

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2024

N°:

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 02 octobre 2024

Par Camille RAECKELBOOM

Née le 20 décembre 1999 à AUCHEL – France

**Impacts des agénésies dentaires sur la qualité de vie des
enfants : Une revue narrative**

JURY

Président :

Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

Madame le Docteur Margaux FAUQUEUX

Président de l'Université	:	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université	:	A.V. CHIRIS FABRE
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	
Vice-doyen du département facultaire Odontologie – UFR3S par intérim	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	L. KORAÏCHI
Responsable de la Scolarité	:	V. MAURIAUCOURT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES EMERITE

E DEVEAUX Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

K. AGOSSA Parodontologie

P. BOITELLE Responsable du département de Prothèse

T. COLARD Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

**C. DELFOSSE Vice-doyen du département facultaire UFR3S-Odontologie
Odontologie Pédiatrique
Responsable du département d'Orthopédie dento-faciale**

**L ROBBERECHT Responsable du Département de Dentisterie
Restauratrice Endodontie**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, OdontologieLégale
F. BOSCHIN	Parodontologie
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
C. DENIS	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Responsable du Département de Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
H PERSOON	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. SAVIGNAT	Responsable du Département de Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses

PRATICIEN HOSPITALIER et UNIVERSITAIRE

M Bedez	Biologie Orale
---------	----------------

Règlementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury ...

Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Professeure des Universités – Praticien Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)
- Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)

- Diplôme d'Études Approfondies Génie Biologie & Médical - option Biomatériaux
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales
- Diplôme d'Université « Sédatation consciente pour les soins bucco-dentaires »
- Diplôme d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »
- Diplôme d'Université « Compétences cliniques en sédatation pour les soins dentaires »
- Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en sciences de la santé »

- Formation Certifiante en Éducation Thérapeutique du Patient
- Vice-coyten du Département facultaire UFR3S – Odontologie – Lille
- Responsable du Département d'Orthopédie dento-faciale

Je tenais tout d'abord à vous remercier de l'honneur que vous me faites en
présidant cette thèse.

Un grand merci pour votre enseignement théorique mais surtout clinique. J'ai
énormément appris à vos côtés lors des vacances de MEOPA mais aussi lors des
soins sous AG.

C'est grâce à vous que je souhaite intégrer dans ma pratique clinique les
soins sous MEOPA. Je garde en tête tous vos conseils.

Veillez recevoir l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

- Docteur en Chirurgie Dentaire
 - Docteur en Éthique et Droit Médical de l'Université Paris Descartes (Paris V)
 - Certificat d'Études Supérieures de Pédiodontie et Prévention – Paris Descartes (Paris V)
 - Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » (Aix-Marseille II)
 - Master 2 Éthique Médicale et Bioéthique Paris Descartes (Paris V)
-
- Formation certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »
-
- Vice-président de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique
 - Responsable du département d'Odontologie Pédiatrique

Vous avez accepté de participer à ce jury et je vous en suis très reconnaissante.

Merci pour la qualité de votre enseignement, vos conseils sur la prise en charge psychologique et comportementale des patients sont des atouts précieux dans ma pratique quotidienne.

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section 56 - Développement, croissance et prévention

Sous-section 56-01 - Odontologie pédiatrique & Orthopédie dento-faciale

Département d'Odontologie Pédiatrique

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur en Santé Publique
- Habilitation à Diriger des Recherches

- Spécialiste Qualifié en Médecine Bucco-Dentaire
- Certificat d'Études Supérieures Odontologie Pédiatrique et Prévention
- Attestation Universitaire soins dentaires sous sédation consciente au MEOPA
- Diplôme Universitaire Dermato-vénérologie de la muqueuse buccale
- Master 1 Biologie Santé – mention Ethique et Droit de la Santé
- Master 2 Santé Publique – spécialité Éducation thérapeutique et éducations en santé

- Formation Certifiante en Éducation Thérapeutique du Patient
- Diplôme du Centre d'Enseignement des Thérapeutiques Orthodontiques, orthopédiques et fonctionnelles

- Lauréat du Prix Elmex® de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique
- Lauréat de l'Académie *Nationale de Chirurgie Dentaire*
- Responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Odontologie Pédiatrique – CHU de Lille

Un immense merci pour avoir accepté de siéger au sein de ce jury de thèse.

Vous nous avez transmis avec passion votre expérience. En cours, en TP ou en clinique, je garde de bons souvenirs de nos échanges. Vous avez toujours su vous rendre disponible pour nous aider.

Merci d'avoir initialement inspiré ce sujet, j'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes. Veuillez trouver à travers ce travail l'expression de ma gratitude.

Je vous adresse mes remerciements les plus sincères pour vos conseils et votre aide si précieuse.

Madame le Docteur Margaux FAUQUEUX

Chef de Clinique des Universités – Assistant Hospitalier des CSERD

*Section Développement, Croissance et Prévention Département Odontologie
Pédiatrique*

- Docteur en Chirurgie Dentaire

Je vous adresse mes sincères remerciements pour avoir accepté de diriger
cette thèse.

Je suis reconnaissante pour votre aide, votre soutien et votre
accompagnement durant sa rédaction. Merci de m'avoir fait confiance tout au long de
ce travail.

Je vous remercie pour vos corrections, vos encouragements et la
bienveillance dont vous avez fait preuve. J'ai eu grand plaisir à échanger et à
travailler avec vous.

Veillez trouver à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus
respectueux.

Table des abréviations

COHIP : Child Oral Health Impact Profile.

EEC : Ectrodactyly – Ectodermal Dysplasia Clefting.

EDA : Ectodysplasine A.

MIH : Molar Incisor Hypomineralization.

OHRQoL : Oral Health-Related Quality of Life.

OMIM : Online Mendelian Inheritance in Man.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PNDS : Protocole National de Diagnostic et de Soins.

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

Impacts des agénésies dentaires sur la qualité de vie des enfants : Une revue narrative

Table des matières

1	Introduction	13
1.1	Agénésies dentaires	13
1.1.1	Définitions	13
1.1.2	Étiologies	15
1.1.3	Épidémiologie	16
1.1.4	Prise en charge	17
1.1.4.1	L'orthopédie dento-faciale	18
1.1.4.2	La prothèse amovible	19
1.1.4.3	L'implantologie	20
1.2	Qualité de vie	23
1.2.1	Définition	23
1.2.2	Qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire (OHRQoL)	24
1.2.3	Questionnaires pour évaluer la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire (OHRQoL)	26
1.3	Objectif et question de la recherche	28
2	Matériels & méthodes	29
2.1	Définition d'une revue narrative	29
2.2	Identification des études	29
2.2.1	Identifier les sources d'information	29
2.2.2	Définition des mots clés	29
2.3	Définition des critères d'inclusion et non inclusion	31
2.4	Sélection des études	32
2.5	Classification des données	33
2.6	Analyse des données	33
3	Résultats	34
3.1	Présentation des études	34
3.2	Présentation des résultats	39

4	<i>Discussion</i>	50
4.1	Analyse des résultats	50
4.1.1	Impacts esthétiques	50
4.1.2	Impacts fonctionnels	53
4.1.2.1	Mastication altérée	53
4.1.2.2	Phonation altérée	55
4.1.3	Impacts sociaux	55
4.1.4	Impacts émotionnels/psychologiques.....	57
4.1.5	Impacts sur la prise en charge	58
4.1.6	Facteurs influents	60
4.1.6.1	Influence de l'âge.....	60
4.1.6.2	Influence du nombre de dents absentes	61
4.1.6.3	Influence du sexe	62
4.2	Limites, intérêts et résumé de l'étude	63
4.2.1	Limites de l'étude	63
4.2.1.1	Groupe témoin.....	63
4.2.1.2	Biais de réponse.....	63
4.2.1.3	Biais de sélection	64
4.2.1.4	Ethnie.....	64
4.2.2	Intérêts et résumé de l'étude.....	65
5	<i>Implication clinique</i>	67
6	<i>Conclusion</i>	69
7	<i>Annexes</i>	70
7.1	Table des figures	70
7.2	Table des tableaux	71
8	<i>Bibliographie</i>	76

1 Introduction

1.1 Agénésies dentaires

1.1.1 Définitions

De nombreuses anomalies dentaires sont identifiées, parmi celles-ci, il existe, les anomalies de développement impactant surtout le nombre de dents mais aussi la taille ou leur forme. Les plus fréquentes étant les agénésies dentaires.

Il y a également les anomalies de structure touchant l'émail, la dentine ou le ciment : fluorose, MIH, amélogénèse imparfaite, dentinogénèse imparfaite, ...

Enfin il y a les anomalies d'éruption entraînant une éruption retardée ou ectopique (1).

Cet arbre décisionnel réalisé par la Société Française de Pédiatrie permet de classer ces anomalies (2).

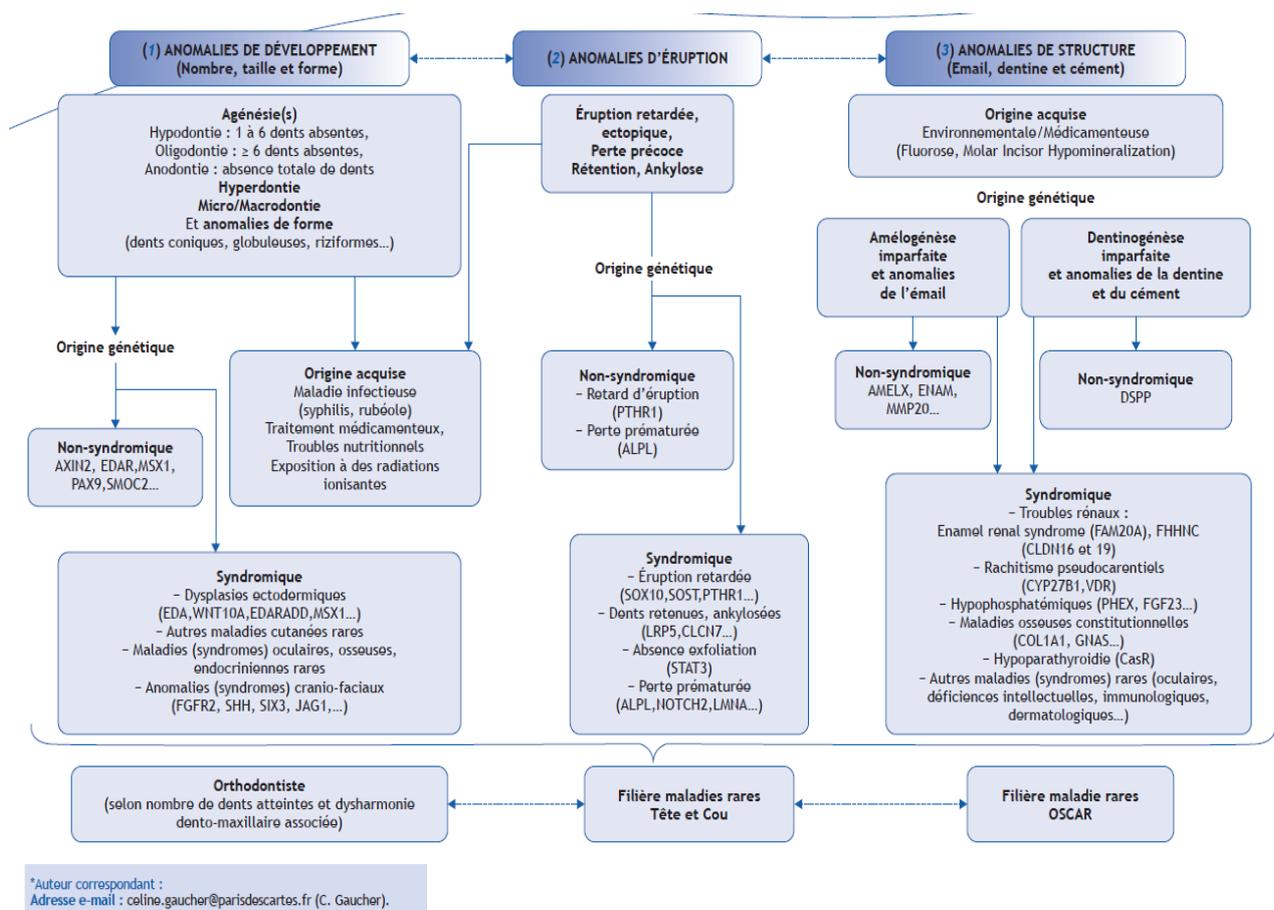


Figure 1 : Arbre décisionnel pour la conduite à tenir devant une anomalie dentaire (2)

Les agénésies dentaires, anomalies dentaires de nombre par défaut dues à un défaut de développement, sont définies par l'absence congénitale d'une ou de plusieurs dents et peuvent concerner les dents temporaires comme les dents permanentes. Elles sont nommées d'après le nombre de dents absentes, les patients peuvent donc soit présenter une oligodontie, une hypodontie ou une anodontie (3).

L'hypodontie, agénésie dentaire la plus répandue chez l'homme, est caractérisée par l'absence de développement de moins de 6 dents, à savoir entre 1 et 5 dents à l'exclusion des troisièmes molaires (4–7). Le plus souvent, l'hypodontie concerne les dents de fin de série c'est-à-dire : les deuxièmes prémolaires mandibulaires ou les incisives latérales maxillaires. Elle peut être subdivisée en 2 catégories :

- Non syndromique : étant l'anomalie de nombre par défaut la plus courante, touchant le plus fréquemment la denture permanente.
- Syndromique : pouvant être sporadique ou familiale (3,5,6).

L'oligodontie est une forme d'agénésie plus sévère, elle se définit par l'absence de 6 dents ou plus, les dents de sagesse n'étant pas prises en compte (4,6–9). La réduction de la taille des dents, des altérations de leur forme et un développement retardé sont d'autres anomalies dentaires qui peuvent être associés à l'oligodontie (3). Par ailleurs, tout comme l'hypodontie, elle peut être :

- Non syndromique : c'est-à-dire isolée ;
- Syndromique : elle peut être alors un symptôme de nombreux syndromes. Elle est le plus souvent retrouvée comme une manifestation orale de la dysplasie ectodermique, qui affecte également d'autres tissus ectodermiques tels que la peau, les ongles, les cheveux et les glandes sudoripares (7,8).

Par ailleurs, dans la littérature, l'oligodontie et l'hypodontie ont souvent été interchangeables. C'est pourquoi dans certains cas, l'hypodontie est classée en 3 groupes (légère : de 1 à 3 dents absentes ; modérée : de 4 à 5 dents absentes ; sévère : plus de 6 dents absentes), bien que ces termes définissent deux concepts cliniques différents si l'on considère le nombre de dents manquantes (6,10).

L'anodontie, le plus souvent syndromique, se traduit par l'absence de toutes les dents que ce soit en denture temporaire ou permanente (5,6,11,12).

1.1.2 Étiologies

Les agénésies dentaires **non syndromiques** peuvent être :

- Causées par des facteurs environnementaux :

Quelques cas d'oligodontie ont pour origine l'exposition à des facteurs environnementaux exogènes pendant le stade embryologique, au moment où les bourgeons des dents permanentes se développent. Ces facteurs exogènes peuvent être des traitements anti-cancéreux, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'exposition à la thalidomide, ou les traumatismes crâniens, ...(3)

- Ou d'étiologie génétique (11,13) :

Pour la plupart des cas, l'oligodontie est d'origine génétique, engendrée par une mutation dans les gènes impliqués dans le développement crânio-facial et dentaire, intervenant dans les séquences d'initiation et de morphogénèse. Il a été démontré qu'une mutation dans le gène de l'ectodysplasine A (EDA) (11) était présente chez certains patients porteurs d'oligodontie non syndromique (5,7,11,14,15).

Contrairement à l'oligodontie, l'hypodontie non syndromique ou acquise est plus courante que la forme syndromique survenant dans le cadre du syndrome de Down ou de la dysplasie ectodermique (3,5,6,11,14,16).

Les formes les plus sévères d'agénésie, comme l'oligodontie et l'anodontie sont quant à elles le plus souvent **syndromiques**, d'étiologie génétique, fréquemment retrouvées dans le contexte de dysplasie ectodermique (8,17). Néanmoins, l'oligodontie a été incluse dans le phénotype des anomalies de plus de 60 syndromes, détaillés dans le répertoire OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man)(3,15). Les autres structures ectodermiques du corps humain (la peau, les cheveux, les ongles et les glandes sudoripares) se retrouvent souvent également affectées dans ces

syndromes. Parmi ces syndromes et outre les anomalies dentaires, on retrouve (1,8,12) :

- L'incontinentia pigmenti caractérisée par des anomalies neurologiques, rétiniennes, et des lésions cutanées ;
- Le syndrome EEC (Ectrodactyly – Ectodermal Dysplasia Clefing) alliant ectrodactylie, anomalie cutanée, trouble oculaire et surdité.
- La trisomie 21 se définissant par une déficience intellectuelle, une hypotonie musculaire, des malformations cardiaques et digestives.

