

INTÉRÊT DE LA PRISE EN CHARGE EN KINÉSITHÉRAPIE ORO-MAXILLO-FACIALE DES CHIRURGIES ORTHOGNATIQUES

Frédéric VANPOULLE*



MOTS CLÉS

Chirurgie maxillo-faciale
Dysfonction
Dysmorphose
Langue
Prognatisme

Chapô

PRÉAMBULE

La chirurgie orthognatique se développe. Des patients présentant des dysmorphoses importantes se voient proposer des traitements orthodontiques associées à une chirurgie pour pouvoir régler à la fois leurs problèmes fonctionnels et leurs problèmes esthétiques.

Il n'est pas rare que l'équipe médicale constituée de l'orthodontiste et du chirurgien fasse appel aux compétences d'un kinésithérapeute spécialisé en rééducation oro-maxillo-faciale. Nous allons voir ce que peut apporter le kinésithérapeute lors de la phase préopératoire éloignée ou immédiate, puis la phase postopératoire immédiate et éloignée (fig. 1 et 2).

Cadre de traitement

- Malpositions dentaires associées à des anomalies des bases osseuses maxillaires.

Définition

Ce sont des anomalies de rapports des maxillaires et/ou asymétries rendant l'occlusion normale impossible.



▲ Figures 1 et 2
Une prognathe (photos de l'auteur)



* Kinésithérapeute-Ostéopathe
Tours (37)



Figure 3
Enfant de 7 ans (orthodontiste : F. Bonnin)



Figure 4
L'inversé d'articulé dentaire est bien visible (orthodontiste : F. Bonnin)

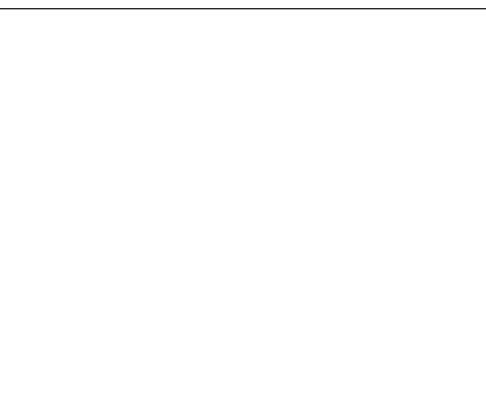


Figure 5
Traitement interceptif avec un Crozat (orthodontiste : F. Bonnin)

Les causes

Les causes de ces anomalies anatomiques semblent souvent attribuables à des facteurs héréditaires. Elles sont irréductibles et ne peuvent pas être masquées par des inclinaisons compensatrices des procès alvéolaires lors de traitements orthodontiques.

Cette disparité peut-être liée à une *pathologie mandibulaire* par hypertrophie mandibulaire (prognathie) ou peut-être liée à une *pathologie maxillaire* par hypotrophie maxillaire (rétrognathie maxillaire).

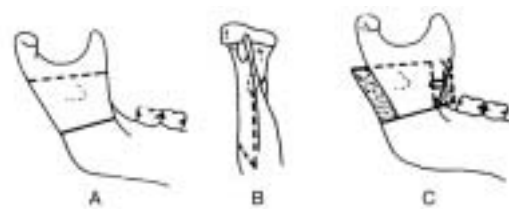
Les conséquences morphologiques et fonctionnelles sont évidentes.

Le traitement de ces anomalies des bases osseuses

Chez le jeune enfant, un traitement d'interception peut permettre de guider la croissance faciale. Il sera réalisé par l'orthodontiste (fig. 3, 4 et 5). Mais chez l'adolescent et l'adulte, seule reste la solution orthodontico-chirurgicale.

La phase orthodontique préchirurgicale est alors de courte durée, environ 18 mois avant l'intervention chirurgicale.

La phase postchirurgicale n'exède pas 6 mois.



▲ Figure 6
Ostéotomie sagittale des branches montantes (cours de chirurgie maxillo-faciale. Université François Rabelais, Tours)

Pourquoi traiter ?

L'absence de traitement expose à de nombreuses complications liées aux défauts d'engrènement dento-dentaires :

- caries ;
- parodontopathies ;
- troubles temporo-mandibulaires ;
- difficultés masticatoires.

