

Dernières recommandations au sujet de la prescription de vitamines en pédiatrie

**Dr PAX-CHOCHOIS
Stéphanie
8° JPA / 2023**



Vitamine D



Consensus français pour la supplémentation en vitamine D 2022

J. Bacchetta, T. Edouard, G. Laverny et al.,

Vitamin D and calcium intakes in general pediatric populations: A French expert consensus paper,

Arch Ped 29(2022) ; 312-325

<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2022.02.008>

Dosage Vit D

- Uniquement concentration sérique totale 25(OH)D
- en cas de symptômes de rachitisme ou pour surv ttt en vit D à doses > aux doses recommandées ou en cas d'ATCD fam d'intox vit D, Hcalcémie, Hcalciurie, calculs rénaux ou néphrocalcinose
- Toujours dans le même labo pour le même enfant
- Objectifs :
 - > 20 ng/ml (> 50 nmol/L) pour prévenir le rachitisme
 - > 30 ng/ml (> 75 nmol/L) pour éviter tout défaut de minéralisation et variabilité saisonnière
 - < 60 ng/ml (< 150 nmol/L) ; toxique > 80 ng/ml (> 200 nmol/L)

Facteurs de risque de déficit en vitamine D chez les enfants

Synthèse vitD cutanée inadéquate

- Peau

foncée • Obésité • Blocage

physique de l'exposition aux ultraviolets B : vêtements, utilisation de crèmes solaires, etc. •

Facteurs géographiques : latitude plus élevée, saison hivernale, altitude plus basse, etc.

Apport alimentaire insuffisant de vitD

- Alimentation

déséquilibrée • Végétariens, troubles alimentaires : anorexie mentale, boulimie, etc. • Syndrome

de malabsorption • Malabsorption intestinale : maladie cœliaque, maladie de Crohn, colite

ulcéreuse, etc. • Insuffisance pancréatique : mucoviscidose • Syndrome

de cholestase : atrésie biliaire, etc.

- Après résection intestinale : syndrome de l'intestin court

Facteurs de risque de déficit en vitamine D chez les enfants

Facteurs périnataux

- Déficit vitD maternel pendant la grossesse
- Prématurité
- Enfant allaité exclusivement au sein au-delà de 3 à 6 mois

Troubles métaboliques chroniques

- Maladies chroniques du foie/des reins • Hyperparathyroïdie, déficit en hormone de croissance, diabète sucré
- Résistance héréditaire de la vitD

Médicaments

- Anticonvulsivants : carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital, topiramate
- Agents antirétroviraux pour le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine • Agents antifongiques azolés : kétoconazole, fluconazole
- Glucocorticoïdes

Tableau 1. Nouvelles recommandations 2022.

	En l'absence de facteur de risque	En présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque ^a
Entre 0 et 2 ans	Entre 400 et 800 UI par jour de vitamine D2 ou D3	
Entre 2 et 18 ans	Entre 400 et 800 UI par jour de vitamine D2 ou D3 (recommandé) Ou vitamine D3 (cholécalférol): 50000 UI tous les trimestres Ou 80 à 100000 UI en entrée et en sortie d'hiver Éviter 200000 UI	Entre 800 et 1600 UI par jour de vitamine D2 ou D3 (recommandé) Ou vitamine D3 (cholécalférol): 50000 UI toutes les 6 semaines, ou 80 à 100000 UI tous les trimestres Éviter 200000 UI

a

Sont considérés comme facteurs de risque nécessitant une adaptation des doses les facteurs suivants: diminution de la disponibilité de la vitamine D (obésité, peau noire, absence d'exposition solaire) ou diminution de la prise alimentaire de vitamine D (régime vegan).

D'après: Bacchetta J, Edouard T, Laverny G, et al. Vitamin D and calcium intakes in general pediatric populations: A French expert consensus paper. Arch Pediatr 2022;29:312–25.

Produits pharmaceutiques recommandés

- Zyma D = 1 goutte = 300 UI D3
- Adrigyl = 1 goutte = 333 UI D3



- Stérogyl = 1 goutte = 400UI D2 non recommandé en première intention
- Deltius = arrêt de commercialisation janvier 2023

Compléments alimentaires Non recommandés



1 goutte = 200 UI D3



1 goutte = 200 UI D3



1 goutte = 400 UI D3

Actualité - Vitamine D chez l'enfant : recourir aux médicaments et non aux compléments alimentaires pour prévenir le risque de surdosage - ANSM (sante.fr)

500 UI D3



1000 UI D3



1 ml = 150 UI D3



1000 UI D3



500 UI D3



1000 UI D3



400 UI D3



vitamines SPC 2023/ 8° JPA

Évaluer les apports en calcium

- À fortiori si ATCD fractures et douleurs osseuses
- Approximation 3 à 4 portions de produits laitiers/J entre 1 et 18 ans
- Si < 300 mg ajusté pour la biodisponibilité de Calcium nutritionnel par jour => 500 à 1000 mg de supplémentation en Calcium notamment végétalien



Tableau 7. Apport de référence en calcium de la population en fonction de l'âge selon les recommandations de l'EFSA de 2017.

Apport de référence pour la population		
7 à 11 mois	280 mg/jour	
1 à 3 ans	450 mg/jour	0-6 mois 200 mg/j (lait maternel)
4 à 10 ans	800 mg/jour	
11 à 17 ans	1150 mg/jour	

EFSA: Autorité européenne de sécurité des aliments.

Tableau 6. Efficacité d'absorption du calcium en fonction du type d'aliment.

Aliments	Teneur moyenne en calcium (mg/100 g ou mL)	Efficacité d'absorption
Lait maternel	33	65%
Préparations pour nourrissons	60	30–40%
Formules de suivi	71	30–40%
Laits de croissance	76	30–40%
Lait de vache	115	30–40%
Fromages à pâte pressée cuite	935	30–40%
Fromages à pâte molle	523	30–40%
Fromages blancs	122	30–40%
Fusée	160	40%
Cresson	87	40%
Chou frisé	72	40%
Chou vert	70	40%
Brocoli	43	30–40%
Rhubarbe	145	5%
Épinard	140	5%

Haricot blanc	120	15–20%
Haricot rouge	55	10–20%
Patate douce	33	5–10%
Son	74	15–25%
Eaux minérales	1–500	30–40%
Eau du robinet française	7	30–40%



Tableau 8. Équivalents alimentaires pour la teneur en calcium.

150 mg de calcium ingéré (et non absorbé) =	450 mL de lait maternel
	250 mL de préparation pour nourrissons
	210 mL de préparation de suivi
	200 ml de lait de croissance
	130 mL de lait de vache
	16 g de fromage à pâte pressée cuite
	29 g de fromage à pâte molle
	125 g de fromage blanc
	125 g de yaourt
	95 g de roquette
	170 g de cresson
	210 g de chou frisé
	215 g de chou vert
	350 g de brocoli

125 g de haricots blancs
vitamines SPC 2023/ 8° JPA

270 g de haricots rouges

450 g de patates douces

200 g de son

50 g de sardines avec arêtes

300 mL d'eau minérale avec 500 mg/L de Ca (c.-à-d. Contrex)

600 mL d'eau minérale contenant 250 mg/L de Ca (c.-à-d. Vittel)

1,5 L d'eau minérale avec 100 mg/L de Ca (c.-à-d. Evian)

2,1 L d'eau du robinet française

L'évaluation des apports en calcium devrait tenir compte de l'efficacité de l'absorption du calcium (par rapport à celle des produits laitiers). Par exemple, l'efficacité de l'absorption du calcium est sept fois plus faible dans les épinards et la rhubarbe que dans les produits laitiers. La quantité de calcium fournie par ces plantes doit donc être divisée par 7 lors de l'évaluation des apports alimentaires en calcium.

Tableau 9. Modalités diététiques pratiques pour assurer l'ensemble des apports quotidiens recommandés en calcium.

Chez les nourrissons de 7 à 11 mois	Chez les tout-petits de 1 à 3 ans	Chez les enfants de 4 à 10 ans	Chez les adolescents de 11 à 17 ans
390 mL de préparation de suivi, un volume facilement atteignable par au moins deux bouteilles par jour	250 ml (une bouteille habituelle) de lait de croissance + 1 yaourt (125 g) + 10 g de fromage à pâte pressée cuite	200 mL de lait de vache + 1 yaourt (125 g) + 30 g de fromage à pâte pressée cuite + 250 mL d'eau minérale contenant 500 mg/L de calcium	350 mL de lait de vache + 1 yaourt (125 g) + 30 g de fromage à pâte pressée cuite + 600 mL d'eau minérale contenant 500 mg/L de calcium

Ces quantités pourraient être réduites si des plantes riches en calcium avec une bonne biodisponibilité sont consommées.

Les taux de calcium sérique ne sont pas un marqueur de carence en calcium, mais un faible taux de calcium urinaire (Ca/créat urinaire <0,2 mmol/mmol) peut être associé à un faible apport en calcium.

L'évaluation des apports quotidiens en calcium alimentaire chez les tout-petits, les enfants et les adolescents conduit aux trois catégories suivantes:

- suffisance (> 500 mg / jour),
- insuffisance (300-500 mg / jour)
- et carence (<300 mg / jour).

Ces sujets présentant une carence en calcium devraient recevoir une supplémentation en calcium de 250 à 1000 mg / jour selon l'âge, la dose quotidienne totale de calcium ne dépassant pas l'apport de référence pour la population (PRI) pour l'âge.

Le diagnostic de carence en calcium nécessite une évaluation de l'apport alimentaire en calcium, des radiographies des poignets et des genoux et la mesure des phosphatases alcalines plasmatiques, de la PTH, du 25 (OH) D, des niveaux de calcium et de phosphate et de l'excrétion urinaire de calcium.

Prématuré

- Embleton, Nicholas David MBBS, BSc, MD*; Jennifer Moltu, Sissel MD, PhD†; Lapillonne, Alexandre MD, PhD‡§; van den Akker, Chris H.P. MD, PhD||; Carnielli, Virgilio MD, PhD¶; Fusch, Christoph MD, PhD#,**; Gerasimidis, Konstantinos PhD††; van Goudoever, Johannes B. MD, PhD‡‡; Haiden, Nadja MD, MSc§§; Iacobelli, Silvia MD, PhD|||; Johnson, Mark J. BM, BSc, PhD¶¶##; Meyer, Sascha MD, PhD***; Mihatsch, Walter MD, MBA†††, ‡‡‡; de Pipaon, Miguel Saenz MD, PhD§§§; Rigo, Jacques MD, PhD||||; Zachariassen, Gitte MD, PhD¶¶¶¶; Bronsky, Jiri MD, PhD####; Indrio, Flavia MD, PhD*****; Köglmeier, Jutta MD, PhD††††; de Koning, Barbara MD, PhD‡‡‡‡; Norsa, Lorenzo MD, PhD§§§§; Verduci, Elvira MD, PhD|||||, ¶¶¶¶¶; Domellöf, Magnus MD, PhD#####.
- **Enteral Nutrition in Preterm Infants (2022): A Position Paper From the ESPGHAN Committee on Nutrition and Invited Experts.**
- J Pediatr Gastroenterol and Nutr 2023 Feb 1; 76(2):248-268
- DOI: 10.1097/MPG.0000000000003642

Prématuré reco AFPA

- Supplémentation pendant USIN = 600 à 1000 UI vitD (*tenir compte du taux de vitD dans le lait, parentérale vitalipid 4 ml/kg = 160 UI/kg, supplémentation pendant grossesse (25(OH)D au cordon) et PN*)
- Doser 25(OH)D chez < 32SA ou pesant < 1500g au cordon et à 1 mois de vie : Cible = 75 à 125 nmol/L
- Chez > 32SA / PN>1500g : Doser à 1 mois de vie PAL, iono urinaire Ca Ph Créat
- Après la sortie d'USIN, 400 à 800 UI/J si pas de carence ni de surdosage

Prématuré reco ESGHAN

- Supplémentation NN < 1800 g de PN
- 400 à 700 UI/kg/j
- Maxi 1000 UI

- Uvestérol ADEC 0,2 ml = 666 UI uniquement NEONATOLOGIE , < 37SA ET DANS LA SNG
- 0,3 ml = 1000 UI / fractionner 0,1 ml*2/j si la ration entérale n'est pas complète
- Ne pas administrer directement dans la bouche

Doser à M1 et M3 après la sortie si carence ou surdosage en vit D

Dans le même laboratoire

• Urines

• Ca Ph créat urinaire

- Hypercalciurie si Ca tt > 3,8 mmol/l

= doser Vit D et écho rein
avis néphro

- Et/ou Ca/Créat > 2,2

- $1 - \frac{\text{Phosphates U} \times \text{Créat Sg}}{(\text{phospates Sg} \times \text{créat U})} \times 100$
normal > 90%

• Sang

- Calcium 2/2,75 mmol/l

- Phosphore 1,6/3,3 mmol/L

- Phosphatases alcalines < 800UI

- PTH

- 25(OH)D 75/125 (50/120)nmol/L < 50 nmol/l = 1200 UI vit D

- Créat 50-75 nmol/l = 900 UI

avis endoc si carence à 3 mois



Vitamine K1



Tableau 1
Posologie de la vitamine K chez le nouveau-né à terme.

	Naissance ou peu après	Entre le 3 ^e et le 4 ^e jour après la naissance	1 mois après la naissance
Nouveau-né sans risque particulier	2 mg per os	2 mg per os	2 mg per os
Nouveau-né à risque accru de MHN	2 mg per os ou 1 mg IVL	2 mg per os ou 1 mg IM ou IVL	2 mg per os ou 1 mg IM ou IVL

MHN : maladie hémorragique du nouveau-né : médicaments chez la mère perturbant le métabolisme de la vitamine K sans administration concomitante de vitamine K, asphyxie périnatale, cholestase, jeune prolongé ; IM : intramusculaire ; IVL : intraveineuse lente.

Tableau 2
Posologie de la vitamine K chez le nouveau-né prématuré.

	Naissance	Hebdomadaire jusqu'au terme corrigé
PN ≤ 1500 g	0,5 mg IVL	1 mg per os ou 0,5 mg IVL jusqu'à 1500 g puis 2 mg per os ou 1 mg IVL
PN > 1500 g	2 mg per os (si l'alimentation orale est possible) ou 1 mg IVL	2 mg per os ou 1 mg IVL

PN : poids de naissance ; IVL : intraveineuse lente.

Vitamin K in the neonate : Recommendations update

J-M Hascoët and all

Archives de pédiatrie (24) 2017 : 902-905

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2017.06.017>



Fluor



Selon UFSBD

***et Dr Aubert –
chirurgien dentiste***



7 rue Mariotte - 75017 PARIS - www.ufsbd.fr



Plus aucune indication en supplémentation

- Seule source de fluor = le dentifrice soit en **topique**
- Prévention des caries (biberon sucré nocturne etc) avant même l'émergence de dents !
- Prendre soin des premières dents
- Apprentissage progressif du brossage des dents avec une brosse à dent et de l'eau
- Introduction du dentifrice en fonction de l'état dentaire et du niveau de l'enfant **plus de dentifrice < 1000 ppm de fluor**
- Mettre le dentifrice sur une brosse à dent sèche pour une meilleure efficacité / ne pas rincer la bouche ensuite, recracher juste l'excédent
- Préférer dentifrice mentholé plutôt qu'à la fraise
- Cs M tes dents / à partir de 1 an en accompagnant les parents
- Repère : on sait se brosser seul les dents quand on sait faire ses lacets

Attention !

- Sucette et attache-sucette
- Risque carieux augmenté par contamination salivaire adulte
- Plus de dentifrice sans fluor



Caries avant 3 ans



- Plus de supplément de fluor par voie générale



vitamines SPC 2023/ 8° JPA



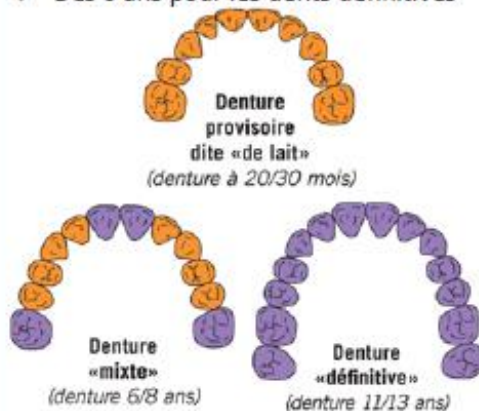
ZOOM SUR SANTÉ BUCCO-DENTAIRE & JEUNE ENFANT



ÉRUPTION

L'arrivée des dents se produit :

- ◆ Dès 6 mois pour les dents de lait
- ◆ Dès 6 ans pour les dents définitives



CARIES

La carie est liée à l'association sucres et bactéries buccales. C'est une maladie contagieuse et évolutive.

Les premiers stades sont asymptomatiques.

Dès l'apparition des dents, elles peuvent se carier : c'est ce que l'on appelle les caries « précoces » ou « caries du nourrisson ». Ces caries peuvent concerner les enfants dès 6 mois et avoir des répercussions importantes sur les dents définitives (3 fois plus de risques sur les dents définitives) et le développement de la sphère orale et des apprentissages.



POUCE/TÉTINE

Sucer son pouce, se servir d'une tétine, dans les deux cas, il y aura une répercussion sur le développement de l'enfant.

Cela peut se traduire par :

- Des malpositions dentaires;
- Des risques de déformations du palais et défauts de la croissance des maxillaires;
- Des répercussions sur la respiration, la déglutition et la phonation.

LES RISQUES LIÉS ...

Plusieurs signes chez l'enfant peuvent annoncer l'éruption dentaire : des pleurs, de l'hypersialie, les joues rouges, un érythème fessier accompagné de fièvre, des douleurs.

Lors de l'éruption dentaire, il est conseillé de préconiser :

- Un anneau de dentition;

CONSEIL : Effet antalgique par le froid : le refroidir au réfrigérateur (Pas au congélateur).

- Massage des gencives de bébé avec un doigt propre et un gel adapté pour le soulager.
- En cas de fièvre, antalgique recommandé (dose adaptée au poids et à l'âge de l'enfant).

RAPPEL : Éviter certains remèdes de grand-mère, tels que frotter la gencive avec du pain dur, ou un sucre, pour accélérer la sortie de la dent.

La première visite chez le dentiste doit se faire à partir de l'âge de 1 an. Le brossage des dents est recommandé dès que les dents apparaissent.

Le brossage doit être fait par le parent :

- Avec une brosse « premier âge »
- Ou avec une compresse imbibée de sérum physiologique

Préconiser une alimentation variée, équilibrée et sans grignotage.

À partir de 3 ans, et dès que l'enfant sait cracher, un dentifrice fluoré est mis en place. Le brossage en dentifrice doit être adapté à l'âge de l'enfant.

Bon à savoir: Le fluor est l'élément actif du dentifrice, indispensable dans la prévention de la carie.

Le brossage est d'abord effectué par un parent, puis progressivement avec l'enfant en suivant la méthode 1.2.3.4 décrite ci-dessous. Dès que les dents se touchent, le fil dentaire est mis en place.

Il n'est pas toujours possible d'influer sur le choix de l'enfant. De préférence, privilégiez une sucette à la forme anatomique adaptée (physiologique) qui est moins lourde, de conséquence, que le pouce.

Ces habitudes doivent être arrêtées le plus tôt possible (dès 36 mois) et avant l'apparition des dents définitives.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR UNE BONNE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



2 brossages par jour
matin et soir
pendant 2 minutes



L'utilisation d'un
dentifrice fluoré



L'utilisation du fil
dentaire ou
brossettes chaque soir



Une visite au moins 1 fois
par an chez le dentiste,
et ce dès l'âge d'1 an



Une alimentation
variée et équilibrée

POUR UNE BONNE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Avant 6 ans La méthode 1-2-3-4

« Toutes les dents nous brosserons jusqu'à la grosse dent du fond »



On commence par le bas à gauche, un seul côté à la fois...



Puis le côté droit cette fois, pour finir avec les dents du bas...



On passe en haut à droite, la brosse retournée cette fois...



Et on termine en haut à gauche.



Dès que 2 dents se touchent La méthode F.I.L.



Prenez le porte-Fil dentaire.



Insérez délicatement le fil dentaire entre 2 dents adjacentes et faites-le glisser le long de ces dents. Ne forcez pas, vous risqueriez d'abîmer la gencive.



Libérez l'espace en tirant doucement le porte-fil et recommencez sur tous les espaces entre les dents.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR UNE BONNE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



2 brossages par jour matin et soir pendant 2 minutes



L'utilisation d'un dentifrice fluoré



L'utilisation du fil dentaire ou brossettes chaque soir



Une visite au moins 1 fois par an chez le dentiste, et ce dès l'âge d'1 an



Une alimentation variée et équilibrée

ET EN COMPLÉMENT



La mastication d'un chewing-gum sans sucres après chaque prise alimentaire



Le bain de bouche comme complément d'hygiène

Les nouvelles recommandations de l'UFSBD en matière de fluor dans les dentifrices

Mars 2020



**Brossage des dents
2 fois / jour**



**Recracher l'excès
de dentifrice sans rincer**



**Brossage réalisé par un adulte
jusqu'à 5 ans et supervisé par
un adulte jusqu'à 7-8 ans**



6 mois - 2 ans

2 - 3 ans

3 - 6 ans

**à partir de 6 ans et
jusqu'à l'âge adulte**

Risque
cariéux
faible



Trace de dentifrice **1000 ppm**
dans la largeur de la brosse à dents

Petit pois de
dentifrice **1000 ppm**

Dentifrice
1000-1450 ppm

Risque
cariéux
élevé



Trace de dentifrice
1000 ppm dans la largeur
de la brosse à dents

Petit pois de
dentifrice **1000 ppm**

Petit pois de
dentifrice **1450 ppm**

Jusqu'à 10 ans : dentifrice ≤ **1450 ppm**
De 10 à 16 ans : dentifrice ≤ **2500 ppm**
Au-delà de 16 ans : dentifrice ≤ **5000 ppm**



BROWN RICE



vitamines SPC 2023/ 8° JPA



www.ufsbd.fr

Facteurs de risque universels

- Lésion active ou expérience d'atteinte carieuse
- Contexte socio-économique
- Consommation fréquente d'aliments sucrés
- Facteur de risque familial (niveau d'éducation des parents, état de santé bucco-dentaire de la fratrie)
- Flux salivaire faible ou PH salivaire acide
- Hygiène bucco-dentaire insuffisante
- Utilisation de fluor en dosage et quantité insuffisantes

1 Evaluation du risque carieux

- Consommation au long cours de médicaments sucrés
- Obésité
- Pathologies ou handicap > déficit de dextérité et de compréhension du geste



Après éruption des dents permanentes:

- Port d'appareillage orthodontique fixe
- Anomalies du développement dentaire (hypo minéralisation molaire, incisive, amélogénèse imparfaite...)

- Consommation d'alcool et de tabac

- Faible connaissance sur la santé bucco-dentaire
- Informations relatives aux systèmes éducatifs, scolaires (cantines, internats)

- Alimentation peu favorable à la santé
- Troubles du comportement alimentaire

- Antécédent médical (pathologie ou handicap)
- Eruption des dents de sagesse
- Protèges dents

- Prédisposition génétique
- Piercing dans la bouche
- Consommation de drogues

- Alimentation cariogène

- Antécédents médicaux (pathologies générales et bucco-dentaires, comorbidités)
- Polymédication

- Qualité des restaurations, prothèses fixées et mobiles

- Cadre familial et réseau de soutien (aidants)
- Désocialisation: perte des repères en terme d'hygiène

- Trouble du goût et changement d'habitudes alimentaires (risque de carence alimentaire et augmentation de la consommation de sucres)
- Troubles fonctionnels de la mastication et déglutition
- Recherche d'une alimentation plus proche des envies que des besoins nutritionnels

- Augmentation du degré de dépendance, diminution de la dextérité et/ou handicap

- Prothèse mobile dento ou implanto-portée
- Reconstitution prothétiques complexes dans un contexte d'hygiène bucco-dentaire insuffisante

2 Maintenance professionnelle au fauteuil

- Pour tous les enfants de 3 ans et plus: 1 application de vernis fluoré à 22,600 ppm au moins deux fois par an et jusqu'à 4 fois par an pour les enfants à haut risque carieux



- Réaliser les scellements des puits et fissures lors de l'éruption des premières molaires

- En cas de haut risque carieux: nettoyage professionnel des dents au moins deux fois par an
- Scellement des sillons des premières et deuxième molaires permanentes
- Application de vernis fluoré à 22,600 ppm tous les 3 mois pendant 1 an

- Lésions carieuses non cavitaires: application 4 fois par an de vernis fluoré à 22,600 ppm
- Intégrer les agents reminéralisants, les techniques d'infiltration de résine ou les scellements de sillons thérapeutiques dans l'arsenal thérapeutique
- Pour les lésions nécessitant une restauration: préserver au maximum le tissu dentaire et s'assurer qu'une application topique de fluor est réalisée après la mise en place de la restauration (gel, mousse, vernis)
- Si possible, sceller ou réparer les restaurations défectueuses. Ne les remplacer qu'en cas de nécessité

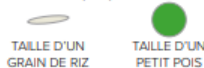
- Mise en place de protocole en fonction des besoins du patient et de ses capacités
- Nettoyage prophylactique avec élimination des zones de rétention de la plaque
- Utilisation de matériel à base de fluor bio-actif pour les scellements et obturations
- Application de vernis antiseptique sur les surfaces nettoyées en complément ou non d'un vernis à 22,600 ppm de fluor au moins 2 fois par an et jusqu'à 4 fois par an

3 Education du patient – Maintenance à domicile

- Brossage des dents supervisé par les parents deux fois par jour (après le petit déjeuner et juste avant le coucher) avec le dentifrice fluoré

DOSAGES ET QUANTITÉ DE DENTIFRICE FLUORÉ:

- 6-12 mois: 1,000 ppm de fluor en quantité égale ou inférieure à un grain de riz avec une compresse ou brosse à dent pour enfants
- 1-3 ans: 1,000 ppm de fluor, en quantité égale ou inférieure à un grain de riz
- 3-6 ans si le risque carieux est faible: 1,000 ppm de fluor, en quantité égale à un petit pois
- 3-6 ans si le risque carieux est élevé: 1,450 ppm de fluor, en quantité égale ou inférieure à un petit pois



- Brossage des dents alternativement supervisé ou autonome par les parents, deux fois par jour (après le petit déjeuner et juste avant le coucher) avec du dentifrice fluoré

