



## CONNAISSANCES ET ATTITUDES FACE AUX PERICORONARITES: ENQUETE AUPRES DES CHIRURGIENS DENTISTES DE DAKAR (SENEGAL)

### KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING PERICORONITIS: SURVEY AMONG DENTAL SURGEONS IN DAKAR (SENEGAL)

Mouhamadou Lamine Guirassy<sup>1</sup>, Diabel Thiam<sup>1</sup>, Ahmad Moustapha Diallo<sup>1</sup>, Ibtissam Dahane<sup>2</sup>, Abdoulaye Diouf<sup>1</sup>, Adam Seck-Diallo<sup>1</sup>, Henri Michel Benoist<sup>1</sup>

1: Service de Parodontologie, Département d'odontologie, université Cheikh Anta Diop Dakar Sénégal

2: Praticien libéral (Maroc)

Correspondance : Dr Mouhamadou Lamine GUIRASSY

Maitre Assistant, Service de Parodontologie, Département d'odontologie, université Cheikh Anta Diop BP : 5005 Dakar- Fann, Sénégal.

Tel : 00221778869580 Email : guirassy@yahoo.fr

#### RÉSUMÉ:

##### INTRODUCTION:

Une prise en charge efficace des urgences parodontales contribue au bien-être physique et psychologique du patient. L'objectif de ce travail était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des chirurgiens dentistes de Dakar face aux péricoronarites.

##### MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Il s'est agi d'une enquête transversale descriptive réalisée auprès des chirurgiens dentistes de la région de Dakar et exerçant dans des structures privées, publiques et parapubliques. L'inclusion était basée sur la liste officielle de l'ordre national des chirurgiens dentistes du Sénégal (ONCD) de la région de Dakar de l'année 2015, et de celle du service de santé des Armées Sénégalaises.

##### RÉSULTATS:

L'échantillon comprenait 122 chirurgiens dentistes, dont 65 hommes. Le secteur public est le plus représentatif avec un pourcentage de 44,26%. Dans notre échantillon, 84,43% des dentistes prescrivent des antibiotiques et des analgésiques et 41,80% réalisent une détersion des lésions avec une boulette de coton imbibée de peroxyde d'hydrogène à 10 volumes. Cependant, 64,75% des dentistes font une excision du capuchon muqueux en urgence.

##### CONCLUSION:

La prise en charge de la péricoronarite n'est pas toujours conforme aux recommandations scientifiques actuelles. Afin de ne pas compromettre le potentiel de cicatrisation du parodonte, la formation continue des chirurgiens dentistes sénégalais devrait être un impératif éthique et légal.

##### MOTS CLÉS:

Péricoronarites, urgence parodontale, dentistes, connaissances, attitudes

##### INTRODUCTION:

Les urgences parodontales nécessitent une prise en charge rapide et efficace compte tenu des lésions tissulaires étendues et parfois irréversibles qu'elles peuvent engendrer [1]. La péricoronarite qui est une entité de ces urgences parodontales se définit comme une infection

#### ABSTRACT:

##### INTRODUCTION:

*Effective management of periodontal emergencies aids in both the patient's physical and psychological well being. The objective of this work was to evaluate the knowledge, attitudes and practices of dental surgeons in Dakar regarding pericoronitis.*

##### MATERIALS AND METHODS:

*This was a cross-sectional, descriptive survey of dental surgeons in the Dakar region and working in private, public and parapublic structures. Inclusion was based on the official list of the National Order of Dental Surgeons of Senegal (NODC) of the year 2015 in the region of Dakar, and the health service of the Senegalese Armies.*

##### RESULTS:

*The sample consisted of 122 dental surgeons of which 65 were men. The public sector is the most representative with a percentage of 44.26%. In our sample, 84.43% prescribed antibiotics, 84.43% analgesics, and 41.80% deterged lesions with 10-volume hydrogen peroxide-impregnated pellets. However 64.75% of dentists excised of the mucous cap in emergency.*

##### CONCLUSION:

*Management of pericoronitis is not always consistent with current scientific recommendations. In order not to compromise the healing potential of the periodontium, continuing education of Senegalese dental surgeons should be an ethical and legal imperative.*

##### KEYWORDS:

*pericoronitis, periodontal emergency, knowledge, attitudes, dentist*

##### INTRODUCTION:

*Periodontal emergencies require rapid and effective management given the extensive and sometimes irreversible tissue damage they can cause [1]. Among these periodontal emergencies, pericoronitis, which is defined as an inflammation and infection of the soft tissues surrounding the crown of a partially erupted tooth, is often associated with impacted third molar [2,3]. Pericoronitis is a common dental problem, often occurring in young adults (age 15-24), as it is about the age when wisdom teeth are erupting in the mouth [4]. The third erupted molar has a pseudo-periodontal*

des tissus mous entourant la couronne d'une dent partiellement éruptive ; elle est souvent associée à une troisième molaire incluse ou enclavée [2,3]. La péri coronarite est fréquente chez les jeunes adultes (15-24 ans), car il s'agit de l'âge où les dents de sagesse apparaissent dans la bouche [4].

La troisième molaire en éruption a une pseudo poche parodontale sur sa face distale. Cette pseudo poche est ouverte dans la cavité buccale et est donc susceptible de créer des conditions locales favorables au développement de bactéries: les mesures d'hygiène buccale sont entravées; il y a une accumulation de biofilm et de débris alimentaires. Cela provoque une inflammation des tissus adjacents, ce qui favorise une irritation mécanique (morsure) par les dents antagonistes au capuchon muqueux lors de la fermeture de la bouche [5,6].

Les formes cliniques les plus décrites sont la péri coronarite congestive aiguë et la péri coronarite suppurée. Les signes cliniques de la péri coronarite congestive aiguë sont une douleur rétro-molaire continue associée parfois à une otalgie. On observe une présence variable d'un trismus mais sans signes généraux. L'examen clinique montre une couronne dentaire partiellement visible, une muqueuse inflammatoire, rouge, une empreinte des cuspides des dents antagonistes sur l'éventuelle calotte muqueuse, une pression douloureuse avec le flux d'un possible exsudat purulent [7, 8,9].

En l'absence de traitement, la péri coronarite congestive aiguë peut évoluer vers la suppuration. Nous décrivons à ce stade la présence d'une douleur spontanée, vive, insomnante, irradiante, une otalgie violente, une halitose, un trismus, une dysphagie, une douleur à la mastication. Les signes généraux sont plus ou moins violents, l'asthénie et la fièvre peuvent être décrites.

Le traitement symptomatique de la péri coronarite inclut une antibiothérapie si l'état général est altéré ou s'il y a une extension régionale des signes inflammatoires, un analgésique de niveau I (paracétamol) ou II (paracétamol codéine) en fonction de l'intensité de la douleur et un bain de bouche comme antiseptique local.

En cas de péri coronarite suppurée et lorsque le capuchon muqueux est enflammé et fluctuant, une incision antéro-postérieure est réalisée pour établir le drainage [10,11]. La péri coronarite chronique récurrente se caractérise par des épisodes d'infection récurrente relativement bénins et une douleur associée à une éruption cutanée de la troisième molaire.

Le traitement de choix est l'extraction précoce de la dent plutôt que la prescription d'analgésiques, encore moins d'antibiotiques. Une meilleure hygiène buccale et l'utilisation d'un bain de bouche antiseptique sont au mieux palliatifs. L'examen clinique est complété par un diagnostic radiologique [12].

La prise en charge de ces péri coronarites très douloureuses nécessite donc un diagnostic clinique et radiologique localisé permettant la mise en place d'un plan de traitement adéquat avec des prescriptions médicamenteuses reposant sur des preuves scientifiquement validées.

L'analyse des approches thérapeutiques des dentistes de Dakar concernant la péri coronarite n'a jamais été étudiée. Ainsi, l'objectif de ce travail était d'évaluer les connaissances et les attitudes des dentistes de Dakar concernant la péri coronarite en tant qu'urgence parodontale.

tooth, is often associated with impacted third molar [2,3]. Pericoronitis is a common dental problem, often occurring in young adults (age 15-24), as it is about the age when wisdom teeth are erupting in the mouth [4]. The third erupted molar has a pseudo-periodontal pocket on its distal face. It is open to the oral cavity and therefore likely to create favorable local conditions for the development of bacteria: oral hygiene measures are hindered; there is an accumulation of bacterial plaque and food debris. This causes inflammation and edema of adjacent tissues, which in turn promotes mechanical irritation (bite) by the opposing teeth of the mucous cap when closing the mouth [5,6]. The most described clinical forms are acute congestive pericoronitis and suppurative pericoronitis. The clinical signs of acute congestive pericoronitis are spontaneous, continuous, retro-molar pain and earache is possible. There is a variable presence of a trismus. There are no general signs. The clinical examination shows: a crown of the partially visible tooth, an inflammatory mucosa, red, an impression of the cusps of the opposing teeth on the possible mucous cap, painful pressure with the flow of a possible purulent exudate [7,8,9]. In the absence of treatment, the evolution of the acute congestive pericoronitis can be done towards the suppuration. We describe the presence of a spontaneous pain, alive, insomniating, radiating, violent otalgia, halitosis, a trismus, dysphagia, discomfort chewing. The general signs are more or less violent, less feverish, and asthenia can be described. Symptomatic treatment includes antibiotic therapy if the general condition is impaired or if there is a regional extension of the inflammatory signs, a level I (paracetamol) or II (paracetamol codeine) analgesic as a function of the intensity of the pain and an antiseptic mouthwash. In case of suppurated pericoronitis and when the gingival hood is swollen and fluctuating, an anteroposterior incision is made to establish drainage [10,11]. Chronic recurrent pericoronitis presents with relatively mild episodes of recurrent infection and pain associated with an erupting M3. The preferred treatment is early extraction of the M3, rather than the prescription of analgesics, let alone antibiotics. Improved oral hygiene and the use of an antimicrobial mouthwash are at best palliative [12]. The clinical examination is completed with radiological diagnosis.

