 **UNIVERSITÉ BADJI MOKHTAR. ANNABA**

 **FACULTÉ DE MÉDECINE**

 **DÉPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE**

|  |
| --- |
| La première molaire permanente chez l’enfanthttp://1.bp.blogspot.com/-Swi9bL2m81k/T0S4dalX9aI/AAAAAAAAAAs/xPfDSgWp58U/s1600/pedodontie-sealant-1.jpg |

Année universitaire 2019/2020

**Pr CHERIFI. A**

**cherifiazzedine@gmail.com**

**I. Introduction**

**II. Rappel anatomique**

**1. La première molaire inférieure**

**2. La première molaire supérieure**

**III. Embryologie**

**IV. La pathologie carieuse**

**1. L'immaturité amélaire**

**2. L'anatomie occlusale**

**3. L'immaturité dentinaire**

**4. L'immaturité pulpaire**

 **V. les differents types de caries**

 **1.Carie évolutive des sillons, puits et fissures**

 **2. Carie de surface**

 **3. Carie mésiale arrêtée de la première molaire**

**VI. Thérapeutique conservatrice**

**1. Thérapeutique préventive**

**1.1 Action sur l'alimentation**

**1.2. Hygiène bucco-dentaire adaptée**

**1.3. Renforcement par apport de fluor**

 **1.4. Scellement prophylactique**

**2. Thérapeutique curative**

 **VII. Conclusion**

**I.Introduction**

La première molaire est la première molaire permanente à apparaitre, également appelée « dent de 6 ans ».

Son éruption passe souvent inaperçue car elle est souvent confondue avec une dent temporaire.

Du fait de sa localisation, elle est le siège de caries fréquentes et doit faire l'objet d'une attention particulière lors du brossage.

C'est la dent clé de l'occlusion, dent stratégique dans la cavité buccale, considérée comme le carrefour de tous les dangers pour certains.

C'est la première dent permanente chez l'enfant, elle joue un rôle très important dans la mastication, c'est une dent pilier de l'arcade dentaire.

**II Rappel anatomique**

 **1.La première molaire inférieure**

Elle est biradiculée, pentacuspidée, présente 5 sillons triturant.

Les 2 racines sont le plus souvent incurvé distalement, elles sont raremen fusionnées, elles sont aplaties.

• La racine distale est un peu plus longue et comporte un à deux canaux.

• La racine mésiale comporte 2 canaux.

 **2. La première molaire supérieure**

Elle est triradiculée, tetracuspidée et présente 5 sillons triturant.

Les racines se décompose en 2 racines vestibulaires (mésiale, distale), et une racine palatine plus importante, leur inclinaison est distale, elles sont rarement fusionnées, leur allure générale est conique.

**III. Embrologie**

 La dent de 6 ans, ainsi que la deuxième molaire résulte de l'extension distale de la lame dentaire, son éruption se fait entre 5ans et demi et 6 ans et demi quand la couronne et les 2/3 radiculaires sont formées.

 la couronne est achevée sur le plan morphologique externe vers 3 à 4ans et l'édification radiculaire demande 3 à 4ans après l'éruption pour qu'elle soit complète.

**IV/ La pathologie carieuse**

Le diagnostic d'une lésion carieuse sur les dents permanentes immatures revêt un caractère d'urgence.

Il faut à tout pris sauvegarder la vitalité pulpaire (afin de permettre une édification radiculaire).

Le praticien devra expliqué au parents et aux enfants les facteurs favorisants de la carie précoce, en présence de la plaque bactérienne, le brossage défectueux, l'alimentation riche en produit adhèrent et sucré.

**Cette vulnérabilité précoce des premières molaires permanentes est due à :**

 1/ **L'immaturité de l'émail**

Devant cet émail immature, avec une surface poreuse, la plaque y adhère fortement. La maturation de l'émail s'effectue au cours des années qui suivent son éruption.

Le fait que la dent soit en cours d'éruption pendant plusieurs mois favorise la rétention de la plaque sur la face occlusale qui n'est-pas totalement fonctionnelle au cours de la mastication.

 2/ **L'anatomie occlusale**

Elle présente de nombreuses anfractuosités, puits et fissures, qui sont des facteurs anatomiques de rétention de la plaque.

 **3/ L'immaturité dentinaire**

La dentine sur dent immature présente des tubuli largement ouvert ; ce qui favorise la prolifération rapide de la carie une fois la jonction amélo-dentinaire soit franchit.

 4/ **L'immaturité pulpaire**

Elle se caractérise par une innervation immature, qui contribue à rendre moins sensible la dent permanente jeune aux différentes stimulations externe.

