



Article Original

Étude Sociodémographique du Traitement des Édentements par Implants Dentaires à Kinshasa

Sociodemographic study of the treatment of edentulousness by dental implants in Kinshasa

Sokolo R^{1,2}, Konde J³, Bakambana G⁴, Kubiluka J², Songo F⁵, Situakibanza H⁶, Matanda R⁷, Mokassa L⁸, Thomas L⁹

RÉSUMÉ

But. Cette étude avait pour but de montrer l'intérêt du traitement implantaire comme mode de traitement des édentements dans la population de Kinshasa et de décrire les facteurs sociodémographiques et cliniques qui déterminent ce choix. **Matériels et méthodes.** Il s'est agi d'une étude transversale analytique menée à Kinshasa auprès des patients avec édentement non traités devant choisir un des modes traitement disponible (prothèse amovible, fixe, et prothèse sur implant). Les variables de l'étude étaient les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, état civil, profession, mode déplacement), les données endo-buccales (nombre des dents absentes, sites d'édentement), les caractéristiques radio-cliniques (espace prothétique, ouverture buccale, hauteur de l'os alvéolaire, tumeurs bénignes ou malignes endo-osseuses). **Résultats.** Le choix du traitement d'édentement a montré une interaction avec les catégories socio-professionnelles. Le test chi-carré de Pearson a montré une significativité de cette interaction ($p=0,001$) et n'a montré aucune significativité entre le choix du traitement d'édentement et l'âge ($p=0,190$), le sexe ($p=0,291$), l'état civil ($p=0,150$) et le mode déplacement des patients ($p=0,869$). Trois critères dominants (confort, fonctionnalité et stabilité) ont milité pour le choix du traitement implantaire dans 40,2% des patients. **Conclusion.** Cette étude a montré que la prothèse implantaire pouvait susciter de l'intérêt auprès de la population de Kinshasa comme de traitement de l'édentement. Le choix de la prothèse implantaire était fortement lié au niveau socio-professionnel et aux critères cliniques prothétiques (confort, fonctionnalité et stabilité).

ABSTRACT

Purpose. The aim of this study was to show the value of implant treatment as a mode of treatment for edentulousness in the population of Kinshasa and to describe the socio-demographic and clinical factors which determine this choice. **Materials and methods.** This was an analytical cross-sectional study conducted in Kinshasa among patients with untreated edentulousness who had to choose one of the modes of edentulous treatment (removable prosthesis, fixed prosthesis, and implant-supported prosthesis). The study variables were socio-demographic characteristics (age, sex, marital status, occupation, travel mode), intraoral data (number of missing teeth, edentulous sites), radio-clinical characteristics (prosthetic space, mouth opening, height of the alveolar bone, benign or malignant intrabone tumors). **Results.** The choice of treatment for edentulousness showed an interaction with socio-professional categories. Pearson's chi-square test showed no significance of this interaction ($p = 0.001$) and showed no statistical significance between the choice of edentulous treatment and age ($p = 0.190$), sex ($p = 0.291$), civil status ($p = 0.150$) and mode of movement of patients ($p = 0.869$). Three dominant criteria (comfort, functionality and stability) called for the choice of implant treatment for 40.2% of patients. **Conclusion.** This study showed that the implant prosthesis could arouse interest among the population of Kinshasa as a treatment for edentulousness. The choice of the implant prosthesis was strongly linked to the socio-professional level and to the prosthetic clinical criteria (comfort, functionality and stability).

1. Service d'ORL et chirurgie maxillo-faciale, Centre hospitalier Emile Roux Le Puy en Velay/France
2. Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, Département de chirurgie, Cliniques universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa
3. École de santé publique, Faculté de médecine, Université de Kinshasa
4. Hôpital général de référence de Kimbondo à Kinshasa
5. Service d'odontologie pédiatrique, Cliniques universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa
6. Service des maladies infectieuses, Cliniques universitaires de Kinshasa, université de Kinshasa
7. Service d'ORL, Cliniques universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa
8. Service d'orthopédie et traumatologie, Département de chirurgie, Cliniques universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa
9. Service de rhumatologie, CHU de St Etienne/France

Auteur correspondant : Sokolo Richard
 Email : sokolofr@yahoo.fr
 Téléphone : 0033666866042

Mots-clés : édentement, prothèse amovible, prothèse fixe, prothèse implanto-portée, Kinshasa
Keywords: B edentulousness, removable prosthesis, fixed prosthesis, implant-supported prosthesis, Kinshasa

INTRODUCTION

Le nombre des personnes édentées est en constante augmentation dans le monde et ce phénomène retentit sur la santé orale (1, 2). Les besoins en traitement prothétique sont devenus une réalité préoccupante.

