

## Article original

# Etat bucco-dentaire des enfants du Nord-Pas de Calais atteints d'une hémopathie maligne. Conséquences dans leur prise en charge

Marie Mercier<sup>1,\*</sup>, Monique-Marie Rousset<sup>2</sup>, Brigitte Nelken<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Faculté de Chirurgie dentaire, Université Lille 2, France

<sup>2</sup> Laboratoire de Morphogenèse céphalique et Prévention, Faculté de Chirurgie dentaire, Université Lille 2, France

<sup>3</sup> Service d'Hématologie pédiatrique, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU Lille, France

(Reçu le 21 décembre 2010, accepté le 27 janvier 2011)

**Mots clés :**  
hémopathie /  
risque infectieux /  
carie dentaire /  
catégorie  
socioprofessionnelle

**Résumé** – Problématique : En France, le taux de mortalité par cancer dans la tranche d'âge 0–15 ans est de 1/10 000, et le décès souvent causé par des infections opportunistes. Il est donc indispensable de lutter contre le risque infectieux.

L'atteinte carieuse reste une préoccupation de santé publique malgré les campagnes de prévention et touche inégalement les différentes catégories sociales. Les caries non traitées entraînent un risque infectieux dont l'impact sur la santé générale de l'enfant est bien connu.

Objectif : Il a été de quantifier ce risque dans une population d'enfants admise pour la première fois en onco-hématologie.

L'étude a inclus, sur un an, 84 enfants hospitalisés à l'Hôpital Jeanne de Flandres de Lille pour une hémopathie maligne.

Les enfants ont bénéficié d'un bilan bucco-dentaire, complété si nécessaire par une radiographie panoramique, à leur admission dans le service et leur appartenance à une catégorie socioprofessionnelle (CSP) a été déterminée.

Résultats : L'âge moyen des enfants examinés de 8 ans et 9 mois. L'indice CAO moyen de 2,86 ; il est plus élevé que dans la population générale. 51,2 % des enfants présentaient un risque infectieux d'origine dentaire. La répartition par catégories socioprofessionnelles a montré que le pourcentage de risque infectieux est plus élevé dès la CSP 4.

Conclusion : Pour prévenir le risque infectieux, une prise en charge des caries sur dents temporaires et des contrôles réguliers dès le plus jeune âge chez le chirurgien-dentiste s'avèrent indispensables. Les difficultés rencontrées par les jeunes patients pour accéder aux soins nécessitent d'envisager un protocole d'organisation des soins dentaires pour les enfants atteints d'hémopathie maligne.

**Key words:**  
haemopathy /  
infectious risk /  
tooth decay /  
professional status

**Abstract** – Oral state outcome of children suffering from a malignant disease in Nord-Pas-de-Calais, and its consequences. Infant mortality by cancer among french children between 0 and 15 years old comes to 1/10000, and this often caused by opportunistic infections. So, avoid infectious risk is a priority.

Despite of the prevention campaigns, tooth decay is an important stake in public health, and unequally touches the different social classes. Uncared tooth decays lead to an infectious risk, which has an important impact on the general health of the child.

Objective: This work aims at quantifying this infectious risk in a child population, who was admitted for the first time in paediatric haematology. 84 children were included in this protocol: they were admitted for malignant disease in the haematology service to the Hospital Jeanne de Flandre in Lille. The socioprofessional status of each child was determined. At the admission in the service, oral tests were realised for each child, with panoramic radiography if necessary.

\* Correspondance : marie\_314@hotmail.com

Results: Medium age of examined children is 8 years and 9 months old. The medium CAO indicator is 2.86 which is higher than in the general population. And 51.2% of children present an infectious risk of dental origin. The socioprofessional classes repartition shows that the percentage of infectious risk is higher from socioprofessional status 4 than for the previous status.

Conclusion: To prevent the infectious risk, decay cares on deciduous teeth and regular early childhood controls at the dentist's are necessary. Cares access is difficult for these young patients, so it is necessary to find a mean of organizing dental cares for those who are suffering from haemopathy.



**Fig. 1.** Caries précoces chez un enfant de 3 ans.  
*Fig. 1. Early childhood decays of young child.*

Les modifications du mode alimentaire lors des dix dernières années font que la carie dentaire chez le jeune demeure un problème de santé publique important, avec des disparités régionales très fortes [1]. Le mauvais état bucco-dentaire de l'enfant a des répercussions à la fois sur l'évolution des dents permanentes, sur la santé et la croissance, sur la vie quotidienne et l'intégration sociale : il peut provoquer des douleurs aiguës ou chroniques, perturber le sommeil, rendre difficile l'alimentation et nuire au bien être de l'enfant [2]. Les lésions importantes engendrées par la carie dentaire sont observables dès le plus jeune âge (Fig. 1).

Le processus carieux non traité peut être le point de départ d'infections répétées : celles-ci sont parfois responsables d'infections focales chez les patients plus fragiles car, à partir de la pulpe dentaire, les bactéries peuvent pénétrer dans la circulation sanguine [3].

Parallèlement le cancer peut toucher n'importe quel enfant ou adolescent. En France, il représente une des premières causes de mortalité chez les enfants de 0-15 ans avec un taux d'1/10 000 : une origine infectieuse en est souvent la cause et, dans ce contexte, tout risque infectieux latent doit être dépisté car il représente pour ces jeunes patients un enjeu vital [4].

A Lille, l'hôpital pédiatrique Jeanne de Flandre comprend une Unité protégée qui accueille les enfants et adolescents touchés par une hémopathie : cette Unité a souhaité, dans une démarche de prévention des risques infectieux, qu'un bilan bucco-dentaire soit réalisé. En effet, l'indice CAO moyen de 0 à 18 ans de la population du Nord Pas-de Calais est en dessus de la moyenne nationale [5].

Quand les soins dentaires ont été négligés, le mauvais état bucco-dentaire nécessite une adaptation de la prise en charge et du traitement du patient car les infections représentent la principale cause de décès en oncologie. Or, un mauvais état bucco-dentaire constitue une porte d'entrée infectieuse, l'éradication des foyers infectieux dentaires diminue le nombre de syndromes infectieux septicémiques. Une démarche préventive est donc nécessaire et la participation du chirurgien dentiste permet de réaliser :

- un bilan bucco-dentaire systématique avec évolution du risque infectieux d'origine dentaire,
- les soins et/ou les avulsions indispensables,
- les contrôles réguliers pour limiter le risque infectieux,
- une éducation à la santé pour permettre au jeune patient d'acquérir une hygiène bucco-dentaire et alimentaire satisfaisante.

En onco-hématologie pédiatrique, la problématique est la suivante : la décision de réaliser une greffe pouvant être prise en cours de traitement, il faut donc auparavant identifier tout risque infectieux éventuel afin de l'éliminer ; compte tenu de ce contexte, les médecins et les chirurgiens dentistes de l'hôpital Jeanne de Flandre réalisent un bilan bucco-dentaire systématique dès l'admission dans le cadre d'un bilan pré-thérapeutique.

Ce bilan est réactualisé quand l'équipe médicale le juge nécessaire, ou lors du bilan pré-greffe où la recherche de la présence de foyers infectieux est refaite systématiquement et enfin, quand le patient en manifeste le besoin.

Pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire tout au long du traitement d'une hémopathie maligne, ces consultations s'accompagnent d'une éducation aux bonnes pratiques de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire donnée aux patients et à leur entourage familial [6].

Comme il est impossible de prévoir initialement le type et la durée du traitement dans les affections hématologiques, il est difficile de programmer un rendez-vous en cabinet dentaire de ville : le dépistage bucco-dentaire réalisé au lit du malade permet de connaître le besoin éventuel de soins, la nécessité ou non de les réaliser rapidement, et de sensibiliser le patient à l'importance d'un bon état bucco-dentaire qui ne peut qu'être bénéfique dans le contexte de l'affection [7].

La fréquence du processus carieux rencontré chez ces enfants, leur besoin en soins bucco-dentaires, et l'existence ou non d'un risque infectieux ont conduit à la réalisation d'une étude sur les bilans effectués.

## Objectifs

L'objectif principal est de déterminer l'existence ou non d'un risque infectieux d'origine bucco-dentaire afin de l'éliminer avant la programmation d'une greffe. Les objectifs secondaires d'étudier :

- l'indice CAO et de le comparer aux résultats des enquêtes de l'UFSBD chez les enfants de 6 et 12 ans réalisées en 2006,
- de relever la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance des parents et d'établir éventuellement si certaines sont plus concernées par la carie dentaire.

L'hypothèse de travail étant que le besoin de soins et/ou l'indice CAO seraient plus élevés dans la population étudiée que dans les populations de référence. Dans ce cas, une amélioration de la prise en charge par les professionnels serait un bénéfice pour ces enfants et permettrait de limiter le risque infectieux.

## Population

L'Unité protégée A (UPA) est réservée aux traitements des tumeurs malignes de l'enfant (leucémie, néphroblastome, neuroblastome, lymphomes) et aux soins palliatifs. L'hôpital de jour accueille les jeunes patients en cures ou en contrôle.

La population étudiée est constituée de sujets jeunes, âgés de 2 à 18 ans, examinés entre mars 2009 et septembre 2010, hospitalisés à l'UPA pour le diagnostic d'une hémopathie, une cure d'induction ou de consolidation, une aplasie fébrile, ou qui reviennent à l'hôpital de jour pour des cures ou pour des examens réguliers. Certains patients ont été greffés ou sont en attente de greffe. L'étude comporte des filles et des garçons en denture temporaire, mixte ou définitive, soignés le plus fréquemment pour une LAL ou une LAM, et plus rarement, pour un lymphome lymphoblastique B à grandes cellules, pour un lymphome T, pour un lymphome de Burkitt, ou pour un sarcome myéloïde.

## Méthodologie

L'étude a respecté les règles de protection des personnes et de l'AFASSPS, et les règles d'asepsie particulières aux unités protégées. Son caractère non invasif a permis d'obtenir l'accord des médecins du service, et l'étude a été menée sous forme de consultation dentaire au lit du patient.

Le dossier médical indique l'affection de l'enfant, son état hématologique et la catégorie socioprofessionnelle des parents.

Un kit « sonde-miroir-précélles » stérile non jetable est utilisé pour chaque patient. Gants et masques, et parfois surblouse, sont portés pour réaliser l'examen de la cavité buccale. La consultation se déroule de la manière suivante :

- présentation de la consultation à l'enfant

**Tableau I.** Les différentes catégories socioprofessionnelles.  
*Table I. The different socioprofessionnal status.*

CSP	CODE DES PROFESSIONS
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activité professionnelle

- explication de l'importance de ce dépistage à l'enfant et aux parents présents
- recueil des habitudes alimentaires et des mesures d'hygiène bucco-dentaire journalières
- examen de la cavité buccale : dents et muqueuse, et réalisation d'un odontogramme
- conseils aux parents et à l'enfant pour le retour à la maison concernant le brossage des dents, sa fréquence, et les habitudes alimentaires à corriger (souvent boissons sucrées et grignotage).

L'analyse repose sur le calcul de la moyenne des indices CAO pour chaque population définie selon la catégorie socioprofessionnelle des parents comme dans les études réalisées à l'échelon national.

L'indice CAO est le reflet de l'état carieux passé et présent d'un individu. Pour juger du caractère infectieux ou non des lésions, et pour évaluer le risque de bactériémie lié à ces lésions, il a été également tenu compte de « l'activité » de chaque lésion représentant un risque infectieux potentiel pour le patient [8].

Les résultats nationaux étant obtenus par catégories socioprofessionnelles, cette classification a été conservée pour permettre une meilleure interprétation des résultats de l'étude. Le tableau I rappelle les différentes catégories socioprofessionnelles répertoriées. L'âge de l'enfant est celui qu'il avait lors de la première consultation.

## Résultats

Le groupe étudié comporte 84 enfants (53 garçons et 31 filles) dont :

- l'âge moyen est de 8,75 ans : 26 enfants ont moins de 6 ans, 22 enfants ont plus de 12 ans ;
- l'indice CAO moyen est de 2,86 et 45 enfants ont un indice CAO positif ;
- 43 enfants sur 84 ont un risque infectieux (RI) d'origine dentaire, soit 51,2 % des patients examinés ;
- parmi ceux-ci le risque infectieux provient d'une atteinte carieuse dans 83,72 % des cas ;

**Tableau II.** Nombre d'enfants, âge moyen et indice CAO par CSP.

Table II. Number of child in each socioprofessionnal status, average age and CAO index.

CSP	EFFECTIFS	AGE MOYEN	CAO	RISQUE INFECTIEUX
1	1	2	0	0
2	6	15	3,5	3
3	4	9 1/2	0,75	3
4	30	8	1,37	9
5	25	7 1/2	2,56	14
6	10	9	6	7
8	8	9 3/3	5,88	7
	84	8 3/3		43 RI
	53G	26 < 6 ans	2,86	51,2 %
	31F	22 > 12 ans		

- chez les autres enfants, il est lié le plus souvent à un accident d'évolution (inflammation, dents enclavées, péri-coronarites) des dents de sagesse ou à l'éruption des autres dents ;
- le risque infectieux d'origine dentaire peut être immédiat ou non. Il est considéré comme immédiat s'il y a une atteinte pulpaire, une inflammation gingivale ou une péri-coronarite. Le risque infectieux différé concerne des dents cariées sans atteinte pulpaire, mais dont les soins sont à effectuer. En denture temporaire, si le patient ne fait pas réaliser les soins, la dégradation de l'atteinte carieuse est très rapide et le risque infectieux devient effectif du fait de l'atteinte pulpaire secondaire. Les différentes étiologies du risque infectieux rencontrées chez les enfants examinés sont présentées dans le tableau II.

Le tableau II regroupe l'ensemble des données obtenues. Les résultats sont présentés par catégories socioprofessionnelles, afin de les comparer aux indices CAO obtenus lors des études nationales. Les 84 enfants examinés sont issus de toutes les catégories socioprofessionnelles, sauf de la CSP 7. Le pourcentage de risque infectieux est plus élevé dès la CSP 4.

Le tableau III présente l'étiologie des différents risques infectieux identifiés chez les enfants examinés. Le pourcentage de risque infectieux immédiat est presque 3 fois plus élevé que le pourcentage de risque infectieux différé. Le risque infectieux, s'il est différé, n'en est pas moins réel tant la dégradation est souvent rapide en denture temporaire comme le montrent les Figs. 2, 3 et 4 qui représentent les radiographies successives d'une 85 prises sur 2 mois.

La CSP 6 avec 10 enfants est la catégorie dont l'indice CAO = 6 est le plus élevé :

- 7 enfants (moyenne d'âge de 11,14 ans) ont un indice CAO positif et présentent 35 caries et 7 dents obturées ; 2 enfants se partagent la moitié des caries : respectivement 10 (9,5 ans avec un indice CAO de 10) et 8 (15 ans avec un indice CAO de 11) ; les 5 autres enfants ont tous 3 ou 4 caries

**Tableau III.** Présentation des risques infectieux d'origine dentaire immédiats ou différés.

Table III. Presentation of dental origin infectious risks, which are immediate or delayed.

	RISQUE INFECTIEUX IMMEDIAT	RISQUE INFECTIEUX DIFFERE
1 OU 2 DENTS A SOIGNER		12
ATTEINTE PULPAIRE	19	
NECROSE/ DYSCHROMIE	3	
TROUBLES D'ERUPTION	5	
ACCIDENT	4	
D'EVOLUTION DDS	31	12
	72,1 %	27,9 %



**Fig. 2.** La 85 présente une restauration occlusale en composite qui n'est plus étanche.

Fig. 2. The 85 presents an composite occlusal reconstitution, not impermeable anymore.



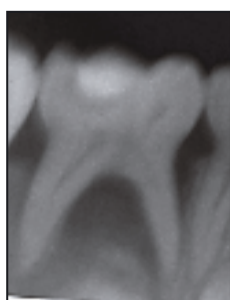
**Fig. 3.** Un mois plus tard, la 85 présente une lésion péri-apicale.

Fig. 3. TOne month latter, the 85 presents a periapical lesion.

- dans ce groupe, les caries constituent le seul risque infectieux pour ces enfants
- la moyenne d'âge des enfants indemnes de caries est de 4 ans

La CSP 8 avec un indice CAO de 5,88, est la 2<sup>ème</sup> catégorie ayant l'indice le plus élevé :

- elle comprend 8 enfants, dont 7 ont un indice CAO positif
- les 7 risques infectieux d'origine dentaire correspondent tous à un indice CAO positif, mais 2 ne sont pas d'origine



**Fig. 4.** Deux mois plus tard, la 85 présente une infection péri-apicale étendue.

*Fig. 4. Two months latter, the 85 presents an infection.*

carieuse. Ces 2 enfants ne présentent pas de caries, les soins ont été effectués : ils cumulent à eux deux 14 des 17 dents obturées

- 2 des 5 enfants porteurs de caries cumulent 21 des 29 dents cariées du groupe, respectivement 8 (8 ans 1/2 avec un indice CAO de 9) et 13 (5 ans avec un indice CAO de 13)
- le seul enfant indemne de carie de ce groupe est âgé de 10 ans

La CSP 4 avec 30 enfants est la catégorie la plus représentée dans cette étude :

- 10 enfants ont un indice CAO de 1,37. Leur moyenne d'âge est de 8,8 ans, et ils se partagent 35 caries et 6 dents obturées
- 2 enfants se partagent respectivement 11 (10 ans avec un indice CAO de 12) et 6 (10 ans avec un indice CAO de 6) caries soit la moitié des caries du groupe
- un enfant a un CAO de 1, et il s'agit d'une dent obturée
- tous les risques infectieux du groupe sont d'origine carieuse
- il y a 21 enfants indemnes de caries

La CSP 5 avec 25 enfants est la 2<sup>ème</sup> catégorie la plus représentée dans cette étude :

- 15 enfants ont un indice CAO de 2,56
- 13 enfants, dont la moyenne d'âge est de 9,5 ans, se partagent 46 caries, et présentent un risque infectieux liés à ces caries ; 2 enfants se partageant 15 caries, l'un 8 caries (6 ans avec un indice CAO d 8) et l'autre 7 caries (7,5 ans avec un indice CAO de 11)
- les autres enfants présentent de 1 à 5 caries
- 2 enfants ont un indice CAO positif, pour des dents obturées et non pour des dents cariées ; ces enfants ne présentent pas de risque infectieux d'origine carieuse
- un enfant, âgé de 16 ans, avec un indice CAO de 0, présente un risque infectieux d'origine dentaire, dû à un accident d'évolution de ses dents de sagesse inférieures
- la moyenne d'âge des enfants indemnes de caries est de 5,83 ans, le plus jeune est âgé de 1,5 an

L'indice CAO le plus important (5,88) est rencontré dans la CSP 8 (cf. Tab. IV). Le risque infectieux le plus important

**Tableau IV.** indice CAO par CSP.

*Table IV. CAO index in each socioprofessional status.*

CSP	CAO
1	0
2	3,5
3	0,75
4	1,37
5	2,56
6	6
8	5,88
	2,86

**Tableau V.** Risque infectieux par CSP.

*Table V. Infectious risk in each socioprofessional status.*

CSP	RISQUE INFECTIEUX
1	0
2	3 = 6,99 %
3	3 = 6,99 %
4	9 = 20,93 %
5	14 = 32,55 %
6	7 = 16,27 %
8	7 = 16,27 %
	43 RI
	51,2 %

est rencontré dans le CSP 5 : 32,55 % des enfants présentant un risque infectieux (cf. Tab. V). Le risque infectieux d'origine dentaire est le plus souvent immédiat. Ceci implique la réalisation de soins dans de brefs délais, quand l'enfant est hospitalisé dans le service d'onco-hématologie.

### Comparaison avec les données existantes

En 1999, l'évaluation médicale du BBD fixe l'indice CAO moyen à 4,08, avec des disparités régionales importantes [9]. La région Nord-Pas de Calais-Picardie est la 4<sup>ème</sup> région la plus touchée avec un indice CAO de 4,93. Il y a une amélioration par rapport à 1987 où l'indice CAO était de 6,93, mais ce dernier semble stagner puisqu'en 1991, il était encore de 4,92, arrivant juste derrière celui des Départements d'Outre Mer [10].

Malgré une diminution globale de la carie en France, l'amélioration des indicateurs de santé bucco-dentaire concerne surtout les enfants de milieux socioéconomiques moyens ou élevés et il persiste des groupes et des individus à risque.

L'absence de dépistage et d'information sanitaire dès les premières années a des conséquences lourdes sur les populations défavorisées de notre région qui sont particulièrement touchées par la carie dentaire. Dans ce contexte, une action de dépistage et d'éducation est menée depuis l'année scolaire

1999/2000 auprès des enfants de 9-11 ans, scolarisés dans les écoles assimilées aux réseaux d'éducation prioritaire de la région Nord-Pas de Calais. Cependant la tranche d'âge choisie est déjà trop tardive, et les parents ne sont pas associés directement à l'éducation [10].

Les centres hospitaliers ne possèdent pas suffisamment de moyens humains pour assurer cette éducation à la santé alors même que les enfants de moins de 8 ans sont rarement pris en charge dans les cabinets de ville

En 2006, l'UFSBD a effectué une enquête sur les enfants de 6 et 12 ans [11]. Elle montre un indice CAO à 6 ans de 1,38 et 63 % des enfants sont indemnes de caries. Il est de 1,23 à 12 ans et 56 % des enfants sont indemnes de caries ; 6 % des enfants non indemnes de caries cumulent 20 % des dents atteintes et, parmi ceux-ci, 20 % des enfants cumulent 72 % des dents atteintes [12].

Les enfants sont touchés de façon inégale en fonction de la CSP : les agriculteurs pour 1,42 %, les ouvriers pour 1,55 % et les inactifs pour 1,60 % [13].

Les enfants scolarisés en ZEP avec un taux de 1,49 ou en zone rurale avec un taux de 1,59 sont plus significativement atteints par la carie dentaire. Par contre seulement 0,9 % sont touchés pour les enfants des cadres supérieurs. Cette enquête montre que les objectifs de santé publique sont atteints pour certaines CSP mais pas pour toutes [14].

L'enquête effectuée sur les enfants admis en UPA ou en hôpital de jour montre qu'ils ont un indice CAO moyen de 2,86 ; pour mémoire, en 1999, la région Nord-Pas de Calais-Picardie était la 4<sup>ème</sup> région la plus touchée avec un indice de 4,93. Pour les CSP 2, 4, 5, 6 et 8, les indices CAO observés sont supérieurs à ceux donnés par les enquêtes nationales réalisées en 2006.

De plus, il faut accorder une attention particulière à ces enfants fragilisés aussi bien sur le plan général que sur le plan bucco-dentaire car ils présentent un risque infectieux immédiat ou différé d'origine dentaire qui peut péjorer leur état général : il convient de trouver des solutions adaptées à leur pathologie et à leurs traitements pour préserver au mieux leur pronostic vital.

## Discussion

Cette étude a mis en évidence l'existence d'un risque infectieux d'origine dentaire chez les enfants hospitalisés dans le Service d'Onco-hématologie de l'Hôpital Jeanne de Flandre. Ce risque concerne plus de 50 % des patients et, pour presque les trois quarts, le risque est immédiat.

Plus de la moitié des enfants auraient un besoin urgent en soins dentaires, que le risque soit immédiat ou non. Cette proportion est plus importante que dans la population générale.

Cependant l'étude présente plusieurs biais. Elle comporte un effectif réduit car peu d'enfants sont atteints par une hémopathie (1600 nouveaux cas en France chaque année) ; de plus, après la réalisation du traitement d'induction, beaucoup

d'enfants continuent leurs cures de consolidation dans un hôpital de proximité et n'ont pas pu être examinés.

L'hypothèse initiale sur un besoin de soins et/ou sur un indice CAO plus élevé dans la population étudiée par rapport aux populations de référence n'est vérifiée que par rapport aux indices nationaux.

L'indice CAO est nettement supérieur dans certaines CSP quand elles sont prises indépendamment les unes des autres et comparées à la population générale. L'indice CAO moyen du groupe étudié est largement supérieur (2,86) à celui de la population générale (1,38 pour les enfants de 6 ans et 1,23 pour les enfants de 12 ans), même s'il est inférieur aux chiffres régionaux de 1999. Les CSP majoritairement concernées sont les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers. Ce sont également celles qui ont un besoin de soins plus important.

On peut espérer une prise de conscience des familles et des professionnels de santé. Les onco-hématologues sont convaincus de l'impact de la santé bucco-dentaire sur leurs traitements et sur la santé générale de l'enfant. Ils souhaitent éliminer tout risque infectieux et /ou toute infection d'origine dentaire pour ces enfants. Une démarche commune et logique consiste à prévoir un bilan dès l'admission afin d'organiser efficacement et précocement les soins nécessaires.

Il faut aussi convaincre les chirurgiens-dentistes de s'impliquer en acceptant de prendre en charge ces enfants, en effectuant des contrôles réguliers – tous les 3 à 6 mois pendant les premières années, puis tous les 6 à 12 mois, tout au long de la vie de ces patients – afin de contribuer au maintien de leur bonne santé bucco-dentaire.

Chaque consultation doit être assortie d'informations et de conseils pour l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire ; le rôle négatif joué par les boissons gazeuses et sucrées dans la carie dentaire fait partie du message à véhiculer et il doit être repris par toute l'équipe médicale ; seule sa répétition auprès des familles peut le rendre pérenne et il doit être renforcé régulièrement par l'équipe soignante, car les parents ne comprennent pas toujours le lien entre cavité buccale et état général de leur enfant [15].

