



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Avulsion des 3<sup>es</sup> molaires : indications, techniques et modalités

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Mai 2019

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement, dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.](#)

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique. Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

#### Grade des recommandations

<b>A</b>	<b>Preuve scientifique établie</b> Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
<b>B</b>	<b>Présomption scientifique</b> Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
<b>C</b>	<b>Faible niveau de preuve</b> Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
<b>AE</b>	<b>Accord d'experts</b> En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

#### Haute Autorité de santé

Service communication – information

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

<b>Abréviations et acronymes</b> .....	<b>4</b>
<b>Messages clés</b> .....	<b>5</b>
<b>Préambule</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Indications de l'avulsion d'une 3<sup>e</sup> molaire</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Outils d'identification et d'évaluation</b> .....	<b>9</b>
2.1 Consultation.....	9
2.2 Formalités préopératoires .....	9
<b>3. Techniques de l'avulsion et modalités d'exécution</b> .....	<b>10</b>
3.1 Variabilité des incisions.....	10
3.2 Protection du nerf lingual .....	10
3.3 Dégagement osseux et avulsion de la dent .....	10
3.4 Mesure de protection vis-à-vis du nerf alvéolaire inférieur .....	10
3.5 Révision alvéolaire et sutures .....	10
3.6 Mesures thérapeutiques locales complémentaires .....	11
<b>4. Complications et gestion des risques</b> .....	<b>11</b>
4.1 Complications et risques de l'avulsion .....	11
4.2 Mesures de prévention de la douleur .....	11
4.3 Mesures de prévention du risque infectieux .....	11
4.4 Conduite à tenir chez les patients à risque hémorragique .....	12
4.5 Patients à risque de retard cicatriciel osseux et d'ostéochimionécrose .....	12
4.6 Consignes postopératoires.....	13
<b>Participants</b> .....	<b>14</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>15</b>
<b>Fiche descriptive</b> .....	<b>16</b>

## Abréviations et acronymes

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations utilisées sont explicitées ci-dessous.

AAP.....	antiagrégant plaquettaire
AB.....	antibiotique
ACO.....	anticoagulants oraux
AE.....	accord d'experts
AMM.....	autorisation de mise sur le marché
ANAES.....	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ATM.....	articulation temporo-mandibulaire
CBCT.....	<i>Cone Beam Computed Tomography</i>
CI.....	<i>Confidence Interval</i>
ECC.....	essai clinique contrôlé
GTR.....	<i>Guided Tissue Regeneration</i> ou régénération tissulaire guidée
HAS.....	Haute Autorité de santé
INR.....	<i>International Normalized Ratio</i>
M3.....	3 <sup>e</sup> molaire ou dent de sagesse
MAP.....	mesure d'apaisement ou de prévention
MD.....	<i>Main Difference</i>
NR.....	non renseigné
PFA.....	<i>Platelet Fonction Analyzer</i>
PRF.....	<i>Platelet Rich Fibrin</i>
RBP.....	recommandation de bonne pratique
RR.....	<i>Risk Ratio</i>

## Messages clés

Les recommandations suivantes ont été considérées comme étant celles à mettre en œuvre prioritairement pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients au moment de la publication de la recommandation de bonne pratique.

Le grade reflète le niveau de preuve des études cliniques sur lesquelles les recommandations sont fondées. Il ne reflète pas l'importance clinique des recommandations.

L'indication d'une avulsion peut découler de raisons d'ordre thérapeutique ou d'ordre préventif prophylactique. Lorsqu'il pose l'indication de l'avulsion d'une ou de plusieurs 3<sup>es</sup> molaires, le praticien garantit avoir tenu compte des caractéristiques anatomiques et positionnelles de cette dent, des lésions intra-osseuses dont elle peut être responsable et des symptômes induits par la dent et ressentis par le patient.

Ce n'est qu'au terme d'une étude minutieuse tant clinique que radiologique, lors de la consultation préopératoire, que le praticien peut établir le degré de difficulté de l'avulsion, le rapport bénéfice/risque, et poser ou non l'indication de l'avulsion.

Il importe d'accorder une attention particulière à la prise en charge de l'avulsion des 3<sup>es</sup> molaires, en précisant au patient (et/ou à ses responsables) les bénéfices et les risques de cette intervention. Il en va de l'information du patient, de l'anticipation des risques pour éviter tout événement indésirable ou complication per ou postopératoire.

