

Université Farhet Abbas Sétif

Faculté de médecine

Département de médecine dentaire

Module de Pathologie et Chirurgie buccale

TD à l'usage des étudiants de 2^e année

Année universitaire : 2019-2020

L'avulsion dentaire

Dr FOUADLA

**Maitre assistant en pathologie
et chirurgie buccale**

L'avulsion dentaire

Introduction

La réalisation d'extractions dentaires nécessite le respect d'un certain nombre de règles inhérentes à toute pratique chirurgicale. Les conditions d'installation, la connaissance du matériel et des instruments ainsi que leur utilisation rationnelle sont des éléments qui déterminent une bonne pratique opératoire.

1. Définitions

*Avulsion dentaire:

L'ensemble des manœuvres permettant de sortir la dent de son alvéole tout en respectant l'intégrité des tissus voisins.

*Extraction dentaire simple:

Définie comme l'acte chirurgical qui consiste à pratiquer l'avulsion d'un organe dentaire sans anomalie de structure, de forme et de position avec un contexte local et général non susceptible de compliquer la réalisation de l'acte.

*Extraction dentaire difficile (chirurgicale, alvéolectomie):

L'extraction dentaire difficile est définie comme l'avulsion d'une dent en situation normale ou paranormale, dont l'état pathologique, ou la morphologie coronaire et/ou radiculaire, nécessite un geste chirurgical spécifique complémentaire à la technique opératoire de base.

2. Observations préliminaires à la décision thérapeutique

2.1. Etape préopératoire:

a. Préparation du patient:

- La préparation psychologique du patient débute dès son entrée dans la salle d'attente.
- Il est évident qu'attention et explications permettent généralement d'instaurer un climat de confiance nécessaire à la réalisation d'un acte anxiogène.
- Une prémédication sédatrice n'est pas systématique, elle n'est prescrite que si le praticien juge que son patient a besoin d'une aide médicamenteuse.
- Une prémédication antiémétique doit être envisagée lorsqu'il existe un réflexe nauséux gênant.
- Chez l'enfant, toute posologie médicamenteuse doit être adaptée à son poids.

b. Programmation du rendez-vous:

- La programmation du rendez-vous en vue d'intervention de chirurgie buccale doit tenir compte de plusieurs facteurs:
 - La difficulté présumée de l'acte à réaliser.
 - Les interventions difficiles seront programmées de préférence la matinée.
 - Le patient: une prémédication sédatrice, certains états physiologiques (enfance, grossesse) feront plutôt préférer des rendez-vous en matinée.
 - Le praticien: il faut tenir compte de la programmation des autres rendez-vous et éviter plusieurs actes difficiles d'affilée.

2.2. Etape per-opératoire

a/ Réglage du fauteuil dentaire et installation du patient:

Généralement en position semi-assise, le patient devra être confortablement installé.

b/ opérateur :

L'opérateur doit être habillé d'une casaque stérile qu'il aura revêtue avec l'aide d'un assistant après avoir préalablement pratiqué un lavage soigneux des mains.

Face au risque de contamination en particulier virale, le port des gants à usage unique, d'un masque et de lunettes de protection est devenu indispensable.

Lorsque ce risque est connu, le doublage des gants est conseillé.

La position de l'opérateur est fonction de la localisation et de la nature de la dent à extraire.

Généralement à droite de l'opéré pour un opérateur droitier et inversement pour un gaucher, il pourra, lors de certains temps précis, se positionner plus en avant ou plus en arrière.

La station debout est préférable, elle assure une meilleure stabilité et facilite une bonne gestuelle.

La position relative par rapport au patient doit être telle que, le coude au corps, l'opérateur aura en main les instruments dans le prolongement naturel de son avant-bras, le coude étant en flexion de 60 à 90°. Même dans les cas de gestes simples, la présence d'un aide est souhaitable.

c/ Champ opératoire et éclairage

Après avoir pratiqué une désinfection périorale et buccale à l'aide d'une solution.

L'opérateur dispose un champ propre serrant sans oppression le cou du patient, maintenu par un système adhésif ou une pince à champ, recouvrant les épaules et descendant jusqu'au-dessous de la ceinture.

L'utilisation d'un champ stérile perforé uniquement en regard de l'orifice buccal constitue l'installation idéale.

L'éclairage, grâce à un scialytique, est réglé soit avant le port des gants, soit pendant lorsque les poignées sont revêtues de capuchons stériles.

Certains opérateurs complètent ce type d'éclairage par le port d'un système de lumière frontale qui leur permet de parfaire la vision du site opératoire.

Aspiration chirurgicale

Elle est munie d'une canule à usage unique et facilite grandement le travail de l'opérateur en évitant les mouvements parfois incessants du patient vers le crachoir qui constituent une source de contamination réelle par des rejets mal maîtrisés (effets de l'anesthésie locale) de salive souillée de sang. Il est à noter que certains concepts de fauteuil ont complètement occulté le crachoir pour des raisons évidentes d'hygiène. L'aspiration chirurgicale est un

élément de confort et de sécurité pour le praticien comme pour le patient qui contribue à assurer l'opérateur d'une vision optimale du site opératoire.

d/ Instrumentation

Les instruments doivent être disposés sur une table métallique recouverte d'un champ stérile dans l'ordre chronologique de leur utilisation.

***Matériel de désinfection orale et péri-orale**

Il est constitué d'une cupule métallique remplie d'antiseptique et d'une pince de type Kocher tenant une compresse. Les lèvres sont badigeonnées en premier, puis l'intérieur de la bouche. L'antiseptie peut être effectuée avec un simple bain de bouche.

***aspiration chirurgicale:**

Munie d'une cupule à usage unique.

Facilite le travail de l'opérateur en évitant les mouvements gênants du patient vers crachoir.

***Matériel pour anesthésie :**

Seringue métallique.

Seringue jetable

Aiguilles.

Carpules d'anesthésie.

*** Syndesmotomes (pour la syndesmotomie)**

Fonctions : Ils permettent de couper les fibres desmodontales superficielles tout autour de la dent, ce qui évite, de provoquer des déchirures de la gencive lors de l'extraction.

Variétés : Les accès au plan ligamentaire sont variables selon la position de la dent, ce qui conditionne l'utilisation de plusieurs types d'instruments.

****Syndesmotomes de Chompret**

- Syndesmotome droit pour les dents antérieures du maxillaire supérieur.
- Syndesmotome coudé par les dents du maxillaire inférieur.
- Syndesmotome faucille : utilisé pour toutes les dents supérieures ou inférieures.

****Syndesmotomes de Bernard**

Son extrémité est lancéolée et sa forme est multiple « droit ou coudée », son utilisation est plutôt celle d'un élévateur pour extraction des racines.

3/Élévateurs (Pour la luxation):

Se fait avec des élévateurs qui sert à mobiliser la dent, ce sont des instruments très puissant qu'il faut manier avec précaution. L'élévateur adéquat, tenu en plein main est introduit dans l'espace crée par le syndesmotome en prenant appui sur l'os alvéolaire, on mobilise la dent jusqu'à ce qu'elle bouge dans son alvéole. Les formes les plus couramment rencontrées des élévateurs sont :

- L'élévateur droit : pour les dents antérieures du maxillaire supérieur et inférieur.
- L'élévateur en baïonnette : pour les dents postérieures.
- Le pied de Biche : Convient uniquement à l'extraction successive des racines d'une molaire inférieure.

4/les daviers : (Pour l'extraction proprement dite):

Se faire à l'aide de davier qui est une pince comportant deux parties réunies par une charnière:

o *Les mors* : partie active servent à saisir la dent et à lui imprimer les mouvements nécessaires, convexes en dehors et concaves en dedans, la concavité interne est striée en général dans le sens de la longueur.

o *Les branches* : partie passive que l'opérateur tient en main pour agir à volonté sur les mors.

Comme pour les autres instruments, il existe des daviers droits pour les dents inférieures. Les daviers des dents de sagesse ont des formes particulières.

=> Pour le maxillaire supérieur :

- Daviers droits pour les incisives et canines, mors symétriques larges, jointifs pour les incisives, espacés pour canines.

-
- Daviers coudés en forme de « S » allongé : pour les PM, non symétriques et non jointifs.
 - Daviers à courbure plus accentuée pour les molaires : les mors ne se joignent pas et ne sont pas symétriques, ils présentent un mors avec un ergot central à placer du côté vestibulaire de la dent et un mors rond à placer du côté palatin, il y aura donc des daviers pour le côté droit et pour le côté gauche.
 - Daviers en baïonnette à ouverture horizontale pour les dents de sagesse à mors symétrique et non jointifs.
 - Davier pour racines : mors jointifs, effilés pour extraction des racines.

=> Pour la mandibule : Les daviers sont coudés à angle droit et ont tous des mors symétriques.

- Daviers pour incisives ; mors larges, jointifs.
- Daviers pour canine et prémolaires : mors larges, symétrique et non jointifs.
- Daviers pour molaires : non jointifs les deux mors présentent des ergots se plaçant du côté vestibulaire et linguale dans l'espace inter radulaire.
- Daviers coudés sur le champ : ayant une ouverture horizontale utilisés pour les dents mandibulaires postérieures en cas de limitation de l'ouverture buccale.
- Davier des racines : mors effilés et jointifs

=> Daviers pour enfants : On retrouve les mêmes formes mais plus réduites donc plus facilement utilisables pour une ouverture buccale limitée d'autre part, ils sont en partie dissimulés par la main de l'opérateur et moins impressionnants pour nos jeunes patients.

5. Curettes Pour le curetage :

Fonctions. Leur rôle est d'explorer l'alvéole déshabillée afin d'en retirer les éventuels débris tissulaires qu'ils soient osseux, dentaires, kystiques ou de granulation.

Elles sont constituées d'un manche fin et d'une extrémité en forme de cuillère.

Variétés. On distingue les curettes droites ou coudées.

Pince-gouge :

Fonctions. C'est une pince coupante, qui permet de régulariser les rebords alvéolaires saillants (régularisation des septa interdentaires lors des avulsions multiples).

Matériel de suture

Même dans le cadre des extractions simples, il peut être nécessaire de tenir à disposition un matériel de suture pour parfaire une hémostase difficile à obtenir par une simple compression.

Agents hémostatiques :

Le patient ne doit être libéré que lorsque l'hémostase est satisfaisante. Le plus souvent, un rapprochement entre le pouce et l'index des berges gingivo-alvéolaires, complété par une compression verticale exercée par le patient en mordant sur une compresse repliée, suffit à garantir la formation d'un caillot de bonne qualité.

Cependant dans certains cas (patient qui présente un trouble de l'hémostase) des agents hémostatiques peuvent parfaire l'hémostase.

-Eponge de collagène.

- Eponges de gélatine.
- L'oxyde de cellulose (Surgicel®).

Protocole opératoire de base :

1. Désinfection péribuccale et endobuccale

2. Anesthésie

3. syndesmotomie

4. Luxation

5. Avulsion proprement dite

6. Révision alvéolaire « Curetage »

7. Compression hémostatique

8. Recommandations postopératoires

****Extraction des dents temporaires :**

Elle ne présente pas de difficultés opératoires particulières, mais certaines précautions doivent être prises en considération.

De plus, L'approche psychologique est primordiale pour pouvoir réaliser l'acte dans des conditions satisfaisantes. Une prémédication sédatrice peut aider le praticien, mais plus généralement c'est le degré de coopération du jeune patient qui sera l'élément déterminant.

- ✓ L'extraction dentaire doit être précédée d'un examen radiographique pour s'assurer de la présence du germe, de son emplacement et de ses rapports avec la dent temporaire.
- ✓ La technique doit être rapide et douce à la fois.
- ✓ L'extraction est facile en cas de rhizalyses.
- ✓ La luxation et le curetage sont à éviter sous peine de provoquer une lésion du germe sous-jacent.

****L'alvéolectomie :**

On la définit comme la technique opératoire qui permet d'exposer partiellement ou totalement la ou les racine(s) de la dent à extraire. Généralement, elle consiste en une **ostéotomie** de la table externe alvéolaire intéressant ou non les septa intermédiaires.

Indication :

Technique :

- ✓ Une anesthésie locale, éventuellement associée à une locorégionale notamment pour les secteurs molaires mandibulaires.
- ✓ Une incision intrasulculaire (un bistouri à lame 11 ou 15) accompagnée ou non d'un trait de décharge mésiale. Le but étant d'obtenir un lambeau mucopériosté à base large facile à repositionner lors du temps de fermeture. L'incision au collet prolonge environ d'une dent de part et d'autre du site d'intervention.
- ✓ Décollement du lambeau mucopériosté: s'effectue en partant du trait de décharge mésial (s'il est pratiqué) et progresse par cheminement de long des collets dentaires en s'enfonçant progressivement vers le fond du vestibule.
- ✓ Alvéolectomie proprement dite: après le décollement et le chargement du lambeau à l'aide d'un écarteur, l'opérateur creuse une gouttière dans l'os alvéolaire vestibulaire grâce à l'instrument rotatif muni de la fraise adéquate. Il réalise une véritable ostéotomie latérale.
- ✓ Il effondre à volonté la hauteur du pan osseux vestibulaire permettant un dégagement suffisant.
- ✓ La séparation des racines peut s'avérer nécessaire.
- ✓ Avulsion, révision alvéolaire et fermeture du site par des sutures hermétiques.

2.3. Etape postopératoire :

2.3.1. Conseils postopératoires

*Éviter les bains de bouche pendant les 24 premières heures qui sont toujours susceptibles d'éliminer un caillot trop fraîchement formé.

*Tabac, alcool et boissons chaudes sont également à proscrire le premier jour.

*Une hygiène correcte doit être maintenue.

*Il existe des brosses à dents chirurgicales à poils très souples qui permettent de reprendre très tôt le brossage du secteur concerné.

*Pour lutter contre la douleur postopératoire, éviter la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien préférer les antalgiques à base de paracétamol.

*Adopter une alimentation semi-liquide et froide pendant les premières 24 heures, puis molle et tiède pendant une semaine.

2.3.2. Contrôle et dépose des sutures :

Le contrôle de la cicatrisation et la dépose des sutures se situent généralement entre le 7^e et le 10^e jour après l'intervention.

Conclusion :

La réalisation d'extractions dentaires nécessite le respect d'un certain nombre de règles inhérentes à toute pratique chirurgicale. Les conditions d'installation, la connaissance du matériel et des instruments ainsi que leur utilisation rationnelle sont des éléments qui déterminent une bonne pratique opératoire.

