

DR. AND MRS. PARKHOUSE AT THE HELM OF AMERICA'S CUP RACING YACHT, CANADA 2. (SEE AMERICA'S CUP PAGE 4.)



# TIP-EDGE TODAY™

Published Quarterly In The USA



DRS. TOM ROCHE, RICHARD MARX (FROM LONDON) AND CHRIS KESLING DURING A VISIT AT THE ORTHODONTIC CENTER.

ETE 1995

## EN BREF

### DRESSAGE DE CANINES EN AFRIQUE DU SUD:

En exerçant leur force sur des canines, les ressorts Side Winder peuvent renforcer les relations molaires et simultanément corriger les déviations de ligne médiane. Q's et R's page 2.



### IMPORTANCE DU POSITIONNEMENT DES BRACKETS:

Le placement correct des brackets est important pour profiter de l'angulation incorporée. Page 3.



### LE TIP-EDGE A LA SOLUTION AUX PROBLÈMES DIFFICILES:

Seul le bracket Tip-Edge a la faculté de créer de l'ancrage dans une arcade tout en rétractant 10 dents dans l'autre, procurant ainsi une excellente solution pour la correction des divergences squelettiques. Rapport de cas Page 3.



### B.D. TIP-EDGE:



Il a ton menton et ton front mais d'où diable tient-il ce sourire?

## Traitements accélérés grâce à l'usage des forces les plus légères

Par Clarence E. Shelton, Jr., D.D.S.

L'article intitulé "Temps de traitement abrégé grâce à des changements de technique et de philosophie de pratique" par Shelton et al, a provoqué de nombreuses réactions depuis sa parution en décembre 1994 dans l'"American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics"\*. Voici quelques précisions complémentaires fréquemment demandées.

mois comparé aux 20,9 mois du groupe de Begg.

Certains des éléments ayant contribué à l'accélération du traitement Tip-Edge sont les suivants:

**1. La forme du bracket Tip-Edge-** Deux coins opposés de la gorge du bracket, biseautés, permettent une version coronaire libre limitée, facilitant la correc-

de rotation et de redressement grâce à la gorge verticale largement calibrée (qui ne doit pas en plus contenir l'arc principal comme dans l'appareil de Begg); précision de finition accrue à cause de la forme de la gorge du bracket et les deux coins opposés biseautés de la gorge du bracket, limitant l'effet mésiodistal des ressorts de redressement, stoppant le



Progrès au 7<sup>e</sup> mois

Rappelons que l'étude en question évaluait l'impact de modifications de pratiques de traitement au cabinet privé d'un orthodontiste

reconnu par le board et traitant suivant des idéaux de l' ABO. Toutes les malocclusions étaient des classe I d'adultes traitées sans extractions. Un groupe de 28 patients fut traité avec la technique de Begg classique de la façon habituelle au cabinet. L'autre groupe de 25 patients a été traité avec l'appareil Tip-Edge accompagné de techniques d'accélération de traitement. Le temps moyen de traitement du groupe Tip-Edge était de 12,8



Prétraitement



Dépose après 12 mois

tion rapide des divergences intermaxillaires et la fermeture des espaces interproximaux, le tout avec une traction élastique très faible de 2 onces (56 g.). La gorge horizontale préajustée du Tip-Edge offre des avantages supplémentaires par rapport à la gorge du bracket de Begg dirigée verticalement: insertion plus facile des arcs grâce aux anneaux élastomériques remplaçant les pins en laiton; addition aisée d'attachements auxiliaires tels que ressorts

redressement une fois l'angulation idéale obtenue.

**2. Moment de finition annoncé-** Au début du traitement on annonce au

patient la durée espérée du traitement et on le note clairement sur la fiche de traitement.

