

promandibulie et palais plat cicatriciel

P. FELLUS
J.-P. DEFFEZ

« Cette malformation n'est à l'origine qu'une simple fissure sans déformation. Les déformations osseuses sont secondaires et liées aux anomalies de l'équilibre musculaire pré- et postopératoire si l'on élimine les déformations dues aux techniques chirurgicales nuisibles ».

J. PSAUME

C'EST pour permettre, par le biais d'une normalisation du cadre anatomique, une normalisation des fonctions linguales, que toutes les techniques chirurgicales de correction des séquelles des fentes palato-vélares, associées ou non aux fentes labio-maxillaires, privilégient la réfection précoce du voile et de la lèvre éventuellement (planche I).

La fermeture précoce du voile fournira au dôme lingual une situation référentielle qui lui a manqué pendant la deuxième partie de la grossesse, moment où l'apprentissage de la déglutition s'établit.

Cette correction anatomique, incomplète, mais à visée fonctionnelle, permettra au nourrisson d'acquérir une succion-déglutition très proche du physiologique.

Ceci normalisera, dans une large mesure, l'organisation des arcades temporaires quand les dents évolueront. La voûte palatine conservera une dimension verticale et transversale normale qui « admettra » le contact du dos de la langue.

La déglutition, dite de type « sujet denté », avec toute l'influence que cette modification comportementale aura sur la croissance de l'étage moyen de la face, pourra dès lors être acquise, aidée par une prise en charge orthophonique et kinésiologique.

Patrick FELLUS. — Attaché de Consultation à l'hôpital Robert-Debré. Responsable du département d'Orthopédie dento-faciale. 48, boulevard Serrurier, 75019 Paris.

Jean-Pierre DEFFEZ. — Stomatologiste des hôpitaux de Paris. Stomatologiste de l'hôpital Robert-Debré. 48, boulevard Serrurier, 75019 Paris. Professeur au Collège de Médecine.

PLANCHE I

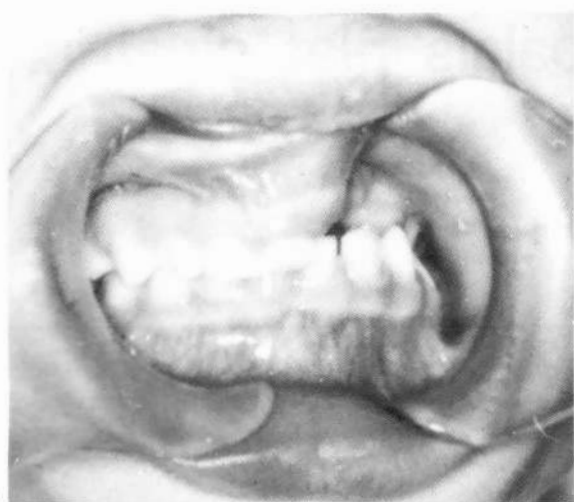


fig. 1 A et B. Une réfection vélaire précoce et isolée favorise la constitution d'une référence occlusale favorable à moyen terme, en raison de la normalisation des fonctions linguales.

A l'inverse, la persistance de praxies acquises dans un environnement anatomique défectueux amplifiera le cercle vicieux dont la malformation est à l'origine.

L'action prédominante des buccinateurs est alors d'autant plus nette que la voûte palatine présente une déhiscence qui diminue la résistance passive de la «clé de voûte».

Il est donc primordial que les arcades dentaires soient en rapports favorables, aussi bien latéralement que dans la région antérieure afin que les forces occlusales enregistrées soient transmises à la base du crâne dans des directions aussi normales que possible (planche II).

Seul cet élément dynamique, architectonique et stomatognathique, pourra pallier dans une certaine mesure l'absence de suture intermaxillaire, aidé aussi par l'établissement de praxies normales.

Dans le cas contraire, souvent observé lors de réfection du palais ayant entraîné un dépériostage des berges de la fente palatine, apparaît une étroitesse de la voûte, abaissée de surcroît, responsable d'une inadéquation avec le volume lingual.

Incapable d'occuper une situation haute au contact du palais, conduite au contraire à s'inscrire totalement dans l'arcade mandibulaire, la langue devient basse et propulsive. Le type d'occlusion de ces enfants aggrave le processus. La mise en jeu du ptérygoïdien externe, pour faciliter au départ une occlusion dentaire de convenue, aboutit bientôt à une hypertrophie vraie de la mandibule (planches III et IV).

