

LISTE DES FIGURES ET SCHEMAS

Figure carieuse.....	1 :	Atteinte	3		
Figure 2 : Gingivite.....			10		
Figure 3 : Parodontite.....			10		
Figure 4 : Plaque bactérienne dentaire.....			15		
Figure 5 : Agénésie des incisives latérales.....			16		
Figure 6 : Oligodontie.....			17		
Figure 7 : Traumatisme avec expulsion de la 21.....			17		
Figure antique.....	8 :	Prothèse	fixée	19	
Figure métallique.....	9 :	Couronne	coulée	21	
Figure Vestibulaire.....	10 :	Couronne	à	Incrustation	21
Figure Métallique.....	11 :	Couronne		Céramo-	22
Figure 12 : Couronne Céramo- Céramique.....					22
Figure 13 : céramique.....	13 :	Facette	esthétique	en	23
Figure 14 : Inlay/Onlay.....					23
Figure 15 : Onlays.....					24
Figure 16 : Couronne Richmond.....					24
Figure portée.....	17 :	Prothèse	fixée	implanto-	25
Figure petite.....	18 :	Bridge	de		25

portée.....	
Figure 19 : Distribution de l'échantillon selon le sexe.....	31
Figure 20 : Répartition de la population selon l'âge.....	31
Figure 21 : Répartition de la population selon le statut matrimonial.....	32
Figure 22 : Répartiton de l'échantillon selon la profession.....	32
Figure 23 : Répartition de l'échantillon selon la situation financière.....	33
Figure 24 : Répartition de la population selon le moyen de transport.....	33
Figure 25 : Distribution de la population selon le motif de la consultation.....	34
Figure 26 : Répartition de l'échantillon selon le diagnostic.....	35
Figure 27 : Diagramme de répartition selon le type de prothèse.....	35
Figure 28 : Diagramme de répartition selon les moyens d'ancre.....	36
Figure 29 : Répartition selon le type de reconstitution coronaire.....	36
Figure 30 : Distribution de la population selon la durée de traitement.....	37
Figure 31 : Distribution selon le nombre de séances de contrôles	37
 Schéma 1 : Schéma de Keyes modifié	6
Schéma 2 : Relation entre alimentation et carie dentaire.....	6
Schéma 3 : Glandes salivaires.....	8
Schéma 4 : Variation du pH	8

salivaire.....	
Schéma 5 : Pathogénèse de la maladie parodontale.....	10

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Association entre sexe et motif de 38 consultation.....

Tableau II : Association motif de consultation/type de 39 prothèse.....

Tableau III : Association profession/moyen de 40 transport.....

Tableau IV : Association entre le type de prothèse scellée et le 41 sexe.....

Tableau V : Association profession/type de 41 prothèse.....

Tableau VI : Association durée de traitement/type de 42 prothèse.....



LISTE DES ABREVIATIONS

CC : **Couronne Coulée**

CCC : **Couronne Céramo-Céramique**

CCM : **Couronne Céramo-Métallique**

CIV : **Couronne à Incrustation Vestibulaire**

FMPO : **Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie**

OMS : **Organisation Mondiale de la Santé**

PAE : **Pellicule Acquise Exogène**

UCAD : **Université Cheikh Anta Diop**



SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LES ETIOLOGIES DES EDENTEMENTS ET LES RESTAURATIONS FIXEES

I.Etiologies des édentements.....	3
1.Carie dentaire.....	3
1.1.Définition.....	3
1.2.Origines de la carie	3
1.3.Mécanisme.....	4
1.4.Facteurs de risques.....	5
1.5.Relation entre alimentation et carie dentaire.....	6
1.6.Relation entre bactéries et carie dentaire.....	7
1.7.Relation entre salive et carie dentaire.....	8
2.Parodontopathies.....	9
2.1.Définition.....	9
2.2.Etiopathogénie.....	10
2.3.Evolution.....	11
2.4.Facteurs de risques.....	11
2.4.1. Facteurs de risques généraux.....	12
2.4.2. Facteurs de risques locaux.....	14
3.Agénésie.....	16
3.1.Définition.....	16
3.2.Causes d'agénésie dentaire.....	16
3.3.Différentes formes d'agénésies dentaires.....	16
4.Traumatisme.....	17
II.Les restaurations prothétiques fixées.....	18
1.Définition.....	18

2.Historique.....	18
3. Les Différentes types de prothèses fixées.....	19
3.1.Prothèse fixée unitaire.....	20
3.1.1. Ancrages coronaires.....	20
3.1.1.1.Les restaurations à recouvrement total.....	20
3.1.1.1.1. Couronne coulée (CC).....	20
3.1.1.1.2. Couronne à Incrustation Vestibulaire (CIV).....	21
3.1.1.1.3. Couronne Céramo-Métallique (CCM).....	21
3.1.1.1.4. Couronne Céramo-Céramique (CCC).....	22
3.1.1.2.Restaurations à recouvrement partiel.....	22
3.1.1.2.1. Facettes esthétiques.....	22
3.1.1.2.2. Les restaurations coulées intra-coronaires.....	23
3.1.1.2.2.1.Les inlays.....	23
3.1.1.2.2.2.Les onlays.....	23
3.1.2. La reconstitution corono-radiculaire.....	24
3.1.2.1.La couronne Richmond.....	24
3.2.La prothèse implanto-portée.....	24
3.3.Prothèse fixée plurale : Bridge.....	25

**EUXIEME PARTIE : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTS REHABILITES
PAR PROTHESE FIXEE DENTO-PORTEE DANS LA CLINIQUE
DE PROTHESE DU DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE.**

I. JUSTIFICATION.....	26
II. MATERIELS ET METHODES.....	27
1.Type d'étude.....	27
2.Population d'étude.....	27
3.Considérations éthiques.....	28
4.Description des variables.....	28
5.Instruments de mesure.....	29
6.Méthode de recueil des données.....	29
7.Analyse des données.....	29
III. RESULTATS.....	30
1.Résultats descriptifs.....	30
1.1.Caractéristique de la population.....	30
1.Répartition de la population selon le sexe.....	30
2. Répartition de la population selon l'âge.....	31
3. Statut matrimonial des patients.....	32
4. Profession des patients.....	32
5. Situation financière des patients.....	33
6. Moyen de transport des patients.....	33
1.2.Données cliniques.....	34
1.2.1. Motif de consultation.....	34
1.2.2. Diagnostic.....	35
1.2.3. Type de prothèse scellée.....	35
1.2.4. Moyens d'ancrage.....	36
1.2.5. Type de reconstitution coronaire.....	36

1.2.6. Distribution selon la durée de traitement.....	37
1.2.7. Nombre de séances de contrôles.....	37
1.3.Associations entre variables.....	38
1.3.1. Sexe/Motif de consultation.....	38
1.3.2. Motif de consultation/Type de prothèse.....	39
1.3.3. Profession/Moyens de transports.....	40
1.3.4. Sexe/Type de prothèse.....	41
1.3.5. Profession et Type de prothèse.....	41
1.3.6. Durée de traitement et Type de prothèse.....	42
IV. DISCUSSION.....	43
1.Données sociodémographiques des patients.....	43
1.1.Sexe.....	43
1.2.Age.....	44
1.3.Activité professionnelle.....	45
2. Données cliniques.....	46
2.1.Motif de consultation.....	46
2.2.Diagnostic.....	46
2.3.Type de prothèse scellée.....	47
2.4.Moyen d'ancrage.....	47
2.5.Type de reconstitution coronaire.....	47
2.6.Durée de traitement.....	48
2.7.Nombre de séances de contrôles.....	49
2.8.Association entre variables.....	49
2.8.1. Sexe/Motif de consultation.....	49
2.8.2. Motif de consultation/Type de prothèse.....	49
2.8.3. Profession/Moyens de transports.....	49
2.8.4. Sexe/Type de prothèse.....	49
2.8.5. Profession/Type de prothèse.....	50

2.8.6. Durée de traitement/Type de prothèse.....	50
V. CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXE.....	63

INTRODUCTION

Selon l'organisation mondiale de la santé « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et pas comme une absence de maladie ou d'infirmité ». Les pathologies bucco-dentaires constituent un problème de santé publique qui touche toutes les couches de populations à des degrés divers. Elles sont principalement représentées par la carie dentaire et la maladie parodontale [3]. Ces pathologies non traitées aboutissent inévitablement à la perte prématuée des dents qu'il faut compenser.

Malgré les progrès réalisés dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des maladies bucco-dentaires, la proportion de sujets partiellement ou totalement édentés demeure relativement élevée même s'il n'est pas rare de trouver des sujets âgés ayant conservé toutes les dents naturelles saines [45, 58]. Ainsi, la prévalence des pertes dentaires et les besoins de traitement en restaurations prothétiques sont en général toujours importants [16]. A cet effet, il existe plusieurs possibilités thérapeutiques pour restaurer un édentement partiel à savoir les prothèses fixées implanto-portées, les prothèses fixées dento-portées ou les prothèses amovibles partielles métalliques ou en résine (prothèse transitoire). Le choix de l'option thérapeutique dépend le plus souvent de diverses variables que sont le coût de la prothèse, la disponibilité du patient, son état général et des conditions anatomiques de la cavité buccale (proximité du nerf alvéolaire inférieur, résorption osseuse terminale etc.)[18].

Dans la clinique de prothèse du Département d'Odontologie de Dakar, la prise en charge des patients partiellement édentés se fait dans le respect des concepts et principes biomécaniques de la prothèse. Ainsi, face au manque de données statistiques, il nous a semblé utile de réaliser cette étude en vue d'optimiser le service rendu au patient.

L'objectif était d'évaluer le profil épidémiologique des patients réhabilités par prothèse fixée dans la clinique de prothèse de 2005 à 2015. Pour ce faire, le travail est divisé en 2 parties :

- ❖ dans un premier temps, les généralités sur les étiologies des édentements et les restaurations fixées seront traitées ;
- ❖ ensuite sera abordée la description du profil épidémiologique des patients réhabilités par prothèse fixée dento-portée dans la clinique de prothèse du Département d'Odontologie de Dakar de 2005 à 2015.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LES ETIOLOGIES DES EDENTEMENTS ET LES RESTAURATIONS FIXEES

I.Etiologies des édentements

Les étiologies de pertes dentaires sont nombreuses. Aux pathologies bucco-dentaires (parodontopathies, carie dentaire, péricoronarite), viennent s'ajouter les traumatismes, les agénésies, les malformations congénitales, les requêtes spécifiques au patient (indication d'extraction pour intervention chirurgicale etc.) ainsi que les extractions dûes aux traitements orthodontiques ou prothétiques [43]. Néanmoins, la carie dentaire et la maladie parodontale demeurent les principales causes des pertes dentaires [43].

1. Carie dentaire

1-1. Définition

La carie dentaire est une maladie infectieuse de la dent, une lésion de l'émail et de la dentine provoquée par de l'acide sécrété par les bactéries présentes dans la plaque dentaire. Elle est le résultat d'un déséquilibre entre le processus de déminéralisation et de reminéralisation [22,33].

Elle correspond à la destruction des tissus durs de la dent à des stades variables allant d'une simple lésion non cavitaire à la destruction importante voir totale de la couronne dentaire [22,33].



Figure 1 : Atteinte carieuse [66]

1-2. Origines de la carie

La carie est une maladie multifactorielle. En effet, quatre grandes causes participent à son développement. Il s'agit notamment de :

- l'état général de la personne, son âge, son sexe ;
- l'environnement de la dent ;

- la présence de bactéries dans lesquelles les *lactobacilles* et les *streptocoques* sont les principaux responsables ;
- du régime alimentaire, s'il est riche en hydrates de carbone et en aliments mous et collants.

La carie est provoquée par l'action des bactéries de la plaque dentaire qui transforment le sucre en acides. Ceux-ci favorisent la dissolution des phosphates de calcium par diminution du pH salivaire, permettant ainsi la progression des bactéries en profondeur [41].

1-3. Mécanisme

La prise d'aliments riches en hydrates de carbone entraîne une légère déminéralisation de l'email quelques heures après. Il s'en suit un élargissement des espaces inter-prismatiques. Les protéines d'origine salivaire se fixent à leur tour sur la surface amélaire déminéralisée pour former la pellicule acquise exogène (PAE). Ainsi, les bactéries contenues dans le milieu buccal adhèrent dans un premier temps de façon réversible puis de façon irréversible sur la pellicule acquise exogène donnant naissance à un dépôt mou : biofilm ou plaque dentaire. En effet, au sein de ce biofilm, certaines bactéries utilisent les glucides pour leur activité métabolique et produisent en retour des acides organiques qui sont retenus dans la matrice extracellulaire.

Celle-ci constitue un réservoir permanent pour ces acides qui diffusent à travers l'email et dissoudent les phosphates de calcium, constituant principal de la phase minérale des tissus durs de la dent : c'est l'étape de déminéralisation. Parallèlement, sous l'effet des ions salivaires (pouvoir tampon de la salive), il se crée un gradient ionique occasionnant une diffusion de ceux-ci de la salive vers l'email et la dentine : c'est la phase de reminéralisation. Le développement de la carie survient quand ces processus dynamiques constants de déminéralisation et de

reminéralisation ne se compensent plus et que le déséquilibre est en faveur de la déminéralisation [28].

1-4. Facteurs de risques

Un facteur de risque augmente la probabilité de survenue d'un événement ou d'une maladie. Dans le contexte de la maladie carieuse, le schéma de Keyes modifié explique que la carie ne peut pas se développer sans l'interférence de quatre facteurs :

- la plaque dentaire bactérienne qui est constituée de plus de 60 à 70 espèces de bactéries différentes qui cohabitent ensemble dans le milieu buccal, certaines comme les germes anaérobies, sont responsables des pathologies gingivales, d'autres comme les *streptocoques* et les *lactobacilles*, favorisent la survenue de la carie ;
- l'alimentation riche en hydrates de carbone ou en acides favorisera la déminéralisation de l'émail et jouera un rôle fondamental dans l'apparition de la carie ;
- le terrain : certains individus sont plus susceptibles à développer la carie dentaire que d'autres. Il s'agit des individus avec des dents malpositionnées, au relief accentué, des dents avec une faible épaisseur en émail ;
- le temps, à l'issu de la conjonction des trois facteurs (plaque dentaire bactérienne, alimentation, dents), il ya un risque pour les dents. Cependant, la maladie carieuse tout comme la maladie gingivale demande du temps pour apparaître [26].

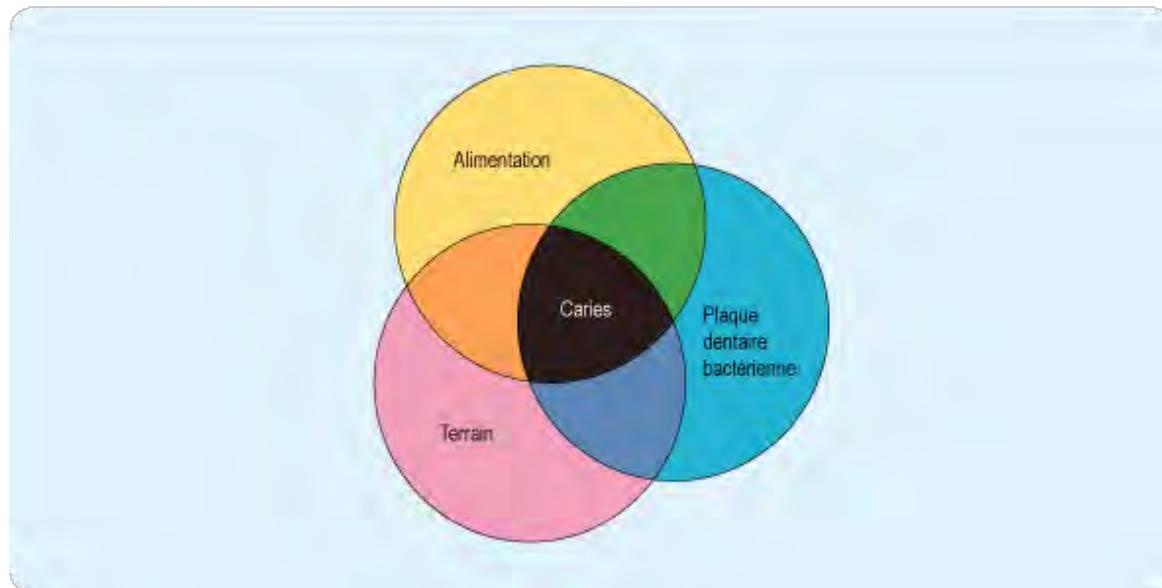


Schéma 1 : Schéma de Keyes modifié [66]

1-5.Relation entre alimentation et carie dentaire

Le potentiel cariogénique des aliments est lié à leur contenu en sucres. En effet, la relation entre la consommation de glucides et la survenue de la carie dentaire a été bien mise en évidence, mais l'implication directe du sucre dans leur apparition reste encore à déterminer. La cariogénérité des glucides résulte de l'abaissement brutal et durable du pH au sein de la plaque après l'ingestion de sucres.

