

Pour toute information scientifique ou pour obtenir  
la bibliographie de l'auteur, contacter le département  
des Affaires Scientifiques Colgate :

Colgate  
60, avenue de l'Europe  
92270 Bois-Colombes  
Tél : 01 47 68 66 70  
carine\_morro@gaba.com  
Site Internet : [www.gaba.fr](http://www.gaba.fr)

Pour vos jeunes patients  
et leurs parents,  
il existe un site internet elmex®  
avec des informations,  
des conseils et des jeux sur la carie :

[www.carie-clic.fr](http://www.carie-clic.fr)



Partenaire de la



**Colgate®**

Société Française d'Odontologie Pédiatrique

# Santé bucco-dentaire et première visite chez le chirurgien-dentiste

Par le Dr Aurélie Beslot-Neveu



Louis, 12 ans



Clémence, 4 ans

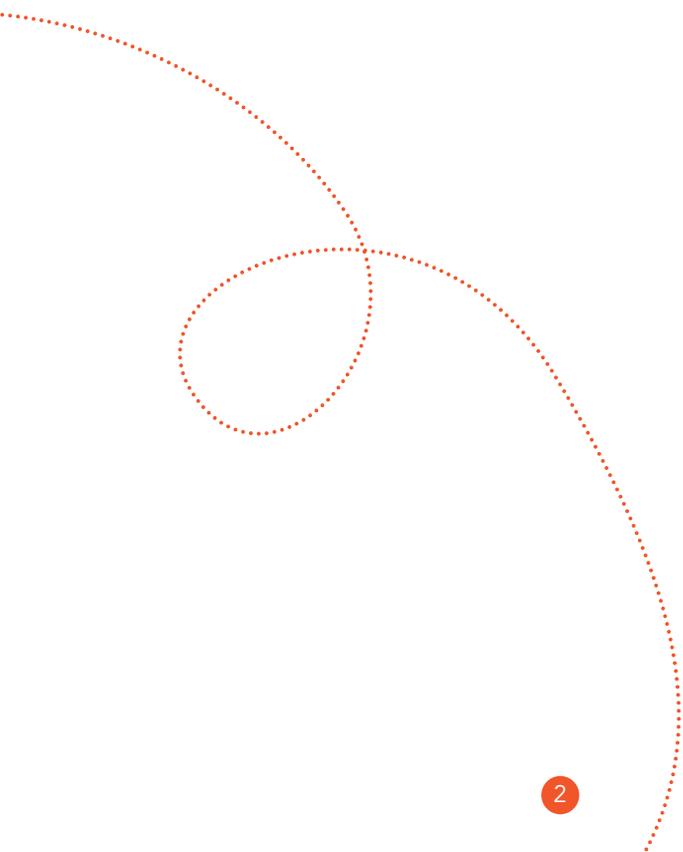
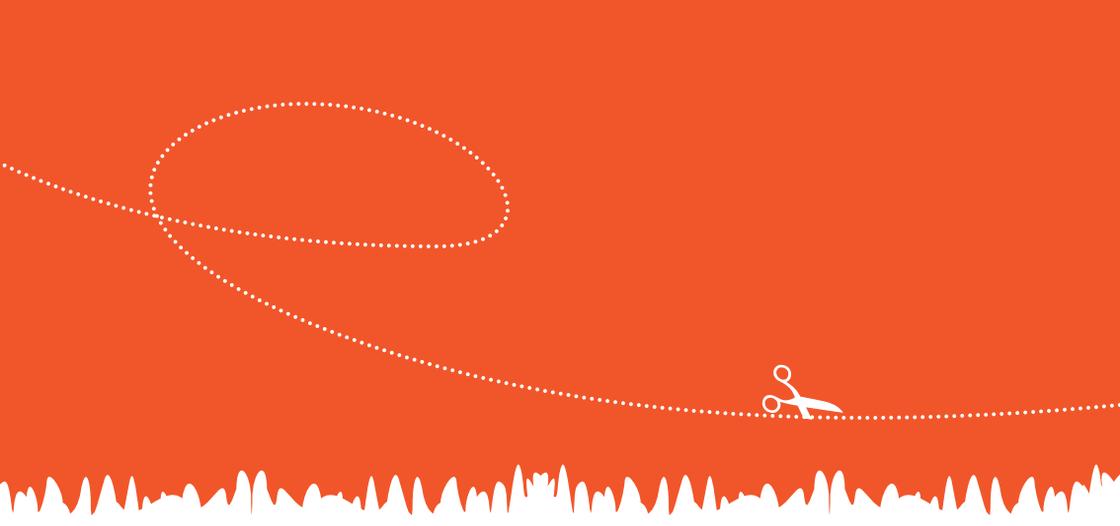


