



MODULE D'ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

Le Parodonte de l'Enfant : Particularités

Guide de Révision & Points Clés

Objectifs :

- Différencier les processus pathologiques des changements normaux liés à l'âge.
- Dépister les situations à risque et prévenir les troubles à l'âge adulte.

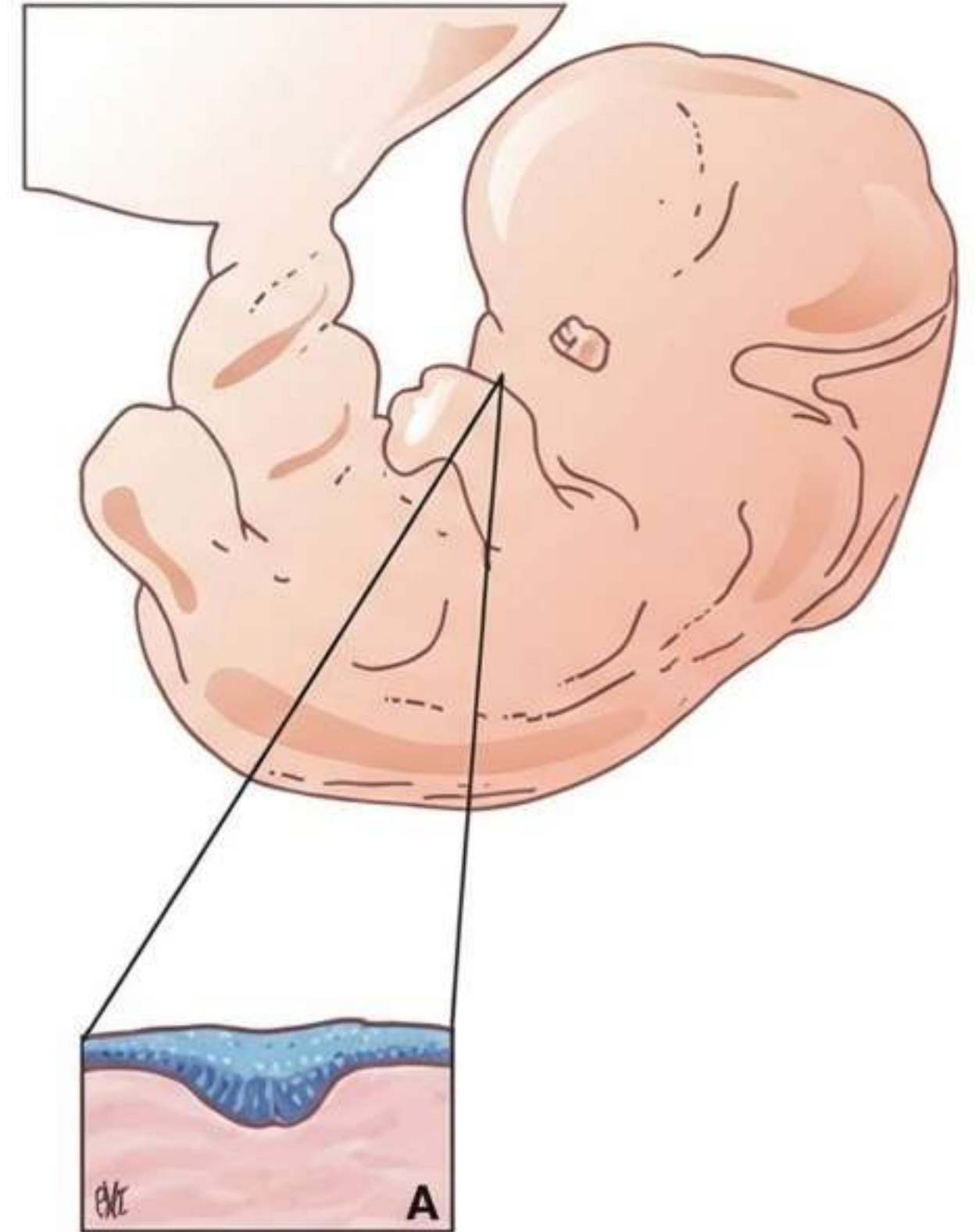
By dentiste web

Rappels Embryologiques

Origine : Le sac dentaire, différenciation à partir de la 7^{ème} semaine *in utero*.

High Yield

- Feuille externe → Os alvéolaire. [Ref: Q1]
- Feuille intermédiaire → Desmodonte. [Ref: Q1]
- Feuille interne → Cément. [Ref: Q1]



