

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2018-2019



Thèse N... °...../M

TITRE :

**AFFECTIONS PARODONTALES CHEZ LE PATIENT
TABAGIQUE AU SERVICE DE PARODONTOLOGIE
DU CHU- CNOS DE BAMAKO**

THESE :

**Présentée et soutenue publiquement le 08 /07 /2019 devant
le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**

Par Madame BINTA BERTHE

Pour obtenir le Grade de Docteur en chirurgie dentaire

(DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : Pr Bakarou KAMATE

Membre : Dr Amsalla NIANG

Codirecteur : Dr Ousseynou DIAWARA

Directeur : Pr Yacouba TOLOBA

DEDICACES

Je dédie cette thèse

A ALLAH

Le très Haut,

Le très Grand, le Clément,

L'Omniscient, l'Omnipotent.

Le Tout Puissant, le très miséricordieux d'avoir permis à ce travail d'aboutir à son terme. Au PROPHETE MOHAMED paix et salut sur lui.

A MON TRES CHER PERE SIAKA

A celui qui m'a aidé à découvrir le « savoir » le trésor inépuisable.

De tous les pères, tu as été le meilleur, tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes études.

Tu as été et tu seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel.

Que Dieu te préserve des malheurs de la vie afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin.

Ce travail est ton œuvre, toi qui m'a donné tant de choses et tu continues à le faire...sans jamais te plaindre. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la

dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas. J'espère au moins que cette thèse y contribuera en partie.

A MA TRES CHERE MERE SADIO

A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.

A une personne qui m'a tout donné sans compter.

Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ; l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi.

Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin.

J'implore Dieu qu'il te procure santé et qu'il m'aide à te compenser tous les malheurs passés. Pour que plus jamais le chagrin ne pénètre ton cœur, car j'aurais encore besoin de ton amour.

Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour.

Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements.

Tu n'as pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect.

Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

Je t'aime maman.

A MES CHERS FRERES ET SOEUR

Diakalia, Abdoulaye, Moussa, Mamoutou, Karim et Koura.

En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance pour tout votre apport tant moral que matériel, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde.

A MON FIANCE : Dr Dembélé Moussa

Je suis convaincu que des hommes comme toi sont rares de nos jours, merci pour tout le soutien apporté à la réalisation de ce travail.

Qu'ALLAH réunisse nos chemins pour un long commun serein et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.

A MES CHERS ET ADORABLES NEVEUX ET NIECES

Mamadou, Ismaël, Issiaka, Fatoumata, Sadio, Amina, Djamila, Amida, Daouda, Adjaratou.

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour vous, votre joie et votre gaieté me comblent de bonheur.

Puisse Dieu vous garder, éclairer votre route et vous aider à réaliser à votre tour vos vœux les plus chers.

Je vous aime très fort

A LA MEMOIRE DE MES GRAND-PERES ET MES GRANDE MERES

J'aurais tant aimé que vous soyez présents.

Que Dieu ait vos âmes dans sa sainte miséricorde.

A MES ONCLES ET TANTES

Je vous remercie pour vos encouragements et je vous souhaite bonheur, santé et prospérité à vous et vos enfants.

A MES TRES CHERES BELLES SŒURS

Fatoumata, Khadîdja, Berete, Kariatou, Djeneba, Sitan.

Quoique je dise, je ne saurais exprimer l'amour et la tendresse que j'ai pour vous. Je vous remercie, pour votre support et vos encouragements, et je vous dédie ce travail, pour tous les moments de joie et de taquinerie qu'on a pu partager ensemble.

Puisse DIEU, le tout puissant, vous préserver du mal, vous combler de santé et de bonheur.

A MES ADORABLES COUSINS ET COUSINES

Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant une longue vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.

A MES CHERES AMIES

En tête de liste : **Assetou Nimaga, Fanta Dao Kané et Aminata Kaba Sangaré aussi Tenin Coulibaly, Aicha Traoré, Fatoumata Koita, Kadi Konaté, Fatoumata T Koné, Zeinabou Keita, Halima Diallo**

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent.

Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets.

Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.

Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

A MES CAMARADES DE PROMOTION

Merci pour la franche collaboration que nous avons eu tout le long du cycle et j'espère qu'elle continuera, c'est le lieu pour moi de vous exprimer ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

- A tous mes Maîtres d'école

Merci pour la qualité de la formation que vous m'aviez dispensée. Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma formation. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie.

-A nos maîtres de la FMOS

Merci pour la qualité des enseignements qui nous ont été prodigués et surtout pour l'humilité dont vous avez fait preuve au quotidien.

-Aux docteurs SIDIBE Toumani et KONE Marc

Merci pour votre soutien et vos encouragements

-Au personnel du CHU-OS, plus particulièrement les Cabinets 11 et 13

Vous m'avez appris le travail en équipe, le travail sous pression mais aussi la joie de tout partager. Pour votre disponibilité et vos conseils, notre profonde gratitude.

Merci

- A TOUS

Les Parents, Amis et connaissances qui ne sont pas cités ici ; c'est loin d'être un oubli, j'ai une pensée particulière à votre adresse tout en comptant sur votre bonne compréhension.

-Au Mali

Notre patrie, merci pour tout ce que vous nous avez donné. Puisse le pays retrouver son intégrité totale et que la paix revienne.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et Président de jury :

Professeur Bakarou KAMATE

- ❖ **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS**
- ❖ **Chercheur et Praticien hospitalier au CHU du point G**
- ❖ **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali**
- ❖ **Secrétaire général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie International de Pathologie (D.A.F./A.I.P.)**
- ❖ **Secrétaire général de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHU du point G.**

Cher Maitre,

Nous vous exprimons tous notre remerciement pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Pour votre enseignement et votre gentillesse, permettez-nous de vous témoigner notre profonde gratitude et notre respect le plus sincère.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde admiration.

A notre Maitre et juge :

Docteur Amsalla NIANG

- ❖ **Médecin Dentiste diplômé de la Faculté de Médecine Dentaire de Monastir-TUNISIE**
- ❖ **Spécialiste en santé publique dentaire de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) de Dakar-SENEGAL**
- ❖ **Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique et des Soins Dentaires sous Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) de l'Université Catholique de Louvain (UCL) de Bruxelles-Belgique**
- ❖ **Enseignant chercheur chargé de cours à la FMOS et à l'INFSS de Bamako**
- ❖ **Praticien hospitalier et chef de service de Pédiodontie et de prévention au CHU-CNOS de Bamako**

Cher Maitre,

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Nous vous remercions sincèrement pour votre enseignement et la pédagogie dont vous avez fait preuve tout au long de nos études.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A notre Maitre et Codirecteur de thèse :

Docteur Ousseynou DIAWARA

- ❖ **Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'Etat de médecine de Krasnodar (ex URSS)**
- ❖ **Spécialiste en santé publique en odontologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD)**
- ❖ **Spécialiste en parodontologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD)**
- ❖ **Ancien médecin-chef adjoint à BAFOULABE, KITA**
- ❖ **Ancien médecin-chef adjoint à l'hôpital secondaire de SAN**
- ❖ **Chef de service de parodontologie au CHU-CNOS**
- ❖ **Enseignant chercheur chargé de cours à la FMOS et à l'INFSS de Bamako**

Cher Maitre,

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de codiriger ce travail.

Nous vous sommes reconnaissants pour votre implication, votre aide et vos conseils lors de la réalisation de ce travail.

Pour votre gentillesse, votre pédagogie et votre enseignement en clinique, nous vous exprimons notre plus profond respect et notre gratitude la plus sincère.

A notre Maitre et Directeur de thèse :

Professeur Yacouba TOLOBA

- ❖ **Praticien hospitalier au CHU du point G**
- ❖ **Professeur Titulaire en pneumo-phtisiologie à la FMOS**
- ❖ **Spécialiste en pneumo-phtisiologie et en allergologie**
- ❖ **Chef de DER (département des études et de recherches) à la FMOS (Médecine)**
- ❖ **Secrétaire générale de la société malienne de pneumologie (SOMAP)**
- ❖ **Secrétaire générale de l'association nationale de formation continue en allergologie au MALI ANAFORCAL-MALI**
- ❖ **Président de la société africaine d'allergologie et d'immunologie clinique (SAFAIC)**
- ❖ **Président de la commission scientifique et rédacteur en chef de la revue pneumologique tropicale (RPT)**
- ❖ **Membre titulaire de la société pneumologique de la langue française (SPLF)**
- ❖ **Membre titulaire de l'European Respiratory Society (ERS)**

Cher Maitre,

Vous nous avez honorés en acceptant de diriger ce travail.

Vous avez su nous guider avec patience et gentillesse.

Vous nous avez permis de profiter pleinement de vos connaissances, de vos encouragements, de votre soutien ainsi que de votre bonne humeur.

