
Cas clinique

D. Haggiag-Grimbert



Catherine H, âgée de 32 ans, s'est présentée à la consultation en novembre 2004. Elle n'a jamais bénéficié d'un traitement orthodontique. Sa motivation est esthétique (malpositions incisives, 22 en linguoposition). Elle est très complexée par son sourire et semble très motivée.

1. Diagnostic

Elle présente un visage symétrique relativement bien équilibré, avec une occlusion labiale au repos, une prochéilie supérieure et une lèvre inférieure éversée. Le sourire est étroit (fig. 1).

On observe une classe II 1 d'Angle avec des rapports de classe I molaire entre 27 mésioversée (perte de 26) et 36, le surplomb et le recouvrement sont augmentés. Les milieux interincisifs ne correspondent pas. L'encombrement est

de 7 mm (fig. 2). Au niveau squelettique, les rapports sont de type classe II de Ballard par promaxillie, sur un schéma brachyfacial (fig. 4)

Au repos, la langue est en position antérieure. La déglutition est atypique.

Aucune anomalie occluso-articulaire.

La radiographie panoramique (fig. 3) révèle une alvéolyse horizontale généralisée atteignant la jonction entre le 1/3 coronaire et le 1/3 moyen des racines dentaires. Les dents de sagesse mandibulaires 38 et 48 sont incluses en position horizontale.

2. Objectifs et plan de traitement

- **Les objectifs de traitement sont :**
 - la correction de la DDM ;



a



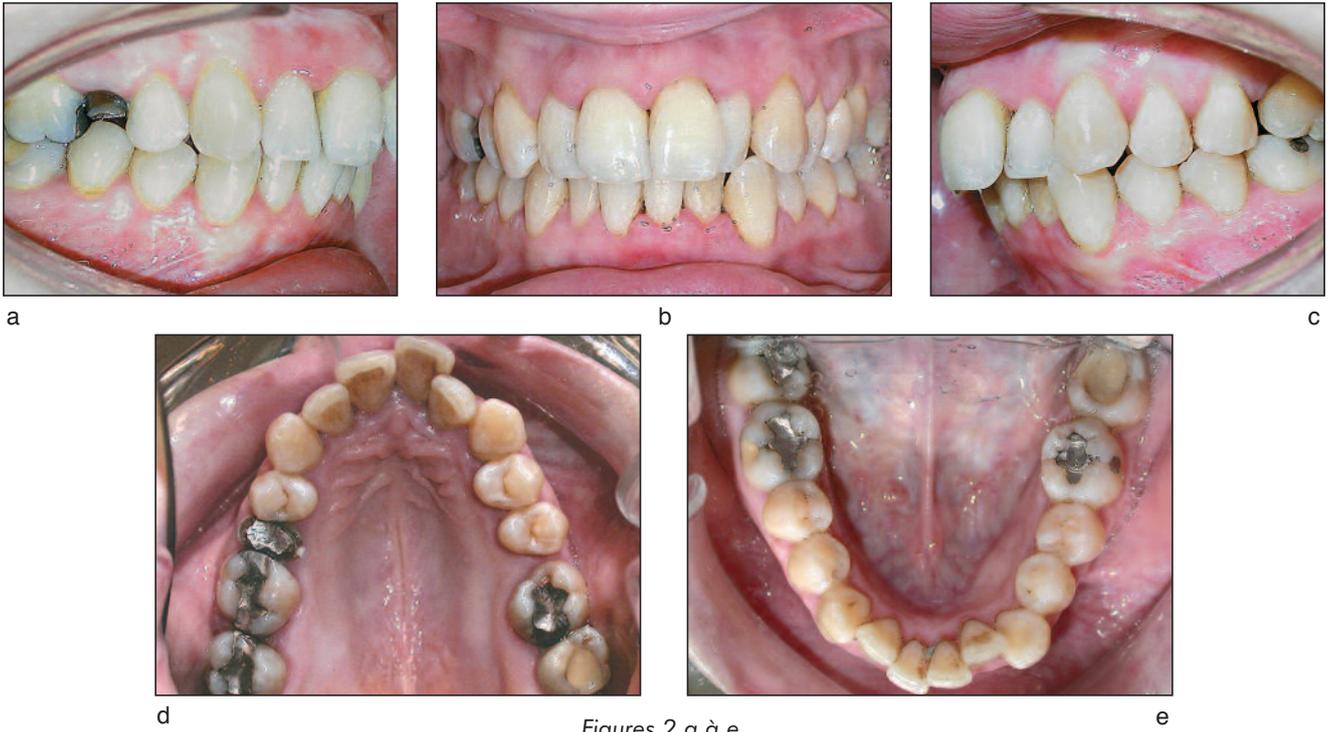
b



c

Figures 1 a à c.

