

## **Importance du diagnostic dans le plan de traitement en orthopédie dento-faciale**

J. KOLF

Le sujet du diagnostic nous tient particulièrement à cœur ; en effet, bien que de nombreux efforts aient été faits et qu'une abondante sémiologie clinique et téléradiographique aie vu le jour, nous le considérons encore comme trop négligé par les orthodontistes.

Qu'est-ce qu'un diagnostic ? La référence au terme grec « diagnosis » permet de préciser qu'il s'agit de connaissance à travers les symptômes.

C'est le temps médical le plus important puisqu'il aboutit au traitement le plus approprié nous rappelle l'Encyclopédie.

Nous avons bien conscience de la difficulté de l'entreprise.

Nous savons que dans notre spécialité les éléments pathologiques et physiologiques s'intriquent souvent et qu'il est aisé de prendre l'un pour l'autre.

Nous savons que la face et la denture en particulier, sont douées d'un pouvoir d'adaptation, « de compensation » qui modifie les données et rend délicate l'interprétation des faits observés. Le terme d'équilibre que nous utilisons souvent et qui caractérise la situation des dents, illustre bien l'extrême difficulté du domaine dans lequel nous évoluons et sa labilité.

La solution de notre problème, comme toujours en médecine, passe par la connaissance de la physiologie ; à partir du normal, nous pourrons dresser le bilan de l'anormal.

Nous sommes conscients du fait que la découverte de toutes les connaissances dont nous avons besoin dans ce domaine n'est pas pour demain.

Cependant, outre que ces faits rendent l'entreprise constamment passionnante, cette attitude doit rester notre but essentiel, car en effet, d'elle seule dépend le pronostic. Or, redresse-t-on les dents des enfants que l'on nous confie pour deux ans ou pour la vie ?

A-t-on le droit d'imposer les dispositifs standardisés à nos petits patients sous prétexte que nous sommes dans l'impossibilité de prévoir l'avenir, alors que peut-être un seul dispositif suffirait, ou une association fonctionnelle et mécanique ou psychologique et mécanique, ou bien encore l'abstention thérapeutique si la récurrence est prévisible au terme du traitement.

Un certain nombre de points sont d'ores et déjà éclaircis et il ne viendrait à l'idée de personne de traiter la proalvéolie incisive supérieure compensant parfaitement une prognathie mandibulaire ; ou bien encore de corriger par des tractions élastiques la non-concordance des points incisifs que l'on observe dans le torticolis congénital, ce qui serait un acte non seulement inutile mais nocif.

Est-il raisonnable de traiter de façon identique un recouvrement incisif considéré comme exagéré s'il est l'expression verticale d'une dysharmonie dento-maxillaire (auquel cas il ne s'agit plus de pathologie mais de physiologie) ou bien si l'origine en est une infraalvéolie molaire due à une interposition linguale, ou bien encore, s'il est secondaire à une modification de l'inclinaison antéropostérieure des incisives, elle-même sous la dépendance d'une hypertonie de l'orbiculaire avec élévation du stomion ? De même doit-on adopter une attitude thérapeutique identique devant un articulé molaire inversé lorsqu'il témoigne d'un décalage transversal des bases osseuses ou lorsqu'il a pour origine une endoalvéolie ? Nous ne le pensons pas.

L'avenir nous paraît résider dans l'établissement minutieux de fiches d'observation qui ne soient pas des fiches anthropologiques, car, hélas, nous avons le sentiment qu'aux anciennes mesures sur moulages et sur la face, se sont substituées d'autres mesures, plus sophistiquées, que l'on compare à des standards tirés le plus souvent d'un cliché du profil. Ces mesures sont dressées en catalogue dont on extrait un plan de traitement stéréotypé et symptomatique sans tenir compte, en général, ni de l'âge ni du sexe.