The management of these very painful pericoronitis therefore requires a localized clinical and radiological diagnosis allowing the implementation of an adequate treatment plan with drug prescriptions based on scientifically validated evidence.

The analysis of the therapeutic approaches of dentists in Dakar regarding pericoronitis has never been studied. Thus, the objective of this work was to evaluate the knowledge and attitudes of dentists in Dakar regarding pericoronitis as a periodontal emergency.

## MATERIELS ET METHODES:

Il s'est agi d'une enquête transversale descriptive qui s'est déroulée du 3 avril 2016 au 15 juin 2016 (2 mois et 12 jours). Elle a concerné les chirurgiens dentistes répartis dans les quatre départements de la région de Dakar et exerçant dans des structures privées, publiques et parapubliques.

L'inclusion était basée sur la liste officielle des chirurgiens dentistes de la région de Dakar, et du service de santé des Armées Sénégalaises, inscrits sur les tablettes de l'ordre national des chirurgiens dentistes du Sénégal (ONCD) de l'année 2015. Le nombre total étant de 238 dentistes. Les dentistes du service de santé publique du département d'odontologie n'ont pas été inclus, dans la mesure où ils ne font pas souvent de la pratique clinique. A ces derniers s'ajoutent les dentistes spécialisés en parodontologie qui sont sensés maîtriser ces thérapeutiques d'urgence. De la même façon, n'étaient pas inclus dans l'étude, les praticiens non joignables et ceux qui refusaient de participer à l'enquête. La participation était libre et volontaire. Le questionnaire était anonyme et les données collectées étaient confidentielles et conservées dans un endroit sécurisé.

La collecte des données a été faite sur la base d'une fiche d'enquête établie à l'aide du logiciel Sphinx Plus version 5 en fonction des objectifs de l'étude.

La fiche d'enquête devait être complétée par les dentistes et comportait deux parties principales: une première partie relative aux données socio-professionnelles du chirurgien dentiste (sexe, secteur et lieu de pratique, durée de l'exercice, formation continue en parodontologie), nombre moyen de patients par jour) et une seconde partie consacrée à la prise en charge de la péri-coronarite en situation d'urgence.

L'étude a été soumise et acceptée par le comité de recherche en éthique de l'université.

## RESULTATS:

Le taux de participation était de 51,26%. Parmi les praticiens, 53,8% sont des hommes avec un sex ratio de 1,14. Le secteur public est le plus représentatif avec un pourcentage de 44,26%. La majorité des praticiens (39,34%) ont une période d'exercice allant de 1 à 5 ans (Figure 1).

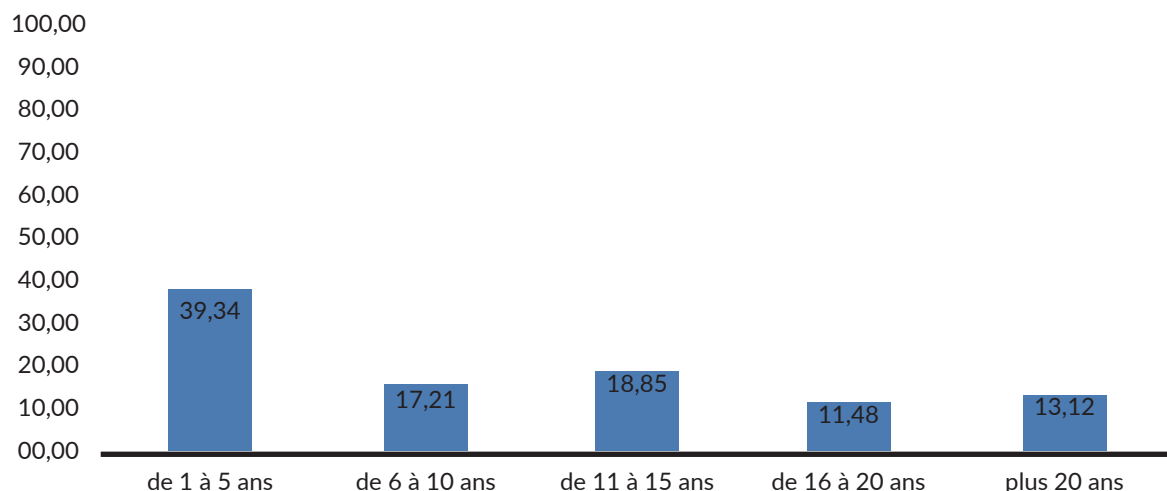


Fig 1: Répartition des dentistes en fonction de la durée de l'exercice  
Fig 1: Distribution of dentists according to the duration of exercise

## MATERIAL AND METHODS:

This was a descriptive cross-sectional survey that ran from April 3, 2016 to June 15, 2016 (2 months and 12 days). It concerned dental surgeons located in the four departments of the Dakar region and practicing in private, public and parapublic structures.

