



CLINIQUE  
PAR LE DR MARC VESSE



CLINIQUE  
PAR LE DR MARC-HENRY VESSE

# La présence du sillon naso-génien chez les enfants, clé du diagnostic précoce des CLIII

## PARTIE 2

### Introduction

Faute de place, nous n'avons pu tout publier dans le précédent numéro d'ortho autrement N° 31. Nous demanderons aux lecteurs de se référer à la précédente publication pour comprendre la genèse de cette étude clinique. Par contre nous nous voyons contraints de reprendre le chapitre anatomo clinique qui est la base "scientifique" de cette étude. Nous relirons ainsi ce que disent les anatomistes de cette région le sillon naso-génien, puis nous passerons aux travaux pratiques en analysant le visage de jeunes enfants avant et après traitements, ensuite nous verrons ce qu'est devenu l'Infante Marguerite à l'âge de 15 ans.

## I. Description du sillon naso-génien ou aire paranasale

### A. Ce qu'en disent les anatomistes

Rouvière <sup>(9)</sup>, notre bible, dans sa description de la face, décrit plusieurs régions. La région labiale ou des lèvres : « Les lèvres sont deux replis musculo-membraneux, mobiles, qui forment la paroi antérieure de la cavité buccale et circonscrivent l'orifice buccal. La région labiale comprend les deux lèvres. Les limites sont : en haut la base du nez, en bas le sillon mento-labial, et sur les côtés le sillon-naso-labio-génien. »

Plus loin, Rouvière décrit la région génienne :

« Est située sur la partie latérale de la face. Elle est limitée en haut par le bord inférieur de l'orbite, en bas par le bord inférieur de la mâchoire inférieure, en arrière par le bord antérieur du masseter et en avant par le sillon naso-génien, la commissure des lèvres est une verticale abaissée de cette commissure jusqu'au bord inférieur de la mâchoire. Forme extérieure : la région présente deux faces, l'une externe cutanée, l'autre interne muqueuse. La face externe est arrondie chez les enfants et les sujets gras. Chez l'adulte et le vieillard, est présente généralement à sa partie moyenne, une dépression d'autant plus accentuée que le sujet est plus amaigri ; au-dessus de cette dépression se dresse la saillie de la pommette. »

Pierre Kamina a écrit deux traités d'anatomie :

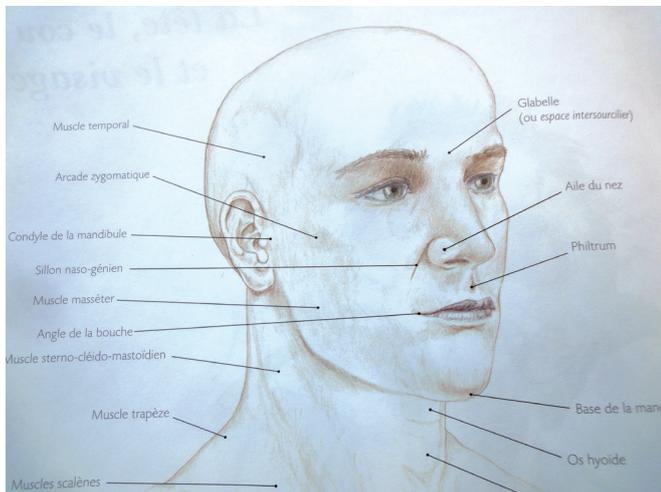
dans son "Précis d'anatomie clinique" <sup>(10)</sup>, il écrit : « La lèvre supérieure est séparée de la joue par le sillon naso-labial », dans son Dictionnaire d'anatomie <sup>(11)</sup> il définit ainsi cette région : « Sillon naso-labial (*sulcus nasolabialis*) Sillon oblique de la face, tendu de l'aile du nez à l'angle de la bouche. »

Vigué-Martin dans le "Grand Atlas d'anatomie humaine" <sup>(12)</sup> définissent ainsi le sillon naso-génien : « Pli cutané descendant obliquement depuis le rebord externe des ailes du nez et qui séparent les joues de la zone péri-buccale. » sur une légende de la photo d'un visage.

J.F. Gaudy <sup>(13)</sup>, dans son "Traité d'Anatomie Clinique" décrit les régions orales ainsi : « La région orale est limitée en haut par une ligne constituée, de l'intérieur vers l'extérieur par l'extrémité postérieure de la sous-cloison (racine du nez) le bord postérieur de l'aile du nez et le sillon naso-labial, oblique en bas et en dehors. »

Dans "Le grand manuel illustré d'anatomie générale et clinique" <sup>(14)</sup> de Moses, Bancks, Nava et Petersen, le sillon naso-labial est localisé sur une photo de visage de même que dans le Moore <sup>(15)</sup> "Anatomie Clinique" ainsi que dans le Netter <sup>(16)</sup> "Anatomie Humaine".

Par contre : dans "Le Topoguide du Corps" de Biel <sup>(17)</sup>, le sillon naso-génien est parfaitement localisé avec un schéma très clair.



Ce sujet n'est pas traité dans :

- L'Atlas d'Anatomie de Giray Mac Pherson
- Ni dans le Sobotta, livre à la mode qui a pourtant de magnifiques illustrations et schémas, mais les descriptions anatomiques commencent sous la peau ... On voit donc que la dénomination est variable entre sillon naso-génien et sillon naso-labial, Rouvière l'a magnifiquement décrit avec maints détails ce dont il est coutumier, donc nous aurions tendance à reprendre toujours ce terme de sillon nasogénien. Dans la nomenclature actuelle, on parle souvent de sillon naso-labial. Les Anglo-Saxons parlent de façon assez simple d'aires paranasales.

