



**CLINIQUE**  
PAR LE DR MARC VESSE



**CLINIQUE**  
PAR LE DR MARC-HENRY VESSE

# L'orthodontiste et la ventilation

## Résumé

Dans une 1<sup>ère</sup> partie nous parlerons de croissance et de ventilation après avoir explicité les derniers propos de Delaire sur la croissance, nous parlerons de notre sensibilisation à la ventilation depuis de nombreuses années.

Dans la 2<sup>ème</sup> partie nous traiterons des éléments essentiels pour faire le diagnostic d'un ventilateur buccal, l'interrogatoire y joue un rôle fondamental, l'analyse clinique est plus connue, elle sera confirmée par l'analyse de la téléradiographie de la tête de profil qui permet de visualiser le flux aérien. Puis nous dirons un mot de la thérapeutique employée : le disjoncteur. Nous utilisons quasiment systématiquement celui-ci, aussi bien pour les anomalies de CL I, de CL II et de CL III dans la 1<sup>ère</sup> phase thérapeutique.

Dans une 3<sup>ème</sup> partie nous verrons les conséquences quasi immédiates du disjoncteur sur la ventilation en analysant les propos exprimés spontanément par les parents sur les changements de la santé O.R.L de leurs enfants. Nous analyserons le changement radiographique et les changements de visage puis nous dirons un mot de la ventilation par rapport à la contention.

## Introduction

Nous aimons la revue Ortho Autrement, nous aimons la lire et y écrire <sup>(1-2)</sup>, cette revue est dirigée avec dynamisme, efficacité et gentillesse par Muriel Dayan.

Son contenu est divers, éclectique, représentant différents horizons des écoles orthodontiques.

Cette revue est agrémentée à chaque fois par un récit très intéressant, une découverte d'un lieu géographique, donc elle incite au voyage... la mise en page est agréable.

Le dernier numéro nous a beaucoup intéressé, notamment l'article de Mme Latour sur Le Maxillary Squelettal Expander (MSE)<sup>(3)</sup>. La lecture de cet article et une récente conversation avec notre Maître Delaire, va nous inciter à utiliser ce dispositif.

## 1. À propos de notre Maître Delaire (4)

Nous avons passé une journée avec lui en juillet à Nantes sa santé décline ...

### 1.1. Au cours de la conversation il nous dit : « J'aimerais que vous essayez de faire passer quelques messages à la profession de ma part ».

Qui sommes nous pour faire ceci ?

Nous avons donc noté ces phrases et attendions l'occasion d'en parler.

La lecture de l'article cité plus haut, nous semble être une bonne occasion. En effet Delaire dit très simplement : « **Il n'y a pas de croissance au niveau de la face c'est de la morphogénèse, c'est-à-dire secondaire et non primaire, donc on peut toujours l'obtenir.**

**Ceci justifie les expansions tardives au niveau des sutures, celles-ci sont des sutures membraneuses et non des éléments de croissance primaire ».**

Ce message justifie clairement la thérapeutique exposé par Mme Latour.

Par ailleurs, nous sommes tout à fait d'accord avec elle sur les conséquences **ventilatoires** extrêmement positives obtenues par une disjonction des maxillaires, nous avons parlé de ceci dans l'Orthodontiste<sup>(5)</sup> prédécesseur de cette revue et dans l'Orthodontie Française<sup>(10)</sup>.

### 1.2. Pourquoi sommes-nous sensibilisés depuis très longtemps à la ventilation ?

Au cours de nos études de médecine, nous avons fait un stage d'externat dans le service du Professeur Pialoux, à l'hôpital Bretonneau qui était un hôpital pédiatrique. Le Chef de clinique de l'époque s'appelait Narcy.

Le Professeur Narcy nous avait aidés à convaincre la profession en 1994 que "le petit ramoneur" n'était pas une bonne solution pour améliorer la fonction ventilatoire des enfants<sup>(6)</sup>. Cette technique comportait l'ablation systématique des végétations et des amygdales combinée à une résection des cornets inférieurs, éventuellement associée à une glossectomie partielle...

En 1998, alors que nous venions de passer une journée de travail avec notre Maître Delaire pour lui présenter l'article sur les Classes III qui allait sortir dans l'Encyclopédie Médico Chirurgicale<sup>(7)</sup> avec toujours beaucoup de sollicitude, il nous avait raccompagné à la gare en nous disant au revoir, il me dit : « *Vous voyez Vesse, si j'ai un seul regret c'est que je n'ai pas fait assez attention à la **ventilation** !!!* »

Nous ne comprenions pas ceci, car il avait très souvent

parlé de la ventilation dans les différentes séances de l'AREMAC<sup>(8)</sup> et il avait fait venir à Nantes le Professeur Sten Linder-Aranson pionnier en la matière. Cela n'était peut être pas encore suffisant à ses yeux<sup>(9)</sup>.

Depuis, nous avons été extrêmement vigilants quant à la ventilation des enfants que nous soignons, et notamment dans l'interrogatoire de la première consultation.

En 2005, nous avons fait une revue de la littérature dans un article traitant de la ventilation dans une consultation d'orthodontie<sup>(10)</sup>.