The inclusion was based on the official list of dentists in the Dakar region, and the health service of the Senegalese Armed Forces, registered on the tablets of the National Order of Dentists of Senegal (NODS) of the year 2015. The total number being 238 dentists. Dentists in the public health department of the school of dentistry were not included, as they often do not practice clinically. To these are added dentists specialized in periodontics that are supposed to master these emergency therapies. In the same way, non-contact practitioners and those who refused to participate in the survey were not included in the study. Participation was voluntary and free.

The questionnaire was anonymous and the data collected were confidential and kept in a secure location. The Sphinx software version 5 plus enabled the capture of the data collected.

The survey card had to be completed by the dentists and it consisted of two main parts: a first part relating to the socio-professional data of the dental surgeon (sex, sector and place of practice, length of exercise, continuing education in periodontology, average number of patients per day) and a second part devoted to therapeutic approaches in emergency pericoronitis. The study was submitted of and accepted by the Ethics Research Committee of The University.

## RESULTS:

The participation rate was 51,26%. Among the practitioners, 53,8% are men with a sex ratio of 1,14. The public sector is the most representative with a percentage of 44.26%. The majority of practitioners (39.34%) have an exercise period of between 1 and 5 years (Figure 1).

Les secteurs publics et parapublics représentent 56,56% des praticiens, alors que l'exercice libéral est de 43,44%. Le nombre de patients reçus par jour est variable selon les structures à Dakar. Près de 45,9 % des chirurgiens dentistes reçoivent de 11 à 20 patients par jour. Et environ 39,34 % en reçoivent moins de 10. Alors que près de 4,92 % des chirurgiens accueillent plus de 20 patients par jour.

Concernant la formation continue en parodontologie : Près de 52,45 % des chirurgiens ont suivi une formation continue, 14,75% ont participé à un congrès, 16,39 % ont bénéficié d'un enseignement postuniversitaire (EPU) et 21,31% ont suivi un congrès et un EPU en plus. Par contre 47,55 % des dentistes déclarent n'avoir eu aucune formation continue (figure 2).

The public and parapublic sectors accounted for 56.56% of practitioners, while the liberal exercise is 43.44%. The number of patients received per day varies according to the structures in Dakar. Nearly 45.9% of dental surgeons receive 11 to 20 patients a day. And about 39.34% receive less than 10. While nearly 4.92% of surgeons welcome more than 20 patients per day.

For Continuing training in Periodontology: Nearly 52.45% of surgeons have undergone continuing education, 14.75% attended a congress, 16.39% have post-graduate education (UPE) and 21.31% followed a congress and a UPE in addition. In contrast, 47.55% of dentists report that they have no continuous training (Figure 2).

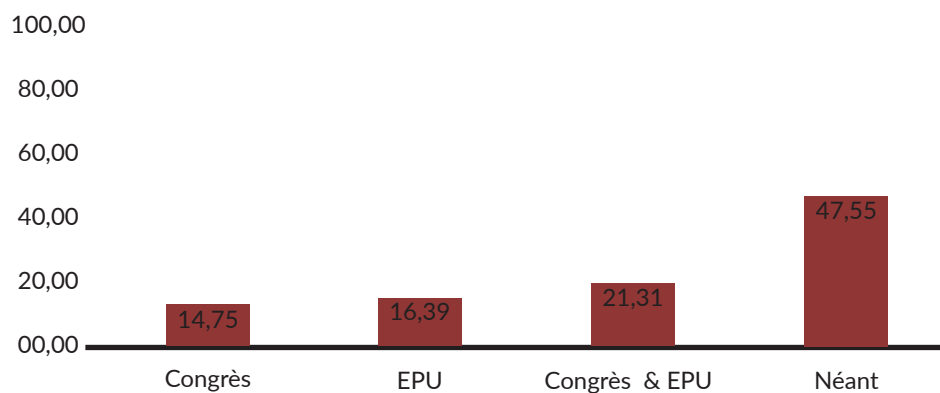


Fig 2: Répartition des dentistes selon la formation continue en parodontologie.  
Fig 2: Distribution of dentists according to continuing education in periodontology

Concernant la connaissance des signes cliniques de la péricoronarite, l'enquête a révélé que 75,41% des dentistes décrivaient un trismus avec limitation de l'ouverture de la bouche en plus d'un œdème de la muqueuse rétro-molaire décrit par 69,67% (Tableau 1).

