

CAS CLINIQUE

Vers une plateforme de classe I avec le système Carriere Motion



DR OLIVIER SETBON
SPÉCIALISTE EN ODF
EX ASSISTANT-HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE



DR HELENA SEBAG SETBON

J'ai eu la chance de faire la connaissance de Luis Carriere, dans son cabinet à Barcelone en mai 2015. Invité une journée entière, j'ai découvert un cabinet hors norme notamment de par son organisation extrêmement poussée.

La journée s'est déroulée en deux temps : le matin formation théorique et découverte des principes du Carriere Motion et pour l'après-midi immersion clinique.

Il nous a présenté de nombreux cas adolescents et adultes, des plus simples au plus complexes, vraiment impressionnants. Par la suite, j'ai suivi plusieurs de ses conférences à Barcelone ou bien à Paris pour bien découvrir ce système qui nous permet de faire évoluer notre pratique et même de changer nos croyances notamment dans la correction des classes II (des classes III) chez les patients adultes en repoussant les indications de chirurgie maxillo-faciales.

Le principe clé du Carriere Motion est d'obtenir à un stade très précoce du traitement une occlusion de classe I d'Angle, en distalant en masse les secteurs latéraux maxillaire et en avançant la mandibule tout en harmonisant le profil du patient. Luis Carriere parle même de "plateforme" de classe I.

Le Carriere Motion de classe II est donc un système simple composé de trois éléments : le Carriere Motion lui-même, un ancrage mandibulaire constitué de tubes molaires (1^{ères} ou mieux 2^{èmes} molaires) et d'une gouttière mandibulaire (désocclusion postérieure et limitation des effets parasites) et enfin d'élastiques intermaxillaire.

Le Carriere Motion est une "bielle" articulée au niveau de la molaire maxillaire pour contrôler (et limiter) le tipback et le toe-in de celle-ci. Cela permet de déroter la première molaire maxillaire autour de sa racine palatine et en la redressant dans une position verticale correcte. On retrouve un crochet en antérieur au niveau de la canine maxillaire pour y accrocher les élastiques inter-maxillaires. C'est un ensemble qui est discret et très simple.

Cet appareil est donc, et c'est essentiel, une méthode orthodontique prédictible et simple pour corriger les classes II.

À ce stade, à partir de cette relation dentaire de classe I, le traitement peut être poursuivi en technique fixe avec des brackets autoligaturants passifs délivrant des forces faibles.

L'intérêt n'est pas seulement clinique mais aussi organisationnel : quoi de plus simple pour notre cabinet que de gérer 6 attaches (2 Carriere Motion et 2 tubes d'ancrage), une gouttière mandibulaire et des élastiques inter-maxillaires, le temps d'amener notre patient en classe I : beaucoup moins de risques de décollement (comparativement au multiattaches et ses 28 brackets), les rendez-vous de contrôle sont très courts, pas d'arc à changer ou à religaturer. Les seules choses à faire sont de contrôler l'état de la gouttière mandibulaire et de remotiver son patient par rapport au port des élastiques inter-maxillaires. ■

1^{er} cas clinique



Figure 1: Lisa 8 ans.

Lisa âgée de 8 ans, en denture mixte (Fig.1). Elle présente une classe II squelettique par rétrognathie mandibulaire sur un schéma normo-divergent et une classe II dentaire molaire et canine droite et gauche. Le contexte facial est délicat avec un profil cis-frontal et un sillon labio-mentonnier marqué avec interposition de la lèvre inférieure en arrière des incisives maxillaires (Fig. 2 A B C D E).



Figure 2 A B C D E : Lisa, 8 ans, avant traitement.

Suite 1^{er} cas clinique

Une fois en classe I d'Angle (après 7 mois d'élastiques inter-maxillaires), collage des attaches sur les incisives maxillaires pour corriger la proalvéolie maxillaire (Fig. 3 ABC). A ce stade, on continue les élastiques inter-maxillaires mais uniquement la nuit.



Fig. 3. A B C : collage de l'arcade maxillaire

Fermeture des espaces, correction des rotations et réduction de la proalvéolie maxillaire au moyen du multiattaches maxillaire avec niti 014 puis niti 016x016 maxillaire (Fig. 4 A B C D). Ensuite, après dépose des attaches, on prévoit une stabilisation par gouttière d'éducation fonctionnelle type EF T slim du Dr Daniel Rollet.



Figure 4 A B C D : Lisa après 16 mois de traitement.

2^{ème} cas clinique

Ninon, 9 ans ½ en denture mixte.

Elle présente une classe I squelettique sur un schéma normo-divergent et une classe II dentaire molaire et canine plus marquée à droite. On observe un inversé d'occlusion droit en relation avec une endognathie maxillaire.

Le contexte fonctionnel est perturbé avec une langue très présente et des répercussions au niveau dento-alvéolaire avec une béance incisive. (Fig. 5 A B C D E).



Figure 5 ABCDE : Ninon avant traitement.

De façon générale, le Dr Luis Carriere intervient en premier sur le sens antéro-postérieur et plus tard sur le sens transversal ce qui est à l'opposé de ce que l'on a l'habitude de faire. Il y a deux raisons à cela : la première raison est qu'il attend une réponse nette dans le sens sagittal. La deuxième raison (et c'est la principale à mon avis) est que souvent le patient a bénéficié d'un premier traitement interceptif.

Ici, conformément à la technique du Dr Luis Carriere, nous avons commencé par le sens antéro-postérieur avec le Carriere Motion qui nous a permis d'obtenir une parfaite classe I en 5 mois. On peut déjà remarquer que la langue est plus discrète du fait d'une place accrue (Fig. 6 A B C).



Figure 6 ABC Ninon, 5 mois après la pose du Carriere Motion

Suite 2^{ème} cas clinique

Un mois plus tard, nous posons un disjoncteur afin de corriger le sens transversal. Disjoncteur qui permet d'accroître la perméabilité nasale de 30 à 50% ce qui va favoriser la ventilation nasale et donc agir indirectement sur la dysfonction linguale (Fig. 7).



Figure 7 : pose du disjoncteur maxillaire.

Le résultat montre 3 mois plus tard non seulement une correction du sens transversal mais aussi une correction du sens vertical avec réduction spontanée de la béance. (Fig. 8)



Figure 8 normalisation du sens transversal.

Si nous comparons Ninon avant et après 10 mois de traitement : les photographies endo-buccales de face nous montrent une correction en 3D qui conforte l'idée que non seulement l'occlusion est "assise" mais aussi que les fonctions orales sont en place. Reste à les maintenir, à les encourager par une gouttière d'éducation fonctionnelle (Fig. 9 AB).



Figure 9 Ninon avant et après traitement interceptif 3D

Pour résumer, voilà un appareillage qui permet de corriger les classes II rapidement, simplement, de façon reproductible et en conservant le confort et l'esthétique du confort.