Les propos de nos prédécesseurs :

Izard 1930<sup>(11)</sup>, Izard 1950<sup>(12)</sup>, Ricketts 1968<sup>(13)</sup>

Et de nos contemporains :

Château 1975<sup>(14)</sup>, Loreille 1982<sup>(15)</sup>, Talmant 1982<sup>(16)</sup>, Benauwt 1989<sup>(17)</sup>, Gola 2000<sup>(18)</sup>, Gola 2002<sup>(19)</sup>, Macias Escalada 2002<sup>(20)</sup> sont très instructifs. Ils sont analysés dans l'article cité en référence.

Par ailleurs, "le retour" des parents par rapport à la thérapeutique employée : le **disjoncteur**, nous a étonné et nous a permis de nous rendre compte que celui-ci que nous installions pour obtenir de la place pour les dents et corriger les endognathies maxillaires, **avait des conséquences très importantes sur la ventilation** des enfants, l'amélioration de leur sommeil, l'amélioration du travail en classe, la diminution des ronflements et souvent la disparition des rhinopharyngites régulières et parfois diminution significative de leur asthme.

Ceci nous a amené à mettre quasiment systématiquement des disjoncteurs à la place du double arc dans le traitement des CL III, le masque étant relié à des crochets mis en place sur le disjoncteur. Mais nous mettons également des disjoncteurs pour le traitement de quasi toutes les pathologies orthodontiques CL I, CL II.

L'amélioration de la ventilation par le disjoncteur sont maintenant très connues, tout le monde en parle, il y a même une société de Médecine dentaire du sommeil qui s'est créée. Il y a 15 ans c'était différent ...

## 2. Rappelons les éléments cliniques essentiels de l'examen d'un ventilateur buccal ou faciaux adénoïdien des O.R.L

Avant de traiter ceci, il nous faut revenir à la définition des mots pour être mieux compris<sup>(21)</sup>.

Nous parlerons de **ventilateur buccal** plutôt que de respirateur buccal. En effet, en physiologie, la ventilation

est la quantité d'air qui entre au contact des alvéoles pulmonaires, c'est un phénomène physique.

La respiration est l'ensemble des phénomènes physico-chimiques destinés à faire pénétrer l'oxygène dans l'organisme et de débarrasser celui-ci du gaz carbonique.

Cependant, pour être compris des parents et de l'enfant, il vaut mieux parler encore de respiration...

Au cours de la 1<sup>ère</sup> consultation nous passons d'ailleurs beaucoup plus de temps sur le problème de la ventilation que sur le problème orthodontique. Cela étonne beaucoup les parents, mais très souvent les enfants qui consultent pour un motif orthodontique ont un problème ventilatoire.

Voici l'interrogatoire que nous faisons lors de la 1<sup>ère</sup> consultation.

## 2.1. Interrogatoire

L'examen clinique commence par l'**interrogatoire** de l'enfant et de ses parents.

Outre les questions classiques concernant le motif de consultation, les antécédents familiaux, l'état de santé etc., nous demandons à l'enfant s'il a été opéré des amygdales et des végétations ; ce sont en général les parents qui répondent car l'enfant n'a pas ce souvenir.

Par contre, à la question posée : « *Est ce que tu respirez par la bouche ou par le nez la nuit ?* », à notre grand étonnement l'enfant est capable très fréquemment de répondre : « *Oui, je respire par la bouche* ».

S'il ne sait pas répondre on lui pose d'autres questions :

- « - *as-tu soif le matin quand tu te réveilles ?*
- *Te réveilles-tu la nuit pour boire ?*
- *As-tu une bouteille d'eau sur ta table de nuit ?*
- *As-tu la bouche sèche le matin ? Est ce que tu baves ?*
- *As-tu du mal à t'endormir le soir ?*
- *Transpires-tu beaucoup la nuit ?*
- *Es-tu fatigué le matin ?*
- *As-tu du mal à te lever ?*
- *Es-tu fatigué à l'école ?* »

À la question : « *Fais-tu du bruit en respirant la nuit ? Ronfles-tu ?* », ce sont les parents qui y répondent, le plus souvent affirmativement. En effet chez un ventilateur buccal la ventilation est bruyante, souvent l'enfant ronfle.

Parfois, les parents ne savent pas comment dorment leur enfant, nous leur demandons :

- d'observer 3 nuits de suite la manière dont leur enfant se comporte en sommeil profond, a-t-il la bouche ouverte, ou

non. Fait-il du bruit en dormant ?

- de rappeler le cabinet, leur réponse est notée dans le dossier.

Ceci a pour avantage de sensibiliser les parents à la ventilation. Ils sont d'autant plus sensibles au changement de celle-ci après la thérapeutique et **nous le signalent alors spontanément.**

**Le diagnostic de la ventilation buccale est un diagnostic d'interrogatoire. Les signes cliniques sont secondaires et en sont la conséquence.**

## 2.2. Examen clinique : le respirateur buccal ou faciès adénoïdien (des O.R.L)

### 2.2.1. Examen exobuccal de face et de profil

**Le visage** est très typique, c'est celui d'un enfant fatigué, qui ne dort pas bien, il a un visage inexpressif, figé et triste. Le visage est le plus souvent long.

