

# Avulsion des 3<sup>es</sup> molaires indications, techniques et modalités

Mai 2019

## Messages clés

- **L'avulsion des 3<sup>es</sup> molaires est recommandée en présence d'un symptôme et/ou d'une pathologie liés à cette dent.**
- **Il n'est pas recommandé de procéder à l'avulsion d'une 3e molaire, en cas de l'une de ces situations :**
  - probabilité de positionnement spontané sur l'arcade ou indication de mise en place orthodontique ;
  - traitement ou prévention d'un encombrement incisivo-canin antérieur ;
  - dents incluses, asymptomatiques et sans pathologie ;
  - dents bien positionnées sur l'arcade, fonctionnelles, asymptomatiques, sans pathologie carieuse, avec un parodonte sain.

## POSER L'INDICATION DE L'AVULSION D'UNE 3<sup>E</sup> MOLAIRE ET INFORMER LE PATIENT

- L'avulsion d'une 3<sup>e</sup> molaire étant un geste chirurgical non dénué de complications, il est nécessaire d'en apprécier soigneusement la balance bénéfique/risque et d'informer le patient.
- **L'avulsion des 3<sup>es</sup> molaires est recommandée en présence d'un symptôme et/ou d'une pathologie liés à cette dent** (voir tableau ci-après).
- L'avulsion d'une 3e molaire n'est pas recommandée pour prévenir l'encombrement antérieur.
- En l'absence de symptôme, chez un sujet sain de plus de 30 ans, **l'avulsion systématique d'une 3<sup>e</sup> molaire n'est pas recommandée.**
- L'inclusion et/ou l'ectopie ne sont pas des critères dans la décision thérapeutique.
- Une 3<sup>e</sup> molaire qui ne présente pas de pathologie apparente ne doit pas forcément être considérée comme « asymptomatique », et mérite, de ce fait, une analyse approfondie.

## Indications d'avulsion d'une 3<sup>e</sup> molaire

	3 <sup>e</sup> molaire pathologique	3 <sup>e</sup> molaire non pathologique
<b>3<sup>e</sup> molaire symptomatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Carie symptomatique de la 3<sup>e</sup> molaire non restaurable de manière pérenne.</li> <li>■ Pathologie pulpaire et/ou périapicale de la 3<sup>e</sup> molaire (granulome, kyste apical) symptomatique non traitable.</li> <li>■ Cellulite, abcès, ostéomyélite en relation avec la 3<sup>e</sup> molaire.</li> <li>■ Parodontopathie en relation avec la 3<sup>e</sup> molaire.</li> <li>■ Fracture symptomatique de la 3<sup>e</sup> molaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Péricoronarite récidivante et/ou résistante aux traitements conservateurs.</li> <li>■ Résorption interne/externe de la dent adjacente.</li> <li>■ 3<sup>e</sup> molaire perturbant l'occlusion dynamique.</li> </ul>
<b>3<sup>e</sup> molaire asymptotique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Carie asymptomatique de la 3<sup>e</sup> molaire non restaurable de manière pérenne.</li> <li>■ Pathologie pulpaire et/ou périapicale de la 3<sup>e</sup> molaire (granulome, kyste apical) asymptomatique non traitable.</li> <li>■ Fracture asymptomatique de la 3<sup>e</sup> molaire</li> <li>■ 3<sup>e</sup> molaire en rapport avec un kyste ou une tumeur bénigne.</li> <li>■ 3<sup>e</sup> molaire en rapport avec une pathologie à caractère supposé malin.</li> <li>■ 3<sup>e</sup> molaire située dans un trait de fracture mandibulaire (optimisation de la réduction et de l'ostéosynthèse).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anticipation des difficultés et/ou complications potentielles futures liées à l'édification des racines des 3<sup>es</sup> molaires et leur possible promiscuité avec le nerf alvéolaire inférieur.</li> <li>■ Raisons médicales : radiothérapie future, foyer infectieux potentiel dans un contexte médical diabétique, cardiaque et/ou immunosuppresseur.</li> <li>■ 3<sup>e</sup> molaire dans le champ d'une chirurgie et/ou d'une reconstruction de la mâchoire.</li> <li>■ 3<sup>e</sup> molaire qui servira de transplant.</li> <li>■ Pose d'un implant à proximité d'une 3<sup>e</sup> molaire incluse</li> <li>■ Situations de vie spécifiques afin de prévenir les troubles liés à une 3<sup>e</sup> molaire à un moment inapproprié pour le patient (grossesse, stress physique ou émotionnel, voyage, activité sportive, expédition militaire, trajet aérien, etc.).</li> <li>■ Prévention d'une résorption coronale et/ou radiculaire de la dent adjacente.</li> <li>■ 3<sup>e</sup> molaire non fonctionnelle (sans antagoniste avec risque d'égression).</li> <li>■ Optimisation/planification d'une réalisation prothétique : probabilité d'éruption secondaire ou dent incluse dans une zone d'appui muqueux de la prothèse amovible.</li> <li>■ Préparation à la chirurgie orthognathique : prévention d'une difficulté chirurgicale (3<sup>e</sup> molaire assimilée à un obstacle sur le trajet de l'ostéotomie).</li> <li>■ Besoin orthodontique : facilitation d'un déplacement distal de la 2<sup>e</sup> molaire.</li> </ul>

### Non indications de l'avulsion d'une 3<sup>e</sup> molaire (nécessité d'un suivi de l'évolution à 6 mois)

- Probabilité de positionnement spontané sur l'arcade.
- 3<sup>e</sup> molaire susceptible d'entraîner un encombrement incisivo-canin antérieur.
- Dent incluse dans l'os, asymptomatique et/ou sans pathologie.
- Dents bien positionnées sur l'arcade, fonctionnelles, asymptomatiques, sans pathologie carieuse, avec un parodonte sain.
- Si avulsion d'autres dents ou traitement orthodontique avec repositionnement correct de la dent appropriée.

## BILAN PRÉOPÉRATOIRE ET ENVIRONNEMENT

Lors de la 1<sup>re</sup> consultation, il est recommandé de réaliser un bilan médical (interrogatoire, examen clinique) et un bilan radiologique (panoramique dentaire de 1<sup>re</sup> intention). Ces bilans suffisent le plus souvent.

En cas de lésion ostéolytique ou ostéocondensante associée, ou pour préciser les rapports anatomiques d'une 3<sup>e</sup> molaire avec les structures voisines, le CBCT (ou *Cone Beam*) – ou à défaut un dentascanner – est recommandé.

## CHOISIR LES BONNES TECHNIQUES

La découpe de la 3<sup>e</sup> molaire mandibulaire en plusieurs fragments permet le plus souvent d'éviter une atteinte du nerf alvéolaire inférieur.

La coronectomie doit être réservée à des cas très exceptionnels, lorsqu'il existe un risque élevé de lésion nerveuse.

Dans les suites d'une coronectomie, des complications postopératoires et des échecs à plus long terme peuvent survenir : un suivi des racines laissées en place est indispensable.

La suture d'un lambeau mucopériosté (réalisé pour accéder au site opératoire) est recommandée.

### Mesures thérapeutiques locales complémentaires

Afin de prévenir la survenue d'alvéolite, l'utilisation de chlorhexidine en gel ou rinçage est recommandée en postopératoire.

L'application locale de Platelet Rich Fibrin (PRF) et l'usage de Guided Tissue Regeneration (GTR), avec ou sans greffe combinée, ne doivent pas être systématiques.

## GÉRER LES SUITES ET PRÉVENIR LES COMPLICATIONS

La prise en charge des douleurs postopératoires doit être une préoccupation constante du praticien. Celui-ci doit être en mesure de gérer les possibles complications postopératoires.

Il est recommandé d'apprécier les risques de complications en amont de l'intervention afin de les anticiper, de les prévenir et de mieux les gérer.

Dans la majorité des cas, une prescription d'antalgiques de niveau 1 (paracétamol) suffit en 1<sup>re</sup> intention.

L'ibuprofène 400 mg (en l'absence de contre-indications) ou l'association ibuprofène et paracétamol ou ibuprofène + antalgique de palier 2 peuvent être prescrits, en dehors d'un contexte infectieux ou sous couverture antibiotique.

Le recours aux antibiotiques ne doit pas être systématique pour une avulsion de 3<sup>e</sup> molaire. Il est recommandé de prendre en compte l'augmentation de la prévalence des bactéries résistantes aux antibiotiques.

Lors de l'avulsion de 3<sup>es</sup> molaires incluses, enclavées ou sous-muqueuses, ou dans un contexte médical à risque infectieux ou à haut risque d'endocardite, le recours aux antibiotiques est préconisé, 1 heure avant l'intervention et jusqu'à cicatrisation de la (ou des) muqueuse(s).

En cas de risque d'alvéolite et/ou d'infection, en l'absence d'allergie à la pénicilline, une dose unique prophylactique de 2 g d'amoxicilline peut être recommandée en préopératoire, éventuellement associée à l'acide clavulanique.

### Patients à risque hémorragique

#### ■ Patients sous antiagrégants plaquettaires

Dans le cas de l'avulsion d'une 3<sup>e</sup> molaire sous antiagrégants plaquettaires, il n'est pas recommandé d'interrompre le traitement.

Dans le cas de l'avulsion d'une 3<sup>e</sup> molaire sous antiagrégants plaquettaires, il est recommandé :

- d'appliquer des mesures hémostatiques locales ;
- d'effectuer un contrôle téléphonique à 24-48 heures.

## ■ Patients sous anticoagulants

Précautions en cas d'avulsion d'une 3<sup>e</sup> molaire sous antivitamine K (AVK) :

- concertation avec le prescripteur de l'anticoagulant ;
- maintien de la prescription habituelle et contrôle de l'*International Normalized Ratio* (INR) la veille de l'intervention (l'INR doit être dans la cible et inférieur à 4) : avulsion possible ;
- gérer au mieux l'hémostase ;
- contrôle téléphonique à 24-48 heures.

Précautions en cas d'avulsion d'une 3<sup>e</sup> molaire sous anticoagulants oraux (ACO) anti-IIa ou anti-Xa :

- concertation avec le prescripteur de l'anticoagulant ;
- gérer au mieux l'hémostase ;
- contrôle téléphonique à 24-48 heures.

## Patients à risque de retard cicatriciel osseux et d'ostéochimionécrose (OCN)

Il est recommandé de respecter les protocoles de réduction du risque, basés sur des mesures de contrôle de l'infection, au niveau local et systémique, et sur un geste chirurgical le moins traumatisant possible.

## Consignes postopératoires

Une feuille de recommandations est remise au patient en postopératoire, indiquant les complications possibles, ce qu'il doit faire pour ne pas s'inquiéter et y remédier, et le numéro de téléphone qu'il doit composer ou l'adresse de l'hôpital le plus proche où il doit se rendre en cas de complication grave.

Les 3<sup>es</sup> molaires laissées en place doivent bénéficier d'une surveillance rigoureuse par un contrôle clinique et panoramique dentaire tous les 2 ans, jusqu'à édification radiculaire complète (à l'âge de 25-30 ans), et en fonction de la symptomatologie et du contexte (lésion osseuse associée, comorbidité).



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique  
« Avulsion des 3<sup>es</sup> molaires : indications, techniques et modalités » – Recommandations – Mai 2019.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Mai 2019