Les aliments à base de glucides qui ont tendance à s'incruster entre les dents favorisent davantage les caries dentaires que les solutions sucrées [24].



Schéma 2 : Relation entre alimentation et carie [66]

1-6. Relation entre bactéries et carie dentaire

La flore microbienne buccale humaine constitue un biofilm très diversifié. En effet, vingt-cinq espèces de *streptocoques* buccaux résident dans la cavité buccale humaine et représentent à peu près 20% du total des bactéries buccales [68]. Chaque espèce a développé des propriétés spécifiques pour coloniser les différents sites buccaux soumis à des constants changements de conditions, pour combattre les compétiteurs et pour résister aux agressions externes.

Le groupe de « *streptocoques mutans* » inclue les principales bactéries impliquées dans la formation de la carie dentaire [31]. En effet, il existe trois hypothèses majeures (hypothèse de la spécificité de la plaque, hypothèse de la non-spécificité de la plaque, hypothèse de l'écologie de la plaque) pour expliquer la relation entre bactéries et carie dentaire [68].

Dans l'hypothèse de la spécificité de la plaque, seulement quelques espèces, telles que *streptocoques mutans* et *streptocoques sobrinus*, sont activement impliquées dans la formation de la carie dentaire. L'hypothèse de la non-spécificité de la plaque stipule que la carie résulterait de l'activité entière de la microflore de la plaque comprenant un nombre important d'espèces.

L'hypothèse de l'écologie de la plaque suggère que la carie est le résultat d'un débalancement de la microflore résidente induit par un changement dans un environnement localisé. Ces trois hypothèses ont été largement proposées pour expliquer le rôle des bactéries dans les maladies périodontales. En outre des *streptocoques*, d'autres espèces comme les *lactobacilles* et les *actinomyces* peuvent être impliquées dans la formation de la carie dentaire [68]

1-7. Relation entre salive et carie dentaire

La salive est un fluide naturel du système de défense de la cavité orale. C'est un produit de sécrétion qui se déverse dans la bouche et qui provient de trois glandes principales (glande parotide, glande submandibulaire et glande sublinguale) et des glandes salivaires accessoires.

Sa composition en immunoglobulines, en électrolytes organiques et inorganiques lui confère un rôle de protection majeur pour les dents et les muqueuses buccales. Celui-ci est assuré par son pouvoir tampon.

Le système tampon de la salive maintient un pH constant afin que la salive ne subisse que peu ou pas de variations avec des valeurs de pH allant de 6,2 à 7,4.

La variation du pH salivaire combinée aux autres facteurs étiologiques (âge, prise de médicament, consommation de sucre, de tabac et d'alcool élevé, mauvaise hygiène buccale) peut influencer la formation des caries dentaires. Pour un pH inférieur à 5,5, l'émail se dissout. Si le pH ne remonte pas, l'émail subit des lésions irréversibles aboutissant à une perte de substance dentaire [68].

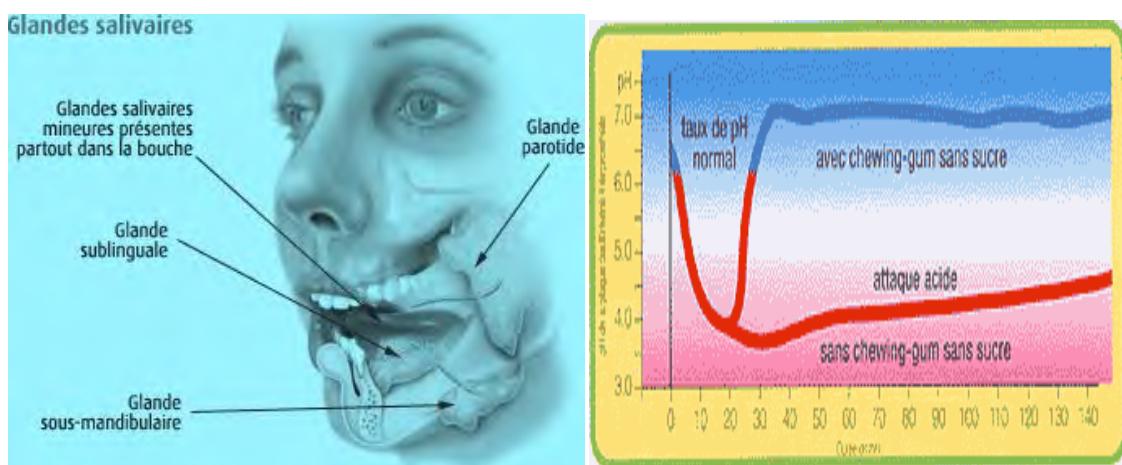


Schéma 3 : Glandes salivaires [68] **Schéma 4 :** Variation du pH salivaire

2. Parodontopathies

2-1. Définition

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes mixtes qui entraînent la destruction des tissus de support de la dent[25].

Trois espèces bactériennes à Gram négatif retrouvées dans la plaque dentaire, soit *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus* et *Actinobacillus actinomycetemcomitans* ont pu être fortement associées à ces maladies [25]. Ces bactéries parodontopathogènes possèdent différents facteurs de virulence leur permettant de coloniser les sites sous-gingivaux, d'échapper au système de défense de l'hôte et de créer des dommages tissulaires [25].

On distingue deux types de maladies parodontales d'origine infectieuse :

- ✓ les gingivites localisées au niveau de la gencive et qui sont réversibles ;
- ✓ les parodontites caractérisées par une destruction du parodonte profond [30].

La gingivite est une inflammation réversible de la gencive qui peut être retrouvée dans toutes les tranches d'âges et qui peut évoluer ou non vers une parodontite.

Les parodontites peuvent apparaître dès l'adolescence, leur évolution peut s'aggraver avec le temps en l'absence de traitement et aboutir à une perte de dents [44]. Des études récentes ont suggéré la participation possible de certains virus (cytomégalovirus, virus Epstein-Barr) dans l'étiopathogenèse des parodontites [25].

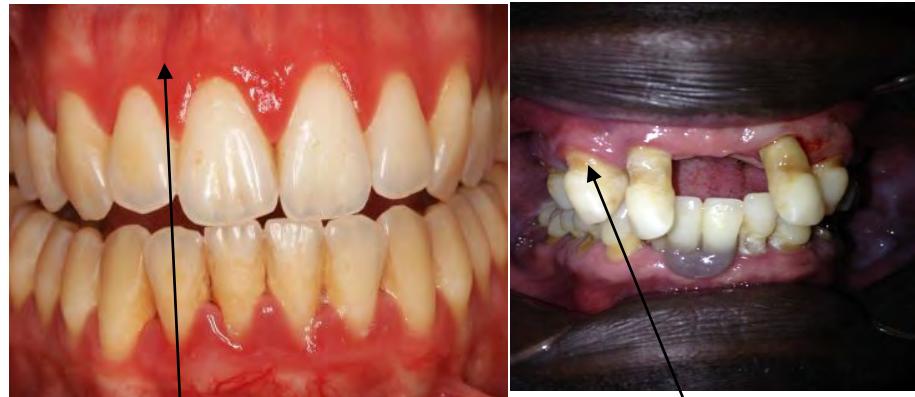


Figure 2 : Gingivite

Figure 3 : parodontite

2-2. Etiopathogénie

Il est maintenant reconnu que les parodontopathies ont une étiologie plurifactorielle et que la principale composante est bactérienne [17].

L'évolution des connaissances en parodontologie a permis de préciser les espèces bactériennes impliquées dans les différentes pathologies parodontales [57].

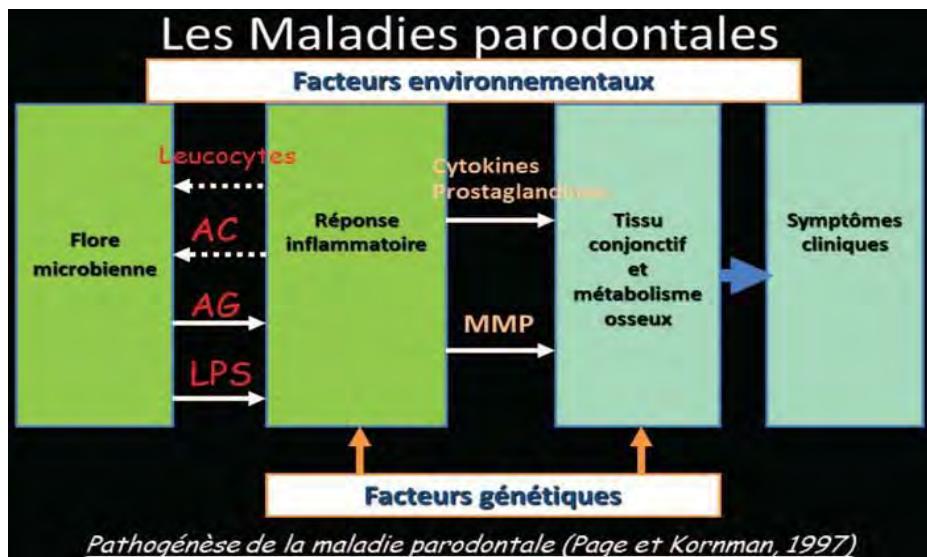


Schéma 5 : Pathogénèse de la maladie parodontale [57]

La maladie parodontale est d'origine multifactorielle. Organisées en biofilm, les bactéries associées aux facteurs de risques de l'hôte, se retrouvent dans les conditions idoines pour exprimer leurs facteurs de virulence et pour déclencher le processus pathologique.

Les différents composants bactériens qui forment le biofilm sont capables d'entrer en contact avec de nombreuses cellules de l'hôte comme les neutrophiles (PMN), les macrophages et les lymphocytes qui vont induire une réponse locale par production de médiateurs de l'inflammation, de l'immunité et des cytokines [25,34]. Ces interactions biochimiques marquent le début « biologique » de la maladie parodontale qui se poursuit par une série de perturbations métaboliques du tissu conjonctif et osseux pour aboutir à une destruction des tissus parodontaux (perte d'attache, poches parodontales, alvéolyses).

Cette réponse inflammatoire locale est fonction des individus et peut être modulée par des facteurs de risques dont certains sont propres au sujet (facteurs génétiques) et d'autres sont liés à l'environnement ou au comportement (stress, tabagisme, maladie générale, hygiène défectueuse etc.) [57].

2-3. Evolution

Plusieurs modèles d'évolution ont été décrits. Nous avons le modèle asynchrone à poussées multiples qui est le plus admis. En effet, chez un même individu, les sites atteints ne sont pas actifs en même temps. Leur évolution est marquée par une succession de courtes phases d'activité et de longues périodes de rémission et en l'absence de traitement, nous aboutissons le plus souvent à une perte dentaire précoce.

2-4. Facteurs de risques

Il existe des facteurs de risques généraux et locaux. Ces facteurs sont si liés que leur association joue un rôle pondérant dans l'étiologie des irritations ou des destructions parodontales [55].

2-4-1. Facteurs de risques généraux

➤ Facteur racial

Ce facteur est controversé par différentes études. Des variations importantes de prévalence des parodontites juvéniles ont été constatées entre des populations noires et blanches, la parodontite juvénile a une prévalence de 0,8% pour la race noire, 0,2% pour les asiatiques et 0,02% pour la race blanche [55].

➤ Facteurs héréditaires

Des facteurs héréditaires pourraient modifier la résistance des tissus parodontaux à l'agression des bactéries. Selon plusieurs auteurs, il existe un caractère familial de la parodontite juvénile localisée.

Cependant, il existe encore de nombreux doutes sur le rôle précis des facteurs héréditaires dans la susceptibilité aux maladies parodontales [55].

➤ Facteurs nutritionnels

Le rôle de la nutrition dans la survenue des parodontopathies est actuellement mal connu. Les études consacrées aux conséquences de la malnutrition sur le parodonte sont peu nombreuses et ne portent que sur les carences les plus sévères [55].

La consistance des aliments joue un rôle également important en stimulant la salivation donc le potentiel de défense [55].

➤ Age

Il existe une corrélation entre le vieillissement et la prévalence des maladies parodontales. En effet, la sévérité des maladies parodontales augmente avec l'âge. Les conséquences des parodontopathies s'accumulent avec le temps et font de l'âge un facteur de risque important.

De façon schématique, des études épidémiologiques montrent que les groupes de sujets susceptibles aux parodontopathies augmentent avec

l'âge. L'altération des tissus parodontaux débute à 30 ans et est maximale à 50 ans [55].

➤ **Sexe**

L'analyse de la littérature suggère que les femmes seraient plus susceptibles aux maladies parodontales de forme précoce alors que les hommes présenteraient plus fréquemment des parodontites de l'adulte [55]. Les pertes d'attache et les profondeurs de poches sont plus importantes chez les hommes que chez les femmes ainsi que les indices de plaque et de tartre [7].

➤ **Stress**

Les sujets instables et/ou anxieux sont plus fréquemment atteints de maladies parodontales. En effet, quelques études épidémiologiques anciennes ont pu établir une relation entre le stress et la parodontite ulcéro-nécrotique [55].

D'autres ont montré un lien entre l'accumulation du stress et le niveau de destruction parodontale [55]. Le stress peut être à l'origine d'une baisse de la vascularisation locale, de la sécrétion salivaire, de la modification du système immunitaire, ou du déséquilibre endocrinien [55].

➤ **Maladies générales**

Plusieurs maladies (diabète, sida, leucémies etc.) peuvent perturber le métabolisme tissulaire ou le fonctionnement du système immunitaire. Ces modifications tissulaires ou immunitaires peuvent rendre des sujets plus sensibles aux agressions bactériennes parodontales [1].

➤ **Médicaments**

Tout comme des maladies, de nombreux médicaments (Antiépileptiques, Cyclosporine, Anti-inflammatoires non stéroïdiens, Nifédimine etc.) peuvent perturber le métabolisme tissulaire ou le fonctionnement du système immunitaire [1].

Cette modification des réponses tissulaires ou immunitaires peut rendre des sujets plus vulnérables aux agressions bactériennes parodontales [1].

2.4.2 Facteurs de risques locaux

Ils sont retrouvés dans l'environnement immédiat des tissus parodontaux et peuvent être divisés en : facteurs d'irritations, facteurs fonctionnels, facteurs associés aux moyens de défense de l'hôte et facteurs de risque bactériens.

➤ Facteurs d'irritations

- Hygiène bucco-dentaire

La plaque dentaire est une substance blanchâtre ou jaunâtre qui se dépose sur les surfaces dentaires. Lorsqu'elle est éliminée de l'ensemble de celles-ci, le processus de formation redémarre à nouveau à la fin du nettoyage pour atteindre une épaisseur maximale au septième jour [7].

Il existe une corrélation entre la présence de plaque bactérienne et la survenue d'une gingivite.

Les études de Loe et *col.* ont montré dans une population présentant une mauvaise hygiène orale, des lésions parodontales avancées au niveau des molaires maxillaires puis mandibulaires [55].