Regarding the knowledge of the clinical signs of pericoronitis, the survey found that 75.41% of dentists describe trismus with limitation of mouth opening in addition to an edema of the retromolar trine mucosa described by 69.67% of them (Table 1).

Signes cliniques de la péricoronarite <i>Clinical Signs of Pericoronitis</i>	Effectifs Number	Proportion (%) Proportion (%)
Douleurs unilatérale para-amygdaliennes <i>Unilateral para-tonsillar pain</i>	72	59,02
Œdème muqueuse trigone rétro molaire <i>Edema of the mucosa of retro molar trine</i>	85	69,67
Signes généraux + adénopathie sous angulo-maxillaires <i>general signs + adenopathy under angulomaxillaryangulomaxillary</i>	78	63,93
Trismus avec limitation ouverture buccale <i>Trismus with limitation of mouth opening</i>	92	75,41
Ulcération nécrotique muqueuse au niveau dent <i>Necrotic ulceration of the mucosa at tooth level</i>	34	27,87

Tableau I: Connaissance des signes cliniques de la péricoronarite  
Table I: Knowledge of clinical signs of pericoronitis



Prise en charge des urgences parodontales: En ce qui concerne la réalisation d'un questionnaire médical, près de 59,84% des chirurgiens dentistes le jugent nécessaire en cas d'urgence parodontale. L'analyse des prescriptions médicamenteuses réalisées en d'urgence pour les péri-coronarites révèle que la majorité des praticiens (84,43%) prescrivent des antibiotiques et des analgésiques mais que 36,89% d'entre eux prescrivent des anti-inflammatoires (Tableau 2).

Management of periodontal emergencies: Regarding the completion of a medical questionnaire, nearly 59.84% of dental surgeons consider it necessary in case of periodontal emergency. The analysis of emergency drug prescriptions for pericoronitis reveals that the majority of practitioners (84.43%) prescribe antibiotics and analgesics but 36.89% of them prescribe anti-inflammatories (Table 2).

Signes cliniques de la péri-coronarite <i>Treatment of pericoronitis</i>	Effectifs <i>Ratio</i>	Proportion (%) <i>Proportion (%)</i>
Douleurs unilatérale para-amygdaliennes <i>Prescription of antibiotic</i>	103	84,43
Œdème muqueuse trigone rétro mo <i>Prescription of antalgic trine</i>	103	84,43
Signes généraux + adénopathie sous angulo-maxillaires <i>Prescription of anti-inflammatory</i>	45	36,89
Trismus avec limitation ouverture buccale <i>Locale anesthésia</i>	69	56,56
Ulcération nécrotique muqueuse au niveau dent <i>Deterision of lesion with a cotton ball soaked in hydrogen peroxide</i>	51	41,80
Ulcération nécrotique muqueuse au niveau dent <i>Excision of the mucous cap</i>	79	64,75

Tableau II: Prise en charge des péri-coronarites  
*Table II: Management of pericoronitis*

L'attitude générale des dentistes interrogés (59, 84%) consiste en une prise en charge médico-chirurgicale de la péri-coronarite par excision du capuchon muqueux et un débridement parodontal suivi de l'achèvement du traitement complet ultérieurement. Cependant, 31,96% prennent en charge l'urgence avant de référer les patients vers un spécialiste, tandis que 7,38% les adressent d'emblée à un parodontologiste.

#### DISCUSSION:

La présente étude descriptive et transversale a permis d'évaluer les connaissances et attitudes des chirurgiens dentistes de la région de Dakar face aux péri-coronarites.

#### Limites de l'étude

Les résultats obtenus dans cette étude comportent comme limite le nombre important de praticiens qui n'ont pas participé à l'enquête. Ceci pourrait s'expliquer par la non inclusion des dentistes qui ne sont pas inscrits dans le tableau de l'ordre national des chirurgiens dentistes du Sénégal. Il s'ajoute à ce facteur le manque d'adresses précises et parfois l'absence totale des praticiens (58 dentistes). Ces facteurs ont fait qu'une partie importante des dentistes n'a pas pu être contactée. En plus nous n'avons pas inclus les dentistes spécialisés en parodontologie (7 dentistes). Les dentistes enseignants du service de santé publique du département d'odontologie (5 dentistes) ont été également non inclus par le fait qu'ils ont une faible pratique clinique. Enfin, une partie des dentistes (10) a refusé de participer à l'enquête.

The general attitude of dentists interviewed (59, 84%) consists of the medico-surgical management of pericoronitis by excision of the mucous cap and a periodontal debridement followed by the completion of the complete care later. However 31.96% take care of the emergency before referring patients to a specialist, while 7.38% immediately refer them to periodontist.

#### DISCUSSION:

This descriptive, cross-sectional study evaluated the knowledge and attitudes of dental surgeons in the Dakar region regarding pericoronitis.

