

# PROBLEMES TERMINOLOGIQUES ET FACTEURS ETIOLOGIQUES DES LESIONS DENTAIRES NON CARIEUSES. ENQUÊTE AUPRÈS DE CHIRURGIENS DENTISTES BURKINABE.

## TERMINOLOGY PROBLEMS AND FACTORS ETIOLOGICAL DENTAL NO CARIOUS LESIONS. SURVEY OF DENTAL SURGEONS BURKINABE.

KABORÉ W A D<sup>1</sup>, BANE K<sup>2</sup>, FALL M<sup>1</sup>, NIANG S O<sup>2</sup>, FAYE B<sup>2</sup>.

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

2- Service d'Odontologie Conservatrice-Endodontie  
Université Cheikh Anta Diop-Dakar. BP 5005 Dakar-Liberté, Sénégal.

**Correspondance** : Wendpoulomdé Aimé Désiré KABORÉ

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 address: dr\_kabore@yahoo.fr

### RESUME

Introduction : en dehors des formes cliniques de la maladie carieuse affectant la surface de la dent, le praticien est souvent confronté à d'autres lésions soustractives : les lésions dentaires non carieuses. L'utilisation d'une terminologie bien cernée est indispensable à l'appréhension de l'étiologie et du diagnostic de ces lésions.

Ce travail avait pour objectif de déterminer les problèmes de terminologie et de diagnostic posés par ces lésions aux chirurgiens-dentistes burkinabè.

Matériel et méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive qui a intéressé tous les chirurgiens dentistes inscrits au congrès ordinaire de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes du Burkina Faso qui s'est tenu du 27 février au 28 février 2015 à Ouagadougou. Une planche comportant des photographies des différentes lésions dentaires non carieuses a été présentée aux dentistes. Après observation et analyse des photographies de la planche, le praticien devait indiquer sur la fiche, la terminologie utilisée pour designer chaque lésion et les facteurs étiologiques auxquels il les associe.

Résultats: Il ressort de cette étude que la terminologie utilisée par les chirurgiens dentistes burkinabè est inadaptee dans la majorité des cas. Ce qui a une influence sur le diagnostic des lésions dentaires non carieuses. Ainsi, pour l'abrasion, seuls 36,4% des praticiens utilisent la terminologie adéquate, 27,3% pour l'érosion, 33,3% pour l'attrition, 42,4% pour l'abfraction et 54,5% pour la démastication.

Conclusion : Cette étude a montré la difficulté d'évaluer la terminologie et les facteurs étiologiques liés à chacune de ces lésions, ce qui a un impact négatif sur leur prise en charge correcte.

**MOTS-CLÉS : LÉSIONS DENTAIRES NON CARIEUSES, TERMINOLOGIE, ETIOLOGIE, PRÉVALENCE.**

### ABSTRACT

*Introduction: Besides the clinical forms of the carious disease affecting the tooth surface, the practitioner is often confronted with other subtractive lesions: non carious dental lesions. Using a carefully defined terminology is essential to the understanding of the etiology and diagnosis of these lesions.*

*This work aimed to determine the problems of terminology and diagnostic posed by these lesions to burkinabe dentists.*

*Materials and Methods: This is a descriptive cross-sectional study that has interested all dentists in the regular congress of the National Order of dentists of Burkina Faso (Ouagadougou : 2015, february 27<sup>th</sup>-28<sup>th</sup>). A plank with photographs of the various non-carious dental lesions was presented to dentists. After observation and analysis of photographs on the plank, the practitioner must indicate on the plug the terminology used to designate each lesion and the causative factors which it associates.*

*Results: The study found that inappropriate terminology has been used by burkinabe dentists influencing the diagnosis of non carious dental lesions. So for abrasion, only 36.4 % of practitioners use the proper terminology, 27.3 % for erosion, 33.3 % for attrition, 42.4 % for abfraction and 54.5 % for demastication.*

*Conclusion: This study showed the difficulty of assessing the terminology and etiological factors associated with each of these lesions which is a negative impact on their taking proper care.*