- Tabac

Les effets de l'utilisation du tabac sur le parodonte ont fait l'objet de nombreuses études au cours de ces dernières années [47]. Elles ont montré que le tabac est un facteur de risque important pour l'homme. En effet, même avec une bonne hygiène orale, les fumeurs présentent plus de maladies parodontales que les non-fumeurs. La nicotine augmente le taux d'adrénaline dans le sang et entraîne parallèlement une vasoconstriction des vaisseaux. Il s'en suit une réduction des apports nutritionnels dans les tissus, ce qui pourrait expliquer la faible réponse tissulaire fréquemment retrouvée chez les fumeurs [25]. Le tabagisme est reconnu comme pouvant

diminuer le support osseux indépendamment de la plaque bactérienne ; il provoque une diminution du contenu minéral osseux et du métabolisme de l'os [47].

➤ Facteurs fonctionnels

Les problèmes d'occlusion de toute nature (malocclusions primaires ou secondaires, chevauchement, béances) peuvent occasionner des atteintes parodontales.

➤ Facteurs associés aux moyens de défense de l'hôte

La réponse immunitaire de l'hôte, en réponse à l'agression bactérienne constante, est un facteur déterminant dans la progression de la maladie. Un certain nombre de cytokines (IL-1, IL-6, IL-8, TNF- α), de médiateurs de l'inflammation (PGE2) et de métalloprotéinases matricielles (MMP-2, MMP-3, MMP-8, MMP-9) ont été associés à la progression des parodontites[25].

➤ Facteurs de risque bactériens

Les maladies parodontales sont d'étiologie bactérienne répondant parfaitement à la définition d'une maladie infectieuse. Les bactéries impliquées dans ces pathologies sont de mieux en mieux connues.

En effet, trois micro-organismes semblent jouer un rôle privilégié dans l'étiopathogénie des maladies parodontales : *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *P. intermedia* [25].



Figure 4 : Plaque bactérienne dentaire [68]

3. Agénésie

3-1. Définition

L'agénésie dentaire est une anomalie de nombre par défaut, caractérisée par un manque d'une ou de plusieurs dent(s) sur l'arcade dentaire causé par l'absence de son ou de leurs germe(s) correspondant(s) [4]. Elle peut être unilatérale ou bilatérale et concerne le plus souvent des dents permanentes [4].

3-2. Causes d'agénésie dentaire

Les causes de l'agénésie dentaire restent encore mal connues. Plusieurs théories tentent d'expliquer le phénomène [11]. En effet, il existe des agénésies dites non syndromiques ou familiales qui sont plus répandues. Les agénésies liées à des syndromes constituent une des manifestations de l'anomalie génétique.

Des facteurs environnementaux jouent un rôle prépondérant dans la survenue ou non des agénésies dentaires.

Des perturbations locales affectent la formation du fœtus et pourraient être à l'origine de l'absence de formation du germe dentaire [11].

3-3. Différentes formes d'agénésies dentaires

➤ Agénésie partielle

C'est l'absence d'un ou d'un petit nombre d'élément(s) dentaire(s) sur l'arcade [9]. Les dents les plus touchées sont : les troisièmes molaires ou dents de sagesse, les incisives latérales maxillaires, les deuxièmes prémolaires maxillaires et mandibulaires. Ce sont des dents de fin de série.



Figure 5 : agénésie des incisives latérales [12]

➤ L'oligodontie

Nous parlons d'oligodontie lorsqu'il manque six dents ou plus (à l'exception des dents de sagesse). Elle est rarement isolée, dans la plus part des cas, elle se situe dans un contexte malformatif lui-même lié à une pathologie syndromique [12].



Figure 6 : Oligodontie [12]

➤ Anodontie

Elle est caractérisée par l'absence congénitale de toutes les dents permanentes en bouche [9]. La denture temporaire n'est jamais concernée mais l'agénésie de la deuxième denture est totale.

4.Traumatisme

Les traumatismes représentent un pourcentage très important des pathologies rencontrées dans la pratique odonto-stomatologique. Si les facteurs favorisants sont connus, les traitements d'urgence sont souvent mal compris et les séquelles à plus ou moins long terme ne sont pas prévenues. Les thérapeutiques sont d'autant plus complexes que les dents sont souvent immatures [42].



Figure 7 : Traumatisme avec expulsion de la 21 [42]

II-Les restaurations prothétiques fixées

1- Définition

La prothèse dentaire est la science et l'art de reconstruire une ou plusieurs dents délabrées ou absentes par l'adjonction d'un artifice mécanique dans le but de rétablir voire améliorer une esthétique déficiente, une fonction amoindrie, nécessaire au rétablissement des rapports occlusaux satisfaisant, à la fois les exigences esthétiques et fonctionnelles [5].

En effet, la prothèse fixée ou conjointe est un appareillage prothétique dentaire qui est caractérisée par la conjonction des artifices prothétiques et des dents préparées [32]. Elle est l'aboutissement d'un travail multidisciplinaire parfois complexe mais qui s'inscrit dans un plan de traitement [54]. Son objectif principal est de remplacer, de restaurer ou d'améliorer une fonction ou l'esthétique perdue. Elle est dite unitaire si elle concerne une seule dent et plurale si elle remplace une ou plusieurs dents. La prothèse plurale encore appelée bridge en anglais qui signifie « pont », est une pièce prothétique qui permet de combler un espace sur l'arcade dentaire édentée partiellement en s'appuyant sur les dents bordant l'édentement (dents pilier).

La partie qui remplace la ou les dent(s) absente(s) est appelée travée ou pontique ou élément(s) intermédiaire(s) du bridge.

Cette réhabilitation qui consiste à remplacer les dents perdues en se fixant sur les dents pilier n'est pas nouvelle. Seulement avant, les moyens et les méthodes étaient archaïques [19, 63].

2- Historique

Certains papyrus contiennent des énumérations des remèdes pour les maux de dents et il existait des « médecins de dents », mentionnés par Hérodote au V siècle avant Jésus Christ. C'est en Egypte, dans des sarcophages, que furent découvertes, les premières traces, de prothèse dentaire. Elles étaient

alors sculptées dans l'ivoire ou le sycomore (variété d'érable appelé aussi platane) et reliées par des fils en or [69].

Les obturations, quant à elles, étaient réalisées avec de l'or massif. Les phéniciens, habiles commerçants et grands voyageurs, rependirent les techniques égyptiennes à travers le bassin méditerranéen. C'est ainsi que l'art dentaire se développera dans la civilisation grecque. D'ailleurs c'est Hippocrate qui fut l'un des précurseurs et apportera de nombreux progrès. Il faudra attendre presque deux siècles pour que le modèle en plâtre s'impose.

Au XVII^{ème} siècle les dents métalliques et en porcelaine firent leur apparition, par contre les méthodologies et les techniques verront leur évolution qu'au XIX^{ème} siècle. C'est à cette époque que l'occluseur est apparu, facilitant ainsi le montage rationnel des dents. Par ailleurs, la technique de prise d'empreinte devient une pratique courante et la mise au point du procédé de coulée par cire perdue permit alors la réalisation de bridges.

Au XX^{ème} siècle, la prothèse connaît un essor considérable, les techniques et les matériaux progressent très vite. Aujourd'hui l'accent est mis sur la biocompatibilité des matériaux entrant dans la fabrication des prothèses et sur le confort et l'esthétique du patient [69].



Figure 8 : Prothèse fixée antique [69]

3- Différentes types de prothèses fixées

Il existe trois types de prothèses fixées : prothèse fixée unitaire, prothèse fixée plurale et prothèse fixée implanto-portée.

3-1- Prothèse fixée unitaire

C'est une pièce prothétique fixée qui couvre en partie ou en totalité la couronne clinique dentaire. Elle permet de remplacer d'importants volumes de substances dentaires tout en préservant et protégeant ceux qui ne sont pas atteints.

En effet, en restaurant la dent dans son intégralité, elle redonne à celle-ci une activité fonctionnelle et lui permet de satisfaire des exigences esthétiques. Elle peut être réalisée sur une dent vivante ou dépulpée. Son indication est posée lorsque le volume de substance dentaire résiduel ne permet pas d'assurer la pérennité d'une restauration conventionnelle à l'amalgame ou au composite [52].

C'est une coiffe à recouvrement partiel ou total dont l'intrados s'adapte à la préparation prothétique et dont l'extrados reconstitue l'anatomie morphologique et parfois l'esthétique de la dent [52].

3-1-1- Ancrages coronaires

1-1-1- Restaurations à recouvrement total

Ce sont des couronnes creuses de revêtement ou couronnes périphériques de recouvrement total. Elles couvrent toute la couronne clinique dentaire et peuvent remplir à la fois des objectifs fonctionnels et esthétiques.

3-1-1-1- Couronne Coulée

Elle est indiquée, lorsque toutes les faces axiales de la dent ont été endommagées par un processus carieux ou si la dent a été restaurée. Elle est réalisée en alliage précieux (or ou métal) et assure la cohésion de la substance dentaire résiduelle, elle renforce et maintient la dent [48].

Du fait de son accessibilité financière, elle demeure la restauration la plus utilisée pour les dents postérieures au Département d'Odontologie de Dakar [35, 36]. Cependant, son esthétique faible, fait qu'elle est de moins en utilisée ces dernières années [2].



Figure 9 : Couronne coulée métallique [67]

3-1-1-2- Couronne à Incrustation Vestibulaire (CIV)

C'est une coiffe ou couronne métallique dont la face vestibulaire est réalisée en céramique ou en résine.

L'incrustation vestibulaire est un compromis esthétique, mais unique sur les dents du maxillaire supérieur car la face vestibulaire des dents mandibulaires est naturellement cachée par les joues.



Figure 10 : Couronne à Incrustation Vestibulaire [67]

3-1-1-3- Couronne Céramo-Métallique (CCM)

C'est une pièce prothétique composée d'une couche de porcelaine cuite (cérame) sur la coiffe métallique (chape métallique) de faible épaisseur qui est à l'intrados au contact de la préparation par l'intermédiaire du ciment de scellement. Sa réalisation nécessite une réduction importante des tissus dentaires pour aménager l'espace nécessaire à l'épaisseur réunie de la chape métallique et du matériau cosmétique requis pour assurer l'esthétique [55]. Elle peut être utilisée pour les dents antérieures ou pour les dents postérieures, mais aussi comme moyen d'ancre d'un bridge.



Figure 11 : Couronne Céramo-Métallique [67]

3-1-1-1-4- Couronne Céramo-Céramique (CCC)

C'est un élément prothétique fixé exclusivement en matériau cosmétique. Elle est d'une différence capitale par rapport aux autres restaurations unitaires et d'une esthétique meilleure du fait de sa transparence et de sa translucidité. Cependant, elle est fragile et peut se fracturer.

Ce qui fait que l'utilisation de plus en plus de céramique renforcée par l'alumine a fait redécouvrir ces reconstructions [48,61].



Figure 12 : Couronne Céramo-Céramique [67]

3-1-1-2- les restaurations à recouvrement partiel

Ce sont des pièces prothétiques fixées qui ne restaurent qu'en partie la couronne dentaire. Une face ou plus de celle-ci n'est pas recouverte. Elles sont utilisées pour restaurer une dent dont une surface au moins et la moitié ou plus de volumes de substance dentaire sont intacts [51].

3-1-1-2-1- Facettes esthétiques

La recherche de solution moins destructrice a été entreprise dans le souci d'économie tissulaire et de limiter les préparations mutilantes pour couronnes céramo-métalliques et céramo-céramiques. Les facettes esthétiques en céramique ou en vitro-céramique (fine pièce prothétique),

collées sur la face vestibulaire des dents par ailleurs intactes (avec un aspect médiocre) donnent d'excellents résultats esthétiques. Ce type de restauration permet une préparation minimale et présente pour le patient et le dentiste une des plus séduisantes solutions [51].

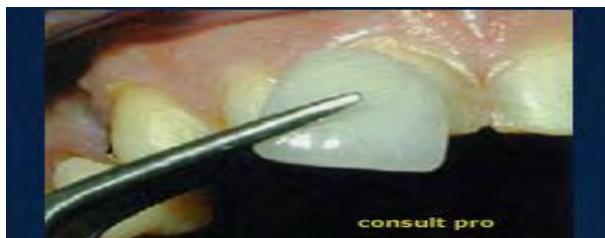


Figure 13 : Facette esthétique en Céramique [67]

3-1-1-2-2- les restaurations coulées intra-coronaires

3-1-1-2-2-1- Les Inlays

Les inlays sont des pièces prothétiques intra-coronaires réalisées sur dents délabrées. Ils sont en alliage coulé (or ou métal), en résine, ou en céramique mordancée et sont utilisées pour obturer des lésions minimes à modérées.



Figure 14: Inlay/Onlay [71]

3-1-1-2-2-2-Les Onlays

Les onlays sont des constructions extra-coronaires recouvrant partiellement la couronne dentaire, en préservant les faces saines de la dent. Ils sont utilisés dans le cas de lésions modérées voir volumineuses et sont souvent indiqués pour des dents cuspidées [30].



Figure 15 : Onlays [71]

3-1-2-La reconstitution corono-radiculaire

C'est la reconstitution coronaire de la dent délabrée. Elle a pour but de protéger et de renforcer la dent mais aussi de permettre la rétention du matériau de reconstitution destiné à remplacer la substance coronaire détruite par la carie, le traitement endodontique, éventuellement un traumatisme [20].

3-1-2-1- La couronne Richmond

Elle remplace toute la couronne clinique par une couronne en céramique ou en résine en prenant appui sur une racine radiculaire traitée, destinée à augmenter la rétention de la restauration. Elle peut être en métal et recouverte en vestibulaire avec du matériau cosmétique destiné à assurer l'esthétique.



Figure 16: Couronne Richmond [67]

3-2- La prothèse fixée implanto-portée

L'implant dentaire correspond à une racine artificielle en titane (dans la majorité des cas) destinée à être enfouie dans l'os maxillaire ou mandibulaire par un procédé chirurgical qui supportera secondairement un élément prothétique scellé ou vissé [70].

L'implantologie moderne est née dans les années 50, grâce aux travaux du Professeur Branemark sur l'ostéo-intégration [70]. Ces indications sont le plus souvent le remplacement de dents absentes, sans intervenir sur les dents adjacentes, comme cela s'impose pour un bridge classique. L'implant est une solution prothétique avec des avantages et des inconvénients [20].



Figure 17 : Prothèse fixée implanto-portée [70]

3-3- Prothèse fixée plurale : Bridge

La prothèse fixée plurale encore appelée bridge ou prothèse partielle fixée consiste au remplacement d'une ou de plusieurs dents absentes en prenant pour supports les dents naturelles bordant l'édentement. Son objectif est de restaurer la fonction occlusale et esthétique. Elle est composée d'ancrages et de pontique.

L'ancrage est la partie du bridge qui se fixe sur les dents piliers (dents bordant l'édentement).

La pontique est la ou les dent(s) artificielle(s) qui remplace(nt) la ou les dent(s) absente(s). L'espace qu'elle(s) comble(nt) est appelée travée.

En effet, selon l'étendue de l'édentement, nous distinguons plusieurs types de bridges de formes variables. Ils peuvent être rectilignes (bridge de petite portée) ou curvilignes (bridge de longue portée).



Figure 18 : Bridge de petite portée [67]

DEUXIEME PARTIE :

**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTS REHABILITES PAR
PROTHESE FIXEE DENTO-PORTEE DANS LA CLINIQUE DE
PROTHESE DU DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE.**

I. Justification

Plusieurs solutions thérapeutiques sont disponibles pour restaurer un édentement partiel : les prothèses fixées implanto-portées, les prothèses fixées dento-portées et les prothèses partielles métalliques ou en résine.

