TRAITEMENT INTERCEPTIF DES MALOCCLUSIONS DENTAIRES À L'HÔPITAL NATIONAL DONKA DE CONAKRY

INTERCEPTIVE TREATMENT OF DENTAL MALOCCLUSIONS AT DONKA NATIONAL HOSPITAL OF CONAKRY

FADIGA MS[1,2], SIDIBÉ S[3], CONDÉ D[1], LAMA B[1], ZÉGBEH NEK[5], NABÉ AB[4], CRÉZOIT GE[5]

1- Service d'odontostomatologie et chirurgie Maxillo-faciale de l'Hôpital National Donka (CHU de Conakry)
2- Université Gamal Abdel NASSER de Conakry, Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Département d'Odontologie
3- Chaire de Santé Publique, Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel NASSER de Conakry
4- Centre dentaire de l'Université Gamal Abdel NASSER de Conakry
5- Service d'Odonto-stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Conflits d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Correspondance: FADIGA Mohamed Sid-dick

Université Gamal Abdel NASSER de Conakry / Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, B.P.1017 Conakry République de Guinée.

Email : fadigamsiddick@gmailcom

Tél. : (00224) 664 82 82 29

RÉSUMÉ

Introduction : L'infraclusion incisive ou béance antérieure est une d'observation relativement fréquente en consultation d'orthodontie en Guinée. Cette dysmorphose n'a, à ce jour, bénéficié d'aucune étude en Guinée.

Objectifs : Identifier les facteurs épidémiologiques ; distinguer les formes anatomo-cliniques ; identifier les aspects thérapeutiques.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif effectuée dans le service d'odontostomatologie et chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital National Donka, du 1er Janvier au 30 septembre 2016, soit sur une période de 9 mois. Elle a concerné tous les patients pris en charge pour infraclusions incisives.

Résultats : Les infraclusions incisives ont représenté 30% de l'ensemble des anomalies orthodontiques reçues. Les enfants dont l'âge variait entre 10 et 13 ans représentaient 53% des cas. Le facteur favorisant le plus rencontré a été la succion digitale dans 53,3% des cas. La prise en charge a été exclusivement orthopédique dans 100% des cas et les résultats après traitement ont été jugés bons dans 93,3%.

Discussion : L'infraclusion incisive est relativement fréquente en Guinée, et touche en majorité les enfants en denture mixte. La succion digitale pendant l'enfance a été le facteur favorisant le plus cité. Le diagnostic et la prise en charge précoce permettent un traitement orthopédique qui donne de bons résultats.

Conclusion : Le diagnostic précoce et un traitement orthopédique immédiat permettraient d'intercepter l'anomalie, de corriger les préjudices esthétiques et fonctionnels et d'éviter un traitement complexe de longue durée à l'âge adulte.

Mots clés : Traitement interceptif, infraclusion incisive, Guinée

ABSTRACT

Introduction: *Incisal infraclusion or anterior open bite is a dismorphosis of the vertical dimension of basal or alveolar origin, located in the anterior sector, which has not benefited from any study in Guinea.*

Objectives: *To identify epidemiological factors; distinguish anatomo-clinical forms; identify the therapeutic aspects.*

Material and methods*: This was a prospective and descriptive type study performed in the Odontostomatology and Maxillofacial Surgery Department of Donka National Hospital, from January 1st to september 30rd, 2016, over 9 month period. It concerned all patients with incisal infraclusion.*

Results: *Incisal infraclusion accounted for 30% of all orthodontic abnormalities. Children aged between 10 and 13 years were the most affected in 53% of cases. The most favorable factor encountered was the digital suction in 53.3% of cases. The treatment was exclusively orthopedic in 100% of cases and the results after treatment were considered goods in 93.3%.*

Discussion: *Incisal infraclusion is relatively common in Guinea, and affects mostly children in mixed dentition. Digital sucking during childhood was the most favorable factor cited. Diagnosis and early management allow orthopedic treatment that gives good results.*

Conclusion: *Early diagnosis and immediate orthopedic treatment would allow the abnormality to be intercepted, the aesthetic and functional injuries to be corrected, and long-term complex treatment to be avoided in adulthood.*

Keywords: interceptive treatment, infraclusion incisor, Guinea

 © EDUCI 2019

INTRODUCTION

L'infraclusion incisive ou béance antérieure est une dysmorphose de la dimension verticale d'origine basale ou alvéolaire, localisée dans le secteur antérieure et/ou latérale et se traduisant par un recouvrement incisive insuffisant ou absent. Elle peut être symétrique ou asymétrique, et souvent associée à des malocclusions sagittales et transversales. Elle est plus ou moins étendue, pouvant atteindre les molaires [1].

Intercepter précocement une dysharmonie dento-maxillaire avant qu'elle ne s'aggrave vise à détecter, freiner ou corriger l'anomalie. Autrement, celle-ci peut provoquer des déséquilibres avec des répercussions plus ou moins sévères sur la croissance, le développement, l'équilibre de la sphère oro-faciale, et le recours à des thérapeutiques plus longues et complexes à un âge plus avancé.

