REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Sous l'égide du: **Ministère de la Santé, de la Population, et de la Réforme Hospitalière**

Et du: **Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique**

# 5ème Congrès de La Société Algérienne d'Orthodontie

Société Algérienne d'Orthodontie
SAO
الجمعية الجزائرية لتقويم الأسنان

3M Unitek

## Thérapeutique Orthodontique :

## Quelles LIMITES à notre pratique ?

**Le 10 décembre 2016 au Stand'all Kiffan club, Alger**

# PROGRAMME



# LES MEMBRES DU BUREAU

**Président**
**Pr Safia LARABA**
Service ODF, CHU Béni-Messous
Tel: 021 93 13 98
LARABA.SAFIA@HOTMAIL.FR

**Vice Président (Centre)**
**Pr Fatma SI AHMED**
Service ODF, Alger
Tel: 021 23 58 55
FAT.SIAHMED28@HOTMAIL.COM

**Vice Président (Ouest)**
**Pr Nouredine AHMED FOUATIH**
Service ODF, Oran
Tel: 041 40 11 80
FOUATIH.NOUREDDINE@UNIV-ORAN.DZ

**Vice Président (Est)**
**Pr El Hadi BELBAHI**
Service ODF, Annaba
Tel: 038 88 40 71

**Vice Président (Sud Est)**
**Dr Ahmed BOURIA**
Service ODF, Constantine
Tel: 031 84 53 91

**Vice Président (Sud Ouest)**
**Dr Anissa KADRINE**
Tlemcen
ANISSAKED.HAMMOUMI@YAHOO.FR

**Secrétaire Général**
**Pr Nadira BENKHERFALLAH**
Service ODF, CHU Béni-Messous
Tel: 021 93 13 98
ORTHOBEN@HOTMAIL.FR

**Secrétaire Général Adjoint**
**Dr Nawal NAIT DJOUDI**
Service ODF, Alger
NAWELNAIT@YAHOO.FR

**Trésorier**
**Dr Réda Lotfi ALIM**
Service ODF, CHU Béni-Messous
Tel: 021 93 13 98
DR.ALIM@HOTMAIL.FR

**Trésorier Adjoint**
**Pr Ghania CHAKER**
Service ODF, Alger
Tel: 021 23 58 55
CHAKERZEM@YAHOO.FR

**LE COMITÉ D'ORGANISATION**
Pr S. LARABA
Pr F. SI-AHMED
Pr N. BENKHERFALLAH
**Dr R. ALIM**
**Dr N. NAIT-DJOUDI**
**Dr R. BENNAI**

# *LE MOT DE LA PRÉSIDENTE*



Chers (es) Collègues

Notre rencontre d'aujourd'hui, la cinquième, devrait nous permettre de réfléchir, de débattre sur les problèmes que notre pratique pose mais aussi pour parler d'avenir.

Merci à vous toutes et à vous tous pour votre fidélité, votre disponibilité et votre volonté affichée d'avancer.

Cet espace, ainsi mis en place, nous permet d'apprendre à échanger, à confronter des points de vue avec tout ce que cela implique de rigueur, d'ouverture vers l'autre pour recevoir et donner.

Le choix du thème de cette année relève de cette même démarche. Il s'agit, en effet de débattre de notre champ d'action, des possibilités qu'il offre et de ses limites.

Cela implique, une rigueur, une curiosité, de l'honnêteté et de la lucidité, en un mot un esprit de recherche.

Ainsi cette manifestation devrait nous permettre de mettre à jour nos connais sances, d'aiguiser notre curiosité mais aussi de nous interroger sur le sens de notre action.

Je vous invite à y penser car plus que jamais nous avons besoin de sens et pour reprendre ***Paul Ricoeur : « l'homme a besoin d'amour certes, de justice plus encore mais il a surtout besoin de signification »***.

Nos procédés thérapeutiques essaient de répondre à l'attente du nos patients ; nous constatons aujourd'hui que les résultats son variables, excellents et stables bien des fois, limites acceptables parfois mais irrecevables dans certains cas. Cette cinquième rencontre devrait permettre d'apporter quelques éléments de réponse et probablement de nouvelles orientations.

