



POURQUOI et COMMENT opérer nos patients ?

Ateliers pour progresser
en pratique courante

87^e Réunion scientifique

PROGRAMME FINAL

Ateliers pratiques : 14 mai 2015 • Réunion scientifique : 15 et 16 mai 2015

» ÉDITO // Page 01

Pourquoi et comment opérer nos patients ?

» SYNOPSIS // Page 02

» INFORMATIONS GÉNÉRALES // Page 03

» PROGRAMME // Page 05

- Jeudi 14 Mai 2015 ////////////// Page 05
- Vendredi 15 Mai 2015 ////////// Page 08
- Samedi 16 mai 2015 ////////// Page 11

» COMMUNICATIONS AFFICHÉES // Page 14

» PLAN DE L'EXPOSITION ////////// Page 16

» RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES ////////// Page 19

Président de la 87^e Réunion scientifique



Guillaume JOSEPH

Président d'Honneur



Michel LE GALL

Comité Scientifique



Olivier ESNAULT



Adrien MARINETTI



Sébastien NICOLAS

Comité d'Organisation



Alain BÉRY



Ludovic CAQUANT

POURQUOI ET COMMENT OPÉRER NOS PATIENTS ?

Pourquoi et comment opérer nos patients, voilà bien deux questions auxquelles il peut y avoir autant de réponses différentes que de praticiens.

En effet, selon l'adage « on ne fait bien que ce qu'on fait souvent », nombreux sont ceux qui limitent volontairement ou involontairement leurs indications chirurgicales. Moins on a l'habitude de collaborer avec un chirurgien, plus la chirurgie inquiète l'orthodontiste et le patient perçoit bien souvent ce malaise... surtout si on lui laisse le choix d'un traitement avec ou sans chirurgie.

Par ailleurs, il suffit d'un protocole ortho-chirurgical qui s'est « mal passé » dans la vie d'un praticien pour le dégouter pour longtemps, si ce n'est pour toujours, d'adresser ses patients au chirurgien.

Cette prise de conscience appelle évidemment à prendre en compte des éléments objectifs et scientifiques mais elle est aussi éminemment affective.

Il faut connaître le métier de l'autre pour pouvoir mieux le comprendre, voir ses limites évoluer au fil du temps et des innovations, et savoir ainsi rassurer son patient et faire les bons choix.

L'orthodontiste doit savoir comment se passe une intervention, ses préalables, son déroulement, ses suites et ses potentielles complications. Le chirurgien se doit d'être transparent sur ce qu'il propose et de bien connaître les impératifs orthodontiques.

Le couple ortho-chirurgical doit pouvoir, ensemble idéalement, peser les pour et les contre des différentes options pour proposer la solution la mieux adaptée au patient. Une compensation irréaliste se mue tout aussi bien en échec qu'une sur-indication chirurgicale.

Un des buts de cette 87^e réunion scientifique de la SFODF et de la SFOL est de fournir un outil d'aide à la décision de l'orthodontiste sur ce qui peut bénéficier ou non d'un traitement de compromis. En effet, ce sont ces patients « limites » qui posent souvent problème. Le praticien arrive généralement très bien à déterminer ce qui est de nature purement orthodontique ou ce qui sera à l'évidence chirurgical.

Mais pour l'aider dans cette démarche, il faut auparavant annihiler les peurs irraisonnées qui gravitent autour de l'acte chirurgical, et c'est aux chirurgiens de s'y atteler. Non, la chirurgie orthognathique n'est plus lourde comme il y a 30 ans, la majorité des patients peuvent sortir le jour même ou le lendemain de leur intervention. De nos jours, il reste souvent plus douloureux de se faire extraire une dent de sagesse inférieure que de subir une ostéotomie.

Notre ambition est donc de fournir à l'orthodontiste un outil qu'il apprenne à mieux connaître et qu'il soit susceptible d'utiliser sans inquiétude ni résignation quand son patient en a besoin.

Nous verrons ainsi que la pratique orthodontique sort enrichie de ses collaborations multi-disciplinaires et permet de prendre plus sereinement en charge tous les patients, enfants, adolescents et adultes qui entrent dans nos cabinets et nos services. Les chirurgiens se regroupent de plus en plus en réseaux ou associations pour harmoniser leurs pratiques à l'échelle européenne et les progrès réalisés ensemble doivent être partagés plus efficacement encore avec leurs collègues orthodontistes.

Nous espérons que le congrès d'Aix-en-Provence de la SFODF et de la SFOL sera le point d'orgue de cet enrichissement mutuel.



Olivier ESNAULT



Guillaume JOSEPH

ATELIERS

87^E RÉUNION SCIENTIFIQUE

JOUR	JEUDI 14 MAI 2015		VENDREDI 15 MAI 2015	SAMEDI 16 MAI 2015
LIEU	Continuum d'Aix-en-Provence		Centre de Congrès d'Aix-en-Provence	
MATIN			Pourquoi opérer ?	Comment opérer ?
MIDI	Minivis, corticotomie et microvis enfouies	State of the art en photographie : sauvegarde, utilisation pour les courriers et les powerpoint	Atelier Invisalign : Invisalign, Innovation en Orthodontie	Atelier Blued'Is : Trios Prise d'empreinte numérique directe, du patient au traitement
APRÈS-MIDI			Comment les préparer ?	Avenir et progrès
SOIRÉE			Visite de la ville et cocktail dînatoire	Soirée du congrès

Ateliers pour progresser en pratique courante

JEUDI 14 MAI 2015

- » **Lieu :** Continuum d'Aix-en-Provence
9 avenue Malacrida • 13100 Aix-en-Provence • France

87^e Réunion scientifique

VENDREDI 15 ET SAMEDI 16 MAI 2015

- » **Lieu :** Centre de congrès d'Aix-en-Provence
14 boulevard Carnot • 13100 Aix-en-Provence • France
Parking Carnot
- » **Horaires :** Vendredi : 08h00 / 19h00
Samedi : 08h00 / 17h00
- » **Badge :** Le port du badge est obligatoire pour avoir accès à la salle et au hall d'exposition.
- » **Certificat de présence :** Les certificats de présence seront envoyés par email à partir du 20 mai 2015.
- » **FIF PL :** La commission du Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF PL) a accordé une prise en charge maximum de 500 euros sur le montant des droits d'inscription à la 87^e Réunion Scientifique et 250 euros pour l'Atelier pratique « Minivis, corticotomie et microvis enfouies ».
- » **Téléphone :** Les participants sont priés d'éteindre leur téléphone portable dans les salles de conférence afin d'éviter les interférences avec les micros.
- » **Vestiaire :** Un vestiaire est à votre disposition pendant les heures d'ouverture du congrès.
- » **Salle de pré-projection :** Chaque conférencier est prié de passer en salle de pré-projection située au niveau 1, salle Zola, afin de déposer, vérifier ou corriger sa présentation.
ATTENTION : Il est demandé aux conférenciers de s'y présenter au minimum 2h00 avant leur intervention.

