



**Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie-FMPOS**

Année Universitaire 2007 – 2008

Thèse N° ____/2008

TITRE

**Indice CAO et Fréquence Globale de la Carie
Dentaire au Cabinet 12 du CHUOS de BAMAKO**

Présentée et soutenue le...../...../200 devant la Faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odonto – Stomatologie

Par M. Sibiri Traoré

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine diplôme d'Etat

JURY

Président du jury: Professeur Mamadou Lamine Diombana

Membre : Docteur Seydou Sountoura

Co-directeur de thèse: Docteur Oumar WANE

Directeur de thèse : Professeur Alhousseini AG Mohamed

DEDICACES

A ALLAH, le tout puissant pour la réalisation de ce travail

A NOTRE PÈRE Feu YACOUBA

Les formulations nous manquent pour vous exprimer nos sentiments.

Vous avez su créer en nous l'amour du travail bien fait, et vous nous avez aussi appris que le travail assure l'indépendance. Vos infatigables conseils ont porté fruit.

Vous nous avez éduqué avec rigueur mais aussi avec amour ; sans vous, nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Votre ferme volonté de nous voir réussir et votre grand soutien, ont fait de vous des dignes parents.

Nous aurions aimé que vous soyez parmi nous aujourd'hui pour voir ce que vos efforts ont fait de nous, mais telle n'était pas la volonté de Dieu et il en a décidé autrement.

Votre absence parmi nous aujourd'hui est un vide à jamais qui ne pourra être comblé. Mais vous pouvez dormir en paix, nous vous promettons d'être à la hauteur de vos attentes.

Que Dieu vous récompense par son Paradis.

A NOTRE MERE MARIAM DIARRA

Vous avez guidé nos premiers pas, vous nous avez donné l'éducation et l'affection qu'il faut pour un fils

Grâce à votre courage et à votre détermination nous n'avons pas connu l'orphelinat.

Vous avez toujours été là à nous donner des conseils et à nous encourager tout au long de notre étude.

Nous souhaitons pour vous une longue vie pleine de joie, de bonheur et de prospérité. Puisse Dieu nous donner l'occasion de vous remercier assez.

**A MON GRAND FRERE SOULEYMANE et A MA GRANDE SŒUR
DJENEBOU**

Du primaire au supérieur vos soutiens tant matériels que moral ne nous ont jamais fait défaut.

Votre souci constant pour la bonne finition de nos études l'atteste.

Grâce à vous notre orphelinat n'a été qu'éphémère.

Votre sens élevé de la fraternité et votre détermination à assurer un bien être social pour les membres de votre famille font de vous des parents exceptionnels à imiter.

Puisse Dieu nous permettre d'être une fierté pour vous. Puisse le Tout Puissant resserrer nos liens davantage.

A MES ONCLES et TANTES, MES MERES et GRAND-MERES

Nous n'avons pas cité de nom pour ne pas en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis notre jeune âge.

A MES FRERES ET SŒURS, A MES COUSINS ET COUSINES

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de nous apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de nos sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix et nous espérons et souhaitons qu'elle restera toujours un lien sacré pour nous.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons toujours unis et soyons à la hauteur de nos parents.

Ce travail est l'occasion pour nous de vous dire à quel point vous nous êtes chers.

Que Dieu renforce nos liens.

A MR DIOMAN BAGAYOKO

Merci pour le soutien moral et matériel et la qualité exceptionnelle des relations qui ne nous ont jamais fait défaut tout au long de nos études médicales. Vous avez été d'un apport capital à la réalisation de ce travail.

Les mots nous manquent aujourd'hui pour vous témoigner toute notre reconnaissance. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MON AMI ALIOU M TRAORE,

Cher ami à la longue je commençais à considérer notre amitié comme une fraternité.

Tu m'as aidé à surmonter tous les obstacles que j'ai croisés dans ma vie sur le plan scolaire et social depuis qu'on s'est connu.

Ton apport dans ce travail et dans ma vie est d'une valeur incommensurable.

Mon souhait le plus ardent est la réalisation de tous tes vœux qui peuvent contribuer en ton bonheur.

. Que notre AMITIÉ soit pérennisée à jamais et qu'elle soit la plus enviée.

A, MON AMI ET ONCLE MAMADOU

MERCI pour tout, Que dieu fasse que je ne sois jamais ingrat envers toi.

REMERCIEMENTS

A L'AFRIQUE TOUTE ENTIÈRE

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A NOTRE PAYS NATAL, LE MALI :

Tu nous as vu naître, grandir, et tu nous as permis de faire nos premiers pas vers l'acquisition d'une instruction meilleure. Tu nous as donné un savoir incommensurable. Comme l'a dit l'autre : *«... c'est à moi de faire la gloire de ce pays, je le bâtirais à mon image ; il sera le plus beau, une terre d'accueil, d'humanité et d'hospitalité. Ma chère patrie, je ferai de toi la plus enviée du monde. »*

A TOUS NOS ENSEIGNANTS DU 1^{ER} ET 2⁰ CYCLES, ET DU LYCEE

Merci pour nous avoir initié aux études.

A LA FMPOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour notre vie. Nous ferons ta fierté partout où nous serons.

Remerciements infinis.

A TOUT LE CORPS PROFESSORAL DE LA FMPOS

Pour l'enseignement de qualité et l'initiation professionnelle qu'ils nous ont donné. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

À TOUS NOS AMI(ES), nous éviterons de citer des noms car la liste ne sera pas exhaustive ;

Vous avez été présents au carrefour de tous les événements marquant notre vie active. Vos collaborations ont été franches et constantes et vos soutiens ne nous ont jamais fait défaut. Ce travail est aussi le vôtre. Trouvez ici l'expression de nos considérations les plus sincères.

À MME DEYOKO OUMOUHANI BAMANU ASSISTANTE MEDICALE AUCHUOS

Vous nous avez accueilli à bras ouverts dans votre service.

En vous côtoyant réellement nous avons été émerveillés par votre courtoisie et votre disponibilité. Vous avez notre admiration pour vos qualités de responsable maniant avec maîtrise extraordinaire la simplicité et la rigueur.

AUX MEDECINS DU CHUOS, AUX ASSISTANTS MÉDICAUX DU CHUOS :

Vous avez été d'un grand apport dans notre formation. Merci pour la qualité de l'encadrement, les conseils et la franche collaboration.

Nous formulons des vœux pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

AUX ETUDIANTS HOSPITALIERS DU CHUOS :

KONE Chaka, KONE Sekou, KEITA Nambala, CAMARA Sali, SINA OUMAR KONE, BERTHE Drissa, DEMBÉLÉ Amadou, KAMATE Ezékiel, TRAORE Soungalo, Yaya DISSA, Dr. DOUMBIA Issa, COULIBALY Dramane, Rébéka GOÏTA, Dr. DAO Moussa et tous ceux dont les noms ne sont pas mentionnés.

Merci pour la chaleur, la confiance, l'estime et la qualité de la collaboration tout au long de ces stages hospitalier.

Puisse Dieu exhausser vos vœux les plus intimes.

AUX INFIRMIERS, INFIRMIERES et AIDES SOIGNANTES DU CHUOS:

AU PERSONNEL DU BUREAU DES ENTREES :

AU PERSONNEL DE LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE :

A LA BIBLIOTHECAIRE

AU SECRÉTARIAT DE LA DIRECTION DU CHUOS :

AUX AGENTS DE GARDIENNAGE

AUX CHAUFFEURS, AUX MANŒUVRES et AUX CUISINIÈRES DU CHUOS :

Merci pour la disponibilité constante et la franche collaboration.

Nous formulons des vœux de bonheur et de santé pour vous et pour vos familles respectives.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE DU CHUOS :

Merci pour les conseils et pour tous les services rendus.

A NOS AMIS DU GRIN : Fassega Sissoko , Drissa Camara, Daouda Magassouba, Abdoulaye Coulibaly, Sidiki Diallo,

A NOS AMIS ET COLLEGUES DE LA FACULTÉ :

En souvenir d'agréables moments passés ensemble. Nous serons toujours ensemble.

A TOUS LES ETUDIANTS DE LA FMPOS.

Courage et succès.

A TOUT LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE ALLAMA A KATI SANANFARA

Merci de nous avoir bien accueillis et m'accepter chez vous.

AUX FAMILLES : TRAORE, DIARRA, SISSOKO, MAGASSOUBA à Djicoroni Para

Merci pour le soutien matériel et moral et les bénédictions qui ne nous ont jamais fait défaut tout au long de nos études médicales.

Puisse Dieu vous apporter paix, santé et prospérité.

A TOUS LES PATIENTS AYANT SUBI UNE OU DES CONSULTATION(S) AU CABINET 12 DU CHUOS plus particulièrement ceux ayant été sélectionnés dans cette étude :

Bonne santé. Heureuse et longue vie.

A TOUS CEUX QUI N'ONT PAS RETROUVE LEURS NOMS ICI et qui ont contribué pleinement ou d'un clin d'œil à la réalisation de ce travail.

Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

HOMMAGES

AUX MEMBRES DU JURY

À notre maître et président du jury

Professeur Mamadou Lamine DIOMBANA

Professeur d'Odonto-Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale.

Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie (CHUOS) du Mali.

Chef du service de stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale du CHUOS

Ancien chef du service de Stomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale de l'hôpital de Kati.

Ancien vice-président du 1^{er} Conseil National de l'Ordre des Médecins et Pharmaciens du Mali de 1986 à 1990.

Membre du Conseil National et du comité Exécutif de l'Ordre National des Médecins du Mali de 1990 à 1993.

Membre du conseil d'administration de l'Hôpital de Kati de 1992 à 2006

Membre Bienfaiteur de l'Association Malienne Raoul Follereau.

Membre Bienfaiteur de l'Association Malienne Solidarité Sida.

Membre du Comité de Gestion de l'Hôpital National de Kati de 1992 à 2006.

Cher Maître, l'assiduité, la ponctualité, et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un guide à qui nous demandons la lumière pour aller vers le savoir ultime dans la recherche.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleure l'école malienne d'odonto-stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale qui vient de voir le jour sous votre impulsion.

À notre maître et juge : DOCTEUR SEYDOU SONTOURA

- Président de la commission médicale d'établissement CHUOS
- Chef du service d'odontologie

Cher Maître, nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous de souligner vos qualités de bon praticien, votre rigueur scientifique, votre disponibilité pour la jeune génération que nous sommes, votre dynamisme et votre franchise ainsi que votre qualité d'homme simple, faisant de vous un maître admiré et respecté.

Vous incarnez l'espoir de la jeunesse au sein de cette nouvelle filière d'odontostomatologie qui vient de voir le jour à l'université de Bamako.

Recevez ici cher maître, notre reconnaissance et notre plus grand respect.

Puisse le Tout puissant nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force, le courage et la chance de suivre vos pas.

À notre maître et Co-directeur de thèse :

DOCTEUR OUMAR WANE

- Spécialiste en odontologie conservatrice
- Chef de service de l'odontologie conservatrice
- Membre de la commission médicale d'établissement CHUOS

Cher Maître, nous vous remercions de votre confiance en acceptant de nous confier un travail aussi important. Il est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité, de modestie et du travail bien fait.

Votre caractère sociable, votre amour de la médecine font de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots nous manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de faire de nous des futurs bons médecins. Plus qu'un chef, vous êtes pour nous un guide et un père. Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude, merci infiniment.

À notre maître et Directeur de thèse : ***Professeur Alhousséini AG MOHAMED***

Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) et de Chirurgie cervico-faciale ;

Chef du service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré ;

Ancien Vice Doyen de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) du Mali ;

Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins du Mali ;

Chevalier de l'Ordre National du Mali ;

Chevalier de l'Ordre National du Lion du Sénégal ;

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Homme de science réputé et admiré par tous, nous avons été très impressionné par votre simplicité, votre qualité de pédagogue et votre grande disponibilité.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement, votre rigueur dans la démarche scientifique et surtout votre souci constant du travail bien fait, votre courtoisie et votre simplicité font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Veillez accepter, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Que le TOUT PUISSANT vous garde longtemps encore auprès de nous. Amen !

S O M M A I R E

<u>I/INTRODUCTION</u>	1
A/Préambule	2
B/Intérêt	3
Generali tes	4
A/Rappels embryologiques	4
B/Rappels anatomique	6
C/La carie dentaire	30
1 : Définition	30
2 : Rappels sur les facteurs étiologiques de la carie dentaire	30
3 : Les facteurs favorisants	31
4 : Evolution	32
5 : clinique	34
6 : Les complications	38
7: Le traitement de la carie dentaire	40
D/Objectifs	44
<u>II/ PATIENTS ET METHODE</u>	45
➤ Cadre d'étude et lieu	
➤ Type d'Etude	
➤ Echantillon	

- **Type de recrutement**
- **Critères : inclusion et exclusion**
- **Examen clinique**
- **Indicateur**
- **Traitement**
- **Suivi**
- **Résultat**

III/RESULTATS.....48

- **Saisie et Analyse des données**
- **Calculs statistiques**

IV/COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....62

V/CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....65.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....69

RESUME.....73

ANNEXES.....74

FICHE D' ENQUETE.....75

FICHE ANALYTIQUE.....78

SERMENT D'HIPPOCRATE.....79

II INTRODUCTION

A/PREAMBULE

La carie dentaire serait apparue au Néolithique avec la consommation des farines produites suite à la domestication des céréales. Cette période du Néolithique (qui débute il y a 7 000 ans pour la France) se caractérise par la sédentarisation de populations jusqu'alors nomades et par un passage d'une économie de prédation à une économie de production.[6]

La carie dentaire, fléau mondial, pose un problème de prise en charge dans les pays en voie de développement où le coût des soins est trop élevé pour la population qui en générale consulte très tardivement les centres de soins dentaires[2]

Parmi les multitudes théories sur la carie dentaire voire celle interne de **Fors Hund**, celle protéolytique de **Gottlieb**, celle de chélation de **Schatz** et celle chimico-bactérienne de **Miller**; c'est surtout cette dernière qui est la plus communément admise aujourd'hui (la carie dentaire est un processus chimico-parasitaire au cours duquel il y a une déminéralisation de l'émail conduisant à sa destruction. L'acide provoquant cette déminéralisation proviendrait de la fermentation des hydrates de carbone dans les sillons dentaires) [18]

L'OMS souligne que "les effets des maladies bucco-dentaires : douleur, souffrances, dysfonctionnements et baisse de la qualité de la vie - sont nombreux et coûteux".

Les systèmes de santé bucco-dentaire doivent être orientés sur les soins de santé primaire et la prévention".

Le suivi de l'état de santé bucco-dentaire au moment de l'enfance et de l'adolescence est un facteur essentiel pour prévenir les complications à l'âge adulte. Le seul brossage des dents par l'enfant n'est pas suffisant, l'acquisition des connaissances en matière d'hygiène bucco dentaire est indispensable. L'indice CAO (dent cariée, absente, obturée), bien connu des chirurgiens-dentistes, est l'indice qui sert à mesurer l'incidence de la maladie carieuse dans la population. Cet indice se calcule en totalisant le nombre de dents cariées, absentes et obturées sur le nombre de sujet examine.