L'infraclusion incisive est l'une des malocclusions les plus difficiles à traiter car elle résulte des interactions entre les différentes causes. Mais, les conséquences seront très défavorables si aucun traitement n'est entrepris : lésions parodontales au niveau des dents non fonctionnelles et mobilités dentaires dues à une pression linguale excessive [2].

En Guinée, aucune étude n'a encore été effectuée sur les infraclusions incisives. Aussi, ce travail princeps avait-il pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des infraclusions incisives, et pour objectifs spécifiques de :

- identifier les facteurs épidémiologiques ;
- distinguer les formes anatomo-cliniques ;
- identifier les aspects thérapeutiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude s'est déroulée dans le service d'odonto-stomatologie et de chirurgie maxillo faciale de l'hôpital national Donka qui est un Centre Hospitalo-Universitaire. Elle a duré 1er Janvier au 30 septembre 2016, soit une période de 9 mois.

La population était constituée de patients atteints d'anomalies orthodontiques. Mais, n'ont été inclus dans cette étude, que les patients ayant un âge inférieur ou égale à 17 ans, présentant une infraclusion incisive et ayant bénéficié d'une prise en charge. Les autres cas d'anomalies orthodontiques étaient non-inclus.

Les patients présentant les autres pathologies bucco-dentaires ont été exclus de l'étude.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie à cet effet.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel Epi info version 7.2. Les logiciels Word et Excel du pack office 2013 ont servi à la saisie du document et la présentation des résultats. Les variables descriptives ont été présentées sous formes de moyennes (avec extrêmes) et de proportions (avec des intervalles de confiance à 95%). Les variables de l'étude étaient socio démographiques et cliniques.

L'autorisation d'enquête de cette étude a été délivrée par le département d'odontologie de la Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry. Le chef du service d'odonto-stomatologie et de chirurgie maxillo faciale de l'hôpital national Donka et les responsables et participants à l'étude ont tous été bien informés sur ses objectifs et ont donné leur consentement libre et éclairé pour sa tenue.

RÉSULTATS

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les patients vus pour anomalies orthodontiques étaient au nombre de 35 dont 15 soit 30% avaient une infraclusion incisive. Ces derniers avaient un âge moyen de 13 ans avec des extrêmes de 10 et 17 ans ; la tranche d'âge de 10 à 13 ans représentait 53,3% des cas, les14 à 17 ans comptaient pour 46,7%. La population féminine constituait 53,3% des cas contre 46,7% pour la population masculine, soit un sex-ratio F/H de 0,87. Tous les participants à cette étude (100%) étaient des élèves.

Les facteurs favorisants retrouvés dans les antécédents personnels étaient la succion digitale dans 53,3% des cas, la succion de la tétine dans 26,7% des cas et l'interposition linguale dans 20% des cas (tableau I). Les antécédents familiaux notaient 13,3% de cas d'infraclusion incisive, contre 86,7% de patients sans infraclusion incisive dans la famille (tableau I).

ASPECTS CLINIQUES

Le motif de consultation était d'ordre esthétique dans 53,3% des cas, esthétique et fonctionnel dans 33,3% des cas, uniquement fonctionnel dans 13,3% des cas. (Tableau I)

 © EDUCI 2019

***Tableau I** : Motifs de consultation et antécédents familiaux*

Motifs de consultation et antécédents familiaux		(N=15)	(%)
Motifs de consultation	Esthétique	8	53,3
	Esthétique/Fonctionnel	5	33,3
	Fonctionnel	2	13,3
Antécédents familiaux d'infraclusion	Oui	2	13,3
	Non	13	86,7
Facteurs favorisants l'apparition de la béance antérieure	Interposition linguale	3	20,0
	Succion digitale	8	53,3
	Succion de tétines non conventionnelles	4	26,7

Les principales formes cliniques d'infraclusions rencontrées étaient localisées dans le secteur antérieur (fig 1) se traduisant par un recouvrement incisif absent (53,3%) ou insuffisant (40,0%). (Tableau II)

***Tableau II :** Formes cliniques rencontrées chez les patients*

Localisation de la béance	Recouvrement	n = 15	(%)
Antérieur	Recouvrement incisif absent	8	53,3
	Recouvrement incisif insuffisant	6	40,0
Latéral		1	6,7

En ce qui concerne les anomalies associées, la proalvéolie supérieure a été observée dans 73,33% des cas. (Tableau III)

***Tableau III** : Anomalies associées*

Anomalies associées	Fréquence	(%)
Proalvéolie supérieure	11	73,3
Rétroalvéolies inférieure	2	13,3
Endoclusion	1	6,7
Exoclusion	1	6,7
DDM	2	13,3

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

Au cours de cette étude, la prise en charge des patients a été orthopédique par plaque d'Hawley (fig.2 et 3) chez tous les patients soit 100% des cas. En fonction de la constance du port de l'appareil correcteur, la durée de traitement variait entre six (6) et dix (10) mois. En effet, 10 patients soit 66,7% ont eu une durée de traitement inférieure à 9 mois contre 5 patients soit 33,3% dont la durée de prise en charge était supérieure à 9 mois. Après prise en charge, les résultats ont été jugés bons (fig 4) dans 93,3% des cas.

***Figure 1** : Patiente âgée de 10 ans, Infraclusion incisive*

***Figure 2** : Mise en place de la plaque palatine d'Hawley*

***Figure 3** : Mise en place de la plaque palatine d'Hawley*

***Figure 4 :** Patient après traitement définitif*

DISCUSSION

Dans cette étude, 15 cas d'infraclusions incisives (30,0%) sur un total de 35 patients reçus pour des anomalies orthodontiques ont été recensés. Cette fréquence relativement élevée pourrait s'expliquer par le fait que l'étude a ciblé exclusivement une population orthodontique.

La tranche d'âge de 10 à 13 ans a été la plus concernée avec 53,3% des cas. Cette tranche d'âge se situe dans la période de la denture mixte, où des désordres dentaires sont souvent observés en raison de l'insuffisance d'espace lors de l'apparition d'une dent définitive entre deux dents lactéales par exemple. Il s'agit donc d'une période où les anomalies orthodontiques commencent à se manifester. Il y avait une prédominance féminine (53,3%) avec un sex-ratio F/H de 0,87, qui pourrait s'expliquer par le fait que les parents prennent beaucoup plus en considération les problèmes esthétiques de leurs filles. Tous les patients (100%) étaient des élèves. L'infraclusions incisive pouvant gêner l'élocution est, de ce fait, handicapante pour l'enfant en âge scolaire. Ce qui conduit les parents à amener les enfants en consultation comme l'ont constaté Urzal et *al* au Portugal en 2013 [2] .

Dans notre étude, la succion digitale (53,3%) est le facteur favorisant le plus cité par rapport à la tétine (26,7%). Au Portugal, c'est plutôt la tétine qui est le principal facteur favorisant [2]. Ce constat est conforme aux habitudes de vie socio-culturelles des différentes populations. Dans les antécédents des patients, on retrouvait 13,3% de cas familiaux d'infraclusion incisive, qui confirmerait une dimension héréditaire de l'infraclusion incisive [1-3].

Les motifs de consultation esthétiques étaient les plus fréquents avec 53,3% des cas. En effet les patients étant en âge scolaire, ils sont souvent victimes des moqueries et des railleries de la part de leurs amis, à cause de l'apect inesthétique de leur sourire mais aussi des trouble de l'élocution souvent fréquent dans ce type d'anomalie.

La proalvéolie supérieure était l'une des principales anomalies associées avec 73,33% des cas. Les habitudes déformantes notamment celles qui provoquent une vestibulo-version des incisives supérieures et la succion digitale qui exerce une pression sur l'arcade maxillaire entraînent des proalvéolies supérieures. En Algérie, Belhachem et *al* [4] ont également rapporté en 2014, 90% de cas d'association entre béance antérieure et proalvéolie supérieure.

La prise en charge orthopédique par plaque d'Hawley chez tous les 15 patients a été faite avant la maturité osseuse effective, permettant ainsi le déplacement rapide des dents dans une structure osseuse en phase de croissance. Le traitement orthopédique est alors efficace. Bernard V [5]. en 2011 en France, avait trouvé également 100% de prise en charge par procédé orthopédique par la plaque d'Hawley. La durée du traitement pour la majorité des patients (66,7%, 10/15 patients) était inférieure ou égale à 9 mois.

Les résultats ont été jugés bons dans 93,3% des cas. Cependant, pour 6,7% de patients, le résultat avait été jugé peu satisfaisant. Il s'agissait de patients indisciplinés, qui ne portaient pas constamment et correctement leurs appareils.

CONCLUSION

La béance antérieure est une anomalie relativement fréquente par rapport à l'ensemble des pathologies orthodontiques rencontrées. En raison des préjudices esthétiques et fonctionnelles qu'elle peut entrainer chez des enfants en âge scolaire, en denture temporaire ou mixte qui seront le plus souvent victimes d'habitudes déformantes et de railleries, cette pathologie ne doit pasêtre négligée. Lorsque la prise en charge est précoce, les résultats sont satisfaisants. D'où, l'intérêt d'une campagne nationale d'information et d'éducation.

RÉFÉRENCES

1. SALVADORI A. Interception des malocclusions de Classe II d'Angle. *Rev Orthopédie Dento-Faciale*. 1987;21(2):217-33.
2. URZAL V, BRAGA AC, FERREIRA AP. The prevalence of anterior open bite in Portuguese children during deciduous and mixed dentition--correlations for a prevention strategy. Int Orthod. 2013 Mar;11(1):93-103. doi: 10.1016/j.ortho.2012.12.001. Epub 2013 Jan 31. English, French. *PubMed PMID*: 23375918
3. BORGHETTI A, MONNET-CORTI V, ATTAL J-P, BOUCHARD P, DEGORCE T. Chirurgie plastique parodontale et péri-implantaire. *Ed Cdp, 3ème édition, Collection JPIO* 2017, p553.
4. BELHACHEM W, HOCEINI I, MEKHFI N. Prévention et interception de la dysharmonie dento-maxillaire en denture mixte. [Internet] *[Thèse de doctorat d'état en chirurgie dentaire]*. [Tlemcen, Algérie]: Université Abou Bekr Belkaid; 2014 [cité 29 août 2018]. Disponible sur: http://dspace.univ-tlemcen.dz/handle/112/7028
5. BERNARD V. Les béances antérieures : apport de nouvelles thérapeutiques. *Thèses de doctorat en chirurgie dentaire. Université de Nantes*, Unité de formation et recherche d'odontologie. 2001 :1-134

 © EDUCI 2019

PORT DE PROTHÈSES : ENQUÊTE DANS LES CABINETS DENTAIRES DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU

DENTURES WEARING : INVESTIGATION IN DENTAL OFFICES IN THE CITY OF OUAGADOUGOU

FALL M[1], SAWADOGO A[2], OUÉDRAOGO Y[3], DIARRA A-A[4], OUÉDRAOGO S[5]

1-Assistant, Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), 03 BP 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso.

2-Assistant, Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), 03 BP 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso.

3-Maitre-assistant, Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), 03 BP 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso.

4-Docteur, Centre Municipal de Santé bucco-dentaire de Ouagadougou, 01 BP 85 Ouagadougou 01,

5-Docteur, Centre Hospitalier Régional de Koudougou, BP 300 Koudougou

Correspondance : FALL Médina

Assistant hospitalo-universitaire (AHU)

Section dentaire de l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS),Université de Ouagadougou 03 BP 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso

E-mail : dina_bf@yahoo.fr, Tel : (00226) 61143768

RÉSUMÉ

Introduction : En l'absence de restauration prothétique chez le patient édenté, les structures osseuses et dentaires vont subir des modifications engendrant des conséquences fonctionnelles et esthétiques sur l'appareil manducateur et le faciès.

L'objectif de cette étude était de déterminer le port et les besoins en réhabilitation prothétique chez les patients consultant dans les centres de soins bucco-dentaires de la ville de Ouagadougou.

Matériels et méthodes : L'étude descriptive transversale portait sur 400 patients âgés de plus de 15 ans venus en consultation dans les différents cabinets dentaires de la ville de Ouagadougou. L'analyse statistique descriptive des données a été faite à l'aide du logiciel EPI-INFO version 7.1.2.

Résultats : Une prédominance féminine a été notée dans l'échantillon (56,75%). La moyenne d'âge était de 42,03 ± 13,4. L'édentement non compensé concernait 79,25% des patients. La population porteuse de prothèse représentait 26,75% de l'échantillon. Parmi les sujets examinés, 20,5% portaient une prothèse adjointe partielle, 6% une prothèse conjointe dento-portée et inplanto-portée et 0,5 % une prothèse adjointe totale.

Conclusion : Une grande partie des patients peine à avoir accès aux soins prothétiques dans les cabinets dentaires. L'amélioration de la politique de santé bucco-dentaire pourra rendre l'accès équitable aux soins prothétiques.

Mot clés : Port de prothèse -Edentement-Cabinet Dentaire-Burkina Faso-Pays en Développement

ABSTRACT

Introduction : *In the absence of prosthetic restoration in the edentulous patient, the bone and dental structures will undergo modifications that will result in functional and aesthetic consequences on the manducatory apparatus and the facies.*

The objective of this study is to determine the wearing and prosthetic rehabilitation needs of patients consulting in the oral health centers in the city of Ouagadougou.

Materials and methods : *The cross-sectional descriptive study concerns 400 patients over the age of 15 who had come for consultation in the various dental offices in the city of Ouagadougou. The descriptive statistical analysis of the data is done using the software EPI-INFO version 7.1.2.*

Results : *A female predominance is noticed in the sample (56.75%). The average age is 42.03 ± 13.4. Uncompensated tooth loss accounted for 79.25% of patients. The prosthesis population accounted for 26.75% of the sample. Among the examined subjects, 20.5% had a partial denture, 6% a denture-tooth joint and inplant-borne joint prosthesis and 0.5% a total joint prosthesis.*

Conclusion : *Many patients have difficult access to prosthetic care in dental practices. Improving oral health policy can make access to prosthetic care equitable.*

Keywords: Prosthetic wearing-Edentulism-Dentistry-Burkina Faso-Developing Countries

 © EDUCI 2019

INTRODUCTION

Malgré la fréquence élevée des affections dentaires, le recours à des professionnels de santé bucco-dentaire est relativement faible au Burkina Faso [1]. La consulation tardive des cabinets dentaires est corrélée à la grande prévalence des édentements [2]. En l'absence de restauration prothétique chez le patient édenté, les structures osseuses et dentaires vont subir des modifications engendrant des conséquences fonctionnelles et esthétiques sur l'appareil manducateur et le faciès. Le succès des réalisations prothétiques commence par une meilleure programmation du plan de traitement, ce qui exige une bonne connaissance des demandes et des besoins réels des patients. Les études réalisées à ce propos sont plutôt rares au Burkina Faso.

