

NANTES UNIVERSITÉ

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2022

N° 3845

**ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR LA SATISFACTION DES
PATIENTS PRIS EN CHARGE POUR DES DÉFAUTS
AMÉLAIRES ANTÉRIEURS DUS A UN MIH**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

HUNT Shannon

Né le 05/03/1995

Le 28 octobre 2022 devant le jury ci-dessous :

Président : M le Professeur Assem SOUEIDAN

Assesseur : Mme le Docteur Roselyne CLOUET

Assesseur : M le Docteur Samuel SERISIER

Directeur de thèse : M le Docteur Tony PRUD'HOMME

 Nantes Université	Présidente Pr. BERNAULT Carine
 Pôle Santé UFR Odontologie	Doyen Pr. SOUEIDAN Assem
	Assesseurs Pr GAUDIN Alexis Pr LE GUEHENNEC Laurent Pr LESCLOUS Philippe

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers des C.S.E.R.D	
ALLIOT-LICHT Brigitte AMOURIQ Yves CHAUX Anne-Gaëlle GAUDIN Alexis LABOUX Olivier LE GUEHENNEC Laurent	LESCLOUS Philippe LOPEZ Serena PEREZ Fabienne SOUEIDAN Assem WEISS Pierre

Professeur des Universités
BOULER Jean-Michel

Maitre de conférence des Universités
VINATIER Claire

Professeur Emérite
GIUMELLI Bernard

Enseignants Associés	
GUIHO Romain (Professeur Associé) LOLAH Aoula (MCU Associé) MAITRE Yoann (MCU Associé)	AMICHIA ALLOH Yomin Cécile (Assistant Associé) BANDIAKY Octave (Assistant Associé) IDIRI Katia (Assistant Associé)

Maitres de conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers des C.S.E.R.D	Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux des C.S.E.R.D
AMADOR DEL VALLE Gilles ARMENGOL Valérie BLERY Pauline BODIC François CLOITRE Alexandra DAJEAN-TRUTAUD Sylvie ENKEL Bénédicte HOORNAERT Alain HOUCHMAND-CUNY Madline JORDANA Fabienne LE BARS Pierre NIVET Marc-Henri PRUD'HOMME Tony RENARD Emmanuelle RENAUDIN Stéphane RETHORE Gildas SERISIER Samuel STRUILLOU Xavier VERNER Christian	BLEU Oriane CLOUET Roselyne EVRARD Lucas GUILLEMIN Maxime HASCOET Emilie HEMMING Cécile HIBON Charles OYALLON Mathilde PREVOT Diane QUINSAT Victoire Eugenie REMAUD Matthieu REMAUD Thomas

Praticiens Hospitaliers	
DUPAS Cécile	HYON Isabelle

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN,

Doyen de l'UFR Odontologie

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Chef du Département de Parodontologie

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury,
Pour l'enseignement clinique et théorique que vous m'avez transmis durant ces années,
Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME

Maître des Conférences des Universités

Docteur de l'université de Nantes

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Département d'Odontologie Pédiatrique

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse,
Pour l'intérêt, l'engouement, et les précieux conseils tout au long de ce travail,
Pour votre soutien, votre bienveillance, votre gentillesse et surtout votre patience qui m'ont
permis de mettre un point final à ce travail,
Pour votre enseignement de qualité et de partage durant les vacations cliniques,
Pour la transmission de vos connaissances et l'encouragement durant toutes ces années,
Veuillez accepter l'expression de mes plus sincères remerciements et de ma plus grande
gratitude.*

A Madame le Docteur Roselyne CLOUET

Assistante Hospitalière Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche
Dentaires
Département de Prothèses

- NANTES -

*Pour avoir accepté de siéger au sein de ce jury,
Pour votre sympathie et votre disponibilité tout au long de ces années,
Pour votre engagement auprès des étudiants et votre soutien,
Pour votre confiance durant ces vacances cliniques,
Veuillez trouver l'expression de ma gratitude et ma reconnaissance la plus sincère.*

A Monsieur le Docteur Samuel SERISIER

Maître des Conférences des Universités

Docteur de l'université de Nantes

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Département de Sciences Biologiques

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur de siéger au sein de ce jury,
Pour l'étendue de votre savoir que vous mettez à notre disposition,
Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

Table des matières

<i>Liste des abréviations</i>	9
<i>Introduction</i>	10
<i>Matériels et Méthodes</i>	12
<i>Résultats</i>	14
<i>Discussion</i>	31
<i>Conclusion</i>	33
<i>Annexes</i>	34
<i>Bibliographie</i>	40
<i>Table des illustrations</i>	43

Liste des abréviations

MIH : Molar Incisor Hypomineralisation

HAS : Haute Autorité de Santé

CED : Council of European Dentists

CSD : Centre de Soins Dentaires

Introduction

Décrite pour la première fois dans les années 70, l'hypominéralisation de l'émail, ou MIH pour Molar Incisor Hypomineralisation en anglais, est une pathologie sous diagnostiquée en pratique courante (1). Ces défauts qualitatifs de structures de l'émail dus au MIH ont pourtant une prévalence en augmentation sans que l'on arrive à connaître précisément l'étiologie de ce défaut (2). La prévalence du MIH serait située entre 2,8 et 25% selon des études récentes et selon les pays (3,4). Le processus de calcification et de maturation de l'émail pendant la minéralisation des couronnes des premières molaires permanentes et des incisives permanentes qui ont lieu entre le troisième trimestre de grossesse et l'âge de 2ans seraient en mis en cause (5). D'autres dents peuvent également être touchées (6). Cliniquement, cette pathologie se présente sous la forme d'opacité blanche, jaune ou marron bien délimitées plus ou moins étendues et plus ou moins profondes (7). Les problèmes esthétiques sont courants lorsque le MIH est présent sur les incisives centrales. Chez le jeune enfant, il est primordial de faire attention avant toute intervention du fait d'une pulpe large et immature sur ces dents (8).

En raison des opacités de différentes teintes sur les dents antérieures, le MIH peut entraîner des problèmes psychosociaux pour les enfants, surtout quand les incisives maxillaires sont touchées (9). Cette perception de l'état dentaire n'est pas statique et peut changer dans le temps. Des problèmes psychosociaux, comme la honte, le mépris, les moqueries se répercutent ensuite chez les parents des enfants atteints : enfants et parents confient être insatisfaits de ces atteintes colorées de l'émail et sont préoccupés par la situation (10). Les enfants atteints de MIH ont une image plus négative de leur santé orale que les enfants non atteints (11). Les enfants ayant une mauvaise image d'eux et de leur santé orale auront une hygiène bucco-dentaire moins rigoureuse (12). Or, nous savons que la première étape d'une prise en charge d'un MIH passe par le contrôle de son hygiène bucco-dentaire à la maison (8). Une prise en charge esthétique de ses dents est donc parfois nécessaire avant même l'âge de 18 ans pour certains enfants pour résoudre cette situation, malgré les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) mais en accord avec le Conseil des Dentistes Européens (CED) (13–16).

Concernant la prise en charge du MIH en antérieur, plusieurs solutions thérapeutiques sont possibles en fonction de la gravité de l'atteinte allant de l'abstention à la reconstitution collée (1,9). Cette idée suit le concept du gradient thérapeutique élaboré par Tirlet et Attal, à savoir qu'un diagnostic et une prise en charge précoce pourront conduire à un traitement plus efficace et plus conservateur (17,18). Chez les patients jeunes venant pour une prise en charge esthétique des solutions existent, décrites ici, de la moins à la plus délabrante :

- L'éclaircissement dentaire, qui a pour but de camoufler les opacités blanches en augmentant la luminosité globale des dents, s'effectue avec du peroxyde de carbamide à 10% en ambulatoire (11).
- La microabrasion, qui est indiquée lorsque les discolorations sont limitées à la surface externe de l'émail (7,19,20). Ce traitement utilisant un mélange d'acide phosphorique à 37% et de pierre ponce sera appliqué sur la surface dentaire avec un contre-angle tournant à faible vitesse (21). Il lisse les irrégularités de surface, produit une surface plus régulière et plus brillante et enfin élimine les tâches opaques brunes de surface (22).
- Le etch-bleach-seal, qui est une technique ayant d'abord été décrite par Wright (14,15), composée de trois étapes consistant dans l'ordre à déminéraliser l'émail avec de l'acide phosphorique à 37% puis à blanchir l'opacité avec de l'hypochlorite de sodium à 5% et enfin à appliquer une résine fluide (23,24). Avec cette technique, les tâches jaunes et brunes peuvent être atténuées en laissant un aspect marbré blanc plus acceptable esthétiquement (12).
- L'érosion/infiltration résineuse, qui consiste en une application d'acide chlorhydrique à 15% pour abraser la surface de l'émail (12,20), puis un séchage à l'alcool afin de prévisualiser le résultat du traitement et enfin en l'application d'une résine de faible viscosité qui doit être photo-polymérisée (20,21). De cette manière, la résine va pénétrer dans les espaces déminéralisés de l'émail et va modifier son indice de réfraction la rendant plus opaque (25,26). Si le résultat n'est pas satisfaisant la fin des deux premières étapes, celles-ci peuvent être renouvelées.
- La macroabrasion qui nécessite l'utilisation d'instruments rotatifs ou de sablage pour retirer les parties les plus superficielles de l'émail afin d'éliminer entièrement l'opacité ou afin de permettre l'accès au cœur de lésion pour les autres techniques décrites plus haut afin d'obtenir un résultat optimal (27,28). Une résine composite pourra ensuite être mise en place pour restaurer la dent (29). Des associations sont possibles entre ces différentes techniques (25).

Compte tenu des besoins spécifiques des patients atteints de MIH, il ne faut pas hésiter à faire appel à d'autres spécialistes, tels que des orthodontistes, pour un traitement multidisciplinaire (1).

Le but de cette étude rétrospective est donc d'évaluer la satisfaction de jeunes patients qui ont été pris en charge pour des défauts amélaire antérieurs et de leurs parents.

Matériels et Méthodes

Une étude rétrospective visant à évaluer la satisfaction des patients pris en charge pour des défauts amélaire antérieurs dus au MIH et de leurs parents a été menée au sein du Centre de Soins Dentaires (CSD) de Nantes.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction des patients atteints de MIH qui ont pu bénéficier d'un ou de traitements de prise en charge esthétique au niveau de leurs incisives maxillaires. Ainsi, à partir des questionnaires de mesure de la santé orale chez l'enfant comme le COHIP-19, de travaux menés sur d'autres anomalies de structures ou encore d'études invitant les enfants à juger de l'apparence de leurs dents (13,18,27), nous avons élaboré un questionnaire permettant d'évaluer par l'intermédiaire de 16 questions la satisfaction des patients concernant leurs traitements.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- Une évaluation de la satisfaction des parents vis-à-vis de la prise en charge esthétique de leur enfant. Un autre questionnaire comportant 14 questions a ainsi été mis en place pour mesurer le contentement des parents lorsque les patients traités étaient mineurs et/ou lorsque que l'enfant n'était pas en mesure physiologique ou psychologique d'évaluer sa satisfaction (12–14). De plus, même pour les patients inclus majeurs, l'évaluation de la satisfaction des parents a été recherchée.
- Une comparaison de l'efficacité, en termes d'esthétisme, des différents traitements possibles dont ont pu bénéficier les patients.

