



Republique algerienne democratique et populaire  
Ministere de l'enseignement superieur et de la recherche  
scientifique  
Universite salah bounider constantine 3  
Faculte de medecine constantine  
Departement de medecine dentaire



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE  
DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE**

**THÈME:**

**LA CORONECTOMIE DE LA TROISIEME MOLAIRE  
MANDIBULAIRE**

Par:

**ATTAF SHAWKI      ATMANI WALID      BENATMANE MAROUA  
BOUNAMOUS MERIEM      BOUZIOUKH NOUDJOUR      CHAHNA NADINE  
FERHAT NAIM      GHOZLANE LAMIA      GUELLIF HALIMA  
KIFADJI NASSIM      MEKHALIF SELMA**

**ANNEE UNIVERSITAIRE  
2022-2023**

Universite salah boubnider constantine 3  
Faculte de medecine constantine departement de medecine dentaire

**THESE**  
**DE DOCTORAT EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE DOCTEUR EN**  
**MEDECINE DENTAIRE**

**Directeur de thèse :**

**Dr. ZEROUALI. T**

**Faculté de Médecine de Constantine**

**Devant le Jury Composé de :**

**Pr. SALEH MARS.**

**Faculté de Médecine de Constantine**

**Pr. YAKHLEF.**

**Faculté de Médecine de Constantine**

**ANNEE UNIVERSITAIRE**

**2022-2023**

## **RESUME**

La 3MM, est susceptible, au cours de son évolution, de provoquer certaines pathologies nécessitant son avulsion. Bien que cet acte soit le plus fréquent en chirurgie orale, il reste un acte qui n'est pas anodin. En fait cette procédure chirurgicale peut entraîner des séquelles neurologiques rares mais préjudiciable pour le patient. De nos jours, l'ère de la dentisterie conservatrice impose une prise en charge respectant le capital biologique du patient. La coronectomie ou odontectomie partielle est une technique chirurgicale qui pourrait être une alternative fiable à l'avulsion conventionnelle des 3MM dont les racines présentant un rapport intime avec le canal alvéolaire inférieure.

Notre travail théorique avait pour but de présenter cette technique, ses indications, ses inconvénients, de décrire son protocole opératoire, et notre enquête pilote avait pour but de recueillir le ressenti de la coronectomie auprès de praticiens avulsant des dents de sagesse de façon hebdomadaire. Les freins et leviers liés à cet acte étaient également recherchés.

## **ABSTRACT**

Lower wisdom tooth extraction is the most frequently performed oral surgery. In some cases, it may have some complications as the injury of the lower alveolar nerve (LAN) which is a serious fearsome complication, given its impact on oral function and its psychological impact on the patient. It results in a disorder of sensitivity of the corresponding hemi-lip area. Today, conservative dentistry requires the respect of the patient's biological needs. Coronectomy or partial odontectomy is a surgical technique that could be a conservative alternative to the conventional avulsion technique of mandibular wisdom teeth against the lower alveolar nerve injury. It is defined as a removal of the crown of the tooth leaving the intact roots. The method is used when the roots of the lower wisdom tooth and the nerve are closely related, and the extraction could cause contusion or stretch followed or not by section of the LAN. It is therefore the method of choice in management of 3rd molars at high risk of nerve injury. The purpose of our work was to present this technique, its indications, its drawbacks, to describe its operating protocol and to look for the factors that hinder practitioners in Algeria to perform this unjustly underrated technique.

## ملخص

إن قلع ضرس العقل السفلي هو الإجراء الأكثر شيوعاً في جراحة الفم. تعتبر إصابة العصب السفلي من المضاعفات الخطيرة، نظراً لتأثيرها على وظيفة الفم وتأثيرها على نفسية المريض. ويحدث، حسب روبنسون، في 1 إلى 4% من الحالات ويؤدي إلى اضطراب في إحساس الشفة العقلية لنصف الشفة المقابلة.

