

Conclusion du rapport

Cette analyse de la conduite des traitements réalisés chez l'adulte permet de faire la synthèse sur la demande des patients, les possibilités et limites des propositions thérapeutiques.

Des éléments spécifiques et essentiels sont à retenir dans le diagnostic comme la qualité du parodonte et de la denture. La capacité de réorganisation tissulaire se confirme comme étant différente de celle de l'enfant. Les réactions tissulaires au déplacement dentaire se réalisent avec une vitesse amoindrie, ce qui va à l'encontre du désir de courte durée des traitements. Le praticien devra concevoir le plan de traitement en prenant en compte ces deux exigences.

Les évolutions technologiques nous assistent pour satisfaire cette attente, d'une part par une prise en compte de la relation entre la durée du traitement et les phénomènes de glissement, d'autre part par l'évolution des techniques invisibles vers une amélioration du confort, et enfin par les modalités de l'accessibilité à la chirurgie orthognathique.

Cette synthèse a pour objectifs d'aider le clinicien dans ses choix de traitement face aux questions suivantes :

- Quels sont les objectifs réalisables chez un adulte ?
- Existe-t-il des limites au traitement adulte ?
- Quelles techniques spécifiques employer ?
- Peut-on ralentir le vieillissement facial ?

• *Les objectifs réalisables du traitement de l'adulte*

Ces objectifs reposent sur l'état initial en particulier dento-parodontal et articulaire, ainsi que sur la capacité du patient à bénéficier d'un traitement complexe.

Les anomalies fonctionnelles, comme les symptômes du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, sont à identifier en présence d'anomalies alvéolaires ou basales, et seront retenues comme des objectifs fonctionnels.

La correction des troubles des articulations temporo-mandibulaires enregistrés par l'examen clinique et confirmés par l'IRM ne sera pas retenue comme un objectif fiable. Les études montrent l'impact de l'amélioration de l'occlusion sur les phénomènes dégénératifs articulaires et une rémission aléatoire des troubles initiaux.

Les dysmorphies dento-alvéolaires participent à l'aggravation des pathologies parodontales, ce qui rend essentiel la contribution des traitements orthodontiques aux traitements des pathologies parodontales. La normalisation occlusale orthodontique élimine le trauma occlusal qui entretient la diminution progressive du support osseux.

Les processus histologiques du complexe dento-parodontal impliquent plus encore chez l'adulte une synergie entre la parodontologie et l'orthodontie.

• *Existe-t-il des limites au traitement adulte ?*

L'attente de nos patients adultes constitue un critère de décision qui guide notre réflexion sur le choix du plan de traitement, mais nous devons respecter les repères et les règles de l'équilibre fonctionnel, critère intangible de stabilité.

La biomécanique des ancrages osseux permet de repousser les limites des déplacements dentaires, mais ne diminue pas le recours à la chirurgie orthognathique pour les déplacements de grande amplitude.

Les limites au traitement de l'adulte reposent sur des déplacements dentaires sans effet iatrogène sur les structures dento-parodontales. Le plan de traitement d'orienter vers l'obtention d'une configuration dento-squelettique offrant une garantie de stabilité.

L'écoute, la communication avec nos patients adultes est essentielle mais elles connaissent leurs limites.

• *Quelles techniques spécifiques employer ?*

L'amélioration de l'aspect esthétique et du confort avec les boîtiers céramiques et linguaux, une approche plus conservatrice dans les plans de traitement, permettent une adhésion plus large aux traitements. La planification des séquences thérapeutiques assistée par ordinateur tend à se généraliser et permet une réduction du temps au fauteuil et une précision accrue.

Les techniques par aligneurs trouvent leur place dans le catalogue thérapeutique en fonction d'indications précises et sont utiles pour la finalisation des objectifs occlusaux en réduisant le traitement en technique fixe.

Les ostéotomies en chirurgie orthognathique ont bénéficié de l'évolution technologique apportée par l'ostéosynthèse rigide puis par les ostéotomes piézoélectriques. L'impact de ces nouveautés sur les effets iatrogènes et sur la durée de la fixation inter-maxillaire influe directement sur le confort des patients. L'adhésion des patients au protocole chirurgico-orthodontique est de ce fait en constante augmentation.

• *Peut-on ralentir le vieillissement facial ?*

Les dysmorphies maxillo-mandibulaires chez un adulte sont à l'origine d'un vieillissement facial plus rapide par défaut de soutien des tissus de recouvrement. La morphogenèse secondaire, nettement perceptible après un traitement orthodontique ou une chirurgie orthognathique liée à la modification des tissus de soutien induit un rajeunissement facial. L'orthodontie participe ainsi à la lutte contre le vieillissement facial par la diminution du stress musculaire provoqué par les interférences occlusales et contribue à une pérennité des tissus de soutien du visage. L'amélioration du paraître produit un bien-être psychologique et des effets secondaires bénéfiques sur sa santé et sur la longévité.

Le traitement de l'adulte par la demande du patient, reposant sur la recherche de l'efficacité en une courte durée, d'un confort optimal, d'un équilibre facial acquis ou retrouvé projette l'Orthodontie au cœur des attentes de la société du XXI^e siècle.

Monique Raberin