En ce qui concerne les critères d'inclusions, les patients devaient :

- Être atteints d'un MIH
- Avoir une nécessité de prise en charge esthétique en rapport sur les incisives permanentes
- Avoir été traités esthétiquement dans les 3 ans précédant l'étude

Pour les critères d'exclusions :

- Toutes les autres affections touchant l'émail comme la fluorose ou l'amélogénèse imparfaite n'ont donc pas été prise en comptes
- Les patients n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge esthétique dans la période considérée ne pouvaient être inclus

Du fait de son caractère exploratoire et pilote, et pour des raisons de faisabilité, c'est une période d'inclusion qui a été choisie et non un nombre de sujets dans ce projet de recherche. Cette étude multicentrique, non contrôlée et rétrospective s'est donc déroulée sur 6 mois, de septembre 2020 à février 2021 au Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes. Par le biais d'interview téléphonique, et après accord oral pour participer à l'étude, 11 patients ont été appelés et ont répondu au questionnaire. La fin de leur participation à l'étude coïncidait avec la fin de l'interview téléphonique.

Les données recueillies par le biais des questionnaires correspondent à des variables qualitatives allant de « tout à fait d'accord » à « pas d'accord du tout », elles ont donc été décrites une par une dans la partie résultats. De plus, une évaluation numérique du sourire avant et après traitement a été recueillie. Un test de Student (ou t-test) pour données appariées a été effectué pour répondre à la question : est ce qu'il y a une différence significative de la moyenne des notes du sourire avant et après traitement. Une *p-value* < 0,05 a été considérée comme significative.

Résultats

Un questionnaire de 16 questions pour les patients traités a été mis en place pour évaluer leur ressenti et la satisfaction vis à vis de leur traitement reçu. Un autre questionnaire de 14 questions a également été soumis aux parents des patients traités afin de mesurer leur ressenti sur le traitement reçu. Cela nous permet d'avoir une hétéroévaluation de l'évolution de l'esthétisme du sourire.

a) Analyse descriptive du questionnaire patients (16 questions)

54,5% (n=6) des patients ont répondu qu'ils étaient tout à fait d'accord pour dire qu'ils étaient satisfaits du traitement, 27,3% (n=3) des patients étaient plutôt d'accord et 18,2% (n=2) pas vraiment d'accord (Figure1).

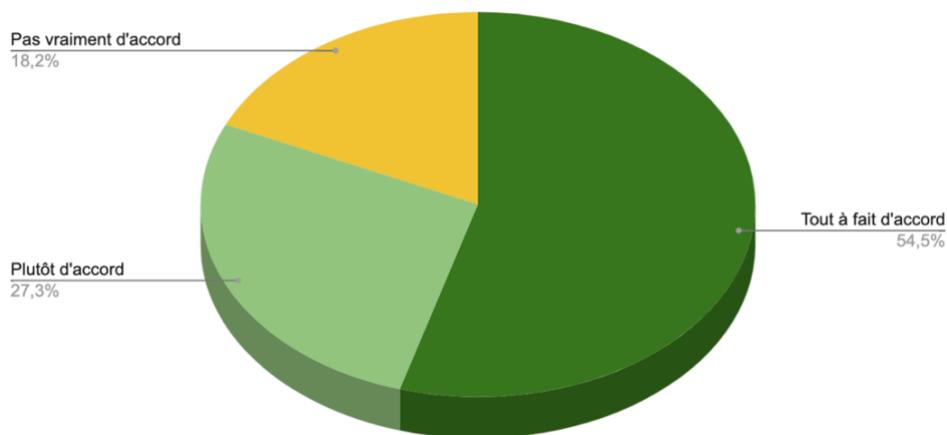


Figure 1 : Evaluation de la satisfaction du traitement par les patients

63,6% (n=7) des patients étaient tout à fait d'accord avec le fait qu'il y ait eu une amélioration esthétique depuis leur traitement, 27,3% (n=3) étaient plutôt d'accord et 9,1% (n=1) des patients n'étaient pas d'accord du tout (Figure 2).

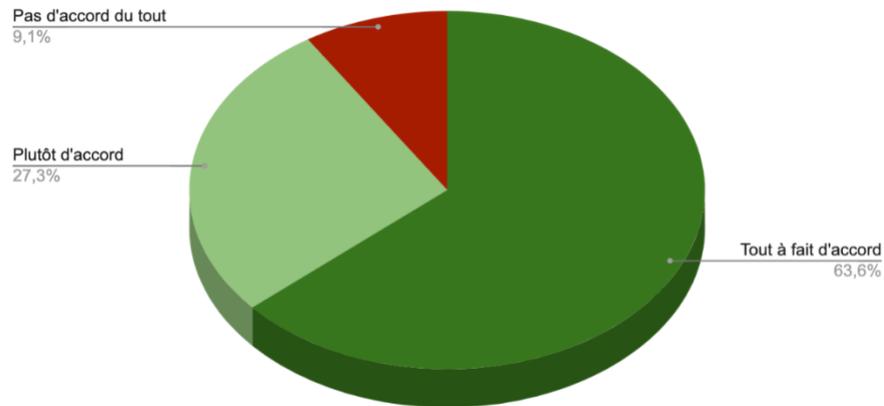


Figure 2 : Évaluation de l'amélioration esthétique depuis le traitement

Après le traitement, 36,4% (n=4) des patients étaient tout à fait d'accord pour dire qu'ils étaient plus confiants depuis le traitement, 45,5% (n=5) étaient plutôt d'accord, 9,1% (n=1) pas vraiment d'accord et 9,1% (n=1) n'avaient pas d'opinion tranchée sur la question (Figure 3).

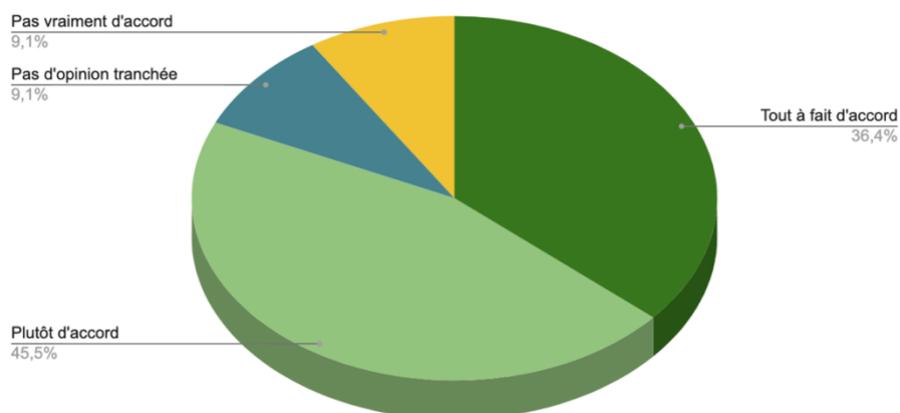


Figure 3 : Évaluation de la confiance depuis le traitement

36,4% (n=4) des patients étaient tout à fait d'accord pour dire qu'ils souriaient/rigolaient plus facilement qu'avant, 36,4% (n=4) étaient plutôt d'accord, 9,1% (n=1) n'étaient pas vraiment d'accord, 9,1% (n=1) n'étaient pas d'accord du tout et 9,1% (n=1) n'avaient pas d'opinion tranchée (Figure 4).

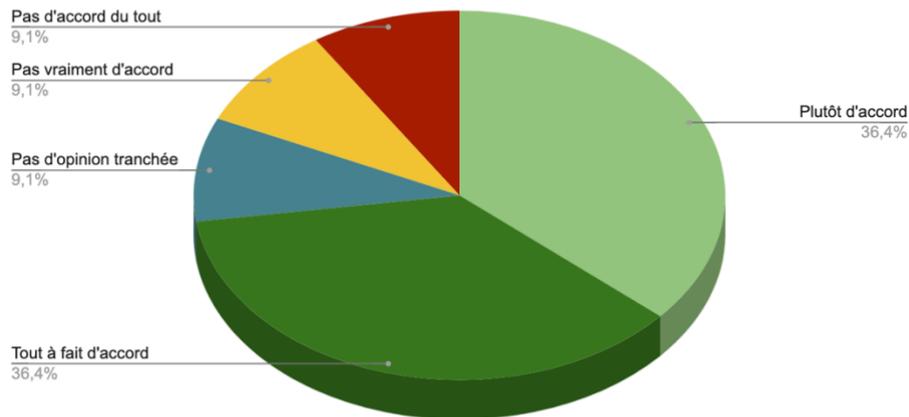


Figure 4 : Faciliter à plus sourire/rigoler après traitement qu'avant

18,2% (n=2) étaient d'accord pour affirmer qu'ils parlaient plus facilement en public/classe, 18,2% (n=2) étaient plutôt d'accord, 36,4% (n=4) n'avaient pas d'opinion tranchée tandis que 27,3% (n=3) des patients n'étaient pas vraiment d'accord voire pas d'accord du tout (Figure 5).

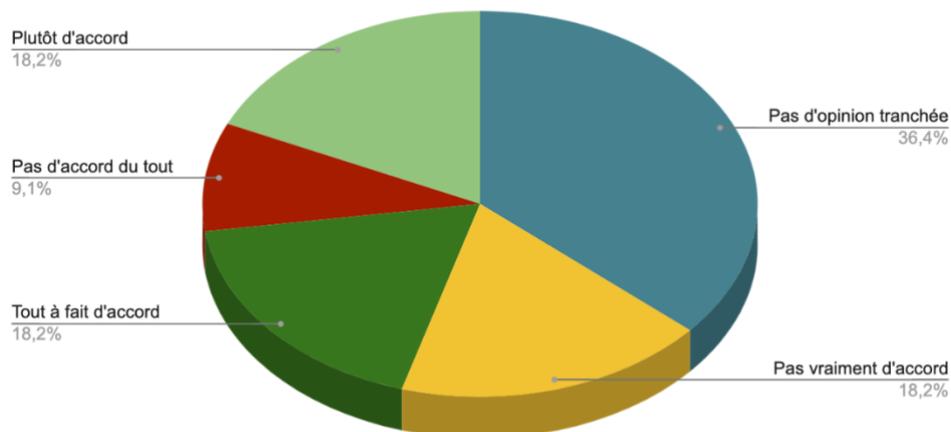


Figure 5 : Évaluation de prise de parole en public/classe

Les patients étaient tout à fait d'accord à 18,2% (n=2) pour dire qu'ils prenaient plus facilement la parole depuis le traitement, 18,2% (n=2) étaient plutôt d'accord, 27,3% (n=3) n'étaient pas vraiment d'accord et enfin 36,4% (n=4) des patients n'avaient pas d'opinion tranchée sur la question (Figure 6).

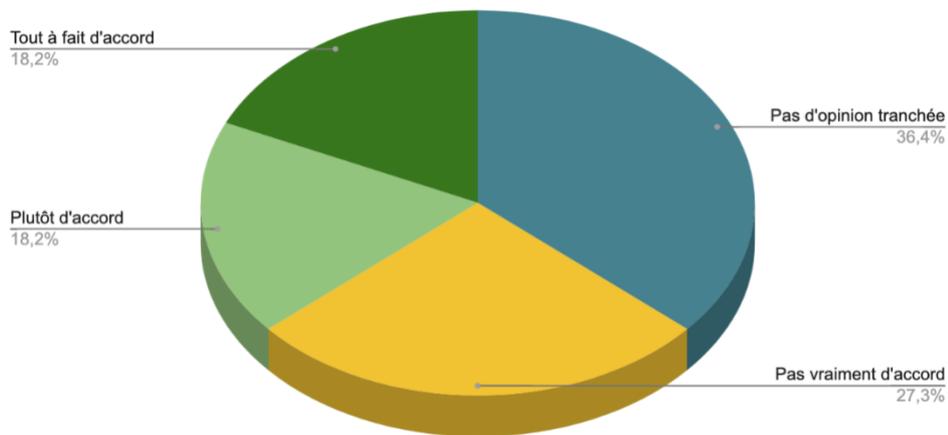


Figure 6 : Facilité à prendre la parole depuis le traitement

9,1% (n=1) des patients n'étaient pas vraiment d'accord pour déclarer être plus à l'aise dans les lieux publics, tandis que 27,3% (n=3) étaient plutôt d'accord et qu'ils étaient tout à fait d'accord à 27,3% (n=3). 36,4% (n=4) des patients n'avaient pas d'opinion tranchée (Figure 7).

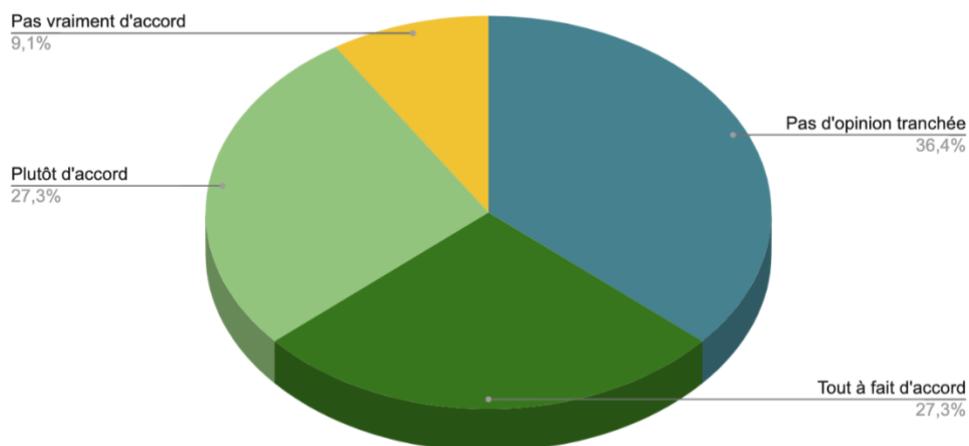


Figure 7 : Répartition graphique du ressenti dans les lieux publics

Une majorité des patients, représentée par 54,5% (n=6) d'entre eux, ont confié être tout à fait d'accord pour dire être moins préoccupé par l'aspect de leurs dents. Aussi, 27,3% (n=3) des patients étaient plutôt d'accord pour dire être moins préoccupé de l'aspect de leurs dents. Leur opinion n'était pas tranchée dans 9,1% (n=1) des cas. Enfin, 9,1% (n=1) n'étaient pas du tout d'accord (Figure 8).

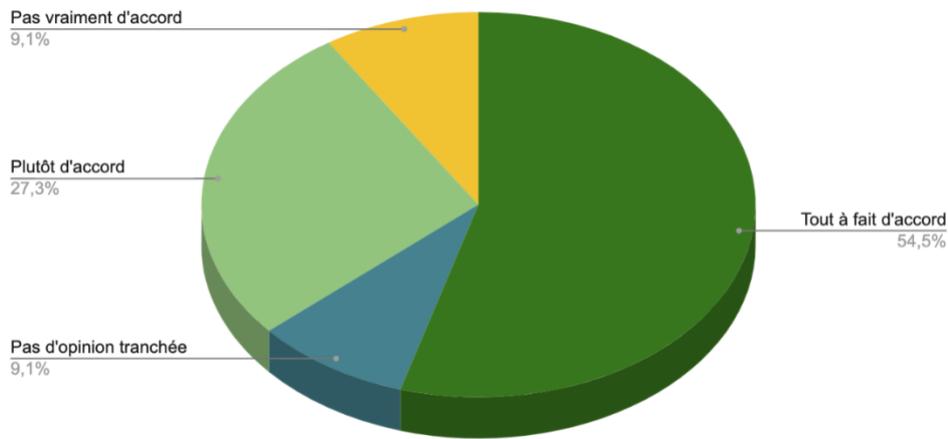


Figure 8 : Préoccupation liée à l'aspect des dents depuis le traitement

Les enfants étaient à 54,5% (n=6) tout à fait d'accord pour affirmer que depuis le traitement ils avaient tendance à moins cacher leurs dents. Ils étaient plutôt d'accord à 27,3% (n=3) mais pas vraiment d'accord à 18,2% (n=2) (Figure 9).

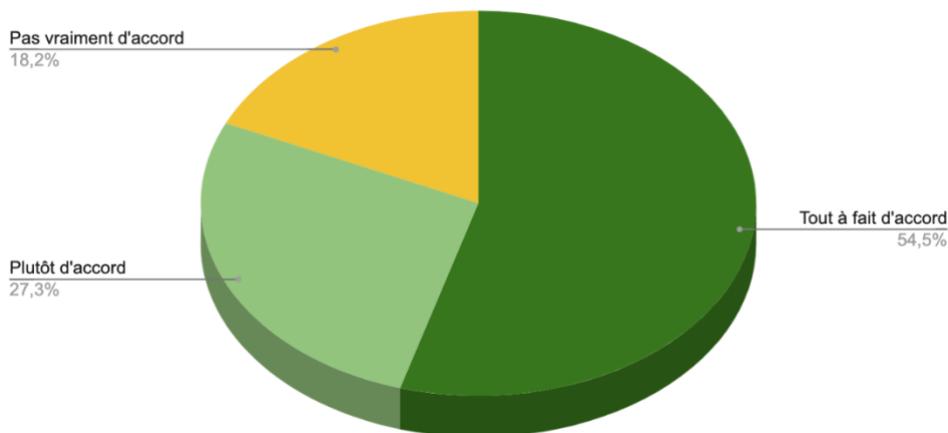


Figure 9 : Tendance à moins dissimuler leurs dents depuis le traitement

18,2% (n=2) des patients interrogés ne se sentaient pas vraiment d'accord pour affirmer parler plus facilement de leurs dents. 36,4% (n=4) et 18,2% (n=2) étaient respectivement tout à fait d'accord et plutôt d'accord concernant l'aisance à parler de leurs dents. Quant à 27,3% (n=3) des patients interrogés, ils n'avaient pas d'opinion tranchée (Figure 10).

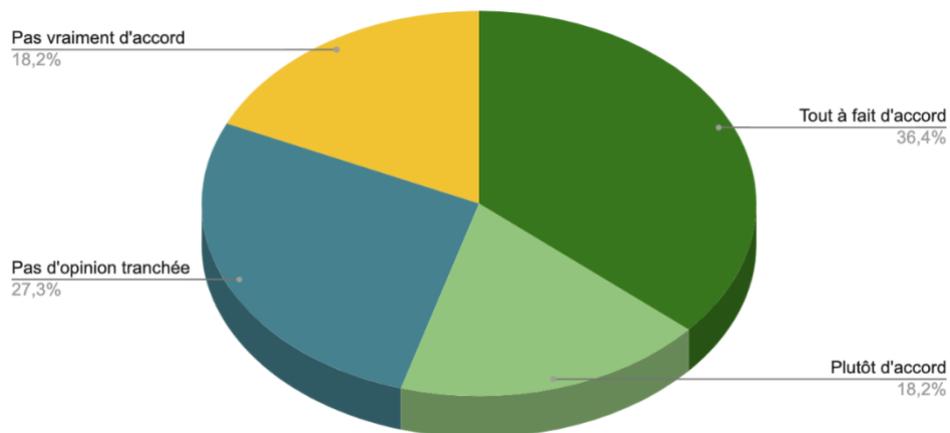


Figure 10 : Aisance à parler des dents depuis le traitement

Les patients n'avaient pas d'opinion tranchée à 72,7% (n=8) pour savoir si le traitement leur avait permis de reprendre des loisirs. Nous avons eu 18,2% (n=2) de pas vraiment d'accord et 9,1% (n=1) de patients pas d'accord du tout avec la reprise des loisirs depuis le traitement (Figure 11).

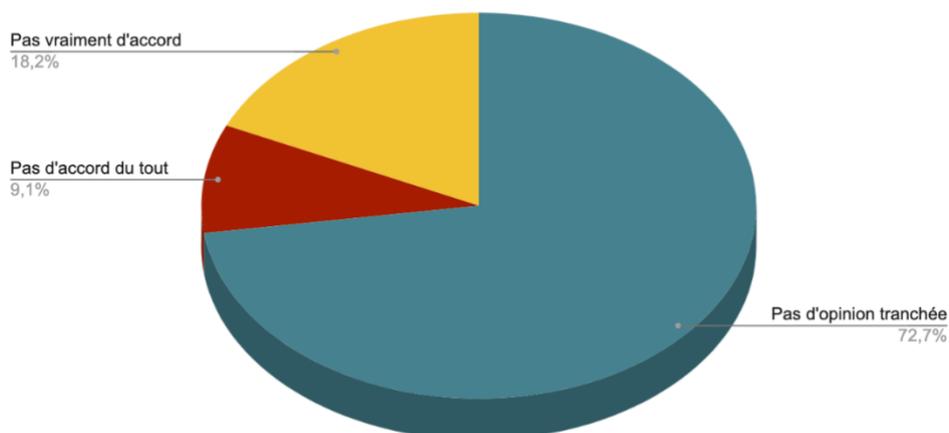


Figure 11 : Volonté à la reprise des loisirs depuis traitement

Une majorité des patients, représentée par 54,5% d'entre eux (n=6), se sentait plutôt d'accord pour confier être libéré d'un poids depuis le traitement. 18,2% (n=2) d'entre eux n'étaient pas vraiment d'accord et le même pourcentage (n=2) a été obtenu à la réponse « tout à fait d'accord ». 9,1% (n=1) des patients ne se sentaient ni d'accord ni pas d'accord, ils n'avaient donc pas d'opinion tranchée (Figure 12).