**3. Objectifs par visite-** On mesure et on note sur la fiche l'overjet à chaque visite. Il faut au moins 1 mm. d'amélioration pour respecter le délai prévu. On montre au patient ce que représente exactement 1 mm. de façon à visualiser l'objectif. Le désir

(suite page 2)

## Traitements accélérés grâce... (suite de la page 1)

de terminer à temps rend le port des élastiques spontané. On peut pratiquer de même avec d'autres déviations, telles que déviation de ligne médiane ou largeur d'espace interproximal.

**4. Rendez-vous très complets-** Chaque rendez-vous est orienté vers une finition rapide suivant la mission et la philosophie écrite du cabinet. Des visites de trente minutes et plus sont courantes et le patient est prévenu d'un retard possible.

**5. Conseils d'hygiène-** Avant et pendant la phase de placement

de l'appareil, le patient de Tip-Edge fait plusieurs visites de 30 minutes pendant lesquelles on lui enseigne un système appelé "On Target" ("Objectif en vue") mis au point par l'American Institute For The Prevention and Eradication of Dental Diseases, Ind (AIPEDD). On montre au patient comment la formation de plaque dans l'espace entre dent et gencive provoque du gonflement de gencive et de l'inflammation, et ralentit le progrès orthodontique. On lui apprend ensuite à briser la

plaque sous-gingivale au moins une fois par 24 heures en employant des brosses à manche court brevetées, angulées verticalement pour atteindre les espaces sous-gingivaux; on emploie également du dentifrice alcalinisé fluoré, des rubans de caoutchouc qui sont plus doux pour les tissus que le dental floss standard, et une quantité de brosses interproximales adaptées à chacun.

D'autres articles sont prévus dans le futur dans le cadre de cette méthodologie. Au Collège

Albert Einstein de Médecine, au Montefiore Medical Center, nous avons commencé un programme de conseils aux patients orthodontiques dont nous attendons quelques résultats de recherche importants dans un futur proche. ■

\*Shelton CE, Cisneros GJ, Nelson SE, Watkins P. Decreased treatment time due to changes in technique and practice philosophy. Am J Orthod Dentofac Orthop 1994;106:654-657.

## Q's et R's

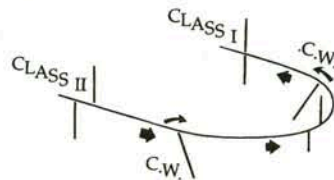
**Q.** Je commence un traitement sans extraction chez une fille de 14 ans. Elle a 50% d'overbite, une occlusion de Classe I à gauche et une Classe II à droite. La ligne médiane inférieure est déviée vers la droite. La couronne de la canine inférieure droite est versée distalement. Puis-je placer un ressort Side Winder sur cette canine avec l'arc initial de .016" pour aider à la correction de la ligne médiane ou dois-je attendre le Stade II et l'arc .022"?

ROOSEVELT PARK, SOUTH AFRICA

**R.** Le placement de ressorts Side Winder dès le début du traitement (même s'ils sont passifs) peut créer un couple mésiodistal interférant avec l'intrusion, retardant ainsi l'ouverture de l'occlusion antérieure. Si les ressorts sont activés, ils pourraient défléchir les arcs de .016" et provoquer une dépression inégale des dents antérieures.

Il serait préférable de différer toute modification de la ligne médiane au moyen des ressorts Side Winder jusqu'au placement des arcs de .022".

De même, lorsque c'est indiqué, il est possible d'utiliser des Side Winders activés des deux côtés. C'est à dire que d'un côté on mobilise la/couronne(s) en sens mésial pour aider à la correction de la Classe II et de l'autre côté en sens distal pour aider au renforcement de l'ancrage contre la pression élastique du côté de la Classe I. Dans le cas représenté ci-dessus, tous les ressorts seraient dans le sens horlogique (voir figure).



**Q.** J'ai un cas de non-extraction avec encombrement antérieur et les canines inférieures en rotation distolinguale. Vaut-il mieux employer un arc simple avec un ressort à boudin ou un arc avec loops verticaux pour faire l'espace nécessaire?