Le choix d'une réhabilitation prothétique en étroite concertation avec le patient dépend de plusieurs facteurs (état général, fonctionnel, anatomique, financier, esthétique etc.) [18]. En effet, le contexte économique et social des pays en voie de développement exacerbe les difficultés d'accès aux soins de qualité. Ainsi, les patients n'ont pas souvent les moyens financiers pour bénéficier des restaurations implantaires qui demeurent une meilleure solution thérapeutique et qui sont très souvent onéreuses. Ils recourent alors à une prothèse amovible partielle beaucoup plus accessible. Les effets secondaires liés au port de prothèse amovible partielle en résine (prothèse considérée à tord comme définitive) à type de lésions parodontales, carieuses, associées à une augmentation de la résorption osseuse des crêtes et un déplacement des dents supports de crochets, orientent les patients vers une restauration par prothèse partielle métallique [6]. Ces dispositifs, compte tenu de leur amovibilité, leur encombrement et leur inconfort ont du mal à être acceptés par la plupart des patients [65].

La restauration fixée dento-portée devient ainsi la thérapeutique de compromis pour réhabiliter un édentement partiel. Ainsi comme toute prothèse, elle se doit de restaurer les fonctions de l'appareil manducateur altérées par la perte des dents, de répondre aux besoins esthétiques du patient et d'être d'une longévité acceptable. Il apparaît donc que le traitement de l'édentement partiel par la prothèse fixée considéré comme un moyen de prévention tertiaire, contribue à l'amélioration de la qualité de vie des patients et à leur insertion socioprofessionnelle.

Du fait d'un coup de traitement abordable au Département d'Odontologie, - les demandeurs de prothèse fixée dento-portée deviennent de plus en plus nombreux.

L'objectif de notre étude était d'évaluer le profil épidémiologique des patients réhabilités par la prothèse fixée dento-portée dans la clinique de prothèse du Département d'Odontologie de Dakar.

II. MATERIELS ET METHODES

1.Type d'étude

Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive sur des dossiers des patients réhabilités par prothèse fixée dento-portée au sein de la clinique de prothèse du Département d'Odontologie de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie (FMPO) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD), par les étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} année de chirurgie dentaire de 2005 à 2015.

2. Période d'étude

L'étude s'est déroulée entre le 10 Janvier et le 23 Avril 2016.

3. Population d'étude

L'étude portait sur des patients réhabilités par prothèse fixée dento-portée dans la clinique de prothèse.

3.1 Echantillonnage

L'ensemble des dossiers des patients réhabilités entre 2005 et 2015 a été recensé et analysé. Cependant, seuls les dossiers bien remplis ayant un numéro d'enregistrement, de téléphone valide ont été sélectionnés pour participer à l'étude. Un questionnaire comportant les paramètres sociodémographique, socioprofessionnel et clinique a été utilisé (annexe).

Les participants ont été contactés par téléphone pour fournir des renseignements complémentaires ne figurant pas sur leurs dossiers de traitement.

3.2 Critères de sélection

3.2.1 Critères d'inclusion

Ont été retenus dans l'étude, les dossiers remplissant les critères suivants :

- + examen clinique validé par un enseignant ;
- + etat civil (prénom, nom, sexe, âge, profession, état général etc.) et le type de traitement bien remplis ;
- + patients ayant été réhabilités ;
- + patients ayant une radiographie préopératoire.

3.2.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus de l'étude les dossiers :

- + sans numéros d'enregistrement ;
- + avec un numéro de téléphone erroné ou sans radiographie préopératoire ;
- + avec un traitement non effectué ou non achevé.

4. Considérations éthiques

Avant le début de l'étude, les patients ont été informés sur son mode de déroulement et la confidentialité du questionnaire à remplir. Ils ont aussi été informés sur leur droit d'être renseigné sur les résultats globaux de l'enquête. Un consentement éclairé était obtenu.

5. Description des variables

Les variables utilisées étaient des paramètres individuels (sexe, profession, statut matrimonial, état salarial, adresse), généraux (état général) et cliniques (motif de consultation, diagnostic, type de prothèse scellée, type d'ancrage, type de reconstitution coronaire, durée de traitement, nombre de contrôle).

6. Instruments de mesure

Dans cette étude, nous avons utilisé le matériel suivant :

- une fiche d'enquête pour recueillir des informations relatives aux patients, au diagnostic posé, au traitement effectué, à la durée du traitement et au nombre de contrôles réalisés ;
- les dossiers des patients ayant été réhabilités par prothèse fixée dento-portée de 2005 à 2015 ;
- un logiciel pour le traitement des données recueillies (sphinx version 5) et l'analyse des résultats (spss version 18.0).

7. Méthodes de recueil des données

Les données sont recueillies par le biais d'un questionnaire rempli à partir des dossiers retenus pour l'étude et complétées par un entretien avec les patients.

8. Analyse des données

Les données relatives à la catégorie sociodémographique, socioprofessionnelle, à l'état général ainsi qu'aux paramètres cliniques ont été enregistrées. Un masque de saisie a été mis en place avec le logiciel sphinx version 5 et analysé grâce au logiciel SPSS (Statistique Package for Social Science version 18.0).

Les variables qualitatives ont été décrites par leur nombre et leur pourcentage. La pertinence de leur association a été testée par le test de Khi-2.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type.

III.Résultats

La population de l'étude était constituée par l'ensemble des dossiers d'examen clinique des patients réhabilités par prothèse fixée dento-portée de 2005 à 2015 au sein de la clinique de prothèse du Département d'Odontologie de la FMPO. Au total deux cent soixante-quatre (264) ont été recensés, seuls deux cent vingt-trois (223) ont été retenus pour l'étude soit un taux de rappel de 84,46%.

Sur les quarante-un (41) dossiers non retenus :

- neuf (9) avaient des numéros de téléphones erronés ;
- douze (12) n'avaient pas de numéro d'enregistrement ;
- dix-neuf (19) présentaient des traitements non effectués ou non achevés ;
- un patient était décédé.

1. Résultats descriptifs

1.1 Caractéristiques de la population

1.1.1 Répartition de la population selon le sexe

L'échantillon est constitué de 52% d'hommes et de 48% de femmes, soit un sexe ratio de 1,08 (figure 21).

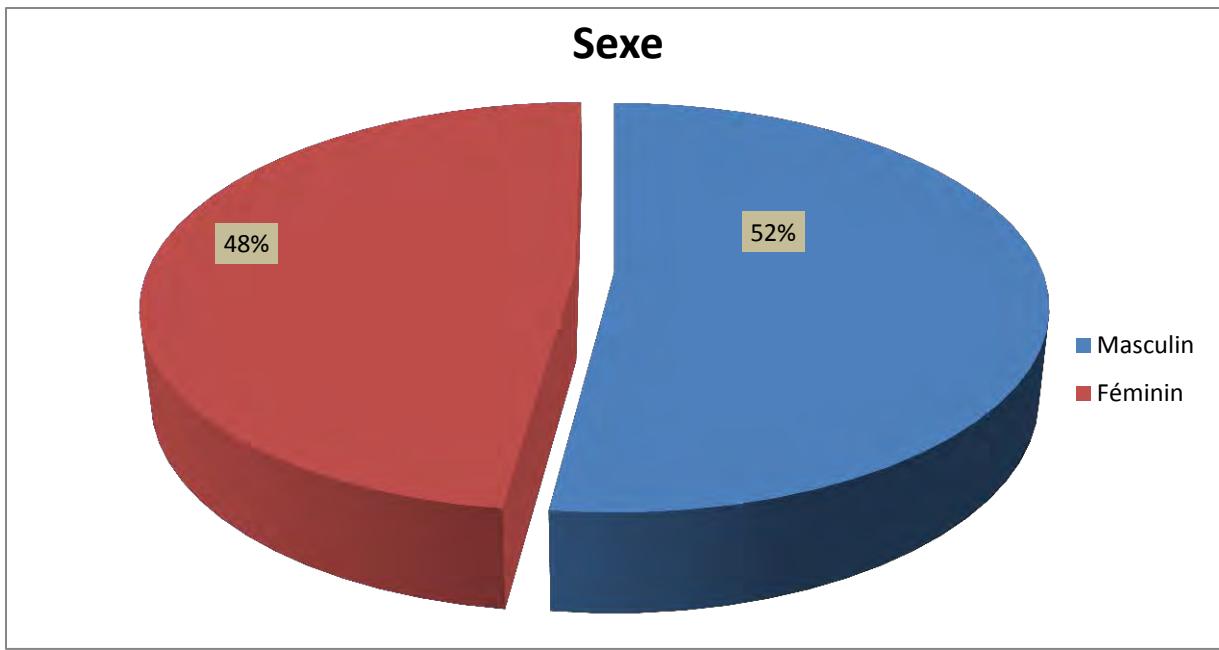


Figure 19 : Distribution de l'échantillon selon le sexe

1.1.2 Répartition de l'échantillon selon l'âge

L'âge moyen était de $34,36 \pm 12,96$ ans avec des tranches d'âge comprises entre 25 et 49 ans.

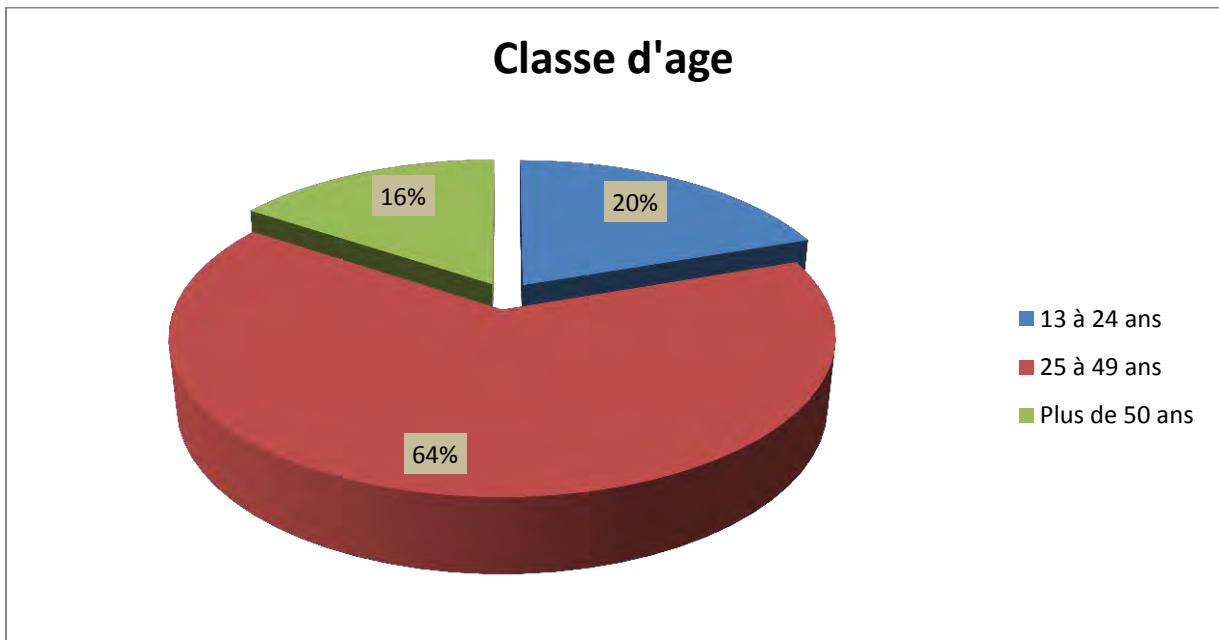


Figure 20 : Répartition de la population selon l'âge

1.1.3 Statut matrimonial des patients

Les célibataires représentaient 58,3% de l'échantillon.

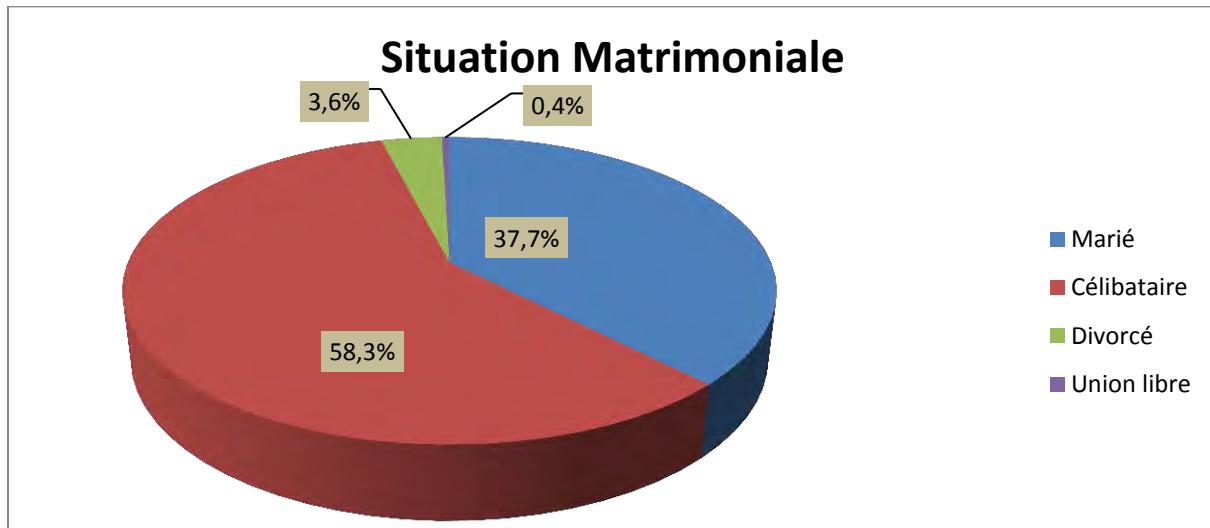


Figure 21 : Répartition de la population selon le statut matrimonial

1.1.4 Profession des patients

La majorité des patients de notre échantillon avait une activité professionnelle (54%).

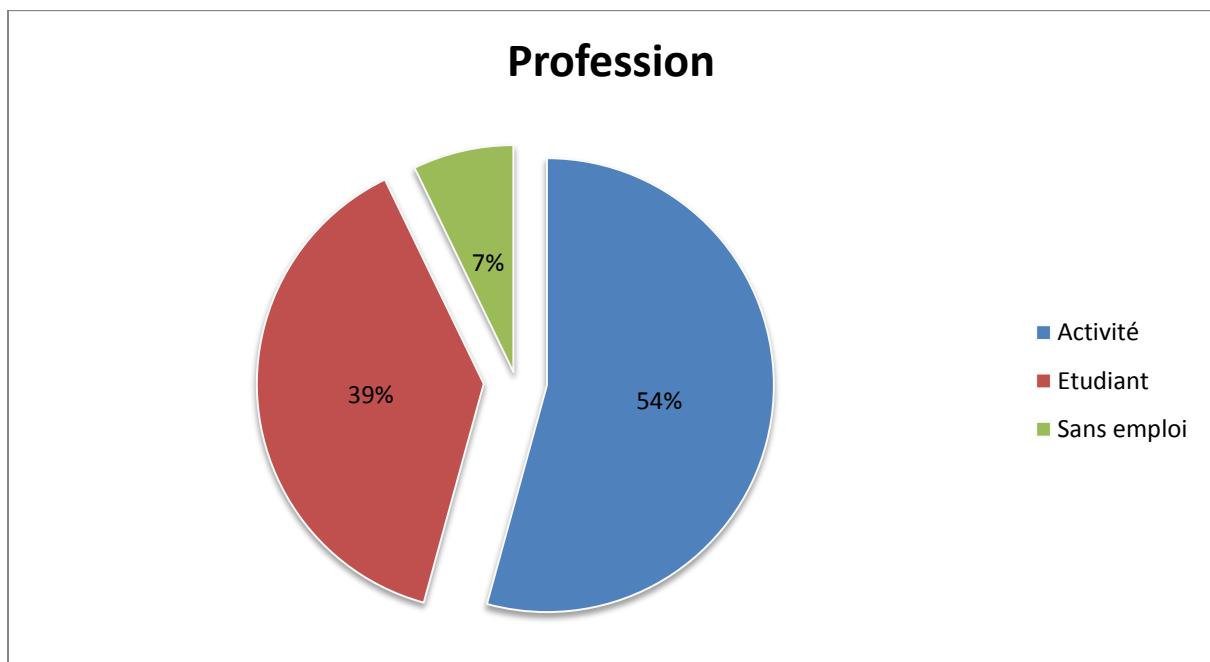


Figure 22 : Répartition de l'échantillon selon la profession

1.1.5 Situation financière des patients

Au total, 82% étaient des indépendants.