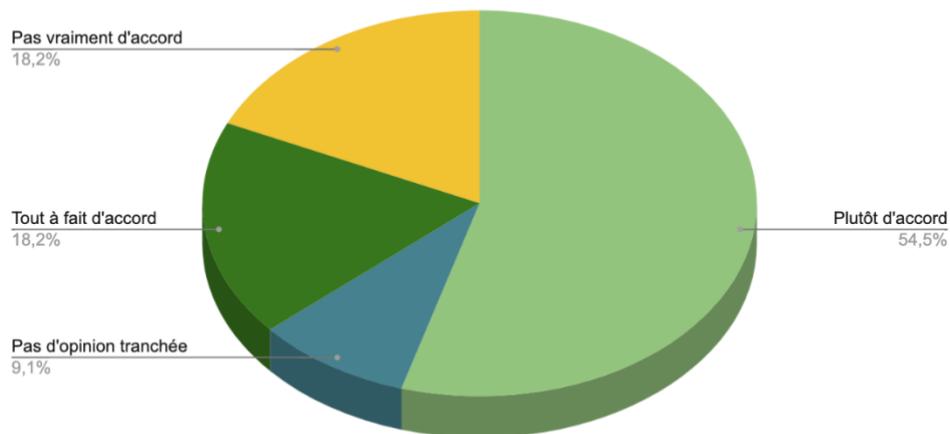


Figure 12 : Ressenti de libération psychologique depuis le traitement

L'évaluation du sourire avant le traitement a obtenu une moyenne de 3,36 sur 10. Nous avons eu deux patients qui ont évalué leur sourire à 0/10 et trois d'entre eux ont eu une évaluation de leur sourire strictement supérieure à 5/10 (Figure 13).

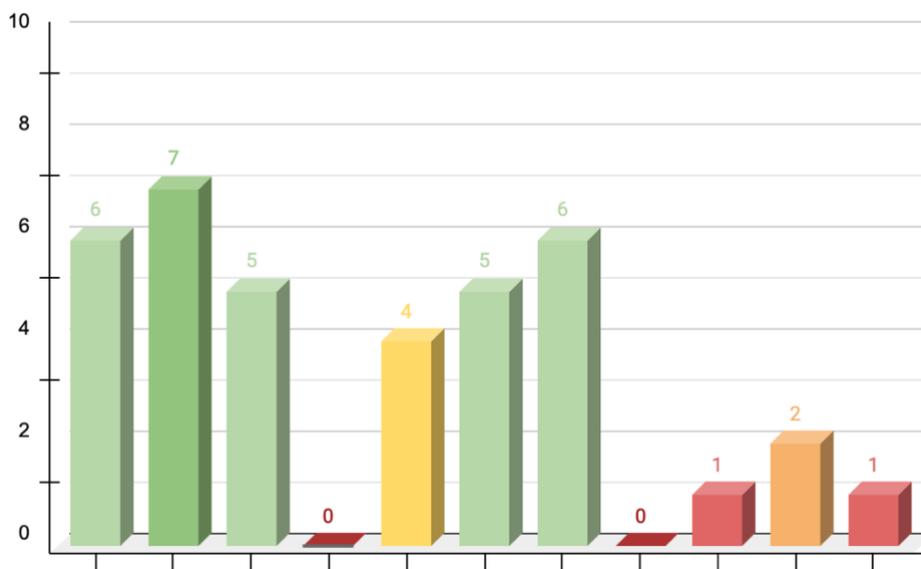


Figure 13 : Évaluation du sourire avant traitement

La moyenne de l'évaluation du sourire est passée à 7,72 sur 10. Il y a eu 7 patients qui ont donné une note supérieure ou égale à 8/10 à leur sourire. Notons que nous avons un patient qui a noté son sourire à 4/10 après le traitement (Figure 14).

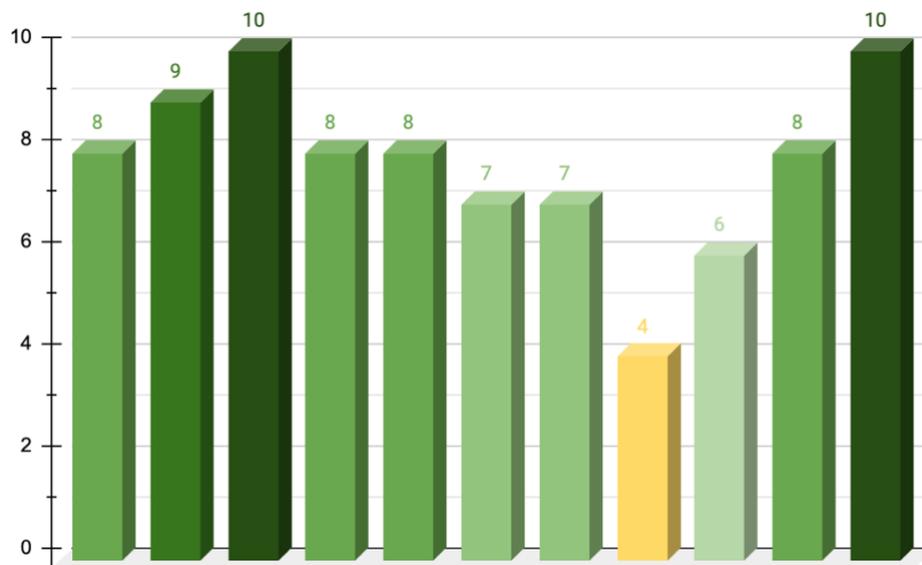


Figure 14 : Évaluation du sourire après le traitement

45,5% (n=5) des patients se sentaient plutôt d'accord voire tout à fait d'accord pour penser que le traitement aurait pu être plus efficace. La réponse « pas d'accord du tout » a été obtenue dans 27,3% (n=3) des cas et 9,1% (n=1) des patients n'étaient pas vraiment d'accord. L'opinion n'était pas tranchée pour 18,2% (n=2) des sondés (Figure 15).

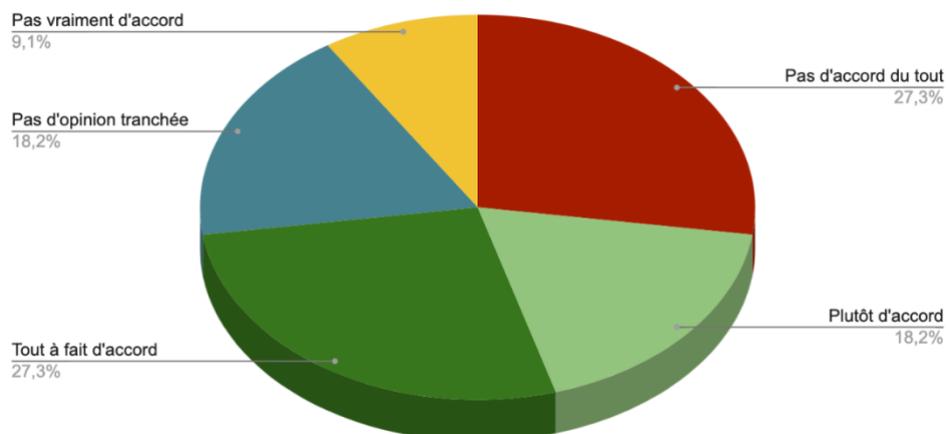


Figure 15 : Ressenti de l'efficacité du traitement

La plupart des patients traités recommandaient leur traitement à quelqu'un souffrant du même défaut à 72,7% (n=8). 9,1% (n=1) des patients étaient plutôt d'accord pour le recommander et le même pourcentage (n=1) a été obtenu pour dire qu'ils n'étaient pas vraiment d'accord. Les patients n'avaient pas d'opinion tranchée dans 9,1% (n=1) des cas (Figure 16).

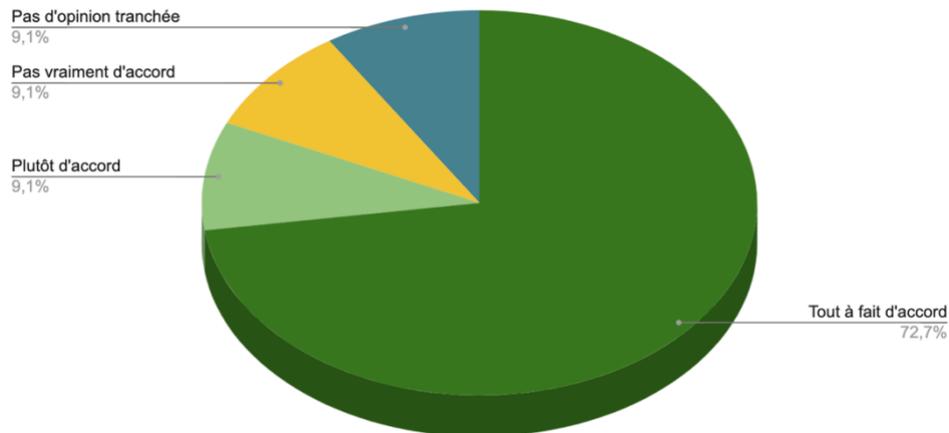


Figure 16 : Recommandation du traitement à d'autres patients atteints de MIH

b) Analyse descriptive du questionnaire parents (14 questions)

Les parents étaient à 54,5% (n=6) tout à fait d'accord pour affirmer être satisfait du traitement qu'avait reçu leur enfant. Le reste des parents étaient plutôt d'accord sur cette même question ce qui représentait 45,5% (n=5) d'entre eux (Figure 17).

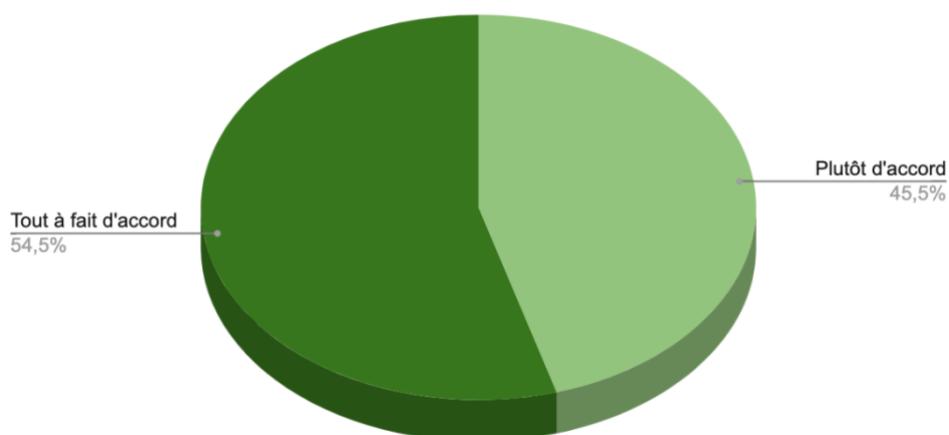


Figure 17 : Satisfaction du traitement par les parents des patients traités

63,8% (n=7) des parents se sentaient tout à fait d'accord pour trouver une amélioration esthétique des dents de leur enfant. Ils étaient 36,4% (n=4) à dire qu'ils étaient plutôt d'accord (Figure 18).

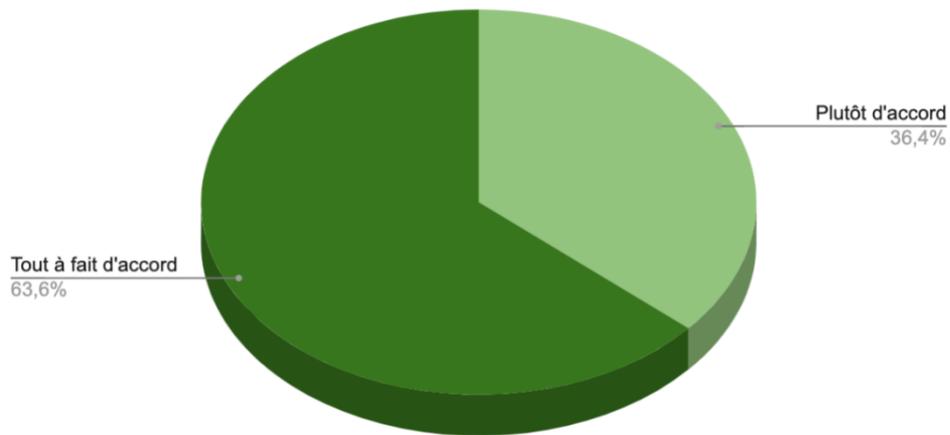


Figure 18 : Évaluation de l'amélioration esthétique depuis le traitement

Les parents se sont trouvés plutôt d'accord à 54,5% (n=6) pour dire que leur enfant était plus confiant depuis le traitement. 18,2% (n=2) étaient plus optimistes en répondant « tout à fait d'accord » à cette même question de l'évolution de la confiance de leur enfant. L'opinion n'était pas tranchée chez 27,3% (n=3) des patients (Figure 19).

