



Conférence inaugurale

Vendredi 11 avril 2014

9h30-11h00

Salle A

Dépulper, ne pas dépulper, ou repulper... L'endodontie enfin revisitée

Simon S

*MCU-PH en Sciences Biologiques et Endodontie Université Denis Diderot (Paris 7)
Spécialiste Qualifié en Médecine Bucco-Dentaire. Associate Researcher – College of Medical and Dental Sciences - University of Birmingham (UK). Directeur du Diplôme Universitaire Européen d'Endodontologie Clinique. Laboratoire INSERM UMRS 812, Equipe 5, Paris, France*

L'endodontie moderne de la dent permanente est souvent restreinte à tort aux seuls nettoyage/désinfection/obturation du système endodontique. Si ces concepts ont largement fait leurs preuves depuis l'énoncé des principes de base dans les années 70, force est de constater que l'évolution clinique réalisée concerne uniquement les moyens de mise en œuvre (instruments, matériau).

La recherche fondamentale sur la pulpe dentaire, et principalement sur les cellules souches du parenchyme ou des tissus environnants, a permis depuis quelques années d'imaginer d'autres thérapeutiques.

La création d'un tissu conjonctif/pulpaire dans un canal infecté (technique appelée « revascularisation canalaire ») est dorénavant proposée comme une technique alternative à l'obturation conventionnelle dans le cas des dents immatures par exemple.

D'autres travaux, notamment sur le coiffage pulpaire et la réponse de la pulpe aux agressions permettent d'imaginer à court/moyen terme des techniques d'obturation beaucoup moins invasives, reproductibles et probablement plus faciles à mettre en œuvre.

L'endodontie moderne sera plus pharmacologique, biologique et moins invasive. Plutôt que substitutive, elle s'imposera probablement comme un complément aux techniques actuellement utilisées.

Cette présentation aura pour objectif de décrire les nouvelles approches de l'endodontie, de faire le point sur leur évolution et notamment sur leur pertinence clinique. Du laboratoire à la clinique, les choses sont parfois complexes; néanmoins une véritable approche translationnelle permet de comprendre pourquoi et comment les choses doivent évoluer.



Prise en charge anxiété et douleur, anesthésie

Vendredi 11 avril 2014

11h30-13h00

Salon Versailles

O.1. Technique d'anesthésie intraosseuse et acceptation de l'anesthésie locale chez l'enfant

Aussel A^{1,2,3}, Amédée J³, Nancy J³, Lavaud A³, Barsby T³, Rouas P³, Thébaud NB^{1,2,3}

¹Université Bordeaux, Bioingénierie tissulaire, U1026, F-33000 Bordeaux, France, ²INSERM, Bioingénierie tissulaire, U1026, F-33000 Bordeaux, France, ³CHU de Bordeaux, F-33000 Bordeaux, France

Notre étude vise à évaluer si le QS4 améliore l'acceptation par l'enfant de l'anesthésie locale et s'il permet de diminuer les effets secondaires de celle-ci.

Les enfants inclus ont entre 6 et 10 ans, et l'acte pour lequel l'anesthésie est effectuée est une pulpotomie sur dent temporaire. Le choix du type de dispositif d'anesthésie (seringue classique, Paroject ou QS) est fait de façon randomisée. L'anesthésique utilisé est de l'articaine à 1/200 000 adrénalinée. Les parents de l'enfant sont informés et ont signé, s'ils acceptaient que leur enfant participe à l'étude, le formulaire de consentement éclairé. Le questionnaire est posé juste après l'anesthésie, prioritairement par le praticien qui aura réalisé cette anesthésie. Notre étude ne comprend que 5 opérateurs : 1 sénior rompu à la technique et 4 externes en Odontologie (5ème ou 6ème année) formés en même temps à cette technique d'anesthésie, afin d'éviter les biais dus à l'habitude ou non de cette technique. Nous avons inclus 30 enfants par type de dispositif. Le questionnaire est appliqué en hétéro-évaluation et comporte 7 questions, certaines pour lesquelles la réponse est oui ou non et d'autres pour lesquelles l'enfant détermine un « smiley » qui correspond à une échelle de valeur numérique. Il porte sur le ressenti de l'enfant (peur, sensations de fourmillements, appréciation du dispositif).

Cependant, afin d'obtenir des résultats plus objectifs que ceux fournis par un questionnaire, nous utilisons parallèlement l'échelle de Frankl en critère principal. Un observateur objectif code le comportement de l'enfant durant l'anesthésie.

O.2. Foramen mandibulaire : odontogénie et intérêt clinique

Feuerstein D

Université Paul Sabatier Toulouse III – France

L'anesthésie locorégionale au foramen mandibulaire intervient lors de soins par quadrants, de soins sur dents abcédées ou sur les molaires mandibulaires.

La localisation du foramen, indispensable pour la réussite de l'acte, a été l'objet de nombreuses études aux résultats contradictoires. Notre étude en 3D localise le foramen en fonction de l'âge dentaire de l'enfant par rapport aux repères dentaires.

Notre étude a été conduite sur 260 tomodensitométries d'enfants, d'adolescents et d'adultes (âge moyen de 12,38 ± 6.66 ans). Après avoir classé ces sujets en classe d'âge selon Hellman et Shea, nous avons établi un plan de référence (Plan Occlusal Moyen) et calculé les distances du foramen par rapport à ce plan. La normalité des groupes a été validée par des tests statistiques de Shapiro-Wilck et de R d'Agostino ainsi que des tests graphiques. Les différentes valeurs ont subi des tests d'ANOVA, de Tukey et un test de corrélation.

Les résultats montrent que la distance Foramen-Plan Occlusal Moyen évolue peu avec l'âge dentaire et se situe entre 2 à 3mm pour les groupes G2 (6 ans), G5 (11.5 ans) et G7 (23 ans) et pour les groupes G (14 ans), G3 (9.5 ans), G4 (10.5 ans) et G6 (13 ans) elle est pratiquement nulle.

Notre étude en 3D démontre que le foramen évolue vers l'arrière et vers le haut lors de la croissance mandibulaire, mais le plan occlusal suit cette évolution. Donc chez

tous nos patients, quel que soit l'âge, nous pouvons conseiller de piquer à 6 mm au-dessus du plan d'occlusion lors d'une anesthésie au foramen mandibulaire.

O.3. Faut-il avoir peur de l'ibuprofène ?

Jégat N¹, Dubus MH², Vital S³, Vanderzwaln A³

¹Université Paris Descartes, Hôpital Bretonneau – France; ² Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier, CH Seclin –France; ³Université Paris Descartes, Hôpital Louis Mourier, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, France

Depuis une dizaine d'années, la prescription d'ibuprofène chez l'enfant est très controversée. Certains médecins et service d'urgences pédiatriques y sont totalement opposés et bon nombre de parents se sont vus reprocher d'avoir donné de l'ibuprofène à leur enfant fébrile et/ou douloureux. En 2004, la polémique était lancée par un quotidien national qui critiquait ouvertement l'ibuprofène en s'appuyant sur les dires de pharmacologue, pédiatre-réanimateur, chef de service d'urgences pédiatriques parisiens. Ces critiques résultaient de suspicions d'effets secondaires graves observés chez des enfants sous ibuprofène : insuffisance rénale et nécroses cutanées sévères et irréversibles. L'ANSM a donc été amenée à émettre des recommandations de prescription à destination des professionnels de santé en charge des enfants. Et au nom du principe de précaution, l'ibuprofène, comme l'acide acétylsalicylique désormais, tend à ne plus être prescrit chez l'enfant. Après analyse de la littérature, nous évoquerons les principaux arguments en faveur et contre l'utilisation de l'ibuprofène. Et, dans la mesure où la codéine vient d'être interdite d'utilisation chez l'enfant de moins de 15 ans, nous nous intéresserons à la place que peut avoir l'ibuprofène dans la pharmacopée de l'odontologue pédiatrique ainsi que dans l'arsenal des antalgiques/antipyrétiques en général et notamment par rapport au paracétamol.

O.4. Dessine-moi un dentiste...

Cucchi C, Callejas G, Laroque S, Muller-Bolla M, Lupi-Pegurier L

Université de Nice Sophia-Antipolis, Nice, France

Le chirurgien-dentiste est très souvent synonyme de peur, d'angoisse ou d'anxiété chez les patients, petits ou grands.

Sur une ligne imaginaire, le dentiste se situerait quelque part entre l'Ogre et Dracula, deux personnages dont le rapport à la dentition ne fait que renforcer la représentation fantasmatique du soin dentaire.

La sédation consciente par inhalation de MEOPA aide à la prise en charge de l'anxiété et de la douleur du patient et permet ainsi les soins bucco-dentaires nécessaires.

Cependant, l'évaluation de l'anxiété chez l'enfant est bien plus difficile que chez l'adulte.

Or, le dessin est un mode d'expression intuitif chez l'enfant et il nous est apparu comme un outil de communication de choix avec le jeune patient.

Nous avons donc réalisé une analyse préliminaire auprès des enfants de 3 à 7 ans qui venaient de sortir d'une séance de soin dans le département de Sédation consciente de l'Hôpital Saint Roch au CHU de Nice.

La consigne était la même pour tous : « Dessine-moi un dentiste... »

Avec l'aide d'un pédopsychiatre, nous avons tenté de décrypter les dessins obtenus.

Cette première analyse nous a permis d'affiner la pertinence de nos observations et d'en tirer un protocole d'étude visant à comparer l'anxiété des enfants soignés avec ou sans sédation au cours de plusieurs séances.

O.5. Les échelles d'évaluation de la douleur chez le patient polyhandicapé peuvent-elles trouver une place en Odontologie?

Hyon I, Canac M, Lopez-Cazaux S, Roy E, Dajean-Trutaud S
Université et CHU de Nantes, Nantes, France

Le patient polyhandicapé est un patient non communicant au sens classique du terme. L'interrogatoire et l'examen bucco-dentaire sont souvent difficiles à réaliser. Il est donc plus compliqué pour le chirurgien-dentiste de déterminer l'origine d'une douleur, de l'évaluer, de poser un diagnostic pour ce patient. Evaluer la douleur ressentie par le patient aide à avoir une réponse adaptée à la situation clinique. Des échelles d'évaluation de la douleur existent. Celles d'auto évaluation ne sont en général pas utilisables pour un patient polyhandicapé. Les outils de choix sont donc les échelles d'hétéro évaluation. C'est avec l'entourage (parents, aidants, personnel soignant) que se remplissent ces échelles. Son rôle est capital. L'objectif de cette présentation est de répertorier les outils d'hétéro évaluation les plus utilisés chez les patients polyhandicapés. Puis, nous verrons si certaines de ces échelles peuvent trouver leur place en odontologie. Leur mise en pratique est-elle réaliste/réalisable?

O.6. Hypnose conversationnelle: Quelques outils de communication

Parodi C
Association Francophone d'hypnose dentaire, HYPNOTEETH (AFHD), CHFTB, AFHD, Echiré, France

Objectif: montrer que des recettes simples évitent les écueils. La façon de communiquer est primordiale dans la relation avec nos patients. Bien communiquer évite les blocages et permet d'avancer dans le soin beaucoup plus vite. A travers différents exemples cliniques on découvrira l'utilisation du choix illusoire de l'implication et les pièges de la négation.

A.1. Intérêt du Quicksleeper S4 dans la prise en charge des patients atteints de MIH

Laumaillé M, Zieba T, Borowski M, Delfosse C, Trentesaux T
Université de Lille II, Lille, France

Introduction. L'hypominéralisation molaire et incisive (MIH) constitue un défaut d'origine systémique atteignant une à quatre premières molaires permanentes associé ou non à une atteinte des incisives permanentes. Le nombre d'enfants atteints est en augmentation depuis une trentaine d'années. En raison d'une inflammation pulpaire chronique, les molaires mandibulaires affectées sont très souvent réfractaires aux anesthésies locales classiques. Un recours aux anesthésies locorégionales associées ou non aux techniques de sédation est classiquement préconisé. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un système d'anesthésie à injection électronique contrôlée dans la prise en charge du MIH pour pallier aux difficultés d'anesthésie.

Méthode. 30 patients âgés de 6 à 11 ans, présentant un MIH et nécessitant la réalisation d'un soin conservateur sont inclus dans l'étude préliminaire. Chaque patient bénéficie d'une anesthésie prémuqueuse suivie d'une injection ostéocentrale d'articaine 1/100000^{ème} à l'aide du système QuickSleeper S4.

Résultats. Un silence opératoire est obtenu dans la plupart des cas. Il permet de réaliser le soin sitôt la fin de l'injection. La notion d'échec reste difficile à apprécier car l'anxiété du soin dentaire qui caractérise ces patients influence fortement leur ressenti.

Discussion. L'utilisation du système Quicksleeper S4 pour la réalisation d'une anesthésie ostéocentrale, parfois associée à une inhalation de MEOPA permet d'obtenir très rapidement un silence opératoire efficace. Cette étude préliminaire montre l'intérêt de l'anesthésie ostéocentrale réalisée avec un système rotatif à injection contrôlée dans la prise en charge des MIH. Une étude sur un échantillon plus important est nécessaire pour confirmer ces résultats préliminaires.

A.2. Qui sont les enfants soignés sous anesthésie générale ?

Roy E, Saho M, Tanneau C, Hyon I, Dajeau-Trutaud S

UFR Odontologie Nantes, CHU Nantes, Nantes, France

Les demandes de soins dentaires sous anesthésie générale chez l'enfant sont de plus en plus nombreuses, au point que les délais d'attente atteignent plusieurs mois dans la plupart de nos services. Ce type de prise en charge répond à des indications bien précises, répertoriées par la Haute Autorité de Santé. La réalité de l'exercice semble montrer que les enfants sont pris en charge sous anesthésie générale parce qu'ils sont atteints d'une pathologie générale, justifiant des soins dentaires urgents et réalisés en une séance, qu'ils présentent un handicap ne leur permettant pas d'être soignés au fauteuil dentaire dans de bonnes conditions ou qu'ils évoluent dans un contexte psycho-socio-économique défavorable, entraînant un refus de soins au fauteuil dentaire. Un travail préliminaire réalisé au CHU de Nantes d'avril 2011 à avril 2012 nous a permis de faire le point sur les caractéristiques des enfants pris en charge et sur le type de soins réalisés sous anesthésie générale. A la lecture des résultats, des informations font défaut, notamment sur le profil socio-économique des familles. Aussi, nous avons mis en place depuis septembre 2013 un recueil standardisé de données issues du dossier médical de l'enfant et de l'interrogatoire des parents de l'enfant, ce qui nous permettra de mieux connaître les enfants pris en charge.



Symposium GABA

Vendredi 11 avril 2014

11h30-13h00

Salon Versailles

Prise en charge des lésions inesthétiques des dents permanentes antérieures

Rouas P

Université de Bordeaux, Bordeaux, France

De plus en plus de patients présentent des défauts amélaire au niveau des dents antérieures. Dans le même temps, l'importance du sourire dans notre société n'a jamais été aussi prépondérante et nous amène à devoir proposer des solutions esthétiques adaptées.

L'érosion-infiltration résineuse, la micro-abrasion amélaire, la macro-abrasion, la stratification des matériaux composites, les masques composites, voir les coiffes transitoires, constituent autant de réponses possibles face aux défauts tissulaires inesthétiques.

Le choix parmi ces options thérapeutiques repose sur trois principaux items.

- L'analyse des caractéristiques des lésions, au cours de l'examen clinique, qui permet de définir le nombre de dents atteintes, leur symétrie éventuelle, et pour chaque dent, le type de défaut, la couleur, la localisation, l'étendue et les contours des lésions.
- Le diagnostic, indispensable, qui permet, à la lumière de la littérature, d'obtenir des données sur la profondeur des lésions. Il doit être précoce de manière à fournir des informations sur l'urgence éventuelle d'une intervention.
- Le gradient thérapeutique qui permet de hiérarchiser les options thérapeutiques en fonction de leur caractère plus ou moins invasif. Ce concept doit guider le praticien vers les solutions à coût biologique faible.

Dans un premier temps, nous aborderons la question des patients éligibles à ces traitements, les clés du diagnostic, ainsi que les critères de choix permettant d'opter pour les thérapeutiques les plus adaptées. Dans un second temps, nous décrirons étapes par étapes les différents protocoles de réalisation de chaque thérapeutique à travers de nombreux cas clinique.



Séances DPC **Urgences, traumatismes**

Vendredi 11 avril 2014
14h30-18h00

Salon Versailles

1^{ère} partie. Séance DPC: urgences, traumatismes

Introduction, prévention, traumatismes des dents temporaires et fractures des dents permanentes

O.1. Comprendre l'urgence et les complications des traumatismes

Naulin-Ifi C

Université Paris Diderot Paris VII, Paris, France

La gestion des traumatismes et de leurs complications représente un challenge pour le chirurgien-dentiste, d'autant plus important que le pronostic à long terme de la dent est en jeu. Les traumatismes avec implications orales représentent plus de 5% des traumatismes corporels et dans 90% des cas les dents sont concernées. Pour deux tiers des traumatismes, les incisives maxillaires sont impliquées. Les fractures coronaires sans exposition pulpaire représentent 50 à 60% des cas contre 0,3% à 5% de cas de fractures radiculaires.

La prévalence du traumatisme dentaire augmente jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle représente 30% des patients en denture temporaire et 20% en denture permanente. On distingue six types de luxations, de la plus simple à la plus complexe (concussion, subluxation, extrusion, luxation latérale, intrusion et

expulsion). A celles-ci peuvent être associés 9 types de fractures. Ainsi 54 scénarii de cicatrisations sont envisageables. De plus, les blessures touchant l'organe dentaire impliquent au minimum 19 types de systèmes cellulaires différents.

