

## I Revues générales

# Dépistage précoce des futures dysmorphoses orthodontiques

**RÉSUMÉ :** La santé bucco-dentaire est parfois délaissée par le pédiatre car étant du domaine de la dentisterie, mais son influence sur le développement eumorphique de l'enfant est si importante qu'elle le concerne tout autant. Une prise en charge précoce permet en effet une correction fonctionnelle des pathologies orthodontiques. Cela n'a pas échappé à la Haute Autorité de santé qui conseille une visite de dépistage avant l'évolution des premières dents définitives. Mais que regarder ?



**P. FELLUS**

Président d'Honneur de la Société Française d'Orthodontie Pédiatrique,  
Spécialiste qualifié en ODF.

Les pédiatres sont parfois sollicités par les parents à propos d'orthodontie. Le plus souvent, il s'agit d'avoir leur avis sur un plan de traitement proposé par l'orthodontiste et nécessitant l'extraction de dents définitives. Cela peut paraître choquant mais c'est bien souvent inéluctable chez les jeunes adolescents. Fort heureusement, la fréquence de cette indication diminue de plus en plus avec les prises en charge précoces des troubles de la croissance des maxillaires. En réalité, les symptômes sont diagnosticables dès l'âge de 4 ans et c'est pourquoi la Haute Autorité de santé (HAS) recommande que la première visite chez le spécialiste ait lieu avant la poussée des premières dents définitives.

Correctement stimulée par des praxies physiologiques, la croissance de la face permettra l'évolution de toutes les dents définitives. À l'inverse, le maintien de la succion-déglutition (plus de 2 000 fois par jour) modèlera un palais étroit et ogival, interdisant une posture physiologique de la langue contre la voûte palatine, anomalie conduisant à une respiration buccale. Or, la nature fait bien les choses et c'est pourquoi, à l'âge de 4 ans, avec l'apparition de la mastication, les circuits neuronaux gérant la

déglutition se modifient spontanément chez 60 % des enfants et, parmi eux, on retrouve les 50 % d'enfants qui n'auront pas besoin de recourir à l'orthodontie pour bénéficier d'une denture fonctionnelle et esthétique.

Mais si cette étape d'origine génétique ne concerne pas la totalité des enfants, c'est que des problèmes épigénétiques sont apparus. Alimentation trop molle et habitudes de succion (tétine, pouce et malheureusement aussi biberon) expliquent le maintien de la succion-déglutition qui, de praxie physiologique, va devenir une parafonction.

Le bilan anatomique et fonctionnel peut être mis en place par le dentiste, l'ORL et le pédiatre lors des visites de routine.

### Dépistage de troubles dysfonctionnels

#### 1. Examen facial

##### >>> Les lèvres

Un contact forcé entre la lèvre du haut et celle du bas crée le joint d'étanchéité indispensable à la réalisation du programme de succion-déglutition et il est



Fig. 1 : Joint d'étanchéité qui se forme lors du contact forcé entre la lèvre du haut et celle du bas.



Fig. 2 : Rétromandibulie, joint d'étanchéité reporté en arrière des incisives supérieures.



Fig. 3 : Orifices nasaires hypotoniques et congestionnés.

délectable lors du simple examen du visage de l'enfant. Il est obtenu généralement par l'élévation de la lèvre inférieure et la participation de la musculature mentonnière (fig. 1). Ce joint d'étanchéité peut être reporté en arrière des incisives supérieures dans les rétro-mandibulies importantes (fig. 2).

#### >>> Les narines

L'anatomie des orifices nasaires peut nous informer sur le mode de respiration habituel : hypotoniques et congestionnés, ils valident une respiration buccale (fig. 3).

#### >>> Les joues

Le test pathognomonique consiste à mettre le petit doigt contre la face interne de la joue et de demander à l'enfant d'avaler. Si vous sentez une contraction,

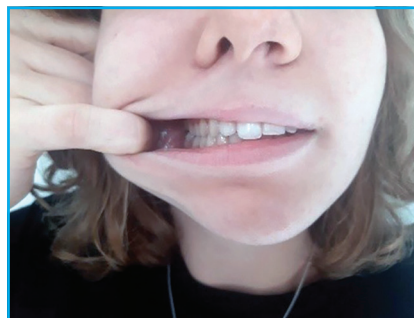


Fig. 4 : Test de déglutition.

imaginez qu'elle se produit toutes les minutes contre les arcades dentaires. Pas étonnant que les mâchoires ne se développent pas normalement (fig. 4).

