

**EXTRACTION RAISONNEE DES DENTS  
DE SIX ANS:  
A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE.**

**EXTRACTION OF FIRST PERMANENT  
MOLARS: A CLINICAL CASE.**

**Dr. K. ZOUAIDI** : résidente au service  
d'Odontologie Pédiatrique

**Pr. H. CHHOUL** : Professeur  
d'enseignement supérieur au service de  
Odontologie Pédiatrique

**CCTD, CHU IBN SINA, Rabat**



### Résumé

La dent de six ans joue un rôle *clé* dans l'établissement de l'occlusion et assure plus du ¼ du coefficient masticatoire. Ceci pose, lorsque la dent est très délabrée, un véritable dilemme: doit-on la conserver à tout prix ou bien l'extraire? Quelle attitude thérapeutique doit-on adopter, et en fonction de quels critères ?

**Mots Cles:** Dent de six ans, Délabrement, Extraction

## Introduction

La première molaire permanente (PMP) est la pierre angulaire de l'arcade dentaire. Edward H. ANGLE a fondé sa classification sur la position de cette dent. Il l'appela la *clé de l'occlusion*. Il se basa sur sa position antéro-postérieure dans sa classification des malocclusions utilisées jusqu'aujourd'hui [1]. Sa puissante implantation dans l'architecture osseuse, tant au niveau maxillaire que mandibulaire, fait d'elle, avec la canine, la véritable *clef de voûte* des arcades dentaires.

Malgré toutes les mesures de prévention prises. Les premières molaires détruites par la carie existent encore, laissant le praticien perplexe quand au traitement à instaurer : Restauration à tout prix ou extraction ? Plusieurs éléments décisionnels interviennent dans ce choix, à savoir l'âge du patient, le mode de croissance...etc.

Cependant, Il ne peut y avoir de règle absolue : L'attitude thérapeutique doit à tout moment être individualisée.

## La dent de 6 ans, Carrefour de tous les dangers

La première molaire permanente, est une dent ascensionnelle. Elle fait éruption dans la cavité buccale vers l'âge de 6 ans. Sa position sur l'arcade constitue un pilier postérieur dont le rôle est considérable pour l'établissement de l'occlusion [2].

Quand la première molaire permanente fait éruption dans le milieu buccal, la surface de l'émail est encore immature et particulièrement sensible aux acides cariogènes ce qui la rend vulnérable à l'atteinte carieuse. A cela s'ajoutent la confusion des parents concernant la nature permanente de cette dent, le manque de dextérité de l'enfant et des habitudes alimentaires, souvent, néfastes. D'autres facteurs locaux font de cette dent le site privilégié du développement de la lésion carieuse (longue persistance d'un bourrelet gingival distal après l'éruption de la dent, un point de contact défavorable en mesial...) [3].

L'immaturation apicale, l'immaturation de l'innervation ainsi que le très grand potentiel de réparation pulpaire rendent la symptomatologie de la lésion carieuse frustrante aux stades initiaux. La consultation tardive ne survient que lorsque la carie a abouti à un fort délabrement des tissus durs dentaires ([figure 1](#)).

Les thérapeutiques restauratrices sont par ailleurs difficiles à cet âge. L'anesthésie est souvent difficile à réaliser compte tenu des facteurs anatomiques, mais surtout du refus psychologique de l'enfant. La mise en place du champ opératoire devient souvent un défi du fait du manque de hauteur des structures coronaires et de l'absence de rétention pour le crampon.

Par ailleurs, la progression de la lésion carieuse est rapide et étendue au niveau de la dentine immature. La carie progresse, depuis la jonction amélo-dentinaire, de la périphérie vers la pulpe ce qui pose le problème de l'extrême fragilité des structures résiduelles qui sont souvent réduites à une simple coque d'email.

La première molaire permanente est la première dent permanente atteinte par la carie, restaurée, dévitalisée, couronnée et enfin la première dent permanente à être extraite [3].

