

Réhabilitation prothétique d'un enfant de 6 ans atteint d'hypodontie

Présentation d'un cas

Ahmed-Shadi Akkad¹, Maria Bächle², Ralf J. Kohal³

¹ DDS, invité postgrade

² Dipl.-Biol.

³ Prof. Dr méd. dent.

Département de prothèse dentaire, Clinique de médecine dentaire de l'Université Albert Ludwig, Fribourg-en-Brisgau

Mots clés: agénésie, hypodontie, anodontie, dysplasie ectodermique, prothèse pédodontique

Adresse pour la correspondance:

Akkad A.-S.

Universitätsklinikum Freiburg

Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Abteilung für Zahnärztliche Prothetik

Hugstetterstr. 55, D-79106 Freiburg

Tél. ++ 49 761 270 4970, fax ++ 49 761 270 4824

E-mail: ahmed.shadi.akkad@uniklinik-freiburg.de

Traduction française de Thomas Vauthier

(Illustrations et bibliographie voir texte allemand, page 627)

Introduction

L'agénésie d'un nombre variable de dents est une anomalie fréquente du développement dentaire de l'être humain. L'agénésie d'une ou de plusieurs dents est appelée hypodontie, alors que l'anodontie est définie comme l'absence complète des organes dentaires (THE GLOSSARY OF PROSTHODONTIC TERMS 2005). L'agénésie de moins de six dents (sans compter les dents de sagesse) est appelée hypodontie, celle d'un nombre supérieur à six dents oligodontie (SCHALK-VAN DER WEIDE et coll. 1994; NUNN et coll. 2003). Les deux formes d'anomalies sont plus rares en

La réhabilitation prothétique de patients jeunes présentant des agénésies congénitales de plusieurs dents est un défi pour le médecin-dentiste. Une compensation prothétique sur les plans de la fonction, de la phonétique et de l'esthétique revêt une importance majeure, pour assurer d'une part un développement psychologique normal de ces enfants et, d'autre part, pour faciliter l'arrivée à bon terme du développement des dents et des maxillaires.

La présente documentation de la réhabilitation prothétique d'un patient âgé de 6 ans qui présentait une hypodontie congénitale de la denture de lait et de la denture définitive a également pour but de passer en revue la littérature publiée à ce jour sur ce sujet. Suite à l'illustration de la réhabilitation de notre jeune patient par des prothèses amovibles, nous discuterons les possibilités thérapeutiques et prothétiques dans les cas d'hypodontie ou d'anodontie en général.

denture de lait et se manifestent dans la plupart des cas seulement en denture permanente (HOBKIRK & BROOK 1980).

La prévalence de l'hypodontie (sans les troisièmes molaires) en denture de lait varie entre 0,5% dans la population islandaise et 2,4% dans la population japonaise. Pour la denture définitive, des prévalences entre 2,6% en Arabie Saoudite et 11,3% en Irlande ont été rapportées (LARMOUR et coll. 2005). L'importante disparité des données s'explique d'une part par des échantillonnages non aléatoires et d'autre part par des différences réelles de la fréquence et de la sévérité de l'hypodontie dans différents groupes de population selon les définitions en la matière. Les dents le

plus souvent manquantes en denture de lait sont les incisives latérales supérieures, puis les incisives centrales et latérales inférieures. Dans bon nombre de ces cas, la canine correspondante est également absente. Dans la denture permanente, les agénésies, par ordre de fréquence, sont les suivantes: deuxième prémolaire inférieure (1 à 5%), incisive latérale supérieure (0,5 à 3%), deuxième prémolaire supérieure (1 à 2,5%) et incisive latérale inférieure (0,5%). Les agénésies les plus rares sont celles des premières prémolaires mandibulaires et des incisives centrales maxillaires. Les troisièmes molaires sont absentes chez 10 à 35% des adultes, selon la population observée.

Chez la moitié environ des individus examinés, l'agénésie ne concerne pas une seule dent mais plusieurs à la fois (SCHROEDER 1983; STERZIK et coll. 1994). De nombreuses agénésies sont réparties de façon symétrique des deux côtés, à l'exception de l'incisive latérale supérieure qui est plus souvent agénésique du côté gauche que droit (VASTARDIS 2000). Les femmes sont plus souvent atteintes d'agénésies dentaires que les hommes, le rapport étant de 3:2 selon GÜLZOW et PETERS (1977) ou de 3:1,5 selon STERZIK et coll (1994).

