

EVALUATION DU TAUX DE SURVIE DES PROTHESES FIXEES DENTO-PORTEES: ETUDE REALISEE CHEZ 84 PATIENTS TRAITES DANS LE DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE DE DAKAR.

SURVIVAL RATES OF SINGLE CROWNS AND FIXED PARTIAL PROSTHESIS: A STUDY AT ODONTOLOGY DEPARTMENT IN 84 PATIENTS.

THIOUNE N¹, DIDIA ELE², KAMARA P¹, MANE A³, GAYE M¹, DIENG L¹, TOURE A¹, MBODJ E-B¹, DJEREDOU KB²

1-Service de Prothèse, Département de d'Odontologie, Université Cheick Anta Diop de Dakar

2-Département de Prothèse et occlusodontie, UFR d'Odonto-stomatologique, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan

3-Chirurgien-dentiste

Correspondance : Dr THIOUNE Néné

Assistante chef de clinique, Service de Prothèse, Département de d'Odontologie, Université Cheick Anta Diop de Dakar / E-mail : prokhanethioune@gmail.com

RÉSUMÉ

Introduction : La réhabilitation prothétique fixée constitue un des moyens les plus utilisés pour reconstruire ou remplacer une ou plusieurs dents délabrés ou absentes dans le but de rétablir voire d'améliorer une fonction amoindrie. La présente étude a pour but d'évaluer le taux de survie des prothèses fixées réalisées dans le département d'odontologie de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie de Dakar.

Méthodes : Un examen clinique et radiographique de 131 piliers de couronnes et de bridges a été réalisé chez 84 patients porteurs de prothèse fixée depuis au moins trois ans. L'ensemble de ces patients fut réhabilité au sein de notre institut. Cette étude a été faite exclusivement sur les dossiers suivis dans le service de Prothèse par un examen clinique des patients sélectionnés.

Résultats : Nous avons constaté l'absence de 13 prothèses soit un taux de perte de 15%. Toutes les dents piliers étaient dépulpées. Sur ces dernières, nous avons observé des complications biologiques qui comprenaient des gingivites (37%), des épaissements du desmodonte (100%), des lésions péri-apicales (40%) et des résorptions alvéolaires (59%). Nous avons répertorié une seule fracture radiculaire sur l'ensemble des complications techniques rencontrées. Au niveau du parodonte, la présence d'une inflammation de la gencive en regard des piliers de prothèse était corrélée aux défauts du point de contacts observés (11%). Les lésions péri-apicales (64%) observées sur les ancrages corono-radicaux étaient liées à la mauvaise qualité des traitements endodontiques et / ou des reconstitutions corono-radicaux.

Conclusion : L'analyse de ces résultats, nous incite à recommander malgré un plateau technique limité, la conservation de la vitalité pulpaire. La décision importante et irréversible de la dépulpe des piliers vivants ne doit être prise que si la préparation de par son volume, met en danger le complexe dentino-pulpaire.

MOTS CLÉS : TAUX DE SURVIE, COURONNES, PROTHÈSE PARTIELLE FIXÉE, EVALUATION

ABSTRACT

Purposes: The aim of the present clinical study was to analyze the survival rates of fixed partial dentures at the dental department of Medicine, Pharmacy and Dental Faculty Dakar's.

Methods: A clinical and radiographic review of 131 abutments teeth of crowns and fixed partial denture were examined .performed at least three years from 84 patients received prosthodontic treatment by students at the Dental institute of dakar medecine pharmacie and odontology faculty This study was carried out exclusively on the folders followed at the prosthesis service by a clinical examination of selected patients.

Results: 13 of the 154 fixed dental prosthetics were lost (rate of loss 15%). All abutment teeth were depulped. When Fixed prosthetics were analyzed, the most biological complications observed were gingivitis (37%), widening of the periodontal membrane space (100%), the periapical lesions (40%) and bone resorption (59%). We have listed only one root fracture on all technical complications encountered. At the periodontium, gingival inflammation around theabutment teeth were correlated to the defects proximal contact point (11%). The periapical lesions (64%) were linked to the poor quality of endodontic treatment and / or coronal reconstructions.

Conclusion: The analysis of these results leads us to recommend despite limited technical plateau, the conservation of pulp vitality. The important and irreversible decision what is depulpe abutment teeth should be taken only if the tooth preparation damages the dentin-pulp complex.