DAYTON, OHIO

**R.** Les canines étant déjà en rotation distolinguale, un ressort à boudin antérieur aggraverait les rotations en pressant contre les brackets. Le mieux serait d'employer un arc avec cinq loops verticaux (les derniers distaux aux canines plutôt que mésiaux) avec des stops placés contre l'extrémité mésiale des tubes molaires. On pourrait alors placer immédiatement des ressorts de rotation sur les canines et attacher les zones de bracket entre loops verticaux aux dents déplacées du côté lingual. C'est le moyen le plus rapide pour créer l'espace et aligner les dents antérieures encombrées tout en corrigeant les canines en rotation.

**Q.** Si je comprend bien, le Tip-Edge est le meilleur appareil

préajusté. Cependant, il semble que parfois des offsets molaires vestibulo-linguaux soient nécessaires- est-ce vrai?

SAN DIEGO, CALIFORNIE

**R.** Des offsets molaires sont d'habitude nécessaires au cours des Stades II et III si on emploie des arcs ronds de .022". L'arc de .022" étant plus réduit dans le sens vestibulolingual que le tube occlusal de .022" x .028" ou que le tube gingival de .036", un offset molaire est requis pour créer/maintenir la rotation molaire désirée.

Si on emploie un arc de .015" x .028" au Stade III, les offsets molaires peuvent ne pas être nécessaires. Ils devront cependant absolument être incorporés à l'arc .022" précédent pour assurer l'insertion facile de l'arc rectangulaire.

Le besoin d'offsets molaires dépend aussi de la dimension des prémolaires - spécialement des secondes qui sont souvent les plus petites. Dans ce cas, les offsets molaires sont nécessaires pour éviter de déplacer les petites secondes prémolaires trop loin du côté vestibulaire. Si des petites secondes prémolaires sont extraites et que les premières prémolaires plus grandes sont amenées en contact avec les premières molaires, des offsets molaires peuvent ne pas être nécessaires.

**Q.** J'ai plusieurs patients dont l'occlusion s'ouvre lentement. Dois-je employer des coudures d'ancrage plus fortes que 45°? Ou dois-je mettre des élastiques plus forts?

WASHINGTON, CAROLINE DU NORD

**R.** La plupart des patients dont l'occlusion ne s'ouvre pas vite (1 à 2mm par visite) ou bien ne portent pas leurs élastiques, ou grincent des dents. Ceci bien sûr, en supposant que l'appareil ne soit pas endommagé et que les coudures d'ancrage et la qualité du fil soient adéquats.

La pire des choses à faire dans la situation d'ouverture lente d'occlusion serait d'employer des élastiques plus forts. Les élastiques intermaxillaires ne doivent jamais avoir de pression supérieure à 2 à 3 onces (56 -74 g.). Si les arcs ne sont pas déformés, sont formés correctement de manière que la portion antérieure se trouve à plus ou moins 20 mm. de la gorge du bracket du côté gingival, et que les molaires sont relativement fermes ou versées en sens distal, le patient ne porte certainement pas ses élastiques. Si les molaires sont mobiles, le patient porte ses élastiques par intermittence et/ou grince des dents. La meilleure solution pour corriger cette situation consiste en l'éducation, motivation ou intimidation du patient. Vous devez arriver à faire comprendre au patient l'importance du port des élastiques 24 H. par jour. S'il ne le fait pas, il faudrait lui dire que l'appareil sera déposé et qu'il sera mis fin au traitement. ■

# Le positionnement du bracket est décisif pour l'angulation finale de version



Figure 1A. Un ressort Side Winder destiné à redresser l'incisive centrale supérieure gauche.



Figure 1B. Au rendez-vous suivant, on ne note aucun redressement. Le bracket est mal placé. La suite du redressement se fait grâce à un ajustement vertical dans l'arc.



Figure 1C. Le redressement de la centrale supérieure gauche est fait.