L'objectif de cette étude était de déterminer le port et les besoins en réhabilitation prothétique chez les patients consultant dans les centres de soins bucco-dentaires de la ville de Ouagadougou.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive, portant sur des sujets des deux sexes recrutés dans les cabinets dentaires. L'enquête a duré 2 mois. En l'absence de données statistiques sur la prévalence de l'édentement dans la ville de Ouagadougou, il a été admis une prévalence théorique de 50 %. Le risque d'erreur a été fixé à 5% et la précision à 5% également. La taille de l'échantillon a été déterminée à partir de la formule classique : $N = (\varepsilon)^2 pq / i^2$ (N = taille de l'échantillon ; p = prévalence théorique, q = 1 - p = complément de p ; ε = marge d'erreur tolérée à 5 % = 1,96 = écart réduit ; i = précision souhaitée). Le nombre de sujets nécessaire pour l'étude était de 384, mais par précaution, un échantillon de 400 sujets a été retenu. La méthode d'échantillonnage en grappes à deux degrés a été réalisée. D'abord, une liste de trois groupes de cabinets dentaires de la ville de Ouagadougou a été établie : les cabinets publics, les cabinets privés et ceux à caractère confessionnel ; ensuite, trois centres ont été tirés de façon aléatoire dans chaque groupe. Il était établi que les patients examinés dans ces cabinets devaient être sélectionnés suivant un échantillonnage accidentel au fur et à mesure de leur arrivée.

L'enquête a inclus les personnes volontaires des 2 deux sexes, âgées de plus de 15 ans venues en consultation. Une lecture de la fiche de consentement éclairé ainsi qu'une explication orale sur les objectifs et le déroulement de l'enquête ont été faits aux sujets. Les patients de plus de 15 ans, incapables de répondre aux questions ou ayant refusé de participer à l'étude n'ont pas été retenus. Les variables étudiées étaient le sexe, l'âge, la profession, l'édentement et le port de prothèse.

Les instruments utilisés étaient composés du plateau d'examen complet et d'une fiche d'enquête pour servir de questionnaire. Les données étaient recueillies en réalisant l'examen clinique des patients suivi d'un entretien permettant le remplissage de leur fiche d'enquête individuelle.

Un pré-test a été réalisé sur 40 patients, soit 10% de l'échantillon. Cette étude pilote a permis le calibrage de l'enquêteur pour l'évaluation et la validation du questionnaire. L'analyse statistique descriptive des données a été faite à l'aide du logiciel EPI-INFO version 7.1.2. L'étude descriptive des résultats a été réalisée avec un intervalle de confiance de 95 %. L'étude analytique a utilisé le test de Student Fisher et le test du Khi². Les figures graphiques ont été réalisées avec le logiciel Excel et Word 2016.

L'étude a été effectuée dans le respect strict de l'anonymat des patients, du caractère confidentiel des renseignements collectés après l'obtention du consentement éclairé du patient.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Une prédominance féminine a été enregistrée (56,75%) avec un sex-ratio de 0,76 (figure 1).

La moyenne d'âge était de 42 ans ± 13,38. La tranche d'âge [25-34 ans] est la plus représentée chez les femmes et celle de [35-44 ans] chez les hommes (figure 2).

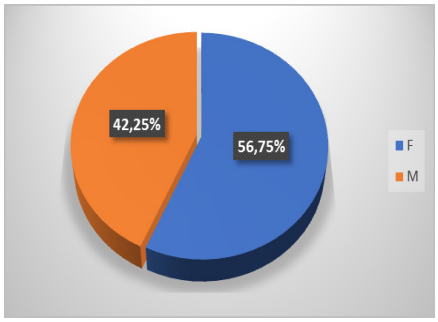

***Figure 1** : répartition de l'échantillon selon le sexe*

 © EDUCI 2019

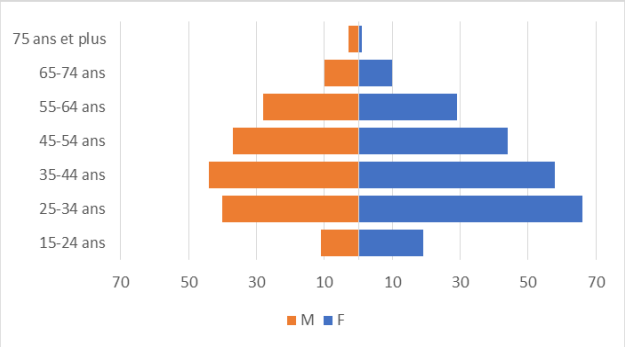

***Figure 2** : Pyramide des âges*

La population était constituée à 28,75% de personnes sans activité professionnelle (tableau I).