Anatomie : La Gencive en Denture Temporaire

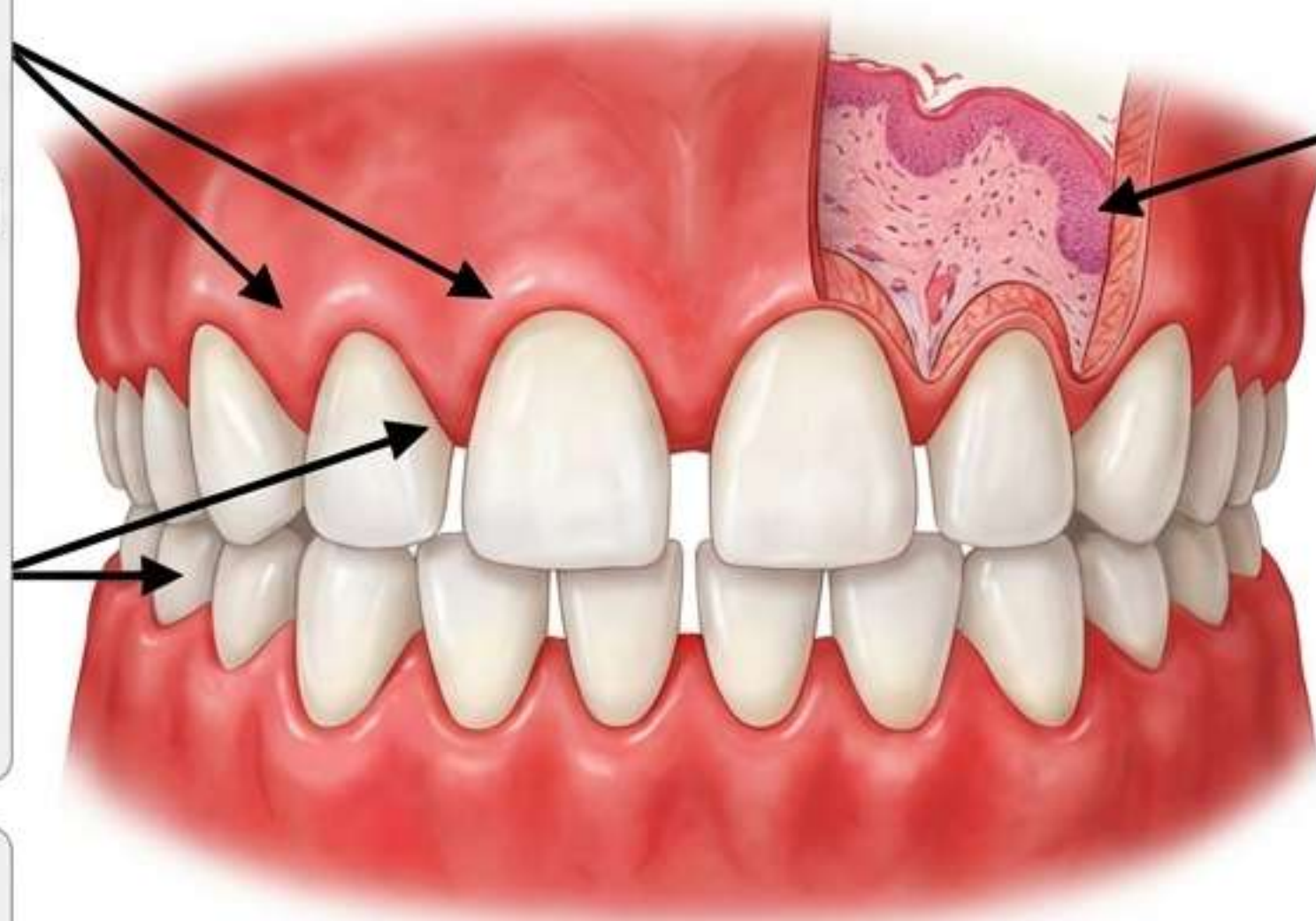
Aspect Clinique

- Aspect plus épais et arrondi (lié à la morphologie des dents et diastèmes). [Ref: Q3]
- Couleur rouge vif. [Ref: Q3]
- Gencive libre borde le collet.
- Gencive papillaire pyramidale comble l'espace inter-dentaire.

Métrique Clé

Profondeur du sulcus :