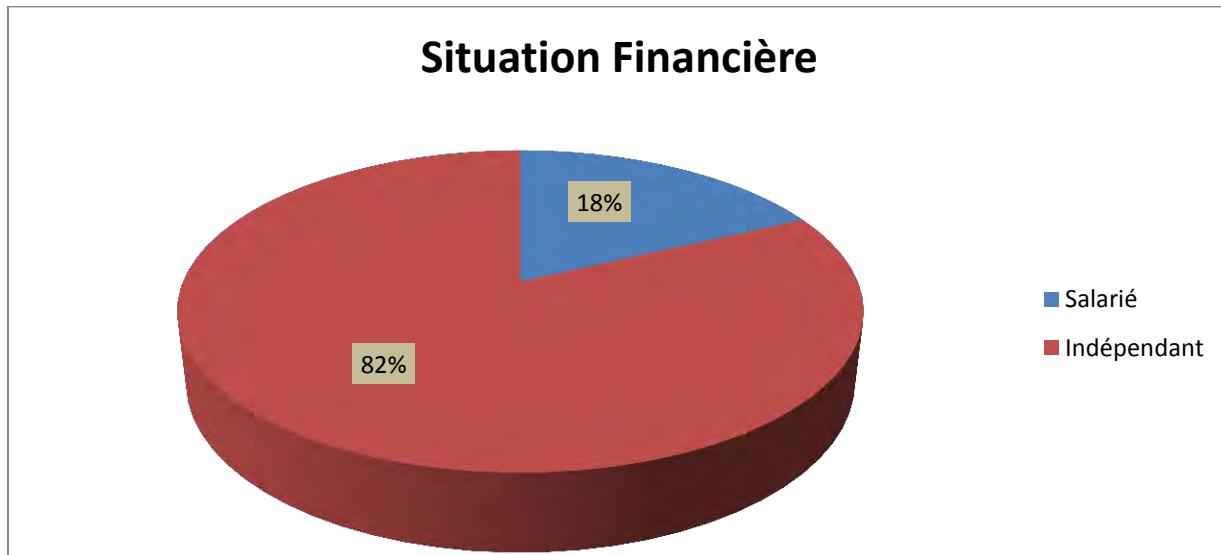


Figure 23 : Répartition de l'échantillon selon la situation financière

1.1.6 Moyen de transport des patients

La majorité de la population d'étude (84,8%) utilisait les transports en commun pour se rendre à leur rendez-vous.

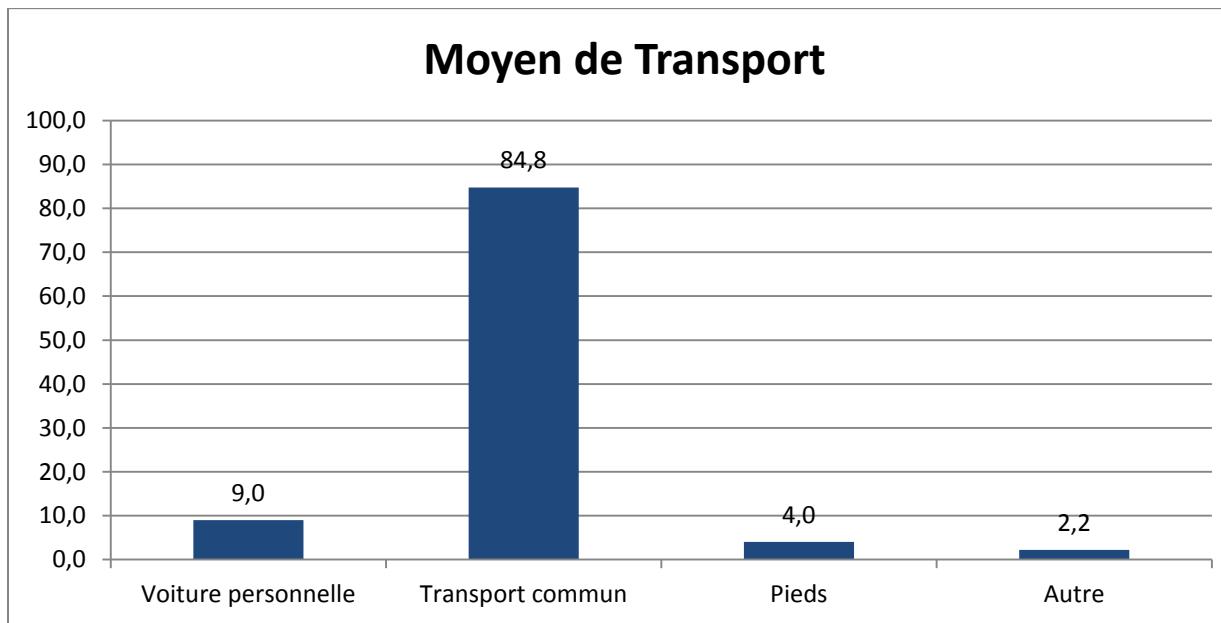


Figure 24 : Répartition de la population selon le moyen de transport

1.2 Données cliniques

1.2.1 Motif de la consultation

Au total 45,7% des sujets de notre échantillon consultaient pour un motif esthétique et fonctionnel.

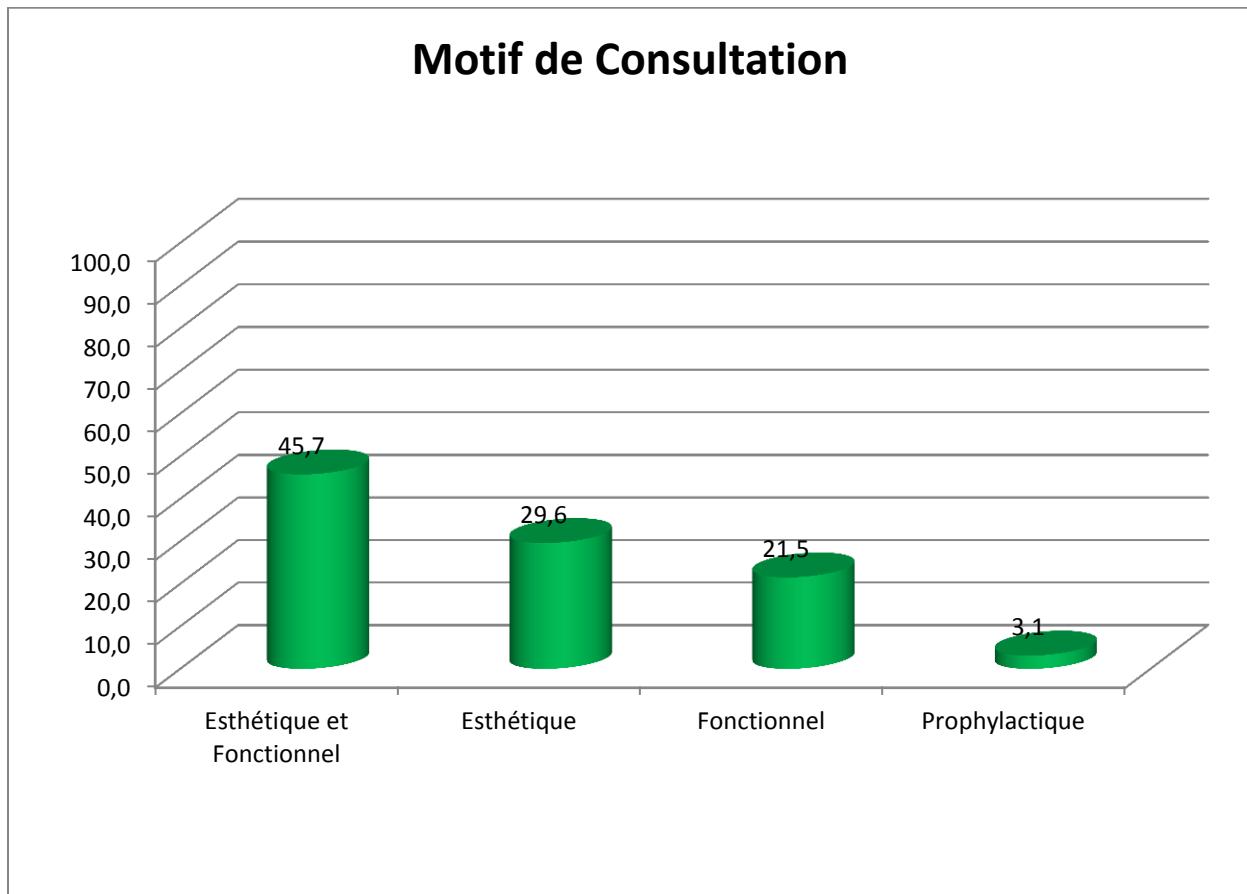


Figure 25 : Distribution de la population selon le motif de la consultation

1.2.2 Diagnostic

Les patients ayant les dents présentant une destruction coronaire importante représentaient 48,9%.

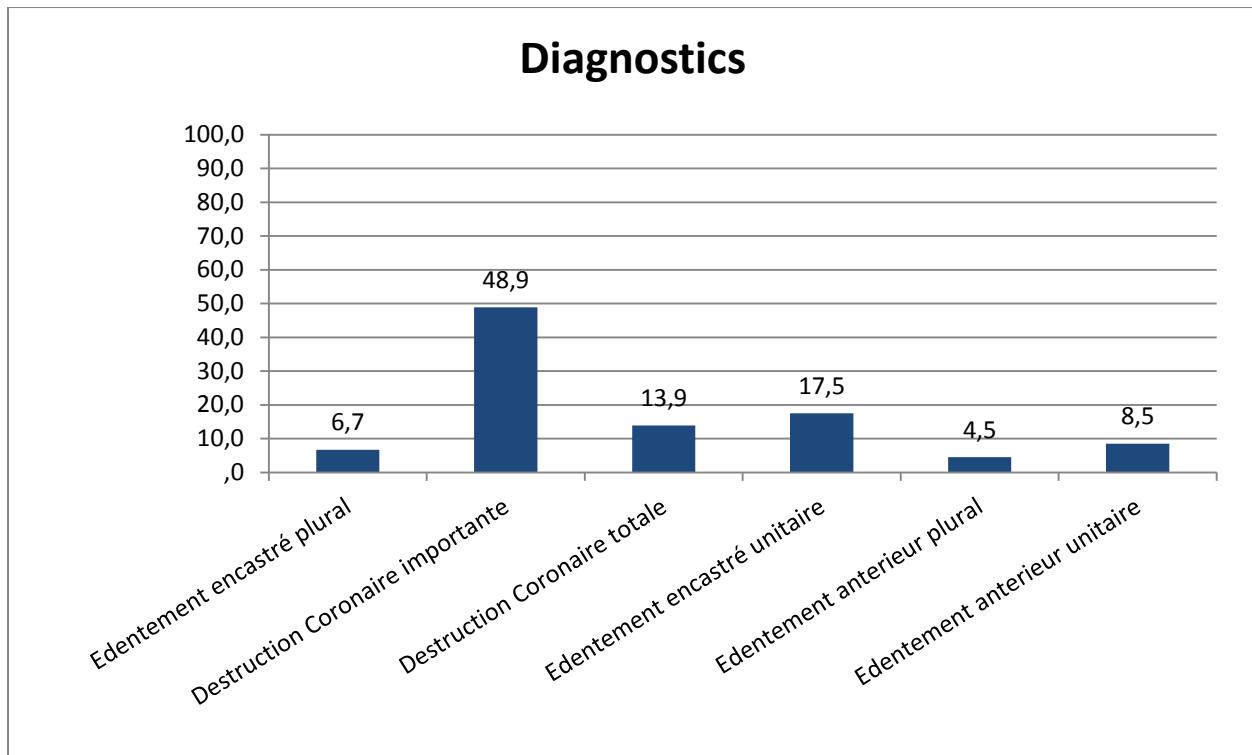


Figure 26 : Répartition de l'échantillon selon le diagnostic

1.2.3 Type de prothèse scellée

Sur les 223 prothèses scellées, 63% étaient des prothèses unitaires.

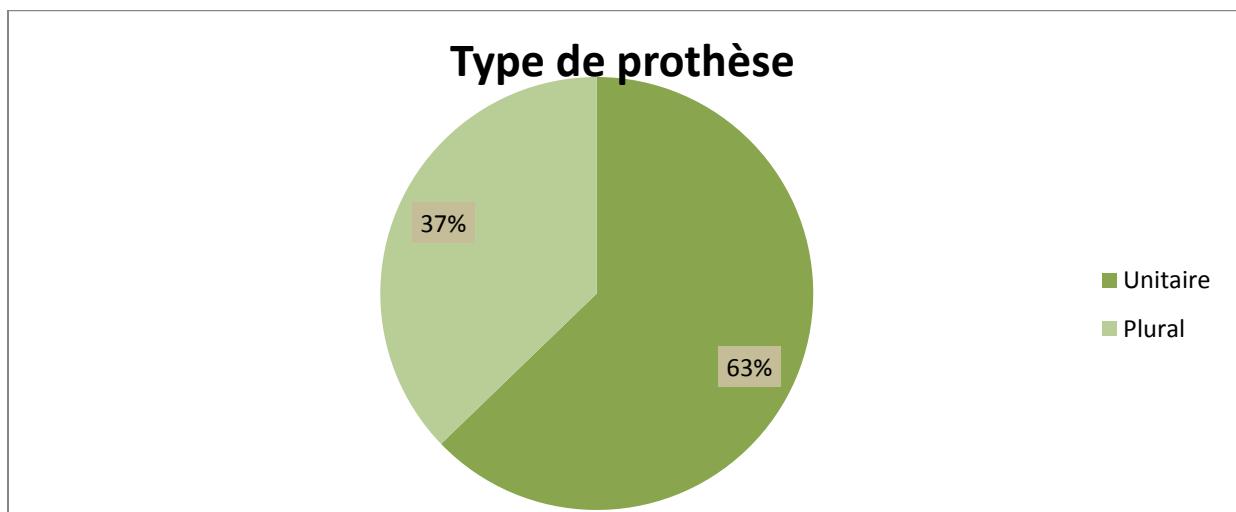


Figure 27 : Diagramme de répartition selon le type de prothèse

1.2.4 Moyens d'ancrage

Les ancrages coronaires constituaient 54% suivi par les ancrages radiculaires (39%).

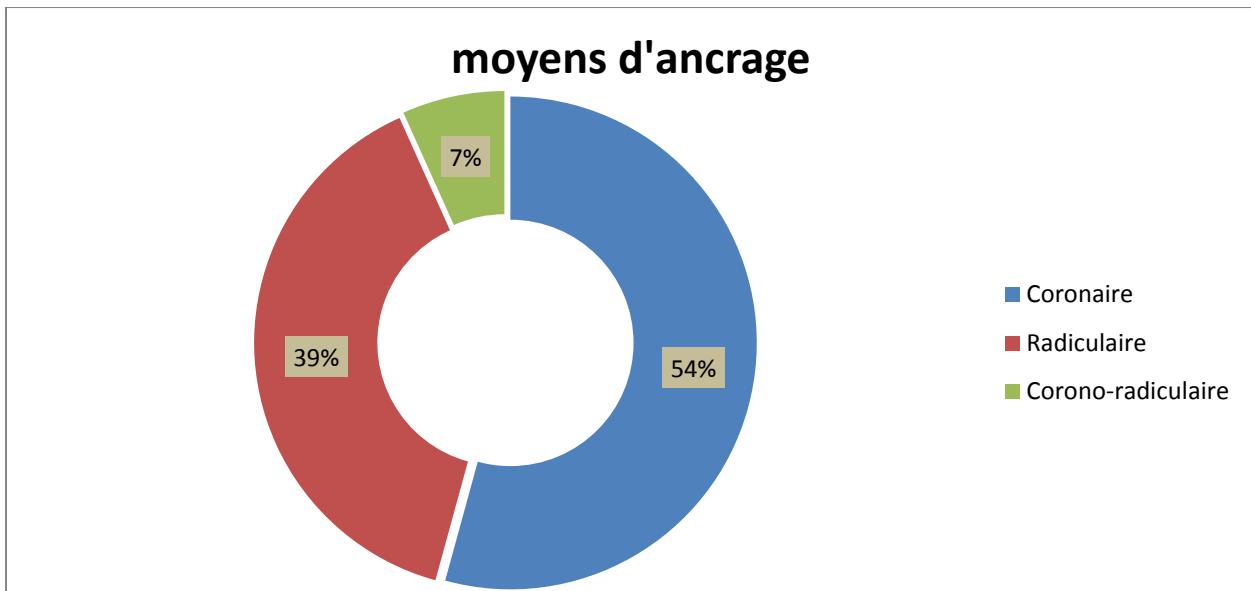


Figure 28 : diagramme de répartition selon les moyens d'ancrage

1.2.5 Type de reconstitution coronaire

Les reconstitutions coronaires à visée esthétique et fonctionnelle (CIV, CCM) représentaient 72,12% de l'ensemble des reconstitutions réalisées.