» **Programme social :**

Vendredi 15 mai 2015 • 18h00

Visite guidée de la ville d'Aix-en-Provence / sur pré-inscription uniquement

Samedi 16 mai 2015 • 19h30

Soirée du congrès

» **Réunions :**

• **Conseil d'administration de la SFODF :**

Jeudi 14 mai 2015 de 15h30 à 18h30

• **Assemblée générale ordinaire de la SFODF :**

Vendredi 15 mai 2015 de 18h15 à 19h30 dans l'Amphithéâtre

• **Commission des tables de démonstration, des cas traités et des communications affichées :**

Samedi 16 mai 2015 de 09h00 à 12h00 / Hôtel du Roi René, Salons Béatrice

• 24 boulevard du Roi René 13100 Aix-en-Provence (5 minutes à pied du Centre de Congrès)

» **Votre contact :**



10 rue Déodat de Séverac

75017 Paris

Tél. : 01 43 80 72 26

Email : sfodf@sfodf.org

LA SFODF, LA SFOL & LES MEMBRES
DU COMITÉ D'ORGANISATION
de la 87^e Réunion Scientifique
d'Aix-en-Provence 2015
remercient vivement

LA VILLE D'AIX-EN-PROVENCE



ainsi que
LES EXPOSANTS & PARTENAIRES
pour leur soutien.

JEUDI 14 MAI 2015

09h30-17h30

AU CONTINUUM D'AIX-EN-PROVENCE

STATE OF THE ART EN PHOTOGRAPHIE, SAUVEGARDE ET UTILISATION COURRIER ET POWERPOINT

Pré-inscription obligatoire • Espace formation



CONFÉRENCIERS : S. Nicolas (Orthodontiste spécialiste qualifié), C. Vinson (photographe professionnel) et A. Brasseur (informaticien).

OBJECTIFS :

- Réaliser des photographies d'une qualité irréprochable avec des solutions matérielles éprouvées.
 - Ne pas perdre mes données.
 - Savoir les exploiter, créer des courriers simplifiés, réaliser des Powerpoint pour motiver mes patients, les montrer à mes correspondants et faire une conférence si je le souhaite.
- » Principes de la photographie au cabinet
 - » Démonstration et travaux pratiques
 - » Sauvegarder mes photographies et faire face aux risques : perte, vol, incendie et Hackers
 - » Utiliser mes photos pour les courriers simplifiés et une présentation Powerpoint



MINIVIS, CORTICOTOMIE ET MICROVIS ENFOUIES

Référence OGDPC - programme n° : 37331500001 sur www.ogdpc.fr

Pré-inscription obligatoire • Salle de travaux pratiques



CONFÉRENCIERS : J.B. Kerbrat, M. Steve et D. Chillès

» 09h30/12h30

Pose de minivis sur os porçin ////////////////////////////////////// **M. Steve et J.B. Kerbrat**

OBJECTIFS DE LA FORMATION :

Il existe de nombreuses formations et communications sur les mini-vis d'ancrage mais pas de formation pratique. Nous vous proposons donc de venir tester la pose de ces vis. Après avoir vu ensemble le choix de la mini-vis et la technique de pose, nous parlerons des pièges et vous pratiquerez vous-même sur l'os de porc avec diverses mini-vis.

THÉORIQUE : Apprentissage des techniques de pose et pièges.

PRATIQUE ET SUPPORT PÉDAGOGIQUE : Pose de différentes mini-vis sur des mâchoires de porc.

////////////////////////////////////
12h30/13h30

Déjeuner sur place inclus

» 13h30/15h00

Techniques et indications des corticotomies alvéolaires

chez l'adulte ////////////////////////////////////// **M. Steve et J.B. Kerbrat**

OBJECTIFS DE LA FORMATION : Le point en 2015 sur les techniques et les indications.

THÉORIQUE : Les bases fondamentales sont exposées succinctement à travers des études expérimentales. Celles-ci ont démontré l'efficacité clinique des corticotomies et le faible taux d'effets secondaires. Il existe différentes techniques, transmuqueuse ou avec lambeau, limitées ou extensives. L'apparition des techniques mini-invasives (corticisions) a suscité l'intérêt des orthodontistes.

PRATIQUE ET SUPPORT PÉDAGOGIQUE : Cas clinique chez l'adulte.

» 15h00/17h30

Utilisation des microvis enfouies ////////////////////////////////////// **D. Chillès**

OBJECTIFS DE LA FORMATION :

Il existe un certain nombre de situations dans lesquelles l'utilisation de minivis transgingivales n'est pas possible ou mal adaptée (déficit qualitatif ou quantitatif de l'os alvéolaire, interférences avec les déplacements dentaires, proximités radiculaires...). Dans ces cas, les microvis enfouies montrent toute leur polyvalence. Ce sont des ancrages extrêmement fiables et simples à poser dans une pratique quotidienne. Nous montrerons comment les utiliser dans les cas de corticotomies, d'atteinte parodontale avancée avec pertes osseuses importantes, de supracluse sévère, pour des déplacements d'arcades sans changement de vis, pour tracter et mettre en place les canines incluses, etc.

THÉORIQUE : Présentation des microvis, des sites anatomiques et de la méthode chirurgicale de mise en place, des différentes connexions et de leurs choix en fonction des cas. Mécaniques 1D, 2D, 3D.

PRATIQUE ET SUPPORTS PÉDAGOGIQUES : Cas clinique représentatifs et réalisation des différentes connexions, pose de vis.

VENEZ NOUS RENCONTRER
STAND 8

RETROUVEZ NOTRE SÉLECTION D'OUVRAGES EN ODF

Bénéficiez de
5% de réduction
sur notre stand ou sur Internet,

code promo SFODF2015

(valable jusqu'au 31 mai 2015)



www.librairie-garanciere.com

» **11h30/12h00**

Indications et problématique des traitements ortho-chirurgicaux bi-maxillaires et ses rapports avec l'occlusion finale //////////////// **J.L. Pruvost**

» **12h00/12h30**

Chirurgie ou pas? Peut-on l'éviter? Quand et comment? //////////////// **M. Philippart**

» **12h30/12h50**

Chirurgie maxillo-faciale, orthodontie et ancrages temporaires osseux (ATO), un trinôme indispensable? //////////////// **N. Bedhet et B. Thebault**

////////////////////////////////////
12h50/14h00
 //////////////////////////////////////

Cocktail déjeunatoire dans la zone d'exposition
 //////////////////////////////////////

» **13h00/14h00**

Invisalign, Innovation en Orthodontie //////////////// **D. Couchat**

14h00/18h10

COMMENT LES PRÉPARER ET VARIA

Amphithéâtre Cézanne



PRÉSIDENTS DE SÉANCE : P. Canal et S. Nicolas

» **14h00/14h15**

Intérêt de la chirurgie première //////////////// **M. Le Gall, R. Mattera, F. Cheynet**

» **14h15/14h35**

Mieux préparer pour éviter la double peine //////////////// **A. Marinetti**

» **14h35/15h05**

Invisalign® Treatment in combination with surgery //////////////// **J. Haubrich** 

