

The background is a solid yellow color with a subtle, fine-grained texture. It is decorated with several elegant, white, stylized floral and vine motifs. One large motif is in the top left corner, another is in the top right corner, and a smaller one is in the bottom left corner. The central text is positioned in the middle of the page.

Traitement d'orthodontie

A quel âge commencer ?

Echanges d'expériences

n° 1 - octobre 2007

Conseiller l'orthodontie à ses jeunes patients :

oui, mais à quel âge ?

Tôt : dès 7 ans

Les partisans pour commencer tôt espèrent raccourcir un futur traitement à l'adolescence, voire le supprimer.

Par contre, ils ne peuvent pas le garantir et le risque est grand, on l'a trop vu par le passé, de réaliser des traitements à rallonge ou des traitements inutiles sur des malpositions qui se seraient partiellement auto corrigées sans aucune intervention...

Traitement en deux phases :
vers 7-8 ans puis revoir à 12 ans.

Tard : vers 12 ans

Les partisans de commencer tard interviennent la plupart du temps à l'adolescence en denture définitive exclusivement.

Ils maîtrisent la durée du traitement mais l'adolescence n'est pas toujours un âge facile.

Traitement en une phase à 12 ans.

ou

Que faire ?

Personnellement, je suis pour **commencer tôt, mais avec beaucoup de précautions.**

Voici mes critères de décision :

Ils sont le fruit de mon expérience personnelle d'orthodontiste depuis 15 ans. Certains praticiens s'y retrouveront. Les objectifs qui le sous-tendent sont une efficacité maximale tout en respectant et en optimisant la nature : **philosophie non-extractionniste.**

Objectif 1

Réaliser le traitement le plus court possible

Croissance favorable ou pas :

La croissance restant à venir ne peut elle pas faire seule une partie de la correction sans mon intervention (ex : encombrement transitoire à 8 ans des dents antérieures qui s'améliore jusqu'à l'arrivée de la 2^e série de dents définitives) ?

La croissance est bloquée (exemple : endoalvéolie forte).
En la débloquent à 8 ans, j'évite des extractions plus tard.

Durée globale du traitement :

En intervenant maintenant, suis-je sûre à 100% de réduire de la même durée et au mieux de raccourcir un traitement qui sera peut être nécessaire en denture définitive ?

Attention :

- la présence des 1^{ères} molaires et des incisives définitives est nécessaire pour la stabilisation de cette 1^{ère} phase de traitement éventuelle
- depuis peu, avec le raccourcissement des durées de traitement multibague à 16-18 mois en denture définitive grâce aux brackets auto-ligaturants, on est plus souvent tenté d'attendre...

Motivation :

Le patient est-il motivé maintenant ?

Sans motivation, impossible de réaliser un traitement court et efficace .

A 8 ans, un enfant associe 2 qualités psychiques importantes pour assumer un traitement d'orthodontie :

- il est fiable, car en phase de latence du point de vue psychologique. Il n'est pas en conflit avec les adultes, n'est pas en questionnement sur son image corporelle et est plein de bonne volonté (ce n'est pas toujours le cas à l'adolescence !).
- il est suffisamment mûr pour changer ses fonctions (suction du pouce, pulsion linguale) et gérer un appareil.

Encore faut-il vérifier que le patient, dans son histoire personnelle se sente prêt à ce moment là pour débiter un traitement. Les parents et l'enfant m'expliquent leur point de vue et alors seulement la décision est prise .

Dans tous les cas, même si un traitement n'est pas débuté tout de suite, le fait d'en avoir parlé, de savoir pourquoi il est nécessaire amorce la préparation psychologique pour un traitement ultérieur (exemple typique de l'arrêt du pouce).



Objectif 2

Eviter un événement irréversible avant la denture définitive

Risque de fracture des incisives supérieures :

Avancée des incisives supérieures sans occlusion labiale.

Risque parodontal :

Aggravation d'une déhiscence vestibulaire, perte d'une dent par mobilité (cas des inversés d'articulé antérieurs).



Objectif 3

Le traitement le plus stable

Un traitement où la motivation du patient sera maximale, pour cela :

- fractionner en 2 phases est parfois intéressant et permet d'alléger la durée à l'adolescence qui peut être pour certain un moment de moindre énergie. Mais selon la dysmorphose cela n'est pas toujours possible...

- accélérer la chute des dernières dents de lait pour ne pas débiter trop tard et éviter à tout prix la période 15-16 ans.

Tous les ados vous le diront : ils ont vraiment autre chose à faire à ce moment là que de s'occuper d'orthodontie !

Le choix thérapeutique qui évitera des extractions de dents définitives :

C'est une philosophie personnelle. Elle est possible dans 90% des cas.

Le traitement qui sera le plus stable :

Certaines déformations (béance antérieure, endoalvéolie) sont plus stables et corrigées plus vite à 8 ans qu'à l'adolescence.

A durée globale égale, pour certains patients, on choisira d'agir plus jeune.

Que faire à chaque âge ?

A 4 - 6 ans : ne pas adresser à l'orthodontiste

PARAFONCTION DEFORMANTE (suction digitale ou tétine)

- évoquer gentiment devant l'enfant son arrêt et lui montrer dans sa bouche les conséquences.

RESPIRATION NASALE BLOQUÉE

- adresser à un ORL pour lever l'obstacle (la respiration uniquement buccale perturbe fortement la croissance des maxillaires).

A 7-8 ans : bien faire le point

PARAFONCTION DEFORMANTE

- tester la maturité psychologique de l'enfant et selon, vivement l'encourager à l'arrêt des para fonctions et adresser à l'orthodontiste.

DENTITION

- vérifier la bonne mise en place des 8 incisives et des 4 premières molaires.



S'il y a malposition transitoire des incisives uniquement :

ne pas adresser à l'orthodontiste.



S'il y a perte prématurée d'une canine ou molaire de lait (suite à une carie ou à une expulsion) : ne pas adresser à l'orthodontiste.

Les mainteneurs d'espaces sont selon moi, trop contraignants dans la durée par rapport au gain de temps sur un traitement éventuel.

S'il y a une dent de lait gênant l'éruption de la dent définitive correspondante (pas une autre !) : ne pas adresser à l'orthodontiste (sauf en cas de doute).

- extraire la dent de lait.

S'il y a une incisive ou une molaire définitive en rétention (suite à un choc, ankylose, perte prématurée) : adresser à l'orthodontiste.



CROISSANCE

Vérifier l'absence de blocage de la croissance des maxillaires dans tous les sens de l'espace.



Adresser à l'orthodontiste dans les cas suivants :

- **endoalvéolie** : le maxillaire supérieur est bloqué transversalement.



- **exocclusion marquée** : la mandibule est bloquée en largeur et en rétrusion.



- **inversé d'articulé incisif ou molaire** : la croissance du maxillaire supérieur est bloquée.

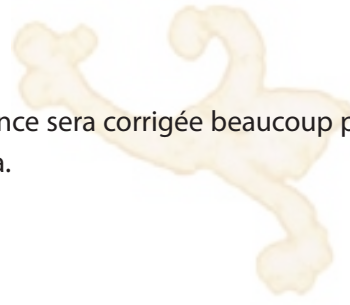
- **décalage CLII marqué** :

la mandibule est bloquée en arrière et le maxillaire supérieur demeure bloqué transversalement.





- **béance antérieure marquée** : la béance sera corrigée beaucoup plus vite et de manière beaucoup plus stable à cet âge là.



- **CLIII par proglissement** : évite une aggravation inutile et un blocage de la croissance du maxillaire supérieur.

SITUATIONS A RISQUE



- **problème parodontal**



- **risque de fracture incisive**

A 9-10 ans :

- **retard d'éruption**

Même dépistage qu'à 7-8ans avec une vigilance particulière pour que le couloir d'éruption de la 2^{ème} série de dent définitives (canines et prémolaire) soit en place.

C'est-à-dire 4 incisives évoluées devant et une première molaire en place.

Exemple de retard d'évolution des premières molaires à 9 ans.



↑ ↑
couloir d'éruption

A 11-12 ans : adresser chez l'orthodontiste par précaution

On peut très facilement passer à côté de certaines dysmorphoses comme :



CLII div2



**CLIII avec risque
d'aggravation**



Biproalvéolie

Et toutes sorte de déformations qui risquent de s'aggraver au fil du temps.

A 13 ans :

Vérification du schéma dentaire : faire une panoramique si une dent de lait n'est pas tombée (risque d'inclusion ou d'agénésie !) ou si une 2^{ème} molaire tarde à percer.

A 14 ans : c'est déjà tard...

Il reste très peu de croissance chez les filles et quelques mois de motivation car la période trouble de l'adolescence des 15-16 ans est proche (risque de démotivation en fin de traitement).

A 15 - 16 ans :

Éviter d'adresser à l'orthodontiste (sauf impératif ou patient très motivé).

17 - 18 ans :

Adresser vite, sinon après il n'a plus de prise en charge par les parents et le patient revient à 30 ans, lorsqu'il peut mieux l'assumer financièrement.

Freins à l'orthodontie selon les âges et donc à éviter :

15-16 ans : remous psychologiques de l'adolescence.

18-30 ans : de l'envie mais pas une situation financière établie pour faire face à un traitement sans remboursement de la Sécurité sociale.

Après 40 ans, chez l'homme (pas la femme !) : peur du changement.

En résumé :

Avant 7 ans, il vaut mieux laisser l'enfant tranquille.

7-8 ans est par contre un âge important où le chirurgien dentiste peut réaliser un dépistage très important soit en se référant aux informations ci-dessus soit en adressant à l'orthodontiste s'il hésite. A ce dernier après, d'évaluer le rapport gain/contrainte si un traitement est indiqué.

A 11-12 ans : un bilan orthodontique est très fortement conseillé, cela évite de passer à côté de quelque chose et d'avoir tous les outils en mains (croissance et motivation) si il y en a besoin. L'âge limite de prise en charge par la Sécurité Sociale de 12 à 16 ans est à cet égard une mauvaise mesure.

A 13ans, le chirurgien-dentiste doit rester vigilant sur le schéma dentaire du patient.

Et enfin, **entre 16 et 20 ans** le dentiste rend un très grand service aux patients jeunes adultes en les adressant vers l'orthodontiste (surtout ceux nécessitant une chirurgie maxillo-faciale). Les traitements restent mieux tolérés à cet âge-là qu'à l'âge adulte et les parents les prennent encore en charge !

Dr Stella Alexandrian

Attention : ce document est strictement professionnel, et destiné
uniquement aux correspondants du Dr Alexandrian.