



Intérêts de la prise en charge précoce par le chirurgien-dentiste des patients présentant une fente labio-alvéolo-palatine

Vincent Belio

► To cite this version:

Vincent Belio. Intérêts de la prise en charge précoce par le chirurgien-dentiste des patients présentant une fente labio-alvéolo-palatine. Chirurgie. 2020. dumas-03330119

HAL Id: dumas-03330119

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03330119>

Submitted on 31 Aug 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

***Intérêts de la prise en charge précoce par le
chirurgien-dentiste d'un patient présentant une fente
labio-alvéolo-palatine***

Présentée par

BELIO Vincent

Né(e) le 11.01.1995

A Toulon

Var

Thèse soutenue le **Vendredi 20 novembre 2020**

Devant le jury composé de

Président : Professeur RUQUET Michel

Assesseurs : Docteur PHILIP-ALLIEZ Camille

Docteur CAMOIN Ariane

Docteur BLANCHET Isabelle

THESE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

***Intérêts de la prise en charge précoce par le
chirurgien-dentiste d'un patient présentant une fente
labio-alvéolo-palatine***

Présentée par

BELIO Vincent

Né(e) le 11.01.1995

A Toulon

Var

Thèse soutenue le **Vendredi 20 novembre 2020**

Devant le jury composé de

Président : Professeur RUQUET Michel

Assesseurs : Docteur PHILIP-ALLIEZ Camille

Docteur CAMOIN Ariane

Docteur BLANCHET Isabelle

ADMINISTRATION

Mise à jour : sept. 2020

Doyens Honoraires

Professeur	Raymond SANGIUOLO†
Professeur	Henry ZATTARA
Professeur	André SALVADORI
Professeur	Jacques DEJOU

Doyen Assesseurs

Professeur	Bruno FOTI
Professeur	Michel RUQUET
Professeur	Anne RASKIN

Directeurs de Départements

Formation Initiale
Recherche

Professeur	Michel RUQUET
Professeur	Anne RASKIN

Formation Continue

Professeur	Frédéric BUKIET
------------	-----------------

Charges de missions

Relations Internationales
Internat et Diplômes d'études spécialisées
Affaires générales

Professeur	Hervé TASSERY
Professeur	Virginie MONNET-CORTI
Docteur	Patrick TAVITIAN

Responsable des Services Administratifs et Techniques

Madame	Katia LEONI
--------	-------------

LISTE DES ENSEIGNANTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

BUKIET Frédéric ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
FOTI Bruno ⁽⁵⁶⁻⁰²⁾
LE GALL Michel ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
MONNET-CORTI Virginie ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
ORTHLIEB Jean-Daniel ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
RASKIN Anne ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
RUQUET Michel ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
TARDIEU Corinne ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
TARDIVO Delphine ⁽⁵⁶⁻⁰²⁾
TASSERY Hervé ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ABOUT Imad ⁽⁶⁵⁾

PROFESSEURS EMERITES

DEJOU Jacques
HUE Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

ABOUDHARAM Gérard ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	LAN Romain ⁽⁵⁶⁻⁰²⁾
BANDON Daniel ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	LAURENT Michel ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
BELLONI Didier ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	LAURENT Patrick ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
BOHAR Jacques ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	MAILLE Gérald ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
CAMOIN Ariane ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	PHILIP-ALLIEZ Camille ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
CAMPANA Fabrice ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	POMMEL Ludovic ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
CATHERINE Jean-Hugues ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	PRECKEL Bernard-Éric ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
GAUBERT Jacques ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	RÉ Jean-Philippe ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
GIRAUD Thomas ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	ROCHE-POGGI Philippe ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
GIRAudeau Anne ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	STEPHAN Grégory ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
GUIVARC'H Maud ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	TAVITIAN Patrick ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
JACQUOT Bruno ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	TERRER Elodie ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
LABORDE Gilles ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	TOSELLO Alain ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES

BALLESTER Benoît ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
BLANCHET Isabelle ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
MENSE Chloé ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
SILVESTRI Frédéric ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾

ASSISTANTS HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES

AL AZAWI Hala ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	HAHN-GOLETTI Larissa ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
ANTEZACK Angeline ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	LIOTARD Alicia ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
ARNIER Canelle ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	MANSUY Charlotte ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
BACHET-DORISON Damienne ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	MARTIN William ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
CAMBON Isabelle ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	MATTERA Rémi ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾
CASAZZA Estelle ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	MELLOUL Sébastien ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
CASTRO Romain ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	PARFU Anne ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
DAVID Laura ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾	PASCHEL Laura ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
DEVICTOR Alix ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	PILLIOL Virginie ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
DODDS Mélina ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾	REPETTO Andréa ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
DRAUSSIN Thierry ⁽⁵⁶⁻⁰²⁾	ROMANET Yvan ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
DUMAS Cathy ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	SANTUNIONE Charlotte ⁽⁵⁸⁻⁰¹⁾
HADJ-SAID Mehdi ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾	VINAÏ Michael ⁽⁵⁶⁻⁰¹⁾

ASSISTANTS DES UNIVERSITES ASSOCIES

GRINE Ghilès ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾
HOUVENAEAGHEL Brice ⁽⁵⁷⁻⁰¹⁾

Intitulés des sections CNU :

- 56^{ème} section : Développement, croissance et prévention
 - 56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale
 - 56-02 : Prévention – Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
- 57^{ème} section : Chirurgie orale ; Parodontologie ; Biologie Orale
 - 57-01 : Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale
- 58^{ème} section : Réhabilitation orale
 - 58-01 : Dentisterie restauratrice – Endodontie – Prothèses – Fonction-Dysfonction – Imagerie – Biomatériaux

L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation auprès du ou des titulaires des droits. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers

Remerciements

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Michel RUQUET

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier au CSERD de Marseille

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait
en acceptant la présidence de ce jury de thèse.*

*Nous vous remercions de l'enseignement
que nous avons pu recevoir durant nos études.*

*Nous vous prions de croire
en notre plus grande gratitude
et notre profonde reconnaissance*

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Madame le Docteur Camille PHILIP-ALLIEZ

Maitre des conférences – Praticien hospitalier au CSERD de Marseille

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifiée en Orthopédie-Dento-Faciale

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait
en acceptant de diriger cette thèse.*

Vous nous avez permis d'assister aux consultations des fentes.

*Vous nous avez guidé avec patience, bienveillance et pertinence
pour mener à bien cet ouvrage.*

*Pour votre pour votre gentillesse, votre grande disponibilité,
et vos conseils avisés.*

*Nous souhaitons vous exprimer
notre plus profond respect et la plus grande reconnaissance.*

A NOTRE JUGE ET MAÎTRE

Madame le Docteur Ariane CAMOIN

Maitre des conférences – Praticien hospitalier au CSERD de Marseille

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait
d'accepter de siéger dans notre jury de thèse.*

*Nous vous remercions des conseils avisés et de votre temps
que vous nous avez donnés.*

*Nous vous remercions de votre enseignement et votre bienveillance
depuis les bancs de la faculté
jusqu'à l'aboutissement de cette thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect
pour votre accompagnement.*

A NOTRE JUGE ET MAÎTRE

Madame le Docteur Isabelle BLANCHET

Maitre des conférences – Praticien hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait
d'accepter de siéger dans notre jury de thèse.*

*Vous avez été l'instigatrice de ce travail en nous permettant
de soigner notre premier patient porteur d'une fente
et de nous avoir motivé à en faire notre sujet de thèse.*

*Pour votre enseignement, votre bienveillance,
votre gentillesse tout au long de nos études,
soyez assuré du profond respect
et de la grande reconnaissance que je vous porte.*

A mes **parents et ma grand-mère**, vous m'avez toujours encouragé, je n'ai jamais manqué de rien. Grâce à vous j'ai toujours pu m'épanouir dans la vie, trouver du réconfort, obtenir le soutien et les conseils nécessaires à mon avancement. Pour tous les sacrifices que vous avez faits pour moi, je ne saurai jamais être assez reconnaissant. Vous occupez et vous occuperiez toujours une place particulière dans mon cœur, qu'importe l'endroit où je me trouve.

A mon **frère Alexis et ma sœur Marine**, nous avons grandi ensemble, nous avons fait du sport ensemble, nous avons fait une partie de nos études ensemble, sans vous je serais une toute autre personne. Les choses n'ont pas toujours été facile entre nous, mais les liens qui nous unissent sont essentiel à ma vie. Aujourd'hui vous construisez chacun vos familles, puissiez-vous me servir de modèle.

A mes **amis d'enfance Florent et Balou**, il s'est passé beaucoup de chose depuis nos premiers pas ensemble à la crèche. Vous avez toujours été là pour moi et jamais nous n'avons perdu contact malgré le temps et la distance. Vous représentez des piliers de ma vie, notamment toi Florent que je vois presque autant que mes parents.

A mes **meilleurs amis Jacque-François, Evan, Victor**, comment imaginez toutes ces folles années étudiantes sans vous. Nous avons partagé des souvenirs inoubliables, vous m'avez supporté durant toutes ces années que ce soit dans les moments forts ou difficiles. Le temps de nos premières soirées ou de notre mandat associatif me parait bien loin mais on est toujours ensemble. Vous occupez une place chère à mon cœur.

A **Pierre, Mehdi, Guillaume**, on s'est rencontré alors que des centaines de kilomètre séparent nos facultés. Vous m'avez permis de découvrir la vie étudiante de Toulouse, Nice et Paris, je suis heureux de vous compter dans mes amis proches.

A **Nathan, Joris, Antoine, Tarik, Clio, Victorien, Jean, Alexandre, Jean-Baptiste, Quentin**, les moments passés ensemble resteront à jamais dans ma mémoire. Je vous ai toujours tenus en estime et rien ne me fait plus plaisir que les moments à vos côtés.

A **Marjorie, Morgane, Caroline, Clara, Natacha, Amandine**, toujours prête à me suivre pour boire un verre, depuis que je vous connais vous m'avez toujours soutenu et apporté vos conseils lors de mes peines de cœur, ma vie serait bien moins sympathique sans vous. Vous êtes un soutien pour moi, sans qui la correction de mes fautes d'orthographe aurait été un véritable calvaire. Un grand merci pour votre aide.

A **Matthieu**, on s'est d'abord rencontré grâce aux jeux vidéo, aujourd'hui je suis content de t'avoir parmi mes amis et d'être régulièrement en contact avec toi. Tu as renforcé ma volonté d'engagement, je t'en remercie profondément.

A **Rémy**, tu es un véritable ami, mais également mon co-pilote des jeux vidéo, on s'est beaucoup rapproché depuis le confinement, comme quoi la crise sanitaire n'a pas que des mauvais côtés. Je serai bref : merci pour tout.

A tout ceux que je n'ai pas cité, le reste de ma famille, mes entraîneurs et camarades de judo, mes camarades de promotions, mes fillots et mes fillottes, les gens qui ont un jour compté pour moi, tous ceux qui ont permis de contribuer de près ou de loin à l'accomplissement de cet ouvrage

1	CONTEXTUALISATION.....	2
1.1	PROBLEMATIQUE	3
1.2	ROLES DES DIFFERENTS ACTEURS	3
1.3	ROLES DU CHIRURGIEN-DENTISTE	5
1.3.1	<i>Anamnèse - Interrogatoire</i>	6
1.3.1.1	Facteurs de risques principaux	6
1.3.2	<i>Examen Clinique</i>	6
1.3.2.1	Les anomalies bucco-dentaires	7
1.3.2.2	Conséquences de ces anomalies	8
1.3.2.3	Examens complémentaires	11
1.3.2.4	Les facteurs de risques liés à la FLAP	11
1.3.3	<i>Prise en charge précoce par le Chirurgien-dentiste</i>	12
1.3.3.1	La prévention.....	12
1.3.3.2	Interception et assainissement	13
1.3.3.3	Gestion d'une anomalie de structure	14
1.3.3.4	Suivi du patient.....	14
1.3.4	<i>Intérêts de la prise en charge précoce</i>	14
1.4	OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	16
2	MATERIELS ET METHODES.....	17
2.1	PLAN DE L'ETUDE	17
2.2	LE TYPE DE RECHERCHE.....	17
2.3	POPULATION CIBLE	17
2.4	ELABORATION DE L'ETUDE	18
2.5	MISE EN ŒUVRE DE L'ETUDE	27
2.5.1	<i>Réseaux de diffusion et collecte des données</i>	28
2.6	METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE	28
3	RESULTATS	29
3.1	RESULTATS BRUTS	29
3.1.1	<i>Effectif analysé</i>	29
3.1.2	<i>Indicateurs du sujet</i>	31
3.1.2.1	Indicateurs de connaissance.....	31
3.1.2.2	Indicateurs de prise en charge	32
3.1.2.3	Cas clinique.....	41
3.2	ANALYSES STATISTIQUES EN FONCTION DE L'EXPERIENCE	45
4	DISCUSSION	51
4.1	PRINCIPAUX RESULTATS.....	51
4.2	LIMITES DE L'ETUDE : POPULATIONS – QUESTIONNAIRE.....	52
4.3	COMPARAISON	53
4.4	EXTRAPOLATION ET APPLICABILITES DES RESULTATS.....	53
5	CONCLUSION.....	56

1 Contextualisation

Les fentes labio-alvéolo-palatines (FLAP) sont des embryopathies se développant très tôt dans le développement embryonnaire (entre la 5^{ème} et la 7^{ème} semaine de vie intra-utérine pour la fente labiale et entre la 7^{ème} et 12^{ème} semaine de vie intra-utérine pour la fente palatine). Il s'agit d'un défaut de fusion des bourgeons faciaux. Il existe différentes formes de FLAP. Les FLAP sont dans 70% des cas des anomalies isolées, non syndromiques et dans 30% des cas elles font parties d'environ 300 syndromes.

D'après Croen et coll. (20), les FLAP ont une incidence d'environ 1 sur 700 naissances en France. Il s'agit de la malformation congénitale de la face la plus fréquemment rencontrée dans le monde.



Figure 1 : Photographie exo-buccal d'une patiente présentant une FLAP gauche, (Collection du service d'orthodontie de la Timone).

Les équipes pluridisciplinaires sont composées par des chirurgiens plasticiens, maxillo-faciaux, O.R.L, orthodontistes, phoniatres, orthophonistes, pédopsychiatres, psychologue, généticiens, pédiatres et des chirurgiens-dentistes. Une prise en charge pluridisciplinaire précoce est nécessaire au bon développement à la fois physique, psychologique et fonctionnel de l'enfant. La prise en charge est propre à chaque centre de référence, il n'existe pas de procédure standard de prise en charge (6), (62). Ainsi, sur 201 centres européens traitant de ces malformations, 194 protocoles différents pour les seules FLAP unilatérales peuvent être dénombrés ! Cette variabilité multicentrique s'explique surtout par le fait que la chirurgie des fentes est une chirurgie de compromis. Ces compromis se font dans le choix des priorités propres à chaque équipe (fonction, croissance, intégration sociale...), (53).

Dans un 1^{er} temps, le rôle du chirurgien-dentiste ainsi que ses moyens de prise en charge précoce sont abordés. Cette prise en charge concerne les enfants dont l'âge est inférieur à 6 ans.

Dans un 2^{ème} temps, la réalisation d'une enquête se focalisant sur les connaissances ainsi que sur la prise en charge des praticiens est réalisée. Le but étant de quantifier ces 2 critères afin de répondre à la problématique.

1.1 Problématique

La prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire lors du protocole de chirurgie primaire d'une FLAP nécessite une attention particulière, axée sur l'hygiène et la prévention bucco-dentaire. En effet, on constate une augmentation de l'incidence des lésions carieuses ainsi que de la plaque dentaire (55). McDonagh S. (42), a montré que la plupart des parents d'enfants présentant une FLAP souhaitent un examen dentaire et des conseils de prévention bucco-dentaire lors des consultations dans leur centre de référence.

Les soins dentaires, lors de cette prise en charge primaire, concerneront les dents temporaires.

Les formations initiales et continues des chirurgiens-dentistes semblent présenter des lacunes sur la prise en charge précoce d'une FLAP.

L'hypothèse faite est que de nombreux chirurgiens-dentistes ne disposent pas des connaissances nécessaires à la prise en charge précoce des patients présentant une FLAP.

1.2 Rôles des différents acteurs

La prise en charge pluridisciplinaire d'un patient présentant une FLAP doit commencer le plus tôt possible, voire avant la naissance de l'enfant.

Chaque acteur joue un rôle dans la prise en charge pluridisciplinaire des complications liées à la FLAP au niveau anatomique, social et psychologique.

❖ Le chirurgien plastique pédiatrique ou Maxillo-facial (6), (19), (62), (63).

C'est l'acteur qui intervient le plus tôt dans la prise en charge des fentes. La chirurgie des fentes labio-maxillo-palatines doit être anatomique et précise pour rétablir l'équilibre facial aussi bien fonctionnel qu'esthétique et ses cicatrices ne doivent pas entraver le jeu normal des fonctions. On doit intervenir à un âge suffisant pour répondre d'emblée à cette exigence de précision anatomique avec le maximum de chances de succès (62). Pour remplir ces objectifs, l'obtention d'une ventilation nasale permanente est indispensable dès la première chirurgie. Le calendrier chirurgical est propre à chaque centre de compétence, voici un exemple inspiré par celui du Docteur J.C. Talmant et du CHU de Montpellier :

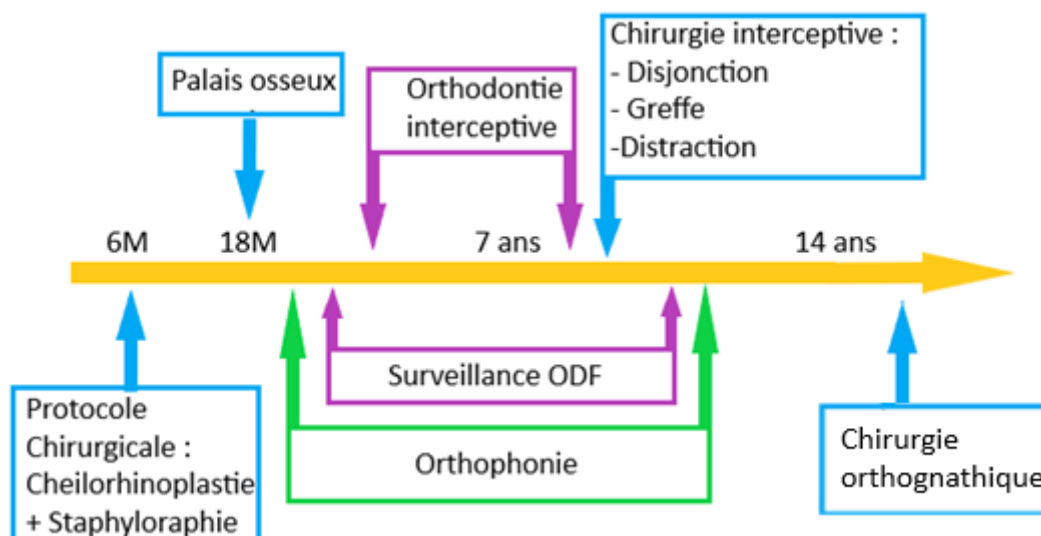


Figure 2 : Synthèse des protocoles thérapeutiques (13).

Ce praticien réalise un suivi régulier de l'enfant jusqu'à l'âge adulte.

❖ Le médecin ORL (6), (62).

Il est assez fréquent que les patients avec une FLAP présentent des otites aiguës à répétition ou chroniques causées par le dysfonctionnement des muscles communs du voile et de la trompe d'Eustache. Des drains trans-tympaniques sont fréquemment mis en place. L'insuffisance vélo-pharyngée peut entraîner un reflux de liquide ou alimentaire vers les cavités nasales. Une déviation de la cloison nasale avec obstruction nasale partielle favorise une ventilation buccale. Une surveillance ORL régulière est nécessaire.

❖ Le médecin phoniatre & Orthophoniste (6), (16), (62).

Ce praticien réalise à partir de 2-3 ans un bilan des capacités phonatoires. Il évalue :

- La phonation de l'enfant (existence et importance de la rhinolalie),
- Le niveau de parole et de langage (retard de langage, retard de parole, trouble de l'articulation, ...),
- L'existence de troubles associés (instabilité, trouble psycho-affectif).

Suite à ce bilan, une prise en charge orthophonique peut s'avérer nécessaire permettant entre autres la rééducation linguale et labiale, la rééducation de la phonation, de la déglutition, la ventilation nasale et la dispense de conseils alimentaires. Un bilan phoniatrice est réalisé systématiquement à chaque consultation annuelle de contrôle avec l'équipe pluridisciplinaire. Vers l'âge de 5 ans, en cas de persistance d'une fuite nasale importante, le chirurgien peut réaliser une pharyngoplastie.

❖ Le psychiatre (16), (33), (41).

L'enfant présentant une FLAP peut ressentir le besoin d'un soutien psychologique afin de l'aider dans son intégration sociale. L'enfant avec une FLAP va présenter des troubles fonctionnels au niveau phonatoire et auditif, ces fonctions sont essentielles pour la compréhension et la communication de l'enfant. Il s'agit d'une prise en charge de la famille et de l'enfant. En effet dans le désir de devenir parent, il existe le souhait de créer un être nouveau nous ressemblant, la présence de la FLAP peut entraver dans certaines situations ce souhait.

❖ L'orthodontiste (6), (32), (66), (67).

Les traitements d'orthodontie font partie de la prise en charge des séquelles de la FLAP au niveau alvéolo-dentaire et squelettique. Ces traitements commencent dans certaines équipes dès la naissance. Ils ne se terminent qu'en fin de croissance avec une alternance de phases actives et de surveillance. Ce praticien est amené à réaliser des traitements d'orthodontie précoce ou des traitements plus tardifs en vue de préparer les arcades à de nouvelles chirurgies :

- L'expansion maxillaire,
- La traction antérieure du maxillaire,
- La correction des dystopies incisives,
- Le contrôle vertical et antéro-postérieur du bourgeon médian dans les fentes bilatérales,
- La mise en place des canines maxillaires,
- La décision du devenir de l'espace d'une incisive latérale absente,
- La correction des bases squelettiques en fin de croissance.

L'orthodontiste réalise un suivi régulier du patient sur le long terme.

1.3 Rôles du chirurgien-dentiste

Le rôle du chirurgien-dentiste face à la FLAP est d'établir un bilan des anomalies bucco-dentaires. La constitution d'un dossier dentaire est indispensable à la prise en charge précoce (32). Ce dossier est commun à celui réalisé pour un patient sans FLAP. Il doit être constitué par :

- L'anamnèse,
- L'examen clinique exo-buccal et intra-buccal,
- Des moulages,
- Des clichés radiographiques,
- Des photographies exo et intra-buccales.

La prévention occupe une place importante lors de la prise en charge précoce de ces patients. Elle permet de prévenir et/ou diminuer les lésions carieuses, ainsi que l'indice de plaque. Il est du devoir du chirurgien-dentiste d'assainir, d'éliminer les foyers infectieux et de restaurer les dents délabrées. Un suivi régulier permet de maintenir les résultats dans le temps.

Le chirurgien-dentiste doit être en contact avec l'équipe du centre de compétence et avoir connaissance de l'ensemble du dossier médical du patient. Cette collaboration au sein de l'équipe pluridisciplinaire va permettre de faciliter la prise de décision sur la conservation ou l'avulsion d'une dent temporaire en accord avec le projet thérapeutique d'orthodontie et de chirurgie.

1.3.1 Anamnèse - Interrogatoire

Le chirurgien-dentiste doit :

- Avoir connaissance des antécédents de santé, des médications et allergies du patient
- Se renseigner sur l'équipe de prise en charge,
- Se mettre en contact avec celle-ci,
- Identifier les facteurs de risques principaux,
- Évaluer l'anxiété face aux soins dentaires.

1.3.1.1 Facteurs de risques principaux

Il faut rechercher à l'interrogatoire les facteurs de risques principaux (10), (45), (46), (52) :

- Transmission précoce des *Streptococcus mutans* salivaires par la personne en charge de l'enfant,
- Habitudes d'endormissement avec un biberon contenant autre chose que de l'eau,
- Habitudes alimentaires (allaitement – biberon), nombre de repas par jour, consommation de boissons sucrées et grignotage entre les repas,
- Brossage inefficace ou absent,
- Le matériel d'hygiène (type de brosse à dents et de dentifrice),
- Réalisation du brossage par l'enfant et/ou des parents,
- Famille à risque (niveau socio-économique, état bucco-dentaire familial, ...),
- Absence d'apport de fluor.

Il apparaît des similitudes au niveau des facteurs de risques entre le patient présentant la carie de la petite enfance (CPE) et celui qui présente une FLAP (45).

1.3.2 Examen Clinique

Les dents principalement concernées par la gestion des séquelles dentaires sont les dents voisines de la FLAP et particulièrement de l'incisive latérale (40).



Figure 3 : Examen clinique intra-oral en présence d'une fente, (Collection du service d'orthodontie de la Timone).

1.3.2.1 Les anomalies bucco-dentaires

Le chirurgien-dentiste doit identifier les anomalies de position, de nombre, de structure, de forme, d'éruption, d'occlusion, parodontales et carieuses. Une ou des anomalies bucco-dentaires sont présentes chez plus de 90% des patients porteur d'une FLAP. Les anomalies se situent dans 95% des cas du côté de la FLAP. Les dents temporaires seront autant touchées que les dents définitives (22), (30), (35), (40), (43).

- Anomalies de position : Version, rotation, dent ectopique, translation et inclusion (3), (23), (32), (67).

Les anomalies de positions sont les plus fréquentes. Le bloc incisivo-canin est le plus souvent concerné dans le cas d'une FLAP.

Les facteurs ci-dessous peuvent être en cause dans les anomalies de positions :

- Une diminution de la pression linguale,
- Les anomalies de nombre,
- L'endognathie,
- La ventilation buccale,
- Les parafunctions (suction du pouce, tétine, ...).

En dehors des parafunctions qui sont comportementales, ces facteurs en cause dans les anomalies de positions sont anatomiques et fonctionnels et potentiellement causés par la FLAP.

- Anomalies de nombre : Hypodontie, agénésie, dent surnuméraire (19), (31)

L'incisive latérale définitive du côté de la FLAP représente plus de 60% des cas d'agénésies. La présence d'une dent surnuméraire est retrouvée chez 10% de ces patients. Une dent surnuméraire a tendance à être conservée dans le cas de la fente. Cette dent surnuméraire permet de conserver un potentiel osseux utile pour la réalisation potentielle d'un implant.

- Anomalies de structure : Hypoplasie de l'émail, hypercémentation, dilacération (18), (22), (27), (68)

Les patients présentant une FLAP présentent dans 21.6% des cas une anomalie de structure, principalement une hypoplasie de l'émail. Les dentures temporaires et définitives peuvent toutes les deux être concernées.

- Anomalies de forme : microdontie et dent conique

On retrouve dans plus de 20% des cas de FLAP des dents atteintes de microdontie, dans 50% des cas une atteinte de la structure dentaire est associée.

➤ Anomalies d'éruption : Retard d'éruption

L'incisive latérale du côté de la fente est la dent quand elle est présente le plus souvent un retard d'éruption pouvant aller de 2 mois à 11 mois. Les canines maxillaires et les incisives latérales mandibulaires peuvent également présenter un retard d'éruption.

➤ Anomalies d'occlusion

Il s'agit de l'élément clé traduisant la réussite des traitements chirurgicaux, orthopédiques et d'orthodontie. Il est indispensable d'évaluer l'occlusion lors de la potentielle réhabilitation prothétique "définitive". De nombreux facteurs, dont ceux cités dans les anomalies de positions peuvent induire des malocclusions.

➤ Anomalies parodontales (2), (8), (10), (14), (25), (26), (28), (47), (50), (51), (55).

On observe une augmentation de l'incidence de la plaque dentaire en présence d'une FLAP. Les déficits osseux et muco-gingivaux, la présence des brides cicatricielles et la profondeur du vestibule doivent être évalués car ces données sont importantes pour la planification et la réalisation des potentielles futures réhabilitations prothétiques. Des greffes osseuses et des chirurgies parodontales peuvent s'avérer nécessaires à la suite de ces évaluations. Une hygiène bucco-dentaire défavorable peut retarder la greffe osseuse et être à l'origine de complications post-greffe (4).

➤ Prévalence importante des lésions carieuses (2), (5), (8), (12), (15), (26), (34), (55), (68).

Il existe une prévalence plus élevée de lésions carieuses chez les patients présentant une FLAP comparativement à la population générale.

Parmi ces anomalies dentaires, le chirurgien-dentiste s'occupe des lésions carieuses, des anomalies parodontales, des anomalies de structure. Les anomalies de nombre, d'éruption et d'occlusion seront coordonnées et gérées par l'orthodontie. Les anomalies de forme sont prises en charge en denture permanente.

1.3.2.2 Conséquences de ces anomalies

La présence de ces anomalies peut induire des conséquences au niveau bucco-dentaire :

- La perte d'une ou plusieurs dents temporaires,
- La perte de tissu dentaire et lésions carieuses,
- Une hygiène bucco-dentaire perturbée,
- Une occlusion de convenance ou pathologique,
- Une mauvaise position de la langue,
- Une perte de dimension verticale, sagittale et transversale.

Ces conséquences peuvent avoir un impact fonctionnel et psychologique pouvant aggraver celles déjà induites par la présence de la FLAP.

Au niveau fonctionnel :

- La Succion – mastication (16), (17) :

- **Conséquence de la fente :** Les bébés avec une fente présentent des schémas de déglutition altérés, des mouvements de langue désordonnés et ont un rythme de succion désordonné. La succion est plus courte et plus rapide, le volume de nourriture ingéré est réduit.
- **Répercussions des conséquences bucco-dentaires :** Que ce soit un enfant avec ou sans FLAP, la perte des dents temporaires diminue la capacité masticatoire des aliments et augmente le nombre de cycles masticatoires. Cette insuffisance masticatoire est à l'origine de troubles gastro-intestinaux par cause d'ingestion d'aliments mal mâchés. Il peut en découler une mauvaise assimilation des aliments conduisant à un état de malnutrition voire, dans des cas extrêmes, d'anorexie d'où un retard de croissance staturo-pondéral et aussi une baisse des moyens de défense de l'organisme. Un édentement trop important ou total non compensé peut aboutir à une asymétrie au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire et donc à des troubles définitifs de la cinétique mandibulaire, sans traitement.

- La Phonation (16), (17) :

- **Conséquence de la fente :** C'est l'action conjointe des muscles du voile du palais et de la paroi pharyngée qui va créer le sphincter et permettre un isolement entre le rinopharynx et l'oropharynx. L'atteinte du voile du palais va induire les troubles phonétiques suivants :
 - Déperdition nasale : fuite d'air par le nez durant la phonation,
 - Coup de glotte : accolement brutal des cordes vocales,
 - Souffle rauque : souffle postérieur remplaçant les fricatives,
 - Ronflement nasal : vibration de la muqueuse de la zone qui sépare les deux cavités lors de la production des consonnes orales.
- **Répercussions des conséquences bucco-dentaires :** Les dents temporaires donnent à la langue des appuis nécessaires à la prononciation de phonèmes lors de l'acquisition du langage. Pour réaliser l'émission de phonème consonantique, il est nécessaire de mettre en contact 2 organes de la cavité buccale, l'un fixe et l'autre mobile. Il s'agit des modes d'articulations, parmi lesquels on distingue :
 - Articulation labio-dentale : [f], [v]. La lèvre inférieure est en contact avec les dents du haut.
 - Articulation apico-dentale : [t], [d], [n]. L'extrémité de la langue est en contact avec les dents du haut.

Ces modes d'articulations seront perturbés lors de l'apprentissage du langage si les dents maxillaires sont absentes ou trop délabrées.

- La déglutition (16), (17), (23) :
 - **Conséquence de la fente :** Mauvaise fermeture du voile du palais entraînant un reflux alimentaire par voie nasale, reflux gastro-œsophagien. La déglutition primaire est fréquente dans le cas des FLAP, elle se traduit par une malposition linguale, une ventilation buccale et une béance antérieure. La déglutition primaire est considérée normale pour le nourrisson, le jeune enfant et pathologique au-delà. Cette déglutition peut avoir de multiples conséquences :
 - Au niveau squelettique : Hypoplasie maxillaire, rétromandibulie fonctionnelle, promandibulie fonctionnelle.
 - Au niveau dentaire et alvéolaire : Infraclusion incisive, infra-alvéolie molaire, endoalvéolie maxillaire, exoalvéolie mandibulaire, proalvéolie supérieure et/ou inférieure.
 - **Répercussions des conséquences bucco-dentaires :** La perte des dents temporaires peut aggraver les conséquences de la fente. En effet, la langue ne peut pas prendre appui sur les faces palatines des incisives maxillaires. Les malpositions associées à une occlusion dentaire perturbée peuvent entraver la fermeture buccale lors de la déglutition et de la phonation.

Répercussions bucco-dentaires au niveau psychologique (41), (58) :

- Intégration sociale,
Ces anomalies entraînent une perte d'esthétisme et induisent une différence supplémentaire chez un enfant qui aura tendance à ne pas sourire. On a une diminution de la capacité de communication à travers les dents et le sourire.
- Troubles du sommeil et du comportement,
La présence de lésions carieuses peut entraîner des douleurs non identifiées à l'origine de troubles du sommeil et du comportement. Ces troubles peuvent induire de la fatigue, de l'inattention ayant des conséquences notamment au niveau scolaire.
- Trouble alimentaire,
Les douleurs d'origine dentaire peuvent être en cause en cas de trouble alimentaire de l'enfant. Ce trouble se traduit par une mauvaise mastication des aliments, une diminution de l'appétit et par un amaigrissement.

1.3.2.3 Examens complémentaires

Le praticien est amené à réaliser des examens radiographiques complémentaire :

- Panoramique dentaire qui permet d'avoir une vision globale,
- Clichés rétro-alvéolaires ou rétro-coronaires,
- Bite-Wing pour le dépistage des lésions inter-dentaires.



Figure 4 : Panoramique dentaire en présence d'une FLAP, (Collection du service d'orthodontie de la Timone).

L'imagerie 3D ou la téléradiographie sont des examens réalisés par l'orthodontiste et le chirurgien maxillo-facial. La collaboration entre les praticiens permet d'éviter la réalisation de ces examens complémentaires par le chirurgien-dentiste. Le chirurgien-dentiste peut réaliser la prise d'empreintes et de photographies intra et exo-buccales.

1.3.2.4 Les facteurs de risques liés à la FLAP

Ces facteurs de risques sont spécifiques à la prise en charge de la FLAP, le chirurgien-dentiste doit les rechercher lors de son examen clinique (15).

- Une perte d'efficacité ou une absence du brossage causée par :
 - Une perte d'élasticité de la lèvre post-chirurgicale,
 - L'anatomie de la fente,
 - Une peur de brosser la zone environnant la fente,
 - Les malpositions dentaires,
 - La présence possible d'une dent surnuméraire,
 - Un mauvais positionnement lingual,
 - Une absence de nettoyage naturel par la salive.

➤ La présence de la fente ou d'une fistule résiduelle entraîne :

- Un passage des fluides nasaux au niveau buccale,
- Des régurgitations ou passages alimentaires.

➤ Les anomalies de structure :

- Une hypoplasie de l'émail.

➤ La présence de dispositifs :

- La présence de prothèses amovibles,
- Les appareils d'orthodonties.

1.3.3 Prise en charge précoce par le Chirurgien-dentiste

La prise en charge précoce des patients présentant une FLAP (15), ainsi que celle des patients avec une CPE (45), présentent des similitudes au niveau de la prévention et de la prise en charge du praticien. Du fait des risques liés à la fente, ces patients sont à considérer comme ayant un risque carieux individuel (RCI) élevé.

La prise en charge précoce se concentre sur :

- La prévention,
- L'hygiène bucco-dentaire et son assainissement,
- L'interception à minima des lésions carieuses,
- La gestion des différentes anomalies bucco-dentaires.

1.3.3.1 La prévention

La prévention bucco-dentaire a pour objectif de prévenir la survenue d'une mauvaise hygiène orale ainsi que l'apparition des lésions carieuses. La consultation à but préventif peut avoir lieu avant la naissance de l'enfant.

➤ Consultation de la femme enceinte ou de la jeune maman à but préventif :

- Conseils pour éviter la transmission de bactéries par contact salivaire (utiliser une cuillère différente pour goûter la nourriture, laver la tétine avec de l'eau, pas de partage de nourriture, de boisson, de la brosse à dents, pas de baiser sur la bouche de l'enfant),
- Conseils sur les habitudes d'endormissement : uniquement biberon avec de l'eau,
- Orientation vers l'allaitement,
- Prise en charge bucco-dentaire de la personne en charge de l'enfant,
- Informations sur l'importance d'un suivi par le chirurgien-dentiste,
- Informations sur la FLAP et les répercussions bucco-dentaires.

➤ Consultation à but préventif :

- Identification des facteurs de risques principaux et des facteurs liés à la fente,
- Conseils alimentaires auprès des parents et de l'enfant, diminution des apports en glucides,
- Evaluation de l'état et des connaissances bucco-dentaires des parents,
- Education parentale ou de la personne en charge de l'enfant pour prévenir la contamination par contact salivaire dite contamination croisée,
- Nettoyage des prothèses intra-orales à l'aide d'un agent à base de Chlorhexidine,
- Enseignement et motivation au brossage bucco-dentaire (MHBD) dans l'aire et en dehors de l'aire de la FLAP notamment en post chirurgical, pré-per-post traitement d'orthodontie et prescription d'une brosse à dent adaptée,
- Prescription de dentifrice fluoré à 1000 ppm en l'absence de prise de fluor per os après l'âge de 2 ans si RCI élevé et coopération parentale. Sinon dentifrice à 500 ppm et supplémentation à l'aide de pâte dentaire fluoré après un bilan fluoré,
- Application de vernis fluoré ($\geq 22\ 600\text{ppm}$) 2 fois par an et scellement des sillons.

1.3.3.2 Interception et assainissement

Prise en charge : Lésions carieuses & Plaque dentaire

Les patients présentant une FLAP sont plus anxieux face aux soins dentaires (65).

➤ Gestion de l'anxiété de l'enfant par :

- Techniques cognitivo-comportementales,
- Prémédication sédatrice,
- Sédation consciente,
- Anesthésie générale.

➤ Interception de la maladie carieuse la plus précoce et à minima possible :

- Composite sur les dents antérieures,
- Coiffe pédodontique préformée ou CVI sur les dents postérieures,

L'importance des dents temporaires et définitives est majorée en présence d'une FLAP, la conservation de l'organe dentaire devra être favorisée.

➤ Assainissement parodontal :

- Détartrage et polissage,
- Rappel de la motivation à l'hygiène bucco-dentaire.

➤ Si conservation impossible ou édentement présent :

- Avulsion en coordination avec l'équipe soignante,
- Mainteneur d'espace.

1.3.3.3 Gestion d'une anomalie de structure

- La gestion d'une anomalie de structure en denture temporaire est réalisée par :
 - Des coiffes pédiatriques préformées sur les molaires,
 - Des composites sur les dents antérieures,
 - Réhabilitation des édentements par mainteneur d'espace.

1.3.3.4 Suivi du patient

Le suivi du patient permet le maintien des résultats dans le temps, il faut :

- Revoir le patient tous les 3 mois pour contrôle de l'hygiène bucco-dentaire et MHBD,
- Refaire un point sur les facteurs de risques maîtrisables,
- Renforcer les messages de prévention,
- Réaliser tous les 6 mois le vernis fluoré.

Le chirurgien-dentiste doit se tenir informé auprès de l'équipe pluridisciplinaire du déroulement de la prise en charge globale.

A partir de 6 ans, le praticien doit continuer son travail de prévention et de gestion des lésions carieuses. Il pourra réaliser des prothèses partielles amovibles en présence d'édentement en denture mixte. Le cas échéant, il pourra si nécessaire réaliser la gestion des défauts parodontaux et la réhabilitation dentaire par la prothèse fixe ou des implants (suivant les indications).

1.3.4 Intérêts de la prise en charge précoce

La prise en charge précoce et le suivi par le chirurgien-dentiste apportent avant tout un intérêt vis-à-vis du patient. Cela permet de :

- Prévenir les douleurs d'origine dentaire,
- Protéger les dents temporaires présentes,
- Diminuer le risque de lésions carieuses des dents permanentes,
- Maintenir la longueur, de l'espace des arcades et de la dimension verticale,
- Restaurer les arcades de façon fonctionnelle et esthétique,
- Faciliter l'hygiène bucco-dentaire.

La prise en charge précoce par le chirurgien-dentiste présente des intérêts à travers la prise en charge des différents acteurs, ce qui améliore la prise en charge globale des séquelles d'une fente.

❖ Orthodontiste

La réalisation des traitements d'orthodontie doit se réaliser dans un environnement parodontal le plus assaini possible. Si les dents sont trop délabrées ou si elles sont absentes et non remplacées :

- Elles ne pourront plus être utiles aux supports d'ancrage des dispositifs d'orthodontie,
- Il existe une perte possible de la dimension verticale, sagittale, transversale à l'origine d'une malocclusion supplémentaire.

La prise en charge précoce par le chirurgien-dentiste permet :

- Le maintien des conditions d'hygiène adéquates,
- Le maintien des dents supports d'ancrage,
- D'éviter l'apparition de malocclusion supplémentaire par le maintien de la dent temporaire ou le mainteneur d'espace.

❖ Chirurgien Plastique Pédiatrique et chirurgien maxillo-facial

Au préalable d'une greffe osseuse alvéolaire, le patient doit avoir une hygiène orale méticuleuse, une denture saine et un environnement parodontal assaini. Cette greffe osseuse secondaire a lieu à partir de l'âge de 4 ans. Une mauvaise hygiène bucco-dentaire entraîne souvent la survenue de complications dont le retard de la greffe osseuse alvéolaire (4), (36).

❖ Orthophoniste

Les réhabilitations prothétiques et/ou le maintien des dents naturelles facilitent l'apprentissage du langage.

❖ Psychiatre

Des dents saines et esthétiques participent à l'intégration sociale et psychologique du patient. La prise en charge par un psychiatre ou un psychologue permet de diminuer l'apparition des troubles du sommeil, du comportement et alimentaires.

❖ Chirurgien-dentiste

La prise en charge précoce par le Chirurgien-dentiste permet :

- Le maintien adéquat de l'HBD,
- Le maintien de la dimension verticale, sagittale, transversale,
- Diminution du risque carieux des dents permanentes.

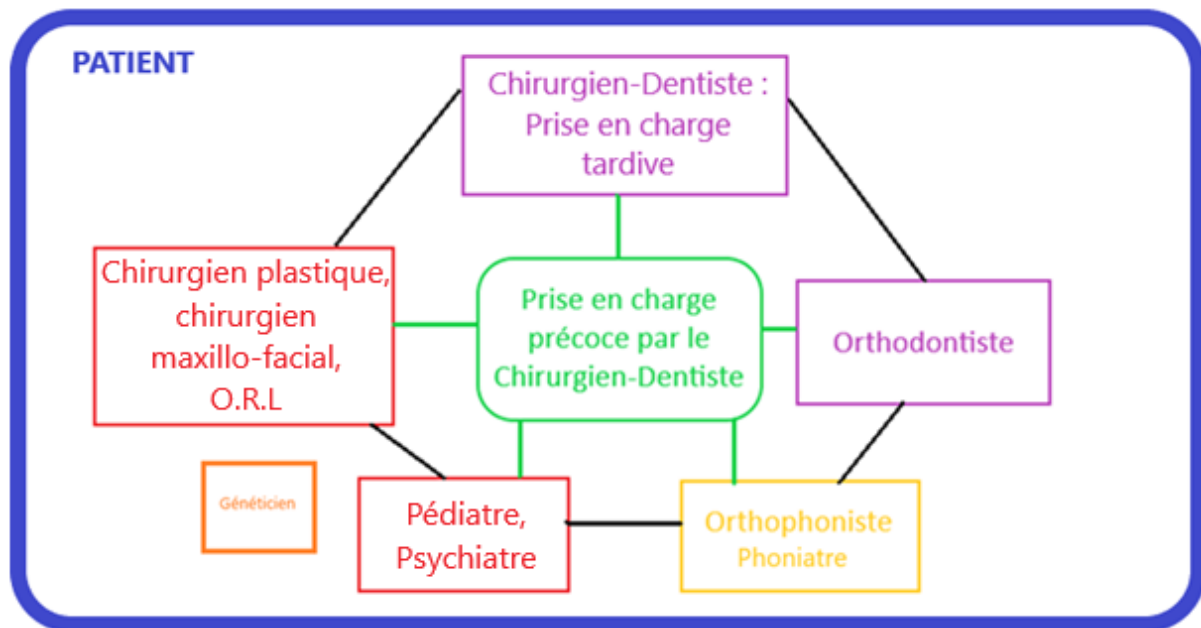


Figure 5 : Impact de la prise en charge précoce du chirurgien-dentiste sur les différents acteurs, (Collection personnelle).

1.4 Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est de quantifier le nombre de chirurgiens-dentistes possédant les connaissances nécessaires à la réalisation de la prise en charge précoce d'une FLAP. L'objectif secondaire est d'évaluer la nécessité d'amélioration des connaissances des praticiens par la formation initiale et continue.

2 Matériels et méthodes

2.1 Plan de l'étude

➤ Le plan permet de structurer l'étude pendant son élaboration, il s'agira de définir :

- Le type de recherche,
- La population cible de la recherche,
- L'élaboration de l'étude,
- Les moyens de diffusion de l'étude,
- L'organisation de la collecte des données,
- Les moyens d'analyse utilisés.

2.2 Le type de recherche

Il s'agit d'une étude quantitative faisant intervenir un questionnaire semi-directif. Pour rappel, le questionnaire est une méthode de collecte de données quantifiables sous forme de questions. L'étude quantitative peut faire suite à une étude qualitative. L'étude qualitative permet de mettre en évidence un comportement ou une opinion, tandis que l'étude quantitative dénombre les sujets ayant un comportement similaire ou différent. Dans notre cas, aucune étude qualitative auprès des chirurgiens-dentistes n'a été réalisée au préalable de l'étude quantitative.

2.3 Population cible

Les populations cibles sont les chirurgiens-dentistes. Un des buts de l'étude est de savoir le niveau de connaissance des praticiens lors de leur formation initiale. Les chirurgiens-oraux et les orthodontistes reçoivent la même formation initiale que les chirurgiens-dentistes jusqu'au passage de l'internat, pour cette raison ils sont également inclus dans l'étude.

➤ Les critères d'inclusion :

- Avoir réalisé la formation initiale de chirurgien-dentiste,
- Être au moins titulaire du certificat de synthèse de clinique thérapeutique (CSCT),
- Être francophone.

➤ Les critères de non-inclusion :

- Ne pas avoir réalisé la formation initiale de chirurgien-dentiste,
- Ne pas détenir le CSCT,
- Ne pas être francophone.

➤ Les critères d'exclusion :

- Avoir répondu sans avoir réalisé la formation initiale de chirurgien-dentiste,
- Ne pas détenir le CSCT,
- Ne pas être francophone.

2.4 Elaboration de l'étude

- Il a été choisi qu'un questionnaire semi-directif serait le plus adapté dans la quantification des données. Cela permet un traitement simplifié des résultats. Des questions fermées et des questions ouvertes sont proposées aux participants.
 - La question fermée propose aux participants une liste de réponses prédéfinies, à l'aide de cases multiples, d'un classement, d'une case à cocher, ...,
 - La question ouverte permet aux participants de répondre librement à la question dans un champ de texte.
- Le questionnaire a été créé sur un support informatique via l'application Google-Forms. Le support informatique présente les avantages suivants :
 - Coût moindre,
 - Facilité de diffusion,
 - Recueil important de réponses en un temps réduit,
 - Traitement des données facilité.
- Il a été décidé que le questionnaire devait pouvoir être rempli en moins de 5 minutes par les participants. Cela permet :
 - La réalisation plus aisée sur le temps libre, par exemple lorsque le praticien a 5 minutes de temps libre avant le prochain patient,
 - D'éviter un questionnaire trop long qui peut rebuter un praticien à répondre,
 - D'éviter l'abandon en cours de réalisation pour le motif de la longueur ou d'une durée trop importante du questionnaire.

En préambule du questionnaire, les participants sont informés des objectifs et que les résultats sont rendus anonymes.

Questionnaire sur la prise en charge précoce par le Chirurgien-Dentiste des patients présentant une Fente-Labio- Alvéolo-Palatine (FLAP)

Bonjour,

Les FLAP ont une incidence d'environ 1 sur 700 naissances en France. Il s'agit de la malformation congénitale de la face la plus fréquemment rencontrée dans le monde.

Dans le cadre de ma thèse, nous avons réalisé ce questionnaire qui s'adresse aux chirurgiens-dentistes afin de mieux connaître le niveau de connaissance et les démarches thérapeutiques actuelles des praticiens libéraux ou hospitalier.

Il est anonyme et ne prend que 5 minutes à remplir.

Nous vous remercions par avance de votre implication dans cette thèse.

Le questionnaire se concentre sur 2 types de données. Il s'agit des données liées au profil des participants et des données propres au sujet de la FLAP.

- Les questions de profil ont pour but de cerner si le sujet peut être inclus ou non. Ces questions vont répondre à des indicateurs pouvant amener à des différences dans les réponses en fonction des individus.

Il s'agit des indicateurs :

- De sexe,
- De l'expérience du praticien,
- Du type d'exercice,
- De la spécialité ou sous spécialité d'exercice.

Ces indicateurs de profils correspondent aux questions 1 à 4.

1. Vous êtes : *

☐ Un homme

☐ Une femme

2. En terme d'expérience, vous êtes : *

☐ Etudiant(e) (Sixième année - interne)

☐ Jeune diplômé(e) < 5 ans d'exercice

☐ Diplômé(e) entre 5 ans et 15 ans d'exercice

☐ Praticien(ne) expérimenté(e) > 15 ans d'exercice

☐ Praticien(ne) à la retraite

3. Concernant votre exercice :

	Exerçant seul(e)	Exerçant en groupe	Non
Praticien(ne) exerçant en cabinet ou centre dentaire	☐	☐	☐
Praticien(ne) Hospitalier ou du Service de santé des armées	☐	☐	☐

4. Concernant votre activité - Spécialité. Vous êtes : *

☐ Parodontologiste

☐ Pédiodontiste

☐ Omnipraticien

☐ Chirurgien-Oral

☐ Orthodontiste

☐ Spécialité autres (Endodontie, implantologie, etc)

☐ Autre : _____

- Les questions propres au sujet ont pour objectif de quantifier les comportements ainsi que les connaissances des praticiens afin de répondre à l'hypothèse soulevée. Il s'agit des indicateurs :

- De connaissance,
- De la prise en charge précoce préventive, dentaire, psychologique.

Ces indicateurs correspondent aux questions 5 à 16.

5. Concernant vos connaissances sur les FLAP, celles-ci sont : *

☐ Acquises et complètes

☐ Acquises mais à améliorer

☐ Non acquises

☐ Ne se prononce pas

6. Au cours de votre formation et vos études sur les FLAP : *

☐ Vous avez été suffisamment formé

☐ Vous pensez n'avoir pas été suffisamment formé

☐ Vous n'avez pas été formé

☐ Ne se prononce pas

7. Concernant les FLAP : *

- ☐ Vous n'avez pas de difficulté pour la prise en charge de ces patients
- ☐ Vous n'êtes pas à votre aise avec cette embryopathie
- ☐ Ne se prononce pas

8. Dans le cas d'un nouveau patient présentant une FLAP : *

- ☐ Vos connaissances sont suffisantes
- ☐ Vous réalisez une recherche bibliographique dans la littérature
- ☐ Vous demandez conseil à un confrère ou une consœur
- ☐ Vous adressez à un confrère/consœur

9. Concernant la fréquence de prise en charge de nouveaux patients présentant une FLAP : *

- ☐ Une fois ou plus par mois
- ☐ Une fois ou plus tous les 6 mois
- ☐ Une fois ou plus par an
- ☐ Vous adressez systématiquement à un confrère/consœur
- ☐ Jamais

10. Pour la prise en charge du patient présentant une FLAP, que pensez-vous nécessaire de réaliser : *

	Systématiquement	Régulièrement	Quelques-fois	Rarement	Jamais
Anamnèse/Interrogatoire	☐	☐	☐	☐	☐
L'examen clinique exo et endo-buccal	☐	☐	☐	☐	☐
Des clichés radiographiques	☐	☐	☐	☐	☐
Prise d'empreintes et moulages d'études	☐	☐	☐	☐	☐
Photographies exo et endo-buccale	☐	☐	☐	☐	☐
Prise de contact avec l'équipe soignante	☐	☐	☐	☐	☐

11. Lors de votre interrogatoire, d'un patient présentant une FLAP avez-vous l'habitude de rechercher ?

	Systématiquement	Régulièrement	Quelques-fois	Rarement	Jamais
Les habitudes d'hygiène bucco-dentaire	☐	☐	☐	☐	☐
Les habitudes alimentaires	☐	☐	☐	☐	☐
Les habitudes d'endormissements	☐	☐	☐	☐	☐
Le risque de transmission de streptocoque mutans par une personne en charge de l'enfant	☐	☐	☐	☐	☐
L'état bucco-dentaire de la famille	☐	☐	☐	☐	☐
L'anxiété face au soin	☐	☐	☐	☐	☐
Le niveau socio-économique familial	☐	☐	☐	☐	☐

12. Lors de l'examen clinique d'un patient présentant une FLAP, vous recherchez :

	Systématiquement	Régulièrement	Quelques fois	Rarement	Jamais
La présence d'anomalie(s) de nombre	☐	☐	☐	☐	☐
La présence d'anomalie(s) de structure	☐	☐	☐	☐	☐
La présence d'anomalie(s) de position	☐	☐	☐	☐	☐
La présence d'anomalie(s) de forme	☐	☐	☐	☐	☐
La présence d'anomalie(s) d'éruption	☐	☐	☐	☐	☐
La présence d'anomalie(s) parodontale(s)	☐	☐	☐	☐	☐
La présence d'anomalie(s) de l'occlusion	☐	☐	☐	☐	☐
La présence de lésion(s) carieuse(s)	☐	☐	☐	☐	☐

13. Concernant la radiographie, vous réalisez :

- ☐ Une panoramique dentaire
- ☐ Des clichés rétro-alvéolaires
- ☐ Des clichés rétro-coronaires
- ☐ Des bite-wing
- ☐ Téléradiographie de profil
- ☐ Cone beam/Imagerie 3D

14. Concernant la prévention, vous réalisez

	Systématiquement	Régulièrement	Quelques fois	Raraement	Jamais
Une dispense de conseil alimentaire avec notamment diminution d'apport en glucide	☐	☐	☐	☐	☐
Une éducation parentale en matière de santé bucco-dentaire	☐	☐	☐	☐	☐
Un enseignement au brossage bucco-dentaire	☐	☐	☐	☐	☐
Une application de vernis fluoré/scellement des sillons	☐	☐	☐	☐	☐
L'importance de la nécessité d'un suivi régulièrement (en fonction du risque carieux)	☐	☐	☐	☐	☐

15. Lors de la prise en charge, pour une même dent temporaire au pronostic réservé, vous auriez tendance à favoriser raisonnablement :

- ☐ L'avulsion de la dent temporaire
- ☐ La conservation de la dent temporaire

16. Lors de la prise en charge, vous avez l'habitude de :

	Systématiquement	Régulièrement	Quelques-fois	Rarement	Jamais
Gérer l'anxiété de l'enfant (prémédication, MEOPA, etc)	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer une lésion carieuse (restauration ou avulsion)	☐	☐	☐	☐	☐
Réaliser un détartrage - polissage	☐	☐	☐	☐	☐
Réaliser un rappel sur l'importance de la motivation à l'hygiène bucco-dentaire	☐	☐	☐	☐	☐
Réhabiliter les édentements et/ou réalisation de mainteneur d'espace	☐	☐	☐	☐	☐
Garder un contact avec l'équipe soignante pluridisciplinaire	☐	☐	☐	☐	☐

- Un cas clinique avec la présence de questions fermées et ouvertes sur la prise en charge vient compléter le questionnaire. L'objectif est une mise en situation du participant sans être guidé par des items préformés.

Cas clinique

Cette patiente de 5 ans, porteuse d'une FLAP unilatérale gauche, vient vous voir en consultation. Elle ne présente aucune médication ou antécédent médicaux-chirurgicaux pouvant représenter une contre-indication à des soins bucco-dentaires. La patiente est légèrement anxieuse. On note une consommation de glucide ainsi qu'un brossage manuel réalisé par l'enfant. A l'examen endobuccal ainsi qu'à la panoramique, nous sommes face à cette situation :



17. Cette patiente représente pour vous une difficulté ?

	1	2	3	4	5	
Facile	☐	☐	☐	☐	☐	Complexe

18. Dans cette situation, dans quelle catégorie C.A.O.D, placez-vous cette patiente ? Comment gérez-vous ce risque carieux ? (Sans rentrer dans le détail pour chaque dent)

Votre réponse

19. Dans cette situation, quelle serait votre prise en charge concernant les lésions carieuses ?

	CVI - Composite	Pulpotomie	Couronne pédodontique préformée	Avulsion	Scellement des sillons
55	☐	☐	☐	☐	☐
61	☐	☐	☐	☐	☐
62	☐	☐	☐	☐	☐
65	☐	☐	☐	☐	☐
75	☐	☐	☐	☐	☐
85	☐	☐	☐	☐	☐

20. Avez-vous une remarque ?

Votre réponse

2.5 Mise en œuvre de l'étude

Un groupe de 5 individus a servi de pilote avant la diffusion générale de l'enquête. Le but de ce groupe est de pouvoir apporter les modifications nécessaires avant la diffusion du questionnaire. Le groupe pilote a permis :

- D'évaluer le temps nécessaire à la réalisation du questionnaire,
- De déterminer la présence d'ambiguïté dans les questions,
- De déterminer la pertinence de certaines questions.

La diffusion du questionnaire s'est faite après détermination des différents réseaux possibles exploitables. La diffusion sur des réseaux numériques a été favorisée, de par la facilité de recueil des données, mais également par le fait des annulations successives de l'ensemble des regroupements des chirurgiens-dentistes (congrès scientifique, salon, etc) faisant suite au Covid-19.

2.5.1 Réseaux de diffusion et collecte des données

La collecte de données a été réalisée de 2 manières possibles en physique via un enquêteur muni d'une tablette informatique ainsi qu'en autodidacte directement grâce au lien informatique du questionnaire. Une relance de l'ensemble des réseaux de diffusion a été effectuée 30 jours après la diffusion initiale. Le pic de réponse se situe dans les premières 72h de diffusion.

- La collecte physique s'est déroulée uniquement au pavillon d'odontologie de l'hôpital de la Timone.
- Le lien de l'enquête a été diffusé :
 - Aux adresses mails des associations étudiantes des 16 facultés dentaires de France afin qu'elles diffusent elles-mêmes auprès de leurs étudiants locaux,
 - Via les réseaux sociaux grâce aux groupes de dentistes de France,
 - Auprès des principaux syndicats,
 - Des contacts personnels.

L'enquête a été diffusée du 05/08/2020 et clôturée le 27/09/2020.

2.6 Méthode d'analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS Statistics Subscription.

Pour les analyses univariées nous avons utilisé :

- Si les 2 variables sont qualitatives un test du Chi 2 (ou de Fisher si les effectifs théoriques étaient trop petits, le symbole * est alors indiqué à côté de la pvalue). Les résultats indiqués sont les effectifs et pourcentages.
- Lorsque nous avons une variable qualitative et une variable quantitative, si la variable qualitative a 2 classes, comme les groupes n'ont pas une taille supérieure à 30, nous avons utilisé un test de Mann Whitney. Les résultats indiqués sont la médiane et les quartiles.

Le risque de première espèce alpha était arbitrairement fixé à 5 %, une différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

3 Résultats

3.1 Résultats bruts

Le questionnaire a reçu un ensemble de 111 réponses, 15 par la collecte physique et 96 par la collecte numérique.

3.1.1 Effectif analysé

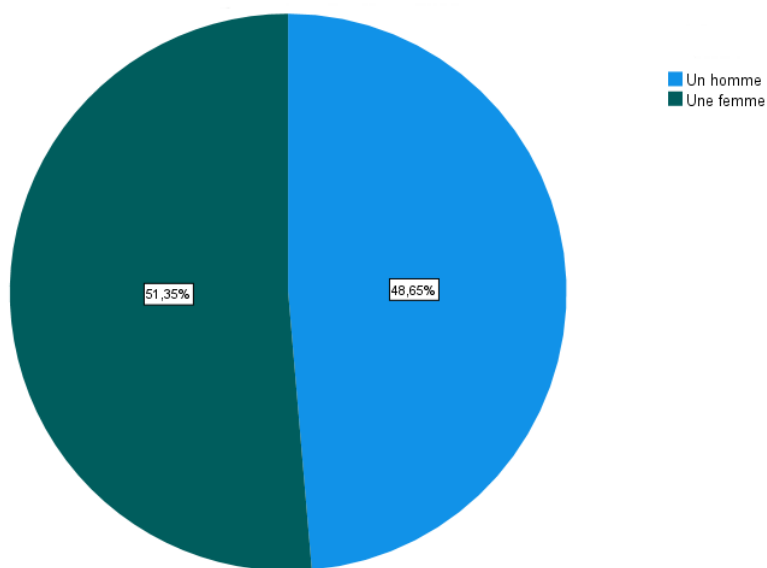


Figure 6 : Résultat des effectifs analysés.

Concernant la question n° 1 : 48,6% (n=54) de réponses étaient des hommes et 51,4% (n=57) des femmes. Il y a une proportion égale entre les sexes.

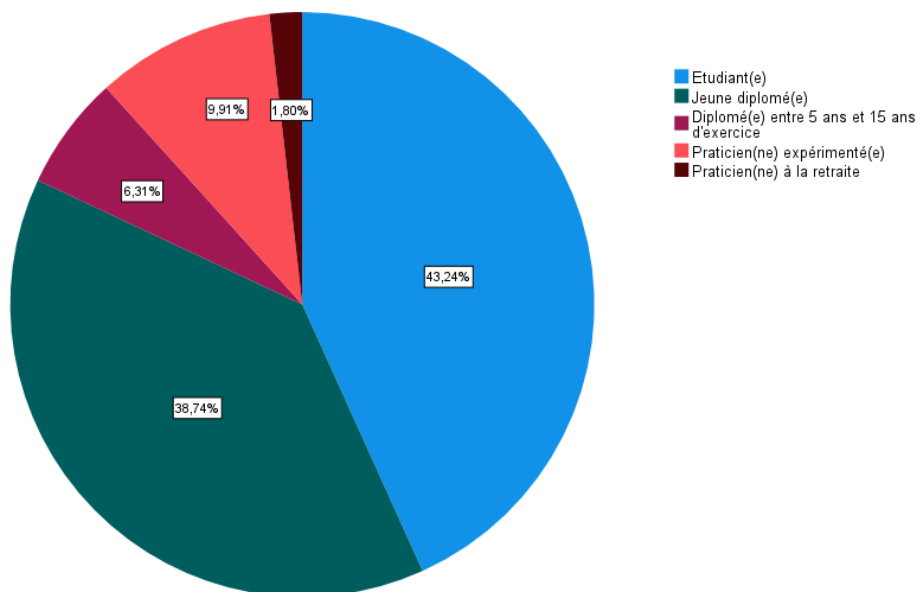


Figure 7 : Répartition des praticiens en fonction de l'expérience d'exercice.

Concernant la question n°2 : Il apparaît que 43,2% (n=48) des questionnaires ont été rempli par des étudiants ou des internes. 38,7% (n=43) par de jeunes praticiens ayant actuellement moins de 5 ans d'expérience d'exercice. Un pourcentage de 18% (n=20) de praticiens ayant plus de 5 ans d'expérience ont répondu au questionnaire. Le questionnaire a été majoritairement rempli par de futurs ou jeunes praticiens (n=91).

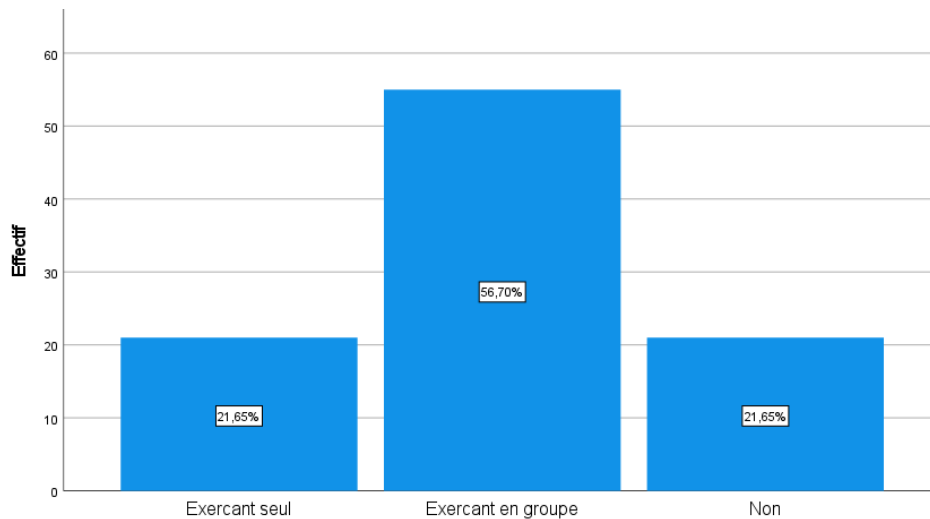


Figure 8a : Répartition du type d'exercice en secteur privé (n=97).

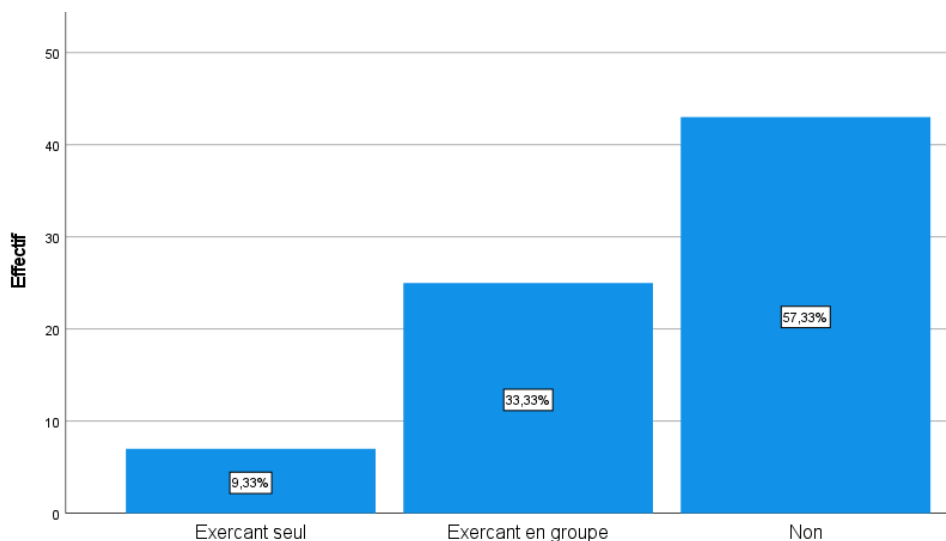


Figure 9b : Répartition du type d'exercice en secteur public (n=75).

Concernant la question n°3 : 49,55% (n=55) des praticiens ayant répondu au questionnaire sont des praticiens exerçant en groupe dans le secteur privé et 18,92% (n=21) sont des libéraux exerçant seul. Concernant l'exercice en secteur public, 28,83% (n=32) des praticiens exercent dans ce secteur. Il est envisageable qu'un praticien exerce à la fois dans le secteur privé ainsi que dans un service public. Les résultats montrent une proportion plus importante de libéraux (ou salarié d'une structure privée) en adéquation avec les statistiques françaises sur le sujet.

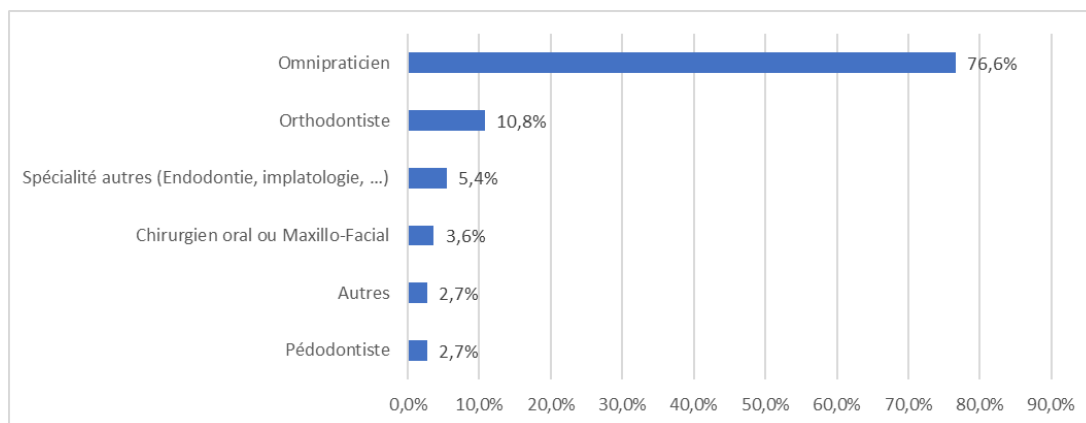


Figure 10 : Répartition des spécialités de la population.

Concernant la question n°4 : 76,6% (n=85) des praticiens ont une activité omnipratique. Les réponses ajoutées aux résultats avec comme type d'activité « Autres » (n=3) sont issues d'étudiants en 6^{ème} année. La formation initiale se concentre sur la multidisciplinarité, ce chiffre de 76,6% est en adéquation avec l'effectif de jeune praticien ayant moins de 5 ans d'expérience. Parmi les spécialistes qui ont répondu au questionnaire soit 20,7% (n=23) il y a 10,8% (n=12) d'orthodontistes.

3.1.2 Indicateurs du sujet

3.1.2.1 Indicateurs de connaissance

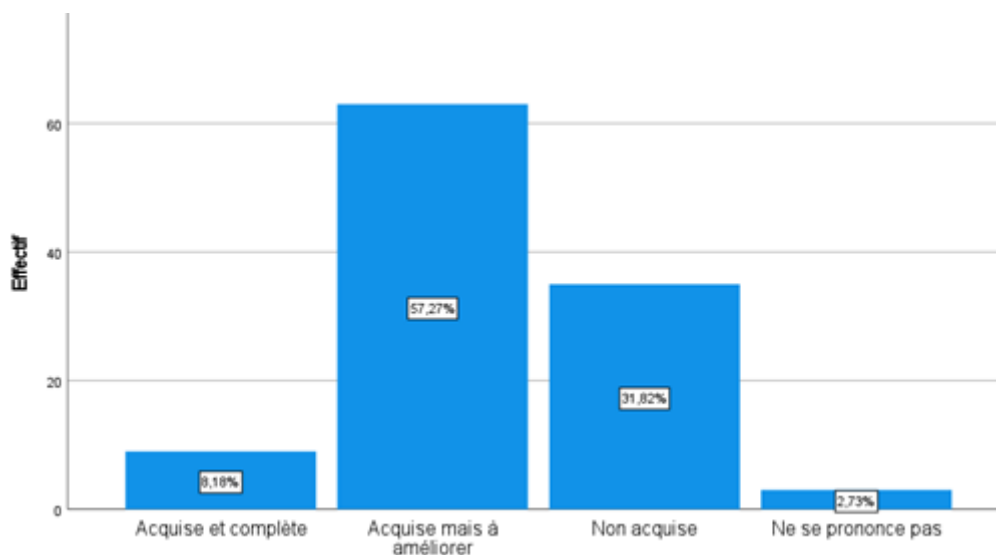


Figure 11: Auto-évaluation des connaissances des FLAP des participants.

Concernant la question n°7 : 31,82% (n=36) des praticiens se disent ne pas posséder les connaissances sur les FLAP. Tandis que 57,27% (n=64) ont répondu avoir des connaissances incomplètes et 8,18% (n=9) acquises et complètes.

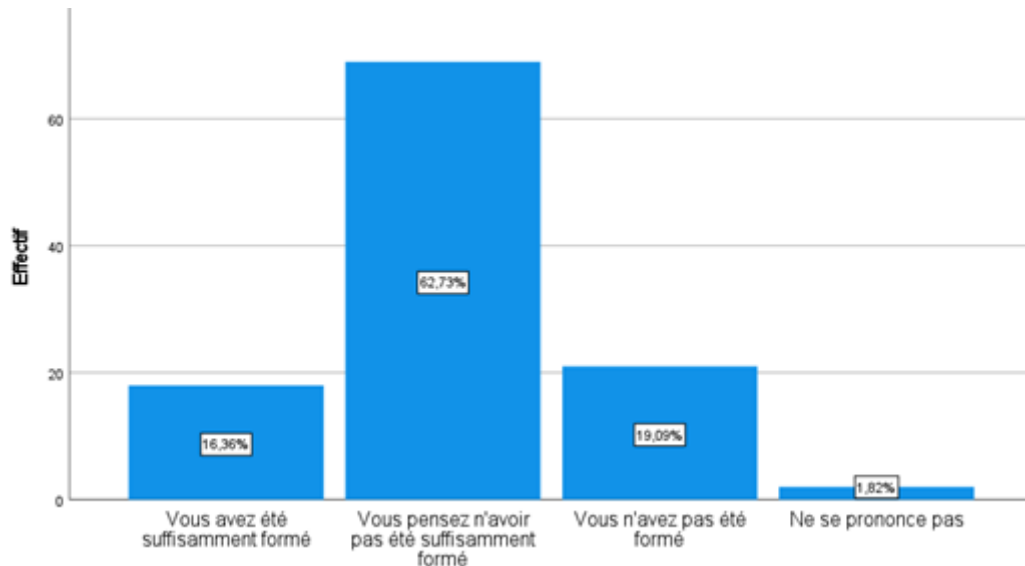


Figure 12 : Auto-évaluation de la formation initiale des participants.

Concernant la question n°6 : 62,73% (n=70) des praticiens ont répondu n'avoir pas été suffisamment formés, tandis que 19,09% (n=22) considèrent n'avoir pas été formé. C'est-à-dire que 81,82% (n=92) des interrogés estiment que leur formation initiale n'est pas complète. Ces chiffres sont à rapprocher de ceux obtenus concernant les acquis des connaissances.

3.1.2.2 Indicateurs de prise en charge

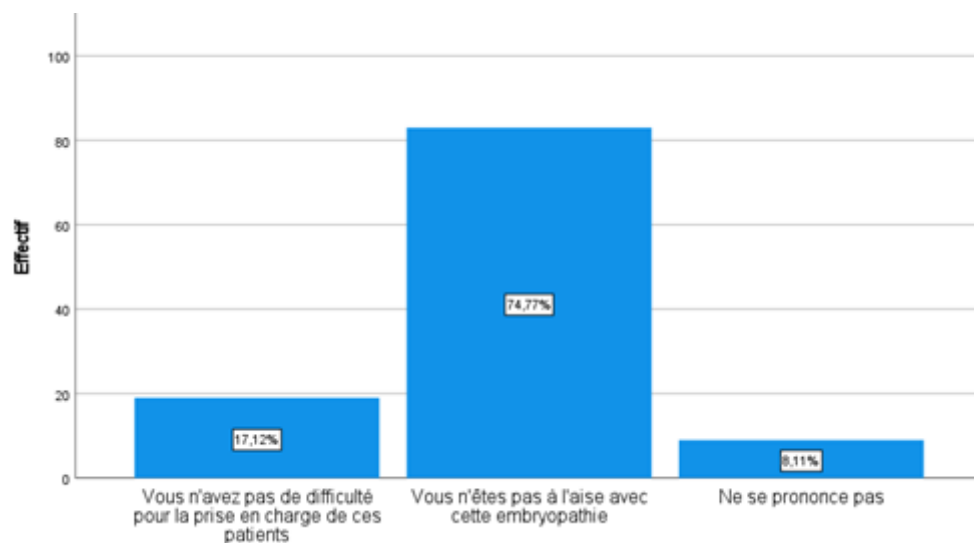


Figure 13 : Répartition de l'appréhension des praticiens face à la prise en charge.

Concernant la question n°7 : 74,77% (n=83) des praticiens ne sont pas à l'aise pour la prise en charge d'un patient avec une FLAP. C'est-à-dire que presque 3 praticiens sur 4 estiment éprouver des difficultés face à ces patients. Sachant que 81,82% (n=92) ont répondu ne pas avoir acquis complètement les connaissances vis-à-vis des FLAP.

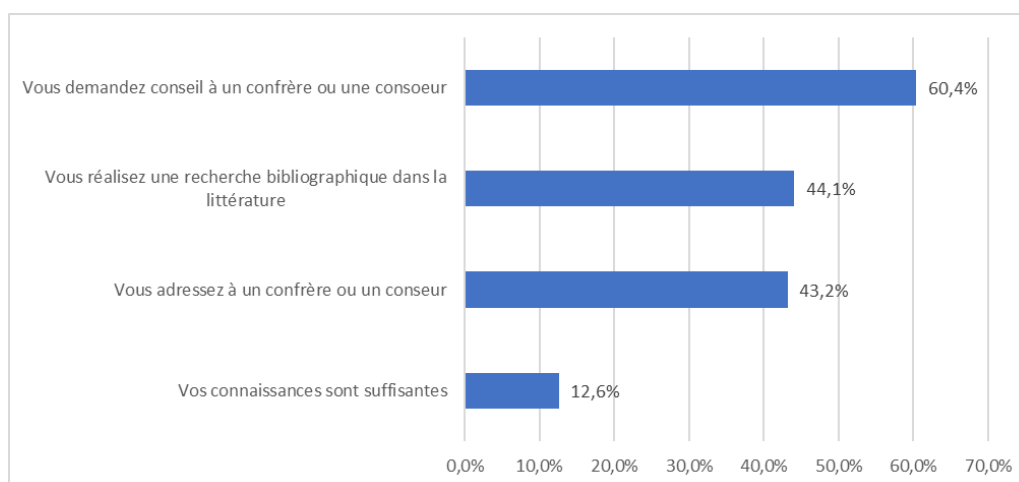


Figure 14 : Répartition des comportements des praticiens face à une FLAP.

Concernant la question n°8 : Il était possible qu'un praticien puisse cocher plusieurs options par exemple demander un conseil à autre praticien et réaliser une recherche bibliographique. Ici, 43,2% (n=48) des praticiens adressent le patient à un confrère. 44,1% (n=49) réalise une recherche bibliographique et 60,4% (n=67) demande conseil à un autre praticien. 12,7% (n=14) déclarent avoir suffisamment de connaissances nécessaires à la prise en charge.

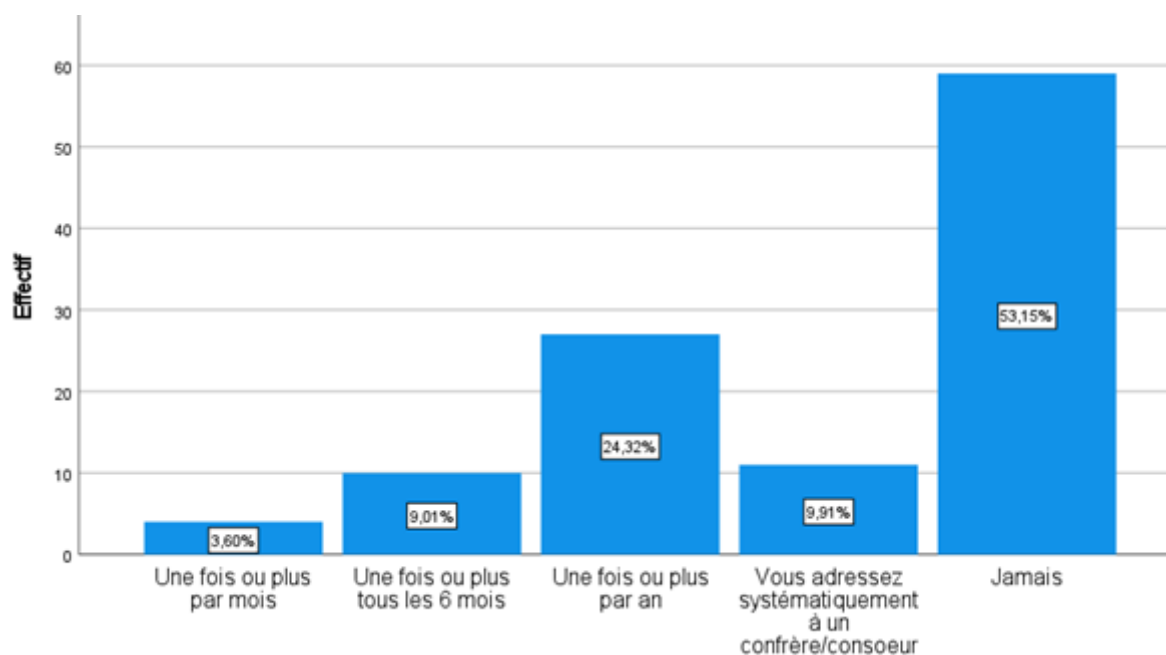


Figure 15 : Fréquence de prise en charge d'un patient avec une FLAP.

Concernant la question n°9 : La majorité, 53,15% (n=59), des interrogés n'ont jamais eu de patient avec une FLAP tandis que 9,91% (n=11) ont adressé systématiquement ces patients à un autre chirurgien-dentiste. Seulement 12,61% (n=14) des praticiens ont une prise en charge « régulière » d'un patient avec une FLAP et 24,32% (n=27) de manière annuelle.

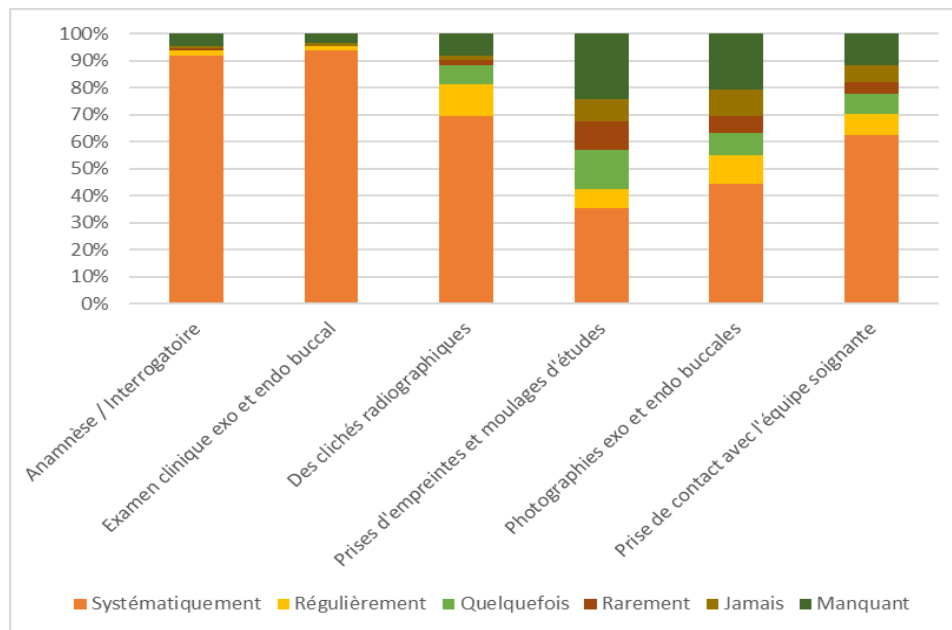


Figure 16 : Fréquence de réalisation des actes nécessaires au dossier médical.

	Systématiquement	Régulièrement	Quelquefois	Rarement	Jamais	Manquant
Anamnèse / Interrogatoire	91,9% (n=102)	1,8% (n=2)	0,0% (n=0)	0,9% (n=1)	0,9% (n=1)	4,5% (n=5)
Examen clinique exo et endo-buccal	93,7% (n=104)	1,8% (n=2)	0,0% (n=0)	0,0% (n=0)	0,9% (n=1)	3,6% (n=4)
Des clichés radiographiques	69,4% (n=77)	11,7% (n=13)	7,2% (n=8)	1,8% (n=2)	1,8% (n=2)	8,1% (n=9)
Prises d'empreintes et moulages d'études	35,1% (n=39)	7,2% (n=8)	14,4% (n=16)	10,8% (n=12)	8,1% (n=9)	24,3% (n=27)
Photographies exo et endo buccales	44,1% (n=49)	10,8% (n=12)	8,1% (n=9)	6,3% (n=7)	9,9% (n=11)	20,7% (n=23)
Prise de contact avec l'équipe soignante	62,2% (n=69)	8,1% (n=9)	7,2% (n=8)	4,5% (n=5)	6,3% (n=7)	11,7% (n=13)

Tableau 1: Répartition des actes nécessaires au dossier médical.

Concernant la question 10 : 69,4% des praticiens interrogés réalisent systématiquement des examens radiographiques. Examen pourtant indispensable à réaliser dans le cas des FLAP. 62,2% prennent systématiquement contact avec l'équipe soignante.

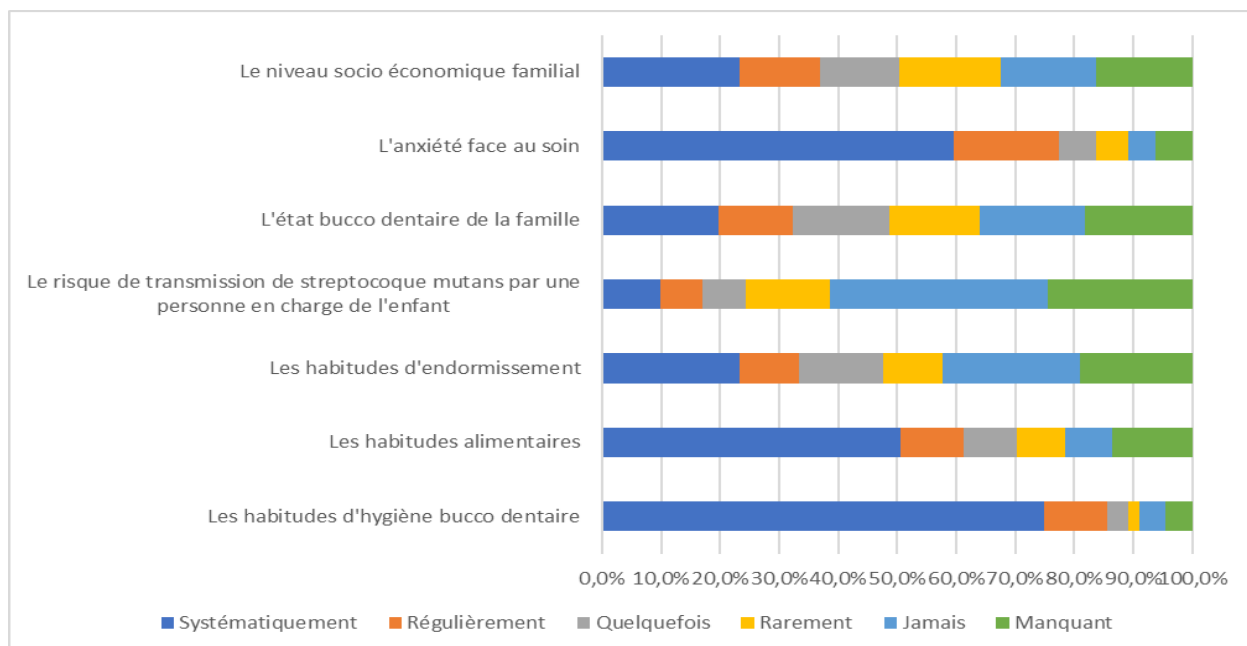


Figure 17: Fréquence de la recherche des facteurs de risque principaux.

	Systématiquement	Régulièrement	Quelquefois	Rarement	Jamais	Manquant
Les habitudes d'hygiène bucco-dentaire	74,8% (n=83)	10,8% (n=12)	3,6% (n=4)	1,8% (n=2)	4,5% (n=5)	4,5% (n=5)
Les habitudes alimentaires	50,5% (n=56)	10,8% (n=12)	9,0% (n=10)	8,1% (n=9)	8,1% (n=9)	13,5% (n=15)
Les habitudes d'endormissement	23,4% (n=26)	9,9% (n=11)	14,4% (n=16)	9,9% (n=11)	23,4% (n=26)	19,0% (n=21)
Le risque de transmission de streptocoque mutans par une personne en charge de l'enfant	9,9% (n=11)	7,2% (n=8)	7,2% (n=8)	14,4% (n=16)	36,9% (n=41)	24,4% (n=27)
L'état bucco-dentaire de la famille	19,8% (n=22)	12,6% (n=14)	16,2% (n=18)	15,3% (n=17)	18,0% (n=20)	18,1% (n=20)
L'anxiété face au soin	59,5% (n=66)	18,0% (n=20)	6,3% (n=7)	5,4% (n=6)	4,5% (n=5)	6,3% (n=7)
Le niveau socio-économique familial	23,4% (n=26)	13,5% (n=15)	13,5% (n=15)	17,1% (n=19)	16,2% (n=18)	16,3% (n=18)

Tableau 2 : Répartition des effectifs lors de la recherche des facteurs de risque principaux.

Concernant la question n°11 : Il apparaît que plusieurs facteurs de risques principaux sont recherchés systématiquement par moins de 1 praticien sur 4 parmi les praticiens interrogés. Ces facteurs de risques sont maîtrisables, et les identifier permet la mise en place adaptée des stratégies de prévention.

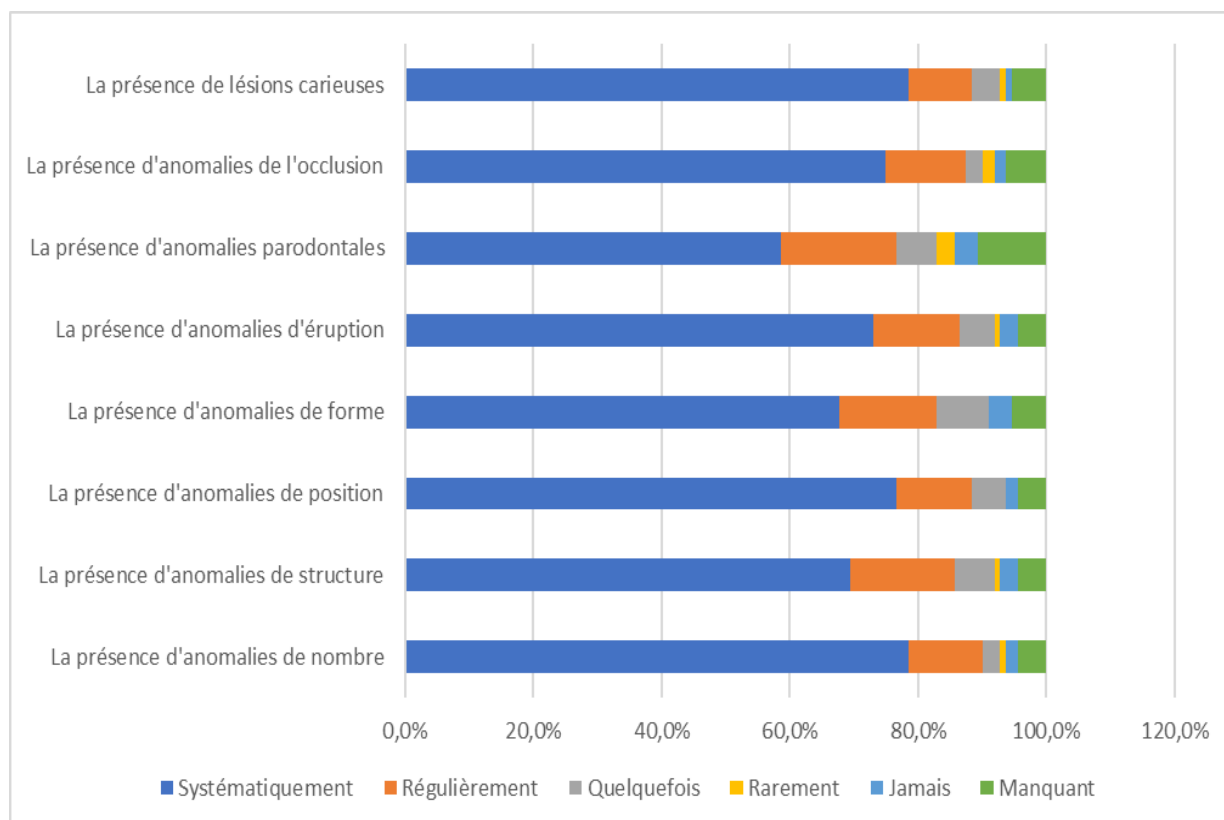


Figure 18 : Répartition des éléments recherchés lors de l'examen clinique intra-oral.

	Systématiquement	Régulièrement	Quelquefois	Rarement	Jamais	Manquant
La présence d'anomalies de nombre	78,4% (n=87)	11,7% (n=13)	2,7% (n=3)	0,9% (n=1)	1,8% (n=2)	4,5% (n=5)
La présence d'anomalies de structure	69,4% (n=77)	16,2% (n=18)	6,3% (n=7)	0,9% (n=1)	2,7% (n=3)	4,5% (n=5)
La présence d'anomalies de position	76,6% (n=88)	11,7% (n=13)	5,4% (n=6)	0,0% (n=0)	1,8% (n=2)	4,5% (n=5)
La présence d'anomalies de forme	67,6% (n=75)	15,3% (n=17)	8,1% (n=9)	0,0% (n=0)	3,6% (n=4)	5,4% (n=6)
La présence d'anomalies d'éruption	73,0% (n=81)	13,5% (n=15)	5,4% (n=6)	0,9% (n=1)	2,7% (n=3)	4,5% (n=5)
La présence d'anomalies parodontales	58,6% (n=65)	18,0% (n=20)	6,3% (n=7)	2,7% (n=3)	3,6% (n=4)	10,8% (n=12)
La présence d'anomalies de l'occlusion	74,8% (n=83)	12,6% (n=14)	2,7% (n=3)	1,8% (n=2)	1,8% (n=2)	6,3% (n=7)
La présence de lésions carieuses	78,4% (n=87)	9,9% (n=11)	4,5% (n=5)	0,9% (n=1)	0,9% (n=1)	5,4% (n=6)

Tableau 3: Répartition des éléments recherchés lors de l'examen clinique intra-oral.

Concernant la question n°12 : Devant une FLAP lors de l'examen intra-oral, près de 75% (n=83) des praticiens recherchent systématiquement les différentes anomalies possibles ainsi que les lésions carieuses.

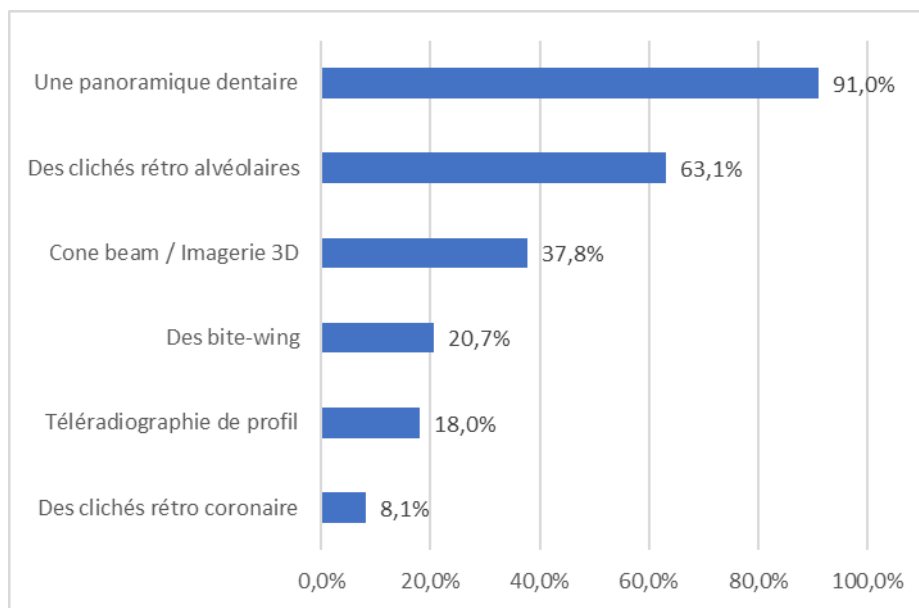


Figure 19 : Pourcentage des examens radiographiques réalisés.

Concernant la question n°13 : 91% (n=101) des praticiens réalisent un panoramique dentaire. Le panoramique est l'examen de débrouillage par excellence. En revanche 63,1% (n=70) vont réaliser des radiographies rétro-alvéolaires et seulement 20,7% (n=23) des « bite-wing ». Ces examens radiographiques sont plus précis que le panoramique dentaire et ils permettent de mettre en évidence les lésions carieuses inter-dentaires.

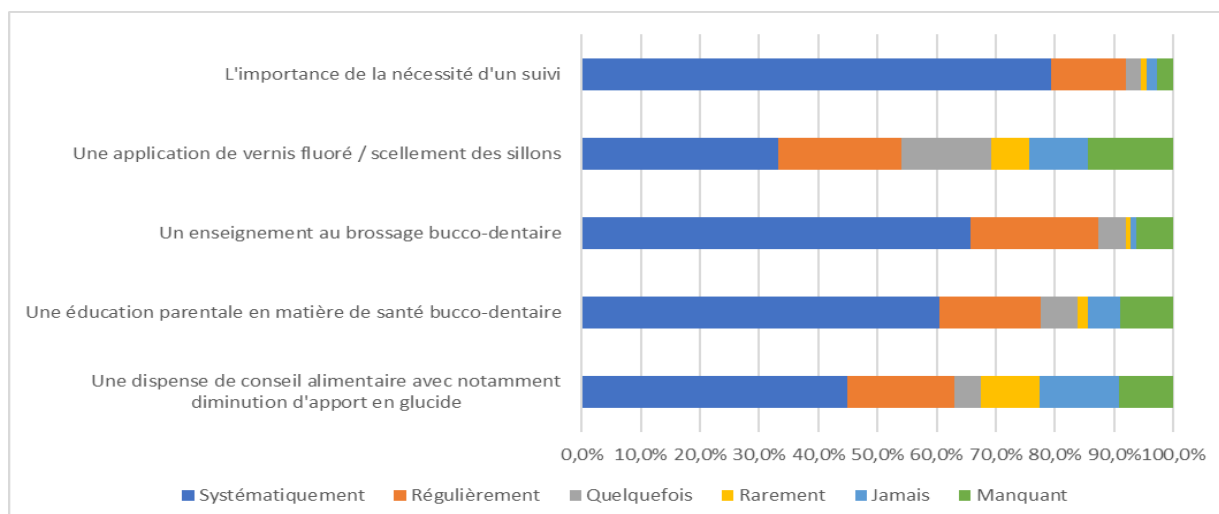


Figure 20 : Répartition de la fréquence de réalisation des moyens de prévention.

	Systématiquement	Régulièrement	Quelquefois	Rarement	Jamais	Manquant
Une dispense de conseil alimentaire avec notamment diminution d'apport en glucide	45,0% (n=50)	18,0% (n=20)	4,5% (n=5)	9,9% (n=11)	13,5% (n=15)	9,0% (n=10)
Une éducation parentale en matière de santé bucco-dentaire	60,4% (n=67)	17,1% (n=19)	6,3% (n=7)	1,8% (n=2)	5,4% (n=6)	9,0% (n=10)
Un enseignement au brossage bucco-dentaire	65,8% (n=73)	21,6% (n=24)	4,5% (n=5)	0,9% (n=1)	0,9% (n=1)	6,3% (n=7)
Une application de vernis fluoré / scellement des sillons	33,3% (n=37)	20,7% (n=23)	15,3% (n=17)	6,3% (n=7)	9,9% (n=11)	14,4% (n=16)
L'importance de la nécessité d'un suivi	79,3% (n=88)	12,6% (n=14)	2,7% (n=3)	0,9% (n=1)	1,8% (n=2)	2,7% (n=3)

Tableau 4 : Répartition de la fréquence de réalisation des moyens de prévention.

Concernant la question n°14 : La dispense de conseils alimentaires est au moins régulièrement réalisée dans 63% (n=63) des cas. Tandis que la recherche des habitudes alimentaires était au moins régulièrement faite dans 61,3% (n=68) des réponses. Il s'agit d'un facteur de risque principal sur lequel le praticien peut directement influencer à l'aide de conseils alimentaires. L'application de vernis fluoré ainsi que le scellement de sillons sont des actes recommandés en cas de RCI élevé. Dans notre enquête, 54% (n=60) des praticiens le réalise au moins régulièrement.

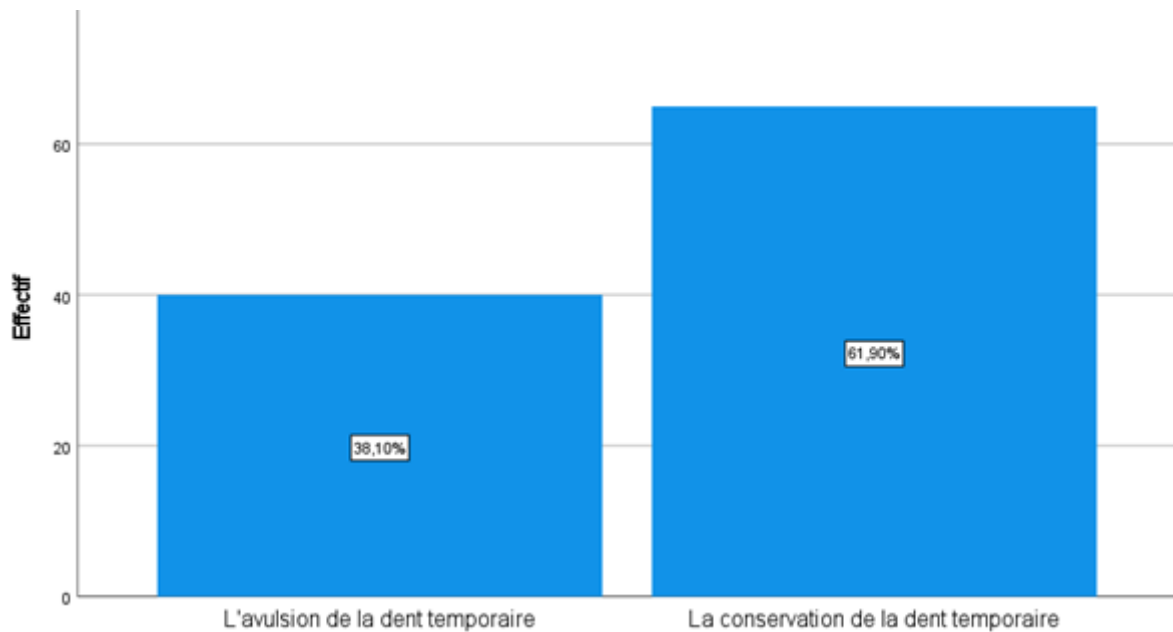


Figure 21 : Répartition des praticiens entre avulsion et conservation.

Concernant la question 15 : Dans le cas d'un patient présentant une FLAP, l'importance des dents temporaires est majorée. Il est donc essentiel, dans la mesure du possible, de favoriser la conservation de la dent temporaire. 61,90% (n=65) des praticiens interrogés ont favorisé la conservation versus l'avulsion (n=40).

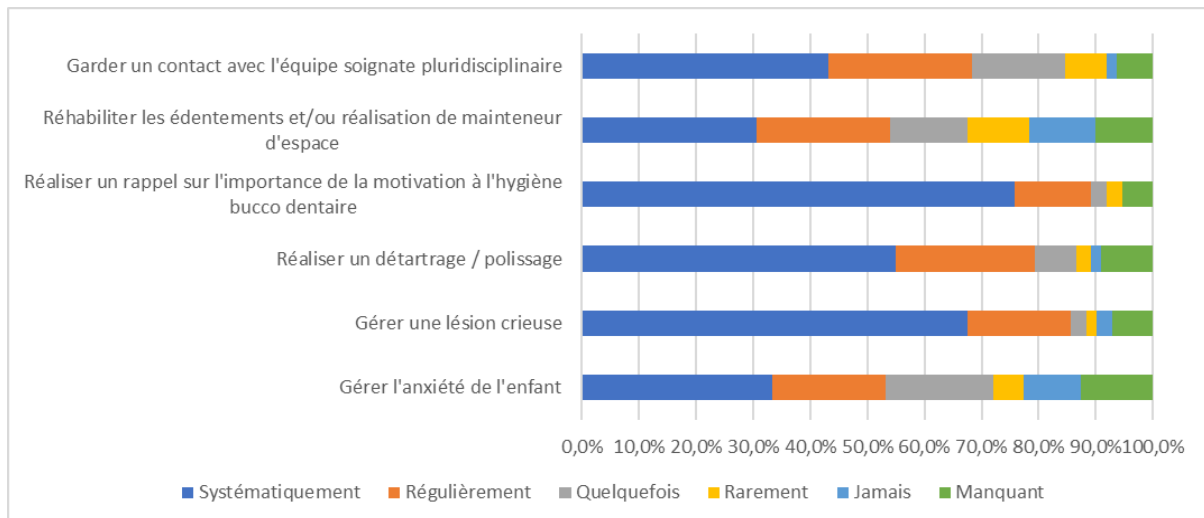


Figure 22 : Fréquence de réalisation des actes de prise en charge bucco-dentaire d'une FLAP.

	Systématiquement	Régulièrement	Quelquefois	Rarement	Jamais	Manquant
Gérer l'anxiété de l'enfant	33,3% (n=37)	19,8% (n=22)	18,9% (n=21)	5,4% (n=6)	9,9% (n=11)	12,6% (n=14)
Gérer une lésion carieuse	67,6% (n=75)	18,0% (n=20)	2,7% (n=3)	1,8% (n=2)	2,7% (n=3)	7,2% (n=8)
Réaliser un détartrage / polissage	55,0% (n=61)	24,3% (n=27)	7,2% (n=8)	2,7% (n=3)	1,8% (n=2)	9,0% (n=10)
Réaliser un rappel sur l'importance de la motivation à l'hygiène bucco-dentaire	75,7% (n=84)	13,5% (n=15)	2,7% (n=3)	2,7% (n=3)	0,0% (n=0)	5,4% (n=6)
Réhabiliter les édentements et/ou réalisation de mainteneur d'espace	30,6% (n=34)	23,4% (n=26)	13,5% (n=15)	10,8% (n=12)	11,7% (n=13)	9,9% (n=11)
Garder un contact avec l'équipe soignante pluridisciplinaire	43,2% (n=48)	25,2% (n=28)	16,2% (n=18)	7,2% (n=8)	1,8% (n=2)	6,3% (n=7)

Tableau 5 : Répartition des effectifs lors des actes de prise en charge bucco-dentaire d'une FLAP.

Concernant la question n°16 : Dans l'ensemble les praticiens réalisent, lors de la prise en charge, au moins régulièrement les différents actes de soins possibles. En revanche 53,1% (n=59) vont gérer l'anxiété et 54% (n=60) interviennent en présence d'un édentement. Seulement 43,2% (n=48) gardent systématiquement un contact avec l'équipe soignante pluridisciplinaire alors que ce contact est indispensable pour la bonne coordination des soins. Tandis que 62,2% (n=69) avaient répondu prendre systématiquement contact avec l'équipe soignante.

3.1.2.3 Cas clinique

Le cas clinique était basé sur une patiente de 5 ans présentant une FLAP unilatérale gauche. Les praticiens étaient libres de répondre aux questions 18-19-20. L'énoncé donne pour information que la patiente :

- Est légèrement anxieuse face aux soins dentaires,
- Réalise un brossage manuel, elle-même,
- Consomme des glucides.

Les photographies nous montrent :

- La présence de lésions carieuses,
- Un indice de plaque faible,
- Une absence de dispositif d'orthodontie ou prothétique,
- Des problèmes d'occlusion,
- Des anomalies de position.

Le panoramique dentaire confirme la présence des lésions carieuses. Il apporte également l'information d'une agénésie de la 22.

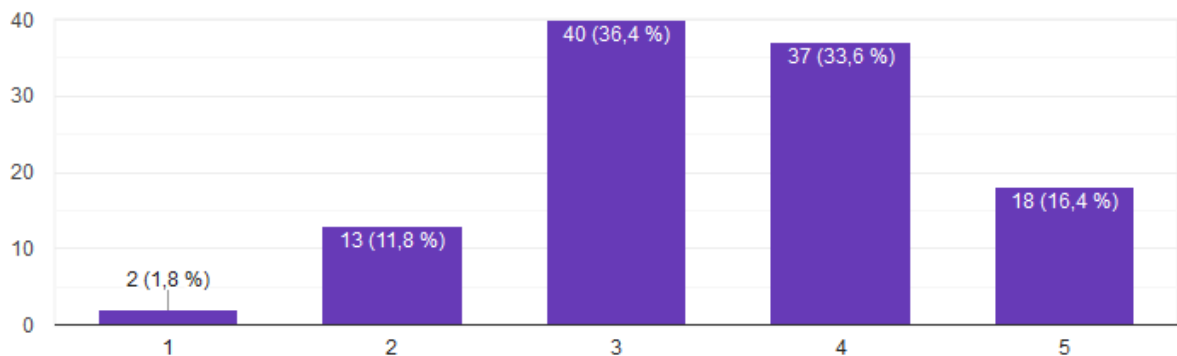


Figure 23 : Auto-évaluation de la difficulté du cas clinique.

Concernant la question n°17 : Pour 36,4% (n=40) des praticiens, il s'agit d'un cas clinique d'une difficulté intermédiaire tandis que 50% (n=55) des praticiens considèrent le cas comme étant compliqué.

Concernant la question n°18 : 77 praticiens ont répondu à la question, 57 praticiens ont répondu qu'il y avait un RCI élevé et ont proposé une prise en charge comportant au moins un élément suivant :

- ✓ Gestion de l'anxiété (n=7),
- ✓ Conseil alimentaire (n=13),
- ✓ Motivation hygiène bucco-dentaire (n=20),
- ✓ Soins des lésions carieuses (n=37),
- ✓ Bilan fluoré et fluoration bi-annuelle (n=29),
- ✓ Prise de contact avec l'orthodontie (n=14),
- ✓ Prise de contact avec l'équipe soignante pluridisciplinaire (n=3),
- ✓ Suivi de la patiente (n=8).

Les 20 réponses non retenues comportent uniquement une évaluation du RCI sans prise en charge.

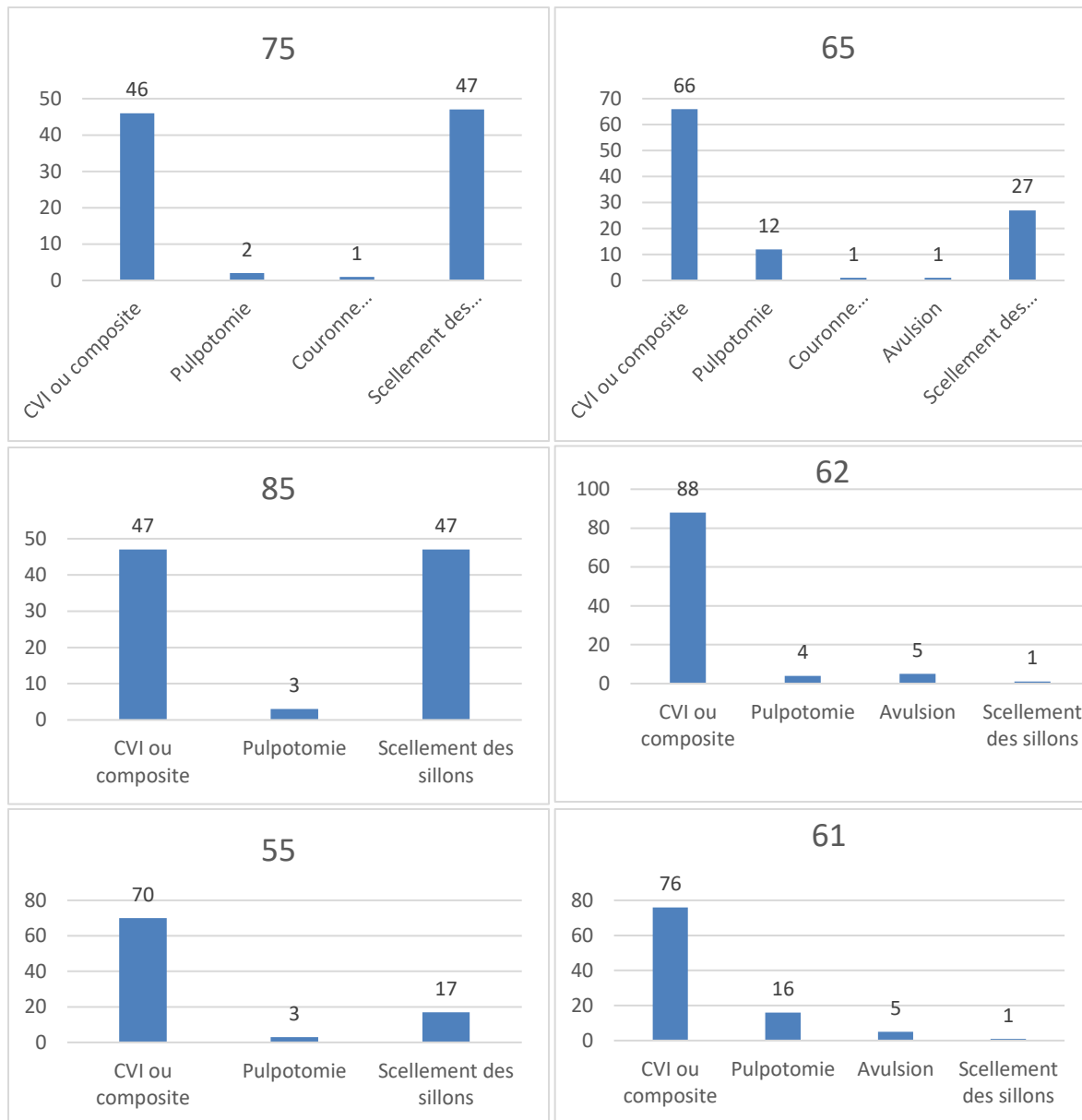


Figure 24 : Choix thérapeutiques réalisés par les praticiens au cas clinique.

	55 (n=100)	61(n=99)	62 (n=98)	85 (n=97)	65 (n=97)	75 (n=97)
CVI ou composite	77,78% (n=80)	77,55% (n=76)	89,80% (n=88)	48,45% (n=47)	61,68% (n=56)	47,92% (n=46)
Pulpotomie	3,33% (n=3)	16,33% (n=16)	4,08% (n=4)	3,09% (n=3)	11,21% (n=12)	2,08% (n=2)
Avulsion	0% (n=0)	5,10% (n=5)	5,10% (n=5)	0% (n=0)	0,93% (n=1)	0%
Couronne pédiatrique préformée	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	0,93% (n=1)	1,04% (n=1)
Scellement des sillons	18,89% (n=17)	1,02% (n=2)	1,02% (n=1)	48,45% (n=47)	25,23% (n=27)	48,96% (n=47)

Tableau 6: Proportions des réponses concernant les choix thérapeutiques du cas clinique.

Concernant la question n°19 : Les praticiens ont répondu principalement en faveur des solutions à minima. Pour les dents 85 – 75 les praticiens sont divisés équitablement entre le scellement de sillons et la restauration directe. Des clichés radiographiques plus précis ainsi que d'éventuels signes cliniques auraient sans doute fait pencher les réponses pour 1 des 2 options.

Concernant la question n°20 : Il s'agit d'un champ libre sur une éventuelle remarque des praticiens sur l'ensemble du questionnaire. Il y a eu 25 réponses, parmi celles-ci on peut noter :

- La nécessité des clichés rétro-alvéolaires ou « bite-wing » pour le cas clinique,
- Des informations complémentaires sur d'éventuels signes cliniques pour le cas clinique,
- La fréquence rare de prise en charge des patients FLAP en milieu libéral,
- Pour la question 15, fournir un contexte clinique tel que l'agénésie de la dent permanente.

3.2 Analyses statistiques en fonction de l'expérience

Afin d'aller plus loin, nous avons fait une analyse statistique entre 2 groupes :

- Groupe des jeunes praticiens, tout participant ayant <5 ans d'expérience (n=91),
- Groupe des praticiens expérimentés > 5 ans (n=20).

En termes de connaissances, les jeunes praticiens sont majoritairement influencés par la formation initiale, tandis que les praticiens plus expérimentés sont concernés par la formation continue et initiale. Existe-t-il une corrélation entre l'expérience des praticiens et leurs connaissances du sujet ? Hypothèse est que les praticiens acquièrent les connaissances nécessaires à la prise en charge avec l'expérience et la formation continue.

	Expérience professionnelle		p value
	Inférieure à 5 ans (n=91)	Supérieure à 5 ans (n=20)	
Connaissances sur les FLAP			
Acquise et complète	3 (3,3)	6 (30,0)	0,003*
Acquise mais à améliorer	52 (57,8)	11 (55,0)	
Non acquise	32 (35,6)	3 (15,0)	
Ne se prononce pas	3 (3,3)	0 (0,0)	
Au cours de votre formation et de vos études sur les FLAP			
Vous avez été suffisamment formé	13 (14,4)	5 (25,0)	0,633*
Vous pensez n'avoir pas été suffisamment formé	58 (64,4)	11 (55,0)	
Vous n'avez pas été formé	17 (18,9)	4 (20,0)	
Ne se prononce pas	2 (2,2)	0 (0,0)	
Concernant les FLAP			
Vous n'avez pas de difficulté pour la prise en charge de ces pat	8 (8,8)	11 (55,0)	<0,001*
Vous n'êtes pas à votre aise avec cette embryopathie	74 (81,3)	9 (45,0)	
Ne se prononce pas	9 (9,9)	0 (0,0)	
Dans le cas d'un nouveau patient présentant une FLAP			
Vos connaissances sont suffisantes	9 (9,9)	5 (25,0)	0,128*
Vous réalisez une recherche bibliographique dans la littérature	42 (46,2)	7 (35,0)	0,363
Vous demandez conseil à un confrère ou une consœur	60 (65,9)	7 (35,0)	0,010
Vous adressez à un confrère ou une consœur	43 (47,3)	5 (25,0)	0,069
Concernant la fréquence de la prise en charge de nouveaux patients présentant une FLAP			
Une fois ou plus par mois	2 (2,2)	2 (10,0)	0,330*
Une fois ou plus tous les 6 mois	8 (8,8)	2 (10,0)	
Une fois ou plus par an	18 (19,8)	9 (45,0)	
Vous adressez systématiquement à un confrère / consœur	10 (11,0)	1 (5,0)	
Jamais	53 (58,2)	6 (30,0)	

Tableau 7 : Analyses statistiques concernant les connaissances, la fréquence et l'appréhension entre les échantillons.

En ce qui concerne les connaissances, le test du Chi 2 met en évidence une différence significative entre les 2 groupes (p=0,003). Les praticiens ayant plus de 5 ans d'expérience ont tendance à avoir acquis les connaissances au contraire des jeunes praticiens.

Par rapport à la formation initiale, les résultats ne permettent pas de conclure à une différence significative entre les deux groupes. Les jeunes praticiens ont plus de difficultés (81,3%) pour la prise en charge que les praticiens avec de l'expérience (45%), (p<0,001). Il est mis en évidence (p=0,01) que les jeunes praticiens ont plus souvent recours à l'avis d'un confrère ou d'une consœur pour les aider face à une FLAP.

Aucune différence par rapport à la fréquence de prise en charge n'a été mise en évidence.

	Expérience professionnelle		p value
	Inférieure à 5 ans (n=91)	Supérieure à 5 ans (n=20)	
Anamnèse / interrogatoire			
Systématiquement	84 (96,6)	18 (94,7)	0,349*
Régulièrement	2 (2,3)	0 (0,0)	
Quelques fois	0 (0,0)	0 (0,0)	
Rarement	1 (1,1)	0 (0,0)	
Jamais	0 (0,0)	1 (5,3)	
Examen clinique exo et endobuccal			
Systématiquement	86 (97,7)	18 (94,7)	0,203*
Régulièrement	2 (2,3)	0 (0,0)	
Quelques fois	0 (0,0)	0 (0,0)	
Rarement	0 (0,0)	0 (0,0)	
Jamais	0 (0,0)	1 (5,3)	
Des clichés radiographiques			
Systématiquement	63 (75,0)	14 (77,8)	0,391*
Régulièrement	10 (11,9)	3 (16,7)	
Quelques fois	8 (9,5)	0 (0,0)	
Rarement	2 (2,4)	0 (0,0)	
Jamais	1 (1,2)	1 (5,6)	
Prise d'empreintes et moulages d'études			
Systématiquement	29 (42,0)	10 (66,7)	0,081*
Régulièrement	7 (10,1)	1 (6,7)	
Quelques fois	16 (23,2)	0 (0,0)	
Rarement	11 (15,9)	1 (6,7)	
Jamais	6 (8,7)	3 (20,0)	
Photographies exo et endo-buccale			
Systématiquement	39 (53,4)	10 (66,7)	0,861*
Régulièrement	10 (14,7)	2 (13,3)	
Quelques fois	8 (11,0)	1 (6,7)	
Rarement	7 (9,6)	0 (0,0)	
Jamais	9 (12,3)	2 (13,3)	
Prise de contact avec l'équipe soignante			
Systématiquement	54 (67,5)	15 (83,3)	0,901*
Régulièrement	8 (10,0)	1 (5,6)	
Quelques fois	7 (8,8)	1 (5,6)	
Rarement	5 (6,3)	0 (0,0)	
Jamais	6 (7,5)	1 (5,6)	

Tableau 8 : Analyses statistiques entre les échantillons concernant la réalisation du dossier médical.

Au niveau de la prise en charge, il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes en dehors d'une faible présomption ($p=0,081$) concernant la prise d'empreintes et de moulages d'études.

	Expérience professionnelle		p value
	Inférieure à 5 ans (n=91)	Supérieure à 5 ans (n=20)	
Les habitudes d'hygiène bucco dentaire			
Systématiquement	67 (77,9)	16 (80,0)	0,930*
Régulièrement	9 (10,5)	3 (15,0)	
Quelques fois	4 (4,7)	0 (0,0)	
Rarement	2 (2,3)	0 (0,0)	
Jamais	4 (4,7)	1 (5,0)	
Les habitudes alimentaires			
Systématiquement	45 (57,0)	11 (64,7)	0,890*
Régulièrement	11 (13,9)	1 (5,9)	
Quelques fois	8 (10,1)	2 (11,8)	
Rarement	8 (10,1)	1 (5,9)	
Jamais	7 (8,9)	2 (11,8)	
Les habitudes d'endormissement			
Systématiquement	21 (28,0)	5 (33,3)	0,947*
Régulièrement	9 (12,0)	2 (13,3)	
Quelques fois	14 (18,7)	2 (13,3)	
Rarement	10 (13,3)	1 (6,7)	
Jamais	21 (28,0)	5 (33,3)	
Le risque de transmission de streptocoque mutans par une personne en charge de l'enfant			
Systématiquement	8 (11,6)	3 (20,0)	0,250*
Régulièrement	6 (8,7)	2 (13,3)	
Quelques fois	5 (7,2)	3 (20,0)	
Rarement	15 (21,7)	1 (6,7)	
Jamais	35 (50,7)	6 (40,0)	
L'état bucco dentaire de la famille			
Systématiquement	18 (24,0)	4 (25,0)	0,284*
Régulièrement	9 (12,0)	5 (31,3)	
Quelques fois	16 (21,3)	2 (12,5)	
Rarement	16 (21,3)	1 (6,3)	
Jamais	16 (21,3)	4 (25,0)	
L'anxiété face au soin			
Systématiquement	53 (62,4)	13 (68,4)	0,496*
Régulièrement	17 (20,0)	3 (15,8)	
Quelques fois	7 (8,2)	0 (0,0)	
Rarement	5 (5,9)	1 (5,3)	
Jamais	3 (3,5)	2 (10,5)	
Le niveau socio économique de la famille			
Systématiquement	21 (27,3)	5 (31,3)	0,297*
Régulièrement	11 (14,3)	4 (25,0)	
Quelques fois	15 (19,5)	0 (0,0)	
Rarement	15 (19,5)	4 (25,0)	
Jamais	15 (19,5)	3 (18,8)	

Tableau 9 : Analyses statistiques entre les échantillons concernant l'interrogatoire.

Au niveau de la recherche des facteurs de risque, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les 2 groupes.

	Expérience professionnelle		p value
	Inférieure à 5 ans (n=91)	Supérieure à 5 ans (n=20)	
Concernant la radiographie			
Une panoramique dentaire	82 (90,1)	19 (95,0)	0,687*
Des clichés rétro-alvéolaires	59 (64,8)	11 (55,0)	0,409
Des clichés rétro coronaires	8 (8,8)	1 (5,0)	1,000*
Des bite wing	20 (22,0)	3 (15,0)	0,761*
Téléradiographie de profil	13 (14,3)	7 (35,0)	0,049*
Cone beam/Imagerie 3D	33 (36,3)	9 (45,0)	0,466

Tableau 10 : Analyses statistiques entre les échantillons concernant les actes de radiographie.

Il n'y a pas de corrélation entre les 2 groupes concernant les radiographies réalisées, à l'exception de la téléradiographie de profil (p=0,049).

	Expérience professionnelle		p value
	Inférieure à 5 ans (n=91)	Supérieure à 5 ans (n=20)	
Une dispense de conseil alimentaire avec notamment diminution d'apport en glucide			
Systématiquement	42 (50,0)	8 (47,1)	0,590*
Régulièrement	18 (21,4)	2 (11,8)	
Quelques fois	4 (4,8)	1 (5,9)	
Rarement	9 (10,7)	2 (11,8)	
Jamais	11 (13,1)	4 (23,5)	
Une éducation parentale en matière de santé bucco dentaire			
Systématiquement	58 (69,0)	9 (52,9)	0,163*
Régulièrement	16 (19,0)	3 (17,6)	
Quelques fois	5 (6,0)	2 (11,8)	
Rarement	2 (2,4)	0 (0,0)	
Jamais	3 (3,6)	3 (17,6)	
Un enseignement au brossage bucco-dentaire			
Systématiquement	63 (73,3)	10 (55,6)	0,186*
Régulièrement	18 (20,9)	6 (33,3)	
Quelques fois	4 (4,7)	1 (5,6)	
Rarement	1 (1,2)	0 (0,0)	
Jamais	0 (0,0)	1 (5,6)	
Une application de vernis fluoré / scellement des sillons			
Systématiquement	33 (41,8)	4 (25,0)	0,145*
Régulièrement	21 (26,6)	2 (12,5)	
Quelques fois	13 (16,5)	4 (25,0)	
Rarement	5 (6,3)	2 (12,5)	
Jamais	7 (8,9)	4 (25,0)	
L'importance de la nécessité d'un suivi régulièrement			
Systématiquement	73 (83,0)	15 (75,0)	0,431*
Régulièrement	10 (11,4)	4 (20,0)	
Quelques fois	3 (3,4)	0 (0,0)	
Rarement	1 (1,1)	0 (0,0)	
Jamais	1 (1,1)	1 (5,0)	

Tableau 11 : Analyses statistiques entre les échantillons concernant la prévention bucco-dentaire.

Aucune corrélation entre les 2 groupes par rapport à l'expérience et la réalisation des moyens de prévention.

	Expérience professionnelle		p value
	Inférieure à 5 ans (n=91)	Supérieure à 5 ans (n=20)	
Lors de la prise en charge pour une même dent temporaire au pronostic réservé, vous auriez tendance à favoriser			
L'avulsion de la dent temporaire	35 (41,2)	5 (25,0)	0,180
La conservation de la dent temporaire	50 (58,8)	15 (75,0)	

Tableau 12 : Analyses statistiques entre les échantillons concernant le choix entre avulsion et conservation.

Pas de différence significative mise en évidence par rapport à la conservation ou l'avulsion d'une dent temporaire par rapport aux 2 groupes.

	Expérience professionnelle		p value
	Inférieure à 5 ans (n=91)	Supérieure à 5 ans (n=20)	
Gérer l'anxiété de l'enfant			
Systématiquement	31 (38,3)	6 (37,5)	0,357*
Régulièrement	18 (22,2)	4 (25,0)	
Quelques fois	19 (23,5)	2 (12,5)	
Rarement	6 (7,4)	0 (0,0)	
Jamais	7 (8,6)	4 (25,0)	
Gérer une lésion carieuse			
Systématiquement	62 (72,1)	13 (76,5)	0,944*
Régulièrement	16 (18,6)	4 (23,5)	
Quelques fois	3 (3,5)	0 (0,0)	
Rarement	2 (2,3)	0 (0,0)	
Jamais	3 (3,5)	0 (0,0)	
Réaliser un détartrage polissage			
Systématiquement	50 (60,2)	11 (61,1)	0,970*
Régulièrement	21 (25,3)	6 (33,3)	
Quelques fois	7 (8,4)	1 (5,6)	
Rarement	3 (3,6)	0 (0,0)	
Jamais	2 (2,4)	0 (0,0)	
Réaliser un rappel sur l'importance de la motivation à l'hygiène bucco dentaire			
Systématiquement	70 (81,4)	14 (73,7)	0,496*
Régulièrement	11 (12,8)	4 (21,1)	
Quelques fois	2 (2,3)	1 (5,3)	
Rarement	3 (3,5)	0 (0,0)	
Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	
Réhabiliter les édentements et/ou la réalisation de mainteneur d'espace			
Systématiquement	28 (33,7)	6 (35,3)	0,627*
Régulièrement	20 (24,1)	6 (35,3)	
Quelques fois	14 (16,9)	1 (5,9)	
Rarement	11 (13,3)	1 (5,9)	
Jamais	10 (12,0)	3 (17,6)	
Garder un contact avec l'équipe soignante pluridisciplinaire			
Systématiquement	37 (44,0)	11 (55,0)	0,712*
Régulièrement	22 (26,2)	6 (30,0)	
Quelques fois	15 (17,9)	3 (15,0)	
Rarement	8 (9,5)	0 (0,0)	
Jamais	2 (2,4)	0 (0,0)	

Tableau 13 : Analyses statistiques entre les échantillons concernant la prise en charge.

Pas de différence significative par rapport à la prise en charge entre les 2 groupes.

	Expérience professionnelle		p value
	Inférieure à 5 ans (n=91)	Supérieure à 5 ans (n=20)	
Cette patiente représente pour vous une difficulté ?			
	3,5 [3,0 ; 4,0]	3,5 [3,0 ; 4,0]	0,913
55			
CVI ou composite	69 (82,1)	11 (68,8)	1,000*
Pulpotomie	2 (2,4)	1 (6,3)	
Scellement des sillons	13 (15,5)	4 (25,0)	
61			
CVI ou composite	63 (76,8)	13 (76,5)	1,000*
Pulpotomie	13 (15,9)	3 (17,6)	
Avulsion	5 (6,1)	1 (5,9)	
Scellement des sillons	1 (1,2)	0 (0,0)	
62			
CVI ou composite	73 (99,0)	15 (93,8)	1,000*
Pulpotomie	4 (4,9)	0 (0,0)	
Avulsion	4 (4,9)	1 (6,3)	
Scellement des sillons	1 (1,2)	0 (0,0)	
65			
CVI ou composite	44 (54,3)	12 (75,0)	0,175*
Pulpotomie	9 (11,1)	3 (18,8)	
Couronne pédodontique préformée	1 (1,2)	0 (0,0)	
Avulsion	1 (1,2)	0 (0,0)	
Scellement des sillons	26 (32,1)	1 (6,3)	
75			
CVI ou composite	37 (45,7)	9 (60,0)	0,648*
Pulpotomie	2 (2,5)	0 (0,0)	
Couronne pédodontique préformée	1 (1,2)	0 (0,0)	
Scellement des sillons	41 (50,6)	6 (40,0)	
85			
CVI ou composite	38 (46,9)	9 (56,3)	0,369*
Pulpotomie	2 (2,5)	1 (6,3)	
Scellement des sillons	41 (50,6)	6 (37,5)	

Tableau 14 : Analyses statistiques entre les échantillons concernant les options thérapeutique du cas clinique.

Il n'y a pas de différence significative par rapport à la difficulté du cas clinique, ni même par rapport aux moyens thérapeutiques proposés entre les 2 groupes.

De manière générale, il y a peu de différences significatives concernant la prise en charge des praticiens en fonction de l'expérience. En revanche concernant les connaissances, le test du Chi 2 permet d'observer une différence significative ($p < 0,01$).

4 Discussion

Les FLAP représentent les principales embryopathies maxillo-faciales, à laquelle les chirurgiens-dentistes seront confrontés au cours de leurs exercices. La prise en charge des patients avec une FLAP ne diffère pas dans la démarche thérapeutique par rapport à un patient de la population générale. En revanche la FLAP induit des facteurs de risques supplémentaires vis-à-vis des lésions carieuses et de la plaque dentaire dont le praticien doit avoir connaissance afin d'apporter une intervention spécifique nécessaire à la prévention et aux soins dentaires.

Toutefois, au cours de mes études, j'ai pu faire le constat d'un manque de formation concernant les FLAP mais également le fait que de nombreux camarades de promotion appréhendaient la prise en charge de ces patients. C'est pourquoi, il a été décidé de mener une enquête sur les raisons de cette appréhension de prise en charge. Pour cela, un état des lieux des connaissances et des pratiques de prise en charge des chirurgiens-dentistes, au sujet des FLAP, a été réalisé. Le questionnaire a montré que les chirurgiens-dentistes ont un manque de connaissances du sujet qui se répercute sur la bonne prise en charge bucco-dentaire.

4.1 Principaux résultats

Notre enquête a montré que les chirurgiens-dentistes à 89% (n=100) ont des lacunes dans leurs connaissances sur les FLAP. Tandis que 81,82% (n=92) des praticiens estiment n'avoir au moins pas été assez formés au cours de la formation initiale. D'un côté les jeunes praticiens sont particulièrement concernés par l'acquisition incomplète des connaissances. Les jeunes praticiens présentent également plus d'appréhension que leurs aînés face à cette pathologie. Les connaissances des jeunes praticiens sont en rapport avec la formation initiale reçu au sein des facultés d'odontologie et dans notre étude 4 jeunes praticiens sur 5 estiment un manque de formation partiel ou total. De l'autre côté il apparaît que les praticiens expérimentés possèdent les connaissances et éprouvent moins de difficultés à la prise en charge de ces patients. Parmi les praticiens interrogés, plus de la moitié (n=59) n'ont jamais soigné un patient porteur d'une FLAP. Dans notre étude 28 sur 91 jeunes praticiens et 13 sur 20 praticiens plus expérimentés ont déjà été confrontés à une FLAP. Cependant aucune corrélation liée à l'expérience n'a pu être mise en évidence. Le nombre trop faible (n=20) de praticiens plus expérimentés est certainement en cause. L'hypothèse la plus probable à nos yeux, est que la formation continue ainsi que l'expérience pratique ont permis de combler les manques de connaissance des praticiens expérimentés.

Concernant la prise en charge, notre étude montre que la recherche des facteurs de risques principaux de lésions carieuses n'est pas systématiquement réalisée par les praticiens. Les techniques de prévention tel que l'application de vernis fluoré, la dispense de conseils alimentaires, s'en retrouvent impactés. Les soins conservateurs et la réalisation de

l'assainissement bucco-dentaire sont des actes propres à l'exercice de l'art dentaire acquis tout au long de la formation initiale et continue. Il nous apparaît cohérent que les praticiens sont en mesure d'assurer ces soins. Ce que l'étude révèle, est que les chirurgiens-dentistes ont une appréhension par méconnaissance de l'embryopathologie qui se répercute sur les techniques de prévention bucco-dentaire. Cependant, il est toujours plus intéressant de prévenir la maladie que de la soigner.

La prise de contact et le suivi auprès de l'équipe soignante est un élément clé permettant la coordination et la gestion des séquelles de la FLAP entre les praticiens. Notre travail nous montre que tous les chirurgiens-dentistes ne prennent ou ne gardent pas systématiquement contact avec l'équipe soignante. Sans prise de contact, le chirurgien-dentiste se met de lui-même en dehors de l'équipe de soin et agit individuellement sur la prise en charge.

4.2 Limites de l'étude : Populations – Questionnaire

La population étudiée n'est pas représentative de la population générale avec une participation de 82% (n=91) des jeunes praticiens. Les associations étudiantes et les groupes de promotion ont principalement permis la collecte des données grâce aux réseaux sociaux où les jeunes praticiens sont actifs. L'échantillon (n=20) de praticiens expérimentés était trop petit, un échantillon plus important (n>30) aurait été plus significatif avec le test du Chi 2.

L'élaboration des questions a été réalisée après recherche bibliographique et longuement travaillée. Cependant, il est apparu des biais au moment des analyses. Il était difficile de répondre exactement au cas clinique sans avoir de signe clinique et des radiographies plus précises : les praticiens ont été divisés entre la restauration directe et le scellement de sillon. En ce qui concerne la tendance à favoriser l'avulsion ou la conservation, le contexte clinique aurait été pertinent. De plus, le changement de paradigme en faveur de la préservation tissulaire oriente le choix des praticiens. Plusieurs questions ont eu des non-réponses. Il est probable que certains praticiens ont répondu aux questions de manière la plus juste possible théoriquement et non en fonction de leurs pratiques, notamment ceux qui n'ont jamais soigné un patient avec une FLAP. Les questions à choix multiples présentent des réponses manquantes, ce qui entraîne des effectifs différents. Il était possible sur ces questions de répondre partiellement et de passer à la question suivante, ce qui n'aurait pas dû être le cas.

De plus il aurait été intéressant de demander la faculté d'étude des participants ainsi que leur lieu géographique d'exercice. Il aurait été possible de vérifier si le manque de formation initiale était plus présent au sein de certaines facultés d'odontologie que dans d'autres. L'implantation des praticiens dans une zone géographique sous dotée réduit les échanges sur le sujet entre confrères ou consœurs, ce qui peut intervenir sur l'appréhension de prise en charge d'une FLAP.

4.3 Comparaison

L'état des lieux des connaissances des chirurgiens-dentistes est une chose délicate à mener lorsque la littérature demeure quasiment muette. Mais nos résultats indiquent le manque de connaissance des chirurgiens-dentistes notamment en termes de formation initiale en accord avec les résultats obtenus par S. Sruthi et al., 2018 (59). Cette étude indienne réalise un questionnaire afin d'évaluer les connaissances des étudiants en chirurgie-dentaire dans la prise en charge des FLAP. Bien que la conclusion concorde avec notre étude, on déplore l'absence de quantification de l'échantillon analysé.

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'article en rapport avec notre sujet. En revanche, l'hygiène bucco-dentaire adéquate est évoquée comme préalable aux greffes osseuses, tout comme l'importance du maintien des dents temporaires. Bien souvent dans la littérature, le chirurgien-dentiste apparaît comme un « sous-traitant » de l'orthodontie (67), lorsque le chirurgien-dentiste est évoqué au sein de l'équipe médicale.

Il semblerait que les chirurgiens-dentistes ne soient pas les seuls à présenter un défaut de connaissances, c'est ce que confirme le mémoire de Cholet C, Le Noc L. 2019 (16). Dans l'étude menée par ces 2 orthophonistes, 84% des orthophonistes libéraux questionnés estimaient manquer de connaissances théoriques et pratiques sur la prise en charge. En dehors des centres de compétence, la prise en charge libérale se heurte à de nombreux praticiens qui ne disposent pas de l'ensemble des connaissances.

4.4 Extrapolation et applicabilités des résultats

La population étudiée n'étant pas représentative, il est difficile d'extrapoler les résultats à la population générale des praticiens. En revanche, 74,77% des chirurgiens-dentistes ayant participé présentent une appréhension face à cette pathologie et 81,82% estiment un manque de formation initiale. Au final 89% des participants n'ont pas acquis l'ensemble des connaissances nécessaires à la prise en charge des FLAP. Aujourd'hui seule la formation continue et l'expérience pratique sont en mesure de combler ces lacunes pour ces praticiens. Ce travail avait notamment pour but, si l'hypothèse de départ était confirmée, d'apporter des éléments de réponse aux praticiens afin qu'ils puissent s'y référer. Lors de la réalisation de ce travail, la Fédération Dentaire Internationale (FDI) a publié le 24 septembre 2020 les lignes directrices destinées aux professionnels de la santé bucco-dentaire et à l'équipe de soins élargie prenant en charge des patients atteints de fentes labio-palatines (45). Notre travail de recherche concorde avec les recommandations de la FDI. Ces recommandations sont sous forme de brochure ce qui présentent un avantage de visibilité ainsi que de synthèse. Cette brochure est un véritable atout pour la formation continue. Cependant il faut renforcer la formation initiale. Le PDF de la FDI est traduit en français, il est consultable au lien suivant : <https://www.adf.asso.fr/articles/fentes-labio-palatines-recommandations-de-la-fdi-en-francais>.

	0-2	2-6	6-12	12-18	18+
Professionnels de la santé bucco-dentaire					
Lignes directrices de santé bucco-dentaire relatives aux fentes labio-palatines (par groupes d'âge en années)	• Expliquer aux patients et à leurs parents ou tuteurs les causes de la carie dentaire et des maladies des gencives • Procéder à une application professionnelle de fluorure • Expliquer le traitement des cicatrices aux aidants et aux patients				
Soins de routine	• Faire adopter une hygiène bucco-dentaire adaptée à l'âge : brossage des dents, nettoyage de la bouche • Donner des conseils alimentaires : alimentation de nuit, biberons • Faire utiliser du dentifrice fluoré, ainsi que des compléments de fluor si besoin		• Faire adopter une hygiène bucco-dentaire adaptée à l'âge : brossage des dents, nettoyage interdentaire et brossage de la langue • Donner des conseils alimentaires : éviter les boissons gazeuses, les collants cariogènes • Faire utiliser du dentifrice fluoré • Procéder à un examen parodontal • Procéder à un suivi radiographique		
<i>Il est essentiel de limiter les interventions dentaires invasives et de préserver la denture primaire</i>	• Expliquer le nettoyage de l'obturateur/l'appareil	• Discuter des mauvaises habitudes – sucer le pouce/utiliser des tétines/serrer les dents, bruxisme, se ronger les ongles – et de la prévention des blessures			• Discuter des mauvaises habitudes – bruxisme, se ronger les ongles, tabagisme – et de la prévention des blessures
Conseils pour la restauration	• Identifier et faire le suivi des lésions marquées par des tâches blanches/brunes • Utilisation de fluorure diamine d'argent (si disponible) • Méthode de restauration non traumatique utilisant des matériaux adhésifs comme le verre ionomère • Couronnes en acier inoxydable ou en zirconie • Collage direct			• Sceller les sillons lors de l'éruption des molaires/prémolaires	
Conseils orthopédiques et orthodontiques	• Orientation vers l'équipe dentaire si nécessaire • Bonne orientation sur l'hygiène bucco-dentaire (page 17) • Dispositif orthopédique préopératoire pédiatrique (PSIO) ou obturateurs palatins avant la chirurgie • Entretien du dispositif PSIO ou de l'obturateur (page 17)	• Orthodontie interceptive si nécessaire • Utilisation de mainteneurs d'espace en cas de perte des dents primaires	• Examen régulier des prothèses partielles pour les dents manquantes en raison de la croissance	• Orthodontie/orthopédie interceptive • Évaluation de la nécessité d'une intervention orthodontique (DAO) • Dispositifs orthodontiques (DAO) palatins • Protraction orthopédique maxillaire si nécessaire	• Prothèse partielle pour dents manquantes • Interventions cosmétiques à envisager : ponts dentaires en résine collés, couronnes, couronnes à incrustation vestibulaire • Blanchiment des dents si nécessaire
Autres conseils spécialisés	• Soutien et conseils psychologiques • Visites en clinique avec l'équipe interdisciplinaire proposées aux patients et à leurs parents ou tuteurs	• Entretien des appareils orthodontiques		• Greffe osseuse sur la ou les fentes labio-palatines alvéolaires et fermeture de la fente bucco-nasale si nécessaire • Rhinoplastie si nécessaire	• Suivi des apnées du sommeil • Intervention chirurgicale orthognathique, évaluation de la parole, traitement et correction chirurgicale du dysfonctionnement velopharyngé si nécessaire

Figure 25 : Recommandation FDI envers les professionnels de la santé bucco-dentaire, (45).

Autres professionnels de santé	Lignes directrices sur la santé bucco-dentaire relatives aux fentes labio-palatines (par groupes d'âge en années)				
	0-2	2-6	6-12	12-18	18+
Le fournisseur de soins de santé doit se référer à ces lignes directrices à chaque visite	• Évaluer le niveau de risque de maladies bucco-dentaires (page 5) • Orienter vers l'équipe dentaire si nécessaire • Effectuer une brève intervention sur l'hygiène bucco-dentaire (page 17) • Expliquer le traitement des cicatrices aux aidants et aux patients • Discuter de l'arrêt des mauvaises habitudes – sucer le pouce/utiliser des tétines/serrer les dents, bruxisme, se ronger les ongles – et de la prévention des blessures • Prescrire des médicaments sans sucre	• Expliquer le nettoyage des appareils dentaires (page 17) • Se coordonner avec l'équipe dentaire pour les extractions et l'orthodontie si nécessaire	• Se coordonner avec le chirurgien maxillo-facial si une intervention chirurgicale orthognathique est nécessaire pour corriger une malocclusion		
	• Soulever la lèvre (page 10) • Expliquer le nettoyage du dispositif PSIO ou de l'obturateur (page 17)				

Évaluation des risques pour les autres professionnels de santé

S'applique à tous les groupes d'âge

Consulter ce guide rapide pour évaluer le niveau de risque de maladies bucco-dentaires.

Chacun des facteurs énumérés – qu'il se produise seul ou simultanément à d'autres – augmente le risque de carie, de parodontite (maladie des gencives) et d'autres maladies bucco-dentaires.

- › Lésions carieuses actives ou antérieures
- › Statut socio-économique faible
- › Consommation fréquente de sucres alimentaires
- › Flux salivaire ou pH salivaire réduit
- › Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- › Exposition sous-optimale au fluor
- › Facteurs de risque familiaux (niveau d'instruction des parents/frères et sœurs en matière de santé bucco-dentaire)

Figure 26: Recommandations de la FDI aux autres professionnels de santé, (45).

5 Conclusion

En présence d'une FLAP, le chirurgien-dentiste doit concentrer son action sur la prévention bucco-dentaire, l'interception à minima des lésions carieuses et des anomalies de structure dentaire. Ces patients sont soumis aux mêmes facteurs de risques principaux que la population générale. Cependant la présence de la FLAP peut ajouter des facteurs supplémentaires (un brossage altéré, une communication bucco-nasale, des anomalies de structure, des dispositifs d'orthodontie ou prothétique) nécessitant d'être plus vigilant sur l'hygiène orale et les lésions carieuses. L'hygiène orale doit être stricte pour ces patients qui auront recours à des greffes osseuses. Le chirurgien-dentiste doit avoir connaissance des enjeux que représente une hygiène bucco-dentaire adéquate ainsi que l'importance des dents temporaires.

Cette prise en charge précoce présente des intérêts au niveau de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que pour le patient directement. Elle permet de réaliser, auprès de l'ensemble de l'équipe, les différentes prises en charge dans des conditions d'hygiène bucco-dentaire favorable. Le chirurgien-dentiste doit s'intégrer à l'équipe de soin car sa présence est indispensable.

La majorité des chirurgiens-dentistes questionnés n'ont jamais eu un patient avec une FLAP. Cependant, ils jugent que leur formation initiale présente des lacunes. Les praticiens sont nombreux à présenter une appréhension ou une difficulté dans la prise en charge de ce type de patient. Pourtant, il n'est pas nécessaire que le chirurgien-dentiste ait une formation ou des compétences particulières vis à vis de cette embryopathie. L'enquête a montré que les jeunes praticiens (<5 ans d'exercice) sont particulièrement concernés par les défauts d'acquisition des connaissances sur les FLAP.

Informar sur l'existence récente des recommandations de la FDI destinées aux chirurgiens-dentistes et approfondir la formation initiale des étudiants par rapport aux FLAP sont des moyens d'améliorer les connaissances des praticiens, et ainsi réduire les appréhensions face à la pathologie.

Table des Illustrations

FIGURE 1 : PHOTOGRAPHIE EXO-BUCAL D'UNE PATIENTE PRESENTANT UNE FLAP GAUCHE, (COLLECTION DU SERVICE D'ORTHODONTIE DE LA TIMONE).	2
FIGURE 2 : SYNTHESE DES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES (13).	3
FIGURE 3 : EXAMEN CLINIQUE INTRA-ORAL EN PRESENCE D'UNE FENTE, (COLLECTION DU SERVICE D'ORTHODONTIE DE LA TIMONE).	6
FIGURE 4 : PANORAMIQUE DENTAIRE EN PRESENCE D'UNE FLAP, (COLLECTION DU SERVICE D'ORTHODONTIE DE LA TIMONE).	11
FIGURE 5 : IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE PRECOCE DU CHIRURGIEN-DENTISTE SUR LES DIFFERENTS ACTEURS, (COLLECTION PERSONNELLE).	16
FIGURE 6 : RESULTAT DES EFFECTIFS ANALYSES.	29
FIGURE 7 : REPARTITION DES PRATICIENS EN FONCTION DE L'EXPERIENCE D'EXERCICE.	29
FIGURE 8A : REPARTITION DU TYPE D'EXERCICE EN SECTEUR PRIVE (N=97).	30
FIGURE 9B : REPARTITION DU TYPE D'EXERCICE EN SECTEUR PUBLIC (N=75).	30
FIGURE 10 : REPARTITION DES SPECIALITES DE LA POPULATION.	31
FIGURE 11 : AUTO-EVALUATION DES CONNAISSANCES DES FLAP DES PARTICIPANTS.	31
FIGURE 12 : AUTO-EVALUATION DE LA FORMATION INITIALE DES PARTICIPANTS.	32
FIGURE 13 : REPARTITION DE L'APPREHENSION DES PRATICIENS FACE A LA PRISE EN CHARGE.	32
FIGURE 14 : REPARTITION DES COMPORTEMENTS DES PRATICIENS FACE A UNE FLAP.	33
FIGURE 15 : FREQUENCE DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT AVEC UNE FLAP.	33
FIGURE 16 : FREQUENCE DE REALISATION DES ACTES NECESSAIRES AU DOSSIER MEDICAL.	34
FIGURE 17 : FREQUENCE DE LA RECHERCHE DES FACTEURS DE RISQUE PRINCIPAUX.	35
FIGURE 18 : REPARTITION DES ELEMENTS RECHERCHES LORS DE L'EXAMEN CLINIQUE INTRA-ORAL.	36
FIGURE 19 : POURCENTAGE DES EXAMENS RADIOGRAPHIQUES REALISES.	38
FIGURE 20 : REPARTITION DE LA FREQUENCE DE REALISATION DES MOYENS DE PREVENTION.	38
FIGURE 21 : REPARTITION DES PRATICIENS ENTRE AVULSION ET CONSERVATION.	40
FIGURE 22 : FREQUENCE DE REALISATION DES ACTES DE PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE D'UNE FLAP.	40
FIGURE 23 : AUTO-EVALUATION DE LA DIFFICULTE DU CAS CLINIQUE.	42
FIGURE 24 : CHOIX THERAPEUTIQUES REALISES PAR LES PRATICIENS AU CAS CLINIQUE.	43
FIGURE 25 : RECOMMANDATION FDI ENVERS LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE, (45).	54
FIGURE 26 : RECOMMANDATIONS DE LA FDI AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE, (45).	55
TABLEAU 1 : REPARTITION DES ACTES NECESSAIRES AU DOSSIER MEDICAL.	34
TABLEAU 2 : REPARTITION DES EFFECTIFS LORS DE LA RECHERCHE DES FACTEURS DE RISQUE PRINCIPAUX.	35
TABLEAU 3 : REPARTITION DES ELEMENTS RECHERCHES LORS DE L'EXAMEN CLINIQUE INTRA-ORAL.	37
TABLEAU 4 : REPARTITION DE LA FREQUENCE DE REALISATION DES MOYENS DE PREVENTION.	39
TABLEAU 5 : REPARTITION DES EFFECTIFS LORS DES ACTES DE PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE D'UNE FLAP.	41
TABLEAU 6 : PROPORTIONS DES REPONSES CONCERNANT LES CHOIX THERAPEUTIQUES DU CAS CLINIQUE.	43
TABLEAU 7 : ANALYSES STATISTIQUES CONCERNANT LES CONNAISSANCES, LA FREQUENCE ET L'APPREHENSION ENTRE LES ECHANTILLONS.	45
TABLEAU 8 : ANALYSES STATISTIQUES ENTRE LES ECHANTILLONS CONCERNANT LA REALISATION DU DOSSIER MEDICAL.	46
TABLEAU 9 : ANALYSES STATISTIQUES ENTRE LES ECHANTILLONS CONCERNANT L'INTERROGATOIRE.	47
TABLEAU 10 : ANALYSES STATISTIQUES ENTRE LES ECHANTILLONS CONCERNANT LES ACTES DE RADIOGRAPHIE.	48
TABLEAU 11 : ANALYSES STATISTIQUES ENTRE LES ECHANTILLONS CONCERNANT LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE.	48
TABLEAU 12 : ANALYSES STATISTIQUES ENTRE LES ECHANTILLONS CONCERNANT LE CHOIX ENTRE AVULSION ET CONSERVATION.	49
TABLEAU 13 : ANALYSES STATISTIQUES ENTRE LES ECHANTILLONS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE.	49
TABLEAU 14 : ANALYSES STATISTIQUES ENTRE LES ECHANTILLONS CONCERNANT LES OPTIONS THERAPEUTIQUE DU CAS CLINIQUE.	50

Bibliographie

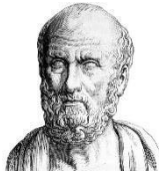
1. Addor MC, Feldmeyer L, Hohlfeld J, Schorderet DF. Epidémiologie des fentes labio-maxillo-palatines dans le canton de Vaud [Epidemiology of lip-maxilla-palate clefts in the canton of Vaud]. *Rev Med Suisse Romande*. 2003 Aug;123(8):501-5.
2. Ahluwalia M, Brailsford SR, Tarelli E, et al. Dental caries, oral hygiene, and oral clearance in children with craniofacial disorders. *J Dent Res*. 2004;83(2):175-179.
3. Alqerban A. Impacted maxillary canine in unilateral cleft lip and palate: A literature review. *Saudi Dent J*. 2019 Jan;31(1):84-92.
4. Amanat N, Langdon JD. Secondary alveolar bone grafting in clefts of the lip and palate. *J Craniomaxillofac Surg*. 1991 Jan;19(1):7-14.
5. Ankola AV, Nagesh L, Hegde P, Karibasappa GN. Primary dentition status and treatment needs of children with cleft lip and/or palate. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2005 Jun;23(2):80-2.
6. Bardot J, Casanova D, Cannoni P, Pech C, Magalon G. Prise en charge des fentes labio maxillopalatines au CHU de Marseille. *Ann Chir Plast Esthet*. 2002;47:159-65.
7. Beumer J, Marunick MT, Esposito S. Maxillofacial rehabilitation: Prosthodontic and surgical management of cancer-related, acquired, and congenital defects of the head and neck. 3rd ed. Quintessence Publishing; 2011.
8. Bian Z, Du M, Bedi R, Holt R, Jin H, Fan M. Caries experience and oral health behavior in Chinese children with cleft lip and/or palate. *Pediatr Dent*. 2001 Sep-Oct;23(5):431-4.
9. Bokhout B, Hofman FX, van Limbeek J, Kramer GJ, Prah Andersen B. Incidence of dental caries in the primary dentition in children with a cleft lip and/or palate. *Caries Res*. 1997;31(1):8-12.
10. Brecher EA, Lewis CW. Infant Oral Health. *Pediatr Clin North Am*. 2018 Oct;65(5):909-921.
11. Briard ML, Bouaiti C, Frezal J. Facteurs épidémiologiques et génétiques des fentes labiales et palatines. *Chirurgie Pédiatrique*. 1983;24(4-5):228-230.
12. Britton KF, Welbury RR. Dental caries prevalence in children with cleft lip/palate aged between 6 months and 6 years in the West of Scotland. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010 Oct;11(5):236-41.
13. Captier G, Bigore M. College-chirped. [Online]. Available from: http://www.college-chirped.fr/College_National_Hospitalier_et_Universitaire_de_Chirurgie_Pediatrique/Cours_Themes___Uro-Viscerale_files/Te%CC%82te%20%26%20Cou%20-%20Fentes%20Labio-Palatines%20-%20Captier%20-%202010-03-2015.pdf [Accessed 30 September 2020].
14. Chapple J, Nunn J. The oral health of children with clefts of the lip, palate, or both. *Cleft Palate Craniofac J*. 2001;38(5):525-528.

15. Cheng LL, Moor SL, Ho CT. Predisposing factors to dental caries in children with cleft lip and palate: a review and strategies for early prevention. *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(1):67-72.
16. Cholet C, Le Noc L. Les fentes labio-palatines, connaissances et pratiques des orthophonistes de Picardie et départements limitrophes. Élaboration d'un site internet à destination des orthophonistes. [Mémoire] Université de Picardie: Jules Verne. 2019.
17. Collado V, Pichot H, Delfosse C, Eschevins C, Nicolas E, Hennequin M. Impact of early childhood caries and its treatment under general anesthesia on orofacial function and quality of life : A prospective comparative study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017 May 1;22(3):e333-e341.
18. Costa FS, Silveira ER, Pinto GS, Nascimento GG, Thomson WM, Demarco FF. Developmental defects of enamel and dental caries in the primary dentition: A systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2017 May;60:1-7.
19. COULY G, KVERNELAND B, MICHEL B, GITTON Y, BENOUAICHE L. Fentes labiomaxillaires et vélopalatines. Diagnostic anténatal, modalités alimentaires, chirurgie réparatrice et surveillance pédiatrique. *EMC, Pédiatrie - Maladies infectieuses*. 2009;4(014-C-55).
20. Croen LA, Shaw G, Wasserman CR, Tolarova M. Racial and ethnique variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983-1992. *Am J Med Genet*. 1998;79:42-47.
21. Cune MS, Meijer GJ, Koole R. Anterior tooth replacement with implants in grafted alveolar cleft sites: a case series. *Clin Oral Implants Res*. 2004 Oct;15(5):616-24.
22. De Stefani A, Bruno G, Balasso P, Mazzoleni S, Baciliero U, Gracco A. Prevalence of Hypodontia in Unilateral and Bilateral Cleft Lip and Palate Patients Inside and Outside Cleft Area: A Case-Control Study. *J Clin Pediatr Dent*. 2019;43(2):126-130.
23. Déglutition primaire et orthodontie [Internet]. SFODF. 2018 [cited 2020Sept30]. Available from: http://www.sfodf.org/avada_portfolio/deglutition-primaire-et-orthodontie/
24. Dogan MC, Serin BA, Uzel A, Seydaoglu G. Dental anxiety in children with cleft lip and palate: a pilot study. *Oral Health Prev Dent*. 2013;11(2):141-6.
25. Fadeyibi I, Sorunke M, Onigbinde O, Ogunbanjo V, Ogunbanjo B, Ademiluyi S. Oral health status of individuals with cleft lip, cleft palate or both in a Nigerian population. *Maced J Med Sci*. 2011;4(3):265-270.
26. Foger D, Vélasco S, Esper LA, et al. Dental caries and oral health-related quality of life in cleft lip and palate patients: a pilot study. *World J Dent*. 2015;6(3):23-128.
27. Foulds H. Developmental defects of enamel and caries in primary teeth. *Evid Based Dent*. 2017 Oct 27;18(3):72-73.
28. Gaggi A, Schultes G, Karcher H, Mossböck R. Periodontal disease in patients with cleft palate and patients with unilateral and bilateral clefts of lip, palate, and alveolus. *J Periodontol*. 1999;70(2):171-178.

29. Gaudilliere D, Thakur Y, Ku M, Kaur A, Shrestha P, Girod SC. Caries management by risk assessment in a cleft and craniofacial center. *J Craniofac Surg*. 2014 Nov;25(6):e529-36.
30. Germec Cakan D, Nur Yilmaz RB, Bulut FN, Aksoy A. Dental Anomalies in Different Types of Cleft Lip and Palate: Is There Any Relation? *J Craniofac Surg*. 2018 Jul;29(5):1316-1321.
31. Gopakumar M, Hegde AM. Parental attitude towards the provision of nonsurgical oral health care to children with oral clefts: an epidemiological survey. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2010; 3(1):35-37.
32. Grammenand C. Prise en charge globale des fentes labio-alvéolo-palatines [Thèse]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon I - Faculté d'odontologie de Lyon. 2016.
33. Grollemund B, Galliani E, Soupre V, Vazquez MP, Guedeney A, Danion. L'impact des fentes labiopalatines sur les relations parents-enfants. *Archives de Pédiatrie* 17. 2010:1380-1385.
34. Haliṭchi L, Zaharia A, Darabă O, et al. Epidemiological survey of tooth decay in young children with cleft lip and palate. *Int J Med Dent*. 2017;21(1):37-41.
35. Haque S, Alam MK. Common dental anomalies in cleft lip and palate patients. *Malays J Med Sci*. 2015;22(2):55-60.
36. Hugentobler M, Dojcinovic I, Richter M. Techniques de couverture lors d'alvéoloplasties secondaires: comparaison de deux types de lambeaux [Flap techniques in secondary alveoloplasty: a comparison between two types of flap]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2006 Jun;107(3):145-51.
37. Innes NP, Ricketts D, Chong LY, Keightley AJ, Lamont T, Santamaria RM. Preformed crowns for decayed primary molar teeth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 31;2015(12):CD005512.
38. Jabbari F, Skoog V, Reiser E, Hakelius M, Nowinski D. Optimization of dental status improves long-term outcome after alveolar bone grafting in unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2015 Mar;52(2):210-8.
39. Lewis, CW, Jacob LS, Lehmann CU, AAP Section on oral health. The Primary Care Pediatrician and the Care of Children with Cleft Lip and/or Cleft Palate. *Pediatrics*. 2017;139(5): e20170628.
40. Mangione F, Nguyen L, Fomou N, Bocquet E, Dursun E. Cleft palate with/without cleft lip in French children: radiographic evaluation of prevalence, location and coexistence of dental anomalies inside and outside cleft region. *Clin Oral Investig*. 2018;22(2):689-695.
41. Matsumoto M. Psychological problems related to visible differences in appearance: developmental perspectives. *Shinrigaku Kenkyu*. 2008;79:66- 76.
42. McDonagh S, Pinson R, Shaw AJ. Provision of general dental care for children with cleft lip and palate--parental attitudes and experiences. *Br Dent J*. 2000 Oct 28;189(8):432-4.

43. Menezes C, de Arruda JA, Silva LV, Monteiro JL, Caribé P, Álvares P, Almeida MC, Coelli JC, Goldemberg F, Silveira M, Sobral AP, Bueno DF. Nonsyndromic cleft lip and/or palate: A multicenter study of the dental anomalies involved. *J Clin Exp Dent*. 2018 Aug 1;10(8):e746-e750.
44. Mossey P, Murugan M, Yan S, Ousehal L, Campodonico M, Orenuga L. Oral Health in comprehensive cleft care. *Fdiworlddental*. 2020; <https://www.fdiworlddental.org/cleftcare>
45. Müller-Bolla M. Fiches pratiques d'odontologie pédiatrique. Rueil-Malmaison : Ed. CdP. 2014:137-140.
46. Mutarai T, Ritthagol W, Hunsrisakhun J. Factors influencing early childhood caries of cleft lip and/or palate children aged 18 to 36 months in southern Thailand. *Cleft Palate Craniofac J*. 2008;45(5):468-472.
47. Mutthineni RB, Nutalapati R, Kasagani SK. Comparison of oral hygiene and periodontal status in patients with clefts of palate and patients with unilateral cleft lip, palate and alveolus. *J Indian Soc Periodontol*. 2010;14(4):236-240.
48. Parapanisiou V, Gizani S, Makou M, Papagiannoulis L. Oral health status and behaviour of Greek patients with cleft lip and palate. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009;10(2):85-89.
49. Pisek A, Pitiphat W, Chowchuen B, Pradubwong S. Oral health status and oral impacts on quality of life in early adolescent cleft patients. *J Med Assoc Thai*. 2014 Oct;97 Suppl 10:S7-16.
50. Plakwicz P, Wyrebek B, Gorska R, Cudzilo D. Periodontal indices and status in 34 growing patients with unilateral cleft lip and palate: a splitmouth study. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2017;37(6):e344-e353.
51. Rai NK, Tiwari T. Parental Factors Influencing the Development of Early Childhood Caries in Developing Nations: A Systematic Review. *Front Public Health*. 2018 Mar 16;6:64.
52. Richards H, van Bommel A, Clark V, Richard B. Are cleft palate fistulae a cause of dental decay? *Cleft Palate Craniofac J*. 2015 May;52(3):341-5.
53. Rioux E, Decker A, Deffrennes D. Réflexions thérapeutiques sur le traitement des séquelles de fente labio-alvéolo-palatine chez le patient adulte – Partie 1. *Int Orthod*. 2012 Sep;10(3):241–60.
54. Rodrigues R, Fernandes MH, Bessa Monteiro A, et al. Are there any solutions for improving the cleft area hygiene in patients with cleft lip and palate? A systematic review. *Int J Dent Hyg*. 2019;17(2):130-141.
55. Sanghvi R, Vaidyanathan M, Bhujel N. The dental health of cleft patients attending the 18-month-old clinic at a specialised cleft centre. *British Dental Journal*. 2019 Aug;227(3):199-202.
56. Shashni R, Goyal A, Gauba K, Utreja AK, Ray P, Jena AK. Comparison of risk indicators of dental caries in children with and without cleft lip and palate deformities. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2015;6(1):58-62.

57. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J.* 2006 Nov 25;201(10):625-6.
58. S. Sruthi, Arvind S., Saravana Pandian K., Navaneethan R. Knowledge, awareness, and attitude on cleft lip and palate management among dental students. *Drug Invention Today (Saveetha).* 2018;10(1);08-13
59. Stec M, Szczepanska J, Pypec J, Hirschfelder U. Periodontal status and oral hygiene in two populations of cleft patients. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007;44(1):73-78.
60. Stec-Slonicz M, Szczepanska J, Hirschfelder U. Comparison of caries prevalence in two populations of cleft patients. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007;44(5):532-537.
61. Talmant J-Cl, J-Ch Talmant J-Ch, Rousteau G, Lumineau J-P. Fentes labiales et palatines. Traitement primaire. EMC - Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. 2018;13(4):1-21.
62. Talmant J-Cl, Lumineau J-P, Rousteau G. Prise en charge des fentes labio-maxillo-palatines par l'équipe du docteur Talmant à Nantes. *Ann Chir Plast Esthét.* 2002;47:116-25.
63. Turner C, Zagirova AF, Frolova LE, Courts FJ, Williams WN. Oral health status of Russian children with unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 1998;35(6):489-494.
64. Vogels WE, Aartman IH, Veerkamp JS. Dental fear in children with a cleft lip and/or cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2011 Nov;48(6):736-40.
65. Weckwerth GM, Santos CF, Brozoski DT, Centurion BS, Pagin O, Lauris JR, Carvalho IM, Neves LT. Taurodontism, Root Dilaceration, and Tooth Transposition: A Radiographic Study of a Population With Nonsyndromic Cleft Lip and/or Palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2016 Jul;53(4):404-12.
66. Weissenbach O, Stricker M, Weissenback M, Chassagne JF, Simon E. Organisation du traitement et moyens de l'orthodontie dans la réhabilitation des fentes labio-maxillo-palatines. *Rev Orthop Dento Faciale.* 2011;45:311-17.
67. Worth V, Perry R, Ireland T, Wills A K, Sandy J, Ness A. Are people with an orofacial cleft at a higher risk of dental caries? A systematic review and meta-analysis. *Br Dent J.* 2017;223:37-47.
68. Yilmaz RBN, Cakan DG, Mesgarzadeh N. Prevalence and management of natal/neonatal teeth in cleft lip and palate patients. *Eur J Dent.* 2016 Jan-Mar;10(1):54-58.



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

BELIO Vincent – Intérêts de la prise en charge précoce par le chirurgien-dentiste des patients présentant une fente labio-alvéolo-palatine

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix –Marseille Université : 2020

Rubrique de classement : Odontologie Pédiatrique

RESUME :

Les fentes labio-alvéolo-palatines ont une incidence d'environ 1 sur 700 naissances en France. Il s'agit de la malformation congénitale de la face la plus fréquemment rencontrée dans le monde. La gestion des séquelles d'une fentes labio-alvéolo-palatine est assurée par une équipe pluridisciplinaire.

À travers une recherche bibliographique, les intérêts de la prise en charge précoce par le chirurgien-dentiste sont abordés. Ce travail concerne les patients dont l'âge est inférieur à 6 ans. L'identification des facteurs de risques bucco-dentaires permet la mise en place de stratégies thérapeutiques adaptées. Les techniques de prévention, d'interception à minima et de gestion bucco-dentaire sont les outils à la disposition des chirurgiens-dentistes.

Le travail principal se concentre sur une enquête quantitative axée sur les connaissances, la formation initiale et la prise en charge des chirurgiens-dentistes en France. Cette dernière ayant pour objectif de connaître le nombre de praticien en mesure d'assurer cette prise en charge précoce.

MOTS CLES :

Prise en charge précoce - dentaire - fente labio-alvéolo-palatine - connaissance - formation initiale

BELIO Vincent – Benefits of early management of cleft lips-alveolar-palate patients by the dentist.

ABSTRACT:

Cleft lips-alveolar-palatal have an incidence of approximately impacted 1 in 700 births in France. It is the most frequently encountered congenital malformation of the face in the world. The management of the after-effects of a labio-alveolar-palatal cleft is ensured by a multidisciplinary team.

Through a literature search, the interests of early care by the dentist are addressed. This work concerns patients whose age is less than 6 years old. The identification of oral risk factors allows the implementation of adapted therapeutic strategies. Prevention, minimal interception and oral management techniques are the tools available to dentists.

The main work focuses on a quantitative survey of the knowledge, initial training and care of dentists in France. The aim of the latter is to know the number of practitioners able to provide this early care.

MESH:

Early treatment - dental - cleft lips-alveolar-palate - knowledge - initial training