



**HAL**  
open science

# Symptômes et pathologies de l'éruption des dents temporaires : apport d'une fiche de bonnes pratiques à destination des pédiatres et des chirurgiens-dentistes

Abraham Samuel Boukobza

## ► To cite this version:

Abraham Samuel Boukobza. Symptômes et pathologies de l'éruption des dents temporaires : apport d'une fiche de bonnes pratiques à destination des pédiatres et des chirurgiens-dentistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03338577

**HAL Id: dumas-03338577**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03338577>**

Submitted on 8 Sep 2021

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7**

**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2019

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

**THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR**

**en CHIRURGIE DENTAIRE**

présentée et soutenue publiquement le 10 décembre 2019

par **BOUKOBZA Abraham Samuel**

**SYMPTOMES ET PATHOLOGIES DE L'ERUPTION DES DENTS TEMPORAIRES :  
APPORT D'UNE FICHE DE BONNES PRATIQUES A DESTINATION  
DES PEDIATRES ET DES CHIRURGIENS-DENTISTES**

Directeur de thèse : Dr Justine SCAVINER

Co-directeur de thèse : Pr Muriel de la DURE MOLLA

**J U R Y**

Mme la Professeure Ariane BERDAL	Président
M. le Docteur Christophe AZEVEDO	Assesseur
Mme la Docteure Claire Adeline DANTAGNAN	Assesseur
Mme la Professeure Muriel de la DURE MOLLA	Assesseur
M. le Docteur Pascal GARREC	Assesseur
Mme la Docteure Sophia HOUARI	Assesseur
Mme la Docteure Nelly PRADELLE	Assesseur
Mme la Docteure Paola SORIA	Assesseur
Mme la Docteure Justine SCAVINER	Membre Invité



# UNIVERSITE PARIS DIDEROT-PARIS 7

Présidente de l'Université :	Mme la Professeure Christine CLERICI
Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie :	Mme la Professeure Ariane BERDAL
Directrice Générale des Services :	Madame Pascale SAINT-CYR

---

## JURY

Mme la Professeure Ariane BERDAL	Président
M. le Docteur Christophe AZEVEDO	Assesseur
Mme la Docteure Claire Adeline DANTAGNAN	Assesseur
Mme la Professeure Muriel de la DURE MOLLA	Assesseur
M. le Docteur Pascal GARREC	Assesseur
Mme la Docteure Sophia HOUARI	Assesseur
Mme la Docteure Nelly PRADELLE	Assesseur
Mme la Docteure Paola SORIA	Assesseur
Mme la Docteure Justine SCAVINER	Membre Invité



**Mme la Professeure Ariane BERDAL**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Professeur des Universités - Praticien  
Hospitalier

*Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*

**M. le Docteur Christophe AZEVEDO**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités -  
Praticien Hospitalier

*Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*

**Mme la Docteure Claire Adeline  
DANTAGNAN**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Assistante Hospitalo-Universitaire

*Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*

**Mme la Professeure Muriel de la DURE  
MOLLA**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Habilitation à Diriger des Recherches  
Professeur des Universités - Praticien  
Hospitalier

*Je vous remercie d'avoir accepté la co-direction de cette thèse. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de ma plus grande estime.*

**M. le Docteur Pascal GARREC**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités -  
Praticien Hospitalier

*Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*

**Mme la Docteure Sophia HOUARI**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Maître de Conférences des Universités -  
Praticien Hospitalier

*Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*



**Mme la Docteure Nelly PRADELLE**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités -  
Praticien Hospitalier

*Je vous remercie d'être présente à ce jury, ainsi que pour vos conseils et votre bienveillance que vous avez eu à mon égard durant tout mon parcours.*

**Mme la Docteure Paola SORIA**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Assistante Hospitalo-Universitaire

*Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*

**Mme la Docteure Justine SCAVINER**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Assistante Hospitalo-Universitaire

*Pour l'honneur que vous me faites en acceptant la direction de cette thèse. Je vous remercie pour votre dévouement et vos précieux conseils.*



## Table des matières

Introduction.....	3
1. Les symptômes associés à l'éruption dentaire .....	5
1.1. Les manifestations cliniques .....	6
1.1.1. Les manifestations cliniques locales .....	6
1.1.2. Les manifestations cliniques régionales.....	6
1.1.3. Les manifestations cliniques générales.....	7
1.1.4. Troubles du comportement .....	8
1.2. Pratiques des parents et comportements non recommandés.....	10
1.2.1. Automédication .....	10
1.2.2. Objets de dentition .....	15
1.2.3. Médecines alternatives et remèdes traditionnels.....	18
1.3. La prise en charge.....	24
1.3.1. Prise en charge non pharmacologique .....	24
1.3.2. Prise en charge pharmacologique .....	26
1.3.3. Conseils généraux.....	30
2. Quelques pathologies liées à l'éruption.....	33
2.1. Perles et kystes épithéliaux (perles d'Epstein, Nodules de Bohn) .....	33
2.2. Dents natales et néonatales.....	35
2.2.1. Approche non-chirurgicale.....	38
2.2.2. Approche chirurgicale .....	39
2.3. Maladie de Riga-Fede .....	41
2.3.1. Approche non chirurgicale .....	43
2.3.2. Approche chirurgicale .....	43
2.3.3. Conseils généraux.....	43

2.4.	Kystes et hématomes d'éruption .....	44
2.4.1.	Approche non chirurgicale .....	47
2.4.2.	Approche chirurgicale .....	47
2.4.3.	Conseils généraux .....	48
2.5.	Éruptions ectopiques .....	49
2.5.1.	Approche non chirurgicale .....	51
2.5.2.	Approche chirurgicale .....	51
2.5.3.	Conseils généraux .....	53
3.	Élaboration d'une fiche synthétisant les bonnes pratiques .....	56
3.1.	Les objectifs.....	56
3.2.	Le contenu.....	56
3.3.	La forme et le support .....	57
3.4.	La diffusion .....	65
	Conclusion.....	66
	Bibliographie.....	68
	Liste des tableaux.....	75
	Liste des figures.....	76

## Introduction

L'éruption des dents temporaires est un processus biologique qui attire l'attention de l'entourage du jeune enfant depuis ses premiers mois jusqu'à environ 3 ans. Durant cette période de développement de nombreux changements affectifs, psychomoteurs mais aussi immunologiques s'opèrent chez celui-ci, pouvant occasionner diverses manifestations cliniques inquiétant certains parents.

Des idées reçues concernant des manifestations locales ou systémiques liées à l'éruption dentaire se sont succédées au travers les siècles, sans véritables preuves scientifiques. Bien que la relation entre l'éruption dentaire et ces symptômes reste controversée dans la littérature, parents et praticiens conviennent que la poussée dentaire peut être accompagnée de douleur et de gênes. On peut retrouver d'autre part des pathologies directement liées à l'éruption qui certes, peuvent être bénignes, mais qui constituent des motifs de consultation fréquents.

Beaucoup de traitements sont mis en œuvre sans l'avis d'un professionnel de santé compétent, se basant plutôt sur les conseils provenant de l'entourage ou trouvés sur internet. Bien que la plupart de ces traitements soient inoffensifs, certaines pratiques peuvent s'avérer à risque ou inadaptées. De même, ces motifs de consultation génèrent des réponses très diverses de la part des praticiens.

Le manque de formation et l'absence de recommandations officielles des autorités de santé semblent constituer une barrière à une prise en charge appropriée de ces jeunes enfants. Les professionnels de santé doivent être en mesure de mettre en garde les parents face à certaines pratiques non recommandées et prodiguer des soins et des conseils rationnels.

Après une revue de littérature concernant les symptômes attribués à l'éruption des dents temporaires, ainsi que les différentes pratiques des parents et leurs risques associés, nous détaillerons les éléments d'une prise en charge rationnelle. Dans un deuxième temps nous présenterons quelques pathologies de l'éruption dentaire et leurs thérapeutiques. Enfin, nous

aborderons les éléments qui nous permettront d'élaborer un support d'information à destination des pédiatres et chirurgiens-dentistes, dans le but d'actualiser et d'harmoniser les connaissances autour de l'éruption des dents temporaires.

## 1. Les symptômes associés à l'éruption dentaire

L'incertitude de ce qui fait partie ou non des symptômes liés à l'éruption des dents temporaires amène souvent à des diagnostics de commodité. Du côté des parents, leurs anxiété face à un enfant irrité et l'ignorance de la bonne prise en charge peuvent les pousser à pratiquer certains actes et à utiliser des produits inefficaces ou potentiellement dangereux (Kozuch et al. 2015).

On retrouve dans la littérature médicale une évolution globale vers la minimisation des symptômes associés à la poussée dentaire. Cependant, devant l'absence de consensus médical clair, les croyances sont restées ancrées dans l'entourage de l'enfant (Comat 2015). Les nombreuses études des dernières années ne prouvent pas forcément de lien de causalité entre tous ces maux et l'éruption dentaire. Certaines d'entre elles se contredisent, laissant un flou médical quant à la reconnaissance de la poussée dentaire en tant que pathologie médicale avec son traitement et ses recommandations de pratique médicale (Guicheney 2006).

Dans ses recommandations de 2016, l'American Academy of Pediatric Dentistry reconnaît que la poussée des dents temporaires peut-être source d'un inconfort dans la zone d'éruption, d'irritabilité et d'une salivation excessive, bien que chez de nombreux nourrissons il n'y ait pas de problèmes apparents (American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2016).

La période d'éruption est décrite comme étant une fenêtre de 8 jours, incluant 4 jours avant l'éruption et 3 jours après (Markman 2009). Cependant, les parents reconnaissent souvent que l'enfant commence à « travailler » ses dents, plusieurs semaines voire plusieurs mois avant l'éruption (Wake et al. 1999; Rekik et al. 2017).

## 1.1. Les manifestations cliniques

### 1.1.1. Les manifestations cliniques locales

En 2015, Comat réalise une revue systématique de littérature concernant les signes et les symptômes associés à la poussée dentaire.

Au niveau des manifestations locales, sont rapportés :

- **L'irritation gingivale** (ou prurit gingivo-dentaire) : on observe une gencive enflammée, rouge et douloureuse à la pression. Des saignements gingivaux peu abondants peuvent également être observés.
- **Le frottement des gencives**
- Le besoin de **mordiller**

Cependant, il est difficile de conclure à une corrélation entre ces manifestations et la poussée dentaire étant donné qu'elles ne sont pas rapportées par tous les auteurs.

### 1.1.2. Les manifestations cliniques régionales

En ce qui concerne les manifestations régionales, Comat étudie les signes rapportés suivants :

- **L'hyper-salivation**
- La **rhinorrhée** (écoulement nasale)
- Le **frottement des oreilles** (otalgie réflexe)
- Des **rougeurs cutanées** (ou érythrose jugale : rougeur des téguments) localisée du côté de la dent en cause

Concernant l'hyper-salivation il établit à partir des résultats de plusieurs études un lien de corrélation avec la poussée dentaire. Il émet une réserve du fait qu'une des études les plus puissantes prises en compte dans sa revue de littérature ne montre pas de lien.

Concernant le frottement des oreilles et la rhinorrhée il note à nouveau qu'il est difficile de conclure à une corrélation, ces manifestations n'étant pas rapportés dans toutes les études.

Pour les rougeurs cutanées il est difficile d'imputer cette manifestation aux poussées dentaires. Une des deux études les plus puissantes trouve un lien significatif tandis que l'autre ne trouve qu'une « tendance » à ce signe.

### 1.1.3. Les manifestations cliniques générales

Les symptômes généraux accompagnant l'éruption suscitent davantage de débats que les manifestations locales ou régionales.

Au niveau de ces manifestations à distance, Comat recense dans la littérature les signes cliniques suivants :

- L'augmentation de la **température** (au-dessus de 36,5°C)
- **La perte d'appétit**
- **Les troubles digestifs** : diarrhée, constipation
- **Les urines malodorantes**

Dans une fiche mémo sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant publiée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2016, elle y est définie comme étant une élévation de la température centrale au-dessus de 38°C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert, dans une température ambiante tempérée (Haute Autorité de Santé (HAS) 2016b).

Comat rapporte plusieurs études ayant retrouvé un lien significatif entre l'élévation de la température corporelle de l'enfant et la poussée dentaire. Cependant aucune corrélation ne peut être établie entre fièvre (>38°C) et poussée dentaire.

Cette discrète augmentation de température reste toujours inférieure ou égale à 38,5°C et doit être de courte durée (1 ou 2 jours) (Vaysse et al. 2010).

En ce qui concerne la perte d'appétit et la diarrhée, Comat constate qu'une corrélation entre ces symptômes et la poussée dentaire pourrait être établie. Pour la constipation, aucune corrélation n'a été relaté.

Un trouble qui n'est pas mentionné chez Comat est l'**érythème fessier** qui est l'un des troubles qui suscite beaucoup d'interrogations. Les parents le citent volontiers alors que les auteurs ne montrent aucun lien avec la poussée dentaire (Guicheney 2006).

Il est à noter que plusieurs facteurs favorisent la survenue d'érythème fessier, notamment l'hyper-acidité des selles, surtout en cas de diarrhée (Société Canadienne de Pédiatrie (SCP) 2017).

#### 1.1.4. Troubles du comportement

Certains enfants rencontrent durant l'éruption des dents temporaires les troubles du comportement suivant :

- **Irritabilité** et agitation
- **Troubles du sommeil**

D'après les études les plus puissantes il semble y avoir une corrélation entre ces symptômes et la poussée dentaire.

Massignan note dans sa méta-analyse sur les signes et les symptômes de l'éruption des dents temporaires que la majorité des manifestations étaient observées durant la période d'éruption des **incisives** (Massignan et al. 2016). Pour d'autres, lors de l'éruption des **molaires** la douleur et l'inconfort peuvent également être accentués en raison de leur anatomie plus volumineuse (Meer et Meer 2011).

Memarpour ne trouve pas de différence significative au niveau des symptômes selon les différentes dents. Cependant il note une perte d'appétit plus importante avec l'éruption des **canines** qu'avec celle des incisives et des molaires (Memarpour et al. 2015).

Olczak étudie la fréquence des symptômes associés à l'éruption rapportés par les mères en fonction de l'âge des enfants, pour quatre des plus fréquents d'entre eux. Il y aurait une diminution de la fréquence des symptômes après la 1<sup>ère</sup> année (Olczak-Kowalczyk et al. 2016).

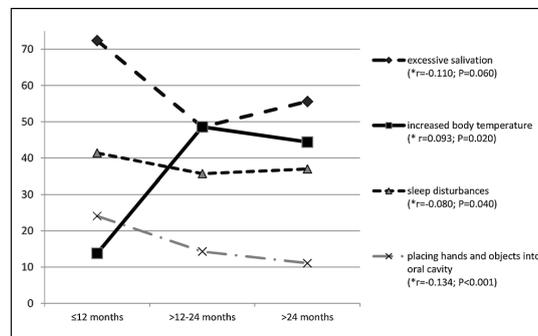


Tableau 1 : Fréquence d'apparition des symptômes en fonction de l'âge (Olczak-Kowalczyk et al. 2016)

En conclusion, s'il n'y a pas de signe pathognomonique, il faut être prudent quant à l'attribution de certains symptômes à l'éruption dentaire seule, en particulier par les parents et puéricultrices (Adimorah et al. 2011). Il est nécessaire d'orienter l'enfant vers son pédiatre en cas de symptômes sérieux et persistants plus de 24-48h (fièvre, adénopathie, diarrhée importante,...) afin de ne pas passer à côté du diagnostic d'une pathologie plus sévère.

	Corrélation	Corrélation incertaine	Pas de corrélation
<b>Troubles du comportement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles du sommeil</li> <li>Irritabilité</li> </ul>		
<b>Manifestations générales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inappétence</li> <li>Élévation de la température</li> <li>Diarrhée</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Constipation</li> <li>Urines malodorantes</li> <li>Fièvre</li> <li>Érythème fessier</li> </ul>
<b>Manifestations régionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hypersalivation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rougeurs cutanées</li> <li>Rhinorrhée</li> <li>Frottement des oreilles</li> </ul>	
<b>Manifestations locales</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Irritation gingivale</li> <li>Frottement des gencives</li> <li>Mâchonnement</li> </ul>	

Tableau 2 : Synthèse de la corrélation des différents symptômes supposés de l'éruption

## 1.2. Pratiques des parents et comportements non recommandés

A l'analyse des différents articles traitant de l'étude des comportements des parents à travers le monde pour résoudre les symptômes perçus comme associés à l'éruption dentaire, il en ressort que les solutions employées diffèrent selon les cultures, mais un certain nombre de méthodes reviennent fréquemment.

### 1.2.1. Automédication

On observe qu'une forte propension à l'automédication est rapportée chez les parents ne consultant pas de praticien pour des symptômes liés à l'éruption (Guicheney 2006). Les catégories de produits pharmaceutiques employés sont les antalgiques systémiques (paracétamol, aspirine), les différents topiques gingivaux (gels, poudres, baumes) (Smitherman et al. 2005; Owais et al. 2010; Paiano et Vizzotto 2013; Kumar et al. 2016; Olczak-Kowalczyk et al. 2016; Obiajuru et al. 2017; Rekik et al. 2017; Shinde et al. 2018), ainsi que les antibiotiques (Guicheney 2006; Elbur et al. 2015).

Boivin, en 2004, réalise une étude en Moselle sur les connaissances et les pratiques des parents concernant la fièvre. Pour 52,2 % des parents interrogés les poussées dentaires constituent une cause de fièvre. En ce qui concerne la gestion de ce symptôme, la mise en œuvre des traitements s'est avérée souvent inadaptée, pouvant conduire à une inefficacité thérapeutique, un surdosage ou des interactions médicamenteuses délétères.

Les parents pratiquaient à 75 % l'alternance entre deux spécialités, contre 20,8 % pour une seule spécialité. A 91,5 % le paracétamol était cité, l'ibuprofène dans 64 % des questionnaires et l'aspirine dans 16 % des cas. Les autres médicaments représentaient 5 % des réponses (homéopathie, antibiotiques).

L'ensemble des associations inappropriées impliquant un risque de surdosage ou d'interactions médicamenteuses représentait 16,6 % des réponses (Boivin et al. 2007).

Dans le cadre plus spécifique de la prise en charge des troubles de la dentition, Guichenev note dans son enquête entre 2004 et 2005 en Gironde, que les principaux médicaments auto-prescrits étaient le paracétamol (67 %), l'ibuprofène (57 %), l'homéopathie (43 %) ainsi que des gels topiques (33 %). En proportion moindre, 14 % affirmaient donner des antibiotiques et 14 % de l'aspirine.

Elbur et al en Arabie Saoudite, dans une étude incluant 493 participants, enregistre également que 45 % des parents étaient prêts à donner des antibiotiques à leurs enfants afin d'ôter les symptômes de l'éruption (Elbur et al. 2015).

#### 1.2.1.1. Précautions vis à vis des AINS

Dans sa fiche Mémo de 2016 concernant la prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant, la HAS rappelle que la peur de l'utilisation des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) est importante en France et en grande partie infondée. (Haute Autorité de Santé (HAS) 2016c)

Seules certaines situations particulières doivent rester l'objet de précautions:

- en cas de varicelle, les AINS ne doivent pas être utilisés (même si aucun lien de causalité n'a pu être prouvé);
- en cas d'infection pulmonaire ou ORL sévère, d'infection bactérienne sévère, d'infection cutanée ou des tissus mous (malgré l'absence d'études cliniques montrant un lien entre l'utilisation des AINS et des risques majorés d'infection);
- en cas de risque de déshydratation (pouvant favoriser une insuffisance rénale). Une déshydratation doit être prévenue ou corrigée avant l'utilisation d'AINS

L'utilisation d'aspirine est déconseillée chez les patients atteints de viroses (varicelle, épisode d'allure grippale, oreillons...) en raison du risque de développer un symptôme de Reye. Il est décrit dans le Résumé des Caractéristiques Produit (RCP) de l'aspirine comme : *pathologie très rare mais présentant un risque vital, observé chez des enfants avec des signes d'infections virales (en particulier varicelle et épisodes d'allure grippale) et recevant de l'acide acétylsalicylique. Il se traduit par des troubles de la conscience et des vomissements.*

*En conséquence, l'acide acétylsalicylique ne doit être administré chez ces enfants que sur avis médical, lorsque les autres mesures ont échoué.* (Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) 2002, 2015)

Le réseau Sentinelles qui surveille la varicelle en France, note dans son bilan de 2015 l'incidence maximale dans la tranche d'âge de 1 à 4 ans, soit 2/3 des cas. La période de l'éruption des dents temporaires s'étendant de 6 mois à 3 ans environ, il convient donc d'exclure la présence de cette virose avant toute administration d'AINS.

Les effets indésirables les plus fréquemment observés avec la prise d'AINS sont de nature gastro-intestinale (d'autant plus fréquents que la posologie utilisée est élevée et la durée de traitement prolongée). Comme mentionné plus tôt, les diarrhées semblent être corrélées à la poussée dentaire, il est donc déconseillé d'administrer un AINS dans cette situation clinique.

La HAS mentionne également une précaution vis à vis de l'état d'hydratation du patient. Les diarrhées et l'élévation de la température que peuvent occasionner les poussées dentaires sont des causes évidentes de déshydratation, nécessitant donc une surveillance et pouvant exclure l'utilisation d'AINS.

#### 1.2.1.2. Précaution vis à vis des antibiotiques

Quasiment aucune des études mentionnant l'automédication d'antibiotiques, en intention ou en pratique, ne mentionne la molécule choisie.

La prise d'antibiotique, n'étant pas recommandée dans les cas de poussées dentaires dans la population générale, n'est pas moins sans risque. Les antibiotiques peuvent perturber l'équilibre de la flore intestinale, modifiant ainsi le fonctionnement des intestins pouvant provoquer maux de ventre, diarrhées ou ballonnement. Ils peuvent également entraîner une perturbation au niveau de la flore buccale, causant des candidoses (muguet). Elle reste recommandée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps) pour les patients à haut risque d'endocardite infectieuse (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) 2011).

L'administration d'antibiotiques pose également le problème de la résistance aux antibiotiques, campagne phare de l'Agence National de Sécurité du Médicament (ANSM) depuis 2017, notamment en cas d'administration pendant une durée inappropriée ou à un dosage insuffisant.

Bankole note que certaines populations administrent encore des tétracyclines chez les enfants pour guérir «les diarrhées d'éruption ». Il n'est pas nécessaire de rappeler les dégâts sur la coloration des dents que peut occasionner la prise de tétracycline, contre-indiquant sa prise aux enfants de moins de 8 ans (Bankole et al. 2013).

#### 1.2.1.3. Autres produits

Concernant les « topiques gingivaux », ceux-ci se présentent sous différentes formes, et les différents principes actifs varient selon les pays. Olczak rapporte que certains parents les utilisent même en l'absence de symptômes, de façon « prophylactique » (Olczak-Kowalczyk et al. 2016).

Le principe actif qui présentait un risque important de toxicité était la benzocaïne, contenu dans de nombreux produits à destination des nourrissons en cas de poussée dentaire. Cette molécule, utilisée comme anesthésiant local, peut être source de méthémoglobinémie, même en respectant la posologie. Cette pathologie se caractérise par une augmentation du taux d'hémoglobine sous forme inactive, diminuant ainsi le potentiel d'oxygénation des tissus, ce qui peut provoquer la mort.

Les signes et symptômes de cette pathologie peuvent être une peau, des lèvres et/ou le lit des ongles pâles, gris ou bleutés, des maux de têtes, des étourdissements, un essoufflement, une fatigue ou une tachycardie. Les symptômes peuvent apparaître dans les minutes 20 à 60 minutes après l'exposition à l'anesthésiant, à la première application ou aux suivantes (Lehr et al. 2012).

Aux USA, la FDA publiait en 2011 une première alerte de sécurité à propos des produits gingivaux contenant de la benzocaïne en raison de l'enregistrement de rares cas mais pouvant

être fatal, de méthémoglobinémie, interdisant leur utilisation chez les nourrissons de moins de 2 ans sauf sous surveillance d'un professionnel de santé. Même après la communication sur le sujet, la FDA enregistra de nouveaux incidents, montant à 119 cas rapportés entre 2009 et 2017, la plupart étant graves et occasionnant 4 décès.

En mai 2018, la FDA émit une nouvelle alerte de sécurité ordonnant aux fabricants d'arrêter les productions de produits de dentitions pour les moins de 2 ans à base de benzocaïne vendus devant le comptoir des pharmacies (les OTC : *over the counter*). Les produits destinés aux plus de 2 ans et aux adultes doivent désormais présenter une alerte quant au risque de méthémoglobinémie, des informations de contre-indication aux moins de 2 ans ainsi qu'une injonction aux parents de ne pas utiliser ces produits pour les nourrissons (Food and Drug Administration (FDA) 2018).

En France le gel dentaire TOPEX® à base de benzocaïne fut retiré du marché en mai 2016. Un autre baume de dentition anesthésiant, cette fois à base de butoforme, le baume THOMAS®, fut retiré de la vente en juillet 2007.

L'indication des gels à base de lidocaïne dans le cadre des douleurs gingivales est très controversée et présente beaucoup d'inconvénients, notamment le risque de fausse route par anesthésie de l'oropharynx si la solution est avalée. De l'autre côté, l'effet bénéfique obtenu est faible. Des cas d'intoxications à la suite d'erreurs de prescription ou d'administration sont régulièrement décrits.

La lidocaïne visqueuse à 2 % pourrait être employée. L'analgésie débute après 5-10 minutes pour une durée de 20 à 30 minutes. La dose maximale de lidocaïne topique lors des soins de la muqueuse buccale est de 2 mg/kg/h (Veyckemans 2004).

En 2014, la FDA a mis en garde de ne plus prescrire ou conseiller l'utilisation de lidocaïne à 2 % dans le traitement des poussées dentaires en raison des risques de toxicité cardiaques et cérébrales lors d'ingestion accidentelle d'une quantité importante. Des cas d'hospitalisation ou de décès ont été enregistrés (Food and Drug Administration (FDA) 2014).

Certains n'y voient pas de risque et recommandent tout de même l'utilisation d'AFTAGEL® (à base de lidocaïne) dans le cadre des poussées dentaires (Assouan et al. 2010; Jager et al. 2018).

Le gel anesthésiant indiqué spécifiquement pour les poussées dentaires que l'on trouve sur le marché français est le gel DOLODENT®, dont le principe actif est le **chlorhydrate d'amyléine** (amylocaïne). Sa posologie est de 2 ou 3 applications par jour en massant la gencive. Le traitement ne devant pas dépasser 5 jours.

Il faut porter attention au fait que ce gel contient parmi ses excipients des éléments cariogènes (glucose liquide, miel). Il est nécessaire de l'utiliser avec prudence afin d'éviter un engourdissement de la langue et du carrefour aéro-digestif, notamment si l'application a lieu avant l'alimentation. De plus, si l'enfant présente déjà des dents, sous anesthésie de certaines zones (langue, lèvres, joue...) un risque important de morsure existe.

Dans le cadre de l'automédication, il convient de mentionner que récemment, en février 2019, l'ANSM a publié un communiqué concernant l'utilisation de certains Solutés de Réhydratation Orale (Smecta® et génériques) dans la prise en charge de diarrhée aiguë. En effet, par mesure de précaution, ces médicaments ne doivent plus être utilisés chez les moins de 2 ans même pour un traitement de courte durée, en raison de la possible présence d'infime quantité de plomb. L'ANSM précise cependant qu'aucun cas de saturnisme n'a été recensé chez des patients suite à l'administration de Smecta®.

### 1.2.2. Objets de dentition

La méthode de soulagement des symptômes de poussées dentaire la plus répandue, est l'attribution d'un objet de dentition.

Les objets à mordiller donnés aux enfants peuvent être des anneaux de dentition, de simples morceaux de fruits ou de légumes frais ou congelés (carotte, banane, concombre épluché...) - le froid ayant un effet anesthésiant sur la gencive. Certains parents utilisent des biscuits de dentition.

Il convient de préciser que ce genre de produits ne doit pas être utilisé chez les enfants qui n'ont pas commencé l'alimentation solide (au moins 6 mois). De même, les produits employés ne devraient pas être des aliments cariogènes. Il est également nécessaire qu'un adulte surveille l'enfant afin de s'assurer qu'aucun accident de type inhalation ou étouffement ne se produise à partir de fragments d'aliment (Markman 2009). Il serait préférable d'éviter de donner des aliments trop durs pouvant blesser les gencives ou encore des aliments congelés pouvant causer une brûlure (Meer et Meer 2011).

Il faut être vigilant quant au « mode d'emploi » des anneaux de dentition. Certains modèles à base de gel peuvent ne pas supporter les changements de température (passage au congélateur, au lave-vaisselle,...) et finir par se trouer laissant échapper du liquide que l'enfant pourrait ingérer. De même lors de l'achat d'un anneau il convient de vérifier la composition du matériau employé. Il faut vérifier s'il ne comporte pas de substances présentant une certaine toxicité comme des perturbateurs endocriniens, notamment les phtalates fréquemment utilisés comme plastifiants du PVC (Berger et al. 2015).

Une autre alternative employée par certains parents est l'utilisation de colliers de dentitions ou colliers d'ambre (Guicheney 2006; Olczak-Kowalczyk et al. 2016). Son port est justifié par les parents de manière « prophylactique ». Porté tôt (à partir de 3-4 mois) ce dernier éviterait de voir apparaître des symptômes gênants.

Au XVIIIe siècle, certains lui attribuaient un rôle antalgique. En France, il était constitué d'ambre jaune. Aujourd'hui l'ambre jaune ou des substituts visuellement identiques sont employés (copal, plastique).



Figure 1 : collier d'ambre

Le port de ces colliers est souvent motivé par une expérience individuelle ou des conseils de proches. L'avis du médecin de famille, issu d'un univers scientifique, rationnel, importe assez peu (Taillefer et al. 2012).

Cependant le port de collier (de dentition ou non) par un nourrisson représente un risque majeur d'étranglement/suffocation ou d'inhalation de petites particules. La Structure Mobile d'Urgence (SMUR) pédiatrique de Necker avait recensé, en 2003, 30 cas de décès d'enfant par étranglement, notamment à cause de collier et autres chainettes.

La norme NF EN 71-1 : 2011+A3 : 2014 relative à la sécurité des jouets (propriétés mécaniques et physiques) définit les exigences suivantes aux essais des colliers et bracelets destinés aux enfants :

- afin de couvrir le risque de strangulation lié à l'accrochage du collier le fermoir doit céder à 25 N quel que soit le périmètre du collier ;
- afin de couvrir le risque de suffocation, après ouverture du fermoir, le fil doit résister à un test de traction de 90 N sans libérer de petits éléments qui entrent entièrement dans le cylindre ;
- en cas de fermoir aimanté, outre le test de traction ci-dessus, il convient de vérifier si le flux d'induction magnétique n'est pas trop élevé au regard de la norme jouets (Journal Officiel (JORF) 2016).

La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) avait mis en évidence déjà en 2011 que de nombreux produits présentaient un risque de strangulation. Une nouvelle enquête accompagnée de tests de sécurité en laboratoire fut diligentée en 2015 en raison de la persistance de produits présentant des anomalies : 87,5 % des échantillons présentaient un risque de suffocation ou de strangulation.

Les contrôles portaient également sur le respect des avertissements et des informations censés être fournis au consommateur et des règles d'étiquetage :

- 50 % des produits analysés ne présentaient pas d'avertissements de sécurité sur les risques inhérents aux produits et sur l'importance de la surveillance parentale

- Des mentions vagues ou non justifiées étaient apposées. Certaines étaient relatives à des propriétés bénéfiques pour la santé, certains mettaient en avant des effets antibactérien, antioxydant, anti inflammatoire ou une action sur l'influx nerveux sans que des justificatifs de ces allégations n'aient été fournis.

- Des colliers et bracelets étaient vendus avec une assertion trompeuse. Un site internet vendait des colliers avec la mention infondée « testés et validés par le laboratoire de la répression des fraudes » (Direction Générale de la Concurrence de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) 2017).

Bien que pour beaucoup de parents le lieu d'achat, comme les pharmacies, assure une certaine garantie de l'efficacité et de l'innocuité du produit, de même qu'un cout plus élevé semble signer une certaine authenticité, il est nécessaire d'être vigilant. Certains auteurs souhaiteraient même que les colliers de dentition soient interdits à la vente en pharmacie afin de ne pas donner de crédits à ces colliers d'ambre en l'absence d'éléments objectifs permettant d'affirmer le bénéfice apporté (Reinberg 2009; Taillefer et al. 2012).

Au vu de ces données il conviendrait que l'information concernant le risque lié à l'emploi de ces colliers soit relayé par tous les professionnels de santé de la petite enfance.

### 1.2.3. Médecines alternatives et remèdes traditionnels

D'autres méthodes rapportées sont l'utilisation de préparations pharmaceutiques pour les poussées dentaires, se basant notamment sur l'homéopathie, l'aromathérapie ou encore la phytothérapie. Bien que ces produits soient largement utilisés et plébiscités pour les effets apaisant dans le cadre de poussée dentaire, il n'existe pas suffisamment de preuves scientifiques pour les recommander. Il est cependant important d'être au courant des produits que les parents seraient susceptibles d'utiliser (Markman 2009).

En ce qui concerne l'**aromathérapie**, l'ANSM publia en 2008 des recommandations quant aux huiles essentielles (HE) rappelant que les HE « ne doivent pas être considérées comme des ingrédients courants mais comme des substances particulières **non dénuées d'effets**

**secondaires** ». Certaines d’entre elles peuvent montrer une certaine toxicité en raison de leur passage par voie transdermique, d’autant plus chez l’enfant (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) 2008).

Toutes les HE ne peuvent être utilisées chez le nourrisson et l’enfant, cela va dépendre de la composition, du vecteur et de la concentration finale dans le produit. L’utilisation des HE est contre-indiquée avant l’âge de 3 mois. Après cet âge certaines HE peuvent être utilisée avec un suivi médical si elles sont sous forme de suppositoires, massages ou diffusion. La voie orale n’est autorisée qu’à partir de 3 ans, et la forme solide réservée aux plus de 6 ans pour éviter toute fausse route. Certaines HE ne sont utilisables qu’à partir de 12 ans (Muther 2015).

Pour ce qui est de l’**homéopathie**, plusieurs souches sont généralement conseillées : (Bonnot et Pillon 2012; Durot 2017)

- *Chamomilla* : pour ses vertus sur les troubles nerveux et digestifs
- *Belladonna* : effets sur l’inflammation, la fièvre et autres
- *Arnica montana* : effets sur les traumatismes physiques et la douleur
- *Mercurius solubilis* : agit sur l’hypersialorrhée
- *Rheum officinale* : action sur les problèmes digestifs (diarrhées, fesses rouges...)

Chez l’enfant il est possible d’administrer les souches de plusieurs manières :

- Prise de granules par voie sublinguale, dès que l’enfant commence à manger à la cuillère
- Dissolution de 5 granules dans 5 mL d’eau et donnés dans le biberon
- Ampoules buvables à diluer dans un verre d’eau

Substance	Posologie	Indication
<i>Chamomilla</i>	9 à 15 CH, 5 granules toutes les 30 min, espacer dès amélioration, arrêter une fois soulagé	Agitation et irritabilité, hypersensibilité à la douleur
<i>Belladonna</i>	7 CH, 3 granules toutes les heures ou toutes 2 heures jusqu’à amélioration	Colère, pleurs, agitation Œdème gingival, température
<i>Arnica montana</i>	7 ou 9 CH, 3 granules toutes les 30 min, espacer en fonction de l’amélioration	Œdème gingivale

Tableau 3 : principales substances homéopathiques conseillées en France  
(Bonnot et Pillon 2012; Durot 2017; Jager et al. 2018)

Voici des exemples de produits homéopathiques et de phytothérapie qui peuvent être délivrés en pharmacie (ou sur internet) aux parents, sans ordonnance :

- CAMILIA® : solution buvable composée de *Chamomilla vulgaris*, *Phytolacca*, *Rheum officinale*, se présente en boîte de 10 ou 30 unidoses. La posologie est de 3 à 6 unidoses par 24h durant 3 à 8 jours.  
Action sur les symptômes de l'éruption suivants : joues rouges, sommeil agité, gencives douloureuses et enflées, irritabilité, fièvre ne dépassant pas 38°C
- DELABARRE® : sédatif en solution gingival (flacon ou gel) à base de tamarin et de safran à appliquer 3 à 4 fois par jour en massant avec le doigt pendant 2-3 minutes sur la gencive douloureuse
- DOLOGEL® : gel gingival aux propriétés apaisantes pour gencives irritées à base de fleur de camomille (anti-inflammatoire), de propolis (anti-bactérien) et de racine de valériane (apaisante). A masser plusieurs fois par jour au besoin à partir d'une petite noisette.
- PANSORAL® Premières dents : gel de massage gingival à base de safran, d'extrait de fleur de camomille et de racine de guimauve, aux propriétés apaisante et adoucissante
- CLICK & GO® premières dents : applicateur unidosé (type coton-tige) dont une extrémité se casse et libère de l'autre côté un gel à base de camomille, guimauve et safran.
- PranaBB – Gel poussées dentaires : à base d'huiles essentielles de katrafay (effet antalgique et anti-inflammatoire), de camomille et de clou de girofle. Peut être appliqué jusqu'à 4 fois par jour si besoin.
- WELEDA gel gingivale à la sauge : à base d'extraits de feuilles de sauge (anti-inflammatoire et antiseptique), de camomille, de résine de myrrhe et d'écorce de marron d'Inde. Améliore la résistance des tissus et réduit la sensibilité gingivale.

- BUCCOTHERM® premières dents : gel à base d'eau thermale, d'extrait naturel de camomille et de guimauve. Combine les propriétés apaisante et adoucissante de la camomille et de la guimauve à l'action cicatrisante et antibactérienne de l'eau thermale

Certains préconisent de donner à l'enfant des racines de guimauves à mâchouiller afin de combiner l'effet de la pression avec les propriétés émolliente, adoucissante et lubrifiante de la guimauve (Bonnot et Pillon 2012).



Figure 2 : bâtons de racines de guimauve

Un produit récemment apparu sur le marché, non classé comme homéopathique ou phytothérapique, à base **d'acide hyaluronique** est le HYALUGEL® 1ères dents. Il utilise les propriétés anti-inflammatoire et régénératrice de l'acide hyaluronique en l'associant à une matrice qui adhère de manière prolongée aux gencives formant un film protecteur souple et résistant. Ce gel contribuerait à réduire la douleur, l'œdème gingival et favoriserait la cicatrisation. Il peut être appliqué 3 à 6 fois par jour, de préférence après les repas et avant de coucher l'enfant.

Spécialité	Principe d'action	Posologie
<b>CAMILIA®</b> (Laboratoire Boiron)	Association de remèdes homéopathiques	3 à 6 unidoses par jour, pendant 3 à 8 jours
<b>PANSORAL® Premières dents</b> (Laboratoire Pierre Fabre)	Gel de massage gingival, apaisant et adoucissant, à base d'extraits végétaux	3 à 4 applications par jour
<b>DOLODENT®</b> (Laboratoire Gilbert)	Solution gingivale anesthésiante	2 ou 3 applications par jour Ne doit pas dépasser 5 jours sans avis médical

Tableau 4 : principaux produits pharmaceutiques commercialisés en France pour les poussées dentaires (Jager et al. 2018)

D'autres pratiques non recommandées doivent attirer notre attention. En effet, certains parents réalisent des « désinfections » des gencives (Paiano et Vizzotto 2013) ou encore massent les gencives de leurs nouveau-nés avec un peu de whiskey pour les « engourdir » (Smitherman et al. 2005).

La peau des nourrissons est plus perméable aux applications de topiques que celle des adultes. Les différents produits antiseptiques doivent être utilisés selon les recommandations, fonction de leurs natures, de leurs concentrations, de l'âge de l'enfant et du mode d'utilisation (ponctuel, itératif). Certains présentent une contre-indication formelle.

Le risque d'hypoglycémie et d'intoxication alcoolique par voie cutanée chez le jeune enfant est plus important que chez l'adulte du fait du rapport surface/volume trois fois supérieur. Les produits alcooliques ne peuvent être utilisés sur les muqueuses en raison du passage transcutané.

L'utilisation d'antiseptiques n'est en rien indiquée dans le cadre de poussée dentaire. Ce genre de pratiques est dangereux. Sur les plaies lésées certains produits peuvent s'avérer caustiques et causer un retard de cicatrisation (Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) 2007).

Toujours dans l'esprit de soulager leurs enfants, les parents utilisent diverses manœuvres mécaniques au niveau des gencives. Certains pratiquent des méthodes de massage au doigt, ou frottent les gencives avec une cuillère froide ou avec un carreau de sucre (Guicheney 2006; Bonnot et Pillon 2012; Durot 2017). Dans certaines communautés l'incision de gencives est encore pratiquée, et ce, sans anesthésie (El-Gilany et Abusaad 2017).

Il est évident qu'avant l'introduction de doigts ou de tout autre objet dans la bouche du nourrisson, il convient de réaliser un lavage soigneux des mains ou de l'objet en question.

Tout traumatisme des gencives devrait être évité. D'une part, afin de ne pas causer de saignement ou de douleur, pouvant entraîner par la suite des difficultés, voire un refus de s'alimenter. D'autre part, ces pratiques exposent les muqueuses à un risque infectieux local pouvant également se disséminer et être à l'origine de tétanos, de septicémie, ou même de

transmission d'infections telles que le VIH ou des hépatites. Des cas de pneumonies et de méningites ont été rapporté à la suite d'incision de gencives (Girgis et al. 2016; El-Gilany et Abusaad 2017).

En ce qui concerne l'augmentation de la température de l'enfant, certains parents donnent des bains d'eau fraîche ou froide. Cependant, cette pratique n'a plus lieu d'être en raison du caractère transitoire et modeste de son effet, majorant l'inconfort de l'enfant (Haute Autorité de Santé (HAS) 2016b).

Pratiques	Précautions particulières – Risques	
<b>Automédication</b>  Risques généraux : -Contre-indication -Interaction médicamenteuse -Risque de surdosage	AINS	Exclure virose : risque syndrome de Reye Exclure état de déshydratation (augmentation de T°/diarrhée) : risque de favoriser une insuffisance rénale
	Antibiotiques	Non recommandés Risque de perturber l'équilibre de la flore buccal (muguet) Effets indésirables gastro-intestinaux
	Topiques gingivaux	Anesthésiant lidocaïne : risque de toxicité cardiaque et cérébrale, anesthésie de l'oropharynx (fausse route), morsure
<b>Objets de dentition</b>	Aliments de dentition	Éviter aliments cariogènes, trop dur (blessure) ou congelé (brulure) Sous surveillance adulte : éviter étouffement ou inhalation de fragments
	Jouets et anneaux	Choix et entretien des matériaux : présence de perturbateurs endocriniens, risque de perforation
	Colliers	Respect de la conformité Risque d'étranglement, ingestion de petits éléments
<b>Médecines alternatives et remèdes traditionnels</b>	Aromathérapie	Utilisation des huiles essentielles uniquement sur avis médical Certaines d'entre elles peuvent montrer une certaine toxicité par voie transdermique, d'autant plus chez l'enfant
	Désinfection de gencives	Utilisation contre-indiquée d'alcool et de certains antiseptiques : risque d'intoxication, hypoglycémie
	Manœuvres mécaniques	Ne pas blesser les gencives Ne pas pratiquer d'incision : risque infectieux
<b>Gestion de la fièvre</b>	La pratique de bain d'eau froide n'est plus recommandée	

Tableau 5 : Synthèse des principales pratiques dangereuses ou non recommandées

### 1.3. La prise en charge

L'analyse des symptômes pouvant être associés à l'éruption dentaire nous amène à définir un protocole de prise en charge raisonné et sans risque.

Comme nous l'avons vu précédemment, les produits pharmaceutiques peuvent être à l'origine d'effets secondaires ou de complications. Il faudra privilégier dans un premier temps une prise en charge non pharmacologique. En cas d'échec ou si elle s'avère insuffisante, une prise en charge pharmacologique peut être envisagée.

#### 1.3.1. Prise en charge non pharmacologique

De nombreuses suggestions sont rapportées dans diverses publications pour soulager les poussées dentaires, cependant elles ne sont jamais énoncées en tant que recommandations formelles, aucune étude n'ayant été réalisée dans le passé pour évaluer leurs efficacités.

Récemment une étude clinique (Memarpour et al. 2015) a été menée sur 270 enfants, âgés de 8 à 36 mois, afin de comparer l'efficacité appréciée par les mères, de cinq solutions non pharmacologiques rapportées dans la littérature :

- La « câlin-thérapie » : basée sur le concept de thérapie comportementale, les mères sont invitées à enlacer et caresser leurs enfants lorsque celui-ci ressent un malaise ou un inconfort lié à l'éruption dentaire. De même, distraire l'enfant avec de la lecture, du chant ou encore du jeu.
- Thérapie par le froid : en plaçant des morceaux de glaces, enveloppés dans une serviette ou un tissu souple, sur les gencives au niveau de la dent en éruption pendant 1 à 2 minutes, autant de fois que nécessaire, à l'apparition de symptômes
- Massages de gencives : en massant légèrement les gencives du bout des doigts, propres, ou avec une brosse à dent « doigt » très souple, pendant 1 à 2 minutes
- Anneaux de dentition : un anneau en plastique est donné aux enfants afin de mâchonner dessus

- Aliments de dentition : réservés aux enfants qui ont commencé l'alimentation solide. La consigne était de donner aux enfants des morceaux de fruits ou de légumes congelés, comme des morceaux de banane, de pomme ou de concombre à mâchouiller sous la surveillance de la mère afin d'éviter la déglutition de petits morceaux.

Les résultats de cette étude montrent une différence significative entre les approches. Le niveau d'efficacité le plus apprécié était obtenu avec les anneaux de dentition, suivi par la thérapie comportementale et les massages de gencives. Les moins bons résultats étaient rapportés avec l'utilisation de glace et celle des aliments de dentition. Cependant aucune de ces méthodes n'a permis l'amélioration complète de tous les symptômes accompagnant l'éruption.

Cette étude a montré que les anneaux de dentition et les massages de gencives permettaient d'obtenir une diminution de l'irritation gingivale et la tendance à se froter les gencives. La pression obtenue par le mordillement des anneaux et par les massages permet de réduire la douleur par la sublimation des récepteurs sensoriels de douleur.

Sucer ou mordre des objets froids occasionne une vasoconstriction localisée, réduisant l'inflammation, et un engourdissement temporaire de la gencive. Dans cette étude, cela n'a pas été efficace, probablement car les méthodes proposées étaient difficile à utiliser par les mères et n'étaient pas bien acceptées par les enfants. Un bon compromis serait un anneau de dentition réfrigéré.

La « câlin-thérapie » a permis de gérer les troubles du sommeil et l'irritabilité. La tendresse et le réconfort apportés permettent de réduire l'anxiété et la recherche d'attention de l'enfant. De même l'activité permet de distraire l'enfant de la douleur.

En résumé, anneaux de dentition, massage des gencives, froid et câlins seront les méthodes à privilégier. Une combinaison de ces techniques peut être nécessaire pour obtenir un soulagement suffisant. Les gels topiques de poussée dentaire à base de plantes (non

anesthésiants) peuvent éventuellement servir d'agent lubrifiant pour les massages de gencives.



Figure 3 : Innova® Doigtier-Brosse à dent



Figure 4 : Anneau de dentition à réfrigérer

Fresh Sophie la girafe®

<b>Objets de dentition</b> (froids) : anneaux, jouets, bâton de guimauve
<b>Massages des gencives</b> : avec doigt propre, compresse humide, brosse « doigt » souple
<b>Thérapies comportementales</b> : réconfort et attention, distraction

Tableau 6 : synthèse des solutions non-pharmacologiques

### 1.3.2. Prise en charge pharmacologique

Lorsqu'il n'a pas été possible d'obtenir un soulagement avec les méthodes précédentes, l'utilisation de produits pharmaceutiques peut s'avérer nécessaire. La mise en place du traitement est purement symptomatique, afin d'obtenir une analgésie ou une anesthésie. La question est également de savoir quelle place octroyer aux médecines alternatives.

Une enquête sur les pratiques de prescription des pédiatres en France concernant les poussées dentaire a récolté des données auprès de 191 pédiatres pour 587 enfants : (Fayard et al. 2012)

- 68,8 % des parents se sont vu conseillés d'utiliser un antalgique systémique (94,3 % du Paracétamol)

- 71,2 % se sont vu prescrire du CAMILIA® , pour la moitié en association avec un gel de dentition
- 38,5 % ont reçu une prescription de DOLODENT® et 26,5 % du gel DELABARRE®

Le meilleur taux de satisfaction des parents était obtenu lors de l'utilisation combinée de CAMILIA® et de gel gingival (85,5 %).

Il ressort de cette étude que les pédiatres ont intégré les produits homéopathiques ainsi que les topiques gingivaux dans leurs prescriptions.

Cependant on ne dispose pas de suffisamment de preuves scientifiques de l'efficacité de ce genre de produits ainsi que celle des gels gingivaux disponibles en France. Les topiques anesthésiques, eux, ne sont plus vraiment recommandés (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) 2009; Food and Drug Administration (FDA) 2014; American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2016). L'arsenal thérapeutique devient donc assez restreint.

Un topique gingivale qui pourrait être recommandé est le Hyalugel® 1ères dents. En effet, l'acide hyaluronique est une molécule dont les propriétés anti-œdémateuse, anti-inflammatoire et réparatrice des tissus ont été largement démontrées ces dernières années, permettant un large panel d'indications en odonto-stomatologie (Choukroun 2013).



Figure 5 : Hyalugel® 1ères dents

Même si la douleur des poussées dentaires est controversée, la littérature permet tout de même de recommander le traitement antalgique d'une douleur modérée.

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable. Chez l'enfant, plus celui-ci est jeune, moins les mécanismes cognitifs contre la douleur sont matures et efficaces, laissant la douleur l'envahir, générant une détresse. Chez l'enfant peur et douleur sont toujours associés. C'est pour cette raison que la présence des parents est un facteur essentiel pour soulager la douleur.

Le diagnostic et l'évaluation de la douleur est un prérequis important. Celle-ci est mesurable par des outils de mesure basés sur des critères validés scientifiquement, permettant une prise de décision vis à vis du traitement adéquat. Ce dernier associe souvent méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques. Un intérêt doit être porté à une réévaluation régulière. Pour les jeunes enfants on retrouve les échelles d'hétéro-évaluation.

L'échelle validée de 0 à 6-9 mois est l'échelle EDIN. Le score est noté de 0 à 15, avec un seuil de traitement fixé à 5.

<b>Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)</b> élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 6 à 9 mois		Date							
pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs) non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé Score de 0 à 15, seuil de traitement 5		Heure							
<b>VISAGE</b>	0	Visage détendu							
	1	Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton							
	2	Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées							
	3	Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé							
<b>CORPS</b>	0	Détendu							
	1	Agitation transitoire, assez souvent calme							
	2	Agitation fréquente mais retour au calme possible							
	3	Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé							
<b>SOMMEIL</b>	0	S'endort facilement, sommeil prolongé, calme							
	1	S'endort difficilement							
	2	Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité							
	3	Pas de sommeil							
<b>RELATION</b>	0	Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute							
	1	Appréhension passagère au moment du contact							
	2	Contact difficile, cri à la moindre stimulation							
	3	Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation							
<b>RÉCONFORT</b>	0	N'a pas besoin de réconfort							
	1	Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion							
	2	Se calme difficilement							
	3	Inconsolable. Succion désespérée							
<b>SCORE TOTAL</b>									
<b>OBSERVATIONS</b>									

DEBILLON T, SCACCERO B, ZUPAN V, TRES F, MACNY JF, BOUGUIN MA, DEHAN M. Sémiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994 ; 1, 1085-92.  
DEBILLON T, ZUPAN V, RAWAULT N, MAGNY JF, DEHAN M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Did Child Neonatal Ed 2001 ; 85 : F36-F41.

Figure 6 : Échelle d'hétéro-évaluation EDIN

Une autre échelle validée de 0 à 7 ans est l'échelle EVENDOL. Le score est noté de 0 à 15, avec un seuil de traitement fixé à 4.

Nom		Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée		Evaluations suivantes				
						au repos <sup>1</sup> ou calme (R)	à l'examen <sup>2</sup> ou la mobilisation (M)	Evaluations après antalgique <sup>3</sup>		Evaluations après antalgique <sup>3</sup>		Evaluations après antalgique <sup>3</sup>
							R	M	R	M	R	M
Expression vocale ou verbale												
pleure et/ou cri et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal		0	1	2	3							
Mimique												
à le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée		0	1	2	3							
Mouvements												
s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe		0	1	2	3							
Positions												
à une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile		0	1	2	3							
Relation avec l'environnement												
peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage		normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3							
Remarques		Score total /15										
		Date et heure										
		Initiales évaluateur										

<sup>1</sup> Au repos ou calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...  
<sup>2</sup> A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.  
<sup>3</sup> Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).  
 Echelle validée pour mesurer la douleur (aiguë ou prolongée avec atonie), de 0 à 7 ans, en pédiatrie, aux urgences, au SAMU, en salle de réveil, en postopératoire - Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 922, P129-130. Archives de Pédiatrie 2012, 19, 922; P42-44. Journées Paris Pédiatrie 2009 : 265-276. Juin 2012, 153 : 1.573-1.582. Contact : elisabeth.fournier-chamier@bct.aphp.fr - © 2011 - Groupe EVENDOL

Figure 7 : Échelle d'hétéro-évaluation EVENDOL

Bien que ce type d'échelles soit difficile à utiliser dans le cadre de simples consultations, il en ressort quelque points d'analyse pouvant attirer notre attention, aussi bien lors de la consultation que dans le récit des parents. Ils permettent également d'évaluer l'efficacité d'un traitement antalgique.

- Analyse de l'expression du visage : l'enfant grimace et sourit moins qu'avant
- Analyse du mouvement : l'enfant est agité ou reste prostré, joue moins qu'avant
- Analyse du sommeil : l'enfant a du mal à s'endormir
- Analyse de la relation avec l'environnement : l'enfant accepte difficilement le contact, cri à la moindre stimulation
- Analyse de capacité de réconfort : l'enfant a du mal à se calmer, reste inconsolable

Le traitement pharmacologique proposé en 1<sup>ère</sup> attention est le paracétamol. Celui-ci permet de lutter à la fois contre la douleur et contre l'élévation de la température. La posologie du paracétamol en pédiatrie est de 60 mg/Kg par jour, soit 15 mg/Kg toutes les 6 heures. La voie orale doit être privilégiée. Chez les enfants de moins de 6 ans, ce sont les formes liquides qui sont recommandées (suspension buvable, poudre pour solution buvable). Une attention particulière doit être prêtée quant à la présence de sucre parmi les excipients de certaines formes commerciales.

Les suppositoires de paracétamol sont déconseillés en raison d'une biodisponibilité faible, aléatoire et retardée (Fournier-Charrière et al. 2015).

Concernant l'ibuprofène et autres AINS, ils sont généralement indiqués lorsqu'un effet antalgique supérieur au paracétamol est souhaité. Bien que les effets indésirables soient assez rares, les contre-indications et précautions doivent être bien respectés. Comme discuté plus haut, il n'est ni vraiment approprié ni vraiment pertinent de les recommander durant la période d'éruption des dents temporaires. Cependant les AINS peuvent constituer un traitement de recours en association au paracétamol.

Spécialité	Principe d'action	Posologie
<b>Paracétamol</b> Suspension buvable	Antalgique et antipyrétique	15 mg/Kg toutes les 6h
<b>HYALUGEL® 1ères dents</b> (Laboratoire Expanscience)	Gel gingival à base d'acide hyaluronique	3 à 6 fois applications par jour

Tableau 7 : synthèse des solutions pharmacologiques recommandables

### 1.3.3. Conseils généraux

La période d'éruption des dents temporaires peut s'avérer difficile à la fois pour l'enfant et pour les parents. La difficulté d'appréhension réside dans le fait que l'enfant ne peut dialoguer. Les parents le voient présenter certains troubles ou comportements inhabituels et s'en inquiètent rapidement. Ils se retrouvent témoins de ce qui s'apparente à de la souffrance

et de la douleur, sans pouvoir forcément réussir à le soulager. Ces-derniers peuvent se remettre en question dans leurs rôles. Les mères n'hésitent pas à consulter un médecin, ne serait-ce que pour se rassurer, notamment s'il s'agit du premier enfant (Guicheney 2006).

L'anxiété des parents, communiquée à l'enfant, peut majorer les signes. Rassurer les parents c'est améliorer la situation clinique. Les différentes pratiques et croyances jouent également un rôle dans l'atténuation de cette anxiété. Il faut donc être prudent dans le discours à tenir et ne pas accuser ou ironiser certaines convictions. Il faut plutôt orienter les parents vers une prise en charge sans risque.

L'approche psychologique type qui permet de réagir face à l'anxiété est l'empathie. Celle-ci se caractérise par une écoute active, de la compréhension et la recherche d'une solution personnalisée. Elle permet au patient anxieux de prendre du recul, de se sentir apaisé et aidé.

Les thèmes qui peuvent être abordés sont les suivants :

- Expliquer que l'éruption des dents de lait est un phénomène normal. Elles apparaissent autour de 6 mois et devraient être toutes sorties vers 30 mois. Cependant le calendrier est aléatoire d'un enfant à l'autre, certains peuvent avoir leur première dent à 4 mois et d'autres à partir de 12 mois.
- Cette période peut être marquée par différents troubles locorégionaux (hypersalivation, inflammation gingivale, rougeurs cutanées) ou généraux (irritabilité, difficulté à s'endormir, inappétence, élévation de la température, diarrhée). Ces symptômes restent bénins et transitoires.
- Ces signes ne sont pas forcément synonymes de douleur ou de souffrance. Les cris de l'enfant sont son seul langage. Cela peut être parce qu'il a faim, qu'il est fatigué, qu'il recherche de l'attention ou de l'affection.
- Il est toutefois nécessaire de signifier que ces troubles n'ont pas forcément de lien avec la poussée dentaire. Il s'agit d'une période de développement psycho-moteur de l'enfant durant laquelle différents changements se produisent (construction de l'immunité, diversification alimentaire, stade oral,...). De ce fait, certains signes doivent être pris au sérieux, comme par exemple une fièvre persistante.

C'est en donnant des conseils simples qu'il sera possible à la fois de satisfaire les parents et de leur permettre de ne pas négliger une cause plus grave.

Des conseils supplémentaires peuvent être donnés aux parents afin d'améliorer le confort de l'enfant face à certains désagréments plus ou moins liés à la poussée dentaire.

Comme nous avons vu, l'éruption dentaire pourrait être corrélée à une hypersalivation. La salive en excès peut irriter les joues, le cou ou le torse de l'enfant. Il peut être intéressant de conseiller aux parents d'essayer régulièrement le visage de leur bébé ainsi que d'utiliser une crème protectrice afin de le soulager et prévenir les gerçures (Meer et Meer 2011). A titre d'exemple, les produits Cold cream® de chez Mustela ou Cicaplast baume B5® de chez La roche-Posay peuvent être indiqués pour atténuer les irritations (Quencez 2016).

En ce qui concerne les diarrhées qui peuvent provoquer des érythèmes fessiers, il serait judicieux de conseiller d'éviter la macération de la zone (Beylot 2009; Quencez 2016) :

- Les couches doivent être changées le plus souvent possible
- Appliquer une crème hydratante et protectrice à chaque change (Eryplast®, Crème de change 123®,...)
- Éviter les vêtements et sous-vêtements trop serrés
- Sécher la zone en tamponnant et non en frottant

Il est important par ailleurs de s'assurer que l'enfant est bien hydraté. En effet il peut perdre d'importante quantité de sels et d'eau avec la diarrhée ou l'élévation de température.

<b>Rassurer les parents</b>	Faire preuve d'empathie et diminuer l'anxiété
<b>Communiquer sur la poussée dentaire</b>	Calendrier d'éruption Aspect bénin et transitoire des symptômes Période de développement Besoin d'attention de l'enfant Prudence vis à vis de symptômes sérieux
<b>Conseils concernant l'hypersalivation</b>	Essuyer fréquemment la peau Hydrater la peau à l'aide d'une crème
<b>Conseils concernant l'érythème fessier</b>	Éviter la macération des couches Utiliser une crème de change

Tableau 8 : Synthèse des conseils généraux

## 2. Quelques pathologies liées à l'éruption

### 2.1. Perles et kystes épithéliaux (perles d'Epstein, Nodules de Bohn)

Les termes de perles d'Epstein, nodules de Bohn ou encore de kystes gingivaux ont été utilisés dans la littérature de manière interchangeable pour parler de petites inclusions épithéliales transitoires de la muqueuse orale du nouveau-né. Cependant ces trois lésions ont été décrites comme ayant des étiologies, des caractéristiques histologiques et des localisations différentes. Elles sont souvent confondues avec des dents néonatales.

Cliniquement ces inclusions se présentent comme de petites papules gingivales, fermes, de couleur blanchâtres, jaunâtres ou translucides, mesurant de 1 à 3 mm de diamètre. Ces nodules n'augmentent pas en taille avec l'âge et sont asymptomatiques.

Les **perles d'Epstein** sont très fréquentes. Elles se retrouvent chez 50 à 80% des nouveau-nés. Elles se situent au niveau du raphé médian de la muqueuse palatine et sont supposées provenir de tissus épithéliaux « piégés » lors de la fusion du raphé palatin durant le développement embryonnaire (Lewis 2010).

Les **nodules de Bohn** quant à eux se retrouvent au niveau des bords vestibulaires et linguaux des parois alvéolaires maxillaires, ainsi qu'au palais, le plus souvent multiples qu'isolés. Certains auteurs pensent qu'ils dérivent de tissus glandulaires muqueux issus du développement des glandes salivaires. D'autres remettent en question cette origine au niveau des parois latérales alvéolaires, les glandes muqueuses y étant plutôt rares (Liu et Huang 2004).

Étant donné la localisation préférentielle de ces kystes au niveau de la jonction entre palais mou et palais dur, il est difficile de déterminer cliniquement s'ils proviennent de la fusion du palais ou du développement des glandes salivaires. La terminologie actuellement préférée pour désigner à la fois les perles d'Epstein et les nodules de Bohn est celle de « **kystes palatins du nouveau-né** » (Liu et Huang 2004; Lewis 2010).

Histologiquement, ces kystes sont bordés par un épithélium pavimenteux stratifié non spécifique. Leur lumière est remplie de kératine.



Figure 8 : Perles d'Epstein  
(George et al. 2008)



Figure 9 : Nodules de Bohn  
(Cizmeci et al. 2014)

Les **kystes gingivaux du nouveau-né** quant à eux sont de vrais kystes, situés au niveau des crêtes alvéolaires maxillaires ou mandibulaires. Ils sont supposés dériver de fragments de la lame dentaire (partie ectodermique du bourgeon dentaire) étant restés dans la muqueuse au-dessus de la crête alvéolaire. Ceux-ci prolifèrent et forment de petits kystes kératinisés, au point de devenir cliniquement décelables. On les retrouve également dans la littérature sous le terme de « kyste de la lame dentaire ». Ils constituent des lésions assez communes, rapportées chez un nouveau-né sur deux, plus fréquemment au maxillaire qu'à la mandibule.

A l'examen histologique, ils se composent d'une base épithéliale pavimenteuse stratifiée parakératinisée, avec une lumière kystique contenant des débris de kératine et parfois quelque cellules inflammatoires.



Figure 10 : Kyste gingival d'un nouveau-né  
(Lewis 2010)

Ces lésions sont auto-limitantes, elles régressent spontanément. L'épithélium dégénérant ou se rompant au contact de la muqueuse orale, relargue ainsi le contenu de la lumière. Elles sont rarement observables au-delà de quelques semaines après la naissance et jusqu'à 3 mois pour les kystes gingivaux. (Lewis 2010; Moda 2011; Singh et al. 2012).

Leurs caractéristiques cliniques sont clairement identifiables, rendant la confirmation histopathologique inutile (Singh et al. 2012). L'examen radiologique ne présente aucun intérêt diagnostique, aucune lésion osseuse associée n'étant observée (Robert 2013).

Le pronostic de ces lésions est bon, aucun traitement n'est nécessaire. Certains auteurs recommandent de pratiquer de simples massages digitaux sur la zone, tandis que d'autres n'y voient aucun intérêt ou voient cela comme nuisible (Cambiaghi et Gelmetti 2005).

Ces lésions sont rarement observées par les dentistes en raison de leur caractère transitoire et de l'absence de recherche d'avis professionnels par les parents. Cependant, les praticiens peuvent reconnaître ces lésions et en expliquer le caractère bénin et transitoire aux parents (Singh et al. 2012; Cizmeci et al. 2014).

## 2.2. Dents natales et néonatales

Les dents temporaires jouent un rôle important dans la croissance faciale et pour l'éruption des dents définitives, les guidant et conservant l'espace nécessaire à leur positionnement sur l'arcade.

Les dents natales sont définies comme les dents présentes à la naissance tandis que les dents néonatales se définissent comme les dents faisant leur éruption dans les 30 premiers jours après la naissance.

La prévalence rapportée varie considérablement selon les études. Les taux rapportés sont de 1/2000 à 1/3000 naissances. Les dents natales sont plus fréquemment rencontrées que les

dents néonatales avec un ratio d'environ 3:1. Dans 85 à 100% des cas il s'agit de dents situées à la mandibule dans la région incisive, présentes plus souvent par paires (61%) que seules. Une controverse existe concernant une prévalence plus élevée chez les filles.

Les dents natales ou néonatales peuvent être soit surnuméraires, pouvant être « remplacées » par les dents temporaires classiques en cas d'extraction (plus de 90% des cas), soit des dents temporaires ayant fait leur éruption précocement (5 à 10% des cas). (Mhaske et al. 2013)

L'étiologie exacte n'est pas connue. Certains auteurs rapportent des causes maternelles (carences vitaminiques, âge avancé, déséquilibre hormonal,...), d'autres des causes pédiatriques (faible poids de naissance, prématurité,...). Il est important de noter que la présence de dents natales est un des symptômes présent dans plus de 50 syndromes malformatifs, suggérant une composante génétique. Une théorie avancée, mais dont aucune étude ne permet de conclure à un rôle dans les éruptions prématurées, est l'exposition à certains facteurs environnementaux, en particulier certains hydrocarbures aromatiques. Ces agents toxiques peuvent être transmis au fœtus à travers le placenta ainsi que par le lait maternel.

La théorie la plus reconnue dans la littérature serait celle d'une position superficielle du germe dentaire, liée à un facteur héréditaire. Il s'agirait d'un trouble de la formation et du développement localisé, les autres dents faisant leur éruption correctement.

Une cause particulière a été mentionnée, celle de la **folliculite expulsive** décrite par Capdepon : elle est caractérisée par une vitesse d'éruption extrêmement rapide (2-3 mm par jour), provoquée par une infection du follicule dentaire associée à une réaction inflammatoire et œdémateuse des tissus folliculaires. Celle-ci peut être engendré par un facteur exogène, comme un traumatisme, quelque soit son origine (Gouédard et al. 2016; Cernusco 2017).

L'aspect clinique de ces dents est très variable, dépendant du degré de maturité. Le plus souvent elles sont de petite taille, de forme conique, dyschromique (jaunes à brunâtre) et mobiles. Concernant le développement radiculaire, celui-ci est souvent incomplet ou absent.

Dans ces cas les dents ne sont rattachées à la crête alvéolaire que par des fibres gingivales. Elles peuvent être recouvertes par la muqueuse, ou parfois être accompagnées d'un kyste d'éruption (Rao et Mathad 2009).

Histologiquement, l'émail, dont la formation est interrompue prématurément, est dysplasique et hypominéralisé, ce qui peut expliquer la sous-dimension de ces dents. Dans certains cas celui-ci peut être totalement absent (Mhaske et al. 2013).

La présence de dents natales ou néonatales peut avoir des répercussions immédiates sur la santé orale ou générale de l'enfant. On retrouve les complications possibles suivantes :

- le risque d'inhalation ou d'ingestion en présence d'une mobilité importante de la dent, bien qu'aucun cas n'ait été rapporté dans la littérature
- la maladie de Riga-Fede
- des lésions muqueuses de morsure, pouvant se surinfecter à candida
- une gêne durant la tété entraînant un refus de s'alimenter
- des blessures de la poitrine de la mère
- un risque de carie ou de fracture de la dent, dus à la mauvaise qualité de l'émail

La problématique de la prise en charge va être la conservation de ces dents sur l'arcade ou leur avulsion. Celle-ci doit être discutée en fonction de la situation clinique propre à chaque patient, à partir de l'évaluation de plusieurs paramètres :

- le degré de mobilité
- la présence de lésion ou de blessures
- la présence de difficultés d'allaitement
- le statut de dent surnuméraire ou de dent temporaire prématurée

La réalisation d'un cliché radiographique rétro-alvéolaire est le seul moyen de statuer de ces dents, et d'observer le développement des racines. Cependant il est difficilement réalisable chez les nourrissons, notamment avec le tablier de plomb. (Gouédard et al. 2016)

Les diagnostics différentiels des dents natales et néo-natales incluent un kyste gingival du nouveau-né (ou kyste de la lame dentaire), un nodule de Bohn, une malformation

lymphatique alvéolaire (anciennement appelée lymphangiome) si la dent pousse dans le secteur molaire, un épulis congénital du nouveau-né ou encore un hamartome odontogène. Toutes ces lésions peuvent être différenciées grâce à la radiographie (Cernusco 2017; Persegol et Jager 2018).

### 2.2.1. Approche non-chirurgicale

Dans le cas où il s'agit d'une dent temporaire ayant fait une éruption précoce, si son degré de mobilité est faible son maintien sur l'arcade peut être envisagé. Si certaines des complications mentionnées plus haut se présentent, théoriquement, différents traitements peuvent être mis en place. Le bord libre tranchant des dents peut être meulé et poli, ou des résines composites peuvent être ajoutées afin de l'adoucir.

En pratique, les protocoles d'application de ces traitements est extrêmement difficile, voire impossible à mettre en œuvre dans la bouche d'un nouveau-né. Une faille dans le respect de ces protocoles entrainerait un risque de décollement des résines pouvant conduire à une ingestion ou une inhalation de celles-ci.

Dans l'éventualité d'une approche conservatrice, une surveillance doit être mise en place pour s'assurer à la fois de la persistance de la dent sur l'arcade, d'une édification normale de la racine ainsi que de l'éruption du reste des dents temporaires. Il est à noter que du fait de l'éruption précoce, le processus de minéralisation de la couronne ayant été interrompu précocement, une dyschromie et un décalage des bords incisifs est à prévoir. Cette hypominéralisation rend également ces dents plus sensibles aux lésions carieuses, d'où l'intérêt de sensibiliser les parents à l'importance d'une hygiène orale optimale et d'application d'agents fluorés pour protéger ces dernières. (Gouédard et al. 2016)

Dans la littérature il est estimé que 48 à 67% des dents natales et néonatales seront soit extraites soit exfoliées spontanément. L'approche conservatrice reste donc un choix relativement pratiqué. Il est important de noter qu'une dent maintenue sur l'arcade plus de 4

mois possède un bon pronostic. De même une dent néonatale aura un meilleur pronostic qu'une dent natale (Cernusco 2017; Persegol et Jager 2018).

### 2.2.2. Approche chirurgicale

Même dans les cas d'éruption précoce de dents temporaires, les dents natales ou néonatales peuvent présenter une mobilité importante (plus de 2 mm). Dans ce cas, l'extraction de la dent est nécessaire.

De même en cas d'échec du traitement conservateur, d'une blessure causée par la dent, d'un refus de s'alimenter ou s'il s'agit d'une dent surnuméraire l'extraction sera indiquée.

Dans un premier temps il est important de faire état de la santé générale du nourrisson. De plus, la prise de vitamine K chez le nouveau-né doit être vérifiée. En effet, la synthèse de vitamine K n'étant pas mature chez le nouveau-né, celui-ci présente un défaut de coagulation et un risque d'hémorragie associé, surtout les 10 premiers jours de vie (Rao et Mathad 2009).

L'anesthésie locale peut-être réalisée par l'application de gel de xylocaïne à 2% ou plus profondément par infiltration selon le degré de difficulté de l'avulsion. La dent peut normalement être extraite avec les doigts à l'aide d'une compresse ou d'une précelle. On contrôlera également la cicatrisation à J+1 et J+7.