#### Limitations of the study

The results obtained in this study include as a limit the large number of practitioners who did not participate in the survey. This could be explained by the non-inclusion of dentists who are not registered in the table of the national order of dentists in Senegal. In addition to this factor, there is a lack of precise addresses and sometimes the complete absence of practitioners (58 dentists). These factors meant that a significant portion of the dentists could not be contacted. In addition we did not include dentists specialized in periodontology (7 dentists). Dentists who teach in the public health department of the Department of Dentistry (5 dentists) were also not included because they have poor clinical practice. Finally, some of the dentists (10) refused to participate in the survey.

Toutefois notre population d'étude était supérieure à celle utilisée dans l'étude de Tahiri et col. qui concernait 106 dentistes de Dakar mais légèrement en deçà des 182 dentistes ayant participé à l'étude de Gonzaga et al. au Brésil [13,14]. En Arabie saoudite 150 praticiens étaient inclus dans l'étude de Al-Sebaei MO et al. [15].

#### **Données socioprofessionnelles**

Cette étude réalisée auprès de 122 dentistes a montré que les hommes (53,28 %) étaient plus nombreux que les femmes (46,72%). Cette prédominance masculine est retrouvée par Tahiri et col. qui avaient observé 65,1% d'hommes contre 34,9% de femmes [13]. Ces résultats corroborent ceux de Al-Shamiri et col en Arabie Saoudite avec un 57,2% d'hommes et 19,4% de femmes [16]. Diouf et al. ont rapporté plus de 70% de sujets de sexe masculin dans leur étude à Dakar [17].

Les secteurs publics et parapublics représentaient 56,56% des praticiens, alors que l'exercice libéral est de 43,44% contrairement à Tahiri et col qui ont inclus plus de dentistes du secteur privé (60,4%).

La majeure partie des chirurgiens dentistes (86,88%) totalise une durée d'exercice inférieure à 20 ans, la même tendance est observée à Nouakchott [18] et Alger [19]. En effet, des études réalisées dans ces deux capitales africaines ont donné des taux respectifs de 50% et 70,94% de dentistes ayant une durée d'exercice moins de 20 ans. Depuis le décret du 2 juin 2006, la formation continue est devenue obligatoire pour tous les chirurgiens-dentistes français inscrits au tableau de l'Ordre [20]. L'amélioration des connaissances du praticien ainsi que la qualité des soins devient ainsi un impératif éthique et légal. Cependant notre étude a montré que dans la région de Dakar, presque la moitié des dentistes (52,45%) suit une formation continue libre et une partie importante (47,54%) ne suit aucun enseignement postuniversitaire (EPU). Cette situation s'explique au Sénégal par l'absence de texte légal conférant un caractère obligatoire à la formation continue des chirurgiens dentistes qui est d'une grande importance eu égard aux évolutions technologiques des plateaux et l'informatisation des systèmes faisant appel à des compétences cliniques et techniques de plus en plus avancées.

La majeure partie de la population d'étude (85,24%) reçoit moins de 20 patients par jour, 9,84 reçoivent entre 21 et 30 patients par jour et 4,92% plus que 30 patients. Ces tendances sont similaires aux résultats de Tahiri et al. Par contre, en France 61,9% des praticiens voient plus de 20 patients par jour, selon Collet et Sicart [21].

En ce qui concerne la nature des urgences parodontales, plus de la moitié (59,84%) des dentistes ne savaient pas que la péricoronarite était une urgence infectieuse et douloureuse.

Concernant le traitement d'urgence de la péricoronarite, 84,43% des dentistes prescrivent des antibiotiques et des analgésiques en plus 41,80% d'entre eux réalisent une détersion des lésions avec des boulettes de coton imprégnées de peroxyde d'hydrogène à 10 volumes. Toutefois, 64,75% des dentistes excisent le capuchon muqueux en urgence, ce qui est contraire à l'attitude recommandée. Cela reflète une insuffisance de connaissances des praticiens face à cette urgence. En effet Nitzan et al [4] recommandent un débridement de la lésion avec un antiseptique local à base de Chlorhexidine ou de peroxyde d'hydrogène à 10%.

However our study population was greater than that used in the study of Tahiri et al. which concerned 106 dentists in Dakar but slightly below the 182 dentists who participated in the study of Gonzaga et al. in Brazil [13,14]. In Saudi Arabia, 150 practitioners were included in the study of Al-Sebaei MO et al. [15].

#### **Socio-professional data**

This study of 122 dentists showed that men (53.28%) outnumbered women (46.72%). This masculine predominance is found by Tahiri et al. who had observed 65.1% of men versus 34.9% of women [13]. These results corroborate those of Al-Shamiri et al in Saudi Arabia with a ratio of 57.2% of men and 19.4% of women [16]. Diouf et al. reported more than 70% of male subjects in their study in Dakar [17].