PLANCHE II

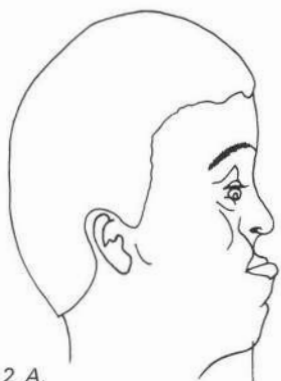


fig. 2 A.

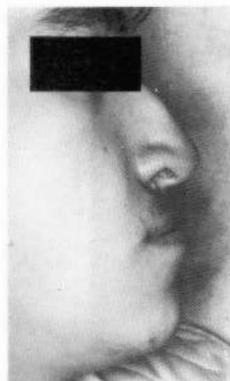


fig. 2 B.

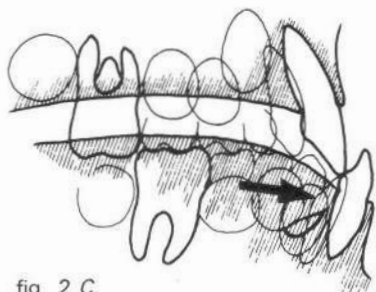


fig. 2 C.

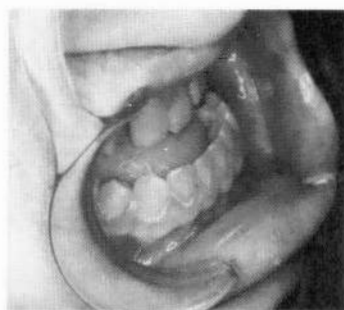


fig. 2 D.

Cette insuffisance de croissance n'est au départ qu'une insuffisance du diamètre transversal de l'arcade dentaire supérieure : une langue basse, ne s'appliquant pas contre la voûte, ne sollicite pas la croissance transversale.

L'architecture faciale, adaptation des piliers, qui relient la mâchoire supérieure à la base du crâne, s'établit mal. Progressivement, les piliers verticaux (incisivo-canin en particulier) et surtout le cintre zygomato-malaire qui les unit, connaissent une croissance insuffisante, qui se traduit au niveau du profil par la fausse protrusion des globes oculaires et la rétrochélilie supérieure.

Dans son aspect majeur, le profil est proche de celui réalisé par la maladie de Crouzon. La croissance mandibulaire, dont le taux n'est plus contrôlé par une arcade supérieure (qui devrait circonscrire en tous points l'arcade inférieure) devient excessive : une prognathie mandibulaire vraie s'instaure (promandibulie).



fig. 2 E. Les « piliers » de l'étage moyen de la face. La plate-forme dentée du maxillaire. Schématisation de ses liaisons avec la base de l'étage moyen de la face (étage antérieur de la base du crâne).

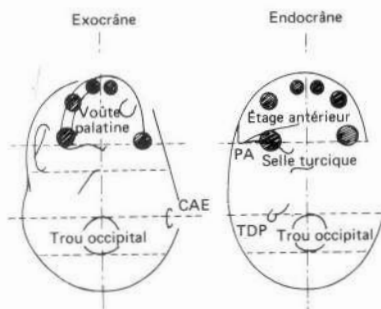
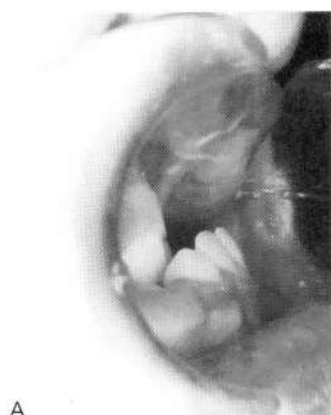
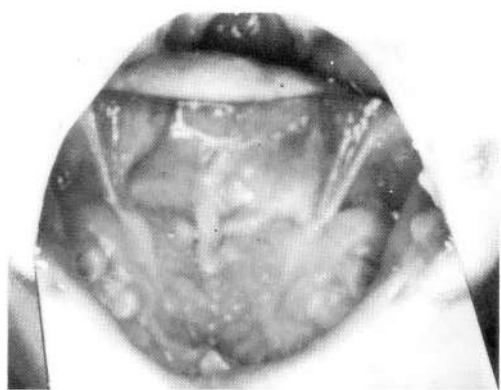


fig. 2 F. Schématisation de la « base de l'étage moyen de la face ». La situation des « piliers » (d'après OLIVIER).

