

PROFIL DES TRAITEMENTS PROTHÉTIQUES FIXÉS RÉALISÉS PAR LES ÉTUDIANTS AU COURS DE LEUR STAGE DE PROTHÈSE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DES DOSSIERS DES PATIENTS PRIS EN CHARGE AU SERVICE DE PROTHÈSE DU CENTRE DE CONSULTATION ET DE TRAITEMENTS ODONTO-STOMATOLOGIQUES D'ABIDJAN

PROFILE OF FIXED PROSTHETIC TREATMENTS PERFORMED BY STUDENTS DURING THEIR PROSTHETIC INTERNSHIP: RETROSPECTIVE STUDY OF THE FILES OF PATIENTS TREATED AT THE PROsthESIS DEPARTMENT OF THE ODONTO-STOMATOLOGICALS CONSULTATION AND TREATMENTS CENTER IN ABIDJAN.

Auteurs

BAKOU OD¹,
KOUAME KA¹,
TRA BZR¹,
DIDIA ELE¹,
GOLI ZSC²,
BINATE A,
KONATE NY¹,
PESSON DM¹,
DJEREDOU KB¹.

Services

1- Département de Prothèse et d'Occlusodontie, UFR d'Odonto-Stomatologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire
2- Chirurgien-dentiste, Hôpital Général d'Anyama, Côte d'Ivoire

Correspondance

BAKOU Ouloua Dorcass
Bernadette
Maître de Conférences Agrégé
au Département de Prothèse et
Occlusodontie
UFR Odonto-Stomatologie,
Université Félix Houphouët-
Boigny, 22 BP 612 Abidjan 22
(Côte d'Ivoire)
Mail: drbakoud@yahoo.fr ;
Tel : 00 225 07 966 208

RÉSUMÉ

Objectif : décrire le profil des restaurations prothétiques fixées réalisées par les étudiants de l'Unité de Formation et de Recherche en odonto-stomatologie d'Abidjan au cours de leur stage de prothèse.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et analytique qui a consisté à l'analyse des dossiers des patients pris en charge par les étudiants dans le cadre de leur stage clinique de prothèse conjointe au cours des années académiques 2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017. Le traitement statistique des données a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS version 21. L'étude descriptive a consisté au calcul des fréquences et des pourcentages des variables étudiées. L'étude analytique a recherché d'éventuelles corrélations entre les variables avec le test de Fisher au seuil de significativité de 5%.

Résultats : Sur la période de 3 années académiques, 204 dossiers ont été recensés; parmi eux, 178, soit 87,3%, ont été jugés exploitables. La prothèse fixée dento-portée constituait la majorité des propositions thérapeutiques (88,8%) et la quasi-totalité des décisions thérapeutiques (98,9%). La majorité des restaurations (62,9%) était des prothèses unitaires. La CCM représentait le principal moyen d'ancrage réalisé (88,1%). Le choix de ce moyen d'ancrage était significativement lié au motif de consultation esthétique ($p=0,000$). Deux tiers des traitements (64%) étaient arrivés à leur terme par le scellement définitif des moyens d'ancrage.

Discussion : Cette étude confirme que la CCM est le moyen d'ancrage le plus fréquent en prothèse fixée conventionnelle. Elle montre cependant l'absence des traitements par la prothèse implanto-portée, les bridges et facettes collés. Ce qui est une faiblesse de la formation des étudiants cliniciens. En effet, le contexte technologique actuel exige la prise en compte de toutes les options thérapeutiques de la dentisterie moderne pour répondre au mieux aux demandes des patients.

Mots-clés : Prothèse fixée, Moyens d'ancrages, Etudiants, Stages cliniques

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of fixed prosthetic restorations carried out by the students of the School of Dentistry in Abidjan during their prosthetic internship.

Methods: This was a retrospective, descriptive and analytical study which consisted of the analysis of the files of patients treated by the students during their fixed prosthesis clinical internship during the academic years 2014-2015, 2015-2016 and 2016-2017. The statistical processing of the data was carried out using SPSS version 21 software. The descriptive study consisted of calculating the frequencies and percentages of the variables studied. The analytical study looked for possible correlations between the variables using the Fisher test at the 5% significance level.

Results: Over the period of 3 academic years, 204 files were registered, of which 178 (87.3%) were deemed usable. The tooth-supported fixed prosthesis constituted the majority of therapeutic proposals (88.8%) and almost all therapeutic decisions (98.9%). The majority of restorations (62.9%) were single-unit prostheses. The metal-ceramic tooth-supported fixed dental prosthesis (FDPs) was the main retainer used (88.1%). The choice of this retainer was significantly related to the reason for aesthetic consultation ($p=0,000$). Two thirds of the treatments (64%) were completed by the final cementation of the retainer.

Discussion: This study confirms that the metal-ceramic tooth-supported fixed dental prosthesis (FDPs) is the most common anchoring method in conventional fixed prostheses. However, the study shows that it is not possible to treat with implant-supported prostheses, bridges and bonded veneers. This is a weakness in the training of clinical students. Indeed, the current technological context requires the consideration of all the therapeutic options of modern dentistry in order to best respond to patient demands.

Keywords: Fixed prosthesis, Retainer, Students, Clinical internships

INTRODUCTION

Le traitement prothétique fixé exige l'élaboration d'un plan de traitement cohérent, lequel permet de conduire la démarche thérapeutique avec une prise de risque évaluée et limitée [1]. Selon la structure d'appui de l'ancrage prothétique, deux types de prothèses fixées peuvent être proposés aux patients : les prothèses fixées dento-portées et les prothèses fixées implanto-portées. Les moyens d'ancrage unitaires ou pluraux peuvent être à types de facettes, inlays/onlays, couronnes périphériques, métalliques, métallo-cosmétiques (CCM et CIV) ou entièrement cosmétiques (Jacket et CCC) [2]. Tous ces moyens d'ancrages ont des indications différentes et permettent de répondre aux attentes et aux exigences des patients, lesquelles sont exprimées dans les motifs de consultation. Par conséquent, les futurs praticiens qui sont étudiants cliniciens doivent maîtriser ces thérapeutiques prothétiques fixées au terme de leur formation pour assurer la prise en charge efficace des patients.

La présente étude se propose de décrire le profil des restaurations prothétiques fixées réalisées par les étudiants de l'Unité de Formation et de Recherche en odontostomatologie d'Abidjan au cours de leur stage de prothèse.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique des dossiers des patients pris en charge par les étudiants cliniciens

au cours de leur stage de prothèse conjointe au Centre de Consultation et de Traitements Odonto-Stomatologiques (CCTOS) d'Abidjan sur 3 années académiques (2014-2015, 2015-2016 et 2016-2017). Ont été retenus, les dossiers complets comportant la fiche de consultation, l'examen clinique rédigé du patient et la fiche de traitement en prothèse conjointe. N'ont pas été inclus dans l'échantillon, les dossiers des patients pris en charge par les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, les dossiers des patients non validés par un enseignant encadreur de stage au service de prothèse et les dossiers incomplets.

Les variables étudiées étaient les propositions et décisions thérapeutiques, les moyens d'ancrages réalisés, le nombre d'éléments prothétiques et le stade de réalisation de la prothèse. L'unité statistique est la restauration prothétique.

Les données recueillies ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel SPSS version 21.

L'étude descriptive a consisté au calcul des fréquences (n) et des pourcentages (%) des variables étudiées. L'étude analytique a recherché d'éventuelles corrélations entre les variables grâce au test de Fisher au seuil de significativité de 5%.

RÉSULTATS

Au total, 204 dossiers ont été recensés sur la période de l'étude ; 26 dossiers incomplets ont été soustraits et 178, soit 87,3%, étaient exploitables.

Tableau I : Répartition des restaurations prothétiques proposées et des décisions thérapeutiques retenues

	Oui		Non		Total	
	n	%	n	%	n	%
Propositions thérapeutiques						
Prothèse implanto-portée	87	48,9	91	51,1	178	100
Prothèse fixée dento-portée	158	88,8	20	11,2	178	100
Prothèse composite	0	0	178	100	178	100
Pas de proposition	20	11,20	158	88,8	178	100
Décision thérapeutique						
Prothèse implanto-portée	0	0	178	100	178	100
Prothèse fixée dento-portée	176	98,9	2	1,1	178	100
Prothèse composite	2	1,1	176	98,9	178	100

La prothèse fixée dento-portée constitue la majorité des propositions thérapeutiques (88,8%) et la quasi-totalité des décisions thérapeutiques (98,9%).

Tableau II : Répartition des restaurations prothétiques en fonction de leur étendue.

Etendue de la restauration	Oui		Non		Total	
	n	%	n	%	n	%
Unitaire	112	62,9	66	37,1	178	100
Plurale	74	41,6	104	58,4	178	100

Plus de la moitié des restaurations (62,9%) sont des prothèses unitaires.

