

La rubrique «Point de service» répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Ce mois-ci, les réponses ont été fournies par des conférenciers du Congrès 2006 de la FDI, qui se tiendra du 22 au 25 septembre à Shenzhen, en Chine.



QUESTION 1

Quand devrait-on envisager l'orientation du patient pour un recouvrement radiculaire?

Contexte

Depuis quelques années, l'esthétique et le confort du patient sont devenus de plus en plus importants en dentisterie. Parallèlement, les techniques de recouvrement radiculaire pour traiter la récession gingivale ont gagné en importance en parodontie. La récession gingivale et son corollaire – l'exposition radiculaire – peuvent entraîner plusieurs effets indésirables, notamment une diminution de l'esthétique, une sensibilité radiculaire et la perte de la structure radiculaire sous l'effet de l'abrasion, de l'abfraction ou de la carie, en plus de nuire à la réduction de la plaque dentaire. Les restaurations à la résine collée sont souvent utilisées pour traiter ces problèmes, mais cette solution est loin d'être optimale. En effet, non seulement ces restaurations entraînent-elles souvent une récession supplémentaire (iatrogène), mais elles ne rétablissent pas l'architecture normale de la gencive ni ne facilitent un contrôle optimal de la plaque par le patient. Qui plus est, ces restaurations exigent un remplacement périodique qui augmente inévitablement l'ablation de structure additionnelle de la dent.

De toute évidence, la restauration du tissu gingival perdu offre un résultat biologiquement plus acceptable et plus souhaitable, quant à l'amélioration de l'esthétique, à la réduction du risque de récession future, au traitement de l'hypersensibilité dentinaire et à l'arrêt de la perte de la structure radiculaire. Assurément, toute procédure réduisant le risque de récession future est souhaitable. Le recouvrement des racines exposées peut donner des résultats prévisibles dans certaines situations cliniques bien définies et, à cette fin, plusieurs méthodes de traitement différentes peuvent être utilisées avec succès.

Quand choisir un recouvrement radiculaire

La décision de traiter la récession gingivale par voie parodontale s'appuie généralement sur les 2 facteurs suivants :

- Le recouvrement radiculaire est-il souhaitable?
- Le recouvrement radiculaire est-il réalisable et prévisible?

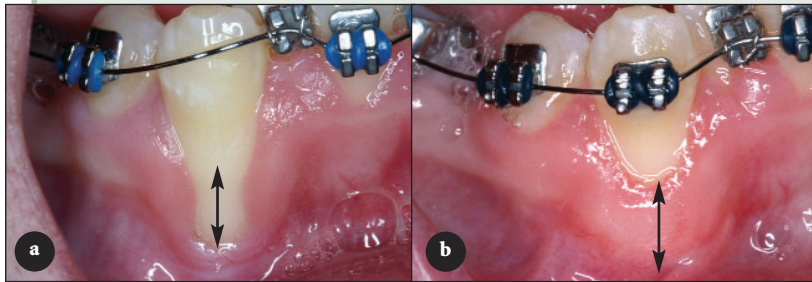
Encadré 1 Indications du recouvrement radiculaire et de l'augmentation gingivale

Sensibilité
Récession progressive
Considérations esthétiques
Traitement préprothétique ou préorthodontique
Conservation de la structure de la dent
Facilitation de l'hygiène buccodentaire

La réponse à la première question exige un examen approfondi des principales préoccupations du patient, notamment l'esthétique et la sensibilité, la difficulté de contrôler la plaque, la présence ou l'absence de pathologies radiculaires, les considérations restauratrices et orthodontiques, et l'évaluation faite par le clinicien du risque de récession future. Si le patient manifeste des symptômes associés à la récession gingivale ou qu'il n'est pas satisfait de l'aspect de ses gencives, le recouvrement radiculaire peut être indiqué (encadré 1). Il peut également être indiqué s'il y a eu perte de la structure de la dent, que la gencive encore présente semble mince et sujette à une récession future ou que la récession complique l'hygiène buccodentaire.