Adresse de correspondance : D. Haggiag-Grimbert, 4, rue La Pérouse, 75116 Paris - E-mail : dhaggiag@hotmail.com.



Figures 2 a à e.

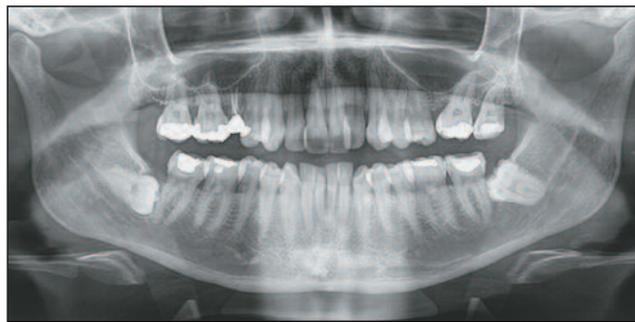
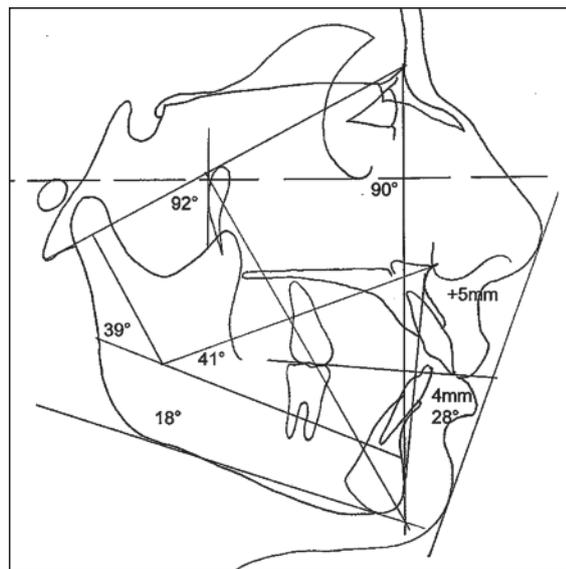


Figure 3.



a



b

Figures 4 a et b.

- le rétablissement d'un guide antérieur fonctionnel ;
- l'obtention d'une classe I canine et molaire bilatérale ;
- la réouverture de l'espace de 15 pour la mise en place d'un implant.

• **Le plan de traitement prévoit :**

- à la mandibule : extraction de l'incisive au plus mauvais pronostic (41) et des dents de sagesse ;
- au maxillaire : extraction de 15.

La mise en place de quatre minivis, en palatin et en vestibulaire, en distal de 17 et dans l'espace inter-radicaire de 26 et 27, renforce l'ancrage intra- et inter-arcade pour la réalisation de nos objectifs.

Le système de traction intra-arcade maxillaire est réalisé à l'aide d'un élastique de 1/4" et 3,5 Oz. Un ressort fermé est placé en mésial de 16 et de 27 (25 non équipée dans un premier temps). Un arc rond acier 016" est utilisé pour diminuer les frottements. Un crochet chirurgical coulissant sur l'arc est placé en mésial du ressort pour accrocher l'élastique tendu jusqu'à la minivis (fig. 5).

Le système développe une force distalante appliquée sur les molaires. Du côté droit, la ligne de traction de la force passe approximativement par le centre de résistance de 16 et 17 induisant une translation simple. Du côté gauche, la position de la vis permet la création d'un moment de version distale qui redresse les molaires.

Un stripping au niveau des incisives maxillaires sera nécessaire à la fois pour corriger la D.D.D., aggravée par l'extraction d'une seule incisive mandibulaire et pour diminuer le tri-

angle noir entre 11 et 21. Il sera réalisé après obtention de la classe I canine et molaire.

Traction inter-arcade type classe II (3/16"- 3,5 Oz)

3. Étapes de traitement

3. 1. Générales

• **Janvier 2005 - mars 2005 :**

- constitution du dossier ODF et diagnostic, plan de traitement.

• **Avril 2005 :**

- intervention pose mini-vis et extraction 38 et 48 ;
- extractions 15 et 41 ;
- appareillage de l'arcade maxillaire sauf 22, fil rond acier 016" ;
- traction intra-arcade.

