

MC D/2592

République algérienne démocratique et populaire

Ministre de l'enseignement et de la recherche scientifique

Université de Constantine

Faculté de médecine

Département de chirurgie dentaire

LA MALADIE CARIEUSE

MEMOIRE

En vue de l'obtention de diplôme de chirurgien dentiste

Année 2011/2012

Sous la direction de :

Dr. BOUSSALIA

Maitre assistant en
odontologie

conservatrice/endodontie

Elaboré par :

ZID MEHDI

TITI SOUHILA

Introduction	1
---------------------	----------

Chapitre 1

1. Rappels anatomo-physiologique sur l'organe dentaire	2
1.1. L'odonte	3
1.1.1. L'email	3
1.1.1.1. Développement de l'émail	3
1.1.1.2. Amélogénèse	5
1.1.1.3. Variations morphologiques de l'email	6
1.1.2. Le complexe dentino-pulpaire	7
1.1.2.1. Développement du complexe pulpodentinaire au cours de l'odontogenèse	7
1.1.2.2. Dentinogenèse	8
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	10
1.1.2.3.1.2. Variétés de dentine	10
1.1.2.3.2 Pulpe	14
1.2. Le parodonte	19
1.2.1. Cément	19
1.2.2. Desmodonte	20
1.2.3. Os alvéolaire	21

Chapitre 2

2. Etiopathogénie de la carie	24
2.1 Définition de la carie	25
2.2 Etiologies de la carie	25
2.2.1. Bactéries cariogènes	25

2.2.2. Sucres fermentescibles	28
2.3 Facteurs favorisant la carie	31
2.3.1. Âge	32
2.3.2. Sexe	32
2.3.3. Ethnie	33
2.3.4. Niveau socioéconomique	33
2.3.5. Hygiène buccodentaire	34
2.3.6. Alimentation	35
2.3.7. Fluor	39
2.3.8. Terrain	40
2.3.9. Salive	41
2.3.10. Type de dents	42
2.4. Histopathologie de la carie	42
2.4.1. Lésion carieuse de l'émail	42
2.4.1.1. Lésion initiale de l'émail	43
2.4.1.2. Mécanisme chimique des lésions carieuses	47
2.4.2. Lésion carieuse de la dentine	48
2.4.2.1. Particularité de la carie de la dentine	48
2.4.2.2. Mode de progression de la carie de la dentine	48
2.4.2.3. Description histopathologique de la lésion	48
2.4.2.4. Sclérose dentinaire	49
2.4.2.5. Réparation pulpodentinaire	50

2.4.3. Lésion carieuse radulaire	50
2. 5. Classification des lésions carieuse	51
2.5.1 Classifications historiques	51
2.5.1.1 Classification de Black	51
2.5.1.2. Classification par degrés	52
2.5.1.3. Classification de l'OMS	52
2.5.2. Classifications cliniques d'auteurs (années 1990)	53
2.5.2.1. Classification de Pitts	53
2.5.2.2 Classification d'Axelsson	55
2.5.2.3 Classifications spécifiques aux lésions proximales	55
2.5.3.4 Classifications spécifiques aux caries radulaires	56
2.5.3 Classifications modernes	57
2.5.3.1 Classification diagnostique ICDAS	58
2.5.3.2 Classification de Mount et Hume	59
2.5.3.3 Concept Si/Sta	60

Chapitre3

3. La prévention	63
3.1. Définition de la prévention	64
3.1.1. Prévention primaire	64
3.1.2. Prévention secondaire	65
3.1.3. Prévention tertiaire	66
3.2. Le but de la prévention en odontologie	66
3.3. Les moyens de la prévention	66

3.3.1. Notion de la motivation	66
3.3.2. L'hygiène bucco-dentaire	67
3.3.2.1. Le contrôle de la plaque dentaire	67
3.3.2.1.1. Rôle de la salive	67
3.3.2.1.2. Le contrôle mécanique et chimique	68
3.3.3. Méthodes préventives actuelles : le fluor	83
3.3.4. Le rôle du praticien	86
3.3.5. Rôle de l'alimentation	87
3.3.6. Le scellement des sillons et puits	89
Conclusion	93
Bibliographie	

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 considéré 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.