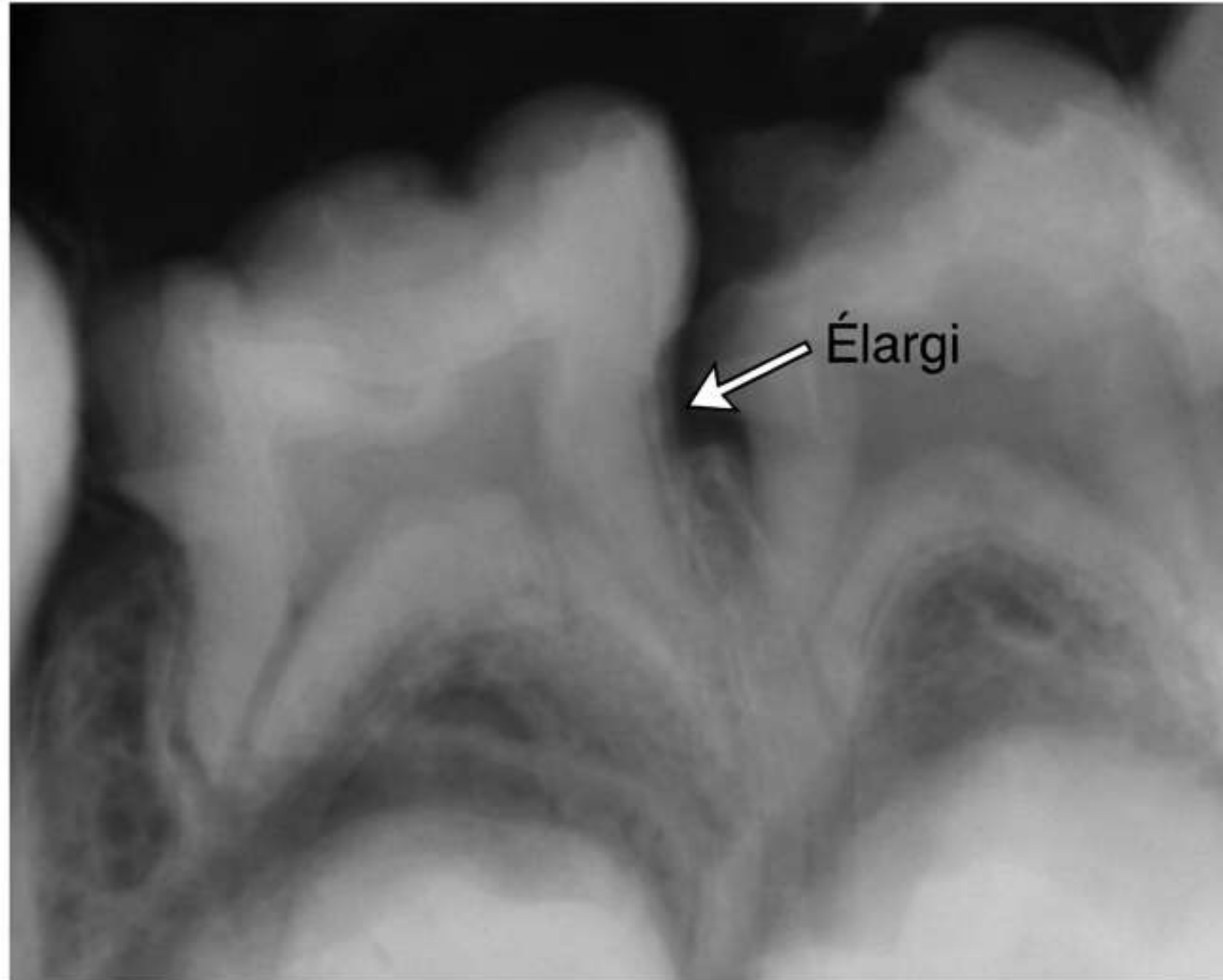
1 mm (moyenne)



Histologie

- Épithélium gingival plus fin. [Ref: Q3]
- Tissu conjonctif richement vascularisé. [Ref: Q3]
- Aspect lisse, brillant, granité réduit.
- Épithélium de jonction moins haut et plus fragile.

Anatomie : Le Desmodonte en Denture Temporaire



Structure et Particularités :

- Élargi dans sa partie cervicale (conséquence de la finesse du ciment).
- Moins riche en fibres que celui de l'adulte. [Ref: Q2]
- Plus vascularisé que celui de l'adulte. [Ref: Q2]
- Présence de résidus de la gaine de Hertwig.

Aspect Radiographique :

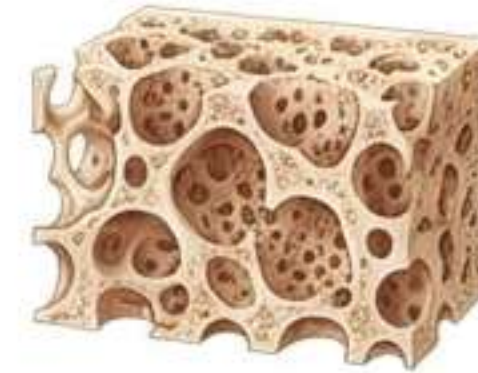
- Image radio-claire marquée.
- Espace large, surtout au niveau de la furcation.
- Communication avec les espaces médullaires et le tissu conjonctif pulpaire (canaux pulpo-parodontaux).

Anatomie : Le Cément et L'Os Alvéolaire

Le Cément

- Faible épaisseur, peu dense.
- Cervical : Cément acellulaire.
- Apical : Cément cellulaire.

L'Os Alvéolaire (Exam Focus)



- Moins calcifié que celui de l'adulte. [Ref: Q4]
- Corticales fines avec os spongieux abondant. [Ref: Q4]
- Espaces médullaires plus larges (trame moins trabéculée). [Ref: Q4, Q8]
- Crêtes alvéolaires plates ou convexes (diastèmes). [Ref: Q8]
- Plus vascularisé que chez l'adulte.