The majority of dental surgeons (86.88%) have exercise duration of less than 20 years, the same trend being observed in Nouakchott [18] and Algiers [19]. Indeed, studies conducted in these two African capitals have given respective rates of 50% and 70.94% of dentists with duration of exercise less than 20 years. Since the decree of June 2, 2006, continuing education has become mandatory for all French dentists registered on the roll of the Order [20]. Improving the practitioner's knowledge as well as the quality of care becomes an ethical and legal imperative. However, our studies showed that in the Dakar region, almost half of dentists (52.45%) attend free continuing education and a significant portion (47.54%) does not attend any post-graduate education (UPE).

This situation is explained in Senegal by the absence of a legal text conferring a compulsory character on the continuous training of dental surgeons which is of great importance with regard to the technological developments of the plateaux and the computerization of the systems calling on clinical and technical skills more and more advanced. The majority of the study population (85.24%) receives less than 20 patients per day, 9.84 receive between 21 and 30 patients per day and 4.92% more than 30 patients. These trends are similar to the results from Tahiri et al. On the other hand, in France 61.9% of the practitioners see more than 20 patients per day, according to Collet and Sicart [21].

Regarding the nature of periodontal emergencies, more than half (59.84%) of dentists did not know that pericoronitis is an infectious and painful emergency. With regard to emergency treatment for pericoronitis, 84.43% prescribed antibiotics, 84.43% analgesics, and 41.80% deterged lesions with 10-volume hydrogen peroxide-impregnated pellets.

However 64.75% of dentists excise the mucous cap in emergency which is contrary to the recommended attitude. This reflects a lack of knowledge of practitioners in dealing with this emergency. Indeed Nitzan et al [4], recommend a debridement of the lesion with a local antiseptic based on chlorhexidine or 10 % hydrogen peroxide.

Un débridement est effectué pour faciliter l'accès, l'exérèse du capuchon muqueux est réalisée à l'aide d'une curette parodontale et d'une lame bistouri. L'utilisation d'instruments à ultrasons dans cette zone permettra d'éliminer le biofilm bactérien et les débris alimentaires sous-jacents. Un rinçage avec un jet d'eau est ensuite effectué, puis un drainage en cas de péricoronarite suppurée. Lorsque le capuchon gingival est enflammé et fluctuant, une incision antéropostérieure est réalisée pour établir le drainage.

Une prescription d'analgésiques de niveau I (paracétamol) ou II (paracétamol codéine) en fonction de l'intensité de la douleur, de bain de bouche et des conseils d'hygiène, une antibiothérapie curative peut être administrée en cas de péricoronarite suppurée, de signes généraux et de signes cliniques de propagation de l'infection [22,23].

Selon les recommandations de l'AFSSAPS (Agence Française pour la Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) de juillet 2011, la prescription d'antibiotiques est recommandée quel que soit le niveau de risque infectieux du patient: chez le patient sain, immunodéprimé et à risque élevé d'endocardite infectieuse. Il est à noter qu'aucune distinction n'est faite entre les deux types de péricoronarite, congestive ou suppurée [24].

L'analyse des résultats de cette étude montre que la formation continue permet des soins basés sur des données scientifiquement validées (Evidence-Based Dentistry EBD).

#### CONCLUSION:

Les résultats de cette étude montrent que 64,75% des dentistes de Dakar excisent en urgence le capuchon muqueux, ce qui est contraire à l'attitude recommandée. Les praticiens qui n'actualisent pas leurs connaissances par le biais d'une formation périodique régulière ont des pratiques concernant la péricoronarite qui ne sont pas toujours conformes aux recommandations scientifiques en vigueur.

La formation continue des chirurgiens dentistes du Sénégal devrait être un impératif éthique et légal dans l'objectif ultime d'améliorer la qualité des soins réalisés en urgence pour ne pas compromettre le potentiel de cicatrisation du parodonte.

*A debridement is done to have better access; exeresis of the mucous cap is performed using a periodontal curette and a scalpel blade. The use of ultrasound instruments in this area will remove bacterial plaque and underlying food debris. A rinse with a jet of water is then performed, then a drainage in case of suppurative pericoronitis. When the gingival hood is swollen and fluctuating, an anteroposterior incision is made to establish drainage.*

*A prescription of analgesics of level I (paracetamol) or II (paracetamol codeine) according to the intensity of the pain, antiseptic mouthwash and advices of hygiene, a curative antibiotherapy can be made in the cases of suppurated pericoronarites, in the presence of general signs and clinical signs of spread of the infection [22,23].*

*According to the recommendations of the AFSSAPS (French association for health safety of health products) of July 2011, the prescription of antibiotics is recommended regardless of the level of infectious risk of the patient: in healthy patients, immunocompromised, and those at high risk of infectious endocarditis. It should be noted that no distinction is made between the two types of pericoronitis whether congestive or suppurative [24].*

