



## **GUIDE PROFESSIONNEL POUR L'EXAMEN DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE (EBD) À 3 ANS**

Contributeurs : **Dr Fanny De Bellaigue**  
**Dr Nathalie Delphin - Dr Edouard Dusseau**  
**Dr Emmanuelle Lagaye - Dr Patricia Mercier-Laversanne**  
**Dr Jacques Wemaere - Hélène Fortin**

## Sommaire



### ■ Étape-clé n°1 **L'anamnèse**

P. 04 • Questionnaire médical enfant



### ■ Étape-clé n°2 **L'examen bucco-dentaire**

P. 06 • Préparer l'enfant avant le geste  
P. 08 • Les troubles observés chez l'enfant



### ■ Étape-clé n°3 **Les conseils à destination des parents**

P. 16 • Les repères alimentaires  
P. 18 • Les recommandations en matière de fluor  
P. 19 • L'arrêt du pouce ou de la tétine



### ■ Étape-clé n°4 **Les éventuelles orientations de suite**

P. 20 • L'évaluation du risque carieux individuel  
P. 21 • Les approches cognitivo-comportementales  
P. 22 • Le référent handicap départemental

## A qui s'adresse ce guide professionnel ?

- À tout chirurgien-dentiste rencontrant un jeune enfant parmi ses patients pour un EBD 3 ans qu'il soit son praticien habituel ou non
- Cet outil est complémentaire à la fiche pratique « Examen de prévention Bucco-Dentaire (EBD) à 3 ans - Approche de l'enfant et conseils aux parents »



## L'EBD à 3 ans : pourquoi ?



- Conseiller les parents en prévention bucco-dentaire : promouvoir les gestes d'hygiène bucco-dentaire et transmettre des conseils nutritionnels à destination de leur enfant
- Sensibiliser les parents sur l'importance du suivi bucco-dentaire, par des visites régulières chez le chirurgien-dentiste
- Prévenir et repérer les risques bucco-dentaires chez le jeune enfant

*Remarque : si l'EBD à 3 ans favorise un contact précoce avec le chirurgien-dentiste, la première visite chez le praticien est recommandée à partir de l'âge d'1 an. Ce message est à transmettre aux parents de futurs enfants, par exemple lors de l'examen bucco-dentaire maternité.*

### RAPPELS DES PARTICULARITÉS DE L'EBD À 3 ANS

L'EBD à 3 ans est surtout un temps d'échange et de conseil auprès des parents et de familiarisation de l'enfant à l'environnement du cabinet dentaire. L'observation clinique fait certes partie de l'EBD à 3 ans mais ne constitue pas l'essentiel de la consultation.

Pour intervenir auprès d'un enfant de 3 ans, le moment à privilégier serait le matin (attention à l'heure de la sieste et à la fatigue en fin de journée).

Sauf douleurs ou traumatismes, l'EBD à 3 ans ne devrait pas donner lieu à des soins.

Pour rappel, un EBD comprend de façon générale une anamnèse ; un examen bucco-dentaire ; des conseils de prévention bucco-dentaire adaptés à l'âge. Il peut être complété si nécessaire par des radiographies intrabucales et l'établissement d'un plan de traitement.

Étape-clé n°1

# L'anamnèse

## Questionnaire médical enfant

L'URPS Chirugiens-dentistes Nouvelle-Aquitaine propose un modèle de questionnaire médical adapté aux enfants à utiliser en support lors de l'entretien avec le parent et l'enfant.

**urps**  
UNION REGIONALE  
PROFESSEUR DENTISTES

**Questionnaire médical**  
Enfant

Ce questionnaire médical et modérateur est destiné à l'usage exclusif de chirurgiens-dentistes de votre cabinet dans le cadre de son exercice professionnel. Il sera conservé dans le dossier patient de votre enfant. Toutes les indications renseignées sont soumises au secret médical.

**Informations générales - Enfant**

Nom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse (N° voie, code postal, ville) : \_\_\_\_\_  
Métier de la consultation : \_\_\_\_\_ Salle : \_\_\_\_\_ Périmètre : \_\_\_\_\_  
Date de la dernière visite de votre enfant chez un chirurgien-dentiste : \_\_\_\_\_  
Nom du praticien et chirurgien-dentiste : \_\_\_\_\_  
Nom du (des) médecin(s) traitant(s) ou spécialiste(s) : \_\_\_\_\_  
Vos enfants prennent-ils actuellement des médicaments ?  Oui  Non  
Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_  
Pour quel problème de santé ? \_\_\_\_\_  
Est-il à jour de ses vacines ?  Oui  Non

**Informations générales - Parents**

**Parent (ou tuteur légal) 1**

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse (N° voie, code postal, ville) : \_\_\_\_\_  
Métier : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_ Périmètre : \_\_\_\_\_

**Parent (ou tuteur légal) 2**

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse (N° voie, code postal, ville) : \_\_\_\_\_  
Métier : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_ Périmètre : \_\_\_\_\_

**Qui est détenteur de l'autorité parentale ?**

Parent (ou tuteur légal) 1  Parent (ou tuteur légal) 2  Autre : \_\_\_\_\_

**Enfant réside chez :**

Parent (ou tuteur légal) 1  Parent (ou tuteur légal) 2  Autre : \_\_\_\_\_



OBJECTIFS

- Mieux connaître l'enfant
- Appréhender l'environnement de l'enfant
- Renseigner les éventuels risques bucco-dentaires



**Adolescentes**  
Votre fille est-elle enceinte ?  Oui  Non  
Votre fille allaite-t-elle ?  Oui  Non

**Habitudes de vie**  
- Alimentation  
Votre enfant consomme-t-il des boissons à l'endormissement ou dans la nuit (y compris le biberon ou l'allaitement) ?  
 Oui  Non Si oui, quelle(s) boisson(s) ? \_\_\_\_\_  
Votre enfant boit-il de l'eau ?  Oui  Non  
Achetez-vous des boissons de type « jus de fruits, sodas, sodas light... » ?  Oui  Non  
Votre enfant consomme-t-il des boissons de type « jus de fruits, sodas, sodas light... » ?  
Si oui, à quelle fréquence :  moins d'1 fois/mois  1 fois/mois  1 fois/semaine  1 fois/jour  plusieurs fois/jour  
Que boit votre enfant entre les repas ?  Oui  Non  
Votre enfant consomme-t-il des aliments entre les repas ?  
Si oui, à quelle fréquence ?  Oui  Non  
Quels aliments consomme-t-il ? \_\_\_\_\_  
Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
**Remarquez-vous chez votre enfant :**  
- Des tentatives d'évitement des repas ?  Oui  Non  
- Une lenteur dans la prise alimentaire entraînant un allongement des repas ?  Oui  Non  
- Un manque d'appétit récurrent ?  Oui  Non  
- Une sélectivité alimentaire : goût, texture, température, aspect ?  Oui  Non  
- Des fausses routes, troubles de la digestion ?  Oui  Non  
- Des douleurs ?  Oui  Non  
- Une mastication difficile ?  Oui  Non  
- Un évitement de la mastication ?  Oui  Non

**Hygiène bucco-dentaire**  
A quel(s) moment(s) votre enfant se lave-t-il les dents ?  Oui  Non  
Cocher toutes les réponses qui s'appliquent  
 avant  après  
 avant les repas  après les repas  
 tous les jours  régulièrement  parfois  occasionnellement  
Votre rôle dans le brossage des dents de votre enfant  
 Je le laisse faire tout seul  Je le laisse commencer et je termine  Je le laisse faire en surveillant  
 Je fais entièrement le brossage  
Matériel et type de dentifrice utilisés : \_\_\_\_\_

