

# Le canal, respectivement le foramen rétromolaire

Revue de littérature et présentation d'un cas clinique

Mots-clés: canal rétromolaire, foramen rétromolaire, maxillaire inférieur, anatomie, diagnostic

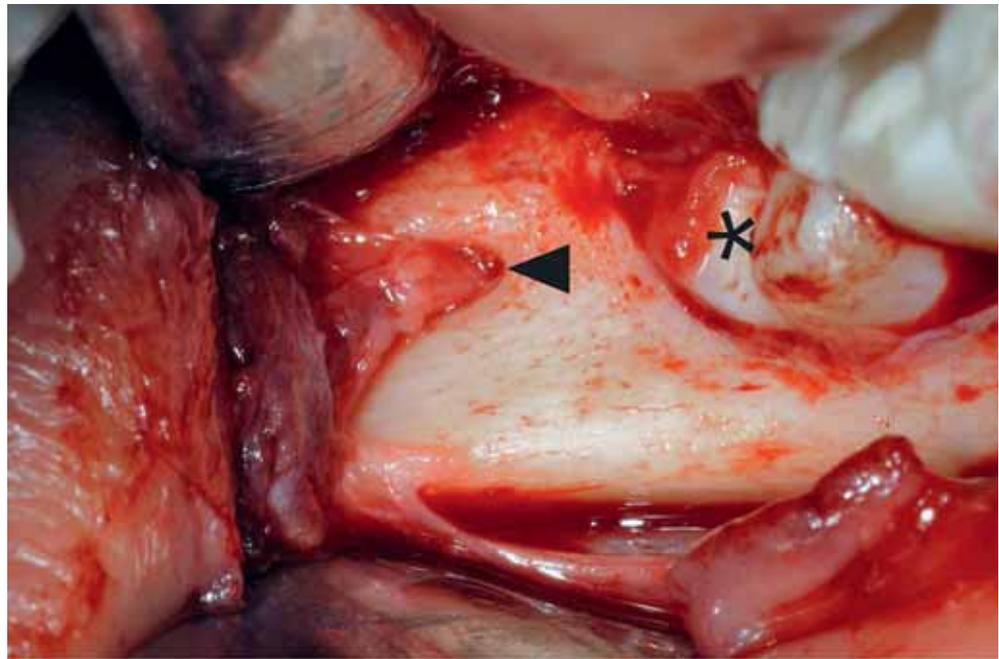
**THOMAS VON ARX**  
**MICHAEL M. BORNSTEIN**  
**PETER WERDER**  
**DIETER BOSSHARDT**

Clinique de chirurgie orale et de de stomatologie  
Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne

#### Correspondance

Prof. Thomas von Arx  
Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie  
Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern  
Freiburgstrasse 7, 3010 Bern  
Tél. 031 632 25 66  
Fax 031/632 25 03  
E-mail:  
thomas.vonarx@zmk.unibe.ch

Traduction Thomas Vauthier



**Image** en haut: Foramen rétromolaire et son cordon de tissus mous (flèche) distal à la 48 (astérisque).

**Résumé** Lors de la consultation d'une patiente âgée de 19 ans, adressée à notre service pour avulsion de dents de sagesse, l'analyse de l'orthopantomogramme a révélé la présence, bilatérale dans le maxillaire inférieur, d'une structure dite canal rétromolaire. Cette découverte fortuite, non décrite dans les manuels d'anatomie ou fort rarement dans les publications spécialisées, nous a incité à procéder à des examens diagnostiques complémentaires, dont une tomographie *cone beam* ainsi qu'un examen histologique d'une biopsie intraopératoire réalisée lors de l'avulsion de la dent de sagesse inférieure droite. L'échantillon prélevé provenait du faisceau de tissu mou sortant du foramen rétromolaire. A l'instar de la littérature, l'histologie a mis en évi-

dence des fibres nerveuses myélinisées ainsi que des artérioles et des veinules. L'analyse des rares sources de littérature disponibles au sujet du canal rétromolaire montre que celui-ci peut contenir, dans des cas isolés, un nerf buccal à trajet aberrant ou des fibres nerveuses sensibles innervant les molaires mandibulaires; à noter que ces structures peuvent occasionnellement entrer dans le canal rétromolaire depuis le haut, échappant par conséquent à l'anesthésie tronculaire à l'épine de Spix. De ce fait, le canal rétromolaire, respectivement son contenu de fibres nerveuses peut expliquer dans certains cas un échec de l'anesthésie tronculaire dans le maxillaire inférieur, voire des troubles postopératoires de la sensibilité dans le territoire d'innervation du nerf buccal.

## Introduction

Le canal rétromolaire, respectivement le foramen rétromolaire sont des variantes anatomiques rarement décrites dans la littérature. Une première analyse de la fréquence et du contenu du canal rétromolaire a été publiée par SCHEJTMAN ET COLL. EN 1967. Sur dix-huit têtes humaines, fixées dans du formol, ces auteurs ont trouvé dans cinq cas (27,8%) un foramen rétromolaire bilatéral et dans huit autres cas (44,4%) d'un seul côté. Parmi les constituants les plus fréquents, l'examen histologique du contenu de tissus mous a révélé, par ordre décroissant, des faisceaux de fibres nerveuses myélinisées, une ou plusieurs artérioles et une ou plusieurs veinules. Suite à ses travaux anatomiques sur le trajet du canal mandibulaire, REICH (1980) est arrivé à la conclusion que la prévalence des foramens rétromolaires contenant des structures nerveuses est apparemment plus importante que ce que l'on avait présumé auparavant. Après préparation microscopique de 24 héli-mandibules, cet auteur a trouvé dans quatre cas (16,7%) un foramen rétromolaire, l'examen du contenu révélant des nerfs et des vaisseaux. Dans une série d'échantillons nettement plus importante (231 crânes d'origine chinoise), le groupe de JABLONSKI ET COLL. (1985) a rapporté une fréquence de 6,1% de foramens rétromolaires. Pour leur part, PYLE ET COLL. (1999) ont rapporté une fréquence de 7,8% de foramens rétromolaires sur 475 crânes examinés. Ni la race, ni l'âge, ni le sexe n'avaient une influence statistiquement significative sur les prévalences observées dans les groupes évalués. L'analyse de 242 crânes provenant du sud de l'Inde a trouvé une fréquence de 21,9%, dont seulement 4,1% présentaient un foramen rétromolaire bilatéral (NARAYANA ET COLL. 2002). Après exclusion des foramens de diamètre inférieur à 0,5 mm, la fréquence n'était que de 8,2%. BILECENOGLU & TUNCER (2006) ont examiné 40 crânes pour les paramètres de la fréquence et de la distance du foramen rétromolaire par rapport à la deuxième et troisième molaire (respectivement leur alvéole en cas d'absence de ces dents). La distance moyenne du foramen rétromolaire était de 4,2 mm par rapport à la troisième, et de 11,9 mm par rapport à la deuxième molaire. Sur deux crânes (5%), les auteurs ont trouvé un foramen rétromolaire bilatéral, sur huit autres crânes (20%) d'un seul côté. Lors d'une opération d'avulsion de dent de sagesse, les mêmes auteurs ont prélevé chez une patiente âgée de 35 ans une biopsie du cordon de tissus mous sortant du foramen rétromolaire. L'examen histologique a révélé des faisceaux de fibres musculaires striées, des fibres nerveuses myélinisées de faible diamètre, de nombreuses veinules et une artère d'un diamètre de 120–130 µm.

Le fait que le foramen rétromolaire, respectivement le canal rétromolaire contienne des structures vasculaires et nerveuses

implique des aspects pertinents sur le plan clinique, d'une part pour l'anesthésie locale et d'autre part pour les interventions chirurgicales dans la région rétromolaire du maxillaire inférieur.

## Présentation d'un cas clinique

Une patiente âgée de 19 ans a été adressée à notre service par son médecin dentiste privé pour avulsion des dents de sagesse à titre prophylactique après un traitement orthodontique. A l'anamnèse lors de la première consultation dans notre clinique en décembre 2009, la patiente a indiqué souffrir d'asthme bronchique, traité par un bronchospasmodique. L'examen extraoral était sans particularités. A l'examen intrabuccal, on notait deux arcs de rétention postorthodontique dans le maxillaire supérieur et inférieur ainsi qu'une dent de sagesse inférieure droite en éruption partielle. Le status stomatologique était sans particularité, et la patiente présentait une bonne hygiène bucco-dentaire. L'orthopantomogramme montrait des dents de sagesse en position orthograde des deux côtés du maxillaire inférieur et du côté droit du maxillaire supérieur (fig. 1). En direction occlusale, ces trois dents de sagesse n'étaient plus recouvertes d'os, et la région distale des couronnes était bordée d'un espace péri-coronaire de largeur physiologique. La dent de sagesse supérieure gauche était incluse en position haute, avec une angulation de la couronne en direction distale sous une lamelle osseuse intacte, avec un espace péri-coronaire également de largeur physiologique.

En tant que structures anatomiques particulières, découvertes fortuitement à l'analyse approfondie de l'OPT, nous avons décelé des canaux osseux accessoires dans les régions postérieures aux troisièmes molaires des deux côtés, avec une bifurcation à angle vif partant du canal mandibulaire et se terminant dans un orifice à hauteur de la crête osseuse rétromolaire (fig. 2 et 3). La patiente a donné son accord de faire réaliser une radiographie *cone beam* (tomographie volumique numérisée, TVN ou DVT) unilatérale pour le diagnostic complémentaire élargi (bien que non impératif sur le plan clinique ou thérapeutique, mais intéressant du point de vue scientifique). Etant donné que le plan de traitement prévoyait dans un premier temps l'avulsion de la 48 partiellement enclavée et, selon le désir de la patiente, de la 18 dans la même séance, l'imagerie *cone beam* s'est concentrée sur la région de la dent de sagesse du côté droit du maxillaire inférieur.

La tomographie volumique numérisée (3 D Accuitomo XYZ Slice View Tomograph, Morita, Kyoto, Japon) a été réalisée avec une taille du voxel de 0,08 mm, des paramètres d'exposition de 5,0 mA et 80 kV et une durée du scan de 17,5 secondes. Pour la taille du champ cylindrique (*field of view*, FOV) nous avons

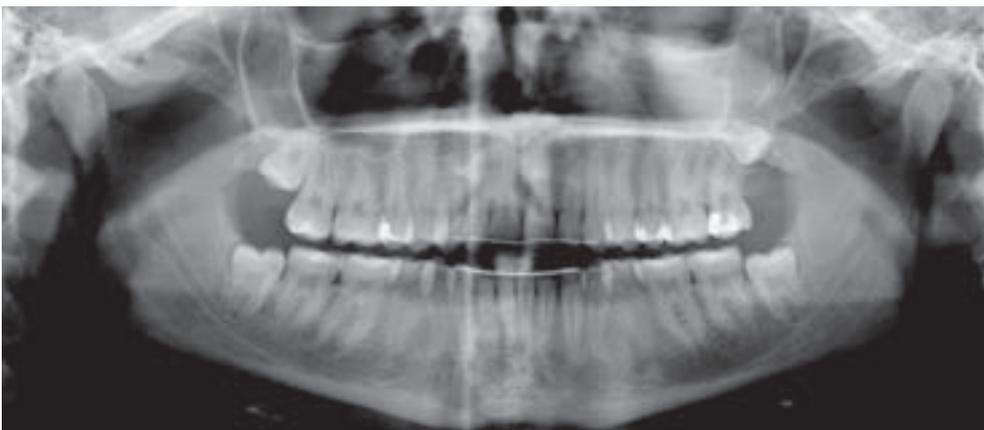


Fig. 1 OPT d'une patiente âgée de 19 ans, adressée pour avulsion des dents de sagesse

