

LE DR ROCKE (AU CENTRE) AVEC LES INSTRUCTEURS BRÉSILIENS DU COURS DE TIP-EDGE, LES DRS FERNANDO PEREIRA, MESSIAS RODRIGUEZ, ANNA NERY ET JORGE CATARCONO. PAGE 4.



TIP-EDGE® TODAY

Published Quarterly In The USA



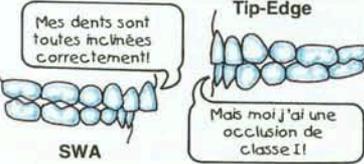
LE DR GÉRARD DE COSTER ET SON ÉPOUSE VIOLETA, LE DR RICHARD PARKHOUSE, LE DR ANDRÉ PUJOL ET RACHEL PARKHOUSE PENDANT LE COURS DE BORDEAUX FRANCE. PAGE 3.

PRINTEMPS 1998

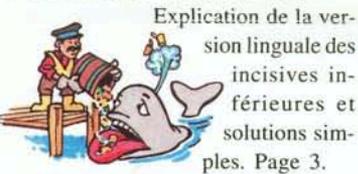
EN BREF

LE TIP-EDGE COMPARÉ AU STRAIGHT WIRE

La comparaison des résultats de traitement révèle les faiblesses de l'index d'évaluation. Editorial.



CAUSE DE LA BASCULE LINGUALE ÉCLAIRCIE



PLAN DE TRAITEMENT ORIGINAL VENU DES ANTIPODES



LA BD DE TIP-EDGE



EDITORIAL

La valeur du PAR dans le Tip-Edge et le Straight Wire

Par Jayne E. Harrison, BDS, FDS, Morth, Mdent Scie

Reserach Senior Registrar, Glan Clwyd Hospital and Liverpool University Dental Hospital UK.

Extrait d'un papier présenté au meeting de l'European Begg Society of Orthodontics à Maastricht en Mai 1997.

Introduction

Ce papier est le rapport d'une étude faite pour comparer mes premiers cas de Tip-Edge, traités au Glan Clwyd Hospital, avec mes premiers cas traités avec l'appareil Straight Wire (SWA) au Liverpool University Dental Hospital. J'ai comparé la gravité des malocclusions, la qualité des résultats obtenus, la durée du traitement et le nombre de rendezvous.



J.E. Harrison

Méthode

Dans le but d'obtenir des cas comparables, j'ai choisi les premiers patients traités avec chaque appareil. Cela me donna un échantillon de 26 cas traités avec Tip-Edge et 25 avec Straight Wire. Pour éviter de fausser les résultats, j'ai inclus tous les traitements commencés et non pas seulement les cas réussis. La gravité de la malocclusion et les résultats obtenus ont été évalués à partir de moulages pris avant traitement et au jour de la dépose des appareils.

L'Index Occlusal

On a employé l'index «Peer Assessment Rating» (PAR) pour évaluer la gravité de la malocclusion et le changement d'occlusion résultant du traitement. On divise l'occlusion en cinq composants qui sont cotés séparément. Les cotes sont alors évaluées et rassemblées pour donner une cote PAR globale représentant le degré de déviation du cas par rapport à l'occlusion normale.

Résultats

Les cotes moyennes PAR de chaque groupe avant traitement montraient peu de différence, celle du groupe de Straight Wire étant légèrement plus élevée mais non significative statistiquement, Figure 1.

Cote PAR avant traitement

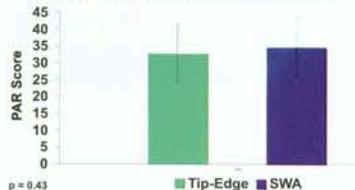


FIGURE 1

Le score PAR du groupe Tip-Edge après traitement représente à peu près la moitié de celui du groupe Straight Wire, ce qui est statistiquement significatif, Figure 2.

Cote PAR après traitement

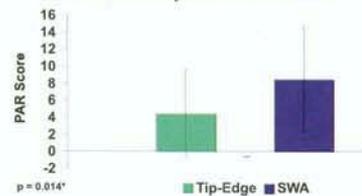


FIGURE 2

Le changement moyen total de la cote PAR montre très peu de différence entre les deux groupes, Figure 3.

Changement de la Cote PAR

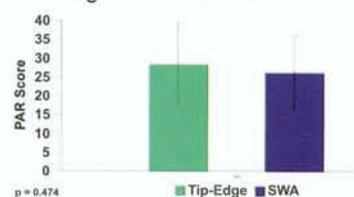


FIGURE 3

Cependant, lorsqu'on examine le pourcentage moyen de réduction, la différence entre les groupes devient significative, le groupe Tip-Edge réalisant à peu près 10 pour cent de réduction de plus de la cote PAR que le groupe SWA, Figure 4.

Pourcentage de changement de la cote PAR

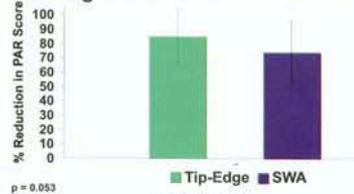


FIGURE 4

Suite de l'EDITORIAL page suivante

EDITORIAL

Qualité du PAR . . . suite de la page 1

Discussion

Il n'y avait pas de grande différence entre les cotes PAR du Tip-Edge et du Straight Wire avant traitement. Mais on trouve une très grande différence dans les cotes PAR après traitement et une différence significative dans les pourcentages de changement. Pourquoi?

Les éléments mesurés par l'index PAR et les différences dans les séquences de traitement nous aident à expliquer certains de ces résultats. Les deux groupes sont composés de patients commençant un traitement et de ce fait contiennent des bons et des mauvais cas plutôt que seulement des cas réussis, ce qui est trop souvent vrai dans les rapports de cas en orthodontie.

Cet échantillon inclut certains patients dont le traitement s'est terminé prématurément pour l'une ou l'autre raison. L'examen des séquences de traitement avec

le Tip-Edge et le Straight Wire aide à comprendre les différences.

Dans le Tip-Edge, l'alignement, la réduction de l'overjet et de l'overbite se passent simultanément et relativement tôt dans le cours du traitement, alors que le contrôle de la version et du torque se fait au stade final. Avec le Straight Wire, la version et le torque ont lieu au début du traitement suivis par le contrôle de l'overbite et finalement de la réduction de l'overjet.

Ceci signifie qu'avec le Tip-Edge, même dans les cas qui finissent tôt, les éléments qui ont le plus d'importance dans l'évaluation de l'index PAR c'est-à-dire l'overjet, l'overbite et la ligne médiane, seront probablement réduits si pas corrigés. Dans le Straight Wire au contraire, l'overjet étant la dernière chose à être corrigée, augmentera probablement la cote PAR après

traitement. La cote de l'overjet est de 6 ce qui a donc un effet marqué sur l'augmentation de la cote PAR après traitement; le résultat en sera une diminution du pourcentage de réduction du score PAR.

Inversément, la version et le torque n'étant pas évalués dans l'index PAR, les cas de Straight Wire ne tirent aucun avantage de la correction de la version et du torque au début du traitement alors que les cas de Tip-Edge ne sont pas pénalisés en cas de correction incomplète en fin de traitement. Il faudrait peut-être modifier l'index pour prendre en compte ces deux modalités de traitement différentes.

Conclusions

Cette étude montre que pour un groupe donné de patients, avec le même degré de gravité de malocclusions avant traitement, il existe une différence sensible dans le résultat occlusal

évalué au moyen de l'index PAR des cas traités par le même opérateur avec les appareils Tip-Edge et Straight Wire. A la fin du traitement actif, les patients de Tip-Edge montrent une cote PAR significativement plus basse après traitement et à peu près dix pour cent de réduction en plus de PAR que le groupe SWA. L'explication se trouve peut-être dans le mode d'évaluation de l'index plutôt que dans une réelle différence entre les deux systèmes. Des tentatives ont été faites pour modifier l'index PAR en vue de le rendre plus sensible à ces autres éléments et ainsi le rendre plus apte à détecter les différences entre les modalités de traitement.

Remerciements

Je remercie Richard Parkhouse pour m'avoir initié à l'appareil Tip-Edge, et mon mari pour ses encouragements ❏

Q's et R's

Q. Depuis environ deux ans, j'ai changé ma pratique pour le Tip-Edge; je finis actuellement mes premiers cas mais je trouve que les canines supérieures ne sont pas redressées; j'étais tellement frustré que chez un patient, j'ai enlevé les brackets Tip-Edge, collé des brackets préajustés et placé un arc en nickel titanium. Les canines se sont alors redressées jusqu'à leurs angles de version finaux. Pourquoi ai-je ce genre de problème que les autres n'ont pas?

Toronto, Ontario

R. Après que la question ci-dessus ait été posée, nous nous sommes rendu compte au cours d'une conversation téléphonique, que l'orthodontiste employait des ligatures d'acier pour attacher les arcs aux brackets avant de placer les ressorts Side-Winder. Manifestement les dents ne pouvaient pas se redresser à cause de l'effet des ligatures métalliques, qui ont tendance à fixer les dents dans leur position de version. La solution, bien sûr, est d'employer des ligatures élastomériques sur toutes les dents à redresser.

Q. Au cours du stade trois, pourquoi les incisives latérales supérieures semblent-elles souvent arrêter leur redressement avant que les couronnes aient atteint leurs neuf degrés de torque désirés?

Thun, Suisse

R. Ces dents étaient très souvent en rotation au début et/ou avaient des bords incisifs anormaux à cause d'usure anormale. Il est alors difficile de visualiser le grand axe correct de telles dents au cours du collage. Certains opérateurs adoptent comme solution de faire une radiographie panoramique au moment du collage pour s'assurer que les brackets sont placés correctement de manière à arrêter le redressement à l'angulation désirée.

Le nombre d'Universités américaines enseignant le Tip-Edge ne cesse de croître

Les Universités des Etats-Unis, du Canada et du Mexique ont été contactées récemment pour savoir quelles sont celles qui incluent le Tip-Edge dans leur programme postgradué. Ci-dessous une liste mise à jour avec la durée de chaque programme d'enseignement. Toutes les écoles, à l'exception de la Howard University dispensent un programme théorique et clinique.

- ◆ Boston University – 2 ans
- ◆ Case Western Reserve – 2 ans
- ◆ Columbia University – 2 ans
- ◆ Harvard University – 3 ans
- ◆ Howard University (seulement théorique) – 2 ans
- ◆ Université de Juarez (Mexique) – 3 ans
- ◆ Université de Mexico (Mexico City) – 3 ans
- ◆ University of Missouri à Kansas City – 2 ans
- ◆ Montefiore Medical Center – 3 ans
- ◆ New York University (Buffalo) – 2 ans
- ◆ New York University (Stony Brook) – 2 ans
- ◆ Saint Louis University – 30 mois
- ◆ Temple University – 2 ans
- ◆ University of Toronto – 2 ans
- ◆ Tufts University – 2 ans
- ◆ University of Western Ontario – 3 ans

Inversion de l'inclinaison linguale des incisives inférieures

Au cours du Stade I, on voit quelquefois les incisives inférieures verser en sens lingual et les canines en sens distal. Cette situation se retrouve souvent dans les occlusions profondes, dans les cas d'extraction de premières prémolaires et en présence d'habitudes de morsure de lèvre ou de suçage de langue.

Lorsque les canines font de l'intrusion sous l'action des forces d'ouverture d'occlusion de l'arc dans des brackets non limités, leurs racines ont tendance à se mouvoir en sens mésial et leurs couronnes en sens distal: lorsque les premières prémolaires sont extraites, ce mouvement survient facilement. Des forces légères de sens lingual, consécutives à une habitude de morsure de langue ou de lèvre inférieure peuvent aussi provoquer une inclinaison coro-

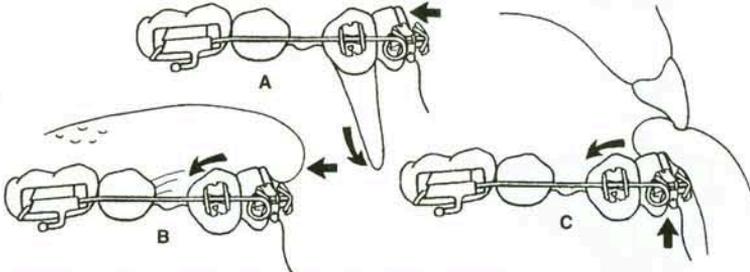


Figure 5 A-C. **A)** L'intrusion de canines en position verticale provoque souvent un mouvement mésial des racines et une version linguale des couronnes incisives. **B)** Le suçage de la langue (peut-être présent avant le traitement) est quelquefois cause d'une pression dirigée en sens lingual sur les incisives. **C)** Une habitude de morsure de lèvre alors qu'il existe des espaces en arrière des canines peut verser les incisives en sens lingual.

naire linguale des incisives centrales et latérales inférieures, Figure 5.

Une telle version linguale/distale des six antérieures inférieures peut être évitée ou inversée par l'application de ressorts Side Winder sur les canines, Figure 6.

D'habitude, après deux ou trois mois d'application de cette force de redressement, les couronnes des canines et des incisives centrales se déplacent en sens vestibulaire. Une fois l'overjet réduit, les habitudes de lèvre ou de langue

sont généralement corrigées. Cependant si l'inclinaison linguale des quatre incisives persiste, il pourrait être nécessaire de placer un arc rectangulaire et des ressorts Side Winder sur les six dents antérieures pour obtenir le torque radicaire

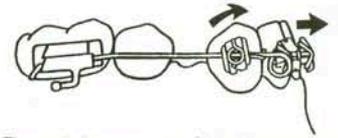


Figure 6. Les ressorts Side Winder appliqués aux canines inférieures peuvent corriger la version linguale des dents antérieures.

Tip-Edge en Colombie et en France

Richard Parkhouse a pris dix avions et a séjourné dans cinq hôtels en l'espace de sept jours! La première étape était le Congrès de la «Société Colombienne d'Orthodontie», tenu à l'extérieur de la cité de montagne de Bucaramanga dans les Andes les 9 et 10 octobre 1997. Jamais un cours de Tip-Edge de trois jours n'eut lieu devant un plus beau paysage. Plus de deux cent participants ont montré un grand intérêt pour le concept Tip-Edge.

Ensuite à Bordeaux, dans le sud ouest de la France, eut lieu le 13 octobre un cours d'un jour qui a été fort apprécié par les étudiants postgradués de l'Université de Bordeaux, les praticiens de Tip-Edge et des professeurs invités, tous reçus par le Professeur André Pujol avec traduction en français

par le Dr Gérard De Coster; Les activités sociales en plus du jet lag s'avèrent un peu comme un «bender» comme seuls les français savent le faire.

Comme dit Richard par après: «C'est étonnant de voir tous les endroits où l'on peut aller juste grâce à un petit bracket...»



Dr. R.C. Parkhouse with members of the Organizing Committee of the "Sociedad Colombiana de Ortodoncia."

RAPPORT DE CAS

Par Dr. Colin C. Twelthtree
Warradale, South Australia

Patient de 14 ans présentant une malocclusion de classe II division 2 avec 100% d'overbite. Le profil était rétrusif avec une hauteur faciale inférieure relativement grande et un angle nasolabial obtus. L'analyse céphalométrique confirme la présence d'une relation squelettique de Classe II (Wits=9mm) avec des incisives supérieures en rétroversion à 87 degrés par rapport à SN et des incisives inférieures à 3 mm en arrière de la ligne A-Pogonion. Le traitement fut commencé sans extraction pour maintenir le contrôle du profil. Le but était d'utiliser la croissance normale espérée pour corriger la denture en la maintenant à l'intérieur de la structure osseuse.



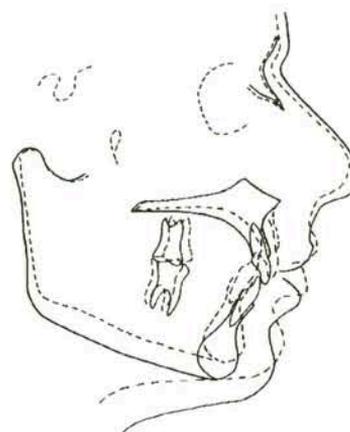
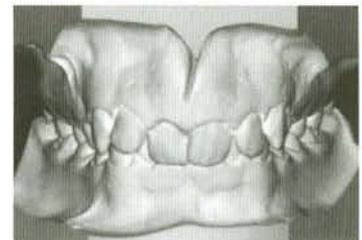
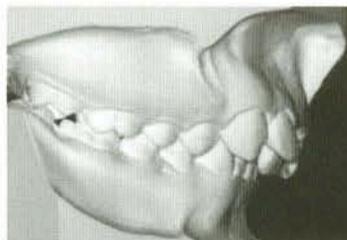
Des arcs simples Wilcock de .016" sont placés avec des Bump-R-Sleeve®. Des élastiques de classe II de force inférieure à 2 onces sont portés en permanence.



Après six mois de traitement, les quatre secondes molaires permanentes furent extraites pour corriger le léger encombrement et permettre une certaine distalisation spontanée des arcades.



Le stade III commence six mois plus tard avec des arcs ronds de .022" et un auxiliaire de torque à deux éperons. On place des ressorts Side-Winder sur les canines supérieures et les incisives latérales inférieures.



A.M. Garçon, 14 ans
Classe II, Division 2
Extractions 17,27,37,47
Arcs utilisés 5 (2 sup, 3 inf.)
Durée du traitement 24 mois.
Contention Trutains,
sup et inf pdt 12 mois.

Changements céphalométriques		
	Début-pointillé	Fin-continu
1-AP	-3.0 mm	+1.5 mm
Wits	+9.0 mm	0 mm
SN-MP	30.0°	29.0°
SNA	85.0°	82.0°
SNB	77.0°	77.0°
ANB	8.0°	5.0°
1-SN	87.0°	92.0°

Cours et conférence au Royaume-Uni

Le Dr Richard Parkhouse et le Dr Andrew Richardson ont donné un autre cours de Tip-Edge réussi au Royaume Uni en septembre 1997. Immédiatement après, Richard Parkhouse et Pam Sheridan



Le Dr. Parkhouse expliquant les subtilités de l'arc rectangulaire prétorqué pendant le cour à Harrogate.

donnèrent une conférence dans le cadre du programme des assistants à la «British Orthodontic Conference» à Harrogate. Le succès fut tellement inattendu qu'il attira de nombreux orthodontistes en dehors du programme professionnel. A mains levées, on se rendit compte que plus de la moitié de l'assistance employait le Tip-Edge et l'on estime que les quatre cinquièmes des orthodontistes anglais ont maintenant suivi un cours de Tip-Edge.



Les instructeurs et les participants du cours Tip-Edge donné au Crown Hotel à Harrogate, Angleterre.

Le Dr Roche enseigne le Tip-Edge au Brésil



En novembre 1997, le Dr Thomas Roche a donné un cours de trois jours de Tip-Edge sur tyodont à 48 participants à Rio de Janeiro suivi d'un cours avec 53 participants à Piracicaba au Brésil. Il était aidé par plusieurs docteurs (voir page 1) qui enseignent le Tip-Edge au Brésil, de même que par les Drs Ruy Rodriguez, Evandro Coelho et Rodolfo Machado non représentés sur la photo. Margaret Durighetto était l'interprète du cours. Le Tip-Edge semble être en bonnes mains au Brésil.



Pratique de Tip-Edge à vendre. Plus de 200 cas commencés en 1997. Columbus Ohio, Ph (614) 235-2839.

Fax: 0044 113 2539193

Tel: 0800 73152

England

Morley, Leeds, LS27 0JG

12 Bruntcliffe Way

Fountain Court

TP Orthodontics UK

Serving Belgium

Fax: 219-324-3029

Tel: 800-348-8856

LaPorte, IN 46350

100 Center Plaza

TP Orthodontics, Inc.

Serving Canada

Vous désirez, recevoir
gratuitement, Tip-Edge
Today. Faites vous
connaître de notre
service.

Bruxelles

Docteur Gérard De Coster

Traduit par le

TIP EDGE
TODAY