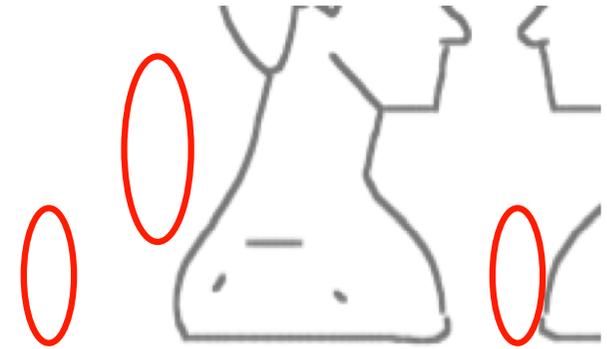


Tatiana... (31ans)

- **Motifs de consultation (12/05)**

- Inconfort occlusal
- Claquement A.T.M
- Céphalées hémiface gauche (6j/mois, + soir)
- Cervicalgie +++
- Demande d'avis pour un éventuel traitement orthochirurgical

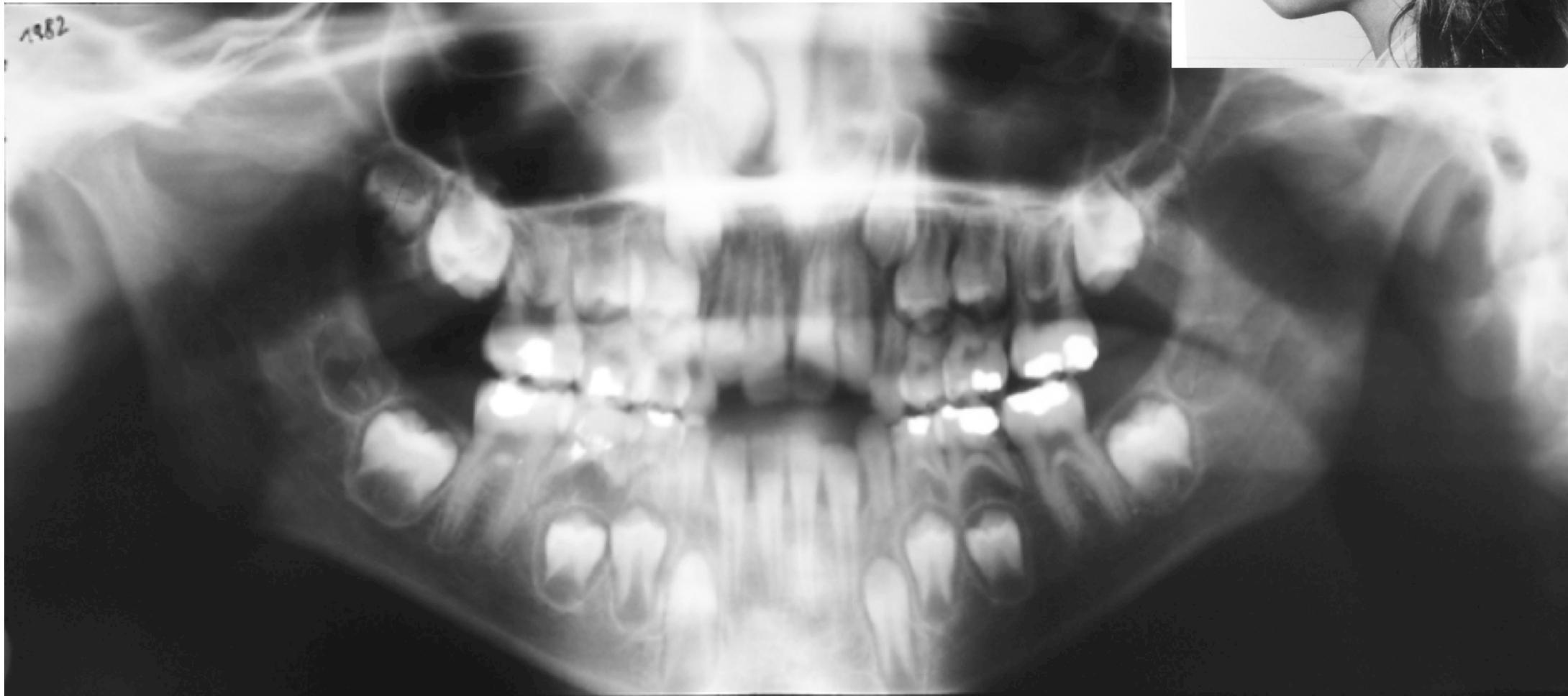


- **Historique, terrain**

- Historique d'orthodontie pendant 8 ans
- Laxité ligamentaire systémique
- Quelques épisodes de blocage A.T.M

Radiographie panoramique

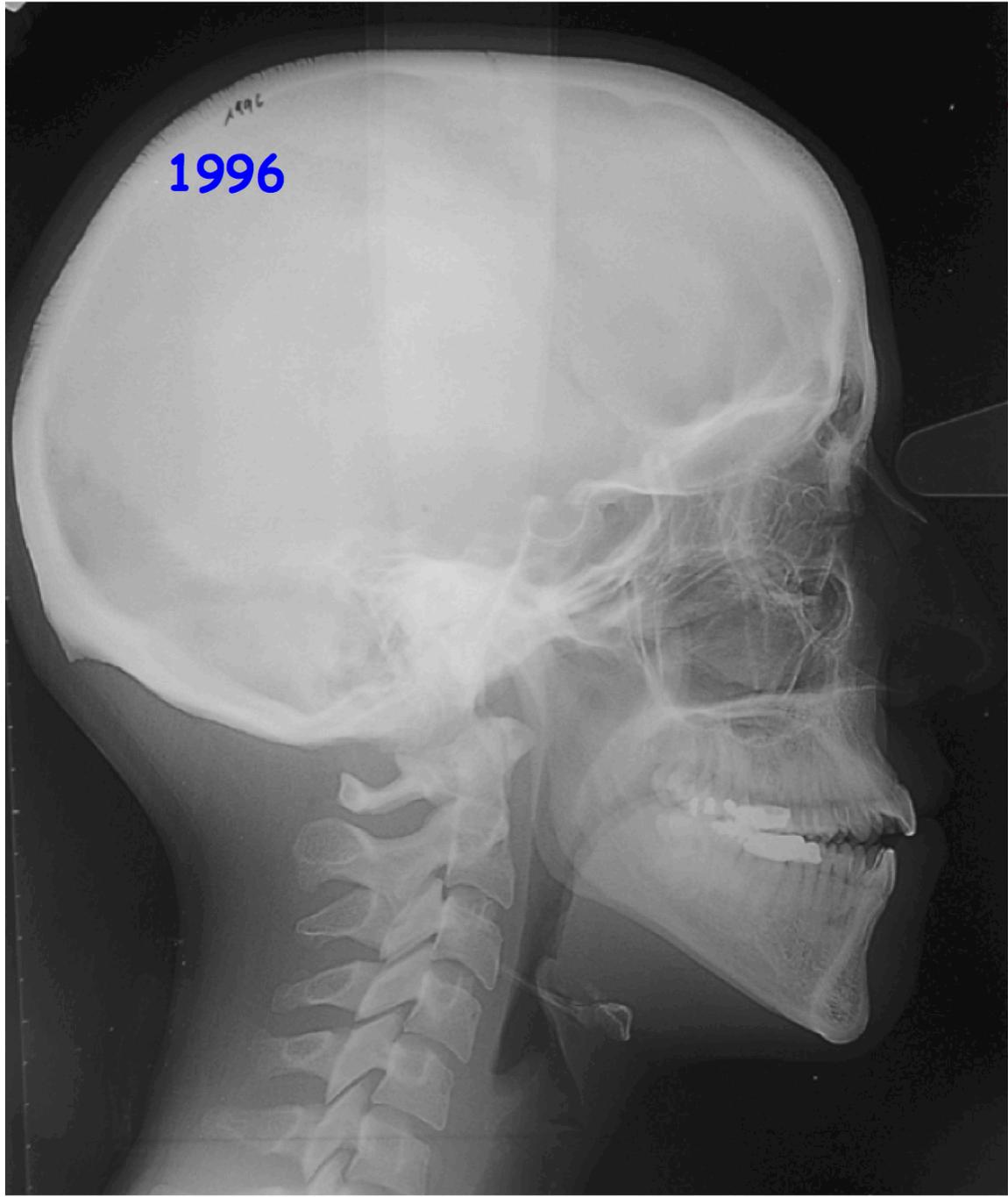
8 ans / 1982



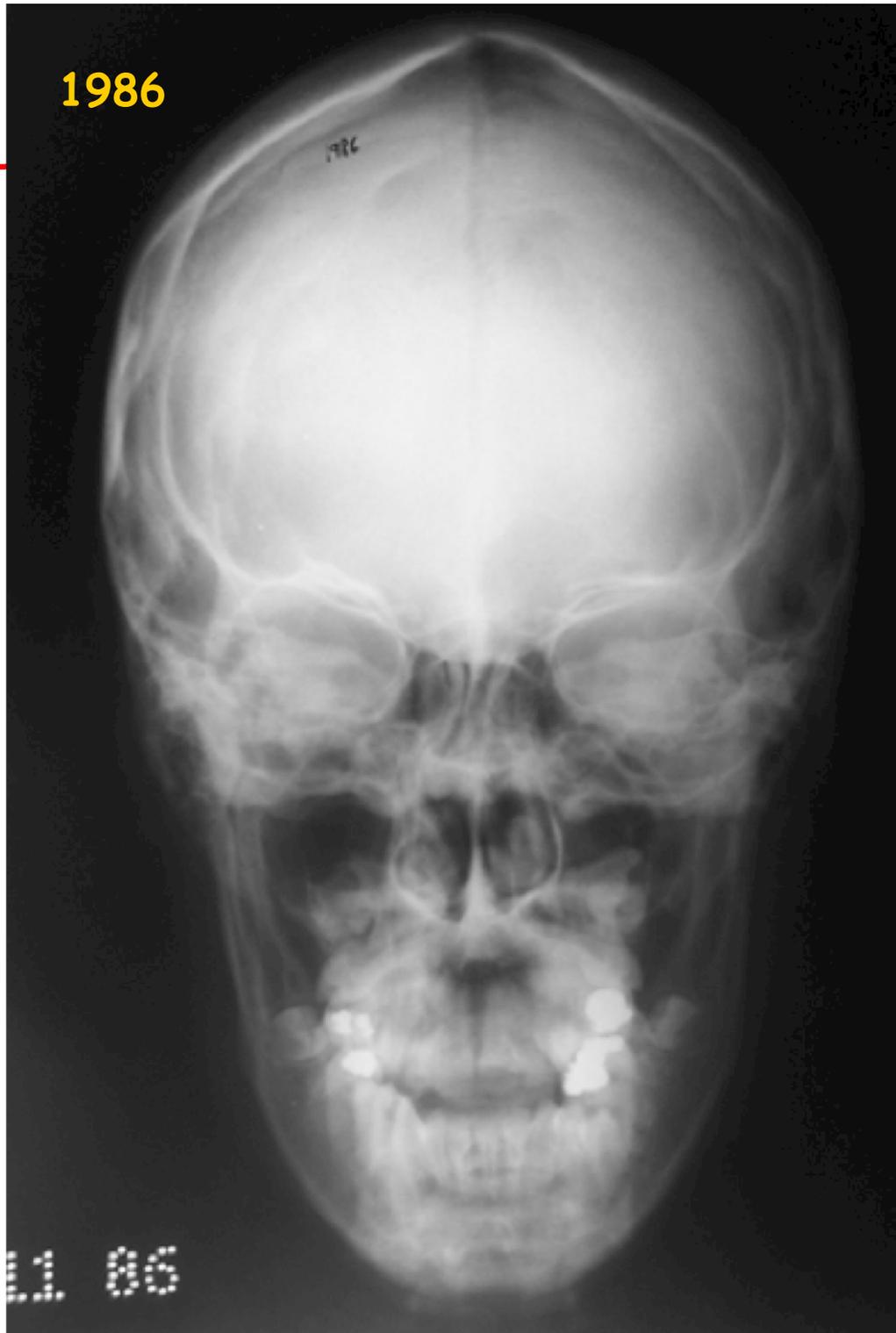
1982







1986



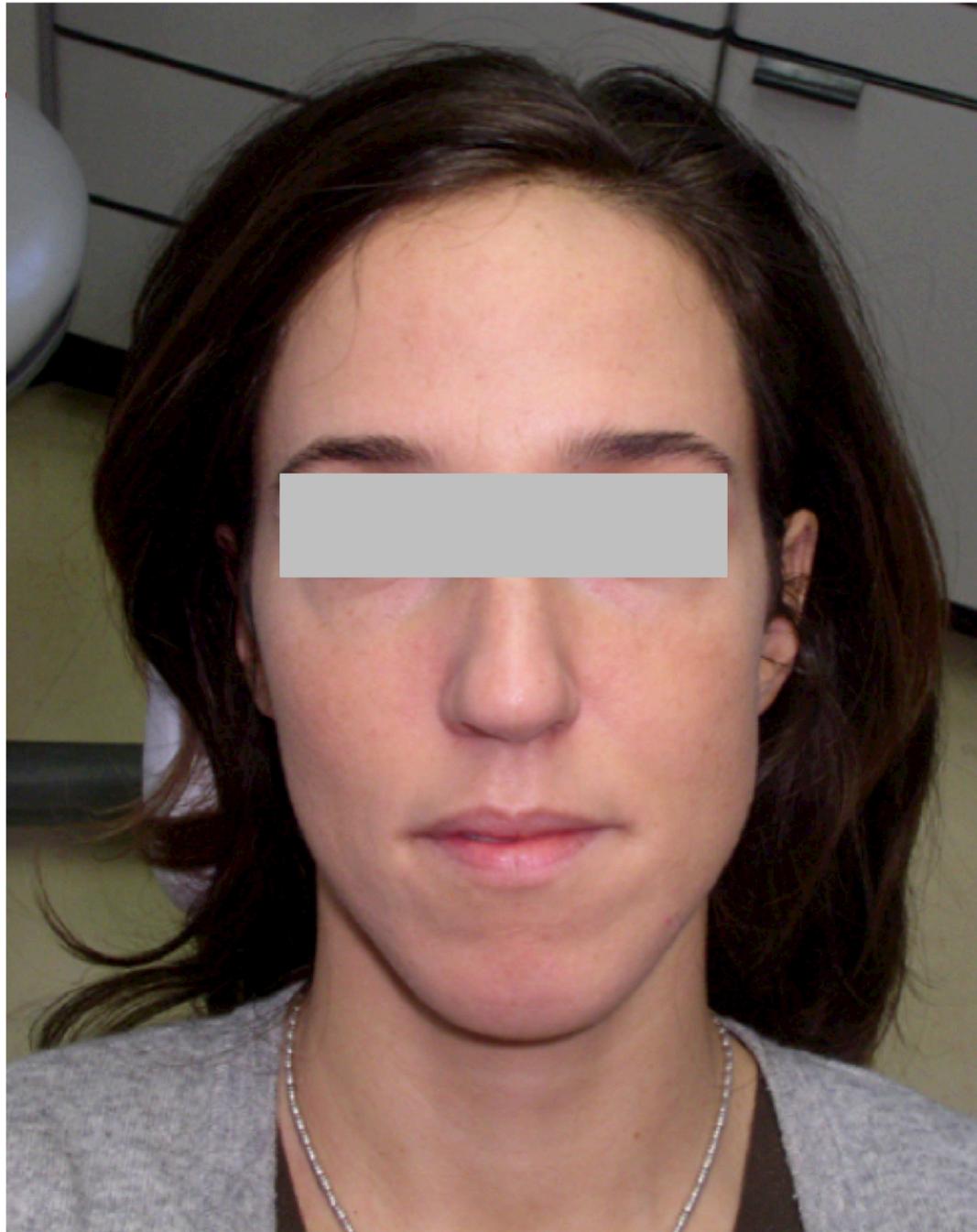
2005



Radiographie panoramique

