

DYSHARMONIE DENTO-DENTAIRE LIEE AU PROGNATHISME FACIAL DU SUJET NEGRO-AFRICAIN

K. DJAHA, M. BAMBA, R. BAKAYOKO-LY, S.H. TOURE.

INTRODUCTION

La face du sujet noir est caractérisée sur le plan squelettique par le prognathisme facial essentiellement marqué par une biprotrusion des arcades dentaires, avec une forte vestibulo-version des blocs incisivo-canins supérieur et inférieur.

A l'aide d'analyses céphalométriques, nous avons mis en évidence ces caractéristiques morphologiques particulières au sujet noir qui le différencie du sujet blanc.

La pratique courante nous a permis en outre d'observer qu'à ces particularités anatomiques, se trouve lié un genre de pathologie caractérisée par une exagération de la vestibulo-version raciale des incisives, suivie de leur chute spontanée.

Dans cette étude, nous parlerons de l'étiopathogénie de ce type de dysharmonie dento-maxillaire, puis nous proposerons une brève description clinique de cette pathologie avec à l'appui quelques cas traités.

I - ETIOPATHOGÉNIE

La pathologie peut apparaître grâce à la présence de facteurs favorisants tels que :

- 1 - La mauvaise hygiène buccale qui peut engendrer des parodontopathies.
- 2 - Une langue trop volumineuse (macroglossie) ou hypertonique.
- 3 - Des lèvres trop épaisses, hypotoniques, non closes au repos ou des lèvres hypo-développées.
- 4 - Chez le respirateur buccal.
- 5 - Extractions multiples des molaires permanentes détruites par la carie.
- 6 - Déséquilibre ou douleurs au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire.

Ces facteurs favorisants peuvent opérer associés ou individuellement grâce à la position naturellement protrusive des incisives chez le noir, qui jouerait probablement un rôle prédisposant. En effet chez le sujet négro-africain les contacts entre incisives antagonistes se font à environ 2 mm du bord libre des incisives supérieures. Ce qui donne un angle interincisif de 116° ;

alors que celui-ci est le 135° chez le sujet caucasien !

Dans tous les cas, l'effet négatif relatif résultant de chacun de ces facteurs se manifeste en déséquilibrant les rapports entre les incisives inférieures, puis entre les incisives d'une même arcade, par la perte des points de contacts inter-proximaux.

Cas N°1 : Migration pathologique des incisives. Bout à bout incisif : avant et après correction

Les rapports normaux sont remplacés soit par une supraclusion incisive soit par une classe III d'Angle incisive caractérisée par un bout à bout ou par un inversé d'articulé incisif.

Cas N°2 : Migration vestibulaire pathologique des incisives responsable de diastèmes inesthétiques. Avant et après correction.

II - SIGNES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose sur différents examens qui permettent de définir cette pathologie qui se rencontre indifféremment chez l'homme et chez la femme et survient en denture adulte.

1° Examen exo-buccal du patient

Vue de face :

- au repos, les lèvres sont entrouvertes,
- les deux centrales supérieures sont donc visibles et en contact avec l'extérieur ("dent en récréation")
- en intercuspidation maximale, le bord triturant des incisives supérieures et plus particulièrement les centrales mordillent la lèvre inférieure.

Vue de profil :

- le prognathisme caractéristique du noir est chez ces patients très accentué, avec la partie inférieure de la face (située en dessous du point sous nasal) qui apparaît très projetée en avant par rapport à toute la partie haute de la face.

2° Examen endobuccal

Malpositions dentaires au niveau des blocs incisivo-canins supérieur et inférieur, caractérisées par une très forte vestibulo-version des incisives supérieures. Celles-ci sont séparées les unes des autres par les larges diastèmes. Dans certains cas, l'espace entre les deux incisives centrales est très proche de 10 mm. (cas N°3).

Cette vestibulo-version des incisives supérieures est compensée par le même phénomène à l'arcade inférieure, créant ainsi les mêmes diastèmes entre les incisives inférieures.

Sur le plan parodontal, les incisives et plus particulièrement les centrales sont déchaussées et dans certains cas jusqu'au 1/3 supérieur de la racine. Ces incisives centrales sont très mobiles et ont subi une forte régression ; chez certains patients l'hygiène buccale est mauvaise avec présence de tartre et de poches parodontales.

En occlusion d'intercuspidation maximale, on note soit une supraclusion incisive soit un bout à bout incisif.

