



Pertinence des indications d'avulsion des troisièmes molaires en Aquitaine

Fabien Talibart

► To cite this version:

Fabien Talibart. Pertinence des indications d'avulsion des troisièmes molaires en Aquitaine. Chirurgie. 2016. dumas-01373843

HAL Id: dumas-01373843

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01373843>

Submitted on 27 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques

Année : 2016

N° : 57

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par Fabien TALIBART

Né le 01 Décembre 1991 à Saint-Louis (974)

Le 08/09/2016

**PERTINENCE DES INDICATIONS D'AVULSION DES
TROISIEMES MOLAIRES EN AQUITAINE**

Directeur de thèse

Dr. PITZ Mathieu

Membres du Jury

Présidente	Mme M-J. Boileau	Professeur des Universités
Directeur	M. M. PITZ	Assistant Hospitalo-Universitaire
Rapporteur	M. S. CATROS	Maître de Conférences des Universités
Assesseur	Mme C. BADET	Maître de Conférences des Universités

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/03/2016

Président M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice Mme BERTRAND Caroline 58-02
Directrice Adjointe – Chargée de la Formation initiale Mme ORIEZ-PONS Dominique 58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche M. FRICAIN Jean-Christophe 57-02
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales M. LASSERRE Jean-François 58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noémie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences biologiques	57-03
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Julien	BROTHIER	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
			Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Sandrine	GROS	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Alexandre	MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
M.	Ali	NOUREDDINE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
			Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Jean-Philippe	PIA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
Mme	Charlotte	RAGUENEAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Clément	RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-02
M.	François	VIGOUROUX	Parodontologie	57-01
			Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
			Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

Remerciements

A notre Présidente de thèse,

Madame le Professeur Marie-José Boileau

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Orthopédie dento-faciale 56-02

Vous me faites le grand honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour vos enseignements théoriques au cours de mon cursus.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude, et mes sentiments les plus respectueux.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Mathieu Pitz

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section Parodontologie 57-01

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail. Merci également pour ces trois années de clinique au sein de l'hôpital Saint-André, où j'ai beaucoup appris à vos côtés. Travailler en votre présence aura été un grand plaisir.

Veillez trouver ici le témoignage de mes plus vifs remerciements et de mon très grand respect.

A notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Sylvain CATROS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-02

J'apprécie l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de mon jury de thèse en tant que rapporteur. Je vous remercie également pour les enseignements délivrés au cours de ces trois années à vos côtés à l'hôpital Saint-André.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A notre Assesseur

Madame le Docteur Cécile Badet

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Sciences Biologiques - 57-03

Merci d'avoir accepté de faire partie spontanément de mon jury de thèse. Je vous remercie également pour vos enseignements universitaires au cours de mon parcours.

Veillez trouver dans ces mots l'expression de mes sincères remerciements.

A l'ensemble de l'équipe enseignante de l'hôpital Saint-André, et notamment Docteur Bou, Docteur Nancy, Docteur Denost, Docteur Creste, Docteur Oriez, Docteur Clinkemaillé, Docteur Rouas, mais aussi les infirmières du service, les aides-soignantes (dédicace à Fatma), et également toutes celles ou ceux que j'ai pu oublier. Merci à tous pour ces trois années en votre compagnie. Vous m'avez beaucoup appris et je vous en suis très reconnaissant.

A ma famille :

A mes parents, merci pour votre éternel soutien, merci d'avoir toujours été là pour moi toutes ces années, et tout au long de ma scolarité. Et notamment au cours de la P1, avec les petits plats de maman et ses coups de téléphone pour s'assurer que tout se passait bien ! Je n'oublierai pas non plus les bowlings et les promenades en kayak le week-end avec papa. Merci de m'avoir supporté et tant aidé ! Je vous dédie cette réussite. Et je vous remercie pour votre aide durant la rédaction de cette thèse qui sans vous serait truffée de fautes !

A mes deux sœurs : Magali, qui a su me redonner force et courage alors que j'étais en pleine perdition en début de P1, et qui a toujours été derrière moi. Et **Elsa**, vivement le voyage à Tahiti et les nombreuses découvertes ensemble même si Etang-Salé reste forcément le plus bel endroit au monde ! Merci à vous de m'avoir supporté plus jeune, cela a certainement dû nécessiter patience et courage ! Mais aussi merci à mes 2 beaux-frères, occupez-vous bien des sistas et rendez les heureuses c'est tout ce qui compte pour moi.

A ma Mamie chérie, qui a su me bâtir grâce à la qualité de sa cuisine et notamment son succulent carry de pomme de terre !!

A tous les tontons/taties et cousins/cousines de la Réunion et de la Métropole, merci pour tout, pour votre gentillesse et votre accueil chaleureux à chaque fois que l'on se retrouve. Ne changez rien.

Merci à Jean et Evelyne d'avoir fait le déplacement pour me voir ce soir je suis très touché par votre présence.

A ma chérie Claudine, avec qui je passe des moments formidables, merci pour toute l'attention et la tendresse que tu m'apportes. Hâte de faire tous ces voyages à tes côtés ! J'espère que notre route sera encore longue ! Je t'aime !!

A tous les amis de la famille, que l'on peut considérer comme la famille ! Agnès et Bisounours, Max, Coco, Benoît, Sylvie, Patrice, Danielle, Laurent, Philippine, Franck, Frédérique, Claude, Solange, Daniel, Colette, et tous les autres qui m'ont vu grandir.

A mes amis :

Mes colocs de rêve : Merci pour ces cinq années dans l'appart magique ! Toutes ces soirées et événements passés ensemble, le top ! Adri ne change rien, continue à ne pas faire la vaisselle ! Et Jo pareil, mais essaye de progresser à Fifa et au foot de manière générale !

A tous les mecs de la promo : la coloc de la cave, les basques, mon petit attard, benj, pargoooodd, timo, Yean, viandey, juju, keke, bubu, thibaud, PE, Uto et tous les autres !!! Au top ! Surtout cette petite semaine intelligente aux Baléares tous ensemble !!

A toutes les zouzes de la promo : la petite cossex, nadouge, roro, axouille, boule, fiona, maga, lolo clara, anne-laure, nono, anne, charlotte, aude, alicé etc ! J'en oublie c'est sûr mais vous êtes toutes au top, ne changez rien !

A toute la team d'Etang-Salé, on ne nous égalera jamais sur le fait d'avoir grandi à ES, la plage après les cours, le RCES, la jeunesse dorée ! Bref comme on dit chez nous, bisous aux jaloux !

Au top les vacances à Bali tous ensemble aussi, en Y sur les boosters !

Et surtout à notre poto, Laurent Chardard, victime tout récemment d'une attaque de requin, sois fort et comme on dit chez nous tiens bon large pas ! Je te dédicace ce travail !

A toute l'équipe étang saint-leu, les ravageurs d'une vie, Loic, Clem, Hugo, Berni, Benj, Captaiin ! Et les autres !

A tous les autres copains : Lolo, Antoine, merci pour ces week-ends légendaires à la coloc et nos fameux fifuts. Diane, Elsa, Laure, Lorraine, les grosses dindes quoi ! Xav et Annou, mes colocs parisiens. Et tous les autres Paly, Martin, Shayou, Amaury, Raf, Saunier, Rob, Crockett, Mathilde, Klarou, Bouqui, Pen, Julia, et ceux que j'ai pu oublier !

A mes binômes : Fanny merci pour ma 4^{ème} année, tu m'as beaucoup appris et il y avait du boulot ! Aude, ma petite Bibi, bravo pour ton internat tu seras une super ortho j'en suis sûr !! Besson, bon marmaille Saint-Gilles, au top la petite 6^{ème} année à tes côtés !

A toute l'équipe du cabinet de la Rivière : Jeremy, Benoît, William, Aubéri, et toutes les assistantes. Un vrai bonheur d'avoir pu travailler avec vous dans ces conditions. J'espère vous rejoindre très rapidement !

Table des matières

Table des matières	8
1 INTRODUCTION	10
2 CONTEXTE DE L'ETUDE	11
2.1 : Définitions	11
2.1.1 : Germe dentaire (1)	11
2.1.2 : Dent permanente incluse (1)	11
2.1.3 : Dent retenue (1)	11
2.1.4 : Dent en désinclusion (1)	12
2.1.5 : Dent enclavée (1)	12
2.1.6 : Dent en position normale (1)	12
2.2 : Indications d'avulsion des troisièmes molaires selon la littérature et risques liés à leur conservation	13
2.2.1 Indications Prophylactiques	13
2.2.2 Indications orthodontiques	15
2.2.3 Autres indications (19)	16
2.3 : Arguments en faveur de la conservation des troisièmes molaires et risques liés à leur avulsion	19
2.3.1 : Risques et complications liées aux avulsions de troisièmes molaires	19
2.3.2 : Coûts engendrés par les avulsions prophylactiques des troisièmes molaires	22
2.4 : Données fournies par l'Agence Technique D'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) en France (37)	23
2.5 : Données de l'ARS (Agence Régionale de Santé) en Aquitaine (38)	27
2.5.1 : Taux de recours à la chirurgie de la bouche et des dents en Aquitaine	27
2.5.2 : Actes les plus fréquemment retrouvés lors de ces séjours	28
2.5.3 : Répartition de ces actes selon l'âge et le sexe en Aquitaine en 2011	28
3 Matériel et Méthodes	30
3.1 Population d'étude	30
3.2 Elaboration du questionnaire	30
3.2.1 Profil du praticien	30
3.2.2 Cas cliniques	30
3.2.3 Formation	31
3.2.4 Test du questionnaire	31
3.3 Diffusion du questionnaire	31
3.4 Analyse des données recueillies	32

4 Résultats	33
4.1 L'échantillon	33
4.2 Profil des praticiens	34
4.2.1 L'âge.....	34
4.2.2 Faculté d'origine	35
4.2.3 Le lieu d'exercice	35
4.2.4 Spécialité des participants.....	36
4.2.5 Pratique de l'acte d'avulsion de troisièmes molaires par les omnipraticiens.....	37
4.3 Gestion des cas cliniques.....	37
4.3.1 Gestion du cas clinique numéro 1	37
4.3.2 Gestion du cas clinique numéro 2	38
4.3.3 Gestion du cas clinique numéro 3	40
4.3.4 Gestion du cas clinique numéro 4	41
4.3.5 Gestion du cas clinique numéro 5	43
4.3.6 Gestion du cas clinique numéro 6	44
4.3.7 Gestion du cas clinique numéro 7	45
4.4 Rappel et mise à jour des recommandations.....	47
4.4.1 Rappel des recommandations	47
4.4.2 Opinion quant à une mise à jour de ces recommandations	47
5 Discussion	48
5.1 Méthodes	48
5.1.1 : Réalisation et diffusion du questionnaire	48
5.1.2 : Choix de mise en situation clinique.....	48
5.2 L'échantillon et les résultats obtenus	49
5.3 : Comparaison avec d'autres études similaires	50
5.3.1 : Etude Barcelonaise de Fuster Torres et Al (41)	50
5.3.2 Etude américaine de Lindauer et Laskin (16)	51
5.3.3 Etude Ecossaise de Dunne et Goodall (42).....	52
5.3.4 : National Institute of Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Uni (44)	52
6 Conclusion	55
7 Annexes	56
8 Bibliographie.....	62

1 INTRODUCTION

D'importantes disparités concernant le recours à la chirurgie d'avulsion des troisièmes molaires ont été constatées ces dernières années, et notamment au sein de la région Aquitaine. Les indications de la pratique de cet acte semblent mal connues.

Nous avons réalisé une étude ayant pour objet d'analyser l'attitude des chirurgiens-dentistes au sein de la région Aquitaine, concernant leur choix ou non d'avulsion des troisièmes molaires, qu'ils soient omnipraticiens, stomatologues/chirurgiens maxillo-faciaux, ou orthodontistes.

Ces dents, plus communément appelées dents de sagesse, forment la dernière lignée de molaires chez l'homme, avec un germe apparaissant à l'âge de cinq ans en moyenne, et une éruption généralement entre 17 et 24 ans. Elles sont considérées comme peu utiles, et génératrices de complications bien souvent. Selon les individus, on pourra les retrouver incluses, retenues, enclavées, en désinclusion, en position normale sur l'arcade, ou encore absentes.

Les avulsions de ces troisièmes molaires représentent l'un des actes les plus pratiqués de nos jours en chirurgie dentaire, notamment en cas de périoronarites, de défauts parodontaux, de caries profondes, de mauvais axe d'éruption, mais aussi pour cause de kystes, de tumeurs, ou d'algies de la face. D'autres choisissent leur avulsion pour des raisons orthodontiques ou encore prophylactiques.

Il faut savoir que la pratique de cet acte présente cependant des risques, et implique également des dépenses en matière de santé bucco-dentaire qui parfois pourraient être évitées.

Cependant, il semble que les indications de la réalisation de ces avulsions sont confuses, et que la prise en charge du patient varie d'un praticien à un autre, mais également d'une région à une autre.

Il existe de nombreuses interrogations, notamment dans la prise de décision clinique et le réel intérêt de l'acte pour le patient, avec un rapport bénéfices/risques parfois discutable.

En France, les récentes données de l'Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en Aquitaine révèlent une importante augmentation des taux de recours à la chirurgie d'avulsion de ces troisièmes molaires ces dernières années. Il semble notamment que les extractions pour des raisons prophylactiques soient de plus en plus fréquentes.

Dans ce contexte, il a paru intéressant d'essayer d'identifier l'origine de ces changements relevés. Nous avons donc choisi de réaliser une étude descriptive, afin de parvenir à identifier la pertinence des indications d'avulsion des troisièmes molaires chez les chirurgiens-dentistes omnipraticiens, les stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux, et enfin les orthodontistes de la région Aquitaine.

Au travers de ce travail, nous nous intéresserons en premier lieu au contexte de notre étude, aux généralités concernant ces troisièmes molaires, et aux chiffres concernant ces actes d'avulsion souvent réalisés. Nous ferons ensuite une présentation des méthodes utilisées, et du questionnaire présenté aux différents professionnels de santé. Enfin, nous étudierons les résultats obtenus qui seront analysés et critiqués.

2 CONTEXTE DE L'ETUDE

2.1 : Définitions

Il apparaît important dans un premier temps de définir les termes qui auront une importance au sein de notre étude. 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.

D'autres, bloquées par un obstacle au cours de leur éruption, entrent en communication avec la cavité buccale sans pouvoir toutefois se positionner correctement sur l'arcade. Elles peuvent évoluer en position vestibulaire ou linguale.(1)

2.1.1 : Germe dentaire (1)

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.

2.1.2 : Dent permanente incluse (1)

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.

2.1.3 : Dent retenue (1)

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.

2.1.4 : Dent en désinclusion (1)

Une dent est en **désinclusion** lorsque, préalablement incluse, elle devient exposée au milieu buccal.

2.1.5 : Dent enclavée (1)

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).

2.1.6 : Dent en position normale (1)

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 d'alignement et d'engrènement par rapport à l'ensemble des arcades dentaires maxillaire et mandibulaire.

2.2 : Indications d'avulsion des troisièmes molaires selon la littérature et risques liés à leur conservation

Il semble qu'il existe d'importantes variations des pratiques, chacun ayant des habitudes, des croyances et une formation qui divergent. La décision médicale ne serait donc pas toujours basée sur des faits et une réalité clinique. Ainsi, on retrouve dans la littérature des indications d'avulsion qui varient bien souvent.

Le tableau ci-dessous présente les indications d'avulsions rencontrées le plus souvent chez 870 patients suédois, présentant 870 molaires mandibulaires. (1)

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 périecoronarites	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 1 : Indications d'avulsions de 870 molaires mandibulaires chez 870 sujets suédois (1)

2.2.1 Indications Prophylactiques

C'est le fait de supposer qu'un problème pathologique interviendra de manière inévitable, à un moment ou à un autre, au cours de la vie d'un individu.

Ces avulsions prophylactiques restent un acte encore pratiqué de manière universelle, plus particulièrement en Europe et aux Etats-Unis, où la proportion de troisièmes molaires extraites de manière prophylactique, sans aucune justification clinique varierait entre 18 et 50.7%. (2) (3) (4)

Les justifications de ces actes prophylactiques sont multiples.

On retrouve :

- le moindre risque de développer kystes ou tumeurs en rapport avec la dent
- la réduction du risque de fracture de l'angle de la mandibule
- les moindres difficultés liées à la chirurgie chez des patients de plus jeune âge
- le fait que ces troisièmes molaires n'aient pas de rôle réellement défini au sein de la cavité buccale.

Certains praticiens indiquent l'avulsion de toutes les troisièmes molaires au cours d'une seule et même intervention, alors que seule l'une d'entre elle possède réellement une indication d'avulsion.

2.2.1.1 Risques de développement de kystes ou de tumeurs en relation avec une troisième molaire incluse (5)

Keith (6) a rapporté une incidence de 1.6% de développement de kystes en relation avec une troisième molaire incluse. Alattar (7) et al et Mourshed (8) ont pour leur part rapporté des incidences de 1% et 1.4% respectivement. Plus récemment, selon Güven (9) et al, 2.31% de ces dents incluses seraient en rapport avec l'apparition de kystes. Il semblerait que plus ces dents sont incluses, et plus le risque de développer tumeurs ou kystes serait important.