La première partie du travail s'est attachée à répertorier les indications et non-indications de l'avulsion d'une ou des 3<sup>es</sup> molaires ; le praticien ayant à sa charge de s'assurer que cette dent n'est plus susceptible d'évoluer favorablement. Dans certains cas, l'avulsion systématique d'une 3<sup>e</sup> molaire n'est pas recommandée.

Une fois l'indication d'avulsion posée, il est nécessaire d'étudier tous les facteurs de risque liés à l'intervention, afin de déterminer le rapport bénéfice/risque.

On rappelle la nécessité de réaliser, dès la première consultation, un bilan médical (interrogatoire, examen clinique) et un bilan radiologique (panoramique dentaire de première intention).

Les formalités préopératoires sont précisées. Les techniques d'avulsion, les modalités d'exécution et les mesures thérapeutiques locales complémentaires sont abordées.

Il est bien évidemment recommandé d'apprécier les risques de complications, en amont de l'intervention, afin de les éviter, de les anticiper et de mieux les gérer : risque de douleur, risque infectieux, risque hémorragique, risque de retard cicatriciel et d'ostéochimionécrose.

Les recommandations évoquent aussi la possibilité de complications et la nécessité d'une surveillance rigoureuse.

## Préambule

### Contexte d'élaboration

L'avulsion de la 3<sup>e</sup> molaire est un acte chirurgical courant en stomatologie, en chirurgie maxillo-faciale, en chirurgie orale et en chirurgie dentaire (ou odontologie).

### Objectifs de la recommandation

Les points d'amélioration des pratiques attendus en termes de qualité et de sécurité des soins sont :

- permettre à un praticien de décider de la pertinence de l'avulsion des 3<sup>es</sup> molaires et, le cas échéant, d'adopter les modalités de prise en charge les plus pertinentes ;
- homogénéiser et optimiser les pratiques en termes de technologie et de stratégie.

### Délimitation du présent travail

Sont exclus de ce travail :

- les techniques et modalités d'anesthésie ;
- le traitement de l'urgence infectieuse et vitale que peut constituer la complication infectieuse.

### Personnes concernées

Tous les patients peuvent être concernés par ce thème : enfants après 12 ans et adultes quel que soit l'âge.

### Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, qui peuvent être associés, directement ou indirectement, à la décision et à la réalisation d'une avulsion de la 3<sup>e</sup> molaire.

Aussi, les professionnels de santé (médecins ou non médecins), directement concernés par les 3<sup>es</sup> molaires dans leur pratique, sont les :

- chirurgiens-dentistes ;
- chirurgiens maxillo-faciaux ;
- chirurgiens oraux ;
- médecins stomatologues ;
- spécialistes en orthopédie dento-faciale (orthodontistes).

Les professionnels de santé indirectement concernés par les 3<sup>es</sup> molaires dans leur pratique sont les :

- anesthésistes-réanimateurs ;
- chirurgiens cardio-vasculaires ;
- chirurgiens orthopédistes ;
- hématologues ;
- infectiologues ;
- médecins des centres de maladies rares ;
- médecins généralistes ;
- médecins internistes ;
- médecins urgentistes ;
- oncologues ;
- oto-rhino-laryngologistes ;
- pédiatres ;
- radiologues.

## Recommandations

### 1. Indications de l'avulsion d'une 3<sup>e</sup> molaire

L'avulsion de la troisième molaire est l'acte chirurgical le plus courant en stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie orale.

Pour autant, elle ne doit pas être considérée comme un acte banal et sa réalisation requiert avant, pendant et après, une procédure stricte engageant la maîtrise technique et la responsabilité du praticien. L'information du patient est primordiale : c'est une valeur ajoutée sur la qualité de la prise en charge et le climat de confiance établi entre le praticien et le patient.

