

48^{èmes} Journées Internationales de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique

PROGRAMME



23 & 24 mars 2018 | Brest
Faculté d'Odontologie
congresSFOPBrest2018.org



SOUS LE PATRONAGE DE

Monsieur François Cuillandre, Maire de la ville de BREST

Monsieur Matthieu Gallou, Président de l'Université de Bretagne Occidentale

Monsieur le Professeur Reza Arbab Chirani, Doyen de la Faculté d'Odontologie.

COMITÉ D'ORGANISATION :

Hervé FORAY
Frédérique d'ARBONNEAU
Florence SAND

REMERCIEMENTS À :

Charlotte Gouedard
Caroline Darbin
Gwenola Ferrec

Cécile Faure
Marie Claire Maurice
Magali Sannier

AUX ÉTUDIANTS :

Marine Guyonnet
Morgane Frère
Cécile Parat
Elise Trelu
Louis Lietard
Quentin Marc

**NOUS REMERCIONS LES MEMBRES DU JURY
DU PRIX CONFÉRENCIER COLGATE
POUR LA MEILLEURE COMMUNICATION**

BIENVENUE

Que d'honneur pour la faculté d'Odontologie de Brest et pour le département d'Odontologie Pédiatrique que d'organiser les 48^{èmes} Journées de la SFOP sur ces terres bretonnes !

Nous vous remercions pour votre présence, pour vos communications qui permettent un moment de partage des connaissances et de l'expérience au bénéfice de l'enfant. La diversité des thèmes abordés dans les séances démontre bien que l'Odontologie Pédiatrique est une discipline d'une grande richesse mais aussi d'une certaine complexité qui laisse l'espoir d'obtenir la reconnaissance bien méritée d'un exercice spécialisé.

Que ces journées soient un moment d'échanges « pédodontiques » et amicaux sous le soleil de mars ou dans le fameux climat tonique brestois...

Soyez les bienvenus, et si vous en avez encore le temps, n'hésitez pas à profiter de notre belle région.

Digemer mad !

VENDREDI 23 MARS

8h30 - 9h15	9h15 - 9h30	9h30 - 10h30	10h30 - 11h	11h - 12h15
Accueil Hall de la faculté	Séance d'ouverture Amphi 1	L'enfant en danger. Quand la justice et la médecine se rencontrent Amphi 1	Pause Visite des stands	L'enfant en danger, suite Amphi 1 Apprendre à mieux aborder les patients difficiles... Amphi 2
12h15 - 13h AG SFOP Amphi 1				
12h30 - 14h BUFFET				
14h - 15h30	15h30 - 16h	16h - 17h30	17h30-18h45	
Symposium COLGATE MIH, où en sommes-nous ?	Pause Visite des stands	Odontologie pédiatrique exclusive Amphi 1 Autour de la génétique Amphi 2	Temps libre	
19h15 Rendez-vous au départ du téléphérique 19h30 – 01h Dîner des Présidents				

SAMEDI 24 MARS

9h - 10h30	10h30 - 11h	11h – 12h30
Prévention et Bien-être de l'enfant Amphi 1	Pause Visite des stands	Chirurgie et pathologie Amphi 1
Hypominéralisations et thérapeutique Amphi 2		Education thérapeutique Amphi 2
12h30-13h Pause Lunch Box		
13h – 14h30	14h30	
Pulpe et racines Amphi1	Clôture- Lauréat Prix Colgate	
Quand la relation est différente... Amphi2		

Le comité d'organisation remercie très sincèrement les partenaires, les laboratoires et les sociétés qui par leur présence et leur soutien, contribuent à l'organisation de nos journées.

Colgate®

VOTRE PARTENAIRE
EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



DENTAL HI TEC



PROGRAMME

OUVERTURE DU CONGRÈS

Vendredi 23 MARS
Amphithéâtre 1 - 9h15 - 9h30

SÉANCE INAUGURALE

Vendredi 23 MARS
Amphithéâtre 1 - 9h30 - 10h30

« L'enfant en danger.
Quand la justice et la médecine se rencontrent. »

Madame G THOUROUDE, Substitut du Procureur
en charge des mineurs au Tribunal de Brest
Madame le Docteur E. MARTIN-OZANNE, Médecin légiste, Brest

MATINÉE DU VENDREDI 23 MARS

L'enfant en danger, suite
Session 1/ Amphithéâtre 1 - 11h00 - 12h15
Président de séance : Dr J. NANCY

1. De la négligence à la maltraitance infantile, le rôle du chirurgien-dentiste : enquête auprès des praticiens de Champagne-Ardenne. BARDON J, MOUSSA-BADRAN S, JACQUELIN L.F- Reims
2. Maltraitance Infantile et Odontologie Pédiatrique. TRAN H, CAPITAINE AG, KVERNELAND B- Paris
3. Etat bucco-dentaire des enfants malnutris âgés de 0 à 5 ans en Côte d'Ivoire. N'CHO-OKA A E, N'CHO K J C, BAKAYOKO-LY R- Abidjan. Côte d'Ivoire
4. Impact de la maladie carieuse précoce sévère sur le comportement et l'efficacité masticatoire des enfants d'âge préscolaire. LINAS N, PEYRON MA, HENNEQUIN M, NICOLAS E, COLLADO V- Clermont-Ferrand
5. L'impact de la carie de la petite enfance sévère sur la qualité de vie des enfants en âge préscolaire dans les écoles maternelles de Casablanca. OUMENSOUR K, MTALSI M, CHLYAH M, CHOUKIR M, AGOUJJIM S, AL JALIL Z, EL ARABI S- Casablanca. Maroc

Apprendre à mieux aborder les patients difficiles et leurs parents : Et si on demandait l'avis du psy ?

Session 2/ Amphithéâtre n°2 - 11h à 12h15
Président de séance : Dr S. DAJEAN-TRUTAUD

ROSENBERG D, Odontologue Pédiatrique exclusif, Paris
ROSENBERG P, Psychiatre psychanalyste, Praticien Hospitalier, Paris

APRÈS-MIDI DU VENDREDI 23 MARS

SYMPOSIUM COLGATE
AMPHITHÉÂTRE 1-14H00 - 15H30

MIH : où en sommes-nous ?
Dr F. d'ARBONNEAU, Brest et Dr C. DELFOSSE, Lille
Président de séance : Dr P. ROUAS

La spécialité d'Odontologie Pédiatrique :
Comment ? Pourquoi ? Pour qui ?

Session 3 / Amphithéâtre 1 - 16h00 - 17h30
Président de séance : Pr M. MULLER

1. L'activité pédiatrique des chirurgiens-dentistes généralistes en France. DOMINICI G, MULLER-BOLLA M- Montpellier. Nice
2. Prise en charge bucco-dentaire des enfants et des adolescents en omnipratique. GARCIA A, MULLER-BOLLA M - Montpellier. Nice
3. Activité des chirurgiens-dentistes pédiatriques libéraux en France. DOMINICI G, MULLER-BOLLA M- Montpellier. Nice
4. Demandes des patients/parents consultant les départements d'odontologie pédiatrique hospitalo-universitaires. FOCKKING M, MULLER-BOLLA M- Nice
5. Ce choix ! VANDERZWALM-GOUVERNAIRE A, CRINELLI P- Neuilly sur Seine, Annecy
6. Comment passer à la spécialité ? Comment reconnaître les praticiens spécialistes ? SIXOU JL- Rennes
7. Table ronde.

Autour de la génétique

Session 4/ Amphithéâtre 2 - 16h - 17h30
Président de séance : Dr M. de la DURE MOLLA

1. Suivi bucco-dentaire à long terme de patients atteints d'hypophosphatasie. SADONES P, WAGNER D, BLOCH-ZUPAN A, MANIERE MC-Strasbourg
2. Syndrome de Gardner. Deux observations pédiatriques. KVERNELAND, MICHEL B, VI-FANE B, TRAN H, PAVLOV I, REIBEL A, CAPITAINE AG, PICARD A- Paris Hôpital Necker, Paris
3. Prise en charge buccodentaire d'un enfant atteint du syndrome de Marfan. OUMENSOUR K, OMARI FZ, ARABI S, BOUSFIHA B- Casablanca
4. Prise en charge d'une oligodontie liée à une dysplasie ectodermique hypodontique chez un enfant de 22 mois. LIM A, SOUBIE H, MARIE-COUSIN A, SIXOU JL- Rennes
5. Prise en charge bucco-dentaire de certaines maladies génétiques : cas cliniques. BEN BRAHIM M, REKIK Y, BAAZIZ A, PR GHEDIRA H, MAATOUK F, JEMMALI B-Tunis
6. Défauts Primaires d'Eruption : enquête auprès des spécialistes en ODF en région Grand Est et Bourgogne Franche-Comté. STRUB M, WAGNER D, E KRAMER E, SADONES P, BLOCH-ZUPAN A, CLAUSSE F, MANIERE MC- Strasbourg

MATINÉE DU SAMEDI 24 MARS

Prévention et bien-être chez l'enfant
Session 5/ Amphithéâtre 1 - 9h00 - 10h30
Président de séance : Pr SIXOU

1. Evaluation des pratiques des connaissances des orthodontistes en matière de prévention en cariology chez l'enfant et l'adolescent porteur d'un appareil orthodontique. RAHMAOUI M, MTALSI M, HAMZA M, DERHMAIN K, ELARABI S- Casablanca
2. Rôle de la réhabilitation occluso prothétique dans la santé et le bien-être général de l'enfant. N'CHO-OKA A E, N'CHO KO J C, BAKAYOKO LY R- Côte d'Ivoire
3. Bruxisme du sommeil chez l'enfant : mise au point. CAMOIN A, TARDIEU C, BLANCHET I, ORTHLIEB J.D- Marseille
4. Utilisation de l'acupuncture en odontologie pédiatrique : revue de littérature et retour d'expérience. MARTY-SCHOULLER S, MARTY M, VAYSSE F, BROUTIN A-Toulouse

- Des dentifrices nuisibles... fake news ? BOULE-MONTPEZAT C, DURET M, GAROT E, AUSSEL A, DELBOS Y- Bordeaux
- Interception précoce d'une malocclusion de classe III. BONNET A.L, LAUTROU A, DAVIT BEAL T- Paris

Hypominéralisations et thérapeutique

Session 6/ Amphithéâtre 2 - 9h00 - 10h30
Président de séance : Dr E. MOULIS

- A propos d'un cas d'odontodysplasie régionale. BLANCHET I, PICARD T, TARDIEU C- Marseille
- L'hypominéralisation des deuxième molaires temporaires. SINSAU M, TAVENNEC L, MARIE-COUSIN A, SIXOU JL- Rennes
- MIH et odontologistes pédiatriques. DAREAU R, JEGAT N- Eragny
- Collage sur les dents atteintes de MIH, état de la littérature. LAGARDE M, VENNAT E, ATTAL J.P, DURSUN E- Paris
- Couronnes pédiatriques en zircone : de la restauration unitaire à la réhabilitation complète chez l'enfant présentant une anomalie de structure. LOPEZ-CAZAUX S, BARON C, ALTHUIZIUS M, DAJEAN-TRUTAUD S- Nantes
- Apport de la CFAO dans la restauration des premières molaires permanentes hypoplasées. GELLE MP, SIU-PAREDES F- Reims

Chirurgie et Pathologie

Session 7/ Amphithéâtre 1 - 11h00 - 12h30
Président de séance : Pr J.J MORRIER

- La chirurgie de la canine maxillaire incluse. Proposition d'un arbre de décision chirurgicale. DERSOT JM- Paris
- Prise en charge chirurgicale lors de rétenion post traumatique d'incisive centrale supérieure permanente : à propos de deux cas cliniques. TAVENNEC L, SINSAU M, SIXOU JL- Rennes
- Prise en charge chirurgicale d'un kyste mucoïde labial. SOUBIE H, LIM A, SIXOU JL- Rennes
- Nécrose de l'os alvéolaire maxillaire, complication d'un purpura fulminans. À propos d'un cas clinique. DARBIN-LUXCEY C, FORAY H, DE VRIES P, D'ARBONNEAU F- Brest
- Le laser faible énergie dans le traitement des mucites orales chimio-et/ou radio-induites chez l'enfant : étude de faisabilité. NOIRRI-ESCLASSAN E, VALERA MC, VIGNES E, MUNZER C, PASQUET M- Toulouse
- Les obstacles d'éruptions des dents permanentes. REKIK Y, BEN DAYA M, BEN BRAHIM M, GHEDIRA H, MAATOUK F- Monastir. Tunisie

Education thérapeutique

Session 8/ Amphithéâtre n°2 - 11h00 - 12h30
Président de séance : Dr D. DROZ

- Caries des dents temporaires : étude des informations disponibles pour les parents sur internet. YACOUB L, MARCEL A, BONNET A-L, DAVIT-BEAL T- Paris
- Dr YouTube : évaluation des vidéos concernant le brossage des dents. JACQ R, BERAT P, VITAL S- Paris
- Visual Thinking Strategy ou une stratégie de réflexion. VITAL S- Paris V
- « Drôle de dents », une nouvelle application mobile pour les enfants porteurs de maladies rares orales et dentaires. MANIERE MC, LAGADEC A, JUNG S, SADONES P, STRUB M, OBRY F, CLAUSS F- Strasbourg
- Protocole de réalité virtuelle pour la prise en charge du patient

anxieux : applications cliniques et résultats d'une étude pilote menée à l'Unité Fonctionnelle d'Odontologie Pédiatrique de Strasbourg. CLAUSS F, BERTAGNOLIO L, JUNG S, STRUB M, SADONES P, CHAUVIN C, MANIERE M.C- Strasbourg

6. EDUCADENFANT : un premier programme d'Education Thérapeutique du Patient en odontologie autorisé en 2017. MARQUILLIER T, TRENTESAUX T, BOURGOIN M, DELFOSSE C- Lille.

APRÈS-MIDI DU SAMEDI 24 MARS

Quand la relation est différente...