La possibilité de développer des tumeurs telles que des améloblastomes, des carcinomes épidermoïdes, ou des carcinomes odontogènes provenant des troisièmes molaires justifie donc selon certains auteurs ces avulsions prophylactiques. (7) (8) (9)

D'après une étude plus récente, l'incidence des améloblastomes associés à ces dents incluses serait de 0.79% selon Güven et al pour un échantillon de 9994 cas de dents incluses. 0.77% représenteraient des tumeurs bénignes, et 0.02% des tumeurs malignes. 92% de ces tumeurs étaient retrouvées à la mandibule. (9)

Les données récentes indiquent donc que les kystes et tumeurs en rapport avec les troisièmes molaires ne se développent que dans relativement très peu de cas. Ces très faibles pourcentages ne pourraient donc justifier ces avulsions prophylactiques.

2.2.1.2 Risques de fractures de la mandibule en présence de troisièmes molaires incluses.

Les risques de fractures de l'angle de la mandibule ont été bien longtemps un argument fort en faveur des avulsions prophylactiques, et ce plus particulièrement chez les adolescents et jeunes adultes qui pratiquent régulièrement des sports de contact.

La mandibule constitue la structure osseuse du tiers inférieur de la face, et représente l'os de la face le plus fréquemment fracturé. (10)

Selon certains auteurs, la région la plus faible de la mandibule est l'angle, de par sa fragilité naturelle, mais également à cause de la présence des troisièmes molaires incluses.

En occupant l'espace osseux, on assiste à une diminution de la surface de section transversale de l'os, et ainsi à une majoration du risque de fracture.

En se basant sur ces faits, certains praticiens admettent indiquer les avulsions de troisièmes molaires incluses afin de prévenir les fractures de l'angle de la mandibule, et plus particulièrement en cas de pratique de sports de contact. (11)

Cependant, en 2004, Lida et ses collaborateurs ont démontré par le biais d'une étude rétrospective, statistiquement significative que si l'avulsion des troisièmes molaires incluses diminue la fréquence de fractures de l'angle de la mandibule, elle serait par ailleurs responsable d'une augmentation de la fréquence de fracture du condyle mandibulaire.

Ils ont donc conclu que la présence de ces dents incluses aiderait à la prévention de la fracture du condyle. (11)

Dans une autre étude plus récente, il a été montré là encore, que l'absence de troisièmes molaires incluses engendrerait une augmentation de l'incidence de fracture du condyle et de la symphyse mandibulaire. (12)

En termes de soins, les fractures de l'angle de la mandibule sont plus faciles d'accès, facilement réductibles, avec peu de suites ou complications post opératoires. En revanche, la plupart des stomatologues sont en accord sur le fait que la fracture du condyle est l'une des plus compliquées à traiter de la région maxillo-faciale, et peut être associée à une malocclusion et des dommages du nerf facial.

Ainsi, ces avulsions prophylactiques n'ont donc aucun bénéfice chez ces patients à risques de traumatismes maxillo-faciaux.

L'avulsion prophylactique se fonde donc sur une complication inéluctable, sans indicateur prédictif de la survenue de problèmes. Il faut cependant la différencier de l'avulsion préventive quand il existe un indicateur prédictif de complications.

2.2.2 Indications orthodontiques

L'encombrement incisif mandibulaire est un phénomène commun qui apparaît généralement vers l'âge de 20 ans. Différents facteurs étiologiques ont été proposés concernant cela, comme la croissance tardive de la mandibule, la mésialisation des dents postérieures, une composante antérieure des forces occlusales, et surtout la poussée des troisièmes molaires. (13)

Il s'agit là d'un réel sujet de controverse. Laskin rapporte dans son étude de 1971 qu'approximativement 65% des orthodontistes et chirurgiens maxillo-faciaux pensent que les troisièmes molaires incluses produisent une force antérieure directe, et qu'elles devraient ainsi être extraites pour prévenir le développement de l'encombrement incisif antérieur mandibulaire. (14)

Plus récemment, dans une étude de 2009, selon E.Tüfekçi et al, 40% des orthodontistes américains et 42% des orthodontistes suédois, resteraient persuadés que les dents de sagesse mandibulaires sont responsables de l'encombrement de l'arche incisive antérieure mandibulaire.(15)

Ainsi, souvent, les patients mais aussi les parents, pensent que ces troisièmes molaires vont avoir un impact négatif sur la stabilité du traitement orthodontique, et notamment sur la stabilité de l'occlusion. (16)

Ce problème a été soulevé maintes fois dans la littérature, et bien souvent les auteurs sont arrivés à des conclusions différentes.

Richardson, auteur de nombreuses études sur encombrement incisif et troisièmes molaires, arrive à la conclusion dans sa revue de la littérature, qu'il existe des éléments de preuve impliquant les troisièmes molaires comme responsables de l'encombrement de l'arc incisif antérieur. (17)

Cependant, d'autres études plus récentes ont montré que cette croyance de longue date selon laquelle les troisièmes molaires seraient responsables de l'encombrement incisif, devait être remise en question. (18) (17)

En 2014, Khalid H. Zawawi et Marcello Melis ont réalisé une revue systématique de littérature concernant le rôle des troisièmes molaires mandibulaires sur l'encombrement antérieur inférieur, et les récurrences post traitements orthodontiques. (18)

A partir de la base de données PubMed, et de mots clés, 96 articles ont dans un premier temps été sélectionnés. Seuls 12 ont été retenus, mais presque tous possédaient des biais et des insuffisances méthodologiques, comme un échantillon trop faible ou non représentatif de la population.

La présence de troisièmes molaires n'a pas été corrélée à une incidence plus importante d'encombrement incisif dans la plupart des études.

L'encombrement incisif mandibulaire est donc fréquemment observé au même moment que l'éruption des troisièmes molaires, entraînant les praticiens à présumer qu'il existe une relation de cause à effet entre les deux événements.

Au vu des résultats observés dans cette revue de la littérature, et sur la base des résultats actuels, il n'existe pas de liens statistiquement significatifs entre éruption des troisièmes molaires mandibulaires et encombrement de l'arc incisive inférieure. Simplement, ces deux phénomènes sembleraient concomitants.

Les avulsions pour raisons orthodontiques n'ont donc pas lieu d'être, jusqu'à preuve du contraire par d'autres études plus poussées. (17)

2.2.3 Autres indications (19)

2.2.3.1 *Péricoronarites*

La péricoronarite est une réponse inflammatoire légère à modérée des tissus mous qui entourent une dent en éruption partielle. Il semblerait que 25 à 30% des troisièmes molaires soient extraites pour des épisodes de péricoronarites aiguës ou récurrentes. (20)

Rakprasitkul a réalisé une étude concernant le tissu péricoronaire entourant les troisièmes molaires extraites. Sur un total de 104 troisièmes molaires incluses extraites par un même chirurgien oral (68 molaires mandibulaires, et 36 maxillaires), l'incidence de tissu sain retrouvé était de 41.35%.

Dans 58.65% des cas, le tissu était pathologique (kyste dentigère dans 50.96% des cas, tissu inflammatoire chronique non spécifique dans 4.81% des cas, kératokyste odontogène dans 1.92% des cas, et même un améloblastome retrouvé dans un cas 0.96%).

L'incidence de tissu pathologique est donc supérieure à l'incidence de tissu sain. Chez les patients jeunes de moins de 20 ans, l'incidence de tissu pathologique est cependant plus faible. Ainsi, selon ce même auteur, on devrait procéder à l'avulsion des troisièmes molaires incluses dès le plus jeune âge, soit avant l'âge de 20ans, avant l'évolution vers des processus pathologiques. (20)

2.2.3.2 Caries dentaires

Leur présence est souvent liée à la difficulté pour les patients à atteindre de manière adéquate les zones les plus postérieures lors du brossage. Elles sembleraient être à l'origine de 15 à 20% des avulsions selon Nordenram et all. (21)

Les troisièmes molaires enclavées, présentant une angulation mésiale, au contact de la seconde molaire et de sa jonction amélo cémentaire, entraînent l'apparition d'un risque de développement de caries cervico-distales de la deuxième molaire.

Le contact de la troisième molaire sur la face distale de la molaire adjacente, crée un déficit gingival, exposant une partie de la surface de sa racine distale à l'environnement oral.

Cette zone est compliquée à nettoyer, alors la plaque dentaire s'y forme et s'accumule, entraînant l'apparition de caries, comme on le constate sur l'illustration ci-dessous.



Radiographie d'une carie cervico distale de la deuxième molaire mandibulaire en association avec une troisième molaire mésioangulée. (22)

Le risque potentiel de formation de caries cervico distales de la seconde molaire en association avec une troisième molaire mésio angulée en désinclusion, soulève cependant une problématique.

Devrions-nous attendre l'apparition de signes cliniques avant de procéder à l'avulsion de ces troisièmes molaires, ou devrions nous agir de manière prophylactique ?

La réalisation d'études plus poussées s'avère nécessaire, étude au cours desquelles on s'intéresserait en présence de troisièmes molaires mésio-angulées, à la véritable fréquence d'apparitions de caries cervico radiculaires. Mais cela apparaît compliqué, d'une part l'étude serait difficile et longue, et d'autre part, cela poserait des problèmes d'un point de vue éthique. (22)

2.2.3.3 Infections

Les péri coronarites ou les caries peuvent se compliquer et entraîner des nécroses pulpaire, responsables d'infections de la face localisées ou étendues, amenant aux avulsions dans un second temps.

2.2.3.4 Parodontites

On peut retrouver des pathologies parodontales chez certains patients en regard des troisièmes molaires, qui pourtant se révèlent être asymptomatiques.

Ainsi, selon une étude incluant 329 participants présentant des troisièmes molaires asymptomatiques, on retrouvait 82 participants, soit 25% environ, qui présentaient au moins une profondeur de poche supérieure ou égale à 5 mm dans la région distale de la seconde molaire en rapport avec la troisième molaire, avec une perte d'attache d'au moins 1 mm pour chaque patient. (23)

Une étude ayant pour but de détecter les niveaux de bactéries pathogènes au niveau de la plaque sous gingivale en distal des secondes molaires, a été réalisée par White et al, chez 295 patients présentant des troisièmes molaires asymptomatiques. 11 espèces bactériennes ont pu être détectées.

Le classement des pathogènes détectés a été réalisé selon les complexes orange et rouge de bactéries, comme décrit par Socransky et al. (24)

Ces augmentations de profondeurs de poches, associées à des pertes d'attache en regard des troisièmes molaires, et en corrélation avec la colonisation de pathogènes parodontaux des complexes orange et rouge, confortent l'idée selon laquelle l'initialisation de la maladie parodontale pourrait se réaliser dans la région des troisièmes molaires chez les jeunes adultes.

Des études récentes ont montré que ces infections parodontales pouvaient avoir un impact négatif sur la santé en général, en ayant une influence sur le métabolisme, pouvant ainsi provoquer diabète, progression des maladies cardio-vasculaires, ou encore accouchements prématurés. (25)

2.2.3.5 Troisièmes molaires non fonctionnelles

Dans le cas où la troisième molaire ne possède pas d'antagoniste, que ce soit pour cause d'agénésie, ou d'avulsion de la dent antagoniste, la possibilité d'égression peut indiquer la nécessité d'avulsion de la troisième molaire. (19)

2.2.3.6 Indications prothétiques

La pose d'une prothèse amovible dans une région où une troisième molaire incluse est présente, risque de provoquer des irritations, une exposition de la dent au sein de la cavité buccale, et par conséquent une infection. Ainsi, il est recommandé de posséder 1 à 2 mm d'épaisseur osseuse, afin de prévenir ces risques. Dans le cas contraire, l'avulsion sera préconisée.

Selon le Dr O. Hue, (26) la dent de sagesse peut avoir un intérêt stratégique dans les restaurations par prothèse amovible partielle, elle peut s'opposer aux mouvements d'enfoncement et de soulèvement autour de la dernière dent d'appui. De même, elle peut s'opposer aux mouvements de rotation d'une selle prothétique et permet, de plus, une conservation osseuse.

Par contre, la dent de sagesse sera extraite si elle se trouve en dehors du plan d'occlusion, sans espace prothétique et si l'axe d'insertion d'une plaque base métal est impossible.(26)

2.3 : Arguments en faveur de la conservation des troisièmes molaires et risques liés à leur avulsion

2.3.1 : Risques et complications liées aux avulsions de troisièmes molaires

Le tableau ci-dessous présente les risques liés à l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires.(1)

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	

Tableau 2 : Risques liés à l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires (1)

On retrouve des taux de complications dans 10 à 12% des interventions selon les études. Ces taux sont variables et fonction de l'expérience du praticien, de l'âge du patient, du terrain (facteurs de risques généraux et locaux), mais aussi de la complexité opératoire. L'anesthésie choisie influence également

ce taux. En effet les complications paraissent plus fréquentes après une intervention sous anesthésie générale, mais les situations chirurgicales sont souvent plus complexes donc ce résultat est cohérent.

Les complications peuvent être peropératoire ou post-opératoire. Le taux de complication au maxillaire ne représente qu'une moyenne de 2% des complications. (27)

Elles regroupent des conséquences variées de l'intervention, de la simple douleur à la lésion nerveuse irréversible, en passant par l'hémorragie peropératoire ou la fracture mandibulaire.

Les facteurs influant sur le taux de complications vont être : (28) (29) (30)

- Facteurs liés au patient :

- * Age
- * Sexe
- * Tabagique ou non
- * Prise de contraceptifs oraux
- * Mauvaise hygiène bucco-dentaire

- Facteurs liés aux conditions d'intervention :

- * Degré d'inclusion
- * Côté de l'opérateur ou non
- * Etat infectieux préopératoire
- * Relation troisième molaire/Nerf alvéolaire inférieur
- * Durée de l'intervention et technique chirurgicale
- * Technique d'anesthésie
- * Difficulté d'intervention

Il est important de prendre en compte les risques de lésions accidentelles, comme les fractures de la mandibule, les dents adjacentes fracturées, les dommages au niveau des articulations temporo-mandibulaires, mais également les paresthésies ou dysesthésies qui peuvent être permanentes.

Les données sur les nombres de fractures mandibulaires, ou sur les lésions de dents adjacentes font défaut. Ces fractures restent rares, mais elles existent.

En revanche, de nombreuses études ont été réalisées concernant les dommages de l'articulation temporo-mandibulaire ainsi que les lésions nerveuses suite à la chirurgie d'avulsion des troisièmes molaires.

2.3.1.1 Dysfonctionnement de l'appareil manducateur (DAM)

Les dysfonctionnements de l'appareil manducateur correspondent aux douleurs et aux troubles de fonctionnement de l'appareil manducateur en rapport avec une anomalie musculo-squelettique qui

implique les articulations temporo-mandibulaires, les muscles manducateurs et tous les tissus connexes. (30)

Ces dysfonctionnements vont se manifester sous la forme d'algies, de dyskynésies ou de gnathosonies. Les algies seront surtout retrouvées au cours de la fonction, mais aussi à travers la palpation mandibulaire. Les dyskynésies correspondent à une limitation de l'amplitude de l'ouverture buccale, ou encore à une déviation du trajet d'ouverture. Enfin, les gnathosonies correspondent à des bruits articulaires, souvent inquiétants pour le patient.

On retrouve dans la littérature des données sur les troubles de l'articulation temporomandibulaire. Une étude datant de 2006 révèle que chez un groupe de patients âgés de 15 à 20 ans, une incidence de 23% de troubles de l'articulation temporomandibulaire pouvait être attribuée à la chirurgie d'avulsion des troisièmes molaires. (31)

Plus récemment, en 2014, une étude cas/témoin a été réalisée au sein de la faculté dentaire de Rennes, concernant les relations entre extractions des troisièmes molaires et dysfonctionnements de l'appareil manducateur (DAM).

Les résultats de cette étude montrent que les patients qui ont eu les quatre troisièmes molaires extraites présentent de manière significative plus de DAM que le groupe témoin. (32)

Cette différence est réellement significative si l'on considère les patients qui ont eu les quatre troisièmes molaires extraites en une séance, et sous anesthésie générale.

Ainsi, les praticiens doivent considérer les risques encourus lors de ces chirurgies, et opter pour la méthode la moins traumatisante possible pour l'appareil manducateur.

Là encore, les auteurs concluent sur le fait qu'il faut avoir une pratique moins interventionniste, et qu'il vaut mieux privilégier une surveillance attentive des troisièmes molaires, stratégie qui semble la plus appropriée. (32)

2.3.1.2 Lésions du nerf lingual et du nerf alvéolaire inférieur

Les lésions du nerf lingual et du nerf alvéolaire inférieur résultant de la chirurgie d'avulsions des troisièmes molaires ont été largement étudiées.

On retrouve dans le tableau précédent une incidence de 1 à 6% de lésions nerveuses temporaires (séquelles inférieures à un mois), et une incidence de 1% de dysesthésie permanente.

Donc, si l'on prend l'exemple de l'Amérique et que l'on considère que 3.5 millions de troisièmes molaires mandibulaires sont extraites chez 3.5 millions de patients, par des chirurgiens oraux ou maxillo-faciaux, l'incidence de paresthésie permanente variera alors entre 11500 et 35000 individus, comme présenté dans le tableau ci-dessous.