Que choisir ?

La solution est peut-être dans le Testut et Latarjet <sup>(18)</sup>, ces auteurs écrivent à propos du nez : « Le nez est une saillie volumineuse impaire et médiane qui se dispose à la manière d'un auvent au dessus de l'entrée des fosses nasales. »

Il nous donne à étudier sa conformation extérieure : « Placé au milieu de la face, entre les deux joues, au dessus du front et au dessus de la lèvre supérieure, le nez représente une pyramide triangulaire à base inférieure ...

On lui considère, en conséquence, comme à toute pyramide à base triangulaire, trois faces, trois bords, un sommet et une base.

- Les faces : deux faces latérales, une face postérieure
- Les bords : les bords latéraux forment avec le plan de la face un sillon longitudinal, qui prend successivement en allant de haut en bas les noms de sillon naso-palpébral, sillon baso-génien, sillon naso-labial, dénominations assez expressives par elle mêmes pour n'avoir pas besoin d'une définition plus étendue"

... Les bords antérieurs ... dos du nez »

On ne peut mieux dire dans ce langage de chirurgien anatomiste, c'est clair et concis ! Donc le sillon est la jonction entre le nez et les joues, la partie qui nous intéresse est la partie entre la base du nez et les joues : baso-génien pour Testut et Latarjet, naso-génien pour Rouvière. Les livres modernes parlent de sillon naso-labial, la lèvre est plus basse ; restons donc sur : le sillon naso-génien. D'ailleurs dans le Viguié-Martin sur le schéma d'une photo d'un visage féminin, les auteurs localisent le sillon nasogénien où nous le mettons, c'est-à-dire au niveau des bases alaires et ils localisent le sillon naso-labial plus bas. Après la lecture de nombreux livres d'anatomie, il est frappant de constater que les livres d'anatomie anciens "tel Rouvière, Testut et Latarjet", donnent de nombreux détails mais il y a peu de schémas. Dans les livres d'anatomie modernes il y a peu de texte et beaucoup de magnifiques schémas !

## B. Description anatomo-clinique

### 1. Epker et Fish

Comme nous avons pu le voir, cette région n'est pas traitée dans tous les livres d'anatomie, mais elle est bien connue des chirurgiens maxillo faciaux.

Epker et Fish, autre duo connu de chirurgiens maxillo facial et d'orthodontistes, décrivent très minutieusement cette région dans leur livre "Dento Facial Deformities" <sup>(19)</sup>. Voici ce qu'ils écrivent à propos de l'examen clinique : « De face, le tiers moyen de la face. L'examen des joues consiste à évaluer successivement l'éminence malaire, le rebord orbitaire inférieur et les aires paranasales.

De profil : on étudiera les aires paranasales de différentes manières. Comme elles sont les supports des bases alaires, cet examen est important. Il permet de distinguer une déficience du tiers moyen de la face, d'un prognathisme mandibulaire. Le rapport de la distance du plan horizontal tracé de la pointe du nez au point sous nasal, et de celui-ci à la base alaire est normalement de 2/1. Une valeur approchant 1/1 évoque une déficience du support des bases alaires et une déficience du tiers moyen de la face.

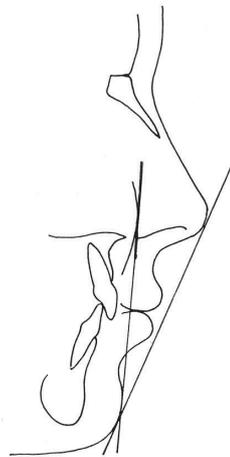
De plus, on notera si les aires paranasales sont convexes (normalité) ou concaves. Cette concavité est évocatrice d'une déficience de l'étage moyen de la face. Ils ajoutent à cette inspection la palpation du vestibule au dessus des apex des dents définitives qui fait sentir une dépression. »

Ce signe de palpation est valable chez les adultes mais évidemment pas chez les enfants, qui sont en denture mixte ou plus souvent en denture lactéale.

**2. Raymond Gola** <sup>(20)</sup> dans son passionnant livre "La rhinoplastie fonctionnelle et esthétique" écrit dans le chapitre anatomie artistique du nez : « Les ailes narinaires : elle limitent en dehors les orifices narinaires, la jonction entre auvent narinaire et joue est marquée par un pli (pli alajugal) en continuité avec le pli naso-jugal et le pli labio-jugal » Nous pouvons remplacer jugal par génien, la description de Gola est l'équivalence de la description de Testut et Latarjet. Par ailleurs, Gola dans ce livre traite des troubles de la ventilation et de leurs conséquences néfastes sur la croissance et de leurs corrections aisées avec un disjoncteur. C'était en 2000 !

### C. Cette région vue par Ricketts par l'intermédiaire de J. Philippe.

FIGURE 36.  
Les lignes E et C de Ricketts (fille de 11 ans 1/2).



