

DR. TOM WEINBERGER (FRONT) BLOWS THE TIP-EDGE TRUMPET IN JERUSALEM — PAGE 4.



TIP-EDGE TODAY™

Published Quarterly In The USA



DR. JIUXIANG LIN, WITH DRS. ROCKE AND PARKHOUSE IN ADELAIDE, IS NOW GIVING TIP-EDGE COURSES IN CHINA—PAGE 4.

HIVER 1995-1996

EN BREF

SIMULTANEITE:



Les mécaniques permettent à de tout faire. Article de couverture.

affinées l'opérateur immédiatement.

STRAIGHT SHOOTER®:

Les paquets de griffes de remplacement s'avèrent être un avantage. Q's et R's Page 2.



PIZZA POUR TOUS?

Caponi nous sert un cours au parfum international. Page 3.



B.D. TIP-EDGE



Papa Noël sait ce que les enfants (et les adultes) d'aujourd'hui aiment!

Correction simultanée de tous les objectifs de traitement – une exclusivité du Tip-Edge

Par Christopher K. Kesling D.D.S., M.S.

Le bracket de Tip-Edge (qui optimise l'efficacité des forces orthodontiques légères) possède la faculté de commencer la correction de la plupart des aspects de la malocclusion simultanément—dès le tout début du traitement. Il existe bien entendu d'autres bénéfices liés à l'usage de forces légères pour produire les mouvements dentaires, tels que le confort du patient, le temps de traitement réduit et les mécaniques simplifiées.

Il y a là une amélioration significative de l'efficacité du traitement orthodontique comparé à l'approche de beaucoup de techniques edge-wise.

D'habitude on s'occupe de la correction des différents aspects de la malocclusion par phases distinctes et successives (nivellement, préparation d'ancrage, rétraction canine, rétraction incisive, etc).

Les techniques edgewise conventionnelles et pré-ajustées doivent utiliser des forces relativement importantes (6-16 oz -168-448 grs) pour produire la majorité des mouvements dentaires et en particulier la rétraction. Des forces d'une telle importance produisent inévitablement des mouvements

parasites importants, ce qui oblige le praticien à traiter chaque aspect de la malocclusion séparément, pratique indispensable pour éviter d'être submergé par des mouvements secondaires indésirables tels que perte d'ancrage, approfondissement de l'occlusion et/ou

concept de correction simultanée dans le traitement de Tip-Edge (Figure 1). Le jour du placement de l'appareil, les élastiques de Classe II sont placés et l'on s'occupe simultanément de tout les aspects suivants du traitement: ouverture de l'occlusion (nivellement), correction des chevauchements antérieurs (ou espacement), rétraction canine, rétraction antérieure, préparation d'ancrage, correction des relations inter-cadecades de Classe II et correction de la ligne médiane.

Ouverture d'occlusion:

On arrive généralement à une hypercorrection jusqu'à une relation incisive bout à bout au cours des six premiers mois de traitement. On emploie des élastiques de Classe II légers (1.5 once de chaque côté) en plus d'arcs de 0.16" convenablement conformés en fil d'acier inoxydable de A.J.Wilcock. Les contacts unipoint entre la gorge du bracket et l'arc favorisent l'ouverture d'occlusion sans le besoin de force extraorales ou tout autre appareillage fixe ou amovible.

Alignement antérieur: La correction d'espaces antérieurs aussi bien que la correction du

(suite page 2)

