

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2016

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 11 OCTOBRE 2016

Par Eloïse DEWEVRE

Née le 09 07 1991 à Charleville Mézières - France

Soins dentaires sous anesthésie générale en odontologie
pédiatrique au CHRU de Lille :

Analyse de l'activité sur 2 ans (2014-2015)

JURY

Président : Monsieur COLARD Thomas

Assesseurs : Madame DELFOSSE Caroline

Monsieur TRENTESAUX Thomas

Madame DEHAYNIN Emilie

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 : Pr X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services : P-M. ROBERT
Doyen : Pr E. DEVEAUX
Vice-doyens : Dr E. BOCQUET, Dr L. NAWROCKI et Dr
G. PENEL
Responsables des Services : S. NEDELEC
Responsable de la scolarité : L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
H. BOUTIGNY	Parodontologie
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques , Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice-Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques
M.M. ROUSSET	Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Conservatrice-Endodontie
F. BOSCHIN	Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous-Section D'Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la santé, Odontologie légale
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice-Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice-Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Odontologie Conservatrice-Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice-Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du service d'Odontologie A. CAUMARTIN-CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques

P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de Prothèses

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.

Je dédie cette thèse à...

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Sciences Anatomiques et Biophysiques, Occlusodontiques, Biomatériaux,
Biophysiques, Radiologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury et
je vous en suis reconnaissante.
Je vous remercie pour votre enseignement.
Soyez assuré de trouver à travers ce travail,
mon profond respect.*

Madame le Docteur Caroline DELFOSSE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section de Pédodontie

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

D.E.A Génie Biologie et Médical (option Biomatériaux)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Université Strasbourg I : « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »

Vous avez accepté de m'accompagner tout au long de ce travail, veuillez trouver à travers cet ouvrage ma reconnaissance et mon profond respect pour votre dévouement à la pédodontie. Je vous remercie pour votre confiance, votre patience, votre disponibilité et votre enseignement.

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Paris-Descartes - Spécialités Ethique et Droit Médical

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

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

Master II Ethique Médicale et Bioéthique – Paris Descartes

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

Lauréat du prix Jean Bernard de la Société Française et Francophone d'Ethique

Médicale

Avec enthousiasme, vous avez accepté de siéger dans mon jury. Pour ces bons moments passés en MEOPA et pour tous les autres, pour votre enseignement, votre disponibilité et pour votre bonne humeur, je vous remercie. Soyez assuré de trouver à travers ce travail, ma reconnaissance et mon profond respect.

Madame le Docteur Emilie DEHAYNIN-TOULET

Maître de Conférences des Universités (Associée)-Praticien Hospitalier des CSERD
Sous-Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maitrise des Sciences Biologiques et Médicales

Attestation de Formation aux Soins Dentaires sous inhalation de MEOPA

Spontanément, vous avez accepté de siéger dans mon jury, je vous en remercie. Vous m'avez accueillie à bras ouverts et donnée ma chance dans votre cabinet, travailler à vos côtés est un honneur. Pour votre enseignement, votre gentillesse et votre disponibilité, soyez assurée de trouver à travers ce travail, ma reconnaissance et mon profond respect.

Table des matières

1	Introduction	14
2	Généralités	16
2.1	Définition et principes de l'anesthésie générale	16
2.2	Recommandations	17
2.2.1	Indications	17
2.2.1.1	Liées à l'état général de l'enfant.....	17
2.2.1.2	Liées à l'intervention	18
2.2.1.3	Liées à l'anesthésie locale	18
2.2.2	Contre indications.....	18
2.2.2.1	D'ordre médical	18
2.2.2.2	D'ordre odontologique.....	18
2.3	Déroulement.....	19
2.3.1	Phase pré opératoire.....	19
2.3.1.1	Consultation avec le chirurgien dentiste	19
2.3.1.2	Consultation avec l'anesthésiste réanimateur	20
2.3.1.3	Préparation de l'enfant	20
2.3.2	Phase opératoire	21
2.3.2.1	Arrivée au bloc opératoire	21
2.3.2.2	Induction	21
2.3.2.3	Intubation	21
2.3.2.4	Entretien.....	22
2.3.2.4.1	La réalisation des soins.....	22
2.3.2.4.1.1	<i>Soins conservateurs</i>	<i>22</i>
2.3.2.4.1.2	<i>Traitements endodontiques</i>	<i>23</i>
2.3.2.4.1.3	<i>Actes chirurgicaux.....</i>	<i>23</i>
2.3.2.4.1.4	<i>Autres actes</i>	<i>24</i>
2.3.2.5	Réveil	24
2.3.3	Phase post opératoire	24
2.3.3.1	Salle post opératoire	24
2.3.3.2	Prescriptions et conseils	25
2.3.3.2.1	Antalgiques.....	25
2.3.3.2.2	Antibiotiques.....	25

2.3.3.2.3	Bain de bouche	25
2.3.3.3	Effets secondaires et complications	25
2.3.3.4	Visite post opératoire	26
2.4	Inconvénients, limites	26
2.4.1	Inconvénients	26
2.4.2	Limites	27
2.5	Aspects médico-légaux	27
2.5.1	Consentement éclairé	27
2.5.2	Fautes professionnelles	28
3	Etude	30
3.1	Introduction	30
3.2	Matériel et méthode	30
3.2.1	Critique de la méthodologie	30
3.3	Résultats	32
3.3.1	Renseignements généraux sur le patient	33
3.3.1.1	Sexe, âge	33
3.3.1.2	Rendez-vous préopératoire, intubation choisie et panoramique	34
3.3.2	Renseignements sur la cavité buccale	34
3.3.2.1	Nombre de dents présentes en bouche avant l'intervention	34
3.3.2.1.1	Moins de 6 ans (n=35)	35
3.3.2.1.2	Entre 6 et 12 ans (n=49)	35
3.3.2.1.3	Plus de 12 ans (n=15)	35
3.3.2.2	Etat pré opératoire de la cavité buccale	36
3.3.2.2.1	Lésions carieuses (n=88)	36
3.3.2.2.1.1	<i>Avec foyer infectieux</i>	36
3.3.2.2.1.2	<i>Sans conservation de la vitalité pulpaire</i>	37
3.3.2.2.1.3	<i>Sans diagnostic sur la vitalité pulpaire</i>	37
3.3.2.2.1.4	<i>Avec conservation de la vitalité pulpaire</i>	37
3.3.2.2.1.5	<i>Carie débutante</i>	37
3.3.2.2.1.6	<i>Fracture, usure</i>	37
3.3.2.2.2	Plaque et tartre (n=93)	37
3.3.2.2.3	Maladie parodontale avec mobilité dentaire	38
3.3.2.2.4	Dent incluse, retenue	38
3.3.2.2.5	Dents déjà traitées	38
3.3.2.3	Nombre de dents à traiter	38

3.3.2.3.1	Chez les moins de 6 ans (n=35)	38
3.3.2.3.2	Chez les enfants de 6 à 12 ans (n=49).....	39
3.3.2.3.3	Chez les plus de 12 ans (n=15)	39
3.3.3	Actes réalisés	39
3.3.3.1	Soins conservateurs et endodontiques	39
3.3.3.1.1	Sealants	39
3.3.3.1.2	Reconstitutions (n=98)	39
3.3.3.1.3	Biopulpotomies (n=98).....	40
3.3.3.1.4	Traitements endodontiques initiaux.....	40
3.3.3.1.5	Coiffe préformée.....	40
3.3.3.2	Actes chirurgicaux (n=97)	41
3.3.3.2.1	Avulsions simples	41
3.3.3.2.2	Avulsions complexes.....	41
3.3.3.3	Autres actes	41
3.3.3.4	Fluoration, détartrage, polissage.....	41
3.3.4	Bilan de l'intervention.....	42
3.3.4.1	Durée de l'intervention	42
3.3.4.2	Nombre global de soins réalisés	42
3.3.4.2.1	Chez les enfants de moins de 6 ans	44
3.3.4.2.2	Chez les enfants de 6 à 12 ans	44
3.3.4.2.3	Chez les enfants de plus de 12 ans	44
3.3.4.3	Nombres d'avulsions	44
3.3.4.3.1	Chez les enfants de moins de 6 ans	44
3.3.4.3.2	Chez les enfants de 6 à 12 ans	44
3.3.4.3.3	Chez les enfants de plus de 12 ans	44
3.3.4.4	Prescriptions et rendez-vous post opératoire (n=99)	45
4	Discussion	46
5	Conclusion	54
	Références bibliographiques.....	57
	Table des illustrations.....	61
	Table des tableaux.....	61
	Annexe	63
	Annexe 1 : Déclaration CNIL	63

1 Introduction

Malgré la mise en place et le développement de campagnes de prévention, la maladie carieuse et les problèmes dentaires persistent chez les enfants, notamment la carie précoce du jeune enfant.

L'enfant possède une sensibilité propre à son âge et perçoit les soins de façon différente par rapport à un adulte. Il nécessite une approche spécifique et adaptée. Un maximum de précautions doit être pris pour que les premières visites se passent bien afin de ne pas compromettre les soins ultérieurs. La communication, verbale et non verbale, sont alors primordiales. Une relation de confiance doit se créer entre l'enfant et le praticien et ce, dès le premier rendez-vous. Il faut également établir un dialogue avec les parents ou les accompagnateurs pour renforcer la confiance de l'enfant envers le soignant et son équipe (1, 2).

Il est nécessaire pour le chirurgien dentiste de cerner le comportement de l'enfant et son état psychologique afin d'adapter son approche. Selon la coopération et l'âge de l'enfant, il est souvent préférable de réaliser les soins par quadrants ; chaque séance évitant de solliciter l'enfant plus qu'il ne le peut (3, 4, 5).

Chez certains enfants, les soins ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre. Un manque de coopération du patient est parfois observé en raison de son âge ou d'un éventuel handicap. Le chirurgien dentiste se retrouve alors dans l'incapacité d'intervenir à l'état vigile dans de bonnes conditions. La prise en charge sous anesthésie générale apparaît alors comme la solution de choix.

Dans une première partie, nous aborderons les généralités sur l'anesthésie générale, nous verrons son déroulement, de la consultation pré opératoire au suivi post opératoire et rappellerons les indications et contre-indications de cette prise en charge ; un point sur l'aspect médico-légal sera fait.

Ensuite, nous poursuivrons par une étude reposant sur les comptes-rendus d'interventions des enfants pris en charge dans l'UF d'odontologie pédiatrique, opérés à l'hôpital Roger Salengro, au bloc des spécialités médico-chirurgicales entre Janvier 2014 et Décembre 2015 afin d'effectuer un bilan d'activité, notamment des soins

réalisés. Nous terminerons par une discussion sur l'évolution de l'activité sous anesthésie générale au cours des dernières années. Les résultats seront comparés à des travaux antérieurs pour déterminer si une modification de l'activité a eu lieu.

2 Généralités

2.1 Définition et principes de l'anesthésie générale

L'anesthésie générale est une procédure de prise en charge dont l'objectif principal est la suppression complète, temporaire et réversible de la conscience et des sensibilités tactile, kinesthésique, douloureuse et thermique, obtenues à l'aide de drogues anesthésiques (6).

L'objectif est de permettre la réalisation, sans mémorisation et sans douleur, d'interventions chirurgicales et de certains examens invasifs. Cela nécessite une surveillance continue et un contrôle artificiel des fonctions vitales : respiratoires (fréquence et volume respiratoire, oxymétrie), hémodynamique (fréquence et rythme cardiaque, pression artérielle), thermorégulation, tonus musculaire.

La pratique médicale de l'anesthésie générale n'est légalement possible en France que par un médecin anesthésiste réanimateur, elle impose des conditions strictes de réalisation. L'utilisation de l'anesthésie générale ne doit pas s'apparenter à une indication de confort pour le praticien ou le patient mais doit répondre aux données acquises de la science. L'anesthésie générale pédiatrique doit s'adapter aux particularités physiologiques et pharmacologiques de l'enfant (7).

L'anesthésie générale se définit par une narcose, un sommeil provoqué artificiellement par des agents médicamenteux, avec une perte de conscience profonde, une perte des réflexes de protection des voies aériennes et de la respiration, associée à une analgésie, une perte de la sensation douloureuse et de la sensibilité. Le phénomène de relâchement musculaire est aussi retrouvé lors de l'anesthésie générale. Tout cela permet une protection neurovégétative de l'organisme par rapport à l'agression du geste opératoire, en contrôlant l'hypertension, la tachycardie... Ce résultat est obtenu par l'administration d'agents anesthésiques, soit par inhalation (protoxyde d'azote, gaz halogéné), soit par intraveineuse (barbituriques, kétamine...) ainsi que par l'administration d'agents morphiniques (phénopéridine, fentanyl...), choisis selon les caractéristiques propres à chaque patient, les antécédents et la durée approximative de l'intervention (8).

