46èmes JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

17 ET 18 JUIN 2016

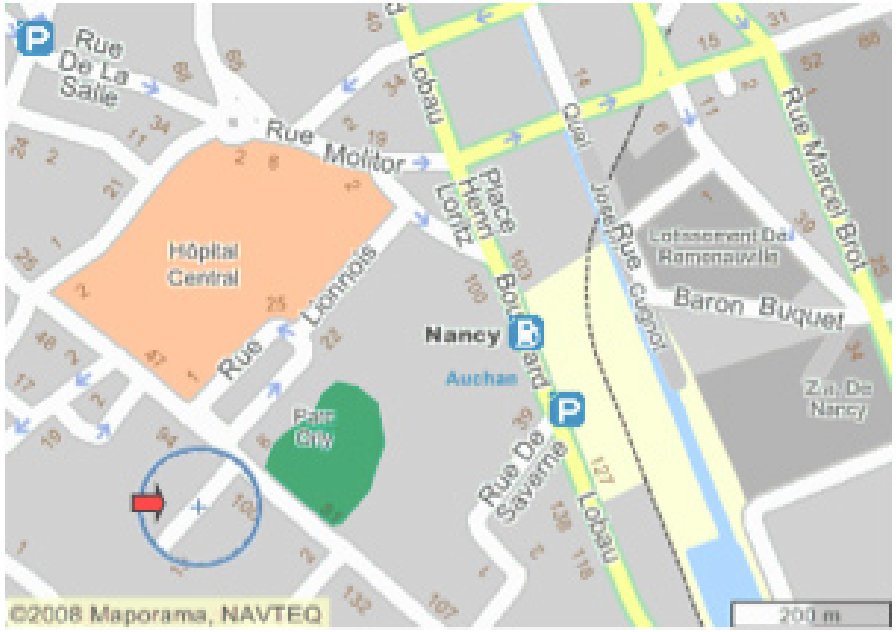
NANCY
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

PETIT PATIENT DEVIENDRA GRAND

SFOP

sfop.asso.fr

UNIVERSITÉ DE LORRAINE | Faculté d'Odontologie



LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

« Petit enfant deviendra grand », un thème plein de promesses…

S'intéresser à l'enfant, c'est préparer nos patients de demain. À chaque âge ses questions ou ses soucis : l'essentiel est de prévoir ou d'organiser au mieux l'avenir de notre patient, petit ou grand !

Après les 45èmes Journées de Nantes consacrées aux bons choix pour nos patients, il nous a paru opportun de nous intéresser à cet adage : « L'enfant est un être en devenir dont il importe avant tout de préserver l'intégrité ». En effet, les enfants constituent une population vulnérable spécifique de par leur dépendance vis-à-vis des adultes qui les entourent et des changements qui accompagnent leur croissance.

Le rôle des professionnels de santé que nous sommes peut-être primordial si nous savons nous mettre à l'écoute, si nous savons dépister, diagnostiquer, guider ces patients. Malheureusement, nous les rencontrons parfois tardivement, d'où l'importance de transmettre des informations pertinentes aux autres professionnels de santé de la petite enfance jusqu'à l'adolescence.

Nous vous invitons à nous retrouver à Nancy les 17 et 18 juin afin de partager nos expériences, nos savoirs, les résultats de nos recherches mais aussi toutes les nouvelles orientations de prise en charge et possibilités offertes par les outils de communication… mais aussi le plaisir de nous retrouver tous ensemble pour discuter, débattre et sourire !

COMITE D'ORGANISATION

Présidente du Congrès : Dominique Desprez–Droz

Responsables scientifiques : Stéphanie Jager, Jacques Prevost

Responsables site internet : Thomas Mercier et Sylvie Niquet

Responsable finances : Stéphane Droz

Responsables logistique : Alice Lauvray, Magali Hernandez

Avec le soutien du Doyen de la Faculté d'Odontologie : Jean-Marc Martrette

Avec l'aide du personnel de la Faculté d'Odontologie : Viviane Thiebaut, Gregory Karotsch, Michel Flachat, Denis Cazuguel

Avec l'aide des étudiants : Atamaniuk S, Berthelot S, Bock A, Boonen C, Brennstuhl T, Brocheray K, Bussemey T, Courosse L, Dagon C, Darsat C, Durand A, Gérard A, Gomes T, Hombourger M, Idrissi S, Kientz P, Knausz R, Kovac M, Marchetti L, Martin P, Monclin P, Oliveira E, Patswa E, Pereirra L, Schouller S, Tahouri E.

SUNSTAR
G·U·M GUIDOR

PULPDENT®

curaden
think further

hypnoteeth

AIR LIQUIDE
Healthcare

GC

PHILIPS
sonicare

VOCO

Éditions CdP
une marque Initiatives Santé

DENTAL HI TEC

Pierre Fabre
ORAL CARE

ULTRADENT
PRODUCTS, INC.

PAPILLI
Veillons ensemble sur votre santé Bucco-Dentaire

APPA
ASSOCIATION POUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS ET ASSIMILÉS
www.appa-asso.org
01 75 44 95 15

machouyou
la transition en douceur

orthoplus®
préparons l'avenir

Colgate®
VOTRE PARTENAIRE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

septodont

ville de Nancy

VENDREDI 17 JUIN

8h–9h	Accueil des participants, remise des dossiers
9h–9h30	Cérémonie d'ouverture
9h30–10h30	Conférence inaugurale
	PARCOURS HANDICAP' ABLE *Tout au long de la journée*
10h30–11h	Pause – visite des stands
11h–12h30	SYMPOSIUM COLGATE "Quand l'ado en prend plein les dents"
11h–12h	Session 1 : Innovations technologiques
11h–11h45	**ATELIER Patients sourds et malentendants : les clés d'une meilleure « écoute » !**
11h45–12h30	Présentation de communications affichées
12h30–13h15	RÉUNION SFOP
13h–14h30	Déjeuner
14h30–16h	TABLE RONDE SFOP : Accompagner l'allaitement : un pari gagnant
14h30–15h30	Session 2 : Interception – ODF
14h30–16h	**TP CVI, des matériaux de choix en odontologie pédiatrique**
15h30–16h	Présentation de communications affichées
16h–16h30	Pause – visite des stands
16h30–17h30	**TP Quicksleeper**
16h30–18h	Présentation de communications affichées
16h30–18h	Session 3 : Biomatériaux
16h30–18h	Session 4 : Anomalies dentaires 1

SAMEDI 18 JUIN

9h–10h30	SÉANCE DPC : SOINS SPÉCIFIQUES 1ère partie
9h–10h30	Session 5 : Prévention
9h–10h30	**TP Optimiser l'utilisation de la classification ICDAS, nouveau système international de détection et d'évaluation des lésions carieuses**
10h30–11h	Pause – visite des stands
11h–12h30	Présentation de communications affichées
11h–12h30	SÉANCE DPC : SOINS SPÉCIFIQUES 2e partie
11h–11h45	Session 6 : Éducation thérapeutique
11h45–12h45	**TP Quicksleeper**
12h30–14h	Déjeuner
14h–15h30	Session 7 : Prise en charge de la douleur et de l'anxiété
14h–15h30	Session 8 : Enfants malades et en situation de handicap
15h30–16h	Pause – visite des stands
16h–17h30	Session 9 : Anomalies dentaires 2
16h–17h30	Session 10 : Thérapeutiques particulières
17h30	Remise du Prix poster – Cérémonie de clôture

VENDREDI 17 JUIN

8h–9h	Accueil des participants
9h–9h30	Cérémonie d'ouverture
9h30–10h30 Amphithéâtre Hydrologie	**CONFÉRENCE INAUGURALE** **Comorbidité TDAH** (Trouble déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) **et Troubles du Spectre Autistique.** Professeur Bernard Kabuth Service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent Chef de Pôle de pédopsychiatrie CHU de Nancy/CPN CHU de Nancy / Centre Psychothérapique de Nancy Hôpital d'enfants
Centre Heydenreich Service Odontologie Pédiatrique ODF	**ATELIER HANDICAP' ABLE *tout au long de la journée*** **Parcours « Handicap' able »: deviens ceux que tu soignes** Mis au point par le Dr Daniel Anastasio (PH–CHR Metz Thionville; responsable du Service Odontologique de l'Hôpital de Thionville Bel Air) Animé par de futurs confrères: Adrien Calafat, Sarah Chopineaux, Mathieu Mogenot, Morane Kibal, Manon Pierre et Manon Tillement
10h30–11h	Pause
11h–12h30 Amphithéâtre Hydrologie	**SYMPOSIUM COLGATE: "Quand l'ado en prend plein les dents"** S. Dajean-Trutaud, F. Vaysse

Dr M. Bisch[1], Dr T. Mercier[2]
[1] *Médecin psychiatre addictologue, Maison des Addictions CHU de Nancy, CSAPA du Sud Meurthe-et-Mosellan*
[2] *AHU, Département Odontologie Pédiatrique Faculté d'Odontologie, Nancy.*

11h–12h Amphithéâtre Paris-Berlin	**INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES** M. Muller-Bolla, P. Rouas

1. Étude comparative de l'efficacité des brosses à dents électriques soniques versus manuelles chez des enfants âgés de 7 à 9 ans.

Silva J., Marty M., Valera M-C., Daries M., Noirrit E.
Faculté de Chirurgie dentaire, Toulouse.

2. « çATED pour tes dents »: un projet de recherche et de développement sur l'intérêt d'un agenda numérique auprès d'enfants avec autisme en contexte dentaire.

Lopez–Cazaux S.[1,2], Lefer G.[2], Rouches A.[1], Althuizius M.[1], Bourdon P.[2]
[1] *Faculté de Chirurgie dentaire et CHU de Nantes*
[2] *ESPE – Centre de Recherche en Éducation de Nantes.*

3. Performance diagnostique de la caméra Soprolife® chez les enfants et adolescents.

Joseph C.[1,2], Pisapia M.[3], Tramini P.[5], Velly A-M.[6], Muller–Bolla M.[1,7]
[1] *Département d'odontologie pédiatrique, UFR Odontologie, Nice Sophia Antipolis Université, CHUN*
[2] *Micoralis EA 7354*
[3] *Département d'odontologie pédiatrique, UFR Odontologie, Université Aix-Marseille*
[5] *EA 4203, Université Montpellier*
[6] *McGill University, Faculty of Dentistry, Department of Dentistry, Jewish General Hospital, Montreal, Quebec, Canada, H3T 1E2*
[7] *URB2i – EA 4462, Paris Descartes.*

4. Comparaison d'une anesthésie ostéocentrale avec assistance électronique à injection à une anesthésie conventionnelle dans la population pédiatrique: double essai randomisé split-mouth et en bras parallèles.

Smaïl-Faugeron V. [1,2,3], Muller-Bolla M.[3,4], Sixou J.L.[5], Courson F.[2,3]
[1] *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, U1138, Equipe 22, Centre de Recherche des Cordeliers, Paris*
[2] *Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris*
[3] *Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Faculté de Chirurgie dentaire, Unité de Recherches Biomatériaux Innovants et Interface EA4462, Montrouge*
[4] *Université de Nice-Sophia Antipolis, Service d'Odontologie, Faculté de Chirurgie dentaire, Nice*
[5] *Université Européenne de Bretagne, Université de Rennes 1 et Centre Hospitalier Universitaire de Rennes.*

11h–11h45 Salle A	**ATELIER Patients sourds et malentendants: les clés d'une meilleure « écoute »!** Marchetti M. PH formée à la LSF CHU Nancy. Henry M-C. Infirmière URASSM (Unités Régionales d'Accueil et de Soins pour les Sourds et Malentendants).
12h30–13h15 Amphithéâtre Hydrologie	**RÉUNION SFOP**
13h–14h30	Déjeuner
14h30–16h Amphithéâtre Hydrologie	**TABLE RONDE SFOP « Accompagner l'allaitement: un pari gagnant »** I. Bailleul-Forestier, H. Foray

1. Les bienfaits de l'allaitement notamment dans le domaine bucco-dentaire.

Bruel H.[1], Marchalot A.[2]
[1] *Pédiatre néonatologiste responsable de service Groupe Hospitalier du Havre membre du conseil scientifique de la CoFAM (coordination AM) et membre de la société Française de Médecine Périnatale,*
[2] *Consultant en lactation IBCLC 2000–2020, DIU lactation Humaine, Pédiatre,*
1er président du Réseau Normand pour l'Allaitement (RENOAL) 1998–2007,
1er président de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) 2000–2003, praticien hospitalier 1984–2005.

2. L'allaitement maternel et la santé bucco-dentaire du tout-petit: tous sereins!

Laczny E. (AHU), Camelot F. (AHU), Clément C. (MCU–PH)
Département de Prévention-Épidémiologie-Économie de la Santé-Odontologie Légale, Nancy.

3. Accompagner l'allaitement : un pari gagnant.

Jager S.[1] (MCU–PH), Mercier T.[1] (AHU), Viard L. (étudiante en 5e année), Clément C.[2] (MCU–PH)

[1] Département d'Odontologie Pédiatrique, Nancy

[2] Département de Prévention-Épidémiologie-Économie de la Santé-Odontologie légale, Nancy.

14h30–15h30 **INTERCEPTION – ODF**

Amphithéâtre Hydrologie — A. Berthet, C. Naulin-Ifi

1. Orthodontie et prévention des risques carieux chez l'adolescent.

Abs M.P.

Chirurgien dentiste spécialiste qualifiée en ODF (CECSMO), Marseille

2. Doit–on extraire les canines temporaires pour prévenir le risque de canines incluses ?

Lê M.K.[1], Majourau-Bouriez A.[2], Davit-Béal T.[3]

[1–2] Orthodontie exclusive, Boulogne / Praticiens Attachés, Hôpital Necker–Enfants Malades, Paris, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique Centre de Référence des Malformations de la Face et de la Cavité buccale

[3] PU–PH, Odontologie Pédiatrique, Université Paris-Descartes Paris 5, Institut de Biologie Paris–Seine UMR 7138 – Évolution et Développement du squelette, Hôpital Charles Foix.

3. Gestion des dents traumatisées en ODF : que faire ?

Daste M.[1], Rotenberg M.[2], Noirrit E.[1]

[1] Département d'odontologie pédiatrique, Université Paul Sabatier, Toulouse

[2] Département d'orthopédie dento faciale, Université Paul Sabatier, Toulouse.

4. Suivi et gestion pluridisciplinaire d'un cas d'intrusion sur dents immatures.

Capitaine A.G.[1], Eid C.[2], Naulin-Ifi C.[3], Durand C.[4]

[1] Interne MBD 2e année à l'Hôpital Rothschild, Université Paris VII

[2] Activité libérale exclusive en odontologie pédiatrique

[3] MCU-PH honoraire à l'Université Paris VII, activité libérale exclusive en odontologie pédiatrique

[4] Activité libérale exclusive en orthopédie dento–faciale.

14h30–16h **TP : CVI – Des matériaux de choix en odontologie pédiatrique**

Salle de TP 3e année

Blique M.[1], Dominici G.[2], Trentesaux T.[3]

[1] Attaché Universitaire Service d'Odontologie Pédiatrique, Faculté Nancy, Université Lorraine, Pratique Libérale Prophylaxie Carieuse et Parodontale.

[2] Assistant Hospitalier Universitaire, service d'odontologie pédiatrique, CHU de Montpellier, Exercice libéral pédiatrique exclusif.

[3] MCU-PH Odontologie pédiatrique, Lille. Exercice libéral pédiatrique exclusif.

16h–16h30 Pause

16h30–17h30 **TP QUICK SLEEPER**

Salle de TP 3e année

16h30–18h **BIOMATÉRIAUX**

Amphithéâtre Hydrologie — F. Courson, J.J. Morrier

1. Recommandations de scellements de sillons par la SFOP.

Chabadel O.[3,7], Moulis E.[3,7], Courson F.[2,5], Droz D.[4], Kubasiak L.[1], Smaïl-Faugeron V.[2,5]

[1] UFR Odontologie Nice

[2] UFR Odontologie Paris Descartes

[3] UFR Odontologie Montpellier

[4] UFR Nancy

[5] URB2i – EA 4462, Paris Descartes

[6] Micoralis EA 7354, Nice,

[7] EA 4203 laboratory, Montpellier.

2. Le scellement de sillons par CVI.

Dominici G., Verrier V., Chabadel O., Moulis E.

Service d'Odontologie pédiatrique, CHU de Montpellier.

3. Utilisation des ciments tricalciques en pédodontie.

Lagarde M.[1,2], Muller-Bolla M.[1,3], Fron H.[1,2],

[1] Laboratoire URB2i EA 4462, Université Paris Descartes

[2] UFR Odontologie Paris Descartes

[3] UFR Odontologie Nice UNS.

4. Quels sont les niveaux de preuve associés aux couronnes pédiatriques esthétiques sur dents temporaires ?

Joseph C.[1,2], Muller-Bolla M.[1,3]

[1] UFR Odontologie Nice

[2] Micoralis EA 7354, Nice

[3] URB2i – EA 4462, Paris Descartes.

5. Impact de la prothèse amovible sur les fonctions orales d'enfants porteurs de carie précoce sévère pris en charge sous anesthésie générale: premiers résultats.

Decreton M.[1], Poitau M.[1], Catteau C.[2,3], Collado V.[3], Delfosse C.[1,3]

[1] Univ. Lille, UFR Odontologie, Odontologie pédiatrique, Lille

[2] Univ. Lille, UFR Odontologie, Prévention épidémiologie, Lille

[3] Université d'Auvergne, UFR d'Odontologie, CROC–EA4847, Clermont-Ferrand.

6. Prothèse pédiatrique : le guide de l'occlusion au fil du temps.

Gellé M-P., Jacquelin L-F., Berthet A.

UFR Odontologie, Reims. Pôle Odontologie, CHU Reims.

7. Étude de l'impact d'une réhabilitation prothétique précoce sur les fonctions oro-faciales et la qualité de vie des enfants porteurs de DEA : premiers résultats au travers de deux cas cliniques.

Linas N., Le Goubey C., Soulier–Peigue D., Delfosse C., Collado V.

CROC–EA4847, Clermont–Ferrand et Service d'Odontologie–CHU Estaing, Clermont–Ferrand.

16h30–18h **ANOMALIES DENTAIRES 1**

Amphithéâtre Paris-Berlin — T. David-Béal, E. Noirrit

1. Analyse microtomographique des hypominéralisations de l'émail des premières molaires permanentes et implications cliniques.

Garot E.[1,2], Rouas P.[1,2], Lenoir N.[3], Manton D.[4], Couture C.[2]

[1] Univ. de Bordeaux, UFR des Sciences Odontologiques, Bordeaux

[2] Univ. de Bordeaux, PACEA, UMR 5199, Pessac

[3] Placamat, UMS 3626 CNRS–Univ. de Bordeaux, Pessac

[4] Melbourne Dental School, University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australie.

2. Le collage aux dents atteintes d'amélogénèse imparfaite héréditaire: revue systématique de la littérature et étude microstructurale.

Solis D.[1,2], Le Thai A.[1,3,4], Savard E.[1,2,3], Vennat E.[3], Dursun E.[1,2,3,5]
[1] Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Descartes
[2] Hôpital Albert Chenevier, APHP
[3] Unité de Recherches en Biomatériaux, Innovations et Interfaces, EA4462, Université Paris Descartes.
[4] Hôpital Bretonneau, APHP.
[5] Laboratoire MSSMat, CNRS, CentraleSupélec, Université Paris–Saclay.

3. Dentinogenèse imparfaite et dysplasie dentinaire isolées: révision de la classification.

De la Dure-Molla M., Fournier B.P., Berdal A.
Faculté d'Odontologie Garancière, Paris 7 Denis Diderot

4. Les taches noires de l'émail ou « black stain »: revue systématique de la littérature et protocole d'étude.

Dursun E.[1,2], Monsarrat P.[3,4], Pujade C.[1,2], Daou M.[5], Attal J.P.[1,6]
[1] Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Descartes
[2] Hôpital Albert Chenevier, APHP
[3] Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Toulouse III Paul Sabatier
[4] CHU de Toulouse [5] Université Saint Joseph de Beirut [6] Hôpital Charles Foix, APHP.

5. Gémination dentaire: la gestion en omnipratique.

Naulin–Ifi C., Ravinet C., De La Dure-Molla M.
Faculté d'Odontologie Garancière, Paris 7 Denis Diderot.

6. Le syndrome de l'incisive centrale médiane unique maxillaire.

Niel Lawton M., Interne ODF Faculté d'Odontologie Nancy
CHU Nancy.

SAMEDI 18 JUIN

9h–10h30 **SÉANCE DPC SOINS SPÉCIFIQUES 1**
Amphithéâtre Hydrologie — C. Tardieu, J.L. Sixou

1. « Prise en charge orthophonique du syndrome de dysoralité sensorielle » ou « Tu vomis sur ton dentiste! Va donc voir l'orthophoniste!»

Grenier-Gendre L.
Orthophoniste, Villers-les-Nancy, enseignante à l'École d'Orthophonie de Nancy.

2. Prévention des troubles de l'ingestion chez l'enfant et l'adolescent porteur de trisomie 21.

Hennequin M.
Croc–EA4847 et Service d'Odontologie–CHU Estaing, Clermont-Ferrand.

3. La prise en charge bucco-dentaire du très jeune enfant: un défi pour le praticien!

Manière M-C., Odontologie Pédiatrique
Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg, UdS, Pôle de Médecine et Chirurgie bucco-dentaires, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

9h–10h30 **PRÉVENTION**
Amphithéâtre Paris-Berlin — M-C. Goldsmith, A. Marie-Cousin

1. Prévention bucco-dentaire, le rôle essentiel des relais.

Bavay-Simon C., Adriaen C., Benguigui M., Moulin P.
Conseil départemental du Val-de-Marne, DPMI/PS, Service de Santé Publique Dentaire.

2. La carie précoce de l'Enfant: le point de vue des sages–femmes, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture de la région Aquitaine–Poitou–Charentes–Limousin.

Theillaud M. (praticien attachée), Barbet–Massin C. (étudiante), Thébaud N. (praticien attachée), Nancy J. (MCU–PH)
Université de Bordeaux.

3. La carie précoce de l'enfant: le point de vue des pédiatres et des médecins.

Barbet-Massin C. (étudiante), Theillaud M. (praticien attachée), Thébaud N. (praticien attachée), Nancy J., (MCU–PH)
Université de Bordeaux.

4. La carie précoce du jeune enfant: campagne de prévention auprès des médecins généralistes en Champagne–Ardenne.

Lopez I., Vallot V., Nicolas L.
UFR Odontologie de Reims.

5. Érosion et consommation de soda chez les adolescents.

Strub M., Manière M.C., Musset A.M.
Faculté de Chirurgie dentaire de Strasbourg.

6. Étude des répercussions bucco–dentaires des troubles alimentaires chez les adolescents.

Peti Y.[1], Peti Mpangi M.J.[1], Neu D.[2], Kornreich C.[2], Simon Y.[3]
[1] Dentiste généraliste Bruxelles (Belgique)
[2] Psychiatre, Hôpital Brugman, Bruxelles (Belgique)
[3] Psychiatre, Hôpital « Le domaine », Braine–l'Alleud (Belgique).

9h–10h30 **TP Optimiser l'utilisation de la classification ICDAS, nouveau système international de détection et d'évaluation des lésions carieuses.**
Salle de TP 3e année
Pierre A.[1], Muller–Bolla M.[1, 2]
[1] UFR Odontologie Nice UNS.
[2] Laboratoire URB2i. EA 4462. Université Paris Descartes.

10h30–11h Pause

11h–12h30 SÉANCE DPC SOINS SPÉCIFIQUES 2
Amphithéâtre Hydrologie — S. Lopez-Cazaux, D. Anastasio

1. Prise en charge des personnes souffrant d'un trouble du spectre autistique dans la pratique dentaire générale.
Guyet P, *Asnières.*

2. Prévention et soins spécifiques grâce à un réseau : Rhapsodif en Île-de-France.
Nizak A., *Paris.*

3. Soins dentaires et enjeux éthiques chez des enfants en situation de handicap mental : enquête qualitative dans un réseau de santé.
Camoin A., Tardieu C., Le Coz P., Ruquet M.
UMR 7268 ADÉS /Aix–Marseille Université – EFS–CNRS, Faculté de Médecine Nord, Faculté d'Odontologie, Faculté de Médecine, Aix–Marseille Université.

11h–11h45 ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE
Amphithéâtre Paris-Berlin — C. Joseph, S. Vital

1. Formalisation de l'éducation thérapeutique en odontologie pédiatrique : où en sommes–nous en 2016 ?
Marquillier T.[1,2], Delfosse C.[1], Laumaille-Lateur M.[1], Parascandolo F.[1], Trentesaux T.[1]
[1] Univ. Lille, CHU Lille, UFR Odontologie, Odontologie Pédiatrique, Lille
[2] Univ. Paris 13 – Sorbonne Paris Cité, UFR Santé Médecine Biologie Humaine, Laboratoire Éducations et Pratiques de Santé (EA 3412).

2. Mon Raccoon®, premiers résultats d'un nouvel outil d'éducation thérapeutique.
Trentesaux T.[1,2], Marquillier T.[1,3],Laumaille M.[1], Parascandolo F.[1], Delfosse C.[1,4]
[1] Univ. Lille, CHU Lille, UFR Odontologie, Odontologie pédiatrique, Lille
[2] Univ. Paris Descartes. EA 4569. Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, Paris
[3] Univ. Paris 13 – Sorbonne Paris Cité, UFR Santé Médecine Biologie Humaine, Laboratoire Éducations et Pratiques de Santé (EA 3412).
[4] Univ. Auvergne, EA 4847, Centre de Recherche en Odontologie Clinique, Clermont-Ferrand.

3. Prévention, éducation, parcours de soin : le numérique au service de nos patients !
Marie-Cousin A.[1, 2], Febre N.[3], Huet A.[2], Sixou J.L.[1, 2]
[1] Service d'Odontologie Pédiatrique CHU de Rennes
[2] UFR Odontologie de Rennes [3] Service de Chirurgie Pédiatrique CHU de Rennes.

11h45–12h45 **TP QUICKSLEEPER**
Salle de TP 3e année

12h30–14h Déjeuner

14h–15h30 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET DE L'ANXIÉTÉ
Amphithéâtre Hydrologie — A. Vanderzwalm, T. Trentesaux

1. La perception du jeune enfant vis-à-vis des premiers soins dentaires.
Vallot V., Lopez I., Gellé M-P.
URCA / CHU de Reims.

2. Apport de la réalité virtuelle dans la prise en charge comportementale des enfants.
Jacq R., Vanderzwalm A., VIital S.
Odontologie pédiatrique, Université Paris Descartes
Service d'odontologie, Hôpital Louis Mourier HUPNVS APHP.

3. La contention du jeune enfant lors des soins dentaires : entre éthique et sécurité réglementaire.
Moussa-Badran S.[1], Jacquelin L.F.[2]
[1] MCU-PH en Santé Publique
[2] PU-PH en Odontologie Pédiatrique.

4. Pouvons–nous objectiver une potentielle consommation problématique liée au MEOPA lors des soins dentaires en odontologie pédiatrique ?
Prud'homme T. (AHU), Lopez–Cazaux S. (MCU–PH), Hyon I. (PH), Grall-Bronnec M. (PU–PH), Dajean-Trutaud S. (MCU–PH), Victorri-Vigneau C. (MCU–PH)
Faculté d'Odontologie de Nantes.

5. Sédation consciente par inhalation de MEOPA ou administration de midazolam : importance de la consultation préopératoire et critères d'évaluation.
Sadonès P.[1], Strub M.[2], Obry F.[2], Clauss F.[2], Manière M.C.[2]
[1] Interne DESMBD, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
[2] Odontologie Pédiatrique, Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg, UdS, Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco Dentaires, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

6. Évaluation de l'efficacité d'une méthode d'anesthésie électronique pour réduire la douleur en odontologie pédiatrique.
Garret-Bernardin A., Cantile T., Gentile T., Galanakis A., Galeotti A.
U.O. Dipartimentale di Odontostomatologia Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma, Italie.

14h–15h30 ENFANTS MALADES ET EN SITUATION DE HANDICAP
Amphithéâtre Paris-Berlin — C. Delfosse, L.F. Jacquelin

1. La plaque palatine obturatrice dans la prise en charge de la fente labiopalatine unilaterale en France et en Allemagne.
Missland J., Galinier P., Noirrit E.
Hôpital des Enfants, CHU Toulouse.

2. Apprentissage du brossage dentaire à des enfants présentant un handicap : quelles techniques ? Quels outils ? Quels acteurs ?
Althuizius M.[1], Rouches A.[1], Dajean-Trutaud S.[1], Bourdon P.[2], Lopez-Cazaux S.[1]
[1] Faculté de Chirurgie dentaire et CHU de Nantes
[2] ESPE – Centre de Recherche en éducation de Nantes.

3. Visite virtuelle du Centre de soins dentaires : intérêts chez les enfants avec autisme.

Séguin R., Dajean-Trutaud S., Hyon I., Lopez-Cazaux S.
Faculté de Chirurgie dentaire et CHU de Nantes.

4. Prise en charge bucco-dentaire des patients atteints de handicap : complémentarité des structures libérale et hospitalière (exemple du réseau Rhapsod'if).

