

muscles, des éponges condensées stériles (Gelfoam, Pfizer, New York, NY), du cyanoacrylate, des spirales métalliques et du collagène, ont été utilisés pour l'embolisation de ces lésions<sup>7</sup>. Pour être efficace, le traitement nécessite habituellement l'exérèse complète de la malformation vasculaire (ill. 3) afin d'en prévenir la récurrence. Le traitement dans la région maxillofaciale peut cependant être complexe et il importe d'examiner avec soin les avantages d'une exérèse complète en regard du défigurement marqué et des graves difficultés fonctionnelles qui peuvent en résulter<sup>8</sup>. L'ablation des lésions siégeant dans la région buccale et maxillofaciale peut être pratiquée par un spécialiste en chirurgie buccale et maxillofaciale, un oto-rhino-laryngologiste ou un plasticien, avec l'aide d'un spécialiste en radiologie interventionnelle. ➤

## LES AUTEURS



Le Dr Brad W. Ray est résident en chirurgie buccale et maxillofaciale à l'Université McGill à Montréal (Québec). Il était résident en chef au programme de résidence en dentisterie de l'Université de la Colombie-Britannique au moment de la rédaction de cet article. Courriel : Bradley.Ray@vch.ca



Le Dr Ian R. Matthew est professeur adjoint et président de la chirurgie buccale au Département de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).

**Remerciements :** Photos fournies par le Dr David Sowden (North Vancouver, C.-B.)

## Références

- Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69(3):412-22.
- Ethunandan M, Mellor TK. Haemangiomas and vascular malformations of the maxillofacial region - a review. *Brit J Oral and Maxillofac Surg.* 2006;44(4):263-72.
- Mulliken JB, Young AE. *Vascular birthmarks. Hemangiomas and malformations.* Philadelphia: Saunders; 1988.
- Waner M, Suen JY. *Hemangiomas and vascular malformations of the head and neck.* New York: Wiley-Liss; 1999.
- Larsen PE, Peterson LJ. A systematic approach to management of high-flow vascular malformations of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993;51(1):62-9.
- Margileth AM, Museles M. Cutaneous hemangiomas in children: diagnosis and conservative treatment. *JAMA.* 1965;194:135.
- Noreau G, Landry PE, Morais D. Malformation artérioveineuse de la mandibule : Revue de la littérature et présentation de cas. *J Can Dent Assoc.* 2001;67(11):646-51. Disponible : [www.cda-adc.ca/jadc/vol-67/issue-11/646.html](http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-67/issue-11/646.html).
- Persky MS, Yoo HJ, Berenstein A. Management of vascular malformations of the mandible and maxilla. *Laryngoscope.* 2003;113(11):1885-92.
- Johnson LM, Cook H, Friedlander A. Central arteriovenous malformations of the maxillofacial skeleton: case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49(7):759-63.
- Van Den Akker HP, Kuiperl, Peeters FL. Embolization of an arteriovenous malformation of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 1987;45(3):255-60.

## QUESTION 2

Comment dois-je procéder lors de la première visite d'un jeune enfant chez le dentiste?

### Contexte

La prévalence croissante de la carie de la petite enfance est une source de préoccupation. Cependant, en raison du petit nombre de spécialistes dentaires pédiatres au Canada, les dentistes généralistes doivent également jouer un rôle dans la lutte contre cette maladie évitable. Les parents se plaignent souvent de ne pouvoir obtenir des soins appropriés quand ils découvrent que les dents de leurs enfants présentent des problèmes. Beaucoup trop souvent, les cabinets dentaires refusent de recevoir des enfants de moins de 3 ans. Ce message est ordinairement transmis aux parents par le membre de l'équipe qui répond au téléphone et qui n'est sans doute pas au courant des récentes directives<sup>1-3</sup> soulignant la nécessité d'inclure les tout-petits et les jeunes enfants dans la clientèle des cabinets de dentisterie générale. Cet article offre quelques lignes de conduite à suivre lors de la première visite d'un enfant dans le cadre de la pratique quotidienne.

En novembre 2001, le Bureau des gouverneurs de l'Association dentaire canadienne (ADC) a adopté la recommandation suivante : «L'ADC encourage, dans les 6 mois suivant l'éruption de la première dent ou à l'âge d'un an, l'évaluation des jeunes enfants par un dentiste».<sup>1</sup> Un sondage<sup>4</sup> effectué auprès des dentistes dans tout l'Ouest canadien a révélé que, bien que la plupart des répondants aient été au courant de la recommandation de l'ADC, une importante proportion ne recevait pas d'enfants de moins de 2 ans. Parmi ceux qui n'acceptaient pas des jeunes enfants dans leurs cabinets, presque la moitié ont évoqué, comme principal point de préoccupation, les difficultés à gérer les patients à cause de leur âge et de leurs problèmes de comportements potentiels. Fait intéressant à souligner, plusieurs dentistes étaient d'avis que les infirmières et les médecins devraient jouer un rôle pour prévenir la carie de la petite enfance. Cependant, il est sans doute peu réaliste de



Ill. 1: La meilleure position pour examiner un jeune enfant est genoux contre genoux.

s'attendre à ce que les collègues médicaux participent à la gestion de ce problème quand bon nombre dans la profession dentaire refusent de le faire.

