


N° _____/

FACULTE DE MEDECINE, PHARMACIE

ET D'ODONTO – STOMATOLOGIE

ANNEE ACADEMIQUE 2007 - 2008

Stomatite ulcéro-nécrotique aiguë.
T H E S E

Maladies parodontales au Centre Hospitalo Universitaire d'Odonto
Stomatologie : à propos de 133 cas

THESE

Présentée et Soutenue Publiquement le...../...../2008 devant la Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'Odonto – Stomatologi

Par

Mr Sina Oumar Koné

Pour obtenir le Diplôme de Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jur

Président : Pr. Alhousseyni Ag Mohamed

Membre : Dr. Tiémoko Daniel Coulibaly

Directeur : Pr. Mamadou Lamine Diombana

Co-directeur : Dr. Souleymane Togora

DEDICACES

Permettez-nous chers parents, amis et encadrateurs, en cette circonstance solennelle, de vous témoigner notre reconnaissance indéfectible, à la suite de votre remarquable concours dans l'élaboration de ce travail.

Nous dédions cette thèse;

✓ *A Allah le tout puissant ; clément et miséricordieux; pour lui exprimer toute notre reconnaissance ;*

Ce travail est le vôtre.

✓ *A nos parents : Colonel Dessouran Koné, Bakary Kone, Fanta Samaté, Awa Sanou, et Afian Samaté.*

Les mots nous manquent pour mesurer toute l'immensité de l'affection que vous nous avez portée, ainsi que l'éducation que vous avez su nous donner.

L'exemple de votre ardeur au travail ainsi que votre sens de responsabilité ont énormément contribué à la réalisation de ce travail. Vous avez énormément contribué à ce que nous sommes aujourd'hui et à la réalisation de ce travail.

Pour tout ce que vous avez fait pour nous, nous vous prions d'accepter nos sincères remerciements.

✓ *A nos oncles : F. Bayo Koné , Kangolo Koné et Moussa Koné.*

Votre présence ainsi que vos conseils nous ont servi de boussole dans cette vie. Ce travail devrait aussi porter votre nom comme il porte le nôtre, eu égard à tout ce que vous avez fait pour sa réalisation. Recevez toute notre sincère affection et reconnaissance.

✓ *A nos amis (es), frères, et sœurs spirituels : Mamadou Koné , Gnaty Koné , Sitan Koné , Mariam Koné , Bégnira Konaté , Idrissa Koné, Lamine Samaté ,*

Bakary Dao, Sibiri Maoro Koné , Assétou Samaté , Sinata Samaté, Lobo Diarra, et Salif Koné.

Votre amour sincère a été le meilleur cadeau qui nous a été fait sur cette terre d'accueil. Votre soutien constant et vos sages conseils nous ont énormément aidé.

Que nous soyons proches ou éloignés ; vous resterez toujours des meilleurs amis au fond de notre cœur.

:

REMERCIEMENTS

Nous ne saurions achever ce travail sans adresser nos sincères remerciements :

✓ *A nos encadreurs :*

Dr Souleymane Togora, Dr Tiemoko Daniel Coulibaly.

Que Dieu vous accorde longue vie pleine de santé et de prospérité.

✓ *A nos maîtres, de l'école fondamentale :*

*Doubala Dioma , Issa Zerbo, Binké Traoré , Emile Diarra,
Mohamed Diakité.*

Merci de la qualité de l'éducation et des conseils prodigués.

✓ *A la famille Koné à Mahou, San, Koutiala et Bamako ;*

Avec vous, nous nous sommes sentis moins seuls.

✓ *A nos amis de Bamako :*

Wiri Souara , Gaoussou Kamissoko et Abdoulaye Berthé ;

Vous constituez une famille pour nous. Merci de l'amour, des soutiens moraux et matériels que vous n'avez cessé de nous apporter.

✓ *A nos amis et condisciples de la FMPOS ;*

Merci de la bonne collaboration.

✓ *A nos collègues étudiants Hospitaliers :*

Moussa Dao, Hamadoun Traore, Diakalia Dissa, Sibiry Traore.

Nous vous aimons de tout notre cœur et merci de la bonne collaboration.

✓ *A tout le personnel du CHUOS :*

Nous vous disons merci et encore merci.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

✓ A notre maître et président du jury :
Professeur Alhouseini Ag Mohamed ;

*Professeur d'ORL et de chirurgie cervico-faciale,
Président de l'ordre national des médecins du Mali,
Président de la Société Malienne d'O R L ;
Membre fondateur de la Société d'O R L d'Afrique francophone et de la
société panafricaine d'O R L ;
Ancien vice doyen de la FMPOS ;
Chef du service d'O R L de l'HGT ;
Chevalier de l'ordre national du Mali.*

Cher maître ;

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations prouve votre générosité et la modestie qui vous caractérise.

Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous l'un des maîtres les plus appréciés de la FMPOS.

Recevez ici cher maître l'expression de notre respect

✓ A notre maître et juge :
Dr Tiémoko Daniel Coulibaly ;

*Spécialiste en odontostomatologie chirurgicale ;
Maître Assistant à la FMPOS ;
Chef du service d'Odontologie chirurgicale du CHUOS ;*

Cher maître ;

Vous nous avez honoré en acceptant de juger ce travail .Votre rigueur scientifique et amour pour le travail bien fait font de vous un homme de qualité et un maître exemplaire.

Cher maître soyez en remercié.

✓ *A notre maître et Directeur de thèse :*
Pr. Mamadou Lamine Diombana ;

*Spécialiste en odontostomatologie et en chirurgie maxillo-faciale ;
Ancien chef de service de stomatologie de l'hôpital de Kati ;
Directeur du CHU-OS;*

Cher maître ;

En acceptant de diriger cette thèse ; vous nous avez montré tant de confiance, nous avons appris à mieux vous connaître et admirer.

A travers ce petit bout de temps qui nous a réunis, nous avons pu apprécier votre talent d'éducateur et de pédagogue.

Nous vous prions d'accepter ici toute notre considération.

✓ *A notre maître et co-directeur de thèse :*
Dr Souleymane Togora ;

*Spécialiste en odontostomatologie ;
Maître Assistant à la FMPOS ;
Chef du service de prothèse du CHUOS ;*

Cher maître,

Nous avons été très honoré de la confiance que vous nous avez faite en nous confiant ce travail.

Votre dynamisme, votre respect et votre amour du travail bien fait ont forgé en vous l'estime et l'admiration de tous.

Vous êtes pour nous un modèle de courtoisie, de simplicité et de cordialité.

***Cher maître, veuillez trouver ici l'expression de notre
profonde reconnaissance.***

Liste des abréviations

CHUOS : Centre Hospitalo-Universitaire d'Odontostomatologie.

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'Odontostomatologie.

ORL : Oto-rhino-laryngologie.

PPRA : Parodontite à progression rapide de type A.

PPRB : Parodontite à progression rapide de type B.

CHUGT : Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré.

IEC : Information, éducation, communication.

CCC : Communication pour le changement de comportement.

MP : Maladie parodontale.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ADF : Association Dentaire Française.

CPTIN : Community Periodontal Index of Treatment Needs.

SOMMAIRE

I- Introduction.....	1
A- Préambule.....	2
B- Intérêt du sujet.....	4
C- Objectifs	5
D- Généralités.....	6
1. Définition.....	6
2. La poche parodontale.....	6
3. Rappels Anatomiques.....	7
4. Epidémiologie des maladies parodontales.....	11
5. Etiologies.....	12
6. Diagnostic clinique.....	14
7. Indice parodontal.....	23
8. Relations entre maladies parodontales et maladies systémiques.....	24
9. Traitements.....	24
-But.....	24
-Moyens.....	24
10. Prévention.....	27
II- <u>Matériels et méthode</u>.....	28
1- Cadre d'étude.....	29
2- Type d'étude	29
3- Echantillon.....	29
4- Recrutement.....	29
5- Critères d'inclusion.....	29
6- Critères d'exclusion.....	29
7- Démarche pratique de l'enquête	30
III- <u>Résultats</u>.....	31
1- Caractéristiques épidémiologiques.....	32
2- Caractéristiques cliniques.....	45
3- Prise en charge thérapeutique.....	46

IV- <u>Commentaires et discussion</u>	47
1-Sur les caractéristiques.....	48
-Age.....	49
-Sexe.....	49
-Résidence.....	49
-Occupation.....	49
-Ethnie.....	49
2-Sur les aspects cliniques.....	50
3-Sur la prise en charge thérapeutique.....	50
V- <u>Conclusion</u>	51
VI- <u>Recommandations</u>	53
VII- <u>Références bibliographiques</u>	55
VIII - <u>Résumé</u>	58
IX- <u>Annexes</u>	59

INTRODUCTION

A- Préambule

Il est aujourd'hui reconnu par de nombreux spécialistes que rire de bon cœur est un excellent remède à bien de problèmes de santé. S'il met d'abord en jeu les muscles et les os faciaux, que serait pourtant un rire ou un sourire sans l'apport des dents ? [8]

Un rire sans dents serait terne et fade. De part sa triple fonction : mastication, déglutition, phonation, une dentition complète est fondamentale à un bon état de santé. [10]

Pourtant après la carie, la perte des dents est causée par les maladies parodontales qui peuvent être prévenues par l'observation d'une bonne hygiène buccodentaire et le contrôle de la plaque bactérienne. Elles sont très répandues et intéressent tous les âges. [17]

En France, selon l'enquête ICSII réalisée par l'ADF sous l'égide de l'OMS, plus de 80% des adultes entre 35 et 44 ans souffrent de maladies parodontales. Beaucoup estiment à tort cette situation inéluctable et se résignent à porter vers 60 ans un dentier, comme leurs parents. [21]

Des études récentes mettent en évidence les rapports entre maladie parodontale et état général. Ainsi, les femmes enceintes qui présentent une parodontite sévère ont un risque accru (3 à 7 fois) d'accoucher prématurément d'un enfant à faible poids. De même, les patients atteints de parodontite ont un risque d'atteinte cardiovasculaire accru de 25 %. Au sein des parodontopathies, il est important de distinguer les gingivites, qui n'atteignent que la gencive. Elles sont le plus souvent bénignes et faciles à traiter.