<b>C</b>	L'avulsion des 3 <sup>es</sup> molaires est recommandée en présence d'un symptôme et/ou d'une pathologie liés à cette dent.
<b>AE</b>	Avant d'envisager l'avulsion d'une 3 <sup>e</sup> molaire en voie de développement, asymptomatique et sans pathologie détectable, il faut s'assurer que cette dent n'est plus susceptible d'évoluer favorablement.
<b>C</b>	En l'absence de symptôme, chez un sujet sain de plus de 30 ans, l'avulsion systématique d'une 3 <sup>e</sup> molaire n'est pas recommandée. Un suivi et une surveillance clinique et radiographique (rétro-alvéolaire ou panoramique dentaire) sont indispensables pour dépister toute évolution pathologique.
	En présence d'un risque local de pathologie parodontale sur la M2, la possibilité de l'avulsion de M3 asymptomatique doit être analysée.
	L'avulsion d'une 3 <sup>e</sup> molaire n'est pas recommandée pour prévenir l'encombrement antérieur.
<b>AE</b>	Une 3 <sup>e</sup> molaire qui ne présente pas de pathologie apparente ne doit pas forcément être considérée comme « asymptomatique », et mérite, de ce fait, une analyse approfondie.
<b>B</b>	Une fois l'indication de l'avulsion posée, il est nécessaire d'étudier tous les facteurs de risque liés à l'intervention, afin de déterminer le rapport bénéfice/risque.
<b>AE</b>	L'inclusion et/ou l'ectopie ne sont pas des critères dans la décision thérapeutique. Seuls les caractères « symptomatique » et/ou « pathologique » de la 3 <sup>e</sup> molaire sont retenus comme critères dans la décision thérapeutique (tableau ci-dessous).

**Tableau** : en prenant en compte les recommandations existantes et les données de la littérature, un tableau décisionnel est proposé pour mieux appréhender les indications de l'avulsion des dents de sagesse, en fonction du caractère symptomatique ou non de la dent, et de la présence ou non d'une pathologie associée.

	M3 pathologique	M3 non pathologique
<b>M3 symptomatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carie symptomatique de la M3 non restaurable de manière pérenne</li> <li>• Pathologie pulpaire et/ou périapicale de la M3 (granulome, kyste apical) symptomatique non traitable</li> <li>• Cellulite, abcès, ostéomyélite en relation avec la M3</li> <li>• Parodontopathie en relation avec la M3</li> <li>• Fracture symptomatique de la M3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Péricoronarite récidivante et/ou résistante aux traitements conservateurs</li> <li>• Résorption interne/externe de la dent adjacente</li> <li>• M3 perturbant l'occlusion dynamique</li> </ul>

<b>M3 asymptomatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carie asymptomatique de la M3 non restaurable de manière pérenne</li> <li>• Pathologie pulpaire et/ou périapicale de la M3 (granulome, kyste apical) asymptomatique non traitable</li> <li>• Fracture asymptomatique de la M3</li> <li>• M3 en rapport avec un kyste ou une tumeur bénigne</li> <li>• M3 en rapport avec une pathologie à caractère supposé malin</li> <li>• M3 située dans un trait de fracture mandibulaire (optimisation de la réduction et de l'ostéosynthèse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticipation des difficultés et/ou complications potentielles futures liées à l'édification des racines des M3 et leur possible promiscuité avec le nerf alvéolaire inférieur</li> <li>• Raisons médicales : radiothérapie future, foyer infectieux potentiel dans un contexte médical diabétique, cardiaque et/ou immunosuppresseur</li> <li>• M3 dans le champ d'une chirurgie et/ou d'une reconstruction de la mâchoire</li> <li>• M3 qui servira de transplant</li> <li>• Pose d'un implant à proximité d'une M3 incluse</li> <li>• Situations de vie spécifiques afin de prévenir les troubles liés à une M3 à un moment inapproprié pour le patient (grossesse, stress physique ou émotionnel, voyage, activité sportive, expédition militaire, trajet aérien, etc.)</li> <li>• Prévention d'une résorption coronale et/ou radiculaire de la dent adjacente</li> <li>• M3 non fonctionnelle (sans antagoniste avec risque d'égression)</li> <li>• Optimisation/planification d'une réalisation prothétique : probabilité d'éruption secondaire ou dent incluse dans une zone d'appui muqueux de la prothèse amovible</li> <li>• Préparation à la chirurgie orthognathique : prévention d'une difficulté chirurgicale (M3 assimilée à un obstacle sur le trajet de l'ostéotomie)</li> <li>• Besoin orthodontique : facilitation d'un déplacement distal de la 2e molaire</li> </ul>
------------------------------	--	---