Si l'on va un peu plus loin, on peut considérer que les deux tiers de ces patients avaient au moment de l'avulsion aucun symptôme justifiant réellement les actes. Si donc 67% des chirurgies n'étaient pas réellement nécessaires, alors entre 7739 et 23450 patients seraient affectés par une paresthésie permanente de la mandibule de manière injustifiée, chaque année aux Etats-Unis.

Et ces valeurs n'incluent pas le risque de lésion du nerf lingual, paresthésie nerveuse intervenant à une fréquence de 1 pour 10000 lors des avulsions mandibulaires, rajoutant ainsi aux valeurs précédentes 350 à 500 cas de paresthésies supplémentaires. (33)

TABLE 4—Estimated Annual Incidence of Paresthesia of the Mandibular Nerve Following Third-Molar Extractions by Oral and Maxillofacial Surgeons: United States

Persons with Paresthesia	Minimum No	Maximum No.
Extraction of 3.5 million lower third molars		
Temporary	45 500	154 000
Permanent	11 550	35 000
Extraction of the 33% of third molars with symptoms or pathology		
Temporary	15 015	50 820
Permanent	3 811	11 550
Incidence of iatrogenic paresthesia if 67% of the extractions are unnecessary		
Temporary	30 485	103 180
Permanent	7 739	23 450
Incidence of iatrogenic paresthesia if 50% of the extractions are unnecessary		
Temporary	22 750	77 000
Permanent	5 775	17 500

Note. Paresthesia is numbness of the lips, tongue, and cheek. The estimated minimum percentage of temporary cases of paresthesia is 1.3% and of permanent cases is 0.33%—the maximum is 4.4% temporary and 1% permanent.

Tableau 3 : Estimation annuelle de l'incidence de paresthésie du nerf mandibulaire suite aux avulsions de troisièmes molaires par des chirurgiens oraux et maxillo-faciaux : Etats-Unis (34)

Ces pourcentages de lésions paraissent donc très faibles à première vue, cependant, rapportés à l'ensemble de la population exposée aux avulsions de troisièmes molaires, ils ne peuvent être négligés. De plus, des patients qui auraient pu éviter ces chirurgies, en l'absence de réelle pathologie, sont condamnés à une mandibule, une lèvre ou une langue engourdie pour le reste de leur vie. Avec des manifestations cliniques embarrassantes, comme le fait de baver, de se mordre la lèvre, l'intérieur de la joue. On peut également retrouver une déformation de la face, avec une lèvre tombante, une perte du goût, des difficultés à articuler et la perte de plaisir sensoriel lors du baiser.

2.3.2 : Coûts engendrés par les avulsions prophylactiques des troisièmes molaires

Selon les données rapportées par la faculté de chirurgie dentaire du collège royal des chirurgiens d'Angleterre, en 1995/1996, 121577 troisièmes molaires ont été extraites en Angleterre et au Pays de

Galles (42578 maxillaires et 78999 mandibulaires), pour un coût total de 11.8 millions de livres. Cela représente un coût moyen par troisième molaire de 97.06 livres.

Selon le rapport d'un organisme concernant les troisièmes molaires au Royaume-Uni, 43.9% de ces dents extraites en 1995 étaient asymptomatiques.

Cela signifie que 53372 troisièmes molaires ont été extraites pour raisons prophylactiques en 1995/1996 en Angleterre et au Pays de Galles, soit un coût total de 5.2 millions de livres.

Ces coûts restent estimatifs, et doivent donc être considérés avec prudence. Il est possible que ces données soient erronées, et nous ne disposons pas des détails exacts concernant ces dépenses de santé. (35)

Edwards et ses collaborateurs ont réalisé une étude un peu plus poussée, étudiant le coût, l'efficacité, et la rentabilité de la conservation des troisièmes molaires comparé à leur avulsion.

Ainsi, la conservation des troisièmes molaires semble moins coûteuse (170livres), plus « efficace » (69.5 unités d'efficacité sur une échelle de 100) et plus rentable (2.43 livres par unité d'efficacité), comparé à leur avulsion. (Valeurs cette fois ci de 226 livres, 63.3 unités/efficacité, et 3.57 livres)(36)

Ces résultats sont sensibles à la variation de la probabilité d'apparitions de péri coronarites, de problèmes parodontaux, ou de caries.

La conclusion principale de cette étude est que la conservation des troisièmes molaires est moins coûteuse pour le système de santé, préférable pour le patient, et plus rentable pour les deux parties. Cependant, si la probabilité de développer des péri coronarites, des problèmes parodontaux, ou des caries est importante, alors la stratégie d'avulsion devient préférable pour la santé du patient. (36)

La prise en charge de patients pour des indications non réellement justifiées, implique donc des dépenses inutiles pour les autorités de santé, un certain coût pour le patient en perte de temps de travail effectif, notamment pour causes de complications post-opératoires, et peut même dans certains cas engendrer des problèmes juridiques pour le praticien qui auraient pu être évités. (5)

Selon Lopez et Mumanya, 81% des patients prennent des jours de repos suite à la chirurgie d'avulsions des troisièmes molaires. Le nombre de journées moyennes sans travailler serait de 3, avec des valeurs comprises en 0 et 10 journées. (2)

Seules les avulsions de troisièmes molaires dont les indications sont réellement justifiées peuvent être acceptées.

2.4 : Données fournies par l'Agence Technique D'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) en France (37)

L'ATIH s'est intéressée sur l'année 2010 à l'acte 03K02 en milieu hospitalier :

03K02 : Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires

Sur l'année 2010, c'est 275 053 séjours hospitaliers concernant cet acte qui ont été relevés.

La durée moyenne d'un séjour était : 0 jour pour 247 799 patients, soit dans 90.1% des cas, et supérieur à 0 jours pour 27 254 patients, soit dans 9.9% des cas.

Cela représente selon l'ATIH un coût total de 153 507 001 euros pour l'année 2010.

Il faut noter que 43% des patients concernaient les moins de 18 ans, et 56% les 18 – 74 ans.

Aussi, 99% des actes représentaient des avulsions dentaires.

La répartition des 5 premiers diagnostics principaux de cet acte est présentée dans le tableau ci-dessous pour la période 2010 - 2012 :

Tableau 1 : Evolution des 5 premiers diagnostics principaux pour le GHM 03K02J (période 2010-2012)

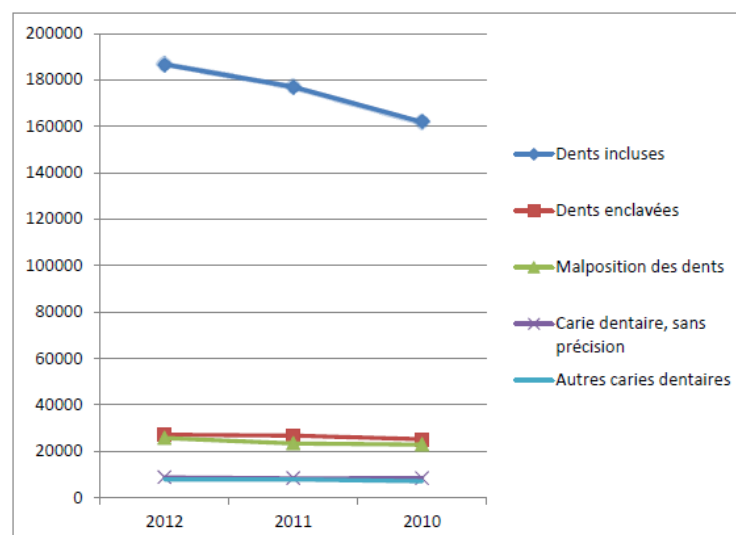
rang	Code	Libellé	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
			2012		2011		2010	
1	K010	Dents incluses	186 647	66,8	176 979	66,5	161 826	65,3
2	K011	Dents enclavées	27 077	9,7	26 675	10,0	25 078	10,1
3	K073	Malposition des dents	25 630	9,2	23 285	8,7	22 818	9,2
4	K029	Carie dentaire, sans précision	8 676	3,1	8 283	3,1	8 313	3,4
5	K028	Autres caries dentaires	7 797	2,8	7 732	2,9	6 986	2,8

Tableau 4 : Evolution des 5 premiers diagnostics principaux pour le GHM 03K02J (2010 à 2012) (36)

On constate donc que les deux diagnostics les plus fréquents sont les dents incluses et les dents enclavées.

Ces données objectivent une augmentation d'environ 15 % du diagnostic principal de dents incluses de 2010 à 2012 et d'environ 8 % du diagnostic de dents enclavées alors que le nombre des autres diagnostics (malposition des dents, caries dentaires) reste relativement stable sur la même période.

Cette augmentation est bien visible sur le graphique ci-dessous :



Graphique 1 : Evolution des 5 premiers diagnostics principaux du GHM 03K02J (période 2010-2012)

Graphique 1 : Evolution des 5 premiers diagnostics principaux du GHM 03K02J (2010 à 2012) (36)

Si l'on s'intéresse cette fois aux principaux types d'actes en relation avec ces affections de la bouche et des dents, on retrouve dans le tableau ci-dessous les libellés :

HBGD038 : avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe

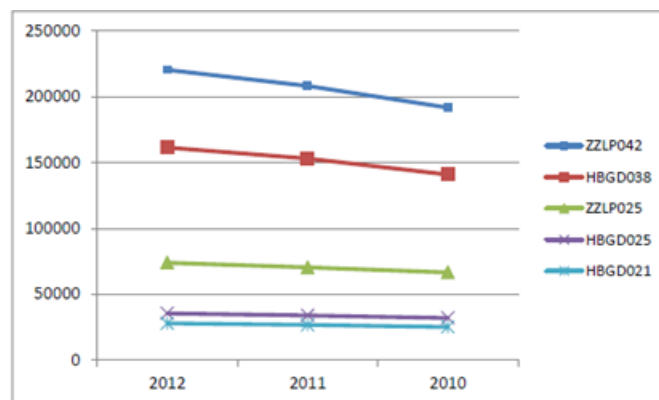
HBGD025 : avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe

HBGD021 : avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe

rang	Code	Libellé	2012		2011		2010	
			Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1	ZZLP042	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 4	220 504	35,4	208 331	35,3	191 871	35,0
2	HBGD038	AVULSION 4TROISIÈMES MOLAIRES RETENUES/À ÉTAT GERME	161 541	26,0	153 237	26,0	141 029	25,8
3	ZZLP025	AG/LR CPLMTAIRE NIVEAU 1	74 003	11,9	70 461	11,9	66 634	12,2
4	HBGD025	AVULSION 2TROISIÈMES MOLAIRES RETENUES/À ÉTAT GERME	35 497	5,7	33 912	5,7	31 945	5,8
5	HBGD021	AVULSION 3TROISIÈMES MOLAIRES RETENUES/À ÉTAT GERME	27 918	4,5	26 755	4,5	25 113	4,6

Tableau 5 : répartition des 5 premiers actes du GHM 02K03J (période 2010-2012) (36)

Au total, l'ensemble de ces données objective une augmentation du taux de recours pour extraction des troisièmes molaires de 14,5 % pour l'extraction en un temps des quatre troisièmes molaires, de 11 % pour l'extraction de deux troisièmes molaires et de 11 % pour l'extraction de trois troisièmes molaires sur la période 2010-2012, comme le montre le graphique ci-dessous :



Graphique 2 : Répartition des 5 premiers actes du GHM 02K03J (36)

La répartition géographique du taux de recours à l'acte 03K02 n'est pas uniforme sur tout le territoire comme le montre la carte ci-dessous pour l'année 2012 :

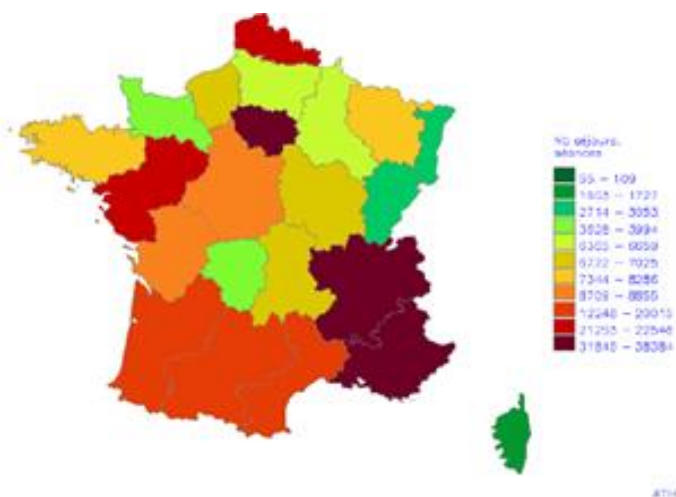


Figure 1 : Affectations de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire en France par région pour l'année 2012. (36)

Cela peut donc traduire des variations de pratique, et un sur ou sous recours aux extractions des troisièmes molaires selon les régions.

2.5 : Données de l'ARS (Agence Régionale de Santé) en Aquitaine (38)

2.5.1 : Taux de recours à la chirurgie de la bouche et des dents en Aquitaine

En avril 2013, l'Agence Régionale de Santé Aquitaine a publié une étude sur les taux de recours à la chirurgie de la bouche et des dents.

Le taux de recours à l'hospitalisation, correspond au nombre de séjours, ou de séances de soins pour 10 000 habitants.

On constate au sein de la région Aquitaine pour l'année 2011, un taux standardisé de recours à la chirurgie de la bouche et des dents de 0.17 à 0.31 pour 10000 habitants, taux qui est donc supérieur à la moyenne nationale, avec une valeur de 0.15 pour 10000 habitants. L'Aquitaine possède donc le taux de chirurgie de la bouche et des dents le plus élevé au niveau national au vu de la carte ci-dessous.

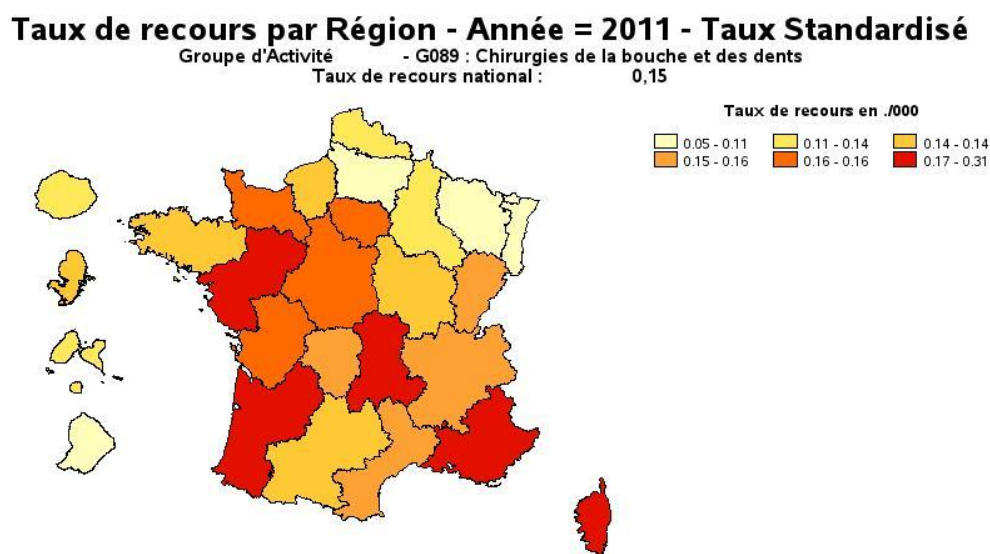


Figure 2 : Taux de recours à la chirurgie de la bouche et des dents par région pour l'année 2011 (37)

Si l'on s'intéresse cette fois aux taux par département, on remarque là aussi un taux standardisé important de 0.16 à 0.19 pour 10000 habitants concernant la Gironde et les Landes, et des taux encore plus importants concernant les Pyrénées Atlantiques (entre 0.19 et 0.31 pour 10000 habitants), taux encore une fois les plus élevés au niveau national.

Taux de recours par Territoire de santé (2010) - Année = 2011 - Taux Standardisé
 Groupe d'Activité - G089 : Chirurgies de la bouche et des dents
 Taux de recours national : 0,15

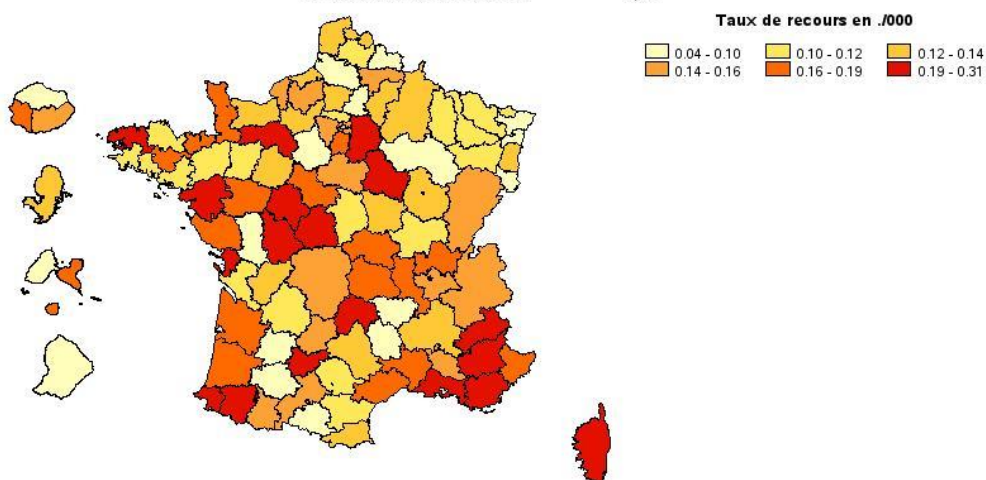


Figure 3 : Taux de recours à la chirurgie de la bouche et des dents par territoire de santé en 2010 (37)

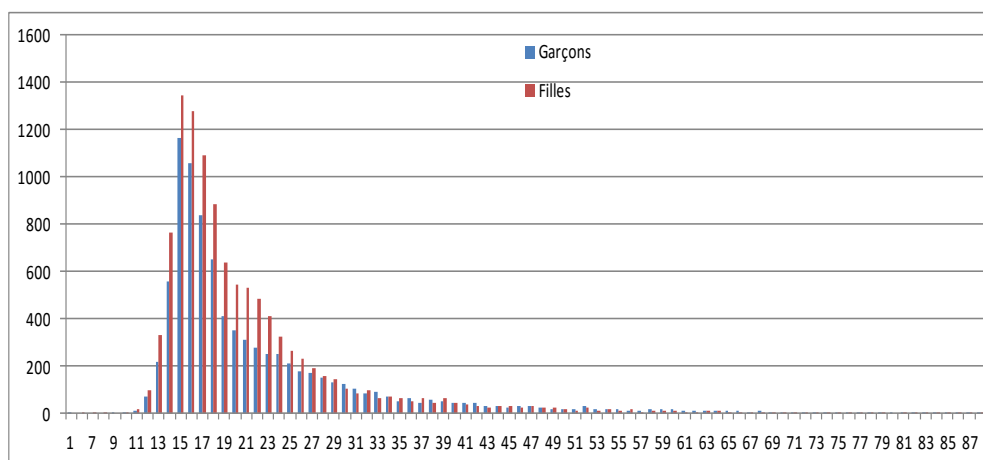
2.5.2 : Actes les plus fréquemment retrouvés lors de ces séjours

Selon cette même agence, les actes concernant ces chirurgies de la bouche et des dents que l'on retrouve le plus souvent sont inscrits dans le tableau suivant :

CodeActe	LibelléActe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe

Tableau 6 : Actes les plus fréquemment retrouvés lors de ces séjours (37)

2.5.3 : Répartition de ces actes selon l'âge et le sexe en Aquitaine en 2011



Graphique 3 : Répartition selon l'âge et le sexe (37)

On constate que plus de 70% des prises en charges correspondent à des patients de 13 à 24 ans. Les patients traités sont donc majoritairement jeunes.

De plus, il semblerait selon l'Agence, que plus de 75% de ces actes correspondent à l'avulsion de 3 ou 4 troisièmes molaires.

En revanche, si l'on s'intéresse à la pratique de ces actes en cabinet en ville, on remarque que 78% des actes correspondent à l'avulsion d'une seule troisième molaire, alors que l'avulsion d'une seule dent représente 6.5% des actes en milieu hospitalier. Ainsi, les cabinets libéraux réaliseraient majoritairement les avulsions pour une seule troisième molaire, et adresseraient pour un nombre de dents à extraire plus important.

De plus, on remarque qu'en cabinet de ville, plus des 2/3 des patients ont plus de 24 ans, alors que 70% des prises en charge concernaient des patients de 13 à 24 ans en milieu hospitalier.

Pour résumer l'ensemble de ces données, on remarque que la majorité des séjours hospitaliers en relation avec un acte de chirurgie de la bouche et des dents correspond à l'avulsion des quatre troisièmes molaires chez des patients dans une tranche d'âge de 13 à 24 ans, évoquant donc probablement des avulsions pour indications orthodontiques, ou encore prophylactiques.

On est donc en mesure de se questionner sur la réelle pertinence de ces indications d'avulsions. Quel est le réel rapport bénéfices/risques pour ces patients traités ?

Ainsi, par le moyen d'un questionnaire et d'une description des pratiques professionnelles par une étude transversale, nous allons tenter d'étudier la réelle pertinence des indications d'avulsions de troisièmes molaires, chez les professionnels de santé de la région Aquitaine, qu'ils soient omnipraticiens, chirurgiens maxillo-faciaux, ou encore orthodontistes.

3 Matériel et Méthodes

Nous avons cherché à réaliser une description des pratiques professionnelles par le biais d'un questionnaire et d'une étude transversale, afin d'étudier les habitudes des praticiens concernant les indications d'avulsion des troisièmes molaires en Aquitaine. Nous allons présenter quelles ont été les différentes composantes du questionnaire, ainsi que les différents outils utilisés pour le mettre au point et en interpréter les résultats.

3.1 Population d'étude

Il a été décidé de procéder à un démarchage téléphonique au sein des cabinets d'omnipratique, de stomatologie ou chirurgie maxillo-faciale, et d'orthodontie d'Aquitaine afin d'effectuer notre recueil des données. Tous ces numéros de téléphone ont été obtenus soit à partir de sites internet, ou encore à partir de l'annuaire en ligne des pages jaunes. Ce démarchage par téléphone a permis l'obtention des adresses emails des cabinets, et nous a ensuite permis d'envoyer par email les questionnaires.

3.2 Elaboration du questionnaire

3.2.1 Profil du praticien

Les premières questions ont été posées afin de cibler le profil du praticien interrogé. En effet, celles-ci ont permis de connaître l'âge du praticien, la faculté de formation, le type d'exercice, la spécialité, et le mode d'exercice.

3.2.2 Cas cliniques

Ensuite, sept cas cliniques ont été présentés aux praticiens, avec une explication de la situation clinique en résumé, et illustrés d'examen complémentaires de radiographies panoramiques comme outil d'aide à la décision.

Chaque cas clinique était en rapport avec la décision ou non d'extraire des troisièmes molaires. Les indications d'avulsion retrouvées le plus souvent au sein de notre étude bibliographique ont été présentées.

A savoir :

- Présence d'une troisième molaire présentant une pathologie pulpaire irréversible suite à une carie.
- Indication d'avulsions prophylactiques, en présence de 4 germes asymptomatiques
- Indication d'avulsion en présence d'un encombrement incisif mandibulaire
- Présence de péri coronarites
- Douleurs en rapport avec l'articulation temporo-mandibulaire
- Risque d'apparition de carie de la face distale d'une seconde molaire en rapport avec une troisième molaire mésio-angulée.
- Présence d'une poche parodontale entre la deuxième et la troisième molaire.

3.2.3 Formation

Enfin, des questions ont été posées aux praticiens concernant leur formation continue, et notamment le renouvellement ou la mise à jour des recommandations concernant l'avulsion des troisièmes molaires. Et, il a été demandé si selon eux un renouvellement ou un simple rappel des recommandations leur paraissait nécessaire.

3.2.4 Test du questionnaire

Afin de vérifier la pertinence des questions posées, suite à la réalisation et à la finalisation du questionnaire, nous l'avons présenté à différents enseignants du centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

Les réponses et les remarques de ces enseignants hospitaliers concernant certains points ambigus modifiés par la suite nous ont permis d'aboutir à la version finale du questionnaire présente ci-joint en annexe.

3.3 Diffusion du questionnaire

Le questionnaire réalisé à partir de Google Form, a donc été diffusé par emails, dans le but d'une part de faciliter l'envoi, par un simple email à partir de la plateforme Gmail, comprenant toutes les adresses et le lien permettant de répondre au questionnaire, et d'autre part afin de faciliter la réponse des praticiens interrogés, qui a donc été directement réalisée en ligne, évitant ainsi toute impression et obligation d'envoi par voie postale.

Cette amélioration logistique a certainement permis d'obtenir un taux de réponse plus important que via l'utilisation d'une méthode classique avec impression papier.

Un premier envoi a été réalisé le 11/03/2015, à 134 praticiens en Aquitaine.

Un premier email de rappel a été envoyé le 18/03/15. Face au nombre insuffisant de réponses, un second email de rappel a été renvoyé le 04/04/15.

A la date du 08/04/2015, le recueil de données était terminé.

3.4 Analyse des données recueillies

Des fréquences et des pourcentages ont été calculés pour les variables qualitatives, et des moyennes, écarts types, minimums et maximum pour les variables quantitatives. Les outils Google Drive et Microsoft Excel nous ont permis d'effectuer ces calculs de données.

La recherche de liens entre variables qualitatives a été faite avec le test exact de Fisher.

Nous avons considéré qu'une Pvalue<0,05 était statistiquement significative.

Nous avons pu comparer le profil de notre échantillon à la distribution nationale obtenue par plusieurs organismes comme la CNSD (confédération nationale des syndicats dentaires) (39), ou encore l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (40).

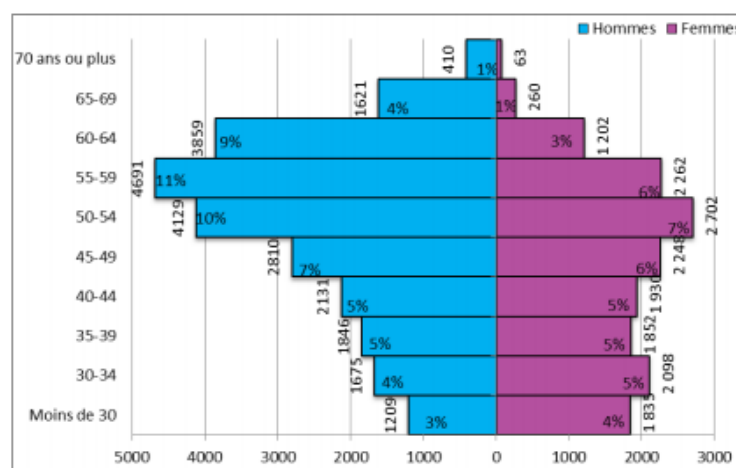


Diagramme 1 : Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes en activité en 2013 : (40)

4 Résultats

4.1 L'échantillon

Pour la réalisation de notre travail, dans un premier temps nous avons joint par téléphone un total de 150 cabinets libéraux, 50 cabinets de chaque spécialité, dans le but d'obtenir les adresses emails des praticiens, et ainsi pouvoir leur communiquer le questionnaire. 134 cabinets (89.3%) ont répondu favorablement à notre appel en nous communiquant une adresse email valide.

Les 16 cabinets n'ayant pas répondu à notre demande, soit n'existaient plus (pour quatre d'entre eux), soit ont refusé de participer à l'étude par peur de communiquer une adresse email pour l'un des praticiens, ou encore par manque de temps pour cinq autres. L'un des praticiens ne possédait tout simplement pas d'adresse email. Et enfin, cinq cabinets n'ont pu être joints malgré de nouvelles tentatives de notre part.

Nous avons obtenu suite au premier envoi groupé de questionnaires à l'ensemble de l'échantillon des 134 adresses emails obtenues, un total de 26 réponses valides. Suite au premier email de relance le 18/03/2015, 9 réponses supplémentaires nous sont parvenues, portant le total à 35. Face au nombre faible de réponses, nous avons décidé de réaliser un nouvel email de relance le 04/04/2015, ayant permis l'obtention de 8 réponses supplémentaires.

Nous avons donc obtenu un échantillon de réponse de $n=44$, soit 32,8% de réponses, pourcentage que nous aurions souhaité plus important.

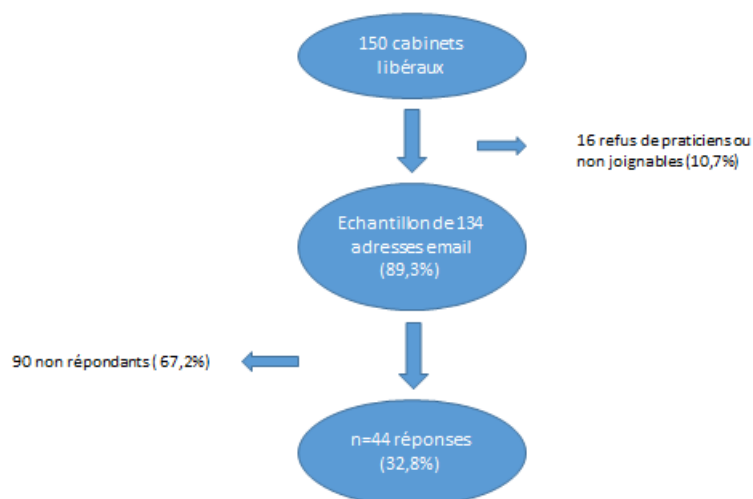


Figure 4 : Schéma de l'étude

4.2 Profil des praticiens

4.2.1 L'âge

Au sein de notre échantillon, nous avons obtenu une moyenne d'âge de 48,1 ans, avec un minimum de 27 ans, et un maximum de 67ans. L'écart type était de 12,3 ans. Nous avons également noté que la médiane était de 44 ans, la valeur du premier quartile 36,75, et la valeur du troisième quartile 59,25.

On remarque que n=4 praticiens ont un âge inférieur à 30 ans, soit 9,1%. 16 praticiens ont entre 30 et 50 ans, soit 36,4% de notre échantillon. Enfin, 24 praticiens étaient âgés de 50 ans et plus, soit 54,5%.

La distribution de notre échantillon comparé à la distribution au 1^{er} janvier 2015 est résumée dans le tableau ci-dessous :

	Moins de 30ans	30 à 50 ans	Plus de 50 ans	Total
Echantillon	9,1%	36,4%	54,5%	100%
Distribution nationale	8,2%	40,5%	51,3%	100%

Tableau 7 : Comparaison de l'âge de notre échantillon par rapport aux données nationales

Ces résultats sont observés également dans le graphique présenté ci-dessous :

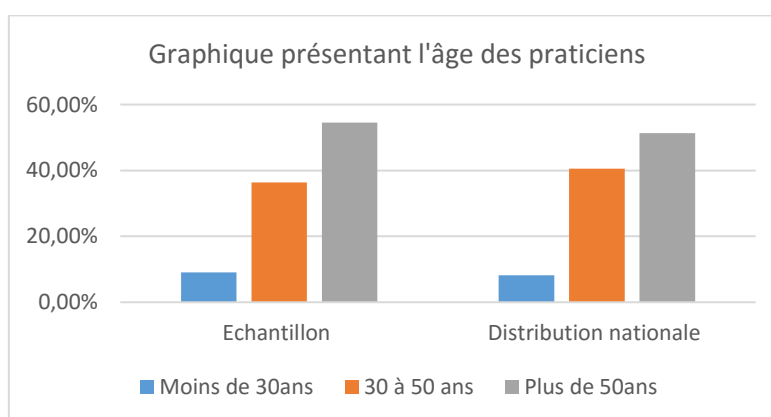


Diagramme 2 : Comparaison de l'âge de notre échantillon par rapport aux données nationales

Notre échantillon est donc conforme à la répartition observée au niveau national.

4.2.2 Faculté d'origine

Il nous a paru important au vu du contexte de l'étude de connaître la faculté de formation des praticiens interrogés. Ainsi, 32 praticiens ont été diplômés de la faculté de Bordeaux, soit 72,7% des praticiens interrogés. 12 provenaient d'autres facultés, (2 de Paris VII, 2 de Paris V, 3 de Lyon, 2 de Rennes, 1 de Nancy, et 2 de Toulouse), soit 27,3% des répondants.

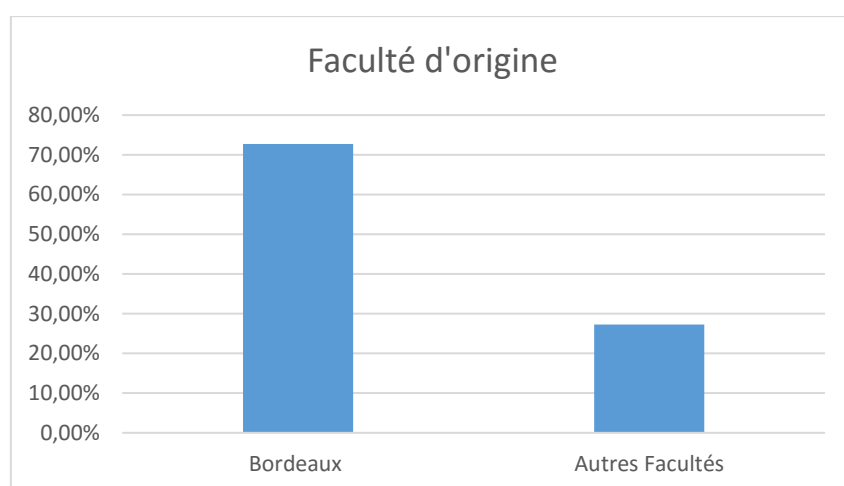


Diagramme 3 : Facultés d'origine des praticiens

4.2.3 Le lieu d'exercice

On a pu constater que 35 praticiens considéraient leur lieu d'exercice comme citadin, soit 79,5%, 6 comme semi rural soit 13,6% et 3 comme rural soit 6,9%.

