

## **Orthodontie et enfants malades**

**Atelier Presse du jeudi 25 septembre 2008**

**Avec la participation des docteurs  
Brigitte Vi-Fane et Jean-Baptiste Kerbrat**

**Contact presse : BV CONSEiL Santé  
Alexandra Dufrien – Emmanuelle Klein  
Tél : 01 42 68 83 40 - [www.bvconseil.com](http://www.bvconseil.com)**

## L'orthodontie et les enfants malades

La maladie de l'enfant, qu'elle soit de type chronique comme le diabète, ou, plus grave les pathologies hématologiques ou néoplasiques, interpelle nécessairement le praticien orthodontiste.

La place de l'exercice du praticien dans la prise en charge globale d'un petit patient malade est complexe et la proposition d'un traitement dans un contexte déjà très médicalisé peut rapidement trouver ses limites. Les traitements sont multiples, dépendants du type de pathologie et du moment de sa survenue par rapport à la prise en charge orthodontique (qui peut lui être antérieure), des souhaits de l'enfant et de ses parents, et surtout, de la qualité de la relation entre la famille et le praticien. Cependant dans tous les cas, il est nécessaire de ne pas rajouter de thérapeutique douloureuse ou trop contraignante.

- **La pathologie chronique**

L'enfant malade est un enfant comme les autres : comme de nombreux enfants de sa classe, il est appareillé et traité. La qualité de l'accueil chez le praticien est centrale et l'empathie pour les parents essentielle. En effet, les parents trouvent dans l'orthodontiste un praticien « à part » de leurs interlocuteurs habituels, qui replace leur enfant dans un contexte usuel. Il n'est pas l'enfant malade pour lequel on craint une aggravation, une infection ou autre mais un petit patient auquel on va offrir un sourire amélioré ! Ils n'ont pas de choix à faire, de décision importante à prendre, ils peuvent être pris en charge comme tout un chacun (la durée du traitement et les liens créés permettent d'observer une diminution des mécanismes de méfiance).

A l'inverse, du point de vue du praticien, cet enfant peut poser des problèmes très particuliers : il a une pathologie chronique dont il doit tenir compte afin d'adapter son plan de traitement dans un contexte déjà très médicalisé. Le praticien préconise ainsi des traitements sans mécanique lourde ni contraignante.

Dans certains cas, la pathologie médicale (enfant épileptique, hémophile, porteur d'une pathologie valvulaire cardiaque), nécessite une prise en charge très spécifique par l'orthodontiste, certaines de ses thérapeutiques pouvant entraîner un risque vital pour l'enfant. Il est à noter que ce risque est souvent mal anticipé par les équipes qui suivent ces enfants (cardiologues, neurologues, généralistes...). L'orthodontiste doit alors être en capacité soit de prendre les mesures thérapeutiques ou chirurgicales nécessaires, soit d'expliquer et de conseiller aux parents et à l'enfant une éventuelle abstention thérapeutique. On préconisera alors des traitements fonctionnels sans mouvements rapides dentaires.

- **La pathologie grave avec risque vital**

Ces enfants et leurs parents vivent au cœur d'une nébuleuse médicale multiple et plastique avec des périodes de traitements difficiles et parfois douloureux. Leur quotidien est fait d'alternance entre des sentiments d'espoir et de doutes et de gestion périlleuse de contraintes organisationnelles. Les familles expérimentent une confrontation insoutenable avec l'idée de la mort d'un des leurs.

Quelle est alors la place du traitement orthodontique ? Il peut préexister à la pathologie traitée et se situe alors dans une continuité logique. Dans tous les cas, on peut penser qu'il aide la famille et l'enfant à se projeter dans l'avenir. Mettre en œuvre le traitement orthodontique, c'est envisager un « après » à la période de la maladie, et rendre légitime le fait que la santé ne relève pas que de l'absence de maladie physique : un traitement orthodontique s'apparente aux discussions sur le futur métier, les voyages rêvés, ou autres projets d'une construction de vie avec un avenir espéré.

Il est nécessaire pour le praticien de pouvoir communiquer avec l'équipe médicale qui suit l'enfant afin d'anticiper les éventuels effets secondaires des traitements (gingivites et stomatites, problèmes infectieux) altérant la tolérance au matériel dans la bouche, voire la contre indiquant complètement.

**Dans tous les cas il est nécessaire d'entendre le souhait de l'enfant. Chaque enfant est unique avec ses propres contraintes, décuplées par la maladie. Le plan de traitement doit donc lui aussi, être unique, acceptant les compromis imposés par la maladie. Il convient de :**

- Proposer une interruption temporaire du traitement si l'enfant ou les parents sont trop fragilisés.
- Servir de médiateur entre l'enfant et ses parents s'il souhaite réellement interrompre temporairement son traitement en cadrant les priorités et en réinvestissant une fonction thérapeutique plus large, afin de rassurer les parents sur le bien fondé de la décision.
- Accepter que le traitement ne soit pas idéal parce qu'il a fallu composer avec la maladie. Les objectifs personnels du praticien doivent s'effacer devant la réalité de ces prises en charge particulières.

## Orthodontie et maladies rares

### Qu'est-ce qu'une maladie dite « rare » ?

Une maladie rare est une maladie qui touche un nombre restreint de personnes en regard de la population générale ; le seuil admis en Europe est moins d'une personne sur 2 000.

Des milliers de maladies rares (6 à 7 000 actuellement) sont dénombrées et chaque année 200 à 300 nouvelles maladies sont décrites.

En France, 4 millions de personnes sont atteintes d'une « maladie orpheline » et pour une maladie donnée, moins de 30 000 personnes sont touchées. La majorité de ces maladies sont graves, chroniques, évolutives et parfois le pronostic vital est en jeu. L'atteinte peut être visible dès la naissance ou l'enfance, ou se manifester à l'âge adulte. Pour un grand nombre de maladies, la cause demeure inconnue ; mais presque toutes les maladies génétiques sont des « maladies rares ».

### Exemples cliniques

Les malades que les praticiens sont amenés à traiter, peuvent présenter, soit une pathologie générale à l'origine de modifications de la physiologie et la biologie utilisée au cours du traitement orthodontique (syndrome de Turner, syndrome de Moebius...), soit des malformations de la face et de la cavité buccale qui peuvent être isolées ou associées à d'autres pathologies dans le cadre de syndrome (fente faciale, agénésies multiples, dysplasie ectodermique...).

Il existe une très grande hétérogénéité des manifestations cliniques d'une même maladie entraînant des préjudices morphologiques, esthétiques, fonctionnels et psychologiques variables. La prise en charge de ces malades et de leur famille doit relever d'équipes pluridisciplinaires et spécifiques. Elle débute souvent dès la naissance, voire avant, quand le diagnostic est fait durant la période anténatale (exemple des fentes labio-palatines) et se poursuit jusqu'à l'âge adulte.

**L'orthodontie doit s'intégrer dans cette prise en charge globale en tenant compte des spécificités de la maladie et des particularités du malade.**

**Premier exemple :** patient présentant des agénésies multiples ou hypodontie c'est-à-dire absence de dents. (L'hypodontie est l'anomalie la plus commune du développement chez l'homme ; son mode de transmission est polygénique avec des origines génétiques et environnementales).

On parle d'oligodontie quand au moins 6 dents sont absentes sur 28 en excluant les 3èmes molaires. La prévalence est de l'ordre de 1/2000 avec souvent l'association d'anomalies de forme et de taille des autres dents et de problèmes de croissance osseuse. Cette anomalie peut être isolée ou se retrouver dans un cadre syndromique (dysplasies ectodermiques).

Le traitement des agénésies multiples isolées nécessite l'intervention de plusieurs spécialités dentaires, l'odontologie pédiatrique, la prothèse, l'implantologie et/ou l'orthodontie. Cette dernière aura notamment pour objectif de réaménager les arcades dentaires à des fins prothétiques (répartir et placer les dents présentes) et de rétablir entre les arcades supérieures et inférieures des rapports aussi satisfaisants que possible, tout en tenant compte de l'état des dents restantes et des possibilités de mouvement dentaire que l'on pourra leur faire faire.

**Deuxième exemple :** les fentes labio-alvéolo-palatines (anciennement appelées « bec-de-lièvre ») ont de nombreuses formes cliniques et leur fréquence (1/1000 à 1/2500 naissances) varie selon l'origine géographique, le groupe ethnique et le statut socio-économique ; leur étiologie s'explique par des facteurs génétiques et environnementaux.

On distingue :

- des fentes labio-alvéolaires qui touchent la lèvre supérieure et le palais primaire,
- des fentes palatines qui correspondent à un défaut de fermeture du palais secondaire,
- des fentes labiales.

Ces anomalies sont isolées dans 70% des cas ; les 30% restants font partie de plusieurs syndromes malformatifs.

La prise en charge de ces malformations débute à la naissance voire avant, durant la période anténatale, se poursuit tout au cours de la croissance et jusqu'à l'âge adulte. Cette démarche thérapeutique nécessite une réévaluation à chaque étape du traitement et fait intervenir une équipe pluridisciplinaire comprenant des chirurgiens maxillo-faciaux et plasticiens, des stomatologistes, des odontologistes, des orthodontistes, des oto-rhino-laryngologistes, des orthophonistes, des généticiens et des psychologues.

Ainsi dans le cas d'une fente labio-palatine unilatérale totale, le traitement débute par des interventions de chirurgie primaire (sur la lèvre, le nez et sur le voile du palais puis au niveau de l'arcade alvéolaire avec une greffe osseuse), puis des interventions chirurgicales des séquelles en fonction des problèmes fonctionnels qui peuvent apparaître, de la demande esthétique du malade et des manifestations de la croissance anormales des mâchoires. L'orthodontie va s'effectuer en plusieurs étapes comprenant des phases de traitement actif, des phases de surveillance en attente de l'évolution dentaire. Elle va ainsi soit préparer les arcades dentaires pour la chirurgie, soit réaligner des dents en malpositions. Ainsi un premier traitement est entrepris en denture temporaire (de lait) puis après l'évolution des incisives définitives si cela est nécessaire et enfin une fois toutes les dents permanentes évoluées sur l'arcade, en fin de croissance.

**L'objectif des orthodontistes est de soigner ces malades, de normaliser leurs fonctions, de leur rendre une esthétique satisfaisante, afin de leur permettre « d'être comme les autres », d'améliorer leur vie scolaire, sociale et professionnelle.**