**KEYWORDS: DENTAL NON CARIOUS LESIONS, TERMINOLOGY, ETIOLOGY, PREVALENCE.**

## INTRODUCTION

Les lésions dentaires non carieuses correspondent à une perte de tissu plus ou moins importante des surfaces dentaires externes, indépendante du processus carieux<sup>[1, 2, 15]</sup>. Elles s'inscrivent dans un processus pathologique en milieu buccal comportant des paramètres physiques et chimiques. Au moment où l'on observe le recul de la carie dentaire dans les pays développés, il apparaît qu'un nombre de plus en plus croissant de patients présente des lésions dentaires non carieuses<sup>[7, 11, 21, 22]</sup>. Ceci peut être lié à l'évolution des habitudes alimentaires, à l'augmentation des troubles du comportement alimentaire et à la persistance des dents sur les arcades en raison de l'impact des méthodes d'hygiène et de l'évolution de la parodontologie sur la santé orale<sup>[1, 25]</sup>.

Les indicateurs prédisent que d'ici la fin de l'année 2015, la prévalence des lésions dentaires non carieuses va dépasser celle des caries. Ce facteur associé aux répercussions fonctionnelles et esthétiques qu'elles posent en fait un véritable problème de santé publique<sup>[15, 17, 18]</sup>.

L'épidémiologie des pathologies carieuses et parodontales a mobilisé la communauté scientifique durant tout le 20<sup>ème</sup> siècle; il n'en est pas de même pour les pathologies non carieuses. Pourtant, les travaux de recherches anthropologiques et les études de fossiles<sup>[20, 27]</sup>, ont montré que les processus qui conduisent à ces lésions existent depuis les temps historiques.

La prévalence, sur la base des critères diagnostiques précis des différentes lésions, est rare voire inexistante<sup>[13]</sup>. En plus, les études sur les lésions dentaires non carieuses entretiennent encore une certaine confusion en raison de l'absence de protocoles d'observation standardisés et de recueil de données. Ainsi, pour l'omnipraticien, il n'est pas toujours facile de trouver les facteurs étiologiques de ces lésions qui peuvent s'avérer très différents et, parfois, se conjuguer.

Pendant longtemps, le traitement de ces lésions conduisait les praticiens à proposer la prothèse scellée unitaire comme alternative avec un coût biologique et financier très important sans vraiment traiter la cause de ces pathologies. Une approche nouvelle, basée sur l'utilisation raisonnée des matériaux de collage, permet maintenant d'être plus respectueux des tissus dentaires déjà affaiblis<sup>[5, 16, 19, 24, 25]</sup>. Cependant, une prise en charge efficace impose l'utilisation d'une terminologie bien adaptée à l'étiologie et au diagnostic de ces lésions. La littérature scientifique et professionnelle abonde

en divers termes dont l'acceptation est confuse<sup>[14]</sup>. Le terme de myololyse est classiquement le plus couramment utilisé. Employé à l'origine pour une affection trophique, son acceptation englobe toutes les formes cliniques mais l'inconvénient est qu'il ne préfigure d'aucune étiologie précise. Dans la littérature plus récente, le terme d'usure dentaire a la préférence des auteurs francophones tandis que celui de lésion dentaire non carieuse est internationalement accepté. Il définit le mécanisme fondamental de destruction des surfaces dentaires en réintroduisant ces pertes tissulaires pathologiques dans un cadre étiopathogénique clair<sup>[4, 8, 9, 23]</sup>.

L'objectif de ce travail était de déterminer les problèmes de terminologie et de diagnostic posés par ces lésions aux chirurgiens dentistes Burkinabè.

## MATÉRIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une enquête prospective auprès de 33 praticiens inscrits à l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes du Burkina et présents au congrès ordinaire du 27 février au 28 février 2015 à Ouagadougou.