» **15h05/15h20**

Chirurgie esthétique, chirurgie plastique et réparatrice, la prise en charge esthétique de la région péri-orale //////////////// **N. Bereni**

» **15h20/15h35**

Comment évaluer un risque psychologique grave face à l'engagement d'un patient dans une chirurgie orthognathique? //////////////// **F. Benkimoun**

SAMEDI 16 MAI 2015**09h00/12h00****COMMISSION DES TABLES DE DÉMONSTRATION,
DES CAS TRAITÉS ET DES COMMUNICATIONS AFFICHÉES****Hôtel du Roi René 24, boulevard du Roi René, Salons Béatrice - Aix-en-Provence**
(5 minutes à pied du Centre de Congrès)

AU CENTRE DE CONGRÈS D'AIX-EN-PROVENCE

08h45/12h30**COMMENT OPÉRER****Amphithéâtre Cézanne****PRÉSIDENTS DE SÉANCE : O. Esnault et O. Sorel****» 08h45/09h30**La préparation ortho-chirurgicale dans les 3 sens : le concept ortho-chirurgical optimisé // **A. Triaca** **» 09h30-12h30****Groupe Génios**

- **09h30/09h50** : Vivre une ostéotomie en 2015 // **L. Taiariol**
- **09h50/10h10** : Gestion du sens transversal maxillaire // **L. Caquant**
- **10h10/10h20** : Gestion ortho-chirurgicale des asymétries // **M. El Okeily**

10h30/11h00

Pause café et visite de la zone d'exposition

- **11h00/11h20** : Prise en charge ortho-chirurgicale du maxillaire dans les séquelles de fente labio-palatine chez l'adolescent et l'adulte // **C. Paulus**
- **11h20/11h30** : Le Front-Block, une solution pour les encombrements mandibulaires // **O. Esnault**
- **11h30/11h40** : Ostéotomie haute de la mandibule, technique mini-invasive et innovante // **C. D'Hauthuille**

- **11h40/11h50** : Asymétries : place de la chirurgie condylienne //////////////// **B.M. Sidjilani**
- **11h50/12h00** : Opérer le bord inférieur de la mandibule : forme, volume et compétence labiale // **P. Cresseaux**
- **12h00/12h20** : Quelles sont nos limites en chirurgie orthognathique ? Dogmes et idées reçues... // **J. Saboye**

////////////////////////////////////
12h30/14h00
 //////////////////////////////////////

Cocktail déjeunatoire et visite de la zone d'exposition
 //////////////////////////////////////

» **13h00/14h00**



Trios - Prise d'empreinte numérique directe, du patient au traitement.
Amphithéâtre Cézanne

14h00/17H30

AVENIR ET PROGRÈS

Amphithéâtre Cézanne



PRÉSIDENTS DE SÉANCE : O. Esnault et G. Joseph

» **14h00/14h30**

Remise du Prix de la meilleure communication affichée et remise des diplômes aux nouveaux titulaires de la SFODF //////////////// **M.P. Filleul et O. Sorel**

» **14h30/17h10**

Les nouveautés technologiques au service des traitements ortho-chirurgicaux :

- **14h30/14h40** : Communication libre : Un nouvel acteur dans la préparation orthodontique : l'ancrage osseux //////////////// **M. Raberin**
- **14h40/15h20** : Chirurgie orthognathique guidée par ordinateur, guides et miniplaques préfabriquées. // Principe. Intérêt dans la compréhension et le contrôle du positionnement peropératoire des branches montantes //////////////// **B. Philippe**

- **15h20/15h30** : Correction des défauts osseux acquis et congénitaux par implants titane microporeux //////////////// **J.B. Charrier**

//////////////////////////////////////
15h30/16h00

Pause café et visite de la zone d'exposition
//////////////////////////////////////

- **16h00/16h20** : OSBM et positionnement condylien : point et innovation //////////////// **M. Laurentjoye**

- **16h20/16h40** : Le plan de traitement céphalométrique : attitude selon l'outil utilisé //////////////// **N. Goossens**

- **16h40/17h10** : Conclusions et proposition d'un consensus ////////////////
////////////////////////////////////// **O. Esnault et G. Joseph**

19h30

SOIRÉE DU CONGRÈS

(Pré-inscription obligatoire, places limitées)

Les communications affichées sont exposées tout au long du congrès dans la zone d'exposition.

PP ou Prix Poster /// Communication Affichées dans le cadre de la commission des tables de démonstration, des communications affichées et de l'audiovisuel de la SFODF.

CA /// Communication Affichée dans le cadre d'une soumission.

- » **PP1 /// L'équilibration occlusale d'une classe III thérapeutique : Un cas clinique.**
Carine Abi Dergham*, Elie Khoury, Joseph Ghoubril, Liban.
- » **PP2 /// Proposition orthopédico-orthodontique pour la prevention des canines incluses.**
Dominique Allasio-Clemens*, Jean-Paul Ringard, Centre d'Enseignement des Thérapeutiques Orthodontiques.
- » **PP3 /// Incisive v/s prémolaires inférieures : dilemme thérapeutique chez les jeunes adultes.**
Marc Bakalian*, Rania Nassar, Joseph Ghoubril, Liban.
- » **PP4 /// Classification des encombrements et approches thérapeutiques associées.**
David Barsé*, Jean-Paul Ringard, Centre d'Enseignement des Thérapeutiques Orthodontiques.
- » **PP5 /// A quel âge débiter un traitement d'orthopédie dento-faciale ?**
Claire Blaise*, Marion Lachaux, Benoît Egloff, Marie-Pierryle Filleul, Université de Lorraine, Faculté d'odontologie, service d'Orthopédie Dento-Faciale.
- » **PP6 /// Recommandations pour la rédaction d'un article scientifique.**
Sophie Carolus*, Nancy.
- » **PP7 /// Evaluation comparative de la zone du point A sur téléradiographie du crâne de profil et sur scanner, applications cliniques.**
Emilie Chevalier*, Michel Le Gall, Marseille.
- » **PP8 /// La reproductibilité de la position d'équilibre naturel sur photographie.**
Marie-Line Eddo*, Emilie El-Hayeck, Joseph Ghoubril, Liban.
- » **PP9 /// Évaluation esthétique du profil cutané : une enquête transversale.**
Marwan El Hérou*, Adib Kassis, Joseph Ghoubril, Liban.
- » **PP10 /// L'évaluation de l'âge squelettique : radiographie de la main v/s CVM.**
Shana Harb*, Roula Akl, Joseph Ghoubril, Liban.
- » **PP11 /// La chirurgie de premiere intention : indications, avantages et inconvénients.**
Rémi Matterna*, Michel Le Gall, Marseille.