Depuis plusieurs années déjà des analyses de volume ont été proposées (BOUVET, DAHAN, DELAIRE, NARDOUX, REBOUL...). L'enfant, en effet, n'est pas qu'un sens sagittal,

il est aussi un sens transversal et vertical. Il est également un être affectif, avec des manifestations buccales de cette affectivité, des tics accompagnés de syncinésies. Il est aussi une musculature faciale avec des caractères constitutionnels qu'il convient de préciser, des antécédents personnels et une hérédité. L'observation doit tenir compte de tout cela pour tenter d'établir enfin le diagnostic.

Le diagnostic en Orthopédie dento-faciale ne peut ressembler au diagnostic tel qu'on le rencontre, par exemple, en pathologie infectieuse. Le cadre nosologique dans lequel s'insèrent les déformations maxillo-faciales est d'un ordre différent et plus complexe aussi.

Les critères de classement ne peuvent être rapportés qu'au siège (comme dans « les maladies mitrales », par exemple) ou aux lésions. La multiplicité des facteurs intervenant dans la sphère oro-faciale est telle qu'il faut remettre en question, sauf dans quelques cas bien précis, les espoirs de classement par syndrome, qui ont un temps été caressés. Les phénomènes sont trop complexes et différents dans leur origine pour qu'il en soit ainsi.

**Les études ne peuvent être que sectorielles :**

— Zone alvéolo-dentaire incisive, qui subit l'influence des lèvres et l'action si particulière de la pointe de la langue, elle-même influencée par le psychisme ;

— Zone molaire, dont la morphologie dépend plus sûrement de la mastication et des caractères constitutionnels de la base de la langue (PLANAS). Nous signalerons au passage combien il paraît illusoire d'arriver à un syndrome simple si l'on considère, pour la langue seule, la dualité entre la pointe et la base, distinctes par leur origine embryologique, par leur innervation sensitive et par leur réponse si différente à la rééducation de leur comportement ;

— Rapports sagittaux et peut-être transversaux des maxillaires sous la double dépendance de l'hérédité et de la fonction (DELAIRE) ;

— Retentissement enfin, de la croissance de la base du crâne sur la morphologie des maxillaires, sous la dépendance pratiquement exclusive de l'hérédité.

Doit-on, devant la variété de ces niveaux d'investigation renoncer à faire un bilan précis et à établir un diagnostic morphologique d'abord, différentiel ensuite, et, à la limite, étio-pathogénique ? — Mille fois non —.

Nous voudrions citer pour exemple un type d'entité pathologique complexe dont la symptomatologie faciale a été analysée sur le plan clinique par M. MAJCZYNO, de Varsovie, puis par DELAIRE et ses élèves FERRÉ, VERDON, BOISSON, sur le plan téléradiographique et qui représente le type même de l'observation de référence : le torticolis musculaire congénital.

**TORTICOLIS MUSCULAIRE DE L'ENFANT****OBSERVATION TYPE**

**Définition :** Rétraction permanente du muscle sterno-cléïdomastoïdien.

Cette rétraction affecte principalement le chef sternal.

Les lésions s'étendent quelquefois aux aponévroses et aux autres muscles du cou.

On a relevé également des atteintes nerveuses (cornes antérieures de la moëlle).

**Étio-pathogénie :** C'est une affection génétique à hérédité dominante irrégulière (Dr MARTINIE-DUBOUS-QUET).

Pour G. LAURENCE le tableau clinique est composé de trois éléments :

- 1) L'élément constitutionnel, donné au départ :
- 2) Les éventuelles anomalies neuro-motrices du fœtus liées à son asymétrie constitutionnelle ;
- 3) Les éventuels traumatismes d'un accouchement auquel le fœtus mal formé, et par là même gêné, n'a pas pu se préparer comme un fœtus normal.

**CLINIQUE**

Nous passerons sous silence la clinique du torticolis du nouveau-né qui n'intéresse pas l'orthodontiste pour ne traiter que :

— **Le torticolis de l'enfant.**

**A l'inspection**

**De face :** l'attitude est caractéristique :

- a) La tête est penchée du côté de la lésion, tandis que l'épaule homologue se relève par compensation réflexe ;
- b) On note également une rotation de la tête, telle que l'enfant semble regarder du côté opposé au torticolis ;
- c) le crâne enfin est en hyperextension.

La réduction manuelle de cette attitude est possible et indolore mais celle-ci se reproduit spontanément dès que la tentative de correction cesse.

Au niveau du visage l'inspection objective « La scoliose faciale », les lignes horizontales joignant les points homologues ne sont pas parallèles mais convergent du côté malade. De même les distances verticales — angle

externe de l'œil, angle de la commissure labiale par exemple — sont plus courtes du côté du torticolis. C'est la face dite en « haricot » ou « scoliotique ».

**De dos :**

- Le cou est asymétrique ;
- On relève une déformation scoliotique de la colonne vertébrale.

**Examen endobuccal**

1) **En position de repos :** Le plus souvent le point inter-incisif inférieur est déplacé du côté du torticolis. Cette déviation s'accroît lors de l'ouverture de la bouche.

2) **En position d'occlusion :** On retrouve fréquemment la non-concordance des points inter-incisifs, mettant en évidence la latéro-déviations mandibulaire du côté malade. Il faut noter la discrétion de ce signe, qui peut quelquefois être complètement masqué par une inclinaison compensatrice des incisives inférieures du côté sain.

Cette latéro-déviations mandibulaire s'accompagne dans les cas les plus caractéristiques d'une distocclusion molaire homolatérale et d'une normocclusion du côté opposé.

Le plan d'occlusion est oblique, remontant du côté malade.

Dans le sens transversal, on trouve souvent un articulé molaire inversé du côté atteint. Cependant la linguocclusion molaire peut manquer s'il y a inclinaison compensatrice du processus alvéolaire.

3) Si une dysharmonie dento-maxillaire existe, les symptômes apparaissent d'abord du côté sain : vestibulotopie de la canine supérieure par exemple.

4) **La position de bout à bout incisif :** objective l'inclinaison du plan d'occlusion déjà signalée la béance molaire est plus grande du côté sain.

**Examen radiologique**

Devenu systématique dans notre spécialité, il comporte ici trois téléradiographies, de profil, de face et axiale.

Le rayon incident est parallèle au plan de Francfort pour les deux premiers clichés, perpendiculaire à ce plan pour le troisième.

Des céphalogrammes sont tracés d'après ces téléradiographies, ainsi qu'un ou deux mandibulogrammes des clichés de face ou vertical (FERRÉ).

La lecture de ces tracés permet de déceler les lésions propres au torticolis congénital.

Un cliché selon l'incidence décrite par BOUVET complète utilement ce dossier. Il permet d'étudier les compensations alvéolaires aux déformations osseuses dans le sens transversal et contribue à expliquer l'aspect clinique.

1) L'analyse **du cliché de profil** : le moins éloquent dans ce syndrome, permet cependant d'observer :

— au niveau osseux : le décalage des deux hémifaces; les contours postérieurs des structures osseuses faciales ne coïncident pas, de même les images dentaires dans la région molaire sont dédoublées ;

— au niveau alvéolo-dentaire : les inclinaisons compensatrices d'un éventuel décalage sagittal des bases.

2) **Sur le cliché de face** :

a) **Au niveau osseux**, l'on retrouve la « scoliose faciale » à convexité du côté sain et atrophie de ce même côté, déjà constatée lors de l'examen clinique. Le mandibulogramme permet dans certains cas, de constater un raccourcissement de la mandibule du côté du torticolis.

b) **Au niveau alvéolo-dentaire**, l'on remarque l'ascension du plan d'occlusion du côté atteint, le décalage des points inter-incisifs et éventuellement l'inclinaison de l'axe des incisives, très facile à mettre en évidence sur ce cliché, et qui compense parfois au point de la masquer, la latéro-déviaton mandibulaire.

