

**CLINIQUE**

DR MURIEL GALLOY

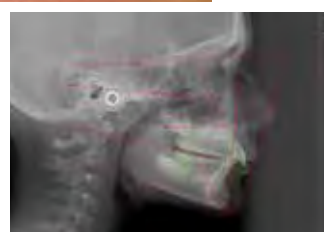
SPÉCIALISTE QUALIFIÉE ODF

Agénésie de prémolaires mandibulaires : ce que nous avons fait

2^{ème} cas : Justine (suite du quiz du numéro 40)

agénésie de 35

Justine allait avoir 8 ans quand elle m'a été amenée par ses deux parents qui désiraient une prise en charge précoce de leur fille, le papa ayant subi une chirurgie d'avancée mandibulaire. Elle suçait toujours son pouce, avait "les dents en avant", une freinectomie avait déjà été effectuée sur la lèvre supérieure pour favoriser la fermeture du diastème interincisif. Son profil montrait un angle naso-labial normal avec un menton fortement en retrait, une lèvre inférieure très effacée et bloquée sous les incisives maxillaires qui, par chance étaient encore intactes. La supraclusion était totale. Elle ne semblait pas avoir de difficultés à respirer par le nez. Je l'ai donc revue pour un bilan afin d'envisager une prise en charge interceptive.



C'est la radiographie panoramique qui nous a révélé, au cours de ce bilan, l'agénésie de la 45.

Le reste était sans surprise : Classe II squelettique (promaxillie) hypodivergente, vestibuloversion des incisives maxillaires et mandibulaires, protrusion des incisives maxillaires, rétrusion des incisives mandibulaires, CI II division 1 dentaire, surplomb incisif de 10mm, supraclusion de 100%, à priori : pas de manque de place à déplorer.

L'objectif du traitement interceptif devait se résumer à supprimer les parafonctions : succion du pouce et interposition labiale, afin de mettre les incisives maxillaires à l'abri, de corriger la Classe II et la supraclusion, puis de permettre un développement harmonieux de la sphère bucco faciale.

Mais quid de l'agénésie de 45 ?

Pourquoi ne pas profiter de cette phase interceptive pour laisser l'espace se fermer tranquillement pendant la mise en place de la denture permanente ? Le germe de la dent de sagesse commence à nous donner des indices de son apparition. Le protocole de Ken Alexander devrait pouvoir fonctionner, même d'un seul côté.

J'explique les options possibles aux parents de Justine, qui ne tardent pas à me donner leur feu vert pour que je leur rédige une ordonnance d'hémisection de la 85, dont la moitié distale sera donc extraite après pulpotomie.

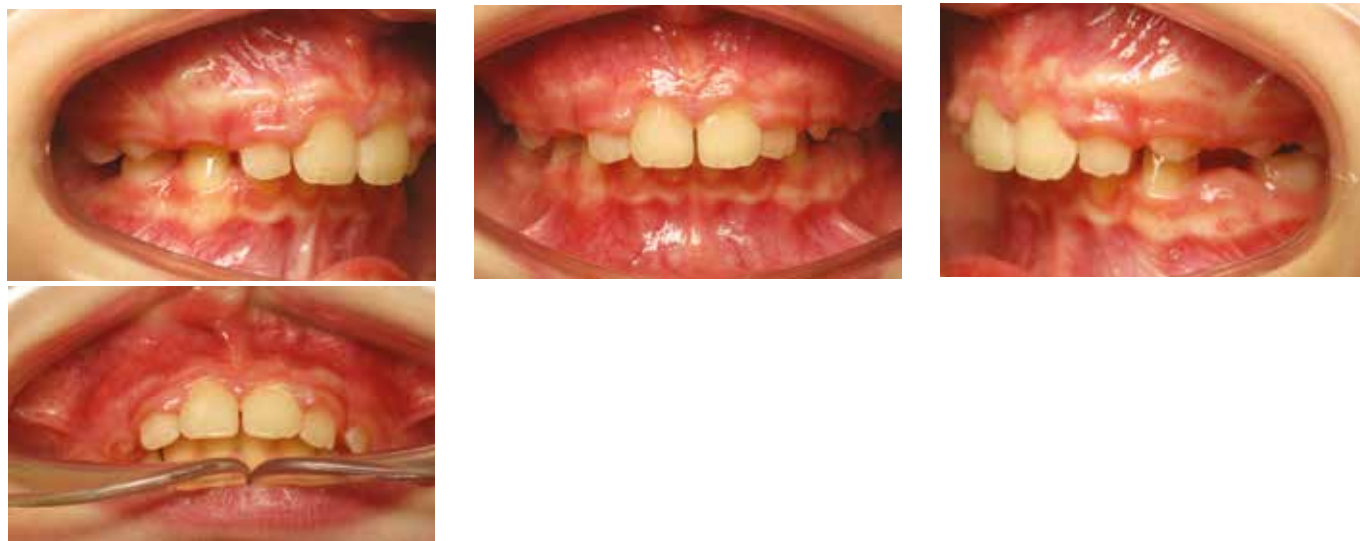
Pendant ce temps, le traitement interceptif de Justine a démarré par la pose d'un Quad Helix.