Pour cela, nous avons utilisé une planche comportant des photographies des différentes lésions dentaires non carieuses. Elle a été conçue en tenant compte de la classification d'Imfeld<sup>[28]</sup> qui est plus exhaustive, englobant les lésions des classifications antérieures. Sur la base des caractéristiques morphologiques, la planche comporte la photographie de chacune des lésions désignée par des lettres alphabétiques A, B, C, D et E où A représente l'abrasion (photo 1), B l'érosion (photo 2), C l'attrition (photo 3), D l'abfraction (photo 4) et E la démastication (photo 5). La planche était associée à une fiche de recueil de données (questionnaire) pour identifier le niveau et le profil de formation des praticiens. Ce questionnaire a permis de recueillir le niveau de connaissance des praticiens sur les différentes lésions et les facteurs étiologiques associés.



Photo 1: Abrasion (A)

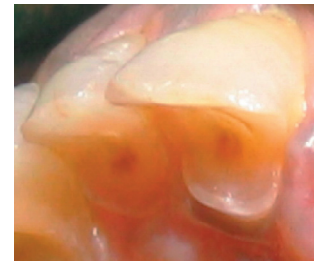


Photo 2: Erosion (B)



Photo 3: Attrition (C)



Photo 4: Abfraction (D)



Photo 5: Démastication (E)

La planche et le questionnaire ont été présentés aux 33 chirurgiens-dentistes constituant l'échantillon. Après observation et analyse des photographies de la planche, le praticien devait indiquer sur la fiche, la terminologie utilisée pour désigner chaque lésion et les facteurs étiologiques auxquels il les associe. Les résultats ont été analysés selon les caractéristiques de l'échantillon et la terminologie utilisée pour les lésions dentaires non carieuses.

## RESULTATS

Les résultats ont porté sur les caractéristiques de l'échantillon, la terminologie utilisée, les facteurs étiologiques, ainsi que sur la fréquence dans les consultations.

### CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Parmi les 33 chirurgiens-dentistes, 10 soit 30,3 % exercent dans le secteur privé, 17 (51,5 %) dans le secteur public dont 4 partiellement au privé, 2 (6,1 %) dans le secteur parapublic, 4 (12,1%) exercent dans les forces armées dont 2 partiellement au privé. Nous avons noté que 12 dentistes (36,4 %) ont poursuivi des études post doctorales : 3 ont obtenu le Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) d'Odontologie Préventive et Sociale, 2, le CES de Prothèse dentaire, 3, le CES d'Orthopédie Dentofaciale, 3, le CES de chirurgie buccale, 2 possèdent un diplôme d'études approfondies, 2, un master, et 1, une qualification en implantologie. Vingt-six chirurgiens-dentistes soit 81,8% assurent leur formation continue à travers internet.

Le tableau I donne la méthode utilisée par les chirurgiens-dentistes pour leur formation continue.

Tableau I : Formation continue des chirurgiens-dentistes.

| Méthodes de formation Continue      | Chirurgiens-Dentistes n (%) |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| Congrès internationaux              | 22 (66,7)                   |
| Congrès nationaux                   | 23 (69,7)                   |
| Enseignement Post Universitaire     | 7 (21,2)                    |
| Revue spécialisées                  | 23 (69,7)                   |
| Discussion entre confrères          | 18 (54,5)                   |
| Internet                            | 27 (81,8)                   |
| Autres (Ateliers, Vidéoconférences) | 4 (12,1)                    |
| Total                               | 33 (100%)                   |

## TERMINOLOGIE UTILISÉE

Sur la base de la présentation des photographies des lésions dentaires non carieuses désignées par les lettres A à E, le chirurgien-dentiste devait mentionner le terme qu'il utilise pour chacune d'elles. Pour l'abrasion (A), 36,4% des praticiens ont utilisé la bonne terminologie contre 54,5% qui ont attribué un terme inadaptée. Pour l'érosion (B), 27,3% seulement ont utilisé la terminologie acceptée et pour l'attrition (C), 33,3%. L'utilisation du terme abfraction (D) était adaptée pour 42,4% de l'échantillon et 54,5% pour la démastication (E). Cependant, 12,1% des chirurgiens-dentistes ignorent la démastication et n'ont pas attribué de réponse à cette question. Au total, 46,7 % de réponses n'étaient pas adaptées à la terminologie. Seulement 38,8% des réponses l'étaient. Le tableau II récapitule la répartition des réponses en fonction de la terminologie.

