

# Pédodontie

## Relation enfant-praticien

### + Poser des *questions ouvertes* aux parents et reformuler :

- Faire parler l'enfant
- Importance de la *triade enfant/parents/praticien*
- Respecter la distance intime entre l'enfant et ses parents.
- Examen clinique : peut être réalisé en observant les réactions de l'enfant
- On ne réalise pas de soin dans la première séance si le jeune enfant n'a jamais été soigné avant : sauf urgences, trauma, infections !

### + Tenir compte de l'âge et du rythme de l'enfant : privilégier les rendez-vous le matin ou après la sieste chez les enfants de 2 à 6 ans. Chez les enfants scolarisés, ne pas effectuer de longues séances de soins après une journée d'école.

- Aller *du soin le plus simple au soin le plus compliqué*, mais en privilégiant les urgences
- Expliquer et adapter son vocabulaire
- Distraire
- Féliciter
- Assurer un rôle positif au parent/accompagnant

### + Quand les pleurs apparaissent, prendre en compte les plaintes et les signes de douleur afin de ne pas accuser à tort l'enfant d'un mauvais comportement.

### + En cas d'échec, la *sédation consciente* est une solution possible avant l'*anesthésie générale*.

## MOTS CLES

Questions ouvertes

Triade enfant/parent/praticien

Approche progressive

Du soin le plus simple au soin le plus compliqué

Sédation consciente

Anesthésie générale

# 1<sup>re</sup> consultation

## Quand ?

- Doit avoir lieu *normalement* à 1 an. Si elle se déroule plus tard, l'âge va influencer la manière de mener l'interrogatoire et l'examen clinique.

## Comment ?

- Observer l'attitude de l'enfant dans la salle d'attente, sa manière de se diriger vers le fauteuil
- Genoux à genoux, enfant allongé sur son parent, ou face à face enfant/praticien assis sur le même fauteuil en gardant le contact manuel et visuel

## + Interrogatoire :

- *Motif de consultation* : contrôle ou urgence
- Anamnèse médicale avec *carnet de santé* : risque infectieux, hémorragique ou allergique ?
- Histoire buccodentaire : déjà consulté ? Pourquoi ? Comment la consultation s'était-elle passée ?
- Évaluation risque carieux

Après un interrogatoire adressé aux parents et impliquant l'enfant selon son âge, on réalise l'examen clinique.

+ **Examen facial** : observation en occlusion du parallélisme des étages de la face, du profil, examen des téguments

## + Examen intra arcade :

- Examen dentaire et de l'occlusion : formule dentaire, *occlusion statique et dynamique*, examen dent par dent : lésions carieuses, mobilité, anomalies dentaires (morphologiques et/ou de structure), qualité de l'hygiène
- Examen du parodonte et des tissus mous : parodonte, langue (aspect, mobilité, volume), muqueuses jugales et labiales, insertion des freins et brides)

## + Examen fonctionnel :

- Dépistage des *dysfonctions orofaciales* lors de la déglutition, la respiration, la mastication et la phonation
- Examen des articulations des ATM et du parcours condylien : amplitude, déviation, douleur, craquement.

## + Examen radiologique

Un diagnostic est alors posé. Plan de traitement et calendrier de suivi sont proposés.

Finir sur une *note positive et constructive*

## MOTS CLES

Quand

Normalement à 1 an

Comment

Motif de consultation

Carnet de santé

Occlusion statique

Occlusion dynamique

Dysfonctions orofaciales

Note positive et constructive

# Anamnèse

1<sup>er</sup> contact avec l'enfant : *triade de dialogue* (praticien + enfant + parent). Poser les questions d'abord à l'enfant → *relation de confiance*.

État civil et renseignements divers :

- Nom, prénom
- Date de naissance, âge civil
- Lieu de naissance
- *Poids*, taille
- Adresse, numéro de téléphone
- Profession des parents
- Niveau scolaire
- Frères et sœurs ?
- Activités extrascolaires
- Nom et téléphone du *médecin traitant*
- *Type d'alimentation* (combien de repas, bonbons, boissons, sodas)
- *Hygiène*, carnet de santé et vaccins (traumato +++)

*Autorisation de soins sur mineur*

*Motif de consultation* : urgence infectieuse, traumatologie...

