

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
De la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako (USTTB)



**Faculté De Médecine Et
D'odontostomatologie**

Année universitaire 2024-2025

N°...

THEME

**Connaissances, attitudes et pratiques des
Chirurgiens-dentistes du District de Bamako
face aux lésions endo-parodontales 2024**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 08/01/2026 à la Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie

Par Mlle Aissata Cheickna Konaré

Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie Dentaire (**DIPLOME D'ETAT**)

JURY :

Président : M. Baba DIALLO, Maître de Recherche en épidémiologie

Directeur : M. Ousseynou DIAWARRA, Maître de Recherche en Parodontologie

Co-Directeur : M. Aboubacar S.T. KANE, Attaché de Recherche en Parodontologie

Membres : M. Abdoul Karim TOGO, Chargé de cours

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
De la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako (USTTB)



**Faculté De Médecine Et
D'odontostomatologie**

Année universitaire 2024-2025

N°...

THEME

**Connaissances, attitudes et pratiques des
Chirurgiens-dentistes du District de Bamako
face aux lésions endo-parodontales 2024**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 08/01/2026 à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Mlle Aissata Cheickna Konaré

Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie Dentaire (DIPLOME D'ETAT)

JURY :

Président : M. Baba DIALLO, Maître de Recherche en épidémiologie

Directeur : M. Ousseynou DIAWARRA, Maître de Recherche en Parodontologie

Co-Directeur : M. Aboubacar S.T. KANE, Attaché de Recherche en Parodontologie

Membres : M. Abdoul Karim TOGO, Chargé de cours



U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



SECRETARIAT PRINCIPAL

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025**

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie – Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
8	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
12	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie

Connaissances, attitudes et pratiques des Chirurgiens-dentistes du District de
Bamako face aux lésions endo-parodontales 2024

26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
28	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
29	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie – Hépatologie
32	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
33	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
34	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
35	Mr. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
36	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
37	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
38	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
39	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
40	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
41	Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
44	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
45	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
46	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
47	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
48	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
49	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
50	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
51	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
52	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
53	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
54	Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
55	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
56	Mr Abdou Alassane TOURE	OrthopédieTraumatologie
57	Mr Adama SANGARE	OrthopédieTraumatologie
58	Mr Sékou SIDIBE	OrthopédieTraumatologie
59	Mr Tiéman COULIBALY	OrthopédieTraumatologie
60	Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
61	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
62	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
63	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
64	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
65	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
66	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
67	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
68	Mr Issa TRAORE	Radiologie
69	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
70	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
71	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
72	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
73	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
74	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
75	Mr Aly TEMBELY	Urologie
76	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
5	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
9	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
11	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
12	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
13	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Thoracique et cardio-vasculaire
14	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
15	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
16	Mr Tioukani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
19	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
20	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie
21	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
22	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
23	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
24	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale

Connaissances, attitudes et pratiques des Chirurgiens-dentistes du District de
Bamako face aux lésions endo-parodontales 2024

21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahim TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
39	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
41	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
42	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
43	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
44	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
45	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
46	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
49	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
50	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
51	Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
52	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
53	Mr Bougadari COULIBALY	Prothèse Scellée
54	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
59	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
60	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
3	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
4	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie – Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie – Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djeneba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie, Entomologie, Parasitologie
7	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie– Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
2	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
3	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4	Mr Sidy BANE	Immunologie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
6	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
7	Antiémé Combo Georges TOGO	Contrôle de qualité des aliments

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
5	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
9	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
10	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
11	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
12	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
13	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
14	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
15	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
16	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
17	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépatogastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépatogastro-Entérologie

Connaissances, attitudes et pratiques des Chirurgiens-dentistes du District de
Bamako face aux lésions endo-parodontales 2024

20	Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mr Hamadou YATTARA	Néphrologie
29	Mr Seydou SY	Néphrologie
30	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
31	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
32	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
33	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
34	Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
35	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
36	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
37	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
38	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
39	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
40	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
41	Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
43	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
51	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
52	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
53	Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.

MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
3	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
4	Mme Fatoumata Korika TOUNKARA	Epidémiologie/ Santé Publique
5	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
7	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
8	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
9	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
10	Mr Ousmane LY	Santé Publique
11	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire

Connaissances, attitudes et pratiques des Chirurgiens-dentistes du District de
Bamako face aux lésions endo-parodontales 2024

8	Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction
9	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
10	Mr Brahima KONATE	Méthodes statistiques en santé

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion
15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
22	Mr Ibrahima FALL	OCE
23	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
24	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
25	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
26	Mr Amsalla NIANG	Odontologie Préventive et Sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
30	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
33	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
34	Mr Morodian DIALLO	Physique
35	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
36	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
37	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
38	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

Bamako, le 18 / 12 / 2025

Le Secrétaire Principal



DEDICACE

Dédicace

Rendons grâce au créateur, l'Omniscient, l'Omnipotent, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, celui qui ne fait rien pour rien. Merci seigneur, sans vous nous ne serons là aujourd'hui.

Cette thèse est dédiée à ma fille **Aïchata Camara**.

Tu es ma source d'inspiration, ma raison de vivre, ma joie quotidienne. Que ce travail reflète l'amour, le bonheur, la patience et la confiance que tu m'inspire jour après jour. Ta présence a été essentielle à la réalisation de cette étude universitaire. Je prie à ce que ce travail te sert d'exemple à poursuivre aussi tes rêves avec courage et détermination. Maman t'aime fort. Qu'Allah nous accorde le meilleur ici-bas ainsi qu'à l'Au-delà.

REMERCIEMENTS

Remerciements

❖ A mon cher père , **Cheickna Konaré**

L'homme qui m'a permis de réaliser ce rêve d'enfance qui d'après ma feu grand-mère et Homonyme était aussi son rêve. Tes conseils n'ont pas fait défaut. Merci d'être ce père attentif, merci pour l'éducation inculquée, tu nous as toujours appris à être autonome et j'en suis fière aujourd'hui. Je t'aime beaucoup, qu'Allah continu de veiller sur nous et nous accorde le plus haut degré du paradis !

❖ A ma chère mère, **Haoua Tangara**

Allahmdulilah de t'avoir dans ma vie, merci d'être une maman, une amie si merveilleuse. Merci encore pour toutes ces sacrifices. Tes prières, ta présence constante, ton écoute et réconfort m'ont toujours été d'un grand soutien. Je t'aime fort et te souhaite tout le bonheur des deux mondes.

❖ A ma chère tante **feue Badiallo Konaré**

Tu m'as été une bénédiction, je me rappelle encore de toi dans cette chambre mortuaire comme si c'était hier. Ton départ précoce a laissé un grand vide en nous. J'aurais tellement voulu que tu sois encore parmi nous aujourd'hui. Qu'Allah t'accorde le « Firdaws » !

❖ A mes sœurs **Mariam et Fatoumata**

Je suis chanceuse de vous avoir. Votre soutien moral et financier m'a toujours été d'un grand soutien. Merci pour les conseils et encouragements. Qu'Allah nous accorde paix et bénédictions !

❖ A ma sœur **Dr Enichatou Bantia Bio**

La vie commune est certes difficile mais toi tu me l'as rendu facile sans pourtant me connaître, juste sous simple demande de ton tuteur. Nous avons passés des moments inoubliables ensemble, nos nuits blanches, nos délires, nos pleurs ...Qu'Allah préserve notre lien ! Le meilleur reste à venir in'shallah !

❖ A mes frères **Mohammed et Ismaël**

Merci du fond du cœur chers alliés, merci d'avoir été des boucliers pour moi. Que le créateur vous accorde bénédiction, protection et réussite !

- ❖ A tous mes Oncles et Tantes, surtout à ma tante adoptive **Yaye Konaré** qui n'a jamais cessé d'aimer et d'être fière de sa fiolle. Je me rappelle encore de cet instant où je lui ai avoué dès mes 11ans que je voulais devenir Médecin. Merci pour vos nombreuses bénédictions et encouragements. Soyez heureux !
- ❖ A mes fidèles **Daffa Sissoko, Wassa Cissé, Assitan Traoré et Fatoumata Sissoko**

Merci pour votre présence, écoute, aide, confiance, soutien...Votre amitié est une source de réconfort pour moi. Que le tout puissant fortifie nos liens !

- ❖ Un fabuleux merci à ce Monsieur formidable qui a toujours répondu oui à mes appels, il me dit : « Assy ne t'inquiète pas », tu sais « dans la vie il faut s'entraider pendant qu'on le peut » ...Merci infiniment **Kalifa Senou**. Ce travail est le nôtre !
- ❖ A papa **Idrissa Traoré**

Votre présence a été une grande bénédiction pour moi. Je vous suis très reconnaissante,

Merci pour tout. Que le bon Dieu t'accorde santé, longévité, succès... !

- ❖ A ma deuxième famille, la **12^{ème} promotion d'Odonto-Stomatologie**
Nous sommes restés souder dans les bons ainsi que les mauvais moments. J'ai appris beaucoup à vos côtés et vous remercie pour tout. Un merci spécial à **Hyacinthe Diarra et Drissa Konaté** qui m'ont été d'un grand aide dans la rédaction de cette thèse. Je vous souhaite un grand succès dans nos projets futurs !
- ❖ Au personnel de l'unité d'Odontologie du **Csref de la commune V** et du service Odontologie du **CMCA**

Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour votre accueil, générosité, soutien, apprentissage, disponibilité. Les liens qui se sont tissés entre nous ont dépassés ceux uniquement professionnels. Qu'Allah vous bénisse !

- ❖ Aux assistants médicaux qui m'ont été d'un grand aide, cordialement **Broulaye Diallo** du Csref de la commune V, et **Mamadou Sidibé** du

CMCA. Merci pour l'enseignement, le respect malgré la différence d'âge...Je vous souhaite que du bonheur et n'oublierai jamais votre sincérité.

- ❖ Un grand merci à l'endroit de tous mes encadreurs, **particulièrement Dr Aminata Fofana, Dr Aboubacar ST Kané, Pr Ousseynou Diawara, Pr Amsala Niang (mon idole), Pr Bougadary Coulibaly, Dr Aboubacar Kampo, Dr Kassambra Abdoulaye, Dr Brehima Sangaré, Dr Boubacar Traoré dit Junior, Dr Abdoul Karim Togo, Dr Kardjigué Kamissoko, Dr Sidy Mahamane Touré, Dr Sissoko Souleymane, Dr Fatoumata Binta Salou épouse Togo.**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Hommages aux membres du jury :

❖ **A notre Maître et président du jury :**

Pr Baba DIALLO,

- Maître de recherche en épidémiologie
- Chirurgien-dentiste, praticien hospitalier au CHU-CNOS Pr H.T
- PhD en épidémiologie, diplômé de l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP) d'Ouidah au Benin et de l'ISFRA au Mali
- Chef du département de santé Publique au CHU-CNOS Pr H.T
- Enseignant vacataire de bio statistique à l'Institut National de Formation en Sciences de la santé (INFSS)
- Membre du réseau mondial de la santé bucco-dentaire de l'OMS

Cher Maître, nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté de présider ce jury. Un grand merci pour vos conseils précieux. Votre enseignement a été d'une qualité exceptionnelle tout au long de nos études. Veuillez recevoir ici le témoignage de notre estime, de notre profond respect et de nos remerciements les plus sincères.

❖ **A notre Maître et membre de jury**

Dr Abdoul Karim Togo

- Docteur en Chirurgie dentaire de la FMOS de Bamako ;
- Master en Sciences Odontologiques parcours Odontologie Conservatrice et Endodontie (OCE) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar au Sénégal ;
- Chargé de cours à la FMOS de Bamako ;
- Spécialiste en Odontologie Conservatrice et Endodontie ;
- Diplôme Universitaire (DU) de parodontologie clinique et Chirurgie péri-implantaire à l'UCAD au Sénégal;
- Promoteur Cabinet Zam-Zam de Banagabougou.

Cher Maître, nous souhaitons vous remercier pour votre accompagnement, ainsi que vos précieux conseils théoriques et pratiques. Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir partagé votre savoir et le fait d'avoir pu vous assister fut une expérience hautement enrichissante. C'est d'ailleurs suite à l'une de vos propos « Toute dent absédée n'est pas à extraire » en clinique Estudiantine que nous avons acceptés avec plaisir ce thème proposé par notre cher Maître et Co-Directeur afin d'apporter plus d'éclaircissement à ce sujet. C'est un honneur de vous compter parmi les membres de notre jury.

❖ **A notre Maître et Directeur de Thèse :**

Pr Ousseynou Diawara

- Maître de recherche en Parodontologie à la FMOS ;
- Représentant de la Commission Technique d'Établissement du CHU-CNOS Pr. HT ;
- Représentant du personnel au Conseil d'Administration du CHU-CNOS Pr. HT ;
- Chef de département medicotechnique du CHU-CNOS Pr. HT ;
- Chef de service de parodontologie au CHU-CNOS Pr. HT ;
- Coordinateur de la Filière Odontologie de l'Institut National de Formation en Science de la Santé (l'INFSS) ;
- Diplômé de la Faculté de Stomatologie de l'Institut d'État de Médecine de Krasnodar ;
- Spécialiste en Santé Publique en odontologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal) CES en parodontologie à l'UCAD de Dakar (Sénégal) ;
- Master en Sciences Odontologiques parcours parodontologie à l'UCAD de Dakar ;
- Ancien médecin-chef adjoint au CS Réf de Bafoulabe, Kita ;
- Ancien médecin-chef adjoint à l'Hôpital Secondaire de San ;
- Chevalier de l'ordre national du Mali.

Cher Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger cette étude malgré vos multiples occupations. Nous avons été marquées par votre ponctualité, votre accessibilité, votre modestie et vos remarquables conseils qui font de vous un exemple à suivre. Cher maître recevez ici l'expression de notre profond respect. Qu'Allah vous accorde le meilleur !

❖ **A notre Maître et Co-Directeur de Thèse :**

Dr 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 ;
- Diplôme Universitaire (DU) de parodontologie clinique et Chirurgie péri-implantaire à l'UCAD au Sénégal;
- Certifié en Docimologie, Université de Strasbourg en France ;
- Enseignant vacataire à la FMOS ;
- Chef du Service Odontologie du Centre médico-chirurgical des Armées de Bamako ;
- Agrégé en Chirurgie dentaire et Parodontologie auprès des cours et tribunaux du Mali.

Cher Maître, nous sommes honorées de la confiance que vous nous avez portée, non seulement en nous confiant le thème de ce travail mais aussi en acceptant de le codiriger. Nous avons été touchés tout au long de ce travail, par votre rigueur scientifique, votre modestie, vos conseils, surtout votre amour du prochain. Votre disponibilité, vos qualités intellectuelles, pédagogiques, font de vous un Maître admiré et sollicité.

Cher Maître, recevez l'expression de nos sentiments les plus distingués et de notre profonde gratitude. Qu'Allah vous accorde santé, paix, réussite longévité et qu'il vous récompense pour tous vos bienfaits !