### Le déroulement de la première visite

La première visite chez le dentiste comprend en grande partie une «entrée en matière», un très bref examen et un suivi avec le parent<sup>5</sup>. Une bonne partie de l'entrée en matière peut être accomplie par le personnel de la réception qui peut aider le parent à remplir la fiche sur les antécédents médicaux et fixer un rendez-vous à une heure où l'enfant risque le moins d'être fatigué ou d'avoir faim et, par conséquent, d'être moins susceptible de déranger les autres patients du cabinet. Par exemple, il est préférable d'éviter de fixer un rendez-vous pour un enfant de 18 mois à l'heure où il a l'habitude de faire un somme, surtout si à cette heure c'est une période de grande activité pour le cabinet et que la salle d'attente est remplie.

Lors de la première visite, l'assistante dentaire joue elle aussi un rôle essentiel, passant la plus grande partie du rendez-vous à s'entretenir avec le parent au sujet de la santé buccodentaire de l'enfant, préparant et rassurant le parent au sujet de l'examen même et l'informant qu'il n'est pas rare que l'enfant fasse des difficultés la première fois.

Ordinairement, l'interaction directe du dentiste avec le patient peut être restreinte à environ 5 minutes. La meilleure position pour examiner les patients de moins de 2 ans est genoux contre genoux (ill. 1). Le parent et le dentiste s'assoient l'un en face de l'autre et avec leurs genoux qui se touchent. Le parent tient l'enfant sur ses genoux, l'enfant lui faisant face, et il incline la tête de l'enfant sur les genoux du dentiste sur lesquels un oreiller peut être placé. Cette position permet à l'enfant de maintenir avec le parent le contact avec les yeux tout en permettant au dentiste d'avoir accès à la bouche de l'enfant. Le parent retient les mains de l'enfant pendant que le

dentiste tient gentiment sa tête en place et procède à l'examen.

Le premier examen est habituellement un examen visuel à l'aide d'un miroir; une sonde peut être introduite dans la bouche quand des parties soulèvent des doutes. Quand l'enfant est coopérante, une brève démonstration de brossage des dents peut être donnée au profit du parent. Un vernis fluoruré peut être appliqué au besoin. Les principes essentiels sont d'être préparé et de procéder à l'examen avec rapidité et efficacité.

Le dentiste permet ensuite à l'enfant de jouer pendant qu'il s'entretient avec le parent au sujet de toute question que peut soulever l'examen. Quand la bouche de l'enfant est saine, l'entretien se restreint habituellement aux moyens de la garder telle. Quand des caries ont été observées, le dentiste parlera des causes possibles et des méthodes de traitement.

Quand des caries sont découvertes lors de la première visite, le parent peut éprouver de vifs sentiments de culpabilité. Devant cette possibilité, l'équipe dentaire doit faire preuve de sensibilité et veiller soigneusement à éviter toute attitude condamatoire; elle doit plutôt offrir son soutien en suggérant au parent des moyens pouvant aider à traiter la maladie et à éviter qu'elle ne se propage davantage. De même, lors de la première entrevue, il est préférable de poser des questions ouvertes; par exemple, «combien de fois brossez-vous les dents de votre enfant?» au lieu de «brossez-vous les dents de votre enfant?».

En cas de décalcification ou de carie de tout genre, les options de traitement varieront de l'application de fluorure à des restaurations mineures et au renvoi à un spécialiste pour un traitement plus élaboré; le renvoi à un spécialiste est également indiqué en tout temps quand un dentiste se sent inconfortable pour effectuer un traitement nécessaire. Il importe surtout que tout traitement nécessaire soit entrepris immédiatement et ne soit pas reporté jusqu'au moment où l'enfant sera en mesure de coopérer. ✦

### L'AUTEURE

La Dre Felicity Hardwick exerce en cabinet privé à Nanaimo (Colombie-Britannique). Courriel : [felicity\\_hardwick@telus.net](mailto:felicity_hardwick@telus.net)

### Références

Pour obtenir la liste complète des références, veuillez consulter la version anglaise du journal à [www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-8/577.pdf](http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-8/577.pdf).

Pour plus de précisions touchant la première visite d'un enfant chez le dentiste, voyez la présentation en PowerPoint (en anglais seulement) à : [www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-8/577.html](http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-8/577.html).