

Modifications anatomiques squelettiques et dento-alvéolaires chez les sujets atteints d'incompétence labiale

R. PANTOJA *, J. CORTES, J. ARGANDOÑA, S. ENCINA

Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Departamento de Cirugía Máxilofacial, Santiago de Chile, Chili



RÉSUMÉ

Modifications anatomiques squelettiques et dento-alvéolaires chez les sujets atteints d'incompétence labiale

Chez vingt malades atteints d'incompétence labiale, on a fait l'Analyse Architecturale et Structurale Cranio-Faciale de Delaire, dans le but de déterminer quelles sont les altérations anatomiques qu'on peut trouver le plus fréquemment associées à cette affection.

Dans tous les cas examinés il y avait une dysmorphose dento-squelettique sagittale et/ou verticale sous-jacente, soit de la base maxillaire ou mandibulaire, soit de l'os alvéolaire correspondant.

La connaissance des altérations anatomiques déterminant l'incompétence labiale est fondamentale dans la planification et la réalisation des traitements étiologiques, qui seront les plus appropriés pour la récupération des rapports physiologiques normaux et d'un aspect esthétique satisfaisant.

SUMMARY

Skeletal and alveolar changes in labial incompetence

Twenty young patients with clinical labial incompetence have been studied cephalometrically using Delaire's Analysis, in order to determine anatomical alterations who explains this condition.

In all of them we have found some anatomical alteration in sagittal or vertical plane or both, in maxillary or mandibular skeletal bases or their dento-alveolar skeletal unit.

Knowledge of anatomical factors contributing or determining labial incompetence is the key of the planification and execution of an etiologic approach, what is the best way to obtain physiological rapports and consequently good aesthetic results.

INTRODUCTION

Toutes les structures anatomiques qui constituent notre organisme, naissent, se développent et s'organisent dans un équilibre réciproque (1).

L'équilibre cranio-facial est fondé sur les relations existantes entre le squelette et les tissus mous, notamment les muscles et viscères au niveau de la face, de la voûte et de la base crâniennes, du rachis cervical (1, 7). Cet équilibre est le reflet des influences subies par ces éléments et leurs relations fonctionnelles. Normalement, cette harmonie physiologique représente une harmonie esthétique.

Quand les relations fonctionnelles se dégradent et se transforment en dysfonctionnement, il en résulte

un équilibre pathologique. Cet équilibre dysfonctionnel ou pathologique va déterminer des altérations structurales et architecturales constituant une dysmorphose dento squelettique (2, 6).

L'incompétence labiale, définie comme l'impossibilité de maintenir le contact bilabial spontané en position de repos (4), est une dysfonction assez fréquente, dont l'aspect clinique est caractérisé par l'écartement permanent des lèvres et une hypertonicité labiale inférieure (fig. 1). Le contact bilabial est forcé, avec crispation de la musculature mentonnière et donc impossibilité de la maintenir dans le temps (fig. 2A).

L'objectif de ce travail a été de déterminer, à l'aide de l'Analyse architecturale et structurale cranio-faciale de Delaire (1) quelles sont les altérations dento-squelettiques le plus fréquemment associées à l'incompétence labiale.

* Ancien attaché à la Clinique de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale, C.H.U. Nantes (Pr. J. Delaire, J. Mercier).

Accepté le 15 novembre 1994.

Tirés à part : Roberto Pantoja, Las Bellotas 199, OF. 83, Santiago de Chile, Chili.

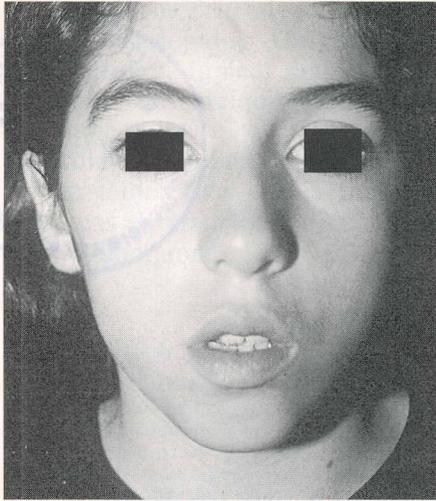


FIG. 1. — Aspect caractéristique de l'incompétence labiale en position de repos.

