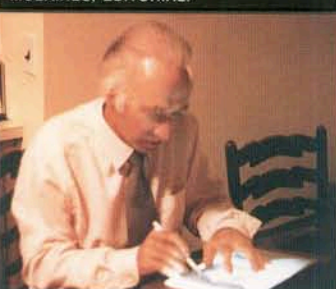


LE DR. RALEIGH WILLIAMS DONNANT SON PRÉCIEUX AVIS SUR LES CAS D'EXTRACTION DE PREMIÈRES MOLAIRES, EDITORIAL.



TIP-EDGE® TODAY

Published Quarterly In The USA



LE DR. PETER KESLING À GAUCHE FAISANT VISITER LE BUILDING ORIGINAL DE TP DE 1942 AU DR. GIRISH KARANDIKAR D'INDE.

AUTOMNE 1998

EN BREF

INQUIÉTUDES DU CHIRURGIEN MAXILLO-FACIAL—

Après extraction des premières molaires, Editorial.



DANS L'ATTENTE DU REDRESSÉMENT DES CANINES—

Discussion sur l'usage de ressorts de canines plus forts. Q's et R's, Page 3.



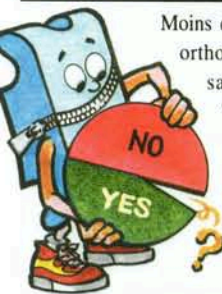
TIRE-BOUCHON—

Utile seulement pour déboucher la bouteille. Cher Editeur, Page 4.



TIP-EDGE AUTO LIGATURANT?

Moins de la moitié des orthodontistes utilisant le bracket Tip-Edge sont intéressés par un bracket autoligaturant et 10% n'ont pas d'opinion.



Données basées sur une enquête auprès d'orthodontistes utilisant le Tip-Edge et la TADD.

EDITORIAL

La proximité apparente du sinus ne pose aucun problème lors de la fermeture d'espace

Par Christopher K. Kesling, D.D.S., M.S.

Un patient se présente à la clinique des Drs John et Maori Kaku à Tokyo au Japon. Il a 32 ans, de type asiatique avec une malocclusion de Classe II division 1, un overjet important de 8,9 mm et un overbite de 80 pour cent avec un léger encombrement aux deux arcades, Figure 1.

L'examen céphalométrique révèle une configuration de Classe II squelettique (Wits = +5.0 mm) due à une mandibule en rétrognathie avec les incisives inférieures à 3 mm en avant de la ligne A-Po (la normale pour les japonais est de +5.0 mm). Le profil facial est convexe avec une lèvre supérieure en protrusion.

La correction d'une telle malocclusion de Classe II chez l'adulte exige souvent l'extraction de dents aux deux arcades. Cependant si les dents inférieures sont bien alignées avec les incisives inférieures sur ou près de la ligne A-Po, on préfère souvent n'extraire qu'à l'arcade supérieure.

Dans ce cas beaucoup d'ortho-

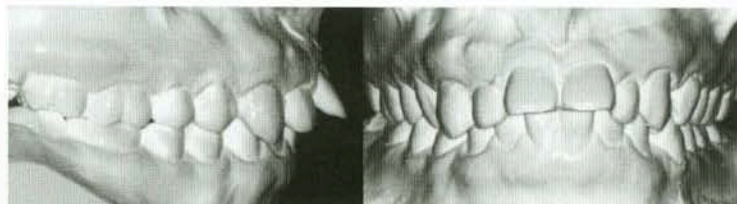


Figure 1. Le patient présentait une malocclusion de Classe II Division 1 complète avec 8.9 mm d'overjet. L'arcade inférieure ne présentait que peu d'encombrement.

dontistes envisagent l'extraction des premières prémolaires supérieures, ce qui permet la correction de l'overbite et de l'overjet antérieur mais laisse les premières molaires en relation de Classe II. L'occlusion obtenue de cette façon montre souvent une interdigitation médiocre au niveau des segments postérieurs et une tendance à la réouverture des espaces d'extraction.

Lorsque les troisièmes molaires sont présentes et bien orientées pour une éruption normale, le traitement de choix est l'extraction des premières molaires supérieures.¹ Cela donne une bien meilleure occlusion comparée à celle obtenue par l'extraction des prémolaires et

produit une bonne occlusion de Classe I des segments latéraux et des molaires.

