

CHOIX DES FORMES CLINIQUES DES RECONSTITUTIONS CORONO-RADICULAIRES EN FONCTION DES PERTES DE SUBSTANCES CORONAIRES ET DES GROUPES DE DENTS : ENQUETE AUPRES DES PRATICIENS D'ABIDJAN.

<p style="text-align: center;">Auteurs</p> <p>DIDIA E.L.E BAKOU O.D. PESSON D.M. NDRE N. J. KONATE N.Y. KOUAME K.A. SANGARE A. DJEREDOU K.B. TOURE S.</p> <p style="text-align: center;">Services</p> <p>Département de prothèse, UFR d'Odonto-Stomatologie Université de Cocody- Abidjan</p> <p style="text-align: center;">Correspondance</p> <p>Dr DIDIA Ekow Léon Eric Maître-assistant, Département de prothèse, UFR d'Odonto- Stomatologie 22 BP612 Abidjan 22 Email : ericdidia2001@yahoo.fr</p>	<p style="text-align: center;">RÉSUMÉ</p> <p>Les reconstitutions corono-radiculaires (RCR) sont des traitements conservateurs pré-prothétiques qui sont destinées à la réhabilitation des dents dépulpées. Le but de cette étude était d'évaluer la fréquence de réalisation de ces RCR par les chirurgiens dentistes exerçant dans le district d'Abidjan et de décrire les facteurs de choix de leurs différentes formes cliniques.</p> <p>L'échantillon comptait 65% d'hommes pour 35% de femmes, soit un sex-ratio H/F de 1,86 ; et plus de la moitié (53,33%) des praticiens avait au moins 10 ans d'ancienneté professionnelle.</p> <p>La majorité (85%) des praticiens réalisaient moins de 5 RCR pré-prothétiques par mois ; et, plus de la moitié (55%) d'entre eux ne réalisaient que 1 à 2 RCR.</p> <p>Mots-clés : Dent dépulpée- Reconstitution corono-radiculaire- RMIPP- Inlay-core- Indications</p> <p style="text-align: center;">Summary</p> <p><i>Root coronal reconstructions are conservative treatments that are pre-prosthetic rehabilitation for pulpless teeth. The purpose of this study was to evaluate the frequency of the realization of these root coronal reconstructions by dentists working in the district of Abidjan and describe the factors of choice of their different clinical forms.</i></p> <p><i>The sample included 65% of men, 35% of women, with a sex ratio of 1.86. More than half (53.33%) practitioners were at least 10 years of job tenure.</i></p> <p><i>The majority (85%) of practitioners performed less than 5 pre-prosthetic root coronal reconstructions per month and more than half (55%) of them did just realize that 1 to 2 root coronal reconstructions.</i></p> <p>Key-words: Pulpless tooth- Endodontically-treated teeth- crown and root reconstruction- RMIPP, inlay-core- Indications</p>
--	--

INTRODUCTION

Les reconstitutions corono-radicaux (RCR) sont des restaurations complexes destinées à la réhabilitation des dents dépulpées^{1,2,3}. Ce sont des traitements conservateurs pré-prothétiques qui visent à augmenter la valeur intrinsèque de la dent en compensant le déficit tissulaire, mécanique et esthétique, conséquence du délabrement important de ces dents^{1,3}. Elles permettent également de les protéger des forces intra-orales par une meilleure répartition des contraintes à l'ensemble des tissus de soutien à travers la dentine radicaux résiduelle.

Deux procédés permettent de réaliser les reconstitutions corono-radicaux : les reconstitutions corono-radicaux foulées (RCR F) encore appelés reconstitutions par matériaux foulés et les reconstitutions corono-radicaux coulées (RCR C)⁴.

Les RCRF se font à l'aide d'amalgame et de composite. Elles ont l'avantage de conserver les tissus dentaires résiduels, mais ils présentent une faible résistance mécanique^{5,6}. L'évolution des biomatériaux a conduit vers une diversité de matériaux avec des techniques dites de reconstitutions par matériaux insérés en phase plastique (RMIPP)⁷. Selon DESCAMPS et ETIENNE⁸, ces derniers offrent de nombreux avantages tels que la résilience des matériaux, la conservation des tissus naturels et la passivité des tenons.