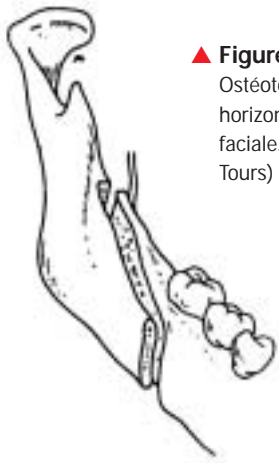
Les méthodes utilisées sont les suivantes :

• **L'interception** : se fait en traitement d'orthopédie dento-faciale qui vise à guider la croissance dento-osseuse par des appareils endo-buccaux, exo-buccaux, amovibles ou fixés, qui exercent des forces sur les dents et/ou les bases osseuses pour les déplacer.

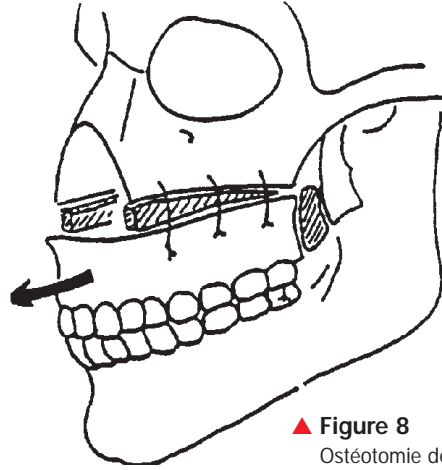
• **La chirurgie** : agit au niveau de la malposition.

Les possibilités chirurgicales sont nombreuses et adaptées à chaque cas.

- pour la mandibule :
 - ostéotomie en arrière de la zone dentée (ostéotomie sagittale des branches montantes, ostéotomie de l'angle mandibulaire, etc.) (fig. 6) ;
 - ostéotomie de la zone dentée : ostéotomie de la branche horizontale (fig. 7).



▲ **Figure 7**
Ostéotomie sagittale des branches horizontales (cours de chirurgie maxillo-faciale. Université François Rabelais, Tours)



▲ **Figure 8**
Ostéotomie de Lefort I avec greffon (cours de chirurgie maxillo-faciale. Université François Rabelais, Tours)



▲ **Figure 9**
Les plaques de contention sont visibles sur la panoramique dentaire (orthodontiste : F. Bonnin ; chirurgien : Pr Goga du CHU de Tours)

- pour le maxillaire :
 - ostéotomie de Lefort I (fig. 8) ;
 - ostéotomie de Lefort II ou III ;
- ostéotomie segmentaire.

La contention après obtention de l'articulé dentaire souhaité est assurée par ostéosynthèse par plaques vissées ou par blocage intermaxillaire (fig. 9).

RÔLE DU KINÉSITHÉRAPEUTE

Lors de l'examen initial

La langue

Il est fréquent de trouver une fonction linguale déséquilibrée se caractérisant par une langue basse dans la mandibule en position de repos associée à une pulsion linguale et un manque de dissociation entre la langue et la mandibule lors de la déglutition, de la phonation, de la mastication et lors des ouvertures buccales (fig. 10).

Ceci à-t-il eu pour effet d'initier négativement la croissance mandibulaire ? Aucune étude ne le montre actuellement.

Cependant, y a-t-il prognatisme sans dysfonction linguale ? Nous retrouvons toujours cette dysfonction (n'oublions pas que la forme et la fonction sont intimement liées).



▲ **Figure 10**
La pulsion linguale : facteur de dysmorphose ?
(In : J.-P. Deffez, P. Fellus, Ch. Gérard "Rééducation de la déglutition salivaire". Paris : CdP)



▲ **Figure 11**
Une classe III avec un inversé d'articulé dentaire complet (photos de l'auteur)



▲ **Figure 12**
On retrouve toujours une dysfonction linguale rééducable précocement dans ce cas (photos de l'auteur)

Dans ce tableau dysmorphique, les lèvres sont souvent hypotoniques et n'ont, pour cela, eu aucun effet de retenue des pulsions linguales.

La respiration est presque toujours buccale.

Ils présentent également des parafonctions fréquentes d'avalement des lèvres, de mordillement de la joue ou de mastications intempestives de chewing-gum.

