

# SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA FENTE LABIALE

Ressource pédagogique pour les professionnels de la santé bucco-dentaire



Contenu élaboré par l'équipe de travail sur la santé bucco-dentaire dans le cadre des soins complets des fissures :

P. Mossey, Muthu MS, H. Zhu, M. Campodonico, L. Orenuga et remerciements aux « Toothy Tigers ».

Cette ressource pédagogique a été produite dans le cadre d'un partenariat entre la Fédération Dentaire Internationale et Smile Train, avec le soutien de GlaxoSmithKline Consumer Healthcare (GSK CH). GSK CH n'a exercé aucun contrôle éditorial, si ce n'est celui de veiller au respect des considérations/exigences légales et réglementaires. Le financement de l'élaboration de cette ressource pédagogique a été assuré par GSK CH.



soutenu par:



---

## Sommaire

<b>Santé bucco-dentaire dans la prise en charge globale des fentes labiales</b>	<b>4</b>
Introduction	4
But et objectifs	4
Résultats d'apprentissage	4
Jour 1	5
Collaboration interprofessionnelle et soins des fentes	5
Définition et causes des fentes orofaciales	7
Prévention des fentes labiales	9
Conditions de santé bucco-dentaire généralement associées à la fente	11
Classification LAHSAL	16
Identification des taches blanches, des taches brunes et des caries	17
Jour 2	21
Dents manquantes, dents supplémentaires, dents incluses, microdentie et racines malformées	21
Perte prématurée des dents primaires - les causes, les conséquences et la gestion clinique	23
Principes de la dentisterie mini-invasive	27
Gestion des soins de restauration pour des améliorations cosmétiques	29
Surveillance et maintien de la santé bucco-dentaire des personnes avec une fente	30
Dispenser une éducation à la santé bucco-dentaire	34
Jour 3	35
Gestion des cicatrices chez les personnes présentant une fente labiale et palatine	35
Qualité de vie et fentes	37
Mise en œuvre du protocole de sécurité et de qualité FDI/Smile Train Protocole	40

## Santé bucco-dentaire dans la prise en charge globale de la fente labiale

### Introduction

Les fentes labiales et palatines (clivages) sont les anomalies congénitales les plus courantes du visage et de la bouche. Les fentes se produisent lorsque des parties de la lèvre ou du palais, ou des deux, ou du nez ne fusionnent pas au cours du développement embryonnaire. Cette affection peut être associée à des dents manquantes ou supplémentaires et à des malformations des dents et des structures faciales. Les enfants qui sont opérés pour une fente sont souvent exposés à un risque accru de caries, de maladies parodontales et d'autres problèmes de santé et de bien-être bucco-dentaires au cours de leur croissance et de leur développement. Ces enfants ont besoin de soins dentaires réguliers pour assurer une surveillance, une éducation, un soutien et un traitement adéquats afin de prévenir les maladies bucco-dentaires et d'atteindre la meilleure qualité de vie possible..

### But et objectif

L'objectif de ce cours de trois jours est d'améliorer la santé bucco-dentaire et le bien-être à long terme des enfants qui subissent une chirurgie de la fente. Il est conçu pour s'assurer que tous les membres de l'équipe de soins fente sont conscients de l'importance de la santé bucco-dentaire et peuvent jouer un rôle actif dans la prévention des maladies bucco-dentaires.

### Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce cours, les participants :

- - seront conscients de l'importance de la santé bucco-dentaire.
- - sauront comment prévenir et identifier les maladies bucco-dentaires.
- - Sauront quand il convient d'orienter les patients vers d'autres services.
- - seront aptes prêts à diffuser ce qu'ils ont appris sur leur lieu de travail.



# JOUR 1

## COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET SOINS DES FENTES

**Objectifs d'apprentissage :** Comprendre l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge des personnes atteintes de fente.

### Qu'est-ce que la collaboration interprofessionnelle ?

La collaboration interprofessionnelle se définit comme le fait que deux ou plusieurs professions de santé travaillent ensemble, avec la participation du patient, pour garantir des choix éclairés et autonomes. La prise de décision partagée améliore les relations entre le patient et les professionnels, ainsi que les résultats en matière de santé.

### les professions et les prestataires de soins de santé impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de fentes labiales.

- **Chirurgien cranio-facial :** - Chirurgien cranio-facial : chirurgien plasticien ayant reçu une formation spécialisée dans le diagnostic et le traitement des affections du crâne, des os du visage et des tissus mous, qui travaillera en étroite collaboration avec d'autres spécialistes pour coordonner un plan chirurgical ;
- **Pédiatre :** médecin spécialisé dans les soins aux enfants, qui suit l'enfant au fur et à mesure de sa croissance et aide à coordonner les multiples spécialistes impliqués ;
- **Orthodontiste :** spécialiste dentaire s'occupant du développement du visage, des mâchoires et des dents, qui évalue la position et l'alignement des dents de l'enfant et coordonne un plan de traitement avec le chirurgien et les autres spécialistes ;
- **Dentiste pédiatrique :** spécialiste dentaire qui évalue et soigne les dents des enfants ;
- **Hygiéniste dentaire :** un professionnel de la santé bucco-dentaire qui est compétent pour le nettoyage des dents et qui aide à la prévention des maladies bucco-dentaires ;
- **Orthophoniste :** un professionnel qui effectue une évaluation complète de la parole afin d'évaluer les capacités de communication et qui soutient et suit de près les enfants souffrant d'une fente ;
- **Oto-rhino-laryngologiste :** spécialiste de l'oreille, du nez et de la gorge qui traite les infections de l'oreille ou la perte d'audition qui peuvent être des effets secondaires de l'état de fente d'un enfant ;
- **Audiologiste :** un professionnel de l'audition qui aide à l'évaluation et à la gestion des difficultés auditives ;
- **Conseiller en génétique :** un professionnel qui aide au diagnostic des maladies génétiques et conseille les familles sur le pronostic des grossesses futures ;
- **Infirmière coordinatrice de l'équipe :** une infirmière diplômée qui a de l'expérience en soins pédiatriques et assure la liaison entre la famille et l'équipe chargée de la fente.
- **Travailleur social :** un professionnel qui guide et conseille l'enfant et sa famille et les aide à trouver des ressources communautaires et à s'orienter vers des groupes de soutien.

## **L'importance de la collaboration interprofessionnelle entre les prestataires de soins bucco-dentaires et l'équipe élargie de soins de la fente labiale**

Les bébés nés avec un bec-de-lièvre ont des besoins importants auprès d'un large éventail de spécialités médicales, et les soins qu'ils reçoivent dépendent de nombreux facteurs, notamment la distance par rapport à la clinique, le coût du traitement et les connaissances et croyances des parents. La qualité de vie des enfants peut être affectée s'ils ne sont pas en mesure d'accéder à toute la gamme des services, en particulier l'orthophonie et les soins bucco-dentaires.

Il est donc essentiel que tous les prestataires de soins de santé communiquent efficacement avec la famille, l'enfant et les personnes qui s'en occupent, et les orientent vers d'autres services pour s'assurer que l'enfant reçoit un traitement et un soutien appropriés.

Les soins bucco-dentaires étant souvent inaccessibles aux enfants atteints de fente, il est important que l'ensemble de l'équipe soignante comprenne les maladies bucco-dentaires et les moyens de les prévenir. La capacité et la confiance de tous les membres de l'équipe fente à "soulever la lèvre" et à vérifier la santé de la cavité buccale est un facteur important pour maintenir la santé et le bien-être des patients souffrant de fentes labiales.



## LA DÉFINITION ET LES CAUSES DES FENTES OROFACIALES

**Objectifs d'apprentissage :** Comprendre la définition et les causes du bec-de-lièvre.

### Définition de la fente labiale

Les fentes sont la différence de naissance la plus courante affectant la structure du visage et de la cavité buccale. Les fentes se produisent lorsque des parties de la lèvre et/ou du palais et du nez ne fusionnent pas au cours du développement embryonnaire.

Ils peuvent être divisés en trois catégories générales :

- (1) fente palatine seule ;
- (2) fente labiale unilatérale ou bilatérale, avec ou sans fente alvéolaire ;
- (3) fente labiale et fente palatine unilatérale ou bilatérale.

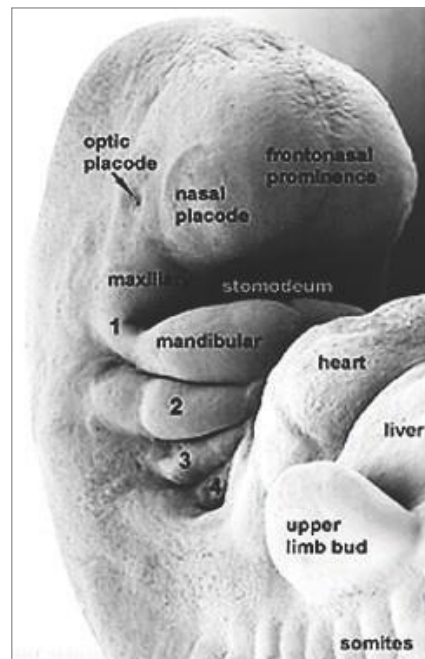
On les appelle toutes des fentes orofaciales.

### Comment les fentes se développent-elles ?

Au moment de la première échographie, au cours de laquelle les structures faciales du fœtus peuvent déjà être identifiées, la fente labiale ou palatine sera déjà présente. Le développement des structures et de la forme du visage se produit tôt dans la gestation du bébé, entre la quatrième et la huitième semaine.



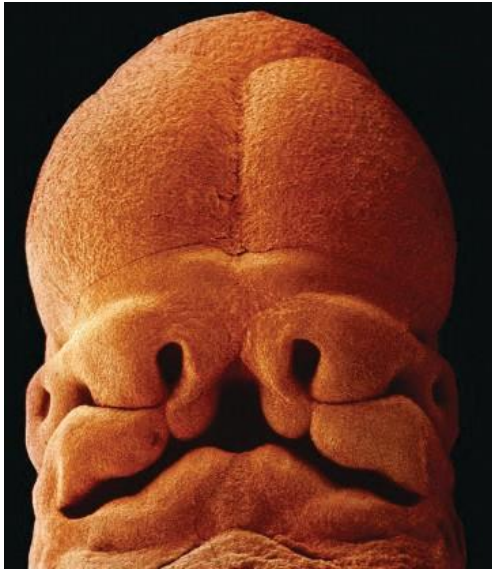
Above: EMBRYO AT 28 DAYS



Right: EMBRYO AT 32 DAYS

Au cours de la quatrième semaine de développement, une série de six renflements appariés, droit et gauche, se forment près de l'extrémité crânienne, ou tête, du fœtus. On les appelle les arcs branchiaux. Les arcs branchiaux se développent en structures importantes de la tête et du cou, ainsi qu'en artères principales de la poitrine. Le premier arc branchial développe des structures appelées proéminences maxillaire et mandibulaire, qui forment finalement le squelette, la peau, les muscles et d'autres structures des mâchoires supérieure et inférieure, respectivement le maxillaire et la mandibule. Au centre de la partie supérieure de la face, une structure appelée proéminence frontonasale, distincte des arcs branchiaux, forme, entre autres, les narines et le philtrum. Les proéminences maxillaires médianes fusionnent avec la proéminence frontonasale pendant cette période. L'échec de ce processus entraîne une fente labiale.

Le palais est également formé par la fusion de la proéminence fronto-nasale et des proéminences maxillaires. Bien que le palais puisse être une structure complète, il se compose d'un palais primaire, situé derrière les dents de devant, et d'un palais secondaire, qui comprend la majorité du palais dur et du palais mou. Ceux-ci sont séparés par un trou dans l'os palatin appelé foramen incisif. Aux deux côtés du palais secondaire commencent à fusionner au cours de la huitième semaine de développement. L'échec de la fusion entraîne une fente palatine.



EMBRYON À 49 JOURS



DÉVELOPPEMENT DU VISAGE DANS L'EMBRYON

### Facteurs génétiques des fentes labiales et palatines

Entre 30 et 50 % des fentes sont liées à des facteurs génétiques. Les fentes peuvent être classées comme syndromiques ou non syndromiques.

La cause d'une fente syndromique peut être associée à une mutation génétique, à des aberrations chromosomiques, à des agents tératogènes ou à des facteurs environnementaux. La majorité des fentes sont non syndromiques, ce qui signifie que la fente se produit seule, sans autre condition associée. Ces fentes apparaissent généralement en présence d'une susceptibilité génétique ou de facteurs environnementaux. Les fentes non syndromiques sont plus fréquentes chez les hommes, avec un rapport hommes/femmes d'environ 2:1.

Les caractéristiques génétiques de la fente palatine non syndromique sont également conformes au modèle du seuil multifactoriel (MFT), mais l'incidence est plus faible et le risque de récurrence est différent. Il existe plus de 600 syndromes avec une fente labiale ou palatine comme caractéristique associée, mais tous ne sont pas héréditaires.

### Épidémiologie des fentes labiales et palatines

Au niveau mondial, les fentes touchent environ 1 naissance vivante sur 700.

L'incidence varie considérablement en fonction de l'origine géographique, du groupe racial et ethnique, des expositions environnementales et du statut socio-économique. Les populations asiatiques et amérindiennes ont rapporté des taux de prévalence aussi élevés qu'un sur 500. Les populations européennes et américaines ont en moyenne une prévalence d'environ un sur 1000, tandis que les populations africaines ont une prévalence rapportée proche de un sur 2500.



### Examen prénatal et conseil génétique

Pour les familles ayant des antécédents de fente orofaciale, un examen prénatal et un conseil génétique doivent être effectués. Le diagnostic de fente lors d'un examen échographique prénatal de routine peut aider à préparer la famille.

### Nutrition maternelle et fente labiale et palatine

C'est un bon conseil de santé publique que de recommander aux femmes, avant la conception et en début de grossesse, d'avoir une alimentation saine et variée et de prendre des compléments vitaminés si nécessaire. De nombreuses études ont indiqué une association entre l'utilisation par la mère de suppléments multivitaminés en début de grossesse et la diminution du risque de fentes orofaciales.

### Supplément d'acide folique

**L'acide folique est une vitamine B qui peut avoir un effet protecteur contre certains problèmes de fente** lorsqu'elle est prise avant la conception. Il est déjà largement recommandé pour son rôle de protection contre les anomalies congénitales neurales telles que le spina bifida et l'anencéphalie. La prise d'un supplément quotidien par toutes les femmes qui planifient une grossesse est la recommandation du service de santé publique américain, approuvée par l'Académie américaine de pédiatrie (AAP). Un supplément de 400 microgrammes d'acide folique par jour réduit l'incidence des anomalies du tube neural jusqu'à 70 %.

- L'incertitude règne quant au rôle des autres vitamines dans la prévention du bec-de-lièvre.

### Médicaments pendant la grossesse

Il a été démontré que certains médicaments peuvent avoir un effet sur le développement du fœtus :

- anti-cancer and anti-convulsant drugs;
  - non-steroidal anti-inflammatory drugs and analgesics;
  - antibiotics such as oxytetracycline, tetracycline and amoxicillin;
  - steroids such as glucocorticoids or cortisone.

Le risque qu'un enfant naisse avec une fente peut être presque trois fois plus élevé si la mère prend des médicaments pendant le premier trimestre. Il convient d'être très prudent si des médicaments sont nécessaires au début de la grossesse et de consulter un médecin..

### L'alcool et le tabac

Fumer et boire en début de grossesse augmente le risque de fente.

Le tabagisme passif comporte un risque similaire, de sorte que les partenaires et autres contacts étroits des femmes enceintes devraient éviter de fumer ou réduire leur consommation. La contamination environnementale et la pollution contribuent également au risque.

## Prévention du diabète sucré gestationnel et de l'obésité maternelle

Le diabète sucré gestationnel peut augmenter le risque de fente labiale et palatine. Les mères doivent consulter un médecin pour connaître leurs habitudes habits.

- Pour les patientes atteintes de diabète sucré avant la grossesse, la glycémie doit être contrôlée et surveillée de près par l'équipe médicale tout au long de la grossesse.
- - Pour les femmes enceintes atteintes de diabète sucré gestationnel, la pression artérielle, la glycémie, les fonctions hépatiques et rénales et la santé du fœtus doivent être étroitement surveillées.
- - Un certain nombre d'études ont également mis en évidence que l'obésité maternelle est un facteur qui augmente le risque d'avoir un enfant présentant une fente.

## Contrôle du stress

- Le stress physique et/ou émotionnel peut être impliqué dans l'apparition de fentes orales.
- L'anxiété, la dépression et d'autres états psychologiques négatifs pendant la grossesse peuvent avoir une incidence sur l'apparition de fentes labiales et palatines, par le biais d'un dérèglement hormonal.
- Il est important d'adopter une attitude positive pendant la grossesse.



**Objectifs d'apprentissage :** Comprendre les maladies et conditions communément associées à la fente, telles que les caries et la malocclusion.

### L'importance de dents primaires saines

Les dents primaires sont importantes pour les enfants car ils :

- permettent aux enfants de mâcher et de manger correctement.
- aident votre enfant à parler plus clairement.
- maintiennent un espace pour l'éruption des dents adultes.
- Guident les dents adultes en place.
- aident à façonner le visage de l'enfant.
- préviennent les caries de la petite enfance.
- réduisent au minimum les frais dentaires futurs.
- compensent la nécessité d'un traitement orthodontique ultérieur.
- réduisent le risque de caries dans les dents permanentes..

Les contrôles dentaires sont importants car les nourrissons souffrant de fentes s'habituent à ce que des soignants de confiance touchent l'intérieur de leur bouche.

Les enfants atteints de fentes échappent rarement aux complications dentaires. Cela peut être attribué à :

- une sécheresse buccale due à des habitudes de respiration buccale ;
- un nettoyage moins naturel des dents en raison de la morphologie ;
- un régime alimentaire ou des habitudes alimentaires variables ;
- anomalies dentaires ;
- une consommation accrue de médicaments sucrés ;
- temps de clairance orale retardé pour les aliments

### Caries de la petite enfance

La carie de la petite enfance (CPE) est définie comme la présence d'une ou plusieurs surfaces dentaires cariées, manquantes (en raison de la carie) ou obturées sur une dent primaire. La CPE sévère se caractérise par un schéma distinctif de carie dentaire chez les nourrissons et les jeunes enfants, qui commence souvent sur les dents antérieures maxillaires et progresse rapidement vers les autres dents primaires au fur et à mesure de leur éruption. L'ECC peut commencer à se développer dès l'éruption des dents dans la bouche, à l'âge de 6 à 10 mois, d'où l'importance d'une évaluation précoce de la santé bucco-dentaire et des traitements par vernis fluoré.



Pedo Planet - Centres dentaires pour enfants, (Chennai, New Delhi), Inde.  
Centre de recherche sur les caries de la petite enfance (CECCRe),  
Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Inde.

## Hygiène bucco-dentaire

Les patients souffrant d'un bec-de-lièvre ont du mal à maintenir une bonne hygiène buccale en raison de leur malocclusion.

Les caries étendues et la perte prématurée de dents affectent la fonction masticatoire, le développement des mâchoires et la correction de la malocclusion chez les patients atteints de fente. La population n'est pas suffisamment sensibilisée aux mesures d'hygiène bucco-dentaire pour les nourrissons, notamment en ce qui concerne la manière de nettoyer les dents de lait, le moment où il faut commencer à le faire, les produits d'hygiène bucco-dentaire à utiliser et le choix du dentifrice et de la brosse à dents.

## Maladies parodontales

Il existe deux types de maladies parodontales : la gingivite et la parodontite.

Le stade précoce des maladies parodontales est la gingivite :

- La gingivite se produit lorsque les gencives autour des dents deviennent rouges, gonflées et saignent lors du brossage ; elle est réversible si elle est traitée rapidement.
- Le premier signe peut être du sang sur la brosse à dents ou après avoir craché.
- Dans de nombreux cas, les gens souffrent d'halitose (mauvaise haleine).



GINGIVITE

Le stade avancé de la maladie parodontale est la parodontite :

- La parodontite est principalement observée chez les adultes. À mesure que la maladie parodontale progresse, le biofilm de la plaque se déplace sous la marge gingivale et détruit les fibres parodontales et l'os soutenant les dents, ce qui rend les dents mobiles.
- La prévention des maladies des gencives est essentielle car la parodontite est irréversible et peut entraîner la perte des dents. Avec un traitement approprié, elle peut être stoppée.

Les dents atteintes de parodontite peuvent causer de nombreux problèmes, notamment être la source d'une infection locale ou systémique, affecter l'alimentation, la parole et la qualité de vie en général. Les dents peuvent tomber de leur alvéole et être inhalées ou ingérées, ce qui peut conduire à une urgence médicale, et affecter l'estime de soi.

Il est essentiel de prévenir et de traiter les maladies parodontales dès le plus jeune âge..



### PARODONTITE

Les maladies parodontales sont induites par la plaque dentaire. Si elle n'est pas éliminée, les minéraux présents dans la salive se calcifient, formant du tartre, qui doit être éliminé par un professionnel de la santé bucco-dentaire. Si la plaque dentaire s'accumule, les bactéries pathogènes et les toxines augmentent, ce qui déclenche une réponse inflammatoire du système immunitaire du patient. La combinaison de l'inflammation et des déchets bactériens détruit les structures qui maintiennent la dent en place.

#### **Autres facteurs de risque de maladie parodontale**

Outre le biofilm oral, d'autres facteurs de risque locaux et systémiques accélèrent l'apparition des maladies parodontales.

Les facteurs locaux sont ceux qui influencent directement l'état de santé parodontale, notamment une mauvaise hygiène buccale, le tartre dentaire, les facteurs anatomiques, l'encombrement dentaire et la malocclusion, l'occlusion traumatique, une alimentation riche en glucides, le tabagisme et l'impaction alimentaire.

Les facteurs systémiques réduisent la résistance de l'organisme ou augmentent sa sensibilité à la plaque dentaire, tels que la réaction immunitaire du patient, le diabète sucré, les facteurs hormonaux, la malnutrition, les maladies hématologiques, le stress et les facteurs génétiques.

#### **Comment prévenir les maladies parodontales ?**

- principalement par une bonne hygiène buccale, notamment par l'élimination mécanique du biofilm, comme le brossage des dents et le nettoyage interdentaire ;
- un contrôle dentaire régulier et un nettoyage et un détartrage professionnels ;
- la responsabilisation des personnes pour qu'elles prennent soin de leur santé générale et de leur santé bucco-dentaire dès le plus jeune âge ;
- la promotion des changements de comportement nécessaires pour prévenir ces affections..

#### **Comment éliminer la plaque dentaire ?**

- un brossage efficace et un nettoyage interdentaire sont les principaux moyens d'éliminer la plaque dentaire ;
- un traitement professionnel de santé bucco-dentaire tel que la prophylaxie orale ;
- l'éducation à la santé bucco-dentaire est essentielle pour une hygiène bucco-dentaire adéquate et la compréhension des maladies parodontales.



PLAQUE DENTAIRE

### Malocclusion dans la phase infantile

Chez les patients présentant une fente labiale et palatine complète, la lèvre supérieure, le palais mou et le palais dur sont complètement cassés, et l'équilibre musculaire à l'intérieur et à l'extérieur de la cavité buccale du patient est perturbé. La force avant reçue par le maxillaire est plus forte que la force du muscle labial antérieur, ce qui entraîne un déplacement du maxillaire du patient. Le cartilage de la cloison nasale et de la columelle nasale du patient se développe mal.

### Malocclusion dans la phase de dentition primaire et de dentition mixte

En raison de l'impact de la chirurgie de réparation de la fente labiale et palatine, le développement osseux maxillaire des patients est souvent insuffisant. Dans des circonstances normales, la malocclusion des patients dans la période de la dentition caduque n'est souvent pas grave. Avec la croissance et le développement des dents, ils présentent progressivement une malocclusion évidente.

#### Les malocclusions courantes englobent :

- l'occlusion croisée antérieure ;
- articulé croisé postérieur ;
- hypodontie antérieure maxillaire ou dents surnuméraires ;
- dents antérieures supérieures mal alignées ou en rotation ;
- relation molaire anormale.

### Malocclusion dans la dentition permanente

Les recherches montrent qu'après la réparation d'une fente labiale et palatine, la prévalence de la malocclusion est de 97 %. Tous les patients présentant une fente labiale et palatine complète présentent une malocclusion de la dentition permanente.

Parmi les malocclusions associées à la fente labiale, les plus courantes sont l'occlusion croisée et l'encombrement des dents supérieures. Chez les patients présentant à la fois une fente labiale et palatine, les dents proches de la fente apparaissent souvent déformées et manquantes.

et plus loin de la fente, il peut y avoir des dents manquantes ou surnuméraires. La déviation de la ligne médiane maxillaire est fréquente chez les patients présentant une fente labiale et palatine unilatérale.

### **Anomalie de l'éruption dentaire et du nombre de dents**

Une taille et une position anormales des dents sont souvent présentes chez les patients présentant une fente. Les patients présentant une fente labiale et palatine complète unilatérale ont une dysplasie et une torsion des incisives centrales supérieures adjacentes à la fente. Chez les patients présentant une fente labiale et palatine complète bilatérale, les deux incisives centrales supérieures présentent souvent une dysplasie et une torsion. Les autres caractéristiques peuvent inclure ::

- un retard au moment de l'éruption des dents permanentes et une séquence d'éruption anormale ;
- hypodontie : la forme la plus courante de dents manquantes est l'absence congénitale de l'incisive latérale concernée avec une fente palatine maxillaire ;
- dents surnuméraires : des dents supplémentaires apparaissent souvent près des fissures ;
- anomalie de la structure dentaire : une hypocalcification et une dysplasie de la deuxième prémolaire apparaissent souvent.