## 2. Examen intra-buccal

Il se fait l'enfant assis, les dents serrées. Idéalement, le maxillaire supérieur est plus large que la mandibule, les incisives supérieures recouvrent de 2 mm les inférieures qui sont au contact avec la face palatine des supérieures par leurs faces vestibulaires. De légers diastèmes entre les incisives de lait vers l'âge de 5 ans sont normaux et augurent d'une bonne évolution des dents définitives (fig. 5).



Fig. 5 : Idéalement, le maxillaire supérieur est plus large que la mandibule, les incisives supérieures recouvrent de 2 mm les inférieures qui sont au contact avec la face palatine des supérieures par leurs faces vestibulaires.

#### >>> Anomalies transversales

Les étroitures du maxillaire supérieur peuvent se manifester différemment. Un articulé croisé de chaque côté signe une hypoplasie importante qui n'empêchera pas, si elle est correctement traitée en denture temporaire, les dents définitives d'évoluer en bonne position (fig. 6). L'inversion d'articulé peut ne se matérialiser que d'un côté et intéresser aussi la zone incisivo-canine. Ces formes ne sont pas nécessairement des formes asymétriques, la dynamique mandibulaire pouvant amplifier les symptômes du fait d'interférences occlusales (fig. 7). Le menton sera alors dévié du côté le plus étroit (fig. 8).

Ces étroitures du maxillaire supérieur ont des répercussions au niveau des fosses nasales et favorisent la respiration

## Revue générale



Fig. 6 : Articulé croisé de chaque côté corrigé pour permettre l'évolution de toutes les dents définitives.



Fig. 7 : Inversion d'articulé d'un côté.

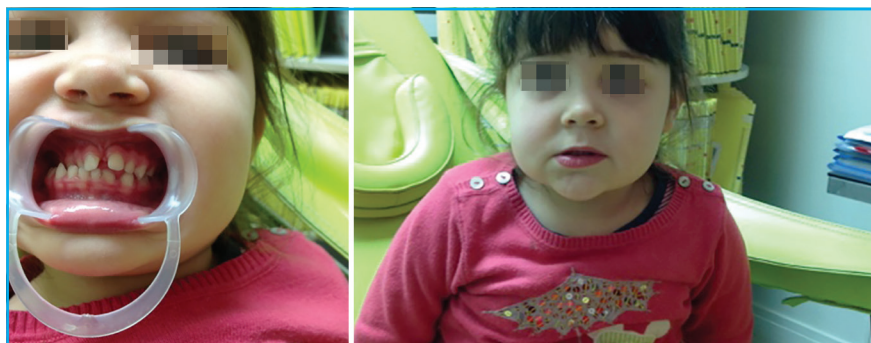


Fig. 8 : Menton dévié du côté le plus étroit du maxillaire supérieur.



Fig. 9 : Plan d'occlusion qui n'est pas horizontal.



Fig. 10 : Anomalie verticale, traitement terminé en denture temporaire.

buccale, voire les apnées du sommeil. L'horizontalité du plan d'occlusion doit aussi être contrôlée (fig. 9).

### >>> Anomalies verticales

Les béances verticales sont spectaculaires mais répondent rapidement à la thérapeutique si le traitement est étiologique. Là encore, pouce, tétine et biberon sont à l'origine des formes majeures et la protrusion linguale lors de la succion-déglutition à l'origine des formes plus frustes (fig. 10).

À l'opposé, les supraocclusions (dents du haut recouvrant les incisives inférieures) attirent moins l'attention des parents et passent plus souvent inaperçues alors que le traitement est plus complexe et les répercussions fonctionnelles plus graves. La mastication se fait en ouverture-fermeture au lieu d'être en mastication unilatérale alternée. Le traitement idéal doit être mis en place lors de l'évolution des premières molaires définitives pour éviter les fréquentes récurrences (fig. 11).



Fig. 11 : Supraocclusion.