Tableau II : Distribution des réponses en fonction de la terminologie.

| Terminologie    | Adaptée    | Inadaptée  | Aucune réponse | Total     |
|-----------------|------------|------------|----------------|-----------|
| Abrasion A      | 12 (36,4%) | 18 (54,5%) | 3 (9,1%)       | 33 (20%)  |
| Erosion B       | 9 (27,5%)  | 16 (48,5%) | 8 (24,2%)      | 33 (20%)  |
| Attrition C     | 11 (33,3%) | 15 (45,5%) | 7 (21,2%)      | 33 (20%)  |
| Abfraction D    | 14 (42,4%) | 17(51,5%)  | 2 (6,1%)       | 33 (20%)  |
| Démastication E | 18 (54,5%) | 11(33,3%)  | 4 (12,1%)      | 33 (20%)  |
| Total           | 64 (38,8%) | 77(46,7%)  | 24 (14,5%)     | 165(100%) |

## FRÉQUENCE DE CONSULTATION POUR LES LÉSIONS DENTAIRES NON CARIEUSES

Dans les consultations, trois lésions se sont révélées être les plus fréquemment rencontrées par les chirurgiens-dentistes. Il s'agit de l'abrasion (60,6%), de l'érosion (36,4%) et de l'abfraction (36,4%). Ces lésions sont observées au moins 1 fois/mois. Cependant, il faut noter des confusions importantes entre abrasion et érosion, cette dernière étant souvent prise pour une abrasion.

## DISCUSSION

L'étude des lésions dentaires non carieuses présente un intérêt particulier en odontologie conservatrice. La classification la plus complète est celle d'Imfeld <sup>[28]</sup> qui distingue 5 types de lésions : l'abrasion, l'érosion, l'abfraction, l'attrition, la démastication. Cette étude a révélé un problème de terminologie qui peut influencer sur le diagnostic. En effet, malgré la description de ces lésions depuis le début du XIX<sup>ème</sup> siècle, la terminologie est peu maîtrisée par les praticiens au Burkina Faso. Cette situation est un facteur limitant de la prise en charge correcte de ces pathologies. Nous avons axé notre discussion sur les problèmes de terminologie, la fréquence des lésions dans les consultations et sur le niveau de formation des chirurgiens-dentistes exerçant au Burkina Faso.

### PROBLÈMES DE TERMINOLOGIE

L'enquête a permis de mettre à jour une véritable difficulté de terminologie. Cependant, cette situation n'est pas spécifique du Burkina Faso. L'étude réalisée par Faye et *al.* <sup>[14]</sup> en 2007 dans la région de Dakar a montré les mêmes insuffisances surtout pour les lésions les plus préoccupantes en odontologie conservatrice que sont l'abrasion, l'érosion et l'attrition.

Pour l'abrasion, nous avons enregistré 36,4% d'utilisation correcte. Nos résultats corroborent ceux de Faye et *al.* <sup>[14]</sup> qui ont trouvé 35% d'utilisation adéquate. L'étude de Guimarães et *al.* <sup>[12]</sup> au Brésil a enregistré 50% de réponses correctes. Dans 29,6% des cas, le terme érosion est utilisé à la place d'abrasion.

L'érosion a été désignée dans 24,3% et était souvent confondue avec l'abfraction dans 37% des cas. Nos résultats diffèrent de ceux de Faye et *al.* <sup>[14]</sup> qui ont montré que le terme le plus fréquemment utilisé à la place de «érosion» est «abrasion» (37,5%).

Quant à l'attrition, dans notre étude, 33,3% des chirurgiens-dentistes ont nommé correctement cette lésion. Dans la région de Dakar, cette terminologie est très mal connue car seuls 17% des chirurgiens-dentistes ont su nommer l'attrition <sup>[14]</sup>.