Soyez assuré de notre profonde gratitude et de notre vive reconnaissance.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi

CHU-CNOS : Centre Hospitalier Universitaire Centre National d'Odonto Stomatologie

CPE : Centre Performance Emploi

CPITN: Community Periodontal Index of Treatment Needs (L'indice de besoin de la communauté en soins parodontaux)

EPA : Etablissement Public à caractère Administratif

EPH : Etablissement Public Hospitalier

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

HCC : Haut Conseil des Collectivités

HTA : Hyper-Tension Artérielle

IG: Indice Gingival

INFSS : Institut National de Formation en Science de la Santé

Inflam : Inflammation

IP: Indice de Plaque

OCE : Odontologie Conservatrice Endodontie

ODF : Orthopédie Dento-Faciale

OHIS: Indice Hygiène Orale Simplifiée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAA : Rhumatisme Articulaire Aigue

TABLES DES MATIERES

I.INTRODUCTION	15
OBJECTIFS :	17
Objectif général :	17
Objectifs spécifiques :	17
II. GENERALITES	18
1. Le parodonte : [5]	18
2. Les maladies parodontales :	19
3. Les indices parodontaux	20
4. Tabac et affections bucco-dentaires	23
III. MATERIEL ET METHODES	29
1. Cadre d'étude	29
2. Type et période d'étude	30
3. Population d'étude	31
4. Matériel :	31
5. Méthodes :	32
5. Sources des données :	35
6. Saisie et analyse des données:	35
7. Considérations éthiques :	35
8. Retombées scientifiques anticipe :	36
IV. RESULTATS	37
1. Caractéristiques sociodémographiques	37
2. Habitude d'hygiène et mode de vie	40
3. Connaissances sur les effets du tabac sur la santé bucco-dentaire	43
4. Caractéristiques cliniques	45
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	55
1. Caractères sociodémographiques	55
2. Habitude d'hygiène et mode de vie :	57
3. Caractéristiques cliniques :	60
VI. CONCLUSION	63
VII. RECOMMANDATIONS	64

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	65
ANNEXE	71

I. INTRODUCTION

Les maladies parodontales sont des pathologies infectieuses poly-microbiennes à prédominance anaérobies. Elles sont déclenchées par les biofilms bactériens et entretenues par un déséquilibre entre l'agression bactérienne et la défense de l'hôte. Elles provoquent l'apparition d'une réaction inflammatoire.

Les maladies parodontales ou parodontopathies constituent une série d'entités représentées classiquement par les gingivites et les parodontites.

Elles sont très répandues dans le monde. En Europe elles affectent 20 % de la population adulte et 30 % des seniors [30]. En Afrique leur prévalence est l'une des plus importantes : 33% au Ghana ; 27,5% au Nigeria et 30% au Sénégal [4]. Au Mali elles constituent 41,5 % des motifs de consultation au CHU-CNOS [26].

Le tabagisme est défini comme étant l'usage prolongé, « donc abusif » de n'importe quelle forme de produits à base de tabac (cigare, pipe, chique, cigarette) [31].

L'OMS a défini la cigarette comme étant : « un instrument de mort à l'égard duquel la neutralité n'est pas possible ».

Le tabac possède un fort impact sur la santé parodontale et joue un rôle dans l'apparition, le développement et le traitement des maladies parodontales. En ce qui concerne la flore bactérienne, la prolifération de bactéries parodontopathogènes est favorisée par un environnement buccal soumis au tabagisme. De plus, on observe une diminution du fluide gingival connu pour ses propriétés autonettoyantes [21].

Par conséquent, la minéralisation et l'accumulation de la plaque dentaire est favorisée par la consommation de cigarette. Cette différence entre les patients fumeurs et non-fumeurs est plus marquée au niveau de la plaque sous-gingivale.

La perte osseuse est plus importante, la fréquence de lésions inter radiculaires est doublée par rapport à un patient non-fumeur ; la perte d'attache et la profondeur des poches est également plus importante [40].

De plus, le tabagisme affecte le traitement par suite de ses effets sur les différents tissus et systèmes d'immunité : on observe une perte de gain d'attache, un succès chirurgical amoindri en raison de la cicatrisation altérée et une diminution de la régénération tissulaire.

Les effets du tabac sur le parodonte sont dose-dépendants c'est-à-dire que la gravité est proportionnelle à la consommation.

Au Mali, bien qu'il n'existe pas de statistique nationale sur le tabagisme ; diverses études menées ont montrés que le tabagisme constituait un problème de santé publique au Mali. En effet Haïdara AM. [22] avait trouvé 27,89% de fumeurs à Bamako.

A l'absence d'une étude dans le domaine bucco-dentaire au Mali, il nous a paru opportun de mener une enquête sur le tabagisme et les affections parodontales au CHU-CNOS avec comme objectifs :

OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

Etudier les affections parodontales chez les patients tabagiques vus en consultation au service de parodontologie du CHU-CNOS.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des affections parodontales chez les patients tabagiques ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques de ces patients ;
- Décrire les habitudes d'hygiène buccodentaire de ces patients ;
- Décrire les caractéristiques cliniques des affections parodontales

II. GENERALITES

1. Le parodonte : [5]

Le parodonte est un ensemble fonctionnel de tissus qui entourent et soutiennent la dent. Il regroupe tous les éléments de fixation de la dent. Il comprend quatre parties : la gencive (libre, attachée, inter dentaire), le ligament alvéolodentaire (desmodonte), le cément et l'os alvéolaire.

✓ **La gencive.**

La gencive est un tissu mou qui sertit le collet des dents et recouvre l'os alvéolaire. Elle est limitée dans sa partie coronaire par le bord gingival libre (ou rebord marginal). Dont le contour est festonné et parallèle à la jonction alvéolo-cémentaire. Elle est limitée dans sa partie apicale par la ligne muco-gingivale qui sépare la gencive à une consistance ferme, un contour harmonieux, une coloration rose pâle parfois pigmentée et sa texture présente un aspect granité en peau d'orange.

La gencive se divise en trois parties :

La gencive libre ou marginale,

La gencive attachée,

La gencive papillaire ou inter dentaire.

✓ **Le desmodonte**

C'est le ligament alvéolodentaire ou ligament parodontal, il est constitué dans sa grande majorité, de fibres de collagènes enchevêtrés. Il comble l'espace existant entre la racine et l'os alvéolaire. Son rôle majeur est de fixer les dents dans leurs alvéoles et de supporter les forces auxquelles elles sont soumises pendant la fonction de mastication et les para fonctions.

✓ **Le ciment**

C'est un tissu conjonctif minéralisé avasculaire non innervé qui recouvre toute la surface externe de la dentine radiculaire. Son rôle principal est de servir d'ancrage au ligament alvéolodentaire. Il assure l'attache et la fixation de la dent et joue également un rôle important dans la protection dentinaire et la réparation. Au niveau du parodonte sain, le ciment n'est pas en contact direct avec le milieu buccal. Par contre, au décours des processus pathologiques, le ciment se trouve au contour de la poche parodontale, en particulier aux endotoxines de la plaque.

✓ **L'os alvéolaire**

L'os alvéolaire est un tissu osseux qui entoure la ou les racines des dents et détermine ainsi autant d'alvéoles que les racines. Il est classiquement admis que « l'alvéole naît, vit et meurt avec la dent ». Il constitue la charpente osseuse qui fait suite à l'os basal des maxillaires bien qu'aucune limite ne soit clairement définie. Il comprend deux parois osseuses denses : les corticales alvéolaires (interne et externe) formées d'os compact. Entre ces deux corticales se trouve un os spongieux à grands espaces médullaires assurant une vascularisation très importante. La paroi alvéolaire interne établit un rapport avec l'attache desmodontale. C'est une lame criblée de pertuis qui permet le passage des structures vasculaires. Elle est encore appelée lame cribriforme.

2. Les maladies parodontales :

Une maladie parodontale est une affection qui touche les tissus dans lesquels les dents sont implantées, ou parodonte, c'est-à-dire la gencive, le ciment, l'os alvéolaire et le ligament alvéolodentaire.

Les principales maladies parodontales sont les gingivites qui touchent la gencive, les parodontites qui touchent l'ensemble des tissus du parodonte, le syndrome de septum, les abcès et les hypersensibilités.

Outre la présence de plaque dentaire résultant d'une hygiène insuffisante ou peu efficace, les principaux facteurs de risques sont constitués par le tabagisme, le diabète et toutes les pathologies ou traitements entraînant une altération des défenses immunitaires (VIH, traitements anticancéreux, etc.). Les maladies parodontales ou parodontopathies sont des infections bactériennes chroniques qui affectent les tissus de soutien de la dent. A la fin du XXe siècle, après la mise en évidence de nouvelles données épidémiologiques, biologiques et cliniques en relation avec la parodontologie, un nouveau concept étiopathogénique des maladies parodontales a été proposé (PAGE et KORNAN, 2000 [1]) : La maladie parodontale est d'origine multifactorielle.

La présence de germes pathogènes et les facteurs de risque du patient vont s'associer pour qu'apparaisse le processus pathologique. Cependant, l'exposition chronique à la flore buccale pathogène reste un facteur étiologique majeur.

3. Les indices parodontaux

- **L'indice d'hygiène orale simplifiée de GREENE et VERMILLON(OHIS)**

Le niveau d'hygiène a été apprécié par le calcul de l'indice de plaque (IP) de **SILNESS ET LOË** [2]. Cet indice fait intervenir un des principaux facteurs étiologiques de la maladie parodontale : la plaque bactérienne ou biofilm microbien. Son utilisation simple et rapide traduit l'accumulation de la plaque sur les surfaces dentaires. Les scores sont les suivants :

0 : absence de plaque ;

1 : présence d'une mince couche de plaque visible en raclant la surface de la dent à l'aide d'une sonde parodontale ;

2 : dépôts de plaque dentaire visible à l'œil nu ;

3 : accumulation importante de plaque sur les surfaces dentaires.

Seules les faces vestibulaires des incisives supérieures et inférieures (dents 11, 12, 31 et 32) et des premières molaires supérieures (dents 16, 26), et les faces linguales des molaires inférieures (dents 36, 46) seront examinées.

L'indice de plaque moyen pour chaque patient sera calculé en faisant la somme des scores obtenus par dent, divisée par le nombre total de dents examinées.

L'évaluation de l'hygiène sera faite suivant l'échelle de classement suggérée par **WILKINS**, 1991 [37] qui donne une appréciation selon les intervalles de valeur de l'indice de plaque :

- 0 : hygiène excellente
- 0,1 à 0,9 bonne
- 1 à 1,9 moyenne
- 2 à 3 faible

▪ **Indice gingival(IG)**

L'indice gingival (IG) de **LOË** et **SILNESS** [3] permet d'évaluer la gravité de la gingivite par la couleur et la consistance des tissus, mais aussi par la tendance au saignement.