A l'opposé, les parodontites atteignent les tissus de soutien de la dent (ligament, os). Plus graves, elles peuvent aboutir à la perte de dents et retentir sur tout l'organisme. Elles nécessitent un traitement plus approfondi. Une certitude s'impose : il y a toujours une atteinte infectieuse. Les bactéries s'accumulent à la jonction dent / gencive, entraînant des manifestations plutôt localisées et inflammatoires (gingivites) ou s'infiltrant davantage et réalisent une infection localisée (parodontite). Ces affections progressent d'autant plus vite que les défenses du patient sont affaiblies (hérédité, affection générale, déficit immunitaire). [21]

De même, il ne faut pas attendre que les dents bougent pour consulter : la douleur, signe d'alarme est souvent longtemps absente. Un changement de couleur des gencives, un saignement au brossage, un allongement de la partie visible de la dent (rétraction gingivale) signent une pathologie parodontale avérée.

C'est généralement à un stade critique de l'affection que la plupart de nos malades viennent en consultation ce qui entraîne dans la plupart des cas l'extraction de la dent ou des dents atteintes.

B- Intérêt

L'intérêt de cette étude réside surtout qu'il y a eu :

- peu d'études dans ce domaine.
- qu'elle est d'actualité à cause de sa fréquence.
- qu'elle est surtout la 2^e cause de la perte des dents après la carie dentaire.
- c'est une pathologie méconnue par un grand nombre de la population.
- qu'il existe un déficit d'information sur l'hygiène buccodentaire au niveau des populations.
- que le diagnostic précoce ainsi que le traitement, peuvent conduire à une guérison certaine.

C - Les objectifs

I- Objectif général :

Apprécier les aspects épidémiologiques et cliniques des maladies parodontales et leur prise en charge au CHUOS de Bamako.

II- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière de la maladie parodontale en fonction des caractéristiques socio- démographiques.
- Déterminer les différents types de maladies parodontales rencontrés.
- Déterminer le mode de traitement.
- Chercher les liens statistiques entre les différentes variables.
- Faire des recommandations pour une meilleure prise en charge.

D - Généralités :

1- Définition :

Les maladies parodontales sont considérées comme des maladies infectieuses multifactorielles dans lesquelles les bactéries jouent un rôle essentiel. Elles concernent les tissus de soutien des dents qui sont : la gencive, le desmodonte, c'est à dire le ligament parodontal, le cément et l'os alvéolaire. [5]

2- La poche parodontale : C'est un espace qui se crée entre la dent et la gencive lors de la maladie parodontale. La profondeur de la poche se mesure entre le haut de la gencive marginale (ou gencive libre) et l'attache épithéliale (le niveau où la gencive s'attache à la dent). [20]

En absence de pathologie, on observe un petit espace entre le haut de la gencive marginale et l'attache épithéliale, de 1 à 2,5mm : c'est le sulcus. Lors d'une gingivite, cet espace va augmenter, soit suite à un gonflement de la gencive, soit plus souvent suite à une perte d'attache. La profondeur de la poche augmente dans la parodontite puisqu'il y a en plus une perte d'os.

- **Etiologie :** Ce sont les bactéries de la plaque dentaire qui sont responsables de la formation de poches. Le meilleur moyen d'éviter ce problème est donc une hygiène bucco-dentaire rigoureuse.

- **Evolution :** Les poches parodontales ont peu de chance de disparaître toutes seules en l'absence de traitement. Les bactéries à l'intérieur de ces poches vont progressivement devenir anaérobies, et ainsi constituer une flore plus pathogène. De plus il est impossible de nettoyer seul l'intérieur de ces poches. Elles risquent donc de s'aggraver. Il faut consulter un chirurgien dentiste.

-**Traitement :** Le principal traitement est étiologique (on va éliminer la cause de la maladie). Il consiste à nettoyer les poches grâce à un détartrage et/ou un surfaçage. Si vraiment la profondeur de poche est trop importante, on peut avoir recours à de la chirurgie parodontale (on peut réaliser des lambeaux muco-gingivaux et/ou un comblement de poche).

Le laser est un outil de plus en plus utilisé par les chirurgiens-dentistes pour le nettoyage et la désinfection des poches parodontales.

3- Rappels Anatomiques : **Le parodonte**

Le parodonte : du grec, para : autour de, et odontos : dent.
Le parodonte est constitué par l'ensemble des tissus qui entourent et soutiennent la dent. [22]

Les 4 constituants du parodonte sont :

- La gencive,
- L'os alvéolaire,
- Le cément,
- Le desmodonte ou ligament alvéolo-dentaire.

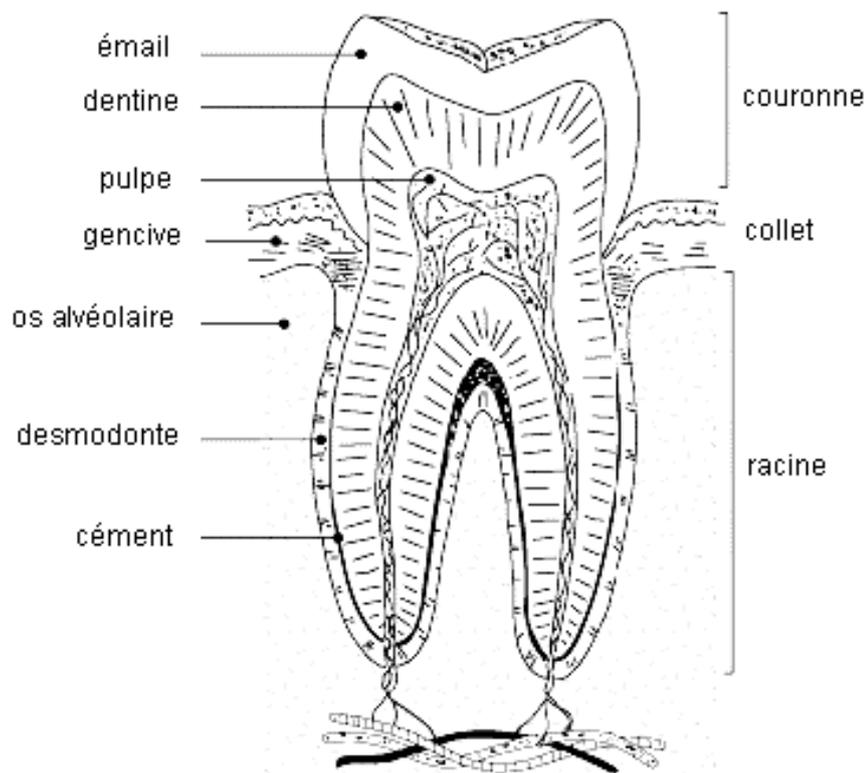


FIG1 : COUPE D'UNE DENT (22)

Les 4 constituants du parodonte :

◆ La Gencive :

La gencive est la fibromuqueuse qui recouvre l'os alvéolaire. Elle représente la partie la plus révélatrice de l'état parodontal. La gencive saine est de couleur rose pâle, le liseré gingival doit suivre de façon harmonieuse le collet de la dent sur tout son pourtour. La gencive saine est ferme et a l'aspect d'une peau d'orange. Elle ne présente aucun oedème, ni saignement, ni ulcération.

La gencive est divisée en 3 parties :

- La gencive libre, ou gencive marginale :

C'est une mince bandelette, plate, lisse et brillante, d'environ 1 mm de large, comprise entre le bord libre de la gencive et le sillon marginal qui marque le début de la gencive adhérente.

La gencive libre sertit la région cervicale des dents par la jonction gingivo-dentaire. Le sillon gingival ou sulcus, ou encore sillon gingivo-dentaire, s'étend sur une profondeur variant de 0,5 à 2 mm. Le sillon gingival est fermé à sa base par l'attache épithéliale ou épithélium de jonction : c'est la jonction ou attache de l'épithélium sur un tissu minéralisé dentaire qui peut être le ciment, l'émail, ou plus rarement la dentine. L'attache épithéliale sépare les tissus du parodonte sous-jacent (conjonctif de la gencive, ciment, os alvéolaire et desmodonte) du milieu buccal septique (salive et flore microbienne).

La gencive interdentaire ou gencive papillaire, située sous les points de contacts dentaires, est délimitée par les 2 papilles linguale et vestibulaire. Elle est appelée col interdentaire au niveau des faces proximales des dents.

- La gencive attachée, ou gencive adhérente :

De hauteur très variable, elle est fermement adhérente au tissu osseux alvéolaire sous-jacent par des fibres collagènes. Elle a un aspect granité en « peau d'orange » de couleur rose pâle. L'absence de gencive attachée signifie une maladie parodontale.