**Soins dentaires**  
Avez-vous de l'apprehension lors de vos rendez-vous chez le dentiste ?  Oui  Non  
Si oui, n'abordez pas ce sujet avec l'enfant avant son rendez-vous.  
Est-ce que votre enfant a exprimé une appréhension avant de venir au cabinet dentaire ?  Oui  Non  
Votre enfant a-t-il déjà eu des soins dentaires ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
A-t-il eu des problèmes à cette occasion ?  Oui  Non  
Votre enfant a-t-il déjà eu des complications à la suite de soins dentaires ?  
- Allergie ?  Oui  Non - Malaise/Perle de conscience ?  Oui  Non - Hémorragie ?  Oui  Non  
Y a-t-il des problèmes bucco-dentaires particuliers dans la famille de l'enfant ?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

... des arrêts momentanés de la respiration  
... soit actif

Date : \_\_\_\_\_  
Signature(s) : \_\_\_\_\_

Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès et de modification des données personnelles concernant votre enfant auprès de l'orthogon-dentiste.

# L'examen bucco-dentaire

## Préparer l'enfant avant le geste

### | Méthode « Tell-Show-Do »

La méthode « Tell-Show-Do » est une technique de communication envers les enfants dans le cadre de soins dentaires. Énoncée par le Dr Harold Addleston, pédodontiste à l'Université de New York, partant du principe qu'un enfant a un « détecteur de mensonge » très développé, cette technique repose sur une mise en confiance de l'enfant en expliquant et en montrant ce que l'on va faire avant de le pratiquer.

#### La méthode consiste en trois points :



■ **Tell** - C'est l'explication de ce que vous allez faire. Cela implique :

- > d'utiliser un langage adapté à l'âge de l'enfant ;
- > de ne pas utiliser de négation : nous devons absolument éviter les « n'aie pas peur », « pas d'inquiétude », « ça ne va pas faire mal... ». Notre cerveau est obligé d'imaginer une valeur positive pour comprendre une phrase négative. Si on vous dit « ne pense pas à un éléphant rose », la première image qui vous vient à l'esprit c'est justement un éléphant rose...
- > de ne pas utiliser de termes angoissants : pas de « piqûre », même si vous allez faire une anesthésie.



■ **Show** - Vous allez présenter les instruments que vous allez utiliser et parfois les faire fonctionner « à blanc », pour éviter l'effet de surprise lors de leur utilisation. Pour cela, vous évoquez les sensations provoquées. Par exemple :

- > la seringue anesthésique est présentée avec le capuchon, elle sert à mettre le produit (on peut insister sur le goût ou le fait que ça gonfle comme un ballon) ;
- > la sonde ou une fraise boule sur contre-angle à vitesse lente est appliquée sur l'ongle ;
- > la turbine est utilisée sans fraise et l'eau qui va nettoyer la carie est évoquée... Vous renommez si besoin les instruments de façon imagée, la seringue air-eau devient un pistolet à eau, le contre-angle devient une machine à guili et la sonde « c'est comme mon doigt mais en miniature... ».



■ **Do** - Il est impératif de « faire » immédiatement après l'explication. Le rapport de confiance de l'enfant envers le soignant serait trahi si nous réalisons un acte qui ne vient pas d'être expliqué et montré, ou si nous ne réalisons pas l'acte qui vient d'être expliqué.



## OBJECTIFS

- Rassurer l'enfant et le parent
- Évaluer les risques bucco-dentaires
- Établir un éventuel diagnostic et un plan de traitement

## | Méthode « *Knee-to-knee* »

La méthode « *Knee-to-knee* » (examen genou à genou) permet de prendre en charge les petits enfants au cabinet dentaire. Au lieu d'installer l'enfant sur le fauteuil, vous allez le voir en face-à-face sur deux chaises avec un des parents. Cette approche permet de dédramatiser la séance et s'avère très utile pour les enfants de moins de 2 ans. L'intérêt de cette méthode est de permettre à l'enfant d'être en contact visuel permanent avec un de ses parents.

### ■ Matériel

- > 2 chaises ou fauteuils ;
- > 2 miroirs, une sonde et une précelle ;
- > une bonne vision avec des lunettes ou des loupes et un éclairage direct.

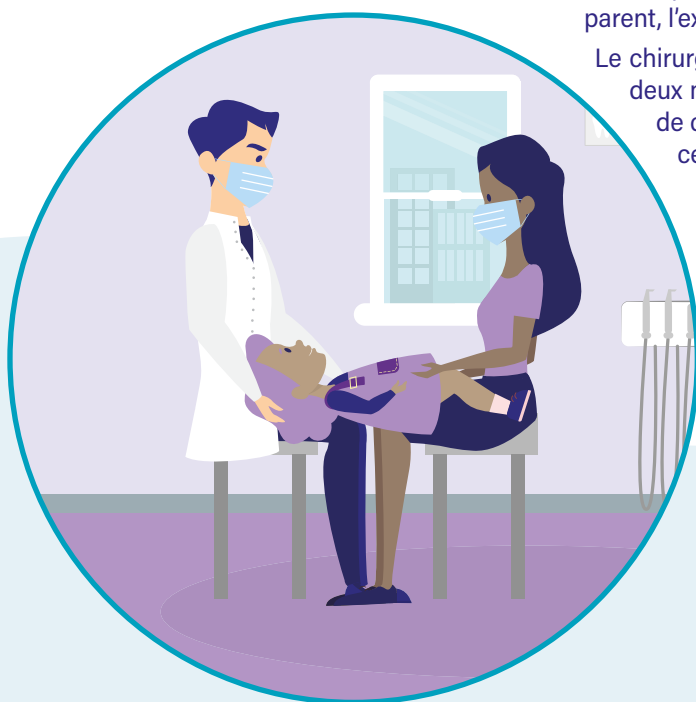
### ■ Déroulé de la séance

Deux chaises sont disposées en face-à-face, et le chirurgien-dentiste s'installe face au parent. **Le parent tient l'enfant dans ses bras sur ses genoux et l'enfant le regarde. Le chirurgien-dentiste est installé en face, les genoux touchant les genoux du parent.**

L'enfant est basculé doucement sur les genoux du chirurgien-dentiste et il reste en contact visuel permanent avec le parent. Lorsque l'enfant est complètement allongé sur les genoux du chirurgien-dentiste et du parent, l'examen peut alors commencer.

Le chirurgien-dentiste regarde la cavité buccale de l'enfant avec les deux miroirs et peut si besoin, avec la sonde, vérifier la présence de caries ou non. Attention, il ne peut pas y avoir de soins dans cette position !

Quand l'examen est fini, l'enfant remonte vers le parent qui peut lui faire un câlin...



## Les troubles observés chez l'enfant

### | Les anomalies dentaires



#### **DÉFINITION**

- Altérations de l'aspect externe, de la structure interne ou de la topographie d'une ou plusieurs dents, résultant d'un trouble quelconque survenu au cours du développement de la denture.
- Variations dans le nombre et l'éruption d'une ou de plusieurs dents, pouvant toucher la denture temporaire, permanente ou les deux à la fois.

#### **Pour rappel**

Éruption dentaire : phénomène physiologique naturel qui se produit à des dates relativement fixes pour chaque groupe de dents.



## ■ Anomalies chronologiques

La chronologie de l'éruption dentaire peut être troublée (éruption précoce ou retard d'éruption).

### Les éruptions précoces

Fréquentes au niveau des incisives inférieures, elles peuvent être dues à un caractère familial héréditaire, une infection, un facteur endocrinien...

- Les dents vestigiales persistent sur l'arcade quelques jours après la naissance.
- Les dents natales peuvent être une éruption précoce des dents lactéales qui vont persister jusqu'à l'arrivée des dents définitives.

### Les éruptions retardées

- **Dent isolée** : cause locale (traumatisme, malformation, obstacle).
- **Plusieurs dents concernées** : cause générale (endocrinienne, carence vitaminique) ou héréditaire (dysplasie ectodermique anhidrotique de Christ Siemens Touraine : dentition permanente tardive et agénésies dentaires).

## ■ Anomalies de nombre

Congénitales, elles portent sur l'organogenèse. Les dents lactéales sont au nombre de 20 et les dents permanentes de 32, ce nombre peut être augmenté ou réduit. Les anomalies de nombre peuvent être accompagnées d'anomalies de morphologie ou d'éruption.

### Anomalie par défaut : hypodontie et anodontie

- **Hypodontie** : nombre de dents partiellement réduit, retrouvée dans certains syndromes (syndrome de Down ou trisomie 21).
- **Anodontie** : absence totale des dents, exceptionnelle, touche une ou les 2 dentures.
- **Agénésie** : absence congénitale d'un ou de plusieurs germes. Le caractère héréditaire peut être retenu, la radiographie confirme l'absence du germe.
- **Oligodontie** (peut être syndromique) : absence de plusieurs dents ou de groupes de dents.

### Anomalie par excès

**Dent surnuméraire** : dent en surnombre, de forme voisine des dents de la région d'implantation.

Elle intéresse souvent la denture permanente, au niveau de la région des incisives.

Elle peut être un mésiodens ou odontoïde : dent de forme atypique, de volume réduit, conoïde, située entre les incisives centrales supérieures ou du côté palatin.

**Molaire surnuméraire ou distomolaire** : dent rudimentaire située derrière la dent de sagesse.

Les complications des dents surnuméraires sont d'ordre esthétique et fonctionnel par trouble de l'articulé dentaire.

## ■ Anomalies de forme et de volume

### Anomalies de forme ou dysmorphies

Partielles ou totales, elles touchent la couronne, la racine, ou les deux à la fois. Du point de vue de leur fréquence, elles arrivent en 2<sup>ème</sup> place après les anomalies de position. Les dents latérales sont les plus atteintes (la dent présente une forme conique).

#### > Anomalies coronaires

Sous forme de :

- **Division des couronnes** des dents antérieures, hypertrophie du cingulum des canines, des cuspidés surnuméraires.
- **Tubercule de Carabelli** situé sur la face palatine des molaires supérieures, tubercule de Bolk situé sur la face vestibulaire des molaires supérieures.
- **Dent en tournevis** chez les personnes présentant une syphilis congénitale.
- **Perle d'émail ou nodules** de la taille d'une tête d'épingle ou celle d'une cuspide, de localisation coronaire, cervicale ou radiculaire.
- **Invagination dentaire "dens in dente"** : il s'agit d'une invagination de l'organe de l'émail pénétrant dans la racine avant le début de la minéralisation des tissus dentaires. Elle affecte surtout les dents latérales supérieures. Les canines sont moins touchées que les centrales. L'invagination peut être simple (coronaire) ou corono-radiculaire complète atteignant l'apex dentaire.
- **Gémination** : division incomplète, il s'agit de l'accolement de 2 dents, une normale et une surnuméraire.
- **Fusion** : anomalie de développement constituée par l'union de 2 germes au moment de leur formation. Elle peut être totale (les 2 dents partagent le même complexe pulpo-radiculaire) ou partielle (couronnes fusionnées et racines séparées).

## Étape-clé n°2 - L'examen bucco-dentaire

### Les troubles observés chez l'enfant

#### > Anomalies radiculaires :

Racines bifides, fusionnées ou recourbées.

- **Taurodontisme** : malformation radiculaire caractérisée par une couronne développée aux dépens de la racine.
- **Concrescence** : soudure de 2 dents au niveau du cément (par la racine), pendant la formation de la racine.

#### Anomalie de volume

L'augmentation ou la diminution des dimensions des dents peuvent relever de caractères ethniques ou familiaux.

- **Gigantisme** : anomalie sur une dent isolée.
- **Macrodontie** : anomalie sur la totalité de la denture, il en résulte une dysharmonie dento-maxillaire.
- **Microdontie ou nanisme** : petites dents, la dent présente une forme conoïde. Elle touche essentiellement l'incisive latérale. La microdontie engendre des diastèmes.



#### ■ Anomalies de position et d'éruption

- **Dent incluse** : dent située à l'intérieur de l'os, après la date normale de son éruption. Son sac péri-coronaire n'est pas en communication avec la cavité buccale, la dent se situe au voisinage de son siège habituel.
- **Dent enclavée** : dent qui communique au moins par une cuspide avec la cavité buccale. La dent reste bloquée dans une position anormale.
- **Dent retenue** : dent ayant tout son potentiel éruptif mais ne pouvant pas faire son éruption normale à cause d'un obstacle (dentaire, kystique, osseux, muqueux, tumoral), aboutissant à l'inclusion ou à l'enclavement.
- **Ankylose dentaire** : fusion de la dent et de l'os (disparition du desmodonte), empêchant à la fois son éruption et les mouvements orthodontiques.
- **Ectopie** : situation d'une dent loin de sa position habituelle sur l'arcade.
- **Transposition** : position d'une dent à la place d'une autre dent.



## ■ Anomalies de structure

Défauts dans la structure des tissus durs de la dent (émail, dentine, cément), survenant pendant l'odontogénèse.

Touchent une ou plusieurs dents, en denture permanente ou lactéale.

**Etiologie** : primaire (origine génétique et héréditaire) ; secondaire ou acquise (atteinte locale ou générale).

Atteintes héréditaires : défauts de structure de la couronne diffus et extensifs, se manifestent par une hypoplasie, une dystrophie ou une dysplasie.

- **Hypoplasie et dystrophie** : défaut quantitatif d'atteinte précoce.
- **Dysplasie** : trouble de développement (hypominéralisation ou hypomaturation). Il s'agit d'un défaut qualitatif qui survient quand la matrice est complètement édifiée. Le tissu dur est présent mais de mauvaise qualité.

### > Anomalies de l'émail

Anomalies acquises ou génétiques.

- **Hypocalcification de l'émail** : se caractérise par des taches blanchâtres crayeuses (acquise ou congénitale).
- **Hypoplasie due aux antibiotiques** (tétracyclines) : touche un groupe ou toutes les dents. Elle se caractérise par des taches jaunes, brunes ou grises chez l'enfant.
- **Amélogénèse imparfaite héréditaire** : dysplasie de l'émail ou une hypocalcification héréditaire qui se manifeste par des plaques opaques, représentant un émail déminéralisé, cassant. La dent est de couleur brune au début puis foncée après éruption.

### > Anomalie de la dentine

- **Dentinogénèse imparfaite ou maladie de Capdepon** : anomalie génétique, dentine molle, dent de couleur gris-bleu, émail non soutenu, cassant.
- **Couronnes globuleuses** avec un rétrécissement cervical (dent en cloche).
- **Abrasion des couronnes**, mettant à nu la dentine et pouvant atteindre la gencive.
- **Aspect radiologique des dents** : racines étroites et de petite taille avec oblitération pulpaire et canalaire.