Ricketts cité par J. Philippe dans son excellent livre "Orthodontie des principes et une technique" <sup>(21)</sup> écrit : « Ricketts a complété son procédé d'évaluation en traçant sur la téléradiographie ou sur la photographie grandeur nature qui l'accompagne, la ligne C (cheek line) tangente à la saillie du menton et au bombé des joues vue de profil. Cette ligne varie sensiblement au cours de la croissance, mais elle permet d'apprécier la longueur du nez, plus celle-ci paraîtra importante, moins les lèvres devront s'approcher de la ligne E. »

Ricketts <sup>(22)</sup>, cet orthodontiste génial qui a toujours attaché beaucoup d'importance à l'esthétique et qui a fait changer les mentalités concernant les extractions (pour éviter un recul

de la lèvre supérieure) avait donc déjà reconnu cet endroit comme important. Il s'en sert comme un point pour une mesure linéaire (ligne C) à comparer avec la ligne esthétique (ligne E). La ligne C part du sillon naso-génien appelé par Philippe le "bombé des joues". Ceci confirme l'importance stratégique de cette région. Nous ne pouvons résister à vous citer cette phrase à propos du souci esthétique, qui se trouve deux pages plus loin. « Nous croyons que, du point de vue esthétique, l'amélioration du profil est plus important que le parfait alignement des dents, et qu'éventuellement celui-ci doit être sacrifié à celui-là. » Quelle sagesse, quelle audace, quelle intelligence d'écrire ceci et en ... 1972, c'est à dire il y a 46 ans !!! De plus, il a avec un courage certain osé remettre en cause la pertinence des choix thérapeutiques qui n'étaient basés que sur l'analyse céphalométrique. Julien Philippe est décédé récemment, toute la profession lui a rendu un magnifique hommage dans une grande unanimité. Voici notre modeste contribution à celui-ci.

### D. Voici notre synthèse clinique

Le sillon naso-génien est la région située entre les bases alaires (le nez) et les joues, cette jonction est habituellement peu visible chez les enfants, ce sillon se marque à l'âge adulte, son apparition est la marque du temps qui passe... Cette région paranasale, le sillon naso-génien est donc la zone anatomique de jonction entre le nez et les maxillaires. Si la croissance de ceux-ci est altérée, le sillon sera marqué par un déficit du support. Il est donc le reflet d'une insuffisance de développement des maxillaires, c'est-à-dire du prémaxillaire. L'apparition très discrète de ce sillon chez l'enfant signe une insuffisance des maxillaires caractéristique de la CL III débutante. Ce sillon marqué apparaît très précocement, c'est un signe très subtil, il reflète le développement pré-maxillaire.



Gwenaëlle à l'âge de 4 ans

- De face : le nez dont la base s'appuie sur les maxillaires paraît enfoncé dans la face, ce qui se traduit par une jonction, un sillon naso-génien accentué, creusé, marqué, ceci est totalement anormal chez l'enfant. Il s'associe à un manque de

soutient de la lèvre supérieure qui est fine et il y a une sorte de platitude de la région d'effacement de l'étage moyen de la face. Ce signe devient évident quand on a l'habitude de lire un visage d'enfant qui vient en consultation d'orthopédie dento faciale précoce.

- De profil : la lèvre supérieure est fine et est en retrait par rapport à la lèvre inférieure. Le nez donne l'impression de rentrer dans les maxillaires, car il manque de soutien. Ceci peut aisément se quantifier chez l'adulte, plus difficilement chez l'enfant, car le nez est en croissance : Ce sillon naso-génien marqué est constant dans les CL III squelettiques et nous permet de faire le diagnostic de l'anomalie quand nous allons chercher l'enfant dans la salle d'attente et de toujours le confirmer quand l'enfant s'assoie dans le fauteuil : l'occlusion est inversée ou en bout à bout. Par ailleurs, l'enfant paraît plus âgé que son âge, il a le visage sévère. Ceci n'apparaît pas aux parents au départ puisque c'est leur enfant qu'ils voient tous les jours ; cependant au bout de quelques mois, après le port du masque nous montrons aux parents les photos du départ, ils sont stupéfiés par le changement. En effet, ils disent tous : « *mon enfant est beaucoup plus beau maintenant, je ne me rendais pas compte de son anomalie.* »



**Gwenaëlle à l'âge de 8 ans**

« *Cette enfant est la fille du patient qui était venu consulter quelques années auparavant pour lui-même* » ! Analysons la transformation spectaculaire de son visage

De face : l'enfant a rajeuni, les sillons naso-géniens ne sont plus marqués, les régions paranasales qui étaient creuses ont du relief, le visage est plein.

De profil : le sillon naso-génien a disparu, le bombé des joues est plus visible, le nez semble "ressorti de la face", la lèvre supérieure est plus forte, elle est en avant de la lèvre inférieure. En effet, la correction qui a été effectuée par les tractions sur le masque double arc, entraîne une disparition des sillons naso-géniens, qui se sont comblés, la lèvre supérieure reprend du relief, le visage de l'enfant est moins sévère, on a l'impression que le nez est ressorti de la face, l'enfant fait moins âgé, il est donc plus beau.



**Gwenaëlle à l'âge de 15 ans**

La correction de la CL III obtenue à l'âge de 6 ans s'est maintenue. Sur le profil, on peut constater que "le rapport de la distance du plan horizontal tracé de la pointe du nez au point sous nasal, et de celui-ci à la base alaire s'est normalisé, il est de 2/1"

## II. Travaux pratiques analyses cliniques des visages

### Préambule

Nous allons analyser ensemble 10 cas d'enfants traités, choisis arbitrairement après les années 2000.

