalies de nombres apparaissent chez certains individus qui ont des prédispositions génétiques. à ces anomalies, se greffent de nombreux accidents locaux et locorégionaux telles que l'enclavement et l'inclusion dentaire. Nous reportons le cas d'un sujet de 40 ans admis dans le service d'odontostomatologie de la Cité Verte, pour affection dentaire d'allure spéciale. Son motif de consultation était la rage dentaire. Cliniquement, l'odontogramme présentait la dent 28 enclavée, douloureuse à la percussion ; la dent 38 avait une poche parodontale, douloureuse à la percussion ; la dent surnuméraire 48 bis enclavée non douloureuse à la percussion. L'orthopantomogramme a confirmé le diagnostic d'accident d'évolution des dents de sagesse enclavée de la 28 et surnuméraires des 48 bis enclavée et 28 bis incluse ; desmodontite de la 38. Le traitement chirurgical associé à la médication a entraîné une évolution favorable comme dans la quasi-totalité des cas décrits dans la littérature.

### ABSTRACT

Supernumeraries teeth, impacted of number of teeth are rare and can be associated with pathologies for person who have genetic predispositions. Many local, loco-regional and even general pathologies are grafted to those impacted teeth. The lack of space designed for receiving them seems to be the most likely cause of the occurrence of impacted teeth. The extraction of wisdom teeth is still one of the most practiced acts in oral surgery. The purpose of our study was to describe one case of impacted wisdom tooth associated to supernumerary wisdom tooth in Yaoundé.

### INTRODUCTION

La troisième molaire encore appelée dent de sagesse est la dernière à faire son éruption dans la cavité buccale [1]. Elle peut être en position normale sur l'arcade quand l'espace d'éruption est suffisant ; Dans le cas contraire, la troisième molaire peut rester incluse dans sa crypte alvéolaire ou alors faire une éruption incomplète, caractérisant ainsi l'enclavement [1,2]. Ces situations sont souvent à l'origine des pathologies variées connues sous la désignation « accidents d'évolution des dents de sagesse ». Ce sont ces accidents qui, à cause des douleurs qu'elles engendrent, motivent souvent les consultations. Ces inclusions et enclavements sont peu fréquents aux maxillaires [2,3,4].

Les dents surnuméraires proviennent de la surproduction des bourgeons dentaires par la lame dentaire. Ces dents

surnuméraires sont rares au niveau des dents de sagesse. Il n'est pas courant de rencontrer dans un même secteur de mâchoire une dent incluse et une dent enclavée [3,4]. Dans la pratique courante, les troisièmes molaires supérieures sont rarement incluses par rapport à celles inférieures ; car, généralement il n'y a pas d'obstacles pouvant empêcher leur évolution [1,4]. Cependant, si le maxillaire est étroit en longueur et en largeur, elles pourraient rester incluses et provoquer des accidents lors de leur processus évolutif. C'est une indication à l'extraction chirurgicale.

Nous rapportons le cas d'une association pathologique entre une dent de sagesse surnuméraire incluse et une dent de sagesse enclavée, l'une à côté de l'autre dans le maxillaire gauche.

## OBSERVATION

Z.E.A., 40 ans, est admis dans le service de stomatologie de l'hôpital de la cité verte, il y a de cela trois ans, pour vive algie hémifaciale gauche évoluant par crises. La prise d'antalgique (paracétamol 1000mg 1comprimé par prise) avait un effet de courte durée. Cette douleur était lancinante, persistante, siégeant au niveau des dernières molaires supérieure et inférieure gauche, irradiant la tempe et la nuque. L'intensité de l'algie le handicapait dans l'exercice de son travail. L'état général du patient était conservé. L'odontogramme montrait la dent 28 enclavée en position oblique, mésoangulaire et douloureuse à la percussion. La 38 en position normale, avec une poche parodontale, et très douloureuse à la percussion. En outre, on a noté la présence de dent de sagesse surnuméraire inférieure droite la 48 bis en position oblique mésiale, non douloureuse à la percussion

Le diagnostic évoqué était l'accident d'évolution des dents de sagesse supérieure gauche enclavée et desmodontite de la 38.

L'orthopanthomogramme a montré la dent de sagesse supérieure gauche (28) enclavée en position oblique mésiale, couronne en avant, proche du collet de la racine vestibulo-distale de la deuxième molaire supérieure gauche (27). La présence d'une dent de sagesse surnuméraire supérieure gauche (28 bis) ectopique, en inclusion profonde, en position perpendiculaire à la 28, logée dans la tubérosité maxillaire a été relevée. En outre, on a observé la dent de sagesse surnuméraire inférieure droite (48 bis) enclavée en position oblique mésiale, couronne en avant, butant sur la partie proximale coronaire de la 48 normale comme représenté sur la figure1.

