

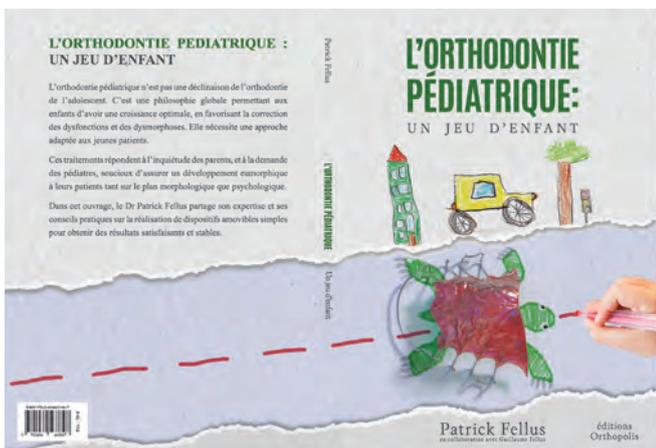


CLINIQUE

PAR LE DR PATRICK FELLUS

Orthodontie pédiatrique : pour qui ? Pour quoi ?

Depuis une quinzaine d'années, les traitements d'orthodontie commencent de plus en plus tôt et il est de plus en plus fréquent de voir dès l'école primaire des dispositifs orthodontiques dans la bouche des écoliers.



Ce changement radical est la conséquence d'une publication de l'ANAES initiée en juin 2002, sur des recommandations élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie précise afin de refléter au mieux « l'état de l'art » sur le sujet, tout en respectant les contraintes imposées par la rigueur scientifique.

Le groupe de travail propose consensuellement que :

- l'examen de dépistage ait lieu avant l'âge de 6 ans ;
- toute dysfonction oro-faciale soit considérée comme un signal d'alerte et conduise à un examen morphologique.

Sont à surveiller :

- la ventilation,
- la déglutition,
- la phonation,
- la mastication,
- les suctions,
- la cinématique mandibulaire (ouverture, fermeture, propulsion, latéralité).

Malheureusement aujourd'hui ces recommandations ne sont ni connues par le grand public, ni appliquées par les praticiens.

Seuls moins de 9 % des traitements débutent avant 9 ans et c'est déjà un progrès appréciable.

Pourquoi ? : « Les carcans ont la vie dure, encouragés par le système académique, les corporatismes et diverses facilités intellectuelles » écrivait Francis Eustache dans « la Mémoire entre Sciences et Société » en 2019.

Cette approche a été longtemps marginalisée par beaucoup de professionnels qui s'appuyaient sur le caractère supposé essentiellement génétique des dysmorphoses pour ne pas intervenir avant que la croissance n'ait exprimé la totalité de son potentiel.

C'est ignorer que les facteurs endogènes ou innés ne mettent

en place que des potentialités.

« Elles ne s'exprimeront que si des conditions exogènes adéquates interviennent en temps opportun » (J-P Changeux).

Cette approche n'a pas été suffisamment approfondie, ni durant le cursus universitaire, ni même durant la formation de la spécialité alors que l'orthodontie précoce fait partie de l'exercice professionnel et n'est pas une déclinaison de l'orthodontie de l'adolescent.

Elle nécessite une approche beaucoup plus adaptée à cette tranche d'âge.

Loin de nous l'idée de vouloir traiter tous les enfants en denture lactéale, mais il existe des indications de traitement précoce et c'est pour cela qu'il est important de faire un diagnostic différentiel entre les dysmorphoses pouvant évoluer favorablement et celles qui ne pourront jamais s'amender sans intervention.

L'orthodontie pédiatrique n'est pas une mode mais une philosophie globale, permettant aux enfants d'avoir une croissance optimale, en favorisant par la correction des dysfonctions, la correction des dysmorphoses.

Le problème de la stabilité des résultats a, très certainement, entravé la diffusion de cette approche car, si les techniques mécaniques sont, tout à fait au point pour normaliser, même précocement, l'occlusion, le problème de la rééducation fonctionnelle reste entier si elle ne s'opère pas d'une manière naturelle et spontanée (voie bottom-up) comme c'est le cas pour 60 % des enfants quand la mastication apparaît vers l'âge de 4 ans. L'activation concomitante de la neurogenèse va remanier naturellement tous les circuits neuronaux contrôlant les fonctions oro-faciales par cette voie dite anoétique, ne demandant pas une participation volontaire et ne demandant aucun effort aux patients. En cas de maintien des dysfonctions pour différentes raisons, souvent pour des raisons d'ordre psychologique, ou de modification des habitudes alimentaires, une rééducation orthophonique traditionnelle par voie top-down devra être instaurée et elle n'est pas facile avant 6 ou 7 ans tant que le contrôle moteur des différents muscles de la langue n'a pas terminé sa maturation.

Les exercices sont chronophages, peuvent sembler fastidieux et demandent répétitions et motivation importante à l'enfant et à sa famille, conditions nécessaires pour que les informations enregistrées au cours de ces exercices dans la mémoire à court terme soient retranscrites dans la mémoire à long terme et plus précisément, dans la mémoire procédurale localisée dans le cerveau primitif.

Mais suffit-il de savoir ce que l'on doit faire pour pouvoir le faire (voir les difficultés d'apprentissage d'un nouveau sport, et la différence qu'il y a entre les explications du professeur de golf et la réalisation d'un swing parfait) ? Il s'agit là d'une procédure d'apprentissage intentionnel par répétition avec ajustement sensori-moteur.

La difficulté de trouver des rééducateurs disponibles pour des résultats souvent décevants dans le temps ont découragé les praticiens de traiter précocement et entraîné de nombreuses récives.

Car comment corriger définitivement une dysmorphose si la dysfonction originelle n'est pas elle-même corrigée ?

Corriger une posture linguale et une succion-déglutition, devenues archaïques avec l'évolution phylogénétique de l'oralité faciale, recouvrer la respiration nasale physiologique dès la naissance mais maintes fois remplacée pour différentes raisons par une respiration buccale est la gageure nécessaire pour permettre le succès de ces thérapeutiques pédiatriques et leur essor.

Respiration, déglutition, élocution, sommeil, tous ces items sont intimement liés via les commandes motrices du tronc cérébral sur des effecteurs musculaires souvent identiques mais gérés par des circuits neuronaux s'enrichissant en permanence et interférant en permanence entre eux (85 milliards de neurones).

Il faudra être très attentif à ce que la rééducation ne soit pas stoppée à la fin de la première phase, l'engrammation mais soit poursuivi jusqu'à atteindre l'automatisation.

Maryvonne Fournier avait parfaitement perçu le problème : « force est de constater que les rééducations neuro-musculaires linguales, labiales, fonctionnelles récidivent fréquemment. Mais s'agit-il vraiment d'une récive ? Cela supposerait qu'il y ait eu guérison. Il semble plutôt que le but recherché, à savoir l'automatisation de la posture de la fonction, n'ait pas été obtenu. C'est pourtant cela la véritable guérison. Nous ne sommes pas assez vigilants pour contrôler minutieusement si l'automatisme a été obtenu. Nous nous contentons souvent d'observer les réponses neuro-musculaires aux ordres donnés. Il s'agit bien au contraire d'obtenir un automatisme, donc une praxie sans conscience. »

Fort de ces recommandations il est possible d'agir efficacement et ne pas traiter précocement risque de transformer une erreur d'aiguillage de la croissance faciale en maladie chronique. ■