2023)

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple–Un But–Une Foi

UNIVERSITES DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

(U.S.T.T.B)

U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)

Année universitaire : 2024-2025 N° :

TITRE

BILAN DES ACTIVITES DU SERVICE D'ODONTO-STOMATOLOGIE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KOULIKORO (2022-2023)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 05/06/2025 devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Par M. **S**iaka **D**iabaté

Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie Dentaire (Diplôme d'État)

JURY

Président: M. Bougadary COULIBALY Maitre de Conférences
Membre : M. Abasse SANOGO Maitre de Recherche
Co-Directeur: M. Aboubacar S.T. KANÉ Attaché de Recherche
Directeur: M. Baba DIALLO Maitre de Recherche

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE :

Je dédie cette thèse à ma mère **Aminata BERTHE**.

Sans ton amour, ton encouragement et ton soutien (moral et financier) ce travail n'aura pas vu le jour. Je sais que tu as fait face à de nombreuses épreuves mais tu as toujours privilégiée le bonheur de tes enfants et comme tu le dis toujours la fierté d'une mère c'est de voir ses enfants réussir et cette œuvre en est le fruit. Je t'aime et je suis fière d'être ton fils. Puisse ALLAH t'accorder santé, bonheur et longue vie ! Amina

REMERCIEMENTS :

A ALLAH, LE TOUT PUISSANT, LE MISERICORDIEUX.

A mes parents

Chers pères **Fousseyni DIABATE, Adama DIABATE, Karim DIABATE chères mères Fatoumata KONE, Djeneba SANOGO, Ramatou FANE, Salimata BALLO :**

Rien au monde ne pourra compenser les efforts et les sacrifices que vous avez consentis pour mon bien être. Quelle patience ! Sans vous ; je ne serai jamais arrivé jusque-là. Je vous dois tout.

Trouver dans ce travail qui est le vôtre toute ma reconnaissance et surtout mon amour. Puisse ALLAH vous accorder santé et longévité !

A mes frères et sœurs

Afouchata, Seydou, Mahamadou, Brehima, Assitan, Awa, Moumoune, Marietou, Adiaratou, Issa, Maman, Alassane:

Je vous remercie infiniment pour votre présence, vous avez su me protéger et m'encourager à votre façon, ce travail est le vôtre aussi. Que l'entente qui règne autour de nous persiste à jamais.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines :

Sory sangaré , Habi Sanogo , Amadou Ballo : Merci pour votre amour et votre soutien, ce travail est autant le vôtre que le mien, recevez mes remerciements les plus sincères.

A ma fiancée

Fanta COULIBALY : Tu es la personne qui m'a le plus aidée et soutenue car tu as pu trouver des bons mots pour me motiver surtout le coté moral tout au long de ce travail. Merci pour l'amour et je souhaite le meilleur pour nous

A mes belles sœurs

Coumba DEMBELE et Assetou BOIRE : Vous êtes merveilleuses mesdames, malgré mon absence et mes mauvaises humeurs, vous avez su être présente. Merci d'avoir pris soin de mes frères et moi.

A mes camarades de la 10ème promotion de la filière Odonto-Stomatologie :

Bakary Traoré, Mamadi Doumbia, Kalifa Goita, Salimatou Keita, Youssouf Yalcouyé, Agbeutohouse Gertrude, Brehima Dembelé, Soungalo Dembelé, Yassine Cissé, Fatimata coulibaly, Ali Guindo, Amousso Hervé, Djelika Cisse, Daouda keita, Koniba Koné, Sekou Sylla, j'ai partagé de merveilleux moment avec vous rien que d'y penser vous me manquez déjà. Retrouvez à travers ce modeste travail mes sincères remerciements. Succès et bonne chance pour le reste du long chemin.

A mes amis de la FMOS

On a souffert ensemble durant toutes ses longues années surtout au numerus clausus. Merci pour le soutien et bonne chance à nous tous dans la vie active.

A mes meilleurs amis : Ousmane KONE, Drissa DEMBLE, Daouda COULIBALY.

Ma chance a été de vous avoir dans ma vie, vous êtes ma famille. Nous avons passé des moments difficiles et de joie ensemble. Puisse ALLAH nous donner longue vie pleine de santé et de succès. Vous m'avez été d'un grand soutien, trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus dévoués. Merci d'être vous et ce travail est le vôtre.

Au Médecin chef du district sanitaire de Koulikoro Dr. Sidi NIARE et tout son personnel.

Au personnel de l'odontostomatologie, de l'ophtalmologie et l'otorhinolaryngologie de Koulikoro particulièrement Nabou TRAORE, Kadidia DEMBELE, Ramata DOUMBIA, Barthelemy DEMBELE, Elhader TOURE, Hawa SANTARA.

Merci pour l'hospitalité, le soutien, la fraternité, la solidarité, l'union, l'amour et l'accompagnement que vous m'avez offert.

+ A Aman Amadou MAIGA Assistant Médical en odontostomatologie et chef de service de l'odontologie du CSRef Koulikoro

Merci pour votre soutien indéfectible, de vous j'ai appris, la persévérance, la patience, le respect. Recevez ici le témoignage de ma profonde gratitude. Les mots me manquent pour vous remercier. Qu'ALLAH vous récompense.

A.E.O.S-MALI (Association des Etudiants en Odonto-Stomatologie du Mali**)**

La vie associative est parsemée de beaucoup d'obstacles. Aux anciens ainsi qu'aux cadets de l'A.E.O.S-Mali, merci de m'avoir donné la chance d'être parmi vous.

A la famille Expérience Syndicale

Vous m'avez accueilli au sein de la faculté, grâce à vous j'ai pu franchir cette barrière du numerus clausus. Merci coordo Cheick

Aux corps professorals de la FMOS et aux enseignants de la filière odontostomatologie

C'est un grand plaisir et un honneur pour nous d'avoir appris auprès de vous. Recevez ici chers maîtres, le témoignage de notre gratitude.

A tous ceux de près ou de loin qui ont contribués à l'amélioration de cette thèse recevez ici tous mes remerciements.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Bougadary COULIBALY

- **Maitre de conférences en prothèse scellée à la FMOS;**
- **Chef du service de Prothèse Fixée et praticien hospitalier au CHU-CNOS;**
- **CES de biomatériaux à UFR Clermont Ferrand I France;**
- **CES de prothèses scellées UFR Paris V France;**
- **DU en odontologie permanente UFR Paris V France;**
- **DU en implantologie au CURAIO Lyon France.**

Cher Maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury malgré vos multiples obligations.

Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Soyez assuré de notre entière reconnaissance et de notre plus profond respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur Abasse SANOGO

- **Maitre de recherche en Médecine interne**
- **Praticien au CMCA Bamako**
- **DU en VIH/SIDA**
- **Chef d'unité de Médecine interne et d'hospitalisation au CMCA Bamako**
- **Responsable des activités scientifique et technique du CMCA Bamako**
- **Médecin-colonel**
- **Ancien directeur de formation BA2**
- **Ancien Directeur santé région militaire**

Cher Maître,

Nous apprécions l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Qu'il vous soit témoigné notre profonde reconnaissance pour votre savoir et pour toutes les connaissances que vous nous avez enseignées.

Trouvez ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de toute notre estime.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Baba DIALLO

- **Enseignant chercheur à la FMOS, Maitre de Recherche ;**
- **Chirurgien-dentiste ;**
- **Praticien hospitalier au CHU-CNOS Pr. HT;**
- **Épidémiologiste Diplômé de l'Institut Régionale de Santé publique (IRSP) de Ouidah au Benin ;**
- **Doctorat (Phd) en épidémiologie à ISFRA**
- **Enseignant vacataire de bio statistique à l'institut de formation des sciences de la santé (L'INFSS);**
- **Chef de service du département de santé publique au CHU-CNOS Pr. HT.**

Cher Maître,

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter la direction de cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissants pour votre écoute et votre disponibilité.

Nous avons su apprécier la qualité de votre enseignement, qui fut pour nous des plus enrichissants, durant toutes nos années d'études.

Veuillez trouver ici le témoignage de nos vifs remerciements et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Aboubacar Sidiki Thissé KANÉ

- **Chirurgien-dentiste, Parodontologiste des Armées,**
- **Doctorat en chirurgie dentaire FMPOS de la Guinée Conakry,**
- **Master en sciences odontologiques parcours parodontologie de l'UCAD de Dakar**
- **Certificat d'Études Supérieures en Parodontologie, Faculté de Chirurgie dentaire de Strasbourg en France,**
- **Doctorant (PhD) en Parodontologie à l'École Doctorale des Sciences et Techniques du Mali.**
- **Certifié en Docimologie, Université de Strasbourg en France,**
- **Enseignant chargé de cours à la FMOS**
- **Chef du Service Odontologie centre médico-chirurgical des armées de Bamako.**
- **Agrée en Chirurgie dentaire et parodontologie au près des cours et tribunaux du Mali.**
- **Ancien directeur BA1 armée**
- **Parain de la 10ème promotion de la filière d'odontostomatologie**
- **Auteur et co-auteur de plus de 90 articles scientifiques.**

Cher Maitre

Les mots nous manquent pour vous remercier.

Votre assistance, votre rigueur, votre qualité d'encadreur, de travail bien fait, de modestie et vos grandes qualités scientifiques ont fait de vous un modèle pour les générations futures.

Nous sommes très honorés par l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Durant ces années passées près de vous nous nous sommes rendu compte de votre sens élevé de responsabilité, de votre rigueur au travail, de votre dévouement, de votre facile d'accès et surtout de vos qualités humaines qui forcent votre admiration.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

Sommaire

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 2
II. OBJECTIFS 4
III. GENERALITES 6
IV. MATERIELS ET METHODES 28
V. RESULTATS 33
VI. DISCUSSION/ COMMENTAIRES 41
VII. CONCLUSION 46
VIII. RECOMMANDATIONS 48
IX. REFERENCES 50
X. ANNEXES xx

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DE LA CAVITE BUCCALE 6
FIGURE 2: FACTEURS DE RISQUES DES CARIES DENTAIRES 17
FIGURE 3: CARIES DENTAIRES 18
FIGURE 4: LES STADES D'EVOLUTION DE LA CARIE DENTAIRE. 19
FIGURE 5: LA PARODONTITE 20
FIGURE 6: GINGIVITE 21
FIGURE 7: PARODONTITE 22
FIGURE 8: APHTE 23
FIGURE 9: CANDIDOSE BUCCALE 24
FIGURE 10: EPULIS 25
FIGURE 11: HERPES LABIAL 25
FIGURE 12: REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE 33
FIGURE 13 : LA REPARTITION SELON LES SPECIALITES 35

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I: LA REPARTITION DES PATIENTS SELON L'AGE D'ENFANT 33
TABLEAU II : LA REPARTITION DES PATIENTS SELON LA RESIDENCE 34
TABLEAU III : LA REPARTITION DES PATIENTS SELON LA PROFESSION..... 34
TABLEAU IV : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES CONSULTATIONS TRIMESTRIELLES 35
TABLEAU V : LA REPARTITION DES PATIENTS SELON LES PATHOLOGIES 35
TABLEAU VI : LA REPARTITION SELON LE DEGRE DE LA CARIE 36
TABLEAU VII : LA REPARTITION DES PATIENTS SELON LA LOCALISATION DE LA CARIE 37
TABLEAU VIII : LA REPARTITION DES PATIENTS SELON LA DENT CAUSALE..... 37
TABLEAU IX : REPARTITION DES PATIENTS SELON L'INDICE CAO..... 37
TABLEAU X : LA REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TRAITEMENT..... 38
TABLEAU XI : LA REPARTITION DES PATIENTS SELON LA RESTAURATION CONSERVATRICE..... 38
TABLEAU XII : REPARTITION DES PATIENTS SELON LES CAS DE REFERENCE 39

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

3 O : Odontologie ; Orl ; Ophtalmologie

AMP : Aide Médicale aux Populations

BA : Brevet d'Arme N 2

CAO : Cariée, Absente et Obturée

CAOD : Carié, Absente, Obturée et Dent

CES : Certificat d'Etudes Spéciales

CESAC : Centre de Soins, d'Animation et de Conseil

CHU-CNOS Pr HT : Centre Hospitalier Universitaire, Centre National d'Odontostomatologie

CMCA : Centre Médico-Chirurgical des Armées de Bamako

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CURAIO : Collège Universitaire Rhône-Alpes d'Implantologie Orale

CVI : Ciment verre ionomère

DU : Diplôme Universitaire

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

ISFRA : Institut Supérieur de Formation et de Recherche Appliquée

OCE : Odontologie Conservatrice Endodontie

OMS : Organisation Mondiale de la Sante

ONU : Organisation des Nations Unies

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PhD : Doctor of Philosophy

SIS : Système d'Information Sanitaire

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

UCAD : Université Cheick Anta Diop de Dakar

UFR : Unité de Formation et de Recherche

VIH/SIDA : Virus Immunodéficience Humaine, Syndrome Immunodéficitaire Acquise

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'odontostomatologie est une spécialité médicale qui regroupe l'ensemble des disciplines liées à la santé de la cavité buccale, des dents, des maxillaires et des tissus attenants. Elle est une branche de la médecine dédiée à la prévention, au diagnostic et au traitement des affections bucco-dentaires, joue un rôle essentiel dans la santé publique. En Afrique subsaharienne, et particulièrement au Mali, les affections bucco-dentaires telles que les caries, les parodontopathies, les abcès dentaires et les malocclusions sont fréquentes, affectant une large proportion de la population, notamment les enfants et les jeunes adultes [1].

Les maladies bucco-dentaires sont qualifiées de problème de santé publique majeur, en raison de leur prévalence et de leur incidence élevée 60 à 90%, et la carie dentaire est considérée avec des maladies parodontales comme le quatrième fléau mondial par l'Organisation Mondiale de la Santé après les cardiopathies, les cancers et le SIDA [2]. De ce fait, une altération de l'état buccodentaire a des conséquences considérables : trouble de l'élocution, de la mastication, de l'esthétique et de l'image de soi… parfois les conséquences sont insidieuses et fait partie intégrante de cet 'état complet de bien-être physique, mental, et social stipulé dans la constitution de l'OMS [3].

L'odontostomatologie englobe :

La dentisterie conservatrice (obturations, traitements canalaires)

La chirurgie buccale (extractions, abcès)

La parodontologie (gencives)

L'orthodontie (alignement des dents)

L'odontopédiatrie (soins pour enfants)

L'acte prothétique (pose de prothèse)

La prévention des maladies bucco-dentaires (éducation, hygiène) [4].

Le Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Koulikoro, en tant que structure sanitaire de second niveau, constitue un maillon essentiel dans l'offre de soins de santé bucco-dentaire dans la région. Il assure à la fois les consultations spécialisées qui a représenté 7,88 % par rapport à l'ensemble des consultations du CSRef de 2022 à 2023, les traitements curatifs (traitement des caries, obturations, extractions, abcès, gingivite, soins pour enfants) et les actions de prévention en matière d'odontostomatologie par contre les cas d'orthodonties, de prothèses fixées et certains cas de parodontopathies sont référés vers les centres plus spécialisés [5].

Le présent travail de thèse s'inscrit dans une dynamique d'évaluation des activités menées par ce service au cours de la période 2022-2023. Il s'agit d'un bilan descriptif permettant d'apprécier les types de pathologies prises en charge, le profil des patients consultés, les actes réalisés, et d'identifier les défis majeurs du service. Cette étude vise ainsi à fournir des données utiles pour l'amélioration continue des soins bucco-dentaires dans la région de Koulikoro [6].

Dans les pays en développement, l'odontostomatologie est confrontée à plusieurs défis : faible couverture, déficit en personnel spécialisé, et recours fréquent à l'automédication ou aux tradipraticiens. D'où la nécessité de renforcer les capacités des centres de santé de référence dans cette spécialité [7].

INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

Cette étude présente :

- Un intérêt sanitaire : en fournissant un état des lieux des activités du service d'odontostomatologie du CSRéf de Koulikoro sur la période 2022-2023, elle permet de mieux comprendre la demande de soins, la typologie des pathologies traitées, ainsi que les forces et faiblesses du système local. Elle contribue ainsi à orienter les efforts vers des actions préventives et curatives plus ciblées.
- Un intérêt stratégique : les résultats de cette étude peuvent servir de base à la planification sanitaire régionale. Ils permettront aux décideurs de repérer les besoins en ressources humaines, en équipements, en formation continue, et en consommables, en vue d'un meilleur fonctionnement du service.
- Un intérêt scientifique et académique : ce travail vient combler un vide documentaire en matière de données spécifiques sur l'odontostomatologie dans le contexte malien.

II. OBJECTIFS

➢ **Objectif Général** :

Faire le bilan des activités du service d'odontostomatologie du Centre de Santé de Référence de Koulikoro (2022-2023).

➢ **Objectifs spécifiques** :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients,
- Décrire les proportions des différentes les pathologies rencontrées,
- Décrire les modalités de la prise en charge des pathologies rencontrées.

GENERALITES

III. GENERALITES

Définitions des concepts :

Bilan des activités est un compte rendu écrit d'une période précise qui reprend les chiffres, les stratégies et les objectifs [8].

L'Odonto-stomatologie est la science qui étudie d'une part le système dentaire et les structures avoisinantes de soutien et d'autre part les maladies de la bouche, et de ses annexes osseuses, nerveuses et vasculaires [9].

Dans cette section nous allons étudier les rappels anatomiques, physiologiques et les pathologies bucco-dentaires.

- **Anatomie de la cavité buccale :[10]**

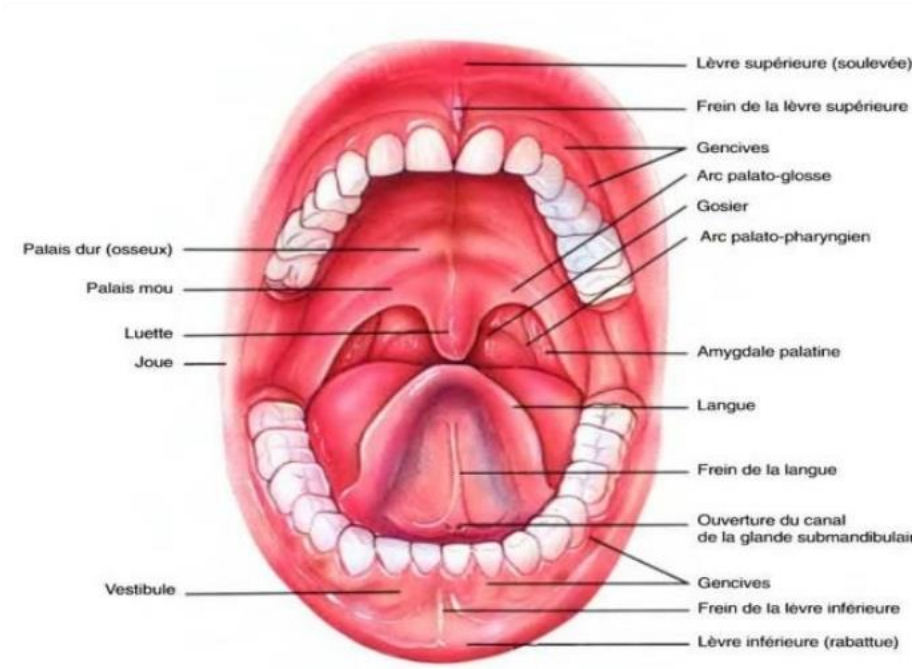

Figure 1: Anatomie topographique de la cavité buccale [11].

La bouche ou cavité buccale est la partie de l'appareil digestif dont l'orifice se situe au niveau de l'étage inférieur de la face. On lui décrit habituellement six parois :

la paroi supérieure qui est formée par la voûte du palais ;

La paroi inférieure qui est formée par le muscle mylo-hyoïdien ;

La paroi antérieure qui n'existe que quand les lèvres sont en contact, c'est en fait une ouverture ;

La paroi postérieure qui est également une ouverture, n'existe que quand la voile du palais est abaissée ;

Les deux parois latérales qui sont constituées par les faces internes des joues, tapissées essentiellement par les muscles buccinateurs.

La cavité buccale est divisée par les arcades gingivo-dentaires en deux parties :

l'une périphérique ou vestibule de la bouche, l'autre centrale ou cavité buccale proprement dite. Les deux parties communiquent entre elles par les espaces inter-dentaires d'une part et d'autre part, par l'espace rétro-dentaire situé en arrière des molaires.

Elle est essentiellement occupée par la langue et les arcades dentaires maxillaire et mandibulaire, et elle est constamment humidifiée par la salive.

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.

- ✓ **Limites**

En avant les lèvres supérieure et inférieure ;

Latéralement, les joues ;

En bas, plancher buccal

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 un prolongement conique en son milieu (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. La luette porte deux replis muqueux, les piliers du voile du palais (piliers antérieur et postérieur) entre lesquels siègent les amygdales palatines.

- ✓ **Les orifices**

Ils sont au nombre de deux :

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

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

- ✓ **Le 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 fer de 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 alvéolodentaire incisive qui est couramment 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 fléchissant des lèvres et des joues recouvre les arcades alvéolo-dentaires devient gencive ou muqueuse alvéolaire selon qu'elle est ou non recouverte d'un épithélium kératinisé. La zone de séparation entre ces deux tissus correspond à 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**.**

On rencontre aussi 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), séparé de l'arcade alvéolodentaire 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 sont considérablement variables 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 luette.

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**

Elle se divise 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.

Elle est 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 s'appelle le foramen cæcum.

Sa partie antérieure est déprimée par le sillon médial du foramen cæcum 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 lingual médian.

Le sillon alvéolo-lingual**,** découvert en soulevant la langue, 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 sublinguaux [10].

La langue est un organe musculaire complexe intervenant dans la mastication, la déglutition et la phonation. (Bonfils et Chevallier, 2005, p. 126). Le corps de la langue est mobile, sa racine est fixe et située plus en arrière, dans l'oropharynx. La langue compte 17 muscles qui s'attachent sur l'os hyoïde, la mandibule ou sur la base du crâne. La langue est innervée par des nerfs moteurs (nerfs IX et XII) et sensitif (nerf X) [12]**.**

- **Fonctions de la cavité buccale**

La fonction de la cavité buccale et de ses structures est de commencer le processus digestif. La cavité buccale forme la première cavité du tube digestif et détient plusieurs fonctions qui sont :

La salivation,

La gustation,

La mastication,

La déglutition,

La phonation,

La respiration,

L'expression,

La communication.

