

PREVALENCE DES PARODONTITES

LES PARODONTITES EN AFRIQUE NOIRE

Influences des facteurs socio-économiques et habitudes culturelles

KAMAGATE A., COULIBALY N.T., KONE D., BROU E., BAKAYOKO LY R.

I - INTRODUCTION

En 1979, la majorité des pays d'Afrique noire ne possédait pas d'organisation en matière de santé bucco-dentaire. S'il existait une organisation, elle était très rudimentaire en raison du manque de personnels et des priorités minimales accordées par les autorités sanitaires (1, 13, 19). En conséquence, il existe très peu d'informations sur la prévalence des affections bucco-dentaires en Afrique. Cependant, quelques travaux réalisés à travers le continent, montrent que les pays africains sont confrontés à de graves problèmes de santé bucco-dentaire (3, 17, 19, 23). Le problème sévère non résolu des maladies parodontales, qui a longtemps caractérisé la plupart de ces pays, est maintenant aggravé par l'augmentation rapide de la prévalence de la carie dentaire.

L'objectif de cette étude est de faire le point sur les études épidémiologiques réalisées sur les parodontites en Afrique Noire et essayer de déterminer les influences des facteurs socio-économiques et de quelques habitudes culturelles.

II - LE POINT SUR LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

La plupart des résultats des études épidémiologiques sont difficilement comparables, en raison du manque de similarités des critères cliniques, de l'usage de différents groupes d'âges et de catégories socio-économiques, de l'absence de calibrage et de standardisation des examinateurs et une distribution âge et sexe non équitable. Sans compter les études réalisées avec des échantillons non représentatifs des populations (10, 20).

Les premières données épidémiologiques sur l'état de santé parodontal des Africains ont été obtenues dans

les années 1970 et 1981, alors que très peu de pays africains avait réalisé la prévalence des affections buccodentaires.

Franklin (1978), après une étude réalisée en même temps, au Nigeria, au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Ghana, en Mauritanie, au Togo, en Sierra Leone et dans d'autres pays du continent africain, a conclu que la prévalence des parodontites en Afrique était une des plus importantes au monde ; qu'elles affectaient 45 % des enfants, 75 % des 30 à 40 ans et 95 % des plus de 40 ans (19).

ENWONWU (1970), AKPATA (1978) ont rapporté que la prévalence et la sévérité des parodontites en Afrique étaient importantes (3, 17). Selon AKPATA, les Nigériens dans leurs vies, développaient prématurément des maladies parodontales, contrairement aux pays développés comme la Norvège, où les sujets développaient rarement avant 25 ans, des parodontites avec des poches parodontales supérieures à 5 mm. Dans une tranche d'âge de 10 à 14 ans, la formation des poches parodontales étaient déjà évidente chez une proportion importante des Nigériens et des Ougandais (34, 36).

Les études réalisées en milieu rural nigérian ont montré que 82,5 % des Yoroubas et 58,9, % des Ibos âgés de 25 ans et plus présentaient des destructions des tissus de support des dents avec des poches parodontales profondes (14, 17).

La prévalence des parodontites destructrices ou évolutives, évaluée par l'indice parodontal de Russel était de 15 % au nord du Nigeria et de 40 % à l'ouest. Au Ghana, la distribution était homogène et la prévalence des parodontites sévères chez les sujets de 30 ans et plus atteignait 33 % (14).

Hormis les pays cités, d'autres études épidémiologiques ont été réalisées dans d'autres pays comme le Mozambique (24), le Zaïre (25) et le Botswana (13). Les résultats de ces études montrent également des

prévalences de parodontites très élevées. Par exemple, 96 % des 6 à 12 ans au Mozambique souffraient de gingivites chroniques, 88 % des patients zairois âgés de 36 ans et plus avaient des parodontites et entre 95 et 98 % de la population adulte au Botswana souffraient de parodontites.

Comme ces études antérieures n'ont été suivies d'aucune étude répétée sur les mêmes populations, nous ne pouvons pas dire s'il y a eu une amélioration de l'état de santé parodontale des Africains (26). Virtuellement, il était plus facile de démontrer une corrélation significative entre une hygiène orale quasi inexistante et les aspects et la distribution des maladies parodontales. Même si ENWONWU (1970) a rapporté que dans une même communauté rurale, les individus les plus défavorisés sur le plan socioéconomique présentaient les destructions parodontales les plus sévères, par rapport à ce qu'on pouvait seulement attribuer à la présence de la plaque bactérienne associée à une mauvaise hygiène orale (17).

Une autre maladie parodontale communément rencontrée dans les populations africaines pré-industrialisées est la gingivite ulcéro-nécrotique (la G.U.N.) (15, 16, 31, 34, 37), qui est en réalité une parodontite. Dans les pays industrialisés, la G.U.N. est considérée comme une maladie des adultes jeunes. La situation est complètement différente au Nigeria, où plusieurs études ont montré qu'elle est communément rencontrée chez les enfants de 2 à 10 ans, avec une prévalence de 11,7 à 26,9 % (34). La G.U.N. a une étiologie multifactorielle. Les théories étiologiques les plus couramment admises font intervenir certains micro-organismes associés à une mauvaise hygiène orale, dans des conditions de stress et de défaillance immunitaire (34). Dans les sociétés pré-industrialisées africaines, il est clairement établi que la G.U.N. est une maladie des populations à niveau socio-économique faible avec une contribution de la mauvaise hygiène bucco-dentaire. Cependant les conséquences du statut socio-économique ne sont pas quantifiables (15). De plus, la G.U.N. peut dans certaines situations aggravantes s'associer à une lésion gangreneuse oro-faciale, connue sous le nom de noma, qui constitue un problème de santé publique important dans les pays d'Afrique Noire (15, 31, étude en cours de l'O.M.S.).

Il existe peu d'études qui ont évalué la sévérité des parodontites et la perte d'attache. Cependant, des études

des récentes sur les aspects de la perte des dents, dans les pays industrialisés et sous développés, indiquent que les parodontites destructives sont peu impliquées dans la perte des dents chez les adultes, même au-delà de 50 ans (AINAMO et coll. 1984, BOUMA et coll. 1985, LÖE et coll. 1986, BAELUM et FEJERSKOV 1986, BAELUM et coll. 1988). Une étude réalisée sur 647 étudiants en milieu universitaire à Abidjan, a permis de montrer que, malgré une hygiène bucco-dentaire insuffisante, la prévalence et la sévérité des poches parodontales étaient faibles (12). Dans une population adulte tanzanienne, de taille limitée, BAELUM et coll. (1986) ont montré que les maladies parodontales constituaient une cause mineure de perte des dents et qu'une fraction relativement faible de la population présentait la majorité des altérations parodontales, malgré une très mauvaise hygiène buccale de l'ensemble de la population. Ces études indiquent que la plaque bactérienne et le tartre n'entraînent pas nécessairement le développement de poches parodontales avec des pertes d'attache extensive.

III - INFLUENCES DES HABITUDES CULTURELLES

Le principal moyen traditionnel d'hygiène bucco-dentaire est le bâtonnet frotte-dents. C'est une pratique arabo-islamique, utilisée sur l'ensemble du continent africain. Il s'agit d'une baguette végétale ou d'un bâtonnet de bois long de 10 à 20 cm et de 0,5 à 1 cm de diamètre. Ce bâtonnet est mâchonné à une extrémité pour dilacérer les fibres, et ce pinceau est frotté sur les dents et les gencives.

Une étude épidémiologique réalisée au Rwanda montre qu'il existe un lien entre l'utilisation du bâtonnet frotte-dents et la prévalence des affections parodontales. On constate en effet que les affections parodontales sont plus fréquentes en milieu rural où l'on utilise davantage le bâtonnet frotte-dents. A l'opposé, en milieu urbain, les parodontites sont beaucoup moins fréquentes, les sujets utilisent davantage la brosse à dent et ces sujets ont un taux de couverture sociale plus important (9).

D'autres habitudes culturelles telles que la consommation de la kola et la consommation de la poudre de tabac, très répandues en Afrique Noire, peuvent avoir des actions négatives sur les dents et le parodonte, à cause des colorations et des dépôts tartriques qu'elles provoquent. Cependant, plusieurs études réalisées au

Sénégal montrent que la prévalence de la carie dentaire est moins élevée chez les masticateurs de la kola (21) et d'autre part, les tests de laboratoire montrent que l'extrait de kola possède une action antibactérienne, avec une activité plus marquée sur les bactéries GRAM + (22). Cependant, une étude réalisée au laboratoire des maladies infectieuses bucco-faciales à la faculté de chirurgie dentaire de Toulouse a démontré que l'extrait de kola nitida n'était pas efficace sur les bactéries impliquées dans les caries dentaires et les maladies parodontales à la dose habituelle utilisée chez les masticateurs (27).

IV- INFLUENCES DU NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

Beaucoup de pays en Afrique sont encore à prédominance rurale. L'urbanisation qui est le résultat d'un développement social et économique est en train de s'installer à une grande vitesse en Afrique. La valeur moyenne du taux de croissance urbaine est de 5 % (le plus important au monde) associée avec des changements négatifs dans les habitudes alimentaires des individus (33). Il est bien connu que l'avancement social et économique est responsable de l'augmentation de la consommation du sucre et des carbo-hydrates aux dépens des aliments de base, tels que les féculents. Ces changements ont pour conséquence, une augmentation de la prévalence de la carie dentaire, qui jusqu'à un passé récent était extrêmement rare en Afrique (17).

Des évidences récentes montrent que la fréquence des maladies parodontales baisse dans les pays industrialisés. Parallèlement, on note également le déclin de la carie dentaire, ceci grâce à une politique sanitaire bucco-dentaire qui met l'accent sur l'hygiène buccale et l'urgence des populations (10, 18, 36).

Les pays en voie de développement sont par définition des pays de manques : manque de nourritures et des éléments essentiels à la vie, mais le manque de personnels dans le domaine de la santé bucco-dentaire (chirurgiens dentistes et hygiénistes) est le plus important (10). La F.D.I. (1974), citée par VALENTINE (38), a rapporté que le Burkina Faso, ex Haute Volta, possédait un dentiste pour 4.540.000 habitants et ce pays n'était pas une exception. En 1998, la Côte d'Ivoire avait au niveau national 1 chirurgien-dentiste pour 41.231 habitants, à Abidjan 1/12.588 et à l'intérieur 1/154.337 (4). De tel rapport dentiste/population illustre bien la souf-

france des populations africaines en terme de soin bucco-dentaire. De nombreux autres facteurs aggravent cette situation déjà critique : la démographie, de la situation sociale et économique, des populations majoritairement rurales, ayant de faibles revenus et une absence totale de motivation en ce qui concerne leur état bucco-dentaire (16, 17, 29).

V - CONCLUSION

Le taux élevé de la prévalence des affections parodontales en Afrique est directement lié à la mauvaise hygiène buccale, à une absence de motivation des patients (13, 30, 31), et à un manque d'omnipraticiens et surtout de parodontistes (1, 10, 18). Il ne faut pas sous estimer le rôle de la nutrition et des infections parasitaires caractérisant l'Afrique Noire, sur la répartition et la nature des maladies parodontales.

La mise en œuvre de mesures préventives permet d'entraver ou d'arrêter la progression de la carie dentaire et d'améliorer l'état de santé parodontal des populations pré-industrialisées africaines. Cependant, en ce qui concerne les parodontites destructrices ou évolutives, l'objectif principal sera de développer des méthodes valables pour dépister et identifier les sous groupes à risque des différentes populations. Ainsi, ces patients seront pris en charge par les services médicaux qui mettront en place un nettoyage professionnel des dents (détartrage-surfçage) et la motivation des patients pour qu'ils réalisent un bon contrôle de plaque. Mais la mise au point de telles méthodes nécessitera la mise en place d'enquête épidémiologique et la mise au point de test de dépistage des maladies parodontales. Une telle politique de santé bucco-dentaire devrait être une priorité.

L'un des objectifs de santé bucco-dentaire de l'O.M.S pour l'an 2000 est que, plus de 50 % des individus à l'âge de 65 ans devraient avoir au moins 20 dents fonctionnelles (32). Dans deux études réalisées au Kenya et en Tanzanie, la prévalence des édentations était relativement faible et la carie dentaire était la cause majeure de la perte des dents (5, 6). C'est dans la prévention des lésions carieuses non traitées que ces pays et beaucoup d'autres, atteindront cet objectif visé.

Prévalence des parodontites...

RESUME

Le manque d'informations sérieuses et récentes sur l'état de santé bucco-dentaire de beaucoup de pays africains est un sujet de préoccupation grave. Il y a un besoin urgent d'informations actualisées sur les affections bucco-dentaires dans les diverses populations africaines et sur les facteurs qui les déterminent.

Cette étude fait le point sur les maladies parodontales en Afrique Noire et évoque les influences du niveau socio-économique et des habitudes culturelles.

Mots clés : épidémiologie, maladies parodontales, habitudes culturelles, facteurs socio-économiques.

ABSTRACT

The lack of reliable and recent information about the oral and dental health conditions of many African countries is a serious object of concern. There is an urgent need of up-to-date information about the oral and dental diseases existing among the various African populations and about their deciding factors.

This study takes stock of the periodontal diseases in black Africa and mention the influence of the socio-economic advancing and the cultural habits.

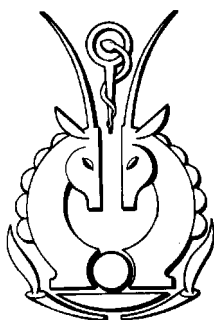
Key words : epidemiology, periodontal diseases, cultural habits, socio-economic factors.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AILBERG J.E.
Dentistry In Africa - A case of cooperation.
Trop. Dent. J., 3 : 37, 1980.
- 2 - AINAMO J., SARKKI L., KUHALAMPI M.L., PALOLAMPI L., PIRTO O.
The frequency of periodontal extractions in Finland.
Com. Dent. Health, 1 : 165-172, 1984.
- 3 - AKPTA E.S.
Dental epidemiological studies in Africa - A review.
Odonto-Stomatol. Trop., 1 : 35-39, 1978.
- 4 - AMORISSANI G.
Installation d'un cabinet dentaire privé en Côte d'Ivoire.
Thèse Chir. Dent., UFR d'Odonto-Stomatologie, Abidjan, 1998.
- 5 - BAEALUM V., FEJERSKOV O.
Tooth loss as related to dental caries and periodontal breakdown in adult Tanzanians.
Com. Dent. and Oral Epidemiol., 14 : 353-357, 1986.
- 6 - BAEALUM V., FEJERSKOV O., MANJI F.
Periodontal diseases in adult Kenyans.
J. Clin. Periodontol., 15 : 445-452, 1988.
- 7 - BAEALUM V., FEJERSKOV O., KARRING T.
Oral hygiene, gingivitis and periodontal breakdown in adult Tanzanians.
J. Periodontal Res., 21 : 221-232, 1986.
- 8 - BOUMA J., SCHAUB R.M.H., POEL A.C.M.
Periodontal status and total extraction in a medium sized city in the Netherlands.
Com. Dent. and Oral Epidemiol., 13 : 323-327, 1985.
- 9 - CASTUSSIE E., CANET C., MIQUEL J.L., BOUTONNET P.
Résultats et interprétation d'une enquête épidémiologique réalisée au Rwanda en Mai 1985 selon les critères préconisés par l'O.M.S.
Med. Afr. Noire, vol. 37, n° 12 : 791-798, 1990.
10. COHEN L.K.
Promoting oral health : guidelines for dental associations. Int. dent. J., 40 : 79-102, 1990.
- 11 - CORDON M.
Preliminary report of a survey of dental diseases conducted in two selected villages of Botswana.
Trop. Dent J., 1 : 52, 1978.
- 12 - COULIBALY N.T.
Épidémiologie des maladies parodontales en milieu universitaire en Côte d'Ivoire : évaluation à partir d'un échantillon de 647 étudiants.
Thèse de Doctorat en Sciences Odontologiques. Abidjan 1997.
- 13 - CURTRESS T.W., POWELL R.N., KILISIMA S., TOMKI S., HOLBOROW D.
A 3-year community-based periodontal diseases prevention programme for adults in developing nation.
Int. Dent. J., vol. 41, n° 6 : 623-634, 1991.
- 14 - ENWONWU C.O.
Epidemiological study of dental growth and dental diseases in western Nigerians children in relation to socio-economic status.
Unpublished MDS Thesis, University of Bristol, England, 1966.
- 15 - ENWONWU C.O.
Epidemiological and biochemical studies of necrotizing ulcerative gingivitis and noma (cancrum oris) in Nigerian children.
Arch. oral Biol., 17 : 1357-1372, 1972 b.
- 16 - ENWONWU C.O.
Review of oral diseases in Africa and the influence of socio-economic factors.
Int. Dent. J., vol 31, n° 1 : 29-38, 1981.
- 17 - ENWONWU C.O., EDOZIEN J.C.
Epidemiology of periodontal diseases in western Nigerians in relation to socio-economic status.
Arch. Oral Biol., 15 : 1231-1255, 1970,
- 18 - FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE.
The impact of changing disease trends on dental education and practice. Technical Report n° 30.
Int. Dent. J., 37 : 127-130, 1987.

Prévalence des parodontites...

- 19 - FRANKLIN E.R.
Periodontal diseases, a grave socio-economic problem in black Africa.
Trop. Dent. J., 1 : 17, 1978.
- 20 - GATEFF G., LEBRAS J.
Problèmes épidémiologiques des grandes villes africaines.
Méd. Afr. Noire, vol. 28, n° 7 : 431-432, 1981.
- 21 - GAYE F., SCHVARTZ A., NIDA D.
Influence de la kola sur la carie dentaire en milieu africain : étude préliminaire.
Rev. Prév. Bucco- Dent., vol. 4, n° 1 : 3-7, 1990.
- 22 - GAYE F., BA I., NIDA D., SCHVARTZ A.
Étude in vitro de l'action de la kola sur différentes souches bactériennes.
Prév. Bucco-Dent., vol. 8, n° 3 : 485-488, 1993.
- 23 - GRAPPIN G., LACOUR M.
Les maladies parodontologiques, grave problème socio-économique en Afrique Noire.
Odonto-Stomatol. Trop., 1 : 17-28, 1978.
- 24 - HOBDELL M.H., CABRAL J.R.
Dental caries and gingivitis experience in 6 and 12 year old school children in four provinces of the People's Republic of Mozambique.
Trop. Dent. J., 3 : 111, 1978.
- 25 - HORTON P.S.
Dental survey in Zaire.
Trop. Dent. J., 1 : 19, 1979.
- 26 - KAIMENYI J.T.
Periodontal health in Africa after decades of développement.
East Afr. Méd. J., vol. 70, n° 6 : 369-372, 1993.
- 27 - KAMAGATE A., ATTOLI L., COULIBALY N.T., KONE D., BAKAYOKO LY R., BROU E., SIXOU M.
Etude in vitro de l'action de la Kola Nitida sur les souches bactériennes impliquées dans les caries dentaires et les maladies parodontales
En cours de publication.
- 28 - LOE H., ANERUD A., BOYSEN M., MORRISON E.
Natural history of periodontal diseases in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age.
J. Clin. Periodontol., 13 : 431-440, 1986.
- 29 - MATTHESEN M., BEALUM V., AARSLEV I., FEJERSKOV O.
Dental health of children and adults in Guinea-Bissau, west Africa, in 1986.
Com. Dent. Health, 7 : 123-133, 1990.
- 30 - MAVUEMBA T., SOFI K.D., TUKUTUKU K., SANGWA Y.
Application de l'index communautaire des besoins en traitements parodontaux aux cliniques universitaires de Kinshasa.
Méd. Afr. Noire, vol. 40, n° 1 : 47-50, 1993.
- 31 - OSUJII O.
Necrotizing ulcerative gingivitis and cancrum oris (noma) in Ibadan, Nigeria.
J. Periodontol., 61 : 762-772, 1990.
- 32 - REDDY J.
The WHO oral health goals for the year 2000 in South Africa.
Int. Dent. J., 42 : 150-156, 1992.
- 33 - SAI F.T.
Special nutritional considerations in the urban and peri-urban setting, in : Nutrition in Preventive Medicine.
Geneva, World Health Organisation, p. 240, 1976.
- 34 - SHEIHAM A.
An epidemiological survey of acute ulcerative gingivitis In Nigerians.
Arch. Oral Biol., 11 : 937-942, 1966.
- 35 - SHEIHAM A., SMALES F.C., CUSHING A.M., COWELL C.R.
Changes in periodontal health in a cohort of British workers over a 14 year period.
Br. Dent. J., 160 : 125-127, 1986.
- 36 - SKOUGAARD M.R., PINDGORG J.J., ROED-PETERSEN B.
Periodontal conditions in 1394 Ougandans.
Arch. Oral Biol., 14 : 707-719, 1969.
- 37 - TAIWO J.O.
Oral hygiene status and necrotizing ulcerative gingivitis in Nigerian children.
J. Periodontol., vol. 63, n° 11 : 1071-1074, 1993.
- 38 - VALENTINE A.D.
A community approach to the prevention of dental disease in developing countries.
Int Dent. J., vol 31, n° 1, 23-28, 1981.



Retrouvez

« **Le Pharmacien** *d'Afrique* »

sur Internet

WWW.santetropicale.com

ainsi que

Médecine d'Afrique Noire, Médecine du Maghreb et
Odonto-Stomatologie Tropicale