

CLINIQUE MASQUE NASAL

# Du risque du port du masque nasal pour ventilation à pression positive continue sur la position des incisives supérieures...

**DR HA TRANG,**  
UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT,  
HÔPITAL UNIVERSITAIRE ROBERT DEBRÉ, PARIS

**DR JACQUES DAHAN,**  
HÔPITAL UNIVERSITAIRE ROBERT DEBRÉ, PARIS

**V**oici les téléradiographies de profil du jeune Victor, âgé de presque 10 ans lors de notre première rencontre en juillet 2011. Il a été adressé par le service de physiologie du sommeil pour

un bilan orthodontique et maxillo-facial dans le cadre d'un syndrome d'apnées du sommeil.

Victor présentait un stade de denture mixte avec un début d'évolution vers la denture adolescente. La présentation semblait harmonieuse sans troubles de croissance : absence de décalage des bases osseuses (Classe I sagittale, égalité et symétrie des étages faciaux, profil équilibré) et harmonie des rapports inter-arcades. Cet aspect squelettique normal n'a pas d'impact négatif sur la respiration nocturne et témoigne de l'absence d'éventuelles

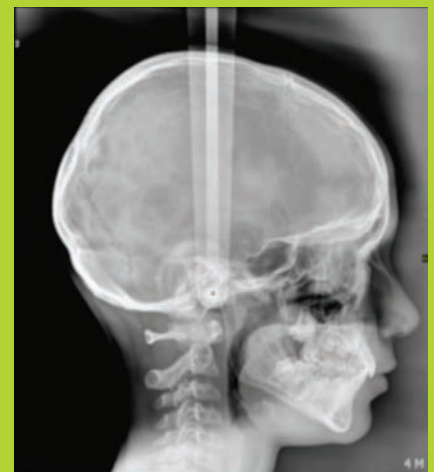
conséquences sur le massif facial des troubles respiratoires. Nous constatons cependant la rectitude de la colonne cervicale (absence de lordose) qui témoigne d'une tête en flexion sur le cou. Cette posture pourrait expliquer la gêne des voies respiratoires. En ce qui concerne l'évolution de ses arcades dentaires, nous lui recommandons de consulter à nouveau quand toutes les dents lactéales seront remplacées par les dents définitives... Victor nous recontacta en septembre 2013 pour son douzième anniversaire. Nous fumes surpris de constater cet



JUILLET 2011



SEPTEMBRE 2013



FÉVRIER 2014



inversé d'articulé des dents antérieures. Les parents nous apprirent qu'en fait, Victor était en ventilation non invasive à pression positive continue sur masque nasal depuis 18 mois environ pour traiter ces apnées du sommeil.

Victor nous signala que le bord inférieur du masque nasal prenait souvent appui sur sa lèvre supérieure et que le tuyau relié pendait le plus souvent vers le bas, véritable bras de levier sur les couronnes des dents antérieures qui subissent ainsi une pres-

sion corono-palatine. Notre hypothèse serait que les incisives entrent en contact avant les autres dents et pour obtenir un maximum de contacts dentaires inter arcades, le patient ne peut qu'avancer la mandibule. Cette anomalie fonctionnelle entraîne, si elle perdure, une croissance mandibulaire anarchique, qu'on ne pourra alors corriger que par chirurgie orthognathique...

Nous avons donc prescrit une plaque palatine munie de plans latéraux de désengrènement occlusal pour

faciliter le recul naturel de la mandibule. Un vérin 3D permet une pression progressive sur les couronnes des incisives supérieures. Bien sûr l'appareil devra être porté constamment même lors des repas. Et en février 2014 soit moins de 6 mois après la constatation du problème, l'occlusion dentaire est redevenue normale. A ce jour, Victor ne porte plus l'appareil orthodontique que la nuit afin de maintenir les rapports inter arcades.

Ce cas clinique suggère deux points :

- 1) le port de masque nasal chez les patients en ventilation non invasive est un facteur de risque à des déformations maxillo-faciales. Une des précautions serait de fixer correctement le tuyau de l'appareil de ventilation pour qu'il ne pende pas vers le bas et agisse tel un bras de levier sur la denture supérieure ;
- 2) de plus, il nous semble utile de préconiser dans certains cas, le port d'une plaque de Hawley qui maintient la position des dents en s'opposant aux forces parasites qui pourraient s'exercer sur elles. ■