**Non-indications recommandées de l'avulsion de M3  
(nécessité d'un suivi de l'évolution à 6 mois)**

Probabilité de positionnement spontané sur l'arcade
3 <sup>e</sup> molaire susceptible d'entraîner un encombrement incisivo-canin antérieur
Dent incluse dans l'os, asymptomatique et/ou sans pathologie
Dents bien positionnées sur l'arcade, fonctionnelles, asymptomatiques, sans pathologie carieuse avec un parodonte sain
Si avulsion d'autres dents ou traitement orthodontique avec repositionnement correct de la dent appropriée



## 2. Outils d'identification et d'évaluation

Le contexte médico-légal actuel met en lumière la responsabilité du praticien et la nécessité d'accorder une attention particulière à la prise en charge des avulsions des dents de sagesse, en cas de non-indication, ou de possibles complications pré, per ou postopératoires.

Pour atteindre cette maîtrise dans l'indication opératoire, il importe tout d'abord de connaître l'environnement anatomique des 3<sup>es</sup> molaires mandibulaires, leurs rapports, ainsi que le site chirurgical.

### 2.1 Consultation

Toutes les recommandations identifiées s'accordent sur l'objectif de la première consultation avec la réalisation d'un bilan médical (interrogatoire, examen clinique de la cavité buccale) et d'un bilan radiologique.

<b>AE</b>	Lors de la première consultation, il est recommandé de réaliser un bilan médical (interrogatoire, examen clinique) et un bilan radiologique (panoramique dentaire de première intention). Ces bilans suffisent le plus souvent.
<b>C</b>	En cas de lésion ostéolytique ou ostéocondensante associée, en cas de rapport étroit des racines de la 3 <sup>e</sup> molaire avec le nerf alvéolaire, ou pour préciser les rapports anatomiques de la dent avec les structures voisines, le <i>Cone Beam Computed Tomography</i> (CBCT ou <i>Cone Beam</i> ) – ou à défaut un dentascanner – est recommandé pour optimiser l'avulsion et ses résultats.

### 2.2 Formalités préopératoires

La pratique de la chirurgie des dents de sagesse impose un plateau technique conforme avec les règles d'asepsie et une prévention contre les infections nosocomiales. L'ensemble de la structure fonctionne sous la responsabilité du personnel médical titulaire, servi par une équipe soignante diplômée et à jour de formation.

<b>AE</b>	<p>Le praticien remet au patient et/ou à ses responsables légaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un consentement éclairé que le patient (ou ses « deux » parents responsables) lit (lisent) et signe(nt) avant l'intervention ;</li> <li>• une feuille d'informations concernant l'intervention sur les dents de sagesse ;</li> <li>• et une prescription médicamenteuse.</li> </ul>
	Le praticien doit vérifier la présence et la pertinence du bilan radiologique (radiographies gardées par le praticien pour l'intervention ou remises au patient qui les rapporte le jour de l'intervention).

### 3. Techniques de l'avulsion et modalités d'exécution

Plusieurs techniques de l'avulsion peuvent être proposées.

#### 3.1 Variabilité des incisions

**B** Les données de la littérature ne permettent pas de privilégier une technique de lambeau mucopériosté par rapport à une autre.

#### 3.2 Protection du nerf lingual

**B** Le recours à un rétracteur sous-périosté en position linguale augmente le risque de survenue d'altération de la sensibilité linguale.

#### 3.3 Dégagement osseux et avulsion de la dent

**B** Les données de la littérature sont insuffisantes pour favoriser la piézochirurgie plutôt qu'une autre technique de dégagement osseux.

#### 3.4 Mesure de protection vis-à-vis du nerf alvéolaire inférieur

La 3<sup>e</sup> molaire incluse, enclavée ou ectopique peut se retrouver en contact étroit avec le nerf alvéolaire courant dans le canal dentaire inférieur de la mandibule.

Une lésion partielle ou complète du nerf alvéolaire entraîne une hypoesthésie ou une anesthésie de la portion médiane de la lèvre inférieure homolatérale et du menton adjacent, des dysesthésies, des paresthésies.

**AE** La découpe de la 3<sup>e</sup> molaire mandibulaire en plusieurs fragments permet le plus souvent d'éviter une atteinte du nerf alvéolaire inférieur.

