

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

[Année 2014]

N°:

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Septembre 2014

Par BAILLY Héroïse

Née le 05 Novembre 1990 à Bois-Guillaume

LES URGENCES NON TRAUMATIQUES EN PEDODONTIE

**DE L'APPEL TELEPHONIQUE À LA PRISE EN CHARGE AU
FAUTEUIL : QUINTESSENCE DES CONDUITES A TENIR**

JURY

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Monsieur le Docteur Yves BAILLIEZ

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Mademoiselle le Docteur Marie BOROWSKI

ACADEMIE DE LILLE

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

PLACE DE VERDUN

59000 LILLE

Président de l'Université : X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services : P.-M ROBERT
Doyen : E. DEVEAUX
Assesseurs : E.BOCQUET, L.NAWROCKI et G.PENEL
Chef des Services Administratifs : S.NEDELEC

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

H.BOUTIGNY: Parodontologie

E. DELCOURT-DEBRUYNE : Responsable de la Sous-Section de Parodontologie

E. DEVEAUX : Doyen de la Faculté

G. PENEL : Sciences Biologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Y. BAILLIEZ	: Responsable de la Sous-Section Sciences Biologiques
P. BEHIN	: Prothèses
F. BOSCHIN	: Parodontologie
E. BOCQUET	: Responsable de la sous-section d'Orthopédie Dento-Faciale et Orthodontie
C. CATTEAU	: Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	: Odontologie Conservatrice – Endodontie
T. COLARD	: Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
M. DANGLETERRE	: Sciences Biologiques
Th. DELCAMBRE	: Prothèses
C. DELFOSSE	: Responsable de la Sous-Section de Pédodontie
F. DESCAMP	: Prothèses
A. GAMBIEZ	: Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	: Prothèses
P. HILDELBERT	: Odontologie Conservatrice – Endodontie
J.M. LANGLOIS	: Responsable de la Sous-Section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
Cl. LEFEVRE	: Responsable de la Sous-Section Prothèses
J.L. LEGER	: Orthopédie Dento-Faciale et Orthodontie
M. LINEZ	: Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	: Prothèses
L. NAWROCKI	: Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
B. PICART	: Chef du Service d'Odontologie du CHRU de Lille Prothèses
P. ROCHER	: Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
M. SAVIGNAT	: Responsable de la Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
T. TRENTESAUX	: Pédodontie

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du Jury...

Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-Section Sciences Biologiques

Docteur en chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université René DESCARTES (Paris V)

C.E.S. d'Odontologie Chirurgicale

Habilité à Diriger de Recherches

Un grand merci d'avoir accepté la présidence de mon Jury, et de nous avoir transmis vos connaissances avec passion et pédagogie.

Monsieur le Docteur Yves BAILLIEZ

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Sciences biologiques

Docteur en chirurgie Dentaire

Docteur de l'université de Lille 2

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-section Sciences Biologiques

Je vous remercie d'avoir bien voulu faire partie de ce jury.
Merci également pour votre bonne humeur permanente et
vos conseils précieux en clinique.

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier de CSERD

Sous section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'université Paris Descartes – Spécialité Ethique et Droit Médical

Certificat d'Etudes Supérieures de Pédodontie – Prévention – Paris Descartes

Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous sédation » - Aix-Marseille II

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de la vie d'un patient »

Lauréat du prix Jean Bernard de la Société Française et francophone d'éthique Médical

Master 2 Ethique médicale et bioéthique (Paris Descartes)

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de siéger dans ce jury, et de m'avoir transmis votre passion pour la pédodontie.

Mademoiselle le Docteur Marie BOROWSKI

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Sous-section Odontologie pédiatrique

Docteur en chirurgie Dentaire

CES B Pédodontie-Prévention (Paris Descartes)

Master 1 Ethique et Droit de la Santé

Master 2 Ethique médicale et bioéthique (Paris Descartes)

Je te remercie d'avoir bien voulu être mon maître de thèse. Merci pour ton incroyable disponibilité, ton optimisme, tes précieux conseils et ta patience sans faille (désolé pour les mails nocturnes). Je n'aurais pas pu espérer trouver un meilleur maître de thèse, ce qui m'a permis de travailler sur ce sujet avec intérêt et plaisir.

Je dédie ma thèse...

LES URGENCES NON
TRAUMATIQUES EN
PEDODONTIE

DE L'APPEL
TELEPHONIQUE À LA
PRISE EN CHARGE AU
FAUTEUIL :
QUINTESENCE DES
CONDUITES A TENIR

SOMMAIRE

LES URGENCES NON TRAUMATIQUES EN PEDODONTIE..... 11

**DE L'APPEL TELEPHONIQUE À LA PRISE EN CHARGE AU FAUTEUIL : QUINTESENCE DES
CONDUITES A TENIR..... 11**

INTRODUCTION.....	15
1 L'URGENCE EN PEDODONTIE	16
1.1 Définition de l'urgence en pédodontie :.....	17
1.2 Particularités chez l'enfant	17
1.2.1 Les dents temporaires / dents immatures	17
1.2.1.1 Particularités morphologiques de la dent temporaire :.....	17
1.2.1.2 Particularités histologiques de la dent temporaire :.....	18
1.2.1.3 Particularités physiologiques de la dent temporaire :	18
1.2.2 Particularités des dents définitives de l'enfant	18
1.2.3 Le parodonte chez l'enfant :.....	19
2 PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE AU CABINET DENTAIRE	20
2.1 Facteurs de risque	21
2.2 Gestion de l'urgence chez l'enfant	22
2.2.1 Appel téléphonique.....	22
2.2.2 Renseignements généraux	22
2.2.3 Anamnèse.....	22
2.2.4 Examen clinique de l'enfant	23
2.2.4.1 Exobuccal	23
2.2.4.2 Endobuccal.....	23
2.2.5 Les examens complémentaires	25
2.2.5.1 La radiographie	25
2.2.5.2 Bilan Biologique Sanguin.....	26
2.2.6 Diagnostic.....	26
2.3 Suivi clinique, complications possibles et réserves pour l'avenir	27
2.3.1 Séquelles possibles sur une dent temporaire (complications pulpaire et parodontales) et sur le germe.....	27
2.3.2 Séquelles possibles sur une dent permanente immature (complications pulpaire et parodontales)	27
2.3.3 Séquelles possibles sur une dent permanente mature (complications pulpaire et parodontales)	28
3 FICHES SYNTHETIQUES DES CONDUITES A TENIR	29
3.1 Pulpopathies.....	30
3.1.1 Hyperhémie pulpaire.....	30
3.1.2 Pulpite réversible	32
3.1.3 Pulpite irréversible	34
3.1.4 Nécrose pulpaire sans complication parodontale	36
3.2 Parodontopathies chez l'enfant.....	38
3.2.1 Syndrome du septum	38
3.2.2 Gingivopathies.....	40
3.2.2.1 Gingivite marginale chronique	40
3.2.2.2 Pathologies gingivales modifiées par des médicaments	42
3.2.2.3 La gingivite ulcéro-nécrotique aiguë.....	44
3.2.3 Récession gingivale.....	46
3.2.4 Parodontopathies.....	47
3.2.4.1 Parodontite agressive	47
3.2.4.2 Parodontite ulcéro-nécrotique	49
3.2.5 Abscessus parodontal	51
3.3 Pathologies pulpaire avec pathologies parodontales	53
3.3.1 Pathologie de la furcation	53
3.3.2 Parodontite apicale aiguë (simple, non suppurée).....	55
3.3.3 Abscessus apical aiguë	57
3.3.4 Pathologie pulpo-parodontal chronique	59
3.3.5 Cellulites.....	61
3.3.5.1 Cellulite d'origine dentaire circonscrite	61
3.3.5.2 Cellulite d'origine dentaire diffuse.....	63

3.4	Pathologies de la muqueuse buccale et autres motifs d'urgence pédiodontiques	65
3.4.1	Gingivo – stomatite herpétique aiguë :	65
3.4.2	La moniliase (Muguet).....	67
3.4.3	Aphtes	68
3.4.4	Morsures	70
3.4.5	Kystes d'éruption	71
3.4.6	Poussée dentaire.....	73
3.4.7	Persistance des dents temporaires	74
4	<i>FICHES SYNTHETIQUES : LES PRESCRIPTIONS CHEZ L'ENFANT</i>	76
4.1	Antibiotiques	77
4.2	Anti-inflammatoire stéroïdien à visée anti-inflammatoire	79
4.3	Antalgiques	80
4.4	Anti-inflammatoires non stéroïdiens à visée antalgique	83
4.5	Bains de bouche	84
4.6	Anti-hémétique	85
4.7	Anxiolytique.....	85
4.8	Enzyme à visée anti-inflammatoire et anti-oedémateux.....	85
4.9	Médicaments contre les aphtes	86
4.10	Médicaments pour les poussées dentaires	86
4.11	Anti herpétiques.....	87
4.12	Antifongiques	88
4.13	Autres	89
	CONCLUSION	90
	BIBLIOGRAPHIE	91
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	94

INTRODUCTION

Les urgences bucco dentaires chez l'enfant ne sont pas à prendre à la légère. Elles peuvent avoir des conséquences allant de la « simple » douleur dentaire au retentissement sur la santé générale de l'enfant avec des répercussions sur la qualité de vie (alimentation, sommeil).

Des complications d'ordre général peuvent être consécutives à une urgence infectieuse initialement localisée à une dent, de type asthénie, fièvre, bactériémie...

Les consultations chez les enfants peuvent être d'ordre divers. Les parents prennent souvent rendez-vous en urgence pour leur enfant lorsqu'il ne supporte plus la douleur, qu'elle l'empêche de dormir et qu'elle ne cède pas aux antalgiques. Un autre motif avancé est l'esthétique. L'enfant peut avoir les dents qui « noircissent » ou les dents permanentes sur arcade avec persistance des dents temporaires. Pour autant, ces cas ne relèvent pas systématiquement de l'urgence médicale.

Il est donc indispensable de savoir identifier la véritable urgence d'un point de vu médical de sorte à pouvoir soulager au mieux l'enfant.

De plus, la symptomatologie des pathologies pulpaires ou parodontales est très variable voire complètement indolore selon les enfants et les dents concernées. En l'absence de contrôle régulier, des pathologies peuvent passer inaperçues. Une infection sur une dent temporaire peut avoir de lourds préjudices sur le germe sous-jacent car elle se propage très rapidement au parodonte.

Le patient consulte alors dans un contexte d'urgence et de douleur, avec une pathologie avancée. Les soins à effectuer sont donc plus lourds pour l'enfant, et plus difficiles à réaliser dans ce contexte. C'est pourquoi il est nécessaire de pouvoir poser un diagnostic rapide et précis et de connaître la conduite à tenir immédiate afin d'être le plus efficace possible.

1 L'URGENCE EN **PEDODONTIE**

1.1 Définition de l'urgence en pédodontie :

Définition de l'urgence :

« Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement » *Larousse*

Définition de la pédodontie :

Spécialité dentaire regroupant l'ensemble des soins prodigués aux enfants de moins de 15 ans : soins de caries, endodontie, parodontologie, prothèse. Ces soins peuvent concerner aussi bien les dents de lait que les dents définitives.

1.2 Particularités chez l'enfant

1.2.1 Les dents temporaires / dents immatures

La dent temporaire est particulièrement sensible à la carie de par son anatomie et ses particularités histo-physiologiques. De plus, l'évolution de ces dernières est très rapide et le plus souvent asymptomatique jusqu'à un stade avancé (abcès, fistule...).

1.2.1.1 Particularités morphologiques de la dent temporaire :

Sa structure générale est identique à la dent définitive. Cependant, le volume de la chambre pulpaire est plus important et l'épaisseur des tissus durs est plus faible par rapport aux dents définitives.

Les cornes pulpaires sont longues, effilées et proches de la surface occlusale. De plus, la dent temporaire présente un fort étranglement au niveau cervical, tout en conservant une chambre pulpaire volumineuse. Ces deux caractéristiques impliquent un passage rapide au stade carieux et à la pathologie pulpaire.(1) Cet étranglement facilite l'accumulation de plaque bactérienne et complique le brossage au niveau proximal ce qui provoque une irritation de la papille.

Les racines des dents temporaires sont fines, souvent très courbes avec de nombreuses ramifications et fréquemment des pulpolithes.(2) Le système endodontique est complexe car il comporte de nombreux canaux fins, notamment au niveau du plancher pulpaire. Une infection au niveau de la furcation radiculaire n'est donc pas rare.

Les communications entre le système pulpaire et le parodonte sont nombreuses à travers de multiples canaux accessoires, ce qui facilite la diffusion de l'infection au niveau parodontal. Cela peut également être néfaste pour le germe sous-jacent qui se trouve au niveau de la furcation radiculaire.

1.2.1.2 Particularités histologiques de la dent temporaire :

Les tissus durs sont moins denses et moins minéralisés. Les prismes d'émail sont moins bien organisés, la déminéralisation est alors plus rapide tout comme l'évolution de la carie. Les tubuli dentinaires ont un diamètre bien plus important ce qui facilite fortement le passage des bactéries.

1.2.1.3 Particularités physiologiques de la dent temporaire :

La dent temporaire passe par trois stades qui vont conditionner sa réponse aux agressions.

Stade 1 ou phase labile / phase de construction :

C'est le stade de croissance, le complexe dentino-pulpaire est en maturation et possède un potentiel de réparation très important. L'évolution de la carie est rapide de par les particularités morphologiques et histologiques, mais sa progression sera ralentie par la formation de dentine tertiaire. Il se peut tout de même que la pulpe soit submergée par l'agression. Elle garde néanmoins sa résistance à la nécrose. L'importance des communications pulpo-parodontales fait que l'infection se déplace plutôt vers la zone de furcation que vers la région apicale. (3)

Stade 2 ou phase stable :

C'est une phase de stabilité et de maturité où il y a peu de modifications pulpaires. L'édification complète de la racine et la constriction apicale créent un espace clos comme chez la dent permanente mature. De ce fait, si une inflammation est présente et en raison d'absence d'une échappatoire pour l'œdème, la douleur sera présente mais l'évolution se fera rapidement vers la nécrose.

Stade 3 ou phase de résorption :

C'est la phase où la rhizolyse commence. Le potentiel de défense de la pulpe décroît jusqu'à devenir nul. Avec la résorption des racines, les communications pulpo-parodontales augmentent.

1.2.2 Particularités des dents définitives de l'enfant

Lors de leur éruption, les dents permanentes présentent un émail dit immature avec notamment des défauts de coalescence amélaire au niveau des sillons occlusaux. En effet, le réseau de pores est très dense au niveau des prismes d'émail, ce qui favorise les échanges ioniques et rend la dent très sensible aux attaques acides. Une mauvaise hygiène bucco-dentaire entraîne une stagnation de la plaque au niveau des sites d'éruption, créant inflammation et caries.

Ainsi, ces dents ont une sensibilité accrue aux caries par comparaison aux dents définitives. (4) Cependant la pulpe présente un grand pouvoir de régénération.

1.2.3 Le parodonte chez l'enfant :

Il correspond aux tissus de soutien de la dent. Le parodonte de l'enfant est très proche de celui de l'adulte. Cependant il est en perpétuel remaniement à cause de la croissance des maxillaires et de l'évolution des dents temporaires comme définitives.

En denture temporaire :

La gencive (non pathologique) est rose, pâle, lisse ou granitée. Elle est mince, souple, et plus rouge que celle d'un adulte (du fait d'une forte vascularisation et de la faible épaisseur de l'épithélium).

Le desmodonte est plus large qu'au niveau des dents permanentes, plus vascularisé que celui de l'adulte et sa largeur diminue avec l'âge. (5)

Le cément des dents temporaires est de faible épaisseur contrairement à celui des dents permanentes qui est d'une épaisseur moyenne. Cependant il y a au cours de la vie une succession de phases de construction, de destruction, d'activité et de repos, ce qui fait varier son épaisseur. (6)

L'os alvéolaire des dents temporaires présente de larges espaces médullaires contenant une vascularisation sanguine et lymphatique très importante. En revanche, les trabéculations sont peu nombreuses et la minéralisation osseuse est faible. Les corticales internes et externes sont de faible épaisseur. Pendant la croissance de l'enfant, cet os subit de nombreux remaniements. Les septa inter dentaires sont plats (jusqu'à 13 ans).

Il faut pouvoir différencier les gingivopathies des transformations gingivales dues à l'éruption des dents permanentes.

- Le gonflement pré-éruptif : Avant l'éruption de la dent, la gencive va présenter une couleur blanchâtre ainsi qu'un gonflement ferme.
- Formation du rebord gingival : la gencive marginale et le sillon vont se développer au fur et à mesure que la couronne perce la muqueuse buccale. Ce rebord gingival est légèrement plus rouge et œdémateux.
- La forte épaisseur du rebord gingival est normale, surtout au niveau des dents maxillaires antérieures.

2 PRISE EN CHARGE DE **L'URGENCE AU CABINET** **DENTAIRE**

2.1 Facteurs de risque

Les enfants consomment beaucoup de sucre, notamment lors du grignotage, ce qui entraîne une production d'acides par fermentation. Ces acides dissolvent les phosphates de calcium et à terme, cela aboutit à une lésion cavitaire. Du fait des particularités des dents temporaires, la carie évolue toujours plus rapidement chez l'enfant que chez l'adulte.

