

L. BOUHOUCHE, H. BENBELKACEM, R. FOURY, F. HAMEL, K. SARAOUI, Y. SEKKOUR, A. FERDJAOU  
CHU Mustapha Alger Centre, Algérie  
bouhouchelouisa@hotmail.fr

## INTRODUCTION

D'après une étude de Reyneke 30% des patients candidats à la chirurgie orthognatique présentaient un excès vertical maxillaire. La malocclusion de classe II étant la malocclusion la plus fréquemment rencontrée dans ces dysmorphies. La difficulté de son traitement dépend des rapports squelettiques et des matrices fonctionnelles perturbées. La prise en charge de ces patients est plus ou moins longue et complexe. Leur traitement vise à améliorer les troubles esthétiques, squelettiques, dentaires et fonctionnels, et à assurer des résultats stables dans le temps. Une évaluation systématique du patient permet d'établir, un diagnostic clair et précis, et un plan de traitement adapté. Leur traitement requiert une collaboration multidisciplinaire et une adhésion du patient et de son entourage.

Nous vous présentons, dans cette communication affichée, le cas d'une jeune fille de 23 ans, qui a bénéficié, dans notre service, d'un traitement orthodontico-chirurgical. Elle a présenté une malocclusion de classe II avec un sourire gingival disgracieux, accentué par un traitement orthodontique de compensation qui a duré 18 mois.

## OBSERVATION

➤ **M. A, 23 ans**, a présenté une dysmorphie dentofaciale avec malocclusion de classe II, 1, supraclusion et proalvéolie, associée à un excès maxillaire vertical et une rétromandibulie. Un traitement orthodontique de compensation de 18 mois a aggravé son sourire gingival et l'a ainsi motivée à consulter pour un traitement chirurgical.

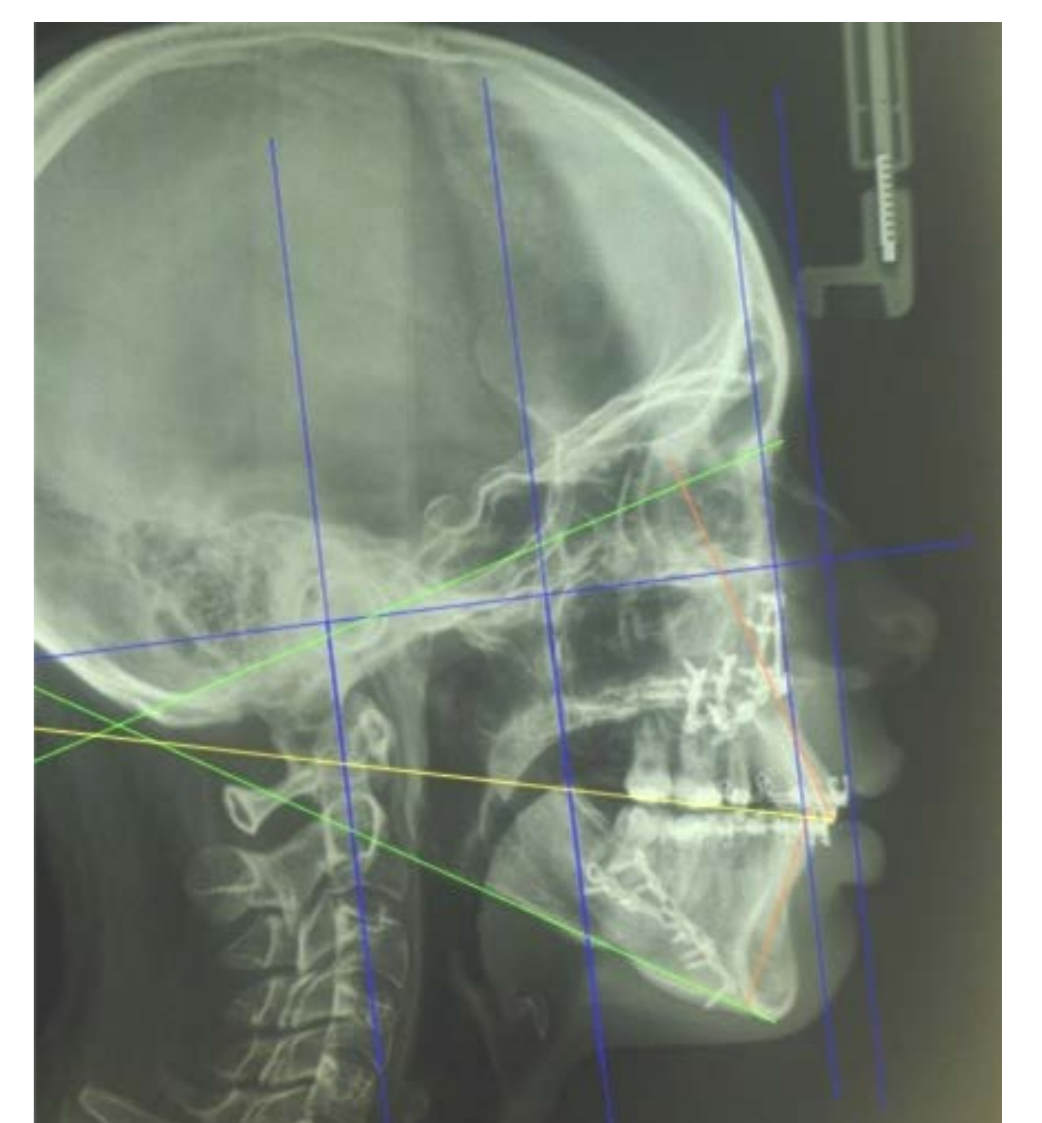
➤ **La patiente présentait :**

- une augmentation de la distance (6 mm) inter labiale, une augmentation de l'exposition des incisives supérieures (8 mm au repos et 15 mm au sourire), un sourire gingival, un profil rétrus (rétromandibulie avec un Po cut/ plan facial cutané de 11 mm), selon l'ACFE de Gola.
- une malocclusion de classe II,1 avec forte supraclusion, une palatoversion des incisives supérieures (angle axe des incisives supérieures et plan exobasicranien de 77°)
- des troubles manducatoires, une incompétence labiale, une ventilation orale, une DTM (dysfonction temporomandibulaire) à type de dyscinésie mandibulaire avec hypermobilité, et une posture céphalique avancée