Toutes ces fonctions sont déterminantes pour la santé générale. Il est donc primordial de préserver la santé buccale afin de maintenir la qualité de vie de l'individu [13]**.**

- **Organe dentaire [14].**

4.1. La dent

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 :

- L'émail
- La dentine
- La pulpe

- La racine comprend de la périphérie vers le centre :

- Le cément
- La dentine
- Le canal pulpaire qui se termine dans l'apex.

L'ensemble des tissus de soutien de la dent ou parodonte est constitué par le cément, le 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 partie minérale essentiellement constituée de cristaux d'hydroxyapatite et contient environ 2 % d'eau ;
- d'une partie 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'hydroxy apatite ;
- d'une partie organique, constituée de collagène, 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 est variable. Il est composé :

- d'une phase minérale, elle est composée en majeur partie d'hydrox apatite ;
- 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.

Son réseau vasculaire est dense ;

Les fibres nerveuses sensitives proviennent du nerf trijumeau (V) et les fibres vasomotrices sont issues du système sympathique ;

Les éléments cellulaires sont : fibroblastes et fibrocytes, cellules indifférenciées, cellules endothéliales et péricytes, cellules de défense.

4.2 Tissu de soutien

✓ **Os alvéolaire [15]**

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 elles 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 le LAD (le ligament alvéolo-dentaire) [14].**

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 rebord marginal ou bord gingival libre, dont le contour est festonné et parallèle à la jonction amélocémentaire. Elle est limitée dans sa partie apicale par la ligne mucogingivale 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 Inter proximale (ou papille inter dentaire) dont la forme pyramidale occupe l'espace inter dentaire.

- 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.

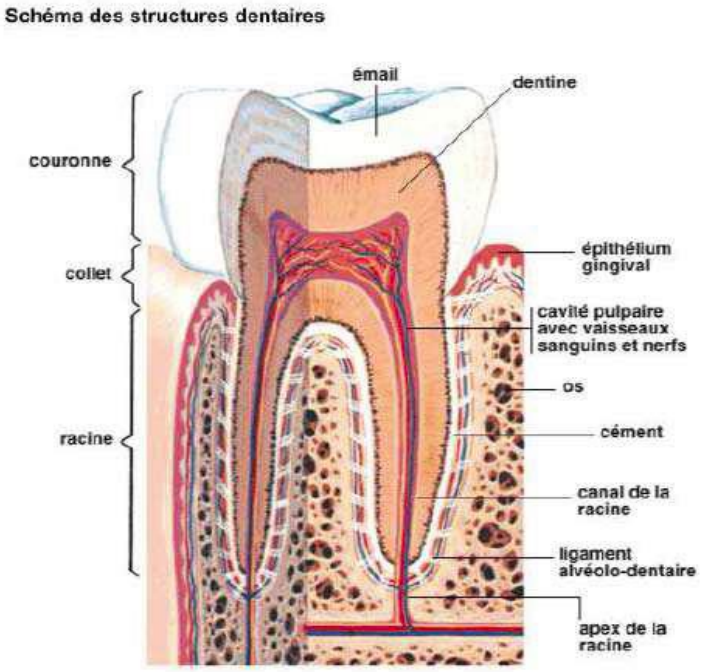

Figure 2: Schéma des structures dentaires [10]

4.3. 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.

4.4. Différentes classes de dents [10].

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

Les canines suivent immédiatement les incisives. Elles sont au nombre 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-maxillomaxillaire.

La canine mandibulaire est la dent qui s'articule en avant de la canine maxillaire. Les canines possèdent deux bords coupants qui se rejoignent au sommet de la cuspide.

Les canines sont à l'angle de l'arcade dentaire et séparent les dents antérieures des dents postérieures ou post-canines.

- 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 les 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.

4.5. Dentures et dentition

Chez l'homme on distingue trois dentures [10].

De six mois à six ans, la denture lactéale (ou temporaire) 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.

De six à douze ans la denture 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 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.

La dentition désigne l'ensemble des phénomènes concernant la formation, la croissance et l'éruption des dents à travers la gencive et plus particulièrement leur mise en place sur l'arcade.

4.6. Nomenclatures dentaires [10].

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

- ✓ Formules dentaires

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

- o Formule dentaire de lait :

I= incisive : 4/4I

C= canine : 2/2C

M=Molaires : 4/4M

- o Formule dentaire permanente :

I= Incisive: 4/4I

C= Canines: 2/2C

PM= Prémolaires: 4/4PM

M= Molaire: 6/6M

- ✓ Nomenclature normalisée internationale de l'OMS

Chaque dent a un numéro à deux chiffres dont le premier désigne un cadrant ou hémi-arcade (de 1 à 4 pour les dents permanentes ou définitives et de 5 à 8 pour les dents temporaires ou dents de lait) et le deuxième, le rang de la dent, de 1 à 8 (1 à 5 pour les dents temporaires) en partant du milieu jusqu'au fond.

Pour les dents permanentes :

Droite	Gauche
Cadran 1	Cadran 2
Cadran 4	Cadran 3

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 :

Droite	Gauche
Cadran 5	Cadran 6
Cadran 8	Cadran 7

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

- **Pathologies bucco-dentaires**

La cavité buccale est souvent le siège de nombreuses pathologies qui sont soit spécifiques, soit en rapport avec une maladie générale et parmi lesquelles la carie dentaire et les parodontopathies sont les plus fréquentes [16].

5.1 Définition de la carie dentaire

La carie dentaire est une maladie infectieuse. L'émail de la dent est le premier touché.

La carie est caractérisée par des périodes de déminéralisation alternant avec des périodes de reminéralisassions. Elle est localisée, se dirigeant de l'extérieur vers l'intérieur de la dent. Elle affecte les tissus durs de la dent à des degrés variables, allant de la simple perte de minéraux, non détectable à l'œil nu, à une destruction complète de la dent [17]**.**

Le processus carieux est généralement interrompu aux stades initiaux et dans des conditions favorables, tandis qu'il est irréversible aux stades avancés.

KEYES a mis en évidence trois facteurs étiologiques principaux : l'hôte, les facteurs microbiens et l'alimentation auxquels **NEWBRUN,** en 1978, intègre le facteur temps [18]**.**

Les caries sont très fréquentes. Plus de neuf personnes sur dix auraient eu au moins une carie. En France, plus d'un tiers des enfants de six ans et plus de la moitié des enfants de 12 ans auraient été concernés par cette infection. Au Canada, 57 % des enfants âgés entre 6 et 12 ans ont au moins eu une carie.

La prévalence des caries qui touchent la couronne de la dent augmente jusqu'à la quarantaine et se stabilise ensuite. La prévalence des caries qui touchent la racine de la dent, souvent par déchaussement de la gencive continue à augmenter avec l'âge et sont fréquentes chez les aînés. Les caries dentaires, touchent les dents de lait et les dents définitives. Une dent de lait cariée doit être soignée même si elle est amenée à tomber. Les caries atteignent plutôt les molaires et les prémolaires, qui sont plus difficiles à nettoyer lors du brossage.

Les caries ne guérissent jamais spontanément et peuvent entraîner la chute des dents.

Les sucres seraient l'un des principaux facteurs responsables de l'attaque de l'émail. En effet, les bactéries présentes dans la bouche, principalement les Streptocoques mutans et les lactobacilles décomposent les sucres en acides, elles se lient aux acides, aux particules alimentaires et à la salive pour former la plaque dentaire, à l'origine de la carie dentaire. Le brossage des dents enlève cette plaque. Il existe par exemple un lien entre boissons sucrées et caries. Mais d'autres facteurs comme le grignotage ou un mauvais brossage de dents sont également mis en cause.

Si la carie n'est pas soignée, la cavité s'agrandit et s'approfondit. Ainsi elle peut atteindre la dentine c'est la dentinite. Des douleurs commencent à se faire sentir, notamment avec le froid ou le sucre. La carie peut gagner la pulpe de la dent. On parle de pulpite ou « rage de dents ». Enfin, un abcès dentaire peut apparaître.

La carie peut avoir des conséquences sérieuses sur les dents et la santé en général. Elle peut, par exemple, provoquer des douleurs importantes, des abcès parfois accompagnés de fièvre, des problèmes de mastication et de nutrition, des dents qui se cassent ou tombent. La carie doit donc être soignée au plus tôt [19]**.**

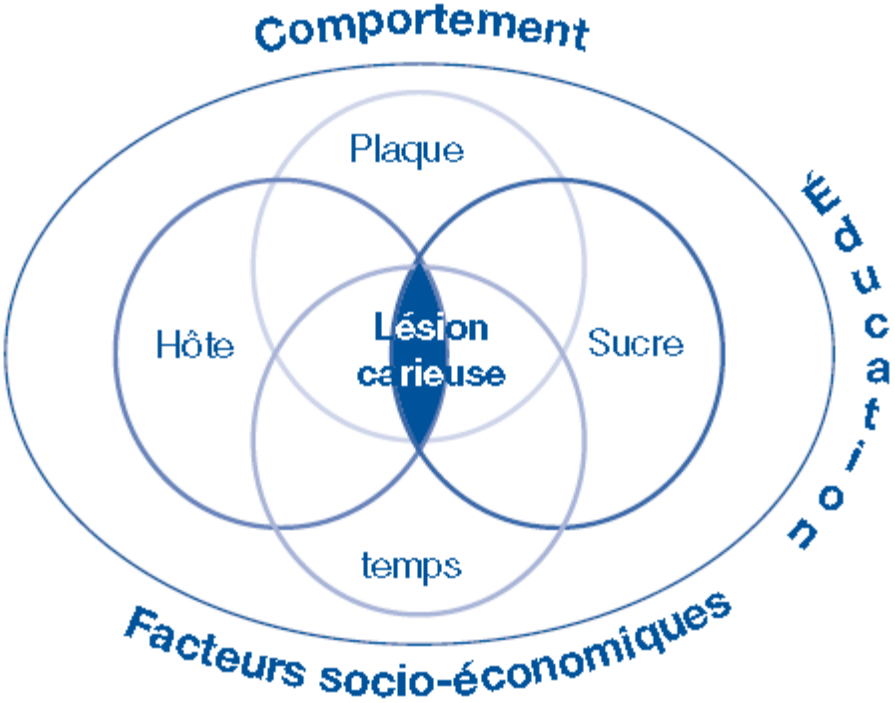

Figure 2: Facteurs de risques des caries dentaires

Source [20]

Figure 3: Caries dentaires

Source [17].

5.2 La classification des caries [21].

La carie est une maladie infectieuse qui attaque les tissus durs de la dent, elle les ramollit puis les détruit.

Cette destruction une fois entamée se poursuit jusqu'à la disparition complète de l'organe dentaire.

Généralement la carie évolue de l'extérieur vers l'intérieur de la dent. Cette évolution se fait en stades allant du premier au quatrième degré (mort de la dent).

Premier degré : en principe sans douleur, elle passe presque inaperçue pour le patient, son attention peut être attirée par :

- Un sillon particulièrement sombre ;
- S'il y a une atteinte proximale on constate une rétention alimentaire inhabituelle, on l'appelle **carie de l'email.**

Deuxième degré : carie de la dentine.

