

Quels dentifrices chez l'enfant ?



Dr Lucie LICHT

■ Odontologie Pédiatrique, Pôle d'Odontologie et Chirurgie Buccale, CHU de Rennes



Dr Clara JOSEPH

■ Odontologie Pédiatrique, UFR d'Odontologie Université de Nice Sophia Antipolis
■ Pôle Odontologie, Hôpital St Roch, CHU de Nice



Dr Jean-Louis SIXOU

■ Odontologie Pédiatrique, Pôle d'Odontologie et Chirurgie Buccale, CHU de Rennes
■ Odontologie Pédiatrique, UFR d'Odontologie, Université de Rennes 1

L'efficacité carioprotectrice maximale du fluor est obtenue grâce à des apports faibles mais réguliers de fluorures dans la cavité buccale [1]. Les dentifrices contenant du fluor sont le moyen le plus simple de réaliser cet apport régulier en fluorures.

Quelques questions demeurent chez l'enfant : quelle concentration de fluor dans les dentifrices ? Quelle quantité utiliser ? Existe-t-il un risque de toxicité (fluorose dentaire) ? En d'autres termes, que pouvons-nous prescrire ou conseiller à nos patients ou leurs parents parmi tous les dentifrices sur le marché en France, qu'ils soient en vente libre (< 1 500 ppm) ou disponibles seulement sur ordonnance (> 1 500 ppm) ?

Quelles sont les recommandations actuelles ?

Les recommandations de l'AFSSAPS et de l'Académie Européenne de Dentisterie Pédiatrique (EAPD) concordent sur de nombreux points : débuter dès la première dent en bouche, quantité de dentifrice réduite dans les premiers temps (un petit pois puis augmentation progressive) et concentration comparable à celle de l'adulte (1 000 à 1 500 ppm) dès que l'enfant sait cracher (> 6 ans). Elles ont néanmoins des points de différence. Elles n'ont pas les mêmes catégories d'âge chez les plus jeunes, ne recommandent pas les mêmes concentrations en fluor avant 6 ans, ni une même fréquence d'utilisation (*Tableau 1*).

Ces différences s'expliquent en partie par le fait que l'AFSSAPS a guidé sa réflexion à partir du risque potentiel de fluorose, tandis que l'EAPD a recherché l'efficacité optimale tout en tenant compte du risque de fluorose.

Comment les utiliser malgré leurs différences ?

Des publications en lien avec des études récentes peuvent nous aider à affiner notre opinion [3-6]. C'est l'application du rapport bénéfice (moins de carie)/risque (fluorose) qui nous guide dans nos prescriptions.

Sur les dents temporaires ou définitives, il n'a pas été démontré d'efficacité suffisante des dentifrices à moins de 500 ppm. La meilleure efficacité serait obtenue avec ceux d'au moins 1 000 ppm [7]. Nous ne pouvons donc plus recommander ou prescrire de dentifrice dosé à moins de 450 ou 500 ppm. D'un autre côté, le risque de fluorose des incisives et premières molaires permanentes est réel lorsque tout le dentifrice utilisé est avalé,

avant l'âge de 3 ou 4 ans [3 ; 4]. Ce qui interdit une concentration de 1 000 ppm, même en faible quantité, surtout si l'on veut deux apports par jour.

Deux apports par jour à 500 ppm (EAPD) sont plus proches de la nécessité d'apports réguliers, et sont à prescrire après étude des apports en fluor de l'enfant (boissons, sel fluoré ou non, comprimés...). Mais c'est surtout à l'apparition des premières molaires temporaires (12-18 mois) qu'ils pourraient être envisageables.

À partir de 2 ou 3 ans (la différence n'est pas très importante, c'est surtout le poids de l'enfant qui compte par rapport au risque de toxicité), le dentifrice à 1 000 ppm offre plus de protection contre la carie et sera préféré en cas de risque carieux élevé. Mais le risque de fluorose persiste... Dès que l'enfant sait cracher, il doit passer à un dentifrice identique à celui de l'adulte (1 000 à 1 500 ppm).

Ni l'AFSSAPS, ni l'EAPD, n'ont indiqué dans leurs recommandations de préférence quant au type de fluor dans le dentifrice.

Quels dentifrices prescrire à partir de ceux disponibles en France ?

Le *tableau 2* présente une partie des dentifrices fluorés disponibles sur le marché en France. Les âges indiqués sur les dentifrices ne correspondent pas toujours aux recommandations. La difficulté reste de pouvoir suivre les recommandations en fonction de ce qui est disponible sur le marché.

L'une des solutions, si les parents ne parviennent pas à se procurer un dentifrice à 1 000 ppm, est d'utiliser un dentifrice dosé à 500 ppm et de mettre double dose (2 petits pois ou plus selon l'âge du patient). Mais cela augmente la quantité de dentifrice présent dans la bouche et peut participer de l'inconfort de l'enfant et augmenter le risque de refus ou d'ingestion.

Dans tous les cas, la supervision et/ou l'aide d'un adulte est nécessaire chez les plus jeunes. En cas de besoin, un autre topique fluoré peut être utilisé (bain de bouche, vernis...) (*Tableau 3*).

Conclusion

Le brossage des dents à l'aide d'un dentifrice au fluor doit commencer dès les premières dents. Il est préférable de débuter avec une concentration de 500 ppm car, en-dessous, les dentifrices au fluor ont peu d'intérêt. Dès que possible, préférer deux brossages par jour sous la supervision d'un adulte. Les dentifrices à ...

Tableau 1

Age	AFSSAPS (2008)				EAPD (2009)			
	6 mois – 3 ans	3 – 6 ans		> 6 ans		6 mois – 2 ans	2 – 6 ans	> 6 ans
RCI ¹		faible	élevé	faible	élevé			
Concentration ³	≤ 500	≤ 500	≤ 1 000 ²	1 000	1 500	500	1000	1450
Fréquence (/jour)	1 fois	2 fois		3 fois		2 fois		
Quantité	petit pois	dose augmente avec l'âge		Non précisé		petit pois	petit pois	1 – 2 cm

Tableau 1 : recommandations AFSSAPS et EAPD

¹ RCI : Risque Carieux Individuel² Si l'enfant sait cracher³ Les concentrations sont exprimées en ppm (mg/L)

Tableau 2

Dentifrice	Fabricant	Type de F	[ppm F]
Concentration < 450-500 ppm			
Elgydium Protection Caries Kids [®]	Pierre Fabre Oral Care	FA	250
Concentration = 450-500 ppm			
Signal Kids [®] (2 – 6 ans)	Unilever	NaF	450
Elmex dentifrice enfant [®] (2 – 6 ans)	GABA (Colgate)	FA	500
Fluocaril Kids [®] (2 – 6 ans)	Procter & Gamble	MFP - NaF	500
Concentration = 1000 ppm			
Veudent [®]	Colgate - Palmolive	MFP	1 000
Elgydium Protection Caries Junior [®] (7 – 12 ans)	Pierre Fabre Oral Care	FA	1 000
Colgate smiles [®] (1-6 ans)	Colgate - Palmolive	NaF	1 000
Colgate dentifrice enfant [®] (1-6 ans)	Colgate - Palmolive	NaF	1 000
Teraxyl junior [®] (6 et +)	Schwarzkopf & Henkel	NaF	1 000
Concentration 1000 à 1500 ppm			
Elmex Junior [®] (7 – 12 ans)	GABA (Colgate)	FA	1 400
Fluocaril Junior [®] (7 – 12 ans)	Procter & Gamble	NaF	1 450
Signal [®] (7-13 ans)	Unilever	NaF	1 450
Colgate total [®]	Colgate - Palmolive	NaF	1 450
Signal integral 8 [®]	Unilever	NaF	1 450
Sensodyne répare et protège [®]	GSK	MFP	1 450
Elgydium protection caries [®]	Pierre Fabre Oral Care	FA	1 500
Carrefour [®] Blancheur	Carrefour	NaF	1 450
Concentration > 1500 ppm			
Fluocaril 250 [®]	Procter & Gamble	MFP - NaF	2 500
Duraphat dentifrice [®]	GABA (Colgate)	NaF	5 000
Fluodontyl 1 350 [®]	Procter & Gamble	NaF	13 500

Tableau 2 : exemple de dentifrices vendus en France en pharmacie et grande surface - liste non exhaustive

FA : fluorure d'amine

MFP : monofluoro-phosphate de sodium

NaF : fluorure de sodium

Les indications d'âges entre parenthèses sont celles indiquées par les fabricants sur les dentifrices

Tableau 3

Situation testée	Situation témoin	% *
Dentifrice au fluor	dentifrice placebo	24
Supervision du brossage chez un enfant	pas de supervision	11
Deux brossages par jour	un brossage par jour	14
Dentifrice à 1500 ppm de fluor	dentifrice à 1000 ppm	08
Dentifrice au fluor + autres topiques fluorés	dentifrice au fluor seul	10

Tableau 3 : prévention de la carie grâce au dentifrice au fluor (EAPD, 2009)

* pourcentage de caries en moins

... 1 000 ppm sont préférés à partir de l'âge de 2 ou 3 ans lorsque le risque de carie est élevé.

La quantité sera au début de la taille d'un petit pois sur la brosse à dents et sera augmentée au fur et à mesure que l'enfant améliorera sa capacité à cracher. Dès qu'il saura le faire, il est recommandé d'utiliser un dentifrice proche de 1 500 ppm. Les dosages supérieurs (dentifrices délivrables sur ordonnance) sont réservés aux enfants et adolescents à risque élevé de carie.

Un praticien doit conseiller ou prescrire un dentifrice approprié, sans seulement se fier aux âges indiqués sur l'étiquette des produits. Il peut ainsi prévenir au mieux la survenue de carie, tout en limitant le risque de fluorose dentaire chez les plus jeunes. ◆

Bibliographie

1. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Mise au point : Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire

avant l'âge de 18 ans. Octobre 2008. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf (dernier accès internet le 22/02/2013)

2. European Academy of Paediatric Dentistry. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009; 10: 129-35.

3. Wong MCM, Glenny AM, Tsang BWK, Lo ECM, Worthington HV, Marinho VCC. Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children (Review). *The Cochrane Library* 2010, Issue 1. <http://www.thecochranelibrary.com>

4. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VCC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents (Review). *The Cochrane Library* 2010, Issue <http://www.thecochranelibrary.com>

5. Marie-Cousin A, Huet A, Robert JC, Sixou JL. Le fluor chez l'enfant en 2010. *Info Dent*, 2010 ; 92 : 63-70

6. Muller-Bolla M, Courson F, Sixou JL Faut-il revoir nos habitudes de prescription des dentifrices chez l'enfant ? *Info Dent*, 2010 ; 93 : 14-18

7. Rasines G. Fluoride toothpaste prevents caries in children and adolescents at fluoride concentrations of 1000 ppm and above. *Evid Based Dent* 2010; 1: 6-7



Odontologie pédiatrique, laser, MEOPA, prise en charge du handicap...

Êtes-vous au point ?

Dans le cadre de la **formation continue universitaire**, le département d'Odontologie Pédiatrique de l'**UFR d'Odontologie de Rennes** organise plusieurs **journées de formation**.

23 mai 2013

Quoi de neuf en Odontologie Pédiatrique ?

De la prescription pour le patient anxieux à la prise en charge du traumatisme bucco-dentaire : des présentations courtes centrées sur la clinique.

20 juin 2013

Laser en Odontologie : des premières bases aux intérêts et limites

Toute une journée pour aborder l'intérêt des lasers dans toutes les disciplines odontologiques et des travaux pratiques pour manipuler plusieurs dispositifs.

27 juin 2013

Prise en charge du patient en situation de handicap (demi-journée)

De la prise en charge de la trisomie 21 aux trucs et astuces applicables à tous les patients « difficiles » en passant par la prise en charge administrative pour les patients présentant des maladies génétiques.

07 et 14 octobre 2013

Formation au MEOPA

2 journées par des équipes pratiquant la sédation au MEOPA chez l'enfant et l'adulte depuis plusieurs années. Possibilité d'assister à une prise en charge en clinique.

Pour plus d'information sur ces journées jean-louis.sixou@univ-rennes1.fr et sur les autres offres de l'UFR d'Odontologie de Rennes : http://www.sfc.univ-rennes1.fr/sante/odonto_stages-courts.htm ou Tel : **02 23 23 40 09** et **02 23 23 51 04**