### > Anomalies radiculaires

Anomalies représentées par l'hypercémentose. Elles peuvent être uniques ou multiples.

## EN RÉSUMÉ

Les anomalies dentaires touchent les dents lactéales comme les dents définitives. Elles peuvent être le signe d'une pathologie générale, d'un défaut de structure lié à un trouble congénital ou acquis.



### Source des informations



Cours à l'usage des étudiants de 2<sup>ème</sup> année Médecine Dentaire  
Présenté par le Pr. F. BOUADAM

#### Le SAHOS chez l'enfant

##### ■ Le Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS) chez l'enfant

Selon les études, le SAHOS toucherait 2 à 5% des enfants, notamment ceux porteurs de dysharmonies dento-faciales, mais très peu sont diagnostiqués. Rien qu'en Nouvelle-Aquitaine, ce sont 10 000 à 26 000 enfants qui pourraient être concernés...

À titre de comparaison, la prévalence du SAHOS chez l'enfant est supérieure à celle du diabète (0,5 %) ou de l'épilepsie (0,6 %).

Le risque de complications neurocognitives et cardiovasculaires justifie le dépistage et le traitement du SAHOS de l'enfant.

L'examen de référence est la polysomnographie (PSG) qui analyse les stades du sommeil, les mouvements respiratoires, le flux aérien et les échanges gazeux.

Les signes d'appel les plus fréquemment rencontrés sont :

- les ronflements ;
- le sommeil non-récupérateur ;
- la somnolence diurne excessive ;
- les apnées observées ;
- la respiration buccale ;
- l'hyperpersudation nocturne ;
- l'énurésie nocturne...

Ces signes sont le plus souvent bien compris par les parents et peuvent ainsi être signalés au chirurgien-dentiste.

##### ■ Profils évocateurs

Certains facteurs favorisant le développement du SAHOS chez l'enfant sont à prendre en considération :

- l'obésité ;
- les infections fréquentes des voies aériennes supérieures ;
- un obstacle ORL, par exemple l'hypertrophie des amygdales (tonsilles) palatines ;
- l'asthme ;
- les antécédents de prématurité ;
- les pathologies avec malformation crânio-faciale ;
- des facteurs génétiques, des antécédents familiaux de SAHOS.

Tous les enfants sont susceptibles d'avoir un SAHOS à un moment de leur développement et son dépistage repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique.

##### ■ Dépistage



###### Interrogatoire

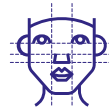
Avec les parents et l'enfant, les signes évocateurs suivants pourront être questionnés.

- Pendant la journée : irritabilité au réveil, pâleur du visage, difficulté de concentration, hyperactivité, hyperlordose...
- La nuit : ronflements, tête penchée en arrière, transpiration, sommeil agité, somnolence, somnambulisme, cauchemars, énurésie, bruxisme...



###### Examen clinique

L'examen clinique de l'enfant pour lequel un SAHOS est suspecté ne se limite pas à l'évaluation de la taille des amygdales et au rapport contenu/contenant de la cavité buccale.



###### > Examen exo-buccal

Il s'agira notamment d'observer :

- le visage de haut en bas, en commençant par les yeux. La présence de cernes est un témoin direct de l'obstruction nasale.
- la morphologie faciale avec recherche de la symétrie, de l'équilibre au niveau des trois étages et de l'harmonie générale. On s'intéressera à la forme du profil général et notamment à la présence d'une rétrognathie mandibulaire et à l'hyperdivergence faciale ainsi qu'aux données des examens complémentaires (téléradiographies et panoramiques).



###### > Examen endo-buccal

La liste des signes évocateurs n'est pas exhaustive et tous les signes ne sont pas obligatoirement présents :

- palais creux et étroit ;
- absence de diastèmes incisifs au maxillaire (manque de place au maxillaire) ;
- endognathie maxillaire. Le SAHOS peut être rencontré dans les cas de Classe I, de Classe II et de Classe III.



## ■ Diagnostic

La polysomnographie (PSG) est indispensable pour confirmer le diagnostic.

## ■ Traitements

- L'adénoïdo-amygdalectomie est le traitement de première intention du SAHOS de l'enfant.

Ce geste est efficace dans 75 à 80 % des cas. La persistance d'un SAHOS résiduel est plus fréquente chez l'enfant obèse et ceux présentant une maladie à risque de SAHOS comme une trisomie 21, une malformation ORL ou crânio-faciale.

- L'orthodontiste peut jouer un rôle dans le traitement du SAHOS résiduel de l'enfant par l'utilisation d'OAM (orthèse d'avancée mandibulaire), de la disjonction intermaxillaire rapide et par les traitements de rééducation oro-faciale.



### Sources des informations



Guide « *Tout savoir sur le SAHOS de l'enfant* » - Programme ISIDORT



*Orthodontie et SAOS pédiatrique*, article publié le 16/11/2016 dans *l'Information Dentaire*



*Le rôle de l'orthodontie dans le SAOS*, article publié le 20/04/2017 dans *le Fil Dentaire*

## POURQUOI L'OMNIPRATICIEN DOIT-IL S'INTÉRESSER AU SAHOS CHEZ L'ENFANT ?

Il est important de dépister les jeunes patients susceptibles de développer un SAHOS.

Sous des signes apparemment anodins que représentent le ronflement ou la ventilation buccale, peut se cacher une pathologie plus importante aux conséquences souvent minimisées.

#### | Les troubles de l'oralité



#### DÉFINITION

- Trouble de l'oralité (« dysoralité ») : trouble développemental des fonctions orales alimentaires.
- Il peut s'agir de troubles par absence de comportement spontané d'alimentation, ou par refus d'alimentation avec pour résultante que manger n'est pas ou plus un plaisir.
- Ce trouble s'accompagne de troubles sensoriels (toucher, odorat, goût, ouïe, système proprioceptif et vestibulaire) et/ou de troubles des fonctions oro-motrices (succion, praxies, malaxage, mastication...).
- On note régulièrement des répercussions sur le développement psychomoteur, langagier, psycho-affectif...
- Deux types de cas de figure :
  - des difficultés alimentaires souvent de façon très précoce (dès les premières mises au sein ou les premiers biberons) ;
  - les différentes étapes alimentaires sont difficiles à passer (passage à la cuillère et passage aux morceaux).
- Importance de la notion de trouble du développement : il s'agit d'enfants chez qui les difficultés alimentaires sont apparues au cours du développement de l'alimentation.