Le Dr. Kaku demanda au chirurgien maxillo-facial de procéder à l'extraction des premières molaires supérieures.

Lors de l'extraction le chirurgien, se basant sur la radiographie panoramique, se rendit compte que les racines palatines des premières molaires étaient très proches des sinus maxillaires, Figure 2.

Il affirma que la relation entre les alvéoles et les sinus maxillaires serait la cause d'une mauvaise formation osseuse au niveau des sites d'extraction. Il recommanda de retarder le traitement orthodontique d'au moins six mois pour faciliter la formation d'os nouveau et craignait que l'on soit amené à poser des bridges pour fermer les espaces de préférence au traitement orthodontique si la régénération osseuse ne se produisait pas.

L'opinion du chirurgien fut un choc pour les orthodontistes et ils regrettèrent de n'avoir pas choisi de traiter ce patient par extraction des premières prémolaires. A la recherche d'une se-

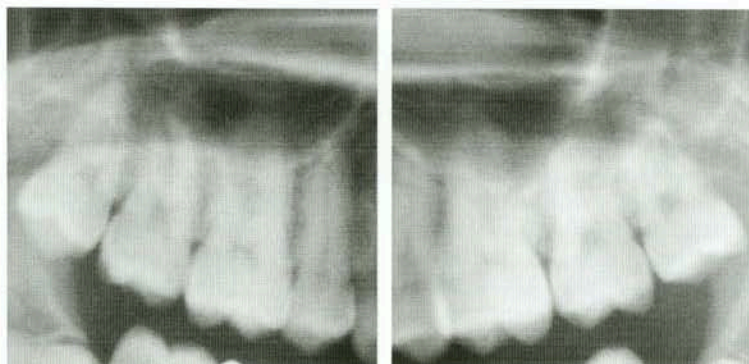


Figure 2. Partie de radio panoramique prise avant traitement. Notez l'apparente proximité des sinus et des apex des racines.

Suite de l'EDITORIAL page 2

EDITORIAL

Proximité du sinus . . . suite de la page 1

conde opinion, ils envoyèrent les documents du patient au Dr. Raleigh Williams, auteur de nombreux articles sur le traitement avec extraction des premières molaires, pour lui demander ce qu'il pensait de ce patient. Voici les commentaires du Dr. Williams:

Vos collègues japonais n'auront aucun problème avec leur patient de 32 ans MK. Ce que l'on voit dans la région du maxillaire supérieur est très fréquent chez la plupart des adultes. Au cours de la croissance, le sinus maxillaire s'agrandit graduellement. Il s'étend habituellement entre les racines palatine et vestibulaire de la première molaire.

Sur une radiographie, cette extension du sinus entre les racines peut être mal interprétée en faisant penser à tort que la racine linguale de la première molaire supérieure se projette à l'intérieur du sinus. Tout va très bien pour leur patient; et il faudrait qu'ils commencent immédiatement leur traitement, avec les forces légères physiologiques normales utilisées dans la Technique de l'Arc Droit Différentiel avec les brackets Tip-Edge.

Retarder le traitement serait une grave erreur. Un délai permettrait la résorption des procès alvéolaires, chose que l'on veut éviter. Pour cette raison, en règle générale, le traitement devrait toujours commencer aussitôt que possible après les extractions,

particulièrement dans les cas d'extraction de premières molaires.

D'après les informations données et les tracés céphalométriques, leur diagnostic est très bon et ils ont choisi les bonnes extractions. Le traitement devrait se dérouler parfaitement.

Dr Raleigh Williams
Tucson, Arizona.

Après avoir reçu la réponse du Dr Williams, le traitement fut commencé immédiatement avec des brackets de Straight-Edge sur les incisives centrales et latérales et des brackets de Tip-Edge sur les prémolaires et les canines. Les arcs de début supérieur et inférieur étaient du .016" en nickel-titanium, Figure 3.

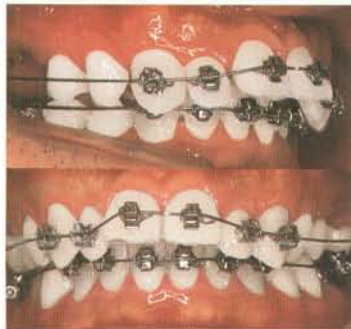


Figure 3. Placement de l'appareil. Arcs initiaux .016" en nickel-titanium aux deux arcades.

