

LES PANTOUFLES À TROIS ORTEILS DU DR PARKHOUSE (À GAUCHE) LUI VALURENT UN TOUR DANS LA CHAISE ROULANTE PENDANT LE COURS DE LONDRES, PAGE 4.



TIP-EDGE® TODAY

Published Quarterly In The USA



DES ETUDIANTS RESIDENTS DE PREMIERE ANNEE DE L'UNIVERSITE DE ST LOUIS ET LES DRS CHRIS ET PETER KESLING LORS D'UN RECENT COURS A L'ORTHODONTIC CENTER.

PRINTEMPS 1999

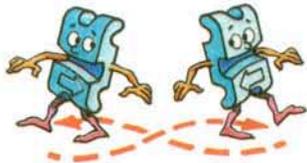
EN BREF

LES OBJECTIFS CHANGENT, LE RÉSULTAT RESTE



Le temps et l'expérience ont changé l'ordre des objectifs de traitement. Editorial.

L'INVERSION DES BRACKETS—C'EST UN CHANGEMENT



Le cas en question montre l'importance qu'il y a à inverser les brackets des secondes prémolaires. Page 2.

LES TIP-EDGE JUMELÉS ONT BESOIN DE PLUS D'ESPACE



La plus grande largeur des brackets Tip-Edge jumelés exige un placement plus gingival. Page 3.

EDITORIAL

Au cours du temps, les objectifs changent

Par Peter C. Kesling, D.D.S., Sc.D.

Depuis l'introduction des brackets Tip-Edge et de la Technique Différentielle de l'Arc Droit il y a dix ans, les objectifs des premiers stades de traitement ont changé. C'est le résultat du fait que les orthodontistes dans le monde deviennent de plus en plus conscients des capacités à mouvoir les dents et des superbes possibilités d'ancrage inhérentes à la gorge changeante du bracket.

On a progressivement réduit le nombre d'objectifs du stade un et augmenté ceux du stade deux. Le résultat en est une réduction du temps total de traitement dans certaines malocclusions—spécialement celles avec extractions, puisque le stade deux et la fermeture d'espaces commencent plus tôt.

Les objectifs du premier stade du traitement de l'Arc Droit Différentiel ne sont plus que trois:

1. Aligner les dents antérieures pour éliminer l'encombrement ou les diastèmes.
2. Correction verticale des supra ou infraclusives antérieures.
3. Correction horizontale des overjet ou underjet.



Bien sûr on peut commencer à faire d'autres corrections dès le début du traitement, mais il ne faut pas attendre leur achèvement avant de commencer le stade deux. Par exemple les rotations de prémolaires (sauf dans les cas de deep bite) et la correction d'articulés croisés postérieurs au moyen d'élastiques croisés bilatéraux et d'arcs

en expansion ou en constriction. Le point important à retenir en ce qui concerne l'occlusion postérieure au cours du stade 1 est que les molaires opposées doivent être en occlusion—qu'il y ait articulé croisé

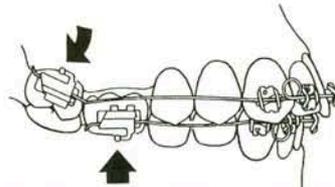


Figure 1. La seconde molaire supérieure peut opérer une version distale et faire de l'hyperéruption sous l'influence de la coudure d'ancrage. La molaire inférieure peut faire librement son éruption à cause de la coudure d'ouverture d'occlusion et des élastiques intermaxillaires de Classe II. TIP EDGE GUIDE 3è édition; Two Swan Advertising, Westville, IN.

ou pas. Si les molaires ne sont pas en occlusion, l'une ou les deux peuvent faire de l'hyperéruption suite à l'ouverture d'occlusion et/ou de la force élastique. Avec comme résultat des complications et un allongement du traitement. Figure 1.

Des arcs à loops verticaux sont maintenant réservés à l'alignement des dents antérieures dans les cas sans extraction. Lorsqu'il existe des espaces postérieurs, même l'encombrement antérieur le plus grave peut être facilement corrigé avec des arcs au nickel titanium, des ligatures

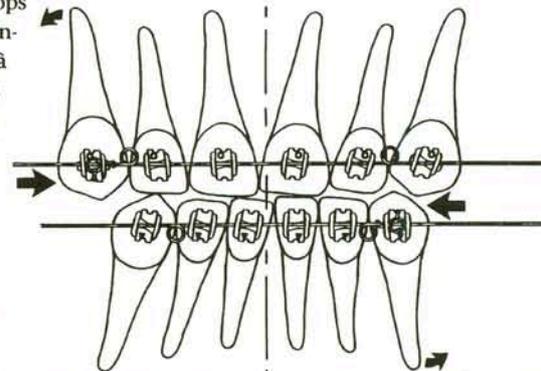


Figure 2. Des ressorts Side-Winder antihorlogiques appliqués sur la canine supérieure droite et la canine inférieure gauche pour corriger la déviation de la ligne médiane. TIP EDGE GUIDE 3è édition Court Two Swan Advertising, Westville, IN.

