

L'importance de reconnaître la pathologie associée à des troisièmes molaires incluses

Albert J. Haddad, DMD, MSc, FRCD(C), FADSA; Reena M. Talwar, DDS, PhD; Cameron M.L. Clokie, DDS, PhD, FRCD(C), FICD(C), FADI, Dip ABOMS

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en image qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette rubrique présente étape par étape des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. Pour soumettre un cas ou recommander un clinicien à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

La présence de troisièmes molaires en éruption partielle ou totalement incluses requiert souvent une consultation chez le dentiste. Les patients peuvent ressentir des symptômes variés, qui vont d'une douleur à un trismus léger à modéré et même à une infection aiguë avec purulence au siège de la dent atteinte. En pareils cas, il est souvent nécessaire de dispenser un traitement immédiat pour atténuer ou guérir les symptômes du patient. Si les troisièmes molaires sont complètement incluses, le clinicien doit en informer le patient et l'informer également de la présence ou de l'absence de toute pathologie connexe. Il est souvent proposé de procéder à l'extraction prophylactique des dents de sagesse incluses, pour prévenir des problèmes tels que l'infection, des lésions carieuses, la destruction des dents adjacentes, des problèmes parodontaux touchant des dents adjacentes, des kystes ou des tumeurs¹. Comme la proportion des dents de sagesse qui restent incluses ou partiellement incluses est très élevée (84 %) par comparaison à la proportion en éruption complète (16 %), il est important que ces dents incluses fassent l'objet d'un bon suivi

pour déceler tout signe de pathologie². À cette fin, il importe que les patients dont les principaux symptômes sont reliés à une troisième molaire subissent un panorex à leur première évaluation. De même, il importe de diriger le patient vers le professionnel compétent si l'on soupçonne une pathologie et d'assurer un suivi radiographique approprié.

Les illustrations 1 à 3 montrent des lésions associées à des troisièmes molaires incluses ou en éruption partielle, qui pourraient ne pas être décelées si l'évaluation dentaire de routine était basée uniquement sur des radiographies périapicales. Aussi est-il parfois indiqué de faire une évaluation radiographique plus poussée de certaines lésions (ill. 2), notamment par tomodynamométrie et tomographie à faisceau conique, avant l'intervention chirurgicale, car certaines lésions peuvent continuer de se développer si elles ne sont pas détectées tôt. Prenons l'ill. 3 : comme la lésion semble en position distale par rapport à la couronne de la dent, elle aurait pu passer inaperçue à la radiographie périapicale; le kyste aurait donc continué de grossir, causant une morbidité accrue. Or, la présence d'importantes patho-



Illustration 1 : Panorex montrant, à l'apex de la dent 38, une lésion radiotransparente bien définie qui aurait pu passer inaperçue sur une radiographie périapicale.



Illustration 2 : Panorex montrant une lésion radiotransparente aux dents 38 et 37. Même avec un panorex, cette lésion pourrait être prise, à tort, pour une variation anatomique normale.



Illustration 3 : Cette radiographie montre un élargissement de l'espace folliculaire, évocateur d'un kyste dentigère.

logies, comme un améloblastome ou un kératokyste odontogène, peut causer la destruction d'une portion appréciable du maxillaire inférieur et exiger ensuite une résection et une reconstruction de l'os atteint.

Étude de cas

Les illustrations 4 à 24 montrent un cas où une anomalie associée à une troisième molaire incluse est passée inaperçue pendant plusieurs années, faute d'évaluation radiographique adéquate. Pour cette raison, la patiente a dû subir une importante chirurgie de résection et de reconstruction.

Une jeune femme de 17 ans en bonne santé présentait une grosse lésion radiotransparente dans le corps et la branche montante du maxillaire inférieur droit, touchant l'apophyse coronoïde et l'échancrure sigmoïde de la mandibule. L'examen radiographique a révélé que la dent 48 était incluse dans la lésion et a aussi révélé certains signes de résorption radiculaire sur les dents 46 et 47. À l'examen clinique, une expansion du corps du maxillaire inférieur, palpable à l'intérieur de la bouche et le long du bord inférieur de la

mandibule, a aussi été observée. L'examen a été complété d'une tomодensitométrie, qui a aidé à préciser l'étendue de la pathologie.

Avant d'établir un plan de traitement définitif, une biopsie simple a été pratiquée, et le diagnostic d'améloblastome de type folliculaire a été confirmé. Le plan de traitement prévoyait une résection du corps et de la branche montante du maxillaire inférieur, ainsi qu'une reconstruction immédiate par lambeau péronier microvasculaire. Afin de réduire au minimum les déficiences fonctionnelles et esthétiques, un modèle 3D en acrylique a été fabriqué avant l'intervention pour faciliter l'élaboration du plan chirurgical global.

Le traitement chirurgical a été réalisé selon une approche multidisciplinaire : une équipe de chirurgie plastique a d'abord prélevé le lambeau péronier, puis la résection du maxillaire inférieur a été réalisée par l'équipe de chirurgie buccale et maxillofaciale. Les illustrations 7 à 22 montrent chaque étape de l'ablation de la lésion et de la reconstruction du maxillaire inférieur.



Illustration 4 : Dent 48 incluse, bien visible à l'intérieur d'une grosse lésion radiotransparente située dans le corps et la branche montante du maxillaire inférieur, côté droit. La radiographie montre également des signes de résorption radiculaire des dents 46 et 47.



Illustration 5 : Ce modèle symétrique a été utilisé pour recourber la plaque de reconstruction avant l'intervention – étape essentielle à la fixation du lambeau péronier vascularisé dans le maxillaire inférieur.



Illustration 6 : Cette photographie montre la plaque de reconstruction recourbée de manière à reproduire fidèlement le contour du maxillaire inférieur. Elle permet également d'évaluer l'expansion du corps du maxillaire inférieur, au siège de l'anomalie.



Illustration 7 : Une incision est pratiquée autour de l'extension intrabuccale de la lésion, où la biopsie a été faite. Des sections congelées ont été préparées pour confirmer l'absence de pathologie dans les tissus mous.

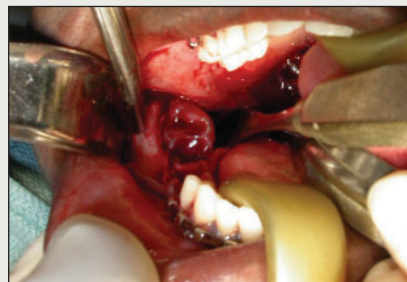


Illustration 8 : Les dents situées en avant du bord prévu de la résection sont extraites, ainsi que les tissus mous de la lésion, pour permettre la fermeture de la plaie au-dessus de la zone atteinte.

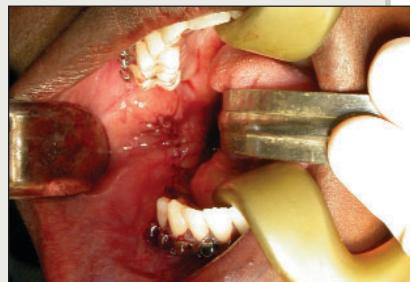


Illustration 9 : La zone est suturée pour éviter toute communication entre les voies d'accès intrabuccale et extrabuccale du maxillaire inférieur.



Illustration 10 : Fixation intermaxillaire de la mandibule visant à prévenir une malocclusion postopératoire, après la reconstruction du maxillaire inférieur.



Illustration 11 : Le lambeau péronier est prélevé par voie latérale, pendant la résection du maxillaire inférieur.



Illustration 12 : Les repères anatomiques sont marqués pour protéger les structures, comme la branche marginale du nerf mandibulaire et la branche temporo-faciale du nerf facial.

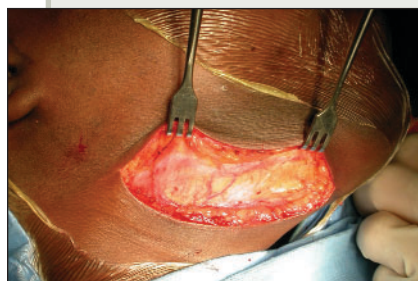


Illustration 13 : Le muscle peaucier du cou est exposé par la voie submandibulaire accédant au corps du maxillaire inférieur. La dissection doit être exécutée avec soin, pour protéger la portion mandibulaire du nerf facial, ainsi que l'artère et la veine faciales.

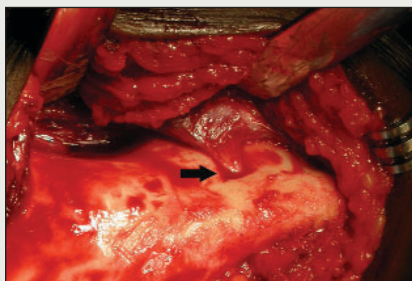


Illustration 14 : Le maxillaire inférieur est exposé et le nerf mentonnier est marqué à sa sortie du trou mentonnier (flèche). Le nerf sera sectionné et marqué afin d'être réparé après la résection mandibulaire.

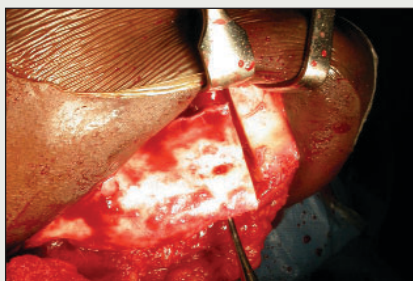


Illustration 15 : Une résection osseuse antérieure est pratiquée pour permettre l'ablation du corps et de la branche montante atteints.



Illustration 16 : Vue médiane du spécimen résequé, montrant l'expansion du corps maxillaire inférieur et l'oblitération de l'apophyse coronoïde et de l'échancrure sigmoïde.



Illustration 17 : Radiographie numérisée du spécimen, après son ablation.



Illustration 18 : Prélèvement du lambeau péronier avec pédicule vasculaire intact (flèche).



Illustration 19 : Le lambeau est raccourci, et une ostéotomie est pratiquée pour reproduire l'angle du maxillaire inférieur. Les segments sont fixés à la plaque de reconstruction, en gardant le pédicule vasculaire intact pour réduire au minimum la période d'ischémie.

