



Évaluation de la qualité de vie *des patients édentés complets porteurs d'une réhabilitation sur implants*

Alice Bouhy, Marc Lamy

Le but de l'étude présentée ici est d'évaluer le bien-être des patients édentés totaux (maxillaire et/ou mandibulaire) porteurs d'une réhabilitation sur implants. Le questionnaire Oral Health Impact Profile 14 (OHIP-14) a été utilisé afin d'analyser l'impact que pouvaient avoir ces restaurations sur la qualité de vie des patients.

Durant des dizaines d'années, la prothèse complète conventionnelle a été le seul traitement possible pour l'édenté total. Grâce à l'implantologie, d'autres alternatives sont envisageables chez ces patients.

Plusieurs études rapportent que le degré de satisfaction du patient n'est pas toujours en corrélation avec la capacité masticatoire ou la qualité de la prothèse [1, 2]. Depuis quelques années, le bien-être et la qualité de vie du patient sont des paramètres pris en considération. En effet, de nombreux questionnaires ont été développés afin d'évaluer, au mieux, l'impact psycho-social que peut entraîner une réhabilitation orale [3]. Ces questionnaires abordent généralement des sujets tels que la possibilité d'effectuer les tâches journalières, l'esthétique, la capacité à manger, à parler en public, l'inconfort et les douleurs engendrées par les réhabilitations orales, l'image de soi... Le nombre de questions et leur degré de précision sont fort variables.

De nombreux auteurs ont mis en évidence l'influence bénéfique sur le bien-être du patient de 2 implants symphysaires supportant une prothèse totale [4-8].

Une étude récente montre une nette amélioration de la qualité de vie des patients réhabilités avec une prothèse fixe mandibulaire sur implants comparativement à leur prothèse conventionnelle [9].

D'autres auteurs ont comparé la satisfaction de patients porteurs d'une restauration implantaire fixe ou amovible à la mandibule [10]. Tous les patients estimaient que la stabilité et la capacité à mastiquer étaient significativement meilleures avec la prothèse fixe. Pour les patients ayant choisi la prothèse amovible, leur décision a été gouvernée, entre autres, par la facilité de nettoyage de celle-ci.

En ce qui concerne les prothèses maxillaires, les avis sont plus controversés.

Selon Heydecke, la satisfaction est plus élevée chez les patients réhabilités par une overdenture sur barre comparativement à une prothèse fixe sur implants [11]. Les overdentures permettraient un nettoyage et une phonation plus aisés. Les patients ayant une expérience correcte de leur prothèse conventionnelle opéreraient plus volontiers pour un design prothétique similaire [12].

Une autre publication montre que la satisfaction des patients est identique avec une prothèse fixe ou avec une prothèse sur barre [13].

Enfin, certains auteurs ont de meilleurs résultats avec les prothèses fixes sur implants comparativement aux overdentures (maxillaires et mandibulaires) [14].

L'objectif de notre étude est d'évaluer la qualité de vie de patients édentés totaux (maxillaires et/ou mandibulaires), porteurs d'une réhabilitation prothétique sur implants.

La restauration peut être fixe ou amovible et le nombre d'implants varie de 2 à 10 en fonction de la solution prothétique envisagée.

L'Oral Health Impact Profile 14 [15, 16] a été utilisé afin d'analyser l'impact de cette restauration sur le bien-être du patient.

L'hypothèse nulle est qu'il n'y a pas de différence significative entre une réhabilitation fixe ou amovible sur implants en terme de qualité de vie pour le patient.

Matériels et méthodes

Sélection des patients

Cette étude rétrospective a été réalisée sur 171 sujets masculins et féminins âgés de 46 à 83 ans.

Ces sujets édentés totaux maxillaires et/ou mandibulaires ont été pris en charge par l'Université de Liège.

Le choix de la restauration et le nombre d'implants nécessaires à sa réalisation sont déterminés par une analyse pré-prothétique. Le choix final est aussi dépendant de la volonté et des moyens financiers du patient.

