RECOMMANDATIONS DE L'HAS SUR L'AVULSION DES TROISIÈMES MOLAIRES

Antoine HAROUN

Nous avons résumé dans ce bulletin d'UNIODF un autre chapitre sur les recommandations concernant l'avulsion des troisièmes molaires et faisant appel à un groupe de travail et un groupe de lecture dont les avis sont partagés sur les indications et les contre-indications. Les auteurs réfutent les extractions prophylactiques systématiques des dents de sagesse, souvent asymptomatiques. On remarquera d'ailleurs que, dans une étude anecdotique de Brickley (33), 201 chirurgiens-dentistes et enseignants hospitalo-universitaires n'ont pas posé pour eux-mêmes l'indication d'avulsion prophylactique des troisièmes molaires mais l'ont réservé uniquement en cas d'atteinte bien définie.

Article disponible sur le site http://www.uniodf-journal.org ou http://dx.doi.org/10.1051/uniodf/200837022

Les recommandations ont été rédigées d'après un ensemble d'arguments cliniques et scientifiques. Un contexte d'incertitude persiste pouvant laisser des attitudes empiriques conduisant à l'avulsion inutile, voire néfaste, des troisièmes molaires mandibulaires ou au contraire à leur conservation, plus nuisible que bénéfique. Ceci doit inciter à déterminer des facteurs prédictifs, valides, fiables et reproductibles. Une troisième molaire mandibulaire ne doit pas être avulsée systématiquement pour le seul motif d'inclusion, de rétention ou d'enclavement. L'indication d'avulsion d'une troisième molaire mandibulaire incluse, retenue ou enclavée est justifiée lorsqu'elle est impliquée dans un processus pathologique. Des cas particuliers ont été détaillés dans les tableaux 1 à 5. Une troisième molaire mandibulaire saine doit être conservée si elle n'est pas impliquée dans un processus pathologique et si le patient contribue, par une hygiène adaptée, à la santé des tissus environnants.

Le groupe de travail ne s'est pas prononcé sur les indications et non-indications de l'avulsion orthodontique des troisièmes molaires mandibulaires ; il a recommandé qu'un travail spécifique soit réalisé sur ce sujet. En l'absence de preuve scientifique, ces avulsions font l'objet de controverses mais semblent admises dans la pratique clinique. Tout patient doit être informé des risques chirurgicaux potentiels, incluant des complications permanentes ou transitoires, avant de formuler son consentement éclairé.

Les grades A, B et C ont été attribués aux recommandations proposées, selon le niveau de preuve scientifique figurant dans la classification proposée par l'ANDEM.

FORCE DES RECOMMANDATIONS

Niveau de preuve scientifique Grade des recommandations

I - Grands essais comparatifs randomisés avec résultats indiscutables

- Méta-analyse

- Analyse de décision A

II - Petits essais comparatifs randomisés et résultats incertains B

III - Essais comparatifs non randomisés avec un groupe de sujets contrôles contemporains

- Suivi de cohorte

IV - Essais comparatifs non randomisés avec groupe de sujets contrôles historiques C

- Études cas-témoins

V - Pas de groupes de sujets contrôles, séries de patients

En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un **accord professionnel fort** et/ou s'appuient sur les **conclusions de la Conférence de Consensus du NIDR** : « *Removal of third molars* » (Extraction des troisièmes molaires).

INTRODUCTION

L'homme ne possède pas toujours des arcades suffisamment grandes pour accueillir trente-deux dents généralement attendues et on observe parfois des troubles d'alignement, des encombrements et des ectopies dentaires. L'existence d'une dysharmonie dento-maxillaire caractérisée par une disproportion entre dents et arcades dentaires, est un facteur important à l'origine d'anomalies de position des dents. L'évolution des troisièmes molaires correspond généralement à l'achèvement d'un processus physiologique de croissance osseuse et dentaire. 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. Lorsque l'édentement est étendu, la présence de troisièmes molaires assure ou améliore la rétention d'une prothèse. L'avulsion est un geste irréversible qui ne permet plus d'utiliser cette dent comme support de prothèse. Des techniques particulières, encore insuffisamment validées, consistent à utiliser des troisièmes molaires comme transplants pour compenser l'absence d'une autre dent. Les troisièmes molaires n'ont pas toujours la possibilité d'évoluer dans une position harmonieuse par rapport à l'ensemble de l'arcade, en respectant alignement et engrènement satisfaisants. Certaines troisièmes molaires ne font pas éruption et demeurent profondément incluses dans l'os. Bloquées par un obstacle au cours de leur éruption, des troisièmes molaires entrent en communication avec la cavité buccale et restent plus ou moins recouvertes de muqueuse. Elles peuvent évoluer en position vestibulaire ou linguale. Par leur situation postérieure, les troisièmes molaires

sont difficiles d'accès à une hygiène bucco-dentaire satisfaisante ; accidents d'évolution, péricoronarites et caries peuvent se manifester. La question de la conservation ou de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires n'est pas clairement résolue. Des critères sont établis pour les troisièmes molaires pathologiques, délabrées ou à l'origine de péricoronarites récidivantes, mais l'avulsion des troisièmes molaires asymptomatiques fait l'objet de controverses. Se posent donc des questions au sujet du diagnostic, de l'indication d'un traitement et du choix du moment opportun pour une intervention. **Le groupe a distingué les indications utiles des indications inutiles, voire néfastes et comportant des risques pour le patient.**

I. DÉFINITIONS

Le groupe de travail a proposé les définitions suivantes :

Un **germe dentaire** d'une dent permanente correspond au stade primitif d'une dent, depuis le stade de bourgeon jusqu'à la maturation complète de la dent, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'édification radiculaire soit achevée.

Une **dent permanente incluse** est une dent **mature** qui n'a pas fait son éruption après la date physiologique et dont le sac péricoronaire ne présente pas de communication avec la cavité buccale. Une dent incluse est recouverte ou non de tissu osseux, mais totalement par la muqueuse buccale (*unerupted tooth*, en anglais).

Une **dent retenue** est une dent **immature**, gênée dans son éruption, et qui conserve un potentiel évolutif. L'édification radiculaire n'est pas terminée (apex ouvert). Avec la maturation de la dent, la rétention évolue vers l'inclusion ou l'enclavement (*impacted tooth*, en anglais).

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. L'obstacle étant éliminé, une dent qui conserve un potentiel évolutif peut poursuivre son éruption (*impacted tooth* en anglais).

Une dent peut être considérée **en position** « **normale** » sur l'arcade lorsque ses rapports avec les dents adjacentes et antagonistes ne s'accompagnent d'aucun trouble 'alignement et d'engrènement par rapport à l'ensemble des arcades dentaires maxillaire et mandibulaire.

