

2^{ème} e-congrès

SFOP

Société Française
d'**Orthodontie** Pédiatrique

26 & 27 juin

Orthodontie & Pédiatrie

Dépistage, diagnostic et traitement en denture lactéale

LE MOT DU PRÉSIDENT

L'orthodontie pédiatrique n'est pas une mode ni une niche des nouveaux patients. C'est une philosophie globale permettant une croissance optimale aux jeunes enfants, en favorisant par la correction des dysfonctions, la correction des dysmorphoses.

Respiration, déglutition, élocution, sommeil, sont intimement liées via les commandes motrices du tronc cérébral et des effecteurs musculaires concernés.

Elle ne saurait se résumer à une adaptation des techniques propres à l'adolescent et se doit d'exclure toute intervention traumatisante pour le jeune enfant.

Le temps et le potentiel de croissance sont les alliés de l'orthodontie pédiatrique.

Ce n'est pas un problème d'orthodontistes mais celui de tous les intervenants s'intéressant à l'épanouissement de nos patients. Pédiatres, ORL, pédodontistes, omnipraticiens, orthophonistes, kinésithérapeutes, posturologues, psychologues et pédopsychiatres seront avec nous; les 26 et 27 juin, pour nous enrichir de leurs connaissances respectives.

Bon congrès à tous !

Programme du Samedi 26, matin

9h30

Cérémonie d'ouverture



Dr Patrick Fellus

L'orthodontie pédiatrique au quotidien

9h45

10h30

Pr Philippe Évrard

Le neurodéveloppement de la déglutition



Dr Gérard Pasquet

Imagerie orthodonto-pédiatrique

11h15

11h45

Dr Carine Ben Younes-Uzan

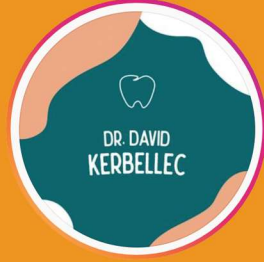
Traitements d'orthodontie précoce : quand sont-ils indiscutablement indispensables ?



Programme du samedi 26, après-midi

Séance «interneteur»

12h30



Dr Jean-François Ollu

La ventilation nasale, pourquoi et comment l'obtenir ?

14h

14h50

Dr Amel Belkhiri

Traitement précoce et réhabilitation neuro-occlusale



Dr Veronika Dercsar

La prise en charge précoce et la prévention des malocclusions en Orthodontie

15h20

16h10

Dr Patrice Bergeyron

Le Diagnostic en Orthodontie pédiatrique assisté par ordinateur : Bas Diag Child

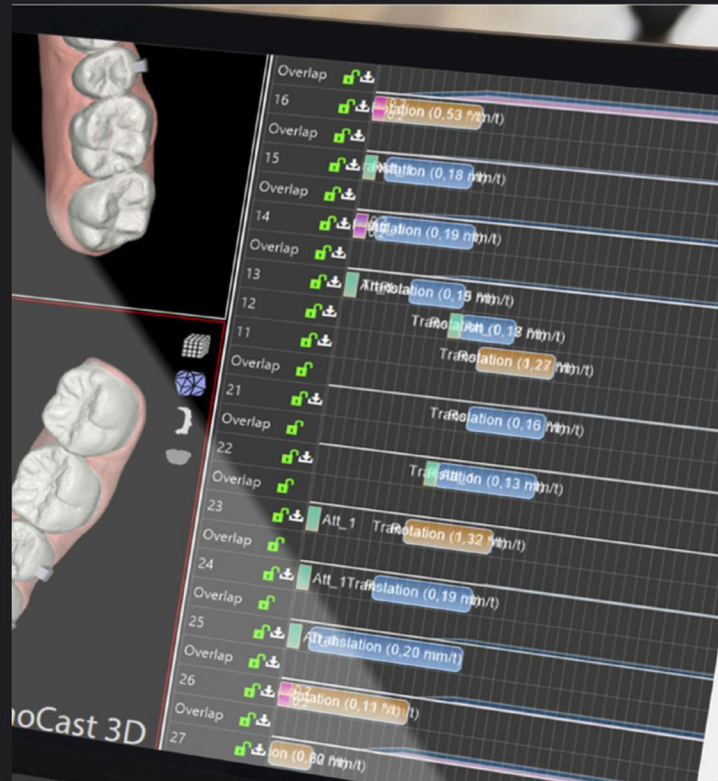




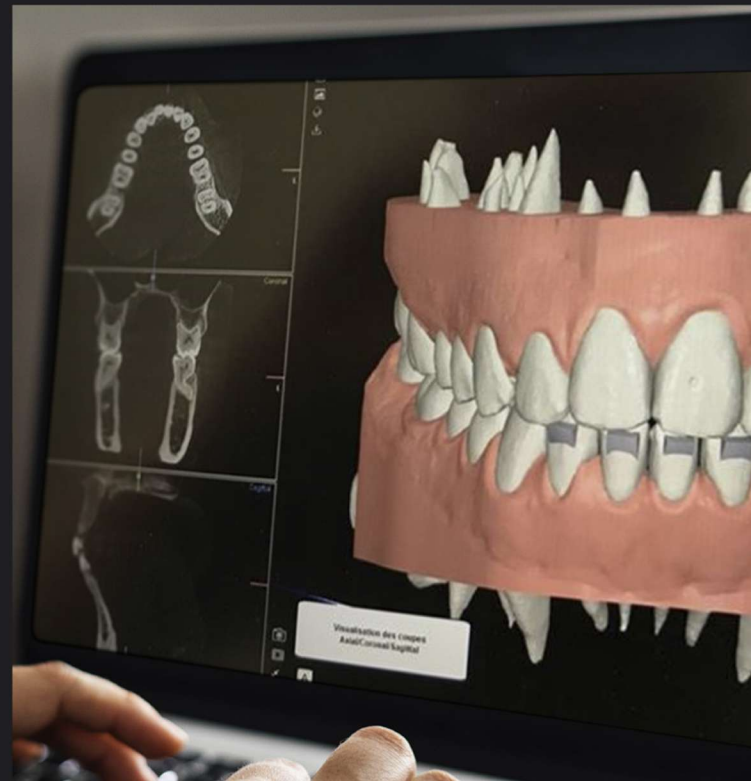
Smilers® Expert Retrouvez votre liberté



Libre d'UTILISER
la caméra intra-orale
de votre choix



Libre de MODIFIER
la durée de vos traitements,
le mouvement
de chaque dent



Libre de PROPOSER
un traitement plus prédictible
et plus sûr*



Libre de CHOISIR
la transparence,
la qualité et le chic
du made in France**

*Par rapport aux traitements créés avec l'ancienne version de logiciel utilisé pour créer le plan de traitement qui ne permettait pas la segmentation de la racine et la visualisation de leur mouvement - Etude Angela Chiara D'Alessandro et al. «Integrating CBCT and Virtual Models for Root Movement with Clear Aligners» - Journal of clinical orthodontics (jco-online.com). Mars 2020.
Fabricant des aligneurs transparents Smilers® : Biotech Dental Smilers. Dispositif médical sur-mesure, destiné à l'alignement dentaire. Lire attentivement les instructions figurant dans les notices. Non remboursé par la Sécurité Sociale.
Biotech Dental Smilers - 305, Allées de Craponne - 13300 Salon-de-Provence - France. S.A.S au capital de 125 000 € - RCS Salon-de-Provence : 801 674 375 - SIRET : 801 674 375 00010 - N° TVA : FR 93 80 167 437 5. Visuels non contractuels.

Programme du dimanche 27, matin

9h30

Isabelle Filliozat

Et si nous avions le pouvoir de leur changer la vie ?



Pr Karen Spruyt

Les troubles respiratoires du sommeil ont un impact négatif sur le développement de l'enfant: oui, non, peut-être?

10h20

11h10

Morgane Warnier

Dépister la respiration buccale chez le jeune enfant



Dr Sylvianne Raskin

Prise en charge des occlusions croisées transversales en denture de lait dans un cabinet médico-dentaire

11h50

12h20

Dr Patrícia Cubells-Ricart

Approche Pluridisciplinaire et Précoce des Troubles Respiratoires Obstructifs du Sommeil (TROS)



Dr Bertrand Delaisi - Dr Patrick Fellus

Séance pédiatrie & orthodontie

13h

Programme du dimanche 27, après-midi

14h

Cécile Mathieu

L'étroite relation entre l'orthodontie pédiatrique et la posturologie clinique



Dr Reda Alim

Asymétries cranio faciales : quelles répercussions sur la fonction masticatoire ?

14h40

15h25

Roselyne Lalauze-Pol, PhD

Les troubles d'horizontalité du plan d'occlusion



Dr Jean-Michel Salagnac

Intérêt de la prise en compte du rachis cervical en Orthopédie Maxil Dento Faciale et chirurgie maxillo-faciale

15h50

16h20

Dr Sélim Bennaceur

Glossoplastie : une nouvelle approche



L'ÉDUCATION FONCTIONNELLE, UN CONCEPT DE TRAITEMENT POUR TOUS

- ▷ physiologiques
- ▷ en silicone biocompatible
- ▷ élastiques, résilients et confortables
- ▷ indolores, inodores
- ▷ ajustables au patient

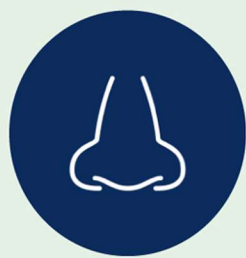


U Concept
The Ultimate Bio Trainer

NOUVEAU
▷ SOFT
ou ▷ SEMI-RIGIDE



U CONCEPT® CONTRIBUE À LA RÉÉDUCATION DES FONCTIONS



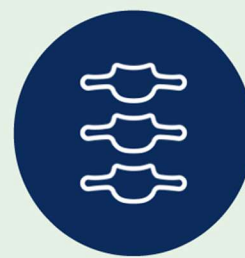
RESPIRATION



DÉGLUTITION



MASTICATION



POSTURE



ÉQUILIBRE FACIAL

Découvrez la gamme U Concept® chez votre distributeur local

FRANCE

GC Orthodontics Europe
Direction commerciale
8, rue Benjamin Franklin
94370 Sucy en Brie

Tél. +(33) 1 77 45 65 61

Fax +(33) 1 49 56 16 38

info.gco.france@gc.dental

www.gcorthodontics.eu

'GC'

RÉGION PARISIENNE

Ortholine
106, rue de Charenton
75012 Paris

Tél. +(33) 1 43 56 33 50
contact@ortholine.fr

ORTHOLINE FRANCE

ORTHOLINE

Dr. Patrick Fellus



Spécialiste qualifié en ODF

*Président fondateur et d'honneur
de la SFOP*

*Ancien attaché consultant des
Hopitaux de Paris*

*Ancien expert près de la Cour
d'Appel de Paris*

*membre fondateur de l'IFUNA
concepteur du FroggyMouth*

**Samedi 26 juin
9h45**

Learning Objectives

- Indications des traitements en denture temporaire
- contrindications des traitements en denture temporaire
- abords psychologiques du très jeune enfant

L'orthodontie pédiatrique au quotidien

On note depuis quelques années un engouement pour les traitements précoces mais prenons bien garde de différencier traitements en denture temporaire et traitements en denture mixte. Les traitements du jeune enfant ne peuvent être une déclinaison des techniques mécaniques de l'adolescent. Cette conférence fera le point sur les spécificités de cette approche pédiatrique.

Interrogation sur l'étiologie génétique ou épigénétique, le sevrage des habitudes de succion, l'utilisation d'appareils amovibles simples portés durant les repas. La nécessité de comprendre l'ensemble des facteurs neurophysiologiques pour éviter les récives.

Répondre à ces questions permettra la mise en place de traitements non contraignants et d'ainsi obtenir l'adhésion des jeunes enfants et de l'entourage.



Neuropédiatre,

Professeur émérite à l'Université Paris-Diderot (Faculté de Médecine) ; Chef de service honoraire de neurologie pédiatrique et maladies métaboliques, Hôpital Robert-Debré (créateur du service) ; Président du groupe de pilotage « Recommandation de bonne pratique Autisme » (2010-2012), HAS.