**Les paupières** sont lourdes avec un œdème à la partie externe entraînant une obliquité des fentes palpébrales.

**Le nez** est étroit, pincé, non fonctionnel.

Il existe habituellement une béance labiale ; s'il y a un contact bi-labial, il est dû à la contraction des muscles de la houppe du menton qui donne cet aspect tendu en "peau d'orange".

**Les lèvres** sont sèches, hypotoniques, courtes, avec perlèche. Il y a rétraction de la lèvre supérieure, éversion de la lèvre inférieure.

L'examen de profil complète l'examen de face, il permet en outre de faire le diagnostic de CL I, CL II ou CL III squelettique.

## Cas n°1

### DAS... Florent âgé de 9 ans

Cet enfant présente le visage typique d'un respirateur buccal: il a ce regard très particulier avec un regard oblique en bas et en dehors, les paupières lourdes. La bouche est ouverte, les lèvres sèches et le nez pincé, signant un manque de développement transversal maxillaire.



Fig.1 a

## Cas n°2

### MAI... Pierre âgé de 8 ans

Ce patient consulte pour un important décalage maxillo mandibulaire de CL II. Au cours de la consultation, on est frappé par l'aspect de cet enfant. Il est la bouche ouverte, son regard oblique, il happe l'air et respire en permanence avec un sifflement très impressionnant. Sa tête est déjetée en avant. Sa mère nous dit que ce trouble ventilatoire s'accroît la nuit ! L'enfant dort la bouche ouverte, a les lèvres sèches et se réveille la nuit pour boire. Il présente le visage typique d'un enfant fatigué, qui ventile mal. L'examen du nez montre une déviation de la pyramide nasale avec une obstruction importante de la narine gauche. Cette lésion est post-traumatique.



Fig.2 a

## Cas n°3

### BEE... Amélia âgée de 7 ans

Cette jeune fille présente le visage typique du ventilateur buccal, avec un regard fatigué, les paupières tombantes, une béance labiale. Elle a un visage de CL III avec les sillons nasogéniens marqués. La famille confirme la ventilation buccale avec ronflements nocturnes, l'examen endobuccal montre une classe III avec infraclusion et endognathie supérieure.



Fig.3 a

### 2.2.2. Examen intra-oral

**Tissus mous :** la gencive comme la muqueuse palatine est inflammatoire hypertrophique, hyperhémie. La langue est sèche, fissurée.

**Tissus durs :** les malocclusions les plus diverses peuvent s'observer en fonction des prédispositions constitutionnelles et des dysfonctions individuelles des enfants.

Les malocclusions les plus typiques sont constituées d'une anomalie occlusale transversale, avec une infraclusion incisive plus ou moins marquée et un décalage antéro-postérieur de Classe II ou de Classe III.

**L'examen du pharynx :** on notera la taille des amygdales souvent encombrantes.

D'autres signes peuvent être relevés : parfois notamment un sifflement nasal, des troubles de la posture : les enfants qui ont du mal à respirer, ont tendance à avancer et à relever la tête.

### 2.2.3. Examen radiologique

En plus de la radiographie panoramique habituelle, il faut demander systématiquement une téléradiographie sagittale du crâne qui, outre le squelette et la position des dents, permet d'évaluer l'importance des amygdales et des végétations. Elle met en évidence la ventilation buccale : espace radio-clair sous le palais, puisque la langue est basse pour laisser passer l'air. On peut y détecter la quantité d'air passant par le pharynx et le sinus en analysant le flux pharyngé.

## 3. Conséquences cliniques de la disjonction

Nous utilisons très souvent le disjoncteur dans notre pratique orthodontique aussi bien dans les anomalies de CL I, de CL II et de CL III.

### 3.1 Témoignages spontanés des parents

**Eva. 6 ans ½ :** ce cas a été publié dans Ortho autrement en 2017, c'est une Classe III endo béance traitée en 2009<sup>(2)</sup>.

La maman signalait : « Elle avait toujours besoin d'air, sa respiration nocturne était forte, elle était plutôt fatiguée le matin et s'est endormie une fois à l'école ».

La Classe III béance a été traitée par masque sur disjoncteur : 1 an de traitement. Eva n'est jamais revenue. Nous l'avons rappelé en 2017 "tout va bien", à l'examen toutes les dents

définitives se sont mises en place spontanément. Elle a une occlusion parfaite et un beau visage de Classe III bien équilibrée.

Nous avons la faiblesse de penser, que si tout s'est arrangé tout seul, c'est que les fonctions ont été normalisées par le 1<sup>er</sup> traitement.

**Emeline FAB...** vue à 8 ans : Endo supérieure.

« Dès que l'appareil disjoncteur a été activé il y a eu un grand changement dans la ventilation de ma fille, elle dormait beaucoup mieux, elle ne ronflait plus la nuit ».

**Ophélie TAN...** Novembre 2011

Sa maman nous dit : « Après le 1<sup>er</sup> appareil, elle était moins essoufflée et elle a dit spontanément à sa maman qu'elle respirait par le nez. A la fin du traitement la maman nous confirme qu'elle ne fait plus de crise d'asthme, ne fait plus de rhume, ne prend plus de Ventoline depuis la pose, c'est un "appareil magique" ».

**Maelys CHA** ....La maman dit spontanément : « Depuis la pose de l'appareil, la respiration de ma fille a changé, elle a un sommeil plus réparateur, ne transpire plus la nuit, elle ne fait plus de bruit la nuit ».

**2016 Famille BAUM...** adressée par un pneumologue pour troubles de la ventilation importants et asthme.

La maman de **Lisa** 14 ans nous dit : « Depuis la mise en place de l'appareil, de son activation Lisa ne fait plus de crises d'asthme » . Dans la fiche de satisfaction remplie en fin de traitement : « Au-delà du résultat sur la dentition, nous sommes extrêmement satisfaits de l'impact du traitement sur l'asthme ».

Quant à son frère **Enoa** : « Il ronflait, transpirait la nuit. Il y a un vrai progrès sur sa respiration nocturne, il ne ronfle plus ». Puis quelques mois après elle nous précise : « Enoa ne ronfle plus, ne fait plus de crises d'asthme, ne fait plus de pneumonie, il en faisait une par an, c'est formidable ».

**Alexis LAS...** 8 ans : « Depuis la disjonction mon fils dort mieux, Il ne ronfle plus, n'est plus fatigué le matin ».

Il avait signalé spontanément à sa maman après la disjonction effectuée, qu'il respirait plus facilement par le nez et fermait les lèvres.

**Mathilde PAU ...** 7 ans : à la dépose du disjoncteur sa maman dit « Elle ne fait plus de crises d'asthme, plus d'allergies d'effort, cela a été beaucoup mieux cet hiver ».

**Alix TREF...** Adressée par un pneumologue pour ronflements et apnées du sommeil, la maman nous signale : « *Alix est moins fatiguée depuis la mise en place du disjoncteur, avant elle cherchait l'air, elle ne ronfle plus* ».

« *Elle est transformée aussi bien mentalement que physiquement, elle a de meilleurs résultats à l'école alors que nous n'étions pas venus pour cela* ».

« *Je n'aurai jamais assez de reconnaissance pour ce que vous avez fait!* »

**Benoit DER...** La maman signale que le 1<sup>er</sup> traitement disjoncteur a fait disparaître les migraines.

« *Dès le CP c'était l'enfer, il ne savait comment gérer ses douleurs, maintenant il n'a plus rien* ».

**Dylan COL ....** : « *Depuis la mise en place du disjoncteur il ne dort plus la bouche ouverte, il ne bave plus la nuit, ne salie plus ses oreillers* ».

**Robin HER...** : « *Robin n'est plus malade, avant il faisait beaucoup d'otites (9 otites en 8 ans), dès le début du traitement orthodontique elles ont disparu, il dort beaucoup mieux* ».

**Orlane NIG ....** : « *Depuis le traitement elle ne ronfle plus, ne grince plus les dents, elle est moins fatiguée le matin* ».

**Benjamin DU...** : La maman que je voyais pour lui présenter mes vœux et faire le point sur le traitement de son fils me dit : « *depuis que vous avez mis l'appareil à Benjamin il est transformé, il ne fait plus d'otites alors qu'elles étaient très fréquentes, il n'a plus de problème O.R.L.* ».

Nous avons prévu de faire un bilan de l'apnée du sommeil, ce n'est pas utile car il ne ronfle plus, il dort très bien. Vous m'aviez dit au départ que son état O.R.L s'améliorerait, mais je ne pensais pas que ça serait à ce point.

Cet enfant de 6 ans présentait une Classe III squelettique, avec une endognathie maxillaire associée à des troubles ventilatoires : ronflements nocturnes. Il faisait également beaucoup d'otites.

On a posé un vérin disjoncteur le 29/05/2019, les tractions sur masque ont été posées le 12/06/2019, il porte depuis son masque et ses maxillaires s'avancent, il va beaucoup mieux sur le plan O.R.L, sa Classe III se corrige.

Ces propos sont authentiques d'autant qu'ils ont exprimés **spontanément** par les parents qui ont vu la santé O.R.L de leurs enfants s'améliorer, ce sont des faits à apprécier selon vos croyances.

Ces différents témoignages montrent le retentissement **incroyable**, insoupçonné du rétablissement de la bonne ventilation chez un enfant, ceci est obtenu à l'aide du **disjoncteur** qui est un appareil génial, mais qui n'est pas assez utilisé.

Aucun des enfants dont les parents ont témoigné spontanément n'ont eu d'intervention O.R.L complémentaires. Par contre quand la ventilation nocturne ne s'est pas suffisamment améliorée, que les ronflements ne disparaissent pas, nous adressons ces patients habituellement à un O.R.L sensi-bilisé aux troubles de la ventilation pour avis :

- souvent, le praticien prescrit des désinfectants locaux et surveillance,
- parfois, il réalise l'ablation des végétations, plus rarement l'ablation des amygdales quand elles sont très importantes et obstruent le pharynx.