• **Juin 2005 :**

- appareillage de l'arcade mandibulaire.

• **Mars 2006 :**

- réévaluation.

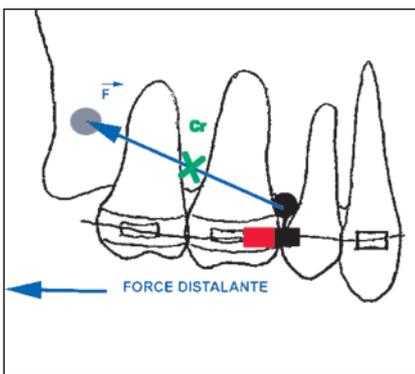
• **Octobre 2007 :**

- fin de traitement.

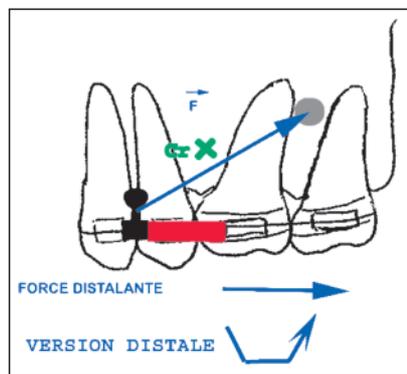
3. 2. Réévaluation : mars 2006

• **Au terme d'une année de traitement (fig. 6) :**

- l'alignement incisif aux deux arcades est visible : l'espace de 41 est fermé ;



a

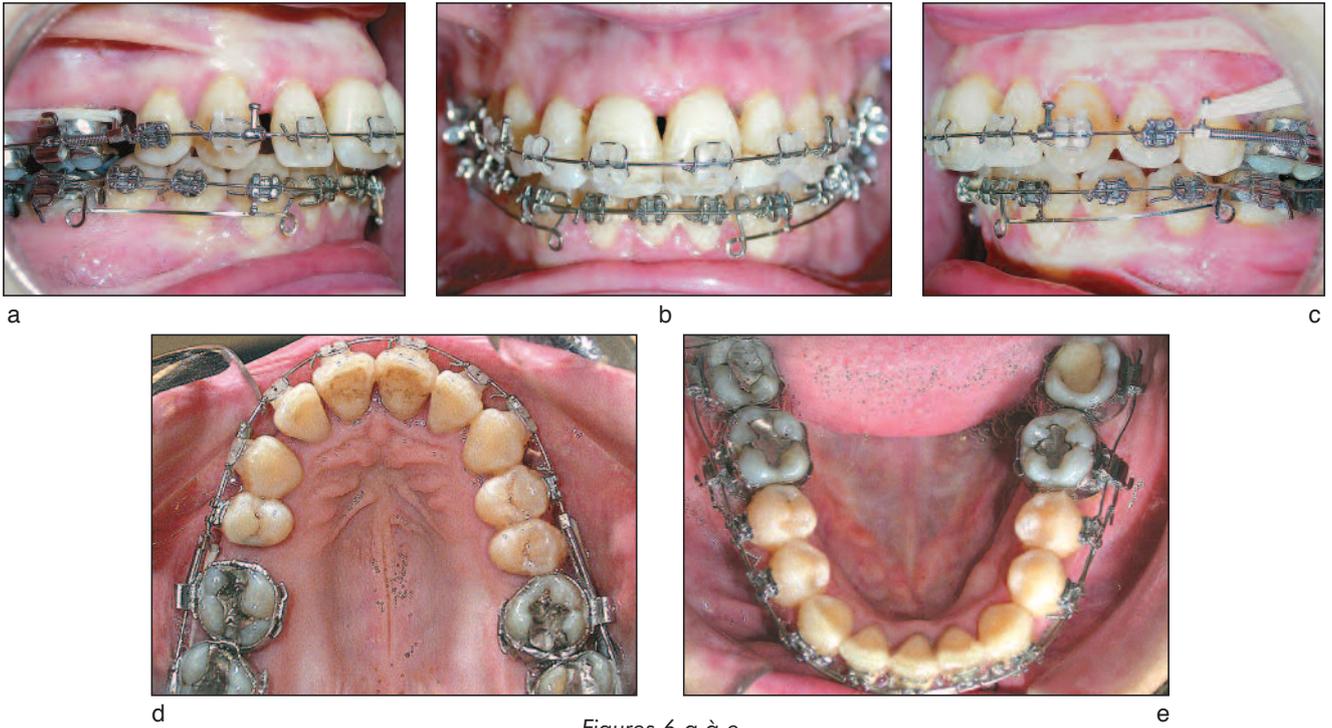


b



c

Figures 5 a à c.