On retrouve ces données dans le diagramme ci-dessous :

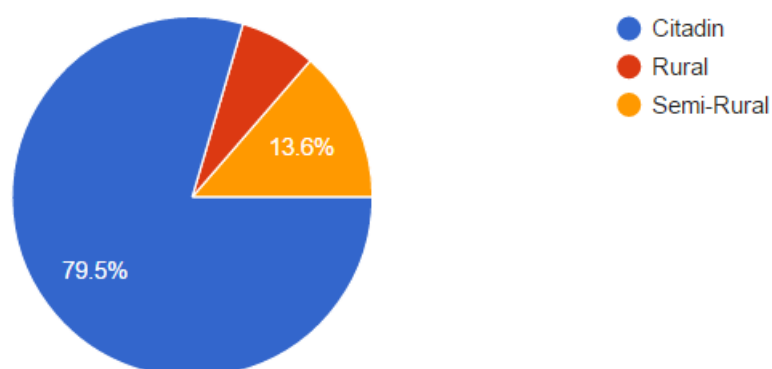


Diagramme 4 : Répartition du lieu d'exercice

En ce qui concerne les statistiques nationales rapportées par la CNSD, au 1^{er} janvier 2015, 50% de la population des chirurgiens-dentistes exerçaient dans des agglomérations de plus de 200000 habitants, et 18,8% en zone rurale ou dans des communes de moins de 10000 habitants. (39)

Le tableau ci-dessous résume la distribution de notre échantillon par rapport à la distribution nationale :

	Citadin		Semi-rural		Rural		Total
	%	n	%	n	%	n	
Echantillon (effectif observé)	79,5%	35	13,6%	6	6,9%	3	54
Distribution nationale (effectif théorique)	50%	22	32%	14	18,8%	8	54

Tableau 8 : Comparaison du lieu d'exercice de notre échantillon par rapport à la distribution nationale

Nous avons constaté qu'il existait une différence significative ($p\text{-value}=0,015$) entre notre échantillon et la distribution nationale, notre échantillon étant plus citadin.

4.2.4 Spécialité des participants

Parmi les 44 répondants, nous avons 13 orthodontistes (29,5%), 14 stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux (31,8%), et 17 omnipraticiens (38,7%).

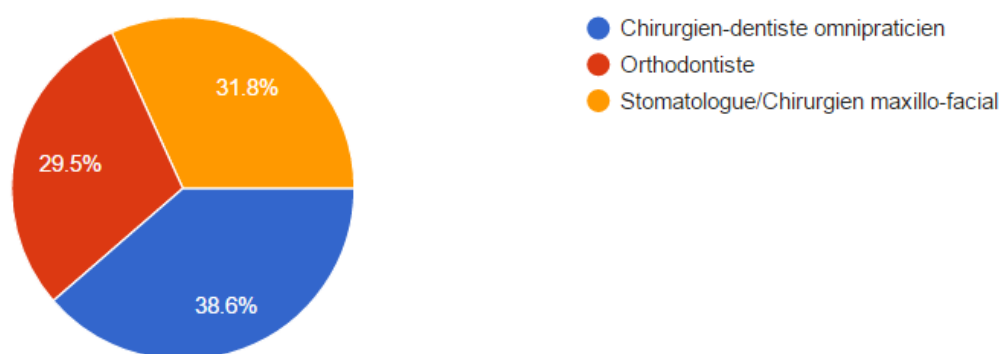


Diagramme 5 : Répartition des spécialités des praticiens ayant participé à l'étude

Ainsi, les omnipraticiens ont donc été les plus disponibles pour nous répondre. Nous avons pourtant fait en sorte de contacter 50 cabinets de chaque spécialité au départ afin d'obtenir un nombre de répondants le plus équitable possible.

4.2.5 Pratique de l'acte d'avulsion de troisièmes molaires par les omnipraticiens

Il nous a paru également intéressant de savoir si les praticiens réalisaient ou non les avulsions de troisièmes molaires. Cette question a été posée uniquement aux omnipraticiens, car nous avons considéré que les orthodontistes ne réalisaient presque jamais cet acte, et qu'au contraire c'était un acte réalisé par la majorité des stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux. A la question « si vous êtes omnipraticiens, réalisez-vous les avulsions de troisièmes molaires vous-même ? », nous avons obtenu les réponses suivantes :

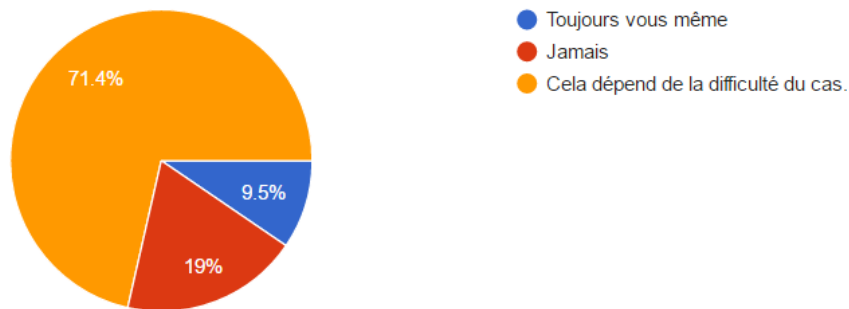


Diagramme 6 : Pratique de l'acte : avulsion des troisièmes molaires par les omnipraticiens

4.3 Gestion des cas cliniques

4.3.1 Gestion du cas clinique numéro 1

Ce cas clinique visait à étudier l'attitude des praticiens face à une troisième molaire présentant une pathologie pulpaire irréversible dans la mesure où la dent pouvait être restaurée de manière durable.

Nous avons constaté que dans ce cas, 78,6% des praticiens tentaient de conserver la troisième molaire, 11,9% choisissaient l'avulsion, et 9,5% refusaient de se prononcer.

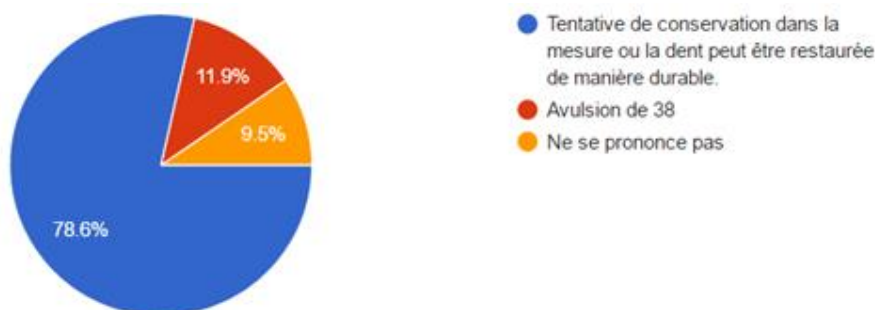


Diagramme 7 : Choix des participants au cours du cas clinique numéro 1

Nous avons étudié l'attitude des praticiens selon leur spécialité orale :

	Omnipraticiens	Sto/CMF	Orthodontistes	Total
Conservation	16 (94%)	7 (50%)	10 (76,9%)	33 (75%)
Avulsion	0 (0%)	5 (35,7%)	1 (7,7%)	6 (13,6%)
NSP	1 (6%)	2 (14,3%)	2 (15,4%)	5 (11,4%)
Total	17 (38,6%)	14 (31,8%)	13 (29,6%)	44 (100%)

Tableau 9 : choix des participants selon les spécialités orales (cas numéro 1)

Il semblerait donc qu'en présence d'une troisième molaire présentant une pathologie pulpaire irréversible, mais qui radiologiquement semble tout de même restaurable de manière durable, il existe une différence significative d'attitude thérapeutique selon les spécialités orales, avec des stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux beaucoup moins conservateurs. (Pvalue=0,021)

Nous nous sommes maintenant intéressés aux réponses des praticiens en fonction de leur faculté d'origine. Les praticiens n'ayant pas étudié à Bordeaux ont été réunis au vu de leur faible effectif.

	Bordeaux	Autres	Total
Conservation	22 (68,8%)	11 (91,7%)	33 (75%)
Avulsion	6 (18,7%)	0 (0%)	6 (13,6%)
NSP	4 (12,5%)	1 (8,3%)	5 (11,4%)
Total	32 (72,7%)	12 (27,3%)	44 (100%)

Tableau 10 : Choix des participants selon la faculté d'origine (cas numéro 1)

Nous n'avons pas relevé de différence significative, entre les deux groupes. (Pvalue=0,34)

Ainsi pour ce premier cas, il semblerait que les stomatologues et les chirurgiens maxillo-faciaux soient moins conservateurs que les autres groupes, cependant, au vu de la faible taille de notre échantillon, nous n'avons pu mettre en évidence aucune différence significative concernant la faculté d'origine n'aurait pas d'influence sur la décision.

4.3.2 Gestion du cas clinique numéro 2

Le deuxième cas clinique concernait un patient avec des troisièmes molaires à l'état de germes, intra-osseuses, non pathologiques, et sans pathologies associées.

Les résultats observés ont été présentés dans le diagramme ci-dessous, avec 45,5% de choix d'avulsion (n=20), 38,6% de conservation (n=17), et 15,9% de participants qui ne se prononcent pas (n=7).

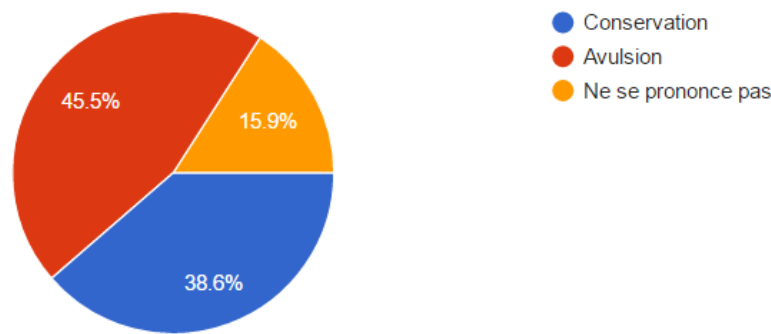


Diagramme 8 : Choix des participants lors du cas clinique numéro 2

Selon les spécialités orales, nous avons obtenu les résultats présentés dans le tableau suivant :

	Omnipraticiens	Sto/CMF	Orthodontistes	Total
Conservation	7 (41,2%)	3 (21,4%)	7 (53,8%)	17 (38,7%)
Avulsion	7 (41,2%)	9 (64,2%)	4 (30,8%)	20 (45,5%)
NSP	3 (17,6%)	2 (14,3%)	2 (15,4%)	7 (15,9%)
Total	17 (38,6%)	14 (31,8%)	13 (29,5%)	44 (100%)

Tableau 11 : choix des participants selon les spécialités orales (cas numéro 2)

Dans le cas présent et suite à l'utilisation du test exact de Fisher, nous n'avons pas noté de différence significative entre la spécialité des praticiens et la gestion du cas. (Pvalue>0,05).

Concernant la faculté d'origine, nous avons obtenu les résultats suivants :

	Bordeaux	Autres	Total
Conservation	10 (31,3%)	7 (58,2%)	17 (38,6%)
Avulsion	15 (46,9%)	5 (41,7%)	20 (45,5%)
NSP	7 (21,9%)	0 (0%)	7 (15,9%)
Total	32 (72,7%)	12 (27,3%)	44 (100%)

Tableau 12 : choix des participants selon la faculté d'origine (cas numéro 2)

Là encore, nous n'avons pas observé de différence significative entre la faculté d'origine, et le fait de conserver ou non ces troisièmes molaires, avec une Pvalue=0,12.

Ainsi, nous avons pu observer pour ce deuxième cas que les praticiens étaient nombreux à proposer l'avulsion des quatre troisièmes molaires à l'état de germes, et ce en l'absence de pathologies

observées. Le cas présent faisait référence aux avulsions dites prophylactiques décrites très largement dans la littérature, comme étant l'une des indications les plus importantes, malgré l'existence de justification.

4.3.3 Gestion du cas clinique numéro 3

Ce cas clinique faisait référence au possible lien entre encombrement incisif mandibulaire, et éruption des troisièmes molaires. Le patient concerné possédait ses quatre troisièmes molaires, en désinclusion, non pathologiques, et avec au vu de la radiographie panoramique, une évolution possible sur les arcades dentaires.

Il a été demandé aux praticiens si le fait que le patient présente un encombrement incisif inférieur, concomitant à l'éruption des troisièmes molaires, nécessitait l'avulsion des troisièmes molaires.

Rappelons que dans la littérature, aucune étude ne justifie les avulsions de troisièmes molaires en présence d'un encombrement incisif inférieur.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

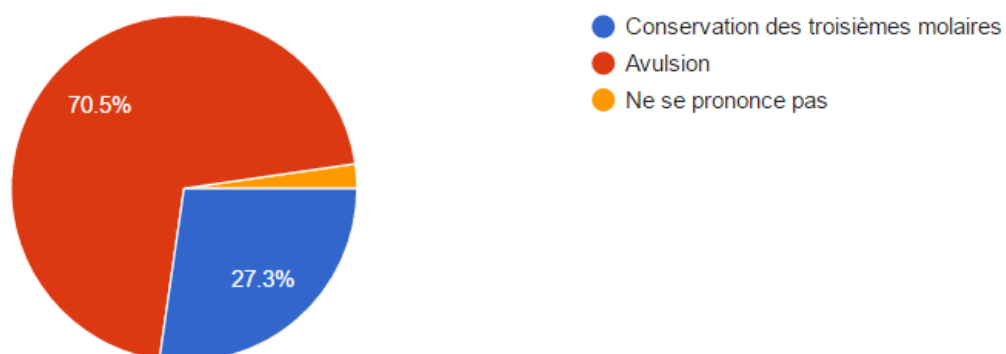


Diagramme 9 : Choix des participants au cours du cas clinique numéro 3

On observe donc un taux d'avulsion très important, puisque 31 praticiens sur les 44 participants à l'étude, soit 70,5% ont choisi de procéder aux avulsions des troisièmes molaires au vu de l'encombrement incisif.

Si l'on étudie ces données selon la spécialité des praticiens, on observe les résultats présentés dans le tableau ci-dessous :

	Omnipraticiens	Sto/CMF	Orthodontistes	Total
Conservation	3 (17,6%)	1 (7,1%)	8 (61,5%)	12 (27,2%)
Avulsion	14 (82,4%)	13 (92,9%)	4 (30,8%)	31 (70,5%)
NSP	0 (0%)	0 (0%)	1 (7,7%)	1 (2,3%)
Total	17 (38,6%)	14 (31,8%)	13 (29,5%)	44 (100%)

Tableau 13 : Choix des participants selon la spécialité orale (cas numéro 3)

On remarque un taux de décision d'avulsion très important chez les omnipraticiens, puisque 82,4% optent pour ce choix là (n=14). Chez les stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux, 92,9% sont également en faveur des avulsions (n=13).

En revanche, on a constaté que seuls 4 orthodontistes soient 30,8% étaient en faveur de cet acte.

Ainsi, il apparaît qu'il existe une différence significative d'attitude entre les catégories de praticiens, puisque les orthodontistes sont beaucoup plus conservateurs concernant ce cas présent. Le test de Fisher réalisé a révélé une Pvalue = 0,002.

On peut émettre l'hypothèse que les orthodontistes ont des connaissances plus récentes concernant la corrélation entre éruption des troisièmes molaires et encombrement de l'arche incisive mandibulaire.

Si l'on s'intéresse à la faculté de formation de l'ensemble des praticiens, on observe :

	Bordeaux	Autres	Total
Conservation	7 (21,9%)	5 (41,7%)	12 (27,2%)
Avulsion	25 (78,1%)	6 (50%)	31 (70,5%)
NSP	0 (0%)	1 (8,3%)	1 (2,3%)
Total	32 (72,7%)	12 (27,3%)	44 (100%)

Tableau 14 : Choix des participants selon la faculté d'origine (cas numéro 3)

Les praticiens formés à Bordeaux préconisent les avulsions dans 78,1% des cas (n=25), alors que ceux formés dans d'autres facultés dans uniquement 50% des cas. Cependant, aucune différence statistiquement significative n'a pu être mise en valeur, probablement à cause d'un effectif trop faible. Le Pvalue obtenue était égale à 0,08.

4.3.4 Gestion du cas clinique numéro 4

Nous avons cherché à évaluer les habitudes des praticiens dans le cas d'une troisième molaire pathologique, en présence d'autres troisièmes molaires asymptomatiques.

Il a paru intéressant de savoir si en présence d'une seule troisième molaire pathologique, les praticiens allaient simplement procéder à l'avulsion de celle-ci, ou plutôt procéder à l'avulsion du couple antagoniste, ou encore à la totalité des troisièmes molaires.