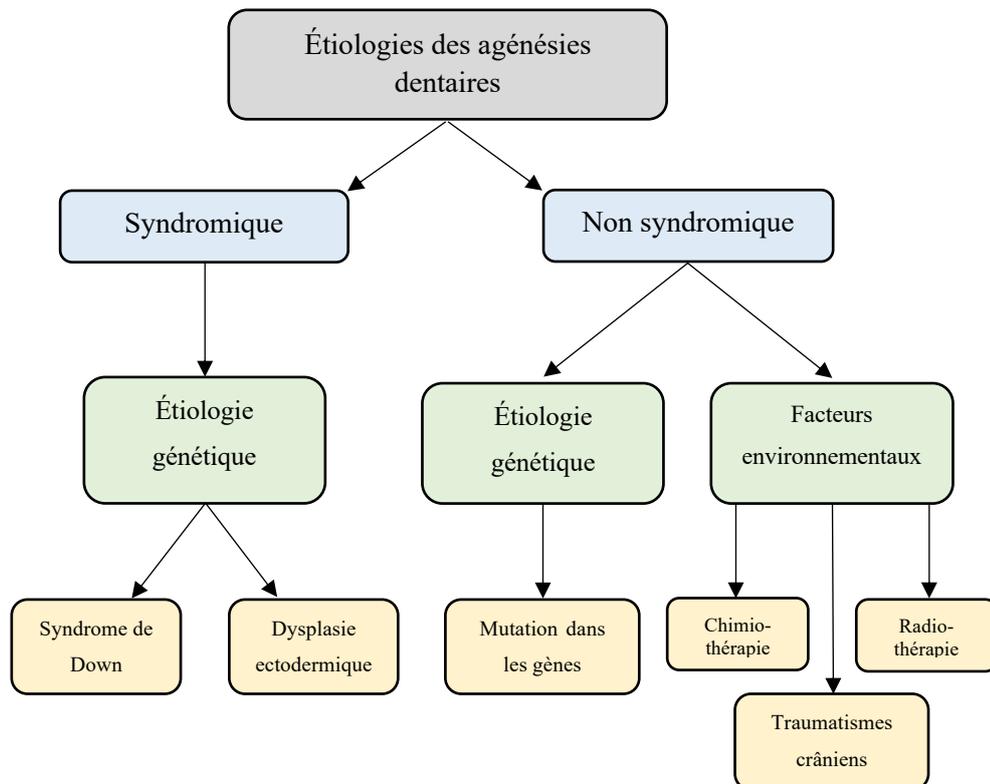


Figure 2 : Étiologies des anomalies dentaires (source personnelle)

1.1.3 Épidémiologie

Les agénésies sont les anomalies dentaires les plus fréquemment retrouvées parmi celles existantes. Des études rapportent que, selon les pays, elles impactent 2,6 à 11,3 % de la population générale (7). Cette prévalence est plus élevée en Europe (7 %) mais également en Australie (6,3%) contrairement aux pays d'Amérique du Nord

qui eux sont moins touchés (5 %) (5,18,19). Les anomalies de nombre par défaut peuvent concerner aussi bien l'arcade maxillaire que l'arcade mandibulaire (5,7,20).

L'hypodontie est la plus répandue chez l'homme avec une prévalence variant de 2 à 8% en fonction de la population étudiée (4,5,16). Selon l'étude de Polder et Al., la denture permanente est plus atteinte (environ 5%) que la denture temporaire (0,4 à 0,9 %) ; touchant plus fréquemment les deuxièmes prémolaires (2,9 à 3,2 %) et les incisives latérales maxillaires (1,5 à 1,8 %) à l'exclusion des troisièmes molaires (20% de la population) (3).

Tout comme l'anodontie, l'oligodontie est le plus souvent syndromique, toutefois qu'elle soit isolée ou associée à un syndrome elle n'affecte que 0,14 % de la population. Aucune donnée épidémiologique n'a encore été révélée concernant la prévalence de l'anodontie dans la population.

Pour ces patients, une prise en charge inadéquate peut altérer leur qualité de vie (1,8).

1.1.4 Prise en charge

La prise en charge des agénésies dentaires est complexe mais nécessaire (21). Elle requiert une approche multidisciplinaire pour une optimisation du traitement global afin d'obtenir les meilleurs résultats fonctionnel et esthétique (6,8,17). Une équipe composée de différentes spécialités est indispensable afin de trouver la solution thérapeutique la plus appropriée au patient quel que soit son âge et ses besoins (4,7).

Le patient doit donc être accompagné par son chirurgien-dentiste traitant mais également par des praticiens spécialisés dans l'orthopédie dento-faciale, la chirurgie maxillo-faciale et orale, l'implantologie, la parodontologie, la réhabilitation prothétique et l'odontologie pédiatrique (3,6). En effet, le diagnostic a souvent lieu très tôt, c'est pourquoi l'enfant doit également être suivi par son médecin traitant mais aussi par un généticien car la cause de cette agénésie peut être recherchée. Le patient atteint d'anomalies dentaires peut ainsi bénéficier d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) régulièrement organisée au sein du réseau O-Rares de la filière Tête et Cou (1,3,7) .

Pour débiter le suivi pluridisciplinaire, les agénésies dentaires doivent être confirmées par un examen clinique accompagné d'une radiographie panoramique. La solution thérapeutique choisie diffère selon le nombre et le type de dents absentes. C'est pourquoi elles doivent être indiquées sur un compte-rendu. Plusieurs options thérapeutiques sont possibles et doivent être proposées dès le plus jeune âge.

1.1.4.1 L'orthopédie dento-faciale

Dans le cas des agénésies les plus fréquentes, à savoir l'hypodontie, des solutions thérapeutiques très simples existent (6,22). Elle peut être gérée grâce à l'orthodontie (17) soit :

- Par fermeture de l'espace de la dent manquante : la dent adjacente prend alors sa place (5,6,22). Par exemple : l'incisive latérale maxillaire est remplacée par la canine avec une modification de la forme de celle-ci par une prothèse conjointe telle qu'une facette (23).

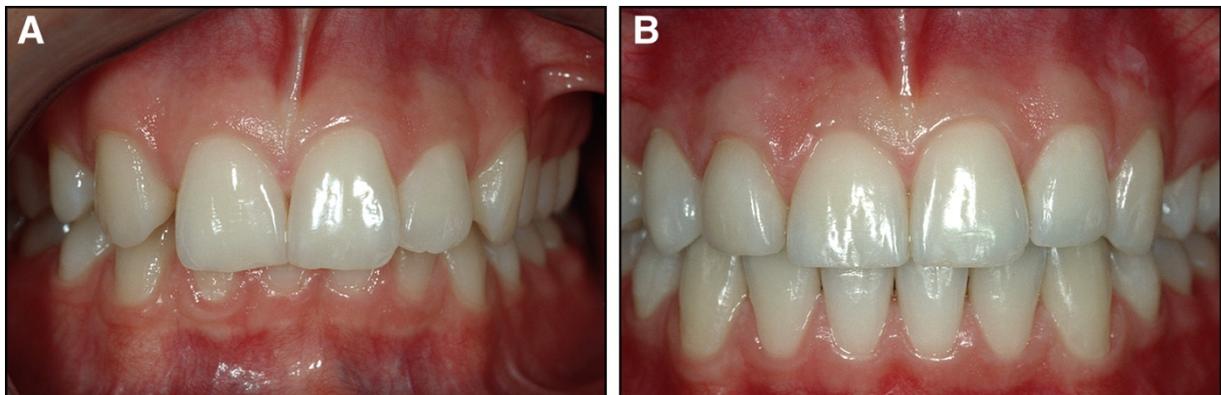


Figure 3 : A. Agénésie unilatérale de l'incisive latérale maxillaire droite chez une jeune fille de 14 ans. B. Substitution par la canine et mise en place d'une facette sur celle-ci. D'après Zachrisson, Rosa et Toreskog « Congenitally missing maxillary lateral incisors : canine substitution » (23)

- Par ouverture de l'espace de la dent manquante : une solution par réhabilitation prothétique transitoire ou définitive est alors proposée pour maintenir l'espace laissé par l'absence de celle-ci. Par exemple : l'incisive latérale maxillaire pourra être remplacée provisoirement par un

bridge collé sur ailettes ou une prothèse amovible partielle avant la pose d'un implant dentaire lorsque la croissance osseuse sera terminée (6,10,22,24).

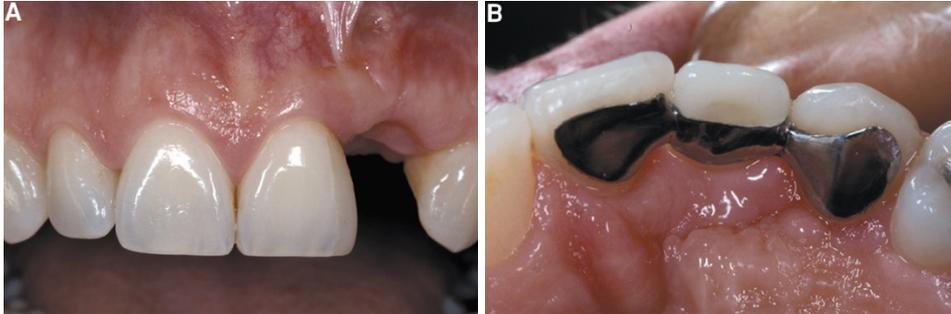


Figure 4 : A. Agénésie d'une incisive latérale. B. Remplacement par un bridge collé sur ailettes. D'après Kinzer et Kokich « Managing congenitally missing lateral incisors » (24)

Dans les cas où le nombre de dents absentes est très limité, l'orthodontie comme option thérapeutique est souvent choisie car étant reconnue comme peu invasive (6).

1.1.4.2 La prothèse amovible

Largement approuvée par les enfants porteurs d'agénésies, la prothèse amovible partielle ou totale, qu'elle soit conventionnelle ou de recouvrement, est une solution thérapeutique couramment utilisée.

Débutée très tôt chez les patients atteints d'oligodontie et d'anodontie la réhabilitation prothétique nécessite une adaptation régulière des dispositifs, rythmée par la croissance osseuse de l'enfant. C'est pourquoi l'accompagnement thérapeutique doit se poursuivre sur le long terme (7,10,11).



Figure 5 : Cas d'un enfant de 5 ans porteur de dysplasie ectodermique présentant une oligodontie maxillaire et une anodontie mandibulaire d'après le Référentiel Francophone d'Odontologie Pédiatrique (7)

Toutefois, la prothèse amovible reste la meilleure solution transitoire, peu invasive, efficace, bien tolérée et facile à mettre en pratique n'exigeant que peu de coopération de la part du jeune patient. (7)

Dans certains cas, la réhabilitation fonctionnelle peut être limitée compte tenu d'une croissance osseuse très limitée avec un os verticalement et horizontalement sous-développé dans les zones où les dents sont manquantes (11).

1.1.4.3 L'implantologie

Chez certains jeunes patients, atteints d'oligodontie ou d'anodontie, le manque de stabilité et l'apparition de lésions buccales (type candidose orale) ont mené à un rejet des dispositifs amovibles. La réhabilitation par implantologie précoce pourrait être dans ces cas une alternative thérapeutique possible si les conditions pour une bonne prise en charge sont réunies (9,10,25). La pose d'implants se fait habituellement au niveau de la symphyse mandibulaire, zone où la croissance est stabilisée. Favorisant le développement des bases squelettiques maxillo-faciales, cette réhabilitation implanto-portée rétablit les fonctions oro-faciales, non sans risques.

La greffe d'os est nécessaire pour augmenter le volume osseux au niveau des crêtes où les dents sont manquantes. Toutefois, la survie implantaire est moins importante au niveau des zones greffées. C'est pourquoi l'ostéo-intégration est plus

faible chez les jeunes patients. L'apparition de mucosité péri-implantaire et de péri-implantite sont souvent retrouvées dans ces cas d'implantologie précoce. Les connaissances sur les performances à long terme de ces implants précoces sont donc encore vagues (9,25).

La pose d'implants dentaires reste la solution idéale pour remplacer les dents manquantes de façon définitive et non amovible mais seulement une fois la croissance osseuse terminée, celle-ci variant en fonction du sexe de l'enfant. Ce traitement implantaire peut permettre de réhabiliter les patients porteurs d'agénésie de manière fonctionnelle et esthétique (10,25).

Le Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS), référentiel qui synthétise les recommandations nationales portant sur les maladies rares permet d'explicitier la prise en charge diagnostique, thérapeutique et le parcours de soins de ces patients. Pour les cas d'agénésies dentaires, il guide la prise en charge en proposant plusieurs alternatives thérapeutiques présentées sous forme de tableaux (3).

Tranche d'âge	0-6 ans	6-12 ans	12-18 ans	Patient en fin de croissance
Traitement prothétique	-PAP ou PC pédiatrique maxillo-mandibulaire. -Suivi et renouvellement prothétique en fonction de la croissance.	-PAP ou PC pédiatrique maxillo-mandibulaire. -PAP mandibulaire implanto-stabilisée en cas d'implants précoces -Suivi et renouvellement prothétique fonction de la croissance. - Des prothèses sur arc bibague ou des prothèses fixées à pont en résine peuvent être proposées si aucune prise en charge orthodontique n'est indiquée ou en l'attente de celle-ci.	-PAP ou PC maxillo-mandibulaire. -PAP mandibulaire implanto-stabilisée en cas d'implants précoces -Suivi et renouvellement prothétique fonction de la croissance.	-Réhabilitation prothétique fixe définitive: couronnes céramique -des facettes au maxillaire et à la mandibule ou des onlays antérieurs à la mandibule
Traitement implantaire	-Mise en place d'implants contre-indiqués jusqu'à l'âge de 6 ans	-Indication de 2 ou 4 implants symphysaires sous prothétiques en cas d'intolérance à la PAP standard et d'instabilité prothétique	-Implants symphysaires sous-prothétiques si indications -Contre-indications des implants maxillaires et implants mandibulaires postérieurs jusqu'à la fin de croissance	-Implants maxillaires et mandibulaires postérieurs si indications
Soins conservateurs	-Coronoplasties additives des incisives-canines temporaires conoïdes -Mise en place de couronnes pédiatriques préformées (notamment en zircone).	-Coronoplasties additives des incisives-canines permanentes conoïdes -Mise en place de couronnes pédiatriques préformées (métalliques ou zircone)	-Des reconstitutions composites esthétiques, des facettes composites ou céramiques, des onlays antérieurs à la mandibule ou des couronnes	-Des composites antérieurs esthétiques (ou des couronnes antérieures)
Suivi ODF	-Bilan ODF Traitement orthopédique précoce dans les dysmorphoses sévères	-Suivi ODF	-Aménagement orthodontique pré-prothétique et pré-implantaire des espaces	-Finition orthodontique-traitement orthodontique adulte si indications
Prise en charge Chirurgicale			-Chirurgie préimplantaire et/ou orthognathique.	-Chirurgies de greffe osseuse et chirurgie orthognathique dans les dysmorphoses sévères

Tableau 1 : Les prises en charge bucco-dentaire des agénésies dentaires en fonction de l'âge selon le PNDS (3).

Un éventail étendu d'options thérapeutiques est disponible pour atténuer les conséquences des agénésies sur le développement psycho-social de l'enfant. Ces conséquences incluent des difficultés de mastication et de phonation, un faciès disgracieux, ainsi qu'une altération du bien-être psychologique, pouvant induire divers impacts négatifs sur la qualité de vie du patient (5,8,10).

1.2 Qualité de vie

1.2.1 Définition

Dans le domaine de la santé, la qualité de vie a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1993 comme « La perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (26).

Cette notion au centre du quotidien des patients, est influencée par de nombreux facteurs extérieurs qui peuvent impacter leur bien-être psychologique, social et physique. Dans cette société actuelle rythmée par les campagnes de publicité et de marketing où l'on ne voit qu'une apparence physique « parfaite », les patients ne perçoivent alors que des images positives de santé bucco-dentaire. Ne montrant que des vues de sourires attrayants, de dents blanches, de l'arrêt du saignement des gencives, d'une diminution des sensibilités dentaires, la télévision et les réseaux sociaux formatent à un « standard » que les valeurs mondiales de la santé proclament (27,28).

Certains patients touchés par des anomalies dentaires, ne ressemblant donc pas aux standards décrits, se trouvent impactés psychologiquement, socialement et physiquement à cause de leur santé bucco-dentaire (29). Outre cette pathologie ils ne présentent le plus souvent aucune autre affection, c'est pourquoi le concept de qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire est apparu : *Oral Health-related Quality of Life : OHRQoL* (27).

1.2.2 Qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire (OHRQoL)

Dans le domaine odontologique, au cours des dernières années, est apparu le concept de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire, communément nommé *Oral Health-related Quality of Life (OHRQoL)*, reconnu par l'OMS comme une spécialité importante du Programme mondial de santé bucco-dentaire datant de 2003.

L'*OHRQoL* est définie par L. Sischo et H.L. Broder comme une « construction multidimensionnelle qui comprend une évaluation subjective de la santé buccodentaire, du bien-être fonctionnel, du bien-être émotionnel, des attentes et de la satisfaction à l'égard des soins et du sens de soi d'un individu » (27). En 2007, l'OMS a dit de la santé bucco-dentaire qu'elle « est essentielle pour l'état général et la qualité de la vie orale mais aussi générale du patient. Elle se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie, de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial » (30).

La qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé et du bien-être. Elle est souvent sollicitée dans le cadre d'enquêtes cliniques mais aussi pour la pratique dentaire quotidienne, le point de vue du patient restant primordial sur les mesures de la qualité de vie (8). Anxiété, dépression, esthétique dentaire et apparence faciale étaient auparavant au centre des impacts sur la qualité de vie des patients. À présent, la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire évalue les dimensions négatives mais aussi positives des anomalies dentaires et leur impact sur l'accès aux soins des patients. L'*OHRQoL* représente une perspective subjective, dépendant des caractéristiques de l'individu et comment elles peuvent interagir avec les perceptions de sa santé. De nombreux facteurs définissent la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire telles que le bien-être social et émotionnel, l'environnement comme l'école et le travail, la santé orale, l'expérience à la douleur et à l'inconfort, la fonction (capacité masticatoire et diction) et le résultat du traitement entrepris (27).