3) **Le cliché vertical**, le plus éloquent, permet de mettre en évidence :

a) Au niveau de la base du crâne « le syndrome dissymétrique cranio-facial » de J. DELAIRE : l'hémibase du crâne du côté malade est reculée par rapport au côté sain, ce recul affecte à la fois les étages antérieur et moyen ; la pyramide pétreuse est située plus en arrière et son axe est plus divergent ;

b) l'atrophie faciale ;

— hémiatrophie du côté opposé à la lésion

— ou plagiocéphalie frontale du côté du torticolis et occipitale du côté opposé.

c) L'examen de la mandibule permet sur cette incidence de s'apercevoir de l'allongement de l'hémimandibule du côté opposé à la lésion. Cette dolichomandibulie étant pour DELAIRE et ses Coll. propre au torticolis congénital et ne se retrouvant pas dans le syndrome dyssymétrique cranio-facial compensé.

4) Le cliché selon l'incidence de BOUVET enfin, permet d'étudier dans le sens transversal et au niveau molaire, les compensations alvéolaires aux déformations osseuses : l'exoalvéolie molaire supérieure du côté atteint peut compenser complètement la latéro-déviaton mandibulaire et rectifier l'articulé transversal. Si de plus une inclinaison incisive inférieure inverse existe (découverte sur l'incidence frontale) le syndrome basal est alors complètement masqué et l'articulé dentaire est tout à fait convenable.

Ceci explique également pourquoi les signes de dysharmonie dentomaxillaire à l'arcade supérieure se retrouvent seuls ou majorés, du côté sain ; celui-ci est le côté atrophié et, d'autre part, les compensations alvéolaires augmentant le périmètre habitable se trouvent du côté malade.

Cette observation est un exemple, propre à illustrer l'impérative nécessité d'un diagnostic précis, exemple auquel il convient d'apporter quelques conclusions.

Cette description paraîtra sans doute complexe à certains et bien éloignée de leur pratique quotidienne ; nous pensons au contraire que la complexité même des lésions osseuses et la richesse des compensations tant alvéolaires qu'osseuses (DELAIRE) caractérisant ce syndrome, est propre à alimenter notre réflexion. Elle illustre bien la faculté d'adaptation du système dentaire dont nous parlions plus haut et nous enseigne à quel point il convient d'être circonspect devant les symptômes que nous avons l'occasion de rencontrer tous les jours. Sont-ils pathologiques ? Sont-ils au contraire la preuve de la mise en marche d'un processus d'adaptation tendant à corriger un trouble sous-jacent ? En un mot convient-il de les corriger ou, au contraire, de les respecter ?

Munis des meilleures intentions, mais dans l'ignorance, nous risquons par une thérapeutique purement symptomatique de détruire un équilibre bénéfique ou, au contraire, de lutter contre une correction en train de s'établir spontanément. Seule la connaissance précise et détaillée des anomalies morphologiques et fonctionnelles et de leur cause, c'est-à-dire le diagnostic, permettra d'éviter ces erreurs.

#### BIBLIOGRAPHIE

FERRE J.C., VERDON P. et BOISSON M. : Aspects téléradiographiques tridimensionnels de quelques cas de torticolis congénitaux. *Rev. Stomat.* (Paris), 74, n° 4, pp. 293-308, 1973.

JUDET R. et COLL J. : Torticolis congénital. *Gaz. Méd. France*, 2, 1V, pp. 1033-1039, 1964.

MAJCZYNO M. : Les malformations maxillo-faciales des enfants atteints de torticolis congénital. *Rev. Stomat.* (Paris), n° 7, pp. 561-568, 1972-73.

LACOSTE A., FERRAY C. et ROYCADILLE R. : Le torticolis congénital. *Méd. infant.*, 76, n° 6, pp. 497, 1969.

LAURENCE G. : Le torticolis congénital. *Rev. Praticien*, tome 4 n° 29, pp. 2595-2696, Nov. 1954.

LAURENCE G. : Le torticolis musculaire de l'enfant. *Rev. Praticien*, 14, n° 6, pp. 669-674, 1964.