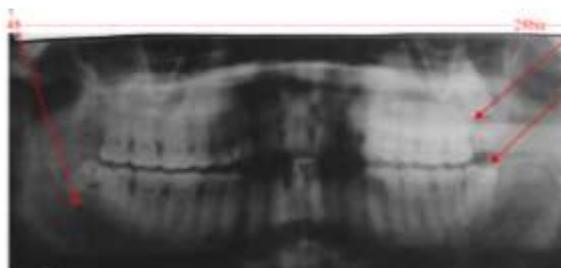


Figure 1 : Orthopanthomogramme.

Dent de sagesse surnuméraire incluse 28 bis ectopique en position perpendiculaire par rapport à la 28 enclavée. La dent de sagesse 48 bis enclavée

Le diagnostic positif était l'accident d'évolution des dents de sagesse supérieures gauche ; enclavée de la dent de sagesse 28 et surnuméraire incluse de la dent 28 bis ; desmodontite de la 38.

Nous avons effectué une extraction chirurgicale des dents 28 enclavée et 28 bis incluse sous anesthésie locorégionale.

L'intervention a été faite sous anesthésie régionale tronculaire du nerf dentaire supérieur postérieur gauche par infiltration haute rétro-tubérositaire avec la solution

de Xylocaïne 2% adrénalinée ; suivi d'une incision de la muqueuse avec décharge en regard de la deuxième molaire 27, jusqu'au périoste. Après avoir décollé les tissus mous à la rugine, la trépanation de l'os retromolaire a été faite à l'aide d'une fraise à os montée sur contre-angle. A l'aide d'une pince-gouge coudée, la mince couche osseuse qui recouvrait partiellement la couronne de la 28 enclavée a été enlevée. S'en sont suivies une mobilisation, une luxation et une extraction de la 28 avec les élévateurs droits et le davier universel. Par la suite, l'exposition de la 28 bis a été faite après curettage de l'os tubérositaire à l'aide d'une curette, et à son tour, la dent 28 bis a été saisie à la pince en baïonnette effilée, puis, décollée de la paroi inférieure du sinus maxillaire gauche et extraite. Après la révision de la plaie alvéolaire, la muqueuse a été suturée au Vicryl 4/0. Aussi, la 38 a été extraite sous anesthésie locorégionale à l'épine de Spix à la même séance.

Le traitement médicamenteux a été l'association Amoxicilline 1000 mg et Acide clavulanique 125 mg 1 comprimé x 2 fois par jour ; le Diclofenac 50 mg 1 comprimé x 3 fois par jour ; le Paracétamol 500 mg codéinée ; les bains de bouche à la Chlorhexidine après les repas 3 fois par jour 24 heures après l'opération. Une alimentation tiède ou froide et le repos de 48 heures avaient été recommandés. Les suites opératoires ont été sans particularités.

## DISCUSSION

Les dents de sagesse ont un devenir variable tant dans leur date d'éruption, quand elles surviennent ; qu'à travers les multiples risques évolutifs qui émaillent leur évolution [2,3]. Elles peuvent être utiles pour la mastication si elles sont bien alignées sur l'arcade. Mais souvent, elles n'apparaissent pas complètement sur l'arcade et restent incluses dans la mâchoire créant souvent des accidents dans leur processus évolutif, qui oblige à pratiquer l'avulsion chirurgicale [2,4].

Le cas de notre étude est une situation rare, inhabituelle nécessitant un examen complémentaire de radiographie panoramique dentaire. L'orthopanthomogramme a permis de poser un diagnostic positif, d'évaluer et de diriger les gestes chirurgicaux [5, 6, 7].

Le malade aurait dû être pris sous anesthésie générale, mais, sans équipement, ainsi que la peur du patient des effets de l'anesthésie générale nous a orientés vers l'anesthésie locorégionale [5].

Le cas présenté est particulier. Le patient avait une anomalie dentaire de nombre avec la présence de la dent de sagesse surnuméraire 28 bis incluse. Les causes probables de cette anomalie sont la morphologie du maxillaire et de la mandibule un peu étroites. Pour expliquer les cas d'inclusions des dents de sagesse maxillaires en dehors de toute pathologie du germe dentaire, Cauhépe évoque le rôle de la sangle musculo-tendineuse ptérygoïdienne qui conditionnerait l'orientation de croissance de l'os alvéolaire tubérositaire, et repousserait en avant la dent de sagesse [11].

L'extraction chirurgicale de la dent de sagesse incluse et/ou enclavée reste une pratique complexe qui présente quelques difficultés. La complexité de l'intervention est plus importante sur le maxillaire si l'inclusion dentaire est profonde vue la proximité du sinus. Chez Z.E.A. la dent 28 bis était profondément incluse, en position ectopique verticale avec ses racines encastrées dans la mince couche osseuse du plancher du sinus. La dent 28 était en inclusion incomplète, en position oblique mésioangulaire selon la classification de WINTER avec ses racines enfouies dans l'os du plancher de la tubérosité maxillaire [12].