Commandeur de l'Ordre de la Couronne (Belgique), de l'Ordre du mérite (GD de Lux.), Officier de l'ordre de Leopold et Chevalier de la Légion d'Honneur

Samedi 26 juin
10h30

Bibliographie

- BENFER K. et al. Oropharyngeal dysphagia and cerebral palsy. *Pediatrics*. 2017. 140: 1-10.
- DI VECCHIO P. et al. Froggy mouth : a new myofunctional approach to atypical swallowing. *Euèr Jnl Ped Dentistry*. 2019, 20:33-37.
- FELLUS P. From digit-sucking-cum-deglutition to deglutition in dentate subjects. *Orthod Fr*. 2016;87:89-90.
- LYON G. et EVRARD P. *Traité de Neuropédiatrie*. 2ème édition. Masson, Paris, 2001, 544 pages. Réimpression en 2009.
- MANZINI P. et al. Tongue rehabilitation through the froggy mouth device: case series. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2020, 34 : 142-150.
- QUINZI V. et al. Short-term effects of a myofunctional appliance on atypical swallowing and lip strength: a prospective study. *J. Clin. Med*. 2020; 9: 2652-2662.
- RAPIN I. Acquired aphasia in children. *Jnl Child Neurol*. 1995.
- SCOFANO DIAS B. et al. Sialorrhoea in children with cerebral palsy. *J Pediatr (Rio)*. 2016. 92: 549-558.

Le neurodéveloppement de la déglutition

Le neurodéveloppement de la déglutition comporte le déploiement de deux circuiteries neuronales successives. (i) Une première praxie de succion – déglutition acquise dès la vie fœtale et utilisée durant les premières années de vie postnatale ; (ii) une deuxième praxie de mastication – déglutition du sujet denté (complètement acquise par plus de 60 % des enfants à l'âge de quatre ans). Chez le sujet normal, cette deuxième praxie permet une alimentation « euphagique » et une croissance faciale « eumorphique ». Cette transition dépend d'effecteurs périphériques multiples et est sous le contrôle du système nerveux central, ainsi que l'ont montré de nombreux travaux de recherche, auxquels Patrick Fellus a contribué par ses observations associant la clinique et l'imagerie IRM fonctionnelle. C'est dans cette période de « commutation » des deux praxies de déglutition que la fréquence des dysphagies d'origine neurologique est la plus élevée (avec une réduction de moitié à l'âge de cinq ans).

De telles commutations (« switches ») de circuiteries et de réseaux neuronaux sont connus dans d'autres domaines du neurodéveloppement. J'évoque, à titre d'exemples : (i) Dans le domaine du langage, l'existence probable de circuiteries alternatives précoces suggérées par la clinique et les imageries d'enfants atteints d'aphasies acquises précoces. (ii) Les « afférentations » atypiques chez certaines personnes à haut potentiels sont aussi évoquées pour expliquer certaines performances exceptionnelles. (iii) Chez le chat domestique, la maturation précoce de réseaux centraux qui permettraient une vision diurne précise (comme chez certains chats sauvages), inhibés et perdus ensuite au profit d'une circuiterie performante pour la vision nocturne ; il pourrait s'agir d'une mémoire phylogénique avec commutation des réseaux au cours du développement chez le chat domestique. Les hypothèses le plus souvent avancées pour expliquer de telles commutations sont l'existence de redondances normales, ainsi que, lors de certaines lésions, de phénomènes de diaschisis.

Les neuropédiatres, les médecins de rééducation, les pédodontistes, les orthodontistes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les gastroentérologues, les diététiciens et bien d'autres sont très souvent confrontés aux dysphagies hautes, à la sialorrhée et au bavage, particulièrement durant la période de commutation de la succion – déglutition lors du passage à la période de mastication – déglutition. En neuropédiatrie, ces troubles sont très fréquents dans le syndrome de « paralysie cérébrale » souvent associée à la grande prématurité.



Neuropédiatre,

Professeur émérite à l'Université Paris-Diderot (Faculté de Médecine) ; Chef de service honoraire de neurologie pédiatrique et maladies métaboliques, Hôpital Robert-Debré (créateur du service) ; Président du groupe de pilotage « Recommandation de bonne pratique Autisme » (2010-2012), HAS.

Commandeur de l'Ordre de la Couronne (Belgique), de l'Ordre du mérite (GD de Lux.), Officier de l'ordre de Leopold et Chevalier de la Légion d'Honneur

Samedi 26 juin
10h30

Bibliographie

- BENFER K. et al. Oropharyngeal dysphagia and cerebral palsy. *Pediatrics*. 2017. 140: 1-10.
- DI VECCHIO P. et al. Froggy mouth : a new myofunctional approach to atypical swallowing. *Euèr Jnl Ped Dentistry*. 2019, 20:33-37.
- FELLUS P. From digit-sucking-cum-deglutition to deglutition in dentate subjects. *Orthod Fr*. 2016;87:89-90.
- LYON G. et EVRARD P. *Traité de Neuropédiatrie*. 2ème édition. Masson, Paris, 2001, 544 pages. Réimpression en 2009.
- MANZINI P. et al. Tongue rehabilitation through the froggy mouth device: case series. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2020, 34 : 142-150.
- QUINZI V. et al. Short-term effects of a myofunctional appliance on atypical swallowing and lip strength: a prospective study. *J. Clin. Med*. 2020; 9: 2652-2662.
- RAPIN I. Acquired aphasia in children. *Jnl Child Neurol*. 1995.
- SCOFANO DIAS B. et al. Sialorrhea in children with cerebral palsy. *J Pediatr (Rio)*. 2016. 92: 549-558.

Le neurodéveloppement de la déglutition

Les choix thérapeutiques à faire contre ces pénibles manifestations de la paralysie cérébrale sont parfois très difficiles. Il faut évidemment se baser sur la « Médecine basée sur la Preuve » (Evidence Based Medicine) (EBM), qui est une stratégie tout à fait importante et pertinente. Toutefois, il faut rappeler que depuis Gordon Guyatt, qui a créé le concept d'EBM à McMaster en 1980, jusqu'à ce jour, tous les auteurs qui utilisent ce concept savent parfaitement qu'il n'y a qu'une quarantaine de % (au maximum) de décisions médicales pour lesquelles une preuve scientifique solide est apportée. Il est donc toujours crucial de combiner, pour préconiser les soins, d'utiliser une EBM reposant sur les preuves scientifiques, lorsqu'elles existent, et, lorsqu'il n'y a pas encore de preuve scientifique solide, sur les avis des professionnels qualifiés (réunis en groupes de consensus encadrés par une méthodologie rigoureuse) et sur l'avis des associations d'utilisateurs. C'est ce qui se fait, par exemple, à la Haute Autorité de Santé en France, chez NICE au Royaume-Uni, KCE en Belgique, CDC – NIH à Bethesda – Atlanta).

Le consensus dont nous disposons actuellement dans le domaine des sialorrhées et des dysphagies hautes en neuropédiatrie, et qu'il importe d'approfondir tant sur le plan de la recherche que sur la méthodologie d'acquisition du consentement des professionnels et des utilisateurs, comporte les éléments suivants qui seront abordés dans l'exposé oral.