## **La dent de 6ans : Savoir Extraire**

La décision d'extraction de la PMP est une décision globale et raisonnée qui doit s'inscrire dans un plan de traitement général. Elle nécessite une collaboration étroite entre pédodontiste et orthodontiste.

### **Indications**

La PMP peut être extraite pour des raisons endodontiques et/ou orthodontiques [4]:

#### **Indications pédodontiques**

L'extraction de la première molaire permanente est envisagée dans les cas suivants :

- Dent dont la reconstitution corono-radicaire est impossible
- Dent dont la reconstitution coronaire est impossible
- Dent avec architecture radicaire complexe interdisant l'assainissement et l'obturation complète des canaux
- Dent infectée avec perforation non récupérable du plancher pulpaire

- Dent infectée en rapport avec trajet fistuleux inaccessible (cellulite et abcès à répétition...)

### **Indications orthodontiques**

L'extraction de la PMP peut être envisagée dans les cas particuliers de dysharmonie dento-maxillaire (DDM) sévère ou de dysmorphose sévère tel que le décalage sagittal associé à un sens vertical très hyperdivergent [4].

### **Indications ortho-pédodontiques**

Les extractions des PMP peuvent être envisagées en cas d'anomalies orthodontiques telle qu'une dysharmonie dento-maxillaire où l'extraction des premières molaires permanentes délabrées, hypoplasées, infectées à pronostic douteux est préférable à l'extraction des prémolaires saines.

### **Contre-indications absolues**

L'extraction de la première molaire permanente sera remise en question devant :

- L'agénésie de la deuxième prémolaire
- L'agénésie d'une dent de sagesse (notons que dans certains cas le germe de la dent de sagesse ne devient visible que vers 13-14 ans)
- Une croissance horizontale avec diminution de l'étage inférieur
- Une malposition du germe de la dent de sagesse ou de la deuxième molaire, bien que des redressements inattendus peuvent avoir lieu
- Un âge avancé du patient : à un âge avancé le déplacement des deuxièmes molaires et des dents de sagesse reste aléatoire et imprévisible [7]
- La proximité du sinus maxillaire surtout quand la hauteur osseuse est réduite à ce niveau.

### **Facteurs décisionnels**

#### **Etat des premières molaires :**

Pour ne pas compromettre l'équilibre des arcades dentaires, le praticien peut être amené à extraire une ou plusieurs premières molaires permanentes relativement saines en plus de celle qui est délabrée.

En cas de normo-occlusion, l'extraction des quatre premières molaires permanentes s'impose si [6]:

- Toutes les premières molaires permanentes, ne peuvent être conservées ou ont un mauvais pronostic
- Trois des quatre premières molaires sont délabrées
- Deux, des quatre premières molaires, dans des segments diamétralement opposés doivent être extraites. le but étant de privilégier la symétrie.

En cas de dysharmonie dento-maxillaire (DDM), on peut combiner les extractions des premières molaires permanentes mandibulaires et de prémolaires maxillaires, ceci dépend de l'ampleur et la localisation de la DDM, des dysmorphoses et du profil du sujet.

### **Type de croissance**

Les extractions sont proscrites dans un schéma de croissance horizontale car elles entraînent un effondrement de la dimension verticale. Les extractions des PMP ne peuvent être envisagées que dans les cas de croissance hyperdivergente ([figure 2](#)).

### **Présence de germes de prémolaires et des dents de sagesse**

L'extraction des premières molaires permanentes ne peut se faire qu'en présence de germes des dents de sagesse et des deuxièmes prémolaires qui doivent avoir un axe d'éruption favorable.

### **Stade de minéralisation des deuxièmes molaires**

En absence de DDM, l'idéal serait d'obtenir la fermeture de l'espace laissé libre par l'extraction des dents de six ans. Cette fermeture est assurée par la mesio-gression spontanée des deuxièmes molaires permanentes, et non par version de celles-ci ([figure 3](#)). Ceci ne peut être obtenu que si l'extraction de la PMP se fait alors que la minéralisation du germe de la deuxième molaire permanente adjacente n'a pas dépassé la zone de furcation [5, 7]. L'âge idéal d'extraction se trouve, normalement, entre huit ans et demi et neuf ans et demi (notons tout de même que ce n'est pas l'âge civil qui compte mais l'âge dentaire).