Nous avons obtenu les résultats présents dans le diagramme ci-dessous face à une 38 pathologique présentant des périoronarites à répétition, et trois autres troisièmes molaires asymptomatiques :

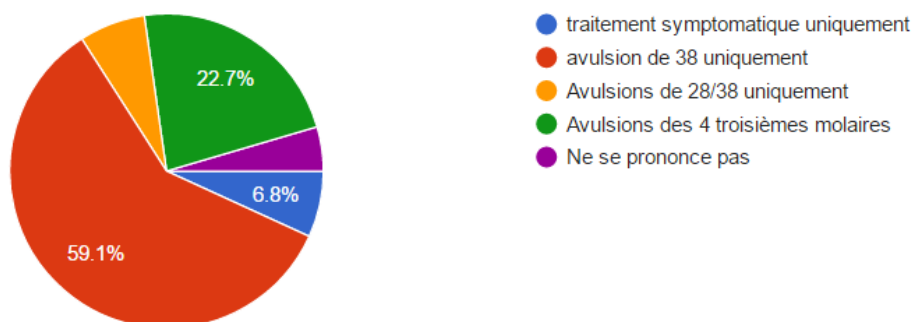


Diagramme 10 : Choix des participants au cours du cas clinique numéro 4

Ainsi, les résultats montrent que dans 59,1% des cas (n=26), les praticiens sont favorables à l'avulsion de la dent symptomatique uniquement. On note que 6,8% des praticiens (n=3) traitent uniquement les symptômes même en cas de périoronarites à répétition, 3 (6,8%) ont préféré procéder à l'avulsion du couple antagoniste 28/38, alors que 22,7% (n=10) préconisent l'avulsion de l'ensemble des troisièmes molaires.

Si l'on s'intéresse désormais aux décisions selon la spécialité, on observe :

	Omnipraticiens	Sto/CMF	Orthodontistes	Total
Avulsion de 38	8 (47%)	8 (57,1%)	10 (76,9%)	26 (59,1%)
Avulsion de 28/38	2 (11,8%)	0 (0%)	1 (7,7%)	3 (6,8%)
Avulsion des 4 troisièmes molaires	5 (29,4%)	4 (28,6%)	1 (7,7%)	10 (22,7%)
Traitement des symptômes uniquement	2 (11,8%)	1 (7,1%)	0 (0%)	3 (6,8%)
NSP	0 (0%)	1 (7,1%)	1 (7,7%)	2 (4,5%)
Total	17 (38,6%)	14 (31,8%)	13 (29,5%)	44 (100%)

Tableau 15 : Choix des participants selon la spécialité orale (cas numéro 4)

Pour ce cas précis, nous n'avons pas observé de différences significatives entre les 3 groupes. De même, le test exact de Fisher n'a montré aucune différence significative entre les individus formés à Bordeaux et les autres.

La donnée importante à retenir dans le cas présent, est le fait que 22,7% de l'échantillon préconise l'avulsion des 4 troisièmes molaires dans le cas ou simplement l'une d'entre elle était pathologique.

4.3.5 Gestion du cas clinique numéro 5

Le cas clinique concernait un patient présentant des douleurs de l'hémiface droite depuis peu, et notamment au cours de l'ouverture buccale. Ces douleurs étaient associées à une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire. En bouche, on observait parallèlement l'éruption en cours de 38 et 48, asymptomatiques, et ne présentant aucune pathologie. Nous avons alors proposé diverses thérapeutiques aux praticiens. Les résultats suivant ont été obtenus :

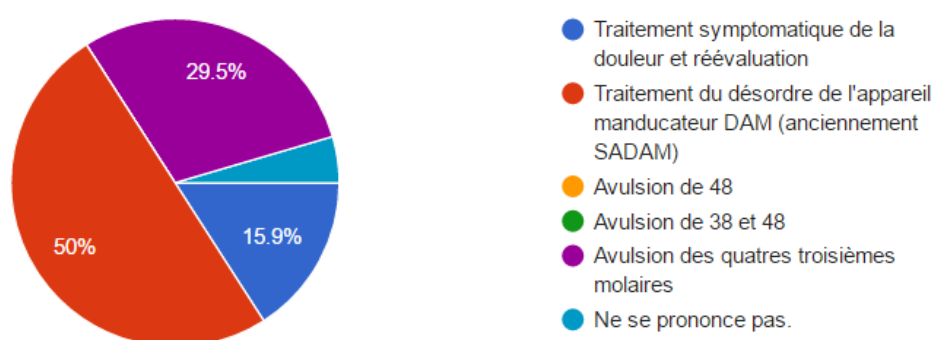


Diagramme 11 : Choix des participants lors du cas clinique numéro 5

On observe donc que la moitié des praticiens (50%), ont choisi de traiter le désordre de l'appareil manducateur (DAM), 29,5% ont indiqué l'avulsion de l'ensemble des troisièmes molaires. 15,9% ont opté pour le traitement symptomatique de la douleur, et 4,5% ont refusé de se prononcer. Aucun des participants à l'étude n'ont choisi l'avulsion de 38 ou l'avulsion et 38 et 48.

	Omnipraticiens	Sto/CMF	Orthodontistes	Total
Traitement du désordre de l'appareil manducateur	9 (52,9%)	8 (57,1%)	5 (38,5%)	22 (50%)
Traitement symptomatique de la douleur et réévaluation	4 (23,5%)	1 (7,1%)	2 (15,4%)	7 (15,9%)
Avulsion des quatre troisièmes molaires	3 (17,6%)	5 (35,7%)	5 (38,5%)	13 (29,5%)
Avulsion de 48	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Avulsions de 38 et 48	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
NSP	1 (5,9%)	0 (0%)	1 (7,7%)	2 (4,6%)
Total	17 (38,6%)	14 (31,8%)	13 (29,5%)	44 (100%)

Tableau 16 : Choix des participants selon les spécialités orales (cas clinique 5)

Nous n'avons constaté aucune différence significative entre les trois groupes. La pvalue obtenue étant supérieure à 0,05. De même, aucune différence n'a été observée selon la faculté de formation.

Cependant, l'on constate tout de même que dans 29,5% des cas, les participants ont préconisé l'avulsion de l'ensemble des troisièmes molaires, bien qu'aucune d'entre elles n'étaient pathologiques.

4.3.6 Gestion du cas clinique numéro 6

Le cas suivant présentait un patient avec une troisième molaire 38 en désinclusion, mais sans pathologie associée. Cependant, cette dent était au contact de la zone cervico-distale de 37, sans qu'il n'existe toutefois de lésion carieuse apparente. L'hygiène du patient était bonne. Les avulsions des dents 18 et 48 controlatérales avaient été réalisées sous anesthésie locale dans un premier temps. Nous avons observé les résultats présentés ci-dessous :

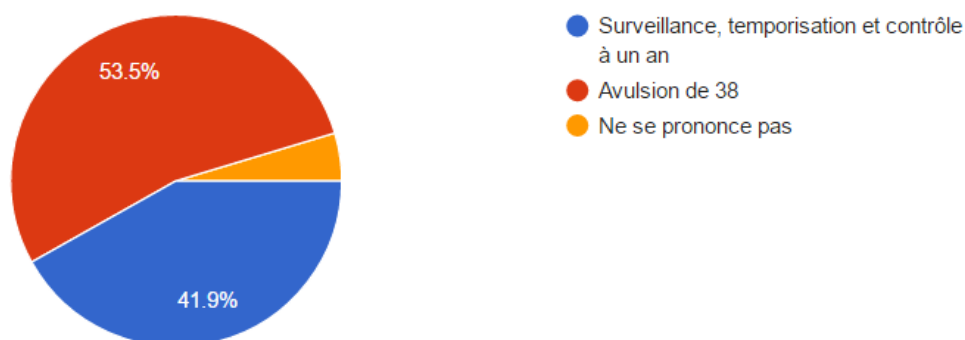


Diagramme 12 : Choix des participants au cours du cas clinique numéro 6

23 participants (53,5%) ont choisi l'avulsion de la 38 mésio-angulée. 19 ont préféré surveiller cette dent, temporiser et réévaluer un an après. 2 praticiens n'ont pas souhaité se prononcer.

Si l'on s'intéresse aux décisions thérapeutiques selon les spécialités, on observe :

	Omnipraticiens	Sto/CMF	Orthodontistes	Total
Surveillance, temporisation et contrôle à un an	11 (64,7%)	2 (14,3%)	6 (46,2%)	19 (43,2%)
Avulsion de 38	6 (35,3%)	11 (78,6%)	6 (46,2%)	23 (52,3%)
NSP	0 (0%)	1 (7,2%)	1 (7,6%)	2 (4,5%)
Total	17 (38,6%)	14 (31,8%)	13 (29,5%)	44 (100%)

Tableau 17 : Choix des participants selon les spécialités orales (cas numéro 6)

On observe ici que 78,6% des stomatologues/chirurgiens maxillo-faciaux (n=11) interrogés indiquent l'avulsion de 38. Contre 35,3% (n=6) des omnipraticiens, et 46,2% (n=6) des orthodontistes.

Ainsi, il existe une différence d'attitude significative entre les 3 groupes dans le cas présent, avec des stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux moins conservateurs. Cette différence a été mise en valeur par la réalisation d'un test de Fisher. La Pvalue obtenue étant égale à 0,027.

Cependant, aucune différence d'attitude thérapeutique n'a été établie là encore selon la faculté d'origine.

4.3.7 Gestion du cas clinique numéro 7

Le dernier cas correspondait à un patient présentant une troisième molaire 38, en rapport avec une perte osseuse en distal de la 37 adjacente (poche parodontale de plus de 4 mm). L'hygiène étant toutefois satisfaisante chez ce patient. Il était alors demandé aux praticiens s'ils préconisaient directement l'avulsion de la 38, associée à un traitement parodontal en distal de la 37, ou si suite au traitement parodontal en distal de 37, ils temporiseraient quant au devenir de 38.

Les résultats obtenus ont été présentés dans le diagramme ci-dessous :

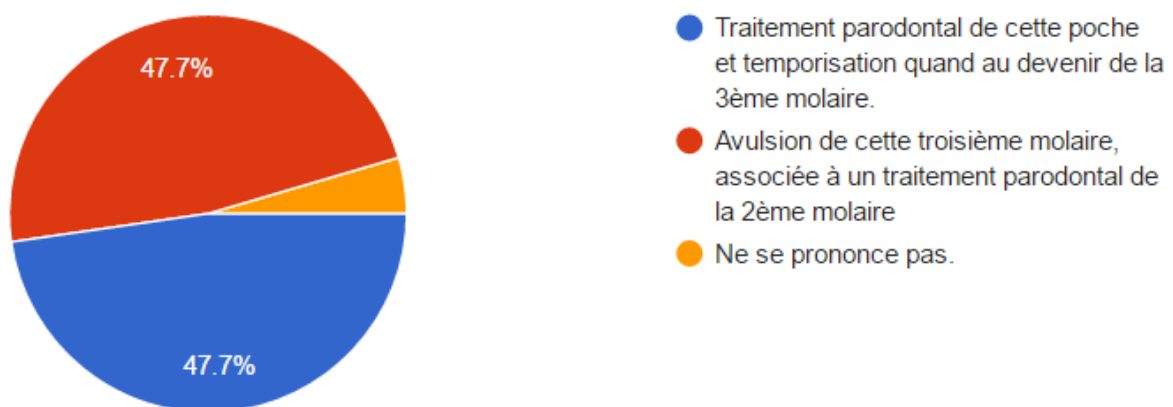


Diagramme 13 : Choix des participants lors du cas clinique numéro 7

Ainsi, on remarque que 21 praticiens (47,7%) ont opté pour la solution la plus conservatrice, à savoir une temporisation suite au traitement parodontal en distal de 37. Alors que 21 autres participants (47,7%) ont préféré indiquer directement l'avulsion de 38, associée à un traitement parodontal de la 37. 2 participants (4,5%) ont refusé de se prononcer.

Si l'on compare les réponses selon les spécialités, on observe :

	Omnipraticiens	Sto/CMF	Orthodontistes	Total
Traitement parodontal de 37 et temporisation quant au devenir de 38	8 (47%)	6 (42,9%)	7 (53,8%)	21 (47,7%)
Avulsion de 38, associée à un traitement parodontal de 37	9 (53%)	7 (50%)	5 (38,5%)	21 (47,7%)
NSP	0 (0%)	1 (7,1%)	1 (7,7%)	2 (4,5%)
Total	17 (38,6%)	14 (31,8%)	13 (39,5%)	44 (100%)

Tableau 18 : Choix des participants selon les spécialités orales (cas numéro 7)

47% des omnipraticiens ont choisi le traitement parodontal de la 37, et une temporisation quant au devenir de 38, contre 42,9% des stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux, et 53,8% des orthodontistes.

53% des omnipraticiens ont préféré l'avulsion directe de 38 associée à un traitement parodontal de 37, contre 50% des stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux, et 38,5% des orthodontistes.

Aucune différence significative n'a été observée entre les 3 groupes suite à la réalisation du test de Fisher.

De même, aucune différence significative n'a été observée selon la faculté d'origine.

4.4 Rappel et mise à jour des recommandations

4.4.1 Rappel des recommandations

Nous avons demandé aux praticiens s'ils avaient été amenés au cours des cinq dernières années à revoir les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant les indications d'avulsion des troisièmes molaires afin de remettre à jour leurs connaissances.

Nous avons constaté que 23 participants (52,3%) de notre échantillon avouaient ne pas avoir revu les recommandations concernant les indications d'avulsion des troisièmes molaires au cours des cinq années précédentes.

Avez vous été amenés au cours des cinq dernières années à revoir les recommandations concernant les avulsions des troisièmes molaires ?
(44 responses)

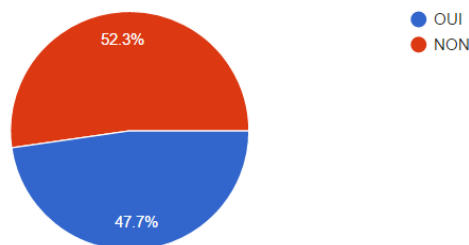


Diagramme 15 : Rappel des recommandations au cours des 5 dernières années

4.4.2 Opinion quant à une mise à jour de ces recommandations

Enfin, la dernière question posée évoquait une éventuelle mise à jour des recommandations concernant les avulsions de troisièmes molaires. Nous avons ainsi constaté que 75% de notre échantillon (n=33) était en faveur d'une mise à jour de ces recommandations.

Pensez-vous qu'une mise à jour de ces recommandations s'avère être nécessaire ?
(44 responses)

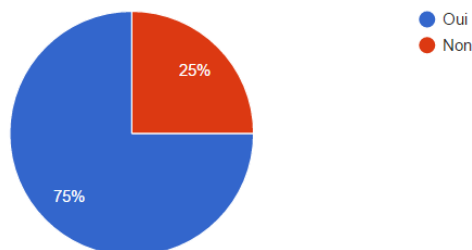


Diagramme 16 : Avis quant à une éventuelle mise à jour de ces recommandations

5 Discussion

5.1 Méthodes

5.1.1 : Réalisation et diffusion du questionnaire

Notre étude a été réalisée grâce à un mode de distribution du questionnaire par email, pour des raisons de coût et de temps. Cela a pu avoir une répercussion sur la population retenue, avec un échantillon plus jeune, ou plus cyber connecté. Toutefois, nous n'avons pas remarqué de différences importantes entre l'âge moyen de notre échantillon et celui de la population nationale.

Le fait de se déplacer dans les cabinets et de se présenter directement aux praticiens aurait probablement augmenté nos chances d'obtenir un échantillon de plus grande taille. En effet, les communications téléphoniques paraissent plus limitées, et laissent beaucoup moins ressortir les émotions qu'un entretien en face à face.

Aussi, nous avons pu remarquer qu'il existait une différence statistiquement significative entre notre échantillon et la population nationale. Notre échantillon étant beaucoup plus citadin. Cette différence est probablement due à la présence de grandes agglomérations en Aquitaine comme Bordeaux, Bayonne ou encore Pau. Mais également à un biais de sélection de notre part, puisque les numéros de téléphone des cabinets ont été retenus pour la majeure partie à partir du site internet des pages jaunes, qui classe les cabinets selon la proximité. Or, toutes les recherches ont été effectuées depuis le centre-ville de Bordeaux.

Il aurait de même été plus adéquat de comparer notre échantillon à la population des praticiens aquitains plutôt qu'à la population nationale. Cependant il n'a pas été possible d'obtenir des statistiques nationales concernant la population des chirurgiens-dentistes que ce soit auprès du conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou auprès des syndicats dentaires qui ne disposent de telles données.

Le choix de questions fermées a été réalisé afin de faciliter l'exploitation des résultats. Pour cela, nous avons opté pour des questions à choix multiples. A partir de ces résultats, nous avons pu réaliser des croisements de variables à l'aide du logiciel Microsoft Excel, et établir les tendances des praticiens. Ce choix implique cependant l'existence de biais, puisque chaque participant n'a pu réellement indiquer le motif pour lequel il choisissait ou non de procéder aux avulsions.

5.1.2 : Choix de mise en situation clinique

Nous avons décidé de réaliser un questionnaire présentant des cas cliniques, et illustré par des radiographies panoramiques.

Ce choix peut être considéré comme hasardeux, car amenant de nombreux biais possibles, mais aussi judicieux, car il permet de réellement mettre en situation le praticien au cours de la question.

Certains participants auraient certainement préféré prendre leur décision suite à un véritable examen clinique complet, et non en se basant uniquement sur des clichés radiographiques. Il aurait pu être pertinent d'ajouter des photos intra-buccales des patients comme outil d'aide à la décision.

