

EVALUATION DE LA REALISATION DES PROTHESES EN DENTURE TEMPORAIRE : ENQUETE EFFECTUEE AUPRES DES CHIRURGIENS-DENTISTES OMNIPRATICIENS DE LA VILLE D'ABIDJAN

ASSESSMENT OF ACHIEVEMENT OF PROSTHESES IN PRIMARY DENTITION : A SURVEY NEAR DENTAL SURGEONS IN ABIDJAN.

N'CHO-OKA AE*, N'CHO KJC**, KOUAME KB*, KOFFI NA*, SAVI DE TOVE MM*, BAKAYOKO-LY R*.

* Département d'Odonto-Stomatologie Pédiatrique

** Département de Prothèse et d'Occlusodontie

UFR Odonto-Stomatologie, Université Félix Houphouët Boigny

Correspondance : Docteur N'CHO-OKA Affiba Emilienne

Maître de Conférences Agrégé

22 BP 612 Abidjan 22 Côte d'Ivoire.

E-mail : affibaoe@hotmail.com

RESUME

Introduction: en denture temporaire, les prothèses compensent les édentements précoces et rétablissent les fonctions oro-faciales et l'esthétique. Elles participent à la maturation de ces fonctions et accompagnent la croissance harmonieuse des maxillaires ainsi que le développement général de l'enfant. L'objectif de cette étude était d'évaluer la réalisation de ces prothèses en denture temporaire par les chirurgiens-dentistes.

Méthode: il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive menée auprès des chirurgiens-dentistes omnipraticiens de la ville d'Abidjan, recevant des enfants à leur consultation. Un questionnaire autoadministré a permis de recueillir les données de cette enquête. Les variables étudiées portaient, entre autres, sur les motifs de réalisation ou non des prothèses infantiles et les difficultés liées à la prise en charge prothétique des enfants.

Résultats: l'échantillon comprenait 106 chirurgiens-dentistes dont 48 (45,29%) du secteur privé et 58 (54,71%) du secteur public. La quasi-totalité des praticiens interrogés (95,28%) a affirmé ne pas réaliser de prothèse en denture temporaire en raison du manque d'intérêt des parents pour ces prothèses, du caractère transitoire des dents temporaires et du faible pouvoir d'achat des parents. Chez les praticiens qui réalisaient ces reconstitutions prothétiques (4,72%), des difficultés ont été relevées se rapportant essentiellement à la coopération des enfants et au plateau technique inadapté.

Conclusion : Compte tenu des nombreuses conséquences de la non réalisation des prothèses en denture temporaire et de leur incidence sur le développement de l'enfant, les résultats de la présente étude interpellent sur la nécessité de mener une véritable sensibilisation auprès des parents et des chirurgiens-dentistes. Pour ces derniers, il faut y ajouter la tenue d'ateliers pratiques pour renforcer leurs capacités opérationnelles sur les prothèses infantiles.

MOTS CLES : DENTURE TEMPORAIRE, PROTHÈSE, RÉALISATION, ÉVALUATION.

SUMMARY

Introduction. Prostheses in primary dentition, compensate early edentulous and restore function and aesthetics. They participate in the maturation of orofacial functions and accompany the harmonious growth of the maxilla and the overall development of the child. The aim of this study was to evaluate the achievement of these prostheses by dentists in Abidjan.

Method. This is a survey near dental surgeon receiving children at their consultation in Abidjan. The data were collected through a self-administered questionnaire.

Results. Our sample included 106 dentists which 48 (45,29%) of the private sector and 58 (54,71%) of the public sector. Almost all of the surveyed practitioners (95,28%) claimed not realize prosthesis in primary dentition due to lack of interest of parents for these prostheses, the transitional nature of primary teeth and the low financial resources of parents. Among practitioners providing prosthetic reconstructions (4.72%), difficulties were noted including children difficult cooperation and inadequate technical facilities.

Discussion. These results call for a collective awareness of both practitioners and parents. The consequences of non-fulfillment of childhood prostheses are numerous and affect more or less seriously the development of the child.

Conclusion. An approach to solution lies in the dentist awareness and practical workshops on childhood prostheses.

KEYS WORDS: PRIMARY DENTITION, PROSTHESIS, REALIZATION, EVALUATION.

INTRODUCTION

La carie de la dent temporaire est fréquente en Côte d'Ivoire, avec une prévalence de 48,81%^[1]. En raison des consultations tardives^[2] et des particularités des dents temporaires, ces atteintes évoluent rapidement en direction de la pulpe et du parodonte profond. Dans ces conditions, nombre de praticiens ont recours aux avulsions comme moyen de prise en charge^[3]. Le nombre élevé de ces extractions précoces chez l'enfant pose une exigence de reconstitutions prothétiques^[1]. Les dents temporaires, en effet, jouent un rôle indispensable dans les fonctions oro-faciales, la croissance harmonieuse des maxillaires, l'esthétique, la prévention des dysmorphoses et le développement de l'enfant^[4, 5]. D'où l'intérêt de compenser les édentements précoces.

