

*Ceux qui prétendent détenir la vérité
sont ceux qui ont abandonné la poursuite du chemin vers elle.
La vérité ne se possède pas, elle se cherche.*
Albert JACQUARD
Petite philosophie à l'usage des non philosophes

EDITORIAL

Faut-il brûler les thérapeutiques fonctionnelles ?

L'éditorial récent, rédigé par MB Ackerman¹ et publié en mai 2005 par l'American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, peut raisonnablement nous inciter à nous interroger : faut-il brûler les thérapeutiques fonctionnelles ?

L'auteur s'insurge contre le contenu rédactionnel mis en ligne sur le site de l'American Association of Orthodontics qui affirme que «Certains problèmes orthodontiques peuvent trouver une solution plus simple lorsque leur traitement est entrepris précocement. Attendre l'évolution complète de la denture adulte jeune, ou presque la fin de la croissance faciale, peut rendre la correction de certains problèmes plus délicate.»

Le visiteur du site est également informé qu'«à l'âge de 7 ans, croissance faciale et évolution de la denture adulte sont suffisamment avancées pour permettre au chirurgien-dentiste ou à l'orthodontiste d'identifier les problèmes actuels, d'anticiper les problèmes futurs et d'apaiser les inquiétudes des parents si tout semble normal.»

Selon Ackerman, ces extraits témoignent d'une démarche tendancieuse visant à convaincre indûment des bénéfices offerts par un dépistage et un traitement précoces des troubles orthodontiques. Ainsi, le message délivré aux parents serait clair : «les orthodontistes traitent tôt car cela marche mieux». Pour prendre comme seul exemple l'âge du traitement des malocclusions de classe II, l'auteur explique que l'analyse des données scientifiques montre au contraire que «le traitement en deux phases des classes II relève davantage d'une décision ayant trait au management de l'exercice, plutôt que de la recherche d'un bénéfice en termes de résultat de traitement pour le patient.»

À l'appui de sa thèse, il cite un article de la presse grand public mettant en garde ses lecteurs contre l'abaissement souvent peu pertinent et inadapté de l'âge de début de traitement à 7 ans. En pareil cas, il est suggéré aux parents de demander à l'orthodontiste de justifier pourquoi le traitement qu'il propose ne peut être différé.

Hormis l'interprétation réductrice du débat scientifique par une presse en mal de copie, où donc est le problème ?

L'intérêt du dépistage précoce est fondé. Laisser évoluer une canine maxillaire en inclusion, ne pas préserver un espace de dérive mésiale si précieux dans la gestion de l'encombrement mandibulaire, différer la correction d'un problème transversal et du dysfonctionnement ventilatoire qui y est associé, ne rendent pas précisément hommage à la vocation interceptive de notre spécialité.

On ne saurait trop inciter les parents et les confrères à demander un dépistage précoce et l'examen de la situation présente montre, s'il en était besoin, que des progrès peuvent encore être accomplis dans ce sens.

Quant à l'opportunité de traiter systématiquement dès l'âge de 7 ans, pourquoi entrer dans ce débat de *Clochemerle* ? La présentation objective et fondée du rapport bénéfice-coût-sécurité des diverses options de traitement aidera le patient, et surtout ses parents, à prendre leur décision.

Le traitement précoce des malocclusions de classe II n'apporte pas, à long terme, de croissance additionnelle de la longueur mandibulaire. Est-ce si grave ? Cette donnée a le mérite de clarifier le débat. Elle n'enlève rien à l'intérêt médical des indications d'une prise en charge précoce, tels le risque de trauma incisif, l'amélioration de l'estime de soi ou l'anticipation d'un défaut d'observance lors d'une thérapeutique plus lourde à l'adolescence.

Le fond du débat est autre. Qui serions-nous donc pour nous arroger le pouvoir de décider au lieu et place de nos patients ? L'éthique et notre conscience professionnelle ne nous imposent-elles pas, pour chaque situation clinique, de rechercher les meilleures données actuelles et de les intégrer à notre expertise clinique, aux valeurs et aux préférences de nos patients et de leurs représentants légaux ? Cette démarche, pragmatique, utile et pertinente, porte un nom : l'orthopédie dento-faciale fondée sur les faits² (OFF).

