



# La Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale fête ses 100 ans !



92<sup>e</sup> réunion scientifique de la SFODF, Lyon, 20-22 mai 2021

S. Chauty\*, C. Pernier\*

L'approche orthochirurgicale a changé parce que la chirurgie a changé, parce que l'orthodontie a changé et parce que les interfaces professionnelles ont changé.

## Le temps chirurgical a changé

Autrefois préconisée en fin de croissance, avec toutefois des indications un peu plus tôt en cas de défaut de croissance, la chirurgie peut être aussi interceptive ou précoce. Elle peut désormais être proposée chez l'enfant, pour normaliser ou améliorer les dysmorphoses à forte répercussion esthétique et fonctionnelle en espérant réorienter la croissance. Comme l'explique Le Gall : "Il faut avant tout convaincre non pas les

parents mais les chirurgiens. Ils nous mettent en avant la 'croissance résiduelle postopératoire'. Je leur oppose une normalisation précoce avec, pour conséquence immédiate, une rupture de la spirale 'dysmorpho-dysfonctionnelle.'" (figure 1).

La chirurgie peut aussi être faite en tout début de traitement orthochirurgical (décompensation a minima) en chirurgie première ou chirurgie *first* (Wiechmann, figure 2). Cela évite d'aggraver l'état du patient sur le plan esthétique et fonctionnel lors de la décompensation, de bénéficier d'un déplacement dentaire plus rapide. Cela nécessite une bonne communication avec le chirurgien, qui doit prévoir les déplacements postérieurs à son intervention.

La compaction des temps chirurgicaux en un temps chirurgical est aussi discutée. La distraction maxillaire constitue parfois le 1<sup>er</sup> temps, la génioplastie le dernier temps (parfois le 3<sup>e</sup>). Pas facile pour

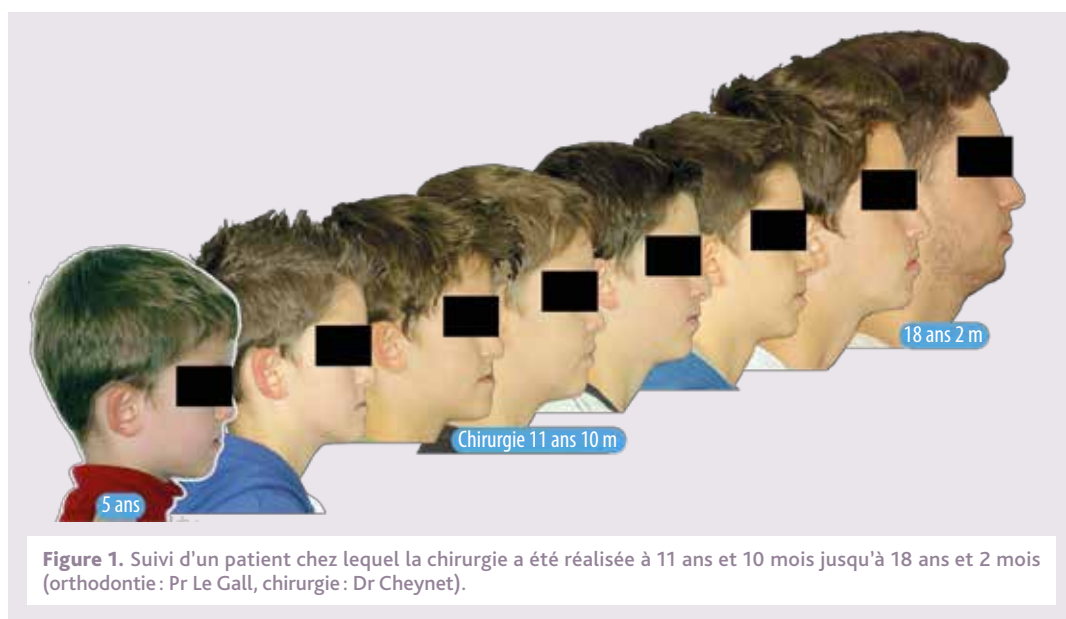


Figure 1. Suivi d'un patient chez lequel la chirurgie a été réalisée à 11 ans et 10 mois jusqu'à 18 ans et 2 mois (orthodontie : Pr Le Gall, chirurgie : Dr Cheynet).

\* Orthodontistes ; maîtres de conférences à la faculté de Lyon et coprésidentes du congrès.



Figure 2. Patient traité en technique multi-attache linguale et chirurgie première (orthodontie : Dr Wiechmann).



**Figure 3.** Téléradiographies avant et après, montrant l'augmentation du carrefour aéro-pharyngé dans 1 cas d'apnée du sommeil, à la suite d'une chirurgie maxillo-mandibulaire en rotation antihoraire. L'indice apnées-hypopnées passe de 45 en préchirurgie à 12 en postchirurgie (Pr Bouletreau).

le patient, qui cumule les différents temps opératoires avec différentes anesthésies, arrêts de travail, etc. Et pourquoi pas le tout en un ? La réalisation de l'ensemble des gestes chirurgicaux en une seule intervention.

