

# Traitement de l'occlusion croisée unilatérale postérieure avec déviation mandibulaire

David Kennedy, BDS, LDS, MSD, FRCD(C)

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en image qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette rubrique présente étape par étape des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. Pour soumettre un cas ou recommander un clinicien à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à [jokeefe@cda-adc.ca](mailto:jokeefe@cda-adc.ca).

L'occlusion croisée unilatérale postérieure avec déviation mandibulaire se manifeste chez environ 7 % des enfants. Ce problème se corrige rarement spontanément, et l'absence de traitement peut donner lieu à une croissance asymétrique. Cependant, si le traitement est instauré à la toute fin de la phase de dentition primaire ou au début du stade de dentition mixte, la durée du traitement est habituellement courte, et le pronostic est bon.

Les premières données versées au dossier d'une fillette de 6 ans (ill. 1) montraient, avant le traitement, une occlusion croisée du côté gauche, avec transition perceptible d'une relation centrée à une occlusion centrée et déviation de la ligne médiane mandibulaire en direction du côté de l'occlusion croisée. Les relations molaires et canines étaient également asymétriques, la relation du côté de l'occlusion étant de classe II (demi-cuspide), alors qu'elle était de classe I

du côté opposé. De plus, en raison de l'espace interproximal limité entre les incisives primaires supérieures, un chevauchement des incisives permanentes supérieures commençait à se manifester. La fabrication d'un appareil d'expansion de Haas, qui serait utilisé pour obtenir une expansion maxillaire, a été échelonnée sur 3 visites. À la première visite, les séparateurs ont été mis en place en amont des deuxièmes molaires primaires supérieures. Après 1 semaine, les séparateurs ont été retirés et les bagues ont été ajustées, puis les séparateurs ont été remis en place et une empreinte supérieure a été prise. À la troisième visite, les séparateurs ont été retirés, et, avant le scellement, avec l'appareil hors de la bouche, on a montré au parent comment l'activer. Dans un tel cas, il faut éviter de trop remplir les bagues de ciment, car le ciment s'infiltrera sous l'acrylique durant le scellement et il sera impossible de le retirer.



**Illustration 1 :** Données du dossier d'une fillette de 6 ans, présentant une occlusion croisée et une asymétrie du côté gauche, avant le traitement.

Pour obtenir une expansion lente du maxillaire supérieur, il faut tourner l'appareil d'un quart de tour (ce qui donne lieu à une expansion de 0,2 à 0,25 mm) tous les 2 à 3 jours; ce sont les parents qui activent l'appareil à la maison. Comme l'expansion totale souhaitée est habituellement de 5 à 6 mm, le traitement de correction s'échelonne sur 6 à 8 semaines. Le parent et l'enfant ont

été avertis qu'il pourrait y avoir des troubles temporaires de la parole et formation excessive de salive durant la première semaine. Après la surcorrection de l'occlusion croisée, l'appareil a été laissé en place pendant 6 mois additionnels de rétention passive.

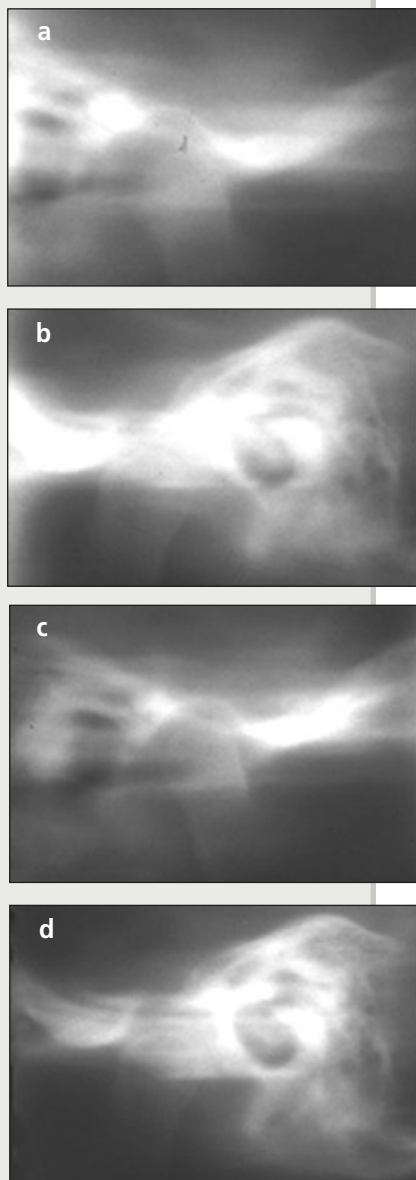
Après le retrait de l'appareil (ill. 2), les données du dossier de la patiente montrent une



**Illustration 2 :** Données du dossier, après le traitement de la fillette alors âgée de 7 ans, montrant la correction de l'occlusion croisée et le rétablissement de la symétrie.



**Illustration 3 :** Données du dossier montrant la dentition permanente à 13 ans et indiquant une bonne stabilité à long terme de la correction.



**Illustration 4 :** Tomogrammes.  
**a.** Côté droit, avant le traitement.  
**b.** Côté gauche, avant le traitement.  
**c.** Côté droit, après le traitement;  
**d.** Côté gauche, après le traitement.

légère surexpansion et la correction de l'occlusion croisée. La déviation fonctionnelle du maxillaire inférieur a été éliminée, ce qui a permis une correction spontanée de la déviation de la ligne médiane et des relations molaires asymétriques. Le chevauchement des incisives permanentes supérieures – qui avait précédemment été observé – a lui aussi été corrigé, et les premières molaires permanentes font éruption dans la bonne position transversale. Aucun autre traitement n'a été dispensé avant l'éruption de toutes les dents permanentes.

L'ill. 3 montre la bouche de la patiente, après l'éruption de toutes les dents permanentes. Non seulement la correction initiale de l'occlusion croisée s'est-elle maintenue, mais il en a été de même de la correction de l'asymétrie. L'occlusion était maintenant

idéale, si ce n'est un léger chevauchement des incisives inférieures. Dans le cas présenté ici, l'intervention précoce a permis une correction permanente et a évité le recours à un traitement plus complexe.

L'ill. 4 montre les tomogrammes pris avant le traitement et immédiatement après. Avant le traitement, un large espace postéro-supérieur séparait le condyle de la fosse dans le côté opposé à l'occlusion croisée (le côté droit); immédiatement après le traitement, le condyle s'était centré à l'intérieur de la fosse et l'asymétrie avait été corrigée. Il était également resté centré dans la fosse, du côté de l'occlusion croisée.

Le traitement précoce de cette patiente a été bénéfique à court et à long terme et s'est révélé une méthode rentable pour corriger de façon permanente une malocclusion. ✦

#### L'AUTEUR



Le **Dr. Kennedy** exerce l'orthodontie à Vancouver et à Richmond (C.-B.).

**Écrire au :** Dr David Kennedy, 200-650, 41e av. O., Vancouver, C.-B. V5Z 2M9. Courriel : [drdavidkennedy@yahoo.ca](mailto:drdavidkennedy@yahoo.ca).

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré.