

# PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES AFFÉRENTES AUX COURONNES ARTISANALES EN OR DANS LA RÉGION DE MENABE

---

**Auteurs :** Andrianasolo VV<sup>1</sup>, Mario R<sup>2</sup>, Lalanirina GL<sup>1</sup>, Andriaininarivo RG<sup>1</sup>,  
Rasoamanarivo N<sup>2</sup>, Ralaiarimanana LFE<sup>1</sup>, Rakoto Alson S<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Département de Prothèse dentaire, IOSTM, Université de Mahajanga, Madagascar

<sup>2</sup>Ecole des Arts et Technique en Prothèse dentaire, Université de Mahajanga, Madagascar

<sup>3</sup>Département de Parodontologie, IOSTM, Université de Mahajanga, Madagascar

**Auteur correspondant :** Dr ANDRIANASOLO Volahasina Valentina  
IOSTM BP 98 Mahajanga 401

## Résumé

La pratique de la dentisterie à Madagascar fait face à des habitudes sociales différentes selon les ethnies, comme la couronne artisanale en or, qui sont le résultat d'une pratique illégale avec toutes leurs conséquences éventuelles. L'objectif de cette étude socio-épidémiologique de type descriptive transversale était de chercher la relation entre la présence de couronne en or et la santé orale environnante. Une enquête était menée auprès des 175 sujets porteurs d'au moins une couronne postiche en or, dans la région Menabe. Les couronnes artisanales en or étaient en majorité des travaux d'artisans bijoutiers (89,1%) dans lesquels le souci essentiel était de donner à ces clients un sourire éclatant comme ils le souhaitaient (65,1%). La perturbation causée par ce complexe biophysique de l'appareil stomatognathique favorisait la pathologie dans les tissus dentaires (33,1% de la carie proximale) et parodontale (52% de la gingivite et 19,4% de la parodontite) chez les personnes souffrant de problèmes de santé bucco-dentaire. Dans ce cas, il semblerait qu'il ne soit pas inapproprié d'encourager ces pratiques, notre devoir serait de sensibiliser les gens à la nécessité de préserver l'intégrité de leurs dents malgré le mépris des exigences de la mode.

**Mots clés :** Couronne artisanale, prothèse fixée, parodontite, dent, Menabe

## Abstract

*The practice of dentistry is recent in our country and it has often confront variable social habits according to ethnics likes gold craftman's crown which are the outcomes of illegal practice with all their eventual consequences. The aim of this cross-sectionnal socio-epidemiological study was to investigate the relationship between gold crown presence and surrounding oral health. A survey of 175 subjects with at least one gold crown, in Menabe area, was conducted. The gold craft crowns were mostly works of jewelry craftsmen (89,1%) in which the main concern was to give these customers a bright smile as they wished (65,1%). The disturbance caused by this biophysiological complex of the*

*stomatognathic apparatus favored the pathology in dental (33,1% of proximal caries) and periodontal (52% of gingivitis and 19,4% of periodontitis) tissues oral health problems. In that case, it seems that it's not inappropriate to encourage these practices, our duty will be to make people aware of the necessity to preserve the integrity of their teeth despise of fashion requirements.*

**Key words** : *craftman's crowns, fixed prosthesis, periodontium, tooth, Menabe*

## INTRODUCTION

L'homme vit en société et de l'image qu'il présente de lui-même va dépendre la façon dont la société l'accepte. Les pratiques culturelles et sociologiques se proposent de mutiler volontairement les dents frontales saines pour les embellir. Ce phénomène est à l'origine du port de la couronne postiche en or (**figure 1**), forme de mutilation dentaire additive, dans la société de la région Menabe. Cet incessant attachement aux dents dorées nous a conduit à mener cette étude dont l'objectif principal est de chercher

la relation entre la présence d'une couronne en or et la santé orale environnante.



Figure 1: Couronne artisanale en or sur 11, 21 et 22 (Mario R)

## MÉTHODOLOGIE

C'est une étude socio-épidémiologique de type descriptive transversale durant 3 mois (janvier à mars 2017), effectuée aux services de stomatologie des centres hospitaliers, aux cabinets dentaires privés et aux marchés des deux districts de la région de Menabe (Morondava et Mahabo). Nos observations ont été faites sur des sujets porteurs d'au moins une couronne postiche en or.

Les matériels utilisés pour cette étude étaient une fiche d'enquête sous forme de questionnaire, des plateaux d'examen avec un miroir buccal, une sonde parodontale, des sondes (n°23 et n°17), des précelles, du papier articulé, un sachet de coton hydrophile, des gants, un masque, de l'alcool, un appareil photo numérique associé à un écarteur buccal.

Les variables étudiées étaient :

- Les variables universelles : âge, genre, situation maritale
- Les variables de recherche : motif de port de couronne, lieu de confection de postiche en or, défauts de l'ATM, indice CAO, analyse occlusale, durée de port, pathologies associées (caries adjacentes aux dents couronnées, parodontopathies)

Les données ont été saisies et analysées sur SPSS 20.0.

Le diagnostic des atteintes dentaires et parodontales était limité aux signes macroscopiques par manque de coopération des enquêtés, le lieu inapproprié et le temps inadapté (jour de marché).

## RÉSULTATS

Notre étude est composée d'un échantillon de 175 personnes porteuses de couronnes en or.

- Les enquêtés sont âgés de 17 à 60 ans, dont 37,7% de 26 à 35 ans et 67,4% des femmes ;
- La population d'étude comptait 131 marié(e)s, incluant les concubinages soit 74,9 % et 21,7 % de célibataires ;
- 89,1% des couronnes étaient la réalisation d'un prothésiste artisanal contre 10,9% celui d'un odontostomatologiste ;
- Après la pose des couronnes en bouche, 53,1% de l'échantillon ont affirmé ressentir une sensation de gêne au début seulement et 5,7% en permanence, 47,2% n'ont jamais eu d'inconfort ;
- L'analyse des rapports occlusaux indique que 61,1% des couronnes sont montées en suroccclusion, 25,2% en normocclusion et 13,7% en sousocclusion ;
- Les couronnes réalisées par les prothésistes artisanales présentaient à 66% une suroccclusion par rapport à celles chez les odontostomatologistes avec 21,1% ;
- 31,6% des couronnes réalisées par un odontostomatologiste manifestaient la présence de caries adjacentes, 33,3% pour le prothésiste artisanal.

*Tableau 1: Distribution de la population selon le motif de confection et le genre*

Motif de confection	Genre			
	Masculin		Féminin	
	N	%	N	%
<b>Culturel</b>	3	5,3	14	11,9
<b>Esthétique</b>	29	50,8	85	72,0
<b>Fonctionnel</b>	2	3,5	10	8,5
<b>Esthétique et fonctionnel</b>	23	40,4	9	7,6
<b>TOTAL</b>	57	100	118	100

*Tableau 2 : Distribution de la population selon la présence de caries adjacentes aux dents couronnées*

Caries adjacentes	Effectif	Prévalence (%)
<b>Oui</b>	58	33,1
<b>Non</b>	117	66,9
<b>TOTAL</b>	175	100

*Tableau 3 : Distribution de la population selon la présence de caries adjacentes aux dents couronnées et la durée de port*

Durée de port	Caries adjacentes	
	Oui	Non
≤1an	10,0	90,0
[2 à 5 ans[	25,0	75,0
[6 à 10 ans[	44,4	55,6
[11 à 20 ans[	52,2	47,8
>20 ans	75,0	25,0

*Tableau 4 : Prévalence de parodontopathies adjacentes aux dents couronnées*

Parodontopathies	Effectif	Prévalence (%)
Légère inflammation	49	28,0
Gingivites	92	52,6
Parodontites	34	19,4
<b>TOTAL</b>	175	100

*Tableau 5 : Répartition des pathologies de l'ATM selon le rapport occlusal des couronnes en or*

Pathologies ATM	Rapport occlusal (%)		
	Surocclusion	Normocclusion	Sousocclusion
<b>Oui</b>	71,4	14,3	14,3
<b>Non</b>	58,6	27,8	13,6

## DISCUSSION

L'or a toujours tenu une place privilégiée dans les parures au sein d'une société, la région de Menabe n'en déroge pas avec les couronnes dentaires postiches en or exhibés par sa population.

Les altérations dentaires volontaires ou mutilations dentaires sont un phénomène culturel toujours d'actualité dont l'origine pourrait coïncider avec celle de la

lignée humaine. Les recouvrements dentaires en or traditionnels en ont fait partie, qui existent en diverses sortes (les couronnes postiches, les coiffes de recouvrement partiel, les anneaux interdentaires) [1]. La région Menabe n'en déroge pas avec ces mutilations, les couronnes postiches en or plus précisément, exhibées par sa population.

Les 175 individus constituent notre échantillon qui est relativement jeune (37,7% de 26 à 35 ans) à prédominance féminine (67,4%). Ces tranches d'âge correspondent à l'épanouissement de la jeunesse où l'exigence physico-esthétique tient une place prépondérante [2]. En Afrique, les femmes de toutes les tranches d'âge apprécient cette parure en or car elle contraste avec le noir de leur gencive [3]. Chez les pygmées et les bantous, à l'âge de l'adolescence, les jeunes filles devaient se mutiler leurs dents [4].

L'esthétique est le principal motif (65,1%) poussant les enquêtés à poser ces couronnes postiches (**Tableau 1**). Ce résultat corrobore avec l'étude faite par Molloumba et al en 2013 au Congo qui reflétait que cette pratique donnait un éclat aux dents [4], ainsi qu'avec celle de Vudovic et al en Bosnie-Herzégovine [5]. L'esthétique est aussi le motif principal exprimé selon une étude réalisée par Ndiaye sur 75 femmes sénégalaises [3]. Pour Lejoyeux, un patient jeune a des exigences surtout d'ordre esthétique, alors qu'un patient âgé a des motivations essentiellement fonctionnelles [6]. Pour les 9,7% qui ont choisi un motif culturel, cela peut s'expliquer par le fait que dans les sociétés traditionnelles, cette couronne a pour but d'établir et d'affirmer son identité (mutilation : marque d'appartenance à un groupe ethnique), de se définir par rapport aux autres hommes, pour se définir par rapport à soi-même et se définir par rapport à la divinité. Par contre dans les sociétés industrialisées, c'est un symbole de réussite sociale (motivation socio-économique) et pour embellir le visage (motivation esthétique). Pour Holowell et al, la signification des dents en or a évolué depuis l'époque où elles n'étaient considérées comme une simple pièce de métal dans la bouche. C'est le reflet de ce qu'ils sont : leur enfance, ce qu'ils représentent ... c'est du marketing, une

promotion. [7]. Il existe par ailleurs un esprit de snobisme et de fortune chez les hommes porteurs de tels artifices dentaires [3].

Les 74,9% mariées peuvent s'expliquer que cette forme de mutilation additive constitue un signe d'attraction pour les prétendants chez les jeunes filles. Ainsi le jour du mariage, la jeune fille rejoignait le foyer conjugal avec fierté en ayant des dents dorées [4].

La confection des couronnes est laissée aux soins des artisans dentaires (89,1%) plutôt qu'aux chirurgiens-dentistes (10,9%) occupant le même secteur. Le dentiste dans ce cas collabore avec le prothésiste artisanal, le travail de l'artisan se résume ainsi à la conception proprement dite de la couronne sans aucun contact avec le patient à l'inverse de celles effectuées chez le prothésiste artisanal où celle-ci fait tous les travaux jusqu'à la mise en bouche. Selon une étude réalisée par Kadiata et al, 75,43% des prothèses dentaires ont été façonnées par des charlatans, le restant par des bijoutiers [8]. Dans les tribus montagnardes du nord du Vietnam, cette pratique est réalisée par des prothésistes chinois qui traversent la frontière du nord en mobylette et proposent leur service de village en village, transportant leur matériel d'estampage et façonnage des plaques d'or [9]. L'engouement pour les artisans peut se comprendre néanmoins car plusieurs paramètres sont en leur faveur aux yeux des patients contrairement aux odontostomatologues, en effet la confection d'un tel artifice revient plus chère chez le dentiste à cause des soins pré prothétiques inéluctables et le délai de réalisation est plus long chez le dentiste à cause du protocole rigoureux qu'il se doit de concilier.

Après la pose des couronnes en bouche, 53,1% de l'échantillon ont affirmé ressenti une sensation de gêne. Dans l'étude de Ndiaye, 44% des femmes interrogées ont

ressenti des sensibilités ou douleurs dentaires. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette complication selon le même auteur : l'absence d'anesthésie dentaire, l'échauffement de la pulpe dentaire par un meulage réalisé sans irrigation, le risque de nécrose du complexe vasculo-nerveux, un détournement surestimé du moignon dentaire, un risque d'effraction pulpaire, une insertion forcée de la prothèse, risque de fracture ou fissure de la dent pilier, une couronne ou coiffe inadaptée et en surocclusion [3].

Le mauvais ajustage marginal des coiffes et couronnes artisanales ne facilite pas l'hygiène bucco-dentaire et favorise par conséquent le développement de lésions carieuses (dent support et dents adjacentes). (33,1 % pour notre cas, 44% pour Djeroudou et al [10]) (Tableau 2). Cette prévalence augmente de 10% pour les sujets ayant porté leurs couronnes pendant moins d'un an pour atteindre 75% pour ceux qui les ont portées depuis plus de vingt ans. (Tableau 3)

La totalité des individus présente une parodontopathie adjacente aux dents cariées. La rétention alimentaire peut irriter et inflammer le parodonte marginal (70% des cas selon Ndiaye,) favorisant un saignement gingival (10,6% selon Ndiaye, 28% pour notre échantillon). Peuvent alors se développer des cas de gingivite localisée (70,3% selon Ndiaye, 52,6% pour notre cas),

des poches parodontales (19,4% pour notre cas), des cas d'alvéolyse osseuse localisée avec ou sans récession gingivale (selon Ndiaye 10,4% de récession) ainsi que des mobilités et migrations dentaires (versions, rotation) [3] (Tableau 4). Une gingivite ulcéro-nécrotique peut apparaître si la dent sous la couronne n'est pas bien taillée [11].

Les artifices réalisés de façon artisanale, par des non professionnels comportent de nombreux défauts : absence de réduction coronaire de la dent pilier, absence de point de contact ou au contraire contacts interproximaux trop appuyés, mauvais ajustage marginal, surocclusion et surcontour (74,6% selon Ndiaye [3], 76 % selon Djeroudou [10] et 61,1% pour notre cas). Ces malfaçons sont à l'origine de troubles de l'occlusion (contacts prématurés et facette d'usure sur les dents antagonistes) mais également de problèmes articulaires : douleurs au niveau des articulations temporo-mandibulaires (50,6% selon Ndiaye [3]), craquements, déviations de la cinématique mandibulaire. 71,4% de notre population présentaient des pathologies au niveau de cette articulation. (Tableau 5)

La morphologie inadaptée de ces recouvrements métalliques favorise la rétention de plaque dentaire responsable d'une mauvaise haleine (22,7% des cas selon Ndiaye) [3].

## CONCLUSION

Les couronnes en or sont en majorité l'œuvre des artisans bijoutiers sans connaissances nécessaires au respect de l'intégrité des tissus dento-parodontaux et des techniques prothétiques adéquates. Aussi, la précarité des moyens de confection des couronnes artisanales en or fait de celles-ci un facteur non négligeable dans le processus carieux et l'éclosion des parodontopathies qui affectent la plupart de notre population d'étude. Néanmoins, une étude comparative de l'état

de santé bucco-dentaire de la population porteuse ou non de couronnes en or dans la région éclaircirait davantage le rôle des couronnes dans la survenue de ces pathologies.

*Déclarations de liens d'intérêts :*

*Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.*

## RÉFÉRENCES

1. Canivet PA, Esclassan R, Grimoud AM, Lucas S, Jordana F, Destruhaut F, Pomar P. Altérations dentaires socio-culturelles : proposition d'une nouvelle classification. Actes. Société française d'histoire de l'art dentaire, 2013 ; 18 : 12-7.
2. Gérard J, Chiche, Pinault A. Esthétique et restauration des dents antérieures, éd. Paris : CdP, 1995.
3. Ndiaye C, Lo CM, Seck MT, Mbodj EHB, Faye D, Sembene MO. Couronnes artisanales en or blanc ou « dents blanches » et santé bucco-dentaire. Rev. Col. Odonto. Stomatol. Afr. Chir. Maxillo. Fac. 2008,15(2) : 28-32.
4. Molloumba F, Bossailil F, Mouloumba P, Bamengozi J. Étude des mutilations dentaires chez les peuples bantous et pygmées du Nord-Ouest du Congo-Brazaville. Soc Fr Histoire Art Dent 2008 ; 13 :28-31
5. Vudovic A, Bajzman A, Zukic S, Secic S. Cosmetic dentistry in ancient times – A short review. Bull Int Assoc Paleodont. 2009 ;3(2) : 9-13.
6. Lejoyeux J. Restauration prothétique amovible de l'édentement partielle, éd. Paris : Masson, 1973.
7. Holowell WH, Childers NK. A new threat to adolescent oral health : the grill. Pediatric Dent 2007 ;29(4) : 320-2.
8. Kadita M, Ntumba MK. La visibilité de l'or prothétique sur une dent frontale rend-elle un sourire radieux ou bien ne constitue-t-elle pas une expression de fortune ? Med Afrique Noire. 1993, 40(3) :195-8.
9. Lasserre JF, Thi Hai Diem C. Singularité culturelle et esthétique du sourire au Vietnam. Inf Dent. 2010, 27, 21-5.
10. Djeredou KB, Sangare A, Bakou OD, Pesson DM, Toure S. Considérations socio-culturelles et pratiques des couronnes prothétiques ajustées en Côte d'Ivoire. Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-Fac. 2003 10(1) : 44-9.
11. Flaitz CM, Agostini F. Gingival disease associated with a decorative crown. Pediatr Dent 2002 ; 24(1) : 47-9.