



Université Constantine 3

Faculté de Médecine

Département de médecine dentaire

Service d'Orthopédie Dento- Faciale

Cours d'ODF 3^{ème} année

L'examen clinique en ODF

Dr. GHERS N

Année Universitaire

2023-2024

Plan

Introduction

1. Renseignements généraux

2. Anamnèse

3. Examen clinique proprement dit

3.1. Examen exo buccal

3.2. Examen endo buccal

3.3. Examen fonctionnel

Conclusion

Bibliographie

Introduction

L'examen clinique réalisé lors du premier contact avec le patient est primordial pour l'établissement du diagnostic positif, différentiel et étiologique, donc du plan de traitement orthodontique.

L'objectif de ce cours est de déterminer les différentes étapes de l'examen clinique et les informations récoltées qui vont servir à l'établissement du diagnostic et du plan de traitement.

1. Renseignements généraux :

Nom, prénom, sexe, âge civil précis, le niveau scolaire, responsable légal de l'enfant avec les coordonnées, origine ethnique.

2. Anamnèse :

L'interrogatoire recherche essentiellement :

- Motif de consultation : Esthétique, fonctionnel ou les deux.
- Histoire de l'anomalie : date et circonstance d'apparition, évolution...
- Antécédents familiaux : présence d'anomalies similaires chez l'un des membres de la famille (collatéraux compris)
- Antécédents généraux : médicaux et chirurgicaux, les pathologies générales (troubles hormonaux, ventilatoires, les allergies...)
- Antécédents locaux et orthodontiques : soins réalisés, problèmes parodontaux, sensibilités, etc.) ; un traitement orthodontique a-t-il déjà été réalisé ? Si oui quand, combien de temps a-t-il duré et a-t-il récidivé ?
- Habitudes déformantes : suçage digital ou labial, têtage de la langue ?
- Caractère de l'enfant : timide, agité, calme...

L'anamnèse permet aussi d'évaluer la maturité, la motivation et la coopération de l'enfant/du patient.

3. Examen clinique proprement dit :

3.1. Examen exo buccal :

3.1.1. Le visage, de face :

3.1.1.1. L'impression d'ensemble

-Forme du visage : ronde, ovale, rectangulaire, pyramidale.

- **Typologie faciale :**

- Hauteur des étages faciaux : selon Epker, le visage comporte trois étages :

- l'étage supérieur : du trichion (point médian du front situé sur la base d'implantation du cuir chevelu) à l'ophryon (point médian sur la ligne bisourcilière) ;

- l'étage moyen : de l'ophryon au point sous-nasal ;

- l'étage inférieur : du point sous-nasal au point menton.

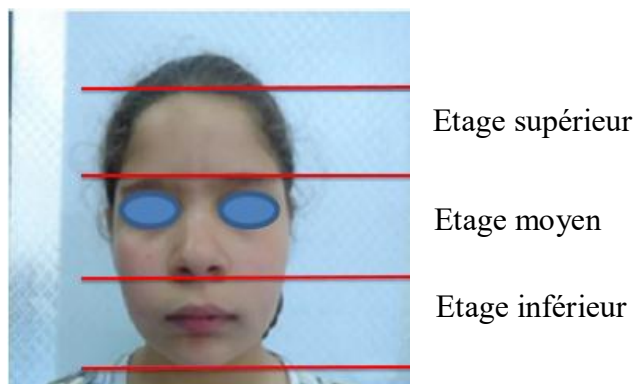


Fig.01: Les étages du visage

La face est composée de ces deux derniers.

La hauteur des étages détermine le type facial : chez un mésopacial : les étages de la face sont égaux ; chez un sujet dolichopacial, l'étage inférieur est augmenté ; et, enfin, chez le sujet brachyopacial, l'étage inférieur est diminué.

- Classification de SIGAUD :

- Augmentation de l'étage supérieur : type cérébral.

- Augmentation de l'étage moyen : type respiratoire

- Augmentation de l'étage inférieur : type digestif.

