

Prise en charge précoce de l'articulé inversé antérieur

La prise en charge précoce de l'articulé inversé antérieur chez l'enfant exige de poser le bon diagnostic. Les clés pour réaliser le traitement de cette dysharmonie.

L'articulé inversé antérieur chez l'enfant bloque la croissance du maxillaire. La prise en charge précoce permet de libérer la croissance du maxillaire et de gagner de l'espace. L'abstention devant cette dysharmonie peut évoluer vers une classe III squelettique.

Le diagnostic étiologique permet de guider la prise en charge. En effet un articulé inversé peut être dû à une rétroalvéolie maxillaire ou une proalvéolie mandibulaire. La prise en charge par appareillage diffère selon l'étiologie de l'articulé inversé, et peut être, selon la dysharmonie alvéolaire, maxillaire ou mandibulaire. Nous avons choisi de présenter des cas cliniques avec articulé inversé, d'étiologie maxillaire ou mandibulaire.

INTRODUCTION

L'articulé inversé antérieur est une anomalie du sens sagittal définie par un rapport vestibulo-lingual pathologique entre les incisives maxillaires et les incisives mandibulaires. Cette malocclusion peut intéresser une ou plusieurs dents et peut être d'origine dentaire, fonctionnelle ou bien encore squelettique [5-7].

Le diagnostic positif permet de mettre en évidence soit une palato-version des incisives maxillaires, soit une vestibulo-version des incisives mandibulaires, soit l'association des deux. La prise en charge précoce de cette malocclusion permet d'éviter l'installation d'une dysharmonie dento-maxillaire sévère en libérant la croissance du maxillaire au niveau antérieur [1-6]. Afin d'envisager un



1a - Cas clinique 1

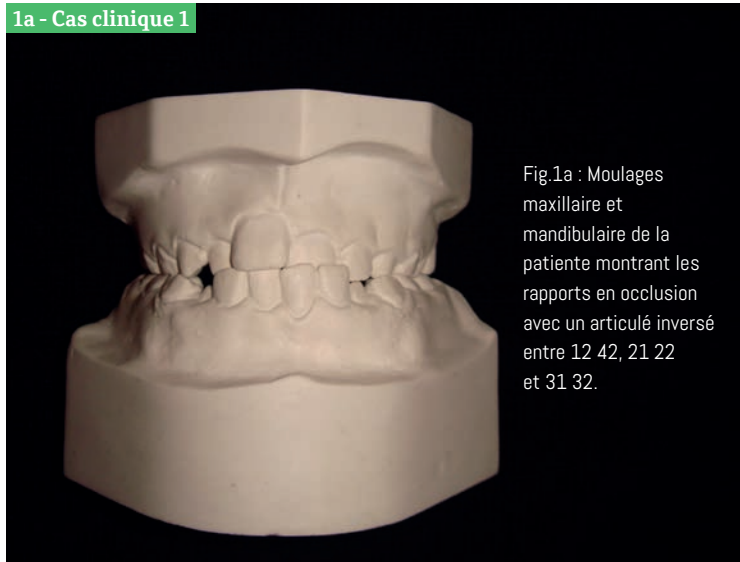


Fig.1a : Moulages maxillaire et mandibulaire de la patiente montrant les rapports en occlusion avec un articulé inversé entre 12 42, 21 22 et 31 32.

traitement interceptif efficace, il est primordial de rechercher en premier lieu l'étiologie de cette malocclusion [8-11].

PREMIER CAS CLINIQUE

Une patiente âgée de 8 ans consulte pour un motif esthétique. L'examen clinique a montré la présence d'une dysharmonie dento-maxillaire avec un articulé inversé antérieur. L'articulé inversé est localisé entre la 12 42, la 21 31 et la 22 32 ; (Fig.1a et 1b). L'examen

radiologique et l'analyse céphalométrique selon **Tweed** ont permis de poser le diagnostic d'une rétroalvéolie maxillaire ($I/F 101^\circ$). Le calcul de l'encrochement antérieur a donné 7 mm.

Notre décision thérapeutique pour cette patiente est une plaque maxillaire avec deux ressorts pousoirs sur 21 et 22, un bandeau vestibulaire et une surélévation pour lever l'articulé inversé à ce niveau ; (Fig.2). La prise en charge et la correction



Fig.1b : Morphologie de l'arcade maxillaire. Palatoposition de 12, 21 et 22.

