



Lésions du nerf lingual lors de l'extraction d'une dent de sagesse inférieure

Plaidoyer pour une intervention précoce

J. Yachouh, P. Jammet, T. Bensaha, P. Goudot

Correspondance :

P. Goudot,
Service de Chirurgie Maxillo-faciale
et Stomatologie, Hôpital Lapeyronie,
34295 Montpellier Cedex 5.
p-goudot@chu-montpellier.fr

Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, Hôpital Lapeyronie, Montpellier.

Summary

Introduction. Lingual nerve injury is one of the most important complications after removal of a lower third molar.

Case report. We report two cases of this complication in our experience. In the first case, lingual nerve injury was repaired immediately and the patient recovered total tongue sensitivity. In the second case, lingual nerve exploration was not undertaken and the patient developed complete tongue anesthesia.

Discussion. Opinions are quite different about the delay before exploration of an injured lingual nerve. However, absence of sensory improvement incited us to undertake surgical exploration of the nerve. Due to the degenerative lesion of the damaged nerve, timing of repair before three months seems preferable. In young patients, early repair, and good quality nerve suture without tissue loss improve sensitive recovery of the tongue.

Keywords: Lingual nerve, Nerve injury, Nerve repair, Microsurgery.

Yachouh J, Jammet P, Bensaha T, Goudot P. Lingual nerve injury during removal of the lower third molar: importance of early intervention. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2006;107:393-396.

Introduction

L'avulsion de la dent de sagesse inférieure est l'acte de chirurgie buccale le plus fréquemment réalisé. La blessure du nerf lingual en est une complication classique et redoutée survenant entre 0,5 et 5,3 % des cas [1, 2]. Elle se traduit par un trouble de la sensibilité de l'hémi-langue homolatérale, plus accessoirement par un trouble du goût qui ne fait habituellement pas partie des doléances du patient et qui concerne les sensations acides ou salées véhiculées par la corde du tympan.

Résumé

Introduction. La lésion du nerf lingual est l'une des complications majeures de l'avulsion des dents de sagesse mandibulaires.

Cas cliniques. Nous illustrons cette complication par deux cas cliniques. Dans la première observation, la réparation put être effectuée immédiatement et la récupération fut complète ; dans la seconde observation, le nerf ne fut pas exploré et l'anesthésie fut définitive.

Discussion. Si les avis divergent sur le délai d'attente acceptable avant d'explorer le nerf lingual traumatisé, il est nécessaire de l'aborder chirurgicalement si la récupération sensitive est inexistante. En raison des lésions dégénératives du nerf lésé, un délai inférieur à trois mois paraît préférable pour cette exploration. Un délai d'intervention court et une suture de qualité favorisent la récupération nerveuse surtout si le sujet est jeune et si le nerf ne présente pas de perte de substance.

Mots-clés : Nerf lingual, Lésion nerveuse, Réparation nerveuse, Microchirurgie.

Les deux observations que nous rapportons illustrent deux situations très différentes après lésion du nerf lingual. La seconde correspond à une situation que l'on rencontre trop souvent, qu'il faut tenter de prévenir.

Cas cliniques

Cas clinique n° 1

Une femme de 36 ans nous a été adressée par son stomatologiste pour une plaie du nerf lingual gauche secondaire à l'avul-

sion des quatre dents de sagesse incluses sous anesthésie générale. La section lui avait paru complète. Au réveil de la patiente, l'examen clinique révélait une anesthésie complète de l'hémi-langue gauche. Sous une nouvelle anesthésie générale pratiquée le jour même, il a été réalisé une exploration du nerf. La voie d'abord de l'avulsion de 38 a été reprise, poursuivie au collet de la face linguale des molaires. Les deux extrémités du nerf ont pu être identifiées sans difficulté et régularisées. La continuité du nerf a été rétablie par une suture épipéri-neurale sans tension, par six points séparés de fil 7/0 monobrin non résorbable associés à de la colle biologique. La voie d'abord a été suturée à points séparés. La patiente a quitté le service le lendemain de l'intervention. Un mois plus tard, elle décrivait une récupération de la sensibilité de la partie antérieure de la face dorsale de la langue. L'ouverture de bouche était encore limitée et on ne notait aucun signe de morsure latérale. À trois mois, l'amélioration de la sensibilité de l'hémi-langue gauche était très nette, confirmée à l'examen clinique. Il persistait une sensation de traction sur le trajet du nerf lingual et l'ouverture buccale était encore limitée à 25 mm. À six mois, la patiente rapportait une récupération complète de la sensibilité de l'hémi-langue gauche, tant sur ses faces ventrale que dorsale à l'exception, et de façon paradoxale, d'une zone postérieure de 1 cm², située juste en avant du V lingual. L'ouverture buccale n'était plus limitée. Elle ne décrivait aucune altération du goût ni paresthésie.