Il est donc indispensable de comprendre les mécanismes mis en jeu (rupture ou compression) au sein des tissus pulpaire ou parodontal, afin de mettre en œuvre la meilleure prise en charge et de diminuer au maximum la perte de chance pour le patient. Il existe cependant certains paramètres pré ou post-traumatiques sur lesquels nous pouvons influencer afin de gérer et limiter au mieux les complications pulpaires et parodontales. Ainsi, dès 1996 Feiglin distingue les facteurs antérieurs aux traumatismes (anatomie dentaire, stade de développement radiculaire, occlusion, présence de puits et fissures, conditions parodontales, finesse et degré de résilience des tissus mous) des facteurs consécutifs (Le délai de prise en charge du traumatisme (délai de prise en charge, milieu de conservation de la dent expulsée ou du fragment, protection du tissu pulpaire, repositionnement et contention et suivi).

Le pronostic des traumatismes dentaires est dépendant du temps écoulé entre l'accident et la mise en œuvre du traitement. Les fractures coronaires peuvent être restaurées mais si la pulpe est exposée le traitement doit être effectué dans les quelques heures suivant le traumatisme afin de sauvegarder la vitalité pulpaire. Lorsque les tissus parodontaux sont incriminés, la sévérité de l'atteinte détermine la cicatrisation. Les conséquences du traumatisme sont dépendantes du stade de développement radiculaire et du type de fracture.

O.2. Protection intra-buccale en Odontologie Pédiatrique

Poisson P, Zunzarren R, Devillard R

Université de Bordeaux, Pôle d'Odontologie et de Santé Buccale, Centre Hospitalier, Bordeaux, France

La Protection Intra-buccale (PIB) a fait la preuve de son action dans la prévention des traumatismes buccodentaires : réduction du risque de blessure des tissus mous (la langue, les lèvres et les joues), réduction du risque de lésion des dents antérieures maxillaires et réduction du risque de choc violent inter-arcades.

La PIB est considérée comme un Equipement de Protection Individuelle (EPI) qui doit donc satisfaire aux exigences essentielles de santé et de sécurité de la Directive Européenne 89/686/EEC en matière de conception, d'innocuité, ainsi que de facteurs de confort et d'efficacité. Ces exigences sont applicables à l'ensemble des catégories de PIB : Standard (Type I), Adaptable (Type II) et Sur mesure (Type III).

Si la PIB sur mesure est classiquement considérée comme le modèle le plus performante, son coût peut être un frein à son développement dans la population des jeunes sportifs.

L'objectif de cette communication est de rappeler les exigences essentielles des PIB, ainsi que leur traduction clinique et technique par la présentation des différentes étapes de la confection d'une PIB sur mesure thermoformée par aspiration dont les caractéristiques en font une technique de choix pour la prévention des traumatismes en odontologie pédiatrique.

O.3. Conduite à tenir lors des traumatismes des dents temporaires

Pierre A¹, Ifi-Naulin C², Joseph C¹, Muller-Bolla M¹

¹Université de Nice Sophia-Antipolis, Nice, France, ²Université Paris Diderot Paris VII, Paris, France

La fréquence des traumatismes chez le jeune enfant, notamment lors de l'apprentissage de la marche et de la course, en fait un motif de consultation courant.

Nous devons donc être capables de réagir dans l'urgence au regard de la situation clinique pour prendre une décision thérapeutique optimale.

Cette présentation a pour but de vous aider à adopter une attitude standardisée, en apportant des réponses claires à des questions pratiques : quand faut-il s'abstenir d'intervenir ? Effectuer un traitement pulpaire ? Extraire ? Mettre en place une contention ? Elle est basée sur l'analyse des recommandations internationales les plus récentes. Après avoir décrit les examens utiles à notre démarche diagnostique, nous nous concentrerons essentiellement sur les traitements à réaliser en fonction des deux grandes catégories de traumatismes. Les traumatismes des tissus parodontaux sont plus fréquents que ceux des tissus durs, du fait de la moindre minéralisation de l'os alvéolaire et de la morphologie des dents temporaires (racines courtes). Dans ce contexte, le degré de déplacement et la mobilité de la dent temporaire sont pris en compte. A l'occasion d'un traumatisme des tissus durs, la taille et la durée de l'exposition pulpaire sont des critères déterminants. Dans tous les cas, le stade physiologique de la dent temporaire et la coopération de l'enfant vont nous guider pour choisir la bonne option thérapeutique.

O.4. Prise en charge des fractures des dents permanentes chez l'enfant et l'adolescent

Marie-Cousin A, Licht L, Lemaréchal S, Sixou JL

Université de Rennes 1, Rennes, France

De tous les traumatismes faciaux, les traumatismes bucco-dentaires sont les plus courants. L'étiologie du traumatisme est liée à sa nature (directe ou indirecte), à sa localisation (essentiellement bloc incisif supérieur et menton), et à son intensité.

Les fractures sont, avec les luxations, les manifestations les plus fréquentes en denture permanente. Le trait de fracture peut intéresser plusieurs tissus : émail, dentine, pulpe ; et plusieurs structures : couronne, racine ou les deux.

Chez l'enfant, les fractures coronaires sans exposition pulpaire sont plus fréquentes, tandis que les fractures corono-radiculaires et radiculaires sont plus souvent retrouvées chez l'adolescent et l'adulte.

Suivant l'âge du patient, la maturité du tissu pulpaire influence directement nos traitements. Chez l'enfant et l'adolescent, l'enjeu est de conserver, dans la mesure du possible, la vitalité pulpaire de la dent permanente immature pour permettre une édification radiculaire physiologique.

La prise en charge d'une fracture radiculaire dépend en premier lieu de son type et de sa situation. Elle peut faire intervenir une étape chirurgicale et/ou orthodontique. Elle doit être pensée globalement, parfois multidisciplinaire, de façon à préserver le sourire pendant l'enfance et l'adolescence, l'espace et les tissus de soutien.

La mise en œuvre d'un traitement initial optimal est donc nécessaire pour mieux appréhender les complications pulpaires et/ou parodontales qui peuvent en résulter.

A.1. Apport du MTA dans le traitement des dents permanentes immatures traumatisées

Masmoudi Baccouche F, Baccouche Z, Abid A

Faculté de médecine dentaire de Monastir, Monastir, Tunisie

Les traumatismes dentaires constituent l'urgence la plus fréquente au cabinet dentaire. Différentes études ont montré que ces traumatismes touchent le plus souvent les enfants âgés de 8 à 12 ans.

Les dents les plus touchées sont les incisives maxillaires, qui sont, à cette tranche d'âge, souvent immatures.

Du fait de la laxité desmodontale et de la moindre minéralisation osseuse, les traumatismes les plus rencontrés au niveau des dents permanentes immatures sont de type luxation ou expulsion.

La fracture radiculaire est rare, mais peut survenir au niveau d'une incisive permanente immature suite à un choc horizontal.

La dent permanente immature présente des particularités anatomiques, histologiques et physiologiques qui rendent complexe le traitement endodontique. Le parage canalaire est souvent difficile à réaliser. L'obtention de l'assèchement du canal et de l'étanchéité de l'obturation ne sont pas évidents en raison de l'absence de barrière apicale.

Dans ce travail, on présentera un cas clinique d'un enfant âgé de 8 ans qui a consulté suite à un traumatisme ayant entraîné une luxation de la 21 et une fracture radiculaire du tiers apical de la 11.

Suite à la nécrose de ces dents, un traitement endodontique par MTA a été indiqué.

Des contrôles cliniques et radiologiques ont été réalisés pour dépister toute complication.

A.2. Intrusion d'une incisive temporaire maxillaire: conséquences sur l'incisive permanente sous-jacente

Ravinet C, Naulin-Ifi C

Université Paris Diderot- Paris VII, Paris, France

Les intrusions dont la fréquence en denture temporaire varie de 4.4% à 22% résultent d'un choc axial provoquant l'impaction plus ou moins sévère de la dent traumatisée.

Outre les conséquences directes évidentes sur la dent temporaire traumatisée, les conséquences potentielles sur le germe sous-jacent sont relativement élevées de par leur proximité anatomique. La sévérité des séquelles dépend du degré, de l'axe d'intrusion de l'incisive temporaire et du stade d'édification du germe successional.

Une prise en charge immédiate adaptée, ainsi qu'une surveillance clinique et radiologique sont indispensables afin de minimiser les conséquences sur la dent permanente. L'absence de suivi ou une thérapeutique inadaptée peut aboutir à un préjudice esthétique et fonctionnel sévère tel que la perte de l'incisive permanente.

Cette conférence au travers de deux cas cliniques illustrera les questions que tout praticien doit se poser lors de la consultation d'urgence sur la conservation ou non de la dent temporaire intruse.

2^{ème} partie. Séance DPC: urgences, traumatismes **Intrusion, luxation, expulsion**

O.1. Prise en charge de l'intrusion des dents permanentes

Hessissen H, Chiban M, Ramdi H, Amezian R

Faculté de médecine dentaire de Rabat, Rabat, Maroc

Les traumatismes dentaires intéressent le 1/3 des enfants en bas âge (moins de 5 ans). Cette fréquence diminue avec l'âge pour se situer autour de 30% à l'âge de 12 ans.

Si chez la première tranche le potentiel de réparation est important durant cette phase de croissance, chez la seconde, notamment pour les plus de 12 ans, ce potentiel est moins important. De ce fait, le traitement des dents définitives et de leurs tissus de soutien suite à un traumatisme présente un pronostic réservé.

La prise en charge requiert une bonne connaissance des processus de cicatrisation pulpaire et parodontale. Le diagnostic et le traitement, faits dans l'urgence, doit être rapides et précis.

Nous présentons ici le cas d'une adolescente de 14 ans victime d'une chute en milieu scolaire. Elle présentait des intrusions, extrusions et luxations multiples de dents permanentes. Le repositionnement et la contention ont été la première étape de notre prise en charge. Nous allons voir comment le cas a évolué depuis un peu plus de 2 ans.

O.2. Luxation, extrusion des dents permanentes

Dursun E, Bui M-T, Bérat P-J, Landru M-M

Université Paris Descartes, Paris, France

Les extrusions (luxation en égression) ou luxations latérales (déplacement non axial, associé à une fracture d'une paroi de l'alvéole) sont des traumatismes des tissus de soutien parodontaux, avec de conséquentes répercussions sur le paquet vasculo-nerveux. Leurs protocoles respectifs de prise en charge sont techniquement semblables : ils reposent sur le repositionnement de la (des) dent(s) dans leur position physiologique originelle et la mise en place une contention (de durée variable).

Comme pour tout traumatisme, chaque cas doit être considéré de manière individuelle, en prenant en compte tous les éléments de la situation clinique, dont les éventuels traumatismes associés. L'objectif est de tout mettre en œuvre : pour permettre une revascularisation, essentiellement dans le cas des dents permanentes immatures, autorisant l'achèvement de la radiculogenèse et de l'apexogenèse ; pour intercepter les complications telles que les résorptions radiculaire, l'ankylose, la perte osseuse marginale, la nécrose pulpaire ou l'oblitération pulpaire canalaire. L'ultime finalité étant de maintenir la dent traumatisée sur arcade pour une durée maximale.

Cette présentation a pour but, par le biais d'une revue de la littérature et de cas cliniques, de rapporter les données épidémiologiques, d'exposer les attitudes recommandées en fonction des paramètres cliniques (degré de maturité radiculaire, sévérité de la luxation, moment de l'intervention thérapeutique) et de décrire les complications pulpaires et parodontales pouvant être engendrées.

O.3. Collaboration Orthodontique et Pédodontique dans la gestion de traumatismes dentaires: luxation, expulsion et réimplantation

Charavet C, Foucher F, Limme M

Université et CHU de Liège, Liège, Belgique

Dans le cadre de notre service d'urgence, nous sommes amenés à gérer pluridisciplinairement des cas de traumatismes dentaires.

En effet, orthodontistes et pédodontistes travaillent en étroite collaboration afin de proposer un plan de traitement d'urgence mais également à long terme.

Nous tenterons à travers différents cas de traumatismes dentaires iconographiés issus de notre service d'urgence d'exposer notre pratique clinique. Différents points seront mis en évidence :

- Quand et comment réimplanter? Faut-il toujours réimplanter?
- Quel type d'attèles utiliser?
- Comment mettre en place un appareil orthodontique fixe?
- Quand procéder au traitement de racine en urgence et de façon définitive? Quels matériaux utiliser?
- Quelle gestion à long terme?

Ainsi, tout au long de cette communication, nous aborderons et illustrerons les questions pratiques auxquelles nous sommes confrontés.

O.4. Décoronation

Naulin-Ifi C

Université Paris Diderot Paris VII, Paris, France

L'ankylose est un phénomène statique dû à la fusion pathologique du cément et ou des racines à l'os alvéolaire. Ce phénomène peut être suivi d'un processus dynamique provoquant le remplacement progressif de la racine par de l'os alvéolaire: la résorption de remplacement. On peut observer ensuite la perte complète de la racine en 3 à 7 ans chez un enfant âgé de 7 à 16 ans.

L'ankylose empêche le déplacement physiologique ou thérapeutique de la dent, provoque l'arrêt du processus éruptif ainsi que de la croissance osseuse alvéolaire associée. La dent se retrouve alors bloquée au niveau occlusal du départ de l'ankylose. L'infraclusion de la dent ankylosée est progressive à mesure que les dents adjacentes poursuivent leur éruption accompagnée d'une croissance verticale de l'os alvéolaire. Elle provoque un défaut significatif d'os alvéolaire risquant de compromettre le traitement prothétique ultérieur ou d'entraîner des procédures complexes pour retrouver une hauteur et une épaisseur d'os suffisante. Le déplacement orthodontique des dents ankylosées est impossible. L'infra-position de la dent provoque une perte de longueur d'arcade et la version des dents adjacentes. En l'absence de traitement, on constate des séquelles esthétiques importantes : une perturbation de la ligne du sourire due au non alignement des bords libres et une perte de hauteur de gencive attachée.

Plusieurs options thérapeutiques existent actuellement : l'extraction précoce accompagnée d'une prothèse provisoire, l'extraction suivie de la fermeture orthodontique de l'espace, l'autotransplantation et l'ostéotomie de la dent ankylosée. La procédure de décoronation avec maintien de l'espace et réhabilitation esthétique temporaire a alors été proposée dès 1984 par Malmgren afin de limiter la perte osseuse. Cette procédure chirurgicale est simple avec des résultats fiables et permettant une approche conservatrice en comparaison avec les autres thérapeutiques chirurgicales. Si l'ankylose est dépistée entre 7 et 10 ans, il est conseillé de la réaliser dans les 2 ans car le risque de perte osseuse est le plus grand pour cette tranche d'âge. Si en revanche elle survient entre 10 et 12 ans, la décision devra être prise au cas par cas. Quand l'ankylose est diagnostiquée pendant le pic de croissance, elle doit être réalisée le plus tôt possible. Après 12 ans une simple surveillance est recommandée, l'infraclusion progressant moins vite. La décoronation sera alors réalisée idéalement 2 ans avant la chirurgie implantaire afin de permettre le remodelage de la racine.

A.1. Réimplantation des dents permanentes: suivi à long terme

Bacho R, Nasrallah Nasseh H

Faculté de Médecine Dentaire, Université Libanaise, Beyrouth, Liban

L'avulsion traumatique des dents permanentes est un accident grave qui nécessite une prise en charge rapide et efficace pour permettre un excellent pronostic.

La conduite à tenir est différente pour les dents permanentes matures et immatures, et aussi dans les cas d'intervention rapide ou retardée.

Des cas cliniques de réimplantation seront présentés avec un suivi à long terme. Le succès de notre traitement doit être évalué avec le temps, et les complications peuvent être très difficiles à corriger, surtout quand les recommandations internationales ne sont pas respectées.

A.2. Etude rétrospective du service des urgences en Odontologie Pédiatrique- Hôpital Rothschild

Abouzidan-Ghazali M, Artaud C, Naulin-Ifi C

Université Paris Diderot Paris VII, Paris, France

Les urgences odontologiques pédiatriques regroupent les urgences douloureuses, traumatiques et infectieuses. Devant la complexité de la prise en charge du jeune patient algique tant au niveau de la gestion de l'anxiété, qu'au niveau thérapeutique, un grand nombre de praticiens adresse ces enfants en milieu hospitalier. L'activité du service d'urgence d'odontologie pédiatrique a connu ces dernières années une croissance quasi constante, dépassant parfois les capacités d'accueil.

Plus de 2000 patients âgés de 0 à 15 ans, se sont présentés au service des urgences odontologiques pédiatriques à l'hôpital Rothschild entre Janvier 2013 et décembre 2013.

Il nous est apparu intéressant d'effectuer une étude rétrospective des consultations d'urgence sur cette année 2013. Les caractéristiques étudiées sont le profil démographique (âge, sexe), le bassin géographique de recrutement, le motif de consultation, le parcours de soins du patient consultant en urgence, ainsi que le suivi ou non dans le service de soins pédodontiques après la réalisation de l'acte d'urgence.

Cette évaluation a pour objectif de mieux contrôler et mieux répondre à la demande de soins.