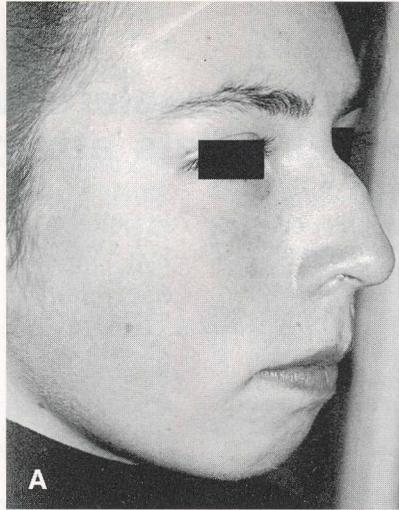


FIG. 2. — A : Crispation mentonnière pour obtenir le contact bilabial ; B : La malade après correction chirurgicale par une gènioplastie fonctionnelle.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Vingt malades atteints d'incompétence labiale ont été choisis pour cette étude, dix hommes et dix femmes, de 17 à 35 ans, qui n'avaient pas d'autres affections susceptibles d'influencer les résultats.

Dans le Service de Radiologie de la Faculté d'Odontologie de l'Université du Chili, on a réalisé des téléradiographies de profil du crâne et rachis cervical, appropriées pour l'analyse architecturale et structurale cranio-faciale de Delaire (3).

L'analyse et l'interprétation des résultats ont été faites par les mêmes auteurs. Pour déterminer les structures anatomiques présentant des altérations susceptibles de conditionner l'incompétence labiale, on a examiné la position sagittale et verticale du maxillaire supérieur et de l'unité squelettique dento-alvéolaire maxillaire, et aussi la position sagittale et verticale de la mâchoire et de son unité squelettique dento-alvéolaire, signalés dans la littérature comme des éléments importants dans cette affection (5, 2, 6, 8) (fig. 3).

La description de l'Analyse architecturale et structurale cranio-faciale ainsi que ses fondements ne trouve pas leur place dans ce travail, le lecteur est prié de s'adresser à l'article original (1).

RÉSULTATS

Les résultats ont été regroupés en graphiques pour les différents aspects examinés.

Position sagittale du maxillaire supérieur

On a trouvé 50 % des cas en position avancée (promaxillie), 15 % en rétromaxillie et 35 % dans une position adéquate (fig. 4).

Position sagittale de l'unité squelettique dento-alvéolaire maxillaire

Proalvéolie, 35 % des cas. Rétroalvéolie, 25 % et 40 % des cas position normale (fig. 5).

Position sagittale de la mandibule

Dans 90 % des cas on a trouvé une rétroposition mandibulaire, les 10 % restant étaient en normoposition. Il n'y avait aucun cas de promandibulie (fig. 6).

Position sagittale de l'unité squelettique dento-alvéolaire mandibulaire

Rétroalvéolie, 45 % des cas ; 30 % normoposition et 25 % de proalvéolie (fig. 7).

Position verticale du maxillaire supérieur (plan palatin)

On a trouvé, dans 55 % des cas un déficit de croissance verticale, les 45 % restant se trouvaient en normoposition c'est-à-dire le plan palatin aligné avec l'articulation cranio-rachidienne (fig. 8).

Position verticale de l'unité squelettique dento-alvéolaire maxillaire

Dans les cas examinés, les 90 % montraient un excès vertical dento-alvéolaire maxillaire, 5 % un déficit et 5 % une position normale (fig. 9).

