

Université Constantine III  
Faculté de médecine



Département de médecine dentaire  
SERVICE D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Mémoire de fin d'Etude en vue de l'obtention du  
diplôme de Docteur en Médecine Dentaire.

*Thème*

**LA BEANCE ANTERIEURE, COMMENT LA  
DIAGNOSTIQUER ET COMMENT LA  
TRAITER ?**

*Prévalence de la beance antérieure en denture  
temporaire et mixte à Ain Smara-Constantine.*

Réalisé par :

Djelbani Lamia  
Douas Hamza  
Elammouchi Meriem  
Fafa Omar  
Fenghour Amira  
Gherieb Insaf

Encadré par : *Dr. Kouss*  
Avec la collaboration du *Pr. Lendaoui*

*Année universitaire : 2013-2014*

## Sommaire :

❖	Résumé.....	13.
❖	Introduction.....	14.
	Chapitre I : La bêance antérieure, comment la diagnostiquer, et comment la traiter ?	
	I. Rappel : I.1. La croissance.....	15.
II.1.1	Croissance de la base du crâne.....	15.
II.1.2	Croissance du maxillaire supérieur.....	17.
II.1.3	Croissance de la mandibule.....	19.
II.1.4	Croissance des procès alvéolaires.....	21.
	I. 2. Les fonctions oro-faciales.....	22.
II.2.1	La posture linguale.....	22.
II.2.2	La physiologie de la ventilation.....	22.
II.2.3	La physiologie de la déglutition.....	22.
II.2.4	La physiologie de la mastication.....	23.
	II. La bêance antérieure. comment la diagnostiquer ?	
III.1	Définition.....	24.
III.2	Les formes cliniques.....	24.
	III.2.1. La bêance antérieure squelettique.	
>	Définition.....	24.
>	Description de l'anomalie : *Signes faciaux.....	25.
	*Signes occlusaux.....	26.
	*L'examen fonctionnel.....	26.
	*Signes téléradiographiques.....	26.
III.2.2	La bêance antérieure fonctionnelle.	
>	Définition.....	32.
>	Description de l'anomalie : *Signes faciaux.....	32.
	*Signes occlusaux.....	32.
	*Signes téléradiographiques.....	32.
III.2.3	Les conséquences à long terme.....	32.
III.2.4	Les anomalies associées.....	33.
III.3	Le diagnostic étiopathogénique :	
III.3.1	Les facteurs généraux.....	33.
A.	L'hérédité.....	33.
B.	La flexion de la base de crâne.....	33.
C.	La rotation maxillaire.....	34.
D.	Les pathologies de l'ATM.....	35.
E.	Les causes hormonales et vitaminiques.....	35.
III.3.2	Les facteurs locaux.....	35.



A. Les dysfonctions.....	35.
*La ventilation buccale : -Les étiologies.....	36.
-Les signes cliniques.....	36.
-Les conséquences.....	37.
*La déglutition atypique : -Les étiologies.....	38.
-Les signes cliniques.....	39.
-Les conséquences.....	39.
*La phonation perturbée.....	39.
B. Les parafonctions.....	39.
*La succion de pouce : -Stades de développement et suçage de pouce.....	40.
-Les étiologies de la succion de pouce.....	41.
-Effets sur la denture.....	41.
C. Brièveté du frein lingual.....	42.
D. Volume de la langue.....	42.
E. Causes dentaires.....	42.
F. Causes traumatiques.....	42.
G. Causes iatrogènes.....	42.

### III. La bêteance antérieure, comment la traiter ?

III.1. Prévention et interception de la bêteance antérieure.....	44.
III.1.1 / La prévention.....	44.
III.1.2/ L'interception.....	45.
A/ Les thérapies chirurgicales.....	45.
A/1. La perméabilisation de voies aériennes.....	45.
A/2. La glossoplastie.....	45.
A/3. La frénectomie, frénotomie.....	46.
B/ La rééducation consciente, myothérapie fonctionnelle.....	46.
B/1. Suppression des mauvaises habitudes.....	47.
B/2. La construction du schéma oro-faciale.....	47.
B/3. La motivation.....	48.
B/4. La rééducation fonctionnelle.....	48.
B/5. L'automatisation.....	50.
C/ La rééducation inconsciente, le traitement mécanique.....	50.
C-1. Le traitement de l'interposition linguale.....	51.
C/2. Le traitement de la posture linguale de repos.....	51.
III.2. Le traitement orthopédique.....	55.
A- Les bites blocks postérieures.....	56.
B- Les forces extra-buccales.....	57.
*Les forces extra buccales antéro-postérieure.....	58.
*Les force extra buccale postéro-antérieures.....	59.

<b>III-3 Le traitement orthodontique</b> .....	60.
<b>1. Les appareillages orthodontiques</b> .....	60.
1.1: Le montage de l'appareil fixe Lami.....	60.
1.2. La technique bioprogressive de Ricketts.....	61.
1.3. La technique d'Edgewise.....	62.
1.4. Le concept de la chaise à bascule.....	65.
1.5. L'arc d'extrusion.....	66.
<b>2. Systèmes d'ancrage squelettique (SAS): miniplaque/minivis</b> .....	67.
<b>3. Les extractions dentaires</b> .....	68.
3. a -Extractions des PM.....	68.
3. b- Extractions molaires.....	69.
<b>III-4. Le traitement ortho-chirurgical de la bécance antérieure</b> .....	71.
<b>1-Intervention sur les tissus durs</b> .....	71.
A-Préparation orthodontique préchirurgicale.....	71.
B-Chirurgie orthognatique.....	72.
B/1- Chirurgie maxillaire.....	72.
B/2-Chirurgie mandibulaire.....	73.
<b>2-Intervention sur les tissus mous</b> .....	75.
C-Phase post-chirurgicale.....	76.
<b>III-5 : Les difficultés thérapeutiques de la bécance antérieures</b> .....	77.
<i>IV- Récidive Et Contention De La Bécance Antérieur. Un Défi !</i>	
<b>IV-1 La récidive</b> .....	81.
*Causes de récidive de la Bécance antérieure.....	81.
<b>IV-2 La contention</b> .....	82.
A-Objectifs.....	82.
B- Les moyens.....	82.

**Chapitre II : Prévalence De La Bécance Antérieure En Denture Temporaire Et Mixte A Ain Smara Constantine.**

<b>1 Introduction</b> .....	86.
<b>2 Les objectifs de l'étude</b> .....	86.
<b>3 Matériels et Méthodes</b> .....	87.
<b>4 Résultats</b> .....	88.
<b>5 Discussion</b> .....	91.
<b>6 Conclusion</b> .....	93.
❖ Conclusion.....	94.
❖ Bibliographie.....	95.



Résumé :

Le terme « infraclusion », seul reconnu par la terminologie française pour désigner « l'insuffisance de contacts dentaires du à l'éloignement vertical des dents antagonistes », est l'interprétation différente en langue anglo-saxonne qui restreint son application à désigner l'insuffisance d'éruption d'une ou plusieurs dents.

Le diagnostic de la béance antérieure peut parfois être difficile, pour cela, des examens doivent être bien établis pour différencier la forme squelettique de celle fonctionnelle. Le praticien énumère après les objectifs du traitement et les étapes à suivre pour le réussir et contre-carrier les facteurs qui contribuent à la récidive, une dysfonction linguale par exemple est parmi les facteurs de récidive les plus fréquemment trouvés, ce n'est pas facile de changer une activité linguale indésirable, peut être conviendrait-il d'éviter des durées de traitement trop réduite et une modification de dispositifs de contention afin de permettre un réaménagement de structures musculaires.

En Algérie, il n'y a pas d'étude faite sur la prévalence de la béance antérieure, pour cela 1201 enfants de 5-13 ans ont été examinés, dans le but d'évaluer cette prévalence et le besoin aux traitements orthodontiques. Les méthodes d'étude de ces anomalies varient selon les auteurs. Nous avons choisi d'adopter le protocole d'examen utilisé dans le service d'ODF de CHU Constantine

Les résultats nous ont permis d'affirmer l'existence d'un besoin important aux traitements orthodontiques et une prévalence de 5,2% de la béance antérieure dans la population d'enfants enquêtés.

- Présidente : Dr. Djaghri.
- Encadreur : Dr. Koua.
- Assesseurs : Dr. Moulay - Dr. Chibeni

26