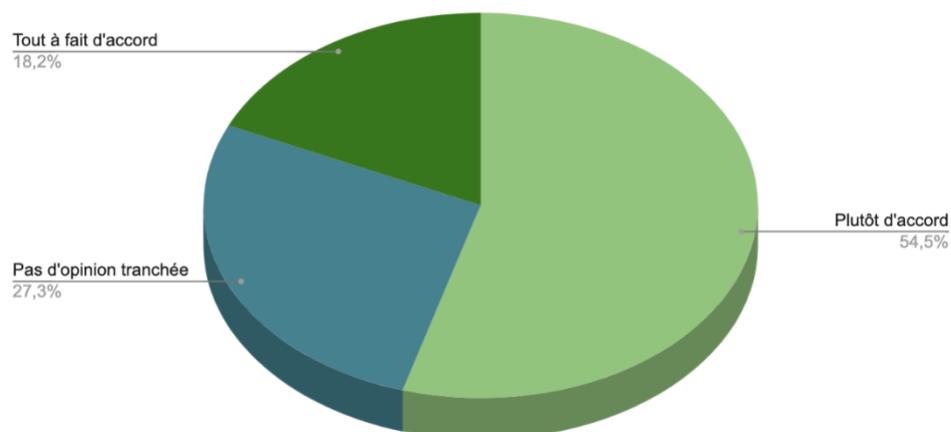


Figure 19 : Évolution de la confiance de l'enfant après traitement selon les parents

9,1% (n=1) des parents étaient tout à fait d'accord pour déclarer que leur enfant avait tendance à sourire plus facilement depuis le traitement. Les réponses ont été plus mitigées chez 54,5% (n=6) des parents qui étaient seulement plutôt d'accord. Enfin, 36,4% (n=4) des parents n'avaient pas d'opinion tranchée (Figure 20).

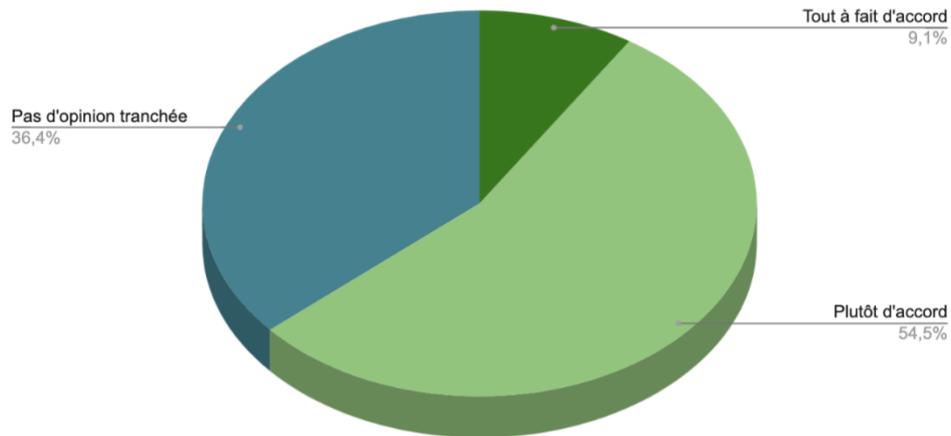


Figure 20 : Facilité à sourire plus facilement depuis le traitement selon les parents

La majorité des parents, 63,6%, (n=7) ont dit être plutôt d'accord pour ressentir leur enfant moins préoccupé par ses dents. 18,2% (n=2) ont dit être tout à fait d'accord sur ce même ressenti. La donnée « pas vraiment d'accord » a représenté 18,2% (n=2) des réponses (Figure 21).

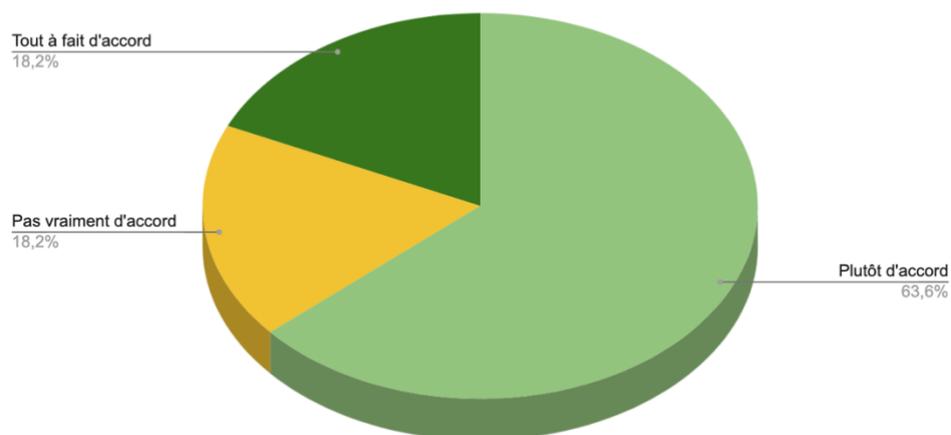


Figure 21 : Baisse de la préoccupation des patients pour leurs dents depuis le traitement selon les parents

36,4% (n=4) des parents étaient tout à fait d'accord pour se sentir eux même moins préoccupés par l'aspect des dents de leur enfant. 18,2% (n=2) étaient plutôt d'accord, 27,3% (n=3) pas vraiment d'accord et 9,1% (n=1) n'étaient pas d'accord du tout. 9,1% (n=1) n'avait pas d'opinion tranchée sur leur ressenti de leur préoccupation concernant les dents de leur enfant (Figure 22).

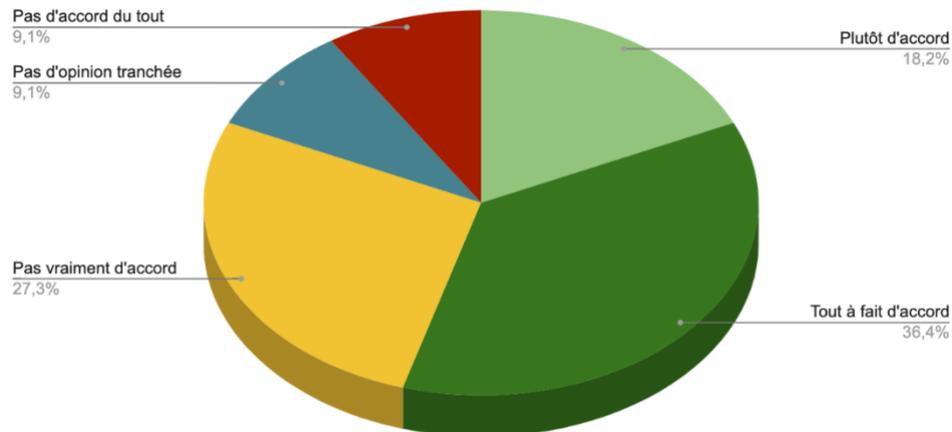


Figure 22 : Baisse de la préoccupation des parents pour l'aspect des dents de leur enfant

Les parents ont répondu pas vraiment d'accord à 18,2% (n=2) sur le fait que leur enfant parlait moins souvent de ses tâches depuis le traitement. 27,3% (n=3) d'entre eux ont affirmé être tout à fait d'accord et 45,5% (n=5) plutôt d'accord. 9,1% (n=1) des parents déclaraient leur opinion non tranchée (Figure 23).

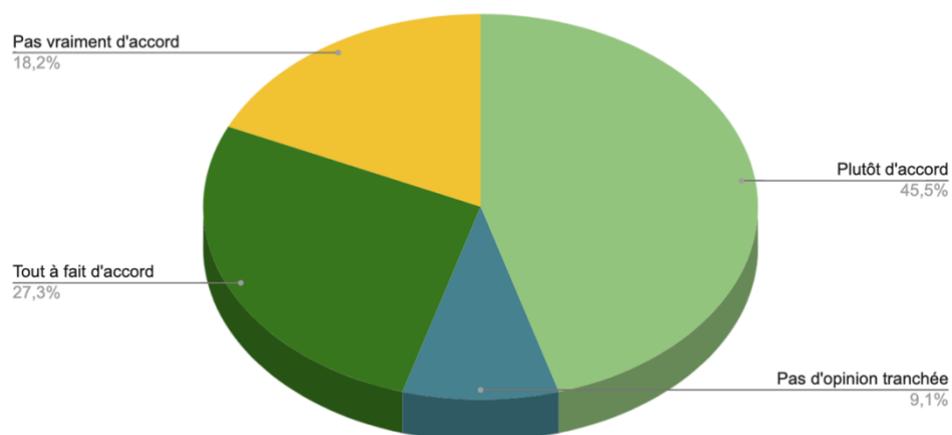


Figure 23 : Habitude qu'à l'enfant de parler de ses dents

Les parents ont spécifié à 45,5% (n=5) n'avoir pas d'opinion tranchée pour quantifier le fait que l'aspect des dents de leur enfant était un sujet moins évoqué à la maison. Cependant, 27,3% (n=3) étaient quand même plutôt d'accord et 9,1% (n=1) étaient tout à fait d'accord. L'avis de 18,2% (n=2) des parents n'était pas vraiment d'accord avec cette affirmation.

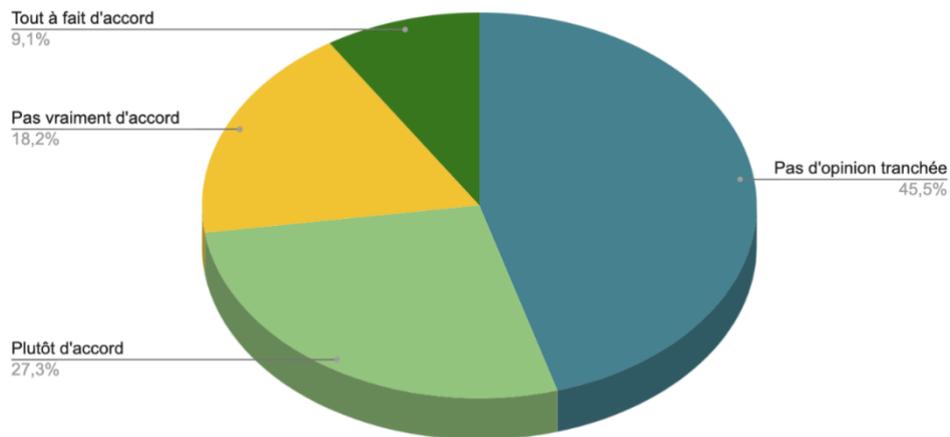


Figure 24 : Habitude qu'a la famille de parler des dents du patient traité

Les parents ont répondu être plutôt d'accord à 36,4% (n=4) pour relater leur libération psychologique depuis le traitement. Ils étaient même 18,2% (n=2) à avoir répondu tout à fait d'accord. 27,3% (n=3) des parents ne se sentaient pourtant pas vraiment d'accord avec cette libération psychologique. Enfin, 18,2% (n=2) n'avaient pas d'opinion tranchée (Figure 25).

