

## CAS CLINIQUE



DOCTEUR ELIE CALLABE

# Récidive et contention

**C**'est le cas d'une jeune patiente qui vient nous consulter 7 ans après la fin du traitement « *parce que ses incisives maxillaires commencent à s'écarter* ».

Elle avait une malocclusion de type Classe II 1 brachyfaciale



Nous l'avons traitée par harmoniseur PUL, suivi de multiattache et en contention : une simple gouttière de contention maxillaire et une contention collée rigide à la mandibule.



Actuellement elle a toujours sa contention collée mandibulaire et elle présente une gingivite-parodontite dans le secteur antérieur maxillaire et mandibulaire, et une récidive de la Classe II et de l'endo et pro-alvéolie maxillaire.



C'est en voyant nos propres récidives et celles des autres que nous apprenons, au fur et à mesure de notre expérience clinique, à les anticiper.

« **Begin with the end in mind** » a dit James Hilgers. En effet, avant de commencer un traitement, un praticien expérimenté connaît déjà la fin et anticipe les problèmes qu'il aura à résoudre pendant et à la fin du traitement. Le problème auquel il va le plus penser c'est bien celui de la récidive. Ce qui place la phase de la contention (ou la stabilisation des résultats acquis), parmi les phases les plus importantes d'un traitement orthodontique.

Les récidives concernent, selon les auteurs, entre 20-30-40% des cas traités, et sont une cause de déception et mécontentement du patient et ses parents ainsi que pour l'orthodontiste et son équipe. Leur gestion a un coût important pour l'orthodontiste, tant au niveau économique (reprise de traitement gratuite) qu'au niveau « image » du cabinet. « *La meilleure façon de les gérer est d'éviter qu'elles ne surviennent, grâce à une contention active* »



Début de récurrence après débagage



Pose de la contention active



3 mois après un port nocturne

### Description

Contentions collées au maxillaire et à la mandibulaire + PUL W de contention.



**Conseils de port :** Port nocturne pendant 12 mois, ensuite diminuer : une nuit en moins tous les trois mois.

**Clés de motivation du patient :** Insister sur l'importance du maintien du sens sagittal: Le sensibiliser sur la croissance nasale résiduelle qui risque de recréer le décalage inter-maxillaire. Si le décalage intermaxillaire récidive, ceci peut entraîner le retour de la supraclusion et de l'endo-alvéolie. Ce qui aura comme conséquence le décollement des contentions collées et le retour des malpositions dentaires.

**Quelle est la cause de la récurrence ? La récurrence est-elle une fatalité ? Qu'est ce qui récidive en premier: le sens sagittal ou le sens transversal ? Peut-on empêcher la récurrence? Comment gérez-vous les récurrences ? ■**

## Le rôle de la contention idéale

### La stabilisation 4D :

**sagittale** (Gouttières en Classe I reliées par un système réglable), **transversale** (Gouttières rigides maintiennent la largeur des arcades), **verticale** (Liberté occlusale pour laisser asseoir l'occlusion en CI1) et **fonctionnelle** : **respiration** (la mandibule est maintenue en avant pendant le sommeil), **mastication** (pas de résine occlusale, les muscles sont décontractés), **déglutition** (empêche l'interposition labiale en cas de persistance d'une déglutition dysfonctionnelle).

### Indications du PUL W anti-récurrence

- Les Classes II - Les Classes III - Les Classes I bi-endos, bi-pros avec ou sans DDM - Les fortes supraclusions - Les béances avec persistance d'une dysfonction : respiration - déglutition.
- Les traitements orthodontico-chirurgicaux de l'adulte.
- Interruption avant son terme d'un traitement pour causes diverses : brossage insuffisant, non port des élastiques, etc. : **la dernière chance pour le patient** de maintenir les résultats acquis et profiter de la croissance résiduelle pour « finir » son traitement.