*Antécédents médicaux* :

- *Antécédents héréditaires* : amélogénèse imparfaite, dentinogénèse imparfaite, prognathisme, maladies de la lignée sanguine
- *Antécédents maternels* : soucis pendant la grossesse ? Carences, médicaments pris par la maman comme pour l'épilepsie, prématurité
- *Antécédents personnels* : problèmes cardiaques, insuffisance rénale, terrains allergiques, eczéma

*Vécu dentaire* de l'enfant : conditionnement direct (mauvaises expériences dentaires, médicales, hospitalières) ou conditionnement indirect (parents)

Examen exobuccal :

- De face :
  - . Syndrome de Silverman = maltraitance
  - . Symétrie du visage
  - . Palpation des ganglions
  - . Fonctionnalité ATM
  - . Examen des téguments
- De profil :
  - . Profil droit, convexe ou concave
  - . Compétence labiale

*Examen fonctionnel* : respiration buccale ou non, déglutition, phonation, mastication, bruxisme, *parafonctions*

*Examen endobuccal* : hygiène dentaire (*évaluation du risque carieux* : jaune, blanc, mou → active et noir, dur → inactive), amygdales, muqueuses, les dents (formule dentaire = *formule de Reboul*). *Classification de Demoge*.

Examens complémentaires :

- Tests diagnostiques peu fiables chez l'enfant
- Mobilité dentaire
- Cliché rétro-coronaire
- Cliché occlusal : trauma
- Radio panoramique
- Rétro-alvéolaire

Cliché rétro-alvéolaire, on cherche à observer sur la dent temporaire :

- Si dentinite proximité pulpaire
- *Résorption* physiologique ou pathologique de la *zone inter radiculaire*
- Confirmation du *stade radiculaire*

Cliché rétro-alvéolaire, on cherche à observer sur la dent définitive :

- Détection agénésie ou malformation, rapport avec le germe de la dent temporaire, édification radiculaire (Nolla)

**Au stade 8 de Nolla : 2/3 de la racine édifié on peut alors avulser la dent temporaire**

Autres examens complémentaires : bilan ORL, tests sanguins, bilan allergique, âge osseux.

## **MOTS CLES**

Triade de dialogue  
Relation de confiance  
Poids  
Médecin traitant  
Type d'alimentation  
Hygiène  
Autorisation de soins sur mineur  
Motif de consultation  
Antécédents médicaux, héréditaires, maternels, personnels  
Vécu dentaire  
Syndrome de Silverman  
Examen fonctionnel  
Parafonctions  
Évaluation du risque carieux  
Formule de Reboul  
Classification de Demoge  
Résorption  
Stade radulaire  
Stade de Nolla

# Examens radiographiques

Matériel : *angulateur de Rinn*, porte-film plastique ou autocollant, film radiographique ou capteurs radiovisiographiques ou écran radio-luminescent à mémoire.

+ **Cliché rétro-coronaire ou Bitewing** : cliché de référence pour visualiser les lésions carieuses

+ **Cliché rétro-alvéolaire** : réalisé avec angulateur si possible pour :

- Lésions carieuses sévères
- Évaluer le *stade physiologique* de la dent temporaire ou permanente
- Diagnostic et suivi des dents traumatisées
- Vérifier la bonne réalisation des traitements pulpaires
- Lorsque Bitewing n'est pas réalisable

+ **Mordu occlusal** :

- Réalisé dans les cas de *traumatologie*
- Éruption retardée de dent permanente antérieure
- Suspicion de *dents surnuméraires et/ou incluses*

+ **Radiographie panoramique** :

- Anomalies de nombre et de forme
- Pour surveiller l'éruption des dents permanentes
- Patients polycariés
- En traumatologie lors de suspicion de *fracture de la mandibule et/ou des condyles*

+ **Examens radiographiques complémentaires de 2<sup>e</sup> intention : examens d'imagerie sectionnelle**

- Privilégier CBCT à TDM plutôt pour polytraumatisés (handicapés) et pour les tumeurs malignes de la face.
- Cliché préopératoire en présence de germes surnuméraires ou si extraction programmée de dents incluses ou en désinclusion pour évaluer leur situation par rapport aux autres structures anatomiques
- Cas complexe de traumatologie
- Suspicion d'infection avec lésion radio claire importante en rapport avec différentes structures anatomiques
- Anomalies d'éruption : suspicion de *dent ankylosée*, infraclusion ou retard d'éruption de dent permanente
- Endodontie complexe

*Radioprotection* :

- Capteur dosimétrique, tablier/collier de plomb pour le patient, déclenchement à distance
- Respecter les principes de justification et d'optimisation des actes

## MOTS CLES

Angulateur  
Bitewing  
Stade physiologique  
Traumatologie  
Dents surnuméraires et/ou incluses  
Fracture de la mandibule et/ou des condyles  
Dent ankylosée  
Radioprotection

# Évaluation du RCI

## + Avant l'éruption des dents temporaires :

- Examen de l'état de santé buccodentaire de la famille : celui de la mère ou de la personne qui en a la garde
- Dosage salivaire des *Streptococcus mutans* afin de mettre en évidence le risque de *transmission précoce* à partir de l'entourage de l'enfant.

## + En denture temporaire :

- Des facteurs sont non modifiables alors que d'autres peuvent être corrigés. Tous ces facteurs doivent être recherchés pour *l'éducation personnalisée* du patient et des parents. Utilisation régulière de dentifrices fluorés, application semestrielle d'un *vernis fluoré* et *suivi* 2 à 4 fois par an.

## + En denture mixte et permanente :

- *Scellement de sillons* et application semestrielle de vernis fluoré ainsi qu'un suivi fréquent de l'enfant au moins 2 fois par an.

## MOTS CLES

*Streptococcus mutans*  
Transmission précoce  
Éducation personnalisée  
Vernis fluoré  
Suivi  
Scellement de sillons

# Évaluation douleur chez l'enfant

## + Après 6 ans : *auto-évaluation* :

- EVA de manière *verticale*
- 4 jetons
- Échelle des 6 visages
- Évaluation par le dessin

## + Entre 4 et 6 ans : *auto ou hétéro-évaluation* :

- Tenter l'auto-évaluation : EVA + un autre outil d'auto-évaluation, si les scores divergent passer à l'hétéro-évaluation

## + Avant 4 ans : *hétéro-évaluation*

## MOTS CLES

Auto-évaluation  
Hétéro-évaluation  
EVA verticale

# Diagnostic des lésions carieuses

## + Examen visuel :

On repère les dents recouvertes de plaque pour commencer à évaluer l'activité des lésions carieuses occlusales et des faces lisses (saignement au contact de la sonde pour évaluer l'activité des lésions proximales)

*Nettoyage prophylactique* des dents avec une brosse à dents sur un contre-angle ou par aéropolissage (bicarbonate de sodium)

Utilisation de la Classification ICDAS

L'*activité carieuse* de la lésion dépend de :

- Sa *couleur* blanche, jaune, marron (active) ou noire (inactive)
- Son *aspect* mat (active) ou brillant (inactive)
- Son *état de surface* poreux, mou (active) ou lisse (inactive) au sondage délicat.

## + Examen radiographique :

2 clichés rétro-coronaires sont systématiquement recommandés, sauf si des diastèmes permettent l'observation directe des faces proximales. Permet de détecter avec le plus de précision les lésions proximales ou les lésions occlusales cachées

Les clichés rétro-alvéolaires remplacent les rétro-coronaires en présence de lésions ICDAS 5 ou 6 pour détecter d'éventuelles complications pulpo-parodontales et évaluer le stade physiologique

+ **Transillumination** : encore peu évaluée

+ **Fluorescence laser** : les appareils à fluorescence laser permettent de confirmer le diagnostic de lésions suspectes en particulier occlusales

## MOTS CLES

Nettoyage prophylactique

Classification ICDAS

Activité carieuse

Couleur

Aspect

État de surface

Transillumination

Fluorescence laser

# Carie de la petite enfance

Présence d'une ou plusieurs faces dentaires cariées, absentes pour cause de carie ou obturées chez un enfant en denture temporaire

## + CPE liée au biberon :

Si consommation pluri quotidienne, notamment à l'endormissement, de biberons contenant une boisson sucrée. Localisation des lésions au niveau des *incisives et des premières molaires maxillaires*. Les incisives mandibulaires sont en général épargnées.

## + Polycaries évolutives :

Lorsque les lésions carieuses sont *généralisées* (également présentes sur les incisives mandibulaires) chez les enfants d'au moins 3 ans

Répercussions :

- Diminution de la qualité de vie, qui est associée à des douleurs et à un faible poids
- Risque d'obésité ultérieure qui est augmenté
- Perte de l'espace dans le sens vertical, sagittal, transversal à l'origine de malocclusions
- Augmentation du risque de caries des dents permanentes
- Trouble du comportement lié à des douleurs mal identifiées donc mal prises en charge

## + Prise en charge préventive :

Identification des *facteurs de risque* : transmission précoce des *Streptococcus mutans* salivaire par la personne qui s'occupe le plus de l'enfant ou par la famille.

Habitudes d'endormissement avec un biberon contenant autre chose que de l'eau ou allaitement ad bibitum après l'éruption dentaire, habitudes de consommation de boissons sucrées pluriquotidiennes et/ou grignotage à haute teneur en sucre, absence de brossage ou brossage inefficace, anomalies de l'émail, famille à risque

## + Consultation de la femme enceinte et/ou de la jeune maman à but préventif :

Conseils pour *prévenir la contamination* par contacts salivaires : éviter le passage de la tétine dans la bouche du parent pour la nettoyer, chacun sa brosse à dents et sa cuillère, ne pas coucher l'enfant avec un biberon contenant autre chose que de l'eau, éviter l'allaitement nocturne à volonté après l'éruption des premières dents, prise en charge des soins nécessaires chez la maman et la personne qui s'occupe le plus du bébé, diminution des *Streptococcus mutans* salivaires

## + Consultation avant l'âge de 1 an à but préventif :

Évaluation et correction du *risque carieux individuel*, enseignement du brossage des dents de l'enfant aux parents, rappel des conseils déjà donnés, informations complémentaires relatives aux conséquences sur la dentition, risque de traumatisme

## + Prise en charge des patients atteints de CPE :

En plus de la démarche préventive :

- Prescription d'un *dentifrice fluoré* à 1000ppm après l'âge de 2 ans si forme sévère et lésions carieuses actives sous réserve d'une bonne gestion parentale et de l'absence de prise de fluor per os sinon dentifrice à 500ppm et supplémentation fluorée après *bilan d'apports fluorés*
- Application de *verniss fluorés* (> 22 600 ppm) 2 fois par an
- Traitement des lésions carieuses et de leurs éventuelles complications : *restaurations à base de CVI* afin de temporiser dans l'attente d'une meilleure coopération de l'enfant, *couronnes pédiatriques préformées, prothèses pédiatriques*

Si nécessaire prise en charge sous *MEOPA* ou *AG* pour un nombre de soins et/ou d'extractions important sous réserve de la correction du RCI

→ Indispensable de renforcer les messages préventifs

Suivi régulier

## MOTS CLES

Incisives et premières molaires maxillaires  
Généralisée  
Diminution qualité de vie  
Obésité  
Trouble du comportement  
Identification facteurs de risque

But préventif  
Prévenir la contamination  
Risque carieux individuel  
Dentifrice fluoré  
Bilan d'apports fluorés  
Vernis fluoré

Restauration à base de CVI  
Couronne pédiatrique préformée  
Prothèse pédiatrique  
MEOPA  
Anesthésie générale  
Suivi

# Lésions carieuses profondes sans complication pulpaire

Historique et anamnèse : absence ou présence de douleurs seulement provoquées par des variations thermiques, des acides, des sucres et par la mastication

Examen clinique : lésion cavitaire ou non dans le cas d'une carie profonde cachée

Examen radiologique : 1/3 *interne dentine atteint* et absence d'image radio claire apicale

## + Méthode en 1 temps :

- Anesthésie
- Pose de la digue
- Élimination complète des *tissus infiltrés* sur les parois axiales de la cavité : *angle cavo-superficiel*
- Au contact du plafond pulpaire : limiter l'utilisation de la fraise boule sur contre-angle et utiliser un excavateur. On doit conserver la *dentine affectée*
- Obturation définitive : CVI + composite ou CaOH<sub>2</sub> (+ CVI) + composite

## + Méthode en 2 temps :

- Dent obturée provisoirement : biodentine ou CVI (avec ou sans pose de CaOH<sub>2</sub>) puis dans un second temps 3 à 6 mois après sous réserve de la *vitalité pulpaire* : obturation définitive.

## MOTS CLES

1/3 interne de la dentine atteint

Tissus infiltrés

Angle cavo-superficiel

Dentine affectée

Vitalité pulpaire