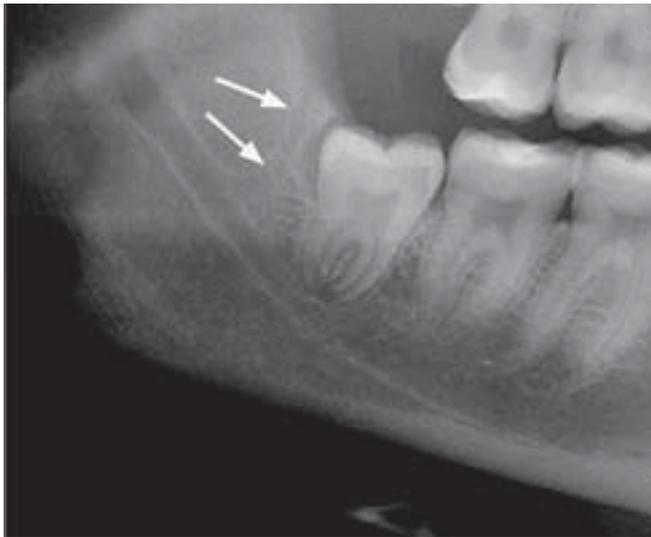


Fig. 2 Le détail de l'OPT dans la région de la 48 montre un canal rétromolaire (flèches) et sa bifurcation du canal dentaire inférieur dans la région postérieure à la dent de sagesse inférieure droite.



Fig. 3 Le détail de l'OPT dans la région de la 38 montre un canal rétromolaire (flèches) et sa bifurcation du canal dentaire inférieur dans la région postérieure à la dent de sagesse inférieure gauche.

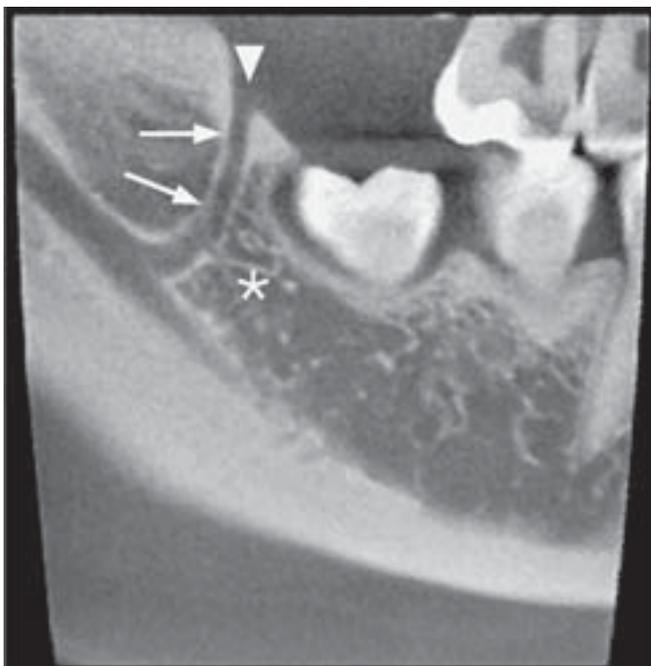


Fig. 4 Coupe sagittale de l'imagerie cone beam dans la région de la 48: le canal rétromolaire et son orifice (foramen rétromolaire, pointe de la flèche) sont bien visibles, de même qu'un petit canal accessoire bifurquant du canal rétromolaire en direction antérieure (astérisque).

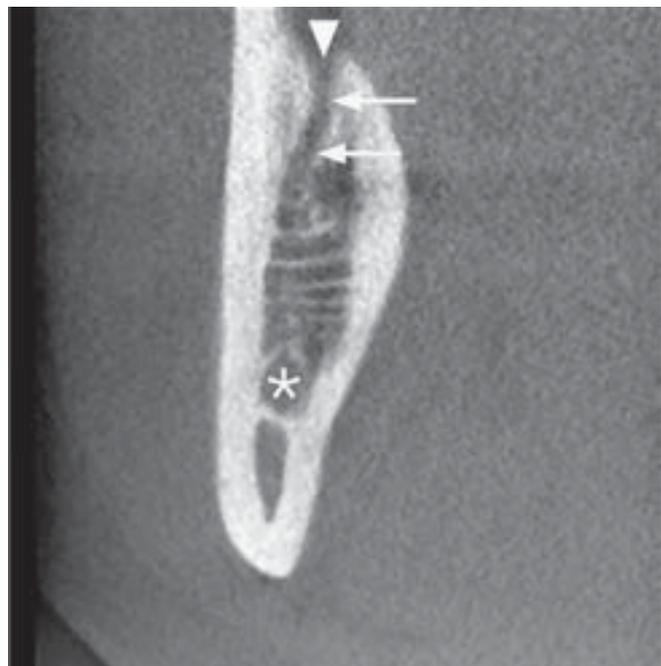
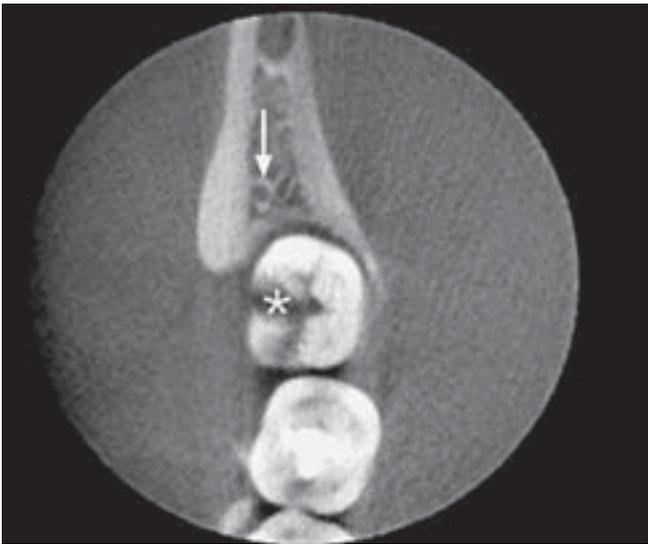