Figure 6 : Dimensions appartenant à la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire (OHRQoL) (27)

Oral Health-related Quality of Life comprend une évaluation propre à chacun donc liée à la spécificité de l'âge et à la santé bucco-dentaire de chacun. Celle-ci étant « fortement dépendante de l'âge » des différences de perceptions ont été constatées entre enfants et adultes (31,32). C'est la raison pour laquelle les recherches récentes se sont concentrées sur une mesure d'évaluation de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire chez les enfants. Cela relève du défi car le développement dentaire, facial et cognitif des jeunes patients évolue tout au long de leur vie. Certains enfants en grandissant peuvent être capables de faire face à la maladie, ils développeraient des atouts psychologiques, tels que l'optimisme, qui pourraient améliorer leur estime de soi et leur bien-être (27).

De nombreux questionnaires adaptés aux enfants ont été créés afin d'évaluer l'influence de la santé bucco-dentaire sur la santé globale et le bien-être des patients. (33).

1.2.3 Questionnaires pour évaluer la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire (OHRQoL)

La qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire ne peut se mesurer qu'à l'aide de questionnaires spécifiques (34). Cette notion étant subjective peu d'études existent aujourd'hui.

Cushing et al. crée le premier questionnaire en 1986, enrichit par Gift et Redford en 1992 montrant qu'il existe des associations entre santé orale, générale et qualité de vie. Aujourd'hui, de nombreux questionnaires sont retrouvés dans les études.

Par exemple, le Child Oral Health Impact Profile (COHIP) (Annexe : Tableau 10) tente d'identifier l'impact de la prise en charge mais aussi « l'influence positive de la santé bucco-dentaire et de l'apparence du visage et des dents sur la santé globale et le bien-être des patients ». Cet instrument, conçu pour les enfants âgés de 8 à 15 ans, analyse les domaines du bien-être fonctionnel, socio-émotionnel, l'environnement scolaire et l'image de soi influencés par la santé bucco-dentaire des enfants atteints d'anomalies oro-faciales (33). Les résultats de chaque question sont additionnés sur une échelle, la valeur finale varie de 0 à 56. Les scores plus élevés indiquent une mauvaise santé buccodentaire et un indice de satisfaction plus faible associé à la qualité de vie de l'individu (10,35).

D'autres questionnaires existent :

- Le CPQ 11-14 est un questionnaire sur la perception de l'enfant divisé en 4 domaines évoquant : les symptômes oraux, les limitations fonctionnelles, le bien-être émotionnel, et le bien-être social. Il a été créé pour établir la vision de l'enfant sur son apparence et la réaction perçue par ses pairs au cours des 3 mois précédents (6,36–38). Plus le score CPQ augmente, plus un enfant est affecté, donc plus le score est élevé, plus l'impact psychosocial est important (39) (Annexe : Tableau 8).
- Le BCSQ est un questionnaire spécifique nouvellement conçu pour évaluer la relation entre l'hypodontie et la qualité de vie dans 4 domaines : le traitement, les

activités, l'apparence et la réaction des autres personnes. Akram et al. ont démontré sa validité et sa fiabilité en tant que questionnaire d'évaluation de la qualité de vie chez les participants atteints d'hypodontie (6,36).

- Le questionnaire sur la santé de l'enfant pour la mesure de l'estime de soi CHQ-CF-87 composé de 87 questions évalue les expériences physiques et psychosociales des enfants âgés de 11 à 17 ans (6,36).
- Le questionnaire OASIS mesure le niveau de préoccupation que les patients ont à l'encontre de l'apparence de leurs dents, que ce soient les commentaires positifs ou négatifs, les taquineries et l'évitement du sourire. C'est une échelle d'impact subjectif pour évaluer les problèmes esthétiques (6,36).
- Le FACE-Q (40,41) élaboré pour les patients âgés de 8 à 29 ans présentant des anomalies faciales comprend différents modules avec des sous-ensembles pour avoir la possibilité de n'utiliser que les parties qui sont pertinentes pour des patients spécifiques. Par exemple, le face-Q cranio-facial, mesure 4 domaines : l'apparence, la fonction faciale, la qualité de vie liée à la santé et les effets indésirables du traitement (8) (Annexe : Tableau 11).

D'autres questionnaires permettent une mesure de l'OHRQoL, comme l'échelle de l'impact oral sur la performance quotidienne (OIDP). L'OIDP évalue les impacts oraux affectant les activités quotidiennes des individus, et mesure uniquement les impacts comportementaux (Annexe : Tableau 9). L'existence de nombreux questionnaires montrent l'importance d'évaluer la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire chez les enfants.

1.3 Objectif et question de la recherche

Actuellement, le diagnostic d'agénésies dentaires lors des premières consultations est en augmentation, obligeant le praticien à l'annoncer aux parents mais surtout aux enfants. Comment ces agénésies impactent-elles le quotidien de ces derniers ? Comment leur qualité de vie en est-elle affectée ? L'objectif de cette revue narrative est d'analyser l'impact de l'anodontie, l'hypodontie et l'oligodontie sur la qualité de vie des enfants.

2 Matériels & méthodes

2.1 Définition d'une revue narrative

Une revue de narrative consiste à réaliser un état, une synthèse des connaissances sur une question, un domaine particulier ou sur un sujet de recherche. Elle a pour objectif de procéder à une synthèse structurée des écrits scientifiques sur ce sujet en suivant une démarche méthodique permettant sa reproductibilité.

2.2 Identification des études

2.2.1 Identifier les sources d'information

L'identification des études s'est effectuée au moyen de 3 moteurs de recherche PubMed, Web of Science et Science Direct. Le processus d'identification a débuté par la recherche de mots clés et de descripteurs à l'aide du MeSH database afin d'élaborer les équations de recherche pour chacune des sources d'information (Tableaux 2, 3, & 4).

2.2.2 Définition des mots clés

Afin de définir les mots clés nécessaires, il a fallu partir de notre question de recherche. Les mots clés suivants ont été retenus :

- Anodontia ;
- Hypodontia ;
- Oligodontia ;
- Tooth agenesis ;
- Dental agenesis ;
- Quality of life ;
- OHRQoL : abréviation de "Oral Health Related Quality of Life".

Tout d'abord, la recherche des mots clés sur **Pubmed** s'est faite à l'aide du MeSH database. Après plusieurs équations de recherche, seul le critère « quality of life » est retenu en tant que MeSH Terms. En effet, l'onglet (Title/Abstract) était le plus approprié pour cette recherche, les MeSH Terms restreignant trop le nombre de résultats finaux. Ainsi, l'équation finale fut cette dernière : $(((\text{anodontia [Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{hypodontia [Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{oligodontia [Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{tooth agenesi s [Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{dental agenesi s [Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{dental agenesi s [MeSH Terms]}))) \text{ AND } ((\text{quality of life [Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{quality of life [MeSH Terms]}))))))$.

Tableau 2 : Équation de recherche Pubmed

Base de données	Équations
Pubmed	$(((\text{anodontia[Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{hypodontia[Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{oligodontia[Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{tooth agenesi s[Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{dental agenesi s[Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{dental agenesi s[MeSH Terms]}))) \text{ AND } ((\text{quality of life[Title/Abstract]} \text{ OR } (\text{quality of life[MeSH Terms]}))))))$

Pour la recherche sur **Web Of Science**, les mots clés sont restés identiques mais la recherche à différer. En effet, il est également possible de réaliser une recherche avancée « Advanced Search » afin de combiner différents termes. Afin de parvenir aux résultats il a fallu combiner les mots clés de la façon suivante : $[(\text{anodontia (Topic)} \text{ OR } \text{hypodontia (Topic)} \text{ OR } \text{oligodontia (Topic)} \text{ OR } \text{tooth agenesi s (Topic)} \text{ OR } \text{dental agenesi s (Topic)}) \text{ AND } (\text{quality of life (Topic)} \text{ OR } \text{OHRQoL (Topic)})]$. L'onglet « Topic » a permis de chercher ces termes dans le titre, le résumé, les mots clés, des auteurs de tous les articles présents sur ce moteur de recherche.

Tableau 3 : Équation de recherche Web of Science

Base de données	Équations
Web of Science	(anodontia (Topic) OR hypodontia (Topic) OR oligodontia (Topic) OR tooth agenesis (Topic) OR dental agenesis (Topic)) AND (quality of life (Topic) OR OHRQoL (Topic))

Pour finir pour le moteur de recherche **Science Direct**, après avoir testé différentes combinaisons de mots dans l'icône "Advanced search" onglet "Title, abstract or author-specified keywords", l'équation : [(anodontia OR hypodontia OR oligodontia OR tooth agenesis OR dental agenesis) AND (quality of life OR OHRQoL)] a été retenue.

Tableau 4 : Équation de recherche Science Direct

Base de données	Équations
Science direct	(anodontia OR hypodontia OR oligodontia OR tooth agenesis OR dental agenesis) AND (quality of life)

2.3 Définition des critères d'inclusion et non inclusion

Afin de sélectionner les articles à inclure dans notre étude il est nécessaire de définir des critères d'inclusion et de non-inclusion.

Tout d'abord, les articles doivent avoir pour principal sujet l'impact des agénésies dentaires sur la qualité de vie des enfants.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Articles traitant des agénésies dentaires (anodontie, oligodontie ou hypodontie) et de la qualité de vie chez les enfants.
- Population : sujets de moins de 18 ans ;
- Articles rédigés en français ou en anglais.
- Articles datant de moins de 15 ans : publiés entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 janvier 2024.

Les critères de non-inclusion sont les suivants :

- Population : sujets uniquement de plus de 18 ans.
- Articles rédigés avant le 1^{er} janvier 2009 ;
- Articles rédigés dans une autre langue que le français et l'anglais ;
- Articles portant sur les hypodonties provoquées par : un traumatisme, des extractions.
- Évoquant uniquement l'absence des dents de sagesse.

2.4 Sélection des études

Au vu du nombre important de résultats, les critères d'inclusion et de non-inclusion ont permis de sélectionner les différents articles. La sélection des études s'est faite en plusieurs étapes, présentée sous forme d'un diagramme de flux (Figure 4).

Tout d'abord, les articles apparaissant dans plus d'une base de données ont été lus qu'une seule fois, les doublons ont donc été supprimés. Ensuite, une lecture des titres et des résumés a été réalisée ne menant qu'aux études à analyser dans leur intégralité. Lorsque les titres et résumés n'étaient pas clairs, les études étaient également consultées dans leur intégralité.

Lors de la lecture intégrale, afin de faciliter l'inclusion ou non des études dans notre revue, un tableau récapitulatif a été réalisé regroupant le titre, le résumé, les critères d'inclusion retrouvés et le lien vers chaque article. Les articles exclus ne correspondaient pas aux critères d'inclusion choisis.

2.5 Classification des données

Par la suite, les 14 articles pré-sélectionnés selon la méthodologie précédemment explicitée ont été classés. Afin de faciliter l'analyse des études retenues dans notre revue, un tableau récapitulatif (Tableau 6) a été réalisé présentant les différentes caractéristiques générales :

- Titre de l'article ;
- Auteurs ;
- Type de l'étude ;
- Date de publication ;
- Pays ;
- Âge des patients ;
- Questionnaires utilisés ;
- Anomalie de nombre rencontrée.

2.6 Analyse des données

Au cours de la lecture intégrale des articles, un certain nombre d'informations ont été relevées afin de pouvoir ensuite les analyser et les comparer.

Une fois que le type d'étude, les auteurs, l'âge de la population étudiée et la date de publication ont été soulignés, d'autres critères plus spécifiques portant sur le sujet de l'étude, à savoir l'impact des agénésies sur la qualité de vie des enfants dans chaque étude a été cherché. Toutes ces données ont été collectées et classées dans des tableaux de résultats qui seront présentés dans le paragraphe suivant (Tableaux 6 & 7).

3 Résultats

3.1 Présentation des études

Tableau 5 : Résultats des équations de recherche selon les moteurs de recherche

Base de données	Équations	Période	Résultats
PubMed	((anodontia[Title/Abstract] OR (hypodontia[Title/Abstract] OR (oligodontia[Title/Abstract] OR (tooth agenesis[Title/Abstract] OR (dental agenesis[Title/Abstract] OR (dental agenesis[MeSH Terms])) AND ((quality of life[Title/Abstract] OR (quality of life[MeSH Terms]))	Du 01/01/2009 au 31/01/2024	85
Web of Science	(anodontia (Topic) OR hypodontia (Topic) OR oligodontia (Topic) OR tooth agenesis (Topic) OR dental agenesis (Topic)) AND (quality of life (Topic) OR OHRQoL (Topic))	Du 01/01/2009 au 31/01/2024	101
Science Direct	(anodontia OR hypodontia OR oligodontia OR tooth agenesis OR dental agenesis) AND (quality of life)	Du 01/01/2009 au 31/01/2024	21

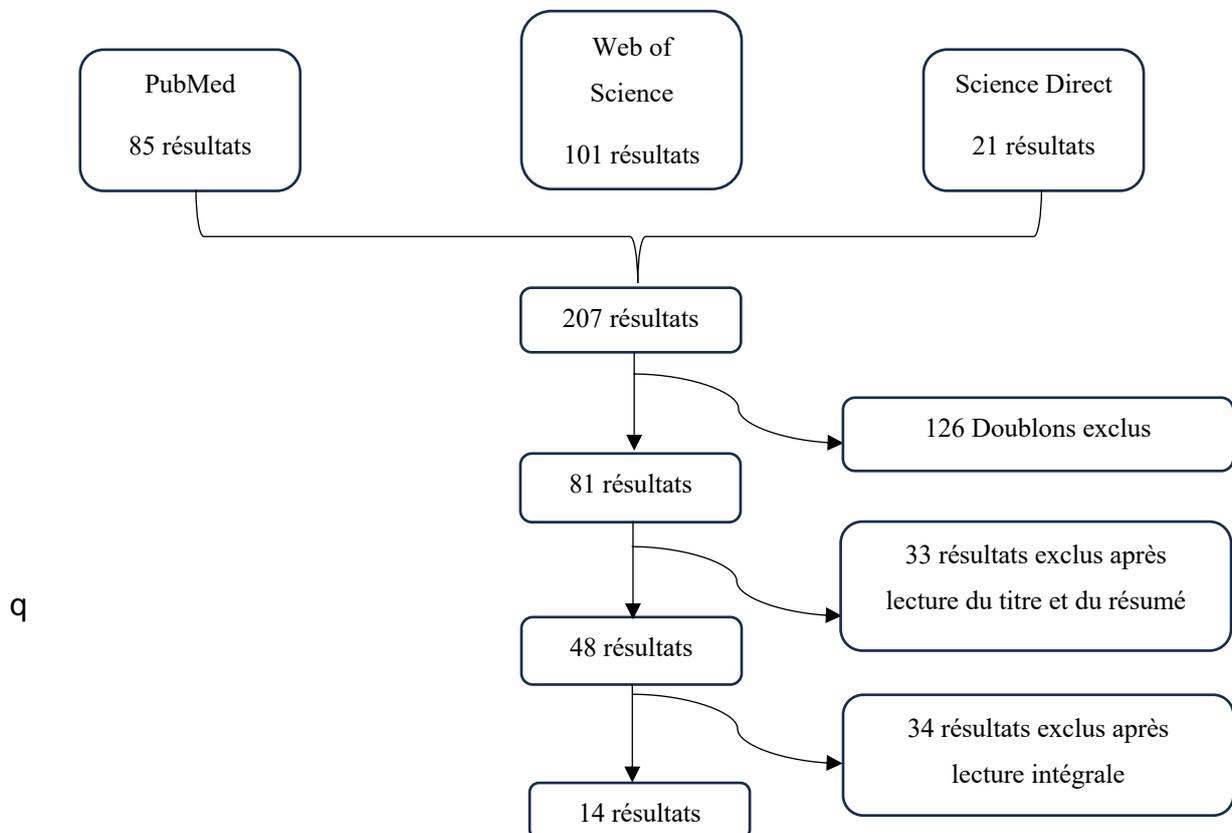


Figure 7 : Diagramme de flux

La recherche réalisée selon les critères évoqués précédemment totalise 207 résultats. Après retrait des doublons, lecture des titres et des résumés puis la lecture intégrale il ne reste que 14 résultats (Figure 7 et Tableau 6).