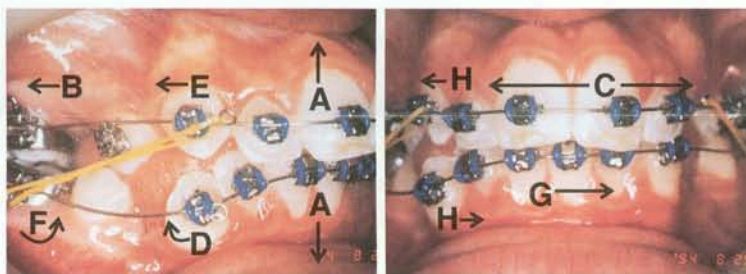


Figure 1. Lorsqu'on emploie l'appareil Tip-Edge, la correction de tous les aspects de chaque malocclusion commence simultanément le jour du placement de l'appareil. Dans la photo ci-dessus (prise au début du traitement), chacun des objectifs suivants est en voie d'être atteint: A) Ouverture d'occlusion, B) Correction de la Classe II molaire, C) Alignement antérieur, D) Correction des rotations, E) Rétraction canine, F) Correction de la ligne médiane et H) Correction de l'articulé croisé. Grâce à la gorge du Tip-Edge, aucun mécanisme ni arc compliqués ne sont nécessaires pour produire ces corrections.

extrusion molaire.

Avec le bracket Tip-Edge et la technique différentielle de l'arc droit les mécaniques de version et de redressement limités permettent d'employer des forces beaucoup plus légères pour obtenir les mêmes mouvements qu'avec l'edgewise traditionnel.¹

Ces forces étant si légères, tout mouvement adverse est cliniquement insignifiant. Cela permet la correction simultanée de la plupart des aspects de la malocclusion grâce à l'affinage des mécaniques de traitement.²

Le début de traitement d'un cas typique de Classe II, Division 1 avec une supraclusion antérieure profonde, illustre le

Correction simultanée... (suite de la page 1)

chevauchement est généralement accompli en 2-3 rendez-vous en utilisant des forces légères.


La correction de l'encombrement antérieur est facilitée par la faculté des canines à verser distalement en réponse à des forces légères sans production d'effort significatif au niveau de l'ancrage ou de flexion verticale de l'arc.

Rétraction des canines et des incisives: Opposer la version contrôlée (et limitée) des canines et des incisives au mouvement de gression des molaires ne produit pas de gros effort au niveau de l'ancrage. Il en résulte que la rétraction en masse des canines et des incisives est accompli couramment avec très peu, si pas du tout, de perte d'ancrage grâce à des forces intraorales légères. Le contact unipoint entre la gorge du bracket et l'arc favorise l'ouverture d'occlusion en éliminant la déflexion défavorable souvent observée au cours de la rétraction faite par les appareils edgewise préajustés ou non.

Préparation d'ancrage: La préparation d'ancrage est incluse dans la gorge du bracket Tip-Edge qui crée automatiquement l'ancrage différentiel voulu entre les segments antérieurs ou un arc entier à rétracter et les unités d'ancrage. Cela est possible parce que la gorge du bracket Tip-Edge permet la version dans une

direction et le mouvement de gression dans l'autre.

Correction des relations molaires de Classe II: Les élastiques de Classe II sont portés dès le placement de l'appareil. La correction des relations molaires commence immédiatement. Il faut remarquer que ces mécaniques n'effectuent aucun effort sur les molaires d'ancrage. Aussi, les forces étant si légères, les dents antérieures ne font pas d'extrusion. En fait elles font de l'intrusion la force de l'arc étant plus grande que celle des élastiques.

Correction de ligne médiane: Un examen attentif révèle dans beaucoup de cas que la déviation de la ligne médiane existe le plus souvent au niveau de la couronne des incisives et non pas à l'apex de la racine. Les contacts en un point de la gorge du Tip-Edge permet aux couronnes de se redresser sans affecter les racines. C'est la raison pour laquelle la plupart des déviations de la ligne médiane sont corrigées au cours des premiers mois du traitement. 

Références

1. Gianelly AA, Arena AA, Bernstein L. A comparison of Class II treatment changes noticed with the light wire, edgewise and Fränkel appliances, *Am J Orthod* 86:269-276, 1984.

2. Kesling PC. *Tip-Edge Guide*, 2nd Ed. 1994, Two Swan Advertising.

Problèmes En Cours De Traitement

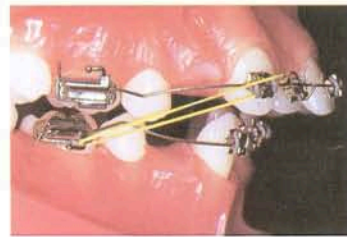
L'une des aides les plus appréciées lors des cours et communications sur le Tip-Edge est constituée par les diapositives illustrant les problèmes de traitement. Trois des diapositives les plus connues, une pour chaque stade, sont illustrées ici.