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles et Abréviations

% Pourcentage

≤ Inférieur ou égale

≥ Supérieur ou égale

ATB Antibiotique

C.Albicans Candiada Albicans

Ca (OH)₂ Hydroxyde de calcium

CES Certificat d'études spéciales

CHU-CNOS Pr.HT Centre hospitalier universitaire-centre national
d'odontostomatologie Pr Hamadi Traoré

CHX Chlorhexidine

CMV Cytomegalovirus

CS Réf Centre de santé de référence

DU Diplôme d'université

EBV Virus Epstein Barr

EDTA Acide éthylènediaminetétraacétique

FMOS Faculté de médecine et Odontostomatologie

FMPOS Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie

HSV Herpès simlex virus

INFSS Institut Nationale de Formation en science de la Santé

LEP Lésion endo-parodontale

ME Microscope électronique

MIC Médication intra canalaire

NaCLO Hypochlorite de sodium

P.gingivalis Porphiromonas. gingivalis

PhD Doctor of Philosophy

RX Radiographie

T.denticola Treponema denticola

TTT Traitement

UCAD Université Cheickh Anta Diop de Dakar ;

Vol Volume

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I.	INTRODUCTION	2
II.	OBJECTIFS	5
1.	OBJECTIF GENERAL.....	5
2.	OBJECTIFS SPECIFIQUES	5
III.	GENERALITES	7
1	RAPPELS EMBRIOLOGIQUES, HISTOLOGIQUES ET ANATOMIQUES	7
1.1	L'ODONTE	8
1.2	LE PARODONTE	9
2	DEFINITION	11
3	MICROBIOLOGIE.....	11
4	VOIES DE COMMUNICATION ENDO-PARODONTALES.....	17
4.1	LES VOIES DE COMMUNICATION PHYSIOLOGIQUE.....	18
4.2	LES VOIES DE COMMUNICATION PATHOLOGIQUES	21
5	CLASSIFICATIONS DES LESIONS ENDO-PARODONTALES :.....	22
6	DIAGNOSTIC DES LESIONS ENDO-PARODONTALES :.....	24
7	THERAPEUTIQUES DES LESIONS ENDO-PARODONTALES	28
7.1	IRRIGATION	28
7.2	INTERETS DES MEDICATIONS INTER CANALAIRES (MIC) :	29
7.3	LESION ENDO-PARODONTALE AVEC PERTE DE L'INTEGRITE RADICULAIRE, AUTREMENT APPELEE LEP ASSOCIEES A UN TRAUMA OU UN FACTEUR IATROGENE	30
7.4	LESION ENDO-PARODONTALE SANS PERTE DE L'INTEGRITE RADICULAIRE	30
7.4.1	LESION ENDO-PARODONTALE CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE PARODONTITE.....	30
7.4.2	LESION ENDO-PARODONTALE CHEZ DES PATIENTS NON ATTEINTS DE PARODONTITE	31
IV.	METHODOLOGIE.....	35
1	TYPE ET PERIODE DE L'ETUDE.....	35
2	POPULATION D'ETUDE	35
3	ÉCHANTILLONNAGE	35
4	COLLECTE DE DONNEES	36
5	SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES	36
6	CONSIDERATIONS ETHIQUES	36
V.	RESULTATS.....	38
	FIGURE 20 : POURCENTAGE DES PARTICIPANTS SELON LE GENRE	39
VI.	DISCUSSION/COMMENTAIRES	54

Connaissances, attitudes et pratiques des Chirurgiens-dentistes du District de
Bamako face aux lésions endo-parodontales 2024

CONCLUSION.....	64
REFERENCES	67
FICHE SIGNALETIQUE.....	vi
RESUME	vii
SERMENT D'HYPOCRATE.....	ix

LISTES DE FIGURES ET DES TABLEAUX

Listes de figures

Figure 1 : Anatomie de la dent.....	8
Figure 2 : Anatomie et structure de la dent et du parodonte (d'après Wolf et al. 2012).	10
Figure 3 : Les complexes bactériens(Socransky T et al).....	12
Figure 4 : Exérèse de kyste chez un patient par Dr Drissa Diarra (chirurgien oral et maxillo-facial).	13
Figure 5 : Prise en charge endodontique du même patient 3 semaines plus tard par Dr Kardjigué Kamissoko (Endodontiste).	13
Figure 6 : Schématisation des différentes voies de communication des LEP.....	18
Figure 7 : Différentes positions du foramen apical.....	19
Figure 8 : Foramen apicale.....	19
Figure 9 : Classification de Vertucci.....	19
Figure 10 : Schéma de Deus.....	20
Figure 11 : Classification des LEP par Gulabivala et Darbar (2004)	22
Figure 12 : Étendues possible d'une LEP de grade 3.....	23
Figure 13 : Test de la percussion vertical et horizontale.....	24
Figure 14 : Sondage parodontale.....	25
Figure 15 : Test thermique au froid à l'aide d'un spray de dichloro-difluorométhane	25
Figure 16 : Test thermique au chaud.....	26
Figure 17 : Test de sensibilité électrique.....	26
Figure 18 : Test à la morsure	27
Figure 19 : Dans ce cas, la fistule causée par la molaire nécrosée s'extériorise au niveau de la prémolaire	28
Figure 20 : Nombre de participant selon l'âge	38
Figure 21 : Pourcentage des participants selon le genre	39
Figure 22 : Pourcentage des participants selon le type de chirurgiens-dentistes	40
Figure 23 : pourcentage des participants selon l'ancienneté	41
Figure 24 : Nombre de participant selon le secteur d'activité	42
Figure 25 : LEP comme urgence en odontologie.....	45
Figure 26 : L'ABT est-elle systématique.....	50
Figure 27 : Qualification des connaissances sur la gestion des LEP	52

Figure 28 : Formation continue sur les LEP 52
Figure 29 : Foramen apical v

Listes des tableaux

Tableau I : Composition de la flore endocanalaire en fonction du type d'infection et de la pathologie périapicale d'après Siqueira (6).....	14
Tableau II : Différentes indications de prescriptions d'ATB en endodontie issu de l'article de Segura-Egea et al et repris par la ESE (30).....	15
Tableau III : Schémas d'administration préconisés chez l'adulte (30).....	16
Tableau IV : Schémas d'administration préconisés chez l'enfant (30).....	17
Tableau V : Classification de Chicago 2017.....	23
Tableau VI : Les fonctions et utilisations de quelques types d'irrigants (6).....	29
Tableau VII : Résumé de la classification de Chicago 2017	32
Tableau VIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la prévalence.....	38
Tableau IX : Répartition des dentistes selon la spécialité.....	40
Tableau X : Répartition des dentistes selon le lieu d'exercice.....	41
Tableau XI : Répartition des approches connaissances des dentistes selon la définition des LEP.....	42
Tableau XII : Répartition des approches connaissances des dentistes selon les voies de communication entre l'endodonte et le parodonte	43
Tableau XIII : Répartition des approches connaissances des dentistes selon les principaux facteurs de risque de la LEP.....	43
Tableau XIV : Répartition des approches connaissances des dentistes selon l'identification des LEP.....	44
Tableau XV : Répartition des approches connaissances des dentistes selon les conséquences d'une LEP.....	45
Tableau XVI: Répartition des approches attitudes des dentistes selon la décision thérapeutique des LEP.....	46
Tableau XVII : Répartition des approches attitudes des dentistes selon l'intérêt du diagnostic différentiel des LEP	46
Tableau XVIII : Répartition des approches attitudes des dentistes selon l'intervalle de cas traité	47
Tableau XIX: Répartition des approches attitudes des dentistes selon l'intervalle de cas extraite.....	48
Tableau XX: Répartition des approches attitudes des dentistes selon l'intervalle de cas référé	48

Tableau XXI : Répartition des approches attitudes des dentistes selon la guérison d'un LEP d'origine endodontique.....	49
Tableau XXII: Répartition des approches attitudes des dentistes selon la guérison d'une LEP d'origine parodontale	49
Tableau XXIII: Répartition des approches attitudes des dentistes selon la LEP la plus traité.....	50
Tableau XXIV: Répartition des approches attitudes des dentistes selon les examens complémentaires	51
Tableau XXV : Répartition des approches attitudes des dentistes selon la LEP la plus traité.....	51

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Du grec « endo » signifiant l'intérieur, « paro » autour de, et « odont » la dent, l'endodontie de même que la parodontie sont dédiées à la prévention et l'élimination des lésions altérant la dent sinon son système d'attachement. Et la lésion endo-parodontale considérée comme une inflammation simultanée de la pulpe et du tissu parodontale d'une même dent n'en fait pas exception (7).

Cette atteinte est une notion ancrée dans les préoccupations et le vocabulaire des praticiens depuis les années 1960 (1). Ce sont les tissus de soutien de la dent qui sont agressés quel qu'en soit l'origine (1).

La lésion endodontique peut éventuellement être la cause d'une lésion parodontale et inversement ou deux lésions, l'une endodontique et l'autre parodontale, d'origine indépendantes, peuvent évoluer, entrer en contact et s'associer (7).

Les complications pulpaires et parodontaux sont responsables de plus de 50 % de la mortalité dentaire(2). Au Mali, il n'y a eu que deux études à propos des LEP ; une étude transversale et descriptive accomplie par le service d'odontologie de l'hôpital militaire de Bamako dans le district de Bamako qui a révélé une prévalence élevée des LEP, dans la seconde déroulée dans le service de parodontologie et d'odontologie conservatrice endodontie du CHU-CNOS ,la fréquence des LEP était 13,83 % (2,3). Deux études récentes en Inde évaluent le taux de LEP entre 14,9% et 17,3% des patients (4). Une autre réalisée en Allemagne, estime la fréquence des LEP à 4,9% des patients et 0,4% des dents en patientèle hospitalière (4).

Dans la littérature, il règne une forte divergence sur le choix thérapeutique dans les grandes lésions péri-radicales d'origine endodontique : certains auteurs proposent le traitement du canal orthogradique, d'autres traitements chirurgicaux avec apicectomie, hémisectomie ou encore par résection apicale (2).

Suite à l'extension de l'implantologie deux thérapeutiques distincts se présentent au praticien en ce qui concerne les dents atteintes de lésion endo-parodontale au pronostic réservé :

Avulser la dent pour la préservation de l'os restant et poser un implant ou essayer de soigner la lésion au risque d'une perte osseuse conséquente limitant les possibilités implantaire par la suite (5).

Le nombre limité d'étude consacré aux LEP au Mali nous motive à réaliser ce travail en évaluant les connaissances, attitudes, et pratiques des Chirurgiens-Dentistes du District de Bamako face aux lésions endo-parodontales afin de mieux comprendre leur niveau de préparation et d'éventuellement proposer des recommandations pour optimiser leur prise en charge.

OBJECTIFS

II.OBJECTIFS

1. Objectif général

Évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des Chirurgiens-dentistes du District de Bamako face aux lésions endo-parodontales.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des Chirurgiens-dentistes
- Décrire les connaissances, attitudes et pratiques des Chirurgiens-dentistes du District de Bamako face aux lésions endo-parodontales.
- Identifier la perception des Chirurgiens-dentistes de Bamako au sujet la formation continue sur les lésions endo-parodontales.

GENERALITES

III.GENERALITES

L'infection du système canalaire une fois ancrée ne peut être évacuée par le système immunitaire ou par une antibiothérapie systémique car le transport des cellules et molécules de défense ainsi que des antibiotiques jusqu'au site d'infection n'est plus possible quand la pulpe devient nécrosée ou leurs inefficacités contre les microorganismes à l'intérieur de l'endodonte sinon ils agissent bel et bien au niveau des tissus péri-radicaux richement vascularisés empêchant ainsi une diffusion infectieuse (6). C'est d'ailleurs ce qui différencie ce système des autres systèmes du corps humain. De ce fait, seul l'association d'une préparation mécanique du système endodontique et l'utilisation d'une solution d'irrigation désinfectante permettra une désinfection canalaire ; on parle alors de préparation canalaire chimio mécanique (6).

1 RAPPELS EMBRIOLOGIQUES, HISTOLOGIQUES ET ANATOMIQUES

Les dents sont formées à partir d'un bourgeon dentaire individuel qui a une double origine : la lame dentaire et le mésenchyme, et la prolifération des cellules ectomésenchymateuses aboutit à la formation du follicule dentaire ainsi que la papille dentaire, respectivement les précurseurs de la pulpe et du parodonte, nous en déduisons donc que ces deux structures ont une origine embryologique ectomésenchymateuse commune ce qui explique la persistance de multiples connections anatomiques entre l'endodonte et le parodonte durant toute la vie dentaire (7).

L'organe dentaire est constitué de la dent (odonte) et de sa structure de soutien (parodonte).

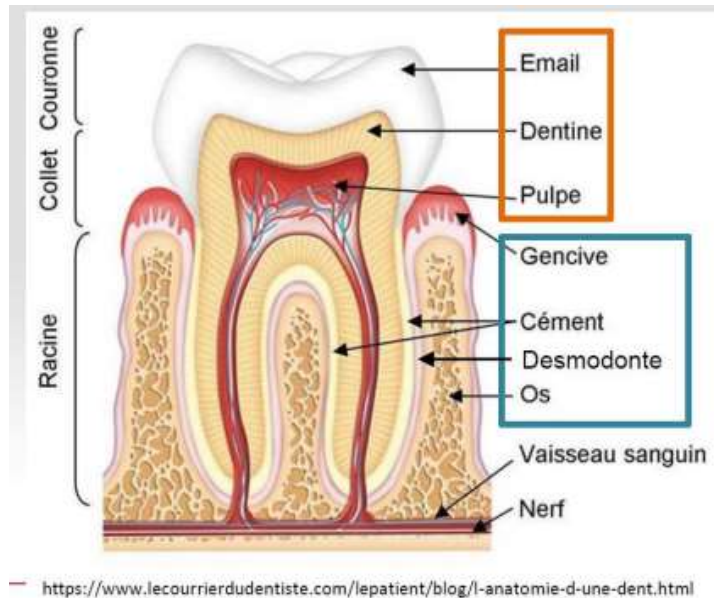


Figure 1 : Anatomie de la dent

1.1 L'ODONTE

EMAIL

Substance blanchâtre qui recouvre et protège la dentine
Acellulaire, inorganique, fortement minéralisé (4).

DENTINE

Formé par les odontoblastes, nous avons différents types : prédentine, dentine primaire, secondaire, tertiaire (réactionnelle, réparatrice) (9).

Perméable, des milliers de tubuli dont le nombre et le diamètre varie la traverse de la chambre pulpaire jusqu'à la jonction amélo-dentinaire (4).

PULPE

Un élément clé du diagnostic en pratique courante, c'est un tissu conjonctif spécialisé qui assure des fonctions nutritives, sensorielles, de défense et de réparation de l'organe dentaire. Trois couches la constituent histologiquement : une zone périphérique hautement spécialisée (odontoblastique), une région acellulaire (sous-odontoblastique), une zone centrale, riche en cellules (fibroblastes, cellules mésenchymateuses indifférenciées, cellules dendritiques) (4)

1.2 LE PARODONTE

Comprend deux parties :

- Une superficielle marginale de protection appelée parodonte superficiel.
- Et l'autre profonde, d'attachement et de soutien nommée parodonte profond.

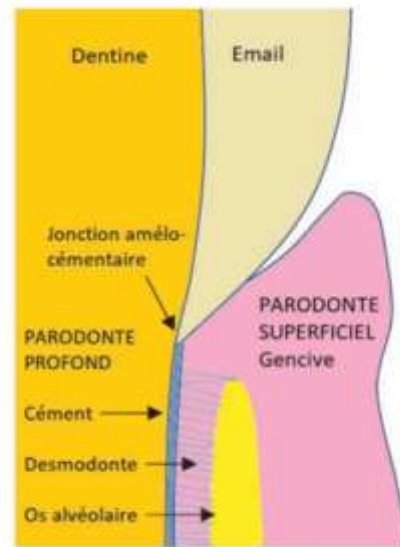


Figure 2 : Anatomie et structure de la dent et du parodonte (d'après Wolf et al. 2012).

Le parodonte superficiel est principalement constitué par la gencive.

GENCIVE

On la divise en gencive libre et attachée

- Gencive libre : C'est la partie de la gencive située au-dessus du fond du sillon gingivo-dentaire ou sulcus. Deux éléments la constituent : gencive marginale et papillaire ou papille intermédiaire (7).
- Gencive attachée : comprise entre la gencive libre et la muqueuse buccale s'insère sur le cément et l'os, ce qui la rend inamovible par rapport au plan osseux sous-jacent (7).

Le parodonte profond est constitué de l'os-alvéolaire, du cément et du desmodonte.

OS-ALVEOLAIRE

Les procès alvéolaires sont constitués par l'extension des os du maxillaire supérieur et inférieur qui forment et supportent les alvéoles dentaires. A l'intérieur de ceux-ci,

les racines dentaires sont enfouies par l'intermédiaire des fibres du ligament parodontal (8).

CEMENT

Tissu dur, calcifié recouvrant la dentine radiculaire. Il n'est ni vascularisé, ni innervé et contribue à maintenir la largeur de l'espace desmodontal et également l'insertion des fibres desmodontales (8).

DESMODONTE OU LIGAMENT ALVEOLO-DENTAIRE

Ce ligament est composé d'un tissu conjonctif reliant la racine recouverte du ciment à la corticale interne de l'os alvéolaire (8).

2 DEFINITION

La lésion endo-parodontale peut être considérée comme une situation clinique ou coexiste au niveau d'une même dent, une pathologie pulpaire et parodontale (4).

3 MICROBIOLOGIE

Des études ont montré une forte similarité microbiologique entre un canal dentaire infecté et une parodontite avancée. Cependant il est impossible d'établir un profil microbiologique unique, spécifique des LEP (5). Des analyses microbiologiques traditionnelles montrent que 13,1% à 62,5% des espèces bactériennes (*P.gingivalis* ; *T.denticola* ; *Fusobacterium* et *Prevotella*) seraient communes aux deux entités (4). En 2019 des études ont été menées pour identifier les micro-organismes présents dans le cas d'infection endodontique persistante ou secondaire (4). *L'Enterococcus faecalis*, une bactérie facultative, anaérobie gram+, difficile à éradiquer en endodontie, a été la plus représentée (9). Elle peut résister au Ca(OH)_2 utilisé en médication inter-séance pendant dix jours (9). Sa persistance est d'ailleurs la cause principale d'échec thérapeutique en endodontie (9). D'autres études suggèrent l'implication de virus (HSV, EBV, CMV), de champignon (*C. albicans*) dans l'étiologie des pathologies parodontales et endodontiques (4). Le *C. albicans* a non seulement été détecté dans 21% des canaux radiculaires infectés mais aussi chez les patients adultes atteints de parodontite (4). Socransky et al ont défini les espèces bactériennes les plus retrouvées fréquemment dans la plaque dentaire et un code couleur est

attribué à chaque complexe en fonction de leur degré de virulence. La couleur pourpre pour les moins virulentes et rouge pour les plus virulentes.