Cet appareil offre l'avantage d'être dissuasif pour la succion du pouce, tout en permettant une expansion de l'arcade maxillaire très avantageuse lors de la correction des CI II.

Le Quad Helix a pu être déposé après 6 mois. Un activateur de type Andresen a été remis à Justine qui avait pour instruction de le porter tous les soirs avant de se coucher et de bien le garder jusqu'au matin. Sa coopération a été très satisfaisante, si bien que le résultat au bout de 7 mois nous a permis de passer en phase de surveillance.

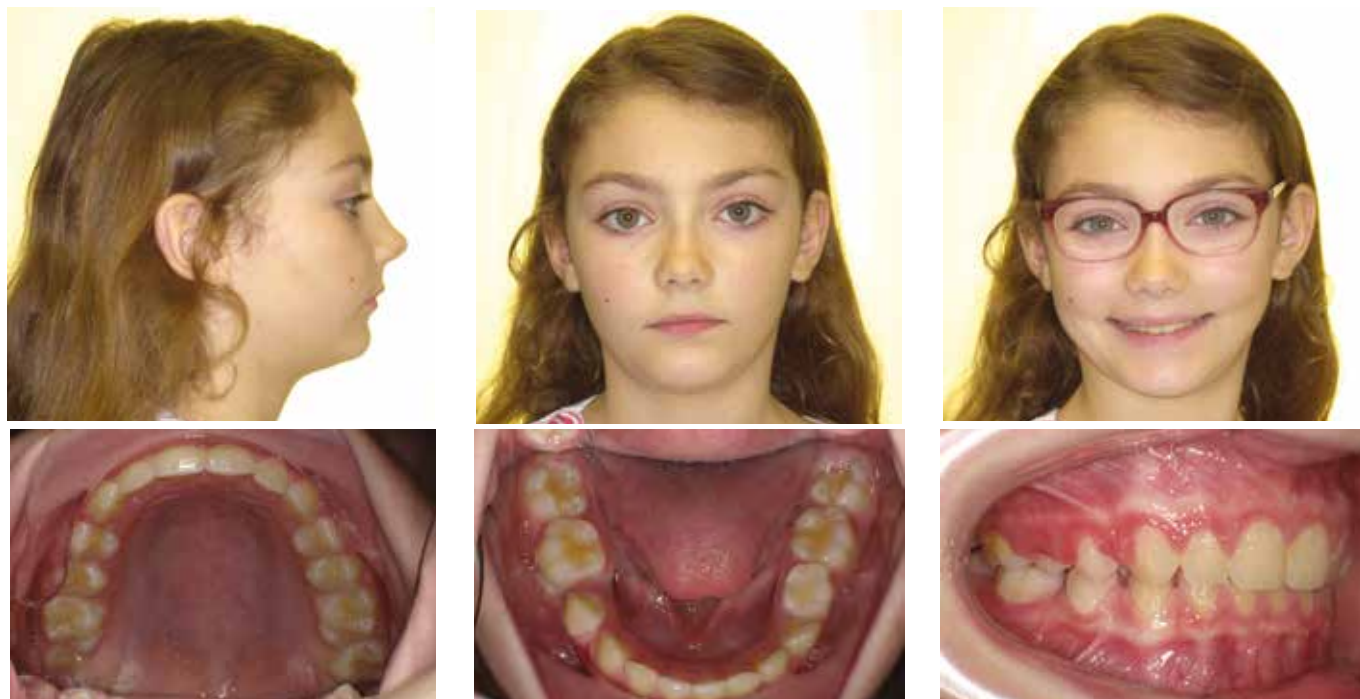




Comme pour la grande majorité de mes patients qui passent en phase de surveillance, je lui ai remis une gouttière fonctionnelle, en lui expliquant que si elle la portait toutes les nuits, non seulement elle ne récidiverait pas, mais elle aurait un traitement moins long plus tard avec les "bagues".

La période de surveillance, en attendant la mise en place de la denture permanente, a duré 18 mois. Le protocole de Ken Alexander devrait pouvoir fonctionner, même d'un seul côté. Malgré la présence des dents de 12 ans, la 35 se fait attendre. Durant cette période, j'ai demandé à son praticien traitant d'extraire l'autre moitié de la 85.

Un bilan de réévaluation a été effectué avant le démarrage de la phase multi attaches de ce traitement.





La radiographie panoramique montre que la mésialisation de la 46 s'est faite sans trop de mésioversion, il reste cependant du travail à effectuer.

L'analyse céphalométrique montre que la CI II squelettique est toujours présente, avec une compensation dento-alvéolaire accrue, et un angle naso-labial ouvert. Je me donne pour objectif de finir la fermeture de l'espace d'agénésie de 45 en recentrant les milieux interincisifs, je prévois la pose d'une mini vis d'ancrage vestibulaire entre 43 et 44, et de retravailler le torque des incisives maxillaires un peu trop rabattues.

