

Drs. Loader, Kift, Straig, Rapaport (standing) plus Hawkins and Parkhouse (seated) Ponder Side-Winder Torque in Australia—Page 3.



TIP-EDGE® TODAY

Published Quarterly In The USA

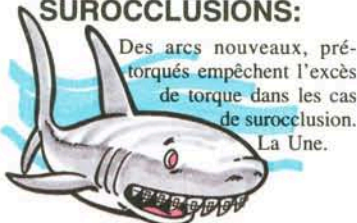


DR. GILDA RUBIANO OF BOGOTA, COLOMBIA VISITS WITH MEMBERS OF THE KESLING AND ROCKE ORTHODONTIC GROUP DURING TIP-EDGE REFRESHER COURSE—PAGE 4.

PRINTEMPS 1996

SOMMAIRE

COMPENSATION DU TORQUE DANS LES SUROCCCLUSIONS:



Des arcs nouveaux, pré-torqués empêchent l'excès de torque dans les cas de suroccclusion. La Une.

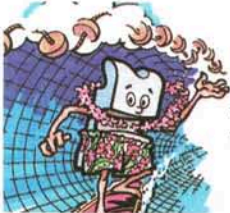
MOLAIRES EN CHOMAGE:

L'efficacité du Tip-Edge réduit le besoin d'ancrage molaire. Q's et R's Page 2.



TIPPY SURFE SUR LE NET:

Tip-Edge Today disponible sur World Wide Web. Page 3.



B.D. TIP-EDGE:



Contrairement aux trois singes - les triplettes Tippy font savoir au monde ce qu'elles pensent de la friction en orthodontie.

Les Arcs Rectangulaires "Prétorqués"

Par le Dr. Richard Parkhouse, Orthodontiste Consultant, Glan Clwyd Hospital, Pays de Galles

Grâce à l'introduction récente des arcs de .0215" x .028" prétorqués (TP 381-195 supérieur et TP 381-196 inférieur) la mise en place du Stade III est tout-à-coup devenue plus facile, plus rapide et plus précise. Dans la plupart des cas, il ne devrait plus être nécessaire d'incorporer du torque dans la partie antérieure des arcs.



Dr. R.C. Parkhouse

Le jeu d'arcs rectangulaires passifs reste bien sûr utile en servant de "plan de référence" pour l'angulation finale du torque qui sera effectuée par les ressorts Side-Winder. Le torque et la version sont auto-limités et stoppent simultanément. Si le fil rectangulaire est plat, parallèle au plan occlusal (considéré comme étant le "torque zéro") chaque bracket produira la valeur de torque incorporé dans sa base respective.

Généralement un arc avec torque zéro est suffisant. Il y a cependant des cas de déviation squelettique où l'angulation standard de torque incisif sera inappropriée, entre autre dans les cas de Classe III.

Indication de compensation du torque antérieur

C'est l'occlusion profonde qui constitue l'indication la plus courante des arcs prétorqués.

C'est là que les nouveaux arcs sont particulièrement utiles en empêchant la proversion incisive indésirable qui peut résulter de l'usage de coudure d'occlusion avec les arcs rectangulaires ordinaires non prétorqués (Figure 1-A).

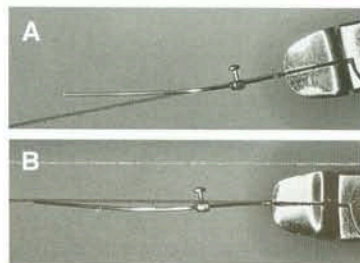


Figure 1-A & B. A) le placement d'une coudure d'ouverture d'occlusion dans un arc rectangulaire plat sans torque induira automatiquement un torque corono-vestibulaire au niveau des incisives. B) Avec un arc prétorqué, les 5 degrés de torque corono-lingual des segments antérieurs compenseront l'effet de la coudure d'occlusion pour arriver à obtenir un torque zéro aux incisives supérieures.

Le prétorque de l'arc, dans ce contexte, compense plutôt la coudure d'occlusion que l'anomalie squelettique. C'est, en fait, le torque coronaire lingual (radiculo-vestibulaire) qui, dans les segments antérieurs, annule le torque corono-vestibulaire (radiculo-lingual) qui sinon serait le résultat de la coudure d'occlusion (Figure 1 B). Le torque zéro est ainsi maintenu, ce qui ne change rien aux indications du bracket Tip-Edge Rx-I.