KEY WORDS: SURVIVAL RATE, SINGLE CROWN, FIXED PARTIAL PROSTHESIS, EVALUATION.

INTRODUCTION

La Prothèse fixée demeure un moyen de réhabilitation très utilisé pour restaurer les fonctions, rétablir et/ou améliorer l'esthétique du patient [1]. Son succès dépend des impératifs mécaniques, esthétiques et parodontaux. Sa réalisation doit être précédée par un examen clinique rigoureux prenant en compte les éléments biologiques, en particulier parodontaux. Nous ne devons entreprendre une restauration prothétique fixée que sur un parodonte sain ou assaini [2]. Pour de nombreux auteurs, la longévité des prothèses fixées prend en compte différents critères parmi lesquels la vitalité des dents piliers, leur position sur l'arcade (antérieure ou postérieure ; maxillaire ou mandibulaire), le nombre d'éléments prothétiques, la présence d'une extension et les matériaux utilisés métaux précieux ou non précieux, céramiques [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Selon Pjetursson et al. [5], 15,7 % des patients ayant des prothèses dento-portées conventionnelles ont des complications après 5 ans. Plusieurs auteurs décrivent ces complications d'ordre biologiques sous forme : de carie dentaire, de perte de la vitalité pulpaire, d'évolution de la parodontite ainsi que de la fracture des dents piliers [3, 6, 8]. Ces échecs peuvent être dus à des manquements survenus au cours des différentes étapes de la chaîne de réalisation prothétique et pourront avoir des répercussions négatives sur la longévité des restaurations.

L'objectif de cette étude rétrospective était une évaluation clinique et radiographique des prothèses fixées, réalisées dans le service de prothèse du Département d'Odontologie de Dakar.

METHODES

Cette étude rétrospective a été réalisée sur des dossiers de patients réhabilités dans la clinique de Prothèse, par les étudiants de 4ème et 5ème année du Département d'Odontologie de la Faculté de Médecine, de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. L'étude s'est déroulée entre le 05 novembre 2013 et le 19 février 2014.

Tous les dossiers des patients datant de 2001 à 2010 ont été recensés et analysés. Nous avons sélectionné les patients ayant un dossier bien rempli, comportant un numéro de téléphone et une adresse valide.

Cette étude inclue :

- les patients âgés de plus de 15 ans et ayant au moins une restauration prothétique unitaire ou plurale fixée en bouche ;

- les patients en bonne santé apparente ;
- les prothèses fixées unitaires ou plurales ayant des dents antagonistes et collatérales.

N'ont pas été inclus :

- les patientes en état de grossesse ;
- les patients présentant une pathologie grave (cardiopathie, rhumatisme articulaire aigu).

Les patients ont été contactés par téléphone et après une présentation de l'enquête ; un rendez-vous a été fixé selon leur disponibilité. La participation des sujets à l'étude a été faite sur la base du volontariat et en respectant l'anonymat.

L'examen clinique et radiologique a été réalisé par un seul examinateur et les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête. La situation clinique observée a été comparée à celle existant lors de la séance de scellement définitif des prothèses.

Nous avons défini le taux de survie associé à celui du taux d'échec des restaurations en conformité avec les travaux de Pjetursson et Lang [5, 6]. Pour ces auteurs, la survie est le fait que la prothèse soit en place avec ou sans modification durant la période d'observation et l'échec est la perte de la prothèse.

L'évaluation de l'état dentaire des piliers de prothèse a été réalisée sur le plan clinique et radiologique. L'évaluation radiographique a été réalisée par la technique des plans parallèles. Des films rétro-alvéolaires ont été réalisés afin d'apprécier la qualité des traitements endodontiques et / ou des restaurations corono-radiculaires.

L'examen des prothèses fixées avait pour but d'identifier des facteurs éventuels pouvant avoir une incidence sur la santé parodontale. Les paramètres qui ont été appréciés sont les suivants :

- étendue des prothèses et situation topographique par une observation lors de l'examen clinique ;

- durée de port des prothèses : nous considérons l'âge de la prothèse comme la durée écoulée entre la date du scellement définitif relevé sur le dossier du patient et le début de l'enquête ;

- dents piliers de choix et moyens d'ancrages prothétiques ;

- intégrité et état de surface des ancrages coronaires prothétiques ;

- présence de fractures ou de facettes d'usure ; elle a été recherchée à l'inspection et le test de

la compresse a permis d'apprécier la qualité de l'état de surface.