2.2 Recommandations

La Haute Autorité de Santé a publié en juin 2005 un document, réalisé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, définissant les indications et contre-indications à l'anesthésie générale pour les actes courants en odontologie et en stomatologie.

Dans la mesure du possible, l'anesthésie locale doit être privilégiée. Le rapport bénéfice-risque de l'anesthésie générale doit impérativement être évalué avant d'en poser l'indication (5)(9).

2.2.1 Indications

Les indications de prise en charge sous anesthésie générale peuvent être de trois ordres : liées à l'état général de l'enfant, à l'intervention et à l'anesthésie locale (9).

2.2.1.1 Liées à l'état général de l'enfant

- conditions comportementales empêchant toute évaluation ou traitement buccodentaire à l'état vigil après échec de tentatives de soins au fauteuil
- patient immature psychologiquement et émotionnellement ou porteur d'un handicap physique ou mental
- patient phobique, anxieux ou non coopérant ou d'âge insuffisant pour une prise en charge à l'état vigil
- patient nécessitant de nombreux soins à réaliser sans possibilité d'une amélioration rapide du comportement
- nécessité de remise en état de la cavité buccale lourde et urgente avant thérapies médico-chirurgicales spécifiques comme carcinologie, cardiologie, greffe d'organe...
- limitation de l'ouverture buccale interdisant un examen ou un traitement immédiat
- réflexes nauséux prononcés
- patient atteint de pathologie générale ASA1 (patient n'ayant pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte) ou ASA2 (patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction), voir ASA3 (patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction) si la pathologie est stabilisée par traitement.

2.2.1.2 Liées à l'intervention

- Intervention longue, complexe, douloureuse, regroupement de plusieurs actes en une même séance (ex : avulsion multiples, dents de sagesse incluses...)
- Etat infectieux loco-régional nécessitant d'intervenir en urgence
- enfant avec traumatisme oro-facial ou dentaire important
- enfant nécessitant un drainage chirurgical d'une cellulite d'origine dentaire.

2.2.1.3 Liées à l'anesthésie locale

- Contre indication avérée de l'anesthésie locale (allergie confirmée par bilan d'allergologie) ou à l'utilisation de vasoconstricteurs
- Contre indication spécifiée dans l'Autorisation de Mise sur le Marché
- Impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances, situation clinique où l'anesthésie locale est difficile ou inefficace en raison de la douleur.

2.2.2 Contre indications

De même, les contre-indications peuvent être de deux ordres : médical ou odontologique (9).

2.2.2.1 D'ordre médical

- Allergie avérée aux agents anesthésiques, présence de risques anesthésiques majeurs (d'où l'importance d'évaluer le rapport bénéfice/risque.)
- Patient à risque trop important, ASA4 (patient courant un risque vital imminent du fait de l'atteinte d'une grande fonction)
- Patient avec risque de complications respiratoires de dernière minute (rhume, bronchite, encombrement des voies aériennes supérieures...)
- Patient n'ayant pas respecté le jeûne préopératoire.

2.2.2.2 D'ordre odontologique

- Soins d'une seule dent
- Anesthésie générale de « confort » pour le praticien (Le coût d'une anesthésie générale est élevé et le rapport bénéfice/risque est trop faible dans ce cas.)

- Traitement dont le résultat à long terme n'est pas certain.

2.3 Déroulement

2.3.1 Phase pré opératoire

La phase pré opératoire regroupe plusieurs rendez-vous avec différents spécialistes participants à l'opération.

Tout d'abord, le chirurgien dentiste pose l'indication de l'anesthésie générale. Il est préférable qu'il soit lui-même l'opérateur, si ce n'est pas le cas, une communication des informations et une transmission du dossier doit être impérative. Un rendez-vous avec un médecin anesthésiste réanimateur est également nécessaire. Le but de ces rencontres est d'établir un contact avec l'enfant et sa famille, de réaliser les examens principaux afin de poser le diagnostic, de définir un plan de traitement et demander les examens complémentaires nécessaires à l'opération, de prévenir les difficultés éventuelles, et de renseigner et rassurer l'enfant et les parents sur le déroulement de l'intervention (5, 9).

2.3.1.1 Consultation avec le chirurgien dentiste

Le chirurgien dentiste reçoit l'enfant et sa famille en consultation. Si le praticien qui réalise l'intervention n'est pas le prescripteur, un courrier lui est adressé avec le motif de la demande de prise en charge sous anesthésie générale. Lors de cette rencontre, le chirurgien dentiste réalise l'anamnèse du patient. Il interroge l'enfant et les accompagnants à la recherche d'antécédents médicaux et chirurgicaux, d'allergies, de traitements en cours ... Cela permet de réaliser l'intervention en prenant le plus de précautions possibles, en diminuant tout risque. Ce rendez-vous permet également de mettre en confiance, de rassurer l'enfant et son entourage. Lors de cet entretien, le chirurgien dentiste réalise un examen bucco-dentaire qui comprend une étude exo-buccale et une étude endo-buccale quand le patient est compliant. A partir de là, des examens complémentaires peuvent être demandés si nécessaire. Il faut noter que la radiographie panoramique est un examen systématiquement demandé. Si sa réalisation est impossible, des radiographies rétro-alvéolaires doivent être effectuées. A la fin de cet examen, le chirurgien dentiste pose le diagnostic et établit le plan de traitement, il doit exposer tous les faits (déroulement de l'intervention, durée approximative...) et les alternatives thérapeutiques. Enfin il devra recevoir le consentement libre et éclairé des parents ou du tuteur légal (11, 12).

2.3.1.2 Consultation avec l'anesthésiste réanimateur

Le chirurgien dentiste transmet toutes les informations recueillies lors de la rencontre avec le patient au médecin anesthésiste réanimateur qui à son tour reçoit l'enfant en consultation. Celle-ci est obligatoire. Le but de cet entretien est de déterminer la possibilité de réaliser l'intervention sous anesthésie générale en évaluant le rapport bénéfice/risque lié au patient et à la chirurgie. Il permet de rassurer le patient et l'entourage et d'établir un contact psychologique car l'anesthésie générale est une source d'anxiété. L'anesthésiste réanimateur explique les conditions d'hospitalisation et les risques encourus. Il recherche toutes les informations nécessaires au niveau médical et chirurgical (antécédents personnels et familiaux, allergies, pathologies...). Le poids et la taille sont très importants à prendre en compte pour le dosage des produits anesthésiques et des médicaments. Il note la pression artérielle, cardiaque et pulmonaire afin de pouvoir surveiller les constantes *via* monitoring pendant l'intervention. Afin de choisir la technique d'intubation et pour pouvoir intervenir le plus aisément possible tout en minimisant le risque d'accidents per opératoires, une étude de l'ouverture buccale et de la taille de la langue est également réalisée. Concernant les examens complémentaires, un bilan biologique sanguin peut être demandé afin de connaître le groupe sanguin, le taux d'hémoglobine, la numération plaquettaire... ainsi que des examens en rapport avec une pathologie présente chez l'enfant.

Une fois que l'anesthésiste réanimateur a donné son accord, a récupéré et inscrit dans le dossier du patient tous les éléments qui lui seront nécessaires pendant l'intervention, le rendez-vous pour l'opération peut être programmé si l'entourage donne son consentement éclairé (13, 14, 15).

2.3.1.3 Préparation de l'enfant

Pour la plupart des enfants, la période pré opératoire est une source d'anxiété, une appréhension apparaît, parfois due à l'entourage. Il faut donc que l'équipe médicale mette un maximum l'enfant en confiance, qu'elle le détende lui et sa famille pour l'amener en salle pré opératoire dans le calme et serein afin d'avoir la meilleure coopération possible.

De plus, le patient doit être à jeun, ce qui entraîne un motif de perturbation supplémentaire. Ce jeûne, évalué à 6 heures chez l'enfant, est nécessaire pour éviter le risque d'inhalation du contenu gastrique.

Afin de détendre l'enfant, une prémédication sédatrice peut être donnée. Ainsi il arrive plus apaisé en salle d'opération et se montre plus compliant. L'utilisation d'hydroxyzine

ou de midazolam, administré en chambre 30 minutes avant l'anesthésie permet de diminuer l'anxiété et l'émotivité (16, 17).

2.3.2 Phase opératoire

2.3.2.1 Arrivée au bloc opératoire

Dans le service de chirurgie ambulatoire, l'entrée à l'hôpital se fait, soit le matin même de l'intervention, soit la veille au soir pour les patients habitants loin ou souffrant de certaines pathologies. Avant l'opération, l'enfant est placé dans une salle de transfert où il peut être accompagné d'un membre de son entourage. Le praticien ainsi que l'anesthésiste viennent à leur rencontre une dernière fois, les rassurent et vérifient que l'intervention peut bien avoir lieu (le patient est bien à jeun, n'est pas enrhumé...). Pendant ce temps, les autres membres de l'équipe soignante installent et vérifient le matériel au bloc, tout doit être prêt quand l'enfant va arriver. Quand la préparation de la salle d'opération est validée, le jeune patient est emmené, c'est une période difficile pour l'entourage comme pour le patient (18, 19).

2.3.2.2 Induction

C'est à cette étape que l'enfant est endormi. Il est allongé sur la table d'opération et peut avoir été sédaté au préalable. Trois électrodes sont placées par le médecin anesthésiste sur son thorax. Elles sont reliées au monitoring pour pouvoir effectuer une surveillance des constantes cardio-vasculaires pendant l'acte. Une voie veineuse est également posée pour l'injection des solutions anesthésiques, de solutés ou de certains médicaments si nécessaire.

L'induction inhalatoire est la plus couramment utilisée, elle est la plus facile et la plus acceptée en pédiatrie. Elle se fait avec un masque placé sur le nez et sur la bouche, le patient n'a qu'à respirer tranquillement le mélange gazeux. La piqûre, réalisée dans un deuxième temps suite à l'action du gaz, est donc peu ressentie. Cette étape est réalisée par le médecin anesthésiste réanimateur pendant que l'équipe et surtout le chirurgien dentiste vérifie le matériel une dernière fois (18, 20, 21).

2.3.2.3 Intubation

L'intubation est le fait de placer une sonde dans la trachée de l'enfant afin de pouvoir le ventiler et l'oxygéner, tout en assurant la perméabilité et la protection des voies aériennes supérieures. C'est le médecin anesthésiste réanimateur qui assure cette étape à l'aide d'un laryngoscope. L'intubation peut être nasotrachéale, ce qui en odontologie est préférable car elle permet la libération de la cavité buccale et diminue le risque d'extubation accidentelle ou orotrachéale mais elle réduit le champ opératoire.

Une fois la sonde posée, un packing doit être placé, il s'agit d'un tampon pharyngé qui permet d'éviter l'inhalation de sang, d'instruments, de débris... Ce packing devra être impérativement déposé à la fin de l'opération. Une aspiration chirurgicale suffisamment puissante est mise en place pour éliminer la salive, les fragments dentaires et le sang. Suite à cette préparation, l'infirmière de bloc vient protéger les yeux en plaçant une protection autocollante puis procède à la désinfection du visage et de la bouche à l'aide de compresses imbibées de bain de bouche ou de polyvidone iodée. La dernière étape consiste à placer les champs opératoires stériles sur le patient pour isoler la cavité buccale (18, 19).

2.3.2.4 Entretien

C'est durant cette phase que les soins vont être réalisés. L'enfant est maintenu endormi grâce à l'injection de narcotiques et d'analgésiques par la voie veineuse posée précédemment. La ventilation artificielle est assurée, les constantes sont surveillées grâce au monitoring par le médecin anesthésiste réanimateur (22).

Le chirurgien dentiste peut donc se concentrer sur les soins. Avant tout et afin de confirmer son plan de traitement, il doit réaliser un examen endo-buccal complet, surtout si lors des premières consultations, à l'état vigile, celui-ci n'avait pas été possible. S'il avait été réalisé précédemment alors il permet de confirmer le diagnostic énoncé auparavant. Cependant, il est impératif de prendre en compte le fait qu'aucun plan de traitement n'est définitif. En fonction de ce que le chirurgien dentiste observe en bouche au moment de l'intervention, il a la possibilité de le modifier pour privilégier des soins efficaces et durables. Il peut utiliser un ouvre bouche pour faciliter cette observation (23).

Une fois le plan de traitement validé, il peut entreprendre les actes. Ceux-ci sont réalisés dans un ordre chronologique précis : d'abord les soins endodontiques, puis les soins conservateurs et pour finir les avulsions afin d'éviter toute contamination par le sang des autres actes. Si le praticien a un doute sur la pérennité d'un soin, l'avulsion est à privilégier (6, 17).