Alexandre, 8 ans



**Le pédiatre au cœur de l'environnement bucco-dentaire**

Newsletter n°12 - Avril 2015



# Sommaire

## Santé bucco-dentaire et première visite chez le chirurgien-dentiste

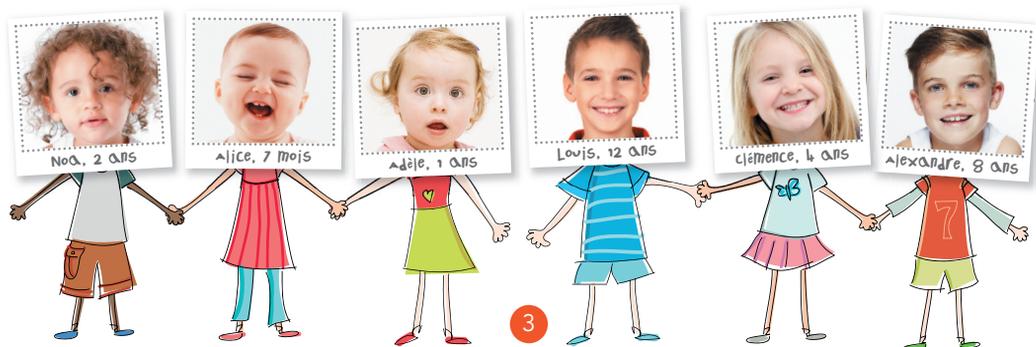
Par le Dr Aurélie Beslot-Neveu

Praticien en Odontologie Pédiatrique à la Polyclinique d'Aubervilliers

Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire en Odontologie Pédiatrique, Paris V

Membre de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique

- À quel âge doit avoir lieu la première consultation chez le chirurgien-dentiste ? ....4
- Quel rôle pour le pédiatre en matière de santé bucco-dentaire ? .....5
- Une position adaptée à l'examen bucco-dentaire du tout-petit .....6
- Focus sur les pathologies bucco-dentaires de l'enfant .....7
- Bibliographie .....22



# À quel âge doit avoir lieu la première consultation chez le chirurgien-dentiste ?



## Faut-il attendre la survenue d'un problème dentaire particulier pour initier la première consultation, ou celle-ci doit-elle être programmée systématiquement ?

L'environnement du cabinet dentaire, la lumière vive du scialytique, les odeurs, les bruits, cet étrange fauteuil et les blouses blanches qui gravitent autour peuvent être très impressionnant pour un jeune enfant. Il est indispensable de pouvoir établir un climat de confiance de façon à ce que les consultations et les soins qui peuvent être nécessaires se déroulent dans les meilleures conditions. Or, **bien souvent la première visite chez le chirurgien-dentiste a lieu à la suite d'un traumatisme dentaire ou d'une lésion carieuse se manifestant parfois par de violentes douleurs ou des signes d'infection importants** (gonflement, fièvre, altération de l'état général, ...). Ce contexte d'urgence n'est, bien sûr, pas propice à l'établissement d'une ambiance sereine et détendue.

## Y a-t-il des recommandations quant à l'âge de la première visite chez le chirurgien-dentiste ?

Une enquête réalisée par l'URCAM IDF a estimé l'âge moyen de la première consultation dentaire à 4 ans ½. La dernière version du carnet de santé comporte une page consacrée aux premières dents dans laquelle il est recommandé que la première consultation chez le chirurgien-dentiste ait lieu à 3 ans. Cela correspond à un stade où l'ensemble des dents temporaires doivent être bien en place sur l'arcade.

Par ailleurs différentes sociétés scientifiques internationales se sont prononcées en faveur d'une première visite dès l'âge d'un an. C'est le cas des sociétés américaines dentaire, de pédiatrie, de dentisterie pédiatrique, de santé publique... Au niveau européen, l'Académie Européenne de Dentisterie Pédiatrique (EAPD) va dans le même sens.

En France la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de son document « stratégie de prévention de la carie dentaire » recommande que **le risque carieux de l'enfant soit évalué :**

- **entre 6 et 12 mois** au moment de l'éruption des premières dents,
- **entre 1 et 2 ans**, c'est-à-dire au passage de l'alimentation semi-liquide à l'alimentation solide,
- **à 3 ans.**

Il est précisé que cette évaluation peut être faite par le chirurgien-dentiste, le médecin, le pédiatre, la PMI... En effet, le médecin de famille ou le pédiatre voit l'enfant jusqu'à 6 fois avant l'âge de 2 ans en dehors de toute pathologie. **C'est donc une excellente opportunité pour éduquer les parents à l'hygiène orale, évaluer le risque carieux, prescrire les soins** (Ramos Gomes et al *Réalité Clinique* 2011).

La réalisation d'une consultation précoce chez le chirurgien-dentiste dès le plus jeune âge de l'enfant présente donc plusieurs intérêts :

- **habituer l'enfant** à l'environnement du cabinet dentaire en dehors de tout contexte de soins,
- **donner les conseils** en matière d'hygiène et d'alimentation : il est en effet plus facile d'instaurer dès le départ de bonnes habitudes que de corriger par la suite les comportements néfastes,
- **dépister les pathologies.**

## Quel rôle pour le pédiatre en matière de santé bucco-dentaire ?

**Le pédiatre est un des acteurs principaux de la guidance précoce. L'instauration d'une éducation à la santé bucco-dentaire dès le plus jeune âge, et même dès la grossesse s'est en effet avérée efficace.**

Son rôle dans le dépistage des pathologies bucco-dentaires est également essentiel. Beaucoup de parents n'ont pas conscience de la nécessité d'emmener un enfant consulter un chirurgien-dentiste, particulièrement si aucune douleur ni gêne n'est observée.