Les critères sont les suivants :

- 0 : gencive saine, aucun saignement au sondage ;
- 1 : léger changement de couleur de la gencive avec un léger œdème ;

- 2 : inflammation modérée, saignement au sondage, avec changement de coloration et œdème de la gencive ;
- 3 : inflammation sévère, rougeur et œdème de la gencive, ulcération, saignement spontané.

Les dents sélectionnées sont les suivantes : 11, 12, 16, 26, 31, 32 sur leurs faces vestibulaires, 12, 22, 32, 42, sur leurs faces mésiale, 16, 26, 36, 46 sur leurs faces distales, 11, 21, 31, 41 sur leurs faces linguales ou palatines. Pour chaque individu, l'indice gingival est calculé en faisant la somme des indices gingivaux de chaque dent divisée par le nombre de faces examinées.

L'interprétation de l'indice gingival est faite selon l'échelle d'évaluation suggérée par **WILKINS**, 1991 [41] :

0 : tissus sains, pas d'inflammation

0,1 à 0,9 : inflammation légère

1 à 1,9 : inflammation moyenne

2 à 3 : inflammation sévère

▪ **L'indice de besoin des tabagiques en soins parodontaux : CPITN [6]**

Le CPITN permet de déterminer et de surveiller les besoins individuels ou collectifs de traitements parodontaux.

L'examineur doit évaluer une dent dans chaque sextant : les premières molaires des sextants postérieurs (16, 26, 36, 46) ; l'incisive centrale droite du sextant antérieur supérieur (11) et l'incisive centrale gauche du sextant antérieur inférieur (31).

Lorsqu'une de ces dents est absente, il faut considérer que le sextant est absent et on l'indique d'un « X » sur la fiche.

Une seule valeur sera prise en compte pour chaque sextant et on n'indiquera que le code le plus élevé correspondant à l'affection la plus grave. L'échelle d'évaluation compte cinq codes.

Code 0 : Tissus parodontaux sains

Code 1 : Saignement déclenché par un sondage délicat

Code 2 : Présence soit de tartre sus-gingival ou sous-gingival, soit d'une obturation ou couronne aux contours défectueux

Code 3 : poche parodontale de 4 à 5 mm

Code 4 : poche parodontale profonde de 6 mm ou plus

Les besoins en traitements du patient seront classés en fonction du plus haut code attribué au cours de l'examen.

0 : Aucun traitement nécessaire (code 0),

1 : Enseignement de l'hygiène bucco-dentaire (code 1),

2 : Enseignement de l'hygiène bucco-dentaire ainsi que détartrage polissage et correction des bords défectueux des obturations et des couronnes propices à l'accumulation de la plaque (code 2),

3 : Enseignement de l'hygiène bucco-dentaire, détartrage polissage et correction des bords défectueux des obturations et des couronnes, curetage polissage radiculaire (code 3),

4 : Thérapie parodontale complexe susceptible d'inclure des interventions chirurgicales (code 4).

4. Tabac et affections bucco-dentaires

Actuellement on distingue selon l'OMS deux types de tabagisme distincts : **[43]**

Tabagisme actif :

Ce terme est relatif à l'usage des produits du tabac, et aux conséquences qui en résultent sur le plan sanitaire chez l'utilisateur lui-même (fumeurs, priseur et chiqueur) [31,39].

Tabagisme passif :

Il est encore dit tabagisme « involontaire » et se rapporte à l'exposition involontaire, forcée, des sujets non-fumeurs (pour les tabacs à chiquer on ne peut pas parler de tabagisme passif puisqu'il n'y a pas de production de fumées) à la fumée des autres sujets fumeurs [31,39].

La fumée de cigarette consiste en un mélange de gaz de combustion et de particules. La phase gazeuse est constituée essentiellement par le Thio cyanate et le monoxyde de carbone. La fumée étant acide, elle n'est presque pas absorbée par la muqueuse buccale. La phase solide est essentiellement constituée par la nicotine, base faible et peu ionisée, facilement absorbée par les muqueuses buccales et en 2 heures, elle est métabolisée en un certain nombre de métabolites dont le plus important est la cotinine, une substance cytotoxique et vasoconstrictrice [7,35].

Les effets cliniques du tabac sur la cavité buccale sont bien connus depuis longtemps. Citons brièvement : lésions muqueuses, colorations dentaires, halitose, retard significatif de cicatrisation. Depuis les travaux de Tobey et coll., en 1988, on sait que le tabac altère la barrière buccale et ses fonctions de transport électrolytique [33], ce qui rend la muqueuse buccale particulièrement perméable à la nicotine et en particulier à la jonction épithélioconjonctivale. Les dérivés nicotiniques vont alors provoquer :

- des modifications du flux sanguin dans le sens d'une vasoconstriction ;

- des altérations du métabolisme des fibroblastes par réduction de la fibronectine et augmentation de la synthèse de collagénase;
- une perte osseuse par augmentation de la libération de l'interleukine IL-1 β , un des facteurs impliqués dans la résorption osseuse ;
- une altération du chimiotactisme leucocytaire, une diminution de la prolifération des lymphocytes T et des anticorps IgG2 ;
- une augmentation de la température et une modification du pH buccal, facteurs qui favorisent grandement un déséquilibre de l'écosystème buccal dans le sens d'une sélection de bactéries pathogènes [8,32].

En bref, on peut considérer que la nicotine a une action hautement perturbatrice sur le déroulement normal des processus inflammatoires et cicatriciels de la cavité buccale.

Bien connu pour ses méfaits sur la santé générale, le tabagisme est tout aussi redoutable pour la santé buccodentaire des fumeurs. Il représente un facteur de risque important de plusieurs affections buccales. Dans la cavité buccale, le tabagisme entraîne des modifications de la coloration des dents et des restaurations dentaires ; de plus, il altère l'odorat et le goût, ralentit et perturbe la guérison des plaies lors d'interventions de chirurgie dentaire, telles les extractions. Le tabagisme est considéré en outre comme un indicateur de risque important d'augmentation de l'activité carieuse, et il est lié à une susceptibilité augmentée à la candidose orale. Son rôle dans l'halitose pathologique n'est pas encore définitivement éclairci. Il est intéressant de révéler que la mauvaise haleine pourra même être plus fréquente chez les non-fumeurs. Au niveau de la muqueuse buccale, la consommation chronique de tabac entraîne des altérations

bénignes (mélanose tabagique et palais du fumeur), mais aussi des affections mettant en jeu le pronostic vital (cancer de la cavité buccale).

La consommation excessive de tabac (soit une consommation égale ou supérieure à 10 cigarettes/j) est un facteur de risque indéniable en odontologie.

Un consensus reste toutefois difficile à trouver quant aux processus pathogéniques précis qui font du tabac un facteur d'affaiblissement de la défense et de la capacité de réparation du parodonte.

La consommation de tabac constitue le facteur principal de risque de cancer de la bouche. Il existe une relation de cause à effet entre le tabagisme et les cancers du larynx, de l'œsophage, du pharynx et les cancers de la cavité buccale tels que le cancer de la lèvre, de la joue et de la gencive [34,9]. Des études épidémiologiques montrent que fumer augmente de 5 à 9 fois le risque de développer un cancer de la bouche [10].

Le tabac à mâcher et à priser sont associés à un risque accru de 50 % de cancer des gencives, des joues et du contour intérieur des lèvres comparé au risque encouru par les personnes ne consommant pas de tabac [11,34].

Le risque de développer un cancer de la joue ou de la gencive est cinquante fois supérieur pour les consommateurs à long terme de tabac à priser [34].

La consommation de produits sans fumée peut entraîner une récession gingivale, une maladie parodontale (des gencives) [12] et une leucoplasie buccale (plaques ou lésions blanches de la muqueuse de la bouche). La leucoplasie peut transformer une dysplasie en cancer [34].

Les fumeurs ont environ trois fois plus de risques de contracter une parodontite aiguë que les non-fumeurs [38]. Le tabagisme pourrait être responsable de près

de 75 % des maladies parodontales dont sont atteints les adultes aux États-Unis [12].

Il accroît le risque de parodontite [38,13] et contribue à l'apparition d'affections bucco-dentaires telles qu'une mauvaise haleine, des taches sur les dents et la langue et un retard de la guérison en cas d'intervention dentaire [12].

Les conséquences potentielles sont la perte de dents et un risque accru de maladies plus graves, y compris les maladies respiratoires [14].

La muqueuse orale est sensible aux changements histologiques, morphologiques et physiologiques mais également pathologique dans le cas d'un déséquilibre. Les lésions qui en résultent peuvent être bénignes ou potentiellement sujettes à une dégénérescence maligne. Le tabac est un facteur commun chez 80 à 90% des malades atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures [36].

En 2006, 52% des cancers de la cavité buccale sont imputables au tabac, quelles que soient leurs formes [46].

Le risque est corrélé à la quantité et la durée d'administration du tabagisme. Le seuil critique correspond à 20 paquets/année [44].

Les pathologies buccodentaires résultent de modifications et d'altérations des éléments constituant la cavité buccale. Elles sont également le reflet de l'état de santé du malade.

Les conséquences du tabagisme sur la santé buccodentaire de la population sont alarmantes. Les plus importantes sont : les cancers buccaux et les pré-cancers, une aggravation de la sévérité et de l'étendue des maladies du parodonte, des difficultés de cicatrisation.

Étant donné que les fumeurs sont deux à huit fois plus susceptibles de contracter une parodontite que les non-fumeurs, l'abandon du tabagisme devrait constituer une considération de traitement importante pour les patients parodontaux [15]

III. MATERIEL ET METHODES

1. Cadre d'étude

Notre étude a eu lieu au Centre Hospitalier Universitaire Centre National d'Odonto-Stomatologie (CHU-CNOS) de Bamako.