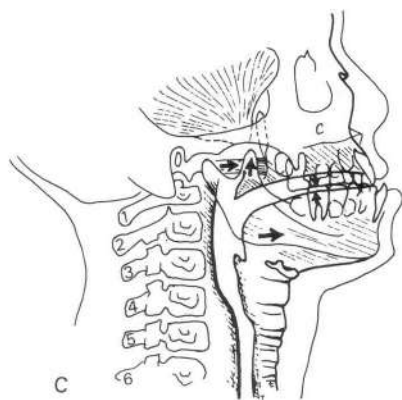
PLANCHE III



A



B



C

fig. 3 A et B. Lorsque la promandibulie est instituée, associée à l'hypoplasie maxillaire, la langue s'inscrit complètement à l'intérieur de l'arcade mandibulaire, en raison de la descente de la «voûte» devenue «plane».

fig. 3 C. La langue basse propulsive entraîne la mise en jeu excessive du ptérygoïdien externe qui intervient au départ pour faciliter une occlusion dentaire «de convenance». Elle aboutit bientôt à une hypertrophie vraie de la mandibule (prognathie mandibulaire ou promandibulie).

conclusion

Tel nous paraît être l'origine du nombre élevé de promandibulies compliquant les hypoplasies maxillaires dans les fentes labio-maxillaires unilatérales associées à une division labio-palatine.

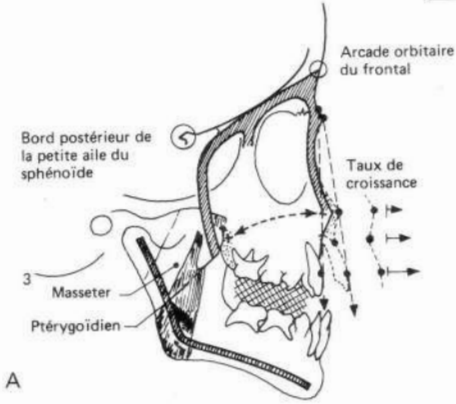
On l'observe en effet dans un tiers des cas environ même lorsqu'un suivi orthopédique rigoureux a conduit l'enfant à l'adolescence; une chirurgie orthognathique complémentaire est alors requise.

Ce pourcentage est à opposer à celui observé chez les enfants présentant au départ une fente labio-maxillaire bilatérale et ayant un suivi orthopédique semblable (5 % des cas environ) (planche V).

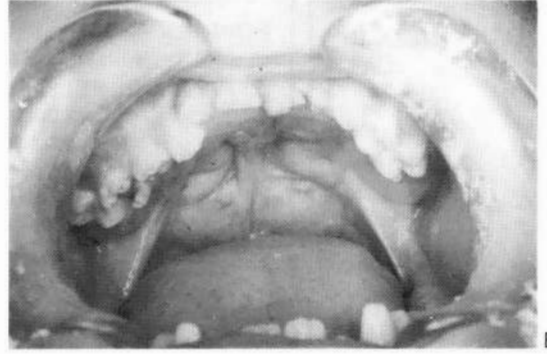
L'hypoplasie maxillaire des fentes bilatérales est parfaitement identique, mais dans ces cas la projection initiale de l'anté-maxillaire fournit aux incisives mandibulaires une référence sagittale provenant du surplomb antérieur des incisives supérieures. C'est sans doute l'élément qui s'oppose à l'«autonomie» de croissance de la mandibule.

Il s'agit là d'une des nombreuses illustrations de l'asservissement de la croissance mandibulaire aux références occlusales.

PLANCHE IV



A

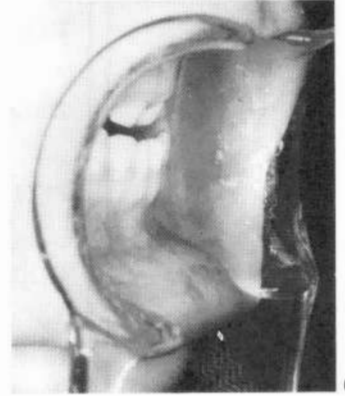


B

fig. 4 A. Traitement des promandibulies fonctionnelles et de l'hypoplasie maxillaire responsable.

La base de l'étage moyen de la face est limitée en avant par l'arcade orbitaire du frontal, en arrière par le bord libre de la petite aile du sphénoïde.

fig. 4 B et C. Le traitement palliatif doit commencer très tôt, en denture lactéale, pour entraîner une correction fonctionnelle de l'architecture faciale par transmission des pressions occlusales selon l'axe physiologique requis pour les piliers vecteurs (c'est le rôle des plans de surélévation molaires). Une kinésioorthophonie doit être associée là aussi, autant pour corriger la posture linguale basse que pour remplacer les « parafonctions » qu'elle entraîne par des praxies adaptées.



