LE SITE DES PÉDIATRES STRASBOURGEOIS APPARTENANT AU GPSR+

Questions concernant les dents chez les enfants

Chercher sur notre site

Consultez le sujet qui vous interresse

- accidents
- acquisitions
- adolescents
- alimentation
- allaitement
- allergies
- antibiotiques
- asthme
- dents
- dermatologie
- diabète
- environnement
- fièvre
- génétique
- grossesse
- infections
- insectes
- jumeaux
- mort subite
- nouveau né
- orl
- sport
- vaccins
- vision

Les 10 pédiatres formant le GPRS

- Dr ALT
- Dr BROCHARD
- Dr CHARTON
- Dr JERNITE
- Dr KHOURI
- Dr MENGUS
- Dr OURISSON
- Dr PFERSDORFF
- Dr PFLIEGER

- Conseils **d'hygiène pour les dents** des enfants avant 6 ans (quand le brossage? Comment? Quelles brosses? Qui fait?)
- Comment **numérote**-t-on les dents?
- Les caries chez les enfants qui **dorment avec leur biberon**
- Actualités sur la **supplémentation en fluor**
- **La supplémentation fluorée** revue et corrigée (février 2002)
- **Ordre d'apparition des dents** chez le nourrisson
- **La poussée dentaire** entraîne des troubles mineurs chez l'enfant

Conseils d'hygiène pour les dents des enfants (quand le brossage? Comment? Quelles brosses? Qui fait?)

• Quand débuter le brossage?
Dès l'éruption des premières dents ou même avant : un nettoyage simple de la bouche avec une compresse humide avant l'éruption des premières dents, permet d'éliminer les bactéries.

• Comment enseigner le brossage?
L'enfant apprend beaucoup par imitation : l'idéal est donc de lui proposer de se brosser les dents en famille, pour qu'il ait envie de « faire comme les grands » et de manière rituelle; de même qu'il apprend à se laver tous les jours, il apprendra qu'il faut se brosser les dents après les repas. Cela peut débuter comme un jeu, avant de devenir une habitude régulière : le parent brosse les dents de l'enfant et l'enfant brosse celles de son parent. Mais attention à chacun sa brosse à dents!

• Quand se brosser les dents?
Le brossage doit être effectué régulièrement, tous les soirs, chez le tout petit puis deux fois par jour à partir de deux ans (matin et soir) avant de passer à 3 fois pour les plus grands. Le brossage se fait après les repas et ne doit pas être suivi d'une prise alimentaire (solide ou liquide) ou médicamenteuse.

• Qui brosse?
Le brossage doit être réalisé par l'un des deux parents chez le tout-petit et progressivement, l'enfant va apprendre mais c'est aux parents de tenir le manche jusqu'à 7-8 ans.

• Avec quoi?
Prendre un matériel adapté : brosse à brins synthétiques et souples, avec une petite tête ne dépassant pas le diamètre d'une pièce de 10 cents
Du dentifrice? En général, pas de dentifrice ou bien une petite trace avant 2 ans avec un dentifrice faiblement concentré (250 ppm) puis un petit pois de dentifrice fluoré jeune enfant (400-600 ppm). A partir de 6 ans, le dentifrice recommandé contient 1000 à 1500 ppm.

• Comment brosser?
Il est nécessaire de s'installer confortablement: sur le matelas à langer, puis l'enfant debout ou assis, la tête de l'enfant bien en appui contre la personne qui brosse. Le parent fait ouvrir la bouche de l'enfant, brosse d'abord le bas, plus facile avec des mouvements de va et vient, la brosse à dents à cheval sur les arcades dentaires, en modifiant l'orientation de la brosse pour passer côté langue et côté joue. On recommande de réaliser une vingtaine de fois les mouvements avant de changer d'hémi-arcade et de passer à l'arcade supérieure. Le parent termine en demandant à l'enfant de serrer les incisives en faisant « i » de manière à effectuer un mouvement rotatif sur les dents de devant. L'enfant est invité à

Dr PROVOT

cracher l'excès de dentifrice dès qu'il sait le faire.

