



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

Introduction

La présence de ce sillon chez l'enfant, est le signe pathognomonique de l'insuffisance de développement des maxillaires. Il nous permet de détecter précocement les CL III donc, de les traiter plus tôt. C'est un signe clinique peu connu, nous en avons parlé en 1989. Le regain d'intérêt de l'examen clinique, de l'analyse de l'équilibre du visage comme l'ont montré les dernières conférences de prestige de la SFODF nous incitent à vous parler de ce sujet, car pour nous, il est un élément essentiel du diagnostic clinique précoce des CL III, par conséquent d'une thérapeutique précoce.

Notre propos se déroulera en trois parties :

- dans un 1^{er} chapitre, nous expliquerons la genèse de l'idée de cette étude à travers notre parcours professionnel,
- le 2^{ème} chapitre sera anatomo-clinique, nous verrons 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 traitement.

I. Une histoire...

A. Les conférences de prestige de la SFODF

Cette société fait venir des praticiens de renom.

- Ils viennent soit donner un message et nous font part de l'évolution de leur prestigieuse carrière professionnelle
- Soit ils ont été invités pour leur compétence et l'innovation qu'ils apportent à notre spécialité. Ce fut le cas des deux dernières années.

1. R. Cocconi et M. Raffaini ont traité "de l'orthodontie à la chirurgie ortho faciale". C'est un duo brillant composé d'un orthodontiste et d'un chirurgien maxillo facial
Voici quelques extraits de nos notes. ⁽¹⁾

« Il faut évaluer le cas en prenant en compte l'esthétique du

patient, prendre en compte les tissus mous et le nez.»
 « Il faut être conscient de la problématique non plus de l'occlusion, mais du visage.»
 « Le support des lèvres, ce sont les incisives, mais les lèvres supérieures dépendent du nez.»
 « La plupart des CL III ont une déficience maxillaire.»

Et quelques extraits de l'interview de ces deux personnes faite par l'excellent Philippe Amat dans l'orthodontie française.⁽²⁾

« Il propose un changement de paradigme qui délaisse l'objectif d'une occlusion basée sur une classification abstraite pour viser l'objectif d'une occlusion intégrée dans le contexte du visage.»
 « Le nez est une bonne référence s'il est bien constitué.»
 « Il faut traiter les malocclusions dans le contexte de la face.»
 « L'esthétique faciale comme guide de la conception des plans de traitement.»

2. Albino Triaca, brillant chirurgien maxillo facial Suisse a traité "Des ostéotomies du rebord mandibulaire, Chin Wing". Nouveau concept en chirurgie orthognatique.

Extraits de nos notes.⁽³⁾

« Si l'on avance la mandibule, on augmente l'air Way, si l'on recule la mandibule on diminue l'air Way, donc apparaît un problème de ventilation.»
 « Une avancée du squelette de la face est plus belle qu'un recul. Il ne faut jamais reculer le maxillaire, on doit maintenir les volumes. Si l'on extrait des dents, on perd du volume.»

Il parle des bases alaires, sur lesquelles nous allons longuement nous étendre. Il parle de l'importance de la compétence labiale

De l'interview⁽⁴⁾ faite par Sophie Rozenzweig (Co Présidente du très beau Congrès de Biarritz 2017), nous avons retenu :

Il a décrit une intervention géniale qui permet de modeler l'os basilaire et obtenir des modifications de forme de la mandibule très belle, jamais égalée auparavant.

Toute sa vie il a étudié les visages et mis au point un modèle purement clinique de modification des visages "modèles de Haab".

Il intervient au niveau du siège clinique de la déformation, ses résultats sont époustouffants, il ne montre pas de téléradiographies, car l'analyse n'est pas radiologique mais clinique.

En conclusion

Quand des conférenciers aussi prestigieux vous disent, vous montrent l'analyse clinique d'un visage, son équilibre, sans vous montrer de téléradiographie de la tête de profil et vous

présentent des résultats magnifiques, cela veut dire que les temps ont changé ...

On revient à l'analyse clinique du visage, le balancier était allé trop loin de l'autre côté, il revient au centre, car le visage c'est un équilibre, ce sont des proportions qui s'apprécient avec le regard, éventuellement cela peut se mesurer.

