JOURNAL CONGOLAIS DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE

JCSBD

TRIMESTRIEL

JUILLET – AOUT – SEPTEMBRE

Vol.1 numéro 1, 2018

Organe du conseil provincial de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes du Haut Katanga (République Démocratique du C0NGO)

1933, Boulevard M'Siri, commune de Kampemba, Lubumbashi / R.D.C

JOURNAL CONGOLAIS DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE

JCSBD

TRIMESTRIEL

JUILLET AOUT SEPTEMBRE

Septembre 2018

Organe scientifique du conseil provincial de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, province du haut Katanga

Garry Print

COMITE DU CONSEIL PROVINCIAL DE L'ONCD/HAUT KATANGA

Président : Dr Lenge Kasongo Hubert
Secrétaire : Dr Yav Kalumba Kathy
Trésorière : Dr Mwendy Matshy Regine
Chargé de relations publiques : Dr Espoir
Conseiller général : Dr Muning Kaposh Norbert
Conseiller scientifique : Pr DR Kaij Kakambal Alphonse

JSBD 2018

- Causes
  - Extraction : 69.7% (carie : 95.7% ; cellulite : 14.3%)
  - Traumatisme
  - Parodontopathies

- Port de prothèse dentaire : 0.08%

Comité de Rédaction :

Rédacteur en chef : Kaij Kakambal Alphonse

Directeur de la publication : Lenge kasongo Hubert

Comité scientifique :

- Kapinga Bakantu Guy Guy, Beya Mbombo Mamie, Mwendy Matshi Régine, Yav Kalumba Katy, Muning Ruddy, Musungay Vincent, Kabundula François

Comité de lecture :

Clarence Mukeng A Kaut, Lenge Kasongo Hubert, Kaij Kakambal Alphonse,
Kapend Kapend Ben

Conception et mise en page : **Garry Print**

Toute reproduction, même partielle des articles, schémas et photos parus dans ce numéro, est subordonnée à l'accord du **JCSBD**

Email : Jcsbd@yahoo.com

Publié avec l'appui de l'ordre national des chirurgiens-dentistes de la RD CONGO et du service d'odontostomatologie de la Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi

SOMMAIRE

Editorial : Le futur,… c'est aujourd'hui
Dossier: La journée Mondiale de la Santé Buccodentaire, 20 mars 2018

Articles originaux
- Profil épidémiologique et anatomoclinique des cellulites d'origine dentaire aux cliniques universitaires de Lubumbashi
- Evaluation de l'état de la cavité buccale chez le fumeur à Lubumbashi

LU POUR VOUS :
- L'indice CAO
- Santé bucco-dentaire et Santé générale

CONFERENCES- CONGRES SCIENTIFIQUES, FORMATION CONTINUE :
Congrès international de la FDI 2018 à Buenos Aires
Kigali, Congrès Panafricain 2018

INFORMATIONS
Célébration de deux éméritats à la faculté de Médecine-Université de Lubumbashi

VIE DE L'ONCD
- Le règlement d'ordre intérieur
- Cartographie épidémiologique de la Santé Bucco-dentaire au Katanga

1) **Prévalence de la pathologie carieuse Chez l'écolier (1490 enfants)**
   - Niveau de vie : moyen : 22.1% ; bas : 77.9%
   - Prévalence globale de la carie : 61.07%
   - Indice COD= 2.03
   - Indice CAOD : 1.9 (faible)
   - La composante C : 95%

   - **Dents touchées**
     - Lactéales : 39.9%
     - Permanentes : 60.1%
     - Molaires (2 dentition) : 76%

   - **Parodontopahies**
     - Présence tartres, plaques : 76.1%
     - Gingivite : 91%

EDENTEMENT CHEZ L'ADULTE (35-44 ans)
- Moyenne dents perdues
  - Moyenne= 2.1±13.16
  - Nombre dents : 2 dents : 51.5%

2) **Pratique de l'hygiène buccodentaire**

- **Instruments utilisés**
  - Brosse à dent moderne : 88.40%
  - Bâtonnet, doigt, braise,…

- **Produits utilisés**
  - Pâte dentifrice : 95.6%
  - Sel de cuisine
  - Braise, savon de toilette
  - Cendre
  - Eau

- **Fréquence de brossage**
  - 1 fois/jour : 50.4%
  - 2 fois/jour : 41.6%
  - 3 fois/jour : 1.6%
  - Indécis :…

La moyenne est de 1.5±0.269 brossage/jr

- **Etat d'hygiène buccodentaire**
  - Bon : 10.7%
  - Moyen : 29.7%
  - Mauvais : 59.4%

EDITORIAL :

Le futur …c'est aujourd'hui

Notre profession médicale est en perpétuelle évolution avec une technologie galopante, nous obligeant ainsi à une adaptation aux nouvelles exigences dans toutes les spécialités de la Médecine moderne.

Pour cela, l'ordre national des chirurgiens-dentistes de la RDC, par son comité provincial du Grand Katanga voudrait être à la une de tous ces changements qui interviennent de façon permanente dans notre pratique clinique de tous les jours

Le but poursuivi par le **JCSBD** est de vous proposer une lecture saine d'articles originaux et certains faits cliniques non les moindres, liés à notre noble profession

Dans ce trimestriel scientifique, vous y trouverez des données scientifiques médicales, cliniques et de Médecine Préventive afin d'être à jour dans cet environnement cosmopolite en perpétuel remaniement

Chers lecteurs,

C'est avec beaucoup de plaisir que le JCSBD vous invite à cheminer avec elle, pour une participation plus active…Alors,

Bonne première lecture

Kaij Kakambal Alphonse

Rédacteur en chef

DOSSIER: LA JOURNEE MONDIALE DE LA SANTE BUCCODENTAIRE,

20 mars 2018

La santé publique bucco-dentaire implique une connaissance des facteurs cliniques mais aussi sociaux, comportementaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé orale ainsi que la capacité d'agir sur la promotion de la santé bucco-dentaire. Les pathologies bucco-dentaires sont des problèmes de santé publique qui touchent toutes les couches de la population à des degrés divers.

Les maladies bucco-dentaires se classent parmi les maladies chroniques les plus courantes et les plus répandues dans le monde.

À l'échelle mondiale, 90% de la population court le risque d'une affection bucco-dentaire sous une forme ou sous une autre, que ce soit les caries, les maladies parodontales, le cancer de la cavité buccale, le noma ou le traumatisme buccodentaire.

Toutefois, malgré les progrès réalisés, le fardeau des maladies buccodentaires est encore sous-estimé dans de nombreux pays, et les familles et la société en supportent les effets très négatifs, et cet état des choses est beaucoup plus constaté dans les populations les plus défavorisées.

- Les signes ou symptômes des maladies buccodentaires
    - Douleurs dentaires : 71.20%
    - Gonflement joue : 35.60%
    - Trou dans la dent : 20%

- Traitement des maladies buccodentaires
    - Traitement traditionnel : 28%
    - Traitement dentiste : 56%
    - Automédication : 47%
    - Médecin généraliste : 7%

- Comment prévenir les affections buccodentaires
    - Brosser les dents et la bouche : 68.40%
    - Brosser avec le dentifrice : 75.3%
    - Eviter les aliments sucrés : 20.4%
    - Eviter le tabac : 35%
    - Eviter l'alcool : 20.2%

- Ayant souffert des maladies buccodentaires
    - Oui : 46.3%
    - Non : 52.5%
    - Indécis :…

- Accident sportif : 12%
- Agression : 25%

- Organes
  - Maxillaire supérieure : 58%
  - Mandibule : 29%
  - Molaire dentaire : 68%

- Traumatisme dentaire
  - Fracture : 46%
  - Luxation : 18%
  - Subluxation : 38%

CONNAISSANCES HABITUDES ET PRATIQUE EN MATIERE DE SANTE BUCCODENTAIRE DANS LA POPULATION

- Connaissances de la population sur les maladies buccodentaires : 84.8%
- Pathologies connues : carie dentaire : 71.60%
- Causes des affections buccodentaires
  - Manque de brossage : 52.40%
  - Aliments sucrés : 29.60%
  - Ignorants : 16.8%

La bonne nouvelle est que **la Journée mondiale de la Santé bucco-dentaire, le 20 mars 2018**, nous donne l'occasion de sensibiliser et d'encourager les populations, les familles, les communautés et les gouvernements à prendre des mesures visant à réduire le fardeau des affections bucco-dentaires.

La décision visant à créer la Journée mondiale de la santé bucco-dentaire avait été prise pendant le Congrès dentaire mondial annuel de la FDI à Dubaï en 2007. La date choisie à l'origine, le 12 septembre, correspondait au jour de naissance de Charles Godon, fondateur de la FDI, ce qui semblait un choix logique.

Ainsi pour certaines raisons liées à l'organisation de cet évènement, l'Assemblée générale de la FDI et ses associations membres ont décidé de déplacer au 20 mars la date de la Journée mondiale de la santé bucco-dentaire.

Cette année, nos efforts sont focalisés sur la protection des populations tout au long de leur vie. Le thème choisi cette année est "**Dite AAH, et Pense à ta SANTE**".

Dans notre province les actions suivantes ont été menées en rapport avec la journée mondiale de la santé bucco-dentaire

1. Rencontre avec les responsables politiques de la province pour les échanges en rapport avec les progrès enregistrés dans le domaine de la santé bucco-dentaire.

2. Message du Ministre Provincial de la Santé Publique sur la santé bucco-dentaire à la télévision et radio de la chaine nationale

3. Actions dans les écoles et places publiques

- Distributions des dépliants (français et langues autochtones), suivie des séances d'éducation ou l'hygiène bucco-dentaire
- Dépistages précoces de la carie dentaire et de la gingivite chez l'enfant
- Soins bucco-dentaires gratuits dispensés aux élèves dans les écoles primaires
- Emissions de vulgarisation et sensibilisation sur la prévention en matière de santé buccodentaire à la télévision et à la radio
- Séminaires et conférences pour le professionnel dentaire sur l'éducation thérapeutique, la prévention et les déclarations des principes de la FDI

Dr Hubert Lenge Kasongo
Président de l'ONCD/Haut Katanga

- Type de traumatismes
  - Fracture tissu dur dentaire : 55,17%
  - Luxation total : 10,34%
  - Subluxation : 30, 4%
  - Lésions associées : 45,6%
  - Autres : 2.6%

- Lieu de survenue
  - Domicile
  - Ecole
  - Voie ou route publique

- Localisation anatomique : maxillaire supérieur +++

1) ADULTES

- Sexe : F : 38% M : 62%

- L'âge de prédilection
  - 18-24 ans : 26%
  - 25-31 ans : 24%

- Causes fréquentes
  - Accident voies publiques (ATR) : 28 %
  - Accident domestiques : 24%

A. PREVALENCE HOSPITALIERE DES INFECTIONS D'ORIGINE DENTAIRE (adulte)

- ✓ Complications infectieuses : 25.5%
- ✓ Autres pathologies : 74.5%

Et dans les complications, cellulites d'origine dentaire : 76.55% (forme circonscrite : 66.6% ; forme diffuse ou diffusée : 33.4%).

Localisation :

- ✓ Maxillaire supérieure : 31.7%
- ✓ Mandibule : 65.3%
- ✓ Autres

Evolution : la mortalité est évaluée à 23.7% (forme diffuses des cellulites)

B. LES TRAUMATISMES BUCCODENTAIRES

2) ENFANTS

- Sexe : F : 13.7% ; M : 86.21%
- Age de prédilection
  - 6 à 11 ans : 48.28%
  - 12 à 17 ans : 34.48%
- Causes fréquentes
  - Chute : 31.4%
  - Bagarre : 24.14%
  - Autres (ATR, Sport, Jeux,…)

Dépliants distribués au public

ARTICLES ORIGINAUX

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET ANATOMO-CLINIQUE DES CELLULITES D'ORIGINE DENTAIRE AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE LUBUMBASHI

Par : Kapinga B*, Mbombo B*, Lenge K*, Kapend, K. Kaij K .R*

INTRODUCTION

Il s'avère actuellement, selon certains rapports de l'organisation Mondiale de la Santé(OMS) que l'incidence des affections bucco-dentaires est mal connue dans la plupart des pays en développement. Dans certaines régions, le gros problème est posé par les parodontopahies tandis que dans d'autres c'est plutôt la pathologie carieuse qui est la plus courante[1,2,3]. En effet, les affections bucco-dentaires les plus commune telle que la pathologie carieuse et les maladies parodontales, jadis presque inexistante dans nos populations urbaine, accuse actuellement une prévalence qui pause un véritable problème de santé publique.

Bien que l'usage des antibiotique en est profondément modifié le pronostic en le sens d'une meilleure évolution, les cellulites d'origine dentaires

* Service d'odontostomatologie, cliniques universitaires de Lubumbashi.

- ✓ Ulcérations (stomatites+pathologies muqueuses) : 2%
- ✓ Autres (tumeurs, glandes salivaires, anomalie de la dentition, traumatismes,…)

2) Pathologies diagnostiquées (milieu hospitalier)

- ✓ La carie dentaire et complications infectieuses : 85.4%
- ✓ Parodontopahies et complications : 7.84%
- ✓ Traumatismes : 3.1%
- ✓ Autres (pathologies muqueuses, tumeurs, disharmonie dentodentaire glandes salivaires,…)

3) Du traitement (actes posés)

- ✓ Extraction dentaire (cause majeur : carie dentaire) : 56.57%
- ✓ Traitement conservateur : 30.45%
- ✓ Autres (immobilisation, curetage, détartrage,…)

4) L'Indice C.A.O Hospitalier (adulte)

- ✓ PIC : CAO=4
- ✓ CAO moyen : 4.6±3.12

5) L'indice CAO dans la communauté (urbaine et rurale)(adulte)

CAO moyen= 3,2

NB : A Lubumbashi tous ces cabinets sont concentrés au centre-ville (milieu urbain) ; sauf pour ceux qui appartiennent aux différents hôpitaux généraux de référence (services de dentisterie très rudimentaire) :

- HGR Ruashi
- HGR Katuba
- HGR Kisanga
- HGR Kenya

C. PREVALENCE DES AFFECTIONS BUCCODENTAIRES ET LEUR PRISES EN CHARGE (2006-2015)

Paramètres démographiques

- Tranche d'âge la plus concernée :
  - 21-30 ans : 47.81%
  - 31-40 ans : 22.10%
  - Enfant : 11%
- Le sexe
  - Féminin : 60.9%
  - Masculin : 39.00%

1) Motif majeur de consultation en odontostomatologie

- ✓ Douleurs dentaires : 83.3%
- ✓ Tuméfaction et douleurs : 11.7%

présentent, à certains stades anatomo-cliniques, un risque réel dans les pays africains et, aujourd'hui, de manière quotidienne dans les services de stomatologie de la ville de Lubumbashi.

Ces infections du tissu cellulaire à point de départ dentaire ou péri dentaire se présentent sous divers aspects cliniques. Cette fréquence est due principalement à l'abondance des portes d'entrée des germes au niveau de l'organe dentaire. En effet plus de 90 % des infections bucco-dentaires et maxillo-faciales sont d'origines dentaires et les germes en cause sont souvent les saprophytes habituelles de la cavité buccale. Parfois les anaérobies s'en mêlent et se retrouvent, au sein des lésions infectieuses à point de départ dentaire.

Ces cellulites représentent en fait un processus infectieux localisé dans les tissus mous, principalement sous cutané, dont les limites sont plus ou moins nettes. A cela s'ajoute la particularité anatomoclinique des structures avoisinantes dans la sphère bucco-maxilo-faciale.

Quelles sont les pathologies bucco-dentaires qui en sont la cause, quelle est la forme anatomique la plus fréquente dans notre milieu ?

Le but de notre étude présente est justement d'en faire le point dans la ville de Lubumbashi, car les recherches dans ce domaine sont rares dans notre milieu.

SUJETS, MATERIELS ET METHODE

Le présent travail est une étude transversale et descriptive, menée aux cliniques universitaires de Lubumbashi; spécifiquement dans le service d'odontostomatologie.

Nos recherches ont couvert une période de six mois. Elle concerne 61 sujets, essentiellement des individus ayant consulté pendant cette période, avec comme plainte principales : « une cellulite d'origine dentaire » sous ses différentes formes évolutives et anatomo-cliniques associées ou non à d'autres complications secondaires.

La consultation pour chaque cas s'est effectuée sur un fauteuil dentaire à la lumière naturelle associée à celle d'une lampe scialytique.

RESULTATS

De la fréquence des C.O.D

Les fréquences des cellulites d'origine dentaire observées au cours de notre étude sont présentées dans le tableau I.

D. INFRASTRUCTURES DENTAIRES

1) 2 services d'odontostomatologie

- Aux cliniques universitaires
- Hôpital général Sendwe

2) 9 cabinets dentaires (grands hôpitaux, polycliniques et centres de santé)

- Polyclinique AFIA DON BOSCO
- Hôpital SNCC
- Hôpital GCM-Lubumbashi
- Hôpital GCM Likasi
- CMDC-polyclinique
- Polyclinique Galien
- Polyclinique bethsaida
- Polyclinique Manne cachée
- Hôpital Mwangeji
- Polyclinique Saint Luc

3) Cabinets dentaires privés simples

- 4 cabinets à Kolwezi
- 2 cabinets à Likasi
- 13 cabinets à Lubumbashi
- 1 cabinet à TENKE FUGURUME

CARTOGRAPHIE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA SANTE BUCCODENTAIRE DANS LA DU GRAND PROVINCE DU KATANGA

KAPEND A K., KAPINGA B., MWENDY M., LENGE K., KAIJ K. R.,

L'essentiel de ces études a été mené dans les différentes zones de santé et dans le milieu hospitalier de la province du Grand Katanga.

E. LA DEMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE

L'essentiel du personnel dentaire de formation universitaire est concentré à LUBUMBASHI. Ainsi nous avons :

- 32 chirurgiens-dentistes pour la province, soit :

Nombre C.D	Localisation	%
30	Lubumbashi	93.75
2	Kolwezi	3.125
1	Likasi	3.125
32		100

Tableau I : fréquence des cellulites d'origine dentaire par rapport à l'ensemble des pathologies odonto-stomatologiques diagnostiquées pendant la période de notre étude

Pathologie	Effectif	Pourcentage
Cellulite d'origine dentaire	61	11,1
Autres pathologies	493	88,9
Total	**554**	**100**

De toutes les consultations odonto-stomatologiques enregistrées dans le service de stomatologie, 11,1% concernaient les cas de cellulites d'origine dentaire et 88,9% les autres pathologies buccodentaires et maxillo-faciales.

Tableau II : fréquence des cellulites d'origine dentaire par rapport à d'autres complications infectieuses d'origine dentaire

Complications infectieuses d'origine dentaire	Effectif	Pourcentage
Accidents d'éruption (péri coronarite, operculite)	18	21,8
Sinusite d'origine dentaire	2	2,4
Infection focale (endocardite)	1	1,21
Cellulite d'origine dentaire	61	74,3
Total	**82**	**100**

Comme nous pouvons le constater les cellulites d'origine dentaire représentent 74,3% correspondant au ¾ des complications infectieuses dues à la maladie de denture.

Tableau III : Répartition des cellulites dentaires selon les saisons dans la ville de Lubumbashi

Saison	Effectif	Pourcentage
Sèche	39	63,9
Pluvieuse	21	36,
Total	**61**	**100**

C'est en période de saison sèche à Lubumbashi, qu'il y a plus de cas des cellulites d'origine dentaire.

Article 3

Elle se réunit en session ordinaire deux fois tous les 5 ans sur convocation du président du conseil et en extraordinaire à la demande du conseil national ou de 2/3 des membres régulièrement inscrits et en règle de cotisations.

Article 4

L'assemblée générale :

- Elit les membres du conseil national ;
- Statue sur les rapports d'activités présentés par le conseil national ;
- Détermine les orientations susceptibles d'assurer la bonne marche de la profession ;
- Adopte le code de déontologie et le règlement intérieur.

A Suivre…

VIE DE L'ONCD :

REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR ET CODE DE DEONTOLOGIE MEDICO-DENTAIRE

(ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA RD CONGO)

PREAMBULE

En application des articles 9, 10, 13, 18,45 de la loi n°16/014 du 15 Juillet 2016 portant loi organique de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes de la République Démocratique du Congo, le présent règlement intérieur a pour objet de préciser les modalités d'application des dispositions légales nécessaires au bon fonctionnement de l'Ordre et de l'exercice de la profession dentaire.

TITRE I : DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Généralités

Article 1er

L'assemblée générale est l'organe d'orientation et de contrôle de l'Ordre.

Article 2

Elle est constituée de tous les membres inscrits au tableau de l'Ordre.

Tableau IV : prévalence des cellulites d'origine dentaire en fonction des formes anatomo-cliniques et évolutives

Formes anatomo-cliniques et évolutives			**Effectif**	**Pourcentage**
Circonscrites	Aigues	séreuse	13	21,3
			18	29,4
		Abcès sous périoste	14	22,9
	chroniques	-	-	-
Diffuses	Phlegmon diffus (type diffus)		11	18,03
	Phlegmon diffusé (type diffusé)		5	8,1
Total			**61**	**100**

Ce sont les formes circonscrites qui se présentent avec un grand pourcentage soit 73,6%. Pour les formes diffuses (cellulites diffuses) elles se présentent avec 26,4% soit le ¼ de l'ensemble des cellulites d'origine dentaire ou les phlegmons diffus prennent 18,03% et les phlegmons diffusés 8,1%.

<u>L'âge</u> :

L'âge de nos patients a varié entre 4 et 94 ans avec une moyenne de 28,7±17,35 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle comprise entre 21 et 30 ans.

Le sexe

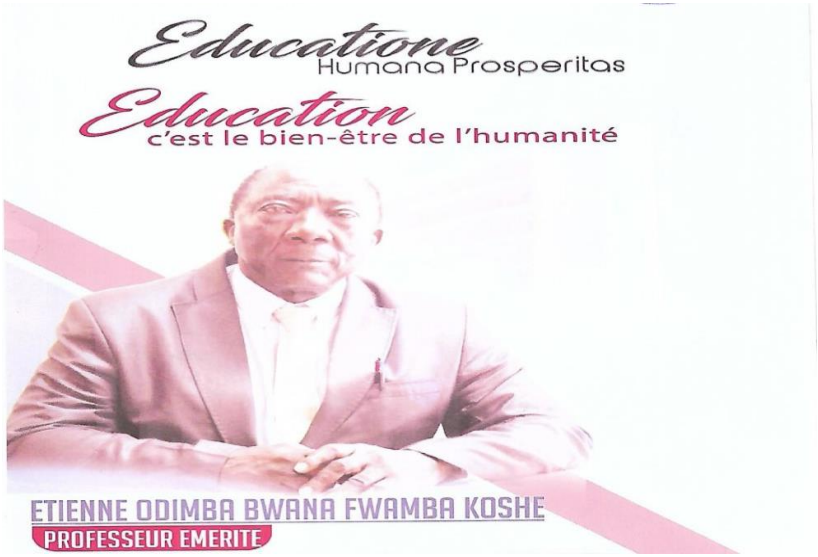
Tableau V : distribution des différentes formes anatomo-cliniques en fonction du sexe

Sexe	Formes circonscrites	Formes diffuses	Tot
Masculin	23	9	32
Féminin	22	7	39
Total	**45**	**16**	**61**

Les deux formes semblent légèrement atteindre plus le sexe masculin que féminin, soit le sexe ratio est en faveur du sexe masculin, égale à 1,1.

Tableau VI : distribution de différentes formes selon les antécédents médicaux

Antécédents	Formes circonscrites	Formes diffuses	Tot
Anémie	4	0	4
Diabète	1	2	3
Gastrite	6	4	10
Hypotension	1	0	1
Hypertension	5	0	5
Rien à signaler	28	10	38
Total	**45**	**16**	**61**



INFORMATIONS

Célébration de deux éméritats à la faculté de Médecine-Université de Lubumbashi

La faculté de médecine au-devant de la scène, avec la célébration de deux Eméritats, et pas les moindres. Il s'agissait du Professeur Docteur KAKOMA SAKATOLO et du Professeur Docteur ODIMBA BWANA FWAMBA.

Ainsi ; on a pu vivre deux journées exceptionnelles sous le patronage de Monsieur le Recteur de l'Université de Lubumbashi, le Professeur Kishiba Gilbert.

Dans les différentes formes anatomo-cliniques évolutives, ce sont les individus sans antécédents médicaux alarmant qui font plus des cellulites d'origine dentaire, à raison de 28 cas pour l'ensemble pour les formes circonscrites et 10 cas pour les formes diffuses.

De l'étiologie

Tableau VII : distribution des différentes formes selon l'étiologie

Etiologie	Formes circonscrites	Formes diffuses	Tot
Carie dentaire	40	14	54
Carie dentaire et parodontopahies	1	1	2
Causes post extractionnelles	3	1	4
Traumatisme dentaire	3	1	4
Total	45	16	61

Dans les deux formes, c'est la pathologie carieuse qui est la grande pourvoyeuse des cellulites d'origine dentaire.

Tableau VII : distribution des différentes formes de cellulites d'origine dentaire selon la denture atteinte et le type des dents

Denture		**Formes circonscrite**	**Formes diffuses**	**Tot**
Primaire ou lactéale	Molaire	8	0	8
Denture définitive	incisive	4	0	4
	canine	4	0	1
	Prémolaire	4	2	6
	Molaire	28	14	42
total		**45**	**16**	**61**

Dans la denture lactéale (primaire) seules les molaires ont été à la base de la forme circonscrite. Elles n'ont été dans aucun cas la cause d'une forme diffuse ; et dans cette dernière ce sont essentiellement les molaires suivies dans une faible proportion par les prémolaires qui sont à la base des cellulites d'origine dentaire.