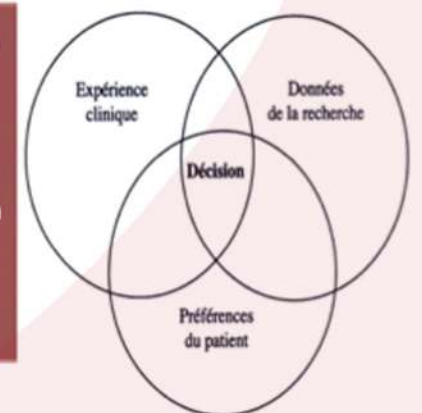
✕ L'équipement « Froggy Mouth », dont l'expérimentation clinique en neuropédiatrie progresse, est actif pour réduire et même guérir des cas de sialorrhée avec bavage d'origine neurologique. Cet appareil est à tenter le plus souvent et le plus tôt possible, comme traitement adjuvant ou principal, d'autant plus qu'il est dépourvu de risque. Pour les cas de sialorrhée non contrôlés par Froggy Mouth, surtout lorsqu'ils sont en relation avec une paralysie cérébrale, les stimulations sensibles (avec prise de conscience) et les stimulations motrices y compris la rééducation de la déglutition par un(e) orthophoniste sont indiqués. En cas d'échec, les thérapeutiques habituelles de l'hypersalivation sont:

- les médicaments à effets atropiniques (notamment atropine sublinguale)
- les injections de toxine botulique réalisées soit dans les glandes sous-maxillaires, soit dans les glandes parotides, soit dans les deux.
- les techniques chirurgicales (sous-maxillectomies, section de la corde du tympan, déroutation des canaux excréteurs salivaires) ont presque disparu, sauf dans des formes extrêmes et rebelles.

✕ Dans les dysphagies hautes de gravité légère ou sévère, l'essai du Froggy Mouth pourra être tenté, s'il est possible compte tenu du handicap, en complément aux méthodes spécialisées qui ne sont pas détaillées dans cette conférence.

Pratique basée sur la preuve
(PBP – EBM) (Gordon Guyatt, 1980, McMaster)

La PBP souligne la multiplicité des facteurs et la nécessité d'individualisation



Dr. Gérard Pasquet



médecin radiologiste,

*ancien praticien hospitalier
du service de neuro-imagerie*

**Samedi 26 juin
11h15**

Imagerie orthodonto-pédiatrique

L'orthodontie est l'une des disciplines médicales les plus « anatomiques » avec pour objectif de modifier la position des dents et la morphologie du visage... Depuis son origine, elle a recours à l'imagerie pour obtenir les renseignements anatomiques descriptifs, topographiques et mensuratifs qui lui sont indispensables tout au long du traitement.

En orthodontie pédiatrique, s'y ajoute la contrainte de limiter au maximum l'irradiation.

Après la téléradiographie tridimensionnelle, l'orthopantomogramme, la tomodensitométrie, la tomographie volumique à faisceau conique (cone beam tomography computerized, CBCT) apparaît comme la méthode d'avenir dans la discipline en permettant, à partir de l'acquisition volumique du massif crânio-facial, d'analyser les structures anatomiques osseuses et dentaires dans des reconstructions sectionnelles multiples choisies par l'imageur. Elle nous semble ainsi promise à remplacer, dans un futur proche, la plupart des autres méthodes...



Dr. Carine Ben Younes-Uzan

Traitements d'orthodontie précoce : quand sont-ils indiscutablement indispensables ?

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste Qualifié en Orthopédie Dento-Faciale

Ancien Attaché de consultation en Orthodontie à l'Hôpital Pédiatrique Robert Debré

**Samedi 26 juin
11h45**

D'un point de vue éthique, la prise en charge précoce peut-elle être reportée, sous prétexte d'attendre la venue des dents définitives ?

Si l'on peut considérer qu'une prise en charge en plusieurs étapes, risque d'allonger parfois la durée globale du traitement, l'orthodontie n'échappe pas aux principes généraux valables en médecine, il est indispensable de traiter précocement les pathologies qui s'aggraveront avec le temps, jusqu'à devenir de moins en moins accessible au traitement sans chirurgie, de même que celles qui risquent de se compliquer avec des conséquences néfastes pour le patient.

La complication la plus fréquente est la fracture des incisives maxillaires qui survient le plus souvent quand elles ne sont pas protégées par les lèvres, comme c'est le cas dans les overjets importants qu'ils soient dus à la une proalvéolie incisive ou une rétrognathie mandibulaire. Les recommandations de bonne pratique de la FFO sur la pertinence et les indications des actes d'orthodontie de juillet 2017, spécifient que dans ces cas « le traitement précoce réduit significativement le risque de survenue du traumatisme incisif ».

Les aggravations sont le propre des pathologies évolutives qui surviennent en orthodontie quand le maxillaire ne contient pas la mandibule et qu'il ne subit pas les stimuli proprioceptifs de celle-ci. La mandibule non contrôlée, peut alors s'hyperdévelopper dans les 3 plans de l'espace : vers l'avant ou transversalement un articulé inversé pourra donner une prognathie mandibulaire ou une déviation latérale de la mandibule, et vers le bas où une simple béance pourra évoluer vers une hyperdivergence squelettique, long- face-syndrome.

Les dysfonctions persistantes dans ces malocclusions : position anormalement basse de la langue, conservation de la succion, absence de mastication unilatérale alternée ou respiration buccale habituelle, ne s'amenderont pas spontanément et seront beaucoup plus difficile à appréhender plus tardivement sur des déformations squelettiques.

Séance Interneteurs



**Samedi 26 juin
12h30**



@le_cabinet_aetm



@Dr.never



@Davidkerbellec



@ortho.myo.et.cie



@clem.ortho

Communiquer autour des enjeux de santé en 2021

Ils parlent de prévention, font de la vulgarisation auprès de millions de personnes, ou créent des communautés transdisciplinaires qui partagent leurs sources et connaissances sur des sujets liés à l'orthodontie pédiatrique.

Les interneteurs de cette session ont compris comment utiliser le web pour partager au plus grand nombre, des informations qui méritent d'être diffusées plus largement !

A l'ère du tout-digital post-confinement, où les influenceurs de Youtube sont invités à l'Elysée, la SFOP propose aux profanes des réseaux sociaux une séance spéciale pour comprendre comment ils peuvent aider notre pratique quotidienne et la cause collective.

Présentation de chaque compte, de la manière de s'adresser à son audience, et du but qu'il y a derrière chaque message, vous pourrez poser toutes vos questions à nos 6 intervenants.



Dr. Jean François Ollu

La ventilation nasale pourquoi et comment l'obtenir ?

Spécialiste Qualifié en Orthodontie

**Samedi 26 juin
14h**

Learning Objectives

Définition de la ventilation nasale optimale.

Pourquoi la ventilation nasale est-elle fondamentale pour une croissance harmonieuse.

Intérêt de l'éducation myofonctionnelle.

La ventilation nasale améliore la santé globale et devrait être le premier objectif pour permettre à nos patients d'exprimer tout leur potentiel génétique.

L'épigénétique explique comment l'expression de nos gènes peut être modifiée, inhibée ou stimulée.

En rétablissant le plus tôt possible une ventilation nasale la croissance cranio-maxillo-faciale sera améliorée, le traitement orthodontique sera plus simple, de meilleure qualité et plus stable dans le temps.

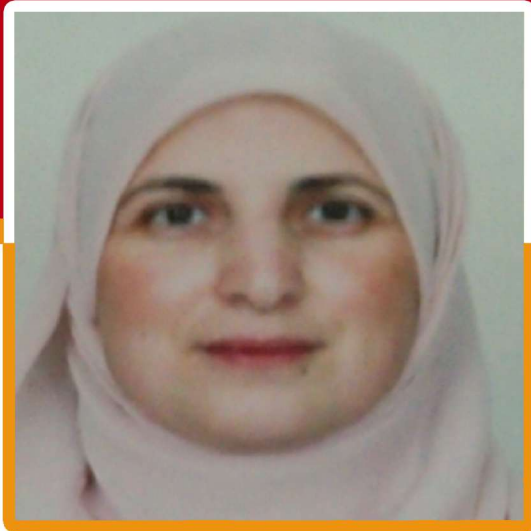
Les travaux fondamentaux de Jacques Talmant permettent de comprendre le rôle morphogène de la mécanique ventilatoire et la hiérarchie des fonctions.

Au cours de cette conférence une vidéo simple et didactique vous permettra d'expliquer à vos patients pourquoi il faut obtenir, dans un premier temps, une ventilation nasale et ses conséquences sur les autres fonctions.

Nous vous proposerons et nous vous expliquerons comment mettre en place, de manière systématique, pour tous vos patients, un programme d'éducation fonctionnelle intégrant les dispositifs médicaux Myobrace, Myochew et le Froggy Mouth et nous vous présenterons l'application Myobrace activities permettant d'apprécier l'observance du patient.

La présentation de cas cliniques illustrera le thème de cette conférence pour comprendre une orthodontie médicale intégrative myofonctionnelle.

Pr. A Belkhiri, Dr. C. de Salvador Planas



Spécialiste Qualifié en Orthodontie

*Faculté de médecine
dentaire d'Alger.*

**Samedi 26 juin
14h50**

Traitement précoce et réhabilitation neuro-occlusale

Pour Pedro Planas, la thérapeutique précoce peut être mise en œuvre en denture temporaire ou mixte. Elle doit obtenir soit spontanément, soit à l'aide d'appareillages, soit mieux encore à l'aide de la fonction de mastication l'éruption correcte de toutes les dents, chacune à sa place et en situation d'équilibre. Pour cela, on utilise une méthode qui permette les mouvements de latéralité mandibulaire, pendant que les dents font librement leur éruption sur l'arcade, et qui n'empêche pas les lois de développement de s'accomplir.

Dans ce travail, différents types de traitements précoces sont décrits et illustrés par des cas cliniques qui nous espérons apporteront une vue et une compréhension exhaustive des concepts et moyens thérapeutiques proposés par Planas



Dr. Veronika Dercsar

La prise en charge précoce et la prévention des malocclusions en Orthodontie

Spécialiste Qualifié en Orthodontie

Formation en cabinet au cabinet du Dr Daniel Rollet 2009-2010

Membre de l'équipe de développement des formateurs: depuis 2015

Samedi 26 juin
15h20

Learning Objectives

La prévention est toujours meilleure que le traitement.

Il y a un moment où il est trop tard.

L'importance de l'équilibre.

Le Dr. Carl Gugino parlait déjà en 1962, lors d'une session de l'ADA (American Dental Association) d'éducation myofonctionnelle.

Son concept de déverrouillage ou « Unlocking concept » nous dit que : « tout patient porteur d'une malocclusion présente un certain degré de dysfonctions associé. En modifiant la fonction on modifie la forme. (Revue ODF-C.F. Gugino-I. Dus-2000)

Tout autant, le Dr Daniel Rollet, malheureusement disparu depuis, affirmait : « Le but du concept d'éducation fonctionnelle est d'intercepter les malocclusions, de neutraliser la matrice fonctionnelle et de libérer le potentiel de croissance du patient sans contraintes ».

Cette approche thérapeutique est aujourd'hui pleinement dans la lignée des traitements d'orthodontie de demain : intercepter le plus tôt possible les malocclusions et les mauvaises habitudes liées à la succion du pouce, de la langue ou encore digitale, la posture basse de la langue, l'incompétence labiale, la respiration buccale ou la posture en activant le potentiel de croissance du patient, à l'aide des dispositifs U Concept et d'exercices associés, afin d'obtenir une stabilité à long terme du traitement d'orthodontie global.

Plus que jamais, et de façon plus exponentielle depuis les années 80, l'augmentation des problèmes d'allergies, l'absence ou la régression de la phase d'allaitement chez le nouveau-né, la malbouffe et les mauvaises postures liées à l'utilisation des technologies modernes, ont une incidence majeure sur le développement de nos enfants et produisent l'apparition de malocclusions, de problèmes de ronflement ou d'apnée du sommeil, de surpoids, posturales avec toutes les conséquences inhérentes.