Au Burkina Faso, l'abfraction et la démastication ont été les deux termes les plus reconnus par les praticiens avec, respectivement 42,4% et 54,5% qui ont su les nommer. A Dakar, seulement 5% des praticiens ont reconnues et nommées correctement l'abfraction, et 10% la

démastication <sup>[14]</sup>. Ce niveau de bonne réponse pour l'abfraction et la démastication pourrait être lié au fait que les praticiens ont dû procéder par élimination. Cependant, 46,7% de l'ensemble des réponses n'étaient pas adaptés. Les praticiens se sont abstenus de répondre à 14,4% des réponses. Le problème de terminologie est sans doute lié à un déficit dans la formation continue des praticiens. Mais, l'utilisation d'un terme à la place d'un autre pourrait être liée à la contrainte d'effectuer le diagnostic sur l'unique base d'une photographie.

### NIVEAU DE FORMATION

Les chirurgiens-dentistes au Burkina semblent connaître, au regard des résultats (46,7% de réponses inadaptées), de véritables problèmes de formation continue. L'étude de Dakar a également révélé ce déficit de formation continue au regard des caractéristiques de l'échantillon <sup>[14]</sup>. Nous avons noté que 36,4% des chirurgiens-dentistes burkinabè ont poursuivi des études post doctorales: ce qui est significatif pour l'échantillon de Ouagadougou. Cependant, il faut retenir que 81,% assurent leur formation continue à travers internet, ce qui dénote d'un déficit d'activités de formation continue.

### FRÉQUENCE DE CONSULTATIONS DES LÉSIONS DENTAIRES NON CARIEUSES ET FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

Notre enquête a révélé que trois lésions, l'abrasion (60,6%), l'érosion et l'abfraction (36,4%) sont les plus fréquemment rencontrées par les chirurgiens-dentistes qui les ont observées au moins 1 fois dans le mois. Cependant, des confusions importantes entre ces pathologies sont observées: dans 27,3% des cas, l'érosion est prise pour une abrasion et dans 33,3% des cas, l'abfraction est identifiée comme une érosion.

Les travaux antérieurs effectués dans le département de Dakar ont montré que la lésion érosive est la moins fréquente mais constitue le motif de consultation le plus courant <sup>[13]</sup>. Pour les facteurs étiologiques associés, l'alimentation et les boissons acides ont été citées dans 57,6% des chirurgiens-dentistes comme causes de l'érosion. La technique et le matériel de brossage sont cités dans 37% des cas pour l'abfraction, alors qu'elle serait plutôt liée aux forces occlusales <sup>[3,26]</sup>. Les parafunctions et le bruxisme sont attribués pour 48,5% à l'abrasion et 45,5% à l'attrition. Les médicaments et les vomissements sont attri-

bués pour 39,4% chacun à l'érosion pendant que 30,3% ne voient aucun lien pour les médicaments et 36,4 pour les médicaments.

## CONCLUSION

Notre étude a montré un véritable problème de terminologie pour les praticiens burkinabè. En effet, l'abrasion n'est identifiée que par 37% des chirurgiens-dentistes, l'érosion par 26%, l'attrition par 33,3%, l'abfraction. Ces erreurs de terminologie constituent un facteur limitant pour une prise en charge thérapeutique adaptée. Face à la difficulté de leur diagnostic et prise en charge, ces lésions doivent bénéficier d'une attention particulière dans nos pays en voie de développement eu égard aux répercussions fonctionnelles et esthétiques qu'elles posent.