KIGALI, Congrès Panafricain

C'était au mois de Juin 2018 que s'est tenu un colloque Panafricain dans le pays de mille collines à Kigali avec comme thème principal : « La prévention des pathologies buccales et la perte de dents », du 8 au 9 Juin. Plusieurs thèmes ont été traités, avec les intervenants de plusieurs pays, pas seulement africains ; mais européens et asiatiques.

A côté du Professeur CHARLES PILI PILI, on avait remarqué une forte délégation congolaise de Kinshasa, et spécifiquement celle de Lubumbashi, où s'étaient mêlés certains médecins tels: Dr François Kapamba., Dr Guy Nsenga de la division provinciale de la santé du Haut-Katanga.

Comme intervenants lors de ces journées, il y'a : le Dr KAYEMBE de l'UNIKIN, le Professeur NSONGO Florent de l'UNIKIN, le Professeur PILI PILI de la Belgique et le Professeur KAIJ Alphonse de l'UNILU."

Tableau IX : distribution des différentes formes des cellulites d'origine dentaire selon le siège de la lésion

Siège	Formes circonscrites	Formes diffuses	Total
Bi mandibulaire	1	5	6
Labiale supérieure	1	0	1
Mandibulaire droite	17	1	18
Mandibulaire gauche	14	7	21
Maxillaire droit	5	0	5
Maxillaire gauche	5	0	5
Mentonnière ou sous mentale	2	3	3
Total	45	16	61

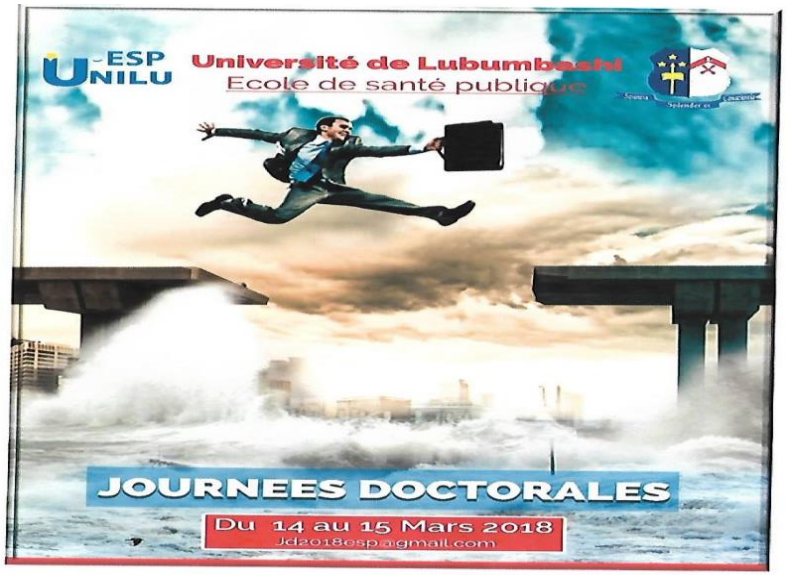
Chez 21 individus sur l'ensemble de notre population, la lésion siège sur la mandibule du côté gauche (34,5%). Chez 18 individus, elle siège du côté gauche.

Discussion

Notre enquête s'est déroulée normalement aux cliniques universitaires de Lubumbashi, spécifiquement dans le service de stomatologie. De l'ensemble de toutes les consultations ayant eu lieu pendant les six mois, consacrés à notre étude, les cellulites d'origine dentaire ont été diagnostiquées dans 11,1% de cas. Ce pourcentage n'est pas négligeable dans l'ensemble pour toutes ces pathologies dénombrées pendant cette période dans la sphère Buccodentaire et maxillo-facial.

Ces affections sont assez courantes dans la pratique quotidienne odontostomaologie. Et cela en rapport avec l'existence de plusieurs portes d'entrée de l'infection au niveau de la cavité buccale. A ce propos, dans notre milieu de recherche, les cellulites rencontrée dans la pratique quotidienne par rapport à d'autres infections d'origine dentaire (les sinusites d'origine dentaire, les operculites, les infections focales,…) sont largement.

Il est aussi nécessaire de signaler que certaines complications (operculites, péri coronarites,…) peuvent engendrer secondairement des cellulites d'origine dentaire, qui, elles présentent des signes beaucoup plus grave, obligeant très souvent le malade à venir en consultation dans u centre hospitalier.



C'est sous le thème : « Santé et environnement à l'heure du réchauffement climatique » qu'avaient eu lieu les dernières journées scientifiques de l'école de Santé Publique de l'UNILU sous la direction du Professeur MALONGA KAJ Françoise, du 16 au 17 Mars 2018 dans l'enceinte qui abrite cette école des sciences médicales. Et ces journées étaient précédées par les journées Doctorales où les différents doctorants présentaient les sujets en rapport avec leurs thèses.

Les causes dentaires étant les grandes pourvoyeuse des cellulites dans la sphère bucco-maxillo-facial, elles sont parfois la cause même de la consultation (douleur provoquée lors de la mastication, mobilité exagérée de la dent,…) et très souvent dans toutes ces complications d'origine dentaire :les cellulites d'origine dentaire sont des règles, et rarement on assisterait à un cas de sinusite, ostéite, etc[4,5,6].

Quant aux différentes formes anatomo-cliniques et évolutives, les cellulites circonscrites l'emportent largement sur les formes diffuses. Dans la littérature, ces dernières sont 200 fois plus rares que les premières[1], mais dans notre étude le rapport est de ¼. D'autres études menées en République Démocratique du Congo ont donné les résultats suivants.

Tableau X : fréquence des différentes formes de COD selon différents auteurs

Auteur	Année	Ville	Forme circonscrite	Forme diffuse
Dilu&coll	1987	Kinshasa	75%	25%
Bobe&coll	1988	Kinshasa	79,5%	20,5%
Notre étude	2004	Lubumbashi	73,6%	26,4%

Dans nos recherches ce sont les formes aigues qui l'ont emporté sur les formes chroniques, la raison, est assez claire, cela est dû au fait que les symptômes que l'on retrouve dans les formes aigues, obligent le patient à se faire consulter pour un soulagement immédiat. Pour les formes diffuses, ce sont les phlegmons diffus qui l'emportent sur les phlegmons diffusés, qui sont rares mais graves, car ils peuvent mettre en danger la vie du malade.

La tranche d'âge, la plus représentée est celle comprise entre 21-30 ans avec 31,14%, elle est suivie directement par celle comprise entre 31-40ans. En bref, plus de la moitié de cas se retrouvent entre 21 et 40 ans (52,45%). Nos résultats rejoignent ceux de Dilu & all., qui ont trouvé un pic à la troisième décade (29,2%) dans la ville de Kinshasa (République Démocratique du Congo) et dans notre c'est 31,14% pour la même tranche (21-30 ans).

La raison de cette caractéristique, est que, nous osons le croire, les préoccupations multiples pendant cette période de vie dans nos populations et donc les soins en général et buccodentaires en particulier, sont relégués au second plan.

Le sexe masculin a légèrement dominé sur le féminin avec un sexe ration assez faible de 1,1.

Le prochain congrès de la FDI aura lieu aux USA à San Francisco du 5 au 8 Septembre 2019 à Moscone Convention Center.

La dernière de soumission des abstracts est fixée au 1er Avril 2019 et l'enregistrement des participants au 30 Avril 2019.

FDI 2019 – Septembre 2018

Nos résultats rejoignent ceux trouvés à Kinshasa en 1987 et en 1988 (Dilu& al), (Bobe et al), ou le sexe ratio a été de 1,2%.

Dans notre étude présente, les pathologies suivantes ont été mise en cause : la carie dentaire et ses complications en premier lieu : ils ont pris plus de 90% de l'ensemble des pathologies à l'origine des cellulites d'origine dentaire, après nous avons les parodontopahies, les traumatismes dentaires, et enfin les complications dentaires postextractionnelles (causes iatrogéniques). Pour Bobe et All., il y a les infections dentaires (pathologie carieuse négligée ou mal soignée). Pour J.P. Lezy[5] : ce sont essentiellement les causes dentaires et péri dentaires, les accidents liés à l'évolution de la dent de sagesse inférieure, les traumatismes. Ainsi donc, beaucoup d'auteurs s'accordent à partir de la littérature pour dire que les causes essentielles de toutes ces cellulites sont dentaires et péri dentaires. Et nos études l'ont confirmé.

Pour la présente étude et celle de Bobe & al., à Kinshasa, les complications post-extractionnelles ont été présentes parmi les étiologies des cellulites d'origine dentaire. Et pour notre pays, la République Démocratique du Congo intervient un autre facteur (Bobe & al.), que sont les conditions dans lesquelles se

déroulent la plupart de nos interventions, suite à l'infrastructure médico-sanitaire insuffisante.