La France a ainsi nettement devancé les objectifs de l'OMS, en 1993 l'objectif de l'an 2000 avait déjà été atteint. Cet indice est mesuré depuis 1938, mais on a peu d'information quand à son niveau dans les décennies qui ont précédé sa mise en œuvre.
[5]

B/INTERET

Selon le docteur Catherine Le Galès-Camus, sous-directeur général de l'OMS : "*on croit que la carie dentaire ne pose plus de problème dans les pays développés, alors qu'elle touche 60 à 90 % des enfants d'âge scolaire et la grande majorité des adultes*".

La carie dentaire reste l'une des maladies les plus répandues du monde contemporain. Jusqu'à il y a peu, pratiquement chaque être humain avait au moins eu une carie dentaire dans sa vie. Aujourd'hui pourtant, nombreuses sont les personnes qui n'ont pas de caries et en Occident, l'incidence des caries dentaires a baissé de 40 à 60%. La plupart des pays développés et de nombreux pays non industrialisés se situent maintenant bien en dessous de la barre des moins de 3 dents cariées, manquantes ou plombées par enfant de 12 ans, fixée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

La carie et ses conséquences touchent 98,8 % de la population adulte avec en moyenne 14 dents atteintes par sujet, c'est-à-dire la moitié des organes dentaires.

Les parents, les enseignants, les médecins et infirmières scolaires, les professionnels de santé, les services sociaux d'hygiène et de santé des collectivités territoriales doivent participer à l'éducation des enfants en matière de promotion de l'hygiène bucco-dentaire et des mesures prophylactiques (alimentation)

Les actions concomitantes de prévention et d'hygiène bucco-dentaire permettent une sensibilisation du public. [3]

Au Mali le Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie (CHUOS) est l'une des structures spécialisées dans la prise en charge des caries dentaires et dans la gestion des complications. Ses cabinets dentaires mettent tout leur savoir-faire au service de la population pour prévenir ses complications.

Au Mali la carie dentaire est une pathologie très fréquente (96.89% des patients avec un indice CAO à 7.97 dans l'étude de DIOMBANA M. L. et NIAMBELE B). [4] c'est ce qui nous montre l'intérêt de ce travail qui permettra en plus d'avoir un aperçu sur l'état bucco- dentaire des patients fréquentant le cabinet 12 du Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie (C HUOS) de Bamako.

GENERALITES

A/RAPPELS EMBRYOLOGIQUES :

Sur le plan ontogénique, la présence des dents sur l'arcade procède de deux phénomènes qui se succèdent dans le temps, même si quand le deuxième commence, le premier n'est pas encore terminé. Le premier phénomène est celui de la formation dentaire qui crée la dent et l'amène sus la gencive. Le deuxième est celui qui fait sortir la dent dans la cavité buccale, c'est l'éruption dentaire ou dentition.[9]

1- Embryologie faciale :

L'embryologie dentaire commence avec celle faciale. Elle se produit au niveau d'un seul des trois feuillet qui constituent l'embryon, le feuillet ectoblastique.[9]

Au début de la **quatrième semaine**, l'extrémité céphalique de l'embryon est grossièrement arrondie. Peu à peu, se développent des renflements (bourgeons faciaux) qui s'organisent autour d'une dépression : *le stomeum* (bourgeon primitive), provisoirement obturé par la membrane pharyngienne. Ces bourgeons sont constitués de tissu mésenchymateux (au sein duquel se développent les structures cartilagineuses, musculaires et osseuses) et d'un revêtement épiblastique.

Vers la **cinquième semaine** on distingue :

. Le bourgeon frontal, médian, présentant latéralement trois paires de différenciation épithéliale : les placodes olfactives, optiques et otiques. Ce bourgeon donnera à partir de la **sixième semaine** les bourgeons nasaux internes et les bourgeons nasaux externes droits et gauches, séparés par le processus nasofrontal.

. Les deux bourgeons maxillaires.

. Les deux bourgeons mandibulaires ou maxillaires inférieurs issus du premier arc branchial.

Ces bourgeons se modifient en forme et en volume et s'organisent autour des placodes sensorielles et du stomeum. Ils tendent à fusionner par phénomènes de confluence et soudure jusqu'au **troisième mois**. Si une anomalie survient à cette période il existera une malformation.

Le cloisonnement de la bouche primitive se fait par la fusion sur le plan médian des bourgeons nasaux et maxillaires supérieures, qui vont former à la partie antérieure de la bouche primitive le palais primaire vers la **septième semaine**.

En même temps, se développent une lame médiane (la cloison nasale) et deux lames latérales (les processus palatins) qui fusionnent pour former le palais secondaire après abaissement de la langue entre la **septième** et la **dixième semaine**. [10]

2- Embryologie dentaire

L'embryologie du système dentaire est indissociable de celle céphalique notamment celle faciale.

Au niveau de la face, et plus précisément au niveau des parois du stomodeum future cavité buccale, deux groupes de cellules ectodermiques vont contribuer à la formation de la dent. Il s'agit de cellules épithéliales d'une part et de cellules mésenchymateuses issues de la crête neurale d'autre part, qui interagissent. Cette notion d'interaction épithélio-mésenchymateuses au cours de l'odontogenèse avait été évoquée dès 1981 par **Thesleff** [11], puis caractérisée par **Ruch** [12] comme le mécanisme responsable de la morphogenèse et de la cytodifférenciation.

Ces phénomènes aboutissant à la formation de la dent débutent à partir de l'épithélium tapissant le stomodeum, épithélium où des épaisissements (ou bourgeons dentaires) apparaissent vers le deuxième mois. Ces épaisissements vont ensuite s'enfoncer dans le mésenchyme sous-jacent, pour réaliser une structure cellulaire, la lame primitive ou «mur plongeant».

Cette lame va émettre un prolongement médial, la lame dentaire, qui va ensuite laisser place à la coiffe épithéliale (épithélium dentaire), structure en forme de cupule présentant deux versants ou couches cellulaires, une couche médiale ou épithélium adamantin médial et une couche latérale ou épithélium adamantin latéral. Sous cette cupule de cellules épithéliales, le mésenchyme se condense (papille dentaire), préfigurant la pulpe.

À terme, la cupule épithéliale aboutira à la formation de l'émail, grâce à la prolifération de ses cellules, les adamantoblastes.

De même, le bourgeon mésenchymateux (ecto-mésenchymateux) aboutira à la formation de la dentine (ivoire) par la prolifération de ses cellules, les odontoblastes.

En fait cela n'est pas aussi simple car chaque structure interagit avec la structure adjacente et toute anomalie de l'une retentira sur l'autre.

Enfin, la formation de la racine dentaire est produite par la prolifération de la couche odontoblastique, prolifération qui s'étend de la couronne en direction de l'apex de la dent, en réalisant une gaine épithéliale (gaine de Hertwig).

B/RAPPELS ANATOMIQUES

I/ La cavité buccale : [8] (Fig.1)

Elle forme la première cavité du tube digestif. Limitée en avant par le sphincter labial, la cavité buccale s'ouvre en arrière sur l'axe aéro-digestif du pharynx.

Elle possède des faces et deux orifices.

1- limites : elles sont

- . En avant, les **lèvres supérieure et inférieure** ;
- . Latéralement, **les joues** ;
- . En bas, **la langue et la région sublinguale**
- . En haut, **le palais** qui se divise en un palais osseux et un palais mou ou voile du palais, dont le bord supérieur, libre, présente en son milieu un prolongement conique, **la luette**. Sur le voile du palais, apparaît l'empreinte du crochet de l'aile interne de **l'apophyse ptérygoïde**, en dedans et en arrière de la tubérosité mandibulaire. De la luette partent deux replis muqueux, les piliers du voile du palais (piliers antérieur et postérieur) entre lesquels siègent les **amygdales palatines**.

2- Orifices : ils sont au nombre de deux :

. L'orifice antérieur, buccal, fait communiquer la cavité buccale avec l'extérieur. Il est limité par les lèvres.

. L'orifice postérieur ou **isthme du gosier**, fait communiquer la cavité buccale avec la portion buccale du pharynx. Cet orifice est limité par le voile du palais, le pilier Antérieur du voile et la face dorsale de la langue.

3- Contenu de la cavité buccale :

Il est subdivisé en deux parties par les arcades alvéolo-dentaires. La cavité périphérique répond au **vestibule** et la cavité centrale est la **cavité buccale** proprement dite.

– **Le vestibule buccal** : C'est un espace en forme de fer à cheval, compris entre les arcades alvéolo-dentaires et les lèvres en avant, entre les arcades alvéolo-dentaires et les joues en arrière. Il communique avec la cavité buccale en arrière des dernières molaires et les vestibules droits et gauches sont continus en avant, dans la région alvéolo-dentaire incisive qui est fréquemment rétrécie par les replis muqueux des freins labiaux antérieur et postérieur.

Il est tapissé, excepté au niveau des arcades dentaires, par la muqueuse buccale qui, se réfléchissant des lèvres et des joues pour recouvrir les arcades alvéolo-dentaires devient **gencive** ou muqueuse alvéolaire selon qu'elle est ou non recouverte d'un épithélium kératinisé. La séparation entre ces deux tissus est la **ligne mucco-gingivale**.

La paroi externe de la cavité vestibulaire présente des replis muqueux ou freins qui sont constants au niveau des incisives maxillaires et mandibulaires ; ce sont les **freins médians**. Le frein médian supérieur est toujours plus important que l'inférieur. Parfois, ils s'attachent très haut, atteignant même la papille intermédiaire incisive.

On rencontre également des freins muqueux vestibulaires en regard de secteurs dentés plus postérieurs (prémolaires).

En face de la première molaire supérieure, s'ouvre l'orifice d'évacuation du **canal de Sténon**, canal excréteur de la glande parotidienne.

– **La cavité buccale proprement dite** : Elle est limitée sur son pourtour par les **arcades alvéolo-dentaires** (en avant et sur les côtés), en haut par la voûte palatine et le palais mou, en arrière par l'isthme du gosier (voile du palais, piliers antérieurs du voile et base de la langue).

Cette cavité change de volume lorsque la bouche s'ouvre ou se ferme. Elle contient un organe d'une grande mobilité, la langue, séparée de l'arcade alvéolo-dentaire mandibulaire par le **sillon alvéolo-lingual**.

La voûte palatine est limitée, en avant et latéralement par l'arcade dentaire maxillaire. En arrière, elle se poursuit par le voile du palais.

Elle est concave dans tous les sens et présente à sa surface, des reliefs dont l'importance, la disposition et le dessin varient considérablement d'un sujet à l'autre.

Sagittalement, la voûte palatine muqueuse est marquée par un relief de teinte plus claire, **le raphé**, qui se prolonge sur le palais mou jusqu'à la lnette. Immédiatement en arrière des incisives, à l'extrémité antérieure du raphé, le tubercule palatin est entouré de crêtes palatines dont le nombre et le dessin sont variables.

La **LANGUE** se scinde en une partie antérieure libre et une partie postérieure fixe, la base ou racine. La partie libre évolue dans la cavité buccale, elle est d'une grande mobilité.

Aplatie de haut en bas, on lui décrit une face supérieure dorsale, une face inférieure appliquée au repos sur le plancher buccal, une pointe et des bords.

La face supérieure ou dorsale est séparée en deux par **le « V » lingual** ouvert vers l'avant. Le sommet du « V » lingual est le foramen caecum. Sa partie antérieure est déprimée par le sillon médial du foramen caecum à la pointe. Elle est recouverte de **papilles linguales**. Les papilles caliciformes se rangent en V pour former le « V » lingual. La partie postérieure de la langue a une surface extrêmement irrégulière.

La face interne de la langue est recouverte d'une muqueuse lisse et fine. Elle forme un repli plus ou moins marqué, **le frein** ou filet de la langue qui se trouve en avant de la caroncule sublinguale, au sommet de laquelle se trouvent les orifices des **canaux de Wharton**, canaux excréteurs des glandes salivaires sous-maxillaires.

Les bords de la langue s'amincissent d'arrière en avant.

La pointe de la langue est de forme variable.

Elle est généralement déprimée par le sillon longitudinal médian.

Le **sillon alvéolo-lingual**, on le découvre en soulevant la langue, il est limité sur son pourtour par l'arcade dentaire mandibulaire et en arrière par les insertions de la langue. Il présente à sa surface la caroncule sublinguale et les orifices excréteurs des canaux sublinguaux.

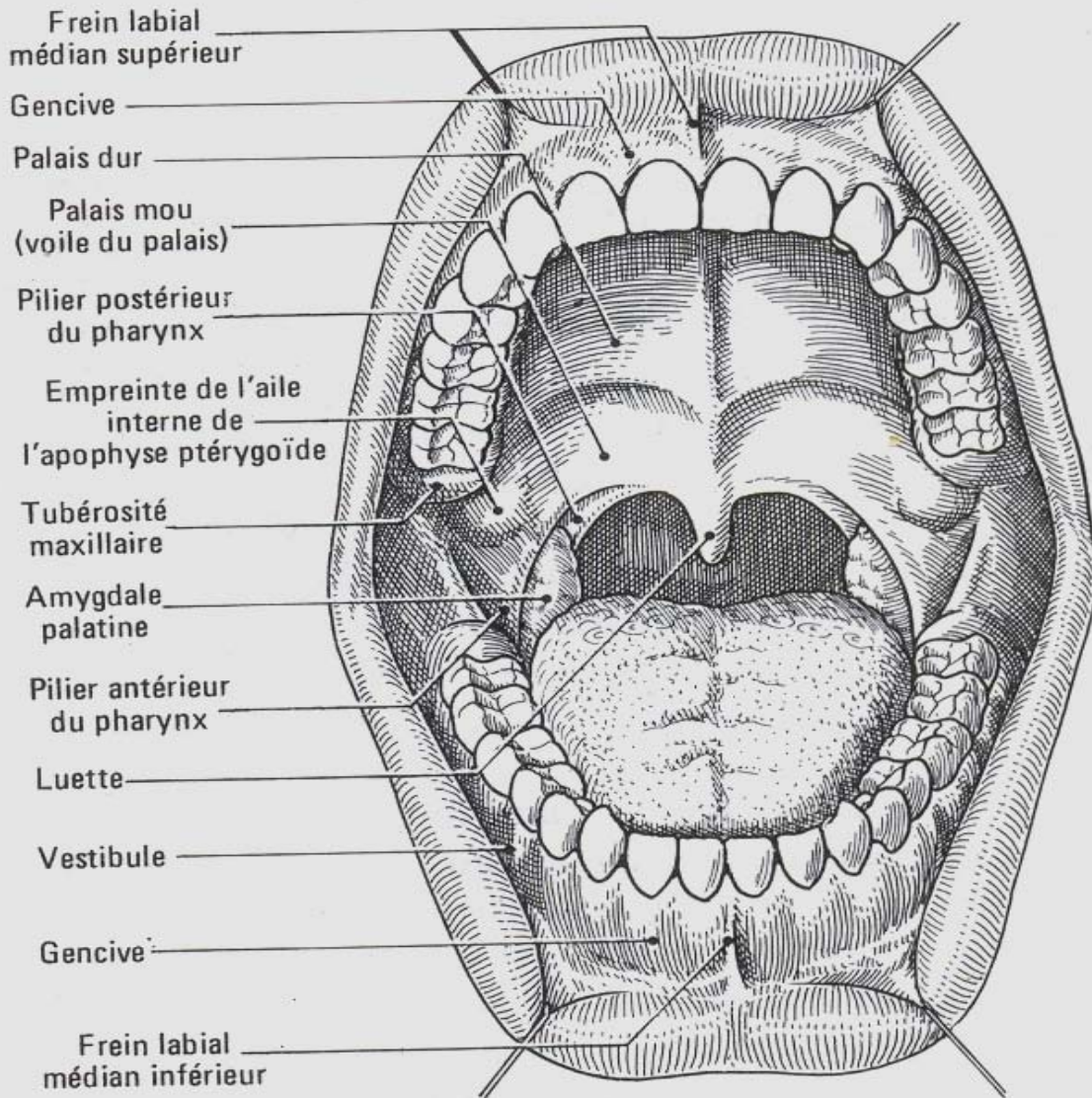


FIG. 1. – *La cavité buccale.*

Source : A.- Lautrou ; Anatomie dentaire, Abrégé d'odonto-stomatologie. 2ème édition Masson Paris 1997

LA DENT [21] (Fig. 2 et 3)

Sur le plan anatomique la dent est divisée en deux parties : la couronne et la/ou les racines réunies par le collet.