Le protocole s'inscrit dans une équipe pluridisciplinaire. La prévalence augmentée des apnées (*figure 3*) inscrit désormais notre démarche dans une équipe pluridisciplinaire (pneumologue, ORL, chirurgien oral, maxillofacial, etc.).

À cela s'ajoutent les kinésithérapeutes (C. Alvarado Faysse, *figure 4*), qui offrent une lecture du corps (posture, muscles).

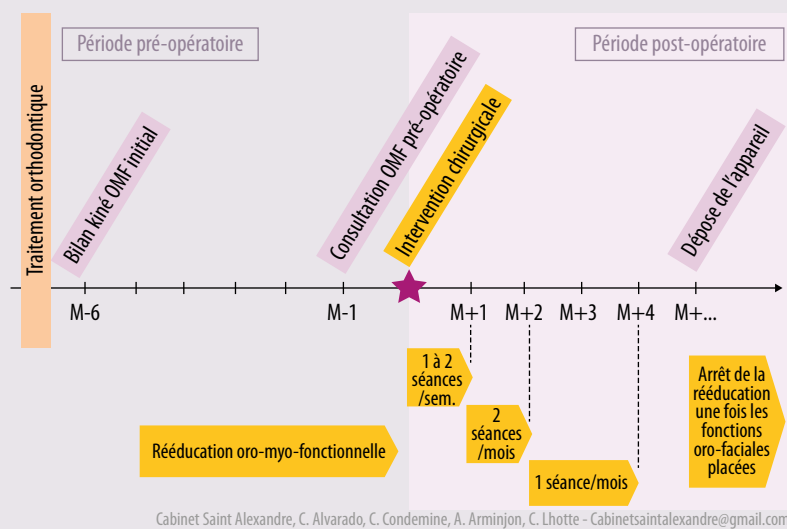
### Distraction symphysaire, "chin wing", "front block"... les gestes chirurgicaux ont changé

Souvent concomitante à la distraction maxillaire, la distraction symphysaire se développe, même si les protocoles sont encore discutés (rythme des activations, distraction dentoportée, mixte ou à ancrage osseux ?) (*figures 5 et 6*).

Les profiloplasties se sont développées aussi avec l'arrivée du "mini wing" et du "chin wing" (*figure 7*). La contraction mandibulaire permet de gérer les angles mandibulaires larges.

L'ostéotomie de Köle combinée à une distraction osseuse, décrite par Albino Triaca, permet de corriger ces encombrements incisivo-canins et des petits surplombs. Cette technique dite "front block" (*figure 8*) s'adresse à des patients porteurs d'une classe II canine avec surplomb augmenté et encombrement incisif. Au prix d'une préparation orthodontique minimale, la distraction osseuse va créer des diastèmes bilatéraux qui permettront ensuite d'aligner le secteur incisivo-canin sans extraction.

#### Chronologie de la rééducation oro-myo-fonctionnelle

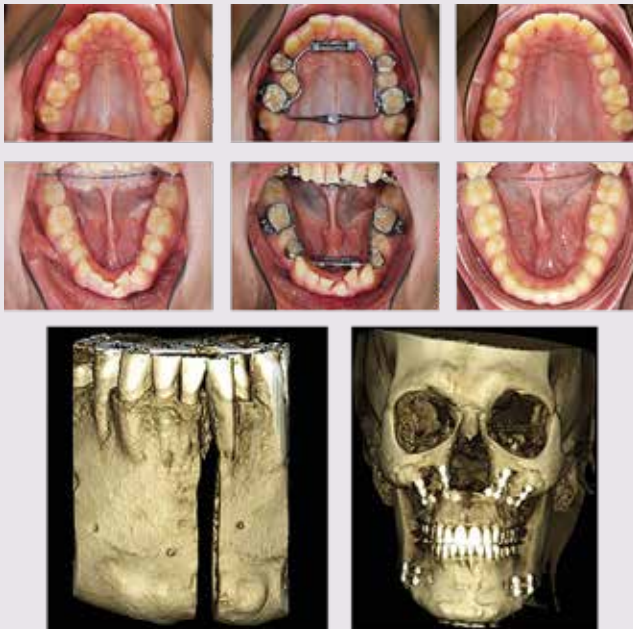


Cabinet Saint Alexandre, C. Alvarado, C. Condemine, A. Arminjon, C. Lhotte - Cabinetsaintalexandre@gmail.com

**Figure 4.** Représentation de la chronologie proposée aux patients qui bénéficient d'un protocole orthochirurgical (M<sup>me</sup> Alvarado Faysse).