# Une position adaptée à l'examen bucco-dentaire du tout-petit

La position qui consiste à placer le parent et le praticien assis face à face « genoux contre genoux » et l'enfant allongé sur eux est intéressante pour les jeunes enfants de 6 mois à 3 ans.

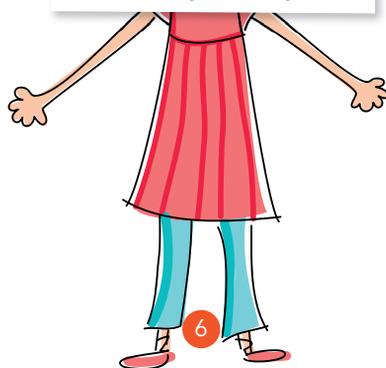
Elle permet tout d'abord à l'enfant de voir un visage connu et rassurant. Le parent peut ainsi aider à immobiliser l'enfant dont la non-coopération est normale à cet âge. Enfin, le praticien peut de cette façon montrer aisément au parent les éléments cliniques et le brossage.



Position pour les enfants de 6 mois à 3 ans



Alice, 7 mois



# Focus sur les pathologies bucco-dentaires de l'enfant



La maladie carieuse .....	8
Caries précoces du jeune enfant .....	8
3-4 ans : caries des puits et fissures .....	9
4-9 ans : caries proximales .....	10
Après 6 ans : caries des dents permanentes .....	10
Les traumatismes bucco-dentaires .....	11
Les anomalies dentaires.....	13
Anomalies d'éruption .....	13
Anomalies de nombre.....	15
Anomalies de forme .....	16
Anomalies de structure .....	16
Les pathologies orthodontiques .....	19



## La maladie carieuse

La carie est une maladie infectieuse multifactorielle qui survient avec la coexistence de plusieurs facteurs : les dents, les bactéries cariogènes et les hydrates de carbone.

Sa prévention réside tout d'abord dans la régulation de la fréquence d'ingestion d'aliments ou boissons sucrés.

D'autre part, elle nécessite un **contrôle du facteur bactérien** notamment en limitant la transmission des bactéries cariogènes. En effet, à la naissance, la cavité buccale du nourrisson est stérile mais une colonisation bactérienne des muqueuses peut se faire avant même l'éruption des premières dents. Cette transmission se fait avant tout de manière verticale (transmission mère/enfant ou parents/enfant) via par exemple la petite cuillère qui passe de la bouche du parent à celle de l'enfant ou encore la tétine ramassée par terre et « nettoyée » dans la bouche de l'adulte avant de la redonner à l'enfant. Il peut y avoir également une transmission horizontale avec les frères/sœurs ou enfants partageant les mêmes jouets (crèche, ...).

Il est par ailleurs indispensable d'éliminer ces bactéries par l'action mécanique de la brosse à dents. **Un nettoyage est recommandé tous les soirs dès l'éruption des premières dents, matin et soir à partir de l'âge de 2 ans.** Ces informations sont indiquées aux parents dans les pages du carnet de santé consacrées aux premières dents. Ces pages sont malheureusement situées dans la période au-delà de 36 mois..., d'où l'importance de relayer ces recommandations beaucoup plus tôt.

La maladie carieuse présente des formes cliniques et une localisation des lésions différentes selon l'âge de l'enfant.

## Caries précoces du jeune enfant

Une entité particulière correspond aux caries précoces du jeune enfant ou « Early Caries Childhood » anciennement connue sous le nom de *syndrome du biberon*. En effet, cette forme clinique correspond à des **caries associées à la prise répétée et prolongée de biberons diurnes et nocturnes**. Des lésions similaires sont également observées chez des enfants allaités à la demande (donc de manière répétée) au-delà de l'âge de 6 mois. Ces polycaries présentent des caractéristiques particulières avec une **atteinte chronologique** (les premières dents présentes en bouche, les incisives, sont les plus atteintes) et **des lésions situées au niveau des surfaces lisses, s'étendant en nappe**. Au départ, il s'agit de simples **taches blanches de déminéralisation** qui en l'absence de modifications des comportements vont évoluer **vers la cavitation jusqu'à une destruction coronaire complète**. Le plus souvent, les incisives mandibulaires sont indemnes du fait de la protection offerte par la langue pendant la tétée.