Nous effectuerons l'analyse clinique de ces visages et analyserons les changements apparus après la thérapeutique. Il n'est pas dans notre propos de parler d'occlusion, mais celle-ci s'est évidemment normalisée (reflet de l'harmonisation du visage), de même que la téléradiographie de la tête de profil. Ces documents complémentaires sont éventuellement à la disposition d'un lecteur sourcilleux. Le choix a été difficile, il a été fait au fil des consultations quotidiennes, nous revoyons ou reconvoquons de loin en loin nos patients; le classement est chronologique c'est la date de la 1ère consultation qui a été retenue. En dehors d'un cas familial, aucun d'entre eux n'a fait l'objet de publications, nous nous sommes efforcés de prendre des nouveaux cas, ici le recul est donc moins important (17-18 ans) mais nous avons publié par ailleurs des cas stables avec un recul de plus de 30 ans. (31-32). La thérapeutique employée a toujours été la même : masque sur ancrage endo buccal, depuis environ 20 ans nous avons abandonné le double arc au profit du disjoncteur sur quatre bagues. Celui-ci a plusieurs avantages : outre de "fragiliser" les maxillaires, il redonne de la place dans les fosses nasales ce qui améliore la ventilation et redonne de la place pour les dents ce qui évite souvent des extractions prémolaires. Par ailleurs, vous pourrez constater qu'il peut y avoir un décalage de quelques années pour les photos après traitement, car nous ne faisons pas systématiquement celles-ci après l'arrêt des tractions. Cela ne change rien au résultat et confirme cliniquement la stabilité des traitements. ■

# CAS CLINIQUE

N°1

## BEEH... Amélia

- Consulte en septembre 2000 à l'âge de 7 ans
- Durée du traitement 18 mois de tractions par masque sur disjoncteur
- Pas de traitement complémentaire



### Avant traitement

#### De face

Effacement de l'étage moyen. L'enfant est respirateur buccal, paraît fatigué, les paupières supérieures tombent.

#### De profil

Le sillon naso-génien (SNG) est marqué, il se prolonge par le sillon naso-labial (SNL). La lèvre supérieure est en arrière de la lèvre inférieure.



### Après traitement

#### De face

Regard vif, ne respire plus par la bouche (ceci grâce à la disjonction). L'étage moyen est plein, harmonie du visage.

#### De profil

Visage mieux équilibré, le SNG a beaucoup diminué, il ne se prolonge plus par le SNL. Lèvre supérieure est en avant de la lèvre inférieure.



### Reconvoquée en 2008, elle a alors 15 ans

Visage détendu, plus de ventilation buccale, plus de creux de la région paranasale, les SNG et les SNL ont disparu, beau visage de CL III équilibré, la correction obtenue à l'âge de 8 ans s'est maintenue.



# CAS CLINIQUE

N°2

## GOU... Aurélien

- Consulte en décembre 2000, il a 4 ans
- Tractions par masque sur double arc pendant 15 mois
- Pas de traitement complémentaire

### Avant traitement

#### De face

Étage moyen plat, SNG marqué, lèvre supérieure fine.

#### De profil

Le SNG se prolonge par le SNL. La lèvre supérieure est en arrière de la lèvre inférieure et le nez paraît rentré dans la face. Le rapport de la distance de la pointe du nez au point sous nasal, et celui aux bases alaires est ici de 1/1 alors qu'il devrait être de 2/1.



### Après traitement

#### De face

Le creux de l'étage moyen s'est comblé, l'enfant fait plus jeune que son âge.

#### De profil

Le SNG est moins marqué, la lèvre supérieure est en avant de la lèvre inférieure.



### À 18 ans

L'équilibre du visage s'est conservé, belle harmonie du visage, les SNG ne sont plus marqués.



# CAS CLINIQUE

N°3

## CRE... Margaux

Son cas a été traité en détail dans le N° d'Ortho autrement de septembre 2016, c'est un cas familial.

- Consulte à l'âge de 2 ans en mars 2001
- Tractions par masque sur double arc à l'âge de 4 ans pendant 14 mois
- Tractions par masque sur disjoncteur pendant 8 mois à l'âge de 8 ans
- Finitions multi attaches

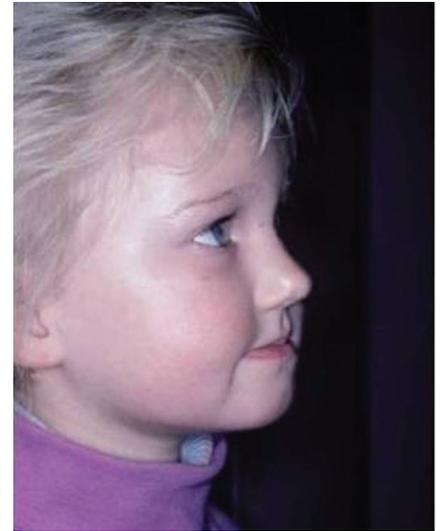
### Avant traitement

#### De face

Effacement de l'étage moyen, SNG très marqué, lèvre supérieure fine, fait plus âgée que son âge.

#### De profil

SNG marqué prolongé par le SNL, lèvre supérieure très en arrière de la lèvre inférieure.



### Après traitement

#### De face

L'étage moyen s'est rempli, le SNG n'est plus marqué.

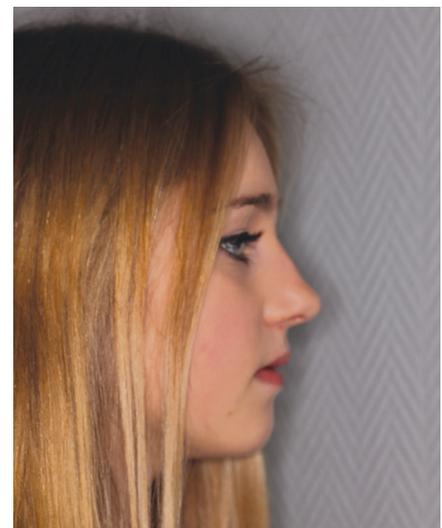
#### De profil

Le nez semble être ressorti de la face, la distance entre la pointe du nez et le point sous nasal est augmentée, le creux de l'étage moyen s'est comblé, belle harmonie du visage.