Il est situé au quartier du fleuve Rue Raymond Pointcarré de Bamako sur la rive gauche. Limité à l'Est par la direction générale de l'ANPE et le marché de dibidani, à l'Ouest par le Haut Conseil des Collectivités (HCC), au Nord par le Centre Performance Emploi (CPE) et au Sud par le Ministère des finances et l'Ecole Mamadou Konaté. C'est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) spécialisé en Odonto-Stomatologie, comprenant cinq structures et neuf services qui sont :

- structure de l'administration ;
- structure de la radiologie ;
- structure de l'Odontologie ;
- structure de la Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, d'hospitalisation et du laboratoire de prothèses ;
- structure de laboratoire biomédical
- service de prothèse fixée (cliniques et laboratoire) ;
- service de prothèse mobile (cliniques et laboratoire) ;
- service de parodontologie ;
- service d'Orthopédie-Dento-Faciale (ODF) ;
- service de pédodontie et de prévention;
- service d'Odontologie Conservatrice et Endodontie (OCE) ;
- service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale ;
- service de chirurgie buccale ;

- service de pharmacie

Centre de référence national, 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 CHU-CNOS est devenu un établissement public hospitalier (EPH) par la loi n°03-23/AN-RM du 14 juillet 2003. Depuis le 12 décembre 2006, il est devenu CHU.

L'étude s'est déroulée au Service de Parodontologie du CHU-CNOS de Bamako.

2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

L'étude s'est déroulée sur une période de six (6) mois (Mai à Octobre 2018)

1. Echantillonnage

Nous avons utilisé la formule de Daniel Schwartz ($n=z^2 \cdot p \cdot q / i^2$) pour avoir la taille de notre échantillon **152**.

P=prévalence théorique

q = contraire de p

I= précision (0,05)

P+q=1

Z=1,96

Pour l'étude nous avons inclus **167** patients.

3. Population d'étude

Il s'agit d'un recrutement de tous les patients consommant un produit à base de tabac venus en consultation pendant les jours ouvrables au service de Parodontologie du CHU-OS.

➤ **Critères d'inclusion** : ont été inclus

Tout (e) malade consommateur de tabac venu en consultation au service de Parodontologie du CHU-OS ayant accepté de répondre au questionnaire et d'être examiné.

➤ **Critères de non inclusion** : n'ont pas été inclus

- patient ayant refusé de répondre aux questionnaires et d'être examiné,
- patient non consommateur de tabac,
- patient édenté total.

4. Matériel :

Pour l'examen bucco-dentaire, l'examineur disposait d'un plateau composé de 2 sondes (sonde 6 et sonde parodontale de William), un miroir, des gants et des masques.

Le matériel sortait du stérilisateur chaque matin et après examen de chaque patient il était décontaminé par lavage avec du savon et une brosse. La désinfection se faisait dans une cuvette contenant une solution d'hypochlorite de sodium (8%), soit 5 volume d'eau pour 1 volume d'hypochlorite de sodium. A la fin de chaque journée de consultation le matériel était remis au stérilisateur. Les informations et données cliniques étaient consignées dans une fiche d'enquête élaborée pour la circonstance.

5. Méthodes :

L'enquête a été réalisée pendant six (6) mois. Les patients venus en consultation ont été la cible de l'étude. Ils ont été soumis à un questionnaire médical puis examinés sur le plan bucco-dentaire (les dents, les muqueuses buccales, l'examen parodontal). Les renseignements contenus dans le dossier médical, ont été transcrits sur le questionnaire médical.

Cet examen clinique avait pour but d'avoir une cartographie des pathologies parodontales chez ces patients en vue d'une prise en charge adéquate.

➤ Interrogatoire :

- identification du patient,
- motif de consultation,
- les antécédents médicaux et chirurgicaux,
- leurs habitudes de vie notamment vis-à-vis de l'alcool, de la cigarette, du cigare, de la pipe, du tabac à chiquer et d'autres formes de tabac. Les habitudes d'hygiène bucco-dentaire, c'est-à-dire la fréquence journalière de brossage, le moment privilégié du brossage, le matériel utilisé, la technique de brossage, les visites antérieures chez le chirurgien-dentiste.

➤ Observation clinique :

L'état bucco-dentaire des patients a été évalué à travers un examen clinique endobuccal. L'inspection et la palpation des muqueuses orales ont permis d'évaluer la santé des muqueuses orales. Des indices ont été utilisés pour déterminer le statut parodontal des patients.

Les paramètres suivants : l'hygiène bucco-dentaire, les différents types des maladies parodontales (gingivites et parodontites).

L'évaluation du niveau d'hygiène a été faite par l'indice de plaque LOE et SILNESS : il déterminait la qualité de l'hygiène bucco-dentaire en qualifiant les dépôts sur les surfaces dentaires. Les scores sont les suivants :

- score 0= absence de plaque ;
- score 1= plaque détectée avec une sonde en raclant la surface dentaire au contact de la gencive marginale ;
- score 2= plaque visible à l'œil nu en quantité modérée ;
- score 3= surface dentaire recouverte d'une quantité importante de plaque.

Les dents de choix pour l'examen sont la 17 ou la 16, la 11, la 26 ou 27, la 36 ou 37. Les dents étaient examinées après séchage à l'air. En cas de destruction coronaire totale aucun score n'était attribué.

La moyenne d'indice de plaque était calculée pour chaque patient.

L'indice gingival :

Nous avons utilisé l'indice de LOE et SILNESS. Son principe consistait à examiner toutes présentes dans la cavité buccale. Les dents sélectionnées sont les suivantes : 11, 12, 16, 26, 31, 32 sur leurs faces vestibulaires, 12, 22, 32, 42, sur leurs faces mésiale, 16, 26, 36, 46 sur leurs faces distales, 11, 21, 31, 41 sur leurs faces linguales ou palatines. Nous avons examiné séparément chacune des 4 faces de la dent (vestibulaire, linguale ou palatine, mésiale, distale) selon le code suivant:

0 : pas d'inflammation,

1 : inflammation légère, peu de changement de forme et de coloration,

2 : inflammation marquée, rougeur, œdème et hypertrophie gingivale,

3 : inflammation importante, rougeur, hypertrophie accentuée avec la tendance hémorragique spontanée et ulcération.

Le code le plus élevé était noté dans la case correspondant à la face examinée. L'indice gingival de la dent est constitué par la somme des indices gingivaux des 4 faces de la dent divisée par 4 (nombre de faces à examiner). L'indice gingival du sujet est constitué par la somme des indices gingivaux par dent divisée par le nombre de dents examinées.

L'indice de besoin de traitement (**CPITN**) : Il permet d'étudier la répartition des affections parodontales et permet d'indiquer les besoins en soins parodontaux des communautés examinées. Cet examen se fait avec une sonde parodontale avec un bout mousse sphérique de 0,5 mm la sonde est colorée entre 3,5 et 5,5 mm

0 : pas de signe

1 : saignement

2 : tartre sus et/ou sous gingival

3 : poches de 3 à 5 mm

4 : poches supérieures à 6 mm

Besoins en soins parodontaux

0 : pas de traitement

1 : amélioration de l'hygiène bucco-dentaire

2 : détartrage

3: détartrage – curetage

4: traitement complexe chez un spécialiste.

➤ Consommation du tabac :

La fréquence de consommation des patients a été évaluée à travers le nombre de prise de cigarette par jour :

1 à 10 prise /jour : consommation faible ;

10 à 20 prise /jour : consommation raisonnable ;

20 prise ou plus : consommation excessive.

5. Sources des données :

Nous avons utilisé : les dossiers des patients et la fiche d'enquête.

6. Saisie et analyse des données:

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le Logiciel Epi-info 3.5.3 versions françaises. Le traitement de texte avec Microsoft word 2013.

7. Considérations éthiques :

Toutes les personnes qui ont participé à l'étude ont reçu une information détaillée sur les objectifs et modalités d'exécution. Elles étaient invitées à répondre au questionnaire médical qu'après l'obtention de leur consentement éclairé verbal. Les patients ont bénéficié des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire, les mesures de prévention des pathologies parodontales. Toutes les précautions nécessaires étaient prises pour le respect des droits et libertés des personnes de l'étude.

8. Retombées scientifiques anticipées :

L'étude a permis de déterminer la fréquence des maladies bucco-dentaires surtout parodontales chez les patients consommateurs de tabac. En plus elle nous a permis de décrire les habitudes d'hygiène et d'élaborer un plan de traitement issu de besoins de traitement, tous les patients ont bénéficié des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire.

IV. RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : répartition de l'effectif selon le sexe

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Féminin	4	2,40
Masculin	163	97,60
Total	167	100,00

Le sexe masculin a été le plus représenté 97,60% avec un sex ratio de 40 ,75.

Tableau II : répartition de l'effectif selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (an)	Effectif	Fréquence (%)
16 – 35	95	56,89
36 – 55	58	34,73
56 – 75	11	6,58
76 – 95	3	1,80
Total	167	100,00

La tranche d'âge de 16-35 ans a été la plus représentée avec 56,89%.

Tableau III : répartition de l'effectif selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Fréquence (%)
Fondamental	54	32,33
Secondaire	36	21,56
Universitaire	40	23,95
Non alphabétisé	37	22,16
Total	167	100,00

Les patients du niveau fondamental ont représenté 32,33%.

Tableau IV : répartition de l'effectif selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Elèves/étudiants	31	18,56
Femmes au foyer	2	1,20
Salariés	48	28,74
Cultivateurs	4	2,40
Ouvriers	80	47,90
Retraités	2	1,20
Total	167	100,00

Les ouvriers ont représenté 47,90% des patients.