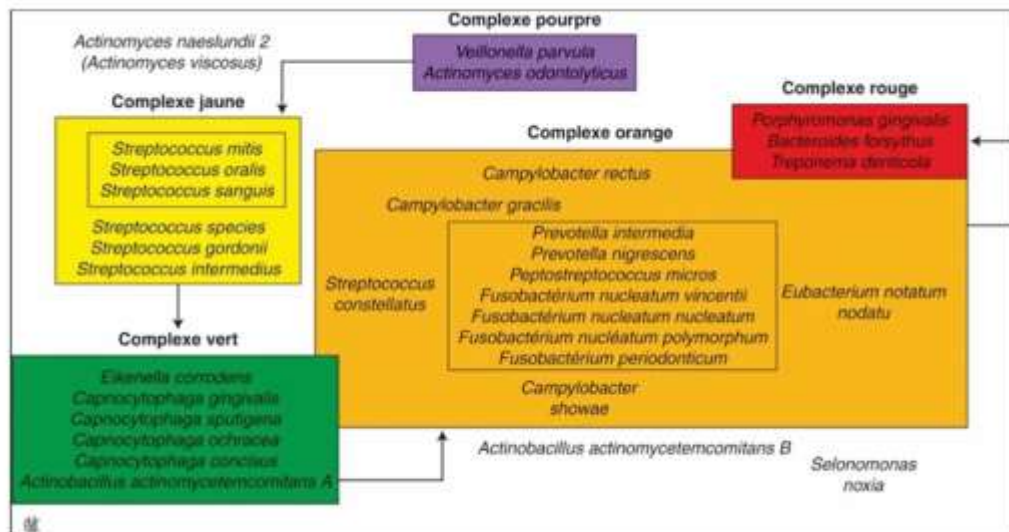


Figure 3 : Les complexes bactériens(Socransky T et al).

4.2 Infection Canalaire

L'infection endodontique est connue comme une infection polymicrobienne et nous en avons plusieurs types : primaire, secondaire et persistante (6).

L'infection primaire correspond à une colonisation du tissu pulpaire nécrotique par des microorganismes suite à une carie, un traumatisme, une exposition des tubuli dentinaires après surfaçage agressif ou encore après une restauration non hermétique (6).

L'infection secondaire s'établit suite à l'introduction de d'autres bactéries différentes de celles de l'infection primaire lors du traitement canalaire soit par l'utilisation d'instruments contaminés, par l'infiltration salivaire ou par obturation coronaire provisoire non étanche ou encore par une perte ou fracture de la restauration coronaire définitive (6,9).

Ce sont les bactéries présentes lors de l'infection primaire et secondaire non éliminées au cours du traitement qui sont responsables de **l'infection persistante** (9).

L'infection extra radiculaire se développe lorsque les bactéries envahissent les tissus péri apicaux enflammés dépendante (abcès périapical aigu est la forme la plus fréquente) ou indépendante de l'infection intra radiculaire (9). Le traitement orthograde devient inefficace en absence de communication entre la lésion et l'endodonte, seule l'exérèse de la lésion ou de l'apex par voie chirurgicale permettra la cicatrisation du site (6).



Figure 4 : Exérèse de kyste chez un patient par Dr Drissa Diarra (chirurgien oral et maxillo-facial).



Figure 5 : Prise en charge endodontique du même patient 3 semaines plutard par Dr Kardjigué Kamissoko (Endodontiste).

Tableau I : Composition de la flore endocanalaire en fonction du type d'infection et de la pathologie périapicale d'après Siqueira (6).

Infections primaires		Infections secondaires ou persistantes	Infections extraradiculaires
Lésion chronique periradiculaire	Abcès periapical aigu		
Bactéroïdes	Porphyromonas	Enterococcus	Actinomyces
Treponema	Treponema	Actinomyces	Propionibacterium
Prevotella	Fusobacterium	Streptococcus	
Porphyromonas	Bactéroïdes	Candida	
Fusobacterium	Prevotella	Propionibacterium	
Peptostreptococcus	Streptococcus	Staphylococcus	
Streptococcus	Peptostreptococcus	Pseudomonas	
Eubacterium			
Actinomyces			
Campylobacter			

Tableau II : Différentes indications de prescriptions d'ATB en endodontie issu de l'article de Segura-Egea et al et repris par la ESE (30).

État pulpaire et péri-apical	Données cliniques et radiographiques	ATB en complément
Pulpite irréversible symptomatique	-Douleur -Pas d'autres symptômes et signes d'infection	NON
Nécrose pulpaire	-Dent non vital -Élargissement desmodontal	NON
Abcès apical aigu	-Douleur -Douleur à la percussion et lors de la morsure -Élargissement desmodontal	NON
Abcès apical chronique	-Dent avec abcès fistulisé -Image radioclaire péri apicale	NON
Abcès apical aigu sans signes systémiques	-Écoulement de pus et gonflement localisé	NON
Abcès apical aigu chez les immunodéprimés	-Écoulement de pus et gonflement localisé -Patient avec pathologies systémiques provoquant un déficit d'immunité	OUI
Abcès apical aigu avec signes systémiques	-Écoulement de pus et gonflement localisé -Élévation de la température corporelle (> 38 ,5°) -Malaise -Lympho-adenopathie -Trismus	OUI
Infection progressive	-Survenue rapide d'une infection grave (moins de 24h) -Cellulite ou infection diffuse -Ostéomyélite	OUI
Infection persistante	-Abcès chronique ne se résolvant pas par un traitement canalaire mécanique et une simple médication	OUI

Voyons ci-dessous les modalités de prescription en ambulatoire en tenant compte des posologies quotidiennes établies pour un adulte et un enfant a la fonction rénale normale (30)

Tableau III : Schémas d'administration préconisés chez l'adulte (30)

	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
Cas général	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline 2 g/j en 2 prises • Azithromycine 500mg /j en une prise • Clarithromycine : 1000mg/j en 2 prises • Spiramycine : 9MUI/j en 3 prises • Clindamycine :1200mg/j en 2prises 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique :2g /j en 2 prises a 3g/j en trois prises • Amoxicilline : 2g/jr en deux prises et du métronidazole : 1500mg/j en 2 ou 3 prises • Métronidazole : 1500mg/j en 2 ou 3 prises et de l'azithromycine 500mg /j en une prise ou la clarithromycine : 1000mg/j en 2 prises ou encore la spiramycine : 9 MUI/j en trois prises
Parodontite agressive localisée et généralisée	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 1,5g/j en 3 prises ou 2 g/j en 2 prises et du métronidazole : 1500mg/j en 2 ou 3 prises en cas d'allergie aux pénicillines • Métronidazole : 1500mg/j en 2 ou 3 	

Tableau IV : Schémas d'administration préconisés chez l'enfant (30)

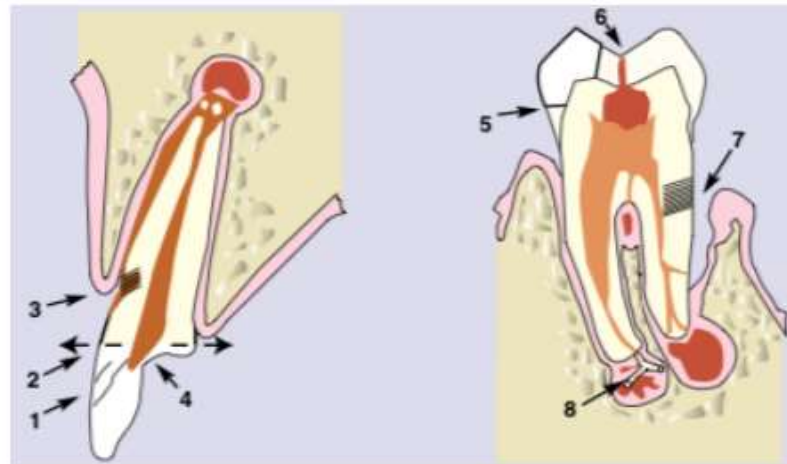
	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
Cas général	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline 50 a 100mg/kg/j en 2 prises • Azithromycine 20mg/kg /j en une prise • Clarithromycine : 15mg/kg/j en 2 prises • Spiramycine : 300.000UI/kg/j en 3 prises • Clindamycine :25mg/kg/j en 3 ou 4prises 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline-acide clavulanique :80mg/kg /j en en trois prises • Amoxicilline : 50mg/kg/jr en deux prises et du métronidazole : 30mg/kg/j en 2 ou 3 prises • Métronidazole : 30mg/kg/j en 2 ou 3 prises et de l'azithromycine 500mg /j en une prise ou la clarithromycine : 15mg/kg/j en 2 prises ou encore la spiramycine : 300.000 UI/kg/j en trois prises
Parodontite agressive localisée et généralisée	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilline : 50 a 100mg/kg/j en 2 prises et métronidazole :30mg/kg/j en deux ou trois prises en cas d'allergie aux pénicillines • Métronidazole : 30mg/kg/j en deux ou trois prises 	

4 VOIES DE COMMUNICATION ENDO-PARODONTALES

Les tissus pulpaire et parodontales sont extrêmement liés d'un point de vue anatomique, fonctionnel et embryologique (5). Cette proximité leur confère non seulement un échange continu entre elle à travers différentes voies de communication mais aussi avec la circulation systémique ce qui permet d'établir des liens avec l'état

générale et explique donc la transmission réciproque de processus pathologiques (5). Nous avons deux catégories distinctes de voies pouvant relier les bactéries et leurs substrats des deux tissus :

- ❖ Physiologique
- ❖ Pathologique



Légende : (1) pénétration des canalicules dentinaires due aux micro craquelures et fêlures ; (2) exposition de la pulpe dentaire par fracture ; (3) exposition des canalicules dentinaires cervicaux due à la disparition de la barrière cutanéomuqueuse et cémentaire, d'origine pathologique ou iatrogénique ; (4) érosions, attritions, abrasions ; (5) infiltrations bactériennes sous les restaurations non étanches ; (6) lésions carieuses ; (7) défauts parodontaux en continuité avec les canalicules radiculaires, les canaux latéraux et apicaux ; (8) infection par anachorèse, bactériémie sanguine d'origine systémique et iatrogénique.

Figure 6 : Schématisation des différentes voies de communication des LEP

4.1 Les voies de communication physiologique

Ces voies peuvent aussi se distinguer en deux catégories : vasculaires et tubulaires.

- ❖ Voies physiologiques vasculaires

Embryologiquement la pulpe et le parodonte sont des dérivées du tissu mésenchymateux (5). Durant le développement de l'organe dentaire, le ravitaillement de la dent en sang maintient une connexion entre le tissu pulpaire et parodontal par le foramen apical et les canaux latéraux (5).

•Foramen apical

Le foramen apical connu comme la principale voie de communication entre l'endodonte et le parodonte et la plus directe est aussi une voie potentielle de passage bactérien qui se sépare de l'apex anatomique d'une distance de 0,5 à 3 mm (4,5). Il correspond à la jonction amélo-cementaire et délimite la frontière entre l'endodonte et le parodonte. Une étude radiographique et stéréomicroscopique portant sur 1047 racines a démontré que les foramens apicaux n'occupaient une position centrale sur l'axe terminal de la racine que dans 27 % des cas.

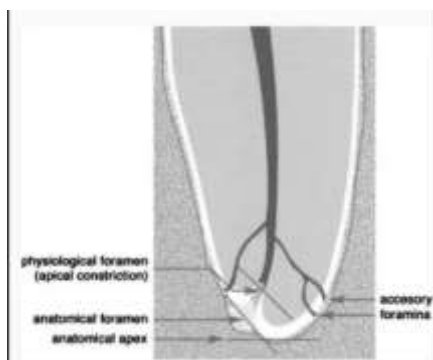


Figure 8 : Foramen apicale

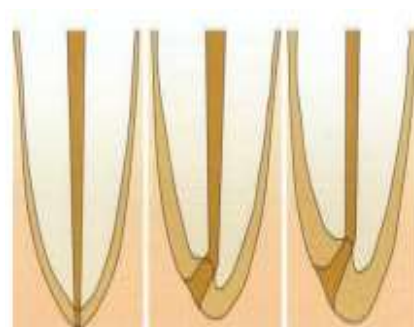


Figure 7 : Différentes positions du foramen apical

Leurs positions ainsi que leurs nombres sont extrêmement variables d'une racine à une autre et peuvent plus ou moins favoriser l'apparition des LEP (7). Le risque augmente avec le nombre de canaux péri apicaux et de sorties apicales. Nous distinguons plusieurs classifications du système canalaire :

On choisit celle de Vertucci (1974) qui distingue 8 types en fonction du nombre de canaux entre la chambre pulpaire et l'apex (7).

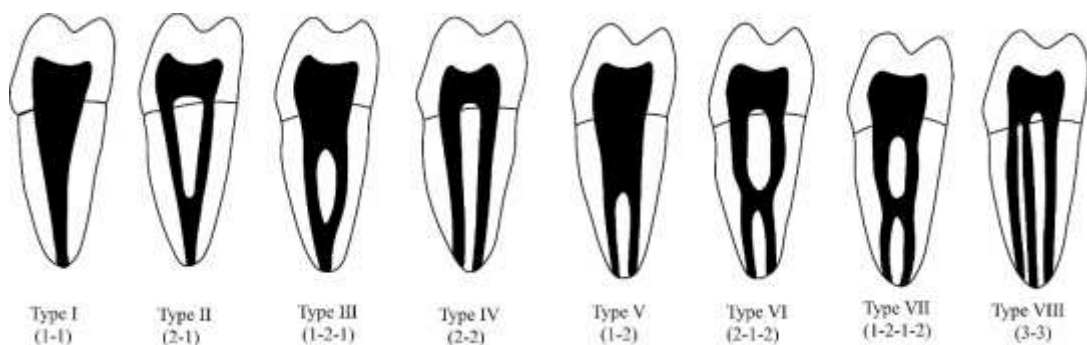
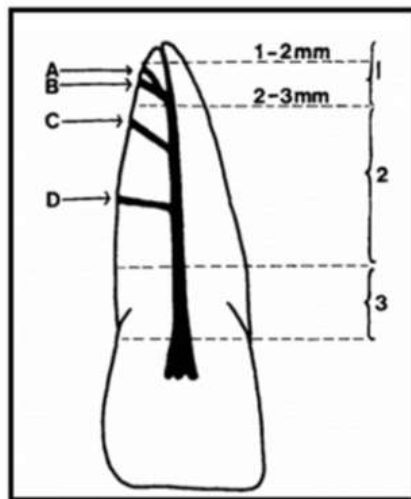


Figure 9 : Classification de Vertucci

- **Canaux latéraux et accessoires**

Il existe de multitude petite ramification appelés canaux latéraux et accessoires connectant le système canalaire au desmodonte, dotés de vaisseaux sanguins ,ils ont un diamètre variable, 60% des dents en possèdent et sont majoritairement retrouvés dans le tier apical, radulaire avec 17% (5).



A : Canal accessoire ; B : Canal secondaire ; C et D : Canaux latéraux

Figure 10 : Schéma de Deus

- ❖ Voies physiologiques tubulaires

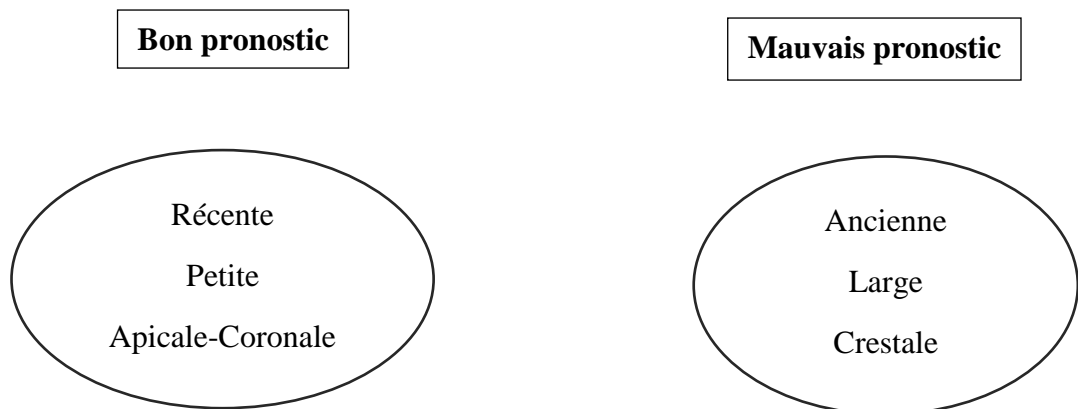
Elles comprennent les canalicules dentinaires qui s'étendent jusqu'à la jonction amélo-dentinaire ou la jonction cémento-dentinaire, généralement protégés coronairement par l'émail, radicairement par le cément, peuvent être exposés suite à un défaut congénital, un traumatisme, une lésion carieuse, la perte d'un soin défaillant, un surfaçage trop insistant (10). En ME, la dentine est exposée dans 18% des cas en général et dans 25% des dents antérieures, la maladie parodontale n'a que très peu d'effet sur l'état pulpaire d'une dent, en cas de parodontite les bactéries doivent recouvrir entièrement le foramen apical, ou être en contact direct avec un canal latéral très large ou que le contact se fasse sur des canalicules dentinaires exposés par une importante lésion carieuse ou iatrogéniquement après un surfaçage et priver ainsi la dent d'un apport sanguin pour qu'il est nécrose pulpaire, le contraire

conduira à la formation d'enzymes, de métabolites et antigènes pour les bactéries qui traversent le foramen (10). Ces bactéries, lorsqu'elles pénètrent dans le périapex, activent les défenses de l'hôte et créent ainsi une réaction inflammatoire, entraînant ainsi la destruction du tissu parodontal (10).

4.2 Les voies de communication pathologiques

Elles résultent d'un processus pathologique et/ ou iatrogène, créant alors des brèches dans le système endo-parodontal (5). Nous avons :

- **Perforations**, représentent la deuxième cause d'échec en endodontie et peuvent survenir à différents endroits (plancher pulpaire, racine, apex) (5).



- **Fractures et fêlures**, peuvent être coronaire, corono-radiculaire, radiculaire, avec des étiologies variables. Principalement due à des chocs, des para fonctions comme le bruxisme, l'onychophagie (7).
- **Résorption**, elle peut être interne si elle est liée à une inflammation pulpaire et touche d'abord la surface dentinaire ; externe si elle est causée par une inflammation du parodonte et affecte la surface radiculaire de la dent. Notons que la résorption interne ne peut pas générer la LEP vu qu'elle est purement inflammatoire (7). Leur prévalence est estimée entre 13% et 16% des patients (4).
- **Anomalies du développement dentaire**

Certaines anomalies de développement comme les perles d'émail (1,1% à 9,7% des cas), ou les sillons radiculaires (1,9% à 14% des cas) favorisent

l'accumulation bactérienne et la destruction tissulaire, ou en compliquant l'accès à l'instrumentation et la réponse au traitement (4).

5 CLASSIFICATIONS DES LÉSIONS ENDO-PARODONTALES :

De nombreuses classifications ont vu le jour depuis ces dernières décennies. La plupart d'entre elles ne prennent pas en compte des données cliniques ; elles se basent sur des critères histologiques, pronostiques, ou chronologiques ce qui peut être considéré comme leur limite capitale (7). L'une des premières est celle d'Amen en 1967 et l'une des plus complexes est celle de Hiatt en 1977... Celle de Gulabivala et Darbar en 2004 repose plus sur la clinique et l'épidémiologie que sur la thérapeutique :



A- Lésion d'origine endodontique

B-Lésion d'origine parodontale

C-Lésion mixte ou combinée

Figure 11 : Classification des LEP par Gulabivala et Darbar (2004)

En 2018, une nouvelle classification encore appelée **classification de Chicago 2017** a été proposée sous l'égide de l'Académie américaine de parodontologie et de la Fédération européenne de parodontologie, à la communauté internationale. Plus pragmatique que les classifications précédentes, elle permet de préciser le diagnostic étiologique et donc l'orientation thérapeutique (7).

Tableau V : Classification de Chicago 2017

<p>Lésion Endo-parodontale avec perte de l'intégrité radiculaire, autrement appelée LEP associées à un trauma ou un facteur iatrogène</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fracture ou fêlure radiculaire ❖ Perforation du canal radiculaire ou de la chambre pulpaire ❖ Résorption externe radiculaire 	
<p>Lésion Endo-parodontale sans perte de l'intégrité radiculaire</p>	<p>Lésion Endo-parodontale chez des patients atteints de parodontite</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Grade1 : Poche parodontale étroite (sondage ponctuel) et profonde (sondage ≥ 5 mm) sur une surface dentaire ❖ Grade2 : Poche parodontale large et profonde (sondage ≥ 5 mm) sur plus d'un point de contrôle sur la surface de la dent ❖ Grade3 : Poche parodontale profonde sur plus d'une surface dentaire
	<p>Lésion Endo-parodontale chez des patients non-atteints de parodontite</p>	

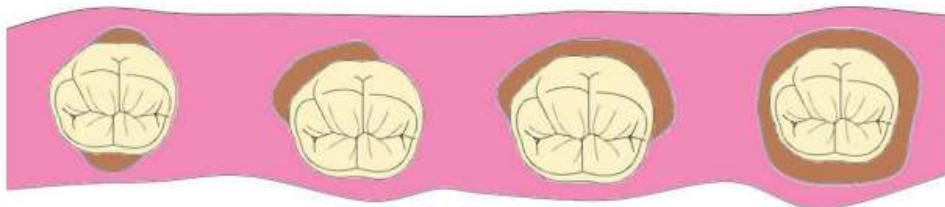


Figure 12 : Étendues possible d'une LEP de grade 3

6 **DIAGNOSTIC DES LESIONS ENDO-PARODONTALES :**

La démarche diagnostique pertinente est une démarche simple, logique, fiable et reproductible. Nous avons différents éléments de diagnostic :

Anamnèse

Une excellente notion de départ pour établir un diagnostic mais négligée généralement par le praticien. Des questions simples et courtes seront adressées au patient afin de mettre en évidence l'âge, les antécédents médicaux, chirurgicaux, personnels, caractéristiques de la douleur et la date de survenue, et les signes généraux (5). Des tests adaptés poursuivront ensuite :

Palpation

Elle concerne l'ensemble des tissus du patient de l'extraoral à l'intraoral à la recherche d'une zone douloureuse qui laisse incriminer la présence d'une lésion ou d'un apex extra cortical.

Percussion

Réalisée avec un manche de miroir, c'est un élément révélateur de la santé desmodontale. Une dent témoin sera toujours tester en premier.



Figure 13 : Test de la percussion vertical et horizontale

Sondage parodontal

Sa réalisation est cruciale dans la décision d'entreprendre un traitement endodontique ou une reprise de traitement (11). Un sondage graduel tout autour de la dent oriente vers un problème d'origine parodontale (11).

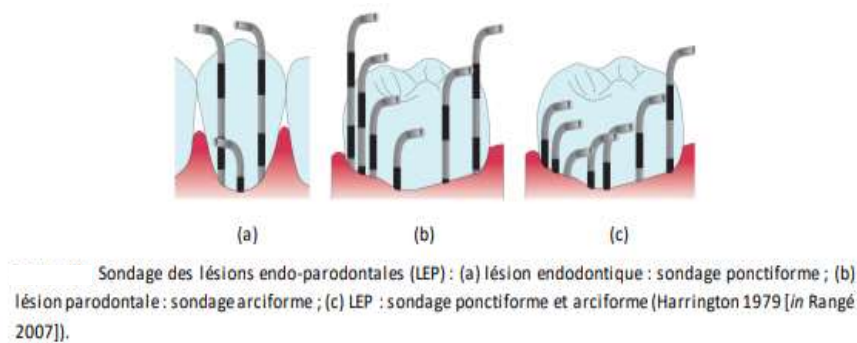


Figure 14 : Sondage parodontale

Test au froid

La plus simple à réaliser. Ce test consiste à utiliser une boulette de coton réfrigérée sur la dent suspectée en la comparant à une autre dent saine. On notera ensuite l'intensité de la douleur (immédiate, persistante ou non malgré retrait du stimuli) (11).



Figure 15 : Test thermique au froid à l'aide d'un spray de dichloro-difluorométhane

Test au chaud

Les dents à tester sont enduites de vaseline avant de placé le morceau de gutta chauffé à la flamme (ce test n'est pas toujours très fiable) (11). Une autre manière, un peu fastidieuse à mettre en œuvre, consiste à isoler la dent suspectée par pose de champ opératoire, puis à déposer de l'eau chaude sur la dent avec une

seringue (11). Il est fondamental de prévoir de l'eau froide pour calmer aussitôt la douleur et être prêt à aspirer rapidement l'eau chaude si des douleurs apparaissent (très grande fiabilité) (11).



Figure 16 : Test thermique au chaud

Test électrique

Plus fiable, réalisé grâce à une pulpe tester qui envoie un courant électrique d'IC mais un conducteur (dentifrice) devra d'abord être placé sur la face vestibulaire de la dent dans son tiers cervical après séchage de cette dernière (11).



Figure 17 : Test de sensibilité électrique

Néanmoins les tests de sensibilité thermique (froid, chaud), électrique ou encore de cavité ne sont pas très fiables, représentent de nombreux faux négatifs, dus à une

forte concentration de dentine tertiaire ou à la sénescence de la dent (11). Surtout sur une pluriradiculée, où un canal peut être nécroser et les autres non. Ils ne renseignent pas sur l'état histopathologique de la pulpe mais sur sa sensibilité nerveuse (11). En plus, ces tests sont subjectifs car la réponse est en fonction de la perception du patient (12). L'idéal serait le test de vitalité pulpaire qui permet d'évaluer la persistance de la circulation vasculaire dans la pulpe. Parmi ces tests de vitalité pulpaire il existe le laser doppler, l'oxymétrie et le test de température pulpaire en dentaire mais ces outils ne sont pas encore accessibles pour les praticiens aujourd'hui (12).

Morsure

Facilement effectué avec une feuille de digue enroulée autour d'une spatule de bouche ou avec un enfonce couronne en plastique interposée entre les deux arcades. Une douleur brève et très vive à l'occlusion et au moment du relâchement alors que la douleur disparaît tant que les dents sont maintenues serrées, indique la présence de fêlure (11).



Figure 18 : Test à la morsure

Radiographie

Un diagnostic ne doit pas être posé à la seule lecture de la radiographie. La retro-alvéolaire et le CBCT sont données dans les cas de LEP s'il y'a lieu.

Test du cône de gutta

Matérialise l'origine d'un trajet fistulaire à la radiographie. Un cône suffisamment rigide est désinfecté dans du NaCLO, puis inséré lentement dans la fistule jusqu'à sentir une résistance. La radiographie rétro alvéolaire permet de visualiser la racine à l'origine de la fistule (11).



Figure 19 : Dans ce cas, la fistule causée par la molaire nécrosée s'extériorise au niveau de la prémolaire

7 THERAPEUTIQUES DES LESIONS ENDO-PARODONTALES

7.1 Irrigation

De nos jours de nombreuses études ont montrées que jusqu'à 45% de la surface d'un canal principal n'a jamais été en contact avec les instruments pendant la mise en forme canalaire (6). Ces résultats prouvent que l'irrigation est l'une des piliers indispensables dans le traitement endodontique et que seule l'instrumentation ne suffit pas (6). Elle permet non seulement la lubrification des instruments mais aussi l'élimination de la boue dentinaire et surtout l'élimination de la majeure partie des bactéries présentes dans le réseau canalaire dans le but d'éviter tout risque d'échecs thérapeutique (9).

Tableau VI : Les fonctions et utilisations de quelques types d'irrigants (6)

	Quelques types d'irrigants		
	NaCLO 2,5%	EDTA 17%	CHX 2%
Fonctions	<ul style="list-style-type: none"> • Antibactérien à large spectre • Action protéolytique sur les matières organiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Action protéolytique sur les matières minérales (boue dentinaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Large spectre antimicrobien • Action rémanente (action antibactérien prolongée dans le temps)
Utilisations	<p>Pendant l'instrumentation Nb : bien qu'efficace, il a une toxicité relative et ne pas être mélangé à l'EDTA, d'où l'utilisation du sérum physiologique</p>	<p>Après instrumentation pendant au moins 1 minute. Nb : application prolongée (> 10 minutes) dans le canal entraîne une déminéralisation de la dentine radiculaire</p>	<p>Utilisée comme complément de la désinfection par NaCLO soit en tant qu'agent de rinçage finale ou en tant que médication canalaire en inter séance associée ou non au Ca(OH)₂</p>

7.2 Intérêts des médications inter canalaire (MIC) :

Plusieurs données émergentes suggèrent un effet positif des MIC dans les LEP. Après débridement mécanique du système canalaire d'une dent infectée, la persistance des bactéries dans les ramifications canalaire, tubuli dentinaire élève le risque d'échecs de cicatrisation de la lésion d'où l'importance des MIC qui une fois placés dans le canal pendant plusieurs jours améliorent la désinfection canalaire en désinfectant les sites inaccessibles à l'instrumentation mais aussi la cicatrisation (4).

- Hydroxyde de calcium (Ca(OH)₂)

De nombreuses études ont montrées une réduction significative de la charge bactérienne à l'intérieur des canaux après utilisation de cette MIC (4). Elle a un effet de barrière physique qui lui permet de prévenir aussi la recontamination bactérienne en cas de percolation. Son propriété anti inflammatoire inhibe la résorption et induit la minéralisation, ce qui explique son effet sur la cicatrisation des lésions apicales (4).

- MIC à base de la chlorhexidine (CHX)

La CHX en solution a une efficacité plus constante que le ca(OH)₂ sur *E.faecalis* et *C.albicans* (4). Elle améliore la désinfection des tituli dentinaires. Ne possède en revanche ni propriétés biologiques(anti-inflammatoire), ni la capacité de former une barrière physique (4).

En termes de thérapeutique l'origine primaire des LEP importe peu. Il est impératif de connaître les étapes de traitement endodontique :

Rx préopératoire - Reconstitution pré endodontique – Anesthésie – Champ opératoire – Cavité d'accès et relocalisation des entrés canalaires – Cathétérisme – Rx peropératoire et longueur de travail – Mise en forme canalair – irrigation – Obturation tridimensionnelle – Rx postopératoire – Restauration coronaire.

7.3 Lésion Endo-parodontale avec perte de l'intégrité radiculaire, autrement appelée LEP associées à un trauma ou un facteur iatrogène

Pour les auteurs la perte de l'intégrité radiculaire est une notion péjorative qui guide d'emblée le chemin thérapeutique (7). Le pronostic est mauvais et l'extraction est le plus souvent l'alternative sauf exceptions (7).

7.4 Lésion Endo-parodontale sans perte de l'intégrité radiculaire

7.4.1 Lésion Endo-parodontale chez des patients atteints de parodontite

Le pronostic est moins favorable, une chronologie thérapeutique spécifique s'impose : traitement endodontique, traitement parodontal globale non chirurgical (détartrage et surfaçage radiculaire), réévaluation puis chirurgie parodontale (greffes osseuses, curetage à ciel ouvert, gingivectomie-plastie, greffes gingivales...)

éventuelle comme correction en absence d'amélioration, en fin une maintenance parodontale (7). En outre, plus l'atteinte parodontale est sévère plus le pronostic est mauvais et plus le traitement est complexe et pluridisciplinaire (7).

7.4.2 Lésion Endo-parodontale chez des patients non atteints de parodontite

Lorsque la racine est intègre, la sévérité de perte osseuse détermine en grande partie le pronostic de la dent concernée par la LEP et oriente aussi le traitement parodontal local. La chirurgie parodontale est souvent indiquée après le traitement endodontique. En absence de contexte global de parodontite, elle ne peut être envisagée que trois mois après la prise en charge de la nécrose dentaire (7).

❖ Cependant cette chirurgie parodontale a aussi ses contre-indications

- **Contre-indications d'ordre local** pour le patient qui ne maintient pas une qualité d'hygiène bucco-dentaire satisfaisante au cours du traitement étiologique (13).
- **Contre-indications d'ordre général absolue** pour les patients qui présentent des pathologies systémiques, de tel qu'un acte chirurgical pareil leur fasse courir le risque vital :
 - Maladies cardiovasculaires (cardiopathies congénitales, prothèses valvulaires et vasculaires, endocardites...)
 - Maladies hématologiques (leucémie aigüe, hémophile...)
 - Maladies neurologiques (maladie de Parkinson, formes sévères de la sclérose en plaque)
 - Radiothérapie cervico-faciale
 - Sida (Syndrome d'immunodéficience Acquise)
 - Diabète non contrôlé (baisse de résistance à l'infection, un retard de cicatrisation et une prédisposition à l'artériosclérose) (13).
- **Contre-indications d'ordre général relatives**, certaines situations nécessitent une préparation et des mesures préventives :
 - Hypertension artérielle (anesthésie sans vaso-constricteur, injection lente sont conseillées)
 - Patient sous anticoagulant (risque de saignement, les gestes de l'hémostase doivent être envisagés)

- L'infarctus du myocarde (il est recommandé de ne pas intervenir dans les six mois qui suivent l'hospitalisation) (13).

Tableau VII : Résumé de la classification de Chicago 2017

<p>Lésion Endo-parodontale avec perte de l'intégrité radiculaire, autrement appelée LEP associées à un trauma ou un facteur iatrogène</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fracture ou fêlure radiculaire Signes cliniques : douleur spontanée et/ ou provoquée par le relachement à la morsure ; détection visuelle de la fracture/ fêlure avec ou sans aides optiques ; test de vitalité pulpaire négatif ; +/- douleur à la percussion ; mobilité +/- Thérapeutique : retrait du fragment coronoradiculaire fracturé ; traitement ou retraitement canalaire ; traitement parodontal non chirurgical ; élongation coronaire si atteinte de l'attache épithélioconjonctive supra crestale +/- chirurgie parodontale à visée régénératrice ; restauration avec ancrage ❖ Perforation du canal radiculaire ou de la chambre pulpaire Signes cliniques : douleur provoquée par l'introduction de lime dans la perforation ; saignement spontané per opératoire ; détection visuelle de la perforation avec ou sans aides optiques ; sondage ponctuel et profond ; abcès ; fistule ; +/- douleur à la percussion Thérapeutique : dépose de la restauration prothétique , le cas échéant traitement ou retraitement canalaire ; obturation de la perforation ; traitement parodontal non chirurgical ; +/- chirurgie parodontale à visée régénérative ; +/- restauration prothétique ❖ Résorption externe radiculaire Signes cliniques : tests vitalité pulpaire négatifs ; sondage ponctuel et profond ; +/- douleur spontanée ,
--	--

	<p>continue, diffuse, lancinante ; +/- douleur à la percussion ; +/- mobilité</p> <p>NB : les résorptions externes associées à des LEP sont le plus souvent asymptomatiques, leur découverte est fortuite et souvent à un stade avancé</p> <p>Thérapeutique : traitement ou retraitement canalaire ; exérèse du tissu de granulation et obturation chirurgicale de la lésion ; traitement parodontal chirurgical +/- chirurgie parodontale à visée régénératrice</p>
<p>Lésion Endo-parodontale sans perte de l'intégrité radiculaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lésion Endo-parodontale chez des patients atteints de parodontite <p>Signes cliniques :</p> <p>Test de vitalité pulpaire négatifs ; +/- douleur spontanée ; +/- douleur à la percussion ; +/- mobilité</p> <p>Thérapeutique grade 1, 2, 3 jusqu'à 2 faces de la dent atteinte : traitement parodontal initial global ; traitement ou retraitement canalaire de la dent concernée ; réévaluation locale +/- traitement parodontal chirurgical à visée régénératrice ; réévaluation globale</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Lésion Endo-parodontale chez des patients non-atteints de parodontite <p>Signes cliniques : tests de vitalité pulpaire négatifs ; +/- douleur spontanée ; +/- douleur à la percussion ; +/- mobilité</p> <p>Thérapeutique grade 1, 2, 3 jusqu'à 2 faces de la dent atteinte : traitement ou retraitement canalaire ; traitement parodontal non chirurgical ; réévaluation et +/- traitement parodontal chirurgical à visée régénératrice</p>

METHODOLOGIES

IV. METHODOLOGIE

1 Type et période de l'étude

Type d'étude : Étude descriptive, transversale

Période de l'étude : Du 1er janvier au 1er août 2024.