Caries précoces du jeune enfant au stade initial (déméralisations et début de cavitation)



Enfant de 2 ans présentant des caries précoces avec destruction coronaire complète des incisives maxillaires et lésions en nappe des canines et 1<sup>ères</sup> molaires maxillaires. Les 2<sup>èmes</sup> molaires ne sont pas encore sur l'arcade



## Le rôle des pédiatres en prévention des caries précoces du jeune enfant

- Guidance précoce - éducation à la santé bucco-dentaire.
- Interroger les parents sur les habitudes alimentaires de l'enfant : allaitement / biberon notamment la nuit lorsque le flux salivaire est réduit. La fréquence des tétées ou biberons doit être recherchée ainsi que le contenu de ces derniers. Le lait, comme toute boisson autre que l'eau, est cariogène.
- Informer sur le caractère nocif du biberon ou allaitement « à la demande » après l'éruption des premières dents,
- Encourager rapidement le passage à 5 puis 4 repas / 24h sans grignotages,
- Informer sur la transmission des bactéries cariogènes notamment lorsqu'un parent goûte à la cuillère de l'enfant,
- Encourager le brossage des dents dès leur apparition sur l'arcade avec un dentifrice au fluorure adapté à l'âge de l'enfant,
- Adresser au chirurgien-dentiste rapidement, en cas de risque carieux élevé.

## 3-4 ans : caries des puits et fissures

Chez les jeunes enfants, la présence de **diastèmes entre les dents est très fréquente**. Ces espaces interproximaux permettent un certain auto-nettoyage et sont donc souvent exempts de caries. À cette période de début de denture temporaire, outre les caries précoces, les lésions carieuses sont principalement situées au niveau des puits et fissures des molaires.



Enfant de 4 ans présentant des caries des puits et fissures au niveau des molaires maxillaires

## Le rôle du pédiatre

Examiner les dents et rechercher la présence de caries visibles à l'œil nu.



Clémence, 4 ans



## 4-9 ans : caries proximales

À partir de 4 ans, l'évolution de la première molaire permanente (bien avant sa mise en place sur l'arcade) est à l'origine d'une fermeture des diastèmes laissant place à des points de contact se transformant ensuite en surface de contact. Le nettoyage de ces espaces interdentaires devient alors très difficile. C'est la raison pour laquelle les faces proximales des molaires temporaires sont un site de prédilection pour le développement des lésions carieuses. Au départ, avant effondrement de l'émail surplombant la lésion, celle-ci n'est pas visible cliniquement dans la cavité buccale. Le diagnostic est donc essentiellement radiographique.



Jeune patiente âgée de 7 ans. L'examen clinique ne montre la présence d'aucune cavitation carieuse. Pourtant la réalisation de clichés radiographiques révèle des lésions proximales entre les premières et deuxièmes molaires maxillaires temporaires

## Après 6 ans : caries des dents permanentes

Après 6 ans, avec l'évolution de la denture mixte, aux caries des dents temporaires s'ajoutent alors celles des dents permanentes. Si les phénomènes de permutation au niveau antérieur sont évidents pour la plupart des enfants et leurs parents, la situation est bien différente pour les premières molaires définitives. Ces dernières font leur éruption en postérieur, parfois insidieusement et sans remplacer aucune dent de lait. Beaucoup de patients ignorent alors qu'il s'agit de dents permanentes. Leur situation postérieure rend leur brossage plus difficile (d'autant que l'émergence étant parfois longue, elles se retrouvent longtemps en dessous du plan d'occlusion des autres molaires). Or, à 6 ans, l'enfant a de plus en plus d'autonomie et le brossage n'est parfois plus complété par les parents. De plus, ces dents présentent au départ une immaturité tissulaire et vont subir par la suite des phénomènes de maturation post-éruptive. Leur anatomie coronaire avec des sillons qui peuvent être très anfractueux leur confère également une susceptibilité à la carie qui peut être importante.



Enfant de 8 ans 1/2 présentant des caries au niveau des molaires temporaires mais également permanentes

## Le rôle du pédiatre

Orienter vers un chirurgien-dentiste pour des consultations de contrôle, même en l'absence de lésions visibles cliniquement.

## Le rôle du pédiatre

- Informer sur l'éruption des dents définitives non seulement dans les secteurs antérieurs où elles viennent remplacer les dents temporaires, mais également en postérieur.
- Conseiller une consultation chez le chirurgien-dentiste.
- À 6 ans commence les rendez-vous de prévention « M'Tdents » offerts par l'Assurance Maladie, incitant les parents à emmener leur enfant consulter un chirurgien-dentiste à certains âges clés (6, 9, 12, 15 et 18 ans).



## Les traumatismes bucco-dentaires

Les traumatismes représentent une pathologie courante de l'enfant : plus d'un enfant sur deux en est victime avant l'âge de 12 ans.

La classification de l'OMS modifiée par Andreasen distingue 4 grands types de traumatismes bucco-dentaires :

- les traumatismes des tissus mous,
- les traumatismes des tissus durs dentaires,
- les traumatismes des tissus de soutien parodontaux,
- les traumatismes des tissus osseux.

