

LE TRAITEMENT DE LA PROALVEOLIE INCISIVE SUPERIEURE PAR LA PLAQUE DE HAWLEY

A. A. AKA***, A. E. OKA**, K. J.C. N'CHO*, K. DJAHA***, R. BAKAYOKO-LY**

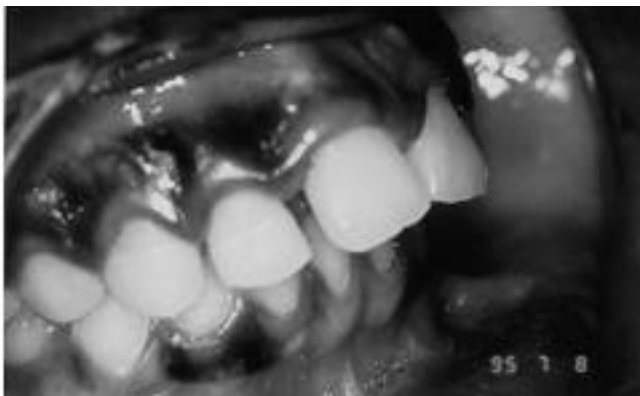
INTRODUCTION

La position anormalement avancée des incisives supérieures par rapport à leurs homologues inférieures constitue une anomalie orthodontique justiciable d'un traitement précoce.

Du fait de ses incidences esthétiques, cette dysmorphose du sens sagittal constitue un important motif de consultation en orthopédie dento-faciale.

Nous traiterons d'une forme clinique de cette anomalie : La proalvéolie incisive supérieure avec des espaces entre les dents (figure n°1).

Figure 1 : Proalvéolie incisive supérieure avec présence d'espaces entre les dents



En plus du critère d'urgence thérapeutique, notre choix a été motivé par le fait que le traitement de cette dysmorphose peut être effectué avec un appareillage simple et à la portée des praticiens non-spécialistes en O.D.F.

Le travail s'articulera autour de trois parties :

- * La première sera consacrée à l'énoncé des raisons qui justifient l'urgence thérapeutique,
- * Le diagnostic de la dysmorphose fera l'objet de la seconde partie,
- * Nous aborderons la thérapeutique dans la dernière partie.

* Service de prothèse clinique et d'occlusodontie.

** Service de pédodontie-prévention-épidémiologie.

*** Service d'orthopédie Dento-faciale

**Figure 2 :
La plaque de Hawley**



1. POURQUOI TRAITER PRECOCEMENT CETTE DYSMORPHOSE ?

Les deux raisons principales sont :

1.1. La prévention des traumatismes des incisives

Ces traumatismes sont dus à des chocs frontaux pour lesquels les incisives supérieures représentent les premiers «pare-chocs». L'existence d'un surplomb augmenté rend fragiles les incisives supérieures qui ne sont plus soutenues par les incisives inférieures. La survenue de ces traumatismes se fait dans le cadre d'activités ludiques ou sportives plus ou moins violentes (par exemple les patins à roulettes, la pratique d'arts martiaux, etc.) et les accidents de la voie publique. Les principales formes cliniques de ces traumatismes sont : les fêlures les contusions les fractures les luxations Ces traumatismes ont des incidences fonctionnelles et esthétiques Ils posent des difficultés thérapeutiques lorsqu'ils surviennent sur des dents immatures (figure n°3).

Figure 3 : Fracture coronaire de la 21 (immature) ayant nécessité un traitement canalaire



1.2. L'interception d'anomalies fonctionnelles

Ce sont :

- * la déglutition,
- * la phonation,
- * l'interposition de la lèvre inférieure (figure n°4).

Toutes ces anomalies vont entretenir voir aggraver le décalage entre les arcades dentaires.

Figure 4 : Interposition de la lèvre inférieure



2. LE DIAGNOSTIC

2.1. Le diagnostic positif

- **L'examen exo-buccal** révèle une prochéilie supérieure avec augmentation de l'angle naso-labial. L'occlusion labiale au repos est inconstante.
- * **L'examen endo-buccal** montre la version vestibulaire des dents et de leur support alvéolaire. Lorsque la proalvéolie s'accompagne de proversion des dents antérieures, on note la présence d'espaces plus ou moins importants entre les dents.
- * **L'examen des arcades** en occlusion objective l'existence d'un surplomb qui est la distance horizontale qui sépare le bord libre de l'incisive supérieure de la face vestibulaire de l'incisive inférieure. Dans les cas normaux, les incisives supérieures et leurs homologues inférieures se touchent (permettant donc la fonction incisive) et le surplomb est d'environ deux à trois millimètres. Lorsque le décalage est très marqué, les incisives inférieures sont souvent entartrées car elles ne sont pas fonctionnelles et donc, ne bénéficient pas du nettoyage mécanique réalisé par les aliments.
- * **La céphalométrie** permet d'objectiver :
 - La proalvéolie incisive (angle I/F augmenté),
 - La normalité des positions sagittales des bases maxillaire et mandibulaire (angles S.N.A. et S.N.B).

2.2 Le diagnostic différentiel

Il est fait avec les anomalies squelettiques de classe II dans lesquelles on retrouve l'augmentation du surplomb incisif. Les valeurs des angles S.N.A et S.N.B. d'une part et I/F d'autre part, permettront de faire la discrimination avec les décalages (entre incisives antagonistes) d'origine basale.

2.3. Le diagnostic étiopathogénique.

Nous nous attacherons à rechercher l'existence éventuelle de facteurs fonctionnels ayant engendré, entretenu, ou aggravant cette dysmorphose. Cela permettra de mettre en route un traitement étiologique qui permettra d'assurer la stabilité des résultats.