2 Population d'étude

Chirurgiens-dentistes exerçant dans le district de Bamako et inscrits à l'Ordre des Chirurgiens-dentistes.

- Critères d'inclusion :

Chirurgiens-dentistes acceptant de participer à l'étude et exerçant dans le district de Bamako et inscrits à l'Ordre des Chirurgiens-dentistes.

- Critères de non inclusion :

Chirurgiens-dentistes n'ayant pas accepté de participer à l'étude et exerçant dans le district de Bamako et inscrits à l'Ordre des Chirurgiens-dentistes.

3 Échantillonnage

- Méthode : La méthode non probabiliste suivant la liste des chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes du Mali a été utilisé pour sélectionner l'échantillon.

Description des variables

Les variables concernant les caractéristiques socio-démographiques, les connaissances, les attitudes et les variables sur la pratique clinique face aux lésions endo-parodontales ont été étudiées.

❖ Variables socio-démographiques :

Age : en année

Sexe : masculin ou féminin

Spécialité : permet l'identification des Chirurgiens-dentistes des différentes spécialités

Secteur d'activité : publique, semi-publique ou privé

Lieu d'exercice : il s'agit du Centre Médico-Chirurgical des armées, du Centre Hospitalier Universitaire d'Odonto-Stomatologie – Centre National d'Odonto-Stomatologie, des Centres de santé de référence du District et des Cabinets dentaires privés.

Année d'expérience : il s'agit du nombre d'année d'exercice clinique du Chirurgien-dentiste

Pays de formation : pays où l'enquêté (e) a reçu sa formation en chirurgie dentaire

❖ **Variables relatives aux connaissances :**

- Connaissances sur la lésion endo- parodontale : annonce le sujet.
- Etiologie : détermine l'origine de la lésion.
- Connaissances des différentes formes de lésions endo- parodontales : éclairent le praticien dans la démarche diagnostique et thérapeutique.

❖ **Variables relatives aux attitudes :** pour les décisions thérapeutiques.

❖ **Variables relatives à la pratique clinique :** pour le diagnostic, le traitement, le suivi et le pronostic.

4 **Collecte de données**

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête anonyme préétablie selon la disponibilité des Chirurgiens-dentistes.

5 **Saisie et analyse des données**

- Saisie : Microsoft Office Word 2016
- Traitement : Spss version 26 .0
- Analyse : Microsoft Excel 2016

6 **Considérations éthiques**

Anonymat et confidentialité des données

RESULTATS

V.RESULTATS

Caractéristiques socio-démographiques :

➤ Selon la prévalence

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la prévalence

Prévalence	Effectif	Fréquence (%)
Chirurgiens-dentistes n'ayant pas participé	4	5,13
Chirurgiens-dentistes ayant participé	74	94,87
Chirurgiens-dentistes ciblés	78	100

La prévalence des chirurgiens-dentistes ayant participé à notre étude était très élevée : sur 78 chirurgiens-dentistes ciblés, 74 ont effectivement pris part à l'enquête, soit une prévalence de 94,87%.

➤ Selon l'âge

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était 25-35 ans suivi des 35-45 ans.

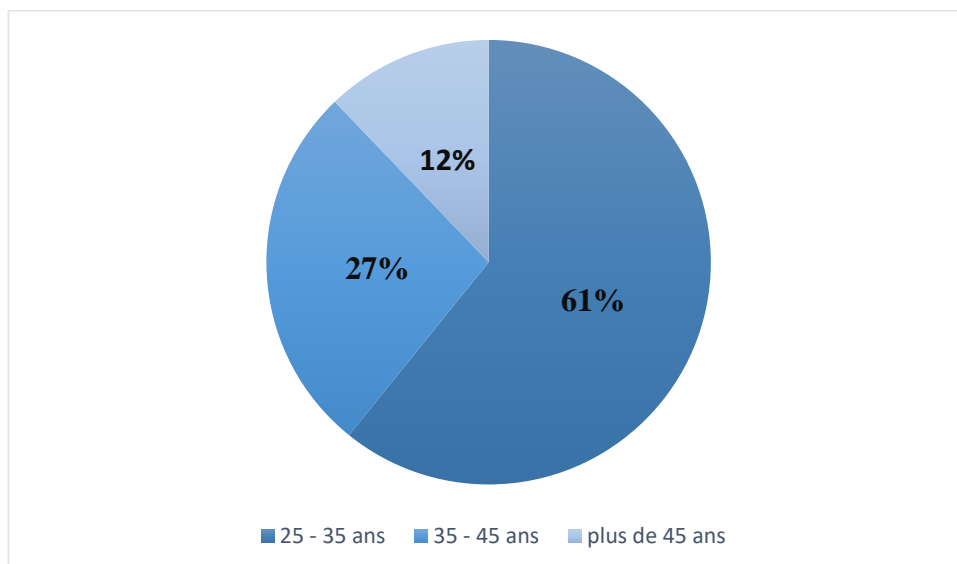


Figure 20 : Nombre de participant selon l'âge

➤ Selon le sexe

Dans notre étude le sexe masculin a été le plus représenté avec 64% avec un sexe ratio de 1,84.

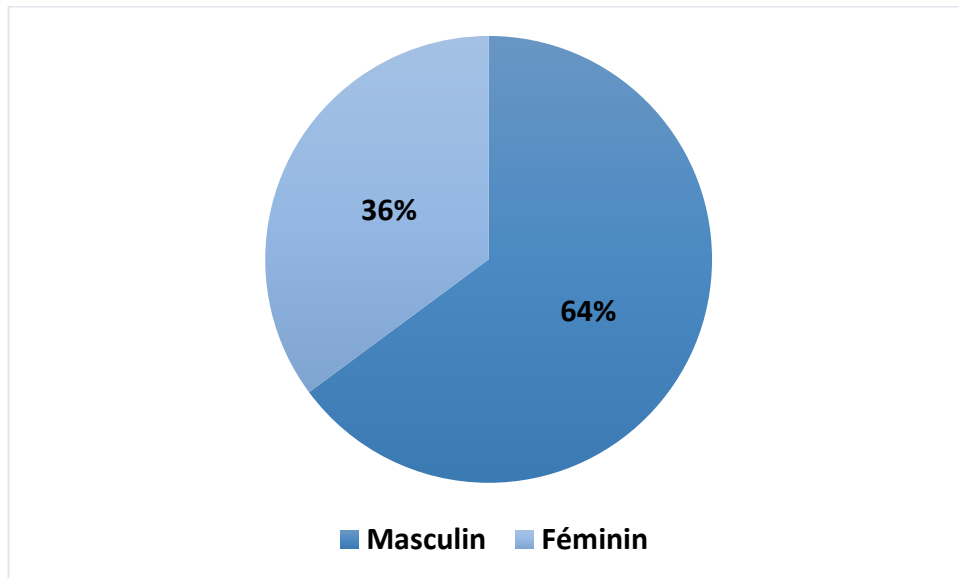


Figure 21 : Pourcentage des participants selon le genre

➤ Selon le titre des chirurgiens-dentistes

Dans notre étude les Chirurgiens-dentistes généralistes étaient les plus représentés avec 81,08%.

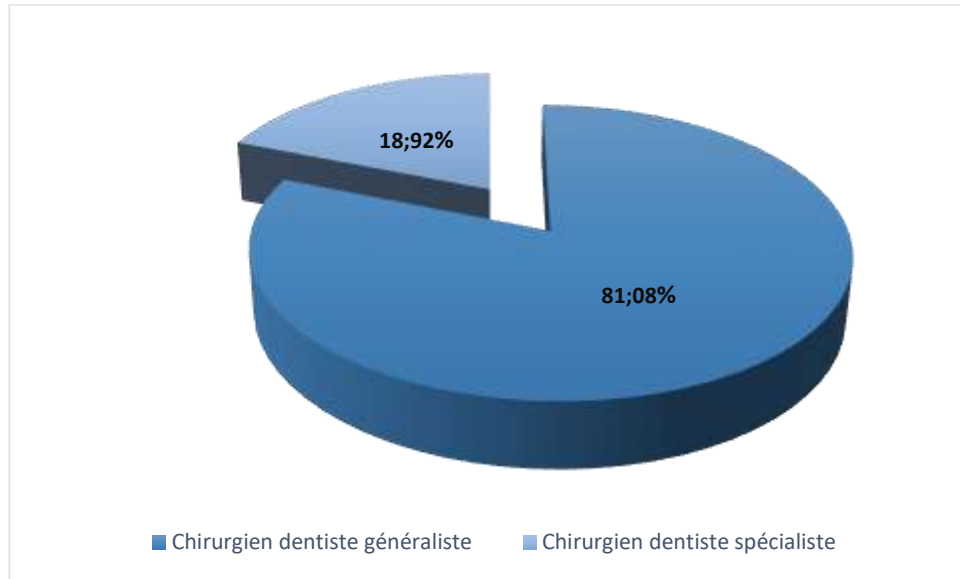


Figure 22 : Pourcentage des participants selon le type de chirurgiens-dentistes

➤ **Selon la spécialité**

Tableau IX : Répartition des dentistes selon la spécialité

Spécialité	Effectif	Fréquence (%)
Chirurgie buccale	3	21,43
Dentisterie esthétique (DU)	1	7,14
Endodontie	1	7,14
Épidémiologie	1	7,14
Implantologie	1	7,14
Parodontologie	1	7,14
Pédodontie	2	14,29
Prothèse dentaire	1	7,14
Santé publique	3	21,43
Total général	14	100,00

Dans notre étude la chirurgie buccale et santé publique étaient les plus représentées avec 21,43% chacun.

➤ **Selon l'ancienneté**

Dans notre étude 73% des participants avaient moins de 11 ans d'expérience, 19% avaient 11 à 21 ans d'expérience et 8% avaient plus de 22ans d'expérience.

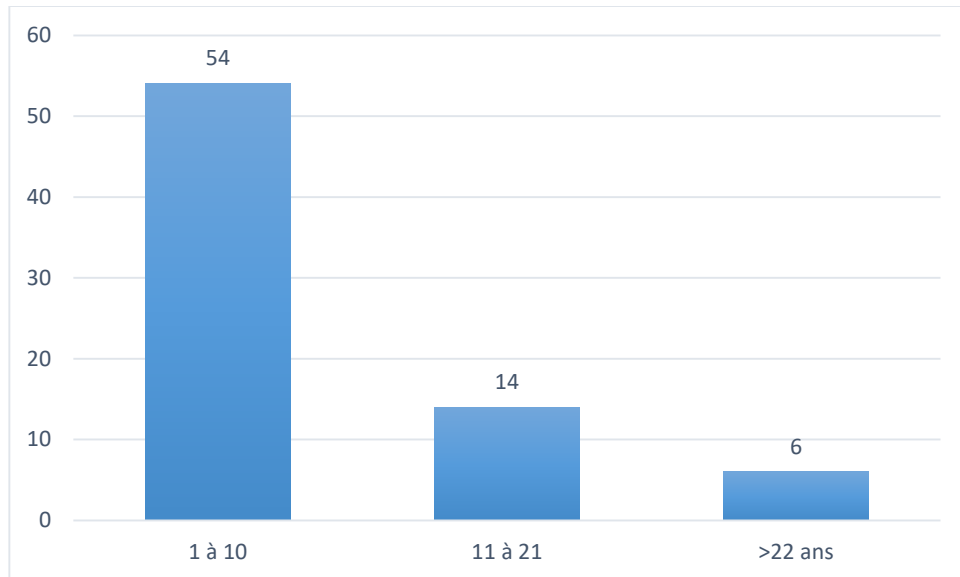


Figure 23 : pourcentage des participants selon l'ancienneté

➤ **Selon le lieu d'exercice**

Tableau X : Répartition des dentistes selon le lieu d'exercice

Lieu d'exercice	Effectif	Fréquence (%)
Commune I	6	8
Commune II	2	3
Commune III	18	24
Commune IV	8	11
Commune V	21	28
Commune VI	14	19
Commune rurale	5	7
Total général	74	100

Dans notre étude la commune 5 a été la plus représentée avec 28%.

➤ **Selon le Secteur d'activité**

Dans notre étude 64% des participants étaient en secteur privé, 36% en public.

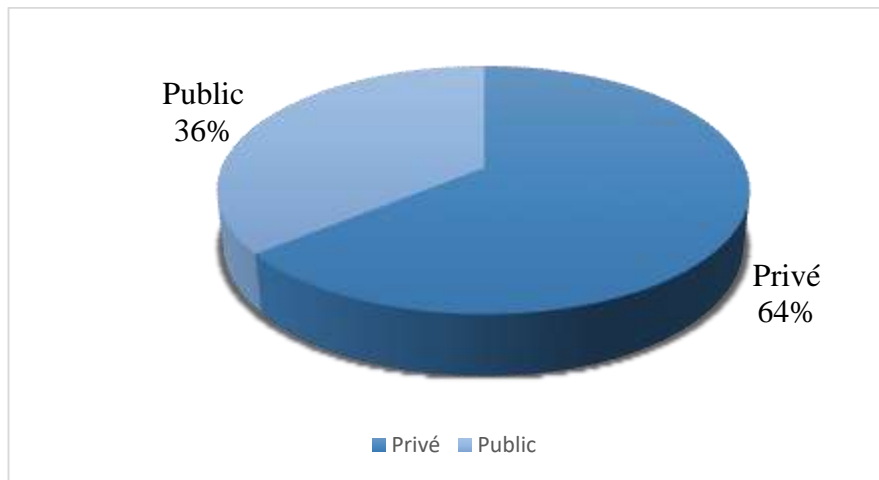


Figure 24 : Nombre de participant selon le secteur d'activité

Approches connaissances :

➤ **Selon la définition des lésions endo-parodontales**

Tableau XI : Répartition des approches connaissances des dentistes selon la définition des LEP

Définition des LEP	Effectif	Fréquence (%)
Est une lésion du parodonte et/ ou de l'endodonte	33	26
C'est 2 lésions, l'une endodontique et l'autre parodontale fusionnées entre elles	46	36
Est une lésion d'origine pulpaire et/ ou parodontale	28	22
Est une lésion inflammatoire péri radiculaire d'origine endodontique	21	16

Dans notre étude 36% des chirurgiens-dentistes définies la lésion endo-parodontale comme deux (2) lésions, l'une endodontique et l'autre parodontale fusionnées entre elles. Une lésion du parodonte et / ou de l'endodonte dans 26%. Une lésion d'origine pulpaire et/ ou parodontale dans 22% et une lésion inflammatoire dans 16%.

➤ **Selon les voies de communication entre l'endodonte et le parodonte**

Tableau XII : Répartition des approches connaissances des dentistes selon les voies de communication entre l'endodonte et le parodonte

Voies de communication des LEP	Effectif	Fréquence (%)
Foramen apical	49	14
Canaux latéraux	41	12
Poche parodontale	44	13
Perforation radiculaire	43	13
Résorption	37	11
Canaux accessoires	39	12
Fêlures	18	5
Fractures corono-radiculaires	27	8
Perforation du plancher pulpaire	41	12

Dans notre étude le foramen apical est la voie la plus évoquée avec 14%.

➤ **Selon les principaux facteurs de risque de la lésion endo-parodontale**

Tableau XIII : Répartition des approches connaissances des dentistes selon les principaux facteurs de risque de la LEP

Facteurs de risque des LEP	Effectif	Fréquence (%)
Maladie parodontale	59	26
Malformations du développement de l'odonte	4	2
Présence de restauration coronaire iatrogène	40	18
Carie dentaire	51	23
Traumatismes buccodentaires	39	17

Dans notre étude la maladie parodontale a été le facteur de risque le plus représenté (26%) suivie de la maladie carieuse (23%) puis de la présence de restauration coronaire iatrogène et des traumatismes buccodentaires avec 1% de différence significative.

