

Les échecs orthodontiques dans le traitement des classes II*

Marie-José BOILEAU**

549 route de Toulouse, 33140 Villenave d'Ornon, France

MOTS CLÉS :

Échec thérapeutique /
Classe II /
Prévention

KEYWORDS:

Treatment failure /
Class II /
Prevention

RÉSUMÉ – Dans le traitement des cas de classe II, comme dans toutes les dysmorphoses, l'échec de nos thérapeutiques peut concerner tout ou partie de nos objectifs de traitement : occlusaux, fonctionnels et esthétiques. Après avoir précisé au travers de cas cliniques la notion d'échec et les limites de l'acceptable dans ces différentes facettes, nous essaierons de déterminer les causes principales de nos échecs afin de mieux les prévenir. L'analyse de la littérature comme celle des cas cliniques montre que ceux-ci reposent le plus souvent sur une erreur d'estimation de la quantité et de la direction de croissance résiduelle, un mauvais contrôle du sens vertical, une prise en charge insuffisante des problèmes fonctionnels, une position inadéquate des incisives maxillaires et mandibulaires. À ces principales erreurs thérapeutiques s'ajoute l'insuffisance de coopération des patients qu'il faut évaluer et entretenir afin de limiter échecs et abandons de traitement.

ABSTRACT – *Orthodontic failures in Class II cases.* In Class II treatment, as with all malformations, therapeutic failure can impact some or all of our treatment aims, whether occlusal, functional or esthetic. Using clinical cases, we will first define the concept of failure and the limits of what is acceptable in these different areas. We will then attempt to determine the main causes underlying our failures in order to better avoid them. An analysis of the literature and of the clinical cases demonstrates that our failures are most often caused by a misevaluation of the amount and direction of residual growth, poor control of the vertical dimension, inadequate management of functional problems, an inadequate position of the maxillary and mandibular incisors. In addition to these major treatment errors, one also encounters insufficient patient cooperation, which needs to be assessed and maintained in order to limit the number of failures and treatment drop-outs.

Comme le soulignent Proffit, *et al.* [3], il existe trois approches thérapeutiques différentes des classes II squelettiques :

- une approche orthopédique visant à modifier la croissance pour corriger ou réduire le décalage squelettique maxillo-mandibulaire,
- une approche orthodontique qui, par compensation alvéolaire, tente de rétablir une occlusion normale,
- une approche chirurgicale, le plus souvent par avancée mandibulaire.

L'orthopédie et l'orthodontie de compensation sont souvent associées dans les traitements de classe II et leurs succès et leurs échecs sont étroitement liés. Nous nous limiterons ici à ces deux approches.

Dans le traitement des classes II, comme dans toute dysmorphose, l'échec des thérapeutiques orthodontiques peut concerner un ou plusieurs des objectifs de traitement : occlusaux, fonctionnels, parodontaux et esthétiques.

Les échecs occlusaux correspondent à l'impossibilité de rétablir le centrage et le calage de la mandibule ou un guide incisivo-canin fonctionnel. Si une légère classe II canine n'entrave pas la guidance en latéralité, elle induit souvent, sur les secteurs latéraux, des relations occlusales qui n'assurent plus un bon calage mandibulaire. De plus, dans les classes

* Retrouvez l'intégralité de la communication orale de Marie-José Boileau le samedi 14 mai 2016 lors de la 88^e réunion scientifique de la SFODF à Marseille.

** Auteur pour correspondance : mjboileau@free.fr

II, un guide incisif fonctionnel n'est pas toujours rétabli. L'absence de contacts interincisifs supprime le guidage antérieur de la propulsion et maintient une instabilité de ces dents, source de récurrence. À l'opposé, une enveloppe fonctionnelle incisive trop fermée peut favoriser une dysfonction musculaire ou articulaire même si Paquette, *et al.* [2] ne constatent pas de mouvement distal de la mandibule, quel que soit le type de traitement, avec ou sans extractions.

Instabilité occlusale, réduction des contacts occlusaux et insuffisance du guide antérieur réduisent l'efficacité de la mastication et favorisent l'apparition ou la réapparition d'une déglutition dysfonctionnelle. À l'inverse, les dysfonctions orales persistantes contribuent aux échecs occlusaux.

Mais même une occlusion idéale ne peut être considérée comme un succès orthodontique si elle est obtenue aux dépens de l'esthétique faciale [1]. Ces échecs esthétiques, plus ou moins sévères, sont nombreux en classe II. Ils sont principalement liés à [4, 5] :

- une position trop rétrusive du menton qui laisse persister un profil trop convexe et une distance cervico-mentonnaire trop courte par insuffisance de réponse mandibulaire ;
- un angle naso-labial trop ouvert et une lèvre supérieure trop rétruse en relation avec une rétraction maxillaire trop importante ;
- une prochéilie inférieure par vestibulo-version excessive des incisives mandibulaires associée à un risque parodontal ;
- une rétraction excessive des lèvres qui augmente la proéminence du nez et du menton dans des profils déjà concaves.

Le sourire peut aussi être affecté par une absence de contrôle lors de la rétraction incisive responsable d'une orientation linguale disgracieuse de la face vestibulaire des incisives maxillaires et parfois d'un sourire gingival.

L'analyse des cas cliniques comme celle de la littérature montre que ces insuffisances sont liées et reposent le plus souvent sur la persistance d'une mandibule trop rétrusive qui impose des compensations alvéolaires excessives sur le plan esthétique et parodontal.

La première cause de ces échecs est donc la mauvaise évaluation initiale de la réponse mandibulaire au cours du traitement orthopédique ou orthodon-

tique. Cette erreur peut être due à une mauvaise estimation, en quantité ou en direction, de la croissance mandibulaire, toujours difficile à évaluer, à des interférences dysfonctionnelles défavorables (persistance d'une ventilation orale...) insuffisamment prises en compte, mais aussi fréquemment à une insuffisance de contrôle vertical au cours du traitement, responsable d'une rotation mandibulaire horaire. Cette rotation s'accompagne d'un recul du menton et d'une augmentation de la dimension verticale, très préjudiciable chez les sujets déjà hyperdivergents.

La deuxième erreur, qui le plus souvent en découle, est alors de s'orienter vers des compensations alvéolaires excessives qui imposent une rétraction des incisives maxillaires et une vestibulo-version exagérées avec les risques parodontaux, occlusaux et esthétiques déjà décrits.

L'insuffisance de contrôle de l'orientation vestibulo-linguale des incisives et de leur position verticale vient compléter les principales causes d'échecs dans nos thérapeutiques de classe II.

Pour éviter ces échecs, il est donc nécessaire de rechercher et d'obtenir la meilleure réponse mandibulaire possible grâce à une action orthopédique ou à un bon contrôle vertical orthodontique puis d'évaluer, au niveau parodontal, esthétique et occlusal, les possibilités de compensations alvéolaires de classe II résiduelle. Lorsqu'elles sont dépassées, une solution orthodontico-chirurgicale doit être envisagée.

La réévaluation de ces différents paramètres au cours du traitement est indispensable. Elle permet de réorienter le traitement en cas d'évolution défavorable limitant ainsi les risques d'échec.

Bibliographie

- [1] Bailey LJ, Proffit WR, White R Jr. Assessment of patients for orthognathic surgery. *Semin Orthod* 1999;5:209–222.
- [2] Paquette DE, Beattie JR, Johnston LE Jr. A long-term comparison of non extraction and premolar extraction edgewise therapy in "borderline" Class II patients. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1992;102:1–14.
- [3] Proffit WR, Phillips C, Douvartzidis N. A comparison of outcomes of orthodontic and surgical-orthodontic treatment of Class II malocclusion in adults. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1992;101:556–565.
- [4] Thomas PM. Orthodontic camouflage versus orthognathic surgery in the treatment of mandibular deficiency. *J Oral Maxillo Fac Surg* 1995;53:579–587.
- [5] Tucker MR. Orthognathic surgery versus orthodontic camouflage in the mandibular deficiency. *J Oral Maxillo Fac Surg* 1995;53:572–578.