

Yvan Mutel, Saïda El Abbouni, Marie Sophie Portail

**ORTHODONTIE  
CAP SUR LA PRÉVENTION**

PORTO, 2 et 3 novembre 2018

## PREAMBULE

***Tout d'abord, nous tenons à remercier chaleureusement Karen GARAT, ostéopathe, pour sa précieuse participation à l'élaboration de la partie ostéopathique de ce fascicule.***

En trois demi-journées, cette formation met en avant les aspects cliniques et de pratique quotidienne des prises en charge interceptives, intradisciplinaires, pluridisciplinaires et interdisciplinaires.

Cela suppose un contenu des exposés très dense qui ne laissera pas le loisir de s'attarder sur certaines notions théoriques et périphériques que nous avons donc développées dans ce support de formation.

*A titre d'exemple : la connaissance de l'anatomie et la physiopathologie de la région sous-occipitale est primordiale pour bien comprendre les liens bidirectionnels avec certains dysfonctionnements de l'appareil manducateur.*

*Le développement exhaustif, lors des exposés, de ce type de connaissances, impliquerait une durée de formation décuplée et va donc constituer une partie du contenu de ce support.*

Cela nous permettra de ne pas perdre de temps lors de la formation et de bien nous appesantir sur les protocoles cliniques, tandis que ceux qui en éprouveront le besoin pourront consulter ensuite tranquillement le contenu de ce support pour compléter celui des exposés.

Pour vous faciliter les recherches, nous avons tout de même calé du mieux possible le contenu de ce support à la chronologie du plan de la formation reproduit ci-après (pages 2 et 3).

Enfin, chaque occasion de mettre en relief une idée force ou une notion essentielle sera matérialisée par les symboles ci-dessous circonscrivant le texte correspondant.



# PLAN DE LA FORMATION

## I APPROCHE TRADITIONNELLE DES TRAITEMENTS INTERCEPTIFS

### A Définition de l'interception

### B Quels sont les enfants concernés ? Tranche d'âge, stade de dentition

### C Les indications

- ⇒ correction des occlusions inversées
- ⇒ préservation des couloirs d'éruption
- ⇒ correction des pertes de couloir d'éruption et prévention de la DDM
- ⇒ les extractions pilotées et les guidages d'éruption
- ⇒ gestion précoce des agénésies
- ⇒ correction des endoalvéolies maxillaires et prévention des latérogathies
- ⇒ correction des béances alvéolaires, supraclusions et proalvéolies exposant aux fractures
- ⇒ correction des décalages des bases osseuses  
rétrognathies, prognathies, endognathies, béances squelettiques

### D L'arsenal thérapeutique

- ⇒ les dispositifs amovibles
- ⇒ les dispositifs dits « fonctionnels »
- ⇒ les dispositifs multiattache sectoriels : quel type d'ancrage, d'attache et d'arc ?
- ⇒ les dispositifs auxiliaires collés ou scellés
- ⇒ les dispositifs mixtes amovible + fixe

### E Champ d'action du praticien généraliste

## II APPROCHE MODERNE INDIVIDUALISÉE DES TRAITEMENTS INTERCEPTIFS

### A Traitements interdisciplinaires des dysmorphoses liées aux troubles de la sphère pneumo/allergo/ORL

- ⇒ dysmorphoses et obstruction nasale
- ⇒ dysmorphoses, tissus mous de la sphère buccale et déglutition
- ⇒ dysmorphoses, SAHOS et bruxisme
- ⇒ champ d'action du praticien dentaire
- ⇒ chronologie des actes et protocoles thérapeutiques avec le médecin spécialiste, avec le kiné maxillo-facial, avec l'orthophoniste

### B Traitements interdisciplinaires des dysmorphoses liées au morphotype crânien

- ⇒ dysmorphoses et typologie crânienne
- ⇒ dysmorphoses et adaptation posturale
- ⇒ champ d'action du praticien dentaire
- ⇒ individualisation du traitement et des protocoles thérapeutiques avec l'ostéopathe, avec le kiné maxillo-facial

# SYNTHÈSE DES DEUX PREMIÈRES DEMI-JOURNÉES

## III LES DIFFERENTS NIVEAUX DE LA PREVENTION

### A Les prises en charge visant à tenter l'évitement du traitement orthodontique en denture définitive

- ⇒ importance du dépistage
- ⇒ importance d'une bonne observation
- ⇒ importance de l'adaptation de l'anamnèse
- ⇒ importance de la bonne communication avec l'enfant et ses parents
- ⇒ importance de la bonne communication avec nos amis médecins, kinésithérapeutes, ostéopathes, orthophonistes

### B Les prises en charge visant à minimiser l'ampleur du traitement orthodontique en denture définitive

- ⇒ importance du bon timing
- ⇒ importance du dispositif adapté au profil de l'enfant
- ⇒ importance d'un bon suivi post-interceptif

### C Les prises en charge visant à sortir du cadre chirurgical et les prises en charge préventives du SAOS

- ⇒ les bons conseils et informations prodigués par le chirurgien-dentiste
- ⇒ les bons protocoles préventifs interdisciplinaires
- ⇒ la bonne correction orthodontique

# APPROCHE TRADITIONNELLE DES TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES INTERCEPTIFS

## DÉFINITION DE L'INTERCEPTION

**L'interception, ou traitement orthodontique interceptif (TOI)**, désigne tout traitement orthodontique effectué avant l'établissement de la denture définitive.