RÉPONSES - Stade 1:

Le problème principal de ce stade I est la position des coutures d'ancrage. Elles se trouvent trop loin en position mésiale et par conséquent trop occlusales. Cette position mésiale réduit les forces d'ouverture d'occlusion et la position occlusale accroît les déformations dues aux forces de mastication. Un problème de moindre importance est le fait que les élastiques ne sont pas tournés deux ou trois fois - ce qui évite la rétention d'aliments, et le fait que l'élastique se trouve sous l'aile du bracket canine. La torsion résoudrait ce problème là aussi.

Stade 2:

Les E-Links élastomériques destinés à fermer les espaces postérieurs sont fixés aux brackets des canines -et pas aux cercles. Cela provoquera une ouverture d'espace entre la



Problèmes de Stade I

canine et l'incisive latérale -c'est le problème principal de cette photo. Il est intéressant de noter que l'on a ligaturé les arcs aux brackets des prémolaires, celles-ci se déplaçant en sens distal en même temps que les arcs, de sorte qu'il n'y a pas de problème de friction.

Il semble que les extrémités du fil touchent la face mésiale des secondes molaires; si c'était le cas, cela pourrait empêcher la rétraction désirée des dents antérieures. Pis que cela, au bout d'un certain temps les premières molaires pourraient opérer un mouvement mésial. Dès que les espaces des secondes molaires sont fermés à moitié, il faut placer les arcs dans les tubes rectangulaires pour la suite de la fermeture.

Cela permettra d'avoir des relations correctes dans le sens vertical entre les premières molaires et les premières

(suite page 3)

Q's et R's


Q. *Le revolver à ligatures est vraiment bon. Mes collègues Edgewise sont ébahis lorsqu'ils voient la facilité avec laquelle on fixe les ligatures. Il arrive cependant que les griffes métalliques se plient et bien que l'on puisse obtenir des pièces de rechange, il semble que le fait de jeter la pièce plastique soit du gaspillage. Ne serait-il pas mieux et plus économique de nous permettre d'acheter les griffes métalliques seules et continuer à employer les pièces plastiques?*

Melbourne, AUSTRALIE

R. Les griffes sont préparées par quatre pour assurer un alignement correct en position fermée. Si les griffes s'abiment, elles ne s'adapteront plus bien et ne se fermeront pas suffisamment pour s'insérer dans l'anneau élastomérique. TP est confronté au problème qui consiste à éviter la déformation des griffes pendant le transport et au cours du placement dans le revolver. Cela supposerait la création d'un genre d'instrument à orienter. On a pensé les placer sur un distributeur; bien sûr, les pointes de cet instrument peuvent également se casser et plier. Je crois finalement que vous trouverez utile d'avoir les pièces de plastique en excès, si pas maintenant, peut-être plus tard.

Q. *J'ai récemment rencontré des difficultés à torquer la racine d'une incisive latérale supérieure palatine en sens vestibulaire. J'ai employé un Auxiliaire individuel de torque radiculaire (AITR) et j'ai vu peu de changement en six mois.*

Anderson, CAROLINE DU SUD

R. En supposant que AITR ait été employé comme il faut -inséré dans la gorge du côté gingival- quelque chose a empêché le mouvement. Il faut qu'il y ait de l'espace entre les faces latérales de l'incisive latérale et les dents voisines pour qu'elle puisse passer. Si les points de contact sont serrés, il y a un léger chevauchement des surfaces de contact qui empêche le torque. Un autre problème plus évident serait le contact entre la face linguale de l'incisive latérale supérieure et les faces vestibulaires des incisives inférieures. Le torque avec un AITR supposant que la dent opère une rotation autour de l'arc principal, le bord incisif doit donc pouvoir se déplacer en sens lingual pour que la racine puisse se mouvoir en sens vestibulaire. Une solution à la position palatine d'origine de la couronne serait de faire un offset d'hypercorrection en sens vestibulaire dans l'arc. 