- La couronne visible comprend de la périphérie vers le centre :
 - o L'émail
 - o La dentine
 - o La pulpe
- La ou les racines comprend de la périphérie vers le centre :
 - o Le cément
 - o La dentine
 - o Le canal pulpaire qui se termine par l'apex.

L'ensemble des tissus de soutien de la dent ou parodonte est constitué par le cément, le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte, l'os alvéolaire, la gencive.

Description de l'organe dentaire :

L'organe dentaire est formé de plusieurs structures : l'émail, la dentine, la pulpe et le cément.

Émail

C'est un tissu calcifié et acellulaire composé :

- D'une phase minérale essentiellement constituée de cristaux d'hydroxyapatite et contient environ 20% d'eau ;
- D'une phase organique qui est composée de protéines, de lipides et complexes protéines-polysaccharides.

Dentine

C'est un tissu moins minéralisé que l'émail et cellulaire. Elle est composée :

- D'une partie minérale essentiellement des cristaux d'hydroxyapatite ;
- D'une partie organique, constituée de collagène I, de protéines non collagéniques, de complexes protéines-polysaccharides, de citrates et de phospholipides.

L'eau représente 12% du poids de la dentine.

Cément

C'est un tissu minéralisé, cellulaire dont l'épaisseur augmente avec le temps.

Il est composé :

- D'une phase minérale, elle est composée en majeure partie d'hydroxyapatite ;
- D'une phase organique contenant : du collagène de type I, des complexes glycoprotéiques et mucopolysacchariques, des cémentoblastes et des cémentocytes.

Il recouvre la racine des dents, c'est à son niveau que sont insérées les fibres ligamentaires du desmodonte (gingivo-dentaires et alvéolo-dentaires).

Pulpe

C'est un tissu conjonctif possédant des fonctions nutritives, neurosensorielles et réparatrices. Elle se divise en deux zones :

- Une zone périphérique constituée des odontoblastes et de la couche sous endoblastique (formée par les cellules de Höhl) ;
- Une partie centrale contenant le tissu pulpaire proprement dit :
 - o Le réseau vasculaire est dense ;
 - o Les fibres nerveuses sensibles proviennent du nerf trijumeau et les fibres vasomotrices sont issues du système sympathique ;
 - o Les éléments cellulaires sont : fibroblastes et fibrocytes, cellules indifférenciées, cellules endothéliales et péricytes, cellules de défense.

TISSU DE SOUTIEN

Os alvéolaire

Il constitue le support des dents temporaires, puis des dents permanentes. Il est constitué d'une table osseuse vestibulaire, et d'une table osseuse linguale et palatine reliées entre par le septum inter-dentaire et inter-radiculaire. L'os alvéolaire est en continuité avec l'os basal maxillaire et mandibulaire. Son architecture est constamment remodelée au cours de la croissance alvéolaire. Son existence est liée à la présence des dents.

Desmodonte ou ligament alvéolo-dentaire

C'est le tissu conjonctif qui relie la surface cémentaire de la racine dentaire à l'os alvéolaire par un système de fibres. Des remaniements importants dans l'architecture

desmodontale interviennent. Outre sa fonction d'ancrage, le desmodonte joue le rôle d'amortisseur des forces occlusales et de transmission à l'os alvéolaire.

Gencive

C'est la partie fibromuqueuse, il recouvre une partie des corticales des procès alvéolaires et entoure la région cervicale des dents. 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 amélo-cémentaire. Elle est limitée dans sa partie apicale par la ligne muco-gingivale qui sépare la gencive de la muqueuse alvéolaire. La gencive est de couleur rose corail, de consistance ferme, et sa texture présente un aspect granité en peau d'orange.

On divise cette gencive en deux zones : la gencive libre et la gencive attachée.

- ***La gencive libre*** (ou gencive marginale) : c'est la collerette gingivale festonnée sertissant le collet des dents, qui s'étend du bord gingival au sillon marginal (ou sillon gingival libre), inconstant, et correspondant au fond du sulcus gingival, qui est l'espace entre la dent et la paroi interne de la gencive libre.

La gencive libre comprend aussi la gencive inter-dentaire ou interproximale (ou papille interdentaire) dont la forme pyramidale occupe l'espace interdentaire.

- ***La gencive attachée*** (ou gencive adhérente) : elle s'étend du sillon marginal à la ligne muco-gingivale. Sa hauteur varie de 1 à 9 mm en fonction des différents secteurs de la cavité buccale.

VASCULARISATION ET INNERVATION DES DENTS [14]

L'arcade supérieure est vascularisée par les artères alvéolaires supéro-antérieure et supéro-postérieure, branches de l'artère maxillaire et l'artère infra-orbitaire.

L'innervation sensitive est assurée par des rameaux alvéolaires, branches du nerf maxillaire.

L'arcade inférieure est vascularisée par l'artère alvéolaire inférieure et l'innervation provient des branches du nerf mandibulaire.

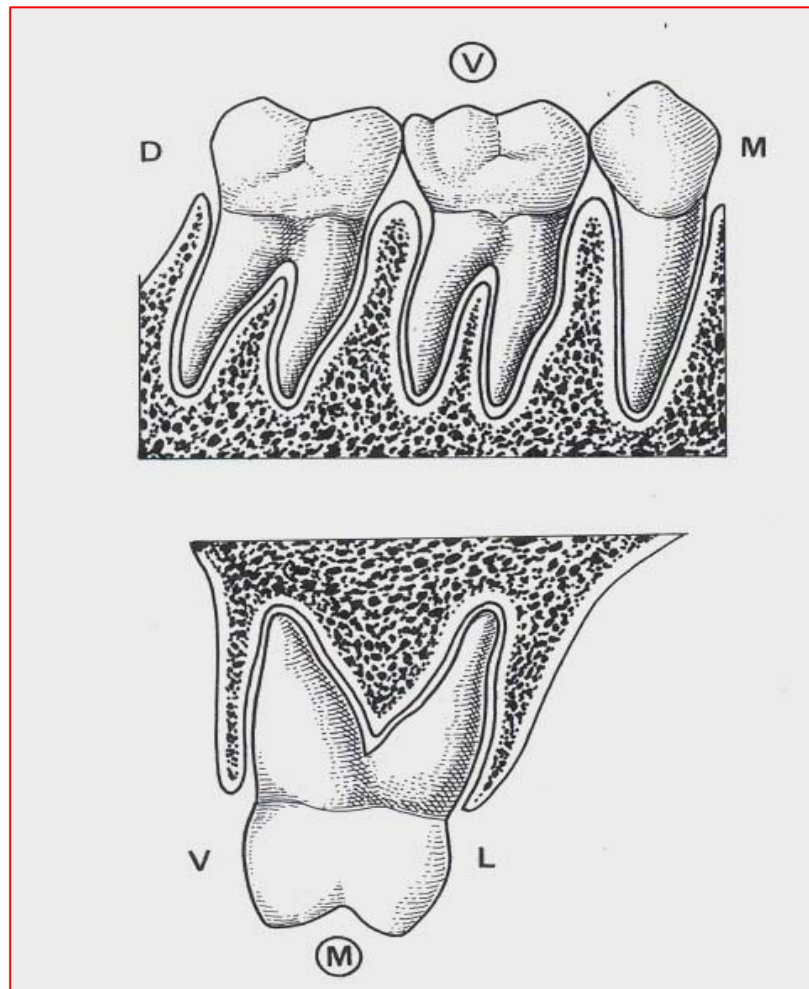


Fig. 2 : les alvéoles dentaires, les septum interdentaire et interradiculaire, les crêtes septales, les tables osseuses vestibulaire et linguale

Source : A.- Lautrou ; Anatomie dentaire, Abrégé d'odonto-stomatologie

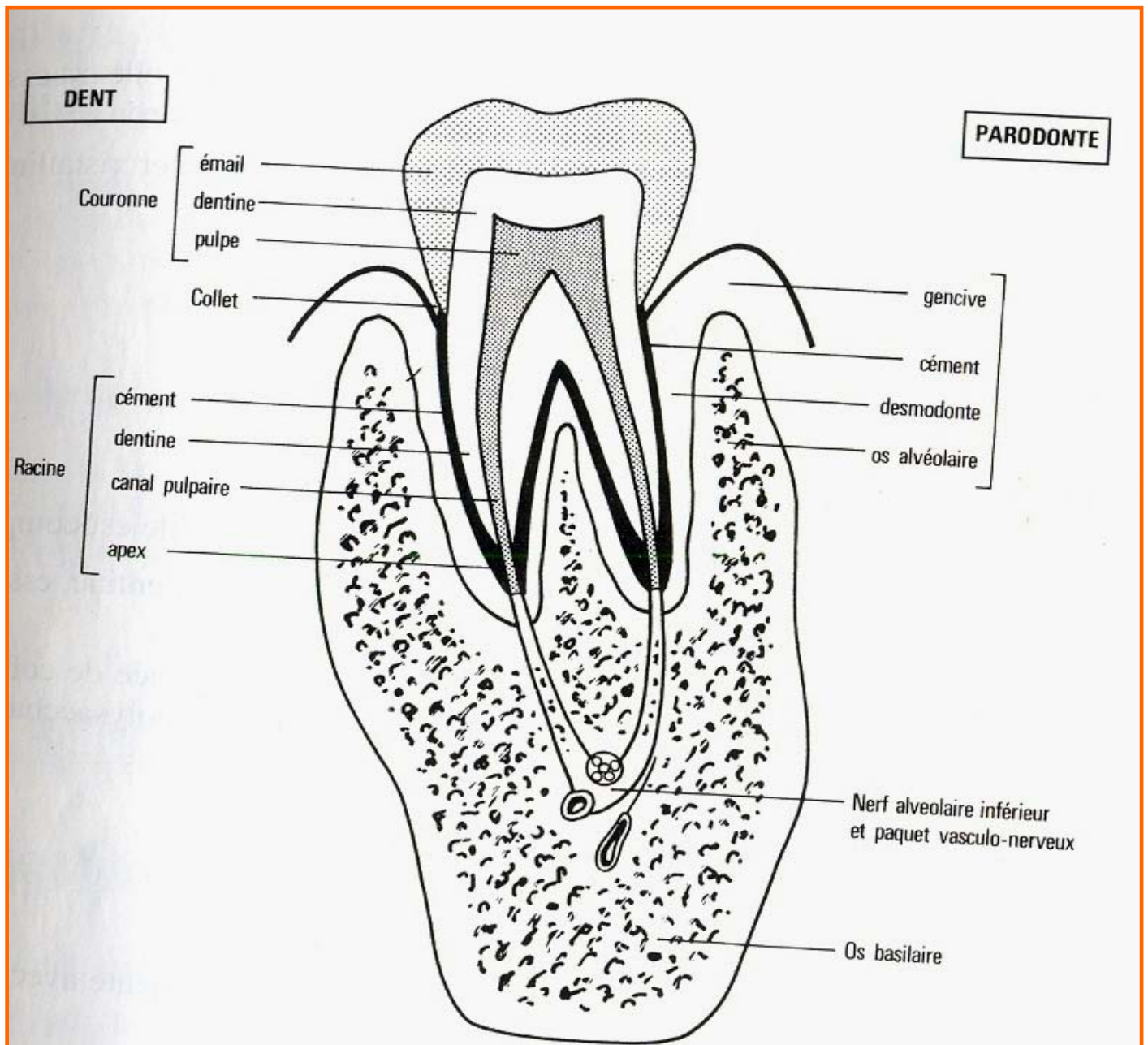


Fig. 3 : La dent et le parodonte

Source : J.-P. Lézy, G. Princ ; *Abrégés de Pathologie maxillo-faciale et stomatologique*, 3ème édition Masson 2004.

Différentes classes de dents [8]

L'Homme possède quatre classes de dents : les incisives, les canines, les prémolaires et les molaires.

- **Les incisives** : elles sont au nombre de huit, quatre à chacune des mâchoires. Celles du maxillaire sont implantées sur le pré-maxillaire. Les incisives mandibulaires sont celles qui s'articulent avec les incisives maxillaires. Elles ont un bord coupant et leur fonction est de couper, de prendre ou de tenir.
- **Les canines** : elles succèdent immédiatement aux incisives. Elles sont de quatre, deux à chacune des mâchoires. Elles ne possèdent qu'une cuspide. La canine maxillaire est la première dent en arrière de la suture pré-maxillo-maxillaire. La canine mandibulaire est la dent qui s'articule en avant de la canine maxillaire. Les canines possèdent deux bords coupant qui se rejoignent au sommet de la cuspide. Les canines sont à l'angle de l'arcade dentaire et séparent les dents antérieures, les incisives, des dents postérieures ou post-canines, les molaires et les prémolaires.
- **Les prémolaires** : ces dents sont par définition les dents qui sont en avant des molaires. Elles possèdent une face triturante avec des cuspides. Leur couronne est grossièrement cuboïde et, en général bicuspide (d'où leur nom en anglais « *bicuspid* »). Les prémolaires sont précédées par des dents temporaires.
- **Les molaires** : ce sont les dents les plus postérieures de l'arcade dentaire ; elles sont multicuspidées et leur face triturante est importante. Elles possèdent toujours au moins deux cuspides du côté vestibulaire.

DENTURES ET DENTITIONS

Ces deux termes sont fréquemment confondus. Cependant, ils ne s'adressent absolument pas aux mêmes entités.

La denture est un terme qui désigne l'ensemble des dents présentes dans la cavité buccale.

La dentition est un terme dynamique qui englobe l'ensemble des phénomènes de développement des arcades dentaires : origine, minéralisation, croissance, éruption, vieillissement et remplacement des dents. [8]

Chez l'homme on distingue trois dentitions [13] :

- **De six mois à six ans, la dentition lactéale (ou temporaire) (Tableau 1)** qui commence dès l'apparition de l'incisive centrale mandibulaire (six mois) qui devient complète à la mise en place de la deuxième molaire supérieure (vingt à vingt-quatre mois), et se poursuit jusqu'à six ans ; elle présente vingt dents.

