

PRÉVALENCE ET CONSÉQUENCES DENTAIRES DE LA DÉGLUTITION INFANTILE ATYPIQUE

Auteurs : Rakotoson M, Andrianiaina FA, Ratsirarisoa T, Andrinjakarivony NN, Andrianaivo T, Randrianarimanarivo HM.

Département d'Orthopédie Dento-Faciale, IOSTM, Université de Mahajanga Madagascar.

Auteur correspondant : RAKOTOSON Mariette
rakotosonmariette@gmail.com

Résumé

Une étude transversale et descriptive a été réalisée dans la ville de Majunga auprès d'un échantillon non représentatif composé de 280 élèves âgés de 12 à 16 ans, en vue d'apprécier la prévalence de la déglutition atypique et ses conséquences dento-alvéolaires. Une prévalence très élevée de la déglutition atypique touchant 86,8% des sujets examinés a été enregistrée. Elle s'observe plus chez les filles que chez les garçons et dans la tranche d'âge de 12 à 13 ans. Les principales malpositions relevées sont les rotations au niveau des dents inférieures. Les anomalies dento-alvéolaires les plus rencontrées sont :

- la supraclusion et la vestibuloversion incisive qui s'observent plus chez les sujets avec une déglutition atypique de type I et l'infraclusion incisive qui touche les sujets avec une déglutition atypique de type II ;
- la proalvéolie supérieure qui est plus remarquable chez les sujets ayant une déglutition atypique de type I.

Concernant les troubles fonctionnels, le zézaiement et la respiration mi-buccale et mi-nasale sont les plus retrouvés. Ils concernent surtout les sujets ayant une déglutition atypique de type I. La succion des lèvres est la principale parafonction retrouvée. Elle est plus fréquente chez les sujets présentant une déglutition atypique de type I.

Mots clé : prévalence, déglutition atypique, fonctions oro-faciales

Abstract : Prevalence and dental consequences of atypical infant swallowing

A cross-sectional and descriptive study was conducted in the city of Majunga from a non representative sample of 280 pupils aged 12 to 16 in order to assess the prevalence of atypical swallowing and dentoalveolar effects. A very high prevalence of atypical swallowing affecting 86.8% of the examined subjects was recorded. It occurs more in girls than in boys and in the age group of 12 to 16 years. The main malposition encountered is the lower teeth rotation. The dentoalveolar anomalies most frequently encountered are:

- overbite and incisor labial observed more in patients with atypical swallowing type I and incisive infraclusion affecting subjects with atypical swallowing type II;*
- upper alveolar protrusion in patients with atypical swallowing type I.*

Lisp and mid-buccal and mid-nasal breathing are the most found functional disorders. They focus on subjects with atypical swallowing type I. Sucking lips is the main parafunction found. It is more common in patients with atypical swallowing type I.

Key words : *prevalence, swallowing atypical, orofacial function*

INTRODUCTION

La déglutition est la première fonction coordonnée qui apparaît dans la vie intra-utérine [1]. Évoluant au cours de la vie, la persistance du mode infantile installe pathologiquement « la déglutition atypique ou dysfonctionnelle ». À Madagascar, une étude antérieure faite par

Andriamaharavoarijaona porte sur la prédominance de la déglutition infantile chez les sujets âgés de 5 à 13 ans dans une proportion de 38,7% [2]. La présente étude se donne pour objectif d'évaluer la fréquence de la déglutition infantile et ses répercussions au niveau dento-maxillaire.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude transversale descriptive effectuée auprès de trois établissements scolaires de la Commune Urbaine de Mahajanga du mois de Juin au mois de Juillet 2013.

La population d'étude a concerné 280 élèves de 12 à 16 ans excluant ceux présentant des canines en cours d'éruption, une cellulite, et ceux ayant fait l'objet ou en cours de traitement orthodontique.

La réalisation fut par observation buccale suivie d'une analyse statistique. La collecte des données a été effectuée par un même examinateur et consignée sur une fiche d'enquête individuelle.

Les informations colligées concernaient un interrogatoire axé sur :

1. L'état civil
2. L'observation du rapport des lèvres, la tonicité et les freins labiaux
3. La posture, la forme, le volume, l'insertion et la mobilité de la langue.



Figure 1 : Insertion haute du frein lingual (Source : Andrianaivo T)

4. Un examen intra-arcade pour relever les malpositions dentaires.

5. Un examen inter-arcade par secteur dans les différents sens de l'espace en ICM (Inter-Cuspidie Maximale)

6. Analyse des fonctions

La déglutition atypique classée selon la Classification de Rix et Ballard [9].



Figure 2 : Vue de face d'une déglutition atypique de type I
(Source : Andrianaivo T)



Figure 3 : Vue de face d'une déglutition atypique de type II
(Source : Andrianaivo T)



Figure 4 : Vue de face d'une déglutition atypique de type III
(Source : Andrianaivo T)

7. Analyse des mauvaises habitudes.

8. Examen de l'ATM.

Les données ont été exploitées à l'aide du logiciel SPSS 20.0 pour Windows en vue de déterminer la fréquence entre les variables. L'analyse des résultats a permis de tirer la prévalence de la déglutition atypique.