- qualité de l'architecture de l'espace interdentaire : la difficulté plus ou moins accentuée du passage du fil de soie au niveau des espaces inter-dentaires entre la prothèse et les dents adjacentes a permis d'apprécier la qualité des points de contact.

- qualité des joints dento-prothétiques : l'évaluation de l'étanchéité du joint dento-prothétique s'est faite à l'aide de la sonde n°17 et a été confirmée à la radiographie rétro-alvéolaire, notamment pour les limites sous gingivales.

- Rapport entre crête et intermédiaire de bridge : évalué par l'inspection visuelle et par le cliché rétro-alvéolaire.

Les données relatives à la catégorie socio-professionnelle des patients, à leur hygiène bucco-dentaire (présence de tartre ou d'enduit, saignement au sondage, état gencive d'apparence normale, inflammatoire ou œdémateuse), les caractéristiques relatives aux prothèses (étendue, situation, topographie etc ...) ainsi qu'à l'état de santé des dents piliers (état inflammatoire, carie sous gingivale ,mobilité) ont été enregistrées, traitées et analysées en utilisant le logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 13.0.

Les variables qualitatives (sexe, HBD, activité professionnelle, types de prothèses fixées et localisation) ont été décrites par leur nombre et pourcentages.

Les variables quantitatives (âge du patient, âge de la prothèse) ont été décrites par la moyenne et l'écart-type. La comparaison entre les variables qualitatives et quantitatives a été réalisée par le test de Pearson.

RESULTATS

Au total, 84 dossiers de patients sur 116 répertoriés ont participé à l'enquête soit un taux de rappel de 72,4%.

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

L'échantillon est constitué majoritairement d'hommes (51,55%) soit un sexe ratio de 1,06. L'âge minimum est de 17 ans alors le maximum est de 70 ans. La moyenne d'âge était de 42,9 ± 13,14 ans. Dans 69,07%, le patient présentait une hygiène bucco-dentaire satisfaisante avec une gencive d'apparence saine, peu d'enduit, pas de tartre visible. 68,04% des patients exerçaient

une activité professionnelle avec une rémunération acceptable par rapport à notre niveau de vie.

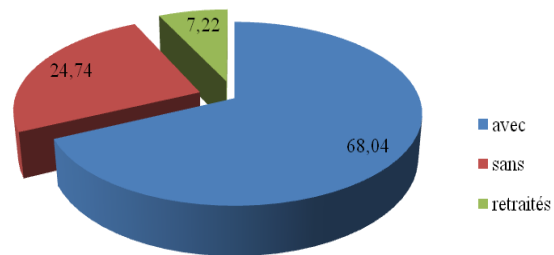


Figure 1 : Répartition selon l'activité professionnelle

Les prothèses unitaires représentaient 55,67% des restaurations prothétiques fixées. La totalité des dents piliers examinées avaient fait l'objet d'un traitement endodontique de première intention dans la plupart des cas.

Les couronnes à incrustation vestibulaire CIV constituaient la couronne la plus fréquemment posée avec 37,91%, les couronnes coulées 24,18% et les couronnes ceramo-ceramiques 1,96%. La fréquence de pose des ancrages coronoradiculaire type richmond (18,95%) était légèrement supérieure à celui de type faux moignon (17%) (Figure 2).

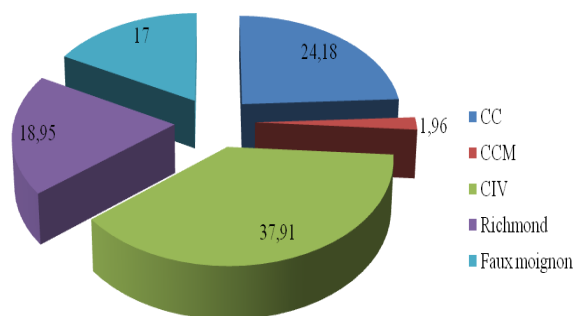


Figure 2: Moyens d'ancrages des restaurations prothétiques fixées

L'estimation de la durée de port des prothèses fixées mettait en évidence que la fréquence à 3 ans était assez similaire à la fréquence ≥ 5ans. La durée de port moyenne était de 5,35 ans.