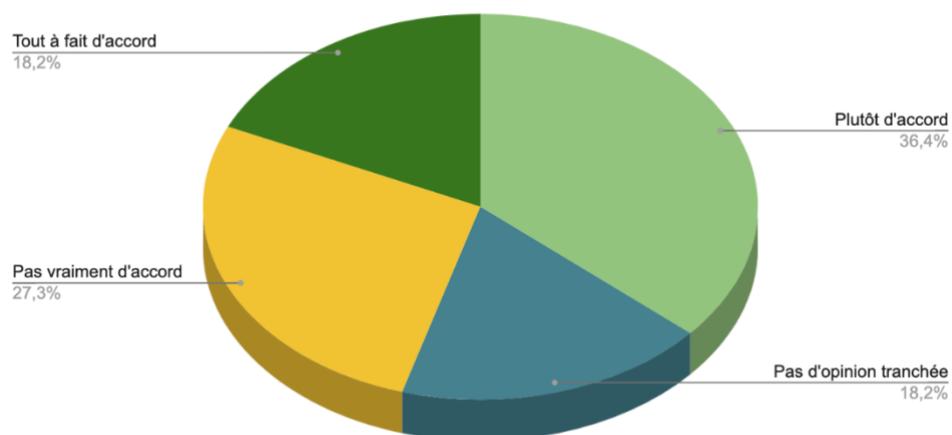


Figure 25 : Libération psychologique des parents depuis le traitement

Concernant la reprise des loisirs de leur enfant, les parents ne possédaient pas d'opinion tranchée pour une majorité, à savoir 72,7% (n=8). La réponse « pas du tout d'accord » a occupé 18,2% (n=2) des suffrages tandis que la réponse « pas vraiment d'accord » a obtenu 9,1% (n=1) à cette question (Figure 26).

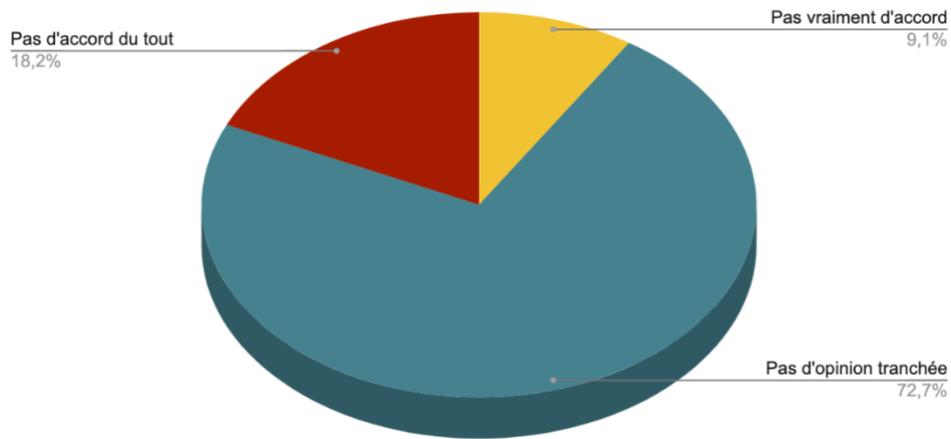


Figure 26 : Évaluation à la reprise des loisirs des enfants depuis le traitement

Les parents ont évalué le sourire de leur enfant en moyenne à 4,81 sur 10 avant traitement. Nous constatons que quatre parents ont donné une note égale ou inférieure à 4 sur 10, nous avons même une note à 0 /10.

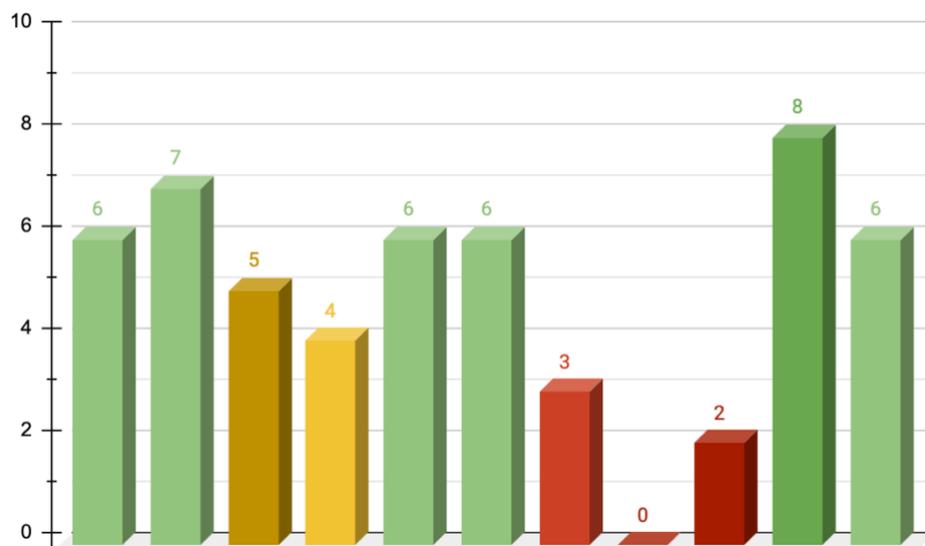


Figure 27 : Évaluation du sourire avant traitement selon les parents

Après le traitement la moyenne des notes du sourire données par les parents est passée à 7,63 sur 10. Nous avons obtenu une note supérieure ou égale à 8/10 pour 8 des parents interrogés. Notons la présence d'un 5/10 même après traitement (Figure 28).

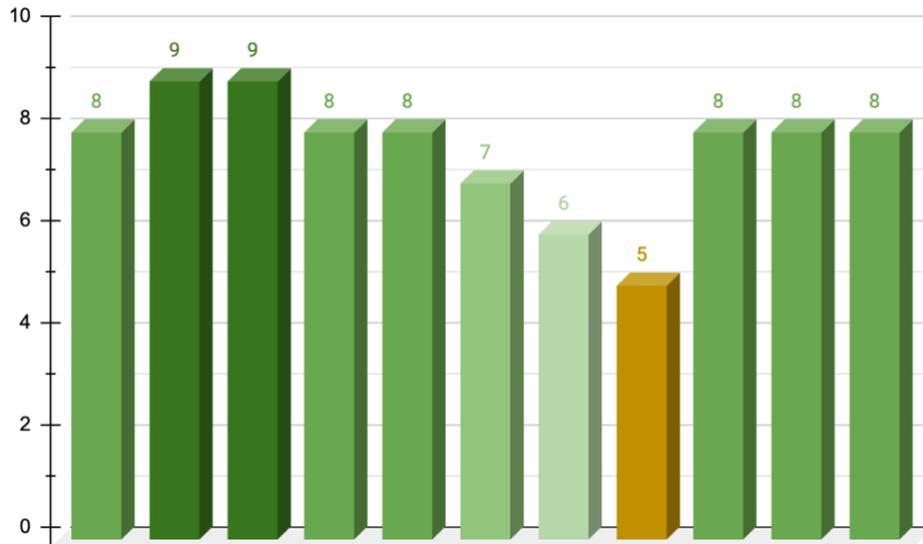


Figure 28 : Évaluation du sourire après traitement selon les parents

Concernant l'efficacité du traitement, les réponses des parents ont été mitigées. En effet, 18,2% (n=2) était tout à fait d'accord pour trouver que le traitement aurait pu être plus efficace, le même pourcentage a été obtenu pour la réponse « plutôt d'accord ». Les parents étaient 9,1% (n=1) à n'être pas vraiment d'accord et 9,1% (n=1) n'être pas du tout d'accord pour affirmer que le traitement aurait pu être plus efficace (Figure 29).

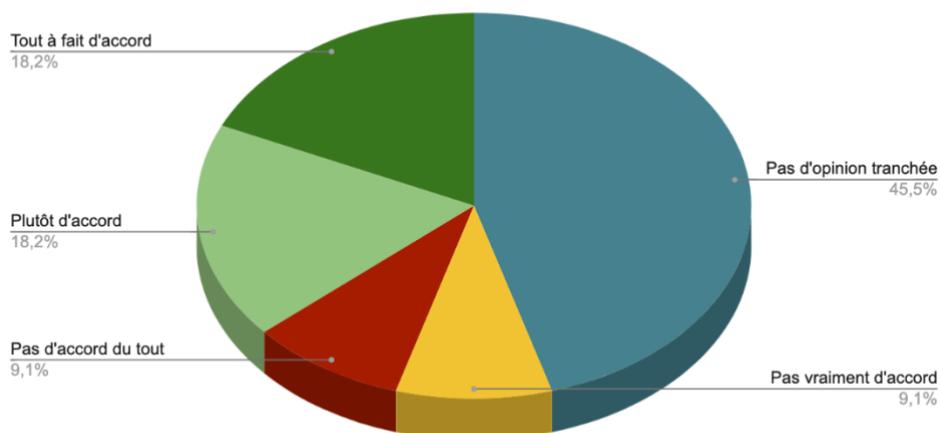


Figure 29 : Ressenti de l'efficacité du traitement selon les parents

Les parents étaient tout à fait d'accord à 72,7% (n=8) pour recommander le traitement à un autre enfant souffrant de la même affection que le leur. 18,2% (n=2) étaient plutôt d'accord pour recommander le traitement. Finalement, 9,1% (n=1) des parents des patients traités esthétiquement pour un MIH antérieur n'étaient pas du tout d'accord pour prôner ce traitement chez un autre patient (Figure 30).

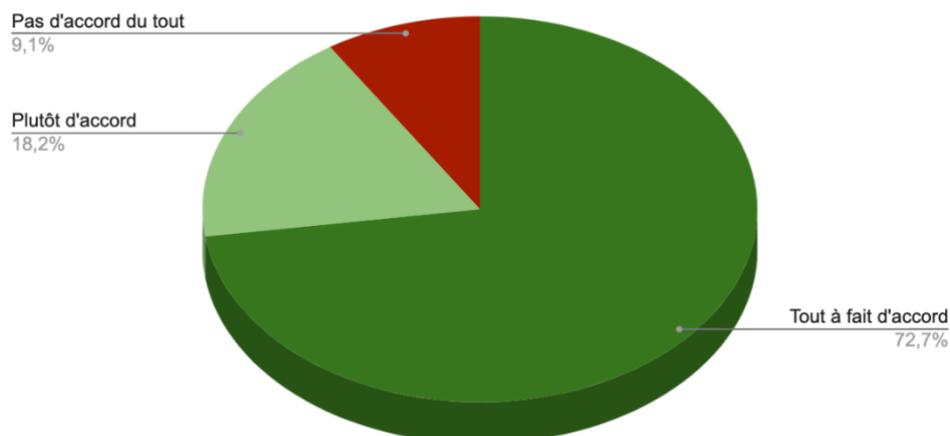


Figure 30 : Recommandation du traitement à un autre patient atteint d'un MIH

c) Analyse comparative

Numéro patient	Note du sourire avant traitement	Note du sourire après traitement
Patient n°1	5	7
Patient n°2	6	8
Patient n°3	7	9
Patient n°4	5	9
Patient n°5	4	8
Patient n°6	6	7
Patient n°7	0	8
Patient n°8	0	4
Patient n°9	1	6
Patient n°10	2	8
Patient n°11	1	9
Moyenne	3,36	7,72

Tableau 1 : Récapitulatif des notes attribuées par les patients à leur sourire avant et après traitement

Nous avons comparé les moyennes des notes attribuées par les patients à leur sourire avant et après traitement. Après la réalisation d'un t-test ou test de Student pour données appariées

nous avons obtenu une *p-value* à 0.00018. Notre hypothèse H_0 était : « la différence entre les moyennes avant et après traitement n'est pas significative », notre *p-value* obtenue étant inférieur à 0,05 nous pouvons donc rejeter H_0 et accepter H_1 . La différence des notes attribuées par les patients à leur sourire avant et après traitement est donc statistiquement significative.