Fig. 5 Coupe coronale du canal rétromolaire illustrant son trajet vertical (flèches) et son orifice (foramen rétromolaire, pointe de la flèche) dans le trigone rétromolaire. A noter le canal mandibulaire (canal dentaire inférieur) dans la région basale de l'os mandibulaire (astérisque).

choisi une dimension de 40×40 mm. Dans le plan sagittal, le cliché TVN met parfaitement en évidence le canal rétromolaire bifurquant du canal mandibulaire dans la région postérieure à la 48 (fig. 4). A noter que dans le tiers inférieur du canal rétromolaire, un canal osseux accessoire bifurque à angle droit en direction antérieure des molaires. La coupe coronale montre le trajet quasi vertical du canal rétromolaire (fig. 5). Le plan axial fait apparaître la section transversale du canal rétromolaire (avec un diamètre de 2 mm) dans la région postérieure à la 48 (fig. 6). Le rendu volumique tridimensionnel (*volume rendering*) illustre encore plus clairement les relations spatiales du foramen dans le trigone rétromolaire (fig. 7).

La patiente a également donné son accord écrit pour un prélèvement intraopératoire d'un échantillon tissulaire dans la région du foramen rétromolaire, en vue d'un examen histologique. Après une anesthésie tronculaire à l'épine de Spix du côté droit et une anesthésie locale par infiltration dans le vestibule en regard de la 47, un volet muco-périosté a été préparé pour l'abord de la 48 partiellement enclavée ainsi que de l'os voisin. Durant cette phase chirurgicale, il a été également possible de localiser le foramen rétromolaire distal à la 48 de même qu'un épais cordon de tissu mou qui se prolongeait en direction des parties molles de la joue (fig. 8). Comme convenu avec la patiente avant l'intervention, le fuseau tissulaire a été

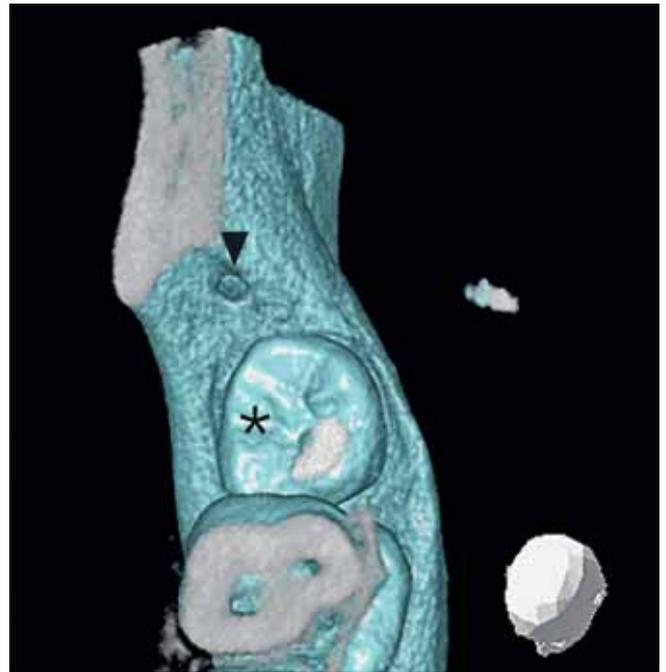


**Fig. 6** Dans le plan axial de l'imagerie *cone beam*, le canal rétromolaire (flèche) se situe à environ 3 mm en direction distale par rapport à la couronne de la 48 (astérisque).

sectionné à la hauteur du foramen rétromolaire, et un échantillon d'une longueur d'environ 3 mm a été excisé. Le spécimen a été transféré dans une solution tamponnée de formol à 4%. Après ostéotomie vestibulaire, nous avons procédé à l'avulsion en bloc de la 48, à l'application d'un drain iodoformé à 30% et à la fermeture des berges de la plaie. Malgré l'excision tissulaire dans la région du foramen rétromolaire, la phase postopératoire n'a été accompagnée ni de saignements ni de troubles de la sensibilité.

