

Soirée du 10 septembre 2009

Alpha Omega Alsace – www.alphaomega-alsace.com

Dr Olivier SETBON

Parce que tous les jours, l'omnipraticien reçoit de jeunes enfants ou adolescents dans son cabinet, il est le référent pour les parents qui s'interrogent quant à la nécessité ou non d'un traitement orthodontique pour leurs enfants. Plusieurs questions lui sont posés : est-ce le moment de commencer le traitement ? Y a-t-il des risques ? Est-ce vous qui allez conduire le traitement ?

L'omnipraticien doit donc être capable de réaliser un réel dépistage orthodontique. Cela suppose de sa part, une connaissance précise des anomalies orthodontiques.

Il devra évaluer pour chaque cas, les bénéfices et les limites d'une interception orthodontique. Les cas simples pourront être entrepris à son cabinet alors que les cas complexes seront adressés chez un confrère spécialiste.

On distingue deux types de traitement, précoce ou tardif.

- Un *traitement précoce* est un traitement réalisé en période de croissance, il débute en phase de denture temporaire ou de denture mixte, la prévention et l'interception en font partie. Ce traitement précoce sera le plus souvent complété d'une seconde phase de traitement en denture adulte jeune, cependant, il en limitera la durée dans la majorité des cas. Dans d'autres cas, il permet d'éviter le recours ultérieur à la chirurgie orthognatique.

- Un *traitement tardif* est réalisé en denture permanente lorsque les croissances osseuse et dento-alvéolaire sont terminées.

LES PRINCIPALES ANOMALIES ORTHODONTIQUES

Le sens transversal

Dans le sens transversal, deux anomalies doivent être recherchées : la déviation des milieux incisifs et l'occlusion inversée latérale. Ces deux anomalies peuvent être isolées ou associées.

- Quand elle est isolée, la déviation des milieux incisifs peut être le résultat d'une anomalie de nombre, d'une dysharmonie dento-maxillaire (DDM) ou d'une dysharmonie dento-dentaire (DDD).

- Quand elle est associée à une occlusion inversée unilatérale (syndrome de CAUHEPE FIEUX), la déviation des milieux incisifs impose une démarche diagnostique rigoureuse à la recherche de troubles fonctionnels et/ou cinétiques.

Dans tous les cas, le traitement est précoce. Selon l'origine de l'anomalie, il consiste à corriger la dysfonction par une éducation fonctionnelle, à pratiquer une améloplastie ou à réaliser un déplacement dentaire unitaire dans le cas d'une interférence occlusale, à réaliser une expansion transversale par un dispositif fixe ou amovible en présence d'une endoalvéolie maxillaire.

Enfin, en présence d'une occlusion inversée bi-latérale sans déviation des milieux, une brachygnathie maxillaire doit être évoquée.

Le sens vertical

L'infraclusion

L'infraclusion est une anomalie du sens vertical qui se traduit par une insuffisance ou une absence de recouvrement incisif.

L'infraclusion est souvent d'origine fonctionnelle, les dysfonctions et les parafunctions en étant la cause. L'entretien clinique et l'examen des fonctions permettent de situer les facteurs déclenchants et aggravants tels que la succion digitale, les troubles du comportement lingual ou la ventilation orale.

L'infraclusion est plus rarement d'origine squelettique où elle est associée à une anomalie des bases squelettiques dans le sens vertical se caractérisant par une augmentation importante de l'étage inférieur, responsable d'une face excessivement longue.

Dans le cas d'une infraclusion d'origine fonctionnelle, le traitement est précoce. Il consiste à éliminer la parafunction (succion digitale, tétée de la langue ou d'un objet, mordillement ou interposition de la lèvre inférieure) en motivant le patient avec ou sans accompagnement mécanique et/ou à corriger la dysfonction (déglutition infantile, ventilation orale) par une éducation fonctionnelle.

Dans le cas d'une *infraclusion d'origine squelettique*, le traitement est tardif et sera réalisé en fin de croissance. Pour les décalages modérés, il s'agit d'un traitement orthodontique de compensation dento-alvéolaire du décalage vertical des bases squelettiques. Il comporte les avulsions de quatre prémolaires ou de quatre molaires permanentes en fonction des autres anomalies associées. Pour les décalages plus importants, il s'agit d'un traitement associant chirurgie orthognathique et orthodontie avec ou sans avulsions. Dans tous les cas, un dispositif multi-attaches aux deux arcades est indispensable.