L'objectif de notre étude était de connaître l'attitude des omnipraticiens d'Abidjan face aux patients présentant des édentements en denture temporaire. Il s'agissait de déterminer le taux d'omnipraticiens réalisant les prothèses en denture temporaire et recueillir les difficultés rencontrées.

METHODES

1- TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 1er janvier au 31 mai 2013.

2- ECHANTILLONNAGE

La population était constituée des chirurgiens-dentistes exerçant dans la ville d'Abidjan. Parmi ces praticiens, notre échantillon était composé des omnipraticiens recevant des enfants à leur consultation et inscrits au tableau de l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes de Côte d'Ivoire en 2012. Le choix des praticiens à interroger s'est fait par tirage au sort.

3- PROTOCOLE

Pour cette enquête, un questionnaire, auto-administré, a été conçu. Il comportait les informations suivantes :

- socio-professionnelles: sexe, nombre d'années d'exercice du praticien, type d'exercice...
- connaissances générales sur la denture temporaire et les particularités de son occlusion
- connaissances sur les particularités de la prothèse en denture temporaire

- pratique de la prothèse en denture temporaire : types de prothèse réalisée, fréquence de réalisation et difficultés rencontrées.

Les fiches d'enquête ont été remises en main-propriété aux praticiens qui étaient disponibles au moment du passage de l'enquêteur dans les cabinets dentaires. Pour les praticiens empêchés, les questionnaires ont été déposés aux secrétaires des cabinets.

Après la collecte des fiches, les questionnaires remplis par les praticiens ne recevant pas d'enfants à leur consultation ont été retirés.

Les données recueillies ont été traitées à l'aide d'un micro-ordinateur équipé du système d'exploitation Windows et des logiciels EPI-INFO version 6, Office Word et Excel. La confidentialité des données et l'anonymat des praticiens ont été respectés.

RESULTATS

Tableau I : Réalisation des prothèses par les praticiens

		Effectif des praticiens	Pourcentages
Secteur Public	Oui	1	0,94%
	Non	57	53,77%
Secteur Privé	Oui	4	3,78%
	Non	44	41,51%

Tableau II : Motifs de non réalisation des prothèses évoqués par les praticiens

	Effectifs	Pourcentages
Manque d'intérêt des parents	82	81,18%
Caractère transitoire de la dent temporaire	70	69,31%
Faible pouvoir d'achat des parents	68	67,33%
Défaut du plateau technique	57	56,43%
Difficultés à traiter les enfants	12	11,88%
Méconnaissance de la prothèse en denture temporaire	2	1,98%

Tableau III : Position des praticiens face à la sensibilisation

	Oui (E/ %)	Non (E/ %)	Total (E/ %)
Intérêt de la sensibilisation	104 (98,11%)	2 (1,89%)	106 (100%)
Acteur de sensibilisation	6 (5,66%)	100 (94,34%)	106 (100%)

Tableau IV : Nombre de prothèses réalisées par an par les praticiens

Type de prothèses	Nombre de praticiens	Nombre de prothèses par an (moyenne annuelle)
Coiffe pédodontique pré-formée	4	9
Prothèse adjointe partielle	1	1
Mainteneur d'espace fixe	2	4

Tableau V : Difficultés rencontrées par les praticiens dans la réalisation des prothèses infantiles

Difficultés	Effectifs	Pourcentages
Problème de coopération du patient	3	60%
Problème de prise en charge des enfants handicapés	2	40%
Coût des reconstitutions	4	80%
Plateau technique non adapté	3	60%