L'échantillon tissulaire prélevé pour l'examen histologique a été fixé dans une solution tamponnée de formol à 4% et divisé en deux parties. Des sections transversales de la première partie du prélèvement ont été enrobées de paraffine, et des coupes de 5 µm d'épaisseur ont été colorées à l'hématoxyline-éosine. Le reste de la biopsie a été traité par une fixation supplémentaire pendant 24 h à 4 °C dans du paraformaldéhyde à 1% et du glutaraldéhyde 1%, pH 7,4, tamponnés par du cacodylate de sodium 0,08 mol/l, avant d'être à son tour divisée en plusieurs coupes transversales. Ces échantillons ont ensuite été traités par un lavage intensif dans une solution tampon de cacodylate de sodium à 0,1 mol/l avec 5% de sucrose (pH 7,3), déshydratés dans le l'éthanol, puis enrobés dans de la résine LR White (Fluka, Buchs, Suisse). Des coupes semi-fines (épaisseur 1 µm) ont été réalisées à l'aide d'un microtome à lames diamantées Reichert Ultracut E (Leica Microsystems, Glattbrugg, Suisse), puis colorées par fuchsine et bleu de toluidine. L'examen histologique et des microphotographies ont été effectués à l'aide d'un photomicroscope Zeiss Axioplan (Carl Zeiss, Göttingen, Allemagne) et d'une caméra numérique ProgRes C5 (Jenoptik Laser, Optik Systeme GmbH, Jena, Allemagne).

Les coupes transversales ont permis de reconnaître parfaitement le système neuro-vasculaire (fig. 9 et 10). Les faisceaux de fibres nerveuses périphériques étaient arrangés parallèlement aux vaisseaux sanguins et enrobés de tissu adipeux. Chaque faisceau nerveux se composait de plusieurs fibres nerveuses entourées d'une épaisse capsule périneurale (fig. 11). Le tissu avoisinant se composait d'épais faisceaux de fibres de collagène. Le diamètre des faisceaux nerveux moins importants se situait entre 40 et 60 µm, celui des faisceaux plus importants, entre 80 et 180 µm. Parmi les vaisseaux sanguins, les artères et

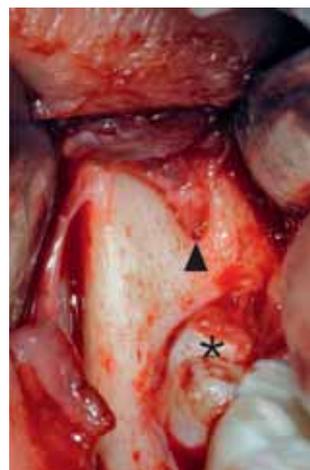


**Fig. 7** Le rendu volumique tridimensionnel (*volume rendering*) illustre encore plus clairement les relations spatiales du foramen (pointe de la flèche) dans le trigone rétromolaire par rapport à la 48 (astérisque).

veines prédominaient, avec quelques artérioles et veinules de plus faible diamètre et des capillaires. Les artères les plus importantes avaient un diamètre maximal de 600 µm (fig. 12).

## Discussion

Cette présentation d'un cas clinique décrit le tableau rare d'un canal rétromolaire bilatéral en tant que découverte fortuite sur un OPT réalisé avant l'avulsion de dents de sagesse. Contrairement aux études sur des crânes de cadavres, on ne trouve pratiquement pas de présentations de cas cliniques concernant le canal, respectivement le foramen rétromolaire. Les rares publications à ce sujet rapportent soit la découverte «accidentelle», lors de l'avulsion d'une dent de sagesse inférieure, du foramen rétromolaire, respectivement du faisceau vasculo-nerveux y prenant origine (SINGH 1981, BILECENOGLU & TUNCER 2006), ou alors le canal rétromolaire a été décelé en tant que découverte fortuite sur une radiographie de routine (KAUFMANN ET COLL.



**Fig. 8** Vue intraopératoire après ouverture d'un volet muco-périosté dans la région de la 48: le foramen rétromolaire et l'émergence de son cordon de tissu mou (pointe de la flèche) derrière la 48 (astérisque) sont bien visibles.

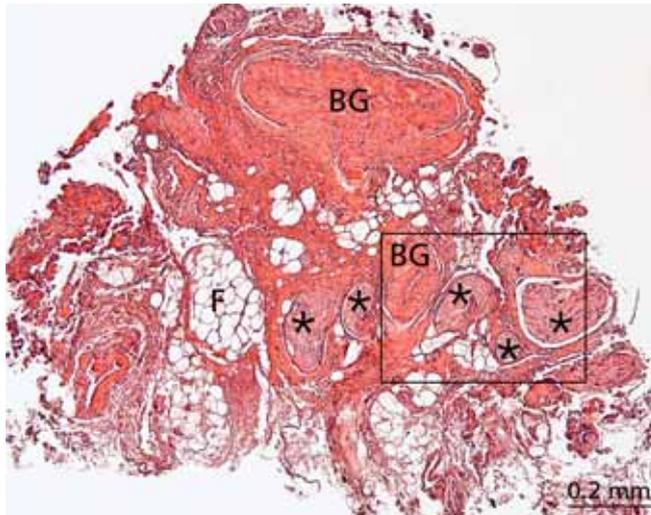


Fig. 9 Coupe transversale de la biopsie enrobée de paraffine, illustrant le complexe vasculo-nerveux. A noter des sections transversales de faisceaux nerveux périphériques (astérisques), parallèles à des vaisseaux sanguins (BG). Tissu adipeux composé de nombreux adipocytes entre les faisceaux nerveux et les vaisseaux. La fig. 10 correspond à l'agrandissement du rectangle marqué. Coloration: hématoxyline-éosine.