La réponse à la deuxième question fait appel en grande partie à une classification élaborée en 1985 par Miller, laquelle définit les conditions dans lesquelles un recouvrement radiculaire complet ou presque complet serait indiqué et celles où un recouvrement partiel pourrait convenir (tableau 1). La hauteur de l'os interproximal adjacent est le facteur déterminant dans la prévision des résultats du recouvrement radiculaire. Ainsi, selon Miller, en l'absence de perte de l'os interproximal, on peut espérer un recouvrement radiculaire complet, tandis qu'un recouvrement seulement partiel sera obtenu s'il y a eu perte de l'os interproximal (ill. 1 et 2).

Lorsque le dentiste a déterminé que le recouvrement radiculaire est à la fois souhaitable et réalisable pour le patient, il doit ensuite évaluer les facteurs



III. 1 : a. Récession de classe I traitée par une greffe de tissu conjonctif sous-épithélial. b. À noter le recouvrement complet de la racine et l'élargissement du tissu kératinisé.



III. 2 : Récessions de classes III et IV. On peut s'attendre à un recouvrement limité, voire nul, dans ces conditions. Si la récession progresse ou qu'une restauration de classe V est prévue, une procédure d'augmentation gingivale devrait être envisagée.

Tableau 1 Classification de la récession gingivale selon Miller

Classification	Caractéristiques		Recouvrement radiculaire prévu
	Os interproximal	Récession	
Classe I	Hauteur normale	Coronaire par rapport à la jonction mucogingivale	Recouvrement radiculaire complet, possible et prévisible
Classe II	Hauteur normale	Apicale par rapport à la jonction mucogingivale	Recouvrement radiculaire complet, possible et prévisible
Classe III	Hauteur réduite	Apicale par rapport au niveau du tissu interproximal	Recouvrement partiel
Classe IV	Hauteur réduite	Au niveau du tissu interproximal	Aucun

médicaux de ce dernier pour déterminer s'il peut subir une intervention parodontale mineure. Des soins dentaires de base doivent être dispensés, y compris des soins prophylactiques, des mesures de réduction de la carie et tout traitement endodontique nécessaire. Cependant, les restaurations finales, en particulier les restaurations de type couverture complète ou les restaurations allant jusqu'à la surface radiculaire, doivent être reportées après la fin du recouvrement radiculaire. Le recouvrement radiculaire peut être utilisé sur des zones altérées par l'abrasion, l'abfraction, l'érosion ou la carie, à la condition que les restaurations existantes ou les caries soient éliminées et que les zones de récession répondent aux critères de Miller. Si la gencive est très mince ou que le tissu kératinisé est réduit au minimum ou est absent, la mise en place d'une restauration complète ou d'une restauration empiétant sur la gencive risque d'accroître la récession.

La récurrence de la récession est très peu probable après un recouvrement radiculaire. C'est pourquoi, avant d'envisager de restaurer les surfaces radiculaires exposées, le dentiste devrait considérer le recouvrement radiculaire comme

une option biologiquement acceptable dont les résultats à long terme sont prévisibles et stables. ♦

LES AUTEURS



Le Dr Sheilesh Dave exerce dans un cabinet privé de parodontie à Calgary (Alberta).



Le Dr Thomas E. Van Dyke est directeur des études post-universitaires en parodontologie à l'Université de Boston (Massachusetts). Courriel : tvandyke@bu.edu.

Le Dr Van Dyke donnera sa séance intitulée «Management of the host response to prevent and treat periodontitis» lors du Congrès 2006 de la FDI, le dimanche 24 septembre.

Lectures supplémentaires

- Bouchard P, Malet J, Borghetti A. Decision-making in esthetics: root coverage revisited. *Periodontol* 2000; 27:97-120.
- Koke U, Sander C, Heinecke A, Muller HP. A possible influence of gingival dimensions on attachment loss and gingival recession following placement of artificial crowns. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003; 23(5):439-45.
- Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5(2):8-13.
- Parameter on mucogingival conditions. American Academy of Periodontology. *J Periodontol* 2000; 71(5 Suppl):861-2.

QUESTION 2

Un patient de 8 ans se présente avec une occlusion croisée antérieure et une malocclusion squelettique de classe III. Le traitement orthopédique précoce réussira-t-il?

Contexte

Les patients souffrant d'une malocclusion de classe III qui présentent une occlusion croisée antérieure et une déficience maxillaire de légère à modérée peuvent être traités efficacement avec un appareil extrabuccal de protraction ou masque facial de protraction¹⁻³. Parmi les effets dentaires et squelettiques des appareils en question, on compte l'avancement du maxillaire de 2 mm à 4 mm sur une période de 8 à 12 mois, la correction de l'occlusion croisée antérieure, la proclination des incisives supérieures, la rotation de la mandibule vers le bas et vers l'arrière, l'amélioration de l'apparence du visage et l'harmonisation accrue de la relation entre les lèvres⁴⁻⁶. Le traitement précoce des patients ainsi atteints peut prévenir l'altération progressive et irréversible des tissus mous ou osseux, éliminer les divergences de l'occlusion et de la relation centriques, empêcher l'usure anormale des incisives, réduire au minimum la compensation dentaire excessive attribuable à une divergence squelettique et améliorer la position des lèvres, le profil du visage et l'image de soi pendant les années de croissance de l'enfant.

Parmi les facteurs associés au succès d'une intervention visant à intercepter une malocclusion de classe III, on compte une bonne esthétique faciale, la présence d'un déplacement fonctionnel antéro-postérieur, la disharmonie squelettique légère, le type facial convergent, le fort jeune âge et, corollairement, la non-terminaison de la croissance, la symétrie du condyle, l'absence de prognathisme familial et la bonne coopération du patient⁷.

Prédiction de la croissance mandibulaire

L'une des raisons pour lesquelles les cliniciens hésitent à donner un traitement orthopédique précoce aux patients de classe III tient à l'incapacité de prédire la croissance mandibulaire. Les patients soumis à un traitement orthodontique ou orthopédique peuvent avoir besoin d'un traitement chirurgical à la fin de la période de croissance. La capacité de prédire la croissance mandibulaire tôt dans la vie peut, par conséquent, aider les cliniciens à planifier les soins orthodontiques futurs ou la nécessité d'un traitement chirurgical. Bjork⁸ s'est servi d'un seul céphalogramme pour identifier 7 signes structuraux de la rotation extrême de la mandibule pendant la croissance : inclinaison de la tête du condyle, courbure du canal mandibulaire, forme du bord inférieur de la mandibule, largeur de la symphyse, angle interincisal, angle intermolaire et hauteur de la partie antérieure inférieure de la face. L'analyse discriminante des résultats à long terme du traitement précoce a permis d'identifier plusieurs variables ayant valeur prédictive. Ainsi, Franchi et coll.⁹ ont constaté que l'inclinaison de la tête du condyle, la relation maxillomandibulaire verticale et la largeur de l'arcade mandibulaire peuvent prédire la réussite ou l'échec du traitement précoce de classe III. En outre, Ghiz et coll.¹⁰ ont observé que la combinaison de la position de la mandibule, de la longueur de la branche montante, de la longueur du corps et de l'angle gonial prédisait le résultat fructueux de l'intervention avec une précision de 95 %, mais prédisait le résultat infructueux de l'intervention avec une précision de seulement 70 %. Nous proposons l'emploi d'une série de



III. 1 : Enfant de 8 ans présentant une malocclusion de classe III et une occlusion croisée antérieure.



III. 2 : Le patient a été traité avec un appareil fixe d'expansion et un masque facial de protraction.



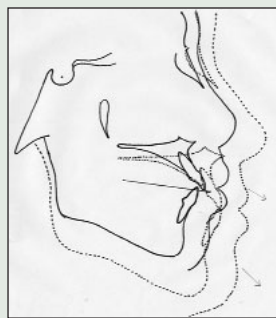
III. 3 : Le degré de surplomb horizontal s'est amélioré après 8 mois de traitement avec le masque facial de protraction.



III. 4 : Radiographie céphalométrique latérale obtenue après 8 mois de traitement.



III. 5 : Radiographie céphalométrique latérale obtenue 7 ans après l'achèvement du traitement avec masque facial.



III. 6 : Les radiographies obtenues à 8 ans et à 15 ans (ill. 4 et 5 respectivement) sont superposées afin qu'on puisse mesurer la croissance en hauteur du maxillaire supérieur et de la mandibule et ainsi déterminer le ratio GTRV.

radiographies céphalométriques et d'une analyse du vecteur de croissance de la réponse au traitement (GTRV) pour prédire la croissance mandibulaire excessive.