Figures 6 a à e.

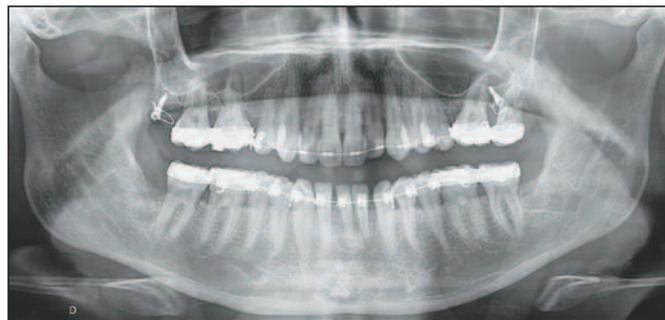
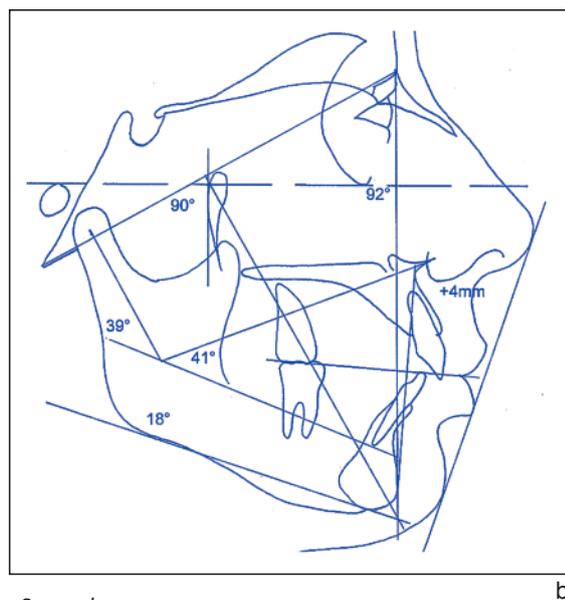


Figure 7.



Figures 8 a et b.

- le milieu interincisif maxillaire reste dévié à gauche ;
- le surplomb a diminué légèrement, le recouvrement est normalisé ;
- la classe I canine est obtenue des deux côtés ainsi que la classe I molaire à gauche entre 27/36 qui ont été redressées comme prévu ;
- la classe II molaire à droite persiste faute d'un réel mouvement distal ;
- l'espace de 15 est maintenu.

• **Au niveau céphalométrique, on observe (fig. 8) :**

- très peu de modifications du profil cutané ;
- un léger recul du point A ;
- une linguoversion de l'incisive maxillaire ;
- le maintien et la légère ingression de l'incisive mandibulaire.

**3. 3. Fin de traitement :
octobre 2007**

• **Catherine H. a été traitée en 2 ans et 7 mois.**

Le visage de face n'a pas changé. Le profil est toujours convexe, ce qui est favorable chez les femmes, qui, en vieillissant, voient leur profil sous-nasal se creuser (fig. 9).

Le sourire est plus large. Il dévoile davantage de dents. Les incisives sont plus apparentes. La ligne du sourire est parfaitement parallèle

à la courbure de la lèvre inférieure. Il est donc plus harmonieux et «affirmé».

Les arcades mandibulaires et maxillaires sont alignées et plus arrondies, Le recul de 16 s'étant révélé impossible, l'objectif initial d'une classe I molaire avec remplacement prothétique de la 15 a été abandonné au profit d'une classe II thérapeutique. 16 et 17 redressées ont été mésialées. Il persiste néanmoins un espace entre 14 et 16.

Le surplomb et le recouvrement sont normalisés.

La classe I canine est obtenue des deux côtés ainsi que la classe I molaire du côté gauche. (fig. 10 et 11).

• **Au niveau céphalométrique, on observe (fig. 12) :**

- le recul du point A ;
- la linguoversion de l'incisive maxillaire ;
- l'ingression et la très légère linguoversion de l'incisive mandibulaire.

• **La contention choisie est :**

- une plaque de Hawley maxillaire pour la nuit ;
- un fil tressé de diamètre .0175" collé sur les faces linguales de 12 à 22 et de 33 à 43.