De plus, l'anatomie occlusale des molaires temporaires est propice à la rétention des aliments. Les molaires définitives se trouvent durant leur éruption en-deçà du plan d'occlusion. De ce fait, elles passent souvent inaperçues et sont moins bien brossées.

Les parents transmettent fréquemment à l'enfant leurs bactéries. Ainsi, si les parents ont un risque carieux élevé, ils peuvent le transmettre à leur enfant, notamment chez le nourrisson : nous parlons alors de transmission verticale. Les parents ont l'habitude de goûter les aliments de leurs enfants. Les enfants mettent leurs doigts dans la bouche de leurs parents ou les parents embrassent parfois leurs enfants sur la bouche.

Il faut donc avertir les parents de ces types de transmission, afin de diminuer le risque de contamination. L'état bucco-dentaire des parents doit être surveillé. Nous pouvons également leur conseiller de faire occasionnellement des bains de bouche à la chlorhexidine pour diminuer le taux de streptocoques mutans. Les parents doivent contrôler le brossage et/ou le faire avec eux si l'enfant n'a pas encore suffisamment de dextérité et d'application lors du brossage.

Le manque d'hygiène orale est le principal facteur des gingivites. Cependant les problèmes parodontaux chez l'enfant sont plus rares et fréquemment causés par un problème dentaire (exemple : le syndrome du septum) ou par une pathologie générale.

2.2 Gestion de l'urgence chez l'enfant

2.2.1 Appel téléphonique

Le rôle de l'assistante est ici décisif car c'est elle qui doit estimer la gravité ou non de l'urgence, ainsi que la rapidité à laquelle le rendez-vous devra être pris. Il est donc nécessaire d'avoir formé son assistante afin de gérer au mieux cette urgence.

Dans un premier temps, elle doit rassurer les parents et les questionner précisément afin d'avoir des informations nettes et précises sur le motif de cet appel. Depuis combien de temps l'enfant a-t-il mal ? Est-ce que la douleur l'empêche de dormir ? Ont-ils remarqué quelque chose d'anormal en bouche ? A-t-il « gonflé » ? A-t-il eu de la fièvre ? L'enfant présente-t-il une pathologie ? ... En fonction des réponses apportées par les parents, l'assistante leur indique la conduite à tenir immédiate et programme un rendez-vous plus ou moins rapidement en fonction de la gravité de la situation.

Elle peut aussi réorienter vers un autre professionnel ou une autre structure dans le cas où le praticien ne pourrait pas prendre en charge l'enfant. Elle demande également au parent de venir au rendez-vous avec le carnet de santé de l'enfant.

2.2.2 Renseignements généraux

Il faut que l'autorisation parentale soit remplie et signée par au moins un des deux parents avant de commencer les soins.

Si c'est un nouveau patient, il faut que les parents remplissent le questionnaire médical de l'enfant. Nous le relisons par la suite avec eux et nous vérifions l'exactitude des données avec le carnet de santé.

Dans certaines pathologies, une antibiothérapie peut être nécessaire et certains actes contre-indiqués.

2.2.3 Anamnèse

Cause de la visite : Permet d'estimer de caractère réel de l'urgence.

Questionnaire médical :

Les enfants sont souvent exempts de pathologie, cependant il est important de s'en assurer à travers le questionnaire médical. Il permettra de nous informer sur d'éventuelles allergies, prise de médicaments, pathologies, antécédents médico-chirurgicaux. Il est également nécessaire de connaître la date de la dernière consultation chez un dentiste.

Il sera aussi important de savoir si l'enfant a eu de la température récemment et s'il a eu un œdème au niveau du visage.

Motif de consultation :

Demander à l'enfant et / ou aux parents / accompagnants :

- Que ressent-il ?
- Depuis quand ?
- Comment la douleur se déclenche-t-elle ?
- A quel rythme ?
- Des médicaments ont-ils été donnés ? Si oui, lesquels ? L'enfant a-t-il été soulagé par les médicaments ?
- Le passé dentaire de l'enfant ?
- Le passé dentaire de la dent ?

La difficulté vient de la subjectivité des réponses. Chaque enfant réagit différemment face à la douleur et en fonction de sa peur. Tout comme les parents réagissent différemment face à la pathologie de leur enfant. De plus, l'inflammation voire l'infection pulpaire peuvent être asymptomatiques au niveau d'une dent temporaire.

2.2.4 Examen clinique de l'enfant

2.2.4.1 Exobuccal

Il est nécessaire de rechercher une tuméfaction au niveau du visage, afin de pouvoir diagnostiquer une cellulite d'origine dentaire. Pour cela il faut comparer les deux côtés du visage afin de détecter toute asymétrie, et observer les téguments (aspect, couleur) ce qui pourrait nous renseigner sur une éventuelle infection sous-jacente.

Une palpation des ganglions cervico-faciaux doit être effectuée. Leur nombre, diamètre, taille, mobilité par rapport au plan profond/ superficiel, caractère uni ou bilatérale et leur consistance sont notés.

2.2.4.2 Endobuccal

Examen du parodonte et des muqueuses :

Le parodonte est observé attentivement à la recherche de signes d'inflammation. Il est nécessaire de tirer les lèvres afin de bien visualiser les vestibules. Cela peut permettre de voir une parulie (/abcès) ou une fistule.

La couleur, la texture, le volume de la gencive ainsi que la qualité de l'hygiène bucco-dentaire sont observés. Nous cherchons aussi des morsures, taches, aphtes... Le sondage parodontal peut nous permettre de déceler une perte d'attache, un saignement ou la présence de poches parodontales.

Examen dentaire :

En premier lieu, les dents sont comptées. Il est nécessaire de réaliser un schéma dentaire pour faire un bilan global de la situation. Il permet également de compléter l'examen parodontal, en cas d'éruption prématurée ou tardive.

Nous cherchons la ou les dents causales (si la cause est dentaire). Pour cela, nous pouvons effectuer différents tests pulpaires, mais leur réponse est inconstante sur dent temporaire, et les réponses varient également en fonction de l'état psychologique de l'enfant au moment de la consultation. Le risque est de provoquer une douleur qui compromet la coopération de l'enfant pour la suite des soins. Ainsi la percussion est effectuée par pression digitale en regard des apex au niveau de la table osseuse plutôt qu'à l'aide d'un miroir ou de tout autre objet. Si la percussion est douloureuse, elle peut être révélatrice d'une inflammation péri-radicaire.

Un examen inter-arcade est réalisé, pour déceler des anomalies d'occlusion dans les trois sens de l'espace.

Évaluation des fonctions :

Respiration, déglutition, mastication (voir si elle est unilatérale ou bilatérale, équilibrée ou non...)

L'occlusion est analysée afin de dépister toute suroccclusion (qui peut expliquer des douleurs).

L'évaluation orthodontique, le dépistage précoce d'une situation anatomique à risque (insuffisance ou absence de gencive attachée, insertion haute des freins)

Les différents tests :

Les tests cliniques sont adaptés à l'âge de l'enfant.

- palpation des tables osseuses en regard de la dent
- percussion (douce ou digitale) d'une dent saine puis de la dent causale
- test au froid
- transillumination (fêlure)
- test du coton salivaire (fracture)
- papier d'occlusion
- cône de gutta pour visualiser le trajet de la fistule

2.2.5 Les examens complémentaires

2.2.5.1 La radiographie

Elle doit apporter toutes les informations nécessaires afin d'avoir une prise en charge optimale. Précaution à prendre chez l'enfant : le temps d'exposition sera diminué par rapport à l'adulte.

La radiographie panoramique :

Nous pourrions faire un panoramique dentaire si le comportement de l'enfant le permet. Par exemple si nous avons un doute concernant les rapports d'une dent avec les éléments anatomiques environnant (sinus maxillaire, canal dentaire inférieur, trou incisif, fosses nasales...), si nous suspectons une fracture des branches horizontales de la mandibule, pour déterminer des agénésies dentaires...

L'avantage est que le panoramique est souvent mieux accepté par l'enfant et qu'elle l'irradie moins. Elle permet une analyse radiologique globale de l'ensemble des arcades dentaires.

Cependant, elle est peu précise concernant les caries interproximales, et les dents antérieures.

La radiographie rétro-alvéolaire :

La radiographie doit être de bonne qualité, centrée sur la dent qui nous intéresse. La dent doit être visible dans son intégralité, ainsi que le germe sous-jacent.

Elle nous renseignera sur :

- la proximité pulpaire de la carie,
- d'éventuels foyers infectieux,
- le stade physiologique de la dent temporaire, et le degré de maturation de la dent permanente sous-jacente,
- l'axe d'évolution des dents,
- l'anatomie radiculaire des dents,
- le rapport entre les dents et les éléments anatomiques voisins,
- l'implication du parodonte dans la douleur et la pathologie,
- la position du germe sous-jacent et sur les risques qu'il encoure.

Attention : la radiographie rétro alvéolaire ne permet pas de voir les inclusions ectopiques ni les caries vestibulaires. De plus, la lésion carieuse est toujours plus importante que la radioclarité visible la radiographie.

Radiographie rétro-coronaire ou bite wing

Elle permet de mettre en évidence les caries proximales et d'évaluer la distance entre la carie et la pulpe ainsi que de détecter les récurrences carieuses sous les restaurations existantes.

Radiographie occlusale ou « mordue occlusal »

Elle nous informe sur la position des dents incluses et ectopiques, ou des germes surnuméraires, et précise la nature, l'extension et les rapports anatomiques de certaines lésions.

2.2.5.2 Bilan Biologique Sanguin

L'examen biologique est rare dans ce type de prise en charge mais il peut être utile pour des enfants fragiles qui bénéficient d'un traitement lourd, ou dont la santé est fragile.

Exemple : si suite au traitement d'une gingivite marginale chronique, il n'y a pas d'amélioration, il peut être intéressant de faire une prise de sang pour détecter une pathologie générale associée (par exemple : leucémie, immunodépression...).

2.2.6 Diagnostic

Le diagnostic est posé afin de pouvoir entreprendre le traitement, et cela à l'aide de toutes les informations recueillies précédemment : des symptômes objectifs aux examens complémentaires, en passant bien sûr par l'examen clinique.

Il nous permet de définir la conduite à tenir immédiate, ainsi que le traitement différé.

2.3 Suivi clinique, complications possibles et réserves pour l'avenir

Le pronostic est fonction du comportement de l'enfant, de son assiduité, de son hygiène bucco-dentaire et de sa compliance au traitement.

2.3.1 Séquelles possibles sur une dent temporaire (complications pulpaire et parodontales) et sur le germe

Contrairement à ce que beaucoup de personnes pensent, les dents temporaires doivent être soignées. Ce n'est pas parce qu'elles sont temporaires que leur présence est facultative. Elles définissent la forme du visage de l'enfant, guident la dent définitive et sont essentielles pour manger et parler. Elles participent à la croissance harmonieuse des arcades dentaires. Ces dernières sont vivantes au même titre que les dents définitives. Une mortification de la dent peut entraîner un ralentissement de la rhizalyse voire la stopper complètement. Elles peuvent être causes de douleurs dans un premier temps, puis secondairement d'infection. Cette infection est d'abord localisée au niveau de la dent, elle peut ensuite toucher le germe sous-jacent de la dent définitive (tel que le kyste péri coronaire ou hypoplasie coronaire (7)), et s'étendre aux tissus de la face. Puis dans un stade ultime, elle peut engager le pronostic vital.

L'extraction n'est pas la thérapeutique qu'il faut systématiquement appliquer. L'avulsion trop précoce d'une dent temporaire modifie la position des dents adjacentes et antagonistes et peut entraîner une altération de l'évolution de la dent définitive si un mainteneur d'espace ou une prothèse pédodontique n'est pas mis en place.

De plus, une carie sur dent temporaire augmente considérablement le risque de carie sur la dent définitive sous-jacente.

C'est pourquoi, il est nécessaire d'insister auprès des parents et de l'enfant sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, sur le suivi régulier chez le dentiste et d'informer sur les thérapeutiques préventives envisageables.

2.3.2 Séquelles possibles sur une dent permanente immature (complications pulpaire et parodontales)

Pour une dent immature, la jonction cémento-dentinaire n'est pas en place au niveau apicale. Lorsqu'une thérapeutique est effectuée sur une dent immature, il est préférable de conserver autant que possible la vitalité pulpaire, afin que l'apexogénèse puisse être effectuée. Cela permet d'augmenter l'épaisseur des parois radiculaires et d'augmenter la taille de la racine. Dans le cas où la pulpectomie est indispensable, une technique d'apexification est entreprise. Le but est d'obtenir une fermeture apicale, afin de pouvoir réaliser l'obturation radiculaire définitive de la dent immature.

Les risques de résorptions internes et externes sont donc considérablement réduits car un apex ouvert laisse passer de nombreuses toxines dans le péri-apex en cas de nécrose pulpaire.

2.3.3 Séquelles possibles sur une dent permanente mature (complications pulpaires et parodontales)

Tout comme pour la dent temporaire, nous contrôlons que le phénomène infectieux ou inflammatoire soit bien stoppé et qu'un suivi régulier soit appliqué, quelque soit le traitement entrepris. Dans un premier temps il sera nécessaire de contrôler l'évolution de la symptomatologie. Ensuite nous contrôlons via l'examen clinique et si nécessaire l'examen radiologique, l'évolution de la pathologie jusqu'à sa disparition totale.

3 FICHES SYNTHETIQUES **DES CONDUITES A TENIR**

Notre stratégie thérapeutique est fonction de l'hygiène bucco-dentaire, du comportement de l'enfant, de la motivation (des parents et de l'enfant), du risque carieux individuel, du stade physiologique de la dent, de la position du germe sous-jacent, du parodonte (exemple : atteinte parodontale au niveau inter-radulaire) et de l'état de santé général de l'enfant ; autant de critères à prendre en compte pour une prise en charge optimale du patient. (8), (9)

Il est à noter que l'interprétation des tests de sensibilité thermique est à adapter car ils ne sont pas pertinents pour une dent temporaire.

3.1 Pulpopathies

3.1.1 Hyperhémie pulpaire

HYPERHEMIE PULPAIRE

= lésion carieuse qui débute à la jonction amélo-dentinaire puis se développe dans la dentine sous-jacente. (10)



Figure 1

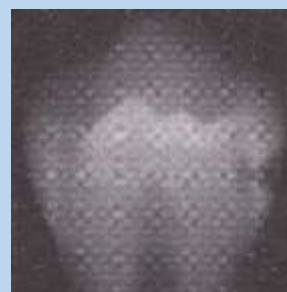


Figure 2

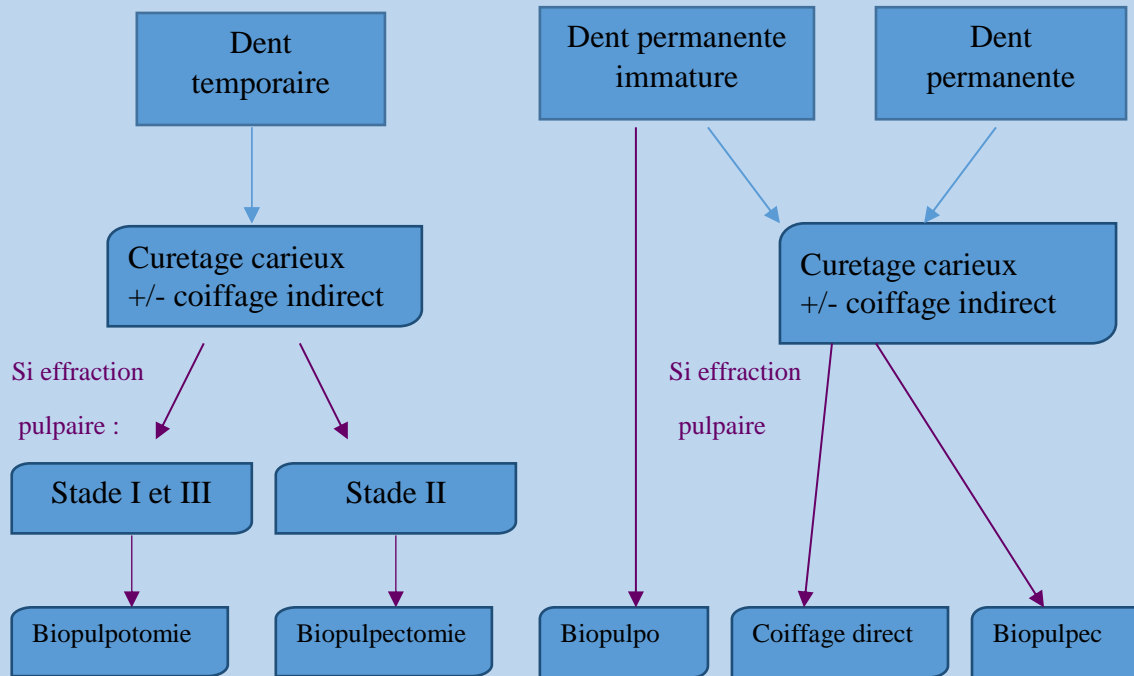
Signes cliniques et réponses aux tests :

- Sensibilité augmentée aux aliments froids et sucrés
- Douleur **provoquée** par le froid, le sucre et la pression cavitaire
- Test au froid positif douloureux
- Percussion négative
- Observation d'une carie ou d'une reprise carieuse sous une reconstitution

Signes radiologiques :

- Radio-clarté amélo-dentinaire ou sous une reconstitution
- Intégrité de la lamina dura

Conduite à tenir immédiate :



Suivi :

Revoir l'enfant 5 jours après pour vérifier la symptomatologie.
Obturation définitive.