Dr. Patrice Bergeyron

Le Diagnostic en orthodontie pédiatrique assisté par ordinateur : Bas Diag Child

L'orthodontie pédiatrique comme toute spécialité médicale commence par une recherche d'antécédents, un questionnaire et un examen médical. La séméiologie qui consiste à la recherche de signes cliniques qui va confirmer l'analyse, le diagnostic et le plan de traitement. De nombreux troubles morphologiques sont visibles sur le visage tel que les cernes, la bouche ouverte, l'absence de contact bilabiaux, la diminution ou l'augmentation de l'étage inférieur, la distance cervico-faciale. Ceux-ci sont visibles cliniquement mais aussi sur des photographies du patient et des radiologies. Après l'examen exo-buccal ainsi que l'examen des fonctions oro-faciales, l'examen endo-buccale précise les dysmorphoses, les malocclusions et malpositions dentaires. Nous proposons dans cette conférence une étude systémique de tous ces signes à partir de 12 photos du patient et l'analyse de points, de proportions et d'angles assisté par ordinateur pour faciliter et organiser cette recherche de signes et aider à la détermination du diagnostic, du plan de traitement et éventuellement de la programmation des appareillages.

Spécialiste CECSMO en Orthodontie

Président de l'International Pediatric Orthodontic Society (IPOS)

Président de la SFOP

Président de la International Society of Functional and Esthetic of Smile

Président Fondateur de la SFOPA

**Samedi 26 juin
16h10**

Learning Objectives

Aider le praticien par une étude informatique organisée et précise à faire un diagnostic en orthodontie pédiatrique

Isabelle Filliozat



Psychothérapeute, formatrice,
Vice-Présidente de la Commission
des 1000 Premiers Jours initiée
par le gouvernement du
Président Macron

**Dimanche 27 juin
9h30**

Learning Objectives

- **Mesurer l'importance de la prévention, du dépistage et des interventions précoces**
- **Mesurer la grande variété de symptômes relevant d'un trouble myofonctionnel.**
- **Réaliser combien intervenir tôt peut améliorer la vie d'un enfant et de sa famille**

Et si nous avions le pouvoir de leur changer la vie ?

L'orthodontie ne consiste pas seulement à réaligner les dents pour des questions esthétiques. Il y a là de gros enjeux encore trop méconnus de santé physique et psychologique. Eviter à un enfant de subir des remarques désagréables voire du harcèlement, c'est déjà crucial, mais les recherches actuelles nous éclairent sur des liens méconnus entre des symptômes très divers. Le sommeil, l'alimentation, le langage, la scolarité, la socialisation, le manque de régulation émotionnelle sont souvent traités comme des problèmes distincts, et les enfants sont dirigés vers autant de professionnels. Et si une même cause pouvait lier allaitement difficile, réveils fréquents du bambin, intolérance à la frustration, crises de rage et difficultés scolaires du plus grand ? Et si on pouvait agir tôt pour qu'un enfant puisse reprendre un développement optimal ? Stress, manque de sommeil, crises et difficultés mettent les parents à rude épreuve. La malocclusion affecte non seulement un enfant, mais retentit sur toute sa famille. Un dépistage précoce peut changer la vie d'un enfant, de ses parents et de ses frères et sœurs.

La malocclusion est une maladie de civilisation, la prévention est donc essentielle !

Pr. Dr. Karen Spruyt



PhD en psychologie clinique de l'enfant, adolescent et de l'adulte
Professeur en développement neuropsychologique
(neuropsychologie de l'enfant)
INSERM

Dimanche 27 juin
10h20

Learning Objectives

- 1. décrire le spectre des troubles respiratoires du sommeil**
- 2. différencier les conséquences sur le développement selon les âges**
- 3. formuler des étapes / initiatives de référence sur la base des preuves scientifiques présentées**

Les troubles respiratoires du sommeil ont un impact négatif sur le développement de l'enfant: oui, non, peut-être?

Le sommeil médiocre d'un enfant est une préoccupation commune des parents. Autrement dit, la littérature rapporte des taux de prévalence des troubles du sommeil chez les enfants allant de 20 à 60% ou plus, notamment chez les enfants ayant un développement atypique (p.ex., syndrome de Down). Dans la présentation, nous nous concentrerons sur les symptômes du ronflement primaire, de la respiration buccale, de l'interruption de la respiration (hypopnée) et de l'arrêt de la respiration (apnée) pendant le sommeil. Sur la base d'études polysomnographiques, la gravité des troubles respiratoires du sommeil est mesurée. L'apnée obstructive du sommeil, par exemple, est très répandue, touchant 2 à 3% de tous les enfants. De plus, les troubles respiratoires du sommeil ont de multiples comorbidités supplémentaires telles que l'obésité ou le syndrome métabolique. Des études récentes révèlent progressivement en outre les relations multidirectionnelles entre les troubles respiratoires du sommeil et le développement d'un enfant.

Cette présentation fera un bilan de l'impact des troubles respiratoires du sommeil sur le développement de l'enfant. Nous résumerons l'étendue de la littérature concernant les effets indésirables des troubles respiratoires du sommeil dans les domaines de l'intelligence, de scolarité, de l'attention, de la fonction exécutive, de la mémoire, du langage et de la capacité visuospatiale.



Morgane Warnier

Dépister la respiration buccale chez le jeune enfant

Doctorante en logopédie,
spécialisée en rééducation orofaciale
myofonctionnelle

Vice-Présidente de la Société
Française d'Orthodontie Pédiatrique

**Dimanche 27 juin
11h10**

Learning Objectives

- **Sensibiliser les parents et accompagnants sur la problématique**
- **Dépister les signes d'une respiration buccale chez le jeune enfant**
- **Référer vers l'orthodontiste pédiatrique, l'orthophoniste et l'ORL au bon moment**

« **Ferme ta bouche et sauve ta vie** » écrivait déjà G. Cathlin en 1882 à propos de l'importance de respirer par le nez ! La respiration buccale est pathologique : elle a des conséquences sur le développement des fonctions orofaciales, sur la croissance cranio-faciale, sur l'équilibre et la santé dentaire, sur l'esthétique du visage, sur les apprentissages, sur le sommeil et plus largement sur la qualité de vie.

Indépendamment de la cause, dépister, diagnostiquer et traiter la respiration buccale le plus tôt possible s'apparente donc à une nécessité de santé publique.

Mais concrètement, quand faut-il s'alarmer ? Quels sont les signes qui doivent interpellier les parents et les accompagnants ? Vers quels professionnels de la santé se tourner pour le diagnostic et la prise en charge ?

Cette présentation répondra à toutes ces questions sur un fond de transdisciplinarité et d'Evidence Based Practice.