Le traitement fut terminé avec des arcs rectangulaires, les ressorts Side Winder étant utilisés sur les dents réclamant du redressement mésiodistal et du torque radiculaire palato ou vestibulo-lingual, Figure 4.



Figure 4. Vers la fin du traitement les arcs rectangulaires de .0215" x .028" aux deux arcades.

Après 2 ans et 4 mois de traitement, les appareils furent déposés et des contentions placées. Les relations molaires de Classe II, l'overbite et l'overjet du patient furent traités avec succès et les troisièmes molaires supérieures se mirent en occlusion avec l'arcade inférieure. Il est pratiquement impossible de distinguer le traitement de ce patient d'un traitement sans extraction, Figure 5.

Le profil du patient s'améliora de façon significative avec moins



Figure 5. Dépose de l'appareil.

de protrusion de la lèvre supérieure, Figure 6. La superposition des tracés céphalométriques de début et fin montre que le seul changement céphalométrique est la rétraction des incisives supérieures, Figure 7.

La radiographie panoramique après traitement montre que la proximité apparente des sinus maxillaires et des apex n'a eu aucun effet sur la possibilité de mouvoir les dents vers les sites d'extraction, Figure 8.

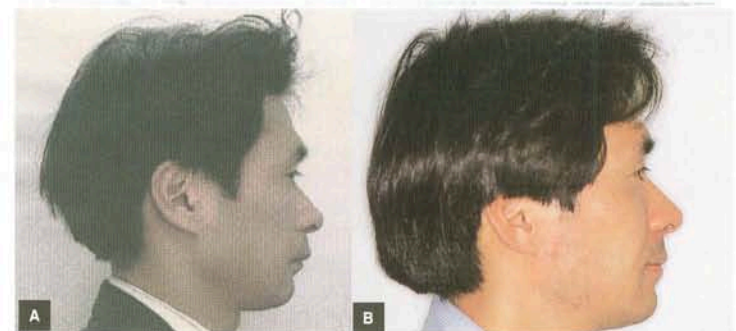


Figure 6. A) Début et B) Fin du traitement.

Suite de l'EDITORIAL page 3

Q's et R's

Q. Au cours du stade trois, j'ai trouvé que les canines se redressaient lentement. J'ai alors placé des anciens ressorts de redressement de .016" et je trouve qu'ils sont plus rapides. Est-ce une procédure recommandable?

Wyncote, PENNSYLVANIA

R. L'emploi de ressorts de redressement de .016" sur les canines peut se justifier. Il y a des années, le diamètre des ressorts de redressement allait de .012" à .018". On employait le fil de .012" pour les incisives inférieures et les ressorts de .018" pour les canines supérieures. Bien que cela ait pu paraître sensé, cela s'avéra compliquer le contrôle de l'inventaire et bien sûr l'usage des ressorts eux-mêmes. D'habitude, nous n'attendons pas le redressement des canines dans les cas d'extraction—c'est généralement le degré de torque des incisives supérieures qui décide de la fin du traitement fixe. Peut-être versez-vous les canines de façon excessive à cause du potentiel d'ancrage inhérent à l'appareil Tip-Edge. Moins d'extractions ou des extractions plus distales pourraient être la solution.

Q. J'ai toujours employé des arcs préformés de .016" et je viens d'apprendre qu'ils sont maintenant fait du nouveau fil original de TP plutôt qu'à partir de fil australien redressé. Quelle est exactement la différence entre ces arcs? Quels sont les avantages des nouveaux fils préformés?

Sedona, ARIZONA

A. Les nouveaux arcs préformés faits à partir du fil d'acier inoxydable premium «TP Original» sont plus rigides que ceux de Wilcock. Cela est dû à la façon de former et de traiter à chaud les fils. Avec le fil Wilcock, le fil était traité à chaud d'abord, redressé pour éliminer l'effet de «tire-bouchon» et ensuite plié à la forme désirée. Le redressement du fil le rendait moins rigide (jusqu'à 20 pour cent). Avec le «TP original» un tel redressement n'est pas nécessaire, de telle sorte que l'on est assuré d'un maximum de rigidité. Cette rigidité accrue facilite la correction des occlusions antérieures profondes en augmentant les forces d'intrusion produites par les coudures d'ouverture d'occlusion.