1. Questionnaire OHIP-14	1	2	3	4	5
Limitation fonctionnelle					
1) Avez-vous eu des difficultés à prononcer certains mots à cause d'un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
2) Avez-vous remarqué que votre sens du goût avait diminué suite à un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
Douleur physique					
3) Avez-vous eu des douleurs dans la bouche ?					
4) Vos dents, votre bouche ou vos prothèses ont-elles été inconfortables pour manger certains aliments ?					
Inconfort psychologique					
5) Avez-vous été dérangé/gêné par vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
6) Vous êtes-vous senti tendu (nerveux) à cause de problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
Incapacité physique					
7) Votre alimentation a-t-elle été insatisfaisante suite à un problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
8) Avez-vous dû interrompre un repas à cause d'un problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
Incapacité psychologique					
9) Avez-vous eu des difficultés à vous détendre (à être relax) à cause d'un problème avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
10) Avez-vous été un peu embarrassé/ennuyé à cause d'un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
Incapacité sociale					
11) Avez-vous été un peu irritable en compagnie d'autres personnes à cause d'un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					
12) Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail habituel à cause d'un problème lié à vos dents, bouche ou prothèses ?					
Handicap					
13) Avez-vous ressenti que la vie en général était moins satisfaisante à cause d'un problème lié à vos dents, bouche ou prothèses ?					
14) Avez-vous eu une incapacité fonctionnelle totale suite à un problème lié à vos dents, votre bouche ou vos prothèses ?					

Quatre types de réhabilitations ont été envisagés: prothèse mandibulaire amovible sur 2 implants (PMA), prothèse mandibulaire fixe sur implants (PMF), prothèse maxillaire amovible (PMXA) ou fixe sur implants (PMXF). Cent trente-trois édentés totaux mandibulaires et 38 édentés totaux maxillaires, porteurs d'une réhabilitation implantaire, ont été répertoriés.

Parmi les édentés mandibulaires, 48 sont porteurs d'une PMA et 85 ont été réhabilités avec une PMF.

Pour les édentés maxillaires, 11 patients sont porteurs d'une PMXA et 27 portent une PMXF.

Caractéristiques des prothèses

Les patients PMA sélectionnés ont reçu 2 implants symphysaires de type Straumann. Après cicatrisation, des attachements boules sont connectés sur ces implants. Les parties femelles présentes dans l'intrados de la prothèse définitive sont des Dalbo® ou des Dalbo Plus®.

Les prothèses mandibulaires fixes sont vissées sur un nombre d'implants variant de 4 à 6.

En ce qui concerne les prothèses maxillaires amovibles (PMXA), elles reposent sur des barres fraisées. Des attachements ont été ajoutés sur ces barres afin d'obtenir une rétention supplémentaire.

Enfin, les prothèses maxillaires fixes peuvent être scellées ou vissées. Le nombre d'implants nécessaires à ce type de réhabilitation varie de 6 à 10.

Quelle que soit la prothèse envisagée, l'état antérieur du maxillaire réhabilité ainsi que la nature de l'antagoniste ont été enregistrés.

Pour ces deux paramètres, 5 catégories ont été définies: denté, denté partiel, édenté total porteur d'une prothèse amovible, édenté total porteur d'une réhabilitation amovible sur implants, édenté total porteur d'une réhabilitation fixe sur implants.

Enfin, la durée moyenne de port de la prothèse définitive est établie sur base de la date de placement de la restauration et de celle de l'évaluation.

Questionnaire de satisfaction

Début décembre 2008, un courrier a été envoyé à chaque patient sélectionné. Ce courrier comprenait un explicatif des objectifs de l'étude et le questionnaire de satisfaction OHIP-14 (fig. 1).

L'OHIP 14 est un questionnaire qui a pour but de mesurer l'impact des conditions orales sur le bien-être et la qualité de vie du patient. Aucune version française n'étant disponible, une traduction la plus fidèle possible a été réalisée.

Le patient doit répondre aux questions par l'une des réponses suivantes: jamais, presque jamais, occasionnellement, assez souvent, très souvent.

Ce questionnaire, fondé sur la théorie de Locker, comporte 14 questions (q1-q14) regroupées en 7 domaines: limitation fonctionnelle, douleur physique, inconfort psychologique, incapacité physique, incapacité psychologique, incapacité sociale et handicap.

Le score total OHIP-14 est la somme standardisée (c'est-à-dire divisée par 5) des résultats obtenus dans chaque domaine (sous-scores).

