

**CLINIQUE**

DR MURIEL GALLOY
SPÉCIALISTE QUALIFIÉE ODF

Agénésie de prémolaires mandibulaires : ce que nous avons fait

1^{er} cas : Mathilde

Agénésie de 35 et 45

Quand Mathilde est venue me voir en consultation, elle avait 9 ans, ses deux parents l'accompagnaient. Mathilde était suivie par un podologue, qui, pour un problème de posture, devait lui poser des semelles orthopédiques. Il voulait que je commence un traitement interceptif avant la pose de celles-ci. J'avais bien noté lors de la



consultation, le surplomb sévère ayant favorisé la fracture des rebords incisifs des 11 et 21, la supraclusion totale, le sourire gingival. Mathilde avait été opérée des amygdales, elle ne présentait pas (ou plus) de difficultés à respirer par le nez, mais avait sucé son pouce et aspirait sa lèvre inférieure en déglutissant. J'ai rapidement revu Mathilde pour un bilan de diagnostic, en effet, le podologue était pressé...

Les découvertes principales de ce bilan ont été la valeur faible de l'angle ANB, et surtout : l'agénésie des 35 et 45.

L'analyse céphalométrique montre une CI I squelettique normodivergente, avec une proalvéolie et une protrusion importantes des incisives maxillaires ainsi qu'une rétroalvéolie et une rétrusion des incisives mandibulaires.

Le traitement interceptif devait avoir pour objectif principal de corriger les problèmes fonctionnels tout en corrigeant la CI II, et en réduisant le surplomb ainsi que la supraclusion. Une expansion de l'arcade maxillaire en première intention devait permettre : non seulement de faciliter la correction de la CI II dento-alvéolaire, mais aussi de favoriser l'éruption des canines maxillaires qui semblaient manquer d'espace.

Je venais tout juste de rentrer d'un congrès de l'AAO, où j'avais assisté à une communication qui m'avait paru très intéressante. Le Dr Ken Alexander y présentait sa façon de traiter les patients présentant des agénésies de deuxième prémolaires mandibulaires, lorsqu'il les détecte pendant la phase de denture mixte. Il expliquait qu'au cours de leur éruption, les deuxième molaires poussent les premières molaires en direction mésiale et que l'on obtient un mouvement proche de la translation en évitant la version mésiale, à condition de procéder à l'extraction des 2^{èmes} molaires lactéales par étapes : on extrait d'abord la moitié distale, sans toucher à quoi que ce soit, on attend que l'espace se ferme, puis on extrait la moitié mésiale. L'objectif est de laisser une partie des espaces se fermer naturellement et de se faciliter la tâche pour la suite du traitement en denture permanente.

Ken Alexander ne voyait aucun inconvénient à terminer le traitement avec une occlusion en CI III thérapeutique.

Dans le cas précis de Mathilde, les dents de 12 ans n'étaient pas encore présentes sur l'arcade, et la radiographie panoramique laissait déjà apparaître des germes de dents de sagesse.

Finir avec une occlusion en CI III thérapeutique me semblait donc envisageable, puisque les dents de sagesse mandibulaires finiraient par être en occlusion avec les deuxième molaires maxillaires.

Fort de des enseignements glanés lors de ce congrès, j'ai présenté deux options de traitement à Mathilde et à ses parents :

Option 1 : conserver les dents de lait en prenant soin d'expliquer les tenants et aboutissants, à savoir, la probable nécessité de faire extraire les dents de sagesse, et l'incertitude quant à la longévité des 2^{èmes} molaires lactéales sur l'arcade ; la nécessité en cas de perte de celles-ci, de procéder sans tarder à la pose de prothèses.

Option 2 : procéder aux extractions 75 et 85 en deux étapes (d'abord la moitié distale, puis la moitié mésiale), là aussi en prenant le temps de bien expliquer l'importance d'une bonne coopération, au bout de laquelle il n'y aura probablement pas de nécessité de pose d'implants ou d'extraction des dents de sagesse mandibulaires.

Un écueil tout de même : nous partions avec un surplomb et une supraclusion qui auraient pu (dû) être dissuasifs dans la seconde option.

Le traitement interceptif a débuté par la pose d'un Quad Helix.

Après un délai de réflexion, les parents de Mathilde m'ont fait savoir qu'ils optaient pour les extractions en deux temps et la fermeture des espaces. Sa pédodontiste a donc effectué des pulpotomies puis les extractions de la moitié distale des 75 et 85 deux mois plus tard.



Au terme de quatre mois d'expansion, le Quad Helix a été déposé, et un activateur de type Andresen avec une force extra-orale a été mis en place, sa conception dégageait le chemin à parcourir par les 36 et 46. Cet activateur, conformément à mes instructions, a été porté seulement la nuit, et en l'espace de 6 mois, l'overjet de 10mm a été réduit à 4mm.

Voici le résultat obtenu après 10 mois de traitement interceptif.



Une période de surveillance a suivi, en attendant la mise en place de la denture permanente.

Pendant les périodes de surveillance, je donne toujours une gouttière fonctionnelle à mes patients afin de ne pas perdre le bénéfice de l'interception...

Au terme de cette période de surveillance qui a duré un an, comme les dents de 12 ans commençaient à se mettre en place, un bilan de réévaluation a été effectué, en vue de la deuxième phase de traitement.



> suite page 27

< suite de la page 23



L'analyse céphalométrique confirme la CI I squelettique normodivergente, et indique des valeurs bien plus proches de la moyenne pour l'inclinaison et la position des incisives.

La radiographie panoramique révèle à ma grande déception que le déplacement spontané des 36 et 46 ne représente pas, comme je l'espérais, une translation, comme semblait le promettre Ken Alexander.

Qu'à cela ne tienne ! Il est temps de procéder aux extractions de la moitié mésiale des 75 et 85, et de passer à la phase multi-attaches du traitement.

L'appareillage multi attaches est alors mis en place

Après nivellement de la courbe de Spee, j'ai demandé la pose de mini vis d'ancrage vestibulaires entre les canines et les premières prémolaires mandibulaires, en indiquant que celles-ci devaient émerger dans une zone de gencive attachée afin de rester accessibles. Sans ces vis, le risque de recréer un surplomb incisif était trop grand. Malheureusement, celles-ci n'ont tenu que 4 mois. Des élastiques verticaux étaient portés la nuit seulement pour maintenir la CI I, mais durant le dernier

semestre, en l'absence de vis d'ancrage, j'ai dû demander à Mathilde de porter des élastiques de CI II pendant la journée, en plus des élastiques verticaux à ajouter la nuit.

Elle a été très coopérante, si bien que la seconde phase du traitement a duré 26 mois.

Le jour-même de la dépose de l'appareillage multi attaches, une barre de contention collée sur les 34 et 44 a été mise en place et une gouttière fonctionnelle lui a été remise en guise de contention amovible à porter durant une heure chaque jour, ainsi que toute la nuit. 3 mois plus tard, une fois que l'occlusion s'est assise, une gouttière a été thermoformée sur un modèle de son arcade maxillaire. Elle la porte toutes les nuits.



En attendant l'arrivée des dents de sagesse mandibulaire, les deuxièmes molaires maxillaires n'ont pas d'antagonistes en occlusion. Il faut donc penser les maintenir dans le sens vertical.

Il sera tout de même nécessaire de procéder aux extractions des 18 et 28. ■