## 3.2. Analyse du flux ventilatoire sur la téléradiographie de la tête de profil

### 3.2.1. A. Pauline

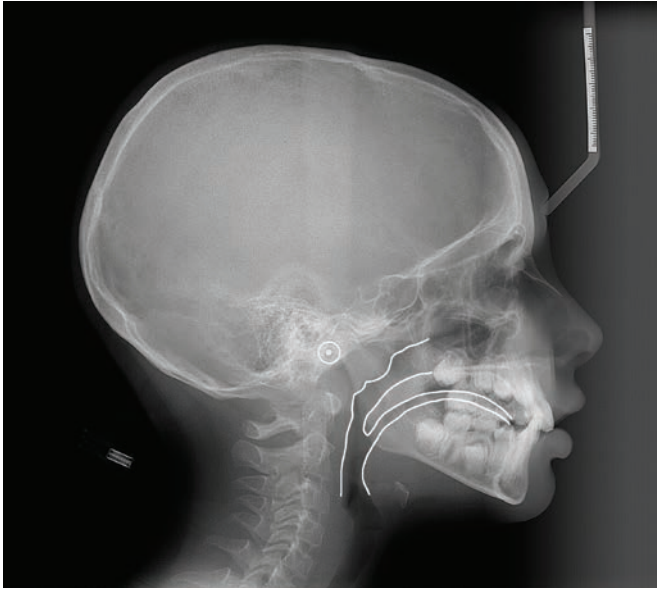


Fig.4 a

Téléradiographie avant traitement :

- flux ventilatoire pharyngé avec encoche de végétation,
- présence du flux ventilatoire buccal.

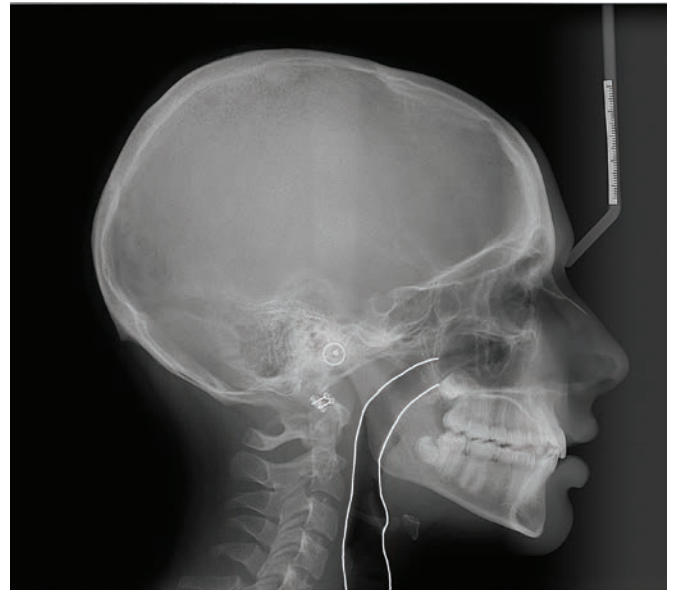


Fig.4 b

Après traitement (disjoncteur et multi attaches) :

- le flux ventilatoire est régulier, il n'y a plus l'empreinte des végétations,
- le flux ventilatoire buccal a disparu.

### 3.2.2. R. Flavien

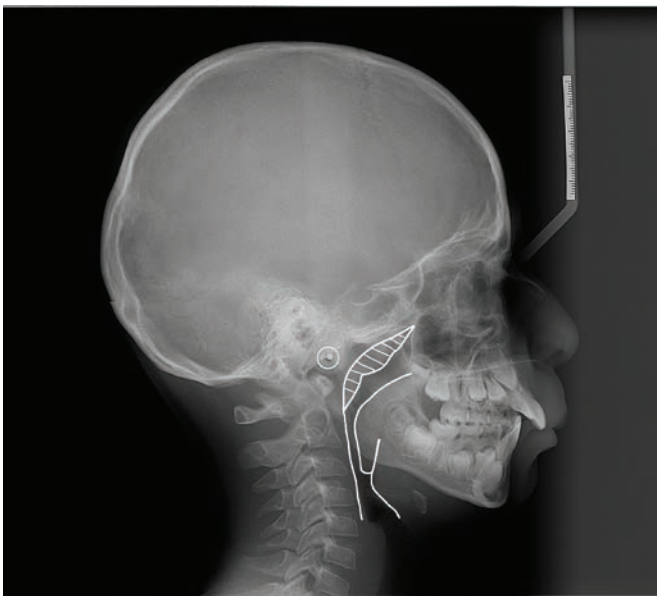


Fig.5 a

Il existe ici un mince filet d'air qui passe par la bouche. Le flux aérien pharyngé haut est étroit, il existe deux encoches. En effet, la partie supérieure est une courbe harmonieuse. Les encoches présentent l'empreinte négative des végétations (en grisé).

Dans le bas du pharynx, au niveau de l'angle mandibulaire, il existe une forme arrondie qui représente l'empreinte des amygdales. Ici ceci est en gris, alors que l'air en négatif sur la radio donc en noir.