L'extraction de la dent peut laisser sur la gencive des polypes pseudo-pulpaire (9,1% des cas) dont le retrait par curetage est nécessaire afin d'éviter toute récurrence, soit de formation de nouvelles structures odontogènes, soit la progression de la radiculogénèse. L'hémostase locale est ensuite réalisée par compression et rinçage de la zone avec du sérum physiologique.

Un suivi régulier doit être mis en place afin de surveiller l'éruption du reste de la denture temporaire, les dents natales ou néonatales pouvant être associées à la présence de germes définitifs anormaux voire absents. Il faudra ainsi proposer des solutions de remplacement de ces édentements afin de maintenir l'espace, rétablir la fonction et l'esthétique. La

réhabilitation prothétique peut être entamée à partir de l'âge de 3 ans. Elle nécessite la coopération du patient ainsi que celle des parents pour être réalisée avec succès. (Gouédard et al. 2016; Cernusco 2017; Persegol et Jager 2018)

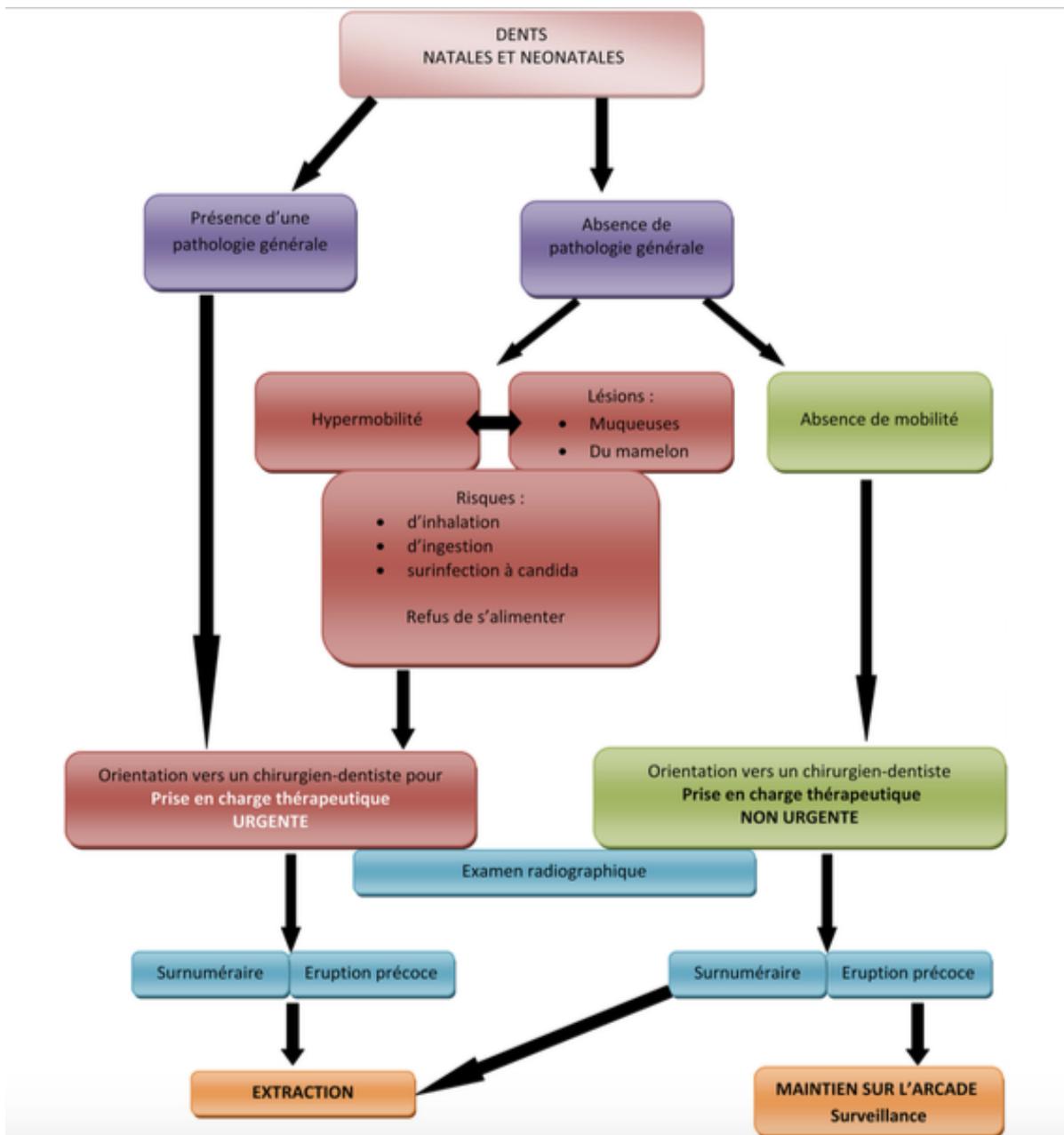


Figure 11: Arbre décisionnel de prise en charge de dents natales et néonatales (Gouédard et al. 2016)

### 2.3. Maladie de Riga-Fede

La maladie de Riga-Fede, ou parfois nommée maladie ou aphte de Cardarelli-Riga-Fed du nom des scientifiques ayant décrit cette lésion, est une ulcération de la face ventrale de la langue, produite par un frottement répété sur les incisives mandibulaires.

Cette lésion est le plus souvent retrouvée chez le nouveau-né en association avec la présence de dents natales ou néonatales, mais également chez des enfants plus âgés ayant des tics linguaux ou en cas de toux importantes. Dans un but diagnostique étiologique une classification en deux groupes a été proposée (Kanungo et al. 2013) :

- La maladie de Riga-Fede **précoce** : survenant durant les six premiers mois de vie, en lien avec les dents natales ou néonatales
- La maladie de Riga-Fede **tardive** : survenant après les six premiers mois de vie, en lien avec les dents temporaires

Le nom de maladie de Riga-Fede ne s'applique qu'aux nourrissons de moins de deux ans. Au-delà on parle d'ulcération orale traumatique granulomateuse à éosinophile, celle-ci pouvant avoir lieu au niveau de la muqueuse orale, du vestibule, de la gencive ou du palais (Kanungo et al. 2013).



Figure 12 : Lésion ulcéreuse de la face ventrale de la langue chez une petite fille de 6 mois (Hong 2015)

Cette lésion réactionnelle commence avec une zone d'ulcération qui évolue par le traumatisme répété, favorisée par le réflexe de succion du nouveau-né, en une large masse fibreuse ayant l'apparence d'un granulome ulcéreux. La localisation préférentielle de cette lésion est la face ventrale de la langue mais elle peut également concerner la face dorsale de la langue en relation avec les incisives maxillaires. De même, des lésions ont été rapportées au niveau de la pointe et des faces latérales de la langue ou encore au niveau de la muqueuse interne de la lèvre. A l'examen clinique, la palpation de la lésion est douloureuse, provoquant des pleurs (Graillon et al. 2013; Mohan et al. 2014).

Au niveau histologique, la maladie Riga-Fede se caractérise par une muqueuse ulcérate composée de tissu de granulation mélangé à un infiltrat inflammatoire contenant des lymphocytes, mastocytes et macrophages, ainsi que des granulocytes éosinophiles en abondance (van der Meij et al. 2012).

Les complications de cette lésion sont la douleur de l'enfant, des difficultés d'alimentation, ainsi qu'un risque d'infection. Un diagnostic retardé, erroné ou une thérapeutique inefficace peut engendrer une dénutrition, pouvant être associée au long terme à un retard de croissance, ou encore une déformation irréversible de la langue (Eley et al. 2010; Dunlop et al. 2013).

Les diagnostics différentiels chez l'enfant comprennent un processus infectieux (syphilis, tuberculose, infection fongique) ou néoplasique (tumeur, lymphome), un trouble hématologique (agranulocytose), ou un facteur traumatique (brûlure chimique ou électrique). Cependant la présence d'une dent natale ou néonatale oriente fortement le diagnostic (Kanungo et al. 2013).

Il est important d'identifier cette pathologie, celle-ci pouvant être le premier signe de troubles sévères du neurodéveloppement, comme une dysautonomie familiale, une insensibilité congénitale à la douleur ou un syndrome de la Tourette, qui doivent être recherchés dans le cadre d'ulcérations extensives asymptomatiques (Graillon et al. 2013; Mohan et al. 2014).

### 2.3.1. Approche non chirurgicale

Même si les lésions dans le cadre de la maladie de Riga-fede peut être impressionnantes, il s'agit de lésions bénignes. Le but du traitement est d'éliminer le facteur causal afin que le processus de cicatrisation puisse se mettre en place.

A moins que l'enfant soit gravement déshydraté ou dénutri, il est préférable de commencer par un traitement conservateur en raison du risque d'encombrement ultérieure en dentition permanente. Émousser le bord incisif à l'aide d'une fraise ou d'un disque à polir est préconisé. Alternativement, s'il est possible d'obtenir une bonne isolation, une incrémentation de résine composite sur le bord incisif peut être réalisée (Graillon et al. 2013).

### 2.3.2. Approche chirurgicale

Comme traité précédemment (2.2.2) à propos des dents natales et néonatales, s'il s'agit de dents surnuméraires, associées à une mobilité importante (plus de 2 mm) ou si les options de traitements conservateurs n'ont pas permis l'obtention d'une cicatrisation rapide de la lésion, il peut s'avérer nécessaire d'extraire les incisives mandibulaires.

De façon générale, il n'est pas nécessaire de réaliser une exérèse de la lésion, le facteur causal ayant été éliminé. Cependant en l'absence d'amélioration 15 jours après le traitement de la source du traumatisme ou si la lésion persiste après l'extraction des dents, une exérèse de la lésion et un examen histologique doivent être envisagés (Graillon et al. 2013).

### 2.3.3. Conseils généraux

Afin de réduire les symptômes de l'ulcération, différents conseils ont été proposés dans la littérature, notamment l'utilisation de topique corticostéroïde (triamcinolone), ou encore l'utilisation d'anneaux de dentition (van der Meij et al. 2012). Certains auteurs recommandent

d'appliquer une compresse humidifiée de solution à 0,12% de Chlorhexidine au niveau de l'ulcération, deux fois par jour (Deus Moura et al. 2014).

Un traitement par topique à base d'acide hyaluronique (Hyalugel® 1ères dents) pour soulager les symptômes de l'ulcération pourrait être suggéré. En effet, l'acide hyaluronique possède des propriétés anti-inflammatoires et accélère la cicatrisation muqueuse. Il a l'avantage de pouvoir être utilisé chez tous les patients, sans contre-indication particulière. De plus aucun effet secondaire n'a été rapporté. Un rôle antalgique de ce type ces produits a également été décrit dans la littérature, expliqué par l'effet barrière du gel. (Choukroun 2013).

La façon de s'alimenter peut être un facteur contribuant au maintien de la lésion. Les parents peuvent modifier la technique d'alimentation afin de réduire le traumatisme de la langue, en diminuant le besoin de téter pour obtenir les liquides, en évitant ainsi que l'enfant ne positionne sa langue au-dessus des incisives.

Slayton propose par exemple d'utiliser un gobelet ou une tasse d'apprentissage, en modifiant au besoin la tétine afin d'agrandir l'orifice, nécessitant ainsi une succion moins vigoureuse. En fonction de l'âge de l'enfant, les parents peuvent également tenter de passer à une alimentation à la cuillère (Slayton 2000).

## 2.4. Kystes et hématomes d'éruption

Les kystes et hématomes d'éruption sont une variante des kystes odontogènes se développant avant l'éruption de la dent au niveau des tissus mous. Leur statut distinct des kystes dentigères est dû au fait qu'ils concernent uniquement les tissus mous alvéolaires. Ces kystes sont issus de la séparation du follicule de la couronne de la dent, au moment de son éruption à travers les tissus mous (Nagaveni et al. 2011).

On peut les retrouver liés à l'éruption des dents temporaires et définitives. Certaines études rapportent des fréquences d'apparition plus élevées au niveau de la région des incisives et des premières molaires, tandis que d'autres rapportent plus fréquemment la région canine.

Ces kystes peuvent être unique ou multiples, unilatéraux ou bilatéraux, au maxillaire comme à la mandibule - avec une prévalence apparemment plus élevée au maxillaire ainsi que du côté droit par rapport au côté gauche. La prévalence liée au sexe de l'enfant est quant à elle controversée. Dans la grande majorité des cas, les kystes d'éruption apparaissent seuls, en absence d'autre anomalie d'éruption. Cependant des cas associés à des perles d'Epstein, des dents natales ou une malformation de la dent en question, ont été rapportés. (Nagaveni et al. 2011; Marques et al. 2015).

La littérature ne prête pas de prévalence élevée aux kystes d'éruption. La plupart étant asymptomatiques et se résolvant spontanément, les parents ne consultent pas souvent pour ce motif. Cependant, ces patients étant souvent adressés auprès de dentistes ou pédodontistes pour une prise en charge, il est important de connaître les signes et symptômes des kystes d'éruption, afin de réaliser le bon diagnostic et mettre en place le bon traitement. (Marques et al. 2015).

Par définition, tous les kystes ont en commun 3 caractéristiques : la présence d'une base épithéliale, d'une lumière centrale au contenu liquide, semi-liquide ou aérique, et d'une enveloppe de tissu conjonctif (Arce et al. 2016).

Cliniquement ces kystes se présentent comme des lésions fluctuantes, bien circonscrites au niveau des tissus mous alvéolaires, au-dessus de la dent en éruption. Ces lésions peuvent être de couleur translucide, grise, bleu-violette voire bleu-noire, dépendant du contenu de la lumière kystique. La couleur la plus sombre correspond à une accumulation de sang issue des tissus gingivaux, constituant plus précisément des **hématomes d'éruption**. Le diagnostic différentiel peut se faire par transillumination. L'hématome d'éruption apparaîtra opaque tandis que le kyste d'éruption apparaîtra plutôt clair.

La taille du kyste dépend de la taille de la dent sous-jacente. La plupart sont asymptomatiques mais peuvent être symptomatiques en cas de traumatisme ou d'infection secondaire.

Les diagnostics différentiels de ces lésions peuvent être un granulome pyogénique, un tatouage d'amalgame ou encore un nodule de Bohn. (Boj et al. 2006; Nagaveni et al. 2011; Marques et al. 2015)



Figure 13 : hématome d'éruption de la première molaire temporaire mandibulaire droite (Marques et al. 2015)



Figure 14 : kyste d'éruption en regard des incisives centrales temporaires mandibulaires (Oliveira et al. 2018)

Radiologiquement, du fait que ces kystes soient strictement liés aux tissus mous, peu de signes sont présents. Un cliché radiologique est tout de même recommandé, afin de confirmer la présence d'une dent, analyser sa morphologie, établir le stade de formation des racines, et exclure une composante osseuse pouvant être le signe d'un kyste dentigère ou d'un kératokyste (Chiang et Huang 2004; Marques et al. 2015).

Histologiquement, ces kystes présentent un aspect de muqueuse orale superficielle normale, une épaisseur variable de membrane basale, ainsi qu'une cavité kystique bordée d'un fin épithélium pavimenteux non kératinisé (Arce et al. 2016).

L'étiologie de ces kystes n'est pas clairement définie dans la littérature. Certaines études suggèrent comme causes possibles une stimulation des tissus mous, des caries précoces, un traumatisme, une infection, une médication de cyclosporine, ou encore un manque d'espace.

Cependant de nombreux rapports de cas de kystes d'éruption ne font pas état de ces facteurs de risques. (Arce et al. 2016; Sen-Tunc et al. 2017)

#### 2.4.1. Approche non chirurgicale

La majorité des kystes d'éruption ne nécessite pas d'intervention chirurgicale. En moyenne, la guérison d'un kyste d'éruption asymptomatique est de 5 semaines (Arce et al. 2016). Celui-ci se résorbe naturellement, au fur et à mesure qu'évolue la dent dans la lumière kystique puis à travers les tissus mous.

Certains auteurs recommandent de masser la zone plusieurs fois par jour à l'aide d'un anneau de dentition et de conserver une alimentation normale avec des aliments solides (Marques et al. 2015).

#### 2.4.2. Approche chirurgicale

Plus rarement, le kyste peut augmenter de volume causant douleur et gonflement dans la zone. Dans le secteur antérieur, ce type de lésion peut également devenir esthétiquement gênant. Ces kystes, selon leur hauteur, peuvent poser un problème de mastication, empêchant l'enfant de s'alimenter correctement, notamment pour la prise d'aliments solides. L'enfant devient alors irritable et agité, ce qui a un impact sur sa qualité de vie et celle de son entourage.

Bien que l'on préfère pratiquer peu de soins invasifs chez les jeunes enfants, une approche chirurgicale doit être envisagée afin d'améliorer le confort du patient. De même, si le kyste d'éruption s'infecte, une intervention est nécessaire (Marques et al. 2015).

Dans ces cas, pratiquer une simple incision ou l'exérèse de la partie supérieure de la cavité kystique (*unroofing*) permet de faciliter l'éruption de la dent dans une bonne position

(Nagaveni et al. 2011; Kimura et al. 2014; American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) 2015; Arce et al. 2016).

Cette intervention peut se réaliser en 4 étapes :

- 1- Anesthésie locale
- 2- Aspiration du contenu kystique avec une seringue jetable afin de faciliter l'excision
- 3- Excision du tissu à la base du kyste à l'aide d'une lame 15, en maintenant le tissu avec une précelle
- 4- Curetage du tissu fibreux résiduel et exposition de la couronne

Une alternative à la chirurgie conventionnelle, consiste à utiliser un laser Er,Cr:YSSG (erbium, chrome, yttrium, scandium, gallium et grenat). Les avantages sont la non nécessité d'anesthésie par infiltration (un topique anesthésique suffit), l'absence de saignement excessif per et post-opératoire, des effets bactéricides et de coagulation permettant une bonne et rapide cicatrisation, ainsi que l'absence de douleurs post-opératoires (Boj et al. 2006).

Certains auteurs recommandent d'envoyer le tissu kystique biopsié pour un examen histologique afin d'éviter une erreur de diagnostic, tel qu'un hémangiome, un mélanome ou encore un améloblastome uni-kystique (Bodner et al. 2005).