Session 9 / Amphithéâtre 1 - 13h00 - 14h30
Président de séance : Pr T. DAVIT-BEAL

- Physiquement, je suis là. Mentalement, je suis loin. De l'hypnose dans un exercice de parodontie et de chirurgie buccale. DERSOT JM- Paris
- Etude observationnelle de l'impact des stratégies psycho-comportementales et médicamenteuses sur les enfants et adolescents atteints de handicap. BELAROUSSI S, PEREIRA D, SMAIL-FAUGERON V- Paris
- Gestion du comportement d'un enfant de 7 ans atteint d'autisme sévère. HAMDAN S, JAUSEAU L, SMAIL-FAUGERON V- Paris
- Présentation d'un enfant de 16 ans non communiquant, atteint d'une maladie rare (Anomalies hypophysaires, hypoglycémies, épilepsie, microcéphalie) et d'un retard mental. FERERES I, FANGET A, DIALLO T, SMAIL-FAUGERON V- Paris
- Enjeux éthiques des soins dentaires chez les patients avec troubles psychiques et/ou cognitifs : enquête nationale et internationale. CAMOIN A, TARDIEU C, SALIBA-SERRE B, FAULKS D, LE COZ P, DANY L-Marseille
- Autonomie et refus de soins : quelle place pour la voix de l'enfant. THIBON A, CAMOIN A- Marseille

Pulpe et racines

Session 10/ Amphithéâtre 2 - 13h00 - 14h30
Président de séance : Dr E. NOIRRI-ESCLASSAN

- Traitement de pulpotomie sur molaires temporaires avec ciment Portland. SANCHEZ-BEATO ANDRADE J, BARREIRO LOPEZ S- Madrid
- La Technique de Hall : pourquoi ne plus l'ignorer ? BERAT P.J, VANDERZWALM A, VITAL S, JACQ R- Colombes
- Revascularisation pulpaire : vers un protocole standardisé ? CHEVALIER V, BRAIN M, GRANDCHAMP E, GOUEDARD C, ARBAB-CHIRANI R- Brest
- Réflexion sur la meilleure option thérapeutique pour les molaires immatures nécrosées. SEVIN M, BERAT P.J, VANDERDERZWALM A, VITAL S-Paris
- Réhabilitation prothétique d'une adolescente atteinte d'une dysplasie dentinaire radiculaire sévère. MORRIER J.J, KHOURY C, MILLET C- Lyon
- Panorama sur les résorptions radiculaires externes. CHERNI L, REKIK Y, BOURMECHE I, MASMOUDI F, GHEDIRA H. Monastir

CLOTURE DU CONGRÈS

SAMEDI 24 MARS 14H30-15H00
Annnonce du lauréat Prix Colgate

SESSION 1

L'ENFANT EN DANGER, SUITE

1.1 De la négligence à la maltraitance infantile, le rôle du chirurgien-dentiste : enquête auprès des praticiens de Champagne-Ardenne.

BARDON J, MOUSSA-BADRAN S, JACQUELIN LF- Reims

En France, chaque année, 98 000 enfants sont signalés comme enfants en danger de maltraitance, dont 19 000 sont considérés maltraités et 79 000 en risque de l'être. Deux enfants en meurent chaque jour. Les professionnels de santé ne connaissent pas toujours les éléments évocateurs, les signes fondamentaux de la maltraitance ni les conduites à tenir devant la suspicion d'un enfant maltraité.

C'est dans cet objectif qu'un questionnaire a été envoyé aux 326 Chirurgiens-dentistes du département de la Marne entre le 29 mars et le 15 mai 2016 puis du 5 septembre au 5 novembre 2017. Il a été construit en 4 parties : (1) le profil général des répondants, (2) la formation reçue dans ce domaine, (3) l'expérience professionnelle acquise à la détection de cette problématique (4) les connaissances des procédures de signalement. Sur les 41% de répondant, les résultats montrent que la formation est lacunaire dans ce domaine, un tiers rapporte avoir vécu cette expérience en cabinet et 91% ignoraient la procédure et les démarches à faire pour porter secours à ces enfants.

Pourtant, le chirurgien-dentiste peut être amené à être le premier à reconnaître précocement les conséquences de la maltraitance et à protéger ces enfants par le signalement à une autorité compétente. Il méconnaît de fait les diverses responsabilités qui lui incombent en la matière en tant qu'acteur de santé publique sentinelle, voir auxiliaire de justice par la force des choses.

- Tursz A. *La maltraitance envers les enfants. Questions de santé publique. Sept 2011 ;(14) :14.*
- Coslin PG, Tison B. *Les professionnels face à l'enfance en danger : lorsque la méconnaissance fait mal. Elsevier Masson ; 2010. 206 p.*
- Nossintchouk R. Kouyoumdjian C. *Traumatismes orofaciaux et mauvais traitements à enfants. Encycl Med Chir. Paris ; 2004.*
- Tardieu A. *Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. En-*

fances & Psy. 6 nov 2008 ; 39(2) :174-178.

• Vaillant P. *L'enfant maltraité : Les sévices envers les enfants, rôle de l'odontologiste. Actual Odontomatol. Vol. 199. Paris ; 1997. 515-528 p.*

1.2 Maltraitance Infantile et Odontologie Pédiatrique.

TRAN H, CAPITAINE AG, KVERNELAND B- Necker-Enfants-Malades. Paris

Chaque année, environ 20 000 enfants sont déclarés maltraités en France. Plus de la moitié des lésions dues à la violence physique portée sur un enfant se trouve dans la région oro-faciale. Le chirurgien-dentiste, et particulièrement le pédodontiste, a un rôle important dans le dépistage de ces maltraitements. Lors de la consultation dentaire, certains signes physiques et comportementaux de l'enfant et des parents peuvent être évocateurs de signes de maltraitance. Le praticien doit être vigilant et savoir repérer ces signes d'alerte afin d'informer et de prévenir à temps les autorités compétentes.

• Cothenet S. *Faire face à la maltraitance infantile : formations et compétences collectives. Ed. L'har-mattan ; 2004.*

• Romano-Chardin H. *Enfants maltraités : descriptions cliniques, évaluations et prise en charge. Ed. Fabert ; 2009.*

• Vasquez MP. *Plaies et traumatismes de la face de l'enfant. Annales de Chirurgie Plastique esthétique ; 2016.*

1.3 Etat bucco-dentaire des enfants malnutris âgés de 0 à 5 ans en côte d'ivoire.

N'CHO-OKA AE, N'GUESSAN JZ., KOUAME KB., BAKAYO-KO-LY R- ABIDJAN

La malnutrition, désigne les carences, les excès ou les déséquilibres dans l'apport énergétique et/ou nutritionnel d'une personne. Elle couvre deux groupes d'affections : la dénutrition et le surpoids. Les répercussions sur la santé bucco-dentaire sont nombreuses chez l'enfant et nécessitent une prise en charge des lésions. Nous avons réalisé une étude transversale descriptive sur 120 enfants malnutris de 0 à 5 ans ayant consulté le service de pédiatrie de l'hôpital général d'Abobo-nord d'avril à août 2016. 37,5% présentaient des inflammations gin-

ginales et 5%, des lésions des muqueuses. Des retards d'éruption dentaire ont été retrouvés chez 52,5% et les lésions carieuses chez 8% des patients examinés. La prise en charge de la malnutrition devrait être pluridisciplinaire en associant davantage le chirurgien-dentiste.

- OMS. *Qu'est-ce-que la malnutrition ? Questions-réponses, juillet 2016.* [Http://www.who.int/features/qa/malnutrition/fr](http://www.who.int/features/qa/malnutrition/fr).
- Leke L, Saygili A, Vural M, Risbourg B- *Malnutrition et déficit immunitaire chez l'enfant.* *Archives de Pédiatrie, July 1996, Volume 3, Issue 7, pp 705-713.*
- Assouan C. *Noma de l'enfant au service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie du CHU de Treichville à Abidjan (Cte d'Ivoire).* *Médecine –Buccale, 2014 ; 20 : 227-231-mbcb-journal.org.*
- Savi De Tove, Bakayoko-Ly R, Koffi A, Kolomdou K, Oka AE., Kattie AL- *Appréciation du préjudice de la malnutrition protéino-énergétique sur la santé bucco-dentaire de l'enfant réalisée sur 200 enfants âgés de 3 à 5 ans.* *Médecine –Buccale, 2013 ; 19 : 7-10 mbcb-journal.org.*
- Yam AA et al- *Lésions muco-gingivales et malnutrition protéino-calorique : épidémiologie et stratégies de prise en charge.* *Rev. Franc. Odont. Pédiatr., 2006, vol. 1, n°2, PP. 85-88.*
- Delbos Y, Planes T, Pilipili MC- *Pathologies pulpaires et pulpo-parodontales, traitements en denture temporaire.* *Inf Dent. 2010 ; 92 :79-86.*

1.4 Impact de la maladie carieuse précoce sévère sur le comportement et l'efficacité masticatoires des enfants d'âge préscolaire.

LINAS N, PEYRON M, HENNEQUIN M, NICOLAS E, COLLADO V-Clermont-Ferrand

L'impact de l'état oral sur le développement des fonctions oro-faciales des jeunes enfants est peu exploré. Cette étude vise à évaluer l'impact de la maladie carieuse précoce sévère (CPJE-s) sur ces fonctions, et en particulier sur la mastication. Le comportement masticatoire (cinématique) et la capacité à réduire l'aliment en un bol apte à être dégluti et digéré (efficacité) ont été analysés chez 13 enfants atteints de CPJE-s pour trois aliments différents, en comparaison avec 13 enfants témoins. Quel que soit l'aliment, la maladie carieuse entraîne une diminution de la fréquence et de l'efficacité masticatoire (test t, p<0.001). L'altération de l'état oral se traduit

aussi par une augmentation des scores de dysfonctions oro-faciales et une altération de la qualité de vie des enfants. Les conséquences des pathologies orales et de leur traitement sur la nutrition et le développement des enfants restent à déterminer.

- Barbosa T de S, Tureli MC de M, Nobre-dos-Santos M, Puppim-Rontani RM, Gavião MB. *The relationship between oral conditions, masticatory performance and oral health-related quality of life in children.* *Arch Oral Biol. 2013;58 (9): 1070-7.*
- Collado V, Pichot H, Delfosse C, Eschevins C, Nicolas E, Hennequin M. *Impact of early childhood caries and its treatment under general anesthesia on orofacial function and quality of life: A prospective comparative study.* *Med Oral Patol Oral Cirurgia Bucal. 2017;22 (3): e333-41.*
- Consolação Soares ME, Ramos-Jorge ML, de Alencar BM, Marques LS, Pereira LJ, Ramos-Jorge J. *Factors associated with masticatory performance among preschool children.* *Clin Oral Investig. 2017;21 (1):159-66.*
- Le Révérend BJD, Edelson LR, Loret C. *Anatomical, functional, physiological and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood.* *Br J Nutr. 2014;111 (3):403-14.*
- Yamanaka R, Akther R, Furuta M, Koyama R, Tomofuji T, Ekuni D, Tamaki N, Azuma T, Yamamoto T, Kishimoto E. *Relation of dietary preference to bite force and occlusal contact area in Japanese children.* *J Oral Rehabil. 2009; 36 :584-591.*

1.5 L'impact de la carie de la petite enfance sévère sur la qualité de vie des enfants en âge préscolaire dans les écoles maternelles de Casablanca

OUMENSOUR K, MTALSI M, CHLYAH M, CHOUKIR M, AGOUJJIM S, AL JALIL Z, S. EL ARAB S- Maroc

L'objectif de ce travail est de présenter les résultats d'une étude qui s'est intéressée à l'impact de la CPE sévère sur la qualité de vie des enfants âgés de 4 à 6 ans, scolarisés dans les établissements maternels d'une préfecture à Casablanca. Matériels et méthodes : Le diagnostic de la CPE sévère a été fait selon les critères proposés par l'Académie Américaine de Dentisterie Pédiatrique (AAPD) alors que la qualité de vie des enfants et de leurs parents a été évaluée grâce au questionnaire ECOHIS traduit en double langue arabe et

anglais. Résultats : parmi 546 enfants examinés, 74,2% présentaient la CPE et 47,3% avaient la forme sévère. La CPE sévère a un impact négatif aussi bien sur la qualité de vie de l'enfant (douleurs, difficulté à manger et à s'endormir) que sur celle de sa famille (perturbation et bouleversement). L'impact financier de la CPE était aussi non négligeable. Conclusion : Il est donc indispensable d'instaurer un programme de prévention bucco-dentaire adapté à cette entité pathologique, dédié aux enfants en âge préscolaire et à leurs familles.

- Turton B et al. *Socio-behavioural risk factors for early childhood caries (EEC) in Cambodian preschool children: a pilot study.* *Eur Arch Paediatr Dent 2015.*
- Wagner Y et al. *Evaluation of an interdisciplinary preventive programme for early childhood caries: findings of regional german birth cohort study.* *Clin Oral Invest 2015.*
- Seow K. *Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model.* *Inter J Paediatr Dent 2012.*

SESSION 2

Apprendre à mieux aborder les patients difficiles et leurs parents : et si on demandait l'avis du psy ?

ROSENBERG D, OP exclusif, ROSENBERG P, Psychiatre psychanalyste, Praticien hospitalier, Directeur du Cmpm de Sainte Geneviève des Bois (91)

Que l'on soit chirurgien-dentiste pédiatrique exclusif ou que l'on soigne les enfants de façon anecdotique, savoir aborder, puis soigner l'enfant n'est pas toujours simple. Et pourtant ! En tant que spécialistes, les parents autant que les confrères nous considèrent comme capables de faire des miracles ! Là où d'autres n'ont pas réussi à passer la barrière du refus de soin, le pédodontiste devrait savoir s'y prendre ! Mais quel praticien n'a pas fait l'épreuve cuisante de l'inefficacité de sa patience, de son savoir-faire, de sa bonne volonté, de son inventivité, pour rassurer, apporter le soulagement et mener à bien les soins nécessaires ? Même si nous savons que jusqu'à un âge avancé de l'enfant sa perception de qui nous sommes, notre cabinet, notre façon de le soigner, dépendra toujours de celle de ses parents, notre manque de connaissances en psychologie afin notamment de contourner les résistances des uns et des autres peut nous faire cruellement défaut.