Madame le professeur Safia LARABA
Présidente de la Société Algérienne d'Orthodontie

# PROGRAMME SCIENTIFIQUE

**09h00** Séance inaugurale

## 1ère séance : Pr O. SOREL / Pr S. LARABA /Pr N. AHMED FOUATIH

**09h30** Allergies au nickel en ODF : conséquences et recommandations actuelles
Pr A. BOULEMKHALI

**09h45** Dysharmonie dento-dentaire et équilibre global des formes
Pr O. SOREL

**10h45** Les limites de la disjonction du maxillaire
Pr Y. KOURAD / Dr D. ARAB / Pr S. LARABA / Pr N. BENKHERFALLAH

**11h00** Apport de la piézocision dans le traitement des classes II division 2 chez l'adulte
Dr S. MRABET / Pr D. KHASSANI / Pr A. MRABET / Pr N. AHMED FOUATIH

**11h15** Débat

**11h30** Pause café

## 2ème séance : Pr M. LE GALL / Pr F. SI AHMED / Pr N. BENKHERFALLAH

**12h00** Une malocclusion de Classe III ou la partie cachée d'un iceberg
Pr C. TAHRAOUI / Dr K. BENSEDDIK / Dr Z. BOUKHARI / Dr M. BOUZIANE
Dr A. LAMINE / Dr R. GHEZIEL/ Pr G. CHAKER

**12h15** Limites mécaniques des systèmes orthodontiques
Pr M. LE GALL

**13h15** Débat

**13h30** Pause déjeuner

**14h30** Présentation poster ( Salle Alizé )

Jury: Pr O. SOREL / Pr F. AMMOUCHE / Dr N. NAÎT-DJOUDI / Dr K. BENBOUDA

## 3ème séance : Dr A. OUAZZANI / Pr L. BELBAHI / Pr A. BOULEMKHALI

**15h00** Place de l'orthodontiste dans la prise en charge orthodontico-chirurgicale
Dr W. BOUHAFS / Dr N. NAÎT-DJOUDI / Dr R. FOURY / Dr L. BOUHOUCHE
Pr F. SI AHMED / Pr D. ZOUBIRI

**15h15** Stabilité des traitements orthodontiques : Mythe ou réalité?
Dr A. OUAZZANI

**16h15** Réutilisation de mini-implants à visée orthodontique : Quelles limites ?
Dr N. KACI / Dr K. HAKEM /Pr N. BENREKAA / Pr S. LARABA

**16h30** Débat

**16h45** Pause café

## 4ème séance (séance poster) : Pr D. ZOUBIRI / Pr M. DJERAF / Pr Y. KOURAD

**17h15** Remise du prix poster

Limites de l'orthodontie face à certaines pathologies
Pr M. DJERAF / Pr N. BENKHERFALLAH

Les accidents d'exposition au sang (AES) et les agents contaminants en orthodontie
Pr S. MEDDAH / Dr R. DAHMAS

Orthodontie accélérée par Piézocision : Repoussons nos limites
Dr R. ALIM / Pr S. LARABA / Pr N. BENKHERFALLAH

Alternative orthodontique par minivis en présence d'un parodonte amoindri ( à propos d'un cas clinique)
Dr K. BENSEDDIK / Dr Z. BOUKHARI / Dr S. HAMDI / Dr Y. BELAID / Pr S. LARABA
Pr A. BOUKEMOUCHE

Traitement conservateur en réhabilitation neuro-occlusale
Dr A. BELKHIRI / Pr F. SI AHMED / Pr. BOUKAIS

Dents incluses, pourquoi y'a-t-il encore des échecs ?
Dr A. KHEROUA / Pr H. BOUKAIS

Quand faut-il se séparer d'une molaire incluse ? A propos d'un cas
Dr L. CHELLALI / Pr S. LARABA / Pr N. BENKHERFALLAH

La plaque palatine obturatrice dans les cas de fentes labiopalatines : Possibilités et limites
Dr S. OULOUNIS / Dr A. BATAOUCHE / Dr H. SALHI / Dr M. AZOUZI
Dr A. CHELLI / Pr N. BENKHERFALLAH

Traitement de compensation d'une classe III squelettique, à propos d'un cas
Dr H. A. AZZOUNI / Dr S. H. BELBEY / Dr S. MRABET / Pr N. AHMED FOUATIH

Les dispositifs de distalisation des premières molaires supérieures
Dr S. LAZAZNA / Dr H. FERARHA / Dr A. ISMAIL / Pr G. CHAKER / Pr F. SI AHMED
Pr D. ZOUBIRI

Traitement des anomalies squelettiques associées chez l'adolescent : Quelles limites ?
Dr A. BATAOUCHE / Dr L. CHELLALI / Pr S. LARABA / Pr N. BENKHALFALLAH

Les différents dispositifs de contention utilisés en ODF au CHU Mustapha Bacha
Dr H. FERARHA / Dr A. ISMAIL / Dr S. LAZAZNA / Dr B. SEKKOUTI / Pr G. CHAKER
Pr F. SI AHMED / Pr D. ZOUBIRI

**17h30** Cérémonie de clôture et concert de musique andalouse

# RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS ORALES

## Allergies au nickel en ODF : Conséquences et recommandations actuelles

Pr A. BOULEMKHALI: Maitre de conférence A / CHU Blida

Les données actuelles de la littérature suggèrent que le nickel qui est présent dans un large éventail de matériaux utilisés en orthodontie est la cause la plus fréquente d'une réponse allergique sous la forme de dermatite.
Il s'agit d'une Hypersensibilité retardée ou hypersensibilité de type IV qui se manifeste par un eczéma de contact ou des éruptions maculo-papuleuses 24 à 48 heures après contact avec l'allergène.

Les réactions potentiellement allergiques doivent être identifiées avec soin au cours de l'interrogatoire, et leur impact possible sur le traitement doit être évalué en conséquence.

Pour éviter toute erreur interprétative, il plus prudent d'adresser le patient au spécialiste dermatologue qui posera le diagnostic de certitude par la réalisation de patch tests notamment.

Nous ferons le point sur les approches thérapeutiques alternatives essentiellement basées sur l'utilisation de dispositifs de substitution dépourvus de nickel ou encore, sur des traitements spécifiques destinés à accroitre sa résistance à la corrosion.

## Dysharmonie dento-dentaire et équilibre global des formes

Pr O.SOREL: Orthodontiste Spécialiste en ODF, Professeur des Universités, responsable de la section d'ODF à la Faculté d'Odontologie de Rennes et de l'Unité Fonctionnelle d'Orthopédie Dento-Faciale au CHU de Rennes et du Diplôme d'Université d'Orthodontie Linguale Adulte, Président de la SFODF. Auteur de nombreux articles (Orthodontie Française, AJO, Revue d'ODF...) ainsi que de conférences en Algérie, Allemagne, Angleterre, Argentine, Australie, Autriche, Corée, Belgique, France, Italie, Liban, Maroc, Syrie, USA...

Lors des Journées de l'Orthodontie 2007, Axel Kahn compare le sourire au « sémaphore de l'âme ». Assurer cet équilibre participe à la santé de nos hpatients (cf. définition OMS). Les règles de l'harmonie du sourire précisent la position des dents dans la fente labiale ; le positionnement et le déplacement dentaires sont au cœur de notre métier.

En revanche, la dent est trop souvent considérée comme un élément invariable qui influe pourtant sur les équilibres fonctionnels et esthétiques.

A partir de cette contingence, il est nécessaire, dans une première phase, d'avoir une démarche diagnostique précise qui prenne en compte les formes, la symétrie, la couleur… Nous proposons, pour conduire cette analyse, de mesurer les dimensions de chaque dent et de les intégrer dans un calculateur afin d'établir la proportion propre de chaque dent, la symétrie intra-arcades ainsi que l'harmonie inter-arcades.

Dans une deuxième phase, il nous faut déterminer et visualiser les objectifs de remaniement des formes des couronnes par réduction amélaire en les redessinant afin de quantifier les épaisseurs à éliminer. Le calculateur permet alors de reprendre les différents indices et de vérifier le nouvel équilibre. Les progrès de l'informatique trouvent un champ d'application en imagerie médicale pour le traitement des images radiologiques ou des images numériques. L'exploration du volume est à portée de quelques clics. La numérisation des modèles grâce aux caméras digitales est aussi aujourd'hui un outil en devenir qui bouleverse notre routine clinique dans le domaine du diagnostic, de la prévision des déplacements dentaires, du pronostic et dans le suivi de nos traitements grâce aux superpositions numériques. Le travail sur nos consoles d'ordinateur va devenir une routine clinique indispensable dans nos pratiques quotidiennes. La maîtrise de nos traitements passe par cette étape et nous devons dominer l'outil informatique pour y parvenir.

Dans un troisième temps, nous devons oser nous-mêmes rétablir des formes en rapport avec leur optimum afin d'établir la subtilité nécessaire à l'équilibre du sourire de nos patients. Pour cela, il est nécessaire de maîtriser la gestuelle de la réduction amélaire ainsi que l'utilisation du matériel spécifique aux trois phases de la RAP (Réduction, polissage et prophylaxie).

Comme tout praticien responsable du geste thérapeutique, il nous faut mesurer le rapport risque bénéfice de notre intervention, bien préciser le pronostic et donner au patient une information claire et exhaustive. En guise de conclusion, je citerai Émile de Girardin « Gouverner c'est prévoir ».

## Les limites de la disjonction du maxillaire

Pr Y. KOURAD Maitre de conférence A / CHU Beni Messous
Dr D. ARAB / Pr S. LARABA / Pr N. BENKHERFALLAH

Les effets bénéfiques de la disjonction du maxillaire sur le complexe crânio-alvéolo-dento-facial et sur les fonctions orales (ventilation, audition...) sont prouvés. Il reste que cette disjonction présente certaines limites à sa réalisation, comme l'âge du patient , et la synostose des sutures maxillo-faciales.
Pour profiter pleinement de l'efficacité de cette thérapeutique, il est important d'en connaître ses limites.

**Mots clés** : disjonction, limite, efficacité.

## Apport de la piézocision dans le traitement des classes II division 2 chez l'adulte

Dr S. MRABET Maitre assistante / CHU Oran
Pr D. KHASSANI /Pr N. AHMED FOUATIH / Pr A. MRABET

Les traitements orthodontiques, effectués chez un adulte, requièrent la prise en considération des particularités biologiques, modifiant parfois la stratégie thérapeutique ou allongeant la durée du traitement. Les patients présentant une classe II division 2 sont connus pour être des cas difficiles à traiter.
Cette difficulté est due non seulement au déséquilibre squelettique mais égale ment musculaire ainsi que les nombreuses conséquences dentaires et parodontales.

La piézocision a permis de repousser les limites de l'orthodontie apportant ainsi une facilitation au traitement orthodontique par cette technique chirurgi cale.

A travers deux cas cliniques, de patients adultes, traités pour la classe II division 2 qu'ils présentent et avec l'aide de la piézocision, nous illustrerons la possibilité qu'apporte cette technique, qui fait à présent partie intégrante de notre pratique, pour repousser les limites de l'orthodontie conventionnelle tout en réduisant sa durée.

**Mots clés:** Orthodontie de l'adulte, Classe II division 2, Piézocision, Traitement.

## Une malocclusion de Classe III ou la partie cachée d'un iceberg

Pr C. TAHRAOUI Maitre de conférence A / HCA
Dr K. BENSEDDIK / Dr Z. BOUKHARI /Dr M.BOUZIANE / Dr A. LAMINE
Dr R. GHEZIEL/ Pr G. CHAKER

D'après Delaire, la malocclusion de classe III regroupe un très grand nombre de variétés anatomo-cliniques et étiopathogéniques différentes ayant un impact esthétique et fonctionnel handicapants.

C'est une anomalie difficile à traiter, qui se complique parfois de malformations et de troubles de l'éruption dentaire, pour lesquelles la littérature orthodontique nous donne peu d'informations sur l'identification des facteurs à prendre en compte pour le choix des modalités de traitement.

L'orthodontiste, limité dans ses gestes, reste au stade de réflexion subjective fondée sur « le bon sens clinique » d'autant plus que la conduite à tenir pour ces cas reste à définir.

## Limites mécaniques des systèmes orthodontiques

Pr M. LE GALL: Spécialiste qualifié en ODF - Titulaire du Board Français
Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier - Doctorat en Mécanique Energétique - Habilitation à diriger la Recherche - Responsable hospitalo-universitaire de l'UF d'orthopédie dento-faciale Hôpital de la Timone Marseille - Directeur de l'interrégion sud pour le DES en ODF

Que le système orthodontique se présente sous la forme d'appareillages multibagues (attaches conventionnelles ou autoligaturantes), auxiliaires de traitement (lip bumper, arc transpalatin), ancrage intraoral (minivis, élastiques interarcades) ou extraoral (FEO à traction antéro-postérieure ou postéro-antérieure), le contrôle de la mécanique est une nécessité pour que les résultats thérapeutiques soient à la hauteur des objectifs.

Il faut donc connaître les limites mécaniques de chacun de nos systèmes pour éviter l'apparition de mouvements parasites, préjudiciable au déroulement normal d'un traitement.

Au travers différents cas cliniques, nous essaierons de vous guider sur la mécanique la plus appropriée en adéquation avec la séquence thérapeutique correspondante.

## Place de l'orthodontiste dans la prise en charge orthodontico-chirurgicale

Dr W. BOUHAFS Maitre assistante / CHU Mustapha Bacha
Dr N. NAÎT-DJOUDI / Dr R. FOURY / Dr L. BOUHOUCHE / Pr F. SI AHMED
Pr D. ZOUBIRI

Face à l'augmentation considérable de la patientèle adulte désirant bénéficier d'un traitement orthodontique, et malgré les évolutions notables en terme de techniques de prise en charge ; l'orthodontie est parfois confrontée à ses limites face à des patients présentant une dysmorphie squelettique, car au-delà de l'alignement dentaire demandé par le patient, la thérapeutique orthopédique ne peut être envisagée dans ce cas de figure.

La collaboration entre le chirurgien maxillo-faciale et orthodontiste s'avère nécessaire, et ce pour répondre à un optimum occlusal, fonctionnel et esthétique.

Nous vous proposons, dans cette présentation, d'illustrer nos propos par quelques cas cliniques tout en situant la place de l'orthodontiste dans la prise en charge orthodontico-chirurgicale.

## Stabilité des traitements orthodontiques : Mythe ou réalité?

Dr A. OUAZZANI: Chirurgien-Dentiste, Doctorat d'Etat en chirurgie dentaire de la Faculté Dentaire de Casablanca en Octobre 1993 - Spécialiste en Orthodontie pour Enfants et Adultes, Diplôme Universitaire d'Orthodontie de la Faculté Dentaire de Bordeaux en Juillet 1997 - Spécialiste en Orthodontie linguale - pratique privée d'orthodontie exclusive depuis 17 ans - chargé du programme d'enseignement "The ALEXANDER Discipline" pour le Maroc et l'Afrique du nord depuis 2005 (formation réservée aux orthodontistes) Membre titulaire de la Société Marocaine d'Orthopédie Dento-Faciale (SMODF) - Instructeur au sein de l'ALEXANDER Foundation for Orthodontic Research and Education, Arlington,Tx,USA - Conférencier international

Face à la multitude de techniques multibagues et d'appareillages de tout genre,aussi novateurs soient-ils,comment pouvons-nous,en tant qu' orthodontistes,être sûrs de faire le meilleur choix pour nos patients?quels objectifs devons-nous atteindre pour garantir le succès de nos traitements?

Si l'obtention d'un résultat esthétique dentaire et facial,fonctionnel et respectueux du parodonte ne fait pas de doute,la stabilité à long terme reste sujette à controverse.

En effet,pour certains praticiens,la stabilité est une chimère qui justifie la contention à vie.Pour d'autres,non seulement c'est une réalité,mais elle représente le plus haut niveau de qualité d'un traitement!
Alors la stabilité,mythe ou réalité?

C'est à cette question qui divise que nous allons essayer de répondre au cours de notre conférence ,en apportant des preuves scientifiques et cliniques afin de dissiper le doute entourant l'un des sujets les plus sensibles en orthodontie.

## Réutilisation de mini-implants à visée orthodontique : quelles limites ?

Dr N. KACI Maitre assistant / Dr K. HAKEM Assistante SP - CHU Tizi Ouzou
Pr N. BENREKAA / Pr S. LARABA

L'usage des ancrages vissés en orthodontie est aujourd'hui en voie de généralisation. Il suffit de dénombrer dans la littérature internationale de ces dix dernières années les articles qui leur sont consacrés pour constater un intérêt croissant de la part de praticiens du monde entier. Omniprésent dans les nouvelles « Thérapeutiques orthodontiques », le MINI-IMPLANT permet de créer un ancrage absolu et de s'affranchir de la compliance du patient. En revanche, lors de sa mise en place, il arrive que celui-ci ne soit pas mis au bon endroit; entravant ainsi les mouvements dentaires désirés, ou alors mis de travers provoquant ainsi une lésion de ligament alvéolo-dentaire quelque temps après son utilisation. Face à des situations semblables, le praticien, après s'être assuré de la fausse manipulation, retire et replace le mini-implant correctement. Peut-on, alors, recycler les mini-implants utilisés sans risques ?
Par le biais de notre étude expérimentale, nous nous efforcerons de répondre à nos questions.

**Mots clés :** mini-implant, utilisé, retiré, replacé, risques, limites.

# RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS AFFICHÉES

## Limites de l'orthodontie face à certaines pathologies

Pr M. DJERAF / Pr N. BENKHERFALLAH

L'orthodontie connait de remarquables progrès dans les domaines de connaissance de la physiologie, de la croissance, des réactions tissulaires, des moyens de diagnostic de plus en plus pointus, des techniques et des matériaux utilisés. Pourtant, face à certaines pathologies complexes, la pratique orthodontique montre ses limites. Ainsi, le praticien ne peut agir à lui seul, le recours à d'autre spécialistes est plus que nécessaire.

En effet, la prise en charge de ces pathologies ne peut être que pluridisciplinaire. Les objectifs du traitement orthodontique seront alors modulés en fonction du cas. On compte parmi ces pathologies : les décalages sagittaux importants, l'excès dans le sens vertical, les anomalies dentaires, les syndromes...ect.

Dans notre présentation, nous nous proposons d'illustrer notre sujet par certaines de ces pathologies.

## Les accidents d'exposition au sang AES et les agents contaminants en orthodontie

Pr S. MEDDAH / Dr R. DAHMAS

Les AES font partie du risque auquel les personnels de santé, lors de leurs fonctions, sont exposés. En orthodontie comme pour toutes spécialités médicales, le risque existe. L'AES est un accident qui survient d'une manière brutale.

En orthodontie, le spécialiste est exposé à divers agents infectieux dans l'exercice de son activité de soins, aussi bien des patients qu'il reçoit que du matériel qu'il utilise ou encore des composantes organisationnelles ou environnementales de sa pratique.

La prise de conscience de ces risques ainsi que les différents modes de contamination et des gestes à risque, mais également la conduite pratique face à ces accidents est un préalable, pour la prévention.

## Orthodontie accélérée par Piézocision : Repoussons nos limites

Dr R. ALIM / Pr S. LARABA / Pr N. BENKHERFELLAH

Les techniques d'accélération des traitements orthodontiques suscitent de plus en plus d'engouement au sein de la profession, depuis ces 10 dernières années. Notre patientèle, à majorité adulte, montre plus d'exigences à l'égard des résultats mais aussi du temps encouru par nos thérapeutiques.

La piézocision, technique Ortho chirurgicale mini invasive, répond parfaitement au cahier de charge des orthodontistes contemporains.

Elle permet ainsi de réduire de moitié la durée de nos traitement, dans le respect de l'intégrité de la dent et de ses tissus de soutient.

Ce travail aura pour objectif de mettre l'accent sur le double bénéfice de cette technique et de confirmer qu'il existe, à côté du bénéfice orthodontique connu de tous, un réel bénéfice parodontal à exploiter. La piézocision trouve alors toute sa place dans le volet des techniques innovantes et permet de ce fait, d'élargir nos perspectives thérapeutiques tout en repoussant , au plus loin, nos limites.

**Mots clés :** Piézocision , orthodontie accélérée, RAP , Ostéogénèse.

## Alternative orthodontique par minivis en présence d'un parodonte amoindri ( à propos d'un cas clinique)

Dr K. BENSEDDIK / Dr Z. BOUKHARI / Dr S. HAMDI / Dr Y. BELAID/ Pr S. LARABA
Pr A. BOUKEMOUCHE

La collaboration ODF- PARODONTOLOGIE au sein de notre service de médecine dentaire de l'HCA à ALGER, nous amène à consulter des patients adultes. Ces derniers présentent souvent des malpositions dentaires dues à des migrations secondaires causées par la maladie parodontale.

Toutefois, le traitement de ces patients doit prendre en compte certaines particularités (Ancrage déficient, Parodonte affaibli, Occlusion instable...) nous conduisant à utiliser préférentiellement des MINIVIS ORTHODONTIQUES pour de meilleures conditions de prise en charge.

Afin de mieux illustrer nos propos, nous nous proposons, par cette communication affichée, de vous présenter un cas clinique suivis au sein de notre service.

**Mots clés :** Migrations dentaires- Atteintes parodontales - Mini-vis.

## Traitement conservateur en réhabilitation neuro-occlusale

Dr A. BELKHIRI / Pr F. SI AHMED / Pr H. BOUKAIS

Les perturbations occlusales chez l'homme moderne ayant le plus souvent pour origine une croissance insuffisante des mâchoires par manque de sollicitation fonctionnelles, la thérapeutique la plus adaptée est de créer des conditions favorables à un meilleur développement des maxillaires et de procéder à l'expansion des arcades dentaires.

Planas nous propose sa technique d'expansion transversale conservatrice basée sur l'observation de la mastication, la libération des mouvements de latéralité et l'équilibration des AFMP.

Ce travail, est proposé pour évaluer l'effet de l'appareil de Planas sur la DDM et sur la fonction masticatoire.

## Dents incluses, pourquoi y'a-t-il encore des échecs ?

Dr A. KHEROUA / Pr H. BOUKAIS

Les dents incluses, constituent un enjeu thérapeutique pour l'orthodontiste. Leur prise en charge a pour objectif le positionnement correct de ces dents sur l'arcade, en reconstituant un parodonte sain, une occlusion fonctionnelle, et en améliorant l'esthétique.

Cependant dans certains cas, leur mise en place sur l'arcade peut être vraiment compromise. L'analyse rétrospective des complications et des échecs de traitement a mis en évidence des échecs liés dans la majorité des cas à un ancrage inadéquat (48.6%), à une mauvaise localisation de la dent, et de la direction de la traction (40.5%) et à une ankylose (32.4%). Pour améliorer le pronostic et réduire les échecs et ré-interventions, une évaluation précise initiale de la localisation de la dent, de la présence d'une résorption radiculaire, de la direction de traction et de l'ancrage nécessaire, est indispensable

## Quand faut-il se séparer d'une molaire incluse ? A propos d'un cas

Dr L. CHELLALI / Pr S. LARABA / Pr N. BENKHERFALLAH

En présence de dents incluses, la mise en place orthodontico-chirurgicale reste le traitement de choix. Toutefois, plusieurs facteurs peuvent influencer les résultats thérapeutiques et empêcher l'atteinte de cet objectif.

Ceci va être illustré par un cas de double inclusion de deuxièmes molaires inférieures pour lesquelles un traitement orthodontico-chirurgical a été tenté. Le manque de place et la forte obliquité des dents incluses ont constitué une limite et rendu impossible leur mise en place.

Face à ces facteurs négatifs, le praticien se doit de revoir ses objectifs et trouver une solution de compromis.

**Mots clés :** échec de traction, inclusion molaire inférieure.

## La plaque palatine obturatrice dans les cas de fentes labiopalatines : possibilités et limites

Dr S. OULOUNIS / Dr A. BATAOUCHE / Dr H. SALHI / Dr M. AZOUZI
Dr A. CHELLI / Pr N. BENKHERFALLAH

La fente labio-maxillo-palatine constitue une dysmorphose congénitale commune dont la prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire. Les protocoles thérapeutiques varient d'une équipe à l'autre. toutefois, il est certain que la qualité du traitement primaire est essentielle.

Aujourd'hui, les plaques palatines sont préconisées par certains, décriées par d'autres. Elles présentent de nombreux avantages parmi lesquelles la séparation de la cavité buccale de la cavité nasale, une meilleure alimentation, une déglutition physiologique et une normalisation de la position linguale permettant ainsi de guider la croissance du maxillaire.

Néanmoins, pour certains auteurs, la plaque palatine obturatrice ne changera pas de façon durable la déformation maxillaire congénitale installée depuis la rupture de l'enveloppe faciale. Face à cette controverse qu'elle est l'attitude à adopter ? Devrions-nous avoir recours aux plaques palatines obturatrices dans les cas de fentes ?

**Mots clés :** fente labio-palatine, plaque palatine obturatrice, traitement primaire des fentes

## Traitement de compensation d'une classe III squelettique, à propos d'un cas

Dr H. A. AZZOUNI / Dr S. H. BELBEY / Dr S. MRABET / Pr N. AHMED FOUATIH

La majorité des malocclusions rencontrées qu'elles soient sagittales, verticales ou transversales, peuvent être corrigées par un traitement orthodontique, éventuellement combiné ou précédé par une thérapeutique orthopédique.

Cependant, il existe des cas qui se trouvent aux frontières entre la thérapeutique orthodontique, orthopédique et chirurgicale, dont la décision entreprise peut être une décision, par défaut de possibilité et de faisabilité ou de coopération du patient, nous poussant à un traitement de compromis.

Nous allons illustrer cette situation à travers un cas de classe III par excès mandibulaire en fin de croissance pris en charge et traité orthodontiquement dont la croissance mandibulaire résiduelle nous a confronté à de nouvelles données nous obligeant à faire un traitement de compensation en repoussant les critères de finition en un second plan.

## Les dispositifs de distalisation des premières molaires supérieures

Dr S. LAZAZNA / Dr H. FERARHA / Dr A. ISMAIL / Pr G. CHAKER / Pr F. SI AHMED
Pr D. ZOUBIRI

L'objectif d'un traitement orthodontique est d'obtenir une occlusion fonctionnelle et équilibrée tout en respectant l'esthétique et l'harmonie dento-faciale. Grâce aux progrès techniques modernes, les moyens thérapeutiques sont de plus en plus performants, mais l'orthodontiste recherche avant tout des systèmes simples, confortables et rapides.

D'autre part, la malocclusion de classe II est très fréquente (les 3/4 de la population orthodontique). Pour la traiter, nous disposons entre autres de la distalisation molaire.

Dans ce travail nous présentons un cas clinique traité au service d'ODF du CHU Mustapha, et nous abordons les différents dispositifs de distalisation de la première molaire supérieure avec leurs avantages et leurs inconvénients.

## Traitement des anomalies squelettiques associées chez l'adolescent : Quelles limites?

Dr A. BATAOUCHE / Dr L. CHELLALI / Pr S. LARABA / Pr N. BENKHERFALLAH

Le pronostic et le plan de traitement en orthodontie sont sensiblement influencés et limités par le potentiel de croissance, la sévérité des anomalies et leur association.

Certains cas, bien que sévères, répondent favorablement aux traitements orthopédiques pendant l'adolescence. Nous nous proposons d'illustrer ces situations par les résultats obtenus chez une adolescente présentant une classe III squelettique compliquée par une endognathie maxillaire avec initialement un pronostic réservé.

## Les différents dispositifs de contention utilisés en ODF au CHU Mustapha Bacha

Dr H. FERARHA / Dr A. ISMAIL / Dr S. LAZAZNA / Dr B. SEKKOUTI
Pr G. CHAKER/ Pr F. SI AHMED / Pr D. ZOUBIRI

Dans la pratique orthodontique, la stabilité des résultats obtenus en fin du traitement actif constitue une préoccupation majeure au praticien.

C'est une phase importante de fin de traitement qui vise à s'opposer à toute forme de récidive.

Le type de contention doit être bien réfléchi au moment de l'établissement du plan du traitement en fonction de l'anomalie d'origine.

Plusieurs dispositifs de contention sont à la disposition du praticien orthodontiste qui peuvent être fixes ou amovibles, uni ou bimaxillaires.

L'objectif de ce travail est de faire un tour d'horizon sur les appareillages de contention orthodontiques les plus utilisés dans notre service.

**Mots clés :** contention orthodontique, stabilité, fin de traitement, récidive.


Société Algérienne d'Orthodontie
SAO
الجمعية الجزائرية
لتقويم الأسنان

# Avec tous nos remerciements pour nos sponsors

3M Unitek

ODA Orthodental Algérie

Dental Ouest

Titanium Dental

Dentalia Leone

Bio Dental RMO Europe

Bio Pharm

SZ

Lab El Med Equipements d'imagerie médicale

gsk GlaxoSmithKline

G.D.A

Med Set Medico-Dentaire

Association Amine

Biocare Laboratoires

Colgate

Groupe Saidal Industrie pharmaceutique

SAO Société Algérienne d'Orthodontie الجمعية الجزائرية لتقويم الأسنان

Contacts: Tel/Fax: 021 93 13 98 - 021 23 58 55 - email: sao.algerie@outlook.com
Site web: www.sao-dz.org