Même si notre fonction ne semble plus être de *faire grandir les mandibules* à long terme, nous n'en continuons pas moins à améliorer la santé de nos patients. En tout état de cause, l'OFF nous permet et nous impose de présenter l'ensemble des faits à nos patients et à leurs parents. Elle nous aide à leur expliquer l'impact des diverses possibilités thérapeutiques et à nous assurer, ainsi, que les choix retenus sont consistants, avec leurs valeurs et leurs préférences. Les patients, s'ils sont en droit d'être informés de l'absence de support scientifique d'une possibilité d'accroissement à long terme de la longueur mandibulaire, doivent également l'être des données en faveur du traitement fonctionnel précoce de certains cas cliniques de classe II. La réponse médicale à la demande de soins doit se fonder sur l'exposé exhaustif des faits et non sur celui, restreint, en faveur de l'opinion d'un auteur, aussi émérite soit-il.

Parce que, même en praticien objectif, nous avons tous tendance à voir ce que nous souhaitons voir pour confirmer nos opinions et renforcer nos convictions, traduisons les problèmes cliniques de nos patients sous forme de questions claires et précises.

Parce que la meilleure réponse actuelle n'est pas forcément la même que celle de l'an passé, apprenons à trouver, rapidement et efficacement, les meilleures données actuelles.

Parce que si plusieurs bonnes routes peuvent exister, la voie des incertitudes mesurées est meilleure que les innombrables chemins pavés de fausses certitudes. Évaluons, donc, systématiquement la validité et l'utilité de ces données.

Parce que la recherche n'a de réel intérêt que si elle améliore la pratique, intégrons ces données à notre expertise clinique.

Parce que le risque est réel de voir dévoyer le concept des soins fondés sur les faits en une application standardisée des données de la littérature, intégrons également ces données au contexte personnel et aux préférences de nos patients.

Ces attitudes de bon sens sont les étapes clés du processus de l'OFF².

Souhaitons que cette approche clinique, globale et reconnaissant explicitement les préférences individuelles du patient, imprègne durablement tous les aspects de notre exercice quotidien.

Que l'OFF nous aide à pratiquer une orthopédie dento-faciale du 21^e siècle, centrée sur le patient !

Philippe AMAT

1. Ackerman MB. Obsequies for an opinion masquerading as fact. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005;127:531-2.

2. Amat P. Orthopédie dento-faciale fondée sur les faits : marotte d'universitaire ou indispensable outil clinique quotidien ? Rev Orthop Dento Faciale 2006 ; accepté pour publication.

*Those who claim to know the truth have stopped searching for it.
We cannot possess the truth,
but we must never give up trying to find it.
Albert JACQUARD
Petite philosophie à l'usage des non philosophes*

Do we have to abandon functional therapy entirely?

A reading of M. B. Ackerman's¹ recent editorial in the American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics should inspire us to ask the question, is it time to stop using functional therapies?

Ackerman takes heated issue with declarations posted on the web site of the American Association of Orthodontics claiming that "Some orthodontic problems may be easier to correct if treated early. Waiting until all of the permanent teeth have come in, or until facial growth is nearly complete, may make correction of some problems more difficult." A visitor to the site is also informed that, "By age 7, enough permanent teeth have come in and enough jaw growth has occurred that the dentist or orthodontist can identify current problems, anticipate future problems and alleviate parent's concerns if all seems normal."

Dr Ackerman asserts that these extracts bear witness to a tendentious campaign to oversell the benefits offered by early detection and treatment of orthodontic problems. He says that parents are receiving a firm message stating that "orthodontists treat early because it works better."

Taking early treatment of Class II malocclusions as an example, Ackerman points out that an analysis of scientific data shows that "two-stage therapy for Class II malocclusions is based more on practice management issues than it is on any supposed improvement in the final result for the patient."