Un **environnement parodontal favorable**, autour d'une troisième molaire mandibulaire évoluée, implique un dégagement complet de la couronne et la présence de gencive attachée.

Les **accidents d'évolution** d'une troisième molaire mandibulaire se produisent au moment de l'éruption physiologique, généralement entre 17 et 25 ans, ou plus tardivement si la dent se trouve en désinclusion. On distingue des complications infectieuses qui sont les plus fréquentes, en particulier la péricoronarite, des complications kystiques, mécaniques et des accidents réflexes.

Björk et coll. (12) ont déterminé la fréquence de troisièmes molaires mandibulaires en situation d'inclusion ou d'enclavement, de non-évolution, d'absence par agénésie ou à la suite d'avulsion (tableau 7). Un groupe de 237 étudiants en chirurgie dentaire, suédois, de sexe masculin, dont l'arcade mandibulaire était complète en avant des troisièmes molaires mandibulaires, a été étudié. L'âge des sujets variait de 19 à 30 ans.

Situation des troisièmes molaires	Maxillaires		Mandibulaires	
Agénésie	52	(10,7 %)	77	(15,8 %)
Incluse ou enclavée			67	(13,8 %)
Évoluée sur l'arcade	228	(46,9 %)	215	(44,2 %)
Non évoluée	201	(41,4 %)	115	(23,7 %)
Avulsée	5	(1,0 %)	12	(2,5 %)
TOTAL	**486**	**100 %**	**486**	**100 %**

En conclusion, il semble :

1/ que la proportion de sujets ayant une troisième molaire incluse, retenue ou enclavée serait de l'ordre de 16 % pour les sujets ayant une denture complète, de l'ordre de 11 % pour des sujets ayant une denture incomplète ;

2/ que la fréquence de troisièmes molaires mandibulaires incluses, retenues ou enclavées serait de l'ordre de 15 à 25 %, par rapport à l'ensemble des troisièmes molaires mandibulaires ;

3/ que parmi l'ensemble des dents incluses, enclavées ou retenues, les troisièmes molaires mandibulaires représenteraient entre 55 et 60 % des cas.

L'enquête nationale réalisée sur les actes bucco-dentaires, fin 1992 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (15), à partir d'un échantillon représentatif d'actes réglés par le Régime Général stricto sensu, a montré que les extractions des troisièmes molaires, quel que soit le type d'extraction, représentaient 36 % des actes d'extraction (n = 15 525).

III. VARIATIONS DE PRATIQUES

L'étude de Brickley et coll. (17) a comparé la décision clinique de six chirurgiens buccaux (deux consultants et quatre enseignants) par rapport aux indications établies au cours de la Conférence de Consensus : « Removal of third molars »

National Institutes of Dental Research, 1979 (1).

Indications retenues pour l'avulsion de troisièmes molaires mandibulaires (1) :

- évolution pathologique au niveau d'un kyste folliculaire en rapport avec une troisième molaire mandibulaire
- troisième molaire mandibulaire cariée non restaurable
- carie située au niveau de la face distale de la deuxième molaire mandibulaire
- atteinte parodontale en distal de la deuxième molaire mandibulaire en rapport avec la présence d'une troisième molaire
- résorption interne ou externe
- un ou plusieurs épisodes de péricoronarites
- lorsque l'avulsion d'une troisième molaire mandibulaire est indiquée selon l'un des précédents critères et que l'intervention est prévue sous anesthésie générale il a été admis que l'avulsion de la troisième molaire mandibulaire controlatérale incluse ou partiellement incluse était justifiée
- l'avulsion prophylactique a été exclue des indications retenues.

troisièmes molaires incluses non évoluées.

Les variations de pratiques s'expliquent par des habitudes, des croyances, le type de formation, le mode de rémunération et incitent à penser que la décision médicale ne repose pas assez sur des faits, sur des réalités cliniques et sur des notions de preuves.

IV. INDICATIONS DE L'AVULSION DES TROISIÈMES MOLAIRES MANDIBULAIRES (REVUE DE LA LITTÉRATURE)

Si les indications d'avulsion des troisièmes molaires pathologiques ont fait l'objet d'un consensus professionnel

les indications d'avulsion des troisièmes molaires asymptomatiques n'ont pas été clairement établies et les avis divergent. Des travaux de recherche complémentaires sont nécessaires. Des études (17, 27, 28) ont montré que 20 à 30 % des troisièmes molaires mandibulaires ont été extraites pour des raisons de prévention et qu'environ 50 % des troisièmes molaires mandibulaires extraites étaient asymptomatiques. Des praticiens conseillaient à leurs patients l'avulsion prophylactique des troisièmes molaires mandibulaires incluses alors que d'autres praticiens recommandaient une attitude conservatrice en établissant une surveillance régulière et en attendant éventuellement le développement d'une pathologie pour intervenir (29). La validité de l'indication « prophylactique », dont le but est d'éviter des complications futures, a été mise en cause par un certain nombre d'études (28, 30-32)

Indication prophylactique

Elle se fonde essentiellement **sur la supposition qu'un problème pathologique interviendra de manière inévitable, à un moment ou à un autre, au cours de la vie de tout individu. Les risques de complications liées à la conservation et les risques associés à l'avulsion doivent être comparés quantitativement et qualitativement.**

Indication orthodontique

L'indication orthodontique d'avulsion précoce des troisièmes molaires mandibulaires a été l'objet de controverses. Des orthodontistes pensent que l'éruption des troisièmes molaires mandibulaires serait à l'origine du chevauchement des dents mandibulaires. Une pratique consiste à extraire précocement les troisièmes molaires évoluées ou à l'état de germes afin de prévenir l'encombrement des dents antérieures ou des récidives après traitement orthodontique. L'implication des troisièmes molaires incluses dans l'encombrement des dents antérieures est discutée depuis des décennies. Aucune étude n'a apporté des preuves irréfutables (30, 34-39). Les études ont des biais et des insuffisances méthodologiques ; car il s'agit d'études rétrospectives dont l'échantillon était faible et non représentatif de la population générale. Parfois, il s'agit de points de vue personnels. Aucune certitude n'existe à propos des prévisions de croissance, des possibilités d'évolution et d'éruption physiologiques des troisièmes molaires avant la fin de la croissance. Aucun facteur prédictif ne s'est révélé déterminant (31, 40-42). L'évolution des troisièmes molaires semble imprévisible. Une seule étude (43) tendrait à montrer, d'après l'observation d'éléments radiologiques à 20 et à 26 ans chez des étudiants, que le type d'inclusion serait un facteur prédictif de l'évolution de la position de troisièmes molaires incluses.

