

CLINIQUE CORTICOTOMIES



CHARLES-HENRI FOUQUET,
INTERNE 3^{ème} ANNÉE,
UNITÉ FONCTIONNELLE
D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE
DES DOCTEURS
LE GALL ET PHILIP,
CHU LA TIMONE, MARSEILLE.

Corticotomies et recul sectoriel mandibulaire avec ancrage osseux

Madame O.H, 27 ans, se présente à la consultation au service d'orthopédie dento-faciale du CHU de La Timone à Marseille pour un motif esthétique et fonctionnel se plaignant de son occlusion inversée antérieure.

Diagnostic

Analyse esthétique

La patiente présente un profil convexe avec biprochéilie et incompetence labiale.

Analyse fonctionnelle

- Une ventilation buccale (deux antécédents chirurgicaux de rhinoplasties). Un scanner naso-maxillaire pour bilan ventilatoire est prescrit et montre une déviation du septum nasal à convexité gauche avec éperon osseux au contact du cornet inférieur gauche ;

- Une déglutition dysfonctionnelle avec pulsion linguale antérieure.

Analyse squelettique

- Classe III squelettique modérée dans un contexte d'hyperdivergence.

Analyse dentaire

- Classe I molaire et canine gauche ;
- Classe III molaire et canine droite de 4 mm par mésioposition du secteur 4 ;
- Occlusion antérieure inversée ;
- Absence de compensation incisive de classe III ;
- Milieu maxillaire centré sur le plan sagittal médian ;

- Milieu mandibulaire dévié à gauche avec absence de propulsion ou de latérodéviation ;

- Absence de déviation du point menton ;
- Biotype parodontal de type I de Maynard et Wilson ;

- Absence de la 17 extraite à l'adolescence ;

- Reprise de carie occluso-mésiale sur 16.

Il s'agit d'une classe III squelettique modérée chez une patiente hyperdivergente avec mésioposition du secteur 4 expliquant une classe III molaire et canine droite d'origine dentaire.



Figure 1 : Vue exobuccale de face au repos, début de traitement.



Figure 2 : Sourire en vue exobuccale de face, début de traitement.



Figure 3 : Vue exobuccale de profil, début de traitement.



Figure 4 : Vue endobuccale droite, début de traitement.



Figure 5 : Vue endobuccale gauche, début de traitement.



Figure 6 : Vue endobuccale de face, début de traitement.



Figure 7 : Vue endobuccale maxillaire, début de traitement.



Figure 8 : Vue endobuccale mandibulaire, début de traitement.



Figure 9 : Téléradiographie de profil, début de traitement.



Figure 11 : Moulages occlusion droite, début de traitement.



Figure 12 : Moulages occlusion gauche, début de traitement.



Figure 10 : Orthopantomogramme, début de traitement.



Figure 13 : Moulages occlusion de face, début de traitement.



Figure 14 : Moulage maxillaire, début de traitement.



Figure 15 : Moulage mandibulaire, début de traitement.

CLINIQUE CORTICOTOMIES

Traitement

T0

Dans un premier temps, la rééducation linguale a été mise en place, suivie de la pose d'un multi-attaches mandibulaire en technique TGO 0,022 x 0,028 de 37 à 47. La séquence d'arc s'est composée d'un 0,016 x 0,022 NiTi puis d'un 0,016 x 0,022 acier.

M+2

Une intervention chirurgicale a été réalisée pour :

- Extraction de la 48 ;
- Corticotomies de 47 à 43 ;
- Pose d'une minivis en distal de l'alvéole de 48 dans la ligne oblique externe avec module élastomérique entre la minivis et la 47 ;
- Elimination de l'éperon nasal ;
- Génioplastie fonctionnelle pour améliorer la compétence labiale.

Des modules élastomériques et des ressorts fermés NiTi ont été mis en place entre 43-44-45-46-47 et la minivis avec contrôle et activation si besoin tous les 15 jours.



Figure 16 : Téléradiographie de profil post-chirurgie.