Tableau 6 : Recueil de données des articles inclus

N°	Titre	Auteurs	Type d'étude	Date de publication	Pays	Âge de la population	Questionnaire utilisé	Anomalie de nombre
1	Oral health-related quality of life in patients with oligodontia : A FACE-Q assessment ⁽⁸⁾	M. Aarts, S. Mettenberger, E.M. Bronkhorst, E.M. Ongkosuwito	Étude cas-témoin	2023	Pays-Bas	8 à 29 ans	FACE-Q Dental Cranio-facial	Oligodontie
2	The impact of orthodontic treatment on a young person's quality of life, esthetics, and self-esteem in hypodontia : A longitudinal study ⁽⁶⁾	Ama Johal, Mandana Amin, Rabia Dean	Étude prospective longitudinale	2023	Angleterre	11 à 18 ans	CPQ 11-14 BCSQ CHQ-CF-87 OASIS	Hypodontie légère, modérée, sévère
3	Psychosocial impact of hypodontia in children ⁽³⁹⁾	Emma Laing, Susan J. Cunningham, Steven Jones, David Moles, Daljit Gille	Étude transversale	2010	Angleterre	11 à 16 ans	CPQ 11-14 EVA : Échelle Visuelle Analogique	Hypodontie
4	Hypodontia and its impact on a young person's quality of life, esthetics, and self-esteem ⁽³⁶⁾	Ama Johal, Yan Huang, Simon Toledano	Étude prospective transversale	2022	Royaume-Uni	11 à 18 ans	CPQ 16 BCSQ CHQ-CF-87 OASIS	Hypodontie non syndromique (au moins 2 dents)
5	Association of site-specific tooth absence with severity of oral health-related quality of life impacts in girls having nonsyndromic oligodontia ⁽⁴²⁾	Sunjay Suri, Hyejung Jung, Robert Carmichael, Wendy Lou	Étude observationnelle transversale	2022	Canada	8 à 17 ans	CPQ 11-14	Oligodontie non syndromique
6	Oral health-related quality of life in Dutch children diagnosed with oligodontia. A cross-sectional study ⁽⁴³⁾	Marieke A.P. Filius, Marco S. Cune, Marijn Créton, Arjan Vissink, Gerry M. Raghoebar, Anita Visser	Étude transversale	2019	Pays-Bas	11 à 17 ans	ChildQoLDAT	Oligodontie

7	Does dental agenesis have an impact on OHRQoL of children, adolescents and young adults ? A systematic review ⁽⁴⁴⁾	A. Silva Rodrigues, J. Santos Freire, G. Inácio Melandes da Silva, Leonardo Santos Antunes, L. Azeredo, A. Antunes	Revue systématique	2018	Brésil	11 à 17 ans	CPQ 11-14 ODP et ODP CS	Toutes les agénésies dentaires
8	Impacts of oligodontia on oral health-related quality of life reported by affected children and their parents ⁽⁴⁵⁾	Leila Raziee, Peter Judd, Robert Carmichael, Shiyi Chen, Nicole Sidhu, Sunjay Suri	Étude transversale	2019	Canada	8 à 18 ans	Version courte CPQ 11-14 et le P-CPQ pour les parents	Oligodontie non syndromique
9	Oral health-related quality of life of children with oligodontia ⁽⁴⁶⁾	David Locker, Aleksandra Jokovic, Preeti Prakash, Bryan Tompson,	Étude transversale	2009	Canada	11 à 14 ans	CPQ 11-14	Oligodontie
10	Discriminative ability of the generic and condition specific Oral Impact on Daily Performance (OIDP) among adolescents with and without hypodontia ⁽⁴⁷⁾	Christina L Hvaring, Kari Birkeland, Anne Nastrøm	Étude transversale	2014	Norvège	11 à 17 ans	OIDP	Hypodontie non syndromique légère, modérée, sévère
11	Parental perceptions of prosthetic treatment for and coping abilities of children with ectodermal dysplasia : A pilot study ⁽⁴⁸⁾	Sigalit Blumer, Lilach Bogachek-Halfon, Benjamin Peretz, Nir Shpack, Sagit Nissan	Étude pilote	2018	Israël	8,5 à 17 ans	Questionnaire semi-structuré à réponses ouvertes	Oligodontie dans la dysplasie ectodermique
12	The impact of hypodontia : a qualitative study on the experiences of patients ⁽⁴⁹⁾	S. Meaney, L. Anweigi, H. Ziada, F. Allen	Étude qualitative	2011	Irlande	16 à 25 ans	OHIP-49	Hypodontie
13	Psychosocial and behavioural impact of three clinical presentations of oligodontia in a tertiary hospital ⁽⁵⁰⁾	Wendy Nicholls, Steven Singer,	Étude transversale	2023	Australie	16 à 32 ans	Cleft Research Questionnaire (CRQ) OHIP-14	Oligodontie

<p>14 The impact of tooth agenesis on oral health-related quality of life in children ⁽⁵¹⁾</p>	<p>Sheena Kotecha, Peter John Turner, Thomas Dietrich, Ashish Dhopatkar</p>	<p>Étude transversale</p>	<p>2013</p>	<p>Angleterre</p>	<p>11 à 14 ans</p>	<p>CPQ11-14 P-CPQ pour les parents</p>	<p>Hypodontie Oligodontie</p>
--	---	-------------------------------	-------------	-------------------	------------------------	--	-----------------------------------

Parmi les articles retenus, il y avait 1 étude prospective longitudinale⁽⁶⁾, 9 études transversales^(36,39,42,43,45–47,50,51) dont 1 étude prospective⁽³⁶⁾ et 1 étude observationnelle⁽⁴²⁾, 1 revue systématique⁽⁴⁴⁾, 1 étude cas-témoin⁽⁸⁾, 1 étude pilote⁽⁴⁸⁾ et 1 étude qualitative⁽⁴⁹⁾ (Figure 8). La revue systématique regroupe quant à elle l'analyse de 3 des études incluses à savoir celle de Laing et al. ⁽³⁹⁾, de Kotecha et al. ⁽⁵¹⁾ et de Hvaring et al. ⁽⁴⁷⁾. Trois moteurs de recherche différents ont été explorés, au vu du faible nombre d'études retenues pour cette revue, il a été décidé de toutes les inclure quel que soit leur niveau de preuve.

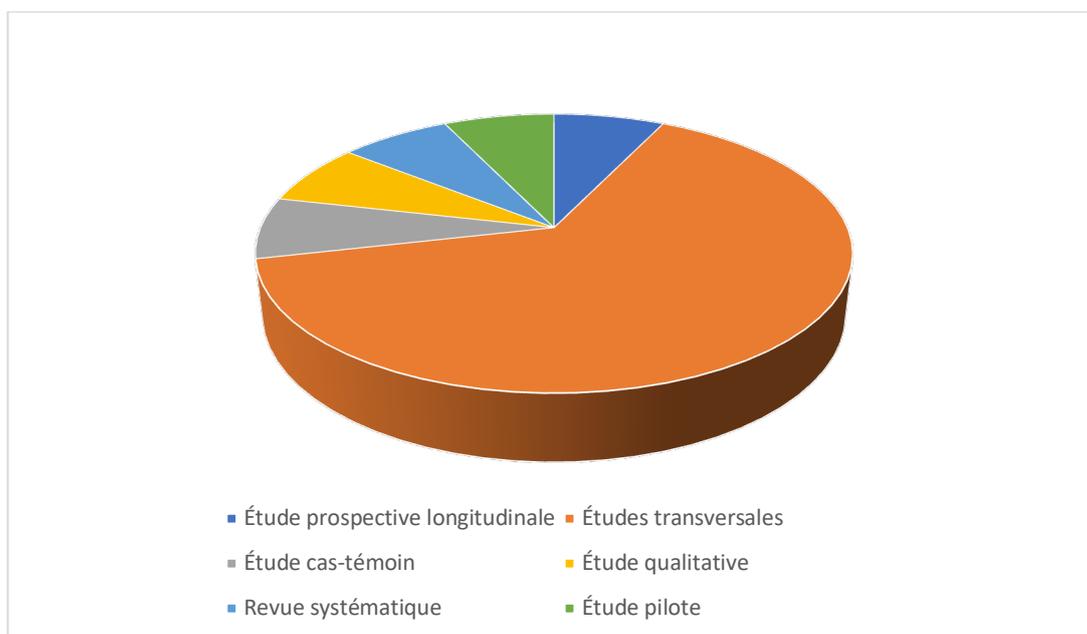


Figure 8 : Graphique du type d'études incluses

Les populations cibles étaient recrutées :

- Dans des milieux hospitaliers ou centre médical pour 3 d'entre elles ^(6,8,50) ;
- Dans des cliniques de soins dentaires, orthodontiques, ou de dentisterie pédiatrique pour la plupart à savoir 10 études ^(36,39,42,43,45–49,51) ;

- Aucune information n'était mentionnée quant au lieu de recrutement pour une des études incluses⁽⁴⁴⁾.

La tranche d'âge des populations des différentes études varie, parmi les 14 incluses seulement 3 avaient une catégorie d'âge débutant avant 18 ans mais se terminant qu'à 25⁽⁴⁹⁾, 29⁽⁸⁾ ou 32 ans⁽⁵⁰⁾. Certaines ne commencent qu'à partir de 8 ans^(8,42,45,48), d'autres 11 ans^(6,36,39,43,44,46,47,51) ou pour 2 études 16 ans^(49,50).

Une diversité de pays et donc de cultures sont présentes au sein de cette revue, en effet autant d'études ont été conduites en Angleterre^(6,39,51) et au Canada^(42,45,46). D'autres ont été réalisées aux Pays-Bas^(8,43), au Brésil⁽⁴⁴⁾, en Norvège⁽⁴⁷⁾, en Irlande⁽⁴⁹⁾, à Israël⁽⁴⁸⁾, en Australie⁽⁵⁰⁾ ou encore au Royaume-Uni⁽³⁶⁾ (Figure 9).

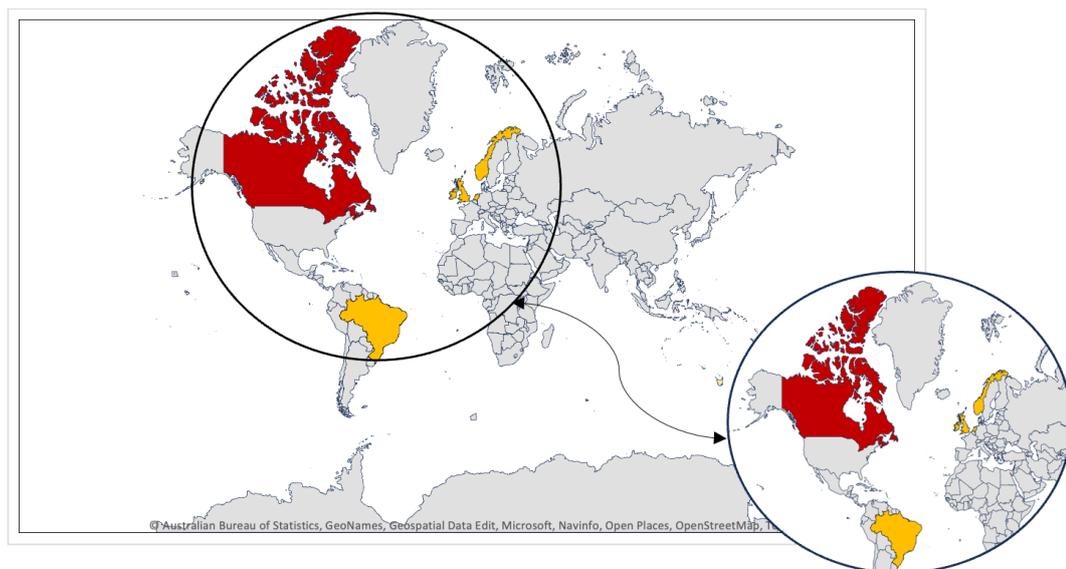


Figure 9 : Cartographie de la répartition des études

Toutes les études sélectionnées s'intéressent à l'impact des agénésies dentaires sur la qualité de vie des enfants quel que soit leur âge. Afin d'évaluer et de caractériser cet impact, toutes les études sans exception ont fait appel à des questionnaires, le CPQ 11-14 revient de nombreuses fois^(6,36,39,42,44,45,51), alors que d'autres formes pour interroger les enfants sont moins présentes c'est le cas de OHIP-49^(49,50), OIDP^(44,47), ou encore FACE-Q⁽⁸⁾.

Le type de population retrouvé dans les différentes études est hétérogène, une majeure partie de ces études s'est intéressée à la population pédiatrique atteinte d'oligodontie^(8,42-46,50,51) ou d'hypodontie^(6,36,39,44,47,49,51). D'autres au contraire ont ciblé des populations spécifiques avec une agénésie syndromique pour la plupart du temps associée à la dysplasie ectodermique⁽⁴⁸⁾, toutefois aucune n'a évoqué l'impact de l'anodontie (Figure 10).

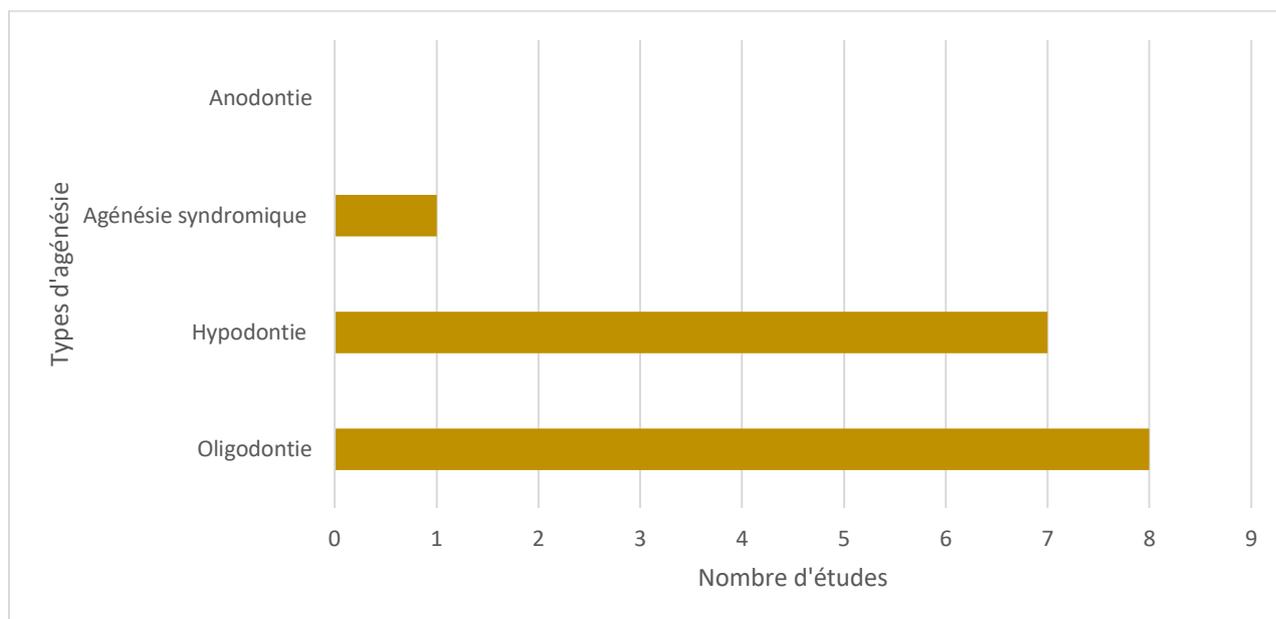


Figure 10 : Graphique du nombre d'études en fonction du type d'agénésie

3.2 Présentation des résultats

Certains passages des articles ont été traduits en français afin d'exprimer le ressenti des patients.

Tableau 7 : Synthèse des études retenues

N°	Titre	Impacts esthétiques	Impacts fonctionnels	Impacts sociaux	Impacts émotionnels / psychologiques	Impacts de la prise en charge
1	Oral health-related quality of life in patients with oligodontia : A FACE-Q assessment ⁽⁸⁾	Aucune différence n'a été trouvée au sujet de la détresse d'apparence, apparence du visage/du sourire/des mâchoires	Difficultés à s'alimenter, plus le nombre de dents manquantes augmentait, plus les difficultés augmentaient	Aucune différence significative au sujet de la vie sociale	À la question : comment vous sentez-vous ?, beaucoup on dit qu'ils se sentaient mal à l'aise dû à l'absence de dents	Non évoqué
2	The impact of orthodontic treatment on a young person's quality of life, esthetics, and self-esteem in hypodontia : A longitudinal study ⁽⁶⁾	Impacts négatifs importants en ce qui concernent leur qualité de vie globale et leur niveau de préoccupation pour l'apparence de leurs dents. Beaucoup de taquineries et un évitement du sourire	Limitations fonctionnelles, impact négatif de leur malocclusion	Beaucoup on subit des « taquineries » et donc ont évité de sourire	Les personnes atteintes d'hypodontie ont eu des niveaux élevés d'impact négatif par rapport au CPQ global et au bien-être émotionnel et social	Non évoqué

<p>3 Psychosocial impact of hypodontia in children ⁽³⁹⁾</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Domaine des limitations fonctionnelles affecté et aggravé par l'hypodontie, difficultés à s'alimenter pour les patients présentant des dents manquantes</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Non évoqué</p>
<p>4 Hypodontia and its impact on a young person's quality of life, esthetics, and self-esteem ⁽³⁶⁾</p>	<p>Inquiétudes concernant l'apparence des dents à la fin du traitement, et l'idée d'avoir à porter de fausses dents. Gêne due aux dents manquantes, et aux espaces entre leurs dents, et la crainte supplémentaire d'autres espaces résultant de la chute des dents de lait, de nombreuses préoccupations dues à l'apparence de leurs dents, avec des taquineries signalées et un évitement du sourire</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Préoccupations par rapport à la réaction des autres personnes à leur égard. Embarras pour rencontrer des gens pour la première fois, et une réticence envers leurs amis qu'ils connaissent leurs dents manquantes. Crainte que les gens pensent que c'était bizarre d'avoir de fausses dents</p>	<p>Embarras et préoccupations</p>	<p>Traitement plus compliqué et plus long que celui d'autres personnes sans agénésie. La présentation et les soins planifiés seraient plus difficiles</p>

<p>5 Association of site-specific tooth absence with severity of oral health-related quality of life impacts in girls having nonsyndromic oligodontia ⁽⁴²⁾</p>	<p>Inquiétudes et gênes liées à l'apparence</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Inquiétudes liées à l'acceptation sociale, impacts associés aux contacts sociaux</p>	<p>Impacts liés à l'état émotionnel, problèmes liés à l'état émotionnel et inquiétudes</p>	<p>Inquiétudes liées au traitement de l'hypodontie</p>
<p>6 Oral health-related quality of life in Dutch children diagnosed with oligodontia. A cross-sectional study ⁽⁴³⁾</p>	<p>Préoccupations liées à leur apparence dentaire. Inquiétudes, gênes et prise de conscience de l'apparence de leurs dents, des espaces entre leurs dents mais aussi de la taille et de la couleur des fausses dents</p>	<p>Manger, parler, prendre des soins personnels buccaux et participer à des sports de contact n'ont pas été influencés négativement, car la plupart des enfants n'ont pas encore perdu leurs dents de lait</p>	<p>Comparaison de leur apparence avec celle de leurs amis car leurs dents ont l'air meilleures. Barrière à la sociabilisation car beaucoup cachent leurs dents lorsqu'ils rient ou sourient</p>	<p>Inquiétudes, gênes causées par la peur d'être laissé avec un espace entre les dents lorsque les dents de lait tombent</p>	<p>Traitement plus compliqué que celui de leurs amis. Inquiétudes quant au résultat du traitement (taille, couleur des fausses dents, espacement)</p>

<p>7 Does dental agenesis have an impact on OHRQoL of children, adolescents and young adults ? A systematic review (44)</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Difficultés à la mastication lorsque les dents de lait associées aux dents permanentes manquantes sont tombées, difficultés de mastication associées à la gravité de l'agénésie</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Impact négatif plus important dans le groupe agénésie avec une différence statistique dans tous les domaines</p>	<p>Non évoqué</p>
<p>8 Impacts of oligodontia on oral health-related quality of life reported by affected children and their parents (45)</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Limitations fonctionnelles</p>	<p>Impact plus important dans le domaine du bien-être social</p>	<p>Beaucoup d'enfants affectés dans leur quotidien dû à l'état de leurs dents. Impact plus important dans les symptômes buccaux, le bien-être émotionnel et le bien-être social</p>	<p>Non évoqué</p>
<p>9 Oral health-related quality of life of children with oligodontia (46)</p>	<p>Inquiétudes et contrariétés dues à l'apparence</p>	<p>Limitations fonctionnelles car l'absence de dents postérieures compromet la mastication. Difficultés à mâcher, respiration buccale</p>	<p>Préoccupations vis-à-vis de ce que pensent les autres, pouvoir avoir de la nourriture coincée entre les dents, impact sur le bien-être social : beaucoup sont taquinés par d'autres enfants</p>	<p>Impact sur la vie quotidienne lié au bien-être émotionnel. Préoccupations et contrariétés dues à ce que pensent les autres de leurs apparence</p>	<p>Non évoqué</p>

<p>10 Discriminative ability of the generic and condition specific Oral Impact on Daily Performance (OIDP) among adolescents with and without hypodontia ⁽⁴⁷⁾</p>	<p>Gêne liée à de petites dents, aux écarts entre les dents et aux dents manquantes</p>	<p>Fonction de morsure entravée, capacité réduite à prononcer des sons qui nécessitent une coordination complexe entre le palais, la langue et les dents</p>	<p>Impacts négatifs importants pour le contact social, l'état émotionnel. Fardeau particulier dans le domaine de la socialisation normale</p>	<p>Problèmes d'état émotionnel plus fréquents dans le groupe hypodontie, tension émotionnelle liée à l'absence d'un nombre important de dents</p>	<p>Traitement nécessitant plus de séances que la moyenne</p>
<p>11 Parental perceptions of prosthetic treatment for and coping abilities of children with ectodermal dysplasia : A pilot study ⁽⁴⁸⁾</p>	<p>Refus de sourire, de se regarder dans le miroir, ou de se brosser les dents parce qu'ils considèrent que leurs dents étaient laides. Gêne vis-à-vis de leurs dents manquantes, mais aussi par leur apparence générale différente due à la dysplasie ectodermique</p>	<p>Limitations fonctionnelles : mastication et consommation d'aliments durs difficiles</p>	<p>Impacts négatifs sur la qualité de vie des enfants dus aux remarques d'autres enfants. Socialisation plus difficile car les interactions sont compliquées dues à la gêne qu'ils ressentent vis-à-vis de leurs dents manquantes</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Traitement difficile, long, douloureux et inconfortable lors de la pose d'une prothèse. Mais les prothèses contribuent à l'amélioration de l'esthétique, de l'image et de l'estime de soi des enfants</p>

<p>12 The impact of hypodontia : a qualitative study on the experiences of patients ⁽⁴⁹⁾</p>	<p>Prise de conscience à l'adolescence de leurs dents. Dissimulation de leurs dents et de leur sourire avec leur main ou leur lèvre devant la bouche car ils ne les trouvaient pas esthétiques</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Sentiments d'inconfort social. Questionnement d'autres personnes au sujet de l'apparence de leurs dents</p>	<p>Prise de conscience de leur disparité. Préoccupations au début de l'adolescence de leur état. Sensation d'oubli par les autres personnes</p>	<p>Manque de compréhension du traitement. Principale source d'insatisfaction et de frustration en raison des complications liées à l'achèvement du traitement et du temps qu'il a fallu</p>
<p>13 Psychosocial and behavioural impact of three presentations of oligodontia in a tertiary hospital ⁽⁵⁰⁾</p>	<p>Préoccupation principale est l'apparence dentaire et du sourire, due à l'espacement dentaire, ainsi qu'à des problèmes de forme et de taille des dents, survenant dans les secteurs dentaires antérieurs</p>	<p>Limitations fonctionnelles, difficultés à manger, à prononcer des mots. Inconfort de la mâchoire beaucoup moins préoccupants que l'esthétique</p>	<p>Impacts sociaux sur la qualité de vie des répondants, affecte négativement leurs interactions sociales. Anxiété sociale et inhibition. Gêne lors de la prise de parole en public, création d'amis, problèmes persistants dans les situations de travail, assister à des entretiens d'embauche, participation scolaire, professionnelle et sportive</p>	<p>Non évoqué</p>	<p>Amélioration de la qualité du sourire, de l'apparence, de l'aspect dentaire, des fonctions buccales, donc une amélioration de l'estime de soi, de la confiance en soi et de la qualité de vie grâce au traitement entrepris</p>

<p>14 The impact of tooth agenesis on oral health-related quality of life in children ⁽⁵¹⁾</p>	<p>Mise en évidence de l'effet négatif sur l'esthétique faciale et dentaire des agénésies</p>	<p>Limitations fonctionnelles</p>	<p>Impact social signalé par tous les enfants</p>	<p>Impact sur le bien-être émotionnel signalé par tous les enfants</p>	<p>Non évoqué</p>
--	---	-----------------------------------	---	--	-------------------

Les résultats sont présentés sous forme d'un tableau exposant les différents impacts des agénésies dentaires retrouvés dans chaque étude. Divisées en cinq colonnes regroupant chacune un impact différent, les informations de chaque article retenu ont été relevées. Après leur lecture intégrale, cinq impacts sont les plus souvent évoqués à savoir :

- L'impact esthétique ;
- L'impact fonctionnel ;
- L'impact social ;
- L'impact émotionnel / psychologique ;
- Et l'impact sur la prise en charge.

Parmi les quatorze articles inclus, onze évoquent de façon négative les impacts esthétiques des agénésies (6,8,36,42,43,45,47–51) avec des phrases comme :

- « Ils éprouvent des impacts négatifs importants en termes de leur qualité de vie globale et de leur niveau de préoccupation pour l'apparence de leurs dents, les taquineries et l'évitement du sourire » (6) ;
- « Ils se sentaient gênés par leurs dents manquantes, elles avaient l'air disproportionné et les espaces entre leurs dents les dérangent, avec la crainte supplémentaire d'autres espaces résultant de la chute de leurs dents de lait » (36) ;
- « Inquiétudes et gênes liées à l'apparence, impacts les plus importants étant associés à la présentation des dents, 68% des filles ont dit que l'état de leurs dents, lèvres, joues et bouches affecte leur vie » (42) ;
- « Je ne ris pas à haute voix avec des amis à cause de l'apparence de mes dents » (43) ;
- « Leurs enfants avaient posé des questions sur leur apparence et pourquoi ils avaient des dents manquantes, l'enfant refusait de sourire ou de se regarder dans le miroir, ou refusait de se brosser les dents parce qu'elles sont laides » » (48) ;

Concernant les conséquences fonctionnelles des agénésies dentaires, des termes tels que « limitations fonctionnelles », « impacts fonctionnels », « problèmes

fonctionnels », « fonction entravée » ont été relevés dans près de onze articles (6,8,39,43–48,50,51). La plupart des études convergent vers un point commun à savoir des « difficultés à manger, à prononcer des mots » à l'exception d'un, qui lui disait plutôt que « manger, parler, prendre des soins personnels buccaux et participer à des sports de contact n'avaient pas été influencés négativement » (43).

L'impact social a été celui le plus souvent relevé, présent dans douze articles sur les quatorze inclus (6,8,36,42,43,45–51). Ces enfants atteints d'agénésies dentaires ont subi de nombreuses « taquineries » (6,46) de la part d'autres individus. Tous les articles abordent des effets discriminatoires sur les relations sociales des agénésies dentaires :

- « Préoccupation par rapport à la réaction des autres personnes à leur égard », « embarras signalé non seulement pour rencontrer des gens pour la première fois, mais aussi une réticence envers leurs amis à connaître leurs dents manquantes » (36) ;
- « Inquiétudes liées à l'acceptation sociale, impacts associés aux contacts sociaux » (42) ;
- « Je ne ris pas à haute voix avec des amis à cause de l'apparence de mes dents » (43) ;
- « Fardeau particulier dans le domaine de la socialisation normale » (47) ;
- « Des parents ont déclaré que leur enfant avait peu d'amis, un enfant a évité de rencontrer des enfants et a plutôt pris contact avec d'autres enfants via Internet, une enfant a reçu des commentaires sociaux négatifs de la part de ses camarades à l'école » (48) ;
- « Forts sentiments d'inconfort social » (49) ;
- « Problèmes d'anxiété sociale et d'inhibition, de participation à l'école, prise de parole en public, création d'amis » (50).

La colonne 4 résume les réflexions présentes au sujet des impacts émotionnel et psychologique. Onze articles (6,8,36,42–47,49,51) se rejoignent sur le fait que la présence d'agénésies dentaires « contrarie » (8,46) et impacte le « bien-être émotionnel » (6,42,44–47,51) des enfants. Le terme « préoccupation »

(36,43,46,49,50) revient dans de nombreux articles, en effet les enfants sont « inquiets » (42,43,46) et « dérangés » (8,45,49) par leur apparence.

Le dernier impact relatif aux conséquences de la prise en charge des agénésies dentaires est le moins abordé. À savoir qu'uniquement sept articles sur les quatorze inclus évoquent cet impact sur la qualité de vie des enfants (36,42,43,47–50). Pourtant, les informations extraites à ce sujet sont considérables :

- « Les patients ont estimé que leur traitement serait plus compliqué et prendrait beaucoup plus de temps que celui de leurs amis » (36,43) ;
- « Je m'inquiète de l'apparence de mes dents à la fin de mon traitement », « Je m'inquiète de la couleur des fausses dents que j'aurai » (43) ;
- « Des parents ont déclaré que leur enfant avait ressenti de la douleur et de l'inconfort lorsqu'il a commencé à porter la prothèse » (48) ;
- « Manque de compréhension du processus qu'ils devaient entreprendre », « principale source d'insatisfaction, frustration en raison des complications liées à l'achèvement du traitement et du temps qu'il a fallu » (49).

Parmi les quatorze articles, tous n'évoquent pas simultanément tous les impacts des agénésies dentaires sur la qualité de vie des enfants (Figure 11).

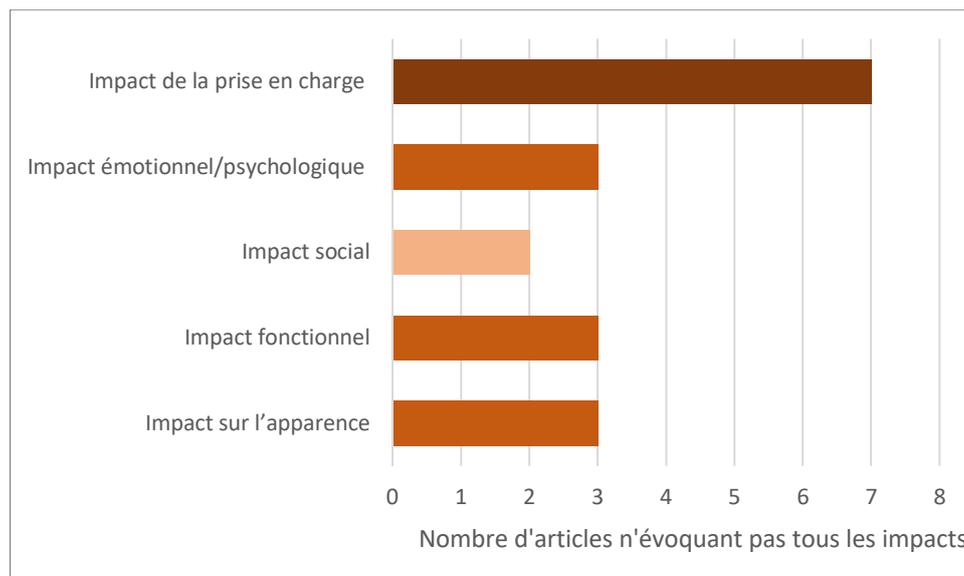


Figure 11 : Nombre d'articles n'évoquant pas tous les impacts sur la qualité de vie des enfants

4 Discussion

4.1 Analyse des résultats

4.1.1 Impacts esthétiques

Un grand nombre d'études incluses signalent que les agénésies dentaires ont des impacts esthétiques. C'est le cas de l'étude de Filius et al. (43), où les scores reliés à l'apparence dentaire étaient inférieurs pour les patients atteints d'oligodontie concernant les domaines « Je me sens gêné par l'apparence de mes dents » et « la plupart de mes amis ont des dents qui ont l'air meilleures que les miennes ». Tout comme Johal et al. (6) qui signalent des niveaux d'impacts négatifs par rapport au score lié à l'apparence, et une certaine préoccupation pour l'apparence de leurs dents.

Ces résultats concordent avec ceux de Nicholls et al. (50) où les enfants mentionnent que leurs « principales préoccupations concernaient l'apparence dentaire et du sourire ». 95% des enfants de l'étude sont principalement gênés par l'espacement entre leurs dents, ainsi qu'à des problèmes de forme et de taille des dents, survenant dans les segments dentaires antérieurs, la présence d'espacement dentaire étant causée par la chute des dents lactéales non remplacées par des dents permanentes. Ces mêmes conclusions sont retrouvées dans les études de Suri et al. (42), de Johal et al. (36) « les patients ont déclaré qu'ils se sentaient gênés par leurs dents manquantes, qu'elles avaient l'air disproportionnées et que les lacunes entre leurs dents les dérangent, avec la crainte supplémentaire d'autres lacunes résultant de la chute de leurs dents de lait » et de Hvaring et al. (47) « les patients atteints d'hypodontie attribuent leurs impacts oraux à de petites dents, aux écarts entre les dents et aux dents manquantes ». Ces témoignages d'enfants illustrent que la majorité de ceux atteints d'agénésie dentaire sont insatisfaits de leur apparence dentaire, cela ajoute une préoccupation supplémentaire et omniprésente dans leur quotidien.

Par ailleurs, les études de Laing et al. (39), Johal et al. (36), et Suri et al. (42) partagent les mêmes aboutissements sur la cause initiale de l'impact esthétique des agénésies dentaires. D'une part, Laing et al. ont examiné dans leur étude le sextant moyen maxillaire isolément, car l'hypothèse était que l'hypodontie affectant la région

antérieure maxillaire conduisait à une plus grande déficience esthétique et peut-être à l'impact psychosocial le plus important. Tout comme Johal et al. qui ont introduit la possibilité que seuls les participants dont les dents antérieures étaient manquantes pouvaient avoir de plus grandes inquiétudes, quant à leur apparence que les patients ayant uniquement des prémolaires manquantes. D'autre part, les résultats de l'échantillon de Suri et al. ont révélé le fait qu'avoir au moins une dent manquante sans rétention de dent lactéale dans la région antérieure maxillaire était associée à des impacts significatifs sur la qualité de vie des enfants. Ainsi, les patients dont les dents absentes sont localisées dans le secteur antérieur maxillaire sont plus impactés négativement que ceux dont l'agénésie touche uniquement les dents postérieures. En effet, l'absence d'une des dents présente lorsqu'une personne sourit, à savoir celles situées dans le secteur antérieur maxillaire, a une répercussion essentielle sur l'esthétique dento-faciale, cette agénésie pouvant écarter un enfant d'une apparence dite « idéale ». Par conséquent, cela peut nuire à son estime et à sa confiance en soi, les enfants attrayants étant considérés par d'autres comme plus intelligents et ayant un comportement social plus positif.

De surcroît, dans l'étude de Blumer et al. (48), les parents ont dévoilé que leurs « enfants commençaient à s'inquiéter de leurs dents manquantes entre l'âge de trois et six ans. La plupart des parents (sept sur dix) ont déclaré que leurs enfants leur avaient posé des questions sur leur apparence et pourquoi ils avaient des dents manquantes », cette inquiétude se trouvant au centre du quotidien du patient est alors présente dès le début de l'enfance. Par exemple, « l'enfant refusait de sourire ou de se regarder dans le miroir, ou refusait de se brosser les dents parce qu'elles sont laides », ces principaux désagréments que ressentent les enfants sont principalement liés à l'esthétique dentaire. Toutefois, cette étude s'intéresse à des enfants atteints d'une dysplasie ectodermique, cause de leur oligodontie, cela influence la perception que le patient a de son apparence car ils ne sont pas seulement embarrassés par leurs dents absentes, mais aussi par une apparence générale différente due à cette pathologie.

Meaney et al. dans leur étude qualitative rapportent les propos de participants, ces derniers ont déclaré qu'ils modifiaient « leur comportement pour dissimuler leurs

dents », par exemple, deux d'entre d'eux ont rapporté : « Je mettais en quelque sorte ma main jusqu'à ma bouche », « J'apportais ma lèvre supérieure sur mes dents ». Les patients devenaient conscients de leur apparence, car à mesure qu'ils vieillissaient ils remarquaient que leurs dents étaient différentes par rapport à celles de leurs pairs. Cette dissimulation prouve que les personnes atteintes d'agénésies dentaires ne se sentent pas à l'aise dans leur environnement social car ils savent que leur sourire n'est pas esthétique.

La société et l'émergence des réseaux sociaux sont la cause principale du mal-être de certaines personnes. Ils montrent un certain standard de beauté à suivre, c'est pourquoi les enfants sont soucieux de leur apparence car leur sourire ne ressemble pas à celui de leurs semblables, affectant donc négativement leurs interactions sociales. Cela dénote qu'ils sont plus conscients de leur apparence et s'en inquiètent souvent. La perception qu'à un patient de son apparence est un facteur d'influence majeur dans la décision de commencer un traitement orthodontique, la plupart des personnes atteintes d'agénésie se rendent compte qu'ils sont à l'écart par rapport « à la norme ou norme minimale d'acceptabilité » (52). Ils souhaitent ne plus être préoccupés par leur apparence, et qu'elle n'atteigne, non pas un certain idéal de beauté mais plutôt qu'elle soit normalisée. Leur principale motivation pour débiter ce traitement est que le résultat obtenu fournit un « aspect esthétique » qui les rend plus à l'aise dans leurs interactions sociales.

A contrario, une faible proportion d'articles indique que les agénésies n'impactent pas l'apparence des enfants. C'est le cas de l'étude de Aarts et al. (8), où aucune différence significative n'a été constatée entre les groupes pour « l'apparence du visage » ou encore « l'apparence du sourire ». Mais aussi dans l'étude de Hvaring et al. (47) où les patients atteints d'hypodontie étaient satisfaits de leur apparence dentaire. Ils suggèrent que bien que l'hypodontie soit un problème majeur de santé buccodentaire, les patients peuvent plus la percevoir comme un problème fonctionnel plutôt qu'esthétique dues aux malocclusions graves qui en résultent.

Mais ces malocclusions peuvent aussi être la raison d'une apparence disgracieuse.

4.1.2 Impacts fonctionnels

4.1.2.1 *Mastication altérée*

L'article de Aarts et al. (8) signale des impacts esthétiques, sociaux, émotionnels mais aussi fonctionnels. Toutefois, une des seules différences significatives pointée entre le groupe atteint d'oligodontie et le groupe témoin (patients ayant une indication pour un traitement orthodontique) était que les patients atteints d'oligodontie avaient des scores inférieurs pour « manger et boire ». Il était plus compliqué pour les patients à qui il manquait des dents de se nourrir, pour chaque dent manquante supplémentaire les scores devenaient significativement inférieurs aux scores de ceux ayant plus de dents présentes, cela signifiait que la difficulté à mâcher augmentait. Plus le score diminue, plus les patients sont impactés négativement, à la question « avez-vous des difficultés à manger et à boire ? » les enfants étaient donc plus impactés par leur agénésie dentaire pour chaque dent manquante supplémentaire.

Ces résultats concordent avec ceux de Laing et al., (39), à savoir que « la seule relation statistiquement significative était que le domaine des limitations fonctionnelles était affecté par l'hypodontie relative totale ». Tout comme Aarts et al. (8), ils rapportent que la difficulté de s'alimenter était associée à la sévérité de l'agénésie dentaire. Autrement dit, plus le nombre d'agénésie augmente, plus les effets rapportés sont importants, surtout lorsque les dents temporaires associées aux dents permanentes manquantes s'exfoliaient.

En d'autres termes, si les dents temporaires tombent et qu'elles ne sont pas remplacées par des dents permanentes, l'espace associé augmente, ce qui conduit à des difficultés d'alimentation ; preuve que la conservation des dents temporaires serait bénéfique pour les patients atteints d'agénésie dentaire, du moins en termes de fonction.

Par ailleurs, les valeurs obtenues n'étant pas significatives pour le secteur antérieur maxillaire, elles suggèrent que les limitations fonctionnelles étaient restreintes à l'agénésie des dents des secteurs postérieures, de sorte que, par exemple, une prémolaire manquante rendrait la mastication avec les dents

postérieures plus difficile que si une incisive latérale maxillaire manquait. Deux études (46,48) révèlent que de très grandes proportions de patients signalent des impacts fonctionnels. « Des difficultés à mâcher, être plus lent que d'autres à terminer un repas » (46) et « une consommation d'aliments durs compromise » (48) à la suite d'une absence congénitale de dents est à prévoir car l'absence de dents postérieures peut compromettre la mastication.

À la différence de Laing et al. (39) et de Aarts et al. (8), dans l'étude de Filius et al. (43), ils exposent que manger, parler, prendre soin de soi et pratiquer des sports de contact n'étaient pas influencés négativement par l'oligodontie, ce qu'ils expliquent par le fait que les dents temporaires de la plupart des enfants ne soient pas encore exfoliées. Elles peuvent donc réduire voire masquer les impacts des agénésies dentaires des dents permanentes sur la qualité de vie, car les enfants bénéficient toujours du nombre de dents nécessaires à la mastication et à l'élocution. Cette information est aussi retrouvée dans les résultats de l'étude de Raziee et al. (45).

Afin d'étudier l'impact de la chute des dents temporaires (associées à l'agénésie des dents permanentes) sur la qualité de vie, il serait nécessaire d'inclure uniquement les patients ayant perdu leurs dents temporaires. Toutefois, celles-ci étant souvent maintenues pendant de nombreuses années, la tranche d'âge des sujets étudiés ne correspondrait plus aux critères d'âge de l'étude. Par conséquent, l'étude de ce facteur n'a pas été considérée comme réalisable pour cette revue.

Raziee et al. (45) dans leur étude dénotent une prévalence des limitations fonctionnelles de 31,4% chez les enfants atteints d'agénésie dentaire, tout comme Kotecha et al. (51) avec 30% des enfants subissant des limitations fonctionnelles à cause de l'absence d'un certain nombre de dents. Ces résultats divergent de ceux de l'étude de Locker et al. (46) où cette prévalence est plus élevée avec 72,2% de limitations fonctionnelles rapportées chez les enfants. Cet écart peut s'expliquer par le fait que dans l'étude de Raziee et al. (45) le calcul de la prévalence ne se fait que lorsque les enfants déclaraient qu'ils avaient été impactés « souvent » ou « tous les jours/presque tous les jours » tandis que Locker et al. (46) ont été plus indulgents et ont ajouté la réponse « parfois » dans leur calcul. Par conséquent, créer une définition stricte de la prévalence permettrait d'effectuer une comparaison rigoureuse des études entre elles.

4.1.2.2 Phonation altérée

Outre une alimentation plus compliquée, une autre limite fonctionnelle est également repérée. En effet, Hvaring et al. (47) mettent en évidence une corrélation significative entre l'hypodontie des dents antérieures et les impacts oraux sur l'alimentation mais aussi sur la parole. Cette association peut s'expliquer par une capacité réduite à prononcer des sons qui nécessitent une coordination complexe entre le palais, la langue et les dents.

Ces résultats sont en accord avec ceux de Nicholls et al. (50) où les résultats du questionnaire OHIP-14, ont montré que des patients avaient des problèmes d'élocution ou des problèmes d'alimentation avant leur traitement. Cette étude suggère que l'oligodontie avait des impacts à la fois fonctionnels et sociaux sur la qualité de vie des patients car les problèmes tels que les difficultés à s'alimenter et la prononciation des mots sont préoccupants pour les enfants.

Cela prouve que les chirurgiens-dentistes ont un rôle primordial dans la prise en charge. En effet, il est reconnu depuis longtemps que les patients atteints de malocclusions sont plus stigmatisés, plus susceptibles d'être intimidés, ont une plus faible estime de soi et sont moins acceptés socialement. Ainsi, une malocclusion persistante non traitée chez les enfants et adolescents peut avoir des impacts psychologiques et sociaux durables sur leur qualité de vie.

4.1.3 Impacts sociaux

L'étude de Filius et al. (43) comme celle de Aarts et al. (8) affirment que les enfants atteints d'oligodontie n'étaient pas limités dans leurs contacts sociaux, ni par la réaction d'autres personnes, et qu'aucune différence significative n'a été constaté entre les groupes au sujet de l'impact sur « la fonction sociale » des patients.

À la différence d'un grand nombre d'articles inclus dans cette revue qui prouvent le contraire. À savoir, Johal et al. dans 2 de ses études (6,36) réalisent qu'il y a une diminution du score dans le domaine des réactions des autres à leur égard à la fin du

traitement orthodontique par rapport à avant le début du traitement, signifiant un impact négatif des agénésies moins important lorsqu'elles sont prises en charge.

Par ailleurs, un groupe atteint d'hypodontie a signalé plus d'inconfort dans le domaine des réactions d'autres personnes à leur égard, ils sont embarrassés « pour rencontrer des gens pour la première fois », mais ils ont aussi peur que « leurs amis connaissent leurs dents manquantes. Ils craignent que les gens pensent que c'était bizarre d'avoir de fausses dents ». Cela témoigne d'une certaine angoisse au quotidien, les patients sont en permanence préoccupés par l'apparence de leurs dents.

Un grand nombre d'individus signale de la part de leurs pairs des taquineries. C'est pourquoi la majorité évite de sourire ou trouve des stratagèmes pour cacher leurs dents absentes. Ces taquineries se retrouvent dans l'étude Locker et al. (46) où 17% des enfants signalent un impact négatif sur leur bien-être social notamment lorsqu'ils discutent avec leur famille et les autres enfants. Cet évitement du sourire est présent dans l'étude de Filius et al. (43) « Je ne souris pas pour les photos à cause de la façon dont sont mes dents », « Je ne ris pas à haute voix avec des amis à cause de l'apparence de mes dents », mais surtout dans l'étude qualitative (49) où beaucoup de participants mentionnent le fait de cacher leurs dents « Quand j'étais très jeune... Je mettais toujours ma main devant ma bouche quand je souriais ou riais ou quelque chose comme ça », exposant ainsi la gêne éprouvée par les patients atteints d'agénésie.

Tous ces subterfuges afin de dissimuler l'apparence de leur dentition peut mener ses enfants, adolescents et jeunes adultes à s'isoler socialement de leurs congénères. Suri et al. (42) décrivent les inquiétudes et la gêne liées à l'apparence, les patients sont soucieux de ne pas être acceptés socialement. Ces enfants touchés pouvant souffrir des impacts des agénésies peuvent ne pas être bien compris par leurs pairs. Ces dents absentes sont un fardeau particulier dans le domaine de la socialisation normale selon les dires de Hvaring et al. (47). En effet, les interactions sociales peuvent être limitées c'est la raison pour laquelle les patients ont des sentiments d'inconfort et d'isolement social, il est donc important d'améliorer la communication avec les patients atteints d'agénésies tout au long de leur vie.

De fait, Nicholls et al. (50) dans leur étude démontrent que plus de la moitié des répondants ont signalé un impact négatif en matière de qualité de vie pour l'oligodontie, caractérisé par des problèmes d'anxiété sociale et d'inhibition. Au début, l'impact se ressent dans la participation de l'enfant à l'école, la création d'amis, mais pour certains, ces problèmes persistent. Par la suite, il est ainsi compliqué pour une personne atteinte d'agénésie, d'assister à des entretiens d'embauche, de parler en public, de participer au travail ou même de « fréquenter des pubs et des clubs ».

4.1.4 Impacts émotionnels/psychologiques

Raziee et al. (45) évoquent que le bien-être émotionnel est impacté chez 28,3% des enfants de 8 à 18 ans. Ce résultat est en accord avec Kotecha et al. (51) qui ont signalé que 33% de leurs patients étaient impactés. Ils sont aussi en adéquation avec Locker et al. (46) qui déclarent que les patients ont subi « un ou plusieurs impacts psychosociaux « souvent » ou « Tous les jours/presque tous les jours » », ainsi 19 % ont signalé des impacts sur leur bien-être émotionnel, ils sont particulièrement touchés par ce que les autres pensent.

Dans de nombreuses études, notamment celles de Johal et al. (6,36), de Kotecha et al. (51) et de Hvaring et al. (47), les personnes atteintes d'agénésies dentaires ont des niveaux plus élevés d'impact par rapport au bien-être émotionnel, celles-ci ressentent une tension émotionnelle liée à l'absence d'un certain nombre de dents. Des différences sont constatées entre les catégories d'agénésies, le plus grand impact négatif étant observé dans le groupe où le nombre de dents manquantes est le plus important.

Beaucoup d'enfants sont embarrassés, inquiets et préoccupés par le fait que les personnes qu'ils rencontrent connaissent l'existence de leurs agénésies. Des inquiétudes supplémentaires sont signalées dans l'étude de Filus et al. (43), mais aussi de Suri et al. (42) quant « aux lacunes pouvant résulter de l'exfoliation de leurs dents lactéales ».

De même, Meaney et al. diffusent les paroles d'un participant qui laissent transparaître l'impact psychologique des agénésies dentaires chez les patients. Celui-ci dit : « Je suppose que lorsque vous arrivez à cet âge où vous avez une sorte de conscience de soi, je voyais un certain type de disparité entre moi et mes pairs... Je n'ai pas de dents et ils ont des dents ! Et je me suis dit : « Attends une minute, que se passe-t-il ? » et ce n'est qu'à ce stade que c'est devenu, je dirais, un problème majeur... c'était tout à fait une préoccupation pour moi et cela m'a beaucoup dérangé. J'étais vraiment conscient de moi-même... ». Ces propos exposent le fait que ce patient atteint d'agénésie ressent une disparité esthétique entre lui et ses pairs. Il prend conscience que son sourire est atypique, il se sent différent et cela l'affecte fortement. Cette différence l'inquiète, il prend conscience que son apparence n'est pas similaire à celle de ses camarades.

Par ailleurs, l'agénésie est un facteur qui impacte considérablement le bien-être des enfants puisque 77,2% ont déclaré que leur vie était affectée par l'état de leurs dents dans l'étude de Raziee et al. (45). Tandis que la plupart des répondants de l'étude de Nicholls et al. (50) estiment que l'oligodontie a rendu leur vie moins satisfaisante.

4.1.5 Impacts sur la prise en charge

De surcroît, l'étude de Filius et al. (43) comme celle de Johal et al. (36) et Blumer et al. (48) attestent, concernant le traitement, que les patients atteints d'oligodontie estiment leur prise en charge comme plus compliquée que celle de leurs amis, les scores correspondant à ce domaine étant significativement inférieurs à celui du groupe témoin.

Cela signifie que les patients sont conscients de l'impact qu'a leur agénésie dentaire sur le déroulement de leur prise en charge, ainsi ils estiment que leur traitement sera plus complexe et plus long que leurs amis ayant le même âge.

Ces résultats sont concordants avec ceux de Hvaring et al. (47) car lorsque « le traitement est commencé, les patients atteints d'hypodontie ont besoin de nombreuses

visites pour un traitement coordonné adapté leur âge ». Tout comme Blumer et al. (48) qui rapportent que « tous les parents ont noté que leur enfant avait manqué de nombreux jours d'école » à cause de leur traitement dentaire.

Nombreuses sont les études qui relèvent le fait qu'une grande proportion de patients expriment une réponse positive au traitement prothétique mis en place. L'étude de Nicholls et al. (50) expose que « le traitement prosthodontique a entraîné une amélioration significative de la qualité de leur sourire et de leur aspect dentaire ». Tandis que Aarts et al. (8) évoque le fait que « Les patients ayant reçu un traitement orthodontique antérieur ont obtenu un score significativement plus élevé que ceux qui n'ont pas de traitement antérieur sur l'échelle : « apparence des dents » ». De même, l'étude pilote (48), présente qu'un grand nombre de parents (sept sur dix) déclare que leur enfant s'est rapidement habitué à sa prothèse, que celle-ci avait « amélioré l'esthétique de leurs enfants » et qu'elle avait « contribué à l'image et à l'estime de soi de leurs enfants ». Huit parents ont également ajouté que les prothèses amélioraient les capacités de mastication de l'enfant.

Ces études témoignent de l'impact positif d'une prise en charge rapide, prématurée et efficace sur le bien-être des enfants. En effet, un traitement prothétique mais aussi orthodontique sont des traitements longs mais à terme, le résultat est considérablement amélioré. L'objectif étant que le professionnel de santé aide au mieux ses patients tout en les informant le plus possible sur leur prise en charge.

Comme formulée dans l'étude de Johal et al. (6) et de Meaney et al. (49), beaucoup de patients se sentent inquiets d'avoir à porter des prothèses dans leur activité quotidienne. Pour les patients, la prise en charge de leur agénésie est une source « d'insatisfaction, de frustration en raison des complications liées à l'achèvement du traitement et du temps qu'il a fallu ». L'étude qualitative de Meaney et al. permet aux patients de s'exprimer, les paroles des participants ayant été retranscrites, font comprendre qu'ils ont exprimé de très forts sentiments de frustration face au retard entre le diagnostic initial et le traitement. Ils ont clairement déclaré que tout au long de cette période, ils se sont sentis oubliés. À la différence des autres études évoquées précédemment, celle-ci expose la frustration des patients liée à l'achèvement du traitement et du temps qu'il a fallu. Beaucoup d'enfants en débutant

leur traitement orthodontique s'attendent aux mêmes résultats que les autres patients ne présentant pas d'agénésie. Toutefois, il est nécessaire de prendre le temps de leur expliquer que le résultat attendu ne sera pas identique à ceux des autres en raison de leur agénésie dentaire.