Tableau I: Répartition selon la durée de port des prothèses

Durée	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
3 ans	35	36,08
4 ans	27	27,84
≥ 5 ans	35	36,08
Total	97	100

Contrairement au taux de caries sous-jacentes qui était assez élevé (29,01 %), le taux de fracture radiculaire était très faible (0,76 %) (Figure 3).

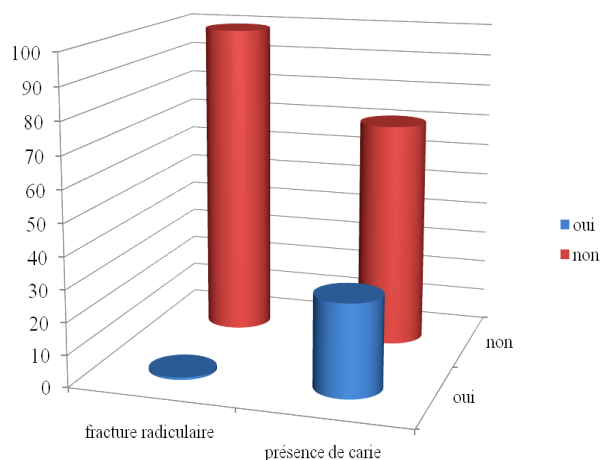


Figure 3: Complications dentaires des piliers

La gencive marginale des dents piliers se présentait d'apparence saine dans 63,1 % des cas de prothèses fixées examinées.

Treize (13) prothèses fixées n'étaient plus en bouche soit un taux de survie de 88,6 %.

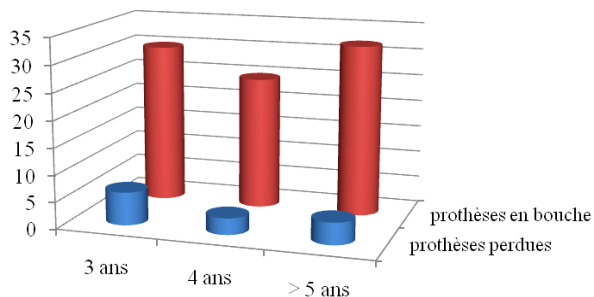


Figure 4 : Taux de survie

L'analyse de survie ne montrait pas de différence significative entre les restaurations fixées de 4 ans et celles de 5ans ; par contre les prothèses fixées perdus au delà de 5 ans étaient légèrement supérieur à celles de 4ans.

Tableau II: Répartition selon le nombre de dents piliers perdues

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Dents piliers en bouche	131	88,6
Dents piliers perdues	23	14,94
Total	154	100

Nous avons observés que 23 piliers dentaires n'étaient plus en bouche soit 14,94%.

Tableau III: Inflammation gingivale et hygiène bucco-dentaire

HBD	Gencive saine	Genecive enflammée	Total (N / %)
Satisfaisante	51 (60,71)	11 (13,1)	62 (73,81)
Non satisfaisante	2 (2,38)	20 (23,81)	22 (26,19)
TOTAL	53 (63,1)	31 (36,9)	84 (100)

$Khi 2 = 37,33$ $P = 0,00$

L'inflammation gingivale semblait être statistiquement liée à l'hygiène bucco-dentaire des patients porteurs de prothèse fixée dento-portée. (Tableau III).

Tableau IV : Inflammation gingivale et ancienneté des prothèses

Durée de port	Gencive saine	Genecive enflammée	Total (N / %)
3 ans	21 (25)	8 (9,52)	29 (34,52)
4 ans	13 (15,48)	11 (13,1)	24 (28,58)
≥ 5ans	19 (22,62)	12 (14,28)	31 (36,9)
TOTAL	53 (63,1)	31 (36,9)	84 (100)

$Khi 2 = 3,32$ $P = 0,34$

Il n'existait pas une relation statistiquement significative entre l'ancienneté de la prothèse et l'inflammation des gencives (Tableau IV).

Tableau V: Qualité point de contact et résorption alvéolaire

Qualité point de contact	Résorption alvéolaire		
	Oui	Non	Total
Correcte	8 (9,52)	45 (53,57)	53 (63,1)
Incorrecte	30 (35,71)	1 (1,19)	31 (36,9)
TOTAL	38 (45,24)	46 (54,76)	84 (100)

$Khi 2 = 52,675$ $P = 0,000$

L'étude de la résorption alvéolaire semble révéler une relation étroite statistiquement significative avec la qualité du point de contact existant entre la dent naturelle contiguë à la prothèse fixée. (Tableau V).

