

Malocclusion et besoin de traitement orthodontique chez des sujets nés prématurés

Malocclusion traits and orthodontic treatment needs in prematurely born children

Paulsson L, Söderfeldt B, Bondemark L

Angle Orthod 2008 ;78(5):786-792

La prévalence de certains traits de malocclusions et le besoin de traitement orthodontique chez les grands et les très grands prématurés sont évoqués dans le numéro 5 de la revue *Angle Orthodontist* à paraître au mois de septembre 2008, mais d'ores et déjà disponible gratuitement en ligne sur le site de ce journal.

Quelques informations liminaires :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la naissance prématurée ou prématurité correspond à toute naissance survenant avant la fin de la 37^e semaine et après la 22^e semaine d'aménorrhée (SA). On la subdivise en *très grande prématurité* (< 28 SA), *grande prématurité* (compris entre 28 et 32 SA), et *prématurité simple* (compris entre 32 et 37 SA). Selon diverses sources, elle concernerait 5 à 7 % des naissances en France. Les progrès réalisés ces dernières décennies dans le domaine de la néonatalogie ont permis d'améliorer considérablement les taux de survie même chez les *très grands prématurés*.

Cent quatorze sujets ont été inclus dans cette étude après une procédure d'échantillonnage rigoureuse. Ils étaient divisés en trois groupes appariés selon l'âge et le sexe : 36 enfants nés *très grands prématurés*, 37 *grands prématurés* et 41 enfants nés à terme servant de groupe contrôle. Après un examen clinique complet, des moulages des arcades dentaires et une radiographie ont été réalisés. Pour chaque enfant, les anomalies orthodontiques et le besoin de traitement orthodontique ont été enregistrés respectivement avec la méthode de Bjork et avec la composante de santé dentaire de l'IOTN (*Index of Orthodontic Treatment Need*).

Les auteurs ont trouvé une occurrence significativement plus grande de certains traits de malocclusions chez les enfants nés *très grands prématurés* et *grands prématurés* par rapport à leurs congénères du même âge. Il en est ainsi pour la supraclusion incisive et les DDM par défaut. En revanche, pour la majorité des traits de malocclusions ciblée par la méthode de Bjork (classe d'Angle, infraclusion incisive, occlusion croisée postérieure, occlusion inversée, agénésie, dents surnuméraires, éruption ectopique), aucune différence significative n'était trouvée entre les trois groupes.

En ce qui concerne le besoin de traitement orthodontique, bien qu'un nombre plus important d'enfants prématurés présentait des scores IOTN 4 et 5, correspondant à un besoin de traitement avéré, la différence entre les trois groupes n'était pas significative.

Niveau de preuve scientifique

Il s'agit d'une étude transversale avec des inconvénients connus mais acceptés pour ce type d'étude. Les investigateurs n'ont ici aucun contrôle des facteurs environnementaux auxquels les enfants des trois groupes ont pu être exposés et qui ont pu jouer un rôle dans l'existence ou l'absence de différences. Il faudra aussi pour le lecteur aller bien au-delà du résumé et de la conclusion de l'article et lire les tableaux de la section « résultats ». Ce travail a un intérêt académique certain en ce sens qu'il soulève des questionnements qui vont à coup sûr susciter d'autres recherches sur le sujet.

* Auteur pour correspondance : ibrahim@refer.sn

Une combinaison *Lip Bumper* maxillaire / Plaque retro-incisive dans la prise en charge précoce des malocclusions

Early treatment with a maxillary lip bumper-bite plateau combination

Korn M, Melsen B

Angle Orthod 2008 ;78(5):838-846

Toujours dans ce numéro 5 du Volume 78 de *Angle Orthodontist* à paraître en Septembre 2008 un article a particulièrement attiré notre attention. Non pas tant à cause de la notoriété avérée de ses auteurs mais à cause du sujet toujours très polémique des traitements précoces dont il y est question. Korn et Melsen évaluent l'effet d'une thérapeutique combinant un *Lip Bumper* maxillaire et une plaque retro-incisive (PRI) chez des enfants en denture mixte. Les détails concernant ces deux dispositifs orthodontiques peuvent être retrouvés dans l'article en question accessible gratuitement sur le site de *Angle Orthodontist*.

L'étude a été réalisée sur 40 paires de moulages, d'avant et après traitement, provenant de patients âgés de 9 à 11 ans, ayant consulté pour une malocclusion de classe II d'Angle, associée à un encombrement qualifié de modéré à sévère. Après la pose du *Lip Bumper* maxillaire et du plan retro-incisif amovible, les canines et molaires temporaires avaient été extraites chez tous les patients après confirmation radiologique de la présence en bon état des germes des dents de remplacement. Les délais entre les moulages pré- et post-traitement étaient en moyenne de 18 mois (entre 12 et 30 mois). Les mouvements des molaires dans le sens mesio-distal et vestibulo-lingual (translation et version), ainsi que les mouvements de rotation dans les trois sens de l'espace, ont été quantifiés. Qualitativement, les relations molaires - en particulier l'importance de la correction de la classe II - ont été évaluées sur les moulages post-traitements en utilisant la technique de Liu et Melsen.

Les résultats montrent que le déplacement en translation des molaires en direction distale est quasiment nul (3 dixièmes de mm). En revanche, la version distale était en moyenne de 5°. Comparativement, il a été noté une translation et une version des molaires du côté vestibulaire en moyenne de 1,6 mm et de 4,4° respectivement. La combinaison de ces deux mouvements a contribué selon les auteurs à l'augmentation de la largeur d'arcade de 3,3 mm.

En ce qui concerne la correction de la classe II, sur les 80 relations molaires initiales (40 moulages), 67 s'approchaient d'une relation de classe I d'Angle (Sic), 5 restaient inchangés et une a été aggravée.

Pour Korn et Melsen, les classes II, telles que nous les évaluons à partir de la face vestibulaire des molaires, peuvent être dues à une rotation ou à une version de ces dents. À ce titre, la simple dérotation des molaires peut contribuer substantiellement à la correction des classes II.

Niveau de preuve scientifique

Cette étude est à mi-chemin entre un rapport de séries de cas et l'évaluation d'une thérapeutique. L'étude est rétrospective et aucune comparaison avec une autre alternative thérapeutique n'est proposée. L'évaluation des résultats thérapeutique ainsi que la façon dont ils sont rapportés n'est pas classique et l'absence de groupe contrôle empêche de déterminer la part de la correction spontanée dans les résultats obtenus. Enfin, aucune information concernant la stabilité à long terme des résultats thérapeutiques n'est disponible dans ce document.