- Indice facial : l'indice facial morphologique (IFM) précise les rapports faciaux de hauteur et de largeur :

$$\text{IFM} = \frac{\text{Hauteur faciale} \times 100}{\text{Distance bizygomatique}}$$

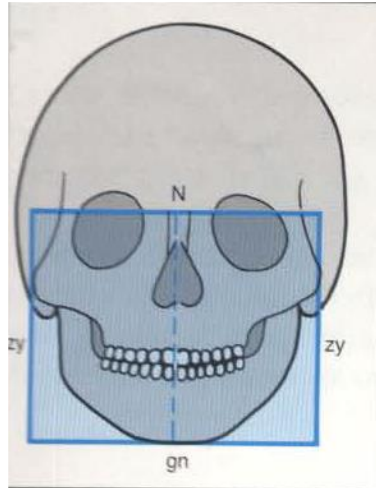


Fig.02: Indice facial

- si elle est supérieure à 104, on dit que le sujet est leptoprosope ;
- si elle est comprise entre 104 et 97, on parle de mésoprosope ;
- et, enfin, si elle est inférieure à 97, le sujet est euryprosope.
- **Symétrie faciale** : par rapport au plan sagittal médian (qui passe par les points suivants : le trichion, l'ophryon, le sous-nasal, le stomion, le menton)

Les lignes horizontales (bisourcillaire, bipupillaire, bicommissurale et sous-mentale) doivent être parallèles entre elles et perpendiculaires au plan sagittal médian.

3.1.1.2. Observation des traits du visage

-le nez : sa forme, son volume, sa position par rapport au plan sagittal médian (PSM) et son éventuelle déviation, stade de maturation (nez infantile, nez d'adulte), son hauteur, largeur de la base et le contour de son arête. Une vue contre plongeante permet de visualiser la largeur et la forme et la symétrie des orifices narinaires.



Fig. 03 : Orifices nasaires ovales et symétriques



Fig.04 : Orifices nasaires ovales et asymétriques



Fig. 05 : Sténose de l'orifice nasaire droite et déviation de la cloison nasale

-Les lèvres : épaisseur du vermillon, largeur bi commissurale, tonicité, position habituelle au repos (lèvres jointes ou inoclusion labiale), rapport des lèvres et des dents au repos et au cours du sourire ; la présence de perlèche, de cicatrice, de sécheresse doit être notée ;

La hauteur de la lèvre supérieure, mesurée entre le point sous-nasal et le stomion, doit représenter le tiers de la hauteur de l'étage facial inférieur. La lèvre inférieure occupe les deux tiers restants jusqu'au menton.

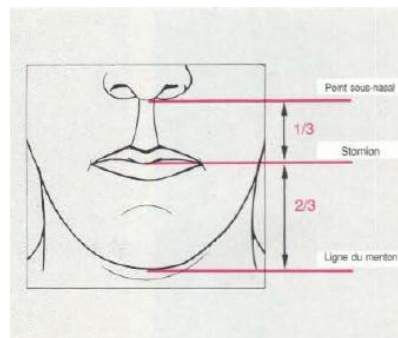


Fig. 06 : Relations labiales verticales

Lors du sourire, les incisives maxillaires sont découvertes jusqu'au liseré gingival bordant les collets dentaires. Un sourire laissant apparaître plus de 2 à 3 mm de gencive est dit « gingival » et peut être dû à une supra-alvéolie incisive maxillaire et/ou à une lèvre supérieure courte.



Fig.07: Sourire harmonieux



Fig.08 : Sourire gingival

- Le sillon labio-mentonnier : présent, effacé ou marqué ;
- Le menton : sa forme, son aspect, volume, la contraction ou non des muscles mentonniers (peau d'orange) et sa position transversale / PSM.

3.1.2. Le visage, de profil :

Le patient est assis sur le fauteuil en position orthogonale sa tête orientée horizontalement selon le plan de francfort.

3.1.2.1. L'impression d'ensemble :

- Convexité /concavité du profil, pour Philippe « un profil est plaisant si les saillies et les dépressions (encoches sus- et sous-nasales et sillon labio-mentonnier) s'équilibrent.
- L'harmonie et la proportionnalité des étages sont à nouveau évaluées, confirmant la typologie du sujet. Appréciation qualitative de l'étage inférieur de la face et de l'angle goniale.