*The analysis of the results of this study shows that continuing education allows for care based on scientifically validated data (Evidence-Based Dentistry EBD).*

#### CONCLUSION:

*The results of this study show that 64.75% of dentists in Dakar excise of the mucous cap in emergency, which is contrary to the recommended attitude.*

*Dental Practitioners who do not update their knowledge through regular periodic training have practices regarding pericoronitis that are not always consistent with current scientific guidelines.*

*Continuing education for dentists in Senegal is needed to promote judicious management of this periodontal emergency so as not to compromise the healing potential of the periodontium.*

## RÉFÉRANCES / REFERENCES:

1. Micheau C. Parodontologie et dentisterie implantaire .Paris. Ed. Lavoisier 2014, vol.1 :451-458 ; 720 p.
2. Douglass AB. Les urgences dentaires ordinaires.American Family Physician 2003;67 (3): 511-6.
3. 3. Fragiskos D. Chirurgie buccale. Berlin: Springer. 122p, 2007.
4. Nitzan DW, Tal O, Sela MN et al.Pericoronitis: a reappraisal of its clinical and microbiologic aspects.J Oral Maxillofac Surg 1985;43(7):510-16.
5. Sixou JL, Magud C, Jolivet-gougeon A et al. Microbiology of mandibular third molar pericoronitis: Incidence of beta-lactamase-producing bacteria.Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003; 95(6):655-59.
6. Sixou JL, Magud C, Jolivet-gougeon A et al.Microflora of mandibular third molars pericoronitis. Composition and susceptibility to antibiotics.Med Buccale Chir Buccale 2004; 10(1):11-20.
7. Gutierrez-perez JL.Third molar infections.Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9:122-25.
8. Peron JM. Accidents d'évolution des dents de sagesse.Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 22-032-E-10, 2003.
9. Toledo-arenas R , Descroix V.Urgences odontologiques.Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010 ; 176p.
10. Moloney J, Stassen LF.Pericoronitis: treatment and a clinical dilemma.J Ir Dent Assoc 2009;55(4):190-92.
11. Schaudel F, Lutz JC. Accidents d'évolution des dents de sagesse. Encycl Med Chir (Paris), Médecine buccale, 2013; 22-032-E-10.
12. Pogrel MA. What are the risks of operative intervention? J Oral Maxillofac Surg. 2012;70(9 Suppl 1):S33-S36.
13. Tahiri MC. Urgences endodontiques : enquête auprès de 106 chirurgiens dentistes de la région de Dakar.Thèse : Chir, Dent. : Dakar : No15; 2011.
14. Gonzaga hf, Buso I, JORGE MA et al.Evaluation of knowledge and experience of dentists of São Paulo State, Brazil about cardiopulmonary resuscitation. Braz Dent J. 2003; 14(3):220-2.
15. Al-sebaei MO,Jan AM. A survey to assess knowledge, practice, and attitude of dentists in the Western region of Saudi Arabia. Saudi Med J. 2016 ; 37(4):440-5.
16. Al-shamiri HM, Alaizari NA, Al-maweri SA, Tarakji. Knowledge and attitude of dental trauma among dental students in Saudi Arabia. Eur J Dent. 2015; 9(4): 518-22.
17. Diouf M, Bodian S, Lo C.M.M, Cisse D, Faye D, Toure B, Fall M. Pharmacovigilance chez les chirurgiens-dentistes: enquête dans la région de Dakar, Sénégal. 2013 ; 25(1) : 69-76.
18. Ahmed O S M. Attitudes des chirurgiens-dentistes face aux urgences endodontiques : enquête auprès de 135 chirurgiens-dentistes de la région de NOUAKCHOTT.Thèse : Chir. Dent. Dakar, n° 10 [SI] ; [Sn], 2016 [56 pages].
19. Institut national de sante publique. Résultats de l'enquête nationale sur les connaissances, attitudes et pratiques des personnels de santé exerçant au cabinet dentaire vis-à-vis du risque de contamination professionnelle. Juin 2007; Projet ANDRS 02/04/04/189: 149-22.
20. Michel AK, Wright AP, Chogle S, Jones JJ And AL. An analysis of current analgesic preferences for endodontic pain management. J End 2006; 32 (12): 1146-54.
21. Collet M, Sicart D. Les chirurgiens-dentistes en France, situation démographique et analyse des comportements en 2006, DRESS, Etudes et résultats 2007 septembre n°594.
22. Schaudel F, Lutz JC.Accidents d'évolution des dents de sagesse . Encycl Med Chir (Paris), Médecine buccale, 2013; 22-032-E-10.
23. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR et al .Carranza's clinical periodontology, 11ème éd.St. Louis: Elsevier/Saunders, 2012.
24. Afssaps (ANSM). Recommandations de bonne pratique. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire, Juillet 2011.[http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Odonto-Stomatologie/\(offset\)/5](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Odonto-Stomatologie/(offset)/5)