Elle n'occasionne jamais de douleurs spontanées. Les douleurs occasionnées par cette carie sont presque toujours provoquées par le froid et le sucre : c'est **la dentinite**

Les caries sont souvent perceptibles mais pas toujours, les rétentions alimentaires sont importantes. La radiographie permet de faire une idée de la profondeur de la lésion avant traitement.

Troisième degré : carie de la dentine à proximité de la pulpe, cette pulpe est affectée d'une inflammation non ouverte, ce qui explique sa symptomatologie clinique orageuse. C'est le stade de la rage et les nuits blanches, on parle de **pulpite aigue**.

L'œdème inflammatoire est responsable de fortes douleurs que nous reconnaissons étant donné que la chambre pulpaire est inextensible, cet œdème occasionne une augmentation de la pression qui irrite les terminaisons nerveuses à ce niveau, ceci explique le caractère spontané de cette douleur forte.

Quatrième degré : (ouverture pulpaire, dent morte) : L'ouverture pulpaire atténue les symptômes orageux du troisième degré. Cette ouverture peut être spontanée quand le malade s'entête à ne pas consulter, ou provoquée par le malade lui-même ou par le thérapeute qui peut être amené à pratiquer cette ouverture en cas d'échec de la thérapeutique conservatrice, ce qui est souvent le cas des pulpites de longue durée.

La pulpite aiguë évolue vers la pulpite chronique, soit vers la nécrose pulpaire, plus ou moins rapidement, plus ou moins totalement selon les cas.

Figure 4: Les stades d'évolution de la carie dentaire [22].

5.3 Les maladies parodontales

Le parodonte ou périodonte est l'ensemble des tissus durs et mous qui constituent l'environnement immédiat de la dent. Cette structure qui fait partie intégrante de l'organe dentaire est indissociable de la dent et assure son maintien sur l'arcade. En effet l'existence du parodonte est intimement liée à la présence de la dent et vice versa. Il est composé de la gencive, de l'os alvéolaire, du desmodonte et du cément.

On peut diviser le parodonte en :

– parodonte superficiel avec la gencive, seul tissu visible à l'examen

– parodonte profond constitué des autres éléments (le cément, le desmodonte et l'os alvéolaire)

Les maladies parodontales de l'enfant et de l'adolescent comprennent tout un ensemble de pathologies, dont certaines très spécifiques, qu'il est important de connaître pour bien les traiter.

La classification en parodonte superficiel et profond permet de déterminer deux types de pathologies : les gingivites et les parodontopathies [23].

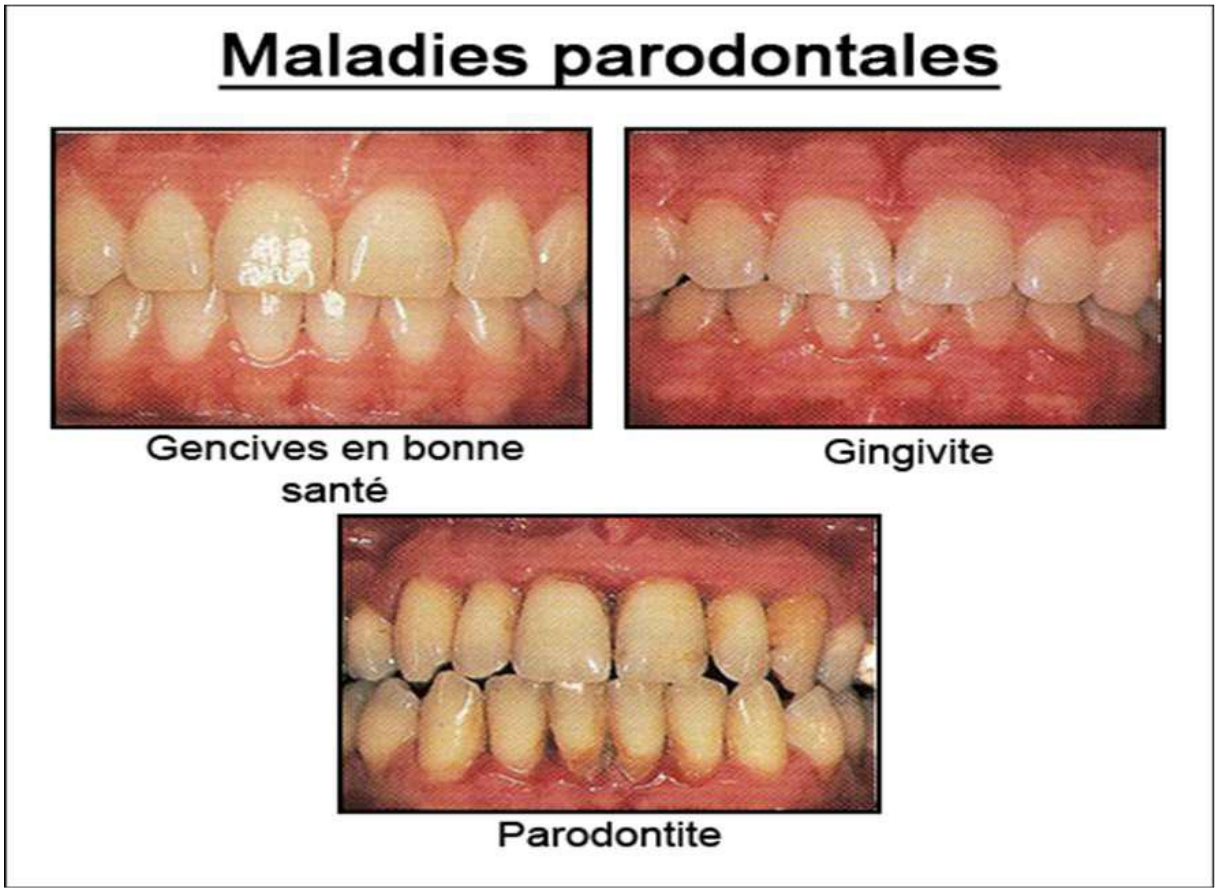

Figure 5: La parodontite

Source yandex

a. Les gingivites [24]

Une gingivite est une inflammation des gencives. Si elle est traitée rapidement, elle guérit sans laisser de dommages. Cependant, si elle n'est pas traitée correctement, elle évolue généralement vers une parodontite. Avec ces pathologies inflammatoires causées par une infection, le rôle de l'hygiène bucco-dentaire est essentiel [25].

La gingivite se reconnaît facilement à l'apparence des gencives qui présentent alors des signes classiques d'inflammation, soit rougeur et œdème. À ce stade de la maladie, le processus pathologique est facilement réversible. Il suffit d'améliorer la qualité de l'hygiène buccale,

sans quoi l'inflammation risque de s'étendre plus en profondeur à l'intérieur du parodonte et de donner lieu à une parodontite.

Pour ce faire, l'utilisation de la soie dentaire, une mesure préventive souvent négligée, est tout aussi importante que le brossage des dents. Bien que toutes les parodontites commencent par une gingivite, toutes les gingivites ne vont pas nécessairement évoluer vers une parodontite. Par contre, plus on permet à la plaque bactérienne de s'accumuler autour de la gencive pendant une longue période, plus, en règle générale, le risque de parodontite augmente. La présence de tartre, qui découle de la calcification de la plaque bactérienne au contact de la salive, est particulièrement importante dans l'apparition d'une parodontite. Comme le tartre ne peut être enlevé par le brossage des dents ou l'utilisation de la soie dentaire, une intervention professionnelle devient nécessaire pour déloger cet irritant qui se trouve en contact direct avec le parodonte.

Figure 6: Gingivite

Source [25].

b. Les parodontites [26]

La parodontite est une inflammation qui touche non seulement la gencive mais aussi le tissu osseux sous- jacent. Elle se traduit par une résorption de celui-ci, qui en absence de traitement, aboutit à un déchaussement des dents voire à une perte définitive de la dent, dans le pire des cas.

Elle se caractérise surtout par un saignement de la gencive. Pour certains patients, l'inflammation reste limitée à la gencive. Elle peut progresser vers une parodontite.

Quand la maladie évolue vers une parodontite, d'autres signes cliniques apparaissent : des mobilités et des migrations dentaires, des voussures de la gencive (abcès de la gencive) sont autant de facteurs qui évoquent la présence d'une parodontite. Ils alertent le patient. Une consultation chez le chirurgien-dentiste s'impose pour traiter la maladie. Du fait de la perte osseuse, un espace vide se crée entre la dent et la gencive, espace qui ne reste pas vide

longtemps et qui est rapidement colonisé par les bactéries. Des bactéries plus virulentes apparaissent donc et augmentent la destruction osseuse.

Une hygiène bucco-dentaire adaptée aux besoins du patient est enseignée, il est absolument nécessaire que le patient maitrise parfaitement son brossage pour que le traitement puisse aboutir.

En effet, l'inflammation ne pourra disparaître que si les bactéries sont éliminées, car elles sont responsables du déclenchement des gingivites et des parodontites.

Un détartrage complet de la bouche est ensuite réalisé où le tartre supra-gingival est enlevé. Le tartre, chez un sujet sans maladie parodontale, se situe au-dessus de la gencive. Chez un patient avec une parodontite, le tartre s'accroche non seulement au-dessus de la gencive mais aussi sous la gencive, dans la zone où le tissu osseux est détruit. Dans ce cas, le praticien réalise en plus du détartrage, un surfaçage qui vise à éliminer le tartre sous gingival et les bactéries accrochées à la racine, mise à nue du fait de l'os perdu.

Si ce traitement n'est pas suffisant pour retrouver une gencive saine, des traitements chirurgicaux sont à envisager.

Figure 7: Parodontite

Source [27].

5.4 Les lésions de la muqueuse buccale [28]

La muqueuse buccale regroupe la langue, le plancher de la langue, les gencives, la face interne des joues et des lèvres, le palais et le voile du palais. Tout comme la peau, dont elle est très proche quant à sa constitution, elle est exposée à toutes sortes d'agressions, qu'elles soient bactériennes, virales, mycosiques (champignons), physiques, chimiques ou thermiques. Elle peut être le siège de pathologies extrêmement variées, dont les principales formes sont abordées dans les lignes qui suivent.

La plupart des lésions rencontrées sont bénignes, mais elles peuvent constituer les prémices de lésions beaucoup plus graves, c'est pourquoi, la moindre anomalie détectée en bouche doit inciter à consulter un spécialiste. En ce sens, le chirurgien-Dentiste se trouve souvent en première ligne dans le dépistage et la prévention de certaines pathologies buccales.

En examinant une lésion, il peut être amené à déclencher des démarches diagnostiques et initier une prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire. Il représente donc souvent le premier maillon de la chaîne thérapeutique.

5.1.1 Les aphtes

Ce sont des lésions bénignes qui représentent un motif fréquent de consultation.

Il s'agit d'ulcérations douloureuses de la muqueuse buccale. Ils sont superficiels, de taille et de localisation variables et sont souvent perçus comme des brûlures.

Les facteurs connus favorisant son apparition sont le stress, certains aliments comme les noix, le gruyère, les épices, les kiwis, certains médicaments (ex : aspirine, antibiotiques), les traumatismes (prothèse ou obturation dentaire irritative, morsure, dérapage de brosse à dents), certaines infections. En l'absence de traitement, un aphte demande généralement 10 à 15 jours pour cicatriser.