## ■ Étiologies des troubles de l'oralité

Les troubles de l'oralité peuvent avoir différentes origines et résultent le plus souvent de la rencontre de plusieurs de ces situations/facteurs de risque :

### Causes organiques

- Secondaires à une pathologie digestive
- Secondaires à une pathologie extra-digestive
- Malformations congénitales
- Anomalies acquises de la déglutition

### Causes neurologiques

- Encéphalopathies congénitales
- Encéphalopathies acquises

### Causes psycho-comportementales

### Causes post-traumatiques

- Douleurs oro-digestives (RGO, oesophagite...)
- Sphère oro-faciale sollicitée négativement (sonde nutrition, aspiration, nausées, vomissements, fausses routes)
- Alimentation artificielle prolongée
- Privation d'expériences orales et sensorielles – manque de stimulation de la succion
- Perturbation du rythme faim-satiété
- Manque de dimension relationnelle et affective autour du repas

### Causes sensorielles

- Troubles du traitement de l'information sensorielle = difficulté à interpréter les stimuli sensoriels et à y répondre de façon adaptée

## ■ Signes d'appel évocateurs de dysoralité sensorielle

### Signes pendant le repas

- Exploration orale peu importante
- Introduction des premiers aliments difficile (persiste au-delà de 8 mois)
- L'enfant n'accepte que des textures lisses (au-delà de 16 mois)
- Fréquents haut-le-cœur, vomissements
- Réflexe nauséux important, avancé sur la langue
- Répertoire alimentaire < 20 aliments (à 18 mois)
- L'enfant ne prend aucun plaisir à s'alimenter
- Temps de repas anormalement long (> 1/2 heure)
- L'enfant stocke la nourriture longtemps dans la bouche sans l'avaler
- L'enfant présente des « aversions sélectives » (aliment, texture, odeur, température...)
- Le repas est devenu un moment de conflit et de négociations permanentes

## Ces signes sont à compléter par des observations en dehors des repas

- Absence d'exploration orale chez le tout-petit (0-24 mois)
- Hypersensibilité/hyposensibilité de la sphère oro-faciale
- Hypersensibilité des mains, des pieds
- Haut-le-cœur, vomissements, nausées
- Anomalie des praxies bucco-faciales (mimiques, articulation, langage)

## ■ Orientations de suite

Ces éléments ne permettent pas à eux seuls un diagnostic mais incitent à orienter vers le médecin traitant ou le pédiatre, pour demander notamment l'avis d'un orthophoniste et un bilan orthophonique.

Les troubles de l'oralité étant le plus souvent multifactoriels, la prise en charge sera le plus souvent multidisciplinaire. Après la première évaluation, d'autres professionnels de santé pourront être amenés à intervenir (psychomotricien, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, psychologue, pédopsychiatre...)

## ■ Pistes de prévention

Quelques activités ou outils proposés aux enfants peuvent développer la sensorialité avec des stimulations tactiles, olfactives et gustatives :

- les manipulations tactiles (alimentaires ou non), avec des textures variées (douces, rugueuses, collantes...)
- la participation à la réalisation du repas (faire sentir les aliments, les toucher...), ce qui pourrait motiver l'enfant à goûter ce qu'il a préparé ;
- l'utilisation d'aliments ludiques (confettis en sucre, en chocolat) ;
- des jouets à mâcher, des hochets de dentition et brosses à dents pour développer l'exploration buccale ;
- des comptines rituelles et jeux de bouche ;
- des jeux symboliques comme la dînette, où l'enfant donne à manger à sa poupée ou à l'adulte...

# Les conseils à destination des parents

## Les repères alimentaires



### | De la naissance à 4 mois

- Alimentation lactée exclusive.
- Lait maternel et/ou préparation pour nourrisson (lait 1<sup>er</sup> âge).
- Le lait demi-écrémé n'est pas recommandé car il ne contient pas assez de lipides.



### | À partir de 4-6 mois

Il est conseillé de favoriser une diversité alimentaire importante pour prévenir la néophobie alimentaire des enfants, sur une période allant de 5 à 18 mois.

- Lait maternel ou transition avec le lait 2<sup>ème</sup> âge.
- Produits laitiers : quelques cuillères à café de yaourt au goûter, nature non aromatisé. Ne pas donner de fromage ni de produits laitiers au lait cru.
- Fruits et légumes : ils sont tous conseillés, en commençant par quelques cuillères à café. Les introduire absolument dans l'alimentation avant l'âge d'un an. Les légumes doivent être bien cuits et mixés. Les fruits doivent être bien cuits et mixés en compotes non sucrées.
- Les légumineuses : une cuillère à café de temps en temps, bien cuites et mixées en purée lisse. En donner 2 fois/semaine à partir d'un an. Elles sont intéressantes car elles ont une bonne teneur en protéines.
- Les pommes de terre : adapter la quantité en fonction de la capacité de mastication et de déglutition et de la tolérance digestive de l'enfant.
- Le pain et les autres féculents : ils sont toujours à associer aux légumes et aux matières grasses.
- Volaille, viande, poisson, œuf : ils sont proposés en alternance et par ordre de priorité : Volaille-poisson-œuf-viande, de temps en temps, puis plus régulièrement. 5 g/j = 1 cuillère à café d'aliments mixés ou d'œuf dur écrasé.
- Matières grasses ajoutées (de préférence huile de colza, de noix ou huile d'olive) 1 cuillère à café/j.
- Donner de l'eau à boire dans un verre.
- Éviter de donner des charcuteries, excepté le jambon blanc de temps en temps et mixé très fin.
- Ne pas donner de produits sucrés, de sel et de produits salés.





OBJECTIF

- Informer et conseiller le parent en matière de prévention et de santé bucco-dentaires



### | Entre 6 et 12 mois

- Lait maternel et/ou lait 2<sup>ème</sup> âge : minimum 500 ml/j, sans dépasser 800 ml/j de lait ou équivalent laitier.
- Produits laitiers : les fromages mous peuvent être donnés en petits morceaux. À partir de 10 mois, petits morceaux de fromages de plus en plus durs.
- Fruits et légumes : à chaque repas et selon l'appétit de l'enfant. Les légumes doivent être bien cuits et les fruits très mûrs ou cuits.
- Légumes secs : quelques cuillères à café, 1 fois/semaine.
- Pommes de terre et autres féculents : toujours proposés avec des légumes, moitié de chaque, en petits morceaux fondants, pour commencer à habituer les enfants à manger des morceaux.
- Volaille, poisson, viande et œuf : 10g/j = 2 cuillères à café ou ¼ d'œuf dur.
- Matières grasses ajoutées : 1 cuillère à café d'huile/j, ou de temps en temps 1 noisette de beurre.
- Eau à volonté. Éviter toutes les boissons sucrées. Ne pas donner de miel avant 1 an.
- Ne pas saler les préparations maison. Pas de charcuterie excepté le jambon blanc de temps en temps, d'abord mixé, puis en petits morceaux.



### | De 1 an à 3 ans

- Lait maternel/lait de croissance : alterner avec du lait de vache entier UHT, 500 ml/j, sans dépasser 800 ml/j.
- Produits laitiers : 150 à 200 ml de lait = 1 yaourt = 20 g de fromage, de toutes textures.
- Fruits et légumes : à chaque repas et selon l'appétit de l'enfant. Crus et cuits, toutes textures et morceaux à croquer.
- Légumes secs : au moins 2 fois/semaine. Toutes textures.
- Pommes de terre et autres féculents : tous les jours, de toutes textures, 3 à 4 cuillères à soupe/j.
- Volaille, poisson, viande, œuf : hachés, écrasés, puis en morceaux, entre 1 et 2 ans : 20 g/j = 4 cuillères à café = ⅓ d'œuf dur ; entre 2 et 3 ans : 30 g/j = 6 cuillères à café = ½ œuf dur.
- Matières grasses ajoutées : 2 cuillères à café d'huile/j, ou de temps en temps 1 noisette de beurre.
- Charcuterie : jambon blanc possible de temps en temps, entre 1 et 2 ans : 4 cuillères à café ; entre 2 et 3 ans : 6 cuillères à café.
- Sel et produits salés : ne pas saler les produits du commerce. Limiter la consommation de produits salés.
- Eau à volonté.
- Produits sucrés : attention aux céréales du petit-déjeuner qui sont sucrées.
- Éviter toutes les boissons sucrées : jus de fruits, sodas et sirops.