12/2005

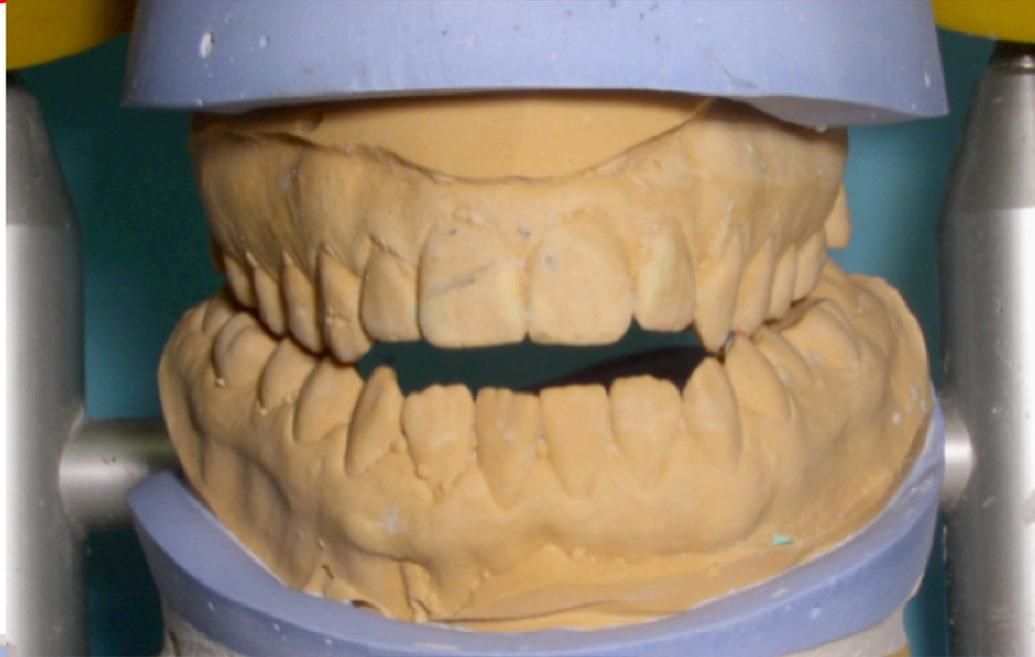








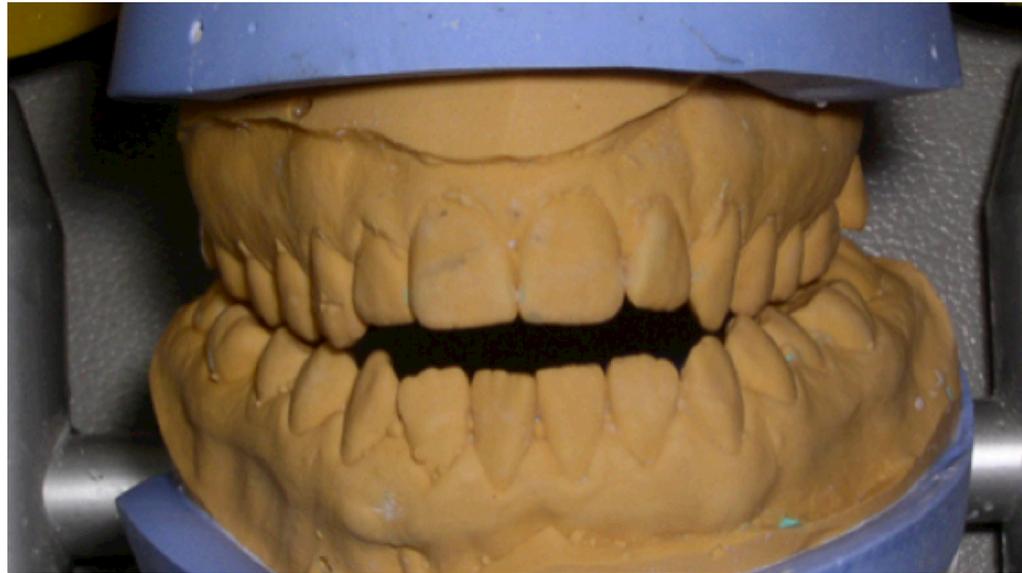
O.I.M



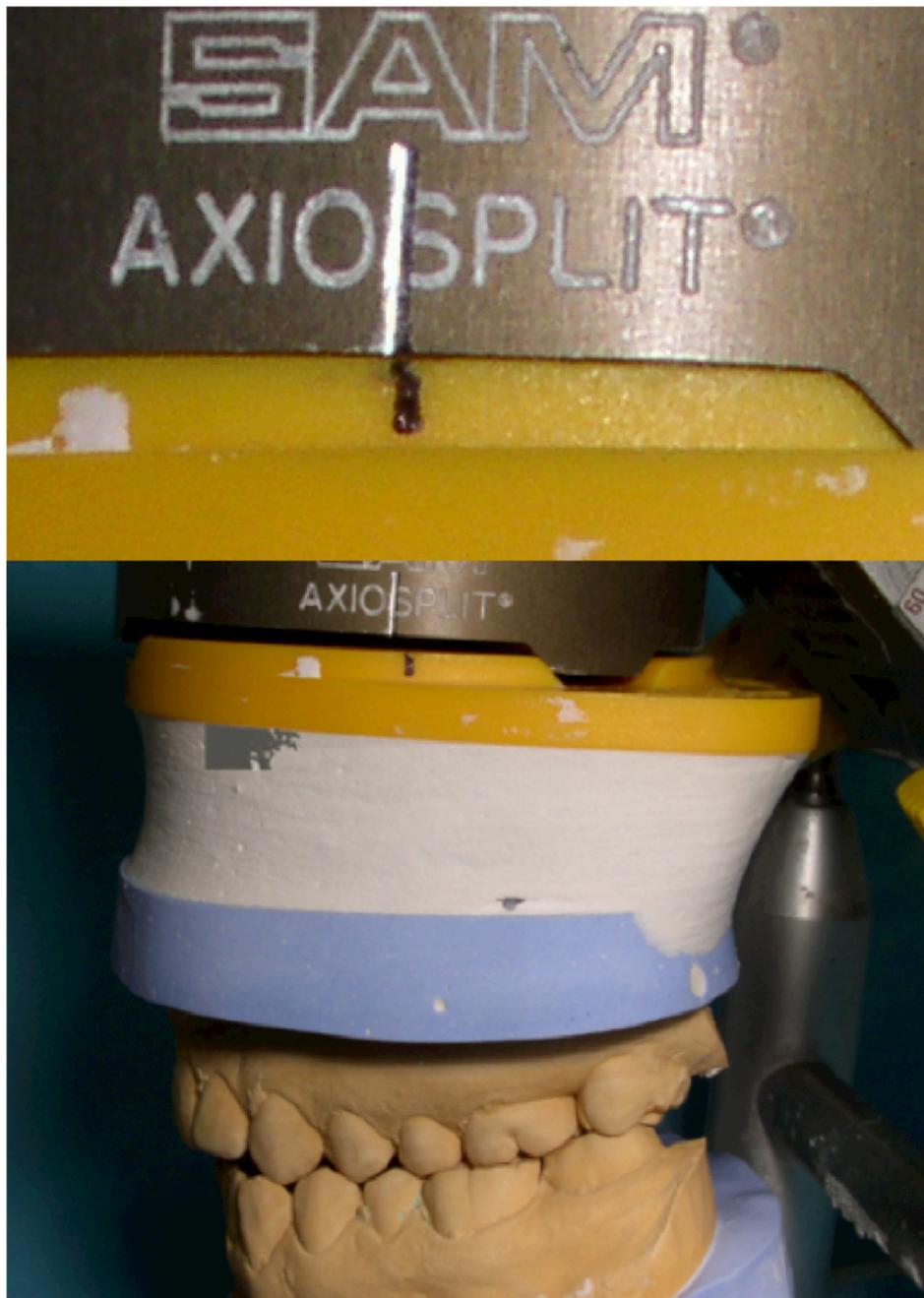


Contact prématuré en O.R.C sur 14/34 (point rouge)