* Présentateur

- » **PP12 /// Prise en charge interdisciplinaire d'un cas d'amélogénèse imparfaite de type hypominéralisée.**
Yassine Messaoudi *, C. Bernard, Pierre Bouletreau, Jean-Jacques Morrier.
- » **PP13 /// Malocclusion et qualité de vie liée à la santé orale.**
Adib Kassis*, Stéphanie Tubert-Jeannin, Martine Hennequin, Nada El Osta, Liban.
- » **PP14 /// L'effet de l'orthodontie sur la posture.**
Terry Wak*, Elie Amm, Joseph Ghoubril, Liban.
- » **CA1 /// Évaluation de la qualité de vie chez les patients traités par chirurgie orthognathique.**
Lahcen Ousehal, Latifa Elmoudden, Département d'ODF, Maroc.
- » **CA2 /// Préparation chirurgicale des traitements ortho-chirurgicaux des dysmorphoses faciales.**
Frédéric Gondran, Axel Wiss, Clinique d'Orange, France.

RAPPEL

» 14h00/14h30

Remise du Prix de la meilleure communication affichée et remise des diplômes aux nouveaux titulaires de la SFODF **M.P. Filleul et O. Sorel**

PLAN DE L'EXPOSITION

01 RMO Europe
www.rmo-europe.com



02 Doctolib
www.doctolib.fr



02 bis La Médicale
www.lamedicale.fr



03 Arakis
www.arakis.fr



03 bis Orlink
www.orlink.fr



04 Forestadent
www.forestadent.com



05 Dentalis
www.dentalisfrance.com



06 3M Unitek France
www.3m.com



07 Orthoplus
www.orthoplus.fr



08 EDP dentaire
– Librairie Garancière
www.librairie-garanciere.com



09 Invisalign
www.invisalign.fr



11 LMD Planmeca
www.lmdfrance.fr



12 Sunstar
www.sunstargum.fr



13 Blued'IS
www.bluedis.fr



14 Pierre Fabre
www.mon-partenaire-sante.com



15 American Orthodontics France
www.americanortho.com/fr



16 Tekka by Global D
http://globald.com



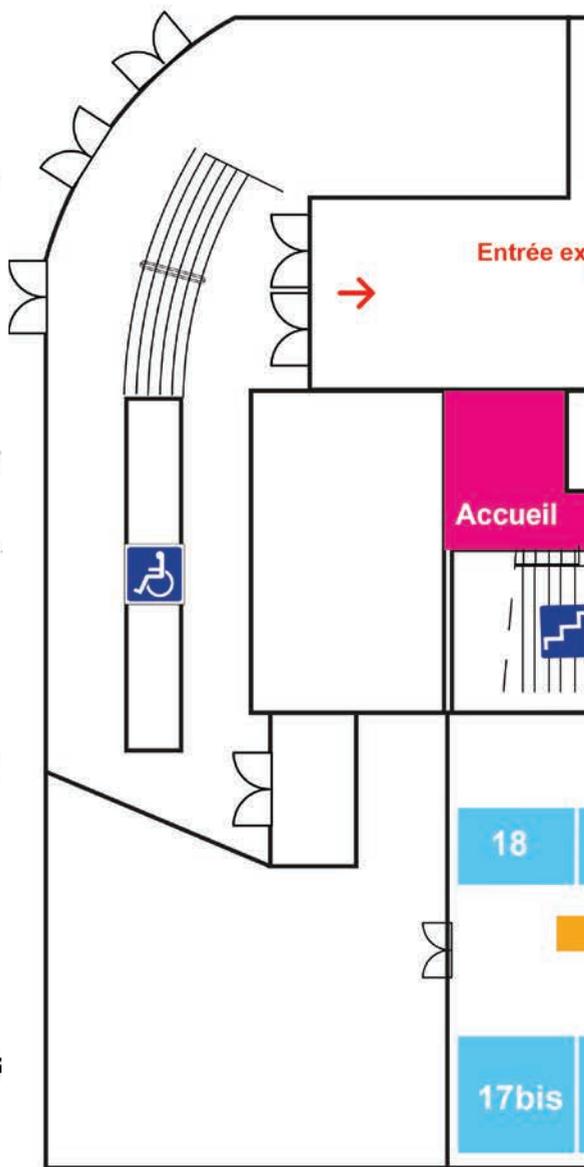
17 Cabinet AXA France



17 bis Odontec
www.odontec.fr



18 Laboratoire Ortho-Center
orthocenter84@gmail.com





19 IPP PHARMA
www.ipp-pharma.net

IPPpharma

20 SFODF
www.sfodf.org

sfodf
 Société Française
 d'Orthopédie Dentaire-Faciale

SPONSORS
 Deltex
www.deltex.fr

DELTEX

Ortho Autrement
www.ortho-autrement.fr

ortho

L'Orthodontie Française

**LIRE CETTE
PUBLICATION
VOUS APPORTE**

- ▶ Une aide précieuse pour la pratique quotidienne
- ▶ Une couverture thématique complète des cas rencontrés en cabinet
- ▶ Une excellente formation continue
- ▶ L'assurance de lire des articles de qualité



EN BREF

- ▶ 4 numéros par an
- ▶ Toujours plus de clinique
- ▶ Index Medline
- ▶ Lisible en ligne
- ▶ Primée par la FEO



AMM Elie
(Liban)

LA SYMBIOSE ENTRE L'ORTHODONTIE ET LA CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE

Vendredi 15 mai /// 16h30/16h40

- » Notre présentation va illustrer la collaboration multidisciplinaire entre l'orthodontiste et le chirurgien orthognathique à travers des cas cliniques.
- » Une mise au point sera faite sur certains aspects de cette symbiose, comme l'importance de la communication et la contribution des deux pour un meilleur résultat final.
- » Chaque spécialité doit être consciente du potentiel et des limites de l'autre.
- » Comment évaluer un risque psychologique grave face à l'engagement d'un patient dans une chirurgie orthognathique ?



COMMENT ÉVALUER UN RISQUE PSYCHOLOGIQUE GRAVE FACE À L'ENGAGEMENT D'UN PATIENT DANS UNE CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE ?

Vendredi 15 mai /// 15h20/15h35



BENKIMOUN Franck
(Bourg la Reine)

- » Les diagnostics orthodontiques nous imposent parfois à juste titre une indication de protocoles orthodontico-chirurgicaux. Pour la majorité, c'est un succès thérapeutique.
- » Cependant, les patients ne doivent pas être engagés dans ces traitements sous prétexte d'une « harmonisation » sans tenir compte de leur profil psychologique et du risque que nous leur ferions prendre.
- » Nous devons dès la première consultation évaluer ce risque. C'est notre responsabilité de praticien.
- » Nous tenterons de donner quelques clés utilisables simplement, afin de saisir les éléments qui doivent nous alerter et diagnostiquer les patients à risques, ainsi que la conduite à tenir.
- » Enfin, pour les patients qui malgré tout ont été opérés et qui « décompensent », parce qu'ils ne se reconnaissent plus, nous aborderons la prise en charge spécifique de leurs extrêmes difficultés.



BERENI
Natacha
(Aix-en-Provence)

CHIRURGIEN ESTHÉTIQUE, CHIRURGIE PLASTIQUE ET RÉPARATRICE, LA PRISE EN CHARGE ESTHÉTIQUE DE LA RÉGION PÉRI-ORALE

Vendredi 15 mai /// 15h05/15h20

- » L'amélioration esthétique de la région péri-buccale est à la fois cruciale dans l'harmonie du visage, et délicate dans sa réalisation.
- » Une connaissance précise de son anatomie, et de la physiologie de son vieillissement sont indispensables pour envisager une prise en charge efficace. Les différentes techniques possèdent chacune leurs indications propres, et une méconnaissance de ces dernières aboutit bien souvent à un résultat peu satisfaisant, que ce soit pour le patient ou pour le praticien.



BINHAS
Edmond
(Vitrolles)

COMMENT INFORMER ET ACCOMPAGNER EFFICACEMENT UN PATIENT POUR UNE CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE ?

Vendredi 15 mai /// 08h55/09h15

- » La chirurgie orthognathique réalisée conjointement à l'orthodontie et à d'autres spécialités dentaires est une notion confuse et parfois effrayante pour de nombreux patients. Pour les personnes qui en ont besoin, les alternatives sont peu nombreuses. Ces patients ont besoin d'être éduqués dans des termes qu'ils peuvent comprendre. Mais pourtant, il ne faut pas non plus se perdre dans des détails inutiles pour le patient dans sa prise de décision.
- » Au cours de cette présentation, l'intervenant présentera une méthodologie étape par étape de la gestion de ce type de situation. Ainsi, seront évoqués : la coordination pluridisciplinaire, l'écoute préalable du patient (évaluation du niveau de connaissance, technique d'écoute, objectifs), l'importance de l'atmosphère nécessaire pour une relation de confiance, les modalités de l'annonce du traitement, la réponse aux questions et le rôle crucial de l'explication du consentement éclairé.
- » Seront également abordés le rôle de l'équipe orthodontique et l'accompagnement essentiel du patient après la chirurgie.





BRUNEL J.-Michel
(Vitrolles)



GARCIA Claude
(Marseille)



BUSSON Florian
(Antibes)

COMMUNICATION ET COORDINATION POUR LES CAS ORTHO-CHIRURGICAUX : QUAND L'EXPÉRIENCE PARLE

Vendredi 15 mai /// 9h30/10h00

- » S'intéresser aux dysmorphoses dento-faciales de la part d'un chirurgien c'est s'ouvrir sur le monde orthodontique, et vice versa.
- » La collaboration orthodontico-chirurgicale est inéluctable et représente une véritable synergie. Après avoir évoqué les différents progrès intéressant les deux disciplines, nous insisterons sur l'étroite collaboration devant régner entre nos spécialités. L'exemple du traitement des classes II hyper-divergentes illustrera cette attitude thérapeutique.



COMMUNICATION LIBRE : SIMULATION DES DÉPLACEMENTS DES ARCADES DENTAIRES AVEC LE SYSTÈME P3Di²

Vendredi 15 mai /// 16h50/17h00

- » La mise en place d'un protocole orthodontico-chirurgical conventionnel nécessite généralement une étape de simulation de déplacements des arcades dentaires préalable au geste chirurgical. Pour aider le praticien dans cette étape, nous présentons un système qui a été développé au sein du CHU de Nice : le P3Di². Ce simulateur est une évolution importante du P3D créé par MANIÈRE et coll. en 1997.
- » Reprenant les idées pertinentes du P3D original, le nouveau système P3Di² s'appuie sur un jeu de plaques articulées qui se fixent sur les bras supérieur et inférieur des articulateurs semi-adaptables SAM®, remplaçant les plaques de montage usuelles. Un premier travail a consisté à améliorer la rétention des moulages et apporter une évaluation angulaire des déplacements. Mais une analyse critique de la géométrie du système nous a conduit à le retravailler en profondeur.
- » Les résultats seront présentés et discutés au travers de cas cliniques.
- » La simulation des déplacements des arcades dentaires est bien souvent une étape préalable indispensable à la chirurgie orthognathique pour l'évaluation des mouvements chirurgicaux programmés. La rigueur de cette étape est garante de résultats post-opératoires plus prévisibles, tendant à optimiser la durée de la seconde phase du traitement orthodontique.
- » Le système P3Di² présenté s'adapte sur les articulateurs semi-adaptables SAM® et rend la simulation rapide, réversible, tout en diminuant les manipulations de plâtre habituellement nécessaires, et permet la confection de gouttière(s) chirurgicale(s) intermédiaire et/ou finale très aisément.
- » L'avenir est résolument porté sur la virtualisation de ces simulations avec confection de gouttières chirurgicales simplifiées par impression 3D. Mais ces nouveaux outils, bien que performants, présentent à l'heure actuelle un coût important. La fabrication du P3Di² repose en partie sur l'impression 3D et l'utilisation de pièces standards, son coût est donc, comparativement, dérisoire.





CAQUANT
Ludovic
(Aix-en-Provence)

GESTION DU SENS TRANSVERSAL MAXILLAIRE

Samedi 16 mai /// 09h50/10h10

» La gestion du sens transversal (ST) doit être une priorité en orthodontie. Les anomalies du sens transversal sont fréquentes (2 à 10%) et souvent associées à des troubles sagittaux et/ou verticaux, une anomalie d'occlusion dans un sens de l'espace entraînant souvent une modification de l'occlusion dans les deux autres sens par compensation dento-alvéolaire puis basale. Une anomalie du ST doit donc être diagnostiquée et traitée précocement afin d'éviter toute répercussion. Ces anomalies sont souvent dues à un problème fonctionnel (respirateur buccal pathologique et/ou para fonctions), la correction de ces fonctions anormales est donc primordiale afin d'éviter aux maximum les récurrences transversales.

La chirurgie maxillo-faciale fait intégralement partie de l'arsenal dont dispose l'orthodontiste afin de corriger au mieux et durablement ces anomalies et ce à tous les stades du traitement (interceptif, tardif et étiologique).

» La non-concordance transversale des arcades est due soit à une endo-alvéolie, soit aux endognathies :

- La correction des endo-alvéolies maxillaires fait le plus souvent appel à une plaque palatine ou un quad hélix ; l'expansion est obtenue par remodelage alvéolaire (forces douces) mais peut entraîner des récessions gingivales en cas de parodontite fragile ou de procès alvéolaire antérieur fin. Il convient donc de bien examiner le parodontite des patients et de s'aider si besoin d'un cone-beam pour mieux évaluer le volume osseux alvéolaire. Une greffe osseuse alvéolaire d'apposition peut être d'une aide précieuse en renforçant le prémaxillaire.

En cas d'endoalvéolie particulièrement importante, les corticotomies alvéolaires permettent d'une part d'obtenir des déplacements qui dépassent les limites classiques d'un traitement orthodontique et d'autre part de raccourcir la durée du traitement.