Une rééducation fonctionnelle a été prescrite pour diminuer le risque de récurrence et de réouverture d'espace au niveau antérieur.



a

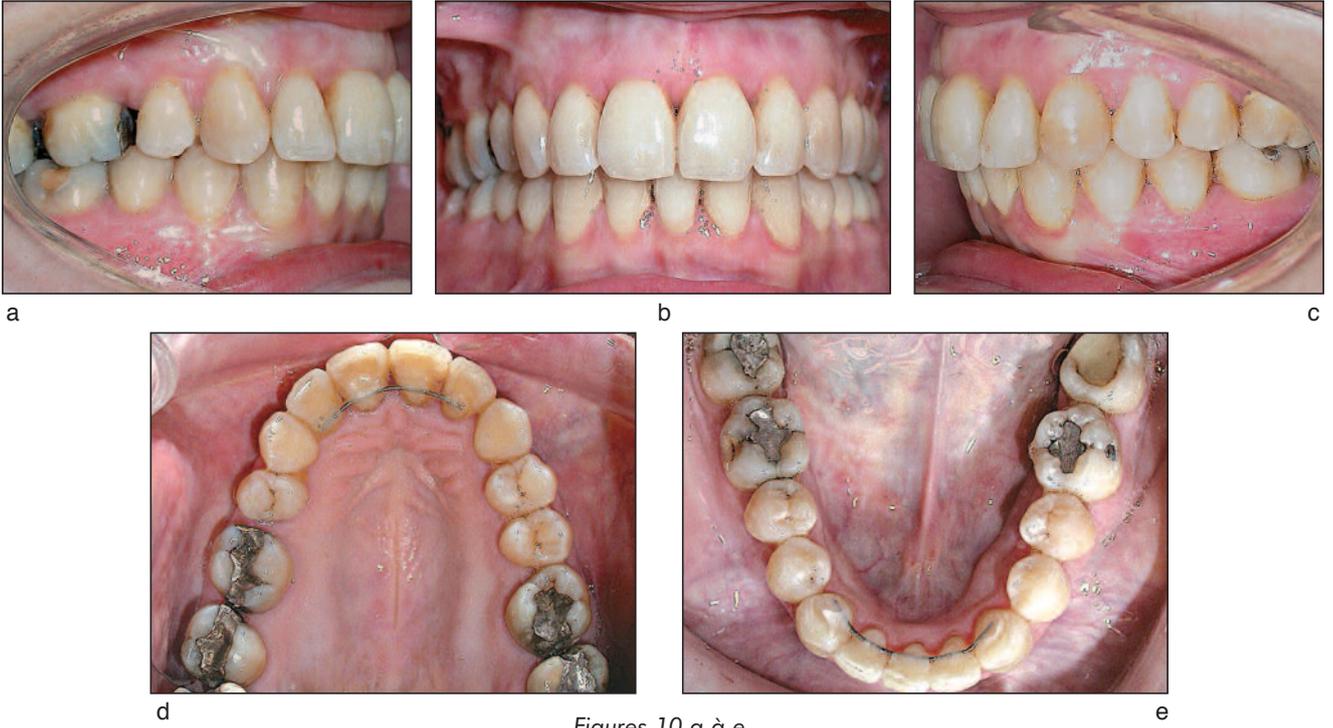


b



c

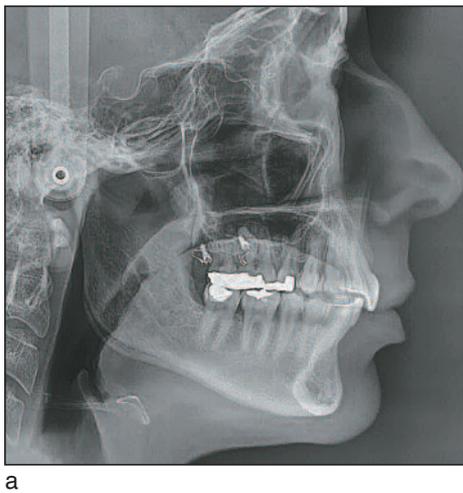
Figures 9 a à c.