Fig.09 : Profil convexe



Fig.10 : Profil rectiligne



Fig.11 : Profil concave

3.1.2.2. Observation des traits du visage

- Le front : plat, bombé ou fuyant.
- le nez : la racine du nez dessine, avec la glabelle, l'ensellure nasale dont la profondeur est à apprécier.

Sa longueur idéale est d'un tiers de la hauteur faciale, et le rapport idéal entre sa portion verticale et sa portion horizontale est de 2/1.

On note la longueur de l'arête nasale, ainsi que sa forme rectiligne, concave ou convexe

L'angle naso-labial formé par l'union de la base du nez et la lèvre supérieure déterminé entre 100° et 110° pour les filles et entre 90° et 100° pour les garçons.

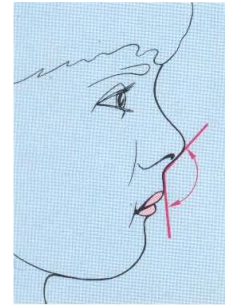


Fig. 12 : Arête nasal droite

Fig.13 : Bosse sur l'arête nasal

Fig .14 : Angle naso-labial

- Les lèvres : on notera le rapport des lèvres entre elles ; la position relative par rapport au profil : : Korkhaus décrit 3 types de profil labial :

- escalier labial positif : protrusion de la lèvre inférieure

- escalier labial discrètement négatif (situation normale) : la lèvre supérieure située un peu en avant de la lèvre inférieure

-escalier labial négatif : rétrusion labiale inférieure importante

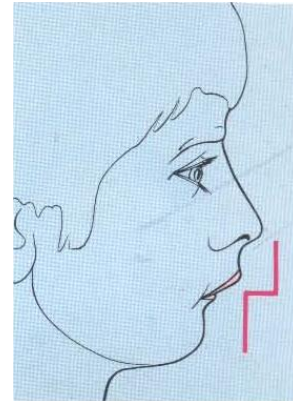
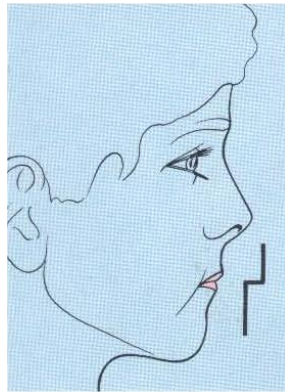
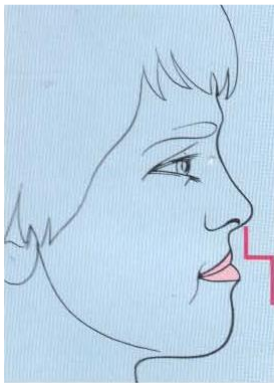


Fig. 15: Escalier labial positif

Fig. 16: Escalier labial discrètement négatif

Fig. 17: Escalier labial négatif

- Le menton : son volume, tonicité et sa position sagittale (pro, normo ou rétrognéie)

3.1.2. L'examen des ATM et de la musculature masticatrice :

L'examen exo buccal se terminera par la palpation des muscles oro-faciaux et des ATM, pour apprécier leur tonicité et des éventuelles douleurs et bruits.

3.2. Examen endo-buccal :

3.2.1. L'hygiène bucco-dentaire : Evaluation du contrôle de plaque.

3.2.2. Les parties molles :

- La langue : On doit examiner son volume, sa mobilité, sa tonicité et sa position au repos et son comportement fonctionnel.

- La posture linguale au repos est examinée en écartant délicatement les lèvres. En position normale, elle occupe le palais, ses bords étant au contact des collets dentaires.

-Le frein lingual : il s'insère normalement au niveau médian de la face dorsale antérieure de la langue au plancher de la bouche. Il doit être suffisamment long pour permettre des mouvements d'élévation et de protraction de la langue : bouche ouverte, le patient doit pouvoir toucher le raphé médian et la limite du vermillon de la lèvre

-Une macroglossie vraie montre un débordement net de la langue sur l'arcade, antérieurement comme latéralement, et des indentations sont visibles sur les bords latéraux.



Fig.18 : Observation du frein lingual en bouche



Fig. 19: Frein lingual court et fin.