Figure 8: Aphte

Source [29].

5.1.2 Les candidoses

Appelées aussi "muguet", elles sont le résultat de la colonisation massive de la muqueuse buccale par un champignon : le Candida Albicans. Normalement, le Candida Albicans n'est pas un ennemi ; c'est sa prolifération qui le rend pathogène.

Les candidoses surviennent suite à l'altération des défenses de l'organisme, telles que le diabète, la prise prolongée d'antibiotiques, la sécheresse buccale, la dénutrition, la diminution immunitaire.

Figure 9: Candidose buccale

Source [30].

5.1.3 Les lésions blanches, rouges et pigmentées

Ces lésions buccales sont très variées et vont des lésions les plus bénignes aux lésions cancéreuses. Toute modification de l'aspect de la muqueuse buccale, qu'elle soit douloureuse ou non, est un motif de consultation. Les origines de ces lésions peuvent être diverses : tabac, traumatisme (causé par des dents ou des prothèses dentaires), accident thermique ou chimique, candidose (champignon), atteinte virale ou bactérienne, certaines maladies. Les thérapies mises en place dépendent du diagnostic de ces lésions, lui-même souvent posé après examens complémentaires.

5.1.4 Les épulis

Ce sont des excroissances bénignes de la gencive, qui saignent facilement et qui peuvent avoir des causes multiples (mauvaise hygiène bucco-dentaire ; prothèse inappropriée). Leur traitement consiste en leur exérèse.

Figure 10: Epulis

Source [31].

5.1.5 Les herpès

Ce sont des lésions qui touchent fréquemment les lèvres (ce sont les classiques "boutons de fièvre"), ou qui peuvent être localisées à d'autres endroits. Elles sont dues à un virus qui passe régulièrement de la phase passive à la phase active.

Différents stimuli tels qu'une irradiation solaire, des stress psychiques… des facteurs hormonaux ou qu'une brûlure légère des lèvres peuvent faire que le virus redevienne actif et se développe.

Figure 11: Herpes labial [32].

5.1.6 Les calculs

Ce sont des obstacles minéraux situés dans les glandes salivaires principales ou sur le trajet de leur canal excréteur. Ils gênent l'écoulement de salive et entraînent un gonflement de la glande salivaire concernée souvent accompagné de douleurs et parfois même d'une infection pouvant se compliquer en abcès. Le traitement médical recourt essentiellement aux anti-inflammatoires pour atténuer la douleur et l'inflammation et parfois aux antibiotiques s'il y a une infection associée. Le traitement chirurgical, quant à lui, vise à extraire le calcul.

5.1.7 La bouche sèche

Elle est due à un déficit de la sécrétion de salive et est le plus souvent consécutive à la prise de médicaments. Les complications de cette sécheresse vont de la simple inflammation gingivale à la candidose, en passant par des difficultés de déglutition et des troubles gustatifs. Outre les traitements spécifiques, il y a toute une série de gestes simples qui peuvent augmenter la sécrétion de salive : boire au minimum 1,5 litre d'eau par jour pour bien s'hydrater, mâcher des chewing-gums sans sucre, sucer des bonbons mentholés, etc.

6. **Les anomalies orthodontiques [16].**

Les anomalies orthodontiques ne sont pas des maladies. Elles constituent un ensemble de variations dans la morphologie et les fonctions de la sphère orofaciale qui entraînent un préjudice esthétique et/ou fonctionnel. Elles peuvent être de plusieurs types :

6.1 Les anomalies morphologiques :

- les anomalies dentaires sont des altérations des structures coronaires, radiculaires ou corono-radiculaires qui peuvent se traduire par des variations dans le nombre, la forme, la situation et l'éruption d'une ou plusieurs dents. Ces différentes anomalies peuvent être localisées ou généralisées, isolées ou associées à d'autres anomalies orthodontiques qu'elles compliquent ;
- les anomalies des relations entre les arcades dans les trois sens de l'espace (anomalies des structures osseuses) réduction ou augmentation de volume de l'un des maxillaires ;
- les anomalies des rapports entre la base du crâne et les maxillaires (grands syndromes cranio-faciaux) ;
- les anomalies des tissus mous.

6.2. Les anomalies fonctionnelles

On peut citer :

- les anomalies cinétiques des relations d'arcade
- les anomalies d'une fonction oro-faciale : déglutition, ventilation, phonation.

MATERIELS ET METHODES

IV. MATERIELS ET METHODES

1. Cadre et lieu d'étude

L'étude s'est déroulée dans le service d'odontostomatologie du CSRef de Koulikoro.

Le Centre de santé de référence est situé entre Koulikoroba et Koulikoro-coura au bord de la route nationale 27, à côte de la direction régionale de la santé face au stade municipal Mamadou Diarra H de Koulikoro.

Il n'est pas loin de la salle de spectacle Siramory Diabaté de Koulikoro.

Il a 5 portes dont quatre qui font face à la route nationale traversant la ville et une porte servant à l'évacuation des déchets située derrière.

Le centre est composé de [33] :

A. BLOC DE CHIRURGIE GENERALE :

Comprenant des salles d'hospitalisation, une salle de pansement, des bureaux pour médecins, de consultation et un bloc opératoire avec deux salles d'opération, une salle de réveil, un vestiaire, une salle de stockage et des bureaux pour médecins et deux salles avec des annexes servant de lieu stérilisation.

B. BLOC DE MEDECINE GENERALE :

Comprenant des salles d'hospitalisation, des bureaux pour médecins et consultation.

C. BLOC DE GYNECOLOGIE- MATERNITE :

On y trouve des bureaux pour médecins et de consultation, la salle d'accouchement, des salles d'hospitalisation.

D. BLOC DE PEDIATRIE :

Avec des salles d'hospitalisation, des bureaux pour médecins et de consultation

E. BLOC ADMINISTRATIF :

On y trouve le bureau du médecin chef avec son secrétariat, le bureau du gestionnaire, du comptable, le chargé du système d'information sanitaire et des salles de réunion.

F.AUTRES :

Il existe autres unités dans le centre de santé de référence : l'unité de radiologie, l'unité de laboratoire avec une banque de sang, la pharmacie, l'unité d'ophtalmologie, l'unité d'ORL, l'unité d'odontostomatologie, le CESAC pour la prise en charge des patients vivants avec le VIH , une unité de chaine froide pour la distribution des vaccins à travers les zones couvertes par le centre, une unité de développement social, un bureau des entrée situé juste à côté de la grande porte principale, une salle servant de salle de consultation pour les urgences.

➢ Le service d'odontostomatologie du CSRéf de Koulikoro est situé dernière le bloc de chirurgie générale et à coté bloc de pédiatrie et il assure :

Des consultations bucco-dentaires pour tous les âges

Des extractions dentaires

Le traitement des infections et inflammations buccales

Les soins conservateurs

Ce service est composé de deux salles dont une seule salle de soins et est animé par un assistant médical en odontologie et une infirmière d'état. Toutefois, le service souffre de plusieurs défis

Insuffisance de personnel qualifié

Manque de matériels spécialisés modernes (autoclaves, etc.)

Ruptures fréquentes en consommables (anesthésiques, amalgames...)

2. Type et période d'étude

Nous avons mené une étude transversale descriptive à collecte rétrospective.

L'étude s'est déroulée pendant 16 mois (du 1er Juillet au 31 Décembre 2024).

3. Population d'étude

Elle était constituée par les données des patients enregistrées dans les registres de consultations de janvier 2022 à juin 2023 du service d'odontostomatologie du CSRef de Koulikoro.

❖ **Critères d'inclusion** :

Ont été inclus dans notre étude, les données des patients qui sont correctement enregistrées dans les registres de consultations de janvier 2022 à juin 2023 du service d'odontostomatologie du CSRef de Koulikoro.

❖ **Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans notre étude, les données des patients qui n'étaient pas correctement enregistrées dans les registres de consultations de janvier 2022 à juin 2023 et qui n'étaient pas complètement renseignées.

4. Echantillonnage

❖ **Méthode et technique**

La méthode non probabiliste de type exhaustive a été utilisée pour sélectionner l'échantillon.

La taille de l'échantillon n'a pas été calculée au départ.

Nous avons pu colliger 2463 données des patients.

❖ **Technique et outil de collecte**

Le dépouillement et la fiche de dépouillement ont été respectivement utilisés comme technique et outil de collecte des données.

Les données du registre étaient transcrites sur cette fiche.

5. Déroulement de l'enquête :

Apres l'accord du médecin chef du CSRef de Koulikoro, nous avons utilisé les registres de consultation de 2022 à 2023 pour collecter les données. Les données ont été recueillies à partir de ces registres, qui comportaient les données relatives aux caractéristiques socio dermographiques, au diagnostic, ainsi que le traitement réalisé. Les données du registre ont été exploitées par ordre d'enregistrement dans le registre de consultation.

❖ **Les matériels utilisés :**

2 Bic bleus

2 Bic rouges

2 crayons à papier

Une fiche de dépouillement établie et est détaillée en annexe.

6. Description des variables :

❖ **Les variables concernant/ caractères socio-démographiques** :

➢ Age : C'est l'âge en année/ dernier anniversaire

➢ Sexe : Détermine le genre (masculin/féminin)

➢ Résidence : Nous permet de connaitre le lieu où la personne habite la plupart du temps.

➢ Profession : Détermine l'activité exercée par nos patients

❖ **Les variables/ Les pathologies rencontrées**

➢ Les pathologies

✓ Carie : Maladie infectieuse et destructrice qui affecte les tissus durs de la dent.

✓ Parodontite : Maladie inflammatoire chronique des tissus de soutien de la dent, appelée parodonte.

✓ Gingivite : Inflammation des gencives.

✓ Aphte : Ulcération superficielle bénigne et douloureuse, généralement situé à l'intérieur de la bouche.

✓ Abcès : Accumulation de pus causée par une infection bactérienne, généralement située autour de la dent ou dans les tissus environnants.

✓ Délabrement : Etat avancé de destruction des dents.

✓ Récession : Le recul progressif de la gencive qui expose la racine de la dent.

✓ Péricoronarite : Inflammation des tissus mous qui entourent la couronne d'une dent partiellement sortie, généralement une dent de sagesse.

❖ **Les variables/ La Prise en charge des affections**

➢ Chirurgie buccale : Branche de la chirurgie dentaire qui concerne le diagnostic et le traitement chirurgical des affections, anomalies ou traumatisme de la bouche, des mâchoires et des structures avoisinantes.

➢ OCE : Branche de la dentisterie qui s'occupe de la préservation de la structure dentaire atteinte par une lésion (souvent carieuse) et qui traite les affections de la pulpe dentaire (nerf de la dent) et des tissus péri apicaux.

➢ Pédodontie : Branche de la dentisterie qui s'occupe de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies bucco-dentaires chez les enfants et les adolescents.

➢ Parodontologie : Branche de l'odontologie qui s'occupe de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies qui affectent les tissus de soutien des dents, appelés parodonte.

➢ Prothèse amovible (PAP ou PAC) : Dispositif médical mobile destiné à remplacer une ou plusieurs dents absentes.

➢ Prothèse fixée : Dispositif prothétique destiné à remplacer une ou plusieurs dents manquantes, et qui est solidement fixé aux dents naturelles ou aux implants.

