

CLINIQUE LA VENTILATION BUCCALE



DR JEAN-PIERRE DUBOIS
CHIRURGIE-DENTAIRE ET
ORTHODONTIE FONCTIONNELLE
PRÉSIDENT DE L'AEREF
ET MEMBRE DU SYNDICAT
UNIODF

La ventilation buccale :

« Mens sana in corpore sano »

Pour avoir un corps sain, il faut que les organes fonctionnent bien, avec une physiologie équilibrée, ce qui nécessite un système neurovégétatif mature, c'est-à-dire un « esprit sain » comme disaient les Anciens.

La physiologie, science qui traite du fonctionnement des êtres vivants et de leurs composants, demeure un intermédiaire incontournable pour avoir un corps sain.

Le développement de la face est dépendant de trois fonctions essentielles: la ventilation, la déglutition et la mastication (nous classerons à part la phonation).

Alors, il est dommageable pour la santé publique que la grande majorité du corps médical qui voit régulièrement les enfants depuis leur plus jeune âge, ne dépiste pas les dysfonctionnements physiologiques buccaux très tôt.

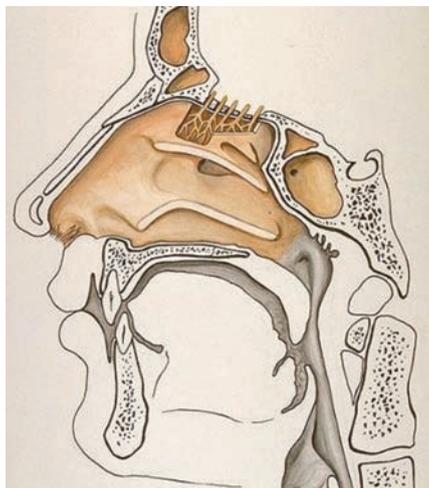
Nous pouvons le constater chez 30 % des européens s'il y a absence de troubles fonctionnels, le développement buccal et facial s'effectuent normalement.

Ce qui veut dire que nous modelons nous même notre visage par nos fonctions, donc notre fonctionnement.

Nous pourrions rajouter : ayons « *un esprit sain dans un corps sain avec des fonctions saines.* »

Le point de vue anatomophysiologique

Lorsque nous regardons un schéma anatomique de la coupe de la tête, nous avons trois cavités qui nous concernent : la boîte crânienne qui contient le cerveau, la cavité nasale, et la bouche.



Pour être en vie, le cerveau et la bouche doivent fonctionner, seule la cavité nasale peut être obstruée ou peu utilisée, sans que cela soit un danger mortel pour l'être humain.

Nous nous apercevons comment sont reliés le nez et la bouche pour, tous deux, participer à la respiration ; seulement, la cavité nasale est prépondérante par rapport à la cavité buccale pour le passage de l'air. Cette dernière est une « *issue de secours* », à n'utiliser qu'en cas de nécessité absolue, c'est-à-dire lorsque le nez est bouché ou en cas d'effort physique particulier.

La ventilation nasale chez l'enfant remplit deux rôles importants, d'une part la fonction ventilatoire proprement dite : le nez, contrairement à la bouche, filtre l'air inspiré grâce à ses poils, l'humidifie et est un thermorégulateur cérébral en refroidissant le système sanguin cérébral.

D'autre part, il existe une fonction morphogénétique : le volume d'air inhalé stimule la croissance des maxillaires de

façon importante durant l'inspire.

En cas de ventilation buccale établie, on peut redouter des conséquences graves, car le cerveau n'est pas « climatisé » et surchauffe, ce qui engendre un manque de concentration, l'enfant peut devenir nerveux voire hyperactif.

Quant à la langue, qui est forcément basse, elle entraîne des dysmorphoses buccales et dentaires et un développement perturbé des étages moyen et inférieur du visage.

Une ventilation normale se fait exclusivement par le nez, la bouche fermée, debout ou couché, 24 heures sur 24, et ceci que nous soyons en état d'éveil ou de sommeil.

Ainsi la ventilation a des conséquences sur le développement des maxillaires dans les trois plans de l'espace, donc sur la croissance squelettique.

Le point de vue de l'orthodontiste

Suite à une obstruction nasale chez l'enfant, nous observons des dysmorphoses fonctionnelles que le Professeur Delaire appelle « la spirale vicieuse dysmorpho-fonctionnelle ».

La ventilation buccale installée entraîne une malposition des maxillaires et l'abaissement permanente de la langue.

L'enfant présente une incompetence labiale et souvent, des yeux cernés, signe



d'un mauvais sommeil accompagné d'un tableau d'allergies.

Cette position de la langue basse s'accompagne de troubles de la déglutition et de la mastication, qui eux renforcent la restriction des maxillaires et engendrent des anomalies de la face.

La langue, étant l'architecte d'intérieur de la bouche, ne peut se placer au repos en position palatine, donc favoriser normalement l'expansion du palais.