Il n'est pas rare de retrouver une mastication qui se fasse sur les dernières molaires du fait de la dysmorphose croissante.

En fonction des dysmorphoses et des dysfonctions associées il sera possible, si ceux-ci ne sont pas trop importantes, de pouvoir agir dès le début du traitement orthodontique par une rééducation de la dysfonction linguale (fig. 11 et 12).

Cela garantit une plus grande stabilité de la fonction et cela élimine également des forces parasites ce qui permet au traitement orthodontique d'agir plus efficacement.

Cependant, lorsque les décalages sont importants, il n'est pas nécessaire de débiter trop tôt. Cela s'explique de façon très simple : plus les décalages sont importants, plus il sera difficile d'adapter la fonction. Dans ces cas, nous préconisons un rendez-vous 3 mois avant intervention et la réalisation de quelques séances pour mettre en place le début des praxies linguales.

Cependant, il est préférable de pouvoir examiner nos patients relativement tôt par rapport à l'acte chirurgical

pour mettre sur pied un plan de traitement efficace et ne pas se retrouver à faire de la revalidation linguale d'urgence comme c'est encore trop souvent le cas.

Dans des cas de classe III importante ou dans des cas de certaines fonctions linguales, comme des fonctions linguales avec des bases de langue très toniques, avec des grosses inversions de fonctions, il est alors souvent difficile d'intégrer une position physiologique de repos pour le patient. La déglutition en position physiologique est rendue très difficile. La phonation en position corrigée peut donner des sonorités graves et artificielles (fig. 13). Dans

ces cas, les phases d'automatisation se révèlent être une véritable gageure.

Si le thérapeute insiste, il court à l'échec ou, au mieux, il risque de démotiver son patient. Il faut savoir alors interrompre la rééducation, la reporter en préopératoire immédiat.

Il sera alors vu avec celui-ci les notions de base que sont le position de repos et la déglutition uniquement. Ensuite, le repositionnement des pièces mandibulaires et maxillaires permettra à la fonction de s'adapter facilement à cette nouvelle forme (fig. 14).



▲ **Figure 13**

Une dysmorphose importante : les consignes de repositionnement de langue sont données en préopératoire mais la rééducation débutera immédiatement en postopératoire (photos de l'auteur)



▲ **Figure 14**

Les conditions anatomiques sont maintenant favorables pour la maturation fonctionnelle linguale (photos de l'auteur – Cas opéré par le Pr Goga du CHU de Tours)

Intérêt de la rééducation de la fonction linguale

Si la revalidation est obtenue en préopératoire, elle sera renforcée en postopératoire immédiat du fait de l'augmentation de la conscience de cette fonction en situation de blocage intermaxillaire.

Par ailleurs, cette fonction est difficilement observable, et ne peut être revalidée pendant la période de blocage avec un risque important de pulsions linguales néfastes à une consolidation rapide si rien n'est entrepris auparavant.

Beaucoup de patients sont très satisfaits d'avoir pu gérer convenablement leurs fonctions linguales en postopératoire car des nausées et de régurgitations peuvent survenir, ce qui génère des inquiétudes importantes qui sont minorées s'ils ont un bon équilibre fonctionnel de la déglutition.

La rééducation linguale permet au patient d'avoir rapidement une prise de conscience correcte des nouveaux volumes intra-buccaux. N'oublions pas que nous sommes face à des cas de décalages intermaxillaires relativement importants. Ils découvrent de nouveaux volumes, une fonction de langue non habituée à ce volume mais également des contacts interdentaires. Ce point est important car pour beaucoup c'est la première fois qu'ils retrouvent leurs dents confrontées l'une à l'autre avec des sensations très variables et étranges d'un individu à l'autre.

La perméabilité des voies nasales doit être examinée le plus tôt possible. En effet, elle conditionne le développement de la praxie linguale et surtout de son automatisation.

Les raisons principales d'obstruction nasale sont des sinusites, des déviations de la cloison nasale mais également une fonction respiratoire qui est essentiellement buccale avec une hypotonie des ailes narinaires importante.

Il faut parfois envisager de pouvoir réaliser une libération de ces voies lors d'une intervention préalable réalisée souvent par un ORL avec l'accord du patient, de l'orthodontiste et du chirurgien.

