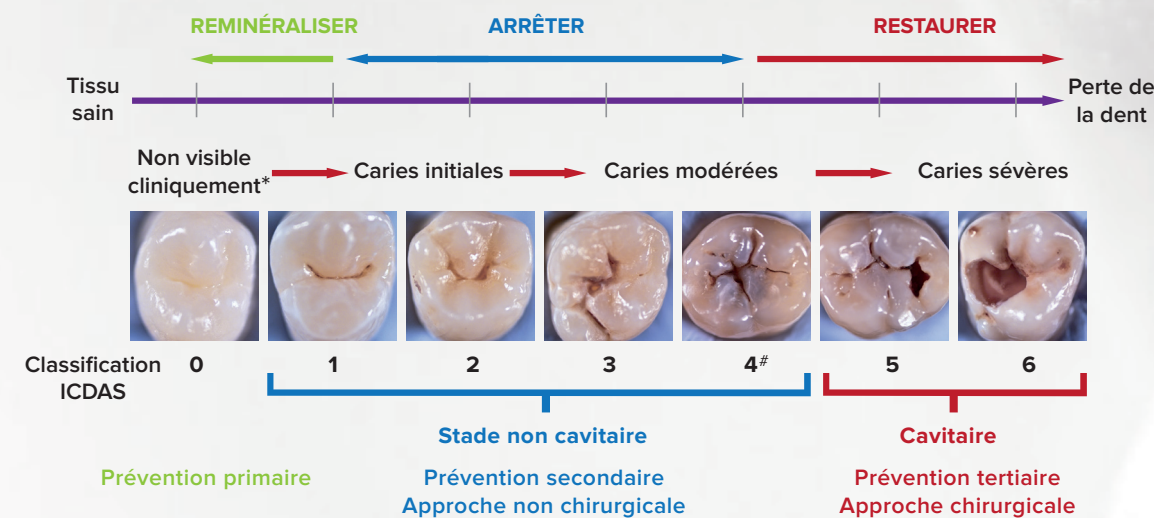


Guide pratique de prévention et de gestion des caries à l'usage du chirurgien-dentiste au fauteuil

L'objectif est de réduire l'impact du développement de la carie en intervenant le plus tôt possible afin de limiter la destruction des dents et d'inverser le processus carieux en faveur de la reminéralisation. La gestion des lésions précoces de la carie passe, idéalement, par l'approche la moins invasive possible pour prévenir la progression de la maladie et par l'incitation des patients à prendre en charge l'amélioration de leur propre **santé bucco-dentaire**.

Comprendre l'activité de la lésion

Le défi essentiel est de différencier une lésion active évolutive marquée par un processus continu de déminéralisation par opposition à une lésion de gravité similaire qui a été stoppée, est devenue inactive, et qui est alors dite arrêtée ou en phase de reminéralisation. La qualité de l'évaluation de l'activité de la lésion va avoir un impact important d'un point de vue clinique et économique.



Termes dentaires ICDAS	Sain	Premiers changements visibles	Changement visible distinctement au niveau de l'émail	Rupture localisée de l'émail	Zone d'ombre au niveau de la dentine	Atteinte cavitaire de l'émail avec dentine visible	Atteinte cavitaire étendue avec dentine visible
Détection ICDAS	0	1	2	3	4 [#]	5	6

* « Caries » signifient lésions carieuses

Une zone d'ombre au niveau de la dentine peut nécessiter une intervention chirurgicale

Evaluer le risque carieux

Evaluer le risque carieux individuel du patient est essentiel pour déterminer le niveau approprié de prise en charge préventive. Le fait que le patient ait déjà été atteint ou non par la maladie carieuse est souvent le meilleur indicateur mais d'autres facteurs doivent aussi être pris en compte pour l'évaluation du risque.

RISQUE ÉLEVÉ	RISQUE MODÉRÉ	RISQUE FAIBLE
3 caries naissantes ou cavitaires primaires ou secondaires, ou plus , pendant les 2 dernières années	1 ou 2 caries naissantes ou cavitaires primaires ou secondaires, pendant les 2 dernières années	Pas de lésion naissante ou cavitaire, primaire ou secondaire pendant les 2 dernières années et aucune modification des facteurs de risque pouvant induire des caries
Mesures de préventions indiquées en complément: <ul style="list-style-type: none"> • Education du patient (hygiène bucco-dentaire, conseils nutritionnels) • Actes de prévention (fluor, scellements de sillon, stimulation salivaire) 		Pas d'indication particulière de mesure de prévention complémentaire

Équilibrer facteurs de risque et facteurs protecteurs

Facteurs de risque

- ▶ Fréquence de consommation d'aliments sucrés
- ▶ Sous dosage de fluor
- ▶ Déséquilibre homéostatique du biofilm
- ▶ Dysfonction salivaire

Facteurs protecteurs

- ▶ Alimentation non cariogène
- ▶ Utilisation de dentifrice fluoré 2x/j
- ▶ Scellements de sillons préventifs et Thérapeutiques
- ▶ Fonction salivaire normale

Déminéralisation

Pathologie
Progression de la lésion

Risque carieux ▶ ÉLEVÉ

Reminéralisation

Sain
Lésion stoppée ou en régression

Risque carieux ▶ MODÉRÉ

Risque carieux ▶ FAIBLE

A retenir

- ✓ Evaluer l'activité de la lésion
- ✓ Convertir les lésions actives en lésions stoppées et sous contrôle
- ✓ Cibler le niveau d'intervention approprié
- ✓ Favoriser les mesures préventives
- ✓ Evaluer le risque carieux
- ✓ Favoriser les mesures préventives
- ✓ Améliorer les comportements d'hygiène bucco-dentaire des patients
- ✓ Limiter l'intervention chirurgicale

Le tableau d'évaluation du risque carieux, au verso, est lié à l'âge des patients. Il permet de prendre en compte l'évolution des facteurs de risque tout au long de la vie.

Facteurs de risque universels

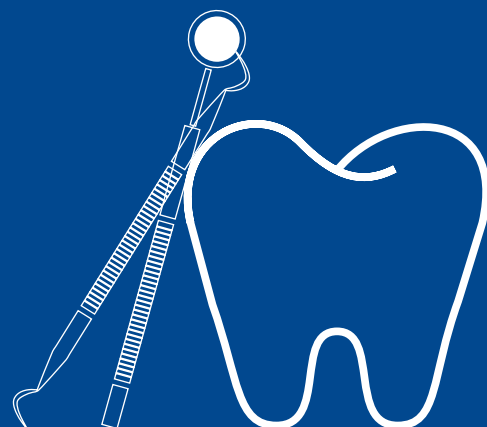
- Lésion active ou expérience d'atteinte carieuse
- Contexte socio-économique
- Consommation fréquente d'aliments sucrés

- Facteur de risque familial (niveau d'éducation des parents, état de santé bucco-dentaire de la fratrie)
- Flux salivaire faible ou PH salivaire acide

- Hygiène bucco-dentaire insuffisante
- Utilisation de fluor en dosage et quantité insuffisantes

1

Evaluation du risque carieux



- Consommation au long cours de médicaments sucrés
- Obésité
- Pathologies ou handicap > déficit de dextérité et de compréhension du geste

- Après éruption des dents permanentes:
- Port d'appareillage orthodontique fixe
 - Anomalies du développement dentaire (hypo minéralisation molaire, incisive, amélogénèse imparfaite...)

- Consommation d'alcool et de tabac

- Faible connaissance sur la santé bucco-dentaire
- Informations relatives aux systèmes éducatifs, scolaires (cantines, internats)

- Alimentation peu favorable à la santé
- Troubles du comportement alimentaire

- Antécédent médical (pathologie ou handicap)
- Eruption des dents de sagesse
- Protèges dents

- Prédilection génétique
- Piercing dans la bouche
- Consommation de drogues

- Alimentation cariogène

- Antécédents médicaux (pathologies générales et bucco-dentaires, comorbidités)
- Polymédication

- Qualité des restaurations, prothèses fixées et mobiles

- Cadre familial et réseau de soutien (aidants)
- Désocialisation: perte des repères en terme d'hygiène

- Trouble du goût et changement d'habitudes alimentaires (risque de carence alimentaire et augmentation de la consommation de sucres)
- Troubles fonctionnels de la mastication et déglutition
- Recherche d'une alimentation plus proche des envies que des besoins nutritionnels

- Augmentation du degré de dépendance, diminution de la dextérité et/ou handicap

- Prothèse mobile dento ou implanto-portée
- Reconstitution prothétiques complexes dans un contexte d'hygiène bucco-dentaire insuffisante