Le traitement multi attaches est prévu pour une durée de 2 ans.



Finalement, Justine, traumatisée par l'idée de la mini vis d'ancrage n'est jamais allée la faire poser... Elle a donc dû porter des élastiques de CI II pendant environ 3 mois, puis une gouttière fonctionnelle la nuit pendant 6 mois, que je lui ai fait remplacer ensuite par le port nocturne d'élastiques verticaux pour maintenir les canines en CII.

L'appareil a été déposé au terme de 25 mois de traitement. La coopération de Justine a été très efficace.





Je n'ai finalement pas réussi à parfaitement aligner les milieux interincisifs, et on peut trouver à redire sur l'ouverture de l'angle naso-labial. Il reste à attendre l'éruption de la 48 qui devra servir d'antagoniste de 17 en occlusion, ceci en essayant de contenir son égression. Les 18 28 et 38 seront à extraire.

En conclusion, si l'occlusion de fin de traitement en CI III unilatéralement ou bilatéralement ne vous paraît pas constituer un handicap ou une perte de chance pour votre patient(e) :

Vous pouvez tenter la fermeture spontanée d'une partie de l'espace d'agénésie des deuxième prémolaires mandibulaires, grâce à un mouvement de translation de la dent de 6 ans (selon Ken Alexander) ou plutôt sans trop de mésioversion de la dent de 6 ans (selon ma propre expérience)

- 1) En vous y prenant tôt (c'est-à-dire en denture mixte)
- 2) En procédant par étapes (extraire d'abord la moitié distale de la 2^{ème} molaire lactéale)

Mais attention, dans les cas de CI II : le surplomb et la supraclusion intensifient le challenge. ■.