DISCUSSION

Nous avons enquêté 106 chirurgiens-dentistes dont 48 (45,29%) du secteur privé et 58(54,71%) du public. Parmi ces praticiens, seulement 5 soit 4,72% disent réaliser des prothèses chez les patients en denture temporaire. Selon le secteur d'exercice, il s'agit de 4 praticiens du secteur privé et 1 praticien du secteur public. Plusieurs raisons ont été avancées par chaque chirurgien-dentiste qui ne réalisait pas ces reconstitutions. Ces raisons ont été regroupées par ordre de fréquence. Il s'agissait du manque d'intérêt des parents pour ces prothèses signalé par 81,18% des praticiens, du caractère transitoire des dents temporaires appelées à être remplacées par les dents permanentes (69,31%) et le faible pouvoir d'achat des parents (67,33%). En réalité, ces raisons étaient celles avancées par les parents pour refuser la réalisation des prothèses chez leurs enfants. D'autres raisons comme le défaut de plateau technique avancé par 56,43% des praticiens, les difficultés à traiter les enfants (11,88%) et le manque de connaissance sur les prothèses en denture temporaire (1,98%) ramenaient plus à la responsabilité des structures de soins et des praticiens. Une étude réalisée sur les coiffes pédodontiques préformées avait donné des résultats et des raisons similaires [6]. En réalité, les paramètres (raisons) liés aux parents peuvent être atténués par la sensibilisation [6]. Dans notre échantillon, 98,11% des chirurgiens-dentistes reconnaissent l'intérêt de cette sensibilisation. Mais 5,66% sensibilisaient effectivement les patients et les parents quant à l'utilité des prothèses et aux conséquences des édentements non compensés chez l'enfant en denture temporaire. Ces édentements ont des répercussions sur la croissance générale de l'enfant, la croissance des bases alvéolo-dentaires, le développement psycho-affectif et l'esthétique de l'enfant [4, 5, 7]. Une reconstitution prothétique correcte favorise une mastication efficace qui, par la sollicitation des muscles masticateurs, participe à la croissance harmonieuse des maxillaires. La prothèse contribue à la maturation des fonctions oro-faciales et réduit les risques pour l'enfant de développer certaines para-fonctions [5, 8, 9].

Les 5 praticiens qui réalisaient des prothèses totalisaient en moyenne 14 reconstitutions par an ; soit 9 coiffes pédodontiques, 1 prothèse adjointe partielle en résine et 4 mainteneurs d'espace fixés. Chez l'enfant, les traitements prothétiques peuvent être des restaurations fixes (coiffes pédodontiques préformées, mainteneurs d'espaces, bridges) ou amovibles (prothèse adjointe partielle, prothèse adjointe totale) [9, 10] ; le choix du type de prothèse est fonction du cas clinique. Mais les chiffres obtenus dans notre étude restent en deçà des besoins relevés chez les enfants de la ville d'Abidjan où 18% des enfants examinés avaient besoin de 88 prothèses réparties comme suit : 45 coiffes pédodontiques, 33 prothèses adjointes partielles et 10 mainteneurs d'espace fixes [1]. Il apparaît donc nécessaire de sensibiliser les praticiens sur l'intérêt des reconstitutions prothétiques chez l'enfant [7, 8, 11]. Cette sensibilisation doit être complétée par la tenue d'ateliers pratiques sur la réalisation des prothèses infantiles.

Outre le problème de la prise en charge des patients porteurs de handicap, les difficultés rencontrées par les praticiens qui réalisaient les prothèses étaient semblables aux motifs de non-réalisation évoqués par ceux qui n'en réalisaient pas. Il s'agit de la coopération difficile des enfants, les coûts relativement élevés de certaines reconstitutions prothétiques et le plateau technique parfois non adapté.

La prise en charge des patients handicapés physiques ou psychiques pose un réel problème car l'acceptation et la tolérance en regard du «*corps étranger*» est souvent très faible, voire inexistante chez ces patients. La pose d'une prothèse amovible peut donc constituer pour eux, un risque de se blesser avec l'appareil, de l'aspirer, ou de l'avaler [12]. Les coiffes pédodontiques préformées peuvent être réalisées, mais le plus souvent sous sédation consciente ou sous anesthésie générale [13]. L'expérience de l'utilisation du midazolam en prémédication sédative dans le service d'odonto-stomatologie pédiatrique du centre de consultations et de traitements odontostomatologiques d'Abidjan, donne des résultats appréciables en pratique clinique.

Chez certains patients, les séances de contrôles cliniques post-opératoires peuvent permettre d'instaurer ou de renforcer la coopération. Au cours de ces visites périodiques le praticien pourraverifier l'hygiène bucco-dentaire du patient, l'occlusion, les éruptions dentaires, les modifications tissulaires et osseuses liées éventuellement

à la prothèse ou à la croissance ^[14, 15]. Selon le cas, la prothèse sera retirée, renouvelée ou adaptée (adjonction, retrait, fenestrations). Malheureusement la coopération concernant l'entretien des appareils, le suivi et l'hygiène bucco-dentaire sont mal compris de certains patients et leurs parents ^[16]. C'est pourquoi la sensibilisation doit être de mise. Le succès de la prothèse dépendra du confort du patient, de sa motivation et du port régulier de l'appareil. Aussi faut-il souligner que plus tôt l'enfant est appareillé, plus facilement il s'adaptera à sa prothèse ^[16, 17].