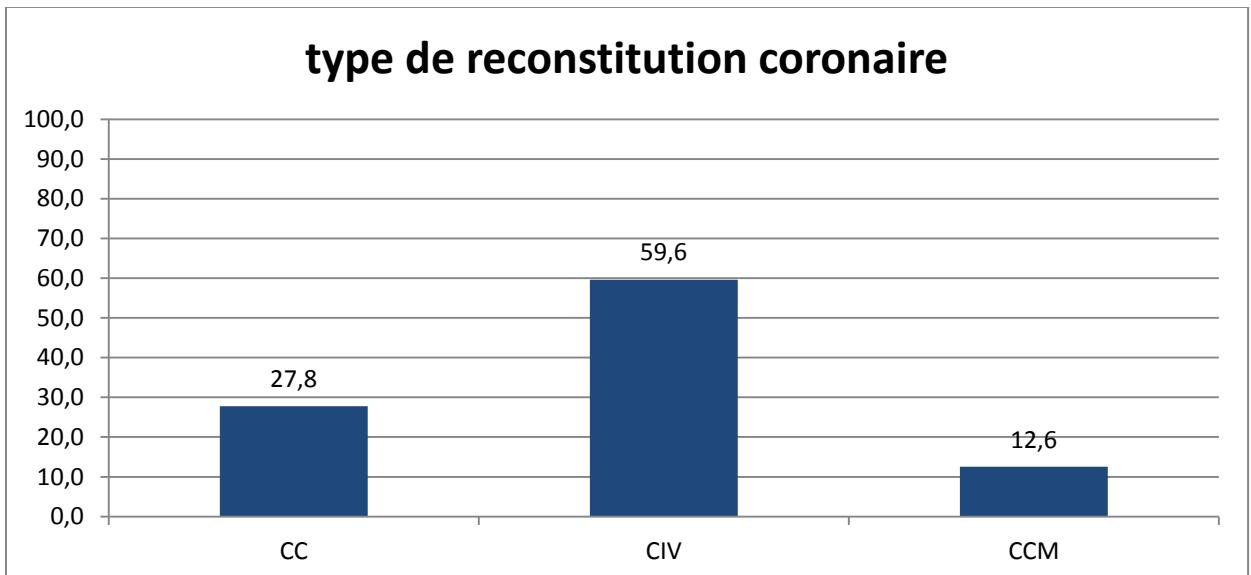


Figure 29 : Répartition selon le type de reconstitution coronaire

1.2.6 Distribution selon la durée du traitement

Plus de la moitié des patients ont été réhabilités sur une durée de deux (2) mois (76%).

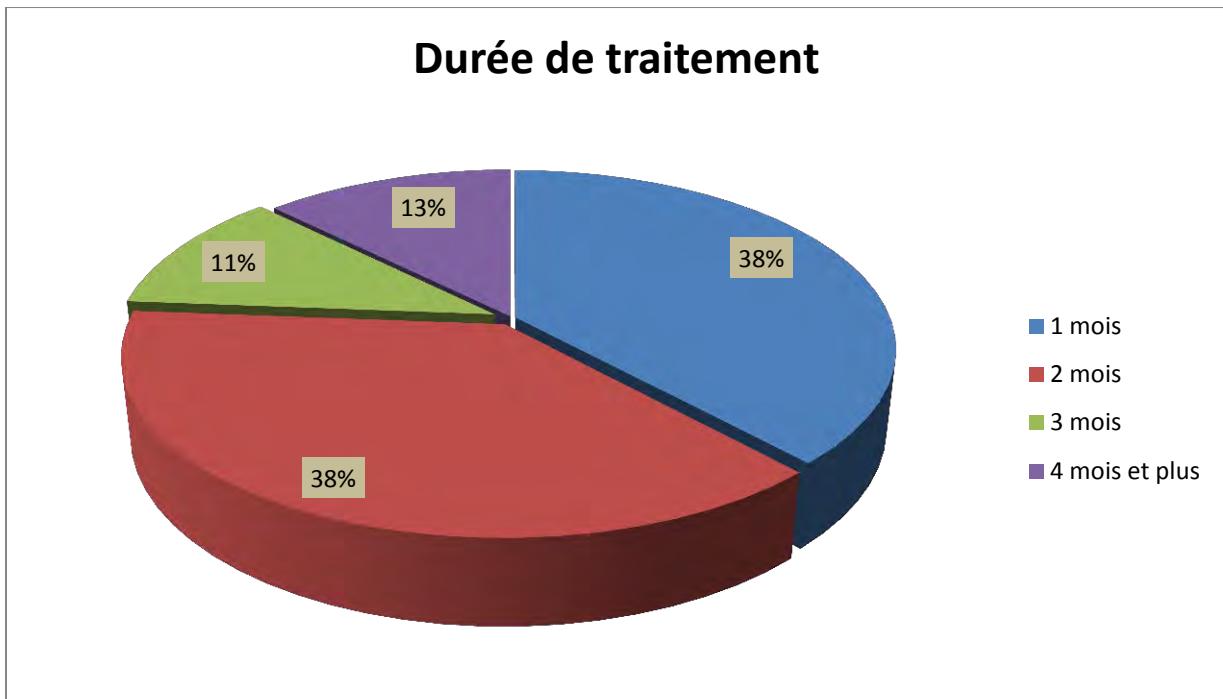


Figure 30 : Distribution de la population selon la durée du traitement

1.2.7 Nombre de séances de contrôles

Plus de la moitié (55,2%) des patients n'ont effectué aucun contrôle.

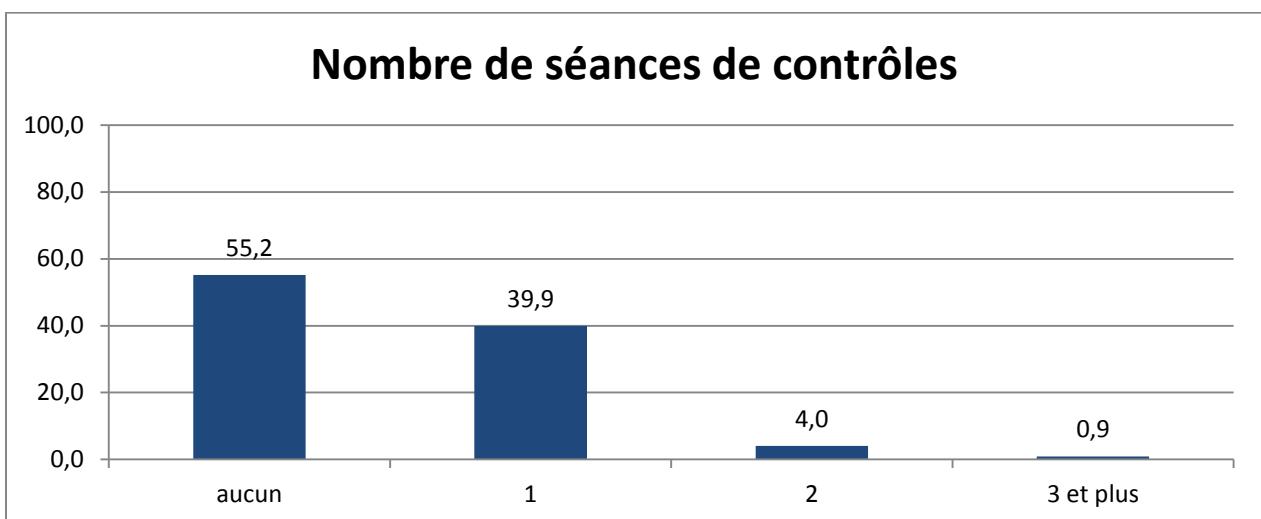


Figure 31 : Distribution de l'échantillon selon le nombre de séances de contrôles.

1.3 Associations entre les variables

1.3.1 Sexe/motif de consultation

		Sexe		Total	
		Masculin	Féminin		
Motif de la Consultation	Esthétique et Fonctionnel	55	47	102	
		53,9%	46,1%	100,0%	
	Esthétique	31	35	66	
		47,0%	53,0%	100,0%	
	Fonctionnel	27	21	48	
		56,3%	43,8%	100,0%	
	Prophylactique	3	4	7	
		42,9%	57,1%	100,0%	
Total		116	107	223	
		52,0%	48,0%	100,0%	

Tableau I: Association entre sexe et motif de la consultation

Il n'existait pas une relation statistiquement significative entre le sexe et le motif de la consultation ($\text{Khi-2}=1,79$; $\text{ddl}=1$; $\text{p-value}=0,81$).

1.3.2 Motif de consultation/type de prothèse

		Prothèse		Total	
		Unitaire	Plural		
Motif de consultation	Esthétique et Fonctionnel	55	47	102	
		53,9%	46,1%	100,0%	
	Esthétique Fonctionnel	48	18	66	
		72,7%	27,3%	100,0%	
	Prophylactique	31	17	48	
		64,6%	35,4%	100,0%	
Total		6	1	7	
		85,7%	14,3%	100,0%	
		140	83	223	
		62,8%	37,2%	100,0%	

Tableau II : Association motif de consultation/type de prothèse

Il n'existe pas de relation significative entre le motif de consultation et le type de prothèse ($\text{Khi-2}=7,86$; $\text{ddl}=3$; $\text{p-value}=0,04$).

1.3.3 Profession/Moyens de transports

	Transport			Total
	Sans emploi	Activité	Etudiant	
Transport commun	16	97	76	189
	8,5%	51,3%	40,2%	100,0%
Voiture personnelle	0	19	1	20
	0,0%	95,0%	5,0%	100,0%
Pieds	0	2	7	9
	0,0%	22,2%	77,8%	100,0%
Autres	0	3	2	5
	0,0%	60,0%	40,0%	100,0%
Total	16	121	86	223
	7,2%	54,3%	38,6%	100,0%

Tableau III : Association profession/moyen de transport

Il n'existe pas une relation statistiquement significative entre la profession et le moyen de transport ($\text{Khi-2}=7,52$; $\text{ddl}=3$; $p\text{-valuer}=0,05$).

1.3.4 Sexe/type de prothèse

		Prothèse		Total	
		Unitaire	Plural		
Sexe	Masculin	68	48	116	
		58,6%	41,4%	100,0%	
	Féminin	72	35	107	
		67,3%	32,7%	100,0%	
Total		140	83	223	
		62,8%	37,2%	100,0%	
Khi-2 = 1,790 ; ddl = 1 ; p-value = 0,181					

Tableau IV : Association entre le type de prothèse scellée et le sexe

khi-2 = 1,790 ; ddl = 1 ; p-value = 0,181

Il existait une relation statistiquement significative entre le type de prothèse scellée et le sexe.

1.3.5 Profession et type de prothèse

		Prothèse		Total
		Unitaire	Plural	
Profession	Activité	71	50	121
		58,67%	41,32%	100,0%
	Etudiant	58	28	86
		67,4%	32,6%	100,0%
Profession	Sans emploi	11	5	16
		68,8%	31,3%	100,0%
	Total	140	83	223
		62,8%	37,2%	100,0%
Khi-2 = 2,782 ; ddl = 3 ; p-value = 0,426				

Tableau V : Association profession/type de prothèse

L'association entre la profession des patients et le type de prothèse réalisée était statistiquement significative.

1.3.6 Durée de traitement et type de prothèse

		Prothèse		Total	
		Unitaire	Plural		
Durée de traitement	1	61	24	85	
		71,8%	28,2%	100,0%	
	2	57	28	85	
		67,1%	32,9%	100,0%	
	3	10	15	25	
		40,0%	60,0%	100,0%	
	4	12	16	28	
		42,9%	57,1%	100,0%	
Total		140	83	223	
		62,8%	37,2%	100,0%	
Khi-2 = 13,91 ; ddl = 3; p-value = 0,003					

Tableau VI : Association durée de traitement/type de prothèse

La durée du traitement et le type de prothèse étaient statistiquement liés.



DISCUSSION

IV.Discussion

Cette étude descriptive nous avait permis d'évaluer le profil épidémiologique des patients réhabilités par prothèse fixée dento-portée au sein de la clinique de prothèse du Département d'Odontologie de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie (FMPO) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD). Cependant, elle ne concerne qu'une partie de la population sénégalaise ayant probablement un problème de santé bucco-dentaire et exprimant le désir de se faire appareiller. L'échantillon est en grande partie constitué de sujets habitant à Dakar, ce qui fait que les résultats trouvés sont difficilement extrapolables au sein de la population générale.

L'idéal était de recevoir les patients ou d'aller vers eux pour leur soumettre un questionnaire à remplir. Le manque de financement a finalement limité la collecte des données complémentaires par téléphone auprès des patients. En effet, même après être convaincus du caractère anonyme et strictement confidentiel du questionnaire, certains patients étaient réticents pour communiquer leur statut matrimonial ainsi que leurs revenus financiers alors que d'autres exprimaient leur insatisfaction à la durée du traitement effectué.

1 Données sociodémographiques des patients

1.1 Sexe

La population d'étude était constituée par 223 patients répartis entre 52% d'hommes et 48% de femmes ; soit un sex-ratio de 1,08 (figure 21).

Ces résultats sont légèrement supérieurs à ceux de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).

Cette population était légèrement dominée par les hommes avec 50,3% contre 49,7% de femmes [72].

Par contre, l'étude réalisée par GEIBALLA et al. portant sur l'évaluation de la satisfaction des patients avec prothèse fixée, rapporte 68,2% de femmes sur un échantillon plus petit de 192 patients [21].

Le sex-ratio de 1,08 est différent de celui de la population sénégalaise qui est de 0,92 (52% de femmes pour 48% d'hommes) [40].

La prédominance masculine corrobore les résultats de plusieurs études épidémiologiques réalisées au Département d'Odontologie de Dakar [36, 49,50]. Cette prédominance masculine pourrait alors s'expliquer par le fait que les femmes sont plus soucieuses de leur état bucco-dentaire et fréquentaient plus souvent les structures de soins odontologiques que les hommes [15,64]. C'est d'ailleurs ce que rapporte l'étude réalisée par CAKARER et al. qui avaient trouvé 55,55% de femmes sur un échantillon plus petit de 36 patients [10].

Les femmes ont souvent moins de problèmes dentaires car elles bénéficient d'une prise en charge précoce.

2.2 Age

La moyenne d'âge de notre échantillon était de $34,36 \pm 12,96$ ans. L'âge minimum était de 13 ans et le maximum de 73 ans (figure 22). La tranche d'âge la plus représentative était celle de 25 à 49 ans. Par contre, l'étude de KHAZAEI et al. réalisée sur 8094 Iraniens en vue de déterminer leurs besoins en soins bucco-dentaires, rapporte une tranche d'âge représentative de 35 à 55 ans [27]. En effet, ces résultats confortent ceux des études de SOBOTTA et al.[56], de DAKKAKI effectuée au Maroc [14], et de POCKPA et al. menée en Côte d'Ivoire [46]. La moyenne d'âge de 34,36 ans est caractéristique d'une population jeune retrouvée dans les pays en voie de développement et au Sénégal en particulier [59].