- La muqueuse alvéolaire :

La muqueuse alvéolaire est plus rouge que la gencive car plus fine, les vaisseaux sont donc plus visibles.

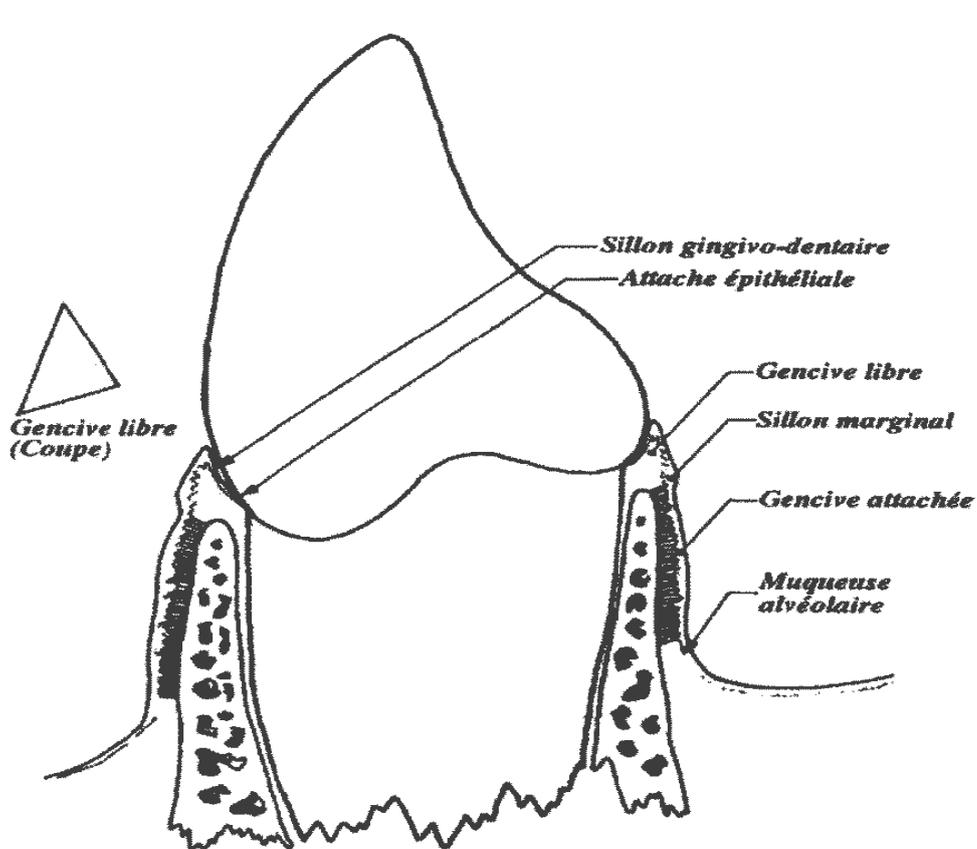


FIG2 : COUPE DE LA GENCIVE (22)

◆ L'os Avéolaire :

L'os alvéolaire est le principal soutien de l'organe dentaire. Il entoure la racine de la dent qui s'y attache par les fibres desmodontales. L'os alvéolaire naît, vit et meurt avec la dent. Sa crête se situe à environ 2 mm de la jonction émail/cément. Il est constitué par de l'os compact, interne et externe, bordant l'os spongieux. Le périoste (membrane blanchâtre et fibreuse) recouvre la surface externe de l'os, son rôle est très important car c'est un tissu ostéogène. Quand l'os alvéolaire disparaît, il reste l'os basal.

◆ **Le Cément :**

Le cément est considéré comme faisant partie du parodonte. C'est un tissu minéralisé (45 % de sels minéraux) qui recouvre toute la surface externe de la dentine radiculaire. Au niveau du collet, il fait suite à l'émail. Il joue un rôle dans la protection de la dentine : des phénomènes d'hyperesthésie du collet apparaissent lorsque la dentine n'est plus protégée par le cément. Le cément est un tissu calcifié analogue à l'os. Sous l'effet de stimulations fonctionnelles, il peut, comme l'os, subir des remaniements (résorption, apposition).

Le cément permet l'accrochage du ligament parodontal, de l'os alvéolaire à la racine de la dent. Les fibres desmodontales sont fixées au cément et à l'os alvéolaire. Le cément assure donc l'attache et la fixation de la dent.

◆ **Le Desmodonte :**

Le desmodonte est également appelé ligament parodontal, ligament alvéolo-dentaire ou périodonte. Le desmodonte sert de suspension à la dent. Les fibres desmodontales assurent la fixation de la dent à l'os alvéolaire. C'est une articulation très peu mobile : amphiarthrose. C'est un tissu conjonctif constitué par tout un réseau de fibres orientées, groupées en faisceaux, qui sont ancrées dans le cément par une extrémité et dans l'os alvéolaire par l'autre. Le desmodonte comble l'espace existant entre la racine et l'os alvéolaire.

Son rôle majeur est de fixer les dents dans leur alvéole et de supporter les forces auxquelles elles sont soumises pendant la fonction masticatoire, et les para fonctions, bruxisme, etc. Le desmodonte est fortement innervé et irrigué par la circulation sanguine.

Il a ensuite un rôle de :

- nutrition du parodonte (vaisseaux sanguins et lymphatiques),
- régénération (cellules : fibroblastes),
- régulation et coordination des mouvements mandibulaires par les terminaisons nerveuses qu'il abrite (arc réflexe),
- amortissement des pressions et des chocs entre les arcades dentaires (contrairement à l'implant qui est immobile dans l'os).

Le Rôle du parodonte

- ◆ Solidariser la dent à l'os sous-jacent,
- ◆ Remodeler les structures soumises aux modifications dues à la fonction et à l'âge,
- ◆ Assurer des barrières de défenses efficaces (attache épithéliale, la cavité buccale étant un milieu septique) [24]

4 -Epidémiologie des maladies parodontales :

La prévalence de la gingivite est très élevée dans toutes les tranches d'âge, avec à la puberté et un léger déclin pendant l'adolescence. La parodontite affecte occasionnellement quelques dents lactéales. La gingivite est fréquente chez les adolescents plus âgés, sans être cliniquement significative. Avec l'augmentation de l'âge, les pertes d'attache peuvent s'étendre et devenir plus graves. Un petit pourcentage de la population, mais qui augmente avec l'âge, souffre de destruction importante généralisée. Alors que la plupart des parodontites sont chroniques, les formes à progression rapide sont maintenant classifiées en tant que parodontite agressive. [15]

Des données épidémiologiques limitées montrent que, chez les adolescents, la parodontite agressive (anciennement parodontite juvénile) affecte environ 0,1 à 0,2% de la population blanche et 2 à 3% de la population d'origine africaine. La parodontite agressive localisée est 3 fois plus répandue chez les femmes caucasiennes que chez les hommes caucasiens et 3 fois plus répandus chez les hommes d'origine africaine que chez les femmes d'origine africaine.

Dans certains pays où les normes d'hygiène se sont améliorées, la prévalence de la gingivite, et peut être également de la parodontite précoce, semble avoir diminué par rapport aux décennies précédentes, bien que la diminution des gingivites à l'échelle de la population soit difficile à maintenir. Par contre, aucune preuve convaincante d'un déclin de la prévalence de parodontite avancée n'a été apporté, ce qui suggère qu'une fois la parodontite initiée par accumulation de plaque chez un patient susceptible, sa progression dépend alors en grande partie de réponse de l'hôte et des facteurs modifiants. (15).

5-Étiologies :

- Facteurs déclenchants :

* **La plaque bactérienne** : est un enduit blanc jaunâtre constitué d'agrégats bactériens qui se développent à la surface des dents à partir du rebord marginal de la gencive. On distingue la plaque supra-gingivale qui se dépose sur la couronne dentaire de la plaque sous-gingivale qui se situe dans le sulcus ou la poche parodontale.

La plaque bactérienne dentaire est organisée sous forme d'un bio-film. Ceci veut dire que les bactéries sont organisées en micro-colonies entourées et protégées par une matrice extra-cellulaire d'exopolysaccharides et traversées par des canaux de fluides qui apportent nutriments aux bactéries et éliminent les produits de dégradation du métabolisme bactérien. Les bactéries sont protégées dans un bio film par cette gangue d'exo polysaccharides et deviennent résistantes aux antibiotiques et antiseptiques. [4]

On comprend donc pourquoi les thérapeutiques médicamenteuses utilisées seules sont inefficaces et nécessitent une thérapeutique mécanique capable de dissocier ce bio film.

* **Le tartre** : provient de la minéralisation de la plaque. C'est une substance calcifiée jaune et brune qui se dépose sur les dents. On distingue comme pour la plaque, un tartre supra-gingival et un tartre sous-gingival. [2]

■ **Facteurs aggravants locaux** : les problèmes morphologiques (volume dentaire important) et anatomique (malposition dentaire) favorisent la rétention de la plaque. Il en est de même des soins iatrogènes (couronnes mal adaptées au niveau cervical et reconstitution débordante et des caries non traitées. Les mal occlusions dentaires primaires (supraocclusion) ou secondaires (édentation partielle non compensée) et les para fonctions (bruxisme) sont traumatiques et peuvent favoriser l'aggravation d'une parodontite.

- Facteurs de risques:

* **Le tabac**: les fumeurs ont 2,5 à 6 fois de chance de souffrir de parodontite sévère que les non fumeurs. Les fumeurs ont d'avantage de perte d'attache, d'alvéolyse, de poches profondes et de tartre que les non fumeurs. De plus la santé parodontale après thérapeutique se dégrade beaucoup plus rapidement chez les fumeurs même avec des visites de maintenance régulière. Le sevrage tabagique produit des effets quasi immédiats sur la réponse des tissus parodontaux aux

thérapeutiques, ce qui justifie la recommandation de l'arrêt du tabac avant toute thérapeutique parodontale.

* **Diabète** : un diabète non ou mal contrôlé est associé à une susceptibilité accrue aux infections buccales, incluant les parodontites et ceci indépendamment du taux de plaque ou de tartre. Les études à long terme (moyenne 16,5 années) montrent que les sujets avec un diabète non contrôlé ont d'avantage de perte d'attache.

* **Le stress** : en altérant le fonctionnement immunitaire d'une part et en modifiant les comportements de l'individu (sommeil, alimentation, hygiène) d'autre part pourrait aggraver une parodontite existante ou favoriser l'apparition de parodontites plus sévères (parodontite nécrotique ou parodontite agressive en particulier).

* **La respiration buccale**: donne un type de gingivite particulière qui se caractérise par une réaction œdémateuse et parfois hyperplasique essentiellement localisée au niveau des incisives et canines supérieures. Il semble que le dessèchement superficiel de la muqueuse entraîne un amoindrissement de sa résistance

- **Les colorants et les résines** : le rouge à lèvres, les prothèses, voire même certaines pâtes dentifrices peuvent provoquer localement des réactions d'intolérance et d'allergie. Enfin la répétition de traumatismes superficiels causés par exemple par l'usage trop vigoureux d'une brosse dure peut entretenir un état inflammatoire se surimposant à l'action du tartre et de la plaque dentaire.

* **Prédisposition génétique** :

Les travaux récents montrent que certains individus pourraient présenter une susceptibilité accrue aux parodontites en produisant une quantité excessive de cytokines pro inflammatoires.

- Facteurs généraux :

- Hormones : la grossesse, la prise de contraceptifs oraux
- Causes médicamenteuses : L'hyperplasie gingivale due à la diphénylhydantoïne (dihydan)
- Transplantation d'organes et traitement immunosuppresseurs : Hyperplasie gingivale est l'un des effets secondaires de la ciclosporine
- La chimiothérapie et la radiothérapie
- Hémopathies.
- Problèmes immunitaires : HIV

6- Diagnostic clinique :

L'examen clinique : Le diagnostic s'appuie d'abord et surtout sur les signes cliniques. D'une façon générale, le saignement gingival est considéré comme un signe révélateur de l'inflammation gingivale, extrêmement précoce et bien plus précis que la rougeur des tissus. L'exploration des profondeurs des poches à l'aide d'une sonde parodontale nouvelle permet d'établir un index gingival, ou un indice de saignement du sulcus , ou encore un index de saignement de la papille. Histologiquement on a pu établir une bonne corrélation entre l'inflammation du tissu gingival et le saignement provoqué par le sondage. Cet indice est corrélé à l'augmentation de sécrétion du fluide gingival, lui-même associé à l'inflammation tissulaire. Au terme d'un traitement, l'arrêt du saignement est considéré comme témoignage de la réduction de la profondeur des poches, accompagné de gain de hauteur d'attachement gingival. [3]

Des techniques plus sophistiquées consistent à utiliser des sondes électriques, afin de mieux maîtriser l'application de la pression de la sonde sur les tissus, qui peuvent varier d'un site à un autre, ainsi que d'un opérateur à un autre. Il faut que des variations importantes peuvent survenir selon l'épaisseur de la sonde, la pression appliquée, la forme de contour de la dent, le degré de dégradation de la trame collagénique. L'introduction de sondes électriques couplées à des enregistrements informatisés devrait améliorer la sensibilité de cette méthode d'évaluation de la maladie.

Le saignement gingival constitue un signe extrêmement sensible de la maladie, mais ne permet de conclure quant à son évolution. D'autres signes tels que la rougeur et l'œdème ont été incorporés dans les indices du statut de la maladie. La suppuration d'une poche parodontale concerne des sites présentant des parodontites plus avancées. A cet égard il n'existe pas d'échelle de signification ni de signe ayant valeur prédictive dont la standardisation permettrait d'évaluer l'évolution ultérieure de la maladie. [6]

On distingue :

a) Les gingivites : ce sont des pathologies parodontales, ne touchant que le tissu gingival sans lyse osseuse et sans perte d'attache contrairement à la parodontite.

- **La gingivite inflammatoire :** c'est un processus inflammatoire qui n'affecte que le parodonte superficiel c'est-à-dire l'épithélium gingival et leurs tissus conjonctifs gingivaux sous-jacents sans atteindre et / ou détruire les structures parodontales que sont l'os alvéolaire parodontal, le desmodonte, et le cément.

L'examen clinique d'une telle pathologie révèle un tissu gingival érythémateux, œdématié, turgescant et saignant soit au brossage et / ou au sondage ou même spontanément. [1]



**FIG 3 : Gingivite inflammatoire:
vue clinique**

-La gingivite ulcéro- nécrotique : comme son nom l'indique est une ulcération nécrotique des tissus parodontaux superficiels (gencive). Elle touche les jeunes adultes (18 – 30 ans) particulièrement les sujets stressés qui paramètrent souvent dans ce contexte, avec consommation tabagique augmentée.

La gingivite peut être due aussi à la fatigue, les troubles ou déficiences nutritionnelles, la respiration buccale, le tartre et l'anxiété. Les lésions ulcéro – nécrotiques débutent généralement au niveau des papilles inter dentaires puis s'étendent ensuite à la gencive marginale des faces vestibulaires et linguales.

Ces lésions sont recouvertes d'un enduit blanc – jaunâtre, elles sont limitées par un érythème linéaire et des adénopathies satellites observables. Les sujets touchés signalent fréquemment des saignements spontanés et provoqués et de douleurs sévères. De plus ces individus présentent souvent une halitose et parfois des épisodes d'asthénie générale accompagnée de poussées fébriles.

La flore observée lors d'une gingivite ulcéro nécrotique aiguë est bien identifiée c'est une flore anaérobie composée essentiellement de fusobactérium et de spirochètes.

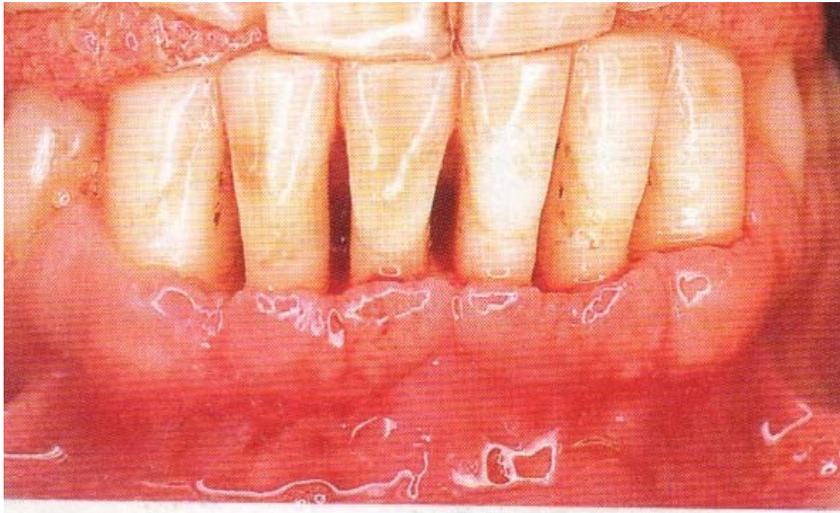


FIG4 : Gingivite ulcéro-nécrotique aiguë

- **Gingivite hormonale** : certaines situations liées à des modifications de l'équilibre hormonal sont caractérisées par des pathologies gingivales : la ménopause et la grossesse.

- **Gingivite de la grossesse** : cette lésion principale qu'il faut souligner, est avant tout due à la présence de dépôts bactériens, revêt, en fonction des conditions hormonales particulières liées à la grossesse, un aspect tout à fait particulier.

En effet, se développe généralement vers le troisième mois de la grossesse, une pseudo tumeur de type épuliforme avec une composante vasculaire importante entraînant d'une part une gêne fonctionnelle à la mastication (tumeur grossissante sans traitement jusqu'à l'accouchement) et d'autre part les saignements fréquents tant provoqués (mastication, brossage, bol alimentaire,..) que spontanés.

-La gingivite desquamative post -ménopausique :

Chez les femmes, la ménopause avec les modifications hormonales qui l'accompagnent, se traduit au milieu buccal par une gingivite desquamative caractérisée par un prurit intense et une desquamation épithéliale en nappes. Le diagnostic différentiel doit être absolument effectué avec un pemphigus qui peut s'accompagner des lésions irréversibles en particulier au niveau oculaire.