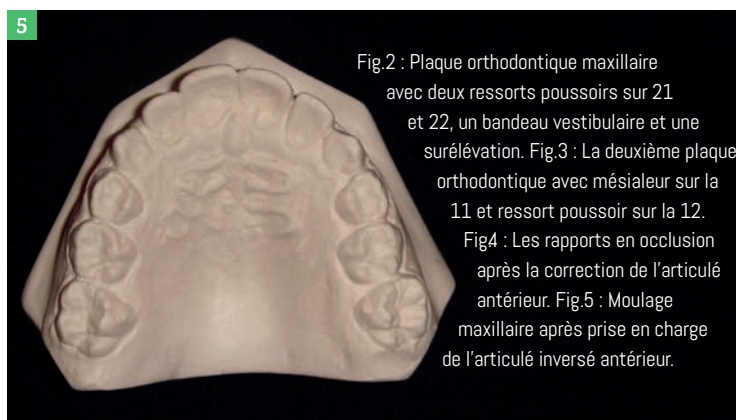


Fig.2 : Plaque orthodontique maxillaire avec deux ressorts pousseurs sur 21 et 22, un bandeau vestibulaire et une surélévation. Fig.3 : La deuxième plaque orthodontique avec mésialeur sur la 11 et ressort pousseur sur la 12. Fig.4 : Les rapports en occlusion après la correction de l'articulé antérieur. Fig.5 : Moulage maxillaire après prise en charge de l'articulé inversé antérieur.

de l'articulé inversé à ce niveau a permis l'aménagement de l'espace avec l'apparition d'un diastème. Le deuxième temps de la prise en charge est une deuxième plaque maxillaire avec un mésialeur au niveau de la 11 pour fermer le diastème et un ressort pousseur sur la 12 ; (Fig.3). La prise en charge interceptive a permis de lever l'articulé inversé antérieur et de corriger la morphologie de l'arcade maxillaire ; (Fig.4 et 5).

DEUXIÈME CAS CLINIQUE

Un patient âgé de 12 ans nous a été adressé par un confrère pour la prise en charge de sa dysharmonie dento-maxillaire. L'examen clinique a révélé la présence d'un articulé inversé antérieur localisé entre 11, 21, 41, 31 et 32 ; (Fig.6).

L'étude céphalométrique selon *Tweed* a révélé que le patient est en proalvéolie mandibulaire (IMPA 98°). L'étiologie de l'articulé inversé est donc mandibulaire. Notre prise en charge a consisté en une plaque mandibulaire avec un bandeau vestibulaire pour prendre en charge la proalvéolie mandibulaire ; (Fig.7). Notre appareillage a permis de lever l'articulé inversé et de libérer la croissance du maxillaire ; (Fig.8).

TROISIÈME CAS CLINIQUE

Une patiente âgée de 9 ans consulte pour



Fig.6 : Les rapports en occlusion mettant en évidence l'articulé inversé antérieur entre 11, 21, 41, 31 et 32.

Fig.7 : La plaque orthodontique mandibulaire avec bandeau vestibulaire pour prendre en charge la proalvéolie mandibulaire.

les auteurs

Dr Imene Gharbi

• Pr. agrégée en odonto. pédiatrique

Dr Mohamed Ali Chemli

• Professeur agrégé en odontologie pédiatrique (CHU La Rabta)

Dr Nesrine Gharbi

• Résidente en odontologie pédiatrique

Dr Imene Jamazi

• Odontopédiatre

Dr Badiaa Jemmali

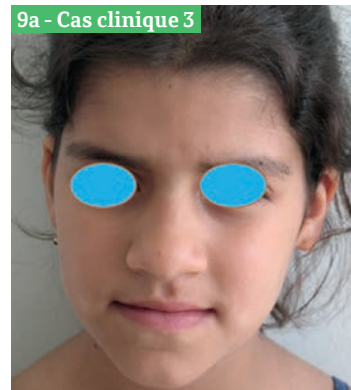
• Pr. en odonto. pédiatrique (CHU La Rabta)

Dr Jihen Zaroui

• Assistante hospitalo-universitaire (CHU La Rabta)



Fig.8 :
Les rapports
en occlusion
après avoir
levé l'articulé
inversé.



