Une anomalie fonctionnelle : le proglissement

RÉSUMÉ

Salwa REGRAGUI

Professeur agrégé en orthodontie,
Chef du département
d'orthopédie dento-faciale
Faculté de médecine dentaire de Rabat,
Certificat d'études supérieures
en Biomatériaux utilisés en art dentaire,
Certificat d'études supérieures
en orthopédie dento-faciale,
Département d'Orthopédie Dento-Faciale,
Faculté de Médecine Dentaire de Rabat,
BP 6212, Rabat Instituts. Rabat. Maroc.

Fatima ZAOU

Professeur de l'enseignement supérieur
au Service d'orthopédie dento-faciale,
Faculté de médecine Dentaire de Rabat.

Le proglissement est une anomalie fonctionnelle se traduisant par un articulé inversé antérieur et des rapports dentaires latéraux de classe III en raison d'une position avancée de la mandibule.

Cet aspect clinique est assez inquiétant pour les parents et peut faire suspecter à tort une dysmorphose de classe III.

Le proglissement est une urgence thérapeutique puisque, non traitée, cette anomalie fonctionnelle plutôt simple risque de se transformer, avec la croissance, en vraie classe III squelettique.

Une fois le diagnostic du proglissement posé, sa correction par la levée des obstacles occlusaux est simple et a des répercussions spectaculaires sur l'esthétique faciale par le rétablissement d'une harmonie squelettique et musculaire.

Mots clés

- proglissement
- dysfonction
- classe III
- diagnostic
- thérapeutique

AOS 2009;247:231-239
DOI:10.1051/aos/2009015
© AEOS / EDP Sciences

Introduction

> Le proglissement est une anomalie fonctionnelle dont le signe le plus marquant est l'inversé de l'articulé antérieur incisif. Cette occlusion croisée antérieure est associée à des rapports de classe III canine et molaire, ou encore à un articulé inversé bilatéral (**fig. 1 a, 1 b**).

Ces rapports occlusaux s'expliquent par une position avancée de la mandibule qui s'établit

lors de la recherche par le sujet d'une position d'occlusion confortable.

En effet, des canines lactéales trop pointues, l'éruption des incisives centrales en palato-version ou celle des incisives inférieures en vestibuloversion génèrent des prématurités dentaires ne pouvant être évitées que par un avancement de la mandibule [1, 2, 3]. Le proglissement est une urgence thérapeutique qui doit être diagnostiquée tôt.

Fig. 1 a Articulé inversé antérieur.

Fig. 1 b Articulé inversé latéral et classe III canine et molaire.

Diagnostic

La nécessité d'un diagnostic précoce s'impose de par la responsabilité du proglissement dans la genèse d'éventuels problèmes parodontaux (récessions gingivales sur les incisives inférieures vestibulo-versées), dans la perturbation de la phonation et de l'esthétique faciale «visage boudeur», et surtout dans l'évolution d'un problème fonctionnel simple en problème squelettique dont le traitement est plus compliqué.

Dans le proglissement, la fonction incisale n'existe plus. Or, selon la théorie de Delaire [4]

c'est la proprioception incisive (mise en jeu dès que la denture temporaire devient fonctionnelle) qui conditionne le développement du maxillaire.

Ces forces occlusales stimulent la croissance de l'os frontal auquel elles sont transmises à travers les apophyses montantes du maxillaire ; dans son mouvement vers l'avant, la corticale externe du frontal entraîne avec elle le maxillaire.

De là, toute diminution précoce des forces masticatoires incisivo-canines est responsable

Fig. 2 Proglissement en denture temporaire perturbant la fonction incisale.

d'un hypodéveloppement du frontal et par conséquent du maxillaire (**fig. 2**).

Par ailleurs, la croissance mandibulaire est stimulée puisque la clé incisive ne joue pas son rôle de maintien d'une croissance mandibulaire équilibrée.

Ainsi s'installe progressivement une classe III squelettique par défaut de croissance maxillaire associée à un excès de développement mandibulaire.

Pourquoi faire un diagnostic différentiel entre proglissement et classe III ?

L'aspect de l'articulé antérieur inversé est assez inquiétant pour les parents qui, dans ces cas, suspectent à tort un problème squelettique de classe III.

Pour que le praticien puisse rassurer les parents et leur affirmer que le problème est dentaire et non squelettique, que son traitement est simple et ne nécessite pas un traitement orthopédique par activation de la croissance du maxillaire et freinage de celle de la mandibule, ou encore un traitement orthodontico-chirurgical à la fin de la croissance, il faut qu'il fasse un diagnostic différentiel entre un proglissement et une vraie classe III.

Ce diagnostic différentiel repose sur :

- la manœuvre de Nevrezé [5, 6] ;

- l'examen clinique exo- et endobuccal ;

- l'examen de la téléradiographie de profil.