A travers quelques cas cliniques simples présentés par une pédodontiste exclusive libérale, Dominique Rosenberg, illustrant les difficultés rencontrées tant avec l'enfant que ses parents, le Dr Pascale Rosenberg, Psychiatre auprès d'enfants, tentera de nous expliquer nos erreurs et les moyens de voir comment nous pourrions aborder différemment ces personnes pour une meilleure relation. A partir de son point de vue de psychiatre, elle nous apportera quelques éléments de psychopathologie pour permettre ensuite l'échange avec la salle sur la thématique de l'accueil en soins dentaires de personnes présentant des troubles psychiatriques (psychose, autisme, TDAH etc..).

SESSION 3

LA SPECIALITE D'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE : COMMENT ? POURQUOI ? POUR QUI ?

3.1 L'activité pédiatrique des chirurgiens-dentistes généralistes en France.

DOMINICI G, MULLER-BOLLA M- Nimes

En France, les soins des enfants et adolescents sont assurés par les chirurgiens-dentistes dits « généralistes ». Une étude descriptive par questionnaire avait pour objectif d'évaluer l'activité pédiatrique de ces praticiens. Sollicités à partir du réseau social « Dentistes de France », 573 praticiens ont répondu au questionnaire réalisé sur la plate-forme Google Forms. Ils se reconnaissent à l'aise avec leurs jeunes patients à partir d'un âge moyen de 6 ans. Ainsi les plus jeunes étaient plus rarement pris en charge au même titre que d'autres patients phobiques ou handicapés. Les omnipraticiens rencontraient essentiellement des difficultés de gestion comportementale et/ou à l'occasion de certains actes cliniques. Le plus grand frein à l'activité pédiatrique était les tarifs CCAM des actes. Des initiatives doivent être mises en place pour améliorer la prise en charge des patients à besoins spécifiques.

3.2 Prise en charge bucco-dentaire des enfants et des adolescents en omnipratique.

GARCIA A, MULLER-BOLLA M-Nice

La spécialité d'odontologie pédiatrique (OP) se développe de plus en plus en Europe (17 pays concernés) pour répondre à un défaut de prise en charge des patients les plus jeunes. Dans un contexte actuel de réforme des études du 3^{ème} cycle, nous avons réalisé une enquête par questionnaire pour déterminer la prise en charge des jeunes patients par les omnipraticiens installés en France. Un échantillon stratifié sur les régions et le sexe de 2000 praticiens a été réalisé à partir d'une liste de diffusion. Du fait du faible taux de réponses (5% des personnes interrogées par courriel), il a été élargi en sollicitant des omnipraticiens de sexe et des régions peu représentées. In fine, 1050 omnipraticiens ont répondu : 85% des répondants traitaient des enfants et des adolescents mais 63% d'entre eux prenaient exceptionnellement en charge les enfants de moins de 6 ans. Le seul taux de réponses démontre par lui-même le peu d'intérêt accordé à l'OP.

3.3 Activité des chirurgiens-dentistes pédiatriques libéraux en France.

DOMINICI G, MULLER-BOLLA M- Nîmes

En France, quelques chirurgiens-dentistes libéraux traitent uniquement des enfants et des adolescents. Une étude descriptive par questionnaire avait pour objectif d'évaluer l'activité de ces praticiens exclusif en odontologie pédiatrique. Cinquante praticiens, soit 45% de la population étudiée, ont répondu au questionnaire réalisé sur la plate-forme Google Forms. Les trois quarts des répondants, en majorité du sexe féminin, exerçaient à proximité d'une aire urbaine de plus de 100 000 habitants dans un cabinet ne comptant pas d'omnipraticiens. Consultés par des enfants âgés de 0,5 à 15,8 ans, la grande majorité des actes spécifiques de l'odontologie pédiatrique étaient réalisés mais le délai de prise en charge était long. L'évaluation de leur activité suggère l'intérêt de la reconnaissance d'une spécialité en odontologie pédiatrique.

3.4 Demandes des patients/parents consultant les départements d'odontologie pédiatrique hospitalo-universitaires.

FOCKKING M, MULLER-BOLLA M-Nice

Face aux délais d'attente de plus en plus long dans nos départements d'odontologie pédiatrique hospitalo-universitaires, nous avons voulu évaluer la demande

des nouveaux consultants. Une enquête descriptive a été réalisée dans les 16 facultés réparties sur le territoire ; et dans chacune d'elle, cent-cinquante nouveaux patients ont été interrogés pour déterminer les motifs de la consultation. Dans l'attente des derniers questionnaires, une analyse intermédiaire a été réalisée à partir des facultés de Lille, Nancy, Nice, Paris et Rennes. Les patients pris en charge avaient un âge moyen de 6,8 ans (ET : 3,3). Sur la totalité des réponses, 25% étaient des patients référés et 24%, des enfants consultant en urgence. Au regard de ces premiers résultats, le patient demandeur est plutôt un patient jeune consultant dans la moitié des cas à la suite d'une démarche dite personnelle.

3.5 Ce choix !

VANDERZWALM-GOUVERNAIRE A, CRINELLI P- Neuilly sur Seine

Le moteur principal de notre motivation à ne soigner que les enfants est avant tout l'envie d'aller vers ce monde complexe de l'enfant empreint de douceur, de naïveté, de magie, de crainte, et parfois de violence. Soigner un enfant, c'est le « guérir » au sens premier du terme, mais c'est aussi aller vers lui, l'accompagner. En tant qu'être humain nous sommes génétiquement programmés, émotionnellement, pour s'occuper d'un plus petit que nous. Ce qui explique cet enjeu affectif si fort et cette satisfaction pleine et entière quand le challenge du soin est gagné. Avoir guidé un enfant anxieux et ses parents dans leur apprentissage du dentiste est un plaisir chaque fois renouvelé ! En choisissant l'odontologie pédiatrique nous avons eu envie également de développer ces qualités humaines qui nous animent tous que sont le respect, la disponibilité, l'écoute et bien sûr l'empathie.

3.6 Comment passer à la spécialité ? Comment reconnaître les praticiens spécialistes ?

SIXOU JL- Rennes

Plusieurs voies existent pour pouvoir prétendre postuler à une qualification. Avoir été interne dans la discipline considérée avec validation de son D.E.S. est la première possibilité. Une deuxième voie passe par une forme de validation des acquis professionnels par une commission dépendant du Conseil National de l'Ordre. Le candidat doit déposer un dossier à son Conseil départemental de l'Ordre. Une Commission Nationale

de Première Instance nommée par décret, donne un avis qui permettra au Conseil Départemental de l'Ordre de prendre une décision. En cas de contestation, une Commission d'appel peut être saisie, elle aussi dépendante du Conseil National de l'Ordre et également nommée par décret.

Ces différentes voies ont un point commun : le praticien ne peut exciper sa qualification et la pratiquer en tant que telle que s'il l'exerce en exclusivité (c'est le cas de la Chirurgie Orale ou de l'Orthopédie Dento-faciale) ou en grande majorité (Médecine Bucco-Dentaire).

L'objectif de cette présentation est de décrire l'exemple de la qualification en Médecine Bucco-Dentaire dans l'optique d'une possible qualification en Odontologie Pédiatrique.

SESSION 4

AUTOUR DE LA GENETIQUE

4.1 Suivi bucco-dentaire à long terme de patients atteints d'hypophosphatasie.

SADONES P, WAGNER D, BLOCH-ZUPAN A, MANIERE MC- Strasbourg

L'hypophosphatasie (HPP), est une maladie génétique métabolique rare causée par des mutations du gène ALPL codant pour la phosphatase alcaline non tissu-spécifique, agent régulateur central de la minéralisation. Cliniquement, l'HPP se présente comme un continuum allant d'une forme prénatale létale, avec absence totale de minéralisation squelettique, à des formes modérées ne se manifestant qu'à l'âge adulte, sans symptômes pathognomoniques. Si la prévalence des formes sévères est faible, les formes modérées sont plus fréquemment observées. Le diagnostic se fonde sur le dosage de l'activité de la phosphatase alcaline sérique, qui est réduite, et le séquençage de l'ADN au niveau du gène ALPL. Plus de 340 mutations ont déjà été décrites, expliquant la très grande hétérogénéité clinique de cette maladie. Un traitement enzymatique substitutif au long cours (Strensiq TM) est disponible depuis fin 2017.

Les symptômes bucco-dentaires sont présents dans toutes les formes cliniques de la maladie, principalement la perte prématurée de dents temporaires ou permanentes et des défauts de la minéralisation de l'os alvéolaire.

Au travers du suivi bucco-dentaire à long terme de plusieurs patients atteints d'une forme infantile ou pédiatrique de l'HPP, nous insisterons sur l'importance du diagnostic précoce et de la participation des patients aux registres de la maladie. Les chirurgiens-dentistes prenant en charge les enfants ont deux rôles essentiels, à savoir :

- un rôle de vigilance, en amont du diagnostic d'HPP : en présence de signes évocateurs de cette maladie, par exemple la perte prématurée de dents avec racine, il est nécessaire de référer le patient à un spécialiste, pédiatre ou généticien (filière OSCAR), pour une prise en charge médicale précoce optimale ; l'avis d'un odontologue du réseau O-Rares (Filière TETECO) peut être sollicité à ce stade;
- un rôle post-diagnostic, afin de mettre en œuvre un traitement bucco-dentaire adapté en concertation avec l'équipe multidisciplinaire prenant en charge le patient HPP.

• Mornet E. Hypophosphatasia. *Metabolism*. 2017 Sep 20. pii: S0026-0495(17)30229-9. doi: 10.1016/j.metabol.2017.08.013.

• Whyte MP et al. Enzyme-replacement therapy in life-threatening hypophosphatasia. *N Engl J Med* 2012; 366 :904-13.

• Kishnani PS et al. Monitoring guidance for patients with hypophosphatasia treated with asfotase alfa. *Mol Genet Metab*. 2017; 122(1-2):4-17.

• Reibel A, Manière MC, Clauss F, Droz D, Alembik Y, Mornet E, Bloch-Zupan A. Orofacial phenotype and genotype findings in all subtypes of hypophosphatasia. *Orphanet J Rare Dis*. 2009 ; 21 ; 4 :6.

• Bloch-Zupan A. Hypophosphatasia : diagnosis and clinical signs - a dental surgeon perspective. *Int J Paediatr Dent*. 2016 ; 26(6) :426-438.

4.2 Syndrome de Gardner – deux observations pédiatriques.

KVERNELAND B, MICHEL B, VI-FANE B, TRAN H, PAVLOV I, REIBEL A, CAPITAIN AG, PICARD A- Paris

Le Syndrome de Gardner ou Polypose adénomateuse familiale (PAF) est une maladie génétique dont la prévalence est de 1-9/100 000 (Orphanet 733 ; OMIM 175 100). Ce syndrome est associé à la mutation APC (5q21-q22), ou MUTYH. Il est à fort potentiel malin, souvent découvert tardivement chez l'adulte. Il est constitué par une polypose colorectale proliférante, des

adénocarcinomes duodénaux, des tumeurs desmoïdes abdominales associés à une hypertrophie de la couche pigmentaire rétinienne avec cécité. Les manifestations oro-faciales du syndrome sont : des dents incluses, la persistance des dents temporaires, des ostéomes du squelette facial et des kystes épidermoïdes. Ces signes cliniques observés chez nos deux enfants ont permis un diagnostic et un thérapeutique précoces, améliorant ainsi significativement le pronostic de cette pathologie. Ceci illustre encore le rôle essentiel du pédodontiste dans les découvertes de pathologies systémiques chez l'enfant.

- Adel Ayat, Karim Layaida, Badia Saari et Zahia Bou-daoud. Syndrome de Gardner diagnostiqué à partir de manifestations dento-maxillaires. *Med Buccale Chir Buccale* 2013; 19:195-200
- Blair NP, Trempe CL. Hypertrophy of the retinal pigment epithelium associated with Gardner's syndrome. *Am J Ophthalmol* 1980; 90: 661-7
- Gardner EJ. A genetic and clinical study of intestinal polyposis; a predisposing factor for carcinoma of the colon and rectum. *Am J Human Genet* 1951 ; 3: 167-76
- Freidrich A. Pasler, Atlas de médecine dentaire radiologie, Médecine-Sciences Flammarion, 1994, 276 p., p. 232

4.3 Prise en charge bucco-dentaire d'un enfant atteint du syndrome de Marfan.

OUMENSOUR K, OMARI FZ, ARABI S, BOUSFIHA B-Casablanca (Maroc)

Le syndrome de Marfan est une maladie génétique autosomique dominante qui affecte le tissu conjonctif de l'organisme, et se caractérise par une combinaison variable de manifestations cardiovasculaires, musculo-articulaires, ophtalmologiques, pulmonaires et autres. Les patients atteints du syndrome de Marfan nécessitent une prise en charge particulière par le chirurgien-dentiste pour éviter tout risque infectieux et pour effectuer des soins bucco-dentaires de qualité sans perturber l'état de santé général. L'objectif de ce travail est de présenter à travers un cas clinique suivi au service d'odontologie pédiatrique du CCTD de Casablanca, le syndrome de Marfan, ses manifestations cliniques et les particularités de prise en charge bucco-dentaire.

- Ka F, Castelino RL, Babu S, Balan P, Bhat S. Marfan syndrome: A case report with review of literature.

J Turgut Oral Med Cent, 2017;24(2):203-6.

- Morales-Chávez MC, Rodríguez-López MV. Dental Treatment of Marfan Syndrome. With regard to a case. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Nov 1 ;15 (6) : e859-62.
- Dean JCS. Marfan syndrome: clinical diagnosis and Management. *European Journal of Human Genetics* (2007) 15, 724–733.
- De Coster, Martens and De Paepe. Oral manifestations of patients with Marfan syndrome: A case-control study. *Oral surgery oral medicine oral pathology*, May 2002.

4.4 Prise en charge d'une oligodontie liée à une dysplasie ectodermique hypodontique hypohidrotique chez un enfant de 22 mois.

LIM A, SOUBIE H, MARIE-COUSIN A, SIXOU JL - Rennes

La dysplasie ectodermique hypohidrotique est une maladie génétique caractérisée par une triade de manifestations cliniques comprenant le plus souvent des cheveux clairsemés, des anomalies de nombre et de forme des dents, ainsi qu'une sudation réduite voire absente. La DEH est due à la mutation de gènes nécessaires au développement de l'ectoderme. Notre patient âgé de 22 mois, ne présentant aucune dent à la mandibule et seulement 2 dents au maxillaire, a nécessité une prise en charge prothétique. La réhabilitation a débuté par la réalisation d'un meulage sélectif des 2 dents coniques au maxillaire, permettant la confection d'une prothèse complète maxillaire en overdenture, suivie d'une prothèse complète mandibulaire. La prise en charge dentaire précoce des enfants porteurs de ce syndrome est primordiale au développement oro-facial, mais aussi à la qualité de vie et à l'insertion sociale de l'enfant.