Plusieurs thérapeutiques prothétiques sont disponibles pour traiter ces patients : la prothèse amovible, la prothèse fixe et la prothèse sur implant (3).

En France, Vincelet et al (4), dans une étude sur l'état bucco-dentaire en Ile-de-France, ont montré que près de la moitié de la population (46,6%) avait des prothèses

dentaires parmi laquelle 8,9% des personnes étaient porteuses d'un appareillage amovible et 37,6% d'un appareillage fixe.

À Kinshasa, les édentements sont en grande partie réhabilités par des prothèses amovibles partielles (PAP) en résine acrylique (5). Il en est de même dans d'autres pays africains, comme le Sénégal et le Burkina Faso, où près de la moitié des édentements partiels sont compensés par des prothèses provisoires en résine (6). Cependant, la prothèse amovible est iatrogène car elle entraîne une augmentation de l'indice dent cariée, absente, obturée (CAO), de l'indice de plaque et de l'indice gingival (5, 7, 8).

Quant à la prothèse fixe, malgré le confort, la stabilité et des fonctions esthétique et masticatoire, elle a l'inconvénient de sacrifier les dents piliers.

En revanche, les prothèses implanto-portées sont des prothèses qui s'ancrent ou se vissent sur des implants et améliorent le confort. Elles permettent de régler de manière définitive le problème d'instabilité et améliorent l'efficacité masticatoire (3). Le traitement implantaire comporte un réel avantage vis-à-vis de la prothèse amovible et fixe. Il diminue la résorption osseuse et donc préserve le capital osseux et garantit l'esthétique (9, 10). À Kinshasa, en dehors des cas d'implants dentaires posés aux cliniques universitaires, les implants dentaires ne sont pas utilisés pour des raisons liées au coût de la restauration prothétique, au faible pouvoir d'achat des patients (11), au manque de formation des praticiens et à l'ignorance de cette technologie par la population. Optimiser la santé orale des patients devrait passer donc par l'implantologie. L'hypothèse de cette étude reposait sur le fait que le choix du traitement implantaire serait lié au niveau socio-professionnel et aux critères cliniques implantaires de confort, de stabilité et de fonctionnalité.

Nous avons mené cette étude afin de montrer l'intérêt du traitement implantaire comme mode de traitement des édentements dans la population de Kinshasa et décrire les facteurs sociodémographiques et cliniques qui déterminent ce choix.

PATIENS ET MÉTHODES

Type et période

Nous avons mené une étude transversale analytique à Kinshasa du 1^{er} mars au 30 décembre 2020.

Site d'enquête

Il s'est agi d'une étude multicentrique conduite dans 4 centres d'odonto-stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale choisis pour leur forte fréquentation et leur capacité à drainer des catégories socio-professionnelles variées des patients.

Population d'étude

La population d'étude était constituée de patients avec édentement non traité, reçus en consultation dans les quatre centres pour une affection dentaire ou maxillo-faciale pendant la période d'étude.

Critères d'inclusion

Pour participer à l'étude, il fallait :

- Être âgé d'au moins 18 ans, indépendamment du sexe.

- Avoir une ou plusieurs dents absentes.
- Être non porteur d'une prothèse dentaire.
- Consulter pour n'importe quelle affection dentaire ou maxillo-faciale.
- Donner son consentement éclairé.

Critères de non-inclusion

N'étaient pas admis dans l'étude, les patients présentant des maladies systémiques non contrôlées (diabète, VIH).

Critères d'inclusion pour le traitement implantaire

Étaient sous-sélectionnés pour le traitement implantaire, les patients ayant choisi le traitement implantaire comme mode de traitement d'édentement.

Critères de non-inclusion pour le traitement implantaire

Ne pouvaient être éligibles aux implants dentaires malgré leur choix du traitement implantaire, les patients présentant les pathologies et ou les états ci-après :

- Cardiopathies à haut risque (valvulaires, congénitales cyanogènes, antécédent d'endocardite infectieuse).
- Diabète et VIH non contrôlés.
- Tumeurs bénignes ou malignes maxillaires et mandibulaires.
- Troubles psychiatriques.
- Corticothérapie au long cours.
- Traitement par Biphosphonates.
- Volume et/ou quantité osseuse alvéolaire insuffisante.
- Espace prothétique insuffisant.
- Limitation d'ouverture buccale.

Échantillonnage

Estimation de la taille de l'échantillon

Tenant compte de la fréquentation des quatre structures sanitaires retenues pour faire partie de l'études qui était estimée à une centaine de patients par mois et d'une proportion d'édentement d'un patient sur quatre, une taille minimale de 100 patients a été retenue pour cette étude.

Technique d'échantillonnage

Il s'est agi d'un échantillonnage exhaustif de tous les patients ayant fréquenté les quatre structures désignées pendant la période d'étude, remplissant les critères d'inclusion et de non-inclusion et ayant choisi un traitement parmi les trois approches thérapeutiques proposées pour leurs édentements.

Collecte des données

L'étude comprenait une phase d'enquête sur questionnaire rempli au cours d'un entretien face à face et une observation consistant en un examen clinique et un examen radiologique. Toutes les variables d'intérêt ont été reprises sur une fiche ad hoc.

La collecte des données a été effectuée par les responsables des centres d'investigation, tous praticiens dans le domaine d'odonto-stomatologie.

Ce questionnaire a été proposé à tous les patients venus consulter pour une affection dentaire ou maxillo-faciale, ayant une ou plusieurs dents absentes et non porteurs d'une prothèse dentaire. Ce questionnaire était centré sur les caractéristiques socio-démographiques et sur le mode déplacement afin d'évaluer le niveau de vie des patients.

Les critères d'inclusion et de non-inclusion ont été vérifiés.

L'enquête consistait d'abord à expliquer, à l'aide d'une notice d'information et des photos, les trois modalités du traitement de l'édentement, leurs avantages et leurs inconvénients : prothèse amovible partielle ou totale, prothèse fixe et prothèse fixe ou amovible sur implant.

Les critères de choix des patients sur chaque mode de traitement d'édentement étaient basés sur les aspects suivants : le confort, la fonctionnalité, la stabilité et le coût.

Cette investigation était basée sur l'examen clinique et l'examen radiologique. L'examen clinique stomatologique classique a été réalisé avec une attention sur l'ouverture buccale et l'espace prothétique. L'examen de radiographie panoramique dentaire était réalisé pour vérifier la hauteur de l'os alvéolaire, éliminer les tumeurs bénignes ou malignes endo-osseuses maxillaires et/ou mandibulaires.

Analyses statistiques

L'analyse des données s'est faite avec le logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21. Les variables quantitatives, comme l'âge des patients et le nombre de dents absentes, étaient résumées par le calcul de la moyenne et de l'écart-type. L'âge des patients était ensuite transformé en catégories par la construction des intervalles de classes pour permettre d'en rechercher une relation avec le type de prothèse choisi par les patients.

Les variables qualitatives, comme le choix d'un traitement pour l'édentement et le type de traitement, ont été présentées sous forme de proportion.

Le test t de Student a été utilisé pour comparer l'âge des patients ainsi que le nombre de dents absentes entre les deux sexes.

Enfin, l'analyse bivariée a consisté à identifier les facteurs sociodémographiques et professionnels associés au choix d'un traitement et du type de traitement par les patients à l'aide du test de Chi-carré de Pearson.

Tous les tests ont été effectués au niveau de signification $\alpha = 5\%$.

Considérations éthiques

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa enregistrée sous le numéro ESP/CE 12/2020.

RÉSULTATS

Dans l'étude, nous avons inclus 146 patients, 54 (37%) hommes et 92 (63%) femmes dont l'âge moyen était de $38,14 \pm 16,21$ ans. L'état civil de nos patients se répartissait entre mariés (44,5%), célibataires (49,3%), veufs (4,1%), et divorcés (2,1%). Leur mode de déplacement (à pied, en transport en commun, en voiture personnelle) et leurs catégories socio-professionnelles (étudiant, chômeur, cadre supérieur et moyen, commerçant et autres (pasteur, ouvrier...)) sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Statistiques descriptives des patients

		n	%
Sexe, (n=146)	Homme	54	37
	Femme	92	63
État civil, (n=146)	Marié/Union libre	65	44,5
	Célibataire	72	49,3
	Veuf/Veuve	6	4,1
	Divorcé(e)	3	2,1
Mode de déplacement (n=140)	À pied	21	15,0
	Transport en commun	96	68,6
	Voiture personnelle	23	16,4
Catégories socioprofessionnelles (n=146)	Étudiant	39	26,7
	Chômeur	43	29,5
	Cadre moyen/sup	38	26,0
	Commerçant/business	14	9,6
	Autres (pasteur, ouvrier)	12	8,2

Le tableau 2 montre la répartition des dents absentes.

Tableau 2 : Nombre des dents absentes (Moyenne +/- écart type)

STATISTIQUES	Maxillaire	Mandibule	Total (Maxillaire et mandibule)	Femmes	Hommes
n	146	146	146	92	54
Moyenne (écart-type)	1,82 (2,04)	1,78 (1,76)	3,60 (3,12)	3,91 (3,10)	3,07 (3,10)
Médiane	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00
P25	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00
P75	3,00	2,00	5,00	6,00	4,00
Mode	1	1	1	1	1
Minimum	0	0	1	1	1
Maximum	10	9	16	15	16
Somme	266	260	526	357	169

Le nombre de dents absentes, aussi bien pour le maxillaire que pour la mandibule, variait de 1 à 16. En moyenne, ils avaient 3,6 dents absentes avec un écart-type de 3,12. La moitié des patients inclus dans cette étude avait au plus 2 dents absentes et le quart et les trois quarts d'entre-eux respectivement au plus 1 et 5 dents absentes. Les femmes avaient en moyenne 3,91 dents absentes contre 3,07 pour

les hommes, sans aucune différence statistiquement significative entre ces deux moyennes ($p=0,0117$). Les causes d'édentement étaient répertoriées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Causes d'édentement

	N=146	%
Carie	131	90,3
Parodontopathie	17	11,8
Traumatisme	6	4,2
Agénésie	1	0,7
Iatrogénie	4	2,8
Inconnue	3	2,1

De tous les patients inclus, 110 (82,7%) connaissaient au moins un des traitements d'édentement. 101 (70,6%) patients ont souhaité traiter leur édentement, 45 patients (29,4%) ne l'ont pas souhaité pour des raisons d'absence de gêne chez 26 patients, de manque de moyens financiers chez 23 patients, de l'âge avancé chez 1 patient. 3 patients n'ont pas argumenté leur refus.

Parmi les 101 patients qui ont souhaité traiter leur édentement, 97 ont choisi un type de traitement d'édentement, dont 42,3% par prothèse amovible, 17,5% par prothèse fixe et 40,2% par prothèse sur implant. Le tableau 4 montre le choix du traitement d'édentement en fonction des catégories socio-démographiques et professionnelles.

Le test Chi-carré de Pearson n'a montré aucune relation significative entre les différents types de traitement et le sexe (p= 0,291), l'âge (p= 0,190), l'état civil des patients (p= 0,150) et le mode déplacement des patients (p= 0,869). Il est en revanche apparu une relation significative entre le choix du traitement d'édentement et la catégorie socio-professionnelle du patient. Le test Chi-carré de Pearson a montré une significativité de cette interaction (p= 0,001).

Tableau 4 : Choix du traitement d'édentement suivant les catégories socio-démographiques et professionnelles

	Prothèse amovible		Prothèse fixe		Prothèse sur implant		p
	N	%	N	%	N	%	
Sexe							0,291
Féminin	30	73,2	11	64,7	22	56,4	
Masculin	11	26,8	6	35,3	17	43,6	
Âge (années)							0,190
18 - 29	10	24,4	10	58,8	18	46,2	
30 - 49	18	43,9	4	23,5	15	38,5	
50 - 69	9	22,0	2	11,8	5	12,8	
70 - 79	4	9,8	1	5,9	1	2,6	
État civil							0,150
Marié	26	63,4	5	29,4	19	48,7	
Célibataire	14	34,1	12	70,6	19	48,7	
Veuf/Divorcé	1	2,4	0	0,0	1	2,6	
Mode de déplacement							0,869
À pied	7	17,9	3	17,6	6	15,8	
En transport en commun	25	64,1	9	52,9	25	65,8	
En voiture	7	17,9	5	29,4	7	18,4	
Catégorie professionnelle							0,001
Étudiant	2	4,9	7	41,2	18	46,2	
Chômeur	18	43,9	2	11,8	4	10,3	
Cadre moyen / supérieur	12	29,3	4	23,5	10	25,6	
Commerçant	5	12,2	2	11,8	5	12,8	
Autres (pasteur, ouvrier...)	4	9,8	2	11,8	2	5,1	

Le tableau 5 montre le choix du traitement d'édentement sur base des critères de confort, de fonctionnalité, de stabilité et du coût. Le test de Chi-carré de Pearson a montré une significativité entre les différents choix du

traitement implantaire et les critères de confort (p= 0,000), de fonctionnalité (p= 0,008), de stabilité (p= 0,000) et du coût (p= 0,000).

Tableau 5 : Choix du traitement d'édentement selon les critères

	Confort		Fonctionnalité		Stabilité		Coût	
	Non (%)	Oui (%)	Non (%)	Oui (%)	Non (%)	Oui (%)	Non (%)	Oui (%)
Prothèse amovible	35(85,4)	6(14,6)	29(70,7)	12(29,3)	40(97,6)	1(2,4)	13(31,7)	28(68,3)
Prothèse fixe	8(47,1)	9(52,9)	13(76,5)	4(23,5)	10(58,8)	7(41,2)	12(70,6)	5(29,4)
Prothèse/implant	18(46,2)	21(53,8)	16(41,0)	23(59,0)	19(48,7)	20(51,3)	39(100)	0(0,0)
p	0,000		0,008		0,000		0,000	

Il ressort du tableau 6 que 39 patients ont choisi le traitement de prothèse sur implant. Trente-quatre (85%) patients ont rempli les critères d'inclusion à ce traitement. 15% ne l'ont pas rempli à cause soit de la prise des

corticoïdes au long cours, soit de l'espace prothétique insuffisant, soit de la hauteur de l'os alvéolaire insuffisante.

Tableau 6 : Critères pour le choix du traitement implantaire

	n(oui)	n(non)
Absence de cardiopathie à haut risque	39	0
Absence de diabète non contrôlé	39	0
Absence de VIH non contrôlé	39	0
Absence de troubles psychiatriques	39	0
Pas de corticothérapie au long cours	38	1
Pas de traitement par biphosphonates	39	0
Ouverture buccale normale	39	0
Espace prophétique suffisant	37	2
Hauteur de l'os alvéolaire normale	37	2
Absence de tumeurs bénignes ou malignes	39	0

DISCUSSION

L'objectif de l'étude était de montrer l'intérêt du traitement implantaire comme mode de traitement des édentements dans la population de Kinshasa et de décrire les facteurs sociodémographiques et cliniques qui déterminent ce choix.

Nous avons inclus 146 patients (63% de femmes et 37% d'hommes) dont l'âge moyen était de 38,14±16,21 ans. Faye et al (12) dans leur étude avaient recensé 60% des femmes et 40% d'hommes. Leur échantillon est similaire aux nôtres à la différence de leur moyenne d'âge qui était de 52 ans. Cependant, l'échantillon de Gueye et al (6) était constitué de 80,4% d'hommes et 19,6% de femme. Notre population était majoritairement constituée de célibataires (49,3%) puis de mariés (44,5%). Elle diffère également sur ce critère démographique de celle de Gueye et al (6) qui a retrouvé 68,6% des mariés et 11,8% des célibataires. La moyenne des dents absentes au maxillaire et à la mandibule dans notre population était de 3,60±3,117. Les femmes avaient une moyenne de 3,91±3,101 dents absentes plus élevée que celle des hommes de 3,07±3,101, sans aucune différence statistiquement significative (p=0,117). Les valeurs de nos moyennes étaient légèrement plus élevées que celles de Ntumba et Kadiata qui ont rapporté une moyenne de dents absentes de 2 chez les hommes et de 3 chez les femmes (13). Gueye et al (6) évoquent également que l'édentement est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

Les principales causes d'édentement étaient la carie dentaire (90,3%) et les parodontopathies (11,8%). La prédominance de ces deux causes est conforme à celle identifiée par plusieurs études (5, 12, 13, 14, 15, 16).

Trois modes de traitement d'édentement étaient présentés à nos patients : la prothèse amovible, la prothèse fixe et la prothèse sur implant. 101 (70,6%) patients ont souhaité traiter leur édentement tandis que 45 (29,4%) patients ne l'ont pas souhaité. L'attitude du groupe qui refusait de traiter l'édentement peut s'expliquer d'une part par le fait que, selon Mayunga et al (17), la sévérité de l'influence de l'édentement sur la vie quotidienne des congolais basée sur le questionnaire OHIP (Oral Health Impact Profile) est faible et que tous les édentements n'entraînent pas

forcément une mauvaise qualité de vie et, d'autre part, par le faible niveau socio-économique des populations africaines (6).

Cette étude n'a montré aucune influence des facteurs tels que l'âge, le sexe, l'état civil et le mode de déplacement des patients sur les différents choix thérapeutiques de l'édentement. Cependant, Fall et al (18), Petersen et al (19), Vincelet et al (4) ont constaté que le port de prothèse augmentait avec l'âge. Fall et al (18), Pesson et al (20) ont trouvé que le port de prothèse était supérieur chez les hommes tandis qu'en France, en 2008, le taux d'appareillage chez les femmes était de 49,4% contre 43,4% chez les hommes (4).

Nous avons retrouvé une influence des catégories socio-professionnelles sur le choix du type de traitement de l'édentement.

Dans l'étude de Faye et al (12), la prothèse implantaire, par son coût élevé, apparaissait réservée à une certaine classe sociale, dont le niveau d'études et le profil socio-économique sont très élevés. Dans notre étude, les étudiants aspirant à devenir cadres moyens et supérieurs et les cadres ont été majoritaires dans le choix de la prothèse implantaire. Ceci rejoint les conclusions de Faye et al (12).

Nous avons présenté aux patients quatre critères pour le choix du traitement des édentements : le confort, la fonctionnalité, la stabilité prothétique et le coût prothétique.

Le principal critère de choix de la prothèse amovible était son faible coût. Elle a été choisie par 68,3% des patients qui souhaitaient ce type de traitement.

En République démocratique du Congo, les édentements sont en grande partie réhabilités par des prothèses amovibles partielles (PAP) en résine acrylique à raison de 78,8% (5, 14). Selon Fall et al (21), la demande en prothèse adjointe en résine acrylique demeure encore la plus fréquente avec 82,3% des actes à Ouagadougou. Selon Kouame et al (3), en Côte d'Ivoire, seulement 9,3% des praticiens posent des implants dentaires. Ces auteurs trouvent l'explication de cet état de fait par l'insuffisance de la formation initiale des praticiens, par le manque de plateau technique adéquat, par la faiblesse relative du pouvoir d'achat des patients et une politique générale de santé non incitative.

Dans cette étude, sur 39 patients qui ont choisi la prothèse implantaire, 34 (85%) ont rempli les critères d'inclusion avec un état bucco-dentaire ne nécessitant pas de chirurgie pré-prothétique et pouvaient bénéficier de ce traitement. L'inconvénient de la prothèse implantaire est son coût élevé ramenant son choix aux catégories socio-professionnelles avec un niveau d'études et un revenu mensuel élevés (4, 12). Le critère coût a été l'élément péjoratif du choix implantaire. Kalala et al (11) en République Démocratique du Congo évoquent que la pratique de l'implantologie n'est pas courante pour des raisons liées au coût de la restauration prothétique et au faible pouvoir d'achat des patients.

CONCLUSION

La présente étude a montré que la prothèse implantaire choisie par 40,2% des répondants pouvait susciter de l'intérêt comme mode de traitement de l'édentement. Son choix est fortement lié au niveau socioprofessionnel. Compte tenu de l'importance de la prothèse implantaire dans la prise en charge de l'édentement partout ailleurs, nous préconisons dans notre milieu d'envisager la formation des praticiens à cette technique, de mener une campagne explicative auprès de patients, de réfléchir sur la manière de baisser son coût.

RÉFÉRENCES

1. Syed AP, Fad AIS, Bandar I-M, Eleatic IE. Dental prosthetic status and treatment needs of adult population in JIZAN, Saudi Arabia: a survey report. *European Journal of Dentistry* 2016;10:459-463.
2. Rodriguez FR, Paganoni N, Weiger R, Walter C. Lower education level is a risk factor for tooth loss- analysis of a Swiss population (BREBS Project). *Oral Health& Preventive Dentistry* 2017;15:139-145.
3. Kouame K.M, Kouadio K.R, Kouadio A.A, Amani S.R, Koffi N.J, Djeredou K.B. Place des restaurations implantoprotées dans les thérapeutiques prothétiques en Côte d'Ivoire : Enquête réalisée auprès des Chirurgiens Dentistes du district d'Abidjan. *Rev. Iv. Odonto- Stomatol* 2020;22(1):31-36.
4. Vincelet C, Azogui-Levy S, Gremy I. Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte. *Observatoire Régional de santé d'Ile-de-France* 2008,p 112.
5. Sekele I.B., Naert I., Lutula P.S., Ntumba M.K., Bolenge I., Kaba K., Mayunga G.M., Dzaringa G.T. Influence de la prothèse amovible partielle en résine acrylique sur la santé bucco-dentaire et la qualité de vie. *Odonto-stomatol Trop* 2016;39(153):36-46.
6. Gueye M, Mbodj E.B, Dieng L, Thioune N, Toure A, Seck M.T. Caractéristiques socio-économiques des patients réhabilités par prothèse amovible : Etude pilote dans un département d'odontologie au Sénégal. *Rev. Iv. Odonto-Stomatol* 2014;16(2):21-26.
7. Seiya Yamazaki, Hikaru Arakuwa, Kenji Maekawa, Emilio Satoshi Hara, Kinji Noda, Hajime Minakuchi, Wataru Sonoyama, Yoshizo Matsuka. A retrospective comparative ten-year study of cumulative survival rates of remaining teeth in large edentulism treated with implant-supported fixed partial dentures or removable partial dentures. *J. Prosthodontic Research* 2013;57(3):156-161.
8. Yusof Z.,Isa Z. Periodontal status of teeth in contact with denture in removable partial denture wearers. *J Oral Rehabil* 1994; 21(1):77-8
9. Adell R, Lekholm U, Rockler B, Branemark P.I. A 15year study of osseointegrated implants in the edentulous jaw. *Int.J. Oral Surg* 181;10:387-419.
10. Feine J.S, De Grandmont P, Boudrias P, et al. Within subject comparisons of implant-supported mandibular prostheses: choice of prosthesis. *J. Dent. Res* 1994;73:1096-1104.
11. Kalala EK, Mantshumba MA, Vuysteke P,Vinckier F, Kumpanya NP, Bobe PA,Sekele IB, Bolenge IJ, Lutula PJ, Ntumba MK. Dental implantology at the Kinshasa University Hospital. *Annales Africaines de Médecine* 2014(7(4):73-77.
12. Faye D, Kanoute A, Seck M.T, Diouf A.A. Accessibilité aux technologies de soins innovantes en Afrique : cas de l'implantologie au Sénégal. *Cah. Santé Publique* 2012;11(1):54-64.

13. . Ntumba M.K, Kadiata M. Causes de l'édentation : étude rétrospective menée aux Cliniques Universitaires du Mont Amba. *Rev Belg Méd Dent* 1987;42(2):56-9.
14. Sekele I, Ntumba M, Lutula P, Sekele M, Nyimi B. Status of oral prosthetic rehabilitation of edentulism at the University Clinics of Kinshasa (CUK), TD Congo. *Open Journal of Stomatology* 2021;11:244-249.
15. Odusanya S.A. Tooth loss among Nigerians: Causes and pattern of mortality. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1987;16:184-189.
16. Aida J, Ando Y, Akhter R, Aoyama H, Masui M, Morita M. Reasons for permanent tooth extractions in Japan. *Journal of Epidemiology* 2006;16(5):214-219.
17. Mayunga G.M, Lutula P.S, Sekele I.B, Bolenge N, Kumpanya , Nyengele K. Impact de l'édentement sur la qualité de vie liée à la santé orale des Congolais. *OdontoStomatol Trop* 2015 ;38(150) :31-36.
18. Fall M, Sawadogo A, Ouédraogo Y, Diarra AA, Ouédraogo S. Port de prothèses : Enquête dans les cabinets dentaires de la ville de Ouagadougou. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2019;26(1):29-34.
19. Petersen PE, Kjoller M, Christensen LB. Changing dentates status of status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J. Public Health Dent* 2004;64(3):127-135.
20. Pesson DM, Didia EL, Kamagate FS, Bakou OD, Sangare A, Kouame KA, Konate NY, Djeredou KB, Thiam A, Toure S. Etude analytique des traitements prothétiques fixés réalisés au Service de prothèse du centre de soins de l'école dentaire d'Abidjan. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2009;16(4):25-29.
21. Fall M, Ouédraogo Y, Millogo M, Diarra A.A, Ouattara S, KonsemT. Prise en charge de l'édentement unitaire dans les cabinets dentaires de la ville de Ouagadougou. *Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac* 2018;25(2):46-51.