Ces traumatismes peuvent engendrer des dommages immédiatement visibles : c'est le cas des fractures ou déplacements dentaires. Mais il peut également y avoir des conséquences « retardées » à la fois sur les dents traumatisées mais également sur les dents permanentes sous-jacentes lorsqu'il s'agit de traumatismes en denture temporaire.



Fractures coronaires des deux incisives maxillaires permanentes. Restaurations au composite



Anomalie de structure d'une incisive permanente consécutive à un traumatisme sur la dent temporaire sus-jacente

Une fracture engendrant une communication avec le milieu buccal crée une voie de pénétration pour les bactéries qui peut être à l'origine d'un phénomène infectieux. **La restauration d'une dent fracturée est donc essentielle, non seulement du point de vue esthétique, mais aussi pour prévenir les complications infectieuses.** Le fragment peut être recollé s'il a été retrouvé et conservé. L'idéal est qu'il ne soit pas conservé à sec afin d'éviter sa déshydratation. Si le fragment n'a pas été conservé ou s'il ne peut être repositionné correctement, une restauration à l'aide d'une résine composite est réalisée.

En ce qui concerne les traumatismes avec déplacements dentaires, l'attitude thérapeutique diffère selon qu'il s'agit de dents temporaires ou permanentes. Les dents permanentes déplacées latéralement ou hors de l'alvéole doivent être repositionnées puis maintenues en place grâce à une contention. Ce geste doit être effectué assez rapidement car une fois le caillot formé, il devient très difficile de mobiliser la dent. **En cas d'expulsion complète d'une dent définitive, elle peut être réimplantée.** Il s'agit alors d'une véritable urgence dans la mesure où le pronostic est inversement proportionnel au temps extra-oral à sec. Si la réimplantation n'est pas possible sur le lieu même de l'accident, la dent expulsée doit être conservée dans un milieu adéquat : **le lait froid serait un liquide de conservation convenable** d'autant qu'il est facilement disponible partout. En revanche, **le repositionnement n'est pas indiqué pour les dents temporaires du fait du risque de lésion du germe sous-jacent.** L'attitude thérapeutique va donc de l'abstention à l'extraction de la dent traumatisée en cas de gêne à la fermeture buccale ou de mobilité importante.



Expulsion traumatique d'une incisive permanente maxillaire. Réimplantation et mise en place d'une contention

**Les dents temporaires ou permanentes immatures intrusées (déplacées vers l'intérieur de l'alvéole) redescendent généralement spontanément en quelques semaines ou mois.** Si ce n'est pas le cas ou s'il s'agit de dent ayant achevé leur maturation radiculaire, il faut envisager un repositionnement orthodontique ou chirurgical. Les complications des intrusions de dents temporaires sont très fréquentes au niveau des dents permanentes sous-jacentes (anomalies de structure, dilacération, défaut d'éruption...).

Tout traumatisme bucco-dentaire justifie une consultation chez le chirurgien-dentiste et l'instauration d'un suivi afin de limiter ou d'intercepter d'éventuelles complications ou séquelles.

### Le rôle du pédiatre :

Si un traumatisme bucco-dentaire est observé ou rapporté par l'enfant ou ses parents, recommander une consultation chez le chirurgien-dentiste. L'absence de douleur ou même de signes visibles ne doivent pas faire négliger ces consultations de contrôle. Les complications traumatiques peuvent être observées plusieurs mois ou années après l'accident et leur prise en charge est d'autant plus simple qu'elles sont diagnostiquées précocement.

Jour du traumatisme bucco-dentaires



+ 15 jours



+ 4 mois



+ 1 an



Intrusion d'une incisive centrale maxillaire chez une patiente âgée de 7 ans ½ après une chute sur un toboggan. Après quelques semaines une rééruption spontanée de la dent a été observée. Cette dent présentait également une légère fracture et a été restaurée avec du composite



## Les anomalies dentaires

### Anomalies d'éruption

Outre quelques rares cas de dents natales ou néonatales, les premières dents temporaires font leur éruption dans la cavité buccale vers l'âge de 6

mois en moyenne. Une bonne connaissance de la chronologie d'évolution des dents temporaires et permanentes permet de diagnostiquer d'éventuelles anomalies de l'éruption.

Âges moyens	Phénomènes d'éruption/exfoliation	Stades de denture
6-8 mois	Eruption des incisives temporaires (le plus souvent les centrales mandibulaires en premier)	
12-18 mois	Eruption des premières molaires temporaires	Phase d'établissement de la denture temporaire
16 – 20 mois	Eruption des canines temporaires	
20-30 mois	Eruption des deuxièmes molaires temporaires	
3-6 ans		Phase de denture temporaire stable
6 – 8 ans	Exfoliation des incisives temporaires et remplacement par les incisives permanentes	Phase d'établissement de la denture mixte
6-7 ans	Eruption des premières molaires permanentes	
8-9 ans		Phase de denture mixte stable
9-11 ans	Exfoliation des premières molaires temporaires et remplacement par les premières prémolaires	Phase d'établissement de la denture adolescente
11-12 ans	Exfoliation des canines temporaires et remplacement par les canines permanentes	
11-12 ans	Exfoliation des deuxièmes molaires temporaires et remplacement par les deuxièmes prémolaires	
11-12 ans		Phase de denture adolescente stable
12 ans	Eruption des deuxièmes molaires permanentes	Phase d'établissement de la denture adulte jeune
Après 12 ans		Phase de denture adulte jeune

