

1. F. NABI *; 2.N. AHMED FOUATIH. 3. D. KHASSANI** (Service d'ODF-CHU-ORAN, **Service de Parodontologie CHU-ORAN).

Introduction

Une D.D.M entre -7 et -10 mm pose souvent l'éventualité de sacrifices dentaires, mal acceptés par les patients adultes. Lors des traitements accélérés, une possibilité d'expansion alvéolaire peut être favorisée grâce aux chirurgies de corticotomies alvéolaires

Matériels et méthodes

Notre étude était réalisée auprès de 71 patients adultes présentant une DDM modérée à sévère ne dépassant pas -10 mm. Nous avons comparé les résultats de correction de la DDM entre un traitement conventionnel et un traitement accéléré. Notre procédure chirurgicale combine des micro-incisions limitées au niveau de la gencive buccal ce qui va permettre l'utilisation d'un couteau piézoélectrique pour décortiquer l'os alvéolaire sans élévation de lambeau, et de mettre en place des greffes de tissus mous par tunnelisation sélective, ce qui va induire une augmentation du remodelage osseux au niveau des sites de opérés favorisant ainsi une expansion alvéolaire.



Les étapes de la décortication (f : incisions verticales / b: PRF / c mise en place de pansement parodontale.(Chirurgie réalisée par Pr. D,KHASSANI; traitement orthodontique réalisé Dr. F, NABI CHU-ORAN),

Résultats

La DDM pris en charge était soulagée dans la grande majorité des cas sans avoir recours aux sacrifices dentaires dans 54.5% des cas du groupe de traitement accéléré et de 42.1% du groupe de traitement conventionnel, Toutefois les sacrifices dentaires étaient inévitables dans 13.2% dans les cas de traitement conventionnel et que 03% des cas du traitement accéléré ou le score de DDM était plus sévère.

Discussion

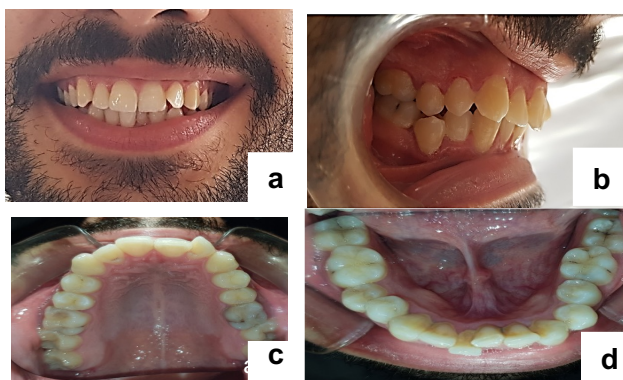
Au terme de notre étude, nous pouvons constater au moins deux effets positifs cette technique offre plus de possibilité lors de la gestion des situations critiques en aménageant plus d'espace pour accueillir les dents encombrées et permettre moins d'extractions de prémolaires saines ; avec une nette augmentation du volume osseux et un parodonte plus épais en fin de traitement, ce qui peut aider à prévenir le risque des récidives après traitement orthodontique.

| Arcade supérieure | Traitement conventionnel Effectif n=38 (%) | Traitement accéléré Effectif n=33 (%) |
|-------------------|---|--|
| TIM | 34 (47.88) | 15 (21.12) |
| Stripping | 25 (35.21) | 20 (28.16) |
| Expansion | 11 (15.5) | 4 (5.6) |
| Extractions | 6 (8.45) | 2 (2.81) |

| Arcade inférieure | Traitement conventionnel Effectif n=38 (%) | Traitement accéléré Effectif n=33 (%) |
|-------------------|---|--|
| Stripping | 25 (35.21) | 23 (32.4) |
| Expansion | 21 (29.57) | 18 (25.35) |
| Extractions | 5 (7.04) | 3 (4.22) |

Conclusion :

L'association des corticotomies au traitement orthodontique permet un soulagement rapide de l'encombrement dentaire grâce aux expansion obtenus suite à la chirurgie de décortication alvéolaire. La corticotomie alvéolaire par piézocision devrait faire partie intégrante de l'arsenal thérapeutique pour accélérer les traitements de l'adulte de manière significative, et pour augmenter l'enveloppe des mouvements dentaires possibles et pousser les limites de l'orthodontie de l'adulte. Elle nécessite une acceptation parfois difficile du patient, souvent effrayé par la chirurgie et méconnaissant cet acte.



Situation clinique au début de traitement (a: vue occlusale de face / b:occlusion du patient vue de profil/ c: Arcade maxillaire / d: Arcade mandibulaire),