Indication prothétique

Il est recommandé de conserver les dents profondément incluses et asymptomatiques qui ont une faible probabilité de faire éruption ou d'être à l'origine de pathologie (Recommandation de grade C).
Cette pratique repose sur des données empiriques.

Autres indications

Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire et des troubles nerveux, trophiques (pelade), musculaires (spasme, tic, torticolis), sécrétoires (sialorrhée, larmoiement), vasculaires (érythème, acouphène), neurologiques (hypoesthésie, parésie, algie inexpliquée). Ces manifestations ne peuvent pas, elles seules, être à l'origine d'une décision d'avulsion.

Données épidémiologiques

Tableau 9. Indications d'avulsion de 870 troisièmes molaires mandibulaires (n = 968 indications) chez 870 sujets suédois (28).

Indication	Nombre	Pourcentage
prophylaxie	265	27
épisodes de péricoronarites	238	25
orthodontie	140	14
pulpite	127	13
péricoronarite aiguë	65	7
gingivite, parodontopathie	34	4
kyste	26	3
douleur faciale, sans précision	23	2
carie de la deuxième molaire	15	2
malocclusion	14	1
fracture de la mandibule	8	1
autotransplantation de la troisième molaire	5	1
lésion périapicale	4	< 1
résorption radiculaire de la deuxième molaire	3	< 1
tumeur	1	< 1
Total	968	100 %

Tableau 10. Indications d'avulsion de 870 troisièmes molaires mandibulaires lorsqu'une seule indication est précisée (n = 772 indications).

Indication	Nombre	Pourcentage
prophylaxie	229	30
épisodes de péricoronarites	185	24
orthodontie	125	16
carie/pulpite	100	13
péricoronarite aiguë	46	6
gingivite, parodontopathie	24	3
kyste	20	3
douleur faciale, sans précision	16	2
carie de la deuxième molaire	8	1
malocclusion	6	< 1
autotransplantation de la troisième molaire	5	< 1
fracture de la mandibule	4	< 1
lésion périapicale	2	< 1
résorption radiculaire de la deuxième molaire	2	< 1
Total	772	100 %

Étude de Nordernam : plus de la moitié (56 %) des troisièmes molaires ont été avulsées pour des raisons orthodontiques parmi les sujets âgés de 10 à 19 ans. Parmi les groupes des 20-29 ans et 30-39 ans, 30 % environ des avulsions ont été effectuées pour raison prophylactique. Chez les sujets de plus de 40 ans, les interventions chirurgicales étaient plus fréquentes pour les dents ayant une atteinte. Plus de la moitié (54 %) des troisièmes molaires avulsées étaient aymptomatiques. Pour Knutsson, **ce sont les molaires en position disto-angulaire qui ont le plus grand risque de développement d'une affection. Il semble que les dents partiellement recouvertes de tissus mous soient à l'origine de pathologies, essentiellement de péricoronarites. Le risque est plus faible lorsque la dent est complètement recouverte de tissu osseux ou même lorsqu'elle est complètement recouverte de tissus mous. Ce sont les troisièmes molaires mandibulaires en position disto-angulaire qui sont les plus susceptibles de développer une pathologie. Ces conclusions sont soutenues par des faits scientifiques et confirmées par l'expérience clinique (Recommandation de grade B).**

V. RISQUES ET BÉNÉFICES DE L'AVULSION OU DE LA CONSERVATION DES TROISIEMES MOLAIRES MANDIBULAIRES

(revue de la littérature)Les indications de l'avulsion des troisièmes molaires asymptomatiques font l'objet de controverses. Cette argumentation est fondée sur des sources qui présentent des insuffisances méthodologiques **non soutenues par des preuves scientifiques incontestables**.

Risques liés à la conservation

- ***Chevauchement des dents antérieures (considération orthodontique)***

  La controverse persiste et aucune preuve irréfutable ne vient étayer l'éventuelle association entre chevauchement des dents antérieures et la présence de troisièmes molaires mandibulaires (34-39, 49, 50). Les prévisions de croissance ne sont pas fiables pour préciser la position future des troisièmes molaires mandibulaires.

- ***Résorption radiculaire de la deuxième molaire mandibulaire en rapport avec la présence d'une troisième molaire mandibulaire***

  Dans la littérature, la prévalence de la résorption radiculaire de la deuxième molaire mandibulaire varie de 0 à 24 %. Des auteurs ont défini la

résorption radiculaire comme une discontinuité ou une irrégularité de la surface radiculaire (51, 52) ; d'autres l'ont définie comme une perte de substance radiculaire évidente.

La prévalence de résorption dépend essentiellement du critère retenu. Tant qu'il n'y aura pas un consensus à propos des critères de diagnostic, il ne sera pas possible de déterminer une prévalence, ni de comparer les résultats de différentes études. La prévalence de résorption radiculaire cliniquement importante située sur la deuxième molaire mandibulaire serait de l'ordre de 1 à 3 %. Une résorption radiculaire cliniquement importante est une lésion capable de compromettre la santé et la longévité d'une dent (Étude de niveau V).

- ***Lésion des tissus parodontaux de la dent adjacente, en rapport avec la présence d'une troisième molaire mandibulaire***

  Plusieurs facteurs interviennent dans l'apparition de telles lésions : la position de la troisième molaire, l'âge du patient, l'hygiène observée par le patient, la durée d'exposition au facteur déclenchant ou favorisant.

- ***Complications liées à l'évolution des troisièmes molaires (péricoronarites)***

  Dans la population générale, la prévalence de la péricoronarite serait de l'ordre de 5 %. Parmi les cas adressés pour avulsion, 24 % (28) à 64 % des troisièmes molaires mandibulaires avaient des signes de péricoronarite.

- ***Évolution pathologique du sac folliculaire ou du sac péricoronaire (kyste dentigère ou tumeur bénigne)***

  La littérature révèle une prévalence allant de 0 à 11% pour les kystes dentigères. La variation est liée aux différentes définitions données et aux critères de diagnostic retenus. Pour certains auteurs, l'évolution pathologique est caractérisée par l'élargissement de l'espace folliculaire ou de l'espace péricoronaire. **Compte tenu des biais méthodologiques, il n'est pas possible d'estimer avec précision la prévalence de kystes dentigères. Il semble que les valeurs rapportées dans la littérature se référant à une évaluation radiologique soit surestimées.**

- ***Développement d'une infection à distance***

  Les accidents à distance liés à l'évolution des troisièmes molaires mandibulaires sont rares : ce sont les bactériémies ou les exceptionnelles septicémies. On doit envisager les infections focales ophtalmologiques (uvéites, iridocyclites), rénales (glomérulonéphrites, greffes de reins), cardiaques (endocardites sur cardiopathies ou prothèses valvulaires), orthopédiques, (prothèses articulaires) voire hépatiques (greffes de foie)

- ***Développement d'une tumeur maligne (carcinome, sarcome) en rapport avec une troisième molaire mandibulaire :***

  exceptionnel.