➢ Orthodontie : Spécialité de la chirurgie dentaire qui s'occupe de la prévention, du diagnostic et du traitement des malpositions dentaires et des mauvaises relations entre les mâchoires (occlusion).

7. Saisie des données et calcul statistique :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 25.0.

Le traitement de texte et de graphiques a été fait par le Microsoft office 2016 : Word et Excel

8. **Considération éthique** :

Une autorisation du médecin du CSRef a été demandée, cette autorisation est donnée pour la garantie du respect scrupuleux de la confidentialité lors du traitement des données. Les données recueillies n'étaient identifiées que par un numéro de fiche et le dépouillement n'avait porté aucun renseignement permettant de faire une identification directe.

Ce protocole de recherche était soumis pour approbation aux comités d'éthique du CSRef de Koulikoro.

RESULTATS

V. RESULTATS

Caractéristiques socio-démographiques

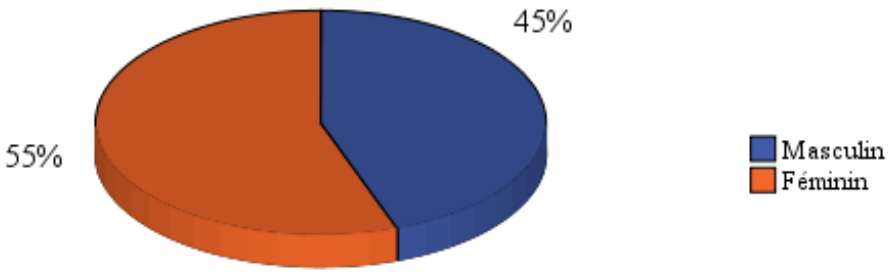

Figure 12: Répartition des patients selon le sexe

Dans cette étude, le sexe féminin a été le plus représenté dans 55% des cas avec un sex-ratio de 0,80.

Tableau I: La répartition des patients selon l'âge d'enfant

Age	Effectif	Fréquence (%)
0-10	189	7,67
11-20	526	21,36
21-30	**834**	**33,86**
31-40	477	19,37
41-50	215	8,73
51-60	124	5,03
61 et plus	98	3,98
Total	2463	100,00

La tranche d'âge 21-30 était la plus représentée avec 33,86 % des cas

Tableau II : La répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Urbaine	**1895**	**76,94**
Rurale	568	23,06
Total	2463	100,0

Les résidents urbains ont été les plus représentés avec 76,94 % des cas.

Tableau III : La répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Elève /Etudiant	**731**	**30,78**
Chauffeur	29	1,28
Commerçant(e)s	100	4,06
Cultivateurs	94	4,82
Eleveur/Pêcheur	36	1,56
Fonctionnaire	301	12,19
Ménagère	533	21,64
Ouvrier	233	9,46
Autre	350	14,21
Total	2463	100,0

Autres : Enfants ; Retraités ; Coiffeurs ; Footballeurs ; jardiniers

Les élèves et étudiants ont été les plus représentés avec 29,6% des cas.

Proportion des différentes spécialités

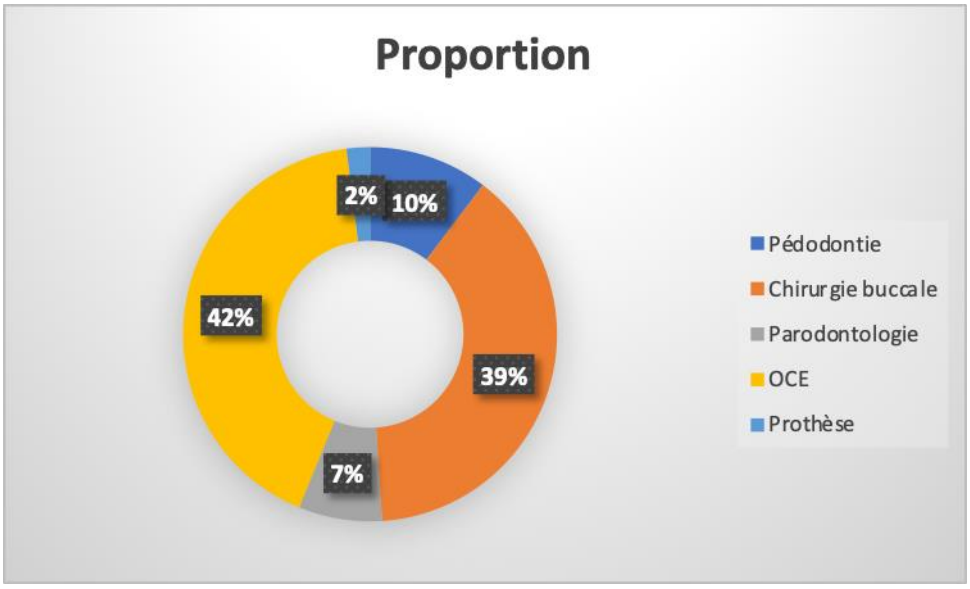

Figure 13 : La répartition selon les spécialités

L'odontologie conservatrice endodontie a été la spécialité la plus représentée avec 42,00% des cas et aucun cas d'orthodontique n'a été représenté.

Tableau IV : Répartition des patients selon les consultations trimestrielles

Consultation	Effectif	Fréquence (%)
1er trimestre 2022	490	19,89
2ème trimestre 2022	359	14,58
3eme trimestre 2022	430	17,46
4eme trimestre 2022	**524**	**21,27**
1er trimestre 2023	410	16,65
2ème trimestre 2023	250	10,15
Total	2463	100

Le quatrième trimestre 2022 a été la période la plus fréquente avec 21,27% des cas.

Tableau V : La répartition des patients selon les pathologies

Pathologie	Effectif	Fréquence (%)
Carie dentaire	**1150**	**45,01**
Abcès	365	14,28
Traumatise	37	1,45
Délabrement	698	27,30
Parodontite	12	0,47
Gingivite	30	1,17
Péricoronarite	116	4,54
Aphte	20	0,78
Récession	19	0,74
Autres	109	4,26
Total	2556	100,0

Autres : Cellulite, Halitose, persistance de dent de lait

La carie dentaire a été la pathologie la plus représentée avec 45,01 %

Tableau VI : La répartition selon le degré de la carie

Degré de la carie	Effectif	Fréquence
1er degré	1	0,09
2ème degré	75	6,52
3eme degré	**1015**	**88,26**
4eme degré	59	5,13
Total	1150	100

La carie du 3ème a été la plus représentée avec 88,26% des cas

Tableau VII : **La répartition des patients selon la localisation de la carie**

Localisation	Effectif	Fréquence
Maxillaire	406	35,30
Mandibulaire	**744**	**64,70**
Total	1150	100

La mandibule a été la partie la plus touchée 64,70% des cas.

Tableau VIII : **La répartition des patients selon la dent causale**

Dent causale	Effectif	Fréquence (%)
Incisivo-canin	114	9,91
Premolo-molaire	**1036**	**90,09**
Total	1150	100

Le groupe Premolo-molaire a été le plus affecté avec 90,09 % des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'indice CAO

Indice CAO	Effectif	Fréquence (%)
Cariée	**1736**	**63,38**
Absente	789	28,81
Obturée	214	07,81
Total	2739	100

Au cours de cette étude, nous avons eu un indice CAO bas soit 1,11.

Tableau X : La répartition des patients selon le traitement

Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Prescription médicamenteuse	**1010**	**41,09**
Extraction dentaire	565	22,99
Traitement endodontique	830	33,77
Prothèse amovible	53	2,15
Total	2458	100

Le traitement médicamenteux était le plus représenté avec 41% des cas.

Tableau XI : La répartition des patients selon la restauration conservatrice

Restauration conservatrice	**Effectif**	**Fréquence (%)**
Amalgame	**761**	**86,09**
Ciment	24	2,71
Composite	99	11,20
Total	830	100,0

La restauration conservatrice à l'amalgame a été le plus représentée avec 86,09 %.

Tableau XII : Répartition des patients selon les cas de référence

Référence	Effectif	Fréquence (%)
1er trimestre 2022	31	21,23
2ème trimestre 2022	10	6,85
3eme trimestre 2022	25	17,12
4eme trimestre 2022	**48**	**32,88**
1er trimestre 2023	23	15,76
2ème trimestre 2023	9	6,16
Total	146	100

Le quatrième trimestre 2022 a été marqué par le plus grand nombre de référence avec 32,88% des cas.

Les cas de référence concernaient : Cas de prothèse fixée, certains cas de parodontite, extraction dent incluse, enclavée et les anomalies dentaires.

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

VI. DISCUSSION

Nous avions mené une étude transversale descriptive à collecte rétrospective sur le bilan des activités d'odontostomatologie du CSRef de Koulikoro sur une période de 16 mois (de Janvier 2022 à Juin 2023).

Néanmoins cette étude présente des limites car nous n'avions pas pu collecter toutes les données nécessaires car nous nous sommes limités seulement aux registres de consultations disponibles.

❖ **Caractéristiques sociodémographiques**

➢ **Selon le Sexe**

Dans notre étude, le sexe féminin a été le plus représenté avec 55% contre 45% d'hommes avec un sex ratio de 0,80. Ce résultat est similaire à celui de Kané A S.T. et al [34] en 2019 au Mali qui ont trouvé une prédominance féminine de 55% contre 45% des hommes et un sex ratio de 0,61. Nos résultats s'expliquent par le fait que le sexe féminin se préoccupait plus de leur santé buccodentaire que le sexe masculin.

➢ **Selon la Tranche d'âge**

La tranche d'âge la plus dominée était de 21 à 30 ans avec 33,86%. Ce résultat est similaire à celui de Kané A et al [34] au Mali qui a trouvé un taux de 34,7% de la tranche d'âge de 21 à 30 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la population jeune ne s'occupe pas bien de sa cavité buccale et souffre plus de pathologies dentaires.

➢ **Selon la résidence**

Dans notre étude ceux qui résidaient en milieu urbain étaient les plus représentés avec 76,94 % des cas. Ce résultat se rapproche à celui de Coulibaly A et al [35] en 2022 au Mali qui ont trouvé 63,02 % des résidents urbains. Ce résultat pourrait s'expliquer par la position géographique du centre, situé dans la ville de Koulikoro, donc accessible aux populations de cette ville.

➢ **Selon la Profession**

Les élèves et étudiants étaient les plus représentés avec 30,78% ; notre résultat est différent de celui de Diallo B et al au Mali en 2017 sur les facteurs influençant le faible recours aux soins bucco-dentaires de Bla et Niono dans la Région de Ségou ils ont eu au une prédominance de ménagères avec 37,6% à Bla et 39,7% à Niono [36]. Cela s'explique par le fait que la jeunesse est majoritairement des élèves et étudiants.

- **Selon la proportion des différentes pathologies rencontrées**
- **Selon les différentes spécialités**

L'odontologie conservatrice endodontie (OCE) a été la spécialité la plus représentée avec 42,00%. Ce résultat se rapproche à celui de Gunepin et al [37] dont le taux du motif de soins pour des raisons liées à l'OCE était 69,05 %. Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence importante de ses indicateurs.