### À l'âge de 16 ans

Bel équilibre du visage, la correction de la position des maxillaires s'est maintenue, le SNG est très légèrement marqué c'est l'âge où il apparaît alors qu'il l'était très fortement à l'âge de 4 ans.



# CAS CLINIQUE

N°4

## RICH... Ilona

- Consulte en décembre 2005 à l'âge de 5 ans
- Tractions par masque sur disjoncteur pendant 11 mois
- Pas de traitement complémentaire



### Avant traitement

#### De face

Visage sévère, SNG très marqué, étage moyen creux, pas de lèvre supérieure.

#### De profil

SNG marqué prolongé par le SNL, lèvre supérieure fine en arrière de la lèvre inférieure marquant un important décalage.



### Après traitement

#### De face

Visage rajeuni, le SNG a disparu, étage moyen plein.

#### De profil

Disparition du SNG et du SNL lèvre supérieure en avant de la lèvre inférieure.



### À l'âge de 15 ans

La patiente a été reconvoquée, elle n'a pas eu de traitement complémentaire. L'équilibre du visage est conservé, le SNG est légèrement marqué (il apparaît environ à cet âge). Il n'y a plus de SNL.



# CAS CLINIQUE

N°5

## LOU... Grégoire

- Consulte en février 2005 à l'âge de 6 ans
- Tractions par masque sur double arc pendant 14 mois à l'âge de 6 ans
- Repris à l'âge de 11 ans pendant 11 mois tractions sur disjoncteur
- Finitions multi attaches

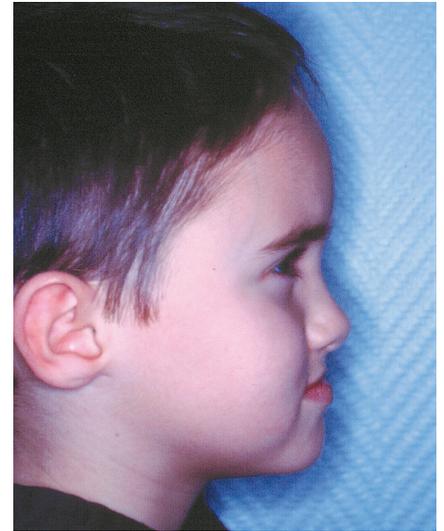
### Avant traitement

#### De face

Enorme effacement de l'étage moyen de la face, sourire à la "Laurel", la face est plate, le SNG est très marqué.

#### De profil

SNG très marqué se prolonge par le SNL, nez rentré dans la face. La lèvre supérieure est en arrière de la lèvre inférieure.



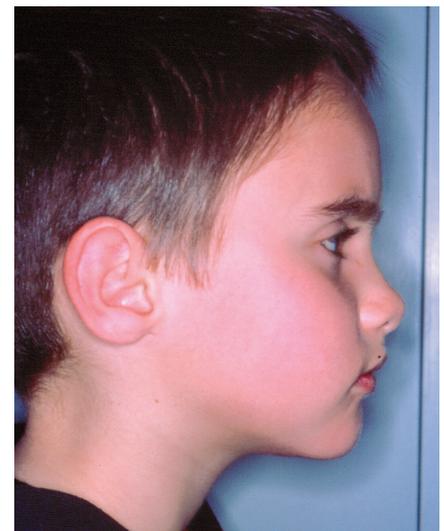
### Après traitement

#### De face

Bel équilibre du visage, l'enfant paraît plus jeune, SNG absent. La lèvre supérieure est avancée, elle est bien dessinée, le vermillon est plus visible.

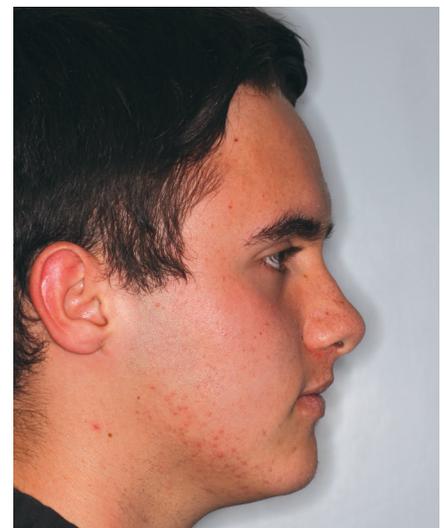
#### De profil

Bel équilibre, nez, lèvre supérieure, lèvre inférieure, menton, pas de SNL.



### À 18 ans

L'équilibre du visage est conservé, la correction de la position des maxillaires est stable.



# CAS CLINIQUE

N°6

## GHA... Ambre

- Consulte en novembre 2007 à l'âge de 4 ans ½
- Tractions par masque sur disjoncteur pendant 15 mois
- Finitions multi attaches
- CLIII sévère héréditaire

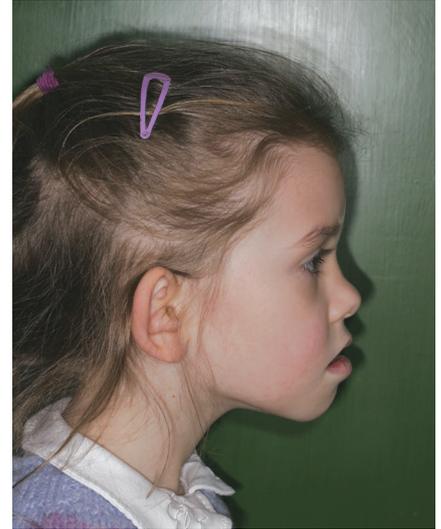
### Avant traitement

#### De face

Aplatissement de l'étage moyen SNG très marqué, respirateur buccal.