- La correction des endognathies maxillaires chez l'enfant est le plus souvent orthodontique pure et nécessite l'utilisation d'un disjoncteur type HYRAX afin de réouvrir de façon progressive la suture inter maxillaire. Les résultats dépendent de l'âge de la disjonction et de l'importance de l'environnement neuro-musculaire. L'hypercorrection est nécessaire car la récurrence est de règle le plus souvent. Classiquement une disjonction orthopédique sera possible jusqu'à 16-17 ans. Selon Delaire, la puberté est le moment limite, selon Château, c'est 20 ans.

- La correction des endognathies maxillaires pures en cas de suture inter maxillaire synostosée, fait souvent appel à la distraction chirurgicale bipartite ou tripartite qui assure une expansion maxillaire ample (supérieure à 10 mm) et de qualité. Un vérin sera posé en pré-opératoire puis la disjonction sera progressive en respectant les principes de distraction ostéogénique. Ce geste chirurgical simple et sûr depuis l'apport de la piezo-chirurgie est le plus souvent réalisé en chirurgie ambulatoire.

- Correction des endognathies maxillaires associées à un trouble sagittal et/ou vertical
 - En cas d'endomaxillie < 5 mm, la disjonction inter-maxillaire tripartite permet de corriger le ST. Un arc trans-palatin de 16 à 26 ou une plaque palatine devront impérativement être mis en place pour une durée allant de 3 à 6 mois afin de ne pas s'exposer à des récurrences (rétraction de la fibro-muqueuse palatine).

- En cas d'endomaxillie > 5 mm, la distraction chirurgicale tripartite assure une expansion maxillaire ample à prédominance prémolo-molaire. Un vérin sera également mis en place en pré-opératoire et l'activation sera débutée en peropératoire. La distraction sera éventuellement poursuivie en post-opératoire en fonction de l'amplitude désirée ; celui-ci devra également être maintenu au moins 6 mois afin d'éviter toute récurrence précoce.

- En cas de petite endomaxillie (< 3 mm), une contraction symphysaire mandibulaire peut être une alternative intéressante surtout si elle intervient dans le cadre de la

correction d'une classe II rétro-mandibulie et/ou rétro-génie. L'ensemble des anomalies peut ainsi être corrigé au niveau mandibulaire (contraction mandibulaire + OSBM d'avancée + ou – génioplastie).

» Le sens transversal est aujourd'hui trop souvent négligé au profit du sens vertical et sagittal. Cependant, lors d'un traitement, c'est le problème transversal qui devra être traité en priorité. Par ailleurs, rétablir des rapports corrects entre les arcades et les bases osseuses dans le sens transversal est le but premier des traitements interceptifs.



CHARRIER
Jean-Baptiste
(Paris)

FACILITATION MÉTABOLIQUE OSSEUSE PAR CORTICOTOMIES, FAUT-IL GREFFER EN MÊME TEMPS ?

Vendredi 15 mai /// 17h30/17h50

- » Les demandes de traitement orthodontique chez l'adulte ne cessent d'augmenter. Cette population souhaite que le traitement soit le plus rapide possible.
- » Les corticotomies de l'os alvéolaire permettent d'accélérer les mouvements dentaires par rapport à un traitement orthodontique conventionnel.
- » Cette technique chirurgicale s'est développée considérablement ces dernières années et de plus de praticiens lui font confiance. Des évolutions techniques récentes permettent aujourd'hui le développement d'une approche des corticotomies dite mini-invasive pratiquée sans l'élévation de lambeaux gingivaux.
- » Le développement du traitement orthodontique combiné aux corticotomies ouvre de nouvelles perspectives et apporte des solutions à certaines limites du traitement orthodontique adulte. Cette méthode présenterait de nombreux bénéfices comme la réduction de la durée de traitement, une meilleure expansion, un mouvement dentaire différentiel, une plus grande possibilité de traction des dents incluses et une plus grande stabilité post-thérapeutique.
- » A travers la description de cas cliniques, nous proposons une mise à jour des données actuelles sur les corticotomies.
- » Les perspectives d'applications des corticotomies en pratique clinique courante sont exposées. Les données scannographiques et par imagerie cone beam concernant l'ostéogénèse induite par les corticotomies sont présentées, permettant ainsi d'ouvrir la discussion sur l'intérêt de la greffe osseuse concomitante.

CORRECTION DES DÉFECTS OSSEUX ACQUIS ET CONGÉNITAUX PAR IMPLANTS TITANE MICROPOREUX

Samedi 16 mai /// 15h20/15h30

- » Les implants en titane microporeux confectionnés sur mesure constituent une technique moderne de réhabilitation des défauts osseux acquis et/ou congénitaux.
- » Les modalités pratiques et les principales indications concernant ces techniques sont décrites. Les perspectives d'application en pratique clinique courante sont exposées.





CRASSEAUX
Paul
(Lyon)

OPÉRER LE BORD INFÉRIEUR DE LA MANDIBULE : FORME, VOLUME ET COMPÉTENCE LABIALE

Samedi 16 mai /// 11h50/12h00

- » Le chin-wing d'Albino Triaca constitue une avancée technique remarquable qui nous permet désormais de traiter le bord inférieur mandibulaire de façon autonome par rapport au ramus et à la partie alvéolaire et dentée de la mandibule.
- » Ce bord inférieur de la mandibule incluant le menton et l'angle est un élément clé de l'équilibre architectural et de l'esthétique du visage, et pourtant il n'était jusque là qu'assez peu amélioré par les techniques chirurgicales conventionnelles (généoplastie et ostéotomie sagittale mandibulaire) d'ailleurs parfois responsables de l'apparition ou aggravation d'encoches préangulaires disgracieuses.
- » L'indication la plus démonstrative et la plus fréquente concerne les hyperdivergences faciales, grâce à la possibilité de réorienter le plan mandibulaire de Downs : rotation anti-horaire avec abaissement des régions postérieures, avancée et impaction de la portion antérieure symphysaire. Cliniquement un patient hyperdivergent est transformé en normodivergent (voire hypodivergent) avec un effet remarquable sur la compétence labiale et sur l'équilibre du visage.
- » La gestion orthodontique du patient n'est pas modifiée par cette technique qui, en elle-même, n'a pas d'incidence sur l'occlusion dentaire mais l'association à un autre geste, maxillaire ou mandibulaires, est fréquente et permet de considérer le chin-wing comme une alternative supérieure à la généoplastie dans la plupart des cas.



OSTÉOTOMIE HAUTE DE LA MANDIBULE, TECHNIQUE MINI-INVASIVE ET INNOVANTE

Samedi 16 mai /// 11h30/11h40



D'HAUTHUILLE
Cédric
(Nantes)

- » L'ostéotomie haute a été décrite en 1923 par Perthes et Schloessmann. Puis d'autres techniques d'ostéotomies ont été décrites (Obwegeser, DalPont, Epker). A l'époque, les plaques d'ostéosynthèse n'existaient pas et les ostéotomies sont devenues plus agressives afin d'étendre la surface osseuse de contact pour éviter un retard de consolidation ou un déplacement secondaire.
- » L'utilisation courante des plaques d'ostéosynthèses et le développement de tournevis contre-angulés (de Fritzmeier) ont permis de rendre plus fiable la technique de l'ostéotomie haute en chirurgie orthognathique.
- » A l'aide d'une incision courte en arrière des dents de sagesse, elle consiste à cliver la mandibule au dessus de l'épine de Spix, et de minimiser ainsi l'abord chirurgical et les suites opératoires. Le risque d'hypoesthésie post opératoire évalué entre 8% et 67%, classiquement aux alentours de 30% dans les ostéotomies d'Obwegeser Dal Pont ou Epker, est évalué à 0,5% avec cette technique dans des publications contenant 200 à 946 patients. Par ailleurs, l'axe d'avancée des valves se situant dans la branche montante, les répercussions sur les ATM sont moins défavorables.
- » Cette ostéotomie étant au dessus de l'angle mandibulaire, elle est la seule capable de repositionner les angles mandibulaires lorsqu'il existe une asymétrie verticale sans incision cutanée au niveau des angles. L'évolution des techniques d'ostéosynthèse et la qualité des suites opératoires permettent de l'utiliser en pratique courante.





EL OKEILY
Mohammed
 (Bordeaux)

GESTION ORTHO-CHIRURGICALE DES ASYMÉTRIES

Samedi 16 mai /// 10h10/10h20

» Les asymétries maxillo-faciales sont fréquentes et leur prise en charge n'est pas toujours aisée. En effet, elles peuvent parfois constituer l'élément principal motivant la prise en charge, ou encore faire simplement partie du tableau de présentation d'une autre dysmorphose prédominante (rétrognathie, prognathie, etc). Elles peuvent être source de doléance purement esthétique, mais également de doléances fonctionnelles diverses.

» Ces asymétries peuvent être congénitales ou acquises, anciennes ou récentes, stables ou évolutives, ce qui peut compliquer la prise en charge.

Elles peuvent également siéger à un seul étage ou une partie d'un étage de la face, tout comme elles peuvent concerner l'ensemble cranio-facial.

» La prise en charge des asymétries nécessite une collaboration étroite entre l'orthodontiste et le chirurgien, et ceci dès le début du traitement.

La présentation exposera les points clefs qui, dès l'étape diagnostique, peut conduire à travers le dialogue orthodontiste-chirurgien, à modifier les décisions thérapeutiques.





ESNAULT
Olivier
(Paris)

LE FRONT-BLOCK, UNE SOLUTION POUR LES ENCOMBREMENTS MANDIBULAIRES

Samedi 16 mai /// 11h20/11h30

- » L'apport des ostéotomies segmentaires dans les protocoles ortho-chirurgicaux n'est plus à démontrer et retrouve une nouvelle jeunesse grâce à la combinaison avec les techniques de distraction osseuse.
- » L'ostéotomie de Koële, décrite initialement pour fermer des infraclusives antérieures, puis utilisée pour niveler des courbes de Spee très marquées a plus récemment été utilisée pour corriger des encombrements antérieurs.
- » Dans cette indication, Albino Triaca a mis au point un distracteur à appui osseux qui, associé à un lip bumper équipé de vérins expansifs ligaturé sur le système multiattache des incisives permet de corriger des encombrements incisivo-canins et de petits surplombs.
- » Cette prise en charge s'adresse donc à des patients porteurs d'une classe II incisive et canine mais en classe I molaire avec un encombrement mandibulaire isolé. On peut ainsi, au prix d'une préparation orthodontique minimale, créer des diastèmes bilatéraux de 6 mm maximum qui permettront ensuite d'aligner le secteur incisivo-canin sans stripping ni extraction.
- » La chirurgie est réalisée en ambulatoire une fois l'espace entre les apex nécessaire aux traits d'ostéotomie réalisé orthodontiquement. Le distracteur spécial est posé au cours de l'intervention, le lip bumper à vérins est posé en pré-opératoire par l'orthodontiste.
- » Après une semaine de cicatrisation, les vérins et le distracteur sont activés à raison d'un demi millimètre par jour, on obtient donc une distraction sagittale du fragment alvéolaire incisif ou incisivo-canin de 6 mm en 15 jours environ.
- » Les mouvements dentaires orthodontiques peuvent être repris un mois après la fin de la distraction.
- » Cette technique est donc susceptible d'éviter des extractions de prémolaires et de remplacer certaines ostéotomies sagittales d'avancée par correction du surplomb. Elle permet aussi de corriger une vestibuloversion ou une linguoversion du bloc incisivo-canin en jouant sur l'activation différentielle des vérins et du distracteur.
- » Cette chirurgie segmentaire peut être combinée à des chirurgies de Lefort 1 avec correction du sens transversal et associée, mais dans un deuxième temps, à une avancée mandibulaire et/ou une génioplastie.



LA CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE : DE L'INDISPENSABLE AU SUPERFLU

Vendredi 15 mai /// 10h00/10h30



GALLETTI
Catherine
(Paris)

- » La plupart des patients adultes qui consultent pour la réhabilitation d'un sourire ou pour des problèmes fonctionnels pourront être satisfaits en bénéficiant d'un traitement d'orthodontie. Ce traitement, quelque soit la technique orthodontique, sera mené après l'établissement d'un diagnostic et d'un plan de traitement tenant compte de certaines contraintes prothétiques, parodontales ou encore financières.
- » Il existe cependant des situations où l'équilibre esthétique et fonctionnel est fortement perturbé ou tout simplement impossible à résoudre sans modification des bases osseuses. La chirurgie orthognathique dans ces cas sera incontournable.
- » Nous verrons au travers de cas cliniques l'intérêt que peuvent représenter, ces traitements dit ortho-chirurgicaux ainsi que leurs limites.





GHOUBRIL
Joseph
(Beyrouth, Liban)

COMMUNICATION LIBRE : COMMENT RÉUSSIR UN CAS ORTHO-CHIRURGICAL EN 2015 ?

Vendredi 15 mai /// 16h00/16h20

- » La chirurgie orthognathique prend une part de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique de l'orthodontiste, lorsque la fin de la croissance et les limites des compensations dento-alvéolaires sont atteintes.
- » Ceci implique la mise en place d'une collaboration pluridisciplinaire étroite entre orthodontiste et chirurgien, qui se révèle être le meilleur garant d'une bonne coordination du traitement et d'un résultat final satisfaisant à long terme aussi bien du point de vue esthétique que fonctionnel.
- » Durant cette présentation, l'auteur se propose d'exposer à travers des cas cliniques, l'importance d'une bonne collaboration entre les différentes disciplines impliquées dans la réussite de ces cas tout en insistant sur l'importance de passer par les 4 phases qui sont les garants de la réussite d'un tel traitement, à savoir : l'orthodontie pré-chirurgicale, la chirurgie orthognathique, l'orthodontie post-chirurgicale, et la contention dont les buts sont non moins importants pour la pérennité des résultats atteints.