élastomériques sur les arcs droits ou dans certains cas le power tipping de canines en sens distal.

Le stade deux a maintenant sept objectifs—certains venant du stade un d'autres nouveaux.

1. Fermer les espaces postérieurs résiduels.
2. Corriger ou maintenir la ligne médiane.
3. Corriger les articulés croisés postérieurs.
4. Continuer la mise en occlusion des molaires en Classe I.
5. Faire de l'hyperrotation des prémolaires en rotation importante.
6. Nivelier les molaires d'ancrage (si elle sont en distoverision).
7. Maintenir toutes les corrections de dents antérieures réalisées au cours du stade 1.



Suite de l'EDITORIAL page suivante

BD DE TIP-EDGE

ACCESSOIRES UTILISÉS AVEC LES BRACKETS TIP-EDGE*

Expansion palatine rapide	8%
Appareil fonctionnel/Herbst	11%
Ancrage extraoral	15%
Contrôle vertical extraoral	15%
Traitement en deux phases	21%

*Pourcentage de patients traités.

Données résultant d'une étude auprès d'orthodontistes utilisant le Tip-Edge et la TDAD.

EDITORIAL

Les objectifs changent . . . Suite de la page 1

L'attention accordée à la ligne médiane dentaire est l'objectif nouveau le plus significatif du stade deux. Les déviations de la ligne médiane sont d'habitude le résultat de la version distale inégale des canines inférieures, Figure 2.

Si l'on n'y prend garde pendant la fermeture des espaces postérieurs, on peut avoir comme résultat une tendance à une classe II molaire d'un côté et une classe III de l'autre côté. En appliquant correctement les ressorts Side-Winder aux canines inférieures, leur degré de version distale peut facilement être harmonisé.

Cela a comme conséquence de modifier le rythme de fermeture d'espace de chaque côté et d'aider à l'obtention d'une Classe I molaire à la fin du stade deux. Des changements ultérieurs de la ligne médiane au cours du stade trois sont réduits ou éliminés parce que le degré de redressement radiculaire de chaque côté de l'arcade dentaire est équilibré.

Les objectifs du stade trois restent les mêmes:

1. Obtenir l'inclinaison axiale finale de toutes les dents.
2. Maintenir toutes les corrections faites aux stades deux et trois.

Bien que les objectifs n'aient pas changé, la façon d'obtenir le torque

radiculaire au cours du stade trois est plus varié et est presque automatique avec les arcs rectangulaires. Les auxiliaires de torque à deux ou quatre éperons sont maintenant réservés aux cas réclamant un degré très grand de torque. Au fur et à mesure que l'on découvre le vaste potentiel d'ancrage inhérent à la Technique de l'Arc Droit Différentiel, de tels cas sont devenus extrêmement rares. Le nombre de cas requérant des extractions sont plus rares également (moins de 30-35 pour cent) et lorsqu'ils sont nécessaires la tendance est à l'extraction plus distale—secondes prémolaires de préférence aux premières.

Les besoins de torque sont dès lors moins importants et peuvent être exécutés de façon plus esthétique au moyen des AITR's, barres de torque et, lors de l'usage des arcs rectangulaires, avec les ressorts Side-Winder eux-mêmes.

Note: Tous les changements d'objectifs mentionnés ci-dessus ainsi que la manière de les atteindre sont expliqués dans la troisième édition 1998 de 235 pages du Tip-Edge Guide. On y trouve aussi le dernier chapitre sur la finition avec les arcs rectangulaires du Dr R.C. Parkhouse ainsi que des tirés à part sur des améliorations d'appareils, des Q's et R's et des rapports de cas. Pour commander, appelez: 1-800-TIP-EDGE



Les radiographies révèlent l'importance qu'il y a à inverser les brackets de secondes prémolaires

Il est bien connu que la forme de la gorge du bracket Tip-Edge permet la version radiculaire dans une direction (habituellement distale) et procure un contrôle final de la couronne dans une autre.