La supraclusion

La supraclusion est une anomalie du sens vertical qui se traduit par un recouvrement incisif excessif.

- Dans le cas d'une supraclusion associée à une face courte ou moyenne, le traitement est précoce et vise à favoriser l'égression des secteurs postérieurs au moyen d'une plaque palatine avec un plan rétro-incisif car le schéma de croissance nous y autorise.

- Dans le cas d'une supraclusion associée à une face longue, le traitement est tardif. Le traitement peut comporter les avulsions de quatre dents permanentes en fonction des anomalies associées : sévérité de la divergence faciale, encombrement et délabrement dentaires, agénésies. Dans tous les cas, un dispositif multi-attaches aux deux arcades est indispensable.

Le sens antéro-postérieur

La mésioposition molaire supérieure avec des rapports incisifs normaux ou subnormaux

La mésioposition molaire supérieure secondaire est le résultat du déplacement mésial d'une première molaire supérieure permanente après la perte prématurée de la seconde molaire temporaire appartenant à la même hémi-arcade. Elle peut s'accompagner d'une modification du chemin d'éruption de la seconde prémolaire en linguotopie, voire en inclusion.

Le traitement est précoce, il consiste à obtenir le déplacement distal de la première molaire supérieure permanente par un dispositif fixe ou amovible. Il convient d'insister sur la nécessité de la mise en place d'un mainteneur d'espace après l'avulsion prématurée d'une seconde molaire temporaire pour éviter cette migration secondaire.

L'occlusion inversée antérieure

L'occlusion inversée antérieure peut concerner une ou plusieurs dents.

Le traitement est précoce, un dispositif amovible ou fixe pourra être utilisé. Si besoin, la mise en place de plans molaires ou de cales, permettra de surélever l'occlusion pour la correction de l'anomalie.

Dans le cas d'une occlusion inversée unitaire, un appareillage amovible type plaque de HAWLEY avec un ressort permettra la correction de l'anomalie à condition qu'il y ait la place nécessaire sur l'arcade. La contention est naturelle : le recouvrement incisif empêche toute récurrence.

La Classe II

Deux situations cliniques différentes peuvent être distinguées selon les rapports incisifs associés.

La Classe II division 1

La distocclusion de la première molaire inférieure est associée à un surplomb incisif augmenté.

- La Classe II division 1 associée à un décalage squelettique

S'il y a un risque majeur de traumatisme incisif, un traitement précoce par une plaque de HAWLEY est nécessaire. Sinon, le traitement est tardif, il intervient en fin de croissance. Pour les décalages modérés, il s'agit d'un traitement orthodontique de compensation dento-alvéolaire du décalage sagittal des bases squelettiques. Pour les décalages plus importants, il s'agit d'un traitement associant chirurgie orthognathique et orthodontie avec ou sans avulsions. Dans tous les cas, un dispositif multi-attaches aux deux arcades est indispensable.

- La Classe II division 1 d'origine fonctionnelle

Une parafonction ou une dysfonction est à l'origine du décalage sagittal des arcades dento-alvéolaires ou l'aggrave : succion digital, troubles du comportement lingual, ventilation orale.

Le traitement est précoce. L'éducation fonctionnelle doit créer un environnement neuro-musculaire équilibré dans lequel l'appareil orthopédique fixe ou amovible va participer à la correction de la malocclusion comme une force extra-orale sur bagues ou combinée à un activateur de croissance.

La Classe II division 2

La distocclusion de la première molaire inférieure s'accompagne d'une linguoversion des incisives supérieures et d'une supraclusion antérieure. La stabilité des signes dentaires masque la diversité des signes squelettiques et des différentes étiologies.

Quelle que soit l'origine squelettique ou fonctionnelle de cette malocclusion, le traitement doit être précoce, En éliminant les compensations dento-alvéolaires des trois sens de l'espace, le dispositif fixe ou amovible utilisé crée les conditions nécessaires à la modification de la direction de la croissance du condyle.