La classification de Pell et Gregory permet également d'évaluer la position de la troisième molaire par rapport au ramus ; ainsi, celle-ci ne concerne que les molaires mandibulaires. Chez monsieur Z.E.A. les dents de sagesse mandibulaires 38 et 48 étaient normales ; seule la dent surnuméraire 48 bis était enclavée, en position mésioangulaire. Le manque d'espace retro molaire adéquat entre le bord antérieur du ramus et la face distale de la troisième molaire 48 semble être considéré comme principale cause d'enclavement [6,7]. La profondeur d'inclusion et la situation des dents de sagesse par rapport au ramus peuvent être évaluées selon la classification de Pell et Gregory. Celle-ci est utilisée pour documenter la position des dents présentant des anomalies et anticiper sur les éventuelles difficultés chirurgicales de prise en charge, mais aussi pour évaluer le risque de survenue des complications post-opératoires. C'est la raison pour laquelle l'évaluation des anomalies d'évolution des dents de sagesse par la méthode de Pell et Gregory a une significativité clinique et pas seulement épidémiologique [9,10].

## RÉFÉRENCES

- 1) Glon Y, Abelli A, Serra-tosio G, Fain J, Bellin M. Le radiologue et la dent de sagesse. In: Soyer P, dir. Congrès 2010: journées Françaises de radiologie; Octobre 2010; Paris. Paris : Journal de radiologie diagnostique et interventionnelle; 2010. 105 p.
- 2) Jean Pons, Gustave Ginestet, Henri Frézières, Marcelle Palfer-Soltier. Atlas de technique opératoire. Chirurgie stomatologique et maxillo-faciale (Illustrations exécutées par Barbé). 1962 ; 49p.
- 3) Biswas G, Gupta P, Das D. Wisdom teeth - A major problem in young generation, study on the basis of types and associated complications. J Coll Med Sci-Nepal. 2010; 6(3):24-8.
- 4) Cantaloube D, Fusari J. Accidents d'évolution des dents de sagesse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie. Mise à jour 1991; 22-032-E-10,12p.
- 5) Seigneuric JB, Denhez F, Andreani JF et Cantaloube D. Extraction des dents incluses. Dents de sagesse. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Stomatologie/Odontologie, 22-095-A-10, 1999, 10 p.
- 6) Freisfeld M, Drescher D, Kobe D, Schüller H. Assessment of the space for the lower wisdom teeth. Panoramic radiography in comparison with computed tomography. J Orofac Orthop. 1998; 59(1):17-28.
- 7) Hattab FN, Alhajja ES. Radiographic evaluation of mandibular third molar eruption space. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999; 88(3):285-91.
- 8) Lima C-J, Silva L-C-F, Melo M-R-S, Santos J -a.-S-S, Santos T-S. Evaluation of the agreement by examiners according to classifications of third molars. Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal. 2012; 17(2):281-6.
- 9) Secic S, Prohic S, Komsic S, Vukovic A. Incidence of impacted mandibular third molars in population of Bosnia and

Dans le cas de notre étude, le plan occlusal de la dent 28 enclavée se situe entre le plan occlusal et la zone cervicale de la 2<sup>ème</sup> molaire 27. C'est la Classe B selon la classification de Pell et Gregory [8].

L'avulsion de la 48 bis n'a pas été faite parce que M. Z.E.A. n'avait aucune douleur provenant du côté droit. La douleur qu'il ressentait était localisée uniquement à gauche ; c'est la raison pour laquelle il a été pratiqué l'avulsion des 28, 28bis et la 38. Deux ans après l'intervention, le patient venu pour une consultation de routine, va bien et n'a plus jamais eu la rage dentaire.

## CONCLUSION

Dans notre milieu, les accidents d'évolution des dents de sagesse inférieures sont courants ; alors que celles des dents de sagesse supérieures sont rares. L'association dent de sagesse enclavée et dents de sagesse surnuméraires incluse du maxillaire et enclavée de la mandibule est particulière. Les praticiens confrontés à ce type de problème pourraient avoir des difficultés s'ils minimisent le volume opératoire, partant du choix d'anesthésie, passant par l'examen radiologique complémentaire, jusqu'à la technique opératoire. Nous nous sommes attelés à décrire et discuter ses aspects diagnostiques et la démarche thérapeutique pour une meilleure prise en charge.

Herzegovina: a retrospective radiographic study. J Heal Sci. 2013;3(2):151-8.

10) Blondeau F, Daniel NG. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. J Can Dent Assoc. 2007; 73(4):325.

11) Peron JM. Accidents d'évolution des dents de sagesse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie. Mise à jour 2003; 22-032-E-10, 14p.

12) Alsadat-Hashemipour M, Tahmasbi-Arashlow M, Fahimi-Hanzaei F. Incidence of impacted mandibular and maxillary third molars-a radiographic study in a Southeast Iran population. Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal. 2013; 18(1):140-5.