- Trivedi BD, Bhatia R. Complete and removable partial prosthesis for a child with hypohidrotic ectodermal dysplasia. *Int J Clin Pediatr Dent*. janv 2013;6(1):714.
- Koyuncuoglu CZ, Metin S, Saylan I, Calisir K, Tuncer O, Kantarci A. Full-mouth rehabilitation of a patient with ectodermal dysplasia with dental implants. *J Oral Implantol*. déc 2014;40(6):71421.
- Jain N, Naitam D, Wadkar A, Nemane A, Katoch S, Dewangan A. Prosthodontic rehabilitation of hereditary ectodermal dysplasia in an 11-year-old patient with flexible denture: a case report. *Case Rep Dent*. 2012; 2012:489769.

- Rajan G, Mariappan S, Ramasubramanian H, Somasundaram S, Natarajarathinam G. Restoration of Atrophic Edentulous Maxilla of a Patient with Ectodermal Dysplasia Using Quadruple Zygomatic Implants: A Case Report. *J Maxillofac Oral Surg*. sept 2015;14(3):84852.

4.5 Prise en charge bucco-dentaire de certaines maladies génétiques : cas cliniques.

BEN BRAHIM M, REKIK Y, BAAZIZ A, GHEDIRA H, MAATOUK F, JEMMALI B-Tunisie

La prise en charge des enfants atteints de pathologies génétiques à répercussions bucco-dentaires, nécessite souvent plus de réflexion depuis l'étape de diagnostic jusqu'au suivi. Dans cette présentation, nous exposons des cas d'enfants en âge préscolaire atteints de différentes pathologies génétiques à savoir la Dysplasie Ectodermique Anydrotique, l'Hypophosphatasie Juvénile et l'Insensibilité à la Douleur, pris en charge au Centre Hospitalo-Universitaire La Rabta Tunis-Tunisie et qui sont gérés différemment selon leurs spécificités dentaires, physiologiques et psychologiques.

- Shilpy S, Nikhil M, Samir D. Congenital Insensitivity to Pain (Hereditary Sensory and Autonomic Neuropathy Type V): A Rare Case Report. *Journal of Dentistry for Children*-75:2, 2008.
- Serdar K, Subutay HA, Nuray YA, Ozkan O. Mehmet B, Adem K. Six-Year Survival of a Mini Dental Implant-Retained Overdenture in a Child with Ectodermal Dysplasia. *Journal of Prosthodontics* 00 (2015) 1–5 C 2015 by the American College of Prosthodontists.
- Rena O, Kazuhiko N, Michiyo M, Keiko K, Takashi O. Oral manifestations of patients with hypophosphatasie. *PEDIATRIC DENTAL JOURNAL* 22(2): 155–162, 2012.

4.6 Défauts Primaires d'Eruption : enquête auprès des spécialistes en ODF en région Grand Est et Bourgogne Franche-Comté.

STRUB M, WAGNER D, KRAMER E, SADONES P, BLOCH ZUPAN A, CLAUSS F, MANIERE MC- Strasbourg

Introduction : les Défauts Primaires d'Eruption (DPE) correspondent à l'échec total ou partiel d'éruption d'une ou plusieurs dents en l'absence d'obstacle mécanique.

Les examens cliniques et radiologiques doivent permettre d'exclure toute cause locale et une analyse génétique peut confirmer le diagnostic. En effet des mutations du gène PTHR1 ont été mises en cause dans l'étiopathogénie des DPE. Or le diagnostic moléculaire peut conditionner la prise en charge thérapeutique. Matériels et méthode : Un échantillon de 84 spécialistes en orthopédie dento-faciale du Grand Est et de Bourgogne Franche-Comté a répondu à notre questionnaire sur les DPE. Résultats : Cette pathologie rare reste mal connue de ces spécialistes et sous-diagnostiquée. Les tableaux cliniques sont variés et le parcours de soins est encore peu codifié.

- Frazier-Bowers SA, Hendricks HM, Wright JT, Lee J, Long K, Dibble CF, et al. Novel mutations in PTH1R associated with primary failure of eruption and osteoarthritis. *J Dent Res*. 2014
- Frazier-Bowers SA, Simmons D, Wright JT, Proffit WR, Ackerman JL. Primary failure of eruption and PTH1R: the importance of a genetic diagnosis for orthodontic treatment planning. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010
- Pilz P, Meyer-Marcotty P, Eigenthaler M, Roth H, Weber BHF, Stellzig-Eisenhauer A. Differential diagnosis of primary failure of eruption (PFE) with and without evidence of pathogenic mutations in the PTHR1 gene. *J Orofac Orthop*. 2014
- Rhoads SG, Hendricks HM, Frazier-Bowers SA. Establishing the diagnostic criteria for eruption disorders based on genetic and clinical data. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2013
- Sharma G, Kneafsey L, Ashley P, Noar J. Failure of eruption of permanent molars: a diagnostic dilemma. *Int J Paediatr Dent*. 2016

SESSION 5

PREVENTION ET BIEN-ETRE CHEZ L'ENFANT

5.1 Détermination du risque carieux chez l'enfant : évaluation des connaissances des étudiants

M RAHMAOUI M, HAMZA M, ELARABI S- Casablanca (Maroc)

Le risque carieux individuel est le risque pour un patient donné de voir apparaître une ou plusieurs lésions carieuses

dans sa cavité buccale. Son évaluation aboutit à un diagnostic personnalisé permettant d'individualiser les mesures préventives et le plan de traitement à réaliser. Mais quelle place occupe-t'il dans la formation des étudiants en médecine dentaire : nos étudiants sont-ils suffisamment sensibilisés à l'intérêt de l'évaluation de ce risque chez leurs patients ? L'objectif de ce travail est de présenter les résultats d'une étude menée auprès de 297 étudiants de la Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca en vue d'évaluer leurs connaissances et leurs attitudes au sujet du risque carieux. L'étude a montré que ce risque avait un grand intérêt en odontologie pédiatrique (99,3%) et les principaux départements qui l'enseignaient étaient ceux d'odontologie pédiatrique et d'odontologie conservatrice. Toutefois, nos étudiants présenteraient des connaissances théoriques insuffisantes sur le risque carieux avec des manques à combler essentiellement en clinique.

- Pakdaman A, Seyedjavadi SF, Kharrazifard MJ. Knowledge, attitude and self-reported practice of senior dental students in relation to caries risk assessment. *OHDM*. December 2014; 13(4): 1106-1111.
- Slayton LR. Clinical decision-making for caries management in children: an update. *Ped. Dent. Mar/ Apr 2015*; 37(2): 106-110
- Teich TS, Demko C, Al-Rawi W, Gutberg T. Assessment of implementation of a CAMBRA-based program in a dental school environment. *J. of Dent. Educ. April 2013*; 77(4): 438-447

5.2 Interception précoce d'une malocclusion de classe III

BONNET AL, LAUTROU A, DAVIT BEAL T- Paris

La décision d'entreprendre un traitement orthopédique d'interception, particulièrement face à des dysmorphies de classe III, n'est pas simple pour le Chirurgien-Dentiste/Pédodontiste. Choisir le moment adéquat pour initier ce traitement, en denture temporaire ou en denture mixte, est une question essentielle. Un traitement précoce demande une implication importante de l'enfant et de sa famille.

Il s'agit avant tout de mettre en oeuvre un moyen simple, dans un temps limité, qui va permettre une correction partielle ou totale de la dysmorphie et empêcher son aggravation. Les dispositifs thérapeutiques à privilégier sont la fronde mentonnière jusqu'à l'âge de trois ans et le masque facial de Delaire à partir de quatre ans. Un cas clinique illustrera cette thérapeutique précoce.

- Saleh M, Hajeer m.Y, Al-Jundi A. Effects of skeletal Class III treatment with the RMR Orthod Craniofac Res 2013 ;16 :75-86
- Toffol LD, Pavoni C, Baccetti T, Franchi L, Cozza P. Orthopedic treatment outcomes in Class III malocclusion: a systematic review. *Angle Orthod 2008*; 78:561-573
- Amat P. Early treatment for class III malocclusions: the facts *Orthodontie Français*, 2013, Vol. 84 Issue 1, p41-52, 12p.
- Amat P, Delaire J. Early treatment of class III malocclusions: conventional wisdom. *Orthodontie Française*, 2013, Vol. 84 Issue 1, p53-70, 18p.
- Delaire J. L'emploi physiologique des tractions extra-orales postéro-antérieures sur masque orthopédique dans le traitement des classes III. *Orthod Fr 1988* :59 :577-589.

5.3 Rôle de la réhabilitation occluso-prothétique dans la sante et le bien-être général de l'enfant.

N'CHO-OKA AE, N'CHO KO JC, BAKAYOKO LY R- Abidjan (Côte d'Ivoire)

La prothèse infantile évoque encore un acte traumatisant non adaptée au jeune âge de nos patients. Cependant, les conséquences majeures de l'absence des dents dans l'évolution physiologique, psychologique et relationnelle de l'enfant ne laissent aucun doute sur la nécessité d'une réhabilitation prothétique précoce. Il s'agit de jeunes enfants âgés de 3-6 ans scolarisés présentant des polycaries et/ou des édentements chez qui, nous avons réalisé des prothèses pour pallier au préjudice esthétique et fonctionnel. Les différents types de prothèses réalisées ont rétabli les fonctions oro-faciales et l'esthétique des enfants pour une meilleure sociabilité. Pour un bon développement et donc pour une bonne santé générale de l'enfant, la réhabilitation occluso-prothétique en denture temporaire est primordiale.

- David-Beal T, Gouvernaire A- Les coiffes pédo-dontiques préformées. *Rev. Odont-Stomatol*. 2001, vol.30, n°2, pp. 73-79.
- Morrier JJ, Leheis B, Millet C, Hartman C, Duprez JP- Prothèse chez l'enfant. *EMC- Odont*. 2009, 23-425-C-10, p1-12.
- Oka A.E, N'cho Ko JC, Kattie AL, Kone K, Bakayoko-Ly R- Réhabilitation prothétique en Odonto-stomatologie pédiatrique: intérêts et mise en oeuvre. *Rev. Col. Odont*.

- Stomatol. Afr. Chir. Max-Fac*, vol.9, n°4, 2002, p28-33.
- Rerhrhaye, Bahije, Zaoui F- La réhabilitation des dysfonctions oro-faciales : intérêt du dépistage précoce. *Rev. Francop. Odont. Pédiat*. 2009, vol. n°4, pp. 166-171.

5.4 Bruxisme du sommeil chez l'enfant : mise au point.

CAMOIN A, TARDIEU C, BLANCHET I, ORTHLIEB JD- Marseille

Le bruxisme se définit comme une activité répétitive des muscles masticateurs, caractérisée par un serrement ou un grincement des dents et/ou par tapotement et balancement. On retrouve deux formes cliniques : bruxisme du sommeil et de l'éveil. L'étiologie est multifactorielle : essentiellement centrale (trouble neuropathique, anxiété) mais aussi familiale et locale (posture, ventilation orale). Le diagnostic est basé principalement sur l'anamnèse, l'examen d'usures dentaires et de l'évolution de ces dernières dans le temps (photos et moulages). Fréquemment retrouvé chez l'enfant, il n'est pas toujours considéré comme pathologique. Les critères de sévérité concernent son intensité (importance des facettes d'attrition dentaires) mais le contexte retrouvé chez l'enfant : anxiété, troubles de la ventilation, structures dentaires fragiles. La prise en charge est pluridisciplinaire et dépend du diagnostic étiologique.

- Camoin A, Tardieu C, Blanchet I, Orthlieb JD. Le bruxisme du sommeil chez l'enfant. *Archives de Pédiatrie*. 2017 ;24(7) :659-666.
- Muller-Bolla M. Bruxisme chez les enfants et les adolescents. In Duminil G, Orthlieb JD, Le Bruxisme tout simplement. ID Edition, Paris 2015.
- De Oliveira MT, Bittencourt ST, Marcon K et al. Sleep Bruxism and anxiety level in children. *Braz Oral Res*. 2015; 29(1):1-5.
- Rossi D, Manfredini D. Family and School Environmental Predictors of Sleep Bruxism in Children. *J Orofac Pain*. 2013;27(2) 135-41.

5.5 Utilisation de l'acupuncture en odontologie pédiatrique : revue de littérature et retour d'expérience.

MARTY-SCHOULLER S, MARTY M, VAYSSE F, BROUTIN A- Toulouse

L'acupuncture est aujourd'hui largement utilisée, seule ou en complément des thérapeutiques occidentales conventionnelles. La médecine bucco-dentaire n'échappe pas à ce phénomène et bénéficie elle-aussi des apports de cette technique. L'objectif de ce travail est de proposer une revue de littérature concernant l'utilisation de l'acupuncture chez l'enfant dans le cadre des traitements bucco-dentaires. Une recherche bibliographique a été menée sur les principaux moteurs de recherche en utilisant les mots-clés anglais « acupuncture » ; « dental » ; « children ».

Les études montrent un certain intérêt de l'acupuncture dans les domaines de la gestion des effets secondaires post-opératoires, de l'anxiété ou du réflexe nauséux. Des gestes d'acupuncture simples semblent pouvoir être mis en place dans la pratique quotidienne d'odontologie pédiatrique. Des études plus spécifiques pourront être menées concernant l'efficacité de l'acupuncture sur la douleur pendant les soins dentaires chez l'enfant.

