



ARTICLE

Mutilation Dentaires Et Consequences Sur La Sante Bucco – Dentaire Chez Les Peuples Autochtones Dans L'arrondissement De Salapoumbe

NGABA MAMBO Olive Nicole ^{1*} | MENDONG H ¹ | BENGONDO MESSANGA C ¹
| NDONGO Beatrice -ASSIANG A BABAN GP ¹

¹Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Central de Yaoundé

Abstract

Introduction: Dental mutilation is a relatively little studied ritualistic practice of the human body. It manifests itself in various ways in relation to the mentality, psychology and civilizations of each people. Teeth mutilation which is the result of considerable trauma, is not without its harmful effects. This is why research on immediate or long-term consequences on oral health has caught our attention. **Goal:** The aim of the study was to examine the oral consequences induced by dental mutilation among indigenous people in Salapoumbé. **Methodology:** We conducted a descriptive cross-sectional study on mutilated people from March 2020 to May 2020. It took place in the Salapoumbé sub-division. With a total of 367 participants using a questionnaire we obtained the socio-demographic characteristics; the perception of dental mutilation by the population; the motivations; antecedents and the practice of oral hygiene. An oral examination made it possible to determine the type of dental mutilation using the Baudouin classification; periodontium condition using plaque index (PI), gum index (GI), probing pocket depth (PP) and clinical loss of attachment (CAP); dental condition using the CAO index and the consequences of dental mutilation. The data recorded in the questionnaires were analyzed by version 23.0 of Spss software and Microsoft excel 2013. The analysis consisted of the comparison of proportions for the qualitative variables and means. For quantitative variables significance level was 0,05 %. The statistical test used was chi 2. **Results:** In the total of 367 participants Baka, 213 men, or 58 % and 114 women, or 42 % participated in the study. The mean age of the participants was 35.4±2.51 years. The mean age of dental mutilation in men was 14.41±1.48 years. The mean age of dental mutilation in woman was 13.1 ±2.2 years. 47 men and 25 women had been mutilated about less than 3 year ago. 70 men and 27 women had been mutilated more than 28 years ago. The types of mutilation encountered were pointing, or 65 % and filling, or 16 %. The prevalence of dental caries was 58.85 %. Oral hygiene practices was bad for 64 %, inadequate for 34 % adequate for 2 % of participants. The mean plaque index was 2.1±0.5. All the people examined had gingival inflammation, so 87.5 % had moderate gingival inflammation pockets larger than 6 mm were present in 78.7 % of people. Oral complications were multiple, in order of frequency we found 27.79 % pain, 22.62 % gingivorrhagia, 15.8 % dental mobility, 16.89 % occlusions disorders, 5,18 % dental fractures. The reasons given to justify this practice were diverse: 30.79 % of people claim to be mutilated because they are Baka, 22.61 % of participants to have more consideration compared to other, 10.63 % of people to have the chance to get married. **Conclusion:** Ritual dental mutilation is a painful mutilating practice that is culturally important to the Baka pygmies. However, it has a negative influence on the oral health of mutilated people. We noted a significant association between dental mutilation and gingivorrhagia for participants over 65 years of age and 15 to 25 years old.

Keywords: dental mutilation, oral conséquences, indigènes people

Copyright : © 2021 The Authors. Published by Publisher. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1 | INTRODUCTION

Les mutilations dentaires sont des rituelles mutilantes du corps humain relativement peu étudiées. Elles comprennent la modification de la forme et de la surface dentaire [1]. De nos jours, elle est pratiquée en Afrique, en Asie, en Océanie et Australie. [2] Elle se manifeste sous des aspects variables en rapport avec la mentalité, la psychologie et la civilisation de chaque peuple. Sa prévalence au Cameroun n'est pas connue. Cependant, elle persiste avec ses complications en milieu forestier chez les Pygmées.

Des mécanismes physiopathologiques qui expliquent les complications observées chez les personnes mutilées sont identiques à la physiopathologie du traumatisme dentaire mécanique ; Le traumatisme infligé au cours de la mutilation entraîne plusieurs complications, notamment la destruction du parodonte, la prédisposition accrue aux caries dentaires, l'inflammation pulpaire, la nécrose pulpaire... etc. [3]. Au Congo Brazzaville suite à une étude réalisée par Mollumba et al. En 2009, de nombreuses complications chez les pygmées et Bantous mutilés du Nord-est du Congo Brazzaville, notamment les gingivites, la mobilité des dents, les troubles de langage, la douleur [2] ...etc. Cependant ses conséquences sont pour la plupart inconnues par les pratiquants. D'autre part, le caractère discriminatoire de ces coutumes a été la motivation essentielle de leur interdiction légale dans de nombreux pays africains. [4]

La mutilation dentaire qui relève d'un traumatisme considérable n'est pas dénuée d'effets néfastes. Voilà pourquoi une recherche sur les conséquences à long terme sur la santé bucco-dentaire a retenu notre attention. Cette étude visait à déterminer les conséquences de la mutilation dentaire au sein de la population de l'arrondissement de Salapoumbé. Les résultats pourront contribuer à la conception de stratégies préventives efficaces pour lutter contre la mutilation dentaire et améliorer la santé bucco-dentaire des Bakas de Salapoumbé.

Quelle est l'influence de la mutilation dentaire sur la santé bucco-dentaire chez les peuples autochtones à Salapoumbé. Décrire les conséquences bucco-

dentaires induites par la mutilation dentaire chez les peuples autochtones à Salapoumbé.

2 | METHODOLOGIE

C'est une étude transversale descriptive. Le recrutement s'est déroulé dans 11 campements pygmées de l'arrondissement de Salapoumbé. Nous avons réalisé l'examen clinique bucco-dentaire à l'hôpital catholique de Salapoumbé au service de chirurgie dentaire.

La durée de notre étude était de 7 mois. La collecte des données s'est déroulée de la période allant de mars 2020 à mai 2020. Les participants à cette étude étaient choisis dans les campements pygmées de l'arrondissement de Salapoumbé. La population cible était constituée des personnes mutilées résident à Salapoumbé.

2.1 | Etaient inclus

Toutes personnes âgées de 15 à 75 ans ayant été mutilées, résidant à Salapoumbé désirant participer à l'étude. Les personnes ayant les anomalies congénitales des maxillaires. Les femmes enceintes.

2.2 | Etaient exclus

Les participants ayant abandonné l'étude.

Un sondage aléatoire simple a été effectué pour choisir les campements dans lesquels la collecte des données devait s'effectuer. La collecte des données a été menée en 2 étapes. La 1^{ère} étape concernait la sensibilisation des autochtones dans les campements et la 2^{ème} étape était l'examen clinique bucco-dentaire des participants mutilés.

Supplementary information The online version of this article (<https://doi.org/10.15520/arjmcs.v7i08.364>) contains supplementary material, which is available to authorized users.

Corresponding Author: NGABA MAMBO Olive Nicole

Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Central de Yaoundé

MUTILATION DENTAIRES ET CONSEQUENCES SUR LA SANTE BUCCO – DENTAIRE CHEZ LES PEUPLES AUTOCHTONES DANS L'ARRONDISSEMENT DE SALAPOUMBE

Nous avons effectué des visites de sensibilisation dans les campements pygmées en compagnie de l'ASC (agent de santé communautaire) de la localité afin de faciliter la communication avec les populations. L'objectif de la visite était d'expliquer le but, la méthodologie de notre étude et motiver les populations à participer à l'étude par la distribution des pâtes dentifrices et des brosses à dents Colgate. Les personnes désirant participer à l'étude ont donné un consentement verbal pour la plupart et d'autres ont signé une fiche de consentement éclairé

Un rendez-vous a été donné à l'hôpital catholique de Salapoumbé afin de réaliser l'examen clinique bucco-dentaire. Nous avons organisé une campagne de consultation bucco-dentaire, afin de mobiliser plus de personne. Durant cette campagne qui avait durée 2 semaines, des soins d'extraction et de détartrage ont été réalisés gratuitement aux personnes ayant besoin.

Les activités rencontrées dans les campements étaient représentées principalement par l'agriculture, soit 30 % et la pêche, soit 13 %. Les statuts les plus représentés étaient respectivement les mariés, soit 61 % suivi des célibataires, soit 27 %. La population d'étude était constituée de 45 % d'individus dont le plus haut niveau d'étude était le primaire, 35 % pour les centres d'alphabétisations (figure 11).

Mutilation dentaire chez les peuples autochtones de Salapoumbé

Age de la mutilation dentaire en fonction du sexe des participants à l'étude

L'âge moyen de la mutilation dentaire chez les hommes était de 14,41 ans $\pm$ 1,48 ; la médiane chez les hommes était de 12,98 ans. L'âge moyen de la mutilation dentaire chez les femmes était de 13,3 ans $\pm$ 2,2 ; la médiane chez les femmes était de 13,1 ans. Les valeurs extrêmes pour les deux sexes allant de 8 à 31 ans

La population d'étude était constituée de 47 hommes et 25 femmes qui avaient été mutilés il y'a environ moins de 3 ans soient respectivement 22 % et 14 %. 70 hommes et 27 femmes qui avaient été mutilés il y'a plus de 28 ans soient respectivement 33 % et 24 %. Dans cette étude pour les 11 campements, on comptait 21 tailleurs des dents. Les participants à notre étude avaient pour la plupart été mutilé involontairement, soit 70 %. . La mutilation rencontrée

dans la population était l'Appointuchage, soit 65%. Par contre nous n'avons pas rencontré les mutilations à type de sciage et d'incrustation. Au maxillaire supérieur, l'appointuchage était uniquement réalisée sur les incisives centrales et latérales. Les canines n'étaient pas mutilées.

Appointuchage observé à la mandibule chez les Baka à Salapoumbé

Au maxillaire inférieur, 49,36% des incisives centrales avaient été mutilées par appointuchage.

Dans l' étude, 32,71% des incisives centrales supérieures avaient été mutilées par l'image. 29,70% des canines supérieures avaient été mutilées par l'image.

Au maxillaire inférieur, 49.15 % des incisives latérales inférieures avaient été mutilées par limage. 48.95 % des incisives centrales inférieures avaient été mutilées par limage.

Dans la population d'étude, 41,92 % incisives centrales supérieures présentaient une fracture alvéolo-dentaire survenue au cours de la mutilation.

Dans la population d'étude, au maxillaire inférieur, 53,7 % des incisives latérales présentaient des fractures après la mutilation.

Dans cette population d'étude, 51,8% des incisives latérales supérieures mutilés avaient été perdues au cours de la mutilation.

Au maxillaire inférieur, 46,51 % des incisives centrales inférieures mutilés avaient été perdues au cours de la mutilation. Le tableau I illustre ces résultats.

Tableau I : Distribution de l'avulsion selon les dents mutilées à la mandibule

Avulsion dentaire		
Numéro dent	Effectifs (n = 43)	Pourcentage (%)
ICI	20	46,51
ILI	15	34,88
CI	8	18,6

ICI : incisive centrale inférieure ; ILI : incisive latérale inférieure CS : Canine inférieure

Elle était définie par l'indice CAO. Le nombre de dents cariées était de 2590 ; 106 dents avec une obturation, 1726 dents absentes. 216 personnes avaient au moins une dent cariée. L'indice CAOD était de 12,05. La prévalence de la carie dentaire dans notre

population d'étude était de 58,85 %. Dans la présente étude 53,95 % étaient des consommateurs d'alcool et 12,8 % étaient des fumeurs. Dans la présente étude, des 367 participants, 8 % ont déjà eu à faire une consultation chez le dentiste. 34% affirmaient utiliser du savon pour moyen de brossage, 41% de utilisaient la pâte dentifrice, 90% des personnes affirmaient se brosser les dents une fois par jour, 64% de notre population avaient une hygiène buccodentaire médiocre.

Dans cette population d'étude, 82,8 % des participants présentaient un dépôt important de plaque. Concernant l'inflammation gingivale, nous avons noté chez 321 personnes une inflammation gingivale modérée, soit 87,5 %.

La distribution des sites avec PP compris entre 4 et 6 et PP > 6 mm a été estimée à 13,1 et 78,7% respectivement. La distribution des sites avec PAC compris entre 4 et 5 et PAC > 6 mm a été estimée à 71,4 et 8,62 % respectivement. Les complications buccodentaires étaient multiples, par ordre de fréquence nous avons : 27,79% la douleur, 22,62 % les gingivorragies, 15,8 % la mobilité dentaire. Ces résultats sont illustrés dans le tableau II

Complications	Effectif (n=367)	Pourcentage (%)
Gingivorragie	83	22,62
Fracture dents du bloc incisivo-canin	19	5,18
Trouble phonation	16	4,36
Abscès dentaire	18	4,9
Douleur spontanée	38	10,35
Douleur pendant les repas	64	17,44
Céphalée	3	0,81
Trouble de l'occlusion	62	16,89
Mobilités des dents mutilées.	58	15,8
Cellulite	6	1,65

IL A 2T2 retrouvé dans notre population 4,65 % gingivorragie chez les personnes âgées de moins de 25 ans ; La différence était significative pour cette tranche d'âge ($p = 0,04$). Egalement pour la tranche d'âge de 65 à 75 ans, nous avons retrouvé 20,21 % de gingivorragie ; la différence était significative ($p=0,01$). Aucune différence significative n'a été observée pour les autres tranches d'âge.

Nous avons retrouvé dans cette population 0,9 % de mobilité chez les personnes ayant moins de 3 ans avec la mutilation ; La différence était significative pour cette tranche d'âge ($p=0,01$). Egalement pour les personnes ayant 28 ans et plus avec leur mutilation, nous avons retrouvé 45,77 % de mobilité dentaire ; la différence était significativement ($p = 0,03$). Aucune différence significative n'a été observée pour les autres tranches d'âge.

Nous avons retrouvé dans notre population 99 personnes, soit 27% avaient moins de 20 dents en bouche.

Diverse raisons ont été évoquées par la population afin de justifier la pratique de la mutilation. Les trois principales motivations retrouvées par ordre de fréquence étaient : L'appartenance au groupe ethnique, soit 30,79 % ; la considération par rapport aux autres, soit 22,61 % ; l'augmentation de la chance se marier, soit 10,63 %.

3 | DISCUSSION

Nous avons mené une étude épidémiologique transversale descriptive réalisée dans les campements pygmées de l'arrondissement de Salapoumbé sur les peuples autochtones ayant réalisé la mutilation dentaire. L'étude s'est fait pendant la période allant de mars 2020 à mai 2020. L'objectif était de décrire les conséquences de la mutilation dentaire dans la cavité buccale chez les peuples autochtones dans l'arrondissement de Salapoumbé.

Il a été retrouvé un sex-ratio H/F de 1,87 ; Soit 58 % d'hommes qui sont mutilés contre 42 % de femmes, ce qui montre une prédominance masculine, les résultats de l'étude actuelle sont semblables aux résultats de l'étude de Molloumba et al. [2] en 2009 au Congo Brazzaville. Ils démontraient que la fréquence de la mutilation dentaire est plus élevée chez les hommes que chez les femmes soient respectivement 52,8 % contre 47,2 %. Cette prédominance masculine de la mutilation peut être expliquée par la présence de plus d'homme que de femme dans la localité de Salapoumbé d'après les études démographiques du programme communale de développement en 2012 [37]. En plus le

traumatisme psychologique qu'entraîne la pratique de la mutilation dentaire nécessite beaucoup de courage pour y pratiquer. Ceci serait une raison pour laquelle nous avons plus d'hommes mutilés que de femmes. Dans notre étude, nous avons remarqué que la pratique de la mutilation dentaire était uniquement réservée aux pygmées Baka. Contrairement à l'étude de Mollumba qui constate que la mutilation dentaire est pratiquée aussi bien par les pygmées que les Bantous au Congo Brazzaville [24], Cette pratique propre au peuple pygmées pourrait être liée à leurs traditions ou également leurs histoires. Dans la présente étude, la moyenne d'âge était de $35,4 \pm 2,51$ ans, ce résultat est presque similaire à celui de Agbor et al.[26] en 2012 au Cameroun. Ils ont trouvé un âge moyen de 31 ans ; Nous sommes en présence d'une population jeune. La mutilation dentaire est pratiquée dans notre pays aussi bien par les personnes jeunes que les personnes âgées.

Concernant la localisation des participants de notre étude, les campements avec le plus de participants étaient représentés par : Mikel 1, Salapoumbé et Lokomo avec respectivement 13 %, 12 %, 42,9 % de personnes. Cela pourrait s'expliquer par l'accès facile à ses campements lors du recrutement. Cependant ces campements présentent une population de Baka plus importante comparé à d'autres campements d'après les études démographiques du programme communale de développement en 2012 à Salapoumbé [37],

Dans la présente étude, les activités prédominantes dans la localité de Salapoumbé étaient l'agriculture, soit 30 %, la pêche, soit 13 % et la chasse, soit 11 %. Ces résultats sont presque similaires aux résultats des travaux de Mengue en 2017 chez les pygmées Baka de Bengbis, Djoum et Mintom. Elle retrouve que l'agriculture est pratiquée par 77,5 % des riverains. Cependant, l'agriculture étant la principale activité de la région est faiblement pratiquée par les autochtones Baka dans la localité de Salapoumbé.

Dans notre échantillon, la mutilation dentaire est beaucoup plus réalisé par les personnes n'ayant pas fait des études et des participants avec un niveau d'instruction de base. Notamment le primaire et les centres d'alphabétisations, soit respectivement 45 % et 35 %. Par contre les participants ayant fait

des études secondaires et supérieures, sont moins représentés, soit respectivement 8 % et 1 %. Le bas niveau d'instruction peut donc favoriser cette pratique par l'ignorance des conséquences graves de la mutilation dentaire sur la santé de l'individu.

Dans notre étude, l'âge moyen de la mutilation était autour de l'âge de la puberté, soit $14,41 \pm 1,48$ ans chez les hommes et $13,3 \pm 2,2$ ans chez les femmes. Ce résultat est presque similaire à celui de Agbor et al. [26] au Cameroun. Ils ont trouvé un âge moyen de la mutilation de 12 ± 1.66 ans dans les deux sexes confondus. La mutilation dentaire serait donc réaliser à l'adolescence afin de marquer le passage de l'enfance à l'âge adulte et de signer l'émancipation 3 ans, 33 % hommes et 24 % avaient été mutilés il y'a plus de 28 ans. C'est résultats montre que du sujet. [23]

Dans notre échantillon, 22 % d'hommes et 14 % de femmes avaient été mutilés il y'a moins de la pratique de la mutilation dentaire par le peuple Baka à Salapoumbé reste d'actualité. Contrairement à l'étude de Mollumba et al. en 2008, Il constate une régression de la pratique de la mutilation au Congo-Brazzaville. [24] La persistance de la mutilation à Salapoumbé pourrait s'expliquer par le retard de développement que connaît cette localité, ce qui favorise la préservation des pratiques ancestrales. De plus l'absence des campagnes de sensibilisation dans la localité sur les conséquences due à cette pratique favorise la persistance de la mutilation dentaire.