Problèmes de Stade II



Problèmes de Stade III

prémolaires et éliminera donc le besoin d'un Préstade III avec le fil de .016".

Stade 3:

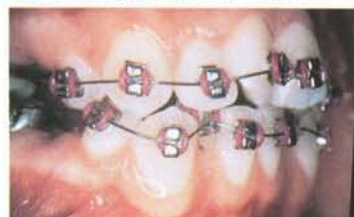
Le plus gros problème dans ce montage est la présence de coudures d'ancrage dans le gros fil de .022". De telles coudures (une fois les espaces fermés et les prémolaires engagées) auront tendance à verser les molaires d'ancrage en sens distal et vestibulaire. Cela serait vrai aussi avec des arcs de .016".

Un problème de moindre importance est le fait que le bras du Side-Winder sur la canine supérieure touche le cercle intermaxillaire et que l'élastique y est emmêlé. La solution simple est d'enlever le Side-Winder et

de l'insérer du côté gingival (l'action serait la même - redressement antihorlogique). Les spires ne seraient alors pas à l'abri des forces de mastication, mais cela n'est pas un problème à l'arcade supérieure. En inversant le ressort, le bras est attaché distalement à la canine où il y a suffisamment d'espace. Il semble aussi que l'arc pourrait ne pas être plié fermement derrière le tube molaire. Si les fils étaient de dimension .0215" x .028", le degré de déflexion suffirait à éviter l'ouverture des espaces.

RAPPORT DE CAS

Une fille (17 ans) présentait une malocclusion de Classe I avec encombrement incisif sérieux aux deux arcades. La dysharmonie dento-maxillaire à la mandibule était de 6 mm. Les quatre premières prémolaires furent extraites et les espaces fermés par la mésialisation des molaires pour éviter un aplatissement du profil.



Arcs initiaux de .016" en Nickel Titanium pour corriger l'encombrement; ensuite on plaça des arcs en acier inoxydable de .016" (A.J.Wilcock).



Arcs supérieur de .022" et inférieur de .0215" x .028" avec E-Links pour fermer les espaces au Stade II. Les Side-Winder procurent un maximum d'effet de freinage à la mandibule.



Un arc supérieur de .0215" x .028" est placé une fois tous les espaces fermés. Des ressorts Side-Winder sont mis dans tous les brackets pour torquer et redresser les dents comme prescrit. Les élastiques de Classe II maintiennent la correction de l'overjet et de l'overbite.



Séminaires cliniques en GB

Le Glan Clwyd Hospital Trust en Galles du Nord organise une série de séminaires cliniques de Tip-Edge, sous la direction du Dr. Richard Parkhouse. Le premier jour est occupé par des démonstrations de placement et d'ajustement d'appareils au cours des Stades I et II.



Séminaire clinique de Tip-Edge (deuxième rang de gauche à droite) le Dr. Susan Cobley, le Dr. Van Vherberghe et le Dr. Lawrence Ko. Au premier rang, de chaque côté du patient, le Dr. Parkhouse et la nurse Miss Pam Sheridan.

Le Stade III rectangulaire et la finition sont abordés le deuxième jour. L'assistance est limitée à trois orthodontistes à la fois. Pour tout renseignement s'adresser à Richard Parkhouse, Orthodontiste Consultant, Glan Clwyd District General Hospital, Bodelwyddan, Rhyl, Clwyd, North Wales, UK. Téléphone: 01745-583910 ou Fax 01745-583143.