➤ **les objectifs** principaux de son traitement étaient d'obtenir le contact bilabial à visée esthétique, manducatoire et ventilatoire

➤ **traitement :**

- on a recréé les espaces des prémolaires, en distalant les secteurs prémolomolaires, avec vérification des torques radiculaires, alignement et nivellement par inversion de la courbe de Spee dans le sens d'une congruence interarcades peropératoire
- Lefort I d'impaction avec ostéotomie segmentaire antérieure de repositionnement supérieure du bloc incisif avec légère vestibuloversion et, nivellement du plancher nasal et du seuil de l'orifice piriforme par un large meulage. Ostéotomie mandibulaire d'allongement.
- correction d'une petite supraclusion incisive (résiduelle) et d'une petite infraclusion molaire ; des élastiques 24 h sur 24 h ont été prescrits
- résultat satisfaisant avec une céphalométrie post opératoire qui a montré, une distance interlabiale de 2 mm, une exposition des incisives supérieures de 3 mm une distance Po cut/ plan facial cutané de 4 mm et un angle de l'axe des incisives supérieures avec le plan exobasicranien de 92°. On a noté une DTM à type de douleur articulaire à droite avec une légère limitation de l'ouverture buccale, qui s'est nettement améliorée après une prise en charge orthodontique et kinésithérapique



## DISCUSSION

Chez les patients candidats à la chirurgie orthognathique, présentant une malocclusion de classe II avec excès maxillaire vertical, on retrouve, dans deux tiers des cas, une béance antérieure. Dans certains cas, comme celui de notre patiente, la malocclusion de classe II est accompagnée d'une supraclusion, masquant l'excès vertical de l'étage inférieur de la face. Le traitement orthodontique seul, chez notre patient, a été décevant en accentuant son sourire gingival. Pour notre patiente, il aurait mieux valu qu'on intervienne plus tôt avant que l'orthodontie ne fasse une mauvaise mésioversion coronaire des 5 - 6 - 7 maxillaires pour fermer les espaces d'extraction (des 14-24). Un Wassmund ou mieux un Le Fort I multisegmentaire nous aurait permis de remonter le bloc incisif et de le vestibuloverser en profitant de l'espace créé par l'avulsion peropératoire des 14-24. Notre patiente n'a pas supporté le résultat obtenu du traitement orthodontique de compensation de sa malocclusion, et était très motivée quant à une correction chirurgicale, malgré les contraintes et les risques que ce traitement allait supposer (décompensation orthodontique, risque d'aggravation de l'état de son parodonte, risque articulaire...).

Sur le plan fonctionnel, la patiente a obtenu une occlusion en classe I avec une légère supraclusion résiduelle, sa manducation s'est améliorée, sa DTM droite révélée par le traitement chirurgical s'est nettement améliorée, ainsi que sa posture cervicale. La chirurgie orthognathique a un indéniable potentiel d'amélioration ventilatoire, grâce aux ostéotomies maxillaires et/ou mandibulaires d'avancée. La patiente a vu sa ventilation s'améliorer la nuit bouche fermée après l'obtention d'un contact bilabial (la patiente a bien procédé à la tonification de ses lèvres par mécano thérapie), et suite au geste ventilatoire lors de son ostéotomie de Lefort I.

Sur le plan esthétique, son excès vertical maxillaire a été corrigé, son profil rétrus amélioré. Le sourire de la patiente est devenu plaisant.

Son traitement a eu un impact psychosocial positif, en effet la patiente a repris confiance en elle, s'est mariée et a eu deux enfants en six ans.

La patiente et son entourage sont très satisfaits du résultat de ce traitement



Déclaration de liens d'intérêts:

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références: J.L. Beziat « chirurgie orthognathique piézochirurgicale » Benoit M: "traité de techniques chirurgicale stomatologique et Maxillo-Faciale, Chirurgie Orthognathique". Bjork A: "Nature of facial prognathism and its relations to normal occlusion of teeth". Collins P. Epker BN: "A technique for prevention of alar base flaring secondary to maxillary surgery". Bruce N Epker: "Dentofacial deformities surgical – orthodontic". Cheynet F ; Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillofaciale ; ATM, manducation et, ventilation ; Volume 117. Septembre 2016, n°4. Issn2213-6533. Gola R : " Bases fondamentales de l'analyse céphalométrique de profil fonctionnelle et esthétique". Gola R : " Chirurgie esthétique fonctionnelle de la face". Hall H Roddy S : " Treatment of maxillary alveolar hyperplasia by total maxillary osteotomy". Jean-Daniel Orthlieb: « Dysfonctionnements temporomandibulaires ». Reyneke JP : " Essential of orthognathic surgery". Melville LC et Vincent JL : " Dysmorphies maxillo- mandibulaires, chirurgie correctrice". EMC Stomatologie: "Chirurgie correctrice des dysmorphies maxillo- mandibulaires".