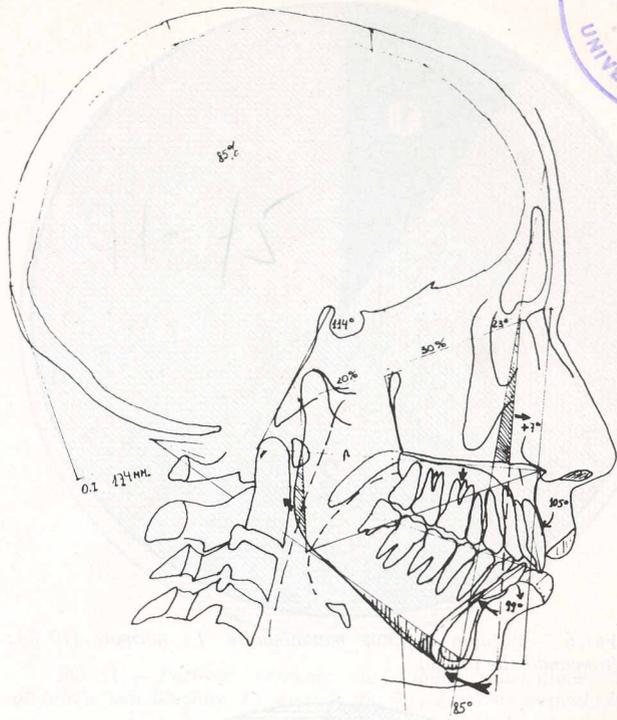


FIG. 3. — Téléradiographie et Analyse Architecturale et Structurale Cranio-Faciale, montrant les caractéristiques plus fréquemment associées à l'incompétence labiale.

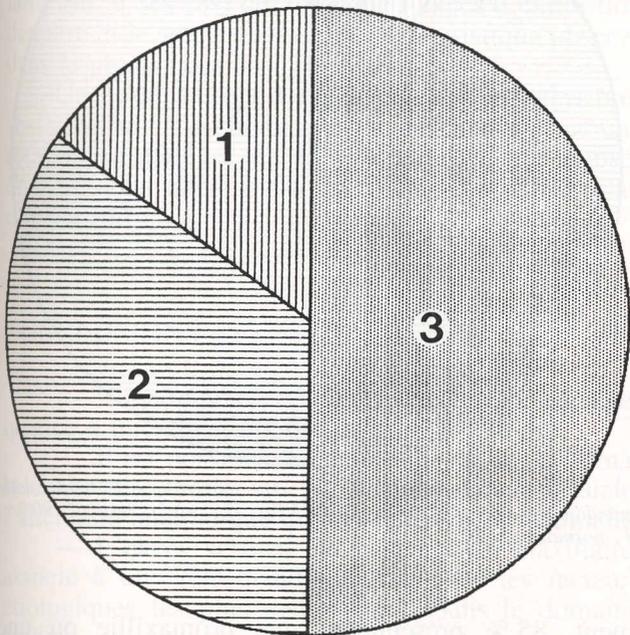


FIG. 4. — Position sagittale maxillaire. 1 : rétromaxillie (15 %) ; 2 : normale (35 %) ; 3 : promaxillie (50 %).

Position verticale mandibulaire

La mâchoire présentait dans 60 % des cas un excès vertical, un déficit dans 30 % des cas et une bonne position seulement une fois sur 10 (fig. 10).

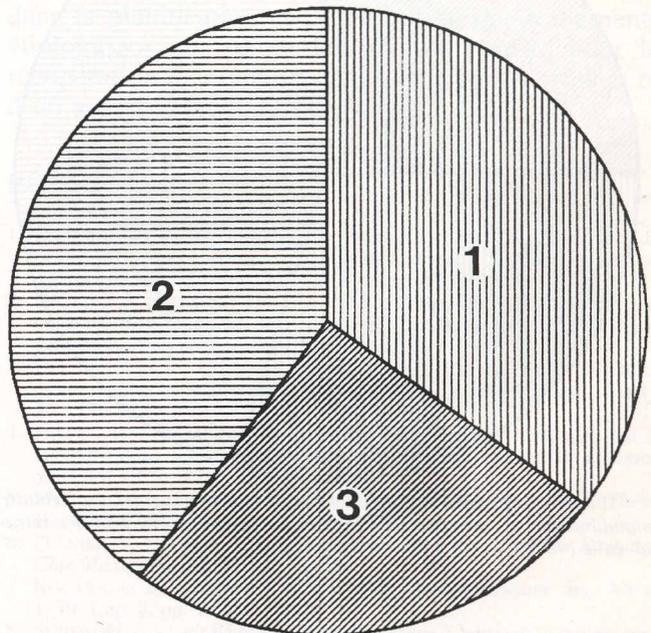


FIG. 5. — Position sagittale de l'unité squelettique dento-alvéolaire maxillaire. 1 : proalvéolie (35 %) ; 2 : normaux (40 %) ; 3 : rétroalvéolie (25 %).