Le volume lingual doit être également examiné.

De nombreux patients disent avoir une grosse langue ; cette réflexion provient souvent des praticiens qu'ils ont rencontrés.

La grosse langue doit s'envisager d'abord en termes de tonicité. En effet, une grosse langue peut être physiologiquement grosse du fait de son hypotonie et non pas de son anatomie ; elle reprend son volume "normal" en rapport avec la morphologie du patient, après revalidation fonctionnelle.

Elle est peut-être physiquement grosse mais avoir une capacité de rétroposition par abaissement du larynx-pharynx et donc de pouvoir s'adapter malgré tout au volume présent.

Dans de très rares cas, nous avons pu envisager avec le chirurgien une réduction du volume lingual en expliquant clairement au patient la technique opératoire pour éviter le côté castrateur de cette intervention et permettre d'éviter des angoisses inutiles à ce stade thérapeutique.

Le chirurgien, pour sa part doit faire attention à ne pas trop réduire le volume buccal car forme et fonction sont, dans ces cas de dysmorphose, en liaison intime.

Remarque 1 : par rapport aux rétrognathes, les prognathes ont bien plus de difficultés à repositionner leur langue vers l'arrière du fait de la traction du massif lingual vers l'avant réalisée par le frein lingual. En effet, le frein lingual ainsi que les muscles qui ont une insertion mandibulaire (génio-glosse, mylo-glosse) se retrouvent dans une position très antérieure. La rétroposition de la langue est, de ce fait, beaucoup plus artificielle et donc plus difficile à acquérir.

Remarque 2 : la rétroposition linguale peut poser des problèmes d'adaptation à la sonorité. Du fait de ce recul linguale, le son peut être sourd et grave. Cela peut provoquer un son artificiel non applicable à la vie courante mais si cela se vérifie souvent en préopératoire, cela doit pouvoir se corriger en postopératoire. Cela prendra une période d'à peu près 5 mois dans les cas les plus difficiles.

Travail du kinésithérapeute une semaine après intervention

Avant tout, il va falloir faire diminuer l'œdème qui peut être plus ou moins important suivant les cas (fig. 15). Il donne un aspect à la face parfois difforme et cette image est souvent difficile à accepter par le patient. Il a du mal à se projeter dans l'avenir et il faut le rassurer quant à la revalidation de son visage.

Cet œdème a parfois du mal à s'évacuer du fait :

- du blocage intermaxillaire qui empêche la mastication ce qui ne favorise pas le drainage facial ;
- de l'hypotonie faciale préexistante dans certains cas, celle-ci favorise l'entretien des œdèmes du fait justement du manque de mobilité des muscles de la face ;
- de l'expressivité faciale propre au patient (fig. 16a, 16b et 16c).

Il est à remarquer également que beaucoup de patients imaginent que le traitement est pratiquement terminé après l'intervention.

Malgré le fait que tous les détails auront été donnés, ils n'imaginent jamais la durée de fermeture des béances et des contraintes que génère la pose des élastiques ainsi que la durée du traitement orthodontique pour figoler ce travail ni de le temps de port des contentions.

Deuxième phase de traitement postopératoire : entre 3 et 4 semaines postopératoires

Cette phase correspond à la reprise du traitement orthodontique.

Quand l'œdème s'est estompé, nous allons alors retravailler les éléments les plus faibles que nous avons pu déceler en préopératoire :

- la tonicité labiale en rapport avec des nouveaux équilibres maxillaires ;
- la fonction linguale dans les domaines dans lesquels elle était la plus faible ;
- la respiration nasale ;
- la mobilité et l'expressivité faciale.

Si toutefois aucune prise en charge n'avait eu lieu auparavant, c'est souvent à cette période que l'on commence un vrai travail de revalidation des fonctions linguales, ce



Figure 15 ▲
L'œdème peut être impressionnant mais il est très variable d'un individu à l'autre (photo de l'auteur – Cas opéré par le Pr Goga du CHU de Tours)



Figures 16a, 16b et 16c ▲
Drainage lymphatique manuel de la face et du cou (photos de l'auteur)

travail ayant commencé dès la prise en charge de l'œdème facial par les conseils de base : repositionnement lingual de repos et de déglutition correcte.