Particulièrement chez l'enfant sur les dents en plein remplacement, les caries non traitées ou mal prise en charge se compliquent d'abcès sous périoste ou des parulies. Cela est dû à l'état radiculaire (en plein rhizalyse) de l'organe dentaire.

Dans la denture primaire ou lactéale, seules les molaires ont été à la base d'une cellulite d'origine dentaire, et spécifiquement dans les formes circonscrites au stade séreux avec 2 cas et au stade suppuré avec 6 cas.

Dans l'ensemble cette atteinte est due uniquement à la pathologie carieuse. Par ailleurs les dents permanentes, bien que la pathologie carieuse prime considérablement sur l'ensemble de toutes les pathologies observées dans notre étude, il y a les traumatismes dentaires, les complications post extractionnelles et les parodontopahies qui interviennent aussi……..la dent la plus concernée, ce sont les molaires dans les deux types de dentures, à raison de 100% pour les molaires lactéales, et 79,1% pour les molaires permanents ou définitives.

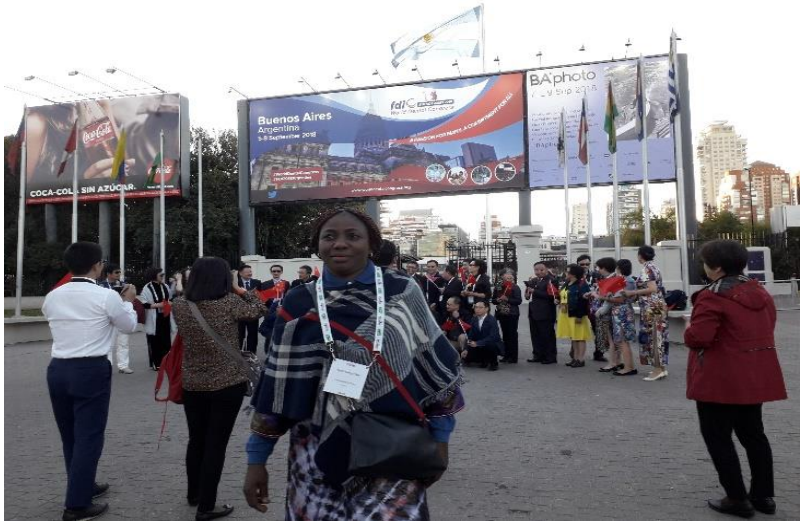
Les molaires de lait n'induisent fréquemment que les abcès sous périostés ou la parulie, à cause de la faible épaisseur de la corticale osseuse.

Sur place, les africains étaient moins représentés mais, on a pu remarquer la présence du Professeur KOFFI Ggnagn de la Côte d'Ivoire, chargée de l'éducation et la formation sur l'Afrique à la FDI.

Lors des assises de l'ARO (Organisation régionale Africaine), on a pu élire le nouveau Président et le choix du futur président de l'ARO est retourné sur un Nigérian, qui prendra son mandat d'ici une année au prochain congrès de la FDI aux Etats Unis d'Amérique en 2019.

Buenos Aires / FDI 2018

La FDI a vécu cette année son légendaire congrès en Argentine, dans la capitale emblématique de Buenos Aires.
L'évènement avait eu lieu du 5 au 8 Septembre 2018. L'ONCD était présente à ce grand rendez-vous scientifique avec une délégation composée uniquement des Chirurgiens-Dentistes et leurs accompagnants de la province du Haut Katanga.



En asseyant de savoir, quel est le siège anatomique perimaxillaire qu'occupent ces infections d'origine dentaire, nous nous rendons compte que c'est la mandibule qui prend largement le devant avec les deux côtés associés (droit et gauche) 64% ; la raison peut-être du fait que qu'à la mandibule (mâchoire inférieure) les signes fonctionnels sont parfois très graves, qu'ils obligent les malades à se faire consulter, et très souvent selon la littérature[13], il y a un trismus très serré qui empêche une bonne alimentation, ce qui le rend encore plus déprimé et ces complications à la mâchoire inférieure, en cas d'une localisation sous mentonnière vont jusque dans le médiastin, le tout couronnée par des difficultés respiratoires. En réalité la mâchoire supérieure n'est concernée qu'à raison de 11% de nos patients.

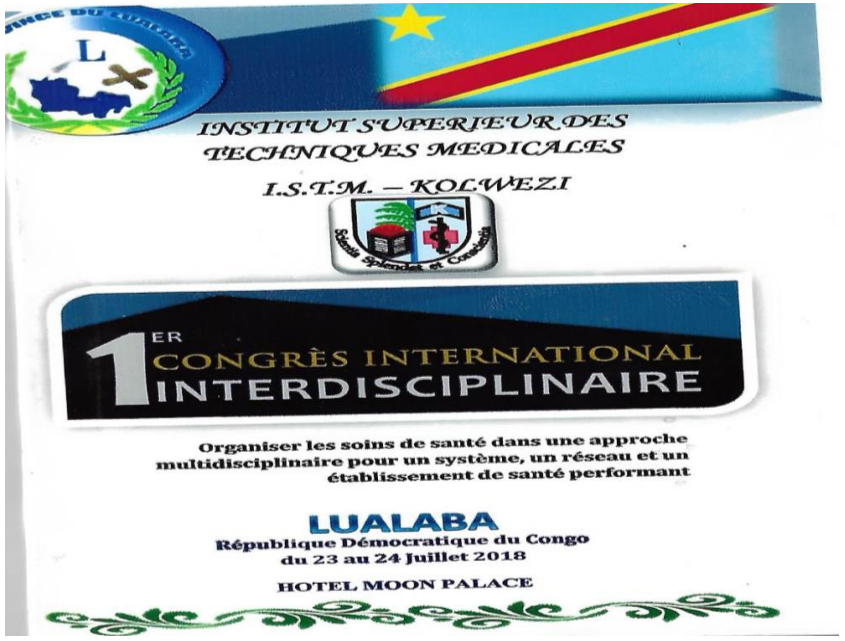
Tous les cas diffus, concernent la mandibule, ils sont, soit perimaxillaire (gauche ou droit) soit sous mental ou mentonnière. Les différentes formes ont une évolution sombre à la mâchoire inférieure par rapport à la mâchoire supérieure.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude sur le profil anatomoclinique portant sur les cellulites d'origine dentaire diagnostiquées dans notre milieu hospitalier, nous retenons que ces pathologies ont une fréquence non négligeable parmi d'autres affections odonto-stomatologiques tournant autour de 11%. Alors qu'elles prennent presque les ¾ de toutes les complications infectieuse dues à la maladie de denture. Elles constituent ainsi un motif non négligeable des consultations en stomatologie.

Sur les 61 sujets de notre série, l'âge moyen est de 28,7±17,35 ans et la tranche la plus représentée est celle comprise entre 21 et 30 ans. Le sexe masculin est légèrement prédominant avec 32 cas sur le féminin aussi une prédominance des formes circonscrites aigues par rapports aux formes diffuses, avec un grand pourcentage des cellulites suppurées et cela beaucoup plus pendant la saison sèche. Ce sont les phlegmons diffus qui l'emportent sur les diffusée (11 cas sur un ensemble de 16).

CONFERENCES- CONGRES SCIENTIFIQUES, FORMATION CONTINUE :



C'était dans la province minière de LUALABA, spécifiquement dans son chef-lieu de KOLWEZI, l'évènement était international, avec la participation de plusieurs intervenants venus de part et d'autre de toute l'Afrique.

Cette concertation des scientifiques avait eu lieu du 23 au 24 Juillet 2018, sous la supervision du DG de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kolwezi. C'était pour la première fois qu'a lieu un tel évènement dans cette nouvelle province minière.

établissements scolaires ou en milieu communautaire par le personnel de première ligne. Lorsqu'une prise en charge par un spécialiste est nécessaire, les patients devraient ensuite être orientés vers les centres de soins concernés.

REFERENCES :

1. PIND BORG JJ : « Atlas des maladies de la muqueuse buccale » MEDSI, 1981.
2. Beynet A., Menahem G. (2002), « Problèmes dentaires et précarité », Séries analyses n°1369, CREDES (devenu IRDES en juin 2004).
3. Mackenback J.P. et al. (May 1996), "Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education : The effect on inequalities in prevalence Rates", American Journal of Public Health, vol. 86, n° 5.
4. Hescot P., Bourgeois D., Berger P. (1996), « Le programme international de recherche de l'Organisation Mondiale de la santé sur les déterminants et la santé bucco-dentaire. La situation en France pour la période 1993-1995 », ISC II France, Organisation Mondiale de la Santé / Association Dentaire Française.

La principale cause à la base des cellulites d'origine dentaire est la pathologie carieuse (54 cas sur 61) à côtés d'autres pathologies telles que les traumatismes, les parodontopahies et certaines manœuvres dues au traitement.