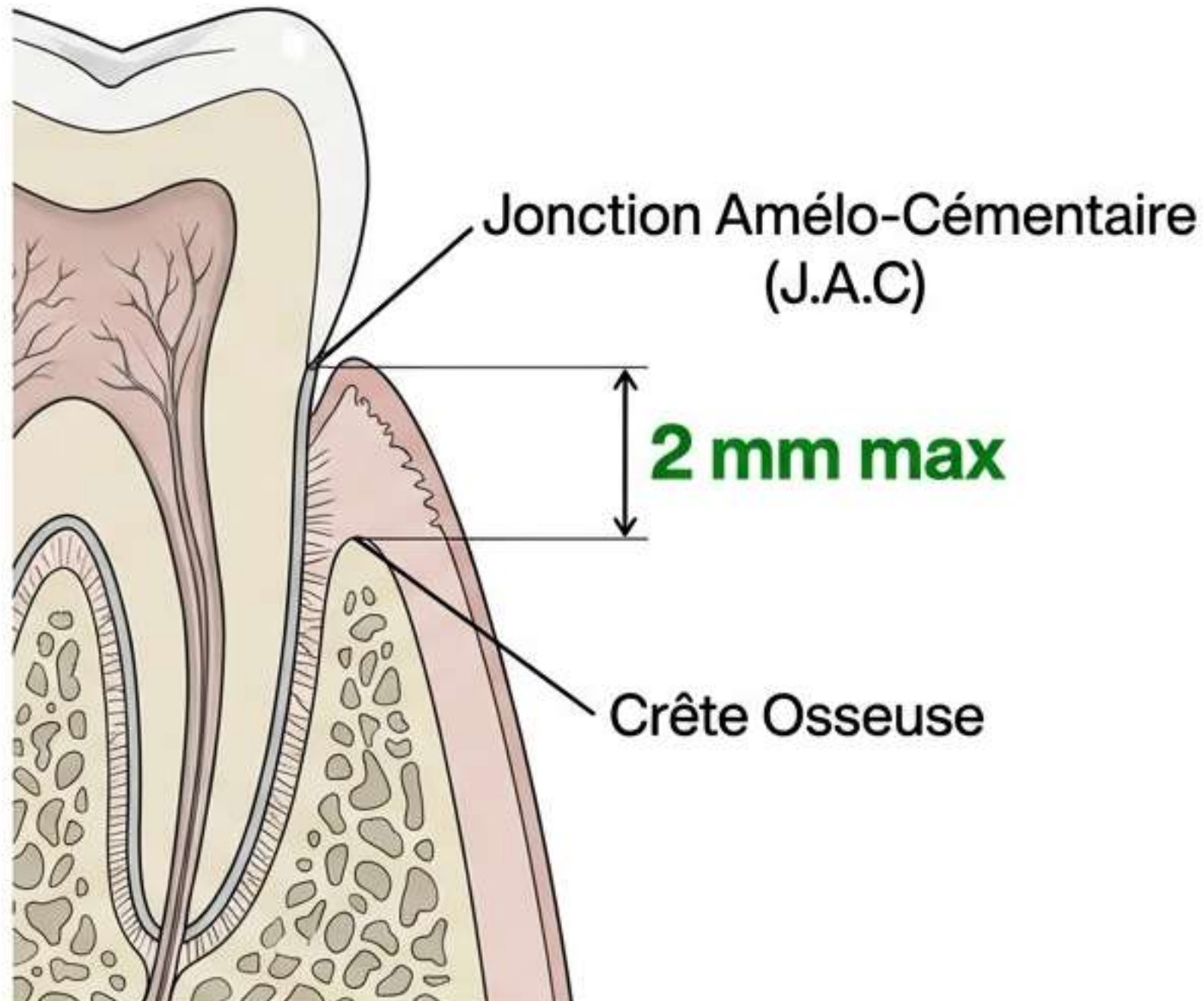
Physiologie : De la Denture Mixte à Permanente (Gencive)



Variations Physiologiques (Ne pas confondre avec pathologie) :

- Réactions inflammatoires rapides (plaque, ODF).
- Le sulcus a une profondeur maximale au cours de l'éruption. [Ref: Q5]
- Augmentation de la hauteur de la gencive adhérente avec l'âge. [Ref: Q5]
- Apparition du granité de surface (densification des fibres de collagène).

Physiologie : Remaniements des Tissus Profonds



Évolution avec l'âge :

- Desmodonte : Épaisseur diminue, riche en fibroblastes (turn over élevé).
- Cément : Augmentation de l'épaisseur (phases d'activité et repos).
- Os Alvéolaire : Épaississement des corticales et trabéculations.

Règle Clinique :

La distance entre la crête osseuse et la jonction amélo-cémentaire (J.A.C) est de **2 mm max** pour les dents fonctionnelles.

L'Émergence Dentaire : Signes Cliniques



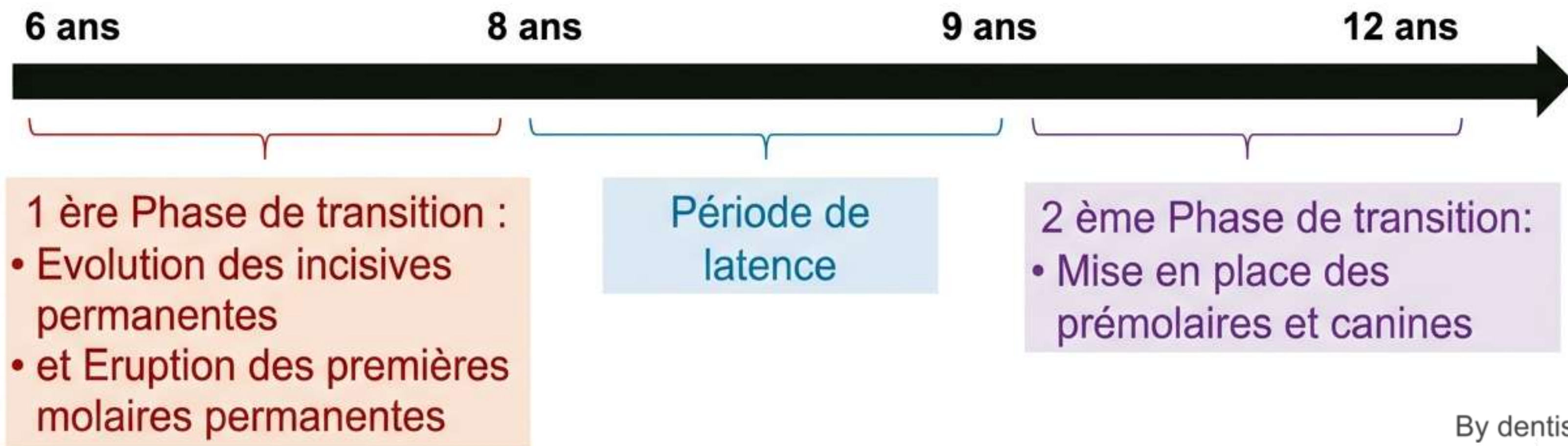
1. **Gonflement pré-éruptif** : Ferme, parfois pâle, épouse le contour de la couronne.



2. **Formation du rebord gingival** : Œdémateux, arrondi, légèrement plus rouge.



3. **Proéminence normale du rebord gingival** : Surtout région antérieure maxillaire (superimposition sur le volume de l'émail).



Écologie Buccale : La Salive

Nourrisson



4 ml/h

[Ref: Q7]

Enfant



8 à 10 ml/h

[Ref: Q7]

Adulte



15 ml/h

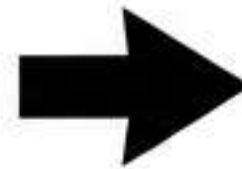
[Ref: Q7]

pH moyen enfant = 7,32
Plage physiologique : 3,25 à 8

Écologie Buccale : La Flore Microbienne

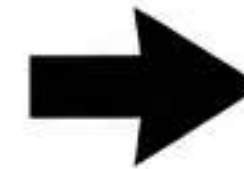
Naissance

**Cavité stérile →
Colonisation** (*S. mutans* présent chez
50% des <6 mois).



Puberté (Denture Mixte)

- Influence des hormones sexuelles sur la flore. [Ref: Q6]
- Favorise l'installation d'une flore anaérobie dans le sulcus. [Ref: Q6]
- Altération de la perméabilité des capillaires + augmentation des exsudats. [Ref: Q6]

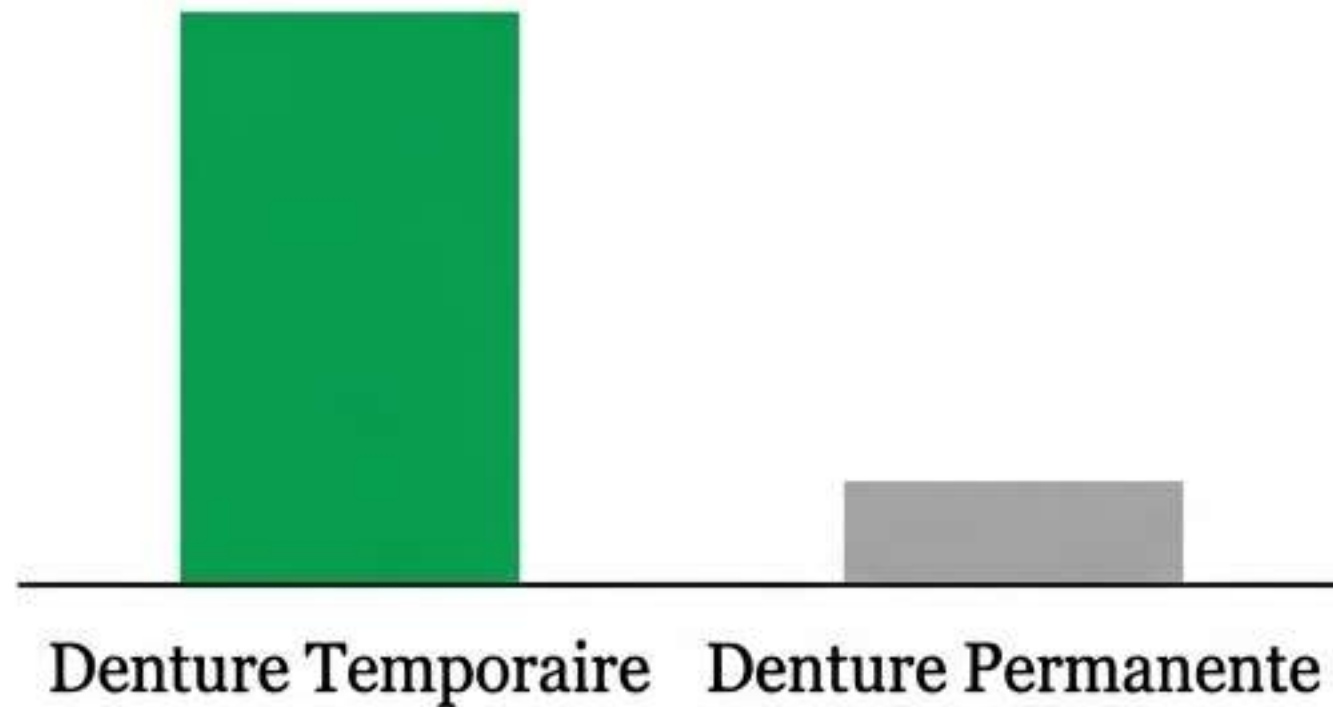


**Gingivite
œdémateuse et
hémorragique**

La Réponse Inflammatoire (Enfant vs Adulte)

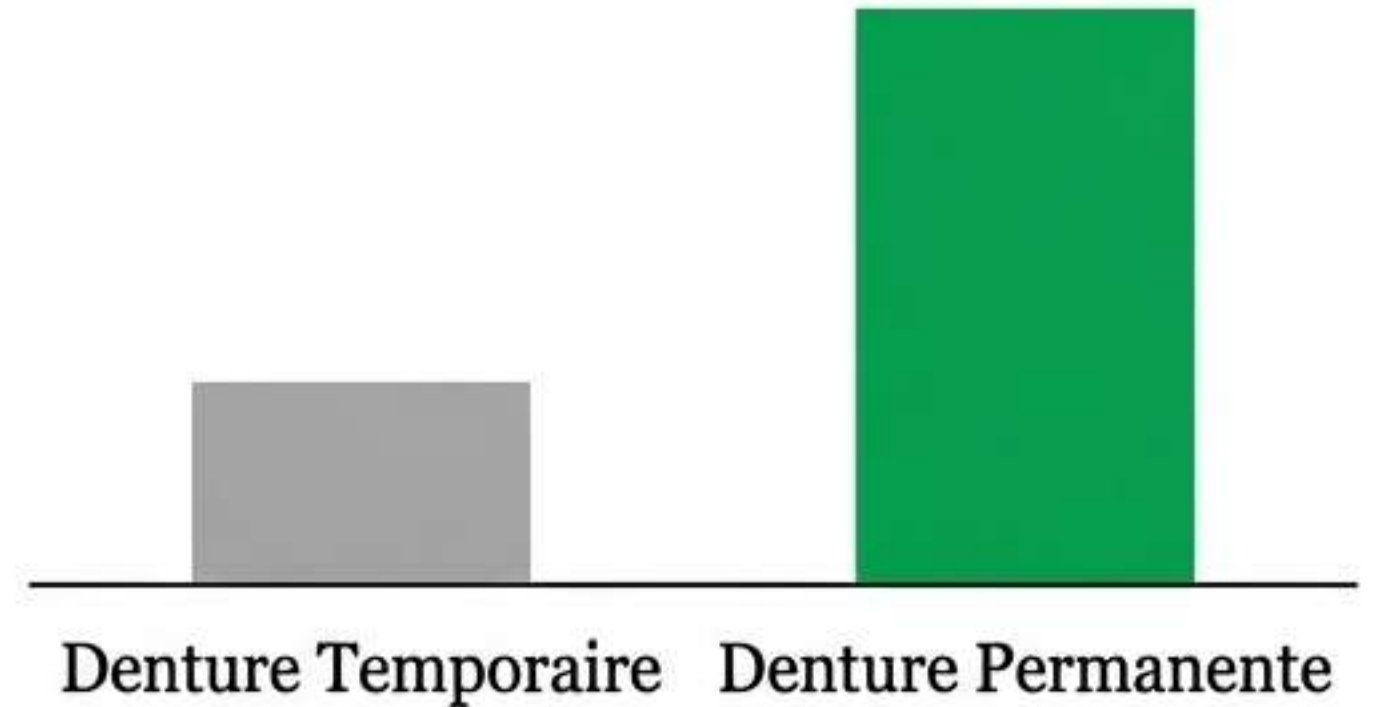
Étude Agarwal et al.

Indice de Plaque



Plus élevé en denture temporaire.

Inflammation Gingivale



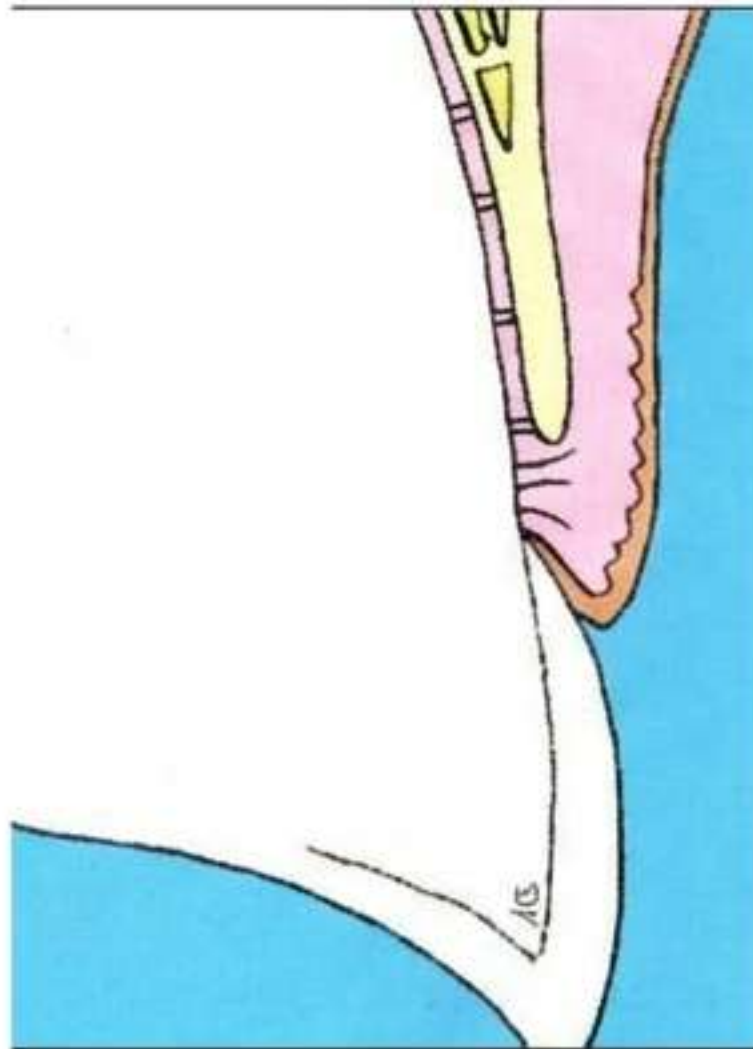
Plus élevée en denture permanente.

Enfant : Moins de gingivite que l'adulte à niveaux de plaque égaux.

Classification du Parodonte (Korbendau & Guyomard)

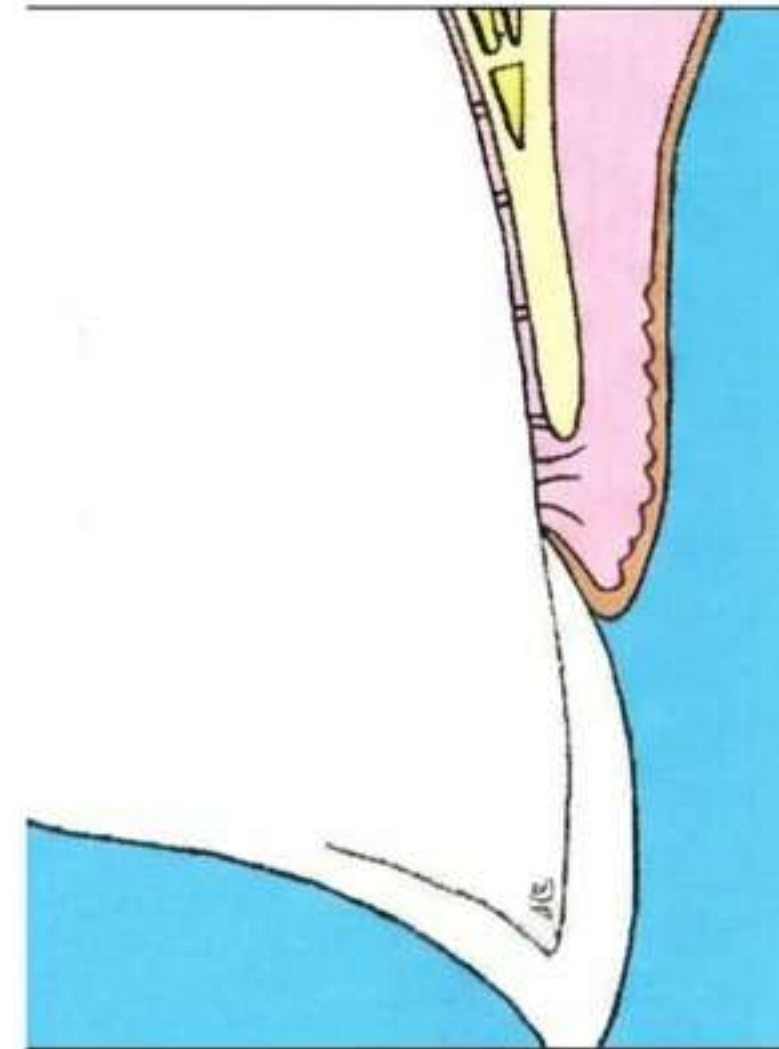
Types A & B (Non pathologique)

Type A



- Procès alvéolaire épais.
- Bord marginal proche de la J.A.C (1 mm).
- Gencive épaisse et hauteur > 2 mm.

Type B

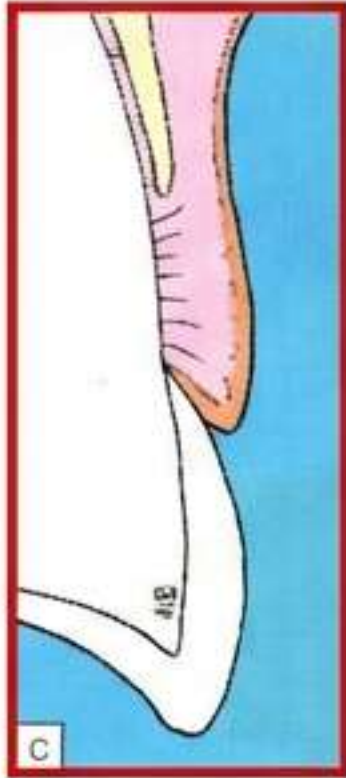


- Procès alvéolaire mince.
- Bord marginal proche de la J.A.C (1 mm).
- Gencive assez mince et hauteur > 2 mm.

