



Reçu le :  
25 juin 2008  
Accepté le :  
11 octobre 2008  
Disponible en ligne  
19 janvier 2009

Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

# Dysplasie ectodermique anhidrotique. Réhabilitation

## Early implant rehabilitation in anhidrotic ectodermal dysplasia

J. Fotso<sup>1\*</sup>, M. Hugentobler<sup>1</sup>, S. Kiliaridis<sup>2</sup>, M. Richter<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de chirurgie maxillofaciale et de chirurgie buccale, hôpitaux universitaires de Genève, 25, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse

<sup>2</sup> Division d'orthodontie, section de médecine dentaire, université de Genève, 19, rue Barthélémy-Menn, 1211 Genève, Suisse

### Summary

**Introduction.** Anhidrotic ectodermal dysplasia (EAD) is an inherited syndrome with an incidence of one per 100,000 live births and is characterized by hypotrichosis, anhidrosis or hypohidrosis, and oligodontia. Various treatment options for the dental rehabilitation of children presenting with this disease have been published. There is however no consensus on what age implants should be placed. Our purpose was to describe the disease and rehabilitation with early implants through two case reports.

**Observation.** Our two patients, a brother and sister, aged 14 and 15 years respectively, presented with EAD, maxillary hypodontia, and mandibular anodontia. They benefited from an orthodontic surgical treatment followed by prosthetic treatment. We designed a removable prosthesis on mandibular implants for the boy when he was 14, which was later replaced by a fixed prosthesis on implants. We shifted the lateral maxillary incisors orthodontically to a canine position, then performed autologous bone grafting for the placement of six implants. The same bone graft technique was used for the sister to insert four maxillary implants. The follow-up after implant placement was 7 and 4 years, respectively. On the latest follow-up, the results were stable, functional, and esthetic.

**Discussion.** Dental implants are a reliable oral rehabilitation treatment for children presenting with ectodermal dysplasia.

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Ectodermal dysplasia anhidrotic, Dental implants, Child, Hypodontia

### Résumé

**Introduction.** La dysplasie ectodermique anhidrotique (DEA) est une maladie héréditaire qui touche une naissance sur 100 000 et se caractérise par une hypotrichose, une hypo ou anhidrose et une hypodontie. Différentes possibilités de réhabilitation dentaire sont possibles. Une controverse existe sur l'âge idéal pour placer des implants. Nous rappelons les caractéristiques de la DEA et précisons, à travers deux cas de réhabilitations précoces, les possibilités de traitements par prothèses implanto-portées.

**Observation.** Deux patients, un frère et une sœur, âgés respectivement de 14 et 15 ans souffraient de DEA avec hypodontie maxillaire et anodontie mandibulaire. Chez le garçon, à l'âge de 14 ans, une prothèse semi-amovible mandibulaire a été stabilisée sur des implants. Elle a ensuite été remplacée par une prothèse implanto-portée. Les dents 12 et 22 ont été déplacées orthodontiquement en position canine. Puis, des greffes osseuses autologues ont permis de placer six implants. Pour la sœur, quatre implants ont été mis en place aux maxillaires, après le même type de greffes osseuses. Les deux enfants ont été suivis pendant sept ans, pour le premier et quatre ans pour le second. À la fin de cette période, les résultats fonctionnels et esthétiques étaient stables.

**Discussion.** L'implantation dentaire, avant la fin de la croissance est une solution pour reconstruire une denture fonctionnelle chez les enfants souffrant d'une DEA avec hypodontie.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Dysplasie ectodermique anhidrotique, Implants dentaires, Enfants, Hypodontie

### Introduction

La dysplasie ectodermique anhidrotique (DEA) est une maladie héréditaire, conséquence d'une aplasie ou d'une dysplasie