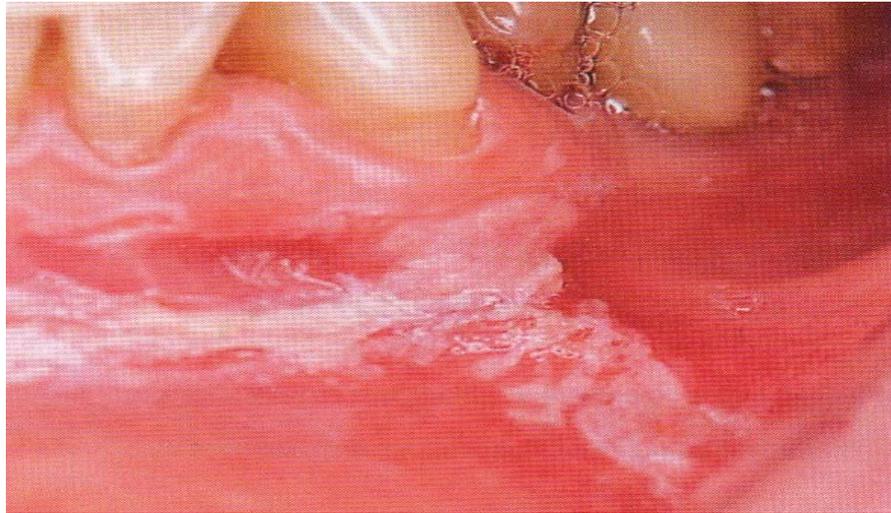


FIG5 : Femme 52 ans. Gingivite desquamative post-ménopausique

-Gingivite hyperplasique : se caractérise par une augmentation de volume du tissu gingival. Cette situation pathologique peut avoir plusieurs causes :

+ une cause inflammatoire

+ une cause médicamenteuse : les principales molécules induisant des gingivites hyperplasiques, étant les hydantoïnates (antiépileptique), le nifedipine (anti hypertenseur) et la ciclosporine (immunosuppresseur largement utilisé après une greffe d'organe).

Enfin il existe des hyperplasies idiopathiques dont la cause demeure tout à fait obscure.

Dans tous les cas ces hyperplasies entravent le contrôle de la plaque, ce qui accentue les lésions inflammatoires.

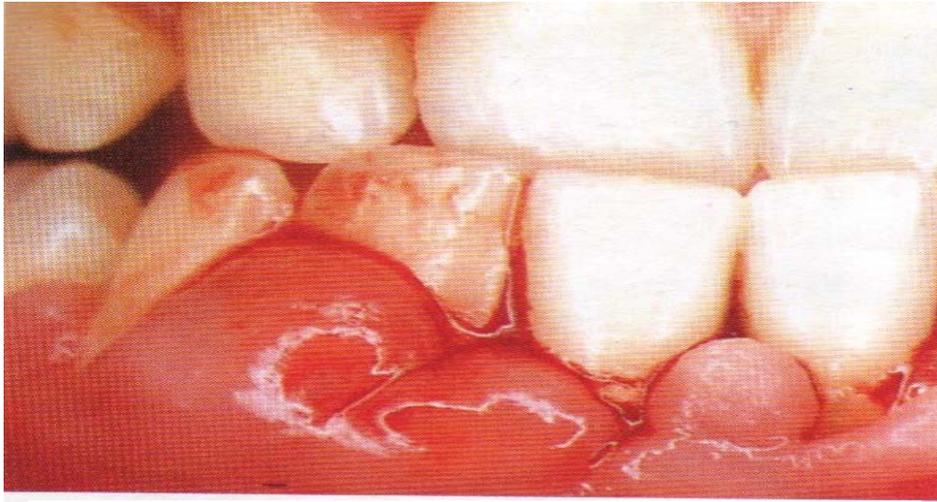


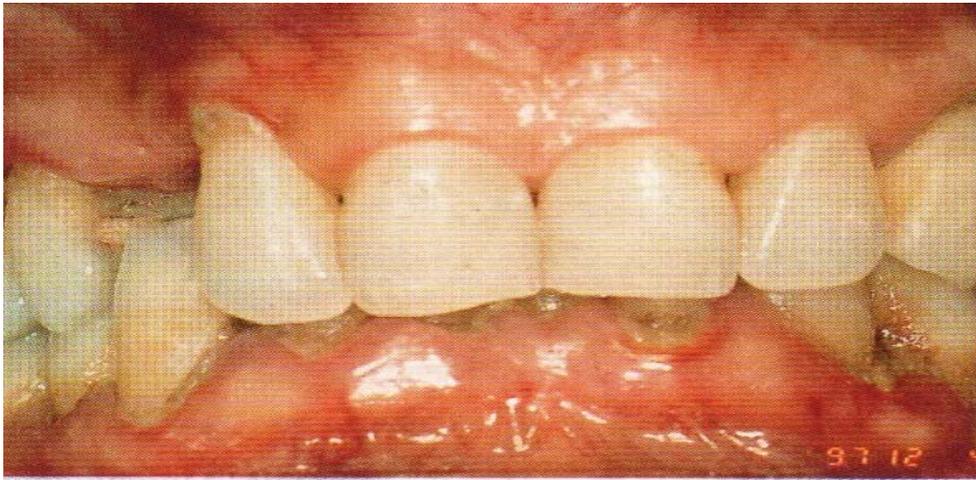
FIG6 : Gingivite hyperplasique d'origine inflammatoire

b) Les parodontites :

Dont le signe pathognomonique, est la présence de poche parodontale due à la perte d'attache. On a :

- **la parodontite de l'adulte** : débute habituellement chez le sujet âgé de plus de 35 ans.

Cette parodontite est chronique et touche l'ensemble de la denture sans qu'il y ait des dents atteintes plus particulièrement, avec une évolution site par site par poussées asynchrones séparées par des périodes de repos relativement importantes. A l'examen clinique le sondage révèle une profondeur de poche supérieure à 4mm au milieu de certains sites ; situation qui se traduit radiologiquement par une lyse osseuse.



**FIG7 : Homme 52 ans. Parodontite de l'adulte
Vue clinique**

- **la parodontite aiguë juvénile** :

Elle est caractérisée par des pertes osseuses rapides et importantes généralement localisées au milieu des groupes incisifs et premières molaires. Ces dents peuvent se déplacer sur l'arcade dentaire. La maladie se manifeste au moment de la puberté. L'inflammation gingivale peut être absente alors que le sondage des poches parodontales fait apparaître une perte osseuse importante.

Il ne semble pas que la dentition lactéale soit atteinte, mais il est des cas rapportés dès l'âge de 8 ans. Elle se manifeste d'avantage chez les filles que chez les garçons où elle semble débiter plus tardivement. Cette parodontite dont l'âge d'incidence est de 12 à 16 ans touchent 3 sujets de sexe féminin pour 1 sujet de sexe masculin.

- **Les parodontites à début précoce** : comme son nom l'indique peuvent apparaître très tôt dans la vie de l'individu.

- **parodontites à progression rapide** : sont caractérisées par une atteinte généralisée des organes dentaires avec une progression très rapide de la destruction de l'os alvéolaire sans qu'il y ait des signes cliniques particulièrement alarmants.

Il est classique de distinguer deux types de parodontites à progression rapide :

+ la parodontite à progression rapide de type A (PPRA) :

Touche les individus de 14 à 26 ans, affecte trois femmes pour un homme avec des lésions généralisées, et cela sans qu'il soit possible d'observer des quantités de dépôts bactériens importants. Chez ces sujets, la susceptibilité à la carie est variable.

+ la parodontite à progression rapide de type B (PPRB) :

Qui se distingue avant tout de PPRA par la présence d'importants dépôts bactériens non minéralisés. Selon l'académie américaine de parodontologie, l'âge des sujets atteints s'étend de 26 à 35 ans les deux sexes étant également touchés. La susceptibilité à la carie semble plus importante que celle de PPRA.

Parmi les germes principalement retrouvés chez les sujets atteints de parodontites à progression rapide, trois espèces sont dans la très grande majorité des cas cités : actinobacilles actinomycetemcomitans, porphyromonas gingivalis, prevotella intermedia.



**FIG8 : Femme 22 ans. Parodontite à début précoce
Vue clinique**

- **la parodontite réfractaire** : est une parodontite qui ne réagit pas ou réagit mal aux traitements conventionnels mis en œuvre.

Avant de classer une parodontite comme étant une parodontite réfractaire, il convient d'être sûr :

- que le diagnostic posé initialement soit le bon
- que les traitements mis en œuvre aient été exécutés efficacement

Lorsque ces deux préalables ont été vérifiés, il s'agit le plus souvent d'une parodontite adulte avec pénétration intra tissulaire bactérienne nécessitant une antibiothérapie systématique.

- **La parodontite ulcéro-nécrotique** :

Cette forme clinique de parodontite ressemble à une parodontite à progression rapide sur laquelle se serait greffée une gingivite ulcéronécrotique aiguë, et est caractéristique de sujets infectés par le VIH.

Le tableau clinique est caractérisé par un érythème intense de la gencive marginale et attachée, une nécrose papillaire s'étendant avec le temps vestibulairement, lingualement et au niveau palatin, une destruction osseuse extrêmement rapide : des gingivorragies spontanées et de douleurs particulièrement aiguës et irradiant à l'ensemble du système manducateur, une surinfection mycosique étant très souvent présente.



FIG 9: Parodontite ulcéro-nécrotique

7- L'indice parodontal :

LE C.P.I.T.N.

Nouvel indice pour l'évaluation des besoins de traitements parodontaux. (J. Aniano)

Cette nouvelle méthode préconisée par l'OMS est destinée essentiellement à évaluer les besoins des traitements parodontaux d'une population. Le «Community Periondontal Index of Treatment Needs » le C.P.I.T.N.