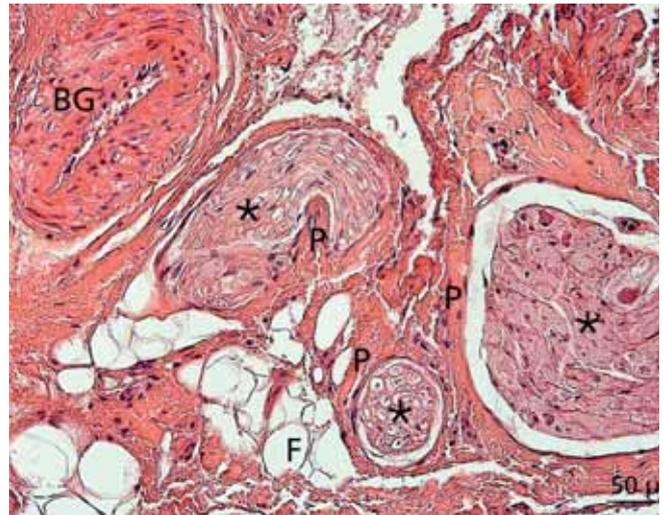


Fig. 10 Chaque fascicule (astérisques) est composé de plusieurs fibres nerveuses et est enrobé dans une épaisse capsule périneurale (P). Le tissu adjacent contient des faisceaux grossiers de fibres collagènes (F = tissu adipeux; BG = vaisseau sanguin). Coloration: hématoxyline-éosine.

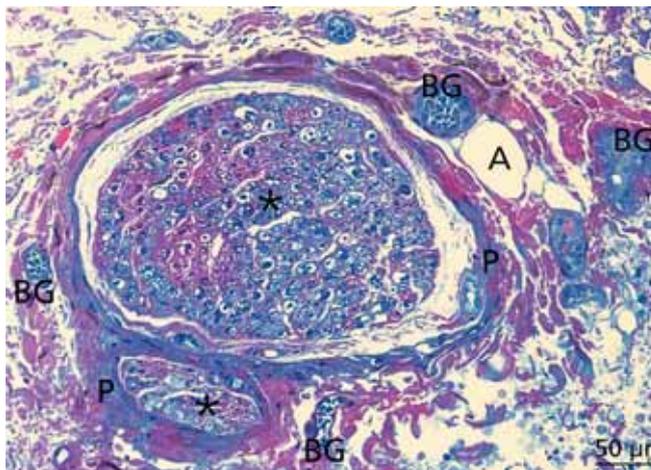


Fig. 11 Coupe transversale de la biopsie enrobée de résine, illustrant des faisceaux de faible diamètre et de diamètre important (astérisques), chacun étant enrobé d'un périnèvre (P). A noter de nombreux vaisseaux sanguins (BG) de faible diamètre, quelques adipocytes (A) à la périphérie des deux faisceaux nerveux. Coloration: bleu de toluidine-fuchsine.

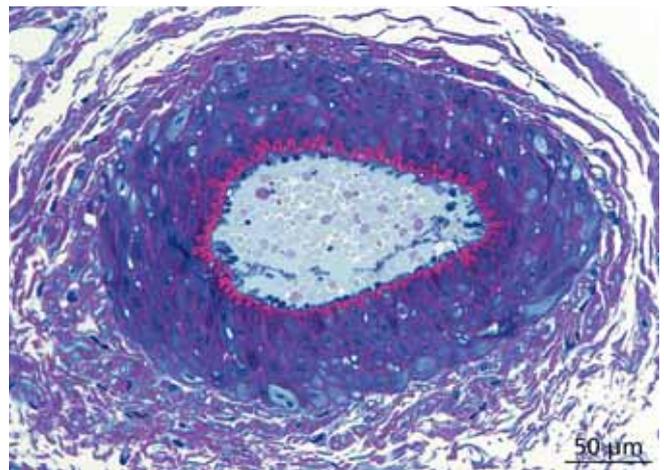


Fig. 12 Agrandissement illustrant une artère avec une lumière d'environ 200 μm, enrobée de collagène. Coloration: bleu de toluidine-fuchsine.

2000). Kaufmann et coll. ont décrit des canaux rétromolaires bilatéraux chez un patient âgé de 58 ans chez lequel ces structures avaient été diagnostiquées lors d'une imagerie par tomographie numérique avant la pose d'implants dans le maxillaire inférieur. Il est intéressant de noter que ces deux canaux accessoires n'étaient pas visibles sur l'OPT.

En ce qui concerne la ramification d'un canal osseux de plus faible diamètre bifurquant du canal rétromolaire en direction antérieure, il pourrait s'agir d'une variante du canal osseux qui enrobe la branche dite molaire du nerf alvéolaire inférieur. En effet, IKEDA ET COLL. (1996) ont montré, à l'aide de l'imagerie par résonance magnétique et d'examen histologiques sur six mandibules de cadavres, que le nerf alvéolaire inférieur contient trois branches à l'intérieur du canal mandibulaire: (I) la première branche est la *branche rétromolaire* qui se sépare du nerf alvéolaire inférieur déjà à la hauteur de l'épine de Spix et dont

le trajet se prolonge dans le canal rétromolaire derrière la troisième molaire en direction craniale vers le trigone rétromolaire; (II) la deuxième branche ou *branche molaire* bifurque soit du nerf alvéolaire inférieur, soit de la branche molaire évoquée et se prolonge en direction antérieure parallèlement au nerf alvéolaire inférieur; (III) la troisième branche est la *branche incisive* qui bifurque du nerf alvéolaire inférieur au niveau du trou (foramen) mentonnier, pour se prolonger ensuite en direction de la symphyse et des dents antérieures mandibulaires.