Symposium Oral B

Vendredi 11 avril 2014

14h30-16h00

Salle A

O.1. Communication avec l'adolescent. Pour que naisse et grandisse la confiance - adaptions notre communication

Dajean-Trutaud S

Université de Nantes, Nantes, France

L'adolescence, période de fragilité, d'interrogations, de doutes, de contradictions de transformations physiques, psychiques, relationnelles, de mal-être est aussi le temps de l'ouverture, de la curiosité, de la recherche d'autonomie, de la découverte des autres, de la construction de soi. C'est une phase d'opposition aux parents, à l'adulte, de prises de risque, de limites toujours repoussées. C'est une période où des pathologies bucco-dentaires peuvent apparaître, se développer, s'aggraver. Comment communiquer efficacement avec cet adolescent qui se trouve dans notre salle de soins, qui rarement vient de lui-même, qui souvent est amené par les parents et qui n'a qu'une envie : être avec son groupe ?! Comme toujours, le chirurgien-dentiste doit s'ajuster à l'adolescent, à ses parents avec bienveillance. Il doit faire naître et croître la confiance pour pouvoir être entendu dans ses messages. Communiquer, pour ne pas amener l'adolescent à entrer en résistance...La première consultation est capitale. C'est là que s'établit une communication de qualité, un des piliers de l'alliance thérapeutique. Elle doit permettre d'entrer en contact avec l'autre, de comprendre, d'être compris. Elle permet de créer un climat de confiance. Cela demande du temps et passe pour le praticien par le respect de soi et des autres, la cohérence, l'authenticité, par une communication verbale et non verbale, une écoute active, une observation fine de la situation, une compétence professionnelle affichée. Il faut être vrai avec l'adolescent, le reconnaître comme une personne responsable que l'on informe et qui donne son consentement. L'adolescent doit pouvoir s'exprimer, se sentir respecté, écouté, compris, exprimer ses besoins. Le praticien doit décrypter l'essentiel du message verbal et non verbal qu'envoie le patient. Il doit percevoir ce qui peut le motiver, respecter son silence, son rythme, ne pas juger, le valoriser. Il doit favoriser le dialogue et ainsi, construire avec l'adolescent, devenu partenaire/acteur, sa prévention et son soin.

O.2. Ses comportements alimentaires. *Alimentation de l'adolescent et Santé buccodentaire*

Bailleul-Forestier I

Université de Toulouse III, Toulouse, France

La croissance et le développement statura-pondéral survenant chez les adolescents nécessitent entre autre, pour leur santé bucco-dentaire, une alimentation diversifiée et équilibrée. Or ce processus survient à une période où les comportements de l'individu sont parfois peu rationnels.

Après un court rappel sur les apports indispensables de l'alimentation lors de la période pubertaire. Nous insisterons sur les nutriments, vitamines et sels minéraux indispensables à la santé bucco-dentaire de l'adolescent et du futur adulte.

Les répercussions de déficits nutritionnels auront à cette période peu d'effet sur la formation dentaire, quasi terminée, mais sur la santé parodontale. A travers différents exemple et en se référant à l'Evidence Based Dentistry, nous montrerons l'importance des apports en calcium, Fer, vitamine D et différents nutriments à cette période.

O.3. L'érosion dentaire chez l'adolescent

Courson F

Université Paris Descartes, Paris, France

La modification des habitudes de vie des adolescents au cours des dernières décennies ont entraîné dans nos cabinets le dépistage de nouvelles pathologies telles que l'érosion dentaire. Celle-ci se définit comme une lésion non carieuse résultant d'un processus chimique ou physico-chimique faisant intervenir des acides

d'origine endogène ou exogène sur les surfaces dentaires. L'épidémiologie montre chez les adolescents une prévalence de plus en plus importante et en évolution constante avec l'âge (15,7% à 12 ans et 30,7% à 15 ans). Celle-ci est plus importante chez les garçons que les filles. Quand elle est présente en denture temporaire, il y a un risque plus important de la retrouver en denture permanente. Ce sont les incisives maxillaires et les premières molaires mandibulaires qui sont les plus touchées mais à un stade de sévérité plus important, toutes les dents peuvent être atteintes.

Ces lésions dentaires sont le plus souvent multifactorielles et il est très important d'identifier les différents paramètres impliqués chez chaque patient. Il existe deux catégories d'acides à l'origine de ces érosions ;

Les acides d'origine exogène : liés soit à la multiplication d'apports acides dans une journée (comme les boissons acides type sodas, boissons énergétiques ou premix) ou à une surconsommation d'agrumes (citron, pamplemousse ou orange) ;

Les acides d'origine endogène : inhérents soit à des troubles comportementaux soit à des régurgitations acides.

Pour déterminer le degré de sévérité, on peut s'aider de la classification BEWE («Basic Erosive Wear Examination»), basée sur quatre scores que l'on détermine à partir de la somme de 6 valeurs correspondant à six secteurs buccaux.

La prise en charge thérapeutique commence par la suppression des facteurs de risque identifiés chez le patient et en fonction de la sévérité à une thérapeutique soit préventive, soit curative par des techniques de restaurations collées.

O.4. Les spécificités en parodontologie chez l'adolescent. *Le parodonte de l'adolescent: bien le connaître pour bien le soigner*

Lallam C

Exercice libéral, Boulogne Billancourt, Attachée d'enseignement Université Paris Descartes, Paris, France

Le parodonte est le miroir de la santé générale. Chez l'adolescent aussi, son aspect physiologique et/ou pathologique doit être observé afin de diagnostiquer précocement des manifestations tissulaires résultant de troubles parfois systémiques ou souvent locaux.

Une gingivite, une parodontite agressive, des récessions gingivales doivent être traitées selon un protocole s'adaptant cependant à la période de l'adolescence.

En effet, outre les changements hormonaux et les perturbations liées à une alimentation souvent déséquilibrée, une hygiène bucco-dentaire déficiente et le port d'appareils orthodontiques s'ajoutent parfois des comportements à risques comme les piercings ou la consommation de tabac ou de drogues.

Le dialogue, l'information, le diagnostic, la prise en charge parodontale s'étend de l'éducation thérapeutique à des techniques chirurgicales délicates dans le but de conduire nos adolescents à grandir avec un parodonte sain.



Prévention de la maladie carieuse

Vendredi 11 avril 2014

16h30-18h00

Salle A

O.1. Prévention chez la femme enceinte, la première opportunité pour assurer l'avenir bucco-dentaire de l'enfant

Dehaynin E, Jollant B, Borowski M, Trentesaux T, Delfosse C
Université Lille II, Lille, France

De nos jours, beaucoup de femmes enceintes ne consultent pas leur chirurgien-dentiste pendant leur grossesse. Certains praticiens refusent même de les soigner, le plus souvent par crainte de nuire au bon déroulement de la grossesse et à la santé du bébé à venir. Cette absence de soin peut générer des situations d'urgences douloureuses ou infectieuses, dommageables pour le fœtus et sa maman.

A la veille de la mise en place, par l'assurance maladie, d'un bilan de prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte, il paraît essentiel d'informer les chirurgiens-dentistes. La réalisation des soins dentaires est possible, à condition de respecter certaines précautions liées à la grossesse. De plus, le travail du chirurgien-dentiste n'est pas uniquement curatif : ces consultations sont autant d'occasions d'informer les futurs parents, sur les conseils d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire de la future mère, et du bébé à venir. En optimisant la santé bucco-dentaire de la maman, le chirurgien-dentiste diminue le risque de transmission du *Streptocoque mutans* de la mère à l'enfant. En évitant la mise en place de mauvaises habitudes alimentaires chez le nourrisson, le praticien participe à la prévention de la carie précoce du jeune enfant.

L'objectif de notre communication est de présenter un livret informatif réalisé pour être mis à disposition des praticiens. Il synthétise les recommandations actuelles pour une prise en charge optimale et adaptée de la femme enceinte au cabinet dentaire.

O.2. Caries et allaitement maternel: entre croyances et réalité

Reibel-Domergue A
Exercice libéral, Paris, France

Régulièrement, nous voyons arriver dans nos cabinets des mères désespérées face à leur jeune enfant qui souffre de caries. Pourtant celui-ci n'a jamais pris de biberon puisqu'il est toujours ou a été exclusivement allaité au sein. Bien souvent, ces mères nous soutiennent mordicus avoir entendu dire que le lait maternel est protecteur, voire qu'il empêche les caries. Comment le meilleur et le plus naturel des aliments pourrait provoquer des lésions carieuses ?

Le lait maternel, bien que de composition différente par rapport au lait artificiel, peut causer des caries précoces sur les dentures lactéales. C'est particulièrement le cas si sont conjuguées une absence de brossage et la présence d'un frein labial supérieur court.

Si le syndrome du biberon est relativement connu par les pédiatres et par la société, grâce à des articles de vulgarisation, la relation entre caries précoces et allaitement maternel à la demande l'est beaucoup moins. Ceci cause des difficultés d'acceptation du diagnostic par les mères, ou encore des problèmes de culpabilité.

Après avoir rappelé les bienfaits de l'allaitement maternel et comparé les laits maternel et artificiel, nous aborderons au travers de plusieurs cas cliniques le diagnostic, la prise en charge et les différents moyens de prévention de cette pathologie.

L'objectif de cette présentation n'est pas de diaboliser l'allaitement ou de juger des mères qui choisissent parfois d'allaiter plusieurs années, mais d'expliquer comment

par des moyens simples on peut éviter à de très jeunes enfants de se retrouver dans des situations bucco-dentaires délicates.

O.3. Education thérapeutique du patient et Odontologie Pédiatrique, offrir à l'enfant des outils pour agir

Trentesaux T, Ternois M, Rousset MM

Université Lille II, CHRU Lille, Lille, France

La carie précoce du jeune enfant constitue une maladie chronique. Dans ce cadre, mettre en place un programme d'éducation thérapeutique permet à l'enfant et à ses parents d'acquérir de nouvelles compétences et d'améliorer leur qualité de vie.

Après réalisation d'un bilan éducatif partagé, le praticien, dans une posture de soignant éducateur, définit avec l'enfant et son entourage, un programme personnalisé : si le soignant s'adapte à l'univers familial de l'enfant, celui-ci participe volontiers à des ateliers individuels ou collectifs ; grâce aux outils utilisés il acquiert des stratégies de progrès.

Le moment des ateliers est un temps privilégié, dénué du sentiment d'urgence et de pression que ressentent les soignants. Par le vecteur facilitateur du jeu, l'enfant apprend et développe de nouvelles compétences. Les outils doivent être adaptés en fonction du stade de développement cognitif, affectif et psychomoteur du jeune patient.

Elaborer un outil, en harmoniser le contenu éducatif, le rendre attractif, autant de difficultés à surmonter pour faciliter la création du lien avec l'enfant et l'acquisition de compétences : cette démarche du soignant peut faire que, pastichant VIALETTES, un enfant qui « dispose des connaissances, convaincu que la situation appelle une réponse qu'il connaît » applique enfin la solution adaptée.

L'objectif de notre intervention est de présenter deux outils à destination de l'enfant atteint de caries précoces : un jeu de l'oie et un jeu de « photolangage ». Ces outils ont pour vocation d'être utilisés facilement par les équipes qui pratiquent l'éducation thérapeutique auprès des patients à risques.

O.4. PRO FILAXOR: le Super Héros du brossage

Kaiser K

Société Hypnoteeth, Herve, Belgique

Objectif: atelier créatif sur une méthode d'enseignement de l'hygiène et du brossage.

Changer une mauvaise habitude est difficile ! Alors autant mettre en place de bonnes habitudes de brossage dès le départ. Comment rendre le brossage amusant ? Comment expliquer aux enfants de façon simple, imagée et avec leurs mots, les risques liés à un mauvais brossage ? Comment utiliser des outils de communication simples et efficaces qui donnent des résultats ? Grâce à PRO FILAXOR le Super Héros du brossage ! Loin d'une brochure quelconque donnant quelques conseils : PRO FILAXOR est une méthode complète d'enseignement dans laquelle, le praticien (ou l'assistante) et l'enfant vont jouer et s'amuser ensemble tout en apprenant les bons gestes du brossage ! Les techniques employées sont dérivées des outils de communication thérapeutique, de l'hypnose et des jeux de rôles.

Résultat: les enfants prennent plaisir à brosser et les séances chez le dentiste se transforment en temps de jeux !!! Que du bonheur !

O.5. La carie précoce du jeune enfant: comment faire passer l'information aux acteurs de santé ?

Lopez I, Vallot V, Quignon C

Université de Reims -Champagne Ardenne, Reims, France

La carie précoce du jeune enfant reste un sujet d'actualité, malgré toutes les mesures de prévention. Un dépistage dès la première année permettrait de sensibiliser les parents. Dans cette optique, le rôle des pédiatres, des médecins généralistes et des puéricultrices est primordial, comme relai d'information.

Afin de mieux cerner les connaissances des professionnels de santé, un questionnaire est proposé, avec les objectifs suivants : (1) identifier le programme spécifique bucco-dentaire dans la formation initiale ; (2) évaluer les connaissances des différents professionnels de santé concernant la carie précoce du jeune enfant.

Matériel et méthode : le questionnaire composé de 12 questions est adressé à l'ensemble des professionnels de santé (pédiatres, médecins généralistes et puéricultrices). Parmi plus de 150 questionnaires distribués, 25 sont récoltés auprès des pédiatres, 25 auprès des médecins généralistes et 24 auprès des puéricultrices. Les données sont ensuite analysées statistiquement à l'aide du test khi 2, $p=5\%$.

Une synthèse des résultats permet de proposer aux professionnels médicaux et paramédicaux un rôle de « lanceur d'alerte » et de conseil vis-à-vis de l'entourage familial, dans le souci d'une prise en charge individualisée précoce et pluridisciplinaire (comportement alimentaire, hygiène bucco-dentaire).

O.6. Soins dentaires sous anesthésie générale: présentation d'un programme d'éducation thérapeutique

Aragon I^{1,2}, Verger M^{1,2}, Gere F^{1,2}, Hardy G^{1,2}, Valera MC^{1,2,3}, Noirrit-Esclassan E^{1,2}

¹Université Paul Sabatier, Toulouse III, France, ²CHU de Toulouse, Service d'odontologie pédiatrique, Toulouse, France, ³Inserm U1048, I2MC, Toulouse, France

Un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) destiné aux enfants nécessitant des soins dentaires sous anesthésie générale (AG) a été mis en place dans le service d'odontologie du CHU de Toulouse depuis le mois d'octobre 2013. Ce programme a pour objectifs : 1/ d'améliorer l'adhésion des parents et de l'enfant aux méthodes d'hygiène bucco-dentaire et aux conseils diététiques enseignés au cours des tentatives de soins et 2/ de diminuer le risque de récurrence après l'intervention. Trois mois avant la date programmée des soins dentaires sous AG, le(s) parent(s) et l'enfant sont convoqués à une séance individuelle de 30 minutes au cours de laquelle chacun est amené à parler de la maladie carieuse et de ses facteurs de risque ainsi que des modifications d'hygiène et alimentaire survenues à la suite du diagnostic. Les conseils diététiques et de brossage sont répétés à l'enfant à l'aide d'un feuillet éducatif ludique qu'il conservera. Des données cliniques sont relevées et la pause d'un vernis fluoré est proposée en fonction de l'hygiène bucco-dentaire de l'enfant. Un questionnaire rempli par le(s) parent(s) permet de recueillir de façon anonyme des données sur les habitudes alimentaires et d'hygiène de l'enfant, et d'évaluer la qualité de l'information fournie aux parents lors des rencontres précédentes. De façon à poursuivre la démarche éducative, l'enfant est revu par la même équipe lors du rendez-vous post-opératoire un mois après l'intervention. Notre présentation détaillera ce programme d'ETP et présentera les résultats préliminaires.

A.1. Pédiatres et Fluor : évolution sur 10 ans en Bretagne

Licht L, Gallazzini C, Palmada E, Le Garlantezec K, Sixou JL
Université de Rennes, CHU de Rennes, Rennes, France

Les pédiatres et médecins de PMI sont les premiers prescripteurs de potentiels de fluor à voir l'enfant. Ce sont souvent les seuls dans les premières années de la vie. Cette étude a comparé, à l'aide d'un même questionnaire envoyé en 2003 et 2013, les connaissances sur le fluor pédiatres libéraux et médecins de PMI des 4 départements bretons) et leurs pratiques de prescription. En 2003, 97% considéraient le fluor par voie générale comme un excellent moyen de prévention de la carie et commençaient à le prescrire dès les premiers mois de vie. En 2013, ces proportions ont chuté, mais restent proches de 80%. Peu d'entre eux déclarent connaître les recommandations de l'AFSSAPS. Une fraction non négligeable n'est pas d'accord avec celles-ci. Cependant, près de la moitié des praticiens ayant répondu déclare avoir modifié ses pratiques de prescription depuis leur parution. Cette enquête une modification en dix ans des connaissances et pratiques des pédiatres et médecins de PMI en matière de fluor, avec une grande hétérogénéité parmi les praticiens. Elle souligne également la nécessité pour les chirurgiens-dentistes d'échanger les informations et connaissances avec eux.

A.2. Etude clinique du risque carieux des enfants présentant une fente faciale

Aberjel M, De La Dure Molla M

Centre de référence des malformations rares de la face et de la cavité buccale, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Rothschild, Paris, France

Les fentes orales sont les malformations crânio-faciales les plus fréquentes chez l'Homme. Elles résultent d'un défaut de coalescence des bourgeons faciaux au cours de l'embryogénèse. Leur étiologie est multifactorielle : multigénique et/ou environnementale.

Une prise en charge très précoce dans des centres spécialisés est indispensable pour ces patients. Les traitements nécessitent l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire composée de chirurgiens, d'un orthophoniste, d'un pédodontiste, d'un orthodontiste, d'un ORL, d'un psychologue et d'une assistante sociale, multipliant les interventions depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte.

Ce contexte médicochirurgical ajouté à la localisation de la malformation explique l'importance des retentissements psychologiques sur les patients. En effet, le visage et particulièrement le sourire sont largement impliqués dans la relation avec l'autre et dans l'expression des émotions.

Afin d'évaluer la prévalence de la carie dentaire et ses étiologies chez les patients porteurs de fente faciale, une étude clinique a été réalisée portant sur 32 enfants présentant une fente labiale, palatine ou labio-palatine. Les résultats montrent une plus faible implication des patients dans leur santé bucco-dentaire. Leur hygiène bucco-dentaire est mauvaise et ils courent un risque plus élevé de développer des lésions carieuses et des maladies parodontales. Le chirurgien-dentiste a donc un rôle essentiel à jouer dans la prise en charge de ces patients. Il doit notamment prodiguer des conseils, dispenser des soins dentaires, leur apprendre les techniques de brossage adaptées et assurer un suivi régulier.



Prévenir et intercepter les malocclusions

Samedi 12 avril 2014

9h00-10h30

Salle A

O.1. Pourquoi, quand, comment prendre en charge l'enfant des 3 ans ?