A la lumière de nos résultats, nous osons formuler les recommandations suivantes aux différents niveaux de responsabilité afin d'instaurer une bonne politique de prise en charge des affections buccodentaires et leurs éventuelles complications, tant sur le plan prophylactique que curatif :

- A l'université, source de toute initiative, créer à l'Ecole de Santé Publique une branche de Médecine préventive buccodentaire en instituant une politique de politique de prévention au « sens large » : l'odontologie préventive et sociale ; futurs infirmiers, dentiste formés comme agents de santé communautaire, pour épauler les chirurgiens dentiste et autres stomatologues.
- Former de compétences au niveau supérieur pour parer à la rareté des odontostomatologistes.
- Aux autorités politico-sanitaires et celles des organisations non gouvernementales :
  - créer des mutualités de soins pour supporter les soins dentaires qui coûtent chers à la communauté.

- Doter nos institutions sanitaires d'un budget conséquent leur permettant la sensibilisation des masses, le dépistage précoce des affections buccodentaires, ainsi qu'une prise en charge efficace pour parer aux éventuelles complications telles que les cellulites d'origine dentaire.

REFERENCES

1. BEBE, P., BABACAR T., AISSATOU, T.B., SOUKEYE D.T., ABDOU B., DIOP R., KOUNTA A., *Cellulites périmaxillaires: aspect étiologiques et considérations anatomo-cliniques.* Méd. Buccale Chir. Buccale, 2011. **17**(4): p. 261-266.
2. BENGONDO, C.H., BITA R.C., AVANG N.T., MENGONG H., BENGONO G., *Cellulitis , phlegmons of dental origin in the CHU of Yaounde.* Odontostomatol Trop, 2006. **29**(113): p. 22-26.
3. BENZARTI, S., MARDASSI A., BEN M., HACHICHA A., BRAHEM H., AKKAMI K., MILED, CHEBB M., *Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire, à propos de 150 cas.* Journal TUN. ORL, 2007(19): p. 24-28.
4. BOBE, A., MUVOVA L., DILU N., SOKOLO M., MUYUMBI M., *Le traitement des Cellulites d'origine dentaire aux Cliniques Universitaires de Kinshasa.* Congo Médical, 1998. **2**(7): p. 423-426.

Le recours à un chirurgien-dentiste demeure très inégal suivant les populations et les inégalités sociales existent dès le plus jeune âge

. Les renoncements aux soins dentaires figurent parmi les plus importants et sont fortement associés au gradient social des ressources financières

Une bonne santé bucco-dentaire est l'une des composantes essentielles du bien-vivre.

Dans cette dernière, les activités de prévention et de traitement des maladies bucco-dentaires et les actions de promotion de la santé bucco-dentaire doivent être considérablement amplifiées, en particulier au niveau local. Il est nécessaire d'adopter une approche efficace et économiquement viable axée sur la population, qui ait un impact élevé et durable et qui associe des soins préventifs à la fois au niveau de la population et centrés sur le patient en mettant un accent particulier sur la promotion de la santé et l'autonomisation pour l'adoption des réflexes de santé efficaces. La majorité des interventions requises pour satisfaire à la plupart des besoins quotidiens en matière de santé bucco-dentaire sont bien établies, abordables et réalisables dans les lieux où vivent les populations ordinaires. Ces interventions peuvent pour un grand nombre d'entre elles être réalisées dans des établissements de soins de santé primaires, des

Santé bucco-dentaire et Santé générale

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé générale et est essentielle à la qualité de vie. Les pathologies dentaires les plus communes, essentiellement la carie dentaire et les maladies parodontales, souvent considérées comme ne présentant pas un caractère de gravité ou d'urgence, représentent cependant un problème de santé publique majeur en raison de leur prévalence et incidence élevées et de leur impact sur l'état de santé en général.

Parmi les déterminants qui jouent sur la santé bucco-dentaire, citons quelques facteurs, tels que : mauvaise alimentation, tabagisme, abus d'alcool, et la qualité de l'hygiène dentaire qui jouerait un rôle non négligeable

Au-delà des mesures de prévention pour les populations spécifiques (enfants et adolescents, femmes enceintes, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité, porteurs de pathologies chroniques) une stratégie de prévention est plus que à préconiser pour la population générale adulte, rappelant l'importance d'un brossage quotidien des dents a minima deux fois par jour et une incitation, renforcée par les professionnels de santé, à un examen de prévention bucco-dentaire annuel.

5. AUDOUIN, S., *Dépistage bucco-dentaire, approche clinique et épidémiologique, Thèse. Chir. Dent.* 1995, Université René Descartes, Paris V : Paris, 1995, p. 36, 57-73.
. DECHAUME, M., *Complications locales ou de voisinage. Manifestation distance des infections ou imitations d'origine buccco-dentaire.*, Précis de Stomatologie, Ed. Masson. Vol. 148 - 60. 1980, Paris, p. 148-160.
7. GABEGBEKU, S., GREZOIT G.E., AKA G.K., OUATARA B., *Les cellulites et phlegmon maxillo-faciaux graves en milieu africain.* Rev. Col. Odontostomatol, Chir. Maxillofac. Afr., 1p. 8-11.
8. GEHANNO, P., S. LACAN, B. REGNIER, VACHON F., *Les cellulites cervicales à germes anaérobies, à propos de 10 cas.* Rev. Oto-laryngologie, Paris, 1982(99): p. 41-46.
9. GAILLARD, S.A., *Cellulites et fistules d'origine dentaire*, Encyc. Méd.Chir. Stomatol.22033-A-10, Ed. Elsevier, 1989: Paris. p. 53-73.
10. GRELLET, M. , MINC H., *Fistules cervico-faciales, Encyc. Méd. Chir.* stomatol. Ed. Elsevier, 22037, 1989: Paris. p. 91-99.
11. DILU, N., BOBE A., S. M., *Complications respiratoires d'origine dentaire. A propos de 2 cas.* Congo médical, 2001. **3,4**: p. 338-340.

12. DILU, N., K,I K., MUVOVA L., *Cellulites d'origine dentaires à Kinshasa-Aspect étiologiques.* Odonto. Stomat. Trop., 1988(4): p. 140-144.
13. ELYOUNSSI, N., *Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire, Thèse de Médecine dentaire*, Rabat, 2006, p. 66-69.

$$\text{L'indice CAO MOYEN} = \frac{\text{C Total+A Total+O Total}}{\text{le nombre de personnes examinées}}$$

Le chiffre obtenu nous permettra alors de mesurer le niveau d'atteinte carieuse d'une population donnée :
- niveau très bas quand 0 < l'indice CAO < 1,1
- niveau bas quand 1,2 < l'indice CAO < 2,6
- niveau moyen quand 2,7 < l'indice CAO < 4,4
- niveau élevé quand 4,5 < l'indice CAO < 6,5
- niveau très élevé quand l'indice CAO est > 6,5

Le CAO écrit en majuscule concerne les dents de la seconde dentition (définitive), celui écrit en minuscule est une adaptation de l'indice CAO aux dents de la dentition lactéale (dentition primaire**)**

L'indice CAO ou CAO moyen est donc la moyenne qui résulte du nombre total des dents **temporaires cariées, absentes pour cause de carie et obturées définitivement** que l'on divise par le nombre d'enfants examinés.

$$\text{L'indice CAO} = \frac{\text{C Total+A Total+O Total}}{\text{le nombre de personnes examinées}}$$

LU POUR VOUS :

CALCUL DE L'INDICE CAO

Pour calculer la prévalence dans une communauté des problèmes en matière de santé bucco-dentaire d'une communauté, on utilise des indices.

Pour les pathologies les plus communes sur le plan cosmopolite, telle la carie dentaire (pathologie carieuse), l'indice universellement reconnu, le plus simple est l'indice CAO décrit par Klein et Palmer en 1937.

Ainsi pour calculer le CAO ou CAO individuel = C + A + O

C étant le nombre de dents cariées

A étant le nombre de dents absentes pour cause de carie

O étant le nombre de dents obturées définitivement dans la bouche de la personne examinée. Dans le même ordre d'idée,

- **L'indice CAO** appelé aussi CAO moyen est la moyenne qui résulte du nombre total des dents **Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement** d'une population donnée que l'on divise par le nombre de personnes examinées.

ETAT DE LA CAVITE BUCCALE CHEZ LE FUMEUR A LUBUMBASHI

Lenge K., Mbombo B., Kapinga B. Kapend K., Kaij K.R

Résumé.