En ce qui concerne la position et le trajet du canal rétromolaire, il y a lieu d'évoquer les travaux d'OSSENBERG (1987) et de NARAYANA (2002). Dans une étude sur six mandibules de cadavres présentant un foramen rétromolaire, NARAYANA ET COLL. (2002) ont recherché le trajet du canal rétromolaire par l'injection d'un colorant radio-opaque (angiograffine = amidotrizoate de méglumine) dans le foramen. A l'aide de radio-angiographies

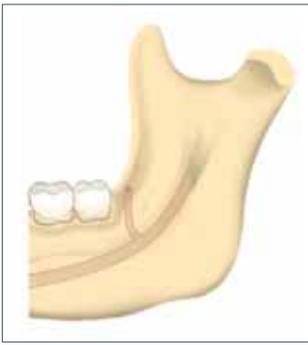


Fig. 13 Représentation schématique d'un canal rétromolaire de type I selon NARAYANA ET COLL. (2002)

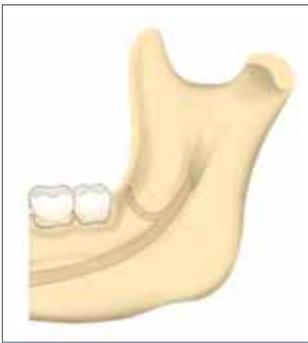


Fig. 14 Représentation schématique d'un canal rétromolaire de type II selon NARAYANA ET COLL. (2002) et de Type I selon OSSENBERG (1987)

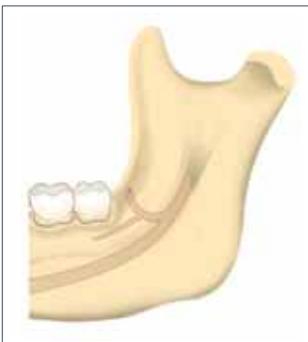


Fig. 15 Représentation schématique d'un canal rétromolaire de type III selon NARAYANA ET COLL. (2002)

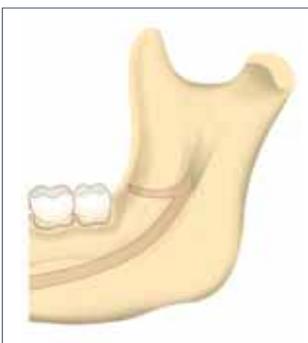


Fig. 16 Représentation schématique d'un canal rétromolaire de type II selon OSSENBERG (1987)

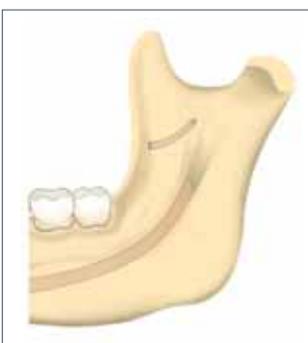


Fig. 17 Représentation schématique d'un canal rétromolaire de type III («temporal crest canal») selon OSSENBERG (1987)

à soustraction numérique, les auteurs ont été en mesure de décrire trois trajets types du canal rétromolaire. Type I: un canal vertical droit partant du canal mandibulaire en direction du foramen rétromolaire (fig. 13). Type 2: un canal fortement courbe partant du canal mandibulaire en direction du foramen rétromolaire (fig. 14). Type III: un canal osseux accessoire partant du canal rétromolaire en direction antérieure (fig. 15). Le type III correspond exactement à la morphologie décrite dans le cas de notre patiente.

Sur la base d'examen de crânes de squelettes, OSSENBERG (1987) a également décrit trois types morphologiques du canal rétromolaire. Le type I, où le canal rétromolaire naît du canal mandibulaire derrière les apex de la troisième molaire, puis, après avoir décrit un trajet légèrement incurvé, il se termine dans le foramen rétromolaire (fig. 14). Le type II, avec un canal rétromolaire court et robuste (diamètre > 1 mm) dont le trajet presque horizontal part de l'épine de Spix en direction antérieure pour se terminer dans le foramen rétromolaire (fig. 16). En raison du diamètre et l'orientation du canal rétromolaire, l'auteur présume que ce type contient également le nerf buccal. Le type III correspond à une entité décrite préalablement par la même auteure sous le terme de «temporal crest canal» (voir plus loin) (fig. 17). La grande majorité des canaux osseux mis en évidence correspondaient à la variante morphologique de type I, sans que l'auteure n'ait indiqué des chiffres en pourcentage concernant la répartition par ordre de fréquence des trois types.

Dans un autre travail, OSSENBERG (1986) a également décrit une variante du foramen rétromolaire où celui-ci formait l'ouverture antérieure d'une structure dite «temporal crest canal» (fig. 17). Ce canal osseux se situe dans la branche montante de la mandibule, approximativement à la hauteur de l'apophyse temporale/coronoïde; l'orifice postérieur (appelé également foramen mandibulaire accessoire) est localisé à environ 10 mm de l'épine de Spix (*lingula* mandibulaire) (OSSENBERG 1987), tandis que l'orifice antérieur se situe dans la partie supérieure de la fosse rétromolaire, en tant que variante du foramen rétromolaire. Parmi les 2400 crânes de cadavres examinés, l'auteure a trouvé un «temporal crest canal» dans 40 mandibules (1,7%). Dans tous les cas, l'orifice antérieur était situé dans la fosse rétromolaire.