Si biopulpotomie sur dent permanente immature, contrôler l'apexogénèse.
Si biopulpectomie sur dent permanente immature, réaliser l'apexification.

NB : Le curetage du tissu carieux et une reconstitution temporaire ou définitive sont effectués en fonction du temps disponible.

Un coiffage indirect de la pulpe est mis en place si la pulpe est proche.

Un coiffage direct est possible sur dent permanente si l'effraction pulpaire est faite avec une asepsie stricte et que l'hémostase est rapidement obtenue.

Définitions :

Biopulpotomie : éviction de la pulpe camérale.

Sur dent temporaire immature, elle sera réalisée pour que l'apexogénèse puisse s'effectuer.

Pulpectomie : éviction de l'ensemble du parenchyme pulpaire

Pulpo = pulpotomie

Pulpec = pulpectomie

3.1.2 Pulpite réversible (11)

PULPITE REVERSIBLE

= état pré-inflammatoire de la pulpe dû à une vasodilatation des capillaires et à une augmentation du volume de la pulpe, douloureuse en phase aiguë, sans phénomène dégénératif sévère avec une circulation sanguine et un drainage apical conservés.



Figure 3



Figure 4

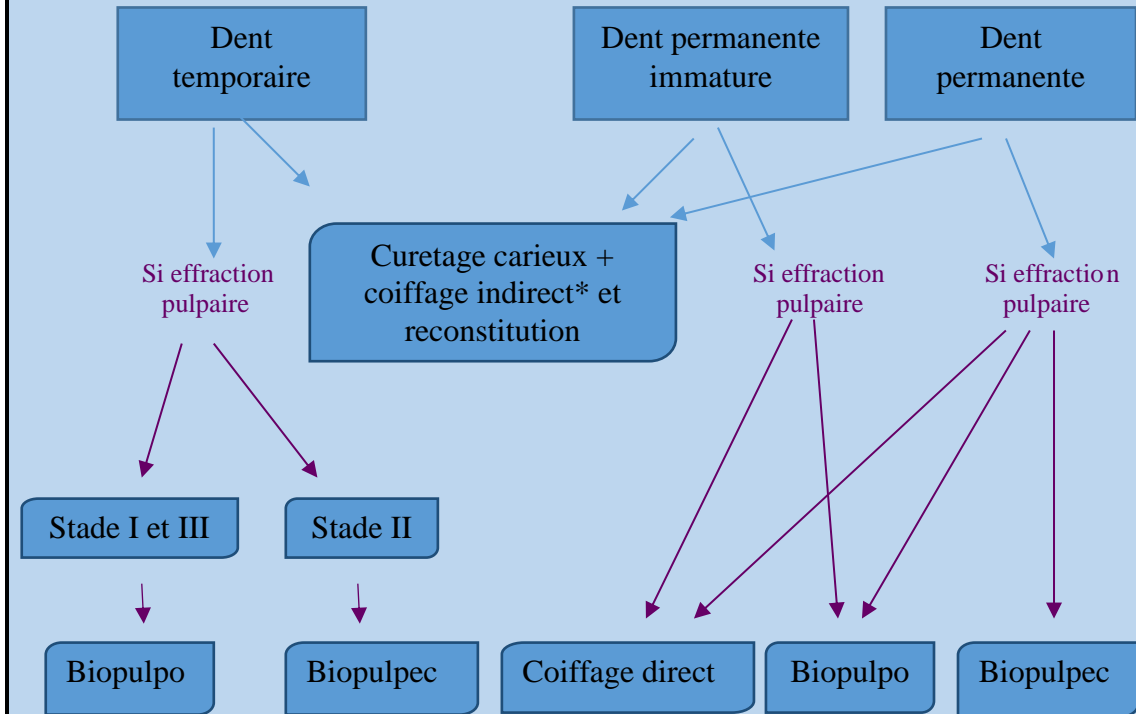
Signes cliniques et réponses aux tests :

- Douleurs aiguës passagères, jamais spontanées
- Sensibilité augmentée aux aliments froids et sucrés
- Douleur **provoquée** par le froid, le sucre et **persistant** à l'arrêt du stimulus
- Test au froid positif douloureux
- Percussion négative
- Observation d'une carie ou d'une reprise carieuse sous une reconstitution

Signes radiologiques :

- Radio-clarté amélo-dentinaire
- Intégrité de la lamina dura

Conduite à tenir immédiate :



- ✓ Eliminer les suroccusions
- ✓ Dent permanente : une biopulpectomie est effectuée pour les dents monoradiculées, ou pour les pluriradiculées si l'hémorragie pulpaire est incontrôlable (car inflammation pulpaire irréversible)

❖ Prescription : - paracétamol

* De la dentine affectée est laissée en regard de la pulpe et un eugénate non compressif est mis en place pendant 6 semaines.

Suivi :

En cas de coiffage :

revoir l'enfant 6 semaines après pour obturation définitive après vérification de la vitalité pulpaire et de l'absence de symptomatologie.

En cas de biopulpotomie sur dent permanente :

-immature : revoir l'enfant jusqu'à l'apexogénèse pour pouvoir obturer définitivement la dent.

-mature : effectuer la biopulpectomie et l'obturation définitive de la dent

En cas de biopulpectomie sur dent permanente :

-immature : réaliser l'apexification puis obturer définitivement la dent

-mature : obturer définitivement la dent si nous n'avons pas eu le temps de le faire le jour de l'urgence.

NB : ce type de douleur peut également être présent en post-opératoire après traitement conservateur ou des fêlures, il faut alors rassurer le patient car les douleurs disparaîtront dans les 48h (suivant le traitement).

3.1.3 Pulpite irréversible

PULPITE IRREVERSIBLE

= inflammation sévère de la pulpe avec augmentation de la pression intrapulpaire qui conduit à un étranglement foraminaux du paquet vasculo-nerveux de la dent.



Figure 5



Figure 6

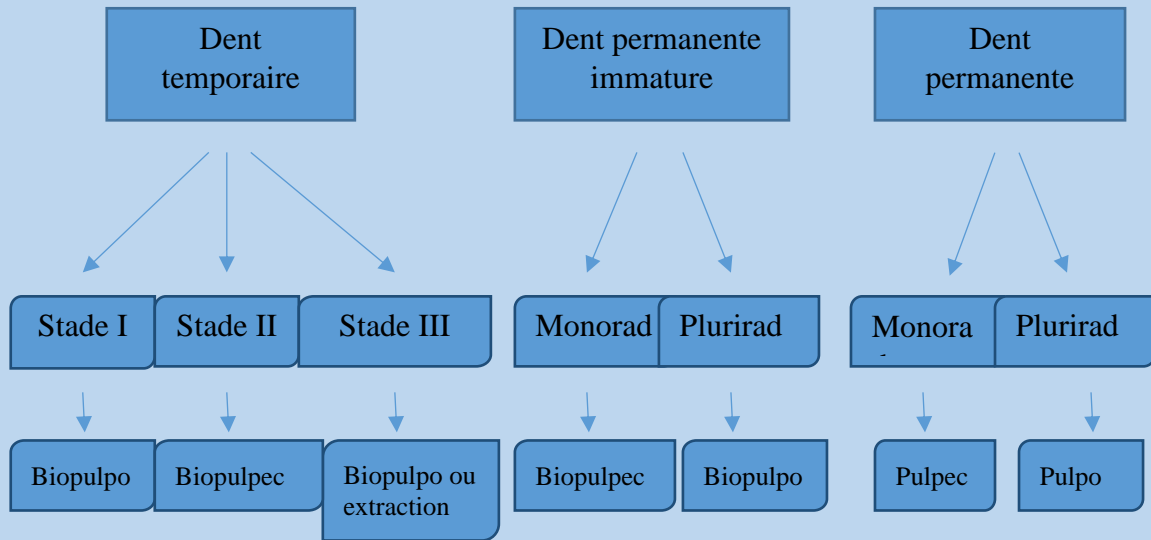
Signes cliniques et réponses aux tests :

- Douleur **spontanée** fugace, vive, **empêchant de dormir**
- Douleur lancinante, parfois irradiante, augmentée au décubitus dorsal
- Parfois fracture proche pulpaire
- Test au froid positif douloureux +++
- Percussion axiale négative
- Percussion transversale positive
- Douleur exacerbée par le chaud, atténuée par le froid
- Difficilement calmée par les médicaments

Signes radiologiques :

- Proximité pulpaire de la carie ou du trait de fracture
- Absence d'épaississement du ligament parodontal et intégrité de la lamina dura

Conduite à tenir immédiate :



- ✓ Si hémorragie incontrôlable après biopulpotomie, faire la biopulpectomie car inflammation irréversible
- ✓ conseil d'hygiène orale
- ❖ Prescription : - paracétamol

Suivi :

En cas de biopulpotomie sur dent permanente :

-immature : revoir l'enfant jusqu'à l'apexogénèse pour pouvoir obturer définitivement la dent.

-mature : effectuer la pulpectomie et l'obturation définitive de la dent

En cas de biopulpectomie sur dent permanente :

-immature : réaliser l'apexification puis obturer définitivement la dent

-mature : obturer définitivement la dent si nous n'avons pas eu le temps de le faire le jour de l'urgence.

NB : La pulpite irréversible est présente essentiellement au stade II pour la dent temporaire car les apex sont fermés. Aux stades I et III, l'inflammation se déplace plus rapidement vers les espaces parodontaux, elle est donc plus rare à ces stades. Le diagnostic est confirmé en peropérateur lors de l'ouverture de chambre avec une hémostase difficile à obtenir, un sang de couleur rouge vif. En revanche, s'il n'y a pas de saignement, cela signe une nécrose pulpaire, il faut alors impérativement faire la pulpectomie.

3.1.4 Nécrose pulpaire sans complication parodontale

NECROSE PULPAIRE SANS COMPLICATION PARODONTALE

= mortification tissulaire et cellulaire de la pulpe de la dent sans extension au péri-apex.



Figure 7



Figure 8

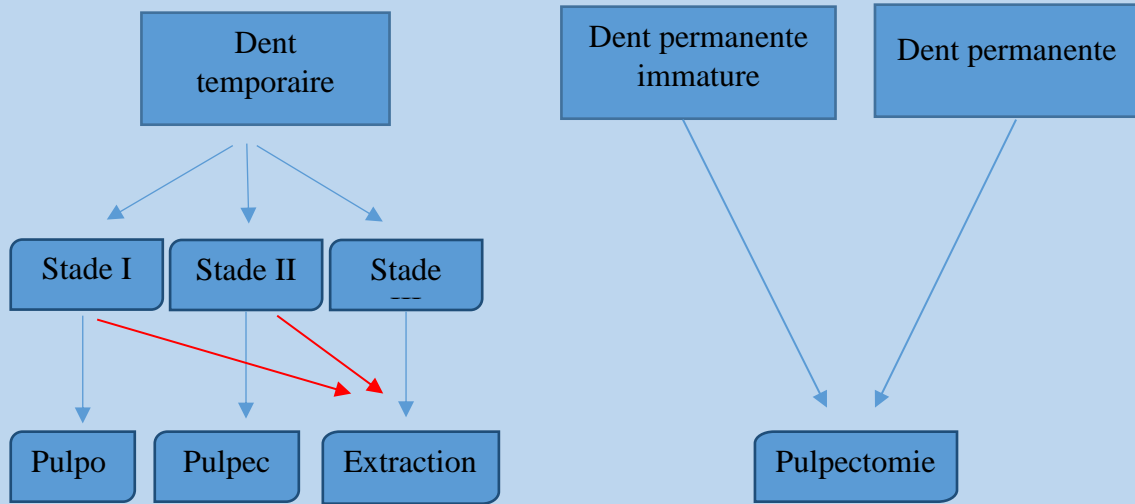
Signes cliniques et réponses aux tests :

- Le plus souvent indolore
- Dent de couleur grisâtre
- Antécédents de douleur ou de traumatisme
- Tests de sensibilité négatifs
- Percussion axiale et transversale négatives
- Palpation des tables osseuses non douloureuse
- Carie importante asymptomatique

Signes radiologiques :

- Carie importante
- Pas d'épaississement du ligament parodontal
- Pour des dents permanentes immatures : arrêt de l'édification radiculaire

Conduite à tenir immédiate :



→ : si présence de résorption interne ou externe avec résorption osseuse

Suivi :

Si pulpectomie sur dent permanente :

-immature : réaliser l'apexification puis obturer définitivement la dent

-mature : obturer définitivement la dent si nous n'avons pas eu le temps de le faire le jour de l'urgence.

NB : Rare dans le cas d'urgence mais c'est la pathologie la plus fréquente d'une dent temporaire cariée non traitée précocement.

Diagnostic différentiel : présence d'une odeur putride et absence de saignement à l'effraction pulpaire et après la pulpotomie cervicale.

Cependant la nécrose de la pulpe peut être partielle et ainsi associer des signes d'inflammation et de nécrose.

3.2 Parodontopathies chez l'enfant

3.2.1 Syndrome du septum

SYNDROME DU SEPTUM

= forme d'ostéite alvéolaire touchant le septum inter dentaire à la suite d'un défaut de point de contact, présence de tartre, bourrage alimentaire ou restauration débordante.(10)



Figure 9

Signes cliniques et réponses aux tests :

- Douleurs vives, spontanées, parfois pulsatiles
- Douleurs essentiellement en per et post-prandial, localisées souvent à l'hémi-arcade
- Papille œdématisée, gencive inflammatoire avec fréquemment des caries proximales
- La pression de la papille reproduit la douleur et signe le diagnostic
- Le saignement de la papille peut soulager
- Le passage du fil dentaire entraîne un saignement tout comme le sondage
- Point de contact inefficace ou absent
- Test au froid positif non douloureux sauf si atteinte de la pulpe des dents par les caries proximales
- La percussion peut être douloureuse sur les deux dents adjacentes

Signes radiologiques :

- Présence de caries proximales, perte du point de contact, épaissement ligamentaire inter dentaire
- Possible décapitation du septum osseux

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Eviction des bourrages alimentaires
 - ✓ Passer les ultrasons pour débrider au niveau interproximal et irrigation à la chlorhexidine
 - ✓ Soins des caries ou pose de pansement temporaire si absence de temps
 - ✓ Traitement pulpaire effectué en fonction de la profondeur de la lésion et du stade physiologique des dents concernées
 - ✓ Restauration du point de contact et du volume coronaire
 - ✓ Conseiller le passage du fil dentaire ainsi que des brossettes pour soulager si une douleur de ce type venait à se reproduire
- ❖ Prescription : - fil dentaire ou brossettes inter dentaires
- éventuellement un gel anesthésique local

Suivi :

Revoir le patient une semaine après pour contrôler la symptomatologie.

NB : Le syndrome du septum est très fréquent chez l'enfant. Il fait souvent suite à une ou des caries proximales qui ont entraîné l'effondrement des crêtes marginales. L'élimination des débris alimentaires n'étant plus assuré, ils peuvent donc s'accumuler et ainsi entraîner une compression de la papille inter dentaire. Il peut être aussi causé par une restauration débordante. Cela peut aller de l'inflammation de la gencive au niveau de la papille, jusqu'à la lyse du septum osseux inter dentaire lorsque rien n'est fait pour enrayer cette pathologie.

3.2.2 Gingivopathies

3.2.2.1 Gingivite marginale chronique

GINGIVITE MARGINALE CHRONIQUE

= inflammation de la gencive marginale liée à l'accumulation de plaque dentaire, ne touchant que le parodonte superficiel



Figure 10



Figure 11

Signes cliniques :

- Gencive marginale enflammée sans perte de l'attache gingivo-dentaire ou de perte osseuse
- Gencive rouge vif
- Saignement provoqué au sondage
- Présence de plaque
- Papilles inter dentaires tuméfiées
- Mauvaise haleine
- Souvent indolore

Signes radiologiques :

- Pas d'atteinte osseuse
- Mise en évidence de facteurs aggravants (exfoliation des dents temporaires, caries, restaurations débordantes...)

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Détartrage
- ✓ Mise en place d'une hygiène bucco-dentaire irréprochable
- ✓ Conseils d'hygiène, révélateur de plaque
- ✓ Suppression des facteurs aggravants

- ❖ Prescription : - bain de bouche
- matériel de brossage adapté

Suivi :

Seconde visite de contrôle à 15 jours pour voir l'évolution et contrôle de l'hygiène bucco-dentaire

NB : La gingivite marginale chronique peut être localisée ou généralisée. C'est la pathologie parodontale la plus courante chez l'enfant. Son étiologie est fréquemment la plaque dentaire (et donc le manque d'hygiène).

Facteurs aggravants : mauvaise hygiène, restaurations iatrogènes, stress, infection virale, immunodéficience, appareillage orthodontique, respiration buccale, carence vitaminique, tabac et fatigue.

Les gingivites éruptives créant des pseudo-poches se résolvent spontanément lors de l'évolution de la dent permanente, en corrélation avec une hygiène buccale efficace.

3.2.2.2 Pathologies gingivales modifiées par des médicaments

PATHOLOGIES GINGIVALES MODIFIEES PAR DES MEDICAMENTS

= augmentation anormale du volume gingival pour des patients sous traitement médicamenteux tel que phénitoïne, cyclosporine, les inhibiteurs des canaux calciques (Nifédipine).



Figure 12



Figure 13

Signes cliniques :

- Augmentation du volume gingival (phénitoïne +++)
- Présence de fausses poches parodontales
- Touche majoritairement la gencive vestibulaire et les papilles interdentaires
- Problèmes esthétiques, fonctionnels (peut aller jusqu'à gêner l'éruption)

Signes radiologiques :

- Pas d'atteinte osseuse
- Mise en évidence de facteurs aggravants : restaurations débordantes, exfoliation des dents temporaires, caries...

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Détartrage
- ✓ Conseils d'hygiène
- ✓ Suppression des facteurs aggravants si possible
- ✓ Voir avec le médecin prescripteur si la prescription peut être modifiée (si préjudice esthétique trop important)

- ❖ Prescription : - bain de bouche
- matériel de brossage adapté

Suivi :

Seconde visite de contrôle à 15 jours pour voir l'évolution.

NB : C'est une pathologie mal connue. La pharmacocinétique ainsi que des facteurs génétiques (qui augmentent l'hétérogénéité des fibroblastes) semblent intervenir dans les phénomènes d'accroissements gingivaux.

3.2.2.3 La gingivite ulcéro-nécrotique aiguë

GINGIVITE ULCERO-NECROTIQUE AIGUE

= atteinte gingivale aiguë bien caractérisée associant une nécrose gingivale évoluant très rapidement (12)



Figure 14



Figure 15

Signes cliniques :

- Gencive extrêmement douloureuse
- Saignements spontanés et couleur rouge vif de la gencive
- Présence d'une nécrose et d'ulcérations cratériformes au niveau des papilles, de la muqueuse marginale et attachée
- Perte d'attache
- Odeur nauséabonde
- Haleine fétide
- Goût métallique dans la bouche
- Altération de l'état général : céphalées, asthénie
- Présence d'adénopathies cervicales

Signes radiologiques :

- Pas d'atteinte osseuse
- Mise en évidence de facteurs aggravants : restaurations débordantes, exfoliation des dents temporaires, caries...

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Assainissement gingival, avec une compresse imbibée de chlorhexidine ou d'eau oxygénée à 10 volumes si le débridement est trop douloureux
- ✓ Prophylaxie : motivation à l'hygiène, chlorhexidine
- ❖ Prescription : - antibiothérapie (amoxicilline + métronidazole)
 - antalgique de niveau I
 - bain de bouche si > 6 ans trois fois par jour pendant 15 jours
 - brosse à dents post chirurgicale

Suivi :

Le patient est revu tous les 2 à 3 jours pour faire un débridement jusqu'à la disparition des lésions. Il faut supprimer les facteurs aggravants sur lesquels une action est possible.

Détartrages réguliers et surfaçages si poches parodontales > 4mm.

Puis contrôle tous les 3 ou 6 mois (motivation à l'hygiène, détartrage, polissage).

Si persistance des signes cliniques : sérologie HIV.

NB : rare pendant l'enfance

Affection grave et fréquente en milieu tropical

Souvent confondue avec la gingivo-stomatite herpétique, la seule différence est l'enduit grisâtre. En absence de traitement, elle peut se propager et devenir une parodontite ulcéro-nécrotique.

Facteurs favorisants : mauvaise hygiène, appareillage orthodontique, restaurations iatrogènes, stress, immunodéficience, fatigue, respiration buccale, carence vitaminique, tabac et infection virale.

3.2.3 Récession gingivale

RECESSION GINGIVALE

= perte de la gencive au niveau du collet d'une ou de plusieurs dents ou « déchaussement » exposant ainsi la ou les racines.



Figure 16



Figure 17

Signes cliniques :

- Se situent généralement au niveau des incisives mandibulaires en vestibulaire
- Adolescent : en vestibulaire des prémolaires et des canines
- Sensibilité au froid localisée et importante (d'où le caractère d'urgence)
- Exposition de la racine de la dent

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Suppression de la ou des étiologies et des facteurs aggravants si possible
- ✓ Motivation à l'hygiène
- ✓ Détartrage si présence de tartre
- ✓ Si cela ne suffit pas, une greffe gingivale peut être envisagée chez l'adolescent
- ❖ Prescription : - brosse à dents souple voire extra-souple

Suivi :

Le patient est revu 15 jours après pour contrôler l'évolution de la récession et l'hygiène bucco-dentaire.

NB : Etiologies et facteurs aggravants :

traction du frein labial inférieur d'une gencive attachée de faible hauteur, malposition, rotation dentaire, malocclusion dentaire, parafunctions, mauvaise hygiène buccale, brossage traumatique, bruxisme, force excessive d'un traitement orthodontique, piercing, boulimie, parodontopathie, restaurations iatrogènes.

3.2.4 Parodontopathies

3.2.4.1 Parodontite agressive

PARODONTITE AGRESSIVE

= inflammation du parodonte superficiel et profond à progression rapide.



Figure 18



Figure 19

Signes cliniques :

- Peut être → généralisée (touche plus de 30% des dents)
→ localisée (touche les premières molaires et les incisives permanentes)
- Peut toucher les dents temporaires et définitives
- Chez les enfants, une destruction osseuse bilatérale et symétrique au niveau des incisives et des premières molaires permanentes est souvent retrouvée
- Douleurs à l'alimentation
- Création de poches parodontales ou présence de récessions parodontales voire d'atteinte de la furcation
- En denture permanente, perte rapide et sévère de tissu parodontal
- Début précoce et progression rapide
- Mobilités dentaires + / - importantes non corrélées à la rhizalyse
- Inflammation gingivale et saignements spontanés
- Présence de plaque dentaire importante

Signes radiologiques :

- Diagnostic avec des clichés radiologiques ciblés (1 molaire définitive ou incisives)
- Permet de poser un diagnostic précis (débutante, modérée ou sévère)

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Anamnèse complète : antécédents dentaires / médicaux / histoire familiale et personnelle (motivation, parodontopathie familiale...)
- ✓ Contrôle de la flore pathogène du patient : détartrage, irrigation des poches avec de la chlorhexidine, conseils d'hygiène

- ✓ Compensation des déficits immunitaires du patient
 - ✓ Motivation à l'hygiène et brossage des dents le plus tôt possible par la méthode circulaire de FONES
 - ✓ Relevé des indices parodontaux (de plaque, d'inflammation, profondeur et localisation des poches parodontales, saignement, mobilité, furcation)
 - ✓ Examen de l'occlusion pour détecter une éventuelle surcharge occlusale
 - ✓ Extraction des dents temporaires (pour qui une conservation n'est pas envisageable) et qui constituent un réservoir microbien.
 - ✓ Examens complémentaires radiologiques, sanguins, bactériens et génétiques possibles **en cas de non amélioration des signes cliniques**
 - ✓ Adresser le patient à un médecin si une pathologie générale associée est suspectée
- ❖ Prescription : - antibiothérapie (amoxicilline + métronidazole)
 - antalgique de niveau I
 - bain de bouche et matériel de brossage adapté

Suivi :

Séances de surfaçage radiculaire. Traitements aux fluores, gels fluorés ou vernis fluorés. Mise en état de la cavité buccale : avulsion, endodontie, restauration...

Reprise des reconstitutions débordantes.

Elimination des causes favorisantes (soins, malpositions, caries, para fonctions...)

Rendez-vous réguliers car récurrences fréquentes.

NB : La parodontite agressive généralisée est rare chez l'enfant.

Elle peut être associée à des maladies systémiques

- exfoliation dentaire spontanée (hypophosphatasie)
- hyperkératose (syndrome de Papillon-Lefèvre)
- hyper laxité ligamentaire (acrodynie infantile)
- albinisme (syndrome de Chediak-Higashi)
- pathologies hématologiques, maladies auto-immunes, déficit immunitaire..., qui devront être confirmés par un bilan biologique sanguin (NFS, INR, TS, TC) (3)

3.2.4.2 Parodontite ulcéro-nécrotique

PARODONTITE ULCERO-NECROTIQUE

= similaire à une gingivite ulcéro-nécrotique mais avec perte d'attache et perte osseuse (1)



Figure 20



Figure 21

Signes cliniques :

- Gencive extrêmement douloureuse et douleur irradiante
- Saignements spontanés et couleur rouge vif de la gencive
- Présence d'une nécrose et d'ulcérations cratériformes au niveau des papilles, de la muqueuse marginale et attachée
- Perte d'attache
- Odeur nauséabonde
- Altération de l'état général : asthénie, anorexie, céphalées
- Mobilités dentaires
- Adénopathies cervicales

Signes radiologiques :

- Perte osseuse
- Mise en évidence de facteurs aggravants : restaurations débordantes, exfoliation des dents temporaires, caries...

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Prophylaxie : motivation à l'hygiène, chlorhexidine
- ✓ Assainissement gingival, avec une compresse imbibée de chlorhexidine ou d'eau oxygénée à 10 volumes si détartrage trop douloureux
- ❖ Prescription : - antibiothérapie (amoxicilline + métronidazole),
 - antalgique
 - bain de bouche si > 6 ans trois fois par jour pendant 15 jours
 - brosse à dents post chirurgicale

Suivi :

Le patient est revu tous les 2 à 3 jours pour faire un débridement jusqu'à la disparition des lésions. Il faut supprimer les facteurs aggravants sur lesquels une action est possible.

Puis détartrages réguliers et surfaçages si poches parodontales > 4mm.

Contrôle tous les 3 ou 6 mois (motivation à l'hygiène, détartrage, polissage).

Si persistance des signes cliniques : sérologie HIV.

3.2.5 Abscès parodontal

ABCES PARODONTAL

= infection purulente localisée au niveau des tissus parodontaux, s'accompagnant d'un épisode de résorption osseuse active et rapide. (12)



Figure 22



Figure 23

Signes cliniques et réponses aux tests :

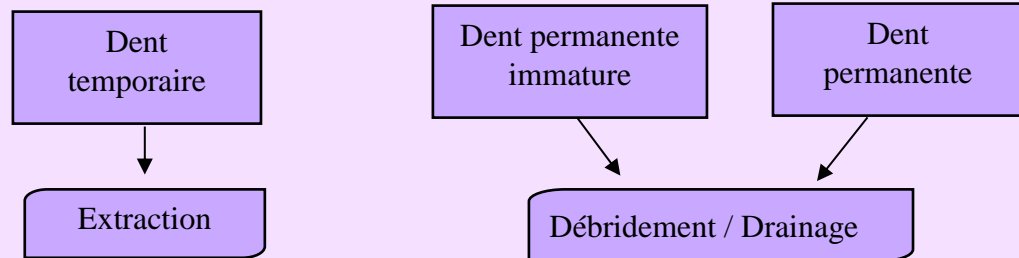
- Douleur provoquée à la mastication ou permanente
- Tests de sensibilité négatifs
- Percussion douloureuse, douleur même à une pression légère (7)
- Altération de l'état général : état fébrile, asthénie, inappétence
- Adénopathies
- Mobilité augmentée de la dent et fluctuation de la muqueuse
- Suppuration
- Gonflement de la gencive
- Palpation de la table osseuse parfois douloureuse et objectivant une dépression
- Possible fracture dentaire

Signes radiologiques :

- Radio-clarté parodontale : apicale ou inter radiculaire
- Possible épaissement du ligament
- Possible fracture radiculaire ou résorption radiculaire externe
- Pour les dents permanentes immatures : arrêt de l'édification radiculaire

(13)

Conduite à tenir immédiate :



Dents temporaires :

- ✓ Extraction

Dents permanentes :

- ✓ Anesthésie à distance de l'abcès
- ✓ Irriguer à la chlorhexidine ou avec de l'eau oxygénée à 10 volumes
- ✓ Débridement aux ultrasons
- ✓ Drainage si nécessaire par incision
- ✓ Extraction de la dent en urgence si la destruction osseuse est trop importante

- ❖ Prescription : - antibiothérapie (métronidazole)
 - antalgique
 - bain de bouche

Suivi :

Revoir l'enfant 5 jours après pour vérifier la symptomatologie. Et refaire une séance de débridement si nécessaire.

3.3 Pathologies pulpaire avec pathologies parodontales

3.3.1 Pathologie de la furcation

PATHOLOGIE DE LA FURCATION

= affection de la zone inter-radiculaire des molaires temporaires

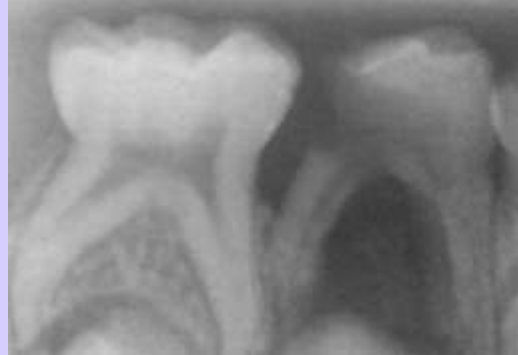


Figure 24

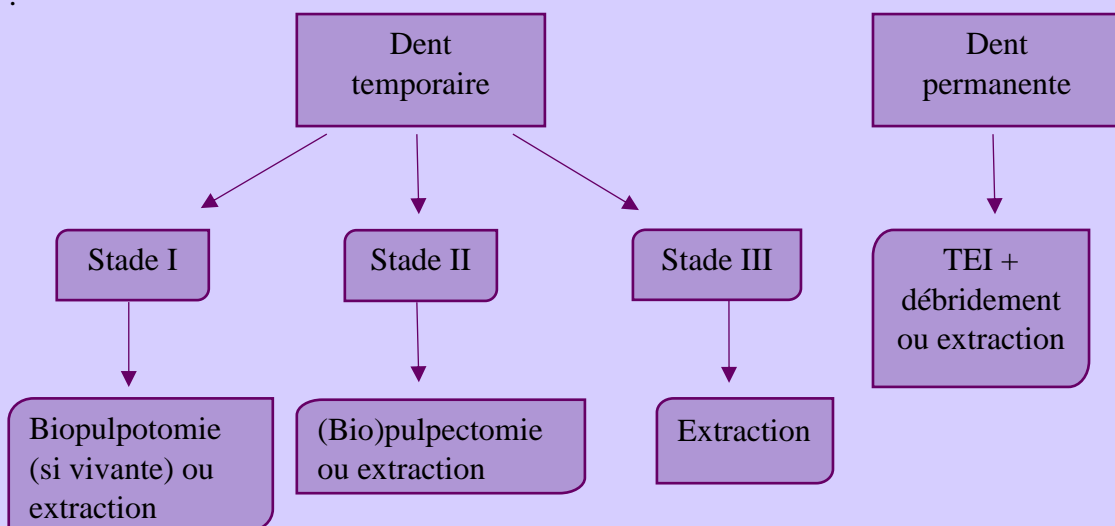
Signes cliniques :

- Observation d'une carie ou d'une reprise carieuse sous une reconstitution
- L'infection peut évoluer en abcès (appelé parulie) au niveau de la furcation, proche du sulcus

Signes radiologiques :

- D'abord un élargissement ligamentaire puis une lyse de l'os inter-radiculaire
- Le diagnostic est surtout radiologique

Conduite à tenir immédiate :



Dent temporaire :

- ✓ Conservation possible de la dent temporaire uniquement si l'infection est à distance du germe sous-jacent, et si le patient est compliant et si le suivi est régulier

Dent permanente :

- ✓ Conservation de la dent si le plancher n'est pas atteint
- ❖ Prescription : - antibiotiques (amoxicilline si pas d'allergie)
- antalgique niveau I

Suivi :

Contrôle à 8 jours après si conservation de la dent : vérifier la symptomatologie et contrôler les symptômes parodontaux.

Si dent non vitale, obturer définitivement la dent.

Contrôles cliniques et radiologiques régulier.

NB : Cette pathologie parodontale peut être indépendante d'une pathologie pulpaire ou au contraire associée à une nécrose pulpaire. (2)
Pour la dent temporaire, le pronostic est mauvais et l'extraction est souvent préconisée. L'infection se propage très rapidement au parodonte du fait des nombreuses communications pulpo-parodontales et de l'os très spongieux. Une mauvaise prise en charge peut engendrer des conséquences néfastes sur le germe sous-jacent ainsi que sur l'état général.

TEI = traitement endodontique initial

3.3.2 Parodontite apicale aiguë (simple, non suppurée)

PATHOLOGIE PULPO-PARODONTALE AIGUE (non suppurée)

= inflammation du parodonte profond dont les causes sont très diverses (12) (souvent : passage d'agents bactériens dans le périapex à partir du système canalaire)



Figure 25

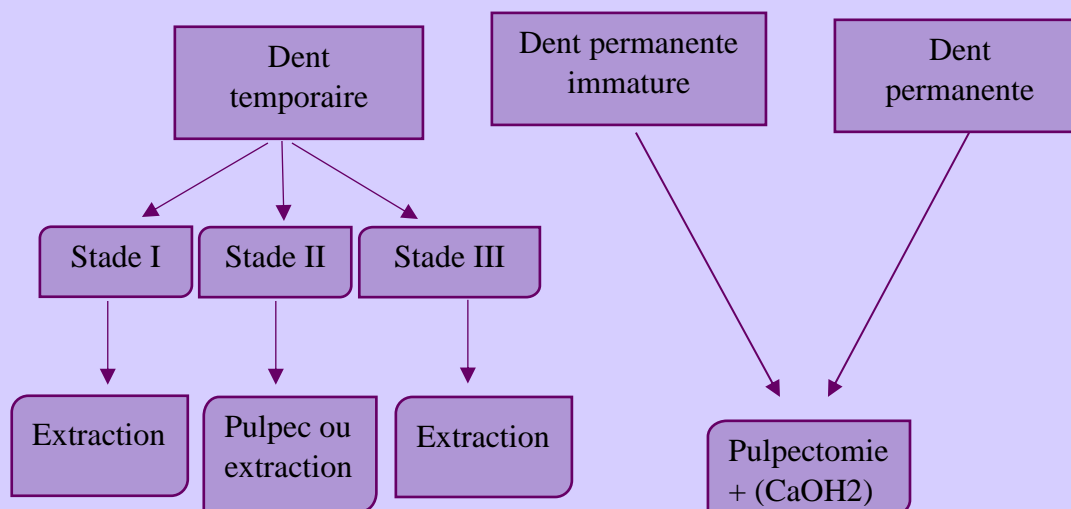
Signes cliniques :

- Douleur intense, spontanée et continue
- Sensation de dent longue / sensibilité à la percussion
- Tests de vitalité négatifs
- Douleur vive à la percussion empêchant la mastication voire la fermeture buccale

Signes radiologiques :

- Épaississement ligamentaire voire radioclarité inter-radicaire
- Ne permettent pas de faire le diagnostic différentiel

Conduite à tenir immédiate :



- ✓ Pulpectomie ou extraction en fonction de l'état et du stade de la dent
- ✓ Mise en sous-occlusion de la dent

- ❖ Prescription : - antalgique niveau I ou II (pas d'AI !)
- bain de bouche

Suivi :

Traitement endodontique définitif avec obturation coronaire étanche si plus de symptomatologie .

NB : Etiologies :

Traumatisme occlusal sur la dent douloureuse, pulpite irréversible, passage d'une parodontite apicale chronique en phase aiguë, atteinte parodontale profonde...

3.3.3 Abscès apical aiguë

ABCES APICAL AIGUE

= parodontite apicale suppurée entraînant la formation de pus dans le péri-apex ce qui est responsable de douleur intense



Figure 26



Figure 27

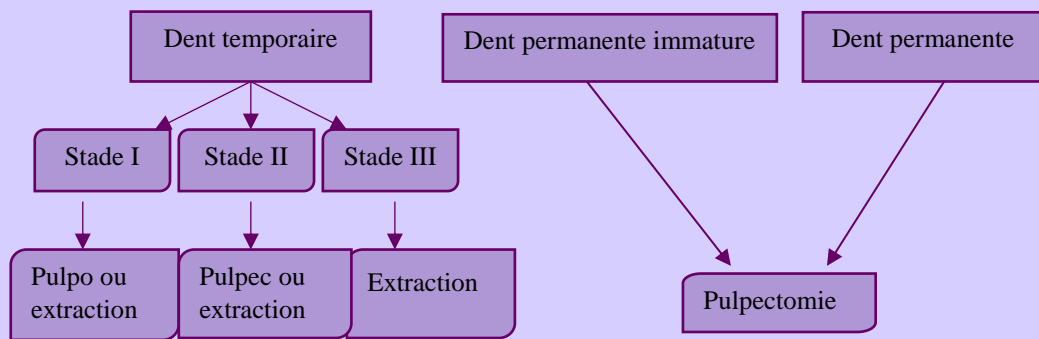
Signes cliniques :

- Souvent rencontré au stade II de la dent temporaire (nommé parulie)
- Douleurs vives, pulsatiles et spontanées, mastication très douloureuse
- Altération de l'état général (fièvre, asthénie, inappétence...)
- Présence de carie, douleur à la percussion
- Tuméfaction localisée en regard de la dent, voire une cellulite plus ou moins circonscrite qui sera souvent génienne basse (BIEN OBSERVER LES FONDS DE VESTIBULE !)
- Possible limitation de l'ouverture buccale ce qui entrave l'examen clinique
- Adénopathie du côté de la dent causale
- Légère mobilité de la dent
- Douleur à la palpation des tables osseuses en regard de l'apex

Signes radiologiques :

- Epaissement ligamentaire
- Radio-clarté correspondant à la lyse osseuse au niveau du péri-apex signant la lésion péri-apicale

Conduite à tenir immédiate :



- ✓ Pulpectomie ou extraction en fonction de l'état et du stade de la dent
But : drainage de pus
- ✓ Si drainage incomplet : laisser la dent ouverte 24h
- ✓ Mise en sous-occlusion de la dent

- ❖ Prescription : - antibiothérapie (amoxicilline) (pas d'antibiothérapie chez l'enfant sain chez qui un drainage complet a pu être effectué)
 - antalgique
 - bain de bouche

Suivi :

Dans le cas où la dent a pu être conservée : traitement endodontique définitif avec obturation coronaire étanche.

3.3.4 Pathologie pulpo-parodontal chronique

PATHOLOGIE PULPO-PARODONTALE CHRONIQUE

= extériorisation d'une infection non traitée



Figure 28



Figure 29

Signes cliniques :

- Douleur présente uniquement s'il y a un abcès non fistulisé
- Elle peut être consécutive à un traumatisme non pris en charge
- Dent généralement fortement délabrée
- Abcès à répétition et souvent une fistule
- A la palpation, disparition de la table osseuse vestibulaire

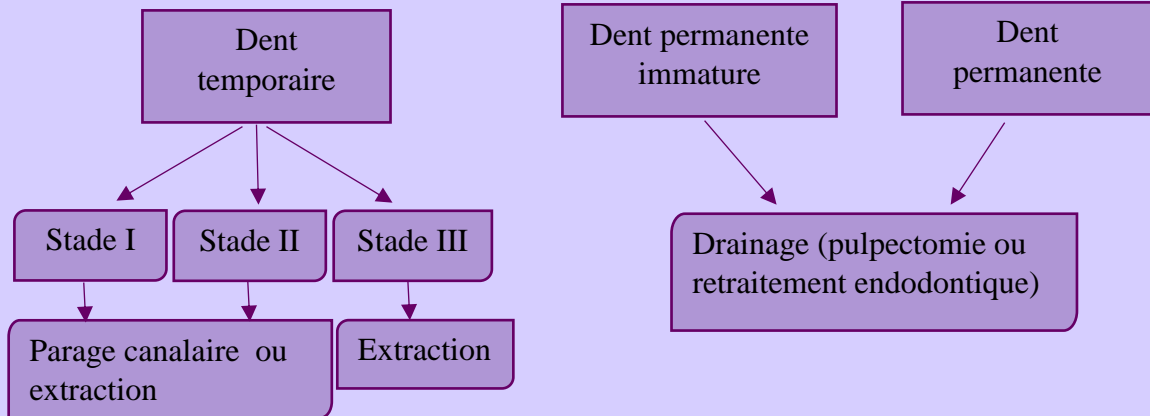
Signes radiologiques :

- Permettent de confirmer le diagnostic ainsi que de nous informer sur les conséquences de la pathologie
- Radioclarité inter-radicaire importante, pouvant aller jusqu'au germe sous-jacent, accélérant la résorption physiologique de la dent temporaire
- Dans un cas de fistule, visualiser son trajet à l'aide d'un cône de gutta percha pour bien identifier la dent causale

Conduite à tenir:

- ✓ Traitement du foyer infectieux initial
- ✓ Drainage de la collection suppurée et traitement conservateur ou radical du foyer causal. Si conservation de la dent : pulpectomie et mise en sous occlusion
- ✓ Incision au bistouri si l'abcès est collecté et fluctuant

- ❖ Prescription : - antibiothérapie à spectre large si drainage absent ou incomplet (amoxicilline + acide clavulanique ou spiramycine + métronidazole)
- antalgiques de niveau I ou II
- bain de bouche



Suivi :

Revoir 4 jours après le début de l'antibiothérapie pour effectuer le drainage s'il n'a pas pu être fait (/complètement) puis réaliser l'obturation définitive si la dent peut-être conservée.

NB : Fréquemment rencontrée au stade III de la dent temporaire car les communications pulpo-parodontales sont fortement facilitées par l'ouverture apicale causée par la rhizolyse

3.3.5 Cellulites

3.3.5.1 Cellulite d'origine dentaire circonscrite

CELLULITE D'ORIGINE DENTAIRE CIRCONSCRITE

= pathologie infectieuse circonscrite des tissus de remplissage des espaces bucco-cervico-faciaux à partir d'un foyer dentaire ou de voisinage



Figure 30

Figure 31

Figure 32

Signes cliniques et réponses aux tests :

- Tuméfaction maxillo-faciale importante, sensation de gêne, d'empâtement et de chaleur diffuse
- Douleur spontanée, exacerbée au décubitus dorsal
- Percussion très douloureuse, sensation de dent longue
- Palpation vestibulaire douloureuse

→ Séreuse : stade inflammatoire

Exobuccal : tuméfaction mal limitée comblant les sillons de la face avec une peau tendue, de couleur normale ou rosée élastique (1) de survenue brutale. Douleur, chaleur, rougeur, trismus si postérieur, asymétrie du visage.

Endobuccal : muqueuse soulevée, vernissée en regard de la dent qui présente un tableau de desmodontite avec sensation de dent longue et douleur exacerbée au décubitus dorsal (1), pas de signe du godet.

→ Suppurée : stade infectieux (évolution de la phase séreuse non traitée)

Signes généraux augmentés : insomnie, asthénie, fièvre

Exobuccal : tuméfaction recouverte d'une peau lisse, bien délimitée, adénopathies, trismus très fréquent.

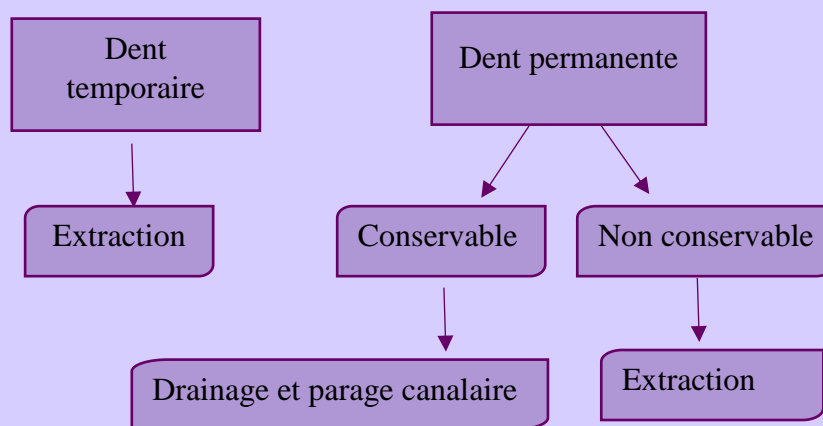
Endobuccal : muqueuse soulevée, rouge, collection fluctuante, signe du godet, exacerbation des signes fonctionnels d'un abcès. Douleur continue, spontanée, lancinante, pulsatile, irradiant dans toute la face majorée par des mouvements de langue et l'alimentation (1).

Palpation douloureuse de la muqueuse en regard de la dent causale.

Signes radiologiques :

- Radioclarité en regard de l'apex de la dent causale
- La localisation de la radio-clarté peut être à distance de la dent causale
- Une simple dent nécrosée peut en être la cause, tout comme une dent répondant faiblement aux tests de vitalité

Conduite à tenir immédiate :



Conseil : Panoramique pour aider au diagnostic. Préférer les anesthésies loco-régionales aux anesthésies locales.

- ✓ Dent permanente :
Dent causale conservable : parage puis irrigation. Laisser ouvert pendant 48h
Dent causale non conservable : extraction et drainage par l'alvéole
- ✓ Dent temporaire : extraction
- ✓ Si le geste ne peut pas être effectué, en cas de cellulite suppurée il faut drainer la collection par incision
- ✓ Application de glace conseillée (pour diminuer l'œdème)

- ❖ Prescription : - antibiothérapie à spectre large (amoxicilline + métronidazole ou acide clavulanique + métronidazole)
- antalgique palier II pendant 72h minimum
- bain de bouche pendant 7 jours

Suivi :

Des contrôles sont programmés à 48 et 72h pour évaluer l'évolution de l'infection. Si la dent a été conservée : finir le traitement endodontique et reconstitution définitive après la fin de la symptomatologie.

3.3.5.2 Cellulite d'origine dentaire diffuse

CELLULITE D'ORIGINE DENTAIRE DIFFUSE

= pathologie infectieuse extensive des tissus de remplissage des espaces bucco-cervico-faciaux à partir d'un foyer dentaire ou de voisinage (12)



Figure 33



Figure 34



Figure 35

Signes cliniques et réponses aux tests :

- Tuméfaction maxillo-faciale importante, sensation de gêne, d'empâtement et de chaleur diffuse
- Douleur spontanée exacerbée au décubitus dorsal
- Percussion très douloureuse, sensation de dent longue
- Palpation vestibulaire douloureuse

→ Aiguës diffuses :

- Fièvre, asthénie, sueurs, pâleurs, polypnée, hypotension.
- Erythème s'étendant à la partie basse du cou
- Tuméfaction extensive qui se propage au niveau sus ou sous-mylohyoïdien, facial, péripharyngé ou au niveau sous orbitaire avec occlusion palpébrale
- Crépitation neigeuse à la palpation

Signes radiologiques :

- Radioclarité en regard de l'apex de la dent causale ou à distance
- Une simple dent nécrosée peut en être la cause, tout comme une dent répondant faiblement aux tests de vitalité

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Application de glace conseillée (pour diminuer l'œdème)
- ✓ Hospitalisation immédiate en cas de cellulite diffuse (**chercher les signes locaux d'aggravation**) ou de trismus serré

- ❖ Prescription : - antibiothérapie à spectre large (amoxicilline + métronidazole ou acide clavulanique + métronidazole)
- antalgique palier II pendant 72h minimum
- bain de bouche pendant 7 jours

Suivi :

Un appel téléphonique est passé le lendemain pour contrôler que le patient se soit bien rendu à l'hôpital. Contacter également le médecin traitant pour suivre la prise en charge.

Conseiller le patient et soigner tous les autres foyers infectieux pour que ce type d'urgence ne se reproduise plus.

NB : Cellulites subaiguës et chroniques :

Conséquence d'une porte d'entrée infectieuse non prise en charge ou traitement incomplet.

Signes cliniques :

fistulisation intra-orale et parfois extra-orale. La tuméfaction peut-être intermittente ou absente. Moins douloureuse qu'une cellulite en phase aiguë. Parfois un trismus serré.

Traitement :

ablation chirurgicale du foyer infectieux (souvent à l'hôpital) :
la plupart du temps extraction de la dent causale avec révision minutieuse du site + antibiothérapie (amoxicilline + métronidazole) +
antalgique niveau II, bain de bouche pendant 7 jours
Suivi : à 48h et 72h pour contrôler l'évolution.

3.4 Pathologies de la muqueuse buccale et autres motifs d'urgence pédodontiques

3.4.1 Gingivo – stomatite herpétique aiguë :

GINGIVO-STOMATITE HERPETIQUE AIGUE

=infection virale produite par les virus herpes de type 1 (HSV1) et beaucoup plus rarement par HSV II. Fréquente chez l'enfant.