Le score peut varier de 0 à 7. Un score élevé reflète un inconfort élevé. La date limite pour répondre au questionnaire a été fixée au 28 février 2009.

Méthodes statistiques

Les résultats sont exprimés sous forme de moyennes \pm écarts types pour les variables continues et sous forme de fréquences (%) pour les variables catégorisées.

Les comparaisons entre deux variables continues sont faites à l'aide d'un test de corrélation.

Les comparaisons entre deux variables catégorisées sont réalisées à l'aide d'un test chi-carré.

Les moyennes d'une variable continue entre deux ou plusieurs classes d'une variable catégorisée sont comparées à l'aide d'un test t de Student ou d'un test d'analyse de la variance (ANOVA).

Le score OHIP-14 et les 7 sous-scores (correspondant au 7 domaines) ont été étudiés à l'aide d'un modèle de régression linéaire multiple avec comme variables explicatives l'âge, le sexe, le type de prothèse, la durée du port, la nature du maxillaire antagoniste et l'état antérieur du maxillaire réhabilité.

Les résultats sont considérés comme significatifs au niveau d'incertitude de 5 % ($p < 0,05$).

Les calculs ont été réalisés à l'aide du logiciel SAS version 9.1 (SAS Institute, Cary, NC, USA).

Résultats

Caractéristiques générales

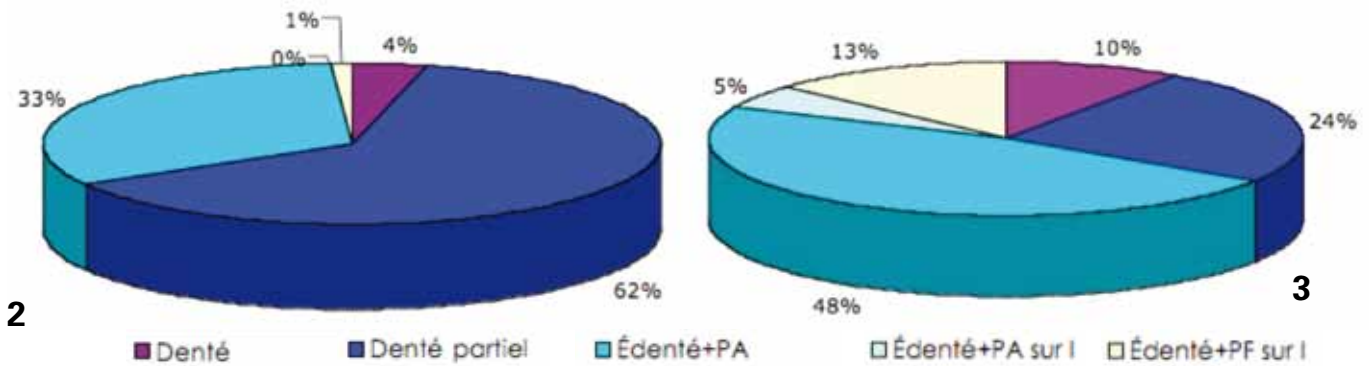
Sur les 171 patients sollicités, 109 (67 %) ont répondu au questionnaire. Parmi ces patients, 90 ont pu être inclus dans cette étude. Les 19 patients n'ayant pas complété correctement le questionnaire ont été écartés.

Les patients sont âgés en moyenne de $66,8 \pm 10,2$ ans (extrêmes: 46- 93 ans). Sur les 90 sujets, 35 sont des hommes et 55 sont des femmes.

Parmi les 90 réhabilitations implantaires évaluées, 46 (52,3 %) sont des prothèses inférieures fixes, 24 (27,3 %) sont des prothèses inférieures amovibles, 10 (11,4 %) sont des prothèses supérieures fixes, 8 (9 %) sont des prothèses supérieures amovibles.

La durée moyenne de port des prothèses est de 36,6 mois.

Les résultats des autres caractéristiques générales sont recensés dans les figures 2 et 3.



2. Distribution de l'état antérieur des maxillaires réhabilités.

3. Distribution de la nature des maxillaires antagonistes.

Évaluation de la qualité de vie des patients

- Étude du score total OHIP-14 et des sous scores

Sur une échelle de 1 à 7, le score total OHIP-14 est en moyenne $2,15 \pm 0,97$.