DISCUSSION

Cette étude concerne une partie de la population sénégalaise et plus particulièrement dakaroise, venue en consultation au Service de Prothèse du Département d'Odontologie.

Nous avons examiné 84 patients composés de 51,55% d'hommes et 48,45% de femmes. Les caractéristiques de cette cohorte montrent bien les données de la population sénégalaise^{9, 10]}. Ces résultats confirment également les études épidé-

miologiques réalisées au sein du Département d'Odontologie qui avaient trouvé un sex-ratio qui se rapprochait de 1,06 ^[11, 12, 13, 10].

L'âge moyen est de 42,9ans ± 13ans avec un minimum de 17ans et un maximum de 70 ans. Le profil de l'échantillon de notre étude est comparable à celui des patients de l'étude de Pockpa ^[14] réalisée en Côte d'Ivoire. Par contre, ses résultats restent supérieurs à ceux de la population sénégalaise (39%).

Les 3/4 de ces patients (68,1%) avait une activité rémunératrice acceptable (Figure1). Ce résultat s'explique par le fait que dans les pays en voie de développement comme le nôtre, le niveau de remboursement des soins par les mutuelles est quasi inexistant et le système de sécurité sociale (complément maladie universelle CMU) est toujours à l'état de projet. Les possibilités financières des patients ne permettent pas toujours de réaliser la thérapeutique la mieux indiquée face à une situation clinique donnée. Ainsi, seules les personnes dotées d'une activité avec une rémunération moyenne pouvaient se permettre une réhabilitation prothétique fixée. Le sex ratio au profit des hommes montrent bien que les femmes sont plus sujettes à la précarité et à la pauvreté. Ce résultat va dans le même sens que les informations données par la direction nationale statistique sur la population sénégalaise ^[15].

La majorité des patients porteurs de prothèse fixée présente une hygiène bucco-dentaire satisfaisante (69%), avec une absence d'habitude de vie nocive (seulement 5,15% de fumeurs : résultat qui n'a pas été montré). Cette prévalence de fumeurs dans notre échantillon ne reflète pas celle de la moyenne nationale qui est de 16% ^[16, 15].

Cette étude sur l'hygiène bucco-dentaire de notre échantillon va dans le même sens que les travaux réalisés à l'institut dentaire où la prise en charge du patient est globale ^[9, 13]. En effet, la phase pré prothétique (la motivation et l'enseignement à l'hygiène) est une phase importante dans la réalisation des prothèses fixées.

Notre étude a montré que les prothèses fixées réalisées au Département d'odontologie sont majoritairement de type unitaire 55,5% contre 44,4% de type plurale (Figure 2). Cette même distribution est observée dans l'étude de Năpănkangas ^[17] avec une population plus importante de 1487 prothèses fixées. Il a examiné 2418 piliers comportant 944 couronnes unitaires (63,48%) et 543 (36,52%) bridges.

Ce résultat pourrait s'expliquer par une situation clinique pré-prothétique favorable à une restauration unitaire. Il semble indiquer également le niveau de vie et la qualité du pouvoir d'achat de notre échantillon.

Les moyens d'ancrages prothétiques se distribuaient de façon inégale entre les couronnes coulées (24%) et les couronnes céramo-métalliques (59,09%) (Figure 2). C'est d'ailleurs ce que rapportent les différentes études effectuées en Côte d'Ivoire ^[18, 19]. En effet, Djérédou et *al.* ^[18] avaient constaté que la CCM était le moyen d'ancrage le plus fréquemment réalisé dans tous les cabinets dentaires en Côte d'Ivoire, représentant au moins 75% de l'activité de prothèse conjointe de certains praticiens. Coulibaly ^[19] avait également répertorié plus de couronnes à visée esthétique (62,7%). Ce choix s'explique par le fait que, de par sa double structure métallique et cosmétique, la CCM est un moyen d'ancrage qui allie, la résistance et la précision de l'ajustage d'un élément prothétique coulé et les qualités esthétiques de la céramique. Ce résultat confirme que nos patients tout comme ceux d'Abidjan associent leurs besoins fonctionnels à une demande esthétique accrue ^[14].