Tableau : la dentition lactéale

Dents	Éruption	Édification radiculaire	Résorption	Remplacement
<i>Incisives centrales</i>	6-9 mois	2 ans	4 ans	7 ans maxil. 6 ans mandib.
<i>Incisives latérales</i>	7-10 mois	2 ans ½	5 ans	8 ans maxil. 7 ans mandib.
<i>Canines</i>	16-20 mois	3 ans	8 ans	11 ans maxil. 8 ans mandib.
<i>1^{ère} molaire</i>	12-16 mois	3 ans	6 ans	10 ans
<i>2^{ème} molaire</i>	23-30 mois	4 ans	7 ans	11 ans

- **De six à douze ans la dentition mixte** commençant par l'apparition de la première molaire permanente et se terminant par l'éruption de la deuxième molaire permanente ; elle se caractérise par la présence sur l'arcade des dents temporaires et permanentes.
- **À partir de douze ans, la denture permanente (Tableau 2)** comprenant trente deux dents (en cas d'évolution des dents de sagesse ou troisième molaire) ; lors de l'éruption des dents permanentes dans la cavité buccale, il est à noter que les racines ne sont pas encore totalement édifiées.

Tableau : Formation des dents permanentes

D'après *Kronfeld, 1939*

Dents	Couronne formée	Éruption	Édification radiculaire complète
<i>Incisive centrale</i>	Maxill : 4-5 ans Mand : 4-5 ans	Maxill : 7-8 ans Mand : 6-7 ans	Maxill : 10 ans Mand : 9 ans
<i>Incisive latérale</i>	Maxill : 4-5 ans Mand : 4-5 ans	Maxill : 8-9 ans Mand : 7-8 ans	Maxill : 11 ans Mand : 10 ans
<i>Canine</i>	Maxill : 6-7 ans Mand : 6-7 ans	Maxill : 11-12 ans Mand : 9-10 ans	Maxill : 13-15 ans Mand : 12-14 ans
<i>1^{ère} prémolaire</i>	Maxill : 5-6 ans Mand : 5-6 ans	Maxill : 10-11 ans Mand : 10-12ans	Maxill : 12-13 ans Mand : 12-13 ans
<i>2^{ème} prémolaire</i>	Maxill : 6-7 ans Mand : 6-7 ans	Maxill : 10-12 ans Mand : 11-12 ans	Maxill : 12-14 ans Mand : 13-14 ans
<i>1^{ère} molaire</i>	Maxill : 2,5-3 ans Mand : 2,5-3 ans	Maxill : 6-7 ans Mand : 6-7 ans	Maxill : 9-10 ans Mand : 9-10 ans
<i>2^{ème} molaire</i>	Maxill : 7-8 ans Mand : 7-8 ans	Maxill : 12-13 ans Mand : 11-13 ans	Maxill : 14-16 ans Mand : 14-15 ans
<i>3^{ème} molaire</i>	Maxill : 12-16 ans Mand : 12-16 ans	Maxill : 17-21 ans Mand : 17-21ans	Maxill : 18-25 ans Mand : 18-25 ans

NOMENCLATURES DENTAIRES[8]

Les dents sont alignées selon deux arcades dentaires, l'une maxillaire, l'autre mandibulaire, que la plan sagittal médian de symétrie bilatérale subdivise en hémis-arcades maxillaires et mandibulaires droites et gauches.

- **Formules dentaires**

Les formules dentaires classiques résument le contenu de chacune de ces hémis-arcades.

Formule dentaire temporaire : i =incisives ; c =canines $\frac{2}{2} \frac{1}{1} \frac{2}{2} m$

m =molaires

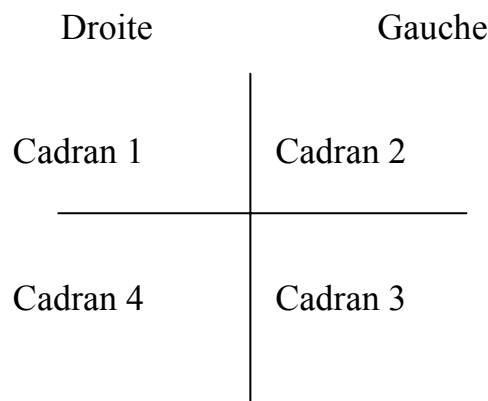
Formule dentaire permanente : I =incisives ; C =canines $\frac{2}{2} \frac{1}{1} \frac{2}{2} \frac{3}{3} M$

P =prémolaires ; M =molaires

- **Nomenclature normalisée internationale de l'OMS**

Chaque dent a un numéro à deux chiffres, le premier désigne un cadran ou hémis-arcade (de 1 à 4), le deuxième désigne le rang de la dent, de 1 à 8 en partant du milieu jusqu'au fond.[16]

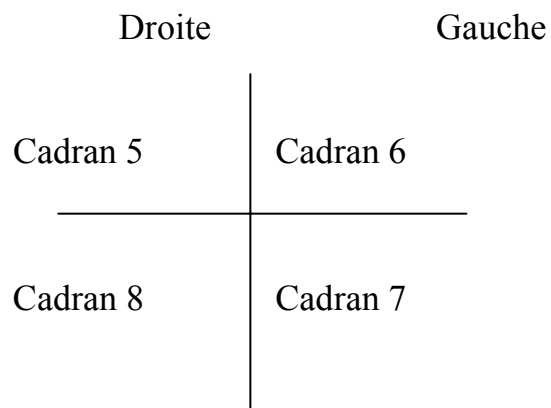
Pour les dents permanentes :



La numérotation internationale est la suivante :

Maxillaire															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Mandibule															

Pour les dents temporaires :



La numération internationale est la suivante :

Maxillaire									
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
Mandibule									

LE MAXILLAIRE [17] (Fig.4 et 5)

Le maxillaire est à la fois compact et spongieux. C'est un os pair qui s'articule avec tous les autres os de la face et avec son homologue avec lequel il forme **l'arcade dentaire**.

On lui distingue un corps formé de 4 faces :

- Jugale
- Infra temporale
- Orbitaire
- Nasale

De ce corps se détachent 4 processus :

- Zygomatique
- Frontal
- Alvéolaire
- Palatin

I. Le corps

Il est de forme pyramidale et est creusée du **sinus maxillaire** qui s'ouvre dans le méat moyen. Il présente 4 faces.

1. La face jugale

Elle est antérieure et palpable car elle est juste sous la peau.

Elle est limitée en haut par le **bord infra-orbitaire**, en bas par **l'arcade alvéolaire** et médialement par **l'incisure nasale**. Cette dernière limite **l'ouverture piriforme** des fosses nasales et présente plus bas une moitié de **l'épine nasale antérieure**.

En bas on remarque la saillie verticale du jugum de la canine, qui sépare les fosses incisive et canine :

- **La fosse incisive** : au-dessus s'insère le muscle nasal, directement dessus se fixe le muscle abaisseur du septum nasal et au dessous le muscle orbiculaire de la bouche.
- **La fosse canine** : elle est plus marquée et donne insertion au muscle releveur de l'angle de la bouche. Entre cette fosse et le bord infra orbitaire existe le **trou infra-orbitaire** qui communique avec le foramen orbital inferieur et laisse passer le nerf V2. Au-dessus de ce trou s'insère le muscle releveur de la lèvre supérieure.

2. La face infra-temporale

Elle est en arrière du processus zygomatique.

Sa **partie latérale** est lisse et concave alors que sa **partie postérieure** est très saillante et la tubérosité maxillaire. Cette dernière s'articule en haut avec le processus pyramidal du palatin et limite en bas la fissure ptérygo-maxillaire.

En avant et en haut de la tubérosité s'ouvrent les **canaux alvéolaires**.

3. La face orbitaire

Lisse et triangulaire, elle forme comme son nom l'indique une grande partie du plancher de l'orbite. On lui distingue :

- **Un bord antérieur** ou infra-orbitaire.
- **Un bord médian** qui s'articule avec l'os lacrymal, la lame orbitaire de l'éthmoïde et le processus orbitaire de l'os palatin. Il présente dans sa partie antérieure l'incisure lacrymale.
- **Un bord postérieur**, lisse et arrondi, qui forme le rebord antérieur de la fissure orbitaire inférieure. De celui-ci part le sillon infra-orbitaire.

4. La face nasale

Elle forme une partie de la paroi latérale des fosses nasales. Au centre, il existe une large ouverture du sinus maxillaire, c'est le **hiatus maxillaire**.

Au-dessus de celui-ci, les **cellules maxillaires** répondent aux cellules éthmoïdales. En avant du hiatus, on distingue le **sillon lacrymal** entre l'incisure lacrymale et le méat

inférieur. A noter que la **crête conchale** ou turbinale inférieure s'articule avec le cornet nasal inférieur. En arrière, le sillon grand palatin répond au sillon de l'os palatin.

II. Les processus

1. Processus zygomatique

Il s'articule avec l'os zygomatique ou malaire

2. Processus frontal

- **Sa face latérale** est divisée en deux par la **crête lacrymale antérieure** qui prolonge le bord infra-orbitaire.
- **Sa face médiale** s'articule avec l'éthmoïde. On lui distingue la **crête éthmoïdale** qui s'articule avec le cornet nasal moyen.
- **Son extrémité supérieure** s'articule quant à elle avec, en haut le frontal, en arrière l'os lacrymal, en avant l'os nasal.
- 3. Processus alvéolaire

Son bord inférieur que l'on appelle bord alvéolaire, est creusé de huit alvéoles dentaires séparées par des septum interalvéolaires.

4. Processus palatin

Il s'unit à son opposé pour séparer la cavité nasale de la cavité buccale. On distingue sur sa **face inférieure**, près de son bord externe, les **sillons palatins** qui prolongent en avant le **foramen grand palatin**.

La **suture palatine transverse** est formée, au niveau du **bord postérieur**, par l'union de la lame horizontale du palatin et de ce processus.

Son **bord interne** s'unit avec son réciproque pour former :

- Sur la face supérieure, la **crête nasale** qui s'articule avec le **septum nasal**.
- Sur la face inférieure, le **foramen incisif** prolonge en avant la suture **palatine médiane**.

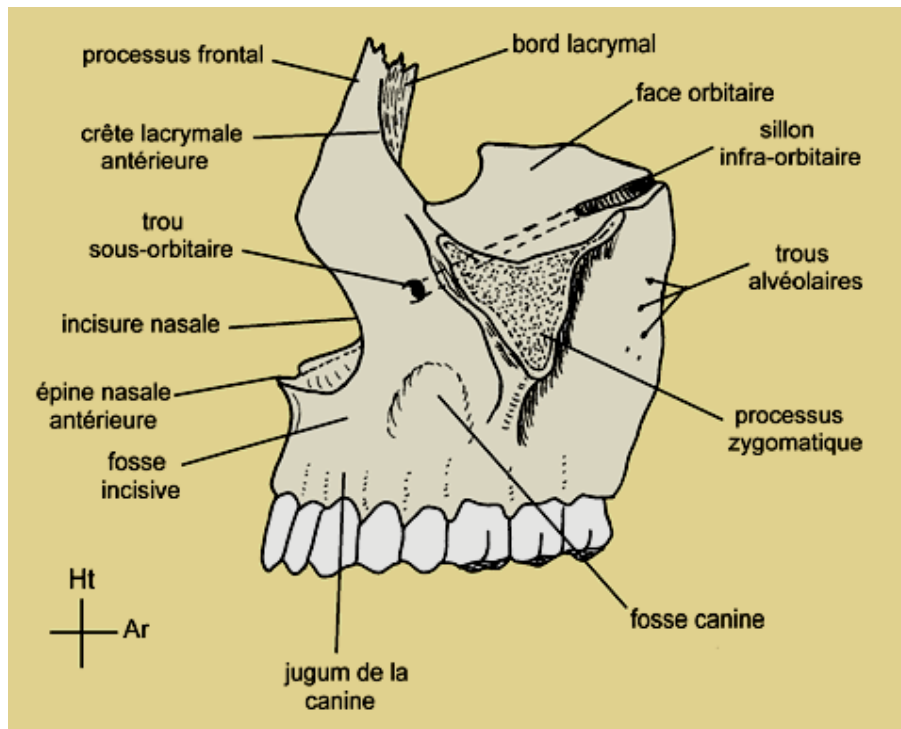


Fig. 4 : Le maxillaire, face latérale

Source : (<http://rockefeller.univ-lyon1.fr/Anatomie-Lyon-Nord/crane/splanchnocrane/maxillaire.htm>)

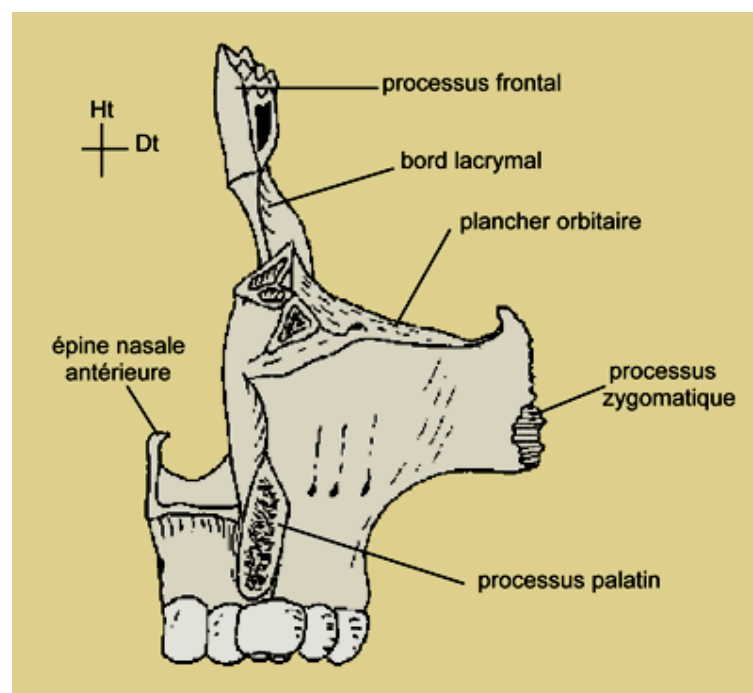


Fig. 5 : Le maxillaire, face postérieure

Source : (<http://rockefeller.univ-lyon1.fr/Anatomie-Lyon-Nord/crane/splanchnocrane/maxillaire.htm>)

LA MANDIBULE (Fig. 6 et 7)

Le maxillaire inférieur ou **mandibule** n'est relié aux autres os du crâne que par une articulation : l'articulation temporo-mandibulaire. Formé à partir d'une ébauche conjonctive, il se compose du **corps** et, de chaque côté, d'une **branche montante**.

- Chez l'adulte le corps comporte le **bord alvéolaire** qui présente du côté externe de petites saillies, les **bosses alvéolaires**.

- Chez le vieillard, après la perte des dents, ce bord régresse.

I. Le corps

En avant l'**éminence mentonnière** porte de chaque côté une saillie, le **tubercule mentonnier**. À la face externe, à peu près à l'aplomb de la deuxième prémolaire, on peut voir le **trou mentonnier**.

La **ligne oblique externe** s'étend de la branche montante vers le corps. Vers l'arrière, la transition entre le corps et la branche montante est marquée par l'**angle mandibulaire** (ou gonion).

II. La branche montante

La branche montante ou Ramus possède deux apophyses :

- en avant, l'**apophyse coronoïde** pour l'insertion d'un muscle
- en arrière, le **condyle** qui comporte la surface articulaire

L'**échancrure sigmoïde** se situe entre ces deux processus. Le condyle se compose du **col du condyle** et de la tête de la mandibule qui présente une **surface articulaire** en contact avec la glène du temporal. Au-dessous de la surface articulaire, à la face interne de la tête de la mandibule, se trouve une petite dépression, la **fossette du muscle ptérygoïdien externe**.

Près de l'angle mandibulaire existe parfois une surface rugueuse, où s'insère le muscle **masséter**. Le **trou dentaire inférieur** se trouve à la face interne de la branche montante. Il représente l'orifice externe du canal dentaire inférieur. **L'épine du Spix**, fine lamelle osseuse, recouvre partiellement cet orifice.

Au trou dentaire inférieur même, commence le **sillon mylo-hyoïdien** sur lequel s'insère le muscle du même nom et qui se dirige vers le bas. Au-dessous du sillon mylo-hyoïdien, à l'angle mandibulaire, se trouve les **crêtes d'insertion du muscle ptérygoïdien interne**.

III. La face interne

La ligne oblique interne ou **ligne mylo-hyoïdienne** subdivise en deux parties la face interne du corps du maxillaire inférieur. Celle-ci donne attache au muscle mylo-hyoïdien. Au-dessous de cette crête se trouve la **fossette sous-maxillaire** et au-dessus, un peu plus en avant, la **fossette sublinguale**.

Les **cloisons interalvéolaires** séparent les alvéoles dentaires les unes des autres. À l'intérieur des alvéoles destinés aux molaires, on voit les **cloisons interradiculaires** La face interne du corps présente en avant **l'apophyse de géni**. Celle-ci donne attache à des muscles ; de chaque côté et un peu en dessous se trouve la fossette digastrique, sur laquelle s'insère le muscle digastrique qui, comme le mylo-hyoïdien, appartient au groupe des muscles sus-hyoïdiens.

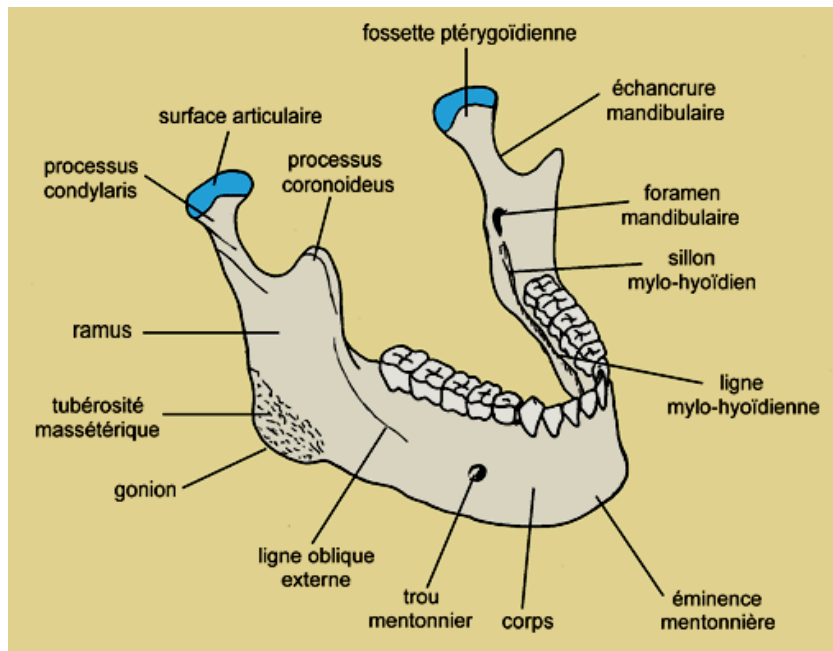


Fig.6 : La mandibule : face antéro-latérale

Source : (<http://rockefeller.univ-lyon1.fr/Anatomie-Lyon-Nord/crane/splanchnocrane/mandibule.htm>)

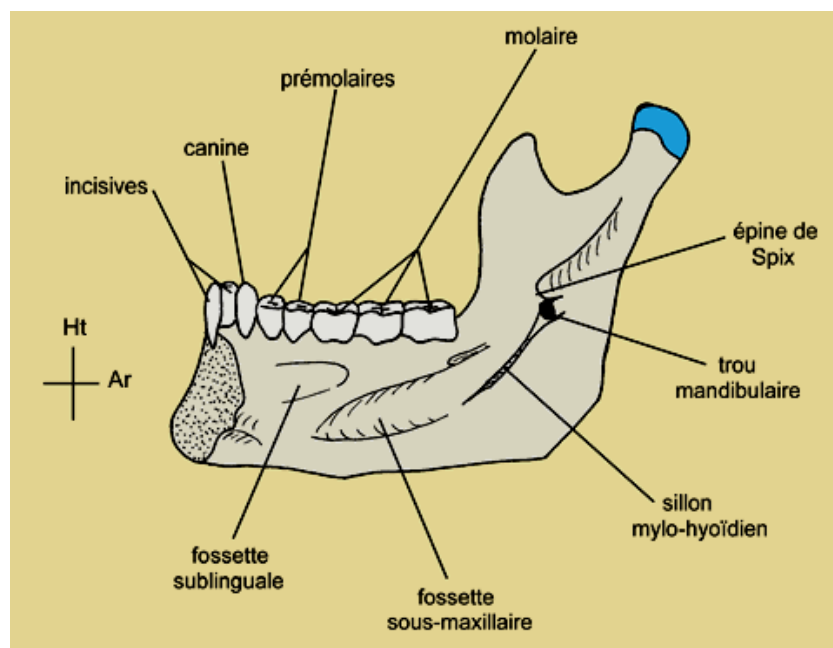


Fig.7 : La mandibule, face médiale

Source : (<http://rockefeller.univ-lyon1.fr/Anatomie-Lyon-Nord/crane/splanchnocrane/mandibule.htm>)

LES MUSCLES MASTICATEURS[14]

Ce sont des puissants muscles destinés à la mobilité de l'articulation temporo-mandibulaire.

1-Les élévateurs de la mandibule :

Ils sont au nombre de quatre : les muscles masséter, temporal, ptérygoïdien latéral et médial.

Le masséter est un muscle court et épais, allongé de bas en haut, de la branche de la mandibule à l'arcade zygomatique. Il comprend trois parties : une partie superficielle, une partie moyenne et une partie profonde s'insérant en bas sur l'angle de la face latérale de la branche de la mandibule et en haut, sur l'arcade zygomatique. Sa contraction provoque la fermeture de la cavité buccale par un mouvement d'élévation de la mandibule. Il est innervé par le nerf massétérique, branche du nerf mandibulaire (V3). Sa contracture entraîne l'apparition d'un trismus.

Le muscle temporal est un muscle large et plat, allongé de bas en haut occupant toute la fosse temporale, et s'étendant du processus coronoïde de la mandibule à la fosse temporale. Sur le crâne, il s'insère sur la ligne temporale inférieure et au dessous d'elle au niveau de la grande aile du sphénoïde, l'os frontal et l'os zygomatique. Il s'insère également sur le fascia temporal. Ses fibres passent en dehors de l'arcade zygomatique, sa contracture entraîne la fermeture de la cavité buccale par un mouvement d'élévation de mandibule. La contraction de ses fibres postérieures provoque une translation postérieure de la mandibule.

Il est innervé par les nerfs temporaux profonds antérieur, moyen et postérieur, branche du nerf mandibulaire (V3 : branche de la cinquième paire crânienne).

Le muscle ptérygoïdien latéral est un muscle court et épais, situé dans la région infra-temporale. Il a un trajet antéro-postérieur, un peu oblique en arrière et latéralement, entre le col du condyle de la mandibule et la partie antérieure de capsule de l'articulation temporo-mandibulaire en arrière et la base du crâne en avant. Les insertions antérieures se font par deux faisceaux. Le faisceau supérieur sphénoïdal s'insère sur le tiers supérieur

de la lame latérale du processus ptérygoïde et la partie adjacente de la grande aile de l'os sphénoïde.

Le faisceau inférieur ptérygoïdien s'insère sur les deux tiers inférieurs de la lame latérale du processus ptérygoïde et la partie adjacente de l'os palatin et de la tubérosité maxillaire. Sa contraction provoque une propulsion simultanée du disque et du condyle mandibulaire.

Il est innervé par le nerf ptérygoïdien latéral, branche du nerf mandibulaire (V3).

Le muscle ptérygoïdien médial est un muscle épais, quadrilatère, situé médialement par rapport au latéral, dans la région infra-temporale. Ses fibres sont obliques en haut, en avant et médialement. Ses insertions postérieures se font au niveau de l'angle et de la face médiale en regard de l'angle de la mandibule. Ses insertions antérieures se font dans la fosse ptérygoïdienne sur la face latérale de la lame latérale médiale et sur la face médiale de la lamer du processus ptérygoïde. Sa contraction provoque une élévation et une propulsion de la mandibule.

Il est innervé par le nerf ptérygoïdien médial, branche du nerf mandibulaire (V3).

2- Les muscles abaisseurs de la mandibule : [15]

Ils se répartissent en deux groupes :

- Les abaisseurs directs (insertion sur la mandibule) : ils comprennent trois muscles principaux : le digastrique, le mylo-hyoïdien, le génio-hyoïdien, et un muscle accessoire, le platysma.
- Les abaisseurs indirects : ou intra-hyoïdiens (insertion sur l'os hyoïde).

Le muscle digastrique : il est composé de deux ventres : antérieur et postérieur. Le ventre postérieur dirigé d'avant en arrière et aplati transversalement, s'insère sur l'os hyoïde ; le ventre antérieur, aplati de haut en bas, se dirige en avant et en dedans sous le mylo-hyoïdien et se termine dans la fossette digastrique de la mandibule.

Action : élévation de l'os hyoïde :

- Le ventre postérieur tire l'os hyoïde en arrière ;
- Le ventre antérieur abaisse la mandibule.

Le muscle mylo-hyoïdien : est un muscle pair, aplati et quadrilatère. S'insère par des fibres charnues sur la ligne oblique (face interne du corps de la mandibule). Il se dirige en bas, en dedans.

Les fibres postérieures se terminent sur la face antérieure du corps de l'os hyoïde. Les fibres antérieures s'unissent en bas pour former le raphé médian.

Le muscle génio-hyoïdien : court, juxta médian, conique, aplati de haut en bas, il est situé juste au dessus du mylo-hyoïdien. Il est tendu entre les apophyses géni inférieures de la mandibule et l'os hyoïde.

Le muscle platysma : appelé aussi muscle peaucier du cou, il est large, mince, quadrilatère et tendu depuis le bord inférieur du corps de la mandibule en haut jusqu'à la claviculaire en bas.

C /LA CARIE DENTAIRE

1 : Définition

La carie dentaire est une ulcération de l'email, qui évolue en tache d'huile :pour atteindre successivement l'email, la dentine,ou l'ivoire parfois le ciment puis la chambre pulpaire.

Tous les stades anatomo-pathologistes de l'infection sont franchis en absence de traitement : inflammation, suppuration, nécrose. Ainsi l'on retrouve :

- La carie de l'email
- La carie de la dentine(superficielle ou profonde)
- La pulpite
- La pulpo-arthrite
- L'arthrite radiculo-dentaire (desmodontite)

La dentinite profonde peut évoluer, en cas d'ouverture de la chambre pulpaire :

- Soit vers l'hypertrophie (pulpite hypertrophique),
- Soit vers la carie sèche par recalcification du fond carieux,
- Soit vers la pulpite rouge, congestive ou rage de dent, qui si elle n'est pas traitée,évolue vers la pulpite jaune, purulente,puis la gangrène pulpaire,et la mortification,
- L'arthrite est l'extension,au ligament alveolo-dentaire, du processus infectieux [1]

La carie dentaire est une altération des tissus durs de la dent, altération qui aboutit à la formation de cavité plus ou moins importante et qui révèle d'une agression par divers agents ou facteurs locaux. [15]

2 : Rappel sur des facteurs étiologiques de la carie dentaire

La cause de la carie dentaire est multifactorielle, aussi, la question doit toujours être vue sous deux aspects :

- ou bien le diagnostic est évident ;
- ou bien la lésion carieuse en cause s'apparente à des dysplasies, véritables altérations des structures dentaires minéralisées. [10]

La formation d'une carie nécessite l'association de quatre facteurs :

- *Des BACTERIES.* Toute bouche possède une flore microbienne, celle-ci peut comporter plusieurs espèces, variables d'un individu à l'autre.
- *Des SUBSTRATS.* Les bactéries ont besoin de substances nutritives pour alimenter leur métabolisme.
- *L'HOTE.* Nous ne sommes pas tous identiques, il existe des variations internes (génétique) et externes (fumeur ou non...). La différence principale est celle de la salive : pH ; pouvoir tampon ; quantité...
- *Le TEMPS.* L'évolution de la carie dépend du temps pendant lequel les trois facteurs précédents peuvent interagir. **[16]**

3: Les éléments favorisent l'apparition de carie dentaire :

- Le manque d'hygiène dentaire
- L'alimentation
- Le terrain

Le manque d'hygiène dentaire est le facteur aggravant numéro 1 du risque de [carie dentaire](#).

Il est donc primordial d'apprendre dès le premier âge les bons réflexes de l'[hygiène bucco-dentaire](#).

Nous ne sommes pas tous égaux devant les caries. Certains terrains héréditaires favorisent la survenue de [carie](#). Une personne peut avoir une excellente [hygiène dentaire](#) et développer malgré tout des caries, simplement par ce que son émail est plus fragile ou par ce que son équilibre buccal sera plus propice au [milieu acide](#).

Facteur héréditaire

Si on ne peut pas grande chose contre l'hérédité, savoir qu'il y a dans la famille un terrain favorable aux caries doit pousser à une plus grande vigilance sur l'alimentation et la prévention.

Les personnes à terrain défavorable devront se laver plus souvent la bouche et multiplier le nombre de rendez-vous chez le dentiste pour soigner le plus tôt possible les débuts de [carie](#). Certaines maladies comme le diabète favorise le développement des caries.

Facteur alimentaire

L'alimentation joue un rôle non négligeable dans la survenue des [caries](#). Plus l'alimentation est sucrée plus elle favorise le milieu acide et donc les caries.

Sans pour autant priver les enfants de sucre, il est bon de leur apprendre très tôt quelques règles essentielles, mais simples :

- Limiter la consommation de produits très sucrés comme les bonbons, desserts, boissons sucrées aux repas.
- Eviter le grignotage est les consommations entre les repas.
- Mâcher un chewing-gum sans sucre après d'éventuels grignotages entre les repas. Le chewing-gum active la salivation qui permet de reminéraliser les dents.

Les dents reminéralisées sont alors mieux armées pour se défendre contre l'attaque acide des bactéries responsables des caries.

- Se brosser les [dents](#) après avoir mangé des aliments très sucrés ou collants. [7]

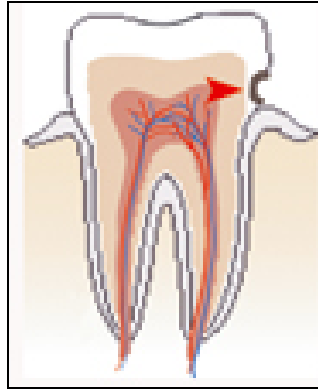
4 : Evolution d'une carie dentaire

La carie est la destruction progressive des tissus de la dent. L'évolution d'une [carie](#) dentaire est sournoise, car au début on ne voit rien et on ne sent rien. Lorsque la [carie](#) devient douloureuse c'est qu'elle est déjà bien grosse et qu'elle a profondément attaqué la [dent](#).

Stade 1 de la carie

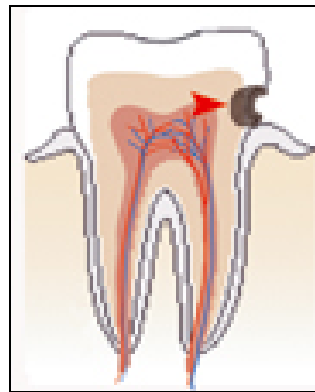
La [carie](#) commence toujours par l'attaque des tissus durs extérieurs de la dent, c'est à dire l'émail de [la dent](#). Au stade 1, la carie n'est pas douloureuse, on ne sent rien car la l'émail ne contient aucun nerf. Seule l'observation des dents permet de détecter la [carie](#) au stade

1. Une simple observation des dents peut suffir, mais bien souvent la carie passe inaperçue, seul le dentiste pourra la voir. La visite chez le dentiste tous les 6 mois sert à repérer les caries au stade 1.



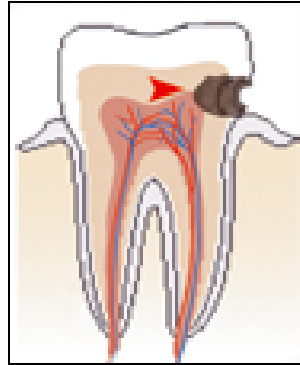
Stade 2 de la carie

Au stade 2, la carie détruit les la dentine de la dent. A ce stade, la [carie](#) peut commencer (mais pas toujours) à faire mal. En général, la carie au stade 2 rend la dent sensible au chaud ou au froid.



Stade 3 de la carie

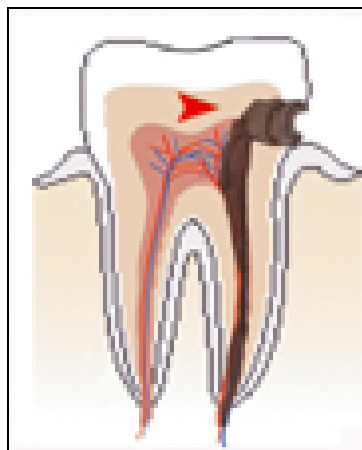
Au stade 3 la [carie](#) a bien progressé, elle attaque désormais les tissus de la pulpe. La carie peut être très douloureuse à ce stade et provoquer de très vives douleurs que l'on appelle "rage de dent". Il est vraiment temps de faire soigner la carie.



Stade 4 de la carie

Au stade 4, la [carie](#) détruit la pulpe de la dent et l'infection peut se développer en dehors de la dent. Tant que la carie n'est pas soignée, elle continue de progresser et l'infection avec elle.

Une [carie](#) non soignée peut déboucher sur une infection généralisée : la septicémie.



La carie n'est donc pas une maladie bénigne, elle mérite toute notre attention.[7]

5 : LA CLINIQUE

- La carie initiale, qui se manifeste pendant très longtemps que par des signes objectifs, essentiellement une tâche sur la dent (Fig.VI).



Fig. VI Lésion initiale de la carie sur la 21 (stade I) Cavitation sur la 11 (Stade III)

Puis apparaît une sensibilité au chaud et au froid, à la mastication, résultat à ce stade de bourrages alimentaires inter proximaux ou intra cavitaire (Fig. VII, VIII, IX).

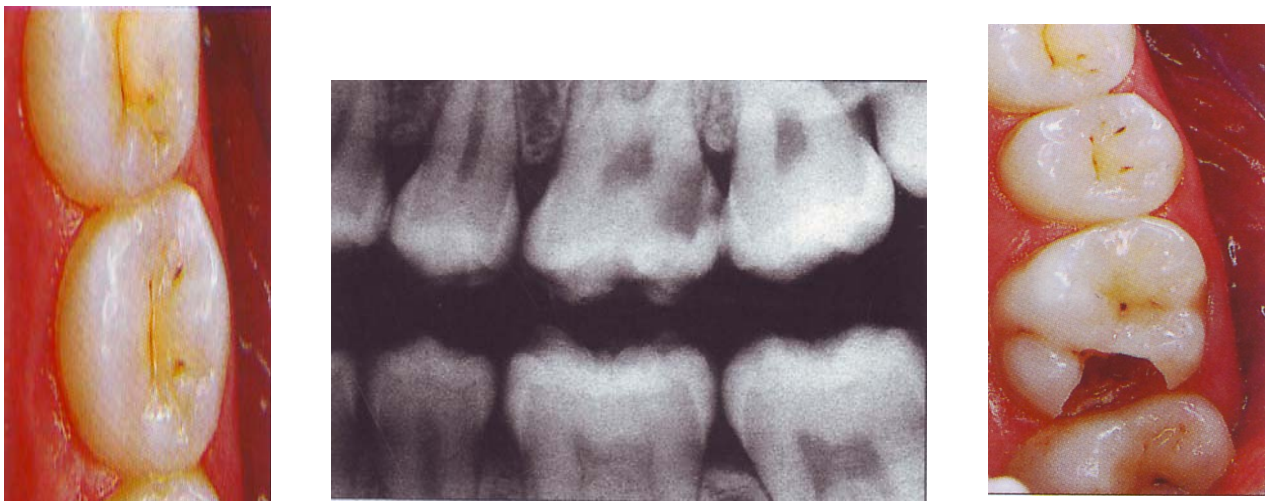


Fig. VII, VIII, IX Carie distale de la 26 révélée par la teinte de l'émail, les douleurs et confirmée par la radiographie

L'évolution de la lésion est plus ou moins lente ; mais il existe des poly caries évolutives à extension rapide. Le caractère important de cette lésion carieuse est souvent sa disposition symétrique.

Aussi, le dépistage d'une carie sur une dent doit faire rechercher la même sur la dent homologue.

- Les polycaries évolutives, reconnaissables par le grand nombre de dents atteintes et souvent par la disposition symétrique des lésions. Leur extension est rapide, leur récurrence fréquente

(Fig. X, XI).

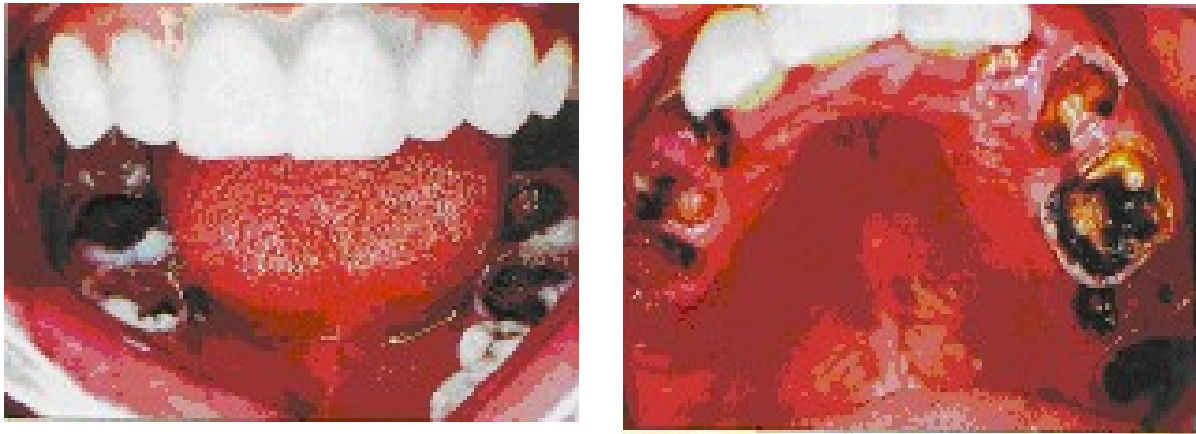


Fig. X- XI : Caries multiples chez un Pâtissier

On peut distinguer deux grands groupes de caries :

A / Les caries des tissus durs de la dent

Elles rassemblent, du point de vue clinique, toutes les caries sans atteinte pulpaire.

1 La carie de l'émail (Fig. XII)

C'est altération de la surface de l'émail qui se présente :

- soit comme une petite tache diversement colorée ;
- soit comme une rugosité, une érosion superficielle, une cavitation de l'émail.



Fig. XII : Carie débutante mais n'est-elle pas déjà dentaire ?

Symptomatologie

Les signes fonctionnels sont nuls :

- il n'y a aucune sensibilité, ni spontanée, ni provoquée ;
- lorsqu'une sensibilité se manifeste, il faut faire attention, la lésion a alors atteint la dentine : c'est la sensibilité d'alarme.

Les signes physiques se reconnaissent par :

- une petite tache claire, d'aspect crayeux ou plus ou moins foncée ;
- parfois une tache grise ou jaunâtre des faces latérales, pas toujours visible ou décelable.

2 La carie de la dentine (Fig. XIII)

C'est une carie non pénétrante des tissus durs de la dent, superficielle ou profonde qui fait suite à une altération de l'émail : c'est la lésion dentinaire. La carie de l'émail est liée aux agents extérieurs ; la carie de la dentine est dépendante de la bactériologie, et là, encore du milieu buccal.



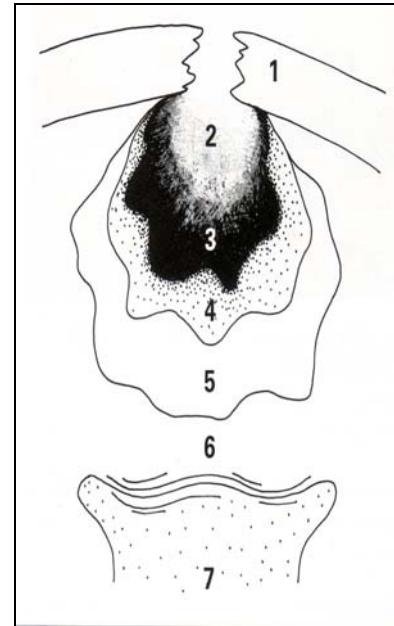
Fig. XIII : Carie dentaire superficielle sur 11 et 21, profondes sur les autres dents

Il faut tenir compte :

- de la virulence chimico-parasitaire qui détruit ;
- du terrain organo-minéral : au début il subit et s'altère, puis réagit, résiste et répare ;
- de la faculté de réaction de la pulpe à l'égard de toute agression (Fig. XIV)

Fig. XIV

- 1- Email
- 2- Dentine : Zone ramollie totalement désorganisée, Salive, débris alimentaires, plaque, Dentine ramollie
- 3- Dentine : Dentine envahie et infectée, tubulis très Élargis, microcavités envahies par Les bactéries
- 4- Dentine : Zone affectée, tubulis vide, élargis, (destruction de la dentine péritubulaire), présence de bactéries en périphérique et de tubulis sclérosés de plus en plus nombreux en profondeur
- 5- Dentine : Zone sclérosée : tubulis vides et sclérosés
- 6- Dentine : Zone réactionnelle, dentine réactionnelle élaborée par les odontoblastes ou par les cellules de relais
- 7- Pulpe



Symptomatologie

Les signes fonctionnels ou subjectifs

- il n'y a pas de douleur spontanée ;
- la sensibilité est toujours provoquée, des douleurs d'intensité variable sont causées par le contact alimentaire ou mécanique (brossage), par le froid (moins par le chaud), le sucre, les acides.

Les signes physiques ou objectifs.

On observe tantôt une coloration laiteuse, crayeuse de l'émail qui surplombe la cavité, tantôt une coloration plus ou moins jaunâtre voire noirâtre cernant la lésion.

6 : LES COMPLICATIONS DE LA CARIE DENTAIRE.

Les complications infectieuses d'origine dentaire sont très fréquentes étant donné l'incidence élevée de la carie dentaire. Néanmoins, d'autres causes stomatologiques peuvent provoquer des complications infectieuses telles les infections parodontales, les alvéolites, les péri coronarites, les infections des débris radiculaires et des dents incluses.

L'infection dentaire peut rester localisée à la région péri-apicale (sommet de la racine dentaire) ou progresser vers les tissus mous environnants ou le tissu osseux.

Les germes localisés dans ces infections sont généralement des germes saprophytes de la flore buccale mais souvent associés à des germes anaérobies. Les complications suivantes seront décrites par leurs étiologie, pathogénie et traitement : abcès, phlegmons, fistules, cellulites, kystes odontogènes, actinomycoses, thrombophlébites crânio-faciales, ostéites - ostéomyélites, sinusites maxillaires, septicémies et infections focales odontogéniques. Les conséquences de ces complications infectieuses peuvent varier en fonction de la résistance de certains germes aux antibiotiques usuels et de l'état immunologique du patient.

Il est donc nécessaire de tenir compte dans le traitement des complications infectieuses de la notion de terrain, de la virulence des germes, de l'entretien ou de la suppression des facteurs étiologiques et de la possibilité de drainage. [19]

6- TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE

Il est à la fois curatif et prophylactique

1- Traitement prophylactique de la carie

Il comprend l'ensemble de mesure préventive et le dépistage de la maladie carieuse.

1-1 Prévention

1-2 La prévention est un ensemble de mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents et à promouvoir la santé individuelle et collective. [20]

Cette prévention des caries dentaires passe avant tout par :

- Une bonne hygiène bucco-dentaire.

Le brossage régulier et soigneux deux fois par jour (matin et soir) pendant trois minutes, est impératives. Pour cela il faut utiliser une brosse à dents souple, non agressive, du dentifrice fluoré et du fil dentaire, afin de prévenir les caries interdentaires. Si l'on n'a pas accès à sa brosse à dents, un chewing gum sans sucre peut être utilisé pour faire au moins saliver abondamment en attendant le prochain brossage mécanique. [17]

La carie dentaire est une affection opportuniste, les agents microbiens, hôtes habituels saprophytes de la cavité buccale, transformant une dent saine en une dent malade lorsque le sujet adopte certaines attitudes : négligence dans l'hygiène buccale, déséquilibre alimentaire en faveur des sucres et dans leur rythme ingestion désordonnée, irrégularité dans la consommation du fluor, etc....

On sait à l'heure actuelle que le fluor et une bonne hygiène buccale ont une importance majeure dans la prévention des caries dentaires. Pour atteindre cet objectif il est indispensable de promouvoir une bonne politique de santé publique par des programmes de santé peu onéreux et accessibles à toutes les couches de la population. La stratégie de choix pour la réussite de ces programmes par le gouvernement est l'éducation, l'information, et la communication.

1.1.1- L'éducation, l'information, et la communication

Il s'agira d'éduquer les individus et les collectivités sur la santé bucco-dentaire. L'information et la communication concerneront les risques qu'ils courent sur la santé générale et les amener à adopter des habitudes et des comportements sains. L'éducation bucco-dentaire nécessite de ce fait la participation de la population et s'effectuera à différents niveaux (thèse Togola 1997).

Au niveau des mères. Les mères devront recevoir des instructions sur la façon de nourrir les enfants notamment dans les structures soci-sanitaires à l'exemple des centres de protection maternelle et infantile.

Au niveau des collectivités

L'éducation doit être donnée dans les écoles primaires par les instituteurs avec la collaboration des infirmiers de santé de l'école. C'est la meilleure manière de faire passer le message aux enfants, le message est alors vite compris par ces derniers et repris dans leur entourage.

1.1.2 Les méthodes de prévention

Elles s'inscrivent dans une large mesure à la politique de promotion de la santé réalisée par le Gouvernement et se situe à deux échelons : la protection individuelle contre la carie et la protection collective.

Sur le plan individuel

L'hygiène bucco dentaire consiste à :

- un brossage dentaire après les repas afin d'éliminer les résidus alimentaires de la bouches
- une alimentation à l'action détergente, ce qui facilite l'auto nettoyage des surfaces dentaires
- éviter la consommation d'aliments riches en sucre
- traiter les gingivites et les parodontopathies

- la protection des travailleurs contre les poussières d'Hydraté de carbone, les vapeurs d'acide (port des masques, aération).

Sur le plan collectif

La prévention repose essentiellement sur le fluor. En effet, le fluor est reconnu par tous les chercheurs comme un facteur important dans la réduction de l'activité carieuse. Ingérer par l'alimentation et véhiculé par la salive, il nourrit particulièrement l'émail et rend celui-ci résistant à l'attaque des acides résultant de la fermentation de débris alimentaires par la microflore buccale. Il se fixe à la dent par deux voies : la voie exogène ou par application locale, la voie endogène par la circulation sanguine.

La fluoration doit concerner : les centre d'approvisionnement publique, les eaux des écoles, l'administration des sels de fluor, les tablettes des comprimés sucer ou à ingérer, la fluoration de l'eau de boisson à domicile, la farine le lait.

1.2 Le dépistage

Il est indispensable et doit être systématique. Cela doit se faire une fois par an pour l'adulte et deux par an pour l'enfant. Si le dépistage est précoce il permet de traiter facilement les formes de carie débutante et limite à temps les dégâts ultérieurs. [21]

Les 10 règles de prévention des caries dentaires pour les enfants

Les bonnes habitudes à adopter pour une bonne hygiène bucco-dentaire [7]

- 1 Se [brosser](#) les dents deux fois par jour : le matin et le soir après chaque repas.
- 2 Se [brosser les dents](#) pendant 3 minutes.
- 3 Limiter les aliments très sucrés aux repas.
- 4 Eviter le grignotage entre les repas.
- 5 Se rincer la bouche avec de l'eau après un grignotage ou une boisson sucrée entre les repas.
- 6 Mâcher un chewing-gum sans sucre pour saliver.
- 7 Utiliser une paille pour les boissons sucrées. La paille diminue le contact entre le sucre et la plaque dentaire.
- 8 Changer la [brosse la dents](#) dès qu'elle commence à s'ébouriffer.
- 9 Utiliser un [dentifrice](#) fluoré
- 10 Prendre rendez-vous tous les 6 mois chez le **dentiste**.

2 Traitement curatif

Il comporte deux volets :

Le traitement général, consiste à prescrire des antibiotiques pour éviter la diffusion des bactéries dans la circulation sanguine générale. Le traitement symptomatique de la douleur et/ou de l'inflammation autorise la prescription d'antalgique et/ou d'anti-inflammatoire.

Le traitement local consiste :

- Soit à extraire les dentaires cariées puis à les remplacer par des prothèses en métal (or, acier), résine, porcelaine, association métal-résine ou métal-porcelaine [22]
- Soit à faire l'exérèse des tissus ramollis et à procéder ensuite à une obturation de la cavité par un amalgame (alliage, composite d'argent, d'étain et de mercure auquel [on ajoute parfois du zinc et cuivre) précédée de la préparation et de la pose d'un fond de cavité à l'aide d'eugénate.

L'obturation peut se faire également à l'aide de ciment phosphaté ou de résine. [23]

C/OBJECTIFS

A) OBJECTIF GENERAL

Déterminer la fréquence de la carie dentaire chez les patients fréquentant le cabinet 12 du CHUOS.

Sensibiliser le personnel socio-sanitaire , les étudiants sur l'existence de la carie dentaire.

B) OBJECTIFS SPECIFIQUES

➤ Evaluer l'indice CAO et la fréquence globale de la carie dentaire au cabinet 12 du CHUOS de Bamako en fonction de certains paramètres socio- démographiques a savoir l'âge, le sexe, l'ethnie, etc...

➤ Mettre en évidence les caractéristiques cliniques de la carie dentaire au cabinet 12 du CHUOS

➤ Evaluer les thérapeutiques pour la prise en charge de carie dentaire au cabinet 12 du CHUOS

Faire quelques recommandations pour une meilleure prise en charge de carie dentaire.

PATIENTS ET METHODE

1. CADRE ET LIEU D'ETUDE

Notre étude a pour cadre le centre hospitalier universitaire d'odonto-stomatologie (CHUOS) de Bamako (MALI) dans le service d'odontologie au cabinet numéros 12

Le CHUOS est situé dans la *commune III du district de Bamako au Quartier du fleuve, en face de la primature ; Rue Raymond POINCARRE, Porte 857*

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie (CHUOS) est un centre hospitalier universitaire spécialisé en odonto-stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. Centre de référence nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 février 1986.

Érigé en établissement public à caractère administratif (EPA) par la loi n°92-026/AN-RM du 05 octobre 1992, le CHUOS est devenu 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, le traitement 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 la santé ;
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine médical.

2. TYPES ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée de février 2007 à mars 2007

3. POPULATION D'Etude

L'étude a concerné 420 patients dont 269 patients de sexe féminin et 151 de sexe masculin.

4. COLLECTE DES DONNEES

Les données recueillies seront stockées sur un questionnaire standard élaboré à cet effet.

5. ECHANTILLONNAGE

➤ Critères d'inclusion

Était inclus dans cette étude tout patient ayant consulté pour carie dentaire au cabinet 12 et ayant accepté la prise en charge

➤ Critères d'exclusion

Était exclu de cette étude tout patient ayant consulté pour toute autre pathologie que la carie dentaire

6. LES VARIABLES

Les paramètres étudiés ont été:

▪ SOCIO EPIDEMIOLOGIE

- Age
- Sexe
- Profession
- Résidence
- Statut matrimonial
- Ethnie

▪ L'EXAMEN CLINIQUE

▪ LE TRAITEMENT

▪ LE SUIVI

▪ LE RESULTAT

7. SASIE ET ANALYSE DES DONNEES

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées sur les logiciels Microsoft Office Word 2003 et Epi Info 6-1 ou 6-0 version française.

Les calculs statistiques avec le khi2 de Pearson avec un risque $\alpha = 0,05\%$

8. FAISABILITE

❖ *Avantage*

- ✓ Avoir la fréquence globale de la carie dentaire au cabinet 12 du CHUOS de Bamako
- ✓ Connaître les caractéristiques cliniques de la carie dentaire
- ✓ Assurer une prise en charge de la carie dentaire
- ✓ Elaborer un document qui pourra être d'un apport considérable pour d'autres études sur la carie dentaire au Mali

❖ *Contrainte :*

- ✓ Le non respect des rendez-vous donnés aux malades pour les soins dentaires ultérieures ;

9. CONSIDERATIONS DEONTOLOGIES ET ETHIQUES :

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies seront préservés.

III/ RESULTATS

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la classe d'âge

TRANCHES D'AGE	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
0-9 ans	4	0,95
10-19 ans	33	7,86
20-29 ans	170	40,48
30-39 ans	132	31,43
40-49 ans	45	10,71
50-59 ans	12	2,86
60-69 ans	10	2,38
70-79 ans	14	3,33
TOTAL	420	100,00

La tranche d'âge 20-29 ans a été la plus représentée avec 40,48

La tranche d'âge 0-9 ans a eu la plus faible représentation avec 0,95%

Tableau II : Répartition des patients en fonction du sexe

SEXE	EFFECTIFS	FREQUENCE (%)
Masculin	151	35,95
Féminin	269	64,05
TOTAL	420	100,00

Le sexe féminin a été majoritaire dans notre étude avec un sexe- ratio de 0,56

Tableau III : Répartition des patients en fonction de la Résidence

RESIDENCE	EFFECTIFS	FREQUENCE (%)
Commune I	54	12,86
Commune II	46	10,95
Commune III	48	11,43
Commune IV	87	20,71
Commune V	72	17,14
Commune VI	68	16,19
extérieure	45	10,71
TOTAL	420	100,00

Les ressortissants de la commune I V et V ont été les plus nombreux avec respectivement **20,71%** et **16,19%**

Tableau IV : Répartition des patients en fonction l'occupation

OCCUPATION	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
Femme au foyer	151	35,95
Fonctionnaire	60	14,29
scolaire	80	19,05
ouvrier	51	12,14
autres	78	18,58
TOTAL	420	100,00

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses avec 35,95% suivis des scolaires avec 19,05%

Autres : (commerçant 10,00%, cultivateurs 3,10%, retraites 5,48%)

Tableau V : Répartition des patients en fonction de leurs ethnies

ETHNIE	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
bamanan	106	25,24
malinké	85	20,24
bozo	12	2,86
peulh	77	18,33
soninké	48	11,43
autres	68	24,69
TOTAL	420	100,00

Les Bamanans et les Malinkés ont domine avec respectivement 25,24% et 20,24%
 Autres : (sonrhai 15,47% ,senoufo 3,57% , dogon 2,86% , bozo 2,86%)

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

STATUT	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
Marié	284	67,62
Célibataire	136	32,38
TOTAL	420	100

Les Maries ont domine avec 67,62% des cas

Tableau VII : Répartition des patients en fonction de la nationalité

NATIONALITES	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
Malienne	406	96,67
Sénégalaise	7	1,67
Burkinabé	6	1,43
Française	1	0,24
TOTAL	420	100,00

96,67% de nos patients étaient des maliens

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la notion de brossage

NOTION DE BROSSAGE	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
OUI	408	97,14
NON	12	2,86
TOTAL	420	100,00

97,14% de nos patients se brossaient les dents

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la fréquence de brossage par jour

FREQUENCE/ JOUR	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
1 fois	228	55,88
2 fois	176	43,14
3 fois	4	0,98
TOTAL	408	100,00

55,88% de nos patients se brossaient 1 fois par jour et 43,14% se brossaient 2 fois par jour

Tableau X : Répartition des patients en fonction du type de brosse

TYPE	EFFECTIFS	FREQUENCE (%)
Brosse à dent	281	68,87
Bâtonnet frotte dent	127	31,13
TOTAL	408	100,00

68,87% de nos patients utilisaient les brosses à dent

Tableau XII : Répartition des patients en fonction du motif de la consultation

MOTIF	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
Douleur	273	65,00
Traumatisme	5	1,19
Mauvaise haleine	6	1,43
Abcès	29	6,90
Hypersensibilité	25	5,95
Présence de cavité	31	7,38
douleur+abcès	7	1,67
douleur+cavité	37	8,81
douleur+hypersensibilité	4	0,95
hypersensibilité+cavité	3	0,71
TOTAL	420	100,00

La majorité de nos patients ont consulté pour douleur avec un taux de 65,00% suivis de 8,81% pour douleur+cavité

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de la présence de dent CAO

PATIENT AVEC DENT CAO	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
Oui	400	95,24
Non	20	4,76
TOTAL	420	100,00

95,24% de nos patients avaient des dents CAO

Tableau XIV : Répartition des patients avec dents CAO en fonction du nombre de dent cariée

NOMBRE DE DENTS CARIEES	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
1	170	42,50
2	191	47,75
3	29	7,25
4	9	2,25
6	1	0,25
TOTAL	400	100,00

47,75% de nos patients avaient 2 dents cariées et 0,25% avaient 5 dents cariées

Nombre de dent cariée = $170 + (2 \times 191) + (3 \times 29) + (4 \times 9) + 6 = 681$

Tableau XV : Répartition des patients en fonction du type de dent cariée

TYPE DE DENT	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
Incisive	6	0,88
Canine	18	2,64
Prémolaire	135	19,82
Molaire	443	65,05
Dent de sagesse	79	11,60
TOTAL	681	100,00

Les Molaires ont domine avec 65,05% suivies des Prémolaires avec 19,82%

Tableau XVI : Répartition des patients avec dents CAO en fonction du nombre de dent absentes

NOMBRE DE DENTS	EFFECTIF	FREQUENCE (%)
0	252	63,00
1	95	23,75
2	49	12,25
3	4	1,00
TOTAL	400	100,00

63,00% de nos patients n'avaient pas de dent absentes et 23,75% avaient une dent absente

Nombre de dent absente = $95 + (2 \times 49) + (3 \times 4) = 205$

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction du type de dent absentes

TYPE DE DENT	EFFECTIFS	FREQUENCE (%)
Incisive	3	1,46
Canine	5	2,44
Prémolaire	24	11,71
Molaire	136	66,34
Dent de sagesse	37	18,05
TOTAL	205	100,00

Les Molaires ont domine avec 66,34% suivis des dents de sagesse avec 18,05%

Tableau XVIII : Répartition des patients avec dents CAO en fonction du nombre de dent obturées

NOMBRE DE DENTS	EFFECTIFS	FREQUENCE (%)
0	209	52,25
1	94	23,50
2	93	23,25
3	3	0,75
4	1	0,25
TOTAL	400	100,00

52,25% de nos patients n'avaient pas de dents obturées et 23,50% avaient une dent obturée

Nombre de dent obturée = $94 + (2 \times 93) + (3 \times 3) + 4 = 293$

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du type de dents obturées

TYPE DE DENT	EFFECTIFS	FREQUENCE (%)
Incisive	2	0,68
Canine	3	1,02
Prémolaire	22	7,51
Molaire	197	67,24
Dent de sagesse	69	23,55
TOTAL	293	100,00

Les Mollaires ont domine 67,24% suivis des dents de Sagesse avec 23,55%

ETUDE DU CAO

Nombre total de dents cariées (C) =681 ;

Nombre total de dents absentes (A) =205 ;

Nombre total de dents obturées (O) =293

Nombre de sujets ayant des dents CAO= 400

Nombre de sujets examinés= 420

NOMBRE TOTAL DE DENTS CAO

C+A+O=1179 ;

$$\text{Indice CAO} = \frac{\text{Nombre de dents CAO}}{\text{Nombre de sujets examinés}}$$

$$= \frac{1179}{420} = \mathbf{2,81}$$

$$\begin{aligned} \text{Fréquence Globale de la carie} &= \frac{\text{Nombre de sujets ayants des dents CAO}}{\text{Nombre de sujets examinés}} \times 100 \\ &= \frac{400}{420} \times 100 = \mathbf{95,24\%} \end{aligned}$$

Tableau XX : Répartition des patients en fonction du suivi pendant un mois

SUIVI	EFFECTIFS	FREQUENCE (%)
FAVORABLE	391	97,75
COMPLIQUEE	9	2,25
TOTAL	400	100,00

97,75% de nos patients ont eu une suite favorable

Tableau XXIV : Distribution du nombre de dent carie et en fonction de la classe d'âge