Le ratio GTRV peut se calculer avec la formule suivante :

$$\text{GTRV} = \frac{\text{modification horizontale maxillaire attribuable à la croissance}}{\text{modification horizontale de la mandibule attribuable à la croissance}}$$

Normalement, la mandibule dépasse le maxillaire supérieur en croissance de 23 % chaque année, et le ratio GTRV pour les personnes au profil de croissance squelettique de classe I est de 0,77. Un ratio inférieur à cette valeur indique une croissance horizontale supérieure de la mandibule et la probabilité que le patient ait besoin d'une intervention chirurgicale.

Dans une étude effectuée auprès de patients souffrant d'une malocclusion de classe III, le ratio GTRV moyen était de $0,49 \pm 0,14$ ET (plage de 0,33 à 0,88) pour les patients traités efficacement avec un appareil extrabuccal de protraction et de $0,22 \pm 0,10$ (plage de 0,06 à 0,38) pour les patients dont le traitement avait été sans résultat¹¹. Les cliniciens peuvent utiliser le ratio GTRV pour déterminer si une malocclusion de classe III peut être camouflée efficacement avec un traitement orthodontique ou si un traitement chirurgical sera nécessaire à terme.

L'ill. 1 montre un patient de 8 ans avec une malocclusion squelettique de classe III et une occlusion croisée antérieure. Le patient a été traité pendant 8 mois avec un appareil d'expansion maxillaire supérieur et un masque facial de protraction (ill. 2). Un surplomb horizontal positif a été établi après 8 mois de traitement (ill. 3). L'ill. 4 montre la radiographie céphalométrique après le traitement. Le patient a été suivi jusqu'à l'âge de 15 ans pour analyse de la croissance. L'ill. 5 illustre la radiographie céphalométrique du patient à l'âge de 15 ans. Les 2 radiographies sont superposées (ill. 6) de

sorte qu'on puisse mesurer les modifications attribuables à la croissance, et permettent par conséquent de calculer le ratio GTRV. Le ratio calculé de 0,9 a indiqué que le patient avait connu une croissance parallèle du maxillaire supérieur et de la mandibule pendant la période d'observation et qu'un traitement chirurgical futur peut ne pas être justifié. Pour ce patient, le clinicien pourrait choisir d'instaurer un traitement orthodontique complet pour camoufler la malocclusion.

Conclusion

L'emploi d'une série de radiographies et l'analyse du ratio

GTRV peuvent aider les cliniciens à prédire la croissance excessive de la mandibule chez les patients souffrant d'une malocclusion de classe III et à décider s'il faut camoufler l'occlusion ou procéder à une intervention chirurgicale. ✦

L'AUTEUR



Le Dr Peter Ngan est professeur et directeur du Département d'orthodontie, Université de la Virginie-Occidentale, Faculté de médecine dentaire, Morgantown (Virginie-Occidentale). Courriel : pngan@hsc.wvu.edu.

Le Dr Ngan donnera sa séance intitulée «The biologic basis for early treatment» lors du Congrès 2006 de la FDI, le dimanche 24 septembre.