- ***Morbidité d'autant plus importante que l'intervention est effectuée chez un sujet âgé***

  Ceci soutient l'indication d'avulsion d'une troisième molaire mandibulaire enclavée, en position horizontale ou mésio-angulaire, dont la couronne est en contact avec la racine distale de la deuxième molaire adjacente (Recommandation de grade C).

Risques liés à l'avulsion

1. la présence et/ou l'avulsion des troisièmes molaires incluses, retenues ou enclavées, s'accompagnaient d'une incidence élevée de poches parodontales, en distal de la deuxième molaire (de l'ordre de 29,8% avant avulsion et de 65,8 % après avulsion) ; 2. à l'exception des sujets jeunes, les troisièmes molaires complètement entourées de tissu osseux ne doivent pas être avulsées, seulement parce qu'elles sont incluses ; après l'achèvement de l'édification radiculaire, vers l'âge de vingt ans et les quelques années qui suivent, l'avulsion s'accompagnait d'une perte de tissus parodontaux ; il semble que la conservation aurait eu moins de conséquences (il a été observé que 71 % des poches parodontales sont apparues après l'avulsion de troisièmes molaires incluses chez des patients dont l'âge médian était supérieur à 23 ans et 47 % se sont formées après l'avulsion de troisièmes molaires partiellement recouvertes de muqueuse) ; 3. un potentiel de réparation du tissu osseux, en distal de la deuxième molaire, existe lors de la phase terminale du développement des troisièmes molaires, lorsque l'édification radiculaire n'est pas achevée ; 4. toutes les troisièmes molaires enclavées ou potentiellement enclavées doivent être avulsées le plus tôt possible pour prévenir la perte de tissus de soutien, en distal de la deuxième molaire.

Tableau 11. Risques liés à l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires.

Conséquences immédiates inhérentes à l'intervention :	
Incapacité attendue après avulsion, évaluée, par exemple, par le nombre de journées d'inconfort et mesurée à partir de critères tels que :	
douleur, souffrance	
perte de fonction	
limitation d'activité	
œdème	
ecchymose	
complications liées à l'anesthésie	
Risques mineurs et temporaires :	
lésion d'un nerf sensitif (séquelles inférieures à 6 mois)	1 - 6 %
alvéolite	1 - 5 %
infection et trismus	2 - 4 %
hémorragie	0,6 - 5,8 %
fracture dento-alvéolaire	2 %
projection dentaire	incidence non déterminée
Risques mineurs et permanents :	
lésion parodontale	
traumatisme de la dent voisine	0,3 %
troubles de l'articulation temporo-mandibulaire	incidence non déterminée
erreur de dent (avulsion d'une autre dent)	incidence non déterminée
migration dentaire secondaire	incidence non déterminée
Risques majeurs :	
dysesthésie permanente	1 %
infection d'organes vitaux par bactériémie	incidence non déterminée
fracture de la mandibule	incidence non déterminée
blessure	incidence non déterminée
Autre risque :	
litiges	

Bénéfices liés à la conservation

Ces bénéfices sont : prévention des risques de l'intervention, conservation de dents fonctionnelles ou potentiellement fonctionnelles, possibilité d'atteindre un développement dentomaxillaire complet, stabilité occlusale, maintien de la crête alvéolaire, possibilité de conserver un germe ou une dent en vue d'une transplantation ; cette technique, bien que maîtrisée n'est pas suffisamment éprouvée et ne peut faire actuellement l'objet de recommandations explicites.

Bénéfices liés à l'avulsion

- *Les bénéfices sont en rapport avec :*
  - l'âge du patient : les procédures chirurgicales seraient plus faciles et comporteraient moins de complications si elles étaient réalisées chez des patients jeunes avant la formation complète des racines ; les transplantations dentaires ont d'autant plus de chances de réussir que le sujet est jeune et que la dent est incomplètement développée ;
  - l'hygiène bucco-dentaire du patient ;
  - l'état général de la denture du patient ;
  - les procédures chirurgicales.
- *Les bénéfices correspondent à la prévention des risques de complications liées à l'évolution des dents :*

  périconarite, résorption de la dent adjacente, développement de pathologies (infection, kyste, tumeur), conséquences d'une dysharmonie dento-maxillaire par macrodontie.

VI. ANALYSE DE DÉCISION RELATIVE AUX INDICATIONS DE L'AVULSION DES TROISIÈMES MOLAIRES MANDIBULAIRES (REVUE DE LA LITTÉRATURE)

Les conclusions de l'étude de Tulloch et coll. Tendent à prouver que chez de jeunes adolescents, en bonne santé, ayant une troisième molaire mandibulaire asymptomatique évoluée ou partiellement évoluée, dont l'édification radiculaire est comprise entre la moitié et les deux tiers, la conservation de la dent est préférable à l'avulsion prophylactique. L'indication d'avulsion ne sera posée ultérieurement que si la dent est impliquée dans un processus pathologique : carie, parodontopathie, infection péricoronaire, évolution pathologique kystique ou tumorale (Recommandation de grade A). Cette étude ne prend pas en compte tous les événements associés à l'évolution des troisièmes molaires mandibulaires, notamment en ce qui concerne le type d'inclusion ou d'enclavement, ainsi que le risque d'encombrement et de résorption radiculaire de la deuxième molaire.L'étude de Brickley et coll. a soutenu que la stratégie optimale, pour un patient qui a une troisième molaire mandibulaire asymptomatique, est presque toujours la non-intervention (Recommandation de grade A).

VII. INDICATIONS D'AVULSION DES TROISIÈMES MOLAIRES MANDIBULAIRES DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE. RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL :

- L'avulsion d'une troisième molaire mandibulaire enclavée ou en désinclusion, ayant des signes de péricoronarite aiguë ou chronique, est recommandée chez un sujet à risque d'endocardite infectieuse.
- L'ablation des quatre germes des troisièmes molaires est recommandée chez l'adolescent à risque d'endocardite infectieuse et qui a une dysharmonie dento-maxillaire.
- Pour les patients à risque d'endocardite infectieuse, l'intervention est prévue dans un contexte opératoire garantissant les meilleures conditions d'asepsie et les modalités de l'antibioprophylaxie de l'endocardite infectieuse sont respectées.
- Une antibiothérapie peut être instaurée en relais après une antibioprophylaxie lorsqu'un foyer infectieux local subsiste après l'acte.

