

É D I T O R I A L

Cette décision du comité de rédaction, à l'instigation de Julien PHILIPPE, de faire référence à l'anniversaire de Pierre FAUCHARD, symbolise le respect que nous devons témoigner à nos pères, quant à la transmission de leur savoir mais, aussi, évoque les formidables progrès de l'Orthodontie moderne.

Nous désirons aborder ce dernier sujet dans cet éditorial de début d'année de la Revue d'O.D.F. Il s'agit de réflexions sur notre approche du traitement orthodontique, c'est-à-dire sur nos expériences de clinique orthodontique, d'enseignement et sur les différents travaux de recherche effectués dans le département d'orthodontie de la Faculté de Lyon. Pendant notre Cecsmo, nous avons bénéficié d'un enseignement rigoureux sur la technique de Tweed et sur la technique Bioprogressive. Depuis, nous avons pu traiter des milliers de patients en essayant d'évoluer régulièrement selon les données acquises de la science. Cet effort de renouvellement doit être constant car même les connaissances récemment acquises font déjà partie du passé : il faut sans cesse se tenir informé et, ensuite, passer à l'application dans notre clinique quotidienne pour se perfectionner.

- **Le premier point** que nous voudrions évoquer concerne le traitement de l'adolescent dont le visage subira les effets de la croissance puis, plus tard, du vieillissement. Nous retiendrons tout d'abord que, dans le diagnostic orthodontique, il est maintenant donné une place majeure à l'étude du visage du patient, à son sourire, mais aussi à son développement et à ses transformations. Le plan de traitement doit être adapté à ces futurs changements. Pour satisfaire cet objectif, il faut savoir analyser le visage et effectuer les prévisions de croissance avec traitement selon la typologie faciale initiale et, aussi, en tenant compte des effets du vieillissement des profils osseux et cutané. Les froids calculs des déficits d'arcade et de l'appréciation céphalométrique ne sont que deux paramètres d'une longue «check list» à prendre en compte dans le diagnostic orthodontique.

- **Le second point** à développer est très important : l'analyse de l'indication des extractions orthodontiques. Cette indication est maintenant considérée comme une décision mutilante par une large majorité d'orthodontistes. Elle ne doit être réservée qu'aux biproalveolies avec béance labiale ou aux encombrements dentaires extrêmes. Par ailleurs, dans le traitement des classes II, cette classique notion d'extractions de quatre prémolaires (14, 24, 35, 45 ou 34, 44) est maintenant, la plupart du temps, abandonnée. Les méthodes non extractionnistes de correction des classes II sont maintenant connues (thérapeutiques DAC, bumpers de Korn et bien d'autres...). Les traitements par expansion sont des options acceptables si l'on prend en compte le risque parodontal. Il est parfois recommandé, dans certains cas limites, de commencer dans un premier temps par mettre en oeuvre une mécanique orthodontique. Puis, dans un second temps, après six à neuf mois de traitement actif, nous pourrions réévaluer avec le patient et ses parents, l'indication d'extractions en fonction de l'évolution du profil cutané. C'est une attitude conservatrice, prudente, qui ménage les intérêts du patient.

Nous savons aussi beaucoup plus, maintenant, que les extractions orthodontiques des premières ou secondes molaires sont rarement proposées car elles amoindrissent le coefficient masticatoire et la stabilité de la denture dans le temps.

- Les indications chirurgicales sont **le troisième point** à mentionner. Même si un compromis peut être acceptable, le patient doit être informé des moyens modernes, efficaces et stables de traitement. Un défaut d'information pourrait être reproché par la suite au praticien. Traiter en orthodontie des cas extrêmes que l'on

peut dénommer « cas limites » n'est pas une preuve d'excellence orthodontique. Il faut laisser à la chirurgie orthognathique les cas que l'on ne pourra pas équilibrer et stabiliser avec l'orthodontie seule.

Les techniques chirurgicales se sont grandement affinées depuis l'apparition des plaques vissées d'ostéosynthèse. Nous avons pu assister à la disparition progressive des indications d'ostéotomies segmentaires. L'utilisation de la « piezosurgery », l'apparition des techniques de corticotomies, l'ancrage par minivis et les reculs en masse pour corriger les compensations dento-alvéolaires initiales tels qu'ils ont été présentés par Junji SUGAWARA ont permis, d'une part, une amélioration importante de la stabilité des traitements chirurgico-orthodontiques et, d'autre part, la réduction des temps de traitement et des indications d'extractions orthodontiques pré-chirurgicales.

• **Le quatrième sujet** qu'il nous semble important d'évoquer est, bien sûr, le traitement de l'adulte. Dans ce domaine, les progrès thérapeutiques ont été considérables. La demande va sans cesse en augmentant. Le plan de traitement doit être raisonnable et acceptable, en termes de durée et de confort pour le patient. Cette notion de confort du patient doit vraiment intervenir lors du choix des moyens thérapeutiques. Les traitements sont toujours individualisés et, très souvent, pluridisciplinaires. Les moyens de traitement inopportuns ou trop ambitieux peuvent transformer un cas de difficulté moyenne en un cas très complexe.

L'orthodontie permet de traiter certains sujets présentant des déficits parodontaux. Dans ces situations, il ne faut pas engager de grands mouvements orthodontiques : ils présentent le risque de perte à court terme de certaines unités dentaires. L'orthodontie n'a pas pour vocation de fermer tous les espaces, ou de remplacer les autres options prothétiques ou implantaires. Les progrès de l'implantologie nous évitent ces mouvements dentaires qui présentent des risques pour les racines dentaires, ainsi qu'un allongement de la durée de traitement. Dans le traitement de l'adulte, le compromis thérapeutique est souvent une option retenue, ou à retenir. Le traitement doit nécessairement être individualisé et optimisé pour chaque patient, après avoir bien écouté et compris sa demande et ses inquiétudes pour y répondre le mieux possible.

Au total et pour conclure, nous ne pouvons que vous inciter à, sans cesse, progresser dans votre exercice professionnel en renouvelant votre pratique quotidienne, même si vous êtes convaincu de votre efficacité thérapeutique. Le mieux est à venir. Nous pouvons rappeler que, pour Edward ANGLE, la dent maxillaire de six ans était la clef de l'occlusion et toute l'occlusion devait se bâtir autour d'elle. Or, nous pensions pouvoir la distaler dans le traitement du sujet en classe II pendant sa croissance. En fait, la croissance tubérositaire, centre primaire de croissance pour ENLOW, provoque sa mésialisation quelles que soient les forces orthodontiques contraires appliquées. Récemment de nombreux auteurs (B. MELSEN, A. DECKER et J.-J. AKNIN), après des études épidémiologiques sérieuses, ont montré que l'on ne pouvait pas distaler les molaires supérieures, rejoignant ainsi les théories de E. ANGLE. Ainsi, l'expérience confirmée de certains auteurs renommés rejoint la Médecine fondée sur les preuves, qui est retenue en 2010 comme une base de notre progrès clinique.

Pierre FAUCHARD a été à la base de cet édifice de la Médecine dentaire, construit par des générations de cliniciens, puis de chercheurs émérites qui nous ont généreusement transmis leurs connaissances.

La Revue d'O.D.F. en cela remplit parfaitement sa mission : elle est pour nous un outil indispensable de la diffusion du savoir.

Jean-Jacques AKNIN

Président du conseil d'administration de la S.F.O.D.F.

Chef de service de la sous-section d'O.D.F. de Lyon