

L'Orthodontie et/ou Orthopédie dento-faciale est une discipline odonto-stomatologique qui, de virtuelle, est devenue réelle grâce aux effets des directives venues de Bruxelles en 1978, directives qui unifièrent son enseignement et sa pratique à travers l'Union Européenne.

Pendant un temps, la discipline chercha à se définir à travers sa sémantique en proposant orthodontie, orthodontosie, orthodontopédie, orthomorphie dentaire, orthodontologie, mais Izard soulignait déjà en 1950 que «bien qu'il soit consacré par l'usage, le terme orthodontie est incomplet, car étymologiquement, il signifie seulement dent droite. En réalité, l'orthodontie doit être complétée par l'orthognathie, qui corrige les déformations maxillaires et par suite les déformations faciales. La réunion de l'orthodontie et de l'orthognathie constitue l'orthopédie dento-maxillo-faciale». Plus récemment la Commission de terminologie de la Société française d'orthopédie dento-faciale proposa «orthognathodontie» ou «orthodontognathie» pour tenir compte de l'évolution de la discipline, tout en soulignant que cette terminologie n'a nulle prétention à la pérennité, la Commission souhaitant son actualisation constante pour tenir compte du dynamisme de la discipline.

En effet, si nous nous penchons sur son évolution au cours des cinquante dernières années, on peut dire que celle-ci fut exceptionnelle. À la sortie de la deuxième guerre mondiale, l'Europe entière, sortie exsangue, de cette mésaventure, allait devoir faire face à la pénurie dans tous les domaines. L'orthodontie se devait, elle, de soigner les anomalies des nombreux enfants qui se présentaient à la consultation, la guerre et ses privations ayant certes amené une diminution du phénomène carieux, mais par contre, une augmentation des dysmorphoses dento-maxillaires due aux privations endurées.

L'orientation générale européenne de la thérapeutique orthodontique d'alors était en grande partie axée sur l'expansion, aussi vit-on fleurir une panoplie extraordinaire de vérins de tous genres. L'honnêteté intellectuelle des praticiens leur fit rapidement constater que cette approche était vouée à la récurrence quasi-totale, donc à l'échec thérapeutique et ils se tournèrent vers les appareils fixes dont ils attendaient les résultats qu'ils ne trouvaient pas dans l'approche amovible. Grâce à la proposition de Lucien de Coster, faite dès les années 20, d'une «Orthodontie à base d'acier inoxydable», on vit fleurir, à défaut d'accès aux techniques américaines, la technique Tacail qui mettait à profit la traction intra-maxillaire engendrée par des arcs et celle intermaxillaire induite par des élastiques. C'était une démarche qui, grâce à l'acier, évitait de faire appel aux métaux précieux, qui pendant longtemps, avaient limité la diffusion de l'orthodontie fixe, du fait de leur prix de revient. Mais là encore on reconnut rapidement les limites de ces appareils et on chercha d'autres solutions.

La plupart des orthodontistes européens se rendirent à l'évidence que la seule vraie solution consistait à faire appel aux techniques multibagues mises au point par les écoles américaines. Et ce fut la «ruée

vers l'Ouest». La France fut certainement le pays où cette démarche fut la plus motivée. Certains de ses praticiens se rendirent donc au Canada ou aux U.S.A. pour y être formés et venir ensuite pratiquer et enseigner ces techniques à leurs collègues restés au pays. D'autres encore, profitant de la présence des troupes américaines sur le territoire européen prirent contact avec les orthodontistes qui soignaient les enfants des familles de leurs militaires pour se faire initier à ces techniques. Restait le problème de l'approvisionnement tant en instrumentation qu'en fournitures de bagues et autres «brackets», mais grâce à la compréhension et au dynamisme des sociétés de fournitures orthodontiques américaines, des solutions furent rapidement trouvées.

L'étape suivante consista, avec le concours de ces dernières à faire venir en France des confrères américains pour offrir aux confrères intéressés des cours de plus en plus structurés. Du coup, l'Université française associée à cette démarche put prendre le relais.

Les techniques fixes fleurirent à leur tour amenant souvent un esprit de chapelle qui ne trouvait pas forcément sa source dans une approche scientifique. Toujours est-il que l'orthodontiste trouvait ainsi à sa disposition une panoplie étendue de techniques ne différant souvent entre elles que par des détails d'attaches qui, elles, avaient également évolué pour prendre en compte toutes les courbures et torques qui devaient précédemment être introduites dans les arcs à grand renfort de temps et d'adresse. Twin-Arch, Edgewise, Light-Wire, Bioprogressive Therapy, Straight-Wire, Segmented Arch Technique, Technique de Begg, Tip-Edge, Preadjusted Appliance Systems, Jasper Jumper, etc., cherchaient à capter l'intérêt des praticiens. La recherche métallurgique se mit à son tour de la partie en leur offrant des fils orthodontiques de plus en plus sophistiqués quant à leurs propriétés.

Mais les relations américano-européennes nées de ces démarches amenèrent une certaine acculturation orthodontique et les techniques dites fonctionnelles pratiquées par certains orthodontistes européens suscitèrent l'intérêt des confrères américains et c'est ainsi qu'est née une orthodontie en deux temps, avec un temps orthopédique dans le jeune âge suivi d'un temps orthodontique à l'adolescence. L'American Journal of Orthodontics devint ainsi l'American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. Mais là encore, il fallait se poser la question de savoir si une telle démarche était gratifiante ou si elle ne faisait que rallonger la durée des traitements. Il semble que le bilan soit loin d'être aussi favorable que l'on ne pouvait l'espérer. Une autre innovation, par contre, a apporté une amélioration considérable dans les plans de traitements orthodontiques. Ce sont les implants qui, en offrant des ancrages inespérés, ont fait reculer les besoins en ancrages extra-oraux si peu appréciés par les petits patients et rejetés totalement par les adultes.