Figure 36



Figure 37

Signes cliniques de la primo-infection (muette dans 80 à 99% des cas) :

- Survient souvent entre 2 et 4 ans
- Gencive rouge, douloureuse, très enflammée, avec des saignements spontanés puis des vésicules peuvent apparaître sur la gencive, la langue, les lèvres, la muqueuse labiale, jugale et palatine. Elles éclatent en 24h pour former des ulcérations rondes de couleur jaunâtre
- L'éruption peut s'étendre sur le menton, les lèvres, les joues. Les lésions sont recouvertes par une croûte brunâtre. Elles cicatrisent en 10 à 15 jours sans laisser de cicatrice
- Halitose
- Durée : une à deux semaines
- L'enfant peut avoir des difficultés à boire ou à manger, sialorrhée, dysphagie, anorexie
- Altération de l'état général : fatigue, fièvre (dépassé fréquemment 39°), irritabilité, céphalée
- Adénopathies bilatérales cervicales et sous-mandibulaires douloureuses



Figure 38



Figure 39

Signes cliniques d'une réactivation secondaire du virus HSV1

- Herpès labial récidivant, parfois sur la narine, la pommette, le menton ou dans la cavité buccale. Sensation de brûlure et d'irritation
- Absence de signes généraux
- Réaction après un stress, une maladie, une infection ou un traumatisme

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Encourager la prise de liquide pour éviter la déshydratation
- ✓ Eviter les contacts rapprochés avec les autres enfants (surtout avec les nourrissons) et les échanges de tétines, prévention de la transmission par les règles d'hygiène
- ✓ Hospitalisation de l'enfant si l'enfant ne peut s'alimenter normalement et donc bien s'hydrater
- ❖ Prescription : - paracétamol comme antipyrétique
 - antalgique de niveau II pour calmer la douleur
 - bain de bouche antiseptique pour éviter les surinfections
 - matériel de brossage adapté
 - anesthésiques topiques si les lésions buccales sont trop douloureuses lors de l'alimentation. (attention aux risques de fausses routes)
 - pas d'aciclovir per os sauf si immunodépression, plus de 6 fois par an et retentissement social trop important.
 - antibiothérapie uniquement si surinfection des vésicules
 - dans les cas sévères de primo-infection : prescription d'antiviraux

Suivi :

Seconde visite de contrôle à 15 jours pour voir l'évolution.

3.4.2 La moniliasse (Muguet)

MONILIASSE (MUGUET) / CANDIDOSE

= c'est une mycose buccale provoquée par le *Candidas albicans*.



Figure 40

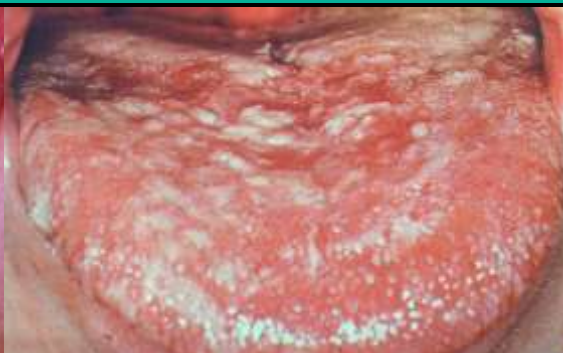


Figure 41

Signes cliniques :

- Plaques pouvant recouvrir la langue, les joues, lèvres, palais
- Dépôts blanc crayeux bordés de rouge
- Détachable au grattage, révélant une base érythémateuse
- Prodromes : sensation de brûlure ou de sécheresse buccale, de goût métallique en bouche, dysphagie

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Suppression des facteurs irritatifs si possible
- ✓ Motivation à l'hygiène
- ✓ Désinfection des prothèses pédodontiques et appareils orthodontiques amovibles par des solutions désinfectantes
- ❖ Prescription : - médication antifongique pendant 15 jours sous forme locale (gel, bain de bouche), voire en per os si le patient se plaint d'une atteinte intestinale
 - bain de bouche ALCALIN (indispensable)
 - antalgique local si besoin (xylocaïne gel)

Suivi :

Revoir le patient deux semaines plus tard pour contrôler l'évolution.

NB : Fréquente chez les nouveaux nés et jeunes enfants

- Facteurs favorisants : immunodépression, diabète, mauvaise hygiène buccale, facteurs irritatifs locaux (xérostomie, prothèse pédodontique mal adaptée), antibiotiques à spectre large sur une longue période, VIH, (tabac))

3.4.3 Aphtes

APHTES

= ulcération de la muqueuse buccale à fond jaune « beurre frais », entourée d'un liseré érythémateux et très douloureuse



Figure 42



Figure 43

Signes cliniques :

- Ulcération à bords nets
- 3 types : - aphte vulgaire (de 2 à 10 mm, précédé par une macule érythémateuse),
- aphte géant (de 1 à 5 cm, précédé par un nodule douloureux)
- aphtes milliaires (< 2 mm et très nombreux)
- Sensation de brûlure vive
- Peut entraîner une dysphagie, une hypersalivation et une gêne à la mastication
- Souvent au niveau de la face interne des joues, de la muqueuse labiale, du plancher buccal et sur la langue
- Adénopathies satellites possibles

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Détartrage et mise en état de la cavité buccale
- ✓ Suppression des facteurs irritants (épines dentaires, prothétiques)
- ✓ Conseils : ne pas manger de noix, fromage, fraise, épices, crustacés (aliments favorisant les aphtes et augmentant les sensations de brûlure)
- ✓ Traitement avec des anesthésiques locaux pour les plus de 6 ans
- ✓ Si possible traitement au laser pour diminuer les douleurs et la durée
- ✓ Eventuellement application d'un crayon de nitrate d'argent (soulage immédiatement, à manipuler avec beaucoup de précaution)

- ❖ Prescription : - bain de bouche à base de chlorhexidine
 - crème antalgique et anesthésiante (Xylocaïne visqueuse®,
Dynexan® pommade à 2%, 6 à 8 applications par jour)
 - Pyralvex®
 - bain de bouche avec Ulcar®, avec des corticoïdes (Solupred®),
avec Maalox®, Gaviscon® ou avec de l'Aspégic® en sachet
 - corticothérapie brève (prednisone (Cortancyl®) 0,5mg/kg/j
pendant 7jours) => traitement de première intention pour les
aphtes géants
 - vitaminothérapie : vitamine C

Suivi :

Rendez-vous de contrôle à une semaine.

NB : Terrains favorisants : patients atteints de maladies systémiques (immunodéficience, déficience nutritionnelle, malabsorption, maladie cœliaque...) ou de maladies inflammatoires (maladie de Crohn, de Behçet...), sexe féminin, hérédité, stress, troubles gastro-intestinaux, épisodes infectieux.

3.4.4 Morsures

MORSURES



Figure 44



Figure 45

Signes cliniques :

- Fréquemment suite à une anesthésie
- Dans le cas d'autisme, de crises d'épilepsie ou d'un comportement auto-agressif
- Fréquemment sur la langue, les lèvres et la face interne des joues
- Plaies pouvant être de grande taille associées à un gonflement important de la zone et à une ecchymose

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Rassurer les parents et l'enfant
- ✓ Suture si plaie
- ❖ Prescription : - antalgique de niveau I
 - gel anesthésique local, Hyalugel® (spray), Pansoral® (gel), Homéoplasmine® (pommade) (contient un antiseptique)
 - antibiotiques si surinfection
 - bain de bouche Paroex®

Suivi :

Revoir l'enfant toutes les semaines jusqu'à disparition de la lésion.

3.4.5 Kystes d'éruption

KYSTES D'ERUPTION

= se forment au niveau de la muqueuse qui recouvre les dents en voie d'éruption (14)



Figure 46



Figure 47



Figure 48



Figure 49

Signes cliniques :

- Fréquemment au niveau d'incisives centrales ou des molaires
- Douleur vive
- Tuméfactions bleutées, de taille variable
- Concernent les dents temporaires et permanentes
- Asthénie, fièvre

Signes radiologiques :

- Grande zone radioclaire encerclant la dent en voie d'éruption

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Attendre l'évolution spontanée, ne pas réaliser d'exérèse
- ✓ Application d'un gel de massage gingival au niveau de la zone d'éruption

- ❖ Prescription : - antalgique de niveau I
 - gel gingival
 - bain de bouche

Suivi :

Contrôles réguliers jusqu'à l'éruption complète.

NB : Lors de l'éruption des dents, la pénétration de micro-organismes est possible au niveau de l'effraction de la muqueuse. Pour l'éruption des dents permanentes, de pseudo-poches sont présentes suite à la rhizolyse de la dent temporaire ce qui favorise la rétention de bactéries.

Etiologie : dilatation de l'espace folliculaire de la dent en cours d'éruption. La couleur bleuâtre est due à une hémorragie dans les tissus.

Parfois, une infection se déclare et dans ce cas, un traitement s'impose.

3.4.6 Poussée dentaire

POUSSEE DENTAIRE



Figure 50

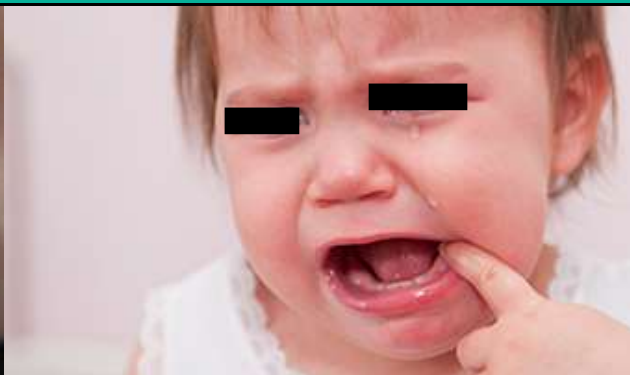


Figure 51

Signes cliniques :

- Douleur vive
- Concerne les dents temporaires et les dents permanentes
- Gencive rouge et boursouflée
- Légers troubles digestifs (manque d'appétit, selles molles)
- Salivation intense
- Envie de mordiller
- Sommeil perturbé
- Rougeurs des joues

Signes radiologiques :

- Visualisation de la dent en éruption

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Rassurer les parents et donner des explications
- ✓ Conseil : anneaux de dentitions (classiques ou froids ce qui permet d'anesthésier et donc de soulager la gencive douloureuse) ou un simple glaçon dans une compresse
- ✓ Surveiller une éventuelle poussée de fièvre
- ❖ Prescription : - gel buccaux
 - Chamomilla®
 - Dolodent®
 - éventuellement paracétamol de niveau I

Suivi :

Pas de suivi particulier.

3.4.7 Persistance des dents temporaires

PERSISTANCE DES DENTS TEMPORAIRES APRES ERUPTION DES DENTS DEFINITIVES



Figure 52



Figure 53

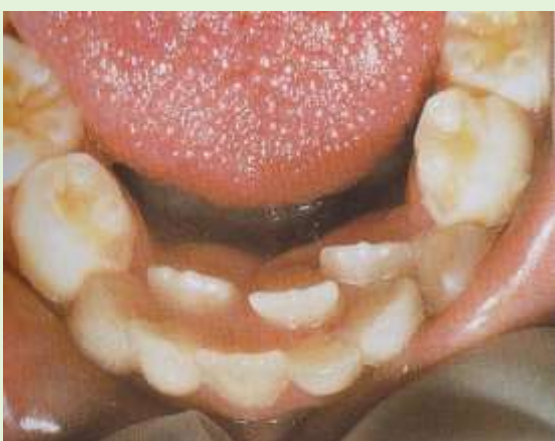


Figure 54



Figure 55

Signes cliniques :

- Présence des dents temporaires et des dents définitives
- Malposition de la dent permanente
- Inflammation localisée de la gencive
- Rétention de plaque favorisée par l'encombrement

Signes radiologiques :

- Il est indispensable de faire une radiographie (comme avant toute extraction)
- Permet d'évaluer le degré de rhizolyse et de diagnostiquer une éventuelle infection

Conduite à tenir immédiate :

- ✓ Rassurer les parents
- ✓ Extraction de la dent temporaire si le temps nous le permet et que les conditions s'y prêtent
- ✓ Conseils suite à l'extraction

- ❖ Prescription : - antalgique de niveau I
- bain de bouche

Suivi :

Réaliser la ou les extractions si elles n'ont pas pu être réalisées pendant la séance. Suivi tous les mois pour contrôler l'évolution de la position de la dent permanente.

4 FICHES SYNTHETIQUES : **LES PRESCRIPTIONS CHEZ** **L'ENFANT**

La prescription en Odontologie Pédiatrique nécessite une connaissance parfaite de la cinétique du médicament et de l'état de santé du patient. En effet, la maturation fonctionnelle de certains organes n'est pas terminée chez l'enfant. Il est donc nécessaire de bien connaître les indications et contre-indications ainsi que la posologie et la forme galénique adaptée à l'enfant, à son âge et à son état de santé afin d'éviter tout risque de toxicité tout en étant efficace.

Chez l'enfant, des sirops ou des poudres pour solution buvable seront généralement prescrits. Les suppositoires sont une alternative lorsque l'enfant est sujet à des vomissements.

Les médicaments les plus prescrits chez les enfants sont les antalgiques, anti-inflammatoires, antibiotiques et sédatifs.

« **Règles de prescriptions :**

- Vérifier que le patient ne présente pas de contre-indications au principe actif.
- Faire figurer sur l'ordonnance le poids et l'âge de l'enfant.
- Utiliser la dénomination commune internationale du principe actif plutôt que le nom commercial (...)
- Expliquer l'ordonnance à l'enfant et aux accompagnants en s'adaptant à leur niveau de compréhension » (15)

Les médicaments cités ci-dessous sont ceux prescrits le plus fréquemment au cabinet dentaire, la liste n'est donc pas exhaustive.(16)

4.1 Antibiotiques

(17)

<u>AMOXICILLINE</u>	
<u>Formes et présentations</u> 125 mg/5 ml poudre pour suspension buvable 250 mg/5 ml poudre pour suspension buvable 500 mg/5 ml poudre pour suspension buvable 500 mg gélule / suspension buvable 1g : comprimé pelliculé dispersible (adulte) / sachet / gélule	<u>Posologie :</u> <i>Enfant de plus de 30 mois :</i> de 50 à 100 mg/kg/j (environ 80) en 2 ou 3 prises sans dépasser la posologie de 3g par jour.
<u>Exemple :</u> Pour un enfant de 20 kg : Clamoxyl® 500 mg/5 ml, poudre pour suspension buvable Prendre une cuillère mesure de 5 ml matin, midi et soir, soit 500 mg le matin, 500 mg le midi et 500 mg le soir soit au total 1,5 g par jour pendant sept jours.	QSP 7j
NB : en antibioprofylaxie : 50 mg/kg sans dépasser 2 g en une prise une heure avant le soin.	

(18)

AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE

Formes et présentations

100 mg/12,5 mg/ml : poudre pour suspension buvable
500 mg/62,5 mg : comprimé pelliculé
1 g/125 mg/ml : poudre pour suspension buvable (réservée à l'adulte)

Exemple : Pour un enfant de 18 kg :

Augmentin Enfant ® 100 mg/12,5 mg/ml : poudre pour suspension buvable (avec pipette-seringue graduée de 0 à 30 kg) QSP 7j

Prendre une dose/poids (500 mg) matin, midi et soir soit trois doses/poids (1,5 g) par jour pendant sept jours, de préférence en début de repas.

Une dose/poids = 18 graduations pour 18 kg de poids = 5 ml = 500 mg

Posologie :

Enfant de plus de 30 mois :
80 mg/kg/j en 3 prises sans dépasser la posologie de 3g par jour

Enfant > 15 ans :
3 g/jour en trois prises
(dose exprimée en amoxicilline)

SPIRAMYCINE

Formes et présentations

1,5 M UI : comprimé pelliculé
3 M UI : comprimé pelliculé (réservé à l'adulte)

Exemple : Pour un enfant de 20 kg

Rovamycine® 1,5 M UI, comprimé pelliculé QSP 7j

Prendre un comprimé (1,5 M UI) matin midi et soir soit trois comprimés par jours (4,5 M UI) pendant sept jours, au cours des repas.

NB : peut être associée au métronidazole

Posologie :

Enfant entre 6 et 15 ans :
0,3 M UI/kg/jour en trois prises sans dépasser la posologie de 9 M UI par jour

METRONIDAZOLE

Formes et présentations

125 mg/5 ml (flacon de 120 ml) : suspension buvable
250 mg : comprimé pelliculé
500 mg : comprimé pelliculé

Exemple : Pour un enfant de 12 kg

Flagyl® 4% suspension buvable (avec cuillère mesure de 5 ml = 125 mg) QSP 7j

Prendre 5 ml le matin, 5 ml le midi et 5 ml le soir soit 15 ml par jour pendant 7 jours, de préférence au cours du repas.

Posologie :

30 mg/kg/j en deux ou trois prises

CLINDAMYCINE

Formes et présentations

Enfant de plus de 6 ans :

75 mg : gélule
150 mg : gélule
300 mg : gélule

Posologie :

Dès 6 ans
25 mg/kg/j en 3 ou 4 prises

Exemple : Enfant de 18 kg

Dalacine® 150 mg, gélule

QSP 7j

Prendre une gélule de 150 mg matin midi et soir soit trois gélules (450 mg) par jour pendant sept jours, au cours des repas.

NB : en antibioprophylaxie, en cas d'allergie à l'amoxicilline : 20 mg/kg sans dépasser 600 mg en une prise une heure avant le soin.

4.2 Anti-inflammatoire stéroïdien à visée anti-inflammatoire

PREDNISOLONE

Formes et présentations

1 mg/ml : solution buvable
5 mg : comprimé / comprimé effervescent / comprimé orodispersible
20 mg : comprimé effervescent / comprimé orodispersible

Posologie :

Traitement d'attaque :

Enfant : 0,5 ou 2 mg/kg/j
Adulte : 0,35 à 1,2 mg/kg/j

Traitement d'entretien :

Enfant : 0,25 à 0,5 mg/kg/j
Adulte : 5 à 15 mg/j

Exemple : Enfant de 20 kg

Solupred® 20 mg, comprimé orodispersible

1 boîte

Prendre un comprimé le matin au cours du repas pendant maximum 4 jours.