Parmi les sous-scores obtenus pour les différents domaines, le plus élevé est celui de la douleur physique ($1,88 \pm 0,91$). Le plus petit sous-score est celui de l'incapacité sociale ($1,27 \pm 0,70$) (fig. 4).

- Étude du score OHIP-14 en fonction des variables

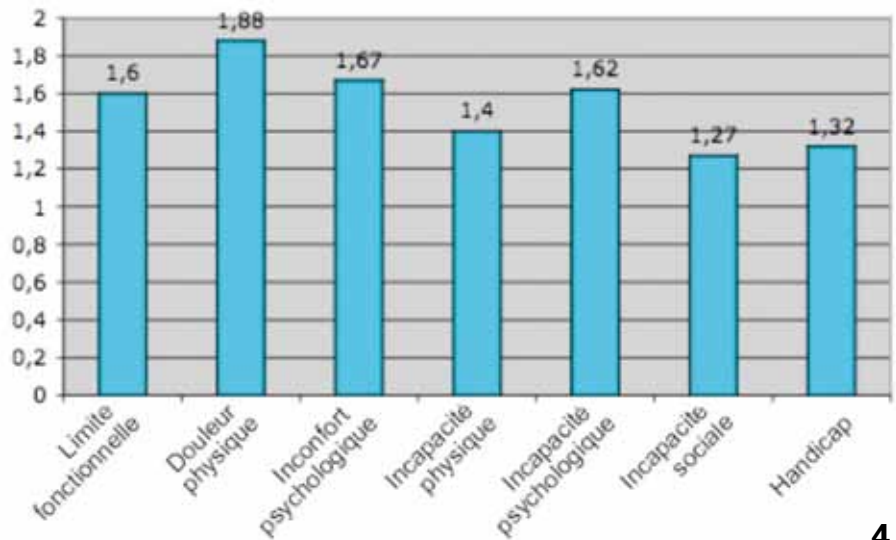
L'âge, le sexe, la durée de port de la prothèse, l'état antérieur du maxillaire ainsi que la nature de l'antagoniste n'ont pas influencé la satisfaction du patient.

La seule variable liée de façon significative au score OHIP-14 est le type de prothèse ($p = 0,0003$).

Les meilleurs résultats sont obtenus avec les prothèses inférieures fixes. Les moins bons avec les prothèses supérieures amovibles (tableau 1).

- Analyse multivariée des domaines du OHIP-14

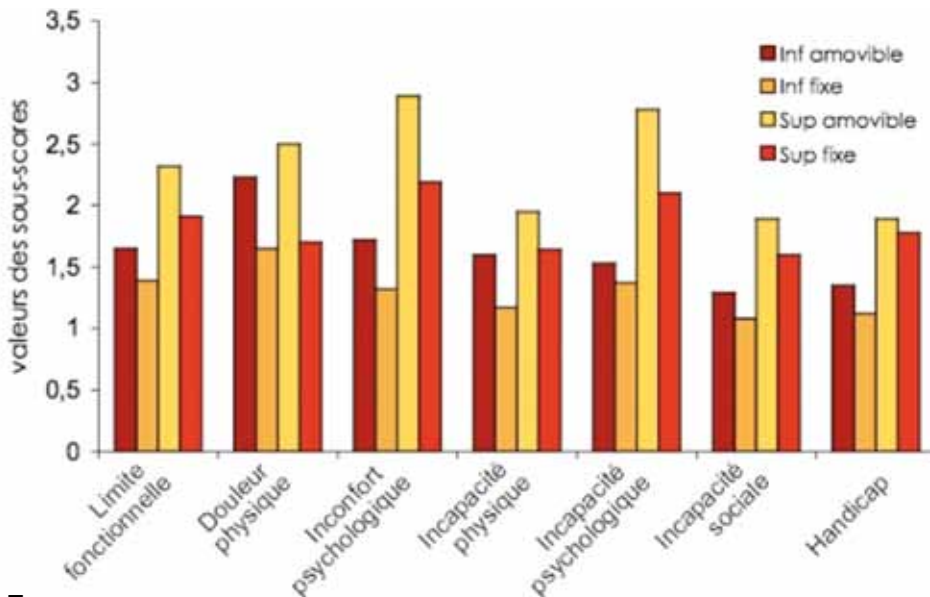
Les sous-scores des 7 domaines du OHIP-14 mis en corrélation avec les différentes variables sont représentés figure 5.