Tranche d'age Nombre de dents	10-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	TOTAL
1	7	74	42	24	7	7	9	170
2	20	73	74	17	3	1	3	191
3	3	14	11	1	0	0	0	29
4	1	4	3	1	0	0	0	9
6	0	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	31	166	130	43	10	8	12	400

ddl= 24

khi2=0,114

Non Validé

Tableau XXV : Répartition du nombre de dent cariée /sexe

SEXE Nombre de dents	Féminin	Masculin	TOTAL
1	101	69	170
2	127	64	191
3	25	4	29
4	6	3	9
6	0	1	1
TOTAL	259	141	400

ddl=4

khi2=0,039

Non Validé

Tableau XXVI : Répartition du nombre de dent CAO / sexe

SEXE	Masculin	Féminin	TOTAL
CAO			
1-6 dents	137	252	389
7-12 dents	4	7	11
TOTAL	141	259	400

ddl=1

khi2=0,94

Validé avec P Compris entre 0,50 et 0,75

IV/ COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude a porté sur un effectif de 420 patients avec un sexe -ratio de 1,78 en faveur du sexe féminin

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses avec 35,95% suivies des scolaires avec 19,05% et La tranche d'âge 20-29 ans a été la plus représentée avec 37% des cas

Les ressortissants de la commune IV et V ont été les plus nombreux avec respectivement 20,71% et 16,19% des cas

47,75 % de nos patients avaient 2 dents cariées, 0,25% avaient 5 dents cariées et Les Molaires ont dominé avec 65,05% suivies des Prémolaires (19,82%) des cas

Pour ce qui concerne le nombre de dents absentes, 63,00% de nos patients n'ont pas signalé de dent absentes tant dis que 23,75% avaient une dent absente, Les Molaires ont dominé avec 66,34% suivies des dents de sagesse avec (18,05%) des cas

En ce qui concerne le nombre de dents obturées, 52,25% de nos patients ne présentaient pas d'obturation dentaire, 23,50% avaient une dent obturée, Les Molaires ont dominé avec 67,24% de dent obturée, suivies des dents de Sagesse avec 23,55% des cas

Dans notre étude la fréquence globale de la carie dentaire a été de 95,24% c'est à dire que 95,24% de nos patients avaient des dents soit cariées soit absentes ou obturées

L'indice CAO a été de 2,81

Selon L'OMS cet indice en 1982 était en moyenne de 3,3 dans les pays développés contre 4,5 dans les pays en voie de développement

Une étude effectuée au Cabinet privé de **Mme Ly OS** en Commune I du district de Bamako en 1994 avait trouvé un indice CAO de **1,71** ; une fréquence globale de la carie de 98,98%. La classe d'âge de 10 à 25 ans représentait 39% contre 52,80% pour celle de 26 ans à 50 ans. Les élèves ont représenté 26,20% de l'effectif total. . [24]

Japhet Pabanou Théra

Dans sa thèse effectuée à l'école fondamentale de Boukassoumbougou en 1998 chez les scolaires de 12 ans a trouvé un indice CAO de 2,12 et une fréquence globale de 64,37%. Le sexe masculin prédominait (53,80%) avec un sexe ratio de 1,16. Les ethnies Bamanan, peuhl et malinké représentaient 64,40%. [27]

Cissé et Coll.

Une étude menée en 1993 à Dakar a remarqué une diminution de l'indice CAO liée à une politique de fluoration des eaux de boisson et du sel de cuisine en milieu urbain (CAO = 1,2) en sus urbain (CAO = 1,6) et rural (CAO = 0,7). . [28]

Bien que nous n'ayons pas eu à doser la quantité de fluor dans les eaux de boissons de nos patients , nous partageons l'avis des chercheurs selon lequel le fluor permet de diminuer la prévalence de la carie dentaire ; l'indice CAO a été dans notre étude de **2,81**

Bagayoko L. Y. et Coll.

En 1983 dans un groupe scolaire d'Abidjan ont trouvé un indice CAO égal à 3,3, c'est-à-dire que chaque individu avait 3,3 dents soit cariées, soit absentes, soit obturées. Cet indice est supérieur au notre qui est de 2,81. . [25]

France Jacquot B. et Fontaine A.

Dans une étude portant sur la carie dentaire ont noté une baisse de l'indice CAO en France grâce également à une politique de fluoration (comprimés fluorés, solution topique au fluor, pâtes dentifrices fluorées). Ainsi l'indice CAO est passé de 4,2 en 1970 à 2,5 en 1990 et 2,7 en 1993. . [26]

V/CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A la fin de notre étude nous pouvons retenir les résultats suivants.

Sur un total de 420 patients il y a eu 400 patients ayant de dents de CAO.

Le sexe féminin a été majoritaire dans notre étude avec un sexe ratio de 0,56 et La tranche d'âge 20-29 ans à été la plus représentée avec 40,48

Les femmes au foyer ont été les plus nombreuses avec 35,95% suivis des scolaires avec 19,05%.

47,75 % de nos patients avaient 2 dents cariées et 0,25% avaient 6 dents cariées et Les Molaires ont domine avec 65,05% suivis des Prémolaires avec 19,82%

63,00% de nos patients n'avaient pas de dents absentes et 23,75% avaient une dent absente.

Les Molaires ont dominés avec 66,34% suivis des dents de sagesse avec 18,05%

52,25% de nos patients n'avaient pas de dents obturées et 23,50% avaient une dent obturée et Les Molaires ont dominés 67,24% suivis des dents de Sagesse avec 23,55%

La fréquence globale de la carie dentaire a été de 95,24% c'est à- dire que 95,24% de nos patients avaient des dents soit cariées soit absentes ou obturées

L'indice CAO a été de 2,81.

Le nombre de dents CAO était en rapport avec le sexe féminin avec un KHI2 à 0,95 avec un P compris entre 0,50 et 0,75

RECOMMANDATIONS

A- Aux autorités

Elles ont un rôle capital à jouer par les actions suivantes :

- Mener une politique de fluoration des eaux de boissons ou du sel de cuisine
- Informer, sensibiliser, et éduquer dans le cadre de la santé bucco- dentaire le renforcement de l'éducation pour la santé bucco-dentaire

Equiper en matériel suffisant et adéquat les structures dentaires et éventuellement la multipliant ces structures.

B – Aux médecins généralistes

- Recommandé au patient une bonne hygiène bucco-dentaire. .
- Orienter les patients vers les centres spécialisés pour une melleuire prise en charge

C- Aux Chirugiens Dentistes

Ils ont un triple rôle à jouer dans la lutte contre ce fléau.

- 1)** Un rôle éducatif qui consiste à informer les patients de l'importance que joue la santé dentaire dans la pathologie générale.
- 2)** Un rôle préventif qui consiste à empêcher le développement et l'apparition des affections bucco-dentaire.
- 3)** Un rôle curatif qui consiste après détection des lésions à les soigner le plus tôt possible.

D – A la Communauté

Certaines recommandations impliquent la population dans la lutte contre la carie dentaire en particulier et les maladies bucco dentaires en général.

- Réduction au minimum des aliments sucrés (chocolat, yaourt, lait concentré sucré, dattes)
- Brossage soigné des dents et de la gencive avec une brosse souple matin et soir .
- promotion d'une bonne fonction masticatoire par l'usage des aliments durs qui assurent un auto nettoyage des dents.
- Traitement précoce des gingivites et des parodontopathies.
- L'utilisation de brosse à dent à conseiller.
- La diminution ou l'arrêt de bâtonnets frotte dent.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. JEAN- louis ACHARD

Les maladies dentaires acquises, révision accélérée en odonto-stomatologie

Ed maloine S A 1998 Paris

2. ADIKO E.F ASSI D. DJAHA K., GNAGNE AY. BROU E, EGNANKOU J.K

Pratique courante de la Chirurgie Dentaire en Milieu ivoirien : étude des attitudes des populations à l'égard des services de santé bucco-dentaire

3. PRSP 2005-2009

Cahier de charges 2007 Programme7

« AMELIORER LE DEPISTAGE DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES DANS LE CADRE DE LA PROMOTION DE L' HYGIENE BUCCO-DENTAIRE »

Jasmine.moretti @elsm- toulon. Cnamts.fr

4. DIOMBANA M.L. ; NIAMBELE B. (1995)

Indice CAO et fréquence globale de la carie en Commune III du district de Bamako

<http://www.caducee.net>

5. D. Eric

Etude de l'indice CAO d'une population rurale du Gers en 1914

www.bium.univ-paris.fr/sfhad/vol9/debut.htm

6. G. Jean, P. Evelyne

Préhistoire de l'art dentaire : quelques pathologies comme témoins de l'évolution de l'homme.

www.bium.univ-paris.fr/sfhad/vol9/debut.htm

7. www.teteamodeler.com /santé/dent/dent/.asp

15 février 2008

8. A.- Lautrou

9. C.- Chossegras

Maladie de la denture.

[http ://www.sfipradiopédiatrie.org/EPU.HTM](http://www.sfipradiopédiatrie.org/EPU.HTM)

10. J. LEBEAU

Collège Hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologique.

2^{ème} édition Elsevier 2005. Pour le 2^{ème} Cycle des études médicales.

Collection Campus illustré

11. I. - Thesleff.

Does epidermal growth factor control tooth eruption ?

J Dent Chil 1987; 54: 321-329

12. J. V.- Ruch, M.-

Lesot. Epithelial mesenchymal interaction in tooth germs: mecanisms of differenciation.

J Biol Buccale 1983; 11: 173-193

13. J.-P. Lézy, G. Princ ;

Abrégés de Pathologie maxillo-faciale et stomatologique, 3^{ème} édition Masson 2004.

14. P. Bonfils, J.-M. Chevallier.

Anatomie. Tome 3 ; ORL. Médecines-sciences, Flammarion Paris 1998.

15 GEIDER E. MICHAILESCO R.M, et DIMEGIO L Etude épidémiologique de l'état bucco-dentaire des enfants âgés de 6 -15 ans de la région de Languedoc-Roussillon
Jour bio buccal vol 19, 1989 pp 51- 56.

16. GORGES LE BRETON. ,

Indice Cao et fréquence globale de la carie dentaire au cabinet 12 du CHUOS

Traité de sémiologie et clinique,

Odonto-stomatologie, 1997 Edition CDP p 134-135-137

17. VAN LOVEREN C.,

Diet and Dental Caries: cariogenicity may depend more on oral hygiene using fluorides than on diet or type of carbohydrates.

EUR. J. Paed. Dentistry, June 2000, 1 (2)

18. FINIDORI CL

. Pathologie de la carie

EMC 1987, 23010 B10.

19. Revue médicale de Bruxelles

(Revus. méd. Brux.) ISSN 0035-3639; 2001, vol. 22, n°4, pp. A289-A295 (12 réf

20. . BURRY, J. A

Education pour la santé, concept, enjeux, planification, Bruxelles,

De Boeck-wesmael, 1988 p235

21. Geider E ; Michalesco R.M.et Dimegio L. :

étude épidémiologie de l'état bucco-dentaire des enfants âgés de 6-15 ans de la région Languedoc-Roussillon

Jour bio buccal vol 19, 1989 pp 58

22. Domart A, Bourneuf J.

nouveau Larousse médical 1981 pp 310-312.

23. Fowler J-E :

étude comparative de deux enquêtes épidémiologiques de la carie dentaire en milieu scolaire au Sénégal dans le cadre de l'objectif de la santé publique
Thèse de médecine 1974-M-dakar.

24. LY O.S., DIOMBANA M.L.

Bilan CAO et Fréquence globale de la carie en Commune I du District de Bamako (République du Mali).
Mali- Med 1996, X, 3-4.

25. BAGAYOKO L. Y. et Coll. :

Indice CAO dans un groupe scolaire d'Abidjan.
Thèse de chirurgie dentaire.
Abidjan 1983

26. HERLIN J.

Répercussion socio-économique d'une étude des états pathologiques bucco-dentaires
thèse de chirurgie dentaire.
Lille, 1971, n°3.

27. THERA J.P. :

Approche épidémiologique de la carie dentaire chez les scolaires de 12 ans à l'école fondamentale de Boukassoumbougou.
Thèse de Med 1998.

28. CISSE D., YAM A.A., GUEYE M.M., NDIAYE N.

Prévalence de la carie dentaire en milieu urbain et rural chez les écoliers de la région de Dakar.
Odontostomatologie Tropicale 1993, XVI, n°2.

RESUME

Une étude prospective sur la carie dentaire s'est déroulée au cabinet dentaire N°12 du CHUOS de Février 2007 à Mars 2007.

L'objectif était de déterminer la fréquence globale de la carie dentaire en fonction de l'âge, du sexe, de l'ethnie, de la résidence, du statut matrimonial et en fonction de l'occupation.

L'étude a porté sur un échantillon de 420 patients avec 64,50% de femme et un sex-ratio de 0,56.

La tranche d'âge de 20-29 ans fut la plus fréquente avec 40,48%. Les ethnies les plus fréquentes furent respectivement les bamanans (25,24%) et les malinkés (20,24%).

La majorité des patients étaient originaires des communes IV (20,71%) et V (16,19%).

Les femmes au foyer et les scolaires étaient les groupes professionnels les plus représentés avec respectivement 35,95% et 19,05%.

La fréquence globale de la carie a été estimée à 95,24% et l'indice CAO a été de 2,81.

Les molaires étaient les dents les plus concernées que ça soit les dents cariées (65,05%), les dents absentes (66,34%) ou les dents obturées (67,24%).

2,25% des patients ont eu des complications qui étaient des cas d'abcès.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Numéros du dossier Date.....

I/IDENTIFICATION :

Nom : Prénom :

Age : Sexe :

Résidence:..... Profession :

Ethnie : Statut matrimonial.....

Nationalité

II/NOTION DE BROSSAGE :

Non...../...../ Oui...../...../

A quelle fréquence

Une foi.../...../ Deux foi.../...../ Trois foi.../...../ Ou plus...../...../

Pendant combien de temps

1munite.../...../ 2munites.../...../ Trois munîtes...../...../ Quatre munîtes...../...../ Ou plus

Quelle type de brosse

Bâtonnet frotte dent...../...../ Brosse a dent...../...../

III/PRISE D'ALIMENTS CARIOGENES AU COUCHER :

Oui...../...../ Non...../...../

IV/MOTIFS DE CONSULTATIONS :

Douleur :...../...../ Absès/...../

Hypersensibilité :.. /...../Présence de cavité : /...../

V/DETERMINATION DU CAO :

➤ C :nombre de dents cariées :...../...../

Maxillaire

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Mandibule

- A : nombre de dents absentes pour causes de carie (on écartera toute dent extraite dans un but thérapeutique) : / _____ /

Maxillaire

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Mandibule

- O : nombre de dents obturées (seules obturations définitives sont prises en considération) : / _____ /

Maxillaire

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Mandibule

VI/ EVOLUTION : PENDANT UN MOI

Favorable : / _____ / Défavorable : / _____ /

VII/ CLASSIFICATIONS DE LA CARIE :

1. selon la vitesse de propagation :

Aiguë : / _____ / Chronique : / _____ / Arrêtée : / _____ /

2. selon le degré :

C1 : / _____ / C2 : / _____ / C3 : / _____ / C4 / _____ /

Délabrement : / _____ /

VIII/ NOMBRE DE DENTS SAINES:..... / _____ /

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénoms : Sibiri

Année universitaire : 2007-2008

Titre de la thèse : *Indice CAO et fréquence globale de la carie dentaire au cabinet 12 du CHUOS*

Ville d soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Odonto-stomatologie, Santé Publique.

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!