

ISSN 1727 – 8651

JOURNAL
de la
RECHERCHE SCIENTIFIQUE
de
L'UNIVERSITÉ DE LOMÉ



LOME - TOGO

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est
référéncé dans African Journal on Line (AJOL) [www.inasp.org/ajol]

VOLUME 21
(2019)

Numéro 3

Instructions aux auteurs

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé (Togo) est un journal international et pluridisciplinaire qui publie des travaux de recherche rédigés en français ou en anglais dans les domaines des Lettres et Sciences Humaines, des Sciences Fondamentales et Appliquées, des Sciences Juridiques, Economiques et de gestion. Le journal paraît quatre fois par an (quatre volumes par an).

Le journal reçoit des articles originaux, des revues de la littérature, des petites communications, des commentaires et critiques d'articles et des études de cas.

Soumission des contributions : Les manuscrits seront soumis exclusivement par voie électronique à l'adresse suivante : jresultg@gmail.com

Présentation du manuscrit : le manuscrit, saisi en format A4 avec 2,5 cm de marges (word : Times New Roman, 12, interligne 1,5), doit comprendre les parties suivantes :

- Titre de l'article : En majuscule, il doit être court et très explicite, en français et en anglais
- Les auteurs : Les noms et prénoms des auteurs (le nom en Majuscule et les initiales des prénoms ex : BELAKERO K. L.) et les affiliations (noms et adresse des institutions). Le nom de l'auteur répondant doit être identifié par un astérisque (*) et son adresse électronique fournie.
- Un résumé en français et en anglais : le résumé doit fournir les objectifs de l'étude, la méthodologie suivie, les principaux résultats obtenus (résultats qualitatifs et quantitatifs) et la conclusion. Il doit être court et précis.
- Les mots clés (keywords) en français et en anglais : au maximum six (6).
- Introduction : elle fait le point de la revue de la littérature récente sur le sujet, soulève de façon précise la problématique de la présente étude et énonce le plan du manuscrit.
- Matériel et méthodes : on y décrit clairement la méthodologie utilisée. Les références des méthodes d'analyse, des équipements et des produits chimiques doivent être fournies.
- Résultats : ce chapitre renferme les principaux résultats obtenus. On présentera les résultats sous forme de figure ou de tableau dans la mesure du possible. Toutes les illustrations doivent être claires et faciles à reproduire. Elles seront insérées dans le texte et à la bonne place. On évitera les couleurs dans les figures et les tableaux. Pour les équations, il est recommandé d'utiliser un éditeur d'équations compatible en traitement de texte word.

Les tableaux et les figures doivent être numérotés en chiffres arabes et doivent comporter une légende courte et explicite en français et en anglais. Les unités doivent être choisies dans le Système International. Il est souhaitable d'utiliser les puissances négatives à la place des barres (mg l^{-1} et non mg/l). Pour les noms scientifiques dans les systématiques, utiliser l'italique plutôt que souligner.

- Discussion : il est souhaitable de séparer la discussion des résultats. Dans la discussion, on apportera des interprétations approfondies des résultats, on montrera les liens de l'étude avec les travaux récents de la littérature et on mettra en évidence l'apport de la contribution.

Remerciements : les remerciements suivent le chapitre des discussions (remerciements des contributions techniques importantes et des sources de financement de l'étude).

Références bibliographiques : pour la présentation des références on distinguera les cas suivants :

- Dans le corps du manuscrit. On peut citer un ou deux noms : (KARNALITO, 2010) ou selon les travaux de KARNALITO (2010). A partir de trois auteurs, on utilisera « et al. » ; (KARNALITO et al., 2010), ou selon les travaux de KARNALITO et al., (2010). Pour un même auteur avec deux ou plus de références dans la même année, on utilisera : (KARNALITO, 2010a, 2010b).
- Liste des références bibliographiques. Elle sera dressée par ordre alphabétique en observant les recommandations suivantes :
 - Journal : AYRACI E., HODAN., 2005. Adsorption kinetics and isotherms of pesticides onto activated carbon-cloth. *Chemosphere*, 60(11), 1600-1607.
 - Livre : RODIER J., 2005. L'analyse de l'eau, eaux naturelles, eaux résiduaires, eaux de mer. 8^{ème} édition, Dunod, Paris.
 - Chapitre d'un livre : CARDOT C., 1999. Elimination de l'azote. In Génie de l'Environnement : Les traitements de l'eau. *Edition Ellipses, Paris, 137-148.*
 - Article sur un site web : A n'utiliser que dans des cas exceptionnels ; préciser si possible les noms des auteurs. Exemple : OMS, 2004. Fluoride and arsenic in drinking water. *Inheriting the world: The atlas of children's health and environment.*
<http://www.who.int/water_sanitation_health/en/poster8.pdf>. *Date de consultation.*

Tirés-à-part: En principe, il n'y a pas de tirés-à-part. Les auteurs recevront une copie PDF de leur article.

I.2. Comité de Rédaction

Le comité de rédaction participe à la mise en œuvre de la politique éditoriale. Il est dirigé par un Directeur de Publication qui est le Directeur de la Recherche et un responsable de section.

Secretariat

Dr KOLEDZI K. Edem, MC

Dr NAPO Gbati, MC

Dr ADJONOU Kossi, MA

M. Komi AGBAVON

M. Tata Koffi KUWONU

M N N'SILE

Direction de la Recherche et de l'Innovation de l'Université de Lomé (UL); 01
B.P. 1515 Lomé 01 (Togo) Phone: (00228) 22 25 40 76, 90 13 44 72

Email: jrsultg@gmail.com ou rechercheul@gmail.com ou
essobatchana@gmail.com

Frais de publication : 30 000 F CFA

Toute correspondance concernant la publication doit parvenir, sans frais, à la :

Direction de la Recherche et de l'Innovation (DRI)

Université de Lomé

01 B.P. 1515 Lomé 01 (TOGO)

**JOURNAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
DE L'UNIVERSITE DE LOME (TOGO)**

VOLUME 21, Numéro 3, Spécial, (2019)

SOMMAIRE

Sciences et Technologie

1. OHIOMA Jerry O. & IKPONMWEN M. O. (Nigeria)
Interprétation de données aéromagnétiques des structures géologiques au Nigeria Centre-Nord., 1
2. SANGWA Hugues Mulungo & *al.*, (Congo)
Etude du peuplement ichtyologique des poissons captures au fleuve congo : cas de la ville de KINDU, 9

Lettres et Sciences Humaines

3. FEMI & *al.*, (Bénin)
Cartographie du potentiel en eau souterraine de la basse valle de l'Ouémé, 19
4. WAYACK-PAMBÈ Madeleine (Burkina Faso)
Migration des jeunes femmes célibataires à Ouagadougou : de la quête de meilleures conditions de vie au désir de s'affranchir de normes de genres inégalitaires. 29
5. BOUKPESSI Tchaa & *al* (Togo)
Richesse floristique, savoirs endogènes et importance des adventices des cultures céréalières en pays kabyè (nord-Togo), 41
6. SOW Seydou Alassane & BA Djibrirou Daouda (Sénégal)
Géomorphologie et modélisation statistique pour la quantification des processus hydriques : approche à partir de l'érosion par ravinement, 53
7. MAYEDA N. W. (Togo)
Le Révérend père Aloyse Riegert : un missionnaire-administrateur civil SMA hors-pair (1937-1960), 67
8. MOYEN Godefroy & NGAKOSSO Marphin Semarg (CONGO-BRAZZAVILLE)
L'égalité souveraine des Etats aujourd'hui ?, 93

