

# EXTRACTIONS DENTAIRES

A. SABRIÉ

## LES EXTRACTIONS DENTAIRES

L'extraction ou l'avulsion d'une dent est l'échec d'une thérapeutique préventive ou curative et peut être considérée comme une « amputation » ; en effet, l'on supprime un organe qui est vivant ou l'a été (tué par l'infection ou un traumatisme).

### CIRCONSTANCES AMENANT A L'EXTRACTION :

- manque de moyens thérapeutiques
- éloignement d'un centre spécialisé
- état du patient (qui ne peut plus tolérer la douleur ou ne veut affronter des soins conservateurs à venir jugés insupportables).

### CONDITIONS D'EXTRACTION :

- avant d'extraire une dent, il faut savoir laquelle est en cause et donc à extraire. Ceci est parfois difficile à préciser, surtout lorsque plusieurs dents voisines sont suspectes. L'examen clinique pourra, à défaut d'un examen radiologique, permettre de lever le doute. Chez les enfants, il y a lieu, surtout en période de denture mixte, c'est-à-dire entre 6 et 12 ans, de faire le distinguo entre « dents lactéales » et « dents définitives » (voir le schéma).

### PRÉPARATION DE L'INTERVENTION :

- position du sujet : assis ou couché ou mieux demi-assis, mais la tête reposant sur un plan ferme. Bien entendu, si sous narcose sujet couché.
- champ opératoire : il doit être propre, un champ autour du cou et recouvrant la poitrine est commode.
- éclairage : joue un grand rôle et doit être bien réglé.

**ANESTHÉSIE** : Le patient est supposé en état de recevoir une anesthésie ; un interrogatoire et un bilan n'auront relevé aucune contre-indication. Une prémédication (Valium, Belladéal) est utile.

**ANESTHÉSIE LOCALE** : Il est préférable d'utiliser une seringue métallique permettant d'exercer de fortes pressions et de ne pas casser en cas de fermeture intempestive de la bouche du patient.

- L'anesthésie pourra être de la xylocaïne à 2 % avec ou sans adrénaline, dans certains cas l'adrénaline est à proscrire. La présentation en carpules est la plus commode.
- Les aiguilles utilisées sont des aiguilles spéciales, très fines, présentées en emballage stérile et se vissant sur la seringue. L'injection se fera toujours doucement en évitant de faire « blanchir » la muqueuse gingivale. Les points d'injection sont précisés sur les schémas ; d'abord dans la muqueuse vestibulaire puis ensuite du côté lingual ou palatin et ensuite dans l'espace dent-alvéole où se trouvent les ligaments. L'effet obtenu est rapide, une nouvelle injection peut être faite en cours d'intervention, à la demande, et intraligamentaire, lorsque cette région sensible aura été davantage dégagee.

L'on peut, chez les enfants notamment, badigeonner les zones à « piquer » avec une boulette de coton tenue sur une précelle et qui aura reçu auparavant un petit jet de Kélène qui l'aura fait « givrer ».

**ANESTHÉSIE RÉGIONALE** : Encore appelée « tronculaire » car visant le tronc du nerf dentaire inférieur au niveau de sa pénétration dans le canal dentaire à l'épine de Spix, à la face interne de la branche montante de la mandibule. Son action se limite aux molaires et prémolaires mandibulaires.

**Matériel utilisé** : seringue en plastique de 5 à 10 cc à laquelle on adaptera, soit une aiguille spéciale dite « à tronculaire » de Gérard Maurel, ou, à défaut une aiguille à intra-musculaire LONGUE à biseau COURT. Le liquide utilisé sera de la xylocaïne à 1 % sans adrénaline (au lieu de 2 % dans les locales), on en injectera 5 cc.

**Technique d'injection** : l'ensemble aiguille-seringue sera tenu de la main droite comme une « fléchette », la pointe de l'aiguille sera enfoncée de 2 cm en un point situé juste en dedans du bord antérieur de la branche montante (palpable), à 1 cm au-dessus du plan occlusal (plan formé par les faces occlusales des molaires) ; ensuite, l'on ramènera l'ensemble vers les prémolaires inférieures du côté opposé, une aspiration du piston pour vérifier que l'on n'a pas pénétré dans un vaisseau et l'on injecte lentement les 5 cc. La seringue vidée sera ramenée dans sa position antérieure, puis l'on retire l'ensemble en arrière d'un petit coup sec.

La durée d'apparition de l'anesthésie est d'environ 10 minutes, elle se mesure au degré d'insensibilisation de la région labiale inférieure homolatérale, parfois une sensation de fourmillement de la langue peut être ressentie, il s'agit alors d'une infiltration simultanée du nerf lingual, sans importance le plus souvent, elle peut cependant persister un temps plus ou moins long et alors gêner le patient.

La phase anesthésique est alors terminée, profitons-en pour nous remettre en mémoire l'anatomie dentaire et préciser instruments et techniques, dont nous allons avoir besoin.

**PRINCIPE DE L'EXÉRESE** : Le schéma d'une incisive montre les rapports alvéole-dent et ce, par l'intermédiaire des ligaments alvéolo-dentaires. Nous voyons donc que c'est le ligament qui retient en quelque sorte la dent dans son alvéole. Il faudra donc supprimer cette liaison dent-alvéole, ensuite il faudra luxer la dent hors de cette alvéole et enfin la saisir une fois luxée. La disposition variable des racines devra être connue, en effet, elle impose la technique à suivre. Incisives et prémolaires n'ont qu'une racine et sont monoradiculées, une exception cependant, dans 75 % des cas, la première prémolaire supérieure possède deux racines séparées ou accolées. Les molaires du haut ont trois racines, celles du bas deux racines, la mésiale étant à double canal. Quant aux dents de sagesse, on peut rencontrer diverses dispositions qui interdisent toute systématisation.

L'on peut en conclure que l'extraction se fera en :

**DEUX TEMPS** : l'un dentaire suivi d'un temps alvéolaire.

**TROIS MOUVEMENTS** qui décomposent le temps dentaire :

- . SYNDESMOTOMIE
- . ÉLÉVATION
- . AVULSION ou prise au davier.

- Syndesmotomie : section du ligament alvéolaire et circulaire.
- Élévation : la dent est soulevée de son alvéole puis luxée pour pouvoir la saisir ensuite.
- Avulsion ou prise au davier : la dent luxée est prise entre les mors du davier et amenée en dehors de la cavité buccale. A noter que, dans certains cas, l'action du davier peut venir parachever l'action d'élévation qui aura pu être incomplète.

Mais retenir qu'il faut s'efforcer de mobiliser la dent avant de la saisir au davier, sinon : risques de fracture de la couronne d'avec les racines.

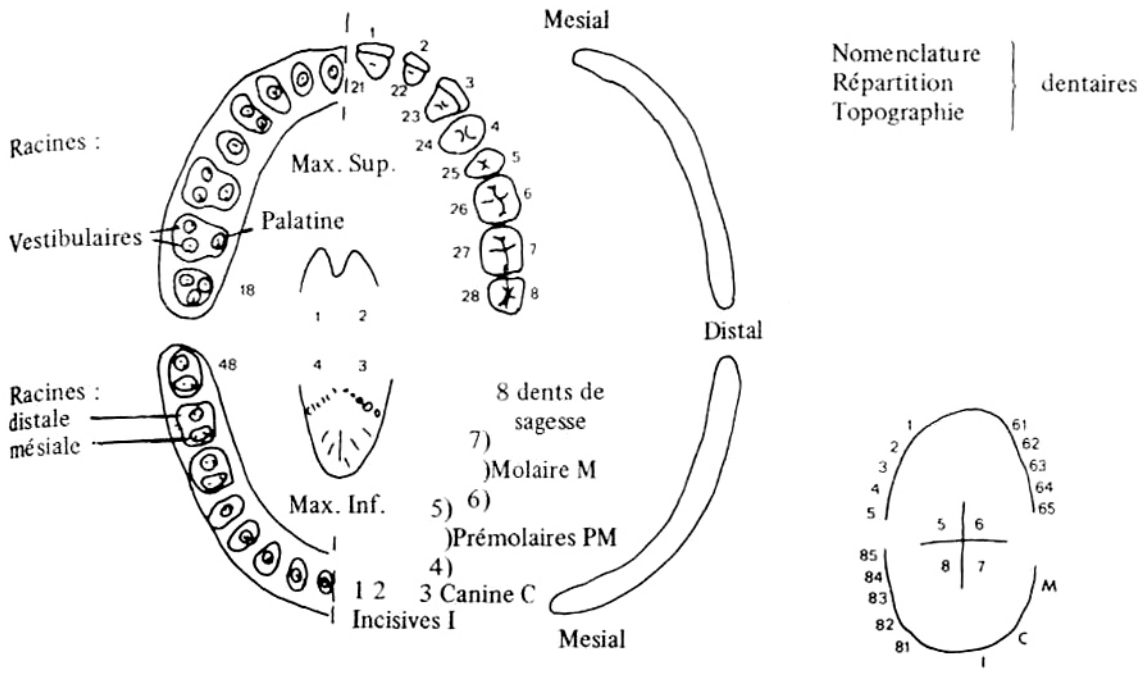
**EXTRACTION** :

**EXTRACTION = SYNDESMOTOMIE + ÉLÉVATION + AVULSION OU PRISE AU DAVIER.**

– **TEMPS DENTAIRE** : Il comprend 3 mouvements :

- **SYNDESMOTOMIE** : Pour couper le ligament dans un espace rétréci, il est nécessaire d'utiliser

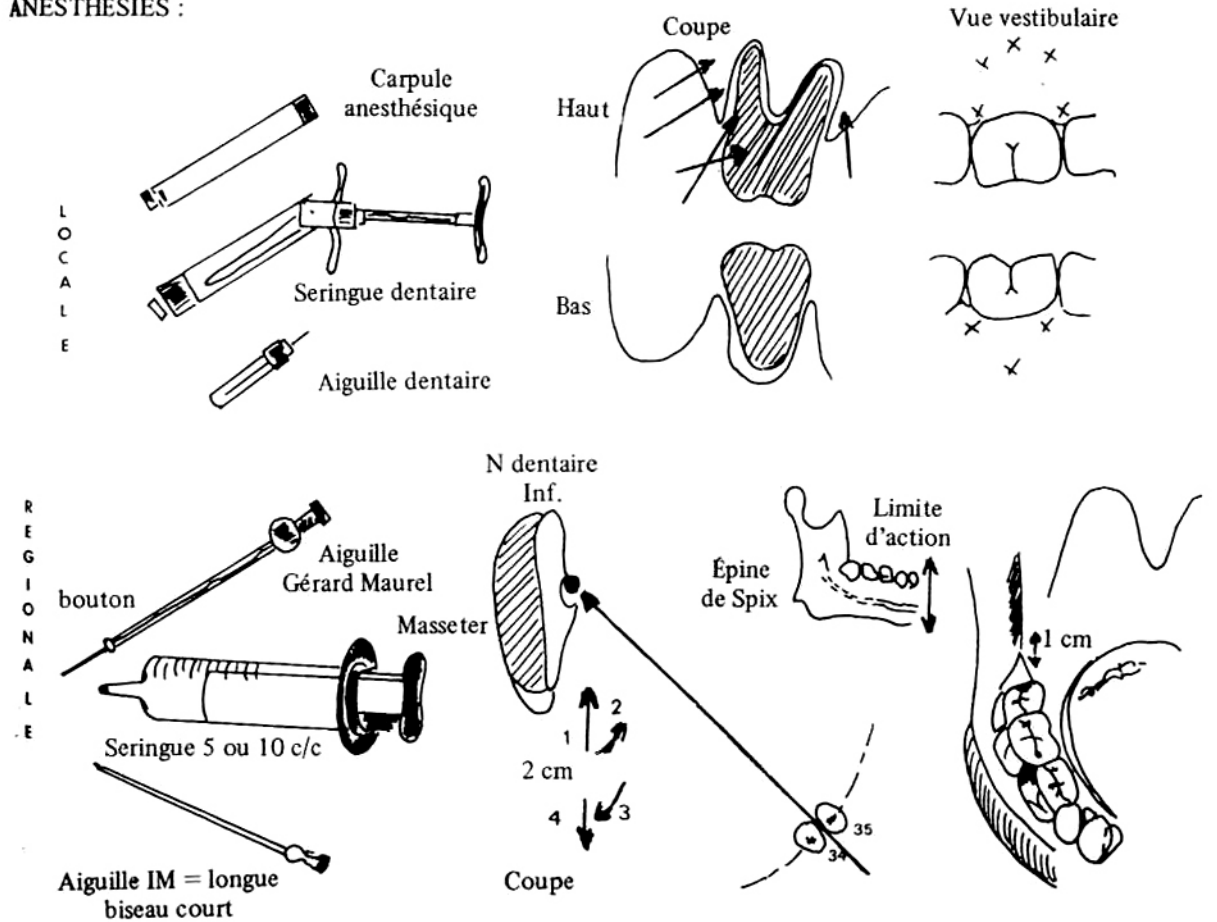
**STOMATOLOGIE**

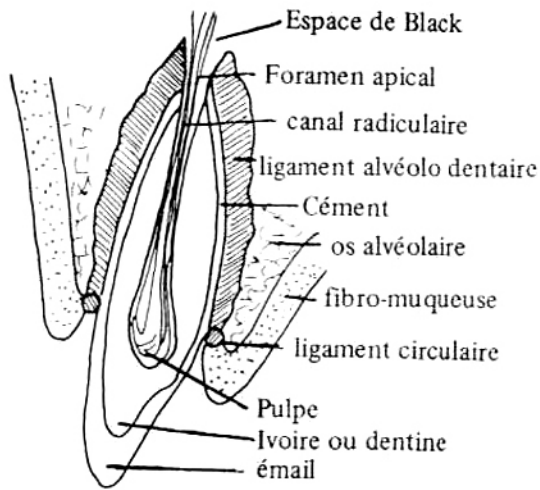


**Adulte :**  
 2 I 1 C 2 PM 3 M  
 x 4 = 32 dents

**Enfant :**  
 2 I 1 C 2 M ) pas de prémolaires  
 x 4 = 20 dents) pas de dent de sagesse

**ANESTHÉSIES :**





Variétés radiculaires

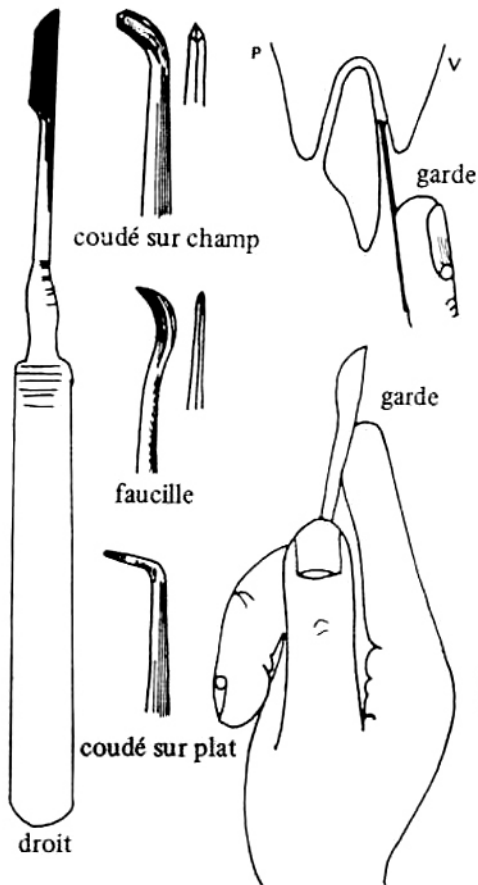


Tri

EXTRACTION = (1 Syndesmotomie (Syndesmotome)  
(2 Élévation (Élévateur)  
(3 Prise au davier (Davier)

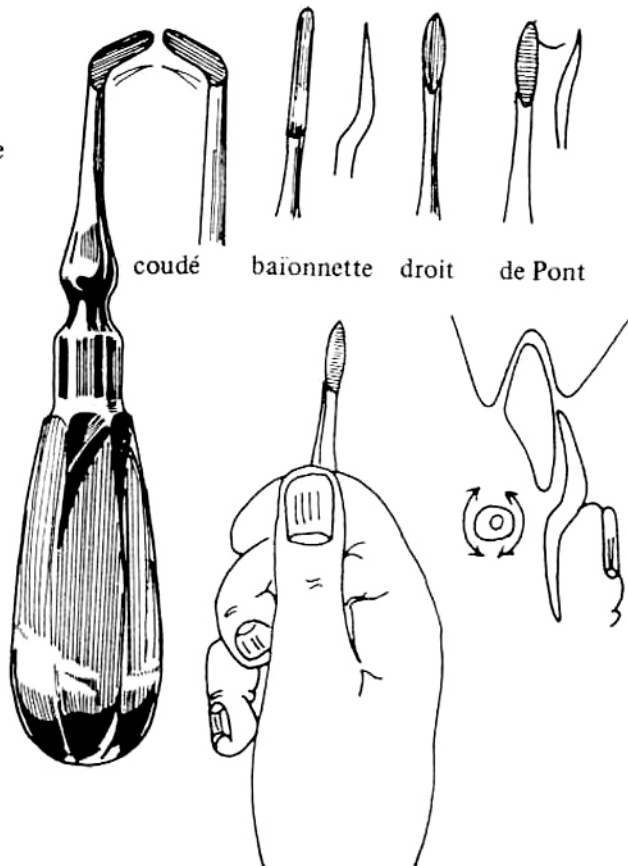
Temps dentaire

1. Syndesmotomes



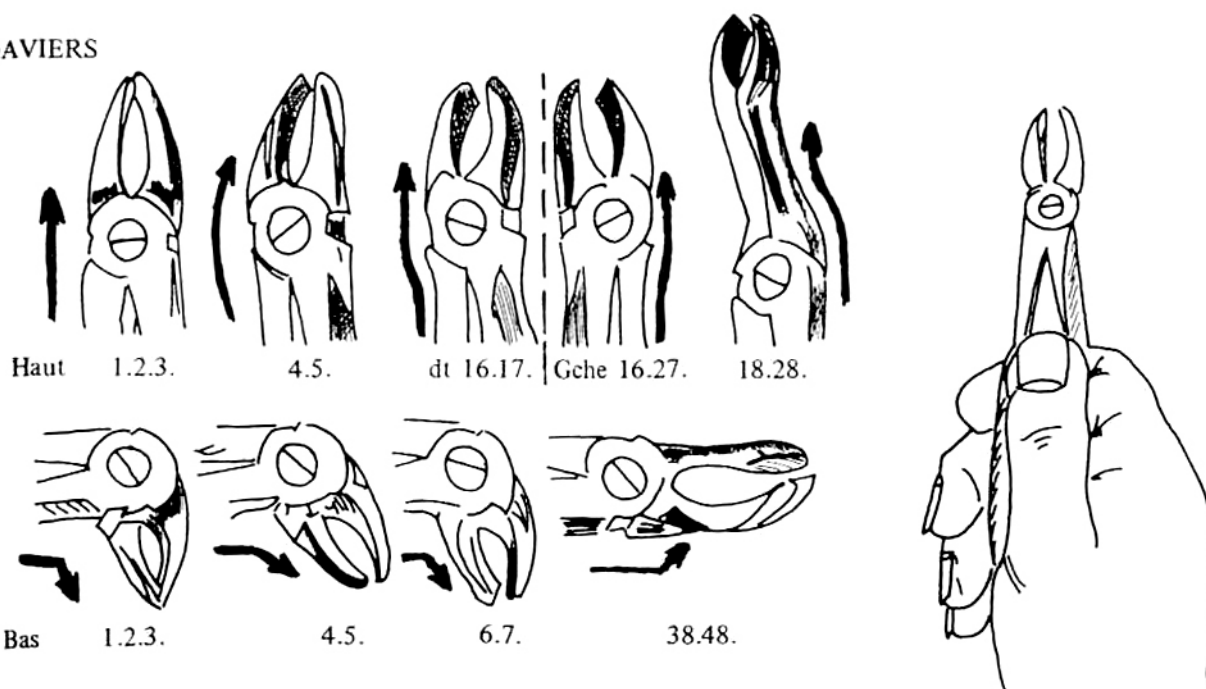
Syndesmotome de Chompret

2. Élévateurs



# STOMATOLOGIE

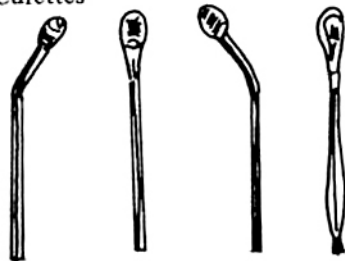
## DAVIERS



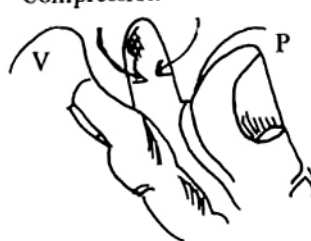
	DENTS	Synd.	Elévateurs <sup>b</sup>	DAVIERS				
H A U T	1.2.3							
	4.5							
	16.17							
	26.27							
	8							
B A S	1.2.3							
	4.5							
	6.7							
	8							

Temps alvéolaire

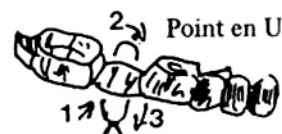
Curettes



Compression



Rouleau de presse



les syndesmotomes : ce sont des instruments tranchants, minces, capables de se glisser entre la dent et l'os alvéolaire pour couper les ligaments circulaires et alvéolaires. Il en existe plusieurs variétés : ceux de Chompret, les plus classiques :

- droit pour les dents du haut
- « faucille » pour les dents du bas
- « coudé sur le chant » pour les dents du bas
- « coudé sur le plat » pour les faces mésiales et distales des prémolaires et des molaires du bas.

Les syndesmotomes de Bernard se présentent sous forme de onze lames amovibles pouvant se fixer sur un manche ; ces lames ont des formes bien adaptées aux différentes dents auxquelles elles sont destinées ; mais si leur efficacité est remarquable, ils sont par ailleurs délicats à manier, et là, plus encore qu'avec ceux de Chompret, il convient de prendre une bonne « garde » et de ne laisser dépasser que la partie strictement nécessaire de l'instrument.

Tous ces syndesmotomes sont donc des instruments servant à couper, ils sont à manier avec douceur, à ne surtout pas utiliser comme leviers (les Bernard n'y résistent du reste pas). Les schémas précisent la manière de les tenir et de les utiliser en les insinuant entre la dent et son alvéole.

- ÉLEVATION : Le ligament une fois coupé, il faut mobiliser la dent, la luxer de son alvéole. Parfois la dent est déjà mobilisée après la syndesmotomie, mais pas toujours. Les élévateurs sont des leviers, capables de s'introduire dans l'espace laissé par les syndesmotomes et de subir certains efforts (voir la taille du manche et les dimensions de ces instruments sur les schémas, les comparer à celles des syndesmotomes). Ils prendront appui sur l'os alvéolaire et non sur les dents voisines, ce qui risquerait d'être dommageable pour ces dernières.

Là aussi plusieurs variétés :

- . droit, alvéolé, aplati
- . en baïonnette
- . coudé, disposé symétriquement, etc.

La forme du manche permet une prise solide et des efforts efficaces, ce qui montre bien leur mode d'emploi. Ici encore, prendre ses « gardes » pour éviter toute échappée de l'instrument.

L'action de l'élévateur est terminée quand la dent est mobilisée. Un signe caractéristique est donné par le petit bruit type « succion » qui fait l'air en passant entre la dent et l'alvéole, on dit que la dent « chante ». Il ne reste alors qu'à la saisir pour l'avulser de son alvéole.

- AVULSION OU PRISE AU DAVIER : Pour saisir cette dent mobile, il faut un instrument qui puisse aller la chercher intrabuccale et la ramener en dehors de la bouche. D'où cette forme de pince avec un manche à courbure variable et dont les mors sont particulièrement adaptés aux formes et aux dispositions radiculaires, pour pouvoir se placer à un endroit de bonne prise et ne pas déraper.

Si les temps précédents ont été respectés, la prise au davier ou avulsion est une simple cueillette ; mais il n'en est pas toujours ainsi et parfois il faut « travailler » la dent au davier et exercer des forces assez importantes.

La forme des daviers est soumise à deux impératifs :

- . forme de la dent : mono bi ou tri radiculée
- . position de la dent en bouche : arcade supérieure ou inférieure ou bien mésiale ou distale (voir schémas).

La prise en main doit être ferme et l'instrument bien calé dans la main. Il faut savoir doser l'effort à appliquer sur la couronne surtout quand celle-ci est en partie détruite et ne peut offrir une grande résistance à la pression des mors. Les efforts à exercer seront à majoration vestibulaire plutôt que linguale ou palatine.

Le temps dentaire ne doit pas se terminer sans un examen minutieux de la dent extraite et ceci,

afin de préciser si elle est bien entière. En effet, surtout, dans le cas de dent fortement délabrée, celle-ci peut se morceller et il convient de ne rien laisser dans l'alvéole. Parfois, si cela est possible, un examen radiologique par film rétro-dentaire viendra enlever toute incertitude, et sera de plus un document d'archives.

Un tableau récapitulatif essaie de grouper, en fonction de la dent à extraire, les instruments à choisir.

– TEMPS ALVÉOLAIRE : C'est le deuxième temps, il consistera à vérifier l'alvéole, après que celle-ci aura été débarrassée du sang qui s'y trouve normalement :

- . examen de la muqueuse bordante, voir si elle n'a pas été blessée par la prise du davier,
- . examen des parois alvéolaires, s'assurer qu'il n'y a pas de fractures de rebords alvéolaires, table externe surtout.
- . examen du fond de l'alvéole, qui sera suivi d'un curetage pour éliminer d'éventuels débris et surtout un granulome ou un kyste. Il existe plusieurs types de curettes (voir schéma).

Tout ceci visera à prévenir une éventuelle hémorragie, évitera l'infection et permettra la formation d'un caillot qui assurera une bonne cicatrisation. Après le curetage, l'on pourra presser les rebords alvéolaires entre le pouce et l'index (voir schéma), ceci pour faire une compression qui sera complétée en faisant mordre le patient sur une compresse pendant 10 minutes. Parfois, si le saignement persiste malgré toutes les précautions précédentes, l'on pourra placer dans l'alvéole une petite éponge de Spongel imbibée de poudre de thrombase et maintenir le tout par un point en « U » (voir schéma).

SOINS POST-OPÉRATOIRES : Feront l'objet de conseils d'hygiène :

- pas de bains de bouche dans les 24 H. suivant l'intervention, car risques de départ de caillot avec hémorragies,
- quelques conseils concernant l'alimentation semi-liquide pendant 24 H.
- sur le plan médicamenteux :

- . antalgiques
- . antibiotiques éventuellement
- . anti-inflammatoires.

Il est préférable de revoir le patient le lendemain pour voir si tout va bien.

INCIDENTS PER-OPÉRATOIRES :

- fracture de l'aiguille dentaire
- fracture d'un instrument
- fracture d'un apex dentaire
- plaie muqueuse par dérapage instrumental
- luxation ou fracture d'une dent voisine
- descellement d'une obturation ou d'une prothèse d'une dent voisine.

Tous ces incidents sont dus à l'opérateur, mais il y a aussi des incidents liés au patient :

- résistance aux anesthésiques ou réactions à ces derniers,
- lipothymies, à ne pas confondre avec une syncope vraie chez un cardiaque ignoré.

Il convient de rappeler les précautions pré-opératoires : interrogatoire, bilan, tests cutanés de sensibilité à l'anesthésique par l'injection en sous-cutané à la face interne de l'avant-bras, après une attente de 10 minutes, on apprécie la réaction.

ACCIDENTS :

I – PER-OPÉRATOIRES : En dehors des échappées d'instruments du fait de l'opérateur, on peut noter :

- la « fuite » d'un apex des dents supérieures dans le sinus maxillaire, surtout pour les 5, 6, 7, du

haut. Après tentative par voie buccale, mais sans trop insister, il faut prévoir une intervention de Caldwell Luc pour un abord sinusal en vue de récupérer la racine.

– une communication intra-sinusienne peut aussi se créer, mettant en communication bouche et sinus maxillaire. L'on pourra la confirmer par la manœuvre de Valsalva faite avec douceur cependant, la bulle d'air rougie par l'hémorragie est caractéristique. Il est possible par suture soignée des bords de la muqueuse autour de l'alvéole d'obtenir une cicatrisation spontanée ; sinon la communication persiste et il faut alors recourir à des plasties de muqueuse parfois délicates à réaliser.

– la fracture de la mandibule est un accident grave, elle est due le plus souvent à la brutalité de l'opérateur, mais peut être favorisée par une fragilité de la mandibule due à l'infection ou à une tumeur ayant détruit l'os. Le traitement sera celui de la fracture, immobilisation par blocage bi-maxillaire pendant 45 jours ou ostéosynthèse si elle est praticable.

II – POST-OPÉRATOIRES : Ils sont parfois imprévisibles et nullement en rapport avec les difficultés rencontrées lors de l'intervention. Nous citerons, à titre indicatif, les œdèmes et les trismus qui se manifestent le lendemain d'une intervention ; ils sont parfois spectaculaires mais sans grande gravité, le tout aura été de prévenir le patient pour lui enlever tout effet de surprise désagréable. Mais il existe deux accidents à bien connaître :

- l'hémorragie, elle peut être immédiate ou retardée,
- l'alvéolite, fort douloureuse.

#### – L'HÉMORRAGIE :

– immédiate le plus souvent, de cause locale, nécessite une révision alvéolaire ; mais parfois de cause générale (trouble de la crase sanguine, abus de médicaments salicylés).

– retardée, elle apparaît dans la nuit ou 24 H. après l'intervention. C'est pour cette dernière que vous pourrez être consultés en tant que médecins généralistes ; en effet, le patient, effrayé par l'hémorragie, aura essayé d'abord de joindre en vain son dentiste au milieu de la nuit.

Dans les deux cas, il convient tout d'abord de voir clair. La bouche est souvent encombrée de caillots dont il faut la débarrasser, il en va de même de l'alvéole qu'il faut vider du caillot de mauvaise qualité et qui laisse sourdre du sang. Il faut ensuite tasser dans cette alvéole une mèche imbibée d'un produit hémostatique : Thrombase, Hémostatique Ercé, Hémostyl, Capramol, etc ... Sur cette mèche, on tasse quelques compresses sur lesquelles on fait mordre le patient et l'on attend. Si à l'examen, on aperçoit une hémorragie de la muqueuse, il faut alors la clamer et la suturer. Au bout d'une heure d'attente, nouvel examen, si tout est rentré dans l'ordre, on peut renvoyer le patient chez lui avec un traitement anti-hémorragique et antibiotique. Au bout de 36 H., on enlèvera la mèche avec précaution et, en général tout se passe bien, sinon remécher.

– L'ALVÉOLITE : Ses causes sont mal précisées, mais attribuées le plus souvent à l'action de l'anesthésie sur le sympathique, ou bien ostéite d'un fragment alvéolaire, fracturé au cours de l'avulsion et qui a été oublié au cours du temps alvéolaire.

L'alvéolite ne se manifeste le plus souvent que 2 à 3 jours après l'intervention par : des douleurs vives lancinantes que rien ne calme, une odeur fétide perçue par le malade et, localement, par un caillot gris mou nécrosé et fétide.

Le traitement sera uniquement local : nettoyer l'alvéole avec du sérum physiologique, la débarrasser du caillot. Puis cette alvéole sera remplie soit par :

- . une mèche imbibée d'Eugénol,
- . un mélange poudre de Scuroforme + Eugénol (mélange pâteux),
- . « alvéopenga » ou autres produits similaires.

Une infiltration pérfaciale de l'artère du côté homologue au niveau du bord inférieur de la mandibule pourra être faite utilement. L'effet est, en général, rapide et le patient sait l'apprécier. L'on peut recommencer le lendemain ou 48 H. après. Le tout ne doit pas dépasser 3 à 4 jours.