### **Présence de DDM**

Pour corriger une DDM, le choix des dents à extraire est souvent porté sur les premières prémolaires. Mais, si les dents de 6ans sont délabrées, il sera plus judicieux de les extraire à la place des prémolaires saines.

## Cas clinique :

Taha âgé de 9ans et demi présente à l'examen exobuccal un visage symétrique avec augmentation de l'étage inférieur de la face. Le profil est convexe avec un mode de croissance hyperdivergent ([figure 4](#)).

A l'examen endobuccal, on note la formule dentaire suivante :

16	55	54	53	12	11		21	22	63	64	65	26
46	X	X	83	42	41		31	32	33	X	X	X

La 16, 36 et 46 présentent des lésions carieuses et un grand délabrement coronaire. L'examen interarcade montre des rapports sagittaux bilatéraux de classe I canine associé à un effondrement important de la dimension verticale d'occlusion ([figure 5](#), [6](#) et [7](#)).

Le cliché panoramique montre la présence des germes des deuxièmes molaires, des deuxièmes prémolaires et des germes des dents de sagesse ([figure 8](#)). Les deuxièmes molaires sont à la fin stade 6 de NOLLA et la zone de furcation est au début de sa minéralisation. Un avis orthodontique a été demandé.

Dans ce contexte, et après concertation avec l'orthodontiste, l'extraction de la 16, 26 et 46 est jugée favorable. Le but étant d'extraire les trois PMP dont le pronostic est assez réservé et de favoriser la migration par mesioression de la 17, 27 et 47 à la place des PMP extraites assurant ainsi une fermeture spontanée de l'espace. Les troisièmes molaires permanentes feront leur éruption à la place des deuxièmes molaires permanentes. Un traitement orthodontique pourra être entrepris plus tard, si les moyens financiers du patient le permettent, pour corriger la DDM.

## Conclusion :

Les extractions des premières molaires permanentes ne doivent être effectuées qu'à travers une décision thérapeutique globale. Le choix doit être raisonné et contrôlé, c'est pour cela qu'on parle d'extractions raisonnées où il faut peser l'alternative d'extraire ou de conserver ([figure 9](#)).

Certaines règles de comportement peuvent être préconisées :

1. Une collaboration entre pédodontiste et orthodontiste est nécessaire
2. la première molaire permanente ne doit jamais être la dent de choix pour les extractions orthodontiques
3. L'âge propice pour ces extractions est de 8 ½ à 9 ½
4. Ne jamais temporiser devant une première molaire délabrée car *plus tard c'est trop tard*
5. Privilégier la symétrie
6. La dernière molaire doit toujours avoir une dent antagoniste

Il faut toujours étudier le rapport bénéfice/risque pour le patient

### **Bibliographie :**

1. F. Bassiny ; Manuel d'Orthopédie Dento-Faciale, Editions Masson 1983
2. .S. Clergeau-Guerithaut, J. R Jasmin: les pathologies de la première molaire permanente de l'enfant: que faut il faire aujourd'hui? Information dentaire n 38 du 5 Novembre 1992, p : 3439-3441
3. A.Chafaie, R. Portier, Restauration de la dent de six ans : Problèmes et solutions ; les cahiers de l'A.D.F., n. 4, 1<sup>er</sup> trimestre 1999
4. M. El Alloussi, Extraction raisonnée de la première molaire permanente ; Espérance médical, septembre 2004
5. D, Millet, R. Welbury; Poor quality first permanent molars ; Clinical Problem-Solving in Orthodontics and Pediatric Dentistry, Editions Elsevier 2005
6. J-D. Mc Ewen, P-H Burke, Aspects Thérapeutiques de l'extraction de la première molaire permanente, Orthodontie française, vol 40, n 29, 1969
7. H. Travess, D. Roberts-Harry, J. Sandy, Extractions in orthodontics, British dental journal, Vol. 196, n. 4, Feb 28/2004



**Figure 1:** Délabrement coronaire important dû à l'atteinte carieuse au niveau de la 36 chez une patiente âgée de 10 ans



**Figure 2:** Teleradiographie de profil montrant un mode de croissance hyperdivergent.



**Figure 3:** Tracés montrant les mouvements dentaires consécutifs à la perte des premières molaires permanentes chez un enfant de 9 ans et 2 mois [6].



