

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

SERVICE D'OC-E

ENSEIGNEMENT ETUDIANTS 5^{ème} ANNEE

Cours d'odontologie pédiatrique

LE BILAN ALIMENTAIRE

Présenté par Pr Mehdid C

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016/2017

PLAN

Introduction

Le rôle de l'alimentation dans le développement dentaire

- Au cours de l'odontogenèse
- Avant l'éruption dentaire
- Après l'éruption dentaire

Le bilan alimentaire

- Définition
- Protocole
- importance

Conclusion

Références bibliographiques

- INTRODUCTION

L'avenir est plus à la prévention qu'à l'intervention.

Ainsi, si à la première consultation le médecin dentiste décèle la présence de la maladie carieuse, il doit effectuer un bilan carieux individuel : (BCI) en vue de l'établissement d'un plan de traitement prophylactique individualisé.

Le BCI repose sur l'identification des facteurs à l'origine du risque carieux.

I- LE ROLE DE L'ALIMENTATION DANS LE RISQUE CARIEUX ?

1- L'effet post résorption

Il peut se valoir en général avant l'éruption des dents (effet prééruptif) :

Au cours de l'odontogenèse

- chez la femme enceinte,
- chez le nourrisson et,
- l'enfant avant l'éruption des dents (jusqu'à 8ans):

Règle :

Une alimentation équilibrée doit être de règle.

L'alimentation doit être riche en protéines, en sel de calcium et en vitamines répartis en quantités suffisantes.

Apports Nutritionnels Conseillés :

- Les besoins en protéines = 10 à 12% de la ration énergétique globale
- Les besoins en lipides = 30 à 35% de la ration énergétique globale
- Les besoins en glucides = 50 à 55% de la ration énergétique globale
- Ne pas oublier les vitamines et les fibres.

C'est environ jusqu'à l'âge de huit ans (8ans) que l'on peut s'attendre à des effets endogènes relatifs aux dents, car c'est à la fin de cette période que s'achève la minéralisation de la couronne des dents permanentes.

Un déficit alimentaire aura une répercussion sur la structure des tissus dentaires (laisse une signature) qui seront fragiles et donc facilement attaquables par les acides locaux.

2- L'effet pré résorption

Il se fait sentir sur les surfaces des dents déjà évoluées :

L'alimentation agit localement sur le métabolisme de la plaque et notamment sur sa capacité à produire des acides

Le pH est le facteur déterminant dans la balance

Déminéralisation/ Reminéralisation

- **LE REGIME CARIOGENE**

(la qualité des repas, la rémanence des sucres dans la cavité buccale)

Est lié à la teneur en sucres des différents aliments.

Le potentiel cariogène des aliments est mesuré par une méthode simple : la mesure du pH intraoral par les tests salivaires

- **Le glucose, le fructose** (monosaccharides)
- **Le saccharose, lactose, maltose** (disaccharides)
- **L'amidon** (polysaccharides)

En plus de leur rôle prépondérant dans

-la cohésion de la plaque et

- son adhérence à l'émail, certains sucres dits fermentescibles peuvent être stockés à l'intérieur de la bactérie et servir à la production d'acide et d'énergie.

- **LES HABITUDES ALIMENTAIRES**

- la fréquence des repas
- la fréquence de consommation des sucres.. .

II- **LE BILAN ALIMENTAIRE**

C'est la recherche des facteurs et éléments dans le mode alimentaire d'un individu au cours d'une période définie (3 à 8 j, 1 mois), afin d'identifier puis, de corriger ceux qui seraient à l'origine du risque carieux.

***L'ENQUETE ALIMENTAIRE**

• **LA PREMIERE CONSULTATION ou INITIALE**

- La méthode interview

Le patient répond à un « *questionnaire alimentaire* » type avant la consultation :

Pas très efficace (le patient non guidé est sujet à des oublis)

- Un tableau est remis au patient dans lequel il note tout ce qu'il mange ou boit pendant 3 à 8j (4 j en moyenne), y compris la prise de médicaments.

Ce journal doit porter à la fois sur les jours de travail et de repos afin de bien examiner le comportement alimentaire global du patient.

- La fréquence et le contenu des repas et en cas.