2.3.2.4.1 La réalisation des soins

2.3.2.4.1.1 Soins conservateurs

Il faut tout d'abord commencer par le curetage carieux menant à une éviction complète de la dentine cariée. Suite à cette élimination de tissus, il faut poser une reconstitution étanche. Plusieurs choix s'offrent à nous.

Lorsque la dentine est saine et suffisamment espacée de la pulpe, nous pouvons poser un fond de cavité et réaliser par-dessus un amalgame, un composite ou un ciment verre ionomère. Les amalgames sont très utilisés sous anesthésie générale car ils assurent une pérennité du soin et ont de bonnes propriétés mécaniques. Les composites sont également utilisés mais ils nécessitent un respect strict du protocole de collage, en évitant les saignements muqueux ainsi que l'humidité au niveau des limites. Les ciments verre ionomère peuvent être une alternative. L'utilisation de la coiffe pédodontique préformée est possible pour reconstituer des molaires lactéales quand le délabrement coronaire est important ou afin de maintenir l'espace et la dimension verticale. Cette technique de choix pérenne entraîne très peu de complications ou de récurrences.

Il est important de faire attention à l'occlusion. L'enfant étant endormi, il n'est pas possible de la vérifier. Il est donc préférable de mettre la dent légèrement en sous occlusion pour éviter toute gêne au réveil.

Le chirurgien dentiste doit être capable de poser les bonnes indications concernant le matériau de reconstitution à utiliser car il est impossible de réintervenir une deuxième fois.

Plus le patient est jeune, plus la pulpe a un potentiel de régénération important. Si la pulpe est atteinte de façon importante alors il faut procéder au traitement endodontique (5, 9, 22, 23).

2.3.2.4.1.2 Traitements endodontiques

Tous les traitements endodontiques peuvent être entrepris.

La biopulpotomie est le traitement de référence pour la dent lactéale, elle peut également être pratiquée sur dent permanente.

La biopulpectomie et la pulpectomie permettent de soigner les dents permanentes mais leur réalisation nécessite de pouvoir connaître les longueurs de travail, ce qui n'est pas toujours possible au bloc opératoire et de plus, il faut pouvoir poser une reconstruction étanche et pérenne sur la dent (10, 23, 24).

2.3.2.4.1.3 Actes chirurgicaux

La réalisation des actes chirurgicaux se fait à la fin de l'intervention. En effet, les avulsions entraînent un saignement et peuvent rendre plus difficile la mise en place de certaines reconstitutions. Il est donc préférable de commencer par tous les soins conservateurs et toutes les obturations avant la chirurgie afin d'en assurer l'étanchéité et la pérennité. Les dents extraites sont les dents impossibles à soigner, infectées ou encore à l'état de racine, qui ne peuvent pas être reconstituées de façon durable et étanche. Les

avulsions peuvent être simples ou nécessiter une séparation de racines ou une alvéolectomie. L'extraction des dents de sagesse, de dents incluses ou retenues ainsi que des freinectomies peuvent également être réalisées (10, 24, 25).

2.3.2.4.1.4 Autres actes

Parmi les actes réalisables sous anesthésie générale, figure le détartrage. C'est le premier acte entrepris afin d'éliminer tout élément qui pourrait polluer la suite des soins, il doit en principe être suivi du polissage. En présence de plaque dentaire uniquement, le polissage peut être réalisé seul.

En acte préventif, le scellement des sillons par des sealents peut être fait sur les molaires permanentes (12).

2.3.2.5 Réveil

Le réveil correspond au retour à la conscience de l'enfant, à la dissipation de l'effet des agents anesthésiques, hypnotiques et myorelaxants. Celui-ci se prévoit à l'approche de la fin de l'intervention, par diminution progressive de l'injection des substances. L'enfant est extubé par l'anesthésiste réanimateur. Dès que la ventilation spontanée revient, le packing doit être retiré. Une aspiration oropharyngée doit être réalisée pour éviter toute inhalation de sécrétions. Les protections sur les yeux sont être ôtées avant que l'enfant ne se réveille pour ne pas l'effrayer quand il va retrouver peu à peu ses repères. Pendant ce temps, le praticien remplit le dossier médical, réalise le compte rendu le plus exhaustif possible de l'opération. Une ordonnance pour les prescriptions en post opératoire est rédigée ainsi qu'un courrier au praticien demandeur de l'anesthésie générale si nécessaire (18, 21, 22).

2.3.3 Phase post opératoire

2.3.3.1 Salle post opératoire

L'enfant doit avoir repris conscience dans le bloc opératoire. Une fois réveillé, il est conduit en salle de soins post interventionnelle où il sera surveillé par un médecin anesthésiste ou une infirmière qui va veiller à ce qu'aucune complication liée aux médicaments administrés n'advienne. Le traitement post opératoire doit être mis en place si nécessaire. Lorsqu'il a retrouvé un état de conscience normal et des réflexes suffisants, l'enfant est remonté dans sa chambre. Le praticien effectue une visite post opératoire pour expliquer ce qui a été fait, rassurer les parents et dispenser les consignes post opératoires (12, 18, 23).

2.3.3.2 Prescriptions et conseils

Selon les actes réalisés, le chirurgien dentiste rédige une prescription post opératoire. Souvent, les suites opératoires sont simples. Si nécessaire, des antalgiques, des antibiotiques et du bain de bouche peuvent être prescrits (18, 26).

2.3.3.2.1 Antalgiques

Ils sont prescrits pour prendre en charge les douleurs post opératoires, et ce dès le réveil de l'enfant afin d'avoir une continuité avec l'analgésie per opératoire. Bien souvent, seuls les antalgiques non opioïdes de palier 1 suffisent. Le paracétamol est l'antalgique le plus fréquemment prescrit en première intention pour les soins dentaires. En deuxième intention, chez l'enfant de plus de douze ans, si la molécule n'est pas suffisamment active, de la codéine peut y être associée. Les opioïdes forts comme la morphine sont très rarement utilisés suite à un acte odontologique (23).

2.3.3.2.2 Antibiotiques

Selon la nature de l'intervention, la présence de foyers infectieux, l'état de santé de l'enfant (risque d'endocardite, immunodépression...), il peut être nécessaire de prescrire des antibiotiques. En chirurgie dentaire, la molécule de choix prescrite en première intention est l'amoxicilline. Si une allergie à la pénicilline est connue, on préférera les macrolides. Le traitement est de 7 jours en général. Cette prescription n'est cependant pas systématique (23).

2.3.3.2.3 Bain de bouche

Suite à des avulsions ou pour améliorer l'hygiène de l'enfant, du bain de bouche peut être prescrit. Cela permet la désinfection de la cavité buccale. Il faut commencer le traitement 24 à 48 heures après l'intervention pour ne pas retarder la cicatrisation en cas d'avulsion, en laissant le temps au caillot sanguin de se former. Si l'enfant ne sait pas recracher ou s'il est en situation de handicap, le chirurgien dentiste peut prescrire des compresses avec. Dans ce cas, l'entourage passe une compresse imbibée de bain de bouche sur les dents. Le bain de bouche le plus fréquemment prescrit en odontologie pédiatrique est la chlorhexidine sans alcool à 0.12%. Il faut évidemment associer à cette prescription un brossage des dents en évitant dans un premier temps les zones cicatricielles (23).

2.3.3.3 Effets secondaires et complications

Une anesthésie générale n'est pas un geste anodin. Tout acte pratiqué, avec les compétences requises, dans le respect des données acquises de la science comporte un risque. Des effets secondaires peuvent survenir.

Les plus fréquemment rencontrés en odontologie sont les hémorragies post opératoires, les complications respiratoires comme l'obstruction des voies aériennes supérieures par des débris, la somnolence, les nausées et vomissements, la fièvre post opératoire. En cas d'intubation nasotrachéale, des épitaxis liés au diamètre de la sonde d'intubation peuvent survenir. Pour une intubation orotrachéale, des maux de gorge passagers sont possibles (27). Avant l'opération, il faudra bien expliquer à l'entourage que cela peut arriver pour éviter toute panique de leur part.

Afin de pallier à ces effets secondaires et ces complications, une surveillance post opératoire est indispensable. Elle permet de dépister rapidement les problèmes et de les traiter précocement. La mortalité liée à l'anesthésie est d'environ 1/140000 (9, 21). Les complications directement liées à l'anesthésie, sont retrouvées la dépression respiratoire au réveil, une allergie grave à un agent anesthésique, une asphyxie, un arrêt cardiaque, d'où l'obligation d'avoir des salles de surveillance post interventionnelles mais ces derniers restent très rares (12, 14, 28).

2.3.3.4 Visite post opératoire

La sortie peut avoir lieu après la visite du chirurgien dentiste et du médecin anesthésiste réanimateur. Ceux sont eux qui autorisent ou non l'enfant à quitter l'hôpital. Le chirurgien dentiste ayant pratiqué l'opération aura auparavant donné tous les conseils post opératoires, rédigé l'ordonnance si nécessaire et aura fixé une date pour la visite de contrôle post opératoire. Celle-ci se fait logiquement 3 à 4 semaines après l'intervention, pour vérifier la cicatrisation, pour évaluer les soins réalisés ainsi que l'hygiène buccale et le respect de la modification des comportements alimentaires si nécessaire.

2.4 Inconvénients, limites

2.4.1 Inconvénients

L'anesthésie générale reste un acte comportant des inconvénients.

Pour l'enfant, cet acte est générateur de stress, notamment par la séparation avec les parents et l'arrivée dans un milieu inconnu.

Un décalage temporel existe entre le moment où l'indication est posée et la date de l'intervention. Dans ce laps de temps, une progression carieuse est possible. Le diagnostic initial n'est plus fiable, cela entraîne une incertitude sur la possibilité de

maintenir le plan de traitement défini lors du premier rendez-vous, il est nécessaire de le réadapter.

L'enfant est également sujet à la douleur post opératoire et à la modification de sa cavité buccale si des avulsions sont pratiquées, ce qui peut être une source d'angoisse.

Pour l'entourage, les inconvénients résident dans le fait de voir survenir un accident durant l'opération et d'avoir des complications tardives lors du retour à domicile, cela entraîne un stress supplémentaire pour les parents.

Concernant le travail en lui-même, les principaux inconvénients sont le temps de travail limité, l'impossibilité de vérifier l'occlusion, la difficulté de réaliser certains soins tels que les traitements endodontiques, la position de travail pas forcément adaptée (5, 9, 19, 28) ...

2.4.2 Limites

La prise en charge de patients sous anesthésie générale pour des soins bucco dentaires est une procédure efficace mais qui a ses limites. Pour l'odontologie, cette technique nécessite un matériel spécifique de l'art dentaire qui est très onéreux. L'obligation de moyens matériel et humain peut être une limite à la réalisation de certains actes. Par exemple, certains soins nécessitent des radiographies de contrôle, or il n'est pas toujours possible de réaliser ces dernières au bloc opératoire.

De plus, le temps de travail opératoire est en général défini à 90 minutes, il faut donc optimiser son temps au maximum et ne pas en perdre lors de soins multiples.

2.5 Aspects médico-légaux

Le chirurgien dentiste et l'anesthésiste réanimateur engagent leur responsabilité de la première consultation au suivi post opératoire. Elle intervient sur le plan moral, déontologique, civil et pénal. Les praticiens sont responsables de leurs actes, dans l'exercice de leur art. Ils doivent honorer le contrat de soins établi entre le patient et eux, en respectant le code civil et doivent fournir aux patients ou leurs représentants légaux des explications dans le but de recueillir leur consentement éclairé (9, 19, 29).

2.5.1 Consentement éclairé

En effet, différents points juridiques sont à respecter lors d'une opération sous anesthésie générale. Le décret du 5 décembre 1994 (19, 30) et la loi du 4 mars 2002, relative aux droits du patient imposent une consultation pré anesthésique, l'information du patient sur l'acte opératoire et l'obtention de son consentement éclairé. Ce sont des

obligations légales. Le rapport bénéfice/risque est également à prendre en compte et à définir au patient avant de choisir d'intervenir. Le code de santé publique, article 1111.2, indique que : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » C'est une exigence éthique et déontologique qui s'inscrit dans le respect de la personne. L'article 1111.4 du code de santé publique précise que « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé... Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Dès le premier contact avec le patient et son entourage, le praticien doit fournir des explications claires, précises, non exhaustives, en précisant le but et les risques encourus, de façon compréhensible de tous, en évitant les termes techniques.

La loi impose une consultation pré anesthésique, des moyens nécessaires à la réalisation de l'anesthésie, une surveillance continue en salles de soins post interventionnelle suite à l'opération, une organisation et un équipement spécifique permettant d'intervenir en cas de complications post opératoires.