Tableau III : Répartition des restaurations plurales en fonction du nombre d'éléments.

Nombre d'éléments	n	Pourcentage %
3	49	66,2
4 et plus	25	33,8
Total	74	100

Les deux tiers (66,2%) des restaurations plurales sont des bridges de 3 éléments.

Tableau IV : Répartition des restaurations en fonction de la topographie de la prothèse

Topographie	Prothèse unitaire		Prothèse plurale	
	n	%	n	%
Antérieure	51	45,5	36	47,9
Postérieure	61	54,5	38	52,1
Total	112	100	74	100

Plus de la moitié des prothèses sont localisées dans le secteur postérieur quelle que soit l'étendue des restaurations : 54,5% pour les restaurations unitaires et 52,1% pour les restaurations plurales.

Tableau VI : corrélation entre motif de consultation et type de moyen d'ancrage.

		Motifs de consultation			Total (n, %)
		Esthétique (n, %)	Fonctionnel (n, %)	Esthétique + fonctionnel (n, %)	
Moyen d'ancrage	CCM	101 (70,6%)	33 (23,1%)	9 (6,3%)	143 (100%)
	CC	1 (4,4%)	20 (87%)	2 (8,7%)	23 (100%)
	CCM + CC	1 (12,5%)	6 (75%)	1 (12,5%)	8 (100%)
	CIV	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	4 (100%)
	Total	106 (59,6%)	60 (33,7%)	12 (6,7%)	178 (100%)
Khi ² = 47,249 ddl=8 p= 0,000					

Les moyens d'ancrages choisis sont significativement liés aux motifs de consultations (p=0,000).

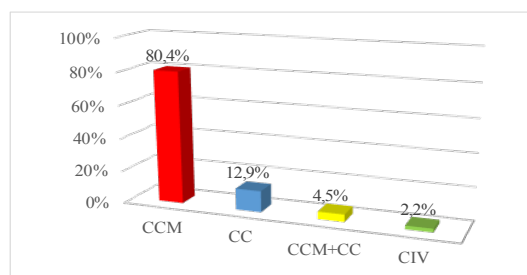


Figure 1 : Répartition des restaurations en fonction du moyen d'ancrage

Plus des 4/5 des ancrages réalisés (88,1%) sont des couronnes céramo-métalliques (CCM).

Tableau V : Répartition des restaurations en fonction du stade de réalisation.

Stade de réalisation	n	%
Stade de renoncement aux soins	Empreinte à l'alginat	14 (7,9)
	Prothèse provisoire	27 (15,2)
	Faux moignon	7 (3,9)
	Empreinte à l'élastomère	2 (1,1)
	Infrastructure métallique	14 (7,9)
Scellement définitif	114	64
Total	178	100

Près des deux tiers des traitements réalisés (64%) sont au stade de scellement définitif.

DISCUSSION

Propositions et décisions thérapeutiques

La prothèse fixée dento-portée constitue la majorité des propositions thérapeutiques (88,8%) et la quasi-totalité des décisions thérapeutiques (98,9%) (tableau I). Le taux de prothèses dento-portées proposées (88,8%) représente près de deux fois celui de la prothèse fixée implanto-portée (48,9%). Cela semble s'expliquer, d'une part, par le fait que la thérapeutique implantaire ne soit pas encore réalisée au CCTOS en raison de l'absence d'un plateau technique adéquat malgré la présence de praticiens compétents. D'autre part, par le fait qu'en plus de son coût abordable, la prothèse dento-portée a un large champ d'indications et présente moins de contre-indications que la prothèse implanto-portée^[3]. Ainsi, malgré les avantages de confort, d'esthétique et d'économie tissulaire que la prothèse implanto-portée offre, celle-ci ne fait pas partie des options thérapeutiques des patients de cette étude. Ces résultats corroborent ceux de Azzaz^[4], qui rapporte, dans son étude effectuée au Centre de Consultations et de Traitements Dentaires (CCTD) de Casablanca, que très peu de patients (0,88%) opte pour une réhabilitation par prothèse implanto-portée.