Cette moyenne d'âge est différente de celle trouvée par MBODJ et al. [37,38]chez les sujets porteurs de prothèse adjointe totalequi est de 67,3 ans et 62,3 ans et de celle trouvée par CAKARER S et al. chez les patients traités avec des implants qui est de 66,3 ans [10].

Ceci marque ainsi une différence de catégorie d'âge entre ces types de réhabilitations prothétiques. En effet, à cet âge moyen de la vie, les jeunes sont soucieux de la conservation de leurs dents et expriment plus le désir esthétique et fonctionnel. Ils font alors recours à la prothèse fixée à la différence des personnes âgées qui ayant perdu presque toutes leurs dents sont plus souvent soucieuses de l'aspect fonctionnel et font recours à la prothèse amovible.

2.3 Activité professionnelle

Plus de la moitié (54%) de la population de notre étude avait une activité professionnelle (figure 24).Ces résultats reflètent ceux de l'étude menée par GUEYE et al. et ceux réalisée par THIOUNE [23,62]. En effet, ils pourraient se justifier par le fait que notre échantillon a un âge moyen de 34,36 ans caractérisant une population jeune et dynamique. A cet âge, les sujets s'adonnent plus aux activités professionnelles en exerçant soit dans le secteur privé soit dans le public. La proportion des étudiants (39%) pourrait s'expliquer par le coût abordable des prothèses fixées ou par le fait que la clinique de prothèse est implantée au sein de l'Université. Le faible taux (7%) des patients appartenant au groupe des sans emploi serait probablement lié à l'âge moyen de la population de notre étude qui correspond à l'âge de la vie active. Dans cette étude, 82% patients étaient indépendants (commerçants, informaticiens, agents de sécurités, étudiants etc.), ils exerçaient une activité libérale ou ne travaillaient pas contrairement aux 18% qui étaient des fonctionnaires de l'Etat (figure 28).

Ainsi, seuls les patients ayant une rémunération pouvant couvrir le coût financier du traitement prétendaient à une réhabilitation fixée.

3 Donnés cliniques

3.1 Motif de consultation

La population d'étude prise en charge dans la clinique de prothèse, avait comme motif de consultation esthétique et fonctionnel à 45,7%. DJEREDOUet al avaient pu montré que 58% des patients exprimaient un besoin esthétique [15] alors que THIOUNE [62] rapportait que 45% des sujets consultaient pour un motif esthétique ce qui corrobore en partie les résultats de notre étude car en plus de l'esthétique nos patients avaient aussi un besoin fonctionnel.

Le faible taux (3,1%) des patients venus pour des raisons prophylactiques s'expliquerait par le fait qu'il y ait un problème d'accès à l'information sanitaire dans les pays en voie de développement, ce qui fait que les patients consultent souvent à un stade tardif de la pathologie dentaire.

3.2 Diagnostic

Les résultats de notre étude montrent que plus de la moitié (62,8%) des patients nécessitaient une réhabilitation fixée unitaire parce que présentant une destruction coronaire importante ou totale, contre 37,2% qui devraient bénéficier d'une restauration fixée plurale (figure 28). Il est intéressant de noter que la plus part des étudiants posaient un diagnostic en rapport avec la classification de Kennedy-Apple Gate qui n'est pas utilisée en prothèse fixée.

Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude réalisée par NÄPÄNKANGAS qui avait trouvé 63,48% des patients requérant une restauration fixée unitaire contre 36,52% qui demandaient une réhabilitation plurale fixée [39].

3.3 Type de prothèse scellée

Notre étude a montré une prédominance des prothèses unitaires à 63% contre 37% pour les prothèses plurales (figure 29). Ces résultats sont différents de ceux de l'étude réalisée par GEIBALLA et al. qui avaient trouvé 59% de prothèses plurales [21]. Cependant, ils corroborent ceux de l'étude de DAKKAKI qui avait rapporté 64% de prothèses unitaires [14]. Des résultats similaires étaient obtenus par NÄPÄNKANGAS qui sur 1487 prothèses fixées composées de 2418 piliers, avait trouvé 944 de couronnes unitaires soit 63,48% et 543 bridges soit 36,52% [39]. En effet, le taux élevé (63%) de prothèses unitaires serait probablement lié à une situation clinique favorable à une restauration unitaire que plurale ou par le fait que les patients n'ont pas les moyens financiers pour bénéficier d'une réhabilitation prothétique plurale lorsque celle-ci s'avère être une meilleure option thérapeutique.

3.4 Moyen d'ancrage

Ces résultats ont montré que plus de la moitié (54%) des ancrages étaient de type coronaires (figure 30). Cela s'explique par le fait que le diagnostic était majoritairement représenté par des destructions coronaires importantes. En effet, ils sont plus faibles que ceux rapportés par MANE qui avait trouvé 64,05% d'ancrages coronaires sur une durée de 10 ans [32]. Par contre, les ancrages radiculaires (39%) sont légèrement plus nombreux que ceux de son étude (35,95%). Ces résultats seraient probablement liés à une situation clinique plus favorable à un ancrage coronaire que radiculaire.

3.5 Type de reconstitution coronaire

Dans cette étude, les couronnes à visée esthétique représentaient 72,2% de l'ensemble de reconstitutions coronaires (figure 31). Ce pourcentage est alors supérieur à celui (62,7%) trouvé par COULIBALY [13].

L'étude révèle que plus de la moitié (59,6%) des reconstitutions coronaires étaient représentées par les Couronnes à Incrustations Vestibulaires (CIV). Les couronnes Céramo-Métalliques (CCM) représentaient 12,6%.

Ces résultats sont différents de ceux de l'étude menée en Côte d'Ivoire par BINATE qui avait remarqué que la CCM représentait 75% des reconstitutions coronaires [8]. Ils étaient aussi différents de ceux trouvés par MANE pour qui la CCM représentait 59,09% et de DAKKAKI avec 31,4% pour la CCM [14, 32]. Malgré leur souci esthétique et fonctionnel qui pourrait être satisfait par la CCM, les patients orientaient leur choix vers la CIV car plus accessible financièrement.

3.6 Duré de traitement

En globalité, l'ensemble des patients étaient réhabilités sur une durée de 4 mois ou plus (figure 32). Ces résultats sont différents de ceux de DAKKAKI qui avait trouvé une durée de traitement de 14 semaines soit 3 mois 5jours [14]. Cette longue durée de traitement (en moyenne 16 semaines) pourrait s'expliquer par le fait que dans un intérêt pédagogique, les étudiants encore en apprentissage, sont obligés de respecter l'ensemble des étapes cliniques nécessaires à la réhabilitation prothétique fixée sous la supervision des enseignants. Cette durée de traitement observée pourrait aussi se justifier par le fait que la restauration prothétique nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, d'où l'intérêt de réfléchir sur les nouvelles modalités de cheminement du patient destiné à la prothèse fixée dento-portée. Toutefois, cette durée de traitement est acceptable dans la mesure où elle permet aux étudiants de faire une prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients et développent en eux une gestion intégrale de ceux-ci. Elle permet aussi aux étudiants d'approfondir leur niveau de pratique clinique indispensable à leur formation initiale.

3.7 Nombre de séances de contrôles

Dans notre échantillon, 44,8% des patients ont bénéficié au moins d'un (01) contrôle contre 55,2% sans contrôle (figure 33). Ces résultats pourraient s'expliquer par un retard de démarrage des cliniques n'accordant pas souvent aux étudiants la durée nécessaire pour effectuer une réhabilitation prothétique fixée. Le retard observé dans les étapes de laboratoires fait souvent perdre des séances cliniques aux étudiants. A cela s'ajoute aussi le non respect des rendez-vous par certains patients rallongeant ainsi leur durée de traitement.

3.8 Association entre les variables

3.8.1 Sexe/Motif de consultation

Dans cette étude, il n'existe pas un lien statiquement significatif entre le sexe et le motif de consultation (tableau I). Il en est de même entre le motif de consultation/type de prothèse (tableau II) et entre la profession/moyen de transport (tableau III). En effet, l'association entre sexe/motif de consultation montre une prédominance féminine pour les motifs esthétique et prophylactique. Ceci est en accord avec les résultats de l'étude réalisée par THIOUNE [62] qui avait trouvé 68,88% de femmes pour un motif esthétique. Cela se justifierait par l'importance que les femmes accordent souvent à leur santé bucco-dentaire, elles sont plus soucieuses de la conservation de leurs dents et à l'esthétique que les hommes qui sont pour la plupart négligeant et ne consultent que rarement.

3.8.2 Sexe/type de prothèse

Il existait une relation statistiquement significative entre le sexe et le type de prothèse (tableau IV), figure (38). Les résultats de l'étude montre que les femmes ont tendance à demander une prothèse unitaire tandis que les hommes optaient pour une prothèse plurale. Ils sont en accord avec ceux trouvés par DAKKAKI dans son étude réalisée en Casablanca [14].

Probablement les femmes fréquentent plus les structures de soins dentaires et par conséquent bénéficient d'une prise en charge précoce. Elles perdent alors moins de dents. C'est ce que confirme d'ailleurs l'étude réalisée par KHAZAEI et al. pour qui la perte des dents est plus répandue chez les hommes que les femmes [27].

3.8.3 Profession/type de prothèse

Dans cette étude, il existait une relation statiquement significative entre la profession et le type de prothèse réalisée. Les résultats montrent que sur les 86 étudiants demandeurs de prothèses fixées, 67,4% ont fait recours à la prothèse unitaire et pour les sans emploi, sur les 16, 68,8% ont demandé aussi une prothèse unitaire (tableau V). Ces résultats montrent que les étudiants et les sans emploi étaient probablement plus prédisposés à une réhabilitation prothétique unitaire que plurale ou leur faible niveau de revenu ne leurs permettaient pas souvent d'être bénéficiaires d'une restauration plurale lorsque celle-ci constitue une meilleure option thérapeutique.

3.8.4 Durée de traitement/type de prothèse

Il existait une relation statistiquement significative entre la durée du traitement et le type de prothèse réalisée (tableau VI). Au bout de 2 mois, 84,28% de prothèses unitaires ont été réalisés contre 62,65% pour les prothèses fixées plurales. En effet, ces deux types de restaurations même étant fixées, diffèrent souvent par leur protocole opératoire et leurs étapes cliniques. Les prothèses unitaires, dans la majorité des cas, ont moins de séances cliniques que les plurales.

CONCLUSION

La prothèse fixée dento-portée est une réhabilitation qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire du patient. Son objectif consiste à reconstruire les dents délabrées ou de remplacer une ou plusieurs dents absentes par un dispositif fixé dans le but d'améliorer ou de restaurer l'esthétique et l'élocution.

La connaissance du profil des patients fréquentant une clinique est indispensable pour une meilleure prise en charge de ceux-ci. Elle permet d'optimiser le service rendu aux patients et d'entrer dans une dynamique assurance qualité.

En effet, l'objectif de notre étude était d'évaluer le profil épidémiologique des patients réhabilités par prothèse fixée dento-portée au sein de la clinique de prothèse du Département d'Odontologie de la FMPO de l'UCAD.

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective sur dossiers des patients pris en charge dans la clinique de 2005 à 2015. Les résultats étaient obtenus sur la base d'un questionnaire soumis aux patients et comportant l'ensemble des paramètres nécessaires pour la réalisation de cette étude.

Au total 223 dossiers étaient retenus pour l'étude. La moyenne d'âge était de $34,36 \pm 12,96$ ans. L'âge minimum était de 13 ans et le maximum de 73 ans. La tranche d'âge de 25 à 49 ans était la plus représentative de la population (64%). Le nombre d'hommes était légèrement supérieur au nombre de femmes avec une prévalence de 52% mais cette différence n'est pas significative. La plupart des patients interrogés étaient célibataires (58,3%) avec une prédominance des étudiants à 39%. La presque totalité des patients résidaient à Dakar et utilisaient les transports en communs dans 84,8% des cas pour se rendre au Département. Des patients étaient indépendants dans 82% des cas.

Sur le plan clinique, les motifs de consultation dominants étaient esthétique et fonctionnel à 45,7% et esthétique à 29,6%. Les diagnostics posés comprenaient majoritairement des destructions coronaires importantes à 48,9% et d'édentement encastré unitaire à 17,5%. Au total 223 prothèses ont été réalisées. Les prothèses unitaires étaient au nombre de 140 soit 63% et les plurales 83 soit 37%. Les ancrages étaient à 54% de type coronaires et les reconstitutions coronaires à visée esthétique et fonctionnelle (CIV, CCM) étaient à 72,12%. Plus de la moitié des reconstitutions coronaires étaient des CIV. La durée de traitement était globalement de 16 semaines en moyenne et seuls 44,8% des patients ont bénéficié au moins d'un contrôle contre 55,2% pour aucun contrôle.

Ces résultats montrent que pour une meilleure prise en charge des patients, des modifications doivent être apportées sur le mode de fonctionnement de la clinique de prothèse :

- la mise en place d'un système informatique d'enregistrement et de traitements de dossiers des patients est nécessaire pour disposer d'une base de données ;
- l'instauration d'une clinique continue pour assurer le suivi post thérapeutique des patients.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. American Academy of Periodontology.

Diabetes and periodontal diseases.

J Periodontol. 1999 ; 70: 935-949.

2. Archien C, Jeant F.

Le collage : Données actuelles.

Cah Prothèse. 1994 ; 85 : 71-79.

3. Azoguy-levy S, Rochereau T.

Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ?

Repères épidémiologiques et économiques.

La santé de l'homme. Janvier-Février 2012, p5-6.

4. Bassigny F.

Manuel d'orthopédie dento-faciale.

2^{ème} ed. Paris : Masson ; 1991, 218p.

5. Baume LJ, Holz J.

Le comportement clinique à longue échéances des composites.

Act Odonto Stomatol. 1984 ; 147 : 485-502.

6. Begin M.

La prothèse partielle amovible : conception et tracés des châssis.

Paris : Quintessence international, 2004.

7. Bercy P.

Parodontologie : du diagnostic à la pratique.

Paris : Editions CdP ; 1996, 232p.

8. Binate A.

Pratique de la prothèse conjointe en Côte d'Ivoire : enquête réalisée auprès des chirurgiens-dentistes de la région Abidjanaise.

Thèse : Chir Dent, Abidjan, 2005, n°12.

9. Bougues R, Laluque JF.

Agénésies multiples : solutions.

J Edgewise.1989 ; 19 : 111-118.

10.Cakarer S, Can T, Yaltirik M, Keskin C.

Complications associated with the ball, bar and Locator attachments for implant-supported overdentures.

Med Oral Chir Buccal. 2011; 16(7) : 953-967.

11.Chapelle P, Granat J.

Etude de 459 anomalies dentaires de nombre. Mise en évidence des formes cliniques différentes et relation possible entre agénésie et hypergénésie.

Act Odonto Stomatol. 1988 ; 161 : 49-68.

12.Clauss F, Mathis R, Obry F, Maniere MC.

Prise en charge multidisciplinaire des agénésies dentaires multiples associées aux dysplasies ectodermiques hypohidrotiques.

Rev Orthop Dento-Fac. 2013 ; 47 : 409-420.

13. Coulibaly ZV.

Incidence de la prothèse fixée sur la santé parodontale des dents pilier.

Thèse : Chir Dent, Abidjan, 2009, n°20.

14.Dakkaki J.

Bilan d'activités du service de prothèse conjointe au CCTD de Casablanca de 2006 à 2008.

Thèse : Chir Dent, Casablanca, 2010, n°13.

15.Djeredou KB, Thiam A, Pesson DM et al.

Etude prospective pilote des demandes prothétiques au service de prothèse CCTOS Abidjan.

Odonto-Stomatol Trop. 2013; 26(103): 4-8

16.Douglass CW, Shiha, Ostry L.

Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020?

J Prosthet Dent. 2002 ; 87(1) : 5-8.

17.Dufour T, Svoboda JM.

Pathogénie Bactérienne des parodontolyses.

Paris: Edition Elsevier SAS ; 2005, 224p.

18.Eliaszewicz-wajnsztok S, Tavernier B.

Analyse des taux de survie et complications des différentes solutions thérapeutiques : revue de la littérature.