**Figure 4:** examen exobuccal montrant un visage symétrique avec augmentation de l'étage inférieur de la face. Le profil est convexe.



**Figure 5:** Vues latérales montrant l'effondrement de la DVO dû à la perte de substance au niveau des PMP.



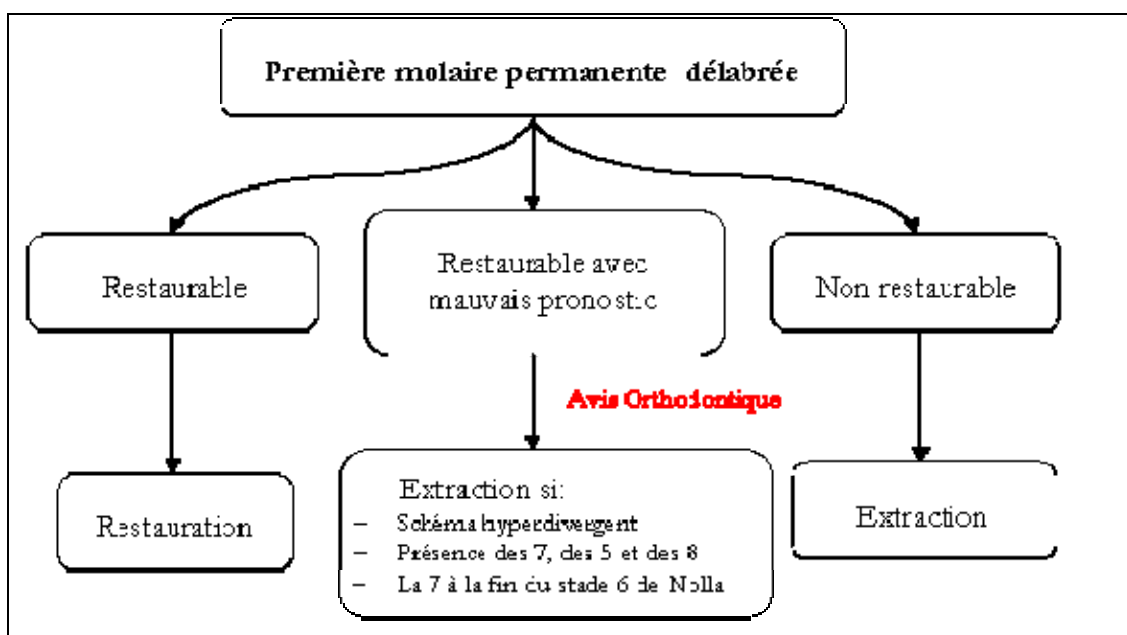
**Figure 6:** Vue du maxillaire montrant un délabrement coronaire important au niveau de la 16 et 26 et des caries au niveau des molaires temporaires.



**Figure7:** Vue de la mandibule montrant l'absence de la 36 et le grand délabrement dentaire au niveau de la 46



**Figure 8:** Panoramique montrant l'état de l'ensemble des dents de six ans.



**Figure 9 : Arbre decisionnel montrant la conduite à tenir face à une premiere molaire permanente delabrée**

**Abstract:**

First permanent molars play a *key* role in occlusion establishment and insure more than  $\frac{1}{4}$  of the mastication coefficient. Hence, this extraction becomes a real dilemma when the tooth is highly damaged: Should it be conserved at any cost? Which therapeutic attitude should be adopted; and, using which criteria?

**Keywords:** First permanent molar, Damaged, Extraction