L'hypodontie peut se manifester aussi bien en tant que phénomène isolé qu'en association avec certains syndromes, tels que la dysplasie ectodermique (DE), la trisomie 21 (syndrome de Down) (dans 38,6 à 63% des cas [KUMASAKA et coll. 1997]) et la fente labio-palatine (dans 30 à 50% des cas [OPTIZ et coll. 1982]). Sur le fond, il semble acquis que dans une denture hypodontique, les dents présentent de grandes variations morphologiques. Les dents antérieures présentes sont souvent conoïdes ou hypoplasiques, alors que les dents postérieures sont de taille réduite (SCHROEDER 1983). On suppose que les déviations de la taille et de la morphologie des couronnes dentaires, de même que les temps inhabituels de l'éruption sont le résultat de mutations ponctuelles dans un système polygénique fortement entrelacé. Des facteurs génétiques à eux seuls, ou l'interaction entre des facteurs extrinsèques (comme certaines maladies graves, des infections, la radiothérapie ou l'alcoolisme pendant le premier trimestre de grossesse) sont susceptibles de provoquer ces malformations dentaires (ZEMBLICI 1970; HOBKIRK & BROOK 1980; LARMOUR et coll. 2005). Des méthodes de biologie moléculaire ont été utilisées pour identifier les gènes responsables de ces anomalies (VASTARDIS 2000). Plus de 200 gènes jouant un rôle dans le développement dentaire sont connus à ce jour; parmi ceux-ci, certains interviennent non seulement dans l'odontogenèse, mais également dans la formation d'autres organes. Ceci expliquerait la présence de malformations dentaires dans plus de 45 syndromes pathologiques. Plusieurs protéines codées par ces gènes ont des fonctions distinctes dans les différents processus de l'organogenèse au cours de la formation, tant des dents de lait que des dents définitives. Cette observation pourrait fournir une explication de l'association, une part, de différentes anomalies dentaires, tels que le retard d'éruption et les déviations de la norme sur le plan de la morphologie, de la taille et de la position des dents et d'autre part de l'hypodontie (KULENCE-FUSE 2004). VASTARDIS et coll. (1996) ont trouvé une mutation ponctuelle sur le gène *MSX-1* du chromosome 4p dans une famille avec une hypodontie autosomique dominante des deuxième prémolaires et des troisièmes molaires. D'autres auteurs ont également présumé les gènes *HYD*, *MSX-2*, *EGF* et *EGFR* en tant que *loci* de telles mutations ponctuelles (OPTIZ et coll. 2001). La combinaison d'examen génétiques et cliniques pourrait permettre un diagnostic précoce, voire une thérapie génétique ou une implantation de germes dentaires le plus tôt possible (KULENCE-FUSE 2004).

En raison de la non-constitution des dents, la crête alvéolaire n'est pas non plus formée dans les régions des agénésies. Dans

bien des cas, seule une lamelle osseuse très mince séparant l'os alvéolaire, réduit, et le sinus maxillaire est décelable sur l'OPG; en outre, l'examen clinique révèle souvent un palais très plat (PASCHOS et coll. 2004). Pour ces raisons, il est nettement plus difficile de réaliser et de stabiliser une restauration amovible chez ces patients que chez des patients sans cette malformation. La perte, respectivement la non-constitution des dents et de l'os alvéolaire entraîne une réduction de hauteur de la partie inférieure de la face et une croissance du viscérocrâne à la limite inférieure de la norme (PASCHOS et coll. 2004). De ce fait, une réhabilitation prothétique précoce revêt une grande importance, afin d'assurer une fonction adéquate, une esthétique suffisante et un développement psychologique normal de ces enfants (BERGENDAL et coll. 1991; TILL & MARQUES 1992). De même, BOJ et coll. (1993), en raison de leur expérience positive lors de la réhabilitation prothétique d'un garçon âgé de trois ans, recommandent un traitement très précoce en cas de dysplasie ectodermique. Parmi les possibilités permettant de compenser l'hypodontie, il est possible d'envisager une prothèse partielle ou totale amovible, une prothèse fixe, une prothèse hybride ou sur barre d'ancrage ou des solutions créées sur des implants. Le choix du traitement prothétique se fera individuellement, en fonction de la situation dentaire et de l'âge du patient (FORGIE et coll. 2005).

Anamnèse

Un garçon âgé alors de six ans (né en 1997) nous a été adressé par le Département d'orthopédie dento-faciale des Cliniques universitaires de médecine dentaire de Fribourg-en-Brigau pour la reconstitution prothétique d'une hypodontie congénitale. Selon les renseignements du pédiatre traitant, le développement physique s'était déroulé sans problèmes jusqu'alors et l'état général du jeune patient était sans particularités. La mère ne rapportait pas de maladies graves, ni parmi les parents, ni au sein des deux familles. En raison de l'agénésie de plusieurs dents, le jeune patient souffrait psychiquement de son apparence et n'osait pas sourire de crainte de subir des brimades de la part des autres élèves. La principale préoccupation des parents était de savoir si leur enfant était en mesure de mastiquer sa nourriture de manière adéquate.

Status clinique et radiologique

La morphologie des lèvres était normale (fig. 1 et 2), les muqueuses palatines et jugales bien irriguées (fig. 4), la langue et les amygdales sans particularités. Seules les 55, 53, 63, 65 et la 11 étaient présentes dans le maxillaire supérieur, tandis que la 21 était en train de faire son éruption (fig. 3 et 4). Dans le maxillaire inférieur, les seules dents de lait présentes au moment de l'examen initial étaient les 71 et 81 (fig. 3 et 5). La crête alvéolaire non dentée dans le maxillaire supérieur était de morphologie normale (fig. 4 et 6), alors que les régions non dentées de la mandibule montraient une atrophie marquée (fig. 5 et 7). Les dents présentes étaient exemptes de caries et non mobiles, sans aucune altération notable de couleur ou de morphologie. En position de fermeture terminale, les dents n'atteignaient aucun contact (fig. 3). L'OPG mettait en évidence les germes des 16, 26, 36 et 46 (fig. 8).

Diagnostic

L'analyse de l'anamnèse et des résultats des examens cliniques et radiologiques a permis de poser les diagnostics suivants:

- extrabuccal: sans particularités, bon état général et nutritionnel
- endobuccal: atrophie des crêtes alvéolaires dans les régions non dentées des deux maxillaires
- dentaire: hypodontie, respectivement oligodontie des dents lactéales et permanente
- parodontal: sans particularités
- prothétique: absence de compensation prothétique dans une denture fortement réduite dans les deux maxillaires
- radiologique: atrophie osseuse horizontale généralisée en raison des agénésies dentaires

Planification prothétique

Après la prise d'empreintes en alginate des deux maxillaires, nous avons coulé et monté en articulateur des modèles d'étude en vue de l'analyse de la situation (fig. 6 et 7). L'analyse des modèles a mis en évidence la nécessité d'une surélévation de la dimension verticale intermaxillaire. En raison du nombre réduit des dents naturelles, une solution de prothèse fixe a été exclue d'emblée, de même qu'une reconstruction par prothèse implantoportée était contre-indiquée compte tenu de l'âge du jeune patient. La planification thérapeutique s'est dès lors d'emblée dirigée vers une réhabilitation par des prothèses amovibles. Dans le maxillaire supérieur, il était prévu de confectionner une prothèse amovible à crochets avec des appuis occlusaux coulés en alliage chrome-cobalt-molybdène qui devaient s'ancreur sur les quatre dents de lait présentes (55, 53, 63 et 65). Dans le maxillaire inférieur, nous avons planifié une prothèse de recouvrement (overdenture) ancrée sur les deux incisives centrales de lait intactes. Nous avons renoncé au recouvrement des dents par des couronnes, en raison du volume important des pulpes et de la taille réduite des dents de lait.

Réhabilitation prothétique

Après le montage des modèles en articulateur (SAM, Munich, Allemagne), nous avons procédé à une analyse au parallélogramme, et aux préparations diagnostiques des appuis et des retouches nécessaires pour l'insertion de la future prothèse. Les préparations fictives pratiquées sur le modèle d'étude ont ensuite été reproduites dans la bouche du patient. Sur les molaires de lait 55 et 65, nous avons meulé, puis poli des logettes d'appui occlusales, alors que sur les canines de lait 53 et 63, nous avons retouché les faces disto-incisives, de sorte à permettre le passage des crochets coulés. Les empreintes définitives ont été prises à l'aide de porte-empreintes individuels, dans le maxillaire supérieur en Permadyne® (Espe, Seefeld, Allemagne), dans le maxillaire inférieur par la technique mucostatique modifiée avec modelage du pourtour en Kerr, puis une empreinte en Impregum® (Espe, Seefeld, Allemagne), (fig. 9 et 10).

Après enregistrement par arc facial et détermination manuelle de la relation intermaxillaire (position horizontale reproductible de la mandibule), les modèles définitifs ont été montés en articulateur. Pour la dimension verticale, nous avons arbitrairement choisi comme référence la position de repos, avec déduction de 2 mm. Nous avons évalué la nouvelle DVO à l'aide du profil facial et des lèvres ainsi que par des tests phonétiques. Nous avons procédé à deux essais en bouche des dents montées sur cire, une fois sans et une fois avec les crochets coulés. Le travail terminé a été contrôlé une dernière fois avant la mise en bouche définitive (fig. 11 à 15). A ce moment, nous avons amélioré l'adaptation de l'intrados de la prothèse mandibulaire en réalisant un rebasage

direct en résine molle (Softliner®, GC Corporation, Japon) au niveau des 71 et 81. Par la suite, nous avons instruit le jeune patient, en présence des parents, sur la nécessité des mesures d'hygiène bucco-dentaire et du nettoyage méticuleux des prothèses, en mettant un accent particulier sur l'importance de contrôles réguliers.

Discussion

Alors que chez l'adulte, l'importance est mise sur la pérennité des prothèses, en prothèse pédiodontique, il s'agit en premier lieu de tenir compte du développement progressif du système oro-facial. Ce principe fait que tous les travaux prothétiques chez l'enfant doivent être considérés comme des provisoires. Les prothèses chez les enfants doivent d'une part tenir compte des exigences fondamentales sur les plans de la fonction, de la phonétique et de l'esthétique. Or, elles doivent d'autre part également faciliter l'achèvement normal du développement dentaire et maxillaire, jouant de ce fait un rôle de dispositifs orthopédiques ou orthodontiques (KÜNZEL 1976). Il s'ensuit de ces considérations qu'il existe des relations étroites entre la prothèse et l'orthopédie dento-faciale chez les enfants. Le clinicien appelé à réaliser la prothèse doit travailler en collaboration avec l'orthodontiste. Les prothèses amovibles sont le plus souvent la solution de choix chez les enfants atteints d'hypo- ou d'anodontie. A l'instar des patients adultes, la stabilité des prothèses augmente avec le nombre des dents piliers présentes (PIGNO et coll. 1996). La conception de la prothèse sous forme d'overdenture intégrant dans la base en résine les dents naturelles présentes, souvent coniques, et le montage du groupe incisivo-canin en fonction de celles-ci est préconisé par HOBKIRK & BROOK (1980) et par BELANGER (1994).

En raison de la faible constitution de la crête alvéolaire, la réalisation d'une prothèse stable est très difficile chez les enfants atteints d'hypo- ou d'anodontie. En général, l'enfant pourra porter ses premières prothèses jusqu'à l'âge de six ans environ, du fait qu'il n'y a normalement pas lieu d'anticiper de modifications significatives des dimensions sagittale et transversale des maxillaires jusqu'à ce moment-là (KÜNZEL 1976). Il est rare que l'on choisisse la prothèse fixe pour le traitement de l'oligodontie, du fait que bien des jeunes patients présentent un nombre trop réduit de dents susceptibles de servir de piliers pour des bridges. Il convient en outre de tenir compte de la croissance des maxillaires. En effet, les prothèses fixes risquent d'entraver la croissance (PIGNO et coll. 1996). Dans la présentation d'un cas, HOGEBOM (1961) a montré que la réhabilitation par la prothèse fixe chez le patient jeune était grevée d'un risque important d'échec. Dans le cas de figure évoqué par cet auteur, il s'agissait d'un patient atteint de dysplasie ectodermique (DE) et d'une hypodontie dépassant la ligne médiane. Le traitement par prothèse fixe a alors entraîné une inhibition de la croissance transversale.

ÖDMAN et coll. (1991) ont déduit de ces observations qu'il faudrait éviter chez les enfants de poser des implants jusqu'à l'éruption complète des dents de la denture permanente. Dans la mesure du possible, il faudrait différer d'éventuelles implantations jusqu'à l'âge de 15 ans chez les filles et de 16 ans chez les garçons (LEKHOLM 1993). Il ne faudrait par principe envisager une réhabilitation par des implants chez les patients jeunes qu'après une évaluation de l'âge squelettique (PIGNO et coll. 1996). Intégrés dans l'os, les implants ont le même effet que les dents ankylosées et ne suivent pas la croissance osseuse (OESTERLE et coll. 1993; SMITH et coll. 1993). ÖDMAN et coll. (1991) ont démontré sur des porcelets en croissance que les implants ostéointégrés

inhibent la croissance osseuse. Dans une étude prospective portant sur 41 implants (19 dans le maxillaire supérieur et 22 dans le maxillaire inférieur) chez des enfants et adolescents (âgés entre 5 et 17 ans) atteints de DE, KEARNS et coll. (1999) ont observé que les implants, posés à l'origine à des âges entre 5 et 7 ans, restaient «figés» à un niveau nettement inférieur qu'au moment de l'insertion, en raison de la croissance de l'os environnant. BJORK (1969) a décrit le principe du développement de la mandibule comme étant un mode de croissance par rotation en direction antérieure et supérieure dans la région des condyles, sans croissance significative dans la région frontale. Pour cette raison, GIRAY et coll. (2003) ont ancré un bridge à cinq éléments sur trois implants dans la région antérieure de la mandibule chez

un garçon âgé de 14 ans. Un contrôle quatre ans plus tard a montré que les implants étaient stables malgré la rotation de la mandibule due à la croissance et qu'il n'y avait pas eu de modifications alvéolaires, ni verticales, ni horizontales.

On suppose toutefois que la perte osseuse au niveau du col de l'implant est de l'ordre de 0,1 à 0,2 mm par an. Chez les patients plutôt âgés, ces valeurs sont considérées comme étant sans risque sur le plan clinique. Chez les patients plus jeunes, une perte osseuse de 0,1 mm par an est en revanche susceptible d'entraîner des problèmes plus tard dans la vie (JEPSON et coll. 2003).

La littérature fait état d'exemples de cas de différentes modalités thérapeutiques chez des enfants atteints d'hypo- ou d'anodontie (tab. I). ZEMBILICI (1970), RAMOS et coll. (1995) et NABDALUNG

Tab. I Publications de cas illustrant différentes options prothétiques chez des enfants atteints d'hypo-, d'oligo- ou d'anodontie

Auteur	Année	Age et sexe du patient	Dents ou germes présents	Réhabilitation prothétique du maxillaire supérieur	Réhabilitation prothétique du maxillaire inférieur	Syndrome associé
KOCABALKAN et ÖZYEMISCI	2005	17 ans, garçon	16, 13, 23, 26, 36, 33, 43, 46, 72, 71, 81, 82 (55, 65, 75, 85)*	Prothèse de recouvrement	Prothèse de recouvrement	DE
GIRAY et coll.	2003	14 ans, garçon	17, 16, 14, 13, 11, 21, 24, 26, 27, 36, 34, 33, 44, 46, (55, 63, 65, 75, 72, 71, 81, 82, 83)*	Ponts fixes 16-14, 13-11, 21-24-26	Ponts fixes 36-34, 44-46, pont implantoporté (3 implants région 32, 41, 43)••	-
BERGENDAL	2001	14 ans, fille	17, 16, 11, 21, 23, 26, 27, 37, 36, 33, 43, 74, 83, 84	Pont 11, 21 en composite, confectionné au laboratoire	Pont en composite confectionné au laboratoire 33-43	DE
NABADALUNG	1999	7 ans, fille	-	Prothèse totale	Prothèse totale	DE
TSAI et coll.	1998	6 ans, fille	15, 13, 23, 25, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 52, 51, 63, 64, 71, 72	Prothèse à crochets	Prothèse à crochets	DE
ITTHAGARUN et coll.	1997	3 ans, fille	(16, 26, 36, 46)**, 55, 54, 53, 52, 51, 61, 63, 65, 75, 74, 84, 85	Veneers en composite confectionnés au laboratoire sur 53, 52, 63; pont en composite confectionné au laboratoire sur 51-61	Prothèse à crochets	DE
RAMOS et coll.	1995	3 ans, garçon	-	Prothèse totale	Prothèse totale	DE
SMITH et coll.	1993	5 ans, garçon	(46)•, 55, 53, 51, 61, 63, 73, 83	Prothèse à crochets	Prothèse hybride ancrée sur implants par glissières sphériques (1 impl.)••	DE
BERGENDAL et coll.	1991	6 ans, garçon	16, 11, 21, 26, 53, 51, 61, 63	Prothèse à crochets	Prothèse hybride ancrée sur implants par glissières sphériques (2 impl.)••	DE
MIETHKE et HALBER	1980	10 ans, garçon	16, 11, 21, 22, 26, 36, 46, 55, 54, 63, 64, 65, 75, (74)*, 73, (72)*, 71, 81, (82)*, 83, (84)*, 85	Prothèse à châssis coulé	Prothèse partielle avec crochet Adams	-
RENNER et KLEINERMANN	1980	9 ans, fille	(17)•, 16, 13, 23, (26)•, 36, (35)•, 33, 43, 46, (47)•, 61, 65, 75, 81, 85	Prothèse combinée avec crochet Adams et recouvrement	Prothèse avec crochet Adams et de recouvrement	DE
ZEMBILICI	1970	7 ans, garçon	-	Prothèse totale	Prothèse totale	DE
HEYMER	1969	5 ans, fille	53, 52, 63, 75, 73, 83, 85	Prothèse à crochets	Prothèse à crochets	-

()* Dents extraites dans le cadre du traitement pré-prothétique

()** Dents en éruption

()• Germes dentaires

()•• Les implants ont été posés dans la région interforaminale

(1999) ont rapporté des situations traitées par des prothèses totales. HEYMER (1969), RENNER et KLEINERMAN (1980), MIETHKE et HALBER (1980), BERGENDAL et coll. (1991), SMITH et coll. (1993), ITTHAGARUN et coll. (1997), TSAI et coll. (1998) et KOCABALKAN et OZYEMISCI (2005) ont décrit des prothèses partielles amovibles. Des exemples de prothèses fixes se trouvent chez ITTHAGARUN et coll. (1997), BERGENDAL (2001), SMITH et coll. (1993) et chez GIRAY et coll. (2003). A noter que BERGENDAL et coll. (1991), SMITH et coll. (1993), ainsi que GIRAY et coll. (2003) ont réalisé des prothèses ancrées sur des implants.

Compte tenu de la littérature évoquée, il apparaît clairement que pour des raisons d'âge, il n'était pas possible d'envisager chez notre jeune patient une réhabilitation par prothèse fixe, que ce soit avec ou sans implants. Une variante possible pour la restauration du maxillaire supérieur aurait été de confectionner une simple prothèse en résine avec des crochets en fil d'acier ajustés manuellement. Nous avons toutefois opté pour des crochets coulés, afin d'améliorer la précision d'adaptation et, par conséquent, la rétention et la stabilité de la prothèse. A noter que nous avons renoncé à relier les crochets par un châssis coulé, de sorte à pouvoir les utiliser ultérieurement dans le cadre d'une re-con-

fection éventuelle si cela devait s'avérer nécessaire suite à un contrôle de suivi (fig. 16).

Du fait que les deux incisives centrales lactéales du maxillaire inférieur étaient de taille très réduite, nous n'avons pas envisagé de les préparer pour des éléments d'ancrage (couronnes télescopiques, glissière, barre de rétention), afin d'éviter tout risque de lésion iatrogène de ces deux dents vivantes. Dans ce cas, il était dès lors préférable de confectionner une prothèse de recouvrement (HOBKIRK & BROOK 1980). Le jeune patient et ses parents ont été très satisfaits du résultat sur le plan de l'esthétique et de la fonction (fig. 17). Bien que certaines difficultés d'élocution et de phonétique se soient manifestées au début, le jeune patient s'est habitué en l'espace de quelque 10 jours au volume, forcément encombrant, des nouvelles prothèses.

Des contrôles réguliers seront nécessaires afin de dégager suffisamment de place dans la prothèse pour assurer la mise en place sans encombre des dents lors de l'éruption. Pour cette raison, il est prévu que le patient vienne en recall tous les six ans dans le cadre des contrôles de suivi orthodontiques. Les parents ont été informés du fait que suite à certaines phases d'évolution, des rebasages, voire la confection de nouvelles prothèses pourraient être judicieux.