Tableau V : répartition de l'effectif selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Célibataire	65	38,92
Marié	102	61,08
Total	167	100,00

Les patients étaient mariés dans 61,08% des cas.

Tableau VI : répartition de l'effectif selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Fréquence(%)
Bambara	41	24,55
Peulh	30	17,96
Malinké	27	16,17
Soninké	25	14,97
Sonrhäi	15	8,98
Dogon	13	7,78
Minianka	7	4,19
Senoufo	4	2,40
Wolof	3	1,80
Mossi	2	1,20
Total	167	100,00

Les bambaras ont été les plus représentés avec 24,55% des cas.

2. Habitude d'hygiène et mode de vie

Tableau VII : répartition de l'effectif selon la fréquence journalière de brossage

Fréquence journalière de brossage	Effectif	Fréquence (%)
0 ne se brosse pas	1	0,60
1	108	64,67
2	50	29,94
3	8	4,79
Total	167	100,00

Les patients se brossaient au moins une fois par jour dans 64,67% des cas.

Tableau VIII : répartition de l'effectif selon le matériel de brossage

Matériels de brossage	Effectif	Fréquence (%)
Bâtonnet frotte dents	31	18,56
Brosse à dents	125	74,85
Les deux	11	6,59
Total	167	100,00

Les patients utilisaient la brosse à dent dans 74,85% des cas.

Tableau IX : répartition de l'effectif selon le type de brosse à dents

Type de brosse à dents	Effectif	Fréquence(%)
Dure	80	64,00
Medium	35	28,00
Souple	10	8,00
Total	125	100,00

La brosse dure était utilisée dans 64% des cas.

Tableau X : répartition de l'effectif selon le rythme de consommation du tabac

Rythme de consommation	Effectif	Fréquence(%)
Consommation Occasionnelle	23	13,80
Consommation quotidienne	144	86,20
Total	167	100,00

La consommation du tabac était quotidienne dans 86,20% des cas.

Tableau XI : répartition de l'effectif selon la fréquence de consommation du tabac

Fréquence de consommation	Effectif	Fréquence(%)
Excessive	86	51,50
Raisnable	39	23,40
Faible	42	25,10
Total	167	100,00

Les patients consommaient excessivement le tabac dans 51,50%.

Tableau XII : répartition de l'effectif selon la forme de tabac consommé

Formes de tabac	Effectif	Fréquence(%)
Cigarette	165	98,80
Tabac à chiquer	2	1,20
Total	167	100,00

La cigarette était la forme la plus consommée dans 98,80 % des cas.

Tableau XIII : répartition de l'effectif selon le nombre d'année de consommation de tabac

Nombre d'années de consommation	Effectif	Fréquence (%)
0 -10 ans	79	47,31
11- 20 ans	49	29,34
21- 30ans	19	11,38
31- 40 ans	14	8,38
41 - 50 ans	5	2,99
51 - 60 ans	1	0,60
Total	167	100,00

Le tabac était consommé dans l'intervalle 0 - 10 ans à 47,31%.

3. Connaissances sur les effets du tabac sur la santé bucco-dentaire

Tableau XIV : répartition de l'effectif en fonction de la connaissance des effets du tabac sur la santé bucco-dentaire

Connaissance des effets du tabac sur la santé bucco-dentaire	Effectif	Fréquence (%)
Non	147	88,00
Oui	20	12,00
Total	167	100,00

Les patients connaissaient les effets du tabac dans seulement 12% des cas.

Tableau XV : répartition des fumeurs selon « si oui les effets connus »

Si oui les effets connus	Effectif	Fréquence(%)
Cancer de la gorge, problèmes dentaires	1	5,00
Coloration des dents	15	75,00
Coloration des dents et de la langue	2	10,00
Coloration des dents et perte de gout	1	5,00
Coloration et mobilité des dents	1	5,00
Total	20	100,00

La coloration des dents a été l'effet le plus connu (75% des cas).

4. Caractéristiques cliniques

Tableau XVI : répartition de l'effectif en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Effectif N=167	Fréquence(%)
Carie dentaire	54	32,34
Douleur	48	28,74
Halitose	17	10,18
Mobilité	10	5,99
Saignement	6	3,59
Tartre	21	12,58
Esthétique	10	5,99
Cellulite circonscrite	1	0,59

La carie dentaire a été le motif le plus retrouvé soit 32,34%.

Tableau XVII : répartition de l'effectif selon les antécédents médicaux

Les antécédents médicaux	Effectif	N=167	Fréquence (%)
Diabète	18		10,78
Drépanocytose	1		0,60
Gastrite/Ulcère	64		38,32
Allergie	2		1,20
RAA	5		3,00
HTA	10		5,98
Asthme	1		0,60
Aucune pathologie	66		39,52

Un peu plus de 38% des patients avaient la gastrite/ulcère.

Tableau XVIII : répartition de l'effectif en fonction de l'existence d'antécédents familiaux de maladies parodontales

Antécédents familiaux de maladies parodontales	Effectif	Fréquence (%)
Non	158	94,60
Oui	9	5,40
Total	167	100,00

Seulement 5,40 % des patients avaient un antécédent familial de maladie parodontale.

Tableau XIX : répartition de l'effectif en fonction de l'indice de plaque

Indice de plaque	Effectif	Fréquence (%)
Bonne (plaque visible en raclant)	12	7,20
Excellente (absence de plaque)	1	0,60
Faible (surface dentaire recouverte d'une quantité importante de plaque)	115	68,90
Moyenne (plaque visible à l'œil nu en quantité modérée)	39	23,40
Total	167	100,00

Dans 68,90 % des cas, l'hygiène bucco-dentaire était faible.

Tableau XX : répartition de l'effectif en fonction de l'indice gingival

Indice gingival	Effectif	Fréquence (%)
Inflam légère (code 1)	30	18,00
Inflam moyenne (code2)	61	36,50
Inflam sévère (code 3)	64	38,30
Pas d'Inflam (code 0)	12	7,20
Total	167	100,00

L'inflammation sévère était retrouvée chez 38,30% des patients.

Les patients (155/167) de notre étude présentaient une maladie parodontale (inflammation légère à sévère) dans 92,80 %.

Tableau XXI : répartition de l'effectif en fonction de la conséquence de l'atteinte parodontale

Atteinte parodontale		Effectif	Fréquence (%)
Perte d'attache clinique	Non	64	38,30
	Oui	103	61,70
Poche parodontale	Non	23	13,80
	Oui	144	86,20
Récession Parodontale	Non	64	38,30
	Oui	103	61,70
Mobilité dentaire	Non	81	48,50
	Oui	86	51,50

La poche parodontale était la conséquence la plus observée soit 86,20% des cas.

Tableau XXII : répartition de l'effectif en fonction de l'indice de besoin en traitement

Indice de besoin en traitement	Effectif	Fréquence (%)
Saignement : hygiène bucco-dentaire	2	1,20
Tartre : détartrage	148	88,60
Poche parodontale 4-5 mm : curetage	17	10,20
Total	167	100,00

Les patients ayant besoin de traitement complexe représentaient 10,20%.

Tableau XXII : répartition de l'effectif en fonction de la consultation chez le chirurgien-dentiste

Consultation chez le chirurgien-dentiste	Effectif	Fréquence(%)
Non	99	59,30
Oui	68	40,70
Total	167	100,00

Dans cette étude 40,70% des patients avaient effectué au moins une visite chez le chirurgien-dentiste.

Tableau XXII : répartition de l'effectif en fonction de la prise en charge parodontale

Prise en charge parodontale	Effectif	Fréquence (%)
Non	61	89,70
Oui	7	10,30
Total	68	100,00

La prise en charge parodontale a concerné 10,30%.

Tableau XXIII : répartition de l'indice de plaque en fonction du nombre d'année de consommation

Nombre d'année de consommation	Indice de plaque									
	Faible		Moyenne		Bonne		Excellente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-10	45 (39,10)		24(61,50)		9 (75,00)		1(100,00)		79 (47,30)	
11-20	37 (32,20)		9 (23,10)		3 (25,00)		0 (0,00)		49 (29,30)	
21-30	14 (12,20)		5 (12,80)		0 (0,00)		0 (0,00)		19 (11,40)	
31-40	13 (11,30)		1(2,60)		0 (0,00)		0 (0,00)		14 (8,40)	
41-50	5 (4,30)		0 (0,00)		0 (0,00)		0 (0,00)		5 (3,00)	
51-60	1 (0,90)		0 (0,00)		0 (0,00)		0 (0,00)		1 (0,60)	
Total	115(68,90)		39 (23,40)		12 (7,20)		1(0,60)		167(100,00)	

Il n'existait pas de corrélation entre le nombre d'année de consommation et l'indice de plaque (Chi 2=15,19 ; p=0,4).

Tableau XXIV : répartition de l'indice gingival en fonction du nombre d'année de consommation

Nombre d'année de consommation	Indice gingival									
	Tissus sains		Inflam légère		Inflam moyenne		Inflam sévère		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-10	9	(75,00)	21	(70,00)	32	(52,50)	17	(26,60)	79	(47,30)
11-20	2	(16,70)	7	(23,30)	21	(34,40)	19	(29,70)	49	(29,30)
21-30	1	(8,30)	1	(3,30)	5	(8,20)	12	(18,80)	19	(11,4)
31-40	0	(0,00)	1	(3,30)	3	(4,90)	10	(15,60)	14	(8,40)
41-50	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	5	(7,80)	5	(3,00)
51-60	0	(0,00)	0	(0,00)	0	(0,00)	1	(1,60)	1	(0,60)
Total	12	(7,20)	30	(18,00)	61	(36,50)	64	(38,30)	167	(100,00)

Il n'existait pas de corrélation entre le nombre d'année de consommation et l'indice gingival (Chi 2=34,79 ; p=0,002).

