

Points de vue sur le traitement précoce. Entretien avec Marie-Josèphe Deshayes et Emmanuelle Jaunet

Point of view regarding early treatment. Interview with Marie-Josèphe Deshayes and Emmanuelle Jaunet

Alain BÉRY¹, Marie-Josèphe DESHAYES^{2*}, Emmanuelle JAUNET³

¹ 8 rue Théodule Ribot, 75017 Paris, France

² 20 place St Sauveur, 14000 Caen, France

³ 14 rue Porte Clos Haut, 41000 Blois, France



Alain Béry



Marie-Josèphe Deshayes



Emmanuelle Jaunet

Alain Béry : *Qu'appelle-t-on un traitement précoce ?*

Emmanuelle Jaunet : C'est un traitement en denture temporaire avant l'évolution des premières molaires permanentes qui corrige des anomalies structurales, c'est-à-dire des anomalies occlusales et basales, autres que celles liées aux parafunctions (suction de pouce, biberon, tétines ou autres) que l'on aura pris soin de supprimer auparavant.

Marie-Josèphe Deshayes : Je suis de son avis. C'est avant tout un traitement en denture temporaire, mais il faut savoir faire le diagnostic différentiel entre des anomalies dysfonctionnelles (oro-linguales, ventilatoires, etc.) et des anomalies squelettiques, c'est-à-dire responsables d'un déséquilibre facial (dans les 3D) et d'une fonction masticatoire qui ne peut pas être harmonieuse. Si les dysfonctions méritent une prise en charge fonctionnelle, avec appareil ou rééducation, précoce ou plus tardive selon les perceptions cognitives de l'enfant, la correction des autres anomalies squelettiques doit

être prévue en denture temporaire afin de corriger les dysharmonies basi-crâniennes. En effet, certaines anomalies proviennent de la base crânienne et on sait que cette base va terminer d'édifier ses caractéristiques architecturales avec l'éruption des premières molaires permanentes M1¹. Si on a donc pour objectif d'interférer sur la base crânienne, il faut le faire avant l'éruption de M1.

A.B. *Le praticien doit-il avoir une formation spécifique ?*

E.J. Oui. Le diagnostic clinique en denture temporaire, l'étude céphalométrique et le traitement précoce ne sont pas actuellement enseignés dans la formation initiale des spécialistes qualifiés en ODF. Un traitement précoce doit répondre à des objectifs parfaitement définis. Une bonne maîtrise de ces traitements demande de savoir dépister, de savoir relier l'anomalie occlusale à la face et à la base du crâne, de savoir analyser le type de croissance de

* Auteur pour correspondance : mj.deshayes@wanadoo.fr

¹ May R, Sheffer DB. Growth changes in measurements of upper facial positioning. *Am J Phys Anthropol* 1999;108:269–280.

la base du crâne à cette période et de savoir maîtriser la thérapeutique de précision dans ces petites bouches. Il faut donc nécessairement un enseignement spécifique.

M.-J.D. C'est pourquoi je me suis penchée sur l'enseignement des bases des traitements précoces et assure depuis douze ans une formation théorique pour des praticiens déjà orthodontistes (ils suivent ces cours pendant un minimum de deux ans). Ces ateliers ont reçu l'accréditation par l'organisme de formation continue CNFCO.

A.B. *Le traitement précoce nécessite-t-il toujours un appareil ?*

E.J. Toujours. Une fois les problèmes de para-fonctions réglés, le traitement précoce corrige des anomalies déjà existantes en denture temporaire. Le plus souvent, il s'agit d'asymétries et seul un traitement personnalisé à l'aide d'un dispositif sur mesure à partir d'empreintes permet de corriger précisément la forme des arcades et les rapports inter-arcades.

M.-J.D. Je crois que nous devons différencier les appareils qui stoppent les dysfonctions orolinguales, de ceux que nous utilisons pour corriger la forme d'une arcade ou qui agissent sur le remodelage osseux. Ces appareils sont très spécifiques à chaque enfant, faits sur mesure, utilisent des vé-rins sectoriels à action raisonnée, peuvent porter des pistes de désocclusion qui permettent de rediriger les forces occlusales au moment de la mastication, ou bien interfèrent sur l'équilibre vertical du plan occlusal. C'est surtout le traitement des asymétries faciales qui est très spécifique : nous avons pour objectif de symétriser les bases osseuses, symétriser la fonction masticatoire le plus tôt possible et, par là même, induire un nouveau remodelage des cavités glénoïdes afin de symétriser les ATM.

A.B. *Quelle est la durée moyenne d'un traitement précoce ?*

E.J. Un traitement précoce se fait par étapes de neuf mois environ. La première étape sera *toujours* consacrée à la correction de l'asymétrie occlusale et neuf mois seront dans de nombreux cas suffisants.

M.-J.D. Tout à fait d'accord avec Emmanuelle.

E.J. En fonction de la dysmorphose sagittale associée et du degré de difficulté, une ou plusieurs étapes

seront nécessaires. Le diagnostic clinique et céphalométrique permettent de prévoir ces différentes étapes dès le départ.

Il est parfois difficile de se caler dans la nomenclature actuelle qui découpe le traitement en semestres.

M.-J.D. C'est là notre grand problème : nous faisons un véritable traitement orthopédique qui devrait avoir sa cotation !

A.B. *Ce type de traitement peut-il être suffisant à lui seul ?*

E.J. Oui, dans de nombreux cas, lorsque les objectifs sont atteints, en particulier la correction de l'asymétrie. L'étape en denture définitive n'est pas nécessaire.

M.-J.D. Il faut bien savoir qu'une asymétrie faciale (et occlusale) doit idéalement être corrigée avant l'éruption des M1, sinon on s'expose à des freins occlusaux qui retardent, voire rendent impossible, la symétrisation totale de la fonction masticatoire.

A.B. *Pourquoi les enfants voient généralement l'orthodontiste vers 9-10 ans ?*

E.J. À cause d'idées reçues et malheureusement très ancrées chez les omnipraticiens. Les omnipraticiens ne savent pas voir les signes cliniques d'asymétrie en denture temporaire et ne savent pas anticiper l'évolution de la bouche de leurs petits patients. Il faut leur apprendre.

M.-J.D. J'ajouterai aussi qu'un grand nombre d'orthodontistes ne « voient » pas les petites asymétries, car on ne leur a pas appris où les chercher... c'est très ennuyeux, car la formation initiale des orthodontistes devrait enseigner ce dépistage et ce n'est pas fait !

A.B. *Pourquoi certains praticiens n'acceptent les patients que lorsqu'ils sont en denture définitive ?*

E.J. Ils maîtrisent très bien leur technique multi-attache et la contention qui suit et sont plus à l'aise avec de grands enfants.

M.-J.D. Si j'ose, je dis qu'ils évitent la confrontation avec une petite enfance qui n'est pas simple à prendre en charge. Il est certain que traiter des petits enfants en denture temporaire nécessite une formation spécifique. Certains praticiens n'ont pas l'aptitude psychologique optimale pour approcher

un enfant de trois ans. Disons aussi que tous les enfants scolarisés à l'école maternelle n'ont pas forcément un relationnel ou des aptitudes cognitives qui leur permettent d'être appareillés. Personnellement, mon expérience des traitements précoces, depuis plus de douze années, fait le constat que nous devons restructurer nos cabinets, revoir notre emploi du temps, ne pas « mélanger » la patientèle des petits et des grands etc., prendre beaucoup plus de temps à chaque rendez-vous.

A.B. *Commencer tôt un traitement n'est-il pas un risque de coup de pompe orthodontique ?*

E.J. Non, un traitement précoce *bien mené* et bien expliqué aux parents se termine plus tôt. De plus, il est vécu par les parents comme un traitement moins lourd et avec un résultat plus rapide qu'un traitement multibague arrivant très tard à l'adolescence, et qui, pour eux, serait plus long et plus contraignant, plus *douloureux* pour leur enfant. Ce que je veux dire par résultats obtenus plus rapidement, c'est que le traitement précoce va favoriser l'évolution harmonieuse spontanée des incisives permanentes dès 6–7 ans, puis des canines et prémolaires pendant toute la phase de changement de dentition, alors que le traitement est suspendu depuis longtemps. Et donc, très tôt, l'enfant présente un alignement dentaire harmonieux et ne passe pas son enfance avec des dents dans tous les sens.

M.-J.D. Je ne peux que valider ce que dit Emmanuelle.

A.B. *Certains praticiens pratiquent des traitements précoces et adressent ensuite les enfants à d'autres confrères pour la suite en appareils fixes. Cette approche est-elle concevable ?*

E.J. Pourquoi pas, mais comme je l'ai dit précédemment, dans de nombreux cas, la suite en appareils fixes n'est pas nécessaire. Il faut garder à l'esprit que c'est cette étape de traitement précoce en denture temporaire qui est essentielle pour l'avenir de la bouche de l'enfant. Mon expérience et un recul maintenant de 6–7 ans me permettent d'affirmer que le traitement avant l'éruption des premières permanentes permet d'obtenir des résultats rapides et stables qu'on ne pourrait pas envisager en commençant plus tard. C'est donc à cette étape qu'il faut consacrer tout notre savoir-faire et, en tant que

spécialiste en *orthopédie* dento-faciale, c'est, à mon avis, la partie la plus intéressante du traitement.

M.-J.D. Oui, mais à la condition que la partie orthopédique de ces traitements précoces soit bien faite et bien aboutie, c'est-à-dire bien finie en denture temporaire ou mixte. Je vois malheureusement trop souvent des appareils (comme à action médiane) posés dans l'intention de faire de l'« expansion » et sans plus : c'est aberrant et c'est la récurrence assurée... On doit savoir manipuler des appareils très structurés, avoir une véritable stratégie (ce que je veux corriger, comment, faire une véritable prescription au prothésiste, sur combien de semaines activer, impliquer les parents pour dépister une déstabilisation de l'appareil, etc.).