➤ Selon l'identification des lésions endo-parodontales

Tableau XIV : Répartition des approches connaissances des dentistes selon l'identification des LEP

Éléments dans l'identification des LEP	Effectif	Fréquence (%)
Site de la lésion	48	14
Test de vitalité pulpaire	40	11
Présence de plaque ou tartre	32	9
Degré de la perte osseuse	41	12
Sondage parodontale en U ou V	43	12
Position de la dent sur l'arcade	8	2
Caries extensives	24	7
Radioclarté péri-apicale	43	12
Mobilité dentaire	42	12
Age	15	4
Test de sensibilité pulpaire	16	5

Dans notre étude les éléments les plus représentés dans l'identification des LEP étaient le site de la lésion avec 14%, le degré de la perte osseuse, le sondage parodontal, la radioclarté péri-apicale, la mobilité dentaire avec 12% et le test de vitalité pulpaire avec 11%.

➤ **Selon les conséquences d'une lésion endo-parodontale**

Tableau XV : Répartition des approches connaissances des dentistes selon les conséquences d'une LEP

Conséquences d'une LEP	Effectif	Fréquence (%)
Abcès parodontal	70	28
Mobilité dentaire	68	27
Nécrose pulpaire	48	19
Déséquilibre de la glycémie	9	4
Halène fétide	23	9
Troubles psychologiques	35	14

Dans notre étude l'abcès parodontal a été la conséquence la plus élevée avec 28%.

➤ **Selon la classification comme urgence odontologique**

Dans notre étude 78% des Chirurgiens-dentistes ont classé la lésion endo-parodontale comme une urgence en odontologie.

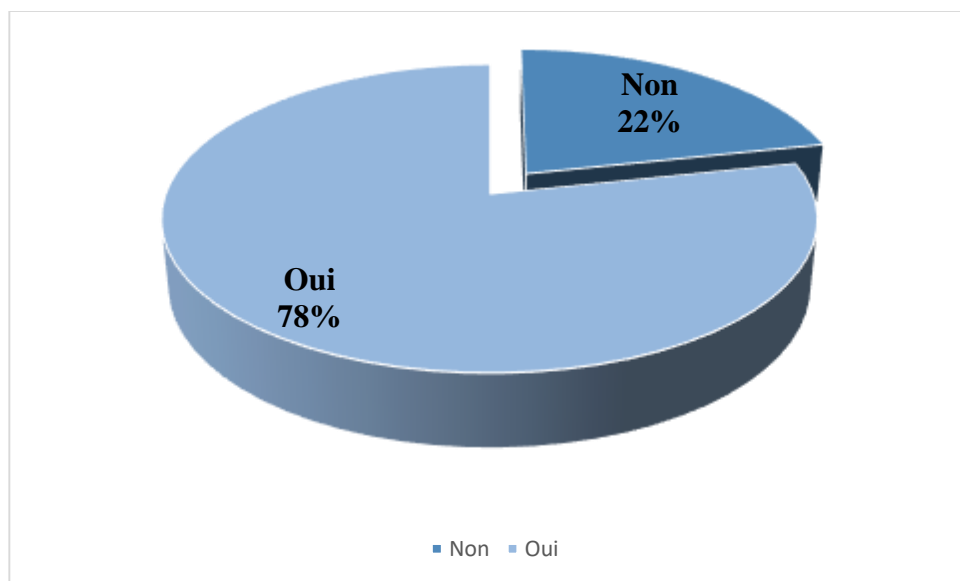


Figure 25 : LEP comme urgence en odontologie

Approches attitudes

➤ Selon la décision thérapeutique des LEP

Tableau XVI: Répartition des approches attitudes des dentistes selon la décision thérapeutique des LEP

La décision thérapeutique des LEP est liée	Effectif	Fréquence (%)
Au motif de consultation	42	19
A la motivation du patient	42	19
A l'étiologie de la lésion	55	25
A l'hygiène	5	2
L'âge	34	15
Aux Antécédents	21	9
Au type de dent	23	10

Dans notre étude la décision thérapeutique des dents atteintes de lésion endo-parodontale était liée majoritairement à l'étiologie de la lésion avec 25%, ensuite au motif de consultation et à la motivation du patient sans aucune différence significative avec 19%.

➤ Selon l'intérêt du diagnostic différentiel des LEP

Tableau XVII : Répartition des approches attitudes des dentistes selon l'intérêt du diagnostic différentiel des LEP

Intérêt du diagnostic différentiel des LEP	Effectif	Fréquence (%)
Déterminer l'origine des lésions	36	50
Adapter le ou les traitements	33	46
D'augmenter les échecs de cicatrisations	3	4

Dans notre étude l'intérêt du diagnostic différentiel des lésions endo-parodontales le plus représenté était de déterminer l'origine des lésions avec 50% puis d'adapter le ou les traitements avec 46%.

➤ **Selon la prise en charge des lésions endo-parodontales**

Dans notre étude 93% des chirurgiens-dentistes ont eu à prendre en charge des cas de lésion endo-parodontale.

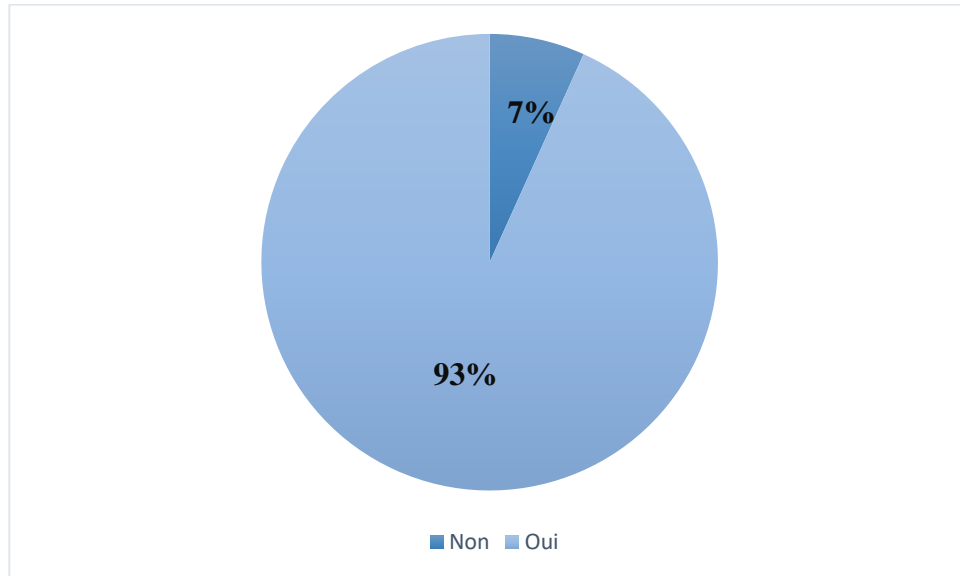


Figure 25 : Prise en charge des LEP

➤ **Selon l'intervalle de cas traité**

Tableau XVIII : Répartition des approches attitudes des dentistes selon l'intervalle de cas traité

Intervalle de cas traité	Effectif	Fréquence (%)
< 15	38	55
> 15	31	45
Total général	69	100

Dans notre étude le nombre de cas traité était inférieur à 15 avec 55% contre 45% de cas supérieur 15 avec 45%.

➤ Selon l'intervalle de cas extraite

Tableau XIX: Répartition des approches attitudes des dentistes selon l'intervalle de cas extraite

Intervalle de cas extraite	Effectif	Fréquence (%)
< 15	27	44
> 15	35	56
Total général	62	100

Le pourcentage des cas extraite supérieur à 15 était le plus représenté avec 56% suivi des cas extraits inférieur à 15 pour 44%.

➤ Selon l'intervalle de cas référé

Tableau XX: Répartition des approches attitudes des dentistes selon l'intervalle de cas référé

Intervalle de cas référé	Effectif	Fréquence (%)
< 15	42	81%
> 15	10	19%
Total général	52	100%

Les cas référés inférieur à 15 dominent largement avec 81% contre 19% des cas référé supérieur à 15 avec 19%.

➤ Selon la guérison d'une lésion endo-parodontale d'origine endodontique

Tableau XXI : Répartition des approches attitudes des dentistes selon la guérison d'un LEP d'origine endodontique

TTT des LEP d'origine endodontique	Effectif	Fréquence (%)
Un traitement parodontal seul	0	0%
Un traitement endodontique seul	23	29%
Un traitement endodontique puis parodontal	50	64%
Un traitement médicamenteux simple	5	6%

Dans notre étude le traitement endodontique puis parodontal a été le plus représenté avec 64% en cas de lésion endo-parodontale d'origine endodontique

➤ Selon la guérison d'une lésion endo-parodontale d'origine parodontale

Tableau XXII: Répartition des approches attitudes des dentistes selon la guérison d'une LEP d'origine parodontale

TTT des LEP d'origine parodontale	Effectif	Fréquence (%)
Un traitement parodontal seul	13	15%
Un traitement endodontique seul	2	2%
Un traitement endodontique puis parodontal	62	71%
Un traitement médicamenteux simple	10	11%

Dans notre étude le traitement endodontique puis parodontal a été le plus représenté avec 71% en cas de lésion endo-parodontale d'origine parodontale.

➤ **Selon la lésion endo-parodontale la plus traitée**

Tableau XXIII: Répartition des approches attitudes des dentistes selon la LEP la plus traitée

LEP la plus Observée	Effectif	Fréquence (%)
Lésion endo-parodontale d'origine endodontique	50	56%
Lésion endo-parodontale d'origine parodontale	23	26%
Lésion endo- parodontale combinée	16	18%

Dans notre étude la lésion endo-parodontale d'origine endodontique a été la plus représentée avec 56%.

➤ **Selon la prescription**

Dans notre étude 73% des chirurgiens-dentistes ont affirmés que l'antibiothérapie était systématique dans la prise en charge des lésions endo-parodontales.

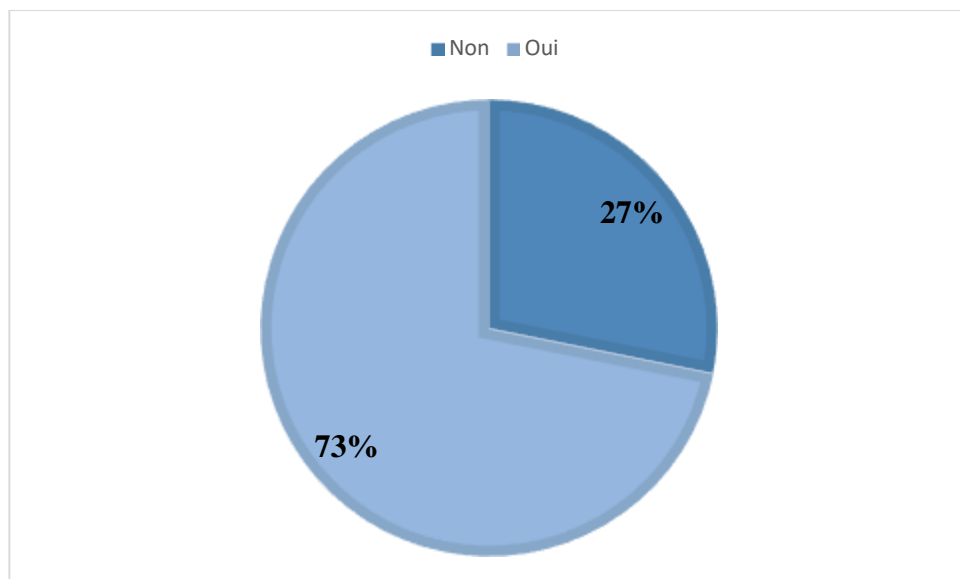


Figure 26 : L'ABT est-elle systématique

➤ Selon les examens complémentaires

Tableau XXIV: Répartition des approches attitudes des dentistes selon les examens complémentaires

Examens complémentaires	Effectif	Fréquence (%)
Radiographie panoramique	54	39
Radiographie rétro-alvéolaire	62	45
Cône beane	13	9
Radiographie rétro-coronaire	7	5
Examen biologique	3	2

Dans notre étude l'examen complémentaire le plus représenté était la radiographie rétro-alvéolaire

➤ Selon le pronostic des types de LEP

Tableau XXV : Répartition des approches attitudes des dentistes selon la LEP la plus traitée

Pronostic des types LEP	Effectif	Fréquence (%)
Les lésions endo-parodontales d'origine endodontique ont un pronostic favorable	44	33
Celles d'origine parodontale ont un pronostic dépendant du nombre de murs osseux résiduels	41	31
Les Lésions endo- parodontales combinées ont un pronostic réservé	47	36

Dans notre étude 36% des chirurgiens-dentistes ont trouvés que les lésions endo-parodontales combinées ont un pronostic réservé ,33% des lésions endo-parodontales d'origine endodontique ont un pronostic favorable et 31% des lésions endo-parodontales d'origine parodontale ont un pronostic dépendant du nombre de murs osseux résiduels.

➤ **Selon la qualification des connaissances des Chirurgiens-dentistes**

Dans notre étude 61% des chirurgiens-dentistes avaient une connaissance limitée concernant les lésions endo-parodontales, 24% présentaient une insuffisance et seulement 11% avaient une connaissance suffisante.

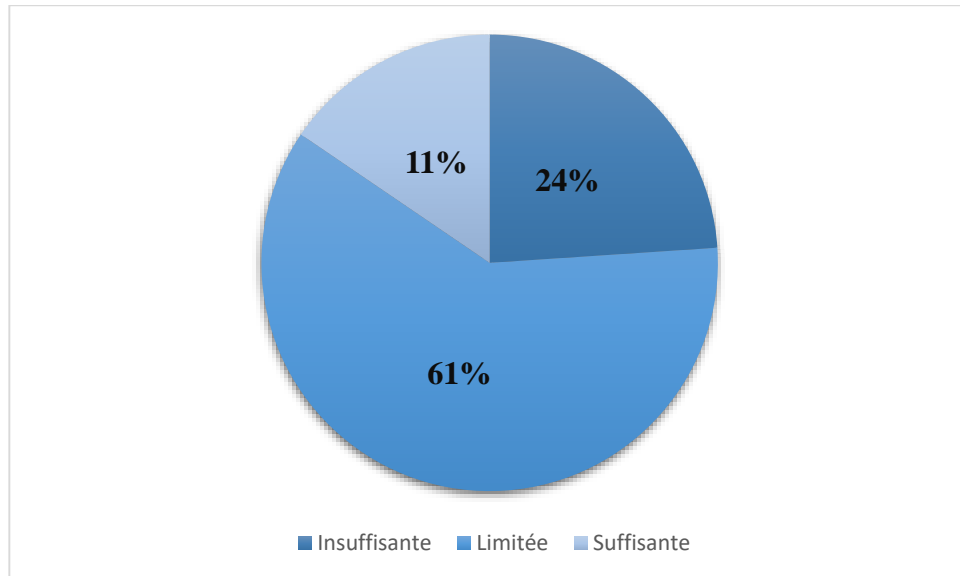


Figure 27 : Qualification des connaissances sur la gestion des LEP

➤ **Selon une formation continue**

Dans notre étude 93% des chirurgiens-dentistes voudraient d'une formation continue sur les lésions endo-parodontales.

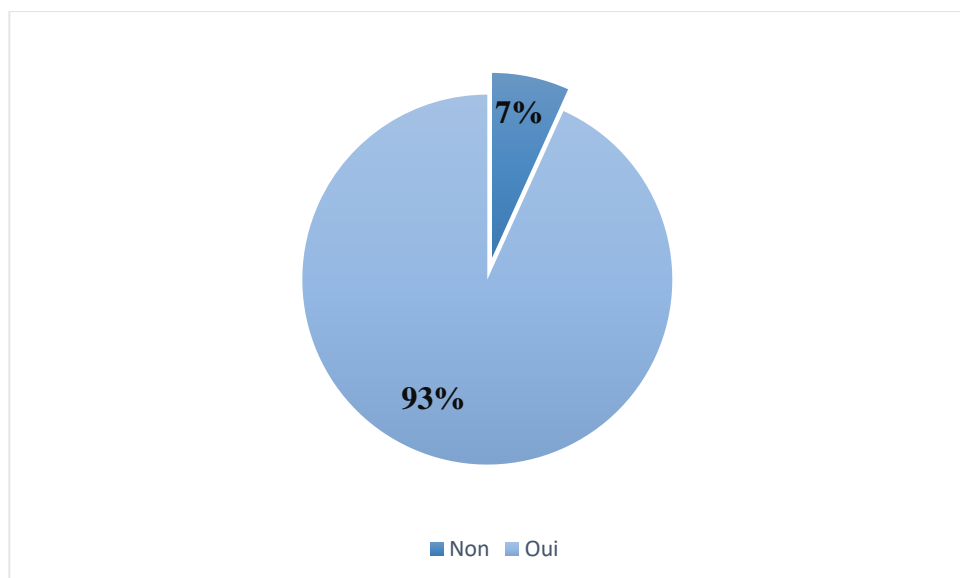


Figure 28 : Formation continue sur les LEP

DISCUSSION & COMMENTAIRES

VI. Discussion/Commentaires

➤ Selon la prévalence

La prévalence des chirurgiens-dentistes ayant participé à notre étude était très élevée : sur 78 chirurgiens-dentistes ciblés, 74 ont effectivement pris part à l'enquête, soit une prévalence de 94,87%. Cette participation majeure (94,87 %) estime que les connaissances, attitudes et pratiques du traitement des patients atteints de LEP devraient être intégrées au cours de leurs études de premier cycle.