#### De profil

Nez rentré dans la face, SNG marqué prolongé par le SNL, lèvre supérieure faible, très en arrière de la lèvre inférieure.



### Après traitement

#### De face

Transformation spectaculaire du visage, il est plein. La ventilation buccale a disparu, l'enfant paraît moins fatigué.

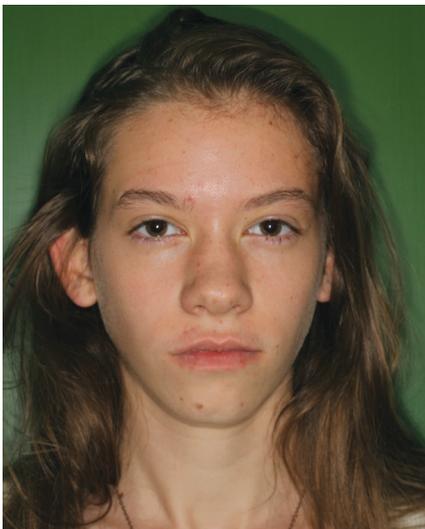
#### De profil

Bel équilibre des lèvres supérieures, lèvres inférieures, menton, le SNG a quasiment disparu.



### A l'âge de 15 ans

Ne respire plus par la bouche, stabilité de la transformation importante du visage obtenue en 2009



# CAS CLINIQUE

N°7

## TON... Léo

- Consulte en mars 2008 à l'âge de 5 ans ½, il avait été récusé par un professeur de Faculté qui avait préconisé la chirurgie à l'âge de 18 ans !
- Tractions par masque sur disjoncteur pendant 14 mois
- Reprise des tractions à l'âge de 13ans pendant 6 mois

### Avant traitement

#### De face

Plis naso-géniens très marqués, lèvre supérieure très faible, creux de l'étage moyen qui est en rétrusion car absence du prémaxillaire.

#### De profil

Le visage est très plat, pas de lèvre supérieure qui est en arrière de la lèvre inférieure qui est forte. Décalage très marqué entre les deux lèvres. SNG très accentué se prolongeant par le SNL.



### Après traitement

#### De face

Visage totalement transformé, adouci, bel équilibre. Les SNG ont disparu.

#### De profil

Bon rapport nez, lèvre supérieure, lèvre inférieure, menton. Visage plus fin.



### En 2018

Stabilisation de l'équilibre du visage acquis en 2008, bon rapport nez, lèvre supérieure, lèvre inférieure, menton, le SNG a totalement disparu.



# CAS CLINIQUE

N°8

## BEN... Marlone

- Consulte en décembre 2010 à l'âge de 4 ans.
- Tractions par masque sur disjoncteur pendant 11 mois
- Traitement multi attaches pour mise en place des canines actuellement

### Avant traitement

#### De face

Visage creux, triste, SNG très marqué. Contraste en la lèvre supérieure fine et la lèvre inférieure très épaisse.

#### De profil

SNG très marqué, se prolonge par le SNL.



### Après traitement

#### De face

Le visage s'est rempli, il est plus harmonieux, plus doux, plus rond. C'est une transformation "chirurgicale" sans chirurgie.

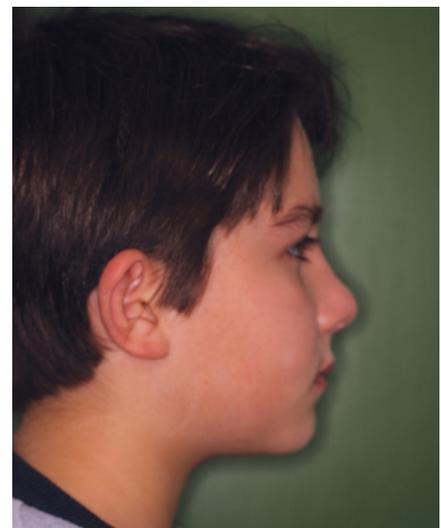
#### De profil

La lèvre supérieure est en avant de la lèvre inférieure, le nez est ressorti de la face, le menton paraît en retrait alors qu'il était proéminent avant le traitement.



### En 2018

L'équilibre du visage obtenu s'est maintenu, est en cours de finitions multi attaches.



# CAS CLINIQUE

N°9

## MEN... Laura

- Consulte en février 2013 à l'âge de 4 ans ½
- Tractions par masque sur disjoncteur pendant 8 mois à l'âge de 5 ans
- Finitions multi attaches actuellement



### Avant traitement

#### De face

Visage triste, étage moyen creux, sans relief, fait plus âgée que son âge, SNG très marqué.

#### De profil

Important recul de la lèvre supérieure décalage très marqué avec la lèvre inférieure, le SNG se prolonge par le SNL qui se prolonge très bas vers la mandibule.



### Après traitement

#### De face

Changement spectaculaire, le visage est rajeuni et bien équilibré.

#### De profil

Avancement important de l'étage moyen, SNG est comblé, plus de SNL, harmonisation du rapport nez, lèvre supérieure, lèvre inférieure, menton.



### À l'âge de 11 ans

Stabilisation de la correction de l'avancement maxillaires, visage bien équilibré.