Position verticale de l'unité squelettique dento-alvéolaire mandibulaire

Un excès vertical conditionné par une égression dentaire a été trouvé chez 40 % des malades. Les

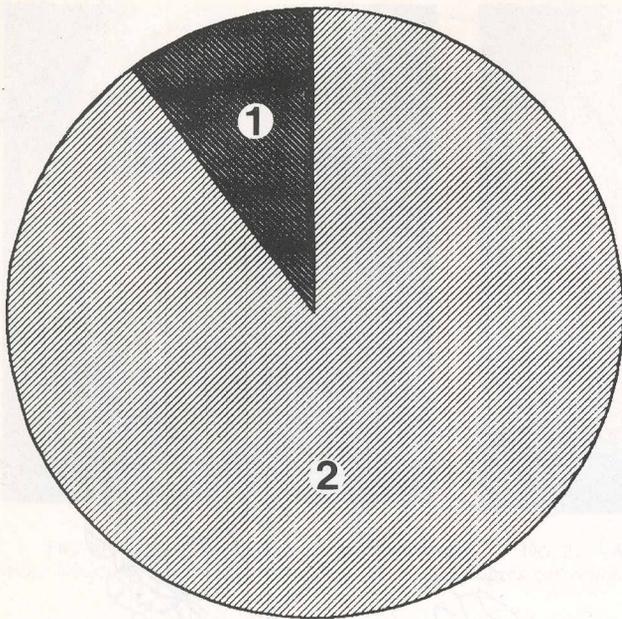


FIG. 6. — Position sagittale mandibulaire. 1: normale (10 %); 2: rétromandibulie (90 %).

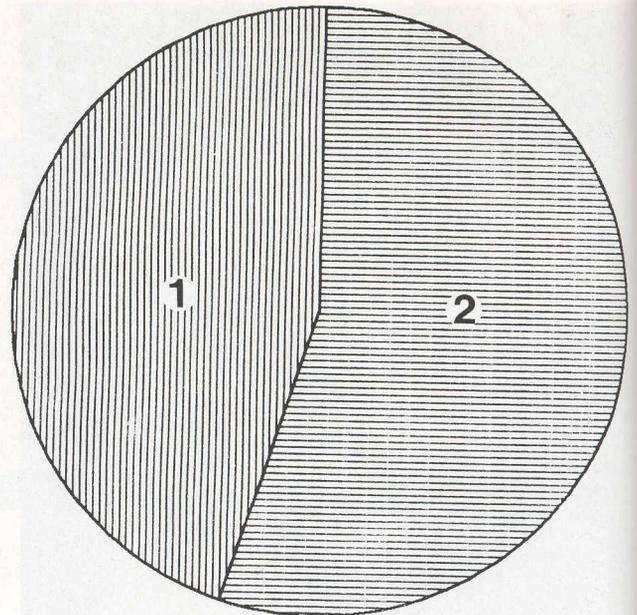


FIG. 8. — Position verticale maxillaire. 1: normale (45 %); 2: excès vertical (55 %).

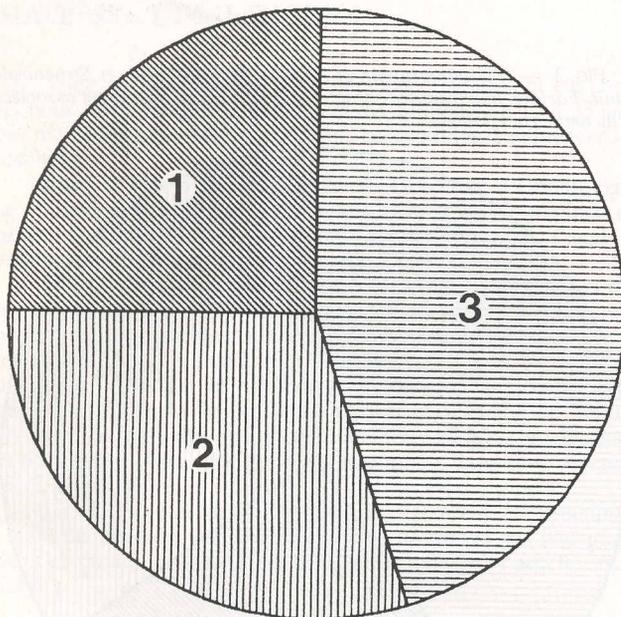


FIG. 7. — Position sagittale de l'unité squelettique dento-alvéolaire mandibulaire. 1: proalvéolie (25 %); 2: normaux (30 %); 3: rétroalvéolie (45 %).