La Classe III

La malocclusion de la Classe III d'ANGLE est une anomalie dento-alvéolaire du sens antéro-postérieur qui se caractérise par la mésiocclusion de la première molaire inférieure permanente accompagnée généralement d'une occlusion antérieure inversée. Cette anomalie dento-alvéolaire peut être associée à d'autres anomalies cinétiques, squelettiques ou fonctionnelles.

permettant la distinction entre deux principales formes cliniques.

La Classe III cinétique

Une plaque de HAWLEY avec des ressorts pour vestibuloverser les incisives supérieures, associée à l'améloplastie des canines temporaires, est un des traitements de choix.

La Classe III squelettique

Elle est la conséquence d'une insuffisance de croissance du maxillaire (brachygnathie maxillaire) et/ou d'un excès de croissance de la mandibule (prognathie mandibulaire vraie).

- En présence d'une brachygnathie maxillaire, le traitement doit être précoce par un masque de Delaire.

- En présence d'une prognathie mandibulaire vraie, le traitement est tardif (en fin de croissance). Pour les décalages modérés, il s'agit d'un traitement orthodontique avec généralement les avulsions de quatre prémolaires. Un dispositif multi-attaches aux deux arcades est indispensable. Pour les cas plus sévères, un traitement ortho-chirurgical est nécessaire.

Par ailleurs, le contexte fonctionnel devra être évalué afin de situer son degré de responsabilité dans l'apparition ou l'aggravation de la dysmorphose. Il s'agit de préciser l'existence d'une anomalie de volume, de mobilité, de posture et de fonction de la langue. Les anomalies oto-rhino-laryngologiques associées devront faire l'objet d'une exploration spécifique.

Conclusion

De part une très forte demande en orthodontie, l'orthodonticien doit pouvoir

- répondre aux questions des familles qui constatent, le plus souvent, un problème d'alignement dentaire,
- assurer le dépistage des anomalies orthodontiques,
- assurer, le cas échéant, la prise en charge du patient.

ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillofaciale chez l'enfant et l'adolescent. Recommandations pour la pratique clinique, juin 2002.

Bassigny F, Canal P. Manuel d'orthopédie dento-faciale. Paris: Masson; 1991.

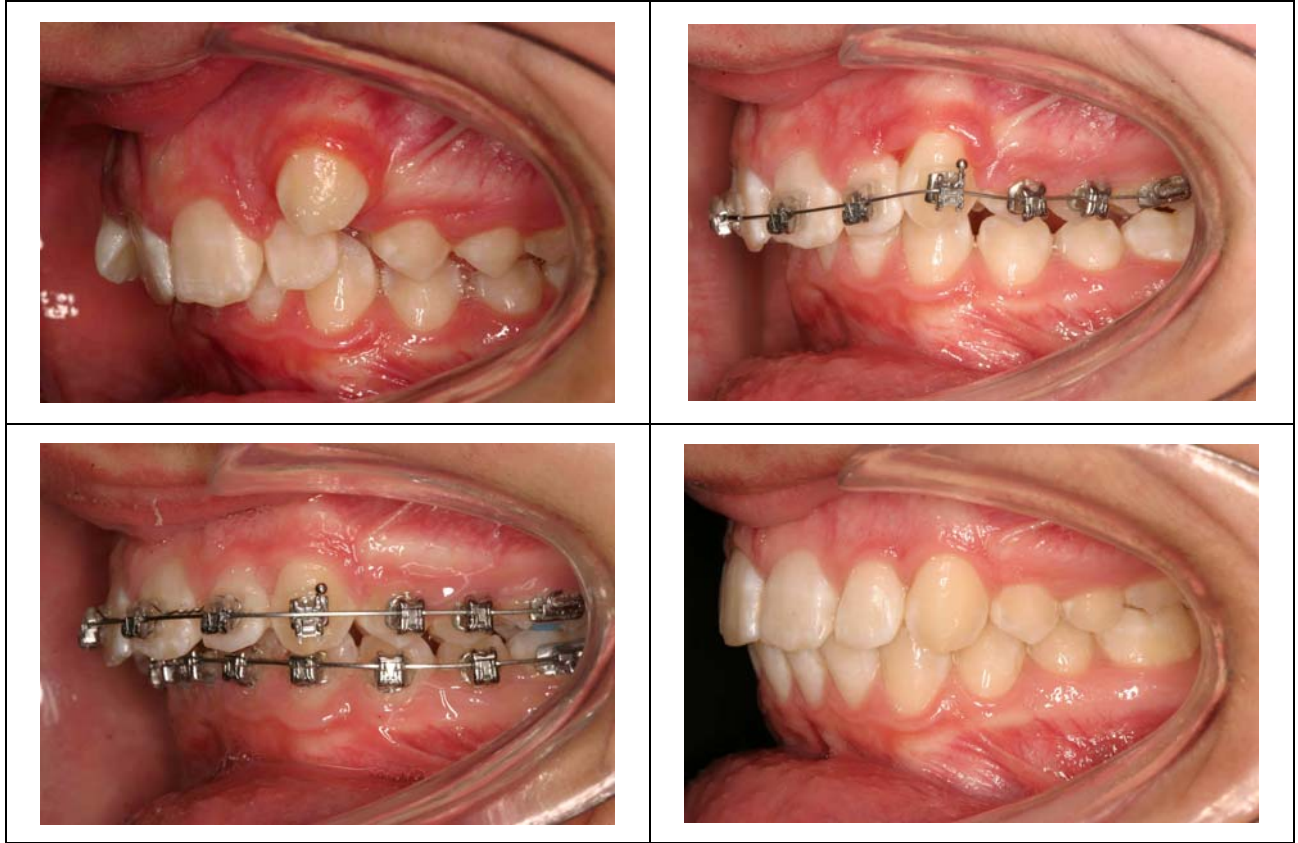
Lautrou A, Salvadori A. Croissance et thérapeutique orthopédie ou orthodontie : que choisir ? *Orthod Fr* 2000;71:325-34.