2

Maintenance professionnelle au fauteuil



- Pour tous les enfants de 3 ans et plus: 1 application de vernis fluoré à 22,600 ppm au moins deux fois par an et jusqu'à 4 fois par an pour les enfants à haut risque carieux

- Réaliser les scellements des puits et fissures lors de l'éruption des premières molaires

- En cas de haut risque carieux: nettoyage professionnel des dents au moins deux fois par an
- Scellement des sillons des premières et deuxième molaires permanentes
- Application de vernis fluoré à 22,600 ppm tous les 3 mois pendant 1 an

- Lésions carieuses non cavitaires: application 4 fois par an de vernis fluoré à 22,600 ppm
- Intégrer les agents reminéralisants, les techniques d'infiltration de résine ou les scellements de sillons thérapeutiques dans l'arsenal thérapeutique
- Pour les lésions nécessitant une restauration: préserver au maximum le tissu dentaire et s'assurer qu'une application topique de fluor est réalisée après la mise en place de la restauration (gel, mousse, vernis)
- Si possible, sceller ou réparer les restaurations défectueuses. Ne les remplacer qu'en cas de nécessité

- Mise en place de protocole en fonction des besoins du patient et de ses capacités
- Nettoyage prophylactique avec élimination des zones de rétention de la plaque
- Utilisation de matériau à base de fluor bio-actif pour les scellements et obturations
- Application de vernis antiseptique sur les surfaces nettoyées en complément ou non d'un vernis à 22,600 ppm de fluor au moins 2 fois par an et jusqu'à 4 fois par an

3

Education du patient – Maintenance à domicile

- Brossage des dents supervisé par les parents deux fois par jour (après le petit déjeuner et juste avant le coucher) avec le dentifrice fluoré

DOSAGES ET QUANTITÉ DE DENTIFRICE FLUORÉ*:

- 6-12 mois: 1,000 ppm de fluor en quantité égale ou inférieure à un grain de riz avec une compresse ou brosse à dent pour enfants
- 1-3 ans: 1,000 ppm de fluor, en quantité égale ou inférieure à un grain de riz
- 3-6 ans si le risque carieux est faible: 1,000 ppm de fluor, en quantité égale à un petit pois
- 3-6 ans si le risque carieux est élevé: 1,450 ppm de fluor, en quantité égale ou inférieure à un petit pois

TAILLE D'UN
GRAIN DE RIZ

TAILLE D'UN
PETIT POIS

- Brossage des dents alternativement supervisé ou autonome par les parents, deux fois par jour (après le petit déjeuner et juste avant le coucher) avec du dentifrice fluoré

DOSAGES ET QUANTITÉ DE DENTIFRICE FLUORÉ*:

- Risque carieux faible: 1,000-1,500 ppm
- Risque carieux élevé: 1,500 ppm de fluor de 6-10 ans et 2,500 ppm de fluor entre 10 et 12 ans

- Bain de bouche fluoré, fil dentaire et brossettes inter dentaires, brosse pour la langue, brosse à dents spécifiques

- Brossage des dents deux fois par jour pendant 2 minutes (après le petit déjeuner et avant le coucher) avec du dentifrice fluoré : ne pas rincer, cracher

DOSAGE EN FLUOR*:

- 1,500 ppm

DOSAGE EN FLUOR*:

- Maximum 2,800 ppm de fluor jusqu'à 16 ans et jusqu'à 5,000 ppm (sur prescription ou recommandation professionnelle) de 16-18 ans en cas de risque carieux sévère

DOSAGE EN FLUOR*:

- Jusqu'à 5,000 ppm de fluor (sur prescription ou recommandation professionnelle) en cas de risque carieux très élevé

- Chewing gum sans sucre ou substitut salivaire en cas d'hyposialie ou de bouche sèche

- Nettoyage des prothèses
- Soins des tissus mous
- Bain de bouche réguliers à la Chlorhexidine ou au fluor



Fréquence de la visite chez le dentiste

2 fois par an pour les enfants (pour les enfants à haut risque, consulter les recommandations de l'Académie Européenne de Dentisterie Pédiatrique et celles en vigueur dans votre pays*)

TOUS LES PATIENTS: 1 fois par an pour tous les patients à risque carieux faible et modéré – 2 fois par an pour les patients à haut risque carieux* (merci de consulter les recommandations nationales pour les patients à haut risque carieux)