Phase d'automatisation des fonctions

Celle-ci intervient dans les 5 à 6 semaines, voire 7 semaines postopératoires.

Un travail portant sur les expressions faciales, sur les cycles respiratoires, et sur le bon équilibre lingual est poursuivie. Un travail également sur les ouvertures fermeture buccales. Ensuite, un travail important est réalisé sur la gestion des parafunctions ; il faut surveiller que le patient ne prenne pas de nouveaux tics ou parafunctions.

Les lèvres

La difficulté de la mobilisation des lèvres en préopératoire du fait des décalages inter maxillaires fait qu'il sera nécessaire de mettre en place une revalidation de mobilité labiale et qu'il faudra également agir sur des rétractions possibles et fréquentes de la lèvre supérieure.

Par ailleurs, le port des appareils orthodontiques ajoute une épaisseur qui favorise ce manque de mobilité (fig. 17). Le frottement des lèvres sur ces appareils est accentué par les décalages intermaxillaires et génère peut-être une sorte de réflexe d'évitement mais accentue certainement cette hypomobilité des lèvres. Celle-ci est à associer à une hypomobilité faciale, l'expressivité faciale est réduite avec des visages qui ont l'air d'être tirés vers le bas, attiré par la traction de la mandibule.



Figure 17
Le travail des lèvres équilibre le massif facial
(photo de l'auteur)

En postopératoire, il faudra veiller à la bonne fonction des lèvres et à la bonne expressivité faciale dans le cadres de praxies d'expressivités plus ou moins spontanées.

Si toutefois une béance labiale persiste cela est préjudiciable à la bonne revalidation de la respiration nasale et donc du positionnement lingual mais également à l'expressivité faciale. Il n'est pas rare dans ce cas que le chirurgien ait à intervenir de nouveau pour corriger ce défaut.

La perte de la sensibilité du menton et de la lèvre inférieure est un phénomène fréquent lors de ces interventions. Celle-ci doit réapparaître dans les 6 mois à un an.

Cependant, dans le cadre de la mastication et de l'occlusion labiale, cette anesthésie labiale ou hyposensibilité labiale est à prendre en considération dans le plan de traitement kinésithérapique.

Il peut arriver qu'une hypoesthésie, voire une anesthésie du menton persiste, ce qui, en général, n'est pas bien vécu par le patient. Cette perte d'intégrité d'une zone du visage, et particulièrement de ce menton qui a un rôle de protection, de perception, est à prendre au sérieux et il faut mettre en place tout ce qui est à notre disposition pour favoriser la récupération. Cela passe par des massages, des vibrations, des stimulations manuelles et éventuellement électriques.

Les ATM

Il est nécessaire d'examiner aussi les fonctions articulaires mais dans les cas de prognathisme, nous remarquons que l'articulation temporo-mandibulaire est rarement altérée.

Lorsque les phases de contention ont été longues, il est parfois nécessaire d'aider les articulations à retrouver une souplesse pour éviter une ankylose possible.

Ce travail est rendu délicat du fait de la fragilité de la mandibule et de la sensibilité encore importante du patient.

Il faudra donc agir avec des exercices axés sur la mobilité mandibulaire en utilisant la mobilité linguale : on fait réaliser au patient des exercices de pulsions linguales pour favoriser la propulsion, d'inclinaison linguale en dehors de la bouche pour favoriser les diductions, d'abaissement lingual pour favoriser les ouvertures. Ceci est à intégrer dans une dynamique corporelle globale grâce à des extensions du tronc et du coup.

On peut également utiliser des mobilisations passives ainsi que des mobilisations passives-aidées (fig. 18 et 19).

Il est important de bien palper les méats auditifs pour voir s'il n'y a pas un recul trop important des têtes condyliennes et de réaliser une palpation des ménisques pour voir s'il n'y a pas de conflits condylo-méniscaux.

Il est à remarquer qu'il est fréquent qu'en postopératoire, du fait encore une fois des contentions et du fait de cette nouvelle occlusion dentaire, nos patients réalisent bien souvent des crispations centrées nocturnes. En effet, il a, le plus souvent, absence de tripodisme occlusal, ce qui génère des contraintes et des souffrances articulaires et donc des réactions par crispations dentaires inconscientes.