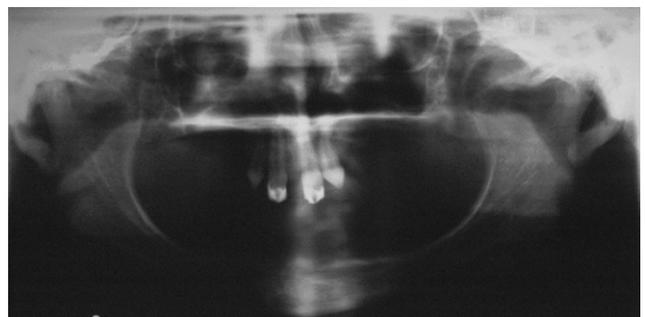
des tissus dérivés de l'ectoderme embryonnaire comme les cheveux, les ongles, la peau et les dents. La DEA touche une naissance sur 100 000. On en connaît deux formes cliniques. La première, récessive liée au chromosome X, appelée aussi « syndrome de Christ Siemens Touraine », est la plus fréquente. Elle se caractérise par une hypotrichose, une hypohidrose ou anhidrose et une hypodontie. Le mode de transmission récessif autosomique explique les cas de parents normaux sur le plan phénotypique avec des enfants des deux sexes atteints par la maladie [1]. La deuxième forme ou « syndrome de Clouston » est autosomique dominante et présente les mêmes caractéristiques cliniques que la première, mais les glandes sudoripares ne sont pas touchées. Le diagnostic repose sur l'anamnèse et l'examen clinique : les enfants ne tolèrent pas la chaleur, ils ont une peau sèche et des cheveux épars. Les anomalies maxillofaciales sont dues essentiellement aux agénésies dentaires [2]. On relève : une diminution de la dimension verticale d'occlusion par insuffisance de la hauteur alvéolaire, une diminution des forces masticatoires, une rétrusion des maxillaires, une protrusion et une rotation antérieure de la mandibule, une tendance à la classe III squelettique, un manque d'occlusion fonctionnelle avec pour conséquence des syndromes algodysfonctionnels de l'appareil manducateur (SADAM) et des difficultés d'élocution. Le dysmorphisme facial et les anomalies dentaires poussent les patients à consulter. Une prise en charge multidisciplinaire est recommandée, qui peut inclure un(e) chirurgien maxillo-facial, un(e) pédodontiste, un(e) orthodontiste et un(e) dentiste prothésiste. Les prothèses en résine ont longtemps été une solution de choix, mais l'utilisation d'implants dentaires est une alternative qui permet d'améliorer la stabilité et la rétention des superstructures prothétiques. Nous présentons les cas de deux enfants porteurs d'une DEA et dont l'hypodontie a été traitée par des prothèses implanto-portées dès l'âge de 14 ans. Nous décrivons le choix des plans de traitements et évaluons les résultats après six ans et quatre ans.

## Observation n° 1

Un garçon de 13 ans, souffrant d'une DEA nous a été adressé par son dentiste pour traitement d'une anodontie mandibulaire. Le diagnostic de DEA avait été posé durant sa première année de vie. Sa sœur âgée de dix ans souffrait elle aussi de la maladie. Les parents ne présentaient pas de signes de DEA. À l'âge d'un an, une première dent conique avait fait éruption dans la région des incisives centrales maxillaires. Des prothèses supérieure et inférieure ont été réalisées à l'âge de quatre ans, mais l'enfant ne les avait pas

supportées plus de cinq mois, gêné par son asialie. Ce garçon était en bonne santé et acceptait bien sa maladie. Sa seule plainte était de ne pas supporter la chaleur.

Le visage était symétrique, avec une diminution de la hauteur de l'étage inférieur. Le profil était concave avec un angle nasolabial et un angle labiomentonnière fermés, un angle cervicomentonnière ouvert. Les muqueuses étaient sèches. Aux maxillaires, les crêtes alvéolaires étaient peu élevées et on relevait la présence de quatre dents permanentes coniques en position 11, 21, 13 et 23. La mandibule était édentée et les crêtes alvéolaires étaient larges mais de faible hauteur. Les radiographies panoramique et de profil confirmaient l'absence de dent et de germe dentaire et la faible hauteur des rebords alvéolaires, aux maxillaires et à la mandibule (fig. 1 et 2). Pour répondre à la demande du patient, le traitement a consisté en une réhabilitation implantaire uniquement à la mandibule. Après confirmation d'un âge osseux de 14 ans, nous avons placé, sous anesthésie locale, deux implants standard SLA 4,1 mm de diamètre, 14 mm de longueur (Straumann®, Bâle, Suisse) en position 34-44 pour adapter une prothèse implanto-stabilisée (fig. 3). Une implantation plus distale, en régions molaires et prémolaires, aurait nécessité un double déroutement des nerfs alvéolaires sous anesthésie générale et cette proposition a été refusée. À l'âge de 15 ans, le patient a demandé une réhabilitation fixe aux maxillaires. L'importante atrophie alvéolaire postérieure nécessitait de placer des greffes pré-implantaires de gros volume, initialement refusées par le patient. Le diastème entre les dents 11 et 21 a été fermé orthodontiquement, les canines ectopiques ont été distalées (fig. 4). Puis deux implants NP 3,3 mm de diamètre, 14 mm de longueur (Branemark Implant®, Nobel Biocare, Göteborg, Suède) ont été insérés en position 12-22. À l'âge de 17 ans, nous avons ajouté deux implants standard SLA 4,1 mm de diamètre, 14 mm de longueur (Straumann®, Bâle, Suisse) en



**Figure 1.** Cas n° 1. DEA, 13 ans. Orthopantomogramme : début du traitement. Quatre dents coniques aux maxillaires. Mandibule édentée. Absence de germes dentaires.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174430>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174430>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)