To support his thesis he cites an article in the mainstream press alerting readers to the debate about the appropriateness of lowering to 7 years the age at which orthodontic treatment is started. He suggests that parents for whose children early treatment has been suggested, ask orthodontists to give good reasons why they cannot differ it to a later date.

Quite apart from the reductive character of a scientific debate being staged in a medium thirsty for readership, there is no question that early detection of orthodontic anomalies is both professionally and ethically justified. Letting a blocked out maxillary canine sink deeper into impaction, failing to prevent buccal teeth from drifting forward and usurping space that would have been useful in correcting anterior crowding, and postponing treatment of narrow arches and the breathing problems associated with them scarcely pay tribute to the disease preventing character of our specialty.

We believe strongly that parents as well as orthodontists should seek early detection of possible problems and, as if proof were needed, that a survey of the current situation would clearly demonstrate that much progress in this area can still be made.

As far as the wisdom of beginning orthodontic treatment for all children systematically at the age of seven, we see no reason to begin a *Clochemerle* style debate. An objective and well-prepared assessment of the cost-benefit ratios of various treatment approaches will help patients, and especially parents, to make their decisions.

Early treatment of Class II malocclusions does not, in the long run, stimulate additional growth of the mandible. But does that rule it out? This bit of data has the merit of elucidating the debate. It really detracts not at all from the clear medical benefits bestowed by beginning treatment early such as reducing the risk of trauma to incisors, improving patient's self esteem, or avoiding the very probable limited cooperation adolescents are prepared to provide when they have to undertake the more demanding full-banded treatment required at their age.

The fundamental issue lies elsewhere. Do we have the right to arrogate to ourselves a decision making process that rightfully belongs to patients and their parents? Do not our ethical code and our professional conscience impose upon us, in every clinical situation, the duty of seeking the best available data and integrating them into our clinical expertise to match the values and preferences of our patients and their legal representatives. Working in this way, pragmatically and to the point, we'll earn the right to proclaim that we practice evidenced based dento-facial orthopedics² (EBO)

Even if we are no longer obliged *to grow mandibles* as a long-term objective, we still need to improve the health of our patients. In every way EBO helps us, indeed requires us, to present all the facts to our patients and to their parents. It assists us in explaining to patients what the results of the various therapeutic possibilities will be and thus to assure ourselves that the choices they select are consistent with their values and their preferences. If patients have the right to be informed that there is no scientific support for orthodontic treatment's stimulating additional long-term growth of the mandible, don't they also have the right to be apprised of the data showing the benefits of early functional treatment of some types of Class II malocclusions? A medical answer to a request for treatment should be based on an exhaustive review of the facts and not on the unsupported opinions of authorities, not matter how illustrious they may be.

Because, in spite of the objectivity we think we maintain as practitioners, we all tend to see what we want to see, to focus on declarations that reinforce our convictions. Let us, instead, translate the clinical problems of our patients into clear and precise questions.

Because the best answers are not necessarily what they were last year, let us learn to find, rapidly and efficiently, the best and most current data.

While it is true that many good routes may be available, the path of calculated uncertainty is preferable to the countless other roads paved with false certainty. Let us, therefore, systematically evaluate the validity and the utility of the data we work with.

Because research is only valuable when it enhances practice, let us integrate scientific data into our clinical expertise.

Because there is a real risk that the concept of evidence based treatment will be applied inflexibly as a standardized formula based on the literature, let us always interpret scientific data in an individual context adapted to the needs of each patient. Working with good common sense is the essential first step in adapting our practices to the framework of evidence-based orthodontics².

Let us hope that this global clinical approach, explicitly recognizing the individual preferences of our patients, will lastingly infuse every aspect of our daily practice. May EBO help us to practice a dento-facial orthopedics focused on our patients and well suited to the 21st century!

Philippe AMAT

1. Ackerman MB. Obsequies for an opinion masquerading as fact. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005;127:531-2.

2. Amat P. Orthopédie dento-faciale fondée sur les faits : marotte d'universitaire ou indispensable outil clinique quotidien ? *Rev Orthop Dento Faciale* 2006 ; accepté pour publication.