Les temps de blocages intermaxillaires et la puissance des élastiques utilisés pour fermer les béances peuvent accentuer ces crispations musculaires et limiter les capacités de récupération de l'ouverture buccale.

Par ailleurs, ces crispations musculaires ont tendances à générer des pulsions linguales intra-buccales qui sont néfastes à la fermeture des béances. Nous sommes donc confrontés à un cercle vicieux contre lequel nous ne pouvons agir dans une première phase et qu'il faudra rompre dès qu'il sera permis au patient d'enlever ces élastiques par intermittence.

Ces crispations ne favorisent pas la récupération de l'ouverture buccale et génèrent des tensions massétériques et temporales excessivement puissantes que l'on ne peut pas masser du fait de l'œdème présent. Elles sont souvent associées à des crispations linguales ce qui ne favorise pas non plus la revalidation des fonctions linguales. Elles ne favorisent pas non plus l'œdème car la douleur générée et les crispations puissantes exercées n'améliorent pas le drainage veineux et lymphatique de la face.

Enfin, ces crispations sont épuisantes et dégradent la récupération nocturne ce qui ne va pas non plus dans le sens de la récupération physique du patient ni de l'amélioration de l'état psychologique de celui-ci. Normalement, tous ces maux doivent s'estomper, d'autant plus rapidement que la prise en charge aura été convenablement réalisée.

Aspect psychologique

Il est important de prendre en compte également l'aspect psychologique de ces patients.

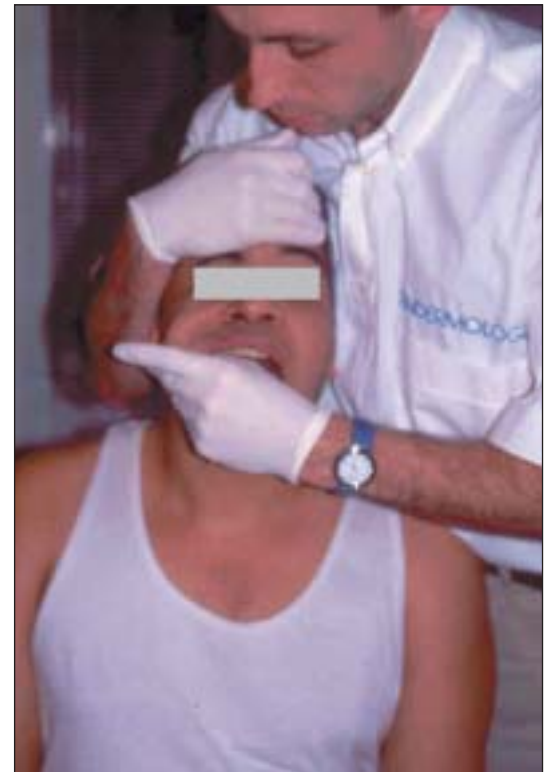


Figure 18 ▲

Mobilisation passive en diduction (photo de l'auteur)

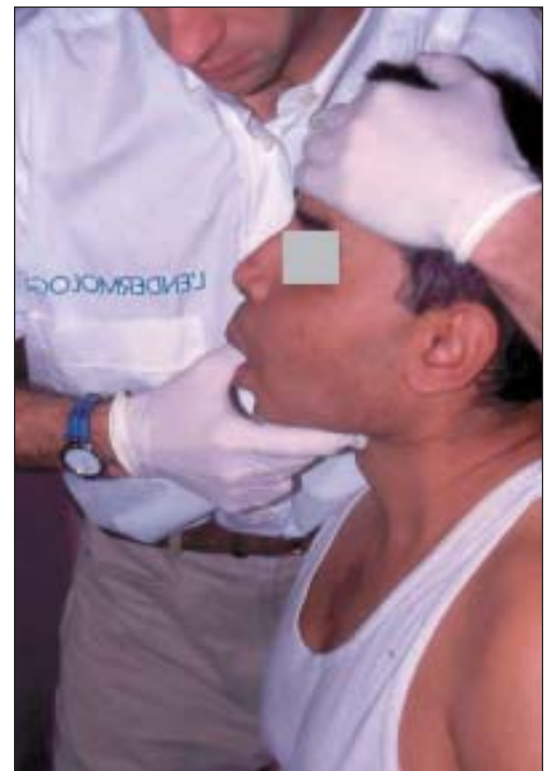


Figure 19 ▲

Mobilisation activo-passive en propulsion (photo de l'auteur)

À plusieurs titres, ceci est intéressant : sur la façon dont le patient se perçoit, nous constatons que la demande peut être d'ordre fonctionnelle du fait d'une mastication qui se fait d'une façon privilégiée sur les secteurs molaires mais elle est le plus souvent d'ordre esthétique.

Les femmes sont beaucoup plus dans une demande esthétique ; l'homme intègre cette dysmorphose plus facilement étant donné que cela lui donne un côté plus agressif. Les risques opératoires, et plus particulièrement les risques anesthésiques, sont évoqués, mais également l'inquiétude quant à l'aspect futur de leur visage.

Le plus dur à vivre, en postchirurgical, est l'aspect qu'a le visage qui présente fréquemment un œdème volumineux qu'il va falloir drainer le plus rapidement possible pour permettre une intégration rapide de cette nouvelle morphologie. L'image du visage précédent s'oublie rapidement.

Paradoxalement, plus les décalages sont grands et plus l'intégration est rapide. On n'oublie plus facilement ce que l'on apprécie guère.

Les cas les plus difficiles sont parfois les cas où le traitement est purement fonctionnel et non esthétique car,

dans ce cas, le risque est grand d'obtenir un décalage entre le psychologique et le physique en postopératoire.

- Il ne faut pas oublier que l'image faciale est le fruit :
- des visualisations par la perception intéroceptive et extéroceptive ;
 - des fonctions d'expression ;
 - des mimiques ;
 - de la perception que l'on a de soi au travers de la perception de personnes qui nous entourent ;
 - des morphotypes environnementaux.

Tout décalage, retard ou incapacité fonctionnelle peut nuire à l'intégration de cette image nouvelle.

La nouvelle motricité labiale, nécessaire à la bonne expression orale, doit être développée au mieux.

Cette nouvelle occlusion, cette nouvelle motricité labiale, cette nouvelle expressivité faciale participa à l'intégration de ce nouveau visage et à l'épanouissement du patient. Le kinésithérapeute aura alors joué un rôle primordial au sein de l'équipe soignante (2 cas - 1^{er} cas : fig. 20 à 23 ; 2^e cas : fig. 24 à 27).

Remarque :

Les photos 20 à 23 illustrent un cas de classe III squelettique hyperdivergent par hypomaxillie (occlusion inversée antérieure due à une hypoplasie complète du prémaxillaire).

Le traitement orthodontique a débuté le 1^{er} mars 2002, pour se terminer le 5 février 2005.

1^{er} temps opératoire : correction du sens transversal par disjonction chirurgicale en première intervention.

Puis, un an après :

2^e temps opératoire : correction du sens vertical par chirurgie mandibulaire pour fermer la béance.

La rééducation linguale a débuté précocement et a été poursuivie jusqu'à la phase de contention.



Figures 20a, 20b et 20c

Occlusion avant traitement (orthodontiste : F. Bonnin)



▲ **Figures 21a et 21b**

Occlusion en fin de traitement orthodontique et chirurgical
(orthodontiste : F. Bonnin ; chirurgien : Pr Goga du CHU de Tours)



▲ **Figure 22**

Photo avant traitement
(orthodontiste : F. Bonnin)



▲ **Figure 23** ▲

Photo après traitement
(orthodontiste : F. Bonnin ; chirurgien :
Pr Goga du CHU de Tours)

Remarque :

Les photos 24 à 27 illustrent une correction chirurgicale d'une asymétrie mandibulaire (classe III unilatérale). La correction du sens transversal et du sens vertical s'est faite par traitement orthodontique.

Chirurgie : correction du sens sagittal, recul mandibulaire unilatéral.

Rééducation linguale pré et postopératoire.