- Rosted P. Introduction to acupuncture in dentistry. *British Dental Journal* 2000; 189: 136-140.
- Ning Z, Lao L. Acupuncture for Pain Management in Evidence-based Medicine. *J Acupunct Meridian Stud*. 2015 Oct;8(5):270-3. Doi: 10.1016/j.jams.2015.07.012. Epub 2015 Sep 1.
- Goel H, Mathur S, Sandhu M, Jhingan P, Sachdev V. Effect of Low-level LASER Therapy on P6 Acupoint to Control Gag Reflex in Children: A Clinical Trial. *J Acupunct Meridian Stud*. 2017 Oct;10(5):317-323. Doi: 10.1016/j.jams.2017.07.002. Epub 2017 Jul 28.
- Elbay M, Tak Ö, Şermet Elbay Ü, Kaya C, Eryilmaz K. The use of low-level laser therapy for controlling the gag reflex in children during intraoral radiography. *Lasers Med Sci*. 2016 Feb ;31(2) :355-61. Doi : 10.1007/s10103-016-1869-z.
- Usichenko TI, Wolters P, Anders EF, Splieth C. Acupuncture Reduces Pain and Autonomic Distress During Injection of Local Anesthetic in Children: A Pragmatic Crossover Investigation. *Clin J Pain*. 2016 Jan;32(1):82-6.

5.6 Des dentifrices nuisibles... fake news ?

BOULE-MONTPEZAT C, DURET M, GAROT E, AUSSEL A, DELBOS Y- Bordeaux

Les dentifrices sont-ils bons pour la santé ? C'est ainsi que la question a été récemment posée dans des mé-

dias accessibles au grand public... Il ne s'agit pas d'une remise en question de leur usage mais d'une interrogation sur leur composition, qui inquiète de plus en plus les parents des enfants que nous soignons. Les dentifrices contiennent des principes actifs antibactériens, anti-tartre ou carisostatiques, mais aussi de nombreuses autres substances, agents moussants, agents de conservation... etc. Or, certaines de ces substances se sont révélées indésirables tant pour la santé que pour l'environnement, et notamment, différents phénols comme le triclosan ou le paraben suspectés d'être des perturbateurs endocriniens. D'autres comme le fluor sont encore victime de théories complottistes nuisibles. La polémique a favorisé l'apparition de nouveaux dentifrices « bio » ou de fabrication maison, dont l'évaluation reste insuffisante. Cette communication a pour objectif de faire le point afin de pouvoir apporter aux praticiens des réponses au questionnement des enfants ou des parents, sans céder au sensationnel, aux « fake-news » ou aux pressions du marché.

- T. Walsh, X. Shi. *Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2010 Jan 20*
- C. Emmel. *Faut-il avoir une dent contre son dentifrice ? Alternatives Economiques N° 326 juillet-août 2013.*
- Raphael J. Witorsch. *Critical analysis of endocrine disruptive activity of triclosan and its relevance to human exposure through the use of personal care products. Critical Reviews in Toxicology, 2014.*
- Riley P, Lamont T. *Triclosan/copolymer containing toothpastes for oral health. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 5.*

SESSION 6

HYPOMINERALISATIONS ET THERAPEUTIQUE

6.1 A propos d'un cas d'odontodysplasie régionale.

BLANCHET I, PICARD T, TARDIEU C- Marseille
 A travers le cas d'une patiente suivie depuis l'âge de 8 ans à l'hôpital de la Timone (APHM-Marseille), nous aborderons les spécificités de l'odontodysplasie régionale. Nous verrons en particulier les difficultés diagnostiques que

nous avons rencontrées, les signes aidant au diagnostic positif et les diagnostics différentiels. Plusieurs étiologies sont évoquées, aucune ne fait aujourd'hui consensus. La réhabilitation esthétique et fonctionnelle de ses patients est une part importante de leur prise en charge, nous verrons ce que nous pouvons proposer pour résoudre cette problématique.

- Amani AT. *Regional Odontodysplasia: Literature Review and Report of an Unusual Case Located in the Mandible. Pediatr Dent 2014; 36: 62.*
- Carlos R, Contreras E, Almeida OP, Silva KR. *Regional odontodysplasia: morphological, ultrastructural, and immunohistochemically features of the affected teeth, connective tissue, and odontogenic remnants. J Dent Child (Chic) 2008; 75(2): 144-150.*
- Courson F, Bdeoui F, Danan M. *Regional odontodysplasia: expression of matrix metalloproteinases and their natural inhibitors. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003; 95(1): 60-66.*
- Crawford PJ, Aldred MJ. *Regional odontodysplasia: a bibliography. J Oral Pathol Med 1989; 18: 251-263.*
- Guzman R, Elliott Ma, Rossie KM. *Odontodysplasia in a pediatric patient: literature review and case report. Pediatr Dent 1990; 12: 45-48.*

6.2 L'hypominéralisation des deuxièmes molaires temporaires.

SINSAU M, TAVENNEC L, MARIE-COUSIN A, SIXOU JL- Rennes

L'hypominéralisation des deuxièmes molaires temporaires (HSPM) est un défaut qualitatif amélaire semblable à celui observé dans l'hypominéralisation molaire-incisive mais affectant une à quatre des deuxièmes molaires temporaires. L'objectif de ce travail est de faire le point sur les connaissances récentes concernant l'HSPM.

Méthodes : Une recherche systématique de la littérature a été conduite sur la base de données électroniques Medline (PubMed). Une combinaison de mots-clés a été recherchée.

Résultats : L'association avec les facteurs étiologiques environnementaux, systémiques, la présence des MIH, la prévalence de la maladie carieuse sont discutées.

Conclusion : La détection des défauts d'HSPM par le chirurgien-dentiste est le point de départ essentiel pour une prise en charge précoce des complications tissulaires.

- DA SILVA FIGUEIREDO MJ, RIBEIRO APD, DOS SANTOS PINTO LAM, DE CASSIA LOILA CORDEIRO R, CABRAL RN. *Are hypomineralized primary molars and canines associated with molar-incisor hypomineralization. 2017 Dec;39(7):445-9.*
- ELFRINK M, MOLL H, KIEFTE DE JONG J, JADDOE V, HOFMAN A, TEN CATE J, et al. *Pre and Postnatal Determinants of Deciduous Molar Hypomineralisation in 6-Year-Old Children. The Generation R Study. PLoS ONE. 2014 Jul ;9(7).*

6.3 MIH et odontologistes pédiatriques.

DAREAU R, JEGAT N- Eragny

Il s'agit d'une étude évaluative et comparative des connaissances des odontologistes pédiatriques en France, sur la MIH. Les praticiens ont été questionnés sur l'étiologie, les difficultés rencontrées, les matériaux utilisés et la prévalence de la MIH au sein de leur patientèle. Ils ont répondu à un questionnaire distribué lors du congrès de la SFOP en 2017 ou diffusé par mail. 173 réponses (70,5% de pédodontistes exclusifs) ont été récoltées. Les données récupérées ont été comparées aux résultats d'une première étude européenne réalisée en 2003, et à une seconde étude australienne de 2008. Les résultats ont permis de mettre en avant le niveau des connaissances fondamentales des praticiens sur la MIH, leurs pratiques et habitudes de prise en charge et leurs attentes.

- Daly D, Waldron JM. *Molar incisor hypomineralization: clinical management of the young patient. J Ir Dent Assoc. 2009 Apr-May;55(2):83-6.*
- Jälevik B. *Prevalence and Diagnosis of Molar-Incisor Hypomineralization (MIH): A systematic review. Eur Arch Paediatr Dent. 2010 Apr;11(2):59-64.*
- *Clinical Solutions for Developmental Defects of Enamel and Dentin in Children Shabtai. Sapir Joseph Shapira. Pediatric Dentistry vol 29 no 4 – 2007 Jul-Aug.*
- Weerheijm KL, Mejàre I. *Molar incisor hypomineralization: a questionnaire inventory of its occurrence in member countries of the European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) International Journal of Paediatric Dentistry 2003; 13: 411-416.*
- Crombie FA, Manton DJ, Weerheijm KL, Kilpatrick NM. *Molar incisor hypomineralization: a survey of members of the Australian and New Zealand Society of Paediatric Dentistry, Australian Dental Association 2008.*

6.4 Collage sur les dents atteintes de MIH, état de la littérature.

LAGARDE M, VENNAT E, ATTAL JP, DURSUN E- Paris

La prévalence des hypominéralisations molaires-incisives (MIH) atteint aujourd'hui près de 15 % de la population, avec environ 17,5 millions de nouveaux cas par an.

Elles se caractérisent essentiellement par des dyschromies et/ou pertes de substance sur les incisives et molaires permanentes, nécessitant alors leur restauration. Or, différentes études mettent en évidence une moindre adhérence au tissu amélaire hypominéralisé.

L'objectif de cet exposé sera de présenter les différents protocoles proposés par la littérature pour optimiser l'adhérence des restaurations collées, dans le cadre de la restauration de ces dents atteintes de MIH.

- Zhao D et al. *The prevalence of molar incisor hypomineralization: evidence from 70 studies, Int J Paediatr Dent 2017.*
- Schwendicke et al. *Global burden of molar incisor hypomineralization, J Dent 2018.*
- Williams V et al. *Microshear bond strength of resin composite to teeth affected using 2 adhesive systems, Pediatric Dent 2006.*
- Baroni C et al. *MIH supplementation strategies: prospective Clinical and Laboratory Trial, J Dent Res 2011.*
- Krämer N et al. *Bonding strategies for MIH-affected enamel and dentin, Dent Mater 2017.*

6.5 Couronnes pédiatriques en zircone : de la restauration unitaire à la réhabilitation complète chez l'enfant présentant une anomalie de structure.

LOPEZ CAZAUX S, BARON C, ALTHUIZIUS M, DAJEAN TRUTAUD S- Nantes

Les anomalies de structure des dents temporaires se manifestent par des atteintes très diverses : des anomalies de teinte, de morphologie, d'état de surface, des pertes de substances, des usures, des lésions carieuses associées... Les répercussions esthétiques et fonctionnelles peuvent être majeures dès la petite enfance. D'apparition récente, les couronnes pédiatriques en zircone constituent une option thérapeutique intéressante pour le traitement des anomalies de structure. Au travers de cas cliniques, nous illustrerons le traitement d'enfants

présentant différentes anomalies de structure (DMH, AI, DI) à l'aide de couronnes pédiatriques en zircone, en présentant des cas simples (restaurations unitaires) et des cas complexes (restaurations plurales et « bouche complète »), de la pose au suivi des restaurations.

• Aiem E, Smail-Faugeron V, Muller-Bolla M. *Aesthetic preformed paediatric crowns: systematic review. Int J Paediatr Dent.* 2017 Jul;27(4):273-282.

• Lopez Cazaux S, Hyon I, Prud'homme T, Dajean Trutaud S. *Twenty-nine-month follow-up of a paediatric zirconia dental crown. BMJ Case Rep.* 2017 Jun 14;2017.

6.6 Apport de la CFAO dans la restauration des premières molaires permanentes hypoplasées.

GELLE MP, SIU-PAREDES F- Reims

L'Hypominéralisation Incisivo-Molaire se caractérise, tout particulièrement, par une atteinte plus ou moins sévère des premières molaires permanentes. Leur émergence précoce et leur morphologie coronaire complexe les prédisposent à une susceptibilité carieuse majorée, aboutissant à un délabrement coronaire étendu. Le recouvrement total coronaire s'impose alors. Il faut cependant tenir compte de l'imaturité du complexe dentino-pulpaire, de la contrainte de la dimension verticale d'occlusion. Ceci suppose une préparation à minima, et une étanchéité optimisée. La CFAO, par méthode directe ou indirecte, permet l'usinage de matériaux de faible épaisseur. Les composites chargés en particules de céramique permettent de répondre à ces exigences, à la condition de respecter un protocole de collage rigoureux.

• Negre-Barber A, Montiel-Company JM, Catalá-Pizarro M, Almerich-Silla JM. *Degree of severity of molar incisor hypomineralization and its relation to dental caries. Sci Rep.* 2018 Jan 19;8(1):1248. Doi: 10.1038/s41598-018-19821-0.

• Da Silva Figueiredo Sé MJ, Ribeiro APD, Dos Santos-Pinto LAM, de Cassia Loiola Cordeiro R, Cabral RN, Leal SC. *Are Hypomineralized Primary Molars and Canines Associated with Molar-Incisor Hypomineralization? Pediatr Dent.* 2017 Nov 1;39(7):445-449.

• Schwendicke F, Elhennawy K, Reda S2, Bekes K, Mantou DJ4, Krois J. *Global burden of molar incisor hypomineralization J Dent.* 2018 Jan; 68:10-18. Doi: 10.1016/j.jdent.2017.12.002. Epub 2017 Dec 6.

SESSION 7

CHIRURGIE ET PATHOLOGIE

7.1 La chirurgie de la canine maxillaire incluse – Proposition d'un arbre de décision chirurgicale.

DERSOT JM- Paris

Dans le cadre d'un exercice privé, entre janvier 2010 et décembre 2017, 802 dents incluses avaient été exposées à des fins orthodontiques. La majorité étaient des canines maxillaires (74,71%), suivies des incisives centrales maxillaires (5,80%), des canines mandibulaires (5,15%) et, enfin, des secondes prémolaires mandibulaires (4,83%). Les 595 canines maxillaires étaient présentes chez 536 patients d'âge moyen, au moment de l'intervention, de 15 ans et 3 mois. La répartition par sexe était de 60,7% (F) et de 39,3% (H). 32,8% des canines maxillaires étaient vestibulaires et 67,2% étaient palatines. Seulement 7 canines n'avaient pas bougé, soit un taux de réussite de mise en place de 98,7%. Le but de cette chirurgie est d'aider au positionnement de la canine incluse maxillaire sur l'arcade avec la totalité des tissus parodontaux et la meilleure intégration esthétique possible. L'objectif de cette communication est d'illustrer la chirurgie parodontale orthodontique de la canine maxillaire incluse et de proposer un arbre de décision chirurgicale.

• Korbendeau JM et Guyomard F. *Chirurgie parodontale orthodontique. CDP Ed., 1998.*

• Becker A. *Orthodontic treatment of impacted teeth. 3rd ed. Oxford (UK). Wiley-Blackwell Ed. 2012.*

• Dersot JM. *Periodontal surgery of the maxillary impacted canine for orthodontic purposes: Proposal for a surgical decision tree. Int Orthod.* 2017; 15:221-237.

7.2 Prise en charge chirurgicale lors de rétention post traumatique d'incisive centrale supérieure permanente : à propos de deux cas cliniques.