Notre étude transversale et descriptive, consistait en une consultation Buccodentaire standard d'une population de 144 sujets fumeurs connus (108 hommes et 6 femmes) dont l'âge a oscillé entre 21 ans et 65 ans, abouti à des résultats suivants :

100% de nos patients sont des fumeurs de cigarettes avec bout filtré, la durée depuis le début de la prise était dans l'intervalle de 3-30 ans, la quantité des cigarettes prise journalièrement à variée entre 5 et 25 cigarettes, 91,23% présentait une halitose, 82,46% une mélanose, 98,24% des parodontopahies, 31,57% sont des édentés partiels, la xérostomie était présente chez 33% d'individus. On n'a dénombré aucune lésion d'allure maligne.

Mots clés : Evaluation, cavité buccale, fumeur, Lubumbashi, prévention

INTRODUCTION

Fumer et préjudiciable à la santé, cette phrase emblématique est retrouvé un peu partout (Ecran de

télévision, écriteaux, véhicule,…) Et pourtant le tabagisme reste toujours une réalité dans notre milieu. Et nous le savons tous, qu'il est à l'origine des plusieurs troubles. La cigarette a acquis dans la vie de relation une certaine importance, en toute circonstance, en proposer une à autrui est devenu une geste de courtoisie, de confiance et de cordialité, qui peut rompre la glace et faciliter la conversation[1].

Elle est aussi devenue le compagnon discret, à tout instant disponible, dont on oubli même la présence.

Le tabac est une plante à la famille de SOLANACEES, les NICOTIANA regroupant une soixantaine d'espèces, à la teneur en nicotine différente, aux couleurs variées. Elle est originaire d'Amérique, cultivée pour ses feuilles, qui sont fumées, prisées ou mâchées après un conditionnement appropriée.

Selon l'OMS les quatre maladies non transmissibles, à savoir les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les pneumonies ont des facteurs communs de risque (tabac, alcool…) avec les maladies bucco dentaires. Ces facteurs sont liés au mode de vie et peuvent être évités. Elle a ainsi précisé en 1986 : le danger du potentiel du tabagisme dans beaucoup des pays en voie de développement est plus élevé que ne l'indiquent les chiffres de la consommation.

6. Gentillini, M **:** Médecine tropicale ; Flammarion, Paris, 1998.

7. LINDHE J**.** : « manuel de parodontologie clinique » Paris ; ed. Cdp P. 536, 1986.

8. GALEA 221.Jr, LESCLOU.P, WIERZBA, « le traitement buccodentaire des toxicomanes est-il spécifique ? »

9. PIND BORG JJ **:** « Atlas des maladies de la muqueuse buccale » MEDSI, 1981.

- Les professionnels de la santé buccodentaire, étant particulièrement concerné par les effets néfastes du tabagisme sur la sphère oropharyngée doivent contribuer au programme incitant à cesser de fumer.
- Sensibiliser l'unité de toxicologie de l'Ecole de Santé Publique de la faculté de Médecine pour la mise sur pied d'un programme approprié dans notre ville contre la toxicomanie.

REFERENCES

1. NGUYEN Tran Tran : « la dépendance tabagique, à l'aide du chirurgien Dentiste aux fumeurs » Thèse chir.dent. : paris V :1994.

2. BEN MEHEL : « Tabac et cavité buccale ». thèse chir.dent. :Paris V :1990

3. OMS : rapport sur la cavité Bucco dentaire dans le monde 2003. OMS 23-24, 2003.

4. GUTHMANN Michel : « étude de la relation TABAC et pathologies Buccales ». Thèse chir.dent. : Paris V :1992

5. Tarragano H, Messika P, POUGACH P **:** "tabac et cavité buccale, vers une politique commune au cabinet dentaire" revu d'odonto-stomat.1996 ; 24 ; page 231-237.

La santé de notre bouche est étroitement liée à notre qualité de vie, à notre bien-être. Un mauvais état buccal a un effet direct sur le bien-être de la personne, mais peut également être source de nuisance pour son entourage. De par la toxicité de la fumée du tabac, le tabagisme présente une série des dangers à l'origine des pathologies localisées à la cavité buccale ainsi qu'à l'ensemble de l'organisme.

Selon certains auteurs l'écosystème buccal est perturbé par la consommation du tabac et cela d'autant plus que les habitudes sont anciennes. La cavité buccale est en fait la première partie du corps à être en contact avec la fumée.

Notre étude est préliminaire, avec comme objectif principal de tabler sur la fréquence clinique des certaines pathologies que l'on peut dénombrer chez un fumeur de la ville de Lubumbashi sans chercher à établir dans un premier temps un lien de causalité entre le tabac et les différentes lésions tout en le comparant à certaines données de la littérature afin d'instaurer une attitude préventive face au tabagisme et ses méfaits.

POPULATION, MATERIELS ET METHODE

Notre étude transversale et descriptive a eu pour cadre les différentes zones de santé de la ville de Lubumbashi.

Elle se déroulait du 1er octobre au 31 octobre 2007, soit une période de 1 mois. Avec comme support un protocole de recherche pré-établi qui comportait deux volets, le premier accès sur un interrogatoire quant aux habitudes en rapport avec le tabagisme, et le deuxième sur la clinique de l'état de la cavité Buccale.

La population d'étude comporte 144 individus âgés de 22 à 65 ans, dont 108 hommes et 6 femmes, pris au hasard dans ces zones de santé avec comme critères d'inclusion clinico-biolgique et social :

- Etre fumeur connu dans son milieu d'au moins 5 cigarettes par jour pendant plus de 3 ans depuis le début, soit d'habitudes sont anciennes.
- Etre congolais d'origine.
- Pouvoir répondre convenablement à notre questionnaire sur un protocole de recherche préétabli.

Nous avons ainsi chez ces individus (fumeurs connues) un examen clinique endobuccal à l'aide de la triade instrumentale utilisée en stomatologie et cela à la lumière naturelle.

Après, nous les avons soumis à un questionnaire en rapport avec leur identité, les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et dans la prise de tabac. (Tabagisme).

Toutes ces données ont été codifiées pour réaliser une analyse classique.

Ce qui nous pousse à émettre déjà un cri d'alarme par crainte d'une évolution précancéreuse ou cancéreuse.

CONCLUSION

Cette étude transversale et descriptive nous a permis de mettre en évidence, en évaluant la présence de certaines pathologies anatomo-cliniques au sein d'une population constituée essentiellement par le sexe masculin, le rôle probable du tabagisme dans la présence de certaines pathologies dans la cavité buccale en se basant sur certaines données de la littérature.

Nous avons pu ainsi diagnostiquer les pathologies suivantes : les parodontopahies, les dyschromies dentaires, la xérostomie, l'halitose, la mélanose, les tartres tabagiques, les édentements,…ceci nous a poussé à croire que le fumeur de la ville de Lubumbashi était exposé au fil du temps à des pathologies plus graves telles les affections précancéreuse ou celle cancéreuses.

Compte tenu de ce qui précède, nous osons suggérer ceci :

- Instaurer une stratégie en rapport avec le programme de l'OMS sur la santé buccodentaire, qui vise à lutter contre les maladies buccodentaires liées aux tabac et autres affections à travers diverses stratégies.

Dans notre étude, nous n'avons diagnostiqué aucune pathologie à tendance ou à évolution maligne (leucoplasie, lichen plan, les cancers buccaux). Selon la littérature[4], des nombreuses enquêtes arrivent au même résultat : il y a une relation de cause à effet entre le tabac e le cancer des voies aérodigestives supérieures. Et c'est le goudron, un condensat de fumée de tabac qui possède des propriétés cancérigènes indiscutable[2,4] ;

Gentilini[6] émet encore quelques considérations là-dessus « les cancers buccaux ont une prévalence élevée en Asie du SUD-EST, plus particulièrement en Inde, où l'habitude de mâcher le tabac constitue un facteur favorisant. L'angulation du tabagisme et l'alcoolisme expliquent l'apparition des carcinomes épidermoïdes des voies aéro-digestives supérieures.

Dans notre étude nous n'avons démontré aucun cas avec lésion d'allure cancéreuse après examen clinique endobuccal, certainement que dans notre population aucun individu ne prend le tabac à mâcher, et personne n'avait l'air d'un ivrogne malgré la prise de l'alcool. Mais nous avons remarqué une forte modification de la muqueuse buccale par une concentration de mélanine créant une perturbation de la coloration (mélanose) chez presque la totalité de nos sujets d'études.

RESULTATS

A. Description de notre population

Tableau I : la répartition selon le sexe

Sexe	Effectifs	%
Masculin	108	94,74
Féminin	6	5,26
Total	**114**	**100**

Le sexe masculin prédomine largement sur le féminin avec un sexe ration de 108/6.

Tableau II : la répartition par tranche d'âge

Tranche d'âge(Ans)	Effectifs	%
21-30	18	15,79
31-40	58	51
41-50	16	14,04
51-60	8	7,02
60	14	12,28
Total	**114**	**100**

La tranche 31-40 ans, prend plus de la moitié de notre population. Alors que nous n'avons dénombré aucun adolescent qui prenait de la cigarette.

Tableau III : la répartition selon la profession (occupation journalière)

Profession	**Effectifs**	**%**
Enseignant	2	1,75
Ouvrier	22	19,30
Libéral	32	28,07
Gardiennage + policier	22	19,30
Chômeur	8	7,02
Etudiant	8	7,02
Barman	8	7,02
Administration publique	4	3,51
Médical et paramédical	8	7,02
Total	**114**	**100**

Ce sont les individus ayant un métier libéral (commerçant, trafiquant,…) qui étaient le plus représentés par rapport aux autres métiers dans notre population.

Les différents irritants dus au tabagisme sont certainement à la base de l'installation et de l'aggravation des maladies parodontales. Comme l'ont démontré nos travaux, la gingivite tabagique est une affection souvent rencontrée, elle est accompagnée couramment des gingivorragies qui empêchent souvent le sujet de brosser ses dents régulièrement.

En l'absence de tout traitement, la gingivite évolue vers d'autres stades assez importants de la pathologie parodontale (parodontite).

Les parodontopahies étaient présents chez presque la totalité de notre population. C'est une affection qui touche le tissu de soutien de la dent, elle débute toujours par une gingivite, qui mal gérée conduit à une lyse osseuse avec formation et installation d'une parodntite[7].

Pour Gentilini[6] les parodontopahies sont très répandues en Afrique, et les facteurs favorisant sont locaux : les tartres, les malpositions dentaires et le tabac.

Ces lésions débutent par une inflammation gingivale jusqu'à l'atrophie des gencives (parodontite) avec perte à long terme des dents. La fumée induite la formation de poches, fragilise la lame osseuse, favorise la plaque et la carie.

En rapport avec l'organe dentaire, on remarque chez le fumeur une accumulation des dépôts goudronneux au niveau des surfaces peu accessible à l'auto nettoyage. Si l'émail n'est pas détruit, on remarque la présence d'une carie ou d'une facture qui touche l'émail, la structure de la dentine est envahie par des amas goudronneux. Guthman a trouvé aussi dans ses travaux une dyschromie dentaire chez 52,2% des sujets fumeurs[4].

Enfin, des études ont montré que les fumeurs ont moins de carie que les non-fumeurs, mais cet avantage est équilibré par un nombre d'édentement chez les fumeurs, c'est ainsi que l'indice CAO dans notre étude présente est plus augmenté par le nombre de dents manquantes (la moyenne de cet indice est de 3,4±1,48.

De la salive : par l'action de la nicotine sur le système nerveux végétatif, on remarque une augmentation de la sécrétion salivaire, mais à long terme il y a épuisement des glandes salivaires avec comme conséquence une hyposécrétion amenant une sécheresse buccale et le peu de salive existant devient collante, visqueuse et mucoide, ce qui entrave l'action du flux salivaire sur la cavité buccale[7].

La xérostomie a été présente dans les travaux de Guthman chez les fumeurs (55,2%), alors que dans notre travail, cela a été évalué à 33,3%.

B. Habitude tabagique et hygiène buccodentaire

Tableau IV : répartition selon le nombre d'année de prise du tabac

Nombre d'années	Effectifs	%
3-5 ans	16	14,04
6-10 ans	28	24,56
11-15 ans	18	15,79
16-20 ans	20	17,54
21-25ans	2	1,75
>25 ans	30	26,32
Total	**114**	**100**

Ceux qui ont plus de 30 ans de prise de cigarettes représentent le nombre de cas le plus élevé par rapport aux autres, dans notre population.

Tableau V : la répartition selon la quantité de cigarettes prise par jour

Nombre cigarette	Effectifs	%
5-10	66	57,89
10-20	42	36,84
>20	6	5,26
Total	**114**	**100**

Ceux qui prennent entre 10 et 20 cigarettes par jour étaient majoritaires dans notre étude.

Tableau VI : la répartition selon l'état d'hygiène buccodentaire

EHBD	Effectifs	%
Bon	0	0,00
Moyenne	42	36,84
Mauvais	72	63,16
Total	**114**	**100**

63,16% présentaient un EHBD mauvais. Nous signalons toute fois ceci : 100% de ces individus utilisaient une brosse à dent modern, avec une pâte dentifrice, et la moyenne de leur brossage par jour était 1,3±1,7j.

C <u>Etude anatomo-clinique</u>

Tableau VII : la répartition selon la présence ou non d'halitose (mauvaise haleine buccale)

Halitose	Effectifs	%
Oui	104	91,23
Non	10	8,77
Total	**114**	**100**

Presque la majorité des individus présentaient une mauvaise haleine émanant de leurs cavités buccales (91,23%).

Presque la majorité de notre population d'étude ont présenté cette haleine (91,23%), alors que les travaux de Guthman[2] ont trouvé chez 104 fumeurs, la mauvaise haleine à raison de 48,6%.

De l'hygiène : en général, selon certaines études, l'hygiène de la cavité orale chez un fumeur est inférieure à celle du non-fumeur et les raisons évoquées sont nombreuses, entre autres : soit le fumeur n'accorde pas d'importance au soin de sa bouche qu'il est moins soucieux de sa santé en général ; soit l'action irritante de la fumée rend le brossage douloureux et empêche celui d'entretenir une hygiène correcte.

Dans notre population d'étude, la majorité avait une hygiène négative (63,16%), alors que l'instrument et le produit utilisé sont appropriés (brosse à dent moderne et pâte dentifrice). Mais nous remarquons toutefois que la moyenne de la fréquence de brossage (plus ou moins 1,3 brossage par jour) était inférieure aux normes exigées par la Fédération Dentaire Internationale (FDI), soit 2 brossages par jour en moyenne.

Pour le sens gustatif : il y a perte d'acuité olfactive et de sensibilité au cours du temps, cependant s'il y a arrêt de tabagisme, ces inhibitions peuvent être supprimées. Et nous avons remarqué une perturbation du goût chez 56,4% de nos sujets d'étude, Guthman (France) avait trouvé 51%.

DISCUSSION

Selon la littérature. « Fumer provoque des maladies graves », les pathologies imputables au tabac, sont nombreuses touchent un grand nombre d'organes, dont la cavité buccale en premier lieu. Le tabac a ainsi des nombreuses conséquences négatives sur la santé buccodentaire. Allant des simples répercussions esthétiques jusqu'aux cancers buccaux[2,3].

Le fait de fumer la cigarette particulièrement pendant plusieurs années a des conséquences désastreuses au niveau de la cavité buccale.

La fumée va perturber sur le plan local l'équilibre physiologique au niveau du milieu buccal en favorisant ainsi l'installation de plusieurs pathologies et de certains signes pouvant permettre de reconnaître un fumeur lors de l'examen clinique endobuccal.

L'haleine du fumeur est caractérisée par une odeur désagréable. C'est la première affection que l'on rencontre, même si elle n'est pas pathologique lorsque la malade qui fume ouvre la cavité buccale pour un examen clinique de routine et cette odeur est caractéristique de son haleine.

Tableau VIII : la répartition selon la présence ou non de mélanose (décoloration des muqueuse buccales)

Mélanose	Effectif	%
Oui	94	82,46
Non	20	17,54
Total	**114**	**100**

La décoloration de la muqueuse, gingivale et palatale était présente chez 82,46% de la population. La gingivite souvent accompagnée des gingivorragies a été diagnostiquée chez 100% de notre population dont 82,46 de notre population faisaient une parodontite.

Tableau IX : la répartition selon la valeur de l'indice CAO (dent cariée absente pour cause de la carie ou dent obturée)

Indice	Effectif	%
0	14	12,28
1	24	21,05
2	26	22,81
3	14	12,28
4	4	3,51
5	2	1,75
6	8	7,02
7	6	5,26
8	6	1,75
10	8	7,02
11	4	3,51
12	2	1,75
Total	**114**	**100**

La moyenne de l'indice CAO était 3,4 avec un pic égal à 2.

Tableau X : la répartition selon la présence ou non de la sécheresse buccale (xérostomie)

Xérostomie	Effectifs	%
Oui	38	33,33
Non	76	66,67
Total	**114**	**100**

La sécheresse de la bouche due à une hypoplasie s'était retrouvée chez 33,3% des individus. On a pu dénombrer 18 cas des édentés partiellement entre 4 et 12 dents manquantes. Le changement de la teinte de la denture (dyschromie) était présent chez 72 individus de notre population.

On a pu remarquer aussi chez 4 individus une mauvaise cicatrisation de la plaie-post extractionnelle dentaire. 56,4% des individus ont attesté avoir une perturbation du goût. La totalité des individus présentaient des tartres en bouche, avec une prédominance des tartres dits « tabagiques » ou des plaques dentaires bactériennes.