Si radiologiquement on observe une malformation de la dent en question, avec un faible pronostic de conservation, ou s'il s'agit d'une dent incluse qui ne pourra être traitée orthodontiquement (*guided forced eruption*), il sera préférable de procéder à l'extraction plutôt qu'à la marsupialisation de la lésion (Bodner et al. 2005).

#### 2.4.3. Conseils généraux

L'éruption dentaire se fait généralement sans problème majeur, mais elle peut devenir une source d'anxiété si un événement inhabituel se produit. Les parents peuvent s'inquiéter à la

vue d'un kyste d'éruption, celui-ci pouvant rappeler d'autres lésions plus agressives (Kimura et al. 2014).

Les principaux motifs de consultation rapportés dans la littérature sont l'apparence du kyste, accompagnée de l'absence de dent dans la zone. La douleur n'est rapportée que comme élément secondaire (Nagaveni et al. 2011).

Il est important de rassurer les parents et de leur expliquer la situation. Lorsqu'une approche conservatrice est choisie, ces-derniers doivent assurer la surveillance de l'évolution clinique. De même si une intervention est nécessaire leur consentement doit être recueilli et les conseils post-opératoires doivent leur être transmis (Dhawan et al. 2012).

## 2.5.Éruptions ectopiques

L'éruption ectopique se définit comme une anomalie topographique de l'éruption, où la dent ne suit pas le chemin d'éruption normal et se retrouve déviée vers une position éloignée de sa position physiologique. Elle ne concerne que les dents permanentes. Souvent source d'inquiétude pour les parents, elle constitue un motif de consultation fréquent.

L'éruption ectopique d'une dent permanente peut avoir lieu pour de multiples raisons, incluant un facteur génétique, un traumatisme, une infection, la présence d'un obstacle tel qu'une dent temporaire encore présente, une dent surnuméraire (mésiodens) ou encore un kyste ou hématome d'éruption. La cause la plus fréquente est l'encombrement, comme dans les cas de dysharmonie dento-maxillaire par macrodontie relative. Une éruption ectopique peut avoir lieu, selon les dents concernées, en vestibulaire, lingual, mésial, distal, ou palatin. Pour les mêmes raisons les dents peuvent évoluer en position normale mais présenter des rotations.

L'exfoliation retardée des dents temporaires fait référence à la situation où la dent temporaire est encore retenue au-delà de sa date normale d'exfoliation. La rétention d'une dent

temporaire, causée par une anomalie de la résorption radiculaire ou par son ankylose, peut rediriger le chemin d'éruption de la dent permanente ou être le signe de l'agénésie de la dent successienne. Ceci est fréquent à la mandibule dans la région antérieure où les incisives centrales permanentes font leur éruption en lingual des temporaires formant ainsi une « double rangée » de dents. Au maxillaire une exfoliation retardée de l'incisive centrale peut causer une éruption de l'incisive permanente en lingual pouvant causer un inversé d'articulé antérieure (Gatimel 2013; Hocquard 2017; Zou et al. 2018).

La prévalence de l'éruption ectopique des incisives mandibulaires est proche de 10%, devancée par celle des canines maxillaires ou des premières molaires dont les prévalences diffèrent d'un auteur à l'autre.

Il peut arriver que les incisives latérales mandibulaires fassent leur éruption dans une position décalée causant prématurément la résorption de la racine de la canine temporaire et son exfoliation précoce. De même, l'éruption mésiale importante des premières molaires permanentes peut conduire à la perte prématurée des deuxièmes molaires temporaires.

Une absence ou un retard dans la prise en charge de dents ectopiques peut être source d'une diminution de la dimension d'arcade, d'un manque de place pour les dents successiennes ainsi que le développement de malocclusions (Kirtaniya et al. 2018).



Figure 15 : éruption ectopique linguale des incisives centrales mandibulaires en raison de la persistance des incisives temporaires

(Zou et al. 2018)

### 2.5.1. Approche non chirurgicale

Une éruption ectopique peut être, soit **réversible**, la situation se résout spontanément lorsque la dent fait son éruption dans la bonne position, soit **irréversible**, la dent garde sa position jusqu'au moment où la dent temporaire commence son exfoliation ou lorsque le traitement est débuté (Pomarico et al. 2005).

Si la racine de la dent temporaire est en cours de résorption ou si la dent temporaire est mobile, l'évolution spontanée est favorable (Pomarico et al. 2005; Vaysse et al. 2010).

### 2.5.2. Approche chirurgicale

La prise en charge chirurgicale dépend du traitement du facteur étiologique ce qui peut inclure l'avulsion de la dent temporaire dont l'exfoliation est retardée ou l'élimination du kyste ou de l'élément causant cette déviation (Moulis et al. 2003; Gugnani et al. 2017).

Il est important de mettre en relation l'âge civil du patient avec son âge dentaire afin de déterminer si l'évolution de la denture est normale, précoce ou tardive. Par exemple, dans le cas d'une éruption linguale des incisives mandibulaires, si les dents temporaires ne sont pas mobiles ou n'évoluent pas vers une résorption de la racine, lorsque l'enfant a plus de 7 ans l'extraction de celles-ci peut s'avérer nécessaire (Vaysse et al. 2010).



Figure 16 : Chronologie de l'éruption et de la perte des dents temporaires  
(Ordre des hygiénistes dentaires du Québec)

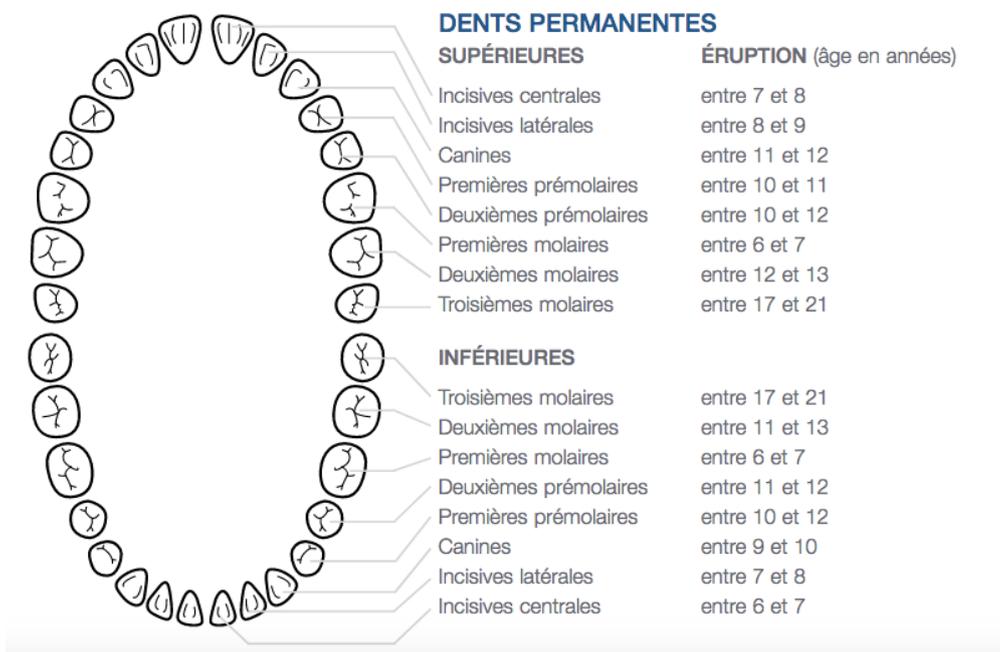


Figure 17 : Chronologie de l'éruption des dents permanentes  
(Ordre des hygiénistes dentaires du Québec)

Certains auteurs préconisent pendant la chirurgie d'exposer la dent permanente au milieu buccal afin de favoriser son éruption spontanée. Cependant, lorsque le germe est inclus dans

l'os c'est le respect de l'intégrité du follicule qui favorise l'éruption spontanée de la dent (Gatimel 2013).

### 2.5.3. Conseils généraux

Il faut rassurer les parents, le fait d'extraire l'obstacle suffit souvent à restaurer une éruption normale. Après la chirurgie, la mise en place normale de la dent permanente peut être spontanée. Avec le temps la ou les dents malpositionnées vont retrouver leur place, notamment **grâce à la pression de la langue** pour les dents situées en lingual.



Figure 18 : inversé d'articulé lié à l'exfoliation retardée de 51 ayant causé l'éruption ectopique palatine de 21  
(Zou et al. 2018)

Dans le cas contraire, notamment lorsque sa position est verrouillée par une dent antagoniste, il peut être nécessaire de mettre en place un traitement orthodontique afin de repositionner la dent dans l'arcade. Lorsque l'obstacle est dû à une arcade trop courte on peut être amené à réaliser des extractions ou bien une expansion de l'arcade. (Vaysse et al. 2010; Kirtaniya et al. 2018).

Le traitement peut donc aller de la simple surveillance à des traitement plus complexes nécessitant une collaboration entre omnipraticien ou pédodontiste, orthodontiste et chirurgien

Pathologies	Description	Prise en charge	Diagnostic différentiel
<b>Perles et kystes épithéliaux</b>	<p>Perles d'Epstein, nodules de Bohn, kystes gingivaux du nouveau-né : inclusions épithéliales de la muqueuse orale du nouveau-né Asymptomatiques</p> <p><u>Aspect clinique</u> : papules gingivales fermes, jaunâtres à translucides, de 1-3 mm de diamètre Situées au palais, rebords ou crêtes alvéolaires</p>	<p>Régresse <b>spontanément</b>. Rarement observables après quelque semaines/mois après la naissance</p> <p>Pas d'examen radiologique nécessaire</p>	
<b>Dents natales et néonatales</b>	<p>Dents présentes à la naissance ou éruption dans les 30 premiers jours Dents surnuméraires ou éruption précoce de dents temporaires</p> <p><u>Aspect clinique</u> : Souvent de petite taille, conique, dyschromique (jaunes à brunâtres), mobiles, avec développement radiculaire incomplet ou absent, peut être recouvert de gencive</p> <p><u>Complications possibles</u> : risque d'inhalation ou ingestion, maladie de Riga-Fede, lésions muqueuses, anorexie, risque carieux</p>	<p>Évaluer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-degré de mobilité</li> <li>-présence de blessure</li> <li>-difficulté d'alimentation</li> <li>-statut de la dent (surnuméraire ou temporaire précoce)</li> </ul> <p><b>Cliché radiographique</b> nécessaire au diagnostic, mais difficile à réaliser</p> <p><b>-Conservation</b> de la dent : adoucir le bord incisif si complication, prévenir le risque carieux, surveiller l'évolution</p> <p><b>-Avulsion</b> de la dent : vérifier l'état de santé de l'enfant, curetage gingival post-extractionnel, instaurer un suivi</p>	<p>Kyste gingival Lymphangiome Épulis Hamartome</p>
<b>Maladie de Riga-Fede</b>	<p>Ulcération réactionnelle de la langue, préférentiellement de la face ventrale, due au frottement répété sur les incisives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Précoce</b> : durant les 6 premiers mois de vie, impliquant les dents natales ou néonatales</li> <li>-<b>Tardive</b> : après les 6 premiers mois, concerne les dents temporaires</li> </ul> <p><u>Complications possibles</u> : anorexie transitoire, risque de surinfection, déformation de la langue</p>	<p><u>Objectif</u> : Éliminer le facteur causal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Conservation</b> de la dent : adoucir le bord incisif</li> <li>-<b>Avulsion</b> de la dent : si échec du traitement conservateur, dent surnuméraire, hypermobilité</li> </ul> <p>Une amélioration doit être constatée <b>dans les 15 jours</b></p> <p>Traitement de l'ulcération : application de topiques (Chlorhexidine, acide hyaluronique), modification du mode d'alimentation</p>	<p>Processus infectieux (syphilis, tuberculose, infection fongique) ou néoplasique (tumeur, lymphome) Trouble hématologique (agranulocytose) Traumatisme (brûlure chimique ou électrique)</p>

<b>Kystes et hématomes d'éruption</b>	<p>Variante de kystes odontogènes, localisés uniquement au niveau des tissus mous La plupart du temps asymptomatiques</p> <p><u>Aspect clinique :</u> Lésion fluctuante au niveau alvéolaire, de couleur translucide, grise, bleu-violette/noire Peuvent être uniques, multiples, uni ou bilatéraux, au maxillaire comme à la mandibule Fréquence d'apparition plus élevée au niveau des incisives, molaire et canine</p>	<p><b>Cliché radiographique</b> recommandé</p> <p>Régression spontanée dans les 5 semaines Masser la zone et garder une alimentation solide</p> <p>Si douleur, gonflement ou surinfection secondaire : incision ou <i>unroofing</i> de la lésion</p>	<p>Granulome pyogénique Tatouage d'amalgame Nodule de Bohn</p>
<b>Éruption ectopique</b>	<p>Anomalie topographique de l'éruption des dents permanentes Plusieurs facteurs causaux possibles notamment la présence d'un obstacle à l'éruption (dent surnuméraire, exfoliation retardée de la dent temporaire, kyste et hématome d'éruption) ou encore l'encombrement</p> <p>Peut se compliquer avec l'installation d'une malocclusion</p> <p>Apparaît plus fréquemment avec l'éruption des canines et premières molaires, et dans 10% des cas avec les incisives mandibulaire</p>	<p>L'éruption ectopique peut être soit réversible spontanément soit irréversible en l'absence d'intervention</p> <p>Si due à l'exfoliation retardée d'une dent temporaire : si la dent temporaire est en cours de résorption ou mobile, l'évolution spontanée est possible</p> <p>L'obstacle à l'éruption doit être éliminé. Mettre la situation clinique en corrélation avec le calendrier d'éruption</p> <p>Peut-être associée à un traitement orthodontique ou d'expansion de l'arcade</p>	

Tableau 9 : Synthèse des prises en charges de pathologies de l'éruption

## 3. Élaboration d'une fiche synthétisant les bonnes pratiques

### 3.1. Les objectifs

Il existe auprès de professionnels de santé, un besoin d'information concernant l'éruption des dents temporaires. Le premier objectif de ce travail de thèse a été de faire le point sur les données actuelles de la littérature scientifique dans ce domaine.

Le second objectif est d'essayer, par le biais d'une fiche explicative, d'actualiser les connaissances des pédiatres et chirurgiens-dentistes afin d'harmoniser la prise en charge des symptômes et de certaines pathologies de l'éruption.

### 3.2. Le contenu

Les « recommandations de bonne pratique » (RPB) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Celles-ci ont pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en permettant d'aider à la prise de décision et de réduire les traitements et actes inutiles ou à risque. Elles doivent s'appuyer sur des données probantes issues de la recherche, et en même temps laisser la place au discernement du professionnel de santé afin de lui permettre de personnaliser la prise en charge qu'il estime la plus appropriée en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Les recommandations de bonne pratique, comme leur nom l'indique, doivent non seulement permettre de fournir des connaissances mais également d'en faire une application pratique. Elles doivent donc être présentées de façon claire, concise et facile d'utilisation. (Rocheleau 2015; Haute Autorité de Santé (HAS) 2016a)

Dans le cadre de cette thèse, les différentes parties du document d'information ont été construites sur la base des données recueillies dans la littérature tout au long de ce travail de thèse.

La période d'éruption des dents temporaires est définie en page d'introduction. La problématique du diagnostic et de la prise en charge des troubles associés est ensuite soulevée.

La première partie porte d'une part sur les symptômes de l'éruption des dents temporaires, en faisant la distinction entre les symptômes corrélés, ceux de corrélation incertaine et ceux sans corrélation avec la poussée dentaire, et d'autre part, sur les principales pratiques risquées ou nécessitant des précautions.

La deuxième partie aborde les solutions de prises en charge des symptômes de l'éruption. Sont détaillés dans un premier temps les éléments d'une prise en charge non pharmacologique puis pharmacologique, avec une note concernant les médecines alternatives.

La troisième et dernière partie présente succinctement des pathologies liées à l'éruption des dents, de même que leurs traitements. Les pathologies retenues sont la maladie de Riga-Fede, les kystes et hématomes d'éruption et enfin l'éruption ectopique des dents définitives en lien avec les dents temporaires.

### 3.3. La forme et le support

La forme d'un guide de bonne pratique fait référence à sa structure, sa mise en page, sa composition graphique et typographique.

En 2008, la Haute autorité de santé a publié un guide méthodologique d'élaboration de document écrit d'information à l'intention des usagers du système de santé. Elle y consacre une section de conseils de rédaction et de présentation de l'information afin de faciliter la lecture et la compréhension des documents. (Haute Autorité de Santé (HAS) 2008)

Les caractéristiques à prendre en compte sont :

- La sémantique : plus le langage est simple, précis et clair, plus le texte est accessible au plus grand nombre
  - Éviter le jargon. Les termes techniques indispensables sont définis ou expliqués ;
  - Limiter l'emploi de synonyme ;
  - Éviter les mots abstraits ;
  - Privilégier la voie active à la voie passive ;
  - Utiliser le ton personnel pour insister sur une implication du lecteur, et le ton impersonnel pour présenter des complications ou conséquences négatives.
  
- La syntaxe :
  - Utiliser des phrases courtes et simples (sujet, verbe et complément) ;
  - Éviter l'abus de mots longs ;
  - Éviter les tournures de phrases négatives.
  
- La structure du texte :
  - Choisir un titre clair et court qui interpelle directement le lecteur ;
  - Limiter le nombre de messages : un message essentiel et 3 à 5 points clés selon l'objectif du document ;
  - Placer une phrase clé du début du document et/ou de chaque section pour inciter le lecteur à lire le document ;
  - Insérer un système de hiérarchisation des informations qui facilite l'appropriation des messages (numérotation, questions-réponses...) ;
  - Organiser le texte pour guider le lecteur et l'aider à identifier les informations ;
  - Utiliser une structure classique de type « introduction-développement-conclusion ».
  
- La chartre graphique et visuelle : caractère et disposition du texte afin d'améliorer la lisibilité
  - La dimension des caractères, à adapter en fonction des lecteurs cibles ;

- Le dessin des caractères : les mots en minuscules sont plus lisibles que les mots en majuscules ;
  - La longueur des lignes ;
  - L'espacement entre les lignes et les mots.
- Les tableaux et illustrations : condensent ou complètent l'information
    - Les photographies et figures doivent être accompagnés d'une légende rendant le tableau ou l'illustration « autosuffisant » (il ne doit pas être nécessaire de se rapporter au corps du texte pour les comprendre) ;
    - Les encadrés et mise en relief de mots ne doivent pas nuire à la structure visible d'un texte.
  - La mise en page : disposition du texte et des illustrations
    - Le texte est éclairé par les illustrations : les grandes masses de textes sont peu engageantes ;
    - Le texte et les illustrations sont disposés de manière équilibrée.

En conclusion, le guide doit avoir une présentation sobre (peu d'éléments et de couleur), mais visuellement attrayante. Les informations fournies doivent être bien ordonnancées, présentées clairement, afin de permettre au lecteur de suivre facilement les différentes étapes.

Le document papier est le support le plus utilisé pour informer le public. La production en format électronique est toutefois encouragée. En effet, elle permet de faciliter sa diffusion ainsi que sa mise à jour. (Rocheleau 2015)

Afin de respecter au mieux ces critères, les services d'un graphiste professionnel ont été requis. Le format retenu a été celui d'un dépliant, permettant ainsi une bonne répartition et progression des informations.

Une composition similaire a été utilisée tout le long du document, en essayant d'avoir une mise en page simple et aérée. La présentation est sobre avec l'utilisation de deux couleurs

(bleu et gris) et les textes en noirs. Les éléments ont été présentés de façon diversifiée, sous forme de texte, listes à puce ou de tableaux.

Afin de permettre une lecture rapide du document, des mots-clés ont été mis en gras, et les informations importantes, mises en exergue à l'aide de pictogrammes et d'encadrés.

Enfin, un QR Code à scanner a été inséré à la fin du document, invitant à consulter la thèse complète pour plus de détails.

# GUIDE DE PRISE EN CHARGE

## à l'usage des pédiatres et chirurgiens-dentistes

### SYMPTÔMES ET PATHOLOGIES DE L'ÉRUPTION DES DENTS TEMPORAIRES

L'éruption des dents temporaires a lieu chez l'enfant entre 6 mois et 3 ans.

C'est un motif de consultation fréquent aussi bien chez les pédiatres que chez les dentistes.

Il est important pour nous, professionnels de santé, d'avoir une approche rationnelle tant au niveau du diagnostic que de la prise en charge des troubles pouvant y être associés. De même, nous devons être en mesure de mettre en garde les parents face à des comportements inappropriés.

Identifier les troubles est essentiel pour coordonner au mieux le parcours de soin du patient.



Figure 19 : Guide de prise en charge (Introduction du dépliant)

# 1 Symptômes et Précautions

La période d'éruption est décrite comme une fenêtre de 8 jours, incluant 4 jours avant l'éruption et 3 jours après. Cependant les parents reconnaissent souvent que l'enfant ressent une gêne plusieurs semaines voire plusieurs mois avant l'éruption.

Les douleurs et symptômes liés à l'éruption dentaire peuvent varier selon les enfants, leur âge et la dent en éruption.

Pour certains symptômes une corrélation directe est établie, pour d'autres elle est incertaine.

L'enfant peut présenter :

- > **Des troubles du comportement** : sommeil agité, irritabilité
- > **Des manifestations générales** : inappétence, élévation discrète de la température (<38°C), diarrhée
- > **Une hypersalivation**

De même, il se pourrait que l'éruption dentaire soit corrélée à :

- > **Des manifestations régionales** : rougeurs cutanées, rhinorrhée
- > **Des manifestations locales** : irritation gingivale, tendance à se frotter les gencives ou à mâchonner

Cependant, des symptômes comme la constipation, une fièvre importante ou un érythème fessier **ne présentent pas de lien direct** de causalité.

## PRINCIPALES PRATIQUES RISQUÉES OU NÉCESSITANT DES PRÉCAUTIONS

Pratiques	Précautions particulières - Risques	
Automédication	AINS	Exclure une virose : risque de syndrome de Reye Exclure un état de déshydratation (augmentation de T°/diarrhée) : risque de favoriser une insuffisance rénale
	Antibiotiques	Non recommandés
	Topiques gingivaux	Anesthésiant lidocaïne : risque de toxicité cardiaque et cérébrale, anesthésie de l'oropharynx (fausse route), morsure
Objets de dentitions	Aliments	Éviter aliments cariogènes, trop durs (blessure) ou congelés (brûlure) Sous surveillance adulte : éviter étouffement ou inhalation de fragments
	Jouets et anneaux	Choix et entretien des matériaux : risque de perforation si contiennent des liquides
	Colliers	Vérifier la conformité : risque d'étranglement ou d'ingestion de petits éléments
Médecines alternatives et remèdes traditionnels	Aromathérapie	Utilisation des huiles essentielles uniquement sur avis médical Certaines d'entre elles peuvent montrer une certaine toxicité par voie transdermique, d'autant plus chez l'enfant
	Désinfection des gencives	Utilisation contre-indiquée d'alcool et de certains antiseptiques : risque d'intoxication, hypoglycémie
	Manœuvres mécaniques	Ne pas blesser les gencives Ne pas pratiquer d'incision : risque infectieux



**Il n'y a pas de signes pathognomoniques de l'éruption. Il faut être prudent quant à l'attribution de ces symptômes à l'éruption dentaire seule.**

En cas de douleur trop importante ou de symptômes sérieux et persistants plus de 24-48h, une communication entre le pédiatre et le chirurgien-dentiste peut être nécessaire.

Figure 20 : Symptômes et précautions (Partie 1 du dépliant)

## 2 Solutions de prise en charge

L'analyse des symptômes pouvant être associés à l'éruption dentaire nous amène à définir des solutions de prise en charge.

Une approche empathique permet de rassurer les parents et d'améliorer la situation clinique. Il est inutile d'accuser ou ironiser certaines convictions autour de la poussée dentaire. Nous devons transmettre des conseils simples et pratiques, orientant les parents vers une prise en charge sans risque.

Abordez avec les parents l'aspect bénin et transitoire des symptômes, du calendrier d'éruption, du besoin d'attention de l'enfant, de la prudence vis à vis de symptômes sérieux.

**Dans un premier temps, il faut privilégier une prise en charge non pharmacologique :**

- > **Objets de dentition (froids) :** anneaux, jouets, bâton de guimauve
- > **Massages des gencives :** avec un doigt propre, une compresse humide, une brosse « doigt » souple
- > **Thérapies comportementales :** donner de l'attention, cajoler et réconforter, distraire (lecture, jeu, chant)
- > **Essuyer** fréquemment la peau et **hydrater** à l'aide d'une crème afin d'éviter des irritations lors d'hypersalivations
- > En cas d'érythème fessier, notamment lié à une diarrhée : **éviter la macération** des couches, utiliser une crème de change

**En cas d'échec ou si insuffisant, une prise en charge pharmacologique est envisageable :**

- > **Antalgique et antipyrétique :** le **paracétamol** doit être privilégié
- > **Topique gingival** à base d'acide hyaluronique (HYALUGEL® 1<sup>ères</sup> dents (Laboratoire Expanscience))



**Eruption des dents et médecines alternatives...**

De nombreux produits issus de médecines alternatives (homéopathie, phytothérapie) sont commercialisés. Bien qu'ils soient largement utilisés et plébiscités, il n'existe **pas suffisamment de preuves scientifiques** pour les recommander.

Il est cependant important d'avoir une idée des produits que les parents sont susceptibles d'utiliser.

### PRINCIPALES SUBSTANCES HOMÉOPATHIQUES CONSEILLÉES EN FRANCE

<i>Chamomilla</i>	<i>Belladonna</i>	<i>Arnica Montana</i>
Agitation et irritabilité, hypersensibilité à la douleur	Colère, pleurs, agitation Œdème gingival, température	Œdème gingivale

### PRINCIPAUX PRODUITS PHARMACEUTIQUES COMMERCIALISÉS EN FRANCE

CAMILIA® (Laboratoire Boiron)	PANSORAL® Premières dents (Laboratoire Pierre Fabre)	DOLODENT® (Laboratoire Gilbert)
Association de remèdes homéopathiques	Gel de massage gingival, apaisant et adoucissant, à base d'extraits végétaux	Solution gingivale anesthésiante

Figure 21 : Solutions de prises en charge (Partie 2 du dépliant)

## 3 Quelques pathologies liées à l'éruption

L'éruption dentaire peut être concernée par certaines anomalies dont la prise en charge est souvent pluridisciplinaire.

Maladie de Riga-Fede	
Description	Ulcération réactionnelle de la langue préférentiellement de la face ventrale, due au frottement répété sur les incisives (dents natales/néonatales ou dents temporaires)
Complications possibles	Anorexie transitoire, surinfection, déformation de la langue
Traitement	Traitement de la dent causale : conservation (adoucir le bord incisif) ou avulsion (si échec du traitement conservateur, dent surnuméraire, hypermobilité avec risque d'inhalation) Traitement de l'ulcération : application de topiques (Chlorhexidine, acide hyaluronique), modification de la méthode d'alimentation (diminuer le réflexe de succion) Une amélioration doit être constatée dans les 15 jours

Kystes et hématomes d'éruption	
Description	Variante de kystes odontogènes, localisés uniquement au niveau des tissus mous Peuvent être uniques ou multiples
Aspect clinique	Lésion fluctuante au niveau alvéolaire De couleur translucide, grise, bleu-violette/noire selon le contenu de la cavité kystique La taille dépend de la dent sous-jacente
Traitement	Examen radiologique recommandé : confirmer la présence d'une dent, analyser sa morphologie, exclure une composante osseuse Régression spontanée dans les 5 semaines Si douleur, gonflement ou surinfection secondaire : incision ou exérèse de la partie supérieure de la lésion ( <i>unroofing</i> )

Eruption ectopique	
Description	Anomalie topographique de l'éruption des dents permanentes Facteurs causaux possibles : > Présence d'un obstacle à l'éruption : dent surnuméraire, exfoliation retardée de la dent temporaire, kyste ou hématome d'éruption > Encombrements
Complications possibles	Installation d'une malocclusion
Traitement	L'éruption ectopique est soit réversible spontanément, soit irréversible en l'absence d'intervention : l'obstacle à l'éruption doit être éliminé En cas d'exfoliation retardée d'une dent temporaire, mettre la situation clinique en corrélation avec le calendrier d'éruption. Si la dent temporaire est mobile ou en cours de résorption, évolution spontanée possible. Sinon, extraire la dent causale. Un traitement orthodontique ou d'expansion de l'arcade peut être nécessaire.



Découvrez la thèse complète  
en scannant le QR code ci-contre

Figure 22 : Quelques pathologies liées à l'éruption (Partie 3 du dépliant)

### 3.4. La diffusion

Les populations cibles définies pour cette fiche d'informations de bonnes pratiques sont les chirurgiens-dentistes et les pédiatres.

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, une version électronique pourrait être partagée sur les réseaux sociaux tels que les groupes et pages Facebook Dentistes de France, dentalespace.com ou lefildentaire.com.

Pour les pédiatres il serait envisageable de contacter l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) ou encore l'Association des Juniors en Pédiatrie (AJP) afin de transmettre la fiche explicative à leurs adhérents.

## Conclusion

Au travers de cette étude, nous constatons qu'il n'existe pas de signe pathognomonique de l'éruption dentaire. Les symptômes qui pourraient y être liés varient selon les enfants, leur âge ou encore selon la dent en éruption. La littérature reconnaît un lien avec des troubles du comportement (irritabilité, sommeil agité), une baisse d'appétit, une légère augmentation de la température, une hypersalivation. Des symptômes comme des rougeurs cutanées, des rhinorrhées, des irritations gingivales, une tendance à mordiller ou se frotter les oreilles, pourraient également avoir un lien avec la poussée dentaire. Cependant des troubles comme de la fièvre importante, de la constipation ou un érythème fessier ne présentent pas de lien direct de causalité. Il est donc nécessaire d'être prudent quant à l'attribution de certains symptômes à l'éruption dentaire seule.

Nous pouvons voir l'importance de communiquer avec les parents de l'aspect bénin et transitoire des symptômes et de les orienter vers une prise en charge sans risque. La conduite à tenir face à la poussée dentaire doit s'appuyer sur une thérapeutique non pharmacologique avec l'emploi d'objets de dentition, accompagnée de thérapies comportementales (attention, réconfort, distraction). Si cela s'avère insuffisant, une prise en charge pharmacologique peut être envisagée avec l'administration de paracétamol ou l'utilisation de topique gingival à base d'acide hyaluronique.

Nous avons enfin pu discuter de protocoles de prise en charge de quelques pathologies plus ou moins fréquentes de l'éruption des dents temporaires, notamment l'apparition de kyste ou hématome d'éruption.

L'objectif principal de cette thèse est de réaliser une fiche d'information à l'intention des pédiatres et chirurgiens-dentistes. Le but était d'actualiser et d'harmoniser les connaissances et pratiques concernant l'éruption des dents temporaires.

Il serait intéressant d'évaluer l'intérêt porté par les professionnels de santé vis à vis des informations présentées dans cette fiche via un questionnaire de satisfaction. Ce travail peut

faire l'objet d'une prochaine thèse. Il serait ainsi possible d'évaluer son apport dans l'amélioration des connaissances et la modification des pratiques professionnelles.

## Bibliographie

- Adimorah GN, Ubesie AC, Chinawa JM. Mothers' beliefs about infant teething in Enugu, South-east Nigeria: a cross sectional study [Internet]. BMC Research Notes. 2011 [Consulté le 21 févr 2019]. Disponible sur: <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-4-228>
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Recommandations relatives aux critères de qualité des huiles essentielles [Internet]. ansm.sante.fr. 2008 [Consulté le 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/content/download/11292/135708/version/4/file/reco-criteres-qualite-huiles-essentielles.pdf>
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant [Internet]. pediadol.org. 2009 [Consulté le 6 mars 2019]. Disponible sur: [https://pediadol.org/wp-content/uploads/2006/06/Afssaps\\_argum.pdf](https://pediadol.org/wp-content/uploads/2006/06/Afssaps_argum.pdf)
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) P. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire [Internet]. ansm.sante.fr. 2011 [Consulté le 26 févr 2019]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/adaa00a42032d7120262d3c1a8c04a60.pdf](https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/adaa00a42032d7120262d3c1a8c04a60.pdf)
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). Syndrome de Reye et Aspirine [Internet]. ansm.sante.fr. 2002 [Consulté le 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Syndrome-de-Reye-et-Aspirine>
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM). Résumé des Caractéristiques du Produit Aspirine [Internet]. agence-prd.ansm.sante.fr. 2015 [Consulté le 12 févr 2019]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0264634.htm>
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on Management Considerations for Pediatric Oral Surgery and Oral Pathology. *Pediatr Dent*. 2015;37(5):85-94.
- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Perinatal and Infant Oral Health Care. *Pediatr Dent*. 2016;38(5):54-8.
- Arce K, Streff CS, Ettinger KS. Pediatric Odontogenic Cysts of the Jaws. *Oral Maxillofac Surg Clin N Am*. 2016;28(1):21-30.
- Assouan C, Konan E, Azagoh KR, Anzouan K, Nguessan N, Diomande A, et al. Aftagel® et poussée dentaire. *Médecine Afr Noire*. 2010;(5709):393-6.
- Bankole OO, Taiwo JO, Adesakin AM. Teething in infants—Knowledge and attitude of traditional birth attendants in Ibadan, Nigeria. *Health (N Y)*. 2013;5(9):1406-11.
- Berger E, Potouridis T, Haeger A, Püttmann W, Wagner M. Effect-directed identification of endocrine disruptors in plastic baby teethingers: Endocrine disruptors in plastic teethingers for babies. *J Appl Toxicol*. 2015;35(11):1254-61.
- Beylot G. L'érythème fessier du nourrisson. *Actual Pharm*. 2009;48(485):57-9.

- Bodner L, Goldstein J, Sarnat H. Eruption cysts: a clinical report of 24 new cases. *J Clin Pediatr Dent.* 2005;28(2):183-6.
- Boivin J-M, Weber F, Fay R, Monin P. Prise en charge de la fièvre de l'enfant: les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes? *Arch Pédiatrie.* 2007;14(4):322-9.
- Boj JR, Poirier C, Espasa E, Hernandez M, Jacobson B. Eruption cyst treated with a laser powered hydrokinetic system. *J Clin Pediatr Dent.* 2006;30(3):199-202.
- Bonnot J, Pillon F. Quel conseil pharmaceutique en cas de poussées dentaires ? *Actual Pharm.* 2012;51(518):43-6.
- Cambiaghi S, Gelmetti C. Bohn's nodules. *Int J Dermatol.* 2005;44(9):753-4.
- Cernusco G. Dents natales et néonatales : Analyse de la littérature et enquête auprès des professionnels de l'obstétrique [Internet] [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Nantes]: Université de Nantes; 2017. Disponible sur: [archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/.../b0bd6a36-04e4-4d43-9aad-78b48649e940](http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/.../b0bd6a36-04e4-4d43-9aad-78b48649e940)
- Chiang M-L, Huang W-H. Odontogenic keratocyst clinically mimicking an eruption cyst: report of a case: Odontogenic keratocyst in an infant. *J Oral Pathol Med.* 2004;33(6):373-5.
- Choukroun E. L'acide hyaluronique : intérêts et perspectives au niveau de la sphère buccale [Internet] [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Nantes]: Université de Nantes; 2013. Disponible sur: <https://docplayer.fr/17841324-L-acide-hyaluronique-interets-et-perspectives-au-niveau-de-la-sphere-buccale.html>
- Cizmecci MN, Kanburoglu MK, Kara S, Tatli MM. Bohn's nodules: peculiar neonatal intraoral lesions mistaken for natal teeth. *Eur J Pediatr.* 2014;173(3):403-403.
- Comat P. Les signes et symptômes cliniques associés à la poussée dentaire chez l'enfant : Revue systématique de la littérature [Internet] [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Toulouse]: Toulouse III; 2015. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/831/1/2015TOU31033.pdf>
- Deus Moura LFA, Moura MS, Moura Lima MD, Branco Lima CC, Dantas-Neta NB, Pereira Lopes TS. Natal and Neonatal Teeth: A Review of 23 Cases. *J Dent Child.* 2014;81(2):107-11.
- Dhawan P, Kochhar G, Chachra S, Advani S. Eruption cysts: A series of two cases. *Dent Res J.* 2012;9(5):647-50.
- Direction Générale de la Concurrence de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF). Sécurité des colliers et bracelets pour jeunes enfants [Internet]. Le portail des ministères économiques et financiers. 2017 [Consulté le 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/securite-des-colliers-et-bracelets-pour-jeunes-enfants>
- Dunlop R, Barton D, Jones J. Riga-Fede Disease: A Case Report. *J Pediatr Health Care.* 2013;27(2):155-7.
- Durot V. Prise en charge homéopathique des manifestations cliniques chez l'enfant lors de la poussée des dents temporaires [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Reims]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2017.