La manœuvre de Nevrezé consiste à guider la mandibule pour recentrer les condyles dans leur cavités glénoïdes. Elle comprend trois temps :

- 1^{er} temps : abaissement de la mandibule pour échapper aux blocages occlusaux ;

- 2^e temps : rétropulsion de la mandibule guidée par l'opérateur vers le haut et l'arrière, bouche ouverte ;

- 3^e temps : fermeture en relation centrée.

La manœuvre de Nevrezé est considérée comme positive si l'on obtient au moins le bout à bout incisif (**fig. 3 a, 3 b**).

Fig. 3 a Articulé inversé antérieur.

Fig. 3 b Bout à bout incisif = manœuvre de Nevrezé positive → proglissement.

Fig 4 a Visage caractéristique d'une classe III squelettique.

Fig. 4 b Compensations incisives de classe III contraires aux inclinaisons des axes des incisives supérieures et inférieures dans le proglissement.

Dans les cas où l'inversé de l'articulé est en rapport avec une classe III squelettique, il y a impossibilité de reculer la mandibule puisque les condyles sont centrés dans leurs cavités glénoïdes.

Dans les cas où la classe III squelettique est associée au proglissement, la manœuvre de

Nevrezé réduit l'inversé de l'articulé sans arriver jusqu'au bout à bout incisif.

Par ailleurs, l'examen clinique exo- et endobuccal révèle (fig. 4 a, 4 b) :

- l'absence des caractéristiques maxillo-faciales propres aux classes III (pommettes effacées, sillons nasogéniens marqués révélateurs d'un

petit maxillaire, mandibule et menton bien développés...);

- l'absence des compensations incisives de classe III (incisive inférieure linguo-versée et incisive supérieure vestibulo-versée) en faveur d'une incisive inférieure droite ou en proalvéolie et d'une incisive supérieure palato-versée.

Le 3^e élément du diagnostic est la prise de la téléradiographie de profil en occlusion de convenance et en relation centrée : le proglissement est confirmé par la normalisation des rapports entre les bases maxillaire et mandibulaire sur le cliché en relation centrée (**fig. 5 a, 5 b**).

Fig. 5 a Tracé céphalométrique en occlusion de convenance (proglissement).

Fig. 5 b Normalisation des rapports squelettiques sur le tracé céphalométrique en occlusion centrée.

Traitement

La thérapeutique consiste à éliminer la cause du proglissement et à coordonner les arcades.

La mandibule se recentre spontanément et l'occlusion normale où la clé incisive est ainsi obtenue s'oppose à la récurrence du proglissement.

Si la cause du proglissement est une prématurité au niveau des canines temporaires, il faut en meuler la pointe [7].

Si la cause du proglissement est une palato-version des incisives maxillaires permanentes, l'expansion maxillaire sera obtenue par une thérapeutique orthodontique amovible [8] ou fixe.

Quelle que soit la technique adoptée, une surélévation de l'occlusion est souhaitable pour échapper au blocage occlusal antérieur.

Cas cliniques

Cas clinique n° 1 : thérapeutique amovible

(fig. 6 a, 6 b, 6 c).

Fig. 6 a Patiente âgée de 9 ans présentant un proglissement en rapport avec des incisives supérieures palatoversées.

Fig. 6 b Vestibulisation des incisives par une plaque à vérin à action postéro-antérieure dont le vérin est activé 2 fois par semaine et dont l'épaisseur de la résine réalise la surélévation de l'articulé.

Fig. 6 c Rétablissement de l'articulé en 2 mois, puis surveillance jusqu'à l'établissement de la denture définitive.

Cas clinique n° 2 : thérapeutique fixe

(fig. 7 a, 7 b, 7 c, 7 d).

Fig. 7 a Patient âgé de 11 ans présentant un articulé inversé antérieur.

Fig. 7 b Proglissement confirmé par une manœuvre de Nevrezé positive.

Fig. 7 c Collage d'un dispositif multi-attaches maxillaire permettant la vestibulisation des incisives après surélévation de l'occlusion par des cales en verre-ionomères placées sur les faces occlusales des 1^{res} molaires inférieures.

Fig. 7 d Rétablissement d'une occlusion antérieure et latérale normale après 3 mois de traitement multibague.

Conclusion

Le proglissement est une urgence thérapeutique en ODF puisque, non traitée, cette anomalie fonctionnelle plutôt bénigne risque de se transformer, avec la croissance, en vraie dysmorphose de classe III.

Le traitement du proglissement est dento-alvéolaire, contrairement aux classes III où l'on

doit agir sur les bases osseuses ; d'où l'importance de faire un diagnostic différentiel entre les deux.

