

Points de vue sur le traitement précoce. Entretien avec Jean-Baptiste Kerbrat, stomatologue et chirurgien maxillo-facial compétent en ODMF

Point of view regarding early treatment. Interview with Jean-Baptiste Kerbrat

Alain BÉRY¹, Jean-Baptiste KERBRAT^{2*}

¹ 8 rue Théodule Ribot, 75017 Paris, France

² 49 rue Jeanne d'Arc, 76000 Rouen, France



Alain Béry



Jean-Baptiste Kerbrat

Alain Béry : *Le terme médecine bucco-dentaire est-il adapté ?*

Jean-Baptiste Kerbrat : Si le terme de médecine bucco-dentaire est tout à fait adapté à l'odontologie, il est un peu restrictif pour l'aspect médical de l'orthopédie dento-faciale (ODF). La médecine bucco-dentaire regroupe bien toutes les pathologies infectieuses, tumorales de la muqueuse, de l'os alvéolaire et des dents, mais l'ODF a une action médicale beaucoup plus large que la simple bouche de l'enfant. On sait depuis longtemps agir sur des sutures et sur la croissance des os de la face, ce qui élargit sensiblement le champ d'action médical de l'ODF. Nous sommes finalement des médecins de la face.

A.B. *Faire des empreintes à un jeune enfant ne risque-t-il pas de créer une « angoisse du dentiste » ?*

J.-B.K. Oui, effectivement, il existe des indications de traitements très précoces de 3 à 5 ans notamment dans les malformations, mais aussi dans tous les problèmes ventilatoires pour lesquels nos correspondants oto-rhino-laryngologistes (ORL) ou pédiatres souhaitent que nous agissions tôt, afin de rétablir une fonction respiratoire normale pour certains enfants, en particulier dans les cas d'apnées du sommeil.

Mais réaliser un moulage à un enfant de 3 ans n'est pas si simple, et il n'est pas question de demander une anesthésie générale. La coopération du patient reste donc une des limites psychologiques à traiter tôt les enfants. Ce sont des petits patients que nous suivrons pendant plusieurs années et il n'est pas imaginable de créer un choc psychologique négatif. La prise en charge de ces jeunes patients demande beaucoup de temps, d'énergie et de patience de la part du praticien et une bonne coopération des parents.

* Auteur pour correspondance : dr.kerbrat@wanadoo.fr

A.B. *Quelles sont vos principales étapes du diagnostic chez le jeune enfant ?*

J.-B.K. Finalement, il n'y a aucune particularité dans les étapes du diagnostic du jeune enfant par rapport à celui de l'adolescent. Elles restent cliniques, basées sur l'anamnèse, avec un examen intra- et extra-oral, une étude des fonctions de ventilation, de mastication, de déglutition et de la posture. On y associe un certain nombre d'examen para-cliniques, radiologiques ou fonctionnels.

A.B. *Quelle importance doit-on donner à la posture ?*

J.-B.K. Ce sont des données à prendre en compte. Il est évident qu'un enfant va rééquilibrer des troubles occlusaux grâce à des modifications de sa posture. Le praticien devra veiller, lors de sa thérapeutique, à bien rétablir un équilibre tant occlusal que postural.

A.B. *Depuis Pierre Robin, bien connu pour traiter tôt, quelles sont les avancées dans notre diagnostic et, par voie de conséquence, dans nos traitements ?*

J.-B.K. La grande avancée de ces dernières années est bien sûr l'imagerie médicale grâce à l'avènement du 3D et de la baisse des irradiations. Les diagnostics osseux sont devenus beaucoup plus précis et surtout plus complets, en particulier, l'étude des rapports entre le maxillaire et les voies aériennes supérieures.

A.B. *Est-il concevable de ne traiter que de jeunes enfants et de les adresser ensuite à un autre praticien ?*

J.-B.K. Finalement, pourquoi pas ? On peut imaginer un praticien purement orthopédiste qui,

après avoir traité les problèmes osseux et fonctionnels, envoie à un de ses confrères le patient pour de l'orthodontie. Il est quand même dommage que, dans une spécialité complète comme la nôtre, il ne suive pas son patient jusqu'à la fin de son adolescence.

A.B. *Comment prenez-vous en charge les déficits ventilatoires ?*

J.-B.K. Les déficits ventilatoires sont essentiellement dus à un cercle vicieux entre nez bouché, respiration buccale et déficit de croissance transversale. Il s'agit donc non seulement de rétablir précocement un maxillaire de taille équilibré, mais aussi, et parallèlement, d'éduquer le patient qui n'a finalement jamais respiré par le nez. Cette éducation ventilatoire est aidée par la sensation proprioceptive du nez d'un patient ayant une disjonction orthodontique.

C'est le moment idéal pour lui donner un certain nombre d'exercices et d'appareils lui permettant de retrouver la fonction ventilatoire nasale automatique. Elle seule permettra une bonne fonction linguale et donc de bonnes dimensions transversales du maxillaire.

A.B. *Pensez-vous que nos étudiants soient assez formés pour traiter tôt ?*

J.-B.K. Il est évident qu'il existe, comme dans de nombreuses autres spécialités, des écoles de formation, mais je pense qu'avec l'avènement de l'inter-nat, les jeunes générations seront formées de façon beaucoup plus globale et que le compagnonage hospitalier permettra à ces étudiants d'acquérir une vision médicale de la prise en charge ODF des patients.