4.3 Antalgiques

PARACETAMOL

Formes et présentations

2,4% : suspension buvable (flacon de 100 ml) 24 mg/ml *sans sucre*

3% : solution buvable (flacon de 90 ml)

100 mg/ml : solution buvable

60 mg/2 ml : solution buvable

80 mg : poudre pour solution buvable
suppositoire

100 mg : poudre pour solution buvable

150 mg : poudre pour solution buvable
suppositoire

200 mg : poudre pour solution buvable
suppositoire

250 mg : comprimé orodispersible
poudre pour solution buvable

300 mg : poudre pour solution buvable
suppositoire

500 mg : comprimé / comprimé effervescent / comprimé pelliculé sécable /
comprimé effervescent sécable / comprimé orodispersible
poudre pour solution buvable
gélule

600 mg : suppositoire

1 g : comprimé / comprimé pelliculé / comprimé
effervescent / comprimé sécable / comprimé
effervescent sécable
poudre pour solution buvable
suppositoire
gélule

Posologie :

60 mg/kg/j
soit 15 mg /kg /prise
toutes les six heures

Exemple : Enfant de 25 kg

Doliprane® 2,4% SANS SUCRE suspension buvable

1 flacon

(avec seringue graduée par demi-kilo de poids corporel)

Remplir le système doseur en fonction du poids, à renouveler
toutes les 6h si douleur sans dépasser quatre prises par jour.

ASPIRINE (à visée antalgique)

Formes et présentations

75 mg : poudre pour suspension buvable
100 mg : poudre pour suspension buvable
160 mg : poudre pour suspension buvable
250 mg : poudre pour suspension buvable
320 mg : comprimé
400 mg : comprimé à croquer
500 mg : poudre pour suspension buvable
 : comprimé effervescent
 : comprimé à croquer
1000 mg : poudre pour suspension buvable
 : comprimé effervescent

Posologie :

Enfant :

Environ 60 mg/kg/j en 4 à 6 prises

Adulte ou enfant > 50 kg :

500 mg à 1g une à trois fois /24h

Exemple : Enfant de 15 kg

Aspégic® Enfant 250 mg, poudre pour suspension buvable

1 boîte

Prendre un sachet si douleur et renouveler toutes les 6 heures
en cas de douleur sans dépasser quatre sachets par jour.

PARACETAMOL + CODEINE

Formes et présentations

Enfant < 50 kg :

400 mg/ 25 mg : comprimé
400 mg / 20 mg : comprimé sécable
500 mg /30 mg : comprimé effervescent

Adulte et enfant 50 kg

300 mg/25 mg : comprimé (à partir de 15 ans)
500 mg/20 mg : comprimé sécable
500 mg/30 mg : comprimé effervescent sécable
 comprimé
400 mg/25 mg : comprimé
600 mg/50 mg : comprimé sécable (à partir
 de 15 ans)

Posologie :

Contre indication si < 12 ans !

Enfant > 12 ans

60 mg/kg/jour de paracétamol
en 3 ou 4 prises.

3 mg/kg/jour de codéine en 3
ou 4 prises

Adulte ou enfant > 50 kg

1 comprimé à renouveler si
besoin toutes les 6 heures,
éventuellement 2 comprimés
en cas de douleur intense sans
dépasser 6 cp/j (sauf 600 mg
/50 mg max 5 par jour)

Exemple : enfant 35 kg :

CODOLIPRANE® 500 mg/30 mg, comprimé

1 boîte

Prendre un comprimé si douleur, à renouveler si nécessaire
au bout de 6 heures, sans dépasser 2 grammes par jour.

cp = comprimé

TRAMADOL

Formes et présentations

Enfant > 3 ans :

solution buvable 100 mg/ ml

Adulte et enfant > 12 ans :

50 mg : comprimé / comprimé effervescent /
comprimé orodispersible
gélule / comprimé LP/ gélule LP

100 mg : comprimé /
comprimé effervescent et sécable /
comprimé sécable /
comprimé pelliculé LP
gélule LP

150 mg : comprimé
gélule LP

200 mg : comprimé / comprimé LP
gélule LP

300 mg : comprimé LP

tramadol 37,5 mg + paracétamol 325 mg : comprimé pelliculé (enfant >12 ans)

(LP : libération prolongée)

Exemple : Enfant de 20 kg

Topalgic Buvable® (solution buvable 100 mg/ml)

Prendre 10 gouttes en cas de douleurs.

A renouveler toutes les 6 heures.

Posologie :

Enfant >3 ans (forme buvable)

0,5 goutte /kg/ prise (1 goutte =
2,5 mg)

1 mg/kg à 2 mg/kg 3 à 4 fois /j

Adulte et enfant > 12 ans :

tramadol seul : 50 à 100 mg

2 fois/j toutes les 4 à 6h (max
400 mg/j)

tramadol + paracétamol :

2 comprimés par prise toutes les
6h (max 8 cp /j)

tramadol LP :

50 à 100 mg 2 fois/j

1 flacon

4.4 Anti-inflammatoires non stéroïdiens à visée antalgique

IBUPROFENE

Formes et présentations

De 3 mois à 12 ans :

20 mg/ml suspension buvable sans sucre

De 6 à 12 ans :

50 mg : comprimé orodispersible
gélule

100 mg : comprimé / comprimé LP

Adulte et enfant >12ans

150 mg : comprimé LP

200 mg : comprimé LP/
comprimé effervescent /
comprimé orodispersible
capsule molle
gélule

300 mg : gélule LP

400 mg : comprimé / comprimé pelliculé
granulé pour solution buvable
capsule molle

Posologie :

De 3 mois à 12 ans :

20 mg/kg/jour en 3 à 4 prises
espacées de 6 à 8h
(max 30 mg/kg/j)

Adulte et enfant >30 kg:

200 mg à renouveler si besoin au
bout de 6h. En cas de douleur ou
de fièvre plus intense : 400 mg à
renouveler si besoin au bout de
6h. Ne pas dépasser 1200 mg par
jour

Exemple : Enfant de 35 kg :

Nurofen® 200 mg, comprimé

1 boîte

Prendre 1 comprimé (200 mg), à renouveler si besoin au
bout de 6 heures. Ne pas dépasser 600 mg par jour.

ACIDE NIFLUMIQUE

Formes et présentations

Enfant > 30 mois :

400 mg : suppositoire sécable

Enfant >12 ans :

250 mg : gélule

700 mg : suppositoire

Posologie :

De 30 mois à 12 ans :

1 suppositoire (de 400 mg) par 10 kg de
poids et par jour sans dépasser 3
suppositoires par jour, max 4 à 5 jours

Enfant > 12 ans :

2 à 3 gélules (de 250 mg) par jour
pendant les repas max 6 gélules par jour
1 suppositoire (de 700 mg) 2 fois par jour

Adulte :

3 gélules (de 250 mg) par jour en 3 prises

Exemple : Enfant de 40 kg

Nifluril® 250 mg, gélule

1 boîte

Prendre une gélule (250 mg) matin, midi et soir soit trois
gélules (750 mg) par jour pendant 4 jours au cours des repas.

4.5 Bains de bouche

CHLORHEXIDINE

Pour les enfants > 6 ans

Formes et présentations

PAROEX 0,12%® solution pour bain de bouche
flacon de 300 ml (en partie remboursé) et de 500 ml (non remboursé)

Mode d'emploi :

A utiliser trois fois par jour après chaque brossage. Utilisation pure, non diluée (sauf pour les enfants de moins de 12 ans) Garder le bain de bouche une minute en bouche, ne pas avaler, ne pas rincer, pendant 5 jours.

Si après une extraction :

Commencer 24 heures après les extractions, à faire trois fois par jour après le brossage pendant 5 jours.

CHLORHEXIDINE, CHLOROBUTANOL

Pour les enfants > 6 ans
Attention : alcool !

Formes et présentations

ELUDRIL® solution pour bain de bouche flacon
de 15 ml, 200 ml et 500 ml (non remboursés)
ELUDRIL Gé® sol pour bain de bouche flacon de 90 ml

Mode d'emploi :

A utiliser trois fois par jour après chaque brossage. Diluer de moitié avec de l'eau, garder le bain de bouche une minute en bouche, ne pas avaler, ne pas rincer, pendant 5 jours.

Si après une extraction :

Commencer 24 heures après les extractions, à faire trois fois par jour après le brossage pendant 5 jours.

Bain de bouche alcalin

Pour les enfants > 6 ans

Formes et présentations

Bicarbonate de sodium 1,4% : flacon de 250 ml / flacon de 500 ml
Bicarbonate poudre : une cuillère à café dans un grand verre d'eau

Exemple :

A utiliser trois fois par jour 10 à 15 minutes après les repas pendant 15 jours. Garder 3 minutes en bouche.

4.6 Anti-hémétique

METOPIMAZINE

Formes et présentations

5 mg : suppositoire sécable
7,5 mg : comprimé orodispersible sans sucre
15 mg : gélule
0,1 % (1 mg / ml) : solution buvable
0,4 % (0,1 mg / goutte) solution buvable

Exemple : Enfant de 7 ans

Vogalène lyoc ® 7,5 mg, comprimé orodispersible

Prendre un comprimé au minimum une heure avant le soin.

Posologie

Enfant < 6 ans :

1 mg/kg/j

De 6 à 12 ans :

7,5 à 15 mg/j

Adulte > 12 ans :

15 à 30 mg/j

1 boîte

4.7 Anxiolytique

HYDROXYZINE

Formes et présentations

100 mg : comprimé pelliculé sécable (adulte)
25 mg : comprimé pelliculé sécable (> 6 ans)
10 mg/5 ml : solution buvable

Exemple : Enfant de 30 kg

Atarax ® 25 mg, comprimé

Prendre un comprimé la veille au soir ou au moins 1h30 avant le rendez-vous.

Posologie :

Enfant > 3ans : max 1 mg/kg/j

Adulte :

comprimé : de 50 à 100 mg par jour jusqu'à 300 mg

sirop : de 30 à 120 mg/j

1 boîte

4.8 Enzyme à visée anti-inflammatoire et anti-oedémateux

Alfa amylase®

Formes et présentations

3 000 U. CEIP : comprimé
200 U. CEIP/ml : sirop
(flacon de 125 ml ou de 200 ml)

Mode d'administration :

A prendre au cours des repas.

Posologie :

Enfant de 7 kg à 15 kg :

1 cuillère à café de sirop, 3 fois par jour.

Enfant de plus de 15 kg :

2 cuillères à café de sirop, 3 fois par jour.

Enfant de plus de 15 ans :

1 comprimé ou 1 cuillère à soupe de sirop,
3 fois par jour.

CEIP = Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

Une unité CEIP correspond à la quantité d'enzyme en mg qui catalyse l'hydrolyse de 1 mg d'amidon en 10 secondes dans les conditions du dosage.

4.9 Médicaments contre les aphtes

Pyralvex®

Contre indications : allergie aux salicylés
Enfants < 6 ans

Formes et présentations

PYRALVEX®: solution buccale et gingivale (flacon de 10 ml avec pinceau)

PYRALVEX-GEL®: gel buccal et gingival (tube de 15 g)

Mode d'emploi :

2 à 4 applications par jour sur la gencive notamment avant le coucher pour les enfants de plus de 6 ans.

GUM® APHTAMED®

Formes et présentations

Gel : tube de 12 ml

Spray : Flacon de 20 ml

Bain de bouche : Flacon de 100 ml

Mode d'emplois :

Gum Aftamed® Gel :

Appliquer 1 à 2 gouttes de gel de façon à recouvrir entièrement l'aphte ou la lésion 2 à 3 fois/jour ou plus si besoin, après chaque repas, pendant 1 semaine ou jusqu'à la disparition des symptômes.

Gum Aftamed® Spray :

Diriger la canule vers l'aphte ou la lésion puis pulvériser de façon à recouvrir la zone concernée 2 à 3 fois/jour ou plus si besoin, après chaque repas, pendant 1 semaine ou jusqu'à la disparition des symptômes.

Gum Aftamed® Bain de bouche :

Effectuer un bain de bouche de 10 ml, 2 à 3 fois/jour ou plus si besoin, après les repas, pendant 1 semaine ou jusqu'à la disparition des symptômes. Prêt à l'emploi, ne se dilue pas.

4.10 Médicaments pour les poussées dentaires

DOLODENT®

Formes et présentations

solution gingivale (flacon de 27g ou de 36g)

Mode d'emploi :

Mettre un peu de solution sur un doigt et masser doucement les gencives douloureuses pendant 2 à 3 minutes. A renouveler 2 à 3 fois par jour pendant maximum 5 jours.

Posologie :

2 à 3 applications par jour
de la taille d'un petit pois

CHAMOMILLA

Formes et présentations

Camilia® : solution buvable, boîte de 10 ou de 30 unidoses de 1 ml

Chamomilla vulgaris 15 CH ® : granules homéopathiques

Exemple

Camilia ® :

Verser le contenu de l'unidoses dans la bouche de l'enfant en maintenant l'enfant en position assise. 3 à 6 unidoses par jour, pendant 3 à 8 jours.

Chamomilla vulgaris 15 CH ® :

Donner 5 granules tous les 15 à 30 minutes au moment des pics de douleur, puis espacer les prises au fur et à mesure des améliorations. Traitement à renouveler à chaque épisode de douleur.

Médicament à prendre en dehors des repas, éviter de prendre de la menthe peu après avoir pris ce médicament. Placer les granules sous la langue. Les granules peuvent être dilués dans un peu d'eau pour les nourrissons

*CH = centésimale hahnemannienne : 15 CH signifie que la substance a été diluée au centième, quinze fois de suite.

4.11 Anti herpétiques

ACICLOVIR

Formes et présentations

crème à 5% (tube de 10 g)

(traitement de l'herpes labial

200 mg comprimé

200 mg/5 ml : suspension buvable

800 mg comprimé

800 mg/10 ml : suspension buvable

Exemple : Zovirax ®

Posologie :

Enfant > 6 ans et adulte :

Traitement des infections herpétiques muqueuses sévères : 1000 mg/jour (en 5 prises) pendant 5 à 10 jours

Traitement préventif des infections à virus herpes simplex : 800 mg/j (en 2 prises) si plus de six récurrences par an : pendant 6 à 12 mois

Crème : voie cutanée, 5 applications par jour durant 5 et 10 jours

(19)

4.12 Antifongiques

Amphotéricine B

Formes et présentations

10 % suspension buvable pour enfant et nourrisson avec pipette de 1 ml
(500 mg / càc : suspension buvable (1 ml = 100mg))

10 % suspension buvable (pour adulte),
flacon de 40 ml

Posologie :

Nourrisson :

50 mg/kg/j soit 1 ml/2 kg/j

Enfant > 30 kg :

50mg/kg/j, soit 1 càc x 3 fois/jour

Adulte :

1,5 à 2g/j soit 3 à 4 càc /j
càc = cuillère à café

Exemple : Enfant de 20 kg

Fungizone® enfant et nourrisson 10 %, suspension buvable

1 flacon

Prendre une cuillère à café (5 ml) et la conserver 2 ou 3 minutes en bouche avant d'avaler, 2 fois par jour. A prendre de préférence en dehors des repas. Traitement de 15 à 21 jours même si guérison clinique intervient plus précocement.

Les suspensions buvables peuvent aussi être utilisées sous forme de bain de bouche dans les candidoses buccales (3 à 4 prises par jour).

MICONAZOLE

Formes et présentations

Gel buccal 2% (tube de 40 g soit 12 cuillères mesures à 62,5 mg par mesure)

50 mg: comprimé buccogingival muco-adhésif

2% poudre pour application locale

Posologie :

Nourrisson / enfant :

62,5 mg/ prise, soit ½ comprimé (écrasé, en solution) ou 1 cuillère mesure, 4 fois par jour, en applications.

Adulte :

125mg/ prise, soit 1 comprimé (écrasé, en solution) ou 2 cuillères mesure, 4 fois par jour, en applications

Exemple : Daktarin ®

Administration à distance des repas ou au moins 10 minutes après, éviter une déglutition immédiate : à conserver en bouche 2 ou 3 minutes. La dose doit être divisée en de petites portions et le gel appliqué sur les zones affectées. La durée habituelle de traitement est de 7 à 15 jours. S'il y a une prothèse pédodontique, elle doit être retirée la nuit et brossée avec le gel.

4.13 Autres

HYALUGEL®

Formes et présentations

Gel : Tube de 20 ml

Spray : Flacon de 20 ml

Bain de bouche : Flacon de 100 ml avec gobelet doseur

Mode d'emploi

Utiliser après s'être brossé les dents et ne pas manger ou boire 30 minutes après l'application de Hyalugel®

Gel : Appliquer une fine couche de gel sur les tissus enflammés ou traumatisés, 3 à 5 fois par jour, jusqu'à disparition des symptômes. Masser délicatement avec un doigt propre pour bien répartir le produit.

Spray : 1 à 2 pulvérisations sur les tissus enflammés ou traumatisés, 3 à 5 fois par jour, jusqu'à disparition des symptômes.