Vallée JJ

Exercice libéral, Marseille, France

A 3 ans, 7 enfants sur 10 présentent déjà des troubles de croissance bucco-dentaire, le plus souvent liés à des problèmes de Respiration, Déglutition et Mastication et (ou) à de « mauvaises habitudes ». Ces troubles peuvent créer des dysmorphoses, qui, non traitées ne pourront que s'aggraver...

Il faut donc Intercepter rapidement ces problèmes (HAS-2002-2006) et l'Education Fonctionnelle a une place privilégiée pour aider l'enfant à retrouver rapidement une mastication efficace pour la croissance harmonieuse de ses maxillaires.

O.2. Interceptions des dysfonctions chez l'enfant: suivi de cas cliniques

Baâziz A, Masmoudi F, Mahmoudi I, Jarrar D, Abid A

Service de pédodontie, Faculté de médecine dentaire, Monastir, Tunisie

Les dysfonctions orofaciales sont à l'origine des malocclusions chez l'enfant dans la plupart des cas. Il est admis que les malpositions et les malocclusions ne sont que la visualisation d'un problème fonctionnel.

Les résultats de l'interception des dysfonctions sont d'autant plus spectaculaires que la prise en charge est précoce.

Il est actuellement préconisé d'entamer les traitements interceptifs dès l'établissement de la denture temporaire stable.

Une multitude d'appareils peuvent être proposés à l'enfant ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire comportant les spécialistes en oto-rhino-laryngologie, en orthophonie ou en psychologie..

Différents cas cliniques pris en charge au service de Pédodontie et prévention de la faculté de médecine dentaire de Monastir, en Tunisie seront présentés et discutés

O.3. Pourquoi et comment évaluer la mastication chez l'enfant

Delfosse C^{1,2}, Collado V^{3,4}, Peyron MA⁵, Hennequin M^{3,4}

¹Faculté de chirurgie dentaire, Université Lille 2, F-59000 Lille, France, ²CHRU de Lille, F-59000 Lille, France, ³Clermont Université, Université d'Auvergne, CROC-EA4847, F-63000 Clermont-Ferrand, France, ⁴CHU de Clermont-Ferrand, F-63000 Clermont-Ferrand, France, ⁵INRA, UMR 1019, UNH, CRNH Auvergne, F-63000 Clermont-Ferrand, France

Croquer, mastiquer et déglutir sont des fonctions qui font intervenir les dents, le système neuromusculaire bucco-facial, et le psychisme de l'individu. Dans la mesure de son autonomie, l'individu choisit ses aliments, les prépare pour sa consommation en fonction de ses préférences socio-culturelles, les portes à la bouche, et les transforme par la mastication en un bol déglutissable.

Une déficience masticatoire peut être la cause d'un déséquilibre du régime alimentaire et de troubles de la nutrition. Les perturbations métaboliques qui en découlent ont des conséquences sur la santé des individus. Ainsi, les refus

alimentaires, et certains troubles de la déglutition sont essentiellement imputables à une déficience masticatoire. Les troubles de la mastication induits par certaines déficiences neuro-motrices (comme celles induites par la trisomie 21 ou des infirmités motrices cérébrales), par des troubles psychiques ou cognitifs (comme l'autisme) ou encore par l'existence de malocclusions (notamment les articulés inversés) ont fait l'objet de nombreuses études. Cependant, peu de données sont disponibles sur les conséquences masticatoires de la carie chez l'enfant et en particulier on ignore si les caries précoces et leur traitement, qu'ils soient conservateurs ou chirurgicaux, ont des conséquences sur la mise en place de la mastication et son fonctionnement.

Cette étude vise à faire le point sur les facteurs qui influencent la mastication chez l'enfant, ainsi que sur les différentes méthodes d'étude, afin d'évaluer la faisabilité d'un projet de recherche clinique chez les enfants porteurs de caries précoces âgés de 4 à 5 ans.

O.4. Rééducation de la perméabilité nasale et tubaire chez l'enfant ventilateur buccal

Marty M, Lumbroso F

Université Toulouse Paul Sabatier, Toulouse, France

La voie nasale aérienne supérieure constitue la voie physiologique que l'air doit emprunter afin d'être réchauffé™, purifié et humidifié™. Des obstacles au passage de l'air par cette voie physiologique entraînent l'utilisation d'une voie buccale de suppléance.

Nous allons nous intéresser au rétablissement d'une ventilation nasale, ainsi que d'une bonne perméabilité tubaire dont elle est le corollaire indispensable en raison de sa proximité anatomique et fonctionnelle.

1) Rééducation de la perméabilité nasale

Il faut d'abord apprendre à l'enfant le mouchage, narine après narine, en leur faisant prendre conscience de leur souffle, de l'expiration et de l'inspiration buccale, de l'expiration et de l'inspiration nasale ainsi qu'apprendre à dissocier les deux. Certains sachant se moucher ont malgré tout le nez encore encombré ; on leur fait pratiquer la ventilation uninarinaire. On leur fait également prendre conscience devant un miroir que le nez ne doit pas se pincer, mais que les ailes doivent s'ouvrir à l'inspiration nasale.

On recherche alors la ventilation diaphragmatique, c'est à dire accompagner l'inspiration et l'expiration de mouvements du diaphragme. Il faut en plus qu'il respire bouche fermée lors des efforts courants de la journée, sans essoufflement.

2) Rééducation de la fonction tubaire

Il s'agit d'un renforcement de toute la musculature péri-tubaire intervenant dans l'ouverture de la trompe d'eustache, dans le but de rétablir ses fonctions d'aération et de drainage et sont composés d'exercices linguaux, véliques, linguo-véliques et linguo-mandibulo-véliques.

Ensuite, on réalisera des manœuvres d'auto insufflation : manœuvre de Valsava, Frenzel et Misurya.

O.5. Intérêt des éducateurs fonctionnels en Odontologie Pédiatrique

Pellerin C, Courson F

Université Paris Descartes, Paris, France

L'influence de la fonction sur la forme des arcades est reconnue depuis longtemps. La morphologie de la sphère oro-faciale de l'enfant varie tout au long de sa

croissance, notamment, par l'activité des groupes musculaires. Une prise en charge des dysfonctions oro-faciales (ventilation buccale, déglutition atypique, langue basse au repos) est donc nécessaire pour éviter l'apparition voire l'aggravation de dysmorphoses dento-alvéolaires ou squelettiques.

Depuis quelques années, des dispositifs de types gouttières souples appelés "Éducateurs Fonctionnels" sont commercialisés. Ils doivent permettre la correction de ces dysfonctions en rétablissant un équilibre dans la répartition des forces qui s'appliquent sur les arcades dentaires. C'est le principe du "couloir dentaire" exposé par le Dr Chateau. Les éducateurs fonctionnels vont aussi faciliter un repositionnement lingual et un déverrouillage dans les 3 sens de l'espace.

Le pédodontiste, souvent au premier plan, a un rôle essentiel dans le dépistage et le traitement précoce des problèmes fonctionnels "pour éviter que ces dysmorphoses ne s'aggravent avec la croissance en l'absence de traitement, et pour éviter une dégradation de la qualité de vie chez le jeune adulte" comme recommandé par la HAS en 2006, dans son bilan sur les dysmorphoses dento-maxillo-faciales. L'âge optimal de début de traitement sera choisi par le praticien une fois le diagnostic établi, en fonction de l'état général du patient, de son âge civil et dentaire, de son stade de croissance, de sa maturation psychologique, et surtout de sa motivation ainsi que celle de ses parents, pour avoir une compliance maximale pour ce type de traitement.

A.1. Intérêt psychologique du remplacement des incisives temporaires

N'cho-Oka AE, N'cho Kamon JC, Aka L, De Tove MM, Bakayoko-LY R
UFR Odonto-Stomatologie, Abidjan, Côte d'Ivoire

La prothèse en denture temporaire évoque encore un acte traumatisant non adaptée au jeune âge de nos patients. Nous présentons des cas de jeunes enfants chez qui, nous avons réalisé des prothèses pour pallier au préjudice esthétique et fonctionnel. Cela pour régler le problème psychologique.



Anomalies dentaires- Anomalies de nombre et de forme

Samedi 12 avril 2014
09h00-10h30

Salon Versailles

O.1. Prise en charge des rétentions primaires chez l'enfant

Berbary R, Abou Jaoudé S, Sfeir E
Université Libanaise Beyrouth, Beyrouth, Liban

Les anomalies de l'éruption dentaire ont des formes cliniques diverses et des étiologies variées. La rétention primaire, qui décrit l'arrêt de l'éruption d'une dent normalement positionnée et développée avant son émergence gingivale, sans une cause évidente et sans la présence d'une barrière physique sur son chemin d'éruption, rentre dans le cadre de ces anomalies.

La rétention primaire pose un grand défi de diagnostic pour les omnipraticiens qui cherchent à suivre l'évolution dentaire de leurs jeunes patients, mais aussi et surtout, pour les pédodontistes qui doivent gérer ces patients. Malgré le progrès réalisé dans le domaine de la biologie moléculaire qui a amélioré notre compréhension pour les mécanismes de l'éruption dentaire, l'approche thérapeutique demeure des fois assez délicate. Le dépistage précoce de ces troubles et l'intervention du pédodontiste au bon moment, permettent d'éviter certaines complications ultérieures et favorisent, non seulement la croissance cranio-faciale de l'enfant, mais aussi l'établissement de sa denture permanente, de son occlusion, de son parodonte et de ses fonctions orofaciales dans les meilleures conditions.

Dans cette présentation, nous exposons quelques cas cliniques de jeunes patients venus en consultation dans le département de dentisterie pédiatrique à l'Université Libanaise et présentant des rétentions primaires. Nous avons traité ces cas selon un protocole adapté et qui consiste, à suivre régulièrement le patient, réaliser des extractions programmées s'il le faut, et intervenir chirurgicalement dans certains cas pour faciliter et guider les dents permanentes dans leur parcours d'éruption, minimiser les conséquences néfastes et les complications ultérieures toujours plus difficiles à traiter tardivement.

O.2. Attitude thérapeutique face à la fusion ou à la gémiation dentaire

Prud'homme T, Marrades M, Houchmand-Cuny M, Dajean-Trutaud S, Lopez-Cazaux S

Université et CHU de Nantes, Nantes, France

La fusion et la gémiation sont des anomalies dentaires morphologiques, touchant le plus souvent les dents antérieures. La distinction entre fusion et gémiation n'est pas toujours aisée: le terme de dent double est alors utilisé.

La démarche diagnostique est un préalable indispensable afin d'appréhender au mieux ces anomalies et les problèmes qu'elles engendrent (carieux, endodontiques, orthodontiques, parodontaux...). Il n'existe pas de consensus ou de « guidelines » pour le traitement de la fusion ou de la gémiation dentaire. Au niveau des dents temporaires l'abstention thérapeutique est fréquente. Un suivi doit cependant être instauré car dans plus de la moitié des cas, une anomalie est retrouvée au niveau des dents successives. Au niveau des dents permanentes, la prise en charge est souvent complexe avec une problématique esthétique et fonctionnelle.

Les solutions retrouvées dans la littérature sont multiples et le plus souvent pluridisciplinaires. Le traitement associe fréquemment des techniques orthodontiques, chirurgicales, conservatrices, endodontiques et prothétiques.

Au travers de cas cliniques nous évoquerons les différentes options envisageables afin de faciliter l'approche thérapeutique des cas de fusion ou de gémiation que nous pouvons rencontrer.

O.3. Etude clinique de l'infraclusion des molaires temporaires chez des patients présentant des agénésies

De La Dure Molla M^{1,2}, Medio M^{1,2}, Ifi-Naulin C^{1,2}, Berdal A^{1,2}

¹Université Paris VII, Paris Diderot, Paris, France, ²Centre de Référence des Malformations Rares de la Face et de la Cavité Buccale, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Hôpital Rothschild, Paris, France

Les agénésies dentaires représentent une des maladies génétiques les plus fréquentes avec une prévalence d'environ 5,45% en Europe. Fort heureusement, dans plus de 80% des cas, seules une ou deux dents sont affectées. Les dents les

plus fréquemment absentes sont les incisives latérales maxillaires et les secondes prémolaires mandibulaires (en dehors des troisièmes molaires, selon la méta-analyse faite par Polder et al. en 2004). Lorsque les deuxièmes prémolaires mandibulaires sont manquantes, un phénomène additionnel peut venir compliquer notre traitement : la réinclusion. Il s'agit d'un phénomène de croissance différentiel de l'os alvéolaire autour de la dent conduisant à une infraposition de celle-ci qui devient alors non conservable, si ce phénomène devient trop important.

48 patients présentant des agénésies dentaires issus du Centre de Référence des Malformations Rares de la Face et de la Cavité Buccale ont été analysés d'un point de vue clinique et radiographiques (panoramique dentaire et téléradiographie de profil). Nous avons ainsi pu décrire la nature et les caractéristiques de ses réinclusions ainsi que la typologie faciale de ces patients selon la sévérité de l'agénésie dentaire.

Enfin, nous terminerons cet exposé en présentant les différentes alternatives thérapeutiques notamment celles visant à conserver l'espace, voire la dent temporaire malgré sa réinclusion.

O.4. L'agénésie de l'incisive latérale maxillaire: un défi pluridisciplinaire

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

UFR Odontologie, Université Montpellier I, Montpellier, France

Exception faite des troisièmes molaires, les agénésies d'incisive latérale maxillaire sont avec les deuxièmes prémolaires mandibulaires les plus fréquentes. Depuis son dépistage chez le jeune enfant lors d'un examen radiographique de contrôle, le rôle de l'odontologue pédiatre est majeur tout au long de la morphogénèse des arcades: la collaboration étroite avec l'orthodontiste pour planifier un plan de traitement avec fermeture de l'espace impliquant la métamorphose d'une canine en incisive latérale... ou la conservation de l'espace dans la perspective de le remplacer par une prothèse implanto-portée impliquant alors parodontiste, implantologiste et prothésiste, fera de l'odontologue pédiatre la pierre angulaire d'une collaboration pluridisciplinaire dans l'intérêt du patient. Plusieurs cas cliniques vont en illustrer ainsi toute la problématique.

O.5. Dents natales, oligodontie et anodontie: considérations sociologiques en Côte d'Ivoire.

Kattie LA, Oka-N'cho E, Kone K, Savi De Tove S, Koffi A, Bakayoko-Ly R.

Département d'Odontologie Pédiatrique, UFR d'Odonto-Stomatologie Pédiatrique de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan Cocody, Côte d'Ivoire

Introduction. La présence de dents natales chez les nouveau-nés, les oligodonties et les anodonties chez les grands enfants est vécu comme un drame au sein de nombreuses populations ivoiriennes.

L'objectif de ce travail était de répertorier les considérations sociologiques qui entourent ces anomalies dentaires et qui, très souvent, constituent un péril pour la stabilité conjugale de la mère et la paix dans la famille.

Population et méthode. Les interrogatoires et examens cliniques effectués à l'occasion des consultations, soit de mères de nouveau-nés ayant des dents natales ou de jeunes enfants atteints du syndrome de Christ-Siemens-Touraine avec son cortège d'oligodontie et d'anodontie ont servi de trame à cette étude. Puis, les auteurs ont interrogé des personnes âgées des régions de Côte d'Ivoire pour connaître les opinions véhiculées sur ces thèmes

Résultats et commentaires. Si les prises en charge thérapeutique de ces dents avaient été correctement assurées, soit par avulsion des dents natales, soit par pose de prothèse infantile dans les cas de syndrome de Christ-Siemens-Touraine, elles avaient surtout été motivées par les appréhensions diverses des mères qui craignaient pour la stabilité de leur foyer conjugal, les croyances populaires et les médisances sociétales.

Conclusion. Les anomalies dentaires à type de dents natales, oligodonties ou anodontie sont des affections qui peuvent avoir des répercussions dramatiques sur la vie d'un couple et la stabilité familiale. Dans les sociétés africaines, particulièrement pour les dents natales, il est impératif de les prendre en charge afin de ne pas exposer la mère aux sarcasmes de la société.

O.6. Oligodontie: une solution prothétique

Gelle MP^{1,2}, Palot C², Coeuriot JL^{1,2}

¹UFR Odontologie Reims, Université de Reims, Champagne Ardenne, France, ²Pôle Odontologie, CHU Reims, Reims, France

Margaux, âgée de 14 ans, nous a été adressée par le Département d'Orthopédie Dento Faciale du Pôle Odontologie du CHU de Reims pour une demande de restauration fonctionnelle et esthétique dans le cadre d'une oligodontie: au maxillaire, seuls le bloc incisivo-canin temporaire et les 1ères prémolaires sont présents ; à la mandibule, le bloc incisivo-canin et la 2ème molaire temporaire gauche sont présents ainsi que les 1ères molaires et prémolaires permanentes. L'examen clinique révèle aussi une perte de DVO, une légère propulsion de compensation de la mandibule, une latéro-déviaton de 2 mm lors de l'ouverture et une déformation du visage vers la gauche.

La réhabilitation prothétique a consisté à rétablir la DVO et les fonctions dont la mastication, corriger la latéro-déviaton mandibulaire, et à restaurer une symétrie de la face. Pour répondre à ces différents objectifs, nous avons réalisé, au maxillaire, une prothèse amovible de recouvrement des dents temporaires et permanentes. A la mandibule, des restaurations prothétiques fixes ont été envisagées par le biais d'onlay unitaires et de bridges. Différentes phases ont été programmées: la première phase a consisté en la réalisation de prothèses amovible et fixes provisoires dans le but d'obtenir une occlusion en relation centrée et de corriger la latéro-déviaton. Après une mise en condition des tissus de soutien et validation du projet, la deuxième phase a pu débuter et des prothèses définitives ont été réalisées au cours de la 2ème année. Trois ans plus tard, ces prothèses sont toujours bien intégrées.