# CAS CLINIQUE

N°10

## FON... Noémie

- Consulte en mai 2015 à l'âge de 7 ans ½
- Tractions par masque sur disjoncteur posé à l'âge de 8 ans pendant 14 mois
- En surveillance actuellement



### Avant traitement

#### De face

SNG marqué, lèvre supérieure fine, l'enfant a un visage creux et fait plus que son âge, il est respirateur buccal.

#### De profil

Le SNG marqué se prolonge par le SNL très bas au niveau mandibulaire.



### Après traitement

#### De face

Transformation spectaculaire du visage, l'enfant ne respire plus par la bouche ceci grâce au disjoncteur.

#### De profil

Bel équilibre du rapport nez, lèvre supérieure, lèvre inférieure, menton, le SNG est beaucoup moins marqué.



## Que retenir de l'examen de tous ces cas d'enfants présentant une Classe III traitée précocément

1. Le changement obtenu avec les tractions par masque sur disjoncteur est très important, c'est un changement quasi chirurgical sans chirurgie.
  2. Aucun de ces enfants n'aura eu à subir d'intervention chirurgicale à l'âge adulte.
  3. De plus, ils ont eu une adolescence heureuse car ils n'ont pas eu à souffrir de leur disgrâce physique. Affronter le regard de l'autre est difficile quand on est différent. Il faut tenir compte de ceci quand des praticiens disent : « Chirurgie plus tard ».
- Il n'y a aucun risque à faire ce traitement précocément si ce n'est de réussir !

## L'Infante Marguerite à l'âge de 15 ans

Sur ce portrait de l'Infante Marguerite d'Autriche (Musée de Prado) réalisé en 1665, par Juan Bautista Martinez Del Mazo, celle-ci est en deuil. Elle vient de perdre son père Philippe IV et va partir à Vienne épouser Léopold 1<sup>er</sup>, empereur du Saint Empire Romain Germanique. Del Mazo est un fidèle élève de Vélasquez. La construction spatiale de ce tableau avec son 1<sup>er</sup> plan, son plan intermédiaire, son enfilade et sa porte ouverte, évoque à l'évidence "les Ménines" dont la princesse était déjà le centre. Le peintre traduit bien ici la tristesse, la dignité et l'élégance toute retenue de Marguerite.

Analysons son visage :

- L'étage moyen est faible, creux, les plis naso-génien sont très marqués, la lèvre supérieure est en retrait par rapport à la lèvre inférieure qui est plus forte.

-Le peintre trace de la même manière que Vélasquez, mais de façon plus marquée le sillon naso-génien gauche avec un trait noir !!! La CLIII héréditaire des Habsbourg s'est accentuée. Nous avons donc "diagnostiqué" ensemble, uniquement "cliniquement" en analysant la région paranasale de l'Infante à l'âge de 8 ans, la CLIII débutante ; alors que sur le fameux tableau des Menines, son visage était poupin. Del Mazo rend magnifiquement l'évolution du visage de l'infante, la CLIII s'est accentuée. La présence du sillon naso-génien signe pathognomonique de la CLIII peut donc être détectée sur un tableau du XVII<sup>ème</sup> siècle ! Ceci permet de rendre hommage à cet artiste d'exception que fut Velasquez peintre de génie de la grande période du Siècle d'or espagnol.

## Conclusion

On doit pouvoir dire que le sillon naso-génien n'existe pas chez l'enfant (comme l'écrit très justement Rouvière). Sa présence, et vous avez maintenant compris cette subtilité, signe un manque de développement des maxillaires. Quant il est présent, il se prolonge par le pli naso-labial qui renforce l'impression de lèvre supérieure fine. L'objet de cette présentation n'est pas de vous montrer nos résultats que nous avons montrés de nombreuses fois, mais c'est d'insister sur la subtilité et la pertinence de ce signe clinique dont peu de personnes parlent. Comme vous pouvez le voir, à chaque fois qu'il est présent chez l'enfant, il est confirmé par une inversion de l'occlusion ou un bout à bout, il signe le début de



la CLIII qui commence par une rétromaxillie et ceci peut éventuellement être confirmé par la céphalométrie (mais nous ne faisons pas de téléradiographie de la tête de profil avant six ans). Comme la CLIII est une pathologie difficile à traiter, au plus tôt on fait le diagnostic, au plus tôt l'enfant sera traité et meilleurs seront les résultats à long terme. Tous les auteurs qui se sont intéressés à ce problème le confirment, Delaire <sup>(26)</sup>, Deshayes <sup>(27)</sup>, Macias Escalada <sup>(28)</sup>, Raymond <sup>(29-30)</sup>, et nous même <sup>(31-32-33)</sup>. C'est notre culture de chirurgien maxillo-facial qui nous a sensibilisé à cette analyse clinique de la face, nous partageons totalement ce qui a été dit récemment aux conférences de prestige : « Il faut traiter les malocclusions dans le contexte de la face. » Mais c'est à peu près ce qu'a écrit J. Philippe il y a 46 ans ! Pourquoi tous les orthodontistes ne s'approprieraient-ils pas cette approche clinique du visage ?

Je suis avide de comprendre, dans ce magnifique verbe il y a prendre et com : locution latine qui signifie avec, partager donc, transmettre. Nous avons partagé avec vous, chers lecteurs d'Ortho Autrement, ce que nous avons compris de l'analyse clinique d'un visage.