Fig.5 b

Après disjonction et à la fin du traitement, le flux d'air dans les sinus et dans le pharynx est très large. L'empreinte des végétations a disparu, celle des amygdales a bien diminué. Nous sommes quasiment à la normale. Delaire qualifie cet espace ainsi « les dimensions sagittales de la lumière pharyngée sont sensiblement égales dans toute son étendue du cavum à l'épiglotte, aspect en "chaussette" ». L'empreinte des amygdales a ici bien diminué.

## 3.2.3. M. Maxime

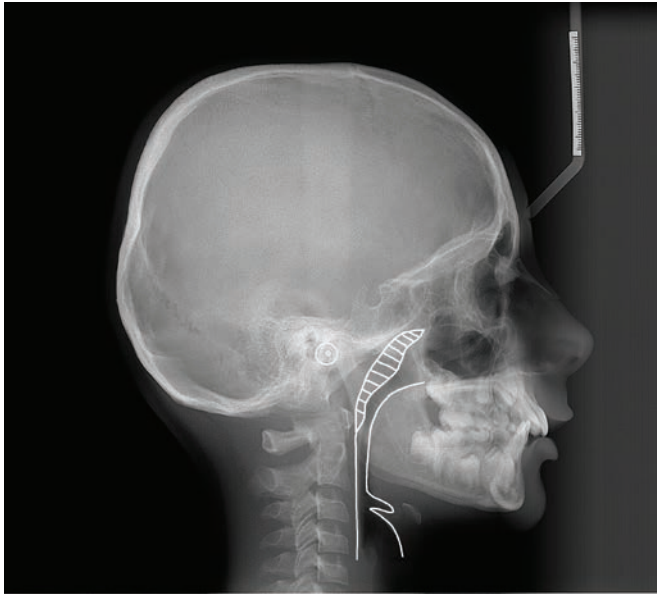


Fig 6 a

On se demande comment cet enfant peut respirer, le passage d'air dans le pharynx ici en noir, est très faible. A la partie supérieure, la large encoche signe la présence d'importantes végétations (*en grisé*), on ne visualise pas ici la ventilation buccale qui s'exprime souvent par un mince filet partant de l'épiglotte été arrivant sous le palais.

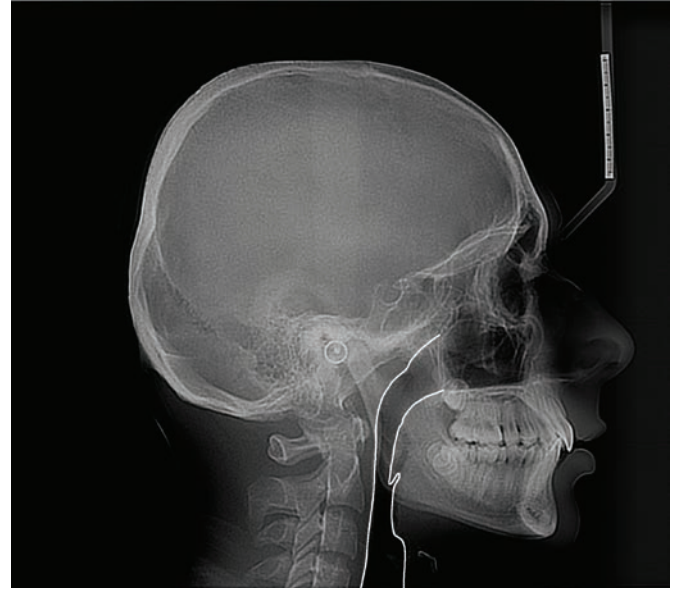


Fig.6 b

Le flux ventilatoire s'est normalisé et l'image de la lumière pharyngée est quasiment égale dans toute son étendue, on se rapproche de cette image en "chaussette".

Tous les signes décrits ci-dessus vous paraîtront, avec l'habitude, évidents, mais au début ce n'est pas simple, il faut faire une analyse fine de la téléradiographie. Contrairement à la présence du sillon nasogénien dans les CL III, ces signes ne sont pas constants (pathognomoniques), mais ils sont fréquents ; si on ne les recherche pas, on ne les trouve pas !



SUIITE DE LA PAGE 11

### 3.3. Analysons la transformation du visage de ces enfants

#### 3.3.1. Cas n° 1



Fig 1 a



Fig.1 b

Après la mise en place du disjoncteur le visage s'est transformé, la béance labiale a disparu, le regard a changé. La ventilation est devenue nasale.

#### 3.3.2. Cas n° 2



Fig.2 a



Fig.2 b

Après le traitement orthodontique, le visage est complètement transformé. L'enfant est rieur. La posture céphalique a changé. Le décalage maxillo-mandibulaire est corrigé. Il a une respiration nasale (une intervention chirurgicale complémentaire a été effectuée sur le nez). Les rapports entre le nez, les lèvres, et le menton sont harmonisés.

#### 3.3.3. Cas n° 3



Fig.3 a



Fig.3 b

Transformation spectaculaire du visage : l'enfant n'a plus du tout le même regard, l'étage moyen de la face est comblé, la lèvre supérieure se place en avant de l'inférieure. Les lèvres sont au contact, la ventilation est donc nasale.

### 3.4. La contention et les problèmes ventilatoires

Nous faisons souvent nos contentions avec des positionneurs (TP) de différentes marques.

Mais comme le disait Jacques Talmant <sup>(22)</sup>, grand spécialiste de la ventilation : « *quand les adolescents gardent leurs positionneurs cela signifie qu'ils respirent par le nez* ». C'est tellement vrai.

En effet, quand nous mettons en place le positionneur, on explique à l'adolescent que c'est un très bon appareil de contention car il maintient les deux arcades ensemble, mais nous le prévenons toujours qu'au départ il risque de le perdre et que petit à petit il va s'y habituer.

La moitié des adolescents qui reviennent deux mois après, le supportent bien et ne le perdent pas. Donc ils sont passés sans difficulté et sans rééducation de la ventilation buccale à la ventilation nasale. Ceux qui le perdent une à deux fois dans la semaine, nous leur expliquons qu'il faut porter ce dispositif une heure dans la journée et que pendant cette heure ils doivent respirer par le nez en fermant les lèvres.

La moitié de ces patients que nous revoyons deux mois après, supportent très bien le positionneur.

Pour l'autre moitié, à ce moment là nous agrandissons un peu

le passage d'air et ils gardent mieux leur positionneur, mais nous insistons encore sur cette éducation de la ventilation nasale.

Il y a des adolescents qui ne supportent pas ce dispositif, à ce moment là nous changeons de contention et nous mettons en place des appareils faits sur mesure, soit plaque de Hawley, soit gouttière de contention.

N'oublions pas que le **rétablissement des fonctions** est la seule garantie de la **stabilité** des traitements orthodontiques, le disjoncteur est un moyen simple de rétablir de façon efficace la fonction ventilatoire.

## Conclusion

Nous résumerons notre propos en deux points : effets du disjoncteur et apport de notre maître Delaire à notre exercice professionnel.

### 1. Effets du disjoncteur

Le disjoncteur outre son indication orthodontique qui permet d'agrandir les maxillaires, redonne de la place dans les fosses nasales et donc de la place pour les dents définitives, il transforme la **ventilation** de l'enfant.

Nous ne connaissons pas d'autre dispositif orthodontique qui du jour au lendemain, une fois la disjonction effectuée fait passer l'enfant de la ventilation buccale à la ventilation nasale, ce qui a pour conséquence :

- une amélioration du sommeil, donc une disparition de la fatigue matinale,
- une disparition des ronflements,
- les enfants ne se lèvent plus la nuit pour boire, ils ne bavent plus,
- ils ne grincent plus des dents,
- ils font beaucoup moins de rhinopharyngites et d'otites, on nous a signalé une fois la disparition totale des migraines et de nombreuses fois les parents nous ont signalé la disparition de l'asthme.

On ne peut pas promettre ceci aux parents, mais on peut l'espérer.

Ces propos, qui sont le reflet de notre expérience clinique peuvent être considérés comme des témoignages individuels qui à l'heure de l'omniprésence de l'E.B.M (evidence based medicine) n'ont que peu de valeur, mais pour les enfants traités, leur amélioration est de 100 % !

Par ailleurs nous sommes dans un cabinet privé, nous ne voyons pas comment on pourrait choisir des cohortes de patients traités et non traités, alors que cette thérapeutique est d'une efficacité incroyable, pourquoi en priver d'autres enfants.

Nous avons essayé d'avoir "des preuves" et de faire faire des examens de la ventilation : polysomnographie nocturne, alors que le tableau clinique était très complet.

Les attentes pour ce type de rendez-vous sont longues et pour faire cet examen pour "la science" il faut être très convainquant auprès des parents ...

Nous avons eu au contraire des enfants adressés par les pneumologues dont le tableau ventilatoire était très marqué, ils venaient donc avec une documentation extrêmement précise, comme ils avaient été très améliorés par la disjonction nous avons demandé aux parents de refaire une polysomnographie après le traitement ; les parents ne l'ont quasiment jamais faite malgré notre insistance. L'amélioration de l'état clinique de leur enfant leur suffisait. Peut-on leur donner tort ??

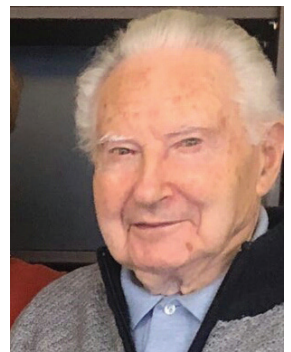
### 2. L'apport de notre Maître Delaire à notre exercice professionnel

Le masque a révolutionné le **traitement des CL III**, il a de fait révolutionné notre exercice professionnel.<sup>(23)</sup>

Il a attiré notre attention sur les troubles de la **ventilation**, c'est le sujet principal de cette publication. En effet, dans son enseignement oral, Delaire insiste régulièrement sur le fait qu'aucune posture et aucune fonction céphalique (en particulier "oro-faciale") ne peut être normale en cas de respiration buccale habituelle.<sup>(24)</sup>

Et récemment il nous a rappelé que **les sutures de la face sont secondaires**, donc on doit pouvoir toujours obtenir des changements, même à l'âge adulte. Nous n'avons pas l'expérience des disjoncteurs avec ancrage squelettique, nous allons essayer dès que nous aurons un cas d'adulte. Ceci pourra éviter une disjonction chirurgicale.<sup>(25)</sup>