3. LA THERAPEUTIQUE

Elle comportera :

- la suppression du facteur fonctionnel (thérapeutique étiologique),
- la correction de la dysmorphose.

Nous utilisons à cet effet la plaque de HAWLEY (figure n°2).

C'est une plaque palatine qui a été conçue et décrite par HAWLEY qui l'utilisait comme dispositif de contention.

3.1. Description

Le dispositif comprend :

- Une base en résine
Elle recouvre tout le palais dur et peut pour des raisons de confort être échancrée à sa partie postérieure.
- Deux crochets
Ils sont destinés à assurer une bonne tenue de l'appareil en bouche.
Nous préconisons le crochet d'ADAMS qui assure une très bonne rétention.
- Un bandeau vestibulaire.
Il est réalisé en fil d'acier dur de 7/10ème de mm de diamètre.
C'est l'élément actif de l'appareillage.
Il comporte au niveau de chaque canine ou première prémolaire une boucle de compensation en forme de U et destinée aux activations.

3.2. Mécanisme d'action et indication

L'appareil réalise des déplacements dentaires simples appelés mouvements de version.

Cette version se fait autour du centroïde de la dent.

Elle entraîne en plus du déplacement coronaire en direction linguale, un déplacement en sens inverse de l'extré-

mité apicale de la dent.

Les contraintes apicales sont environ le triple des forces appliquées au niveau des couronnes d'où la nécessité de faire des activations très douces.

L'indication de l'appareil est la correction des proalvéolies incisives avec présence d'espaces entre ces dents (figure n°5).

Figure n°5 : Cas traité à l'aide d'une plaque de Hawley : noter l'existence d'espaces entre les incisives et le surplomb augmenté



Le recul des dents se fera donc dans la limite permise par la fermeture de ces espaces (figure n°6).

Figure n°6 : Action de la plaque de Hawley : recul des incisives au détriment de l'espace situé entre celles-ci



Dans les cas où ces espaces n'existent pas, le recul des incisives entraîne soit des chevauchements ou l'occupation de l'espace destiné à la mise en place de la canine qui va alors évoluer en ectopie vestibulaire.

3.3. Utilisation de l'appareil

Les activations se font par fermeture des boucles de compensation.

En raison des contraintes apicales très importantes, il est recommandé de faire des activations très douces (pas plus d'un demi millimètre par séance).

Ces séances de réglage seront espacées d'environ 3 à 4 semaines d'intervalle.

Du fait de son volume, l'appareil entraîne toujours une gêne fonctionnelle après sa pose en bouche. Il conviendra donc de le signaler au patient et lui expliquer que le port continu de l'appareillage fera disparaître rapidement ce désagrément.

Le maintien d'une hygiène correcte et le port continu de l'appareil sont des conditions nécessaires au succès de la thérapeutique.

CONCLUSION

En raison de l'insuffisance du nombre de praticiens qualifiés en orthopédie dento-faciale, l'interception de certaines dysmorphoses devrait faire partie intégrante de l'arsenal thérapeutique de l'omnipraticien.

Par contre, pour bien pratiquer ces traitements il devra s'informer davantage sur la méthodologie du diagnostic orthodontique et bien connaître ses limites.

Pour terminer nous citerons J. PHILLIPE qui disait dans un éditorial « La pratique orthodontique ne peut s'étendre pour le plus grand bien de la santé publique, que si elle repose sur une masse d'omnipraticiens attentifs, traitant les cas de leur compétence, et adressant les autres au spécialiste. On ne bâtira pas la spécialité orthodontique comme une tour d'ivoire dans un désert d'ignorance ».

RESUME

Le traitement de la proalvéolie incisive supérieure chez l'enfant doit se faire précocement. Il permet de prévenir d'une part la survenue de traumatismes de ces dents et d'autre part l'installation d'habitudes déformantes. La plaque de HAWLEY est un dispositif simple à la portée de tous, permettant la correction de cette dysmorphose alvéolo-dentaire.

Mots clés : Prévention, proalvéolie supérieure, orthodontie, plaque de Hawley.

SUMMARY

Early treatment of upper protruded incisors prevents these teeth from traumatism.
The plate of HAWLEY, properly used, is recognised for the correction of this malocclusion.

Key-words: Prevention, upper incisors protrusion, orthodontics, plate of HAWLEY.

BIBLIOGRAPHIE

1 - AKA A.

La thérapeutique par plaque palatine en orthopédie dento-faciale.

Mémoire pour le diplôme d'université d'orthopédie dento-faciale et orthodontie.

Lille, 1992.

2 - BÉNAUWT A., LAURETTE A.

Manuel d'orthodontie pour omnipraticiens.

Editions S.N.P.M.D. Paris, 1990.

3 - CAPRIOGLIO D., FALCONI P., VERNOLE B.

Les traumatismes des dents antérieures en pédodontie.

Masson et Cie. Ed. Paris, 1990.

4 - GRABER T.M., NEUMAN B.

Removable orthodontics appliances, second edition. W.B. SAUNDERS CO. Philadelphia, 1984.

5 - OKA A. E.

Les traumatismes alvéolo-dentaires du groupe incisif chez l'enfant et l'adolescent.

Thèse Doct. Sci. Odont., Abidjan, 1996.



Retrouvez

« Odonto-Stomatologie Tropicale »
sur Internet

WWW.santetropicale.com

ainsi que

Médecine d'Afrique Noire, Le Pharmacien d'Afrique et
Médecine du Maghreb