Les caries chez les enfants qui dorment avec leur biberon (avril 2000)

Toute atteinte du secteur incisif supérieur doit nous faire penser au syndrome du biberon. Ce tableau clinique, connu des odontologistes, est le reflet d'une alimentation au biberon prolongée, de jour comme de nuit, provoquant des polycaries au sein de la cavité buccale du jeune enfant.

S'endormir avec le biberon en bouche est une habitude néfaste, dont l'enfant aura beaucoup de mal à s'affranchir.

Les conséquences de cette habitude sont mauvaises, tant sur le plan général, psychologique, que sur le plan dentaire et maxillo-facial. Les techniques actuelles de soins permettent aux odontologistes d'y faire face.

MECANISME D'ACTION DE LA CARIE

Il est communément admis aujourd'hui que la carie dentaire est une maladie infectieuse et transmissible. Elle résulte de l'interaction de différents facteurs, dont les rôles vont être analysés ci-dessous. C'est la combinaison de l'ensemble de ces facteurs qui génère la lésion carieuse.

Dans le cadre des caries dues au biberon, le terrain d'action des bactéries est la cavité buccale du jeune enfant.

- De six à trente mois, phase d'établissement de la denture temporaire stricte (totalité des dents temporaires : 20 dents), la cavité buccale est en complet remaniement. L'émail des dents temporaires est histologiquement moins épais et beaucoup plus fragile que celui des dents permanentes. En outre, son immaturité dans la période post-éruptive accroît sa cario-susceptibilité; très poreux, la déminéralisation due aux attaques acides est beaucoup plus facile.

- De trente mois à six ans, les porosités diminuent grâce à une reminéralisation de surface (entretenue notamment par la salive), mais la fragilité de constitution demeure : - émail d'épaisseur réduite, - anomalies de structure d'émail fréquentes en denture temporaire, - anatomie particulière des dents temporaires (très fort bombé des molaires favorisant la rétention de plaque au collet), - surfaces dentaires réduites par rapport aux dents permanentes et rapidement détruites en cas de lésions carieuses.

L'enfant naît avec une cavité buccale stérile, qui va être contaminée lors de l'accouchement par la flore vaginale maternelle. Puis, avec l'alimentation, les différents ustensiles portés en bouche, une première flore s'installe, en l'absence de tout organe dentaire. Cette flore s'élabore et va se transformer progressivement à l'apparition des premières dents, par la création de nouvelles niches écologiques (le sillon gingivo-dentaire et les surfaces dentaires dures). C'est à cette période que les streptocoques Mutans vont s'installer, puis proliférer, conjointement à l'augmentation des surfaces dentaires. Or leur rôle étiologique est avéré dans la carie par leur capacité à métaboliser les glucides fermentescibles

Ainsi, les bactéries présentes dans la cavité buccale du jeune enfant sont analogues à celles d'un adulte et vont engendrer de la même manière des lésions carieuses.

Malgré la production d'acides libérés lors du métabolisme des sucres, I'éco-système buccal dispose d'un moyen de défense très efficace contre la carie : la salive. Grâce à son pouvoir tampon, le flux salivaire est capable de compenser l'acidité générée par l'acide lactique à l'interface plaque-émail.

CAS PARTICULIER : DORMIR AVEC LE BIBERON

Dans le cas des petits patients s'endormant avec leur biberon en bouche, il est aisé de comprendre que la situation ainsi créée rassemble l'ensemble des éléments générant les caries :

- le biberon contient souvent des hydrates de carbone fermentescibles (lait, lait sucré, coca, eau sucre, jus de fruits, sirop. . .) dont le métabolisme par le S. Mutans libère des taux élevés d'acide lactique,

- les enfants s'endormant avec le biberon en bouche, la diffusion des liquides va être lente mais continue, pendant plusieurs heures. L'acidité buccale ne sera absolument pas compense par le tampon salivaire incapable d'endiguer ce flux permanent,

- I'acidité buccale continue va conduire à l'élimination de certaines bactéries, favorisant au contraire la croissance des bactéries aciduriques type S. Mutans ou lactobacilles, ce qui entérine le phénomène carieux,

- toutes les sécrétions nocturnes sont diminuées pendant le sommeil. Les flux salivaires sont donc amoindris et beaucoup moins efficaces contre l'attaque acide.