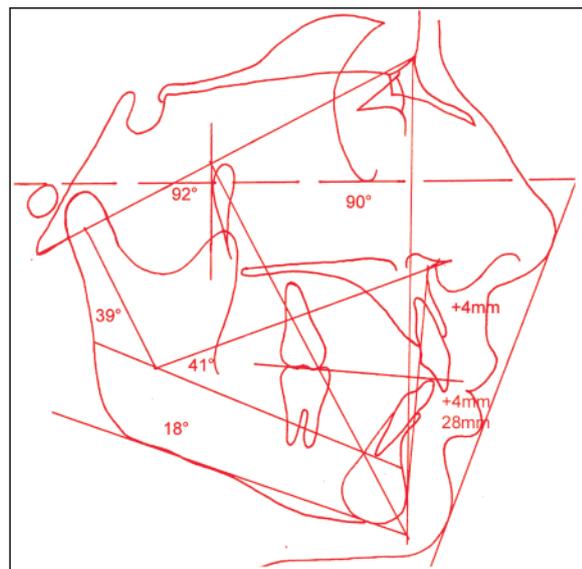
Figures 10 a à e.



Figure 11.

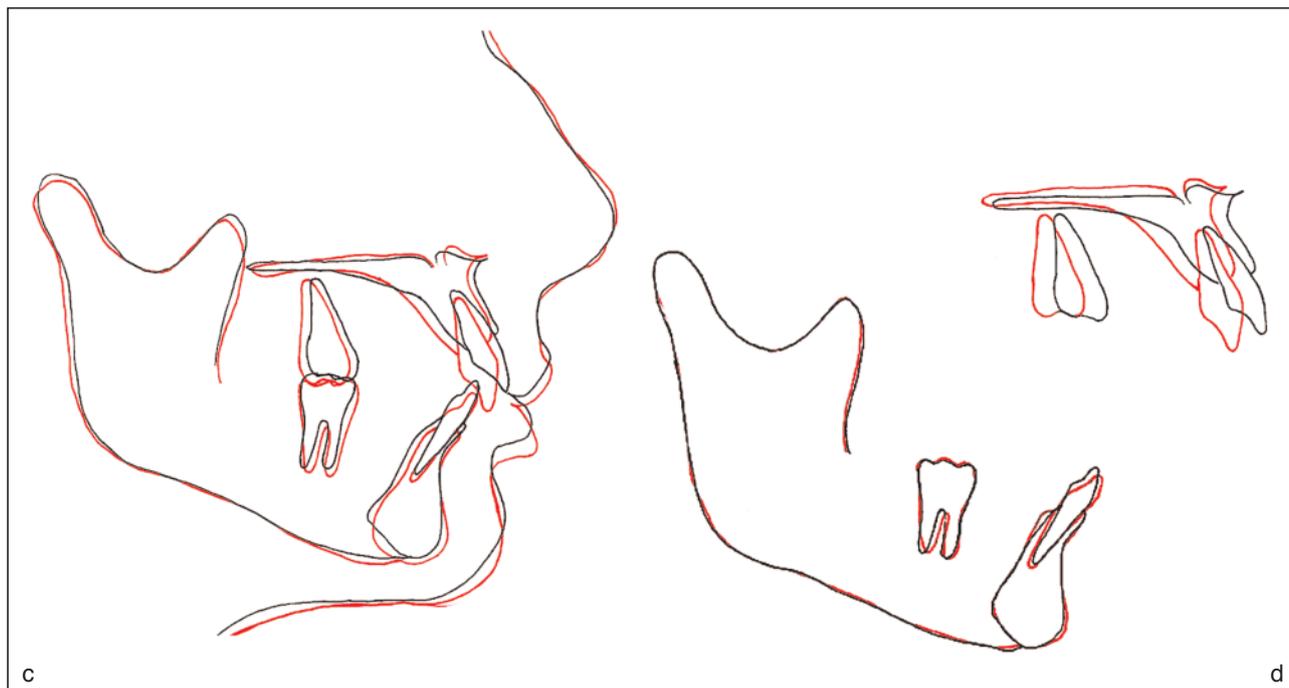


a



Figures 12 a et b.

b



Figures 12 c et d.

4. Conclusion

La pose des minivis a donc permis de redresser les axes des racines de 16 et 27, de corriger les rapports canins, d'aligner les dents antérieures et de réduire le surplomb sans extraction de compensation.

En dépit de l'impossibilité d'obtenir une classe I molaire à droite, le traitement a été

conduit de manière satisfaisante et dans un délai convenable.

La rapidité de la correction des malpositions antérieures a encouragé la patiente à participer activement à son traitement, d'autant que la demande de coopération s'est limitée au port des élastiques intra-arcades puis inter-arcades pour établir les rapports d'occlusion.



SBR Site internet

<http://www.bioprog.com>

La vie de votre société

- l'agenda
- les publications
- les cas cliniques
- les liens
- et le forum

à votre service