Formation d'une dent

Une distinction nette entre germe dentaire et dent est difficile à établir. Des considérations anatomiques, cliniques ou chirurgicales interviennent ainsi que certains critères utilisés : stade d'édification radiculaire, éruption dans la cavité buccale, fonction masticatrice. La prise en compte du stade de l'édification radiculaire a une importance dans le geste chirurgical puisqu'il semble admis que l'intervention est accompagnée de moins de morbidité lorsque le stade de l'édification est compris entre le tiers et les deux-tiers.

Éruption dentaire

L'éruption des troisièmes molaires intervient généralement entre dix-sept et vingt et un ans mais peut aussi se produire plus tardivement. L'édification radiculaire s'achève entre dix-huit et vingt-cinq ans. Une position anormale du germe, son déplacement lié à la croissance osseuse, un manque de place, peuvent être à l'origine d'anomalies d'éruption, d'inclusion ou d'enclavement.

Migration physiologique

Les dents subissent des mouvements postéruptifs pour s'adapter à la croissance osseuse, pour compenser l'abrasion occlusale et pour pallier l'usure inter-proximale, ceci lorsque la denture est complète. Un déplacement mésial ou mésialisation intervient et conduit au chevauchement ou à l'encombrement dentaire, marqué dans la région incisivo-canine mandibulaire. Le déplacement mésial n'est pas complètement expliqué et son origine est probablement plurifactorielle. Interviendraient les forces occlusales qui provoquent une poussée des dents vers une position plus antérieure, la pression des tissus mous (joue, langue), la contraction des fibres transeptales, et le développement des troisièmes molaires. Il apparaît que croissance osseuse et développement dentaire sont associés et concomitants. De cette relation découlera une harmonie fonctionnelle, esthétique, qui peut durer de l'enfance à l'âge

adulte. Mais si des désordres d'origine congénitale ou acquise se manifestent, des anomalies s'observent à divers moments du développement. Inclusion, rétention, enclavement, ectopie sont causes ou conséquences de dysharmonies dento-maxillaires ou de processus pathologiques. Des anomalies constatées à un moment donné peuvent spontanément se corriger, notamment du fait de la croissance. D'où l'importance du diagnostic corre ct des dysharmonies dento-maxillaires, de la fiabilité des facteurs prédictifs de la croissance, de l'indication ou non de traitements orthodontiques, orthopédiques, voire orthognathiques, de l'indication ou non de l'avulsion de dents évoluées ou à l'état de germes.
On mesure la relation forte qui existe entre l'orthopédie dento-faciale et la décision chirurgicale pouvant intervenir dans une stratégie thérapeutique. Il est important que toute décision thérapeutique repose sur des notions de preuves et non pas sur des données empiriques.

RECOMMANDATIONS EXISTANTES

Conséquences de l'avulsion des troisièmes molaires sur la croissance et le développement

- L'énucléation du germe de la troisième molaire, justifiée par des études prédictives réalisées à un âge compris entre sept et neuf ans, n'est pas une pratique acceptable actuellement.
- Les techniques actuelles de prédiction sur l'éruption des troisièmes molaires (prévision de croissance) ne sont pas fiables, trop simplistes, et doivent être utilisées avec prudence.
- Pour certains patients, les troisièmes molaires n'ayant pas fait leur éruption doivent être extraites avant de commencer une procédure de rétraction maxillaire, cette procédure pouvant provoquer l'inclusion des troisièmes molaires.
- Il y a peu de preuves justifiant l'avulsion des troisièmes molaires afin de limiter le chevauchement, présent ou futur, des dents antérieures mandibulaires, qu'il s'agisse de patients traités ou non par orthodontie.

Considérations prothétiques et parodontales pour l'avulsion des troisièmes molaires

- Les troisièmes molaires complètement incluses doivent être enlevées quand il y a évidence d'une évolution pathologique, de même que les troisièmes molaires partiellement incluses, quand il y a évidence d'une pathologie irréversible.
- Les troisièmes molaires qui ont fait leur éruption et qui peuvent être maintenues en bonne santé doivent être conservées pour leur utilité potentielle comme dents-piliers (supports de prothèse) et pour le maintien de la dimension verticale.
- Le groupe de travail a identifié comme sujet de recherche l'évaluation du risque et/ou du bénéfice du maintien ou du report de l'avulsion des troisièmes molaires incluses conservées comme supports potentiels de prothèse.
- Le groupe de travail a recommandé que des études à court et long terme soient effectuées par rapport aux considérations parodontales :
- influence du tracé du lambeau et du dégagement osseux sur l'état parodontal de la deuxième molaire adjacente ;
- état parodontal à long terme de la deuxième molaire adjacente, lorsque la troisième molaire est présente ;
- incidence de la résorption radiculaire de la deuxième molaire due à la présence d'une troisième molaire adjacente ;
- comparaison de la susceptibilité vis-à-vis de la maladie parodontale entre les troisièmes molaires ayant effectué leur éruption et les autres dents.

Morbidité liée à l'avulsion des troisièmes molaires

- Le patient doit être informé des risques chirurgicaux potentiels, incluant toute complication permanente qui a une incidence supérieure à 0,5 % ou toute complication transitoire qui survient avec une incidence d'au moins 5 %. Pour les cas simples : hémorragie, douleur, oedème, alvéolite, trismus et lésion d'un nerf. Pour les cas complexes, des explications détaillées relatives à la morbidité doivent être exposées au patient.
- Lorsque l'indication est posée, les troisièmes molaires doivent être enlevées le plus tôt possible, parce qu'alors l'incidence des complications transitoires ou permanentes est plus faible.
- Inclusion ou malposition d'une troisième molaire sont des états anormaux et peuvent justifier l'avulsion. Un tel traitement n'est pas considéré comme « prophylactique ».
- Des études prospectives doivent être entreprises pour déterminer l'incidence des complications préopératoires, peropératoires et postopératoires, au cours de la chirurgie des troisièmes molaires.

L'influence de l'âge des patients doit être examinée. D'autres études suggérées concernent l'approche thérapeutique de la prévention ou le contrôle de la douleur, de l'oedème, du trismus, de l'infection et de l'hémorragie.

Avantages et inconvénients de l'avulsion des troisièmes molaires

- Les troisièmes molaires, incluses ou ayant effectué leur éruption, avec évidence d'un élargissement de l'espace folliculaire, doivent être extraites ; les tissus mous associés doivent être soumis à un examen histologique.
- Les troisièmes molaires, à l'origine de problèmes inflammatoires (péricoronarites), doivent être extraites en raison d'infections récurrentes et de complications potentielles. Le groupe de travail a reconnu que l'incidence et le taux de récurrence des péricoronarites n'avaient pas été étudiés. Des études prospectives mériteraient d'être envisagées.
- Bien qu'il n'y ait pas de consensus au sujet de l'avulsion des dents incluses asymptomatiques et sans pathologie, il a été convenu que des études prospectives à long terme seraient nécessaires.
- Un consensus a été obtenu, recommandant l'avulsion des troisièmes molaires cariées et non restaurables ainsi que des troisièmes molaires en rapport avec une résorption sur une dent adjacente.
- Enfin, certaines préoccupations sont apparues au sujet de l'inadaptation des radiographies intrabuccales, particulièrement des radiographies bite-wing, dans l'examen radiologique des troisièmes molaires. Il a été recommandé de pratiquer un examen radiologique approfondi lorsqu'une troisième molaire, sans notion d'extraction antérieure, n'apparaît pas sur une radiographie intrabuccale.

RÉSUMÉ

Les intervenants de la Conférence ont minutieusement examiné une pratique établie depuis longtemps, relative à l'avulsion des troisièmes molaires. Un certain nombre de procédures cliniques ont été approuvées ; d'autres ont été l'objet de controverses. Des sujets de recherches complémentaires en découleraient. Certains critères bien établis ont été décrits : infection, dent cariée non restaurable, kyste, tumeur et résorption de la dent adjacente et de l'os. Il y a moins de morbidité postopératoire chez le sujet jeune que chez le sujet plus âgé. L'efficience de l'ablation des troisièmes molaires, pour prévenir l'encombrement des incisives mandibulaires, n'est pas confirmée par les études actuellement disponibles. L'énucléation du germe de la troisième molaire chez l'enfant, justifiée par des études prédictives, n'est pas une pratique acceptable, au vu des connaissances actuelles. L'expérience clinique montre que morbidité et complications sérieuses sont réduites si la dent incluse est éliminée à un âge précoce. L'observation n'est pas contestée par des données de la littérature. Il demeure assez de questions au sujet des troisièmes molaires incluses pour recommander la réalisation d'études prospectives méthodologiquement satisfaisantes.

LE MOT D'UNIODF

Les recommandations prennent une place de plus en plus importante dans la pratique quotidienne et deviennent la référence sur le plan juridique. Le patient reste notre centre d'intérêt et il est primordial de toujours évaluer le rapport bénéfice-risque du patient et de réfléchir aux principes d'optimisation, de justification et de faire preuve de bon sens avant de poser une indication chirurgicale. Les paramètres suivants nous paraissent importants dans la décision d'avulsion de la troisième molaire mandibulaire en ODF :

- croissance mandibulaire non terminée : espoir d'avoir plus de place dans la tubérosité mandibulaire : pas d'extraction et inversement si fin de croissance mandibulaire.
- fil lingual rétroincisif collé à vie en contention : pas d'encombrement incisif et pas d'extraction.
- teeth positionner rigide à vie (port chaque nuit au départ et une fois par mois à terme) sous forme d'activateur en classe I : pas d'extraction.
- 3e molaire asymptomatique, même incluse : pas d'extraction.
- ddm sévère avec malpositions au début du traitement odf et sans extraction de prémolaires : pour l'extraction et inversement.

Ces paramètres doivent toutefois respecter les indications et les non-indications de l'avulsion des dents de sagesse concernant les 5 tableaux que nous vous recommandons de consulter au quotidien, avant de prendre votre décision thérapeutique.

Tableau 1. Indications et non-indications de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires en position normale sur l'arcade dentaire et avec un environnement parodontal satisfaisant.

	Sujet sain et coopérant	**Conditions opératoires ne permettant pas la réalisation d'un traitement correct ; sujet non coopérant ; hygiène bucco-dentaire médiocre**	**Sujet à risque infectieux général ou à distance**
Troisième molaire mandibulaire en position normale sur l'arcade dentaire, non pathologique et sans pathologie associée	Non-indication	Non-indication	Non-indication
Troisième molaire mandibulaire cariée, non restaurable de manière durable	Avulsion recommandée		
Troisième molaire mandibulaire ayant une pulpopathie ou l'une de ses complications	Traitement conservateur souhaitable	Avulsion recommandée	Avulsion recommandée
Troisième molaire mandibulaire, sans antagoniste, atteinte d'une parodontopathie à un stade avancé	Avulsion recommandée		
Troisième molaire mandibulaire associée à un trouble occlusal	Meulage ou équilibration occlusale en première intention Avulsion envisageable en deuxième intention, lorsqu'une relation est clairement établie		
Troisième molaire mandibulaire en rapport avec un kyste ou une tumeur bénigne	Avulsion recommandée, associée à un examen anatomo-pathologique systématique du kyste ou de la tumeur bénigne		
Troisième molaire mandibulaire en rapport avec une pathologie à caractère supposé malin	La décision d'avulsion doit être prise en coordination avec l'équipe thérapeutique. L'avulsion sera réalisée dans le cadre du traitement global de la lésion		
Troisième molaire mandibulaire en rapport avec une carie face distale de la 2e molaire adjacente, à l'origine d'un tassement alimentaire, source de gêne et d'inconfort pour le patient	Avulsion non systématique L'indication d'avulsion intervient après échec de traitements conservateurs et dépend du pronostic de la deuxième molaire adjacente		
Troisième molaire mandibulaire en rapport avec une perte osseuse face distale de la 2e molaire adjacente (poche parodontale de plus de 4 mm)	Avulsion recommandée, après échec de traitements conservateurs		
Troisième molaire mandibulaire égressée ou non, gênant la réalisation d'une prothèse au maxillaire	Avulsion recommandée, après échec de traitements conservateurs		
Troubles trophiques (pelade) **Troubles musculaires (spasme, tic, torticolis)** **Troubles sécrétoires (sialorrhée, larmoiement)** **Troubles vasculaires (érythème, acouphène)** **Troubles neurologiques (algie inexpliquée, hypoesthésie, parésie)**	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire et l'une quelconque de ces manifestations **L'évocation de l'une de ces manifestations ne peut, à elle seule, être à l'origine d'une décision d'avulsion** **L'indication d'avulsion ne peut résulter que d'un diagnostic d'élimination**		

Tableau 2. Indications et non-indications de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires incluses.