Les résultats montraient que toutes les prothèses fixées réalisées à l'Institut de Dakar sont faites sur dents dépulpées. Ce résultat est en conformité avec celui trouvé par les travaux de Mbodj en 1992 et Kane et *al.* en 1999 ^[20, 21]. Cette dépulpe, réalisée pour des raisons de commodité, est souvent associée à un plateau technique insuffisant, qui n'est cependant pas un gage de réussite du traitement prothétique fixée. En effet, il est important de rappeler que même dans les cas de restaurations sur dents pulpées, la survenue de complications dépend de la rigueur des praticiens traitant à respecter les principes généraux des préparations en endodontie et en prothèse fixée ^[1]. De plus, la dent pilier avait fait l'objet d'un traitement endodontique de première intention dans la plupart du temps car devant être réhabilitées par des étudiants qui sont en apprentissage ^[22, 23]

L'examen du parodonte superficiel a mis en évidence la présence de gingivites. Cette inflammation se caractérise par une gencive libre rouge, œdémateuse ou boursoufflée et la présence de saignement. Dans cette étude, l'examen de ce parodonte superficiel a révélé que 36,9% des dents piliers des prothèses présentaient une inflammation. Cette proportion est plus faible que dans les séries de Coulibaly et de Losev ^[19, 24] qui ont enregistré des gingivites à des fréquences supérieures à

53%. Les gingivites d'origine infectieuse sont dues à la plaque bactérienne. L'infiltration bactérienne, la rétention et l'accumulation de la plaque, sont principalement favorisées par la présence d'un hiatus au niveau du joint dento-prothétique et les rugosités des surfaces prothétiques.

Nous avons constaté que 39,69% des dents piliers à ancrage coronaire ou corono-radicaire présentaient une image apicale. Cette prévalence est plus faible que dans l'étude de Touré et coll où le taux des parodontites apicales était de 53%^[9]. Ils ont noté la présence d'images apicales sur les dents piliers à ancrage coronaire dont le traitement endodontique était techniquement inacceptable. Dans le cas des piliers à ancrages corono-radicaux, l'affection parodontale semble être liée à l'absence d'étanchéité apicale et/ou au non-respect du protocole opératoire et technique de restaurations à ancrage radicaire^[9].

Nous avons observé près de 30% des dents piliers présentant des complications d'ordre biologiques telles que la carie (0,76%), la fracture radicaire (29,01%) (Figure 3). Ce résultat est plus élevé que celui observé dans l'étude de Pockpa en Côte d'Ivoire^[14]. En effet, ces auteurs rappellent que les complications biologiques représentent 66% des échecs. La fracture des dents piliers, l'évolution d'une parodontite et les caries sont les causes les plus fréquentes du remplacement des piliers de prothèses^[1]. Certains auteurs expliquent la fréquence de ces complications biologiques par la qualité du traitement pré-prothétique moindre et une irrégularité voire une absence du suivi thérapeutique post prothétique^[7,23]. Quoiqu'il en soit, il nous semble important d'insister sur le respect du protocole opératoire des préparations (tenon anatomique, respect du volume intra canalaire, asepsie) afin de limiter leur survenue et assurer la pérennité de nos prothèses.

Le taux de survie des prothèses de notre échantillon est de 88,82%, soit 131 piliers dentaires sur les 154 observés dans les registres du service (figure 4). Ce taux reste inférieur à ceux décrit par ces Eliaszewicz-Wajnstock en 2009 et Ramarosan en 2011, qui ont rapporté un taux de survie de plus de 93%^[22, 25]. Pour ce dernier, ce taux de survie global incluant des dents vivantes est plus élevé que celui n'incluant que des dents dépulpées. Cette différence entre ces deux études pourrait s'expliquer par un plateau technique inadéquat qui impose une dévitalisation systématique des dents piliers et un non-respect des cahiers de charges soumis au laboratoire de prothèses fixées.

La durée moyenne du port des prothèses examinées était de 5ans. Elle est moins élevée que celle examinée par Coulibaly en 2009 et par Decock en 1996 qui était respectivement de 7,85ans et de plus de 18 ans^[19]. Cette différence de nos résultats par rapport aux données de la littérature internationale^[1, 4, 5] s'explique par le fait que dans les pays développés, la réalisation des prothèses fixées est une pratique très ancienne. En effet, les progrès scientifiques constants, les innovations technologiques permanentes et les évolutions économiques et sociales, permettent d'offrir aux populations des prestations dites nouvelles, correspondant à des besoins et à des possibilités thérapeutiques d'actualité.