En résumé, la prise de boissons sucrées au biberon pendant la nuit réunit tous les facteurs étiologiques de la carie et favorise l'apparition des lésions carieuses par une fréquence d'absorption très élevée, quasi permanente.

INCIDENCES CLINIQUES

L'incidence clinique de ces lésions est considérable. Elles ont été observées très précocement dans la littérature et, dès 1930, Beltrami parlait des "dents noires de tout-petits". Plus récemment, en 1962, Fass était le premier à décrire ces caries et à en spécifier la localisation, bien connue aujourd'hui; elles concernent :

- toutes les dents temporaires antérieures maxillaires,
- les premières molaires temporaires maxillaires et mandibulaires,
- les canines temporaires mandibulaires.

Les incisives mandibulaires temporaires sont presque toujours exemptes de caries, cela grâce à une position avancée de la langue lors du mouvement de succion, celle-ci vient au contact des lèvres en protégeant le rempart incisif dans le même temps. Les boissons se répandent alors sur toutes les dents, exceptées les incisives mandibulaires.

Ces caries sont localisées préférentiellement au tiers cervical des dents antérieures, engendrant un affaiblissement de cette zone. On parle de caries "rampantes "matérialisant exactement la lente coulée de liquide sur les surfaces dentaires, glissant sur les dents antérieures, stagnant au creux des molaires.

On observe des lésions en nappe, brunes, orangées dans les cas de caries très évolutives. Dans les cas de lésions à évolution plus lente, les colorations vont du brun foncé au noir (fg. 3).

Lorsque les enfants s'endorment avec un biberon en bouche (eau sucrée, boissons sucrées), ils rassemblent, au sein de leur cavité buccale, tous les éléments initiateurs de la lésion carieuse. De plus, cette pratique est généralement due à leur difficulté de s'endormir : elle va donc être renouvelée, soir après soir, pendant des mois, voire des années.

Les délabrements coronaires peuvent entraîner la perte totale de la couronne par fracture, laissant simplement émerger un moignon radiculaire. Les atteintes pulpaires sont variables, mais fréquentes, plus ou moins douloureuses. Les lésions carieuses au niveau des molaires reprennent les mêmes colorations.

L'âge d'apparition de ces lésions est variable. Il dépend bien évidemment de la cariogénicité des boissons, de leur fréquence d'ingestion, et des caractéristiques personnelles de l'enfant (flore buccale, flux et tampon salivaires, hygiène buccale, etc..). Les études portent en général sur les enfants âgés de 1 an à 5 ans environ, ce qui traduit la variabilité d'apparition des lésions. IL est toutefois important de noter leur précocité potentielle et leur rapidité d'installation afin de comprendre la nécessité de visites préventives dès le plus jeune âge (1 an). D'un point de vue général, les enfants présentant des caries du biberon ont tous une croissance altérée, ce qui conduit à un retard staturo-pondéral évident dû essentiellement à leur difficulté de s'alimenter.

Associée aux caries, la prise de boissons au biberon durant le sommeil induit des déformations posturales et des habitudes néfastes conséquentes. Elles sont essentiellement dues à la présence prolongée de la tétine en bouche et aux mouvements de succion associés. En effet, l'interposition de la tétine va induire à terme une déformation des procès alvéolaires entraînant une béance antérieure, c'est-à-dire un espace libre antérieur entre incisives maxillaires et mandibulaires alors que les dents postérieures sont en occlusion. Cette situation est entretenue par une posture de la langue au repos, basse, qui s'interpose entre les arcades dentaires et induit à terme une promandibulie fonctionnelle, c'est-à-dire une croissance du massif facial vers le bas.

PSYCHOLOGIQUE

IL était intéressant de comprendre le profil psychologique de ces enfants, d'observer leur contexte socio-économique, culturel, la nature de leur relation parentale. De nombreuses études récentes ont été menées dans ce sens aux Etats-Unis et en Finlande, mais il

est difficile de systématiser.