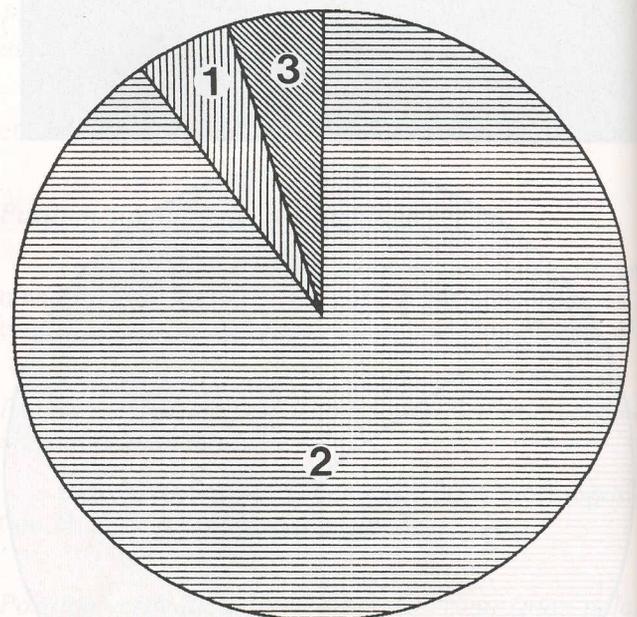


FIG. 9. — Position verticale de l'unité squelettique dento-alvéolaire mandibulaire. 1: Défaut vertical (5 %); 2: excès vertical (90 %); 3: normaux (5 %).

60 % restant étaient normaux (fig. 11).

30 % des malades présentaient une béance antérieure.

COMMENTAIRES

Dans le plan sagittal, nous avons observé 90 % des malades avec une rétromandibulie, et inverse-

ment, 85 % présentaient une promaxillie ou une bonne position sagittale du maxillaire, caractéristiques qui constituent un groupe dont presque la totalité des cas présentent une dysmorphose dento-squelettique de classe II.

Il n'existe pas une tendance si marquée en ce qui concerne la position sagittale des unités squelettiques dento-alvéolaires.

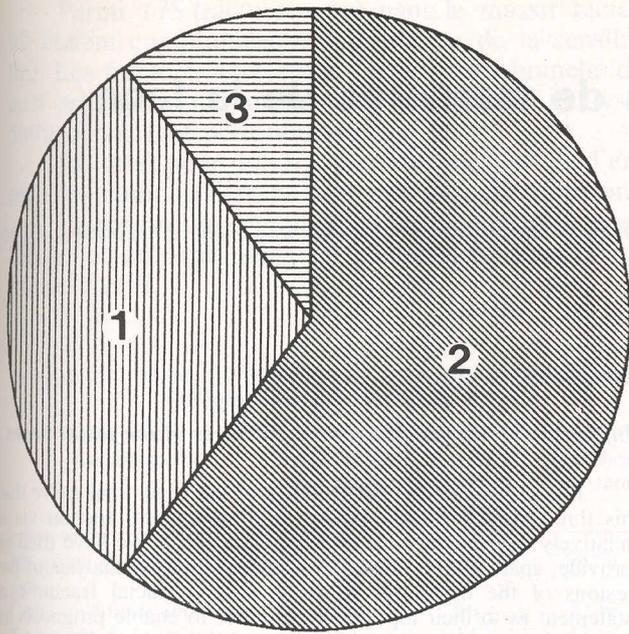


FIG. 10. — Position verticale mandibulaire. 1 : défaut vertical (30 %) ; 2 : excès vertical (60 %) ; 3 : normale (10 %).

