

Lettre à la rédaction

Yves Commissionat

10 Avenue Percier, 75008 Paris, France

Dans le projet SEDENTEXT paru dans la revue Médecine Buccale Chirurgie Buccale (2012;18:67-77), on peut lire p. 67 la phrase suivante : « La prévention des dysesthésies post-opératoires après avulsion d'une 3^e molaire mandibulaire par un praticien expérimenté est extrêmement faible et il n'est pas prouvé que la réalisation d'un CBCT diminue la fréquence des suites opératoires ». Cette phrase paraît bien légère.

J'ai développé la problématique des relations entre les apex des dents de sagesse et le canal mandibulaire dans 2 articles parus dans l'Information Dentaire [1, 2].

Dans certains cas, le ou les apex sont contigus au canal. L'apex est en contact immédiat avec la gaine vasculo-nerveuse ou en est séparé par une très mince cloison osseuse. Cette contiguïté peut même se traduire par une réduction de la lumière du canal. Dans les cas extrêmes, la gaine est incluse entre les racines ou les traverse dans un véritable tunnel.

L'extraction de ces apex, même par un opérateur expérimenté, provoquera une petite plaie de la gaine, plaie pouvant également être due à la fracture inévitable de cette mince cloison osseuse. Cette plaie déclenchera le mécanisme de l'inflammation, c'est-à-dire un oedème de la gaine survenant dans une cavité totalement close. Il s'ensuivra une compression du nerf alvéolaire inférieur avec ses conséquences. Les conséquences des lésions neurologiques sont en général minimisées et elles sont en réalité beaucoup plus fréquentes qu'il n'est communément admis.

L'anesthésie de la région labiale sous-commissurale provoque des plaies consécutives aux morsures de la lèvre et une accumulation des aliments dans le vestibule ; le sujet « bave » lors des repas et présente quelquefois des troubles de l'élocution. Des douleurs peuvent survenir précocement ou tardivement sous la forme de paresthésies (sensations de fourmillements ou de brûlures) ou de véritables algies. Ces troubles persistent parfois indéfiniment. Le sujet s'aperçoit de l'inefficacité des traitements, ce qui peut déclencher un état dépressif. Il faut donc tout faire pour éviter de telles séquelles et le traitement ne peut être que préventif.

Lorsqu'il existe sur les clichés conventionnels le moindre soupçon de contiguïté apex-canal mandibulaire, il est indispensable de réaliser un examen scannographique ou un cone beam qui confirmera ou non cette contiguïté. En cas de conti-

guïté, il existe actuellement une intervention qui permet à coup sûr d'éviter les lésions neurologiques. Cette intervention a eu plusieurs dénominations : extraction partielle, extraction par usure avec apex laissé en place... La dénomination la plus expressive est celle proposée par un auteur anglais, O'Rioran [3], coronectomie. La technique consiste à sectionner la dent au collet et à user progressivement les racines restantes en s'arrêtant en deça d'une distance de sécurité de 2 mm au dessus de la lamina dura supérieure du canal mandibulaire. Dans la plupart des cas, après l'intervention, les apex migrent vers la crête édentée et se détachent du canal. Cette migration s'arrête après quelques mois et il est exceptionnel qu'il faille les retirer.

Pour confirmer l'efficacité de la coronectomie, je rappellerai les statistiques effectuées dans mon Service de Stomatologie à l'Hôpital Cochin par Michel Hassin sur une série de 332 dents de sagesse inférieures [in 2] :

- Extractions de dents de sagesse incluses ou sous-muqueuses	332
- Bilan radiologique approfondi	63
- Coronectomies	18
- Lésions neurologiques	0

Il n'est donc plus permis actuellement de léser le nerf alvéolaire inférieur au cours de l'extraction d'une dent de sagesse mandibulaire. Je souhaite que les séquelles invalidantes citées plus haut, et que j'ai observées en pratique hospitalière ou en tant qu'expert près les Tribunaux, appartiennent au passé.

1. Commissionat Y. Prévention des lésions neurologiques post-extractionnelles par coronectomie de la dent de sagesse inférieure (1^{re} partie). *Info Dent* 2005;87:1989-92.
2. Commissionat Y. Prévention des lésions neurologiques post-extractionnelles par coronectomie de la dent de sagesse inférieure (2^e partie). *Info Dent* 2005;87:2053-8.
3. O'Riordan BC. Coronectomy (intentional partial odontectomy of a lower third molar). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;98:274.

NDLR. Voici les références de deux articles parmi les derniers parus sur ce sujet ; les auteurs procèdent à l'extraction

* Correspondance : mcommissionat@wanadoo.fr

de la dent résiduelle dans un second temps, de façon systématique [1] ou seulement si l'évolution le nécessite [2] :

1. Landi L, Manicone PF, Piccinelli S, Raia A, Raia R. A novel surgical approach to impacted mandibular third molars to reduce the risk of paresthesia: a case series. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:969-74.
2. Monaco G, de Santis G, Gatto MR, Corinaldesi G, Marchetti C. Coronectomy: a surgical option for impacted third molars in close proximity to the inferior alveolar nerve. *J Am Dent Assoc* 2012;143:363-9.

Et la référence d'un article où les auteurs proposent une autre technique toujours pour éviter les lésions du nerf alvéolaire inférieur :

Tolstunov L, Javid B, Keyes L, Nattestad A. Pericoronal osteotomy: an alternative surgical technique for management of mandibular third molars in close proximity to the inferior alveolar nerve. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69:1858-66.