B. Notre publication en 1989

Ceci nous amène naturellement à revenir sur la publication que nous avons faite en 1989 dans les actualités odonto stomatologiques.⁽⁵⁾

Le sujet était "Bilan pré thérapeutique des dysmorphoses" Cet article était très illustré aussi bien par des reproductions de portraits de peinture classiques analysées, que des photos de patients avant et après l'opération.

Ce travail était divisé en trois parties égales :

1. études des canons et règles de l'esthétique,
2. de l'examen du patient,
3. du plan de traitement et des résultats.

Dans ce total de 35 pages, 5 pages seulement étaient consacrées à l'analyse téléradiographique ! Nous étions à contre courant puisque nous affirmions la primauté de l'examen clinique par rapport à l'examen radiographique.

C'était la période de la dictature de la céphalométrie, l'analyse de la téléradiographie de la tête de profil décidait de tout dans un plan thérapeutique. Alors que dans la vraie vie, les gens se voient de face !

Voici ce que nous écrivions à propos de l'examen clinique :

1. La vue de face

« L'aspect frontal de la face est important car après tout c'est le plus souvent de cette manière que les gens se voient. Il y a deux éléments qui rendent un visage esthétiquement satisfaisant :

- le premier est la symétrie...
- le second est l'équilibre du visage : l'étage frontal, l'étage nasal et l'étage buccal de la face doivent être à peu près égaux entre eux... »

Etudions le visage étage par étage

1. Le tiers supérieur du visage ...
2. Le tiers central du visage nécessite un examen plus détaillé. En effet, l'attention est attirée tout d'abord par les yeux, ensuite le nez, les joues et enfin les oreilles.
 - a. Les yeux ...
 - b. Le nez, sa forme, sa symétrie, la largeur des bases alaires doivent être notées ...
 - c. Ensuite, les joues et les aires paranasales seront

examinées... Il est souhaitable de compléter son bilan par une vue plongeante en se plaçant en haut du patient ... De plus la palpation est utile pour apprécier les aires paranasales et pour déterminer s'il existe un déficit à cet endroit...

2. La vue de profil

Analyse effectuée de façon systématique, de la même manière en commençant donc par :

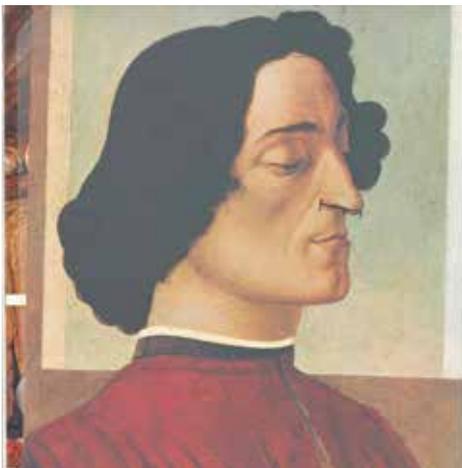
1. le tiers supérieur du visage,
2. le tiers moyen du visage.

L'analyse du tiers moyen du visage, comprend l'examen du nez, des joues et des régions para nasales.

- a. Le nez ...
- b. On examinera ensuite les bases alaires et les zones para nasales qui sont leurs supports et ceci est un des éléments les plus importants pour différencier un déficit de l'étage moyen d'un prognathisme mandibulaire. Normalement, la distance de la base alaire au point sous nasal est de $1/3$, tandis que la distance du point sous nasal à la pointe du nez est de $2/3$. Un déficit du support des bases alaires, comme les hypoplasies de la partie médiane de la face, a tendance à donner un rapport d' $1/2$ à $1/2$.
- c. Il faut étudier ensuite, les joues ...

Il faut faire attention en examinant les joues et les régions para nasales à ne pas se laisser influencer par une projection anormalement importante du menton.

Et nous analysions à ce propos là, l'étage moyen de Julien de Medicis portrait réalisé par S. Botticelli(1478).



Julien de Medicis, S. Botticelli (1478) - Bergame Académie Carrara

Sur ce portrait de Julien de Medicis la distance entre la base alaire et le point sous-nasal est très supérieur à la distance entre ce point sous-nasal et la pointe du nez. Le rapport est inversé ici de $2/3 - 1/3$, alors que normalement c'est l'inverse.

A cette époque comme chirurgien maxillo facial nous étions déjà sensibilisés à l'examen précis des aires paranasales dont le déficit signe un manque de développement des maxillaires.

C. Notre parcours professionnel

Jeune stomatologiste, nous avons été formés comme Chirurgien Maxillo Facial à la Pitié Salpêtrière sous la houlette bienveillante de Pierre Cernea.

Rapidement nous avons travaillé avec Michel Benoist⁽⁶⁾ qui est devenu notre maître, c'était la période passionnante du début de la chirurgie orthopédique correctrice des maxillaires années 1980.

Dans son service de prothèses maxillo faciales et de chirurgie orthopédique des maxillaires, lors des consultations, il avait un regard infailible sur les dysmorphoses « *il faut avancer le maxillaire, il faut reculer la mandibule* » jamais il ne se trompait, il faisait peu d'analyse céphalométrique. Le résultat post opératoire était toujours excellent.

Nous étions impressionné par son assurance, il parlait peu et justifiait peu souvent ses choix ...

Nous avons cherché à trouver son secret !

Nous avons beaucoup travaillé, utilisé quasi toutes les analyses céphalométriques pour comprendre, mais surtout, nous nous sommes promenés dans les musées de peinture des grandes capitales Européennes et Américaines. Nous avons pris beaucoup de plaisir à faire des diagnostics des dysmorphoses de ces portraits.

A l'époque classique, les portraits faisaient office de photographie, ils étaient transportés d'un bout à l'autre de l'Europe pour faire connaître le visage et l'aspect de la promise au futur époux !

Parfois ces portraits étaient magnifiés, mais souvent ils étaient réalistes.

Nous avons donc exercé notre regard et nous avons compris que notre maître n'avait pas de secret, c'était de l'expérience acquise avec beaucoup de travail dans son métier de stomatologiste, prothésiste maxillo facial et chirurgien maxillo facial.

Michel Benoist nous a appris la rigueur, l'exigence :

- dans l'observation du patient,
- dans la préparation de l'intervention,
- dans le déroulement de celle-ci,
- dans la préparation d'un cours pour les étudiants,
- dans la préparation d'une publication ...

De plus, il était d'une grande humanité avec les patients qui étaient souvent porteurs d'une pathologie grave dans ce service de prothèse maxillo faciale.⁽⁷⁾

Ensuite, nous avons parcouru la France d'Est en Ouest :

- dans l'Est, à Nancy, nous avons admiré la dextérité de cet ébéniste de la face que fut Jean Dautrey,

- à l'Ouest, nous avons été magnifiquement accueillis par Jean Delaire, qui est devenu aussi notre maître. Sa gentillesse, sa patience, son intelligence, sa modestie, sa pédagogie, nous ont permis d'apprendre avec plaisir, les notions difficiles de la croissance de la face et les thérapeutiques afférentes.

La thérapeutique par masque dont Jean Delaire a parlé en 1971⁽⁸⁾ a bouleversé notre exercice professionnel. Nous avons traité des patients de plus en plus tôt et nous nous sommes mis à traiter les enfants des parents que nous avions opérés !

Nous avons alors décidé d'arrêter d'opérer, car nous pensions être plus utiles aux patients en les traitant tôt, plutôt que de les opérer à l'âge adulte.

C'est pourquoi, nous voulons vous faire partager l'expérience clinique que nous avons acquises concernant le diagnostic précoce des CL III.

D. Examinons ensemble le visage de ce patient qui était venu nous consulter à la même époque pour l'éventuelle correction de sa dysmorphie (1990)



- De face : il y a un déficit frappant des aires para nasales, les sillons nasogéniens sont très marqués, la lèvre supérieure est fine.

- De profil : la pointe du nez tombe car le nez n'est pas soutenu, la lèvre supérieure est en arrière de la lèvre inférieure, les sillons nasogéniens sont très marqués.

Le rapport entre la distance de la base alaire au point sous nasal est quasiment égal (ou même supérieur) à la distance entre le point sous nasal et la pointe du nez. Nous sommes dans un rapport de 1 à 1, alors que normalement c'est un

rapport de 1 à 2.

Il s'agit donc d'une CL III typique par rétromaxillie, celle-ci étant évidemment confirmée par les différentes analyses faites de la téléradiographie de profil.

Il fallait donc avancer les maxillaires.

Devant la lourdeur de l'intervention, ce patient a renoncé à la correction de sa dysmorphie puisqu'il l'assumait assez bien, il était venu nous demander un conseil.

10 ans après, nous avons eu la surprise de le voir arriver avec son épouse et sa fille qui avait 3 ans, elle présentait une forte CL III squelettique !

Elle a été traitée précocement avec un résultat stable, elle a maintenant 19 ans. (cf infra)

Puis après, nous nous sommes occupés de son frère cadet qui présentait également une CL III, que nous avons traité très tôt, avec un résultat parfaitement stable.

Les parents de ces enfants et surtout le père, nous ont exprimés plusieurs fois leur très grande reconnaissance pour avoir pu traiter avec efficacité et stabilité leurs enfants sans opération chirurgicale.

II. Description du sillon naso-génien ou aire paranasale

A. Ce qu'en disent les anatomistes

Rouvière⁽⁹⁾, 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⁽¹⁰⁾

Il écrit : « *La lèvre supérieure est séparée de la joue par le sillon naso-labial.* »

Dans son Dictionnaire d'anatomie⁽¹¹⁾ 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* »

Vigue-Martin dans le Grand Atlas d'anatomie humaine⁽¹²⁾ 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 peri-buccale.* » sur une légende de la photo d'un visage.

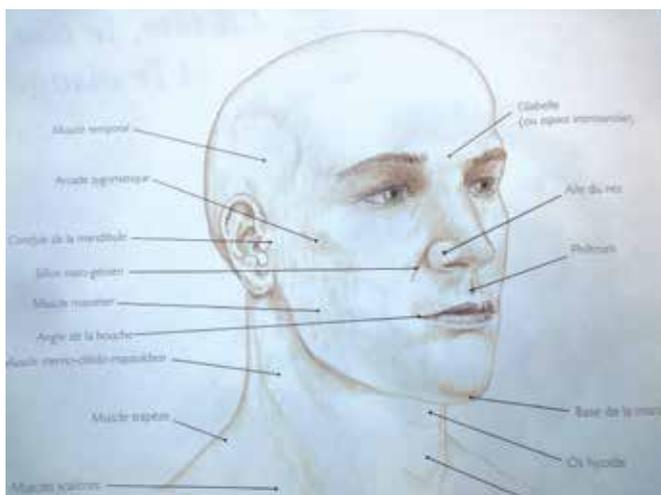
J.F. Gaudy⁽¹³⁾, dans son "Traité d'anatomie clinique" décrit les régions orales ainsi :

« *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"⁽¹⁴⁾ de Moses, Bancks, Nava et Petersen, le sillon naso-labial est localisé sur une photo de visage de même que dans le Moore⁽¹⁵⁾ "Anatomie Clinique" ainsi que dans le Netter⁽¹⁶⁾ "Anatomie Humaine".

Par contre :

Dans "Le topoguide du corps" de Biel⁽¹⁷⁾, 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 Sabbota, livre à la mode qui a pourtant de magnifiques illustrations et schémas, mais elle commence 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 naso-génien.

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⁽¹⁸⁾, 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 dessous 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 Vigue-Martin sur le schéma d'une photo d'un visage féminin, les auteurs localisent le sillon naso-génien 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 de 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 chirurgien maxillo facial et d'orthodontiste, décrivent très minutieusement cette région dans leur livre : *Dento Facial Deformities*.⁽¹⁹⁾

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 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⁽²⁰⁾ 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 alo-jugal) 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

Ricketts cité par J. Philippe dans son excellent livre "Orthodontie des principes et une technique"⁽²¹⁾ écrit :

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



« 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⁽²²⁾, 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 déficit du support. Il est donc le reflet d'une insuffisance de développement des maxillaires.

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.



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 soutien 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 inversé 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 paraît plus jeune que son âge,
- 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, 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.»

E. Revenons sur le cas d'Amélie que nous avons étudié en détail dans le numéro 26 de mars 2017 de "Ortho Autrement"

Il s'agit d'une CLIII vue tardivement à l'âge de 13 ans alors qu'elle avait été examinée à l'âge de 6 ans par un confrère qui la voyait régulièrement et lui proposait de la chirurgie à l'âge adulte ! Comme c'était un cas très difficile, nous avons essayé pour la 1^{ère} fois la technique Alt Ramec du Dr Liou ⁽²⁵⁾, c'est-à-dire tractions sur disjoncteur, mais après avoir fragilisé les maxillaires par des allers-retours.

Le résultat est spectaculaire comme vous pouvez le voir, il nous a étonné nous-mêmes.

Nous avons téléphoné à la maman d'Amélie en lui parlant du travail que nous étions entrain de réaliser pour lui demander si elle pouvait nous faire parvenir les photos d'enfance d'Amélie, ce qu'elle a fait très rapidement.

Nous allons donc pouvoir suivre l'évolution de la pathologie de cette jeune fille.

Cela va illustrer notre propos, il suffit de bien regarder le visage d'un enfant pour faire le diagnostic de CLIII squelettique débutante.



Amélie à l'âge de 1 an

Chez ce bébé le sillon naso-génien (SNG) se prolonge par le sillon naso-labial (SNL) la lèvre supérieure est fine, la lèvre inférieure en avant de la lèvre supérieure.



Amélie à l'âge de 1 an et demi

Amélie sourit mais le SNG est très marqué, il se prolonge par un SNL un peu plus bas que les commissures labiales.



Amélie à l'âge de 2 ans

Amélie sourit un peu mais l'on voit très bien le SNG qui se prolonge par le SNL, la lèvre supérieure est fine.



Amélie à l'âge de 2 ans et demi

Sur cette vue plongeante d'Amélie (qui est très élégante), le SNG marqué se prolonge par le SNL qui est très long jusqu'à la lèvre inférieure.
La lèvre supérieure est fine, en arrière de la lèvre inférieure.



Amélie à l'âge de 9 ans

Profil vrai, on distingue très bien le nez rentré dans la face : la mesure du rapport base alaire - point sous-nasal, point sous-nasal - pointe du nez, ici est de 2/3 - 1/3, normalement c'est l'inverse, le SNG est très marqué, la lèvre supérieure fine en arrière de la lèvre inférieure.



Amélie à l'âge de 3 ans

Elle ébauche un sourire, ce qui accentue la faiblesse de la lèvre supérieure et marque autant le SNG que le SNL



Amélie à l'âge de 10 ans

Photo de classe, on distingue très bien le SNG prolongé par le SNL, sur cette photo de face on voit très bien la lèvre supérieure en arrière de la lèvre inférieure, la pathologie s'est entièrement constituée, la mandibule est proéminente par rapport aux maxillaires.



Amélie à l'âge de 6 ans

Amélie ne sourit pas, mais l'on voit bien la faiblesse de l'étage moyen, les SNG sont cachés par la surexposition de la photo.



Amélie de face avant traitement et après traitement à l'âge de 13 ans et 16 ans.

Outre la faiblesse de l'étage moyen avant le traitement et l'étroitesse du nez qui s'est élargi sous l'effet de la disjonction, ce qui frappe c'est la tristesse d'Amélie, après traitement elle est radieuse, il faut tenir compte de ceci quand on dit "chirurgie plus tard".



Amélie de profil avant traitement et après traitement à l'âge de 13 ans et 16 ans.

Le SNL n'est plus prolongé sur la photo après traitement, le SNG est encore marqué après traitement, c'est normal, c'est l'âge où il apparaît, l'étage moyen de la face est avancé, le nez est ressorti de la face.

F. Examinons le portrait de l'Infante Marguerite en bleu peint par Diego Velazquez en 1659

Michel Laclotte ⁽²⁴⁾ dans son "Petit Larousse de la peinture", le présente ainsi :

« Diego Velazquez, peintre espagnol (Seville 1599 - Madrid 1660). Prince incontesté de l'école espagnole, le peintre de Philippe IV est exemplaire par son destin comme par son oeuvre : un génie plein d'aisance, un homme dont la droiture,

la finesse, la courtoisie gagnent l'amitié du roi et forcent le respect des envieux...»

Le portrait de l'Infante Marguerite était l'affiche de l'exposition Velazquez qui a eu lieu à Paris en 2015, on a pu la voir longtemps dans les rues de Paris.

La princesse des Menines, l'Infante Marguerite a 8 ans quand elle est peinte ici par Velazquez (1659), elle est représentée vêtue d'une longue robe bleue, véritable trône de soie, bordée d'argent, animée de rubans et traversée par la chaîne de la Toison d'Or.

Analysons le visage de l'Infante qui a 8 ans.

Son visage est bien équilibré, mais l'on voit que l'étage moyen est déficient. En effet, les plis nasogéniens sont accentués, cette région est creuse, alors qu'elle devrait être bombée chez un enfant de son âge.

Le génie de Velazquez rend cette déficience par un contraste entre l'aile nasinaire qui est foncée et la joue qui est plus claire, il marque d'ailleurs le sillon naso-génien gauche par trait de pigment très foncé !

La lèvre supérieure est plutôt plate par rapport à la lèvre inférieure.

Nous pouvons donc dire que s'amorce ici la CL III héréditaire des Habsbourg.

Alors que sur le portrait des ménines peint en 1656, l'Infante a un visage poupin avec de bonnes joues, elle a alors 5 ans.

Faute de place dans ce numéro, nous arrêtons là notre propos : il sera illustré dans le prochain numéro par "les travaux pratiques" d'analyse du visage d'enfant traités précocement et nous verrons ce qu'est devenue l'Infante Marguerite à 15 ans ...



Portrait de l'Infante Marguerite en bleu (détail) : 1659 par Diego Rodriguez da Silva Velazquez (1599-1660) - Vienne, Kunsthistorisches Museum

III. 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 ⁽²⁶⁾, Deshayes ⁽²⁷⁾, Macias Escalada ⁽²⁸⁾, Raymond ⁽²⁹⁻³⁰⁾, et nous même ⁽³¹⁻³²⁻³³⁾.

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 ?

P S : J'associe mon fils Marc-Henry à ce travail qui au lieu d'être passé par la chirurgie maxillo faciale, a fait un détour par la pharmacie ! Il a fait des études dentaires, il est donc maintenant bi doctorant. Mais nous faisons tous deux de l'orthopédie dento maxillo faciale ! Il travaille avec moi depuis maintenant 10 ans, il est très intelligent, il a compris ma manière de travailler. Il obtient des résultats de la même qualité que les miens, ce qui me rassure car cette technique est donc transmissible ! Mon travail, mes acquis, mon expérience vont donc pouvoir servir par son intermédiaire à d'autres générations d'enfants. ■

INNOVORTHO
France
Conseils & Qualité



Laboratoire d'orthodontie
16 ans d'expérience

Spécialiste P.U.L.

Propulseur Universel Light
Harmoniseur 4D



Laboratoire équipé d'une imprimante 3D
Impression des moulages à partir de fichiers .stl

6, rue du Parc de l'Aubépin BP 13
41355 SAINT GERVAIS LA FORET – France
+33 (0)2 54 50 07 68