Anomalies dentaires- Anomalies de structure

Samedi 12 avril 2014

11h00-12h30

Salon Versailles

O.1. Prise en charge d'une famille présentant une amélogénèse imparfaite associée à une dystrophie des cônes et bâtonnets

Huckert M^{1,2,3}, Bloch-Zupan A^{1,4,5}, Stoetzel C³, Dollfus H³; Manière MC^{1,2,4}.

¹Faculté de Chirurgie Dentaire, Université de Strasbourg (UdS), France, ²UF d'Odontologie Pédiatrique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), France, ³Laboratoire de génétique médicale, INSERM U1112, Faculté de Médecine, Université de Strasbourg (UdS), France, ⁴Centre National de Référence des Manifestations Odontologiques des Maladies Rares, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), France, ⁵Institut de Génétique et de Biologie Moléculaire et Cellulaire, UMR 7104 et INSERM U964, (UdS), Strasbourg, France

Le syndrome de Jalili est une maladie rare associant une amélogénèse imparfaite (AI) et une dystrophie des cônes et des bâtonnets (DCB) appartenant au groupe des rétinites pigmentaires. Celle-ci entraîne une baisse d'acuité visuelle, une altération de la vision des couleurs, une photophobie, une diminution de la sensibilité visuelle et une cécité nocturne.

Nous présentons le cas de deux sœurs âgées de 10 et 12 ans chez lesquelles l'analyse moléculaire du gène causal du syndrome de Jalili, CNNM4, a mis en évidence une mutation c.586T>C ; Ser196Pro.

Le tableau clinique bucco-dentaire observé est celui d'une AI hypoplasique avec une absence d'émail suite au clivage secondaire, une microdontie, un taurodontisme des molaires permanentes, une présence abondante de tartre en raison d'une hypersensibilité, ainsi qu'une béance antérieure liée à une respiration buccale exclusive.

Ces deux patientes ont bénéficié d'une prise en charge médicale multidisciplinaire avec un suivi en ophtalmologie, mais également en endocrinologie pédiatrique suite à des signes de puberté précoce et en ORL pour une amygdalectomie.

Le premier objectif thérapeutique bucco-dentaire a été le rétablissement de la fonction linguale. Parallèlement, une réhabilitation par coiffes pédodontiques préformées des molaires a permis d'assurer la protection des surfaces dentaires et de maintenir la dimension verticale d'occlusion. Enfin, des composites sur les dents antérieures ont été réalisés afin de diminuer l'hypersensibilité et d'améliorer l'esthétique.

Ces cas cliniques illustrent bien le rôle du chirurgien-dentiste dans le diagnostic des AI syndromiques ainsi que la complexité de la prise en charge thérapeutique des maladies rares.

O.2. Des difficultés de prise en charge de l'amélogénèse imparfaite héréditaire: récit clinique d'un suivi erratique sur 10 ans de deux frère et sœur

Vargas C^{1,2}, Savard E^{1,2}, Bdeoui F², Landru M-M^{1,2}, Dursun E^{1,2}

¹Département d'Odontologie Pédiatrique, Université Paris Descartes, Paris, France

²Groupe Hospitalier Mondor-Chenevier, Créteil, France

L'amélogénèse imparfaite héréditaire désigne un groupe hétérogène d'affections du développement de l'émail dentaire, caractérisées par une structure amélaire formée de façon irrégulière. Cette altération entache toutes ou quasiment toutes les dents des dentures temporaire et permanente, de façon plus ou moins semblable sur chaque dent : l'aspect clinique (la forme, l'état de surface et/ou le volume), comme la fonction masticatrice s'en trouvent ainsi affaiblis. Des soins préventifs et restaurateurs précoces, assortis d'un suivi assidu tout au long de la croissance, s'imposent. Les principaux objectifs de nos thérapeutiques sont : de soulager le patient des douleurs dentaires (lors d'une mise à nue dentinaire) ou gingivales (lors d'une inflammation par indigence de brossage) ; d'assurer un confort fonctionnel et

un rétablissement esthétique satisfaisant ; enfin, d'éviter l'installation d'un malaise d'ordre psychologique, lié à ces troubles multiples.

Dans le cadre de cette présentation, nous retracerons la prise en charge de deux frère et sœur atteints d'amélogénèse imparfaite héréditaire de forme hypocalcifiée selon la classification de Witkop. Nous exposerons : les traitements conservateurs mis en œuvre aux stades des dentures temporaire et mixte, pour restituer au mieux fonction et esthétique et amenuiser les sensibilités ; les difficultés de suivi, à l'origine de complications infectieuses (cellulite mentonnière avec fistulisation cutanée) et de délabrements conséquents ; les décisions thérapeutiques à reformuler à la reprise de contact en denture adulte jeune, selon l'état des dents permanentes, les nouvelles problématiques restauratrices et les écueils orthodontiques associés.

O.3. Dentinogénèse Imparfaite de type 2: comment rétablir les rapports maxillo-mandibulaires ?

Papachryssanthou J, Gellé MP

UFR Odontologie Reims, Université de Reims, Champagne Ardenne, France

Anna, âgée de 8 ans, a été adressée au pôle Odontologie du CHU de Reims pour une prise en charge dans le cadre d'une dentinogénèse imparfaite de type 2, maladie héréditaire à transmission autosomique dominante. La réalisation de l'arbre généalogique montre que plusieurs membres de cette famille sont atteints sur 3 générations successives. Anna avait aussi dans sa jeune enfance été prise en charge pour une polyarthrite juvénile touchant les genoux. Un traitement à base d'anti-inflammatoire avait été administré entre l'âge de 18 mois et 3 ans.

L'examen endo-buccal montre que les deux dentures temporaires et permanentes sont atteintes. Les dents présentent une couleur grisâtre avec une forte translucidité. L'abrasion importante des dents temporaires a entraîné une perte de dimension verticale limitant la mise en place sur arcade des dents de 6 ans. L'examen radiologique a mis en évidence l'oblitération partielle de la chambre pulpaire de certaines dents temporaires ainsi que l'agénésie des 2èmes prémolaires maxillaires et mandibulaires et des canines maxillaires permanentes.

L'objectif thérapeutique a été de restaurer la dimension verticale d'occlusion et les fonctions dont la mastication. Pour cela, la DVO a été augmenté progressivement par le port de cales en résine. Secondairement des onlays en composites, chargés de particules de céramique, ont été réalisés sur les molaires temporaires.

O.4. Odontodysplasie régionale: analyse de la littérature et exemple de prise en charge

Boucher M, Lusson C, Dajeau-Trutaud S, Alliot-Licht B, Lopez Cazaux S.
Département d'Odontologie Pédiatrique. UFR d'Odontologie, CHU de Nantes, Nantes, France

L'Odontodysplasie Régionale (OR) est une pathologie rare, non héréditaire, impliquant aussi bien la denture temporaire que la denture définitive. Elle touche le plus souvent un seul quadrant et peut dans de rares cas franchir la ligne médiane. Cette anomalie est généralement isolée mais peut éventuellement être associée à des troubles du développement. Elle semble toucher davantage les filles, le maxillaire et les dents antérieures du secteur atteint. Actuellement son étiologie n'est pas encore déterminée.

Cliniquement, les dents atteintes présentent des anomalies de teinte, de forme et de développement. Elles sont hypoplasiques et hypominéralisées. Elles sont généralement plus petites de formes irrégulières, globuleuses. Elles présentent des

puits et des sillons en surface ; la dentine est parfois exposée. Un retard voire une absence d'éruption des dents atteintes est décrite. Radiologiquement l'émail et la dentine sont moins radio-opaques que les dents saines controlatérales, ce qui leur donne un aspect de « dents fantômes ».

La problématique bucco-dentaire est multiple et parfois complexe : lésions carieuses, problèmes infectieux, perte de la dimension verticale, problèmes parodontaux...

Les solutions thérapeutiques retrouvées dans la littérature sont multiples. Il n'y a pas de consensus ou de « guidelines » pour le traitement de l'OR. Nous allons vous exposer la démarche thérapeutique que nous avons adoptée pour Zaïd, âgé de 5 ans atteint d'OR touchant le secteur 2. Notre but était de mettre en place une restauration esthétique et fonctionnelle, tout en permettant une croissance maxillaire harmonieuse de l'enfant.

O.5. Dyplasie Immuno-Osseuse de Schimke et anomalies dentaires

Gendronneau M¹, Kérouédan O¹, Taque S², Sixou JL¹, Bonnaure-Mallet M¹

¹Odontologie Pédiatrique, CHU de Rennes et Université de Rennes 1, Rennes, France

²Pôle Enfants et Adolescents, CHU Sud, Rennes, France

La dysplasie immuno-osseuse de Schimke (SIOD) est une maladie rare autosomique récessive décrite pour la première fois en 1971 et causée par la mutation d'une protéine remodelant la chromatine, SMARCAL1. Ce syndrome multisystémique présente plusieurs traits caractéristiques incluant une dysplasie spondylo-épiphysaire, une stature courte, une insuffisance rénale progressive, une déficience de l'immunité liée aux cellules T et une ischémie cérébrale. D'autres signes ont été reportés, concernant les os, la peau, les cheveux, les yeux et la morphologie crânio-faciale.

De plus, des anomalies dentaires spécifiques à SIOD ont été notées. Dans une étude récente, il a été constaté que 66 % des patients SIOD avec une mutation biallélique de SMARCAL1 avaient une microdontie, une hypodontie ou des molaires temporaires et permanentes malformées.

Dans cette présentation, les manifestations dentaires cliniques et radiographiques de deux patients SIOD seront présentées. La spécificité de ces anomalies pourrait contribuer à faire le diagnostic de cette pathologie, et donc améliorer la prise en charge des enfants atteints ainsi qu'apporter des informations complémentaires pour mieux comprendre la fonction de SMARCAL1.

Par ailleurs, ces patients ont besoin de contrôles dentaires réguliers et spécifiques en raison de leur état de santé fragile et de leurs anomalies dentaires caractéristiques. Idéalement, les visites préventives doivent être prévues tous les six mois, en plus de visites curatives si nécessaire.

A.1. L'auto-transplantation, une solution pour gérer l'hyperdontie incisive: à propos de cas cliniques

Hessissen H¹, Chiban M¹, Bouamara R², El Allousi M¹

¹Service de Pédiodontie-Prévention, ²Service d'Orthopédie Dento-Faciale

Centre De Consultations Et Traitements Dentaires De Rabat- Faculté De Médecine Dentaire De Rabat, Rabat, Maroc

On désigne par hyperdontie l'augmentation de la formule dentaire. Lorsque ce phénomène intéresse la région incisive il peut s'agir d'un mesiodens, et dans ce cas l'extraction de cette formation conoïde sagittale médiane peut suffire à elle seule à résoudre le problème. Dans d'autres cas les incisives se dédoublent et on parle de schizodontie. Le doublon surnuméraire peut rester inclus ou faire son éruption. En

plus des troubles occlusaux qui peuvent découler de cette éruption, nous nous trouvons devant un défaut esthétique qui va gêner le patient et le pousser à consulter.

Les cas que nous allons présenter sont complexes du fait de l'association de l'hyperdontie incisive à une gémation dans la même région. Une occlusion perturbée et un préjudice esthétique, plus ou moins important chez ces enfants scolarisés, constituent le motif de consultation.

Parmi les solutions thérapeutiques qui nous permettraient de corriger ou intercepter les répercussions de ces anomalies sur la croissance maxillo-faciale de nos patients, nous avons opté pour l'auto-transplantation dentaire, suivie d'un traitement orthodontique.

Dans cette présentation nous allons expliquer le pourquoi et le comment de ce choix, ainsi que le protocole opératoire et ses limites.

A.2. Ostéopétrose d'origine génétique: signes cliniques et manifestations dentaires / crânio-faciales

Attali E, De La Dure Molla M

Université Paris Diderot Paris VII, Paris, France

L'ostéopétrose est une maladie héréditaire rare comprenant des formes cliniquement et génétiquement hétérogènes avec comme caractéristique radiologique commune une densité osseuse augmentée. Malgré cet "os en excès", le squelette est fragile et les os se fracturent facilement suite à des traumatismes mineurs.

L'ostéopétrose est due à un déséquilibre de la balance entre la résorption et la formation osseuse en faveur de la résorption osseuse. Deux phénomènes l'expliquent : un dysfonctionnement des ostéoclastes suite à une diminution de leur différenciation ou une altération de leurs fonctions.

Différentes étiologies sont retrouvées : génétiques, acquises, médicamenteuses. L'étiologie génétique reste la plus fréquente. Sept gènes sont retrouvés mutés chez l'homme : TCIRG1, CLCN7, OSTM1, CA2, LPR5, TNFSF11, PLEKHM1. Ils codent pour des protéines impliquées dans la formation et la fonction des ostéoclastes.

Il existe différentes formes d'ostéopétrose dont l'évolution et la sévérité sont variables allant du décès in utéro à des formes restant totalement asymptomatiques. Les manifestations cliniques sont diverses: insuffisance de l'hématopoïèse médullaire, de la croissance et du remodelage du squelette, une diminution de la taille des foramen osseux crâniens, une diminution de la vascularisation osseuse et des troubles immunologiques prédisposant à l'infection. Nous verrons ainsi, au travers de cette présentation quelles sont les manifestations de cette pathologie au niveau crânio-facial (osseux et dentaire) et en illustrant ces propos par des cas cliniques.



Enfants malades – Enfants à risque Pathologies générales

Samedi 12 avril 2014

11h00-12h30

Salle A

O.1. Les cellulites de l'enfant: étude sur les conséquences des hospitalisations

Jacq R, Vanderzwalm A, Nguyen T, Vital S

Service d'odontologie Hôpital Louis Mourier, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, France; Université Paris Descartes, Paris, France

La cellulite est une pathologie infectieuse des tissus cellulo-graisseux sous cutanés. Il arrive dans de rares situations que l'infection diffuse et qu'elle concerne alors plus d'une loge anatomique, notamment en raison de la complexité de l'anatomie de la tête et du cou. Il est intéressant de noter que les données épidémiologiques incriminent une origine dentaire dans plus de 50% des cas de cellulites faciales diffusées nécessitant une hospitalisation. Différentes études ont fait le constat d'une augmentation substantielle et continue sur une dizaine d'années, du nombre d'hospitalisation suite à des problèmes dentaires chez les enfants et adolescents. Les cellulites d'origine dentaire étant des situations évitables, l'identification des groupes à risque, le diagnostic précoce et la mise en route rapide d'un traitement approprié permettent d'éviter une aggravation de la situation et la nécessité de l'hospitalisation. Toutefois, en raison d'un traitement mis en place tardivement, d'une non observance, d'un terrain particulier, d'un pathogène résistant, la situation peut nécessiter une hospitalisation. Nous aborderons ces différents facteurs et la prise en charge spécifique qu'ils impliquent, afin de diminuer les morbidités ainsi que les durées et coûts d'hospitalisation pour l'enfant.

O.2. La cariosusceptibilité des enfants asthmatiques en question

Chabaudie C, Vanderzwalm A, Cojocar B, Opsahl-Vital S

Odontologie pédiatrique Université Paris V - Paris Descartes – Service Odontologie Hôpital Louis Mourier, Hupnvs, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, France

L'asthme est une pathologie inflammatoire chronique des bronches en progression constante dans les pays industrialisés. Elle est très fréquente en France, puisqu'elle touche, à des degrés divers, environ 1 million d'enfants de moins de 15 ans. De nombreuses études ont été publiées sur l'association possible entre asthme et caries, mais les résultats sont pour le moins contradictoires, avec une prévalence carieuse doublée chez les enfants asthmatiques ou au contraire, une atteinte carieuse plus faible.

Toutefois, il a clairement été mis en évidence, que des facteurs de risque carieux sont présents chez ces patients. Ainsi une diminution du flux salivaire et une baisse du pH de la plaque dentaire induits par les traitements antiasthmatiques ont été constatées. Ces données sont dépendantes de la fréquence de prise des médicaments, de la sévérité de la maladie et de l'utilisation d'une combinaison thérapeutique.

Au travers des données de la littérature, nous présenterons les différentes pistes pouvant lier ces deux pathologies extrêmement fréquentes chez l'enfant, afin de proposer des stratégies d'intervention pour les patients asthmatiques à la fois en termes de pratique clinique et de politique de santé publique.

O.3. Enfant hémophile: prise en charge dentaire dans un centre de soins universitaire

Chedid N

Service de Dentisterie Pédiatrique et Communautaire, Faculté de Médecine Dentaire, Université Saint- Joseph, Beyrouth, Liban

Les patients présentant des coagulopathies nécessitent une prise en charge dentaire spécifique, qui peut a priori sembler difficile à effectuer. Les hémophiles, en

particulier, ont besoin d'un protocole de traitement prenant en compte leur condition, que ce soit pour l'obtention des meilleures conditions d'hémostase, pour le choix des thérapies bucco-dentaires les plus adaptées ou pour l'instauration d'un régime préventif efficace. Le centre de soins de la Faculté de Médecine Dentaire de l'Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban, prend en charge depuis plus de dix ans des patients hémophiles, selon un protocole mis au point en accord avec des hématologues. Les étapes de ce protocole de prise en charge dentaire du patient hémophile seront présentées et illustrées de manière standardisée, rationnelle et pratique, pour démystifier le tabou entourant ces patients et contribuer par les soins bucco-dentaires à améliorer leur qualité de vie.