### **La forme et la symétrie de l'arcade dentaire**

Après la réparation de la fente labiale et palatine, l'écart diminue progressivement, et le segment maxillaire se remodèle et se rapproche sous l'action du muscle labial. Environ 50 % des patients présentant une fente labiale et palatine complète unilatérale ou bilatérale présentent des degrés divers d'asymétrie de l'arcade dentaire maxillaire, et les patients présentant une fente palatine simple ne présentent aucune asymétrie de l'arcade dentaire maxillaire.



**MALOCCLUSION ET DENTS MANQUANTES**

## CLASSIFICATION LAHSAL

**Objectifs d'apprentissage :** Les participants comprendront la classification LAHSAL et comment l'appliquer.

### Qu'est-ce que la classification LAHSAL pour les fentes labiales et palatines ?

LAHSAL est une méthode précise et anatomique de classification des fentes. Elle est basée sur un tableau de codage qui enregistre six zones de la bouche. Elle a été largement adoptée car elle est :

- simple, afin d'être accepté ;
- concises, pour être enregistrées avec précision ;
- flexible, pour tenir compte des présentations rares ;
- exactes, pour faciliter l'analyse statistique ;
- morphologique, pour permettre une évaluation visuelle ;
- graphique, pour représenter la fente d'une manière claire.

#### Que signifient les lettres ?

Les lettres représentent la lèvre (L), l'alvéole (A), le palais dur (H) et le palais mou (S). Ainsi, la latéralité de chaque zone anatomique, à l'exception du palais mou, peut être enregistrée. Le côté gauche du patient est enregistré en premier, suivi du côté droit.

#### Qu'en est-il des fentes complètes et incomplètes ?

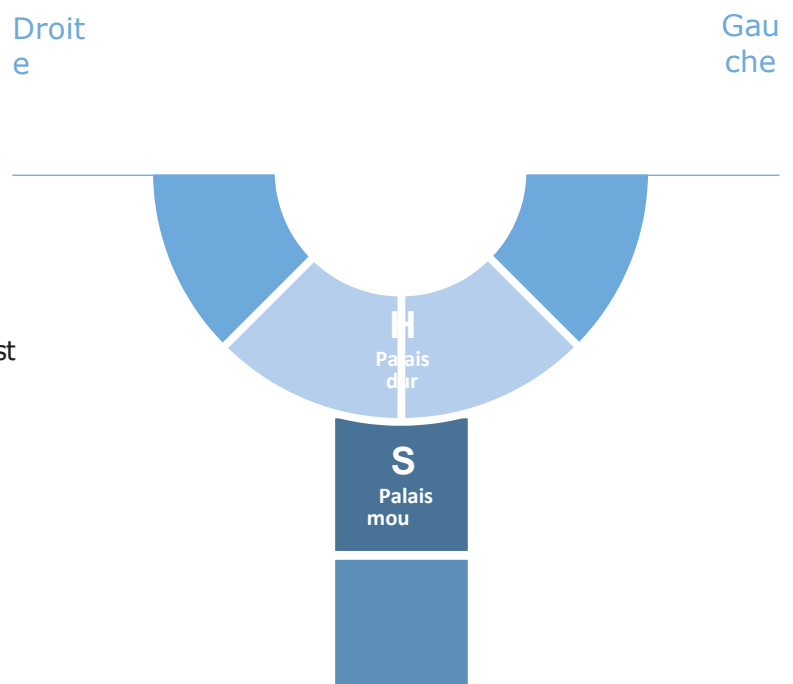
Le caractère complet de la fente peut également être enregistré : les fentes incomplètes sont représentées par des lettres minuscules, tandis que les lettres majuscules représentent une fente complète. S'il n'y a pas de fente, un tiret \_ est utilisé. L'enregistrement des microformes, ou des fentes incomplètes, est possible grâce à l'utilisation d'un astérisque qui remplace la lettre de la zone anatomique concernée.

#### Quels sont les avantages de LAHSAL par rapport aux autres classifications ?

Le principal avantage de la classification LAHSAL est qu'elle permet une description et un enregistrement précis et concis de chaque fente orofaciale typique non syndromique. Le degré de complétude ainsi que la latéralité et aussi les microformes, ou bande de Simonarts, un pont épithélial à travers la fente, peuvent tous être enregistrés. Ceci ne s'applique pas à la plupart des autres classifications.

#### Quelle est la différence entre LAHSHAL et LAHSAL ??

Ils sont synonymes ; LAHSHAL a été développé en 1989 mais a été simplifié par la suite par le Royal College of Surgeons of England pour exclure le second « H ».. Toutefois, ceci, excluait la possibilité de classer les fentes palatines unilatérales, une caractéristique qui se produit lorsqu'une seule des tablettes palatines est fusionnée avec le nez.





**Objectifs d'apprentissage :** Les participants comprendront comment identifier les lésions carieuses précoces.

- **Caries de la petite enfance (CPE)**

Il a été démontré que les enfants souffrant d'un bec-de-lièvre présentent des niveaux plus élevés de caries et en particulier de caries de la petite enfance (CPE). La carie de la petite enfance diffère de la carie de l'adulte en ce sens qu'elle entraîne une destruction rapide des tissus durs et qu'elle présente divers facteurs de risque. La carie de la petite enfance est en grande partie évitable, mais son incidence augmente de manière significative dans le monde. La CEC peut avoir un effet négatif important sur le développement et le bien-être de l'enfant. Les facteurs de risque importants pour le développement de la carie dentaire chez les jeunes enfants sont l'utilisation prolongée du biberon, en particulier la nuit, l'utilisation d'édulcorants cariogènes et la consommation fréquente de sucres libres.

### **Étiologie des caries**

Pour que la carie dentaire apparaisse, quatre facteurs doivent être réunis :

- la surface des dents, qui est composée de cristaux d'hydroxyapatite ;
- les bactéries de la plaque dentaire ;
- des hydrates de carbone fermentescibles, tels que le sucre ;
- le temps.

La plaque dentaire, également appelée biofilm, est une couche molle et collante qui adhère à la surface des dents. Le biofilm est principalement composé de micro-organismes buccaux et de protéines présentes dans la salive.

Une fine couche de protéines salivaires se dépose sur la surface de la dent pour former la "pellicule d'émail acquise". Une fois cette couche formée, les bactéries, les micro-organismes buccaux, adhèrent à cette pellicule, formant le biofilm.

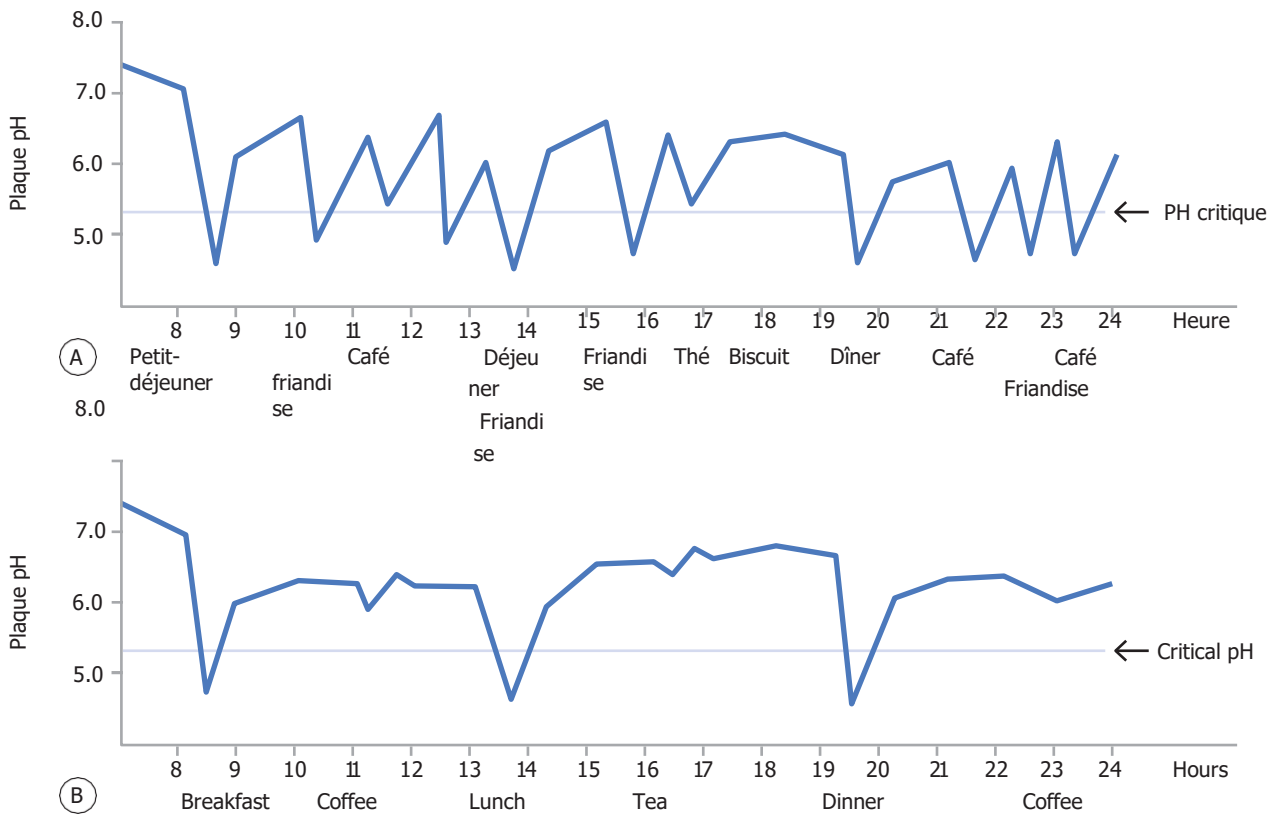
Celui-ci est caractérisé par des bactéries acidogènes, telles que *Streptococcus Mutans*. Lorsque l'enfant consomme des sucres libres, les bactéries métabolisent les glucides en déchets acides, ce qui fait chuter le pH de la bouche. Les minéraux essentiels sont lessivés de la structure dentaire, ce qui entraîne une déminéralisation.

Dans un environnement buccal sain, la production de salive élimine cet environnement acide sur une période d'environ 30 à 40 minutes, et la reminéralisation se produit. C'est ce que démontre la courbe de Stephan. Cependant, si l'enfant a une hygiène buccale sous-optimale et consomme fréquemment des sucres libres

ou des glucides fermentescibles, la bouche reste dans un pH acide, ce qui conduit à la carie dentaire.

Au stade initial, la carie est souvent indolore ; cependant, à mesure que la carie progresse, des douleurs et des abcès dentaires apparaissent, ce qui a un impact sur le bien-être de l'enfant, ses résultats scolaires et sa qualité de vie.

Le rôle du professionnel de la santé bucco-dentaire est essentiel dans la prise en charge des CEC et des maladies bucco-dentaires tout au long de la vie du patient. La prévention, la détection précoce et la prise en charge sont des éléments clés.



#### STEPHAN CURVE

#### Taches blanches/hypominéralisation

Les taches blanches sont des zones déminéralisées à la surface de la dent, où une quantité importante de minéraux, tels que le calcium, a été perdue, généralement en raison des bactéries de la plaque dentaire et d'une hygiène buccale sous-optimale.

Les taches blanches peuvent également être causées par :

- fluorose dentaire : résultat d'une consommation excessive de fluorure au cours du développement des dents, par exemple en mangeant du dentifrice pendant l'enfance, ou en raison des niveaux élevés de fluorure naturel dans les réserves d'eau ;
- un traumatisme dentaire sur le bourgeon de la dent, provoquant des irrégularités dans la structure de l'hydroxyapatite ;
- hypominéralisation des molaires et des incisives : manque de développement de l'émail pendant sa phase de maturation, qui affecte les molaires et les incisives ;
- écalcification de l'émail après la pose d'un appareil dentaire : hygiène buccale insuffisante autour des brackets orthodontiques..

Les cristaux d'hydroxyapatite sont faibles et vulnérables à la dégradation. Si l'environnement oral est modifié efficacement et rapidement, la reminéralisation est possible. Les taches blanches peuvent être identifiées en séchant les surfaces des dents et en les examinant. Un dentifrice à haute teneur en fluor et des mesures d'hygiène buccale améliorées contribueront à protéger les dents..



TACHES BLANCHES/DÉMINÉRALISATION CERVICALE

## Taches brunes

La décoloration de la surface de la dent peut être extrinsèque - sur la structure externe de la dent - ou intrinsèque - à l'intérieur de la structure de la dent.

La décoloration extrinsèque peut être causée par des bactéries chromogènes, des facteurs alimentaires, comme le thé, le café, les baies, le tabagisme ou même des suppléments de fer. Certains bains de bouche peuvent provoquer une décoloration, notamment ceux utilisés après une chirurgie buccale.

Les taches brunes en surface peuvent également être cariées, il est important de les évaluer et de les diagnostiquer correctement.



TACHES CAUSÉES PAR DES BACTÉRIES CHROMOGÈNES



CARIES DE LA TACHE BRUNE ET TACHES EXTRINSÈQUES

Pedo Planet - Centres dentaires pour enfants, (Chennai, New Delhi), Inde.

Centre de recherche sur les caries de la petite enfance (CECCRe), Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Inde.

La décoloration intrinsèque peut être causée par:

- fluorose dentaire ;
- coloration à la tétracycline ;
- caries dentaires ;
- arrêt de la carie - cela se produit si la carie dentaire est amorcée mais arrêtée en raison d'une amélioration des habitudes alimentaires ou des mesures d'hygiène buccale ;
- la nécrose pulpaire ;
- les troubles du développement, tels que l'amélogénèse imparfaite et la dentinogénèse imperfecta.



FLUOROSE DENTAIRE



COLORATION À LA TÉTRACYCLINE



NÉCROSE PULPAIRE



CARIES DENTAIRES



# JOUR 2

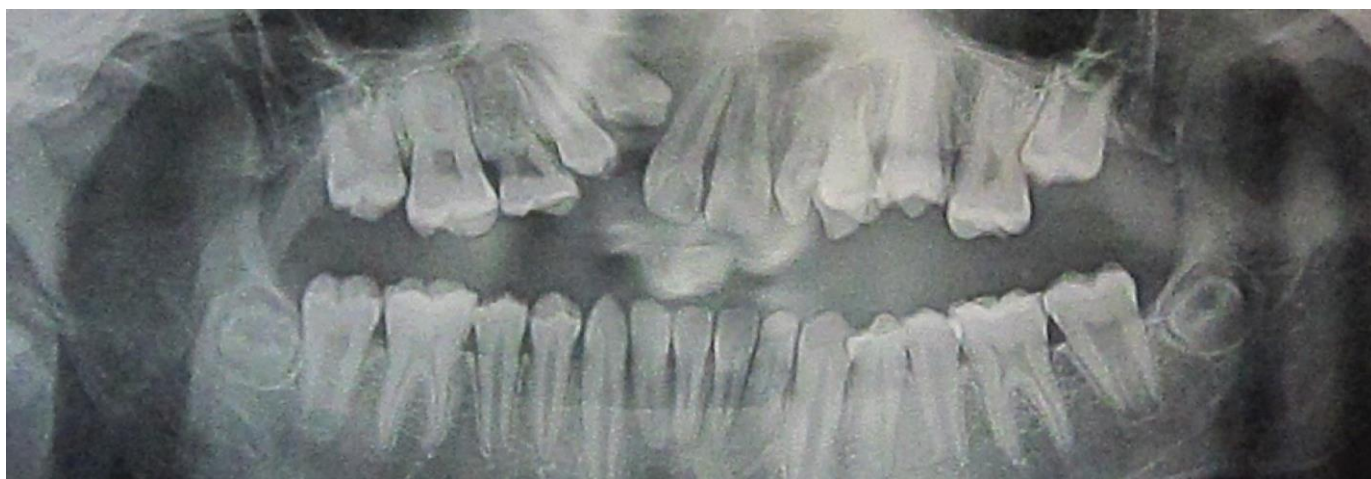
## DENTS MANQUANTES, DENTS SUPPLÉMENTAIRES, DENTS INCLUSES, MICRODONTIE ET RACINES MALFORMÉES

**Objectifs d'apprentissage :** Comprendre et identifier les dents manquantes, les dents supplémentaires, les dents incluses, la microdontie et les racines malformées.

Les enfants atteints de fente labiale ont souvent des dents manquantes, surnuméraires ou malformées, ce qui peut être difficile à gérer efficacement pour le professionnel de la santé bucco-dentaire (PSB) et avoir un impact négatif sur le développement psychologique de l'enfant lorsqu'il devient plus social et commence l'école.

### Dents manquantes

Les dents manquantes sont généralement absentes de manière congénitale autour de la région de la fente. Des dents manquantes dans d'autres régions de la bouche, au niveau du maxillaire ou de la mandibule, sont également possibles ; cela se produit plus fréquemment dans la dentition permanente que dans la dentition primaire.



DENTS MANQUANTES ET DENTS INCLUSES TELLES QU'ELLES APPARAISSENT SUR UN OPG

### Dents supplémentaires

Les dents supplémentaires, autrement appelées dents surnuméraires, sont le plus souvent observées dans la région antérieure du maxillaire ; cela se produit plus fréquemment dans la dentition permanente que dans la dentition primaire.

### Dents incluses

Les dents incluses sont entièrement formées et n'ont pas fait éruption dans la cavité buccale. Les dents incluses se trouvent souvent dans la région de la canine maxillaire et dans la région de la troisième molaire de la dentition permanente.

On les trouve parfois dans la dentition primaire, le plus souvent en relation avec un odontome ou une dent supplémentaire.

## Microdentie

Les microdenties sont des dents de petite taille, généralement observées dans et autour de la région de la fente. region.



MICRODONTIE ET INCISIVE LATÉRALE MALFORMÉE

## Racines malformées

Les racines malformées sont couramment observées dans la région antérieure du maxillaire ; elles sont très souvent présentes dans le maxillaire antérieur des enfants présentant une fente labiale et palatine bilatérale.

Comme les enfants peuvent être gênés par l'absence de dents, en particulier lorsqu'ils commencent à aller à l'école, il est acceptable de fournir une prothèse partielle amovible à partir de l'âge de six ans, qui doit être revue régulièrement au fur et à mesure que l'enfant grandit afin de contrôler l'adaptation. Des instructions doivent être données au patient et aux soignants sur le nettoyage et l'entretien de l'appareil. Les OHP doivent s'assurer que l'enfant et la personne qui s'en occupe reçoivent le niveau de soutien et de conseil approprié.



MALOCCLUSION ET DENTS MANQUANTES

# LA PERTE PRÉMATURÉE DES DENTS PRIMAIRES - LES CAUSES, LES CONSÉQUENCES ET LA GESTION CLINIQUE

**Objectifs d'apprentissage :** Le participant comprendra les conséquences de la perte prématurée des dents et comment la gérer cliniquement.

## **Primary teeth are important to children because they:**

Les dents primaires sont importantes pour les enfants car elles :

Il a été démontré que les enfants souffrant de fente présentent des niveaux plus élevés de caries et en particulier.

Caries de la petite enfance (CPE). La carie de la petite enfance (CPE) diffère de la carie de l'adulte en ce qu'elle provoque une destruction rapide des tissus durs.

des tissus durs et présente un ensemble diversifié de facteurs de risque. La carie de la petite enfance est en grande partie évitable, mais son incidence augmente de manière significative dans le monde. La CEC peut avoir un effet négatif important sur le développement et le bien-être de l'enfant.

Les facteurs de risque importants pour le développement de l'ECC chez les jeunes enfants sont l'utilisation prolongée du biberon, en particulier la nuit, l'utilisation d'édulcorants cariogènes et la consommation fréquente de sucres libres.

## **Causes de la perte prématurée des dents primaires**

Les dents primaires peuvent être perdues précocement à la suite de :

- anomalies du développement ;
- résorption prématurée des racines suite à un traumatisme, le plus souvent des dents antérieures ;
- extractions dues à des caries dentaires.

Les traumatismes sont la cause la plus fréquente de la perte prématurée des incisives primaires centrales du maxillaire. S'il n'y a pas d'espacement dans la région antérieure ou de diastème médian dans la dentition primaire et que les incisives primaires ou les canines sont traumatisées ou perdues prématurément, il peut y avoir des problèmes avec l'émergence des successeurs et/ou des dents permanentes adjacentes. Si les incisives primaires sont intrusées, cela peut provoquer un déplacement et une dilacération des successeurs. Si elles sont avulsées, cela aura pour effet de retarder l'émergence de leurs successeurs.

La perte prématurée des molaires primaires due à l'extraction de dents cariées est deux fois plus fréquente à la mandibule qu'au maxillaire, et elle peut entraîner la migration des dents adjacentes et un manque d'espace pour leurs successeurs. Une CEC sévère due à des boissons sucrées, à une alimentation prolongée pendant la nuit et à une mauvaise hygiène bucco-dentaire affecte les incisives et plusieurs autres dents. La résorption prématurée des racines des incisives et canines primaires est souvent un symptôme d'encombrement.

## **Conséquences**

Les effets de la perte prématurée des dents primaires sont prévisibles et peuvent être compensés par une planification soignée. Une perte peu avant l'éruption d'un successeur a un effet accélérateur. Cependant, si la perte a lieu longtemps avant l'émergence du successeur, l'éruption peut être retardée. Dans ce cas, la perte de dents primaires à un âge précoce a des séquelles plus négatives que la perte survenant plus tard. Une grande partie de la migration des dents adjacentes a lieu dans les six premiers mois suivant la perte prématurée. Le déplacement des autres dents, notamment celles adjacentes à l'espace après la perte prématurée des dents primaires, dépend de la dent perdue ainsi que de l'occlusion.

Ces migrations ont tendance à se produire plus rapidement et sont plus importantes dans le maxillaire que dans la mandibule. De plus, les migrations au niveau du maxillaire sont principalement limitées au mouvement mésial et à la rotation de la première molaire permanente. À la mandibule, les dents distales de l'espace ont tendance à basculer mésialement, et celles mésiales de la dent perdue peuvent se déplacer distalement. En général, la perte prématurée de dents primaires dans des arcades dentaires déjà espacées a peu ou pas d'effet sur le développement de la dentition.

---

Lors de l'éruption d'une incisive permanente centrale maxillaire, la racine de l'incisive primaire latérale adjacente peut se résorber et la couronne peut s'exfolier, provoquant un déplacement de la ligne médiane si cela se produit unilatéralement.

Si une incisive primaire latérale est perdue prématurément, il peut y avoir une perte de largeur intercanine, car la canine primaire de ce côté ne se déplacera pas en distal et en buccal pendant l'éruption de l'incisive permanente centrale. Cela peut ensuite entraîner un déplacement lingual (ou palatin) de l'incisive latérale lors de son éruption, en raison du manque d'espace. À la mandibule, la perte prématurée d'une incisive primaire peut également entraîner une légère rétroclinaison des autres incisives et une diminution de la distance intercanine.

Dans certains cas, l'éruption des incisives permanentes latérales maxillaires peut provoquer une résorption et entraîner la perte prématurée des canines primaires. Si cela se produit unilatéralement, les incisives vont migrer dans cette direction, présentant une inclinaison distale avec pour conséquence un déplacement de la ligne médiane, et lorsque la canine permanente maxillaire fera éruption plus tard, elle sera déplacée buccalement. Si les deux canines primaires sont perdues prématurément, les deux canines permanentes seront en dehors de l'arcade dentaire.

pour leurs successeurs. Une CEC sévère due à des boissons sucrées, à une alimentation prolongée pendant la nuit et à une mauvaise hygiène buccale affecte les incisives et plusieurs autres dents. La résorption prématurée des racines des incisives et des canines primaires est souvent un symptôme d'encombrement.

### **Incises**

La perte prématurée des incisives primaires est plus fréquente dans le maxillaire que dans la mandibule. La perte d'espace est généralement minime, sauf si la ou les dents sont perdues à un très jeune âge ou s'il y a un encombrement, mais si l'enfant n'a pas encore développé les sons linguaux-dentaires, la parole peut être affectée et l'incision des aliments. Dans la plupart des cas, le maintien de l'espace n'est pas nécessaire, mais si plusieurs dents sont perdues précocement, un appareil remplaçant ces dents peut être proposé pour des raisons esthétiques.

### **Canines**

Lorsqu'une canine est perdue prématurément, c'est généralement en raison d'un encombrement important dans la région incisive avec une éruption ectopique des incisives latérales permanentes accélérant la résorption d'une ou des deux racines canines primaires. Ce phénomène s'accompagne généralement d'un déplacement des incisives vers le côté affecté et d'un décalage de la ligne médiane qui en résulte. Cela peut être compensé par l'extraction de la canine controlatérale, mais en gardant à l'esprit que cela peut entraîner un basculement lingual des incisives mandibulaires et une diminution de la largeur inter-canine, avec une perte d'espace disponible dans l'arcade. Si cela pose problème, un appareil pour l'arcade linguale inférieure peut être installé.

### **Premières molaires**

Les premières molaires primaires sont souvent perdues à cause de caries ou d'infections - à la fois unilatéralement et bilatéralement.

Il y a généralement une perte d'espace dans les quatre à six premiers mois après l'extraction, avec une migration des canines primaires et des incisives permanentes vers l'espace édenté dans les deux arcades. Ce phénomène est exacerbé dans les arcs encombrés et n'est pas un problème lorsqu'il y a un espace. Le maintien de l'espace peut être

En cas de perte unilatérale, il est préférable d'utiliser un appareil à bande et boucle ou, en cas de perte bilatérale, un arc lingual fixe attaché aux premières molaires permanentes.

### **Deuxièmes molaires**

La perte des deuxièmes molaires primaires entraîne une perte d'espace plus sévère, et plus importante au niveau du maxillaire que de la mandibule. Les effets sont pires lorsque la perte des dents se produit avant l'éruption de la première molaire permanente, et le maintien de l'espace doit toujours être envisagé. Si la perte des dents se produit après l'éruption de la molaire permanente, un appareil fixe bilatéral est le plus approprié. Avant l'éruption de la molaire permanente, un appareil fixe ou un appareil amovible à l'éruption de ces molaires permanentes pour les distaliser sont des options possibles.



## Gestion de la perte précoce des dents primaires

Une gestion appropriée de la perte précoce des dents primaires nécessite des contrôles dentaires réguliers et une intervention précoce, ce qui permet d'établir une relation solide entre le dentiste pédiatrique, les parents et l'enfant. Des habitudes bucco-dentaires saines peuvent être établies dès le plus jeune âge et les caries peuvent être prévenues ou diagnostiquées rapidement.

Le maintien des dents primaires est essentiel pour établir un développement normal de l'arcade et de l'occlusion, et la perte prématurée des dents primaires est un facteur de risque important pour un développement compromis de l'arcade. Une longueur d'arc réduite peut entraîner un encombrement, une éruption ectopique ou une impaction des dents permanentes.

Une relation occlusale perturbée entre les molaires et les canines, une éruption excessive des dents opposées, une modification de la supraclusion et du surjet et un déplacement de la ligne médiane nécessitent un traitement, soit interceptif, soit avec des appareils orthodontiques.

La perte précoce de dents dans la dentition primaire a des conséquences différentes selon les dents perdues, l'alignement et l'occlusion existants de l'enfant, et donc différentes stratégies de gestion sont adoptées.

### Protocole pour le maintien de l'espace

Le maintien de l'espace doit être envisagé chez les patients qui ont besoin d'extraire des dents primaires, ou chez ceux dont les deuxièmes molaires de lait sont sur le point de tomber et qui présentent un encombrement antérieur. Cela suppose une relation incisive de classe I et une bonne hygiène buccale.

- Si l'écart d'espace mesuré dans un quadrant de l'arcade inférieure est de 2 mm ou moins, envisagez le maintien de l'espace. En effet, une perte d'espace supplémentaire peut entraîner une extraction ou un traitement orthodontique complexe pour distaliser les molaires. Si l'écart d'espace mesuré est de 5 mm ou plus, il faut envisager un maintien de l'espace car toute perte d'espace supplémentaire peut nécessiter l'extraction de plus d'une unité dans ce quadrant.

- Si un patient présente une divergence d'espace de 2 à 5 mm, il est probable qu'une extraction de prémolaire sera nécessaire dans tous les cas, et donc que le maintien de l'espace ne se justifie pas.
- La même considération peut être appliquée à l'arcade supérieure dans les cas de Classe I. Cependant, pour les cas de classe II ou III, d'autres considérations orthodontiques peuvent s'appliquer, et un avis orthodontique doit être demandé.

### Types de mainteneurs d'espace

En cas de perte bilatérale, il est préférable d'utiliser un arc lingual en bas et un arc trans-palatin en haut, tous deux provenant généralement des premières molaires permanentes. Si la perte est unilatérale, un appareil à bande et boucle est l'option préférée, également généralement à partir des premières molaires permanentes..



APPAREIL TRANS-PALATIN POUR LA PERTE BILATÉRALE DE DENTS SUPÉRIEURES



APPAREIL À ARC LINGUAL POUR LA PERTE BILATÉRALE DE DENTS INFÉRIEURES



MAINTENEUR D'ESPACE À BANDE ET BOUCLE POUR LA PERTE UNILATÉRALE D'ESPACES ENTRE LES DENTS



TRIHÉLIX APPLIANCE



EXPANSEUR PALATIN RAPIDE

## Greffe d'os alvéolaire

Soins orthodontiques : Pour un enfant présentant une fente complète du palais primaire, une radiographie doit être effectuée entre l'âge de 6 et 7 ans, afin de déterminer la nécessité d'une greffe d'os alvéolaire (GAA) et le moment approprié. L'orthodontie peut être nécessaire 6 à 9 mois avant la GAB afin de repositionner les dents supérieures, en particulier celles qui sont adjacentes à la fente. Un dispositif d'expansion maxillaire fixe ou amovible peut également être nécessaire avant la chirurgie ABG.

Greffe d'os alvéolaire (ABG) : La chirurgie ABG doit être effectuée chez les enfants présentant une fente palatine primaire si l'os est insuffisant pour l'éruption et le maintien de l'incisive latérale (si elle est présente) et de la canine autour de la fente. En fonction du schéma d'éruption du patient, l'ABG est généralement réalisée entre 7 et 9 ans, avant l'éruption de ces dents. L'os est généralement prélevé sur la crête iliaque (hanche) et placé dans la fente et sous la base du nez. Si une expansion maxillaire a été effectuée avant l'ABG, un appareil fixe ou un appareil de rétention doit être porté jusqu'à ce que la guérison de l'ABG soit terminée. Les radiographies doivent être reportées jusqu'à 4 à 6 mois après la chirurgie.



GREFFE D'OS PRÉ-ALVÉOLAIRE



GREFFE D'OS POST-ALVÉOLAIRE



APPAREIL DE RÉTENTION ORTHODONTIQUE AVEC ATTACHEMENT DE MAINTIEN DE L'ESPACE

## PRINCIPES DE LA DENTISTERIE MINI-INVASIVE

**Objectifs d'apprentissage :** S'assurer que les professionnels de la santé bucco-dentaire sont formés pour comprendre la dentisterie mini-invasive.

### Introduction à la dentisterie minimalement invasive

La dentisterie mini-invasive est une philosophie qui intègre la prévention, la reminéralisation et une intervention minimale pour la pose et le remplacement des restaurations. La dentisterie mini-invasive signifie un traitement utilisant l'approche chirurgicale la moins invasive, avec l'enlèvement d'une quantité minimale de tissu sain.

Lorsqu'une lésion doit être restaurée, l'élimination de la carie avec une conservation maximale de la structure dentaire saine doit être la priorité. Puisque nos restaurations "permanentes" sont rarement éternelles, nous devons minimiser la taille de toute restauration. Cela permettra d'éviter ou de limiter le cycle de restauration qui conduit finalement à la fracture de la dent, au traitement endodontique et à la couronne, et (parfois) à la fracture de la racine et à l'extraction de la dent.

### Procédures dentaires mini-invasives

Les procédures les plus courantes que l'on peut qualifier de minimalement invasives chez les enfants sont l'application

Les procédures les plus courantes que l'on peut qualifier de mini-invasives chez les enfants sont l'application de fluorure de diamine argenté (SDF), la technique de restauration atraumatique (ART) et l'utilisation de couronnes en acier inoxydable pour arrêter les caries multi-surfaces des molaires primaires.

### Application de fluorure d'argent diaminé (SDF)

Le SDF à trente-huit pour cent, s'il est disponible, doit être utilisé en cas de cavitation. Il est plus efficace lorsqu'il est appliqué deux fois par an, mais des applications annuelles peuvent être suffisantes. Le SDF est efficace pour arrêter la carie et empêcher sa progression vers la pulpe de la dent. Cela peut contribuer à augmenter la longévité à long terme de la dentition primaire.



Pedo Planet - Centres dentaires pour enfants, (Chennai, New Delhi), Inde.  
Centre de recherche sur les caries de la petite enfance (CECCRe),  
Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Inde.

### **Technique de restauration atraumatique (ART)**

Si la restauration des dents primaires est nécessaire, l'ART est une technique peu invasive où les caries sont retirées à la main à l'aide d'une excavatrice, par exemple. Cette technique permet de conserver autant de substance dentaire que possible et vise à prévenir la mort pulpaire. Pour la restauration, il convient d'utiliser un ciment adhésif tel que le ciment verre ionomère, contenant de préférence du fluorure à libération lente.

### **Couronnes de Hall**

La technique de la couronne de Hall consiste à placer une couronne préformée en acier inoxydable sur une dent primaire cariée à l'aide d'un ciment en verre ionomère. Cette technique ne nécessite ni préparation, ni anesthésie locale, ni élimination de la carie. De ce fait, elle est particulièrement utile dans le traitement des enfants. Elle peut être facilement enseignée à un professionnel de la santé bucco-dentaire (PSB) et est largement pratiquée et acceptée dans le monde entier..



**COURONNES DE HALL**

[Pedo Planet - Centres dentaires pour enfants, \(Chennai, New Delhi\), Inde.](#)

[Centre de recherche sur les caries de la petite enfance \(CECCRe\), Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Inde.](#)

## GESTION DES SOINS DE RESTAURATION POUR LES AMÉLIORATIONS COSMÉTIQUES

**Objectifs d'apprentissage :** S'assurer que les OHP comprennent les techniques de restauration qui permettent d'obtenir des améliorations cosmétiques.

### Que sont les couronnes en bandes et les couronnes en zircone ?

Les couronnes en bandes sont utilisées pour restaurer les dents antérieures primaires. La couronne en plastique contenant une résine composite est placée sur la dent cariée, puis retirée une fois que la résine a pris. Il s'agit d'interventions en une seule visite sur un enfant coopérant. Elle est également réalisée chez de très jeunes enfants (moins de 3 ans) pour une réhabilitation complète de la bouche sous anesthésie générale.

Les couronnes en zircone sont de nouvelles restaurations esthétiques pour les dents primaires antérieures et postérieures. Avec une bonne adaptation des tissus aux bords de la couronne, elles constituent des restaurations esthétiques pour les dents primaires.

L'accumulation de plaque sur ces surfaces hautement polies est minime..

#### CASE 1



#### CAS 2



### Soins de restauration pour des améliorations cosmétiques chez les adolescents et les adultes

Près de 50 % des parents d'enfants pré-adolescents atteints de fente orofaciale ont indiqué que leurs enfants exprimaient des préoccupations concernant leur apparence. Une étude réalisée en Inde a comparé les réponses des jeunes dans deux catégories : un groupe de pré-adolescents atteints de fente orofaciale et un groupe d'adolescents atteints de fente orofaciale. À l'aide d'un questionnaire sur l'impact psychosocial de l'esthétique dentaire (PIDAQ), les chercheurs ont constaté que les adolescents avaient un score plus négatif en termes de confiance en soi et d'impact social. Ils ont conclu que la perception de l'esthétique des dents antérieures est un facteur crucial qui influence la confiance psychologique en soi, la confiance sociale et le besoin de traitement des patients, qu'ils soient porteurs d'une fente ou non. Ces facteurs deviennent plus pertinents à mesure que le patient évolue vers l'adolescence et l'âge adulte.

Chez les patients présentant une fente, l'esthétique dentaire peut être influencée par une hypodontie (affectant généralement les incisives latérales maxillaires), des dents encombrées et irrégulières, une malocclusion de classe III avec un articulé croisé antérieur ou des caries de la petite enfance (ECC). Une procédure d'orthodontie interceptive peut être indiquée pour des raisons de

Une procédure orthodontique interceptive peut être indiquée soit pour la fonction, soit pour l'esthétique, en particulier s'il existe une occlusion traumatique, et un traitement de restauration pour améliorer l'esthétique si le patient exprime des inquiétudes.

Entre cinq et huit ans, les enfants commencent à être capables de prendre des décisions éclairées concernant les restaurations esthétiques. Si les restaurations en verre ionomère sont souvent recommandées par les dentistes pédiatriques en raison de leur libération de fluor et de leurs propriétés cariostatiques, les restaurations en composite et les couronnes en zircone sont également acceptables pour améliorer l'esthétique des dents antérieures primaires..

## SUIVI ET MAINTIEN DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES SOUFFRANT DE FENTE LABIALE

**Objectifs d'apprentissage :** Les participants doivent comprendre comment suivre les directives FDI/Smile Train sur la santé bucco-dentaire dans les soins complets des fentes et maintenir la santé bucco-dentaire des patients à tous les âges.

### Interventions spécifiques pour les patients atteints de fente

#### Interventions spécifiques pour la tranche d'âge jusqu'à deux ans :

- Travaillez avec les soignants pour comprendre les besoins de santé bucco-dentaire d'un patient atteint de fente.
- Montrez-lui qu'il faut lui nettoyer la bouche après chaque repas et lui brosser doucement les dents lorsque la dentition primaire fait éruption.
- L'utilisation d'un coton ou d'une gaze humide ou de lingettes jetables pour nourrissons après chaque repas ou alimentation est d'une importance capitale pour prévenir les caries de la petite enfance..



- Le fait de donner une gorgée d'eau après chaque repas ou tétée peut être bénéfique pour éliminer les débris alimentaires ou les restes de lait.
- Expliquez l'étiologie des maladies dentaires et le rôle du soignant dans la prévention.
- Un examen par un dentiste ou par un dentiste pédiatrique, lorsqu'il existe, est obligatoire dès que la première dent primaire fait éruption dans la bouche.



- Le fait de donner une gorgée d'eau après chaque repas ou tétée peut être bénéfique pour éliminer les débris alimentaires ou les restes de lait.
- Expliquez l'étiologie des maladies dentaires et le rôle du soignant dans la prévention.
- Un examen par un dentiste ou par un dentiste pédiatrique, lorsqu'il existe, est obligatoire dès que la première dent primaire fait éruption dans la bouche. essentiel.

### Interventions spécifiques pour les patients atteints de fentes entre deux et six ans :

- Travailler avec les soignants pour comprendre les besoins de santé bucco-dentaire d'un patient atteint de fente, en démontrant le nettoyage de la bouche après chaque repas et le brossage doux des dents au fur et à mesure de l'éruption de la dentition primaire. Expliquer l'étiologie des maladies dentaires et le rôle du soignant dans la prévention.
- Donner des instructions sur l'entretien et le nettoyage de l'obturateur et de l'appareil afin de maintenir une bonne hygiène buccale.
- La gestion de la cicatrice peut être effectuée lorsque le site chirurgical est complètement guéri. Demandez aux parents ou aux personnes qui s'occupent de l'enfant de masser la cicatrice de l'extrémité de la columelle jusqu'au vermillon en effectuant un mouvement descendant pendant 8 à 10 minutes, trois fois par jour.
- Expliquez aux personnes qui s'occupent de l'enfant l'importance de décourager la succion du pouce et l'utilisation de la tétine. Ces habitudes néfastes pourraient avoir un impact négatif sur le développement et la croissance du visage et de la bouche du bébé, ainsi que des problèmes d'alignement dentaire et de malocclusion.
- L'identification précoce des lésions des taches blanches et brunes et leur traitement par une dentisterie peu invasive sont essentiels.



### Interventions spécifiques pour les patients atteints de fente âgés de 6 à 12 ans :

- Dans la dentition mixte, les dents primaires et permanentes sont présentes en même temps dans la bouche. Plusieurs interventions dentaires commencent à ce stade. Comme la structure osseuse se développe rapidement et que les dents permanentes font éruption, certains patients peuvent avoir besoin d'une orthodontie interceptive pour éviter une malocclusion grave et créer de meilleures conditions pour la croissance du visage et la fonction orale.
- Les soins de santé bucco-dentaire et les examens dentaires de routine sont très importants à ce stade. Un examen oral périodique complet avec radiographies dentaires, une prophylaxie dentaire et un traitement au fluor doivent être effectués. Une évaluation continue de l'hygiène dentaire et des maladies parodontales doit être effectuée. Le risque de développer des caries et une inflammation gingivale augmente avec la mise en place d'appareils orthodontiques. Des scellants pour les fissures doivent être posés lorsque la dentition permanente fait éruption.
- Conseillez aux parents et aux soignants de se rendre chez le dentiste tous les six mois pour un examen parodontal et un suivi de l'éruption de la dentition permanente de leurs enfants.

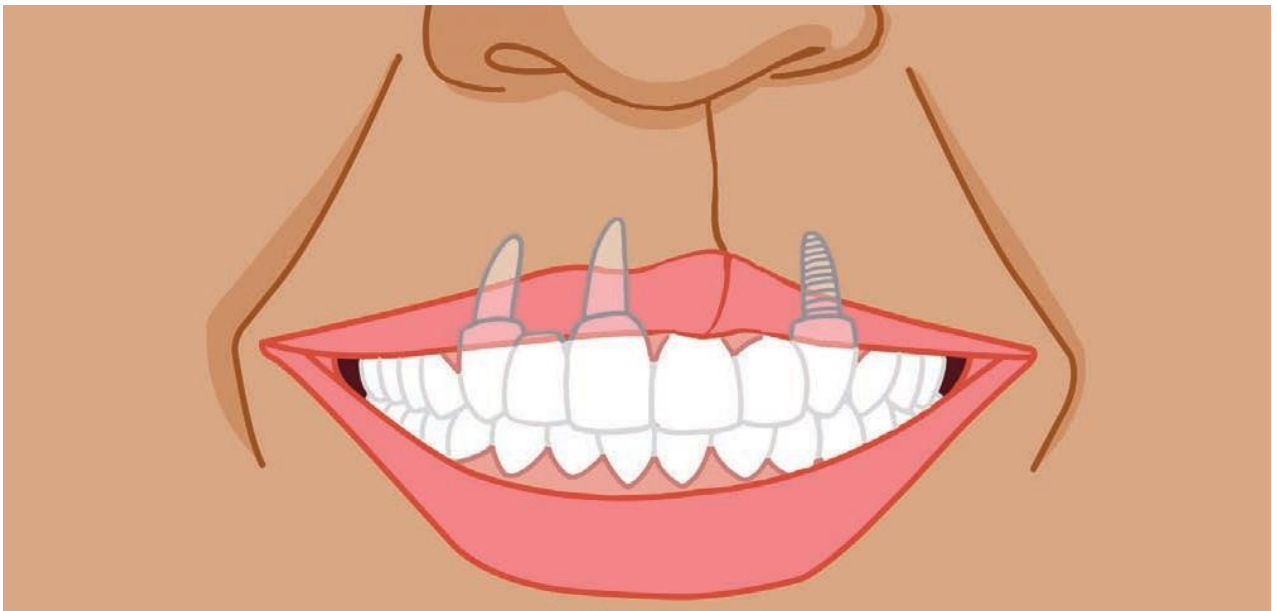
### Interventions spécifiques pour les patients souffrant de fentes âgés de 12 à 18 ans :

- De bons soins de santé bucco-dentaire sont essentiels pendant cette phase. Un examen buccal complet avec radiographies dentaires, une prophylaxie dentaire et un traitement au fluor doivent être effectués à intervalles réguliers. Une évaluation continue de l'hygiène dentaire et des maladies parodontales doit être effectuée.
- Des instructions spécifiques d'hygiène bucco-dentaire doivent être données aux patients souffrant d'orthodontie.
- Des conseils adaptés à l'âge du patient sont essentiels, par exemple, réduire les boissons gazeuses et ne pas grignoter à l'école..



### Interventions spécifiques pour les patients souffrant de fentes et âgés de plus de 18 ans :

- Il est essentiel d'assurer une bonne hygiène bucco-dentaire et de donner des conseils adaptés au patient en fonction de son âge, par exemple pour le soin des implants ou des prothèses. Une évaluation continue de l'hygiène dentaire et des maladies parodontales doit être fournie.
- Fournir des informations et des outils pour l'arrêt du tabac et la réduction de la consommation d'alcool si nécessaire. Instruire les patients sur la prévention des blessures et l'utilisation de protections buccales adaptées pendant le sport.





---

### Instructions d'entretien de l'obturateur/appareil

Les enfants des groupes d'âge 0-2 et 2-6 ans utiliseront probablement un appareil orthopédique palatin maxillaire ou obturateur, pour couvrir la fente palatine et pouvoir manger et parler correctement. Ces appareils doivent être nettoyés deux fois par jour, tous les jours. Dans les 48 heures suivant la pose de l'appareil, celui-ci doit être retiré et nettoyé après chaque repas. Les points importants à retenir sont :

- Après avoir retiré l'appareil buccal maxillaire, il faut le nettoyer à l'aide d'une brosse et d'eau bouillie refroidie afin d'éliminer toute pellicule ou débris qui se serait formé pour éviter que des micro-organismes ne s'y développent. La zone située sous la narine aplatie doit être nettoyée avec un écouvillon humide.
- Consultez le professionnel de la santé bucco-dentaire traitant si l'appareil produit une ulcération ou un saignement. Dans ce cas, il doit être ajusté. Conseillez l'utilisation de paraffine blanche douce dans les lèvres et les tissus mous lorsque cela est nécessaire et au moment des repas.
- Les appareils obturateurs doivent être insérés avec précaution par le soignant : légèrement sur le côté pour une fente unilatérale et droit pour une fente bilatérale.



## DISPENSER UNE ÉDUCATION À LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

**Objectifs d'apprentissage :** Les participants doivent comprendre comment fournir une éducation à la santé bucco-dentaire et utiliser un style d'entretien motivationnel.

### Dispenser une éducation à la santé bucco-dentaire

Il peut être frustrant de transmettre aux patients et aux soignants de multiples messages sur la santé bucco-dentaire à chaque rendez-vous pour constater que le comportement défavorable à la santé bucco-dentaire n'a pas changé. Il est important de créer un environnement dans lequel le patient et le soignant se sentent soutenus et non jugés, de créer un dialogue ouvert et d'écouter activement les défis auxquels ils sont confrontés en matière de santé bucco-dentaire.

### Coaching de santé/entretien motivationnel

Cette approche du changement de comportement est connue sous le nom de coaching de santé ou d'entretien motivationnel et fait partie de la Déclaration de Genève de 2015 sur les soins de santé primaires centrés sur la personne. Il s'agit d'une approche efficace centrée sur la personne qui facilite, motive et habilite les individus à prendre conscience d'eux-mêmes, et à identifier les obstacles et les facilitateurs de comportements plus sains. Les individus sont encouragés à prendre des décisions efficaces pour modifier leur mode de vie ou adopter des changements dans leur environnement, et à prendre des mesures durables pour aller de l'avant. Elle met l'accent sur la responsabilisation et l'engagement actif des individus dans le processus de prise de décision concernant leur propre santé.

### Suivez les quatre étapes pour améliorer les comportements en matière de santé bucco-dentaire grâce à l'entretien motivationnel :

1. S'engager : la première étape consiste à établir une relation de confiance avec le patient. Demandez-lui la permission de discuter de sa santé bucco-dentaire, de poser des questions et informez-le de ce dont vous allez parler. Cela peut inclure les préoccupations qu'il peut avoir concernant sa santé bucco-dentaire.
2. Orientation : il s'agit d'un moyen de guider le patient vers le changement de comportement. Aidez-le à se concentrer sur ce qu'il veut changer. Il peut s'agir de parler du sucre dans son alimentation ou de sa technique de brossage des dents. Par exemple, après avoir remarqué des lésions en taches blanches autour des bords du col de l'utérus, discutez-en avec le patient et demandez-lui : "Devons-nous discuter des moyens de prévenir d'autres caries ?" Cela attirera l'attention sur le fait que c'est lui, le patient, qui prend cette décision.
3. Évoquer : cela permet de promouvoir les propres raisons du patient de changer. Demandez-leur ce qu'ils savent de la carie dentaire. Quelle est leur perception de la carie dentaire ? Offrez-leur plus d'informations sur ce que vous voyez cliniquement. Laissez-les arriver à la conclusion qu'un changement s'impose. Laissez-leur le soin d'affirmer qu'un changement est nécessaire, puis prévoyez de réaliser ce changement avec eux.
4. Planification : enfin, demandez au patient ce qu'il peut faire pour apporter ce changement et proposez-lui votre aide pour y parvenir. Aidez-le à trouver un moment dans sa routine pour adopter un nouveau comportement en matière de brossage de dents ou à remplacer les en-cas sucrés par des produits sains..

### Un accompagnement sanitaire adapté à la culture

Il existe des mythes sur les dents que tous les professionnels de la santé bucco-dentaire ont déjà entendus : "Le bébé a pris les minéraux de mes dents pendant que j'étais enceinte" est un mythe courant. Il est facile d'en faire abstraction, mais il est important de se rappeler que ces mythes peuvent reposer sur de fortes croyances familiales ou culturelles.

Essayez de présenter les faits de la manière la plus sensible possible et encouragez un changement de comportement positif.

# JOUR 3

## GESTION DES CICATRICES CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE FENTE LABIALE ET PALATINE

**Objectifs d'apprentissage :** Les participants comprendront l'impact de la cicatrice sur les patients atteints de fente, les facteurs qui influencent la cicatrice et la gestion quotidienne d'une cicatrice après une opération.