Avantage du collage à mi-couronne

Le degré de coudure verticale à faire dans l'arc rectangulaire pour maintenir la réduction

de la supraclusion, variera légèrement en fonction du niveau de collage du bracket choisi par l'opérateur. Comme pour les appareils prétorqués en général, une position de collage à mi-couronne, comme décrite par le Dr. L.F. Andrews¹ est recommandée de préférence à une position plus incisive.

Il est aisé de couper la partie horizontale des gabarits de positionnement. Le bras vertical du gabarit peut être aligné avec le grand axe de la couronne en son milieu, tandis que le placement vertical à mi-couronne

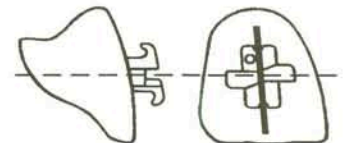


Figure 2. Le collage à mi-couronne décrit à l'origine par le Dr. L.F. Andrews.

peut se faire à l'oeil (Figure 2).

L'avantage de ce placement à mi-couronne est qu'il coïncide avec le point de plus grande convexité. On aura ainsi un torque final plus constant quelle que soit la dimension de la couronne. Comparé à une position plus incisive, l'efficacité du torque sera augmentée, le bracket étant situé près de la racine.

Arcs prétorqués

L'arc supérieur contient 5 degré de prétorque, l'inférieur 8. Les deux arcs sont de .0215" x .028" avec des arêtes carrées (non arrondies). Le prétorque s'étend jusqu'à l'extrémité

suite page 2

Les Arcs Rectangulaires "Prétorqués"... suite de la page 1

distale des arcs. Au prix de quelques ajustements simples, il est possible de s'adapter aux différences de largeur dentaire et de forme d'arcade sans devoir stocker une quantité d'arcs.

Au milieu des arcs se trouvent des marques (simple en haut sur la face gingivale, double en bas sur la face incisive) (Figure 3).

Ces deux marques doivent être visibles par l'opérateur lors

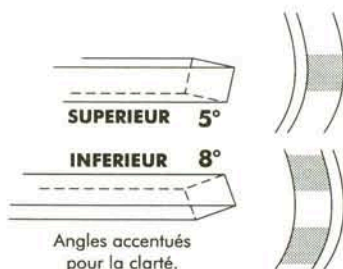


Figure 3. Arcs prétorqués -5 degrés de torque corono-lingual (supérieur) et 8 degrés (inférieur). Les marques de la ligne médiane sur les faces supérieures doivent toutes deux être visibles par l'opérateur lors de l'insertion.

de l'insertion des arcs dans des cas de suroccclusion grave, où des coudures d'occlusion sont requises pour maintenir la réduction. Le but est d'éviter que les arcs ne soient placés à l'envers. Le pré-torque corono-lingual au niveau incisif compense donc le torque corono-vestibulaire qui se produit dans la région incisive lorsqu'on place une coudure d'occlusion, préservant ainsi le "torque zéro".

Bien entendu les arcs pré-torqués ne sont pas nécessaires dans tous les cas. Dans les cas de sous occlusion ou de suroccclusion minime, il ne faut manifestement pas placer de coudures d'occlusion. Dans ces cas, l'arc rec-

taulaire simple (TP 381-197/8) est placé sans coudures et, dans des cas d'anomalie squelettique sérieuse, aucun ajustement du torque antérieur n'est nécessaire pour garder le "torque zéro".

Détorquer les segments postérieurs

Etant donné la continuité du fil, le pré-torque des segments antérieurs s'étend aux segments postérieurs. C'est la raison pour laquelle il faut ramener les segments postérieurs au "torque zéro". Il s'agit d'un ajustement simple effectué en agrippant l'arc avec deux pinces à torquer (TP 100-142P) immédiatement de part et d'autre du crochet de traction (Figure 4).

Une légère torsion à ce niveau peut ramener le torque corono-lingual indésirable des segments

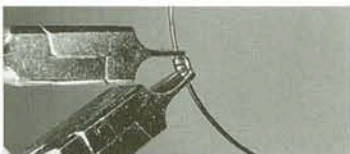


Figure 4. Elimination du torque corono-lingual postérieur indésirable.

postérieurs au "torque zéro" sans influencer le pré-torque des segments antérieurs. On vérifie qu'on a bien le torque zéro en maintenant l'un des segments de l'arc dans une pince de torque et comparant avec le bout opposé ainsi qu'il est décrit dans le guide Tip-Edge² (Figure 5).

Les coudures d'occlusion produisent le torque zéro

Ayant détortué les segments postérieurs, tout ce qui reste à faire est de supprimer la coudure d'occlusion avec les



Figure 5. Vérification du torque zéro dans le segment postérieur.

doigts en tenant l'arc dans la pince de torque méso-alement par rapport à chaque crochet successivement. Pour vérifier que la coudure a compensé et amené le torque à zéro, maintenez l'arc au milieu et regardez le long de l'espace entre les mors de la pince, comme illustré dans le guide Tip-Edge².

De petites modifications du torque antérieur peuvent facilement être faites en maintenant solidement l'arc au milieu dans une pince. Une légère pression des doigts vers le haut sur les extrémités distales augmentera un peu le torque radiculo palatin dans le segment antérieur supérieur, tandis qu'en abaissant les extrémités on le réduira, et vice versa à l'inférieur. Révérifiez ensuite le torque zéro des segments postérieurs.

Variations squelettiques

La nécessité de modification du torque antérieur se fait le plus souvent sentir dans les cas graves de Classe III. La majorité des cas de Classe III ayant un angle mandibulaire augmenté et une supraclusion réduite, les coudures d'occlusion ne seront normalement pas nécessaires. Dans ces cas, les arcs pré-torqués peuvent être insérés tels quels et le pré-torque antérieur utilisé pour compenser l'anomalie squelettique.

Il est souvent nécessaire de faire de plus une certaine

proversion des incisives supérieures. Dans ce but, un arc pré-torqué supérieur peut également être placé à l'envers. La marque médiane ne sera pas visible pour l'opérateur lors du placement. Sans coudure d'occlusion, on aura automatiquement 5 degrés de proversion au niveau des incisives supérieures (Figure 6- A). Encore une fois, les segments postérieurs seront normale-

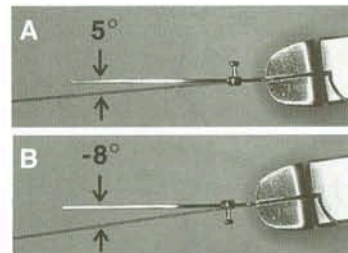


Figure 6- A & B. Compensation d'une Classe III squelettique sans augmentation de la suroccclusion. A) L'arc supérieur doit être mis à l'envers pour produire 5 degrés de proversion incisive supérieure. B) L'arc pré-torqué peut être placé à plat pour produire 8 degrés de rétroversion des incisives inférieures.

ment ramenés à un torque zéro.

Il est en général nécessaire de finir avec les incisives inférieures en rétroversion de manière à maintenir un overjet positif. Un arc inférieur pré-torqué sans coudure d'occlusion donnera 8 degré de rétroversion des incisives inférieures (Figure 6-B). Tout ce qu'il faut faire, c'est ajuster les segments distaux aux crochets pour arriver au torque zéro comme décrit ci-dessus.

References

1. Andrews LF. The straight wire appliance explained and compared. *J Clin Orthod* 1976;10:174-195.
2. Kesling PC. Tip-Edge Guide, 2nd ed. 1992, Two Swan Advertising pp. TE-39.

Q's et R's

Q. Avec les brackets Tip-Edge et le système différentiel de l'arc droit, bague-t-on généralement les secondes molaires?

WYNCOTE, PENNSYLVANIA

R. Grâce à la gorge unique du Tip-Edge, il n'y a aucun besoin de baguer plus d'une molaire par quadrant pour obtenir de l'ancrage. D'habitude les secondes molaires ne sont baguées que s'il faut les niveler, faire une rotation ou si elles sont en articulé croisé.

Q. Est-il possible de remplacer une coudure d'occlusion par une coudure d'ancrage au cours de l'ouverture d'occlusion?

MANILLE, PHILIPPINES

R. Oui. La chose importante, c'est la distance entre la portion antérieure du fil déplacé en sens gingival et la gorge du bracket.