Néanmoins, il est entendu que ces enfants ont généralement un caractère fort, sont agités, tatillons, et quelque peu maniaques. Ils présentent fréquemment des troubles importants d'endormissement, des coliques, des manifestations allergiques et des troubles du comportement. Le contexte socio-économique n'a pas d'incidence.

Associés aux lésions carieuses, on constate également des retards de croissance et des habitudes posturales déformantes de la mandibule.

L'initialisation du biberon au coucher est souvent due aux pleurs de l'enfant à cet instant : les parents donnent le biberon au lit afin de le calmer et il s'endort rapidement. Très vite, l'enfant réalise que ses pleurs seront calmés par le biberon et intogre l'idée qu'il ne pourra s'endormir sans le biberon. S'il se réveille au cours de la nuit, il le réclamera pour se rendormir parce qu'il aura besoin de réunir les conditions précédentes de son endormissement.

Ce cercle vicieux est également entretenu par la culpabilité des parents qui n'ont pas su apaiser leur enfant au moment du coucher, ou qui n'ont pas pu être présents à ce moment-là.

Il est intéressant de noter que ces études montrent toute l'importance de la relation parents-enfant dans la genèse des caries du biberon, indépendamment des caractéristiques comportementales pures de l'enfant, ou de ses paramètres carieux. Les parents sont à l'origine de la prise du biberon, dans le but évident de compenser "quelque chose" qu'ils n'ont pas su donner, et le sevrage n'en est que plus difficile, car cela revient à retirer ce que l'on a donné.

TRAITEMENTS ET PREVENTION

Dans le cadre de pathologies carieuses installées, I'enfant pourra être pris en charge sur le plan bucco-dentaire par un pédodontiste. L'ampleur des délabrements nécessite en général plusieurs séances de soins, réalisés sous anesthésie locale, requérant une grande coopération de la part de l'enfant (s'il est en âge de l'accepter) et surtout des parents. Le sevrage doit être envisagé dès la première séance. La première consultation permet d'expliquer le déroulement des soins après avoir réalisé un bilan clinique et radiologique. Elle sert également à établir un planning rigoureux de manière à ne pas démotiver le tandem parents-enfant par de trop nombreuses séances.

Les données actuelles de la science permettent aujourd'hui de soigner les dents temporaires avec différents matériaux (esthétiques ou non), de reconstituer les dents avec des couronnes préformées en métal ou en résine, et surtout d'élaborer des prothèses dentaires de remplacement en cas d'extractions, afin de redonner par le biais d'un sourire une phonation et une mastication convenables. La mise en place d'un dispositif préventif concernant les dents permanentes à venir pourra être envisagée avec les parents ultérieurement si leur motivation est suffisante.

L'action la plus évidente du pédiatre, associée à celle du pédodontiste (ou du chirurgien-dentiste traitant), sera préventive.

Le pédiatre devra être en mesure de prescrire des fluorures de la naissance à 6 ans au moins, et d'orienter les patients à risque vers une consultation dentaire précoce. Il est essentiel de pouvoir conseiller les parents sur le plan alimentaire, et de leur faire connaître les risques inhérents aux boissons sucrées prises au biberon (y compris le lait). Si l'enfant s'alimente au biberon jusqu'à un âge avancé, et surtout s'il s'endort avec, il faut avertir les parents des troubles de croissance maxillo-faciaux éventuels.

Le pédiatre pourra également recommander un brossage régulier des dents dès leur apparition en bouche, à l'aide d'une compresse, d'un coton-tige ou d'une brosse à dents premier âge.

CONCLUSION

Le pédiatre et l'odontologiste ont un rôle de prévention majeur. Ils sont les interlocuteurs privilégiés de la famille dès le plus jeune âge de l'enfant.

Par des visites régulières, ils peuvent suivre le développement de l'enfant et conseiller efficacement les parents, à la fois dans un domaine nutritionnel et psychologique.

Prévenir l'angoisse de l'enfant, manifestée entre autres par les troubles de l'endormissement, c'est agir pour favoriser un développement harmonieux à tous les niveaux.