O.4. Prise en charge bucco-dentaire de l'enfant atteint d'une leucémie aiguë lymphoblastique

Valéra MC^{1,2,3}, Noirrit-Esclassan E^{1,2}, Vaysse F^{1,2}

¹Université Paul Sabatier, Toulouse III, France ²CHU de Toulouse, Service d'odontologie pédiatrique, Toulouse, France, ³Inserm U1048, I2MC, Toulouse, France

Les leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL) aboutissent à l'accumulation clonale de progéniteurs de la lignée lymphoïde dans la moelle osseuse et le sang, et éventuellement dans d'autres tissus. Elles représentent 75% des cas de leucémie de l'enfant et le pic d'incidence survient entre 2 et 6 ans. Les conséquences du développement excessif des lymphoblastes sont une hyperleucocytose, liée à la circulation des cellules anormales, et une anémie, une neutropénie et une thrombopénie, liées à la répression de l'hématopoïèse normale. Le traitement des LAL repose sur la chimiothérapie et comporte 4 phases : induction de la rémission, prévention de l'atteinte neuro-méningée, consolidation de la rémission, traitement d'entretien. Dans certains cas où le risque de rechute est élevé, une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques est proposée. Les LAL et leurs traitements peuvent affecter la santé orale et interférer avec les soins bucco-dentaires. Les principales complications buccales des traitements comprennent les mucites, les hémorragies muco-gingivales, les infections opportunistes (candidose, herpes), une dysgueusie et une hyposialie. A plus long terme, on note une augmentation de l'incidence des caries et la présence d'anomalies dentaires. L'objectif de notre travail est de résumer les manifestations bucco-dentaires retrouvées chez l'enfant atteint de LAL et de faire le point sur les méthodes de prévention et de traitement des complications orales survenant avant, pendant et après les traitements.

O.5. Séquelles bucco-dentaires des traitements anticancéreux chez l'enfant

Droz D¹, Hernandez M¹, Mansuy L²

¹Odontologie Pédiatrique, Faculté Odontologie Nancy-CHU Nancy, ²Héματο-Oncologie Pédiatrique Hôpital d'enfants, Vandoeuvre les Nancy, France

Les anomalies du développement dentaire liées aux thérapeutiques anticancéreuses telles que les polychimiothérapies ou la radiothérapie, administrées durant l'odontogenèse, restent peu connues et sont souvent sous diagnostiquées. La problématique dentaire est souvent relayée au second plan car d'autres complications sont mises en avant. Le suivi des enfants à long terme des enfants atteints de cancer reste un problème. D'où la nécessité d'instaurer un suivi dentaire dont le but sera tout d'abord, de préciser quelles dents pourraient être potentiellement touchées en comparant la chronologie du développement dentaire et les périodes d'induction des traitements. Sont ainsi le plus fréquemment atteintes les

secondes prémolaires et deuxièmes molaires permanentes puis les prémolaires et molaires maxillaires. Les antimétaboliques administrés durant l'odontogénèse sont susceptibles d'entraîner une hypoplasie de l'émail, un taurodontisme, une microdontie, des dysmorphoses radiculaire ou encore des agénésies, ces deux dernières anomalies étant les plus récurrentes. Une irradiation des maxillaires peut induire selon le dosage de rayonnement, la période d'exposition et le stade de développement dentaire, les mêmes types d'anomalies précédemment citées, mais aussi un arrêt de l'édification radiculaire, une croissance oro-faciale perturbée et une prévalence augmentée de la carie dentaire. L'objectif d'un suivi dentaire régulier et à long terme est d'ensuite, de dépister et de prendre en charge le plus précocement possible ces éventuelles anomalies dentaires. Nous présentons les cas de jeunes patients atteints de cancer à l'âge de 3 ans, chez qui ont été diagnostiqués 7 à 10 ans plus tard plusieurs types d'anomalies dentaires imputées aux traitements anticancéreux.

O.6. Prévention bucco-dentaire chez l'enfant cancéreux: conception et évaluation d'un programme de formation au profit des aides-soignantes du service d'Oncologie Pédiatrique

Bennour Z, Bensouda S, Hamza M, El Arabi S

Service de Pédiodontie-Préventive, CCTD, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction. Principale cause de mortalité chez l'enfant, le cancer présente, souvent, des manifestations bucco-dentaires liées à la maladie et / ou à son traitement. Si celles-ci compliquent l'état général déjà très affaibli du patient, elles peuvent être réduites voire prévenues par une hygiène dentaire rigoureuse, associée à l'application de solutions spécifiques.

Les aides-soignantes, constituent le maillon le plus important dans l'instauration et le maintien de ces soins oraux chez l'enfant cancéreux.

C'est la raison pour laquelle nous nous sommes proposés, de concevoir et d'évaluer un programme de formation ciblé destiné aux aides-soignantes en oncologie pédiatrique.

Méthodes. L'étude a concerné l'ensemble des aides-soignantes en oncologie pédiatrique des CHU de Casablanca et Marrakech, et s'est déroulée en trois étapes :

- Evaluation de leurs connaissances en matière des soins oraux chez l'enfant cancéreux
- Mise en place du programme de formation
- Réévaluation de leurs connaissances après la formation.

L'évaluation des connaissances a été réalisée au moyen d'un questionnaire à choix multiple. La formation a été assurée par le biais de séminaires et d'un guide pratique mis à la disposition du staff paramédical.

Résultats. Les résultats préliminaires, ont montré une adhésion des aides-soignantes au programme de formation ainsi qu'une amélioration de leurs connaissances concernant les soins oraux à prodiguer à l'enfant cancéreux.

Discussion / Conclusion. La mise à jour régulière des connaissances des aides-soignantes en matière de soins oraux en oncologie pédiatrique est nécessaire pour l'amélioration de la qualité de vie de ces enfants.

A.1. La tumeur d'Ewing de la localisation mandibulaire. A propos d'un cas.

Hernandez M¹, Droz D¹, Mansuy L²

¹Odontologie Pédiatrique, UFR Odontologie Nancy, ²Hémo-Oncologie Pédiatrique, CHU Nancy, France

La tumeur d'Ewing est une tumeur osseuse pédiatrique dont la localisation aux os de la face reste extrêmement rare. Ce qui confère au chirurgien-dentiste un véritable rôle de sentinelle devant des symptômes de tuméfaction et de douleurs des maxillaires, afin d'établir un diagnostic différentiel précoce avec les pathologies d'origine dentaire, puisque de la précocité du diagnostic dépend le pronostic. Nous présentons le cas d'un jeune patient de 7 ans atteint d'une tumeur d'Ewing localisée à la mandibule, diagnostiquée devant un tableau clinique comprenant une tuméfaction mandibulaire indurée à la palpation d'apparition progressive, sans symptomatologie douloureuse associée, avec présence d'adénopathies sous mandibulaires et cervicales latérales. En l'absence de pathologie dentaire carieuse ou traumatique, l'étiologie infectieuse d'origine dentaire fut rapidement écartée. La radiographie panoramique dentaire a révélé une lésion radio-claire endo-osseuse aux contours irréguliers et flous de type géographique avec présence au niveau symphysaire d'une réaction périostée plurilamellaire. Ces caractères agressifs ont permis d'orienter le diagnostic vers une lésion tumorale. L'hypothèse d'une tumeur d'Ewing ne fut envisagée qu'après analyse anatomopathologique, le tableau clinique en faveur d'une tumeur d'Ewing étant incomplet. En effet la douleur, symptôme révélateur dans 95% des cas, ne fut pas rapportée par le patient et son âge ne correspondant à l'âge médian d'apparition de la tumeur d'Ewing (10,5 ans). C'est l'analyse cytogénétique, qui a conclu en la faveur d'une tumeur d'Ewing en mettant en évidence la signature moléculaire de cette tumeur : la translocation chromosomique réciproque impliquant le gène EWS et un gène de la famille ETS.

A.2. Discussion diagnostique et thérapeutique dans le cadre de l'énucléation d'un kyste dentigère

Boulanger M¹, Noirrit-Esclassan E², Götle M², Courtois B¹, and Vaysse F²

¹Chirurgie orale, Faculté d'Odontologie de Toulouse, Université Paul Sabatier, ²Odontologie pédiatrique, Faculté d'Odontologie de Toulouse, Université Paul Sabatier Toulouse III, Toulouse, France

Nous rapportons le cas d'un jeune patient de 6 ans, vu en urgence pour une tuméfaction douloureuse en regard de 44, un an après avulsion de 84 et 6 mois après pulpotomie et mise en place d'une coiffe pédodontique sur 85. L'examen radiologique révèle une radioclarité centrée autour du germe de 44, directement sous muqueuse et mal délimitée dans sa portion distale. Le diagnostic de kyste dentigère est posé. Les kystes dentigères sont des kystes odontogéniques entourant la couronne d'une dent en cours de développement. Ils représentent 20,6% des kystes odontogéniques et sont le plus souvent associés à la 3ème molaire. La découverte est généralement fortuite, radiologique ou associée à une tuméfaction. En dehors de toute surinfection, cette lésion reste asymptomatique.

L'augmentation rapide de volume de cette lésion conduit à l'énucléation du kyste et l'avulsion du germe de 44 sous anesthésie générale. Nous discutons ici de l'étiologie inflammatoire chronique à l'origine de cette lésion ainsi que de la décision thérapeutique chez ce jeune patient présentant déjà une agénésie de 45. Deux sources potentielles peuvent être incriminées, 84 et 85.

Une réflexion conjointe pédodontique, orthodontique, chirurgicale et prothétique est nécessaire pour gérer au mieux ces complications.

Ce cas permet de rappeler l'importance du suivi des dents temporaires et des germes sous-jacents lors de thérapeutiques pulpaires.

A.3. Cas d'un granulome ulcéré éosinophile post traumatique chez un enfant de 3 ans

Pannérec V

Université Victor Ségalen – Pr Furcain – Bordeaux, France

Le granulome éosinophile ulcéré post traumatique (GEUT) est une lésion bénigne rare de la muqueuse buccale siégeant principalement sur la langue. Il peut être diagnostique à n'importe quel âge. Chez les enfants la forme clinique la plus fréquente est la maladie de Riga-Fede. Le cas d'un GEUT évoquant un carcinome épidermoïde est rapporté.

Un enfant de 3 ans sans antécédents médicaux ou chirurgicaux était adressé pour avis concernant une lésion d'apparition rapide, peu symptomatique. L'examen clinique révélait une excroissance de 3 cm de diamètre sur le bord de langue gauche. Il s'agissait d'un nodule ulcéré avec des berges surélevées et irrégulières. Les aires ganglionnaires étaient libres. Deux biopsies profondes ont été réalisées. L'aspect histologique était en faveur d'un GEUT avec une surface ulcérée recouverte d'une pseudomembrane fibrineuse et un chorion présentant un infiltrat inflammatoire polymorphe dense, riche en éosinophiles. Une simple surveillance a été instaurée en première intention. A un mois, la masse avait diminué. Trois semaines après la lésion avait disparu. Le contrôle à 6 mois n'a pas montré de récurrence.

Le GEUT est une ulcération guérissant lentement parfois symptomatique avec des marges surélevées, indurées, imitant un carcinome épidermoïde. Les facteurs étiologiques et la pathogénèse font encore débat mais ces lésions seraient souvent en rapport avec une irritation traumatique. Le GEUT doit être connu des pédodontistes en raison du risque de confusion avec une lésion maligne qui peut angoisser à tort le patient et sa famille.

A.4. Livret d'information sur les fentes maxillaires à destination des familles

Noirrit E¹, Andreu L², Rotenberg M³, De Berail A⁴

¹Service d'odontologie pédiatrique – CHU Toulouse – hôpital des enfants, France, ²praticien libéral – praticien libéral – France, ³Service d'orthopédie dento-faciale, Toulouse, France, CHU Toulouse, Hôpital Purpan, France, ⁴Service de chirurgie infantile CHU de Toulouse, Toulouse, France

Les fentes maxillaires représentent une des malformations congénitales les plus fréquentes. Mais cela ne saurait les banaliser aux yeux des parents qui accueilleront leur enfant avec des craintes légitimes vis-à-vis de cette dysmorphose et de ses conséquences.

Les parents sont en effet des acteurs primordiaux dans la prise en charge de l'enfant; la prévention, le respect des visites de contrôle, la guidance parentale sont des éléments essentiels à la réussite du traitement. Une information claire et précise doit leur être fournie, tout au long de la croissance de l'enfant.

Afin de compléter l'information transmise oralement par les praticiens, un livret aborde les principales étapes de prise en charge de cette malformation. Il a été soumis aux membres de l'équipe multi-disciplinaire du Pr. Galinier (coordonnateur du centre de compétences des fentes labio-palatines à l'Hôpital des enfants Toulouse). Certains parents nous ont confié avec plaisir des photos de leur enfant pour l'illustrer. Leur participation est également attendue pour le faire évoluer et le mettre en adéquation avec leurs besoins.



Enfants malades – Enfants à risque Syndromes

Samedi 12 avril 2014
14h00-15h30

Salle A

O.1. Etude du phénotype dentaire et des corrélations génotype-phénotype chez les patients porteurs d'une mutation du gène *WNT10A*: étude rétrospective menée au sein des centres de Strasbourg et de Marseille

Clauss F^{1,2}, Tardieu C^{3,4}, Philip N⁵, Hadj-Rabia S⁶, Manière M-C^{1,2}

¹Odontologie Pédiatrique, Pôle de Médecine et de Chirurgie Bucco-Dentaires, Faculté de Chirurgie Dentaire, Strasbourg, ²Centre de Référence pour les Manifestations Dentaires des Maladies Rares, HUS, ³UMR 7268 ADE, ⁴Centre de Compétence Maladies Rares, CHU Timone, Marseille, ⁵Centre de Référence des anomalies du développement et syndromes malformatifs, CHU Timone Enfants, Marseille, ⁶Centre de Référence pour les Génodermatoses, Hôpital Necker-Enfants Malades, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, France

Introduction. Les mutations du gène *WNT10A* sont impliquées dans l'étiologie moléculaire d'oligodonties isolées, de formes autosomiques récessives de DEH, de la dysplasie odonto-onycho-dermique (OODD) ou du syndrome de Schöpf-Schultz-Passarge (SSPS). Objectifs expérimentaux : Caractérisation de la sévérité des oligodonties. Identification des manifestations extra-orales. Corrélations génotype-phénotype dentaire.

Matériel et méthodes. 21 familles atteintes de mutations du gène *WNT10A* ont été incluses rétrospectivement au sein du Centre de Référence pour les Manifestations Dentaires des Maladies Rares de Strasbourg et du Centre de Compétence Maladies Rares de Marseille. Les critères d'inclusion sont une hypodontie-oligodontie isolée ou syndromique associée à une mutation (homozygote, hétérozygote, hétérozygote composite) du gène *WNT10A*. Le phénotypage dentaire clinique et radiographique a été réalisé sur la base de données D4 Phénodent.

Résultats. Les patients atteints d'une mutation *WNT10A* présentent une oligodontie caractérisée par une forte variabilité phénotypique. Le nombre d'agénésies en denture permanente varie entre 7, correspondant à une forme modérée, et 22. Le nombre moyen d'agénésies en denture permanente est de 12.4, ce qui correspond à un tableau phénotypique sévère. Les individus porteurs hétérozygotes présentent un phénotype modéré d'hypodontie, ce qui constitue un signe diagnostique de dépistage de la mutation. Des anomalies dentaires de taille sont fréquemment associées, consistant en microdontie des incisives permanentes, ainsi que des anomalies morphologiques avec des incisives conoïdes.

Des anomalies ectodermiques sont retrouvées chez une majorité de patients sous forme d'atteintes cutanéophanéariennes variables. Les pathologies extra-ectodermiques sont moins fréquentes et consistent en asthme, otite, retard de maturation squelettique ou retard cognitif.

O.2. Manifestations bucco dentaires du syndrome d'Alagille

Bonnet AL^{1,2}, Jacquelin LF^{1,2}, Davit-Béal T^{3,4,5}

¹Pôle Odontologie, CHU Reims, France – CHU Reims – France, ²Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Reims Champagne Ardenne, France – Université Reims Champagne Ardenne – France, ³Service d'Odontologie, Hôpital Charles Foix, Ivry-sur-Seine, France – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Paris, France, ⁴Faculté de Chirurgie Dentaire, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris

Le syndrome d'Alagille (SAG) est une maladie génétique caractérisée par une cholestase chronique, une sténose des artères pulmonaires périphériques, des anomalies vertébrales et un faciès caractéristique. Se transmettant sur un mode autosomique dominant, il est associé aux mutations des gènes JAG1 et NOTCH2. Les manifestations bucco-dentaires sont des anomalies de teinte et de forme, engendrant des complications esthétiques et fonctionnelles. Ce travail présente le cas de deux patients âgés de 7 et 11 ans, atteints du SAG, présentant une dyschromie verte sur l'ensemble de leurs dents.

Les gènes JAG1 et NOTCH2 étant impliqués dans l'odontogenèse, nous avons cherché à déterminer si les mutations génétiques de ce syndrome pouvaient expliquer les modifications de forme dentaire. Nous avons également analysé l'étiopathogénie des dyschromies vertes retrouvées chez nos patients. Aucune corrélation entre ces mutations génétiques et une anomalie dentaire n'a été démontrée à ce jour. Cependant l'hyperbilirubinémie liée à la cholestase chronique semble être l'étiologie des dyschromies. La prise en charge de ces patients est complexe, car de nombreux appareils sont touchés par ce syndrome, et peuvent engendrer des risques infectieux et/ou hémorragiques : une concertation avec le médecin traitant est alors nécessaire pour établir un plan de traitement adapté au contexte médical de l'enfant.

La prise en charge des colorations dentaires fait suite à une demande esthétique du patient qui doit être informé de la possibilité de traitement. S'il n'existe aucune demande, l'abstention thérapeutique est à privilégier. Selon un gradient thérapeutique, les traitements peuvent varier des soins conservateurs jusqu'aux prothèses fixées.

O.3. Gestion chirurgicale de kératokystes odontogènes dans la cadre d'un syndrome de Gorlin-Goltz familial

Anastasio D, Mangiardi E, Hein-Halbgewachs L

Service d'Odontologie. U.F Thionville. CHR Metz-Thionville, Thionville, France

Le syndrome de Gorlin-Golz ou Naevomatose baso-cellulaire (NBC) est une maladie héréditaire de transmission autosomique dominante et d'expressivité variable, caractérisée par la présence de kératocytes odontogènes, et par une prédisposition à différents cancers.