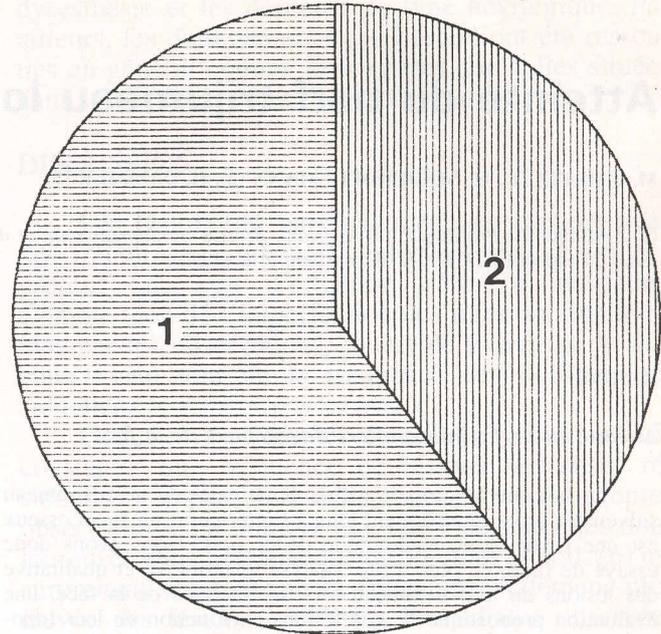


FIG. 11. — Position verticale de l'unité squelettique dento-alvéolaire mandibulaire. 1 : normale (60 %) ; 2 : excès vertical (40 %).

Dans le plan vertical, le plus remarquable c'est l'excès de l'unité squelettique dento-alvéolaire maxillaire (90 % des cas) qui explique l'excès d'exposition dentaire et le sourire gingival, caractéristique observé dans la plupart des cas (fig. 1).

Un nombre important (60 %) des malades présentait aussi un excès vertical mandibulaire, avec une rotation postérieure de la mâchoire et, par conséquence, une altération dans l'orientation du plan d'occlusion.

CONCLUSIONS

— L'incompétence labiale est toujours la conséquence d'une dysmorphose dento-squelettique.

— Il est possible de préciser, à l'aide de l'Analyse Architecturale et Structurale Cranio-faciale, l'altération anatomique qui détermine cette anomalie.

— L'excès vertical dento-alvéolaire maxillaire, associé à une rétromandibulie, ont été les facteurs étiologiques les plus déterminants dans le domaine étudié.

— La connaissance des altérations anatomiques déterminant l'incompétence labiale est fondamentale dans la planification et la réalisation des traitements étiologiques qui seront les plus appropriés pour la récupération des rapports physiologiques normaux et d'un aspect esthétique satisfaisant.

RÉFÉRENCES

1. DELAIRE J. L'Analyse architecturale et structurale cranio-faciale (de profil). Principes théoriques. Quelques exemples d'emploi en chirurgie maxillo-faciale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1978 ; 79 : 1-33.
2. DELAIRE J, TULASNE JF. Les déséquilibres labio-mentonniers par excès vertical antérieur de l'étage inférieur de la face. Apport de la géniectionomie segmentaire horizontale. *Orth Fr* 1979 ; 5 : 2-6.
3. DELAIRE J et al. Quelques pièges dans les interprétations des télé-radiographies céphalométriques. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1984 ; 85 : 176-85.
4. FELLUS P, LASJAUNIAS P, DEFFEZ JP. Le contact bilabiale, but à atteindre dans les traitements des rétromandibulies. *Actual Odonto-Stomatol* 1979 ; 128 : 733-45.
5. MULLER H. Le syndrome d'excès vertical antérieur de la face. *Thèse Doctorat Chirurgie Dentaire* Paris 1970.
6. PLÉNIER V, DELAIRE J. La géniepioplastie fonctionnelle. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1983 ; 84 : 54-61.
7. ROCABADO M. Cabeza y Cuello. Edit. Interamericana. Bs. Aires. 1979, Cap. 8, pp. 99-117.
8. SCHENDEL S et al. The long-face syndrome : Vertical maxillary excess. *Am J Orthod* 1976 ; 70 : 398-408.