L'apparition de caries délabrantes dès le plus jeune âge ne permet pas à l'enfant de s'épanouir, car ces lésions brunes signent

extérieurement sa différence et peuvent accroître ses angoisses d'insertion.

Sevrer l'enfant est un acte tout aussi important que de lui accorder sa liberté, sa liberté de grandir. Il est donc essentiel de conseiller efficacement les parents à ce sujet, afin de supprimer le ou les facteurs responsables des lésions carieuses.

Conjointement, inciter à consulter un odontologiste précocement pour un suivi régulier, c'est apprendre à l'enfant à connaître le cabinet dentaire, sans appréhension, sans angoisse : c'est gérer l'avenir.

Actualités sur la supplémentation en fluor

Depuis quelque temps une rumeur circule en France mettant en doute l'intérêt de la prescription de fluor pour la prévention de la carie en raison du risque élevé de toxicité qu'elle ferait courir aux enfants. Certains médecins ont abandonné sa prescription; d'autres la retardent ou en limitent la durée. L'origine de cette rumeur semble être un article publié dans la revue "Prescrire" exagérant à l'excès les risques de fluorose dentaire à partir de cas observés en Amérique du Nord, tout particulièrement au Canada (1). Il est curieux que l'anathème soit jeté sur le fluor en France alors même qu'en Amérique du Nord, ces cas de fluorose ont simplement conduit à rappeler les règles de la prescription, dont la règle essentielle qui est de tenir compte des différentes sources d'apport (2). Le risque de surconsommation de fluor est en effet particulièrement élevé au Canada et aux Etats-Unis du fait de la fluoration largement répandue de l'eau de distribution. Ceci représente pour les enfants Nord américains une source élevée de fluor, non seulement à partir de l'eau courante (I'eau du robinet), mais aussi à partir d'un très grand nombre de boissons (divers sodas) dont la fabrication utilise l'eau de distribution fluorée.

La situation est très différente dans la plus grande partie du territoire français où le contenu en fluor de l'eau de distribution est habituellement très faible.

QUI SOUHAITE LE RETOUR MASSIF DES CARIES ET DE LEURS COMPLICATIONS ?

Il est évident que si nous devions abandonner la pratique de la prévention de la carie dentaire par le fluor, nous reviendrions rapidement à la situation que nous avons connu jusqu'au début des années 80 quand l'état dentaire des enfants français était parmi les plus mauvais d'Europe, la France ayant beaucoup tardé à mettre en place une politique de prévention par le fluor. Illustrant bien le rôle important du fluor dans la prévention de la carie, une étude anglaise récente comparant une population d'enfants bénéficiant d'une prévention par le fluor, et une autre n'en bénéficiant pas, montre un taux de caries à 5 ans de 44% supérieur chez les enfants sans prévention par rapport à ceux qui en ont bénéficié (3). Compte-tenu du doute qui a envahi certains médecins dans leur pratique de prévention de la carie dentaire par le fluor, il nous parait important de préciser un certain nombre d'éléments, certains classiques, d'autres plus récents tel que le résultat des études épidémiologiques sur l'état dentaire des enfants français au cours des dernières années.

RAPPEL DES BASES PHYSIOPATHOLOGIQUES DE LA PREVENTION DE LA CARIE DENTAIRE PAR LE FLUOR

Les principaux facteurs physiopathologiques de la carie dentaire sont :

1- la plaque dentaire, environnement microbien adhérent à la dent que le brossage n'écarte que quelques heures,

2 - I'attaque acide de l'émail dentaire par le produit du métabolisme des sucres par les bactéries de cette plaque dentaire,

3- la fragilisation par la plaque dentaire de la partie superficielle de l'émail dont on sait qu'elle est réversible si une reconstruction intervient rapidement (une sorte de col matage),

4- la grande sensibilité à l'attaque acide de l'hydroxyapatite de l'émail dentaire dont le creusement se poursuit jusqu'à la destruction de la dent si l'érosion superficielle n'est pas maîtrisée (4).