**L'enfant ne mange pas comme les adultes avant l'âge de 3 ans.** Il est recommandé de sensibiliser les parents sur l'importance de proposer à l'enfant des produits intéressants sur le plan nutritionnel au goûter, pour limiter les aliments transformés sucrés et/ou gras.

**Sources :** Haut Conseil de la Santé Publique - *Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les enfants âgés de 0-36 mois.* 30 avril 2020

Santé Publique France - *Conception des nouvelles recommandations concernant la diversification alimentaire des enfants de moins de 3 ans.* Mise à jour le 12 décembre 2022

## Les recommandations en matière de fluor

Le fluor est un oligo-élément qui entre dans le processus de reminéralisation de la dent. Il agit comme un film protecteur lorsqu'il est appliqué à l'aide d'un dentifrice. Il renforce l'émail des dents et participe à la prévention des caries. Le fluor est également retrouvé dans les eaux minérales et dans certains sels de cuisine enrichis.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu le dentifrice fluoré comme « médicament essentiel » pour ses vertus : prévenir et soigner. Elle recommande un apport quotidien en fluor de 0,05 mg/kg.

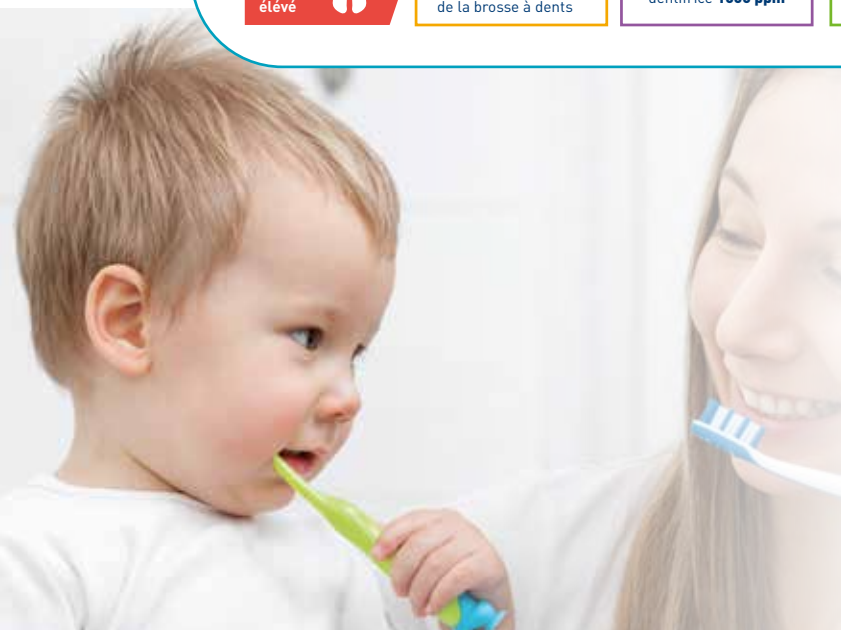
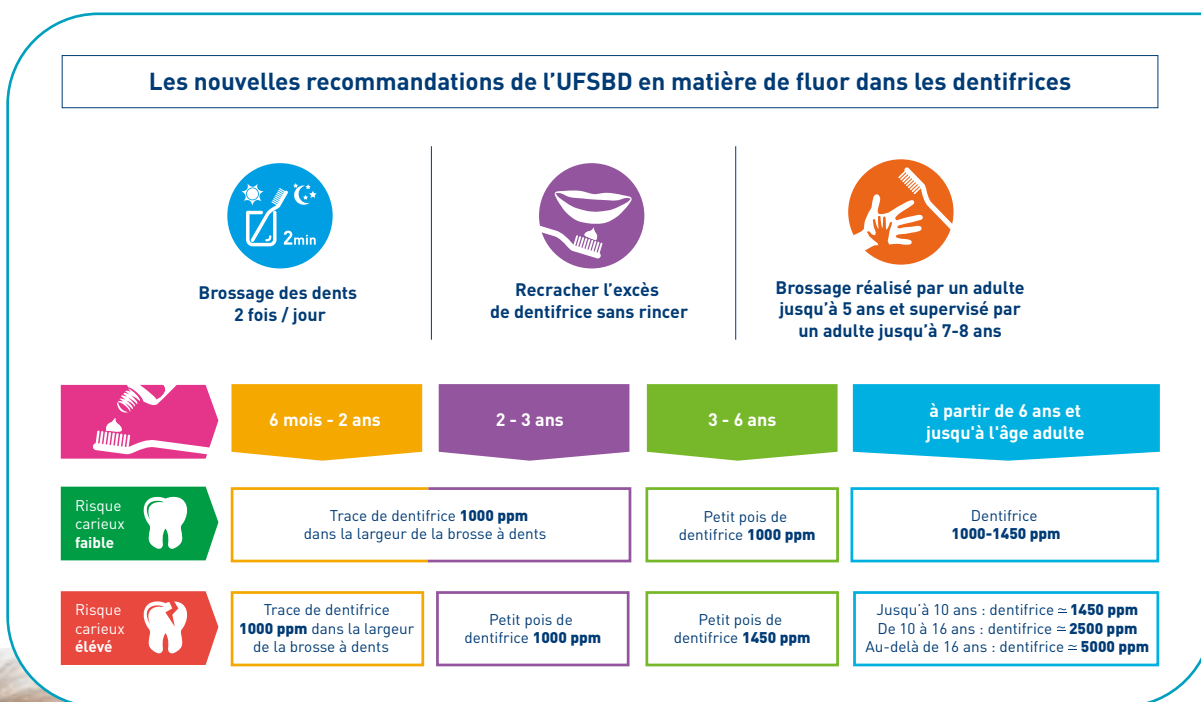
L'utilisation du fluor, topique ou systémique, doit être modulée en fonction du risque carieux.

Le risque d'une consommation en excès de fluor est la fluorose : apparition de taches sur l'émail. Elle peut atteindre les dents si la dose quotidienne de fluor ingérée est de 1 mg/kg.

Une surconsommation en fluor est également susceptible d'entraîner des dommages importants sur les reins et les os.

### Utilisation des produits fluorés chez l'enfant

Elle commence à l'âge de 6 mois, avec l'éruption des dents temporaires.



#### Sources des informations



AFSSAPS : Mise au point - Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans - 2008



UFSBD : Fiche Dentifrice fluoré

# L'arrêt du pouce ou de la tétine

## ZOOM SUR LE BESOIN DE SUCCION

Le besoin de succion est essentiel chez les enfants en bas âge. Beaucoup d'enfants ont besoin de téter leur pouce, un doigt ou une tétine : c'est un réflexe naturel qui peut les rassurer, les détendre et leur rappeler les sensations du ventre de la mère (les enfants peuvent sucer leur pouce pendant la grossesse).

Néanmoins, attention : dans certains cas, ces habitudes (ou para-fonctions) peuvent impacter le positionnement des dents ainsi que la croissance des maxillaires et donc entraîner des problèmes relatifs à la respiration et à la déglutition.

Il est important que ces habitudes se perdent entre 2 et 5 ans (notamment à l'occasion des visites au cabinet...). Si les enfants continuent la succion après l'âge de 5 ans, voire après 6 ans, les conséquences impliquent souvent d'élargir le maxillaire. Nous devons, au bon moment, orienter l'enfant chez un orthodontiste. La béance buccale en est le signe caractéristique.

## | Pouce ou tétine ?

En recrudescence depuis une vingtaine d'année, la succion de la tétine est malheureusement à prendre avec la même considération que celle du pouce. Elle s'interpose entre les dents de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure. Dès lors, elle risque de bloquer l'évolution normée du bloc incisivo-canin.

Souvent l'enfant qui suce son pouce ou son doigt ne fait que le caresser de la langue. C'est ce qui s'observe lorsque dans son sommeil, il le laisse tomber alors qu'il peut chercher sa tétine longtemps dans son lit...

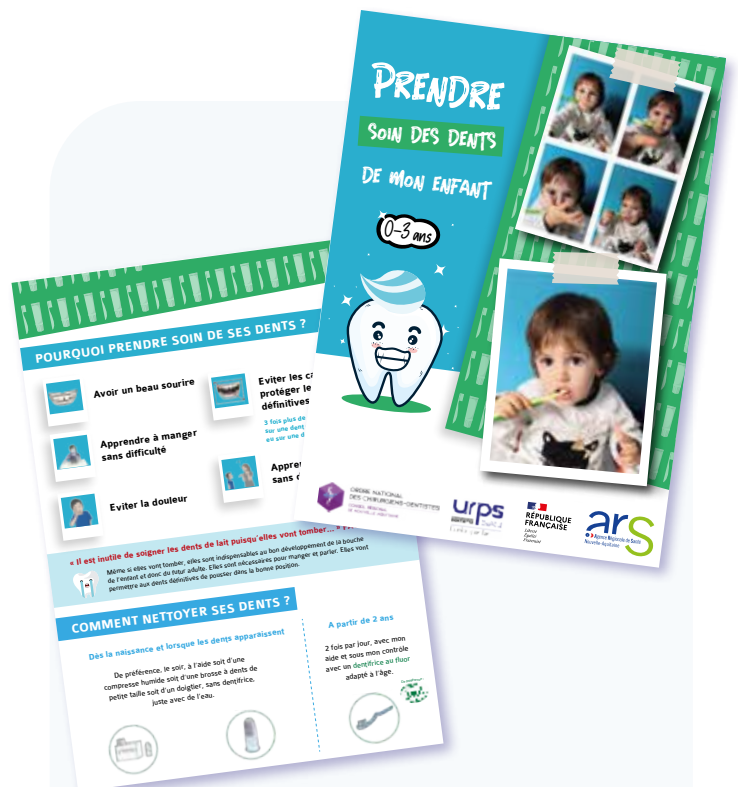
Selon certains psychologues, sentir qu'il peut retrouver son pouce comme il le veut, permet à l'enfant de l'abandonner plus facilement. A l'inverse, la peur de perdre sa tétine, si elle tombe, fait que l'enfant s'y accroche d'autant plus.

## | Quand la succion « besoin » se prolonge en « habitude »...

L'âge idéal pour faire perdre cette habitude à l'enfant se situe autour de 3-4 ans. L'enfant développe alors ses champs d'intérêt et d'investigation. Il marche, s'exprime, a des contacts avec d'autres enfants, entre à l'école.

Jusqu'à 4 ou 5 ans, il peut être encore admis de sucer son pouce ou une tétine. Au-delà, il est souhaitable de commencer à en parler avec l'enfant. Indépendamment d'impacts éventuels sur les dents, pouce ou tétine gênent la route de la communication : il est difficile de parler la bouche pleine ! Il existe deux stratégies :

- l'arrêt progressif (la nuit et au coucher seulement, puis arrêt) ;
- l'arrêt net, comme au moment de Noël !



À télécharger



**Flyer de sensibilisation à destination des parents et des adultes accompagnants : Prendre soin des dents de mon enfant – Tout savoir pour protéger le sourire des 0-3 ans.**

# Les éventuelles orientations de suite

## L'évaluation du risque carieux individuel (RCI)

Le risque carieux individuel (RCI) est un pronostic dont l'évaluation repose sur l'anamnèse et l'examen clinique.

Cette évaluation va nous permettre d'agir sur certains facteurs de risque que nous aurons identifiés ainsi que d'adapter notre prise en charge et nos traitements.

### Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité en 2005 une synthèse des recommandations professionnelles concernant l'évaluation du risque carieux<sup>1</sup> classant les enfants en deux catégories :

#### RCI Élevé

- Absence de brossage quotidien avec un dentifrice fluoré
- Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter
- Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie
- Sillons anfractueux au niveau des molaires
- Plaque visible à l'œil nu (sans révélateur)
- Présence de caries ou de lésions initiales de l'émail réversibles

#### RCI Faible

- Aucun de ces facteurs de risque

Chez les enfants à risque carieux élevé, en plus des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire, les actes de prophylaxie les plus adaptés doivent être proposés : application de vernis fluoré ou de gel fluoré deux fois par an et scellement des sillons des premières et secondes molaires permanentes et leur réparation, si nécessaire en cas de persistance du risque carieux<sup>2</sup>.

### Autres recommandations

Au-delà des recommandations de la HAS, il existe de nombreuses autres recommandations nationales ou internationales<sup>3,4,5</sup> qui mettent en évidence d'autres facteurs de risque individuels ou collectifs.

Toutes s'accordent sur le fait que le marqueur de risque le plus important est la présence en bouche d'au moins une lésion carieuse active.

Cependant, ces facteurs complémentaires peuvent permettre de préciser ou nuancer l'évaluation du RCI :

- Antécédents de carie chez l'enfant, les parents ou dans la fratrie
- Maladie ou handicap entraînant des difficultés de brossage
- Éléments rétentifs de plaque (appareils orthodontiques...)
- Niveau socio-économique ou d'éducation faible de la famille
- Présence de défauts de minéralisation

Il est à noter que le RCI évolue au cours du temps et doit être réévalué régulièrement : au moins une fois par an chez les enfants à faible risque carieux et deux fois par an chez les enfants à risque carieux élevé<sup>3</sup>.



OBJECTIF

- Intégrer le jeune enfant dans un parcours de santé bucco-dentaire et de santé globale

## Les approches cognitivo-comportementales

Pour aller plus loin, la réalisation des soins peut être accompagnée d'approches cognitivo-comportementales, qui nécessitent une formation spécifique du praticien. Peuvent être citées : la distraction, la relaxation, l'hypnose ou encore la sophrologie...

		INTÉRÊTS	
APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES	MODIFICATION COMPORTEMENTALE	Renforcement positif	Conditionne la mise en place de comportements positifs
		Renforcement négatif	Conditionne la disparition de comportements négatifs
		Modelage	Diminue l'anxiété et favorise les comportements positifs
		Affirmation de soi	Apprentissage de réponses comportementales adaptées
		Distraction	Diminue la perception négative
		Dissociation	Donne une vision positive de l'odontologie
	EXPOSITION	Exposition graduelle	Prévient, diminue ou élimine l'anxiété
		Désensibilisation	Modifie l'interprétation du stimulus pour être perçu positivement
		Relaxation	Diminue l'anxiété en agissant sur sa composante physiologique
		Hypnose	Entraîne une relaxation qui permet une diminution de l'anxiété
		Sophrologie	Dynamise de façon positive les ressources et les qualités



Extrait de la thèse de Marion Panek soutenue en 2009

Marion Panek. *Prise en charge non pharmacologique de l'enfant en refus de soins en odontologie*. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01734123

### Sources :

- <sup>1</sup> Haute Autorité de Santé. *Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. Recommandations*. Novembre 2005
- <sup>2</sup> Haute Autorité de Santé. *Stratégies de prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations*. Mars 2010.
- <sup>3</sup> Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et des Produits de Santé. *Mise au point Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans*. Octobre 2008.
- <sup>4</sup> American Academy of Pediatric Dentistry. *Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:266-72.
- <sup>5</sup> American Dental Association. *Caries risk assessment and management*. Juin 2021.

