

Scellement de sillons

Des recommandations à la prise en charge : ayez le bon réflexe

Quatorze ans après son inscription au remboursement, le scellement de sillons reste largement sous-utilisé, en France. Malgré son efficacité avérée en matière d'incidence carieuse, cet acte de prévention demeure sous-utilisé et fait l'objet d'idées reçues. Retour sur une avancée prophylactique majeure.

En 2001, le scellement prophylactique a été inscrit à la nomenclature générale des actes, et donc admis au remboursement par les caisses pour les enfants de 6 à moins de 14 ans sur les molaires définitives après évaluation du risque carieux individuel. « Il s'agit d'un grand pas en avant en matière de prévention, que la profession réclamait depuis longtemps ; or, elle ne s'en sert pas, ou trop peu », regrette le Dr Benoît Perrier, secrétaire général de l'UFSBD. Quatorze ans plus tard, chez les 6-18 ans, on évalue la fréquence de cet acte entre 5 à 13 %, au mieux, au niveau de leurs molaires définitives. « Même le programme M' T dents n'y a rien changé, alors qu'il a permis un bond de la fréquentation des cabinets dentaires de 33 à près de 70 % pour les 6 ans. Depuis sa mise en place, en 2007, on n'a pas observé de progression particulière concernant cet acte préventif », poursuit le Dr Perrier. Un constat décevant, alors que les méta-analyses de la littérature dentaire rapportent que, lorsque les premières molaires permanentes des enfants de moins de 10 ans avaient été scellées, le risque carieux était 86 % plus bas à un an, 76 % à deux ans et 70 % à trois ans. L'explication est simple : la face occlusale, qui ne concerne que 21 % des surfaces dentaires, représente à elle seule presque 85 % des caries chez les 5-17 ans. Et 80 % des scellements posés à 6 ans tiennent jusqu'à 12 ans. « En plus d'avoir une efficacité avérée, cet acte est une bonne entrée en matière » ➔

Quelle prise en charge ?

La prise en charge du scellement de sillons en cas de risque carieux est limitée aux premières et deuxièmes molaires permanentes et ne peut survenir qu'une fois par dent avant le 14^e anniversaire. Le risque carieux doit être impérativement évalué pour justifier de cet acte de prévention. Pour les patients de 6 à moins de 14 ans, le taux de remboursement est de 70 % pour un tarif conventionnel unitaire de 21,69 euros. En dehors de cette tranche d'âge, l'acte est à tarif libre et sera coté NPC (non pris en charge). En dehors des

premières et deuxièmes molaires, les scellements de sillons sont cotables, le tarif est libre et l'acte est non remboursable par le régime général.

Dans le cadre des soins de suite à l'examen de prévention bucco-dentaire (EBD) de 6 et 12 ans, le tiers payant intégral est obligatoire conventionnellement. S'il n'y a qu'un acte à réaliser, il peut l'être dans la même séance que l'EBD (avec la CCAM, la réalisation d'un ou plusieurs scellements de sillons est associée à un seul acte, en utilisant le code adéquat.

COTATION CCAM

COMPLEMENT (SCHELLEMENT) PROPHYLACTIQUE DES PUIITS, SILLONS ET FISSURES

HBBD005	1 dent	21,69 €
HBBD006	2 dents	43,38 €
HBBD007	3 dents	65,07 €
HBBD004	4 dents	86,76 €
HBBD039	5 dents	108,45 €
HBBD404	6 dents	130,14 €
HBBD098	7 dents	151,83 €
HBBD427	8 dents	173,52 €

pour les enfants : il leur fait découvrir les soins dentaires sans stress », souligne-t-il.

DES RECOMMANDATIONS MAL COMPRISES

La sous-utilisation de cet acte par les praticiens et une mauvaise compréhension des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2005 expliquent en grande partie que cet acte demeure négligé. Les parents ne sont pas spontanément demandeurs par méconnaissance de l'acte. Le problème, c'est que cet acte n'est pas proposé : soit le chirurgien-dentiste n'y pense pas, soit il pense qu'il n'est pas indiqué, souvent par défaut d'interprétation des recommandations de la HAS.

“ Les praticiens pensent souvent à tort que le cumul est nécessaire pour définir un haut risque carieux. ”

Présence et/ou antécédents de caries ou lésions précaries en bouche (quelle que soit la dent), morphologie anfractueuse de la dent, hygiène bucco-dentaire déficiente, consommation fréquente d'aliments ou de boissons sucrés en dehors de repas... Le risque carieux doit impérativement être évalué pour optimiser les dépenses dentaires liées à cet acte préventif. Un seul de ces facteurs impose l'indication d'un scellement de sillon par le praticien ; « or, les chirurgiens-dentistes pensent souvent à tort que le cumul est nécessaire pour définir un haut risque carieux », poursuit-il. Les praticiens ne se sentent pas forcément capables de déterminer chez quels patients et sur quelles dents les caries sont susceptibles de se développer. Si on regarde la grille d'analyse proposée par la HAS sur le risque carieux, nous devrions avoir entre 60 à 80 % d'indication de scellement de sillons pour chaque classe d'âge. Au Canada, dans des conditions de prise en charge similaires, la fréquence de pose des scellements de sillons est proche de 45%.

DÉMYSTIFIER LA COMPLEXITÉ D'APPROCHE

Mais il y a bien d'autres explications à la sous-utilisation de cet acte, au

premier rang desquels la pose d'une digue dentaire, qui rebute certains confrères. Il faut démystifier la complexité d'approche ! L'enjeu, c'est de maintenir la dent sèche pendant tout l'acte, et il existe des alternatives à la digue, comme le précise la HAS. Le temps d'intervention pour cet acte est très court (dispositif autonome d'aspiration, porte-coton salivaire, travail à quatre mains avec aspiration chirurgicale). Si la dent n'est pas encore assez évoluée, un vernis fluoré peut être posé en attendant que les sillons puissent être scellés si on est dans une situation à haut risque carieux.

De manière générale, la dentisterie reste encore trop orientée vers le curatif au détriment du préventif,

et les dentistes privilégient l'enseignement de l'hygiène sans associer la pose de scellements. D'autres croyances entravent la diffusion de cet acte, comme celle que les odontotomies obturées à l'amalgame sont meilleures et plus économiques, ou encore la crainte d'effets iatrogènes en scellant des caries débutantes ou en perturbant l'occlusion. Parmi les facteurs expliquant le recours insuffisant aux scellements, citons, notamment, l'absence de tiers payant (TP) pour les patients (hors du cadre M'T dents, où le TP est obligatoire pour les soins effectués à 6 et 12 ans), la non-participation aux formations continues, une mauvaise connaissance de la technique ou encore la méconnaissance, par le dentiste, du remboursement de l'acte. D'un point de vue épidémiologique, il est logique que l'assurance maladie concentre ses efforts sur les premières et deuxième molaires permanentes, ces dents ayant un poids particulier dans l'indice carieux chez les moins de 18 ans. Mais la prise en charge pour ces dents-là ne doit pas faire oublier que le scellement peut être recommandé et utile pour d'autres dents, comme les prémolaires et le singulum des incisives latérales supérieures. » ■

Protocole du scellement de sillons



1

Après radiographie de contrôle, la dent est nettoyée.



2

Application d'un gel de mordantage, qui doit être rincé abondamment.



3

Sur une dent parfaitement sèche (étant uniquement sur l'émail, le séchage doit être parfait), application du produit de scellement avec diffusion à l'aide d'un pinceau pour obtenir une couche fine.



4

Photopolymérisation.



5

Vérification de l'absence de suroclusion.

INDICATIONS DU SCÈLÈMENT PROPHYLACTIQUE DES SILLONS DES PREMIÈRES ET DEUXIÈMES MOLAIRES PERMANENTES CHEZ LES SUJETS DE MOINS DE 18 ANS [Haute Autorité de Santé 2005]

- 1 Évaluer le RCI: voir encadré n° 1
- 2 Sceller, dès que possible, les premières et deuxièmes molaires permanentes chez les patients de moins de 20 ans à RCI élevé et préférer un MS à base de résine si l'isolation est satisfaisante: voir encadré n° 2
- 3 Suivre régulièrement les patients en fonction du RCI: 2 à 4 fois par an en cas de RCI élevé, au moins une fois par an en cas de RCI faible: voir encadré n° 3
- 4 Maintenir les autres mesures de prévention de la carie

1 – Comment évaluer le risque de carie individuel ?

- Classer en «**RCI élevé**» les patients présentant au moins un des facteurs de risque individuels suivants.