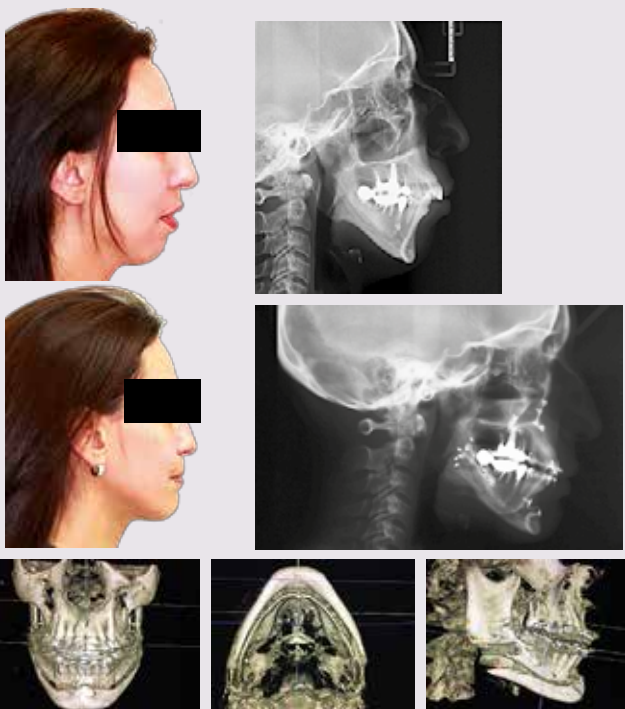
**Figure 5.** Distracteur à appuis mixtes (dentaire et osseux), puis distalisation asymétrique (Dr Sampersmans).



**Figure 6.** Cas avant, après disjonction maxillaire et distraction symphysaire, puis en fin de traitement, après protocole orthochirurgical; images par cone beam correspondantes (orthodontie: Dr Ouhioun, chirurgie: Dr Richard).



**Figure 9.** Les minivis ont permis la traction distale des canines incluses sans poser immédiatement le multi-attache et en restant à distance des incisives latérales (Dr Renger).



**Figure 7.** Patiente hyperdivergente traitée par impaction et "wing" (orthodontie: Dr Chauty, chirurgie: Dr Cresseaux) et images de "chin wing" (Martin et al. 2019).



**Figure 8.** Patient traité en 8 mois tout compris (orthodontie: Dr Forestier, chirurgie: Dr Esnault).



**Figure 10.** Correction d'un sourire gingival par minivis et mini-plaques (Dr Ellouze).



**Figure 11.** Décompensation orthodontique préchirurgicale, à l'aide d'un fil d'ostéosynthèse, placé dans la partie antérieure de la branche montante de la mandibule (Abalakov). Cet ancrage squelettique permet le redressement de l'incisive mandibulaire et l'augmentation du surplomb sans élastiques ni avulsions de prémolaires (orthodontie: Dr Pernier, chirurgie: Dr Cresseaux).



**Figure 12.** Chirurgie de piézocision (orthodontie: Dr Charavet, chirurgie: Drs Lambert et Lecloux in Charavet et al., 2019).



**Figure 13.** Cas avant (cadre noir) et après (cadre rouge). Le renfort parodontal minéralisé, réalisé en début de traitement, a facilité la correction de l'infraclusion antérieure et renforcé nettement le parodonte des incisives mandibulaires (orthodontie: Dr Pernier, parodontologie: Dr Straub).

## Cone beam, ancrages osseux... l'orthodontie a changé !

Le recours à la distraction mandibulaire, au "front block" permet de changer, dans certains cas, notre approche et d'être plus conservateur. De même pour la décompensation, désormais optimisée par ancrage osseux: minivis (Renger et al., *figure 9, p. 45*), mini-plaques (*figure 10, p. 45*) et Abalakov (*figure 11, p. 45*). Les ancrages permettront désormais de gérer les anomalies au sein même et de corriger par l'orthodontie ce qui doit être corrigé par l'orthodontie, et par la chirurgie ce qui doit être corrigé par la chirurgie, en particulier pour les latéromandibulies qui souffrent parfois de compensations fortes avec bascule du plan d'occlusion, parallèles ou non au plan mandibulaire.

Les chirurgies de piézocision peuvent permettre d'accélérer, dans certains cas, les déplacements dentaires (*figure 12, p. 45*).

Dernier point, les possibilités de la dentisterie qui ouvrent des perspectives d'optimisation parodontale (*figure 13*) et esthétique (*figure 14*).

## Conclusion

L'innovation est au cœur de nos disciplines ! Ce sera le sujet du prochain congrès de la SFODF (Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale), qui fête du 20 au 22 mai 2021 ses 100 ans à Lyon (<https://www.sfodf-lyon2021.com/>). En cas de confinement, la SFODF fera le congrès en streaming. Un streaming oui, mais un streaming haut de gamme ! ■



**Figure 14.** Agénésies de 12 et 22. Réhabilitation du sourire par facettes (Dr Clément).



sfodf

92<sup>e</sup> RÉUNION  
SCIENTIFIQUE  
DE LA SFODF

100 ANS  
D'INNOVATIONS  
EN ORTHODONTIE  
AU SERVICE DE NOS PATIENTS

LYON  
2021

20-22 MAI

[sfodf-lyon2021.com](https://www.sfodf-lyon2021.com)