**V. les differents types de caries**

 **1/ Carie évolutive des sillons, puits et fissures**

 C'est une forme très extensible, celle-ci va non seulement se développée en direction pulpaire mais en largeur sur toute la surface de l'émail à tel point que la simple ouverture occlusale repérée à la sonde nous confronte avec une bonne partie de l'émail non soutenue.

Ceci devrait inciter le praticien à un dépistage soigneux clinique et radiographique qui lui permettra des mesures préventives plus tôt possible.

 **2/ Carie de surface** (White spot, tache blanche)

 Il s'agit de l'atteinte carieuse de l'émail avec extension rapide en surface.

Elle se développe en 3 phases:

* Une phase de début: elle se présente comme une tache blanche dans laquelle la sonde accroche, (élément différentiel dans le diagnostic différentiel des opacités de l'émail qui se minéralise).
* Une phase d’état: la lésion évolue en profondeur, l'émail est totalement

Détruit laissant apparaître la dentine, à cette période, la rétention de la plaque bactérienne est favorisée par la perte de substance.

* L'extension de la lésion se fait au niveau de toute la face vestibulaire rejoignant l'aspect d'une cavité classe V très étendue avec des bords d'émail plus ou moins distincts.

 **3/ Carie mésiale arrêtée de la première molaire**

 Elle succède à une carie évolutif survenant au point de contact avec la deuxième molaire temporaire, elle se présente au niveau de l'émail sous forme de tâche marron limitée à la surface de contact sans perte de substance.

 La chute ou la perte de dent temporaire permettra une meilleure hygiène de la région et la lésion carieuse se transforme en lésion arrêtée.

 **VI. Thérapeutique conservatrice**

**1/ Thérapeutique preventive**

**L'action préventive doit porter sur plusieurs de ces facteurs:**

* Action sur l'alimentation ;
* Mise en place d'une hygiène bucco-dentaire adaptée ;
* Renforcement des dents par apport de fluor;
* Visites dentaires et actes professionnels de prévention (Sealants).

 **1.1. Action sur l'alimentation**

 Tous les aliments qui contiennent des hydrates de carbone sont potentiellement cariogènes.

Notre action portera sur :

* Limitation de consommation des hydrates de carbone ;
* Choix d'une alimentation équilibrée;
* Eviter les prises répétées de boissons sucrées, ou les boissons à pH bas.

 **1.2. Hygiène bucco-dentaire adaptée**

Motivation à l’hygiéne bucco-dentaire de l’enfant avec comme objectif, le contrôle de la plaque dentaire en quantité et en qualité.

 **1.3. Renforcement par apport de fluor** **« Voir cours fluor»**

 **1.4. Scellement prophylactique « Voir cours sealants»**

**2/ Thérapeutique curative**

La résine composite reste le matériau de choix actuellement pour la réalisation de la dentisterie moderne plus préventive que curative.

La maîtrise du champ opératoire est la clé essentielle de succès en dentisterie adhésive et la digue apparaît comme le moyen d'y parvenir.

On privilégiera la préparation de cavités ultraconservatrices avec préservation des crêtes marginales surplombantes et du contact amélaire interproximale.

Ces interventions sont réalisées grâce aux aides optiques associées à des instruments de préparation conventionnels (microfraises) ou innovants (insert abrasifs sonores ou ultrasonores, air abrasion).

* **Concernant les lesions poximales**, les cavités conservatrices ont toutes pour objectifs de préserver les tissus minéralisés, et en particulier les crêtes marginales et l'aire de contact interproximal.
* **Concernant les lésions cervicales,** cette zone particulière présente habituellement des lésions carieuses dont la topographie et le développement sont en rapport avec la situation du collet anatomique et celle du collet clinique (la gencive libre), comme pour les autres zones de cario-susceptibilité, des lésions initiales en rapport avec l'accumulation de la plaque bactérienne peuvent et doivent impérativement être traitées par des méthodes qui induisent la reminéralisation. Lorsque la restauration est nécessaire, les traitements peu invasifs sont néanmoins préférées pour préserver les tissus dentaires, en profitant des avantages que peuvent offrir les matériaux de restauration adhésifs bioactifs (puisque l'exigence esthétique n'est pas le critère principal).

**VII Conclusion**

* L'odontologie pédiatrique actuelle est tout à fait armée pour offrir à nos enfants des bouches pratiquement exemptes de lésion carieuse avec une denture harmonieusement implantée
* À charge pour les parents d'inculquer de saints principes d'hygiène et de ne pas attendre la survenue d'un problème pour consulter.