Proffit WR, Fields HW, Ackerman A, Bailey L, Tulloch JF. Contemporary orthodontics. St Louis: Mosby; 2000.

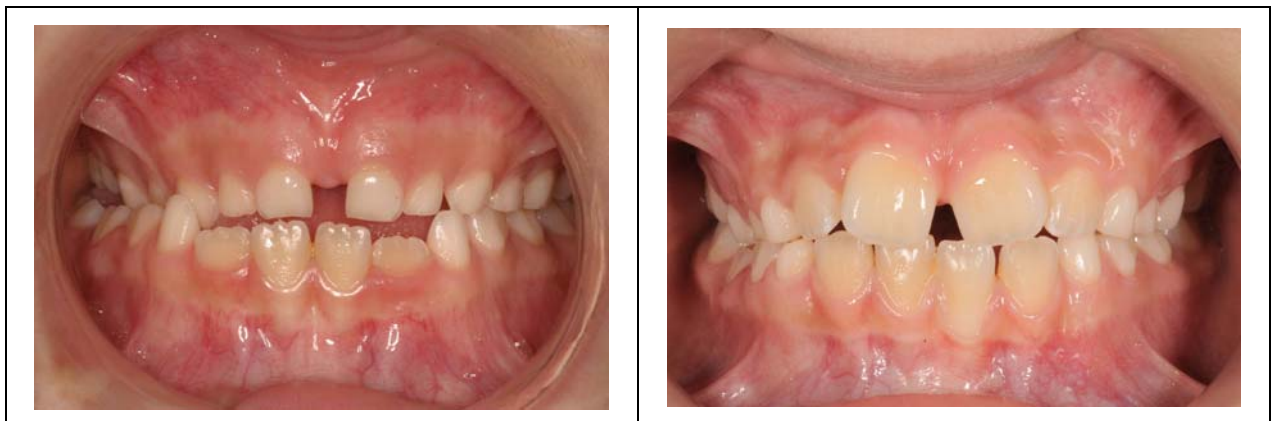
Vesse M. À quel âge commencer un traitement orthodontique ? Approche d'un consensus. *Rev Odonto-Stomatol* 2001;30(3):131-41.

Photos CAS CLINIQUES

Cynthia : classe II,2 DDM, traitement par multiattaches bimaxillaire.



Darius : syndrome de Cauhépé Fieux traité par quand-helix



Henri : classe III traité par masque de Delaire.