EDITORIAL

Proximité du sinus . . . suite de la page 2

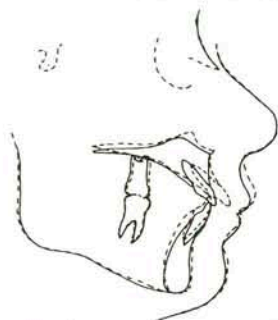


Figure 7. Superposition des tracés.

Le problème que soulevait le chirurgien maxillo-facial n'existait qu'à cause de la difficulté d'interpréter une relation en 3 dimen-

sions au moyen d'un dispositif à 2 dimensions. Attendre 6 mois ou plus comme le chirurgien le suggérait aurait rendu beaucoup plus difficile, si pas impossible, la fermeture complète des espaces d'extraction. Le traitement orthodontique d'adulte devrait toujours être commencé aussitôt que possible après les extractions. ❏

Références:

¹Williams R.T.:Extraction à une arcade des premières molaires supérieures ou que faire lorsque la non-extraction est un échec. Am J Orthode 1979;76:376-93.

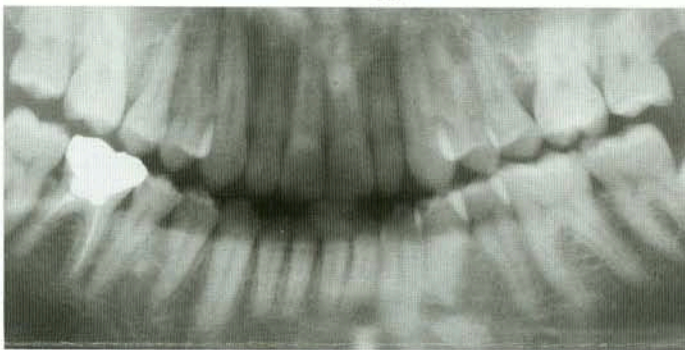


Figure 8. Radiographie panoramique après traitement.

RAPPORT DE CAS

Par le Dr. Messias Rodrigues
Piracicaba, Brésil

Le patient, vu pour la première fois à l'âge de neuf ans, présentait une malocclusion de Classe II Division 1, compliquée par un articulé croisé postérieur unilatéral droit et un open bite antérieur, causés en partie par un angle obtus du plan mandibulaire et une habitude de suçage de pouce persistante. Il y avait un léger encombrement à l'arcade inférieure et les incisives inférieures étaient sur la ligne A-Po. La décision de non extraction fut prise et une expansion maxillaire rapide fut planifiée pour corriger l'articulé croisé.



L'expansion rapide du maxillaire est réalisée au moyen d'une vis fixe avec extensions palatines en acrylique. Après deux semaines d'activation, l'appareil fut maintenu pendant six mois pour permettre à de l'os nouveau de remplir la suture palatine.



La classe II est corrigée au moyen d'arcs en .016" et d'élastiques légers de classe II. Ensuite un Coax supérieur nivela les prémolaires récemment sorties pendant qu'un arc de .0215" x .028" stabilisait les dents inférieures.



Après le torque et le redressement avec les ressorts Side-Winder et arcs de .0215" x .028", des élastiques en carré avec power pins consolida l'occlusion.



Les Side-Winders invisibles enfin acceptés

Après plus de deux ans de tests cliniques, les nouveaux ressorts Side-Winder invisibles se font finalement une place dans les cabinets orthodontiques du monde.

Le crochet à l'extrémité du bras du ressort original a été remplacé par deux coudes à 90 degrés, Figure 1.



Figure 1. Le crochet d'engagement sur l'arc est remplacé par deux coudures à 90 degrés; le diamètre du fil est .014".

Le résultat est que le bras est presque parallèle à l'arc lorsqu'il est engagé. De plus, comme il n'est pas nécessaire de défléchir l'arc aussi loin pour engager les offsets qu'avec les crochets, le ressort est activé à 100 pour cent, Figure 2.