TAVENNEC L, SINSAU M, SIXOU JL- Rennes

Les kystes folliculaires peuvent survenir après traumatisme sur dent temporaire. Leur développement peut empêcher l'éruption de la dent (des dents) permanente(s) sous-jacente(s). L'objectif de cette présentation est de montrer l'intérêt d'une évaluation précise des différents

critères cliniques et radiographiques afin de garantir une prise en charge adaptée à la situation clinique. A travers ces deux cas cliniques : nous discuterons de la technique chirurgicale, mais également des critères favorables ou défavorables à l'éruption spontanée après élimination de l'obstacle.

• Bally J, Seckinger C, Mangiardi E, Anastasio D. *Approche chirurgicale et pré-orthodontique face à une incisive centrale retenue par un odontome complexe. À propos d'un cas. Actual Odonto-Stomatol.* mars 2010;(249):5967.

• Betts A, Camilleri GE. *A review of 47 cases of unerupted maxillary incisors. Int J Paediatr Dent.* 1999;9(4):285-292.

• Uloopi KS et al. *Conservative management of large radicular cysts associated with non-vital primary teeth: a case series and literature review. J Indian Soc Pedod Prev Dent.* (2015)

• Maltoni I et al. *Recovering teeth from a large dentigerous cyst: A case report. Int Orthod.* (2015)

7.3 Prise en charge chirurgicale d'un kyste mucoïde labial.

SOUBIE H, LIM A, SIXOU JL- Rennes

Les glandes salivaires accessoires sont des glandes exocrines dispersées dans la muqueuse buccale, au niveau de la face interne des lèvres, du palais et de la face interne des joues. Elles sont moins volumineuses que les glandes principales : 1 à 2 mm de diamètre en moyenne. Les lésions pseudo tumorales des glandes salivaires accessoires chez l'enfant sont principalement constituées par les kystes et pseudokystes salivaires rétentionnels. La pathologie la plus commune est le kyste mucoïde (environ 50% des cas). Cette présentation décrit la prise en charge chirurgicale d'un cas de kyste mucoïde labial. Un examen anatomo-pathologique est obligatoire pour confirmer le diagnostic et éliminer la possibilité de tumeurs bénignes ou malignes, plus rares.

• Saint-Jean M, Tessier M.H, Barbarot S, Billet J, Stalder J.F. *Pathologie buccale de l'enfant. La Société Française de Dermatologie Pédiatrique. Annales de dermatologie et de vénérologie.* 2010 ;137 : 823-837

• 64ème Congrès de la SFCO, *Tumeurs des glandes salivaires accessoires labiales : Étude d'une série de cas.* 2016 ;03026

• Auriol M, Le Charpentier Y. *Médecine buccale. Patho-*

logie non tumorale des glandes salivaires : anatomie pathologique. EMC. 28-275-C-10

• Thariat J, Vedrine P.O, Orbach D, Marcy P.Y, Badoual C, Butori C, Teissier C, Toussaint B, Castillo L. *Bulletin du Cancer. Tumeurs malignes des glandes salivaires chez l'enfant.* 2011 ; 98 : 847-855

7.4 Purpura fulminans d'origine méningococcique : à propos d'un cas clinique.

DARBIN-LUXCEY C, FORAY H, DE VRIES P, D'ARBONNEAU F- Brest

Le purpura fulminans est une infection rare, sévère et foudroyante, généralement d'origine méningococcique. Il s'agit toujours d'une urgence vitale. Le tableau clinique aigu, souvent mortel se caractérise par un syndrome de coagulation intra vasculaire disséminée et une peau purpurique. L'atteinte cutanée progresse rapidement et aboutit à une hémorragie périvasculaire et une nécrose. En France, l'incidence des infections à méningocoques est en augmentation et la forme la plus sévère appelée purpura fulminans présente un taux de mortalité de 20 à 25%. Le 16 Novembre 2011, Yanis âgé de 5 mois est admis aux urgences du CHRU de Brest pour un purpura extensif. Le tableau clinique est sévère. Le diagnostic, l'évolution et la prise en charge bucco-dentaire seront développés.

• Betrosian AP, Berlet T, Agarwal B. *Purpura fulminans in sepsis. Am J Med Sci.* 2006 Dec;332(6):339-45. Review

• Chalmers E, Cooper P, Forman K, Grimley C, Khair K, Minford A, Morgan M, Mumford AD. *Purpura fulminans: recognition, diagnosis and management. Arch Dis Child.* 2011 Nov; 96(11):1066-71. Epub 2011 Jan 12.

• Leclerc F, Binoche A, Dubos F. *Meningococcal purpura fulminans in children. Rev Prat.* 2004 May 15;54(9):957-62.

• Price VE, Ledingham DL, Krümpel A, Chan AK. *Diagnosis and management of neonatal purpura fulminans. Semin Fetal Neonatal Med.* 2011 Dec ;16(6) :318-22.

7.5 Le laser faible énergie dans le traitement des mucites orales chimio-et/ou radio-induites chez l'enfant : Etude de faisabilité.

NOIRRIT-ESCLASSAN E, VALERA MC, VIGNES E, MUNZER C, PASQUET M-Toulouse

Le laser de faible énergie est recommandé chez l'adulte dans la prévention des mucites radio ou chimio-induites. Le niveau de preuve des études pédiatriques ne permet pas encore d'établir un protocole de traitement. L'objectif était de réaliser une étude de faisabilité dans le service d'hémo-oncologie pédiatrique au CHU de Toulouse. Chez l'enfant, à l'aide du laser Oncolase Digi 5W200, combinant deux longueurs d'onde (635 et 815 nm), un balayage extra- puis intraoral était effectué tous les 2 jours et 3 fois minimum, tant que le grade de la mucite était ≥ 2 . Le succès de la procédure est de 77% en 1 an, avec l'inclusion de 84% des patients. Nous avons observé un gain concernant la douleur d'un point sur les échelles EVA/HEDEN. Cette étude montre que la photobiomodulation est faisable, parfaitement tolérée chez l'enfant. Associée à l'hygiène orale et à une prise en charge antalgique, elle permet de réduire la douleur liée à la mucite orale.

- Lalla RV et al: *Mucositis Guidelines Leadership Group of MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. Cancer. 2014 May 15;120(10):1453-61.*
- Amadori F, Bardellini E, Conti G, Pedrini N, Schumacher RF, Majorana A. *Low-level laser therapy for treatment of chemotherapy-induced oral mucositis in childhood: a randomized double-blind controlled study. Lasers Med Sci. 2016 Aug;31(6):1231-6.*

7.6 Les obstacles d'éruptions des dents permanentes.

REKIK Y, BEN DAYA M, BEN BRAHIM M, GHEDIRA H, MAATOUK F- Tunisie

Le retard d'éruption pose un problème courant de la pratique dentaire. En effet, la démarche qui s'impose est centrée sur la recherche de la cause reposant sur une enquête clinique et paraclinique rigoureuse. Face au retentissement néfaste du retard d'éruption des dents permanentes sur l'esthétique, le psychisme, la fonction et la croissance, apparaît l'importance du rôle du médecin dentiste dans le diagnostic précoce et la prise en charge pluridisciplinaire pour une efficacité thérapeutique optimale. Il existe plusieurs causes locales de retard d'éruption (dents surnuméraires, kystes...) que nous allons décrire et les options thérapeutiques appliquées.

• Garvey MT. *Supernumerary Teeth an Overview of Classification, Diagnosis and Management. Journal of the Canadian Dental Association, December 1999, Vol. 65, No. 11.*

• Palma C. *Failure of eruption of first and second permanent molars. International Journal of Scientific Study | June 2015 | Vol 3 | Issue 3.*

• Rousset MM, Delfosse C. *L'éruption retardée : des repères pour la reconnaître. Rev Odonto Stomatol (Paris) 1997 ;21 :205-11.*

• Suri L, Gagari E, Vastardis H. *Delayed tooth eruption: pathogenesis, diagnosis, and treatment. A literature review. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004; 126:432-45.*

SESSION 8

EDUCATION THERAPEUTIQUE

8.1 Caries des dents temporaires : étude des informations disponibles pour les parents sur internet.

YACOB L, MARCEL A, BONNET A-L, DAVIT-BEAL T- Paris

Internet est de nos jours un moyen incontournable d'accès à l'information. De plus en plus de patients cherchent à avoir des informations ou faire des diagnostics par France. Cela peut être déroutant pour le praticien qui peut se sentir devancé ou remis en question. L'objectif de ce travail est de vérifier si les informations disponibles sur internet sont fiables et si elles constituent une bonne source d'informations pour les parents. Nous avons réalisé une analyse des ressources internet concernant les caries des dents temporaires. Les mots « caries » et « dents de lait » ont été recherchés dans trois moteurs de recherche et les vingt premiers sites examinés. Le praticien peut-il s'appuyer sur internet comme complément d'informations ? Comment peut-il orienter les parents vers des sites d'informations médicales fiables ?

- Haute autorité de la santé. « *La recherche d'informations médicales sur internet.* » HAS, 2007. <https://www.has-sante.fr>
- Conseil national de l'ordre des médecins. « *Les conséquences des usages d'internet sur les relations praticien-patient.* » IPSOS, 2010. <https://www.conseil-national.medecin.fr>

• Health on the net. HON. <http://www.hon.ch>

• Ameli pour les assurés. « *L'importance des dents de lait et les risques liés aux caries chez le tout-petit* », 2017 <https://www.ameli.fr>

8.2 Dr Youtube : évaluation des vidéos concernant le brossage des dents.

JACQ R, BERAT P, VITAL S- Paris

L'essor des nouvelles technologies est aujourd'hui tel qu'internet constitue la première source d'informations, notamment via YouTube. Toutefois, les informations médicales disponibles en ligne sont de qualité inégale et souvent inexactes (Jacq et coll, 2016). Plus de 14 000 vidéos concernant le brossage des dents sont présentes sur YouTube, représentant une source d'information facilement accessible, mais quelle en est la fiabilité ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité des ressources concernant l'apprentissage du brossage de dents sur YouTube. Une sélection des 50 premières vidéos a été réalisée pour le mot-clef : « brossage de dents ». L'évaluation a été réalisée indépendamment, à l'aide d'une grille de lecture, par 3 évaluateurs. Les résultats permettent de montrer une hétérogénéité de la qualité du contenu sans lien avec le nombre de vues d'une vidéo. L'apprentissage du brossage par les vidéos YouTube peut être un outil facile d'accès, mais pour lequel une information complémentaire professionnelle devra être réalisée auprès des parents.

• Jacq R, Vanderzwalp A, Opsahl-Vital S, Dr Google et les traumas, *Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique*, 11 (2), mai 2016.

• El Karmi R, Hassona Y, Taimeh D, Scully C, *YouTube as a source for parents' education on early childhood caries, International Journal of Paediatric Dentistry*, 27(6):437-443, November 2017.

• K. Vance, W. Howe, R. Dellavalle, *Social Internet Sites as a Source of Public Health Information, Dermatology Clinics*, 27 (2): 133-136, April 2009.

8.3 Visual Thinking Strategy ou une stratégie de réflexion.

VITAL S- Montrouge

Après plusieurs dizaines d'années de règne sans partage de l'evidence based medicine, une prise de conscience de la nécessité de remettre de l'humain dans l'approche

médicale émerge. Des approches issues des sciences humaines se développent et sont désormais enseignées aux futurs soignants.

Le VTS, pour Visual Thinking Strategy est un outil, qui s'inscrit dans ce courant. Issu de la psychologie cognitive et de l'éducation des arts visuels, il peut être proposé pour l'apprentissage des étudiants, pour améliorer le travail d'équipes interprofessionnelles ou favoriser la collaboration.

Au travers de quelques exemples, le VTS et ses intérêts seront présentés.

• Reilly JM, Ring J, Duke L. *Visual thinking strategies: a new role for art in medical education. Am Med. 2005 Apr;37(4):250-2.*

• Nagshineh S, Hafler J, Miller, A. et al. *Formal art observation training improves medical students' visual diagnostic skills. J Gen Intern Med 2008; 23:991-97.*

• Schaff P, Isken S, Tager R. *From contemporary art to core clinical skills: observation, interpretation and meaning-making in a complex environment. Academic Medicine 2011; 86 (10) 1272-1276.*

8.4 « Drôle de dents », une nouvelle application mobile pour les enfants porteurs de maladies rares orales et dentaires.

MANIERE MC, LAGADEC A, JUNG S, SADONES P, STRUB M, OBRY F, CLAUSS F -Strasbourg

Objectifs : L'application a pour but d'accompagner les enfants atteints de maladies rares grâce à un accès rapide et facile à des informations présentées de façon ludique, en rapport avec les maladies rares bucco-dentaires et leur prise en charge.

Matériel et méthodes : La première étape a été l'élaboration du cahier des charges : application gratuite, responsive, disponible hors connexion internet une fois téléchargée, s'adressant aux enfants de 5 à 12 ans, ne collectant pas de données à caractère personnel, conforme à la législation française encadrant la conception et l'utilisation des applications mobiles de santé. Le scénario et la conception graphique ont été confiés à une illustratrice scientifique et le développement à une agence de communication. Le texte (voix off), les illustrations et jeux ont été validés par les différents praticiens du CRMR O-Rares impliqués dans ce projet. Résultats : Le personnage principal est un enfant (fille ou garçon) auquel le patient peut s'identifier facilement.

Le menu comporte 5 rubriques (tout sur les dents, les maladies rares des dents, le diagnostic, les soins, la rubrique des parents) avec de nombreuses illustrations originales et des jeux.

Conclusions : Après une phase test, l'application pourra être amenée à évoluer, en se basant sur l'analyse des attentes et remarques des utilisateurs.

8.5 Protocole de réalité virtuelle pour la prise en charge du patient anxieux : applications cliniques et résultats d'une étude pilote menée à l'Unité Fonctionnelle d'Odontologie Pédiatrique de Strasbourg.

CLAUSS F, BERTAGNOLIO L, JUNG S, STRUB M, SADOWES P, CHAUVIN C, MANIERE MC - Strasbourg

Parmi les méthodes non-pharmacologiques de contrôle de l'anxiété et de la douleur, la réalité virtuelle (RV), déjà validée dans plusieurs spécialités pédiatriques, permet une distraction du patient grâce à une immersion multi-sensorielle et une abolition des stimuli anxiogènes. Matériel et méthodes : Un programme de RV (HYPNO VR®) est testé chez des patients anxieux sélectionnés selon des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques (âgé supérieur ou égal à 9 ans, consentement des parents, absence de nausée-vomissement post-opératoires, de mal du transport, de claustrophobie ou de troubles psychotiques). Une évaluation pré et post-opératoire de l'anxiété est complétée par un questionnaire de satisfaction rempli à la fin de chaque séance de RV. Résultats : La RV présente un potentiel intéressant grâce à l'immersion du patient dans un environnement virtuel, avec une bonne faisabilité clinique et une réduction des scores d'anxiété.