A.B. *Pour la Belgique, il y a une différence entre le « traitement de première intention » (TPI) et le traitement orthodontique « classique ». Le traitement de première intention, repris dans la nomenclature sous les numéros 305933 et 305955, a pour but de couvrir une intervention orthodontique précoce et rapide, afin de :*

- corriger les articulés croisés dentaires frontaux et/ou latéraux et lever les verrouillages frontaux et/ou transversaux de l'occlusion, les uns et les autres causant souvent un développement déséquilibré ou insuffisant du tissu osseux alvéolo-maxillaire ;
- corriger la position des incisives versées en avant pour prévenir les traumatismes antérieurs ;
- corriger un manque de place pendant la phase de permutation dentaire.

Ce traitement, imaginé pour être rapide dans le temps et très limité dans ses objectifs, peut parfois être commencé vers l'âge de 6 ou 7 ans ou même plus tôt, ou plus tard. Pensez-vous que cette approche soit réductrice ?

E.J. Pas réductrice mais mal définie quant à ses objectifs et la période d'intervention. L'idée d'un traitement de première intention est très bonne mais doit être centrée sur la correction des asymétries qui compliquent presque toutes les dysmorphoses qu'elles soient en classe I, classe II, ou classe III, et doit être mise en place avant l'évolution des premières molaires permanentes de façon à ce que celles-ci arrivent sur des bases osseuses symétrisées. La correction du sens sagittal se fera en 2^e intention.

M.-J.D. Il est souhaitable de redéfinir aussi précisément que possible les signes cliniques des malocclusions en denture temporaire ; mais on ne

doit pas se limiter à l'occlusion, il faut aller rechercher toute la sémiologie associée aux différentes dysharmonies (investigation dans le carnet de santé pour les pathologies ORL par exemple). Faire une enquête sur l'apparition des petites dysmorphies ou bien des petits troubles cognitifs (dans la production des sons, dans la perception du schéma oro-lingual, etc.). Nous sommes sur des investigations médicales et pas uniquement dentaires. Sans prise en compte de celles-ci, on se limite à des actions purement dentaires et c'est une erreur. Il est urgent qu'une nouvelle nomenclature apparaisse pour définir au mieux les besoins et traitements précoces.

A.B. *Quelles nuances faire entre prévention et interception ?*

E.J. Parler de prévention signifie une intervention dont le but est d'empêcher la dysmorphose de s'installer, ce qui n'est pas le cas des traitements précoces dont le but est de *corriger* une dysmorphose déjà installée. Parler d'interception est peut-être plus approprié, car le traitement va agir sur la dysmorphose dont le diagnostic est bien établi, avant qu'elle s'installe plus durablement, c'est-à-dire avant le verrouillage occlusal qui s'opèrera après l'évolution des dents de six ans. Pour moi, on est dans le traitement proprement dit de la dysmorphose dès la denture temporaire.

M.-J.D. Il n'y a pas à se focaliser sur cette terminologie. Il est préférable de parler de traitement actif ou passif. Je m'explique : soit on active des appareils (le traitement est actif), on les règle au minimum une fois par mois, on les change très régulièrement

(toutes les six ou huit semaines pour certains) ; soit l'appareil est posé mais ne réclame pas d'activation et peut durer plusieurs mois (le traitement est passif). Le travail du praticien est totalement différent : dans le 1^{er} cas, son investissement financier et en temps est important ; dans le second cas, il est plus passif (c'est souvent le cas des appareils de rééducation fonctionnelle). Il va de soi que ces deux types de traitements ne peuvent se réclamer de la même cotation auprès de la nomenclature.

A.B. *Comment réagissez-vous à Harrison JE, O'Brien KD, Worthington HV qui écrivent : « Les preuves suggèrent que mettre en place un traitement orthodontique précoce pour les enfants ayant les dents antérieures du maxillaire supérieur en proalvéolie n'est pas plus efficace qu'effectuer un traitement orthodontique en une phase lorsque l'enfant est dans les phases précoces de l'adolescence. » ?*

E.J. Ces auteurs parlent-ils d'incisives permanentes ou temporaires lorsqu'ils parlent des *dents antérieures du maxillaire supérieur en proalvéolie* et se réfèrent-ils à des traitements précoces réalisés en denture temporaire ou un peu plus tardifs en denture mixte ?

M.-J.D. Je serai assez sévère... non pas précisément vis-à-vis de ces confrères, mais pour tous ceux qui utilisent le mot « proalvéolie » pour définir l'ensemble des décalages occlusaux de type classe II. En l'absence de définition squelettique, d'investigation basicrânienne, d'analyse du comportement cognitif de l'enfant, il est impossible de parler stratégie thérapeutique.