استئصال تاج السن أو استئصال الأسنان الجزئي هي تقنية جراحية يتم وصفها لتجنب حدوث هذه المضاعفات. يتم تعريفها على أنها إزالة تاج السن، مع ترك الجذور سليمة في مكانها. يتم استخدام هذا الإجراء عندما تكون جذور ضرس العقل السفلي والعصب مرتبطين ارتباطاً وثيقاً وقد يؤدي خلع الضرس بأكمله إلى حدوث كدمات أو تمدد يتبعه قطع العصب السفلي. ولذلك فإن استئصال التاج يمثل الأسلوب الملائم في علاج الأضرار الثالثة المعرضة لخطر كبير لإصابة العصب السفلي. يهدف عملنا النظري إلى تقديم هذه التقنية، دواعي استعمالها، ومخلفاتها، لوصف بروتوكول العمل الخاص بها، ويهدف مسحنا التجريبي إلى جمع وكشف آراء أطباء الاسنان المختصين في قلع الاسنان في الجزائر حول هذه التقنية.

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	XV
INTRODUCTION .....	1
.....	2
<b>PREMIERE PARTIE : DONNEES FONDAMENTALES.....</b>	<b>2</b>
.....	3
<b>CHAPITRE I : DONNEES FONDAMENTALES SUR LA TROISIEME MOLAIRE MANDIBULAIRE.....</b>	<b>3</b>
I. RAPPELS EMBRYOLOGIQUES .....	4
II. DEFINITIONS .....	5
1. DENT ENCLAVEE .....	5
2. DENT INCLUSE.....	5
3. DENT RETENUE.....	6
4. DENT EN DESINCLUSION .....	6
III. DEVELOPPEMENT ET CHRONOLOGIE D'EVOLUTION DE LA 3EME MOLAIRE .....	6
1. MORPHOLOGIE DE LA 3EME MOLAIRE MANDIBULAIRE .....	6
1.1. LA PHASE PRE-ERUPTIVE OU ERUPTION PASSIVE .....	6
1.2. LA PHASE ERUPTIVE OU ERUPTION ACTIVE .....	6
2. CHRONOLOGIE DE DEVELOPPEMENT DES MOLAIRES PERMANENTES .....	7
IV. ENVIRONNEMENT ANATOMIQUE DE LA TROISIEME MOLAIRE MANDIBULAIRE .....	7
1. MORPHOLOGIE DE LA DENT DE SAGESSE MANDIBULAIRE .....	7
1.1. EN VUE VESTIBULAIRE .....	8
1.2. EN VUE LINGUALE .....	8
1.3. EN VUE MESIALE .....	8
1.4. EN VUE DISTALE .....	8
1.5. EN VUE OCCLUSALE .....	8
2. LES RAPPORTS ANATOMIQUES DE LA 3EME MOLAIRE MANDIBULAIRE .....	10
V. CLASSIFICATION DES TROISIEMES MOLAIRES MANDIBULAIRES :.....	11
1. CLASSIFICATION DE LA DENT DE SAGESSE SELON WINTER .....	11
2. CLASSIFICATION DE PELL & GREGORY .....	12

3. CLASSIFICATION DE L'ADA COMBINEE AVEC L'AAOMS.....	14
VI. INDICATION D'AVULSION DES TROISIEMES MOLAIRE MANDIBULAIRES .....	15
1. L'AAOMS (AMERICAN ASSOCIATION OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEONS) 2016.....	15
2. LES DERNIERES RECOMMANDATIONS FRANÇAISES DE BONNES PRATIQUES CONCERNANT L'AVULSION DES 3ES MOLAIRE SELON LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS) : MAI 2019 .....	16
VII. PROTOCOLE CLASSIQUE D'AVULSION CHIRURGICALE DE LA TROISIEME MOLAIRE MANDIBULAIRE 20	
1. PREPARATION DU PATIENT .....	20
2. ANESTHESIE .....	20
2.1. ANESTHESIE TRONCULAIRE A L'EPINE DE SPIX.....	20
2.2. LES ANESTHESIES COMPLEMENTAIRES.....	20
3. LE TRACE D'INCISION .....	20
4. REALISATION D'UN LAMBEAU MUCOPERIOSTE .....	21
5. DEGAGEMENT OSSEUX .....	21
6. DIVISION DE LA DENT ET AVULSION .....	21
7. REVISION ALVEOLAIRE .....	22
8. SUTURE .....	22
9. SUIVI .....	22
VIII. LES COMPLICATION D'AVULSION DE LA TROISIEME MOLAIRE MANDIBULAIRE.....	23
1. PER-EXTRACTIONNELLES OU IMMEDIATES.....	23
1.1. AU COURS DE L'INCISION .....	23
1.2. AU COURS DU DECOLLEMENT .....	23
1.3. AU COURS DE LA TREPANATION .....	23
1.4. AU COURS DE L'AVULSION DE LA DENT .....	24
2. POST-EXTRACTIONNELLES OU TARDIVES .....	24
2.1. INFECTIEUSE.....	24
2.2. NEUROLOGIQUE.....	24
2.3. VASCULAIRES .....	25
2.4. LA FRACTURE MANDIBULAIRE RETARDEE .....	25