### Cicatrices chez les patients présentant une fente labiale et palatine

La cicatrisation de la réparation d'une fente labiale et palatine entraîne des résultats fibrotiques tant pour la lèvre que pour le palais. La cicatrisation dans cette situation peut avoir toute une série de conséquences esthétiques et fonctionnelles. Les cicatrices hypertrophiques peuvent être fréquentes après une réparation de fente labiale.

La cicatrisation d'une fente labiale peut entraîner une asymétrie des lèvres car la cicatrice se contracte, ce qui entraîne un raccourcissement des lèvres et une déformation nasale du côté affecté. Ces cicatrices peuvent nécessiter une révision chirurgicale supplémentaire pour rétablir une esthétique et une fonction normales, ce qui entraîne un stress psychologique, un risque lié à des interventions chirurgicales supplémentaires et à l'exposition à l'anesthésie, ainsi qu'une augmentation significative du coût du traitement.

#### Facteurs influençant la cicatrisation

- La profondeur de la blessure, le degré de destruction des tissus et l'introduction d'agents pathogènes : pour qu'il y ait cicatrisation, la blessure doit toucher le derme, et des formes pathologiques de cicatrisation sont plus susceptibles de se produire si la blessure touche le tiers inférieur du derme ou est associée à une infection.
- L'emplacement de la plaie affecte les variations des forces mécaniques à travers la peau à différents sites anatomiques, par exemple : sur le visage, les lignes de tension résultent des interactions entre la peau et les muscles sous-jacents de l'expression faciale ; les plaies qui traversent une ligne de tension subissent une force perpendiculaire plus importante et doivent répondre par un dépôt de collagène plus important pour maintenir la peau ensemble, ce qui entraîne une cicatrice plus grande.
- Démographie des patients : on a observé que les personnes à la peau plus foncée et plus jeunes présentent un risque plus élevé de guérison pathologique, avec des cicatrices hypertrophiques et des chéloïdes, bien que les mécanismes causaux expliquant ces risques ne soient pas bien compris.

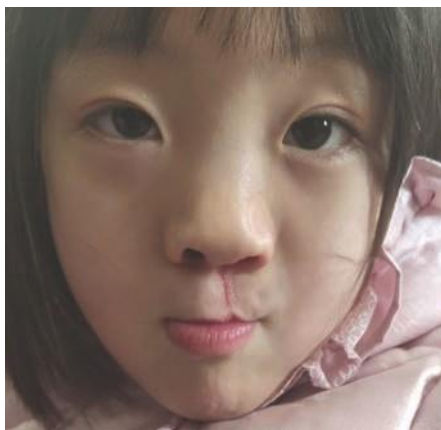
### Chéloïdes et cicatrices hypertrophiques

Dans la peau, les cicatrices pathologiques telles que les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes peuvent être inesthétiques, provoquer des démangeaisons, et douloureuses. Par définition, ces deux types de cicatrices dépassent le niveau de la peau et sont le résultat de blessures présentant une fibrose excessive. Alors que les cicatrices hypertrophiques ne s'étendent pas au-delà du site initial de la blessure, les chéloïdes dépassent généralement les bords de la blessure initiale.

La différenciation clinique entre les cicatrices hypertrophiques et les chéloïdes peut être problématique. Une seule blessure peut produire des régions de cicatrices normales et anormales qui régressent ou progressent avec le temps. Une identification incorrecte du type de cicatrice peut entraîner une gestion inappropriée de la formation de cicatrices pathologiques, et, parfois, contribuer à une prise de décision inappropriée concernant une chirurgie électorale ou esthétique. Malheureusement, ces chirurgies représentent une deuxième blessure qui peut guérir avec des cicatrices pathologiques répétées chez certains individus.



CICATRICE CHÉLOÏDE



CICATRICE HYPERTROPHIQUE



CICATRICE NORMALE

## Soins postopératoires et gestion des cicatrices

Les trois premiers mois après l'opération sont le moment où le remodelage est à son apogée au cours d'un processus normal de cicatrisation. Alors que la plupart des incisions chirurgicales correctement conçues et exécutées continueront à guérir sans protestation significative, les incisions destinées à une réponse hypertrophique commenceront à se révéler au cours de cette période. Par conséquent, un examen clinique mensuel de la cicatrice est raisonnable.

Les patients doivent être encouragés à continuer à panser la plaie avec du ruban adhésif (triple couche, l'une sur l'autre). En outre, il faut conseiller à chaque patient de revenir à la clinique avant la visite prévue si la plaie commence à avoir l'air "musclée" ou "perturbée", par exemple si elle commence à dépasser le niveau de la peau ou si elle démange considérablement. Pendant cette période, une cicatrice peut subir une réaction hypertrophique, légère ou grave.

### Traitements actuels des cicatrices

De nombreuses approches thérapeutiques différentes ont été développées pour minimiser l'apparence et l'impact fonctionnel des cicatrices. Les thérapies administrées au moment de la plaie comprennent des pansements, des bandes et des feuilles de silicone conçus pour réduire la tension sur la plaie et les lignes de suture. En outre, s'il y a une augmentation des tissus au-dessus du niveau normal de la peau, une thérapie par compression est recommandée. Cela diminue la vascularisation de la cicatrice et aide à contrôler l'hypertrophie.

Il est fondamental de ne pas oublier qu'en plus de l'hypertrophie de la cicatrice, il faut veiller au degré de rétraction. Il est suggéré de masser régulièrement la cicatrice, de la columelle à la bordure vermillon, trois à cinq fois par jour. La fréquence doit diminuer au fur et à mesure que la cicatrice gagne en souplesse.



**Objectifs d'apprentissage :** Les participants comprendront l'impact du bec-de-lièvre sur la qualité de vie ainsi que les facteurs économiques

### Définition de la qualité de vie :

L'Organisation mondiale de la santé définit la qualité de vie comme la perception qu'a un individu de sa position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit et par rapport à ses objectifs, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, ses croyances personnelles, ses relations sociales et sa relation avec les éléments saillants de son environnement.

Ce qui rend sa mesure difficile est que, bien que le terme "qualité de vie" soit largement compris, les individus et les groupes peuvent le définir différemment. Bien que la santé soit l'un des domaines importants de la de la qualité de vie globale, il en existe d'autres - par exemple, l'emploi, le logement, les écoles, le voisinage. Les aspects de la culture, des valeurs et de la spiritualité sont également des domaines clés de la qualité de vie globale qui ajoutent à la complexité de sa mesure.

### Définition de la santé

L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité. Une meilleure santé est essentielle au bonheur et au bien-être de l'homme, tandis qu'une mauvaise santé a des effets néfastes tant au niveau individuel que sociétal.

Étant donné que les populations en bonne santé vivent plus longtemps, sont plus productives et épargnent davantage, la bonne santé contribue également de manière importante au progrès économique. De nombreux facteurs influencent l'état de santé et la capacité d'un pays à fournir à sa population un service de santé de bonne qualité.

La santé personnelle comporte cinq aspects principaux : physique, émotionnel, social, spirituel et intellectuel.

### Les objectifs de développement durable

Les objectifs de développement durable sont le plan directeur des Nations unies pour un avenir meilleur et plus durable pour tous. Ils abordent les défis mondiaux auxquels nous sommes confrontés, notamment la pauvreté, les inégalités, le changement climatique, la dégradation de l'environnement, la paix et la justice. L'un de leurs objectifs est de garantir une vie saine et de promouvoir le bien-être pour tous, à tout âge.

Le travail de l'UNICEF, le fonds des Nations unies pour l'enfance, s'articule autour de cinq domaines primordiaux de bien-être pour chaque enfant, qui sont ancrés dans l'Agenda 2030 pour le développement durable. Ces cinq domaines sont les suivants :

- chaque enfant survit et s'épanouit ;
- chaque enfant apprend
- chaque enfant est protégé contre la violence et l'exploitation
- chaque enfant vit dans un environnement sûr et propre ;
- chaque enfant a une chance équitable dans la vie.

Cette approche basée sur les droits de l'homme a pour but de réaliser les droits de chaque enfant, en particulier des plus défavorisés, et répond à l'appel à "ne laisser aucun enfant de côté", afin que les droits de chaque enfant, partout, soient respectés.

### La santé bucco-dentaire

La Fédération Dentaire Internationale définit la santé bucco-dentaire comme suit :

La santé bucco-dentaire a de multiples facettes et comprend la capacité de parler, de sourire, de sentir, de goûter, de toucher, de mâcher, d'avaler et de transmettre toute une gamme d'émotions à travers les expressions faciales avec confiance et sans douleur, sans gêne et sans maladie du complexe crânio-facial.

---

Les maladies bucco-dentaires sont les maladies chroniques les plus courantes et constituent des problèmes de santé publique importants en raison de leur prévalence, de leur impact sur les individus et la société, et du coût de leur traitement.

L'étude Global Burden of Oral Disease Study 2013 a estimé que les maladies bucco-dentaires touchent 3,5 milliards de personnes dans le monde, les caries dentaires non traitées faisant partie des maladies non transmissibles (MNT) les plus répandues. Une étude de suivi a examiné le coût mondial. La plupart des maladies et affections bucco-dentaires partagent des facteurs de risque modifiables avec les quatre MNT les plus importantes, à savoir les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Ces facteurs de risque comprennent le tabagisme, la consommation d'alcool et les régimes alimentaires malsains riches en sucres libres. Tous ces facteurs sont en augmentation au niveau mondial.

### **Coûts du traitement chirurgical de la fente**

Une étude de Galloway et al, (2017) a estimé le coût comparatif du traitement de la fente intégrant l'intervention chirurgicale, l'orthophonie (SLT), l'orthodontie et la chirurgie orthognathique.

Dans les pays à revenu élevé, où la prise en charge par l'État ou l'assurance maladie publique est la source de financement la plus courante, le coût direct total moyen du traitement des fentes est de 10 000 à 13 000 dollars, tandis que dans les milieux à faible revenu, où les organisations de patients et de bienfaisance financent le traitement, le coût est de 3 000 à 5 000 dollars. Des recherches supplémentaires et des données plus complètes sont nécessaires pour étudier les différences de coûts afin que les patients et leurs familles aient une idée des implications financières à vie de la fente lorsque les coûts ne sont pas couverts par l'État ou les assurances.

### **Facteurs de risque**

Les différences d'état de santé bucco-dentaire sont multifactorielles, allant des facteurs sociaux, environnementaux, biologiques, comportementaux et culturels aux facteurs économiques et politiques. L'accès limité aux services de soins bucco-dentaires, la complexité des systèmes de soins bucco-dentaires, le manque de matériel d'information sur la santé bucco-dentaire et les connaissances en matière de santé bucco-dentaire jouent également un rôle.

Ces différences sont la conséquence de facteurs qui échappent largement au contrôle des groupes de population, tels que l'accès aux services dentaires et l'exposition différentielle aux aspects malsains des environnements sociaux. Un facteur commun qui sous-tend ces inégalités est la hiérarchie sociale. La position socio-économique influence l'exposition et la réaction à pratiquement tous les facteurs de risque environnementaux, comportementaux et psychosociaux. Plus la hiérarchie sociale est abrupte, plus l'ampleur des inégalités en matière de santé est importante.

La principale priorité des interventions en matière de santé bucco-dentaire devrait être la mise en place de politiques collaboratives et habilitantes, soutenues par des recherches portant sur les principaux déterminants des maladies bucco-dentaires et sur les facteurs de risque communs et modifiables décrits ci-dessus.

Une étude menée auprès d'adultes âgés de 18 à 64 ans a révélé que la sécurité sociale et l'assurance maladie, un faible niveau d'alphabétisation, l'autosoins dentaire, ou son absence, et d'autres aspects comportementaux, tels qu'une consommation élevée de tabac, étaient des facteurs de risque majeurs pour les maladies parodontales et autres maladies bucco-dentaires parmi des groupes de statut socio-économique équivalent.

### **Santé publique et fentes orofaciales**

Les fentes orofaciales constituent un défi majeur de santé publique. Les enfants porteurs de fentes échappent rarement aux complications dentaires. La correction chirurgicale de leur fente, en plus des problèmes médicaux courants chez les enfants présentant une fente, constitue l'essentiel de leurs soins. En conséquence, ils ont tendance à avoir plus de dents cariées et manquantes et une moins bonne santé bucco-dentaire par rapport à leurs pairs.

Ces différences peuvent être attribuées à :

- une bouche sèche causée par des habitudes de respiration buccale ;
- un nettoyage moins naturel des dents en raison de leur morphologie ;
- un régime alimentaire ou des habitudes alimentaires variables ;
- des anomalies dentaires ;
- une consommation accrue de médicaments sucrés ;
- un temps de clairance orale retardé pour les aliments.