Le placement correct des brackets Tip-Edge comme celui d'autres brackets à gorge pré-ajustée est très important. Les dents ne peuvent pas être correctement et automatiquement redressées, si les brackets ont une angulation erronée.

Des ressorts Side Winder sont placés sur les brackets des incisives centrales supérieures avec un arc de .022" (Figure 1A). La centrale supérieure gauche était versée en sens distal. On mit un ressort sur la centrale droite pour préserver la position de la ligne médiane.

Au rendez-vous suivant, on ne note aucune amélioration. Un examen attentif révèle que le bracket de la centrale supérieure gauche n'est pas parallèle au

grand axe de la couronne. Il ne fut pas nécessaire de déplacer le bracket pour résoudre le problème. On fit de simples ajustements angulaires dans l'arc (deux coudures verticales en baïonnette) et on remit les ressorts Side Winder. L'arc se réinséra facilement grâce aux biseaux de la gorge du bracket Tip-Edge (Figure 1B).

Le résultat recherché était



Figure 2. Un gabarit allongé aide au placement correct du bracket.

apparent au rendez-vous suivant (Figure 1C).

Les brackets Tip-Edge Ceramaflex\* sont disponibles munis d'un gabarit spécial pour assurer un placement correct. La gorge du bracket étant très difficile à voir, on a étendu le gabarit vers la gencive pour mieux visualiser le placement parallèlement au grand axe de la couronne (Figure 2).

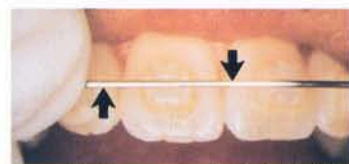


Figure 3. Un morceau droit de fil .022" pressé contre la surface de redressement du bracket indique l'endroit du placement correct sur la centrale droite.

Dans le but de vérifier l'exactitude du placement, on peut mettre un bout de fil droit de .022" dans la gorge du bracket en pressant contre les surfaces de redressement (de torque) de la gorge du bracket. Le placement du bracket est excellent sur l'incisive centrale supérieure droite, le fil étant parallèle au bord incisif (Figure 3).

Le fil de .022" n'est pas parallèle au bord incisif sur l'incisive centrale gauche de la figure 4. En regardant de plus près, on note que le bracket est légèrement incliné (en rotation dans le sens horlogique).

Cette méthode de vérification de placement précis est également valable pour les brackets métalliques.

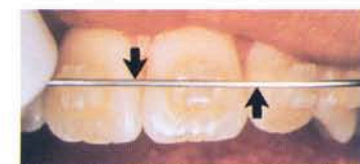


Figure 4. Le fil n'est pas parallèle au bord incisif de la centrale gauche. Le bracket est versé en sens horlogique.

## RAPPORT DE CAS

Dr. Kenya Ishihara, Osaka, Japon

Une fille de quinze ans présente une malocclusion de Classe III squelettique avec open bite et -2.5mm d'overbite (Wits-10 mm.). L'arcade supérieure est en contraction avec un articulé croisé postérieur unilatéral. Pour des raisons de profil et d'open bite, les premières molaires inférieures furent extraites.



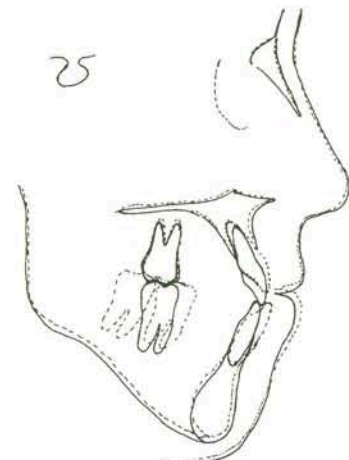
Après avoir fait l'expansion de l'arcade supérieure, les premières molaires inférieures furent extraites. Arcs initiaux de Wilcock en .016" et légères coudures d'ancrage. Elastiques de Classe III légers (1.5 once-42 g.). Aucune force extraorale ne fut employée pendant le traitement.