## POINTS FORTS

- Les dysmorphoses orthodontiques ne sont pas inéluctables.
- L'épigenèse est plus influente que la génétique.
- Un dépistage précoce simplifiera la phase thérapeutique.
- La correction des dysfonctions favorisera la croissance eumorphique.

### >>> Anomalies sagittales

Les rétromandibulies ou prognathies doivent être prises en charge le plus précocement possible de manière à agir sur le squelette osseux et non se contenter de compensations dentaires à l'adolescence, voire de chirurgie maxillo-faciale. Ces dysmorphoses sont facilement détectables en regardant l'enfant de profil (**fig. 12**). Ces anomalies peuvent se conjuguer dans les deux voire les trois sens de l'espace (**fig. 13**).

### ■ Bénéfices

Les bénéfices des traitements précoces dépassent largement le cadre de l'alignement dentaire :

- diminution des risques de traumatismes des dents antérieures lactéales ou définitives (**fig. 14**);
- facilitation du sevrage du pouce et de la tétine en modifiant la proprioception induite par ces habitudes;
- amélioration de l'intégration sociale chez les enfants dysmorphiques (**fig. 15**);
- traitement du palais osseux lui aussi souvent impacté et que l'appareil mis en place permettra de diagnostiquer (**fig. 16**);
- diminution de la fréquence des otites séreuses par le drainage naturel de



Fig. 12: Rétromandibulie et prognathie.

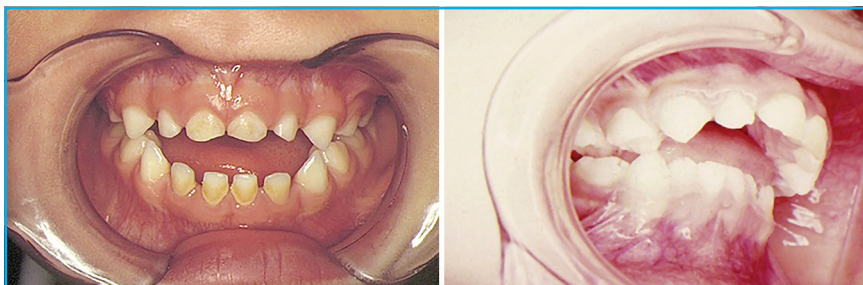


Fig. 13: À gauche, bénance et prognathie. À droite, bénance et rétrognathie.



Fig. 14: Traumas dentaires.

## Revue générale



Fig. 15 : Le traitement permet une amélioration de la forme du visage facilitant l'intégration scolaire.

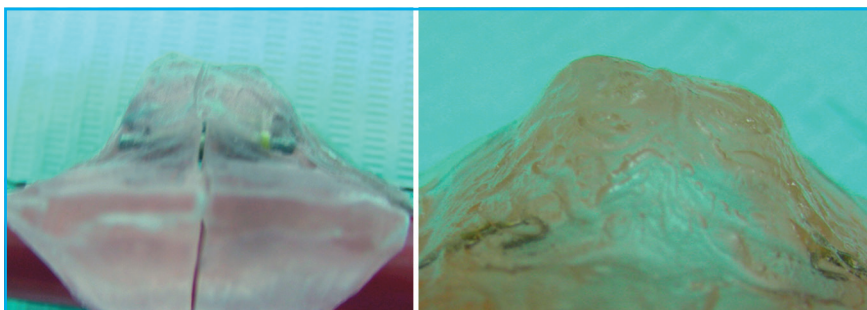


Fig. 16 : Traitement du palais osseux symétrisant la hauteur des deux hémimaxillaires.

l'oreille interne, concomitant de l'installation de la déglutition de type sujet denté.

Des contre-indications existent cependant : l'immaturation de l'enfant, des

doutes manifestés par les parents qui entraîneraient un désengagement de leur collaboration, le port inconstant de l'appareil et une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Il faut éviter aussi de

commencer lors des trois premiers mois de l'année de CP où l'apprentissage de la lecture est la seule priorité.

Cet examen permettra également de dépister des troubles ostéopathiques comme un torticolis ou une plagiocéphalie, qui doivent eux aussi être dépistés précocement.

### Conclusion

Une prise en charge précoce permet une réduction de la durée des traitements orthodontiques, une meilleure stabilité des résultats obtenus, un plus grand confort pour l'enfant et une économie des dépenses de santé publique non négligeable.

---

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.