L'anesthésie est réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur qui suit un protocole établi selon les données acquises de la science. Elle ne peut pas être réalisée sur un mineur sans une autorisation écrite des parents ou du représentant légal. Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information ont été établies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé et homologuées par arrêté du Ministère de la Santé (5, 18, 22, 30, 31).

2.5.2 Fautes professionnelles

Une faute de diagnostic, une erreur dans le choix du traitement ou dans sa mise en œuvre, le non respect des données acquises de la science et des référentiels sont considérés comme des fautes professionnelles et peuvent engager des poursuites allant jusqu'au niveau pénal.

Il est important de noter qu'un défaut d'information est une faute professionnelle.

Enfin, le professionnel de santé a une obligation de moyen mais pas une obligation de résultat.

L'anesthésie générale en odontologie pédiatrique se présente donc comme une thérapeutique de choix dans un certain nombre de situations, notamment lorsque les soins au fauteuil sont impossibles. C'est un acte très réglementé et très encadré, il existe une législation importante autour de ce sujet. De nombreux critères sont à étudier et à prendre en compte avant d'opter pour cette solution. Ca ne doit pas être une pratique de confort mais une solution qui intervient en dernier recours. Ce n'est pas un acte anodin, les parents comme le chirurgien dentiste doivent en avoir conscience. Les indications doivent être respectées pour ne pas y recourir de manière excessive.

3 Etude

3.1 Introduction

Nous avons réalisé une étude statistique rétrospective de l'activité de l'UF d'odontologie pédiatrique du service d'odontologie du CHRU de Lille. Elle concernait les patients pris en charge sous anesthésie générale au cours des années 2014 et 2015.

3.2 Matériel et méthode

Cette étude repose sur l'analyse des dossiers des enfants ayant été pris en charge sous anesthésie générale par les praticiens de l'UF d'odontologie pédiatrique, au bloc des spécialités médicochirurgicales de l'Hôpital Roger Salengro de Lille en 2014 et 2015. Les comptes rendus remplis par le chirurgien dentiste à la fin de chaque intervention ont permis le recueil des données pour notre étude (figure 1).

Grâce à ces fiches, un tableau Excel® a été établi. Afin de compléter au mieux ce tableau, une recherche a été menée dans le dossier médical des patients pour retranscrire toutes les informations manquantes.

Les données non trouvées ont été remplies NR (non renseignée) dans le tableau.

Le recueil des données *via* les comptes-rendus et les dossiers a permis de faire une analyse statistique avec le logiciel Excel®.

Une déclaration a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (annexe 1).

3.2.1 Critique de la méthodologie

99 dossiers ont pu être pris en compte dans cette étude, ce nombre conséquent permet d'avoir une bonne évaluation de la population observée.

La multiplicité des critères analysés a permis de réaliser une étude précise de l'activité de l'UF d'odontologie pédiatrique du service d'odontologie du CHRU de Lille. Cette étude, reposant sur les 2 années 2014 et 2015, est comparable à des enquêtes semblables mises en place depuis 1998, ce qui permet de suivre l'évolution de l'activité sur 17 ans.

Cependant, il est à préciser qu'en raison d'un manque de données, non renseignées dans certains dossiers, les différents critères étudiés ne sont pas tous basés sur les 99 patients.

De plus, cette étude n'est relative qu'au CHRU de Lille, il serait intéressant d'élargir l'échantillon en menant une étude dans les différents CHU de France pour avoir un bilan d'activité au niveau national.

3.3 Résultats

Etiquette patient

Compte rendu d'intervention sous anesthésie générale

réalisée le

Pour (l'enfant) Nom prénom

né(e) le Poids : taille :

date consult préop :/...../..... pano : non oui ; date :/...../.....

Intubation : oro-trachéale naso-trachéale sans intubation

Intervenants : Odontologues :

Schéma dentaire initial: (barrer les dents absentes) :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Diagnostic :

Absence, présence localisée, généralisée de **plaque**, Absence, présence localisée, généralisée de **tartre**

D : lésion carieuse et /ou fracture associée à un foyer infectieux osseux (fistulisé) sur

C : lésion carieuse évoluée sans conservation de la vitalité pulpaire sur

B/C : lésion carieuse évoluée sans élément diagnostique sur la vitalité pulpaire sur

B : lésion carieuse évoluée avec conservation de la vitalité pulpaire sur

A : lésion carieuse débutante sur :

Autres : fracture, usure, maladie parodontale évoluée avec mobilité

Dents retenues, incluses ou en voie de désinclusion

Dents déjà traitées

Bilan : dents temporaires et/ou permanentes à traiter

Actes réalisés :

Bilan clinique et radiologique Incidences

Scellement préventif des sillons par composite CVI

Reconstitution par amalgame (collé au ciment verre ionomère de)

composite de

ciment verre ionomère de

coiffe préformée

Pulpotomie et reconstitution par composite amalgame collé au CVI.....

CVI coiffe préformée

Traitement endodontique et reconstitution par composite CVI

amalgame (collé au CVI) coiffe préformée.....

Avulsions simples de

Par séparation de racines, alvéolectomie deDents incluses ou retenues

sutures au fil

Détartrage, polissage, fluoruration Autres :

Durée de l'intervention :

Prescription postopératoire :

Nouveau schéma dentaire : (copier le schéma initial et retirer les dents extraites)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Le patient, l'enfant doit être vu en consultation postopératoire 6 à 8 semaines après l'intervention dans l'UF d'odontologie pédiatrique du Centre de soins dentaires place de Verdun à Lille. Une convocation sera envoyée (si problème téléphoner au : 03 20 44 43 68)

Bilan : soins conservateurs surdents et extractions et

Cotations CCAM :

Annotations :

copie pour l'UF d'odontologie pédiatrique, aux parents et

Figure 1: fiche compte-rendu

Sur les 2 années étudiées, nous avons pu réunir 99 dossiers dont 60 en 2014 et 39 en 2015.

3.3.1 Renseignements généraux sur le patient

Les renseignements généraux figurent dans le tableau 1.

Critères	2014 N=60	2015 N=39
Ratio fille/garçon (%)	27/33 (45/55)	17/22 (43.6/54.4)
Age (année) Moyenne+/- ET (min;max)	9.75+/-0.14 (3.3;19.67)	5.5+/-0.31 (3.92;19.83)
Délai entre consultation préopératoire et intervention (mois) Moyenne+/- ET (min ;max)	10,16+/-0,41 (3,03 ;13,23)	12,61+/-2,65 (1,29 ;21,19)
Panoramique (oui) (%)	29 (48)	16 (41)
Intubation (orotrachéale) (%)	53 (88,33)	30 (76,2)

Tableau 1: récapitulatif des renseignements généraux

3.3.1.1 Sexe, âge

Sur les 99 patients pris en charge, 60 ont été opérés en 2014 et 39 en 2015. La première année, 27 enfants étaient des filles (45%) et 33 des garçons (55%). La deuxième année, 17 filles ont eu une anesthésie générale et 22 garçons, soit 43,6% et 56,4%.

L'âge moyen global des enfants au cours des deux années étudiées est de 7 ans et 7 mois, le plus âgé ayant 19 ans et 8 mois et le plus jeune 3 ans et 4 mois. En 2014, l'âge moyen était de 9,75 ans, le plus jeune enfant opéré était âgé de 3,3 ans et le plus âgé de

19,67 ans. En 2015, la moyenne d'âge des enfants vus au bloc était de 5,5 ans, le plus jeune ayant 3,92 ans et le plus âgé 19,83 ans.

3.3.1.2 Rendez-vous préopératoire, intubation choisie et panoramique

D'après l'analyse des données recueillies, sur les 2 années, nous observons un délai moyen de 11,68 mois entre la consultation pré opératoire et l'intervention. En 2014, il y a un délai de 10,16 mois en moyenne entre le rendez-vous pour la consultation pré opératoire et la date de l'intervention et un écart-type de 0,41. Ces chiffres sont de 12,61 mois de moyenne et 2,65 d'écart-type également en 2015. Ce délai a atteint presque 2 ans pour l'un des patients.

L'intubation nasotrachéale a été choisie pour 16 patients soit 16,16%, par opposition à l'intubation orotrachéale choisie pour 83 patients soit 83,84%.

Nous notons que 53 patients n'ont pas réalisé de radiographie panoramique avant l'intervention, contrairement à 46 patients qui en ont une présente dans leur dossier, soit respectivement 53,54% contre 46,46%.

3.3.2 Renseignements sur la cavité buccale

3.3.2.1 Nombre de dents présentes en bouche avant l'intervention

Pour une étude la plus fiable possible, nous avons séparé la population cible en trois catégories selon les âges d'éruption dentaire : les enfants ayant moins de 6 ans, considérés comme étant en denture lactéale, les enfants entre 6 et 12 ans, qui sont en denture mixte et les enfants ayant plus de 12 ans, considérés comme étant en denture permanente.

Les renseignements sur le nombre de dents lactéales et permanentes présentes en bouche avant l'intervention sont regroupés dans le tableau 2 ci-après.

	De 0 à 6 ans	De 6 à 12 ans	12 ans et plus
	N=35	N=49	N=15
Dents lactéales			
Moyenne/écart-type (min ; max)	18.69/2.28 (6; 20)	14.47/5.61 (0; 20)	0.15/0.38 (0; 1)
Dents permanentes			
Moyenne/écart-type (min ; max)	0.22/0.75 (0; 4)	9.04/7.42 (0; 20)	28.23/2.09 (24; 32)

Tableau 2: Récapitulatif du nombre de dents lactéales et permanentes présentes en bouche avant l'intervention

3.3.2.1.1 Moins de 6 ans (n=35)

Chez les 35 enfants de moins de six ans, il y a en moyenne 18,69 dents lactéales avec un écart-type de 2,28 et 0,22 dents permanentes présentes en bouche.

3.3.2.1.2 Entre 6 et 12 ans (n=49)

En moyenne, chez les 49 patients âgés de six à douze ans, sont présentes 14,47 dents temporaires et 9,04 dents permanentes avec des écarts-type respectifs de 5,61 et 7,42.

3.3.2.1.3 Plus de 12 ans (n=15)

Pour les 15 enfants de plus de douze ans, nous dénombrons en moyenne en bouche 0,15 dents lactéales avec un écart-type de 0,38 et 28,23 dents permanentes avec un écart-type de 2,09.

3.3.2.2 Etat pré opératoire de la cavité buccale

Le tableau ci-dessous regroupe les données concernant l'état pré opératoire de la cavité buccale des patients. (n représente le nombre de patients concernés.)

	moyenne	Ecart-type	min ; max
Lésions carieuses (n=88)			
Avec foyer infectieux	1.35	2.3	1; 10
Sans conservation de la vitalité pulpaire	2.9	3.12	1; 12
Sans diagnostic sur la vitalité pulpaire	1.01	1.78	1; 9
Avec conservation de la vitalité pulpaire	4	2.88	1; 13
Débutante	0.21	0.68	1; 3
Fractures et usures (n=5)	0.14	0.65	1; 4
Maladie parodontale (n=1)	0.02	0.21	2; 2
Dents incluses (n=2)	0.02	0.21	1; 2
Dents déjà traitées (n=10)	1.01	1.4	1; 3

Tableau 3: Récapitulatif de l'état bucco dentaire pré opératoire

3.3.2.2.1 Lésions carieuses (n=88)

11 dossiers ne comportaient pas les informations sur les lésions carieuses, l'étude repose donc sur 88 patients.

3.3.2.2.1.1 Avec foyer infectieux

En moyenne, les enfants vus au bloc opératoire ont 1,35 (+/-2,30) dents présentant des lésions carieuses avec un foyer infectieux, le maximum étant de 10 dents concernées.

3.3.2.2.1.2 Sans conservation de la vitalité pulpaire

Les 8 enfants vus au bloc opératoire ont 2,90 (+/-3,12) dents présentant des lésions carieuses sans conservation de la vitalité pulpaire en moyenne, avec un maximum de 12 dents concernées.

3.3.2.2.1.3 Sans diagnostic sur la vitalité pulpaire

Les 88 enfants vus au bloc opératoire ont en moyenne 1,01 (+/-1,78) dents présentant des lésions carieuses sans diagnostic sur la vitalité pulpaire, le maximum étant de 9 dents concernées.

3.3.2.2.1.4 Avec conservation de la vitalité pulpaire

88 enfants vus au bloc opératoire ont 4 (+/-2,88) dents présentant des lésions carieuses avec conservation de la vitalité pulpaire en moyenne, le maximum étant de 13 dents concernées.

3.3.2.2.1.5 Carie débutante

En moyenne, les 88 enfants vus au bloc opératoire ont 0,21 (+/-0,68) dents présentant des lésions carieuses débutantes, le maximum étant de 3 dents concernées.

3.3.2.2.1.6 Fracture, usure

Seuls 5 patients sur les 99 reçus ont présenté des lésions de type fracture ou usure.

3.3.2.2.2 Plaque et tartre (n=93)

Concernant la présence de plaque et de tartre, 6 dossiers ne comportaient pas les renseignements. 7,5% des enfants ne présentent pas de plaque, chez 22,6% des patients, nous notons la présence de plaque localisée et chez 69,9% de la plaque généralisée. 70,97% des patients ont une absence de tartre, localement une présence de tartre est notée chez 8,6% des enfants et 20,93% d'entre eux présentent du tartre généralisé.

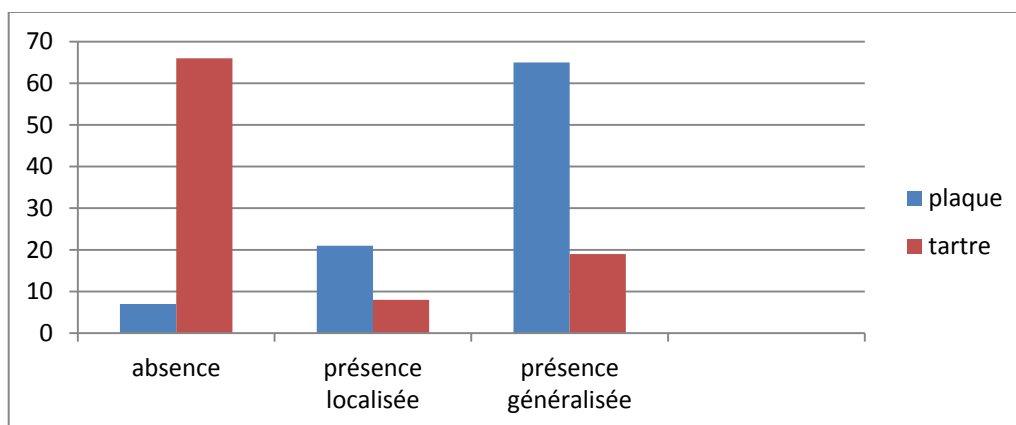


Figure 2: Nombre de patients présentant de la plaque ou du tartre

3.3.2.2.3 Maladie parodontale avec mobilité dentaire

Un enfant sur le 93 était sujet à une maladie parodontale entraînant des mobilités dentaires.

3.3.2.2.4 Dent incluse, retenue

Deux enfants présentaient une dent incluse sur les 93 enfants de l'analyse.

3.3.2.2.5 Dents déjà traitées

Des soins ont pu être réalisés avant d'intervenir sous anesthésie générale sur 10 patients. Sur les 10 enfants concernés, en moyenne 1,4 dents ont été soignées.

3.3.2.3 Nombre de dents à traiter

Le nombre de dents lactéales et permanentes à traiter durant l'intervention est présenté dans le tableau 4.

	Dents lactéales	Dents permanentes
De 0 à 6 ans (n=35)		
Moyenne/écart-type (min; max)	11.37/3.94 (4; 19)	0.11/0.17 (0; 1)
De 6 à 12 ans (n=49)		
Moyenne/écart-type (min; max)	8.56/5.01 (0; 18)	2.45/1.85 (0; 6)
De 12 ans et plus (n=15)		
Moyenne/écart-type (min; max)	0.21/0.58 (0; 2)	8.53/5.49 (1; 18)

Tableau 4: Récapitulatif du nombre de dents lactéales et permanentes à traiter

3.3.2.3.1 Chez les moins de 6 ans (n=35)

11,37 dents lactéales en moyenne sont à traiter ces 35 enfants, avec un écart-type de 3,94 et un maximum de 19 dents cariées. Concernant les dents permanentes, 0,11 dents permanentes sont à soigner, avec un écart-type de 0,17, le maximum étant d'une dent.

3.3.2.3.2 Chez les enfants de 6 à 12 ans (n=49)

Les 49 enfants âgés de 6 à 12 ans ont en moyenne 8,56 dents lactéales à traiter, avec un écart-type de 5,01 et un maximum de 18 dents atteintes. 2,45 dents permanentes sont cariées chez ces jeunes patients, avec un écart-type de 1,85 et un maximum de 6 dents.

3.3.2.3.3 Chez les plus de 12 ans (n=15)

Les enfants de plus de 12 ans quant à eux ont 0,21 dent lactéale cariée, l'écart-type étant de 0,58, 2 dents sont atteintes au maximum. Ces chiffres sont de 8,53 de moyenne, avec un écart-type de 5,49 et un maximum de 18 dents à traiter pour les dents permanentes.

3.3.3 Actes réalisés

3.3.3.1 Soins conservateurs et endodontiques

3.3.3.1.1 Sealants

Pour 18 patients opérés, la pose de sealant a été réalisée en préventif.

3.3.3.1.2 Reconstitutions (n=98)

Un dossier est écarté de ce résultat par manque d'information. Sur les 98 cas pris en compte, au moins un curetage carieux a été réalisé.

Une reconstitution par amalgame a été posée pour 44 enfants avec une moyenne de 2.95 dents concernées, soit dans 25,4% des cas. De même, une obturation par composite a été faite pour 71 patients avec une moyenne de 2.92 dents concernées, soit dans 40,5% des cas et par ciment verre ionomère pour 55 enfants avec une moyenne de 3.1 dents, soit dans 33,1% des cas. Une coiffe préformée a été posée pour 4 patients avec une moyenne de 1.25 dents concernées, soit dans 1% des cas.

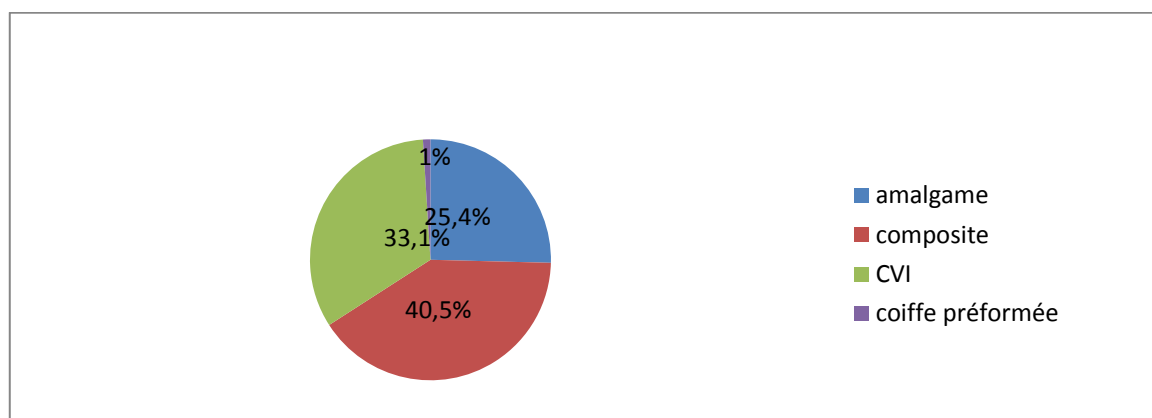


Figure 3: type de reconstitution utilisé après curetage carieux

3.3.3.1.3 Biopulpotomies (n=44)

89 biopulpotomies ont été réalisées au bloc opératoire. 75 ont été effectuées sur des dents lactéales avec une moyenne de 1,71 dents concernées par enfant, un écart-type de 0.99 et un maximum de 5 dents concernées. 5 ont été réalisées sur des dents antérieures et 70 sur dents postérieures.

7 patients ont eu une biopulpotomie sur une dent permanente, avec une moyenne de 1,29 dents concernées, un écart-type de 0,76 et un maximum de 3 dents reconstituées par cette technique. 1 a été faite sur le bloc incisivo-canin et 8 sur le secteur postérieur.

Suite aux biopulpotomies réalisées sur les 44 enfants, 23 sont concernés par une reconstitution par amalgame sur en moyenne 1.4 dents. Deux patients ont eu une dent restaurée par composite, 23 patients ont eu en moyenne 1.7 dents obturées par ciment verre ionomère et 5 enfants se sont vus poser une couronne préformée.

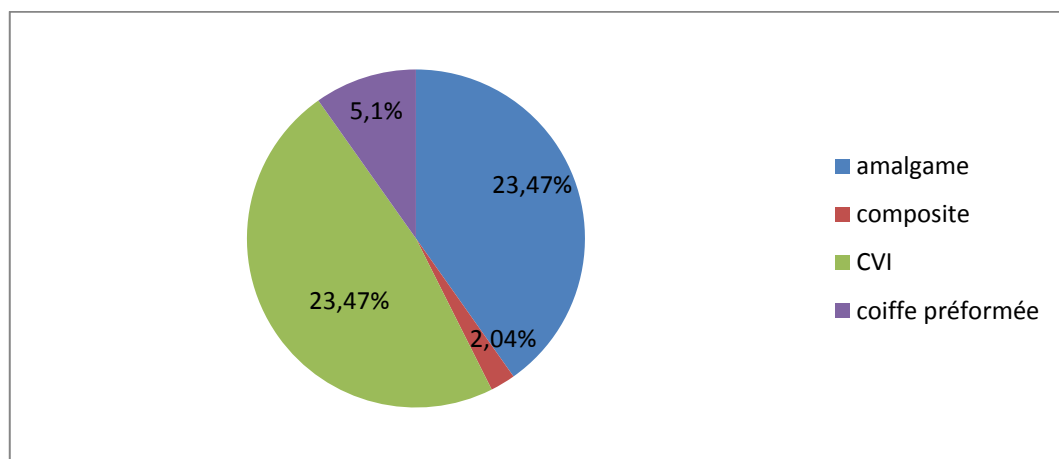


Figure 4: type de restauration suite à une biopulpotomie sur 98 patients

3.3.3.1.4 Traitements endodontiques initiaux

Peu de traitements endodontiques initiaux ont été réalisés. Seuls 2 patients sur les 98 dossiers renseignés sont concernés. Seules des dents permanentes ont été traitées. Une restauration par composite a été posée sur 2 dents pour le premier enfant et une restauration par coiffe préformée a été mise en place sur une dent pour le deuxième.

3.3.3.1.5 Coiffe préformée

Il est intéressant de noter que les reconstitutions par coiffe pédodontique préformée concernent peu de patients.

5 enfants se sont vus poser une coiffe sur une dent lactéale. La moyenne de cet acte sur dent temporaire est de 1,6 coiffes par bouche, l'écart-type de 0.56 et le maximum de 2.

Seulement 2 patients ont eu une coiffe préformée posée sur les dents permanentes, avec une moyenne de 2,5 coiffes par enfant, un maximum de 3 pour l'un d'entre eux et un écart-type de 0.71.

3.3.3.2 Actes chirurgicaux (n=97)

3.3.3.2.1 Avulsions simples

Des extractions ont été faites sur 87 enfants ayant subi une intervention sous anesthésie générale, avec 5 dents en moyenne avec un écart type de 3.3 et un maximum de 13 dents extraites.

3.3.3.2.2 Avulsions complexes

7 enfants ont eu des avulsions complexes, concernant en moyenne 1.3 dents par bouche.

3.3.3.3 Autres actes

3.3.3.4 Fluoration, détartrage, polissage

Parmi les différents actes réalisés, 25 patients ont eu un détartrage et 36 un polissage. Aucun enfant n'a eu de fluoration.

Le tableau 5 regroupe les actes réalisés.

	N= nombre de patients concernés	Moyenne/écart-type (min; max)
Sealant	18	2.11/1.02 (1; 4)
Curetage carieux	98	5.16/2.9 (1; 13)
Biopulpotomie	44	1.74/1.01 (1; 5)
TEI	2	1.5/0.71 (1; 2)
Avulsion	88	5/3.06 (1; 13)
Détartrage	25	-
Polissage	36	-

Tableau 5: Récapitulatif des actes réalisés

3.3.4 Bilan de l'intervention

3.3.4.1 Durée de l'intervention

Les interventions sous anesthésie générale permettent souvent de réaliser de nombreux actes au cours d'une même opération, ce qui explique les différences de durée. En moyenne, lors de notre étude, l'intervention a duré 71 minutes à plus ou moins 21 minutes, le minimum étant de 15 minutes et le maximum étant de 135 minutes pour notre enquête.

3.3.4.2 Nombre global de soins réalisés

Les tableaux 6,7 et 8 récapitulent, en fonction de la classe d'âge, le nombre de dents présentes en bouche en pré opératoire, le nombre de dents à traiter et le nombre d'actes réalisés au cours des interventions.

De 0 à 6 ans		
	Dents lactéales	Dents permanentes
Dents présentes		
Moyenne/écart-type (min; max)	18.69/2.28 (6; 20)	0.22/0.75 (0; 4)
Dents à traiter		
Moyenne/écart-type (min; max)	11.37/3.94 (1; 19)	0.11/0.17 (0; 1)
Dents soignées		
Moyenne/écart-type (min; max)	6.67/3.08 (2; 15)	0.06/0.34 (0; 2)
Dents avulsées		
Moyenne/écart-type (min; max)	4.7/3.22 (1; 11)	0.05/1.52 (0; 8)

Tableau 6: Récapitulatif de l'état buccal et des actes réalisés chez les moins de 6 ans

De 6 à 12 ans		
	Dents lactéales	Dents permanentes
Dents présentes		
Moyenne/écart-type (min ; max)	14.47/5.61 (3; 20)	9.04/7.42 (0; 20)
Dents à traiter		
Moyenne/écart-type (min ; max)	8.56/5.01 (0; 18)	2.45/1.85 (0; 6)
Dents soignées		
Moyenne/écart-type (min ; max)	4.04/2.92 (0; 11)	2.17/2.17 (0; 10)
Dents avulsées		
Moyenne/écart-type (min ; max)	4.52/3.38 (0; 12)	0.28/0.69 (0; 3)

Tableau 7: Récapitulatif de l'état buccal et des actes réalisés chez les 6-12 ans

De plus de 12ans		
	Dents lactéales	Dents permanentes
Dents présentes		
Moyenne/écart-type (min ; max)	0.15/0.38 (0; 1)	28.23/2.09 (24; 32)
Dents à traiter		
Moyenne/écart-type (min ; max)	0.21/0.58 (0; 2)	8.53/5.49 (1; 18)
Dents soignées		
Moyenne/écart-type (min ; max)	0/0 (0; 0)	5.4/3.81 (1; 11)
Dents avulsées		
Moyenne/écart-type (min ; max)	0.21/0.56 (0; 2)	3.13/3.68 (0; 13)

Tableau 8: Récapitulatif de l'état buccal et des actes réalisés chez les plus de 12 ans

3.3.4.2.1 Chez les enfants de moins de 6 ans

Les soins conservateurs et endodontiques ont été réalisés en moyenne sur 6,67 dents lactéales chez les 35 enfants concernés, avec un écart-type de 3,08 et un maximum de 15 dents traitées chez un patient.

Les soins sur les dents permanentes concernent 0,06 dents avec un écart-type de 0,34 et une dent au maximum.

3.3.4.2.2 Chez les enfants de 6 à 12 ans

Chez les 49 enfants, 4,04 dents lactéales en moyenne ont été traitées par des soins conservateurs ou endodontiques, avec un écart-type de 2,92 et un maximum de 11 dents. 2,17 dents permanentes ont été soignées en moyenne avec un écart-type de 2,17 et 10 dents au maximum ont été concernées.

3.3.4.2.3 Chez les enfants de plus de 12 ans

Pour les enfants de plus de douze ans, aucune dent lactéale n'a été soignée mais en moyenne 5,4 dents permanentes ont été traitées, avec un écart-type de 3,81 et nous trouvons un maximum de 11 dents concernées.

3.3.4.3 *Nombres d'avulsions*

3.3.4.3.1 Chez les enfants de moins de 6 ans

En moyenne, l'avulsion de 4,7 dents lactéales a été réalisée chez ces jeunes patients, avec un écart-type de 3,22. Au maximum, cet acte a concerné 11 dents. 0,05 dents permanentes en moyenne ont été extraites, l'écart-type étant de 1,52 et le maximum de 8 dents.

3.3.4.3.2 Chez les enfants de 6 à 12 ans

Concernant les dents lactéales et les dents permanentes chez ces 49 patients, les moyennes respectives de dents avulsées sont de 4,52 et 0,28, avec des écarts-type de 3,38 et 0,69 et un maximum de dents concernées de 12 et 3.

3.3.4.3.3 Chez les enfants de plus de 12 ans

Seulement 0,21 dents temporaires sont extraites en moyenne chez les enfants de plus de 12 ans, avec un écart-type de 0,56 et un maximum de 2 dents concernées chez un des patients de l'étude. Pour les dents permanentes, nous trouvons une moyenne de 3,13 dents avulsées avec un écart-type de 3,68. Cet acte a concerné au maximum 13 dents pour l'un des enfants.

3.3.4.4 Prescriptions et rendez-vous post opératoire (n=99)

	nombre d'ordonnances rédigées
paracétamol	4
antibiotiques	1
bain de bouche	5
paracétamol, bain de bouche	49
antibiotiques, paracétamol, bain de bouche	26
pas de prescription	3

Tableau 9: Récapitulatif des prescriptions post opératoire

Une prescription de paracétamol et de bain de bouche a été rédigée pour 49 patients sur les 99 de l'enquête. 4 enfants ont eu une ordonnance de paracétamol uniquement. 26 patients se sont vus remettre une prescription d'antibiotiques associés à du paracétamol et du bain de bouche. Un seul patient a eu une prescription seulement d'antibiotique, 5 ont eu une ordonnance de bain de bouche, 3 n'ont eu aucune prescription. 11 dossiers sur les 99 ne comportent pas les informations concernant les prescriptions.

La présence ou non au rendez-vous post opératoire n'est pas indiquée dans 23 des dossiers. Sur les 76 renseignés, 52 ont honoré leur rendez-vous (68.42%) mais 24 ne se sont pas présentés (31.58%).

4 Discussion

Notre échantillon est composé de 44,44% de filles et 55,56% de garçons. Nous pouvons noter une stabilité entre 2014 et 2015 concernant la proportion de filles et de garçons opérés. Cependant, une légère augmentation du pourcentage de filles est observée au fil des années au centre hospitalier de Lille. En effet, des études semblables à la nôtre montraient qu'entre 2002 et 2005, le pourcentage de filles était de 32,53% et qu'entre 2003 et 2009, 32,21% des patients étaient de sexe féminin (12, 33).

Les patients vus au bloc opératoire durant les années 2014-2015 avaient un âge compris entre 3 ans et 4 mois et 19 ans et 8 mois, la moyenne étant de 7 ans et 7 mois. En 2014, l'âge moyen était de 9 ans et 9 mois alors qu'en 2015, il était de 5 ans et 6 mois. Nous remarquons une diminution de cet âge moyen entre les 2 années mais cependant, la fourchette d'âge reste identique.

Cet âge a très légèrement augmenté au cours des dernières années puisque la majorité des enfants opérés avait entre 4 et 6 ans entre 1998 et 2001. De même, un âge moyen 6,47 ans a été retrouvé entre 2002 et 2005 et de 6,1 ans entre 2003 et 2009 (12, 19, 33). Une étude réalisée à Marseille rapporte un âge moyen de 5,8 ans (34) et une enquête semblable menée entre 2008 et 2015 dans la région Nord au centre hospitalier de Seclin un âge moyen de 5.98 ans (35).

Le nombre de demandes de prise en charge sous anesthésie générale s'accroît au fil des années mais pas le nombre de places disponibles au bloc opératoire. Cela explique pourquoi, entre 2003 et 2015, nous sommes passés de 4 mois à presque 12 mois entre la première consultation et la date de l'intervention, ce délai pouvant parfois atteindre quasiment 2 ans lorsque l'opération est reportée à cause de problèmes organisationnels, d'une absence à la consultation anesthésie ou pour des raisons médicales. Sur 2014 et 2015, nous remarquons une légère augmentation du délai, d'environ 2 mois. Sur cette même période, la fourchette entre le délai minimal et maximal a été modifiée. En 2014, elle s'étendait de 3 à 13 mois, en 2015, elle s'étend désormais de 1 à 21 mois. Le CHRU de Lille a donc une activité conséquente et croissante dans ce domaine.

Cependant deux problèmes se posent encore et sont préoccupants. En effet, en cas d'urgence, il est difficile de planifier une intervention sous anesthésie générale. L'allongement du délai de prise en charge entre la première consultation et l'intervention augmente le risque de complication et d'évolution de la maladie carieuse,

d'aggravation de l'état bucco dentaire de l'enfant, ce qui peut avoir des répercussions sur sa qualité de vie avec une majoration de la douleur et peut également augmenter l'anxiété vis-à-vis des soins. De plus, un tel délai entre ces deux rendez-vous peut avoir des conséquences sur le plan de traitement envisagé qu'il faudra revoir directement au bloc opératoire.

Une étude réalisée au centre hospitalier de Seclin entre 2008 et 2015 rapporte un délai moyen entre la première consultation et l'intervention de 2.3 mois, ce résultat montre que des disparités existent au sein d'une même région (35).

Très peu d'intubations par voie nasale sont réalisées, ce type d'intubation concernait 11,67% en 2014 et 23,8% en 2015. Ceci s'explique par le fait que cette technique présente plus de risques de saignement et que les médecins anesthésistes réanimateurs ont souvent leurs propres habitudes de travail. La grande majorité des intubations se fait donc de manière oro-trachéale.

Dans une étude menée de 1998 à 2001, 53% des patients avaient une radiographie panoramique dans leur dossier. De 2003 à 2005, ce résultat varie peu et est de 59% (12, 19).

Notre étude a montré que sur les années 2014-2015, 53% des enfants avaient réalisé un cliché panoramique avant l'opération. Cet examen complémentaire de choix, indispensable pour le bon déroulement des soins sous anesthésie générale est donc trop peu effectué en amont de l'opération. En effet, pour 47% des patients, le praticien doit intervenir sans aucun cliché, ce qui entraîne une perte d'informations pour le diagnostic et pour définir le plan de traitement. Lors de l'avulsion de dents temporaires par exemple, il est intéressant de vérifier s'il n'y a pas d'agénésie du germe de la dent permanente successionale. De même, le chirurgien dentiste peut parfois passer à côté de certaines lésions apicales, ce qui oblige une réintervention dans le futur si des symptômes apparaissent.

Cependant avec l'allongement du temps entre la date de la réalisation de la panoramique et la date de l'intervention, nous pouvons nous demander, lorsque cet examen est fait, s'il est encore fiable et valide. Au bloc, la possibilité de faire des clichés rétroalvéolaires existe mais cette technique reste peu utilisée car cela nécessite une organisation peu pratique, le développement ne pouvant pas se faire directement sur place. Cet examen, au bloc opératoire, ne concerne bien souvent que les traitements endodontiques des dents permanentes.

Dans notre étude, les enfants de 0 à 6 ans avaient en moyenne 18.69 dents lactéales et 0.22 dents permanentes en bouche avant l'intervention. Chez ceux de 6 à 12 ans, nous trouvons respectivement 14.47 et 9.04 et pour les enfants de plus de 12 ans, les chiffres sont de 0.15 et 28.23. Seulement 10 patients avaient eu des soins antérieurs à l'intervention.

En moyenne, le nombre de dents lactéales à traiter chez les enfants de moins de 6 ans est de 11.37 (+/-3.94) avec un maximum de 19 soit quasiment la globalité des dents temporaires et le nombre de dents permanentes est de 0.11 (+/-0.17). Pour les enfants âgés de 6 à 12 ans, nous trouvons les chiffres de 8.56 (+/-5.01) pour les dents lactéales et 2.45 (+/-1.85) pour les dents définitives et chez les patients de plus de 12 ans, nous observons pour les dents lactéales la moyenne de 0.21 (+/-0.58) et 8.53 (+/-5.49) pour les dents permanentes avec un maximum de 18 soit plus de la moitié des dents présentes en bouche. Ces résultats démontrent les besoins en soins importants rencontrés au CHRU de Lille.

Une enquête effectuée sur les années de 1998 à 2001 avait mis en évidence un indice c.a.o de 9,2 et C.A.O de 3,5 chez les enfants, d'un âge moyen de six ans, ayant subi une intervention sous anesthésie générale, soit pour l'ensemble des dents un indice de 12,7. Nous retrouvons donc 12 à 13 dents atteintes en moyenne, les indices a, A, o et O étant quasiment nuls car il n'y a bien souvent pas eu de dents obturées avant la prise en charge sous anesthésie générale ni d'extraction. Cet indice repose donc majoritairement sur le nombre de dents cariées (19). De même, sur une enquête faite entre les années 2002 et 2005 réalisée chez des enfants âgés de 2 à 20 ans, un indice C.A.O mixte (dents lactéales et permanentes) de 12,5 (+/-4,22) est rapporté (12).

Au cours des dernières années, nous pouvons noter que cet indice tend à se stabiliser aux alentours de 12. Ce constat est inquiétant, la santé orale des enfants influe de façons directe et indirecte sur leur qualité de vie. Des douleurs empêchent souvent les petits patients de manger voire même de dormir et les conséquences d'un édentement prématuré peuvent induire des malpositions ou un mauvais développement des maxillaires. De plus, l'accumulation de plaque peut créer un inconfort et entraîner des problèmes parodontaux comme des inflammations gingivales.

La majorité des enfants a de la plaque généralisée mais du tartre n'est retrouvé que chez seulement 21% d'entre eux. Ces chiffres doivent nous alerter et à ce stade, il faut impérativement intercepter ce problème. L'apprentissage des techniques de brossage et les conseils d'hygiène sont le point de départ de la diminution de l'indice CAO et de l'indice Loe Silness.

Il est impératif d'intégrer le patient dans une prise en charge globale pour éviter les récurrences carieuses et l'inflammation gingivale après l'intervention.

Les pathologies principales les plus fréquemment retrouvées sont la polycarie et la carie précoce du jeune enfant. Elles entraînent différents types de lésions selon leur avancement. Les lésions carieuses avec conservation de la vitalité pulpaire sont les pathologies les plus rencontrées avec en moyenne 4 (+/-3) dents concernées par enfant, le maximum étant de 13 dents atteintes chez un des patients. A la même fréquence, les lésions carieuses sans conservation de la vitalité pulpaire suivent avec en moyenne 3(+/-3) dents touchées. Plus de la moitié des patients sont concernés par ces types de lésions. Environ 40% des enfants présentent des caries associées à des foyers infectieux osseux. Nous pouvons nous interroger : la demande de soins qui s'accroît et le délai de prise en charge qui s'allonge, jouent-ils un rôle sur le fait que plusieurs dents se trouvent contaminées et que des complications apparaissent ? En effet, d'après une étude datant de 2006, 75% des patients étaient concernés par une pathologie dentaire grave telle la polycarie et la carie précoce du jeune enfant mais seulement 1% présentait une infection (12). Ce chiffre s'est accru très fortement en quelques années.

Concernant les actes réalisés, les interventions sous anesthésie générale permettent dans certains cas de faire de la prévention, notamment au niveau des molaires permanentes, en posant des sealants, cet acte reste cependant peu réalisé dans ces conditions. 18 enfants étaient concernés lors de notre étude. Outre l'âge, ce petit nombre peut être expliqué par le manque d'hygiène et de contrôle de plaque, la pose de ces obturations préventives devant se faire sur une dent non cariée.

Suite aux curetages carieux, deux possibilités s'offraient à nous : soit la pulpe avait été épargnée et une simple reconstitution suffisait, soit il a fallu intervenir au niveau de la pulpe et faire un traitement endodontique.

Lors d'une enquête réalisée entre les années 1998 et 2001, 54% des actes étaient des soins conservateurs et 5% des traitements endodontiques avec en moyenne 7 dents traitées par enfant (19). Une étude semblable montrait qu'entre 2002 et 2005, les soins conservateurs comptaient pour 37% des actes et les endodonties pour 2% (12). Nos résultats sur 2014/2015 montrent que 57% des actes étaient des soins conservateurs, 1% des traitements endodontiques. Les soins endodontiques restent un acte peu réalisé sous anesthésie générale. En effet, ils sont mis en œuvre lorsque la dent a une atteinte carieuse importante mais permettant sa conservation sur l'arcade. Ces chiffres sont comparables avec ceux d'une étude menée au centre hospitalier de Seclin, 28.51% des

actes étaient des soins conservateurs avec en moyenne 4 dents concernées, 6.27% des biopulpotomies (35). Nous pouvons nous demander si cette variation est due à une différence de population entre les deux établissements, avec un état carieux plus avancé à Seclin nécessitant d'avulser plus fréquemment ou une pratique spécifique à l'établissement en fonction de l'équipement à disposition.

Concernant les matériaux de reconstitution, nous remarquons que la majorité des restaurations se fait par des restaurations adhésives. Les composites et les ciments verre ionomères sont les plus couramment utilisés. Ce sont les plus esthétiques, ils permettent une économie tissulaire, ils confèrent une bonne étanchéité et sont très utilisés sur les dents antérieures et au niveau des collets. Les amalgames, de moins en moins employés, sont placés surtout sur les molaires. Les coiffes pédodontiques préformées, malgré leurs nombreux avantages, restent très peu utilisées, elles permettent pourtant de maintenir sur arcade de façon pérenne une dent lactéale traitée jusqu'à l'éruption de la dent permanente, comme pour 8 dents de 8 enfants dans notre étude. Elles servent également à conserver de façon pérenne une dent permanente avant de faire la reconstitution prothétique définitive, ce qui a été le cas pour 5 dents sur 2 patients de notre analyse. Elles ont été posées sur des dents permanentes postérieures ayant eu un traitement endodontique initial.

456 dents ont été avulsées au bloc opératoire au cours des années 2014 et 2015, cela représente 42% des actes réalisés. Le nombre d'avulsions varie en fonction des tranches d'âge.

En effet, concernant les dents lactéales, entre 0 et 6 ans, 4.7 dents par patient (+/-3.22) en moyenne ont été extraites. Entre 6 et 12 ans, ces chiffres sont de 4.52 (+/-3.38) et chez les plus de 12 ans de 0.21 (+/-0.56). Pour les dents permanentes, ces chiffres sont de 0.05 (+/-1.52) chez les 0-6 ans, de 0.28 (+/-0.69) chez les 6-12 ans et de 3.13 (+/-3.68) chez les plus de 12 ans.

Au total, 380 dents étaient des dents lactéales et 76 des dents permanentes, soit respectivement 83,3% et 16,7%. Entre 1998 et 2001, 41% des actes étaient des extractions (19). Entre 2002 et 2005, les avulsions concernaient 41% des actes également, soit environ 8 dents par enfant. Dans 93% des cas, il s'agissait de dents lactéales et dans 6.95% de dents permanentes (12).

Sur les 17 années de recul au CHRU de Lille que nous avons, il n'y a pas de variations du nombre d'avulsions pratiquées. Cependant, dans une étude réalisée à Seclin entre 2008 et 2015, le chiffre de 65.21% nous est rapporté concernant les avulsions, ce qui est

légèrement plus élevé (35). Ceci met en évidence que des disparités existent au sein d'une même région.

Suite à cet acte, il est important de prévoir des solutions à long terme. En effet, après l'avulsion de dents lactéales notamment, il est envisageable chez certains patients de mettre en place une prothèse pédodontique afin de maintenir l'espace pour guider l'éruption des dents permanentes et conserver un coefficient masticatoire suffisant ainsi qu'un aspect esthétique satisfaisant.

Peu d'autres actes sont réalisés au bloc opératoire. En effet, seuls des détartrages et des polissages ont été effectués, respectivement sur 25.6% et 36.7% des patients. Aucune fluoruration n'a été faite sur l'ensemble des 99 patients de l'étude. Nous pouvons noter cependant qu'entre 2002 et 2005, seul des détartrages sur 8.43% des patients avaient été réalisés.

Concernant le bilan de l'intervention, la durée dépend essentiellement du nombre de soins ou d'avulsions à réaliser. La durée moyenne retrouvée en 2014-2015 est de 71 minutes. Le minimum de 15 minutes, pour un soin conservateur sur une molaire permanente, a été observé chez un enfant en situation de handicap pour qui la prise en charge sous anesthésie générale est la seule solution. Des temps d'intervention beaucoup plus longs sont retrouvés lorsqu'il y a de nombreux soins à effectuer, ils peuvent parfois atteindre plus de 2 heures. Des études réalisées précédemment ont montré que depuis 1998, le temps moyen des interventions est de 77.5 minutes avec un minimum de 15 minutes et un maximum de 3h30, la majorité des interventions durant entre 45 et 90 minutes (12, 19).

En comparant le nombre de soins et le nombre d'avulsions pratiqués en fonction de l'âge de l'enfant, nous pouvons noter que la proportion de soins conservateurs croît avec l'âge du patient au détriment des extractions. En effet, pour les jeunes patients atteints de polycarie ou de carie précoce du jeune enfant par exemple, nous sommes souvent contraints de pratiquer des avulsions multiples alors que pour les adolescents, il s'agit plus souvent de soins impossibles à réaliser à l'état vigile et ce, sur les dents permanentes qu'il faut conserver un maximum de temps. Chez ces derniers, nous avons une prise en charge plus précoce de la lésion et donc une atteinte moins importante, ce qui nous permet de faire un soin conservateur plutôt qu'une avulsion.

La prescription post opératoire dépend du type d'acte réalisé au cours de l'intervention. Des antalgiques sont très souvent prescrits pour prendre en charge la

douleur post opératoire. Sur les 88 dossiers renseignés, 79 enfants opérés se sont vus remettre une ordonnance contenant du paracétamol, soit 89.78% des patients. Nous retrouvons des chiffres semblables issus de précédentes études réalisées entre 1998 et 2005, de 82.3% et 97.59% d'antalgiques prescrits.

Pour diminuer une infection ou un risque infectieux, des antibiotiques sont également prescrits, comme pour 27 patients de notre étude soit dans 30.67% des cas. Une étude menée entre 1998 et 2001 rapporte que 29.4% des patients se sont vus prescrire des antibiotiques (19). Une ordonnance associant un antalgique et un antibiotique est souvent rédigée. Suite à des avulsions ou en cas de mauvaise hygiène, des bains de bouche sont prescrits, parfois avec des compresses pour une application locale si l'enfant est trop jeune pour pouvoir le recracher. Cette ordonnance est fréquemment retrouvée après des extractions pour diminuer le risque d'alvéolite.

Aucun anti-inflammatoire n'a été prescrit en post opératoire dans notre étude (12,19).

La visite post opératoire est un rendez-vous de contrôle programmé par le chirurgien dentiste quelques semaines après l'intervention. Lors de cette rencontre, le chirurgien dentiste vérifie la cicatrisation en cas d'avulsions, il contrôle les reconstitutions et les soins réalisés. Il vérifie également la mise en œuvre des conseils d'hygiène bucco-dentaire et alimentaires donnés lors de l'intervention. Le but de cette visite est aussi de mettre en place le suivi thérapeutique avec parfois une réhabilitation prothétique.

Sur 76 dossiers renseignés dans notre étude, 52 enfants ont été vus en consultation post opératoire, soit 68.42%. En effet, 31.58% des parents n'ont pas présenté leur enfant en contrôle, ce qui entraîne une perte de chance pour l'avenir. Une étude réalisée à Lille entre 2003 et 2009 rapporte un taux d'absentéisme de 11% (33) et une menée à Seclin entre 2008 et 2015, un taux de 14% (35) de non présents. Nous observons une légère diminution de la présence au rendez-vous post opératoire au cours des dernières années. C'est pourquoi il est important de faire prendre conscience aux parents et à l'entourage que l'intervention ne résoudra pas tous les problèmes et qu'il est primordial d'instaurer un suivi à long terme après l'intervention lors des rendez-vous pré opératoires.

Le tableau 10 permet d'établir le profil du patient type pris en charge sous anesthésie générale et son évolution dans les différentes études menées à l'hôpital Roger Salengro au cours des 17 dernières années.

	1998-2001	2002-2005	2014-2015
Age moyen (année)	6	6	7
Sexe (%fille/%garçon)	-	32.5/67.5	44.5/55.5
Nombre de dents à traiter	12	12	15
Nombre de soins réalisés	8	4	9
Nombres d'avulsions réalisées	4	8	6
Durée de l'intervention (min)	90	65	71
Prescription d'antalgiques(%)	82.3	97.6	89.8

Tableau 10: Comparaison de l'activité au bloc opératoire entre 1998 et 2015

5 Conclusion

De nos jours, de nombreux praticiens ne parviennent pas à soigner les jeunes patients à l'état vigile, suite à un comportement des enfants incompatible avec une prise en charge au fauteuil. Cela entraîne fréquemment un retard de la prise en charge, avec l'aggravation de la symptomatologie et bien souvent un refus de soin de peur d'avoir mal de la part des enfants.

En pédodontie, l'indication de l'anesthésie générale doit pouvoir être justifiée par le chirurgien dentiste et l'anesthésiste réanimateur. Avant de faire ce choix, il faut avoir la conscience professionnelle d'essayer les soins au fauteuil. L'indication de l'anesthésie générale, l'intérêt de ce mode de prise en charge, les conséquences et le bénéfice-risque de cette technique, qui reste à risque, sont à évaluer.

Il est impératif de fournir aux parents toutes les informations, notamment concernant les risques et le suivi post opératoire, de façon claire afin recevoir leur consentement éclairé. La motivation du patient et de l'entourage est très importante. En effet, les soins sous anesthésie générale, bien qu'étant une alternative intéressante, restent des actes ponctuels et curatifs, il est important de penser à la suite à donner à l'intervention. Cette prise en charge ne doit pas s'apparenter à une solution de facilité, elle suit un protocole stricte, se met en place avec une équipe soignante formée à cet effet et s'intègre dans une prise en charge globale.