Dr Sylvianne Raskin



Orthodontiste, docteur en médecine dentaire et spécialiste des troubles ventilatoires du sommeil

en collaboration avec Julie Lekeu, logopède spécialisée en thérapie myo fonctionnelle

**Dimanche 27 juin
11h50**

Learning Objectives

Médecine : Prendre en charge une malocclusion sans attendre

Orthodontie : Décroiser sans « appareil ortho »

Logopédie : Rétablir des fonctions vitales oro-faciales

Prise en charge des occlusions croisées transversales en denture de lait dans un cabinet médico-dentaire

Dès l'apparition d'une malocclusion, l'équipe pluridisciplinaire du cabinet médico-dentaire la prend en charge, sans attendre. Les moyens mis en œuvre dépendent de la gravité du problème.

Pour les occlusions croisées transversales en denture de lait, cela se résume le plus souvent à un avis orthodontique et une prise en charge myofonctionnelle par une logopède. Dans 2/3 des cas, l'articulé est décroisé après un an. Les fonctions oro-faciales sont nettement améliorées et les parents conscientisés pour assurer une croissance équilibrée chez leur enfant plus épanoui. Le suivi orthodontique se poursuit dans un esprit serein jusqu'à la fin de croissance du patient.



Dr. Patrícia Cubells-Ricart

Approche Pluridisciplinaire et Précoce des Troubles Respiratoires Obstructifs du Sommeil (TROS)

Orthodontiste, coordinatrice de l'Unité du TROS du Département de Pédiatrie de l'Hôpital Universitaire Dexeus de Barcelone

**Dimanche 27 juin
12h20**

Learning Objectives

- 1. Connaître plus en profondeur les TROS et leurs conséquences sur le développement général des enfants.**
- 2. Connaître et comprendre l'importance du traitement précoce et pluridisciplinaire, et déterminer le rôle de chaque spécialiste.**

Les Troubles Respiratoires Obstructifs du Sommeil (TROS) sont une pathologie encore très méconnue, leur diagnostic et traitement sont souvent négligés et mal interprétés par les professionnels pédiatriques de toutes les spécialités.

Pendant les dernières années, les connaissances et protocoles « evidence based » pour les TROS ont beaucoup évolué. Une mise à jour et état de lieux des connaissances des spécialistes impliqués devient, donc, indispensable.

La séquence du TROS et les différentes pathologies qu'elle intègre, ainsi que ses causes directes et indirectes sont multiples. Traiter les premiers symptômes, depuis le plus jeune âge et bien avant l'arrivée des apnées est essentiel.

Ses conséquences de caractère pluridisciplinaire et global ont un grand impact dans le développement des enfants depuis la naissance. Les TROS ne provoquent pas que des troubles du développement osseux du visage, respiratoires et du sommeil ; ils provoquent aussi des troubles psychologiques, cardiaques, cognitifs, rénaux, de croissance et des infections à répétition.

L'abordage des TROS avec une équipe pluridisciplinaire interconnectée est impérative afin d'atteindre les objectifs. La création de protocoles dans des équipes hiérarchisées a une grande importance afin de déterminer qui doit détecter les cas dès le plus jeune âge, quels sont les trois piliers de son traitement principal, dans quel ordre faut-il agir, comment articuler les différents spécialistes pour que le traitement soit le plus court et efficace possible, quels traitements complémentaires sont nécessaires et comment les appliquer.

Cécile Mathieu



Posturologue, ostéopathe
et formatrice

**Dimanche 27 juin
14h**

*Nos questions en
tant que praticiens :*

- Quelles sont les origines des troubles orthodontiques des jeunes enfants ? Comment distinguer les troubles développementaux des troubles sociétaux ou culturels ?
- Quelles sont les causes posturales précoces et tardives de déséquilibre occlusal ?
- La prise en charge ne peut-elle être que symptomatique ou doit-elle considérer les forces en jeu provenant des autres parties du corps ?
- Où et quand commence la prévention ?
- Quel est le rôle de l'équipe pluridisciplinaire ?
- Quels sont les risques d'un traitement symptomatique ?

L'étroite relation entre l'orthodontie pédiatrique et la posturologie clinique

Lors de la période de la naissance à 18 mois de vie, le bébé s'adapte à l'environnement gravitationnel. C'est la période d'intégration des réflexes archaïques. Ce programme inné élabore la coordination sensori-motrice et la maturation des récepteurs sensoriels que sont les pieds, les yeux et l'appareil manducateur. Cette phase définit l'équilibration de l'articulation temporo-mandibulaire, le centrage de la mandibule et la migration de l'os hyoïde indispensables aux fonctions de phonation, respiration, déglutition, occlusion puis mastication. La mâchoire s'apprête à mettre en relation les chaînes musculaires postérieures et antérieures du corps en développement. La posture érigée s'organise et peu à peu se met en place l'équilibre postural. Cette genèse posturale nous montre que le corps est un tout structuré dont l'équilibration dans l'espace en statique et en dynamique dépend de l'efficacité des récepteurs sensoriels nommés capteurs posturologiques. Cette approche posturologique est fondamentale pour qui s'intéresse à l'orthodontie pédiatrique et ne peut être que pluridisciplinaire.

Devant toute altération occlusale et orofaciale il est indispensable d'en connaître l'origine et d'associer une prise en charge globale posturale avant d'effectuer un traitement symptomatique de l'appareil manducateur, ceci permettra d'éviter une cascade de troubles qui pourraient avoir des conséquences morphologiques et fonctionnelles à distance, ou mettre en échec le traitement.



Dr Reda Alim

*Enseignant hospitalo-universitaire,
spécialiste en ODF à la faculté de
Médecine dentaire d'Alger*

*Membre du conseil de l'ordre
des médecins dentistes d'Alger*

*Secrétaire Général de la
Société Française d'Orthodontie
Pédiatrique et de la Société
Algérienne d'Orthodontie*

Coauteur : Pr N. BENKHERFALLAH

**Dimanche 27 juin
14h40**

*Learning
Objectives*



Asymétries cranio faciales : quelles répercussions sur la fonction masticatoire ?

De plus en plus fréquentes et souvent méconnues des orthodontistes, les asymétries cranio faciales occupent une place prépondérante dans le panel des anomalies orthodontiques du jeune enfant. Leur dépistage, dès la naissance, ainsi que leur prise en charge précoce, avant l'âge de 6 ans, imposent au praticien, en plus d'une analyse sémiologique fine, une connaissance approfondie de leur étiopathogénie.

Leurs conséquences délétères sur la croissance cranio - maxillo mandibulaire mais surtout sur l'accomplissement de la fonction masticatoire, véritable moteur de croissance cranio faciale, compliquent d'avantage le tableau clinique.

Quelles sont donc ces répercussions et comment y remédier ? Tels seront les objectifs de ce travail.