***Tableau I** : répartition de l'échantillon en fonction de la profession*

Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Agriculteurs/exploitants	21	5,25
Artisans/commerçants	74	18,50
Cadres/chefs d'entreprise	37	9,25
Employés	19	4,75
Ouvriers	16	4,00
Personnes sans activité professionnelle	115	28,75
Professions intermédiaires	82	20,50
Retraités	36	9,00
TOTAL	400	100,00

ÉDENTEMENT ET PORT DE PROTHÈSE

Le nombre moyen de dents absentes était de 3,6 dents et la prévalence de l'édentement était de 79,25% (tableau II). La population porteuse de prothèse représentait 26,75% de l'échantillon (tableau III). Le port de prothèse était légèrement plus élevé chez les hommes (tableau IV). Les agriculteurs et les personnes sans activité professionnelle avaient le plus faible taux de port de prothèse avec respectivement 9,52% et 9,56% (tableau V).

***Tableau II** : répartition de l'échantillon selon l'édentement*

Edentement	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	317	79,25
Non	83	20,75
Total	400	100

***Tableau III** : répartition de l'échantillon selon le port de prothèse*

Port de prothèse	Fréquence	Pourcentage (%)
Non	293	73,25
Oui	107	26,75
Total	400	100

***Tableau IV** : répartition de l'échantillon selon le port de prothèse et le sexe*

Sexe	Portez-vous une prothèse?		
	Non	Oui	Total
F	176	51	227
M	117	56	173
Total	293	107	400

Niveau de signification P= 0,0140

***Tableau V** : répartition de la population en fonction du port de prothèse et de la profession*

Professions	Port de prothèse (%)		
	Non	Oui	Total
Agriculteurs/exploitants	90,48	9,52	100
Artisans/commerçants	83,78	16,22	100
Cadres/chefs d'entreprises	35,14	64,86	100
Employés	78,95	21,05	100
Ouvriers	62,5	37,5	100
Personnes sans activité professionnelle	90,43	9,56	100
Professions intermédiaires	63,41	36,59	100
Retraités	50	50	100
Total	73,25	26,25	100

Le niveau de signification P=0,0000

La Prothèse adjointe partielle était la plus portée (tableau VI). Les prothèses adjointes partielles représentaient 74,55% des appareils portés (figure 3). Les patients appareillés étaient satisfaits à 71% de leur prothèse (figure 4).

***Tableau VI** : répartition de l'échantillon en fonction des prothèses portées*

Type de prothèse	Fréquence	Pourcentage (%)
Prothèse adjointe partielle	82	20,5
Prothèse conjointe	19	4,75
Prothèse implanto-portée	5	1,25
Prothèse adjointe totale	2	0,5
Prothèse artisanale	2	0,5

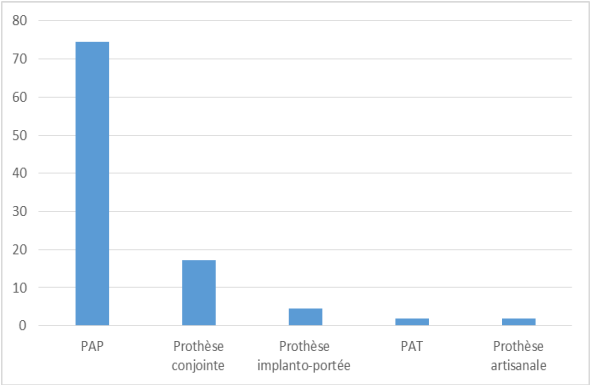

***Figure 3** : répartition des différents types de prothèse*

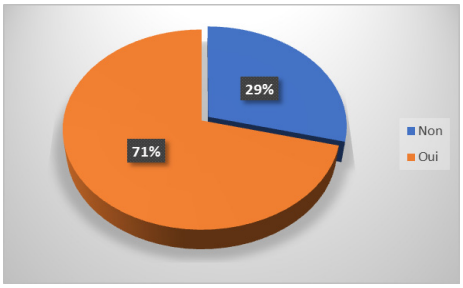

***Figure 4** : répartition en fonction de la satisfaction prothétique*

DISCUSSION

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

L'échantillon présentait plutôt une population adulte à prédominance féminine dont le tiers était sans activité professionnelle. Or, la structure par âge de la population ouagalaise est caractérisée par une très forte jeunesse, la moitié de la population n'ayant pas plus de 16 ans [3]. Compte tenu du taux de chômage élevé chez les jeunes, seuls les patients de plus de 35 ans bénéficient d'une autonomie financière pour fréquenter les cabinets dentaires [4]. En dehors de leur majorité numérique dans la population, la prédominance des femmes peut également s'expliquer par le fait que certaines hormones féminines telles que l'œstrogène et la progestérone favorisent l'apparition des gingivites ou une neutropénie transitoire prédisposant les femmes aux parodontopathies qui constituent la deuxième cause de l'édentement [5].

EDENTEMENT ET PORT DE PROTHÈSE

La fréquence élevée de l'édentement demeure un phénomène encore non maîtrisé surtout dans les pays en développement. Malgré les progrès réalisés dans le traitement de la carie et des maladies parodontales, les pertes dentaires sont fortement liées aux facteurs socio-économiques [6,7].