Ce propos nous permet de rendre hommage à notre Maître qui a, par ses travaux, aidé considérablement la profession et donc, tous nos patients. Qu'il soit à nouveau remercié d'autant que, outre son extrême intelligence, sa pédagogie exceptionnelle, son art de nous faire réfléchir, il faisait toujours cela avec une grande chaleur humaine et beaucoup de simplicité. Il a par son enseignement, ses découvertes, donné une teinte extrêmement gaie et très positive à notre exercice professionnel, **merci Monsieur.**



Nous associons notre fils Marc-Henry à cette publication. Il n'a pas vécu cette aventure, ce compagnonnage avec Monsieur Delaire, mais il vit une autre aventure, celle de travailler avec son père... Il a très rapidement compris nos principes de

travail, notre philosophie, en les appliquant et il obtient des résultats de qualité. Ceci est plaisant car cela prouve que c'est transmissible. ■

## Biographie

1. M. Vesse, MH. Vesse : Traitement d'une Classe III sévère par la technique Alt Ramec Ortho Autrement 2017 ; 26 : 8-16
2. M. Vesse, MH. Vesse : Traitement précoce d'une Classe III avec excès vertical Ortho Autrement.2017 ; 29 : 16-21
3. A. Latour : Le maxillary Squelettal.Expander (MSE) Ortho Autrement 2019 ; 37 : 4-13
4. J. Delaire : Considérations sur la croissance faciale (en particulier du maxillaire supérieur).  
Déductions thérapeutiques. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1971 ; 72 : 57-76
5. M. Vesse : Le syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) et l'orthodontiste, l'orthodontiste 2008 ; 145 : 5 – 10
6. M. Vesse : Argumentation à propos de la chirurgie des fonctions orofaciales, l'Orthodontie Française 1998 ; 69-205
7. M. Vesse : Classes III squelettiques. Encycl Méd Chir.(Elsevier, Paris)  
Odontologie/Stomatologie, 23-472-G610, 1999, 18p
8. J. Delaire : AREMACC Séance du 23.4.1997 La ventilation aérienne supérieure : ses troubles, leurs retentissements sur le développement de la face.
9. Linder-Aronson S. : Naso-respiratory function and craniofacial growth. In : McNamara JA ed. Nasorespiratory function and craniofacial growth. Monograph 9, Craniofacial growth series, Center for human growth and development. Ann Arbor : University of Michigan, 1979 : 121-147
10. M. Vesse : La ventilation en pratique O.D.F, l'Orthodontie Française 2005 ; 76 : 67-83
11. Izard G. : Orthodontie. Paris : Masson 1930 : 168, 491
12. Izard G. : Orthodontie. Paris : Masson 1950 : 1138
13. Ricketts R.M.: Respiratory obstruction syndrome..Am J. Orthod 1968 ; 34 (n°7) 495-507
14. Chateau M. : Orthopédie dento faciale, Paris : Jules Prelat, 1975 : 167-263
15. Loreille J.P..Bery A. :La disjonction intermaxillaire augmente t-elle la ventilation nasale ?.  
Orthod Fr 1982 ; 53 :493-500
16. Talmant J., Rouvre M, Thibult.J.L, Turpin P : Contribution à l'étude des rapports de la ventilation avec la morphogénèse cranio-faciale. Déductions thérapeutiques concernant l'O.D.F. Orthod Fr 1982 ; 53 : 8-18
17. Benauwt A.: Ventilation et Orthopédie dento faciale Orthod Bioprogram.1989 ; 3 : 20-49
18. Gola R., Cheynet F, Guyot L., Richard O., Layoun W. : Conséquences de l'obstruction nasale chez l'enfant.  
Orthod Fr 2000 ; 71 : 219-231
19. Gola R., Cheynet F, Guyot L., Richard O., Layoun W.: Ethiopathologie de l'obstruction nasale et ses conséquences sur la croissance maxillo faciale de l'enfant Rev d'Orthop Dento Faciale.2002 ; 36 : 311-333
20. E. Macias Escalada, F de Carlos Villafranca, F de Cobo Plana, J.Diaz-Esnal, Belén : Aporotologia intraoral en el tratamiento de la apnea-hipopnea obstructiva del sueno (SAHOS) RCOE, 2002 Vol 7, N°4, 391-402
21. Garnier Delamare : Dictionnaire des termes techniques de médecine, Paris : Maloine, 1998
22. Talmant J., Deniaud S., Nivet M.H : Ventilation nasale et dimension verticale : bases morphologiques et physiologiques Orthod Fr 2003 ; 74 :276-277
23. Delaire J. : La croissance maxillaire : déductions thérapeutiques. Trans Eur Orthod Soc 1971 : 1-22
24. Delaire J. : Maxillary development revisited: relevance to the orthopaedic treatment of class III malocclusions. Eur J Orthod 1997 ; 19 : 289-311
25. Delaire J. : Le développement "adaptatif" de la base du crâne. Justification du traitement précoce des dysmorphoses de classe III. Rev Orthop Dento Faciale 2203 ; 37 : 243- 265