Figure 17 : Orthopantomogramme post-chirurgie.

M+4

Classe I molaire et canine droite obtenue par recul de 43 à 47. Observation d'effets parasites de linguoversion des dents distales qui s'explique par le sous dimensionnement de l'arc (0,016 x 0,022 acier) et par le point d'application des forces en vestibulaire du centre de résistance des dents concernées.

La section d'arc mandibulaire est alors augmentée en passant au 0,018 x 0,025 acier et pose d'une ligature en 8 de la minivis jusqu'à la 43 en contention du recul obtenu.



Figure 18 : Vue endobuccale droite, M+4



Figure 19 : Vue endobuccale gauche, M+4.



Figure 20 : Vue mandibulaire, linguoversion secteur 4, M+4.

M+5

Pose d'un appareil multi-attaches maxillaire de 16 à 26 avec 0,016 x 0,022 NiTi.

M+6

Passage au 0,020 x 0,028 acier à la mandibule afin d'augmenter la lecture du 3^{ème} ordre.

M+7

Collage 17 et 27 avec arc 0,018 x 0,018 NiTi. On observe une correction de la forme d'arcade mandibulaire avec amélioration des torques secteur 4.



Figure 21 : Vue endobuccale droite, M+7.



Figure 22 : Vue endobuccale gauche, M+7.



Figure 23 : Vue endobuccale de face, amélioration des torques secteurs 4, M+7.



Figure 24 : Vue endobuccale maxillaire, M+7.



Figure 25 : Vue endobuccale mandibulaire, correction de la linguversion secteur 4, M+7.

M+8

Fermeture des diastèmes mandibulaires par chainette de 36 à 46 et finitions.

M+12

Débaguage, dépose de la minivis, contention par fil collé de 13 à 23 et de 33 à 43.



Figure 26 : Vue exobuccale de face, fin de traitement.



Figure 27 : Sourire en vue exobuccale, fin de traitement.



Figure 28 : Vue exobuccale de profil, fin de traitement.



Figure 29 : Vue endobuccale droite, fin de traitement.



Figure 30 : Vue endobuccale gauche, fin de traitement



Figure 31 : Vue endobuccale de face, fin de traitement.



Figure 32 : Vue endobuccale maxillaire, fin de traitement.



Figure 33 : Vue endobuccale mandibulaire, fin de traitement.

CLINIQUE CORTICOTOMIES



Figure 34 : Moulages occlusion droite, fin de traitement.



Figure 35 : Moulages occlusion gauche, fin de traitement.



Figure 36 : Moulages de face, fin de traitement.



Figure 37 : Moulage maxillaire, fin de traitement.



Figure 38 : Moulage mandibulaire, fin de traitement.



Figure 39 : Téléradiographie de profil, fin de traitement.



Figure 40 : Orthopantomogramme, fin de traitement.



Figure 41 : Superposition générale.



Figure 42 : Superposition locale maxillaire.

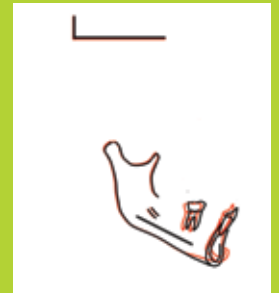


Figure 43 : Superposition locale mandibulaire.



Figure 44 : Profils avant et après traitement.

Conclusion

On observe une amélioration de la compétence labiale, ainsi qu'une harmonisation du profil. Sur le plan dentaire, la superposition locale mandibulaire montre un recul de la molaire et un redressement de l'incisive, ainsi que la reformation d'une courbe de Spee. La thérapeutique a été courte puisque la durée totale du traitement est de 12 mois. Les corticotomies semblent avoir permis un recul rapide du secteur 4. La minivis d'une longueur de 12 mm avec un diamètre de 2 mm a constitué un ancrage osseux fiable. Le recul du secteur 4 aurait dû se faire avec un arc plus rigide se rapprochant de la pleine taille afin de limiter les effets parasites rencontrés. ■