▲ **Figures 24a et 24b**

Occlusion avant traitement orthodontique (orthodontiste : F. Bonnin)



▲ **Figures 25a et 25b**
Occlusion avant traitement orthodontique et chirurgical (orthodontiste : F. Bonnin)



▲ **Figure 26**
Photo avant traitement
(orthodontiste : F. Bonnin)



▲ **Figure 27** ▲
Photo après traitement
(orthodontiste : F. Bonnin ; chirurgien :
Pr Goga du CHU de Tours)

Gestion des contentions

Cela se fait souvent entre le 4^e et le 6^e mois postopératoires lorsqu'il va falloir déboguer, c'est la phase dite de contention du fait de la fragilité de ce nouvel équilibre. Il faut alors mettre en place des contentions pour éviter qu'il y ait des modifications de l'équilibre interdentaire ou interarcade.

Cela passe par la réalisation de faux palais avec un fil se trouvant sur la face vestibulaire des incisives (fig. 28) et/ou par la mise en place d'un fil rétro-incisive mandibulaire.



▲ **Figure 28**
Photo d'une contention par plaque palatine
avec un fil de maintien sur la face vestibulaire
dentaire (photo de F. Bonnin)

D'autres praticiens utilisent un Tooth positionneur, sorte de protège-dents monobloc en silicone.

Il est sûr que, dans tous les cas, il sera important de contrôler la fonction linguale, les bonnes habitudes, les automatisations, et le bon maintien des équilibres dentaires même si ce travail est dévolu à l'orthodontiste, il est important de pouvoir être capable de déceler toute anomalie. Cela passe par l'observation des points interincisifs, l'apparition de béances possibles, l'apparition de basculements dentaires sous forme de version ou de rotation.

Il faut vérifier l'adaptation fonctionnelle lors du port de ces dispositifs de contention, qui sont souvent de port nocturne, vérifier la bonne ventilation nasale, vérifier la mobilité faciale, vérifier l'intégrité des articulations temporo-mandibulaires.

Il serait bon de contrôler globalement nos patients à 6 mois, puis à un an.

CONCLUSION

Peut-on se passer d'un rééducateur spécialisé dans le cadre de ces interventions ? Peut-être mais avec quels risques pour le patient :

- mauvaise intégration de son visage ;
- risque d'altération de l'expressivité faciale ;
- risque d'induration des œdèmes ;
- risque surtout de récurrence, et ce malgré le déplacement des pièces osseuses du fait des pulsions linguales puissantes.

Le kinésithérapeute devient incontournable mais il faut qu'il soit capable de prendre en charge les différents aspects liés à ces interventions : aspects physique, physiologique, psychologique, comportemental, fonctionnel, etc., et ce aux différentes étapes du traitement, tout en s'intégrant dans le plan thérapeutique des différents intervenants.

Nous avons un rôle important à jouer ; remplissons-le au mieux dans le cadre de nos compétences.■

FICHE D'ÉVALUATION

1. Dans la prise en charge des classes III chirurgicales, le kinésithérapeute doit-il intervenir avant l'acte opératoire ?
 Oui
 Non
2. Quel est le rôle du kinésithérapeute en postopératoire immédiat ?
 ????
 ????
 ????
3. Quel est le rôle du kinésithérapeute en postopératoire secondaire ?
 ????
 ????
 ????
4. Le kinésithérapeute doit-il intervenir lors de la mise en place des contentions orthodontiques ?
 Oui
 Non
5. Pourquoi traiter les classes III ?
 ????
 ????
 ????
6. Il existe de grandes dysmorphoses générant des classes III : indiquez-les avec l'intervention qui sera réalisée :
 ??? - Intervention ???
 ??? - Intervention ???
 ??? - Intervention ???
7. La fonction labiale doit être examinée et revalidée. Pourquoi et comment ?
 ???
 ???
 ???
8. Le contexte psychologique semble important. Pourquoi ?
 ???
 ???
 ???
9. La macroglossie est-elle une gêne à la rééducation préopératoire ?
 Oui
 Non
 Rarement
 Souvent
10. Quelles sont les conditions qu'il faut réunir pour pouvoir envisager un traitement précoce de la fonction linguale dans le cas de la prise en charge pluridisciplinaire d'une classe III ?
 ???
 ???
 ???

Réponses page 64

Indexation Internet :

??