- **Selon les consultations trimestrielles**

Le quatrième trimestre 2022 a été la période la plus fréquente en consultation avec 21,27%, suivi de celui du premier 2022 avec 19,89 %. Notre résultat est différent à celui de Gunepin et al [37] dont leur taux moyen de consultation était de 34,9 % au deuxième trimestre et 25,3% au troisième trimestre Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait de la saison froide.

- **Selon les pathologies rencontrées**

Les pathologies faisant l'objet de consultation en OCE la plus courante est représentée par la carie dentaire avec 45,01 % des pathologies diagnostiquées. Ce résultat se corrobore à celui de Kane et al [34] dont leur pathologie dominante était la carie dentaire avec 83,89 % des consultations. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les patients consultent à un stade tardif de la maladie.

- **Selon le degré de la carie**

La carie du 3ème était la plus fréquente avec 88,26 % ; ce résultat est différent à celui de Massede I [38] qui ont trouvé selon la classification de Baume, la catégorie II avec 54 % des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patients n'attendaient jusqu'au dernier degré de la douleur pour venir en consultation

- **Selon la localisation de la carie**

La mandibule était plus touchée dans 64,70% que le maxillaire. Notre résultat se rapproche de celui Massede I [38] dont leurs premières molaires mandibulaires étaient les plus atteintes. Ce résultat pourrait s'expliquer par la position de ces dents.

- **Selon la dent causale**

Le groupe prémolaire et molaire était le plus touché avec 90,09 % contre le groupe incisivo-canin avec 9,91 %. Ce résultat se rapproche de celui de Diouf A et al [39] au Sénégal dont les résultats montraient une prédominance des dents du groupe molaire avec 82% contre 8% pour celles du groupe incisivo-canin. Ce résultat pourrait s'expliquer les caractéristiques

anatomophysiologiques des molaires mandibulaires qui les rendent plus susceptibles à la carie.

- **Selon l'indice CAO**

Au cours de notre étude nous avons noté dents cariées ; dents absentes et dents obturées. Cette évaluation nous montre une forte prévalence de la carie dentaire avec 63,38% et un indice CAO égale à 1,11. Notre résultat est similaire à celui de Kane AST et al [40] qui ont relevé un indice CAO égale à 1,95. Cela s'explique par le fait que la majorité des patients négligent la consultation dentaire qui est recommandée au moins deux fois dans l'année.

- **Selon le traitement**

Le traitement médicamenteux était le plus effectué avec 41,09 % suivi du traitement endodontique avec 33,77 % par contre dans une étude d'Andrianasolo V et al [41] à Madagascar en 2020 ils ont trouvé 61,61 % des soins dentaires suivi de 35,71% des extraction dentaires et le traitement prothétique n'occupait que 6,71 % des traitements effectués. Par faute de moyens dont le traitement endodontique et l'avulsion dentaire impliquent un coût. Ceci explique que la majeure partie de patient se limitait uniquement à la prescription médicamenteuse.

- **Selon la restauration conservatrice**

La restauration effectuée par l'amalgame était la plus nombreuse avec 86,09% ,11,20% des composites et 2,71% de CVI. Ce résultat est contraire de celui Kouakou KF et al [42] dont les résines composites étaient par ailleurs les matériaux de restauration coronaires définitives les plus largement utilisées soit 76,55%, l'amalgame 11,8% et le CVI 11,65%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait de sa dureté et sa résistance et surtout dans le secteur postérieur dont il était le plus restauré.

- **Selon les cas de référence**

Durant la période du quatrième trimestre, 32,88% patients ont été référés dans d'autres centre suivi du premier trimestre avec 25,69% des patients référés soit une référence 5,60% par rapport à l'ensemble à la population totale. Ce résultat est supérieur à celui de Bouassalo et al [43] dont 2,3% des patients ont été référés Cette situation s'explique par le fait qu'il n'y a pas de spécialiste dans le service car plus les consultations étaient nombreuses plus les références accentuaient.

- **Selon les propositions d'amélioration de la prise en charge**

Les résultats précédemment trouvés nous prouvent que les patients souffraient des problèmes d'OCE, de chirurgie buccale , de pédodontie , de parodontologie et de prothèse dentaire

respectivement avec les fréquences suivantes 42%, 39%, 10%, 7% et 2% pour pallier à ces problèmes,

il nous revient de suggérer dans un premier temps, un recrutement des chirurgiens-dentistes qualifiés dans les différents domaines dont ils pourront faire l'éducation et la prévention à la santé bucco-dentaire mais également faire une meilleure prise en charge des pathologies bucco-dentaires rencontrées et diminuer la référence des patients car si on fait allusion au résultat de la prise en charge des pathologies rencontrées nous avons une dominance du traitement médical avec une fréquence de 41,09% et une référence de 5,60% qui pourrait s'expliquer d'une part par manque de moyens pour les soins bucco-dentaires d'autre part par le manque d'un spécialiste dans le domaine.

Dans un second temps, il faut l'amélioration du plateau technique par la dotation du service d'odonto-stomatologie par des nouveaux appareils et matériaux nécessaires pour le bon fonctionnement d'une unité d'odonto-stomatologique et la réhabilitation des locaux comme la mise en place d'un laboratoire de prothèse dentaire dont les cas ne cessent d'être rencontrés même si on aujourd'hui ces cas restent encore faibles.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

Il en ressort de cette étude que la demande en soins dentaires est importante, en particulier chez les jeunes adultes et les femmes, ce qui témoigne d'une prise de conscience progressive des enjeux liés à la santé bucco-dentaire.

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les caries dentaires (les pulpites), révélant une tendance aux consultations tardives, souvent en phase douloureuse ou infectieuse.

Cette étude a mis également en lumière plusieurs défis majeurs : le manque de personnel qualifié, l'insuffisance du plateau technique, l'absence de laboratoire dentaire et de services complémentaires (comme la radiographie dentaire), et la faible couverture en éducation sanitaire communautaire. Ces limites freinent considérablement l'amélioration des indicateurs de santé bucco-dentaire dans la zone sanitaire de Koulikoro.

La prise en charge des pathologies bucco-dentaires doit être une priorité car la santé bucco-dentaire est une partie intégrante de la santé générale.

RECOMMANDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS :

❖ **Aux autorités sanitaires nationales**

Renforcer le service par un Chirurgien-dentiste et des spécialistes dans les différents domaines de la chirurgie dentaire.

Renforcement de la capacité technique et matérielle du service par l'acquisition d'équipements modernes et adaptés, ainsi que la dotation régulière en consommables nécessaires à la pratique quotidienne.

Mise en œuvre de programmes de formation continue à l'intention des chirurgiens-dentistes, assistants dentaires et autres personnels intervenant dans le service, en vue d'une mise à jour permanente des connaissances et des pratiques.

Mettre en œuvre des mesures pour garantir un fonctionnement continu du service, notamment la sécurisation de l'alimentation en électricité et en eau.

❖ **Aux autorités politiques locales et régionales**

Recruter de personnel qualifié en odontostomatologie, notamment des chirurgiens-dentistes et des assistants dentaires.

Allouer un budget suffisant pour l'équipement du service d'odontostomatologie

Intégration effective de la santé bucco-dentaire dans les politiques locales et régionales de santé, notamment à travers des campagnes de prévention et de dépistage organisées dans les établissements scolaires, les marchés et les communautés rurales.

Renforcement du financement des services d'odontostomatologie dans les plans opérationnels annuels, afin d'assurer une meilleure accessibilité aux soins.

❖ **Aux agents du service d'odonto-stomatologie du CSRef de Koulikoro**

Renforcer la sensibilisation communautaire à travers des activités d'éducation pour la santé bucco-dentaire, visant à promouvoir des comportements favorables à l'hygiène orale.

Améliorer la qualité des prestations à travers un accueil plus humanisé, une écoute active et un suivi rigoureux des patients.

Assurer une meilleure tenue des archives et des données statistiques, en vue de faciliter les évaluations régulières des performances du service.

❖ **Aux populations de Koulikoro**

Diminuer la consommation des aliments sucrés pendant la période de la petite enfance

Faire une bonne hygiène bucco-dentaire

Se faire dépister chez le chirurgien-dentiste une fois par semestre

REFERENCES

IX. REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2022). Santé bucco-dentaire. https://www.who.int
2. Ba B, Konaté I, Goita D, Ba M, Kamaté D, Diawara O et al. Infections bucco-dentaires en milieu psychiatrique de l'hôpital de point -G : Observations de 130 cas. Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie 2017, Tome 10
3. Organisation Mondiale de la santé. Stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2016-2025. [cité 30 Avril 2023]; Disponible sur: who.www.afro.who.int ›Région de l'Afrique.
4. Diabaté, S. et al. (2020). État de santé bucco-dentaire dans les structures sanitaires secondaires au Mali : cas du CSRéf de Sikasso. Revue Malienne de Santé Publique
5. Petersen, P. E. (2008). Challenges to improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. International Dental Journal, 58(3), 181–190.
6. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali. Annuaire Statistique du Système Local de Santé (2022).
7. FDI World Dental Federation. (2021). Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All.
8. Coulibaly J.P. Bilan des activités obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de 2018 à 2022.Thèse Med FMOS Bamako ;page 3
9. Pilly E.:Maladies infectieuses par l'association des professeurs de pathologie infectieuse et tropicale. Edition 1993, pp 619-631.
10. Lautrou. A. Anatomie dentaire,Abrégé d'odonto-stomatologie, 2ème édition Masson Paris 1997.
11. Schuster D et cool, Le patient atteint d'hypertension en cabinet dentaire. L'actualité en médecine dentaire 2017 N°26. https : // www. Swissdentaljournal.org.
12. Bonfils, P.& Chevallier, J.M. (2005). Anatomie ORL. (2ème édition). Paris: Flammarion, coll Médecine-Sciences
13. Graziella S. Manuel d'hygiène bucco-dentaire. SDI 2006 / 2007; Ed.n°1.
14. Lezy J.P, Princ G. Abrégés de Pathologie maxillo-faciale et stomatologique, 3ème édition Masson 2004. »

15. Lang N, Tonetti P. Periodontal diagnosis in treated periodontitis. Why, When and how to use clinical parameters.
16. Muller M ; Lupi L ; Medioni E ; Bolla M. Epidémiologie de la carie dentaire. Encyclopédie Médicaux-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Odontologie, 23-010-A- 20, 1997, p 8.
17. Charland R, Voyer R, Cudzinowski R, Salvail P, Abelardo L. La carie dentaire. Étiopathogénie , épidémiologie, diagnostic et traitements : encore beaucoup à découvrir. Journal dentaire du Québec 2001: 38;409-19.
18. Keyes PH. Recentadvances in dental caries research.Bacteriology. Bacteriological findings and biological implications. Int Dent J1962; 12:443-64.
19. Jacques A. La carie dentaire : tout savoir sur les caries. Passeportsante. Disponible sur www.passeportsante.net(accueil) maladies buccodentaires Site consulté le 19/08/2023. »
20. M. Gunepina, F. Deracheb Impact du xylitol sur le risque carieux - implications militaires. Medecine et Armées, 2010, 38, 4, 369-380
21. Burry J.A :Education pour la santé, concept, enjeux, planification, Bruxelles, De Boeck-wesmael, 1988 p235.
22. Classification de la carie dentaire disponible sur le site https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.cabinet-dentaire-semnoz.fr%2Ffiche-conseil%2Fla-carie%2F&psig=AOvVaw1oFkLo1C_5U3IcSEavJLhz&ust=1704578995700000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBAQjRxqFwoTCNDopuChx4MDFQAAAAAdAAAAABAD
23. Diedhiou I. Evaluation de la santé buccodentaire et du niveau de connaissance des parents et enseignants des enfants sénégalais fréquentant des écoles franco-arabes de la région de Dakar. Thèse Chir Dentaire, Dakar 2004 page 34-35.
24. Huck .O, Buxeraud J. Prévention des gingivites et parodontites. Actualités pharmaceutiques volume 55, numéro 560, Novembre 2016, pages 49-52
25. Daniel P. Pourquoi et comment dépister la plus fréquente des infections buccales? Le Médecin du Québec, volume 39, numéro 7, juillet 2004.
26. Société française de parodontologie et d'implantologie orale. Journal of Clinical Periodontology http://www.sfparo.org/espace-grand-public/informations-patients/55 parodontite.html.