	Prothèse adjointe partielle ou complète	**Prothèse conjointe ayant une 2e molaire comme pilier**	**Préparation à une radiothérapie de la sphère cervico-faciale**	**Sujet à risque infectieux général ou à distance**
Troisième molaire mandibulaire incluse, intra-osseuse, non-pathologique, et sans pathologie associée	Il n'existe pas en 1997 de données scientifiquement établies pour recommander une avulsion Surveillance recommandée si conservation	Il n'existe pas en 1997 de données scientifiquement établies pour recommander une avulsion Surveillance recommandée si conservation	Il n'existe pas en 1997 de données scientifiquement établies pour recommander une avulsion Tenir compte du délai entre avulsion et radiothérapie	Avulsion non-indiquée
Troisième molaire mandibulaire incluse recouverte de tissus mous	Avulsion recommandée, si elle est située dans une zone d'appui muqueux	Avulsion possible, si un contact existe entre 2e et 3e molaires Surveillance recommandée si conservation	Avulsion recommandée Tenir compte du délai entre avulsion et radiothérapie	Avulsion recommandée
Troisième molaire mandibulaire incluse associée à une résorption radiculaire de la 2e molaire adjacente	Avulsion non systématique L'indication d'avulsion dépend du pronostic de la deuxième molaire adjacente et du potentiel évolutif de la troisième molaire			
Troisième molaire mandibulaire incluse en position mésio-angulaire ou horizontale associée à une perte osseuse face distale de la 2e molaire	Surveillance recommandée, si conservation Avulsion recommandée en cas de résorption importante *Remarque : une perte osseuse et une profondeur de poche peuvent être plus importantes après qu'avant avulsion*			
Troisième molaire mandibulaire incluse cariée ou ayant une pulpopathie ou l'une de ses complications	Avulsion recommandée			
Troisième molaire mandibulaire incluse en rapport avec un kyste ou une tumeur bénigne	Avulsion recommandée, associée à un examen anatomo-pathologique systématique du kyste ou de la tumeur bégnine			
Troisième molaire mandibulaire incluse en rapport avec une tumeur supposée maligne	La décision d'avulsion doit être prise en coordination avec l'équipe thérapeutique L'avulsion sera réalisée dans le cadre du traitement global de la lésion			
Fracture mandibulaire impliquant une troisième molaire mandibulaire incluse	L'indication d'avulsion dépend du type de fracture et des modalités thérapeutiques envisagées			
Encombrement dentaire de la région incisivo-canine mandibulaire	Il n'existe pas en 1997 de données scientifiquement établies pour recommander ou contre-indiquer une avulsion Aucune certitude n'existe entre évolution d'une troisième molaire mandibulaire et encombrement dentaire L'avulsion est possible si une relation est établie			
Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire incluse et l'existence d'un trouble de l'articulation temporo-mandibulaire Avulsion possible si une relation est établie			
Préparation à la chirurgie orthognathique	L'indication d'avulsion dépend de la décision thérapeutique globale			
Troubles trophiques (pelade) **Troubles musculaires (spasme, tic, torticolis)** **Troubles sécrétoires (sialorrhée, larmoiement)** **Troubles vasculaires (érythème, acouphène)** **Troubles neurologiques (algie inexpliquée, hypoesthésie, parésie)**	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire incluse et l'une quelconque de ces manifestations **L'évocation de l'une de ces manifestations ne peut, à elle seule, être à l'origine d'une décision d'avulsion** **L'indication d'avulsion ne peut résulter que d'un diagnostic d'élimination**			

Tableau 3. Indications et non-indications de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires retenues.	
Troisième molaire mandibulaire retenue, cariée, non restaurable de manière durable, atteinte d'une pulpopathie ou de l'une de ses complications	Avulsion recommandée
Troisième molaire mandibulaire retenue, ayant une péricoronarite récidivante réfractaire aux traitements conservateurs, ou d'une péricoronarite compliquée	Avulsion recommandée
Troisième molaire mandibulaire retenue, non pathologique et sans pathologie associée, dont la couronne est en contact avec la racine distale de la 2e molaire	L'indication d'avulsion dépend du pronostic de la deuxième molaire mandibulaire
Troisième molaire mandibulaire retenue en position horizontale ou mésio-angulaire (> 60°) et dont la couronne est en contact avec la racine distale de la 2e molaire	Avulsion recommandée avant l'achèvement de l'édification radiculaire
Troisième molaire mandibulaire retenue en position mésio-angulaire ou horizontale associée à une perte osseuse face distale de la 2e molaire	Avulsion recommandée avant l'achèvement de l'édification radiculaire Surveillance recommandée si conservation Avulsion envisagée si développement d'une pathologie
Troisième molaire mandibulaire retenue associée à une résorption radiculaire de la 2e molaire adjacente	Avulsion recommandée avant l'achèvement de l'édification radiculaire
Troisième molaire mandibulaire retenue en rapport avec un kyste ou une tumeur bénigne	Avulsion recommandée, associée à un examen anatomo-pathologique systématique du kyste ou de la tumeur bénigne
Troisième molaire mandibulaire retenue en rapport avec une tumeur supposée maligne	La décision d'avulsion doit être prise en coordination avec l'équipe thérapeutique L'avulsion sera réalisée dans le cadre du traitement global de la lésion
Fracture mandibulaire impliquant une troisième molaire mandibulaire retenue	L'indication d'avulsion dépend du type de fracture et des modalités thérapeutiques envisagées
Troisième molaire mandibulaire retenue, non pathologique et sans pathologie associée	Conservation recommandée Surveillance régulière recommandée Attente d'une évolution pathologique pour envisager l'indication d'avulsion Possibilité de transplantation du germe
Encombrement dentaire de la région incisivo-canine mandibulaire	Il n'existe pas en 1997 de données scientifiquement établies pour recommander ou contre-indiquer une avulsion Aucune certitude n'existe entre évolution d'une troisième molaire mandibulaire et encombrement dentaire. L'avulsion est possible si une relation est établie
Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire retenue et l'existence d'un trouble de l'articulation temporo-mandibulaire Avulsion possible si une relation est établie
Troubles trophiques (pelade) **Troubles musculaires (spasme, tic, torticolis)** **Troubles sécrétoires (sialorrhée, larmoiement)** **Troubles vasculaires (érythème, acouphène)** **Troubles neurologiques (algie inexpliquée, hypoesthésie, parésie)**	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire retenue et l'une quelconque de ces manifestations **L'évocation de l'une de ces manifestations ne peut, à elle seule, être à l'origine d'une décision d'avulsion** **L'indication d'avulsion ne peut résulter que d'un diagnostic d'élimination**

Tableau 4. Indications et non-indications des troisièmes molaires mandibulaires enclavées.	
Troisième molaire mandibulaire enclavée, cariée, non restaurable de manière durable, atteinte d'une pulpopathie ou de l'une de ses complications	Avulsion recommandée
Troisième molaire mandibulaire enclavée, ayant une péricoronarite récidivante réfractaire aux traitements conservateurs, ou d'une péricoronarite compliquée	Avulsion recommandée
Troisième molaire mandibulaire enclavée en position horizontale ou mésio-angulaire, et dont la couronne est en contact avec la racine distale de la 2e molaire	Il n'existe pas en 1997 de données scientifiquement établies pour recommander une avulsion systématique Avulsion recommandée si la deuxième molaire est support de prothèse conjointe *Remarque : une perte osseuse et une profondeur de poche en distal de la deuxième molaire peuvent être plus importantes après qu'avant avulsion*
Troisième molaire mandibulaire enclavée en position mésio-angulaire ou horizontale associée à une perte osseuse face distale de la 2e molaire	Il n'existe pas en 1997 de données scientifiquement établies pour recommander une avulsion Surveillance recommandée si conservation Avulsion recommandée en cas de perte osseuse importante (> 4 mm) *Remarque : une perte osseuse et une profondeur de poche peuvent être plus importantes après avulsion*
Troisième molaire mandibulaire enclavée associée à une résorption radiculaire de la 2e molaire adjacente	Avulsion non systématique L'indication d'avulsion dépend du pronostic de la deuxième molaire adjacente et du potentiel évolutif de la troisième molaire
Troisième molaire mandibulaire enclavée en rapport avec un kyste ou une tumeur bénigne	Avulsion recommandée, associée à un examen anatomo-pathologique systématique du kyste ou de la tumeur bénigne
Troisième molaire mandibulaire enclavée en rapport avec une tumeur supposée maligne	La décision d'avulsion doit être prise en coordination avec l'équipe thérapeutique L'avulsion sera réalisée dans le cadre du traitement global de la lésion
Fracture mandibulaire impliquant une troisième molaire mandibulaire enclavée	L'indication d'avulsion dépend du type de fracture et des modalités thérapeutiques envisagées
Troisième molaire mandibulaire enclavée, non pathologique et sans pathologie associée	Conservation recommandée Surveillance régulière recommandée Attente d'une évolution pathologique pour envisager l'indication d'avulsion
Encombrement dentaire de la région incisivo-canine mandibulaire	Il n'existe pas en 1997 de données scientifiquement établies pour recommander ou contre-indiquer une avulsion Aucune certitude n'existe entre évolution d'une troisième molaire mandibulaire et encombrement dentaire L'avulsion est possible si une relation est établie.
Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire enclavée et l'existence d'un trouble de l'articulation temporo-mandibulaire Avulsion possible si une relation est établie
Troubles trophiques (pelade) **Troubles musculaires (spasme, tic, torticolis)** **Troubles sécrétoires (sialorrhée, larmoiement)** **Troubles vasculaires (érythème, acouphène)** **Troubles neurologiques (algie inexpliquée, hypoesthésie, parésie)**	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire retenue et l'une quelconque de ces manifestations **L'évocation de l'une de ces manifestations ne peut, à elle seule, être à l'origine d'une décision d'avulsion** **L'indication d'avulsion ne peut résulter que d'un diagnostic d'élimination**

Tableau 5. Indications et non-indications de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires en désinclusion.	
Troisième molaire mandibulaire en désinclusion sans contact physiologique avec une 2e molaire adjacente et sans pathologie associée chez un patient ayant une 2e molaire comme pilier de prothèse conjointe	Il n'existe pas en 1997 de données scientifiquement établies pour recommander une avulsion Surveillance recommandée
Troisième molaire mandibulaire en désinclusion sans contact physiologique avec une 2e molaire adjacente et sans pathologie associée chez un patient porteur d'une prothèse partielle ou complète	Surveillance recommandée Avulsion recommandée si la troisième molaire mandibulaire est située dans une zone d'appui muqueux
Troisième molaire mandibulaire en désinclusion, siège de péricoronarite récidivante réfractaire aux traitements conservateurs, ou d'une péricoronarite compliquée	Avulsion recommandée
Troisième molaire mandibulaire en désinclusion, associée à une résorption de la 2e molaire adjacente	Avulsion recommandée
Troisième molaire mandibulaire en désinclusion cariée ou ayant une pulpopathie ou l'une de ses complications	Avulsion recommandée
Troisième molaire mandibulaire en désinclusion en rapport avec un kyste ou une tumeur bénigne	Avulsion recommandée, associée à un examen anatomo-pathologique systématique du kyste ou de la tumeur bénigne
Troisième molaire mandibulaire en désinclusion en rapport avec une pathologie à caractère supposé malin	La décision d'avulsion doit être prise en coordination avec l'équipe thérapeutique L'avulsion sera réalisée dans le cadre du traitement global de la lésion
Fracture mandibulaire impliquant une 3e molaire mandibulaire en désinclusion	L'indication d'avulsion dépend du type de fracture et des modalités thérapeutiques envisagées
Troisième molaire mandibulaire dans le cadre de la préparation à une radiothérapie cervico-faciale	Avulsion recommandée
Troisième molaire mandibulaire chez un patient à risque infectieux général ou à distance	Avulsion recommandée
Encombrement dentaire de la région incisivo-canine mandibulaire	Il n'existe pas en 1997 de données scientifiquement établies pour recommander ou contre-indiquer une avulsion Aucune certitude n'existe entre évolution d'une troisième molaire mandibulaire et encombrement dentaire L'avulsion est possible si une relation est établie
Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire en desinclusion et l'existence d'un trouble de l'articulation temporo-mandibulaire Avulsion possible si une relation est établie
Préparation à la chirurgie orthognathique	L'indication d'avulsion dépend de la décision thérapeutique globale
Troubles trophiques (pelade) **Troubles musculaires (spasme, tic, torticolis)** **Troubles sécrétoires (sialorrhée, larmoiement)** **Troubles vasculaires (érythème, acouphène)** **Troubles neurologiques (algie inexpliquée, hypoesthésie, parésie)**	Il n'existe aucun argument scientifique prouvant la relation de cause à effet entre la présence d'une troisième molaire mandibulaire en desinclusion et l'une quelconque de ces manifestations **L'évocation de l'une de ces manifestations ne peut, à elle seule, être à l'origine d'une décision d'avulsion** **L'indication d'avulsion ne peut résulter que d'un diagnostic d'élimination**