9. KOUTOUA Amon Jean-Pierre & KOUAKOU Kouassi Éric (Côte d'Ivoire)	
Le non-respect du cadre juridique et réglementaire de la politique de décentralisation et ses conséquences sur le développement de la commune de Grand-Bassam en cote d'ivoire,	107
10. SAMBIENI Coffi (Togo)	
Culture et recherche en littérature, en sciences du langage, humaines et sociales en Afrique,	123
11. GNAKOU ALI Pitaloumani (Togo)	
Maladie chronique et ajustement des malades à leur statut,	133
12. KOTTIN Evariste Assogba & FANOU Codjo Charlemagne (Bénin)	
Contextualization of the tefl in beninese secondary schools: teachers' perceptions about teaching the language in context,	145
13. LAWSON-HELLU Latévi Senam (Togo)	
Développement durable et projets agricoles dans le canton de Badja au Togo : entre réticence et logiques paysannes,	155
14. AHODEKON Cyriaque S. C. ¹ & KPONOU Joseph (Bénin)	
Analyse des défis de l'école face à l'emploi au Bénin,	169
15. OUYI Badji (Togo)	
Harcèlement sexuel et stratégies de coping en milieu professionnel,	195
16. KPOTCHOU Koffi et ATTIOGBE Koffi Sétsrim (Togo)	
Recul des pratiques endogènes et difficultés des paysans en milieu Ouatchi au sud-est Togo,	207
17. KOUAME Kouakou Félicien (Côte d'Ivoire)	
Violence communautaire et réversibilité du sentiment d'insécurité chez des populations de Duékoué et d'Abobo, Côte d'Ivoire,	223
18. AZALOU TINGBE Emilia (Bénin)	
Femmes et microcrédit à Porto-Novo (Bénin),	235
19. TOHON Sètongninougbo Hermann Eric (Bénin)	
L'analyse stratégique pour une meilleure compréhension de la disparité socio-économique des artistes plasticiens des communes de Cotonou et d'Abomey-Calavi au Bénin,	247

Sciences Médicales

20. DJAGADOU Kodjo Agbeko & al (Togo)	
Evaluation des prescriptions antibiotiques au service des urgences médicales du Centre hospitalier Sylvanus Olympio de Lomé,	257

21. ASSENOUWE S. & al, (Togo)	
Arrêt cardiaque postopératoire à Lomé (Togo): aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs,	263
22. N'DJESSAN J.J. & al., (Côte d'Ivoire)	
Les troubles de la conduction cardiaque dans le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage de segment ST : étude de 53 cas,	275
23. MIKPONHOUE R.C.N. (Bénin)	
Evaluation de la gestion des produits et déchets phytosanitaires dans les ménages agricoles touchés par les intoxications aux pesticides au Bénin,	283
24. BAKOMA B. & al, (Togo).	
Evaluation de la qualité des poudres thérapeutiques à base de plantes dans les marchés de la ville de Lomé (Togo),	295
25. KOUASSI K. C. & al., (Côte d'Ivoire)	
Vérification sur site des performances du glucomètre <i>accu-check active</i> versus automate <i>selectra pro m</i> : étude comparative sur 263 cas colligés au CHU Campus de Lomé (Togo),	309

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, RADIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES DES ACCIDENTS D'ERUPTION DE LA DENT DE SAGESSE MANDIBULAIRE

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, RADIOLOGICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF ERUPTIONS ACCIDENTS OF MANDIBULAR WISDOM TEETH

BANCOLE Pognon SA^{*1}, MOUSSA M², BEHETON R³,
BIOTCHANE I³, ADJIBABI W³.

¹ Service de Stomatologie du CNHU HKM Cotonou

²Service d'Odonto-Stomatologie de l'hôpital National de Niamey

³ Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CNHU HKM de Cotonou

(*) Auteur correspondant : Bancolé Pognon SA 02 BP 1376 Cotonou Bénin

Email : pobasfr@yahoo.fr

(Reçu le 12 Janvier 2019 ; Révisé le 14 Septembre 2019 ; Accepté le 22 Septembre 2019)

RESUME

L'éruption dentaire est un processus dynamique de croissance et de maturation du système dentaire conduisant à l'établissement de la denture. Celle des dents de sagesse mandibulaires est particulièrement source d'accidents divers surtout infectieux. L'objectif de ce travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques de ces accidents traités dans le service de stomatologie du CNHU HKM de Cotonou.

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui avait porté sur 92 cas reçus de janvier 2015 à décembre 2017. Les données avaient été extraites des registres de consultation et des dossiers des patients. Elles ont été saisies et analysées grâce au logiciel Stata 11.

L'âge moyen était de 22,4 ans [14-52 ans] et le sex ratio était de 0,6. La douleur était le principal motif de consultation. Les dents étaient enclavées (42%), incluses (12%) et l'évolution était favorable dans 46% des cas avec généralement plusieurs épisodes successifs d'accidents douloureux avant l'éruption définitive de la dent. L'imagerie avait permis d'objectiver les relations spatiales et la mésio-angulation était prédominante (38%).