Tableau XXV : répartition de l'indice de besoins en traitement en fonction du nombre d'année de consommation

Nombre d'année de consommation	Indice de besoins en traitement							
	Saignement Hygiène		Tartre, Détartrage		Poche 4-5mm, Curetage		Paro Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-10	2	(100,00)	74	(50,00)	3	(17,60)	79	(47,30)
11-20	0	(0,00)	43	(29,10)	6	(35,30)	49	(29,30)
21-30	0	(0,00)	17	(11,50)	2	(11,80)	19	(11,40)
31-40	0	(0,00)	9	(6,10)	5	(29,40)	14	(8,40)
41-50	0	(0,00)	4	(2,70)	1	(5,90)	5	(3,00)
51-60	0	(0,00)	1	(0,70)	0	(0,00)	1	(0,60)
Total	2	(1,20)	148	(88,60)	17	(10,00)	167	(100,00)

Il n'existait pas de corrélation entre le nombre d'année de consommation et l'indice de besoin en traitement (Chi 2=16,36 ; p=0,08).

Tableau XXVI : répartition de la perte d'attache clinique en fonction du nombre d'année de consommation

Nombre d'année de consommation	Perte d'attache clinique		
	Oui	Non	Total
0-10	38 (36,90)	41 (64,10)	79 (47,30)
11-20	32 (31,10)	17 (26,60)	49 (29,30)
21-30	13 (12,60)	6 (9,40)	19 (11,40)
31-40	14 (13,60)	0 (0,00)	14 (8,40)
41-50	5 (4,90)	0 (0,00)	5 (3,00)
51-60	1 (1,00)	0 (0,00)	1 (0,60)
Total	103 (61,70)	64 (38,30)	167(100,00)

Il n'existait pas de corrélation entre le nombre d'année de consommation et la perte d'attache clinique ($\chi^2=19,22$; $p=0,001$).

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Le but de l'étude était d'étudier la fréquence des affections parodontales chez les patients tabagiques venus en consultation odontologique au Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Dans notre étude nous avons rencontré des difficultés qui peuvent être considérés comme des limites : le nombre de jours de consultation, la taille de l'échantillon. La taille de notre échantillon n'est pas représentative des patients consommateurs de tabac qui se présentent en consultation au service de Parodontologie du CHU-CNOS.

1. Caractères sociodémographiques

- Selon le sexe :

Dans notre étude, nous rapportons une large prédominance masculine 97,60 % ce résultat est nettement supérieur a ceux de Haïdara AM. au Mali [22] dans une étude sur 5439 sujets recrutés à Bamako avait trouvé 43,86% de fumeurs de sexe masculin contre 2,6% de fumeurs de sexe féminin ; l'enquête de Tessier [16] concernant les pays Nord-africains dans laquelle il rapporte 22% de fumeurs chez le sexe masculin contre 3% chez le sexe féminin et celle de Harries [17] de Nigeria avec 0,3% des patientes qui sont tabagiques contre 15,1% des patients de sexe masculin (ces études n'ont pas été réalisés uniquement sur des fumeurs). Les croyances socioculturelles très vivaces dans notre pays et dans de nombreux pays Africains expliquent cette prédominance masculine. Par ailleurs Akinkugbe AA. et al. [18] dans leur étude ont rapporté une prédominance surtout féminine. Cependant le tabagisme féminin n'est pas négligeable.

- Selon l'âge :

Au terme de l'enquête il ressort que le plus grand nombre de fumeurs (56,89%) était rencontré dans la tranche d'âge de 16 à 35 ans et l'âge moyen était de plus ou moins 36,2 ans. Ce résultat est comparable à celui de Akinkugbe AA. et al. [18] qui ont rapporté les plus grand nombre de fumeurs dans la tranche d'âge 18 - 44 ans.

Une étude faite sur la situation du tabac au Burkina Faso avait conclu que l'âge moyen de fumer la première cigarette est de 15,2 ans [42].

Au cours de l'étude réalisée par MAUSNER et PLATT au Kenya, l'âge moyen relevé était de 12 ans [45].

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que c'est généralement à ces âges que le jeune veut s'affirmer, se faire passer pour <<un adulte>>, s'identifier à ses modèles. Le jeune est convaincu que la cigarette est une preuve de parfaite intégration dans le monde moderne, de l'élégance, de la détente, du passage de l'âge de l'adolescence à l'âge adulte, de la virilité. Elle lui donne de l'assurance, un sentiment de valorisation.

- Selon le niveau d'étude :

Dans notre étude 32,33% de nos patients ont abandonnés les études au niveau fondamental suivi du niveau universitaire 23,95%, les non alphabétisés représentaient 22,16%. SIDIBE B. au Mali [28] a rapporté les patients non scolarisés dans 67,28% des cas

- Selon la profession :

Dans notre étude les ouvriers représentaient la majorité de nos patients avec 47,90 %, ensuite les salariés 28,74%, les femmes au foyer et les retraités ont été les moins représentés avec 1,20%. Ces résultats sont différents de ceux de SIDIBE B. au Mali [28] dont les femmes au foyer représentaient 55,45% des cas.

- Selon le statut matrimonial :

S'agissant du statut matrimonial, les patients mariés viennent au premier rang avec 61,08% suivis des célibataires 38,92% et aucun de nos patients n'était divorcé.

- Selon l'ethnie :

L'ethnie bambara était majoritairement représenté avec 24,55%, suivie des peulhs et les malinkés avec respectivement 17,96% et 16,17% des cas. Par ailleurs SIDIBE B. [28] au Mali dans son étude a rapporté l'ethnie Bambara avec 30,90% des cas suivis des Peulhs avec 25,45% et GANDEGA S. [26] au Mali rapporte l'ethnie Bambara avec 25,6% des cas, suivie des Peulhs et les soninkés respectivement ; 18,3% et 16,30 % des cas.

2. Habitude d'hygiène et mode de vie :

- Selon la fréquence journalière de brossage :

Dans notre étude 64,67% de nos patients se brossaient 1fois /jour ; 29,94% 2fois /jour ; 4,79% 3fois /jour et 0,60% ne pratiquaient aucun brossage. Ce résultat est supérieur à ceux de DIALLO M. [29] et MBENTO G.A au Mali [27] qui ont rapporté respectivement 42,60% et 26,40% des cas de fréquence de brossage une fois par jour.

DIOP O. au Sénégal dans son étude a rapporté que 20,20 % se brossaient 1fois/jour; 32,50 % 2fois/jour ; 11,20% 3fois/jour et 36,10% qui ne pratiquaient aucun brossage [25].

En plus de la fréquence de brossage il a été constaté que la majorité de nos patients n'avait pas une bonne technique de brossage et le moment privilégié de brossage était le matin avant le repas.

- Selon le matériel de brossage utilisé :

La brosse à dent était le matériel le plus utilisé par nos patients avec 74,85%, 18,56% utilisaient le bâtonnet frotte dent et 6,59% de nos patients utilisaient les deux types de matériel. Ce résultat est largement supérieur à ceux de DIALLO M. [29] au Mali, MBENTOG.A au Mali (à Bamako en 2014) [27] et TETMOUN A. au Cameroun (à Yaoundé en 2006) [24] qui ont rapporté respectivement 48,42 %, 31,90% et 95 ,60% des cas de brossage avec la brosse à dent.

- Selon le type de brosse à dents :

La brosse dure était la plus utilisée par nos patients 64,00%, suivi de la brosse medium et souple respectivement 28,00% et 8,00%.

Notre résultat pourrait s'expliquer par l'idée des patients que la brosse dure peut enlever les tâches du tabac et l'ignorance des effets indésirables de la brosse dure sur les dents et le parodonte.

- Selon le rythme de consommation du tabac :

La majorité de nos patients avaient une consommation quotidienne du tabac soit 86,20% et 13,80% consommaient le tabac de façon occasionnelle. Ce résultat est

supérieur à celui de Tanner T. et coll. [19] dans leur étude qui ont rapporté 39,4% des fumeurs quotidiens.

- Selon la fréquence de consommation du tabac :

Les patients consommant le tabac excessivement ont représentés 51,50%, 23,40 % consommaient de façon raisonnable et 25 ,10% de façon faible. Ces résultats sont obtenus de la manière suivante :

De 1 à 10 prise /jour : consommation faible ;

De 10 à 20 prise /jour : consommation raisonnable ;

20 prise ou plus : consommation excessive.

M. EL BIAZE [20] dans son étude a trouvé 72% des fumeurs et ex-fumeurs avaient une consommation journalière d'au moins 20 cigarettes et 64% d'entre eux avaient une durée d'exposition tabagique d'au moins 20 ans.

- Selon la forme de tabac consommé :

Dans notre étude la cigarette était la forme de tabac la plus consommée par nos patients 98,80%, les patients consommant le tabac à chiquer regroupaient 1,20 % des cas. Le nombre élevé de consommateurs de cigarette peut s'expliquer par que le tabac à chiquer est consommé en général par les personnes âgées et dans notre effectif il y a un grand nombre de jeunes.

Par ailleurs le tabac à mâcher et à priser sont associés à un risque accru de 50% de cancer des gencives, des joues et du contour intérieur des lèvres comparé au risque encouru par les personnes ne consommant pas de tabac [11,34].

- Selon le nombre d'année de consommation du tabac :

Nos patients ont consommés le tabac pendant moins de 10 ans dans 47,31% de notre effectif, 29,34% ont consommés dans l'intervalle 11-20 ans. Notons qu'un patient a fumé pendant 56 ans.