• Scapin SQ, Echevarría-Guanilo ME, Fuculo PRB Junior, Martins JC, Barbosa MDV, Pereima MJL. Use of virtual reality for treating burned children: case reports. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(6):1291-1295.

• Piskorz J, Czub M. Effectiveness of a virtual reality intervention to minimize pediatric stress and pain intensity during venipuncture. *J Spec Pediatr Nurs.* 2017; 20.

• Won AS, Bailey J, Bailenson J, Tataru C, Yoon IA, Golianu B. Immersive Virtual Reality for Pediatric Pain. *Children (Basel).* 2017, 23;4(7).

• Parsons TD, Riva G, Parsons S, Mantovani F, Newbutt N, Lin L, Venturini E, Hall T. Virtual Reality in Pediatric

Psychology. Pediatrics. 2017; 140: S86-S91.

• Gold JI, Mahler NE. Is Virtual Reality Ready for Prime Time in the Medical Space? A Randomized Control Trial of Pediatric Virtual Reality for Acute Procedural Pain Management. *J Pediatr Psychol.* 2017 ;19.

8.6 EDUCADENFANT : un premier programme d'Education Thérapeutique du Patient en odontologie autorisé en 2017.

MARQUILLIER T, TRENTESAUX T, BOURGOIN M, DELFOSSE C- Lille.

La carie précoce, maladie chronique la plus fréquente chez les enfants d'âge préscolaire a de nombreuses répercussions sur la santé de l'enfant, sa qualité de vie et celle de son entourage. Le caractère récidivant et chronique de la pathologie dans des groupes à risques remet en cause le traitement, jusqu'alors essentiellement curatif. EDUCADENFANT est un programme d'Education Thérapeutique du Patient autorisé par l'Agence Régionale de Santé des Haut-de-France en 2017. Son caractère innovant repose dans sa conception dont le champ principal est l'odontologie. Le programme, qui répond à un besoin régional de santé, propose une prise en charge globale des enfants porteurs de caries précoces et de leur entourage. Le parcours éducatif proposé à l'enfant et à ses parents complète la prise en charge biomédicale. Il comprend un bilan éducatif partagé, quatre à six ateliers éducatifs et des évaluations. Il fait appel à une équipe pluri professionnelle coordonnée autour de l'enfant. Le programme présente deux objectifs : l'acquisition des compétences nécessaires pour limiter la récurrence de la pathologie et l'amélioration de la qualité de vie.

• Martins-Júnior PA, Vieira-Andrade RG, Corrêa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res.* 2013 ;47(3) :211-8.

• Trentesaux T, Sandrin-Berthon B, Stuckens C, Hamel O, Hervé C. La carie dentaire comme maladie chronique, vers une nouvelle approche clinique. *Presse Médicale.* 2011 Feb ;40(2) :162-6.

• Marquillier T, Trentesaux T, Gagnayre R. Education thérapeutique en odontologie pédiatrique : analyse des obstacles et leviers au développement de programmes en France en 2016. *Santé Publique,* 2017, In Press.

• Ivernois JF d', Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique : l'école de Bobigny. Paris : Éd. Maloine ; 2016.

SESSION 9

QUAND LA RELATION EST DIFFERENTE

9.1 Physiquement, je suis là. Mentalement, je suis loin. De l'hypnose dans un exercice de parodontie et de chirurgie buccale.

DERSOT JM- Paris

A différents moments, un acte de chirurgie peut être demandé par le pédodontiste ou l'orthodontiste (freinectomie labiale et/ou linguale, exposition chirurgicale d'une dent incluse, germectomie, extraction, odontome, mini-vis d'ancrage, chirurgie parodontale, implant, ...). Pour l'enfant aussi bien que pour les parents, cette intervention, souvent la première, peut faire naître de l'inquiétude. L'hypnose éricksonienne permet de mettre l'enfant dans un « ailleurs ». L'induction hypnotique, obtenue rapidement et simplement, autorise alors le praticien à réaliser ces actes dans un confort total. Pour un même acte, il faut moins de liquides anesthésiques, les suites post-opératoires semblent plus légères et la distorsion du temps donne au patient l'impression que l'intervention dure peu de temps. Tout ceci constitue un bénéfice non négligeable pour le souvenir de l'intervention. L'hypnose, c'est pour le confort du patient, mais aussi du praticien.

• www.lefildentaire.com/articles/clinique/omnipratic/hypnose-es-tu-la/6/

• www.dent-lhypnose.com

9.2 Etude observationnelle de l'impact des stratégies psycho-comportementales et médicamenteuses sur les enfants et adolescents atteints de handicap.

BELAROUSSI S, PEREIRA D, SMAIL-FAUGERON V- Paris

Objectifs :

1. Evaluer la modification du comportement d'un enfant

ou d'un adolescent atteint de handicap, au cours d'une même séance de soins et au cours des différentes séances de soins, suite à la mise en place de stratégies thérapeutiques.

2. Evaluer le taux de succès des séances de soins (réalisation des soins planifiés).

Méthodes : Nous avons mené au sein de notre service hospitalier une étude observationnelle sur une durée de deux ans (2015-2017).

Résultats : Nous avons reçu 94 patients âgés de 10 ans en moyenne, correspondant à 435 séances de soins. La tendance générale a été à l'amélioration du comportement des patients : la majorité avait un score de Venham modifiée de 4 ou 5 à la première séance, pour aboutir à un score de 1 à la dernière séance. Le taux de succès a été estimé à 97%.

• Veerkamp, JS, Gruythuysen RJ, Van Amerongen WE, et Hoogstraten J- « Dental treatment of fearful children using nitrous oxide. ». *ASDC journal of dentistry for children* 60, no 3 (1993)

9.3 Gestion du comportement d'un enfant de 7 ans atteint d'autisme sévère.

HAMDAN S, JAUSEAU L, SMAIL-FAUGERON V- Paris

Contexte : Certains patients atteints d'autisme peuvent présenter une difficulté de langage, qui peut se traduire par l'absence totale de parole ou le développement incomplet de leur communication, sans être pour autant corrélée au niveau de compréhension. Comment faire alors pour arriver à ce qu'un enfant dans cette situation accepte sans contrainte l'introduction d'un élément étranger dans sa sphère oro-faciale ?

Objectifs : Mettre en avant les stratégies employées pour la gestion du comportement d'un enfant atteint d'autisme avec difficulté de communication.

Méthodes : Au travers d'un cas clinique, nous présenterons à l'aide de vidéos les stratégies mises en œuvre pour arriver à prendre en charge un enfant âgé de 7 ans atteint d'autisme sévère.

• Olness K et Kohen DP. Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant. *The Guilford Press. New York.* 2006

9.4 Présentation d'un enfant de 16 ans non communicant, atteint d'une

maladie rare (anomalies hypophysaires, hypoglycémies, épilepsie, microcéphalie) et d'un retard mental.

FERERES I, FANGET A, DIALLO T, SMAIL-FAUGERON V- Paris

Contexte : Dans le cadre de la consultation « maladie rare » mise en place dans notre service hospitalier, nous avons reçu Daniel, 16 ans, atteint d'un syndrome mal étiqueté avec anomalies du développement moteur et mental, présentant une polycarie et une hyperplasie gingivale sévère.

Objectifs : Mettre en avant les stratégies employées pour la gestion du comportement de cet adolescent non communiquant, et présenter les soins réalisés.

Méthodes : Nous développerons à l'aide de photographies et vidéos les stratégies mises en œuvre pour arriver à soigner Daniel, ainsi que les résultats de nos séances de soins.

• *Olness K et Kohen DP. Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant. The Guilford Press. New York. 2006*

9.5 Enjeux éthiques des soins dentaires chez les patients avec troubles psychiques et/ou cognitifs : enquête nationale et internationale.

CAMOIN A, TARDIEU C, SALIBA-SERRE B, FAULKS D, LE COZ P, DANY L- Marseille

Les soins dentaires chez les enfants avec troubles psychiques et/ou cognitifs sont souvent source de questionnements éthiques. L'objectif de cette enquête est de répertorier les différentes pratiques de soin sur ces enfants à l'échelle nationale et internationale afin de mener une réflexion éthique. Un questionnaire semi-directif a été diffusé en ligne auprès de chirurgiens-dentistes travaillant membres de réseaux nationaux et internationaux. Les questions ont abordé le consentement éclairé, l'assentiment, les différentes approches pour gérer l'anxiété, la contrainte physique et les inégalités face aux options thérapeutiques.

203 praticiens ont participé à l'enquête. 54% des praticiens ne considèrent pas un patient qui se débat comme refusant le soin. Les approches cognitivo-comportementales sont les plus utilisées contrairement à la contrainte physique. Une réflexion sur ces pratiques s'impose pour concilier au mieux les différents principes éthiques.

• *Stultiëns L, Goffin T, Borry P, Dierickx K, Nys H. Minors and Informed Consent: A Comparative Approach. Eur J Health Law. 1 avr 2007;14(1):21-46.*

• *Meurs D, Rutten M, De Jongh A. Does information about patients who are intellectually disabled translate into better cooperation during dental visits? Spec Care Dentist. 17 août 2010;30 (5):200-5.*

• *Mallineni SK, Yiu CKY. A Retrospective Review of Outcomes of Dental Treatment Performed for Special Needs Patients under General Anaesthesia: 2-Year Follow-Up. Sci World J. 2014 ;2014 :1-6.*

9.6 Autonomie et refus de soins : quelle place pour la voix de l'enfant ?

THIBON A, CAMOIN A, TARDIEU C- Marseille

Contexte : Dans notre pratique quotidienne, nous rencontrons fréquemment des enfants qui refusent nos soins. Prendre en charge ces jeunes patients nous renvoie souvent à la place que nous accordons à leur parole, à leur capacité à donner leur consentement.

Objectifs : Cet exposé propose de faire une synthèse bibliographique sur le recueil de l'assentiment chez le jeune enfant. Notre pratique a-t-elle tendance à prioriser la finalité technique plutôt que l'empathie à l'égard de l'enfant ? La contention physique semble occulter le sujet d'attention qui manifeste un refus. L'utilisation de médication sédatrice, qui peut parfois être ressentie comme une forme de contention chimique, ne peut-elle pas au contraire être perçue comme un moyen de montrer à l'enfant que l'on a entendu son anxiété et son refus ?

Conclusion : Le care anglo-saxon peut ici trouver tout son sens. Il s'agit alors d'accompagner l'enfant et de constituer avec lui une alliance thérapeutique pour vaincre ensemble son anxiété et sa pathologie carieuse.

• *Bailly D. Problèmes liés au consentement chez l'enfant et l'adolescent. Archives de pédiatrie 2010; 17(1): 7-15.*

• *Crossley ML, Josh G. An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. British Dental Journal 2002 ; 192(9) :517-521*

• *Zielinski A. L'éthique du care. Etudes 2010 ; 413 : 631-641*

SESSION 10

PULPE ET RACINES

10.1 Traitement de pulpotomie sur molaires temporaires avec ciment Portland.

SANCHEZ-BEATO ANDRADE J, BARREIRO LOPEZ S- Madrid (Espagne)

L'Association Américaine d'Odontologie Pédiatrique a établi que l'objectif des thérapies pulpaire chez les patients pédiatriques est de préserver l'intégrité et la santé de la dent et des tissus environnants. La pulpotomie est indiquée sur les dents temporaires avec des caries étendues, avec la pulpe coronaire inflammatoire, mais sans infection de la pulpe radiculaire. Il existe de multiples matériaux pour la réalisation du traitement de pulpotomie, l'agrégat de trioxyde minéral (MTA) étant le matériau qui, actuellement, présente les meilleurs résultats biologiques. Dans la documentation scientifique on peut observer une augmentation de l'intérêt pour le ciment Portland (CP) en raison de ses propriétés physiques, chimiques et biologiques semblable au MTA. La plus grande différence se situe dans la composition, avec l'ajout d'oxyde de bismuth dans le MTA. Ainsi, on pourrait considérer le CP comme une alternative possible au MTA, avec un moindre coût.

• *American Academy of Pediatric Dentistry Reference Manual. Guideline on pulp therapy for primary and immature permanent teeth. Pediatr Dent 2014; 36:242-50.*

• *Barreiro S, Maroto M, Saaveda G, Barbería E. Comparative clinical study between the application of Portland cement and mineral trioxide aggregate (MTA) in primary molar pulpotomies. Vol. 23, N° 2, pp. 125-133, 2013.*

• *Oliveira T, Moretti A, Sakai V, Lourenço N, Santos C, Machado M, Abdo R. Clinical, radiographic and histologic analysis of the effects of pulp capping materials used in pulpotomies of human primary teeth. Eur Arch Paediatr Dent (2013) 14:65-71.*

• *Sakai T, Moretti ABS, Oliveira TM, Fornetti APC, Santos CF, Machado MAAM, Abdo RCC. Pulpotomy of human primary molars with MTA and Portland cement: a randomized controlled trial. British Dental Journal. 2009; 207: 1-5.*

• *Yildirim C, Basak F, Marti O, Guven G, Altun C. Clinical and Radiographic Evaluation of the Effectiveness of*

Formocresol, Mineral Trioxide Aggregate, Portland Cement, and Enamel Matrix Derivative in Primary Teeth Pulpotomies: A Two-Year Follow-Up. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry Volume 40, Number 1/2016.