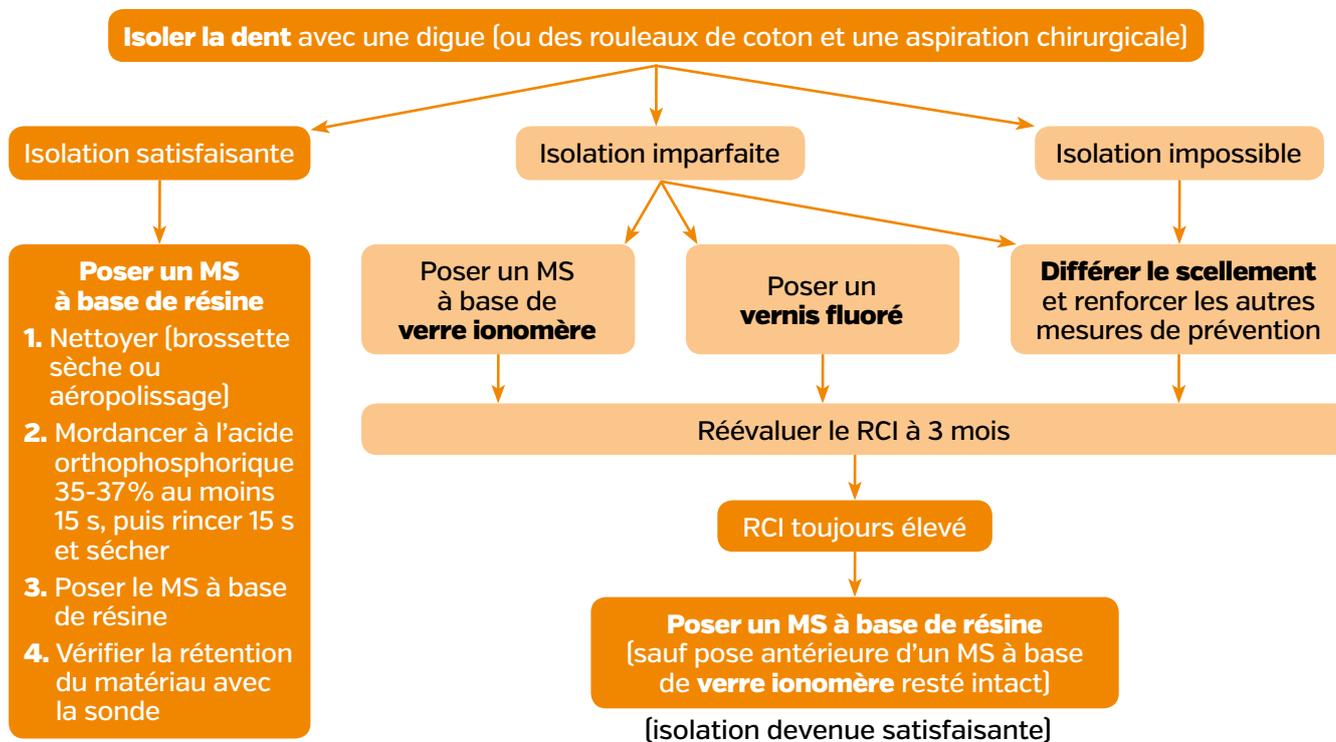
- ▶ Absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré.
- ▶ Sillons^[1] anfractueux^[2] au niveau des molaires.
- ▶ Ingestions sucrées régulières en dehors des repas ou du goûter [aliments sucrés, boissons sucrées, bonbons].
- ▶ Présence de plaque visible à l'œil nu sans révélation.
- ▶ Prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie.
- ▶ Présence de caries [atteinte de la dentine] et/ou de lésions initiales réversibles [atteinte de l'émail].

[1] Sillons: ensemble des zones de congruence de la surface amélaire.
[2] Anfractueux: sillons profonds et étroits à l'examen clinique simple.

- Classer en «**RCI faible**» les patients ne présentant aucun de ces facteurs de risque individuels.

2 – Comment sceller ?

- En l'absence de suspicion de carie dentinaire



- **En cas de suspicion de carie dentinaire:** ouvrir les sillons et utiliser un matériau de restauration. Il ne s'agit plus d'un scellement.

3 – Quel suivi mettre en place ?

- Contrôler l'intégrité du MS et le réparer, si nécessaire.
- Réévaluer le RCI à chaque contrôle.