4. Valeurs des sous-scores pour les différents domaines de l'OHIP-14.

Tableau 1 – Étude des scores OHIP en fonction des variables
Différence significative $p \leq 0,05$

Variable	Catégorie	OHIP-14 Moyenne±SD	p-value
Type de Prothèse	Inférieure	1.98 ± 0.71	0.028
	Supérieure	2.77 ± 1.46	
	Amovible	2.52 ± 1.06	0.0094
	Fixe	1.96 ± 0.88	
	Inf amov	2.27 ± 0.89	0.0003
	Inf fixe ^(a)	1.82 ± 0.54	
	Sup amov ^(a)	3.24 ± 1.27	
Sup fixe	2.58 ± 1.67		



5. Valeurs des sous-scores en fonction du type de prothèse

D'après les résultats obtenus, le type de prothèse (supérieure/inférieure, amovible/fixe) est la seule variable influençant significativement le bien-être des patients. Comme mentionné précédemment, l'inconfort est plus grand lorsque la prothèse est portée au maxillaire ou lorsqu'elle est amovible. L'hypothèse de départ est donc rejetée.

5

Discussion

Choix du questionnaire

Le OHIP-14 est reconnu comme étant spécifique aux fonctions orales [9, 14, 17].

Une importante corrélation a été démontrée entre les facteurs analysés dans ce questionnaire et le bien-être du patient [16].

Un inconvénient du OHIP est son manque de clarté pour certaines questions.

La nuance entre l'inconfort et l'incapacité est parfois difficile à saisir. L'interprétation du patient modifie les scores obtenus.

Le OHIP a été choisi comme instrument de mesure en raison de sa reconnaissance internationale et de son usage dans plusieurs études récentes.

Analyse des résultats

Le pourcentage de réponses (67 %) obtenu dans cette étude montre bien l'intérêt des sujets pour ce type d'évaluation.

Permettre au patient d'exprimer sa satisfaction ou son mécontentement montre que l'on s'intéresse à son ressenti.

Le score moyen de 2,15 (échelle de 0 à 7) montre que la qualité de vie des patients porteurs d'une réhabilitation sur implants est bonne. L'hypothèse de départ était qu'il n'y a pas de différence significative en termes de qualité de vie pour le patient entre une réhabilitation fixe ou amovible sur implants.

Si l'on se tourne vers les données de la littérature, peu d'études se rapprochent de celle que nous avons effectuée [10, 11, 13, 14]. En effet, la plupart des auteurs évaluent la différence de satisfaction entre une prothèse fixe ou amovible implanto-portée et une prothèse conventionnelle.

Les résultats obtenus par Brenman sont similaires [14]. En utilisant l'OHIP-14 comme questionnaire d'évaluation, la qualité de vie des patients est meilleure avec les prothèses fixes comparativement aux overdentures.

À la mandibule, les résultats que nous obtenons montrent que le bien-être des patients est plus important avec une réhabilitation fixe sur implants plutôt qu'avec une overdenture. Bien que ces différences ne soient pas significatives, il semble envisageable de penser qu'avec un échantillon plus large, elles pourraient l'être.

Dans l'étude de Feine, les patients s'accordent à dire que la stabilité et la mastication sont significativement meilleures avec la prothèse fixe. Le choix de certains patients (7/15) pour la prothèse amovible a été gouverné par la facilité de nettoyage de ce type de restauration [10].

Contrairement au questionnaire VAS (Visual Analogue Scale) utilisé dans l'étude de Feine, le OHIP-14 ne comprend pas de domaine permettant d'évaluer la facilité de nettoyage de la prothèse.

En ne tenant pas compte de ce paramètre, il semble logique que les résultats que nous obtenons soient favorables aux réhabilitations fixes.

Au maxillaire, les patients semblent eux aussi préférer les réhabilitations fixes, ce qui n'est pas en adéquation avec les résultats précédemment publiés.

À nouveau, l'absence de question abordant l'hygiène prothétique peut expliquer les résultats.

D'autres paramètres ont pu influencer les résultats que nous avons obtenus.