Quant aux RCR coulées, ce sont généralement des pièces coulées soient métalliques, soient céramiques avec un ou plusieurs tenons. Réalisée sous forme d'inlay-core ou de faux moignon, elles impliquent une grande mutilation des tissus résiduels mais présentent l'avantage de la rigidité des pièces coulées, l'herméticité du logement canalaire et la rétention de l'infrastructure^{5,6,9}.

Les indications des différents types de RCR sont principalement liées à l'étendue des pertes de substances dentaires et au groupe de dents concernées^{10,11,12}.

Mais, l'esthétique, les possibilités de ré-intervention, le plateau technique et les moyens financiers des patients figurent également parmi les paramètres à prendre en compte^{13,14}.

Quels sont les facteurs de décision de réaliser des RCR et quels sont les critères de choix des différentes formes cliniques en pratique quotidienne en Côte d'Ivoire ? C'est pour répondre à ces questions que la présente étude s'est proposé d'enquêter sur la pratique des RCR des chirurgiens dentistes exerçant dans le district d'Abidjan.

1- METHODES

1-1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale et descriptive, réalisée dans des cabinets dentaires de la ville d'Abidjan.

1-2 Echantillonnage

L'échantillon a été constitué à partir d'un taux de sondage de 10% de la population professionnelle. Il comprenait 60 chirurgiens-dentistes, tirés au sort sur la liste du dernier tableau de l'ordre des chirurgiens dentistes de Côte d'Ivoire, en date de 2009. Ce tableau comptait 600 praticiens régulièrement inscrits, couvrant le territoire national et les deux secteurs d'activité, publique et privé.

Recrutés uniquement dans le district d'Abidjan, les chirurgiens dentistes à enquêter devaient satisfaire les critères suivants :

- être régulièrement inscrit au tableau du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes de Côte d'Ivoire
- avoir au moins un an d'exercice professionnel dans une formation sanitaire publique ou privé de la ville d'Abidjan.

N'ont pas été retenus dans cette étude, les étudiants vacataires dans un cabinet public ou privé, les praticiens exerçant depuis moins d'un an et tout praticien exerçant hors du district d'Abidjan.

1-3 Protocole d'étude

Les chirurgiens dentistes sélectionnés ont été contactés pour renseigner un questionnaire sur leurs pratiques des RCR.

Le questionnaire étant principalement auto-administré, il a été d'abord déposé dans les cabinets dentaires des praticiens retenus. Ensuite, des rendez-vous ont été pris avec les différents cabinets pour le retrait des fiches d'enquête ; le jour du retrait, un entretien avec le praticien a permis de compléter et d'affiner les renseignements du questionnaire. Tous les chirurgiens dentistes ont été entretenus par le même opérateur.

1-4 Traitement informatique et étude statistique des données

La saisie des données collectées a été effectuée au fur et à mesure que les questionnaires ont été retirés des cabinets dentaires. Le traitement informatique de ces données a été fait à l'aide des logiciels Epi-info version 6 pour leur regroupement et Excel XP sous Windows XP pour l'analyse statistique et la réalisation des tableaux et des graphiques.

L'étude statistique des données s'est limitée au calcul des moyennes, des fréquences et pourcentages relatives aux variables sociodémographiques (sexe, secteur d'activité, ancienneté professionnelle) et techniques (fréquence de réalisation des RCR, critères de choix des différentes formes cliniques de RCR en fonction des pertes de substances coronaires et des groupes de dents).

2- RESULTATS

2-1- Caractéristiques de l'échantillon

Tableau I : Répartition de l'échantillon en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Femme	21	35%
Homme	39	65%
Total	60	100%

L'échantillon comptait plus d'hommes (65%) que de femmes (35%) avec un sex-ratio H/F de 1,86.

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction du secteur d'activité

Secteur Activité	Effectif	Pourcentage
Public	7	11,7%
Privé	28	46,7%
Public + Privé	25	41,7%
Total	60	100%

Près de la moitié (46,7%) exerce exclusivement dans le privé ; seulement 11,70% exerce uniquement dans le public et 41,7% des praticiens ont une activité mixte, public-privé.

Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction de l'ancienneté professionnelle

Ancienneté professionnelle	Fréquence	Pourcentage
] 1-5 ans]	6	10%
] 5-10 ans]	19	31,7%
≥ 10 ans	32	53,3%
NR	3	5%
Total	60	100%

La plupart (85%) des praticiens exercent depuis au moins 5 ans ; plus de la moitié d'entre eux (53,3%) ont une expérience professionnelle supérieure à 10 ans.

2-2- Fréquence de réalisation des RCR pré-prothétiques

Tableau IV : Nombre de RCR réalisé en moyenne par mois

N RCR/mois	Pourcentage
[1-2 RCR]	41,7%
[3-4 RCR]	20%
> 5 RCR	11,6%
NR	26,7%

D'une façon générale, la majorité (85%) des praticiens réalisent moins de 5 RCR pré-prothétiques par mois. Et, plus de la moitié (55%) des praticiens ne réalisent que 1 à 2 RCR pré prothétiques par mois.

2-3- Indications des formes cliniques des RCR en fonction des pertes de substances coronaires et des groupes de dents

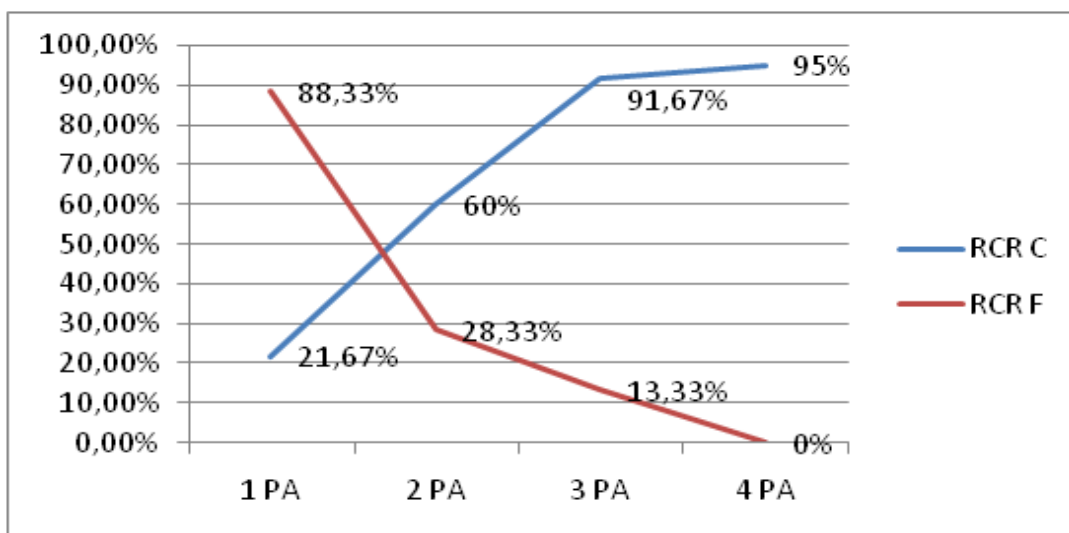


Figure 1 : Choix des RCR en fonction des pertes de substances au niveau du bloc incisivo-canin

L'évolution des deux courbes montre que plus le nombre de parois absente augmente, plus le choix se penche vers une reconstitution corono-radulaire coulée au niveau du groupe incisivo-canin. Et, inversement, les reconstitutions corono-radulaires foulées constituent l'option de choix quand le nombre de paroi absente est faible.

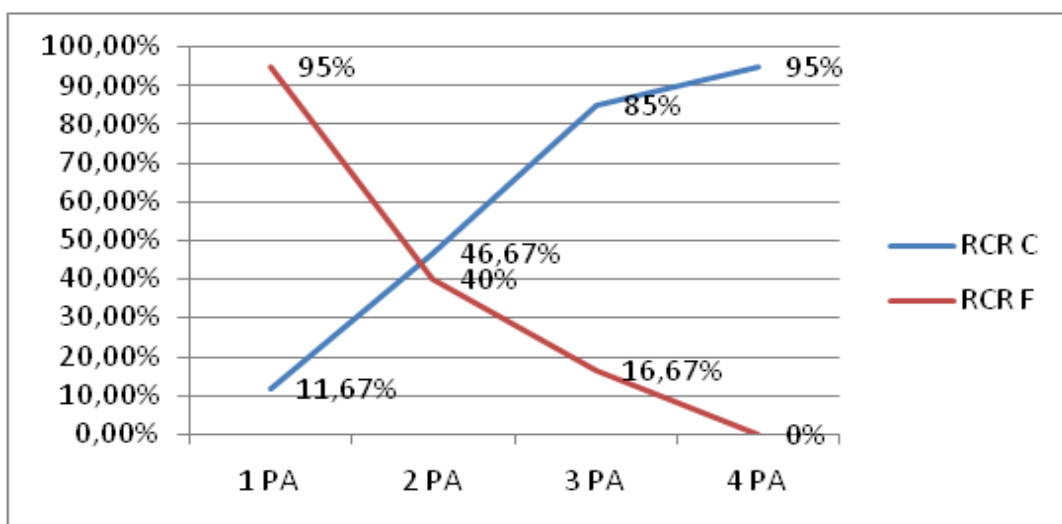


Figure 2 : Choix des RCR en fonction des pertes de substances au niveau du groupe

prémolo-molaire.

L'évolution des deux courbes montre que plus le nombre de parois absente augmente, plus le choix se penche vers une reconstitution corono-radicaire coulée au niveau du groupe prémolo-molaire. Et, inversement, les reconstitutions corono-radicales foulées constituent l'option de choix quand le nombre de paroi absente est faible.

3- DISCUSSION

3-1 POPULATION D'ETUDE ET CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

L'enquête a ciblé la population des chirurgiens-dentistes exerçant dans le district d'Abidjan. L'échantillon a été constitué avec des praticiens exerçant aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public. Sur la base d'un taux de sondage arbitraire de 10%, notre échantillon comptait 60 chirurgiens-dentistes, tirés au sort sur la liste de 600 praticiens inscrits sur le tableau de l'ordre national des chirurgiens dentistes de 2009. Les hommes représentaient 65% des praticiens enquêtés contre 35% de femmes, soit un sex-ratio H/F de 1,86 (Tableau I). Près de la moitié (46,7%) des chirurgiens dentistes exerce exclusivement dans le privé contre seulement 11,70% qui travaillent uniquement dans le public. Mais, 41,7% des praticiens ont une activité mixte, public-privé (Tableau II). Plus de la moitié (53,33%) des praticiens a au moins 10 ans d'exercice professionnel (Tableau III). Cette distribution rend compte du rajeunissement de la population professionnelle. En effet, dans une étude réalisée en 2009 à partir de la liste de janvier 2002 qui comptait 389 chirurgiens dentistes dont 292 exerçant dans la région d'Abidjan, YAO¹⁵ avait montré que la plupart des praticiens (87,5%) de son échantillon avait une expérience professionnelle supérieure ou égale à 10 ans.

3-2 FREQUENCE DE REALISATION DES RCR

La majorité (85%) des praticiens réalisent moins de 5 RCR pré-prothétiques par mois. Et, plus de la moitié (55%) d'entre eux ne réalisent que 1 à 2 RCR (Tableau IV). Malgré un taux de non réponse relativement élevé (26,7%), ce résultat est sensiblement comparable à celui de SINAN¹⁶ qui a montré en 2010 que, 90% des chirurgiens-dentistes exerçant en Abidjan, réalisaient moins de cinq (5) RCR Foulées par mois. Ce qui confirme bien que la réalisation des RCR est une pratique peu courante dans notre pays, contrairement à la France où, d'après l'étude de GANTEL¹⁷, 72% des praticiens reconstituent au moins dix (10) dents dépulpées par mois. Ce taux des RCR, relativement faible, est superposable à la fréquence de réalisation des couronnes et bridges en Côte d'Ivoire. Dans une étude sur l'évaluation de la pratique de la prothèse fixée à Abidjan, BINATE¹⁸ avait noté que seulement 30% des praticiens réalisaient régulièrement des reconstitutions prothétiques fixées. Les difficultés d'accès aux soins liés aux problèmes socio-économiques et qui sont à l'origine des consultations tardives et de nombreuses avulsions dentaires pourraient expliquer la faible fréquence de réalisation des RCR.

3-3 INDICATIONS DES FORMES CLINIQUES DES RCR

L'analyse des courbes de choix des formes cliniques des RCR en fonction des pertes de substances coronaires permet de noter que, quelque soit le groupe de dents concernées, les reconstitutions corono-radicales foulées constituent l'option de choix quand le nombre de paroi absente est faible (Figures 1 et 2). Inversement, plus le nombre de parois absentes augmente, plus le choix se penche vers une reconstitution corono-radicaire coulée (Figures 1 et 2). Nos résultats sont conformes aux indications des RCR en fonction de l'étendue

des pertes de substance dentaires telles que rapportées par la littérature¹⁰. Pour DESCAMPS et ETIENNE⁸, la décision de réaliser une RCR coulées et foulées, doit s'appuyer non seulement les critères cliniques et radiographiques de la dent concernée, mais aussi son environnement occlusal. Aussi, proposent-ils que les RCRC soient réalisées dans les cas de délabrement important, avec 2 parois résiduelles ou moins, et lorsque ces pertes de substances sont situées en position juxta gingivale. Par contre, les RCRF doivent être réservées à des dents peu délabrées (persistance de 3 ou 4 parois) avec un joint dent-restauration situé au moins 2mm au dessus de la future limite prothétique. ABOUDAHRAM et al¹⁹ ont même établi une corrélation entre le type de délabrement et l'indication de l'acte prothétique après la reconstitution coronoradiculaire. Pour eux :

- si seule une face est perdue, on considère que la dent est faiblement délabrée ; par conséquent, tous les matériaux de reconstitution sont envisageables et il n'est pas obligatoire de concevoir une prothèse sur cette dent ;

- si deux (2) parois sont perdues, les possibilités thérapeutiques sont également étendues pour ne pas imposer une prothèse si l'esthétique n'est pas fortement compromise ;

- pour trois parois absentes, l'acte prothétique s'avère la plupart du temps indispensable.

Par ailleurs, dans notre étude, on note aussi que la décision de réaliser une RCR coulée est déjà majoritaire (60%) dès l'absence de deux parois au niveau du groupe incisivo-canin (Figures 1), alors qu'au niveau des dents postérieures, elle est encore partagée entre les RCR foulées (40%) et les RCR coulées (46,67%) (Figure 2). De ce point de vue, les pratiques observées dans notre étude sont conformes aux conclusions des travaux de SARFATI^{11,12}. En effet, considérant que les dents postérieures sont principalement soumises à des

contraintes de compression à direction oblique, SARFATI^{11,12} propose que celles-ci soient préférentiellement restaurées par des RMIPP (RCR Foulées), car ces matériaux ont une meilleure résistance à la compression. A l'inverse, les dents antérieures sont plutôt soumises aux contraintes de cisaillement. Elles seront plutôt restaurées par des RCR coulées de type inlay-core ou faux-moignon car les RMIPP ont une faible au cisaillement.

CONCLUSION

L'évaluation de la pratique des RCR au sein de notre échantillon, révèle que la fréquence de réalisation de ces traitements conservateurs des dents dépulpées est faible. Puisque, chaque praticien enquêté réalise en moyenne entre une et deux reconstitutions par mois.

Mais les facteurs de décision et les indications des différents procédés sont conformes aux données de la littérature. En effet, les chirurgiens dentistes de l'échantillon choisissent les formes cliniques des RCR principalement en fonction de l'étendue des pertes de substances coronaires, quelque soit le groupe de dents concernées. Aussi, les reconstitutions coronoradiculaires foulées constituent l'option de choix quand le nombre de paroi absente est faible ; tandis que, plus le nombre de parois absentes augmente, plus le choix se penche vers une reconstitution coronoradiculaire coulée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BOLLA M. ; BENNANI V. La reconstitution coronoradiculaire préprothétique des dents dépulpées. Collection Guides Cliniques. Paris Editions CDP, 1999.
- LAPLANCHE O.; LEFORESTIER E.; MEDIONI E.; BOLLA M. Reconstitutions coronoradiculaires: principes généraux. Strat. Proth., 2008 ; 8 (4) : 255-26.
- PORZIER J; BENNER L; RADIGUET J; LOSFELD R. Reconstitutions pré-prothétiques immédiates des dents dépulpées. Cah Prothèse 1988; 63 : 34-48.

- EXBRAYAT J, SCHITTLY J, BOREL JC. Reconstitutions corono-radicaux
In « Manuel de prothèse fixée unitaire », pp.107-123. Ed. Masson ; Paris, 1992.
- GEOFFRION J, BARTALA M. Economie tissulaire et préparation des ancrages corono-radicaux. Cah. Proth. 2003; 123 : 63-70.
- SOUZA EM; DO NASCIMENTO LM; FILHO EMM; ALVES CMC. The impact of post preparation on the residual dentin thickness of maxillary molars. J prosthet Dent. 2011; 106: 184-190.
- CHELEUX N. Reconstitution de la dent dépulpée par tenon fibré. Les clés de la réussite. Clinica 2009 ; Cah.1.Vol.30 : 379-389.
- DESCAMP F., ETIENNE O. Inlay-core : une technique encore d'actualité ? Cah. Proth., n°150, 2010 : 59-68.
- GOMBEAUD F. Reconstitution esthétique des dents antérieures dépulpées. Cah. Proth., n°113, 2001 : 19-16.
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES) DE FRANCE. Indications et contre-indications des reconstitutions corono-radicaux pré-prothétiques coulées et insérées en phase plastique. Rapport d'activité 2003 ; pp.12-13.
- SAFARTIE.; HARTER JC; RADIGUET J. Evolution des conceptions des dents dépulpées. Le tenon radicaux : de son existence à sa disparition. Cah. Proth., 1995, 90 :70-78.
- SAFARTI E. Les reconstitutions corono-radicaux. Inform. Dent., 1999 ; 17 : 1201-1208.
- ALBOUY JG.; ALBOUY JP. Ancrages radicaux coulées: classification, réalisation à la Clinique et au laboratoire de prothèse. Paris : Elsevier. Encycl. Méd. Chir. Stomatologie et Odontologie II : 1996; PP 23-250-B-10.
- ZYMAN P. Restauration des dents antérieures dépulpées : quel choix pour une esthétique optimale ? Les cahiers de prothèse 2001 n°113 : 27-33.
- YAO ASSANDE D. Nécessité et modalités de la formation continue en prothèse en Côte d'Ivoire : enquête réalisée auprès des chirurgiens-dentistes de la ville d'Abidjan. Thèse Chir. Dent. UFROS, Université Cocody-Abidjan 2009.
- SINAN A.A. ; ASSOUMOU-ADOU N.M. ; AVOAKA-BONI M.C. ; DJIRABOU S. ; ABOUTTIER-MANSILLA E. Evaluation des reconstitutions corono-radicaux foulées : enquête auprès des praticiens de la ville d'Abidjan. Rev. Col. Odonto-stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac, 2010, 17 (3) : 20-24.
- GANTEL C.; ABOUDHARAM G.; DEJOU J. ; BLANCHARD JP. Enquête sur la pratique des reconstitutions corono-radicaux. Cah. Proth., 2006 ; 133 : 31-39.
- BINATE A. Pratique de la prothèse conjointe en Côte d'Ivoire : enquête réalisée auprès des chirurgiens dentistes de la région Abidjanaise. Thèse Chir Dent. UFROS, Univ. Cocody, Abidjan 2005.
- ABOUDHARAM G ; LAURENT M. Evolution et indications des reconstitutions corono-radicaux indirectes. Cah. Proth., n°116, 2001 : 61-71.