**B** La coronectomie doit être réservée à des cas très exceptionnels, lorsqu'il existe un risque élevé de lésion nerveuse,

**AE** notamment en cas de nerf alvéolaire passant au travers de racines dentaires fusionnées de la 3<sup>e</sup> molaire (preuve radiologique CBCT à l'appui).

**B** Dans les suites d'une coronectomie, des complications postopératoires et des échecs à plus long terme peuvent survenir : un suivi des racines laissées en place est indispensable.

#### 3.5 Révision alvéolaire et sutures

La cavité osseuse est curetée et débarrassée de la poudre d'os, des débris dentaires, des granulomes dentaires inflammatoires et/ou du reliquat de sac alvéolaire qui pourraient s'y trouver.

Un lavage de la cavité est préconisé. Aucune donnée de la littérature ne mentionne l'efficacité supérieure d'un produit par rapport à un autre (sérum physiologique, bétadine, eau oxygénée ou autre antiseptique).

**AE** La suture d'un lambeau mucopériosté (lorsqu'il est réalisé) est recommandée.

**B** Aucune technique de suture ne peut être recommandée de façon privilégiée.

### 3.6 Mesures thérapeutiques locales complémentaires

L'avulsion d'une M3 peut provoquer des alvéolites, des pertes parodontales au niveau distal de la M2. Afin de réduire ce risque, différentes stratégies thérapeutiques ont été proposées parmi lesquelles des procédures de régénération et greffes osseuses.

**B** Afin de prévenir la survenue d'alvéolite, l'utilisation de chlorhexidine en gel ou rinçage est recommandée en postopératoire.

**AE** L'application locale de *Platelet Rich Fibrin* (PRF) et l'usage de *Guided Tissue Regeneration* (GTR) ou régénération tissulaire guidée, avec ou sans greffe combinée, ne doivent pas être systématiques.

## 4. Complications et gestion des risques

Les complications postopératoires les plus fréquentes sont la douleur, l'œdème et le trismus. Le saignement, l'infection, l'alvéolite, les lésions nerveuses et plus rarement la fracture de la mandibule ou une projection de la dent dans le plancher buccal, le sinus maxillaire ou la fosse infra-temporale, sont également rapportés.

### 4.1 Complications et risques de l'avulsion

**C** Il est recommandé d'apprécier les risques de complications en amont de l'intervention afin de les éviter, de les anticiper et de mieux les gérer.

### 4.2 Mesures de prévention de la douleur

La prise en charge antalgique postopératoire immédiate ou différée doit être une préoccupation constante du praticien.

**AE** Dans la majorité des cas, une prescription d'antalgiques de niveau 1 (paracétamol) suffit en première intention.

**B** L'ibuprofène 400 mg (en l'absence de contre-indications) ou l'association ibuprofène et paracétamol ou ibuprofène + antalgique de palier 2 peuvent être prescrits, en dehors d'un contexte infectieux ou sous couverture antibiotique.

Cette prescription est à préférer au tramadol.

### 4.3 Mesures de prévention du risque infectieux

Le recours aux antibiotiques réduit la survenue d'infection.

**B** Le recours aux antibiotiques ne doit pas être systématique pour une avulsion de 3<sup>e</sup> molaire. Il est recommandé de prendre en compte l'augmentation de la prévalence des bactéries résistantes aux antibiotiques.

<b>AE</b>	Lors de l'avulsion de 3 <sup>es</sup> molaires incluses, enclavées ou sous muqueuses, ou dans un contexte médical à risque infectieux ou à haut risque d'endocardite, le recours aux antibiotiques est préconisé, 1 heure avant l'intervention et jusqu'à cicatrisation de la (ou des) muqueuse(s).
<b>B</b>	En cas de risque d'alvéolite et/ou d'infection, en l'absence d'allergie à la pénicilline, une dose unique prophylactique de 2 g d'amoxicilline peut être recommandée en préopératoire, éventuellement associée à l'acide clavulanique.
<b>AE</b>	Pour les patients avec une cardiopathie à haut risque d'endocardite, une antibioprofylaxie est recommandée.
<b>B</b>	L'antibiothérapie est recommandée pour les patients jugés à risque d'infection.

## 4.4 Conduite à tenir chez les patients à risque hémorragique

Il s'agit de patients présentant un trouble de l'hémostase constitutionnel ou acquis susceptible de gêner le bon déroulement de l'avulsion dentaire et de générer d'éventuelles complications au point de nécessiter parfois une hospitalisation conventionnelle.