RÉSULTATS

Tableau 1 : Répartition de la population d'étude selon le genre et la tranche d'âge

Sexe	Tranche d'âge							
	12 à 13 ans		14 à 15 ans		16 ans		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculin	57	20,4	40	14,3	19	6,8	116	41,4
Féminin	103	36,8	48	17,1	13	4,6	164	58,6
Total	160	57,1	88	31,4	32	11,4	280	100

Tableau 2 : Prévalence de la déglutition atypique en général

Type de déglutition	N	%
Adulte	37	13,2
Atypique	243	86,8
Total	280	100

Tableau 3 : Répartition de la position de la langue au repos

Position de la langue au repos	N	%
Normale	21	7,5
Interposition linguale antérieure	46	16,4
Derrière les incisives	213	76,1
Total	280	100

Tableau 4 : Répartition de types de déglutition selon la position de la langue

Type de déglutition	Position de la langue							
	Normale		Interposition linguale antérieure		Derrière les incisives		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Déglutition atypique type I	13	4.6	23	8.2	171	61.1	207	73.9
Déglutition atypique type II	-	-	10	3.6	9	3.2	19	6.8
Déglutition atypique type III	-	-	5	1.8	4	1.4	9	3.2
Déglutition atypique inclassable	-	-	3	1.1	5	1.8	8	2.9
Déglutition adulte	8	2.9	5	1.8	24	8.6	37	13.2
Total	21	7.5	46	16.4	213	76.1	280	100

Tableau 5 : Répartition de la population d'étude selon la vestibuloversion et la palatoversion

		Malpositions	N	%
Vestibuloversion	Maxillaire	Vestibuloversion	164	58,6
		Pas de vestibuloversion	116	41,4
		Total	280	100
	Mandibule	Vestibuloversion	98	35
		Pas de vestibuloversion	182	65
		Total	280	100
Linguoversion	Maxillaire	Palatoversion	51	18,2
		Pas de palatoversion	229	81,8
		Total	280	100
	Mandibule	Linguoversion	46	16,4
		Pas de linguoversion	234	83,6
		Total	280	100

Tableau 6 : Répartition de la population d'étude selon les diastèmes et les encombrements dentaires

		Malpositions	N	%
Diastèmes	Maxillaire	Diastèmes	79	28,2
		Pas de diastèmes	201	71,8
		Total	280	100
	Mandibule	Diastèmes	71	25,4
		Pas de diastèmes	209	74,6
		Total	280	100
Encombrements	Maxillaire	Encombrements	22	7,9
		Pas d'encombrements	257	91,8
		Total	280	100
	Mandibule	Encombrements	22	7,9
		Pas d'encombrements	258	92,1
		Total	280	100

Tableau 7 : Répartition de la population d'étude selon la rotation et les dents ectopiques

		Malpositions	N	%
Rotations	Maxillaire	Rotations	197	70,4
		Pas de rotations	83	29,6
		Total	280	100
	Mandibule	Rotations	229	81,8
		Pas de rotations	51	18,2
		Total	280	100
Ectopiques	Maxillaire	Ectopiques	18	6,4
		Pas de dents ectopiques	262	93,6
		Total	280	100
	Mandibule	Ectopiques	2	0,7
		Pas de dents ectopiques	278	99,3
		Total	280	100

Tableau 8 : Répartition de la population d'étude selon les anomalies des incisives dans les trois sens de l'espace

Sens	Incisives	N	%
Vertical	Normocclusion	208	74,3
	Infraclusion	14	5
	Supraclusion	53	18,9
	Bout à bout	5	1,8
	Total	280	100
Sagittal	Bout à bout	5	1,8
	Overjet normal	200	71,4
	Overjet exagéré	74	26,4
	Inversé d'articulé	1	0,4
	Total	280	100
Transversal (points inter-incisifs)	Pas de déviation	165	58,9
	Déviée à gauche	67	23,9
	Déviée à droite	48	17,1
	Total	280	100

Tableau 9 : Répartition de la population d'étude selon la classe canine et la classe molaire

		Droite		Gauche	
		N	%	N	%
Canines	Classe I	219	78,2	215	76,8
	Classe II	33	11,8	32	11,4
	Classe III	28	10	33	11,8
	Total	280	100	280	100
Molaires	Classe I	263	93,9	265	94,6
	Classe II	14	5	14	5
	Classe III	3	1,1	1	0,4
	Total	280	100	280	100

Tableau 10 : Répartition des parafonctions selon les types de déglutition

Parafonctions		Types de déglutition											
		Type I		Type II		Type III		Inclassable		Adulte		Totale	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Succion des lèvres	Non	13	4.6	1	0.4	2	0.7	-	-	5	1.8	21	7.5
	Oui	19	69.3	18	6.4	7	2.5	8	2.9	3	11.	259	92.5
		4								2	4		
	Totale	20	73.9	19	6.8	9	3.2	8	2.9	3	13.	280	100
		7								7	2		
Succion de doigts ou d'objets	Non	98	35	9	3.2	4	1.4	3	1.1	1	5.4	129	46.1
	Oui	10	38.9	10	3.6	5	1.8	5	1.8	2	7.9	151	53.9
		9								2			
	Totale	20	73.9	19	6.8	9	32	8	2.9	3	13.	280	100
		7								7	2		
Morsure d'objets ou de doigts	Non	93	33.2	11	3.9	4	1.4	1	0.4	1	4.6	122	43.6
	Oui	11	40.7	8	2.9	5	1.8	7	2.5	2	8.6	158	56.4
		4								4			
	Totale	20	73.9	19	6.8	9	3.2	8	2.9	3	13.	280	100
		7								7	2		
Morsure des lèvres	Non	92	32.9	12	4.3	2	0.7	5	1.8	1	5.7	127	45.4
	Oui	11	41.1	7	2.5	7	2.5	3	1.1	2	7.5	153	54.6
		5								1			
	Totale	20	73.9	19	6.8	9	3.2	8	2.9	3	13.	280	100
		7								7	2		

DISCUSSION

Les trois types de déglutition atypique selon la classification de Rix et Ballard ont tous été rencontrés dans ce travail dont le genre féminin prédominait le plus (58,6%). La déglutition atypique de type I est la plus rencontrée (73,9%). 52,1% des élèves de 12 à 13 ans présentent en majorité la déglutition atypique de type I selon la classification de Rix et Ballard [9]. Les conséquences de la déglutition atypique dans cette étude coïncide avec les travaux de Leloup par une déformation dans le sens vertical de type supraclusion incisive avec parfois contact palatin [5].

La prévalence de la déglutition atypique est de 86,8%, la déglutition atypique s'observe plus chez les filles que chez les garçons ainsi que dans la tranche d'âge de 12 à 13ans.

L'interposition linguale existe avec une vestibulo-version et une infraclusion, corroborant l'étude de Cauhepé citée par Bequain que la croissance des procès

alvéolaires s'effectue dans un environnement musculaire déséquilibré [6]. Certains sujets n'ont pas présenté de vestibulo-version incisive au-niveau des dents supérieures, ce qui confirme l'étude de Cleall que la poussée en avant de la langue n'entraîne pas forcément cette malposition [7].

Notre étude confirme également celle de Leloup pour qui la déglutition dysfonctionnelle est le plus souvent la conséquence d'une cascade dysfonctionnelle dont les marqueurs sont la ventilation buccale, la posture linguale et les parafonctions [5]. Les enfants présentant une succion de doigts ou d'objets qui ont une déglutition atypique de type I (53,9%) vérifient l'affirmation de Dangy citée par Proy selon laquelle la succion du pouce est souvent associée à la déglutition infantile persistante [8].

CONCLUSION

La déglutition infantile atypique existe au sein de la population Malgache à raison de 86,8% des enfants de 12 à 13 ans.

Cette même tranche d'âge révélait les principales malpositions rencontrées à

savoir les rotations au-niveau des dents supérieures observables surtout chez les filles ayant une déglutition atypique de type I. Les conséquences dento-alvéolaires fréquentes étaient la supraclusion I chez les

type I, l'infraclusion chez les types II, la vestibulo-version I chez les types I et la proalvéolie supérieure chez les types I. Les troubles fonctionnels les plus souvent rencontrés étaient le zézaïement et la

respiration mi-buccale révélés surtout chez les types I. Les parafunctions étaient surtout la succion des lèvres et la succion d'objets ou de doigts.

RÉFÉRENCES

1. Deffez, Fellus. Rééducation de la déglutition salivaire. Edition CdP, Paris, 1995 : 3- 38.
2. Andriamaharavoarijaona B. Contribution à l'étude épidémiologiques des anomalies dento-faciales de la population Malgache. Thèse doct chir dent. Université de Mahajanga, 1986 : 128.
3. Laison F, Gaudy J.F. Anatomie cranio-faciale. MASSON, Paris, 1993 : 226-52.
4. Woisard V, Puech M. La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. 2003
5. Leloup. Sémiologie de la déglutition dysfonctionnelle et des dysfonctions orofaciales. Rééducation Orthophonique. N°226 ; 2006 : 32.
6. Bequain D, Jose M, Francois D. Fonction et parafunctions. Orth Fr. Vol 60-1967- (79): 101-115
7. Cleall JF. Deglutition of study of and function Amer. J Orth 51 (8), 1965: 568-94.
8. Proy E; les farceurs déterminants des forces d'arcade. Les pressions musculaires exercées sur l'arcade au cours de la déglutition. Orth Fr.vol 58,1987 : 93- 114 Chap IV.
9. Englebert M. Théories et étiologies des anomalies dento-maxillaires. Fonctions et dysfonctions. Encycl Méd Chir. Stomatologie 11 ; 23, 470-10-11 ; 197.