Ce syndrome est la conséquence d'une mutation du gène PTCH localisé en 9q22.3. La découverte fortuite de 3 volumineux kératocytes odontogènes chez une enfant de 13 ans associée à une typologie faciale très particulière (hypertélorisme, macrocrairie) oriente vers l'hypothèse d'un syndrome de Gorlin-Golz.

L'interrogatoire révèle des antécédents familiaux de ce syndrome chez plusieurs membres de la famille (Arrière-grand-père, grand-mère, père et oncle du côté paternel).

Le diagnostic clinique est confirmé par l'étude moléculaire chez le père et les quatre enfants. Ils sont tous porteurs de la même mutation délétère de l'exon 6 du gène PTCH1.

La présence de kératocytes odontogènes d'évolution expansive et rapide chez les 3 premiers enfants a déterminé une prise en charge chirurgicale qui a évolué entre le premier et le troisième enfant.

La littérature décrit un traitement chirurgical radical par exérèse totale et complète des kératocytes en incluant le germe présent, ce qui a été réalisé chez le premier

enfant.

L'apparition de nombreux et sévères kératocytes en zones antérieures dès l'âge de 7 ans chez le troisième enfant, a orienté le traitement chirurgical vers une approche originale conservatrice de prise en charge consistant à mettre en place des dispositifs de traction métalliques collés sur les dents incluses refoulées par la pression intra-kystique sans énucléer le kératokyste, le fil métallique jouant le rôle d'un drain permettant de supprimer la pression en empêchant la fermeture de la poche kystique.

Cette approche conservatrice semble prometteuse au vu des résultats obtenus chez ce jeune patient. Elle pourrait dans l'avenir être utile dans un traitement conservateur non délabrant de kératocytes et kystes dentigères non syndromiques.

O.4. Freins intra-buccaux anormaux: rôle diagnostique précoce dans les syndromes malformatifs

Sadonès P¹, Clauss F^{1,2,3}, Bloch-Zupan A^{2,3,4}, Foray H⁵, Manière MC^{1,2,3}

¹UF d'Odontologie Pédiatrique, Pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaires, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), France, ²Faculté de Chirurgie Dentaire, Université de Strasbourg (UdS), France, ³Centre National de Référence des Manifestations Odontologiques des Maladies Rares, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), France, ⁴Institut de Génétique et de Biologie Moléculaire et Cellulaire, UMR 7104 et INSERM U964, (UdS), France, ⁵UF Odontologie Pédiatrique, Faculté de Chirurgie Dentaire, Brest, France

Si les anomalies dentaires sont bien connues des odontologues, il n'en est pas de même pour les anomalies du développement des tissus mous de la cavité buccale. Pourtant celles-ci constituent très souvent un signe clinique caractéristique de différents syndromes polymalformatifs.

Ces anomalies peuvent concerner la langue, les lèvres, les muqueuses et la gencive, les freins ; elles sont fréquemment associées à des malformations des tissus durs telles que fentes palatines, dents surnuméraires, dents natales, agénésies unitaires ou multiples, dents coniques...

Les freins sont des structures anatomiques se différenciant précocement durant le développement ; sur le plan de leur embryogenèse, ils constituent des dérivés du feuillet ectodermique et des crêtes neurales. Une anomalie du développement embryonnaire pourra se traduire par des freins pathologiques, constituant ainsi un marqueur diagnostique de pathologie malformative.

Les principaux syndromes comportant dans leur tableau clinique des freins anormaux sont le syndrome Oro-facio-digital et ses différents sous-types, le syndrome d'Ellis-Van Crefeld et celui de Pallister-Hall, qui présentent de nombreuses similitudes phénotypiques bucco-dentaires.

Un frein absent, des freins multiples, accessoires, de localisation atypique, l'existence d'anomalies dentaires associées ainsi que des éléments dysmorphiques faciaux sont autant de critères permettant d'orienter le diagnostic, qui peut être confirmé dans un certain nombre de cas par la génétique moléculaire.

Une approche thérapeutique multidisciplinaire doit être privilégiée, afin de proposer une réhabilitation esthétique et fonctionnelle au cours de laquelle des frénectomies peuvent être indiquées en coordination avec la prise en charge orthodontique.

O.5. Neuropathie sensitive autonome héréditaire de type IV: à propos de deux cas cliniques

R.Fawzi, R.Amezian

Service d'odontologie pédiatrique. Faculté Médecine Dentaire Rabat, Maroc

La neuropathie sensitive et autonome héréditaire de type 4 (HSAN4) est une maladie rare, caractérisée par une insensibilité congénitale à la douleur et à la température, une anhydrose et des épisodes de fièvre inexplicables durant la petite enfance. Le comportement d'automutilation, signe presque invariable des HSAN de type IV, implique principalement la région oro-faciale. Les manifestations orales comprennent des morsures des lèvres et de la face interne des joues, des luxations dentaires, des usures sévères ou encore une perte prématurée des dents en raison des traumatismes par des objets ou jouets durs ou encore par auto-extraction volontaire qui se fait sans douleur.

Les cicatrices intra-orales fibreuses diminuent considérablement l'amplitude de l'ouverture buccale.

Le défi en dentisterie est de gérer le comportement d'automutilation afin d'éviter des dommages graves en particulier au niveau des structures orales, des mains et des doigts.

Chaque cas doit être étudié individuellement. Le traitement peut aller de l'élimination des surfaces tranchantes des dents par meulage jusqu'à l'extraction de toutes les dents temporaires.

A travers deux cas cliniques, nous allons décrire les différentes manifestations orofaciales qui accompagnent cette maladie, ainsi que les modalités de prise en charge.

O.6. Syndrome de Kabuki: rapport d'un cas clinique

Bennour Z¹, Chlyah A¹, Dehbi H², El Arabi S¹

¹Service de Pédiodontie-Préventive, CCTD, CHU Ibn Rochd Casablanca, ²Laboratoire de Génétique et pathologie moléculaire, Faculté de Médecine et de Pharmacie Casablanca, Casablanca, Maroc

Le syndrome Kabuki (SK) ou syndrome de Niikawa-Kuroki a été décrit pour la première fois en 1981. Il s'agit d'une affection rare autosomique dominante, le plus souvent due à des mutations accidentelles et non héritées d'un gène appelé MLL2.

Ce syndrome est polymalformatif associant un déficit intellectuel modéré à sévère, un retard de croissance pré et postnatal, des malformations cardiaques, rénales, endocriniennes, oculaires et squelettiques.

La morphologie du visage est particulière, donnant un air de ressemblance à tous les enfants atteints : sourcils arqués, ptosis bilatéral, fentes palpébrales allongées et éversion du tiers externe des paupières inférieures.

Sur le plan bucco-dentaire on peut retrouver une hypodontie, des anomalies dentaires de forme, des résorptions radiculaires, un taurodontisme, un retard d'éruption important et des malformations des lèvres et du palais.

A travers notre Poster nous rapportons le cas d'une jeune patiente de 24 mois, diagnostiquée atteinte du syndrome de Kabuki à partir d'une consultation dentaire motivée par un retard d'éruption important de ses dents temporaires.



Enfants malades – Enfants à risque Handicaps

Samedi 12 avril 2014
16h00-17h30

Salle A

O.1. Le réseau Handident

Tardieu C

Service d'odontologie Hôpital Timone- APHM – Marseille, Réseau de santé Handimome PACA, Réseau de santé Handident PACA

O.2. Les enjeux de la 1ère consultation pour les patients handicapés

Monnier Da Costa A, Landru MM, Dursun E

*Département d'Odontologie Pédiatrique, Université Paris Descartes
Groupe Hospitalier Mondor-Chenevier, Créteil, France*

En 2015, les cabinets dentaires devront mettre leurs locaux en conformité avec la loi Handicap du 11 février 2005 et se rendre accessibles aux patients handicapés. Mais si la législation va permettre aux patients atteints de handicaps physiques de bénéficier de soins dentaires comme tout un chacun, que va-t-il en être pour les patients porteurs de handicaps mentaux ou encore des patients polyhandicapés ? Comment ouvrir la porte des praticiens libéraux à des patients qui souffrent d'un déficit de communication ou encore de troubles du comportement ?

Tout praticien a conscience de l'importance de la première consultation de manière générale, dans la construction de l'alliance thérapeutique et de son impact sur le bon déroulement des soins. En l'occurrence, comment préparer cette séance cruciale chez ces patients particuliers ? Comment aborder cette première rencontre et comment évaluer les possibilités ultérieures de coopération ?

D'une part, nous concentrerons notre propos sur la conception et l'organisation de cette première séance et sur les éléments décisionnels permettant d'établir le type d'approche le plus approprié (prémédication, sédation consciente, orientation vers l'anesthésie générale). D'autre part, nous essaierons de répondre à diverses problématiques d'ordre pratiques et matérielles comme: l'aménagement du temps de travail pour une prise en charge adaptée et des solutions pour pallier la carence budgétaire que pourrait impliquer ces prises en charges plus lourdes que des consultations conventionnelles.

O.3. La santé orale des enfants polyhandicapés: apport d'une consultation multidisciplinaire hospitalière

Ranc-Antonelli O¹, Mense C¹, Chanus I², Tardieu C^{1,3}

¹Service d'odontologie Hôpital Timone- APMH – Marseille, ²Réseau de santé Handimome PACA, ³Réseau de santé Handident PACA

Les pathologies bucco-dentaires sont fréquentes chez les patients porteurs de polyhandicap. Les douleurs dentaires peuvent entraîner une modification de comportement ou un refus d'alimentation et générer des modifications de l'état de santé important. L'objectif de cette étude a été de chercher des liens possibles entre les pathologies bucco-dentaires et l'alimentation, l'étiologie du handicap, ainsi qu'avec l'adhésion au réseau de santé Handident.

Au CHU Timone à Marseille, un bilan dentaire a été mis en place lors des consultations multidisciplinaires organisées en hospitalisation de jour tous les 6 à 8 mois par le service de Neuropédiatrie et les réseaux de santé Handimome et Handident.

52 enfants ont été consultés. Les enfants présentent tous de la plaque dentaire et même ceux qui étaient en alimentation entérale continue (AEC). Les enfants alimentés normalement n'ont pas de caries ni de bruxisme, alors que les enfants alimentés en mixé et AEC sont des caries et du bruxisme. Les enfants dont l'étiologie du handicap est anténatale présentent le plus de problèmes bucco-dentaires. Le fait d'adhérer au réseau de santé Handident améliore l'accès aux soins

mais n'a pas permis de diminuer l'apparition des caries. La participation des odontologistes à la consultation multidisciplinaire permet un meilleur échange et coordination entre les professionnels et satisfait les parents pour le suivi global de leur enfant.

L'accès à une hygiène bucco-dentaire efficace reste encore à être amélioré pour les enfants polyhandicapés.

O.4. Assentiment aux soins dentaires des patients atteints de troubles du spectre autistique: développement d'outils de communication

Le Van Suu V¹, Ranc-Antonelli O¹, Camoin A^{1,2}, Tardieu C^{1,2}

¹Service d'odontologie Hôpital Timone- APHM – Marseille, ²Réseau de santé Handident PACA - France

Le Trouble du Spectre Autistique est une pathologie complexe et la prise en charge en France de ces patients est encore insuffisante. L'assentiment des soins dentaires chez une personne atteinte de Troubles du Spectre Autistique (TSA) est un problème majeur en odontologie.

Pour permettre l'amélioration de celui-ci et une meilleure information au patient, plusieurs outils multimédia originaux ont été développés:

- Un ensemble de pictogramme « manga » permettant de faciliter la communication entre le praticien et le patient ainsi que de familiariser le patient aux outils.
- Un livre/histoire personnalisable décrivant les étapes d'une visite au cabinet dentaire.
- Un logiciel utilisable sur tablette et ordinateur permettant l'information et la communication grâce à un ensemble de photos, sons et vidéos décrivant les différentes séances de soins.

Pour mesurer leurs efficacités, ces outils devront être testés.

Une utilisation fréquente et convaincue de ces outils permettra leur évolution pour favoriser un meilleur assentiment lors des soins dentaires.

O.5. Utilisation d'un outil pédagogique visuel et de la sédation consciente par inhalation de protoxyde d'azote-oxygène afin d'améliorer la collaboration du patient atteint de troubles du spectre autistique lors des soins dentaires

Garret A

U.O. Dipartimentale di Odontostomatologia Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma, Italie

Les troubles du spectre autistique (TSA) ont pour conséquence, entre autres, un risque accru de maladie carieuse et parodontale. Les patients avec TSA ont plus de facilité à entrer en contact à l'aide d'images qu'à travers le langage, d'où le développement d'une méthode pédagogique spécifique appelée PECS (picture exchange communication system). Nous avons voulu étudier comment un outil pédagogique visuel peut aider le patient atteint de TSA à collaborer durant les soins dentaires, pour éviter de le soumettre à des anesthésies générales répétées.

Nous avons développé un parcours individualisé, composé de l'approche conventionnelle, l'utilisation de la PECS et l'utilisation de la sédation consciente par inhalation de protoxyde d'azote.

Le niveau de collaboration de patients âgés de 5 à 15 ans atteints de TSA est évalué à l'aide de l'échelle de Venham modifiée, lors de la première consultation et lors de la dernière séance de soins après quelques mois. Une première phase correspond à la formation du personnel et à la réalisation d'un book de photos formant la PECS adaptée à la structure hospitalière où ont lieu les consultations. Durant la première

consultation, seuls les parents sont convoqués afin de leur expliquer l'utilisation de la PECS à la maison. Après 3 semaines de familiarisation avec la PECS, une première consultation est organisée avec le patient. Par la suite, ont lieu les soins dentaires, avec ou sans utilisation de la sédation consciente. Pour les cas les plus difficiles, les soins dentaires sont organisés sous anesthésie générale.

A.1. Macrostomie : une fente faciale rare

Molinier O¹, De Beraïl A², Noirrit E³

¹interne Hôpital des enfants – CHU Toulouse – Toulouse, France, ²centre de compétence des fentes faciales CHU Toulouse – Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse- CHU Toulouse (FRANCE) – France, ³service d'odontologie pédiatrique – CHU Toulouse – Hôpital des enfants, Toulouse, France

Les macrostomies congénitales sont des fentes orofaciales très rares comparées aux fentes labioalvéolopalatines. Encore appelées fentes maxillo-mandibulaires ou fentes commissurales, elles résultent d'une anomalie de fusion des bourgeons embryonnaires maxillaires et mandibulaires du premier arc.

Cette malformation affecte l'esthétique et la fonction de la cavité orale, et peut être associée à d'autres anomalies cranio-faciales.

La chirurgie a pour objectif de replacer le plus précisément possible la commissure labiale et de reconstruire la musculature péri-orale.

Nous décrivons le cas d'un petit garçon arrivé en France à l'âge de trois mois, qui nous a été adressé pour fente vélo-palatine. Il présentait en fait une fente commissurale bilatérale, avec invagination épidermique fusionnant avec le voile du palais. Les piliers amygdaliens étaient concernés par la malformation, ainsi que les canaux de Sténon. Des plasties en Z ont été réalisées en deux temps dans le service de chirurgie viscérale de l'Hôpital des enfants à Toulouse.

A partir de cette description, nous ferons une revue de littérature de ces malformations et de leurs conséquences.



Nouveautés dans notre pratique quotidienne

Samedi 12 avril 2014

14h00-17h30

Salon Versailles

O.1. Qualité méthodologique et implications pour la pratique clinique des revues systématiques Cochrane en santé bucco-dentaire pédiatrique: une évaluation critique

Smaïl-Faugeron V^{1,2,3}, Fron-Chabouis H^{3,4}, Courson F^{2,3}

¹Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, UMR S 872, Equipe 22, Centre de Recherche des Cordeliers, Paris, France, ²Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris, France, ³Université Paris Descartes - Sorbonne Paris Cité, Faculté de Chirurgie Dentaire, Unité de Recherches Biomatériaux Innovants et Interface EA4462, Montrouge, France, ⁴Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Charles Foix, Service d'Odontologie, Ivry-sur-Seine, France

Objectifs. Evaluer la qualité méthodologique et les implications pour la pratique clinique des revues systématiques pédiatriques du groupe Cochrane Oral Health

(COHG). Donner un panorama des interventions en santé bucco-dentaire pédiatrique recommandées en pratique.

Méthodes. Nous avons réalisé une revue systématique incluant toutes les revues pédiatriques du COHG. Pour chaque revue, nous avons extrait ses caractéristiques, puis nous avons évalué sa qualité méthodologique à l'aide de la grille AMSTAR, et enfin nous avons évalué si les auteurs concluaient qu'une intervention était recommandée en pratique, inefficace, nocive, ou devait être utilisée seulement dans le cadre de la recherche (données non concluantes).

Résultats. Nous avons sélectionné 37 revues. La plupart concernait la prévention des lésions carieuses. La qualité méthodologique était élevée. Nous avons identifié 7 revues pour lesquelles l'intervention expérimentale était recommandée en pratique, une revue qui concluait que l'intervention expérimentale était inefficace, et 29 (78%) revues pour lesquelles les données étaient non concluantes. Dans les 7 revues concluantes, l'application topique de fluor (dentifrice, gel ou vernis) était recommandée pour les dents permanentes et temporaires chez les enfants et les adolescents, et scellement de sillons était recommandé sur les surfaces occlusales des molaires permanentes.

Conclusion. Les revues Cochrane en santé bucco-dentaire pédiatrique sont de haute qualité. Elles ont fourni des preuves solides sur l'efficacité de l'application topique de fluor et du scellement de sillons, et recommandent leur utilisation chez les enfants et les adolescents. Cependant, un nombre élevé de revues n'apportent pas de preuves concluantes.