Classification du Parodonte (Suite)

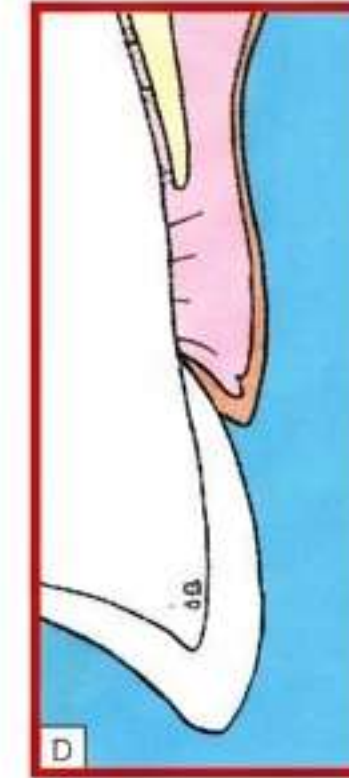
Types C & D (Déhiscences)

Type C



- Procès alvéolaire mince.
- Bord marginal à distance de la J.A.C.
- Déhiscence > 2 mm.
- Gencive mince et tendue, hauteur > 2 mm.

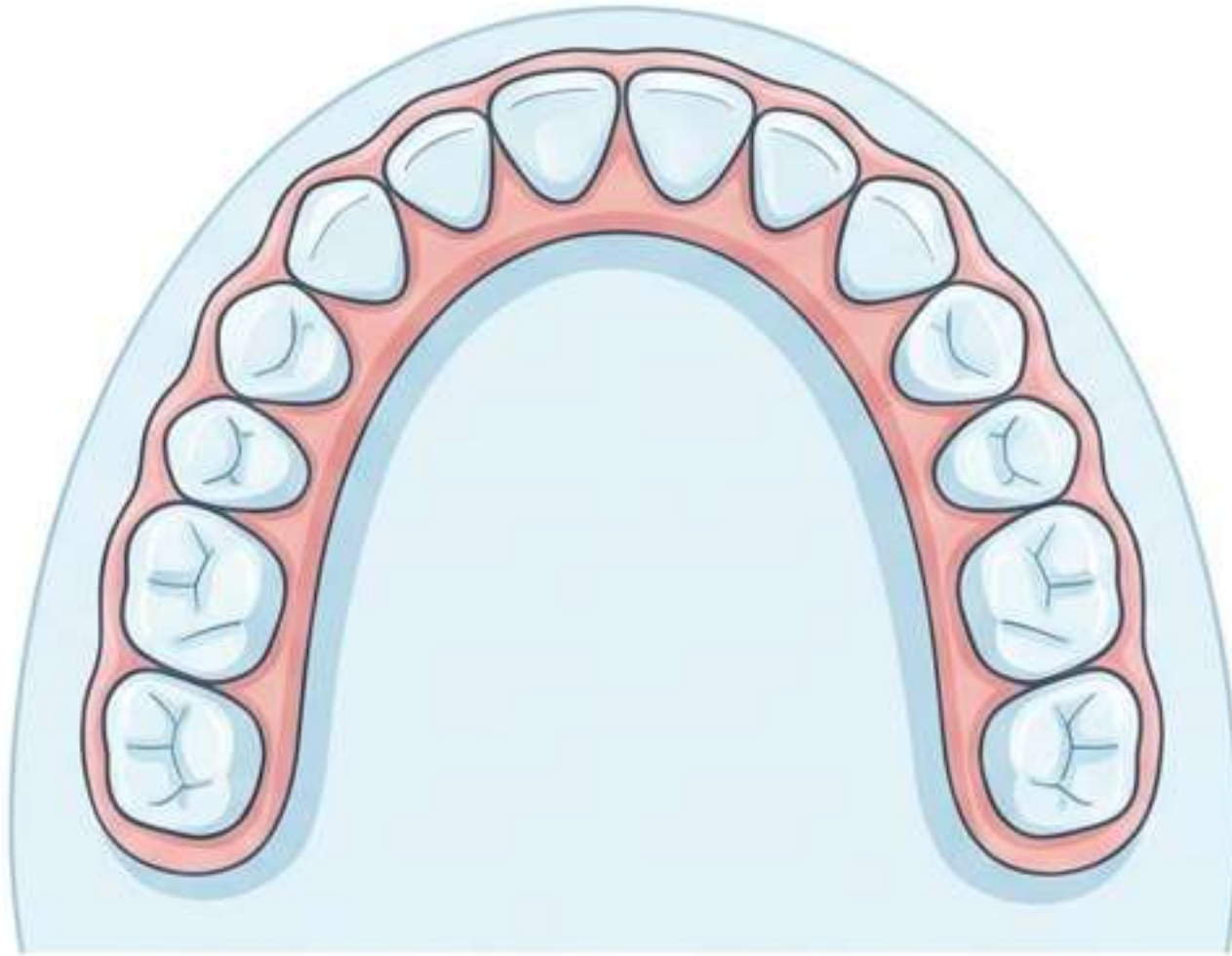
Type D



- Procès alvéolaire mince.
- Bord marginal à distance de la J.A.C.
- Déhiscence > 2 mm.
- Gencive mince et très réduite, hauteur < 1 mm.

Occlusion : Comparaison des Arcades

Denture Temporaire



- Forme : Demi-cercle.
- Implantation : Verticale.
- Plan d'occlusion : Plat.

Denture Permanente



- Axes dentaires : Courbes de compensations.
- Type : Engrenante.

Conclusion et Pronostic

Pathologie Dominante :

Gingivite (réaction inflammatoire non spécifique initiée par la plaque).

Pronostic :

Excellent. Potentiel de cicatrisation supérieur à l'adulte.



Rôle du Praticien :

Connaitre les modifications physiologiques pour intervenir au bon moment (dépistage et prévention pour le futur adulte).