Références

- McNamara JA Jr. An orthopedic approach to the treatment of Class III malocclusion in young patients. *J Clin Orthod* 1987; 21(9):598-608.
- Turley PK. Orthopedic correction of Class III malocclusion with palatal expansion and custom protraction headgear. *J Clin Orthod* 1988; 22(5):314-25.
- Ngan P, Wei SH, Hagg U, Yiu CK, Merwin D, Stickel B. Effects of headgear on Class III malocclusion. *Quintessence Int* 1992; 23(3):197-207.
- Nartallo-Turley PE, Turely PK. Cephalometric effects of combined palatal expansion and facemask therapy on Class III malocclusion. *Angle Orthod* 1998; 68(3):217-24.
- Baccetti T, Franchi L, McNamara JA Jr. Treatment and posttreatment craniofacial changes after rapid maxillary expansion and facemask therapy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2000; 118(4):404-13.
- Ngan P, Hagg U, Yiu C, Wei SHY. Treatment response and long term dentofacial adaptations to maxillary expansion and protraction. *Seminars in Orthodontics* 1997; 3:255-64.
- Turpin DL. Early Class III treatment, unpublished thesis presented at 81st session. Am Assoc Orthod, San Francisco; 1981.
- Bjork A. Prediction of mandibular growth rotation. *Am J Orthod* 1969; 55(6):585-99.
- Franchi L, Baccetti T, Tollaro L. Predictive variables for the outcome of early functional treatment of Class III malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1997; 112(1):80-6.
- Ghiz M, Ngan P, Gunel E. Cephalometric variables to predict future success of early orthopedic Class III treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005; 127(3):301-6.
- Ngan P, Wei SH. Early treatment of Class III patients to improve facial aesthetics and predict future growth. *Hong Kong Dent J* 2004; 1:24-30.

QUESTION 3

Comment puis-je reconnaître et traiter l'hypofonction salivaire chez les enfants?

Contexte

L'hypofonction salivaire et la xérostomie qui y est associée sont habituellement décelées lorsqu'elles se manifestent à l'âge adulte, en particulier chez les personnes âgées et celles qui prennent certains types de médicaments. En revanche, cet état est rarement envisagé chez les enfants, sans doute parce que ceux qui en souffrent ne donnent pas l'impression d'en être atteints et peuvent même baver. Cependant, l'hypofonction salivaire ne désigne pas seulement la diminution du débit salivaire, mais aussi la réduction du pouvoir tampon de la salive et la diminution de sa teneur en certains composants, en particulier en protéines.

La diminution de la quantité de salive peut causer divers problèmes buccodentaires, notamment une difficulté à manger et à parler et la modification des sensations gustatives; la xérostomie est toutefois un état hautement subjectif et le débit salivaire non stimulé peut être réduit de plus de 50 % de sa valeur normale avant que des symptômes ne soient observés¹. Un grand nombre d'enfants qui ont des besoins spéciaux peuvent baver à cause d'une dysfonction motrice buccale, mais ceci n'écarte pas pour autant la possibilité d'hypofonction salivaire. De plus, chez les enfants présentant une dysfonction motrice buccale, le taux de clairance salivaire est réduit, et il peut même y avoir accumulation d'aliments dans les sillons buccaux². Les symptômes observés et le débit apparent sont donc de piètres indicateurs de l'hypofonction salivaire, et un examen clinique approfondi est essentiel. Les infections, les traumatismes, les néoplasies, la radiothérapie et les médicaments peuvent tous contribuer à l'hypofonction salivaire. Celle-ci peut également être due à une anomalie congénitale, présente chez des enfants souffrant de syndromes divers, comme la microsomie hémifaciale,

le syndrome de Treacher-Collins et autres anomalies du premier arc branchial. Des recherches récentes ont également associé l'hypofonction salivaire à d'autres états, notamment au syndrome vélo-cardio-facial (VCF)³, au syndrome de Prader-Willi et à la dysplasie ectodermique.

La salive comme facteur de risque carieux

Certes, les causes de la carie dentaire sont multifactorielles et incluent divers facteurs exogènes, comme les habitudes alimentaires et l'hygiène buccodentaire. Cependant, la fonction salivaire a un grand effet sur la santé buccodentaire, et un grand nombre de patients atteints d'hypofonction salivaire souffrent de caries rampantes (ill. 1).

Lorsque des caries rampantes sont diagnostiquées chez un enfant, il arrive fréquemment qu'on en attribue la cause à l'alimentation, et ceci fait souvent naître un sentiment de culpabilité chez les parents. Or, bien que le régime alimentaire en soit souvent la cause indubitable, il y a aussi beaucoup d'enfants qui continuent de présenter des taux très élevés de caries, malgré la modification de leur régime alimentaire et l'amélioration de leur hygiène buccodentaire. Ces résultats laissent donc croire que les cliniciens devraient envisager la possibilité d'autres facteurs favorisant.

