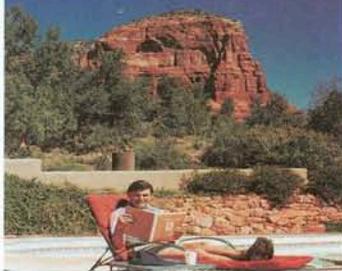


LE DR RICHARD PARKHOUSE ABSORBE LE SOLEIL ET LE NOUVEAU GUIDE TIP-EDGE PENDANT LE RASSEMBLEMENT À SEDONA, PAGES 3 & 4.



TIP-EDGE® TODAY

Published Quarterly In The USA



LE DR PETER KESZLING À GAUCHE, EXAMINE LES MOULAGES DU DR MARK PECHERSKY, AUTEUR DU MEILLEUR CAS DE TIP-EDGE AU "LIGHT FORCE AMERICA MEETING" À PITTSBURGH, PENNSYLVANIE.

ETE 2000

EN BREF

COMMENT COMMENCER: VITE OU LENTEMENT?

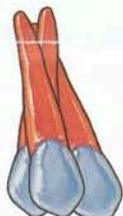
Il est parfois indiqué de commencer le traitement doucement, d'autres fois mieux vaut un début énergétique, Editorial.



Le mouvement dentaire différentiel présente le nouveau GUIDE

TIP-EDGE

La canine de la couverture exécute la "danse différentielle" pendant que le lecteur absorbe le Tip-Edge, Page 3.



2 3 1

LES ORTHODONTISTES VONT-ILS DEVENIR INVISIBLES?

Le magazine TIME prédit la disparition des orthodontistes dans 10-15 ans, Page 4.



LA BD DE TIP-EDGE



Tippy fait à nouveau mouche-le bracket C.A.T. n'est plus fabriqué. Cela en fait trois d'éliminés et il y en a d'autres en vue.

EDITORIAL

Début de traitement actif ou passif

Par Richard T. Conlin, D.D.S.—Pittsburgh, Pennsylvania

Lorsque le Dr P. Raymond Begg imagina un appareil capable de mieux ouvrir l'occlusion et de placer les dents sur leur base apicale naturelle, il préconisa l'utilisation de:

1. Un bracket exempt de friction.
2. Un arc de .016" dur et résilient.
3. Une force élastique légère. Ceci devint la règle.

Avec les technologies nouvelles, les options disponibles se multiplièrent et il devint possible d'avoir des approches différentes tout en s'en tenant aux standards classiques. Ce papier discute deux options de base pour débiter un cas, l'une active, l'autre passive, chose rendue possible grâce à l'introduction des arcs en nickel-

titanium et du bracket Tip-Edge.

Le début actif

L'ouverture de l'occlusion permettant de supprimer les interférences occlusales pour "traiter le cas," nous employons des forces en équilibre consistant en de fortes coudures d'ouverture d'occlusion. Nous adaptions cet équilibre de forces à la difficulté du cas. Au premier stade d'un cas classique de Classe II Division 1, il est urgent de:

1. Ouvrir l'occlusion et amener les incisives en bout-à-bout.
2. Rétracter les incisives en position sûre.
3. Amener la mandibule en position de Classe 1.

Ceci requiert toute l'énergie

dont nous pouvons disposer—c'est-à-dire de fortes coudures d'ouverture d'occlusion plus des élastiques d'une force de 2 onces à porter 24 heures par jour. C'est la façon classique de commencer.

Indications:

Actif:

1. Cas de Classe II Division 1 ou 2.
2. Cas de Classe I avec protrusion excessive des incisives supérieures.
3. Toutes les occlusions basses.
4. Les protrusions bimaxillaires.

Le début passif

Dans de nombreux cas, l'overjet et l'overbite ne sont pas

Suite de l'EDITORIAL page suivante

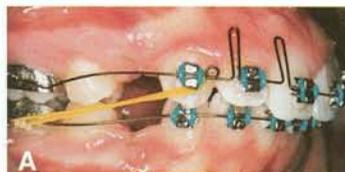
Un début actif de cas

Amber est une fille blanche présentant une malocclusion de Classe II Division 1.

Données céphalométriques:

Wits	+6 mm
FMA	29°
1-SN	115°
T A-Po	+5 mm

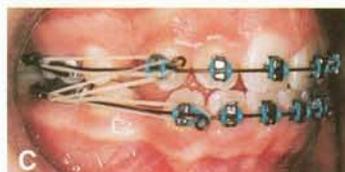
Toutes les conditions sont réunies pour un "début actif." A l'âge d'environ 15 ans, la plus grande partie de la croissance étant passée, il était donc nécessaire de profiter de toute croissance résiduelle pour mobiliser la mandibule. De plus, les segments supérieurs et inférieurs étaient au-delà des limites antérieures et l'occlusion était modérément fermée. Notre mission était d'ouvrir, rétracter et transférer immédiatement.



A



B



C



D

Figure 1, A-D.

Un arc à loops (.016") et des élastiques légers (2 onces) sont placés au début. Figure 1 A&B. On continua à appliquer ces forces jusqu'à l'obtention d'un bout-à-bout incisif et l'on installa les mécaniques du stade deux, Figure 1 C&D.

EDITORIAL

Débuts de traitement actifs ou passifs . . . suite de la page 1

très importants; la protrusion incisive n'est pas très forte et les problèmes sont dentaires plutôt que squelettiques. Dans certains cas il y a de l'espace disponible alors que d'autres sont très encombrés. Il ne semble en tous cas n'y avoir aucune urgence. Nos objectifs du stade 1 sont simplement:

1. Mettre les dents en position convenable pour nous permettre de passer aux autres stades du traitement.

Nos exigences sont alors seulement passives; nous pouvons laisser les dents "se mettre en place" sur la base apicale. Ceci ne réclame qu'une force passive sans coutures d'ancrage ni force élastique. On obtiendra cette "passivité" avec des arcs de .012" ou .014" en nickel-titanium.

Indications

Passif:

1. Cas de Classe I avec encombrement.
2. Cas limite—extraction ou non-extraction.
3. Cas très encombré de toute classe lorsque l'engagement d'arc dur résilient est impossible ou difficile.
4. Cas de Classe III. Les mécaniques passives n'influenceront pas le type squelettique et il sera facile de placer un arc actif après un bref stade passif.

Début passif de cas

Keith est un garçon blanc âgé de 13 ans avec une malocclusion de Classe 1 très encombrée.

Données céphalométriques

Wits +1 mm
FMA 26°
I-SN 115°
∠ A-Po +1 mm

Etant donné que dans un cas de Classe 1, on n'a pas besoin de croissance et que l'extraction des prémolaires procure plus que l'espace nécessaire pour désencombrer les incisives, il n'y a pas d'urgence. En plus un arc à loops aurait été difficile pour cet ado très actif. La mission est simple: engager les dents partout où c'est possible en vue de les positionner pour le stade suivant (deux) de traitement.

Conclusion

Il n'y a pas mieux qu'un arc actif pour traiter les malocclusions squelettiques et les occlusions basses les plus difficiles. Le début "actif" nous procurera une ouverture rapide de l'occlusion et des conditions de traitement faciles.

Dans les cas où il n'y a pas urgence, le début "passif" sera plus facile pour l'opérateur et bien plus confortable pour le patient. Le résultat désiré pourrait cependant être plus long à obtenir.

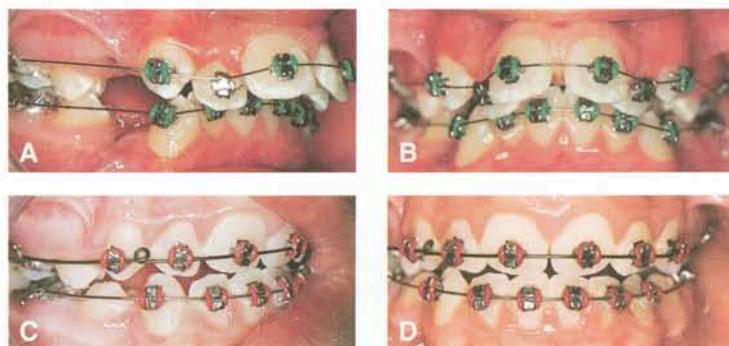


Figure 2, A-D.

Des arcs en nickel-titanium sont placés et engagés selon les possibilités Figure 2, A&B, et après 5 semaines on put engager toutes les dents. Dix mois plus tard un arc supérieur en acier de .022" et un inférieur de .016" sont en place. Notez que les dents supérieures et inférieures ont été rétractées et que les espaces d'extraction sont fermés sous l'action des légers élastiques de Classe II seuls. Figure 2, C&D.

Note de l'éditeur: Le Dr Conlin a promis d'envoyer les documents de fin de traitement des deux cas pour publication dans un futur numéro de Tip-Edge Today.

Q's et R's

Q. J'ai un cas de protrusion bimaxillaire où les quatre premières prémolaires ont été extraites. Les incisives sont alignées mais semblent se rétracter de plus en plus en arrivant en bout-à-bout. Est-ce un problème? Je crains de rétracter les six dents antérieures en une fois de peur de perdre l'ancrage. Devrais-je commencer par rétracter les canines?

Thibodaux, LOUISIANA

R. Votre question montre que vous utilisez le Tip-Edge avec une conception Edgewise. Il faut vous rendre compte que la gorge du bracket edgewise (zéro-zéro ou préajusté) fonctionne comme un tube vestibulaire et transforme les dents à rétracter en dents d'ancrage. La gorge du bracket Tip-Edge par contre permet la version des dents, ce qui facilite la rétraction des six dents antérieures sans perte d'ancrage important.

Vous devriez placer des arcs de .022" dans les tubes occlusaux et appliquer des E-links de 3 onces allant du cercle de la canine aux molaires; le patient doit porter des élastiques intermaxillaires (2-3 onces) suivant les besoins pour maintenir la position bout-à-bout pendant la fermeture des espaces. Reportez-vous au chapitre du stade 2 dans le GUIDE TIP-EDGE.

Une déclaration qui témoigne du manque d'information au sujet du Tip-Edge

La déclaration suivante fut faite par le Dr Robert C.L. Sachdeva lors d'une interview avec le Dr Larry White, éditeur du numéro d'avril 2000 du JOURNAL OF CLINICAL ORTHODONTICS:

"De plus, la peur d'exercer des forces excessives sur les dents et de causer le descellement des brackets détourne l'orthodontiste de l'usage de fils de dimension importante."

Il faudrait dire au Dr Sachdeva qu'étant donné qu'il est possible d'augmenter la dimension du bracket Tip-Edge, les orthodontistes qui l'utilisent ne craignent pas de placer des fils de diamètre important (même rectangulaires). En effet, aucune force excessive pouvant provoquer descellement ou inconfort n'est exercée.

Quatrième édition du Guide Tip-Edge

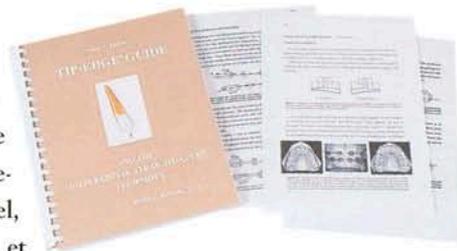
Le Dr Peter Kesling vient de terminer la quatrième édition du Guide Tip-Edge. Depuis sa publication en 1988, le guide a été réimprimé six fois au cours de quatre éditions.

Par rapport à la troisième édition, la quatrième comporte 263 pages avec de nombreux changements et additions. Il y a quatre nouveaux rapports de cas, des extraits d'articles de TIP-EDGE TODAY et plus de questions et réponses.

Tenant compte des changements technologiques et de la meilleure connaissance du mouvement dentaire différentiel, les objectifs des stades 1 et 2 ont été remaniés. Il n'y a plus que trois objectifs au stade 1, mais sept au stade deux.

L'usage des barres de torque a été modifié pour une efficacité accrue et leur application clarifiée grâce à de nouvelles illustrations. Les appareils outrigger, réponse à la non-coopération avec les élastiques, sont discutés de même que l'usage de la nouvelle identification des élastiques par leur valeur Tru-Force®.

Tout qui emploie le Tip-Edge devrait posséder cette quatrième édition dans sa bibliothèque. Une lecture attentive peut tenir lieu de révision ou de cours avancé.



Les barres de torque—augmentation de leur efficacité et de leur facilité de placement

Dix ans d'expérience avec les barres de torque en nickel titanium nous ont beaucoup appris sur leur usage et leurs indications.

Il est important de savoir que les barres de torque sont plus efficaces (leur degré de torque est plus grand) lorsqu'elles dépassent les brackets des canines.

Lorsque la barre dépasse la canine distalement, ses extrémités doivent être arrondies et réduites en dimension pour faciliter son engagement dans le bracket en même temps que l'arc principal Figure 1A.

En second lieu, quelle que soit

la dent qui supporte l'extrémité de la barre de torque (canine ou incisive latérale) celle-ci doit également recevoir un ressort Side-Winder.

Les ressorts à l'extrémité des barres de torque sont nécessaires parce que les forces dirigées en sens gingival pourraient provoquer le mouvement mésial des racines.

Pour faciliter le placement de la barre de torque, on commence par la fixer avec une ligature métallique à l'incisive centrale, ses extrémités reposant passivement en direction gingivale. De petits segments de Bump-R-

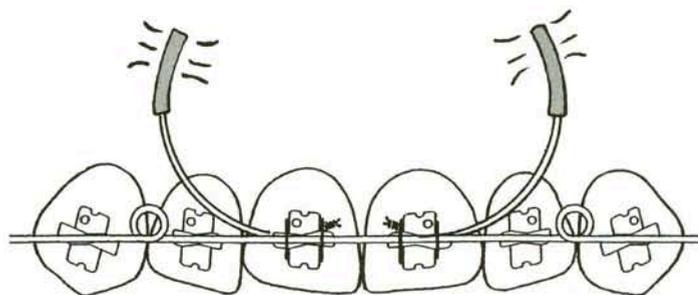


Figure 2. Pour faciliter la fixation de la barre de torque de 30°, on la ligature dans la gorge profonde des incisives centrales en même temps que l'arc principal. Les extrémités recouvertes de Bump-R-Sleeve, reposent passivement en sens gingival. Il n'est pas nécessaire de placer des ressorts Side Winder sur les incisives centrales et latérales lorsque la barre de torque dépasse les canines. Rappelez-vous: l'extrémité rouge est à droite.

Sleeve® (diam int .018") peuvent être glissés aux extrémités pour le confort du patient Figure 2.

Les barres de torque sont indiquées chaque fois que l'on emploie des arcs de .022" au stade trois. Ceci comprend les cas qui ne réclament pas de torque au niveau des canines, prémolaires ou molaires. Les barres peuvent également torquer plus rapidement que les ressorts Side-Winder sur les arcs

rectangulaires parce que leur force est appliquée immédiatement. Avec les ressorts Side-Winder, les forces initiales sont seulement de second ordre (redressement radulaire distal) jusqu'au moment où la gorge se ferme contre les surfaces supérieure et inférieure de l'arc rectangulaire.

Référence

1. Tip-Edge Guide, Fourth Edition, 2000, PC Kesling; p. S3 Round-7.



Figure 1, A-C. A) L'extrémité de la barre de torque est arrondie et repose du côté vestibulaire de l'arc principal (le ressort Side Winder n'est pas représenté), B) La barre de torque se trouve dans la gorge profonde derrière l'arc principal au niveau de l'incisive latérale et C) La barre et l'arc principal maintenus par une ligature métallique dans le bracket de l'incisive centrale.

RAPPORT DE CAS

Un garçon âgé de onze ans, s'est présenté avec une grave malocclusion de Classe II. L'overjet était de 10mm et les incisives inférieures encombrées se trouvaient à un millimètre en avant de la ligne A-Po. Les dents temporaires restantes et les quatre premières prémolaires furent extraites.

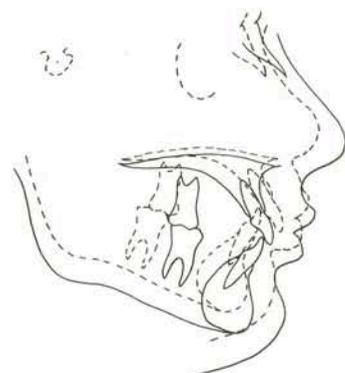


Quatre bagues molaires, douze brackets antérieurs et deux arcs hautement résiliants de .016" sont placés au premier rendez-vous: temps au fauteuil: une heure 10 minutes—un début classique avec des élastiques de Classe II de 2½ onces.

Après douze mois de traitement on place un fil rond de .022" avec une barre de torque de 30° pour obtenir le maximum de torque. Des élastiques de classe II de 3 onces portés pour maintenir la correction de l'overjet.



Huit mois plus tard, un arc supérieur de .0215" x .028" et des ressorts Side-Winder sont placés pour finir avec les mécaniques du stade III rectangulaire, y compris le torque des molaires supérieures.



M.W. Garçon, 12 ans
 Extraction 14. 24. 34. 44
 Arcs utilisés 7 (4 sup, 3 inf)
 Ajustements 18
 Temps de traitement 27 mois
 Contention Perfector
 Inférieur 3-3

Changements Céphalométriques:		
	Début-pointillé	Fin-Continu
1 A-Po	+1.0 mm	+1.5 mm
Wits	+2.5 mm	-2.0 mm
SN-MP	33.0°	29.5°
SNA	85.5°	79.0°
SNB	78.0°	76.0°
ANB	7.0°	3.0°
1-SN	105.0°	101.5°

Rassemblement orthodontique

Du 4 au 6 mai, des orthodontistes venus du monde entier ont assisté au Rassemblement Orthodontique dans la belle cité de Sedona, Arizona. Tous ont apprécié cet événement. Des cliniciens et conférenciers mondialement connus présentèrent un excellent programme éducatif avec divers sujets et du matériel intéressant.

Parmi les sujets traités il y avait l'esthétique faciale dans les cas d'extraction ou de non-extraction, les problèmes de l'ATM-séparant le mythe de la réalité et discutant de la protection de notre pratique contre les implications légales de ces problèmes; on traita aussi de l'efficacité accrue des traitements de Tip-Edge, et de l'évolution de la pratique grâce aux brackets esthétiques.

Le programme social était aussi intéressant avec des tours en jeep dans les Red Rock Mountains, des tournois de golf et un dîner unique au coucher de soleil avec la vue sur le Gran Canyon. Les participants purent contempler l'un des plus beaux sites du monde' et jouir de l'hospitalité que seul TP peut procurer.



Quelques-uns des conférenciers et participants au Rassemblement TP de Sedona, Arizona. De gauche à droite: les Drs Richard Parkhouse, Fernando de Abreu Pereira, Jay Bowman, Ricardo Medellin et Mike Matson.

Achèvement de la formation en Tip-Edge

Des étudiants hollandais ont reçu leurs certificats en avril 2000. Ces Docteurs ont suivi un programme de deux ans au cours duquel ils ont appris le diagnostic et la planification du traitement avec l'appareil Tip-Edge. Les voici avec les Drs William McCoy (à gauche) et Steve Gouw (au centre).



Time Magazine prédit la disparition des orthodontistes

Dans le numéro du 22 mai 2000 de TIME MAGAZINE, les orthodontistes arrivent en sixième position sur la liste de dix emplois/occupations qui vont disparaître dans les 10-15 prochaines années du fait des changements technologiques. Il y est prétendu qu'il n'y aura plus de "bouches métalliques" parce que les programmes de simulation en 3-D fourniront des "aligneurs" jetables.

Cette opinion leur a manifestement été "soufflée" par "Align Technology of California," les promoteurs du système Invisalign d'aligneurs en plastique transparent. N'importe qui ayant quelques années d'expérience avec les tooth positioners et/ou les retainers savent qu'ils ont tout-à-fait tort.

TIP-EDGE TODAY prédit qu'il y aura toujours des orthodontistes, tandis qu'Align Technology disparaîtra avec le temps et/ou l'argent dépensé à essayer d'accomplir des mouvements dentaires qui dépassent les possibilités de l'aligner, appareil uniquement de contention à l'origine.

France Tel/Fax: 0800.91.36.87

Belgium Fax: 0044 113 2539193

Belgium Tel: 0800 73152

England

Morley, Leeds, LS27 0JG

12 Bruncliffe Way

Fontain Court

TP Orthodontics UK

Serving Europe

Fax: 219-324-3029

Tel: 800-348-8856

LaPorte, IN 46350

100 Center Plaza

TP Orthodontics, Inc.

Serving Canada

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

Bruxelles

Docteur Gérard De Coster

Traduit par le

www.tip-edge.com

Visit us
online:

TIP EDGE
TODAY