4.1.6 Facteurs influents

Les conséquences des agénésies dentaires sont dépendantes de variables liées à la population étudiée. Par conséquent, les impacts ressentis par les patients diffèrent, et peuvent être influencés par l'âge, le sexe et le nombre d'agénésie chez chacun d'eux.

4.1.6.1 *Influence de l'âge*

Dans le groupe d'enfants atteints d'oligodontie de l'étude de Aarts et al. (8), les patients plus âgés ont des scores significativement inférieurs à ceux des patients plus jeunes dans quelques domaines étudiés à savoir « apparence du visage », « apparence du sourire », « fonction sociale » et « fonction psychologique ». Dans ce cas, plus les scores diminuaient et plus les impacts étaient importants. Ces différences montrent que les enfants peuvent développer des problèmes fonctionnels ou esthétiques pouvant engendrer une charge physique et émotionnelle, en particulier pendant les années turbulentes de l'adolescence.

Ces informations sont cohérentes avec ceux de Filius et al. (43), où ils se sont aperçus que parmi les enfants atteints d'oligodontie, les plus âgés (13 à 17 ans) obtenaient des résultats nettement inférieurs à ceux des enfants plus jeunes (11 à 12 ans). Cela conduit à 2 possibilités, soit les enfants plus jeunes étaient moins influencés négativement, soit les enfants plus âgés se considéraient comme plus impactés dans les domaines fonctionnel et esthétique. Mais cela peut s'expliquer aussi par la prise de conscience de l'apparence pendant la puberté car les enfants plus âgés atteints d'agénésie avaient des scores significativement plus négatifs par rapport aux plus jeunes.

En effet, pour les adolescents l'apparence est très importante, elle est au centre de leurs préoccupations. La puberté étant un moment de l'adolescence durant lequel leur corps se modifie. Ces changements durent plusieurs années et influent sur l'ensemble de leur personnalité, des sautes d'humeur, un manque de confiance en soi et une émotivité sont d'autant de facteurs qui les impactent. Ils grandissent et acquièrent plus d'autonomie, c'est ainsi qu'ils vont avoir tendance à se comparer à ce qu'ils voient sur internet mais aussi à leurs amis. Ils constatent alors qu'ils sont différents de leurs pairs car ils prennent conscience de leur physique et donc de leur sourire.

Les informations de Blumer et al. (48) concordent avec celles des autres études, car ils rapportent que les adolescents plus âgés atteints d'oligodontie (15 à 19 ans) perçoivent plus de problèmes fonctionnels que les adolescents plus jeunes (11 à 14 ans). Avec l'âge ils deviennent plus matures et conscients des conséquences que les agénésies peuvent avoir sur eux et sur leur capacité masticatoire.

4.1.6.2 Influence du nombre de dents absentes

Quelques études exposent que l'impact des agénésies sur la qualité de vie des enfants est influencé par le nombre de dents manquantes. Selon Aarts et al. (8), « les patients ayant plus de dents absentes ont obtenu un score nettement inférieur à ceux ayant moins de dents manquantes sur trois échelles : « manger et boire », « fonction sociale » et « fonction psychologique » », ce qui coïncide avec les résultats de Johal et al. (36) où le groupe atteint d'oligodontie a signalé des niveaux plus élevés d'impact négatif.

Des différences significatives ont donc été constatées en comparant les catégories d'agénésies, à savoir entre les groupes atteints d'hypodontie ou d'oligodontie, ce dernier groupe ayant constamment signalé des niveaux plus élevés d'impact négatif par rapport au bien-être émotionnel, social et plus d'inconfort vis-à-vis

de leur apparence, du traitement à entreprendre, et des réactions d'autres personnes à leur égard.

Ces résultats prouvent que plus les patients ont d'agénésie plus ils sont atteints de façon négative physiquement et psychologiquement. En effet, la difficulté à s'alimenter pour les patients augmente lorsqu'ils présentent des agénésies particulièrement au niveau postérieur, celles-ci servant principalement à la mastication.

Au contraire, une autre étude, celle de Hvaring et al. (47) ne mentionnent qu'aucune association n'a été trouvée entre les scores des impacts sur la qualité de vie et l'hypodontie. Toutefois, le nombre moyen de dents manquantes dans l'étude étant seulement de 3,1, cela peut indiquer que l'échantillon étudié ne contient pas un nombre suffisant de patients présentant un degré sévère d'hypodontie pour détecter les impacts liés au nombre de dents absentes. De plus, les dents adjacentes à celles congénitalement absentes peuvent avoir évolué dans les espaces, camouflant ainsi l'absence d'une ou de plusieurs dents.

4.1.6.3 Influence du sexe

Certaines études ont remarqué une différence significative entre les scores des garçons et ceux des filles, comme celle de Aarts et al. (8) où les hommes ont obtenu un score nettement supérieur à celui des femmes dans quatre domaines : « apparence du visage », « détresse d'apparence », « fonction sociale » et « fonction psychologique ». Ces résultats sont cohérents avec ceux d'une autre étude celle de Johal et al. (6) où le score relatif au résultat du traitement entrepris s'est avéré significativement différent, les garçons trouvant leur résultat esthétiquement plus satisfaisant contrairement aux filles. L'hypothèse est que les agénésies impactent plus les adolescentes que les adolescents, la raison peut être que les filles sont plus impactées par leur bien-être physique, fonctionnel et social que les garçons.

Cependant, Kotecha et al. (51) et Filius et al. (43) n'ont trouvé aucune différence significative dans les scores entre les patients masculins et féminins, ils ont constaté que l'impact des agénésies dentaires était indépendant du sexe.

4.2 Limites, intérêts et résumé de l'étude

4.2.1 Limites de l'étude

4.2.1.1 Groupe témoin

Parmi les quatorze articles inclus dans cette revue, nombreux sont ceux qui présentent des limites. À savoir que dans l'étude de Aarts et al. (8) comme dans celle de Filius et al. (43) et de Hvaring et al. (47) le groupe témoin consulte pour un traitement d'orthodontie donc les patients arrivent avec un problème dentaire présent et éventuellement une anxiété liée à une dysfonction et un sourire qui ne leur convient pas. Ainsi, les différences perçues entre ce groupe et celui des agénésies dentaires peuvent être plus restreintes, un impact sur l'apparence et la fonction étant déjà causé par une malocclusion présente. Par la suite, il serait plus intéressant d'évaluer les changements dans la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire chez un patient au fil du temps plutôt que de les comparer à un groupe témoin.

4.2.1.2 Biais de réponse

De nombreuses études ont eu recours à un questionnaire pour mener leur étude. Toutefois, ces questionnaires pouvant être remplis à domicile ou non (8,43,50) les enfants ont pu être influencés par leur entourage si ces derniers étaient remplis à domicile. Certains questionnaires utilisés causent des biais de rappel, pour remplir les questionnaires, les participants devaient se souvenir des trois derniers mois de leur vie (42,45).

Afin de restreindre les biais de réponse, il aurait été préférable que les études assurent aux participants que leur décision concernant la participation n'influencerait

pas le résultat de leur traitement et qu'un investigateur non impliqué dans le traitement des patients soit mis à contribution pour recueillir les données.

4.2.1.3 Biais de sélection

Un biais de sélection est également présent dans certain d'articles, l'étude de Aarts et al. (8) a été menée que dans un seul centre aux Pays-Bas, tandis que l'étude dirigée par A.P. Filius et al. (43) a recruté des patients dans différents hôpitaux. Un financement des études ou une contribution financière donnée aux participants peuvent également mener à des conflits d'intérêt (8,49). Comme c'est le cas dans l'étude de Meaney et al. où les participants ont reçu à la fin de leur entretien un bon d'une valeur de 30€ en reconnaissance de leur contribution.

4.2.1.4 Ethnie

Les études incluses ont été conduites dans 9 endroits distincts malgré cela l'origine ethnique n'a pas été identifiée comme un facteur de confusion potentiel. L'étude de Johal et al. (36) a évoqué l'influence de l'origine culturelle du pays de l'étude. Par exemple, dans l'étude de Filius et al. (43), aux Pays-Bas les enfants atteints d'oligodontie sont très rapidement pris en charge dans des centres de soins dentaires spéciaux. Par conséquent, les impacts négatifs potentiels sur la qualité de vie sont donc probablement limités, car les problèmes esthétiques et fonctionnels sont rapidement et autant que possible résolus par des traitements temporaires. De plus, ce pays porte une attention particulière aux visites bucco-dentaires afin de préserver les dents temporaires et ainsi prévenir la présence de diastèmes.

Par ailleurs, le régime national d'assurance maladie néerlandais prend en charge les soins dentaires des patients atteints d'oligodontie, ce qui rend le traitement dentaire accessible à tous. En effet, l'impact de l'oligodontie sur l'OHRQoL est probablement plus important dans les pays où le traitement dentaire de l'oligodontie

n'est pas remboursé. Ainsi, il serait intéressant de se demander si les déterminants sociaux interagissent avec la perception qu'ont les enfants de leur apparence, fonction, ou bien-être lorsqu'ils présentent des agénésies dentaires.

4.2.2 Intérêts et résumé de l'étude

Cette revue permet de répondre aux questionnements sur les impacts des agénésies dentaires sur la qualité de vie des jeunes patients. Actuellement, l'impact des agénésies dentaires sur la qualité de vie est un domaine relativement inexploré. Comprendre les répercussions de l'absence de dents contribue à leur gestion clinique et à évaluer les avantages de différentes approches thérapeutiques (46). Une prise en charge de ces patients sur le long court peut être difficile en particulier quand il faut tenir compte des impacts sociaux, psychologiques et dentaires des soins à prévoir (36). Toutefois, une approche multidisciplinaire est nécessaire, l'agénésie de dents postérieures pouvant compromettre la mastication et l'agénésie de dents antérieures l'apparence et l'esthétique. Compte tenu de l'importance accordée par la société à l'esthétique du visage, il est important pour tout professionnel de santé d'étudier les effets de l'apparence dento-faciale sur la santé psychosociale d'une personne.

Les études incluses dans cette revue soulignent les conséquences fonctionnelles importantes des agénésies dentaires. Les malocclusions provoquées par les agénésies augmentent la difficulté pour les enfants de s'alimenter. L'intérêt de cette revue est de mettre en avant l'importance de réhabiliter de façon immédiate et durable les patients souffrant d'agénésies dentaires. Le but est que les professionnels de santé comprennent la nécessité d'orienter leur jeune patient vers des spécialistes afin que leur capacité masticatoire soit la plus efficace possible.

Les données provenant des articles inclus prouvent l'impact esthétique des agénésies dentaires sur l'apparence des patients qui en sont victimes. Il est donc primordial que les chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé comprennent l'importance de compenser l'agénésie de dents antérieures. Permettre

aux enfants de gagner confiance en eux leur donne l'occasion de mieux s'intégrer dans la société afin de ne pas être désavantagés dans leur avenir.

Les études de cette revue nous exposent les inquiétudes qu'ont les patients d'entreprendre un traitement permettant de réhabiliter leurs agénésies. L'intérêt est que la durée, la complexité, et le résultat de la prise en charge soient les principaux paramètres que les praticiens devront savoir expliquer et prendre en compte tout au long du traitement. L'intention est que les informations soient les plus intelligibles possibles pour rassurer les enfants qui arrivent avec l'angoisse que leur prise en charge soit longue, difficile et que le résultat ne soit pas à la hauteur de leur attente.

5 Implication clinique

Exposer les impacts qu'ont les agénésies sur la qualité de vie des enfants met en évidence l'importance d'un diagnostic rapide. En effet, cette étude permet de montrer aux professionnels de santé les répercussions de l'absence de dents et donc la nécessité de compenser ces agénésies.

Leur devoir est de reconnaître un symptôme lorsqu'ils y font face. En cas de nécessité ils doivent orienter leur patient vers des centres de soins spécifiques. Il est essentiel que les chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé sachent poser un diagnostic d'agénésies dentaires. Face à cela, il est primordial qu'ils connaissent ou étudient les pistes d'évolution permettant de limiter les impacts négatifs des agénésies sur la qualité de vie des enfants. Afin que chaque individu ait les mêmes chances dans la vie, une bonne image et estime de soi, il est important de réhabiliter de façon efficace et durable les personnes atteintes d'agénésie et ce, dès l'enfance.

Pour prendre en charge ce défaut de développement de certaines dents, il est possible d'avoir recours à un traitement orthodontique afin de fermer les espaces laissés par la chute des dents de lait ou alors de remplacer ces dents par une prothèse amovible avant la pose d'implants dentaires.

Ces réhabilitations prothétiques, orthodontiques ou implantaires compensent les agénésies dentaires. L'objectif de ces restaurations est de remplacer les dents postérieures afin de favoriser la mastication et de réhabiliter le secteur antérieur maxillaire pour améliorer l'esthétique. Le but est de limiter les impacts négatifs des agénésies dentaires sur la qualité de vie des enfants, en débutant une prise en charge le plus rapidement possible afin de subir le minimum de dégâts sur leur bien-être émotionnel mais aussi psychologique.

Par ailleurs, un autre aspect, non abordé dans cette étude est celle du questionnement des parents. En effet, ils se voient confronter à une pathologie qui est, pour eux, inconnue, ils se sentent le plus souvent coupable de l'état bucco-dentaire de leurs enfants. Le rôle des professionnels de santé est donc de les rassurer et de savoir les orienter vers les bons programmes de prise en charge.

6 Conclusion

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact des agénésies sur la qualité de vie des enfants. En effet, l'étude des agénésies dentaires représente un enjeu important à cause des répercussions sur la qualité de vie des enfants. Ces jeunes patients voient leur quotidien affecté. Leur esthétique, leur fonction, leurs relations sociales, leurs émotions sont d'autant de facteurs touchés par ces agénésies. Elles peuvent impacter des dents différentes rendant donc impossible une standardisation d'un traitement, d'où la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée.

Toutefois une standardisation de la méthodologie de recherche serait nécessaire afin de déterminer les facteurs qui influencent les enfants. L'âge, le sexe, l'ethnie, le nombre et la localisation des dents absentes modifient les impacts des agénésies dentaires et les principaux effets négatifs sur la qualité de vie des enfants.

Un diagnostic précoce permettrait d'anticiper la prise en charge des cas les plus sévères d'agénésie en limitant les effets secondaires de cette pathologie.

Toutes les études incluses dans cette revue présentent des biais liés à la sélection des patients. Des études supplémentaires suivant un groupe d'enfants ayant le même âge, venant du même pays, d'un milieu social identique et atteints de la même agénésie permettraient de déceler les principaux impacts négatifs des agénésies afin de débiter une prise en charge la plus efficace possible en agissant sur les conséquences les plus handicapants pour la qualité de vie des jeunes.

7 Annexes

7.1 Table des figures

Figure 1 : Arbre décisionnel pour la conduite à tenir devant une anomalie dentaire (2)	13
Figure 2 : Étiologies des anomalies dentaires (source personnelle).....	16
Figure 3 : A. Agénésie unilatérale de l'incisive latérale maxillaire droite chez une jeune fille de 14 ans. B. Substitution par la canine et mise en place d'une facette sur celle-ci. D'après Zachrisson, Rosa et Toreskog « Congenitally missing maxillary lateral incisors : canine substitution » (23)	18
Figure 4 : A. Agénésie d'une incisive latérale. B. Remplacement par un bridge collé sur ailettes. D'après Kinzer et Kokich « Managing congenitally missing lateral incisors » (24).....	19
Figure 5 : Cas d'un enfant de 5 ans porteur de dysplasie ectodermique présentant une oligodontie maxillaire et une anodontie mandibulaire d'après le Référentiel Francophone d'Odontologie Pédiatrique (7)	20
Figure 6 : Dimensions appartenant à la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire (OHRQoL) (27).....	25
Figure 7 : Diagramme de flux.....	34
Figure 8 : Graphique du type d'études incluses.....	37
Figure 9 : Cartographie de la répartition des études.....	38
Figure 10 : Graphique du nombre d'études en fonction du type d'agénésie.....	39
Figure 11 : Nombre d'articles n'évoquant pas tous les impacts sur la qualité de vie des enfants	49

7.2 Table des tableaux

Tableau 1 : Les prises en charge bucco-dentaire des agénésies dentaires en fonction de l'âge selon le PNDS (3).....	22
Tableau 2 : Équation de recherche Pubmed.....	30
Tableau 3 : Équation de recherche Web of Science	31
Tableau 4 : Équation de recherche Science Direct.....	31
Tableau 5 : Résultats des équations de recherche selon les moteurs de recherche.	34
Tableau 6 : Recueil de données des articles inclus.....	35
Tableau 7 : Synthèse des études retenues.....	40
Tableau 8 : Questionnaire CPQ 11-14 (53).....	72
Tableau 9 : Questionnaire OIDP (54).....	73
Tableau 10 : Questionnaire OHIP (55).....	74
Tableau 11 : Questionnaire FACE-Q (56)	75

Tableau 8 : : Questionnaire CPQ 11-14 (53)

Domain	Item code	Specified event ^a
OS	O1	Pain in teeth, lips, jaws or mouth
	O2	Bleeding gums
	O3	Mouth sores
	O4	Bad breath
	O5	Food caught in or between teeth
	O6	Food stuck to roof of mouth
FL	F1	Breathing through mouth
	F2	Taken longer than others to eat a meal
	F3	Trouble sleeping
	F4	Difficulty to bite or chew food like apples, corn on the cob or steak
	F5	Difficulty to open mouth wide
	F6	Difficulty to say any words
	F7	Difficulty to eat foods you would like to eat
	F8	Difficulty to drink with a straw
	F9	Difficulty to drink or eat hot or cold foods
EWB	E1	Irritable or frustrated
	E2	Unsure of himself
	E3	Shy or embarrassed
	E4	Concerned what other people think about you
	E5	Worried that is less attractive than other people
	E6	Upset
	E7	Nervous or afraid
	E8	Worried that is less healthy than other people
	E9	Worried that is different than other people
SWB	S1	Missed school
	S2	Hard time paying attention in school
	S3	Difficulty doing homework
	S4	Avoiding to speak or read out loud in class
	S5	Avoiding activities like sports, clubs, drama, music, school trips
	S6	Avoiding to talk to other children
	S7	Avoiding smiling or laughing when around other children
	S8	Difficulty playing a musical instrument such as a recorder, flute, clarinet, trumpet
	S9	Avoiding to spend time with other children
	S10	Argued with other children or family
	S11	Teased or called names by other children
	S12	Left out by other children
	S13	Asked questions by other children