### 4.4.1 Patients sous antiagrégants plaquettaires

<b>B</b>	Dans le cas de l'avulsion d'une 3 <sup>e</sup> molaire sous antiagrégants plaquettaires, il n'est pas recommandé d'interrompre le traitement.
<b>AE</b>	Dans le cas de l'avulsion d'une 3 <sup>e</sup> molaire sous antiagrégants plaquettaires, il est recommandé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'appliquer des mesures hémostatiques locales ;</li> <li>• d'effectuer un contrôle téléphonique à 24-48 heures.</li> </ul>

### 4.4.2 Patients sous anticoagulants

<b>AE</b>	Précautions en cas d'avulsion d'une 3 <sup>e</sup> molaire sous antivitamine K (AVK) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• concertation avec le prescripteur de l'anticoagulant ;</li> <li>• maintien de la prescription habituelle et contrôle de l'<i>International Normalized Ratio</i> (INR) la veille de l'intervention (l'INR doit être dans la cible et inférieur à 4) : avulsion possible ;</li> <li>• gérer au mieux l'hémostase ;</li> <li>• contrôle téléphonique à 24-48 heures.</li> </ul>
	Précautions en cas d'avulsion d'une 3 <sup>e</sup> molaire sous anticoagulants oraux (ACO) anti-IIa ou anti-Xa : <ul style="list-style-type: none"> <li>• concertation avec le prescripteur de l'anticoagulant ;</li> <li>• gérer au mieux l'hémostase ;</li> <li>• contrôle téléphonique à 24-48 heures.</li> </ul>

## 4.5 Patients à risque de retard cicatriciel osseux et d'ostéochimionécrose

<b>C</b>	Dans l'évaluation du risque de survenue d'une ostéonécrose des mâchoires (ONM), il est important de prendre en compte le risque lié au patient, et à son traitement antirésorbeur, ainsi que le risque lié à l'acte proprement dit. Un schéma est recommandé pour apprécier ce risque.
	De même, il est recommandé de respecter les protocoles de réduction du risque, basés sur des mesures de contrôle de l'infection, au niveau local et systémique, et sur un geste chirurgical le moins traumatisant possible.

## 4.6 Consignes postopératoires

**AE**

Une feuille de recommandations est remise au patient en postopératoire, indiquant les complications possibles, ce qu'il doit faire pour ne pas s'inquiéter et y remédier, et le numéro de téléphone qu'il doit composer ou l'adresse de l'hôpital le plus proche où il doit se rendre en cas de complication grave.

Les 3<sup>es</sup> molaires laissées en place doivent bénéficier d'une surveillance rigoureuse par un contrôle clinique et panoramique dentaire tous les 2 ans, jusqu'à édification radiculaire complète (à l'âge de 25-30 ans), et en fonction de la symptomatologie et du contexte (lésion osseuse associée, comorbidité).

## Participants

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé à une ou plusieurs réunions de travail sont consultables sur le site de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

### Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour l'élaboration de cette recommandation de bonne pratique :

Collège de la médecine générale

Société française de pédiatrie

Société française d'anesthésie et réanimation

Société française de radiologie

Société française de chirurgie orale

Société française de stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie orale

Société francophone d'imagerie tête et cou

Société française d'ORL

### Groupe de travail

M. Michel Gedda, HAS, Saint-Denis, chef de projet HAS

Dr Blandine Ruhin, médecin stomatologue et chirurgien maxillo-facial, Paris, présidente du groupe de travail, chargée de projet

Pr William Bacon, orthodontiste, Strasbourg

Dr Marc Gentili, anesthésiste réanimateur, Rennes

Dr Marc Baranes, chirurgien oral, Saint Mandé

Dr Eric Gerard, chirurgien oral, Metz

Dr Thierry Camponovo, médecin stomatologue, Besançon

Dr Dominique Henry, médecin stomatologue et chirurgien maxillo-facial, Argonay/Annecy

Dr Philippe Carret, médecin généraliste, Cahors

Dr Jean-François Matern, radiologue, Bischwiller/Strasbourg

Dr Jean-Michel Chauveau, Oto-rhino-laryngologiste, chirurgien cervico-facial, Montluçon