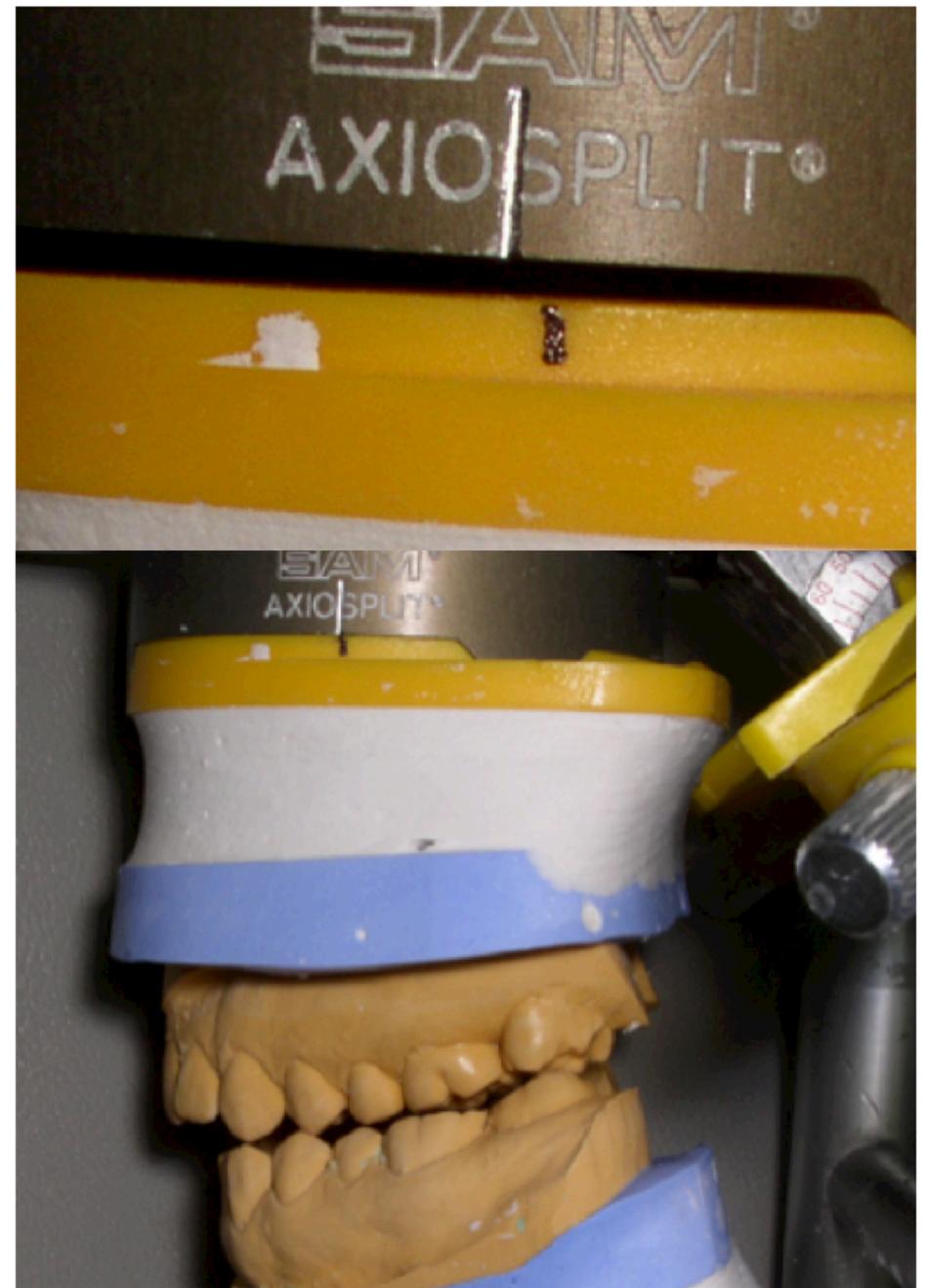
Occlusion en Relation Centrée



O.I.M

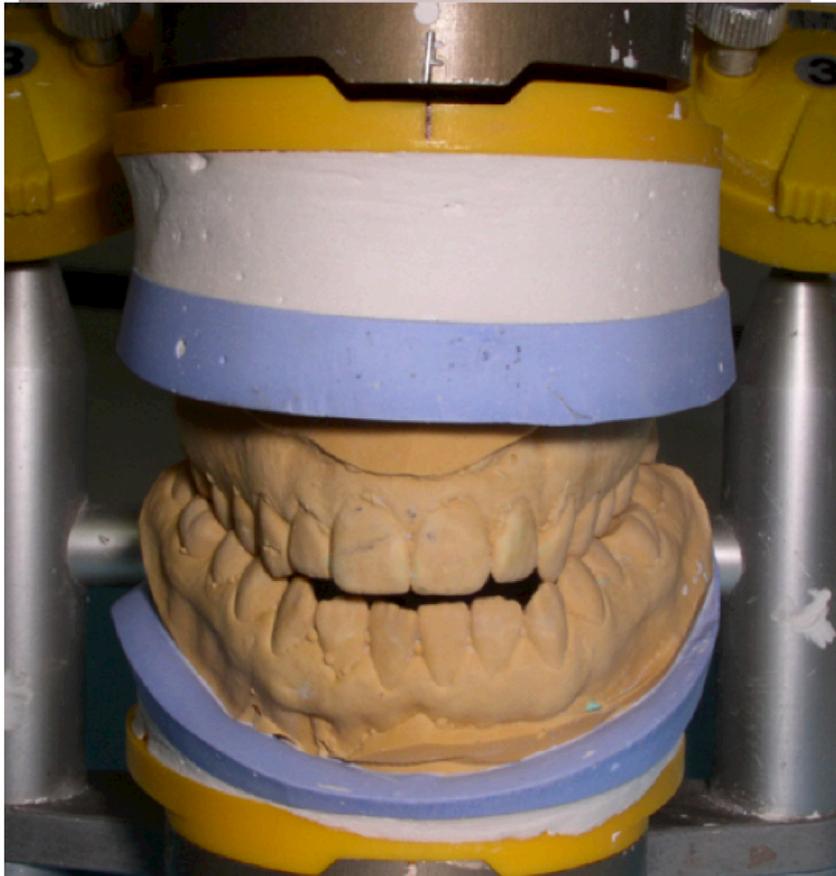
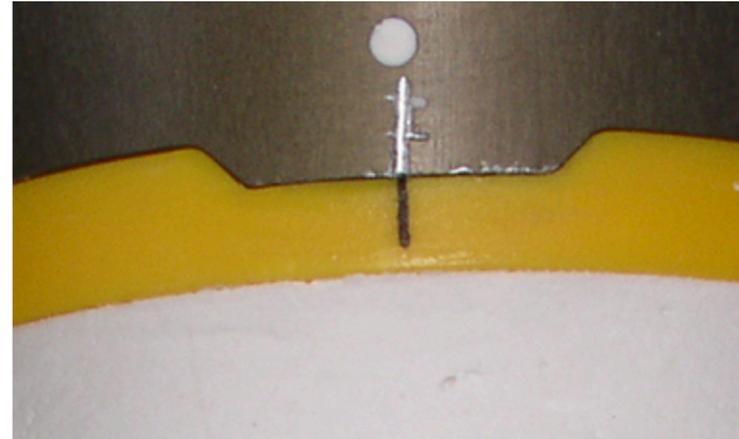
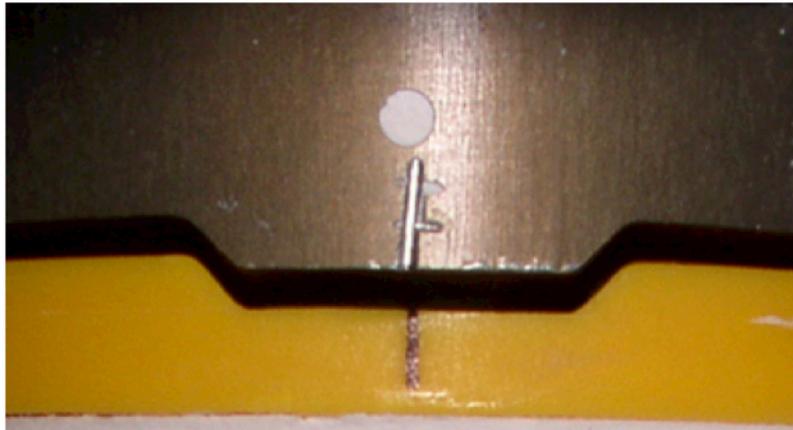


