

DÉCLARATION DE PRINCIPE DE LA FDI

Gestion des fentes labio-palatines

Pour adoption par l'Assemblée générale de la FDI : 27-29 septembre 2021,
Sydney, Australie

1
2

3 CONTEXTE

4 Les fentes labio-palatines représentent les malformations congénitales les plus
5 communes de la tête et du cou.¹ Selon les données disponibles, la prévalence globale
6 des fentes labio-palatines est d'environ 1 sur 700 naissances vivantes, avec des
7 variations ethniques et géographiques considérables.²

8 Les fentes orofaciales sont associées au tissu mou ainsi qu'à des défauts
9 squelettiques et/ou dentaires.^{3,4} Les enfants nés avec une fente labio-palatine peuvent
10 souffrir d'une malocclusion modérée à sévère,^{5,6} et peuvent avoir de grandes
11 difficultés à téter, manger, parler, entendre, sourire, voire respirer, ce qui peut avoir
12 des impacts physiques et psychosociaux et nuire à la qualité de vie.⁷⁻⁹

13 Les fentes labio-palatines sont associées à une morbidité sociale et psychiatrique qui
14 touche les patients et les aidants.¹⁰

15 Les dentistes, orthodontistes et chirurgiens maxillo-faciaux doivent intervenir à
16 différents stades de la croissance et du développement des patients en collaboration
17 avec d'autres professionnels de la santé.

18 Le travail d'équipe à long terme est essentiel pour obtenir des traitements efficaces.
19 Ces équipes doivent se centrer sur les évaluations des résultats et chaque membre
20 doit comprendre l'importance d'une évaluation continue afin d'affiner les futurs
21 protocoles cliniques.

22

23 PÉRIMÈTRE

24 La présente déclaration de principe souligne la gestion multidisciplinaire et
25 séquentielle des fentes labio-palatines et le rôle fondamental des professionnels
26 dentaires au sein de l'équipe de soins pluridisciplinaire.

27

28 PRINCIPES

29 Le traitement des fentes labio-palatines est multidisciplinaire et requiert un effort
30 coordonné de la part des spécialistes à différents stades de la croissance et du
31 développement des patients. Un travail d'équipe coordonné est essentiel pour

32 optimiser les résultats du traitement. Avec le temps, les dentistes généralistes, les
33 dentistes pédiatriques et les orthodontistes jouent un rôle majeur au sein de l'équipe
34 de traitement des fentes labio-palatines.

35

36 **DÉCLARATION**

37 La FDI recommande ce qui suit :

38 • créer/inclure un module de santé bucco-dentaire en matière de fentes
39 labio-palatines dans le programme communautaire pour les dentistes généralistes
40 et mettre en place des programmes de formation continue pour les dentistes et
41 orthodontistes en se concentrant sur le traitement des fentes labio-palatines en tant
42 qu'effort multidisciplinaire ;

43

44 • les associations dentaires nationales (NDA), dans les pays manquant d'un
45 système de santé organisé, doivent établir des centres ou des réseaux de
46 professionnels de santé impliqués dans le traitement des fentes labio-palatines,
47 avec des chirurgiens maxillo-faciaux et esthétiques, des dentistes et des
48 orthodontistes ;

49

50 • créer des directives de pratique clinique de traitement des fentes labio-palatines
51 pour les professionnels de la santé bucco-dentaire et autres professionnels de la
52 santé traitant les patients atteints de fentes labio-palatines ;

53

54 • l'équipe dentaire doit aider les parents à comprendre l'importance d'une bonne
55 santé bucco-dentaire pour leurs enfants dès la naissance, en tenant notamment
56 compte de l'importance de prendre soin des dents temporaires ;

57

58 • mettre l'accent sur le fait qu'un résultat de traitement orthodontique idéal passe par
59 une excellente hygiène bucco-dentaire et une dentition bien restaurée et en bonne
60 santé ;

61

62 • prendre conscience de la possibilité d'interception orthopédique dès la naissance,
63 d'orthodontie interceptive entre l'âge de cinq et dix ans et de scellement des
64 premières molaires permanentes. L'abcès périapical de la dentition temporaire
65 adjacente à la fente alvéolaire doit être traité avant la greffe osseuse ;

66

67 • se centrer particulièrement sur le régime de prévention des maladies dentaires lors
68 du passage de la dentition primaire à la dentition permanente, et évaluer en
69 permanence la croissance faciale des patients pédiatriques en ajustant le plan de
70 traitement en cours si nécessaire ;

71

72 • établir un contact régulier entre l'équipe de santé bucco-dentaire (dentistes
73 généralistes, dentistes pédiatriques et orthodontistes) et les autres professionnels
74 de la santé et offrir des informations et des conseils aux enfants atteints de fentes
75 labio-palatines et à leurs parents/aidants.

76

77

78 MOTS-CLÉS

79 fente labiale, fente palatine, fente labio-palatine, gestion multidisciplinaire, santé
80 bucco-dentaire, qualité de vie, soins bucco-dentaires

81

82 AVERTISSEMENT

83 Les informations contenues dans cette déclaration de principe se fondent sur les
84 meilleures preuves scientifiques actuellement disponibles. Elles peuvent être
85 interprétées pour tenir compte des sensibilités culturelles et des contraintes
86 socioéconomiques prévalentes.

87

88 RÉFÉRENCES

89 1. Coupland MA, Coupland AI. Seasonality, incidence, and sex distribution of
90 cleft lip and palate births in Trent Region, 1973-1982. *Cleft Palate J.*
91 1988;25(1):33–37.

92

93 2. Organisation mondiale de la santé. Addressing the global challenges of
94 craniofacial anomalies: Report of a WHO meeting on International
95 Collaborative Research on Craniofacial Anomalies. OMS, Genève, Suisse,
96 2006.

97

98 3. Shapira Y, Lubit E, Kuflinec MM. Hypodontia in children with various types of
99 clefts. *Angle Orthod.* 2000;70(1):16-21.

100

101 4. Harris EF, Hullings JG. Delayed dental development in children with isolated
102 cleft lip and palate. *Arch Oral Biol.* 1990;35(6):469-473.

103

104 5. Friede H. Growth sites and growth mechanisms at risk in cleft lip and palate.
105 *Acta Odontol Scand.* 1998;56(6):346–351.

106

107 6. Normando AD, da Silva Filho OG, Capelozza Filho L. Influence of surgery on
108 maxillary growth in cleft lip and/or palate patients. *J Craniomaxillofac Surg.*
109 1992; 20(3):111– 118.

110

111 7. Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip
112 and palate: a systematic review. *Eur J Orthod.* 2005;27(3):274–285.

113

114 8. Antonarakis GS, Patel RN, Tompson B. Oral health-related quality of life in
115 non-syndromic cleft lip and/or palate patients: a systematic
116 review. *Community Dent Health.* 2013;30(3):189–195.

- 117 9. Pisek A, Pitiphat W, Chowchuen B, Pradubwong S. Oral health status and
118 oral impacts on quality of life in early adolescent cleft patients. *J Med Assoc*
119 *Thai.* 2014;97:10-16.
120
- 121 10. Fadeyibi IO, Coker OA, Zacchariah MP, Fasawe A, Ademiluyi SA.
122 Psychosocial effects of cleftlip and palate on Nigerians: the Ikeja-Lagos
123 experience. *J Plast Surg Hand Surg.* 2012;46(1):13–8.
124