Monnier-Da Costa A.[1,2,3], Landru M-M.[1,2], Dursun E.[1,2]
[1] *Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Descartes*
[2] *Hôpital Albert Chenevier, APHP* [3] *Exercice privé libéral.*

5. Association entre anomalies dentaires et pathologies rénales, sensorielles ou tumorales : rôle primordial de l'odontologiste pédiatrique dans le dépistage précoce.

Clauss F.[1], Jung S.[2], De la Dure-Molla M.[3], Bloch-Zupan A.[4], Manière M.C.[1]
[1] *Odontologie Pédiatrique, CRMR, Strasbourg*
[2] *Sciences Biologiques, Strasbourg*
[3] *Odontologie Pédiatrique, CRMR, Paris Rothschild*
[4] *Sciences Biologiques, CRMR, Strasbourg.*

6. Gestion du risque infectieux chez les enfants drépanocytaires : l'avis du patient, du pédiatre et du dentiste.

Grangette L.[1], Jacq R.[1], Vanderzwalm A.[1], Mesples B.[2], Vital S.[1]
[1] *Service d'odontologie, Université Paris Descartes, Hôpital Louis Mourier HUPNVS APHP*
[2] *Hôpital de jour pédiatrique, Faculté de Médecine Paris Diderot, Hôpital Louis Mourier HUPNVS, APHP.*

15h30–16h Pause

16h–17h30 **ANOMALIES DENTAIRES 2**
Amphithéâtre Hydrologie F. Clauss, M.P. Gellé

1. Éruption dentaire précoce et croissance staturo-pondérale : étude transversale au sein de l'Hôpital Rotschild.

Legraverend L., Artaud C., Jacob S., De la Dure-Molla M. *Paris.*

2. Prise en charge des défauts d'éruption des dents temporaires : Défaut primaire d'Éruption et Infraclusion Sévère.

Demaison A.[1], Balanger M.[2], Millot S.[3], Davit-Béal T.[4], Marcel A.[5]
[1] *Attachée en Odontologie Pédiatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine, étudiante en 1ère année Diplôme Universitaire d'Odontologie Pédiatrique Clinique, Université Paris Descartes*
[2] *AHU Chirurgie, Université Paris Descartes, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*
[3] *MCU-PH Chirurgie, Université Paris Descartes, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*
[4] *PU-PH Odontologie Pédiatrique, Université Paris Descartes, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*
[5] *AHU Odontologie Pédiatrique, Université Paris Descartes, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine.*

3. Tumeur bénigne associée à la dent temporaire, quelle attitude adopter ?

Bonnet A.L.[1,2,3], Roche N.[1,2], Millot S.[1,2], Davit-Béal T.[1,2,4]
[1] *Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine*
[2] *Faculté de Chirurgie dentaire, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité*
[3] *Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, EA 2496*
[4] *Université Pierre et Marie Curie, UMR 7138.*

4. Prise en charge parodontale d'un patient atteint de thrombopénie auto-immune.

Dalibard M., Jacq R., Vital S.
Faculté de Chirurgie dentaire, Université Paris Descartes, Montrouge
Hôpital Louis Mourier APHP, Colombes.

16h–17h30 **THÉRAPEUTIQUES PARTICULIÈRES**
Amphithéâtre Paris-Berlin E. Dursun, M-C. Manière

1. La place des probiotiques en Odontologie.

Leduc A., Crinelli P., Jegat N.

2. L'utilisation des composés d'argent en application topique pour obtenir l'arrêt des lésions carieuses sur les dents temporaires.

Ouatik N.[1], Boulanger T.[2]
[1] *Université McGill, Montréal, Canada*
[2] *CHR Liège – Site de la Citadelle, Liège, Belgique.*

3. La (ré)éducation maxillo-faciale : pourquoi, quand et comment ?

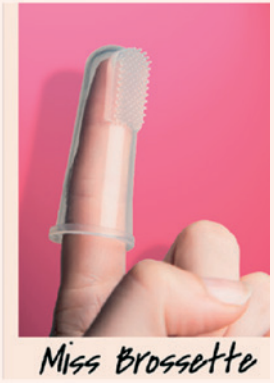
Gil H.[1], Courson F.[2,3]
[1] *Kinésithérapeuthe maxillo-facial*
[2] *Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris*
[3] *Université Paris Descartes – Sorbonne Paris Cité, Faculté de Chirurgie dentaire, Unité de Recherches Biomatériaux Innovants et Interface EA4462, Montrouge.*

17h30 **REMISE DU PRIX POSTER**
SÉANCE DE CLÔTURE

machouyou
la transition en douceur

MACHOUYOU : FINI LE POUCE ET LA TÉTINE !!!

Dispositif médical de Classe 1, Machouyou est la solution pour arrêter de sucer son pouce ou sa tétine, à partir de 2 ans.
Sa forme a été étudiée et testée pour aider le sevrage, le passage de la déglutition-succion à la déglutition secondaire, encourager la mastication, modeler les cavités glénoïdes et les condyles. Sa partie exo-buccale favorise la ventilation naso-nasale.
Au niveau plan masticateur, il est élargi au niveau vestibulaire pour éviter les contractions des lèvres, également élargi derrière les incisives comme stop-langue et il est en revanche aminci en distal pour libérer les muscles de la langue en regard des 54, 55, 64 et 65 permettant ainsi une expansion transversale maxillaire naturelle. Cette forme a de plus l'avantage de ne jamais provoquer de nausées.
L'alimentation moderne, les tétines, les stress... perturbent l'occlusion de nos enfants.
Le Machouyou avec sa forme simple symétrique peut être porté sans la présence du professionnel. Il ne fait pas mal aux dents comme d'autres gouttières.
Le Machouyou est fabriqué en France, étuvé et son colorant est homologué.



Machouyou.com présente également Miss Brossette, une brosse à dents en silicone qui s'enfile au bout du doigt. Pratique, elle permet de masser les gencives et de soulager les douleurs lors des poussées dentaires. Les parents s'en serviront pour l'apprentissage du brossage et les aînés pour appliquer un gel anti-douleurs.

Plus d'informations sur www.machouyou.com

Conférence inaugurale

Comorbidité TDAH (Trouble déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) **et Troubles du Spectre Autistique.**

Pr Bernard Kabuth. *Hôpital d'enfants CHU Nancy.*

Chez les enfants souffrant de Trouble Envahissant du Développement (TED), les pédopsychiatres de terrain ont souvent remarqué des troubles attentionnels, de l'impulsivité et de l'hyperactivité associés aux symptômes typiques de l'autisme.

Mais ces 3 symptômes clés du TDA/H (Trouble déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) peuvent souvent être interprétés en lien avec le trouble autistique. Par exemple, l'hyperactivité témoigne quelquefois d'autostimulations sensorielles, de stéréotypies, ou d'anxiété. De mêmes, les troubles attentionnels peuvent être observés secondairement aux difficultés particulières liées à l'autisme (manque d'attention face à l'autre et au matériel utilisé). Quant à l'impulsivité, elle peut être expliquée notamment par le fait que l'enfant ne comprend pas toujours le sens de la consigne demandée, ou par évitement de la tâche (il fait rapidement quelque chose pour pouvoir rapidement retourner à ses occupations stéréotypées).

Cependant, chez d'autres enfants autistes, la trilogie symptomatique peut apparaître de façon similaire à ce que l'on peut observer chez des enfants TDA/H. C'est-à-dire qu'ils peuvent survenir sans pour autant être totalement expliqués par la symptomatologie autistique. Pour ces enfants, des aménagements particuliers, en plus de ceux utilisés pour l'autisme, devraient alors être mis en place.

La nouvelle version de la classification américaine des troubles mentaux (DSM 5), sortie en 2013 aux USA et en 2015 pour la version française, autorise « enfin » la comorbidité diagnostique TDAH et TSA (Trouble du Spectre Autistique qui replace la terminologie TED).
Quelles conséquences thérapeutiques engendrent cette possible comorbidité associée ? En particulier les enfants autistes peuvent-ils bénéficier de la prescription de Méthylphénidate ? Sous quelles conditions ?

Salle clinique ODF

ATELIER HANDICAP' ABLE *Tout au long de la journée*

Odontologie Pédiatrique Parcours « Handicap' able » : deviens ceux que tu soignes

Anastasio D., Calafat A., Chopinaux S., Mogenot M., Kibal M., Pierre M. et Tillement M.
CHR Metz Thionville Bel Air.

Pourquoi cet atelier ? À moins d'être directement concernés, nous ne savons pas ce que représente vraiment la situation de handicap au quotidien. Le cadre du cabinet dentaire, en particulier, peut être une source de contraintes, de difficultés et de perturbations pour des personnes en situation de handicap. Accessibilité, difficulté de comprendre ou de se faire comprendre : le cabinet dentaire peut entrainer des réactions atypiques pas toujours bien comprises par les soignants.

Cet atelier, en plaçant le praticien lui-même en situation de déficience sensorielle ou motrice dans un parcours de soin, vise à améliorer sa compréhension face au handicap. Notre objectif prioritaire est de sensibiliser par la simulation.

Les 3 enjeux de cet atelier :
– sensibiliser les soignants que nous sommes à la prise en charge de ces populations ;
– comprendre l'autre dans sa fragilité et sa spécificité ;
– développer encore et toujours nos qualités humaines indispensables à l'exercice de notre métier de soignant.
Durant ce parcours, il vous sera proposé d'expérimenter plusieurs situations de handicap qui vous feront découvrir l'autre versant, celui du patient « fragile » qui doit faire « confiance » à l'autre dans une situation de « dépendance » simulée. Vous serez pris en charge par le même accompagnant tout le long de ce parcours d'une durée d'environ 10 mn. Ces six accompagnants sont de futurs confrères, spécialement formés et sensibilisés à la problématique du handicap.

SYMPOSIUM COLGATE "Quand l'ado en prend plein les dents"

Bisch M.[1], Mercier T.[2]
[1] *Maison des Addictions, CSAPA du Sud Meurthe-et-Mosellan, CHU de Nancy*
[2] *Département d'odontologie pédiatrique, CHRU Nancy.*

I. L'ado
– Présentation/définition de l'adolescence, période physiologique de transition et d'expérimentations.
– Importance des pairs et du groupe dans cette période d'expérimentations.
II. L'ado face aux consos
– Quelques chiffres tabac alcool cannabis
– Les modes de consommation
– Représentations des jeunes consommateurs : point de vue des ados, des parents, des soignants
– Importance des carences dans le développement des dépendances
– Courbe rapport législation/dangerosité
III. Quelles conséquences?
– Répercussions bucco-dentaires et prise en charge au cabinet
– Comment aborder la question? Comment en parler?
– À qui adresser? Comment? Vers qui se tourner? Ce que nous dit la loi (Préservation du lien avec le jeune / info aux parents / détermination d'une conduite à risque).
IV. Les consultations jeunes consommateurs
– Où en France? Comment? Pourquoi?
V. Et pourquoi ne pas essayer de prévenir avec nos propres armes?
– Ce qui se fait à Nancy

SESSION 1 : INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES

1. Étude comparative de l'efficacité des brosses à dents électriques soniques versus manuelles chez des enfants âgés de 7 à 9 ans.

Silva J., Marty M., Valera M-C., Daries M., Noirrit E.
Faculté de Chirurgie dentaire de Toulouse, France.

Objectif : L'objectif de cette étude est de déterminer l'efficacité d'élimination de plaque entre une brosse à dents électrique sonique et une brosse à dents manuelle.
Matériel et méthodes : Cette étude en simple aveugle, randomisée a utilisé un modèle en cross-over. 74 enfants entre 7 et 9 ans en milieu scolaire ont été aléatoirement assignés entre une brosse à dents sonique (Sonicare for Kids) et une brosse à dents manuelle (Elmex Junior) et instruits au brossage à domicile deux fois par jour pendant une période de 20 jours en suivant la méthode de Bass modifiée. L'inclusion des sujets s'est faite lors de visites de prévention et de dépistage en amont. L'évaluation de plaque s'est faite au jour 0, à J+11 et à J+18 sur les deux périodes, en utilisant l'Oral Hygiene Index Simplified. Le contrôle du brossage et la satisfaction liée aux brosses à dents a été obtenue grâce au remplissage d'un calendrier de brossage quotidien et d'un questionnaire final. L'approbation du comité d'éthique et le consentement éclairé des parents ont été recueillis au préalable.
Résultats, discussion et conclusion : Les résultats définitifs ne seront obtenus que fin mars, l'étude étant en cours de réalisation.

–Ghassemi A, Vorweck L, Hooper W, Patel V, Sharma N, Qaqish J. *Comparative plaque removal efficacy of a new children's powered toothbrush and a manual toothbrush.* J Clin Dent. 2013;24(1):1–4.
– Muller-Bolla M, Courson F. *Toothbrushing methods to use in children: a systematic review.* Oral Health & Preventive Dentistry. 2013;11(4):341–347.
– Garcia–Godoy F, Marcushamer M, Cugini M, Warren PR. *The safety and efficacy of a children's power toothbrush and a manual toothbrush in 6–11 year–olds.* Am J Dent. 2001 Aug;14(4):195–9.

---

2. « çATED pour tes dents » : un projet de recherche et de développement sur l'intérêt d'un agenda numérique auprès d'enfants avec autisme en contexte dentaire.

Lopez–Cazaux S.[1, 2], Lefer G.[2], Rouches A.[1], Althuizius M.[1], Bourdon P.[2]
[1] *Faculté de Chirurgie dentaire et CHU de Nantes* [2] *ESPE – Centre de Recherche en éducation de Nantes.*

La santé des enfants avec autisme ou avec TSA (troubles du spectre autistique), et notamment les soins bucco–dentaires, reste un domaine de recherche spécifique et un enjeu sur le terrain auprès des professionnels. Du fait de leurs troubles du comportement qui restent un frein à la communication et à la prise en charge bucco–dentaire, l'apprentissage, l'instauration d'un brossage dentaire biquotidien et l'accès aux soins sont difficiles.
L'application çATED a été développée par des chercheurs, des ingénieurs et des professionnels de l'autisme des Pays de la Loire afin de permettre aux personnes avec TSA de gagner en autonomie, de se rassurer, de savoir s'organiser dans l'espace et dans le temps pour accomplir des activités du quotidien. Cet emploi du temps visuel et numérique permet un affichage de la journée que la personne (l'enfant avec autisme) peut elle–même remplir, aménager et adapter selon ses besoins et son propre fonctionnement.
Le projet « çATED pour tes dents » s'inscrit dans la complémentarité des recherches en cours sur le développement et l'usage de l'application. L'objectif est alors d'étudier la mise en place cet outil numérique dans la pratique du chirurgien dentiste afin de prévenir les soins dentaires et d'accompagner sur le plan éducatif et pédagogique les enfants et les adultes (professionnels et parents).
Dans cette communication nous présenterons l'application çATED et son utilisation auprès d'un groupe de 55 enfants avec autisme pour l'apprentissage du brossage et la réalisation d'un examen dentaire.

– Allen ML, Hartley C et Cain K. Do *Ipads promote symbolic understanding and world learning in children with autism?* Frontiers in Psychology 2015 ; 6 : 1–9.
– Dascalu C. et Garnier P. *Le défi des outils numériques dans la scolarisation des élèves avec autisme : entre les besoins cognitifs des élèves et les approches pédagogiques des enseignants.* Recherches en éducation, n°23, oct. 2015
– Pilebro C et Backman B. *Teaching oral hygiene to children with autism.* Int J Pediatr Dent 2005; 15; 1–9.

---

3. Performance diagnostique de la caméra Soprolife® chez les enfants et adolescents.

Joseph C.[1, 2], Pisapia M.[3], Tramini P.[5], Velly A-M.[6], Muller-Bolla M.[1,7]
[1] *Département d'odontologie pédiatrique, UFR Odontologie, Nice Sophia Antipolis Université, CHUN* [2] *Micoralis EA 7354*
[3] *Département d'odontologie pédiatrique, UFR Odontologie, Université Aix–Marseille* [5] *EA 4203, Université Montpellier* [6] *McGill University, Faculty of Dentistry, Department of Dentistry, Jewish General Hospital, Montreal, Quebec, Canada, H3T 1E2*
[7] *URB2i – EA 4462, Paris Descartes.*

Le diagnostic des lésions carieuses est habituellement basé sur l'inspection visuelle et l'examen radiographique. Des appareils de fluorescence laser peuvent être utilisés en complément en présence de lésions occlusales suspectes. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la validité et la fiabilité de la caméra de Soprolife® (groupe de Sopro–Acteon, La Ciotat, France), pour le diagnostic des lésions carieuses occlusales chez les enfants et les adolescents. L'objectif secondaire était de comparer les performances diagnostiques de la Soprolife® avec celles du DIAGNOPen®.
Méthode : Une étude multi-centrique a été effectuée sur un échantillon de 103 enfants, âgés de 5 à 15 ans ; 743 molaires temporaires et permanentes ont été incluses. La sensibilité (Se), la spécificité (Sp) et l'aire sous la courbe ROC (AUC) ont été évalués en utilisant comme gold standard, l'examen visuel (ICDAS II) et les radiographies (Retro-coronaires). La performance de la Soprolife® a été comparée à celle du DIAGNOPen® (Kavo) sur les mêmes dents. La reproductibilité a été évaluée utilisant le coefficient Kappa de Cohen pondéré.
Résultats : Lorsque toutes les lésions ICDAS 1–6 étaient considérées la Se, la Sp et les AUC étaient respectivement de 88,50 ; 70,73 et 0,84. En référence à l'AUC, la validité était significativement supérieure pour les dents temporaires (0,90) comparées aux dents permanentes (0,80) ; et la validité de la Soprolife® (0,84) était significativement supérieure à celle du DIAGNOPen® (0,80).

Les coefficients inter- et d'intra-examinateur de kappa étaient respectivement de 0,87 et de 0,85. La Soprolife® est un outil validé et reproductible, en particulier pour les dents temporaires.

– Twetman S, Axelsson S, Dahlén G, Espelid I, Mejàre I, Norlund A, et al. Adjunct methods for caries detection: a systematic review of literature. Acta Odontol Scand. juill 2013 ; 71(3–4) : 388-97.
– Gimenez T, Braga MM, Raggio DP, Deery C, Ricketts DN, Mendes FM. Fluorescence–based methods for detecting caries lesions: systematic review, meta–analysis and sources of heterogeneity. PloS One. 2013;8 (4):e60421.
– Rechmann P, Charland D, Rechmann BMT, Featherstone JDB. Performance of laser fluorescence devices and visual examination for the detection of occlusal caries in permanent molars. J Biomed Opt. 2012;17 (0360061–15).

---

4. Comparaison d'une anesthésie ostéocentrale avec assistance électronique à injection à une anesthésie conventionnelle dans la population pédiatrique : double essai randomisé split-mouth et en bras parallèles.

Smaïl-Faugeron V.[1,2,3], Muller–Bolla M.[3,4], Sixou J.L.[5], Courson F.[2,3]
[1] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, U1138, Équipe 22, Centre de Recherche des Cordeliers, Paris [2] Assistance Publique–Hôpitaux de Paris, Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris [3] Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Faculté de Chirurgie Dentaire, Unité de Recherches Biomatériaux Innovants et Interface EA4462, Montrouge
[4] Université de Nice–Sophia Antipolis, Service d'Odontologie, Faculté de Chirurgie Dentaire, Nice
[5] Université Européenne de Bretagne, Université de Rennes 1 and Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, Rennes.

Objectif : Comparer la douleur ressentie entre l'anesthésie ostéocentrale et l'anesthésie conventionnelle sur les premières molaires permanentes atteintes de caries ICDAS 5–6 et/ou MIH modérée à sévère chez l'enfant et l'adolescent au travers d'une méthodologie innovante combinant deux essais, split-mouth et en bras parallèles.
Méthodes : La méthodologie proposée consiste à conduire simultanément un essai split-mouth (chaque patient reçoit les deux traitements) et un essai en bras parallèles (les patients reçoivent l'un ou l'autre des traitements). Pour l'essai split-mouth, les patients éligibles nécessitent un traitement sur au moins deux premières molaires permanentes appartenant à la même arcade. Pour l'essai en bras parallèles, les patients éligibles nécessitent un traitement sur une seule molaire. Le critère de jugement principal est la douleur évaluée par le patient après l'injection.
Résultats : L'essai est en cours. Les inclusions des patients ont débuté en janvier 2015. En janvier 2016, 13 patients ont été inclus pour l'essai split-mouth et 77 pour l'essai en bras parallèles. Ainsi, pour chaque patient randomisé dans l'essai split-mouth, environ 6 l'étaient dans l'essai en bras parallèles. Conduire simultanément ces deux types d'essais permet donc de ne pas perdre de patients éligibles, puisque pendant la période d'inclusion de l'essai split-mouth, les patients de l'essai en bras parallèles peuvent aussi être inclus, évitant ainsi la perte d'information. Les résultats seront présentés lors de la conférence.
Conclusion : Ce plan expérimental permet un gain de puissance statistique et l'utilisation de toutes les preuves disponibles.

– Dental Hi Tec. *The keys to success with Quicksleeper.* User manual and clinical guide. Cholet, France.
– ClincialTrials.gov NCT02084433.
– Smail-Faugeron V, Muller–Bolla M, Sixou JL, Courson F. *Split–mouth and parallel–arm trials to compare pain with intraosseous anaesthesia delivered by the computerized.*

ATELIER Patients sourds et malentendants : les clés d'une meilleure « écoute » !

Marchetti N., CHU Nancy

Cet atelier se fera en présence d'un chirurgien dentiste (Dr Marchetti N., PH formée à la LSF, CHU Nancy) d'une infirmière de l'URASSM, Henry MC., et de personnes atteintes de surdité (Belbezier AS. et Millier V.).

TABLE RONDE SFOP : « ACCOMPAGNER L'ALLAITEMENT : UN PARI GAGNANT »

1. Les bienfaits de l'allaitement notamment dans le domaine bucco-dentaire.

Bruel H.[1], Marchalot A.[2]
[1] Pédiatre néonatologiste responsable de service Groupe Hospitalier du Havre membre du conseil scientifique de la CoFAM (coordination AM) et membre de la société Française de Médecine Périnatale
[2] Consultant en lactation IBCLC 2000–2020, DIU lactation Humaine, Pédiatre, 1er président du Réseau Normand pour l'Allaitement (RENOAL) 1998-2007, 1er président de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) 2000-2003, praticien hospitalier 1984–2005, Le Havre

Les recommandations de l'OMS concernant l'allaitement maternel ont été formalisées en 2000, puis confirmées par des études récentes (2012). L'OMS recommande un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, puis une poursuite jusqu'a 2 ans, voire au-delà, selon le souhait de l'enfant, de sa mère, et du père, avec une alimentation diversifiée. Le lait maternel assure les besoins énergétiques du nourrisson, une protection immunitaire sans égale qui persiste avec le temps, et la pratique de l'allaitement permet un attachement sécurisé entre les parents et l'enfant. L'allaitement a aussi un intérêt maternel avec une perte de poids plus rapide et une prévention de certains cancers tel celui du sein. La Haute Autorité de la Santé a repris ces recommandations à son compte en 2002 et en 2006. Une proximité mère enfant, de jour comme de nuit, des tétées fréquentes réparties sur les 24h, tout au moins les premiers mois sont des facteurs positifs pour réussir ; la mise en route de l'allaitement et la stimulation des seins pour produire de 900 à 1000 ml/jour au bout de quelques semaines ont besoin de ce rythme intense, associé à la composition particulière du lait maternel (relative pauvreté en protéines et en graisses entraînant des repas fréquents).
Allaiter favorise le développement de la face, la croissance des maxillaires, permettra plus tard une bonne mastication d'aliments solides, une respiration nasale et préviendra des troubles orthodontiques. Des tétées de nuit peuvent persister avec le temps, leur rôle, outre la nutrition, est surtout anxiolytique et apaisant, quand on sait que le stress peut modifier de façon négative le développement cérébral. L'allaitement peut durer longtemps : ce n'est ni une anomalie physiologique, ni un souci psychiatrique.

– *Programme national nutrition santé 2011–2015.* Paris : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011. 64 p. www.inpes.sante.fr/reperes_nutritionnels/pdf/pnns–2011–2015.pdf
– *Allaitement Maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant* (HAS 2002).
– Nielsen and al. : *Adequacy of milk intake during exclusive breastfeeding : a longitudinal study,* Pediatrics 2011 ;128 ;e907.

---

2. L'allaitement maternel et la santé bucco-dentaire du tout–petit : tous sereins !

Laczny E. (AHU), Camelot F. (AHU), Clément C. (MCU–PH)
Département de Prévention–Épidémiologie–Économie de la Santé–Odontologie Légale, Nancy

À l'heure de l'harmonisation des enseignements en Odontologie en Europe, en France et au sein même des composantes, un groupe de travail pluridisciplinaire d'enseignants (Santé Publique Odontologie et Odontologie Pédiatrique) s'est réuni autour d'un thème encore sujet à controverse : la santé bucco–dentaire de l'enfant allaité. Le groupe a été accompagné dans sa réflexion par des membres du conseil scientifique de la COFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel).
Après une présentation des raisons ayant conduit à la constitution du groupe de travail, une actualisation des données de la littérature portant sur un éventuel lien entre allaitement et risque carieux du jeune enfant sera exposée. Une synthèse élaborée conjointement avec le conseil scientifique de la COFAM, ainsi que les recommandations de bonnes pratiques élaborées à l'attention des professionnels et futurs professionnels de santé et des familles seront présentées : pour que chacun des acteurs puisse entendre, comprendre, et accompagner les familles qui choisissent de prolonger l'allaitement, tout en préservant la bonne santé bucco-dentaire du jeune enfant.

– Birungi N, Fadnes LT, Okullo I, Kasangaki A, Nankabirwa V, Ndeezi G, et al. *Effect of Breastfeeding Promotion on Early Childhood Caries and Breastfeeding Duration among 5 Year Old Children in Eastern Uganda*: A Cluster Randomized Trial. PloS One. 2015;10(5):e0125352.

– Chaffee BW, Feldens CA, Vitolo MR. *Association of long–duration breastfeeding and dental caries estimated with marginal structural models.* Ann Epidemiol. 2014 Jun;24(6):448–54.
– Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau M, Dai X, et al. *Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta–analysis.* Acta Paediatr. 2015 Dec;104(467):62–84.

---

3. Accompagner l'allaitement : un pari gagnant.

Jager S.[1], Mercier T.[1], Viard L.[2], Clément C.[3]
[1] *Département d'Odontologie Pédiatrique, Nancy* [2] *Étudiante 5e année, Nancy*
[3] *Département de Prévention–Épidémiologie–Économie de la Santé–Odontologie Légale, Nancy.*

« Je n'ose pas amener ma fille chez le dentiste. Je l'allaite encore… »
Il suffit d'aller sur quelques forum de mères allaitantes pour constater le gouffre qu'il y a entre des mères ayant choisi de poursuivre l'allaitement de leur enfant après ses 6 mois et certains chirurgiens–dentistes. Entre la tentation des chirurgiens–dentistes de condamner l'allaitement maternel dès l'éruption des premières dents et le sentiment de culpabilité de certaines mères dont l'enfant allaité présente des caries, le fossé se creuse de plus en plus aboutissant finalement bien souvent à rompre tout dialogue possible entre les deux parties privant ainsi le jeune enfant de précieux conseils de prévention bucco-dentaire.
La carie ne serait-elle pourtant pas la conséquence d'un phénomène plurifactoriel ? Pouvons-nous réellement en tant que professionnels de santé aller à l'encontre des recommandations de l'OMS encourageant un allaitement jusqu'aux 2 ans voire plus de l'enfant ? Pouvons-nous nous immiscer ainsi dans la vie privée de nos patients et refuser d'écouter leurs choix de vie? N'atteignons-nous pas alors les limites d'une supposée bienveillance ?
Nous présenterons ici un projet mis en place récemment sur Nancy proposant un moment privilégié de discussion autour de la santé orale du jeune enfant en petit comité entre mères allaitantes et chirurgiens–dentistes suivi peu de temps après d'une première consultation dentaire afin d'adapter les conseils préventifs à la situation de chacun. Nous visons ainsi à réconcilier la mère allaitante avec le chirurgien–dentiste, l'idée étant qu'elle puisse voir en lui un professionnel de santé capable d'accompagner son allaitement tout en permettant à son enfant par une prise en charge adaptée de préserver une bonne santé orale.

– Salone L.R., Vann W.F.Jr, Dee D.L. *Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits.* J Am Dent Assoc 2013: 144(2): 143-51.
– Roussille B., Deschamps J.P., A*spects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance*, Santé Publique HS2/2013 (S2), p. 85-91. www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS2-page-85.htm

---

SESSION 2: INTERCEPTION–ODF

1. Orthodontie et prévention des risques carieux chez l'adolescent.

Abs M.P.
Chirurgien dentiste spécialiste qualifiée en ODF (CECSMO), Marseille

Les traitements orthodontiques en technique fixe multi-attache vestibulaire et linguale peuvent entraîner des complications carieuses chez l'adolescent à des degrés variables, allant des lésions opaques blanches (leucomes) ou white spots observées autour des attachements orthodontiques, jusqu'à des lésions carieuses de plus grande ampleur.
En effet, les attaches orthodontiques et les résines de collage sont des facteurs de rétention du biofilm dentaire. Les techniques d'élimination de la plaque bactérienne sont beaucoup plus complexes, dans un contexte alimentaire souvent défavorable en raison de l'âge et des obligations alimentaires se rapportant à ces types de traitement. La prise en charge de ces patients adolescents en orthodontie conventionnelle est particulièrement à risque sur le plan carieux. Les traitements orthodontiques en technique amovible par gouttières de type Invisalign –aligneurs– associés à une hygiène orale facilitée, un protocole rigoureux de nettoyage de ces aligneurs et l'application topique de fluorure par leur intermédiaire, ainsi que la modification des comportements alimentaires incitée, permettent la prise en charge optimale de ces patients. Une modification globale des comportements à moyen voire à long terme est ainsi observée, grâce à la collaboration familiale demandée, gage du succès de ces traitements.

– Benson PE, Parkin N, Dyer F, Millett DT, Furness S, Germain P. *Fluorides for the prevention of early tooth decay (demineralised white lesions) during fixed brace treatment.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12. Art. No.: CD003809. DOI: 10.1002/14651858.CD003809.pub3.
– Morrier JJ. *Leucomes et traitement orthodontique. Prévention, traitement.* Orthod Fr, 85 3 (2014) 235–244. DOI: http://dx.doi.org/10.1051/orthodfr/2014016
– Chazalon JF. *Invisalign chez l'adolescent : une alternative au traitement multi attaches ? Illustration à l'aide d'un cas clinique.* Rev Orthop Dento Faciale, 47 3 (2013) 315–321. DOI: http://dx.doi.org/10.1051/odf/2013308.

---

2. Doit-on extraire les canines temporaires pour prévenir le risque de canines incluses?

Lê M.K.[1], Majourau-Bouriez A.[2], Davit-Béal T.[3]
[1–2] *Orthodontie exclusive, Paris / Praticiens Attachés, Hôpital Necker–Enfants Malades, Paris, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique Centre de Référence des Malformations de la Face et de la Cavité Buccale*
[3] *Odontologie Pédiatrique, Université Paris–Descartes Paris 5, Institut de Biologie Paris–Seine UMR 7138– Évolution et Développement du squelette, Hôpital Charles–Foix.*

L'inclusion des canines permanentes est fréquente : la canine maxillaire est la dent la plus souvent incluse après la 3e molaire mandibulaire avec une fréquence de 0,8% à 2,8%. Il apparaît donc primordial de surveiller et guider l'évolution des canines permanentes afin de prévenir l'apparition d'effets délétères liés à l'inclusion dentaire, notamment le risque de résorptions radiculaires des dents adjacentes à la dent incluse. Deux revues systématiques de la littérature ont conclu qu'il n'existe
pas de preuve de bénéfice pour les extractions des canines temporaires en vue de faciliter l'évolution de la canine permanente. Face à ces articles, certains praticiens peuvent montrer une certaine réticence et appréhension à extraire la canine temporaire, d'autant plus que l'extraction seule de cette dernière n'est pas toujours prédictible de la bonne évolution de la canine correspondante. Cependant lorsque l'indication est bien posée au moment opportun, l'avulsion interceptive de la canine temporaire et/ou la mise en place de dispositifs orthodontiques simples permettent dans la majorité des cas le redressement de la dent et donnent une véritable chance aux canines d'évoluer spontanément sur l'arcade. Alors faut–il extraire les canines temporaires? C'est au travers d'une analyse de la littérature, illustrée par de nombreux cas cliniques que nous verrons l'importance d'une étroite collaboration entre pédodontistes et orthodontistes dans le dépistage et la prise en charge précoce du risque d'inclusion des canines permanentes et dans la décision d'extraire ou non la canine temporaire. Enfin, nous développerons les recommandations de bonnes pratiques cliniques.

– Bazargani F, Magnuson A, Lennartsson B. *Effect of interceptive extraction of deciduous canine on palatally displaced maxillary canine: a prospective randomized controlled study. The Angle orthodontist.* 2014 Jan; 84(1):3–10.
– Naoumova J, Kurol J, Kjellberg H. *Extraction of the deciduous canine as an interceptive treatment in children with palatal displaced canines – part I: shall we extract the deciduous canine or not? European journal of orthodontics.* 2015 Apr;37(2):209–18
– Parkin N, Furness S, Shah A, Thind B, Marshman Z, Glenroy G, et al. *Extraction of primary (baby) teeth for unerupted palatally displaced permanent canine teeth in children. The Cochrane database of systematic reviews.* 2012;12:CD004621

---

3. Gestion des dents traumatisées en ODF : que faire ?

Daste M.[1], Rotenberg M.[2], Noirrit E.[1]
[1] *Département d'odontologie pédiatrique, Université Paul Sabatier, Toulouse*
[2] *Département d'orthopédie dento faciale, Université Paul Sabatier, Toulouse.*

Introduction : Aucun protocole validé n'est actuellement établi pour la gestion des dents traumatisées au sein d'une pratique orthodontique. À l'aide d'un questionnaire, nous avons interrogé les orthodontistes sur leur prise en charge des dents traumatisées.
Matériels et méthodes : Un questionnaire a été distribué au cours des 18èmes Journées de l'orthodontie à Paris en novembre 2015.
Résultats : Nous avons récolté 165 réponses. La population définit correctement l'expulsion et l'intrusion.

Cependant, seulement 56,1% de l'échantillon identifient la subluxation et une confusion existe avec la concussion. Lors de la survenue d'un traumatisme au cours du traitement orthodontique, 34 % de la population n'interrompt pas le traitement actif systématiquement. La majorité de l'échantillon met en place un arrêt de 3 mois pour les traumatismes majeurs et d'un mois pour les traumatismes mineurs.
Discussion : La littérature recommande un temps d'arrêt de 3 mois pour un traumatisme mineur et de 6 mois à un an pour un traumatisme majeur. On note qu'un tiers de l'échantillon n'interrompt pas le traitement systématiquement et que 70% des orthodontistes interrogés mettent en place des temps de pause plus courts que ceux recommandés.
Conclusion : Les praticiens semblent identifier les définitions des traumatismes auxquels ils seront les plus confrontés dans leur exercice mais ont plus de difficultés à diagnostiquer et intégrer dans leur plan de traitement des traumatismes tels que la subluxation. La majorité des praticiens interrompt le traitement sur une durée plus courte que celle recommandée par la littérature.

– Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, Andreasen JO, editors. *Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 4th ed. Oxford, UK; Ames, Iowa : Blackwell Munksgaard ; 2007.
– Kindelan SA, Day PF, Kindelan JD, Spencer JR, Duggal MS. *Dental trauma : an overview of its influence on the management of orthodontic treatment.* Part 1. Journal of Orthodontics. 2008 Jun ;35(2) :68–78.
– Tondelli PM, Mendonça MRd, Cuoghi OA, Pereira ALP, Busato MCA. *Knowledge on dental trauma and orthodontic tooth movement held by a group of orthodontists.* Brazilian Oral Research. 2010 Mar ; 24(1) :76–82.

---

4. Suivi et gestion pluridisciplinaire d'un cas d'intrusion sur dents immatures.

Capitaine A.G.[1], Eid C.[2], Naulin-Ifi C.[3], Durand C.[4]
[1] Hôpital Rothschild, Université Paris VII [2] Activité libérale exclusive en Odontologie pédiatrique [3] Université Paris VII, activité libérale exclusive en odontologie pédiatrique [4] Activité libérale exclusive en orthopédie dento-faciale.

L'hôpital Rothschild (Paris 12e) reçoit environ 2800 jeunes patients par an en urgence, dont près de 20% consultent suite à un traumatisme alvéolo–dentaire (TAD).
Les intrusions représentent 6% des TAD sur dents permanentes reçus dans le service d'odontologie pédiatrique de l'hôpital Rothschild. Ces traumatismes représentent la forme la plus sévère des déplacements dentaires. Le système neuro-vasculaire de la dent et le ligament parodontal subissent des dommages considérables. La nécrose pulpaire fréquente génère une résorption inflammatoire.
Les fibres desmodontales sont dilacérées et/ou écrasées entraînant des résorptions de remplacement ou ankylose. Le traitement envisagé est d'autant plus difficile qu'il doit consister à éliminer ou à réduire ces deux complications.
Un enfant de 8 ans est venu consulter en octobre 2014, se présentant avec une intrusion sévère sur dents immatures. À partir de la gestion de ce cas clinique, nous évoquerons le traitement d 'urgence, le suivi, la gestion des complications et la coordination nécessaire entre les différents intervenants.

– Glendor U: *Epidemiology of traumatic dental injuries – a 12 year review of the literature.* Dental Traumatology 2008; 24 :603–611.
– *International Association of Dental Traumatology*: IADT Guidelines, 2012 www.iadt-dentaltrauma.org;
– H. Nazzal, H. K. Dhaliwal, S. J. Littlewood, R. J. Spencer and P. F. Day: *Interdisciplinary management of severe intrusion injuries in permanent incisors: a case series.* British Dental Journal 2014; 217: 517–523.

TP CVI, DES MATÉRIAUX DE CHOIX EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

Blique M.[1] ; Dominici D.[2] ; Trentesaux T.[3]
[1] Nancy ; [2] Montpellier ; [3] Lille.

Les Verre-ionomères sont depuis longtemps des matériaux de choix en Odontologie Pédiatrique, ils ont beaucoup évolué, sont souvent mal connus et sont donc relativement peu utilisés. Ces matériaux simples de mise en œuvre, demandent pourtant compréhension et rigueur. Les difficultés viennent souvent du non respect des temps de mise en œuvre, du mauvais choix des matrices, de préparations trop mutilantes, d'obturations trop en porte à faux. Trois auteurs vous feront partager leur longue expérience de ces matériaux.

– Michel Blique, à travers l'évolution des CVI depuis 50 ans, présentera les familles actuelles de produits à notre disposition. Il insistera sur la prévention des erreurs de mise en œuvre.
– Gabriel Dominici, vous expliquera leur intérêt pour le scellement des sillons et dans les cas d'hypominéralisation molaire–incisive (MIH). Les CVI assurent une bonne protection mécanique (micro-pénétration) et chimique (re- et hyperminéralisation). Un protocole strict mais simple permet une pose pérenne et non iatrogène.
– Thomas Trentesaux traitera de leur mise en œuvre dans les obturations de classe II sur dents temporaires et permanentes. Le choix de la matrice et sa mise en place correcte constituent deux éléments clés pour obtenir une restauration de qualité. La technique d'injection du CVI dans la cavité est également déterminante pour éviter la création de bulles d'air au sein de la restauration.
Ces brefs exposés seront suivis de manipulations avec pour objectif d'apprendre à respecter le protocole de mise en œuvre des produits.

- Am J Dent. 2011 Apr;24(2):124-8. *Strength and wear resistance of a dental glass-ionomer cement with a novel nano-filled resin coating.* Lohbauer U, Krämer N, Siedschlag G, Schubert EW, Lauerer B, Müller FA, Petschelt A, Ebert J.
- J Dent. 2010 Jan;38(1):59-64. doi: 10.1016/j.jdent.2009.09.004. *Clinical and SEM assessment of ART high-viscosity glass-ionomer sealants after 8-13 years in 4 teeth.* Frencken JE, Wolke J.
- Delfosse C., Trentesaux T. *La carie précoce du jeune enfant: dépister, traiter et prévenir*. Clinic. 2016; 37: 121-126.

SESSION 3: BIOMATÉRIAUX

1. Recommandations de scellements de sillons par la SFOP.

Muller-Bolla M.[1,5], Joseph C.[2,6], Chabadel O.[3,7], Moulis E.[3,7], Courson F.[2,5], Droz D.[4], Kubasiak L.[1], Smail Faugeron V.[2,5]
[1] UFR Odontologie Nice [2] UFR Odontologie Paris Descartes [3] UFR Odontologie Montpellier [4] UFR Nancy [5] URB2i – EA 4462, Paris Descartes [6] Micoralis EA 7354, Nice [7] EA 4203 laboratory, Montpellier.

Des recommandations relatives aux scellements des sillons doivent être émises par la SFOP. Ceux–ci peuvent concerner les faces occlusales, proximales des prémolaires, molaires permanentes et temporaires. Pour répondre à la problématique, une revue systématique de la littérature a été réalisée. Début 2016, une première recherche électronique a été conduite dans le cas des dents permanentes à partir du 1/11/2012, date correspondant à la fin de la recherche électronique de la dernière revue Cochrane sur le sujet 1, sur les bases de données The Cochrane Central Register of Controlled Trials, PubMed et Science Direct. La seconde relative aux dents temporaires a été réalisée sans limite de dates. Les études éligibles étaient des études comparatives évaluant l'efficacité des scellements (groupe scellé versus groupe non traité), l'effet de différents matériaux de scellement pour prévenir ou intercepter les lésions carieuses, leur rétention (plusieurs matériaux ou protocoles comparés), les éventuels effets indésirables. Seules les études randomisées d'au moins 12 moins ont été incluses dans le cas des dents permanentes conformément à la revue de Ahovuo-Saloranta et coll. Les études relatives à la méthode d'érosion–infiltration n'ont pas été incluses. Les recherches électroniques ont été réalisées par CJ et VSF; les étapes d'inclusion des études, par MMB et VSF avec intervention d'un 3e auteur en cas de désaccord. Enfin l'extraction des données et l'évaluation de la qualité méthodologique seront menées de manière indépendante par deux auteurs éventuellement associés à un 3ème en cas de désaccord. Les recommandations rédigées en référence à la grille AGREE seront présentées lors de la conférence.

– Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Hiiri A, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. *Sealants for prevent– ing dental decay in the permanent teeth.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD001830. DOI: 10.1002/14651858.CD001830.pub4.

---

2. Le scellement de sillons par CVI.

Dominici G., Verrier V., Chabadel O., Moulis E.
Odontologie Pédiatrique CHU de Montpellier.

Le scellement de sillons est une thérapeutique de prévention carieuse basée sur 2 principes. Le matériau mis en place établit une barrière physique entre le milieu buccal et le fond des sillons et permet d'obtenir une surface lisse non cavitaire limitant le développement bactérien. Par sa composition, le matériau peut aussi permettre une protection chimique par l'apport d'une re- ou hyperminéralisation amélaire. Le choix d'un ciment verre ionomère comme matériau de scellement de sillons permet de répondre à ces 2 principes. Mécaniquement, une fusée à un niveau microscopique est avérée et durable. Chimiquement, la minéralisation du fond des sillons est optimale et le Fluor limite le risque d'infiltration. En utilisant une technique de pose adaptée, ce matériau est moins opérateur–dépendant et pourrait être moins iatrogène qu'une résine tout en apportant une protection similaire.

– J Dent. 2010 Jan;38(1):59–64. doi: 10.1016/j.jdent.2009.09.004. *Clinical and SEM assessment of ART high–viscosity glass–ionomer sealants after 8–13 years in 4 teeth*. Frencken JE, Wolke J.
– Eur J Paediatr Dent. 2014 Dec;15(4):397–400. *Microhardness evaluation of enamel adjacent to an improved GIC sealant after different enamel pre–treatment procedures*. Haznedaroglu E, Sozkes S, Mentes AR.
– J Clin Exp Dent. 2014 Dec 1;6(5):e551–5. doi: 10.4317/jced.51688. eCollection 2014. R*etention of a resin-based sealant and a glass ionomer used as a fissure sealant in children with special needs*. Morales-Chávez MC, Nualart-Grollmus ZC.

---

3. Utilisation des ciments tricalciques en pédodontie.

Lagarde M.[1,2], Muller-Bolla M.[1,3], Fron H.[1,2]
[1] *Laboratoire URB2i EA 4462, Université Paris Descartes* [2] *UFR odontologie Paris Descartes*
[3] *UFR odontologie Nice UNS.*

Depuis ses premières utilisations en 1993, le MTA n'a cessé de démontrer ses effets positifs chez les adultes. Depuis 2010, d'autres ciments tricalciques ont été étudiés et commercialisés.
Cet exposé a pour vocation de faire le point sur l'utilisation des ciments tricalciques chez les enfants à travers une revue de la littérature. La recherche a été réalisée sur PubMed avec pour mots clés ((temporary) OR primary) OR decidual) OR deciduous)) AND ((teeth) OR tooth))) OR ((immature) AND ((teeth) OR tooth)) et les synonymes des ciments tricalciques (tricalcium phosphate, MTA et biodentine). 371 articles ont été identifiés au 5 février 2016, l'analyse des articles est en cours.

– *Mineral Trioxide Aggregate: A Comprehensive Literature Review, Part I: Chemical, Physical, and Antibacterial Properties, JOE*, Volume 36, Number 1, January 2010 Masoud Parirokh, DMD, MS,* and Mahmoud Torabinejad.

---

4. Quels sont les niveaux de preuve associés aux couronnes pédiatriques esthétiques sur dents temporaires?

Aiem E.[1,2], Pierre A.[1], Joseph C.[1,2], Muller-Bolla M.[1,3]
[1] *UFR Odontologie Nice* [2] *Micoralis EA 7354, Nice* [3] *URB2i – EA 4462, Paris Descartes.*

Méthodologie : Une recherche électronique a été réalisée sur les bases de données The Cochrane Library et PubMed en utilisant les mots clés primary, temporary, deciduous teeth (tooth), esthetic (aesthetic) crown. Seules les études comparatives évaluant la rétention et/ou les échecs ont été incluses.
Résultats : À partir de 528 études identifiées, 15 étaient des doublons, 449 ont été éliminées après lecture de titres et résumés, et 61 après lecture complète. Deux des trois études incluses concernaient deux marques de CPP à incrustation esthétique sur molaires temporaires, l'une étant associée à significativement plus de fractures que l'autre 1, 2. Aucune étude comparative ne concernait les couronnes Zircone sur molaires temporaires alors qu'elles avaient fait l'objet de nombreux cas cliniques. La troisième étude réalisée sur les dents temporaires antérieures, comparait les CPP Zircone, les CPP à incrustation esthétique et les couronnes composite (Strip crown) 3. À l'issue de 6 mois de suivi, les CPP zircone présentaient une rétention significativement supérieure.

Conclusion : Avant de généraliser l'utilisation des CPP esthétiques, des essais cliniques randomisés avec un suivi d'au moins un an s'imposent.

– Leith R et O'Connell AC. *A clinical study evaluation success of 2 commercially available pre veneered primary molar stainless steel crowns*. Pediatric Dent 2011 ; 33(4) : 300–6.
– Kratunova E et O'Connell AC. *A randomized clinical trial investigating the performance of 2 commercially available posterior pediatric pre veneered stainless steel crowns: a continuation study*. Pediatric Dent 2014 ; 36(7) : 494–8.
– Walia T, Salami AA, Bashiri R, Hamoodi OM, Rashid F. *A randomised controlled trial of three aesthetic full–coronal restorations in primary maxillary teeth*. Eur J Paediatr Dent 2014 ; 15(2) :113–8.

---

5. Impact de la prothèse amovible sur les fonctions orales d'enfants porteurs de carie précoce sévère pris en charge sous anesthésie générale: premiers résultats.

Decreton M.[1], Poitau M.[1], Catteau C.[2,3], Collado V.[3], Delfosse C.[1,3]
[1] *Université de Lille, UFR Odontologie, Odontologie pédiatrique* [2] *Université de Lille, UFR Odontologie, Prévention Epidémiologie* [3] *Université d'Auvergne, UFR d'Odontologie, CROC–EA4847, Clermont-Ferrand.*

Contexte : La carie précoce du jeune enfant (CPJE) conduit fréquemment à des avulsions multiples pouvant diminuer considérablement le nombre de contacts dentaires interarcades.
Objectif : Evaluer l'impact de la réhabilitation par prothèse amovible (PA) sur les fonctions orales chez des enfants porteurs de CPJE traités sous anesthésie générale (AG).
Matériels et méthodes : 6 enfants présentant une CPJE sévère ont été inclus dans l'étude. Le critère principal était la cinétique masticatoire, analysée par la mastication d'échantillons de trois aliments: carotte, céréales et fromage. Les critères secondaires étaient le Score Nordique de dysfonction NOT–S et le score de qualité de vie ECOHIS. Ces critères ont été évalués 1 mois avant (T0) et après l'AG (T1), puis 1 mois après la mise en place des prothèses (T2).
Résultats : 3 enfants ont été perdus de vue après l'AG. La durée et le nombre de cycles masticatoires semblent diminuer entre T0 et T2, notamment pour la carotte. Le score moyen ECOHIS est stable entre T0 (6.33±1.15) et T1 (6.67±8.08) et diminue en T2 (3.33±1.53), le score moyen NOT–S diminue entre T0 (4±3) et T1 (1±1) puis se stabilise en T2 (1.67±1.53).
Conclusions : Ces résultats semblent montrer une amélioration de la mastication et de la qualité de vie après mise en place des PA chez des enfants porteurs de CPJE sévère. L'impact à court terme sur l'ensemble des fonctions orofaciales semble limité mais il convient de confirmer ces premiers résultats sur un échantillon et un temps de suivi plus importants.

– Bakke M, Bergendal B, McAllister A, Sjögreen L, Asten P. *Development and evaluation of a comprehensive screening for orofacial dysfunction*. Swed Dent J. 2007;31(2):75–84.
– Barbosa T, Tureli MC, Nobre dos Santos M, Puppin-Rontani R, Gaviao M. *The relationship between oral conditions, masticatory performance et oral health-related quality of life in children*. Arch Oral Biol 2013; 58(9):1070–7.
– Collado V, Pichot H, Delfosse C, Eschevins C, Nicolas E, Hennequin M. *Impact of early childhood caries and its treatment under general anesthesia on orofacial function*. Int J Ped Dentistry, submitte.

---

6. Prothèse pédiatrique : le guide de l'occlusion au fil du temps.

Gellé M-P., Jacquelin L-F., Berthet A.
UFR Odontologie et Pôle Odontologie, CHU Reims.

La perte prématurée ou l'absence de dents temporaires et/ou permanentes chez l'enfant peut être d'origine traumatique, pathologique ou constitutionnelle. Un édentement de grande étendue perturbe les fonctions manducatrices (déglutition, mastication, phonation et occlusion) de l'enfant et avoir de lourds retentissements sur le développement cranio-facial (croissance des bases osseuses, des procès alvéolaires et des condyles). Ceci n'est pas sans conséquence sur l'état général de l'enfant (coefficient de mastication réduit, déglutition perturbée…) et sur son comportement du fait d'une perte de confiance en son image (repli sur soi, agressivité…). Pour toutes ces raisons, la réhabilitation prothétique est une réelle indication qui s'inscrit dans un cadre prophylactique.

Le praticien doit tenir compte de l'évolution dentaire, fonctionnelle, staturo-pondérale, mais également psychomotrice et psychoaffective lors de la de réalisation de la prothèse. Ainsi, il est nécessaire de faire évoluer la prothèse ou de la remplacer, ce qui oblige à un suivi régulier. Il est donc impératif d'obtenir la coopération de l'enfant et une grande disponibilité des parents. C'est ce que nous désirons montrer à travers le suivi, sur plusieurs années, d'enfants ayant bénéficié de restaurations prothétiques.

– JJ. Aknin, *La croissance cranio–faciale*. Ed SID, Paris, 2007.
– MA. Derbanne, MC. Sitbon, MM. Landru. *La prothèse dentaire pédiatrique: quand, pourquoi, comment.* RFOP, 2007, 4, (2), 167–177.
– MP. Gellé, LF. Jacquelin. *Prothèse pédiatrique: accompagner la croissance et restituer fonctions et esthétique*. ID, 2010, 9, 1–6.

---

7. Étude de l'impact d'une réhabilitation prothétique précoce sur les fonctions oro-faciales et la qualité de vie des enfants porteurs de DEA : premiers résultats au travers de deux cas cliniques.

Linas N., Le Goubey C., Soulier-Peigue D., Delfosse C., Collado V.
CROC–EA 4847 et Service d'Odontologie du CHU Estaing, Clermont-Ferrand.

Objectifs : L'oligodontie fait partie des caractéristiques phénotypiques de la Dysplasie Ectodermique (DE) et entraine des difficultés alimentaires dès le plus jeune âge. L'objectif de cette étude était d'analyser, au travers de deux cas cliniques, les effets d'une réhabilitation prothétique précoce sur le développement osseux, les fonctions oro-faciales, l'alimentation, et le bien-être des enfants.
Matériel et méthode : Les cas de deux garçons d'âge préscolaire suivis dans l'Unité de Soins Spécifiques du Service d'odontologie du CHU de Clermont-Ferrand ont été analysés. Au cours de l'année suivant la réalisation de prothèses amovibles, des critères cliniques et radiologiques ont permis d'observer l'évolution morphologique crânio-faciale. Les dysfonctions oro-faciales ont été relevées grâce au questionnaire NOT-S (Nordic orofacial test-screening) et à un questionnaire alimentaire, et la qualité de vie des enfants a été évaluée avec le questionnaire ECOHIS (Early childhood oral health impact scale).
Résultats–discussion : Un bénéfice esthétique est mis en évidence dès la mise en place des prothèses, qui ne semblent pas constituer un obstacle à la croissance osseuse. Le score NOT–S passe de 7 et 5/12 avant réhabilitation, à 2/12 dans les deux cas un an après. Malgré une altération persistante de l'item mastication, une diversification alimentaire est observée. Les scores ECOHIS passent respectivement de 20 à 7/52 et de 29 à 17/52. L'amélioration concerne les domaines fonctionnel et psychologique.
Conclusion : Cette étude suggère l'intérêt d'une réhabilitation prothétique précoce chez les enfants porteurs de DE. Un suivi plus long sur un plus grand échantillon d'enfants est nécessaire pour confirmer ces résultats.

– Bergendal B. *Children with ectodermal dysplasia need early treatment*. Spec Care Dent 2002;22(6):212–3.
– Bergendal B, McAllister A, Stecksén-Blicks C. *Orofacial dysfunction in ectodermal dysplasias measured using the Nordic Orofacial Test–Screening protocol.* Acta Odontol Scand. 2009;67(6):377–81.
– Klineberg I, Cameron A, Hobkirk J, Bergendal B, Manière M-C, King N, et al. *Rehabilitation of children with ectodermal dysplasia. Part 2: an international consensus meeting.* Int J Oral Maxillofac Implants 2013;28(4):1101–9.

SESSION 4 : ANOMALIES DENTAIRES 1

1. Analyse microtomographique des hypominéralisations de l'émail des premières molaires permanentes et implications cliniques.

Garot E.[1,2], Rouas P.[1,2], Lenoir N.[3], Manton D.[4], Couture C.[2]
[1] *Université de Bordeaux, UFR des Sciences Odontologiques, Bordeaux*
[2] *Université de Bordeaux, PACEA, UMR 5199, Pessac*
[3] *Placamat, UMS 3626 CNRS–Université de Bordeaux, Pessac*
[4] *Melbourne Dental School, University of Melbourne, Melbourne, Victoria, Australie.*

Introduction : Les hypominéralisations molaires incisives (MIH) se caractérisent par des opacités amélaires blanches, jaunes ou brunes à la surface des premières molaires permanentes, éventuellement associées à des défauts sur les incisives permanentes. Ces défauts commencent à la jonction émail-dentine et s'étendent vers la surface. L'objectif de cette étude est de mesurer l'épaisseur moyenne saine d'émail recouvrant l'émail hypominéralisé.
Matériels et méthodes : 53 dents MIH (issues de France et d'Australie) ont été analysées en microtomographie. Un test de Wilcoxon pour échantillons appariés a été réalisé pour comparer les densités minérales entre les zones hypominéralisées et saines. L'épaisseur de l'émail est mesurée à l'aide du logiciel Avizo® 7.0.1.
Résultats : Les résultats préliminaires de cette étude montrent une différence moyenne statistiquement significative de densité minérale entre l'émail hypominéralisé et l'émail sain d'environ 20% avec une diminution plus importante dans les défauts bruns. Au sein d'un même défaut, l'épaisseur de la couche saine recouvrant le défaut peut varier de plusieurs dizaines de micromètres et semble moins épaisse dans les défauts bruns.
Discussion : Des auteurs ont décrit une couche superficielle d'émail sain (de 0 à 200 µm). Les opacités brunes et jaunes sont plus à risque de fractures post–éruptives amélaires et de restaurations atypiques que les blanches. La localisation interne de ces défauts a des implications dans le succès de thérapeutiques telles que l'érosion-infiltration résineuse, les scellements de sillons ou la pose de vernis fluorés.
Conclusion : L'étiologie non élucidée des MIH rend impossible la prévention en amont. La multiplication d'étude permettant de comprendre la structure de l'émail hypominéralisé et d'améliorer les thérapeutiques associées demeure primordiale.

– Da Costa-Silva CM, Ambrosano GM, Jeremias F, De Souza JF, Mialhe FL. *Increase in severity of molar-incisor hypomineralization and its relationship with the colour of enamel opacity: a prospective cohort study.* Int J Paediatr Dent. 2011 Apr 8; 21(5):333–41.
– Lygidakis NA, Dimou G, Stamataki E. *Retention of fissure sealants using two different methods of application in teeth with hypomineralised molars (MIH): a 4 year clinical study*. Eur Arch Paediatr Dent. 2009 Dec 10;10(4):223–6.
– Crombie F, Manton D, Palamara J, Reynolds E. *Resin infiltration of developmentally hypomineralised enamel.* Int J Paediatr Dent. 2013 Feb 15; 24(1):51–5.

---

2. Le collage aux dents atteintes d'amélogénèse imparfaite héréditaire : revue systématique de la littérature et étude microstructurale.

Solis D.[1,2], Le Thai A.[1,3,4], Savard E.[1,2,3], Vennat E.[3], Dursun E.[1,2,3,5]
[1] *Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Descartes* [2] *Hôpital Albert Chenevier, APHP*
[3] *Unité de Recherches en Biomatériaux, Innovations et Interfaces, EA4462, Université Paris Descartes* [4] *Hôpital Bretonneau, APHP* [5] *Laboratoire MSSMat, CNRS, Centrale Supélec, Université Paris–Saclay.*

Introduction : L'amélogenèse imparfaite héréditaire (AIH) se caractérise par une altération de la structure amélaire de l'ensemble des dents des deux dentures. Sa prise en charge consiste, dans les secteurs antérieurs, à restaurer et/ou protéger précocement les tissus dentaires à l'aide de matériaux collés. Mais cet émail détérioré – à haute teneur protéique – entrave l'adhérence. Les objectifs de ce travail ont été de réaliser une revue systématique de la littérature recensant les études sur le collage aux dents affectées d'AIH et de mener une étude microstructurale.
Matériel et méthodes : Une revue systématique a été effectuée sur la base de données PubMed avec les mots–clés amelogenesis imperfecta, bonding, bond strength, adhesive treatment, composite resins et microscopy. Cette recherche électronique a été complétée par une recherche manuelle d'ouvrages et une recherche ascendante, issue de la bibliographie des articles sélectionnés. Les études de cas ont été exclues. Par ailleurs, des observations au microscope électronique à balayage (MEB) et à la sonde ionique focalisée (FIB) ont été conduites.
Résultats : La majorité des études ont été des études in vitro. Seule une étude in vivo a été répertoriée. Elles préconisent un pré–traitement de l'émail à l'hypochlorite de sodium à 5% et/ou l'utilisation d'un adhésif auto–mordançant, pour favoriser l'adhérence. Les images obtenues au MEB et au FIB permettent de discuter ces propos.
Conclusion : Le collage aux dents affectées d'AIH est un challenge. Si des propositions d'optimisation des protocoles ont été décrites, d'autres études restent nécessaires pour les valider et/ou les amender.

– Yaman BC, Ozer F, Cabukusta CS, et al. *Microtensile bond strength to enamel affected by hypoplastic amelogenesis imperfect*. J Adhes Dent. 2014;16(1):7–14.
– Pugach M.K, Ozer F, Li Y, et al. *The use of mouse models to investigate shear bond strength in amelogenesis imperfecta.* J Dent Res. 2011;90(11):1352–1357.
– Sönmez IS, Aras S, Tunc ES, et al. *Clinical success of deproteinization in hypocalcified amelogenesis imperfecta.* Quintessence Int. 2009; 40:113–118.

---

3. Dentinogenèse imparfaite et dysplasie dentinaire isolées : révision de la classification.

De la Dure-Molla M., Fournier B.P., Berdal A. *Paris Diderot*.

La dentinogenèse imparfaite est une maladie génétique autosomique dominante caractérisée par une altération de la structure et de la minéralisation de la dentine. La matrice dentinaire est composée à 90% de collagène type I et 10% de protéines non collagéniques parmi lesquelles la DSP (sialoprotéine dentinaire), la DGP (dentine Gla–protéine) et la DPP (phosphoprotéine dentinaire) ont des rôles clefs dans la minéralisation. Ces trois protéines sont codées par un gène unique la DSPP qui une fois traduit subit un clivage protéique et diverses modifications post–traductionnelles de glycosylations, phosphorylations nécessaires à la minéralisation. Une cinquantaine de mutation ont été rapportées chez l'homme, responsables de 3 pathologies isolées que sont, selon la classification de Shield de 1973 : la dentinogenèse imparfaite de type II et de type III, la dysplasie dentinaire de type II. Cette classification est basée uniquement sur des critères du phénotype clinique. Les avancées en génétique révèlent maintenant que ces 3 pathologies sont en réalité une variabilité d'expression de la même pathologie puisque le seul gène responsable est la DSPP. Cette revue établit une analyse systématique des manifestations cliniques de toutes les mutations de la DSPP publiées à ce jour et propose une nouvelle classification des anomalies de structure dentinaire isolées facilitant le diagnostic des cliniciens.

– De la Dure-Molla M, Philippe Fournier B, Berdal *A. Isolated dentinogenesis imperfecta and dentin dysplasia: revision of the classification.* Eur J Hum Genet. 2015 Apr;23(4):445–51.
– Shields ED, Bixler D, el–Kafrawy AM. *A proposed classification for heritable human dentine defects with a description of a new entity.* Arch Oral Biol 1973;18(4):543–53.
– MacDougall M. *Refined mapping of the human dentin sialophosphoprotein (DSPP) gene within the critical dentinogenesis imperfecta type II and dentin dysplasia type II loci.* Eur J Oral Sci 1998;106 Suppl 1:227–33.

---

4. Les taches noires de l'émail ou «black stain» : revue systématique de la littérature et protocole d'étude.

Dursun E.[1,2], Monsarrat P.[3,4], Pujade C.[1,2], Daou M.[5], Attal J.P.[1,6]
[1] *Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Descartes* [2] *Hôpital Albert Chenevier, APHP*
[3] *Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Toulouse III Paul Sabatier* [4] *CHU de Toulouse*
[5] *Université Saint Joseph de Beirut* [6] *Hôpital Charles Foix, APHP.*

Introduction : Les black stains (BS) sont des colorations extrinsèques, caractérisées par un liseré/points noirs, suivant le contour gingival/au tiers cervical des dents. L'objectif est de présenter une revue systématique de la littérature dégageant les facteurs étiologiques ou impliqués dans leur apparition, puis d'exposer un protocole d'étude.
Matériel et méthode : une recherche électronique a été réalisée sur les bases de données PubMed, Cochrane Library, ISI Web of Science et Embase, à partir de mots–clés liés à «black stain», «tooth» et «children», sans limite temporelle. Les papiers ont été sélectionnés sur lecture des titre, résumé et texte intégral. Les cas cliniques, revues, articles non anglais ou études non pertinentes ont été exclus. Les articles inclus ont porté sur la prévalence, l'étiologie, les facteurs associés et la formation des BS. Une recherche manuelle partant de la bibliographie des articles sélectionnés a été menée.
Résultats : 206 articles ont été recensés, 26 sélectionnés, puis 5 ajoutés manuellement, soit 31 articles retenus. La prévalence des BS varie de 1,6 à 18%, sans différence selon le sexe. Les enfants avec BS affichent moins de caries, une prédominance d'Actinomyces et une concentration accrue de calcium et phosphate dans la salive/biofilm. Les habitudes alimentaires, le statut socio-économique et une supplémentation en fer seraient corrélés aux BS.

Conclusion : Les BS seraient la conjonction de trois facteurs : biofilm spécifique, présence de lactoferrine et fer. Des études restent nécessaires, en particulier pour déterminer si les BS peuvent signaler un excès oral de fer, un des signes d'anémie.

– Li Y, Zhang Q, Zhang F, et al. A*nalysis of the microbiota of black btain in the primary dentition.* PLoS One. 2015;10(9):e0137030.
– Shmuly T, Zini A, Yitschaky M, et al. *Can black extrinsic tooth discoloration predict a lower caries score rate in young adults?* Quintessence Int. 2014;45(5):439–44.
– Chen X, Zhan JY, Lu HX, et al. *Factors associated with black tooth stain in Chinese preschool children.* Clin Oral Investig. 2014;18(9):2059–66.

---

5. Gémination dentaire : la gestion en omnipratique.

Naulin-Ifi C., Ravinet C., De la Dure-Molla M.
Faculté d'Odontologie Garancière Paris 7 Denis Diderot.

Considérée comme la division d'un germe dentaire par invagination et le développement ultérieur de deux dents soudées, elle consiste en une division le plus souvent incomplète d'un germe dentaire débutant au bord incisal et s'interrompant avant que le clivage ne soit complet. La prévalence de la gémination est de 0,5% en denture temporaire et 0,1% en Denture permanente. L'examen clinique est essentiel pour faire le diagnostic entre fusion et gémination. L'examen radiographique conventionnel permet de constater la présence d'une ou plusieurs chambres pulpaires, mais a ses limites. Le CBCT permet d'avoir une vue plus détaillée de la morphologie radiculaire nécessaire pour certaine thérapeutique comme l'hémisection.
Pour les dents permanentes, la taille mésiodistale de la couronne excessive engendre des répercussions esthétiques, occlusales, orthodontiques, parodontales et endodontiques. La prise en charge est un véritable challenge pour le praticien et il n'existe pas actuellement de consensus pour le traitement. La décision se prendra au cas par cas. À partir d'un cas clinique suivi pendant 15 ans, cette conférence fera le point sur les connaissances actuelles de cette anomalie.

– Nandini DB, Deepak BS, Selvamani M, Puneeth HK. *Diagnostic dilemma of a double tooth: a rare case report and review.* Clin Diagn Res. 2014 Jan;8(1):271–2.
– Ghijselings E, van Gastel J, Verdonck A, *Carels CClinical problems with a double tooth and a macrodont in the maxillary anterior area: a case report.* Aust Orthod J. 2014 Nov;30(2):221–9.
– Mallineni SK1, Panampally GK1, Chen Y2, Tian T3. *Mandibular talon cusps: A Systematic review and data analysis.* J Clin Exp Dent. 2014 Oct 1;6(4):408–13.

---

6. Le syndrome de l'incisive centrale médiane unique maxillaire.

Niel Lawton M. *CHU Nancy.*

Les incisives centrales maxillaires temporaires ou permanentes sont, normalement, au nombre de deux, placées de part et d'autre du plan sagittal médian. Elles jouent un rôle essentiel dans la constitution et le maintien de la forme d'arcade, et la fonction de l'incision. Elles font également partie de l'esthétique et de l'équilibre du visage et du sourire. L'agénésie d'une incisive centrale est très rare. Cette situation se présente dans le syndrome de l'incisive centrale unique médiane maxillaire (prévalence de 1/50 000 naissances vivantes). Cette incisive se retrouve en denture temporaire et permanente.
Cette anomalie peut être isolée ou faire partie d'un syndrome touchant les structures de la ligne médiane (holoprosencéphalie). Ce syndrome peut se retrouver également associé à des anomalies des voies aériennes (sténose congénitale des orifices piriformes).
Des caractéristiques faciales touchant les structures de la ligne médiane sont visibles chez ces patients. D'autres anomalies peuvent également être repérables comme une petite taille, un hypopituitarisme, un retard mental. Des études récentes montrent que ce syndrome serait lié à une mutation génétique du gène SHH. La transmission est autosomique. Les retentissements sur le développement des arcades et sur l'esthétique nécessitent une prise en charge multidisciplinaire médicale, dentaire et orthodontique.

– Hall RK. *Solitary median maxillary central incisor (SMMCI) syndrome.* Orphanet J Rare Dis. 2006;1:12.
– Kjaer I, Becktor KB, Lisson J, Gormsen C, Russell BG. *Face, palate, and craniofacial morphology in patients with a solitary median maxillary central incisor.* Eur J Orthod. 2001;23(1):63–73.
– Pseiner BC. *Premolar transplantation in a patient with solitary median maxillary central incisor syndrome.* Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2014 Dec;146(6):786–94.

SÉANCE DPC: SOINS SPÉCIFIQUES 1

1. Prise en charge orthophonique du syndrome de dysoralité sensorielle ou « Tu vomis sur ton dentiste ?! Va donc voir l'orthophoniste ! »

Grenier-Gendre L.
Orthophoniste à Villers-les-Nancy, enseignante à l'École d'Orthophonie de Nancy

Au cœur de nos préoccupations professionnelles, la bouche est au centre de la construction de l'être humain : elle sert à la fois à téter, manger, mastiquer, déglutir, cracher, grimacer, sourire, rire, parler, chanter… Encore mal connue, la dysoralité sensorielle (et ses manifestations) risque d'entraver la mise en place des premières expériences érogènes du nourrisson au travers de sa cavité buccale, puis la construction du langage ainsi que les fonctions d'alimentation et de déglutition.
Nombre d'enfants prématurés, autistes, polyhandicapés, … présentent de ce fait des symptômes qui vont rendre la consultation dentaire problématique (réflexe nauséeux exacerbé, hyper-réactivité olfactive, …). Il apparaît alors primordial de savoir identifier la dysoralité, les affections en lien avec celle-ci et leur impact immédiat sur le quotidien du patient afin d'être en mesure de proposer la prise en charge et la guidance parentale appropriées.

- Barbier I. *L'accompagnement parental à la carte*. Ortho Édition 2004.
- Bullinger A. *Le développement sensori-moteur e l'enfant et ses avatars*, 2013. Éditions Erès.
- Crunelle D et JP. DVD *Troubles d'alimentation et de déglutition*, 2006. Ortho Édition.
- Senez C. *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies d'origine congénitale et les encéphalopathies acquises*, 2002. Éditions Solal.
- Thibault C. *Orthophonie et oralité*, 2007. Éditions Masson.
- Thibault C. *Les enjeux de l'oralité, Entretiens de Bichat*, Orthophonie 2012.

---

2. Prévention des troubles de l'ingestion chez l'enfant et l'adolescent porteur de trisomie 21.

Hennequin M.
CROC–EA4847 et Service d'Odontologie–CHU Estaing, Clermont-Ferrand.

Les personnes porteuses d'une trisomie 21 présentent un syndrome bucco-facial qui leur est spécifique induit par l'hypotonie qui affecte, entre autres groupes musculaires, les muscles faciaux. Au cours du développement de l'enfant, le passage d'une alimentation liquide à une alimentation texturée, et la coordination nécessaire à l'articulation, sont des étapes clé dans la maturation des fonctions orales. Pour la plupart des enfants, cette transition se fait spontanément, alors que pour d'autres, des difficultés apparaissent lors des tentatives d'introduction des morceaux, sous forme de nausées, de toux, de vomissements ou de refus d'aliment. Assez fréquemment, ces comportements peuvent progressivement s'estomper puis disparaitre, mais ils peuvent également persister. Ces problèmes sont liés à un retard de maturation physiologique au niveau de la sphère orale, qui peut survenir à différents âges, et pour plusieurs raisons. Dans tous les cas, ces troubles du comportement alimentaire compliquent l'intégration sociale de ces enfants, adolescents ou jeunes adultes. Cette présentation vise à préciser l'origine de ces troubles et à en décrire les propositions de prise en charge.

- Faulks D, Collado V, Veyrune JL, Mazille MN, Hennequin M. *Masticatory dysfunction in persons with Down syndrome, part 1: aetiology and incidence*. Journal of Oral Rehabilitation 2008, 35(11): 854-62.
- Faulks D, Mazille MN, Collado V, Veyrune JL, Hennequin M. *Masticatory dysfunction in persons with Down syndrome, part 2: management*. Journal of Oral Rehabilitation. 2008, 35(11): 863-9.
- Hennequin M. *Mon enfant refuse les morceaux…Trisomie 21* France 2013 ; 72 : 11-13.
- Hennequin M. *Coopérer pour ses soins ?* Geist Soleil 2007 49 :12-13.
- Hennequin M, Faulks D, Collado V, Veyrune JL. *Besoins spécifiques en santé bucco-dentaire chez les personnes présentant des troubles neuro-moteurs et cognitifs*. Réalités Cliniques, 2004, 4 : 375-386.
- Mazille MN, Veyrune JL, Hennequin M. *Compenser les grandes dysmorphies : le concept de la stabilisation mandibulaire*. Réalités Cliniques, 2005, 1: 63-74.
- Hennequin M., Faulks D., Veyrune JL, Faye M. *Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21*. L'Information Dentaire 2000 ; 26 :1951-1964.
- Hennequin M, Mazille MN, Cousson PY, Nicolas E. *Increasing the number of inter-arch contacts improves mastication in adults with Down syndrome: a prospective controlled trial*. Physiol Behav. 2015 Jun 1;145:14-21.

---

3. La prise en charge bucco-dentaire du très jeune enfant : un défi pour le praticien !

Manière M.C.
Odontologie Pédiatrique, Faculté de Chirurgie dentaire de Strasbourg, UdS, Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco dentaires, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

La prise en charge bucco-dentaire du tout-petit nécessite tout d'abord d'avoir des notions de psychologie et de connaitre les étapes de son développement, ses besoins ainsi que les facteurs émotionnels, sociaux et culturels qui peuvent influencer la santé et le comportement des enfants de cette tranche d'âge. Ces informations seront précieuses afin de construire une relation durable avec le jeune enfant et ses parents, de prévoir sa coopération lors d'un examen ou d'un soin dentaire.
Le tout-petit a un comportement pulsionnel et manifeste ses émotions et son inconfort essentiellement par des pleurs ou des cris. Au cabinet dentaire, celui-ci ne sera pas séparé de sa mère. Les principaux motifs de consultation chez les enfants de moins de 4 ans sont la carie précoce et les traumatismes des incisives temporaires. Aussi cette première visite se déroule-t-elle souvent dans un contexte d'urgence, alors que la première consultation chez un chirurgien-dentiste est déterminante pour le futur.
Face à un degré de coopération très limité, le recours à une approche pharmacologique est possible, voire recommandé. Chez l'enfant de moins de 4 ans, la sédation consciente par inhalation de MEOPA a démontré une efficacité limitée. La prémédication par voie orale, notamment à l'hydroxyzine, est possible dès l'âge de 30 mois. En milieu hospitalier, l'administration par voie rectale ou orale d'une benzodiazépine d'action courte, le midazolam, a plusieurs indications pour cette tranche d'âge, avec un taux de succès élevé et une très bonne tolérance. Quel que soit le mode de sédation, le contrôle de la douleur par une anesthésie locale efficace est indispensable.
Enfin, l'anesthésie générale peut être indiquée en première intention chez un jeune enfant atteint de polycaries mais devra être intégrée dans une prise en charge globale, à la fois préventive et curative.

- Delfosse C., Trentesaux T. *La carie précoce du jeune enfant. Du diagnostic à la prise en charge globale.* Ed CdP, Paris, 2015.
- Cameron A. C., Widmer R.P. *Handbook of Pediatric Dentistry.* 4e édition. Ed Mosby Elsevier, Sydney, 2013.
- Azevedo ID, Ferreira MA, da Costa AP, Bosco VL, Moritz RD. *Efficacy and safety of midazolam for sedation in pediatric dentistry: a controlled clinical trial.* J Dent Child. 2013; 80(3):133-8.
- Lenahan M, Wells M, Scarbecz M. *A Retrospective Study of 248 Pediatric Oral Sedations Utilizing the Combination of Meperidine and Hydroxyzine for Dental Treatment*. J Clin Pediatr Dent. 2015; 39(5):481-7.
- Shapira J, Kupietzky A, Kadari A, Fuks AB, Holan G. *Comparison of oral midazolam with and without hydroxyzine in the sedation of pediatric dental patients.* Pediatr Dent. 2004; 26(6):492-6.

SESSION 1: PRÉVENTION

1. Prévention bucco-dentaire, le rôle essentiel des relais.

Bavay-Simon C., Adriaen C., Benguigui M., Moulin P.
Conseil départemental du Val-de-Marne, DPMI/PS, Service de Santé Publique Dentaire.

Malgré des actions de prévention mises en œuvre depuis de nombreuses années, la maladie carieuse reste un marqueur d'inégalité sociale. Une étude qualitative réalisée dans le Val-de-Marne a permis de distinguer trois profils de parents. Leur représentation de la santé bucco-dentaire ne se situant pas dans les mêmes registres, la prise en compte des notions de culture et de mode de vie est indispensable dans la construction des actions d'éducation pour la santé.
Pendant longtemps, la prise en charge de la santé bucco-dentaire a été dissociée de celle de la santé générale de l'enfant. Aujourd'hui, il est capital de rompre ce cloisonnement et de montrer comment la problématique bucco-dentaire doit être intégrée dans le suivi pédiatrique. Le cabinet dentaire ne doit plus être le seul lieu référent et le chirurgien–dentiste, le seul interlocuteur face à la maladie carieuse. En effet, d'autres professionnels doivent intervenir dans la démarche de prévention notamment ceux qui cotoient

régulièrement les familles. C'est pour ces raisons que dans le département du Val-de-Marne, le personnel des PMI et des crèches, qui entretient un lien de proximité avec les usagers, participe au programme de prévention et d'éducation pour la santé. Pour ce faire, des «personnes relais» sont formées dans chaque structure par les chirurgiens-dentistes du service de santé publique dentaire du Conseil départemental. Cette formation leur donne un socle commun de connaissance tout en leur permettant de s'adapter aux besoins et aux contextes familiaux différents.

– Eïd A., Adam C. *Étude des impacts des actions de prévention bucco-dentaire.* Rapport final, novembre 2009. Document du conseil général du Val-de-Marne.
– Boige-Faure S. *Le temps pour construire : l'exemple du réseau d'adultes relais à Valence.* La Santé de l'Homme, 2001 janv-fev. 351:32–3.
– E. Le Bourgeois, A-M Borne. *Former les professionnels de la petite enfance.* La Santé de L'Homme, 2009 mars-avril. 400:32–4.

---

2. La Carie Précoce de l'Enfant : le point de vue des sages–femmes, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture de la région Aquitaine–Poitou–Charentes–Limousin.

Theillaud M., Barbet-Massin C., Thébaud N., Nancy J.
Université de Bordeaux.

Introduction : La Carie Précoce de l'Enfance (CPE) est une expression clinique particulièrement virulente de la maladie carieuse, qui touche les enfants d'âge préscolaire partout dans le monde, entraînant des répercussions désastreuses sur le développement de l'enfant.
Matériels et méthodes : Notre étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances des professionnels de la périnatalité (sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture) à propos de la CPE. Un questionnaire comportant 6 questions a été envoyé par mail aux différents professionnels de santé de la région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin. Au total, 217 sages-femmes, 92 puéricultrices et 47 auxiliaires de puériculture ont participé à notre enquête.
Résultats : 23% des auxiliaires de puériculture, 34% des sages-femmes et 80% des puéricultrices parlent de santé buccodentaire pendant leurs entretiens. Plus de 70% des professionnels interrogés pensent qu'il n'existe pas de lien entre allaitement et caries. Pour les trois catégories professionnelles interrogées, sont incriminés dans la survenue des caries : le sucre, le manque ou l'absence de brossage, et le terrain.
Discussion : Certaines lacunes existent chez les professionnels de santé de la petite enfance quant à la CPE. Or, même si une première consultation est recommandée chez le chirurgien-dentiste à l'âge d'un an, rares sont les enfants qui consultent à cet âge. Les professionnels de la périnatalité sont donc en première ligne pour délivrer les conseils adaptés aux parents.
Conclusion : Faire de l'information aux professionnels de santé de la petite enfance s'impose afin de prendre en charge le plus précocement possible la CPE.

– Leong PM, Gussy MG, Barrow S-YL, de Silva–Sanigorski A, Waters E. *A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries.* Int J Paediatr Dent. juill 2013;23(4):23550.
– Badet C, Dajean–Trutaud S, Derbanne M, Landru M, Nancy J. *La Carie Précoce de l'Enfance : diagnostic et stratégies thérapeutiques.* Clinic (Paris). 2011;32:61722.
– Peterson–Sweeney K, Stevens J. *Optimizing the Health of Infants and Children: Their Oral Health Counts!* J Pediatr Nurs. Août 2010;25(4):2449.

---

3. La carie précoce de l'enfant : le point de vue des pédiatres et des médecins.

Barbet-Massin C., Theillaud M., Thébaud N., Nancy J.
Université de Bordeaux.

Introduction : La Carie Précoce de l'Enfance (CPE) est une expression clinique particulièrement virulente de la maladie carieuse entraînant des répercussions désastreuses sur le développement de l'enfant. Les pédiatres et les médecins généralistes voient les jeunes enfants en première intention.
Matériels et méthodes : Notre étude avait pour objectif de valider un questionnaire sur les connaissances des pédiatres et des médecins généralistes à propos de la CPE. Un questionnaire comportant 7 questions a été envoyé par mail aux différents médecins de la région Aquitaine-Poitou-Charentes.

Résultats : 116 questionnaires ont été retournés répartis équitablement entre pédiatres et généralistes. 87,9% des praticiens parlent de santé BD durant leurs consultations, 21,6% conseillent un brossage avec les premières dents, 22% conseillent de consulter un CD à 3 ans et 24,5 à 6 ans. Les facteurs étiologiques incriminés sont : sucre, biberon, hygiène défaillante, carence en fluor et génétique. 90% examinent les dents en routine. 82,8% connaissent l'expression syndrome du biberon. 44,8% sauraient diagnostiquer les signes prodromiques de carie.
Discussion : Même si une première consultation est recommandée chez le chirurgien-dentiste à l'âge d'un an, rares sont les enfants qui consultent à cet âge. Les pédiatres et les médecins généralistes sont en première ligne pour délivrer les conseils adaptés aux parents.
Conclusion : Si les connaissances sont globalement satisfaisante, une collaboration nécessiterait d'être renforcée afin d'optimiser la prise en charge de la CPE.

– Ferraz NK, Nogueira LC, Pinheiro ML, Marques LS, Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J. *Clinical consequences of untreated dental caries and toothache in preschool children.*Pediatr Dent. 2014 Sep–Oct;36(5):389–92.
– Quinonez et al. *Care coordination among pediatricians and dentists: a cross–sectional study of opinions of North Carolina dentists,* BMC Oral Health 2014, 14:33.
– Wagner and Heinrich–Weltzien. *Pediatricians' oral health recommendations for 0- to 3-year–old children: results of a survey in Thuringia*, Germany, BMC Oral Health 2014, 14:44.

---

4. La carie précoce du jeune enfant : campagne de prévention auprès des médecins généralistes en Champagne-Ardenne.

Lopez I. Vallot V., Nicolas L.
UFR Odontologie de Reims.

La carie précoce du jeune enfant a de multiples conséquences : douleurs, infection, perte prématurée des dents temporaires, dysfonctions, diminution de la DVO, esthétique…
Malheureusement, ces enfants viennent en consultation à des stades avancés de la maladie. C'est un problème à part entière pour notre profession, qui pourrait être anticipé par des actions de prévention auprès des parents mais aussi auprès des personnels de santé sensibilisés à la prise en charge des enfants que sont les médecins généralistes, les pédiatres, les puéricultrices.
Il a été montré, lors d'un précédent sondage, que les pédiatres et les puéricultrices avaient une bonne connaissance concernant la santé bucco-dentaire contrairement aux médecins généralistes. Pourtant, ils sont les premiers à recevoir les enfants à risque dès leur plus jeune âge, alors que les chirurgiens–dentistes sont rarement consultés avant l'âge de 3–4 ans.
C'est pourquoi nous avons souhaité sensibiliser les médecins généralistes à la carie précoce du jeune enfant, en créant une page internet spécifique avec les objectifs suivants : (1) définir les caractéristiques de la maladie ; (2) dépister les enfants à risque ; (3) établir les règles d'hygiène bucco-dentaire. Nous avons diffusé le lien sur le site de l'Union Régionale des Professionnels de Santé des médecins de Champagne–Ardenne. Et communiqué le lien aux internes et étudiants en 6e année de médecine de Reims.
Les premiers retours sont positifs, le site est consulté par les professionnels, ce qui nous incite à faire vivre ces pages virtuelles dans le souci d'être en phase avec tous les acteurs de santé au service de l'enfant.

– Al CM et. *Carie du biberon : un caillou dans la chaussure de la santé.* Dermatologie. 4 avr 2012; 335(13) : 764–8.
– Quignon C. *La carie précoce du jeune enfant: ce qu'en savent les pédiatres, les médecins généralistes et les puéricultrices. Comment faire passer l'information ?* [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2013.
– Tenenbaum A, Folliguet M, Berdougo B, Hervé C, Moutel G. *La relation médecin/chirurgien–dentiste doit être améliorée pour une meilleure prise en charge des patients: Enquête au sein d'un réseau de santé.* Press Méd. Avr 2008;37(4, Part 1):564–70.

---

5. Érosion et consommation de soda chez les adolescents.

Strub M., Manière M.C., Musset A.M.
Faculté de chirurgie-dentaire de Strasbourg.

Introduction : L'érosion dentaire correspond à une perte progressive de substance amélaire voire dentinaire, due à la présence d'acides et sans intervention du facteur bactérien. On trouve peu d'études sur

l'érosion chez l'enfant en France. L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence de l'érosion chez les adolescents, la distribution des lésions érosives et le lien éventuel entre érosion et consommation de soda.
Matériels et méthodes: L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 237 collégiens âgés de 12 à 16 ans dans la région de Belfort. Un examen clinique et un questionnaire portant sur les habitudes de consommation de soda ont été réalisés par un seul examinateur calibré (MS). Les faces visibles ont été notées en utilisant le Basic Erosive Wear Examination.
Résultats: Soixante pourcent des sujets présentent des érosions. Les dents permanentes maxillaires les plus affectées sont les incisives centrales et latérales, et à la mandibule les plus touchées sont les premières molaires. Les dents temporaires sont plus souvent et plus sévèrement affectées par l'érosion. On relève que les enfants qui consomment plus fréquemment et en plus grande quantité des sodas présentent plus de lésions érosives.
Discussion: Le fait que la majorité des enfants examinés étaient en denture mixte a rendu l'interprétation des scores BEWE complexe puisque cette classification est habituellement utilisée pour l'évaluation des dents permanentes.
Conclusion: Face aux changements de comportement alimentaire chez les jeunes adolescents, le chirurgien–dentiste doit rester vigilant même en l'absence de lésion carieuse. L'érosion constitue actuellement un réel problème de santé publique.

– Bartlett D, Ganss C, Lussi A. *Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs.* Clin Oral Investig. mars 2008;12 Suppl 1:S6568.
– Muller-Bolla M, Courson F, Smail–Faugeron V, Bernardin T, Lupi–Pégurier L. *Dental erosion in French adolescents.* BMC Oral Health. 2015;15:147.
– Michel PA, Loing A, Manière M-C. *Alcopops: systemic and dental consequences.* Archives de pédiatrie. 2010 Dec;17(12):1744–8.

---

6. Étude des répercussions bucco-dentaires des troubles alimentaires chez les adolescents.

Peti Y.[1], Peti Mpangi M.J.[1], Neu D.[2], Kornreich C.[2], Simon Y.[3]
[1] *Dentiste généraliste Bruxelles (Belgique)* [2] *Psychiatre, Hôpital Brugman, Bruxelles (Belgique)* [3] *Psychiatre, Hôpital « Le domaine », Braine-l'Alleud (Belgique).*

Introduction: Les troubles alimentaires, anorexie et boulimie sont des affections graves et complexes difficiles à traiter. Cette étude a pour objectif d'affiner les connaissances quant aux conséquences oro–faciales de ces troubles. Leurs répercussions bucco-dentaires pourraient ainsi aider à les diagnostiquer.
Méthodes: La recherche réside sur la comparaison des données bucco-dentaires de deux groupes appariés pour le sexe, l'âge, le niveau socio-économique et éducationnel ainsi que l'hygiène bucco-dentaire: un groupe clinique constitué de 13 patientes hospitalisées pour troubles alimentaires et un groupe contrôle formé de 13 adolescentes saines. Pour chaque participante, un examen bucco-dentaire a été conduit via l'indice CAOD, le DPSI, l'évaluation de l'érosion dentaire et de la parotide. De plus, une récolte salivaire a été faite pour l'analyse du pH et du débit salivaire.
Résultats: Les adolescentes anorexiques et boulimiques présentent un débit salivaire réduit impliquant une xérostomie, une hypertrophie non douloureuse de la glande parotide, un indice carieux élevé, une atteinte parodontale visible, une prépondérance à l'érosion ainsi qu'un recours au brossage dentaire exacerbé. Les différences de pH entre les deux groupes n'ont pas été jugées significatives.
Conclusions: Les conséquences bucco-dentaires des troubles alimentaires sont claires et visibles assez précocement chez les jeunes personnes qui en souffrent. Il est dès lors essentiel que le dentiste prenne conscience de son importance dans le traitement multidisciplinaire de ces affections.

Lifante-Oliva C et col. *Study of oral changes in patients with eating disorders.* Int J Dent Hyg. 2008 May;6(2):119–22.

TP: Optimiser l'utilisation de la classification ICDAS, nouveau système international de détection et d'évaluation des lésions carieuses.

Pierre A[1], Muller–Bolla M[1,2].
[1] *UFR Odontologie Nice UNS* [2] *Laboratoire URB2i. EA 446* [2] *Université Paris Descartes*

Contexte: Le diagnostic en cariologie représente une part importante de l'exercice quotidien des chirurgiens-dentistes. Le processus diagnostic peut être considéré comme une procédure en 3 temps: détection de la lésion, évaluation de sa sévérité et de son activité. Une revue systématique de la littérature sur les systèmes de détection clinique des lésions carieuses a permis l'élaboration en 2005 d'un nouveau système international de détection et d'évaluation des lésions carieuses: ICDAS (International Caries Detection and Assesment System).
Objectifs: L'utilisation d'une classification commune ouvre des perspectives intéressantes en terme de recherche clinique notamment.
Matériels et méthodes: On procédera à un bref rappel des différents scores, mais le temps principal sera consacré à une approche clinique. L'examen visuel de dents naturelles, en milieu humide, puis séchées, va permettre de s'exercer à employer cette classification.
Résultats: L'adoption de cette classification aide à systématiser l'approche clinique, ainsi qu'à choisir la thérapeutique appropriée. Elle souligne également l'importance des techniques de remineralisation pour les scores les plus faibles.
Conclusion: Cet outil mérite d'être beaucoup plus largement utilisé, de par sa simplicité, et son intérêt, aussi bien clinique qu'épidémiologique. Seules quelques améliorations concernant l'évaluation de l'activité de la lésion restent encore à lui apporter.

- Pitts, N.(2004) *«ICDAS» an international system for caries detection and assessment being developed to facilitate caries epidemiology, research and appropriate clinical management.* Community Dental Health 21: 193-19.

SÉANCE DPC: SOINS SPÉCIFIQUES 2

1. Prise en charge des personnes souffrant d'un trouble du spectre autistique dans la pratique dentaire générale.

Guyet P, *Président SOSS, Asnières*

La prise en charge d'un patient présentant des Troubles du Spectre Autistique en cabinet de ville pourrait apparaître comme une gageure. Pourtant, si la consultation est bien préparée et structurée, et les particularités de chaque patient respectées, le traitement peut être entrepris avec succès pour la majorité des patients. Préparer, structurer, maintenir le contact, savoir utiliser les stéréotypies, respecter les protocoles, assimilation et retour sur expérience… vous permettront de mener à bien la séance de soin dans la majorité des cas.

---

2. Prévention et soins spécifiques grâce à un réseau. Rhapsodif en Île-de-France.

Nizak A, *Paris.*

Les causes de Handicap sont multiples. Elles peuvent avoir une origine génétique, biologique, sociale ou psychologique. En 2005 la loi du 11 février, dite « loi pour l'égalité des droits et des chances », promettait la compensation du handicap, pour rendre la société inclusive. En 2008 RHAPSOD'IF est née de la volonté commune de parents, de chirurgiens-dentistes, de directeurs d'établissements médico-sociaux et de représentants associatifs de créer une structure dédiée à l'amélioration de la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.
En 2016, les objectifs du réseau restent les mêmes: il œuvre à améliorer la réalisation des soins quotidiens d'hygiène bucco-dentaire dans les établissements accueillant enfants et adultes en situation de handicap. Les différents acteurs tentent de créer un parcours de soins adaptés en proposant une offre graduée

et coordonnée de prise en charge en fonction de sa complexité. Une compensation des situations de handicap dans le domaine de la santé bucco-dentaire est toujours nécessaire pour permettre une inclusion dans notre système de santé. Le réseau permet par exemple aux enfants ayant des troubles du spectre autistique de développer une relation soignant/soigné compatible avec la réalisation de soins divers, allant de l'examen clinique à la pose d'implant en passant par de l'ART (atraumatic restorative treatment) ou encore de l'interception orthodontique.

– Dougall A, Fiske J. *Access to special care dentistry, part 4. Education.* Br Dent J. 2008 Aug 9; 205(3):119-30. doi: 10.1038/sj.bdj.2008.652.
– Faulks D, Molina G, Eschevins C, Dougall A. *Child oral health from the professional perspective - a global ICF-CY survey*. Int J Paediatr Dent. 2015 Sept.
– Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. *The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health*. Eur J Dent Educ. 2012 Nov; 16(4):195-201.
– Molina GF, Faulks D, Frencken JE. *Suitability of ART approach for managing caries lesions in people with disability-Experts' opinion.* Acta Odontol Scand. 2013 Nov; 71(6):1430-5. Epub 2013 Feb 4.
– Molina GF, Faulks D, Frencken JE. *Acceptability, feasibility and perceived satisfaction of the use of the Atraumatic Restorative Treatment approach for people with disability...* Epub 2015 Aug 4. J3Braz Oral Res. 2015;29.
– Glassman P, Caputo A, Dougherty N, Lyons R, Messieha Z, Miller C, Peltier B, Romer M. *Special Care Dentistry Association consensus statement on sedation, anesthesia, and alternative techniques for people with special needs*. Spec Care Dentist. 2009 Jan-Feb; 29(1):2-8.
– Vellappally S, Gardens SJ, Al Kheraif AA, Krishna M, Babu S, Hashem M, Jacob V, Anil S. *The prevalence of malocclusion and its association with dental caries among 12-18-year-old disabled adolescents.* BMC Oral Health. 2014 Oct 1;14:123.
– Nayak PP, Prasad K, Bhat YM. *Orthodontic treatment need among special health care needs school children in Dharwad, India: A comparative study*. BMC Oral Health. 2014 Oct 1;14:123J Orthod Sci. 2015 Apr-Jun;4(2):47-51. doi: 10.4103/2278-0203.156029.
– Lewis C, Vigo L, Novak L, Klein EJ. *Listening to Parents: A Qualitative Look at the Dental and Oral Care Experiences of Children with Autism Spectrum Disorder (Parents are valuable partners in informing the unique dental and oral care needs of their child with ASD).* Pediatr Dent. 2015;37(7):98-104.
– Sarnat H, Samuel E, Ashkenazi-Alfasi N, Peretz J. *Oral Health Characteristics of Preschool Children with Autistic Syndrome Disorder.* Clin Pediatr Dent. 2016 Winter;40(1):21-5. doi: 10.17796/1053-4628-40.1.21.B.PLoS One. 2013 Aug 5;8(8):e71240. doi: 10.1371/journal.pone.0071240. Print 2013.
– Collado V, Faulks D, Nicolas E, Hennequin M. *Conscious sedation procedures using intravenous midazolam for dental care in patients with different cognitive profiles: a prospective study of effectiveness and safety.*

---

3. Soins dentaires et enjeux éthiques chez des enfants en situation de handicap mental: enquête qualitative dans un réseau de santé.

Camoin A, D.D.S., M.S.[1,2], Tardieu C, D.D.S., Ph.D.[1,2], Le Coz P, Ph.D.[1,3], Ruquet M, D.D.S., Ph.D.[1,2]
[1] *UMR 7268 ADÉS /Aix-Marseille Université – EFS-CNRS, Faculté de Médecine Nord, Marseille*
[2] *Faculté d'Odontologie, Aix-Marseille Université, Marseille*
[3] *Faculté de Médecine, Aix-Marseille Université, Marseille.*

Contexte: La pratique de la dentisterie sur les enfants ayant une déficience intellectuelle est à l'origine de nombreux questionnements éthiques.
Objectif: L'objectif était d'examiner les différentes approches utilisées par les praticiens lors du soins réalisés chez des enfants présentant un handicap mental. Cette étude est une première enquête qualitative, qui fait partie d'un projet de plus grande ampleur visant à recueillir les points de vue et les attentes des praticiens, des enfants et des parents.
Méthode: Des entretiens semi-structurés ont été menés entre février et mai 2012. La méthode par analyse de contenu thématique a été largement utilisée et complétée par une analyse synthétique. Plusieurs lectures de chaque entrevue ont aidé à construire une grille d'analyse hiérarchique de différentes sections pour chaque réponse.
Résultats: Les praticiens récupèrent le patient eux-mêmes dans la salle d'attente, accueillent le patient avec une attention particulière. Le détournement de l'attention est utilisé pour commencer la consultation. Concernant l'information, les modalités les plus fréquemment utilisées sont le langage verbal et le dire-montrer-faire. En ce qui concerne les différentes approches, anxiété et la douleur sont évaluées en utilisant à la fois l'expérience des parents et des échelles normalisées. Une attitude rassurante a été adoptée durant les soins. Un dilemme éthique se pose si le patient refuse les soins ou doit être contraint. Si cela se produit, les praticiens sacrifient nécessairement une valeur éthique (autonomie, de bienfaisance et non-malfaisance) lors de la décision médicale.
Conclusions: Il y a un large éventail de pratiques, mais pas de consensus. Cette étude permet de mettre en lumière les différents points de vue des dentistes, dont la plupart ont adopté un point de vue utilitariste. La réflexion éthique est nécessaire pour éviter les abus. Une étude plus approfondie permettrait d'enrichir cette réflexion.

– Kemp F. *Alternatives: a review of non-pharmacologic approaches to increasing the cooperation of patients with special needs to inherently unpleasant dental procedures.* Behav Anal Today. 2005;6(2).
– Conyers C. *An evaluation of in vivo desensitization and video modeling to increase compliance with dental procedures in persons with mental retardation.* J Appl Behav Anal. 2004;37(2):233–238.
– Grewal N, Sethi T, Grewal S. *Widening horizons through alternative and augmentative communication systems for managing children with special health care needs in a pediatric dental setup: Widening horizons through AAC systems.* Spec Care Dentist 2015;35(3):114–119.

SESSION 2: ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

1. Formalisation de l'éducation thérapeutique en odontologie pédiatrique: où en sommes-nous en 2016?

Marquillier T.[1,2], Delfosse C.[1], Laumaille-Lateur M.[1], Parascandolo F.[1], Trentesaux T.[1]
[1] *Université de Lille, CHU Lille, UFR Odontologie, Odontologie Pédiatrique, Lille*
[2] *Université de Paris 13 – Sorbonne Paris Cité, UFR Santé Médecine Biologie Humaine, Laboratoire Éducations et Pratiques de Santé (EA 3412)*

Introduction: En France, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est en plein essor depuis plusieurs années dans différentes disciplines médicales, et plus récemment en odontologie. La nécessité de mettre en place des programmes d'ETP, notamment en odontologie pédiatrique, a été démontrée. Pour autant, les bases de données des Agences Régionales de Santé montrent qu'aucun programme n'a été mis en place à ce jour. Dans un contexte nécessitant le développement d'une éducation thérapeutique formalisée, quels sont les freins et leviers au développement de tels programmes en odontologie pédiatrique?
Matériel et méthodes: Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée sur un échantillon restreint et ciblé de quinze personnes afin de comprendre les freins et leviers au développement de programmes formalisés d'ETP en odontologie pédiatrique.
Résultats: Différentes catégories d'intervenants en ETP ont été interrogés: publiants, formateurs, acteurs institutionnels et acteurs de terrain, étudiants. L'étude a permis de faire émerger, à plusieurs niveaux, les freins au développement de programmes. Cependant, la population interrogée affirme qu'il existe des leviers qui permettraient la mise en place des programmes.
Discussion/conclusion: L'élaboration des programmes d'ETP en odontologie prend du temps comme en médecine il y a quelques années. Cependant les réticences des praticiens face à cette approche nouvelle s'estompent et une éducation non formalisée a vu le jour. Le développement d'outils spécifiques à la pédiatrie témoigne également de l'intérêt que suscite cette discipline. L'odontologie pédiatrique semble prendre le même chemin que la médecine et des programmes formalisés devraient voir le jour dans les années à venir.

– Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon MEJ. *Dental health education: Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children.* Br Dent J. 2000 Feb 26;188(4):201–5.
– Marquillier T, Trentesaux T, Catteau C, Laumaille M et al. *Étude rétrospective de la prise en charge sous anesthésie générale d'enfants porteurs de caries précoces: intérêts de l'éducation thérapeutique.* Rev. Francoph. Odontol. Pediatr. 2015; 10(3): 138–144.
– Trentesaux T, Mano M.C., Delfosse C, Hervé C & Hamel O. *Éducation thérapeutique du patient, carie dentaire et facteur temps, la preuve par trois d'une équation complexe à résoudre.* Ethics, Medicine and Public Health, 2015; 1(1), 132–141.

---

2. Mon Raccoon®, premiers résultats d'un nouvel outil d'éducation thérapeutique.

Trentesaux T.[1,2], Marquillier T.[1,3], Laumaille M.[1], Parascandolo F.[1], Delfosse C.[1,4]
[1] *Université de Lille, CHU Lille, UFR Odontologie, Odontologie pédiatrique, Lille*
[2] *Université de Paris Descartes. EA 4569. Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale. Paris* [3] *Université de Paris 13, Sorbonne Paris Cité, UFR Santé Médecine Biologie Humaine, Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (EA 3412)*
[4] *Univ. Auvergne, EA 4847, Centre de Recherche en Odontologie Clinique, Clermont-Ferrand.*

Introduction : En 2015, les enseignants d'odontologie pédiatrique Lilloise a développé, en partenariat avec les laboratoires Pierre Fabre Oral Care, un outil d'éducation (Mon Raccoon®) à destination de l'enfant de 3 à 8 ans. Cet outil est proposé à des enfants indemnes de caries. L'objectif est d'évaluer l'attractivité, l'intérêt et la compréhension de l'application par l'enfant.
Matériel et méthodes : 110 étudiants de quatrième année de la faculté de chirurgie dentaire de Lille ont téléchargé l'application et l'ont chacun proposé à un enfant indemne de carie de leur entourage. L'application est testée par l'enfant, en présence du professionnel de santé en formation. Ce dernier remplit une grille d'évaluation contenant 29 critères et portant sur la qualité graphique, la compréhension de l'enfant, la concordance entre les objectifs visés et les objectifs atteints.
Résultats : L'étude montre un accueil favorable de l'application. Pour autant, selon l'âge de l'enfant, la compréhension est limitée surtout lorsque l'enfant l'utilise seul. La compréhension pourrait être optimisée en présence d'un soignant éducateur et permettrait de bénéficier de l'intégralité des fonctionnalités de l'application
Discussion/conclusion : Le développement d'outils d'éducation thérapeutique adaptés est un préalable indispensable à la mise en place de programmes en médecine buccodentaire. L'application « Mon Raccoon® », constitue un outil interactif apprécié des enfants pour lequel des pistes d'amélioration sont toutefois mises en évidence. Une étude auprès d'enfants atteints de caries dentaires est également nécessaire pour objectiver son impact sur le développement de compétences spécifiques.

– Marquillier T, Trentesaux T, Catteau C, Laumaille M. et al. *Étude rétrospective de la prise en charge sous anesthésie générale d'enfants porteurs de caries précoces : intérêts de l'éducation thérapeutique*. Rev. Francoph. Odontol. Pediatr. 2015 ; 10(3) : 138–144.
– Trentesaux T, Mano M-C, Delfosse C, Hervé C & Hamel O. *Éducation thérapeutique du patient, carie dentaire et facteur temps, la preuve par trois d'une équation complexe à résoudre*. Ethics, Medicine and Public Health, 2015; 1(1), 132-141.

---

3. Prévention, éducation, parcours de soin : le numérique au service de nos patients !

Marie-Cousin A.[1, 2], Febre N.[3], Huet A.[2], Sixou J-L.[1, 2]
[1] *Service d'Odontologie Pédiatrique CHU de Rennes* [2] *UFR Odontologie de Rennes*
[3] *Service de Chirurgie Pédiatrique CHU de Rennes.*

Le numérique est très présent dans notre société, au départ avec internet sur nos ordinateurs connectés, puis avec les tablettes, smartphones et les différentes applications associées.
Le but de cette communication est de faire une présentation rapide des différents outils numériques disponibles pour accompagner les patients, dans la prévention bucco-dentaire et l'éducation thérapeutique. Il peut s'agir de sites internet ludiques dédiés à la prévention, avec des espaces de jeux et de conseils pour toute la famille, enfants et parents (carie-clic.fr, GABA; prevention.odonto.univ-rennes1.fr). Plus récemment, des applications interactives ont été développées, téléchargeables sur les tablettes et smartphones, pour éduquer les enfants et les adolescents en matière d'hygiène bucco–dentaire et de conseils alimentaires (Brush Busters, Philips Sonicare; Disney Magic Timer, Oral B; Mon Raccon, Pierre Fabre Oral Care).
Pour aller plus loin dans l'utilisation du numérique au service de nos patients, l'association de Petits Doudous de l'hôpital Sud de Rennes, a créé une application sur tablette, "Le héros, c'est toi" (société Niji), permettant de rendre l'enfant acteur de son parcours hospitalier, lors des interventions de chirurgie pédiatrique. L'enfant réalise le parcours de sa chambre au bloc opératoire, ponctué de jeux et d'épreuves en liens avec la situation. Le premier objectif est de réduire l'anxiété des enfants et de diminuer les médications. Ce procédé fait actuellement l'objet d'une étude clinique. Plusieurs CHU l'ont déjà adopté, et l'application pourrait, à court terme, être développée pour les toutes les spécialités médicales, et surtout adaptées pour la prise en charge de nos patients au cabinet dentaire.

– Huet A, et al. *Un site internet de prévention de la carie chez l'enfant dans le cadre de la formation des étudiants de Rennes*. Rev Franc Odont Pédiatr, 2008 ; 4 : 184-187
– http://prevention.odonto.univ-rennes1.fr/

TP : QUICK SLEEPER

SESSION 3 : PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET DE L'ANXIÉTÉ

1. La perception du jeune enfant vis à vis des premiers soins dentaires.

Vallot V., Lopez I., Gellé M-P.
URCA / CHU de Reims.

Le premier contact de l'enfant avec le praticien est souvent décisif pour établir une relation de confiance et permettre l'accès aux soins. Il se trouve soudain dans un environnement inconnu, voire hostile. Il doit être rassuré pour apaiser ses angoisses et ses craintes ainsi que celles de ses parents. Un enfant n'a pas la même perception du monde qui l'entoure, et il pense autrement qu'un adulte. Le cabinet dentaire (l'équipe soignante, nos faits et gestes, notre discours) n'échappe pas à son observation.
De ces simples constats :
– cherchons à prendre la place du principal intéressé. Quel regard porte-t-il sur nous, praticien et sur notre environnement de travail ?
– cherchons à analyser la situation différemment afin de mieux comprendre ce le jeune enfant et pour adapter au mieux notre approche comportementale.

– Anastasio D. *Approche de l'enfant difficile au cabinet dentaire à l'aide de la communication non verbale*. Actual.Odonto–stomatol. Paris, 2000, 210, 177–185.
– Berthet A, Droz D, Manière M-C, Naulin–FiI C, Tardieu C. *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant.* In Quintessence International, Paris, 2006.
– Dajean-Trudeau S, Fraysse C et Guihard J. *Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire*. Encycl. Med. Chir. (Paris), Odontologie. 1998, 23–400–D–10, 4 p.

---

2. Apport de la réalité virtuelle dans la prise en charge comportementale des enfants.

Jacq R., Vanderzwalm A., Vital S.
Odontologie pédiatrique, Université Paris Descartes ; Service d'odontologie, Hôpital Louis Mourier HUPNVS APHP.

Combien de patients préfèreraient être n'importe où ailleurs que sur notre fauteuil ? Grâce à la réalité virtuelle, il est désormais possible de se faire soigner, tout en étant transporté à Bora–Bora. Cette technologie dérivée des jeux vidéo est dorénavant proposée en médecine pour améliorer la prise en charge des patients, notamment au moment des actes douloureux et anxiogènes [1].
En odontologie pédiatrique, la distraction étant un préalable à la prise en charge, les praticiens utilisent quotidiennement, chansons, bulles de savon ou vidéos pour faciliter les soins. Ce nouveau dispositif, disponible à partir d'un smartphone et d'un casque support peut constituer un nouvel outil puissant de distraction, lors des soins dentaires, notamment lors des procédures anxiogènes. La réalité virtuelle a montré un potentiel de distraction supérieur par rapport aux dessins animés [2]. En effet, à la différence des diffusions de vidéo passive, cette technologie offre la possibilité de contrôler l'environnement virtuel par le patient, afin de créer une expérience complète. Les principales limites résident dans l'acceptation

par le patient de la technologie et dans la gêne occasionnée par l'encombrement du casque.
Si les systèmes de réalité virtuelle pourraient se généraliser dans les cabinets dentaires, du fait de leur impact dans la réduction de la douleur et de l'anxiété, il n'en reste pas moins que distraction et acceptation des soins ne peuvent se résumer à de simples outils.

– Wismeijer AA, Vingerhoets AJ. *The use of virtual reality and audiovisual eyeglass systems as adjunct analgesic techniques: a review of the literature.* Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2005 Dec;30(3):268–78.
– Asl Aminabadi N, Erfanparast L, et al. *The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4–6 Year–Old Children*: a Randomized Controlled Clinical Trial. Journal of dental research, dental clinics, dental prospects. 2012 Fall;6(4):117–24.

---

3. La contention du jeune enfant lors des soins dentaires : entre éthique et sécurité réglementaire.

Moussa-Badran S.[1] ; Jacquelin L-F.[2]
[1] *MCU-PH en Santé Publique* [2] *PU-PH en Odontologie Pédiatrique.*

La contention étymologiquement vient du Latin : chercher à obtenir ou atteindre quelque chose avec « insistance. » C'est cette insistance qui interroge sur le plan éthique et juridique dans la prise en charge du jeune enfant « l'infans » incapable de donner son consentement, vulnérable par essence que l'on maintient fortement pour « son bien ».
L'objet de cette réflexion est de trouver l'articulation entre notre éthique de soins et nos obligations réglementaires en matière de sécurité du geste : cette balance permanente Bénéfice/Risque que nous connaissons tous et nous jaugeons au quotidien.
Après avoir définit les principes éthiques au regard de cette prise en charge particulière du jeune enfant, est-ce qu'on est bienveillant ou maltraitant ?
Nous aborderons les règles déontologiques à respecter pour cette exception à l'atteinte à l'intégrité corporelle et à la volonté du patient, fondées sur le principe sacrosaint « principe de précaution ». La technicité médicale serait–elle une alternative suffisante pour résoudre notre problématique humaine ?
En conclusion : Est-il légitime de déguiser notre maltraitance en bienveillance pour donner une signification acceptable à notre geste en se réconfortant des textes réglementaires qui nous autorisent à déroger au respect de la dignité de l'être humain… même tout petit.

– Bénédicte Lombart ; *De la contention lors des soins en pédiatrie ou de l'altérité invisible*, Master de Philosophie Pratique Spécialité éthique médicale et hospitalière ; Université Paris-Est Marne-la-Vallée En partenariat avec le CFCPH de l'AP-HP ; Septembre 2011.
– Avis n° 2 du Comité d'Ethique de l'hôpital Esquirol Concernant la contention aux soins en milieu hospitalier.
– Loi n° 2002–303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
– Ricœur Paul. *Soi–même comme un autre.* Paris : Seuil, 1996, 424 p.

---

4. Pouvons-nous objectiver une potentielle consommation problématique liée au MEOPA lors des soins dentaires en odontologie pédiatrique ?

Prud'homme T., Lopez-Cazaux S., Hyon I., Grall-Bronnec M., Dajean-Trutaud S., Victorri-Vigneau C.
Faculté d'Odontologie de Nantes.

Introduction : Le Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) est un gaz composé à part égale d'oxygène et de protoxyde d'azote. Il est inscrit sur la liste de l'ANSM des médicaments à surveillance renforcée. Il dispose d'une AMM en France depuis 2001 mais depuis 2009, une modification de l'AMM des spécialités à base de MEOPA a autorisé sa sortie de la réserve hospitalière et peut donc être délivré pour usage professionnel en cabinet de chirurgie dentaire. Compte–tenu des risques liés à l'utilisation de MEOPA, en particulier son potentiel d'abus et de dépendance, l'ANSM a conditionné sa mise à disposition en dehors des établissements de santé à la mise en application d'un Plan de Gestion des Risques national commun.
Matériel et méthodes : Nous avons voulu dans ce contexte réalisé une étude, intitulée MEOPAeDent, à l'aide d'un questionnaire, pour évaluer les effets présents et ressentis chez les enfants soignés à l'aide du

MEOPA en odontologie pédiatrique. Le critère principal retenu pour évaluer l'appétence de l'enfant pour le MEOPA était la volonté manifestée par celui-ci, verbalement ou physiquement, de conserver le masque.
Résultats : 76 patients ont été inclus, parmi eux, 12 patients répondaient au critère de jugement principal (tentative de prolongation du contact avec le masque). Nous avons mis en évidence d'éventuels facteurs prédictifs d'appétence pour le MEOPA.
Discussion : Ce travail présente pour la première fois à notre connaissance une évaluation des effets recherchés et ressentis lié au MEOPA chez l'enfant, de plus réalisée dans le contexte de soins dentaires. Les résultats de ce travail doit être prise en compte car il présente l'évaluation d'un premier contact d'enfants naïfs avec une substance volatile, le protoxyde d'azote, connu pour ses effets psychoactifs, recherché et utilisé en contexte festif.

– Wilson KE. *Overview of paediatric dental sedation: 2. Nitrous oxide/oxygen inhalation sedation.* Dent Update. 2013 Dec;40(10):822–4, p. 6-9.
– Onody P, Gil P, Hennequin M. *Safety of inhalation of a 50% nitrous oxide/oxygen premix: a prospective survey of 35 828 administrations.* Drug Saf. 2006;29(7):633–40.
– Collado V, Nicolas E, Faulks D, Tardieu C, Manière M-C, Droz D, Onody P, Hennequin M. *Evaluation of safe and effective administration of nitrous oxide after a postgraduate training course.* BMC Clinical Pharmacology 2008, Jun 11;8:3.

---

5. Sédation consciente par inhalation de MEOPA ou administration de midazolam : importance de la consultation préopératoire et critères d'évaluation.

Sadonès P., Strub M., Obry F., Clauss F., Manière M.C.
Odontologie Pédiatrique, Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg, UdS, Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaires, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Introduction : Les paramètres influençant le succès des soins sous sédation chez l'enfant sont multiples : type de médication, dosage, accompagnement psychologique, type d'acte, âge, degré d'anxiété… La phase préopératoire constitue une étape essentielle de la prise en charge sous sédation et va contribuer pleinement à son succès.
Objectifs : Améliorer la prise en charge sous sédation en Odontologie Pédiatrique à Strasbourg par la révision du protocole de consultation préopératoire et de l'information destinée aux parents et aux enfants.
Méthodes : 1) Révision de la procédure de consultation et des fiches d'informations 2) Réalisation d'un livret d'information destiné aux enfants 3) Élaboration d'un questionnaire de satisfaction testé auprès d'un échantillon de parents et d'enfants.
Résultats : La consultation préopératoire vise à établir les antécédents médico-dentaires de l'enfant, les éventuelles contre-indications, et à l'informer, ainsi que ses parents, sur les modalités de la sédation. Les parents ont apprécié qu'un temps suffisant de la consultation soit réservé à leurs questions. Les fiches d'informations devraient être traduites en plusieurs langues. Concernant le jeûne préopératoire, l'information délivrée doit être précise et impérative, notamment pour l'administration de midazolam.
La visite de la salle d'attente réservée aux soins spécifiques et de la « salle de repos » est unanimement appréciée. La plaquette d'aspect ludique a permis aux enfants de se familiariser à la procédure de sédation et d'exprimer plus facilement leurs questions.

– Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J, Vieira de Andrade RG et al.*Impact of exposure to positive images on dental anxiety among children: a controlled trial.* Eur Arch Paediatr Dent. 2011 Aug;12(4):195–9.
– Al–Namankany A, Petrie A, and Ashley P, *Video modelling for reducing anxiety related to the use of nasal masks place it for inhalation sedation: a randomised clinical trial.* Eur Arch Paediatr Dent. 2015; 16: 13–18.

---

6. Évaluation de l'efficacité d'une méthode d'anesthésie électronique pour réduire la douleur en odontologie pédiatrique.

Garret-Bernardin A., Cantile T., Gentile T., Galanakis A., Galeotti A.
U.O. Dipartimentale di Odontostomatologia Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma, Italie.

Introduction : L'anesthésie locale est fréquemment associée à « douleur et expérience désagréable ». Le Wand–STA System, anesthésie électronique dotée d'une seringue quasi invisible, représente une alterna-

tive au protocole traditionnel. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'efficacité de cette méthode d'anesthésie pour réduire la douleur et l'anxiété.
Matériel et méthodes : 66 patients âgés de 7 à 15 ans ont été recrutés en 2015 dans le département d'odontostomatologie de l'Hôpital Pédiatrique Bambino Gesù de Rome (Italie). Les deux types d'anesthésie (traditionnelle versus méthode Wand) ont été réalisées sur chaque patient dans deux séances distinctes sur deux hémi-arcades dentaires. L'évaluation de la douleur a été réalisée avec l'échelle de VAS et l'évaluation de l'anxiété avec l'échelle de Venham modifiée. La fréquence cardiaque a été relevée avant et après l'anesthésie locale. À la fin de la séance le patient a donné son niveau de satisfaction sur une échelle de 1 à 10.
Résultats : La moyenne relevée sur l'échelle de VAS était de 1.15 durant l'anesthésie avec Wand et de 2.25 durant l'anesthésie traditionnelle. 73% des patients avaient un Venham 0 avec la méthode Wand et seulement 52% des patients avec l'anesthésie traditionnelle. La fréquence cardiaque a augmenté globalement dans 69% des patients, avec une amplitude moindre pour la méthode Wand. La moyenne de satisfaction du patient était de 8.60 avec la méthode Wand et de 8.01 avec l'anesthésie traditionnelle.
Discussion : Par rapport à l'anesthésie traditionnelle, la méthode Wand permet une meilleure collaboration, a moins de répercussions physiques et est plus appréciée par les patients.

– Jälevik B, Klingberg G. *Pain sensation and injection techniques in maxillary dento-alveolar surgery procedures in children – a comparison between conventional and computerized injection techniques* (The Wand). Swed Dent J. 2014;38(2):67–75.
– Özer S, Yaltirik M, Kirli I, Yargic I. *A comparative evaluation of pain and anxiety levels in 2 different anesthesia techniques: locoregional anesthesia using conventional syringe versus intraosseous anesthesia using a computer–controlled system* (Quicksleeper). Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012;114(5 Suppl):S132–9.
– Singh S, Garg A. *Comparison of the pain levels of computer controlled and conventional anesthesia techniques in supraperiosteal injections: a randomized controlled clinical trial.* Acta Odontol Scand 2013;71(3–4):740–3.

SESSION 4 : ENFANTS MALADES OU EN SITUATION DE HANDICAP

1. La plaque palatine obturatrice dans la prise en charge de la fente labiopalatine unilatérale en France et en Allemagne.

Missland J., Galinier P., Noirrit E.
Hôpital des Enfants, CHU Toulouse.

Le protocole de prise en charge du nourrisson atteint de fente labio-maxillaire est très variable d'un centre de compétence à l'autre, dans le monde, en Europe et au sein d'un même pays. Nous avons interrogé via un questionnaire informatique 19 centres de compétence français répertoriés par le Réseau National Français des Fentes Labio Palatines et 35 centres de compétence allemands répertoriés par le site internet « Deutsche Gesellschaft für Mund Kiefer und Gesichtschirurgie ». L'objectif était de décrire le calendrier de la chirurgie primaire et les conditions de réalisation et d'utilisation des orthèses palatines.
Nous avons obtenu 9 réponses françaises et 12 réponses allemandes. Environ 50% des équipes réalisent la rhinochéiloplastie entre 3 et 4 mois de vie et la fermeture du palais dur entre 9 et 12 mois. 5 centres français sur 9, et 10 centres allemands sur 12 ont recours à l'orthèse palatine, parfois associée à un conformateur nasal. L'alginate est utilisé comme matériau d'empreinte dans 78% des centres allemands et le silicone par condensation dans 80% des centres français. La plaque est réalisée en polyméthacrylate de méthyl (PMM) dans la grande majorité des centres allemands (89%) tandis qu'en France, le silicone est autant utilisé que le PMM. La fréquence de renouvellement est très variable : de « jamais »
à une fois par mois. Les équipes qui incluent les orthèses palatines dans leur protocole citent comme bénéfices principaux le positionnement physiologique de la langue et une alimentation facilitée. Chaque centre a ses propres habitudes de fonctionnement et un consensus est difficile à trouver.

– Goyal M, Chopra R, Bansal K, Marwaha M. *Role of obturators and other feeding interventions in patients with cleft lip and palate: a review*. Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent. fév. 2014;15(1):19.
– European Cleft Gateway. *A directory for cleft lip and palate related support services across Europe.* Disponible sur http://gateway.ecoonline.org/

2. Apprentissage du brossage dentaire à des enfants présentant un handicap : quelles techniques ? Quels outils ? Quels acteurs ?

Althuizius M.[1], Rouches A.[1], Dajean-Trutaud S.[1], Bourdon P.[2], Lopez-Cazaux S.[1]
[1] *Faculté de Chirurgie Dentaire et CHU de Nantes*
[2] *ESPE – Centre de Recherche en Education de Nantes.*

La santé orale des patients handicapés est un enjeu majeur de leur prise en charge. Ces patients à besoins spécifiques présentent un risque carieux élevé. Il est donc indispensable de mettre en place des mesures de prévention. L'apprentissage du brossage et son intégration au planning quotidien de ces patients est nécessaire. Cependant ce geste d'hygiène corporelle est complexe à réaliser chez des personnes avec des déficiences cognitives et/ou motrices. Dans cette présentation nous aborderons l'enseignement et la mise en place du brossage dentaire selon différents axes. Tout d'abord quelle technique de brossage doit-on enseigner à ces patients? Comment adapter les recommandations préconisées? Nous verrons ensuite les différents outils à notre disposition : pictogrammes et chainages, modèles et films pédagogiques, applications sur tablette.... Enfin nous évoquerons les différents acteurs qui doivent agir de concert afin de permettre cet apprentissage : l'enfant, les parents, le personnel éducatif (enseignant, éducateur), l'équipe thérapeutique (médecin référent, chirurgien–dentiste, psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricienne...). Il faut mettre en place des stratégies éducatives et une coopération entre le patient et ses aidants afin de faciliter cet apprentissage qui est parfois un véritable challenge.

– Faulks D, Hennequin M. *Evaluation of a long–term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities.* Spec Care Dentist. 2000 Sep-oct;20(5):199–208.
– Goyal S, Thomas BS, Bhat KM, Bhat GS. *Manual toothbrushing reinforced with audiovisual instruction versus powered toothbrushing among institutionalized mentally challenged subjects, a randomized cross-over clinical trial.* Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 May 1;16(3):e359–64.

3. Visite virtuelle du Centre de soins dentaires : intérêts chez les enfants avec autisme.

Séguin R., Dajean-Trutaud S., Hyon I., Lopez-Cazaux S.
Faculté de Chirurgie Dentaire et CHU de Nantes.

Les troubles du spectre autistique (TSA) constituent un véritable frein à l'accès aux soins bucco–dentaires. Le défaut de communication et le manque d'interactions sociales caractéristiques de ces enfants peuvent les conduire à des stratégies d'évitement voire d'agressivité. L'angoisse s'en trouve ainsi majorée et la compliance diminue. Pour remédier à cette problématique, le praticien doit adapter sa prise en charge. L'accès aux soins au cabinet dentaire requiert souvent un long conditionnement et un processus de renforcement avant que les traitements puissent être débutés. On parle alors de désensibilisation ; celle-ci peut s'appuyer sur différents outils : films, pictogrammes, photos, schémas d'actions... Une personnalisation de ces outils est un plus. C'est dans cette optique qu'a été créé le projet de visite virtuelle du Centre de Soins Dentaires (CSD) du CHU de Nantes. L'objectif est de proposer un outil référentiel reproduisant virtuellement les locaux où ont lieu les consultations des patients à besoins spécifiques. Cet outil sera librement disponible sur internet pour permettre à toute personne avec TSA de visualiser à distance, les locaux et le matériel. Il permettra de s'immerger de manière ludique dans un environnement étranger afin de mieux préparer les consultations. Ce projet de représentation du CSD de Nantes s'inscrit dans une démarche informative, éducative et pédagogique. Il devrait être un atout pour la désensibilisation de ces patients et devrait ainsi permettre de réduire l'anxiété et d'augmenter la compliance lors des consultations.

– Dascalu C et Garnier P, *Le défi des outils numériques dans la scolarisation des élèves avec autisme : entre les besoins cognitifs des élèves et les approches pédagogiques des enseignants*. Recherches en éducation, n°23, oct. 2015.
– Ramdoss et al., "*Use of Computer–Based Interventions to Improve Literacy Skills in Students with Autism Spectrum Disorders.*" Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, iss. 4, 2011, pp. 1306–1318.
– Rayner CS. *Video–modelling to improve task completion in a child with autism.* Dev Neurorehabil 2010; 13(3): 225–30

4. Prise en charge bucco-dentaire des patients atteints de handicap : complémentarité des structures libérale et hospitalière (exemple du réseau Rhapsod'if).

Monnier-Da Costa A.[1,2,3], Landru M-M.[1,2], Dursun E.[1,2]
[1] Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Descartes
[2] Hôpital Albert Chenevier, APHP
[3] Exercice privé libéral.

Contexte : Les patients atteints de handicap, notamment psychiques, sont trop souvent systématiquement relégués aux structures hospitalières et voués à des interventions lourdes, type anesthésie générale. L'implication des praticiens libéraux – attendue et indispensable – reste modique. Pourtant, la proximité géographique et l'accompagnement personnalisé d'un «dentiste de famille» confère une possibilité de suivi régulier au sein d'un environnement davantage chaleureux, éléments sensiblement importants chez ces patients. En outre, l'autorisation d'utilisation du MEOPA en cabinet, élargit le champ thérapeutique du chirurgien-dentiste de ville.
Présentation de cas cliniques : Par le biais de cas cliniques et de vidéos, notre exposé dépliera l'étendue de prise en charge de ces patients. Il retracera également le parcours de plusieurs patients : de leur suivi en conditions « conventionnelles » en cabinet ou à l'hôpital, à leur acheminement si nécessaire en soins sous anesthésie générale. Il mettra enfin en relief le rôle des réseaux de soins (Handident, Rhapsod'If…) qui concourent à aiguiller chacun d'eux vers un praticien idoine, valorisent financièrement le temps passé et établissent des passerelles vers les structures hospitalières.
Conclusion : Si les structures avec accès à des modes de sédation profonde restent les seuls établissements à même de soigner les patients les plus opposants, tous ne doivent pas y être dirigés d'emblée. La sédation légère en cabinet de ville permet le traitement de beaucoup d'entre eux. Les réseaux de soins – au cœur de l'orchestration de circuits entre les différentes structures – contribuent à leur délivrer l'approche thérapeutique la plus appropriée.

---

5. Association entre anomalies dentaires et pathologies rénales, sensorielles ou tumorales : rôle primordial de l'odontologiste pédiatrique dans le dépistage précoce.

Clauss F.[1], Jung S.[2], De la Dure-Molla M.[3], Bloch-Zupan A.[4], Manière M-C.[1]
[1] Odontologie Pédiatrique, CRMR, Strasbourg [2] Sciences Biologiques, Strasbourg
[3] Odontologie Pédiatrique, CRMR, Paris Rothschild [4] Sciences Biologiques, CRMR, Strasbourg.

Le spécialiste en Odontologie Pédiatrique est en première ligne pour diagnostiquer différentes formes d'anomalies dentaires syndromiques, contribuant ainsi à la mise en place d'une prise en charge précoce et trans–disciplinaire de pathologies générales potentiellement sévères, par exemple métaboliques, sensorielles ou tumorales.
Le syndrome ERS (Enamel Renal Syndrome) associe une forme sévère d'amélogenèse imparfaite (AI) hypoplasique avec inclusions dentaires multiples à une néphrocalcinose, correspondant à une calcification rénale médullaire, pouvant évoluer vers une hypocalciurie et une hypocitraturie. Devant un tableau clinique et radiologique caractéristique, le patient doit être référé pour une exploration échographique rénale et un bilan néphrologique.
Le syndrome de Jalili et la dysplasie ectodermique avec ectrodactylie et dystrophie maculaire associent des anomalies rétiniennes, potentiellement sévères et évolutives, à des anomalies dentaires (AI, oligodontie). Un bilan ophtalmologique précoce et des examens spécialisés comme une électrorétinographie sont indispensables.
L'association entre un risque accru de pathologies tumorales et des anomalies dentaires est observée dans les oligodonties AXIN2, caractérisées par la présence de lésions pré-cancéreuses colo-rectales de type polypes hyperplasiques, mais également d'adéno-carcinomes métastatiques. Ainsi, face à un tableau d'oligodontie et d'antécédents familiaux de polypes ou de carcinomes colo-rectaux, le praticien doit orienter rapidement la famille vers une consultation d'oncologie digestive et un suivi coloscopique à long terme. Des pathologies tumorales des systèmes nerveux et endocriniens peuvent également être associées à des anomalies dento-maxillaires comme dans le syndrome de Gorlin, la néoplasie endocrine multiple 2B ou le syndrome de Rubinstein-Taybi, mettant en exergue le rôle vital du dépistage précoce par l'odontologiste pédiatrique. Travaux supportés par Interreg IV Offensive Sciences A27 Manifestations bucco-dentaires des maladies rares, Interreg V Rarenet, cofinancé par l'UE (FEDER) dans la Région Métropolitaine Trinationale du Rhin supérieur (RMT).

– De la Dure-Molla M, Quentric M, Yamaguti PM, Acevedo AC, Mighell AJ, Vikkula M, Huckert M, Berdal A, Bloch-Zupan A. *Pathognomonic oral profile of Enamel Renal Syndrome (ERS) caused by recessive FAM20A mutations.* Orphanet J Rare Dis. 2014, 14;9:84.
– Bloch-Zupan A, Stachtou J, Emmanouil D, Arveiler B, Griffiths D, Lacombe D. *Oro-dental features as useful diagnostic tool in Rubinstein-Taybi syndrome.* Am J Med Genet A. 2007 15;143A(6):570–573.
– Morita K, Naruto T, Tanimoto K, Yasukawa C, Oikawa Y, Masuda K, Imoto I, Inazawa J, Omura K, Harada H. *Simultaneous Detection of Both Single Nucleotide Variations and Copy Number Alterations by Next-Generation Sequencing in Gorlin Syndrome.* PLoS One. 2015 Nov 6;10(11):e0140480.

---

6. Gestion du risque infectieux chez les enfants drépanocytaires : l'avis du patient, du édiatre et du dentiste.

Grangette L.[1], Jacq R.[1], Vanderzwalm A.[1], Mesples B.[2], Vital S.[1]
[1] Service d'odontologie, Université Paris Descartes, Hôpital Louis-Mourier HUPNVS, APHP
[2] Hôpital de jour pédiatrique, Faculté de Médecine Paris Diderot, Hôpital Louis Mourier HUPNVS, APHP.

La drépanocytose est une maladie génétique autosomique récessive par mutation du gène de la β globine. Cette mutation induit la synthèse d'une hémoglobine anormale l'HbS, principalement responsable de l'ensemble des manifestations cliniques vaso-occlusives et d'une hémolyse chronique avec anémie de degré variable. Les syndromes drépanocytaires majeurs regroupent trois formes génétiques principales : homozygoties S/S, hétérozygoties composites S/C et doubles hétérozygotes. La prévalence du trait est importante en Afrique centrale et de l'ouest et dans les DOM d'Amérique. En France métropolitaine, l'Île-de-France est la région de prédominance avec 1/700 nouveau-nés atteints. La prise en charge intègre, dès la naissance, la prévention des infections, de la douleur et des complications éventuelles.
Dans ce contexte, la prise en charge buccodentaire des enfants drépanocytaires s'avère spécifique, notamment en terme de prévention du risque infectieux.
Si les recommandations de la HAS font mention de la nécessité d'une antibioprohylaxie similaire à celle des patients présentant un risque d'endocardite infectieuse, pour certains actes, quelles sont l'application et la perception de ces recommandations, par les pédiatres, les dentistes et les patients eux-mêmes ? Au travers de questionnaires ciblés, la sensibilisation des praticiens, médecins et familles aux liens entre risque infectieux, atteintes et gestes dentaires a été évaluée.
L'absence de consensus sur la prise en charge spécifique de la prévention des infections d'origine dentaire, questionne sur la place de la santé orale dans la prise en charge multidisciplinaire coordonnée des patients drépanocytaires.

– HAS 2005. *Prise en charge de la drépanocytose chez l'enfant et l'adolescent.*
– HAS 2010. *Syndromes drépanocytaires majeurs de l'adulte.*
– Tate AR et al., Pediatr Dent, 2006. *Antibiotic prophylaxis for children with sickle cell disease: a survey of pediatric dentistry residency program directors and pediatric hematologists.*

SESSION 5 : ANOMALIES DENTAIRES 2

1. Éruption dentaire précoce et croissance staturo-pondérale : étude transversale au sein de l'hôpital Rothschild.

Legraverend L., Artaud C., Jacob S., De la Dure-Molla M.
Paris.

L'éruption dentaire fait intervenir différents mécanismes moléculaires et cellulaires qui conduisent à l'émergence clinique de la dent. Différents facteurs, génétiques ou environnementaux, peuvent influencer ces mécanismes. On qualifie d'éruption «précoce», l'éruption d'une dent permanente, au moins un an avant l'âge chronologique normal.

Aussi bien en pratique hospitalière que libérale, l'apparition de dents permanentes (en particulier les incisives permanentes mandibulaires) avant leur date d'éruption normale est devenue fréquente.
L'objectif de ce travail est d'évaluer la croissance staturale et pondérale chez des patients présentant des éruptions précoces de dents permanentes. Nous avons ainsi étudié un groupe de 73 enfants de 5 à 10 ans venant consulter dans le service d'Odontologie de l'hôpital Rothschild (Unité fonctionnelle de l'enfant et de l'adolescent). Leur taille, leur poids et leur IMC ont été relevés puis comparés aux courbes de croissance et de corpulence de référence.
Les dentistes pédiatriques étant au centre de ce phénomène, la connaissance des différentes hypothèses susceptibles de modifier l'éruption des dents va leur permettre de rassurer, de conseiller les parents et d'intervenir différemment en fonction de l'enfant.

– Vaysse F, Noirrit E, Bailleul-Forestier I. *Les anomalies de l'éruption dentaire.* Arch. de pédiatr. 2010;17(6):756-757.
– Kutesa A, Nkamba EM, Muwazi L. *Weight, height and eruption times of permanent teeth of children aged 4-15 years in Kampala, Uganda.* BMC Oral Health. 2013;13(1):15.
– Thibault H, Boulard S, Colle M. *Croissance normale staturopondérale.* Encycl Med Chir, Pediatrie, 4-002–F–63. Paris; 2009. p. 1-11.

---

2. Prise en charge des défauts d'éruption des dents temporaires : Défaut Primaire d'Éruption et Infraclusion Sévère.

Demaison A., Balanger M., Millot S., Davit-Béal T., Marcel A.
Odontologie Pédiatrique, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine, Université Paris Descartes.

Un défaut d'éruption se définit comme une absence d'éruption totale ou partielle d'un germe. Ces défauts représentent un défi pour le praticien car leur prise en charge est souvent complexe et pluridisciplinaire, conditionnée par un diagnostic de certitude alors même que le diagnostic différentiel est délicat. Nous allons nous intéresser à deux défauts en particulier : le Défaut Primaire d'Éruption, DPE (ou « Primary Failure of Eruption », PFE) et l'infraclusion sévère (« sévère infra–occlusion ») des dents temporaires. Après avoir défini et détaillé ces anomalies et ce qui les distingue en théorie, nous aborderons leur prise en charge clinique et les différentes possibilités thérapeutiques.
Nous verrons que le DPE a une étiologie génétique car lié à une mutation du gène PTHR1, et que son diagnostic repose donc sur des critères moléculaires en plus de cliniques et radiologiques.
Pour les infraclusions, nous distinguerons celles avec et sans agénésie des dents permanentes sous-jacentes, et nous expliquerons en quoi ce diagnostic différentiel influence grandement la thérapeutique. Nous terminerons par une illustration à travers deux cas d'infraclusion sévère de molaires temporaires. Nous verrons à travers ces cas l'importance d'une concertation entre le pédodontiste, l'orthodontiste et le chirurgien, afin de proposer à nos jeunes patients la meilleure prise en charge possible.

– Anthonappa RP, King NM. *Primary failure of eruption or severe infra–occlusion : a misdiagnosis?* Eur Arch Paediatr Dent. 2013 Aug;14(4):267–70.
– Quinque E, Clauss F, Siebert T, Jung-Clauss S, Bahi-Gross S. *Un contexte familial de défaut primaire d'éruption (DPE) : identification d'une nouvelle mutation du gène PTHR–1.* Cas clinique et revue de littérature. Med Buccale Chir Buccale. 2016 Jan.
– L. Hvaring C, Ogaard B, Stenvik A, Birkeland K. *The prognosis of retained primary molars without successors : infraocclusion, root resorption and restorations in 111 patients.* Eur Journal of Orthod. 2014 Jan ; 36:26–30.

---

3. Tumeur bénigne associée à la dent temporaire, quelle attitude adopter ?

Bonnet A.L.[1,2,3], Roche N.[1,2], Millot S.[1,2], Davit-Béal T.[1,2]
[1] *Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine* [2] *Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité* [3] *Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, EA 2496*
[4] *Université Pierre et Marie Curie, UMR 7138.*

L'examen de la muqueuse orale de l'enfant doit être systématique. La douleur, une gêne ou l'inquiétude des parents sont des motifs de consultation fréquents lors du dépistage de pathologies de la muqueuse orale. La connaissance des variations physiologiques ainsi que des pathologies les plus fréquentes est essentielle, notamment lorsque ces lésions constituent le premier signe d'une affection générale. La pathologie de la muqueuse orale de l'enfant regroupe des entités très diverses, et nécessite souvent une prise en charge multi-disciplinaire.
Ce travail expose la démarche diagnostique et l'attitude thérapeutique face à une lésion de la muqueuse buccale d'un patient âgé de 7 ans, présentant un nodule palatin inflammatoire, le gênant à la mastication. Cliniquement, la lésion mesurait deux centimètres de diamètre et se situait en palatin, au contact de la 54. La pseudotumeur était rougeâtre, molle, framboisiforme, non ulcérée, hémorragique et indolore. Sa base pédiculée présentait un sillon de séparation individualisable de la muqueuse.
L'aspect clinique évoquait avant tout un granulome pyogénique, tumeur bénigne acquise siégeant sur la peau ou les muqueuses, hyperplasie inflammatoire du tissu conjonctif, pouvant se développer sur une lésion pré-existante ou de novo. Histologiquement, il diffère du botryomycome, par la présence d'un infiltrat inflammatoire contenant des polynucléaires.
Le traitement a consisté à éliminer les foyers infectieux potentiels, améliorer l'hygiène bucco-dentaire et contrôler la formule sanguine. L'exérèse complète de la tumeur et l'analyse histologique de la pièce ont confirmé le diagnostic de granulome pyogénique. Un suivi est essentiel, les récidives étant fréquentes.

– Martins-Filho PRS, de Santana Santos T, Piva MR, da Silva HF, da Silva LCF, Mascarenhas-Oliveir AC, et al. *A Multicenter Retrospective Cohort Study on Pediatric Oral Lesions.* J Dent Child Chic Ill. Août 2015;82(2):8490.
– Krishnapillai R, Punnoose K, Angadi PV, Koneru A. *Oral pyogenic granuloma, a review of 215 cases in a South Indian Teaching Hospital, Karnataka, over a period of 20 years.* Oral Maxillofac Surg. sept 2012;16(3):3059.
– Saint-Jean M, Tessier M-H, Barbarot S, Billet J, Stalder J-F. *Pathologie buccale de l'enfant.* Ann Dermatol Vénéréologie. 1 déc 2010;137(12):82337.

---

4. Prise en charge parodontale d'un patient atteint de thrombopénie auto-immune.

Dalibard M., Jacq R., Vital S.
Faculté de chirurgie dentaire, Université Paris Descartes ; Hôpital Louis Mourier APHP.

La thrombopénie auto-immune est un trouble acquis de la coagulation sans cause clinique apparente. Elle est définie par un nombre de plaquettes circulantes inférieur à 150 000 par mm^3.
L'incidence des thrombopénies auto-immunes est évaluée autour d'un cas pour 10 000 personnes et par an. Les signes cliniques de la thrombopénie auto-immune comprennent des saignements prolongés après une blessure, des lésions cutanéo-muqueuses telles des ecchymoses, des pétéchies, des épistaxis et des saignements au niveau gingival. Ces manifestations cliniques doivent être connues des chirurgiens-dentistes afin de permettre un diagnostic précoce grâce à ces signes d'appel.
La prise en charge buccodentaire des jeunes patients atteints de tels troubles hématologiques doit se faire en étroite collaboration avec le pédiatre. Un seuil minimal de 50 000 plaquettes par mm^3 est nécessaire pour effectuer des soins à risque de saignement, tel que le détartrage. La prise en charge passe également par l'enseignement d'une technique de brossage efficace et atraumatique ; en effet, le contrôle de plaque optimum est crucial afin de prévenir tout saignement gingival et de limiter l'inflammation. Ce cas clinique rapporte le suivi sur plusieurs années d'un adolescent atteint de thrombopénie auto–immune, en mettant en évidence l'importance de la santé parodontale et de la collaboration avec le pédiatre.

– M.L. Hunter, B. Hunter, S. *Lesser, Acute idiopathic thrombocytopaenic purpura in childhood: report of a case presenting in general dental practice*, Br Dent J. 183 (1997) 27–29.
– J.B. Segal, N.R. Powe, *Prevalence of immune thrombocytopenia: analyses of administrative data*, J. Thromb. Haemost. 4 (2006) 2377–2383. doi:10.1111/j.1538–7836.2006.02147.x.
– Vaisman, A.C. Medina, G. Ramirez, *Dental treatment for children with chronic idiopathic thrombocytopaenic purpura: a report of two cases*, Int J Paediatr Dent. 14 (2004) 355–362. doi:10.1111/j.1365–263X.2004.00541.x.

SESSION 6: THÉRAPEUTIQUES PARTICULIÈRES

1. La place des probiotiques en Odontologie.

Leduc A., Crinelli P., Jegat N.
Paris.

Chaque jour, chaque être humain ingère un grand nombre de micro-organismes vivants, principalement des bactéries. Parmi ces micro-organismes vivants, certains sont appelés probiotiques car ingérés en quantité adéquate, ils exercent une action bénéfique sur la santé de l'hôte.
Les probiotiques sont, depuis plusieurs années déjà, utilisés avec succès dans le contrôle de certaines maladies, notamment en gastro-entérologie. Ils semblent agir par modulation du système immunitaire et/ou par compétition avec les bactéries pathogènes. Cette généralisation des probiotiques comme produits préventifs et thérapeutiques pour la santé gastro–intestinale, en fait un intérêt considérable pour la santé bucco–dentaire.
La cavité buccale est un écosystème complexe dans lequel un microbiote riche et diversifié évolue. Des études expérimentales et cliniques ont récemment été menées pour déterminer si les probiotiques pouvaient empêcher ou diminuer les maladies bucco-dentaires les plus communes.
Les résultats ont démontré que certaines bactéries pourraient être utilisés pour la prévention et le traitement d'infections buccales, incluant la carie dentaire, les maladies parodontales et l'halitose. Cette présentation fait une synthèse des données actuellement disponibles sur les mécanismes d'action des probiotiques, leurs applications actuelles ainsi que leurs perspectives en odontologie.

– AFSSA. 2003. Rapport « *Effets des probiotiques et prébiotiques sur la flore et l'immunité de l'homme adulte* ».
– R. Chopra, S. Mathur. 2012. *Probiotics in dentistry: a boon or sham*. Dental Research Journal. 10(3):302–305.
– Rodríguez G, Ruiz B, Faleiros S, Vistoso A, Marró ML, Sánchez J, Urzúa I, Cabello R. 2016. *Probiotic Compared with Standard Milk for High-caries Children*: A Cluster Randomized Trial. J Dent Res. Jan 8.

---

2. L'utilisation des composés d'argent en application topique pour obtenir l'arrêt des lésions carieuses sur les dents temporaires.

Ouatik N.[1], Boulanger T.[2]
[1] *Université McGill, Montréal, Canada* [2] *CHR Liège, Site de la Citadelle, Liège, Belgique.*

L'utilisation des composés d'argent comme agents cariostatiques connaît présentement une résurgence dans le domaine de l'odontologie pédiatrique aux États-Unis et dans le reste du monde. Les principaux composés utilisés de nos jours sont le nitrate d'argent et le fluorure diamine d'argent. L'avantage principal de ces thérapeutiques est leur facilité d'utilisation puisqu'ils permettent le traitement définitif de la carie par voie topique.
Une revue des publications scientifiques montre que ces composés sont utilisés en odontologie depuis au moins cent ans. Des preuves scientifiques obtenues *in vitro* et *in vivo* supportent l'hypothèse que les composés d'argent sont des agents viables pour obtenir l'arrêt des lésions carieuses. Certaines publications mentionnent que ces composés pourraient même être plus efficaces que les vernis fluorés. Ces thérapeutiques permettent d'envisager une réelle approche médicale du traitement de la carie dentaire. Cependant, on rapporte aussi des effets iatrogènes tels que la coloration noirâtre des tissus dentaires affectés par la carie et l'irritation de la pulpe.
Les composés d'argent semblent être des agents cariostatiques efficaces. Cependant, la compréhension de leur mécanisme d'action reste incomplète. Des recherches plus approfondies sont requises pour évaluer les résultats à long terme de ces traitements.

– Peng JJ, Botelho MG, Matinlinna JP. *Silver compounds used in dentistry for caries management*: a review. J Dent. 2012 Jul;40(7):531–41.
– Duffin S. *Back to the future: the medical management of caries introduction*. J Calif Dent Assoc. 2012 Nov;40(11):852–8.
– Rosenblatt A, Stamford TC, Niederman R. *Silver diamine fluoride: a caries "silver–fluoride bullet"*. J Dent Res. 2009 Feb;88(2):116–25.

---

3. « La (ré)éducation maxillo-faciale: pourquoi, quand et comment? »

Gil H.[1], Courson F.[2,3]
[1] *Kinésithérapeuthe maxillo–facial* [2] *Assistance Publique–Hôpitaux de Paris, Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris* [3] *Université Paris Descartes – Sorbonne Paris Cité, Faculté de Chirurgie Dentaire, Unité de Recherches Biomatériaux Innovants et Interface EA4462, Montrouge.*

Pourquoi? Cette rééducation est souvent prescrite afin de faciliter certains traitements d'orthopédie dento–faciale. L'objectif principal est de mettre les dents dans un territoire neutre au sein des arcades, en corrigeant l'interposition de la langue et de l'enveloppe musculaire périphérique.
Quand? Entre 3 et 6 ans, il est possible de parler d'éducation gnoso–praxique précoce (sentir, reconnaître et faire) afin de sensibiliser l'enfant à la rééducation linguale. L'intérêt est aussi diagnostic afin de déterminer les troubles et ainsi établir un protocole de rééducation, qui débutera réellement lorsque l'enfant sera en âge d'automatiser les corrections. À partir de 6 ans, si la maturité psychoaffective est suffisante, la rééducation maxillo–faciale permettra la pérennisation des nouvelles postures et praxies.
Comment? Entre 3 et 6 ans, l'essentiel du travail consiste à lever l'immaturité motrice linguale souvent présente à cet âge-là. Il est possible aussi de faire le rééquilibrage musculaire (musculation ou détente). À partir de 6 ans, la rééducation linguale peut débuter réellement (correction de la posture linguale, la déglutition etc.).

- Bishara Samir E., Warren, John J, Broffitt, Barbara c and Steven M. Levy. *Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life*. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006;130:31-6).
- Fournier M, Girardin F, Chauvois A. *Rééducation des fonctions dans la thérapeutique orthodontique*. Vanves: SID, 1991.

17h30: REMISE DU PRIX POSTER / SÉANCE DE CLÔTURE

1. Icon® et lésions antérieures du MIH.

Maequillier T.[1,2], Delfosse C.[1], Dehaynin E.[1], Leroy S[1]., Trentesaux T.[1]
[1] Université de Lille, CHU Lille, UFR Odontologie, Odontologie pédiatrique
[2] Université de Paris 13 Sorbonne Paris, UFR Santé Médecine, Biologie humaine, Laboratoire Éducations et Pratiques de Santé (EA 3412).

Contexte : Le MIH (Molar Incisor Hypomineralisation) est une anomalie de structure de l'émail qui semble de plus en plus fréquente et toucherait 15% des enfants. Les conséquences de cette pathologie, dont l'étiologie n'est pas encore clairement identifiée, sont nombreuses : fonctionnelles, esthétiques et sociales. Longtemps méconnue des praticiens, cette pathologie est maintenant mieux prise en charge, mais le traitement des dyschromies antérieures demeure toutefois un défi clinique esthétique. À l'heure d'une dentisterie minimale invasive, il est nécessaire de se tourner vers une technique ultraconservatrice qui allie esthétique et économie tissulaire.
La technique d'érosion-infiltration, qui respecte ces pré-requis, s'est considérablement développée et apparaît comme une solution au masquage des tâches de l'émail liées à un défaut d'amélogenèse. L'utilisation de cette technique sur les lésions antérieures du MIH, en raison de leur profondeur, apparaissait encore jusque récemment comme contre-indiquée. Evaluer, sous différents aspects, cette nouvelle thérapeutique semble indispensable afin de mieux la maîtriser et la développer.
Cas cliniques : L'érosion-infiltration a été proposée à des enfants ayant formulé une demande esthétique. Les traitements réalisés ont permis d'analyser les avantages de cette technique et ses limites.
Discussion/conclusion : L'érosion-infiltration dans la prise en charge des lésions antérieures du MIH nécessite le recours à une infiltration en profondeur. Elle précède et complète la restauration composite dont elle simplifie la stratification en rétablissant la translucidité du support amélaire. L'économie tissulaire est ainsi maximale. Si elle présente des inconvénients, dont une difficulté apparente de mise en œuvre, elle rend service à l'enfant et demeure à la portée de tout omnipraticien avant le recours à une thérapeutique plus invasive.

– Attal J, Tirlet G. *Le gradient thérapeutique: un concept médical pour les traitements esthétiques.* Info Dent. 2009; 91(41/42):25618.
– Atlan A, Tirlet G, Attal J, Denis M. L'*érosion-infiltration, un nouveau traitement des taches blanches de l'émail*. Clinic. 2012;239.
– Attal J, Denis M, Atlan A, Vennat E, Tirlet G. *L'infiltration en profondeur: un nouveau concept pour le masquage des taches de l'émail*, Partie 1. Inf Dent. 2013;749.

2. Prise en charge de deux sœurs atteintes de Parodontite Agressive Localisée dont l'une présente une Thrombasthénie de Glanzmann.

Hemming C., Roy E., Dajean-Trutaux S., Badran Z., Prud'Homme T.
CHU de Nantes.

Les maladies parodontales sont caractérisées par un déséquilibre entre les pathogènes parodontaux et les défenses de l'hôte, provoquant une réaction inflammatoire au niveau des tissus de soutien conduisant ainsi à leur destruction. Le développement de parodontite agressive en denture temporaire est rare. La prévalence peut aller de 0,9 à 4,5% pour l'ensemble des parodontites chez l'enfant. Si elles ne sont pas fréquentes, elles peuvent en revanche causer d'importants dommages et compromettre ainsi une mise en place harmonieuse de la denture permanente.
Nous allons présenter le cas particulier de deux sœurs présentant des parodontites agressives localisées en dentition temporaire et dont l'une est atteinte d'une Thrombasthénie de Glanzmann (TG). Les différences dans leur prise en charge en raison de la TG seront également abordées. À 9 mois, le suivi des deux patientes ne montre aucun signe de récidive et l'hygiène bucco–dentaire est optimale.

– Oh TJ, Eber R and Wang HL. *Periodontal diseases in the child and adolescent.*JClin Periodontol.2002 May;29(5):400–10.
– Nurden AT. *Glanzmannthrombasthenia*. Orphanet J Rare Dis. 2006 Apr 6;1:10.
– Lindhe J. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* (4th edition). Blackwell Munksgaard 2003.

3. Fluorure et santé bucco-dentaire en milieu scolaire dans la commune de Dassa–Zoumé (Bénin).

Djossou D.[1], Oka-N'Cho A.[2], Houinato D.[3], Pilipili C.[4]
[1] *Entité d'Odontologie, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, Bénin* [2] *Département d'odontologie Pédiatrique, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan, Côte-d'Ivoire*
[3] *Laboratoire d'Épidémiologie Maladies Chroniques et Neurologiques (LEMACEN) Cotonou et Programme National de Lutte contre les Maladies non Transmissibles, Faculté des Sciences de la Santé (FSS), Bénin* [4] *Médecine Dentaire et Stomatologie, UCL–Faculté de Médecine et Médecine dentaire, Cliniques Universitaires St–Luc, Bruxelles/Belgique*.

Introduction : L'urgence pour nos pays en voie de développement est de mettre en place une politique de santé bucco-dentaire basée sur la prévention au niveau de chaque couche de la population. La fluorose dentaire constitue, de nos jours, un problème de santé publique de par ses complications L'objectif de notre travail est d'étudier la fluorose dentaire et les facteurs associés en milieu scolaire dans la ville de Dassa.
Méthodes : D'une part nous avons procédé à l'analyse des eaux utilisées par la population. La base de sondage était constituée de la liste de tous les forages de la commune et les choix effectués aléatoirement grâce au logiciel Epi 6. D'autre part nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique. Elle a porté sur 1002 élèves de 4 à 18 ans. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire. Elles ont été analysées par le logiciel Epi info3.5.1_2008 et stata.
Résultats : Le pH des eaux de la région a varié de 6,14 à 7,17 avec une moyenne de 4,85 écart type 1,66. Les taux de fluor fluctuaient entre les sites. La moyenne était de 1,18 écart type 1,42. La prévalence de la fluorose dentaire était de 61,4%. Les principaux facteurs associés étaient l'âge (p = 0,0000), le lieu de résidence (p = 0,0000) et le type de denture (p=0,0000).
Conclusion : Cette étude met en exergue l'importance de la fluorose dentaire et des facteurs qui lui sont associés en milieu scolaire dans la ville de Dassa. Il est urgent d'instruire les populations afin qu'elles accordent une attention particulière à la fluorose dentaire.

– Choi AL, Sun G, Zhang Y, Grandjean P. *Developmental fluoride neurotoxicity: a systematic review and meta–analysis.* Env Health Persp 2012;120:1362–68.
– Akosu TJ, Zoakah AI, Chirdan OA. *The prevalence and severity of dental fluorosis in the high and low altitude parts of Central Plateau, Nigeria.*Community Dent Health 2009;26 (3):138–4.
– Rango T, Kravchenko J, Atlaw B, McCornick PG, Jeuland M, Merola B, et al. *Groundwater quality and its health impact: An assessment of dental fluorosis in rural inhabitants of the Main Ethiopian Rift*. Envi Int 2012;3:2.

4 . « çATED pour tes dents » : un projet de recherche et de développement sur l'intérêt d'un agenda numérique auprès d'enfants avec autisme en contexte dentaire.

Lopez-Cazaux S.[1,2], Lefer G.[2], Rouches A.[1], Althuizius M.[1], Bourdon P.[2]
[1] *Faculté de Chirurgie Dentaire et CHU de Nantes*
[2] *ESPE – Centre de Recherche en Education de Nantes*

La santé des enfants avec autisme ou avec TSA (troubles du spectre autistique), et notamment les soins bucco-dentaires, reste un domaine de recherche spécifique et un enjeu sur le terrain auprès des professionnels. Du fait de leurs troubles du comportement qui restent un frein à la communication et à la prise en charge bucco–dentaire, l'apprentissage, l'instauration d'un brossage dentaire biquotidien et l'accès aux soins sont difficiles. L'application çATED a été développée par des chercheurs, des ingénieurs et des professionnels de l'autisme des Pays de la Loire afin de permettre aux personnes avec TSA de gagner en autonomie, de se rassurer, de savoir s'organiser dans l'espace et dans le temps pour accomplir des activités du quotidien. Cet emploi du temps visuel et numérique permet un affichage de la journée que

la personne (l'enfant avec autisme) peut elle-même remplir, aménager et adapter selon ses besoins et son propre fonctionnement. Le projet « çATED pour tes dents » s'inscrit dans la complémentarité des recherches en cours sur le développement et l'usage de l'application. L'objectif est alors d'étudier la mise en place cet outil numérique dans la pratique du chirurgien dentiste afin de prévenir les soins dentaires et d'accompagner sur le plan éducatif et pédagogique les enfants et les adultes (professionnels et parents). Dans cette communication nous présenterons l'application çATED et son utilisation auprès d'un groupe de 55 enfants avec autisme pour l'apprentissage du brossage et la réalisation d'un examen dentaire.

– Allen ML, Hartley C et Cain K. *Do Ipads promote symbolic understanding and world learning in children with autism?* Frontiers in Psychology 2015 ; 6 : 1–9.
– Dascalu C. et Garnier P. *Le défi des outils numériques dans la scolarisation des élèves avec autisme : entre les besoins cognitifs des élèves et les approches pédagogiques des enseignants.* Recherches en éducation, n°23, octobre 2015.
– Pilebro C et Backman B. *Teaching oral hygiene to children with autism.* Int J Pediatr Dent 2005; 15; 1–9.

---

5. Prise en charge bucco-dentaire d'un cas de dysplasie ectodermique anhidrotique ou syndrome de Christ Siemens Touraine.

N'Cho KJC., Kouame KB., Bakayoko LY., Pilipili MC.

Le syndrome de Christ-Siemens-Touraine est la forme la plus fréquente des dysplasies ectodermiques. Il est caractérisée par une absence congénitale des glandes sudoripares, entraînant des troubles de la régulation thermique et s'accompagnant d'une anodontie totale ou partielle. Le faciès « sénile » des sujets affectés est caractéristique avec une diminution de la dimension verticale d'occlusion. Le préjudice esthétique et fonctionnel qui en découle peut s'accompagner d'un problème de développement psychologique lié au rejet des enfants atteints de leur milieu de vie. D'où l'intérêt d'une réhabilitation prothétique esthétique et fonctionnelle. Le cas clinique présenté montre la mise en œuvre et le bénéfice de cette réhabilitation pour les patients.

– Badre b, Kaounk et al. *La dysplasie ectodermique anhidrotique à propos d'un cas.* Journal dentaire du Québec, 2003 ; 40 : 69.
– Menetray D, Scortecci G, Odin G, Ansel A, Cotten P. *Dysplasies Ectodermiques. Enfants atteints du syndrome de Christ-Siemens-Touraine et implantologie basale.* Chirurgie/prothèse, implantologie, 11– 21, mai 2011.
– Rabah MS, Radwa G. *Christ-Siemens-Touraine syndrome with cleft palate, absent nipples, gallstones and mild mental retardation in an Egyptian child.* Egyptian Journal of Medical Human Genetics. Available online 27 June 2015, doi:10.1016/j.ejmhg.2015.06.002.

---

6. L'insensibilité congénitale à la douleur et sa prise en charge en médecine bucco-dentaire, à propos d'un cas.

Verrier V., Dominicci G., Chabadel O., Moulis E.
Service d'Odontologie pédiatrique du CHU de Montpellier.

L'insensibilité congénitale à la douleur (ICD) est un syndrome clinique qui se caractérise dans sa forme la plus sévère par une absence congénitale totale de la sensation douloureuse, liée à une atteinte des fibres sensitives de fin calibre dans le cadre d'une polyneuropathie héréditaire.
L'ICD se révèle généralement très précocement dans l'enfance à l'occasion de traumatismes multiples (brûlures, plaies, hématomes, fractures…) dont l'origine est souvent mal comprise et qui peuvent orienter à tort les praticiens vers un syndrome de Silverman (maltraitance). Ces lésions traumatiques sont par ailleurs souvent associées à des lésions par automutilation.
De mars à octobre 2015, un enfant de 5 ans a été reçu au Centre de Soins et de Recherche Dentaires de Montpellier dans le cadre d'un syndrome d'ICD. L'objet de ce travail est de présenter les difficultés et les interrogations qui ont été soulevées lors de la prise en charge de ce patient.
La prise en charge odontologique de ces patients pose de nombreux problèmes. Celui tout d'abord du traitement des lésions d'automutilations (morsure de la langue, des lèvres et des joues, exfoliation de germes dentaires…). Mais aussi la mise en évidence des situations dangereuses et la prévention de celles-ci, enfin la prise de conscience par le patient et son entourage des répercussions de cette maladie est un élément primordial de cette prise en charge.

– Littlewood S J, Mitchell L : *The dental problems and management of a patient suffering from congenital insensitivity to pain. International journal of paediatric dentistry, the British Paedodontic Society and the International Association of Dentistry for Children* 1998 Mar;8(1):47–50.
– Neves Beatriz Gonçalves, Roza Rosemere Teixeira, Castro Gloria Fernanda :, *Traumatic lesions from congenital insensitivity to pain with anhidrosis in a pediatric patient: dental management.* Dental traumatology : official publication of International Association for Dental Traumatology 2009 Oct;25(5):545–9.
– Rasmussen P : *The congenital insensitivity-to-pain syndrome (analgesia congenita): report of a case.* International journal of paediatric dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children 1996 Jun;6(2):117–22.

---

7. La dentisterie pédiatrique de masse en milieu urbain africain.

Peti Mpangi M.J., Petit Y.
Kinshasa (RDC), Bruxelles (Belgique).

La dentisterie de masse est un concept mis sur pied par l'ONG congolaise «Sourire pour tous» afin de soigner des jeunes patients vulnérables dans un contexte socio-économique fragilisé. Soucieuse de l'évolution croissante des pathologies orales, l'ONG organise régulièrement depuis octobre 2014 des campagnes de sensibilisation dentaire dans les lieux publiques et les écoles de Kinshasa.
Les cas fréquemment rencontrés sont les polycaries, les infections buccales chroniques et des persistances de dents de lait. En effet, la consommation élevée d'aliments et de boissons sucrées, l'insuffisance d'hygiène bucco-dentaire, le manque de moyen financier contribuent fortement à la dégradation rapide de la santé orale des jeunes enfants congolais. La démarche thérapeutique sur le terrain se limite, après un questionnaire et une consultation, à des soins primaires. Ce premier contact permet d'établir une relation de confiance avec le jeune patient. Lors des séances de sensibilisation, une table remplie de matériel didactique est dressée pour l'éducation à l'hygiène et la prévention.
Enfin, pour assurer durablement le suivi des malades, « Sourire pour tous » installe dans des centres de santé, des cabinets dentaires mobiles afin de donner aux petits patients qui deviendront grands un accès aux soins dentaires à coût réduit.

– Majorana A et col. *Timetable for oral prevention in childhood-developing dentition and oral habits: a current opinion.* Prog Orthod. 2015;16:39.

---

8. Dystonie oro-mandibulaire : prise en charge d'un enfant de 17 mois présentant des automutilations de langue.

Smirani R., Brissaud O., Villega F., Devillard R., Thebaud N-B.
CHU de Bordeaux.

La dystonie est caractérisée par des contractions soutenues et intermittentes des muscles qui entrainent des postures et/ou des mouvements anormaux et répétitifs. Nous rapportons un cas de dystonie oro–mandibulaire sévère caractérisée par des spasmes, toniques ou cloniques, involontaires ou induits, de la musculature masticatoire, linguale et pharyngée, secondaire à un accident vasculaire des noyaux gris centraux antenatal chez une enfant de 17 mois. Des épisodes répétés dystoniques avec morsure de langue, ont entrainé son hospitalisation pendant 4 semaines dans le service des réanimations pédiatriques du CHU de Bordeaux. Dans un premier temps, la langue a été suturée et deux incisives mandibulaires ont été extraites sous anesthésie générale. Puis pour protéger la langue des mouvements dystoniques au moment du réveil, un protège langue a été réalisé.
Afin d'éviter d'autres extractions qui auraient pu avoir de graves conséquences sur la croissance maxillo-faciale, toutes les dents ont été « remodelées » avec des composites afin de les rendre non coupantes. Enfin, devant l'aggravation de son état général, des injections de toxine botulinique ont été faites dans les muscles masséter et orbiculaires des lèvres. Elles ont entrainé rapidement l'arrêt des mouvements dystoniques et ont autorisé la diminution progressivement puis la suppression de la sédation et de l'analgésie. Nous insistons sur l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire (Odontologistes, Neuropédiatres et Réanimateurs) qui a permis d'éviter un traitement mutilant et sur l'utilisation de toxine botulique, pertinente face à des dystonies oro–mandibulaires.

– Roubertie A, Mariani LL, Fernandez–Alvarez E, Doummar D, Roze E. *Treatment for dystonia in childhood.* Eur J Neurol 2012;19:1292–9.
– Limeres J, Feijoo JF, Baluja F, Seoane JM, Diniz M, Diz P. *Oral self-injury. An update.* Dent Traumatol 2013; 29:8–14.
– Heinen F, Desloovere K, Schroeder AS et al. *The updated European Consensus 2009 on the use of Botulinum toxin for children with cerebral palsy*. Eur J Paediatr Neurol 2010 ; 14:45–66.

---

9. Répercussions la Drépanocytose SS sur les phénomènes de croissance et de maturation chez l'enfant au Sénégal.

Faye M., Diouf Gaye G., Ndoye S., Diouf A., Diop F.
Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer, Fann, Dakar, Sénégal.

Introduction : La drépanocytose est l'hémoglobinopathie la plus répandue dans le monde. Elle est retrouvée principalement chez les sujets de race noire. Elle est très fréquente au Sénégal et concerne 10% de la population. Elle se traduit par de nombreuses complications aigues et chroniques et est associée à un pauvre état nutritionnel, une croissance médiocre, un retard de la maturation squelettique. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la drépanocytose les phénomènes de croissance.
Matériels et méthodes : Des enfants sénégalais porteurs de la drépanocytose SS fréquentant le Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer de Dakar ont constitué le groupe d'étude. Des données sociodémographiques, médicales et anthropométriques ont été recueillies. Un examen clinique buccodentaire a été réalisé et la prise de radiographies panoramiques a permis d'évaluer la maturation dentaire selon la méthode de Démijian.
Résultats : Quatre–vingt–quinze enfants âgés de 5 à 16 ans ont été inclus. Ils avaient un taux d'hémoglobine de base de 8,07g/dl±1,48. La comparaison entre l'âge dentaire et l'âge chronologique ne montre pas de différence. La comparaison entre les données anthropométriques et le taux d'hémoglobine de base ne montre pas de relation significative.
Discussion : Les enfants porteurs de la drépanocytose SS ont révélé une anémie chronique. Les données anthropométriques ne varient pas significativement malgré l'anémie observée et la maturation dentaire n'est pas affectée. Ces résultats pourraient s'expliquer la prise en charge précoce avec une supplémentation en folate chez la plupart des enfants.
Conclusion : Dans cette étude, la croissance des enfants porteurs de la drépanocytose SS n'est pas affectée.

– Diagne I, Diagne-Gueye NR, Fall AL, Deme I, Sylla A, Coly JI, Camara I, Sow HD. *Aspects épidemiologiques et évolutifs de la splenomegalie chez les enfants et adolescents porteurs de syndromes drepanocytaires majeurs au Sénégal.* Arch Pediatr. 2010;17:1017–1025.
– Diagne I, Diagne-Gueye ND, Signate-Sy H, Camara B, Lopez-Sall P, Diack-Mbaye A, Sarr M, Ba M, Sow HD, Kuakuvi N. *Management of children with sickle cell disease in Africa: experience in a cohort of children at the Royal Albert Hospital in Dakar*. Med Trop. 2003 Mars;63(4–5):513–20.

---

10. Maladie de Hunter : manifestations générales et orales

Broutin M., Valera M-C., Bailleul-Forestier I., Noirrit-Esclassan E.
CHU Toulouse.

La maladie de Hunter ou mucopolysaccharidose de type II est une maladie génétique liée à l'X appartenant aux maladies de surcharge lysosomale. Un défaut enzymatique aboutit à une accumulation anormale et progressive de mucopolysaccharides ou glycosaminoglycanes dans différents tissus, provoquant des dommages. Les principales atteintes au niveau général concernent les appareils cardiaque, vasculaire, articulaire et digestif. On peut observer notamment chez ces patients une hypertension artérielle, un risque de sténose coronarienne, un retard de croissance majeur, des dysostoses multiples, des hernies, une hépatomégalie et une splénomégalie.
Une atteinte du système nerveux est également présente bien que de gravité variable : troubles du comportement (hyperactivité, obstination, agressivité, exubérance), macrocéphalie, hydrocéphalie, risque de compression de la moelle épinière et, dans les cas sévères, régression intellectuelle.
Ces atteintes sont progressives et restent très variables d'un patient à l'autre en fonction de la sévérité du

dysfonctionnement enzymatique et de la localisation des accumulations.
Parmi les manifestations faciales de cette pathologie, on peut noter des traits épaissis, un profil convexe et une diminution de hauteur de l'étage moyen de la face associée à une augmentation de son étage inférieur. Les manifestations orales décrites sont une mandibule courte et large, une béance antérieure, une macroglossie accompagnée d'une protrusion linguale, une hyperplasie gingivale, des diastèmes, des incisives latérales rhiziformes et un palais ogival. Certains auteurs rapportent des anomalies de l'émail. Enfin, des atteintes respiratoires telles que des infections pulmonaires fréquentes, des amygdales et végétations adénoïdes hypertrophiques ou encore des apnées du sommeil peuvent avoir un retentissement buccal. Nous présentons le cas d'un jeune adolescent traité depuis la petite enfance à l'Hôpital des enfants de Toulouse.

– www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/MucopolysaccharidoseType2–FRfrPub131v01.pdf
– Ribeiro EM, Fonteles CS, Freitas AB, da Silva Alves KS, Monteiro AJ, da Silva CA. *A clinical multicenter study of orofacial features in 26 brazilian patients with different types of mucopolysaccharidosis.* Cleft Palate Craniofac J. 2015; 52:352–8.
– Savitha N S, Saurabh G, Krishnamoorthy S H, Nandan S, Ambili A. *Hunter's syndrome: A case report.* J Indian Soc Pedod Prev Dent 2015;33:66–8.

---

11. Évaluation des clichés intra–oraux chez l'enfant : étude prospective multicentrique dans les services hospitaliers.

Cinelli P.[1], Vital S.[2], Salmon B.[3]
[1] *Odontologie Pédiatrique, Université Paris Descartes, Hôpital Bretonneau, Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, APH-HP* [2] *Université Paris Descartes, Hôpital Louis Mourier, Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val-de-Seine, APH–HP* [3] *Imagerie & Chirurgie Orale, Université Paris Descartes, Hôpital Bretonneau, Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val-de-Seine, APH-HP.*

Chez l'enfant, les radiographies intra–orales sont nécessaires pour le diagnostic, la surveillance de la maturation dentaire et le suivi des thérapeutiques. Les recommandations nationales (HAS) et internationales (EAPD et AAPD) en précisent les indications et fréquences.
Le respect des principes de justification, d'optimisation et de limitation de l'exposition aux rayonnements ionisants est d'autant plus fondamental que l'enfant est deux à trois fois plus radiosensibles que l'adulte. Néanmoins, la spécificité de la prise en charge pédiatrique et l'absence de coopération des jeunes patients peuvent compliquer la réalisation des radiographies.
L'objectif de cette étude est d'évaluer le taux d'échec et la qualité des clichés intra–oraux pratiqués chez l'enfant par les étudiants en formations initiale et continue.Dans les services d'Odontologie Pédiatrique des Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine (APHP), 99 étudiants de DFASO2 et de TCEO1 et 8 étudiants du Diplôme Universitaire d'Odontologie Clinique de Paris Descartes participent à cette étude.
Pour chaque radiographie intra–buccale, l'âge de l'enfant, les dents concernées, le type de cliché et la procédure de réalisation sont relevés systématiquement et anonymement.
La qualité du cliché est analysée, selon qu'il fournisse totalement, partiellement ou non les informations recherchées. Le centrage, la déformation des clichés, les performances de la chaine radiologique et la coopération des enfants constituent les critères d'évaluation retenus.
Cette étude permet d'établir un état des lieux du taux de clichés non exploitables chez l'enfant et de mettre en évidence les erreurs majeures afin d'améliorer et d'adapter les pratiques professionnelles en radiologie pédiatrique.

– Espelid I, Mejàre I, Weerheijm K. *EAPD guideline s for use of radiographs in children.* Eur J Paediatr Dent. 2003 Mar;4(1):40–8. Review.
– *Guideline on prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and persons with special health care needs. American Academy of Pediatric Dentistry*. Ad Hoc Committee on Pedodontic Radiology. Pediatr Dent. 2012 Sep-oct;34(5):189–91.
– Haute Autorité de Santé (HAS): *Guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie.* Mai 2006.

---

12. Enquête sur les motifs de consultation des enfants fréquentant le service d'Odontologie Pédiatrique de l'Hôpital Saint-André à Bordeaux.

Thebaudin (co-auteur), Nancy J. (co-auteur).
Université de Bordeaux.

Introduction : Nous avons voulu connaitre le motif de consultation des jeunes enfants du service d'odontologie pédiatrique de l'hôpital Saint-André à Bordeaux.
Matériels et méthodes : Nous avons étudié tous les dossiers papiers des enfants de moins de 3 ans ayant consulté dans le service d'Odontologie de l'hôpital Saint-André à Bordeaux entre janvier 2013 et avril 2015. Ainsi, nous avons recensé 242 enfants, âgés de 6 mois à trois ans.
Résultats : Sur ces 242 enfants, 129 d'entre eux (soit 53%) étaient atteints de Carie Précoce de l'Enfance, 59 (soit 24%) consultaient pour la prise en charge d'un traumatisme dentaire, 23 venaient pour un contrôle, 19 pour soigner une carie et 12 enfants ont consulté le service pour une urgence (autre qu'un trauma ou des douleurs suite à une carie). Sur les 129 enfants diagnostiqués CPE, une anesthésie générale a été programmée pour 69 d'entre eux (soit 53%).
Discussion : Les facteurs étiologiques impliqués dans la CPE semblaient relever de l'allaitement prolongé à la demande, de la consommation de boissons sucrées (lait y compris) et du grignotage, et enfin de l'absence ou de l'inefficacité du brossage.
Conclusion : plus de la moitié des enfants qui ont consulté le service étaient atteints de CPE.

– *American Academy of Pedodontics, American Academy of Pediatrics. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies.* Oral Health Policies Ref Man. 2015 2014;36(6):502.
– Yost J, Li Y. *Promoting oral health from birth through childhood: prevention of early childhood caries.* MCN Am J Matern Child Nurs. févr 2008;33(1):1723.
– Fraysse M-C, Roy E, Dajean-Trutaud S. *Traumatismes de la dent temporaire.* Rev Francoph Odontol Pédiatrique. 2009;04(2):607.

---

13. Le pédodontiste face à la réémergence du virus du chikungunya.

Huchon C., Vanderzwalm A., Vital S.
Odontologie Pédiatrique Université Paris Descartes, Service Odontologie Hôpital Louis Mourier, HUPNVS, APHP.

Le chikungunya est une maladie infectieuse causée par un virus transmis à l'homme par les moustiques du genre Aedes. S'il a été isolé pour la première fois en 1952 en Tanzanie, l'ensemble des continents fait face à sa réémergence et à des épidémies majeures, notamment dans l'Océan Indien, depuis une dizaine d'années.
Chikungunya signifie « qui marche courbé en avant » en langue Makondée, et évoque la posture adoptée par les malades en raison des intenses douleurs articulaires. En effet, l'infection par le virus entraîne principalement une forte fièvre, des polyarthralgies et des myalgies dans sa phase clinique aigüe. Chez l'enfant, on observe également une forte prévalence des manifestations dermatologiques et complications neurologiques, mais moins fréquemment des symptômes rhumatologiques [1].
Actuellement il n'existe pas de vaccin, ni de traitement antiviral et la prise en charge médicale est purement symptomatique, reposant sur des traitements antalgiques et anti–inflammatoires.
Alors que le tableau clinique général de la maladie est bien documenté, peu d'études traitent des manifestations orales du virus.
Dans ce contexte, nous nous sommes intéressées aux implications de l'infection par le virus sur la santé orale. Les patients contaminés rapportent des douleurs, des sensations de brûlure gingivale et présentent des ulcérations ou des candidoses buccales [2]. Des complications de type hémorragique au niveau des muqueuses orale et nasale sont également rapportées. Récemment, la question de la potentielle transmission aérienne du virus, via les éternuements ou la salive, a été posée [3].
Une connaissance des signes et traitements symptomatiques spécifiques semble donc nécessaires pour les praticiens, d'Outre–mer, comme de Métropole, le virus ne connaissant pas de frontières.

– Thiberville SD, Moyen N, Dupuis-Maguiraga L, Nougairede A, Gould EA, Roques P et al. *Chikungunya fever: epidemiology, clinical syndrome, pathogenesis and therapy.* Antiviral Res. 2013 ; 99(3) : 345–370.
– Katti R, Shahapur PR, Udapudi KL. *Impact of Chikungunya virus infection on oral health status: an observational study.* Indian J Dent Res. 2011 ; 22(4) : 613.

– Gardner J, Rudd PA, Prow NA, Belarbi E, Roques P, Larcher T et al. *Infectious Chikungunya Virus in the Saliva of Mice, Monkeys and Humans.* PLoS One. 2015 ; 10(10) : e0139481.

---

14. Scellements des sillons, puits et fissures : étude rétrospective au centre de soins dentaires du CHRU de Brest.

Darbin-Luxcet C.[1], Calmet B.[2], Foray H.[1,3], D'Arbonneau F.[1,3,4]
[1] *Service d'Odontologie du CHRU de Brest* [2] *Praticien libéral*
[3] *Faculté de chirurgie dentaire de Brest* [4] *Unité INSERM 1078, Brest.*

Introduction : L'atteinte des sillons occlusaux des premières molaires permanentes représente 73% de l'indice CAO à 12 ans en France [1]. Afin de préserver les structures dentaires de ces dents, le scellement prophylactique des sillons est une mesure efficace contre l'initiation des lésions carieuses [2]. Cette étude a pour but d'évaluer l'efficacité dans le temps des scellements des molaires réalisés au Centre de Soins Dentaires du CHRU de Brest.
Méthode : Les enfants ayant bénéficié d'un ou plusieurs scellements de sillons entre mars 2008 et janvier 2013, ont été recontactés par téléphone. 104 patients, ont été revus en consultation, et 327 dents examinées afin d'évaluer la persistance des scellements et l'état sain, carié ou obturé des sillons.
Résultats : Plus de 96% des dents scellées sont indemnes de caries dans les 3 ans qui suivent le scellement de leurs sillons. Même si le taux de rétention décroit dans le temps, après 3 ans, plus de 78 % des molaires sont non cariées.
Conclusion : Cette étude confirme l'importance et l'efficacité du scellement des sillons, puits et fissures des molaires permanentes dans la prévention carieuse. Cet acte s'inscrit dans une démarche préventive globale. En aucun cas, les autres moyens de prévention doivent être écartés : l'hygiène bucco-dentaire, l'hygiène alimentaire et les visites de contrôle afin d'assurer la pérennité du scellement et des structures dentaires.

– Droz D, Courson F, et al (2004). *Recommandations sur la pratique de scellement des puits et fissures. Recommandations de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique.* J Odonto Stomatol Pédiatr ; 11 (4) : 223–228.
– Haute Autorité de Santé (2010). *Recommandations en santé publique : Stratégies de prévention de la carie dentaire.*

---

15. Parodontite agressive : à propos d'un cas d'agrégation familiale.

Leverd C., Agossa K., Trentesaux T., Delfosse C.
Faculté de chirurgie dentaire, Université Lille 2, CHRU de Lille.

Contexte : les parodontites agressives (PA) sont des maladies parodontales à faible prévalence mais sévères. Elles concernent les sujets exempts d'affections systémiques et se caractérisent notamment par une destruction rapide de l'attache et du support osseux dans un contexte de susceptibilité familiale1. Les données épidémiologiques s'accordent sur une incidence élevée des formes localisées de PA à l'adolescence (entre 11 et 15 ans). Le facteur génétique est avancé comme variable explicative de l'apparition des PA. Les données actuelles en ce sens sont hétérogènes et à faible niveau de preuve néanmoins les études gémellaires et d'agrégation soutiennent la contribution de l'hérédité à la survenue de la maladie2.
Présentation du cas : nous rapportons ici le cas de 3 jeunes sœurs (respectivement 14, 16 et 20 ans) présentant des tableaux cliniques différents de PA. L'interrogatoire et l'examen clinique chez la plus jeune, reçue pour une forme localisée et persistante d'inflammation gingivale ont permis le dépistage des autres membres de la fratrie. Curieusement, si une corrélation est retrouvée entre l'âge et la sévérité des lésions chez la plus jeune et la plus âgée, la cadette présente un tableau clinique discordant.
Conclusion : hormis le défi clinique majeur que représente le traitement de lésions parodontales sévères à terminales, ce cas réaffirme l'importance du dépistage familial dans les cas de PA. Il questionne également à plusieurs égards le schéma étiologique de la maladie. En effet, le rôle du facteur hormonal ainsi que la transmission intrafamiliale de souches bactériennes spécifiques méritent interrogation.

– Lang N, Bartold PM, Cullinan M, Jeffcoat M, Mombelli A, Murakami S, et al. C*onsensus Report: Aggressive Periodontitis. Annals of Periodontology.* 1 déc 1999;4(1):5353.

– Stabholz A, Soskolne WA, Shapira L. *Genetic and environmental risk factors for chronic periodontitis and aggressive periodontitis.* Periodontol 2000. juin 2010;53:13853.

---

16. Les nitrates d'argent en pédodontie : à propos d'un cas clinique.

Hariri E.M., Ramdi H., El Alloussi M., Chjoul H.
Faculté de médecine dentaire, Instituts Rabat, Maroc.

Le nitrate d'argent est un composé biochimique inorganique ayant pour formule brute AgNO3. Il a été découvert pour la première fois au 13ème siècle avec une première utilisation médicale en ophtalmologie en1881, pour la protection des yeux des nouveau–nés contre la transmission de la gonorrhée des mères pendant la naissance. En 1920, le nitrate d'argent a été utilisé pour la première fois en dentisterie pour arrêter l'évolution de la maladie carieuse chez les soldats russes qui ont participés à la première guerre mondiale. De nos jours, il est considéré comme l'un des moyens disponibles pour la prévention de la maladie carieuse, avec un grand intérêt en pédodontie, car il représente un volet non conventionnel, non anxiogène et non invasif de la prise en charge des caries chez l'enfant. À travers un cas clinique, on va décrire le nitrate d'argent, son mécanisme d'action sur la maladie carieuse ainsi que son protocole d'utilisation.

– *Steve Duffin, silver nitrate for caries arrest,* Steve Duffin Library 2007
– Yee R, Holmgren C, Mulder J, Lama D, Walker D, Van Palen– stein Helderman W. *Efficacy of silver diamine fluoride for arresting caries treatment.* J Dent Res 2009; 88:644–647.
– Lo EC, Zhi QH, Itthagarun A. *Comparing two quantitative methods for studying remineralization of artificial caries.* J Dent 2010; 38:352–359.

---

17. Étude rétrospective de la prise en charge des patients en odontologie pédiatrique sur l'année 2014 au sein du service hospitalo-universaire d'odontologie de l'hôpital Charles Foix.

Marcel A., Bres A., Schlusselberg N., Bonnet A-L., Davit-Béal T.
Université Paris Descartes.

La première consultation en odontologie pédiatrique détient une place majeure au sein du circuit de prise en charge de l'enfant dans le cadre de sa santé bucco-dentaire, et conditionne en partie le futur dentaire du jeune patient. L'âge du patient, mais aussi son environnement et son accueil lors de cette première consultation sont des éléments déterminants de sa coopération future. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prise en charge du patient ainsi que la demande et les besoins en odontologie pédiatrique dans le service hospitalo–universitaire de l'hôpital Charles Foix. Pour cela nous avons recensé 667 dossiers d'enfants de moins de 16 ans, ayant consulté en urgence ou en consultation du 1er janvier au 31 décembre 2014. Les motifs de consultation, le type de prise en charge et de recrutement, l'âge et le suivi du patient ont été recueillis. La maladie carieuse occupe la 1ère place des motifs de consultation (61%) devant les traumatismes (12%) et l'orthodontie (7%). La moyenne d'âge des enfants est de 7 ans. La majorité des patients a moins de 8 ans (70%) et 40% des patients ont moins de 6 ans. Seuls 13% des enfants sont âgés de 12 à 16 ans.
Les résultats sont comparables à ce que l'on peut trouver dans la littérature et montrent la nécessité d'une prévention renforcée au sein de la zone géographique de ce CHU.
D'autres études seraient nécessaires afin d'évaluer l'évolution des demandes, des besoins et des prises en charge des patients en odontologie pédiatrique dans ce service hospitalo–universitaire.

– Nainar SM, Straffon LH. *Targeting of Year One dental visit for United States children.* Int J Paediatr Dent 2003;13(4):258–63.
– *American academy of pediatric dentistry. Guideline on Caries-risk Assessment and Management for Infants, Children, and Adolescents.* Revised 2014;36(6):127–34.

---

18. Les internes en pédiatrie et la santé orale

Berart P.J.[1], Jacq R.[2], Vanderzwalm A.[2], Vital S.[2]
[1] *Interne MBD, Hôpital Louis Mourier, HUPNVS, AP-HP;*
[2] *Odontologie Pédiatrique, Université Paris Descartes, Hôpital Louis Mourier, HUPNVS, AP-HP.*

Introduction : Dans une optique d'amélioration de la santé bucco-dentaire, le rôle du pédiatre semble primordial. En effet, il est l'interlocuteur médical privilégié de la petite enfance, et voit l'enfant très régulièrement au cours des premières années de vie. En France, 20 consultations obligatoires, comme mentionnées sur le carnet de santé, sont prévues sur cette période. Elles ont pour objectif de suivre le développement de l'enfant, de dispenser des conseils de prévention en favorisant l'éducation pour la santé et l'interception précoce des pathologies. Ces consultations sont donc une occasion de dépistage des lésions de la sphère orale par les pédiatres. Il en découle une interrogation sur la formation des pédiatres sur le dépistage des pathologies buccodentaires.
Objectif : L'objectif de ce travail est d'explorer les connaissances des internes en pédiatrie au niveau de la santé orale.
Méthode : Une analyse des référentiels de pédiatrie et de chirurgie maxillo-faciale pour l'examen classant national a été réalisée, complétée par une revue de la littérature sur les connaissances des pédiatres au niveau de la santé orale. Puis il a été recherché au sein du programme de DES de pédiatrie les sujets sur la formation en santé orale des internes.
Résultats : Les sujets en santé orale regroupent plusieurs items de l'internat en médecine, et sont transversaux à plusieurs spécialités, notamment la pédiatrie la chirurgie maxillo-faciale, et la stomatologie. Les connaissances portent sur l'évaluation du risque carieux, les mesures de prévention de la carie, l'évolution de la maladie carieuse et parodontale, la traumatologie de la dent permanente, et l'urgence infectieuse d'origine dentaire. Depuis une quinzaine d'années, un développement de la formation continue ciblée sur la santé buccodentaire, auprès des pédiatres a été initié aux États-Unis, avec notamment des actions de prévention primaire de la maladie carieuse réalisées par les pédiatres. Il apparaît que ces formations sont plus efficaces, lorsqu'elles s'adressent aux internes plutôt qu'aux pédiatres en exercice.
Conclusion : Bien qu'il existe des initiatives ponctuelles, il serait intéressant dès leur internat de donner aux futurs pédiatres les clés cliniques pour répondre à leur mission de prévention de la santé orale de l'enfant. Cela permettrait de prendre en charge plus précocement et plus efficacement des populations parfois éloignées du cabinet dentaire.

– Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. *The role of the pediatrician in the oral health of children: a national survey.* Pediatrics. 2000;106(6):e84e84.
– *American academy of pediatric dentistry. Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians.* Pediatrics. Déc 2008; 122(6):138794.
– Lewis CW, Barone L, Quinonez RB, Boulter S, Mouradian WE. *Chapter Oral Health Advocates: A Nationwide Model for Pediatrician Peer Education and Advocacy about Oral Health.* Int J Dent. 2013;2013:498906.

---

19. Développement d'une formation aux gestes de premiers secours dentaires.

Polak G., Noirrit-Esclassan E.
Faculté dentaire de Toulouse.

Réimplanter une dent suite à une expulsion d'origine traumatique est un geste peu complexe qui pourrait être à la portée de tous. Or, les formations de premier secours comportent rarement un chapitre dentaire. Cela est regrettable puisqu'un bon pronostic dépend d'une gestion immédiate et appropriée de l'expulsion. Notre travail porte sur le développement d'une formation de gestion en urgence des traumatismes dentaires, ainsi qu'à sa diffusion auprès d'un public le plus large possible. Ce faisant, nous cherchons à identifier les obstacles à la généralisation de ces connaissances, afin de trouver les moyens de les contourner. Les données sont en cours de collecte et seront fournies le jour de la présentation.

– Andersson L, Andreasen J, *International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries*, Dental Traumatology 2012; 28: 2–12.

– Gerson Feldens E., Feldens C.A., Kramer P.F., *Understanding school teacher's knowledge regarding dental trauma, a basis for future interventions*, Dental Traumatology 2010; 26: 158–163.

---

20. Odontologie pédiatrique au Centre Hospitalier Émile Mayrisch, Esch-sur-Alzette, Luxembourg.

Hein-Halbgewachs L.[1,2], Lachaze S.[1], Mogenot M.[2], Anastasio D.[2]
[1] *Centre Hospitalier Émile Mayrisch CHEM, Esch-sur-Alzette, Luxembourg;*
[2] *Service Odontologie CHR Metz Thionville.*

La prise en charge odontologique des enfants, et personnes handicapées au Luxembourg se fait essentiellement au sein du centre hospitalier Émile Mayrisch (CHEM). Elle présente de nombreuses différences par rapport à la France située à 3 km.
Le centre Hospitalier Émile Mayrisch, deuxième hôpital du Luxembourg, est une fondation créé 1924 à Esch-sur-Alzette, son statut est semi public. Le corps médical, représenté par des médecins généralistes et spécialistes libéraux agréés, regroupe l'ensemble des spécialités médicales. Depuis 2006, l'Odontologie pédiatrique, présente dans un premier temps par la prise en charge des patients sous anesthésie générale et sédation consciente au protoxyde d'azote, s'est développée avec l'ouverture d'une consultation depuis 2012.
L'équipe d'odontologie pédiatrique du CHEM est principalement constituée de deux praticiens libéraux français formés à la prise en charge sous MEOPA et sous anesthésie générale. qui exercent ou ont exercé en France (CHR Metz Thionville). Le recrutement des patients se fait via le praticien qui consulte au sein d'une polyclinique avec un personnel paramédical pluridisciplinaire. Les anesthésies générales sont réalisées sur fauteuil dentaire avec un personnel non dédié. Les sédations conscientes se font avec le service des anesthésistes, utilisant un mélange à 60 % de protoxyde d'azote Cette pratique, bien que différente et plus contraignante, présente aussi des avantages.
En 2015, 1000 consultations, 90 anesthésies générales et 300 séances de sédation consciente au protoxyde d'azote ont été réalisées. Ces chiffres sont en constante progression et tentent de répondre aux besoins en santé publique du Luxembourg.

– Gérard E, Moizan H. *Pratique odontologique au bloc opératoire : de la chirurgie ambulatoire à l'anesthésie générale. Rueil–Malmaison*: Editions CdP ; 2010.
– Hennequin M, Manière MC, Berthet A, Tardieu C, Lemaire M, Onody P. *Cadre médico-légal des indications de sédation par inhalation de protoxyde d'azote en odontologie.* Inf. Dent.19 Juin 2002 ; 25 : 1727–33.

---

21. Étude rétrospective de la prise en charge des patients en Odontologie Pédiatrique dans le cadre de la consultation d'urgence sur les années 2014 et 2015 au sein du service hospitalo–universitaire d'odontologie de l'hôpital Charles Foix.

Yacoub L., Amara M., Schlusselberg N., Bonnet A-L., Davit-Béal T.
Université Paris Descartes.

Chaque praticien, qu'il soit omnipraticien ou pédodontiste exclusif, est confronté dans sa pratique quotidienne à la consultation en urgence de jeunes patients. La consultation d'urgence peut avoir lieu dans un contexte de douleur et d'inquiétude de l'enfant et de ses parents. De plus, il s'agit souvent du premier rendez–vous dentaire pour l'enfant. Tous ces éléments rendent encore plus difficile l'établissement du contact et sont fréquemment source de stress pour le praticien.
La littérature et la pratique s'accordent pour dire que les pathologies infectieuses et les traumatismes occupent la première place des motifs de consultation en urgence. Pour autant, de nombreux patients se présentent aux urgences pédiatriques pour d'autres motifs en espérant une prise en charge rapide.
Dans le service hospitalo-universitaire d'odontologie de l'hôpital Charles Foix, plus de 60% des enfants reçus en premier rendez–vous consultent en urgence plutôt qu'en consultation (27%). L'objectif de cette étude portant sur les années 2014 et 2015 est de présenter les différents aspects de la prise en charge en urgence et d'analyser le profil des patients, leur motif de consultation ainsi que le type de prise en charge et de suivi proposé.

L'intérêt d'une telle étude est de pouvoir comparer nos résultats à ceux de la littérature et de mettre l'accent sur les difficultés rencontrées. Nous proposerons des solutions pour optimiser l'organisation de la consultation et répondre au mieux aux enjeux de santé publique.

– *American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents.* Pediatr Dent 2012;34 (special issue):110–8.
– Nowak AJ, Casamassimo PS, Scott J, Moulton R. *Do early dental visits reduce treatment and treatment costs for children?* Pediatr Dent 2014, 36(7) : 489–93.
– Sen B, Blackburn J, Morrissey MA, Kilgore ML, Becker DJ, Caldwell C, Menachemi N. *Effectiveness of preventive dental visits in reducing non-preventive dental visits and expenditures.* Pediatrics 2013;131:1107–13.

---

22. Prise en charge odontologique des enfants à besoins spécifiques sous anesthésié générale à l'hôpital d'enfants de Casablanca.

Badre B.[1], Afad A.[1], Serhier Z.[2], El Arabi S.[1]
[1] *Service de pédodontie prévention. CHU Ibn Rochd. Casablanca* [2] *Laboratoire d'informatique médicale, faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca.*

Le manque de coopération des enfants à besoins spécifiques pour la réalisation des soins dentaire, nécessite le recours à l'anesthésie générale. L'objectif de ce travail était de décrire les motifs de consultation et le type de soins réalisé sous anesthésie générale chez les enfants à besoins spécifique pris en charge à l'hôpital d'enfant de Casablanca.
Une étude transversale descriptive a été réalisée dans l'unité d'odontologie pédiatrique de l'hôpital d'enfants Abderrahim harrouchi du Chu ibn rochd de casablanca. Les données ont été recueillies à partir des dossiers de patients qui ont bénéficiés de soins dentaires sous anesthésie générale entre janvier 2008 et décembre 2011.
Durant les quatre ans d'étude, 80 enfants ont été pris en charge. La moyenne d'âge des patients était de 9,1 ans avec (ET de 3,4 ans), 57,5% était de sexe masculin. La majorité des patients étaient originaire du grand Casablanca (83,8%). Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur (50%). Cette douleur était engendrée par la carie qui était le principal diagnostic retrouvé chez 90% des enfants. Les extractions étaient fréquentes en denture temporaire (56,3%) et étaient réalisées en denture permanente chez 35% des enfants. La moyenne du nombre des actes réalisés par enfant au cours de la séance était 14,0 (écart type = 5,9). Il ressort de cette étude l'intérêt de renforcer les actions de prévention, de créer d'autres structures publiques et de former un personnel qualifié pour améliorer la santé bucco-dentaire des enfants à besoins spécifiques.

– Escribano HA, Hernández CT, Ruiz MT, Porteros S. *Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary health care area in Spain.* Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 Nov 1;12(7):E492–5.
– Peretz B, Spierer A, Spierer S, Rakocz M. *Dental treatment of patients with systemic diseases compared to patients with developmental disabilities under general anesthesia.* Spec Care Dentist. 2012 Jan–Feb;32(1):21–5.

---

23. Sédation par midazolam : étude rétrospective au CHU de Toulouse.

Sudres M., Bonal S., Vaysse F., Noirrit E.
Service d'odontologie pédiatrique, Hôpital des enfants CHU Toulouse.

Le midazolam est une benzodiazépine utilisée dans la lutte contre l'anxiété en odontologie pédiatrique. Il présente des propriétés pharmacocinétiques (demi-vie de distribution et d'élimination brèves) et pharmacodynamiques (amnésie antérograde…) très intéressantes. Le but de cette étude est d'évaluer les facteurs associés à son efficacité d'utilisation. Nous avons analysé rétrospectivement 309 séances de soin réalisées par trois praticiens, durant deux années. L'évaluation de l'efficacité s'est basée sur les données renseignées dans les dossiers patients. L'échantillon regroupait 130 garçons et 98 filles.
Le taux de succès est de 85,11%. La voie intra-rectale est utilisée dans 83,23% des cas, la voie per os dans 7,41% et la voie intraveineuse dans 4,48% des cas. 70,55% des patients sont adressés pour phobie dentaire ; 19,74% des enfants présentent un handicap et 9,71% ont moins de 36 mois. L'avulsion est un acte

associé de façon significative à la réussite du soin. Cette sédation est significativement plus efficace chez le très jeune enfant (< 36 mois). Une somnolence est rapportée dans 5,71% des cas. Cette étude retrospective s'appuie sur un relevé de données non systématisé. Très peu d'effets indésirables sont rapportés comparés au taux de succès. Ce type de sédation a été initialement developpé pour des soins brefs chez le jeune enfant (avulsion d'une dent traumatisée) avant d'élargir son indication au patient phobique. C'est bien dans son indication première qu'il montre les meilleurs résultats. Cette étude confirme la fiabilité du midazolam dans la prise en charge de l'anxiété dentaire chez le jeune enfant.

– Tyagi P, Tyagi S, Jain A. *Sedative effects of Oral Midazolam, Intravenous Midazolam and Oral Diazepam in the Dental Treatment of Children.* J Clin Pediatr Dent. Avr 2013; 38(3):3015.
– Al–Zahrani AM, Wyne AH, Sheta SA. *Comparison of oral midazolam with a combination of oral midazolam and nitrous oxide-oxygen inhalation in the effectiveness of dental sedation for young children.* J Indian Soc Pedod Prev Dent. mars 2009;27(1):916.

---

24. Cas clinique de kystes mandibulaires vestibulaires infectés bilatéraux.

Boulé-Montpezat C.[1], Marteau J-M.[2], Glock N.[2], Rouas P.[2], Fricain J-C.[2]
[1] *Chirurgien-dentiste, Bordeaux*
[2] *Service d'odontologie pédiatrique, Faculté d'Odontologie, Bordeaux*

Le kyste mandibulaire vestibulaire infecté est une lésion peu commune associée aux molaires mandibulaires chez l'enfant, au moment de leur éruption. L'Organisation Mondiale de la Santé classe ce type de lésion dans la catégorie des kystes paradentaires. Nous présentons le cas d'un enfant de 9 ans avec des kystes bilatéraux mandibulaires en relation avec les premières molaires mandibulaire retenues. Les dents étaient vitales mais leur éruption bloquée, sans douleur. Le scanner de la mandibule montre des lésions vestibulaires, bien individualisées et leurs relations avec les structures adjacentes. Il n'y a pas encore de consensus concernant la prise en charge de ce type de lésion et de nombreux traitements sont proposés, comme l'exérèse avec avulsion de la dent concernée, la marsupialisation ou encore l'énucléation du kyste avec conservation de la dent. Il a été décidé d'avulser les dents incriminées et d'énucléer les kystes. Une étude anatomopathologique a été réalisé sur les prélèvements, confirmant le diagnostic initial de kyste paradentaire appelé dans ce contexte kyste mandibulaire vestibulaire infecté. L'objectif de cette observation clinique est de donner au praticien une description de cette lésion, et d'en discuter la prise en charge.

– Main DMG. Epithelial jaw cysts. A *Clinicopathological reappraisal.* Br J Oral Surg 1970;8:114–25
– Stoneman DW, Worth HM. *The mandibular infected buccal cyst – molar area.* Dent Radiogr Pathol 1989;68:182–8
– Martinez–Conde R, Aguirre JM, Pindborg JJ. *Paradental cyst of the second molar: report of a bilateral case.* J Oral Maxillofac Surg 1995; 53:1212–2.

INNOVATION

elmex®

ANTI-CARIES PROFESSIONAL™

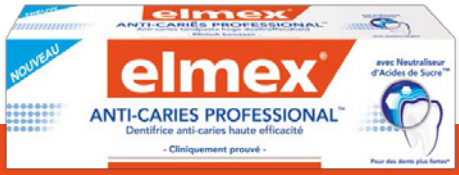
AVANCÉE CLINIQUE MAJEURE

dans la prévention de la carie

Neutralise
les acides de sucre
dans la plaque dentaire

Renforce
en reminéralisant
4 fois plus[1]

Variété JUNIOR disponible



Avec Neutraliseur d'Acides de Sucre™

20% de nouvelles caries en moins

Résultats d'une étude clinique de 2 ans sur 5669 sujets[2]

[1] Comparé à un dentifrice fluoré classique contenant 1450 ppm F- (monofluorophosphate de sodium). [2] Comparé à un dentifrice fluoré classique à 1450 ppm F-. Li X, Zhong Y, Jiang X, Hu D et al. J Clin Dent 26:7-12 (2015).

Colgate® VOTRE PARTENAIRE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Service commercial : 02 37 51 67 59
Colgateprofessionnel_commandedentiste@colpal.com
www.gaba.fr

COLGATE-PALMOLIVE SAS au capital de 6 911 1896. RCS 478 991 649 Nanterre F – 92270 Bois-Colombes.