## REFERENCES

- HEASMAN P A, HOLLIDAY R, BRYANT A, PRESHAW P M. Evidence for the occurrence of gingival recession and non-cariou cervical lesions as a consequence of traumatic tooth brushing. *J Clin Periodontol* 2014; Suppl: 1-56.
- AHMED H, DURR-E-SADAF, RAHMAN M. Factors associated with Non-Cariou Cervical Lesions (NCCLs) in teeth. *J Coll Physicians Surg Pak* 2009; 19(5): 279-282.
- ANTONELLI JR, HOTTEL T L, BRANDT R, SCARBECZ M, PATEL T. The role of occlusal loading in the pathogenesis of non-cariou cervical lesions. *Am J Dent* 2013; 26(2):86-92.
- GRIPPO J O. Abfraction: a new classification of hard tissue lesions of teeth. *J Esthet Dent* 1991; 1:14-19.
- GRIPPO J O, SIMRING M, SCHREINER S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited. *J Am Dent Assoc* 2004; 135(8): 1109-118; quiz 1163-5.
- GRIPPO J O, SIMRING M, COLEMAN T A. Abfraction, abrasion, biocorrosion, and the enigma of non cariou cervical lesions: a 20-year perspective. *J Esthet Restor Dent* 2012; 24(1):10-23.
- SOARES P, SANTOS-FILHO P, SOARES C, FARIA V, NAVES M, MICHAEL J ET AL. Non-cariou cervical lesions: influence of morphology and load type on biomechanical behaviour of maxillary incisors. *Aust Dent J* 2013; 58:306-314.
- GRIPPO JOHN O, SIMRING M, COLEMAN T. Abfraction, Abrasion, Biocorrosion, and the Enigma of Non Cariou Cervical Lesions: A 20-Year Perspective. *J Esthet Restor Dent* 2012; 24:10-25, 2012.
- GRIPPO J O, CHAIYABUTRY, KOIS J C. Effects of cyclic fatigue stress-biocorrosion on noncariou cervical lesions. *J Esthet Restor Dent* 2013;25:265-272.
- SARODE G S, SARODE S C. Abfraction: A review. *J Oral Maxillofac Pathol* 2013; 17(2):222-227.
- SENNA P, DEL BEL CURY A, RÖSING C. Non-cariou cervical lesions and occlusion: a systematic review of clinical studies. *J Oral Rehabil* 2012; 39(6):450-462.
- GUIMARÃES J C, GUIMARÃES SOELLA G, BRANDÃO DURAND L, HORN F, NARCISO BARA-TIERI L, MONTEIRO S JR ET AL. Stress amplifications in dental non-cariou cervical lesions. *J Biomech* 2014; 47(2):410-416.
- FAYE B, SARR M, KANE A W, TOURE B, LEYE F, GAYE F, DIENG M M. Prevalence and etiological factors of cervical lesions non cariou: Study in a Senegalese population. *Odontology Tropical J* 2005; 112:19-18.
- FAYE B, KANE A W, SARR M, TOURE B, LEYEBENOIST F, NDIAYE B. Problèmes terminologiques et Facteurs étiologiques des lésions dentaires non carieuses. (Enquête auprès de 40 Chirurgiens Dentistes sénégalais). *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Max-Fac* 2007;14(2):28-3
- JIANG H, DU MQ, HUANG W, PENG B, BIAN Z, TAI B J. The prevalence of and risk factors for non-cariou cervical lesions in adults in Hubei Province, China. *Community Dent Health* 2011; 28(1):22-28.
- OGINNI A O, ADELEKE A A. Comparison of pattern of failure of resin composite restorations in non-cariou cervical lesions with and without occlusal wear facets. *J Dent* 2014; 42 (7):824-830.
- BARTLETT D W, SHAH P. A critical review of non-cariou cervical (wear) lesions and the role of abfraction, erosion, and abrasion. *J Dent Res* 2006; 85:306-312.
- SADAF D, AHMAD Z. Role of Brushing and Occlusal Forces in Non-Cariou Cervical Lesions (NCCL). *Int J Biomed Sci* 2014; 10 (4): 265-268.
- PEUTZFELDT A, JAEGGI T, LUSSI A. Restorative therapy of erosive lesions. *Monogr Oral Sci* 2014; 25: 253-261.
- WALTER C, KRESS E, GÖTZ H, TAYLOR K, WILLERSHAUSEN I, ZAMPELIS A. The anatomy of non-cariou cervical lesions. *Clin Oral Investig* 2014; 18(1):139-146.
- ANTONELLI JR, HOTTEL T L, BRANDT R, SCARBECZ M, PATEL T. The role of occlusal loading in the pathogenesis of non-cariou cervical lesions. *Am J Dent* 2013;26(2): 86-92.
- ANTONELLI JR, HOTTEL TL, GARCIA-GODOY F. Abfraction lesions--where do they come from? A review of the literature. *J Tenn Dent Assoc* 2013; 93(1):14-19; quiz 20.