Huit mois plus tard en Stade III avec les arcs de .022". Notez que l'occlusion se ferme. Une unité de résistance antérieure est créée au moyen des ressorts Side Winder. Des forces horizontales importantes provoquent la fermeture des espaces résiduels "d'arrière en avant".



Vers la fin du Stade III avec les arcs de .0215" x .028" et les "crimpable hooks". La version et le torque coronaire finaux sont accomplis par les ressorts Side Winder. Des anneaux Tip-Edge sont placés lorsque les mouvements de troisième ordre sont terminés.



M.S. .... Fille, 15 ans  
 Classe III, Open Bite  
 Extractions ..... 36, 46  
 Arcs utilisés ..... 7 (4 sup., 3 inf.)  
 Ajustements ..... 17. Durée: 22 mois.  
 Contention ..... Retainer supérieur

Changements céphalométriques:

	Début-Pointillé	Fin-Continu
T-APo	+9.0 mm	+5.0mm
Wits	-10.0 mm	-3.5 mm
SN-MP	46.0°	46.0°
ANB	-2.0°	-1.0°
SNA	71.5°	72.0°
SNB	73.5°	73.0°
1-SN	106.0°	100.0°

## Tip-Edge Seminar at Sea



Le second séminaire en mer de TP Orthodontics, Inc. s'est tenu du 28 janvier au 4 février 1995. La croisière du "Crown Princess" partit de Fort Lauderdale en Floride et visita les ports de St Maarten, St Thomas et Princess Cays. Cinquante-quatre orthodontistes et leurs épouses ont profité de 5 jours de conférence et de manifestations sociales. Le Dr. Richard Parkhouse du Pays de Galles a présenté les conférences sur le Tip-Edge.

## America's Cup of Tip-Edge

Profitant d'un moment de détente au cours du second séminaire TP en mer, Richard et Rachel prennent la barre du yacht de course de 12 mètres "Canada 2" qui a participé à la coupe d'Amérique. Il venait juste de battre le "Stars and Stripes", le bateau avec lequel Dennis Conner gagna la coupe d'Amérique à Freemantle en 1987.

La sortie fut organisée par les visiteurs à St Maarten, aux îles Leeward. Au cours de la vraie course, le yacht était barré par des professionnels comme l'explique modestement Richard. On lui assigna le poste tribord arrière, tandis que Rachel était préposée au cabestan.

## Cours de Tip-Edge aux Philippines

Deux cours de Tip-Edge de trois jours furent donnés à Manille, Philippines. Chaque cours comptait plus de quarante participants et était donné par le Dr. Richard Parkhouse. Le cours était sponsorisé par la Fildent Trading Company, distributeur exclusif TP aux Philippines.

Les deux cours eurent un grand succès, tout le monde appréciant la parfaite connaissance des techniques straight wire et Tip-Edge du professeur Parkhouse. De nombreux participants étaient désireux de commencer à utiliser l'appareil Tip-Edge dans leur pratique privée. Le Dr. Robert I. Estaquio, DMD, MSD, qui assistait au cours et qui est professeur d'orthodontie à l'Université des Philippines, annonça que la technique Tip-Edge serait bientôt incluse dans le programme de l'Université.



Un des deux groupes des cours Tip-Edge à Manille, Philippines en février 1995. Le Dr. Richard Parkhouse du Pays de Galles (2ème rang au centre) était l'instructeur.

9, Cité de Phalsbourg  
75011 PARIS (FRANCE)  
Tel. (1) 43 48 67 27  
Fax (1) 43 48 29 11

**Evident**

Vous désirez,  
recevoir gratuitement,  
Tip-Edge Today.  
Faites vous connaître  
de notre service.  
Tel. (1) 43 48 58 21  
Fax (1) 43 48 29 11

Traduit par le  
Docteur Gérard De Coster  
Bruxelles

**TIP EDGE**  
TODAY™