Connaissances sur les effets du tabac sur la santé bucco-dentaire :

- Selon la connaissance des effets du tabac sur la santé bucco-dentaire :

Seule 12,00 % de nos patients semblaient connaître les effets du tabac sur la santé bucco-dentaire et 88,00 % ignoraient les effets du tabac surtout bucco-dentaire. L'effet le plus connus par nos patients était la coloration des dents 75,00 %.

3. Caractéristiques cliniques :

-Selon le motif de consultation :

Les motifs de consultation les plus représentés furent respectivement la carie avec 32,34%; la douleur 28,74%, les tartres 12,58%, l'halitose 10,18%. Notons qu'un patient s'est présenté avec une cellulite circonscrite.

Au Mali, Koné S.O [47] a rapporté 39,47% de motif de consultation étaient des maladies parodontales au niveau du Centre hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie (CHU-OS) de Bamako.

Au Mali GANDEGA S. [26] dans son étude rapporte la douleur avec 46,6% ; le saignement 31,4% et la mobilité 10,5% ; différent de ceux de MAGANGA A.P au Gabon ; où la mobilité a représenté le quatrième motif de consultation [23].

- Selon les antécédents médicaux :

Par rapport à l'état général dans notre étude les pathologies rencontrées chez nos patients ont été la gastrite/ulcère 38,32%, suivis du diabète 10,78%, ensuite l'HTA 5,98%. Nos patients n'ayant aucune pathologie représentaient 39,52% des cas. Tandis que SIDIBE B. [28] dans son étude a rapporté des problèmes **gastriques**, suivis des **HTA** avec respectivement (31,81%) et (20,90%).

- Selon l'existence d'antécédents familiaux de maladies parodontales :

Dans notre étude les patients ayant présenté des antécédents familiaux de maladies parodontales étaient de 5,40% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de SIDIBE B. [28] dans son étude qui rapporte 7,27% de patients ayant des antécédents familiaux de maladies parodontales.

-Selon l'indice de plaque :

Dans notre étude la majorité de nos patients avaient une faible hygiène bucco-dentaire 68,90%, ceux avec une hygiène moyenne et bonne représentaient respectivement 23,40% et 7,20% ; notons qu'un patient avait une hygiène excellente soit 0,60%.

-Selon l'indice gingival :

Les patients présentant une inflammation gingivale ont été les plus retrouvés avec 92,80% et 7,20% n'avaient pas d'inflammation.

-Selon la conséquence de l'atteinte parodontale :

Dans notre étude la poche parodontale a été la conséquence la plus observée chez nos patients avec 86,20%, suivi de la perte d'attache clinique et la

récession parodontale avec chacune 61,70%, la mobilité dentaire a été retrouvée dans 51,50% des cas.

-Selon l'indice de besoins en traitement :

Dans notre étude tous les patients avaient besoin d'un traitement parodontal. Ce besoin se répartissait comme suit :

- saignement, hygiène buccodentaire : 1,20% des cas avaient au moins une dent avec saignement,
- tartre, détartrage : 88,60% des cas avaient au moins une dent avec tartre,
- poche parodontale, curetage : 10,20% des cas avaient au moins une dent avec une poche parodontale de 4 à 5mm.

-Selon la consultation chez le chirurgien-dentiste :

Dans notre étude 40,70% de nos patients avaient effectué au moins une visite chez le chirurgien-dentiste et 10,30% des cas avaient bénéficié d'une prise en charge parodontale ; ceux n'ayant pas effectué une visite chez le chirurgien-dentiste ont représenté 59,30%. Ce résultat est inférieur à celui de SIDIBE B. au Mali [28] qui a rapporté 59,09% des cas qui avaient consulté le Chirurgien-dentiste.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre le nombre d'année consommation de tabac et les différents paramètres cliniques comme indice de plaque, indice gingival, perte d'attache clinique et besoins de traitement.

VI. CONCLUSION

Nous avons mené une étude prospective descriptive chez les patients tabagiques de Mai à octobre 2018 dans le but d'étudier les affections parodontales. Une fréquence élevée de ces pathologies a été observée chez nos patients. Les principales sont : l'inflammation gingivale, la poche parodontale et la perte d'attache clinique. Les besoins de traitement parodontaux ont été nombreux. La prise en charge des patients tabagiques doit intégrer le sevrage du tabac et elle est pluridisciplinaire. Des efforts doivent être fournis à tous les niveaux en vue du changement de comportement pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des populations.

VII. RECOMMANDATIONS

Aux autorités :

- Augmenter le prix du tabac pour le rendre inaccessible par le consommateur
- Appliquer la loi d'interdiction de fumer sur les lieux publics

Aux chirurgiens-dentistes :

- Participer à la sensibilisation de la lutte contre le tabac
- Encourager les patients au sevrage du tabac
- Motiver les patients à la consultation bucco-dentaire bi annuelle
- Sensibiliser les patients à la maladie parodontale : ses causes, ses effets, ses relations avec le tabac...
- Participer au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses de la sphère orale.

Au CHU-CNOS :

- Mettre en place au sein du service de parodontologie un service de sevrage du tabac

Aux populations :

- Pratiquer une bonne hygiène bucco-dentaire
- Avoir le réflexe de se faire consulter par un chirurgien-dentiste
- Respecter les conseils prodigués par le chirurgien-dentiste
- Arrêter la consommation du tabac

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Page RC. , Kornan KS. *The pathogenesis of human periodontitis: an introduction periodontol*, 2000. 14:9-11.
2. Nishihara T, Koseki T. *Microbial etiology of periodontitis.Periodontol*. 2004. 2000 36(1):14.
3. Loe H., Silness J. *Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity*. 1963. 21:533-551.
4. Kamagate A., Coulibaly NT. , Kone D., Brou E., Bagayoko LR. *Les prévalences des parodontites en Afrique noire : influences des facteurs socio-economiques et habitudes culturelles*. 2001 juin, 24:37-41 Revue: Odontostomatologie tropicale = Tropical dental journal
5. Secci G., *Manuel d'hygiène bucco-dentaire destiné à la formation de prophylaxies*. 2006/2007 N°1 p21.
6. Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J,Sardi-infirri J. *Development of the World Health Organisation (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN)*. s.l: Int Dent J., 1982. 32:281-291.
7. Bergstrom J., *Oral hygiene compliance and gingivitis expression in cigarette smokers*. s.l: Scand Dent Res, 1990. 98:497-503.
8. Buyle-Bodiny. *La prise en charge du patient tabagique*. s.l: Inf Dent, 2004. 86:81-83.
9. Prevention. (2004), Centres for Disease Control and. *Smoking and Tobacco Use: 2004 Surgeon General's Report*. Retrieved March28, 2011 from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm. 2004.

10. Neville BW. And Day TA. (2002). *Oral Cancer and Precancerous Lesions. CA: A Cancer Journal for Clinicians.* s.l: doi:10.3322/canjclin.52.4.195., 2002. 52,195-215.
11. Society. (2011), Canadian Cancer. *Riskfactors for oral cancer.* s.l: Canadian Cancer Encyclopedia.Retrieved June 16, 2011 from http://info.ca/cce-ecc/default.aspx?Lang=E&cceid=6610&sc_lang=en, 2011.
12. Association. (1995-2011), American Dental. *Oral Health Topics: Smoking and Tobacco Cessation.* s.l: Retrieved March 28, 2011 from <http://www.ada.org/5170.aspx?currentTab=1>, 2011.
13. Santé Canada, Affections gingivales. *Votre santé et vous.* s.l: Retrieved March 28, 2011 from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyhvsv/diseases-maladies/gum-gingivales-fra.php>, 2011.
14. Canada. (2009), Health. *The Effects of Oral Health on Overall Health.* s.l: Retrieved March 28, 2011 from: <http://www.hcsc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/dent-eng.php>, 2011.
15. Abu-Ta'a, Mahmoud. *The effects of smoking on periodontal disease: An evidence-based comprehensive literature review.* s.l: Journal of Stomatology, 2014. 4(2014)33-41.
16. Tessier JF, Freour P, Nejari C, Belougne D, Crofton JW. *Smoking behaviour and attitudes of medical students toward smoking and anti-smoking campaigns.* s.l: a survey in 10 African and Middle Eastern countries. Tobacco Control, 1992. 1:95-101.

17. Harries AD, Chugh KS, Neumann T. *Smoking habits and disease patterns amongst hospital patients in north-east. Nigeria* : J Trop .Med Hyg, 1986. 89:37-41.
18. Akinkugbe AA, Sanders AE, Preisser JS, Cai J, Salazar CR, Beck JD. *Environmental tobacco smoke exposure and periodontitis prevalence among nonsmokers in the hispanic community Health Study/Study of Latinos*. s.l: Community Dent Oral Epidemiol 2017 A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd, 2016. 45:168-177 .
19. Tanner T., Pakkila J., Karjalainen K., Kamppi A., Jarvelin M-R, Patinen P. *Smoking, alcohol use, socioeconomic background and oral health among young Finnish adults*. s.l: Oral Epidemiol, 2015. 43:406-414.
20. El biaze M, Bakhatar A, Bartal M, El Meziane A, Yazidi AA, Yassine N. *Connaissances, attitudes et comportements de patients vis-à-vis du tabagisme au Maroc*. Maroc : Rev Mal Respir, 2000. 17:671-7.
21. Underner M, Maes I, Urban T, Meurice J C. *Effets du tabac sur la maladie parodontale*. s.l: Rev Mal Respir, 2009. 26: 1057-73.
22. Haidara AM., *Le tabac et les intoxications des fumeurs : Propositions et moyens de lutte contre le tabagisme au Mali*. *Thèse Med*. Bamako : FMPOS, 1981.
23. Maganga A. P., *Les raisons d'extractions dentaires au Gabon*. Dakar Université Cheikh Anta Diop. *Thèse Chir Dent*. Dakar : FMPOS/UCAD, 2003.
24. Tetmoun A., *Etat parodontal et infection par le VIH : Etude chez 90 malades observés à l'hôpital militaire de Yaoundé(Cameroun)*. *Thèse Chir Dent*. Dakar : FMPOS/UCAD, 2006.