<i>Numéro patient</i>	<i>Note du sourire avant traitement</i>	<i>Note du sourire après traitement</i>
<i>Parent patient n°1</i>	6	8
<i>Parent patient n°2</i>	7	9
<i>Parent patient n°3</i>	5	9
<i>Parent patient n°4</i>	4	8
<i>Parent patient n°5</i>	6	8
<i>Parent patient n°6</i>	6	7
<i>Parent patient n°7</i>	3	6
<i>Parent patient n°8</i>	0	5
<i>Parent patient n°9</i>	2	8
<i>Parent patient n°10</i>	8	8
<i>Parent patient n°11</i>	6	8
<i>Moyenne</i>	4,81	7,63

Tableau 2 : Récapitulatif des notes attribuées par les parents aux sourires de leurs enfants avant et après traitement

Nous avons comparé les moyennes des notes attribuées par les parents aux sourires de leurs enfants avant et après traitement. Après la réalisation d'un t-test ou test de Student pour données appariées, la *p-value* obtenue était de 0.00037. Cette *p-value* est donc inférieure à 0,05, l'hypothèse H_0 « la différence entre les moyennes avant et après traitement n'est pas significative » peut donc être rejetée. Il existe une différence statistiquement significative entre la moyenne des notes qu'ont données les parents au sourire de leur enfant avant et après traitement.

Discussion

Ce travail visait à évaluer la satisfaction des patients traités esthétiquement pour un MIH antérieur. Il a aussi permis d'évaluer le ressenti des parents des patients traités. La différence d'efficacité des traitements n'a pas été évaluée, or les patients ont été traités avec différentes techniques en fonction de l'importance du défaut. L'application de ces techniques est souvent praticien-dépendant et la qualité des résultats peut ainsi varier. La satisfaction des patients en dépend également. Les patients traités lors de cette étude ne l'ont pas tous été par les mêmes praticiens. Mais il est à noter que lors des entretiens téléphoniques le praticien ayant traité le patient n'a jamais été remis en cause même si les patients n'étaient que modérément satisfaits. De plus les praticiens appliquaient les différentes techniques en suivant un arbre décisionnel similaire en fonction du défaut.

La difficulté de trouver des patients s'est ressentie au moment de lancer l'étude. Le faible nombre de patient inclus peut remettre en question la puissance réelle de l'étude. En effet, comme toutes anomalies structurelles, les atteintes pouvaient être différentes d'un patient à un autre. Ainsi, tous les patients traités au cours de cette étude n'étaient pas tous atteints selon le même degré de gravité par le MIH. Les dents atteintes et leurs nombres n'étaient également pas les mêmes d'un patient à un autre, l'esthétisme du sourire était donc diversement impacté. En raison du faible nombre de patient inclus, on ne peut exclure une certaine hétérogénéité de notre population d'étude. De même, l'échantillon des patients interrogés va de 7 à 21 ans. Les attentes et l'interprétation des résultats n'étant pas la même entre les âges, notre étude comporte une population trop faible pour que ces conclusions soient généralisées en raison de l'hétérogénéité de l'échantillon. Il est à noter cependant qu'il n'y a que des patients de sexe féminin qui ont été inclus dans cette étude, même si cela n'a pas été recherché. La demande esthétique pourrait être plus marquée pour les patients de sexes féminins chez les jeunes.

L'étude a permis de faire ressortir une amélioration nette de l'esthétisme du sourire tout en respectant le gradient thérapeutique. Malgré son caractère pilote, nous avons pu mettre en évidence une évolution positive du sourire chez les patients traités. Toutes les techniques de restaurations esthétiques n'étaient pourtant pas applicables, notamment les facettes dentaires et l'éclaircissement dentaire, car nous étions contraints légalement à cause des patients mineurs correspondant à une majorité de l'échantillon obtenu. L'accord oral des

parents a toujours été recherché. L'intérêt de l'étude montre que des solutions peu délabrantes sont possible à mettre en œuvre afin de restaurer l'esthétisme d'une dent.

De plus, cette étude a permis une implication plus consciencieuse des enfants dans l'esthétisme de leur sourire, les rendant ainsi acteur et évaluateur de leur santé orale.

La note du sourire avant traitement étant très basse, la souffrance psychologique semblait réelle et avec celle-ci une forte impaction sur la vie quotidienne. La préoccupation de l'aspect des dents prenant moins de place après le traitement qu'avant. Par ailleurs, l'échantillon des patients traités représente une tranche d'âge où la construction sociale et psychologique est fondamentale et où l'enfant est vulnérable. Il est primordial d'agir au plus tôt et de traiter ces défauts amélaire antérieurs pour une construction psychologique et sociale en toute sérénité. L'étude a mis en évidence que la gêne esthétique créée par un défaut amélaire antérieur n'était pas définitif et pouvait être amélioré. La note du sourire des patients a été améliorée passant d'une moyenne de 3,36 à 7,72. L'impact globale de cette étude aura été positif et la satisfaction des patients obtenue.

Cette étude pilote nécessiterait d'être ouverte à un échantillonnage plus grand et plus large notamment en incluant des patients de sexe masculin et des adultes. L'ouverture de l'étude à un plus grand nombre permettrait aussi d'améliorer l'évaluation des techniques de restaurations esthétiques sur des défauts amélaire et de d'évaluer leur efficacité sur un plus grand nombre. De plus il serait intéressant sur un large échantillon de faire des tranches d'âge et de comparer le résultat des questions pour faire ressortir les différentes préoccupations de l'esthétisme du sourire en fonction des âges voire même en fonction du sexe. D'autre part, il serait pertinent d'élargir l'étude à d'autres défauts de l'email, comme la fluorose, pour évaluer une amélioration esthétique du sourire toujours en respectant le gradient thérapeutique.

Conclusion

Le MIH est de plus en plus diagnostiqué en pratique courante, nous constatons donc une augmentation de sa prévalence. Ceci peut aussi s'expliquer par une augmentation des connaissances sur le sujet, surtout chez les jeunes praticiens. Les différentes études qui ont pu être menées sur le MIH, montre que la préoccupation esthétique engendrée n'est pas irrémédiable. Cette préoccupation esthétique est d'autant plus importante lorsque ce sont les incisives centrales qui sont touchées. En respectant le gradient thérapeutique et un arbre décisionnel explicite, le praticien peut à la fois être économe en tissu dentaire et restaurer les propriétés fonctionnelle et esthétique d'une dent.

L'esthétisme prend une place importante dans notre société, et tend à encore augmenter. L'harmonie du sourire fait même partie des premiers critères de beauté. Bien que l'esthétisme d'une dent ne soit pas un des critères principaux, il est à noter qu'il est de plus en plus primordiale, surtout chez les jeunes patients. Les questionnaires soumis aux enfants et aux parents auront fait ressortir une amélioration de l'esthétisme du sourire après le traitement reçu. Alors que les traitements n'ont pas tous été similaires ainsi que le degré d'atteinte, il ressort de l'étude une satisfaction globale chez les enfants et chez les parents. Ce défaut de l'émail doit donc être de plus en plus pris en charge en libéral, les techniques actuelles sont en constantes évolution et sont largement applicables dans un cabinet dentaire. Aussi, plus cette anomalie de l'émail est prise en charge tôt et plus la construction sociale de l'enfant sera paisible.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction destiné aux patients

Cadre réservé aux investigateurs

Sexe : Masculin Féminin

Âge : __ ans

Traitement reçu :

Date du traitement : __ / __ / ____

Accord oral donné pour l'étude : Oui Non

Questionnaire PATIENT

1) Êtes-vous satisfait de votre traitement ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

2) Trouvez-vous qu'il y ait une amélioration esthétique depuis votre traitement ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

3) Vous sentez-vous plus confiant depuis votre traitement ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

4) Avez-vous tendance à sourire/rigoler plus facilement qu'avant ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

5) Parlez-vous plus facilement en public/classe ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

6) Prenez-vous plus facilement la parole depuis votre traitement ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

7) Êtes-vous plus à l'aise dans les lieux publics ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

8) Êtes-vous moins préoccupé par l'aspect de vos dents ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

9) Si vous aviez tendance à cacher vos dents auparavant, le faites-vous moins maintenant ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

10) Parlez-vous plus facilement de vos dents ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

11) Le traitement vous a-t-il permis de reprendre des loisirs ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

12) Vous sentez-vous libéré d'un poids depuis votre traitement ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

13) À combien mesureriez-vous votre sourire avant votre traitement ?

sourire atroce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *sourire parfait*

14) À combien mesurez-vous votre sourire désormais ?

sourire atroce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 *sourire parfait*

15) Pensez-vous que le traitement aurait pu être plus efficace ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

16) Recommanderiez-vous votre traitement à quelqu'un ayant le même défaut de l'émail que vous ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

Annexe 2 : Questionnaire de satisfaction destiné aux parents des patients atteints

Cadre réservé aux investigateurs

Sexe : Masculin Féminin

Âge : __

Traitement reçu :

.....

Date du traitement : __/__/____

Accord oral donné pour l'étude : Oui Non

Questionnaire PARENT

1) Êtes-vous satisfait du traitement qu'a reçu votre enfant ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

2) Trouvez-vous qu'il y ait une amélioration esthétique sur les dents de votre enfant ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

3) Trouvez-vous votre enfant plus confiant depuis le traitement ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

4) Trouvez-vous qu'il a tendance à sourire plus facilement depuis le traitement ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

5) Sentez-vous votre enfant moins préoccupé par ses dents ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

6) Êtes-vous, vous-même, moins préoccupé par l'aspect des dents de votre enfant ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

7) Votre enfant parle-t-il moins souvent des tâches sur ses dents ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

8) L'aspect des dents de votre enfant est-il un sujet moins évoqué au sein de votre famille ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

9) Vous sentez-vous libéré d'un poids depuis le traitement de votre enfant ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

10) Le traitement de votre enfant lui a-t-il permis de reprendre des loisirs ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

11) À combien mesureriez-vous le sourire de votre enfant avant le traitement ?

sourire atroce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 sourire parfait

12) À combien mesurez-vous le sourire de votre enfant désormais ?

sourire atroce 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 sourire parfait

13) Pensez-vous que le traitement aurait pu être plus efficace ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*

- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

14) Recommanderiez-vous le traitement que votre enfant a reçu à un autre enfant souffrant du même problème ?