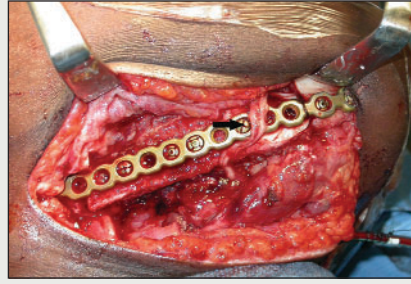


Illustration 20 : Un nerf saphène est prélevé pour réparer le nerf dentaire inférieur qui a été enlevé avec la tumeur. La flèche montre la portion distale du nerf, le long de son trajet en direction du nerf mentonnier.



Illustration 21 : La plaie est refermée en plans multiples par surjet intradermique, afin de réduire au minimum la formation de cicatrices.

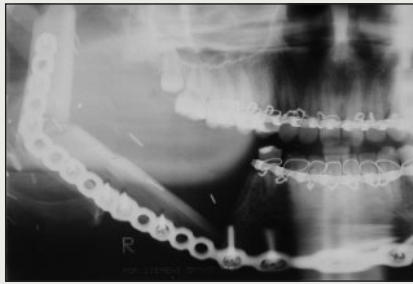


Illustration 22 : Panorex pris immédiatement après l'intervention, montrant la reconstruction du maxillaire inférieur à l'aide d'un lambeau péronier vascularisé et d'une plaque de reconstruction.

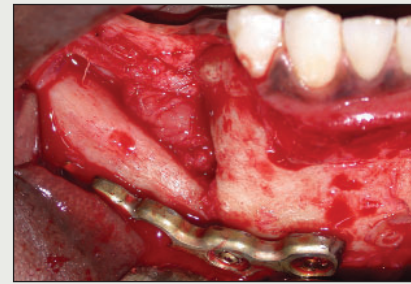


Illustration 23 : L'image clinique du site de reconstruction montre, 30 mois après la chirurgie, un défaut de forme triangulaire là où on proposait de poser l'implant.

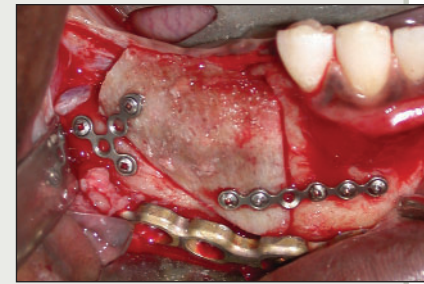


Illustration 24 : Après avoir prélevé de l'os de la crête iliaque, on l'a mis en forme pour reconstruire le défaut afin de permettre à la patiente de recevoir plus tard une restauration implantoportée au maxillaire inférieur postérieur droit.

Discussion

La présence de troisièmes molaires incluses devrait exiger une évaluation clinique et radiographique complète, en particulier lorsqu'elle s'accompagne de symptômes locaux. Il est notamment fortement recommandé d'obtenir un panorex à la première évaluation, car l'utilisation de radiographies périapicales pour l'évaluation de troisièmes molaires incluses ou en éruption partielle comporte plusieurs limites, dont les suivantes : incapacité d'évaluer adéquatement la relation entre la dent et le canal du nerf dentaire inférieur, possibilité limitée d'évaluer la morphologie de la racine de la troisième molaire et

incapacité de détecter les anomalies associées à la dent ou aux dents en cause.

Il est de la responsabilité du clinicien de bien diagnostiquer et traiter toute pathologie associée aux troisièmes molaires qui sont extraites. En présence de lésions péri coronaires ou périapicales locales associées à une troisième molaire incluse, l'extraction de la dent et la biopsie de la lésion des tissus mous devraient se faire simultanément. Enfin, si le clinicien soupçonne un processus pathologique plus évolutif, il doit diriger le patient vers le spécialiste compétent. Le cas échéant, le patient doit être informé des observations cliniques, des diverses modalités de traitement qui s'offrent et du pronostic général. ♦

LES AUTEURS



Le Dr Haddad exerce dans un cabinet privé à Toronto (Ontario). Il est professeur agrégé de chirurgie buccale et maxillofaciale, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario).



La Dre Talwar est professeure adjointe de chirurgie buccale et maxillofaciale, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario).



Le Dr Clokie est professeur et directeur du Département de chirurgie buccale et maxillofaciale, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario).

Écrire au : Dr Cameron Clokie, Département de chirurgie buccale et maxillofaciale, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, 124, rue Edward, Toronto, ON M5G 1G6. Courriel : cameron.clokie@utoronto.ca.

Les auteurs n'ont aucun intérêt financier déclaré.

Le Dr Clokie donnera sa séance d'une journée intitulée «Oral surgery for the general practitioner» lors de l'assemblée annuelle de l'ADO, le vendredi 7 avril.

Références

1. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996; 82(1):10-7.
2. Venta I, Murtomaa H, Ylipaavalniemi P. A device to predict lower third molar eruption. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84(6):598-603.