Il s'agit là d'âges moyens mais il existe une grande variabilité selon les individus. En ce qui concerne la denture temporaire, selon Tanner, la normalité correspond à la présence de toutes les dents temporaires sur l'arcade à 3 ans. Le plus souvent l'évolution se fait avec une certaine symétrie entre les héli-arcades droite et gauche. **Un décalage important de l'éruption d'une dent par rapport à son homologue controlatérale doit retenir l'attention et faire rechercher une anomalie.**

Dans certains cas, l'éruption dentaire peut être précoce lorsqu'elle survient de 1 mois (incisives) à 6 mois (2<sup>ème</sup> molaire) avant la date « normale » d'éruption pour les dents temporaires, plus d'un an avant pour les dents permanentes. Le plus souvent, elle n'a aucune conséquence mais **elle peut être liée à la perte prématurée de la dent temporaire sus-jacente (traumatisme ou extraction) ou encore être une manifestation d'une hyperthyroïdie non traitée.**

**À l'inverse, l'éruption est dite retardée si la dent n'a pas fait son éruption 6 mois après l'âge moyen pour les dents temporaires et 12 mois après pour les dents permanentes.** Ces défauts d'éruption peuvent être liés à l'agénésie de la dent, la présence d'un obstacle bloquant l'éruption (dent surnuméraire, kyste, perte d'espace après la perte prématurée d'une dent temporaire, gencive fibreuse...).

**L'éruption des incisives permanentes mandibulaires en linguale des incisives temporaires constitue une situation fréquente et est une source d'inquiétude pour les parents.** Souvent, la racine des incisives temporaires est en cours de résorption, et si les dents sont mobiles, leur exfoliation peut se faire naturellement. Dans le cas contraire, l'extraction des dents temporaires peut s'avérer nécessaire. Après la chute ou avulsion des dents temporaires, les dents permanentes se remettent spontanément en vestibulaire.



Eruption des incisives centrales mandibulaires permanentes en lingual des temporaires sans exfoliation de ces dernières



Jeune patient âgé de 13 ans. L'examen clinique révèle la présence sur l'arcade de 2 prémolaires à gauche et une seule à droite. La réalisation d'une radio panoramique montre la présence de la 2<sup>ème</sup> prémolaire droite qui n'a pas pu faire son éruption du fait d'une perte d'espace probablement consécutive à la perte prématurée de la molaire temporaire



## Anomalies de nombre

Les dentures temporaires et permanentes comportent respectivement 20 et 32 dents. **Certains patients peuvent présenter une absence congénitale d'une ou plusieurs dents (agénésie) ou au contraire un excès de matériel dentaire (dents surnuméraires).**

Les agénésies peuvent toucher une ou plusieurs dents, voire toutes les dents dans de rares cas. Elles atteignent plus fréquemment les dents permanentes que les temporaires. **Les dents dites de fin de série sont les plus affectées** : 3<sup>èmes</sup> molaires (dents de sagesse), 2<sup>èmes</sup> prémolaires et incisives latérales maxillaires. On peut trouver des agénésies isolées mais également associées à des pathologies générales et syndromes (dysplasie ectodermique, trisomie 21, fente labiopalatine...).

Un caractère héréditaire peut être trouvé pour ces agénésies.

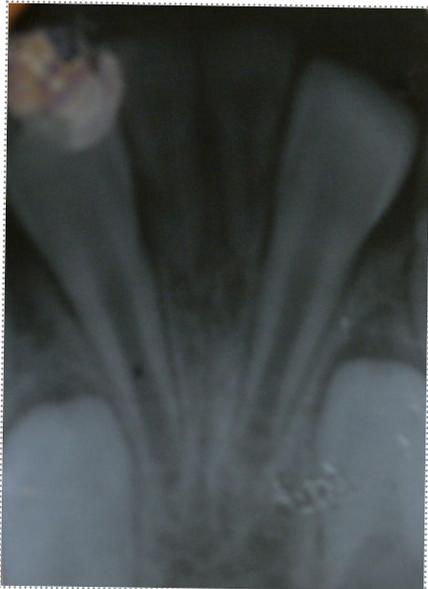
Les dents surnuméraires peuvent se retrouver dans tous les secteurs avec une prédilection pour la région antérieure maxillaire. Leur morphologie peut être normale ou particulière. C'est le cas par exemple des mésiodens, dent surnuméraire de forme conoïde situé entre les incisives centrales maxillaires. Ces dents supplémentaires peuvent se mettre en place sur l'arcade, parfois en malposition ou rester incluses. Dans certains cas, elles peuvent entraver l'éruption des autres dents.