O.2. La brosse à dents sonore: une technologie innovante au service des jeunes patients

Watts M

Philips CL, Suresnes, France

Bien que souvent pensés pour les adultes, les progrès réalisés par les instruments d'hygiène bucco-dentaire au cours des dernières décennies ont également bénéficiés aux enfants. Ainsi, les technologies telles que celles mises en œuvre par Philips pour la gamme Sonicare ont largement démontré leur efficacité lors de nombreuses études cliniques qui confirment leur place dans l'arsenal des moyens de prévention aujourd'hui disponibles.

Parmi ces résultats, on citera plusieurs études comparant la brosse sonore « Sonicare for Kids » à une brosse à dents manuelle. Ces études confirment que la brosse sonore s'avère significativement plus efficace que la brosse à dents manuelle en terme de réduction de plaque (mesurée par l'indice de Turesky modifié par Quigley-Hein) et ce quel que soit le groupe d'âge des enfants concernés (4-7 ans ou 7-10 ans). Les enfants les plus âgés (7-10 ans) utilisèrent eux-mêmes les brosses testées et la supériorité globale de la brosse sonore ($p=0.0001$) fut également vérifiée dans les zones difficiles d'accès comme les zones interproximales ($p<0.0001$). Les enfants plus jeunes (4-7 ans) bénéficièrent dans le cadre de l'étude d'un brossage par une hygiéniste. Là encore, la brosse sonore montra une supériorité globale ($p<0.0001$) ainsi que dans les zones interproximales ($p<0.0001$).

Enfin, la mesure du temps de brossage chez des enfants de 7 à 10 ans a démontré que l'utilisation de la brosse « Sonicare for Kids » conduisait à une augmentation durable de la durée médiane de brossage par rapport à une brosse manuelle : 122 secondes pour la brosse sonore contre 83 secondes pour la brosse manuelle à la première visite ($p=0.012$). A la seconde visite, 2 semaines plus tard, les durées de

brossage respectives des 2 brosses étaient de 120 secondes contre 73 secondes ($p=0.0001$).

Ces nouveaux instruments d'hygiène ont donc un rôle à jouer dans la prévention carieuse des enfants pour lesquels la durée de brossage et l'efficacité clinique sont deux contraintes souvent difficiles à concilier.

O.3. Utilisation au quotidien de la digue en Odontologie Pédiatrique

Dominici G, Trzaskawka-Moulis E, Chabadel O, Goldsmith MC

CHU Montpellier, Université Montpellier I, Montpellier, France

En odontologie pédiatrique, l'accès, la visibilité et le contrôle du site opératoire sont des difficultés récurrentes. Même avec 4 mains et 2 cerveaux, la gestion du flux salivaire, des fermetures buccales, des mouvements de la langue et des joues est souvent un numéro d'acrobatie au résultat aléatoire. L'utilisation de la digue procure au clinicien une maîtrise de la situation. Son attention est focalisée sur le soin, le travail est plus serein et donc de meilleure qualité. L'enfant aussi est plus détendu : l'isolation du site opératoire dans un « petit parapluie » lui permet de détacher son attention du soin en cours. A travers plusieurs illustrations et vidéos, nous présenterons une technique simple et rapide pour l'utilisation de la digue au quotidien.

O.4. Apport du dispositif d'isolation et d'aspiration buccal Isolite en odontologie Pédiatrique

Ouatik N

McGill University, Montréal, Canada

Inventé par un chirurgien-dentiste, le système isolite est breveté aux Etats-Unis en 2000. Constitué de pièces buccales en plastique de tailles diverses qui s'insèrent dans un tube d'aspiration, il s'est depuis imposé comme une méthode simple et efficace d'isolation du champ opératoire. Depuis peu, ce système a acquis la certification CE et est disponible en Europe.

Les avantages du système sont multiples : facilité d'accès, meilleure visibilité, ergonomie améliorée associée avec un gain de temps et de confort. Le travail du praticien et de l'assistante est donc facilité. L'utilisation de ce système permet de travailler par secteurs, et ce de manière simultanée au maxillaire et à la mandibule pour un même côté. Le travail en odontologie pédiatrique est facilité en éliminant la nécessité de placer un crampon.

Si des soins sont réalisés sous anesthésie générale ou sous sédation, l'aspiration intégrée au système permet de protéger les voies respiratoires de tout écoulement de liquide.

Les désavantages sont principalement reliés aux difficultés qui peuvent être rencontrées lors de l'insertion du dispositif, principalement chez les patients ayant un réflexe nauséux. Cette difficulté peut être diminuée lorsque l'on travaille sous MEOPA avec un masque nasal. Les coûts associés au système pourraient aussi constituer un obstacle dans certains contextes.

O.5. Leucomes orthodontiques: comment les prévenir, comment les traiter ?

Morrier JJ

Département d'Odontologie Pédiatrique. Faculté d'Odontologie de Lyon. Université Claude Bernard Lyon1. Service d'Odontologie. Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

Les lésions opaques blanches observées autour des attachements orthodontiques constituent une complication assez fréquente retrouvée au cours des traitements

orthodontiques fixes. Les différentes études épidémiologiques révèlent, en effet, une prévalence très variable comprise entre 2 et 96%.

Ces lésions sont la conséquence du biofilm dentaire dont l'adhésion sur les surfaces dentaires est favorisée par les attaches orthodontiques et les résines de collage. Elles constituent le 1^{er} signe visible, à l'œil nu, de la lésion carieuse selon Fejerskov et Kidd (2003).

Leur prise en charge comprend la prévention des phénomènes de déminéralisation, les méthodes de reminéralisation et les traitements restaurateurs.

Cette prise en charge commence par le respect d'une hygiène bucco-dentaire et d'une hygiène alimentaire correctes. Les fluorures (dentifrices, gels, vernis, bains de bouche, ciments adhésifs, ligatures...), la CPP-ACP (Casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate), le laser, les infiltrations de résine et la micro-abrasion font partie des principaux traitements et procédures préconisés.

Cette présentation a pour objectifs de préciser, selon une analyse des données basée sur les preuves, l'efficacité de ces différents traitements et procédures.

O.6. Le coiffage pulpaire indirect sur dent temporaire: une réelle alternative à la pulpotomie ?

Porot AS, Courson F, Villette F, Smaïl-Faugeron V

Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Faculté de Chirurgie Dentaire, Unité de Recherches Biomatérialux Innovants et Interface EA4462, Montrouge, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Bretonneau, Service d'Odontologie, Paris, France

Contexte. Actuellement, la pulpotomie est le "gold standard" du traitement pulpaire sur dent temporaire. Il existe cependant une alternative à cette technique sur les lésions carieuses profondes. Elle fait appel aux techniques utilisées sur dent permanente immature (step Wise ou partial caries removal). Il s'agit du coiffage pulpaire indirect (CPI) qui s'avère être une approche thérapeutique plus conservatrice.

Objectif. La question que nous nous posons aujourd'hui, dans cette période d'expansion du traitement a minima, est de savoir si le CPI sur dent temporaire en cas de lésion carieuse profonde constitue réellement une véritable alternative à la pulpotomie.

Méthodes. Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature visant à comparer l'efficacité d'une de ces thérapeutiques pulpaires face à l'autre sur dent temporaire. Pour cela, nous avons interrogé les bases de données suivantes : Pubmed via Medline, la Librairie Cochrane et Embase.

Résultats. Sur 470 articles sélectionnés, seuls 9 articles pertinents ont été retenus : 2 études comparatives non randomisées et 7 enquêtes. On constate d'une part, un taux de succès significativement supérieur du CPI et d'autre part, une nette progression de l'enseignement et de la pratique du CPI au cours des dernières décennies.

Conclusion. Malgré une réelle attente de la part de la profession, d'un point de vue de « l'évidence based dentistry », il n'existe aujourd'hui aucune étude de haut niveau de preuve permettant de répondre pleinement à cette problématique. Par ailleurs, même si elle est enseignée dans la plupart des pays, le problème du diagnostic pulpaire positif n'est toujours pas clairement défini.

O.7. Régénération et revascularisation de la pulpe dentaire: mythe ou réalité ?

Nasrallah Nasseh H, Bacho R

Faculté de Médecine Dentaire, Université Libanaise, Beyrouth, Liban

Le potentiel de régénération de la pulpe dentaire, en particulier la pulpe des dents matures, est considéré comme extrêmement limité. Toutefois, les connaissances actuelles concernant l'inflammation et la réparation pulpaire, ainsi que l'évolution des technologies et des matériaux dentaires ont fait de la revascularisation pulpaire une alternative au traitement radiculaire conventionnel quand il s'agit de dents permanentes immatures à pulpe nécrosée.

Les traitements conventionnels ont pour inconvénients des dents fragiles avec un grand risque de fractures radiculaires. La régénération pulpaire permet un traitement plus biologiquement qui peut permettre la reprise de la formation radiculaire.

La régénération pulpaire représente une nouvelle modalité de traitement basée sur le rétablissement de la vitalité de la pulpe et la reprise du développement radiculaire. Ce traitement consiste à désinfecter le système canalaire avec une pâte antibiotique, puis induire un saignement intracanalair, et le caillot formé représentera un échafaudage pour la nouvelle pulpe dentaire, avec un rôle important des cellules souches et des facteurs de croissance qui proviennent des plaquettes et de la dentine.

Une revue de la littérature ainsi que des cas cliniques de revascularisation pulpaire seront présentés et discutés.

O.8. La BiodentineTM : indications et présentation de cas cliniques

La Verde M, Truong S

Service de Pédiodontie du Professeur Limme, Université de Liège, Liège, Belgique

En dentisterie pédiatrique, maintenir la santé pulpaire d'une dent, après une carie, un traumatisme ou un soin iatrogène est très important, particulièrement sur les dents immatures où le maintien de la vitalité pulpaire permet une bonne formation radiculaire.

Dans cette optique, l'utilisation d'un matériau bioactif tel que la BiodentineTM est privilégiée par rapport à d'autres biomatériaux.

La BiodentineTM est un substitut dentinaire qui a un comportement mécanique similaire à la dentine naturelle. De plus, ce matériau présente une excellente biocompatibilité et son caractère bioactif permet la formation d'un pont dentinaire.

Nous aborderons dans notre exposé les différentes propriétés de la BiodentineTM, les indications cliniques en denture de lait et sur les dents permanentes immatures. De nombreux cas cliniques seront exposés tout au long de l'exposé.

O.9. Amélogénèse imparfaite et facettes composites antérieures « Compoener® » le sourire retrouvé

Bonnet AL^{1,2}, Andre M^{1,2}, Berthet A^{1,2}

¹Pôle Odontologie, CHU Reims, France, ²Faculté de Chirurgie Dentaire Université Reims Champagne Ardenne, URCA, Reims, France

L'Amélogénèse Imparfait (AI) est une pathologie héréditaire qui se manifeste principalement par une anomalie de structure de l'émail. L'ensemble des dents temporaires et permanentes peuvent être atteintes. L'émail peut être hypoplasique, hypomature ou hypominéralisé. Le préjudice esthétique a des conséquences sur la vie sociale du grand enfant et de l'adolescent.

Romane B. présente une amélogénèse imparfaite de type hypoplasique accompagnée de troubles de l'occlusion. La prise en charge, pluridisciplinaire, comporte un volet esthétique et fonctionnel.

Les incisives maxillaires sont restaurées par collage de facettes composites préés (Componeer®, Coltène/Whaledent). Ces coquilles préfabriquées se présentent sous trois masques de couleur. Cette différence de translucidité permet de s'adapter aux dyscolorations. La surface vestibulaire est brillante et d'aspect naturel. La structure interne micro-rétentive augmente la force d'adhésion sur une surface amélaire déstructurée.

C'est une technique directe, facile à mettre en œuvre et dont le coût est raisonnable. Cette restauration a l'avantage de pouvoir être réalisée dès la fin de la maturation radulaire et constitue une excellente alternative, par rapport aux facettes classiques réalisées en laboratoire.

Au niveau fonctionnel, des coiffes pédodontiques sont mises en place sur les premières molaires permanentes afin de protéger le complexe dentino-pulpaire et de maintenir un calage postérieur.

Dans un second temps, l'indication d'un disjoncteur est posée dans le but de réduire l'insuffisance transversale maxillaire.

Le suivi régulier est indispensable pour accompagner la morphogenèse des arcades.

O.10. Coiffes pédodontiques en zircone et facettes composites préformées : de nouvelles options thérapeutiques pour la restauration des dents antérieures chez l'enfant et l'adolescent

Lopez-Cazaux S, Hyon I, Lusson C, Boucher M, Dajeau-Trutaud S

Département d'Odontologie Pédiatrique, UFR d'Odontologie et CHU de Nantes, Nantes, France

L'impact psychologique d'une atteinte du secteur antérieur, ayant des répercussions esthétiques, ne doit pas être sous-estimé chez l'enfant et l'adolescent. De plus, nous évoluons dans une société de plus en plus tournée vers l'esthétique. Nous devons donc restaurer l'aspect naturel des dents à chaque fois que cela est possible. L'apparition sur le marché de nouveaux produits comme les coiffes pédodontiques en zircone et les facettes composites préformées nous donnent la possibilité d'atteindre cet objectif.

L'utilisation de nouveaux produits doit s'appuyer sur une connaissance du produit et du protocole de réalisation. Les caractéristiques des coiffes pédodontiques en zircone (EZ pedo) et des facettes composites préformées (Componeer, Colthène) que nous avons testé seront abordées ainsi que les étapes de réalisation de ces restaurations. D'autre part, acquérir de nouvelles compétences n'est pas toujours chose aisée. Il faudra donc savoir sélectionner ses premiers cas afin de démarrer dans de bonnes conditions.

Au travers de cas cliniques sur dents temporaires et permanentes nous montrerons l'intérêt d'intégrer ces nouveaux produits dans notre pratique, chez l'enfant et l'adolescent.

O.11. Les mini implants sont-ils d'actualité dans les reconstructions prothétiques chez l'enfant et le jeune adolescent ?

Sfeir E, Nassif N, Moukarzel C

Département de dentisterie pédiatrique, Université libanaise Beyrouth, Beyrouth, Liban

Les approches prothétiques chez les enfants atteints d'oligodontie ou d'anodontie comme dans le cas des dysplasies ectodermiques abondent dans la littérature. L'implantologie conventionnelle chez l'enfant fait partie de l'arsenal thérapeutique à cette fin. Par contre, la mini implantologie, déjà utilisée chez l'adulte avec succès, n'a pas encore été appliquée, à notre connaissance, chez l'enfant, alors qu'elle semble mieux adaptée à l'anatomie des crêtes alvéolaires réduites des enfants atteints de ces

anomalies. Après un survol rapide de l'approche chirurgicale, nous présentons et discutons plusieurs cas cliniques de prothèses amovibles, combinées ou fixées implanto-portées avec le suivi à plus ou moins long termes.

A.1. Intérêt des pâtes antibiotiques dans le traitement endodontique des dents temporaires

Ouatik N

McGill University, Montréal, Canada

Les dents temporaires infectées sont un problème commun en odontologie pédiatrique. Lorsque l'infection atteint les tissus périapicaux ou de la furcation, le pronostic devient beaucoup plus aléatoire. Anatomiquement, la complexité du système canalaire de la dent temporaire rends impossible l'élimination totale des tissus et débris nécrosés.

Le protocole LSTR (Lesion Sterilization and Tissue Repair) par Hoshino et coll. (2004) préconise l'utilisation d'une pâte composée de trois antibiotiques (3Mix-MP) pour réaliser le traitement endodontique sur les dents temporaires nécrosées. Cette pâte est la même que celle utilisée avec succès dans le cadre des protocoles de revascularisation des dents permanentes jeunes (Banchs et Trope, 2004).

La pâte antibiotique utilisée est une préparation magistrale réalisée sur ordonnance par un pharmacien. Elle comprend de la ciprofloxacine (14%), du métronidazole (43%), de la clindamycine (43%) et de l'iodoforme (Triiodométhane 30%), un ingrédient optionnel qui rend le mélange radiopaque. Notons qu'il existe différentes variations du mélange.

L'avantage de cette technique est qu'elle simplifie le protocole habituel de pulpectomie. Elle élimine aussi le besoin d'une antibiothérapie par voie orale. Cependant, cette technique pose le risque de réaction allergique et d'émergence de souches bactériennes résistantes.

A l'heure actuelle, la qualité des études sur ce protocole reste insuffisante pour recommander sa généralisation mais il s'agit certainement d'une thérapeutique émergente.

A.2. La mesure de la qualité de vie liée à la santé orale des enfants: un nouveau regard sur l'odontologie pédiatrique

Orsini DP, Opsahl-Vital S, Jacq R

Odontologie Pédiatrique Université Paris Descartes, Service Odontologie Hôpital Louis Mourier, Hupnvs, Assistance Publique –Hôpitaux de Paris, Paris, France

La prise en compte de la notion de qualité de vie liée à la santé et à la santé orale, si elle est assez récente, est très révélatrice des changements profonds de la manière de pratiquer la médecine et l'odontologie. La médecine uniquement basée sur des signes cliniques observés par les soignants cède la place à un exercice plus proche des patients et de leurs souhaits thérapeutiques. La mesure de la qualité de la vie liée à la santé orale se réfère plus à un sentiment de bien-être qu'à une absence de maladie buccodentaire.

Cette notion de qualité de vie concerne également l'enfant. Toutefois, compte tenu de son évolution cognitive, physique, psychologique et sociale, parvenir à capter sa qualité de vie en un instant donné de façon fiable et répétitive représente une gageure. Des échelles spécifiques adaptées à l'enfant ont été proposées et validées. Ces outils de mesure permettent d'évaluer les impacts d'une mauvaise santé orale

sur la qualité de vie des enfants ainsi que les variations de qualité de vie liée à la santé orale induites par nos traitements.

Les deux échelles les plus fréquemment utilisées seront décrites dans cette présentation et seront mises en situation au travers d'exemples.

L'étude de la qualité de vie doit désormais faire partie intégrante de l'évaluation de la prise en charge bucco-dentaire des enfants. Elle apporte des réponses au besoin de justification des pratiques de santé basées sur la preuve et doit être analysée par les cliniciens lors des évaluations des pratiques professionnelles.