23. JAKUPOVIC S, CERJAKOVIC E, TOPCIC A, AJANOVIC M, PRCIC A K, VUKOVIC A. Analysis of the abfraction lesions formation mechanism by the finite element method. *Acta Inform Med* 2014;22(4):241-245.
24. COLON P, LUSSI A. Minimal intervention dentistry: part 5. Ultra-conservative approach to the treatment of erosive and abrasive lesions. *Br Dent J* 2014;216(8): 463-468.
25. PEUMANS M, DE MUNCK J, MINE A, VAN MEER-BEEK B. Clinical effectiveness of contemporary adhesives for the restoration of non-carious cervical lesions. A systematic review. *Dent Mater* 2014;30(10):1089-1103.
26. FAYE B, KANE A W, SARR M, LO CM, RITTER A V, GRIPPO J. Non-carious cervical lesions among a non toothbrushing population with Hansen's disease: Initial findings. *Quintessence Int* 2006; 37(8):613-619.
27. RITTER A V, GRIPPO J O, COLEMAN T A, MORGAN M E. Prevalence of carious and non-carious cervical lesions in archaeological populations from North America and Europe. *J Esthet Restor Dent* 2009; 21(5):324-35.
28. IMFELD T. Dental erosion-Definition, classification and links. *Eur J Oral Sci*; 104: 151-155, 1996.

**ANNEXE: QUESTIONNAIRE SUR LES PROBLÈMES TERMINOLOGIQUES ET FACTEURS ÉTIOLOGIQUES DES LÉSIONS DENTAIRES NON CARIEUSES.**

Ce questionnaire est une enquête auprès des chirurgiens-dentistes du Burkina Faso afin d'évaluer leurs connaissances sur la terminologie et les facteurs étiologiques des lésions dentaires non carieuses.

Ce questionnaire est totalement anonyme, vos réponses seront traitées uniquement dans un but statistique et d'évaluation de vos besoins en formation continue.

Soyez remercié de compléter les questions suivantes en remplissant les espaces prévus ou en cochant la/les case(s) choisie(s).

**1- Dans quel secteur de la profession exercez-vous ?**

- a- Public
- b- Privé
- c- Forces armées
- d- Autre, précisez.....

**2- Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ?**

**3- Quel est votre diplôme le plus élevé ?**

- Doctorat
- DU                      DEA                      Thèse de 3<sup>ème</sup> cycle
- Autre, précisez.....

**4- Avez-vous un diplôme de spécialité ?**

- a- OCE
- b- Prothèse
- c- Parodontologie
- d- Chirurgie buccale
- e- ODF
- f- Autre, précisez.....

**5- Comment assurez-vous votre formation continue ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)**

- a- Congrès internationaux
- b- Congrès nationaux
- c- Enseignement post universitaire
- d- Revues spécialisées
- e- Discussions entre confrères
- f- Internet
- g- Autre, précisez.....

**6-Quelle terminologie utilisez-vous pour nommer les lésions sur les photos de 1 à 5**

- A            B            C            D            E

**7- Laquelle de ces lésions rencontrez-vous souvent ?**

- A            B            C            D            E

**8- Quelles sont les causes que vous associez à ces lésions ?**

*a) Environnement professionnel*

- A            B            C            D            E

*b) Produits alimentaires et boissons acides*

- A            B            C            D            E

*c) Médicaments*

- A            B            C            D            E

*d) Habitudes orales*

- A            B            C            D            E

*e) Vomissements*

- A            B            C            D            E

*f) Reflux gastro-œsophagien pathologique*

- A            B            C            D            E

*g) Technique et matériel de brossage*

- A            B            C            D            E

*h) Forces occlusales*

- A            B            C            D            E

*i) Parafunctions et bruxisme*

- A            B            C            D            E