25. Diop O., Etude épidémiologique de l'état parodontal de patients porteurs d'une affection cardio-vasculaire au Centre Univertaire Aristide Le Dantec de Dakar. *Thèse Chir Dent*. Dakar : FMPOS/UCAD, 2007.
26. Gandega S. Les maladies parodontales au Centre Hospitalier Universitaire Odontostomatologie à propos de 153 cas. *Thèse Med*. Bamako : FMPOS, 2013.
27. Mbento G.A. Etat bucco-dentaire des personnes infectées par le VIH/SIDA dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU Point G : 126 cas. *Thèse Med*. Bamako : FMPOS, 2013.
28. Sidibe B. Evaluation des besoins de traitements parodontaux des patients diabétiques du CNLD de Bamako 110 cas. *Thèse Chir Dent*. Bamako : FMOS, 2014.
29. Diallo M. Etat parodontal et affections respiratoires au service de pneumologie-physiologie du CHU Point G : 126 cas. *Thèse Chir Dent*. Bamako : FMOS, 2016.
30. Reich E., *Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe*. s.l: Int Dent, 2001. 51(6 suppl 1): 392-398.
31. Aide-mémoire Lépidémie de tabagisme. *Dimensions sanitaires Aide-mémoire*. 1997. N°155.
32. Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Bragger U, Hammerle CH, Brochut P. *Tabagisme et parodonte*. s.l: Int Dent, 1998. 80:2199-2214.
33. Tobey NA, Schreiner VJ. Readling RD, OrlandoRC. *The acute effects of smokeless tobacco on transport and barrier function of buccal mucosa*. s.l: Int Dent Res, 1988. 67:1414-1421.

34. Cullen JW. , Blot W., Henning Field, Boyd G., Mecklenburg R., and Massey MM. *Health consequences of Using Smokeless Tobacco: Summary of the advisory Committee's Report to the Surgeon General*. s.l: Public Health Report, 1986. 101:355-373.
35. Brochut P, Cimasoni G. *Tabagisme et parodonte.Mécanismes pathogéniques et difficultés thérapeutiques*. s.l: Int Dent, 1998. 80:3163-3186.
36. *Tabac/Cavité Buccale*. s.l: En ligne disponible sur <http://www.respir.com/doc/abonne/pathologie/tabac/TabacCavitéBuccale.ap>, 2009.
37. Thera JP., *Epidemiologie de la carie dentaire chez les scolaires de 12 ans à l'école fondamentale de boukassoumbougou. Thèse Med*. Bamako: FMPOS, 1998.
38. Johnson GK. , Slach NA. (2001 April). *Impact of Tobacco Use on Periodontal Status*. s.l: Journal of Dental Education, 2001. 64(4) ,313-321.
39. OMS. *Epidemie de tabagisme : bien plus qu'un problème de santé*. En ligne disponible sur <https://www.cqct.qc.ca>.
40. Yasukawa K, Davido N. *Medecine orale et chirurgie orale-Parodontologie*. s.l: éditeur Maloine. En ligne disponible sur <https://www.unitheque.com>.
41. Wilkins EM., *Prévention et traitement en hygiène dentaire*. Québec : disponible sur AbeBooks.fr Gaetan Morin, 1991. 746p.
42. Vivant (A.), Ambroise. *Le tabagisme chez les collégiens,étude de quatre collègues Lorrains*. 1999-2000. En ligne disponible sur <https://www.keneya.net> thèse med.

43. Cornier S., Largue G. *La nicotine : une substance psycho-active ; un produit dopant*. s.l: Presse medicale 25 ; N°16, 1996. Disponible sur <https://books.google.ml>.
44. Tarragano H, ILLouz B, Moyal P, Ben Slama L. *Cancers de la cavité buccale : du diagnostic aux applications thérapeutiques*. s.l: JPIO, 2008. En ligne disponible sur <https://www.unitheque.com>.
45. OMS. *Journée mondiale sans tabac*. s.l: fiche d'information n°5, 31 Mai 2000. En ligne disponible sur <https://fr.m.wikipedia.org>.
46. Cancer-Accueil. Available from, Institut National Du. s.l: En ligne disponible sur <http://www.e-cancer.fr/>.
47. Koné S.O, Maladies parodontales au Centre Hospitalo-Universitaire d'Odonto-Stomatologie: à propos de 133 cas. *Thèse med*. Bamako : FMPOS, 2008.

ANNEXE

1. FICHE D'ENQUETE

IDENTIFICATION

Age : sexe : ethnique :

Niveau d'études :

Fondamental secondaire universitaire

Profession :

Statut matrimonial :

EXAMEN CLINIQUE :

ETAT GENERAL

Antécédents médico-chirurgicaux:

Cardiopathies Diabète Drépanocytose Epilepsie Obésité

RAA HTA Gastrite/ulcère Allergie Autres pathologies

Antécédents familiaux de maladies parodontales Oui Non

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE et MODE DE VIE :

Fréquence de Brossage journalière : 0 1 2 3

Matériels de brossage :

Bâtonnet frotte dents Brosse à dents

Type de brosse à dents : Souple medium Dure

Technique de brossage : Bonne Mauvaise

Moment du brossage : Matin avant le repas après le repas

 Midi avant le repas après le repas

 Soir avant le repas après le repas

Consommation du tabac

Fumez-vous d'une manière : occasionnelle quotidienne

Comment jugez-vous votre consommation de tabac : excessive raisonnable
faible

Que fumez-vous : cigarette cigare pipe Tabac à chiquer Autres

Combien de prise par jour :

Nombre d'année de consommation :

Consultation chez le Chirurgien-dentiste : Oui Non

Motif de consultation :

Douleur Carie Halitose Mobilité Saignement

Fluorose Tartre Esthétique Migration référé

Consultation Systématique Autres

Prise en charge parodontale : Oui Non

Connaissance des effets du tabac sur la santé bucco-dentaire : Oui Non

Si oui quels effets connaissez-vous :

EXAMEN BUCCAL

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

INDICE D'HYGIENE : Indice de plaque (SILNESS et LOE, 1964)

0= pas de plaque

1= plaque visible en raclant

2= plaque visible à l'œil nu

3= dépôts importants

FACE VESTIBULAIRE

	0	1	2	3
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FACE LINGUALE

36	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MOYENNE

ETAT PARODONTAL

INDICE GINGIVAL : Indice de plaque (LOE et SILNESS, 1963)

0 = Gencive saine

1 = Inflammation légère

2 = Inflammation modérée (Hémorragie au sondage)

3 = Inflammation sévère (Hémorragie spontanée)

FACE VESTIBULAIRE

	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FACE MESIALE

12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
42	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
36	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**FACE LINGUALE OU
PALATINE**

11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
31	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
41	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Moyenne	<input type="text"/>			

Mesures des profondeurs de poches (PP) et des pertes d'attache clinique (PAC)

Dent		16			12			11			21			22			26		
	sites	3	2	1	3	2	1	3	2	1	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PAC																		
	PP																		
	R																		
	sites	6	5	4	6	5	4	6	5	4	4	5	6	4	5	6	4	5	6
	PAC																		
	PP																		
	R																		

Dent		46			42			41			31			32			36		
	sites	3	2	1	3	2	1	3	2	1	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	PAC																		
	PP																		
	R																		
	sites	6	5	4	6	5	4	6	5	4	4	5	6	4	5	6	4	5	6
	PAC																		
	PP																		
	R																		

Mobilité dentaire : Oui Non

Indice CPITN

Indice de besoin en traitement CPITN

0 = parodonte sain pas de traitement

1 = saignement ; hygiène bucco-dentaire

2 = tartre ; détartrage

3 = Poche parodontale 4 – 5 mm ; curetage

4 = poche \geq 6 mm ; traitement complexe

[16-14]	[13-23]	[24-26]
[46-44]	[43-33]	[34- 36]

2. FICHE SIGNALETIQUE

Nom : BERTHE

Prénom : Binta

Année de soutenance : 2019

Titre de thèse :

Affections parodontales chez le patient tabagique au service de parodontologie du CHU-OS de Bamako.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie; Bibliothèque du CHU d'Odonto-Stomatologie

Secteurs d'intérêt : Parodontologie ; Odonto-Stomatologie.

3. RESUME

Notre étude a été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire Centre National d'Odonto-Stomatologie. Elle avait pour but d'étudier la fréquence des affections parodontales. C'est une étude descriptive transversale allant de Mai à Octobre 2018 chez les patients tabagiques ayant consulté au CHU-CNOS précisément au service de parodontologie.

L'étude a concerné les deux sexes dont 97,60 % de sexe masculin avec un sex ratio M/F =40 ,75.

La tranche d'âge la plus touchée par le tabagisme est celle de 16-35 ans (56,89%). La majorité des patients consomment de la cigarette dans (98,83%).

Quant aux habitudes d'hygiène l'étude a montré que 64,67% des patients se brossaient insuffisamment les dents (1fois/jr matin avant le repas), le matériel utilisé était de la brosse à dent dure dans 64,00 % et 0,60% des cas ne pratiquaient aucun brossage.

Les patients de notre étude présentent une maladie parodontale (inflammation légère à sévère) dans 92,80 %. La conséquence de l'atteinte parodontale la plus observée était la poche parodontale avec 86,20% des cas.

L'évaluation du besoin de traitement parodontale a révélé que le détartrage était un besoin de traitement pour 88,60 % de nos patients.

Mots clés : affections parodontales ; tabac ; CHU-CNOS ; hygiène buccale.

4. SERMENT d'HYPPOCRATE

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.

Admise 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 les 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE