

Les 4 dents de sagesse (ou troisième molaire) sortent normalement à la fin de l'adolescence, parfois leur nombre est inférieur. Lorsque les dents de sagesse ne sont pas sorties correctement sur l'arcade, elles sont dites :

- enclavées (à moitié sorties).
- incluses (bloquées dans l'os).

Consultation:

L'indication d'extraction des dents de sagesse peut être posées dans les situations suivantes :

- Pérícoronarites récidivantes : douleurs et/ou surinfections. C'est souvent le cas de dents de sagesse enclavées
- Après un traitement orthodontique : les dents de sagesse n'auront pas de place suffisante pour sortir et risqueraient de perturber le bon alignement dentaire obtenu par le traitement orthodontique, donc d'en perdre le bénéfice.

La consultation permettra de déterminer les modalités des extractions et d'expliquer celles-ci, d'évaluer si vous présentez des spécificités. En particulier, la radiographie panoramique montre les rapports entre le nerf sensitif du menton et les racines de la dent de sagesse du bas, il peut exister un risque de lésion de ce nerf. Votre chirurgien maxillo-facial pourra donc vous préciser si vous êtes plus susceptible qu'un autre de faire ce type de complication. Au besoin il vous prescrira un DENTASCANNER (scanner des dents et des mâchoires) avant l'intervention pour connaître précisément les rapports anatomiques entre le nerf et la dent afin de limiter le risque de complication.

L'intervention :

L'extraction des dents de sagesse peut se pratiquer :

- sous anesthésie locale. L'anesthésie ne peut être réalisée sur la mâchoire inférieure simultanément à gauche et à droite car dangereux (risque de troubles de la déglutition) : il faut donc envisager une séance pour les dents de sagesse haut et bas d'un côté, et une deuxième séance espacées d'un mois environ pour l'autre côté.
- sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie est indispensable. L'intervention se déroule lors d'une hospitalisation sur la journée (hospitalisation ambulatoire).

Quelque soit le type d'anesthésie, la technique est identique, la durée de l'intervention varie en fonction des difficultés entre 5 et 10 minutes par dent.

La gencive inférieure est suturée par un fil résorbable (qui disparaît seul en 3 semaines environ), la gencive supérieure ne nécessite pas de suture le plus souvent.

Suites opératoires :

Les manifestations les plus fréquentes en post-opératoire:

- petits saignements pendant les 24 premières heures.
- douleurs contrôlées par les antalgiques prescrits et disparaît en général en quelques jours.
- oedème des joues : imprévisible et variable d'une personne à l'autre.
- limitation douloureuse de l'ouverture buccale qui s'estompe en quelques jours.

Les soins post-opératoires comportent:

- bains de bouche, à débiter seulement 24 heures après l'intervention
- médicaments contre la douleur (antalgiques)
- vessie de glace pendant 24 heures (effet antalgique, anti-inflammatoire et anti-oedémateux).
- parfois des antibiotiques et anti-inflammatoires.
- alimentation molle, tiède ou froide pendant les 24 premières heures
- arrêt du tabac pendant la période postopératoire.

Complications :

Bien que tous les efforts soient mis en oeuvre dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science pour réaliser l'extraction des dents de sagesse, le risque de complication n'est pas nul.

En choisissant un chirurgien qualifié, formé spécifiquement à ce type de techniques, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement. Les complications significatives restent exceptionnelles. Il faut mettre en balance les risques encourus par rapport aux bénéfices de l'intervention.

Pour autant, et malgré leur rareté, vous devez quand même connaître les complications possibles :

Complications nerveuses :

- Le nerf alvéolaire inférieur (droit et gauche) est responsable de la sensibilité labio-mentonnière du même côté. Sa proximité avec les racines de la dent de sagesse inférieure peut être source de souffrance se manifestant par une perte de la sensibilité totale (anesthésie) ou partielle (**hypoesthésie**) labio-mentonnière. Ces troubles de la sensibilité sont temporaires et récupèrent en quelques semaines dans la grande majorité des cas.
- Le nerf lingual est également parfois à proximité de la dent de sagesse du bas. Les mêmes troubles se manifestent au niveau de la langue avec le même pronostic.

Complications infectieuses :

alvéolite (infection de la cavité d'extraction) peut survenir, le plus souvent à la troisième semaine post-opératoire. Elle est provoquée par des débris alimentaires dans la cavité d'extraction. La mise en route d'un traitement antibiotique associé à un lavage sous anesthésie locale est alors nécessaire. Une intervention est exceptionnelle.

Autres complications :

- **alvéolite sèche** survient quelques jours après l'intervention. C'est un retard de cicatrisation, fortement favorisé par le tabagisme. Elle nécessite souvent un traitement local.
- gerçures des lèvres, de la face interne des joues sont des complications bénignes. Elles régressent en quelques jours.
- hémorragies

Complications dentaires :

- perte d'un plombage ou le descellement d'une couronne sont possibles.
- persistance d'un fragment de racine. Il est parfois préférable de laisser en place un bout de racine difficile à extraire trop proche du nerf alvéolaire inférieur. Il n'y a aucune suite dans la plupart des cas.

Complications sinusiennes:

Elles concernent exclusivement les dents de sagesse du haut qui sont proches des sinus maxillaires.

- communication bucco-sinusienne. Elle se ferme spontanément dans la plupart des cas. Mais sa persistance peut nécessiter un traitement chirurgical.
- Une migration anormale de la dent dans le sinus maxillaire peut survenir. Cette complication est rare. La dent doit être récupérée afin d'éviter l'apparition d'une sinusite.

Complications osseuses: fracture de la mâchoire inférieure reste exceptionnelle.