## Conclusion

L'enquête menée au sein du Service d'Onco-hématologie de l'Hôpital Jeanne de Flandre du CHRU de Lille aboutit à un bilan préoccupant de la santé bucco-dentaire des enfants admis pour le traitement d'une hémopathie maligne.

Elle met en évidence une problématique pour la réalisation des soins nécessaires car ils doivent faire l'objet d'une prise en charge adaptée à la pathologie de l'enfant, à son état immunitaire, et à son état bucco-dentaire : en effet, 20 % des enfants examinés relèvent d'une prise en charge sous anesthésie générale car les soins à effectuer sont trop importants pour être réalisés sous anesthésie locale dans un délai raisonnable et compatible avec les impératifs des traitements. Cela suppose de trouver des créneaux disponibles au bloc opératoire presque en urgence, compte tenu des impératifs liés aux

traitements. Pour les autres enfants, la réalisation des soins est tributaire des possibilités horaires des chirurgiens traitants, qui sont malheureusement souvent surchargés.

**Conflits d'intérêt :** aucun

## Références

1. Kremer B, Rousset MM, Decocq D. Une consultation spécifique aux jeunes enfants : analyse des comportements alimentaire et bucco-dentaire. Conséquence sur la prise en charge thérapeutique. *J Odontostomatol Pédiatr* 2005;12:213-20.
2. Fortier JP. La carie dentaire, un problème de santé publique. *Pédiat Prat* 2004;156:12.
3. Otmani N, Nacheff MN, Msefer Alaoui F. Prise en charge bucco-dentaire de l'enfant atteint de leucémie aiguë. *Rev Odontostomatol* 2004;33:17-27.
4. Delamare A. Cancer chez l'enfant et prise en charge bucco-dentaire [en ligne]. *Odonte.com*. Mise à jour le 30 avril 2010. Consultation le 1<sup>er</sup> août 2010. Disponible sur <http://www.odonte.com/formation-continue-dentiste/odontologie-pediatrique/185>
5. Verite E. La santé bucco-dentaire : un enjeu dans le Nord-Pas de Calais. Rapport d'une conférence de la CPAM-Nord Pas de Calais (2001). Disponible sur [http://www.npdc.assurance-maladie.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/download/Bucco\\_Dossierpresse.pdf](http://www.npdc.assurance-maladie.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/download/Bucco_Dossierpresse.pdf).
6. Recommandations en santé publique de la Haute Autorité de Santé, octobre 2010 concernant les « Stratégies de Prévention de la carie dentaire » Disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
7. Chazanne-Dierckx C, Berthet A, Jacquelin LF. Prise en charge bucco-dentaire de l'enfant traité en hématologie-oncologie. *J Odontostomatol Pédiatr* 2004;11:145-52.
8. Courson F, Landru MM. *Odontologie pédiatrique au quotidien* (p. 171). Editions CdP, Paris, 2001.
9. Chabert R, Matysiak M, Geselet J, Chamodot MF. Le bilan bucco-dentaire : suivi prospectif d'adolescents en France. Etat bucco-dentaire des adolescents de 15 ans en 1999. *Rev Méd Assur Mal* 2003;34:15-1.
10. Guignon N, Niel X. Health status of 5-6 years old children : regional disparities. *Rev Infirm* 2003;95:11-3.
11. Anonyme. L'état de santé de la population en France – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique – Rapport 2007 « Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans », 2007. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2007-obj-91.pdf> (consulté le 06.09.2009)
12. Association Dentaire Française. Référentiel n°6 Prévention en cariologie 2000. [http://www.adf.asso.fr/pdf/referentiels/Referentiel\\_06.pdf](http://www.adf.asso.fr/pdf/referentiels/Referentiel_06.pdf).
13. Roland E, Dupre C, Gueguen R. Epidémiologie de la carie chez les enfants de 6, 9 et 12 ans. *Inform Dent* 2006;88 :2011-6. Disponible sur [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/jvs\\_2007/posters%20externes/P2.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/jvs_2007/posters%20externes/P2.pdf).
14. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *J.O.* n°185 le 11 août 2004.
15. Perrin D, Pacaud G, Pone D. *Contrôle du risque infectieux en odontologie*. Editions CdP, Paris, 1997.