D'autre part, nous avons rencontré 21 tailleurs de dents, soient 15 hommes et 6 femmes. Ces résultats montrent que la pratique de la mutilation est vulgarisée et étendue dans la localité. Contrairement à Mollumba en 2008 qui n'a que retrouvé un seul tailleur dont un homme au Congo Brazzaville. [24] Cette différence pourrait être due à l'étendue de la taille notre population d'étude.

La plupart des participants à notre étude avaient été mutilés de manière involontaire. C'est résultats peuvent s'expliquer par la présence de plus de jeune que de personne âgée dans notre population d'étude. La décision de se mutiler revenait ainsi donc aux parents ou tuteurs en charge.

Les types de mutilations rencontrés dans la population selon la classification de Baudouin [7] par ordre

de fréquence décroissante étaient représentés par : 65 % l'appointuchage, 16 % le limage, 11% l'avulsion dentaire et 8% les fractures alvéolo-dentaires. Ces types de mutilations dentaires ont été retrouvés chez les Bassaris du Sénégal, les Bantous et les Pygmées du Congo Brazzaville, les Komkombas du Togo, de même que chez les Mossis et les Lobis du Burkina Faso. [7] Par contre nous n'avons pas rencontré les mutilations à type de sciage et d'incrustation. En outre, nous avons noté que 8 % de la population d'étude présentaient des fractures alvéolo-dentaires. C'est résultat sont presque similaires aux résultats des travaux de Andrianony Emmanuel Rakotoarivony et col. [38] Dans une étude rétrospective de janvier 2003 à août 2012 à Madagascar, il retrouve la fréquence des fractures alvéolo-dentaires chez des patients admis au Centre Hospitalier de Soavinandriana (CENHOSOA) était de 10,8 %. La fréquence des fractures alvéolo-dentaires lors de la mutilation dentaire est presque similaire au taux de fracture alvéolo-dentaire observé chez des patients ayant été reçu au CENHOSOA. Cette fréquence élevée des fractures alvéolo-dentaires et de l'avulsion dentaire lors de la mutilation dentaire pourrait s'expliquer par le manque de dextérité des tailleurs lors de la pratique. Les dents les plus mutilées étaient les incisives centrales et latérales supérieures et inférieures. Les canines étaient rarement mutilées. Ces résultats sont similaires aux travaux de Mollumba en 2009 sur 72 pygmées et Bantous mutilés [2].

La prévalence de la carie dentaire dans notre population d'étude était de 58,56 %, L'indice CAOD était très élevé, soit 12,05. Ce résultat est différent des résultats des travaux de Mengue Nancy en 2018 dans les campements pygmées Baka de Bengbis, Djoum et Mintom. Elle retrouve une prévalence de la carie à 77,5% et un indice CAOD de 5,5[39]. Cette différence d'indice CAOD pourrait s'expliquer par la grande proportion de dent absente dans notre échantillon. Cette perte progressive de dents après de longue année est le résultat du traumatisme mécanique due à la mutilation dentaire. En plus la négligence de l'hygiène orale et l'absence de médecin bucco-dentaire dans la localité sont des facteurs favorisant de l'apparition et la progression du processus carieux. D'autre part la mutilation dentaire comme tout traumatisme dentaire entraîne une ac-

célération du processus carieux par exposition pulpaire [40].

Notre échantillon présentait un risque toxique au tabac de 12,8 %, chiffre très élevé comparativement à celui de 5,4 % trouvé par Njankouo et al. (2012) [41] dans une étude réalisée au Cameroun sur une population urbaine adulte, plus précisément dans la ville de Douala. Cette différence peut s'expliquer par le contexte rural dans notre étude, mais également par la présence de plus d'homme que de femme.

Dans la présente étude 92 % de participants affirmaient ne jamais avoir été chez le dentiste, 34 % de la population se brossaient les dents en utilisant du savon, 90 % des personnes se brossaient les dents une fois par jour, Pour ce qui est de l'hygiène buccodentaire la qualité des pratiques étaient néfaste pour 64 %, inadéquate chez 34 % et adéquate pour 2 %. Nous pouvons expliquer ce résultat sur la base d'un manque de connaissance de la population sur l'importance des visites régulières chez le dentiste à Salapoumbé. En outre, la présence d'une seule formation sanitaire habilitée à réaliser des soins dentaires dans la localité de Salapoumbé pourrait expliquer l'absence d'information de la population sur la santé orale.