Pour notre étude, le patient type est un jeune garçon de 7 ans, sans pathologie générale, polycarié. 15 dents sont à traiter, 9 seront soignées et 6 avulsées. L'intervention aura duré 71 minutes et une prescription d'antalgiques aura été rédigée.

Ces résultats sont semblables à ceux trouvés lors de précédentes études. La seule différence notable est le délai entre la date de première consultation et celle de l'intervention, qui augmente d'année en année.

Mais cette étude ne repose que sur un service en France, il serait intéressant de mener celle-ci à un niveau national afin de voir si des disparités sont retrouvées entre villes/campagnes, Nord/Sud et de pouvoir y intégrer un suivi au niveau des rendez-vous post opératoires afin d'analyser l'impact qu'a eu la prise en charge sous anesthésie

générale sur l'enfant et son entourage et d'évaluer si des modifications de comportement ont eu lieu.

Références bibliographiques

1. Maldonato T. Les techniques cognitivo-comportementales à adopter face à l'enfant phobique des soins dentaires [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé (Lille). Faculté de chirurgie dentaire; 2012.
2. Collet A. Anxiété pré-opératoire et valeur de la relation médecin-malade en anesthésiologie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy. Faculté de médecine; 1972.
3. Doyen A. Rôle du développement de l'enfant et influence de l'environnement sur la communication enfant/praticien [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
4. Amin MS, Harrison RL, Weinstein P. A qualitative look at parents' experience of their child's dental general anaesthesia. *Int J Paediatr Dent*. 2006 Sep 1;16(5):309–19.
5. Davies C, Harrison M, Roberts G. Guideline for the Use of General Anaesthesia (GA) in Paediatric Dentistry [Internet]. royal college of surgeons advancing surgical care. [cité le 18 mai 2016]. disponible sur:
https://www.rcseng.ac.uk/fds/publications-clinical-guidelines/clinical_guidelines/documents/Guideline%20for%20the%20use%20of%20GA%20in%20Paediatric%20Dentistry%20May%202008%20Final.pdf
6. Roewer N, Thiel H, Wirth J. Atlas de poche d'anesthésie. Paris, France: Médecine-sciences Flammarion; 2009. 398 p.
7. Morin Y. Petit Larousse de la médecine. Ybert E, editor. Paris, France: Larousse; 1999. 1087 p.
8. Anesthésie pédiatrique de poche - Martin Johr [Internet]. [cited 2016 May 15]. Available from: <http://www.decite.fr/livres/anesthesie-pediatrique-de-poche-9782907516907.html>

9. HAS. Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie. [Internet]. 2005 [cité le 27 juillet 2016]. disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/anesthesie_odontologie_synth.pdf
10. Courson F, Landru M-M. Odontologie pédiatrique au quotidien. Rueil-Malmaison, France: Éditions CdP; 2005. 171 p.
11. Bandon D, Nancy J, Prévost J, Vaysse F, Delbos Y. Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins buccodentaires des enfants et des patients handicapés. Arch Pédiatrie. 2005 May;12(5):635–40.
12. Martel M. Bilan d'activité de trois années de prise en charge bucco-dentaire sous anesthésie générale en odontologie pédiatrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé (Lille); Faculté de Chirurgie dentaire; 2006.
13. Dalens B, Veyckemans F, Collectif, Saint-Maurice C. Anesthésie générale de l'enfant et du nouveau-né. Montpellier; Paris: Sauramps Médical; 2012. 598 p.
14. Haberer jp. Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris, France: Editions techniques, 1958- Paris : Editions techniques, 1958-1997 Paris : Elsevier; 1958.
15. Masson E. Anesthésie générale en chirurgie stomatologique et maxillofaciale [Internet]. EM-Consulte. [cité le 16 mai 2016]. disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/20339/anesthesie-generale-en-chirur>
16. Sokoloff A. Facteurs d'influence de l'anxiété pré opératoire en anesthésie pédiatrique. [Thèse d'exercice]. [Lille, France]; Faculté de Médecine; 2000.
17. Amoureux J. L'anxiété préopératoire [Internet]. [cité le 18 mai 2016]. disponible sur: http://www.cnr.d.fr/IMG/pdf/ANX_PREOP_RES.pdf
18. Gérard E, Moizan H. Pratique odontologique au bloc opératoire: de la chirurgie ambulatoire à l'anesthésie générale. Cahiers de prothèses éditions; 2009. 218 p.
19. Honoré G. L'anesthésie générale en odontologie pédiatrique [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; Faculté de Chirurgie Dentaire; 2001.

20. Ragiot M. L'anesthésie générale en pédodontie. [Thèse d'exercice]. [Reims, France]; Faculté de Chirurgie Dentaire; 1996.
21. Dorsch JA, Dorsch SE, Haberer J-PT. Matériel d'anesthésie. Paris, France: Pradel, impr. 1995; 1995. 806 p.
22. Boudon C. Traité d'anesthésie générale: à mises à jour périodiques. Dalens B, editor. Rueil-Malmaison, France: Arnette; 2001.
23. Randrianarison A. Les soins dentaires sous anesthésie générale: pourquoi et comment ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie; 2004.
24. Adant P. Avulsions multiples et soins sous anesthésie générale en pédodontie, indication, protocole opératoire, conséquences et cas cliniques d'activité du service d'odontologie pédiatrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont I; Faculté de Chirurgie Dentaire; 2003.
25. Maestre C. The use of general anaesthesia for tooth extraction in young handicapped adults in France. *Br Dent J.* 1996 Apr 20;180(8):297–302.
26. Haute Autorité de Santé - Douleur post-opératoire [Internet]. [cité le 27 juillet 2016]. disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272488/fr/douleur-post-operatoire
27. Pagniez-Margolle F. Impact d'un protocole de sédation-analgésie sur la survenue d'autoextubations: à propos d'une cohorte de 404 patients d'un service de réanimation [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
28. Académie nationale de médecine. Dictionnaire d'anesthésie, réanimation, urgences. Paris, France: Conseil international de la langue française : diff. PUF; 2001. 495 p.
29. Chardon J-P. Les Responsabilités du chirurgien-dentiste: avec, en annexes, cinquante-trois textes législatifs, réglementaires, jurisprudentiels et économiques. Paris, France: J. Prélat; 1972. 303 p.
30. Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique. *JORF* du 8 décembre 1994

[Internet]. [cité 28 juillet 2016]. Disponible sur:
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?
cidTexte=JORFTEXT000000549818&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549818&categorieLien=id)

31. Hervy M-P. Quid du consentement ? *Gérontologie Société*. 2002 Jun 1;(101):129–41.
32. Moizan H, Jammet P, Goudot P. Information et consentement éclairé du patient en chirurgie buccale : comment limiter l'ingérence du juridique dans la relation praticien-patient ? - 2007 - Tome 36 - N°2 [Internet]. [cité le 18 mai 2016]. disponible sur: <http://www.sop.asso.fr/ros/revue-odontostomatologique/ROS0000233>
33. Marquillier T. Etude rétrospective de la prise en charge d'enfants atteints de caries précoces: intérêts de l'éducation thérapeutique [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; Faculté de Chirurgie Dentaire; 2014.
34. Bandon D, Nivet S, Brun-Croese N, Prevost J, Nancy J, Foti B. Soins dentaires des enfants sous anesthésie générale. A propos de l'activité de l'unité d'odontologie pédiatrique de l'Hôpital Nord de Marseille.1 ère partie :avantages et indications de l'anesthésie générale. 2004
35. Nabili S, Nawrocki L, Influence de la prise en charge dentaire sous anesthésie générale ambulatoire sur l'état bucco-dentaire de l'enfant; Université du droit et de la santé (Lille), Faculté de chirurgie dentaire. 2016.

Table des illustrations

Figure 1: fiche compte-rendu.....	32
Figure 2: Nombre de patients présentant de la plaque ou du tartre	39
Figure 3: type de reconstitution utilisé après curetage carieux.....	39
Figure 4: type de restauration suite à une biopulpotomie sur 98 patients.....	40

Table des tableaux

Tableau 1: récapitulatif des renseignements généraux.....	33
Tableau 2: Récapitulatif du nombre de dents lactéales et permanentes présentes en bouche avant l'intervention	35
Tableau 3: Récapitulatif de l'état bucco dentaire pré opératoire	36
Tableau 4: Récapitulatif du nombre de dents lactéales et permanentes à traiter	38
Tableau 5: Récapitulatif des actes réalisés.....	41
Tableau 6: Récapitulatif de l'état buccal et des actes réalisés chez les moins de 6 ans.	42
Tableau 7: Récapitulatif de l'état buccal et des actes réalisés chez les 6-12 ans.....	43
Tableau 8: Récapitulatif de l'état buccal et des actes réalisés chez les plus de 12 ans ..	43
Tableau 9: Récapitulatif des prescriptions post opératoire	45
Tableau 10: Comparaison de l'activité au bloc opératoire entre 1998 et 2015	53

Annexe

Annexe 1 : Déclaration CNIL



Composante ou service concerné : Faculté de Chirurgie Dentaire	
Interlocuteur(s) : Dr Caroline Delfosse	
Type de déclaration :	normale
N° de déclaration	
Traitement n° 2016-11 / Analyse de l'activité : soins dentaires sous anesthésie générale en odontologie pédiatrique au CHR de Lille 2	
Date de mise en œuvre :	11/01/15
Finalité principale	Madame Éloïse Dewevre réalise une thèse d'exercice de Chirurgie Dentaire sous la direction du Docteur Caroline Delfosse. L'objectif est d'analyser l'activité des pratiques au bloc opératoire sur des jeunes patients dont les soins nécessitent une anesthésie générale.
Détail des finalités du traitement	Les données sont recueillies à partir des comptes-rendus d'interventions effectuées en salle d'opération du CHR sur la période 2014/2015. Les données sont anonymisées au moment de la collecte. Les données anonymisées sont traitées avec un tableur.
Service chargé de la mise en œuvre	Sous-section d'odontologie pédiatrique
Modalité d'information auprès des usagers concernés	Néant : les informations sont recueillies postérieurement aux soins. Au regard de la finalité et de l'anonymisation lors de la collecte, l'information serait trop complexe à mettre en œuvre.
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	L'exercice du droit d'accès est impossible dans le cadre de ce projet. Pour toute information : Correspondant Informatique et Libertés : cil@univ-lille2.fr
Catégories de personnes concernées par le traitement	Jeunes patients dont les soins nécessitent une anesthésie générale et sont pratiqués au CHR.

	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
Données traitées	Données nominatives patients	<ul style="list-style-type: none"> • date de naissance • poids • taille • date consultation
	Données nominatives praticien	<ul style="list-style-type: none"> • nom
	Données techniques	Radiographie panoramique (o/n) diagnostics actes réalisés caractéristiques de l'intervention date de l'opération
Catégories de destinataires	Catégories de destinataires	Données concernées
	Dr Caroline Delfosse Mme Éloïse Dewevre	Toutes
Durée de conservation	Sans objet	
Mise à jour (date et objet) :		
Documents annexes	Compte-rendu d'intervention	

Soins dentaires sous anesthésie générale en Odontologie Pédiatrique au CHRU de Lille : Analyse de l'activité sur 2 ans (2014-2015)

DEWEVRE Eloïse.- 65p. : 4 ill. ; 10 tabl. ; 35 réf.

Domaines: Anesthésie, Odontologie Pédiatrique

Mots clésRameau: Anesthésie en Odontostomatologie, Enfants-Soins dentaires

Mots clés FMeSH: Anesthésie générale, Soins dentaires pour enfants

Mots clés libre: Odontologie Pédiatrique

Malgré la mise en place et le développement de campagnes de prévention, la maladie carieuse et les problèmes dentaires persistent chez les enfants, notamment la carie précoce du jeune enfant.

L'enfant possède une sensibilité propre à son âge et perçoit les soins de façon différente par rapport à un adulte. Il nécessite une approche spécifique et adaptée. Un maximum de précautions doit être pris pour que les premières visites se passent bien afin de ne pas compromettre les soins ultérieurs.

Chez certains enfants, les soins ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre. Un manque de coopération du patient est parfois observé en raison de son âge ou d'un éventuel handicap. Le chirurgien dentiste se retrouve alors dans l'incapacité d'intervenir à l'état vigile dans de bonnes conditions. La prise en charge sous anesthésie générale apparaît alors comme la solution de choix.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Assesseurs : Madame le Docteur Caroline DELOSSE
Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX
Madame le Docteur Emilie DEHAYNIN