- Tout à fait d'accord*
- Plutôt d'accord*
- Pas d'opinion tranchée*
- Pas vraiment d'accord*
- Pas d'accord du tout*

Bibliographie

1. Mast P, Rodrigueztapia MT, Daeniker L, Krejci I. Understanding MIH: definition, epidemiology, differential diagnosis and new treatment guidelines. *Eur J Paediatr Dent* sept 2013;14(3):204-8.
2. Crombie F, Manton D, Kilpatrick N. Aetiology of molar–incisor hypomineralization: a critical review. *Int J Paediatr Dent* 2009;19(2):73-83.
3. Garg N, Jain AK, Saha S, Singh J. Essentiality of early diagnosis of molar incisor hypomineralization in children and review of its clinical presentation, etiology and management. *Int J Clin Pediatr Dent*. sept 2012;5(3):190-6.
4. Pentapati K, Yeturu S, Siddiq H. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of molar-incisor hypomineralization. *J Int Oral Health* déc 2017;9:243.
5. Weerheijm KL, Jälevik B, Alaluusua S. Molar–incisor hypomineralisation. *Caries Res* 2001;35(5):390-1.
6. Lygidakis NA, Wong F, Jälevik B, Vierrou AM, Alaluusua S, Espelid I. Best Clinical Practice Guidance for clinicians dealing with children presenting with Molar-Incisor-Hypomineralisation (MIH): an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent* avr 2010;11(2):75-81.
7. Almualllem Z, Busuttil-Naudi A. Molar incisor hypomineralisation (MIH) – an overview. *Br Dent J* oct 2018;225(7):601-9.
8. Ghanim A, Silva MJ, Elfrink MEC, Lygidakis NA, Mariño RJ, Weerheijm KL, et al. Molar incisor hypomineralisation (MIH) training manual for clinical field surveys and practice. *Eur Arch Paediatr Dent*. août 2017;18(4):225-42.
9. Hasmun N, Lawson J, Vettore M, Elcock C, Zaitoun H, Rodd H. Change in oral health-related quality of life following minimally invasive aesthetic treatment for children with molar incisor hypomineralisation: a prospective study. *Dent J* nov 2018;6(4):61.
10. Leal SC, Oliveira TRM, Ribeiro APD. Do parents and children perceive molar-incisor hypomineralization as an oral health problem ? *Int J Paediatr Dent* sept 2017;27(5):372-9.
11. Fragelli C, Barbosa TS, Bussaneli DG, Restrepo M, Cordeiro RCL, Santos-Pinto L. Aesthetic perception in children with molar incisor hypomineralization. *Eur Arch Paediatr Dent* juin 2020;(22):227–234
12. Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol*. déc 2002;30(6):438-48.
13. CED annual report on undesirable effects of tooth whitening products - First period: 31 October 2012 to 31 October 2013.

14. CED annual report on undesirable effects of tooth whitening products - Second period: 1 November 2013 to 31 October 2014.
15. CED annual report on undesirable effects of tooth whitening products - Third period: 1 November 2014 to 31 October 2015.
16. Directive du conseil 2011/84/UE du 20 septembre 2011 modifiant la directive 76/768/CEE relative aux produits cosmétiques en vue d'adapter son annexe III au progrès technique.
17. Tirlet G, Attal JP. Le gradient thérapeutique : un concept médical pour les traitements esthétiques. *Inf Dent* 2009;91(41/42):2561.
18. Jain AK, Singh J. Essentiality of early diagnosis of molar incisor hypomineralization in children and review of its clinical presentation, etiology and management. *Int J Clin Pediatr Dent* déc 2012;5(3):190-6.
19. Ramalho KM, Eduardo C de P, Rocha RG, Aranha ACC. A minimally invasive procedure for esthetic achievement: enamel microabrasion of fluorosis stains. *Gen Dent* déc 2010;58(6):e225-229.
20. Attal J-P, Atlan A, Denis M, Vennat E, Tirlet G. White spots on enamel: treatment protocol by superficial or deep infiltration (part 2). *Int Orthod.* mars 2014;12(1):1-31.
21. Oliveira A, Felinto LT, Francisconi-Dos-Rios LF, Moi GP, Nahsan FPS. Dental bleaching, microabrasion, and resin infiltration: case report of minimally invasive treatment of enamel hypoplasia. *Int J Prosthodont* févr 2020;33(1):105-10.
22. Gençer MDG, Kirzioğlu Z. A comparison of the effectiveness of resin infiltration and microabrasion treatments applied to developmental enamel defects in color masking. *Dent Mater J* mars 2019;38(2):295-302.
23. Wright JT. The etch-bleach-seal technique for managing stained enamel defects in young permanent incisors. *Pediatr Dent* 2002;4.(3):249-52
24. Magno MB, Silva LP da, Ferreira DM, Barja-Fidalgo F, Fonseca-Gonçalves A. Aesthetic perception, acceptability and satisfaction in the treatment of caries lesions with silver diamine fluoride : a scoping review. *Int J Paediatr Dent* mai 2019;29(3):257-66.
25. Prud'homme T, Hyon I, Dajeau Trudaud S, Lopez Cazaux S. Different applicabilities of the etch–bleach–seal technique for treating opacities on permanent incisor damage by molar incisor hypomineralisation in three young patients. *BMJ Case Rep* déc 2017;bcr-2017-221442.
26. Borges AB, Caneppele TMF, Masterson D, Maia LC. Is resin infiltration an effective esthetic treatment for enamel development defects and white spot lesions ? A systematic review. *J Dent* 2017;56:11-8.

27. Amarlal D, Rayen R, Muthu M. Macroabrasion in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent.* sept 2007;31(1):9-13.
28. Roberson TM, Heymann H, Swift EJ, Sturdevant CM. *Sturdevant's art and science of operative dentistry.* Edinburgh: Elsevier Mosby; 2006.
29. Ali S, Jha P, Khan U. Esthetic management of a patient with severely fluorosed enamel and pigmented gingiva : a conservative approach. *Contemp Clin Dent.* janv 2018;9(2):323.
30. Palenstein Helderman WH, Mkasabuni E. Impact of dental fluorosis on the perception of well-being in an endemic fluorosis area in Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol* août 1993;21(4):243-4.
31. Broder HL, McGrath C, Cisneros GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* août 2007;35(s1):8-19.
32. Larsson P. Malmö högskola, Malmö högskola, Department of Stomatognathic Physiology, Malmö högskola, Department of Prosthetic Dentistry, et al. Methodological studies of orofacial aesthetics, orofacial function and oral health-related quality of life. Malmö: Malmö University; *Swed Dent J Suppl.* 2010;(204):11-98

Table des illustrations

1) Figures

Figure 1 : Évaluation de la satisfaction du traitement par les patients	14
Figure 2 : Évaluation de l'amélioration esthétique depuis le traitement.....	15
Figure 3 : Évaluation de la confiance depuis le traitement	15
Figure 4 : Faciliter à plus sourire/rigoler après traitement qu'avant.....	16
Figure 5 : Évaluation de prise de parole en public/classe	16
Figure 6 : Facilité à prendre la parole depuis le traitement	17
Figure 7 : Répartition graphique du ressenti dans les lieux publics	17
Figure 8 : Préoccupation liée à l'aspect des dents depuis le traitement	18
Figure 9 : Tendance à moins dissimuler leurs dents depuis le traitement.....	18
Figure 10 : Aisance à parler des dents depuis le traitement	19
Figure 11 : Volonté à la reprise des loisirs depuis traitement	19
Figure 12 : Ressenti de libération psychologique depuis le traitement.....	20
Figure 13 : Évaluation du sourire avant traitement	20
Figure 14 : Évaluation du sourire après le traitement	21
Figure 15 : Ressenti de l'efficacité du traitement	21
Figure 16 : Recommandation du traitement à d'autres patients atteints de MIH	22
Figure 17 : Satisfaction du traitement par les parents des patients traités.....	22
Figure 18 : Évaluation de l'amélioration esthétique depuis le traitement	23
Figure 19 : Évolution de la confiance de l'enfant après traitement selon les parents.....	23
Figure 20 : Facilité à sourire plus facilement depuis le traitement selon les parents	24
Figure 21 : Baisse de la préoccupation des patients pour leurs dents depuis le traitement selon les parents	24
Figure 22 : Baisse de la préoccupation des parents pour l'aspect des dents de leur enfant	25
Figure 23 : Habitude qu'à l'enfant de parler de ses dents	25
Figure 24 : Habitude qu'a la famille de parler des dents du patient traité	26
Figure 25 : Libération psychologique des parents depuis le traitement	26
Figure 26 : Évaluation à la reprise des loisirs des enfants depuis le traitement	27
Figure 27 : Évaluation du sourire avant traitement selon les parents.....	27
Figure 28 : Évaluation du sourire après traitement selon les parents	28
Figure 29 : Ressenti de l'efficacité du traitement selon les parents.....	28
Figure 30 : Recommandation du traitement à un autre patient atteint d'un MIH.....	29

2) Tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des notes attribuées par les patients à leur sourire avant et après traitement.....	29
Tableau 2 : Récapitulatif des notes attribuées par les parents aux sourires de leurs enfants avant et après traitement.....	30

HUNT (Shannon). Étude rétrospective sur la satisfaction des patients pris en charge pour des défauts amélaire antérieurs dus au MIH. Étude pilote rétrospective menée sur 11 patients au centre de soins dentaires de Nantes. - 43 f ; ill. ; 32 ref. ; 30cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2022)

RÉSUMÉ :

Les défauts de structures de l'émail de type MIH ont une prévalence importante sans que l'on arrive à connaître précisément l'étiologie de ce défaut, malgré de nombreuses études en ce sens. Cliniquement, cette pathologie se présente sous la forme d'opacité blanche, jaune ou marron bien délimitée. C'est un défaut d'hypominéralisation qui affecte la qualité et non la quantité de l'émail. Les défauts étant présents dès l'apparition des dents, ce sont donc des patients d'un jeune âge qui vont souffrir psychologiquement de ces anomalies.

Cette thèse présente une étude pilote rétrospective, multicentrique et non contrôlée réalisée au Centre de Soins Dentaires de Nantes sur une durée totale de 6 mois et incluant 11 patients au total. Elle repose sur l'évaluation, par le biais de questionnaires adaptés, de la satisfaction des patients traités mais aussi de leurs parents afin d'étudier s'il y a une amélioration de l'appréciation du sourire avant et après traitement.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Pédiodontie

MOTS CLÉS MESH :

Hypoplasie de l'émail dentaire / Dental enamel hypoplasia

Satisfaction des patients / Patient Satisfaction

Enquêtes et questionnaires / Surveys and questionnaires

Déminéralisation dentaire / Tooth demineralization

Microabrasion amélaire / Enamel microabrasion

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN

Directeur : Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME

Assesseur : Monsieur le Docteur Roselyne CLOUET

Assesseur : Monsieur le Docteur Samuel SERISIER