L'hypofonction salivaire chez les enfants est souvent diagnostiquée à partir du profil de caries. Bien qu'elle se manifeste souvent chez des enfants ayant des besoins spéciaux, l'hypofonction salivaire peut aussi être présente chez des enfants par ailleurs en bonne santé. Ainsi, une récente analyse des dossiers d'enfants ayant subi une scintigraphie salivaire à Sydney, en Australie, a révélé que le tiers des enfants chez qui une hypofonction salivaire avait été confirmée souffraient du syndrome VCF, un tiers présentaient diverses autres affections médicales, mais un tiers n'avaient aucun antécédent médical favorisant.

Il est également intéressant de noter que l'hypofonction salivaire, et plus particulièrement la diminution de la teneur en protéines de la salive, a été associée à la malnutrition⁴. Or, un grand nombre d'enfants qui présentent des caries de la petite enfance ont un poids inférieur au poids idéal et pourraient souffrir de malnutrition⁵. Il serait donc utile d'étudier la possibilité d'un lien entre la carie



III. 1 : Caries extensives des incisives chez un enfant souffrant du syndrome vélo-cardio-facial.



III. 2 : Lésions carieuses cervicales chez un enfant présentant une salive épaisse, mucoïde et mousseuse.

de la petite enfance, la malnutrition et l'hypofonction salivaire.

En résumé, il faudrait peut-être tenir compte davantage du rôle de la salive chez les enfants à haut risque carieux et inclure des méthodes de stimulation salivaire dans leur protocole de prévention.

Signes de danger

Les signes suivants peuvent aider à reconnaître les enfants chez qui l'hypofonction salivaire pourrait être un important facteur contribuant au risque carieux.

Le profil des caries, incluant les caries à des endroits inhabituels

- Dégradation carieuse rapide et marquée au niveau des incisives inférieures
- Caries des incisives et des canines
- Déminéralisation importante au niveau cervical et des surfaces lisses, accompagnée de caries

Les lésions qui se manifestent aux endroits précités sont *toujours* associées à un taux très élevé de caries. Les caries des incisives inférieures peuvent notamment être associées à une aplasie ou à une hypofonction des glandes submandibulaires.

Nature de la salive

- Écumeuse, mousseuse ou épaisse (ill. 2)

Progression des caries

- Évolution rapide des lésions carieuses, malgré des mesures de prévention intensives
- Perte accélérée du tissu dentaire non carieux sous l'effet de l'érosion

Modifications des tissus mous

- Sécheresse du bord vermillon de la lèvre et de la muqueuse buccale
- Fissuration de la langue et perte des papilles filiformes

Autres facteurs

Le débit salivaire est à lui seul un piètre indicateur de l'hypofonction salivaire. Un certain nombre de facteurs peuvent en effet influencer sur ce débit, notamment la position du corps, le degré d'hydratation et le rythme circadien; il est en outre extrêmement difficile de mesurer ce débit avec précision chez les enfants.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, un grand nombre d'enfants dont la fonction motrice buccale est déficiente peuvent baver, ce qui peut donner l'impression qu'ils ont trop de salive. Or, ces enfants pourraient au contraire présenter une clairance prolongée des sucres ce qui, combinée à leur préférence pour les aliments mous (pour réduire la mastication), pourrait accroître sensiblement le risque carieux.

Mesures de prévention

Lorsque les mesures de prévention habituelles semblent échouer, les mesures additionnelles suivantes peuvent aider à ralentir ou à freiner les lésions carieuses.

Modification du régime alimentaire

Le clinicien devrait fortement insister sur la nécessité de réduire, voire d'éliminer, le grignotage et la consommation de boissons gazeuses sucrées et caféinées. Il devrait notamment décourager la consommation fréquente de boissons sucrées et encourager plutôt la consommation d'eau pour maintenir l'hydratation. Il faut aussi veiller à informer l'enseignant de l'enfant, afin que ce dernier puisse apporter une bouteille d'eau dans la classe.

Un baume pour les lèvres ou de la gelée de pétrole devrait être appliqué régulièrement, en particulier au coucher.

Prévention de la déminéralisation et promotion de la reminéralisation

Chez les enfants plus âgés et les adolescents, encourager l'usage quotidien d'un rince-bouche au fluorure (0,05 % de NaF) ou d'un dentifrice à forte teneur en fluorure, comme le Colgate 5000 ppm.

Des gouttières sur mesure pour l'application de gel au fluorure (1,23 % de NaF neutre) sur l'arcade mandibulaire durant la nuit peuvent être particulièrement utiles dans les cas de caries des incisives inférieures.

Les enfants plus jeunes, qui présentent des risques de fluorose, devraient être suivis régulièrement (au moins tous les 3 mois), pour l'application d'un vernis fluoruré.

Recommander l'usage quotidien d'agents de reminéralisation, par exemple des caséines phosphates (phosphopeptide de caséine et phosphate de calcium amorphe ou CPP-ACP). Il a été démontré que ces produits, qui sont commercialisés aux États-Unis et au Canada sous la marque Prospec MI Paste (GC America), ont un puissant effet de reminéralisation. Des recherches récentes semblent par ailleurs indiquer que la combinaison de ces produits avec du fluorure produit un effet reminéralisant synergique⁶.

Stimulation de la production salivaire

Encourager l'usage régulier de gommes sans sucre, en particulier de gommes à base de xylitol, pour stimuler la production salivaire et réduire le pouvoir acidogène de la plaque⁷. La combinaison CPP-ACP est également présente dans la gomme sans sucre Recaldent (GC America)⁸.

Amélioration de l'hygiène buccodentaire

Recommander l'usage intermittent d'un gel de chlorhexidine (0,2 %) comme moyen chimique de réduire la plaque et encourager le brossage des dents et l'usage de la soie dentaire sur une base régulière.

Traitement de restauration

Sceller les fissures des molaires dès leur éruption, en utilisant un scellant à base de verre ionomère.

Si un traitement de restauration doit être pratiqué, opter pour des matériaux à libération de fluorure chaque fois que cela est cliniquement possible, afin de favoriser la réduction des caries.

Visites de rappel régulières

Fixer des intervalles de rappel appropriés en fonction du risque carieux. Examiner les enfants à haut risque au moins une fois tous les 3 mois pour surveiller l'évolution des caries et le respect des mesures de prévention.

Dans les cas graves et ceux qui ne réagissent pas aux mesures de prévention, diriger l'enfant vers un spécialiste compétent pour un examen plus poussé. ♦

L'AUTEURE



La Dre Sally Hibbert est spécialiste en dentisterie pédiatrique au Centre Westmead pour la santé buccodentaire à Sydney, en Australie, et spécialiste invité à l'hôpital pour enfants de Westmead. Courriel : sallyhibbert@bigpond.com.

La Dre Hibbert donnera sa séance intitulée «Oral medicine and pathology in children: what to look for and how to manage the common and uncommon» lors du Congrès de la FDI le lundi 25 septembre.

Références

1. Screenby LM. Xerostomia: diagnosis, management and clinical complications. In: Edgar WM, O'Mullane DM, editors. *Saliva and oral health*. 2nd ed. London: British Dental Association; 1996. p. 43–66.
2. Gabre P, Norman C, Birkhed D. Oral sugar clearance in individuals with oral motor dysfunctions. *Caries Res* 2005; 39(5):357–62.
3. Hibbert SA, Gartshore L, Widmer RP. A potential association between salivary gland hypofunction and velocardiofacial syndrome. *J Dent Res* 2004; 83(Spec Iss B):0055 (Aust. NZ. Div).
4. Psoter WJ, Reid BC, Katz RV. Malnutrition and dental caries: a review of the literature. *Caries Res* 2005; 39(6):441–7.
5. Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent* 1999; 21(2):109–13.
6. Mazzaoui SA, Burrow MF, Tyas MJ, Dashper SG, Eakins D, Reynolds EC. Incorporation of casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate into a glass-ionomer cement. *J Dent Res* 2003; 82(11):914–8.
7. Edgar WM, Higham SM, Manning RH. Saliva stimulation and caries prevention. *Adv Dent Res* 1994; 8(2):239–45.
8. Iijima Y, Cai F, Shen P, Walker G, Reynolds C, Reynolds EC. Acid resistance of enamel subsurface lesions remineralized by a sugar-free chewing gum containing casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate. *Caries Res* 2004; 38(6):551–6.