Aussi, on peut considérer que face aux radiographies panoramiques, les praticiens ont pu être influencés par d'autres éléments, comme le nombre de dents cariées, absentes, ou obturées (indice CAO).

Nous avons reçu par email les remarques de deux praticiens. Le premier, un orthodontiste exclusif, signalait que pour certains cas, le simple usage d'une radiographie panoramique n'était pas suffisant, et sa prise de décision était réalisée après analyse concomitante d'une téléradiographie de profil et de la radiographie panoramique.

Un autre praticien, stomatologue, nous a reproché le fait de ne fournir aucun examen situant ces dents dans les trois dimensions de l'espace, examen de type cone beam. Cet examen est en effet primordial dans le cadre d'avulsions des troisièmes molaires, et notamment pour évaluer les risques de lésions du nerf alvéolaire inférieur.

On peut donc considérer que notre questionnaire était incomplet en l'absence de ces différents éléments, cependant la possibilité d'obtenir clichés photographiques intra buccaux, radiographie panoramique, téléradiographie de profil et cone beam de la zone des troisièmes molaires afin d'évaluer leur rapport avec le nerf dentaire inférieur pour chaque cas clinique aurait été difficile, plus coûteux, et plus long. De plus, le fait de présenter un cone beam aux participants aurait été plus révélateur de la difficulté des avulsions.

Nous étions conscients de ces éléments manquants au cours de la réalisation du questionnaire, cependant le choix des cas cliniques de mise en situation a été conservé.

La raison de ce choix réside dans le fait que face à un cas clinique et à une radiographie panoramique, le praticien se retrouve face au premier élément qu'il étudie au cours de son examen clinique et de la réalisation de son plan de traitement pour le patient dans sa pratique quotidienne.

Si nous avons posé de simples questions comme par exemple : « Réalisez-vous parfois des avulsions de troisièmes molaires pour raisons prophylactiques », les praticiens auraient peut-être été orientés vers la réponse « Non ».

5.2 L'échantillon et les résultats obtenus

Le taux de participation à notre questionnaire s'est révélé faible, avec uniquement 32,8% de réponses. Cela était assez largement inférieur à nos attentes initiales. Des différences auraient pu peut-être s'avérer significatives en présence d'un échantillon plus important.

Ainsi, nous n'avons pas pu tirer de réelles conclusions de cette étude, même si de nombreuses tendances ont pu être observées.

Tout d'abord, le fait qu'il existe des différences d'attitude entre les différents groupes étudiés. En effet, nous avons remarqué que les stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux étaient beaucoup moins conservateurs que les deux autres groupes. Cela est probablement lié au fait que ces avulsions représentent une grande part de leur activité quotidienne.

Il faut noter qu'aucune différence n'a pu être observée entre les praticiens formés à Bordeaux et les autres. Au vu du faible nombre de participants, nous avons été obligés de regrouper les participants formés dans les facultés autres que Bordeaux entre eux. En présence d'un échantillon plus important, peut-être aurions-nous pu observer des différences entre les différentes facultés ce qui aurait pu être intéressant.

Ensuite, nous avons remarqué que les avulsions pour raisons prophylactiques et orthodontiques étaient bien réelles en Aquitaine, puisque la majorité des participants à cette étude étaient en faveur des avulsions pour les cas numéro 2 et numéro 3.

Cependant, concernant le cas numéro 3, nous avons noté un nombre d'indication d'avulsions beaucoup moins important chez les orthodontistes que chez les omnipraticiens et les chirurgiens maxillo-faciaux et stomatologues.

Les orthodontistes sembleraient donc mieux renseignés sur ce sujet controversé depuis des années concernant le lien entre l'éruption des troisièmes molaires et l'encombrement incisif mandibulaire.

Concernant les cas en présence d'une troisième molaire mésio-angulée au contact de la partie cervico-distale de la deuxième molaire, ou en présence d'une poche parodontale entre deuxième et troisième molaire, nous avons constaté des taux de choix d'avulsion ou de choix de conservation similaires. Il n'existait pas concernant ces cas présents de conduite à tenir précise dans la littérature, ce qui pourrait expliquer ces résultats.

On remarque d'ailleurs un manque de formation continue des praticiens concernant les avulsions de ces troisièmes molaires, avec peu de remise à jour de leurs connaissances au cours de ces cinq dernières années. Les trois quarts des praticiens avouaient être en faveur d'une mise à jour de ces recommandations.

5.3 : Comparaison avec d'autres études similaires

5.3.1 : Etude Barcelonaise de Fuster Torres et Al (41)

Une étude barcelonaise réalisée en 2008 visait à évaluer les indications d'avulsions chirurgicales des troisièmes molaires par les chirurgiens oraux et les omnipraticiens. (41)

Dans le cadre de cette étude descriptive, 319 patients sujets à l'avulsion d'au moins une troisième molaire ont été suivis entre juillet 2004 et mars 2005. Divers paramètres ont alors été étudiés, l'âge, le sexe, la situation de la dent, et enfin le motif d'avulsion.

Les résultats de cette étude ont révélé que dans 73,7% des cas, il s'agissait d'avulsions mandibulaires. 69,6% des dents extraites étaient recouvertes de tissus mous.

Le motif d'avulsion le plus fréquemment retrouvé était la prophylaxie, avec 51% des motifs d'avulsion chez les omnipraticiens, et 46,1% des motifs chez les chirurgiens oraux.

Rappelons qu'au sein de notre étude, 45,5% des participants avaient choisi l'avulsion prophylactique des quatre germes de troisième molaire lors du cas clinique numéro 2. Parmi ces 45,5%, on retrouvait 41,2% des omnipraticiens en faveur des avulsions, et 47% des chirurgiens oraux favorables également à cet acte. La tendance semble donc inversée au sein de notre étude avec des indications d'avulsions un peu plus nombreuses chez les chirurgiens oraux, avec toutes les réserves de précaution à prendre liées à la faiblesse de notre échantillon.

Le deuxième motif d'avulsions le plus retrouvé au sein de cette étude correspondait aux avulsions pour raisons orthodontiques. Chez les 14/20 ans, 66,1% des omnipraticiens étaient en faveur des avulsions de troisièmes molaires pour raisons orthodontiques, ou suite à la réalisation d'un traitement d'orthodontie.

Au cours de notre étude, 70,5% des participants avaient choisi l'avulsion des troisièmes molaires chez un patient de 15 ans suite à l'apparition d'un encombrement incisif.

Les autres principaux motifs d'avulsions étaient la présence de péri coronarites, ou encore l'apparition de caries, mais à des taux moindres.

5.3.2 Etude américaine de Lindauer et Laskin (16)

Le journal américain d'orthodontie et d'orthopédie dentofaciale a publié une étude en 2007 concernant l'opinion des orthodontistes et des chirurgiens oraux sur l'encombrement dentaire antérieur. (16)

Pour cela, 393 orthodontistes et 458 chirurgiens oraux ont été soumis à un questionnaire évaluant le lien entre éruption des troisièmes molaires et encombrement dentaire antérieur.

Les résultats de cette étude ont montré que de manière significative, les orthodontistes étaient moins nombreux que les chirurgiens oraux à penser que les troisièmes molaires maxillaires et mandibulaires possédaient une composante des forces antérieure. Similairement, ils étaient moins nombreux à penser que les troisièmes molaires étaient responsables de l'encombrement dentaire antérieur, et étaient donc également beaucoup moins nombreux à recommander les avulsions prophylactiques des troisièmes molaires afin de prévenir ce phénomène.

Il existait donc de manière significative une différence d'attitude thérapeutique entre les orthodontistes et les chirurgiens oraux américains concernant le rôle des troisièmes molaires sur l'encombrement dentaire antérieur.

Au sein de notre étude, le cas clinique numéro 3 comparait les différences d'attitude thérapeutique entre omnipraticiens, orthodontistes, et chirurgiens oraux concernant ce phénomène d'encombrement antérieur.

Ainsi, 93% des chirurgiens oraux étaient en faveur des avulsions dans le cadre de la visite d'un patient présentant un début d'encombrement incisif, associant éruptions des troisièmes molaires et encombrement antérieur. En revanche, seuls 30,8% des orthodontistes préconisaient ces avulsions. Il

existait donc également au sein de notre étude une différence d'attitude thérapeutique entre orthodontistes et chirurgiens oraux. Les résultats de notre étude semblent donc cohérents.

5.3.3 Etude Ecossaise de Dunne et Goodall (42)

Une étude écossaise s'est penchée sur les indications d'avulsion des troisièmes molaires entre les années 1995 et 2002 au sein de 12 unités de chirurgie orale et maxillo-faciale du pays. 928 patients se sont présentés dans ces services en 1995, contre 412 en 2002. (42)

Les conclusions de cette étude ont montré que le pourcentage de patients examinés ne subissant aucune avulsion a progressé de 11% en 1995 à 16% en 2002. A l'inverse, le pourcentage d'avulsions prophylactiques a diminué de 39,4% en 1995 à 17,2% en 2002. On a également constaté sur la même période une augmentation des actes d'avulsion sous anesthésie locale, et une diminution des interventions sous anesthésie générale.

Ces résultats ne vont pas dans le même sens que ceux de notre étude. En effet, en Aquitaine, l'Agence Régionale de Santé a montré une augmentation du taux de recours à la chirurgie de la bouche et des dents entre les années 2007 et 2011, et notamment une augmentation des actes d'avulsions pour raisons prophylactiques ou orthodontiques avec une majorité de patients âgés de 13 à 24 ans. Mais également un recours à l'anesthésie générale plus important. (38)

Cependant, entre les années 1995 et 2002, en l'an 2000 plus précisément, un guide national concernant les attitudes à adopter en présence de troisièmes molaires, le SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) a été publié en Ecosse, afin de modifier les pratiques d'avulsions au sein du territoire. (43)

Il semblerait que ce guide ait donc permis une modification des pratiques courantes, entraînant une diminution de l'acte de chirurgie d'avulsion des troisièmes molaires, et notamment sous anesthésie générale.

5.3.4 : National Institute of Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Uni (44)

En l'an 2000, le NICE a réalisé un guide de recommandations concernant les avulsions de troisièmes molaires, faisant suite au SIGN réalisé un peu plus tôt en Ecosse. Ce guide ayant pour principale mesure de diminuer le nombre d'avulsions prophylactiques, et d'indiquer précisément les indications d'avulsions de ces troisièmes molaires. Selon cet institut, le programme de soins dentaires par les praticiens dentaires et autres professionnels de santé se devait d'être différent, notamment en termes de prise en charge des patients concernant les avulsions de troisièmes molaires. Ce guide fait encore référence aujourd'hui, et des modifications peuvent y être apportées, la dernière remontant à 2014. (44)

Ce guide spécifie clairement que les avulsions chirurgicales de troisièmes molaires doivent se limiter aux cas avec une pathologie évidente tels que : dents non cliniquement restaurables de manière

durable, traitement endodontique impossible ou pathologie péri apicale, cellulites, abcès, résorption interne ou externe de la dent adjacente, fracture de la dent, désordre du follicule incluant kyste ou tumeur, dent interférant dans le cadre d'une chirurgie ou d'une reconstruction chirurgicale de la face, et enfin lorsque la dent est impliquée dans la résection d'une tumeur.

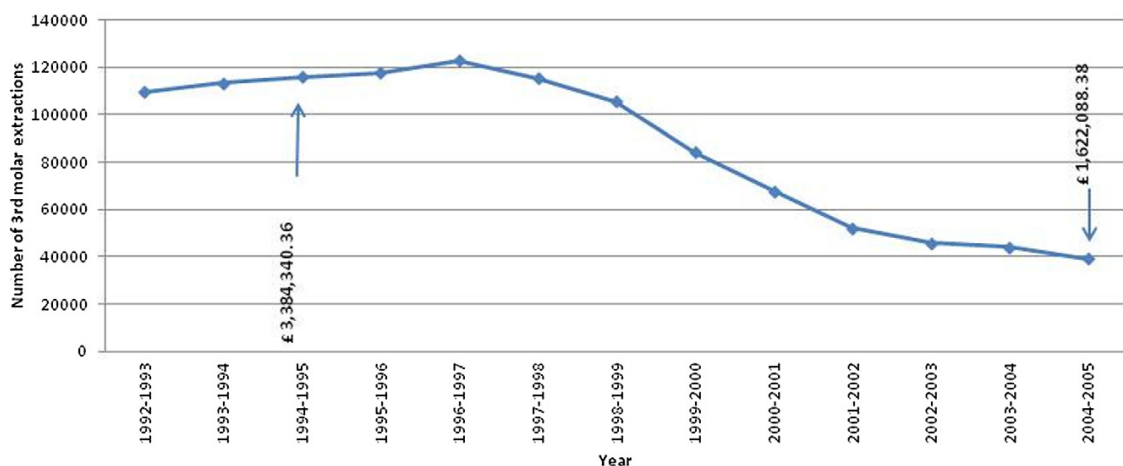
Aussi, il existe une mention concernant les péricoronarites et la formation de la plaque dentaire. La formation de plaque dentaire est un facteur de risque, mais n'est pas en soi une indication chirurgicale. Le degré de sévérité et la répétition du phénomène de péricoronarite pourra influencer la décision d'avulsion. En pratique, cela signifie qu'en présence d'un premier phénomène inflammatoire, l'indication d'avulsion ne sera pas forcément nécessaire. En revanche, suite à un second phénomène de péricoronarite, l'indication d'avulsion sera justifiée.

Il n'existe aucune étude justifiant que les avulsions prophylactiques de troisièmes molaires présentent un réel bénéfice pour la santé du patient.

Suite à la mise en place de ce guide de recommandations, plusieurs études ont été réalisées afin d'évaluer les répercussions de ce travail. Les données des hôpitaux et cliniques d'Angleterre et du Pays de Galles, ainsi que celles des assurances privées ont été récupérées et étudiées sur une période de 20 ans, de 1990 à 2010. Le but étant d'étudier les indications d'avulsions et l'âge moyen d'intervention. (45)

Cette étude a révélé que le nombre d'avulsions de troisièmes molaires a fortement diminué, passant de 80 à 50% des motifs d'admission pour hospitalisation sur cette période. De même, l'âge moyen d'intervention est passé de 25,5 ans à 31,8 ans sur cette même période. Ce changement d'âge moyen est corrélé à une variation des indications d'avulsions, avec notamment une augmentation des indications pour motifs de caries ou de péricoronarites, et une diminution des avulsions prophylactiques.

En termes de coût, on a noté une importante diminution des dépenses de santé concernant ces troisièmes molaires, comme présenté dans le graphique ci-dessous : (45)



Graphique 3 : évolution des dépenses de santé concernant les avulsions de troisièmes molaires au Royaume-Uni entre 1992 et 2005.

Entre 1995 et 2009, on a donc observé une variation concernant les motifs d'indication d'avulsions en Angleterre et au Pays de Galles, comme présenté dans le diagramme ci-dessous : (46)

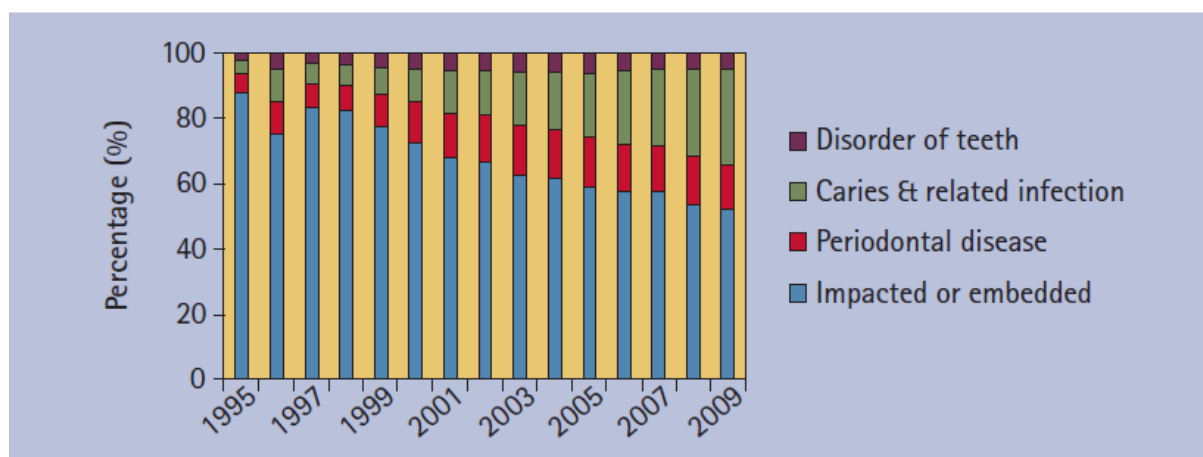


Diagramme 17 : Principaux motifs d'indications d'avulsions des troisièmes molaires en Angleterre et au Pays de Galles entre 1995 et 2009

Le fait d'avoir mis en place des mesures au Royaume-Uni, notamment en instaurant des guides de recommandations de bonnes pratiques comme le NICE, souvent remis à jour, a donc permis une modification visible des pratiques courantes, et une importante diminution des avulsions parmi lesquelles les avulsions dites prophylactiques.