---

Tous ces facteurs contribuent à la présence d'un plus grand nombre de bactéries cariées dans la cavité buccale des enfants présentant une fente. Les parents et les soignants sont souvent tellement préoccupés par d'autres aspects des soins de santé de leur enfant, comme la chirurgie, la nutrition, la santé mentale et le développement du langage, qu'ils accordent peu d'attention aux soins dentaires préventifs de base. Tous ces facteurs exposent l'enfant à un risque accru de développer un CEC.

Au cours de leur développement, la prévalence plus élevée d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire chez les enfants atteints de fente peut être associée à :

- (a) la présence d'un tissu cicatriciel résiduel résultant des multiples interventions chirurgicales réalisées au niveau de la région fendue, ce qui nuit au nettoyage des dents ;
- (b) le manque d'intérêt pour l'hygiène buccale en raison de nombreux autres problèmes de santé tels que l'otite moyenne, les difficultés d'élocution ;
- (c) l'anxiété que ressentent souvent les enfants lorsqu'ils se brossent les dents dans la région de la fente.

Parmi les autres obstacles aux soins bucco-dentaires chez ces enfants, citons le faible niveau d'alphabétisation des parents, le comportement induit par la peur et l'anxiété, le statut socio-économique, les priorités concurrentes, la mauvaise connaissance des services médicaux et dentaires disponibles, les relations patient-dentiste et les croyances et mythes socioculturels.

Tous ces facteurs soulignent l'importance des programmes de prévention bucco-dentaire individualisés pour les patients souffrant de fentes.

### **Défis associés aux effets des fentes**

Les patients souffrant de fentes présentent des problèmes anatomiques, physiologiques, pathologiques et psychosociaux complexes et multi-systèmes. Il s'agit notamment de problèmes d'esthétique, d'alimentation, de retards de parole et de langage, d'anomalies dentaires, d'otites, de problèmes psychosociaux tels que la stigmatisation et la réduction de la qualité de vie..



### Objectifs d'apprentissage :

#### Comprendre :

- Comment utiliser le Protocole de sécurité et de qualité des procédures dentaires de la FDI/ST
- L'importance de l'assurance qualité
- Stratégies de mise en œuvre de l'assurance qualité
- Comment effectuer une évaluation périodique de la qualité des soins ?

### Pourquoi la qualité est importante dans les soins bucco-dentaires ?

- En maintenant la qualité des soins fournis et en respectant les dépistages sanitaires recommandés, l'équipe de soins fente peut améliorer la santé des patients et obtenir de meilleurs résultats sanitaires,
- par exemple, moins d'heures d'école manquées en raison de douleurs dentaires.
- En améliorant l'efficacité des processus de gestion et des processus cliniques, les organisations réduisent les coûts associés aux erreurs, au gaspillage de matériel et à la redondance.
- Les processus proactifs qui reconnaissent et résolvent les problèmes avant qu'ils ne surviennent garantissent la fiabilité et la prévisibilité des soins de santé.
- Une culture de l'amélioration se développe fréquemment dans une organisation qui s'engage en faveur de la qualité, car les erreurs sont signalées et traitées.
- Un engagement en faveur de la qualité donne une image positive d'une organisation, ce qui peut se traduire par une augmentation des possibilités de partenariat et de financement..

### La démarche de qualité

La démarche qualité est définie par l'OMS comme :

“ an une délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Cela signifie que tous les prestataires de soins de santé devraient mettre en œuvre des processus récurrents, reproductibles, voire "mesurables", qui garantissent la qualité et la sécurité de leurs interventions : c'est l'assurance qualité..

### Assurance qualité (AQ) et amélioration de la qualité (AQ)

L'assurance qualité (AQ) implique le développement d'un ensemble de normes, et le processus de comparaison des normes actuelles avec les normes recommandées.

Si les normes sont respectées, on considère que les services sont de qualité adéquate. Si des lacunes sont identifiées, des plans pour les corriger sont élaborés afin de résoudre le problème.

L'amélioration de la qualité (AQ) consiste en des actions systématiques et continues qui conduisent à une amélioration mesurable des services de soins de santé et de l'état de santé de groupes de patients ciblés.

### Comment définir la qualité dans les soins bucco-dentaires ?

L'une des définitions les plus couramment utilisées pour la qualité des soins de santé est celle de l'Institute of Medicine (IOM) et comprend six domaines : la sécurité du patient, la rapidité, la centralité du patient, l'équité, l'efficacité et l'efficacéité.



<b>Sécurité du patient</b>	<p><b>Pour être considérés comme sûrs, les soins bucco-dentaires doivent</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Éviter, atténuer ou minimiser les événements indésirables.</li> <li>• - Préconiser une culture sans reproche pour faciliter l'amélioration de la qualité.</li> <li>• - Tirer des enseignements des incidents de sécurité pour améliorer la qualité des soins.</li> <li>• - Adopter des normes de sécurité minimales.</li> </ul>
<b>Chronologie</b>	<p><b>Pour être considérés comme opportuns, les soins bucco-dentaires doivent</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Éviter les retards inutiles dans l'accès et le recours aux soins.</li> <li>• - Mettre en place une coordination des soins entre les prestataires de soins et les institutions.</li> <li>• - Donner la priorité à la prévention ; éviter le recours précoce aux traitements réparateurs et autres.</li> </ul>
<b>Centrage sur le patient</b>	<p><b>Afin d'être considérés comme centrés sur le patient, les soins bucco-dentaires doivent</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Respecter les préférences, les besoins, les valeurs, les craintes, les préoccupations et la culture de chaque patient et y répondre.</li> <li>• - Suivre un modèle de prise de décision partagée lors de la prise de décisions cliniques. Pour gagner la confiance du patient, le professionnel de la santé bucco-dentaire doit communiquer avec lui et l'écouter, puis l'informer, l'éduquer et le guider pour s'assurer que les valeurs du patient influencent toutes les décisions cliniques..</li> </ul>
<b>Équité</b>	<p><b>Pour être considérés comme équitables, les soins bucco-dentaires doivent</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Ne pas varier en termes de qualité et de disponibilité en raison du sexe, de l'origine ethnique, du contexte culturel, de la religion et des croyances, de l'emplacement géographique et/ou du statut socio-économique.</li> <li>• - S'attaquer aux inégalités dans la conception, la planification et la mise en service des services de santé bucco-dentaire.</li> <li>• - Incorporer l'équité dans la conception de la politique et des directives de pratique clinique.</li> </ul>
<b>Efficience</b>	<p><b>Pour être considérés comme efficaces, les soins bucco-dentaires doivent</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Encourager la prévention</li> <li>• - Se concentrer sur les besoins des patients en matière de santé bucco-dentaire comme base centrale de la planification des ressources et du personnel.</li> <li>• - Faire partie intégrante de la médecine et décourager le clivage dentaire-médical.</li> </ul>
<b>Efficacité</b>	<p><b>Pour être considérés comme efficaces, les soins bucco-dentaires doivent</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• - s'appuyer sur les preuves scientifiques et les lignes directrices les plus récentes.</li> <li>• - Être dispensés aux patients qui bénéficieront de ces soins.</li> <li>• - aspirer à minimiser les dommages</li> </ul>

## Pourquoi avons-nous besoin d'une approche de qualité ?

Une approche de qualité dans les soins de santé est impérative et se reflète dans diverses législations :

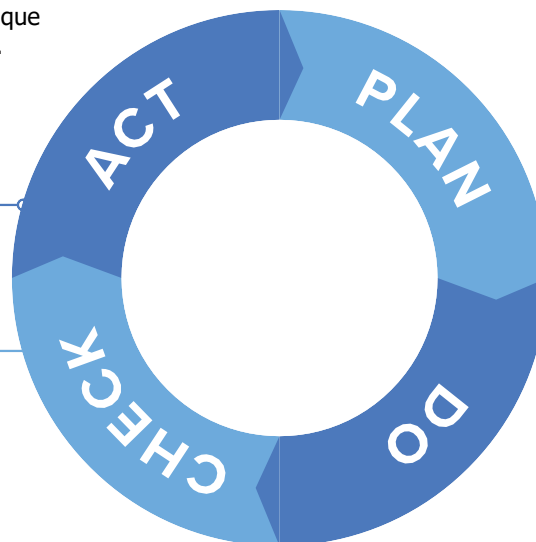
- Contexte juridique et réglementaire : la qualité des soins de santé est régie par un ensemble de lois et de règlements en vigueur dans chaque pays.
- Réglementations administratives : tous les cliniciens doivent être formés et enregistrés pour exercer dans le pays choisi, et rester dans le "champ d'exercice" défini par la législation ou la réglementation. Il existe de nombreuses autres réglementations administratives, par exemple l'obligation de souscrire une assurance responsabilité civile ou divers autres types d'assurance.
- Réglementation sanitaire et recommandations de bonnes pratiques : mesures spécifiques pour la sécurité des patients, définies par la loi et les règlements sous le contrôle des autorités sanitaires du pays, par exemple la réglementation sur les rayonnements ionisants.
- Réglementations éthiques : contrairement aux entreprises, les cabinets dentaires et les centres de santé sont responsables du bien-être des patients. Cette responsabilité est étayée par un code d'éthique qui précise ce qui peut et ne peut pas être fait. Un organisme officiel, le plus souvent le conseil médical ou dentaire, est chargé de veiller au respect de ces règles éthiques de confidentialité et de sécurité du patient.
- Législation du travail : les règles de la législation du travail, énoncées dans la législation nationale, s'appliqueraient aux membres du personnel, de sorte que les praticiens doivent les connaître.

## Mise en œuvre de l'amélioration de la qualité

La mise en œuvre de nouvelles procédures pour se conformer aux normes de qualité des soins de santé, telles que l'organisation au niveau des systèmes de la FDI/ST, doit être testée et validée, généralement par le biais d'un cycle en quatre phases : planification, exécution, étude et action - le cycle PDSA :

Réagir et améliorer. Prenez les mesures correctives nécessaires pour réduire les écarts et vous assurer que ce qui a été réalisé restera stable. Chaque tour de roue fait progresser le projet jusqu'à ce que l'objectif soit finalement atteint.

Établir les objectifs de qualité et les processus nécessaires pour obtenir les résultats souhaités.



Vérifier que le projet se rapproche des objectifs, étudier les résultats, mesurer l'efficacité.

Mettez en œuvre le plan, réalisez les objectifs de l'étape précédente.

## Étapes de mise en œuvre de l'amélioration de la qualité

Étapes	Questions & recommandations
<p>Identifier et évaluer le problème</p> <p>Identifier les objectifs spécifiques</p>	<p>Quel est le problème que vous voulez résoudre ?</p> <p>Quelle mesure des résultats montrera que le problème a été résolu ?</p>
<p>Produire une description écrite des rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe dentaire pour atteindre l'objectif.</p>	<p>Qui est le mieux placé pour être le champion et le chef du projet ?</p> <p>Qui possède les connaissances cliniques et les compétences en matière de leadership pour être chef de projet ?</p> <p>Quels membres du personnel participeront à la collaboration de base et travailleront de manière proactive pour améliorer la qualité ?</p>
<p>Éducation et formation du personnel pour mettre en œuvre la mesure QI</p>	<p>former l'ensemble du personnel à la nouvelle méthode adoptée pour résoudre le problème ou améliorer le système</p>
<p>Établir un groupe d'essai qui mettra en œuvre la mesure d'AQ.</p>	<p>Le groupe test procède à une évaluation du nouveau système avec tous les membres de l'équipe dentaire.</p>
<p>Mise en œuvre de mesure d'AQ</p>	<p>Mettre en œuvre les changements par petites étapes gérables pour permettre une évaluation et un examen continus.</p> <p>Réduire le risque d'échec et les réactions négatives du personnel.</p>
<p>Vérification et évaluation des résultats</p>	<p>Examen du premier cycle de mise en œuvre pour revoir le processus et apporter les ajustements nécessaires</p>
<p>Répétition du processus d'amélioration de la qualité et identification de nouveaux objectifs si nécessaire.</p>	<p>Le processus d'amélioration doit disposer de suffisamment de temps pour réussir. Il est important de faire un bilan à plus long terme pour s'assurer que la nouvelle habitude et le nouveau processus sont devenus partie intégrante de la routine quotidienne.</p>

### Suivi et évaluation

L'amélioration de la qualité est un processus continu, et il est important de créer dans votre clinique une culture dans laquelle le personnel peut faire ouvertement des suggestions pour améliorer les soins aux patients, les procédures ou les systèmes. Le chef d'équipe doit utiliser le Protocole de sécurité et de qualité des procédures dentaires de la FDI/ST comme base pour assurer des normes minimales de sécurité, de soins et d'hygiène et continuer à développer cette ressource pour améliorer constamment les normes que vous fournissez.

Le contrôle et l'évaluation doivent être effectués régulièrement, à mesure que de nouvelles mesures d'amélioration de la qualité sont introduites. Cette responsabilité doit être confiée à une personne, généralement le chef de clinique.