Ainsi, un traitement précoce est souhaité visant à améliorer l'esthétique et surtout la fonction et à éviter les problèmes parodontaux. ■

Bibliographie

1. Fellus P.
Orthodontie précoce en denture temporaire.
Paris : Éditions CdP, 2003.
2. Patti A, Perrier d'Arc G.
Les traitements orthodontiques précoces.
Paris : Quintessence International, 2003.
3. Rakosi T, Irmtrud J.
Atlas de médecine dentaire. Orthopédie dento-faciale.
Diagnostic.
Paris : Flammarion, 1992.
4. Delaire J.
Le concept cortical.
International Orthod 2006;4(3).
5. Rotenberg M, Lodter C.
L'orthodontie des malocclusions de classe III par proglissement.
Rev Orthop Dento Faciale 1997;31:79-88.
6. Le Gall M, Philip C, Bandon D.
Arch Pediatr 2009;16(1):77-83.
7. Soulet A.
Suppression des causes de déviation de la croissance.
Rev Orthop Dento Faciale 1996;30:445-459.
8. Isaacson KG, Muir JD, Reed RT.
Removable orthodontic appliances.
Paris : Éditions Elsevier Science, 2002.

SUMMARY

A functional anomaly: mandibular forward shift

Salwa REGRAGUI,
Fatima ZAOUÏ

Mandibular forward shift is a functional anomaly being translated by an anterior crossbite and of the side dental reports of class III because of a advanced position of the mandible.

This clinical aspect is worrying enough for the parents and can make suspecter wrongly a dysmorphose of class III.

Mandibular forward shift is an emergency therapeutic since, untreated, this anomaly rather simple functional calculus is likely to change, with the growth, in true class III skeletal.

Once the diagnosis of mandibular forward shift posed, its correction by the lifting of the occlusal obstacles is simple and has spectacular effects on facial esthetics by the re-establishment of a skeletal and muscular harmony.

Keywords

- mandibular forward shift
- dysfunction
- class III
- diagnosis
- therapeutic

Questions - Réponses

1/ Réponse par vrai ou faux

Le proglissement est une fausse classe III

Vrai ☐

Faux ☐

2/ QCM à une seule réponse

Le proglissement :

a - est une anomalie squelettique ☐

b - est causé par un problème dentaire ☐

c - nécessite un traitement orthopédique ☐

d - est une anomalie dans laquelle la mandibule est trop en arrière ☐

Réponses : 1 : vrai - 2 : b

Web of Conferences

Annoncez gratuitement vos prochaines manifestations sur www.webofconferences.org

AGENDA INTERNATIONAL DE CONFÉRENCES

- Recherchez une conférence ou un congrès
- Annoncez gratuitement une manifestation

PUBLICATION ET DIFFUSION D'ACTES DE CONFÉRENCE

- Publication en ligne sur un site web dédié
- Libre accès à tous les documents
- Articles identifiables et citables (DOI, Crossref)
- Hébergement sans limite de temps
- Creation de collections
- Impression de livres et/ou de CDs

Web of Conferences est un service EDP Sciences

Pour s'abonner, composer le :

tél. + 33 (0)1 69 18 15 14 - fax + 33 (0)1 69 86 06 78

4 NUMÉROS(*)

France et Union Européenne

version papier + version électronique 199 €

version électronique seule 175 €

Étudiant* : France et Union Européenne

(* sur présentation d'une attestation)

version papier + version électronique 119 €

version électronique seule 105 €

Reste du monde

version papier + version électronique 229 €

version électronique seule 146 €

Membre de l'AEOS

179 €

Prix au numéro

65 €

Frais de port au numéro

4 €

Frais d'envoi par avion

49 €

(*) Offre valable jusqu'au 31/10/09

Réglé la somme de le

Chèque bancaire / postal N° ou carte N°

(Partie à conserver)

(Partie à joindre à tout règlement)

☐ Je souhaite m'abonner pour à la Revue AOS

☐ Je souhaite prolonger mon abonnement pour à la Revue AOS

MODE DE PAIEMENT :

☐ Paiement effectué par chèque à l'ordre de : **EDP Sciences - REVUE AOS**

17 avenue du Hoggar - P.A. de Courtabœuf

B.P. 112 - 91944 Les Ulis Cedex A (France)

Tél. + 33 (0)1 69 18 15 14 - Fax + 33 (0)1 69 86 06 78

e-mail : abonnements@edpsciences.org

☐ Paiement par carte bancaire : ☐ Carte Visa

☐ Master Card

N°

Noter ici les 3 derniers chiffres situés au dos de la carte

Date d'expiration

Signature obligatoire

VOTRE ADRESSE :

Vous êtes : ☐ Chirurgien-Dentiste ☐ Stomatologue ☐ Orthodontiste ☐ Autre : précisez

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal Ville

Tél Fax E-mail