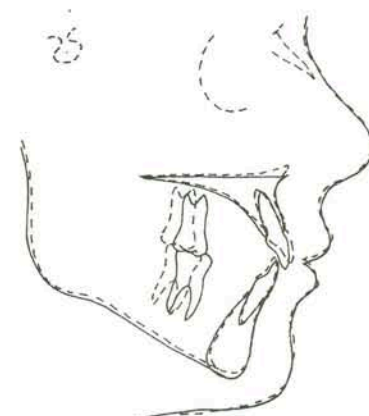
Cours Italo-Suisso-Brésilien

Les Drs. Regina et Guiseppe Caponi d'Italie ont récemment donné



Cours de Tip-Edge en Suisse. Premier rang- Le Dr. Rodrigues (second à partir de la droite) et le Dr. Caponi (à droite).

un cours de cinq jours à Chiasso, Suisse pour un groupe d'orthodontistes brésiliens. Les Caponi sont d'avis que c'est leur meilleur cours de Tip-Edge en cinq ans. Le "pionnier" du Tip-Edge au Brésil, le Dr. Messias Rodrigues y assistait également.



J.T., Fille, 17 ans
Classe I
 Extractions 15, 25, 35, 45
 Arcs utilisés 8 (4 sup, 4 inf)
 Ajustements 12. Durée: 20 mois
 Contention Retainers sup et inf

Changements Céphalométriques:

| | Début-Pointillé | Fin-Continu |
|-------|-----------------|-------------|
| 1-Apo | +3.0 mm | +3.5 mm |
| Wits | +1.0 mm | +1.5 mm |
| SN-MP | 32.0° | 32.5° |
| ANB | 3.0° | 3.0° |
| SNA | 81.0° | 82.0° |
| SNB | 78.0° | 79.0° |
| 1-SN | 108.0° | 102.0° |

Une Université d'Israël Commence sa troisième classe de technique Tip-Edge

La classe actuelle de gradués de la Hadassah Hebrew University School of Dental Medicine à Jérusalem est la troisième à suivre un cours de technique Tip-Edge. Le cours est donné par le Dr. Tom Weinberger, enseignant du Tip-Edge depuis cinq ans. Au cours de la première année, les étudiants suivent un cours d'introduction de 24 heures de théorie et pratique du Tip-Edge sur Typodont. Ils commencent alors en clinique en observant le travail de leurs aînés et graduellement continuent les traitements des seniors tandis qu'ils commencent les traitements de leurs propres patients. Durant les deux ans et ¼ que durent les cliniques, ils ont la possibilité de commencer et finir de nombreux cas en Tip-Edge ce qui monte la rapidité et la facilité de cette technique.

Le Dr. Weinberger a suivi un cours de Tip-Edge à l'Orthodontic Center en 1990 et a invité le Dr. Parkhouse à donner un cours en 1992; trois orthodontistes se "convertirent" sur le champ!

Six orthodontistes israéliens sont membres de la E.B.S.O. et le Dr. Lucille Rotstein recut le prix du cas le mieux traité par un candidat membre lors du récent congrès à Chester Angleterre. L'intérêt et le succès du Tip-Edge continue à croître en Israël!



Classe actuelle de gradués à Jérusalem. De gauche à droite: le Dr. Tom Weinberger, le Dr. Samir Abu Ata, le Dr. Motti Rothman, le Dr. Shefi Ben-Moshe, le Dr. Stella Shashu et le Dr. Orit Nadaf.

Tip-Edge en Chine

Un cours de Tip-Edge a été donné à TSINGTAO en Chine au mois de mai. Il s'agissait du second cours Tip-Edge en Chine, le premier ayant eu lieu à Xi'an en mai 1993. Chaque cours était donné à plus de 60 participants par le Dr. Jiuxang Lin, Professeur d'Orthodontie à la Beijing Medical University. Les deux cours connurent un grand succès et le Dr. Lin reçut des éloges pour sa connaissance approfondie des techniques light wire, straight-wire et Tip-Edge. Il a commencé à pratiquer le Tip-Edge en 1989 et a suivi un cours de Tip-Edge en septembre 1993 à Adélaïde en Australie. Ses deux papiers sur le Tip-Edge ont été présentés à deux meetings internationaux d'orthodontie. Sa traduction en chinois du guide Tip-Edge du Dr. P.C.Kesling a été récemment publiée en Chine. Les produits TP sont distribués en Chine par Meco Dental Supplies, Hong Kong.



Le Dr. Lin (centre premier rang) et les étudiants du cours de Tip-Edge à Tsingtao en Chine en mai 1995.

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™