



HAL
open science

Étude rétrospective du devenir des enfants soignés sous anesthésie générale dans le service d'odontologie de l'hôpital St André

Jordan Levieux

► **To cite this version:**

Jordan Levieux. Étude rétrospective du devenir des enfants soignés sous anesthésie générale dans le service d'odontologie de l'hôpital St André. Chirurgie. 2017. dumas-01452701

HAL Id: dumas-01452701

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01452701>

Submitted on 2 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques

Année 2017

N°2

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par Monsieur Jordan LEVIEUX

Né le 2 juillet 1989 à Paris

Le 27 janvier 2017

**ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DU DEVENIR DES ENFANTS
SOIGNÉS SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE
POUR DES CARIES PRÉCOCES
DANS LE SERVICE D'ODONTOLOGIE
DE L'HÔPITAL ST ANDRÉ**

Directeur de thèse

Madame le Docteur Cécile BADET

Membres du Jury

Président	Mme V.DUPOIS	Professeur des Universités
Directeur	Mme C.BADET	Maître des Conférences en Universités-
Rapporteur	Mme J.NANCY	Maître des Conférences en Universités-
Assesseur	Mme A.AUSSEL	Assistant Hospitalo-Universitaire

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/11/2016

Président M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-02
Directrice Adjointe – Chargée de la Formation initiale	Mme ORIEZ-PONS Dominique	58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. FRICAIN Jean-Christophe	57-02
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M. LASSERRE Jean-François	58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mme Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M. Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-03
M. Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M. Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M. Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M. Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M. Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02
M. Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M. Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-02
Mme Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noémie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Melle	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	58-01
Melle	Anaïs	CAVARÉ	Orthopédie dento-faciale	58-02
M.	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M	Jean-Baptiste	CULOT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Agathe	GREMARE	Sciences biologiques	57-03
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Alexandre	MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Emmanuel	MASSON-REGNAULT	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
M.	Ali	NOUREDDINE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
M.	Antoine	POPELUT	Parodontologie	57-01
Mme	Charlotte	RAGUENEAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Clément	RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Véronique DUPUIS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Sous-section Prothèse dentaire 58-02

*Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse.
Un grand merci pour votre enseignement et votre gentillesse dans le service de l'hôpital de Xavier Arnozan.
Soyez assurée de mon profond respect.*

A notre Directeur de thèse

Madame le Docteur Cécile BADET
Maître de Conférences des Universités - Patricien Hospitalier
Sous-section Sciences biologiques 57-03

*Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse.
Un grand merci pour vos conseils, votre implication et surtout votre réactivité à mes sollicitations.
Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma vive reconnaissance et de ma profonde estime.*

A notre Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Javotte NANCY
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Sous-section 56.01

*Je vous remercie pour votre participation à l'évaluation de ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.*

A notre Assesseur

Madame le Docteur Audrey AUSSEL
Assistant Hospitalo-Universitaire
Sous-section 58.01

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.
Un grand merci pour votre gentillesse et vos conseils dans le service de l'hôpital de Xavier Arnozan.
Soyez assurée de ma sincère gratitude*

A mes parents,

Qu'ils trouvent dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance pour leur générosité, leur amour et le sacrifice consentis au cours de mes études.

A Eléonore, Apolline, Isaure et Méderic,

Séparés aux quatre coins du monde, notre complicité n'en change pas moins. Je vous aime et pense à vous.

A Amélie,

Qui a pris de son temps pour corriger et traduire certains passages de ma thèse et qui a su me soutenir durant cette période de rédaction.

A mes amis réunionnais,

Pour toute la complicité que nous partageons et tous les bons moments passés à vos côtés, je vous remercie.

A mes amis bordelais,

Qui ont su nous intégrer nous petits réunionnais venu dans le froid métropolitain. Ces six années à Bordeaux, resterons gravé dans ma mémoire.

A Papou et Mamita,

Pour votre soutien, votre écoute et vos encouragements, je vous remercie du fond du cœur.

A la mémoire de mes grands-parents paternels,

A tous ceux que je n'ai pas cités, qu'ils sachent que je ne les oublie pas.

INTRODUCTION.....	7
I. CONTEXTE DE L'ETUDE	<u>8</u>
A. La Carie Précoce de l'Enfance	8
1. Définition	8
2. Aspect clinique	8
3. Notion épidémiologique.....	9
4. Etiologie.....	10
5. Conséquences	11
B. Soins sous anesthésie générale	13
1. Définition	13
2. Consultation post AG	14
3. Récidives.....	14
4. Conséquences	15
II. MATERIELS ET METHODES.....	17
III. RESULTATS	18
A. Ages des patients	18
B. Sexe des patients.....	19
C. Motif de la consultation.....	20
D. Couverture par la CMU ou non	22
E. Hygiène pré opératoire	22
F. Hygiène post opératoire.....	23
G. Soins réalisés.....	24
H. Réhabilitations prothétiques éventuelles	25
I. Patient en situation de handicap	26
J. Récidive éventuelle	27
IV. DISCUSSION	28
V. CONCLUSION	30
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	31
VII. ANNEXES.....	35

INTRODUCTION

La Carie Précoce de l'Enfance (CPE) est une forme clinique particulièrement sévère de la maladie carieuse, caractérisée par une évolution rapide et extensive, qui affecte spécifiquement la denture temporaire des enfants avant 6 ans. Il s'agit d'un réel problème de santé publique qui concerne les enfants dans le monde entier. (1)

Depuis toujours la peur des soins impacte le comportement de l'enfant au cabinet dentaire.

Les difficultés de coopération qui en résultent compromettent le bon déroulement de la séance de soins, et constituent une des principales causes d'insuccès thérapeutique.

Les raisons de cette anxiété sont multiples, le plus souvent en relation avec des expériences antérieures négatives ou encore un état bucco-dentaire très défectueux. D'autres facteurs tels que l'environnement familial ou socio-culturel ou de lourds antécédents médicaux, sont également susceptibles d'influencer de façon négative le comportement de l'enfant vis-à-vis des soins dentaires. Dans le cas de la carie précoce, le praticien est, de plus, confronté au très jeune âge de l'enfant. L'existence d'un handicap, physique, mental ou associé aggrave cette non coopération et rend tout traitement dentaire extrêmement difficile, et parfois irréalisable.

La prise en charge de ces jeunes patients nécessitera donc une organisation des soins et une méthodologie adaptée. La stratégie thérapeutique pour obtenir le plus rapidement possible une remise en état fonctionnelle, esthétique et prévenir toute récurrence est, à l'heure actuelle, l'intervention sous anesthésie générale. (3)

Cette méthode, si elle procure un confort indéniable et des services considérables au praticien et à son patient, présente néanmoins les risques inhérents à toute intervention sous anesthésie générale. Ceux-ci ne peuvent être négligés même si la survenue d'accidents reste exceptionnelle. De plus, la réalisation de soins sous anesthésie générale nécessite une structure en milieu hospitalier, ce qui implique une augmentation du coût des soins. (3)

Ainsi pendant les années 2014 et 2015, 196 enfants ont été pris en charge par le service d'Odontologie Pédiatrique de l'Hôpital de St André dans le cadre de soins sous anesthésie générale.

L'objectif de ce travail est de caractériser le type de population soignée sous anesthésie générale, d'effectuer le bilan des actes réalisés au cours de ces deux années à l'Hôpital de St André ainsi que d'analyser ces différents paramètres en les confrontant aux données de la littérature.

I. CONTEXTE DE L'ETUDE

A. La Carie Précoce de l'Enfance

1. Définition

LA CPE est une maladie carieuse sévère, caractérisée par une affection rapide de la denture temporaire des enfants avant l'âge de 6 ans. (4)

Une définition clinique de la CPE a été proposée et se traduit par : "la présence d'au moins une face cariée (lésion avec ou sans cavitation), absente (pour cause de carie) ou obturée sur une dent primaire d'un enfant âgé entre 0 et 71 mois." (5)

Plus particulièrement, les experts recommandent d'utiliser l'appellation Carie Précoce de l'Enfance Sévère (CPES) pour tous les types de caries considérées comme atypiques progressives, aiguës ou rampantes, plus précisément en cas d'atteinte des incisives mandibulaires.

Une multitude de termes ont été employés : "carie du biberon", "baby bottle tooth decay", "nursing bottle mouth", "nursing caries", "caries rampantes", "maxillary anterior caries"...(3)

Certaines de ces appellations sont utilisées spécifiquement parce qu'elles permettent d'illustrer, à travers la terminologie, les pratiques en cause dans le développement de la carie des enfants âgés de moins de six ans. L'appellation « carie du biberon » a fréquemment été retrouvée dans la littérature puisqu'elle permet d'identifier le mauvais usage du biberon comme cause principale de cette pathologie. D'autres préfèrent le terme *nursing caries* étant donné qu'il englobe à la fois les mauvaises habitudes liées au biberon et à l'allaitement comme facteurs causaux. Cependant, la terminologie "Carie Précoce de l'Enfance" (Early Childhood Caries) est maintenant utilisée par les chirurgiens-dentistes et des chercheurs en santé dentaire. En effet, cette appellation plus élargie permet d'inclure comme facteurs étiologiques d'autres pratiques, non encore bien comprises, comme la malnutrition, l'alimentation cariogène de l'enfant et la transmission bactérienne mère-enfant. (5)

2. Aspect clinique

La CPE est caractérisée par un aspect clinique particulier de lésions touchant les dents selon le plus souvent leur séquence d'éruption. En effet, l'émail des dents temporaires en éruption est immature, poreux et susceptible à la dissolution par les acides générés par le métabolisme des bactéries cariogènes.

La CPE commence au niveau des surfaces lisses des incisives supérieures par une bande de décalcification blanche et opaque suivant la ligne gingivale.