Cas clinique n° 2

Une jeune fille de 16 ans a subi, pour des raisons orthodontiques, l'avulsion des quatre germes de dent de sagesse, sous anesthésie générale et sans difficulté particulière. Dès son réveil, la patiente décrivait une anesthésie complète de l'hémi-langue droite. Trois mois environ après cette intervention, la sensibilité thermique est réapparue mais il persistait une sensation d'anesthésie au contact. Les morsures de la langue étaient alors fréquentes. Ces morsures devinrent plus rares avec le temps, mais elles persistaient lorsqu'elle fut examinée, deux ans après l'avulsion. Les empreintes dues aux morsures apparaissaient nettement sur le bord droit de la langue. Il n'existait ni phénomène douloureux, ni gêne à l'élocution ou à la déglutition mais une perturbation du goût qui concernait notamment les mets acides et amers.

À l'examen, on notait une anesthésie de la face dorsale et ventrale de l'hémi-langue droite ainsi que de la muqueuse du plancher buccal droit et de la gencive sur le versant interne des dents de l'hémi-arcade inférieure droite. Le chaud et le froid

étaient perçus de façon sensiblement normale, la langue n'était pas douloureuse, mais l'anesthésie au toucher n'avait pas évolué depuis la phase postopératoire immédiate. À deux ans de l'intervention, les experts ont considéré ces lésions sensibles comme définitives et consolidées, comme cela est communément admis en médecine légale.

Discussion

C'est après avoir dépassé en avant le bord antérieur du muscle ptérygoïdien médial que le nerf lingual chemine sous la muqueuse du sillon gingivo-lingual, au dessus du bord supérieur de la glande sous mandibulaire, très proche de la corticale linguale du site de la troisième molaire, parfois même, dans 14 % des cas, au-dessus de cette corticale [3]. En raison de ces rapports anatomiques, plusieurs types de lésion du nerf lingual sont possibles au cours de l'avulsion de la dent de sagesse inférieure :

- piqûre du nerf lors de la réalisation de l'anesthésie tronculaire. Dans ce cas, l'anesthésie a vraisemblablement été effectuée trop haute sur le trajet du nerf mandibulaire provoquant à la fois l'anesthésie de l'hémi-langue et de la région labio-mentonnaire. La récupération de la sensibilité se fera simultanément dans les territoires respectifs du nerf lingual et du nerf alvéolaire inférieur ;
- l'étirement par un instrument de « protection » disposé en lingual de l'alvéole de la dent de sagesse ;
- la mise en tension du nerf par un fragment de corticale ;
- la compression par constitution d'un hématome per ou postopératoire. Cette complication paraît plus théorique que réelle en raison de la possibilité de diffusion de cet hématome dans la loge sous mandibulaire. Le nerf lingual n'est pas contenu dans un espace clos ;
- la section partielle qui se traduit par une anesthésie incomplète de l'hémi-langue ;
- la section complète entraînant une anesthésie invalidante de toute l'hémi-langue homolatérale à laquelle s'ajoute une perte du goût.

En pratique, nous nous trouvons devant deux tableaux. Dans le premier cas, mais rarement, la section nerveuse est constatée pendant l'intervention elle-même. La réparation nerveuse, sous anesthésie générale, s'impose et elle doit être réalisée au plus vite [4]. En effet, rapidement, les phénomènes hémorragiques et œdémateux locaux vont compliquer le repérage des extrémités lésionnelles rétractées du nerf lingual. La deuxième situation est la plus fréquente. Elle se caractérise par la persis-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174781>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174781>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)