• **LA CONSULTATION D'ANALYSE DE L'ENQUETE.**

Elle a lieu en dehors de la salle de soins et consiste à rechercher la fréquence de prises alimentaires cariogènes qui sont à l'origine de la production constante d'acides par les bactéries ce qui empêche les systèmes tampons de fonctionner /

- la consommation excessive de jus,
- la consommation de fluor,
- une malnutrition : à l'origine de troubles de minéralisation des tissus dentaires et péri dentaires. Les dents sont alors très cario-susceptibles et le parodonte peu apte à se défendre.
- un trouble alimentaire quelconque (obésité, anorexie: lésions de site 3 sur les faces palatines).. .
- un état physiologique particulier :
femme enceinte vomissements, troubles de salivation, brossage difficile lié aux nausées, collations fréquentes, acidité permanente .. .
- un état pathologique

Le praticien procède à une analyse du contenu de l'enquête.

Il demande au patient de souligner en rouge tout ce qu'il juge être une absorption de sucres.

Le praticien intervient pour corriger les éventuels oublis du patient /pastilles pour la gorge, sirops, jus d'orange.. .

- ***Si le dérèglement est réel et important***
le patient est orienté vers un nutritionniste

- ***Si le dérèglement est léger***

Le médecin dentiste conseillera sous forme de prescription, une modification raisonnée avec un équilibre entre les différents groupes alimentaires.

• **LA CONSULTATION DE SUIVI :**

- 3 à 6 mois plus tard
- l'enquête est réitérée

Il faut

- *analyser le suivi des recommandations et*
- *les modifications ou non de comportements, ainsi que leurs retentissement sur l'état de santé buccale.*

Réévaluer le RCI du patient.

CONCLUSION

Le bilan alimentaire est une étape incontournable du bilan carieux individuel car il permet d'éliminer les facteurs de risque après les avoir identifiés et d'apporter une solution à la maladie carieuse.

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

FACULTE DE MEDECINE D'ALGER
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE
SERVICE D'OC-E

ENSEIGNEMENT ETUDIANTS 5^{ème} ANNEE

Cours d'odontologie pédiatrique

LE FLUOR SOUS TOUTES SES FORMES

Présenté par Pr Mehdid C

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016/2017

PLAN

Introduction

- I- Généralités sur le fluor
 - Avantages
 - Inconvénients
 - Indications
 - Contre-indications
- II- le fluor par voie générale : systémique
 - les comprimés
 - les gouttes
 - le lait, le sel
 - l'eau
 - les aliments

- III- le fluor par voie locale : topique
 - les solutions pour bains de bouche
 - les gels, les gommes à mâcher
 - les vernis
 - les matériaux fluorés

CONCLUSION

INTRODUCTION

LE FLUOR est un oligoélément abondant dans la nature (eau, terre, air..).

Il est l'un des composants des tissus durs de l'organisme (os, cartilage, Dents....)

C'est un produit de consommation courante: légumes, fruits, thé

I- GENERALITES

Les différentes formes de fluorures :

L'eau (embouteillée, du robinet), le sel, les pâtes dentifrices, les traitements professionnels (les vernis, les gels, les matériaux de restauration, de prophylaxie, les solutions pour rinçage..)

I-I Avantages

- De nombreux travaux à travers le monde ont prouvé le rôle du fluor dans la cario-prophylaxie: nombreuses études épidémiologiques

I-II inconvénients

L'excès de fluor est toxique car il détermine :

- la fluorose dentaire (doses > 2mg/l)
- l'ostéofluorose (ostéoporose, ostéopétrose) >5mg/l

FLUOROSE DENTAIRE

C'est une lésion des tissus durs dentaires due à un apport excessif de fluorures pendant la période de minéralisation des couronnes des dents.

- expression clinique (la moins grave pour la santé de la population)
- 1ère manifestation de l'intoxication

D'AUTRES ATTEINTES

- LESIONS OSSEUSES
- ATTEINTES RÉNALES
- ATTEINTES NERVEUSES

Il est généralement admis que le risque de fluorose dentaire apparaît au-delà de 2ppm



Naceur A.

La fluorose dentaire chez l'enfant du Souf, thèse pour le diplôme de doctorat en sciences médicales-DESM- soutenue en 1986.



II- Le fluor par voie générale: systémique

L'apport systémique en fonction de la teneur en fluorures de l'eau consommée :

Mg F-/l d'eau	mgF-/j
< 0,3	1
0,3 – 0,7	0,75
> 0,7	0

Une bonne connaissance de la composition en fluorures des eaux consommées pour suppléer les carences ou éviter les intoxications est indispensable. Le seuil minimal en deçà duquel le risque carieux existe est de 0,5mg /l.

L'eau fluorurée

La concentration en fluorures des eaux admissible en Europe est de
-0,7 ppm dans les zones où la température ambiante varie de 25à30°C
-1,5ppm « « « « « « « 8à12°C

Parmi toutes les formes, la fluoration de l'eau reste la méthode la plus efficace.

Elle concerne toute la population (prévention de masse)

Plus rentable et moins chère.

Supplémentation médicamenteuse

Il est réservé au patient à risque carieux élevé, âgé de plus de 6 mois (après éruption dentaire)

Compte tenu de la diversité des apports en fluor (eau, sel, dentifrice ingéré.. .) toute prescription de fluor médicamenteux (gouttes, compr) doit être précédé d'un bilan personnalisé des apports journaliers en fluor.

Elle est de plus en plus délaissée, du fait du risque de fluorose bien que négligeable d'après de nombreuses études.

Le lait fluoruré

Le mécanisme de reminéralisation fait intervenir le calcium et le phosphate du lait en plus du fluor.

Le sel fluoruré

La teneur optimale selon Marthaler est de 250 à 350mg F- /Kg de sel tant pour les dents temporaires que permanentes .

1g de sel = 0,25mg de Fluoruré (quantité insuffisante pour induire un effet préventif).

Les aliments fluorés

En général la teneur des différents aliments en fluor est insignifiante.

Les plus riches sont le thé: la teneur moyenne en fluorures pour les grands buveurs de thé= 1mg

La voie topique

L'utilisation du fluor est subordonnée à l'apparition des dents sur l'arcade. En effet, l'accent est mis aujourd'hui sur la nécessité d'un apport régulier de faibles doses de fluor, principalement topique, tout au long de la vie afin d'agir sur le processus permanent de minéralisation /démminéralisation de l'émail.

Les bains de bouche

Ils sont dosés à

- 0,05% de fluorures de sodium en rinçage quotidien à domicile
- 0,12% en rinçage hebdomadaire sous contrôle du médecin dentiste

Indications

- les sujets à haut risque de carie
- les sujets présentant des caries actives
- les enfants âgés de 6ans au moins.

Les gels

Ils sont utilisés en applications topiques lors des visites de contrôles chez le patient à haut risque carieux âgés de 6 ans et plus.

Ils sont à haute teneur jusqu'à 20 000 ppm de fluorures et utilisés au moyen de gouttière qui peuvent être préfabriquées ou confectionnées.

Indications

- hyposialie
- hypersensibilité dentinaire
- les patients traités pour radiothérapie (tête et cou).

Le protocole opératoire

- le patient est assis bien droit (éviter le risque de déglutition)
- brossage rigoureux des dents (éviter le NPPD sauf si c'est indispensable, pour ne pas perturber la couche superficielle d'émail)
- Les gouttières sélectionnées (doivent recouvrir entièrement les arcades) sont chargées de 5 à 10ml de gel de manière à recouvrir les dents.
- l'aspiration salivaire est indispensable
- le patient mord légèrement sur les gouttières chargées 4mn
- après retrait, on demande au patient de sucer ses dents pour éliminer l'excès de fluor dans l'aspiration salivaire, puis on lui recommande d'éviter de boire, de manger ou rincer sa bouche 30 mn.
- **Le gel de fluorure de sodium à 2%**
- **APF (Acidulated Phosphate Fluoride)** en absence de restauration au composite ou en céramique.

LES DENTIFRICES

Ils sont classés en :

- *Dentifrices pharmaceutiques*, vendus uniquement en pharmacie

* D à haute teneur en fluorures 1500 à 5000 ppm

* D à très haute teneur au dessus de 5000ppm

- *Dentifrices cosmétiques*, vendus en grandes surfaces, la teneur est en dessous de 1500ppm

- D. Mono-fluoro-phosphates

- D. Fluorures de sodium

- D. Fluorures d'amines

ATTENTION

Le risque de fluorose est accru chez l'enfant (de 6mois à 4 ans) le brossage chez l'enfant doit se faire sous contrôle parental jusqu'à l'âge de 8ans avec dentifrice à teneur inférieure à 500ppm jusqu'à l'âge de 6ans.

Recommandations de Marthaler [1] : « ne jamais placer dans la cavité buccale d'un enfant plus de mg de fluor que le chiffre de son poids en Kg. »

Les vernis

Ils sont à très haute concentration en fluorures

22600ppm Duraphat,

7000ppm pour fluor Protector

Indication :

- Patient à haut risque carieux

Objectif

- Reminéralisation des lésions débutantes
- Prévention de la maladie carieuse

Ils sont appliqués tous les deux à quatre mois sur les lésions carieuses des surfaces lisses (cervicales et radiculaires) et des puits et sillons dentaires des dents venant de faire leurs éruptions.

Les gommes à mâcher

Elles doivent être sans sucre cariogène

Elles rallient l'action locale et générale, elles sont de plus en plus conseillées après les repas en cas d'impossibilité de brossage.

Recommandations générales

- La posologie conseillée chez l'enfant (0 à 13ans) est de 0,05mg F/j

Il ne faut utiliser qu'une seule voie générale et y associer une ou plusieurs voies locales.

Recommandations pour les enfants de 2 à 6ans (quel que soit le risque carieux)

Age	recommandations
2-3ans	Apport systémique: 0,50mg /j Apport topique : 1brossage quotidien avec un dentifrice <500 ppm (quantité = 1petit pois)
3à6ans	Apport systémique : 0,50mg/j 3à 4ans Apport systémique : 0,75mg/j 4à 6ans Apport topique : 2 brossages quotidiens avec un dentifrice <500 ppm

Les recommandations pour les enfants de plus de 6ans (en fonction du risque carieux)

Risque faible	Risque élevé
Apport topique : 2brossages quotidiens(D<1500ppm)	<ul style="list-style-type: none">- Apport systémique : 1mg/j- Apport topique : 2 brossages quotidiens D de 1500à 5000ppm- Bain de bouche fluoruré- Application de gel ou de vernis fluoruré

Les matériaux fluorés

Il s'agit essentiellement :

- Les verres ionomères qui sont indiqués chez les patients à risque carieux élevé en temporisation jusqu'à l'abaissement de ce dernier
- Les matériaux de scellement prophylactique qui en plus de l'action mécanique de comblement des sillons libèrent du fluor lorsqu'ils sont fluorés (les verres ionomères , les matériaux résineux).
- Les compomères qui sont délaissés du fait de la suprématie des composites sur le plan de l'esthétique et des CVI sur le plan de la libération de fluorures.

CONCLUSION

Il est bien évident que tous les vecteurs de fluorures doivent être associés à une bonne hygiène buccale et doivent être bien étudiés par le professionnel avant leur prescription.

LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Marthaler Th –M. Fluoration : prénatale jusqu'à 8ans.Revue Suisse Mensuelle d'odontostomatologie 100 :7-15, 1990

2- Folliguet M, Bénétière P, Tavernier JC, Guivante- Nabet C. Le bilan fluoré, une étape essentielle en prévention. Concepts cliniques en dentisterie préventive. Ed SNPMD 2001

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

SERVICE D'OC-E

ENSEIGNEMENT ETUDIANTS 5^{ème} ANNEE

Cours d'odontologie pédiatrique

LES SEALANTS

Réalisé et présenté par Pr Mehdid C

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016/2017

INTRODUCTION

- I- Définition du scellement
- II- Indications du scellement
- III- Les matériaux de scellement
- IV- Le protocole opératoire

Conclusion

Les références bibliographiques

INTRODUCTION

Les sealants sont des matériaux utilisés en prophylaxie pour le comblement ou scellement des puits et sillons dentaires.

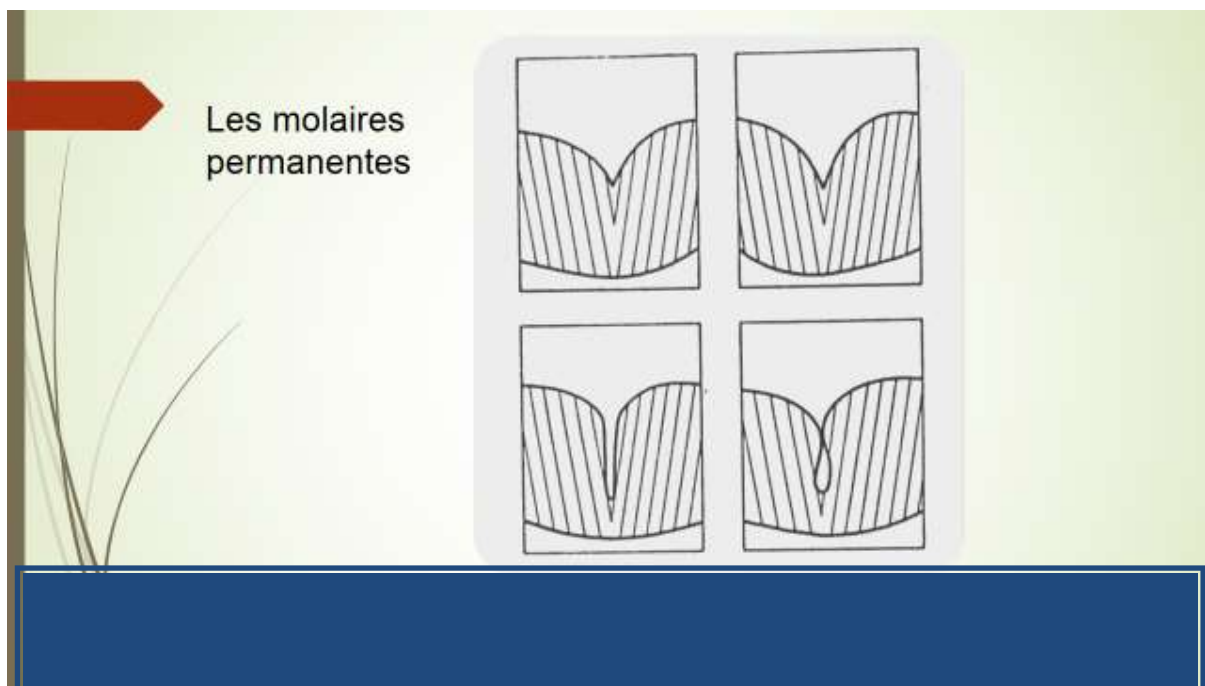
I- LE SCELLEMENT

Définition

Un acte non invasif visant à combler les sillons avec un matériau adhésif fluide. Il réalise une barrière physique étanche, lisse et plane qui s'oppose à l'accumulation de la plaque bactérienne au contact de la surface amélaire protégée, et qui prévient ainsi la déminéralisation acide à ce niveau.

Le problème des anfractuosités est réglé donc par fermeture biomécanique.

II- LES QUATRE TYPES LES PLUS FREQUENTS DE FISSURES (Banocy)



III- Les matériaux de scellement

- Les verres ionomères de scellement prophylactique CI IV
- Les résines de scellement (sealants)
 - *les résines de scellement préventif= sealants
 - * les résines de scellement thérapeutique = C fluides = flow
- Les compomères de scellement (non utilisés)

Les matériaux de scellement résineux sont qualifiés de non chargés en présence d'une proportion de particules inertes inférieure à 10%.

Plus ces particules sont moindres, plus le matériau sera fluide et moins il résistera à l'abrasion.

IV- LES CRITERES DE CHOIX DU MATERIAU DE SCELLEMENT

- Si l'isolation est parfaite, choisir de poser un MS à base de résine
 - Si l'isolation est imparfaite, trois options sont possibles dans l'attente d'une éruption complète de la dent :
 - *Poser un MS à base de verre ionomère
 - *Proposer un vernis fluoré ou à la chlorhexidine, moins efficace qu'un verre ionomère
 - *Différer le scellement et renforcer les autres moyens de prévention. Dans ce cas une séance de réévaluation du RCI à 3mois est recommandée.
- Si un MS au verre ionomère a été posé et qu'il est toujours intact, il n'est pas utile de le remplacer.