Il existait une relation statistiquement significative entre l'inflammation et l'insuffisance de l'hygiène bucco-dentaire (Tableau III). L'absence d'utilisation des indices de plaque (OHIS Indice de Green et Vermillion) et de l'inflammation ne nous ont pas permis de quantifier les différents stades de cette inflammation^[26]. Néanmoins cet état inflammatoire observé pourrait être lié à l'architecture de la prothèse (présence de hiatus, bombés vestibulaire défectueux, absence d'embrasures, état de surface rugueux.....). A celle la vient s'ajouter que l'inflammation et la présence de points de contacts défectueux était liée statistiquement.

Dans cette étude, il n'existait pas de lien statistiquement significatif (Khi= 3, 32) entre l'inflammation et l'ancienneté des prothèses (Tableau IV). Cependant, nous avons noté que le pourcentage de dents piliers présentant une inflammation de la gencive marginale augmentait avec l'âge de la prothèse. Ainsi à trois ans, près de 10% de notre échantillon avait une gencive enflammée. Il était de 13% à 4 ans et de 15% à 5 ans. Ces résultats pourraient s'expliquer par une non adaptation de l'architecture prothétique (hiatus dento-prothétique, état de surface) aux tissus gingivaux.

La qualité du point de contact et la résorption osseuse étaient statistiquement liées. Les investigations cliniques ont mis en évidence que les points de contacts mal réalisés entraîneraient un bourrage alimentaire, une inflammation de la papille puis une résorption osseuse^[27] (Tableau V).

CONCLUSION

La restauration prothétique est l'aboutissement de nombreuses étapes depuis l'examen clinique jusqu'au scellement définitif. La bonne conception, l'adaptation et le suivi périodique des restaurations prothétiques constituent les clés de

la réussite clinique en prothèse fixée. Préconiser la conservation des dents piliers dans la limite du possible s'avère nécessaire pour s'assurer du succès d'un projet prothétique fixée. En effet, malgré la rigueur la plus stricte imposée au praticien lors des différents étapes cliniques, le suivi thérapeutique doit être une prise en charge sous la forme de rappels périodiques systématiques un mois après le scellement définitif puis tous les six mois pour dépister au plus tôt les éventuelles complications et y remédier de manière efficace et économe.

RÉFÉRENCES

- 1- GOODACRE CJ, BERNAL G, RUNGCHARASSAENG K et Coll. Clinical complications in fixed prosthodontics. *J Prosth Dent.* 2003;(1)90:31-41.
- 2 - GRITSCH K, POURREYRON L. Incidence de la réalisation des prothèses fixées sur la pulpe et le parodonte, 1re partie : préparation dentaires et prothèse provisoire. *Cah de Proth.* 2008;(142) 78: 21.
- 3 - DE BACKER H, VAN MAELE G, DE MOOR N. A 20-year retrospective survival study of fixed partial dentures. *Int J Prosthodont* 2006; 19 :143-153.
- 4-HOLM C., TIDEHAG P., TILLBERG A., MOLIN M. Longevity and quality of FPDs: a retrospective study of restorations 30, 20 and 10 years after insertion. *Int J Prosthodont* 2003 ; 16 : 283-289.
- 5 - PJETURSSON BE, BRÄGGER U, LANG NP, ZWAHLEN M. Comparaison of survival and complication rates of tooth-supported fixed dental prostheses (FPDs) and implant-supported FPDs and single crowns (SCs). *Clin Oral ImplRes.* 2007; (3)18 : 97-113.
- 6 - PJETURSSON BE, TAN K, LANG NP, BRÄGGER U, EGGER M, ZWAHLEN M. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. I Implant supported FPDs. *Clin Oral Implants Res.* 2004 ; (6) 15: 625-642.
- 7 - SALINAS T.J., BLOCK M.S., SADAN A. Fixed partial denture or single-tooth implant restoration ?Statistical considerations for sequencing and treatment. *J Oral MaxillofacSurg.*2004 ; (2)62 : 2-16.
- 8- TAN K, PJETURSSON BE, LANG NP. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. III. Conventional FPDs. *Clin Oral ImplRes.*2004;15:654-666.
- 9 - TOURE B, KANE AW, MBODJI EB et Coll. Prévalence de la prothèse fixée et des parodontites apicales associées au Sénégal. *Odonto-Stomatol Trop.* 2008 ; 123 : 11-16.
- 10- YABRE S. Profil épidémiologique des parodontites rencontrées dans la clinique universitaire de parodontie de Dakar (Sénégal) entre 2001 et 2008. *Thèse : Chir. Dent. Dakar,* n°25, 42.63.09.26 ; 81 : 49
- 11- MBODJ EB. Les prothèses fixées sur dents vivantes à Dakar. Enquête auprès de 50 praticiens. *Thèse :Chirurgie Dentaire, Dakar,* 1992, n°20.
- 12- SECK MT, N'DIAYE CH, DIALLO PD. Etude du risque parodontal superficiel en prothèse fixée. *Rev Col Odonto-StomatolAfrChirMaxillo-fac.* 2003; (2)10:41-46.
- 13- SECK-DIALLO A, MBODJ E.B, BADJI K, SECK MT, NDIAYE C, FAYE D, DIENG L, TOURÉ A, BENOIST HM, DIALLO PD. Etude de la réponse du parodonte marginal aux techniques de mise en condition gingivale en prothèse fixée. *Rev Col Odonto-StomatolAfrChirMaxillo-fac.*2009;(4) 16: 30-35.
- 14 - POCKPA ZAD, DIDIA ELE, MOBIO YS, COULIBALY NT, DJEREDOU KB. Évaluation de la santé parodontale des piliers de prothèse fixée: étude pilote autour de 100 piliers de couronnes et de bridges. *Rev Odonto-Stomatol Trop* 2015, 38 (152): 39-47
- 15 – ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. La population sénégalaise. <http://www.statistiques-mondiales.com/senegal.htm>(consulté le 29 juillet 2014)
- 16 - DIALLO PD, DIALLO-SECK A, BENOIST HM, DIOUF A, SEMBENE M. Evaluation des effets du tabagisme sur le parodonte au Sénégal (à propos de 600 cas). *Journ de Paro et Implantato Or.* 2004 ; 1 (24): 41-46.
- 17 - NÄPÄNKANGAS R, SALONEN K, RAUSTIA AM. Longevity of fixed metal ceramic bridges prostheses: a clinical follow up study. *J oral rehab.*2002;(2)29:140-149.
- 18- DJEREDOU K.B., KONATÉ N.Y., PESSON D.M., KAMAGATE F.S., EID-SAAD N., THIAM A., TOURE S. Pratique de la prothèse céramique en Côte d'Ivoire : enquête réalisée auprès des cabinets dentaires de la région d'Abidjan. *Rev Inter Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac,* 2006, 13 (4) : 44-48.
- 19- COULIBALY Z.V. Incidences de la prothèse fixée sur la santé parodontale des dents piliers. *Thèse Chir Dent,UFROS,* Abidjan, 2009.
- 20- KANE AW, SECK MT, SARR M, FAYE A, LO MM. Incidence de la qualité des traitements endodontiques sur la pérennité de la prothèse conjointe. A propos de 64 pulpectomies. *Odonto-Stom Trop.* 1999 ; 88 : 27-28.
- 21- MBODJ EB, DIALLO-SECK, BADJI K, NIANG P,NDIAYE C, FAYE D. Etude de la réponse du parodonte profond lors des techniques de mise en condition gingivale en prothèse conjointe. *Bull Med Owendo.* 2011; (38) 13: 34-38.

- 22- ELIASZEWICZ-WAJNSZTOK S, TAVERNIER B. Analyse des taux de survie et complications des différentes solutions prothétiques : revue de littérature. *Rev OdontStomat.* 2009 ; 38 : 187-207.
- 23 - POUJADE JM, BENNANI V, SERRE D. Echec et durée de vie des traitements par prothèse fixée. *Rev OdontStom.* 1999 ;(2) 28: 88-90.
- 24- LOSEV FF, KNIAZEVA MB, SAAKIAN SHKH et Coll. The efficacy of using metal ceramic dentures fixed on pulpectomized teeth. *Stomatologiya (Mosk)*,1995,74(2):58-60.
- 25 - RAMAROSON J. Impact de la qualité du traitement endodontique sur la pérennité de la prothèse conjointe. *RevOdontostomatolMalg.* 2011 ; 2 : 51-63.
- 26- LOE H, SILNESS J. Periodontal Disease in Pregnancy. I. Prevalence and Severity. *Acta Odontol Scand.* 1963;21:533-51.
- 27- MORCHADE B, ELMOHTARIM B. Restaurations iatrogènes et prothèse fixée. *Stratproth.*2013 ; 13 : 27-34