Elle va alors produire soit une expansion mandibulaire importante (prognathie), une classe III d'Angle si elle est basse, soit une béance antérieure et un inversé d'articulé si elle est protrusive, soit une Classe II d'Angle : recul de la mandibule et/ou avancée du prémaxillaire.

Ces malocclusions engendrent, quant à elles, des modifications des mimiques de la face ainsi que la posture cervico-céphalique. Ricketts insiste sur l'importance de la posture céphalique, de l'angulation de la base du crâne et de la profondeur du pharynx, il démontre l'importance de l'adéno-amygdalectomie.

Nous comprenons pourquoi Delaire parle de « spirale vicieuse ». Cette spirale qui pourrait être évitée si une rééducation précoce du système de respiration nasale était menée, dès l'âge de six ans, auprès par exemple d'un kinésithérapeute disciple de Maryvonne Fournier, appliquant une méthode par laquelle le praticien rééduque en même temps la respiration et la position linguale.



CLINIQUE LA VENTILATION BUCCALE

De plus, il est nécessaire d'adresser le patient à un ORL pour lever le doute d'une obstruction mécanique, ainsi qu'à un allergologue.

Talmant affirme que « *le dépistage systématique et la correction des troubles de la ventilation doivent faire partie de l'arsenal thérapeutique opposé aux dysmorphoses buccales. La disjonction intermaxillaire constitue le traitement de choix du palais dièdre.* »

Il est à noter qu'il faudra vérifier si le frein lingual n'est pas trop court, car il pourrait limiter la mobilité linguale.

Les conséquences d'une obstruction nasale sont diverses selon que celle-ci soit unilatérale ou bilatérale, permanente ou temporaire, totale ou partielle et dépendent aussi des prédispositions héréditaires squelettiques.

Ces dysfonctions créent leurs propres conséquences néfastes sur le développement des maxillaires et s'ajoutent à celles provoquées par le manque de force expansive du flux inhalé.

Lors des voies aériennes obstruées, la tête a alors tendance à s'étirer, par le biais des cervicales, afin de faciliter la respiration buccale. Cette extension de la tête peut engendrer un stretching des tissus mous de la face et du cou et alors la malocclusion s'installe.

Un enfant qui respire par la bouche a de fortes probabilités de souffrir d'apnées du sommeil, donc d'une oxygénation cérébrale insuffisante, et de troubles du sommeil, d'une baisse de sécrétion de

l'hormone de croissance, d'un éveil lent et d'une baisse d'attention en classe.

Ainsi, de la bonne ventilation nasale dépendent : la croissance, la qualité des performances cérébrales, la santé des voies respiratoires, le volume des maxillaires, la dimension des arcades, les rapports squelettiques maxillo-mandibulaires. Ce qui a fait dire à C. Duchateaux : « *la ventilation nasale est la vaccination contre les maladies orthodontiques* ».

Il faut avoir présent à l'esprit que la respiration buccale est une respiration d'adaptation et que le système respiratoire s'accommode pour fonctionner par la bouche.

En cas de ventilation buccale, l'appareil musculaire du système respiratoire ne remplissant pas sa fonction, il n'accompagnera pas l'enfant dans son développement oro-facial.

Gola précise que « *les extractions dentaires aggravent et concrétisent le défaut de développement maxillaire sans régler le problème nasal, et que le prémaxillaire est alors fixé définitivement en position de rétrusion.* »

Le point de vue du thérapeute

En aparté après l'exposé des moyens à mettre en œuvre en cas de ventilation buccale, un ami s'exclamait : « *Mais enfin, pourquoi ces enfants ne respirent-ils pas par le nez ?* »

Logiquement un confrère lui répondit que l'enfant a mis en place un syndrome de blocage physiologique. Il ne veut pas, par ce fait, inconsciemment, sentir son environnement, ni goûter, ni même entendre son entourage (par blocage des trompes d'Eustache).

L'humaniste de service pourrait compléter la réponse en insistant sur l'origine psycho affective d'un tel blocage :

De la même façon que le cerveau limbique bloque le cortex en cas d'émotion forte, c'est-à-dire que l'émotivité peut empêcher très souvent la réflexion, le ventilateur buccal s'interdit inconsciemment de ressentir, il se bloque affectivement, débranche son émotionnel, se ferme à son environnement proche et par conséquent vit l'instant en apnée, comme en survie.

Ces enfants ne respirent pas par le nez car ils ont un mal être, ils nous soufflent ainsi par la bouche leur détresse affective ! Une première question se pose à nous, thérapeutes, devons nous alerter leurs parents ? Je pense que oui, mais en choisissant le moment le plus propice au cours d'une séance où le parent est détendu et prêt à recevoir cette information très intime.

Une deuxième question vient tout de suite : sommes nous assez formés pour intervenir ? Pour cela il nous faudrait avoir une formation globale et inclure un minimum de psychologie dans notre cursus ! ■

Dr Jean-Pierre Dubois

A découvrir bientôt

le rite ortho autrement