Le taux de port de prothèse était de 26,75%. Ce faible taux est également retrouvé au Sénégal (22,3%) et au Maroc (33%) [8,9]. Selon Zitzmann, plus de la moitié de la population européenne est concernée par une restauration prothétique, fixe ou amovible [10]. Mais, des disparités persistent entre le taux d'édentement et les inégalités dans le système de soins liées aux revenus et aux couvertures d'assurances dentaires. En France, la proportion d'adulte en situation de précarité déclarant ne pas avoir de prothèses est 4 fois supérieure à la population générale [11]. Au Burkina, à l'instar des autres pays africains, les barrières financières et culturelles contribuent à maintenir un faible taux de port de prothèse.

Le port de prothèse était supérieur chez les hommes. Pesson et *al* ont trouvé des résultats similaires en Côte d'Ivoire [12]. A l'opposé, dans les pays développés, le port de prothèse est plus élevé chez les femmes. En France, en 2008, le taux d'appareillage des femmes était de 49,4% contre 43,4% chez les hommes [13]. En effet, les femmes sont plus soucieuses de leur apparence, que ce soit en Afrique ou en Europe. Toutefois, la différence constatée se justifie par la prévalence élevée des femmes sans activités financières avec un bas niveau d'instructions dans les villes africaines.

Le port de prothèse augmente avec l'âge. Il était de moins de 18% chez les patients d'age inférieur à 34 ans, et de plus de 40% chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Petersen et *al* ont fait le même constat au Danemark : la population de moins de 34 ans porteuse de prothèse était de 1% contre plus de 58% pour la population de plus 65 ans [14]. Cette augmentation du port de prothèse est attribuable à l'augmentation de l'édentement chez les personnes âgées.

Une différence significative a été notée entre le port de prothèse et les différentes professions. Les agriculteurs/exploitants et les personnes sans activité professionnelle ont de faibles taux de port de prothèse avec respectivement 9,52% et 9,56% tandis que les cadres/chefs d'entreprises et les retraités ont les plus forts taux de port de prothèse soit 64,86% et 50%. Nos résultats corroborent ceux de Gueye et *al* au Sénégal [15]. Le taux de port de prothèse augmentant avec l'âge, il est donc normal qu'il soit également élevé chez les retraités. Les cadres et chefs d'entreprises ont des revenus financiers élevés qui leur permettent de prendre en charge les soins prothétiques.

Chez les sujets examinés, 19,25 % avaient une prothèse adjointe partielle, 4,75 % une prothèse conjointe, 1,25 % une prothèse implanto-portée, 0,5% une prothèse adjointe totale et enfin 0,5 % une prothèse artisanale. La prothèse adjointe partielle en résine est la plus pratiquée dans les pays en développement pour son coût relativement bas et sa facilité de conception. Elle représentait 74,55% des réalisations prothétiques. Des valeurs similaires ont été retrouvées au Sénégal, au Mali et en Côte d'Ivoire [16,17,18]. En revanche, en France, la prothèse amovible représentait 18,1 % des actes de prothèse. La prothèse adjointe partielle représente

 © EDUCI 2019

28,37 % des actes de prothèse amovible, 10,34 % étant des prothèses à base de résine, et 18,03 % des prothèses à base métallique [11]. La prothèse adjointe partielle est indiquée quand les solutions prothétiques fixées et/ou les solutions implantaires ne sont pas envisageables pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques. Dans notre contexte, seule la raison économique semble guider le choix thérapeutique des patients.

Un faible recours à la prothèse fixée a été noté (6%). En Suède, la fréquence des prothèses conjointes est de 45% et 34% en Suisse [14]. *A priori* le coût élevé de la prothèse et le manque de prise en charge par les mutuelles constituent un frein pour le patient. La déficience du plateau technique et de laboratoire de prothèse dans beaucoup de cabinets dentaires rend encore la prothèse fixée plus inaccessible.

La prothèse implanto-portée est très faiblement représentée. Tout comme au Burkina, la prothèse implantaire reste peu vulgarisée dans les pays en développement [19]. Elle demande une instrumentation et un plateau technique spécifique. Aussi le chirurgien-dentiste doit avoir les compétences requises pour mener à bien la réalisation de la prothèse implantaire. Tous ces facteurs ont une incidence sur le coût de la prothèse implantaire qui devient inabordable pour des populations qui ont majoritairement un faible pouvoir d'achat ou sont en état de précarité.

Le taux de satisfaction des prothèses portées est de 71,03%. En effet, la prothèse adjointe est souvent irritante pour les patients. La maitrise de sa réalisation pêche souvent. Au Burkina Faso, il n'y a pas de structures de formations de prothésistes. Beaucoup de praticiens apprennent de façon empirique en côtoyant leurs prédécesseurs qui se sont formés dans les pays de la sous-région ou en Europe. La problématique de la prothèse artisanale reste posée. Ces prothèses sont toujours réalisées dans les villes africaines par des charlatans n'ayant aucune notion de la dentisterie prothétique.