6 Conclusion

Bien que le faible taux de réponses à notre étude, associé aux possibles biais ne nous permettent pas d'émettre de réelles conclusions sur la pertinence des indications d'avulsions des troisièmes molaires en Aquitaine, ce travail révèle tout de même certaines tendances.

Nous avons donc observé lors des divers cas cliniques des taux d'avulsion de troisièmes molaires particulièrement élevés. Ces taux variaient selon les spécialités des participants à notre étude, avec des stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux moins conservateurs que les omnipraticiens, eux-mêmes moins conservateurs que les orthodontistes.

Aussi, nous avons pu constater que les avulsions de troisièmes molaires à l'état de germes, avulsions dites prophylactiques, étaient courantes avec des taux importants, les résultats de notre étude étant en corrélation avec ceux de l'Agence Régionale de Santé en Aquitaine.

De même, les avulsions de troisièmes molaires pour cause de récurrence d'encombrement dentaire de la région incisive inférieure, suite à un traitement orthodontique sont très nombreuses, malgré l'existence d'études justifiant cet acte. Seuls les orthodontistes semblent concernés par ce sujet.

Nous avons remarqué également que la majeure partie des participants à notre étude étaient en faveur d'une mise à jour des recommandations actuellement disponibles en France, qui s'avèrent être obsolètes.

Dans d'autres pays, comme le Royaume-Uni, la mise en place de guide de recommandations a permis une modification des pratiques courantes, et la diminution des avulsions systématiques.

Pour finir, compte tenu de l'ancienneté des recommandations existantes, et de l'augmentation du nombre des extractions de troisièmes molaires, une mise à jour semble être nécessaire, associée à une large diffusion de ces informations.

7 Annexes

Principales indications d'avulsion des troisièmes molaires en Aquitaine ?

Bonjour à tous, dans le cadre de ma thèse d'exercice, je réalise un questionnaire concernant les principales indications d'avulsion des troisièmes molaires en Aquitaine. Bien sûr, toutes les réponses resteront anonymes. Je vous remercie de bien vouloir m'accorder 2 minutes au maximum de votre temps libre afin de prendre le temps de répondre aux questions. Cela me sera d'une grande aide pour l'avancée de mon travail. Merci

1. Quel âge avez-vous ? (Réponse à 2 chiffres)

.....

2. Au sein de quelle faculté avez-vous étudié ?

.....

3. Considérez-vous votre lieu d'exercice comme :

☐ Citadin

☐ Rural

☐

4. Etes-vous :

☐ Chirurgien-dentiste omnipraticien

☐ Orthodontiste

☐ Stomatologue/Chirurgien maxillo-facial

5. Si vous êtes omnipraticien, réalisez-vous les avulsions de troisièmes molaires

☐ Toujours vous même

☐ Jamais

☐ Cela dépend de la difficulté du cas.

CAS 1 :



6. Ce patient, sans aucune pathologie, se présente au cabinet avec une troisième molaire mandibulaire 38 présentant une atteinte pulpaire irréversible. Cette dent semble tout de même restaurable. Quelle sera votre attitude thérapeutique vis à vis de ce patient ?

- ☐ Tentative de conservation dans la mesure où la dent peut être restaurée de manière durable.
- ☐ Avulsion de 38
- ☐ Ne se prononce pas

CAS 2



7. Ce patient de 15 ans se présente au cabinet avec des troisièmes molaires mandibulaire à l'état de germes, intra osseuses, non pathologiques et sans pathologies associées. Quelle sera votre conduite ?

- ☐ Conservation
- ☐ Avulsion
- ☐ Ne se prononce pas

CAS 3



8. Ce patient de 20 ans se présente au cabinet avec comme motif de consultation un encombrement dentaire de la région incisivo-canine mandibulaire, malgré un traitement d'orthodontie plus jeune. A la radiographie panoramique, on observe la présence de 38 et 48 en désinclusion, mais non pathologiques. Quelle sera votre attitude thérapeutique ?

- ☐ Conservation des troisièmes molaires
- ☐ Avulsion
- ☐ Ne se prononce pas

CAS 4



9. Ce patient de 24 ans se présente au cabinet, avec pour motif de consultation une 38 en désinclusion, qui présente des péri coronarites à répétition, nécessitant son avulsion. La 48 contro-latérale en désinclusion ne présente aucune symptomatologie. Quelle sera votre conduite ?

- ☐ Traitement symptomatique uniquement
- ☐ Avulsion de 38 uniquement
- ☐ Avulsions de 28/38 uniquement
- ☐ Avulsions des 4 troisièmes molaires
- ☐ Ne se prononce pas

CAS 5 :



10. Ce patient sans aucun problème de santé, se présente au cabinet, avec pour motif de consultation des douleurs de l'hémiface droite depuis peu notamment au cours de l'ouverture buccale. Elles sont associées à une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire droite. Et en bouche, on remarque l'éruption en cours de 38 et 48. Quelle sera alors votre attitude thérapeutique ?

- ☐ Traitement symptomatique de la douleur et réévaluation
- ☐ Traitement du désordre de l'appareil manducateur DAM (anciennement SADAM)
- ☐ Avulsion de 48
- ☐ Avulsion de 38 et 48
- ☐ Avulsion des quatre troisièmes molaires

CAS 6



11. Ce patient se présente au cabinet pour un contrôle. Au vu de son âge (19 ans), une radiographie panoramique de bilan est réalisée. 38 est en désinclusion, mais sans pathologie associée. Cependant, sa couronne est en contact avec la racine distale de la 2ème molaire, sans qu'il n'existe toutefois de lésion apparente de la racine distale de 37. Les avulsions de 18 et 48 sous anesthésie locale ont déjà été réalisées par un stomatologue. Quelle sera votre attitude thérapeutique vis à vis de ce patient ?

- ☐ Surveillance, temporisation et contrôle à un an
- ☐ Avulsion de 38
- ☐ Ne se prononce pas

CAS 7 :



12. Vous recevez en consultation un patient qui présente une troisième molaire mandibulaire 38 en rapport avec une perte osseuse de la face distale de sa 2ème molaire adjacente (poche parodontale de plus de 4 mm). L'hygiène chez ce patient est satisfaisante. Quelle sera alors votre attitude thérapeutique ?

- ☐ Traitement parodontal de cette poche et temporisation quant au devenir de la 3ème molaire.
- ☐ Avulsion de cette troisième molaire, associée à un traitement parodontal de la 2ème molaire
- ☐ Ne se prononce pas.

13. Avez-vous été amenés au cours des cinq dernières années à revoir les recommandations concernant les avulsions des troisièmes molaires ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

14. Pensez-vous qu'une mise à jour de ces recommandations s'avère être nécessaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8 Bibliographie

1. Haroun A. Recommandations de l'HAS sur l'avulsion des troisièmes molaires. Bull L'Union Natl Pour L'Intérêt L'Orthopédie Dento-Faciale. 2008;(37):22-37.
2. Lopes V, Mumenya R, Feinmann C, Harris M. Third molar surgery: an audit of the indications for surgery, post-operative complaints and patient satisfaction. Br J Oral Maxillofac Surg. 1995;33(1):33-5.
3. Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. 1996;82(1):10-7.
4. Liedholm R, Knutsson K, Lysell L, Rohlin M. Mandibular third molars: oral surgeons' assessment of the indications for removal. Br J Oral Maxillofac Surg. 1999;37(6):440-3.
5. Adeyemo WL. Do pathologies associated with impacted lower third molars justify prophylactic removal? A critical review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. 2006;102(4):448-52.
6. Keith DA. The detection of abnormalities in the jaws. A survey. Br Dent J. 1973;134(4):129.
7. Alattar MM, Baughman RA, Collett WK. A survey of panoramic radiographs for evaluation of normal and pathologic findings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1980;50(5):472-8.
8. Mourshed F. A roentgenographic study of dentigerous cysts: II. Role of roentgenograms in detecting dentigerous cyst in the early stages. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1964;18(1):54-61.
9. Güven O, Keskin A, Akal ÜK. The incidence of cysts and tumors around impacted third molars. Int J Oral Maxillofac Surg. 2000;29(2):131-5.
10. Olson RA, Fonseca RJ, Zeitler DL, Osborn DB. Fractures of the mandible: a review of 580 cases. J Oral Maxillofac Surg. 1982;40(1):23-8.
11. Iida S, Nomura K, Okura M, Kogo M. Influence of the incompletely erupted lower third molar on mandibular angle and condylar fractures. J Trauma Acute Care Surg. 2004;57(3):613-7.
12. Zhu S-J, Choi B-H, Kim H-J, Park W-S, Huh J-Y, Jung J-H, et al. Relationship between the presence of unerupted mandibular third molars and fractures of the mandibular condyle. Int J Oral Maxillofac Surg. 2005;34(4):382-5.
13. Kim S-J, Hwang C-J, Park J-H, Kim H-J, Yu H-S. Surgical removal of asymptomatic impacted third molars: Considerations for orthodontists and oral surgeons. In: Seminars in Orthodontics. Elsevier; 2015
14. Laskin DM. 9 Evaluation of the Third Molar Problem. J Am Dent Assoc. 1971;82(4):824-8.

15. Tüfekçi E, Svensk D, Kallunki J, Huggare J, Lindauer SJ, Laskin DM. Opinions of American and Swedish orthodontists about the role of erupting third molars as a cause of dental crowding. *Angle Orthod*. 2009;79(6):1139-42.
16. Lindauer SJ, Laskin DM, Tüfekçi E, Taylor RS, Cushing BJ, Best AM. Orthodontists' and surgeons' opinions on the role of third molars as a cause of dental crowding. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007;132(1):43-8.
17. Richardson ME, Orth D. The role of the third molar in the cause of late lower arch crowding: a review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1989;95(1):79-83.
18. Zawawi KH, Melis M. The role of mandibular third molars on lower anterior teeth crowding and relapse after orthodontic treatment: a systematic review. *Sci World J*. 2014
19. Steed MB. The indications for third-molar extractions. *J Am Dent Assoc*. 2014;145(6):570-3.
20. Rakprasitkul S. Pathologic changes in the pericoronal tissues of unerupted third molars. *Quintessence Int*. 2001
21. Nordenram \AA, Hultin M, Kjellman O, Ramström G. Indications for surgical removal of the mandibular third molar. Study of 2,630 cases. *Swed Dent J*. 1986;11(1-2):23-9.
22. McArdle LW, McDonald F, Jones J. Distal cervical caries in the mandibular second molar: an indication for the prophylactic removal of third molar teeth? Update. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2014;52(2):185-9.
23. Blakey GH, Marciani RD, Haug RH, Phillips C, Offenbacher S, Pabla T, et al. Periodontal pathology associated with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002;60(11):1227-33.
24. Socransky SS, Haffajee AD, Cugini MA, Smith C, Kent RL. Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol*. 1998;25(2):134-44.
25. White RP, Madianos PN, Offenbacher S, Phillips C, Blakey GH, Haug RH, et al. Microbial complexes detected in the second/third molar region in patients with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg*. 2002;60(11):1234-40.
26. Académie nationale de chirurgie dentaire. COMPTE RENDU DE LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE CHIRURGIE DENTAIRE DU 8 OCTOBRE 2009. 2009. [Internet]. [Cité 1 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.academiedentaire.fr/>
27. Christiaens I, Reyckler H. [Complications after third molar extractions : retrospective analysis of 1,213 teeth]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2002 ;103(5) :269-74.
28. Baqain ZH, Karaky AA, Sawair F, Khaisat A, Duaibis R, Rajab LD. Frequency estimates and risk factors for postoperative morbidity after third molar removal: a prospective cohort study. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66(11):2276-83.
29. Barbosa-Rebellato N-L, Thomé A-C, Costa-Maciél C, Oliveira J, Scariot R. Factors associated with complications of removal of third molars: a transversal study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(3):e376-80.

30. American Association of Dental Research. Révision de la déclaration des principes des traitements des Dysfonctions de l'Appareil Manducateur. 2010. In.
31. Huang GJ, Rue TC. Third-molar extraction as a risk factor for temporomandibular disorder. J Am Dent Assoc. 2006;137(11):1547-54.
32. Duval F, Leroux A, Bertaud V, Meary F, Le Padellec C, Refuveille L, et al. Relations entre les extractions de dents de sagesse et les dysfonctionnements de l'appareil manducateur : étude cas / témoins. Orthod Fr. sept 2015;86(3):209-19.
33. Robert RC, Bacchetti P, Pogrel MA. Frequency of trigeminal nerve injuries following third molar removal. J Oral Maxillofac Surg. 2005;63(6):732-5.
34. Friedman JW. The prophylactic extraction of third molars: a public health hazard. Am J Public Health. 2007;97(9):1554-9.
35. Song F, O'Meara S, Wilson P, Golder S, Kleijnen J. The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. Core Research; 2000
36. Edwards MJ, Brickley MR, Goodey RD, Shepherd JP. The cost, effectiveness and cost effectiveness of removal and retention of asymptomatic, disease free third molars. Br Dent J. 1999;187(7):380-4.
37. HAS. Pertinence de l'avulsion des 3èmes molaires NOTE DE PROBLEMATIQUE. Novembre 2014 Disponible sur : www.has-sante.fr
38. Exemple démarche Aquitaine Taux de recours hospitaliers Chirurgie Bouche Dents [Internet]. [Cité 24 févr 2016]. Disponible sur : http://www.fehap.fr/jcms/exemple-demarche-aquitaine-fehap_74498
39. CNSD : Les chirurgiens-dentistes en chiffres 2013 cnsd.fr 2013 [cité 5 avr 2016]. Disponible sur : <http://www.cnsd.fr/actualite/news/618-les-chirurgiens-dentistes-en-chiffres>
40. CNSD : Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes décembre 2013 [Internet]. [Cité 5 avr 2016]. Disponible sur : http://social.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf
41. Fuster Torres M, Gargallo Albiol J, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Evaluation of the indication for surgical extraction of third molars according to the oral surgeon and the primary care dentist. Experience in the Master of Oral Surgery and Implantology at Barcelona University Dental School. Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal 2008 Vol 13 Num 8 P 499-504 2008
42. Dunne CM, Goodall CA, Leitch JA, Russell DI. Removal of third molars in Scottish oral and maxillofacial surgery units: A review of practice in 1995 and 2002. Br J Oral Maxillofac Surg. 2006;44(4):313-6.

43. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of unerupted and and impacted third molar teeth. 1999. Disponible sur :
<http://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/National%20Guidelines/sign43.pdf>
44. Excellence NI for C, others. Guidance on the extraction of wisdom teeth. Technol Apprais. 2000;(1).
45. Renton T, Al-Haboubi M, Pau A, Shepherd J, Gallagher JE. What has been the United Kingdom's experience with retention of third molars? J Oral Maxillofac Surg. 2012;70(9):S48-57.
46. McArdle LW, Renton T. The effects of NICE guidelines on the management of third molar teeth. Br Dent J. 2012;213(5):E8-E8.

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Fabien Talibert	Le 08/09/2016
Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE 2016 – n°57	
Discipline : Pathologie buccale	
Pertinence des indications d'avulsion des troisièmes molaires en Aquitaine	
Résumé : Objectifs : L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence des indications d'avulsion des troisièmes molaires au sein de la région Aquitaine chez les omnipraticiens, les orthodontistes et les stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux, afin d'identifier leurs habitudes, et de les comparer. Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé par le biais d'un questionnaire, une étude descriptive des habitudes de ces praticiens. Pour cela, sept cas cliniques ont été présentés à 44 praticiens au total. Chaque cas correspondant à une situation clinique particulière. Résultats : Des différences significatives ont été relevées entre chacune des spécialités orales en termes de choix ou non d'avulsion des troisièmes molaires. Cependant, aucune différence n'a été constatée selon les facultés d'origine. Conclusion : Il existe bien une différence d'attitude entre les groupes, avec des stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux moins conservateurs que les deux autres groupes. On retrouve un nombre très important d'avulsions pour raisons dites prophylactiques. Enfin, la majeure partie des participants à l'étude était en faveur d'une mise à jour des recommandations actuelles. Mots-Clés : Troisièmes molaires – Avulsions – Indications – Prophylaxie – Orthodontie	
THE RELEVANCE OF THIRD MOLARS REMOVAL'S INDICATIONS IN AQUITAINE	
Summary: Aims: The objective of this study was to evaluate the relevance of third molars removal's indications in Aquitaine for general dental practitioners, orthodontists and oral and maxillofacial surgeons, in order to identify and compare their habits. Material and Methods: A descriptive study of their habits was carried out on the basis of a multiple choice questions paper. Seven clinical cases were presented to 44 practitioners. Each clinical case was in relation with a specific clinical situation. Results: Significant differences were found between each oral specialty in terms of choosing to remove or not the third molars. However, no significant differences were found according to the original faculty. Conclusion: There is a difference of attitude between the groups. The oral and maxillofacial surgeons are less conservative than the others. We also found an important number of prophylactic removals. The major part of the participants was favorable towards updating the recommendations. Key-words: Third molars – Removals – Indications – Prophylaxis – Orthodontics	
Université de Bordeaux – Collège des sciences de la santé UFR des Sciences Odontologiques 16-20 Cours de la Marne 33082 BORDEAUX CEDEX	