www.innovortho.com
innovortho.accueil@orange.fr



Bibliographie

1. Conférence de prestige de la SFODF 26-03-2015 - R. Cocconi, M. Raffaini "De l'orthodontie à la chirurgie ortho faciale"
2. R. Cocconi, M. Raffaini, P. Amat "De l'orthodontie à la chirurgie ortho faciale" *Orthod F.*2016 ; 87 : 247-271
3. Conférence de prestige de la SFODF 18-05-2017 - A. Triaca. "Ostéotomie du rebord mandibulaire chin wing"
4. A. Triaca, S. Rozenzweig "Réfléchir, rechercher, innover en chirurgie maxillo faciale" *Entretien Orthod F.*2016 ; 87 : 151-173
5. M. Vesse "Bilan préthérapeutique des dysmorphoses". *Actual odontostomatol* - 1989 ; 165 15-50.
6. M. Benoist "Chirurgie orthognatique" Paris : Masson, 1988 : 1-65
7. M. Benoist "Réhabilitation et prothèse maxillo faciale" - Prelat ed Paris 1978
8. J. Delaire "Considérations sur la croissance faciale (en particulier du maxillaire supérieur)". *Déductions thérapeutiques. Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1971 ; 72 : 57-76.
9. H. Rouvière "Anatomie Humaine" 9^{ème} édition T1 p 477-480 Masson ed Paris 1962
10. P. Kamina "Précis d'Anatomie clinique" T2 p 283, Maloine ed Paris 2013
11. P. Kamina "Dictionnaire atlas d'anatomie" p 156, Maloine ed Paris 1983
12. Vigue - Martin "Grand atlas d'anatomie humaine" p 20 Desiris ed 2006
13. J.F. Gaudy "Anatomie clinique" 2^{ème} édition p 131, CDP ed Paris 2007
14. K. Moses, J. Banks, P. Nava, D. Petersen. "Grand Manuel illustré d'anatomie générale et clinique" p15 Elsevier - Masson ed Issy-les-Moulineaux 2015
15. Moore "Clinical Oriented Anatomy" pl 17^{ème} édition p 859, ed Lippincott Baltimore 2014
16. F. Netter "Atlas d'anatomie humaine" Elsevier - Masson ed 6^{ème} édition pl1 2015
17. A. Biel "Topoguide du corps" p 236 Desiris ed 2010
18. L. Testut, A. Latarjet "Traité d'anatomie humaine" p 533-535 9^{ème} édition ed T3 DOIN ed Paris 1949
19. B. Epker, L. Fish "Dento Facial Deformities" T1 p 9-15 Mosby ed St Louis 1986
20. R. Gola "La rhinoplastie fonctionnelle et esthétique" Paris : Springer-Verlag ; 2000 p 93-145
21. J. Philippe "Orthodontie des principes et une technique" p 55-57 Prelat ed Paris 1972
22. R. Ricketts "Planning treatment on the basis of the facial". pattern and an estimate of its growth. *Angle orthodont.*, janv.1957
23. Velasquez - Réunion des musées Nationaux Grand Palais 2015 Catalogue de l'exposition G. Kientz p288, p 320 Louvre ed Paris 2015
24. M. Laclotte. *Petit Larousse de la Peinture Librairie Larousse* ed Paris 1979
25. EjW Liou. Effective maxillary orthopédic protraction for growing Class III patients : a clinical application simulates distraction osteogenesis. *Prog Orthod* 2005 ; 6(2) : 154-171
26. J Delaire. Le développement "adaptatif" de la base du crâne. Justification du traitement précoce des CL III *Rev Orthop Dento Faciale* 2003 ; 37 : 243-265
27. M. J. Deshayes. Croissance crânienne et cinétiques osseuses interférant avec la morphogénèse faciale. Bases conceptuelles de réussite des traitements orthopédiques avant l'âge de 6 ans. *Orthod Fr* 2006 ; 77 : 63-78
28. E. Macias Escalada. Retentissement esthétique du traitement des classes III squelettiques par masque de DELAIRE. *Orthod Fr* 1995 ; 66 : 705-706.
29. J.L. Raymond. Traitement orthopédique des malocclusions des CL III : réhabilitation occlusale et fonctionnelle. *Empressa* 2002 Tain l'Hermitage.
30. J.L. Raymond. Finalité fonctionnelle et occlusale du traitement orthopédique de CL III *Rev Orthop Dento Faciale* 2003 ; 37 : 285-303
31. M. Vesse. Classes III squelettiques. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris) Odontologie/Stomatologie*, 23-472-g-10, 1999, 18p.
32. M. Vesse. Classe III squelettiques *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Odontologie/Orthopédie dento faciale*, 23-472 - 6-10 - 2007
33. M. Vesse. Traitement précoce des CL III : justification théoriques et cliniques *Rev Orthop Dento Faciale* 2003 ; 37 : 305-308