On peut se demander quelles améliorations pourront encore être apportées à cette discipline, les recherches génétiques ayant ouvert de nouvelles voies de progrès que l'on ne peut encore cerner. En tout cas les jeunes praticiens peuvent être reconnaissants à tous ces anciens qui, par leurs efforts constants d'amélioration de la discipline, leur ont apporté un confort intellectuel pour lequel ils ne peuvent que leur être d'une profonde reconnaissance.

C.J. BOLENDER

Orthodontics and/or dentofacial Orthopedics are an odonto-stomatological discipline which from virtual became real thanks to the effects of the directives from Brussels in 1978, directives which unified both their teaching and their practice throughout the European Union.

For a time the discipline endeavoured to define itself through its semantics by proposing “orthodontie”, “orthodontosie” dentaire, “orthodontopédie” “orthomorphie”, “orthodontologie”, but Izard already underlined in 1950 that “although it is the accepted way of saying, the term orthodontics is incomplete, because etymologically, it only means straight tooth. In fact, orthodontics must be supplemented by orthognathy, aiming at correcting the maxillary deformations and consequently facial deformations. Associating orthodontics and orthognathy constitutes maxillofacial dental orthopedics”. More recently the Commission of terminology of the French Society of Dentofacial Orthopedics suggested “orthognathodontics” or “orthodontognathy” to take into account the evolution of the discipline, while pointing out that this terminology is not aiming at being perennial, the Commission wishing its constant updating to take into account the dynamism of the discipline.

Considering its evolution within the last fifty years one can say that the latter was exceptional. Bled white after the Second World War, the whole of Europe emerging from that mishap was compelled to face shortages in all fields. Orthodontics for its part, had to look after the anomalies of the numerous children who presented themselves at the consulting room, the war and its deprivations having certainly lead to a reduction of the carious phenomena, but on the other hand presented an increase in dentomaxillary dysmorphoses due to suffering deprivations.

The European general orientation of orthodontic therapeutics of the time was mainly centered on expansion, with the appearance of an extraordinary array of expansion screws of all kinds. The intellectual honesty of the practitioners quickly made them aware that this approach was destined to almost total relapse, therefore to therapeutic failure, consequently they turned their attention towards fixed appliances, expecting results that could not be attained in the removable approach. Thanks to the proposal of Lucien de Coster, in the early 1920s, of “Orthodontics based on stainless steel”, being deprived of any access to the American techniques, the Tacail technique flourished using the intra-maxillary traction generated by arches and the intermaxillary traction induced by rubber bands. It was a step which, thanks to steel, avoided calling upon precious metals, which for a long time, had limited the spreading of fixed orthodontics, due to their high cost. But once again the limits of those appliances became obvious rather quickly and other solutions were sought after.

It became clear for the majority of the European orthodontists that the only right answer consisted in calling upon the multiband techniques developed by the American schools. And it was the "rush

towards the West". France was certainly the country where this process was most justified. Some of its practitioners thus went to Canada or the U.S.A. for training and then came back to practise and teach those techniques to their colleagues staying in their home country. Others still, taking advantage of the presence of the American troops on the European soil got in touch with the orthodontists who looked after the children of the families of their forces to getting acquainted with those techniques. However the problem of supply remained both for the armamentarium as for the supply of rings and various "brackets", but thanks to understanding and to dynamic American suppliers of orthodontic material solutions were quickly found.

The following stage consisted, with the assistance of the latter, in having some American colleagues coming to France to provide their homologues interested in that branch more and more structured courses. As a result the French University associated in the process managed to take over.

The fixed techniques blossomed in turn, often bringing a cliquishness which inevitably would not find its source in a scientific approach. The fact remains that the orthodontist thus found at his disposal a wide array of techniques often differing only in details relative to attachments which had also evolved to take into account all the curves and torques which had previously to be introduced into the arches requiring enormous time and skill. Twin-Arch, Edgewise, Light-Wire, Bioprogressive Therapy, Straight-Wire, Segmented Arch Technique, Begg Technique, Tip-Edge, Preadjusted Appliance Systems, Jasper Jumper, etc. were meant to capture the interest of the practitioners. Metallurgical research joined in turn by offering increasingly sophisticated orthodontic wire regarding its properties.

But the American-European relations born from those steps led to some orthodontic acculturation and the techniques known as functional practised by some European orthodontists aroused the interest of their American colleagues and thus a two time orthodontics was born, with an orthopedic time in the youth followed by an orthodontic time in adolescence. The American Journal of Orthodontics thus became The American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. But there still, it was necessary to raise the question to know whether such a step was rewarding or if it did nothing but lengthen the duration of treatment. It seems that the assessment is far from being as favourable as one could hope for. Another innovation on the other hand provided a considerable improvement in orthodontic treatment plans. In fact implants by offering unhoped-for anchorages diminished the needs for extra-oral anchorages hardly appreciated by the younger patients and completely rejected by the adults.

One can wonder which improvements could still be brought to this discipline, genetic research having opened new ways of progress which one cannot determine yet. In any case the young practitioners can be grateful to all their elders who due to their constant efforts of improvement in their discipline brought them an intellectual comfort for which they can only be deeply grateful.

C.J. BOLENDER