27. Philipe B. Parodontologie et dentisterie implantaire volume 1; médecine parodontale (Coll. Dentaire) page 378.
28. Benichou B. Pathologies de la muqueuse buccale. Site consulté le 19/25/2023.
29. E. Vigarios, C. de Bataille, F. Campana, F. Fortenfant, J-C. Fricain, V. Sibaud et al. Ulcérations linguales ou récidiventes. Annales de dermatologie et de vénéréologie (2016) 143 , 297-308
30. Bell B.G (2010). Hématologie. Collection L'ECN en Fascicules.N°267
31. Jean-Christophe F. Epulis ou granulome à cellules géantes? L'Information Dentaire (page 25-27)
32. Herpes buccal image Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/images/Herp%C3%A8s_buccal/1006989
33. Touré A. Rapport de stage de titularisation au centre de santé de référence de koulikoro, pages 08-10
34. Kane A.S.T, Diarra D; Konaté O, Sidibé M, Coulibaly M, Diallo A et al. Bilan des activités du service d'Odontologie de l'Infirmerie Hôpital de Bamako (IHB). Revue Malienne de Médecine Militaire. Vol 1 (2) ; 2° semestre 2020 ISSN: 1987-1333
35. Coulibaly A, Ouologuem B, Kané AST, Touré AY, Keita A, Sanogo F et al. Profil épidémiologique des cellulites dentaires dans le district sanitaire de Niono au Mali. Jaccr Africa 2022; 6(1): 318-323.
36. Diallo B . Les facteurs influencant le faible recours aux soins bucco-dentaires de Bla dans la région de Ségou [Thèse de Doctorat en Santé publique]. [Mali] : USJPB ; 2017
37. Gunepin, M., F. Derache, J.-E. Blatteau, C. Bombert, et L. Bourdon. « Évacuations médicales intra-théâtres pour raisons dentaires au cours de l'opération « Serval » : quels enseignements en tirer ? » *Medécine et armées* 42 (2014): 345-52.
38. Massede I, Tamba MS. Carie dentaire en milieu scolaire dans la ville de N'Djamena au Tchad: aspects épidémiologiques et habitudes bucco-dentaires chez des élèves âgés de 6 à 12 ans. Revue De La Société Francophone De Médecine Tropicale Et Santé Internationale. http://revuemtsi.societe-mtsi.fr/
39. Abdoulaye Diouf, Thiam S.N, Diouf N.G, Diallo M.T, Faye M, Kouli J et al. Bilan des activités cliniques de consultation d'urgence de la clinique d'odontologie pédiatrique de Dakar. Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac, Mars 2021, Vol 28, N°1, pp.32-39

40. Andrianasolo VV, Randriananandraina MP, Rabarijaona HSN, Lalanirina GL, Andrianinarivo RG, Razanadraisoa A et al. Etat bucco-dentaire des adultes venus en consultation au centre de soins et de traitements dentaires à Mahajanga. Revue d'odontostomatologie malgache en ligne ISSN 2220-069X2020 ; Volume 19 : pages 45-53
41. Kane AST, Maiga A, Diarra D, Kamissoko K, Koné A,Traoré L, et al. Prévalence de la carie dentaire chez les militaires maliens consultant le service d'odontologie de l'Infirmerie Hôpital de Bamako (IHB) Mali. Revue Malienne de Médecine Militaire. Vol 1 (1) ; 2020 ISSN: 1987-1333.
42. Kouakou KF, Djole SX, Seck A, Koffi KA, Sinan AAK, Assoumou NMA et al. Bilan des activités cliniques des étudiants en odontologie conservatrice de 2013 à 2020 à l'UFR Odonto-Stomatologie d'Abidjan (Côte d'Ivoire)
43. Bouassalo K.M, Adam S, Sama H.D, Kebina B.E, Bissa H, Gunepin M. Activité dentaire de l'hôpital militaire Togolais de niveau 2 déployé au Mali dans le cadre de missions des Nations Unies .Revue Internationale des Services de Santé des Forces Armées ; VOL.89/1 Disponible : www.researchgate.net

ANNEXES

X. ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : DIABATE

Prénom : SIAKA

Adresse : Moribabougou

Tel : 70-62-06-81

Email : wesserebougou1@gmail.com

Titre de la Thèse : Bilan des activités du service d'odontostomatologie du centre de santé du référence de Koulikoro (2022-2023).

Secteur d'intérêt : Santé publique, CSRef, Koulikoro

Pays d'origine : Mali

Ville : Koulikoro

Année de soutenance : 2025

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS, du CSRef de koulikoro et du CHU-CNOS

Résumé :

Introduction :

Les maladies bucco-dentaires sont qualifiées de problème de santé publique majeur, en raison de leur prévalence et de leur incidence élevée, et la carie dentaire est considérée avec des maladies parodontales comme le quatrième fléau mondial par l'Organisation Mondiale de la Santé après les cardiopathies, les cancers et le SIDA. De ce fait, une altération de l'état buccodentaire a des conséquences considérables : trouble de l'allocution, de la mastication du sommeil et de la concentration de l'esthétique et de l'image de soi.

Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective sur le bilan des activités du service d'odontostomatologie du centre de santé de référence de Koulikoro qui a été effectué sur une période de six mois allant du 1er Juillet au 31 Décembre 2024. Une fiche de collecte préalablement conçue a été utilisé comme méthode et technique de collecte des données. Le logiciel SPSS version 25 et Excel a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données.

Résultats :

Dans notre étude le sexe féminin était le plus dominant avec 55% des cas, avec un ratio de 0,80. La majorité des patients était compris entre 21 à 30 ans soit 33,86%. Ils étaient résidents urbains dans 76,94% des cas et élèves/étudiants dans 30,78% des cas.

La consultation du quatrième trimestre était la plus nombreuse avec 21,27%, la spécialité d'Odontologie Conservatrice Endodontie OCE a été la plus représentée avec 42% et la carie dentaire était la pathologie la plus rencontrée avec 45,01 % et celle du troisième degré était la plus fréquente avec 88,26% ainsi le secteur postérieur et la mandibule étaient les plus concernés. Nous avons eu un indice CAO bas soit 1,11.

Le traitement médical était le plus représenté avec 41,09%, 86,09% des dents étaient restaurées avec de l'amalgame et 5,60% des patients étaient référés vers d'autre centre.

Conclusion :

Les pathologies bucco-dentaires peuvent être prévenues, traitées et souvent guéries si leur prise en charge est effectuée par des professionnels qualifiés même si malgré elle reste un problème essentiel pour la population de Koulikoro

Mots clés : Bilan, activités, odontostomatologie, CSRef, Koulikoro.

Summary:

Introduction:

Oral diseases are considered a major public health problem, due to their prevalence and high incidence, and tooth decay is considered along with periodontal disease as the fourth global scourge by the World Health Organization after heart disease, cancer and AIDS. As a result, an alteration in the oral condition has considerable consequences: disturbance of speech, chewing, sleep and concentration of aesthetics and self-image.

Methodology:

This was a descriptive cross-sectional study with retrospective collection on the assessment of the activities of the odontostomatology department of the Koulikoro reference health center which was carried out over a period of six months from 1rd July to 31 December 2024. A previously designed collection sheet was used as the method and technique for data collection. SPSS version 25 and Excel software was used for the entry and data analysis.

Results:

In our study, the female sex was the most dominant with 55% of cases, with a ratio of 0.80. The majority of patients ranged from 0 to 10 years of age, either 64.95% in children, and 25 to 34 years of age, i.e. 33.86% in adults. They were urban residents in 76.94% of cases and pupils/students in 30.78% of cases. The fourth trimester consultation was the most numerous with 21.27%, the specialty of Conservative Odontology Endodontics OCE was the most represented with 42% and tooth decay was its most encountered pathology with 42.86% of cases in children and 44.83% in adults and that of the third degree was the most frequent with 88.26% so the posterior sector and the mandible were the most concerned. We had a low CAD index of 1.11. Medical treatment was the most represented with 41.09%, 86.09% of teeth were restored with amalgam and 5.60% of patients were referred to another center.

Conclusion:

Oral pathologies can be prevented, treated and often cured if they are managed by qualified professionals, even if they remain an essential problem for the population of Koulikoro

Keywords: Assessment, activities, odontostomatology, CSRef, Koulikoro.

FICHE DE COLLETE **N°….**

I-DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Age :…… Sexe :…… Résidence : Urbaine ☐ Rurale ☐

Profession……

II-Proportion des pathologies rencontrées

Consultation :

1er Trimestre 2022 ☐ 2ème Trimestre 2022 ☐ 3ème Trimestre 2022 ☐ 4ème Trimestre 2022 ☐ 1er Trimestre 2023 ☐ 2ème Trimestre 2023 ☐

A- OCE

Carie :

C1 ☐

La dent causale : Incivo-canin ☐ Prémolo-molaire ☐

C2 ☐

La dent causale : Incivo-canin ☐ Premolo-molaire ☐

C3 ☐

La dent causale : Incivo-canin ☐ Premolo-molaire ☐

C4 ☐

La dent causale : Incivo-canin ☐ Premolo-molaire ☐

Perte de restauration ☐

Localisation de la carie : Maxillaire ☐ Mandibule ☐

Indice CAO :

Dent cariée ☐ Dent absente ☐ Dent obturée ☐

B- PARODONDOLOGIE

Parodontite ☐

Gingivite ☐

Récession ☐

Mobilité dentaire ☐

Abrasion ☐

Aphte ☐

C- CHIRURGIE BUCCALE

Abcès ☐

Délabrement ☐

Traumatisme ☐

D- PROTHESE DENTAIRE

Edentement ☐

E- Pédodontie

Carie dentaire ☐

Persistance de dent de lait ☐

Aphte ☐

Gingivite ☐

Abcès ☐

Autres ☐

III-Prise en charge

Traitement

Médical : ☐ chirurgical ☐ Médico-chirurgical : ☐

Traitement Endodontique : ☐ Prothèse mobile **:** ☐

Prothèse fixée ☐

Restauration :

Amalgame ☐ Composite ☐ CVI ☐

Référence :

1er Trimestre 2022 ☐ 2ème Trimestre 2022 ☐ 3ème Trimestre 2022 ☐ 4ème Trimestre 2022 ☐ 1er Trimestre 2023 ☐ 2ème Trimestre 2023 ☐

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'Etre 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'honoraire. 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 moeurs, 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 !