

**Dents, mâchoires et croissance de l'enfant :
Le rôle de l'orthodontie.**

Atelier Presse du jeudi 17 avril

Avec la participation du Dr Daniel Rollet

Contact presse : BV CONSEiL Santé

Emmanuelle Klein – Olivier Bordy

Tél : 01 42 68 83 40 – www.bvconseil.com

Si l'hérédité compte pour beaucoup dans la forme d'un visage, l'environnement joue également un rôle. Dès l'âge de 5/6 ans, il est possible d'intervenir en douceur sur les habitudes d'un enfant pour corriger des défauts d'occlusion et stimuler, favoriser une croissance harmonieuse des os de la face.

I – Posture et dents, des liens évidents.

Le corps est un tout. Tout déséquilibre d'une de ses parties peut retentir sur les autres. Classiquement, un organisme est stable quand les pieds, le bassin, les épaules et la ligne des yeux sont parfaitement horizontaux. De multiples facteurs peuvent fragiliser cet équilibre, entraînant des contraintes sur la mandibule. Et réciproquement, des anomalies dentaires peuvent, par phénomènes de compensation, avoir des répercussions sur la chaîne musculaire de l'ensemble du corps.

- Ainsi un enfant ayant un gros décalage entre les dents du haut et celles du bas peut être amené à compenser en avançant sa mandibule. Ce faisant, il crée une lordose au niveau de la colonne cervicale (qui devrait normalement être rectiligne) et par conséquent des tensions musculaires. Si on l'aide à repositionner ses dents, il incurvera moins sa colonne cervicale et son équilibre en sera amélioré.
- Un enfant ayant ce que l'on nomme un « articulé croisé » (1) va souffrir de tensions au niveau du cou. En rétablissant son occlusion, on va l'aider à rééquilibrer son corps.
- Plus flagrant encore, les enfants victimes de torticolis congénitaux. La tête penche et devient totalement asymétrique. D'un côté une compression empêche la croissance de la face, de l'autre un étirement permanent surstimule les os qui vont croître exagérément. Outre des dysmorphoses du visage et donc des troubles orthodontiques majeurs, le torticolis congénital entraîne lordoses et scoliose. Il conviendra donc de faire appel à une équipe pluridisciplinaire (orthopédiste et orthodontiste) pour rétablir tous les équilibres du corps.

- De manière plus générale, un enfant qui aurait une asymétrie marquée, avec des appuis différents au niveau des deux pieds peut avoir des déformations du corps. Quant à la génération télé, qui passe le plus clair de son temps devant un écran, en position avachie, elle développe des problèmes posturaux : démarche nonchalante, épaules qui tombent, bras ballants, petit ventre... En parallèle, cette baisse de tonus musculaire se répercute au niveau de la bouche. Les dents ne sont pas soumises au phénomène d'abrasion, elles demeurent très pointues, souvent l'enfant mange d'un seul côté...

Il est donc intéressant de travailler en partenariat avec un spécialiste de l'équilibre (ostéoposturologue) ou tout simplement un orthopédiste pour les cas complexes.

II – Un visage malléable, qui répond aux stimulations extérieures.

Visage allongé ou mâchoire carrée ? Nul doute, la physionomie des parents compte pour beaucoup dans celle de leur progéniture. Tout ce qui est sous la dépendance de la « croissance cartilagineuse » (croissance des os longs) est prédéterminé par l'hérédité. Mais la part de l'environnement est beaucoup plus importante qu'on ne l'a longtemps cru. Et de nombreux troubles de l'occlusion, de malpositions dentaires que l'on traite à l'adolescence pourraient être prévenus depuis le plus jeune âge ou corrigées pendant l'enfance par des mesures modestes.

L'orthodontie se place donc dans la durée :

- chez le tout petit, elle vise à prévenir l'apparition de troubles par l'apprentissage d'habitudes saines.
- chez l'enfant, à intercepter des malpositions dysfonctions des lèvres et de la langue pour stimuler harmonieusement la croissance de la face et réduire naturellement et spontanément des troubles orthodontiques en cours d'installation.
- enfin seulement à l'adolescence, des prises en charge plus longues et plus lourdes, viseront à rééquilibrer une denture permanente, repositionner une mandibule, améliorer une occlusion.

A – Avant 5 ans, prévenir.

50% des petits Français ont besoin de soins orthodontiques contre 5 % des petits Brésiliens. Une des principales raisons : la durée de l'allaitement maternel. Les mouvements réalisés par le nourrisson tétant au sein sont une gymnastique très efficace pour stimuler la croissance du visage et le positionnement adéquat de la mandibule. D'autres facteurs comme la lutte contre les infections ORL à répétition, le choix d'une alimentation suffisamment consistante lors de la diversification, jouent également un rôle fondamental dans le développement des os de la face. Idéalement, il faudrait donc dès la naissance envisager des mesures prophylactiques afin de prévenir l'apparition de troubles orthodontiques.

B – De 5 à 11 ans : éduquer.

Lorsqu'un défaut est déjà installé : béance entre les deux maxillaires, rétroprognathisme (menton fuyant), dents du haut en avant... une nouvelle étape se profile : **celle de la rééducation**. Car à ces âges-là, la croissance de la face n'est pas terminée, et l'apprentissage de bonnes techniques de respiration, de mouchage, de mastication, est à même de rééquilibrer les forces qui s'exercent sur les dents et de stimuler adéquatement les os pour permettre à la croissance de s'exprimer sans contrainte.

Il s'agit de **rompre le cercle vicieux** des mauvaises habitudes à l'origine des troubles orthodontiques observés. Contrairement aux traitements réalisés chez les adolescents qui mettent en jeu des forces extrinsèques (appareils, bagues) pour redresser les dents, ces prises en charge précoces jouent essentiellement sur les « fonctions » de la bouche. « Autrefois, explique le Dr Daniel Rollet, on disait qu'il fallait attendre le pic pubertaire pour intervenir. Aujourd'hui on estime qu'il est bon d'agir avant, afin d'aider la nature à corriger d'elle-même certains dysfonctionnements ».

Résultat : 30 % des enfants ainsi pris en charge n'auront *in fine* pas besoin de soins orthodontiques à l'adolescence. Et pour ceux qui devront néanmoins en passer par un sourire bagué, la durée du traitement en sera d'autant raccourcie. Un bénéfice en termes de confort, de bien-être mais aussi, un moindre coût sur le plan financier.

C – Le pic pubertaire, une période charnière....

A compter du pic pubertaire, la rééducation a beaucoup moins d'impact. A ces âges là, les orthodontistes travaillent surtout sur la mandibule (mâchoire du bas). Car les hormones de la puberté stimulent la « croissance cartilagineuse » et donc les os longs du bas de la face. Les méthodes pour orienter ou stimuler la croissance sont plus lourdes et plus contraignantes. En amont, pendant l'enfance, on agit beaucoup plus sur le maxillaire, dont le développement relève de la « croissance membraneuse » particulièrement sensible aux pressions, aux contraintes de l'environnement.

III – Beaucoup de dialogue et peu de matériel...

Les moyens mis en œuvre pour ces interventions précoces sont simples. Ils passent essentiellement **par le dialogue avec l'enfant et l'observation**. Ils se basent sur la rééducation : apprendre à respirer, à se moucher, à mastiquer. Par ailleurs la mise en place de gouttières souples, de formes variables, munies de dispositifs pour guider la langue, va permettre de jouer en douceur sur le positionnement de cette dernière. Les gouttières sont portées la nuit et pendant 4 heures chaque jour (durant les activités de détente de l'enfant : TV, ordinateur, lecture...). « Ce n'est pas la gouttière qui exerce des forces sur le palais ou les dents, c'est la langue qui réapprend peu à peu à effectuer des mouvements physiologiques. On l'oublie trop souvent : dans la croissance la face, la langue fait l'essentiel du travail ! » ajoute le Dr Rollet Rien de bien révolutionnaire en somme. En France toute une tradition existait, consistant à travailler sur les fonctions. Puis les bagues sont venues des Etats-Unis et ont suscité un véritable engouement. Avant que l'on se rende compte à quel point la rééducation pouvait être efficace, pour autant qu'elle soit proposée à temps. Revenir à des soins plus précoces et travailler sur la position et la tonicité de la langue et des muscles orofaciaux n'est qu'un retour du balancier !

Quelques exemples :

Le « respirateur buccal »... Il a une face allongée, des cernes, il dort mal, il ronfle... Avec l'augmentation du nombre des petits allergiques (+ 30 % en 20 ans) et l'accroissement de la fréquence des pathologies ORL chez l'enfant, ces profils se multiplient. L'enfant ventile par la bouche, sa langue demeure constamment en position basse au lieu de monter dans toute la bouche et de

venir stimuler le palais dans le sens transversal. Résultat, le maxillaire supérieur est sous-développé, étroit, tout comme les fosses nasales. Un cercle vicieux se met en place : comme les fosses nasales sont un peu atrophiées, l'enfant a du mal à respirer par le nez, et donc la langue persiste dans son mauvais positionnement, aggravant sans cesse, la dysmorphose. Les solutions : traiter les allergies (s'il y en a) apprendre le mouchage, mettre des protège dents (gouttières) pour éduquer la ventilation nasale et la langue.

Le suceur de pouce. Sa mandibule est sous-développée, son maxillaire supérieur stimulé en permanence par la succion du pouce est très en avant, les incisives du haut présentent une béance. La lèvre inférieure tend à se positionner entre les deux arcades donnant à l'enfant une physionomie particulière (dents de lapin). A la moindre chute dans la cour de récréation, ces enfants risquent de voir leurs 4 incisives supérieures fracturées. Outre son physique remarquable, le suceur de pouce est un enfant qui « fait du bruit » quand il mange, quand il avale... signe que la fonction de déglutition n'est pas optimale...

« Jusqu'à 4 ou 5 ans estime le Dr Rollet, il est normal de sucer son pouce. Au-delà, il est important d'intervenir, de commencer à en parler avec l'enfant. On fait des choses simples : on ne met pas de grille, on ne fait pas d'empreintes, on ne culpabilise pas l'enfant, on discute et on l'aide à arrêter».

A ces techniques peuvent s'ajouter des gymnastiques buccales adaptées. « Si les dents se recouvrent, c'est lié à une musculature puissante notamment au niveau des masséters. On va faire du « stretching » pour détendre un peu ces muscles. A l'inverse en cas de béance, il va falloir muscler la zone périorale. »

2 000 déglutitions par jour

Un enfant avale 2 000 à 2 500 fois par jour. Si sa langue est mal située lors de la déglutition ce sont donc 2 500 stimulations inadaptées de la cavité buccale qui vont avoir lieu quotidiennement ! Réapprendre à avaler, à positionner sa langue est donc fondamental !

- (1) Normalement les dents du haut et du bas se touchent en un point fixe, mais chez certaines personnes, au moment où les dents entrent en contact, la mandibule dévie sur le côté. C'est ce que l'on appelle un « articulé croisé ».