OS : Oral Symptoms / FL : Functional limitations / EWB : Emotional well-being / SWB : Social well-being

Tableau 9 : Questionnaire OIDP (54)

Daily performances	Severity (s)	Frequency (f)
1.Are you having difficulties in eating(biting, chewing)?How often, during the past 3 months, have you encountered these difficulties?	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3
2. Are you having difficulties with speech or word pronunciation? How often, during the past 3 months, have you encountered these difficulties?	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3
3. Are you having problems washing your mouth due to mouth related issues? How often, during the past 3 months, have you encountered these difficulties?	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3
4.Have you had sleepless nights due to toothaches or other mouth related issues? How often, during the past 3 months, have you encountered these difficulties?	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3
5.Did you feel ill because of problems inside your mouth? How often, during the past 3 months, have you encountered these difficulties?	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3
6. Do you avoid smiling or showing your teeth because of problems inside your mouth? How often, during the past 3 months, have you encountered these difficulties?	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3
7. Have toothaches or other mouth related problems ever prevented you from attending schools? How often, during the past 3 months, have you encountered these difficulties?	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3
8. Have your problems with teeth prevented you from meeting your friends or from other social activities? How often, during the past 3 months, have you encountered these difficulties?	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3	None at all-0 Very little-1 Pretty much-2 Quite a lot -3

Tableau 10 : Questionnaire OHIP (55)

1. Have you had trouble pronouncing any words because of problems with your teeth, mouth or dentures?
2. Have you felt that your sense of taste has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?
3. Have you had painful aching in your mouth?
4. Have you found it uncomfortable to eat any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
5. Have you been self conscious because of your teeth, mouth or dentures?
6. Have you felt tense because of problems with your teeth, mouth or dentures?
7. Has your diet been unsatisfactory because of problems with your teeth, mouth or dentures?
8. Have you had to interrupt meals because of problems with your teeth, mouth or dentures?
9. Have you found it difficult to relax because of problems with your teeth, mouth or dentures?
10. Have you been a bit embarrassed because of problems with your teeth, mouth or dentures?
11. Have you been a bit irritable with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?
12. Have you had difficulty doing your usual jobs because of problems with your teeth, mouth or dentures?
13. Have you felt that life in general was less satisfying because of problems with your teeth, mouth or dentures?
14. Have you been totally unable to function because of problems with your teeth, mouth or dentures?

Tableau 11 : Questionnaire FACE-Q (56)

FACE-Q scales	
Appearance appraisal scales	Facial appearance overall ^{a,*} Skin Lines overall Forehead lines Forehead and eyebrows Lines between eyebrows Eyes (overall, double eyelid, upper and lower eyelids) Crow's feet Eyelashes Cheekbones Cheeks Ears Nasal bridge Nose Nasolabial folds Lips Lip lines Marionette lines Chin Lower face/jawline Under Chin Neck
Quality of life scales*	Psychological wellbeing Social well-being Age appraisal Expectations and motivations Psychological distress Recovery early life impact*
Adverse effect checklists for treatment	Recovery early symptoms Skin Forehead, scalp and eyebrows Eyes Nose Lower face and neck Lips Ears
Process of care scales*	Decision Doctor Information Office staff Office appearance

8 Bibliographie

1. De La Dure-Molla M, Fournier BP, Manzanares MC, Acevedo AC, Hennekam RC, Friedlander L, et al. Elements of morphology: Standard terminology for the teeth and classifying genetic dental disorders. *Am J Med Genet A*. 2019;179(10):1913-81.
2. Conduite à tenir devant une anomalie dentaire | Pas à Pas en Pédiatrie [Internet]. 2017 [consulté le 22 févr 2024]. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/orthodontie-stomatologie/conduite-tenir-devant-une-anomalie-dentaire>
3. Haute Autorité de Santé. Agénésies dentaires multiples : Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS). [Internet]. 2021 [consulté le 23 févr 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/pnds_agenesies_dentaires_multiples-texte-novembre_2021.pdf
4. Kotsiomiti E, Kassa D, Kapari D. Oligodontia and associated characteristics : assessment in view of prosthodontic rehabilitation. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 2007;15(2):55-60.
5. Al-Ani AH, Antoun JS, Thomson WM, Merriman TR, Farella M. Hypodontia: An Update on Its Etiology, Classification, and Clinical Management. *BioMed Res Int*. 2017; 1:1-9
6. Johal A, Amin M, Dean R. The impact of orthodontic treatment on a young person's quality of life, esthetics, and self-esteem in hypodontia: A longitudinal study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2023;164(6):813-823.
7. Marquillier T, Djeflat SA, Ternisien A, Catteau C, Trentesaux T, Caroline D. Agénésies dentaires multiples chez l'enfant : la place des prothèses amovibles de recouvrement. 2022;17:102-8.
8. Aarts M, Mettenberger S, Bronkhorst EM, Ongkosuwito EM. Oral health-related quality of life in patients with oligodontia: A FACE-Q assessment. *J Dent*. 2023;135.
9. Filius MAP, Vissink A, Cune MS, Raghoobar GM, Visser A. Long-term implant performance and patients' satisfaction in oligodontia. *J Dent*. 2018;71:18-24.
10. Anweigi L, Finbarr Allen P, Ziada H. Impact of resin bonded bridgework on quality of life of patients with hypodontia. *J Dent*. 2013;41(8):683-8.

11. Varghese AA, Xavier AM, Ramanarayanan V. Removable prosthetic management for tooth agenesis in the pediatric population: A systematic review of case reports and case series. *J Prosthet Dent.* 2023
12. Mady M, Arishi HA, AlOtaibi TN, AlFadhel AK, AlRajhi HM, Jaafari FA, et al. Literature Review on Diagnostic and Management Approach of Anodontia. *Int J Pharm Res ALLIED Sci.* 2023;12(1):106-9.
13. Bailleul-Forestier I, Molla M, Verloes A, Berdal A. The genetic basis of inherited anomalies of the teeth. Part 1: clinical and molecular aspects of non-syndromic dental disorders. *Eur J Med Genet.* 2008;51(4):273-91.
14. Cobourne MT. Familial human hypodontia – is it all in the genes ? *Br Dent J.* 2007;203(4):203-8.
15. De Coster PJ, Marks LA, Martens LC, Huysseune A. Dental agenesis: genetic and clinical perspectives. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol.* 2009;38(1):1-17.
16. Larmour CJ, Mossey PA, Orth D, Thind BS, Forgie AH, Stirrups DR. Hypodontia—A retrospective review of prevalence and etiology. Part I. *QUINTESSENCE Int.* 2005;36(4):263-70.
17. Nunn JH, Carter NE, Gillgrass TJ, Hobson RS, Jepson NJ, Meechan JG, et al. The interdisciplinary management of hypodontia: background and role of paediatric dentistry. *Br Dent J.* 2003;194(5):245-51.
18. Khalaf K, Miskelly J, Voge E, Macfarlane TV. Prevalence of hypodontia and associated factors: a systematic review and meta-analysis. *J Orthod.* 2014;41(4):299-316.
19. Rakhshan V, Rakhshan H. Méta-analyse de dents congénitalement absentes dans la denture permanente : prévalence, variations en fonction de l'ethnie, de la région et du temps. *Int Orthod.* 2015;13(3):261-73.
20. Polder BJ, Van't Hof MA, Van der Linden FPGM, Kuijpers-Jagtman AM. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32(3):217-26.
21. Geirdal AO, Saltnes SS, Storhaug K, Asten P, Nordgarden H, Jensen JL. Living with orofacial conditions: psychological distress and quality of life in adults affected

with Treacher Collins syndrome, cherubism, or oligodontia/ectodermal dysplasia-a comparative study. *Qual LIFE Res.* 2015;24(4):927-35.

22. Kiliaridis S, Sidira M, Kirmanidou Y, Michalakis K. Treatment options for congenitally missing lateral incisors. *Eur J Oral Implantol.* 2016;9:5-24.

23. Zachrisson BU, Rosa M, Toreskog S. Congenitally missing maxillary lateral incisors: Canine substitution. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011;139(4):434-44.

24. Kinzer GA, Kokich VO. Managing Congenitally Missing Lateral Incisors. Part II: Tooth-Supported Restorations. *J Esthet Restor Dent.* 2005;17(2):76-84.

25. Paulus C, Martin P. Hypodontia due to ectodermal dysplasia: Rehabilitation with very early dental implants. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2013;114(2):106-9.

26. Haute Autorité de Santé. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie. [Internet]. 2018 [consulté le 23 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie

27. Sischo L, Broder HL. Oral Health-related Quality of Life. *J Dent Res.* 2011;90(11):1264-70.

28. Hashem A, Kelly A, O'Connell B, O'Sullivan M. Impact of moderate and severe hypodontia and amelogenesis imperfecta on quality of life and self-esteem of adult patients. *J Dent.* 2013;41(8):689-94.

29. Venete A, Trillo-Lumbreras E, Prado-Gascó VJ, Bellot-Arcís C, Almerich-Silla JM, Montiel-Company JM. Relationship between the psychosocial impact of dental aesthetics and perfectionism and self-esteem. *J Clin Exp Dent.* 2017;9(12):1453-8.

30. Aboulkheir E. Évaluation de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées en EHPAD. [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7. Faculté de chirurgie dentaire; 2017.

31. John MT, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell TD, Micheelis W. Dimensions of Oral-health-related Quality of Life. *J Dent Res.* 2004;83(12):956-60.

32. Tapsoba H, Deschamps JP, Leclercq MH. Factor analytic study of two questionnaires measuring oral health-related quality of life among children and adults in New Zealand, Germany and Poland. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care*

Rehabil. 2000;9(5):559-69.

33. Broder HL, Wilson-Genderson M. Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's version). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(1):20-31.

34. Foster Page LA, Boyd D, Thomson WM. Do we need more than one Child Perceptions Questionnaire for children and adolescents? *BMC Oral Health.* 2013;13(1):26.

35. Alves Antunes LA, Freire JS, Melandes Da Silva GI, Rodrigues AS, Antunes LDS. Assessment of oral health-related quality of life in adolescents, young adults, and adults with dental agenesis: A comparative study. *Spec Care Dentist.* 2019;39(6):587-92.

36. Johal A, Huang Y, Toledano S. Hypodontia and its impact on a young person's quality of life, esthetics, and self-esteem. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2022;161(2):220-7.

37. Wong ATY, McMillan AS, McGrath C. Oral health-related quality of life and severe hypodontia. *J ORAL Rehabil.* 2006;33(12):869-73.

38. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14). *J Dent Res.* 2005;84(7):649-52.

39. Laing E, Cunningham SJ, Jones S, Moles D, Gill D. Psychosocial impact of hypodontia in children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010;137(1):35-41.

40. Klassen AF, Rae C, Riff W, Denadai R, Murray DJ, Bracken S, et al. FACE-Q craniofacial module: Part 2 Psychometric properties of newly developed scales for children and young adults with facial conditions. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* 2021;74(9):2330-40.

41. Klassen AF, Rae C, Wong Riff KW, Bulstrode N, Denadai R, Goldstein J, et al. FACE-Q Craniofacial Module: Part 1 validation of CLEFT-Q scales for use in children and young adults with facial conditions. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* 2021;74(9):2319-29.

42. Suri S, Jung H, Carmichael R, Lou W. Association of Site-Specific Tooth Absence with Severity of Oral Health-Related Quality of Life Impacts in Girls Having Nonsyndromic Oligodontia. *Pediatr Dent.* 2023;45(1):20-3.

43. Filius MAP, Cune MS, Creton M, Vissink A, Raghoobar GM, Visser A. Oral Health-Related Quality of Life in Dutch Children Diagnosed with Oligodontia. A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(13):2371.
44. Rodrigues AS, Freire JS, Melandes da Silva GI, Antunes LS, Alves Antunes LA. Does dental agenesis have an impact on OHRQoL of children, adolescents and young adults? A systematic review. *ACTA Odontol Scand*. 2018;76(8):621-7.
45. Raziee L, Judd P, Carmichael R, Chen S, Sidhu N, Suri S. Impacts of oligodontia on oral health-related quality of life reported by affected children and their parents. *Eur J Orthod*. 2020;42(3):250-6.
46. Locker D, Jokovic A, Prakash P, Tompson B. Oral health-related quality of life of children with oligodontia. *Int J Paediatr Dent*. 2010;20(1):8-14.
47. Hvaring CL, Birkeland K, Astrom AN. Discriminative ability of the generic and condition specific Oral Impact on Daily Performance (OIDP) among adolescents with and without hypodontia. *BMC ORAL Health*. 2014;14:57.
48. Blumer S, Bogachek-Halfon L, Peretz B, Shpack N, Nissan S. Parental Perceptions of Prosthetic Treatment for and Coping Abilities of Children with Ectodermal Dysplasia: A Pilot Study. *Pediatr Dent*. 2018;40(7):449-52.
49. Meaney S, Anweigi L, Ziada H, Allen F. The impact of hypodontia: a qualitative study on the experiences of patients. *Eur J Orthod*. 2012;34(5):547-52.
50. Nicholls W, Singer S. Psychosocial and behavioural impact of three clinical presentations of oligodontia in a tertiary hospital. *Int J Prosthodont*. 2023;0(0):1-25.
51. Kotecha S, Turner PJ, Dietrich T, Dhopatkar A. The impact of tooth agenesis on oral health-related quality of life in children. *J Orthod*. 2013;40(2):122-9.
52. Davis LG, Ashworth PD, Spriggs LS. Psychological effects of aesthetic dental treatment. *J Dent*. 1998;26(7):547-54.
53. Kavaliauskiene A, Sidlauskas A, Zaborskis A. Modification and psychometric evaluation of the child perceptions questionnaire (CPQ11–14) in assessing oral health related quality of life among Lithuanian children. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1.
54. Suchithra.M.S D, Sreedharan S. Assessment of Psychometric Properties of Malayalam Version of COIDP Questionnaire. [Internet]. 2018 [consulté le 8 avril 2024].

Disponible sur : <https://www.semanticscholar.org/paper/Assessment-of-Psychometric-Properties-of-Malayalam-Suchithra.M.S-Sreedharan/e007982d20ca34c843215e426375a4d088ae4bf9>

55. Paredes-Rodríguez V, Gómez G, González-Serrano J, López-Pintor R, Lopez-Bermejo M, Hernández G. Quality of life and oral health in elderly. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(5):590-6.

56. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Cano SJ. Development and psychometric evaluation of the FACE-Q satisfaction with appearance scale: a new patient-reported outcome instrument for facial aesthetics patients. *Clin Plast Surg*. 2013;40(2):249-60.

Impact des agénésies dentaires sur la qualité de vie des enfants : Une revue narrative /
Camille RAECKELBOOM - p. 81 : ill. 11 ; réf. 56.

Domaines : Odontologie pédiatrique

Mots clés Libres : Agénésies dentaires, impacts, enfants, qualité de vie, OHRQoL, oligodontie, hypodontie, anodontie, dents, absence, esthétique, mastication, phonation, impacts fonctionnels, émotionnels, psychologiques, sociaux, prise en charge, facteurs influents, syndrome, orthopédie dento-faciale, prothèse amovible, implantologie, anomalies, pédiatrie

Les agénésies dentaires sont des anomalies de développement, définies par l'absence congénitale d'une ou de plusieurs dents. En fonction du nombre de dents absentes, les patients présentent soit une oligodontie, une hypodontie ou une anodontie. Ce sont les anomalies dentaires les plus fréquemment retrouvées, touchant selon les pays, entre 2,6 à 11,3 % de la population générale. Leur diagnostic et leur prise en charge durant l'enfance sont importants car une agénésie ignorée peut avoir de gros impacts sur la qualité de vie de l'enfant aussi appelé *Oral Health-related Quality of Life (OHRQoL)*. Celle-ci doit désormais être au centre des préoccupations des professionnels de santé lorsqu'ils sont confrontés à ces cas cliniques. L'objectif de cette vue narrative est d'étudier les impacts des agénésies dentaires sur la qualité de vie des enfants. Dans un premier temps, l'identification des études incluses s'est faite à l'aide de 3 moteurs de recherche : PubMed, Science Direct et Web of Science, grâce à des mots clés choisis au préalable. Puis, dans un second temps, la sélection s'est faite après lecture du titre et du résumé de chaque étude ce qui a permis d'en éliminer un certain nombre. Enfin, à l'aide de critères d'inclusion et de non-inclusion prédéfinis, la sélection finale s'est faite après lecture intégrale des articles. Pour finir, les 14 études incluses ont été analysées et discutées afin d'étudier les principaux impacts des agénésies dentaires sur la qualité de vie des enfants. Ces impacts ont été classés en 5 catégories dans un tableau afin de faciliter leur analyse. Des impacts esthétiques, fonctionnelles, sociaux, émotionnels / psychologiques et sur la prise en charge ont été relevés comme affectant la qualité de vie des enfants.

JURY :

Président : Madame la Professeur Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

Madame le Docteur Margaux FAUQUEUX