CONCLUSION

Cette étude révèle un faible taux de port de prothèse chez les patients édentés. Une grande partie de ces patients peine à avoir accès aux soins prothétiques dans les cabinets dentaires. Les contraintes financières font que la prothèse adjointe partielle est le traitement prothétique le plus réalisé. La prise en charge des édentements non compensés va être liée à la réduction des inégalités sociales et à la mise en place d'une couverture sanitaire universelle prenant en compte les soins prothétiques.

RÉFÉRENCES

1. FALL M, OUÉDRAOGO Y, MILLOGO M, DIARRA A, BATHIONO R, BONKOUGOU G, SANOU A, BARO S. Profil épidémiologique des consultations dentaires au CHU Blaise Compaoré de Ouagadougou du 1er Décembre 2014 au 30 novembre 2015. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac*, 2017 ; 24(3) : 26-31.
2. MINISTERE DE LA SANTE, BURKINA FASO. Rapport de l'enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso : enquête steps, 2013.
3. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE. Tableau de bord démographique, Burkina Faso, 2015 ; 383 p.
4. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE. Enquête multisectorielle continue : emploi et chômage, Burkina Faso, 2014 ; 60 p.
5. FAYE D, LO CM, CISSE D, TINE SD, MBODJ EB, DIOUF M, DIALLO PD. Etude des conditions de l'extraction dentaire dans les centres de santé des districts du Sénégal. *Cah. Santé Publique*, 2008 ; 7(1) : 1-10.
6. GUEYE M, MBODJ EB, DIENG L, SECK AK, TOURE A, THIOUNE N. Evaluation de la prévalence de l'édentement dans une population urbaine de Dakar. *Rev. Iv. Odonto-Stomatol*, 2015 ; 17(2) : 15-20.
7. FALL M, OUÉDRAOGO Y, KABORÉ WAD, MILLOGO M, OUATTARA S, SAWADOGO A, GARÉ JV, GUIGUIMDÉ WPL. Besoins et demandes de traitements prothétiques au centre municipal bucco-dentaire de Ouagadougou. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac*, 2017 ; 24(1) :31-36.
8. MBODJ EB, DIOUF M, NDINDIN JC et al. Port de prothèses : enquête dans les cabinets dentaires du Sénégal. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac* 2010 ; 17(4) : 32-35.
9. AZZAZ A, AMINE M, BOUHAJI M, SERRHIER Z, BENNANI A, BENNANI OTHMANI M, BELLAM-KHANNATE S, ANDOH A. Besoins et demandes de traitements prothétiques chez la population suivie aux services de prothèse au CCTD de Casablanca. *Thèse Med. Dent. Casablanca*, 2013, N°617.
10. ZITZMANN NU, HAGMANN E, WEIGER R. What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe ? *Clin. Oral Impl. Res,* 2007, 18 (Suppl. 3) : 20-33.
11. HAS. Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique. Haute Autorité de santé/Service évaluation des actes professionnels/Avril 2006.

12. PESSON DM, DIDIA EL, KAMAGATE FS, BAKOU OD, SANGARE A, KOUAME KA, KONATE NY, DJEREDOU KB, THIAM A, TOURE S. Etude analytique des traitements prothétiques fixés réalisés au Service de prothèse du centre de soins de l'école dentaire d'Abidjan. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac*, 2009 ;16(4) : 25-29.

13. VINCELET C, AZOGUI-LEVY S, GREMY I. Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte. *Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France*, 2008. 6 p.

14.PETERSEN PE, KJOLLER M, CHRISTENSEN LB. Changing dentates status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J. Public Health Dent*, 2004 ; 64 (3) : 127-135.

15. GUEYE M, MBODJ EB, DIENG L, THIOUNE N, TOURE A, SECK MT. Caractéristiques socio-économiques des patients réhabilités par prothèse amovible : étude pilote dans un Département d'odontologie au Sénégal. Dakar. *Rev. Iv. Odonto-Stomatol.*, 2017 ; 16(2) : 21–26.

16. THERA B. Evaluation des besoins en prothèse dentaire au Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-stomatologie de Bamako, à propos de 400 cas. *Thèse chir Dent Bamako* 2015, N°15M29

17. DJEREDOU K B, THIAM A, PESSON D M, BAKOU O D, NABE G H, KAMAGATE F S, TOURE S. Etude prospective pilote des demandes prothétiques au service de prothèse du CCTOS d'Abidjan. *Odonto Stomatol Trop*, 2003 ; 26 (103) 4-8.

18. GUEYE M, DIENG L, MBODJ EB, THIOUNE N, TOURE A, DJEREDOU KB. Besoin en réhabilitation prothétique dentaire : enquête évaluative dans une population urbaine de Dakar. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2015 ; 22(1) : 28–33.

19. GUEYE M, DIENG L, MBODJ EB, GAYE A, NDIAYE C, DIOUF AA, SECK MT, FAYE D. Evaluation de l'accessibilité de la prothèse implantaire au Sénégal. *Dakar Médical* 2013 ; 58(1) : 35-40.

 © EDUCI 2019