
LES DIFFÉRENTS TYPES DE DOLÉANCES EXPRIMÉES PAR LES
PATIENTS APRÈS TRAITEMENTS PROTHÉTIQUES FIXÉS ET LEUR PRISE
EN CHARGE EN PRATIQUE QUOTIDIENNE : ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS
DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA VILLE D'ABIDJAN.

Auteurs

TRA BZR,
KOUAMÉ KA,
PESSON DM,
YANON BJC,
BINATE A,
KONATÉ NY,
DIDIA ELE,
DJÉRÉDOU KB.

Service

Département de Prothèse
et d'Occlusodontie, UFR
D'Odonto-Stomatologie, Uni-
versité Félix Houphouët-Boigny

Correspondance

TRA Bi Zaouri Robenson
Département de Prothèse
et d'Occlusodontie, UFR
D'Odonto-Stomatologie,
Université Félix Houphouët-
Boigny
bizaouri@yahoo.fr
22 BP 612 Abidjan 22, Côte
d'Ivoire

RESUME

Introduction: Le succès de la réhabilitation occluso-prothétique fixée passe par la satisfaction du patient. La détermination et la prise en charge de ses insatisfactions exprimées par des doléances révèlent alors toute leur importance dans le traitement. L'objectif de ce travail est de décrire les principales doléances et leur prise en charge en prothèse fixée.

Méthodes: Il s'est agi d'une étude descriptive rétrospective réalisée dans la ville d'Abidjan. Elle a porté sur les doléances exprimées par les patients après réhabilitations occluso-fonctionnelles fixées.

Résultats: Cette étude révèle que les principales doléances exprimées par les patients sont occlusales (34%), parodontales (19,7%), esthétiques (19,7%) et pulpaire (11,6%). Les doléances des patients sont bien prises en charge par les praticiens. La majorité d'entre elles (84,3%) disparaît avant le deuxième mois après le scellement de la prothèse. La prise en charge efficace des doléances a permis de satisfaire la quasi-totalité des patients (89%).

Conclusion: Les doléances ont été traitées et nos propositions vont dans le sens de leur prévention par l'amélioration de la précision de la chaîne prothétique. La réduction de leur survenue permet d'optimiser les relations praticien-patient.

Mots-Clés: Prothèse fixée, intégration, doléances, réhabilitation occluso-fonctionnelle.

ABSTRACT

Introduction: The success of fixed occluso-prosthetic rehabilitation depends on patient satisfaction. The determination and management of dissatisfaction expressed by grievances then reveal their importance in treatment. The objective of this work is to describe the main grievances and their support in fixed prosthesis.

Methods: This was a retrospective descriptive study conducted in the city of Abidjan. It focused on the complaints expressed by the patients after fixed occluso-functional rehabilitations.

Results: This study reveals that the main complaints expressed by patients are occlusal (34%), periodontal (19.7%), esthetic (19.7%) and pulpal (11.6%). The complaints of the patients are well taken care of by the practitioners. The majority of them (84.3%) disappear before the second month after cementation of the prosthesis. The efficient handling of grievances made it possible to satisfy almost all the patients (89%).

Conclusion: The grievances have been treated and our proposals go in the direction of their prevention by improving the precision of the prosthetic chain. The reduction of their occurrence also made it possible to optimize the practitioner-patient relationships.

Keywords: fixed prosthesis, integration, complaints, occluso-functional rehabilitation.

INTRODUCTION

La prothèse fixée est un moyen thérapeutique destiné à la restauration des dents délabrées et dans certains cas, au remplacement de dents absentes^[1]. Sa réalisation est souvent longue et engage des frais élevés. Les patients ainsi appareillés sont logiquement plus exigeants quant au résultat. Pour le praticien, le défi du succès devient alors plus important. C'est à juste titre que Pissis^[2] affirme : « En prothèse, le succès se définit comme la conjonction de la fonction, de l'esthétique et de la pérennité. Nous pensons qu'il convient d'y ajouter la satisfaction du patient qui est elle-même le résultat de l'adéquation du traitement aux impulsions initiales du patient ». Ainsi, les solutions thérapeutiques retenues doivent conjuguer la fonction et le confort physique et psychique du patient, qui est une partie intégrante des critères de la santé.