## Le référent handicap départemental

Le chirurgien-dentiste référent handicap départemental, un dispositif mis en place par le Conseil régional de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes Nouvelle-Aquitaine.



### Rôle du référent handicap départemental

L'objectif est de permettre aux personnes en situation de handicap et de dépendance d'accéder à une prise en charge odontologique adaptée à l'état de santé général et cognitif.

Le référent handicap départemental dispose de la connaissance de l'offre bucco-dentaire sur votre département. Il pourra vous conseiller dans l'orientation à proposer au patient.

### Dans quelles situations contacter le référent handicap départemental ?

Rapprochez-vous du référent handicap départemental si vous éprouvez des difficultés à prendre en charge votre patient en raison :

- de son handicap ou de son besoin de prise en charge spécifique ;
- de l'accessibilité de votre cabinet ;
- du matériel à votre disposition.

La prise de contact se fait auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de votre département.

### QUAND PASSER LE RELAIS DANS LA PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE D'UN PATIENT VULNÉRABLE ?

Le site Handiconnect vous propose un arbre décisionnel à télécharger. Il est destiné à fournir une aide à tous les chirurgiens-dentistes pour qu'ils soient en mesure d'organiser, de la meilleure façon possible, la prise en soins de leurs patients en situation de handicap.

Cet arbre s'appuie sur l'évaluation des troubles de l'anxiété et du niveau de coopération du patient à un instant T / au moment de la consultation, étant entendu que ce n'est jamais une évaluation définitive du patient.



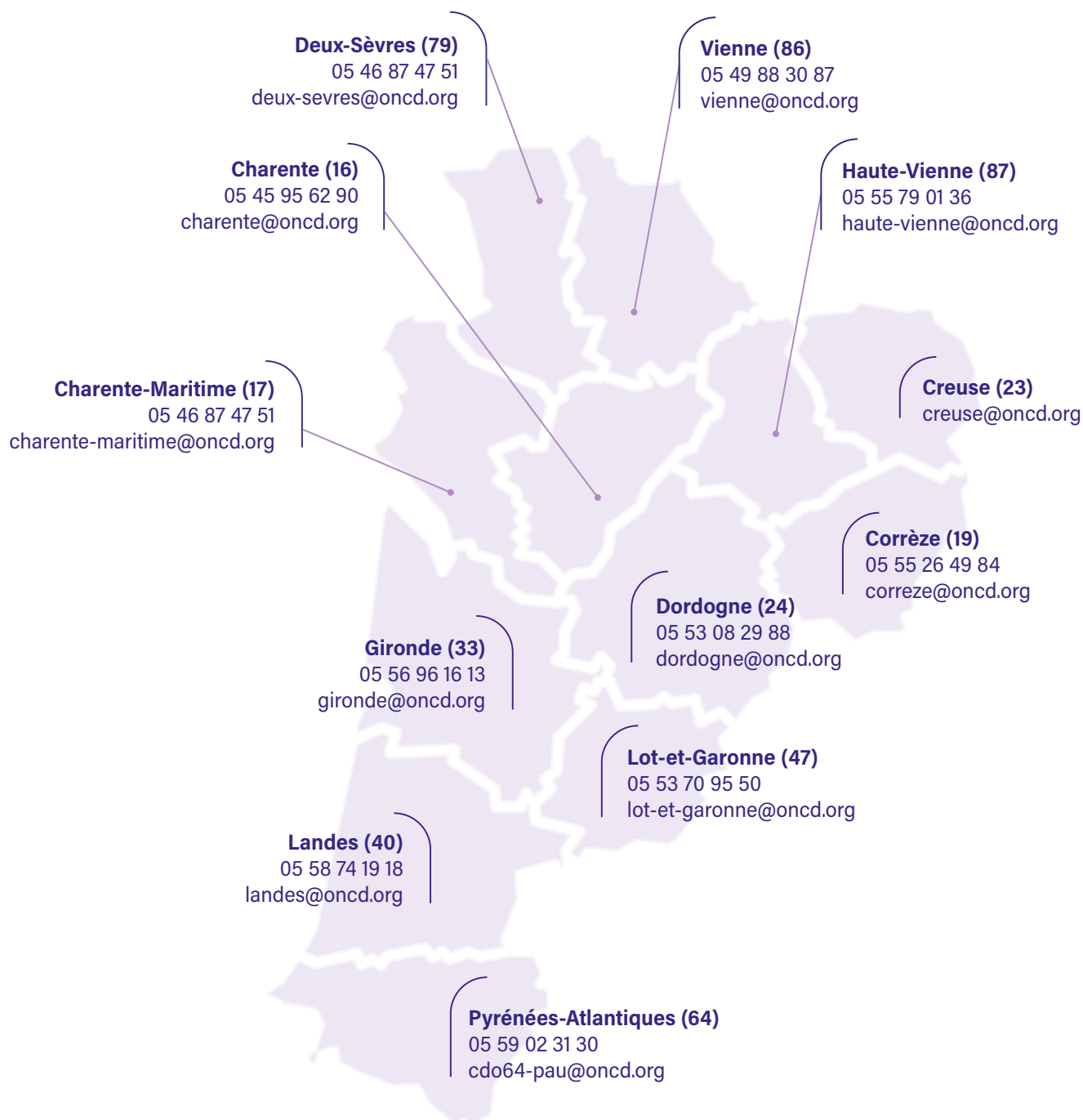
Rendez-vous sur

[www.handiconnect.fr](http://www.handiconnect.fr)



## Les contacts en département

Conseils départementaux de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes



Pensez à renseigner « Référent handicap départemental » dans l'objet de votre mail.



## L'URPS CHIRURGIENS-DENTISTES NOUVELLE-AQUITAINE

### QUI SOMMES-NOUS ?

Association loi 1901, représentant la profession dentaire dans le domaine de la santé publique, l'URPS CD NA contribue à l'organisation et à l'évolution de l'offre en santé bucco-dentaire au niveau régional. Elle est un interlocuteur privilégié de l'Agence régionale de santé.

L'URPS CD NA valorise les chirurgiens-dentistes dans les parcours de santé et accompagne l'évolution de leurs pratiques professionnelles.

Pour donner toute sa place au chirurgien-dentiste dans le système de santé, l'URPS CD NA mène ou participe à de nombreuses actions, à destination des institutionnels, des praticiens eux-mêmes, des futurs praticiens, des autres professionnels de santé ou encore du grand public.



## URPS Chirurgiens-dentistes Nouvelle-Aquitaine

Immeuble Le Fénelon  
1 allée Le Fénelon  
33370 TRESSES  
Tél : 05 33 09 36 39

**urps**  
CHIRURGIENS  
DENTISTES NOUVELLE  
AQUITAINE  
L'union par l'action

[urps-chirurgiensdentistes-na.fr](http://urps-chirurgiensdentistes-na.fr)

Suivez l'actualité de l'URPS Chirurgiens-dentistes sur