Le choix porté sur la prothèse fixée dento-portée est le plus souvent un choix influencé soit par la motivation interne des patients venus eux-mêmes soit par la motivation externe (convaincus par les étudiants cliniciens). C'est certainement ce qui justifie le taux de 11,2% de patients chez qui aucune proposition n'a été faite (tableau I) parce que ceux-ci avaient bien identifié le type de prothèse qu'ils souhaitaient avoir. Toutefois, dans 1,1% des cas, une réhabilitation par prothèse composite a été retenue. Ce taux paraît insuffisant eu égard aux nombreuses indications de celle-ci notamment dans les cas d'édentements postérieurs unilatéraux et bilatéraux lorsqu'une prothèse implanto-portée ne peut être réalisée^[5,6].

Etendue et topographie de la restauration

Les restaurations prothétiques fixées retenues sont majoritairement des couronnes unitaires (62,9% contre 41,6% pour les restaurations plurales) (tableau II). Ces résultats sont comparables à ceux de Dakkaki^[7] dont l'étude montre que plus de la moitié des patients ayant consulté au service de Prothèse conjointe du CCTD de Casablanca (64%) a reçu une prothèse unitaire contre 26,7% pour les bridges. Le taux élevé de restaurations unitaires peut s'expliquer par les consultations tardives qui conduisent à des délabrements coronaires importants voire à des destructions coronaires totales des dents. Lorsque la mise en œuvre d'une thérapeutique endodontique permet d'éviter leur extraction, celles-ci doivent être systématiquement couronnées. Aussi, la réhabilitation par prothèse fixée dento-portée des édentements de deux dents et plus est-elle onéreuse. Dans ce cas de figure, les patients optent pour la prothèse adjointe. C'est ce qui explique également le pourcentage élevé de bridges de 3 éléments (66,2% contre 33,8% pour les bridges de 4 éléments et plus) (tableau III).

Plus de la moitié des prothèses sont situées dans le secteur postérieur quelle que soit l'étendue des restaurations : 54,5% pour les restaurations unitaires et 52,1% pour les restaurations plurales (tableaux IV). Cette situation est liée à l'atteinte précoce des dents cuspidées notamment les premières molaires mandibulaires qui font leur éruption à l'âge de 6 ans. Aussi, les anfractuosités de leurs faces occlusales constituent-elles des zones de rétention des débris alimentaires, favorisant les atteintes carieuses et aboutissant à des délabrements importants ou des extractions.

Moyens d'ancrages

Plus des 3/4 (80,4%) des moyens d'ancrages sont constitués d'ancrages céramo-métalliques (figure 1). Le pourcentage élevé des couronnes en matériaux métallico-

métiques s'explique par la demande accrue de l'esthétique en dentisterie de nos jours. Pour Pesson et al^[8,9], l'esthétique constitue le principal motif de consultation des patients avec (59,6%). Le choix des ancrages métallo-céramiques est fortement lié au motif de consultation ($p=0,000$) (tableau V). La quasi-totalité des patients qui ont consulté pour des raisons esthétiques ont opté pour les moyens d'ancrages métallo-cosmétiques avec respectivement 70,7% pour les CCM et 75% pour les CIV (tableau VI). Ces ancrages conviennent parfaitement à la prise en charge de la demande esthétique comme le précisent Gaillard et al^[10] en 2017. La couronne céramo-métallique (CCM) qui allie esthétique, résistance mécanique et coût abordable permet ainsi de répondre aux attentes et exigences des patients. Ces avantages contribuent à élargir son champ d'indications à toutes les dents et de faire face à une réhabilitation esthétique et fonctionnelle complexe. De plus, leur mise en œuvre est aisée et bien maîtrisée. Nos résultats sont en conformité avec ceux de la Haute Autorité de Santé^[11] de France qui rapporte que la CCM et équivalent représentent 62,9 % des ancrages en prothèse fixée.

Stade de la réalisation prothétique

Des traitements prothétiques entrepris, 64% ont été achevés par le scellement définitif des moyens d'ancrage contre seulement 36% qui n'ont pas été terminés (tableau IV). L'analyse discriminative des différents stades des traitements non terminés montre que peu de patients désistent avant même que le traitement à proprement dit ne commence. Ils sont, en effet, seulement 7,9% à s'arrêter au stade des empreintes à l'alginat. C'est à ce stade que, après réalisation et analyse des modèles d'étude, les décisions thérapeutiques sont prises, avec leurs implications financières (devis). Toutefois, la majorité des restaurations est arrivée au stade de scellement définitif qui marque la fin du traitement prothétique. Ceci peut s'expliquer par le degré