Jacqueline de Romilly <sup>(34)</sup> écrivait dans son livre "Ce que je crois": « j'aime passionnément comprendre le plus possible, de tout, toujours. Dans cet effort pour comprendre se fondent toutes les vertus grecques... C'est par exemple, ce que cherchait, à l'époque même de Thucydide, Hippocrate, et c'est ainsi qu'il fondait une médecine scientifique. Thucydide s'occupait des maladies des Etats, Hippocrate des maladies du corps ; mais l'effort était le même. »

Frédéric Lenoir <sup>(35)</sup>, dans la conclusion de son dernier livre à succès : "Le miracle Spinoza" cite Spinoza qui disait « l'exercice de mon pouvoir naturel de comprendre, que je n'ai trouvé une seule fois en défaut, a fait de moi un homme heureux... »

C'est probablement pour cela que nous sommes heureux à la fin de ce travail. ■

## Bibliographie

- Conférence de prestige de la sfodf 26-03-2015. Cocconi R., Raffaini M. "De l'orthodontie à la chirurgie ortho faciale"
- Cocconi R., Raffaini M., Amat P. "De l'orthodontie à la chirurgie ortho faciale". Orthod f. 2016 ; 87 : 247 - 271
- Conférence de prestige de la sfodf 18-05-2017 "Ostéotomie du rebord mandibulaire chin wing". A. Triaca
- Triaca A., Rozenzweig S. Réfléchir, rechercher, innover en chirurgie maxillo faciale. Entretien orthod f. 2016 ; 87 : 151-173
- Vesse M. Bilan préthérapeutique des dysmorphoses. Actual odontostomatol 1989 ; 165 15 - 50.
- Benoist M. Chirurgie orthognatique. Paris : Masson, 1988 : 1 - 65
- Benoist M. Réhabilitation et prothèse maxillo faciale. Prelat ed Paris 1978
- Delaire J. Considérations sur la croissance faciale (en particulier du maxillaire supérieur). Dédutions thérapeutiques. Rev stomatol chir maxillofac 1971 ; 72 : 57 - 76.
- Rouviere H. Anatomie humaine. 9<sup>ème</sup> édition t1 p 477 - 480 Masson ed Paris 1962
- Kamina P. Précis d'anatomie clinique. t2 p 283, Maloine ed Paris 2013
- Kamina P. Dictionnaire atlas d'anatomie. p 156, Maloine ed Paris 1983
- Vigué-Martin. Grand atlas d'anatomie humaine. p 20 desiris ed 2006
- Gaudy J.F. Anatomie clinique. 2<sup>ème</sup> édition p 131, cdp ed Paris 2007
- Moses K., Banks J., Nava P., Petersen D. Grand manuel illustré d'anatomie générale et clinique. p 15 Elsevier - Masson ed Issy-les-Moulineaux 2015
- Moore. Clinical oriented anatomy. pl 17<sup>ème</sup> édition p 859, ed Lippincott Baltimor 2014
- Netter F. Atlas d'anatomie humaine. Elsevier - Masson ed 6<sup>ème</sup> édition pl1 2015
- Biel A. Topoguide du corps. p 236 Desiris ed 2010
- Testut L., Latarget A. Traité d'anatomie humaine. p 533 - 535 9<sup>ème</sup> édition ed t3 Doin ed Paris 1949
- Epker B., Fish L. Dento facial deformities. t1 p 9 - 15 Mosby ed St Louis 1986
- Gola R. La rhinoplastie fonctionnelle et esthétique. Paris : springer-verlag ; 2000 p 93 - 145
- Phillippe J. Orthodontie des principes et une technique. p 55 - 57 Prelat ed Paris 1972
- Ricketts R. m. Planning treatment on the basis of the facial. Pattern and an estimate of its growth. Angle orthodont., janv.1957
- Velasquez. Réunion des musées nationaux Grand palais 2015 catalogue de l'exposition Kientz G. p288, p 320 louvre ed Paris 2015
- Laclotte M. Petit larousse de la peinture. Librairie Larousse ed Paris 1979
- Liou EJW. Effective maxillary orthopédic protraction for growing class III patients : a clinical application simulates distraction osteogenesis. prog orthod 2005 ; 6(2) : 154-171
- Delaire J. Le développement "adaptatif" de la base du crâne justification du traitement précoce des cl III. Rev orthop dento faciale 2003 ; 37 : 243 - 265
- Deshayes MJ. Croissance crânienne et cinétiques osseuses interférant avec la morphogenèse faciale. bases conceptuelles de réussite des traitements orthopédiques avant l'âge de 6 ans. Orthod fr 2006 ; 77 : 63 - 78
- Macias Escalada E. Retentissement esthétique du traitement des classes III squelettiques par masque de Delaire. Orthod fr 1995 ; 66 : 705 - 706.
- Raymond J.L. Traitement orthopédique des malocclusions des cl III : réhabilitation occlusale et fonctionnelle. Empressa 2002 Tain l'Hermitage.
- Raymond J.L. Finalité fonctionnelle et occlusale du traitement orthopédique de cl III. Rev orthop dento faciale 2003 ; 37 : 285 - 303
- Vesse M. Classes III squelettiques. Encycl méd chir (Elsevier, Paris) odontologie/stomatologie, 23 - 472-g - 10, 1999, 18p.
- Vesse M. Classe III squelettiques emc (Elsevier Masson sas, Paris). Odontologie/orthopédie dento faciale, 23 - 472 - 6 - 10 - 2007
- Vesse M. Traitement précoce des cl III : justification théoriques et cliniques, rev orthop dento faciale 2003 ; 37 : 305 - 308
- de Romilly J. "Ce que je crois" p 24-25, ed de Fallois, Paris 2012.
- Lenoir F. "Le miracle spinoza" p 201, ed Fayard, Paris 2017.