C

PLANCHE V

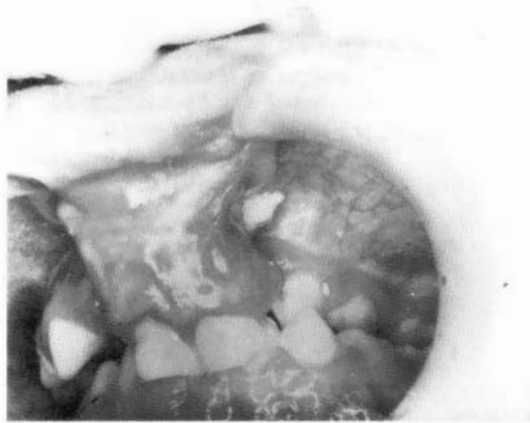


fig. 5. Dans les fentes bilatérales, malgré une hypoplasie maxillaire supérieure, la projection initiale de l'anté-maxillaire s'oppose à l'autonomie de croissance de la mandibule : le surplomb antérieur des incisives supérieures fournit à leurs antagonistes mandibulaires une référence sagittale.

bibliographie

- BORREDON J.-J. : Réflexions neuro-psychologiques sur le schéma corporel. *Bordeaux Médical*, **19** : 1259-1263, 1979.
- DEFPEZ J.-P., FELLUS P., ALLAIN Ph., BRETHAUX J. : La modification du schéma corporel garant de la stabilité des traitements orthopédiques, orthodontiques et chirurgicaux. *Le Cahier Stomatologique*, **2** : 5-20, 1983.
- DEFPEZ J.-P., GRIMBERT N., FELLUS P. : Évolution paradoxale d'un syndrome de Robin. *Orthodont. française*, **47** (9) : 139-147, 1976.
- DEFPEZ J.-P., FELLUS P. : Modification précoce de la posture mandibulaire. Son retentissement sur la croissance. Son utilisation thérapeutique. *Actualités Odonto-Stomat.*, **118** : 207-220, 1977.
- DEFPEZ J.-P., SALAUN P., FELLUS P. : Les immaturités fonctionnelles et leur retentissement sur la croissance mandibulaire. Entretiens de Bichat, 1980. Odontologie et Stomatologie, p. 78-85.
- DELAIRE J., CHATEAU J.-P. : Comment le septum nasal influence-t-il la croissance prémaxillaire et maxillaire? Déductions en chirurgie des fentes labio-maxillaires. *Rev. Stomat.*, **78** (4) : 241-254, 1977.
- DELAIRE J. : Influence du voile du palais sur la statique linguale et la croissance mandibulaire. Déductions thérapeutiques. *Rev. Stomat.*, **77** (6) : 821-834, 1976.
- FELLUS P., ROSTAND B., DEFPEZ J.-P. : Le syndrome de Robin apraxique place du nursing postural dans son traitement. *Orthodont. française*, 603-608, 1983.
- GUDIN R.-G. : Les anomalies de comportement musculaire dans la première enfance. Leurs répercussions au niveau des sphères oro-faciales et facio-cervicales. *Actualités Odonto-Stomat.*, **128** : 697-727, 1979.
- HOTZ M. : Pre- and early post-operative growth guidance in cleft lip and palate cases by maxillary orthopedics (an alternative procedure to primary bone grafting). *Cleft Palate J.*, **6** : 368-372, 1969.
- MOSS M. L., SALENTIJN L. : The primary role of functional matrices in facial growth. *Amer. J. Orthod.*, **55** : 566-577, 1969.
- PETROVIC A., STUTZMANN J. : Contrôle de la croissance postnatale du squelette facial. Données expérimentales et modèle cybernétique. *Actualités Odonto-Stomat.*, **128** : 811-841, 1979.
- PETROVIC A., GASSON N., STUTZMANN J. : Les mécanismes régulateurs de l'ajustement occlusal : interviennent-ils dans le contrôle de la croissance du cartilage condylien? *Orthodont. française*, **46** : 77-101, 1975.
- PIAGET J. : Les praxies chez l'enfant. *Rev. neurol.*, **102** (6) : 551-566, 1960.
- PSAUME J., MALEK R., MOUSSET M.-R., TRICHET Ch., MARTINEZ H. : Technique et résultats du traitement total précoce des fentes labio-palatines. *Folia Phoniatica*, **38** : 176-220, 1986.
- PSAUME J., MARTIN M. : Déformation oblique ovalaire de l'arcade supérieure et déviation arciforme de la face des fentes unilatérales. *Rev. Stomat.*, **76** (7) 535-541, 1975.