Les doléances des patients expriment leurs insatisfactions somatiques et psychiques. Ces deux types de plaintes présentent une interdépendance pouvant compliquer leur gestion. D'une façon générale, l'on distingue des doléances objectives et des doléances subjectives. Les doléances objectives sont celles pour lesquelles l'on peut prouver un lien avec une cause matérielle : c'est l'évaluation clinique et paraclinique du praticien qui permet de les mettre en évidence. Les doléances subjectives sont celles qui sont rapportées par les patients ; elles peuvent ne pas être toujours retrouvées par l'évaluation du praticien. Toutes ces doléances, qu'elles soient subjectives ou objectives, peuvent se manifester aussitôt la prothèse mise en

place : on parle de doléances immédiates ; ou alors, elles peuvent survenir quelques jours, voire des semaines, des mois ou des années plus tard : il s'agit des doléances différées^[3].

En prothèse fixée, les doléances sont généralement d'origine occlusale, parodontale, pulpaire et esthétique^[4]. Les doléances occlusales sont représentées par les sur-occlusions dont les prématurités et les interférences. Les doléances parodontales sont représentées essentiellement l'inflammation de la gencive et les saignements gingivaux. Les doléances pulpaires se manifestent, quant à elles, par des sensibilités ou des douleurs pulpaires. Les doléances esthétiques concernent les écarts de teinte et de forme de la pièce prothétique au reste de l'arcade.

En évaluant le niveau de satisfaction, le recueil des doléances contribue à l'amélioration de la qualité des soins. Leur méconnaissance ou négligence peut nuire à l'intégration bio-fonctionnelle et esthétique des prothèses ; ce qui peut avoir un impact négatif sur la relation patient-praticien^[5]. Il est donc primordial que le plan de traitement prothétique prenne en compte la bonne gestion des doléances formulées dans le cadre du suivi thérapeutique^[6].

L'objectif de ce travail était de recenser les principales doléances exprimées par les patients après traitements prothétiques fixés et leur prise en charge en pratique quotidienne.

I. MÉTHODE

Il s'est agi d'une enquête rétrospective descriptive, réalisée sur une période de 6 mois allant d'avril à septembre 2004.

Les doléances ont été recensées auprès de 92 praticiens tirés au sort à partir de la liste de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Côte d'Ivoire de 2004. Chaque praticien a été enquêté pour un seul patient pris en charge en prothèse fixée.

Pour l'échantillonnage, l'unité statistique retenue était « une doléance exprimée » quelle qu'en soit l'origine.

L'échantillon des doléances a été constitué à partir des critères d'inclusion suivants:

- doléances en rapport exclusif avec des restaurations prothétiques fixées définitives ;
- doléances en rapport exclusif avec des restaurations prothétiques fixées dento-portées ;
- doléances après scellement ou collage des restaurations prothétiques fixées définitives.

Les doléances au stade des prothèses provisoires, ou concernant des prothèses fixées implanto-portées n'ont pas été prise en compte dans cette étude.

Au total, l'échantillon a été constitué par l'ensemble des doléances exprimées par les 92 patients ayant été traités par les praticiens enquêtés. Un questionnaire auto-administré aux praticiens a permis de recueillir les informations recherchées. Il a été complété par une interview pour certaines précisions le jour du retrait de la fiche d'enquête.

Les données recueillies ont été saisies et traitées sous Epi info.6 et à l'aide du tableur Excel sous Windows XP. L'analyse statistique descriptive a permis de calculer la fréquence et les pourcentages des différentes variables étudiées.

II. RÉSULTATS

2-1 Doléances recensées

Cent quarante-sept (147) doléances exprimées par les patients ont été recensées auprès de 92 praticiens. Ces doléances se distribuent comme suit.

Tableau I : Distribution des doléances exprimées par les patients en fonction de leur nature

Nature des doléances	Fréquence	Pourcentage
Occlusion	50	34
Parodonte	29	19,7
Esthétique	29	19,7
Pulpaire	17	11,6
Descellement	6	4,1
Psychologique	5	3,4
Phonation	4	2,7
Hypersalivation	2	1,4
Autres	4	2,7
Total	147	100

Les doléances les plus récurrentes sont respectivement les doléances occlusales (34%), parodontales (19,7%), esthétiques (19%) et pulpaires (11,6%).

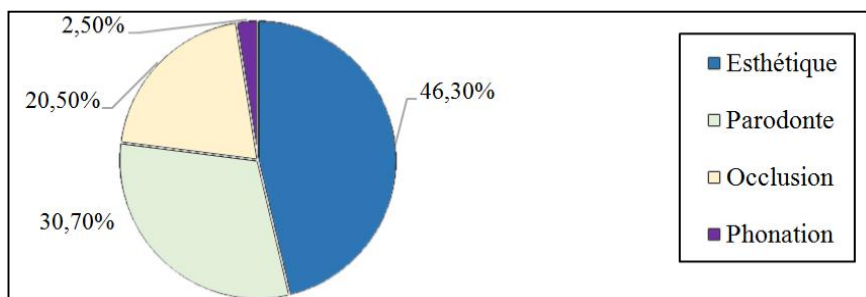


Figure 1 : distribution des doléances immédiates selon leur nature.

Les doléances esthétiques sont prédominantes (46,3%).

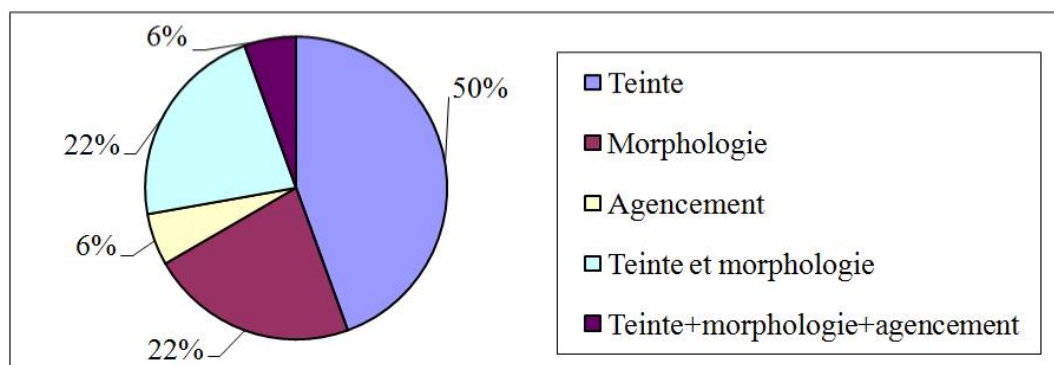


Figure 2 : distribution des doléances immédiates esthétiques

La teinte est l'aspect de l'esthétique le plus exprimé (50%).

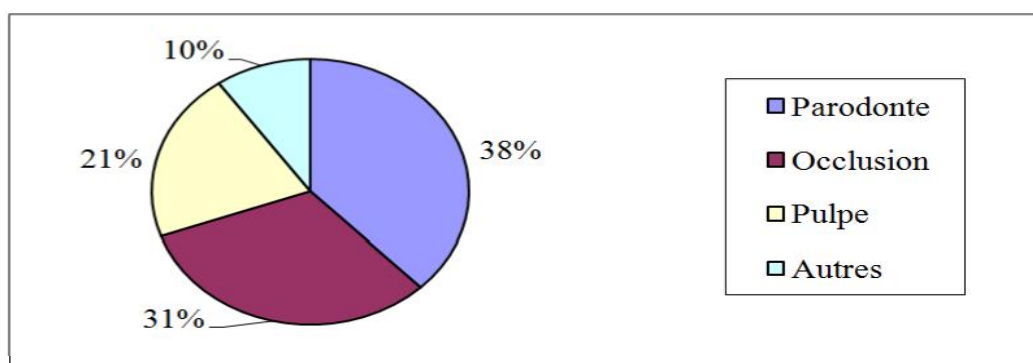


Figure 3: distribution des doléances différées selon leur nature.

Les doléances parodontales sont les plus importantes des doléances différées (38%) suivie des doléances occlusales (31%) et pulpaires (21%).

Tableau II: distribution des doléances subjectives selon leur type.

Types de doléances subjectives	Fréquence	Pourcentage
Inconfort	8	72,7
Esthétique	3	27,3
Total	11	100

Les doléances subjectives sont essentiellement représentées par l'inconfort (72,7%).

2.2. Prise en charge et évolution des doléances

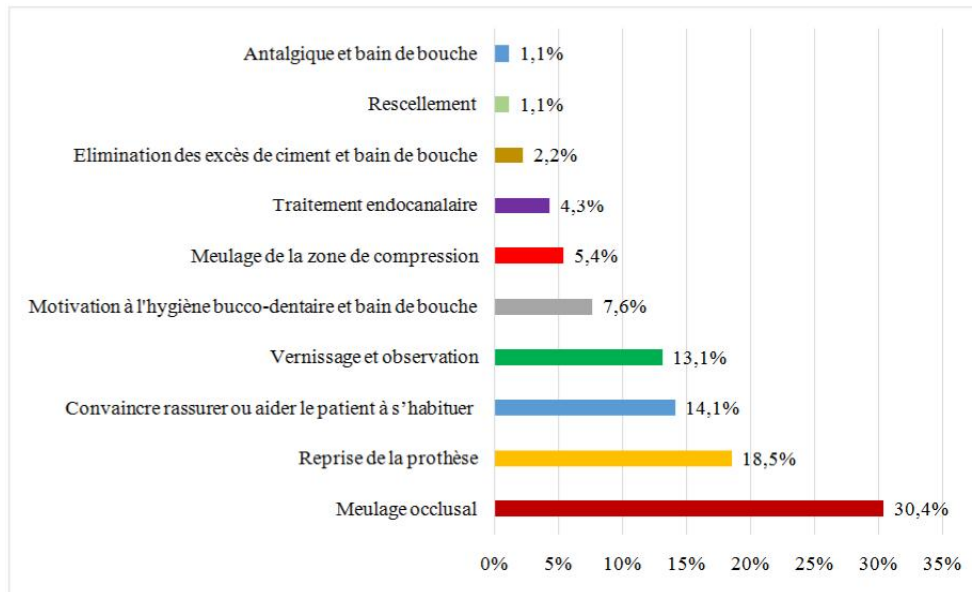


Figure 4: distribution des doléances en fonction de leur prise en charge. Le réglage par meulage est l'attitude la plus adoptée pour résoudre les doléances.

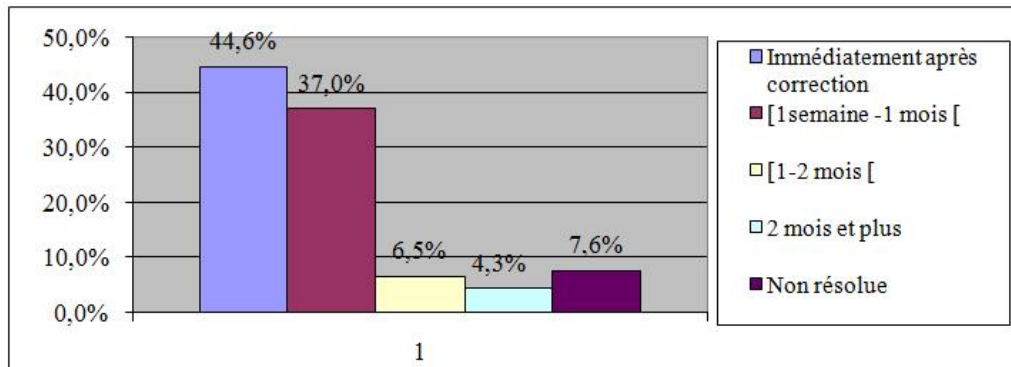


Figure5: distribution des doléances selon le délai de leur disparition. Les doléances ont disparues dans 44% des cas immédiatement après la première correction et 7,6% des cas sont restées irrésolus.

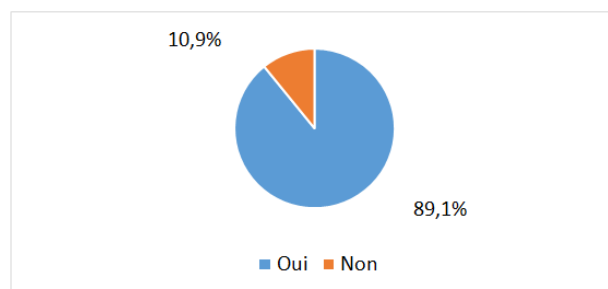


Figure 6 : distribution de l'échantillon selon la satisfaction des patients. Les patients sont satisfaits à 89,1%après la prise en charge des doléances.

III. DISCUSSION

3.1. Différents types de doléances exprimées

Les doléances les plus récurrentes sont respectivement les doléances occlusales (34%), parodontales (19,7%), esthétiques (19,7%) et pulpaires (11,6%) (Tableau I). Ces doléances se répartissent en doléances objectives (immédiates et différées) et doléances subjectives.

a) Les doléances objectives

Les doléances objectives sont principalement, occlusales, parodontales et esthétiques, et pulpaires (Tableau I).

Les doléances occlusales se manifestent immédiatement le jour du scellement de la prothèse si le défaut occlusal est majeur. Dans cette étude, elles représentent 20% des doléances immédiates (figure 1). Par contre, si le défaut est mineur, il est exprimé ultérieurement après l'assemblage. Dans cette étude, les doléances occlusales représentent 31% des doléances différées (figure 3) et sont la cause majeure des descellements recensés (4,1%) (Tableau I). Ce pourcentage de doléances occlusales est inférieur aux 9% rapportés par l'étude de Nápänkangas^[7]. Par contre, il est inférieur à la valeur trouvée par Ettalo-Ylitalo^[8] pour qui les interférences occlusales sont présentes sur la quasi-totalité (98,6%) des restaurations en prothèses fixées. Pour Kouamé et al^[5], la présence des suroccusions sur les prothèses est due en partie aux difficultés d'insertion sur les moignons dentaires à cause d'un excès de friction de celles-ci. Ces excès de friction peuvent être dues soit à des contre-dépouilles au niveau de la préparation dentaire soit à un sous dimensionnement de la pièce prothétique. Aussi, une coulée tardive des modèles ou une mauvaise manipulation des matériaux de réplique peuvent-ils être également incriminés^[9,10]. En tout état cause, les doléances occlusales doivent être prises en charge le plus tôt possible et de façon efficace pour éviter la survenue d'une dysfonction de l'appareil manducateur^[11].

Les doléances parodontales sont exprimées dans 19,7% des cas (tableau I). Elles représentent 30,7% des doléances immédiates (figure 1) et 38% des doléances différées (figure 3). Ces pourcentages sont supérieurs au taux de 22% de complications parodontales rapportés par Nápänkangas^[7].

Lorsqu'elles sont immédiates, les doléances parodontales sont dues à une importante compression des tissus parodontaux par les bords prothétiques en surextension ou des crêtes par les intermédiaires de bridges. Quand elles sont différées, la compression est moindre et l'agression est essentiellement d'origine microbienne, due à la rétention et à l'accumulation de la plaque bactérienne. Une telle situation est le fait d'un joint dento-prothétique important, d'un sur-contour cervical, d'un sous-contour cervical ou des irrégularités de surface de la prothèse qui rendent difficiles les manœuvres d'hygiène^[12,13,14,15]. Aux imprécisions des pièces prothétiques, il faut également ajouter la présence des excès de ciment dans le sulcus^[16].

Les doléances esthétiques représentent 19,7% des doléances recensées (tableau I). Elles sont essentiellement exprimées le jour du scellement de la prothèse (46,3%) (figure 1). L'aspect le plus incriminé est la teinte qui représente 50% des doléances esthétiques (figure 2). Les problèmes liés à la teinte sont en rapport avec les difficultés des praticiens à choisir correctement la couleur des dents et celles des techniciens de laboratoire à la reproduire exactement comme l'ont rapporté Kouamé et al^[5]. Aussi, la morphologie des couronnes prothétiques, de même que leur agencement par rapport aux dents adjacentes sont-elles également des causes fréquentes d'insatisfaction des patients.

Les doléances pulpaires représentent 11,6% des doléances recensées (tableau I). Elles sont rarement immédiates et constituent 21% des doléances différées (figure 3). Ce pourcentage se situe dans l'intervalle de 8 à 38% rapporté par Nápänkangas^[7]. Ce

type de doléance est essentiellement lié à une proximité pulpaire lors de la préparation ou à une carie secondaire sous-prothétique, toutes situations pouvant conduire à terme à une nécrose pulpaire^[17]. Les sensibilités dentino-pulpaire des piliers ressenties par les patients le jour du scellement de la prothèse peuvent être considérées véritablement comme pathologiques que si elles perdurent après le scellement des couronnes d'usage.

D'autres types de doléances objectives ont été exprimés par les patients. Ce sont essentiellement les descellements, les doléances phonétiques (difficultés de prononciation de certains phonèmes), les morsures jugales et labiales et l'hypersalivation. Ces doléances représentent 11,6% de l'ensemble des doléances recensées (tableau I).

b-les doléances subjectives

Contrairement aux doléances objectives, les doléances subjectives sont difficiles à prouver et les causes sont difficiles à déterminer. Elles sont peu fréquentes et relèvent plutôt de la psychologie (3,4%) (tableau I). Elles portent essentiellement sur l'esthétique (27,3%) et l'inconfort (72,7%)(tableau II). Pour Chiffolleau^[18], elles proviennent essentiellement d'une absence de préparation psychologique dans la prise en charge globale.

3.2. Prise en charge des doléances

S'agissant des doléances occlusales, le meulage d'équilibration occlusale était l'acte le plus pratiqué dans la prise en charge des doléances exprimées par les patients, soit 30,4% (figure 4). Ce qui est conforme à la fréquence de ce type de doléances telle que recensé dans cette étude (34%) (tableau I). Pour Dupas^[19] et Marguelles-Bonnet et Yung^[20], le meulage d'équilibration occlusale est efficace pour traiter les doléances occlusales. Mais pour ces auteurs, tout meulage sélectif doit être précédé d'une bonne analyse occlusale qui permet de mettre en évidence les prématurités et les interférences à l'aide du papier à articuler.

Concernant les doléances parodontales,

il a été noté que dans 5,4%, les douleurs étaient liées à une compression de la gencive par une surextension du bord cervical de la couronne prothétique ou de l'intermédiaire de bridge (figure 4). Un meulage de la surextension, tel que recommandé par Shillingburg et al^[21], a permis de soulager les patients de cette douleur. Par ailleurs, dans 2,2%, le problème parodontal décelé était lié à un excès de ciment dans le sulcus ; l'éviction de cet excès a été nécessaire. En outre, 7,1% des patients ont éprouvé des difficultés à maintenir une hygiène bucco-dentaire correcte ; ce qui a induit l'installation d'une gingivite. En conséquence, les praticiens ont été amenés à remotiver les patients, à les aider à corriger leurs méthodes de brossage et à leur prescrire des bains de bouche. L'hygiène en a été améliorée et les gingivites ont disparu. Enfin, les problèmes parodontaux liés à un trauma occlusal ont cessé à la suite de l'équilibration occlusale.

Quant aux doléances esthétiques, qui sont dominées par les problèmes de teinte, leur prise en charge s'est faite essentiellement (18,5%) par la reprise de la prothèse (figure 4). Dans certains cas, un changement de prothésiste s'est imposé.

Les cas de doléances pulpaire ont été traités par vernissage de la préparation suivi du scellement de la prothèse dans 13,1% des cas. Par contre, un traitement endodontique a été nécessaire pour 4,3% des cas en présence de douleur persistante malgré l'application de vernis^[17].

Les doléances subjectives ont été résolues dans 14,1% des cas par un entretien clinique avec les patients en vue de les convaincre et de les aider à accepter leur prothèse. Pour certains patients qui se sont plaints de la couleur de leur prothèse, cette approche psychologique recommandée par Chiffolleau^[18] été adoptée parce que les écarts entre les teintes choisies et les teintes reproduites n'étaient pas objectivement significatifs.

Dans tous les cas, les doléances ont été résolues immédiatement dans 44,6% des cas après la première correction et 7,6% des cas sont restées non résolues (figures 5).

La quasi-totalité des patients (89,1%) sont repartis satisfaits après la prise en charge de leurs doléances (figure 6).

CONCLUSION

La prothèse fixée est un artifice fabriqué sur mesure pour remplacer ou reconstituer les dents absentes ou délabrées. Cependant, il est fréquent que les patients expriment leurs insatisfactions à travers des doléances. En effet, certaines doléances sont inévitables et proviennent essentiellement des imprécisions de la chaîne prothétique. Dans cette étude, les principales doléances étaient d'origine occlusale, parodontale, esthétique et pulpaire.

La bonne gestion des doléances permet de répondre aux besoins des patients et contribue à l'amélioration de la qualité de la relation praticien-patient. Lorsque ces doléances sont prises en charge correctement, le pronostic est favorable dans la majorité des cas.

RÉFÉRENCES

- BATAREC E. Lexique des termes de prothèse dentaire. 2ème Edition, CDP, Paris, 1998, 90 pages.
- PISSIS P. Le succès prothétique dépend-il du choix du matériau de reconstruction: acquis et évolution. Quintessence A.D.F. 1999.
- BRAUD A, HÛE O, BERTERETCHE M.-V. Doléances en prothèse complète. EMC Odontologie [23-325-G-15] 2007 - Doi : 10.1016/S1283-0860(07)39736
- NÄPÄNKANGAS R. Fixed Metal Ceramic Prostheses: Treatment need, complications and survival of Conventional fixed prosthodontics. Thesis, University of Oulu, 2001.
- KOUAME K A, TRA BI Z, PESSON D M, DIDIA E L, BAKOU O, BINATE A, DJEREDOU K B. Evaluation de la relation praticien-technicien de laboratoire au cours du traitement de prothèse fixée. Rev Col Odonto-Stomatol Afr-ChirMaxillo-fac 2015 ; 22(3) : 49-54.
- DJEREDOU K B, THIAM A, KAMAGATE F S, TOURE S. Le suivi thérapeutique en prothèse fixée. Rev Iv Odonto-Stomatol 2001, 3 (2) : 40-46.
- NÄPÄNKANGAS R, SALONEN MA, RAUSTIA AM. A 10-year follow-up study of fixed metal ceramic prosthodontics. J. Oral Rehabil. 1997 Oct; 24 (10):713-7.
- ETTALA-YLITALO UM, MARKKANEN H, YLI-URPO A. Occlusal interferences analysed in patients treated with fixed prosthesis four years earlier. J Oral Rehabil. 1986 Sep;13 (5):395-399.
- LAVIOLE O. Confection des modèles de travail en prothèse conjointe. EMC Ed Tech, Odontologie [75484] 2015 Doi : 10.1016/S1283-0860(15)75484-9
- KOUAME KA, PESSON DM, BAKOU O, KONATE NY, DIDIA EL, SANGARE A, DJEREDOU KB. Validation des empreintes au laboratoire de prothèse dentaire. Rev Col Odonto-Stomatol AfrChirMaxillo-fac 2013; 20 (2) :21-27.
- DUMINIL G, LAPLANCHE O. L'occlusion tout simplement EdESPACE ID, Paris 2014, 224 pages.
- POCKPA ZAD, DIDIA ELE, MOBIO YS, COULIBALY NT DJEREDOU KB. Évaluation de la santé parodontale des piliers de prothèse fixée: étude pilote autour de 100 piliers de couronnes et de bridges. Odonto-Stomatol Trop 2015, 38 (152): 39-47.
- FRANSSON B, OILO G, GJEITANGER R. The fit of metal-ceramic crowns. A clinical study. Dent Mater 1985 ; 1(5) :197-9.
- HOLMES JR, BAYNE SC, HOLLAND GA, SULIK WD. Considerations in measurement of marginal fit. J Prosthet Dent. 1989 Oct; 62(4):405-8.
- TRA BZR. Evaluation de la qualité du joint dento-prothétique des prothèses fixées: mesure de l'épaisseur du joint marginal de 70 couronnes réalisées en côte d'ivoire par la technique de la réplique au silicone. Thèse UFROS Université FHB, Cocody Abidjan, 2016. N° 308 / 16 T.U, 190 pages.
- DUPUIS V, FELENC S, MARGERIT J. Les matériaux de l'interface dento-prothétique Editions CdP 2011, Paris, 260 pages
- NAVEAU A, RENAULT P, PERISNARD L. Pulpe et prothèse fixée à ancrage périphérique. CahProth, 2007:138; 56-65.
- CHIFFOLEAU H. Intégration psychologique de la prothèse amovible complète. Thèse de 2^{ème} cycle de chir. Dentaire, Université de Nantes, 2012.
- DUPAS P-H. L'analyse occlusale, avant, pendant, après. Edition CDP, Paris 2004, 204 pages.
- MARGUELLES-BONNET R, YUNG J-P. Pratique de l'analyse occlusale et de l'équilibration. Éditions CdP, Paris 1984 - 271 pages
- SHILLINGBURG HT, HOBBS JS, WHITTSET LD. Bases fondamentales en prothèse fixée. 3^{ème} édition. Ed CdP Paris, 1998, 572p