L'hygiène bucco-dentaire à travers le brossage régulier et la limitation d'apport des sucres, tout particulièrement entre les repas, constituent des mesures utiles qu'il faut bien entendu rappeler aux parents, mais leur efficacité est limitée. Le grignotage de produits sucrés, I'accès aux boissons sucrées, font notamment partie des habitudes d'un grand nombre d'enfants français dès le plus jeune

âge. Il faut donc trouver d'autres modalités de prévention de la carie. Le fluor est à ce titre un agent de prévention remarquable. Rappelons que la découverte de son effet préventif au début du 20ème siècle, est venue de la constatation d'un taux extrêmement faible de caries dans certaines régions des Etats-Unis. L'explication en fut apportée par l'analyse de l'eau de consommation courante montrant la présence d'un taux élevé de fluor dans ces régions.

L'efficacité préventive du fluor vient de ce q u'il agit sur les principales composantes physiopathologique de la carie (5) :

1- son ingestion le conduit par voie systémique à s'incorporer à l'hydroxyapatite de l'émail dentaire pour former un composant plus dur et plus résistant aux attaques acides, le fluor hydroxyapatite,

2- lorsqu'il est présent dans la cavité buccale il exerce un effet topique en protégeant l'émail dentaire selon deux processus : il favorise le colmatage de la phase initiale réversible de la carie; il exerce un effet inhibiteur sur la plaque dentaire dont il limite le développement et la production d'acides.

RESULTAT DES ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES FRANÇAISES

Plusieurs études épidémiologiques ont évalué l'évolution de I'indice carieux des enfants français au cours des quinze dernières années (6). Depuis la mise en place des campagnes d'incitation à l'utilisation du fluor, une amélioration très importante a été enregistrée permettant à la France de se trouver désormais dans la moyenne des états européens. Toutefois nous sommes encore loin des résultats enregistrés dans de nombreux pays d'Europe (Suisse, Pays Scandinaves, Pays-Bas, Angleterre) ou aux Etats-Unis.

Ces études se sont également intéressées aux problèmes de la fluorose dentaire : aucun cas de fluorose grave n'a été rapporté. Seuls des cas généralement difficilement identifiables par le non-spécialistee (fluoroses très légères : 1%, ou légères : 0,5%) ont été notés, n'ayant aucune incidence sur le plan esthétique ou fonctionnel.

RAPPEL DES SOURCES DE FLUOR

En dehors de la prescription médicamenteuse, indispensable chez le nourrisson, (les eaux minérales fluorées ne devant pas être utilisées pour la préparation des biberons), les principales sources de fluor sont le dentifrice fluoré, le sel fluoré, et l'eau naturellement fluorée puisqu'en France la loi n'autorise pas la fluoration de l'eau courante.

Seuls les dentifrices faiblement dosés en fluor doivent être utilisés chez l'enfant. Ils exercent principalement un effet topique, mais il se double d'un effet systémique chez le jeune enfant (jusque vers l'âge de 4 à 5 ans) qui avale une partie du dentifrice. A ce propos il convient de rappeler aux parents qu'il est inutile de recouvrir de dentifrice la totalité de la brosse à dents et que la valeur d'un petit pois est suffisante pour assurer une bonne qualité de nettoyage et de fluoration topique.

Le sel fluoré répond à des normes strictes de fluoration sur la base de 250 mg de fluor par kg de sel. Sachant que l'enfant ne consomme habituellement pas plus d'1 g de sel par jour sous la forme du sel servant à la préparation des plats cuisinés (1 à 3 g par jour chez l'adulte), I'apport du fluor sous forme de sel fluoré n'excède donc pas 0,25mg (soit au maximum l'équivalent d'un comprimé des préparations pharmaceutiques de fluor).

Ce sont les eaux de boissons à forte teneur en fluor qui exposent le plus au surdosage. La teneur en fluor de I'eau courante n'est toutefois naturellement élevée (20,7 mg/l) que dans une faible partie des régions françaises (région de Bordeaux, Aisne, principalement). Par contre un certain nombre d'eaux minérales contiennent de fortes quantités de fluor (plusieurs mg/l pour certaines d'entre elles). En pratique il convient de proscrire l'utilisation des eaux minérales contenant plus de 0,7 mg/l de fluor pour la préparation des biberons.