Ce travail a pour objectif :

- 1.** Mettre en évidence les relations topographiques et fonctionnelles qui existent entre le complexe basicranien et le massif facial.
- 2.** Mettre l'accent sur l'importance de la fonction masticatoire dans le développement du complexe cranio facial.
- 3.** Déterminer la sémiologie des asymétries cranio faciales du jeune enfant.
- 4.** Déterminer la répercussion de ces asymétries sur la fonction masticatoire et la croissance maxillo mandibulaire.
- 5.** Insister sur le rôle des traitements précoces dans la prise en charge des asymétries cranio faciales.

Roselyne Lalauze-Pol



Ph.D en neurosciences
Ostéopathe

Président de la SEROPP (Société
Européenne de Recherche en
Ostéopathie Périnatale
& Pédiatrique)

Dimanche 27 juin
15h25

Learning Objectives

- Objectiver les troubles d'horizontalité du plan d'occlusion
- Intégrer ses troubles dans la croissance faciale globale
- Trouver ou retrouver une croissance faciale eumorphique : plan de traitement

Les troubles d'horizontalité du plan d'occlusion

Le but d'un traitement orthodontique est d'obtenir une occlusion idéale entre le maxillaire supérieur et la mandibule.

Pourtant au cours du traitement, et souvent à la fin, on peut observer que le plan occlusion n'est pas horizontal, qu'il existe une asymétrie des deux hémifaces et que l'on est loin de l'harmonie faciale telle décrite par Couly et Bennaceur dans EMC

L'obliquité du plan occlusal est le plus souvent associée à une obliquité inverse des lignes bipupillaire et bicanthale externe.

La prise en charge ostéopathique, par une action mécano-transductrice, permet de se rapprocher de l'horizontalité du plan occlusal mais aussi des lignes bipupillaire et bicanthale.

Pour être optimale cette prise en charge débute au plus tôt, avant ou dès le début du traitement orthodontique, et va se poursuivre aux moments clés : perte des dents lactéales et mise en place des dents définitives. La surveillance sera accrue au moment de l'adolescence (modifications hormonales l'adolescence).



Dr. Jean-Michel Salagnac

Intérêt de la prise en compte du rachis cervical en Orthopédie Maxillo Dento Faciale et chirurgie maxillo-faciale.

DCD, DSO, orthodontiste,
attaché service stomatologie
et chirurgie maxillo-faciale
CHRU Nantes France.

Dimanche 27 juin
15h50

Learning Objectives

- Dépistage des anomalies du rachis cervical
- Prise en compte des relations anatomiques rachis cervical-crâne-face
- Formation des orthodontistes

- Les orthodontistes sont parmi tous les spécialistes médicaux ceux qui, le plus souvent, voient les images du rachis cervical de leurs patients grâce aux téléradiographies systématiquement réalisées lors du diagnostic... Curieusement cette région est inexplorée!!! Cela est d'autant plus incompréhensible que de nombreux auteurs se sont intéressés depuis très longtemps aux relations existantes entre le développement des structures cervicales et crânio-faciales. Des associations pathologies crânio-faciales - pathologies cervicales s'observent fréquemment dans des syndromes malformatifs craniofaciaux, dans des troubles de la statique, dans des anomalies de la croissance des maxillaires. La complexité embryologique de la charnière occipito-cervicale explique le polymorphisme des malformations.
- Les croissances verticales du rachis cervical, de la mandibule et du maxillaire sont corrélées. Ces relations anatomiques, normales et pathologiques sont facilement observables sur les téléradiographies de profil et doivent être évaluées précocement.
- La téléradiographie de profil permet également le dépistage de nombreuses anomalies du rachis cervical dont certaines peuvent avoir un pronostic gravissime.
- La non reconnaissance et l'absence d'information du patient d'une pathologie rachidienne existante pourrait être reprochée au prescripteur ...et condamnée. Le praticien ne doit-il pas être capable d'interpréter la totalité de l'examen qu'il a prescrit ou réalisé?
- L'étude du rachis cervical doit donc être systématique dans le bilan diagnostique des dysmorphoses dento-maxillo-faciales. Il apparaît indispensable d'inclure l'étude du développement normal et pathologique du rachis cervical dans les programmes de formation des praticiens prenant en charge les pathologies du développement cranio-faciales.
- **Evoluons vers une orthopédie cervico-cranio-faciale.**



Dr Selim Bennaceur

Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique et reconstructrice

*Chef de service -
Hôpital Robert Debré - Paris -
Chirurgie maxillo-faciale
et plastique pédiatrique*

*Président - Groupe d'études
et de recherche en pathologie
maxillo-faciale pédiatrique*

**Dimanche 27 juin
16h20**

Glossoplastie : une nouvelle approche

Introduction : Nous décrivons ici une nouvelle technique chirurgicale qui permet une réduction efficace du volume de la langue avec un aspect satisfaisant et en évitant les complications dues à l'exérèse de la pointe.

Méthodes : Il s'agit d'une revue rétrospective incluant six patients ayant subi une réduction du volume lingual pour macroglossie à l'aide de notre nouvelle technique en V central. Trois sujets ont été opérés à un âge précoce en raison d'une macroglossie importante avec protrusion permanente de la langue, trouble esthétique et retard d'élocution. Pour les 3 autres sujets, la chirurgie a été réalisée à l'adolescence car le traitement médical n'a pas abouti. Nous avons évalué la forme, la mobilité, le goût et la sensibilité de la langue après la chirurgie à la fin du suivi postopératoire.

Résultats : La période de suivi postopératoire variait de 3 mois à 18 ans avec une moyenne de 6 ans. Tous les patients étaient satisfaits de l'apparence de leur langue. Ils présentaient un mouvement normal de la langue. Lors d'une évaluation subjective, ils n'ont signalé aucune difficulté sensible ou sensorielle et ont eu une progression alimentaire normale dans la cavité buccale. Objectivement, leur langue avait une mobilité, un goût et une sensibilité normale. En postopératoire, chez ces patients, il n'y avait pas de protrusion résiduelle de la langue, de trouble esthétique, ni de retard de langage et enfin, aucun patient n'a eu besoin de chirurgie de révision.

Conclusion : Cette ablation centrale en forme de V semble offrir de bons résultats chirurgicaux avec une réduction de la langue efficace et aucune complication telle que l'amputation de la pointe de la langue ou la résection du coin antérieur trouvée dans d'autres techniques de réduction de la langue.