de motivation de départ des patients qui, malgré le coût des reconstructions fixées, restent décidés à obtenir une réhabilitation prothétique. Pour près de 1/5 des restaurations (15,2%), les patients ont été perdus de vue après la réalisation des prothèses provisoires (tableau IV). Certains patients se satisfont de prothèses provisoires bien conçues et bien réalisées, surtout lorsque le motif de consultation est d'ordre esthétique (59,3%) (tableau V). Aussi, face au coût des restaurations, d'autres patients, malgré leur degré de motivation, abandonnent-ils le traitement après la réalisation de l'essayage des armatures (7,9%), des faux moignons (3,9%) et la prise d'empreintes à l'élastomère (1,1%). Pour les patients qui ne terminent pas leur traitement, la prothèse provisoire devient semi-définitive, voire définitive du fait des moyens financiers limités. Ce constat est corroboré par une étude française^[12] qui montre que, quelle que soit la situation des patients en matière de couverture complémentaire (CMU-C, autre couverture, aucune complémentaire), les traitements dentaires, notamment prothétiques, sont le premier poste de renoncement aux soins pour raisons financières.

CONCLUSION

Il ressort de l'analyse des 178 dossiers-patients colligés dans cette étude que le profil des traitements prothétiques réalisés par les étudiants cliniciens est essentiellement constitué d'ancrages dento-portés scellés. Il y a une absence notable des soins de dentisterie moderne basée sur l'économie tissulaire que sont les couronnes céramo-céramiques (CCC), les bridges collés, les facettes et la prothèse implanto-portée. La formation des étudiants cliniciens dans le contexte scientifique et technologique actuel nécessite la prise en compte de toutes les thérapies prothétiques qui sont plus en phase avec les concepts de la dentisterie moderne.

RÉFÉRENCES

- 1- JARDEL V, DERRIE G. Examen clinique de l'édenté partiel et indications thérapeutiques générales. *Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS) Paris, Odontologie*, 23-265-A-10, 2002, 11 p.
- 2- OGOLNIK R, VIGNON M, TAIEB F. Prothèse fixée : principe et pratique. *Ed Masson* ; Paris : CDP ; 1993, 246p.
- 3- SOUALHI H, EL YAMANI A, EL BERNOUSSI J. Édentement unitaire : réhabilitation par bridge collé. *Actual Odonto-Stomatol* Juin 2010; 250:163-173.
- 4- AZZAZ A. Besoins et demandes de traitements prothétiques chez la population suivie aux services de prothèse au CCTD de Casablanca. *Thèse Chir dent CCTD de Casablanca*; 2013, p. 82, n°58/13.
- 5- SCHITTLY J. Problèmes esthétiques et fonctionnels complexes : traitement par prothèse composite. *Cah prothèse* 2014, 168 :35-46.
- 6- CHEYLAN JM, FOUILLOUX I. Réalisation d'une prothèse amovible avec couronnes fraisées. *Réalités Cliniques* 2013 ; Vol. 24, n°3 : 237-246.
- 7- DAKKAKI J. Bilan d'activité du Service de Prothèse Conjointe au CCTD de Casablanca de l'année 2006 à 2008. *Thèse Chir dent. CCTD de Casablanca* ; 2010, 120p, n°26/10.
- 8- PESSON DM, KOUAMÉ KA, TRA BZR, DIDIA ELE, BAKOU OD, BINATÉ A, KONATÉ NY, THIAM A, DJÉRÉDOU KB. Prothèse conjointe au service de prothèse et occlusodontie du centre de consultation et de traitements odonto-stomatologiques (CCTOS) d'Abidjan: motifs de consultation et diagnostics prothétiques. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2018, N° Spécial; 106-111.
- 9- PESSON DM, DIDIA EL, KAMAGATÉ FS, BAKOU OD, SANGARÉ A, KOUAMÉ KA, KONATÉ NY, DJÉRÉDOU KB, THIAM A, TOURÉ S. Etude analytique des traitements prothétiques fixés réalisés au service de prothèse du centre de soins de l'école dentaire d'Abidjan. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2009; 16 (4):25-29.
- 10- GAILLARD J, CARME R, BELLAMY J. Réhabilitation esthétique du point de vue clinique et de laboratoire. *QDRP* 2017 ; 11 (04) :287-293.
- 11- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) DE FRANCE. Prothèses dentaires à infrastructure céramique. Service évaluation des actes professionnels. Décembre 2007.
- 12- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ DE FRANCE. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Études et Résultats, *DREES*, Dec 2015, Numéro 0944 : 1-6. <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62020/1/er944.pdf>