Des lésions semblables peuvent s'observer également sur les surfaces interproximales des dents et/ou occlusales des molaires. Elles coïncident généralement avec des dépôts de plaque bactérienne abondants. Ces lésions sont rarement décelées par les parents et/ou par les médecins qui sont les premiers à examiner la cavité buccale des jeunes enfants. En effet, leur diagnostic nécessite l'élimination de la plaque bactérienne et un séchage soigneux des dents.

Ces taches blanchâtres de décalcification représentent ce qui est communément décrit comme étant la lésion initiale de l'émail. Elles constituent le stade pré cavitaire ou leucôme précarieux. A ce stade, les lésions sont réversibles et la reminéralisation de l'émail est possible à condition de réduire les facteurs étiopathogènes et de renforcer les mesures de prévention.

Si les conditions cariogènes persistent, le processus de déminéralisation progresse, la surface de l'émail affecté se fracture et la cavité de carie apparaît. Il s'agit de la carie dentinaire de couleur jaune, brun ou noir qui ceinture souvent les collets des dents antérieures rendant celles-ci susceptibles à la fracture coronaire. A ce stade, les atteintes pulpaires surviennent rapidement. Elles sont fréquentes et s'accompagnent de différentes complications pulpaires et/ou parodontales.

Dans les cas avancés, toutes les incisives supérieures sont détruites et plusieurs autres dents sont atteintes. Les incisives temporaires mandibulaires sont épargnées et résistent au développement carieux du fait de la proximité avec les glandes salivaires sous mandibulaires et l'action nettoyante de la langue pendant le processus de succion (6).

3. Notion épidémiologique

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), peu d'enquêtes épidémiologiques ont étudié la prévalence de la carie dentaire chez les enfants de moins de 6 ans. L'analyse des résultats, montre que 20 à 30 % des enfants âgés de 4 à 5 ans ont au moins une carie non soignée (illustrant un besoin en soins au sein de cette population). Aucune donnée n'est disponible chez les enfants de moins de 3 ans, en France.

Les enquêtes existantes montrent de grandes disparités selon le lieu de scolarisation ou le niveau socio-économique du foyer. En effet, les enfants scolarisés en REP (Réseau d'Education Prioritaire) ou les enfants en situation de précarité présentent des indices carieux et des signes de polycaries beaucoup plus importants que ceux d'autres enfants. Par ailleurs, un lien entre la présence de carie chez les enfants de moins de 6 ans et le faible niveau d'étude de la mère ou le bas niveau socio-économique de la famille est mis en évidence.

Toutefois, de manière générale, les données épidémiologiques disponibles mettent en évidence une amélioration significative de l'état de santé bucco-dentaire des enfants. Aux âges de 6 ans et de 12 ans, la proportion d'enfants indemnes de carie est respectivement, selon les études, de 50-70 % et de 45-55 %. À l'âge de 12 ans, l'indice carieux qui était de 4,20 en 1987 et de 1,94 en 1998, était de 1,23 en 2006. Les mêmes progressions sont mesurées chez les enfants de 6 ans. Cependant, malgré cette amélioration globale, les inégalités en termes de santé bucco-dentaire restent marquées. Une faible proportion d'enfants présente une majorité de caries. La prévalence de la carie dentaire est, dans les études, significativement plus importante chez les enfants en situation de précarité, scolarisés en REP ou nés à l'étranger. (7)

4. Etiologie

La CPE est fortement liée à la présence de streptocoques du groupe, mutans, qui comprend *Streptococcus mutans* et *Streptococcus sobrinus* (8, 9). Un apport répété et excessif de sucres favorisent le développement de ces bactéries. En raison de leur suréquipement enzymatique par rapport aux autres bactéries buccales pour métaboliser les sucres, elles provoquent une rupture de l'écosystème buccal et favorise le début du processus de déminéralisation (10).

Streptococcus mutans représente 30% de la flore buccale chez les enfants atteints de CPE alors qu'il représente moins de 0,1% de celle des enfants indemnes de caries.

Cette bactérie possède un certain nombre de propriétés déterminantes pour son pouvoir cariogène, ce qui lui confère un avantage écologique sur les autres bactéries de la plaque dentaire. Ses propriétés sont :

- une capacité d'adhésion en particulier par la synthèse de polysaccharides extracellulaires. Ces polysaccharides, de type glucanes, sont considérés comme d'une importance cruciale dans la formation de la plaque dentaire, et donc dans la pathogenèse des caries dentaires. (11)
- une capacité à produire une large gamme d'acides capables de conduire à la déminéralisation des tissus dentaires (12). Cette capacité est augmentée pendant la nuit.
- une capacité à survivre en atmosphère acide (bactéries aciduriques).

Si, juste après la naissance, *S.mutans* ne fait pas partie des premières espèces colonisatrices, sa capacité à développer des lésions carieuses serait toutefois corrélée à l'âge auquel il est acquis.

(11) Donc, plus un enfant est infecté tôt par cette bactérie, plus le risque de voir apparaître des caries avant l'âge de 4 ans est élevé (1).

Des auteurs ont montré une transmission possible de *S. mutans* des mères vers les nourrissons. Selon Berkowitz cette acquisition peut être faite par l'intermédiaire d'une transmission verticale ou horizontale. Toujours selon cet auteur la colonisation des *S. mutans* s'établit très tôt chez le nouveau-né. (13)

Les lactobacilles participent également au développement des lésions carieuses mais ne semblent pas impliqués dans leur initiation. Ils sont essentiellement retrouvés lors d'une forte consommation de sucres et principalement au niveau des caries coronaires, occlusales et interproximales. Ils ne représentent cependant qu'une faible proportion des bactéries présentes chez les enfants âgés de moins de 6 ans, sauf au niveau des caries dentinaires, et sont absents des caries naissantes (1).

Enfin, plus récemment, *Scardovia wiggsiae*, une bifidobactérie, a été impliquée dans la CPE. Cette bactérie a été détectée au sein d'échantillon de biofilm dentaire chez des enfants souffrant de caries précoces, associée, ou non, à *Streptococcus mutans*. D'ailleurs, l'association de *Streptococcus mutans* et *Scardovia wiggsiae* semble être un facteur de risque pour la survenue l'ECC.

Ainsi, dans l'étude de Tanner et al 2011, il est constaté, que 80% des enfants présentant l'association de ces deux espèces sont atteints d'une ECC sévère. (10, 14)

5. Conséquences

En l'absence de traitement, la CPE, peut avoir des conséquences plus ou moins graves, affectant la santé générale, la qualité de vie et, bien entendu, la santé buccale. (4)

Après nécrose dentaire, l'infection peut atteindre la région pulpo-parodontale dans l'une des deux formes cliniques, la forme chronique ou la forme aiguë.

La forme chronique est caractérisée par des abcès, des syndromes du septum inter dentaire et la présence de parulies. La forme aiguë quant à elle, est caractérisée par la cellulite avec la présence d'adénopathie et la mobilité des dents en causes. En fonction de la gravité de la maladie, l'infection peut aller jusqu'au germes des dents permanentes sous-jacents, provoquant ainsi des lésions irréversibles. Les enfants souffrant de CPE seront également plus vulnérables à l'atteinte carieuse des dents permanentes. A l'âge de six ans, la CPE représente un facteur de risque d'atteinte de la première molaire définitive, qui est la dent la plus touchée à tout âge. (15)

La perte des dents est parfois inévitable, et cela peut provoquer non seulement des problèmes orthodontiques et esthétiques, mais plus important encore, des troubles du langage (16, 6).

Ces problèmes peuvent également avoir des répercussions psychologiques et relationnelles chez l'enfant. Celui-ci voit, en particulier, diminuer sa capacité d'apprentissage et sa participation en classe.

Ceci peut être aggravé par un sommeil déficient ayant pour conséquence de rendre l'enfant plus irritable voire violent envers autrui. (16)

Ces difficultés à dormir associées à des difficultés d'alimentation peuvent également affecter la croissance. (4)

Enfin, cette pathologie, en raison des vives douleurs occasionnées, entraîne un absentéisme scolaire et une surexploitation des services des urgences. (17)

Ces douleurs dentaires peuvent également amener les parents à une "automédication" de leur enfant sans l'avis d'un professionnel de santé, ce qui peut s'avérer dangereux car l'élimination des toxines est différente chez l'adulte et chez l'enfant. La dose toxique peut donc être rapidement atteinte. (16)

Afin d'éviter toutes ces complications, il est important que le diagnostic de la CPE se fasse tôt, avant la destruction coronaire, afin que le traitement soit simple et rapide. L'identification des facteurs de risque est également indispensable pour pouvoir les éliminer et mettre en place des mesures préventives adéquates. Les médecins et pédiatres, qui sont les premiers à examiner ces enfants, jouent un rôle primordial dans le dépistage précoce de la CPE. C'est à travers la sensibilisation des mamans et du corps professoral sur les conséquences et les facteurs de risque, que nous pouvons espérer réduire la prévalence de la CPE (6).

La CPE représente donc un risque infectieux non négligeable. Les conséquences peuvent devenir handicapantes si le processus n'est pas stoppé à temps.

B. Soins sous anesthésie générale

1. Définition

La majorité des patients en Odontologie Pédiatrique peuvent être traités par des soins dans un environnement conventionnel.

Toutefois, un traitement pharmacologique peut parfois être nécessaire au cours d'interventions dentaires invasives pour certains enfants.

Les deux approches les plus fréquentes dans les traitements pharmacologiques sont la sédation consciente et l'anesthésie générale.

Les indications les plus communes pour pratiquer des soins dentaires sous anesthésie générale sont l'ampleur des soins à pratiquer, l'anxiété occasionnée par ses soins, un problème de santé générale, les suites d'un traumatisme oro-facial, et la non coopération de la part d'un jeune enfant.

L'anesthésie générale (AG) rend l'enfant inconscient, il perd alors ses réflexes de protection laryngés. Celle-ci, pratiquée dans les hôpitaux, les centres de chirurgie, comporte un risque minime de morbidité et de mortalité pour les patients. Pour la plupart des parents, l'anesthésie générale peut paraître disproportionnée pour un traitement dentaire, elle est cependant essentielle pour la qualité des soins. (18)

En ce qui concerne les adolescents, le recours à une anesthésie générale est souvent la conséquence d'un refus de soins dentaires du patient sur le long terme (19, 2).

L'anesthésie générale reste toutefois considérée comme un acte de dernier recours, en raison de ses risques potentiels.

Le chirurgien-dentiste doit donc décider d'exposer l'enfant aux risques associés à l'anesthésie générale, et est donc dans l'obligation éthique de faire primer le résultat du traitement sur les risques (19, 20, 26), car le but de cette intervention est de réintroduire le patient dans une démarche de soins dentaires (19).

Malgré la réduction de la carie dentaire dans les pays industrialisés, la CPE reste une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation en pédiatrie (23).

Le manque d'éducation en matière de santé bucco-dentaire peut aboutir à des pathologies précoces qui, malheureusement, ne peuvent pas toujours être soignées au fauteuil. Ainsi, si des mesures d'hygiène et de diététique élémentaires étaient mises en œuvre assez tôt, la CPE ainsi qu'une prise en charge inhabituelle pourraient être évitées chez de nombreux enfants (2).

2. Consultation post AG

L'augmentation du nombre d'interventions bucco-dentaires sous AG chez les enfants est un argument pour renforcer les mesures de prévention carieuse.

Le taux de succès à long terme de ces interventions dépend en grande partie du suivi de ces enfants. (24)

Celui-ci commence par la consultation post AG. Il s'agit d'une consultation de contrôle qui a lieu environ une semaine à deux semaines après l'intervention et dont la date est généralement fixée en même temps que la date d'intervention. Cette consultation constitue l'un des points clés du suivi thérapeutique. Elle permet de contrôler l'hygiène bucco-dentaire des patients, car il ne faut pas oublier que la majorité des syndromes polycariieux sont dus à une hygiène défectueuse. Il s'agit également de vérifier l'abandon ou non des mauvaises habitudes alimentaires.

De plus, cette consultation permet de juger de la qualité et de la pérennité des soins effectués et, si besoin, de corriger quelques petites imperfections.

Enfin, cette consultation donne souvent lieu à l'établissement d'un calendrier des visites de suivi qui sont essentielles dans le cadre de la prévention (25).

3. Récidives

La plupart des études ont montré que les soins dentaires sous anesthésie générale entraînent une réduction significative de la quantité de *S.mutans*. Cependant, de nombreuses questions ont été soulevées au sujet du taux de rechute de la maladie carieuse. (11)

En effet, si ces soins peuvent être de meilleure qualité que ceux prodigués au fauteuil sous sédation consciente, les risques de récurrences sont principalement liés au comportement du patient et de son entourage.

Dans l'étude menée par Garat, la présence aux visites de contrôle est de 35% pour le contrôle postopératoire à 1 mois, et de 28% pour la consultation l'année suivant l'intervention. Foster et al. et Amin et al. montrent que le risque de récurrence carieuse augmente avec le temps écoulé entre l'intervention et la visite de contrôle.

Les parents peuvent être en partie responsables des récurrences carieuses car les traitements sous AG sont parfois perçus comme plus durables que ceux pratiqués en cabinet. Les efforts concernant le brossage des dents et l'alimentation de l'enfant peuvent être réalisés par les parents immédiatement après l'intervention, mais souvent ne s'inscrivent pas dans la durée en l'absence de visites de contrôle régulières.

C'est pourquoi il est primordial d'instaurer de bonnes habitudes hygiéno-diététiques avant l'intervention sous AG. (11, 24)

L'anesthésie générale pose également le problème de l'absence de relation entre l'enfant et le soignant qui peut obérer le suivi de l'enfant en cabinet dentaire. Or ce suivi est indispensable à la pérennité des soins effectués. (24)

Les enfants ayant des antécédents de CPE restent une population à risque et sont très sensibles au développement de nouvelles caries, même après une réhabilitation complète. Lors du rendez-vous de contrôle à six mois, plus de 50% des enfants soignés sous AG pour une CPE présentent des récurrences. (14) Une réintervention chirurgicale est même parfois nécessaire pour certains d'entre eux. (8, 26)

Les facteurs associés à la nécessité d'une seconde intervention sous AG ont été classés en :

1) "facteur enfant" : le manque de coopération avec le praticien qui effectue le suivi.

2) "facteur parent" : leur absence auprès de l'enfant pour l'aide au brossage, des rendez-vous non honorés chez le dentiste. Une situation sociale difficile est un facteur de risque supplémentaire.

Les résultats de ces études aboutissent à des recommandations de stratégies pouvant permettre d'améliorer à long terme la santé dentaire de ces enfants ayant un risque carieux élevé. Il s'agit de la mise en place de traitements efficaces lors de l'intervention sous AG, d'un suivi postopératoire actif, et d'une éducation à l'hygiène bucco-dentaire. Il a été constaté que les patients n'ayant pas respecté leur rendez-vous de suivi post-opératoire, étaient plus susceptibles de faire une rechute. Malheureusement, une consultation préopératoire supplémentaire dans le but d'informer les parents sur l'importance des rendez-vous de suivi n'a pas réussi à augmenter leur participation au rappel à 6 mois. (26)

4. Conséquences

Beaucoup d'études montrent les effets de la mauvaise santé bucco-dentaire, non seulement sur la santé générale, mais aussi sur le bien-être, et sur la capacité des individus à mener les activités de la vie quotidienne. La mauvaise qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire a été démontrée chez les enfants polycariés, et quelques études, montrent qu'il y a une amélioration de la qualité de vie chez ces enfants, après des soins dentaires pratiqués sous anesthésie générale (18, 23).

Évaluer les résultats de la réhabilitation buccale sous AG exige une évaluation de la santé bucco-dentaire liée à la qualité de vie des enfants : Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL).

Plusieurs échelles de mesure OHRQoL ont été développées :

- ECOHIS (Early Childhood Oral Health Impact Scale), conçu pour les enfants avant 6 ans,
- P-CPQ (Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire)
- FIS (Family Impact Scale)

La version originale anglaise ECOHIS a été traduite dans d'autres langues et a été utilisée avec succès dans différents pays. (22)

Une étude en Nouvelle-Zélande s'est intéressée aux changements de la qualité de vie parmi les enfants (et leurs familles) qui bénéficient d'une réhabilitation dentaire sous AG :

Les parents ou les personnes en charge d'enfants recevant des traitements dentaires sous AG à la Faculté Dentaire de l'Université d'Otago ainsi qu'au Centre de Santé Dentaire de Christchurch, devaient répondre à un questionnaire par téléphone avant et après le traitement. Les questions portaient sur l'impact de cette AG sur l'état général de l'enfant et de son entourage. Des informations sur la satisfaction parentale par rapport aux soins effectués sous AG étaient également recueillies.

95 enfants ont participé à l'étude, 49 ont eu un traitement effectué à la Faculté Dentaire de l'Université d'Otago et 46 au Centre de Santé Dentaire de Christchurch. L'échantillon d'enfants était composé de 55,8% de garçons et 44,2% de filles, d'âge moyen de 5,1 ans.

L'indice CAOD moyen était de 8,2. Concernant chaque indicateur utilisé, une nette amélioration a été mise en évidence. En particulier, les problèmes de douleur, d'alimentation, de sommeil et de comportement ont montré une amélioration significative (100% pour les enfants chez lesquels les problèmes préAG étaient associés à l'alimentation, au sommeil et au comportement). La majorité des parents font état d'un haut degré de satisfaction concernant les soins reçus.

Donc, traiter de jeunes enfants polycariés en une seule séance d'AG permet une amélioration immédiate de la santé buccale, de la qualité de vie des enfants et de leur famille. (27)

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

L'objectif de ce travail était d'observer le devenir bucco-dentaire des enfants soignés sous AG pour des CPE.

Pour répondre à cet objectif, nous avons voulu étudié tous les dossiers des enfants âgés de moins de 14 ans, soignés sous AG pendant l'année civile 2014, consultant dans le service d'Odontologie de l'hôpital Saint André à Bordeaux. Nous avons également utilisé le listing des enfants soignés sous anesthésie générale à l'hôpital pédiatrique et au centre François Xavier Michelet du CHU de Bordeaux.

Dans ces dossiers, nous avons voulu relever 13 données (cf annexe):

- l'âge,
- le sexe,
- le motif de la consultation,
- la couverture CMU ou non,
- la date de la première consultation,
- la date de l'anesthésie générale,
- la date de la consultation post-opératoire,
- l'hygiène pré-opératoire (notée "bonne" ou "mauvaise" sur les dossiers patients),
- l'hygiène post-opératoire (notée "bonne" ou "mauvaise" sur les dossiers patients),
- les soins réalisés,
- le fait d'avoir porté une prothèse dentaire ou non après les soins réalisés,
- la présence ou non de récurrence,
- la présence d'un handicap ou non,

III. RESULTATS

Sur les 196 enfants opérés, seuls 137 dossiers ont été retrouvés.

A. Ages des patients

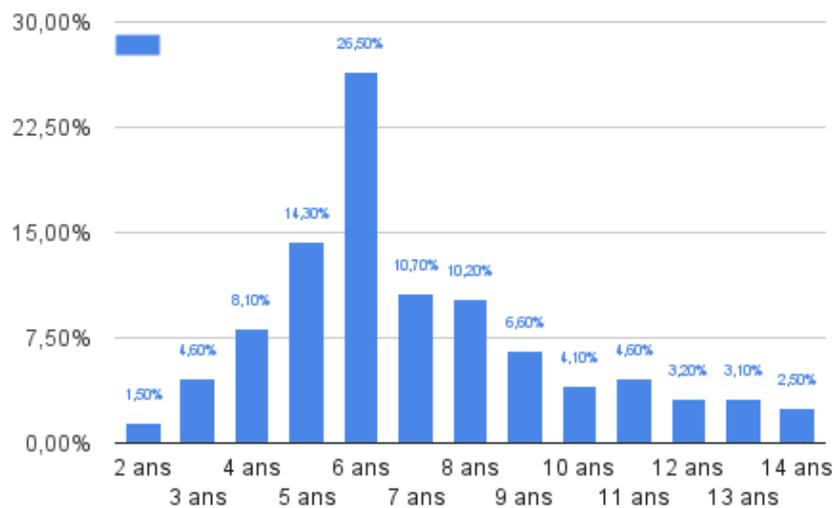


Figure 1 : distribution de l'effectif en fonction de l'âge

Tous les patients qui sont adressés, entrent dans le cadre de l'Odontologie Pédiatrique avec une prédominance pour les patients très jeunes. L'âge le plus représenté est celui de 6 ans qui est l'âge limite de la CPE.

B. Sexe des patients

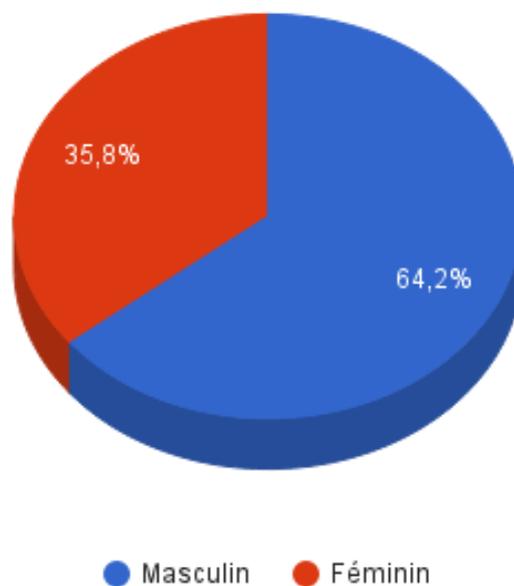


Figure 2 : Proportions de garçons et de filles soignés sous AG

64,2% ont été réalisés sur des garçons et 35,8% sur des filles.

C. Motif de la consultation

Lors de la première consultation, différents motifs sont retrouvés, à savoir :

- L'enfant présente un nombre très important de caries ; on parle de *polycarie*,
- Il y a eu une mauvaise coopération de l'enfant lors des rendez- vous précédents en cabinet dentaire libéral,
- L'enfant présente un handicap moteur ou mental (ex : autisme).

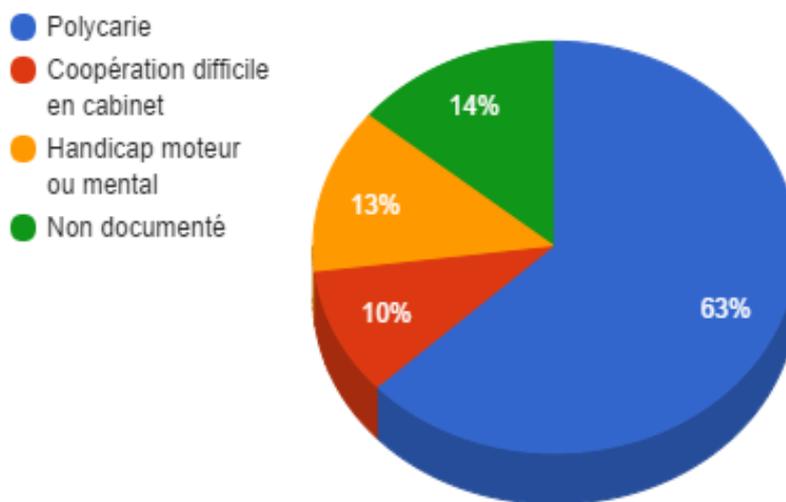


Figure 3 : Motif de consultation

La majorité des patients soignés sous AG, viennent pour un problème de polycaries.

Nous avons retrouvé cependant 23 dossiers sans information sur le motif de la consultation hospitalière.

D. Couverture par la CMU

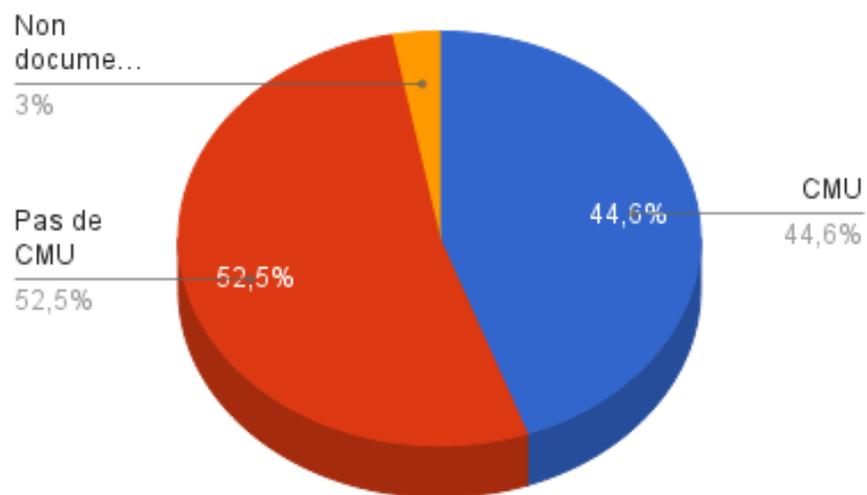
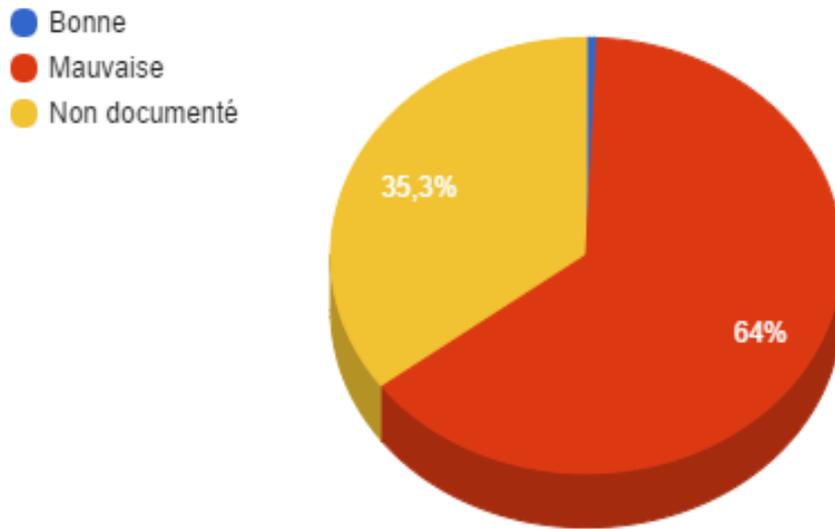


Figure 4 : Pourcentage de patients ayant la CMU

44,6% des patients sont couverts par une CMU, contre 52,5% qui n'en n'ont pas.

4 dossiers sur 137 (3%) n'ont pas donné les informations concernant une éventuelle couverture par la CMU.

E. Hygiène pré opératoire



f

Figure 5 : Qualité de l'hygiène pré opératoire

La majorité des patients soignés ont une mauvaise hygiène buccale (64%).

Seulement 4,7% des patients ont une hygiène correcte (absence de plaque, gencive saine) avant les soins sous AG. Le tiers des dossiers (35,3%) ne n'ont pas donné les informations concernant l'hygiène pré opératoire.

F. Hygiène post opératoire

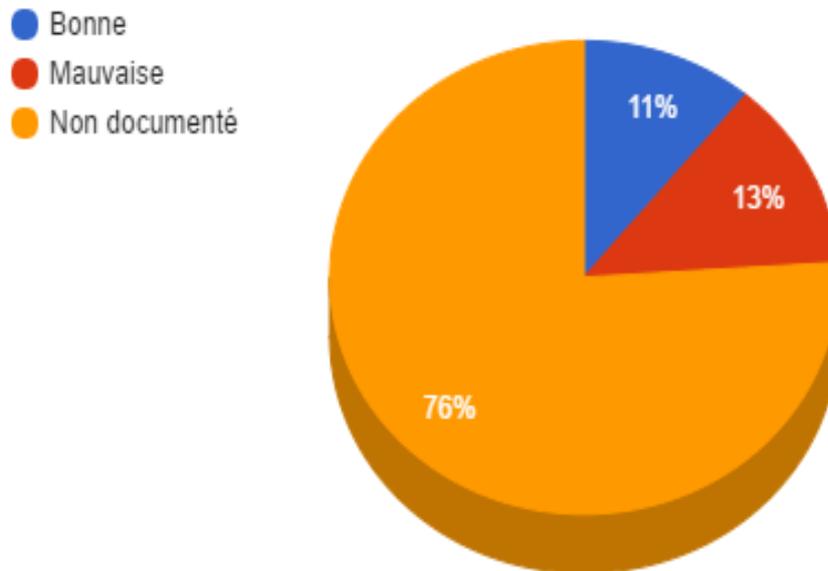


Figure 6 : Qualité de l'hygiène post opératoire

Concernant l'hygiène post opératoire, les trois quart des dossiers (76%) n'étaient pas complets. Un chiffre qui peut s'expliquer par le fait que beaucoup de consultations post opératoires n'ont pas eu lieu.

G. Les Soins réalisés

Différents types d'interventions sont réalisées au bloc opératoire. Dans une même séance il est possible de voir l'exécution de :

- Soins seuls (scellement des sillons, pulpotomie, pulpectomie, soins de caries),
- Soins et extractions,
- Soins, extractions et détartrage,
- Extractions seules.

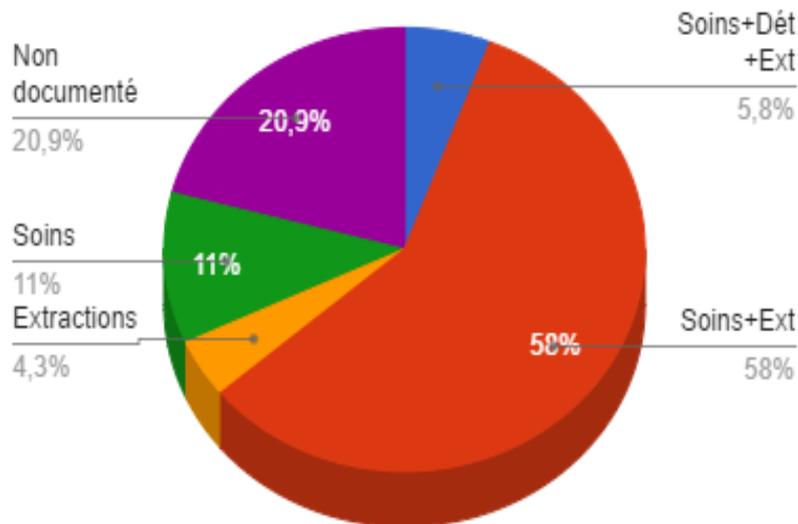


Figure 7 : Nature des soins effectués sous AG

29 dossiers (20,9%) sur 137 n'ont pas donné d'informations sur la nature des actes effectués au bloc opératoire sous AG.

H. Présence d'une réhabilitation prothétique

Pourquoi réaliser une réhabilitation prothétique chez l'enfant ?

Cette réhabilitation est indispensable car les dents participent à de nombreux processus physiologiques tels que la croissance, la mastication, la digestion, la phonation et l'esthétique. Il est donc important de restituer à l'enfant une intégrité dentaire en cas de perte d'une ou plusieurs dents.

Il faut de plus maintenir les espaces nécessaires à l'éruption des dents définitives.

Nous avons voulu donc savoir dans notre étude, combien d'enfants avaient eu recours à des réhabilitations prothétique et/ou mainteneurs d'espace après les soins sous AG.

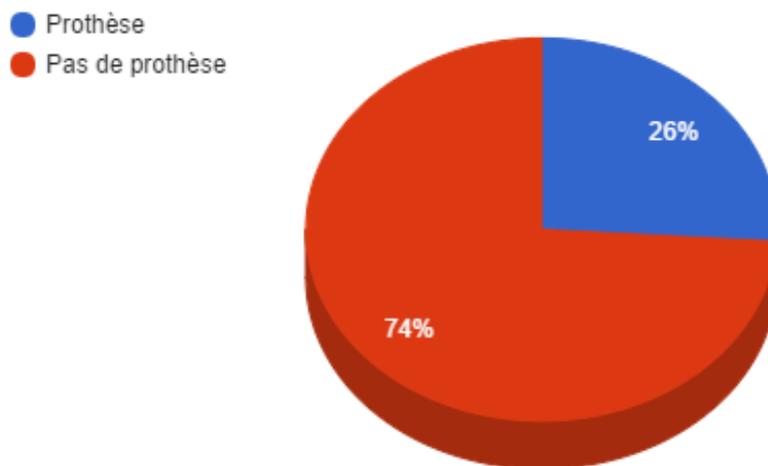


Figure 8 : Pourcentage d'enfant ayant eu une réhabilitation prothétique post opératoire

Nous remarquons une très nette différence de distribution entre les patients ayant eu recours à une réhabilitation prothétique (26%) et ceux n'ayant pas eu de prothèse (74%). Toutefois, nous pouvons être face à un manque d'information dans le dossier patient.

I. Patient handicapé ou non

Les praticiens, confrontés à la prise en charge de personnes présentant des troubles du comportement ou un handicap psychomoteur plus ou moins important, éprouvent une grande difficulté face aux soins dentaires. C'est pour eux une situation de stress qui engendre des modifications comportementales variables selon les personnes. C'est pourquoi certains enfants handicapés sont amenés à se faire soigner sous AG quel que soit le degré d'atteinte dentaire.

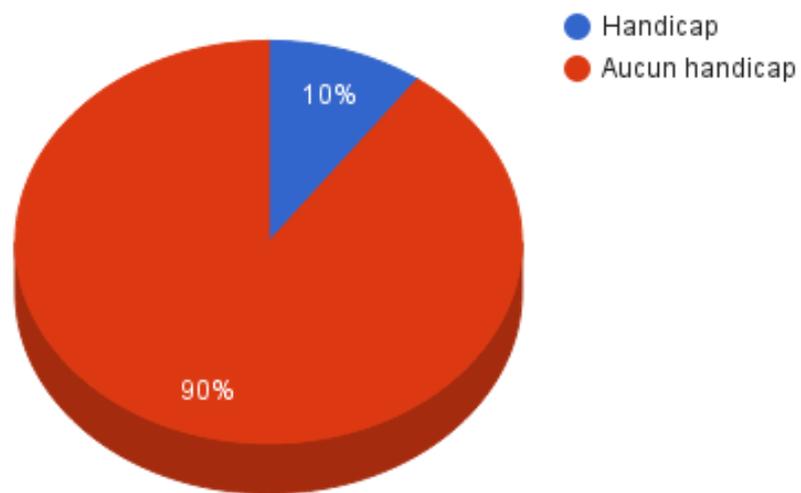


Figure 9 : Pourcentage d'enfants en situation de handicap soignés sous AG

La majorité des enfants soignés sous anesthésie générale ne présentent aucun handicap.

J. Récidive carieuse

Ce résultat peut être faussé par le manque d'informations trouvées dans le dossier médical en ce qui concerne les consultations post AG.

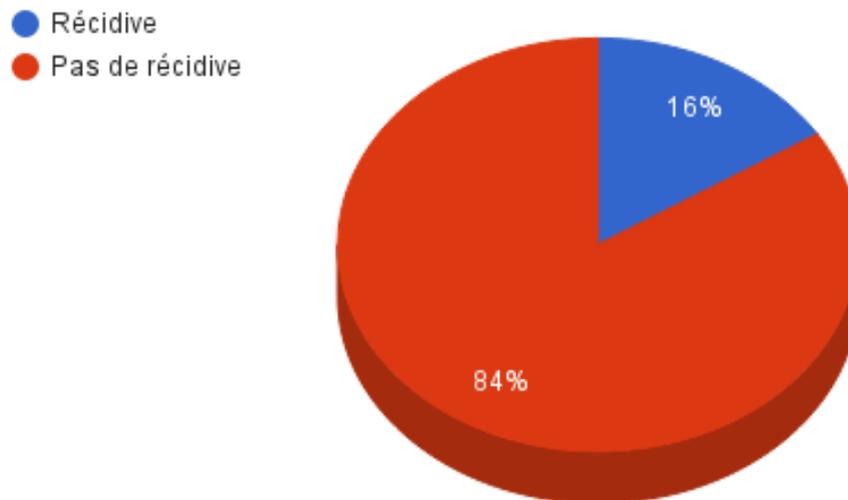


Figure 10 : Répartition des patients en fonction des récidives

La part des patients revenus au fauteuil après l'AG pour des réinterventions est relativement faible en comparaison aux patients n'ayant pas de récidive carieuse.

IV. DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'observer le devenir bucco-dentaire des enfants soignés sous AG pour des CPE. Malgré l'absence de quelques dossiers, ainsi qu'un manque d'informations sur certains cas, nous avons pu, en grande partie atteindre cet objectif.

Nous savons que la CPE est diagnostiquée chez les enfants de 0 à 71 mois. Or, dans notre étude, le pic de prévalence se trouve à 6 ans (limite d'âge de la CPE). Ceci s'expliquerait par une attente trop longue des parents avant d'aller consulter pour leurs enfants, et aussi par un nomadisme médical qui retarde ainsi les traitements.

Des résultats semblables sont observés par Landes et al : leur étude sur les soins dentaires sous anesthésie générale en odontologie pédiatrique, révèle que la majorité des patients sont âgés de 5 à 8 ans. (14)

Nous avons également remarqué que 70% des patients handicapés soignés ont plus de 6 ans. La tendance, chez ces patients, à être soignés assez tardivement, s'explique sûrement par la difficulté de leur prise en charge.

Les sex ratio des patients atteints de CPE et soignés sous AG est, dans cette étude, nettement en défaveur des garçons (64.2% de garçons opérés). Ces résultats sont semblables à ceux obtenus dans d'autres études (28, 29) mais en contradiction avec ceux de Lupi-Pégurier (30) pour lequel les filles sont plus atteintes par la CPE, sans doute en raison d'une éruption généralement plus précoce et donc par une exposition plus longue à l'environnement cariogène. Concernant les motifs de consultation, la majorité des patients soignés viennent pour un problème de polycarie.

Ceci justifie donc bien la nécessité de soins sous anesthésie générale.

Pour Harrison et al. , l'importance du délabrement dentaire chez les enfants présentant des affections chroniques pourrait s'expliquer par le fait que les soins médicaux de premier ordre éclipsent ou retardent les soins dentaires. (14)

Nous observons que la répartition des patients CMU (44,6%) et non CMU (52,5%) est à peu près équivalente. Or, en France, seulement 7% de la population totale bénéficient de la CMU. Dans notre étude, la moitié des enfants soignés étant couverts par une CMU, le statut socio-économique précaire des familles semble jouer un rôle important et entraîne une lourde prise en charge (soins sous anesthésie générale).