DOSAGES ET QUANTITÉ DE DENTIFRICE FLUORÉ:

- Risque carieux faible: 1,000-1,500 ppm
- Risque carieux élevé: 1,500 ppm de fluor de 6-10 ans et 2,500 ppm de fluor entre 10 et 12 ans

- Bain de bouche fluoré, fil dentaire et brossettes inter dentaires, brosse pour la langue, brosse à dents spécifiques

- Brossage des dents deux fois par jour pendant 2 minutes (après le petit déjeuner et avant le coucher) avec du dentifrice fluoré : ne pas rincer, cracher

DOSAGE EN FLUOR:

- 1,500 ppm

DOSAGE EN FLUOR:

- Maximum 2,800 ppm de fluor jusqu'à 16 ans et jusqu'à 5,000 ppm (sur prescription ou recommandation professionnelle) de 16-18 ans en cas de risque carieux sévère

DOSAGE EN FLUOR:

- Jusqu'à 5,000 ppm de fluor (sur prescription ou recommandation professionnelle) en cas de risque carieux très élevé

- Chewing gum sans sucre ou substitut salivaire en cas d'hyposalivie ou de bouche sèche

- Nettoyage des prothèses
- Soins des tissus mous
- Bain de bouche réguliers à la Chlorhexidine ou au fluor



Fréquence de la visite chez le dentiste

2 fois par an pour les enfants (pour les enfants à haut risque, consulter les recommandations de l'Académie Européenne de Dentisterie Pédiatrique et celles en vigueur dans votre pays)

TOUS LES PATIENTS: 1 fois par an pour tous les patients à risque carieux faible et modéré – 2 fois par an pour les patients à haut risque carieux* (merci de consulter les recommandations nationales pour les patients à haut risque carieux)

CLAUDE DE NON-RESPONSABILITÉ: * Consulter les directives nationales sur le fluor. En cas de risque de fluorose, il est recommandé d'utiliser une petite quantité (0,1 mg F) de dentifrice à 1000 ppm pour les enfants. Les concentrations de fluor mentionnées dans ce guide sont conformes aux recommandations de l'IFD.

ENFANTS ET ADULTES : DOSAGE DE FLUOR DANS LE DENTIFRICE

La carie dentaire touche tant les enfants, les adultes que les personnes âgées. Le dosage de fluor dans les dentifrices doit évoluer selon l'âge.

- Le brossage des dents doit avoir lieu 2 fois par jours durant deux minutes avec une brosse à dents à poils souples
- Recracher l'excès de dentifrice sans rincer
- Le brossage des dents doit être réalisé par un adulte jusqu'à 5 ans puis supervisé par un adulte jusqu'à 7/8 ans.

Lorsque le risque carieux est faible

- De 6 mois à 3 ans : Trace de dentifrice dans la largeur de la brosse à dents
- De 3 à 6 ans : Petit pois de dentifrice de 1000 ppm
- A partir de 6 ans et jusqu'à l'âge adulte : Dentifrice 1000/1450 ppm

Lorsque le risque carieux est élevé

- 6 mois à 2 ans : Trace de dentifrice 1000 ppm dans la largeur de la brosse à dents
- 2 à 3 ans : petit pois de dentifrice 1000 ppm
- De 3 à 6 ans : Petit pois de dentifrice de 1450 ppm
- A partir de 6 ans et jusqu'à l'âge adulte :
- * Jusqu'à 10 ans : dentifrice environ 1450 ppm
- * De 10 à 16 ans : environ : dentifrice 2500 ppm
- * Au delà de 16 ans : dentifrice environ 5000 ppm

Attention : tout surdosage peut provoquer des fluoroses pendant l'enfance et sur les futures dents définitives.

Une visite annuelle de contrôle chez le dentiste est bien sûr conseillée.

Source : UFSBD

Tous les produits Dentismile sont testés et agréés par des dentistes, des toxicologues et par plusieurs laboratoires français.