<b>CHAPITRE II : LA CORONECTOMIE .....</b>	<b>26</b>
I. HISTORIQUE.....	27
II. DEFINITION.....	27
III. INTERETS .....	27
IV. LA RADIOGRAPHIE .....	28
1. RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE .....	28
2. IMAGERIE TRIDIMENTIONNELLE : CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY TOMODENSITOMETRIE (CBCT).....	30
2.1. DEFINITION .....	30
2.2. PRINCIPE .....	31
2.3. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DU CBCT .....	32
2.3.1. AVANTAGES .....	32
2.3.2. INCONVENIENTS .....	32
2.4. INDICATIONS DU CBCT .....	33
2.5. LE CBCT ET LA CORONECTOMIE .....	33
V. INDICATIONS .....	35
VI. CONTRE-INDICATIONS .....	35
1. SUR LE PLAN GENERAL .....	35
2. SUR LE PLAN DENTAIRE .....	36
VII. PROTOCOLE OPERATOIRE .....	37
1. CONSULTATION ET TEMPS PREOPERATOIRE .....	37
2. LA DESINFECTION ET L'ANESTHESIE .....	37
2.1. LA DESINFECTION ET LA PREPARATION DU PATIENT : .....	37
3. L'ANESTHESIE.....	38
4. LE TEMPS MUQUEUX .....	39
5. TEMPS OSSEUX .....	39
6. TEMPS DENTAIRE .....	39
7. TEMPS ALVÉOLAIRE .....	40
8. LES SUTURES .....	40



VIII.	TEMPS POST-OPERATOIRE .....	41
1.	SUIVI THERAPEUTIQUE DES MEDICAMENTEUX .....	41
2.	SUIVI RADIOLOGIQUE .....	41
3.	REINTERVENTION.....	42
IX.	COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES .....	42
1.	COMPLICATIONS COMMUNES A L'AVULSION TOTALE .....	42
1.1.	L'ALVEOLITE .....	42
1.2.	LA LESION NERVEUSE .....	43
1.3.	LES DOULEURS POSTOPERATOIRES .....	43
2.	COMPLICATIONS SPECIFIQUE A LA CORONECTOMIE.....	43
2.1.	MIGRATION DES RACINES ET LA NECESSITE DE LA REINTERVENTION .....	43
2.2.	CORONECTOMIE INCOMPLETE .....	45
2.3.	MOBILISATION DES RACINES QUI MENER A L'EXTRACTION TOTALE.....	46
2.4.	LA CICATRISATION.....	46
2.5.	LES POCHES PARODONTALES .....	47
	.....	48
	DEUXIEME PARTIE : ETUDE PRATIQUE .....	48
X.	OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	49
XI.	METHODOLOGIE ET MATERIEL .....	49
1.	TYPE DE L'ETUDE .....	49
2.	LIEU DE L'ETUDE.....	49
3.	PERIODE D'ETUDE .....	49
4.	POPULATION D'ETUDE .....	49
5.	LES CRITERES D'INCLUSION .....	49
6.	LES CRITERES DE NON INCLUSION .....	49
7.	L'ECHANTILLON D'ETUDE .....	50
XII.	RESULTATS .....	50
1.	TABLEAU 01 .....	50
2.	TABLEAU 02 .....	51

<b>3. TABLEAU 03</b> .....	<b>51</b>
<b>4. TABLEAU 04</b> .....	<b>53</b>
<b>5. TABLEAU 05</b> .....	<b>55</b>
<b>6. TABLEAU 06</b> .....	<b>56</b>
<b>7. TABLEAU 07</b> .....	<b>57</b>
<b>8. TABLEAU 08</b> .....	<b>60</b>
<b>XIII. DISCUSSION</b> .....	<b>61</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>63</b>
<b>LES RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>65</b>
<b>TROISEME PARTIE : CAS CLINIQUES</b> .....	<b>66</b>
<b>I. CAS CLINIQUE N° 01</b> .....	<b>67</b>
<b>II. CAS CLINIQUE N° 02</b> .....	<b>68</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>75</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>80</b>

---