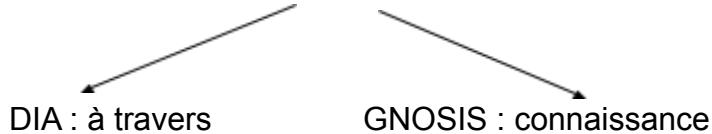


Etiologies des anomalies Dento-maxillo-faciale en ODF

Le mot diagnostic est issu du mot grec « DIAGNOSIS »



Donc le mot « **diagnostic** » signifie Connaitre à travers

Le diagnostic est une démarche intellectuelle, par laquelle une personne d'une profession médicale identifie la maladie d'une autre personne soumise à son examen, à partir des symptômes et des signes que cette dernière présente, et à l'aide d'éventuelles investigations complémentaires. (JEAN-CHARLES SOURNIA)

Le diagnostic Orthodontique s'appuie sur une véritable enquête, où se mêlent les éléments qualitatifs (issus de la clinique) et les éléments quantitatifs (issus du dossier).

DOMAINES DU DIAGNOSTIC :

Diagnostic positif : Noter toutes les anomalies, tels que :

- Anomalies basales (dans les 3 sens de l'espace)
- Anomalies alvéolaires (dans les 3 sens de l'espace)
- Anomalies dentaires
- Anomalies fonctionnelles

Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel est la description des anomalies comportant des signes proches de l'anomalie en question (diagnostic positif), et qui peuvent être confondues.

Autrement dit, le diagnostic différentiel est l'identification d'une pathologie grâce à la comparaison des symptômes dus à plusieurs affections voisines que l'on cherche à différencier les unes des autres, en utilisant des processus d'élimination logiques.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Le diagnostic étiologique définit la recherche du facteur causal des anomalies constatées.

On distingue deux types de causes : les causes primaires et les causes secondaires.

Les causes primaires constituent les facteurs héréditaires et congénitaux qui s'expriment au cours de l'embryogénèse, la morphogénèse et tout au long de la croissance.

Les causes secondaires sont des causes acquises qui apparaissent après la naissance. elles comprennent les facteurs fonctionnels (dysfonctions, para fonctions) ainsi que les facteurs dentaires, musculaires, muqueux ; traumatiques et iatrogènes.

1- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES ANOMALIES BASALES

1-1 Anomalies basales du sens antéro-postérieur :

• Diagnostic étiologique de la classe II/1 :

- Causes héréditaires : par hypodéveloppement du ramus ou du corps mandibulaire
- Causes congénitales : syndrome de ROBIN syndrome OTOMANDIBULAIRE
- Causes secondaires :

- ✓ Volume –position et mobilité de la langue :

Une position haute et antérieure de la langue provoque une croissance antéro-postérieure importante → dolichognathie

Une microglossie → micromandibulie (la croissance de la mandibule n'étant pas stimulée)

- ✓ Les lèvres : responsables de décalage de base par interposition de la lèvre inférieure, celle-ci freine la croissance de la mandibule et favorise la croissance du maxillaire.
- ✓ La déglutition atypique avec pulsion sur les incisives supérieures
- ✓ La succion du pouce ou d'un objet stimule la croissance maxillaire et freine la croissance mandibulaire.

• Diagnostic étiologique de la classe II /2

- L'étiologie de la cl II/2 est essentiellement héréditaire, les facteurs secondaires favorisent le déséquilibre entre les muscles péribucaux.
- La diminution de hauteur des procès alvéolaires postérieurs (infra alvéolie molaire) provoque une supraclusion incisive.
- L'hypertonie labiale exerce une forte pression sur les incisives conduisant à leur linguoversion.
- Il y a prédominance des muscles éléveurs et une position haute de la langue.

- Diagnostic étiologique de la classe III

Classe III par brachygnathie maxillaire :

- La brachygnathie peut être héréditaire ou associée aux grands syndromes et malformations congénitales tels les fentes labio-palatines et le syndrome de BINDER.
- L'agénésie des incisives latérales supérieures qui provoque une hypotrophie du prémaxillaire.
- L'articulé inversé antérieur freine la croissance du maxillaire.



Classe III par promandibulie :

- Causes primaires : les anomalies de classe III sont généralement d'origine héréditaire sur un mode de transmission dominant ; tel que le prognathisme inférieur de la lignée des HABSBOURG
- Causes secondaires : Hypertrophie amygdalienne, la langue s'avance → l'avancée mandibulaire
- Causes dentaires : en présence d'un articulé inversé, la mandibule perd son guide antérieur et continue sa croissance vers l'avant.

1-2 ANOMALIES DU SENS TRANSVERSAL :

- Diagnostic étiologique de l'endognathie maxillaire :

- Encombrement pharyngé
- Position basse de la langue
- Déglutition atypique par position basse de la langue → manque de développement transversal du maxillaire supérieur

- Diagnostic étiologique de la latérognathie mandibulaire :

- Elle peut être acquise lors d'un traumatisme obstétrical ou due à une fracture d'un condyle ou d'une ankylose temporo-mandibulaire
- Anatomisation d'une latérodéviation mandibulaire fonctionnelle



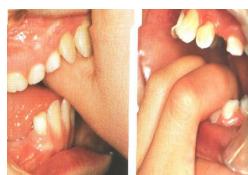
1-3 ANOMALIE DU SENS VERTICAL :

- Open bite : excès de développement maxillaire
 - Langue volumineuse qui s'interpose entre les arcades
 - Respiration buccale
 - Déglutition atypique
 - Hypotonie musculaire
 - Suction du pouce ou interposition d'un objet
- Deep bite :
 - Héritage
 - Environnement musculaire hypertrophique

2- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES ANOMALIES ALVEOLAIRES :

2.1- Proalvéolie supérieure :

- Posture linguale antérieure.
- Déglutition atypique avec pulsion linguale sur les incisives supérieures.
- Brièveté labiale supérieure.



- Suction du pouce.
- Hypotonie de la lèvre supérieure.

2.2- Proalvéolie inférieure :

- Position basse et protrusive de la langue
- Lèvre inférieure hypotonique

2.3- Rétroalvéolie supérieure :

- Hypertonie labiale.



- Cicatrice fibreuse sur la lèvre supérieure.

2.4-Rétroalvéolie inférieure :

- Suction du pouce.
- Langue en retrait due à un frein court.
- Hypertonicité de la lèvre inférieure

2.5- Béance antérieure :

- Suction du pouce ou d'un linge.
- Interposition linguale antérieure au repos.
- Déglutition avec interposition linguale.
- Trouble de la ventilation buccale→ abaissement de la langue



2.6- Supraclusion :

- Infra alvéolie molaire.
- Classe II division 2.

2.7- Endoalvéolie :

- Situation basse de la langue (insuffisance de croissance transversale de l'arcade)
- Déglutition atypique
- Amygdales hypertrophiées



- Respiration buccale.
- Suction du pouce.

3-Diagnostic étiologique des anomalies dentaires :

3.1- DDM :Hérédité croisée, l'indépendance embryologique entre les maxillaires et la denture→incoordination entre les dimensions des mâchoires et des dents .



3.2- Agénésies :Transmises par hérédité et liées à certains syndromes.



3.3- Inclusion :

- DDM par macrodontie relative.
- Présence de dents surnuméraires.
- Traumatismes dentaires (dents lactées).
- Anomalies de développement des germes dentaires.

4- Les syndromes

4-1 Syndrome de CAUHEPE FIEUX :

Endoalvéolie supérieure symétrique.

Déglutition infantile, avec interposition latérale de la langue

Chemin de fermeture dévié.

Linguocclusion unilatérale.

4-2 Syndrome du suceur type :

Succion du pouce ou de l'index qui entraîne une infra-alvéolie incisive.

Proalvéolie supérieure souvent sans diastèmes avec mésioposition des molaires

Légère rétrognathie mandibulaire.

Endoalvéolie supérieure ou bimaxillaire

Déglutition infantile avec pulsion et interposition linguale.

4-3 Syndrome de ROBIN :

Malformation congénitale. Le bébé naît avec une micromandibule et une glossoptose (refoulement en arrière de la langue) donnant un risque d'asphyxie.

4-4 Syndrome de BRODIE :

Endoalvéolie inférieure importante avec vestibuloclusion bilatérale due à une position haute de la langue. Les faces vestibulaires des dents latérales inférieures entrent en contact avec les faces linguales de leurs antagonistes



DIAGNOSTIC SYNTHETIQUE

C'est la synthèse pratique des données des diagnostics positifs qui va permettre d'élaborer une approche thérapeutique.

En ODF, il s'agit de « syndromes anatomo-clinique » relevant d'une étiologie bien déterminée que l'on désigne sous le terme « **d'entité orthodontique** »

CONCLUSION

Il est nécessaire de rassembler tous les signes cliniques afin d'aboutir à un diagnostic précis.

Le praticien doit connaître l'étiologie exacte de chaque anomalie, afin de pouvoir en tenir compte lors de la décision thérapeutique, et l'éliminer pour éviter toute récidive après la fin du traitement.