➤ Selon l'âge

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était celle de 25-35 ans avec 60,81% suivi des 35-45 ans avec 27,03%. Ce résultat se rapproche de celui de YILMAZ Ç et al en Turquie sur le niveau de connaissances et de sensibilisation des dentistes sur les lésions endo-parodontale qui avaient trouvé dans leur étude une prédominance de la tranche d'âge des 23-35 ans dans 72,9% contre 20,4% des tranche de 36-45ans (15). Ce résultat s'explique par le fait dans notre pays la majorité des chirurgiens dentiste sont jeunes car la spécialité de chirurgie dentaire a été récemment ouvert au Mali.

➤ Selon le sexe

Dans notre étude le sexe masculin a été le plus représenté avec 64% avec un sexe ratio de 1,84. Ce résultat diffère de celui de KANE AST et al au Mali sur les Connaissances, attitudes et pratiques des chirurgiens-dentistes du district de Bamako face aux lésions endo-parodontales qui trouvaient dans leur étude une dominance masculine de 88,06% pour un sexe Ratio de 7,37 (2). Ce résultat peut avoir comme explication le fait que les femmes ne s'intéressaient pas assez à la chirurgie dentaire à l'ouverture de la filière au Mali.

➤ Selon le titre du praticien

Dans notre étude les Chirurgiens-dentistes généralistes étaient les plus représentés avec 81,08%. Ce résultat domine celui de YILMAZ Ç et al en Turquie sur le niveau de connaissances et de sensibilisation des dentistes sur les lésions endo-parodontale

qui avait une dominance partielle des généralistes avec 51,1% contre 48,9% des spécialistes (15). Ce résultat se justifie par l'absence des spécialités dentaires à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie au Mali.

➤ **Selon la spécialité**

Dans notre étude la chirurgie buccale et la santé publique étaient les plus représentées avec 21,43% chacun. Ce résultat à une différence particulière de celui de YILMAZ Ç et al en Turquie sur le niveau de connaissances et de sensibilisation des dentistes sur les lésions endo-parodontale qui trouvaient une dominance des parodontologistes avec 10,2% suivi par les endodontistes avec 10% (15). Ce résultat porte comme explication la disponibilité de spécialisation en santé publique au Mali et la facilité d'inscription en chirurgie buccale au Sénégal-Dakar, un pays frère.

➤ **Selon l'ancienneté**

Dans notre étude 73% des participants avaient moins de 11 ans d'expérience, 19% avaient 11 à 21 ans d'expérience. Ce résultat cohabite avec celui de MOHAMMADI M et al qui avaient trouvé que 44,8 % des dentistes avaient moins de dix ans d'expérience, 33,3 % avaient 10 à 20 ans ce qui domine notre résultat (16).

➤ **Selon le lieu d'exercice**

Dans notre étude la commune V a été la plus représentée avec 28%. Cela peut s'expliquer par le fait que cette commune située dans le district de Bamako est reconnue pour être un centre d'activités diplomatiques et administratives, abritant de nombreuses ambassades, organismes internationaux et services centraux comme le rectorat de l'université de Bamako par conséquent elle devient le siège de plusieurs cabinets dentaires privés pour attirer ces personnages.

➤ **Selon le Secteur d'activité**

Dans notre étude 64% des participants étaient en secteur privé. Il y'a une proximité avec le résultat de NIANG SO et al qui avaient trouvés 58,9% des praticiens évoluant dans le secteur privé (17). Ce résultat s'explique par le nombre limité de recrutement des dentistes à la fonction publique de l'état Malien.

➤ **Selon la définition des lésions endo-parodontales**

Dans notre étude 36% des chirurgiens-dentistes définies la lésion endo-parodontale comme deux (2) lésions, l'une endodontique et l'autre parodontale fusionnées entre elles. Une lésion du parodonte et / ou de l'endodonte dans 26%. Une lésion d'origine pulpaire et/ ou parodontale dans 22% et une lésion inflammatoire péri radiculaire d'origine endodontique dans 16%. Ces multitudes réponses disparates montrent que les Chirurgiens-dentistes du district de Bamako ont des connaissances limitées sur les LEP.

➤ **Selon les voies de communication entre l'endodonte et le parodonte**

Dans notre étude le foramen apical est la voie la plus évoquée avec 14%. Ce résultat est inférieur à celui de SIDDIQUI AY et al dont la voie de communication la plus directe entre la pulpe et le tissu parodontal a été indiquée comme étant le foramen apical avec 49 % et les canaux latéraux pour 39,8 % ce qui semble supérieur à la nôtre (12%) (18). La méconnaissance du sujet peut expliquer ce résultat.

➤ **Selon les principaux facteurs de risque de la lésion endo-parodontale**

Dans notre étude la maladie parodontale a été le facteur de risque le plus représenté (26%) suivie de la maladie carieuse (23%) puis de la présence de restauration coronaire iatrogène avec 22%. Notre résultat est différent du résultat de MANDORAH AO. Maladies endo et parodontales chez les dentistes de l'Ouest : évaluation des connaissances et de la sensibilisation, étude observationnelle. Médical Science 2022 qui ont eu comme facteurs de risques des restaurations défectueuses avec 58,4% ; des problèmes dentaires carieuses avec 52% et 66,4 % de plaque-tartre (19). Ce résultat s'explique par une connaissance limitée des LEP car plusieurs études comme celle de SINGH; montre qu'il est très difficile que la maladie parodontale soit l'origine primaire d'une LEP ;celle de ALAJLAN et al montre que la parodontite apicale est fréquente sur les dents obturées (22 à 61 %), et les obturations radiculaires radiographiquement insuffisantes sont fréquentes (47 à 86 %) et celle de KADIATOU S montre que des restaurations coronaires non étanches sont une source de recontamination du canal et d'échec du traitement endodontique (82% d'échecs avec une restauration défectueuse contre 9%

avec une obturation coronaire étanche) des perforations endodontiques, qui surviennent le plus souvent pendant l'instrumentation du canal radiculaire (43% des cas) et la préparation du canal pour un ancrage prothétique (53% des cas) (4,20,28).

Selon l'identification des lésions endo-parodontales

Dans notre étude les éléments les plus représentés dans l'identification des lésions endo-parodontales étaient le site de la lésion avec 14% ce qui ne figurait pas dans l'étude de NIANG SO et al qui avaient retenues comme test de diagnostiques, le test de vitalité avec 76,8%, le test de mobilité par 53,7% ce qui est largement supérieur à nos résultats de 12% de mobilité dentaire et de 11% le test de vitalité pulpaire (17). Ce résultat pourrait s'expliquer par une connaissance insuffisante ou la taille réduite de l'échantillon de notre étude.

➤ Selon les conséquences d'une lésion endo-parodontale

Dans notre étude l'abcès parodontal a été la conséquence la plus élevée avec 28%. Ce résultat est similaire à celui d'HELENE B qui dans son étude défini l'abcès parodontal comme une infection purulente localisée des tissus parodontaux adjacents à une ou plusieurs dents d'origine purement parodontale ou endodontique (21). Une mobilité dentaire peut s'en suivre suite à une rapide destruction locale de l'os alvéolaire ainsi que du desmodonte. ET l'abcès parodontal fait partie des lésions péri apicales considérées comme des pathologies issues des LEP. La parodontite apicale aigue, chronique, l'abcès et kyste péri apical sont eux aussi classées parmi les pathologies dérivantes des LEP (22). Ce résultat s'explique par le fait que dans une infection d'origine endodontique l'infection peut s'étendre au parodonte (gencive-os) créant ainsi une poche de pus, inversement.

➤ Selon la classification comme urgence odontologique

Dans notre étude 78% des Chirurgiens-dentistes ont classés la lésion endo-parodontale comme une urgence en odontologie et seulement 58 sur 74 dentistes au totale se sont justifiés ; 78% des justifiants se sont basés sur les différentes complications sectorielle et/ou systémique et 22% sur l'algie dentaire que peut entrainer cette lésion. Pour FREUDENREICH les LEP peuvent être considéré comme une urgence en odontologie car elle fait non seulement partie des maladies

infectieuses mais elle est aussi considérée comme urgences dites de confort, décrit comme urgences algiques dans son stade aigue (à l'origine de 14% d'urgence dentaire) (23). Il est alors nécessaire de savoir le diagnostiquer précocement et de mettre en place une thérapeutique d'urgence conforme.

➤ **Selon la décision thérapeutique**

Dans notre étude la décision thérapeutique des dents atteintes de lésion endo-parodontale était liée majoritairement à l'étiologie de la lésion avec 25%, ensuite au motif de consultation et à la motivation du patient sans aucune différence significative avec 19%. L'étude de KALID A et al mis l'accent sur la motivation patient, ils avaient révélé avec 55 % que leurs patients étaient motivés à subir des traitements endo-parodontaux (24). Ce résultat montre que la motivation du patient influence en grand la décision thérapeutique car le chirurgien-dentiste a beau avoir la connaissance et le plateau technique adéquate le traitement ne peut aboutir sans la motivation, le consentement éclairé du malade.

➤ **Selon l'intérêt du diagnostic différentiel**

Dans notre étude l'intérêt du diagnostic différentiel des lésions endo-parodontales le plus représenté était de déterminer l'origine des lésions avec 50% puis d'adapter le ou les traitements avec 46%. Ce résultat est similaire à celui de ZOHEIR M et SID AS dans une revue de la médecine dentaire sur les relations conflictuelles entre endodonte et parodonte (25). Ce résultat est justifié par le fait que c'est le diagnostic différentiel qui compare les affections ayant des points communs afin d'aboutir à un diagnostic positif rigoureux pour finalement établir un plan de traitement adapté.

➤ **Selon la prise en charge des lésions endo-parodontales**

Dans notre étude 93% des chirurgiens-dentistes ont eu à prendre en charge des cas de lésion endo-parodontale. KALID A et al 41% avaient pris en charge des LEP (24). Cet écart d'estimation de la prévalence des LEP prise en charge peut être probablement liés à la taille et au type d'échantillons

➤ **Selon l'intervalle de cas traité**

Dans notre étude le nombre de cas traité était inférieur à 15 dans 55%. Ce résultat domine légèrement celui de SUN et al dont le nombre de cas ≤ 10 étaient de 31,82% (26). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que de nombreux chirurgiens-dentistes sont réticents par rapport au traitement des LEP.

➤ **Selon l'intervalle de cas extraite**

Le pourcentage des cas extraite supérieur à 15 était le plus représenté avec 56%. Ce résultat est soutenu par KHANDELWAL A et al. Sur les lésions endo-pério. Dans le Journal de recherche avancée en sciences médicales et dentaires qui avaient trouvé que 53 % des patients ne sont pas suffisamment motivés pour subir des traitements longs, préférant l'extraction dentaire plutôt qu'un traitement EPL approprié (27). Ce que nous donnons comme explications est la motivation des patients qui, la plupart des temps demandent l'extraction au vu du cout du traitement et le temps, une séance pour l'extraction est plus rentable aux yeux du patient que de venir plusieurs séances.

➤ **Selon l'intervalle de cas référé**

Dans notre étude 81% avaient référés peu de cas de LEP (moins de 15 cas). Contrairement à l'étude de KANE AST et al où 17,91 % réfèrent les patients (2). Cela s'explique par le nombre limité de spécialistes en endodontie au Mali, en plus l'obsession des praticiens à gagner plus d'argent refusent de référer les malades à qui de droit. Par ailleurs d'autres pensent que référé est une faiblesse dans l'ignorance de savoir que référé est une compétence réelle.

Selon la guérison d'une lésion endo-parodontale d'origine endodontique

Dans notre étude le traitement endodontique puis parodontal a été le plus représenté avec 64% en cas de lésion endo-parodontale d'origine endodontique. Ce résultat est très proche de celui de ALAJLAN KH et al sur les connaissances et confiance concernant la prise en charge des lésions parodontales ; auprès des dentistes de Riyad, en Arabie saoudite, d'où 66 % des dentistes ont préférés effectuer un traitement endodontique en premier, suivi d'un traitement parodontal (24). Cela pourrait s'expliquer par le taux élevé de LEP d'origine endodontique.

➤ **Selon la guérison d'une lésion endo-parodontale d'origine parodontale**

Dans notre étude le traitement endodontique puis parodontal a été le plus représenté avec 71% des cas de lésion endo-parodontale d'origine parodontale. Ce résultat contredit le résultat de SIDDIQUI AY et al sur la Connaissance et la sensibilisation aux lésions Endo-Perio chez les dentistes et les internes en médecine dentaire en Arabie Saoudite, qui avaient conduit un traitement parodontal-endodontique avec 47,7% (18). Ce résultat s'explique par la sollicitation du patient selon l'urgence.

➤ **Selon la lésion endo-parodontale la plus traitée**

Dans notre étude la lésion endo-parodontale d'origine endodontique a été la plus représentée avec 56%. Une version confirmée par MESSAOUD NB et al sur une Revue Méditerranéenne d'Odonto-Stomatologie (R.M.O.S) dans Images péri apicales radiolaires simulant une parodontite apicale chronique : A propos de 2 cas où les LEP d'origine non-endodontiques sont rares, leur incidence varie entre 0,65 % et 3,42% (28). Ce résultat peut être due à la fréquence élevée de l'échec thérapeutique en endodontie.

➤ **Selon la prescription**

Dans notre étude 73% des chirurgiens-dentistes ont affirmés que l'antibiothérapie était systématique dans la prise en charge des lésions endo-parodontales. Ce résultat diffère de celui de KANE AST et al qui avaient que 89,55 % des praticiens prescrivait des antibiotiques (2). Une méconnaissance de la pharmacologie médicamenteuse par les praticiens peut être à l'origine de ce taux élevé de la prescription d'antibiotique car en odontologie les antibiotiques sont réservés à des situations cliniques peu courantes. Des recommandations mise en place et actualisé sur la prescription d'ATB dans le domaine dentaire par l'ANSM (2011) détermine clairement les indications de prescription des ATB suite à l'évolution préoccupante de la résistance aux antibiotiques et à de nouveaux arguments scientifiques. Nous avons l'antibiothérapie curative et antibiothérapie prophylactique (29).

-L'ATB prophylactique a pour but préventif et s'adresse aux patients immunodéprimés, ou à des malades à risque d'endocardite infectieuse. Une

dose de deux grammes(2g) d'amoxicilline doit alors être administrer une heure avant réalisation de l'acte considéré invasifs pour ces populations (29).

-L'ATB curative n'est indiquée que lorsque des signes systémiques sont diagnostiqués, en présence d'une infection accompagnée de fièvre, trismus, adénopathie ou œdème persistant ou progressif, toujours en complément du traitement local idéal (29).

➤ **Selon les examens complémentaires**

Dans notre étude l'examen complémentaire le plus représenté était la radiographie rétro-alvéolaire avec 45%. Ce résultat est moins significatif face au résultat de NIANG SO et al qui avaient trouvés une représentativité de la radiographie rétro alvéolaire avec 92% (17). Ce résultat s'explique par la non disponibilité de cet examen dans la plus part de nos différents centres de santé.

➤ **Selon le pronostic des types de LEP**

Dans notre étude 36% des chirurgiens-dentistes ont trouvés que les lésions endo-parodontales combinées ont un pronostic réservé. SIDDIQUI AY et al ont eu un résultat plus élevé que la nôtre où 57,5 % des participants estiment que le pronostic d'une véritable lésion combinée est discutable la plupart du temps (18). Nous pouvons pensés au manque de connaissance comme explication de ce résultat, la majorité de notre échantillon étant des généralistes ou du moins d'une autre spécialité.

➤ **Selon la qualification des connaissances des Chirurgiens-dentistes sur la gestion des LEP**

Dans notre étude 61% des chirurgiens-dentistes avaient une connaissance limitée concernant la gestion des lésions endo-parodontales, 24% présentaient une insuffisance et seulement 11% avaient une connaissance suffisante. Dans l'étude de KHANDELWAL A et al sur les Lésions endo-pério : quelques 31 % des professionnels dentaires, en particulier les spécialistes, sont capables de gérer les cas d'EPL (27). De même SUN et al ressortaient dans leur étude que les professionnels de santé bucco-dentaire présentaient des connaissances limitées (26). Une tendance observée chez MOHAMMADI-M et al où les niveaux de connaissances des dentistes

étaient modérés et bons avec respectivement 62,1% et 37,9% (16). Selon KHALID A et al 58 % ont révélé ne pas disposer de connaissances nécessaires concernant la prise en charge efficace des patients atteints de LPE (24). Ce résultat explique clairement une limitation des connaissances sur cette pathologie par défaut de formation dans la discipline ce qui expose beaucoup les généralistes à des difficultés face à ces lésions.