Elbur AI, Yousif MA, Albarraq AA, Abdallah MA. Parental knowledge and practices on infant teething, Taif, Saudi Arabia [Internet]. *biomedcentral.com*. 2015 [Consulté le 16 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/8/699>

Eley KA, Watt-Smith PA, Watt-Smith SR. Deformity of the tongue in an infant: Riga-Fede disease. *Paediatr Child Health*. 2010;15(9):581-2.

El-Gilany A-H, Abusaad FES. Mothers' teething beliefs and treatment practices in Mansoura, Egypt. *Saudi Dent J*. 2017;29(4):144-8.

Fayard A, Stagnara J, Terzan L, Chaufferin G. The management of teething symptoms: an observational study of paediatricians in general practice in France. *Eur J Integr Med*. 2012;4:76.

Food and Drug Administration (FDA). Drug Safety and Availability - FDA Drug Safety Communication: FDA recommends not using lidocaine to treat teething pain and requires new Boxed Warning [Internet]. *fda.gov*. 2014 [Consulté le 13 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm402240.htm>

Food and Drug Administration (FDA). Drug Safety and Availability - Risk of serious and potentially fatal blood disorder prompts FDA action on oral over-the-counter benzocaine products used for teething and mouth pain and prescription local anesthetics [Internet]. *fda.gov*. 2018 [Consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm608265.htm>

Fournier-Charrière E, Tourniaire B, Association pour le traitement de la douleur de l'enfant (Paris). Douleur de l'enfant: l'essentiel [Internet]. *pediadol.org*. 2015 [Consulté le 6 mars 2019]. Disponible sur: [https://pediadol.org/wp-content/uploads/2019/02/guide\\_essentiel\\_interactif.pdf](https://pediadol.org/wp-content/uploads/2019/02/guide_essentiel_interactif.pdf)

Gatimel J. Mécanismes biologiques et retards d'éruption dentaire [Internet] [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Toulouse]: Université de Toulouse III; 2013. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/251/1/2013TOU33051.pdf>

George D, Bhat SS, Hegde SK. Oral Findings in Newborn Children in and around Mangalore, Karnataka State, India. *Med Princ Pract*. 2008;17(5):385-9.

Girgis S, Gollings J, Longhurst R, Cheng L. Infant oral mutilation – a child protection issue? *Br Dent J*. 2016;220(7):357-60.

Gouédard C, de Vries P, Darbin-Luxcey C, Foray H, d'Arbonne F. Dents natales et néonatales : connaissances actuelles et prise en charge. *Arch Pédiatrie*. 2016;23(9):990-5.

Graillon N, Dumont N, Guyot L. Maladie de Riga-Fede : ulcération traumatique de la langue chez un nourrisson. *Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale*. 2013;114(2):113-5.

Gugnani N, Pandit IK, Gupta M, Gugnani S, Vishnoi A, Sabharwal O, et al. Ectopic eruption of maxillary central incisor through abnormally thickened labial frenum: An unusual presentation. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2017;35(1):94.

Guicheney F. La poussée dentaire et sa prise en charge : du mythe à la réalité [Thèse d'exercice : médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux II; 2006.

Haute Autorité de Santé (HAS). Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. has-sante.fr. 2008 [Consulté le 25 juill 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration\\_document\\_dinformation\\_des\\_patients\\_-\\_guide\\_methodologique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf)

Haute Autorité de Santé (HAS). Elaboration de recommandations de bonne pratique [Internet]. has-sante.fr. 2016a [Consulté le 4 juin 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide\\_methodologique\\_recommandations\\_pour\\_la\\_pratique\\_clinique.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf)

Haute Autorité de Santé (HAS). Fiche mémo : Prise en charge de la fièvre chez l'enfant [Internet]. has-sante.fr. 2016b [Consulté le 29 nov 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche\\_memo\\_-\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_fievre\\_chez\\_lenfant.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_-_prise_en_charge_de_la_fievre_chez_lenfant.pdf)

Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine [Internet]. has-sante.fr. 2016c [Consulté le 16 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/prise\\_en\\_charge\\_medicamenteuse\\_de\\_la\\_douleur\\_chez\\_lenfant\\_alternatives\\_a\\_la\\_codeine\\_-\\_fiche\\_memo.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/prise_en_charge_medicamenteuse_de_la_douleur_chez_lenfant_alternatives_a_la_codeine_-_fiche_memo.pdf)

Hocquard M. Retard d'éruption dentaire: mécanismes biologiques, diagnostic et traitements [Thèse d'exercice]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2017.

Hong P. Riga-Fede Disease: Traumatic Lingual Ulceration in an Infant. *J Pediatr*. 2015;167(1):204.

Jager S, Darsat C, Droz D. Sensibilisation à la santé bucco-dentaire du tout-petit. *Actual Pharm*. 2018;57(579):35-40.

Journal Officiel (JORF). JORF n°0293 du 17 décembre 2016 texte n° 111 Avis aux importateurs et distributeurs de colliers destinés aux jeunes enfants [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033624447&categorieLien=id>

Kanungo B, Shinde VG, Dash JK, Sahoo PK. Riga-Fede Disease: A case report with literature review. *JIDA J Indian Dent Assoc*. 2013;7(6):23-6.

Kimura JS, Wanderley MT, Pinto-Junior D dos S, Zardetto CG. An unusual case of four simultaneous eruption cysts in an infant. *J Dent Child Chic Ill*. 2014;81(1):38-41.

Kirtaniya BC, Tiwari S, Prakash S, Murmu S, Kumar S. Ectopic Eruption of Teeth and their Management in Children: Literature Review and Case Reports. *EC Dental Science*. 2018;17(4):409-18.

Kozuch M, Peacock E, D'Auria JP. Infant Teething Information on the World Wide Web: Taking a Byte Out of the Search. *J Pediatr Health Care*. 2015;29(1):38-45.

Kumar S, Tadakamadla J, Idris A, Busaily IAA, AlIbrahim AYI. Knowledge of Teething and Prevalence of Teething Myths in Mothers of Saudi Arabia. *J Clin Pediatr Dent*. 2016;40(1):44-8.

Lehr J, Masters A, Pollack B. Benzocaine-Induced Methemoglobinemia in the Pediatric Population. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(5):583-8.

- Lewis DM. Bohn's nodules, Epstein's pearls, and gingival cysts of the newborn: a new etiology and classification. *J - Okla Dent Assoc.* 2010;101(3):32-3.
- Liu M-H, Huang W-H. Oral Abnormalities in Taiwanese Newborns. *J Dent Child.* 2004;71(2):118-20.
- Markman L. Teething: Facts and Fiction. *Pediatr Rev.* 2009;30(8):8.
- Marques AL, Alencar NA de, Maia LC, Antonio AG. Quality of Life related to Eruption Hematoma in a Twenty Months Old Infant. *J Contemp Dent Pract.* 2015;16(9):763-7.
- Massignan C, Cardoso M, Porporatti AL, Aydinoz S, Canto GDL, Mezzomo LAM, et al. Signs and Symptoms of Primary Tooth Eruption: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2016;137(3):e20153501-e20153501.
- Meer Z, Meer A. Teething trouble and its management in children. *Int J Dent Clin.* 2011;3.
- van der Meij EH, de Vries TW, Eggink HF, de Visscher JG. Traumatic lingual ulceration in a newborn: Riga-Fede disease. *Ital J Pediatr.* 2012;38(1):20.
- Memarpour M, Soltanimehr E, Eskandarian T. Signs and symptoms associated with primary tooth eruption: a clinical trial of nonpharmacological remedies. *BMC Oral Health [Internet].* 2015 [cité 16 avr 2018];15(1). Disponible sur: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-015-0070-2>
- Mhaske S, Yuwanati MB, Mhaske A, Ragavendra R, Kamath K, Saawarn S. Natal and Neonatal Teeth: An Overview of the Literature [Internet]. *ncbi.nlm.nih.gov.* 2013 [Consulté le 27 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3759256/>
- Moda A. Gingival Cyst of Newborn. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2011;4(1):83-4.
- Mohan RS, Verma S, Gill N, Singh U. Riga-Fede disease (Cardarelli's aphthae): A report of nine cases. *South Afr J Child Health.* 2014;8(2):72-4.
- Moulis E, Favre De Thierrens C, Goldsmith M-C, Torres J-H. Anomalies de l'éruption. *Encycl Méd-Chir - Pédiatrie - Mal Infect.* 2003;[4-014-C-60].
- Muther L. Utilisation des huiles essentielles chez l'enfant [Thèse d'exercice : pharmacie]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont I; 2015.
- Nagaveni N, Umashankara K, Radhika N, Maj Satisha T. Eruption cyst: A literature review and four case reports. *Indian J Dent Res.* 2011;22(1):148-51.
- Obiajuru IO, Ikpeama CA, Ohalete CN, Uduchi IO. Teething Problems and the Influence of Microbial Infections [Internet]. *scionline.org.* 2017 [Consulté le 26 sept 2019]. Disponible sur: <https://scionline.org/open-access/teething-problems-and-the-influence-of-microbial-infections.pdf>
- Olczak-Kowalczyk D, Turska-Szybka A, Gozdowski D, Boguszewska-Gutenbaum H, Krasuska-Sławińska E, Sobiech P, et al. Longitudinal study of symptoms associated with teething: Prevalence and mothers' practices. *Pediatr Pol.* 2016;91(6):533-40.
- Oliveira AJ de, Silveira ML, Duarte DA, Diniz MB. Eruption Cyst in the Neonate. Marwah N, éditeur. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018;11(1):58-60.

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. Eruption des dents primaires et permanentes [Internet]. ohdq.com. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: [http://www.ohdq.com/docs/default-source/Sant%C3%A9-Buccodentaire/5\\_%C3%A9ruption-des-dents-primaires.pdf?sfvrsn=0](http://www.ohdq.com/docs/default-source/Sant%C3%A9-Buccodentaire/5_%C3%A9ruption-des-dents-primaires.pdf?sfvrsn=0)

Owais A, Zawaideh F, Bataineh O. Challenging parents' myths regarding their children's teething. *Int J Dent Hyg.* 2010;8(1):28-34.

Paiano HMA, Vizzotto D. Parents' perception towards the signs and symptoms of infant teething. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2013;10(4):362-8.

Persegol S, Jager S. Connaissances actuelles et prises en charge des dents natales et néonatales [Internet] [Thèse d'exercice : médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2018 [cité 20 juin 2019]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA\\_TD\\_2018\\_PERSEGOL\\_SILVERE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2018_PERSEGOL_SILVERE.pdf)

Pomarico L, Primo LG, Noce D. Ectopic eruption of the maxillary central permanent incisors and mandibular first permanent molars: Report of an unusual case. *Quintessence Int.* 2005;37(9):677-83.

Quencez J. Les petites pathologies buccales : conseils à l'officine [Thèse d'exercice : pharmacie]. Université de Lorraine; 2016.

Rao R, Mathad S. Natal teeth: Case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2009;13(1):41-6.

Reinberg O. Colliers «d'ambre»: le danger est toujours présent. *Paediatrica.* 2009;20(2):75.

Rekik Y, Ben Daya M, Jemmali B. Parent Beliefs about Infant Teething and Mothers' Practices: A Survey of Tunisian Parents. *Int J Dent Oral Sci.* 2017;4(5):476-80.

Robert F. Prise en charge chirurgicale des kystes odontogènes du maxillaire et de la mandibule [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Nantes]: Université de Nantes; 2013.

Rocheleau L. Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2015.

Sen-Tunc E, Acikel H, Saroglu-Sonmez I, Bayrak S, Tuloglu N. Eruption cysts: A series of 66 cases with clinical features. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal.* 2017;1;22(2):e228-32.

Shinde P, Shetiya S, Agarwal D, Mathur A. Knowledge, attitude, and practice about infant oral hygiene care among indian professional working mothers: A questionnaire study. *J Indian Assoc Public Health Dent.* 2018;16(1):58-61.

Singh RK, Kumar R, Pandey RK, Singh K. Dental lamina cysts in a newborn infant. *Case Rep.* 2012;2012:bcr2012007061-bcr2012007061.

Slayton RL. Treatment alternatives for sublingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). *Pediatr Dent.* 2000;22(5):413-4.

Smitherman LC, Janisse J, Mathur A. The Use of Folk Remedies Among Children in an Urban Black Community: Remedies for Fever, Colic, and Teething. *Pediatrics.* 2005;115(3):e297-304.

Société Canadienne de Pédiatrie (SCP). L'érythème fessier - Soins de nos enfants [Internet]. Soins de nos enfants. 2017 [Consulté le 12 févr 2019]. Disponible sur: [https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/diaper\\_rash](https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/diaper_rash)

Taillefer A, Casasoprana A, Cascarigny F, Claudet I. Port de colliers de dentition chez le nourrisson. Arch Pédiatrie. 2012;19(10):1058-64.

Vaysse F, Noirrit E, Bailleul-Forestier I, Bah A, Bandon D. Les anomalies de l'éruption dentaire. Arch Pédiatrie. 2010;17(6):756-7.

Veyckemans F. L'anesthésie locale chez l'enfant [Internet]. 2004 [Consulté le 13 févr 2019]. Disponible sur: <http://cnrd.fr/L-anesthesie-locale-chez-l-enfant.html>

Wake M, Hesketh K, Allen M. Parent beliefs about infant teething: A survey of Australian parents. J Paediatr Child Health. 1999;35(5):446-9.

Zou J, Meng M, Law CS, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. Int J Oral Sci. 2018;10(1):1-7.

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Fréquence d'apparition des symptômes en fonction de l'âge

Tableau 2 : Synthèse de la corrélation des différents symptômes supposés de l'éruption

Tableau 3 : Principales substances homéopathiques conseillées en France

Tableau 4 : Principaux produits pharmaceutiques commercialisés en France

Tableau 5 : Synthèse des principales pratiques dangereuses ou non recommandées

Tableau 6 : Synthèse des solutions non-pharmacologiques

Tableau 7 : Synthèse des solutions pharmacologiques recommandables

Tableau 8 : Synthèse des conseils généraux

Tableau 9 : Synthèse des prises en charge de pathologies de l'éruption

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Collier d'ambre

Figure 2 : Bâtons de racines de guimauve

Figure 3 : Innova® Doigtier-Brosse à dent

Figure 4 : Anneau de dentition à réfrigérer

Figure 5 : Hyalugel® 1ères dents

Figure 6 : Échelle d'hétéro-évaluation EDIN

Figure 7 : Échelle d'hétéro-évaluation EVENDOL

Figure 8 : Perles d'Epstein

Figure 9 : Nodules de Bohn

Figure 10 : Kyste gingival d'un nouveau-né

Figure 11 : Arbre décisionnel de prise en charge de dents natales et néo-natales

Figure 12 : Lésion ulcéreuse de la face ventrale de la langue chez une petite fille de 6 mois

Figure 13 : Hématome d'éruption de la première molaire temporaire mandibulaire

Figure 14 : Kyste d'éruption en regard des incisives centrales temporaires mandibulaires

Figure 15 : Éruption ectopique linguale des incisives centrales mandibulaires en raison de la persistance des incisives temporaires

Figure 16 : Chronologie de l'éruption et de la perte des dents temporaires

Figure 17 : Chronologie de l'éruption des dents permanentes

Figure 18 : Inversé d'articulé lié à l'exfoliation retardée de 51 ayant causé l'éruption ectopique palatine de 21

Figure 19 : Guide de prise en charge (Introduction du dépliant)

Figure 20 : Symptômes et précautions (Partie 1 du dépliant)

Figure 21 : Solutions de prises en charge (Partie 2 du dépliant)

Figure 22 : Quelques pathologies liées à l'éruption (Partie 3 du dépliant)

**Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être  
considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni  
improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire**

**BOUKOBZA Abraham Samuel. Symptômes et pathologies de l'éruption des dents temporaires : apport d'une fiche de bonnes pratiques à destination des pédiatres et des chirurgiens-dentistes. 2019. 77 p. : ill., tabl. Réf. Biblio. : 68-74.**

**Sous la direction du Dr *SCAVINER Justine* et du Pr de *LA DURE MOLLA Muriel***

**Th : Chir Dent. : Paris 7 : 2019**

---

**RESUME en Francais :**

Des théories associées aux signes et symptômes de l'éruption des dents temporaires se sont succédées au travers des siècles, sans véritables preuves scientifiques. L'absence de recommandations officielles des autorités de santé semble constituer une barrière à une prise en charge appropriée.

La littérature met en évidence une augmentation de certains symptômes en lien avec la poussée dentaire : troubles du sommeil, irritabilité, perte d'appétit, hypersalivation, diarrhée et légère élévation de la température. L'éruption des dents temporaires n'est pas corrélée à des douleurs importantes ou des symptômes sérieux et persistants.

L'objectif de cette thèse est la réalisation d'un document d'information destiné aux pédiatres et chirurgiens-dentistes, abordant les thérapeutiques des symptômes et de quelques pathologies liés à l'éruption des dents temporaires, se basant sur l'analyse des données actuelles de la littérature.

---

**TITRE en Anglais : Symptoms and pathologies of temporary tooth eruption : contribution of a good practice information sheet towards pediatricians and dentists**

---

**DISCIPLINE :** Odontologie pédiatrique

---

**MOTS-CLES Français :**

Éruption dentaire (FMeSH), Signes et Symptômes (FMeSH), Kystes (FMeSH), Dents natales (FMeSH), Thérapeutique (FMeSH), Bonnes pratiques, Maladie de Riga-Fede, Support pédagogique

---

**MOTS-CLES Anglais :**

Tooth Eruption (MeSH), Signs and Symptoms (MeSH), Cysts (MeSH), Natal teeth (MeSH), Therapeutics (MeSH), Good practice, Riga-Fede Disease, Support material

---