La présente étude a montré les poches de 4-5 mm chez 13,1 % de personnes et les poches de 6 mm à plus chez 78,7 %. Ces résultats sont différents aux travaux de Mengue en 2018[39]. Il retrouve 25,83 % de personnes pour les poches de 4-5 mm et 1,66 % pour les poches de plus 6 mm. La fréquence élevée des participants présentant les poches de plus de 6 mm dans notre échantillon peut être due par le traumatisme causé par la mutilation et les différents autres facteurs tels que la consommation de la poudre de tabac, très répandue à Salapoumbé, peuvent avoir des actions négatives sur les dents et le parodonte. L'alcool augmente également la prévalence et la sévérité de la maladie parodontale, par augmentation de la profondeur des poches parodontales, de la perte d'attache parodontale et de la perte d'os alvéolaire [42]. En plus nous avons l'utilisation des bâtonnets frotte-dents comme moyen d'hygiène buccodentaire. 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

MUTILATION DENTAIRES ET CONSEQUENCES SUR LA SANTE BUCCO – DENTAIRE CHEZ LES PEUPLES AUTOCHTONES DANS L'ARRONDISSEMENT DE SALAPOUMBE

réalisée au Rwanda montre qu'il existe un lien entre l'utilisation du bâtonnet frotte-dents et la prévalence des affections parodontales. [43]

La présente étude révèle que chez les pygmées Baka de Salapoumbé, les principales complications bucco-dentaires étaient représentées par la douleur, soit 27,79 % la gingivorragie, soit 22,62 % les mobilités dentaires, soit 15,8 % les troubles de l'occlusion, soit 16,69 % les fractures dentaires du bloc insicivo-canin, soit 5,18 %. Ces complications ont été rapportées par les travaux de Mollumba au Congo Brazzaville en 2009. Dans son étude, il a trouvé 97,2 % la douleur, 58,3 % la gingivorragie, 56,9 % les mobilités dentaires, 69,3 % les troubles de l'occlusion, 19,4% les fractures des dents antérieures, 68 % les troubles du langage, les abcès dentaires n'avaient pas été rencontré [2]. Des complications similaires ont été rapportées aux travaux de Jacques Sélig au Sénégal. Dans son étude, il a retrouvé mobilités dentaires, tuméfactions douloureuses, troubles de l'articulé, troubles du langage, gingivites, perte prématurée des dents mutilées. [27]

La présente étude a montré une association significative entre la gingivorragie et la tranche d'âge de 15 à 25 ans avec une valeur $p = 0,04$ et pour la tranche d'âge de 65 à 75 ans avec la valeur $p = 0,01$. Ces résultats sont similaires aux résultats des travaux de Mollumba sur les personnes mutilées Bantous et pygmées au Congo-Brazzaville qui note une association significative de la gingivorragie dans la tranche d'âge de 65 ans et plus [2].

La présente étude a montré une association significative entre la mobilité dentaire et l'âge de mutilation pour les personnes ayant été mutilées il y'a moins de trois ans et les personnes ayant été mutilées il y'a plus de 28 ans avec les valeurs de p respectivement : $p = 0,01$ et $p = 0,03$. Ce constat peut être due à la perte d'attache induite par le traumatisme infligé par la mutilation, ceci entraîne donc des mobilités dentaires et des chutes précoces des dents. Cependant les facteurs telles que le tabac et l'alcool peuvent également entraîner des mobilités par destruction progressive du tissu de soutien de la dent[15].

Nous avons retrouvé dans notre population, 27 % personnes qui avaient moins de 20 dents en bouche, 18,3 % personnes qui avaient au moins 28 dents, 23,2

% personnes qui avaient 22 dents en bouche. Cette perte dentaire pourrait être la conséquence à long terme des traumatismes infligés par la taille dentaire.

La présente étude révèle que chez les peuples Baka de Salapoumbé du Cameroun, les principales motivations des mutilations dentaires aussi bien chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles étaient multiples : 30,79 % affirmaient s'être fait mutiler parce que c'est la marque des Baka, 22,61 % réalisaient la mutilation pour avoir plus de considération par rapport aux autres, 9,81 % pour des raisons esthétiques, 13,9 % pour bien manger et 10,63 % de personnes affirmaient se mutiler pour se marier. Ces raisons ont aussi été rapportées par Mollumba au Congo Brazzaville.[24] Cependant nous avons retrouvé l'appartenance au groupe ethnique (marque des Baka) ce qui n'a pas été retrouvé par Mollumba. Il constate que la mutilation dentaire était pratiquée aussi bien par les Bantous que les pygmées du Nord-Ouest du Congo Brazzaville [2].

4 | CONCLUSION

La présente étude avait pour objectifs de : décrire les typologies des mutilations dentaires rencontrées chez les peuples autochtones Baka, déterminer la prévalence de la pathologie carieuse, décrire l'état parodontale, énumérer les conséquences bucco-dentaires de la mutilation dentaire sur la santé orale et identifier les motivations des Baka à réaliser la mutilation dentaire.

Parvenu au terme de notre étude, il en ressort que, notre hypothèse de recherche selon laquelle la mutilation dentaire a une influence négative sur la santé orale des personnes mutilées. Le sex-ratio était de 1,87 en faveur des hommes, et la moyenne d'âge était de $35,4 \pm (2,51)$. Les types de mutilations dentaires les plus rencontrés dans la population étaient : l'appointuchage et le limage. L'avulsion et les fractures alvéolo-dentaires n'étaient pas intentionnelles, elles représentaient l'erreur du praticien lors de l'acte.

La prévalence de la pathologie carieuse chez les personnes mutilées était très élevée, soit 58,85%. Concernant l'état du parodonte, 82,8% présentaient

un dépôt important de plaque, 87,5 % présentaient une inflammation modérée de la gencive.

Les conséquences bucco-dentaires de la mutilation dentaire étaient multiples, les plus représentées étaient la douleur, les gingivorragies, la mobilité dentaire, les troubles de l'occlusion, les fractures dentaires, les abcès dentaires, les troubles de la phonation.

Les raisons évoquées par les Baka pour se mutiler étaient par ordre de fréquence, l'appartenance au groupe ethnique Baka, la recherche de considération par rapport aux autres, l'esthétique, la possibilité de bien manger et l'augmentation de la chance de se marier.

5 | REFERENCES

1. Dictionnaire Larousse médicale. Larousse: Paris; 2010. Mutilation; p. 289.
2. Molloumba F, Bossalil F, Molloumba P, Bamengozi J. Conséquences à long terme des mutilations dentaires chez les Bantous et Pygmées au nord-ouest du Congo- Brazzaville. Soc Fr Hist Art Dent. 2009; 47-50.
3. Lebeau J. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie. 2ème édition. Paris: Masson; 2011.
4. Code pénal ci. [Internet]. [Cité 17 Novembre 2020]. Disponible sur : https://www.apdhci.org/images/documents_pdf/instruments_ivoiriens_des_droits_de_homme/code_penal_ci.
5. Magitot E. Essai sur les mutilations ethniques. Bull Société Anthropol Paris. 1885; 8(1):21 -5.
6. Saville M. Precolumbian decoration of the teeth in Ecuador with Some Account of the occurrence of the custom in other Parts of North and South America. Am Anthropol. 1913; 15(3):77-94.
7. Baudouin M. La signification véritable des mutilations dentaires ethniques et préhistoriques. Paris: La Semaine Dentaire; 2015.
8. Montandon G. Traité d'ethnologie cyclo-culturelle et d'ergologie systématique. Paris: Payot; 1934.
9. Borbolla D. Types of tooth mutilation found in Mexico. Am J Phys Anthropol. 1940; 26(1):49-65.
10. Auneau C. Les mutilations volontaires actuelles de la cavité buccale. Thèse de docteur en chirurgie dentaire. Nantes. Université de Nantes: Unité de formation et de recherche d'odontologie; 2009.
11. Chippaux C. Sociétés et mutilations ethniques. Bull Mém Société Anthropol Paris. 1982; 9(4):57-65.
12. Gessain M. Recherches en cours. J Afr. 1977; 47(1): 138-144.
13. Williams JS, White CD. Dental modification in the post-classic population from Lamanai, Belize. Am Mesoam. 2006; 17(1):39-51.
14. Netter F. Atlas d'anatomie humaine. 4ème édition. Paris: Masson; 2009.
15. Bercy P, Tenenbaum H. Parodontologie du diagnostic à la pratique. Strasbourg: Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg; 1990.
16. Andreasen J, Andreasen F. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. 3rd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1994.
17. Egnankou K. Contribution à l'étude des manifestations dentaires ethniques de la mortification consécutive de l'organe dentino-pulpaire et des complications en milieu ivoirien. Thèse de docteur en chirurgie dentaire. Université d'Abidjan institut d'odonto-stomatologie; Abidjan. 1974.
18. Bahuchet S. Changer de langue, Rester pygmée. Biol Hum. 2012; 84(1): 11-43.
19. Mve M, Emmanuel. Populations « pygmées » du Gabon et projets de développements durable. 3ème édition. Leipzig: ECAS 3; 2009.

MUTILATION DENTAIRE ET CONSEQUENCES SUR LA SANTE BUCCO – DENTAIRE CHEZ LES PEUPLES AUTOCHTONES DANS L'ARRONDISSEMENT DE SALAPOUMBE

20. International Labour Office, ILO DWT for Central Africa and ILO Country Office for Cameroon A and ST and P. Les peuples autochtones au Cameroun: guide à l'intention des professionnels des médias. Yaoundé: BIT; 2015.
21. New World Encyclopaedia contributors. New World Encyclopaedia. Pygmy. (2019). New World Encyclopaedia; p. 1018537.
22. Albert K. Etude sur le cadre légal pour la projection des droits des peuples indigènes et tribaux au Cameroun, OIT (Organisation Internationale du Travail), 68.
23. Carpentier M. A propos d'ethno-esthétique: les mutilations buccodentaires volontaires. Thèse de docteur en chirurgie dentaire. Nancy. Université Henri Poincaré- Nancy I; 2011.
24. Molloumba F, Bossalil F, Molloumba P, Bamingozi J. Etude des mutilations dentaires chez les peuples bantous et pygmées du Nord-Ouest du Congo-Brazzaville. Soc Fr Hist Art Dent. 2008; 28-31.
25. Ndamu B. Zones protégées et populations autochtones : Antinomie des logiques de conservation et de survie chez les Baka de la région de Moloundou (sud-est du Cameroun). 2001; 26.
26. Agbor AM, Azodo C, Naidoo S. Modification rituelle des dents chez les Pygmées Baka du Cameroun. Odonto-Stomatologie Tropicale. 2015; 38:21-30.
27. Selig J. Odonto stomatologie traditionnelle au Sénégal: du rituel au traditionnel. Thèse de chirurgie dentaire. Nice. Université de Nice; 1981.
28. Thomas J, Guillaume H, Bahuchet S. Encyclopédie des pygmées Aka: techniques, langage et société des chasseurs-cueilleurs de la forêt centrafricaine (Sud-Centrafrrique et Nord-Congo). Peeters Publishers, 2004; 2(6): 129
29. Gaye F., Kane AW, Ndoeye, Mbaye M. Esthétique bucco-dentaire en milieu traditionnel au Sénégal. Odonto Stomatologie Tropicale. 1995; 19-22.
30. Koffi M. Les altérations dento-bucco-faciales en Afrique noire: mutilation ou esthétique. Paris: Masson; 1999.
31. Dervaux H. Le sourire : ses symboles et sa marque d'appartenance à une ethnie ou à un groupe social. Thèse en Odontologie. Reims. Université de Reims Champagne- Ardenne; 2006.
32. Essi MJ, Njoya O. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. Health sci Dis. 2013; 14(2).
33. Wilkins E, Gosselin D. Prévention et traitement en hygiène dentaire. G Morin. 1991; 746.
34. Zaghez M, Benkemouche A. The community periodontal index (CPI): Procedure and application. 2016; 4(1):54-62.
35. Klein H, Carroll E. Studies on dental caries. Pub Health Reports. 1940; 14.
36. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuons improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme.
37. PCD Salapoumbé 2012. [Internet]. 2012 [cité 13 Novembre 2019], Disponible sur: <http://www.foretcommunale-cameroun.org/download/PCDSalapoumbe2012>
38. Rakotoarivony AE, Rakotoarison RA, Rakotoarimanana FV, Arijona AN, Rakoto- Alson S, Rakoto FA. Epidémiologie des traumatismes dento-maxillo-faciaux au CENHOSOA Antananarivo. Chir Buccale. 2014; 20(4): 1-6.
39. Mengue NV. Santé buccodentaire des Peuples autochtones des campements pygmées BAKA. Thèse en médecine bucco-dentaire. Yaoundé. Faculté de médecine et des sciences biomédicales de UY1; 2018.

40. Oikarinen K, Gundlach K, Pfiefer G. Late complications of luxation injuries to teeth, endod Dent Traumatol. 1987; 3:90-96.
41. LMbatchou N, Luma H, Ndiaye M, Njankouo Y, Mbahe S, Wandji A, et al. Prévalence du tabagisme chez le personnel de l'Hôpital Général de Douala, Cameroun. Pan Afr Med J. 2012; 11.
42. Underner M, Maes I, Urban T, Meurice J-C. Effets du tabac sur la maladie parodontale. Rev Mal Respir. 2009; 26(10):57-73.
43. Kamagate A, Coulibaly NT, Kone D, Brou E, Bakayoko-Ly R. Prevalence des parodontites:

les parodontites en Afrique Noire, influences des facteurs socio- économiques et habitudes culturelles. Trop Dent J. 2001; 37-41.

How to cite this article: N.G.A.B.A.M.A.M.B.O.O.N., M.E.N.D.O.N.G.H., B.E.N.G.O.N.D.O.M.E.S.S.A.N.G.A.C. N.D.O.N.G.O.B.A.S.S.I.A.N.G.A.B.A.B.A.N.G.P. Mutulations Dentaires Et Consequences Sur La Sante Bucco – Dentaire Chez Les Peuples Autochtones Dans L'arrondissement De Salapoumbe. Advance Research Journal of medical and clinical science. 2021;665–673. <https://doi.org/10.15520/arjmcs.v7i08.364>