Maintenir le flacon en position verticale.

Bain de bouche : Rincer la bouche avec 10 ml de solution, à l'aide du gobelet doseur, pendant 1 à 2 minutes, puis recracher. A effectuer 2 à 3 fois par jour, jusqu'à disparition des symptômes. Ne pas diluer, ne pas avaler.

PANSORAL®

Formes et présentations

Nourrisson et enfant : Pansoral® gel gingival premières dents

Adolescents : Pansoral® junior et orthodontie

Adulte : Pansoral® gel buccal (haute teneur en alcool)

Contre indications :
Allergie aux salicylés

Contient un antalgique et un antiseptique

Il est utilisé pour soulager les douleurs des aphtes et des inflammations de la bouche et des gencives.

Exemple

Déposer un pois de gel directement sur la gencive douloureuse. Il n'est pas nécessaire de masser (le gel s'étale sous l'effet de la température et de la mastication).

Appliquer 1 à 4 fois par jour.

CONCLUSION

Les urgences bucco-dentaires d'un enfant ont des spécificités qui diffèrent beaucoup de celles des adultes. Elles nécessitent une connaissance précise des particularités dues à l'âge, au type de dent (temporaire, immature...), et aux prescriptions adaptés aux enfants. Notre objectif est de soulager, d'équilibrer et de prévenir. C'est pourquoi, il est nécessaire de mettre en place des thérapeutiques interceptives et préventives, afin d'éviter la mise de place de pathologies beaucoup plus complexes.

Elles restent malgré tout difficiles à gérer, et l'objectif demeure de tout faire pour que ces situations soient exceptionnelles.

Pour cela, il est indispensable d'apporter toutes les connaissances nécessaires aux parents pour qu'ils comprennent les enjeux de la santé bucco-dentaire chez leurs enfants. Ils seront alors conscients de l'importance d'une bonne hygiène orale, ainsi que des effets de l'alimentation sur la sphère buccale, et cela pour le bien-être de leur enfant. Ils pourront également réagir dans les prémisses de la pathologie, ce qui permettra d'éviter le contexte d'urgence, et tous les inconvénients qui l'accompagnent.

Lorsque l'enfant est apte à comprendre, il faut lui expliquer l'importance des contrôles réguliers tout en mettant en place une relation de confiance indispensable, ce qui permettra d'assurer un suivi et des soins optimaux.

La prévention, l'assiduité du patient, sa compliance au traitement, sont des éléments indispensables pour une la meilleure prise en charge possible.

En Europe de l'Est, les rendez-vous de contrôle ont d'ailleurs été rendus obligatoires pour avoir accès aux remboursements. Ceci apparaît être une solution pour voir les urgences diminuer fortement. Cependant, cela fait débat.

BIBLIOGRAPHIE

1. Diaw O. Prise en charge thérapeutique de la dent temporaire affectée au département d'odontologie : contrainte et difficulté [Internet]. Cheikh Anta Diop de Dakar; 2009. Available from: <http://www.sist.sn/gsd/collect/fmposodonto/index/assoc/HASH0104.dir/42.63.09.06.pdf>
2. Delbos Y, Planes T, Pilipili C. Pathologies pulpaire et pulpo-parodontales traitements en denture temporaire. L'INFORMATION DENTAIRE n°9 [Internet]. 2010 Mar 3; Available from: http://www.septodont.fr/fichiers_upload/315016_tempophore_infodentai.pdf
3. Fawzi R, Hssissen H, Chhoul H, Ameziane R. Dental pulp diseases of the primary teeth : diagnostic approach. Journal web du dentiste. Available from: http://www.fmdrabort.ac.ma/wjd/V6N1/3_Pathologie_pulpoparodontale_4.pdf
4. Chafaie A. RESTORATION OF THE FIRST PERMANENT MOLAR: PROBLEMS AND SOLUTIONS [Internet]. adf.asso.fr. 1999 [cited 2014 Jul 31]. Available from: http://www.adf.asso.fr/fr/?option=com_thesaurus&view=cahiers&Itemid=264&nom=restauration%20de%20la%20dent%20de%20six%20ans%20:%20problemes%20et%20solutions.&task=detail&id=144
5. coursmedecine.blogspot.fr P par. La parodontie infantile | les cours de médecine en ligne [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 8]. Available from: http://coursmedecine.blogspot.fr/2011/04/la-parodontie-infantile_12.html
6. coursmedecine.blogspot.fr. PATHOLOGIES PARODONTALES DE L'ENFANT | les cours de médecine en ligne [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 8]. Available from: http://coursmedecine.blogspot.fr/2011/04/pathologies-parodontales-de-lenfant_17.html
7. coursmedecine.blogspot.fr P par. Physiopathologie des dents temporaires | les cours de médecine en ligne [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 8]. Available from: http://coursmedecine.blogspot.fr/2011/04/physiopathologie-des-dents-temporaires_12.html
8. Zunzarren R. Guide clinique d'odontologie. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson; 2011. xx+273 p.
9. Eller A. Les urgences traumatiques en pédodontie: obligations, formalités et prise en charge [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé (Lille). Faculté de chirurgie dentaire; 2013.
10. Perrin D, Ahossi V, Larras P. L'urgence en odontologie. Rueil-Malmaison, France: Éditions CdP; 2005. 143 p.
11. NAULIN-IFI C. TRAITEMENTS ENDODONTIQUES DES DENTS TEMPORAIRES. REALITES CLINIQUES. 2001;73–82.
12. Toledo Arenas R, Descroix V. Urgences odontologiques. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2010. xii+159 p.

13. medespace.fr. Pathologie dentaire chez l'enfant : Les facultes medicales [Internet]. medespace.fr. 2012 [cited 2014 Jul 20]. Available from: http://www.medespace.fr/Facultes_Medicales_Virtuelles/pathologie-dentaire-chez-lenfant/
14. Naulin-Ifi C. Odontologie pédiatrique clinique. Reuil-Malmaison, France: Ed. CdP : Wolters Kluwer France; 2011. xv+327 p.
15. Sixou J-L, Collège des enseignants en odontologie pédiatrique. Fiches pratiques d'odontologie pédiatrique. Muller-Bolla M, editor. Reuil-Malmaison, France: Éditions CdP, impr. 2014; 2014. 347 p.
16. Descroix V, Yasukawa K. Les médicaments en odonto-stomatologie. Paris, France: Maloine; 2005. xii+330 p.
17. Vidal.fr. La base de données en ligne des prescripteurs libéraux [Internet]. Available from: [vidal.fr](http://www.vidal.fr)
18. ansm.sante.fr. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire, Odonto - Stomatologie - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. ansm.sante.fr. 2011 [cited 2014 Aug 7]. Available from: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Odonto-Stomatologie/\(offset\)/5](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Odonto-Stomatologie/(offset)/5)
19. ACICLOVIR ACTAVIS 200 mg [Internet]. Eurekasante.fr par Vidal. [cited 2014 Aug 22]. Available from: <http://www.eurekasante.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp3887-ACICLOVIR-ACTAVIS-200-mg.html>
20. Courson F, Landru M-M. Odontologie pédiatrique au quotidien. Reuil-Malmaison, France: Éditions CdP; 2005. 171 p.
21. Koch G, Poulsen S, editors. Pediatric dentistry: a clinical approach. Copenhagen, Danemark: Munksgaard; 2001. 482 p.
22. Shaw L. Pédiodontie. Paris, France: Editions CdP; 1997. 128 p.
23. Girard N. Les caries [Internet]. [cited 2014 Jul 17]. Available from: http://cabinet-girard.fr/page/22508/Les_carres.html
24. Scully C, Welbury RR. Color atlas of oral diseases in children and adolescents. London, Royaume-Uni: Wolfe; 1994. 128 p.
25. Perrin D. "Urgences infectieuses" - Compte-rendu Formation 17 novembre 2010 - FSSOSIF - Tout ce qu'il faut savoir des Urgences Dentaires Infectieuses [Internet]. [cited 2014 Jul 17]. Available from: <http://www.sop.asso.fr/les-journees/comptes-rendus/17e-soiree-scientifique-commune-de-la-fssosif/1>
26. Bouziane A, Benrachadi L, Abdellaoui L. Les maladies infectieuses : manifestations buccales, parodontales et prise en charge. Première partie : maladies virales. - 2005 - Tome 34 - N°4 [Internet]. [cited 2014 Jul 17]. Available from: <http://www.sop.asso.fr/ros/revue-odonto-stomatologique/ROS0000177>
27. Carpentier A. La première consultation en odontologie: aide aux révisions du C.S.C.T. [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé (Lille). Faculté de chirurgie dentaire; 2012.
28. Sixou J-L, Robert J-C. Prise en charge des dents temporaires [Internet].

Available from: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/ded6e5df-7b13-4817-ad7c-8116a4bdf468/module2/site/html/poly.pdf>

29. Cameron AC, Widmer RP, editors. Handbook of pediatric dentistry. Edinburgh, Royaume-Uni: Mosby; 2008. xxii+480 p.

30. Webchercheurs.com. Soulager les poussées dentaires [Internet]. [cited 2014 Jul 17]. Available from: <file:///Users/macbookpro/Library/Application%20Support/Zotero/Profiles/wnsdpmdq.default/zotero/storage/Z8UE3GCP/8208-fr-soulager-les-poussees-dentaires-antidouleurs-techniques.html>

31. naitreetgrandir.com. La poussée dentaire [Internet]. [cited 2014 Jul 17]. Available from: http://naitreetgrandir.com/fr/mauxenfants/indexmaladiesa_z/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-sante-bebe-dent-poussee-dentaire

TABLE DES ILLUSTRATIONS

- Figure 1 : vue clinique d'une carie distale sur 64 et occlusale sur 65,(20)
- Figure 2 : vue radiologique d'une carie touchant le tiers externe de la dentine (21)
- Figure 3 : vue radiologique d'une carie proximale chez une petite fille de 6 ans, (22)
- Figure 4 : vue radiologique d'une carie atteignant la moitié externe de la dentine (21)
- Figure 5 : vue clinique : carie ayant atteint la corne pulpaire de la 84,(20)
- Figure 6 : vue radiologique : carie ayant atteint la corne pulpaire de la 84,(20)
- Figure 7 : vue radiologique de 36 avec une radio-clarté coronaire distale (cas du Dr Girard Nicolas) (23)
- Figure 8 : vue clinique de 36 avec perte de substance distale (cas du Dr Girard Nicolas)(23)
- Figure 9 : vue clinique d'un syndrome du septum (14)
- Figure 10 : vue clinique d'une gingivite marginale chronique,(24)
- Figure 11 : vue clinique d'un patient du Dr Trentesaux avec une gingivite marginale chronique
- Figure 12 : vue clinique d'une hyperplasie gingivale médicamenteuse avec contrôle de plaque satisfaisant (14)
- Figure 13 : vue clinique d'une hyperplasie gingivale induite par la phénitoïne, (24)
- Figure 14 : vue clinique d'une gingivite ulcéro nécrotique chez un enfant de 6 ans, (24)
- Figure 15 : vue clinique d'une gingivite ulcéro-nécrotique, (24)
- Figure 16 : vue clinique d'une récession gingivale au niveau d'une incisive mandibulaire après éruption, (14)
- Figure 17 : vue clinique d'une récession gingivale associée à des malpositions (14)
- Figure 18 : vue clinique d'une parodontite agressive chez un enfant âgé de 4 ans, (14)
- Figure 19 : vue radiologique d'une parodontite agressive chez un enfant âgé de 4 ans, (14)
- Figure 20 : vue clinique d'une parodontite ulcéro-nécrotique (25)
- Figure 21 : vue clinique d'une parodontie ulcéro-nécrotique, patient du Dr O. Ennibi (26)
- Figure 22 : vue clinique d'un abcès parodontal, (24)
- Figure 23 : vue clinique d'un abcès parodontal au niveau de la furcation d'une molaire temporaire, (20)
- Figure 24 : vue radiologique montrant une atteinte de la furcation(14)
- Figure 25 : vue radiographie rétro alvéolaire de 16, Lésion inflammatoire péri radiculaire d'origine endodontique, (27)
- Figure 26 : vue clinique d'une fistule en vestibulaire, cliché du Pr Jean-Louis Sixou, UFR d'Odontologie, (28)
- Figure 27 : vue radiologique d'une fistule en vestibulaire, cliché du Pr Jean-Louis Sixou, UFR d'Odontologie (28)
- Figure 28 : vue clinique d'une fistule en regard de 26, réalisation du test de gutta. (27)
- Figure 29 : vue radiologique avec réalisation du test de gutta, patient du Dr Borowski
- Figure 30 : vue clinique d'une cellulite génienne gauche, (14)
- Figure 31 : vue clinique d'une cellulite maxillaire antérieure, patient du Dr Trentesaux.
- Figure 32 : vue clinique d'une cellulite génienne, (14)
- Figure 33 : vue clinique d'une cellulite entraînant une occlusion palpébrale, (29)
- Figure 34 : vue clinique d'une tuméfaction génienne basse avec extension des loges cervicales et empêchant la déglutition, p65, (12)
- Figure 35 : vue clinique d'une cellulite diffuse requérant un drainage extra oral à l'hôpital due à une infection dentaire (29)

Figure 36 : vue clinique d'une primo infection herpétique, gingivorragies, vésicules et ulcérations, (14)

Figure 37 : vue clinique d'une primo infection herpétique, lésions labiales et cutanées, (24)

Figure 38 : vue clinique d'une gingivo-stomatite herpétique aiguë chez un enfant de 6 ans, (22)

Figure 39 : vue clinique d'une gingivo-stomatite herpétique aiguë chez un enfant de 6 ans, (22)

Figure 40 : vue clinique d'une Candidose dans un déficit immunitaire des lymphocytes T congénitale, (24)

Figure 41 : vue clinique d'une candidose chronique, (24)

Figure 42 : vue clinique d'aphtes multiples au niveau de la muqueuse vestibulaire mandibulaire, (14)

Figure 43 : vue clinique aphte commun (14)

Figure 44 : vue clinique d'une morsure après anesthésie à J+12h, patiente de Mlle Héloïse Bailly

Figure 45 : vue clinique d'une morsure après anesthésie à J+2 jours, patiente de Mlle Héloïse Bailly

Figure 46 : vue radiologique d'un kyste d'éruption au niveau de 46, (14)

Figure 47 : vue clinique d'un kyste d'éruption au niveau d'une incisive centrale mandibulaires néonatales, (14)

Figure 48 : vue clinique d'un kyste d'éruption au niveau d'une première molaire permanente, (22)

Figure 49 : vue clinique de kyste d'éruption au niveau de deux incisives centrale maxillaire, (29)

Figure 50 : Vue clinique lors de l'éruption de deux incisives mandibulaires temporaire, (30)

Figure 51 : vue clinique d'une enfant en pleur, (31)

Figure 52 : vue clinique avec persistance de 61 après éruption 21, patient du Dr Borowski

Figure 53 : vue clinique avec persistance 63 et éruption de 23 en vestibulaire, patient du Dr Trentesaux

Figure 54 : vue clinique d'un secteur mandibulaire antérieur avec persistance de 71, 72, 81, 82 après éruption de trois incisives mandibulaires définitives, (29)

Figure 55 : vue clinique d'un secteur maxillaire antérieur avec persistance de 61 après éruption de 21 (29)

LES URGENCES NON TRAUMATIQUES EN PÉDODONTIE

DE L'APPEL TELEPHONIQUE À LA PRISE EN CHARGE AU FAUTEUIL :
QUINTESSANCE DES CONDUITES A TENIR

BAILLY HÉLOÏSE : 95p. : 55 ill. ; 31 réf.

Domaines : PÉDODONTIE

Mots clés Rameau : Infection dentaire, thérapeutique, pédodontie

Mots clés FMeSH : Infection dentaire, urgence dentaire

RESUME :

Les urgences pédodontiques font partie de la pratique quotidienne au cabinet dentaire. La définition de l'urgence est différente en fonction de l'enfant, des parents et du praticien. L'urgence du point de vue des parents peut différer énormément de l'urgence médicale.

Il est donc nécessaire de mettre l'accent sur celles pouvant altérer le bien être quotidien de l'enfant et surtout son état de santé. Il s'agit dès lors de distinguer la véritable urgence, de l'urgence relative ou de la fausse urgence.

En quoi les urgences chez les enfants diffèrent-elle des urgences chez les adultes et quelles en sont les causes ? Cette thèse a pour but de répondre à ces questions et de fournir des fiches synthétiques sur les urgences les plus courantes chez les enfants. Elles permettent d'aider à poser le diagnostic et d'indiquer la thérapeutique à mettre en place.

De plus, chaque prescription médicamenteuse devant être adaptée à l'âge, au poids et aux caractéristiques de chacun, la dernière partie de cette thèse est consacrée aux prescriptions chez les enfants. Cela permet de trouver la forme galénique et la posologie qui conviennent aux mieux à nos patients.

Cette thèse se veut être un condensé des conduites à tenir, ayant pour but d'aider le praticien dans sa prise en charge de l'urgence chez l'enfant.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Monsieur le Docteur Yves BAILLIEZ

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Mademoiselle le Docteur Marie BOROWSKI