Pr Christophe Meyer, médecin stomatologue et chirurgien maxillo-facial, Besançon

Dr Francis Dujarric, médecin stomatologue, Suresnes

Pr Olivier Sorel, orthodontiste, Rennes

Dr Jean-Marc Galleazzi, chirurgien oral, Boulogne

Dr Guy le Toux, chirurgien oral, Saint Brieuc

## Groupe de lecture

Dr Sophie Bahi-Gross, chirurgien oral, Strasbourg

Dr Patrick-Yves Blanchard, médecin stomatologue et chirurgien maxillo-facial, Paris

Pr Sylvie Boisramé, chirurgien oral, Brest

Dr Aurélien Bonolis, stomatologue, Besançon

Dr Claude Bourdillat-Mikol, chirurgien-dentiste, Paris

Dr Thomas Bridonneau, chirurgien oral, Strasbourg

Dr Caroline Bruyère, stomatologie médico-chirurgicale - parodontologie- dermatologie buccale, Le Chesnay

Pr Pierre Canal, orthopédie dento-faciale, Montpellier

Dr Brice Chatelain, chirurgien maxillo-facial et stomatologue, Besançon

Dr Sarah Cousty, chirurgien oral, Toulouse

Dr Antoine Delforge, stomatologue, Blendecques

Dr Christophe Deschaumes, chirurgien oral, Clermont-Ferrand

Pr Laurent Devoize, chirurgien oral, Clermont-Ferrand

Dr Michèle Durand, stomatologue, Carcassonne

Dr Michel Guyot, Chirurgien Oral, Saint Herblain

Dr Gilles Huguet, stomatologue, Paris

Dr Audrey Lacan, radiologue, Paris

Dr Patrick Larras, chirurgien oral, Dijon

Pr Géraldine Lescaille, chirurgien oral, Paris

Dr Anthony Levy-Bohbot, chirurgien oral, Paris.

Dr Aurélien Louvrier, chirurgien maxillo-facial et stomatologue, Besançon

Dr Hervé Moizan, chirurgien oral, Rouen

Pr Loredana Radoï, chirurgien oral, Paris

Dr Omar Razouk, chirurgien oral, Paris

Dr Hervé Tarragano, chirurgien-dentiste, Paris

Pr Jean Valcarcel, chirurgien-dentiste qualifié en médecine bucco-dentaire, Montpellier

Dr Elise Weber, chirurgien maxillo-facial et Stomatologue, Besançon

## Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus.

## Fiche descriptive

Titre	Avulsion des 3 <sup>es</sup> molaires : indications, techniques et modalités
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC).
Objectif(s)	Homogénéiser les pratiques ; promouvoir les techniques et modalités adaptées d'avulsion ; réduire les traitements et actes inutiles ou à risque.
Patients ou usagers concernés	Les patients concernés par le thème sont les enfants et adultes.
Professionnel(s) concerné(s)	Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux qui peuvent être associés à l'indication, la décision et à l'avulsion de la 3 <sup>e</sup> molaire. Sont notamment concernés : anesthésistes, chirurgiens maxillo-faciaux, chirurgiens oral, chirurgiens-dentistes, spécialistes en orthopédie dento-faciale, médecins généralistes, médecins internistes, oto-rhino-laryngologues (ORL), pédiatres, radiologues, stomatologues, urgentistes.
Demandeur	Autosaisine HAS.
Promoteurs	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	Coordination : M. Michel Gedda, chef de projet, service des Bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Marie-Catherine John et Mme Laetitia Gourbail
Recherche documentaire	De janvier 1997 à mars 2018 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique) Réalisée par Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès).
Auteur du rapport d'élaboration	Dr Blandine Ruhin-Poncet, Médecin Stomatologue et Chirurgien Maxillo-Facial, Paris - chargée de projet du groupe de travail.
Participants	Groupe de travail (Présidente et Chargée de projet : Dr Blandine Ruhin-Poncet, Médecin Stomatologue et Chirurgien Maxillo-Facial, Paris)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS et sont consultables sur les sites <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et DPI-Santé : <a href="https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home">https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en mai 2019.
Actualisation	L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Recommandation de bonne pratique téléchargeable sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>
Documents d'accompagnement	Argumentaire. Fiche de synthèse.



HAS

"Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur"  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)