LA PRESCRIPTION DE FLUOR

Les règles de prescription de fluor telles qu'elles avaient été établies au début des années 80 restent valables (7). Nous en rappelons simplement les aspects essentiels :

- La minéralisation des dents de la première dentition débutant avant même la naissance, la prescription de fluor doit être faite dès le premier mois, selon le même principe que la prescription précoce de Vitamine D pour la prévention du rachitisme.

- Les posologies prescrites doivent tenir compte d'une part de l'évolution du poids de l'enfant, d'autre part des autres sources possibles de fluor utilisées dans la famille.

- Pour les deux premières années la posologie recommandée est de 0,25 mg/j. L'introduction du sel fluoré, représentant un apport de fluor relativement faible chez le très jeune enfant, n'impose pas de modifier cette posologie. Par contre la prescription devra être interrompue s'il existe une notion d'utilisation quotidienne d'eau de boisson à teneur élevée en fluor (20,7 mg/l).

- Chez l'enfant plus grand n'ayant pas d'autres sources de fluor que le dentifrice fluoré, la prescription doit être maintenue jusqu'à la fin de la période d'éruption des dents de la deuxième dentition (1 6 ans environ). Deux périodes sont particulièrement critiques pour le développement de caries : 6 à 7 ans et 14-15 ans. La prescription recommandée adaptée à l'âge (et donc au poids), est de : 0,5 mg de 2 à 4 ans, 0,75 mg de 4 à 6 ans, 1 mg par la suite.

Cette posologie est à moduler en fonction de l'utilisation familiale de sel fluoré (diminuer la prescription de 0,25 mg/j) ou surtout d'eau fluorée : pas de prescription médicamenteuse en cas d'utilisation d'eau fluorée.

CONCLUSION

Le fluor est un médicament. Il n'échappe donc pas à la règle d'une adaptation individuelle de sa prescription. Comme tout médicament il expose à un risque de surdosage s'il est donné en quantité excessive. A partir du moment où sa prescription est individualisée, évitant ainsi les cumuls d'apports, il n'y a pas à craindre la survenue de fluorose dentaire, et encore moins de fluorose osseuse (observée pour des absorptions prolongées de plus de 8 mg de fluor par jour).

Le bénéfice du fluor est incontestable et considérable pour la santé, non seulement des enfants, mais aussi des futurs adultes qu'ils seront. Il ne faut pas oublier en effet qu'en abandonnant la prévention par le fluor, nous exposerions à nouveau les enfants dont nous avons la responsabilité, aux caries multiples, aux bouches édentées, aux complications des infections dentaires à la fois infectieuses et orthodontiques. En conséquence loin d'interrompre la prescription du fluor, il faut persévérer et en faire profiter la totalité des enfants et des adolescents l'objectif étant que leurs indices carieux parviennent au niveau de ceux des pays les plus performants en Europe et en Amérique du Nord.

BIBLIOGRAPHIE

1 - Mignot G. La supplémentation systématique en Fluor chez l'enfant doit être remise en question. Prescrire.1996; 16 : 381-387.

2 - Société Canadienne de Pédiatrie. Utilisation du fluor chez les nourrissons et les enfants. Pediatr. Child. Heaith.1996; 1 : 135-8.

3 - Jones C.M., Taylor G.O., Whittle J.G., Evans D., Trotter D.P. Water fluoridation tooth decay in 5 years old and social deprivation measured by the Jarman score : analysis of data from British dental surveys. Br. Med. J. 1997; 315 : 514-7.

4 - Farge P. Données récentes sur l'étiopathogénie de la carie. Arch. Pédiatr.1998; 5 : 1127- 30.

5 - Triller M. Le fluor, agent préventif de la maladie carieuse : mécanisme, sources, risques. Arch. Pédiatr. 1 998 ; 5 : 1131 -6.

6 - Obry-Musset A.M. Epidémiologie de la carie dentaire chez l'enfant. Arch. Pédiatr.1998; 5 : 1137-40.