Le TOI débute donc soit en denture lactéale (TOI précoce), soit en denture mixte.



*Stade de denture mixte*

Classiquement, l'indication du TOI est la correction d'une anomalie présentant ce que l'on appelle une **urgence relative**.

Urgence relative dans le sens où l'absence de prise en charge avant la denture définitive entraînerait une aggravation de la dysmorphose, rendant le traitement en denture définitive (TDD) plus long et/ou plus compliqué, voire impossible.

Le TOI constitue donc ce que l'on peut qualifier de prévention partielle.

Autrement dit, classiquement, l'ambition du TOI traditionnel est la correction d'une urgence relative ou bien une action orthopédique, visant à faciliter le déroulement d'un futur TDD, ou visant à en minimiser l'ampleur.

Il y a là une préoccupation de préserver la marge de manœuvre qui permettra la réalisation d'un futur TDD, et, sauf exception, la nécessité de ce traitement terminal en denture définitive est considérée comme probable, voire inéluctable.

Le séquençage classique le plus répandu est alors 6 à 12 mois de TOI suivis de une à plusieurs années de **surveillance** jusqu'au TDD.

Cela sera développé dans le chapitre I « Approche traditionnelle des TOI ».

La notion d'urgence relative est toujours d'actualité mais d'une part, la meilleure prise en compte des parasitages fonctionnels périphériques, en particulier de la sphère ORL, et d'autre part, la prise en compte des liens entre occlusotype et morphotype crânio-facial, permettent d'élargir le champ de l'interception et parfois de l'étendre jusqu'à la **prévention**.

Dans cette approche, l'ambition de prévention totale peut être recherchée de manière plus systématique, plus appuyée et moins aléatoire.

Autrement dit, l'ambition est de faire en sorte que le TOI soit en même temps interceptif et préventif dans le sens où il permettrait d'éviter la nécessité d'un traitement terminal en denture définitive

Cela sera développé dans le chapitre II « Approche moderne individualisée des TOI ».

La synthèse sera accomplie dans le chapitre III « Les différents niveaux de la prévention », par l'exposé précis et complet des protocoles cliniques, indication par indication.

## Notes personnelles

## INDICATIONS DES TOI

Nous l'avons vu, les indications de TOI touchent les enfants dont le stade de dentition va de la denture lactéale à la denture mixte.

Il n'y a pas systématiquement concordance linéaire entre âge civil et âge dentaire, mais les indications de TOI touchent en majorité des enfants dont l'âge est compris entre 4 et 10 ans.

Il est théoriquement possible d'appareiller un enfant de 2 à 4 ans, mais en pratique, le pourcentage d'enfants compliants et observants à cet âge-là est très faible.

Pour ces très jeunes enfants, le rôle du praticien dentaire se limitera la plupart du temps :

- A des contrôles périodiques (tous les 6 mois ou tous les ans par exemple) au cours desquels un lien de confiance pourra être sereinement établi avec l'enfant, et des conseils utiles pourront être prodigués aux parents.
- A éventuellement proposer selon les cas le port d'un écran buccal.
- ET/OU une surveillance en parallèle du suivi de l'enfant par les spécialistes concernés par son cas : pédiatre, orthophoniste, kinésithérapeute, ostéopathe...

Les indications de TOI peuvent être classées en deux grandes catégories :



- Les indications alvéolaires
- Les indications orthopédiques

## LES INDICATIONS ALVEOLAIRES

Les indications alvéolaires s'adressent aux malpositions dentaires et alvéolaires susceptibles d'engendrer une situation pathologique inexistante au départ ou une réduction de la marge de manœuvre lors du futur traitement en denture définitive.

Ci-après, nous les énumérons individuellement, sachant qu'en pratique quotidienne, deux ou plusieurs d'entre elles sont souvent cumulées ou successives, surtout si l'indication initiale est mal ou pas du tout gérée.

- 1 Les occlusions inversées localisées**
- 2 Les occlusions inversées étendues**
- 3 Les pertes de couloir d'éruption**
- 4 La prévention de la dysharmonie dento-mandibulaire (DDM)**
- 5 Les guidages d'éruption**
- 6 La gestion précoce des agénésies**
- 7 Les béances alvéolaires**
- 8 Les supraclusions alvéolaires**
- 9 Les endoalvéolies maxillaires**

 En cas d'absence de TOI, il est important de souligner l'ampleur potentielle des troubles occasionnés par rapport à la simplicité de la correction interceptive adaptée. 

*Nous allons reprendre chacune de ces indications et l'illustrer par un exemple de situation clinique (**en bleu**) puis l'énumération (pas obligatoirement hiérarchique) de l'éventail des risques (**en rouge**) qui pourraient survenir sans prise en charge interceptive.*

***...La suite à Porto !***