un motif esthétique ; (Fig.9 a et b). À l'interrogatoire, nous avons posé des questions concernant l'aspect de la classe III squelettique dans la famille et les parents ont confirmé qu'ils n'ont aucun membre de leurs proches présentant cette malocclusion. L'examen exobuccal montre des signes faciaux similaires à ceux de la classe III squelettique à savoir un aspect prognathe. L'examen clinique a confirmé la présence d'une dysharmonie dento-maxillaire avec un articulé inversé antérieur et postérieur unilatéral ; (Fig.10). La manœuvre de *Denevrez* est positive chez cette patiente. En relation centrée, les incisives sont en bout à bout et les molaires en classe I d'angle. Après analyse céphalométrique selon *Tweed*, nous avons diagnostiqué une proalvéolie mandibulaire (*IMPA* 97°), normoalvéolie maxillaire (*I/F* 105°) et classe I squelettique (*ANB* 1°). L'étiologie de l'articulé inversé antérieur est donc mandibulaire. La patiente présente également

un articulé inversé postérieur. Le maxillaire est donc complètement emboîté dans la mandibule, bloquant ainsi la croissance de ce dernier. Notre décision thérapeutique pour cette patiente est donc une plaque maxillaire avec vérin

transversal pour lever l'articulé inversé postérieur et un bandeau d'*Eschler* pour prendre en charge la proalvéolie mandibulaire ; (Fig. 11). L'articulé inversé a été levé après un port régulier de 14 h/jour pendant 10 mois ; (Fig.12).

Fig.9a et b : Photo de face (a) et de profil (b) mettant en évidence une procheilie inférieure. Fig.10 : Les rapports en occlusion de la patiente. Articulé inversé antérieur et unilatéral postérieur. Fig. 11 : Mise en bouche de la plaque orthodontique amovible avec un bandeau d'Eschler, un vérin transversal et une surélévation. Fig. 12 : Les rapports occlusaux après avoir levé l'articulé inversé. La patiente a porté la plaque pendant 10 mois à raison d'une moyenne de 14 h/jour.

CONCLUSION

L'articulé inversé antérieur est une dysharmonie dento-maxillaire considérée comme une urgence interceptive. En effet, une occlusion inversée antérieure peut avoir des conséquences néfastes, parmi lesquelles nous pouvons citer la fragilité parodontale qui peut causer la mobilité dentaire ou la perte de cette dent et le passage de l'endoalvéolie à l'endognathie maxillaire entraînant une anomalie squelettique du sens sagittal.

Face à cette pathologie, le chirurgien-dentiste doit passer par une démarche précise en respectant les différentes étiologies pour poser le bon diagnostic et la bonne décision thérapeutique. ☺

la biblio'

- [1] ANBUSELVAN G.J., KARTHI M. : « *Judicial use of expansion screws in removable appliances for anterior crossbite correction-case reports.* » J Indian Acad Dent Spec 2010 ; 1 :38-42.
- [2] BAYRAKA S., SEN TUNC S. : « *Treatment of Anterior Dental Crossbite : Using Bonded Resin-composite slopes : Case Reports.* » Eur J Dent 2008 ; 2 :303-6.
- [3] CROLL T.P., LIEBERMAN W.H. : « *Bonded compomer slope for anterior tooth crossbite correction.* » Pediatr Dent 1999 ; 21 :294-5.
- [4] CROLL T.P. : « *Correction of anterior tooth crossbite with bonded resin-composite slopes.* » Quintessence Int 1996 ; 27 :7-10.
- [5] JAMAZI I., GHARBI I., GHOUÏL-MAZGAR S., JEMMALI B. : « *Succion et remodelage osseux : à propos de cas cliniques.* » Rev Francoph Odontol Pediatr 2011 ;6(1).
- [6] LE GALL M., CAMILLE P., SALVADORI A. : « *Traitement précoce des classes III.* » Orthod FR 2011 ;82:241-52.
- [7] MARQUET F. : « *Corriger une occlusion incisive inversée.* » Rev Orthop Dentofac 2007 ; 41 :219-20.
- [8] MARTINEZ M., SAPERE J. : « *Interception des malocclusions dans les cas de classe I d'angle.* » Rev Orthop Dentofac 1987 ; 21 :189-203.
- [9] ROSILIO C., PAJONI D. : « *Proglissement mandibulaire : correction de l'occlusion antérieure inversée.* » Inf Dent 2003 ; 26 :1837-41.
- [10] SARI S., GOKALP H., ARAS S. : « *Correction of anterior dental crossbite with composite as an inclined plane.* » Int J Paediatr Dent 2001 ; 11 :201-8.
- [11] TANAKA O.M., MACIEL J.V., KREIA T.B., AVILA A.L., PITHO M.M. : « *The anterior dental cross-bite : the paradigm of interception in orthodontic.* » Rev Clin Pesq Odontol 2010 ; 6 :71-8.