Les résultats avaient été discutés avec ceux de travaux antérieurs et ils n'en étaient pas très différents tant dans les aspects épidémiologiques que cliniques et radiologiques. La péricoronarite était l'accident le plus fréquent avec la douleur comme maître symptôme. La mésio-angulation était la relation spatiale la plus couramment retrouvée.

Les accidents d'évolution des dents de sagesse sont l'apanage de l'adulte jeune. Les formes cliniques sont diverses avec en chef de file la péricoronarite dont le maître symptôme est la douleur.

Mots clés : accidents, éruption, sagesse, péricoronarite, mandibulaire.

ABSTRACT

Dental eruption is a dynamic process of growth and maturation of the dental system leading to the establishment of teeth. That of the teeth of wisdom mandibular is particularly source of various accidents especially infectious. The aim of this work was to describe the epidemiological, clinical, radiological and therapeutic aspects of these accidents treated in the stomatology department of the national hospital and university HKM of Cotonou.

This was a retrospective study that looked at 92 cases received from January 2015 to December 2017. The data was extracted from the register of consultations and patient

records. They have been entered and analyzed by the Stata 11 software.

The average age was 22.4 years with extremes of 14 and 52 years and the sex ratio was 0.6. Pain was the main reason for consultation. The teeth were enclosed (42%), included (12%) and the evolution was favorable in 46% of cases with generally several successive episodes of painful accidents before the final eruption of the tooth in question. Imaging made it possible to objectify spatial relationships and mesio angulation was predominant (38%).

The results had been discussed with earlier work and they did not go too far. Pericoronitis was the most common accident with pain as a major functional sign and mesio angulation was the most common spatial relationship.

Evolutionary accidents of the mandibular wisdom teeth are the prerogative of the young adult. We described in this work the different aspects presented by 92 patients treated for mandibular wisdom teeth evolution accidents.

Keywords: accidents, eruption, wisdom, pericoronitis, mandibular

INTRODUCTION

L'éruption dentaire ou dentition est un processus dynamique de croissance et de maturation du système dentaire conduisant à l'établissement de la denture [1]. Les dents de sagesse sont les dernières à faire leur éruption dans la cavité buccale. L'éruption des dents de sagesse et plus particulièrement celles inférieures se complique assez fréquemment du fait du manque d'espace entre la deuxième molaire et la branche montante de la mandibule [2]. L'éruption partielle de la couronne met en contact le sac folliculaire entourant la dent de sagesse avec le milieu buccal et peut provoquer des phénomènes inflammatoires connus sous le terme d'accidents d'évolution de la dent de sagesse [3]. Les accidents d'évolution des dents de sagesse mandibulaire peuvent prendre plusieurs formes (dent incluse, enclavée, retenue, avec leurs corollaires). Une dent permanente incluse est une dent mature, recouverte ou non de tissu osseux, qui n'a pas fait son éruption au-delà de la date physiologique et dont le sac péri-coronaire ne présente pas de communication avec la cavité buccale. Une dent retenue est une dent immature, gênée dans son éruption, et qui conserve un potentiel évolutif. Avec la maturation de la dent, la rétention évolue vers l'inclusion ou l'enclavement. Une dent est en désinclusion lorsque, préalablement incluse, elle devient exposée au milieu buccal. Une dent enclavée est une dent mature, incluse ou non, dont l'éruption s'arrête du fait d'un obstacle [4]. Ces accidents semblent de plus en plus fréquents de nos jours. Sous d'autres cieux, des

données hospitalières existent sur ces accidents. Au Bénin par contre, à notre connaissance, aucune étude ne s'était intéressée à ce problème. C'est pour disposer de données objectives sur les accidents d'évolution des dents de sagesse mandibulaires que cette étude a été initiée. Elle avait pour objectif de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques des accidents d'éruptions des dents de sagesse mandibulaires.