10.2 La Technique de Hall : pourquoi ne plus l'ignorer ?

BERAT JP, VANDERZWALM A, VITAL S, JACQ R- Collobes

La technique de Hall a été proposée pour lever certains obstacles à la prise en charge des soins chez les jeunes enfants. Il s'agit d'une approche de traitement des lésions carieuses sur les molaires temporaires, sans anesthésie ni instrumentation rotative, par scellement d'une coiffe pédodontique préformée, sans préparation préalable. Grâce à l'étanchéité, le biofilm carieux se réduit, entraînant un arrêt de la progression de la lésion carieuse. Cette technique suscite des controverses, du fait de l'absence d'éviction du tissu carieux. Pourtant, des études cliniques contrôlées randomisées valident son efficacité et soulignent la satisfaction des parents, enfants et praticiens. Au travers des situations cliniques, nous montrerons comment cette thérapeutique peut être incluse dans notre prise en charge, notamment pour les enfants les moins coopérants, permettant ainsi de les soigner au fauteuil.

• *Innes NPT, Stirrups DR, Evans DJP, Hall N, Leggate M. A novel technique using preformed metal crowns for managing carious primary molars in general practice – A retrospective analysis. Br Dent J. 22 avr 2006;200(8):451-4.*

• *Innes NPT, Evans DJP, Bonifacio CC, Geneser M, Hesse D, Heimer M, et al. The Hall Technique 10 years on: Questions and answers. BDJ. 24 mars 2017 ;222(6) :478-83.*

• *Thakkar R, Jawdekar A. Hall of Controversy - Evidence-based answers to the hall technique debate. J Indian Dent Assoc. Févr 2017 ;11(2) :24-34.*

10.3 Revascularisation pulpaire : Vers un protocole standardisé ?

CHEVALIER V, BRAIN M, GRANDCHAMP E, GOUEDARD C, ARBAB-CHIRANI R- Brest

La revascularisation pulpaire est une alternative thérapeutique à la formation d'une barrière apicale au MTA pour les dents permanentes immatures nécrosées.

Différents protocoles existent. L'objectif de cette revue de littérature est de recenser les différents cas cliniques de revascularisation pulpaire humaine pour tenter de dégager un protocole idéal. Une recherche a été effectuée depuis le site PubMed concernant les articles publiés depuis janvier 2001. Cette revue montre que la technique de revascularisation pulpaire entraîne la poursuite de l'apexogenèse à travers un épaississement des parois radiculaires (83%) et/ou une élongation radiculaire (75%) et/ou une fermeture apicale (83%) et/ou la résolution de la lésion péri-apicale (95%). Elle met aussi en évidence que le CaOH2 peut être une bonne alternative à la pâte tri-antibiotique dans les pays où la minocycline est interdite.

- Chen et al. *Is revascularization of immature permanent teeth an effective and reproducible technique?* *Dental traumatology*. 2015. Vol 31. pp. 429-436
- AAE *Clinical Considerations for a Regenerative Procedure Revised 6-8-16* (Site internet AAE)
- Diogenes A, Ruparel NB, Shiloah Y, Hargreaves KM. *Regenerative endodontics: A way forward*. *J Am Dent Assoc*. 2016 May;147(5):372-80. doi: 10.1016/j.adaj.2016.01.009. Epub 2016 Mar 24.

10.4 Réflexion sur la meilleure option thérapeutique pour les molaires immatures nécrosées.

Marie SEVIN M, BERAT JP, VANDERDERZWALM A, VITAL S- Colombes

L'endodontie des premières molaires immatures est très peu, voire pas du tout, décrite dans la littérature. Si les avancées incontestables, en termes de matériaux et matériels, rendent les thérapeutiques d'apexification plus abordables, la question de la pérennité de la dent sur l'arcade n'en demeure pas moins au cœur de la décision thérapeutique.

L'objectif de ce travail est de présenter, au travers d'un échange entre endodontiste et pédodontiste, la démarche de réflexion sur la meilleure option thérapeutique pour les molaires immatures nécrosées.

En effet, pour ces dents compromises, il est indispensable de considérer leur pronostic sur le moyen et long terme. Au-delà, de l'anticipation des difficultés opératoires et de l'apport des techniques mono instrumentales et des nouveaux ciments biocéramiques, l'extraction, bien qu'irréversible, doit être envisagée comme une option thérapeutique.

Ces deux options présentent des avantages et inconvénients, mais reste un pari sur l'avenir.

- Mathu-Muju KR, Kennedy DB : *Loss of Permanent First Molars in the Mixed Dentition: Circumstances Resulting in Extraction and Requiring Orthodontic Management*. *Pediatr Dent*. 2016 Oct 15;38(5):46-53
- Bürklein S, Benten S, Schäfer E. *Shaping ability of different single-file systems in severely curved root canals of extracted teeth*. *International Endodontic Journal* 2013; 46: 5907. Martin Trope, Alf Bunes, Gilberto Debelian *Root filling materials and techniques: bioceramics a new hope?* *Endodontic Topics* 2015, 32, 86-96

10.5 Panorama sur les résorptions radiculaires externes

CHERNI L, REKIK Y, BOURMECHE I, MASMOUDI F, GHEDIRA H- Monastir (Tunisie)

La résorption radiculaire pathologique est un processus qui induit la perte du cément, de la dentine et de l'os. C'est le résultat de l'action de cellules de type clastique trop exacerbée par rapport aux propriétés de régénération des blastes. La pathogénèse requiert en effet deux éléments initiateurs : une lésion du cément ou de la dentine et une stimulation inflammatoire. Les premières étapes de la résorption radiculaire sont asymptomatiques et sont le plus souvent diagnostiquées par des examens cliniques et radiographiques de contrôle. Dans ce travail, nous allons traiter des résorptions radiculaires externes. Dans un premier temps, nous définirons ces résorptions et leurs étiologies possibles. Nous étudierons ensuite les moyens de diagnostic, de l'examen clinique classique à l'utilisation de moyens diagnostiques complémentaires comme la tomographie. Pour finir, nous verrons les différentes modalités de prévention et de prise en charge.

- Soares AJ, Souza GA, Pereira AC. et al. *Frequency of root resorption following trauma to permanent teeth*. *Journal of oral science*, 2015, vol. 57, no 2, p. 73-78.
- Abbott PV. *Prevention and management of external inflammatory resorption following trauma to teeth*. *Australian dental journal*, 2016, vol. 61, no S1, p. 82-94.
- Yi J, Sun Y, Li Y et al. *Cone-beam computed tomography versus periapical radiograph for diagnosing*

external root resorption: a systematic review and meta-analysis. *The Angle Orthodontist*, 2016, vol. 87, no 2, p. 328-337.

- Majorana A, Bardellini E, Conti G et al. *Root resorption in dental trauma: 45 cases followed for 5 years*. *Dental Traumatology*, 2003, vol. 19, no 5, p. 262-265.
- Kirakozova A, Teixeira FB, CURRAN AE. et al. *Effect of intracanal corticosteroids on healing of replanted dog teeth after extended dry times*. *Journal of endodontics*, 2009, vol. 35, no 5, p. 663-667.

10.6 Réhabilitation prothétique d'une adolescente atteinte d'une dysplasie dentinaire radiculaire sévère

MORRIER JJ, KHOURY C, MILLET C- Lyon

La dysplasie de la dentine de type I ou dysplasie dentinaire radiculaire appartient au groupe des anomalies héréditaires de la dentine. C'est une maladie rare, caractérisée par des racines coniques courtes et tranchantes ou des dents sans racine alors que la morphologie et la teinte des couronnes sont normales. Elle atteint aussi bien la denture temporaire que la denture permanente. Elle est associée à une perte prématurée des dents. La transmission de la maladie est autosomique dominante. Sa prévalence est de 1/100 000.

Nous nous proposons de décrire la réhabilitation globale, par des prothèses amovibles de recouvrement, d'une jeune patiente atteinte de cette affection. Agée de 15 ans et en grande souffrance psychologique, cette patiente présente également des rétentions de nombreuses dents temporaires et permanentes.

- Soares AJ, Souza GA, Pereira AC, et al. *Frequency of root resorption following trauma to permanent teeth*. *Journal of oral science*, 2015, vol. 57, no 2, p. 73-78.
- Abbott PV. *Prevention and management of external inflammatory resorption following trauma to teeth*. *Australian dental journal*, 2016, vol. 61, no S1, p. 82-94.
- Yi J, Sun Y, Li Y, et al. *Cone-beam computed tomography versus periapical radiograph for diagnosing external root resorption: a systematic review and meta-analysis*. *The Angle Orthodontist*, 2016, vol. 87, no 2, p. 328-337.
- Majorana A, Bardellini E, Conti G, et al. *Root resorption in dental trauma: 45 cases followed for 5 years*. *Dental Traumatology*, 2003, vol. 19, no 5, p. 262-265.

- Kirakozova A, Teixeira FB, Curran AE et al. *Effect of intracanal corticosteroids on healing of replanted dog teeth after extended dry times*. *Journal of endodontics*, 2009, vol. 35, no 5, p. 663-667.

COMMUNICATIONS AFFICHÉES

BARON.C, DAJEAN TRUTAUD.S, LOPEZ CAZEAU.S	Incisive temporaire invaginée : complications et prise en charge chez un enfant de 26 mois
BEN YELLES.I, GANA.D, ALLAL.N, OUDGHIRI.F	Approche thérapeutique préventive chez un enfant chérubin en Odontologie
BERGERE.C, BROUTIN.A, BAILLEUL-FORESTIER.I	Rééducation linguale : analyse des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes en Haute-Garonne
CHERNI.L, REKIK.Y, CHATTI.M, MASMOUDI.F, GHEDIRA.H	La prise en charge d'une incisive centrale maxillaire géminée
DUJON.M, REVERSAT.Q, THEBAUD.N, NANCY.J	Echelle impact CPE et qualité de vie
ELASMAR.M, NOUARA.F, AFIF.M, HAITAMI.S, BENYAHYA.I, BENSOUDA.S, ELARABI.S	Le papillome oral chez l'enfant : à propos de deux cas cliniques
DESTIN.A, GAROT.E, AUSSEL.A, THEBAUD.M.D, NANCY.J.	La carie précoce de l'enfance : prévalence et point de vue des professionnels de santé de la petite enfance en Martinique
GOUEDARD.C, COEFFIC.R, PINO.L, ARBAB-CHIRANI.S, CHEVALIER.V	Propriétés mécaniques d'un nouveau compomère en comparaison avec un CVI condensable. Etude Préliminaire
DARTIGUE.O, BISCAY-AUSSEL.A, NANCY.J, THEBAUD.N	Prevention of early childhood caries : creating a guide for early childhood healthcare professionals
LAUMAILLÉ.M, BITTAR.E, TRENTEAUX.T, DELFOSSE.C, ROBBERECHT.L	Importance de la bonne gestion des minéralisations intra-pulpaire : cas d'une incisive centrale maxillaire gauche palatoversée chez une patiente porteuse d'une fente alvéolo-palatine bilatérale
NOUARA.F, EL ARABI.S, BOUSFIHA.B	La dentinogenèse imparfaite héréditaire : Rapport d'un cas clinique
REKIK.Y, BEN DAYA.M, BEJI.A, CHOUCHEN.F, MAATOUK.F	Traitements d'urgence des incisives permanentes inférieures traumatisées chez l'enfant
REKIK.Y, ELELMI.Y, CHERNI.L, JERBI.M.A, MAATOUK.F.	Rôle des éducateurs fonctionnels dans le traitement des malocclusions chez l'enfant
STRUB.M, VAN BELLINGHEN.X, IDOUX- GILLET.Y, FIORETTI.F, BORNERT.F, BENKIRANE-JESSEL.N, KUCHLER-BOPP.S, CLAUSS.F	Stimulation de la régénération osseuse maxillaire par l'utilisation de membranes de e-polycaprolactone (PCL) fonctionnalisées avec des nanoréservoirs de BMP-2 : étude sur modèle murin



Pour l'«Intégration du MEOPA en cabinet dentaire pour la prise en charge de l'**anxiété** et de la **douleur** des patients»

Objectifs

Développer vos connaissances théoriques et pratiques pour administrer, en cabinet dentaire, le MEOPA.

Formation

- Reconnue par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes,
- Avec un programme complet alliant théorie et pratique,
- Animée par des intervenants expérimentés,
- Dédiée aux chirurgiens-dentistes* (2 jours) mais également accessible aux assistantes dentaires (le 2^{ème} jour),
- Formation aux gestes d'urgence intégrée en soirée (sans supplément).

Dates des formations

Consulter le site
www.airliquidehealthcare.fr

INFO KALINOX™

0 969 368 799

Appel non surtaxé

@ : kalinoxville@airliquide.com
Fax : 02 40 68 47 10

* Formation préalable obligatoire en application du Plan de Gestion de Risque MEOPA
Air Liquide Santé France Organisme de formation enregistré sous le numéro d'existence 11 75 26 33 175

INSCRIPTION FORMATION MEOPA 950 € TTC* (déjeuners inclus)

- Je m'inscris à la formation MEOPA du
Je joins mon règlement par chèque libellé à l'ordre de : Air Liquide Santé France
- Je souhaite inscrire mon assistante le deuxième jour** :
- ** +150€ TTC/par assistante (déjeuner inclus)

Raison sociale*
Nom* & Prénom*
Adresse de facturation*
Code postal* & Ville*
Tél*
Mail*
N°SIRET* N° RPPS
* champs obligatoires

Date
Signature
(Précédée de la mention
« Bon pour accord »)

BON de commande détachable à retourner complété et accompagné de votre règlement par chèque libellé à l'ordre d'Air Liquide Santé France à :
Air Liquide Santé France - Centre de Service Client Ville - 16, rue de la Rainière - BP 41624 - 44316 Nantes Cedex 03



ANTI-CARIES PROFESSIONAL™

AVANCÉE CLINIQUE MAJEURE dans la prévention de la carie



Neutralise
les acides de sucre
dans la plaque dentaire

Renforce
en reminéralisant
4 fois plus¹

Existe en version JUNIOR
(goût adapté)



Fluorure + Neutraliseur d'Acides de Sucre™

-41% de nouvelles caries²

Colgate-Palmolive SAS au capital de 6 911 180 euros. RCS 475 991 649. F-92700 Colombes



⁽¹⁾ Comparé à un dentifrice fluoré contenant 1450 ppm F- (monofluorophosphate de sodium) Cantore et al, J Clin Dent 2013;24-A32-44.

⁽²⁾ Dans le cadre d'un programme de brossage supervisé et éducation à l'hygiène bucco-dentaire 4 fois par an comparé à un brossage non supervisé avec un dentifrice fluoré à 1000 ppm. Petersen et al, Community Dent Health, 2015; 32(1):44-50.