Son principe est basé sur l'examen de la dentine par sextants comprenant :

<u>17 - 14</u>	<u>13 - 23</u>	<u>24 - 27</u>
47 - 44	43 - 33	34 - 37

Il est d'une utilisation simple et requiert un temps minimum pour sa réalisation grâce à une mesure effectuée avec une sonde parodontale terminée par une petite boule destinée à détecter le tartre et les irrégularités sous gingivales. Son originalité réside dans la coloration particulière d'une portion noire qui va de 3,5mm à 5,5mm ce qui fait apparaître d'emblée, tant que la portion est visible au cours du sondage que le sillon gingival dentaire est inférieur à 3mm.

Quant la partie colorée disparaît partiellement la profondeur de la poche est située entre 4mm et 5 mm. Si toute la portion colorée disparaît dans la gencive, la profondeur de la poche est de 6mm ou plus.

Un système de codage allant de 0 à 4 permettra l'établissement des observations selon les cadrans :

0 est donné pour un sextant sain

1 est donné en cas de saignement d'un sextant sans poche supérieure à 3mm ni tartre.

2 est donné pour un sextant avec présence de poche de plus de 3mm avec tartre sus et sous gingival. Les causes iatrogènes prothétiques sont également notées dans cette catégorie.

3 est donné pour un sextant présentant une ou plusieurs poches de 4 à 5 mm.

4 est donné pour un sextant porteur d'un ou plusieurs poches de 6 mm ou plus.

La standardisation de la force utilisée pour le sondage apparaît comme essentielle. Celle qui est préconisée est de 20 à 25 grammes contrôlable sur un pèse-lettre ou la pression indolore de l'insertion de la sonde sous un ongle.

Les besoins de traitement sont alors évalués en fonction de codes recueillis par sextants. L'ensemble de la méthode figure dans le rapport d'un groupe scientifique de l'OMS 621 publié par organisme en 1978.

8- Relations entre maladie parodontale et maladies systémiques :

L'intérêt pour le rôle des infections orales dans diverses maladies telles que l'athérosclérose, les affections pulmonaires comme la pneumonie, et les effets néfastes sur la grossesse a augmenté au cours des 10 dernières années. La majeure partie des données sont issues d'études de cas contrôlés et d'études épidémiologiques transversales. On peut conclure de ces études ce qui suit : la maladie parodontale (MP) semble être modestement corrélée aux maladies induites par l'athérosclérose telles que la maladie cardiovasculaire, l'infarctus et l'accident vasculaire cérébral ; la colonisation orale par des pathogènes respiratoires semble être un facteur de risque pour l'infection pulmonaire chez les sujets à haut risque ; les interventions améliorant l'hygiène et réduisant l'inflammation orales semblent diminuer le risque d'infection pulmonaire ; d'autres études sont nécessaires pour vérifier la corrélation entre MP et pneumonie ; la MP peut augmenter significativement le risque de donner un nouveau-né prématuré hypotrope.

Actuellement, ces données doivent être considérées comme préliminaires. Des études épidémiologiques longitudinales supplémentaires à grande échelle et des essais interventionnels sont nécessaires pour valider ces résultats et pour déterminer si ces corrélations sont des liens de cause à effet. [18]

9- Traitement :

a) – But : c'est :

- d'empêcher la douleur
- lutter contre l'inflammation
- préserver la meilleure fonction masticatoire
- stopper l'extension des lésions parodontales
- soulager le patient

b) – Les moyens :

*** Gingivites :**

- **La gingivite inflammatoire** : dont l'étiologie est la présence de dépôts bactériens non minéralisés, le tartre.

L'objectif thérapeutique est donc avant tout d'éliminer ces dépôts bactériens. Il s'agit donc de :

- renforcer le contrôle de plaque par le patient (une ordonnance d'hygiène est indispensable)
- détartrer sans oublier surtout de polir après détartrage
- de revoir le patient (tous les 6 mois) afin de maintenir la santé gingivale obtenue.

1-brosse à dent souple (brossage 3 fois / jour) après les repas durant 4mn.

2-dentifrice non abrasif (soit fluoré, soit antiseptique) [1]

- **La gingivite ulcéronécrotique aiguë** : qui est une infection à fuso spirochetienne à savoir des germes anaérobies, dont les sujets atteints sont souvent stressés et consommant une grande quantité de tabac. Il s'agit donc de :

- Prescrire une antibiothérapie systématique vis à vis des germes anaérobies à savoir le metronidazole
- Lutter localement contre les germes anaérobies : écouvillonnage à l'eau oxygénée, application de gel à la chlorhexidine
- Bain de bouche à la chlorhexidine et antalgiques
- Mettre en œuvre un contrôle de plaque non agressif
- Détartrer au niveau supra-gingival
- Revoir le patient tous les 6 mois afin d'éviter les récives [1].

- **les gingivites hormonales** : qui résultent d'une modification de la réponse de l'hôte à l'agression bactérienne suite à un déséquilibre hormonal. Il convient avant tout :

- D'adresser la patiente à un gynécologue afin de la rééquilibrer sur le plan hormonal.

- Les soins locaux consistent essentiellement en une intensification du contrôle de la plaque avec une brosse très souple et en une application locale de corticoïdes. [7]

- **gingivite hyperplasique** : dont l'étiologie est diverse :

- Inflammatoire
- Médicamenteuse (principalement les hydantoïnates, ciclosporine, et nifedipine)
- Idiopathiques

Il s'agit de :

- Renforcer le contrôle de la plaque
- Détartrer
- D'éliminer par chirurgie l'excès du tissu gingival (gingivectomie)
- Revoir le patient chaque trimestre
- Antihémorragique

Exemple : 3 fois 2cp de dicynone 500/j

Eviter toute alimentation acide ou trop dure durant environ une semaine

- Antalgique ou anti inflammatoire non stéroïdiens
- Bain de bouche à la chlorhexidine pendant une semaine [13].

* **Les parodontites** :

- **Parodontite de l'adulte** : dont l'étiologie est poly microbienne, cette flore polymorphe se développe en particulier dans les poches parodontales qui caractérisent toute parodontite.

L'objectif thérapeutique est d'assainir les poches parodontales afin de stabiliser la progression de la destruction tissulaire :

- Renforcer le contrôle de la plaque
- Détartrer au niveau supra gingival
- De surfacier la paroi dentaire des poches parodontales afin d'éliminer le tartre sous-gingival et le ciment infiltré par les produits bactériens
- De mettre en œuvre un programme de maintenance adaptée. [13]

- **Parodontite aiguë juvénile** : liée à la présence d'actino-bacillus actinomycetemcomitans, il convient avant tout d'éliminer par antibiothérapie systémique ces bactéries avant de traiter la parodontite

juvénile comme une parodontite de l'adulte en insistant toutefois sur une maintenance soutenue.

- Minocycline (1,2 g/j) pendant 2 à 3 semaines ou
- Minocycline (600mg /j) pendant 2 à 3 semaines
- Doxycycline (150mg/j) pendant 2 à 3 semaines

Maintenance à vie tous les 3 – 4 mois [7].

- Parodontites à progression rapide (PPR) :

Quand le diagnostic de PPR est posé, le plan de traitement est relativement semblable à celui mis en place pour des parodontites juvéniles

- Prescrire une antibiothérapie systémique
- Après antibiothérapie, traiter la PPR d'une manière semblable à celle décrite pour la parodontite de l'adulte.
- Mettre en place un programme de maintenance strict et rigoureux.

Exemple : amoxicilline (1,5 g/j) pendant 2 – 3 semaines ou amoxicilline (1g/j) et metronidazole pendant 2 – 3 semaines

- Parodontites réfractaires :

Dans la grande majorité des cas, il faut suspecter la présence des germes particulièrement pathogènes et / ou une invasion intra tissulaire de ces germes.

Le premier réflexe est d'effectuer un prélèvement bactérien afin d'obtenir un antibiogramme pour mettre en œuvre une antibiothérapie systématique adaptée.

Prescrire une antibiothérapie ciblée par l'antibiogramme, traiter la parodontite réfractaire comme une parodontite de l'adulte. [1]

10- Prévention des maladies parodontales :

La prévention des maladies parodontales repose en premier lieu sur une bonne hygiène bucco-dentaire. Une élimination de la plaque dentaire et du tartre afin d'éviter la progression de la maladie.

Faire si possible tous les 6 mois un contrôle de la plaque et le détartrage. [11]

MATERIELS ET METHODE

1- Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu au Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHUOS) de Bamako. Le CHU-OS est situé au quartier du fleuve Rue Raymond Poincaré de Bamako sur la rive gauche. C'est un centre hospitalier spécialisé en Odontostomatologie.

Centre de Référence Nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 février 1986. Erigé en établissement public à caractère administratif(EPA) par la loi n°92-026/AN- RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu un établissement public hospitalier(EPH) par la loi n°03-23/ AN- RM du 14 juillet 2003.

Il doit assurer les missions suivantes :

- ◆ assurer le diagnostic, les traitements des malades et des blessés
- ◆ prendre en charge les urgences et les cas référés,
- ◆ assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé,
- ◆ conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

2- Type d'étude :

Notre étude était de type descriptif et prospectif. Elle a concerné un échantillon de 133 patients souffrant de maladies parodontales au CHUOS de Bamako.

3- Echantillon :

Notre échantillon comportait un nombre de 133 patients, pris sans distinction d'ethnie, de race, de sexe, de provenance ou de religion.

4- Recrutement :

Les 133 patients de notre échantillon ont été choisis dans les cabinets 10, 7 et 3 en fonction des critères cliniques de maladies parodontales.

5-Critères d'inclusion :

Etait inclus dans l'enquête tout patient présentant l'un des différents types de maladies parodontales(gingivites, parodontites).

6- Critères d'exclusion :

Les patients atteints de toute autre pathologie buccodentaire différente de celles sus citées.

7- Démarche pratique de l'enquête :

Dès son arrivée dans le cabinet dentaire le patient était pris en charge par le médecin responsable du cabinet. Celui-ci devrait établir un diagnostic d'atteinte parodontale. C'est après ce diagnostic que le patient pouvait participer au remplissage du questionnaire.

A la fin de celui-ci le praticien commence son traitement :

- . une médication orale en général ou parentérale.
- . une extraction de la dent ou des dents atteintes.

Le traitement était subdivisé en deux types :

- . un traitement médical lorsqu'on procédait à l'administration d'antibiotiques, d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et d'antiseptiques.
- . un traitement chirurgical dans le cas où on pratiquait une extraction.

Le suivi des malades et de leur traitement a été réalisé grâce à des rendez-vous qu'on leur donnait à des intervalles réguliers.

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le Logiciel Epi-info 6.1 avec un facteur de risque égal à 0,05 %. Le traitement de texte avec le Logiciel word.

RESULTATS

Tableau I : Répartition de l'effectif des patients en fonction du nombre de consultations

CONSULTATIONS	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
----------------------	-----------------	----------------------

PATIENTS AVEC MALADIES PARODONTALES	133	39.47
---	-----	-------

PATIENTS SANS
MALADIES
PARODONTALES

204

60.53

TOTAL

337

100

Les maladies parodontales ont représenté 39,47 % des cas de nos consultations.

TABLEAU II : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la tranche d'âges.

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence(%)
0 à 20 ans	9	6,77
21 - 40	41	30,82
Supérieure à 40	83	62,41
TOTAL	133	100

La tranche d'âge de plus de 40 ans à représenté 62,41 % des cas.

La tranche d'âge de 0 à 20 ans était de 6,77 %

La moyenne d'âge a été de 52 ans.

Les âges extrêmes ont été de 9 à 95 ans.

Tableau III : Répartition de l'effectif des patients en fonction du sexe.

Sexe	Effectif	Fréquence(%)
Masculin	72	54 ,14
Féminin	61	45,86
Total	133	100

Les hommes ont représenté 54,14 % de cas avec un sex ratio
M / F = 1,18.

Tableau IV : Répartition de l'effectif des patients selon leur résidence.

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Commune I	17	12,78
II	11	8,27
III	39	29,32
IV	18	13,53
V	20	15,04
VI	23	17,30
Autres	5	3,76
Total	133	100

Les patients provenant de la commune III ont représenté 29,32% des cas, devant ceux de la commune VI 17,30 %.

Les autres ont représenté (Ouélessebougou 2,26 % ; Yanfolila 0,75 % ; Manantali 0,75 %).

Tableau V : Répartition de l'effectif des patients en fonction de leur occupation.

Occupation	Effectif	Fréquence (%)
Femmes au foyer	47	35,34
Retraités	36	27,07
Agriculteurs	23	17,29
Etudiants	15	11,28
Autres	12	9,02
Total	133	100

Les femmes au foyer ont représenté 35,34% des cas.

Les autres ont représenté (enseignants 2,27 % ; chauffeurs 1,5 % ; commerçants 1,5 % ; comptables 1,5 % ; gardiens 0,75 % ; mécaniciens 0,75 % ; employés de banque 0,75 %).

Tableau VI : Répartition de l'effectif des patients en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
Bamanan	41	30,83
Peulh	29	21,50
Malinké	28	21,05
Soninké	20	15,04
Autres	15	11,28
Total	133	100

Les Bamanan ont représenté 30,83% des cas.

Les autres ont représenté (bobo 4,51 % ; minianka 2,26 % ; sénoufo 2,26% ; bozo 1,50 % ; sonrhaï 0,75 %).

Tableau VII : Répartition de l'effectif des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectif	Fréquence (%)
Douleur	93	69,92
Mobilité dentaire	37	27,82
Tartre	3	2,26
Total	133	100

Le motif de consultation de nos patients a été de 69,92 % des cas, la douleur.

Tableau VIII : Répartition de l'effectif des patients en fonction des 2 grands types de maladies parodontales.

Types de maladies Parodontales	Effectif	Fréquence (%)
Parodontites	117	87,97
Gingivites	16	12,03
Total	133	100

Les parodontites ont représenté la plupart des cas, 87,97%.

Tableau IX : Répartition de l'effectif des patients selon les types de parodontites.

Types de parodontites	Effectif	Fréquence (%)
Parodontite de l'adulte	90	76,92
Parodontite à progression rapide	27	23,08
Total	117	100

La parodontite de l'adulte a été la plus fréquente 76,92 % des cas.

Tableau X : Répartition de l'effectif des patients atteints de gingivites en fonction des types de gingivites.

Types de gingivites	Effectif	Fréquence (%)
Gingivite inflammatoire	14	87,5
Gingivite hormonale de la ménopause	2	12,5
Total	16	100

La gingivite inflammatoire a représenté 87,5 % des cas.

Tableau XI : Répartition de l'effectif des cas d'extraction en fonction de leur localisation.

Localisation de L'extraction	Effectif	Fréquence (%)
Mandibule	66	61,68
Maxillaire supérieur	41	38,32
Total	107	100

Les extractions au niveau de la mandibule ont représenté 61,68 % des cas

Tableau XII : Répartition de l'effectif des patients selon le type de traitement préconisé.

Type de traitement	Effectif	Fréquence (%)
Extractions	107	80,45
Traitement médical	26	19,55
Total	133	100

Les extractions ont représenté 80,45 % des cas de traitements.

Tableau XIII : Répartition de l'effectif des patients en fonction du type de traitement médical reçu.

MEDICAMENTS	FREQUENCE(%)	EFFECTIF
--------------------	----------------------	-----------------

Antibiotique	133	100
Antiseptique	102	76,69
Anti-inflammatoire	97	72,93
Antalgique	36	27,07

100 % des patients ont reçu des antibiotiques ;
76,69 %, les antiseptiques ;
72,93 %, les anti-inflammatoires ;
27,07 %, les antalgiques.

Tableau XIV : Répartition des deux types de maladies parodontales en fonction du sexe.

Sexe Pathologies	Masculin	Féminin	Total
Parodontites	70	47	117
Gingivites	2	14	16
Total	72	61	133

Le $\chi^2 = 12,687$ une P inférieure à 0,0001
DDL= 1

Il n'y avait pas de lien statistique significatif entre le sexe et les deux types de maladies parodontales.

Tableau XIV : Répartition des motifs de consultation en fonction du sexe.

Motif/ Sexe	Masculin	Féminin	Total
Douleur	47	46	93
Mobilité dentaire	23	14	37
Tartre	2	1	3
Total	72	61	133

Le $\text{Chi}^2 = 1,63$

DDL = 2 P < 0, 0001

Il n'y avait pas de lien statistique significatif entre le sexe et le motif de consultation.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude de nature descriptive et prospective a consisté à recenser des patients présentant les signes cliniques de maladies parodontales ayant été traités au CHUOS de Bamako du 14/02/2007 au 05/07/2007.

Les maladies parodontales ont représenté 39,47 % de nos consultations bucco-dentaires. Le sexe masculin a représenté 54,14 % de l'échantillon global. La tranche d'âge de plus de 40 ans a été la plus concernée avec 62,41 % des cas.

Ce taux est inférieur à celui de **Franklin** par **Kamagate** qui a trouvé 95 % chez les plus de 40 ans. [19]

96,24 % de nos patients résidaient dans le district de Bamako, dont 29,32 % dans la commune III.

L'ethnie Bamanan a eu la plus grande fréquence avec 30,83 % des cas.

Les femmes au foyer ont été les plus touchées avec 35,34 % des cas. La douleur a représenté 69,92 % des motifs de consultation.

Les parodontites ont été les plus concernées avec 87,97 % des cas, dont 76,92 % de parodontites de l'adulte.

La gingivite inflammatoire a été la plus représentée des gingivites avec 87,5 % des cas.

La mandibule a été le siège de prédilection de la maladie parodontale avec 61,68 % des cas d'extraction.

1-Au plan épidémiologique :

1-1-Selon la fréquence :

Les maladies parodontales ont représenté 39,47 % de nos consultations.

Ce taux est inférieur à la moitié de nos consultations, 133 cas sur 337 consultations.

1-2-Selon le sexe :

Le sexe masculin a représenté 54,14 % des cas avec un sex ratio : 1,18.

Ce taux pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus exposés aux facteurs de risque.

1-3- En fonction de l'âge :

Dans notre étude, les patients de plus de 40 ans ont été les plus touchés avec 62 ,41 %.

Ce taux est supérieur à celui de **Brown** et **Loé** qui ont trouvé 53 %. [25]

Cette fréquence pourrait peut être s'expliquer du fait de l'âge. Car ce sont les adultes qui souffrent le plus de la maladie parodontale.

En France selon l'enquête ICS II réalisée par l'ADF sous l'égide de l'OMS, plus de 80% des adultes de 35 à 44 ans souffrent de maladie parodontale.[24]

1-4-Selon la résidence :

La commune III a été la plus représentée avec 29,32 %. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le CHUOS est en commune III et est sollicité pour la qualité de ses prestations.

1-5-Selon l'ethnie :

L'ethnie Bamanan a été majoritaire avec 30,83 % des cas, suivie des Peulh, 21,50 % des cas.

1-6-En fonction de l'occupation :

Les femmes au foyer ont été les plus touchées avec 35,34 %. Ce résultat s'expliquerait peut être par le fait que cette couche de la population consulte plus que les autres.

2-Selon la clinique :

2-1-Selon la localisation de l'étage :

La mandibule a été la plus concernée avec 65,52 % des cas d'extractions.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la mandibule par sa position inférieure est le maxillaire exposé aux dépôts de débris alimentaires.

2-2-En fonction des aspects cliniques :

La forme parodontite de l'adulte était la plus concernée avec 76,92 % des cas.

Ce taux élevé serait lié directement à la mauvaise hygiène buccale et à une absence de motivation des patients. [19]

3-Selon le type de traitement :

Le traitement médico-chirurgical a été utilisé dans 80,45 % des cas. Ce résultat s'expliquerait par le fait que l'extraction des dents atteintes était nécessaire pour une meilleure guérison de ces cas.

Dans le traitement médical le choix était porté sur les antibiotiques, un antiseptique, un anti-inflammatoire et un antalgique.

Aucun patient n'a bénéficié de soins de détartrage à cause peut être du coût.

Le suivi des patients était difficile car ils ne respectaient pas le rendez-vous.

CONCLUSION

Les maladies parodontales existent au Mali.
Notre étude hospitalière a révélé un taux de 39,47 % dans nos consultations.

C'est une maladie de l'adulte avec 76,92 % de cas.
Le motif le plus fréquent de consultation a été la douleur.
La prise en charge médicochirurgicale a été effectuée dans 80,45 % des cas.

Le résultat thérapeutique est fonction de l'information, de la sensibilisation des patients vis-à-vis de la maladie, mais aussi du suivi.

RECOMMANDATIONS

Notre souhait le plus ardent est de voir le généraliste et le spécialiste, collaborer pour une meilleure amélioration de la prise en charge.

Nos recommandations iront :

1-Aux autorités socio sanitaires ;

Mettre l'accent sur l'IEC à travers les médias pour les populations avec des séances de recommandations pour le changement (CCC) dans le cadre de l'hygiène bucco-dentaire.

2-Aux personnels de santé :

Evacuer à temps les patients vers les structures spécialisées pour une prise en charge adéquate.

3-Aux populations :

- pratiquer rigoureusement de bonne hygiène, et éviter les mauvaises habitudes pouvant conduire à la maladie.
- Avoir le réflexe de la consultation précoce devant toute algie parodontale et odontologique.

4-A l'administration du CHU-OS :

-pour une implication large dans la promotion du service de l'odontostomatologie.

-Mettre l'accent sur la formation et le recyclage du personnel.

-Favoriser l'équipement en instruments et consommables dentaires.

5-Aux chirurgiens dentistes du CHUOS :

Participer à la formation et à l'encadrement des infirmiers et stagiaires en techniques de soins et de petite chirurgie.

Références bibliographiques

1-A-Daniel ;

Maladies parodontales, du diagnostic à la thérapeutique.
NIF. 2528 – 11/98

2-Alain Rivault (DEDP, DFMP) ;

Atlas de parodontologie.
Edition cdp, Paris 1992

3-Bercy,Tenenbaum :Préface de Pierre Klewansky ;

Parodontologie, du diagnostic à la pratique ;
Deboeck université ;1^{ère} édition, 2^{ème} tirage 1997

4-David- F ;

Les affections bucco-dentaires et leur diagnostic,
Paris, Masson .1977, XIV

5-E -P- Benqué ;

Parodontologie de A à Z avec la collaboration de Gérard Brunel ;
Quintessence Internationale, N° 11372 Nov 2004

6-Jacque- C ; Frédéric- J ; Philippe- S ;

Parodontie clinique moderne, de la littérature à la réalité.
Editions Cdp, Paris, 1995

7-J- Egelberg ;

Traitement parodontal, Question et réponse,
Editions Cdp, collection JPIO.ISBN2-84361-0445

8-J- Venard ;

Les vertus du rire pour vivre-vivre pour rire,
Editions Trustar, France 2002

9-J-P- Lezy, G- Princ;

Pathologie maxillo-faciale et stomatologie,
3^è édition, Masson, Dec 2003

10-Momo Balla Dave-M;

Prescription médicamenteuse au CNOS :Cas du traitement de la
desmodontite,

Thèse de Doctorat en pharmacie, Bamako 2004.

11-P- Mattout, C- Mattout, H- Nowzari ;

L'hygiène et le detartrage-surfacage en parodontologie,
Editions Cdp, Paris 1994.

12-P-Klewasky ; Préface du Pr R. Frank ;

Abrégé de parodontologie ;
2è édition, Masson 1985.

13-Roger Detienville ;

Traitement des parodontites sévères, Quintessence Internationale.
Sept 2002

14-Tannion J, Fave. A ;

Maladies du desmodonte d'origine pulpaire.

15-William M.M Jenkins; Denis F Kinane;

Approche médicale actualisée des parodontites,
Edition France 2003, volume 14. N° 3

16-Kalpesh Patel ; Maurizio Tonetti ;

Approche médicale actualisée des parodontites,
Edition France 2003, Réalités cliniques.

17-Robert Provine ;

Le rire, sa vie, son œuvre,
Editions Robert Laffont France 2002.

18- Frank A. Scannapieco ;

Approche médicale actualisée des parodontites,
Editions France 2003, Réalités cliniques.

19- Kamagate A. ; Coulibaly N. T. ;Koné D. ; Brou E . ; Bakayoko LYR.

Prévalence des parodontites en Afrique noire ; influences des facteurs
socio-économiques et habitudes culturelles.

Département de parodontologie -U.F.R. d'Odonto-Stomatologie, Université
d'Abidjan- Côte d'Ivoire.

Odonto-Stomatologie Tropicale 2001- N°94.

20- Article de wikipédia, l'encyclopédie libre ;

La poche parodontale, P1, 2
Internet : site google.fr

- 21- François T, Paris ;**
La maladie parodontale
Internet : site google.fr
- 22- Isabelle LAVAL ;**
Le parodonte
Internet : site google.fr
- 23- Jean-Pierre O, Paris ;**
Influence des maladies parodontales sur la santé générale
Internet :site google .fr
- 24- ADF (Association Dentaire Française) ;**
Les maladies parodontales.
Internet :site google.fr
- 25- I-Colas ; O- Jame ; P-Gibert ;**
Encyclopédie-medico-chirurgicale ;
Odontologie 4^{ème} édition, 23-442-A-10, 2005.

Résumé:

La maladie parodontale est une affection qui se manifeste chez un grand nombre d'individus.

Le diagnostic précoce est un élément clef dans la prévention et le traitement de cette maladie.

Elle a représenté 39,47 % de nos consultations ; le sexe masculin a été le plus touché avec 54,14 % des cas.

L'âge moyen a été de 52 ans.

Les femmes au foyer les plus touchées, 35,34% des cas.

La tranche d'âge de plus de 40 ans a représenté 62,41 % des cas

L'extraction a été pratiquée chez 80,45 % des patients.

Le traitement médical avec antibiotiques dans 100 % des cas, avec des anti-inflammatoires dans 72,93 %, d'antiseptiques dans 76,69 % des cas et d'antalgiques dans 27,07 % des cas.

Le suivi des patients a été difficile pour non respect de rendez-vous.

Cette étude faite le point sur les maladies parodontales au CHUOS de Bamako.

Clés Mots: gingivites, parodontites, plaque dentaire, tartre, poche parodontale.

Annexes

Fiche signalétique

1- Nom : **KONE**

2- Prénoms : **SINA OUMAR**

3-Année de l'étude : 2007

4-Titre de la thèse : Les maladies parodontales au CHUOS de Bamako.

5-Pays : Mali

6-Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS.

7-Secteur d'intérêt : Odontostomatologie.

Fiche d'enquête

1-Identification :

- . Nom
- . Prénom
- . Sexe
- . Age
- . Occupation
- . Résidence
- . Ethnie

2- Motif de consultation :

- . Douleur
- . Mobilité dentaire
- . Saignement
- . Plaque bactérienne
- . Tartre
- . Autres

3-Diagnostic

Nomenclature des dents atteintes

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

3-1-Clinique

-**Gingivites**

- . Gingivite inflammatoire
- . Gingivite ulcero nécrotique
- . Gingivite hormonale de la femme enceinte
- . Gingivite hormonale de la femme ménopausée
- . gingivite hyperplasique

-**Parodontites**

- . Parodontite de l'adulte
- . Parodontite aiguë juvénile
- . Parodontite réfractaire
- . Parodontite ulcero nécrotique

3-2-Radiographie

4-**Les antécédents**

Antécédents de maladies parodontales familiales

Oui

Non

Antécédents de maladies générales :

.Diabète

.Autres

Si oui laquelle ?

5-**Conduite thérapeutique**

-Médicale

.Antibiotiques

.Antiseptiques

.Anti inflammatoires

.Antalgiques

.Anti hémorragiques

-Chirurgicale

.Détartrage

.Extraction

6-**Résultats :**

.Bon

.Assez bon

.Mitigé

7-**Suivi :** .Oui

.Non

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE