

### Introduction

L'activité clinique en orthodontie est occupée en grande partie par les malocclusions de classe II. Elles exigent une prise en charge en une, en deux phases ou carrément chirurgicale de première intention<sup>(1)</sup>, en fonction de la quantité du décalage antéro-postérieur.

L'objectif de ce travail est de rapporter la gestion d'un cas de malocclusion de classe II/1 en croissance qui a bénéficié d'une réévaluation thérapeutique pour redresser la prise en charge.

### Matériel Méthodes

Il s'agit d'un enfant âgé de 9 ans et demi, qui consulte pour une promaxillie à triple impact (fonctionnel, esthétique et psychologique). À l'examen clinique, un décalage maxillo-mandibulaire et un surplomb de +22 mm sont constatés (Fig 1).

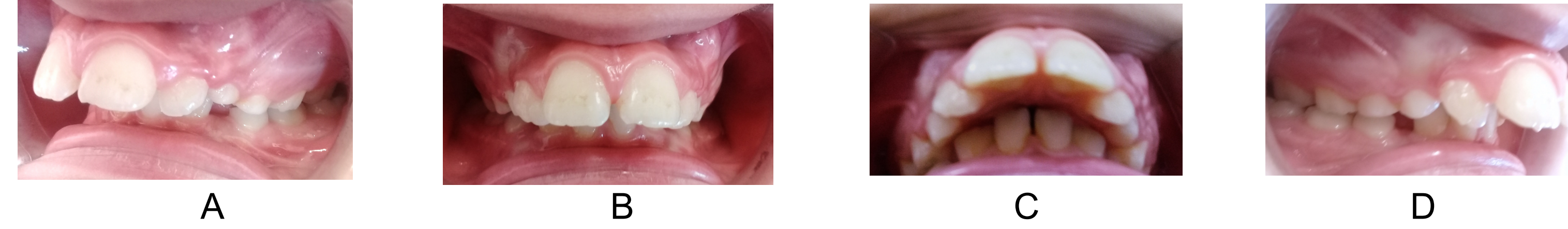


Figure 1: Photographies endo-buccales. A: Vue latérale droite. B: Vue de face. C: Vue inférieure. D: Vue latérale gauche.

Sur le plan radiologique (Fig 2), des signes précoces d'encombrement tels que la superposition et la rotation de germes ont été constatés sur la panoramique (Fig 2, A).

L'analyse qualitative de la téléradiographie de profil montre l'aspect d'une promaxillie (Fig 2, B).



Figure 2: Examens radiologiques initiaux. A: Radiographie panoramique. B: Téléradiographie de profil.

La céphalométrie confirme le décalage dans le sens d'une rétro-mandibule avec un déficit de 14 mm sur l'axe du corpus selon l'analyse de Ricketts (Fig 3).

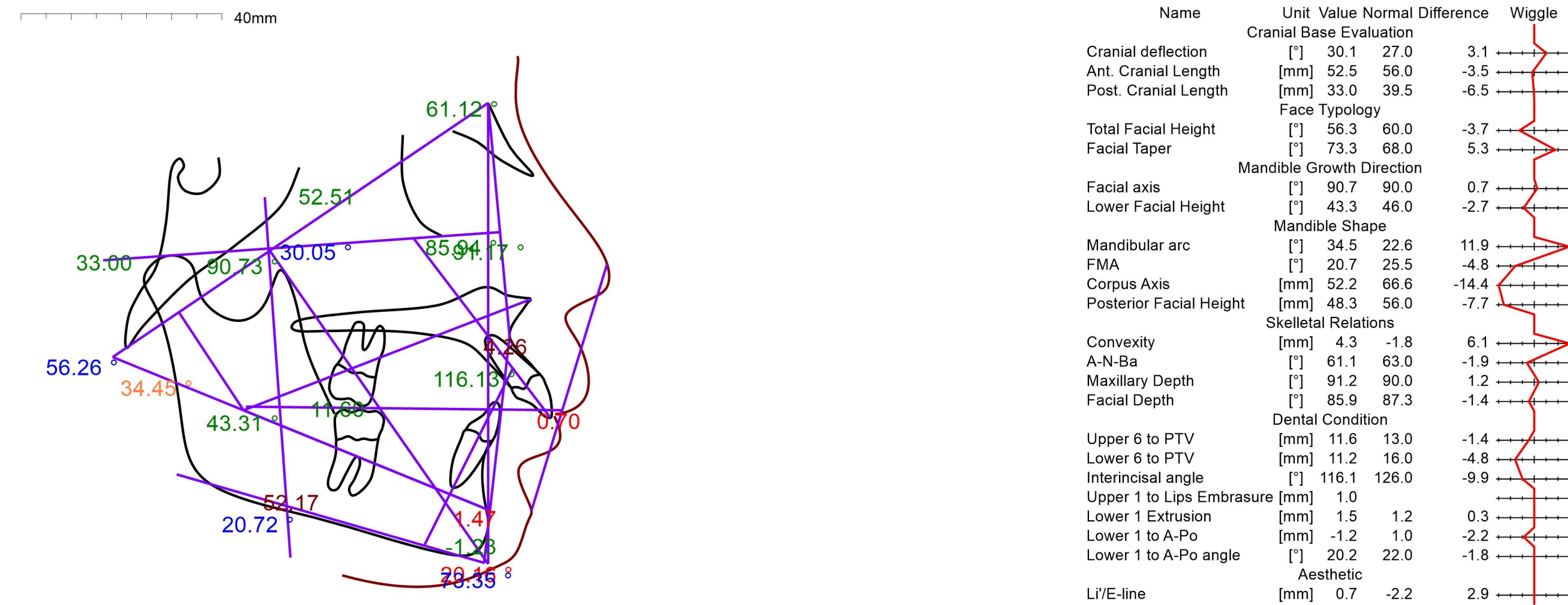


Figure 3: Résultats des analyses céphalométriques de Ricketts.

Face à la sévérité de l'anomalie, la chirurgie de première intention a été indiquée afin d'améliorer l'environnement fonctionnel et de lever les verrous physiopathologiques. En attente de la programmation pour la chirurgie, une gouttière de propulsion préfabriquée a été livrée.

### Résultats

À l'occasion du 3<sup>ème</sup> contrôle trimestriel, une nette amélioration des aspects fonctionnel et esthétique de la malocclusion a conduit à la **réévaluation** du cas sur le plan céphalométrique (Fig 4).

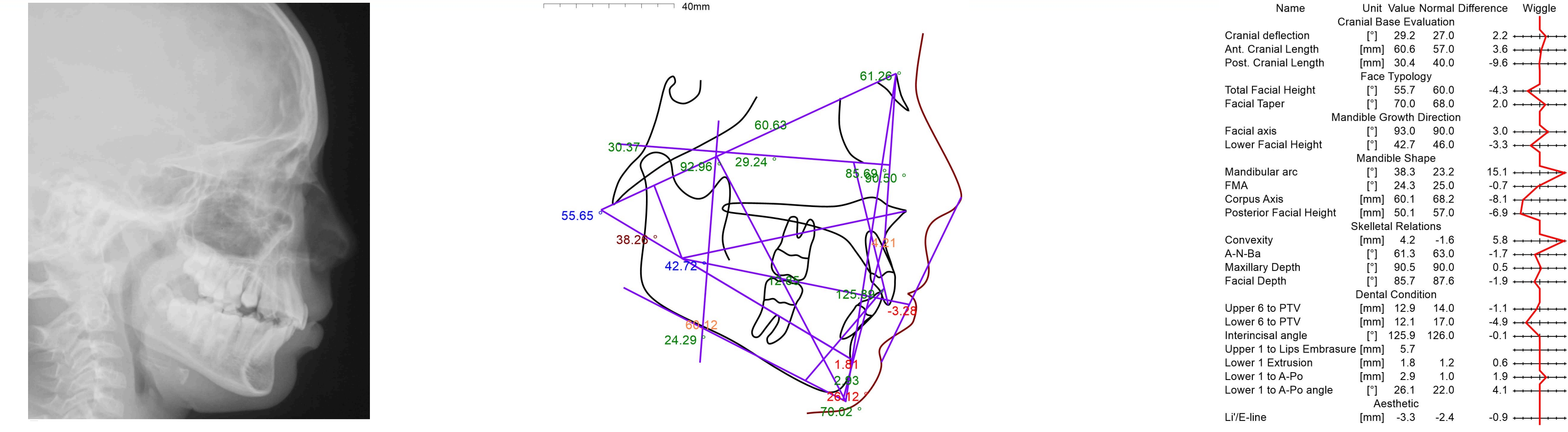


Figure 4: Réévaluation céphalométrique après une année de la décision initiale.

Un nouveau plan de traitement est mis en route, comportant une phase d'expansion maxillaire suivie d'une thérapeutique fixe multi-attaches (Fig 5).

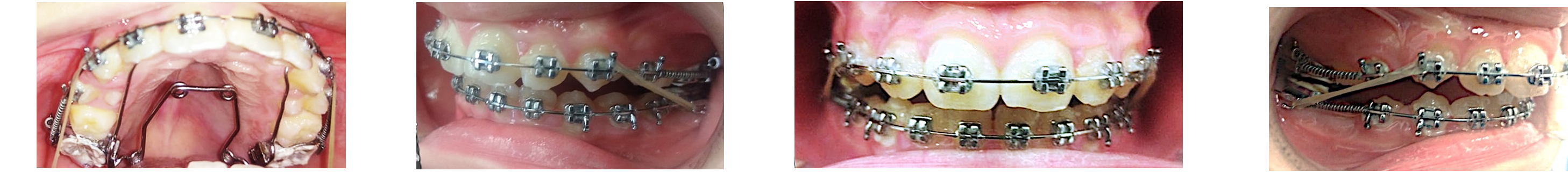


Figure 5: Progression de la thérapeutique fixe à l'issue de la réévaluation.

En prévision du pic de croissance et suite à l'amélioration des conditions de son déroulement, le dispositif fixe a été déposé (Fig 6).

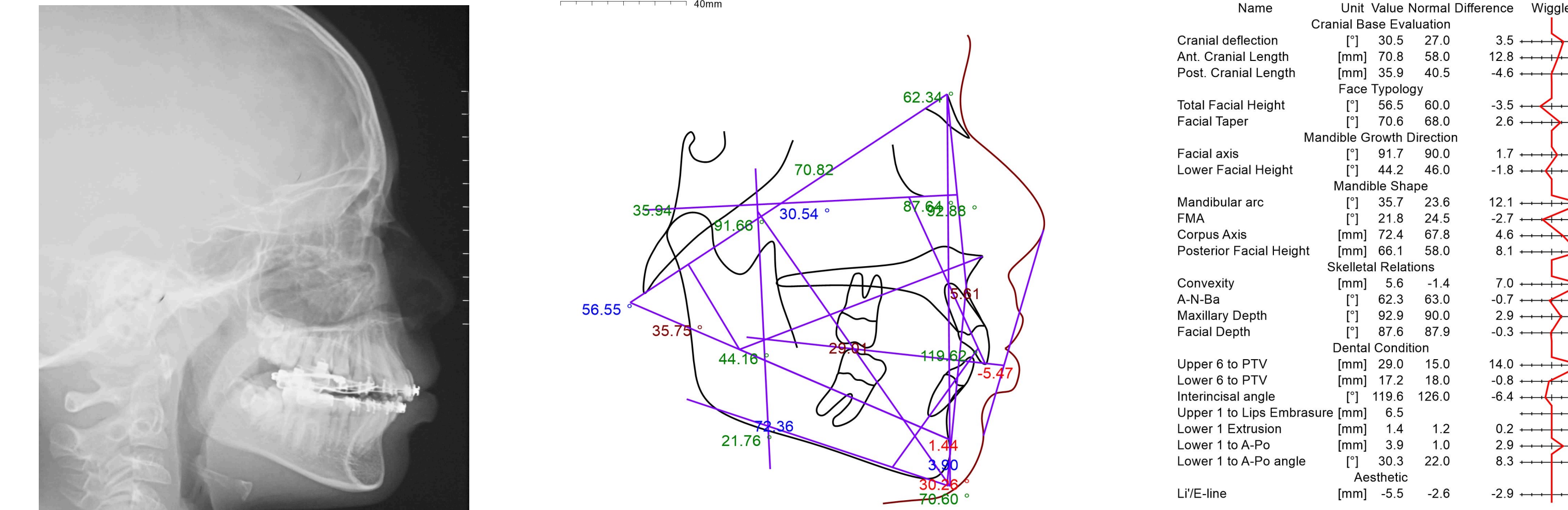


Figure 6: Résultats céphalométriques en fin de la thérapeutique fixe.

Le processus du traitement est récapitulé dans le diagramme (Fig 7, A) ainsi que l'aspect clinique du patient (Fig 7, B).

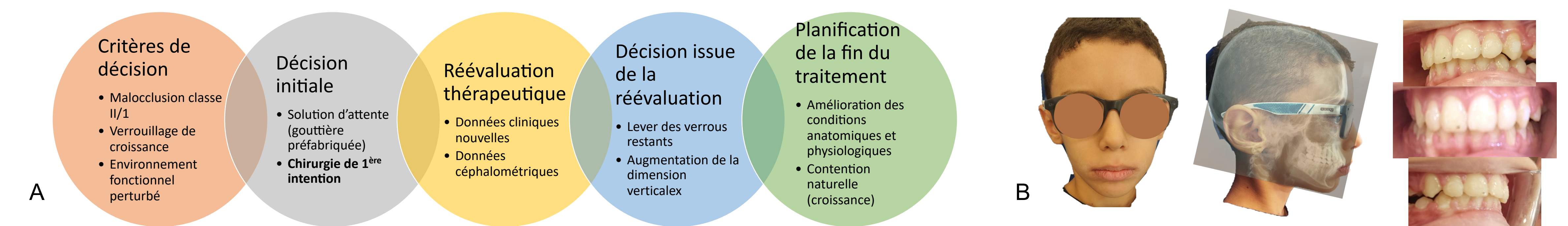


Figure 7: A: Processus du traitement. B: Résultats cliniques en prévision du pic de croissance pubertaire.

### Discussion

La chirurgie se présente comme une des quatre stratégies décrites par Lone et coll. face à la malocclusion de classe II<sup>(2)</sup>. Le Gall et coll. ont rapporté son indication en première intention en présence d'un verrouillage de la croissance et/ou un environnement fonctionnel perturbé<sup>(1)</sup>. Notre première décision thérapeutique était justifiée par ces deux facteurs.

Cependant, la réduction du décalage suite au port d'une gouttière de propulsion a motivé la réévaluation après 9 mois. Cette amélioration peut s'expliquer par l'effet de la propulsion mandibulaire sur la longueur et la position sagittale de la mandibule ainsi que l'angle SNB à court terme<sup>(3)</sup>.

En deuxième temps, la neutralisation des verrous occlusaux et l'augmentation de la dimension verticale justifie le recours à la thérapeutique fixe et à la traction inter-arcades à ce stade d'autant plus que notre patient se retrouve à un an du pic de croissance (CS 2<sup>(4)</sup>). En fait, ces deux facteurs ont effet favorable lors du pic de croissance pubertaire<sup>(5,6)</sup>.

### Conclusion

La réévaluation thérapeutique suite à l'émergence de nouvelles données cliniques et céphalométriques a permis d'adapter la prise en charge de la malocclusion de la classe II division 1 au stade de croissance. Cette adaptation a abouti à éviter le recours à la chirurgie.