Act Odont Stomat. 2009 ; 38 :187-207

19.Exbrayat J, Schittly J, Borel JC.

Manuel de prothèse fixée unitaire.

Paris : Masson ; 1998, 219p.

20.Gamel M.

Aspects Actuels des RCR en prothèse fixée.

Thèse : Chir Dent, Nancy, 2002, n°10.02.

21.Geiballa GH, Abubakr NH, Ibrahim YE.

Patients' satisfaction and maintenance of fixed partial denture.

Eur J Dent. 2016; 10(2) :250-300.

22.Glass RL.

The first International conference on the declining prevalence of dental caries.

J Dent Res. 1982; 61: 1301-83.

23.Gueye M, Dieng L, Mbodj EB et al.

Evaluation de l'accessibilité de la prothèse implantaire au Sénégal.

Dakar Med. 2013 ; 58(1) : 35-40.

24. Haikel Y, Hemmerle J.

Thérapeutique endodontique de la carie.

Encycl Med Chir. (Paris-France), Stomatologie et Odontologie,
23-010-F10 1993 ; 11p.

25. Houle MA, Grenier D.

Maladies parodontales : connaissances actuelles.

Médecineet maladies infectieuses. 2003; 33(17) : 331-340.

26. Keyes PH.

Recent advances in dental caries research.

Bacteriology.Bacteriological findings and biological implication.

Int Dent J. 1962; 12: 443-464.

27. KhazaeI S, Keshteli AH, Feizi A, Savabi O, Adibi P.

Epidemiology and risk factors of tooth loss among Iranian adults:
findings from a large community-based study.

Biomed Res Int. 2013; 2013: 786-798.

28. Kide EAM, Joyston B.

Essentials of dental caries.2^{ème} edition.

Oxford University Press; 1997, 214p.

29. Leinfelder KF.

Inlay et Onlay en céramique et composite. Restaurations
postérieures esthétiques.

Paris : EditionsCdP ; 1995, 346p.

30. Lindhe J.

Manuel de parodontologie clinique.

Paris : Editions CdP ; 1999, 536p.

31. Loesche WJ.

Role of Streptococcus mutans in human dental decay.

J Am Dent Assoc. 1968 ; 76: 568-572.

32. Mane A.

Evaluation du taux de survie des prothèses fixées réalisées dans le service de prothèse du département d'odontologie de Dakar de 2000 à 2010.

Thèse : Chir Dent, Dakar, 2014, n°65.

33. Marthaler TM, O'mullane DM.

Caries status in Europe and predictions of future trends.

Caries Res. 1990; 24: 381-396.

34. Mattout P, Mattout C.

Les thérapeutiques parodontales et implantaires.

Paris : Quintessence international, 2003, 496p.

35. Mbodj EB, Diallo-Seck A, Badji K, et al.

Etude de la réponse du parodonte profond lors des techniques de mise en condition gingivale en prothèse conjointe.

Bull Med Owendo. 2011; 13(38): 34-38.

36. Mbodj E B.

Les prothèses fixées sur dents vivantes à Dakar. Enquêtes auprès de 50 praticiens.

Thèse : Chir Dent, Dakar, 1992, n°20.

37. Mbodj EB, Ndiaye C, Ba S et al.

Doléance en prothèse amovible complète : étude chez les patients appareillés dans la clinique de prothèse du Département d'Odontologie de Dakar.

RevSenOdontol-StomatolchirMaxillo-fac. 2010; 7(1): 33-38

38. Mbodj EB, Ndiaye C, Seck MT et al.

Impact du port de prothèse sur la qualité de vie.

39. Nämäkangas R, Salonen K, Raustia AM.

Longevity of fixed metal ceramic bridges prostheses: a clinical follow up study.

Journ of Oral Rehabil. 2012; 29(2): 140-149

40. Ndiaye S, Ayad M.

Enquête Démographique et de santé au Sénégal 2005 (EDS-IV), Calverton, Maryland, USA, centre de recherche pour le développement humain [Sénégal] et ORC Marco 2006, 487p.

41. Newbrun E.

Cariology.

Baltimore: The Williams and Wilkins Company, 1978, 289p.

42. Oka AE, N'chok JC, Bakayoko R.

Traumatisme alveolo-dentaire: traitement d'un cas de fracture alvéolaire infantile.

Odonto-Stomatol Trop. 1999 ; 88 : 36-37.

43. OMS

Enquêtes sur la santé bucco-dentaire. Méthodes fondamentales.

4ème ed. Genève, 1998, 67p.

44. Pawlak EA, Hoagland M.

Manuel de parodontologie.

Paris: Masson; 1998, 230p.

45. Petersen P.

The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO global oral health program.

Community dent oral epidemiology. 2003; 31(1): 3-23.

46. Pockpa ZA, Didia EL, Mobio YS, Coulibaly NT, Djeredou KB

Santé dento-parodontale des dents supports de prothèse fixée : évaluation clinique et radiographique de 100 piliers de couronnes et de bridges.

Odonto-Stomatol Trop. 2015 ; 38(152) :39-47

47. Preber H.

Consommation du tabac et maladies parodontales.

J Periodontal.1998 ; 17 : 184-204.

48. Rochelte AL.

Attachment of a splint to enamel of lower anterior teeth.

J Prosthet Dent.1973; 30: 418-423.

49. SeckDiallo A, Mbodj EB, Faye D et al.

Etude de la réponse du parodonte marginal aux techniques de mise en condition gingivale en prothèse fixée.

Rev Col Odonto-StomatolAfrChirMaxillo-fac. 2009; 16(4): 30-35.

50. SeckMT,Ndiaye CH, Diallo PD et al.

Etude du risque parodontal superficiel en prothèse fixée.

Rev Col Odonto-StomatolAfrChirMaxillo-fac. 2003; 10(2): 41-46.

51. Shillingburg HT.

Bases fondamentales en prothèse fixée.

Paris: Editions CdP; 1998, p78, p80, 582p.

52. Shillingburg HT.

Bases fondamentales en prothèse fixée.

Paris: EditionCdP; 1998, p78, 582p.

53. Shillingburg HT.

Bases fondamentales en prothèse fixée.
Paris: Editions CdP; 1998, p78, p82, 582p.

54. Shillingburg HT, Hobo S et al.

Bases fondamentales en prothèse fixée. 3^{ème} éd.
Paris : Editions CdP ; 2000, 572p.

55. SIXOU M, LODTER JP.

Epidémiologie des malades parodontales.
Paris: Editions CdP; 1994, 234p.

56. Sobotta BA, John MT, Nitschke I.

Dental practice during a world cruise: characterisation of oral health at sea.

IntMaritHealth.2006 ; 57(1-4) :136-48.

57. Socransky SS, Haffajee AD.

Evidence of bacterial etiology: a historical perspective.
J Periodontol. 2000; 1994(5): 7-25.

58. Soueidan A, Hamel L.

Peut-on contrôler la résorption osseuse ? En avons-nous les moyens ?

Les cahiers de l'ADF. 2002 ; 8: 10-17.

59. Soumah M.

Atlas du Sénégal. Actualisation par Sakho.
Edition jeune Afrique ; 2000.

60. Sweeney EJ, Moore DC, Dooner JJ.

Retentive strength of acid etched anterior fixed partial dentures. An in vitro comparison of attachment technique.

J Am Dent Assoc. 1980; 100: 198-202.

61. Taleghan M, Leinfelder KF, Taleghani AM.

An alternative to cast etched retainers.

J Prosthet Dent.1987; 58:424-428.

62. ThiouneN.

Esthétique en prothèse fixée : évaluation de l'attente d'une population urbaine sénégalaise (enquête auprès de 400 sujets Dakarois).

Thèse : Chir Dent, Dakar, 2005, n°3.

63.Toure B, Kane AW, Mbodj EB et al.

Prévalence de la prothèse fixée et des parodontites apicales associées au Sénégal.

Odont-Stomatol Trop. 2008 ; 123 : 11-16.

64.Upadhyaya C, Humagain MN.

The pattern of tooth loss due to dental caries periodontal diseases among patients attending dental Departement (OPD); Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Teaching Hospital (KUTH), Nepal.

Kathmandu University Medj (KUMJ). 2009 ; 7(25) : 59-62

65.Waltmane E, Taddei C, Iskandar S.

Intégration esthétique de la prothèse partielle amovible à châssis métallique.

Strat Prothèse. 2002; 2(1): 96-99

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

66. Carie dentaire: Quelles sont les causes ?

Disponible sur www.passeprtsanté.net, consulté le 12/06/16

67. Couronnes dentaires prothétiques

Disponible sur www.dentalespace.com consulté le 12/06/16

68. GUILLAUME G, NICOLAS, MARC C, LAVOIE .

Streptococcus mutans et les streptocoques buccaux dans la plaque dentaire, 1&4p.

Disponible sur www.oraprdnt.ugtr.quebec.ca consulté le 24/02/16.

69. Histoire de l'art dentaire de l'antiquité à l'époque contemporaine.

Disponible sur www.academiedentaire.fr consulté le 04/04/16.

70. Implants dentaires.

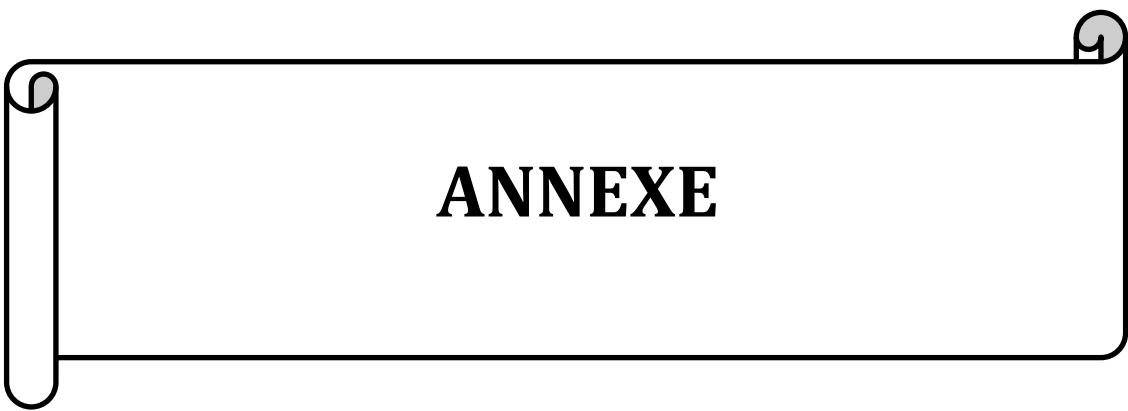
Disponible sur www.adf.asso.fr consulté le 01/04/16.

71. Inlays-Onlays.

Disponible sur www.dentsply.fr consulté le 20/06/16

72. Population de Dakar en 2013.

Disponible sur www.ansd.sn consulté le 08/06/16



ANNEXE

QUESTIONNAIRE

Année d'étude :

Numéro d'ordre :

Numéro de référence du dossier du patient :

I. Informations sur le patient

1. Sexe : M / ____ / ou F / ____ /

2. Age :

3. Statut matrimonial :

- Célibataire :
- Marié :
- Divorcé :
- Veuf /veuve :
- Union libre :

4. Profession :

- Sans emploi
- Ouvrier
- Agent de sécurité
- Commerçant
- Etudiant
- Retraité
- Cadre moyen
- Cadre supérieur
- Autre

5. Adresse :

6. Moyen de transport utilisé par le patient pour venir au département :

- a) Transport commun :
- b) Voiture personnelle :
- c) Pieds :
- d) Autre :

7. Etes vous salarié ou indépendant :

- a. Salarié :
- b. Indépendant :

Données cliniques

8. Motif de consultation :

- a. Esthétique :
- b. Fonctionnel :
- c. Esthétique et fonctionnel :

9. Etat général

- Satisfaisant
- Non satisfaisant

NB : un état général satisfaisant est caractérisé par l'absence de toute pathologie contre indiquant la réalisation d'une prothèse fixée. Il est non satisfaisant lorsqu'il existe une maladie contre indiquant la restauration fixée quelle qu'en soit.

10. Diagnostic :

- a. Edentement antérieur unitaire :
- b. Edentement antérieur plural :

- c. Edentement encastré unitaire :
- d. Edentement encastré plural :
- e. Délabrement coronaire important :
- f. Destruction coronaire total :

NB : l'edentement antérieur concerne le secteur incisivo-canin, l'édentement encastré concerne le secteur prémolaire-molaire.

- 11. Type de prothèse scellée :
 - Plural
 - Unitaire
- 12. Type d'ancrage
 - Coronaire
 - Corono-radiculaire
 - Radiculaire
- 13. Type de reconstitution coronaire
 - CC
 - CIV
 - CCM
- 14. Durée du traitement
- 15. Nombre de contrôle :
 - 1
 - 2
 - 3 et plus



SERMENT DU CHIRURGIEN DENTISTE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de ma profession.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais d'honoraires au-dessus de mon travail ; je ne participerai jamais à aucun partage illicite d'honoraires.

J'exercerai ma profession avec conscience dans l'intérêt de la santé publique, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine et envers la communauté.

Je ne dévoilerai à personne les secrets qui me seront confiés par le patient ou dont j'aurai connaissance.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je jure de les honorer et de rester digne de leur enseignement.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes confrères si j'y manque.

OCTAVE NADILE BANDIAKY

« Profil épidémiologique des patients réhabilités par prothèse fixée dans la clinique de prothèse du département d'odontologie de Dakar de 2005 à 2015 »

Thèse : chir. Dent. Dakar, n°18[SI] ; [Sn], 2016 [64Pages], ill., 21x29, 5cm

N° 42.63.16.18

Rubrique de classement : Prothèse fixée	Mots clés : Profil Epidémiologique Restauration Prothétique Prothèse Fixée	Keys words : Epidemiological Profile Prosthetic Restoration Fixed Prothesis
---	--	---

RESUME : La prothèse fixée a pour objectif de reconstruire les dents délabrées ou de remplacer une ou plusieurs dents absentes par un dispositif fixé dans le but d'améliorer ou de restaurer l'esthétique et la phonation.

L'objectif de ce travail était de déterminer le profil épidémiologique des patients réhabilités par prothèse fixée dans la clinique de prothèse du Département d'Odontologie de Dakar. Une étude épidémiologique descriptive a été menée sur 264 dossiers de patients venus en consultation et appareillés dans cette clinique. Les informations sur les patients ainsi que les données cliniques ont été recueillies par le biais d'un questionnaire. Sur les 264 dossiers recensés, seuls 223 ont été retenus pour l'étude soit un taux de rappel de 84,46%.

Il ressort de l'étude que la moyenne d'âge est de $34,36 \pm 12,96$ ans avec une prédominance masculine. La quasi-totalité des patients résident à Dakar et vont aux rendez-vous par transport en commun (84,8%). Plus de la moitié (54%) des patients exercent une activité professionnelle et 18% seulement travaillent comme fonctionnaire de l'Etat. Le motif de consultation est majoritairement esthétique et fonctionnel (47,7%) et le diagnostic est pour la majorité une destruction coronaire importante (48,9%). Au total 140 prothèses unitaires et 83 prothèses plurales ont été réalisées. La durée moyenne de traitement est de 16 semaines et plus de la moitié des patients (55,2%) n'ont bénéficié daucun contrôle post-thérapeutique.

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT :	M. Papa Ibrahima NGOM	Professeur
MEMBRES :	M. Babacar FAYE	Maître de Conférences agrégé
	M. Cheikh Mouhamadou M LO	Maître de Conférences agrégé
	M. Elhadj Babacar MBODJ	Maître de Conférences agrégé

Directeur de thèse : M. Elhadj Babacar MBODJ Maître de Conférences Agrégé

Co-Directeur de thèse : M. Abdou Karim SECK Enseignant Ecole Dentaire

Internationale

Adresse de l'auteur : Cité ComicoMermoz villa n° 19

Email : octavmaman@hotmail.fr

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le président de jury

Vu :

Pour le doyen

Vu et Permis d'imprimer

Pour le recteur, président de l'assemblée de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Et par délégation

Le doyen