CONCLUSION

Notre étude a concerné 106 praticiens dont 45,29% exerçaient dans le secteur privé et 54,71% dans le secteur public. Dans cet échantillon, les prothèses infantiles en denture temporaires étaient réalisées par seulement 4,72% tandis que 95,28% n'en réalisaient pas. Le nombre de prothèses réalisées chez l'enfant par année était en deçà des besoins relevés dans la ville d'Abidjan. La sensibilisation des chirurgiens-dentistes et la tenue d'ateliers permettront d'apporter des solutions pratiques aux raisons avancées par les praticiens interrogés.

REFERENCES

- 1- AMANI K F. Etat bucco-dentaire et besoin prothétiques chez les enfants d'âge préscolaire de la ville d'Abidjan. *Thèse Chir Dent UFR d'Odontostomatologie Abidjan* 1997.
- 2- FASSY F S, BENYAHYA I, LAHOUSSINE K, BENTA-HAR Z. La douleur en odonto-stomatologie : enquête au centre de consultation et de traitement dentaire de casablanca. *www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/page* 5. 15 juin 2001.
- 3- KONE K. La pulpotomie dans les traitements endodontiques de l'enfant dans le service d'odontostomatologie pédiatrique du CCTOS d'Abidjan. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac* 2000, 7 (1) : 59-65.
- 4- LAMORLETTE D, LE GALL Y. Le développement des arcades, établissement de l'occlusion dentaire. in CHATEAU M : *orthopédie Dento-faciale, Tome 1 : base fondamentale, édit. CDP, Paris*, 1993.
- 5- LIMME M. Conduites alimentaires et croissance des arcades dentaires. *Rev. Orthop. Dento-faciale*, 2002, 36 : 289-309.
- 6- KOUAME K B, BAKAYOKO-LY R, N'CHO-OKA A E. Usage des coiffes pédodontiques préformées dans la pratique de l'odonto-stomatologie à Abidjan. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac*, 2014, 21 (4): 10-13 .
- 7- N'CHO-OKA A E, KOUAME K B, KATTIE A L, BAKAYOKO-LY R. Restauration du sourire chez des enfants atteints de polycaries : à propos de deux cas. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac*, 2014, 21 (4): 14-18.
- 8- OKA A E, N'CHO K J-C, KATTIE A L, KONE K, BAKAYOKO-LY R. Réhabilitation prothétique en Odonto-stomatologie pédiatrique: intérêts et mise en œuvre. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac* 2002, 9 (4): 28-33.
- 9- MORRIER J-J, LEHEIS B, MILLET C, HARTMAN C, DUPREZ J.-P Prothèses chez l'enfant. *EncyclMédChirOdontologie*[28-755-T-10] - Doi : 10.1016/S0000-0000(10)51812-6.
- 10- OKA A E, N'CHO K J-C, BAKAYOKO-LY R. Possibilités thérapeutiques des polycaries chez l'enfant. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac* 2003, 10 (1): 39-43.
- 11- OKA A E, N'CHO K J-C, BAKAYOKO-LY R. Remplacement des incisives temporaires chez l'enfant: intérêts psychologiques. *Odonto-stomatol Trop* 2003, 103: 35-40.
- 12- CICHON P, GRIMM W-D. Die zahnärztliche Betreuung von Kindern mit Behinderung. In: *Einwag J, Pieper K (Eds.): Praxis der Zahnheilkunde, Kinderzahnheilkunde, Urban & Fischer. München, Jena; 2002, pp. 347-358.*
- 13- GALLO C, MARCATO A, BEGHETTO M, STELLINI E. Dental treatment in Angelman syndrome patients. 8 cases reports. *Eur J Paediatr Dent*. 2012 Dec;13(4): 345-8.
- 14- SIEPMANN S, HOLST A I, HOLST S, HEYDECKE G. Aspects psychologiques et médico-dentaires relatifs aux traitements prothétiques chez les enfants. Prothèses dentaires pour enfants – 1^{ère} partie. Pratique quotidienne et formation complémentaire. *Rev Mens Suisse Odontostomatol* Vol. 118 11/2008.
- 15- SIEPMANN S, HEYDECKE G, HOLST S, HOLST A I. Aspects techniques relatifs aux traitements prothétiques chez les enfants Prothèses dentaires pour enfants – 2^e partie. Pratique quotidienne et formation complémentaire. *Rev Mens Suisse Odontostomatol* Vol. 118 12/2008.
- 16- HAUTE AUTORITE DE SANTE (SERVICE EVALUATION DES ACTES PROFESSIONNELS). Pose d'une prothèse amovible de 3 à 10 dents en denture temporaire, mixte, ou permanente, incomplète. Avril 2006, 24 pages.
- 17- DERBANNE M A, SITBON M C, LANDRU M M, NAVEAU A. Case report: Early prosthetic treatment in children with ectodermal dysplasia. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010 Dec;11(6):301-5.