Cependant, les brackets de prémolaires sont faits pour permettre la version coronaire soit dans le sens horlogique soit anti-horlogique. Lorsque les brackets sont livrés dans des kits de non-extraction, toutes les prémolaires sont faites pour permettre une version coronaire distale. Ceci pourrait poser un problème si un tel kit était employé par un opérateur inexpérimenté chez un patient où l'on aurait extrait les premières prémolaires. On a vécu récemment cette situation au cours d'un traitement fait par un opérateur étudiant gradué.

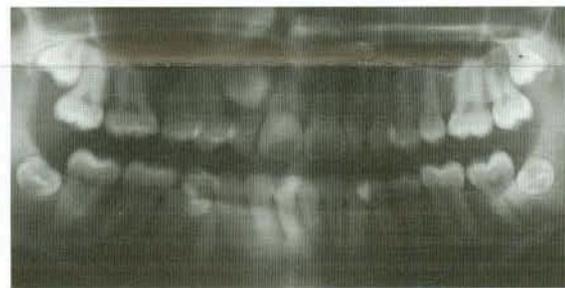
Tous les étudiants ont reçu des kits de brackets Tip-Edge de non-

extraction et on leur a demandé d'inverser le bracket de la seconde prémolaire de gauche à droite si leur plan de traitement prévoyait l'extraction de la première prémolaire. Le cas en question présentait un encombrement considérable avec une canine supérieure et une prémolaire inférieure incluses du côté droit. Les quatre premières prémolaires furent extraites mais l'étudiant oublia d'inverser les brackets des secondes prémolaires.

Le patient fut placé en stade trois avec un arc; 022" inférieur et un 0215" x .028" supérieur. Les ressorts Side-Winder furent placés ainsi qu'il eut été normal pour un cas d'extraction de premières prémolaires. A peu près à ce moment la patiente découvrit qu'elle était enceinte et demanda qu'on ne prenne plus de radiographies jusqu'après la naissance du

Suite page 3

Figure 1. Au début du traitement on a redressé les secondes prémolaires supérieures. Le plan de traitement comportait l'extraction des quatre premières prémolaires.



Q's et R's

Q. J'ai commencé il y a peu près six mois un cas d'extraction de quatre premières prémolaires et j'ai attendu l'éruption des canines. Elles sont maintenant collées—les espaces supérieurs sont presque fermés et le profil est bien meilleur. L'overjet s'est réduit jusqu'à peu près 4mm mais les espaces d'extraction inférieurs sont toujours assez ouverts. Je voudrais obtenir plus de correction antéropostérieure, la réduction de l'overjet et la fermeture des espaces. Dois-je engager les prémolaires? Pourrais-je utiliser un E-Link très léger à l'arcade inférieure pour accélérer la fermeture d'espace? Il semble être un porteur d'élastique moyen.

Greencastle, INDIANA

R. Vous faites bien—jusqu'ici. Pour obtenir les corrections que vous désirez, un porteur d'élastiques moyen n'y arrivera pas. Les élastiques doivent être portés 24 heures par jour avec une force mesurée de 2-2.5 onces. Il est fréquent que les espaces supérieurs se ferment plus vite que les inférieurs—os mandibulaire plus dense—les espaces supérieurs étant employés pour la rétraction antérieure etc. Assurez-vous que les coutures d'ancrage sont dans le bon plan. Ne placez pas d'E-links à l'arcade inférieure, les incisives se verseraient en sens lingual et l'overjet augmenterait—ce que l'on veut éviter.

Q. J'ai un patient où l'extraction de quatre prémolaires est nécessaire pour corriger la malocclusion. Les secondes prémolaires supérieures sont très petites aussi bien dans le sens mésiodistal qu'occluso-gingival alors que les premières prémolaires sont grandes et bien formées. Je voudrais extraire les secondes prémolaires supérieures mais les premières molaires sont en classe II complète. J'ai peur d'avoir des difficultés à maintenir les molaires en position distale pendant le traitement. Dois-je modifier mes mécaniques de traitement ou utiliser une force extraorale pour corriger les relations molaires de classe II si je choisis l'extraction des secondes prémolaires supérieures et des premières inférieures?

New York, NEW YORK

R. Dans le Traitement des Classe II par la Technique Différentielle de l'Arc Droit, les molaires supérieures ne sont jamais utilisées comme ancrage au cours du stade I. Aucune force de sens mésial n'étant appliquée aux molaires supérieures jusqu'après que l'overbite et l'overjet aient été corrigés, le problème de la perte d'ancrage supérieure dans les traitements de classe II n'en est pas un—même avec l'extraction des secondes prémolaires supérieures. Il n'est pas nécessaire de changer vos mécaniques de traitement pour ce patient. En conservant les premières prémolaires supérieures vous aurez un bien meilleur résultat de traitement.

Les radiographies révèlent . . . Suite de la page 2

bébé. Cela empêcha le contrôle du redressement mésiodistal de ses dents au moyen d'une radiographie panoramique comme on le fait généralement vers la fin du stade trois. Les brackets Tip-Edge étant conçus pour limiter le redressement, il fut décidé de laisser tous les ressorts en place au cours de sa grossesse.

Dix mois après le début du stade trois la patiente avait accouché d'un garçon en bonne santé et on prit une radiographie panoramique Figure 2. Celle-ci révéla que les racines des secondes prémolaires supérieures avaient été hyperredressées dans le sens mésial. En fait, les brackets étant à l'en-

vers, ces dents avaient subi pendant dix mois du power tipping, ne se redressant pas du tout. La solution était d'inverser les ressorts Side-Winder, de droite à gauche, et de ramener les racines dans leur position de redressement correcte. Le seul dommage est que la patiente a été obligée de porter l'appareil pendant quatre ou six mois de plus que ce qui aurait été autrement nécessaire.

La reconnaissance et le rapport de cet incident mettent en évidence l'importance du placement correct du bracket Tip-Edge, non seulement sur les secondes prémolaires, mais aussi sur toutes les dents.

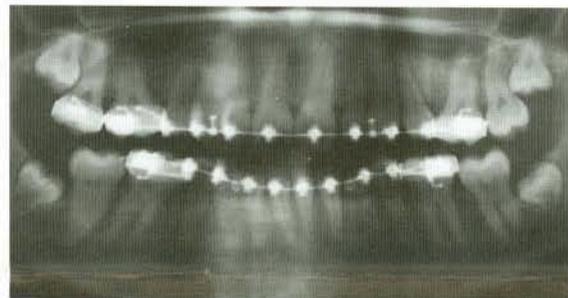


Figure 2. Les brackets des secondes prémolaires supérieures n'ont pas été inversés passés de gauche à droite. Le résultat en est le power tipping indésirable de leurs racines en sens mésial.

Les brackets jumelés Tip-Edge ont besoin de plus d'espace

Les orthodontistes habitués aux brackets étroits tels que les Tip-Edge RX-1 (ou même le 256) pourront être obligés de changer la hauteur de collage sur les dents inférieures lorsqu'ils emploient les brackets jumelés de Tip-Edge. Leur largeur plus importante peut faire que les dents supérieures entrent en contact occlusal avec leurs ailes Figure 1A.

Des brackets plus étroits peuvent être collés à 4 et même 3.5 mm du bord occlusal à l'arcade inférieure et ne pas avoir de telles interférences, les cuspidés opposées supérieures pouvant passer entre eux Figure 1B. Bien sûr, il ne serait pas bon de coller les prémolaires à un niveau inférieur aux tubes molaires et aux brackets antérieurs. Cela obligerait à plier l'arc des deux côtés des prémolaires pour éviter leur hyperéruption relative.

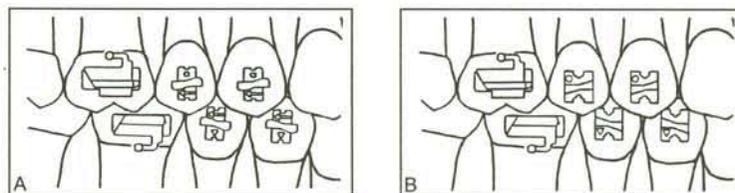


Figure 1 A et B. A) Les brackets Tip Edge Rx-1 étroits peuvent être collés relativement haut sur les dents inférieures avec peu de chances d'être heurtées par les dents opposées B) Lorsqu'ils sont collés à la même hauteur, les brackets jumelés Tip Edge plus larges peuvent gêner l'occlusion. La solution est de positionner plus bas tous les attachements inférieurs, molaires comprises.

Pour cette raison; lorsqu'on désire utiliser les brackets jumelés de Tip-Edge, le niveau de collage de tous les attachements inférieurs, y compris les tubes molaires devrait être plus proche de la gencive. Cela réduira les chances d'interférence occlusale et rendra possible l'usage d'«arcs droits» une joie lorsqu'on passe à l'arc rectangulaire au stade trois de la Technique Différentielle de l'Arc Droit.

RAPPORT DE CAS

Cette femme de 34 ans présentait une malocclusion de classe III avec des articulés croisés antérieur et bilatéraux postérieurs. La patiente a une fente palatine opérée dans l'enfance. Les deux canines permanentes supérieures manquent. L'extraction de dents inférieures était indiquée pour rétracter les incisives. A cause d'une récession gingivale importante, les deux canines permanentes inférieures furent extraites; les photos intraorales prises six ans après la dépose des appareils montre la stabilité de la correction.



Appareils Tip-Edge avec fil .016" hautement résilients placés aux deux arcades. Un ressort à boudin crée de l'espace pour la prémolaire à l'arcade supérieure. On demanda à la patiente de porter des élastiques de Classe III légers 24 heures par jour.



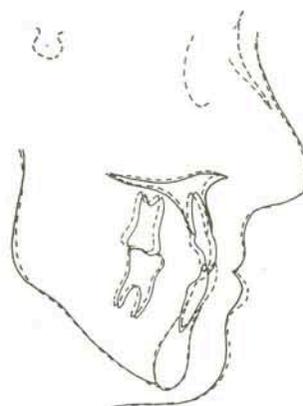
Pré-stade III. Les prémolaires sont collées et l'arc engagé. Les coudures d'ancrage mésiales aux molaires sont supprimées pour faire place à des coudures d'occlusion.



S.S. Femme 34 ans
 Manquantes 13 et 23
 Extractions 33,43
 Arcs utilisés 4 (2 sup., 2 inf.)
 Durée du traitement 24 mois
 Contention Retainer supérieur
 Spring aligner inférieur



Stade III. Arcs de .022" très résilients aux deux arcades. Des ressorts Side-Winder engagés dans les brackets des dents requérant du redressement.



Changements Céphalométriques:

	Début-Pointillé	Fin-Continu
1 A-Po	+6.5 mm	+1.5 mm
Wits	-9.0 mm	-5.0 mm
SN-MP	45.0°	45.0°
SNA	71.0°	73.0°
SNB	74.5°	74.0°
ANB	-3.5°	-1.0°
1-SN	94.0°	93.5°

Le Centre Postgradué de Londres présente un cours de Tip-Edge

Un cours de Tip-Edge de deux jours a eu lieu au nouveau Centre Postgradué au St Georges Hospital dans le Sud-Ouest de Londres. Le cours eut lieu les 12 et 13 décembre avec 20 participants.

Le Dr Richard Parkhouse du Pays de Galles, assisté par le Professeur Andrew Richardson de Belfast, était l'hôte du cours. Le Centre Postgradué est un endroit idéal pour le cours grâce à un vaste auditoire salle de typodonts et réfectoire.



Le Dr Parkhouse (centre) et le Professeur Andrew Richardson (quatrième de la droite) avec des participants au cours de Tip Edge de deux jours donné au Postgraduate Center au St Georges Hospital.

Nouvelles de Russie

En septembre 1998, les Drs Doyle Baldrige et Wayne Logan ont présenté le 4^{ème} cours de Tip-Edge à l'Université d'Etat de Khabarovsk, Russie avec 20 participants. Le Dr Igor Yelistratov de Khabarovsk, assistait également au cours.

Tip-Edge en Australie du Sud

Un cours de Technique Différentielle de l'Arc Droit fut un succès exceptionnel à Adélaïde, Australie du Sud grâce aux nombreux talents du Dr Richard Parkhouse et à l'aide de TP; Le cours eut lieu les 29 et 30 octobre au Radisson Playford Hotel à Adélaïde et fut suivi par 47 participants, comprenant des orthodontistes spécialisés et des étudiants gradués.



Le garçon du premier rang (culottes bleues) est le fils de l'un des participants. Il sembla comprendre beaucoup de ce que Richard présentait et était fasciné par les typodonts! Peut-être avons-nous là un opérateur de Tip-Edge en herbe; Ceci illustre l'habileté de Richard à communiquer.

Prof. Wayne J. Sampson
P.R. Begg Chair in Orthodontics

Evident S.A.
2 bis, rue Mercœur
75544 Paris Cedex 11
France
Phone: 011-33-1-4348-6727
Fax: 011-33-1-4348-2911

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