O.R.C



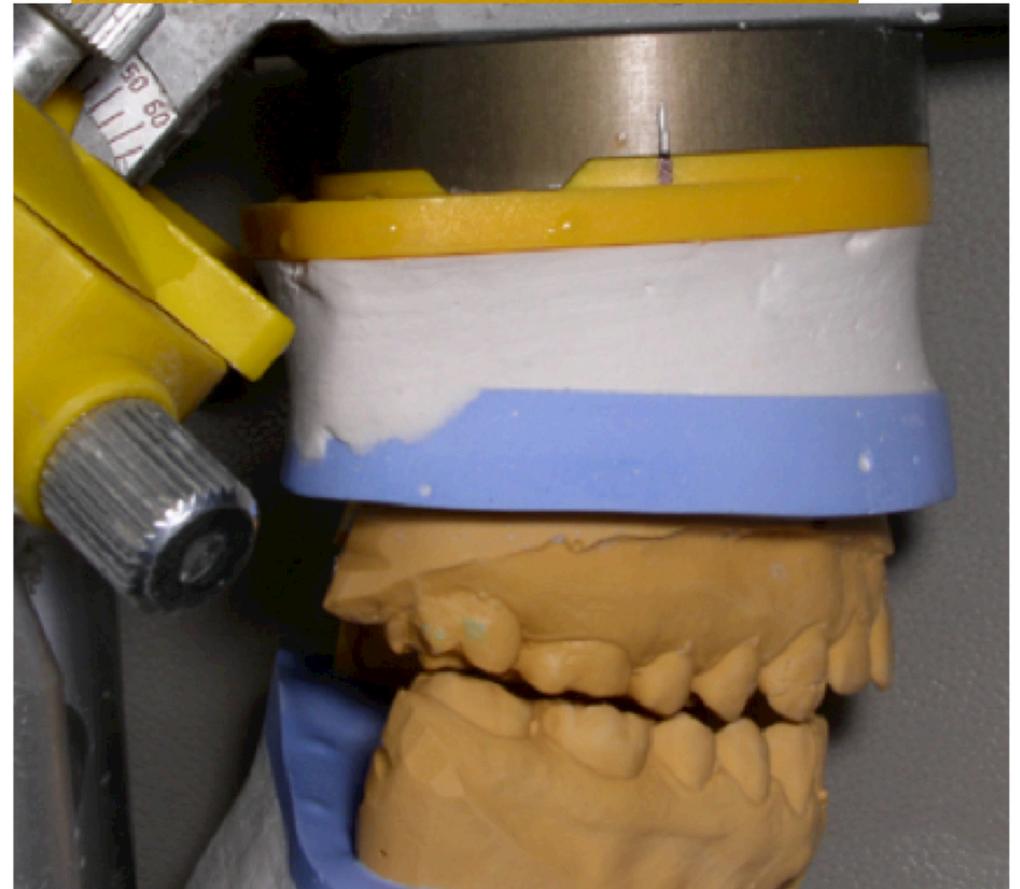
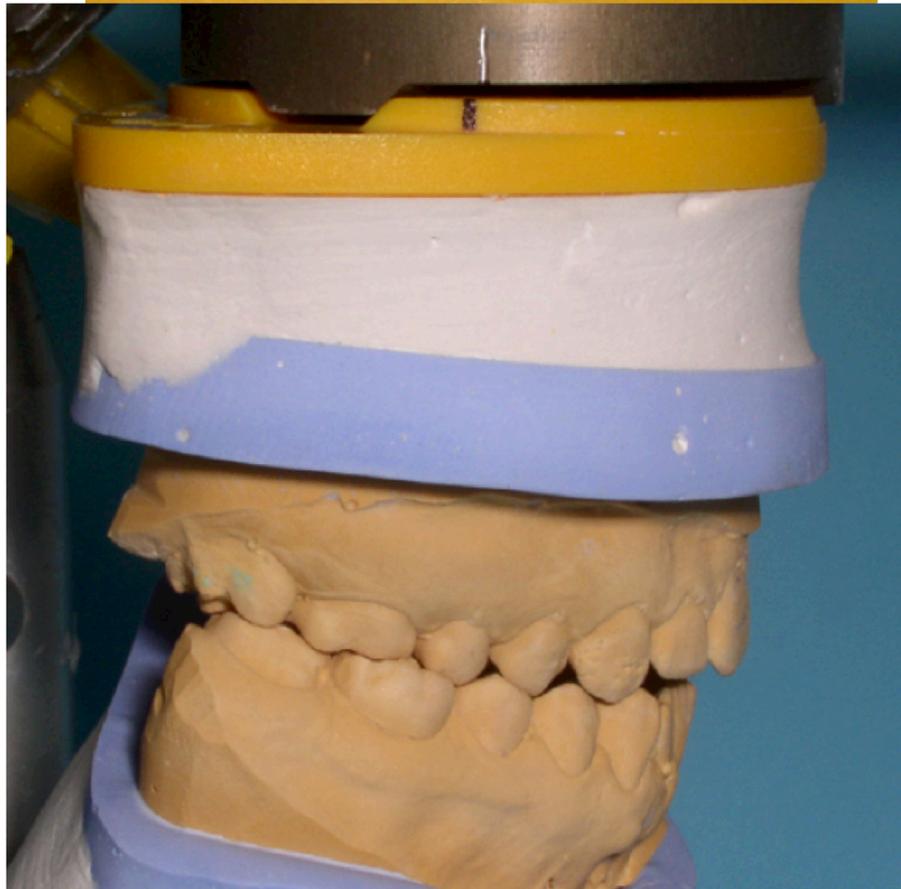
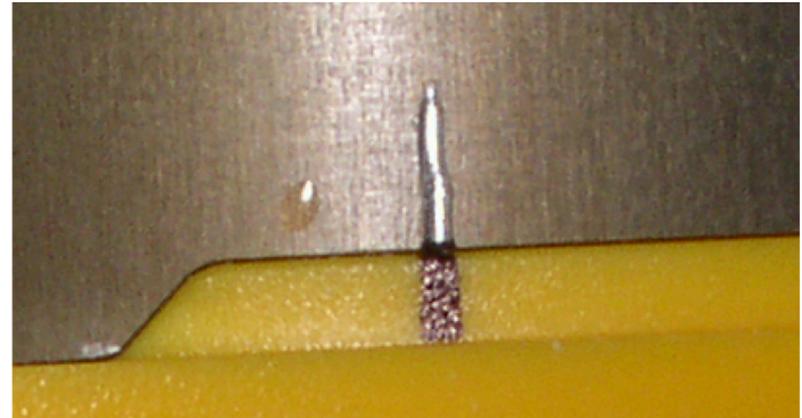
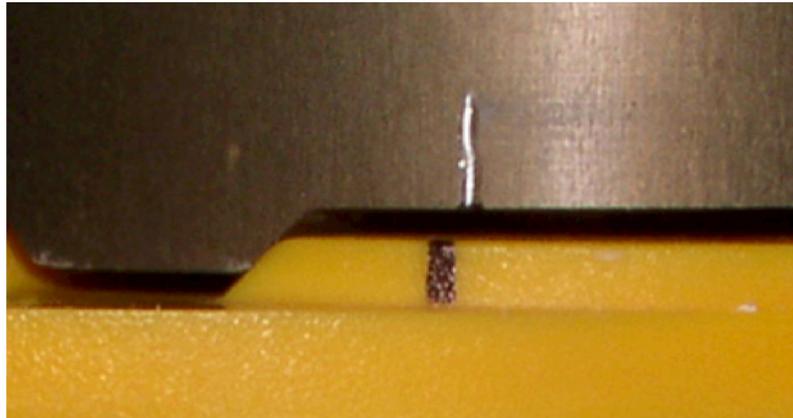
O.I.M

O.R.C

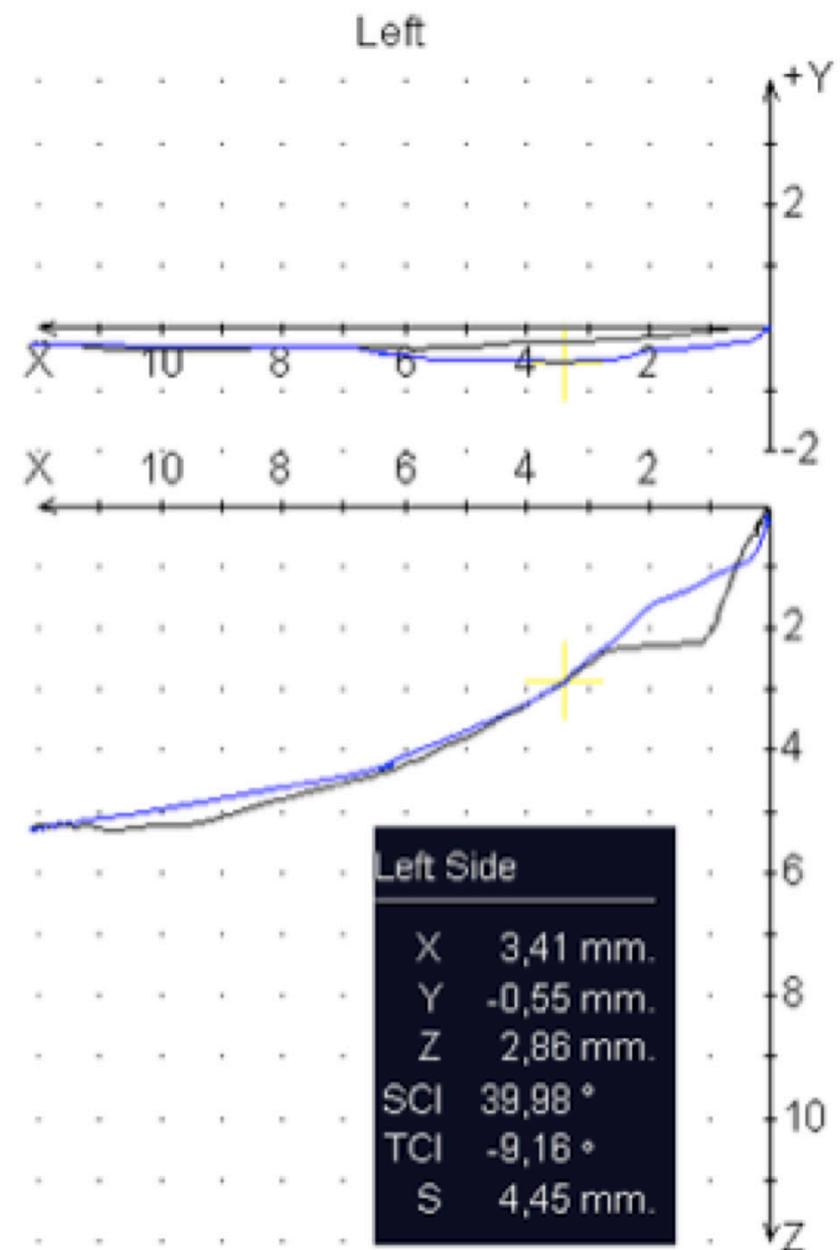
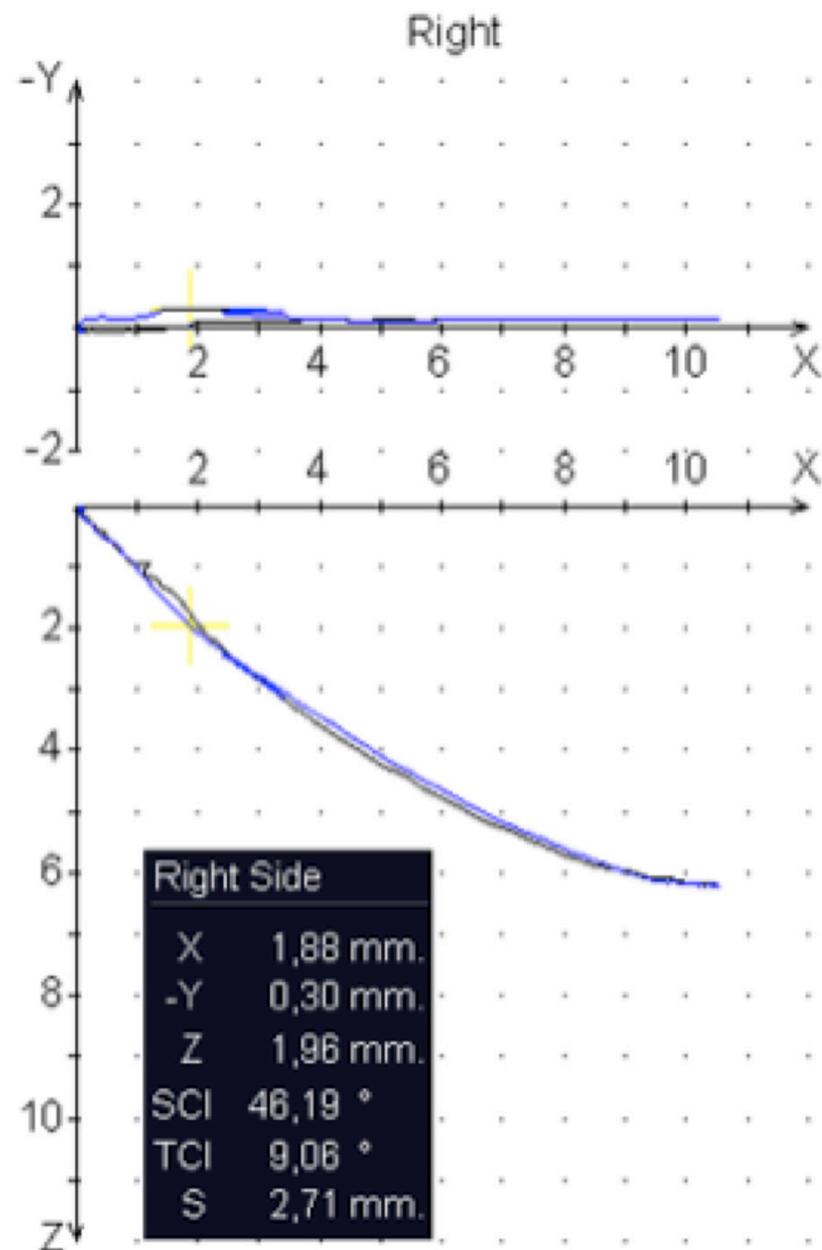


O.I.M

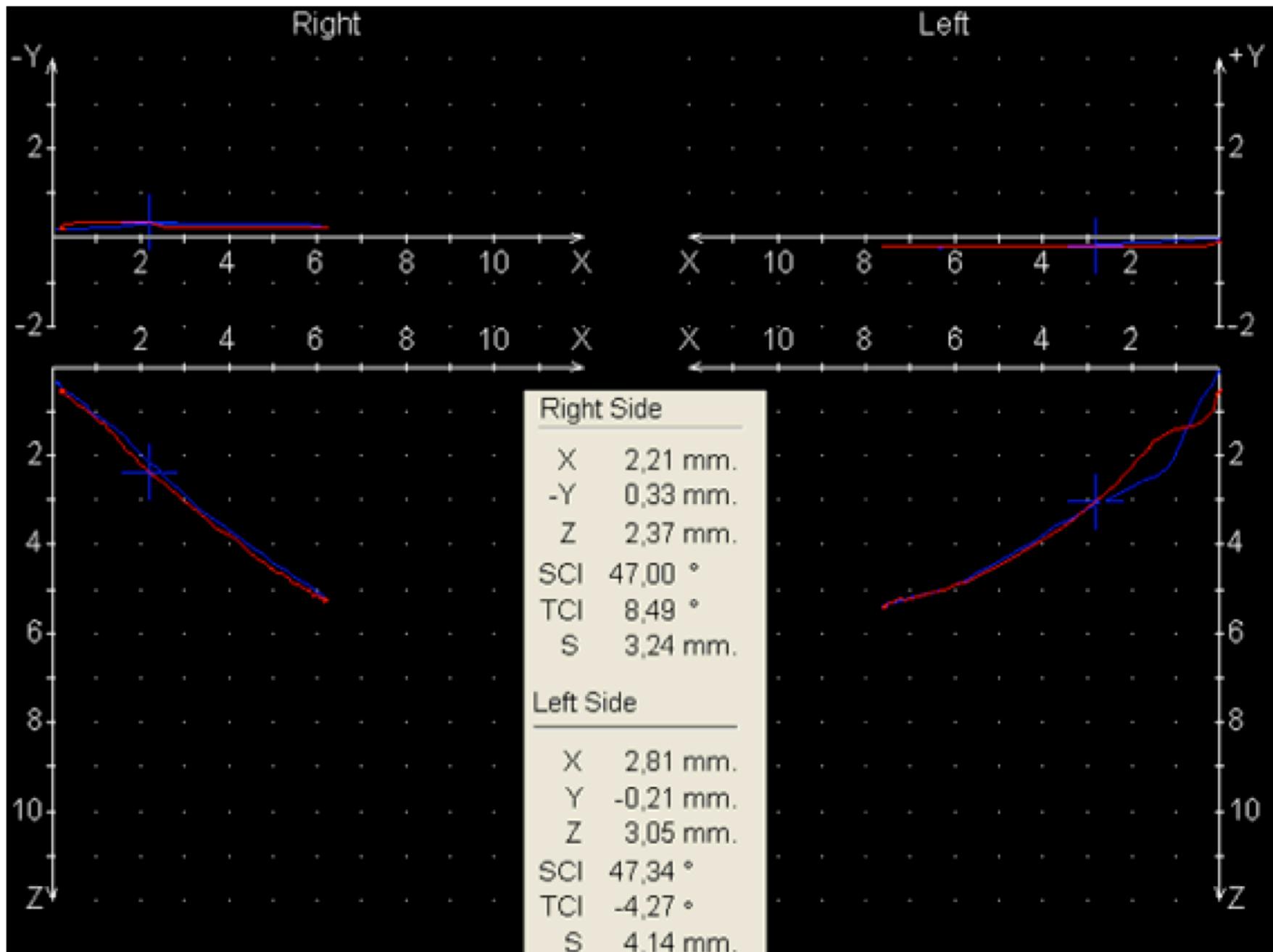
O.R.C



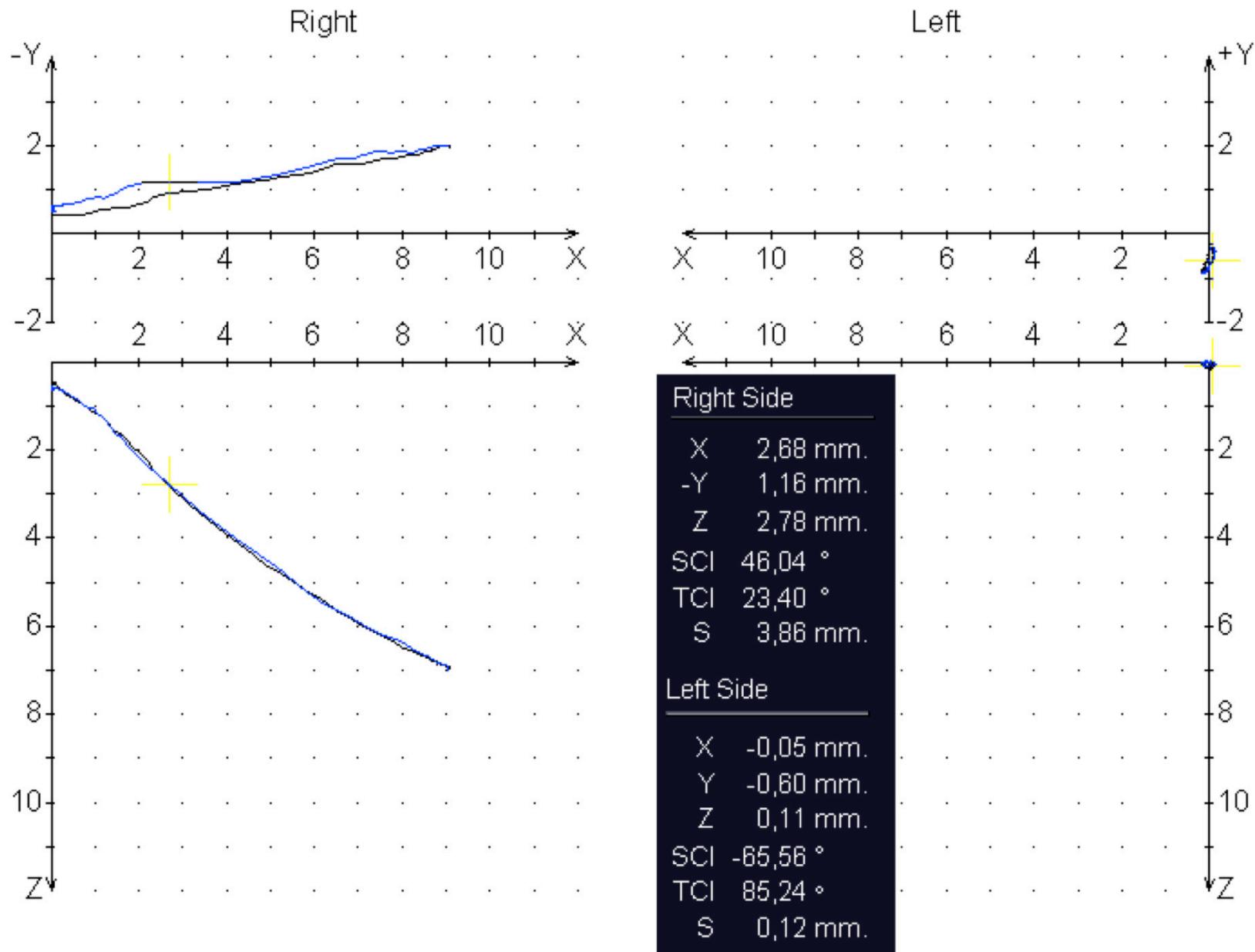
Ouverture-fermeture



Propulsion



Diduction gauche



Diduction droite

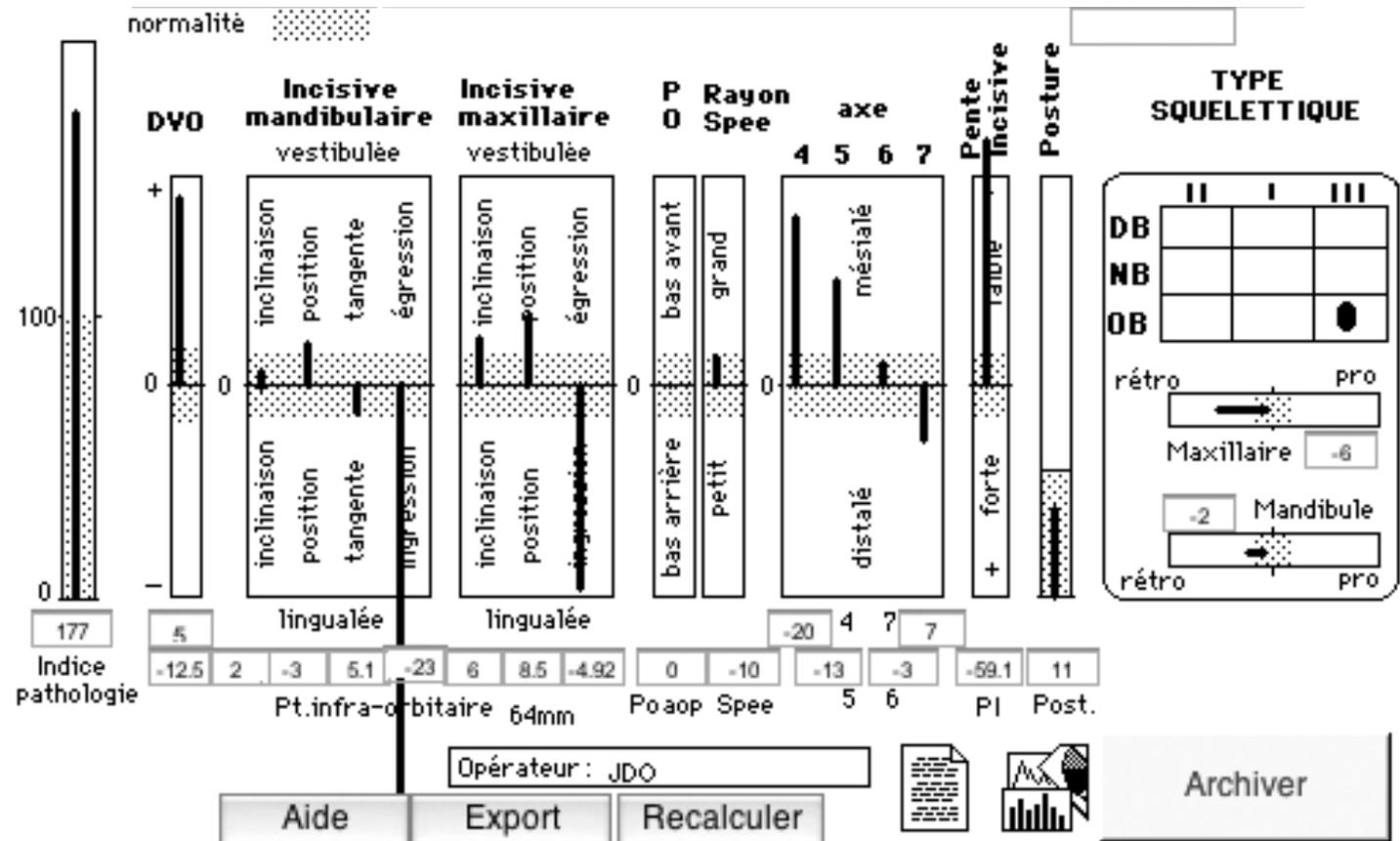


1996

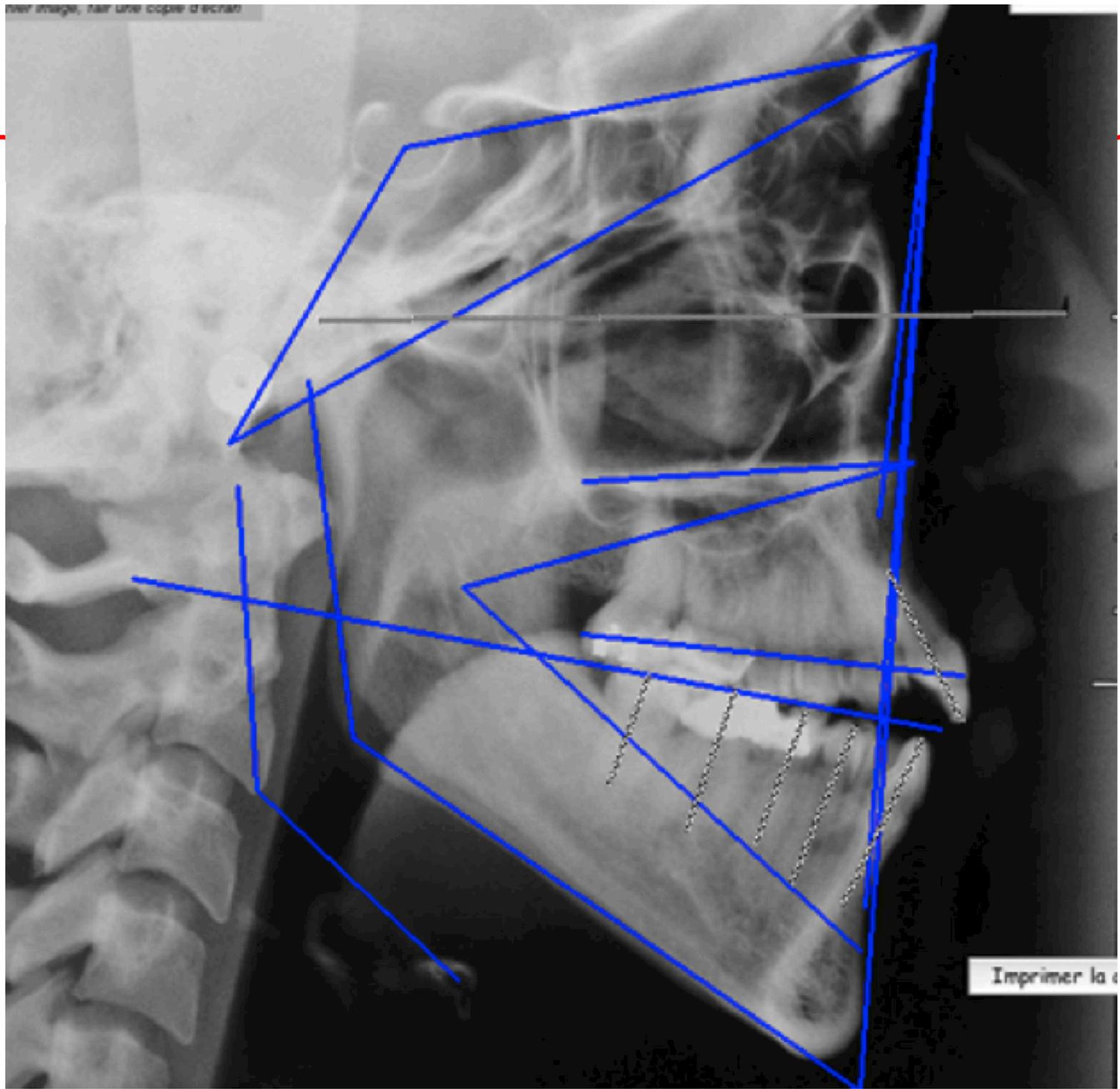








Rayon proposé pour la Courbe de Spee 90.7 mm
 tracé côté gauche



RICKETTS

Axe facial = 106.9°
Plan Facial = 86.6°
Maxillaire = 82.7°
Convexité = -3.4mm
Angle conique = 59.3°
DVO enaxipm = 57.6°
Arc Mand. = 19.1°
Imax / APog = 14.0mm
Imax / APog = 27.6°
Imand / A-Pog = 28.2°
Imand / A-Pog = 7.8mm
Recouvrement = -3.0mm
AngInter Inc. = 124.2°
plan occ./AOP = 11.1°

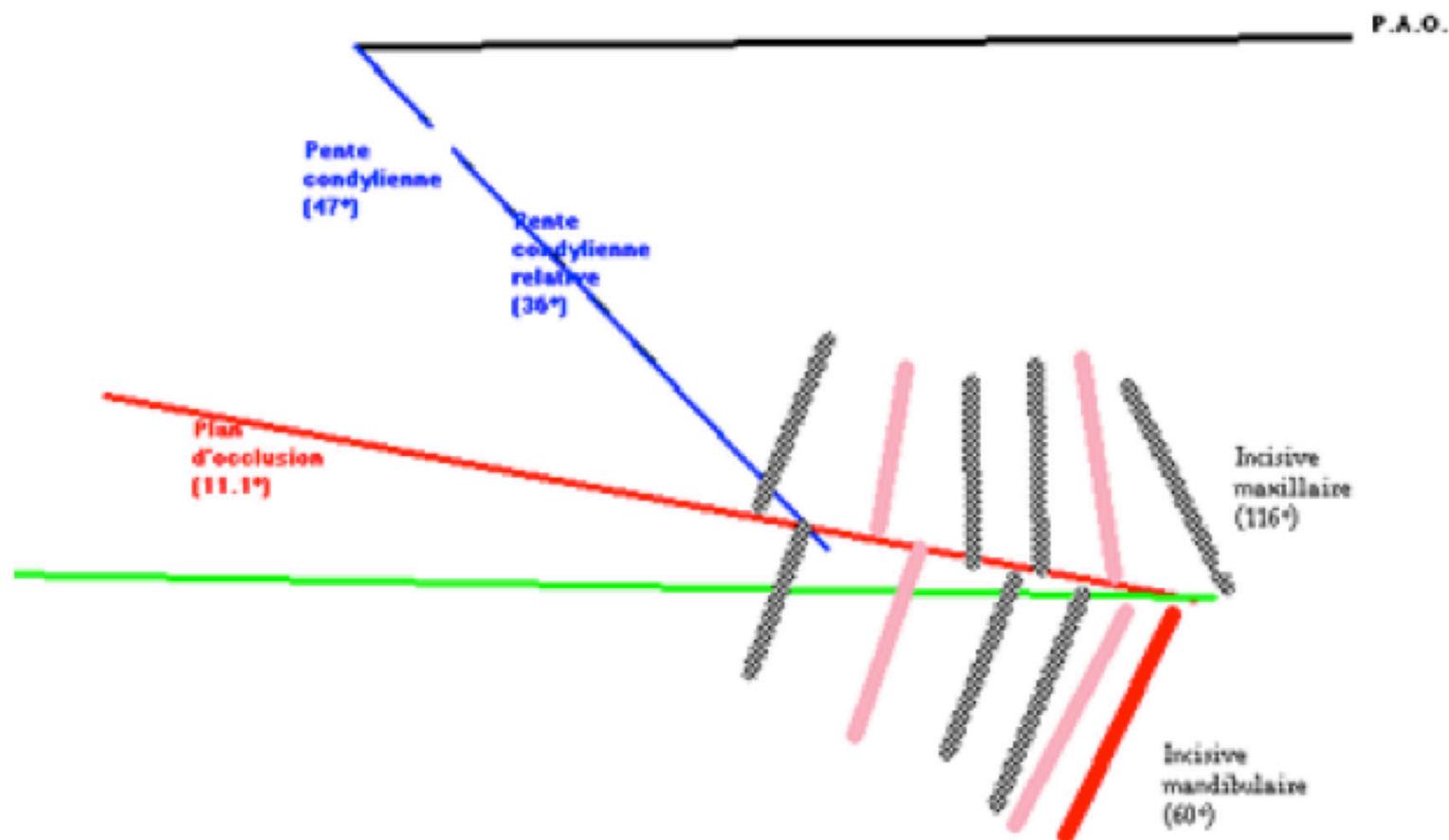
TWEED

FMA = 34.1°
IMPA = 85.0°
FMIA = 60.9°

STEINER

Angle SNA = 72.4°
Angle SNB = 74.6°
Angle ANB = -2.1°

- Le diagnostic squelettique est de type classe III OB retro-maxillie (-6.1), retro-mandibulie (-2.0), ()
- le plan d'occlusion : est de 11.1° sur AOP et 87.9° sur A-Pog.
- Le rayon moyen de la courbe de Spee est évalué à 101 mm) trop grand de 10.3 mm , valeur proposée: 90.7 mm
- l'Inclinaison de l'Incisive mandibulaire est de 59.7 ° sur PAO,-3.3° sur la tangente
- l'Inclinaison de l'Incisive maxillaire est de 115.5 ° sur PAO,
- l'Inclinaison de la canine mandibulaire sur PAO : 61.7
- l'axe de la 4 est mésialé de -10.48°, (mesuré à 14.5° sur la tangente,67.1° sur AOP, 78.2° sur PO)
- l'axe de la 5 est mésialé de -12.67°, (mesuré à 17.3° sur la tangente,68.1° sur AOP, 79.2° sur PO)
- l'axe de la 6 est mésialé de -2.80°, (mesuré à 22.2° sur la tangente,70.2° sur AOP, 81.3° sur PO)
- l'axe de la 7 est distalé de 6.52°, (mesuré à 26.5° sur la tangente,69.1° sur AOP, 80.2° sur PO)



Dents et occlusion

- **Bilan dentaire**
 - Dents saines, naturelles avec 6 reconstructions postérieures
- **Centrage :**
 - différentiel sagittal O.I.M-O.R.C d'environ 1 mm sans décentrage transversal avec prématurité sur 24/34
- **Calage :**
 - Calage postérieur relativement stable bien qu'en occlusion croisée totale bilatérale calage antérieur absent (inocclusion de 13 à 23)
- **Guidage :**
 - Anomalies majeures de guidage : Interférences postérieures bilatérales

Diagnostics

DAM a forme articulaire dans une dysharmonie dento-squelettique

- **Typologie**

- Dymorphose squelettique de type Classe III squelettique hyperdivergente avec rétro-endo-maxillie

- **ATM**

- Désunion condylo-discale grade I à droite et de grade II à gauche (=luxation discale réductible)

- **Terrain**

- Laxité ligamentaire
- Anomalie de posture cervicale (inversion de courbure)

- **Comportement**

- Crispations modérées
- Ventilation buccale
- Dysfonctionnement lingual

Orientations thérapeutiques

Le tableau clinique est dominé par la dysharmonie squelettique aussi il existe simplement deux choix thérapeutiques : abstention thérapeutique avec légère optimisation occlusale ou traitement global ortho-chirurgical.

1. **Absention thérapeutique** : les compensations dento-alvéolaires du décalage squelettique sont relativement correcte pour ce qui concerne la fonction de calage, sans dysharmonie du sourire. Il est envisageable de se contenter d'une symétrisation des prématurités en Relation centrée et d'une légère optimisation du calage/guidage
2. **Traitement ortho-chirurgical global** : une correction tridimensionnelle du maxillaire est nécessaire, nécessitant dans un premier temps éventuellement une expansion chirurgicale. Une chirurgie mandibulaire peut-être nécessaire. Une simulation à la fois céphalométrique et au niveau des moulages (sur P3D) permettra à l'équipe thérapeutique (chirurgien/orthodontiste/occluso..) de définir exactement les détails des phases chirurgicales et orthodontiques.

Sur le plan du pronostic fonctionnel, dans l'état actuel des connaissances, il est impossible de recommander de manière formelle tel ou tel choix thérapeutique. L'indication du traitement sera fondé sur des notions de confort et d'esthétique.