Disponibles seulement avec queue courte, les Side-Winders invisibles sont placés avant les ligatures élastomériques. Cela simplifie le placement et permet à la ligature de maintenir à la fois le ressort et l'arc, Figure 3, et permet aussi de remplacer les an-

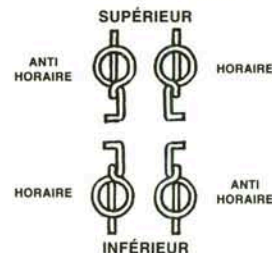


Figure 2. Les bras des ressorts et les jambes qui s'engagent dans la gorge verticale des brackets sont parallèles provoquant plus d'activation et donc plus de force de redressement.

neaux élastomériques sans enlever et remettre les ressorts de redressement. ❏

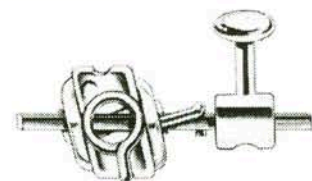


Figure 3. L'anneau élastomérique est placé après le ressort. Soyez sûr que l'anneau ne repose pas sur le bout du bras—l'assemblage doit être comme ci-dessus.

Pour commander les Side-Winder invisibles

	Vrac 10	Orientés 50
Anti horaire	214-011	214-009
Horaire	214-012	214-010



C.G. Fille 9 ans, 11 mois
Nonextraction
Expansion maxillaire rapide 6 mois
Arcs utilisés 7 (4 sup, 3 inf)
Ajustements 18, Durée: 26 mois
Contention Retainer supérieur
3-3 inférieur

Changements céphalométriques:

	Début-Continu	Fin-Pointillé
1 A-Po	+0 mm	+2 mm
Wits	+4 mm	+2 mm
SN-MP	40.0°	36.0°
SNA	80.0°	83.0°
SNB	70.0°	75.0°
ANB	10.0°	8.0°
1-SN	98.0°	98.0°

Atelier Tip-Edge à New Delhi, Inde

En décembre 1997, un atelier Tip-Edge de deux jours eut lieu à New Delhi. Sponsorisé par la Indian Orthodontic Society, il eut lieu à l'International Trade Center et était dirigé par les Drs. Vinod et Asha Verma.



Les participants de l'atelier de deux jours. La dame au centre est le Dr. Asha Verma (Présidente de l'Indian Orthodontic Society). A sa droite se trouvent le Professeur Pradip Jayna et le Dr. Vinod Verma.

Cher Editeur:

Juste un fax pour vous remercier de l'«avant première» du nouveau fil TP original premium plus .016". Evalué subjectivement, ses qualités de tension semblent au moins comparables au fil Wilcock équivalent Special plus, et il est également bien toléré en bouche.

En ce qui concerne son maniement, le nouveau fil semble différent, mais j'aime ce changement, et particulièrement sa surface plus douce et aussi le fait qu'il sort droit de la bobine.

Je sais que beaucoup d'orthodontistes plient le fil sortant de la



Tip-Edge avancé à Madrid, Espagne

Les 6 et 7 mars, un cours avancé de Tip-Edge fut donné à Madrid. Il y avait 19 participants et le cours était donné par le Dr. Arturo Vela.

Le Dr. Vela enseigne la technique de l'arc droit différentiel aux étudiants postgradués à l'Université de Barcelone. En octobre, il donnera un cours pour débutants à l'Université de Southern Mississippi à Madrid. 40 participants sont inscrits à ce jour.



Le Dr. Vela décrit les caractéristiques d'un ressort Side-Winder invisible pendant le cours avancé à Madrid.

bobine, utilisant la forme comme précourbure, mais je trouve le nouveau fil TP plus facile à manipuler sans cette courbure parce qu'il est toujours assez difficile de redresser et niveler la section de jambe postérieure lorsqu'il est coudé sortant de la bobine. De plus, de temps à autre le fil sortira de la bobine en forme de tire-bouchon, ajoutant une troisième dimension indésirable au redressement.

J'espère que le nouveau fil améliorera les performances des arcs préformés, ceux-ci perdaient en effet une quantité significative de résilience lorsque le Special Plus était poli, ce qui ne sera probablement plus nécessaire avec le nouveau fil.

Dr. Richard C. Parkhouse

Evident S.A.
2 bis, rue Mercœur
75544 Paris Cedex 11
France
Phone: 011-33-1-4348-6727
Fax: 011-33-1-4348-2911

Evident

Vous désirez,
recevoir gratuitement,
Tip-Edge Today.
Faites vous connaître
de notre service.
Tel. (1) 43 48 58 21
Fax (1) 43 48 29 11

Traduit par le
Docteur Gérard De Coster
Bruxelles

TIP EDGE
TODAY