PATIENTS ET METHODE

C'était une étude rétrospective, transversale, descriptive sur la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017. Le registre des consultations avait été utilisé pour ressortir les dossiers des patients traités pour accidents d'évolution des dents de sagesse durant la période de l'étude. Seuls les dossiers comportant les renseignements cliniques et radiologiques avaient été inclus dans l'étude. Les données avaient été saisies et analysées à l'aide du logiciel Stata 11. Les variables épidémiologiques telles que l'âge et le sexe, de même que celles cliniques et radiologiques avaient été étudiées.

RESULTATS

Il y avait eu 92 patients traités pour accidents d'évolution de dents de sagesse mandibulaire durant la période couverte par l'étude. L'âge moyen était de 22,4 [14-52 ans] et environ 45% des sujets étaient âgés entre 20 et 24 ans. Le sex ratio était de 0,6 (58 femmes pour 34 hommes). La douleur était le premier motif de consultation. La découverte avait été fortuite

Aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques des accidents d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire.

pour 7 sujets soit 7,6% à l'occasion d'un orthopantomogramme pour une autre raison. Les formes cliniques des accidents étaient multiples avec entre autres 45% de péri coronarite, 21% de carie de la seconde molaire mandibulaire, un cas de pelade occipitale. Les dents étaient enclavées dans 42% des cas, incluses dans 12% des cas et

l'évolution avait été favorable dans 46% des cas avec généralement plusieurs épisodes successifs d'accidents douloureux avant l'éruption définitive de la dent en position fonctionnelle. La répartition des formes cliniques des accidents d'évolution des dents selon les tranches d'âge est représentée dans le tableau I ci-après.

Tableau I : répartition des formes cliniques des accidents selon l'âge

Age (ans)	Péricoronarite	Carie 7	Abcès	Kyste de Bercher	Destruction morphologique	Pelade	Cellulite	Fortuite	Total
14-19	11	0	0	0	0	0	0	0	11 (11,9%)
20-24	25	2	4	0	0	0	6	4	41 (44,6%)
25-30	5	4	3	1	1	0	1	0	15 (16,3%)
31-52	0	13	0	2	6	1	0	3	25 (27,2%)
Total	41 (44,6%)	19 (20,6%)	7 (7,6%)	3 (3,3%)	7 (7,6%)	1 (1,09%)	7 (7,6%)	7 (7,6%)	92

Sur le plan radiologique, tous les sujets de cette série avaient fait un orthopantomogramme qui avait permis d'objectiver les relations spatiales des dents en cause. Les dents enclavées et incluses étaient horizontales dans 23% des cas (figures 1 et 3), mésio-angulaire dans 38% des cas (figure 2), verticale dans 31% des cas et disto-angulaire dans 8% des cas.



Figure 1 : accident de désinclusion de la 48 en position horizontale chez une patiente de 51 ans



Figure 2 : Panoramique objectivant 38 et 48 mésio-angulaires chez un patient de 16 ans



Figure 3 : panoramique avec 38/48 en position horizontale en contact avec 37/47 en disto-version



Figure 4 : panoramique objectivant un accident mécanique de la dent de sagesse (carie cervicale de la face distale de la 7) et une poche parodontale en distale de la 37

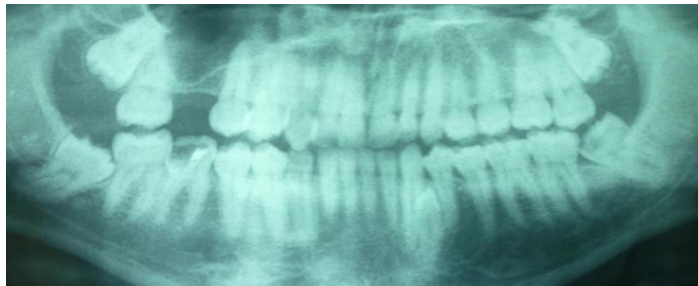


Figure 5: panoramique objectivant la 48 enclavée et une poche parodontale en distale de la 37

La prise en charge avait été surtout médicale dans les cas de périoronarite, d'abcès et de cellulite, elle avait été chirurgicale, essentiellement l'avulsion dentaire (35%) dans les cas des dents enclavées, incluses symptomatiques et l'incision-drainage dans les

cas de cellulites. L'avulsion de la 48 enclavée chez le patient présentant la pelade occipitale avait permis sa guérison. Dans le reste des cas, une surveillance clinique et radiologique avait été instaurée.

Une transplantation d'une 38 enclavée a été faite à la place d'une 37 perdue pour cause de parodontopathie, elle a tenu 4 ans sur l'arcade avant d'être atteinte également par la parodontite.

DISCUSSION

Les accidents d'évolution d'une troisième molaire mandibulaire se produisent au moment de l'éruption physiologique, généralement entre 17 et 25 ans, âge d'achèvement de l'édification radiculaire des dents de sagesse, ou plus tardivement si la dent se trouve en désinclusion [1]. L'âge moyen de notre population était de 22 ans avec 72,8% des sujets âgés de moins de 30 ans. Cet âge moyen n'est pas très éloigné de ceux de Agoda, Guiguimé et Tamba qui avaient rapporté des âges moyens allant de 24 à 27,5 ans [5], [6], [7]. Une prédominance des sujets de moins de 30 ans avait été rapportée par des auteurs comme Ould Mohameden (18-27 ans, 62%), Raslan (18-28 ans, 71%), Tamba (15-35 ans, 89%), Guiguimé (17-30 ans, 76%) [5], [6], [7], [8], [9]. Le sexe féminin était prédominant dans notre série comme l'ont rapporté des auteurs comme Agoda au Togo (56,09%) et Guiguimé au Burkina (57,3%) [5], [6]. Selon Murtoma et coll. [10], cette prédominance féminine serait due à la différence de croissance des maxillaires entre les hommes et les femmes. Les maxillaires des femmes cesseraient de croître quand débute l'apparition des dents de sagesse alors que ceux des sujets de sexe masculin se poursuivraient pendant toute la durée de l'éruption des dents de sagesse permettant donc un gain d'espace conséquent sur leurs maxillaires. Mais cette prédominance pourrait aussi s'expliquer par une plus grande attention des sujets de sexe féminin à leur santé en général et à la santé bucco-dentaire en particulier. Raslan [8] par contre avait rapporté une prédominance masculine alors que Tamba [7] avait trouvé une

égale répartition des sexes.

Au plan clinique, les complications infectieuses sont les plus fréquentes avec en chef de file la péricoronarite [4]. Les patients traités pour avulsion de la 8 mandibulaire, présenteraient 24-64% de péricoronarite [4]. Les 45% de péricoronarite retrouvés dans notre série sont bien compris dans cet intervalle. C'est un accident infectieux d'éruption fréquent, souvent récidivant au cours de l'histoire de l'éruption des dents de sagesse, surtout celles inférieures [11] Elle est due à l'inflammation du sac péricoronaire et des éléments parodontaux de la couronne des dents de sagesse. La douleur est le maître symptôme. Elle était le premier motif de consultation. Des cas de pelades occipitales dues à l'évolution de la dent de sagesse mandibulaire avaient été rapportés dans la littérature et l'avulsion de la dent avait permis la guérison de la pelade [12], [13]. La pelade d'origine dentaire représenterait 10 à 18% de l'ensemble des pelades [4], [13] Mais le lien de causalité entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire et les troubles trophiques de type pelade est controversé [4]. Un cas de pelade avait été retrouvé dans cette série, 3 mois après l'avulsion de la 48 enclavée, la repousse des cheveux avait repris dans la zone d'alopecie. Plusieurs hypothèses pathogéniques co-existent pour expliquer le mécanisme de cette pelade et sa liaison avec les problèmes dentaires. La première hypothèse immunologique dévouerait un rôle important aux lymphocytes T CD8 dans les phénomènes inflammatoires résultant de toute irritation bactérienne à point de départ dentaire. La deuxième hypothèse serait psychosomatique liée au stress psychoaffectif retrouvé chez les patients développant cette pelade et enfin, l'hypothèse réflexe s'expliquerait par la présence « d'épines irritatives » peladogènes non seulement bucco-dentaires mais aussi oculaires, auriculaires et pharyngées. Les cas de pelade réfractaires au traitement dermatologique usuel devraient être adressés au chirurgien-dentiste pour éliminer une cause bucco-dentaire.

Au plan paraclinique, l'imagerie par le biais de l'orthopantomogramme permet de confirmer le

diagnostic, évalue les complications locales, les positions des autres dents et permet d'envisager la/les indications opératoires [11]. Tous les patients de notre série avaient un orthopantomogramme pour objectiver la relation spatiale de la dent de sagesse en cause. A l'instar d'auteurs comme Guiguimé, Ould Mohameden, Raslan et Kaka [6], [8], [9], [14] qui avaient rapporté une prédominance de la mésio-angulation dans des proportions allant de 47 à 58%, la mésio-angulation arrivait également en tête dans cette série mais dans une moindre proportion (38%). Cette relation spatiale favorise le contact et la lyse de la région cervicale de la face distale de la seconde molaire mandibulaire réunissant les conditions pour la carie corono-radulaire de la face distale de cette dent. Tamba à Dakar, en revanche avait rapporté une relation spatiale horizontale en majorité (44%), mais la mésio-angulation retrouvée dans sa série se rapprochait de celle de notre série (35%). Selon Kaka [14], la mésio-angulation serait due à la trajectoire d'éruption légèrement inclinée mésialement des dents de sagesse mandibulaires en raison de la courbe de redressement de Capdepon d'arrière en avant et de l'épaisseur de l'os en distal de la seconde molaire. Le manque de place dans la région rétro-molaire et le défaut de verticalisation des dents de sagesse mandibulaire compliqueraient leur éruption [2]. L'embryogenèse et la phylogenèse expliquent la propension des dents de sagesse mandibulaire aux accidents d'éruption. Il y a très peu de marges de manœuvres sur un axe d'éruption défavorable, annonciateur d'une éruption perturbée, de même qu'en présence d'un défaut de la place au niveau de l'angle mandibulaire [15].

Au plan thérapeutique, un traitement médical fait de bains de bouche antiseptiques et éventuellement d'antibiotiques permet de passer la phase aiguë. Sur la base de l'examen clinique et radiologique, l'extraction de la dent de sagesse sera éventuellement indiquée [3]. Toutefois, l'avulsion étant un geste irréversible, elle ne doit pas être systématique pour le seul motif d'inclusion, de rétention ou d'enclavement. Son indication d'avulsion doit être justifiée par son implication dans un

processus pathologique [4]. Dans notre série, l'avulsion n'avait pas été systématique, mais seulement dans les cas symptomatiques (35%). Car, selon Haroun [4], ces dents ont une utilité dans l'équilibre anatomique, fonctionnel et dynamique des arcades dentaires, notamment dans la fonction masticatrice et le maintien de la dimension verticale. Par des techniques particulières, encore insuffisamment validées, ces troisièmes molaires pourraient être utilisées comme transplants pour compenser l'absence d'une autre dent [3]. Dans cette série, une 38 enclavée avait été transplantée à la place de la 37 extraite pour des raisons de parodontite avec mobilité IV chez un patient de 25 ans. Mais tous les auteurs ne s'accordent pas sur l'importance fonctionnelle des troisièmes molaires. En effet, d'autres auteurs comme Silvestri et coll. [16] avaient estimé que les troisièmes molaires avaient une valeur fonctionnelle faible et un taux élevé de douleur et de maladies associées, leur valeur en tant que partie intégrante de la dentition des gens modernes serait douteuse. Ces auteurs approuveraient très certainement les dernières recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS) en France en faveur de l'avulsion précoce de toutes les troisièmes molaires enclavées ou potentiellement enclavées pour prévenir la perte des tissus de soutien, en distal de la deuxième molaire. Est concernée, toute troisième molaire mandibulaire retenue, en désinclusion, y compris celle qui est cariée, non restaurable de manière durable, atteinte d'une pulpopathie ou de l'une de ses complications ; de même que celle ayant une péricoronarite récidivante réfractaire aux traitements conservateurs, ou celle atteinte d'une péricoronarite compliquée. Celles en rapport avec un kyste ou une tumeur bénigne devront également être extraites et le kyste ou la tumeur bénigne devra faire l'objet d'un examen anatomo-pathologique. L'avulsion est recommandée avant l'achèvement de l'édification radulaire pour toute troisième molaire mandibulaire retenue en position horizontale (Figures 1 et 3) ou mésio-angulaire ($> 60^\circ$) et dont la couronne est en contact avec la racine distale de la 2e molaire, de même que celle retenue en position mésio-angulaire ou horizontale associée à une perte osseuse sur la

face distale de la 2ème molaire (Figures 2, 4 et 5), y compris celle qui est retenue et associée à une résorption radiculaire de la 2ème molaire adjacente [4].

En conclusion, les accidents d'évolution des dents de sagesse sont assez fréquents dans nos consultations. Une série de 92 cas a été colligée en 3 ans soit environ 31 cas par an. La périoronarite était la forme clinique la plus

couramment rencontrée et la douleur était le premier motif de consultation. La prise en charge avait été médicale et/ou chirurgicale avec 35% d'avulsions. Selon le cas clinique, et bien que l'avulsion des dents objets d'accidents d'évolution ne devrait pas être systématique, la HAS en France la recommande dans certaines conditions, de façon précoce pour préserver les tissus parodontaux en distal de la seconde molaire mandibulaire.

REFERENCES

- [1] A. Lautrou « Anatomie dentaire Masson Paris p 157, 1997
- [2] Z. Zhao, Weiss KM, Stock DW. Development and evolution of dentition patterns and their genetic basis, In : Teaford M, Ferguson M, Smith M. Editors Development, function and evolution of teeth. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 152-172, 2000.
- [3] J. Senterre et R. Eeckels. Pédiatrie-Capita Selecta Garant Belgique, p.511, 1996
- [4] A. Haroun, Recommandations de la HAS sur l'avulsion des 3èmes molaires mandibulaires Bull de l'UNIODF, n° 37, pp. 22-37, 2008
- [5] P. Agoda, P. Amana, E. Boko, K. Bissah, B. Betnora, E. Kpemissi. les accidents d'éruption de la dent de sagesse mandibulaire au CHU Campus de Lomé (Togo). Rev. IV. Odonto-Stomatol. Vol 1, n°11, pp. 31-36, 2009
- [6] WPL Guiguimdé, M Millogo, T Konsem, D. Ouédraogo. Accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure au département d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo Méd Buccale Chir Buccale n° 21, pp. 5-9, 2015
- [7] B. Tamba, S. Dia Tine, A. Ba, BC. Gassama, A. Kounta, PAD. Niang. et coll. Difficultés d'avulsion de la troisième molaire mandibulaire incluse : place de l'orthopantomogramme Med Buccale Chir Buccale n° 21, pp. 127-135, 2015
- [8] A. Ould Mohameden. Étude des inclusions et enclavements des troisièmes molaires dans une population mauritanienne. Thèse Chir Dent Dakar, n° 6, 2008
- [9] F Raslan. Techniques chirurgicales d'extraction des dents de sagesse mandibulaires incluses ou enclavées Thèse Chir Dent Dakar, n°10, 1998
- [10] H Murtomaa, L Turtola, P Ylipaavalniemi, I Rytomaa. Status of the third molars in the 20- to 21-year-old Finnish university population. J Am Coll Health, vol 3, n° 34, pp.127-129, 1985.
- [11] B Bajer, S Cohen. Le livre de l'externe Pédiatrie, S Editions Paris, pp. 54-55, 2008
- [12] M Nour, CR Belkacem, M Darej, D Touil, L Oualha, N Douki. Pelade d'origine dentaire à propos d'un cas Odonto-stomatologie tropicale vol 163, n° 41, pp. 13-19, 2018
- [13] S Taisse, S Chajri, H Riahi, I Benyahya. Pelade et évolution d'une dent de sagesse mandibulaire : présentation d'un cas clinique Med Buccale Chir Buccale n° 11, pp. 181-188, 2005
- [14] LN Kaka. Impacted mandibular third molar and the inferior alveolar canal in Iraqis (a radiographical study) Iraq, vol 4, n° 5, pp.

403-409, 2008.

Elsévier, 2013

[15] F Schaudel, JC Lutz. Accidents d'évolution de dents de sagesse Traité EMC Chirurgie orale et maxillo-faciale doi:10.1016/S1283-0852(13)55790-9 EMC

[16] AN Silvestri, I Singh. The unresolved problem of the third molar. Would people be better off without it ? J Am Dent Assoc, n°134, pp. 450-455, 2003