7 - Gouvernaire A. Modalités de prescription fluorée dans la prévention de la carie. Arch. Pédiatr. 1998; 5 : 1141 -4.

Pr. Louis David - Département de Pédiatrie - Hôpital Edouard Herriot - Lyon- mai 99

La supplémentation fluorée revue et corrigée

Depuis 1970, la carie dentaire a été réduite grâce aux fluorures. Cependant, la multiplication des sources potentielles de fluor peut conduire à une fluorose dentaire (aspect tacheté de l'émail dentaire s'accompagnant d'une fragilité de l'émail dans les formes sévères). Les nouvelles recommandations du bon usage du fluor par l'AFSSaPS sont les suivantes :

- la supplémentation en fluor pendant la grossesse n'apporte aucun bénéfice pour la dentition de l'enfant,

- la supplémentation fluorée est recommandée sous forme de médicament de la naissance à deux ans mais l'eau des biberons doit être dépourvue de fluor,

- de deux à six ans, l'apport optimal étant de 0,05 mg de fluor/kg/j, il faut tenir compte de l'ensemble des apports fluorés (eau, sel, dentifrices) avant toute prescription, l'ensemble des apports ne devant pas dépasser 1 mg/j,

- de sept à douze ans, la supplémentation fluorée par l'eau et le sel fluoré ainsi que par des dentifrices contenant 100 à 150 mg de fluor est suffisante.

Les dents temporaires de mon bébé : dans quel ordre et quand ?

L'ordre d'apparition des premières dents de votre bébé n'est pas une règle : il peut arriver que les premières molaires de lait sortent avant les incisives.

Il peut aussi arriver que les premières dents apparaissent dès l'âge de 2 ou 3 mois, mais c'est rare. Beaucoup plus rarement, un bébé peut naître avec une ou deux dents, mais c'est très exceptionnel et on retrouve alors des actes familiaux.

Enfin ne pas confondre "poussée dentaire" et " éruption dentaire". La première se traduit par une petite "avancée" de la dent dans la gencive, qui peut alors donner de la fièvre et une hypersalivation. La deuxième se traduit par l'apparition de la dent hors de la gencive (on l'entend avec le bruit de la cuiller plus qu'on ne la voit au début).

Dans tous les cas, une supplémentation en fluor (que j'aurai prescrit à votre bébé dès la naissance) aura un effet bénéfique sur la prévention des caries dentaires. Il faut le donner jusqu'à l'apparition complète de la dentition définitive.

La poussée dentaire entraîne des troubles mineurs chez l'enfant

Des médecins australiens ont lancé une enquête auprès de 500 professionnels de santé locaux (pharmaciens, infirmières spécialisées, généralistes, dentistes et pédiatres) afin de tenter de répondre définitivement à l'antique question « La poussée dentaire cause-t-elle oui ou non des symptômes chez les tout-petits ? ». Et leur réponse est claire : oui, la dentition entraîne des troubles chez l'enfant, mais ils demeurent mineurs. Le savoir peut cependant éviter un retard diagnostique sur une affection plus grave.

En moyenne, les pédiatres y associent 2,8 symptômes et les infirmières 9,8. Une hyperthermie (> 38°C) existe pour 32 des 73 pharmaciens, et seulement 2 des pédiatres. En ce qui concerne les infections (rhume et otites), 9 pédiatres sur les 88 y voient une cause dentaire, contre 30 à 50% des autres professionnels. Les symptômes le plus souvent rapportés sont l'irritabilité, la bave, mordiller des objets, des troubles du sommeil, une inflammation des gencives et un érythème des joues. Eczéma, coliques, constipation et troubles alimentaires sont plus rarement rapportés. Enfin, l'inquiétude des parents serait égale ou dépasserait celle des enfants. Tous s'accordent également pour recommander du paracétamol et un gel à usage local.

***GPSR : Groupement des Pédiatres Strasbourgeois exerçant la Réanimation**
Unité de Néo-Natalogie - Clinique Sainte Anne

XiTi GRATUIT