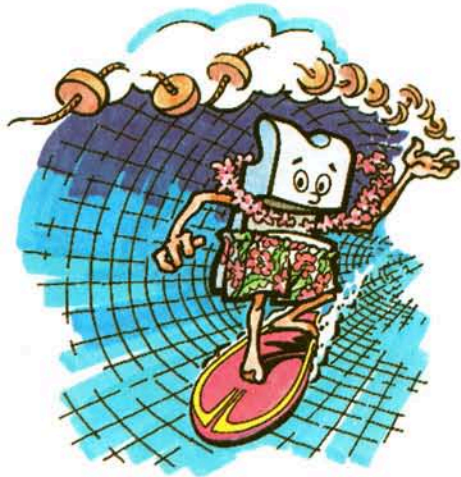
Cependant, si le fil glisse en sens distal à travers les tubes molaires (fermeture des espaces postérieurs), cette distance (donc les forces d'ouverture d'occlusion) pourrait se réduire. Cela pourrait ne pas être remarqué aussi vite qu'avec les coudures d'occlusion.

Q. Dans le Stade III, en utilisant une barre de torque en titanium de .022" x .018", à combien de degrés de changement d'angulation peut-on s'attendre et en combien de temps? Utilisez-vous d'habitude des barres de 20° ou de 30°? Est-il possible de faire 10° de torque?

PIKETON, OHIO

R. Le degré de torque mensuel est approximativement de 2° et l'on préfère la barre de torque de 30°. Bien placée, elle devrait donner 10° de torque en six mois. 🐾

TP Orthodontics suit le mouvement et annonce que le code Tip-Edge today est: <http://www.tportho.com>.



Tip-Edge Today est la première publication orthodontique représentée sur le World Wide Web. Les pages Tip-Edge WWW permettront l'accès par les ordinateurs du monde entier aux derniers développements de l'appareil et de la technique Tip-Edge.

Lorsqu'il sera complètement constitué, le Tip-Edge Web contiendra la plupart des articles, graphiques et photos de numéros récents et passés de Tip-Edge Today. La version online de Tip-Edge Today permettra

également d'obtenir des réponses plus rapides à des questions techniques grâce à un "electronic bulletin board feature". Il fournira également des informations sur les cours et communications Tip-Edge à venir de même que les derniers renseignements sur les nouveaux produits et conseils techniques. A la demande générale, les dernières bandes dessinées de "Tippy" seront également disponibles sur le Web.

Au moyen d'une imprimante, il est possible de reproduire des pages de Tip-Edge Today pour des besoins de recherche ou d'enseignement. Bien que les premières pages puissent être un peu "brutes" d'apparence, soyez SVP patients; elles seront continuellement mises à jour et améliorées. Le code d'accès au Tip-Edge Today Online est: <http://www.tportho.com>.

Cours de Tip-Edge Indonésien



Un cours de base de deux jours a eu lieu en octobre 1995 à Ladokgi R.E. Martadinata, Jakarta. Le cours fut donné par le Commandant Dr. A. Betny Sumantri (sixième à partir de la gauche) de la Marine Indonésienne. Tous les participants étaient enthousiastes et parcoururent tous les stades sur leurs typodonts. Le guide Tip-Edge traduit en Indonésien par le Dr. Sumantri contribua au succès du cours.

Tip-Edge au Japon



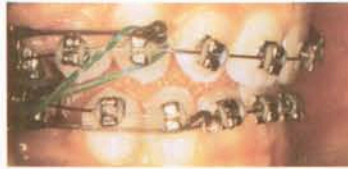
En octobre 1995, le Dr. R.C.Parkhouse s'adressa aux membres de la Société Tip-Edge à Nagoya. Son sujet était: "La dimension verticale". La Société qui n'a que trois ans d'existence, a déjà tenu 9 congrès et compte plus de 120 membres. Il donna également un cours de trois jours à Tokyo sur Typodont.

RAPPORT DE CAS

Cette fille de 15 ans présentait une malocclusion de Classe II, Division 1 avec une valeur de Wits de + 1.5 millimètres. L'extraction de dents étant clairement indiquée pour corriger sa malocclusion (divergence totale de - 7.0 mm) on préféra l'extraction des secondes prémolaires plutôt que des premières pour éviter l'aplatissement du profil.



Les appareils Tip-Edge avec arcs de .016" en acier inoxydable de Wilcock furent placés aux deux arcades. On mit un Zing String pour verser distalement la première prémolaire supérieure droite suffisamment pour permettre l'alignement de la canine.



On commence le Stade II en utilisant les arcs .016" de Wilcock avec coudures d'ouverture d'occlusion. Au rendez-vous suivant, on plaça des arcs de .022" supérieur et inférieur pour assurer le contrôle de la rotation molaire pendant la fermeture d'espace finale.



Après la fermeture de tous les espaces d'extraction, on commence le Stade III avec des arcs de .0215" x .028" aux deux arcades. Les ressorts de Side Winder sont placés sur toutes les dents pour les redresser et les torquer jusqu'à leur inclinaison finale.



H.K. Filles, 15 ans
Extractions 15, 25, 35, 45
Arcs utilisés 6 (3 Sup, 3 Inf)
Ajustements 17, Durée: 25 mois
Contention Perfector

Changements Céphalométriques		
	Début-Pointillé	Fin-Continu
I-Apo	+1.5 mm	+1.0 mm
Wits	+1.5 mm	0.0 mm
SN-MP	32.5°	33.0°
ANB	4.5°	4.0°
SNA	79.5°	78.5°
SNB	75.0°	74.5°
I-SN	91.0°	92.0°

Cours de Tip-Edge pour étudiants licenciés

Les 17 et 18 novembre, les étudiants de première année ayant un programme orthodontique d'enseignement de Tip-Edge ont suivi un cours à l'Orthodontic Center. Commencé en 1994, ces cours se sont avérés être un tremplin pour se plonger dans le Tip-Edge. Les écoles qui participent sont la Columbia University, le Montefiore Medical Center, Saint Louis University, la State University de New York à Stony Brook et l'Université de North Carolina. 📌



Des étudiants de l'Université de Saint Louis examinent un patient à l'Orthodontic Center.

Le Tip-Edge en Australie



En octobre 1995, le Dr. R.C. Parkhouse (le troisième à partir de la gauche, assis) a donné un cours avancé à Sydney, New South Wales. Plus de 40 orthodontistes, y compris quelques étudiants postgradués ont suivi les cours au Swiss Grand Hotel. 📌

Orthodontie avancée et Tip-Edge en Colombie, Am. du Sud

Elargissant son horizon, l'Université Militaire CIEO* à Bogota en Colombie, enseigne la technique différentielle de l'arc droit depuis plus de 5 ans.

Le cours commence par un semestre de théorie et de pratique. Les étudiants collent les brackets sur les typodonts représentant différentes malocclusions et parcourent les trois stades de la technique. Le semestre suivant, les étudiants commencent de nombreux cas en Tip-Edge; ces cas sont aisément terminés avant la fin des études puisqu'il s'agit d'un programme orthodontique de trois ans. La technique de Tip-Edge est enseignée par le Dr. Gilda Rubiano qui a pris un cours à l'Orthodontic Center en 1989 et qui est revenue pour un cours de recyclage en 1995. Le chef du département, le Dr. Eduardo Galvis et le Dr. Guiomar Cely aident au traitement des patients Tip-Edge dans la clinique. Tous deux ont assisté à un cours de Tip-Edge il y a peu. L'université possède de nombreux documents de patients traités par la technique, prouvant sa rapidité, sa facilité et son efficacité. 📌

*Centre d'investigation et d'éducation en orthodontie.



Commençant par le second de gauche; Dr. Eduardo Galvis, Dr. Gilda Rubiano, Dr. Elsa Arango, Dr. Guiomar Cely et des étudiants.

La "Société Française de Begg et Tip-Edge" organise un stage d'orthodontie en technique de Tip-Edge aux USA à l'Orthodontic Center des Drs. Kesling et Rocke, à Westville, Indiana les 6, 7 et 8 mai 1996, suivi d'un séjour au Congrès de l'American Association of Orthodontists à Denver, Colorado. Départ de Paris le 5 mai et retour le 14. (Il reste encore quelques places).

Pour tous renseignements, contacter le Dr. Bernard Guilhem, tél 68.33.41.11 ou Fax 68.33.51.64.

75544 Paris Cedex 11 (FRANCE)
Tel. (1) 43 48 67 27
Fax (1) 43 48 29 11
2 bis, rue Mercœur

EVIDENT

Vous désirez,
recevoir gratuitement,
Tip-Edge Today.
Faites vous connaître
de notre service.
Tel. (1) 43 48 67 27
Fax (1) 43 48 29 11

Traduit par le
Docteur Gérard De Coster
Bruxelles

TIP EDGE TODAY