Des études réalisées au Royaume-Uni confirment que des patients ayant été soignés sous AG pour un délabrement dentaire important, venaient d'un milieu socio-économique défavorisé. (14)

Dans notre étude, des informations sur l'hygiène pré-opératoire étaient souvent absentes des dossiers-patients. Toutefois, sur les dossiers renseignés, nous avons pu constater une mauvaise hygiène buccale sur la majorité des enfants avant les soins sous AG. Par ailleurs, nous pouvons penser que les enfants présentant une bonne hygiène (4,7%), mais atteints de CPE, avaient probablement effectué un brossage avant la consultation. En ce qui concerne l'hygiène post opératoire, le manque trop important d'informations ne nous permet pas de faire d'analyses. Parmi les soins réalisés, un nombre important d'extractions a été effectué.

Ceci s'explique par le caractère destructeur de la CPE, par un diagnostic souvent tardif ou une approche thérapeutique volontairement plus radicale afin d'éviter d'éventuelles réinterventions sous AG.

Une différence significative a été constatée entre le grand nombre d'extractions pratiquées, et le peu de de réhabilitations prothétiques réalisées. Ceci peut s'expliquer par :

- Des informations données aux parents sur les prothèses dentaires pour enfant qui ne sont pas forcément comprises,
- Un manque d'intérêt des parents concernant la santé buccale de leurs enfants,
- Un problème financier récurrent pour les patients non CMU.

L'apparent faible taux de récurrence peut s'expliquer par une absence de documentation dans le dossier-patient ou par le fait que les parents n'ont pas ramené leurs enfants. Toutefois, nous ne pouvons pas écarter l'hypothèse d'une absence de récurrences dûe au nombre important d'extractions réalisées.

Cependant, dans une étude menée dans le même service par Monsarat en 2014 (1), 75% de la population étudiée (20 enfants souffrant de CPE, soignés sous AG) présentaient 6 mois après l'AG, au moins, une nouvelle lésion carieuse. L'explication proposée est que la modification des comportements n'aurait lieu que brièvement après les conseils et recommandations dispensés lors des premiers rendez-vous. Ceci confirmerait que l'éducation seule ne suffirait pas à entraîner un changement d'attitude. En effet, l'étude de Primosch a montré que l'ajout d'une consultation supplémentaire pré-opératoire n'a pas eu d'effet en termes de suivi post-opératoire (32). Une forte proportion de récurrences a également été observée dans d'autres études (33).

Le manque d'informations dans les dossiers patients a été un problème important de ce travail. Il ne nous a, par exemple, pas permis d'analyser le type de traitements précis effectués (par exemple obturations aux composites ou à l'amalgame, pose de couronnes pédiatriques..).

Or l'étude de Amin et al., menée sur 818 enfants soignés sous AG pour des CPE a pu mettre en évidence que les restaurations à l'amalgame et la pose de couronnes pédiatriques avaient un meilleur taux de pérennité en bouche que les restaurations au composite (34). Une solution simple à ce manque d'information pourrait être d'adjoindre une copie du compte rendu opératoire au dossier-patient.

V. CONCLUSION

Cette étude rétrospective des cas de CPE traités sous anesthésie générale à l'Hôpital de Saint André a démontré que l'activité de ce service répondait à des besoins bien réels.

Il nous a alors paru important de définir précisément la population de patients qui nécessitent une intervention de ce type pour la réalisation de soins dentaires.

La majorité des patients traités sous anesthésie générale est une population très jeune et polycariée, le reste de l'effectif étant constitué de patients handicapés.

Notre travail a également permis de mieux cerner les besoins, en termes de soins, pour lesquels l'intervention sous anesthésie générale se propose d'apporter des réponses.

La CPE est le diagnostic le plus fréquent comme motif d'intervention. Pour le traitement de ces caries dentaires, les avulsions sont le plus souvent préférées aux soins conservateurs.

Cependant, le manque d'informations dans certains dossiers, notamment au niveau des récidives, demanderait une évaluation des pratiques professionnelles pour une meilleure tenue des dossiers. De grandes améliorations à prévoir pour une meilleure analyse du problème !

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. **Monsarat Angélique.** Suivi des taux de *Streptococcus ssp* et de *Lactobacillus ssp* chez les enfants atteints de caries précoces avant et après soins sous anesthésie générale. Université de Bordeaux, 2014, thèse doctorat
2. **Randrianarison Andry.** Les soins dentaires sous anesthésie générale : pourquoi et comment ? Université de Nantes, 2014, Thèse doctorat
3. **Kawashita Y, Kitamura M, Saito T.** Early Childhood caries. *International Journal of Dentistry*. 2011. doi:10.1155/2011/725320.
4. **Msefer S.** Importance du diagnostic précoce de la carie de la petite enfance. *J Ordre Dent Québec* supplément avril 2006
5. **Brodeur JM, Galarneau C.** L'atteinte de carie est déjà très importante dès l'entrée en maternelle. *J Ordre Dent Québec* supplément avril 2006
6. **Bousfiha B, Mtalsi M, Laaroussi N, Elarabi S.** La carie de la petite enfance : aspects cliniques et répercussions. *Service de Pédiodontie Prévention au CCTD* 2014
7. Stratégie de prévention de la carie dentaire. *Haute Autorité de Santé* Mars 2006
8. **Christopher V H et al.** Aciduric Microbiota and Mutans Streptococci in Severe and Recurrent Severe Early Childhood Caries. *Pediatr Dent*. 2012 ; Mar-Apr;34(2): 6-23.
9. **Choi EJ, Lee SH, Kim YJ.** Quantitative real-time polymerase chain reaction for *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* in dental plaque samples and its association with early childhood caries. *International Journal Of Paediatric Dentistry* 2009 ; Dec;12(4):220-4.
10. **Palmer CA, Kent R Jr, Loo CY et al.** Diet and caries-associated bacteria in severe early childhood caries. *J Dent Res* 2010 ; 89(11) : 1224-1229
11. **Litsas G.** Effect of full mouth rehabilitation on the amount of *Streptococcus mutans* in children with Early Childhood Caries. *European Journal Of Paediatric Dentistry*, 2010 Mar;11(1):35-8.
12. **Serigne N dame Dieng.** Carie de la petite enfance : caractéristiques épidémiologiques et perspectives de prévention. Dakar, 2007, thèse doctorat.
13. **Robert J. Berkowitz, DDS** .Causes, Treatment and Prevention of Early Childhood Caries: A Microbiologic Perspective. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(5):304–7.
14. **Harrison MO, Roberts O.** Comprehensive dental treatment of healthy and chronically sick children under intubation general anaesthesia during a 5-year period. *Br. Dent. Journal*, 1998, 184(10) : 503-506.

15. **Droz D, Guéguen R, Bruncher P et al.** Epidemiological study of oral dental health of 4-year-old children in french nursery school; *Arch pédiatri.* 2006 Sep;13(9):1222-9.
16. **Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E.** Beyond the dmft : the human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc.* 2009 Jun;140(6):650-7. Review
17. **Caplan LS, Erwin K, Lense E, Hicks J.** The potential role of breast-feeding and others factors in helping to reduce early childhood caries. *J Public Health Dent.* 2008 Fall;68(4):238-41.
18. **Halley White, Jessica Y. Lee, William F. Vann Jr.** Parental Evaluation of Quality of Life Measures Following Pediatric Dental Treatment Using General Anesthesia. *Anesth Prog* 2003, 50:105-110.
19. **Savanheimo N, Vehkalathi Mm.** Preventive aspects in children's caries treatments preceding dental care under general anaesthesia . *Int J Paediatr Dent*, 2008, 18, pp. 117-123.
20. **El Batawi HY, Panigrahi P, Awad MA.** Perceived outcomes and satisfaction of Saudi parents and their children following dental rehabilitation under general anesthesia: A 2-year follow-up. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry December*, 2014, Vol. 4, Suppl 3):S153-60.
21. **Savanheimo M, Vehkalahti MM.** Five-year follow-up of children receiving comprehensive dental care under general anesthesia. *BMC Oral Health*, 2014, 14:154
22. **Jankauskiene B, Virtanen JI, Kubilius R, Narbutaite J..** Oral health-related quality of life after dental general anaesthesia treatment among children: a follow-up study. *BMC Oral Health*, 2014, Jul 1; 14:81.
23. **Gaynor WN, Thomson WM.** Changes in child OHRQoL after treatment under GA. *Int J Paediatr Dent.* 2012 Jul;22(4):258-64.
24. **Pacorel Clémentine.** Santé bucco-dentaire du jeune enfant : connaissances et pratiques des professionnels de santé de périnatalité. Université de Lorraine, 2015, Thèse Doctorat.
25. **Dieudonné Vincent** Anesthésie générale et odontologie pédiatrique : Etude rétrospective sur huit ans des cas traités a l'Hôpital d'Enfant de Nancy. Université de Nancy, 2000, Thèse Doctorat.

26. **Amin MS, Bedard D, Gamble J.** Early childhood caries: recurrence after comprehensive dental treatment under general anaesthesia. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 2010, Dec;11(6):269-73.
27. **Anderson HK, Drummond B K, Thomson WM.** Changes in aspects of children's oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. *International Journal of Paediatric Dentistry*, September 2004, volume 14, Issue 5, 317–325.
28. **Landes DP, Clayton-Smith AL** The role of pre-general anaesthetic assessment for patients referred by general dental practitioners to the Community Dental Service. *Community Dent. Health*, 1996 ; 169-171.
29. **Declerck D, Leroy R, Martens L et al.** Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008 Apr ; 36(2) : 168-78.
30. **Lupi-Pégurier L, Bourgeois D, Muller-Bolla M.** Epidémiologie de la carie. *EMC Médecine buccale* 2009 [28-260-D-10] ; 1-13.
31. **Primosch RE, Balsewich CM, Thomas CW.** Outcomes assessment an intervention strategy to improve parental compliance to follow-up evaluations after treatment of early childhood caries using general anesthesia in a Medicaid population. *ASDC J Dent Child* 2001 Mar-Apr ; 68(2) : 102-8, 80.
32. **Tanner AC, Kent RL Jr, Holgerson PL. et al.** Microbiota of severe early childhood caries before and after therapy. *J Dent Res* 2011; 90(11) : 1298-1305.
33. **Amin M, Nouri MR, Hulland S, ElSalhy M, Azarpazhooh A.** Success Rate of Treatments Provided for Early Childhood Caries under General Anesthesia: A Retrospective Cohort Study. *Pediatr Dent.* 2016;38(4):317-24.

VII. ANNEXES

Nom et Prénom (initiale)	Date de naissance	Sexe	CMU	Date 1 ^{ère} consultation	Date de l'AG	Date consultation post opératoire	Motif de consultation	Hygiène pré opératoire	Hygiène post opératoire	Soins réalisés	Prothèse	Récidive	Handicap
AR	18/01/06	M	NON	05/12/13	27/05/14	28/05/14	Polycaries	ND	ND	ND	NON	NON	NON
AA	02/07/06	M	NON	14/08/13	04/02/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	ND	ND	NON
AM	02/07/06	M	NON	14/08/13	04/02/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	ND	ND	NON
AA	19/09/06	M	NON	15/01/14	18/02/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	ND	ND	NON
AD	05/10/10	M	NON	11/12/13	13/06/14	25/06/14	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	ND	ND	NON
AC	20/07/09	F	NON	04/09/13	28/01/14	26/02/14	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	OUI	NON	NON
AK	30/08/08	M	OUI	12/06/13	15/03/14	09/04/14	Polycaries	Mauvaise	Mauvaise	Soins+Extractions	NON	NON	NON
BJ	19/09/01	F	NON	29/01/14	15/07/14	06/11/14	Polycaries	ND	Bonne	Soins+Extractions +Détartrage	NON	OUI	NON
BR	21/06/02	F	OUI	02/04/14	25/07/14	ND	Polycaries	ND	ND	ND	ND	ND	NON
BB	31/08/09	M	NON	22/01/14	18/11/14	ND	Handicap	Mauvaise	ND	Dét	OUI	OUI	OUI
BA	18/09/09	M	OUI	19/02/14	ND	ND	Handicap	Bonne	ND	ND	ND	ND	OUI
BS	01/12/07	F	OUI	26/02/14	10/06/14	ND	ND	ND	ND	Soins+Extractions +Détartrage	ND	ND	NON
BC	27/02/09	M	NON	22/01/14	21/03/14	25/06/14	Polycaries	ND	Bonne	Soins	ND	ND	NON
BL	01/12/07	M	NON	26/11/13	ND	ND	Polycaries	ND	ND	ND	OUI	OUI	NON
BFC	27/02/09	F	OUI	30/04/14	28/10/14	04/11/14	Polycaries	ND	Mauvaise	Soins	ND	ND	NON
BA	03/01/09	M	OUI	19/09/13	21/10/14	28/10/14	Coopération difficile	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	OUI	ND	NON
BA	10/08/05	M	NON	ND	01/03/14	ND	Coopération difficile	Mauvaise	Mauvaise	ND	NON	OUI	NON
BC	01/02/11	F	OUI	19/02/14	18/07/14	30/07/14	Polycaries	Mauvaise	Bonne	Soins+Extractions	NON	NON	NON
BM	21/09/11	M	OUI	23/07/14	31/01/15	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	OUI	NON	NON
BAN	09/01/11	M	OUI	05/03/15	06/05/14	21/05/14	Polycaries	ND	Mauvaise	Soins+Extractions	OUI	OUI	NON
BLN	27/01/09	M	NON	21/08/13	11/02/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	ND	ND	NON
BS	12/04/01	M	NON	ND	28/10/14	ND	ND	ND	ND	Soins+Extractions	ND	ND	NON
BM	06/06/06	M	NON	ND	09/12/14	17/12/14	ND	ND	Bonne	Extractions	OUI	ND	NON

BK	17/11/06	F	OUI	26/06/13	14/01/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins	NON	OUI	NON	NON
BI	09/03/12	M	NON	16/04/14	26/09/14	07/10/14	Polycaries	Mauvaise	Bonne	Soins+Extractions	OUI	NON	NON	NON
BR	29/12/10	M	NON	ND	ND	ND	ND	Mauvaise	Mauvaise	ND	ND	OUI	NON	NON
BT	26/07/02	M	NON	06/06/13	07/04/14	ND	Handicap	ND	ND	Soins	NON	ND	OUI	NON
BL	29/11/04	F	OUI	17/07/13	18/03/14	09/04/14	Coopération difficile	ND	Bonne	Soins+Extractions	NON	ND	NON	NON
BD	08/01/10	M	ND	ND	22/07/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins	NON	ND	NON	NON
CGH	17/12/09	M	NON	19/06/14	09/02/15	ND	Handicap	ND	ND	Soins+Extractions	NON	NON	OUI	OUI
CS	02/09/08	M	NON	30/10/13	22/04/14	21/07/14	Polycarie	Mauvaise	ND	Extractions	OUI	NON	NON	NON
CR	01/08/15	M	NON	10/07/13	25/11/14	ND	ND	Mauvaise	Bonne	Soins	NON	ND	NON	NON
CDSA	23/01/09	M	OUI	ND	24/05/14	05/06/2014	ND	ND	Mauvaise	Soins+Extractions +Détartrage	NON	NON	NON	NON
CA	18/05/02	M	NON	24/07/13	04/02/14	11/02/14	Coopération difficile	ND	Mauvaise	Soins+Ext	NON	NON	OUI	OUI
CY	16/01/09	M	NON	31/05/11	04/11/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	ND	ND	NON	NON
CA	17/08/09	M	NON	14/11/12	03/03/14	ND	Polycaries	Mauvaise	Mauvaise	Soins	NON	OUI	NON	NON
CJ	06/10/01	M	NON	23/07/14	04/11/14	ND	ND	ND	ND	Soins+Extractions +Détartrage	ND	ND	NON	NON
CVS	26/08/04	F	NON	23/04/14	21/10/14	28/10/14	Polycaries	Mauvaise	Bonne	Soins+Extractions	NON	NON	NON	NON
CZ	24/12/09	F	NON	26/06/13	ND	ND	ND	ND	ND	ND	OUI	NON	NON	NON
CC	10/04/09	M	NON	22/01/14	23/04/14	ND	Polycarie	ND	ND	Soins+Extractions	ND	ND	NON	NON
CL	12/08/03	M	OUI	05/02/14	12/02/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	ND	NON	NON	NON	NON
CE	09/02/09	F	OUI	19/02/14	01/07/14	09/07/14	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	OUI	NON	NON	NON
DC	04/06/98	M	NON	05/09/13	05/02/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	ND	NON	NON
DSA	02/04/01	M	NON	18/02/12	06/05/14	ND	Coopération difficile	Mauvaise	ND	Détartrage	NON	ND	NON	NON
DR	21/11/08	M	OUI	19/11/12	17/01/14	21/01/14	Polycaries	ND	Bonne	Soins+Extractions	OUI	NON	NON	NON
EN	28/09/09	M	NON	09/10/13	18/03/14	ND	ND	ND	ND	Soins+Extractions	ND	ND	NON	NON
EE	16/09/09	M	OUI	22/01/14	04/07/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	OUI	NON	NON
FC	17/09/09	M	NON	02/04/14	22/04/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	ND	NON	NON

FS	26/08/08	F	OUI	ND	30/09/14	07/10/14	Coopération difficile	ND	ND	Soins+Extractions	OUI	NON	NON
FI	06/10/04	M	OUI	05/12/13	ND	23/10/14	Coopération difficile	ND	ND	Soins+Extractions	NON	NON	NON
FE	10/07/07	M	NON	12/02/14	25/07/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins	NON	NON	NON
FE	21/06/10	M	NON	05/02/14	03/06/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	OUI	ND	NON
FR	13/11/11	F	OUI	07/01/14	ND	ND	ND	ND	ND	Soins+Extractions	ND	ND	NON
FP	04/02/09	M	NON	13/01/14	04/07/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins	ND	ND	ND
GJ	04/01/02	M	NON	02/04/14	21/10/14	ND	Coopération difficile	Mauvaise	ND	ND	NON	ND	OUI
GA	12/12/01	F	NON	03/04/14	14/10/14	23/10/14	Polycaries	Mauvaise	Mauvaise	Soins+Extractions +Détartrage	NON	NON	NON
GP	10/07/07	M	NON	06/11/13	04/04/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins	NON	NON	NON
GR	26/08/08	M	NON	23/10/13	ND	ND	ND	ND	ND	Soins+Extractions	NON	NON	NON
GC	24/09/06	F	OUI	ND	ND	15/10/14	ND	ND	Bonne	ND	NON	NON	NON
HK	10/02/13	M	NON	30/04/14	23/12/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	NON	NON	NON
HN	01/01/07	M	OUI	26/03/14	17/10/14	28/10/14	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	OUI	NON	NON
IS	12/02/10	M	OUI	04/04/14	16/05/14	28/05/14	Polycaries	ND	ND	Extractions	OUI	NON	NON
KM	26/08/09	M	OUI	04/12/13	23/05/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	ND	ND	ND
KC	18/07/12	F	OUI	30/04/14	25/07/14	06/08/14	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	OUI	NON
KV	04/11/09	M	OUI	22/01/14	24/03/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	OUI	NON
KE	08/04/09	F	OUI	15/05/13	21/02/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	NON	NON	NON
LO	16/01/09	F	NON	02/04/14	15/07/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	NON	NON
LV	23/04/04	M	NON	05/06/14	25/11/14	ND	Handicap	ND	ND	ND	ND	ND	OUI
LJ	10/10/11	F	NON	05/02/14	18/07/14	30/07/14	Polycaries	Mauvaise	Bonne	Soins	OUI	NON	NON
LM	29/01/07	M	OUI	10/07/14	07/02/14	ND	Handicap	ND	ND	Soins+Extractions	NON	NON	OUI
LT	18/02/09	M	NON	26/06/13	10/01/14	22/01/14	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	OUI	NON	NON
MJ	07/05/02	M	NON	30/10/13	15/04/14	ND	Handicap	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	ND	NON	OUI
MK	14/12/09	F	NON	23/10/14	23/12/14	06/01/15	Handicap	Mauvaise	Bonne	Extractions+Détartrage	NON	NON	OUI
ML	11/08/10	M	NON	19/02/14	25/03/14	02/04/14	Polycaries	ND	Bonne	Soins+Extractions	OUI	NON	NON