Mesiodens sur l'arcade



Incisive temporaire surnuméraire en place sur l'arcade chez une petite fille de 3 ans



Persistance des 2 incisives centrales temporaires et présence des incisives latérales permanentes. L'examen radiographique révèle des agénésies de 2 incisives permanentes

## Anomalies de forme

Les anomalies de morphologie sont multiples et peuvent toucher toutes les dents. Parmi les plus fréquentes on distingue l'incisive latérale conique « incisive en grain de riz » ou encore des dents présentant une hypertrophie du cingulum : cuspide en talon ou « talon cusp ».



Incisives latérales en grain de riz



Talon cusp au niveau d'une incisive latérale

## Anomalies de structure

On distingue des anomalies de structure généralisées et d'autres localisées.

Les anomalies de structure généralisées atteignent toutes les dents des deux dentures et sont transmises de manière héréditaire. Il s'agit principalement de l'amélogenèse imparfaite et de la dentinogénèse imparfaite.



Petite fille de 5 ans présentant une dentinogénèse imparfaite

Les anomalies de structure localisées peuvent être engendrées par toute perturbation survenant au cours de l'odontogénèse.

- Ainsi un traumatisme ou une infection d'une dent temporaire peut être à l'origine d'une anomalie de la dent permanente sous-jacente, en cours de minéralisation au moment de l'accident.



Anomalie d'une prémolaire consécutive à l'infection de la molaire temporaire sus-jacente



- **La fluorose correspond à des hypominéralisations induites par une intoxication chronique au fluor.** Elle atteint toutes les dents en cours de minéralisation pendant la période d'excès de fluor. La dose optimale de fluorures est de 0,05 mg/kg/24h. Le risque de fluorose existe au-delà de 0,1mg/kg/24h. À l'heure actuelle, **le fluorure systémique n'est plus prescrit de manière systématique aux nourrissons pour éviter ces risques de surdosage.** Dans tous les cas une seule source de fluorure systémique ne doit être tolérée. Des comprimés ou gouttes de fluor ne doivent être prescrits que pour des enfants présentant un risque carieux élevé et en l'absence de toute autre source (pas de sel fluoré, eau de boisson contenant moins de 0,3mg/L). Il est important de respecter un dosage de fluorure dans le dentifrice correspondant à l'âge de l'enfant ( $\leq 500$  ppm avant 6 ans) et de le déposer sur la brosse à dents en petite quantité, d'autant qu'une grande partie du dentifrice est ingéré par l'enfant. Enfin, certaines eaux de distribution du robinet ou en bouteille contiennent des quantités de fluorures trop importantes pour de jeunes enfants et ne conviennent donc pas à leur alimentation.



Enfant de 10 ans habitant dans une région où l'eau est très fluorée présentant une fluorose

- **Une anomalie qualifiée d'hypominéralisation incisivo-molaire (MIH)** est retrouvée à l'heure actuelle chez de nombreux enfants. Elle se caractérise par une atteinte d'une ou plusieurs molaires permanentes et/ou une ou plusieurs incisives. Des degrés d'atteinte différents sont retrouvés y compris au sein d'une même bouche. Les molaires atteintes peuvent parfois être très sensibles notamment à l'air et au froid, et se délabrer rapidement.



Hypominéralisation incisivo-molaire (MIH) chez un enfant de 8 ans

- Certains enfants présentent **des colorations noires** sur leurs dents. Il ne s'agit là ni de carie ni d'anomalie. Ces colorations sont associées à la présence de bactéries pigmentées. Elles apparaissent donc partout où le brossage n'a pas permis l'élimination bactérienne. Une fois en place, elles ne peuvent plus être enlevées par le simple passage de la brosse à dents et nécessitent donc l'intervention du chirurgien-dentiste pour rétablir l'esthétique. Le plus souvent ces colorations disparaissent au moment des permutations ou à la puberté.

### Le rôle du pédiatre :

- Compter les dents présentes en bouche.
- Vérifier la corrélation entre les dents sur l'arcade et l'âge civil de l'enfant.
- Comparer l'évolution des dents avec leurs homologues contro-latérales.
- Vérifier l'intégrité des dents, la présence d'anomalies dentaires.
- Pour les apports en fluorure, conseiller un brossage avec un dentifrice fluoruré (fluorure topique) plutôt que la prescription de gouttes au fluor (fluorure systémique).





## Les pathologies orthodontiques

Normalement, le maxillaire doit circonscire la mandibule, et les dents maxillaires sont très légèrement en avant par rapport aux dents mandibulaires.

Les rapports entre les arcades maxillaires et mandibulaires et l'organisation des dents au sein de ces arcades peuvent parfois être perturbés.