En ce qui concerne le type de fibres nerveuses dans le faisceau rétromolaire de tissus mous, la littérature ne fait pas état d'informations très précises. SCHEJTMAN ET COLL. (1967) ont avancé l'hypothèse que les fibres se dirigeant vers les molaires seraient sensibles, alors que les fibres en direction du muscle temporal contribueraient aux fuseaux neurotendineux. En revanche, différents auteurs sont unanimes à estimer que le nerf ou les nerfs contiennent des fibres nerveuses myélinisées et sont accompagnés de plusieurs artères et veines de faible diamètre (SCHEJTMAN ET COLL. 1967), REICH 1980, SINGH 1981, BILECENOGLU & TUNCER 2006). Ce sont précisément ces structures neuro-vasculaires dont la présence a été confirmée par l'examen histologique de la biopsie dans notre présentation d'un cas clinique.

Pour l'instant, une question reste toutefois en attente d'une clarification précise, à savoir si le foramen rétromolaire représente une entrée ou une sortie des faisceaux nerveux; en effet, la littérature y relative fait état d'avis contradictoires (CARTER & KEEN 1971). KAUFMANN ET COLL. (2000) se sont également interrogés sur la direction des structures nerveuses passant par ces canaux rétromolaires. A leur avis, le rétrécissement du canal osseux dans une direction indique également la direction du faisceau neuro-vasculaire. BLANTON & JESKE (2003) ont décrit des branches du nerf dentaire inférieur qui bifurquent très haut

dans la fosse temporale de la troisième branche du nerf trijumeau, se prolongeant vers la base de l'apophyse coronéide ou la fosse rétromolaire, où elles pénètrent dans l'os (et non via le foramen mandibulaire à l'épine de Spix). Ces branches pourraient amener des fibres sensibles vers les molaires ou contenir un nerf buccal aberrant.

Le fait que le trajet du nerf buccal peut se situer dans le canal rétromolaire a également été évoqué par d'autres auteurs. Par exemple, SINGH (1981) a décrit un cordon tissulaire sortant d'un foramen accessoire dans la fosse rétromolaire droite, découvert fortuitement lors d'une avulsion d'une dent de sagesse mandibulaire. L'examen histologique d'un échantillon de ce cordon tissulaire a mis en évidence un nerf (diamètre 0,5 mm), essentiellement composé de fibres nerveuses myélinisées. En tant que complication postopératoire, l'auteur a rapporté une paresthésie vestibulaire s'étendant de la région rétromolaire jusqu'à la région de la canine. En revanche, la sensibilité de toutes les dents était normale. L'auteur a formulé la conclusion que le cordon nerveux sectionné lors de la biopsie correspondait à un nerf buccal à trajet aberrant. Pour leur part, JABLONSKI ET COLL. (1985) ont rapporté une variation inhabituelle des ramifications du nerf dentaire inférieur (nerf mandibulaire). Lors de la dissection du crâne d'un patient décédé à l'âge de 54 ans, ces auteurs ont constaté que le nerf buccal ne bifurquait du nerf alvéolaire inférieur qu'à l'intérieur du canal mandibulaire, son trajet se dirigeant vers la fosse rétromolaire via un canal rétromolaire, se poursuivant ensuite en direction antéro-supérieure à travers le muscle buccinateur.

Les différences importantes concernant les taux de prévalence du foramen rétromolaire, pouvant atteindre jusqu'à 72% chez SCHEJTMAN ET COLL. (1967), se fondent essentiellement sur les critères relatifs d'une part du diamètre minimal du foramen et d'autre part à la méthode d'examen. Lorsque seuls les foramens d'un diamètre minimal de 0,5 mm étaient pris en compte, la fréquence s'est réduite à 25% au maximum (OSSENBERG 1987, BILECENOGLU & TUNCER 2006). En général, la structure naturelle de l'os maxillaire présente un nombre important de minuscules porosités ou de foramens de faible diamètre, sans que ceux-ci ne doivent obligatoirement être assimilés à des struc-

tures contenant des éléments vasculo-nerveux. Sur 150 crânes squelettiques examinés, HAVEMAN & TEBO (1976) ont trouvé, dans la région postérieure du maxillaire inférieur à partir de la première molaire, 36 foramens en moyenne par mandibule, avec un diamètre moyen de 0,3 mm. En prenant en considération les foramens d'un diamètre  $\geq 0,4$  mm, ces auteurs ont compté en moyenne cinq foramens dans la même région de la mandibule.

En tant que conclusions de cette présentation d'un cas clinique et de la littérature en la matière, on peut retenir les constatations suivantes: le canal rétromolaire représente une variante de la norme; il débouche (ou il prend origine) dans le trigone, respectivement la fosse rétromolaire, dans un orifice dit foramen rétromolaire; il contient des fibres nerveuses myélinisées et des vaisseaux de faible diamètre (artérioles et veinules); et il peut être visible, en tant que découverte fortuite, sur un orthopantomogramme. Du fait que le canal rétromolaire peut contenir, dans des cas isolés, le nerf buccal, il y a lieu, lors d'interventions chirurgicales (par exemple avulsion de dents de sagesse inférieures), de ménager et de préserver le faisceau vasculo-nerveux sortant du foramen rétromolaire. La persistance de sensibilités des molaires mandibulaires malgré une anesthésie tronculaire à l'épine de Spix peut être un signe suggérant la présence d'un canal rétromolaire par lequel des fibres nerveuses sensibles atteignent les dents mandibulaires postérieures, en «court-circuitant» le canal dentaire inférieur proprement dit. Dans ces cas, il est recommandé de réaliser une anesthésie locale complémentaire dans la région de la fosse rétromolaire.

## Remerciements

Les auteurs remercient Monsieur Ueli Iff, dessinateur et infographiste médical, Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne, pour la réalisation des graphiques schématiques et Madame Ines Badertscher, polygraphe, également ZMK Berne, pour les retouches aux illustrations.

*Bibliographie voir texte allemand, page 827.*