L'acceptation d'une prothèse par le patient est dépendante en grande partie de l'état émotionnel de celui-ci et non pas seulement des caractéristiques de cette prothèse [26].

Dans certaines études, ce facteur émotionnel est amoindri étant donné que ce sont les mêmes patients qui portent alternativement les deux types de prothèses, ce qui n'est pas le cas dans notre étude [10, 11]. Il faut aussi prendre en considération que, contrairement à l'étude de Heydecke où la totalité des prothèses sont réalisées par le même clinicien, de nombreux praticiens ont participé à cette étude, ce qui peut modifier la qualité des prothèses.

Si l'on observe les résultats obtenus pour les différents domaines du questionnaire, on remarque que :

- les prothèses supérieures entraînent plus fréquemment des problèmes dans une majorité de domaines : limite fonctionnelle, inconfort psychologique, incapacité psychologique, incapacité sociale et handicap. L'impact des restaurations supérieures sur la phonation et l'esthétique pourrait expliquer les résultats élevés dans ces différents domaines [12, 18, 19].

Méthodologie

En réalisant une étude rétrospective, le protocole de traitement n'est pas aussi strict que dans des études prospectives, ce qui peut entraîner des biais. Le nombre et le type d'implants, le choix des matériaux, le design de la prothèse différent pour de nombreux patients.

Les informations nécessaires à l'analyse des différentes variables sont contenues dans les dossiers médicaux. En travaillant en rétrospectif, certaines données sont manquantes.

Le listing de départ ne nous a pas fourni un nombre identique de patients dans chaque catégorie. Malgré un pourcentage élevé de réponses, le nombre de patients porteurs d'une réhabilitation supérieure est faible.

Auteurs

Alice Bouhy

Chef de clinique adjoint, service de prothèse amovible et prothèse sur implants, Université de Liège

Marc Lamy

Professeur à la faculté de médecine de Liège, chef du service de prothèse amovible et prothèse sur implants,

Président du département hospitalier de dentisterie CHU Liège

Correspondance : alicebouhy@gmail.com

Conclusion

Dans cette étude, les résultats obtenus avec l'OHIP-14 permettent de mettre en évidence que les patients porteurs de réhabilitations totales implantaire sont satisfaits de leur restauration.

Les prothèses fixes implanto-portées semblent apporter plus de confort aux patients comparativement aux prothèses amovibles sur implants. Afin de pouvoir affirmer ces résultats de manière significative au maxillaire et à la mandibule, une étude sur un échantillon plus large et comportant des questionnaires supplémentaires doit être réalisée.

Sélection bibliographique de l'auteur

Retrouvez la bibliographie intégrale de cet article sur :

@ www.information-dentaire.fr

5. Awad MA et al. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among middle-aged edentulous patients: satisfaction and functional assessment. *Int J Prosthodont* 2003 ; 16 (2) : 117-122.
7. Emami GH, Rompré P, de Grandmont P, Feine J. Impact of implant support for mandibular dentures satisfaction, oral and general health-related quality of life: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Clin Oral Impl Res* 2009 ; 20 (6) : 533-544.
9. Berretin-Felix G. et al., A longitudinal study of quality of life of elderly with mandibular implant-supported fixed prostheses. *Clin Oral Implants Res* 2008 ; 19 (7) : 704-708.
10. Feine, J.S., et al. Within-subject comparisons of implant-supported mandibular prostheses: choice of prosthesis. *J Dent Res* 1994 ; 73 (5) : 1105-1111.
11. Heydecke G et al. Within-subject comparisons of maxillary fixed and removable implant prostheses: Patient satisfaction and choice of prosthesis. *Clin Oral Implants Res* 2003 ; 14 (1) : 125-130.
13. Zitzmann NU, Marinello CP. Treatment outcomes of fixed or removable implant-supported prostheses in the edentulous maxilla. Part I: patients' assessments. *J Prosthet Dent* 2000 ; 83 (4) : 424-33.
14. Brennan M et al. Patient satisfaction and oral health-related quality of life outcomes of implant overdentures and fixed complete dentures. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2010 ; 25 (4) : 791-800.
15. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997 ; 25 (4) : 284-290.
16. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994 ; 11 (1) : 3-11.