

MCD/2611

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SIENTIFIQUE

UNIVERSITE MENTOURI CONSTANTINE  
FACULTE DE MEDECINE  
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

Mémoire pour l'obtention de titre Docteur en  
Médecine Dentaire

La Prévalence de la Carie Dentaire Chez L'enfant

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DES ENFANTS SCOLARISES DE 06 A 12 ANS  
A LA WILAYA DE CONSTANTINE

Option odontologie conservatrice

Soutenu et présenté par :

- ❖ *Moussaoui Hynd*
- ❖ *Siari Amira*
- ❖ *Moali Fatima Zohra*
- ❖ *Zouaoui Hala*
- ❖ *Torchli Imane*

Encadré par :

Dr Boussalia. R



CONSTANTINE 2013

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
---------------------	----------

---

## Chapitre 1

---

<b>1. Rappels anatomo-physiologique sur l'organe dentaire</b>	<b>3</b>
<b>1.1. L'odonte</b>	<b>3</b>
<b>1.1.1. L'email</b>	<b>3</b>
1.1.1.1. Développement de l'email	3
1.1.1.2. Amélogénèse	5
1.1.1.3. Variations morphologiques de l'email	7
<b>1.1.2. Le complexe dentino-pulpaire</b>	<b>7</b>
1.1.2.1. Développement du complexe pulpodentinaire au cours de l'odontogénèse	7
1.1.2.2. Dentinogénèse	9
1.1.2.3. Structure dentinopulpaire de la dent adulte	10
1.1.2.3.1. Dentine	10
1.1.2.3.1.1. Propriétés physiques et chimiques	11
1.1.2.3.1.2. Variétés de dentine	11
1.1.2.3.2 Pulpe	15
<b>1.2. Le parodonte</b>	<b>21</b>
1.2.1. Cément	21
1.2.2. Desmodonte	22
1.2.3. Os alvéolaire	23

---

## Chapitre 2

---

<b>2. Etiopathogénie de la carie</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Définition de la carie</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Etiologies de la carie</b>	<b>28</b>
2.2.1. Bactéries cariogènes	29

32	2.2.2. Sucres fermentescibles
35	2.3 Facteurs favorisant la carie
35	2.3.1. Age
36	2.3.2. Sexe
36	2.3.3. Ethnie
37	2.3.4. Niveau socioéconomique
38	2.3.5. Hygiène buccodentaire
39	2.3.6. Alimentation
44	2.3.7. Fluor
45	2.3.8. Terrain
46	2.3.9. Salive
47	2.3.10. Type de dents
47	2.4. Histopathologie de la carie
47	2.4.1. Lésion carieuse de l'émail
47	2.4.1.1. Lésion initiale de l'émail
52	2.4.1.2. Mécanisme chimique des lésions cariées
53	2.4.2. Lésion carieuse de la dentine
53	2.4.2.1. Particularité de la carie de la dentine
53	2.4.2.2. Mode de progression de la carie de la dentine
53	2.4.2.3. Description histopathologique de la lésion
55	2.4.2.4. Sclérose dentinaire
55	2.4.2.5. Réparation pulpodentinaire

2.4.3. Lésion carieuse radulaire	56
2. 5. Classification des lésions carieuse	57
2.5.1 Classifications historiques	57
2.5.1.1 Classification de Black	57
2.5.1.2. Classification par degrés	58
2.5.1.3. Classification de l'OMS	59
2.5.2. Classifications cliniques d'auteurs (années 1990)	59
2.5.2.1. Classification de Pitts	60
2.5.2.2 Classification d'Axelsson	62
2.5.2.3 Classifications spécifiques aux lésions proximales	62
2.5.3.4 Classifications spécifiques aux caries radiculaires	63
2.5.3 Classifications modernes	64
2.5.3.1 Classification diagnostique ICDAS	65
2.5.3.2 Classification de Mount et Hume	66
2.5.3.3 Concept Si/Sta	67

---

## Chapitre 3

---

3. La prévention	71
3.1. Définition de la prévention	71
3.1.1. Prévention primaire	72
3.1.2. Prévention secondaire	72
3.1.3. Prévention tertiaire	73
3.2. Le but de la prévention en odontologie	73
3.3. Les moyens de la prévention	74

## Sommaire

3.3.1. Notion de la motivation	74
3.3.2. L'hygiène bucco-dentaire	75
3.3.2.1. Le contrôle de la plaque dentaire	75
3.3.2.1.1. Rôle de la salive	75
3.3.2.1.2. Le contrôle mécanique et chimique	76
3.3.3. Méthodes préventives actuelles : le fluor	91
3.3.4. Le rôle du praticien	94
3.3.5. Rôle de l'alimentation	95
3.3.6. Le scellement des sillons et puits	99
<hr/>	
<b>Chapitre 4</b>	
<hr/>	
L'étude épidémiologique	103
1- Définitions	104
2- Méthode	106
2.1. Type d'étude	106
2.2. Population d'étude et échantillonnage	106
2.2.1. Choix de la population d'étude	106
2.2.2. L'échantillonnage	106
2.3. Recueil des données	106
2.3.1. Critères de l'inclusion	106
2.3.2. Moyen de collecte des données	107
2.3.3. Examen clinique	107
2.4. Analyses des données	108
3-Résultats	110
4-Discussion	127
Conclusion	134
Bibliographie	137

## Conclusion

L'enseignement de l'odontologie a toujours été orienté sur l'art de restaurer les dents, aujourd'hui, on doit mettre l'accent sur les causes des maladies et sur leur prévention.

L'odontologiste doit aujourd'hui considérer la maladie carieuse comme un processus infectieux, multifactoriel, non inéluctable, dynamique et réversible.

Les lésions carieuses, signes tardifs de la maladie, débutent par une petite déminéralisation de sub-surface, infra-clinique au départ. Ces lésions sont le siège de cycles alternatifs de déminéralisation-reminéralisation, et leur évolution est beaucoup plus lente qu'on ne le pensait.

En conséquence, la notion de diagnostic clinique ne se limite plus au simple dénombrement des lésions évoluées. La vision moderne du diagnostic en odontologie repose sur l'évaluation du risque carieux et de l'activité des lésions, ainsi que sur l'analyse des facteurs liés au patient.

Dans tous les cas, le diagnostic n'est jamais figé mais doit en permanence être réévalué, ce qui implique un suivi régulier du patient. L'efficacité des thérapeutiques préventives et leur développement dépendent de la qualité de ce suivi.

Le diagnostic précoce des lésions initiales de l'émail est très important pour pouvoir instaurer en un temps optimum la thérapeutique adaptée permettant leur reminéralisation. De ce fait, le praticien doit se doter des moyens lui permettant de diagnostiquer à temps ces lésions.