V- INDICATIONS:

- Le scellement des puits et fissures des molaires permanentes est un acte préventif ou thérapeutique s'inscrivant dans une démarche préventive ou interceptive globale.

** Le scellement préventif :*

- Dans le cas d'un risque carieux individuel élevé de l'enfant
- état général altéré, (sujets immunodéprimés ou présentant une affection cardiaque, une anomalie de la crase sanguine, un problème métabolique ou endocrinien.. .)
- -Les 1 ères molaires permanentes,
- -les 1ères molaires temporaires chez l'enfant à risque carieux élevé ou sans dent successioannelle,
- -Les prémolaires et les deuxièmes molaires permanentes,
- -Les sillons vestibulaires des molaires mandibulaires et palatins des molaires maxillaires,
- - Les puits cingulaires des incisives.

** Le scellement thérapeutique :*

- lésions carieuses non-cavitaires occlusales
- scellement des marges ouvertes sur le bord de restaurations anciennes : scellements « thérapeutiques » et peuvent s'apparenter à un moyen de prévention secondaire.

VI- CONTRE-INDICATIONS

- présence de signes d'atteinte dentinaire (ombre sous l'émail non effondré ou radio clarté montrant la présence de lésion carieuse dentinaire occlusale ou proximale): recommandations américaines.
- la Haute Autorité de Santé (HAS) stipule que, pour des lésions amélaire, l'ouverture des sillons n'est pas recommandée.

VII- LE PROTOCOLE OPERATOIRE



Isolation de la dent



Nettoyage de la surface occlusale à l'aide de cupule sans pâte

Rinçage –Séchage

Repérage des points d'intercuspidations

I



Mordançage du réseau de sillons à l'aide d'acide orthophosphorique à 37% pendant 40s.



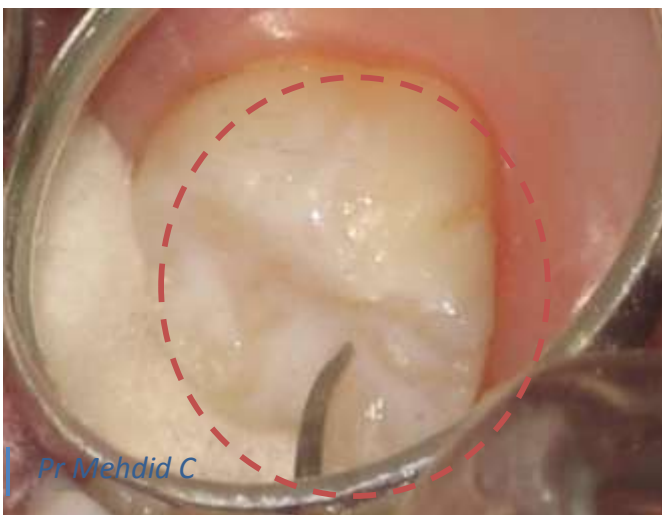
Rinçage +Séchage



Aspect blanc crayeux



- Mise en place de la résine,
- patientez quelques secondes,
- Photo polymériser.



Contrôle de
l'étanchéité de la
résine



Contrôle de l'occlusion
Contrôles réguliers (visites)



Enfant avec les 36- 46
scellées

CONCLUSION

Il faut toujours lire la notice du fabricant , car lui seul connaît son produit et donc est à même de conseiller le meilleur protocole d'utilisation.

Les références bibliographiques

- Breillat J. Anatomico-pathologie de l'apexogenèse et de l'apexification, Endodontie clinique : Laurichesse JM ; Maestroni F; Breillat J:ed cdp ; 101-120
- Riethe P avec la collaboration de Gunter R. Scellement des fissures, Atlas de médecine dentaire ; Ed médecine sciences Flammarion ; 1989 : 49-58
- Marmasse A. l'odontotomie prophylactique de Hyatt, dentisterie opératoire, dentisterie restauratrice,Ed JB Baillière 1980, tome 2 : 286-2
- Courson F, Landru M M. Pit and fissure sealing; why, when and how? Revue d'odontostomatologie 2003; 32: 231 – 244
- SFOP, Société française d'odontologie pédiatrique, Recommandations sur la pratique de scellement des puits et fissures.Journal d'odontostomatologie pédiatrique ; 23 vol II, n°4 ; 2004 :223-228
- Muller–Bolla M, Velly AM, Lupi – Pegurier I, Bolla M. Les scellements des puits et des fissures. Le point sur les études cliniques, Revue d'odontostomatologie sept 2003, 32 :191-211

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE
FACULTE DE MEDECINE D'ALGER
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE
SERVICE D'OC-E

ENSEIGNEMENT ETUDIANTS 5^{ème} ANNEE
Cours d'odontologie pédiatrique

Séquence surveillance

Préparé et présenté par Pr Mehdid C

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016/2017

INTRODUCTION

La santé bucco-dentaire est basée de nos jours sur la prévention, la détection, l'interception en cas d'échec, permettant une prise en charge précoce garantissant un pronostic favorable.

C'est ainsi, qu'une surveillance des patients en rapport avec la séquence d'éruption des dents, de leurs maturations ainsi que de l'évolution des fonctions s'avère indispensable.

I- LA SEQUENCES DE SURVEILLANCE

• Chez l'enfant de 0 à 2ans

- Notez la présence de plaque, de carie : applications topiques de fluorures ou de CVI en cas d'altérations de structure de l'émail,
- Les colorations noires : éliminer lors du polissage,
- Recherchez la fréquence des affections ORL,
- Recherchez un éventuel traumatisme et ou des séquelles/ dyschromies ou absence de dent : en cas de perte d'espace avant l'éruption des canines.

• Chez l'enfant de 3 à 4 ans

- La présence de carie chez le jeune est un signe de risque carieux élevé d'où la nécessité de proposition d'une approche prophylactique
- En cas de gingivite persistante : pensez à un problème de santé générale,
- En cas d'anomalie de l'émail : vernis fluorés ou obturation au CVI
- Réaliser la prothèse en cas d'extraction des incisives pour éviter une béance et interposition linguale,
- En cas de nécessité de Rg , il faut penser à une protection plombée.

• Chez l'enfant de 5 à 7ans

- Il faut protéger les M1 de vernis à la chlorhexidine ou fluoré avant de pouvoir poser les sealants,
- Vérifier le brossage, l'éruption des incisives inférieures, gérer les éventuelles anomalies tissulaires,
- Vérifier la ventilation nasale: croissance transversale maxillaire, un articulé inversé,
- Réaliser une radio panoramique en début de denture mixte.

- **Chez l'enfant de 8 à 10ans**

- Contrôler la plaque notamment en cas d'encombrement dentaire.
- Ya t-il nécessité d'une consultation d'orthodontie
- 1Rg Bite Wing(rétro coronaire) /an si RC faible, 2 Rg BW /an si RC élevé à la recherche de caries dentinaires ou sous les points de contacts.

Attention aux caries cachées « hidden caries »

- Rg panoramique pour étude du développement dentaire si nécessaire

- **Chez l'enfant de 11 à 15 ans**

- attention aux sillons des dents de 12ans et aux faces proximales des PM et M : vernis, sealants (le traitement d'ODF augmente le risque de carie
- suivi des thérapeutiques d'apexification, apexogénèse
- contrôler la réversion des lésions proximales en cas de traitement prophylactique fluoré
- un panoramique dentaire est réalisé à 15 ans pour vérifier le chemin d'éruption des dents de sagesse.

II-LE ROLE DES PARENTS

La participation des parents est indispensable, il faut expliquer aux parents

- les délais d'éruption et l'importance des dents,
- les méfaits de la succion du pouce,
- Surveillez les rythmes et la consommation de boissons gazeuses,
- L'importance de la prophylaxie,
- donnez les conseils pour éviter les traumatismes lors de la marche, de la pratique de sport (port de casque.. .)
- donnez des RDV de contrôles réguliers selon le risque carieux (3,4, 6, 12 mois).