ML	21/12/99	M	NON	24/06/10	11/03/14	11/06/14	Polycaries	ND	ND	Soins	NON	NON	NON	NON
MNY	14/02/05	M	OUI	08/01/14	03/06/14	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
MY	12/09/09	F	OUI	27/11/13	30/03/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins	NON	NON	NON	NON
MM	28/10/05	M	NON	28/11/13	17/06/14	ND	ND	ND	ND	Extractions	ND	ND	ND	ND
MM	14/11/09	M	OUI	30/12/13	17/01/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	OUI	NON	NON	NON
MER	22/05/07	M	OUI	26/06/13	07/01/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	NON	NON	NON	NON
ME	18/11/10	F	OUI	04/02/14	08/04/14	23/04/14	Polycaries	Mauvaise	Mauvaise	Soins+Extractions	NON	OUI	NON	NON
NL	05/12/08	M	NON	09/10/13	01/04/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	OUI	NON	NON
NCE	09/06/10	F	NON	09/04/14	14/10/14	ND	Polycaries	ND	ND	ND	ND	ND	OUI	OUI
NM	13/11/09	F	OUI	30/07/14	01/11/07	18/11/14	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	OUI	NON	NON	NON
NME	07/10/09	F	OUI	30/04/14	23/05/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	ND	NON	NON	NON	NON
OF	27/01/09	M	NON	06/06/12	ND	04/11/14	ND	ND	ND	ND	NON	NON	NON	NON
OD	03/10/07	M	OUI	26/02/14	13/05/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	NON	NON	NON
PA	09/08/10	M	NON	15/01/14	01/07/14	16/07/14	Polycaries	Mauvaise	ND	Soins+Extractions	NON	OUI	NON	NON
PL	29/05/03	F	OUI	12/02/14	20/05/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	NON	OUI	OUI
PJ	27/04/08	F	OUI	22/03/13	14/02/14	12/03/14	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	OUI	NON	NON	NON
RM	10/07/12	F	NON	26/01/14	ND	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	ND	NON	NON	NON	NON
RS	26/03/12	M	OUI	05/03/14	01/09/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	ND	NON	NON	NON	NON
RBK	20/03/08	M	OUI	27/11/13	16/05/14	28/05/14	Polycaries	ND	Mauvaise	Soins+Extractions +Détartrage	NON	NON	NON	NON
RB	22/01/09	F	OUI	04/12/13	05/02/14	28/05/14	Polycaries	Mauvaise	Mauvaise	Soins+Extractions	OUI	OUI	NON	NON
RBT	17/02/10	F	OUI	19/12/13	25/04/14	ND	ND	ND	ND	Extractions	NON	NON	NON	NON
RA	30/03/07	M	OUI	25/09/13	03/03/14	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	Extractions	NON	NON	NON	NON
RK	02/03/08	M	NON	26/03/14	08/04/14	15/10/14	Coopération difficile	Mauvaise	Bonne	Soins+Extractions	NON	OUI	NON	NON
SLM	06/06/08	F	OUI	12/02/14	13/05/14	ND	Polycaries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	NON	NON	NON
SJ	30/09/09	M	OUI	19/02/14	ND	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	ND	NON	NON	NON	NON
SR	08/04/06	F	OUI	19/02/14	ND	ND	Polycaries	Mauvaise	ND	ND	NON	NON	NON	NON

SE	08/01/09	M	OUI	11/12/13	09/09/14	02/10/14	Polycarries	Mauvaise	Mauvaise	Soins+Extractions	OUI	OUI	NON
SM	19/04/07	M	OUI	30/10/13	01/04/14	ND	Polycarries	ND	ND	Soins	NON	NON	NON
SL	15/09/05	M	OUI	29/01/14	27/05/14	ND	Polycarries	Mauvaise	ND	ND	NON	NON	NON
SL	15/02/03	M	NON	12/02/14	16/09/14	ND	Handicap	ND	ND	ND	NON	NON	OUI
SM	16/05/04	F	NON	10/11/10	17/05/14	ND	Polycarries	ND	ND	Soins+Extractions	NON	NON	NON
TE	05/01/04	M	NON	22/01/14	29/04/14	ND	Handicap	Mauvaise	ND	Soins	NON	NON	OUI
UB	06/08/10	M	OUI	30/01/14	09/09/14	17/05/14	Polycarries	ND	Bonne	ND	OUI	NON	NON
UO	07/11/06	M	NON	17/02/12	16/09/14	24/09/14	Polycarries	Mauvaise	Mauvaise	Soins+Extraction	NON	NON	NON
VA	09/11/07	M	NON	08/01/14	22/07/14	18/08/14	Polycarries	ND	ND	Soins+Extraction	OUI	NON	NON
VFD	05/12/10	M	NON	16/04/14	26/09/14	ND	Polycarries	ND	ND	Soins+Extraction	NON	NON	NON
VM	27/10/09	F	NON	27/11/13	02/09/14	ND	ND	ND	ND	Soins+Extraction	NON	NON	NON
VF	10/06/08	F	NON	16/04/14	09/09/14	ND	Polycarries	ND	ND	Soins+Extraction	NON	NON	NON
VC	04/12/09	F	OUI	19/03/14	17/10/14	ND	Polycarries	Mauvaise	ND	ND	NON	NON	NON
VSA	23/10/09	F	NON	23/07/14	16/09/14	ND	Polycarries	ND	ND	Soins+Extraction	NON	NON	NON
ZM	03/02/12	F	OUI	16/01/13	ND	23/04/14	Polycarries	ND	ND	ND	NON	NON	NON
ZE	21/05/11	F	OUI	28/10/13	13/06/14	25/06/14	Polycarries	Mauvaise	ND	Soins+Extraction	OUI	NON	NON
ZM	18/10/11	F	OUI	22/04/15	09/10/15	20/10/15	Polycarries	ND	ND	Soins+Extractions +Détartrage	OUI	NON	NON
LM	28/08/09	F	OUI	22/04/15	23/10/15	03/11/15	Polycarries	ND	ND	Soins+Extraction	OUI	NON	OUI
TT	11/04/12	M	NON	23/09/15	23/10/15	ND	Polycarries	Mauvaise	ND	Soins+Extraction	NON	NON	NON
SC	23/08/09	F	NON	23/09/15	28/10/15	04/11/15	Handicap	Mauvaise	Mauvaise	Soins+Extraction	NON	NON	NON
GE	31/10/11	M	OUI	19/11/14	12/06/15	23/06/15	Coopération difficile	ND	ND	Soins+Extraction	OUI	NON	NON
ML	03/03/10	M	OUI	31/12/14	16/06/15	22/07/15	Polycarries	Mauvaise	ND	Soins+Extraction	OUI	NON	NON
TK	11/02/12	M	NON	19/11/14	26/06/15	ND	Polycarries	Mauvaise	ND	ND	NON	NON	NON
FE	04/02/09	F	OUI	25/06/14	27/03/15	07/04/15	Coopération difficile	ND	ND	Soins+Extraction	NON	NON	NON
BS	24/03/11	F	NON	25/09/13	10/04/15	21/04/15	Polycarries	ND	ND	Soins+Extraction	OUI	NON	NON

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Odontologie Pédiatrique

Etude rétrospective du devenir des enfants soignés sous anesthésie générale pour des caries précoces dans le service d'Odontologie de l'hôpital St André.

Résumé :

La Carie Précoce de l'Enfance (CPE) est une pathologie très répandue chez les enfants de moins de 6 ans. En raison de leur jeune âge et du nombre de soins à effectuer, ces enfants sont le plus souvent soignés sous anesthésie générale (AG).

L'objectif de ce travail, était d'observer le devenir bucco-dentaire des enfants de moins de 14 ans soignés sous AG au sein de l'hôpital Saint André durant l'année civile 2014.

Ce travail nous a permis de démontrer que l'activité de ce service répondait à des besoins bien réels. Il a également permis de mieux cerner les besoins, en termes de soins, pour lesquels l'intervention sous AG se propose d'apporter des réponses.

Mots clés :

Carie Précoce de l'Enfance - Anesthésie générale – Etude rétrospective – Suivi

Summary :

Early Childhood Caries (ECC) is a common disease especially within children under the age of 6 years. Because of their young age and the numerous treatments that must be performed, these children are often treated under general anesthesia (GA). The objective of this work was to observe the oral improvement of children from 0 to 14 years treated under GA in the hospital Saint Andre throughout 2014. This work allowed to demonstrate that the activity of the service answered to real needs. It also enabled us to better understand the needs in terms of care, for which the intervention under AG intends to bring answers.

Key-words :

Early Childhood Caries- General anaesthesia – Retrospective study – Follow up

Université de Bordeaux – Collège de Sciences et de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

16-20 Cours de la Marne

33082 BORDEAUX CEDEX