3° Examens complémentaires

La radiographie panoramique met en évidence les diastèmes inter-incisifs et surtout une très forte régression de l'os alvéolaire autour de ces dents.

La téléradiographie de profil met en évidence la biprotrusion pathologique.

L'analyse céphalométrique donne : pour 9 sujets traités :

$$\text{angle } \frac{I}{LP} = 134^\circ \quad \text{normalité} = 120^\circ$$

$$\text{angle } \frac{i}{LM} = 107^\circ \quad \text{normalité} = 98^\circ$$

$$\text{angle } \frac{i}{I} = 98^\circ \quad \text{normalité} = 116^\circ$$

La lèvre supérieure dépasse la ligne E de : 7 mm
normalité = 3 mm

La lèvre inférieure dépasse la ligne E de : 8 mm
normalité = 6,5 mm

Ces valeurs comparées à la normalité mettent en évidence la biprotrusion pathologique (très accentuée) avec une inclinaison vestibulaire anormale des incisives. Les arcades dentaires sont donc anormalement allongées dans le sens sagittal dans leur portion incisivo-canine à cause de cette migration démesurée des dents antérieures.

Sur les moulages, on peut mesurer et apprécier l'importance des diastèmes inter-incisifs.

Sur le plan psychique, ce sont des patients timides, ils cherchent constamment à cacher leur disgrâce pendant le sourire soit avec la main soit en baissant la tête.

En l'absence de traitement, l'évolution de la pathologie aboutit à l'évolution spontanée des incisives. (cas N° 4).

III - TRAITEMENT

1° Traitement parodontal

Quand cela s'avère nécessaire, une remise en état du parodonte (détartrage, curetage des poches) s'impose avant le traitement orthodontique.

2° Rééducation

L'étiologie majeure de cette pathologie étant la langue, il faut faire chez l'enfant une rééducation du comportement de cette langue. Au niveau de la lèvre on l'habitue à les fermer, à sucer une médaille ou un pièce de monnaie avec ses lèvres et non avec ses dents ; on peut aussi le conseiller de jouer d'un instrument de musique à vent.

3° Traitement chirurgical

Chez l'adulte, la solution la mieux indiquée à l'heure actuelle semble être la glossectomie partielle en V (vé). Mais elle est refusée par nos patients.

4° Traitement orthodontique

• *Appareillage fixe*

Il n'est bénéfique que si le patient a fait l'objet d'une rééducation de la langue ou d'une glossectomie partielle.

Chez l'adulte, nous utilisons de préférence des brackets en plastique transparents à la place des bagues incisives : à ce sujet, la technique linguale serait la plus souhaitable.

Seules les molaires sont baguées. Dans le cadre africain, la mise en place du dispositif est précédée d'une préparation psychologique du patient adulte pour l'aider à supporter son appareil, et à le sensibiliser à une hygiène buccale correcte.

Les arcs utilisés visent d'abord à niveler et à aligner correctement les incisives, puis à supprimer les diastèmes entre elles et enfin à reculer ces incisives pour réduire la protrusion ; cela est possible grâce aux espaces créés lors de la migration vestibulaire des dents antérieures.

Lorsque le patient n'a pas fait l'objet d'une glossectomie partielle, il est préférable de ne pas réduire totalement la protrusion après l'alignement des incisives, ce qui évite la réduction de la place nécessaire à la langue.

• *Le maintien de l'ancrage*

Le dispositif de force extraorale (appuis péri-crâniens), habituellement employé pour le maintien de l'ancrage et le recul chez l'enfant, étant généralement refusé par l'adulte, nous le remplaçons par un arc transpalatin soudé aux bagues des dents ancrages ; la partie centrale de cet arc étant noyée dans une petite plaque de résine. Le déplacement des incisives doit être exécuté avec prudence. Nous écartons les dispositifs amovibles qui peuvent aggraver l'égression et la mobilité des incisives.

• *La contention*

On peut se servir d'une plaque de résine munie d'un arc vestibulaire. Mais les contentions de type lingual sont mieux pour ces genres de cas ; ainsi les attelles collées lingualemment sont les meilleures. Ces contentions linguales doivent rester en place le plus longtemps possible voir définitivement, de canine à canine et dans certains cas de prémolaire à prémolaire. C'est le seul type de contentions qui permettent d'avoir des résultats stables à long terme.

5° Résultats

Le traitement parodontal institué (quand cela est nécessaire) permet d'obtenir le rétablissement de l'état sanitaire du parodonte. La gencive acquiert une coloration normale, la mauvaise haleine buccale s'atténue. La glossectomie partielle réduit le volume de la langue ce qui diminue la pression qu'elle exerçait au niveau des faces linguales des incisives. Mais elle a tendance à laisser des séquelles au niveau de l'élocution et ne semble pas garantir complètement la stabilité des corrections orthodontiques.

• *Avec le dispositif orthodontique*

La suppression des diastèmes avec l'alignement des incisives, la réduction de la biprotrusion puis de la supraclusion incisives, ou de la classe III permettent d'instaurer des rapports occlusaux normaux sur le plan fonctionnel, et d'obtenir par la suite une réduction de la mobilité des incisives, un profil normal avec fermeture possible des lèvres et un meilleur sourire. Mais des récurrences sont souvent fréquentes.

CONCLUSIONS

La dysharmonie dento-dentaire que nous venons de décrire, et qui s'identifie par de larges diastèmes entre des incisives mobiles et hyperprotrusives chez nos patients Noirs Africains, pose le problème de l'appareillage d'une denture en plein déséquilibre, avec des

dents souvent très déchaussées chez l'adulte.

Les principales étiologies étant la macroglossie et les anomalies de comportement de la langue, associés quelquefois à une parodontopathie, amènent l'orthodontiste à faire appel à d'autres disciplines comme la parodontologie, la chirurgie (glossectomie partielle) pour une meilleure efficacité du traitement.

En effet, l'orthodontie ne dispose pas à l'heure actuelle de moyens suffisants pour résoudre ce type de problème.

En essayant de traiter ces cas, notre intention est de faire des tentatives de recherches de solutions d'arriver à faire face techniquement à cette pathologie très répandue en milieux Africains.

RÉSUMÉ

La face du sujet Africain est caractérisée sur le plan squelettique par le prognathisme facial qui s'identifie par une biprotrusion des arcades dentaires dans le sens sagittal, ceci en comparaison avec le sujet de race blanche. Cette étude porte sur l'une des manifestations pathologiques pouvant être rattachées à cette particularité de nos arcades, à savoir la migration vestibulaire pathologique des incisives, qui sera à la suite responsable de larges diastèmes entre les dents antérieures.

Le traitement fait appel à la parodontologie, à la chirurgie et en particulier aux techniques orthodontiques.

Mots clés : Dysharmonie dento-dentaire, Prognathisme Facial, Migrations Dentaires.

SUMMARY

Dento-dental dysharmony bound to facial prognathism of the african

On the sketal plan African's face is characterized by the facial prognathism which identifies itself by a biprotrusion of the dental arches in the sagittal way this in comparison with the white (race).

This study deals with one of the pathological manifestations which can be bound again to this peculiar nature of our arches, that is to say.

The pathological vestibulary migration of the incisives which will later be responsable of wide espaces between the front teeth.

The treatment necessitates several technical specialities.

Key-words : Dento-Dental Dysharmony, Facial Prognathism, Tooth Migrations.

REFERENCES

- | | |
|---|---|
| <p>1 - A. BOURGE.
Langue et orthopédie dento-faciale
A.O.S. 79 : p. 295-317 Sept. 1967.</p> <p>2 - K. DJAHA.
Recherche de normalité esthétique du visage chez le sujet Ivoirien.
Thèse 3ème cycle Clermont-Ferrand 1984.</p> <p>3 - K. DJAHA.
Recherche des normes céphalométriques du sujet Ivoirien.
Orthodontie Française., Vol 55 p. 659-667, 1984.</p> <p>4 - R. LEJOYEUX.
Les comportements praxiques de la sphère orofaciale. Leurs incidences en thérapeutique orthodontique.</p> | <p>Revue Française d'Odonto-Stomatologie, 18 : p. 1155-1172. Nov. 1971.</p> <p>5 - LEFROU.
Le noir d'Afrique, Antropo-Biologie et Raciologie.
Payot, 106 Bd St Germain Paris 1943.</p> <p>6 - J.C. NETTER.
Indications et techniques de la rééducation neuro-musculaire en O.D.F.A.O.S., 68 P. 437-442, Dec. 1964.</p> <p>7 - G. OLIVER.
Morphologie et types humains.
Editeur Vigot Frères 1961.</p> |
|---|---|