➤ **Selon une formation continue**

Dans notre étude 93% des chirurgiens-dentistes voudraient d'une formation continue sur la lésion endo-parodontale. Ce résultat corrobore avec celui de KALID A et al qui trouvaient que 92 % des répondants estiment que d'avantage de formations en gestion de la LPE devraient être disponibles (24). Par ailleurs dans la thèse de KADIATOU S et al il ressort que seulement 31% à 45% des dentistes, souvent des spécialistes, seraient compétents pour les diagnostiquer et les prendre en charge, tandis qu'une grande majorité (92%) se sent insuffisamment formée (4). Ce qui peut expliquer ce résultat est le simple fait que la gestion des lésions-endo parodontales relève des compétences du spécialiste dans cette discipline dont peu de spécialiste au Mali.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Les lésions endo-parodontales sont des lésions inflammatoires chroniques ou aiguës d'origine infectieuse, affectant à la fois l'endodonte et le parodonte. Lorsque la pulpe est infectée, les tissus parodontaux peuvent également l'être. En raison de leur impact destructeur sur la structure dentaire et les tissus périapicaux de soutien, les LEP représentent un défi majeur pour le chirurgien-dentiste. L'étude a révélée non seulement une limitation des connaissances, attitudes d'une grande partie des chirurgiens-dentistes du district de Bamako sur les LEP mais aussi une méconnaissance de la pharmacologie médicamenteuse en odontologie car l'utilisation d'antibiotique ne peut ni pallier l'insuffisance d'hygiène orale, ni se substituer aux règles universelles d'hygiène et d'asepsie inhérentes à toutes pratiques de soins. Le débridement et la désinfection canalaire reste les priorités biologiques du traitement endodontique et l'utilisation d'un champ opératoire est incontournable. La nécessité d'une amélioration des compétences s'impose donc, en vue d'adopter une bonne attitude et pratique clinique pour une prise en charge optimale des patients. Une approche pluridisciplinaire et un diagnostic rigoureux sont donc nécessaires afin de limiter les erreurs ainsi que les échecs thérapeutiques de ces types de pathologies car la problématique majeure est de poser un diagnostic adéquat.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons aux chirurgiens-dentistes de:

- mettre l'accent sur l'enseignement et la motivation à l'hygiène bucco-dentaire, tout en montrant au patient qu'il est le premier acteur dans le maintien de sa santé bucco-dentaire
- poser des diagnostics adéquats en complétant par des examens complémentaires fiables
- avoir la prévention comme objectif permanent car s'il est crucial de savoir reconnaître une lésion ou une affection et de pouvoir la traiter efficacement, il est encore plus souhaitable de la prévenir
- référer à qui de droit ou collaborer avec les collègues face à des situations complexes
- respecter les étapes de traitement endodontique
- utiliser un champ opératoire; une aiguille endodontique; ne plus se limiter au NaCLO comme irrigant et veillez à une obturation coronaire provisoire étanche
- suivre des formations continues

REFERENCES

REFERENCES

- 1-**OUCHENE Y, MARGAUX A, COLLIGNON DB.** Lésions endo-parodontales : Approche thérapeutique. Journal de parodontologie et d'implantologie orale ; mars 2013,32(3).
- 2-**KANE AST, GUIRASSY ML, TRAORE A, TRAORE AA, TOGO AK, KONE M.** Connaissances, attitudes et pratiques des chirurgiens dentiste du district de Bamako face aux lésions endo parodontales. Journal de parodontologie orale ;2020, 39 : 1-6.
- 3-**DIARRA I.** Étude des lésions endo parodontales chez les personnes en consultation dentaire au CHU.CNOS Pr Hamady Traoré de Bamako. [Master]. Institut national de formation en sciences de la santé ;2024.
- 4-**KADIATOU SY.** Potentiel thérapeutique de médications intra canalaires dans les lésions endo-parodontales. Médecine humaine et pathologie. [Thèse]. Université de Lille ;2022.
- 5-**GUILLAUME M.** Lésions endo-parodontales : démarche diagnostique et approche thérapeutique. Sciences du Vivant 2020.
- 6-**VEHBI JA.** L'utilisation de la chlorhexidine en endodontie : revue systématique des études cliniques. Sciences du vivant.2020.
- 7-**MANIÈRE E.** Les lésions endo-parodontales : Intérêts de la nouvelle classification internationale des maladies et conditions parodontales de 2017 : Proposition de fiches cliniques. Médecine humaine et pathologie. [thèse]. Faculté de chirurgie dentaire de l'université de Nice.
- 8-**CONSTANS T.** La relation endo-parodontale : intérêts de l'approche multidisciplinaire dans la phase diagnostic. [Thèse]. L'École de médecine dentaire a la faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille ; 2023.
- 9-**KAMISSOKO K.** Système d'irrigation endodontique : scoping review de 2014 à 2024. Mémoire du master en sciences odontologiques a la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar .2025.

10-**RANGÉ H.** Les relations complexes entre Endodonte et Parodonte Revu Odont Stomat septembre 2007 ;36 :161-178

11-**SACHA JR.V.** Lésions endo-parodontales : Du diagnostic au traitement. [Master]. Institut universitaire Egas Moniz ; septembre 2023

12-**CHALA S, ABDALLOUI F.** Quant entamer le traitement endodontique des dents permanentes des dents traumatisées ? Critères cliniques des décisions. Revue d'Odonto-Stomatologie février 2007 ; 36 :33-44.

13-**BENOUDJAFER A.** La chirurgie parodontale, indications & contre-indications. [Thèse]. Faculté de Médecine de l'université Abou Bekr Belkaib ;2019.

15-**YILMAZ ÇN, KARAYÜREK F.** Knowledge and awareness levels of dentists about the endo-perio lesions: the questionnaire-based research. ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg. 2021 ;7(1) :64-70.

16-**MOHAMMADI. MM, MOHADDESE Z, FRESHTEH O.** Connaissances, attitudes et pratiques des dentistes concernant la santé des tissus parodontaux à Birjand, dans le nord-est de l'Iran. J Adv Periodontol Implant Dent, 2021, 13(1), 1214

17-**NIANG SO, DIENE MN, DIALLO MT, DIOP EC, NDIAYE L, BANE K.** Connaissances et attitudes des chirurgiens-dentistes de la région de Dakar dans la prise en charge endodontique des dents à pulpe nécrosée. Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac, Mars 2020, 27(1):11-17

18- **SIDDIQUI AY, RADHAN R, ALMALKI F, ALGHAMDI F, ALSUBHI A, ALAAMRI A, et al. KT.** Knowledge and awareness of Endo-Perio lesions among dentists and dental interns in Saudi Arabia. Medical Science, 2022, 26.

19-**MANDORAH AO.** Maladies endo et parodontales chez les dentistes de l'Ouest : évaluation des connaissances et de la sensibilisation, étude observationnelle. Médical Science 2022.

20-**SINGH P.** Dilemme endopério : une brève revue. Dent Res J. 2011;8(1):39.

21- **BRULE H.** L'Abscess parodontale : Du diagnostic a la prise en charge thérapeutique. [thèse]. Unité de formation et de recherche d'Odontologie à l'université de NANTES ; 2014.

22-GALLOIS C. Les urgences endo-parodontales : Élaboration d'un support pédagogique 2018. [thèse]. Université de droit et de la santé de Lille 2 dans la faculté de chirurgie dentaire.

23-**FREUDENREICH M.** Élaboration d'un guide Clinique a l'intention des médecins généralistes, outil d'aide au diagnostic, a l'orientation et à la prise en charge des urgences dentaires. [thèse]. Faculté de Chirurgie dentaire à l'université de Strasbourg ; 2021.

24- **KHALID A, ABDULAZIZ A, MOHAMED A, KHALID A, ABDULLAH A, RAKAN A, et al.** Connaissances et confiance concernant la prise en charge des lésions parodontales ; enquête auprès des dentistes à Riyad, en Arabie saoudite. Entomol Appl Sci Lett. 2022 ;9(3) :45-9

25-**METREF Z, SERRADJ SA.** Les relations conflictuelles entre endodonte et parodonte. Africain journal of dentistry & implantology, 2015,6.

26-SUN, FEI S, MINA H, QIUYAN Z, JIAQIN W, PENG W, YING Z et al. Connaissances, attitudes et pratiques concernant le traitement des lésions endo-parodontales chez les prestataires de soins de santé buccodentaire: une étude transversale multicentrique. Santé bucco-dentaire BMC (2024) 24 :1513. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s1290302405342y>.

27-**KHANDELWAL A, BILLORE J, GUPTA B, JAROLI S, AGRAWAL N.** Connaissances, attitude et perception des lésions endo paro chez les dentistes en exercice Une étude de recherche qualitative. J Adv Med Dent Scie Res 2020 ;8(11) :31-34.

28- **MESSAOUD NSB, BOUGUEZZI A, NJIMA M, HENTATI H, YOUSSEF SB, SELMI J.** Images péri apicales radioclares simulant une parodontite apicale chronique : A propos de 2 cas. Revue Méditerranéenne d'Odonto-Stomatologie (R.M.O.S),2021 ; 5.

29- **DUFFAU F, BENSACHEL JJ, BLANCHARD P, DESCROIX V, DUBREUIL L, DUMARCET N et al.** Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. Recommandations juillet 2011 disponible sur : ansm.sante.fr.

30-**SEGURA-EGEA JJ, GOULD K, HAKAN B, JONASSON P, COTTI E, MAZZONI A et al.** Société européenne d'endodontologie, prise de position: l'utilisation des antibiotiques en endodontie. Journal international d'endodontie, 51 :20-25,2018.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

N°

Pour les questions à choix multiples, le participant doit cocher la ou les bonnes réponses.

I. Caractéristiques socio-démographiques :

Age : Ans Sexe : Masculin Féminin

Profession : Chirurgien-dentiste généraliste Chirurgien-dentiste spécialiste

Si oui quelle spécialité ?

.....
.....

Lieu d'exercice : Pays de formation :

.....

Ancienneté : [1-10] [11-21] >22

Commune :

.....
.....

Secteur d'activité : Public Privé

II. Approches connaissances :

1. La lésion endo- parodontale

Est une lésion du parodonte et/ ou de l'endodonte

Est une lésion d'origine pulpaire et/ ou parodontale

C'est 2 lésions, l'une endodontique et l'autre parodontale fusionnées entre elles

Est une lésion inflammatoire péri radiculaire d'origine endodontique

2. Voies de communications entre l'endodonte et le parodonte

Foramen apical Canaux latéraux Canaux accessoires Poche parodontale

Perforation radiculaire Fêlures Résorption

Fractures corono-radiculaires Perforation du plancher pulpaire

3. Quelles sont les principaux facteurs de risque de la lésion endo-parodontale ?

Maladie parodontale Traumatismes buccodentaires Carie dentaire

Présence de restaurations coronaires iatrogènes Malformations du développement de l'odonte

4. Quels sont les éléments à prendre en compte dans l'identification des lésions endo-parodontales ?

Site de la lésion Test de vitalité pulpaire Test de sensibilité pulpaire
Présence de plaque ou tartre Degré de la perte osseuse Sondage parodontale en U ou V
Position de la dent sur l'arcade Caries extensives Radio clarté péri-apicale Mobilité dentaire Age

5. Selon vous quelles peuvent être les conséquences d'une lésion endo-parodontale ?

Abcès parodontal Mobilité dentaire Nécrose pulpaire
Déséquilibre de la glycémie Halène fétide Trouble psychologique

6. Considérez-vous la lésion endo-parodontale comme une urgence odontologique ?

Oui Si oui, pourquoi :

.....
.....

Non

III. Approches attitudes

1. La décision thérapeutique des dents atteintes au lésion endo-parodontale est-elle liée ?

Au motif de consultation A la motivation du patient A l'étiologie de la lésion
A l'hygiène L'âge Aux Antécédents Au type de dent

2. Le diagnostic différentiel des lésions endo-parodontales permet de

Déterminer l'origine des lésions Adapter le ou les traitements
D'augmenter les échecs de cicatrifications

3. Aviez-vous pris en charge des cas de lésion endo-parodontale ?

Oui Si oui, nombre de cas traité : < 15 > 15
Non Nombre de cas extraite : < 15 > 15

Nombre de cas référé : < 15 > 15

4. La guérison d'une lésion endo-parodontale d'origine endodontique nécessite-t-elle ?

Un traitement parodontal seul Un traitement endodontique seul

Un traitement endodontique puis parodontal Un traitement médicamenteux simple

5. La guérison d'une lésion endo- parodontale d'origine parodontale nécessite-t-elle ?

Un traitement parodontal seul Un traitement endodontique seul

Un traitement parodontal puis endodontique Un traitement médicamenteux simple

6. Quelle lésion endo- parodontale traitez- vous fréquemment ?

Lésion endo-parodontale d'origine endodontique

Lésion endo-parodontale d'origine parodontale

Lésion endo- parodontale combinée

7. L'antibiothérapie est-elle systématique dans le cas de lésion endo-parodontale ?

Oui

Non

8. Selon vous quels peuvent être les examens complémentaires nécessaires en présence d'une lésion endo-parodontale ?

Radiographie panoramique Radiographie rétro-alvéolaire

Cône beam Radiographie rétro-coronaire Examen biologique

9. Le pronostic des types de lésion endo-parodontale :

Les lésions endo-parodontales d'origine endodontique ont un pronostic favorable

Celles d'origine parodontale ont un pronostic dépendant du nombre de murs osseux résiduels

Les Lésions endo- parodontale combinée ont un pronostic réservé

10. Comment qualifiez-vous vos connaissances au sujet des lésions endo-parodontales ?

Suffisantes Limitées Insuffisantes

11. Voudriez-vous d'une formation continue sur les lésions endo-parodontales ?

Oui

Non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KONARE

Prénom : Aissata Cheickna

Email : konareaissata001@gmail.com

Année universitaire : 2024-2025

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Connaissances, attitudes et pratiques des Chirurgiens-dentistes du District de Bamako face aux lésions endo-parodontales.

Lieu de dépôt de la Thèse : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako ; Bibliothèque du CHU-CNOS de Bamako.

Secteur d'intérêt : Odontologie, parodontologie, chirurgie buccale, santé publique.



RESUME

Introduction : Les lésions endo-parodontales sont des communications pathologiques entre l'endodonte et le parodonte d'une dent. Elles peuvent être aiguës ou chroniques et ont principalement une origine infectieuse. Cette rédaction avait pour objective d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des chirurgiens-dentistes du district de Bamako face aux lésions endo-parodontales.

Méthotologie : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive allant du 1er janvier au 1^{er} aoute 2024. L'étude concernait uniquement les chirurgiens-dentistes du district de Bamako inscrits sur le tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ayant acceptés de participer à l'étude. Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête anonyme préétablie selon la disponibilité des Chirurgiens-dentistes, traitées par le logiciel Spss version 26 et analysées par le microsoft Excel 2016.

Resultat : 87 sont inscrits sur la liste officielle 2024 de l'ordre des chirurgiens-dentistes du Mali, parmi ces 87, 78 étaient ciblés et 74 dont 94,87 % ont participé à notre étude dont 64 % étaient des hommes, et 36% étaient des femmes avec un sexe ratio de 1,84%, 73% des participants avaient moins de 11 ans d'expérience, 19% avaient 11 à 21 ans d'expérience. La lésion endo-parodontale d'origine endodontique fu majoritaire avec 56%, 36% ont trouvés que les formes combinées ont un pronostic réservé. 56% des chirurgiens-dentistes étaient réticents dans la prise en charge des LEP et préféraient l'extraction, 61% avaient une connaissance limitée dans la gestion des lésions endo-parodontales, mais aussi dans la pharmacologie en odontologie. 93 % des participants voudraient d'une formation continue sur la lésion endo-parodontale.

Conclusion : L'étude a révélé que de nombreux chirurgiens-dentistes étaient réticents dans la prise en charge des LEP, préféraient l'extraction et avaient une connaissance limitée concernant la gestion des lésions endo-parodontales. Cette enquête a aussi révélée que la majorité des participants ressentaient le besoin d'une formation continue sur la lésion endo-parodontale ; vu la complexité du sujet, le diagnostic différentiel des LEP doit minutieusement être mener afin d'éviter ou de limiter les erreurs et échecs thérapeutiques.

Mots-clés : Lésion endo-parodontale, connaissances, attitudes, pratiques, chirurgiens-dentistes, Bamako.

ABSTRAIT

Introduction: Endo-periodontal lesions are pathological connections between the endodontium and periodontium of a tooth. They can be acute or chronic and are mainly caused by infection. The aim of this study was to assess the knowledge, attitudes, and practices of dental surgeons in the Bamako district with regard to endo-periodontal lesions.

Methodology: This was a cross-sectional, descriptive study conducted from January 1 to August 1, 2024. The study only included dental surgeons in the Bamako district who were registered with the dental surgeons' association and who agreed to participate in the study. Data were collected on a pre-established anonymous survey form according to the availability of the dental surgeons, processed using SPSS version 26 software, and analyzed using Microsoft Excel 2016.

Results: 87 dentists are registered on the official 2024 list of the Mali Dental Association. Of these 87, 78 were targeted and 74 (94.87%) participated in our study. Of these, 64% were men and 36% were women, with a sex ratio of 1.84%. 73% of participants had less than 11 years of experience, and 19% had 11 to 21 years of experience. Endodontic endo-periodontal lesions were the most common, accounting for 56%, while 36% found that combined forms had a guarded prognosis. 56% of dental surgeons were reluctant to treat EPLs and preferred extraction, 61% had limited knowledge of endo-periodontal lesion management, as well as dental pharmacology. 93% of participants would like continuing education on endo-periodontal lesions.

Conclusion: The study revealed that many dental surgeons were reluctant to treat EPL, preferred extraction, and had limited knowledge of endo-periodontal lesion management. This survey also revealed that the majority of participants felt the need for continuing education on endo-periodontal lesions. given the complexity of the subject, the differential diagnosis of EPLs must be carried out meticulously in order to avoid or limit errors and therapeutic failures.

Keywords: Endo-periodontal lesion, knowledge, attitudes, practices, dental surgeons, Bamako.

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets professionnels qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, 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 donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père. 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 !