Des décalages sagittaux importants peuvent être observés notamment chez les enfants qui sucent leur pouce, une tétine et/ou ayant une interposition de la langue entre les arcades. Ces parafunctions répondent au départ à un besoin physiologique du nourrisson. Lorsqu'elles se prolongent dans le temps, ces habitudes néfastes projettent les incisives maxillaires vers l'avant et occasionnent des déformations au niveau du palais. Les répercussions sont d'autant plus importantes que la durée quotidienne de succion est grande et que l'habitude se poursuit longtemps. La tétine semble très prisée à l'heure actuelle. Elle présente l'avantage par rapport au pouce de pouvoir être laissée dans le lit, sa succion étant limitée aux moments de sieste et à la nuit. Il semble intéressant d'encourager cette limitation dès le plus jeune âge. En effet, il est encore une fois beaucoup plus difficile de supprimer ou modifier des habitudes néfastes déjà bien installées. Si ces parafunctions sont poursuivies après l'éruption des incisives permanentes, les déformations deviennent irréversibles. Dans ces situations, un traitement orthodontique est indiqué notamment dans un but préventif afin de protéger les incisives maxillaires du risque traumatique.

Début de traitement



+ 1 mois



+ 6 mois



Traitement d'interception d'un surplomb incisif exacerbé associé à une succion digitale avec une plaque de Hawley



Alexandre, 8 ans



D'autres situations peuvent faire l'objet d'un traitement orthodontique précoce. C'est le cas lorsqu'une ou plusieurs dents se trouvent en articulé croisé.

### Le rôle du pédiatre :

- Alerter les parents sur les risques liés à une succion prolongée du pouce ou de la tétine
- Orienter vers un chirurgien-dentiste ou un orthodontiste en cas de malposition.

Début de traitement



+ 1 mois



+ 3 mois



Traitement d'interception d'un articulé croisé incisif à l'aide d'une plaque de Hawley munie d'un ressort en palatin de l'incisive en malposition.

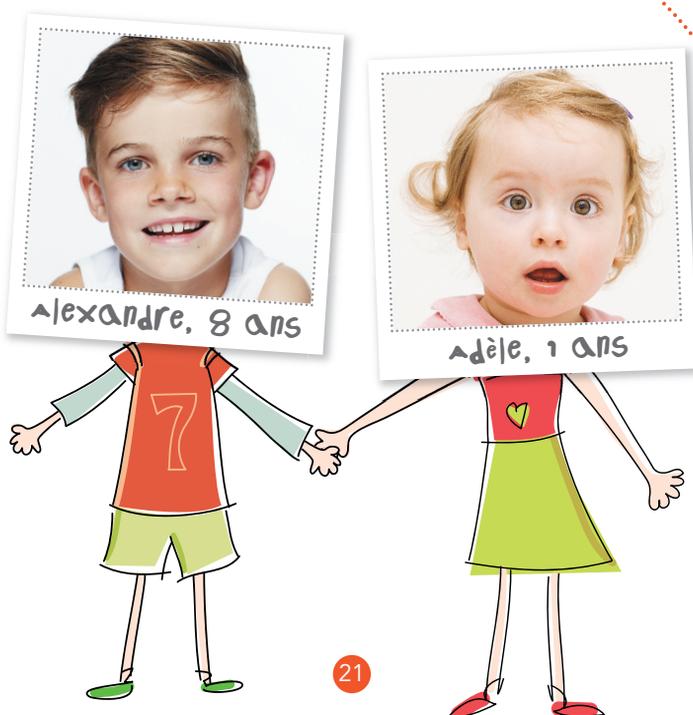


Louis, 12 ans



Quelle que soit la situation,  
une première consultation chez le  
chirurgie-dentiste est recommandée  
pour les enfants dès leur plus jeune âge.

Par la suite, en l'absence de problème particulier,  
des consultations de contrôle  
doivent être réalisées tous les 6 à 12 mois.



# Bibliographie

- California Dental Association Foundation; American College of Obstetricians and Gynecologists, District IX.  
Oral health during pregnancy and early childhood: evidence-based guidelines for health professionals.  
J Calif Dent Assoc. 2010 Jun;38(6):391-403, 405-40.
- Chandna P, Adlakha VK.  
Oral health in children guidelines for pediatricians.  
Indian Pediatr. 2010 Apr;47(4):323-7. Review.
- Haute Autorité de Santé.  
Stratégie de prévention de la carie dentaire.  
Mars 2010.
- Long CM, Quinonez RB, Beil HA, Close K, Myers LP, Vann WF Jr, Rozier RG.  
Pediatricians' assessments of caries risk and need for a dental evaluation in preschool aged children.  
BMC Pediatr. 2012 May 4;12(1):49.
- Malcheff S, Pink TC, Sohn W, Inglehart MR, Briskie D.  
Infant oral health examinations: pediatric dentists' professional behavior and attitudes.  
Pediatr Dent. 2009 May-Jun;31(3):202-9.
- Ramos Gomes et al. RC 2011.
- Sonis A, Zaragoza S.  
Dental health for the pediatrician.  
Curr Opin Pediatr. 2001 Jun;13(3):289-95. Review.
- Soxman J.A.  
The first dental visit.  
Gen Dent 2002; 50 (2): 148-55.