Fig.20: Macroglossie

- Les tissus mous : il faut inspecter les lèvres, les joues et le plancher buccal
- Parodonte :il faut noter le morphotype parodontal, la santé parodontale (maladie parodontale type gingivite, parodontite, récession, mobilité dentaire...) et les freins labiaux ; leur épaisseur, hauteur d'insertion, répercussion sur les arcades dentaires et le parodonte marginal.

3.2.3. Examen de l'occlusion :

3.2.3.1. Etude statique :

- **Agencement intra-arcade** : on examine :

- La denture : formule dentaire, indice CAO, âge dentaire, stade de la morphogénèse des arcades dentaires, anomalies dentaires (position, forme, nombre, volume, éruption, structure)

L'âge d'éruption des dents temporaires est très variable :

- à 6 mois incisive lactéale centrale inférieure,
- entre 6 et 12 mois les autres incisives lactéales,
- entre 12 et 18 mois premières molaires temporaires,
- entre 18 et 24 mois canines lactéales,
- entre 24 et 36 mois deuxièmes molaires temporaires.

L'âge d'éruption des dents permanentes :

Tableau 01 : Âges moyens d'éruption des dents permanentes

		Âge moyen d'éruption (ans)
Maxillaire	Incisive centrale	7-8
	Incisive latérale	8-9
	Canine	11-12
	Première prémolaire	10-11
	Deuxième prémolaire	10-12
	Première molaire	6-7
	Deuxième molaire	12-15
	Troisième molaire	17-21
Mandibule	Incisive centrale	6-7
	Incisive latérale	7-8
	Canine	9-10
	Première prémolaire	10-12
	Deuxième prémolaire	11-12
	Première molaire	6-7
	Deuxième molaire	11-13
	Troisième molaire	17-21

- la forme des arcades (U, V), leur largeur et symétrie, la profondeur du palais, les courbes de Wilson et celle de Spee

En denture temporaire il faut chercher la présence ou non des diastèmes Simiens et de Bogue.

- **Agencement inter-arcade** : on l'examine dans les trois dimensions de l'espace, au niveau molaire, canin et incisif.

Dans le sens sagittal :

- Au niveau des incisives : l'over jet (le recouvrement horizontal) : sa valeur moyenne est 2mm, son augmentation signe d'une procluse et sa diminution une rétrocluse ou articulé inversé.

Au niveau des canines et molaires : les classes d'Angle (I, II, III)

En denture temporaire, au niveau molaire ; il faut déterminer le plan terminal (droit, distal ou mésial)

Dans le sens vertical :

-Antérieurement, l'over bite sa valeur moyenne est d'environ 2mm, s'il est égal à 0 : bout à bout, son augmentation signe d'une supraclusion et sa diminution une infraclusion.

- Latéralement, le recouvrement des dents mandibulaires par les dents maxillaires du côté vestibulaire, et des dents maxillaires par les dents mandibulaires du côté lingual dépend de la profondeur des fosses et de la hauteur des cuspides.

Dans le sens transversal

- Antérieurement, les points inter incisifs supérieur et inférieur doivent coïncider entre eux et avec le plan sagittal médian.

-Latéralement, les dents maxillaires circonscrivent les dents mandibulaires, endocclusion ou exocclusion.

3.2.3.2. Etude dynamique :

La propulsion : il faut chercher les interférences du côté travaillant ou non travaillant ;

Mouvement de diduction ou de latéralité : on doit déterminer le type de fonction : canine, antérolatérale ou de groupe et chercher s'il y a des interférences ou non.

3.3. Examen fonctionnel :

3.3.1. La déglutition :

La déglutition normale s'effectue arcades en occlusion, la mandibule étant stabilisée par le contact dentaire lié à la contraction des muscles élévateurs, sans participation des orbiculaires des lèvres, la pointe de la langue appuyée sur la papille rétro-incisive.

L'examen clinique de la déglutition recherche donc la présence des signes caractéristiques de la déglutition adulte ou infantile en examinant lors de la déglutition d'une gorgée d'eau ou de la salive :

- l'activité labiale ;
- la contraction des élévateurs ;
- la position linguale.

Cette observation est menée sur plusieurs déglutitions entrecoupées de période de repos. En regardant l'enfant déglutir, on contrôle l'absence de crispation labiale et l'élévation du dôme lingual.

3.3.2. La respiration : son dépistage est basé sur l'interrogatoire et l'examen clinique.

-Examen des voies aériennes supérieures : l'examen consiste à vérifier le type de ventilation (nasale, orale ou mixte), à noter la présence de végétations adénoïdes et d'amygdales hypertrophiées et l'existence d'une déviation de la cloison, une étroitesse des fosses nasales ou tout autre problème obstructif ou allergique. Le ventilateur buccal a le plus souvent un aspect caractéristique d'un faciès adénoïdien (visage allongé, pâle, les yeux cernés, l'absence de stomion) ;

- Les tests utilisés pour dépister une ventilation orale sont :

-Test du miroir de Glatzel : Un miroir refroidi est placé sous les narines, et l'enfant est invité à ventiler par le nez (inspiration/expiration). L'importance des traces de buée et leur symétrie permettent d'évaluer la perméabilité narinaire et sa symétrie.

-Test de Rosenthal : teste la capacité du sujet à ventiler par le nez. L'enfant doit respirer amplement 15 fois, la bouche fermée, en inspirant et en soufflant par le nez. S'il ouvre la bouche avant la fin de l'exercice ou que son pouls s'accélère, l'enfant est un ventilateur buccal vrai,

- Le test de Gudin (le réflexe narinaire) : explore le réflexe narinaire. Le patient ayant la bouche fermée, le praticien pince ses narines pendant deux secondes avant de les relâcher. Si le réflexe narinaire est présent, les narines doivent battre et s'ouvrir. Si elles restent pincées, ce test met en évidence une hypotonie des muscles dilatateurs.



Fig. 21: Test du miroir



Fig.22 : Le test de Gudin

3.3.3. La mastication :

L'exploration de cette fonction repose sur :

- l'interrogatoire à la recherche du côté préférentiel de mastication (de quel côté manges-tu ?)
- l'observation de la mastication d'un chewing-gum, par exemple
- l'observation des facettes d'usure et de leur répartition
- la recherche des signes d'asymétrie en relation avec une mastication unilatérale dominante

3.3.4. La phonation :

L'exploration de la phonation vient compléter la recherche d'une interposition ou d'une pulsion linguales. Elle est basée sur la prononciation de mots courts comportant des phonèmes impliquant la langue.

3.3.5. Les parafonctions :

À côté de la succion du pouce ou d'un doigt, il existe de nombreuses autres parafonctions chez l'enfant : succion d'une tétine ou d'un « doudou », succion des joues, succion ou mordillement de la lèvre inférieure, tétée de la langue..., mais aussi bruxisme et onychophagie.

Lors de l'examen clinique, on recherche les traces de succion sur le pouce ou les ongles rongés, les mimiques pouvant laisser suspecter des habitudes de succion linguale ou labiale et des usures dentaires anormales traduisant la présence d'un bruxisme souvent révélé par les parents alertés par les grincements.

Conclusion

L'examen clinique constitue l'étape principale de la démarche diagnostique. Il se déroule habituellement en quatre phases : l'anamnèse, l'examen exobuccal, endobuccal et fonctionnel. Il doit être réalisé de manière détaillée et sa mise en œuvre devrait être codifiée et systématisée afin qu'il soit le plus complet possible.

Bibliographie

1. Boileau M-J. Orthodontie de l'enfant et du jeune adulte Principes et moyens thérapeutiques. Tome 1. 2011 : 4-19
2. Mascarelli L., Favot P. Examen clinique de la face en orthopédie dentofaciale. EMC Orthopédie dentofaciale, 23-460-A-10, 2010 :1-17
3. Patti A, D'Arc G P. Les traitements Orthodontiques Précoces. Paris : Quintessence International, Octobre 2003. 121 P.
4. Ritleng O, Mascarelli L. Examen clinique de la face en orthopédie dentofaciale. EMC Orthopédie Dentofaciale, 23-460-A-10, 2018 :1-15
5. Tilotta F, Folliguet M, Séguier S. Physiopathologie de l'éruption dentaire. EMC - Stomatologie 22-030-A-10, 2014 :1-8