GESTION DES MUSCLES ET DES FONCTIONS ORO-MAXILLO-FACIALES EN KINÉSITHÉRAPIE DANS LES TRAITEMENTS ORTHO-CHIRURGICAUX

Vendredi 15 mai /// 17h50/18h10



GIRARD Marion
(Paris)

- » L'alignement dentaire et l'équilibre occlusal recherchés par les traitements orthodontiques ou ortho-chirurgicaux sont en lien direct avec l'équilibre musculaire de la langue, des muscles peauciers, des muscles masticateurs, des muscles posturaux et les fonctions de la sphère oro-faciale. Peut-on encore espérer faire l'économie de la gestion des muscles dans les plans de traitement ? Plusieurs approches sont possibles dont l'affaiblissement musculaire par injection de Botox, mais quels résultats peut-on obtenir avec des kinésithérapeutes spécialisés compétents ?
- » Des cas pratiques montreront ce que la rééducation des dysfonctions linguales, labiales, jugales, masticatoires et ventilatoires peut apporter. L'examen de la posture globale et la gestion des para-fonctions (habitudes nocives de mordillements et aspirations de joues ou lèvres, tétage de langue, bruxisme...) seront également traités.
- » Nous verrons ainsi ce que la kinésithérapie spécialisée peut apporter à vos patients dans le cadre des soins dentaires, orthodontiques ou lors d'ostéotomies maxillo-faciales. En quoi le kinésithérapeute spécialisé peut-il aider, faciliter, stabiliser le travail de l'orthodontiste et du chirurgien maxillo-facial et éviter les récides ? Quels groupes musculaires posent problème au travers de cas cliniques ? L'orthodontiste peut-il donc encore se passer du kinésithérapeute en 2015 ? Quand prescrire ? Avant, pendant, après le traitement orthodontique ? Peut-on rééduquer les fonctions en prévention, pour améliorer l'évolution d'une dysmorphose détectée tôt ou au moins éviter qu'elle ne s'aggrave ? Quelle méthode doit être appliquée et quelles sont les limites de la kinésithérapie spécialisée ? Cette rééducation demande certes une participation active du patient. C'est potentiellement une limite de son efficacité mais souvent c'est un atout car le patient, souhaitant mettre toutes ses chances de son côté, s'investit mieux dans le suivi de son traitement.





GOOSSENS
Nicolas
(Meaux)

LE PLAN DE TRAITEMENT CÉPHALOMÉTRIQUE : ATTITUDE SELON L'OUTIL UTILISÉ

Samedi 16 mai /// 16h20/16h40

- » Chaque orthodontiste utilise l'outil céphalométrique pour parfaire son plan de traitement. Les outils utilisés diffèrent d'un praticien à l'autre. Le but de cette présentation est de montrer que quel que soit le type d'analyse utilisée, la position de l'incisive maxillaire peut et doit être un élément déterminant de l'attitude thérapeutique. Face à certains patients, l'orthodontiste, seul, se trouve parfois démuni et ne peut proposer de traitement sans collaborer avec un chirurgien maxillo-facial.
- » Dans ce cas, c'est la position de l'incisive centrale maxillaire qui importe et qui doit être déterminée ensemble.
- » En effet, elle va en grande partie déterminer le résultat final esthétique : projection antérieure de la face, délimitation du profil antérieur, définition (en partie) du sourire. En réalité, cette position finale de l'incisive centrale maxillaire doit nous préoccuper pour tous nos traitements, orthodontico-chirurgicaux ou non, afin de déterminer la thérapeutique adaptée à notre patient et à sa demande.
- » En reprenant les principes de base des différentes analyses céphalométriques, pratiquées dans nos cabinets, Tweed, Ricketts et Delaire, nous allons voir où nous devons et pouvons placer l'incisive centrale maxillaire sur sa base osseuse.
- » Il nous sera dès lors possible, à partir de l'étude du cliché radiologique, de proposer :
- Une thérapeutique orthodontique,
 - Une thérapeutique orthodontico-chirurgicale,
 - Une solution de compromis orthodontique seule.
- » Enfin, notre expertise actuelle avec les clichés radiologiques standard en deux dimensions nous montre que, peut-être, nous atteignons les limites de l'exploitation de ces documents.
- » Avec la généralisation des machines 3D, le rayonnement qui est mieux contrôlé (et qui le sera encore mieux), la quantité d'informations « nouvelles » que nous pouvons obtenir, l'imagerie 3D sera l'évolution obligatoire des examens complémentaires nous permettant de poser un diagnostic et de proposer une thérapeutique. Nous verrons ce que nous pouvons espérer de cette « nouvelle vision » et ce qu'elle peut nous apporter.





HAUBRICH
Julia
(Allemagne)

INVISALIGN® TREATMENT IN COMBINATION WITH SURGERY

Vendredi 15 mai /// 14h35/15h05

- » Orthognathic surgery treats and corrects abnormalities of the facial bones, in particular the jaws. Often, these abnormalities cause difficulty associated with chewing, esthetics, talking, sleeping and other routine activities. Orthognathic surgery corrects these problems and, in conjunction with orthodontic treatment, can improve the overall appearance of the facial profile.
- » After its introduction onto the European orthodontic market in 2001, the Invisalign technique cannot only be used for simple treatments such as deep bites, spacing and crowding, but after years of experience also for complex cases such as open bites or severe class II and class III treatments. But as with any other appliance, some skeletal dysgnathies can only be solved in combination with surgery.
- » Using the Invisalign system in surgery cases can be an effective tool and excellent instrument in the interdisciplinary teamwork between orthodontists and surgeons. The approach of the treatment with the Invisalign system can be performed in 2 steps, aligning the arches in the first phase to obtain an optimal outgoing position for the upcoming surgery and the new interarch relationship. Different to the pretreatment with a fixed Multibracket appliance, the ClinCheck Software allows the simulation of the pretreated arches prior to surgery and represents therefore an optimal tool for the planning of the interdisciplinary treatment with the surgeon. Once the first phase and therefore the alignment of the single arches have been performed, the surgery can take place. Contrary to fixed pre-treatments, the intermaxillary fixation cannot be performed with brackets, as the aligner obtains anchorage on the bonded attachments used in the Invisalign therapy. The treatment combination of surgery and Invisalign may therefore necessitate a temporary fixed set of braces just for surgery and for a short time afterward, or alternatively, temporary anchor devices (TADs) which can be placed above and between the teeth to obtain intermaxillary fixation. After the healing period impressions or scans for a midcourse correction with the Invisalign System can be performed, as alignment in the postsurgical position and a refinement of the occlusion can be required.
- » The presentation will show examples of patient treatments with the Invisalign System combined with surgery as well as complex patient treatments, in which surgery was not performed, but treatment goals have been obtained exclusively with the Invisalign System and interarch anchorage with elastics. The Invisalign Systems with its ClinCheck Software allow treating patients without the need of Multibracket systems and offer therefore the possibility to solve even complex interdisciplinary treatments almost invisible.





**LAURENT JOYE
Mathieu**
(Bordeaux)

OSBM ET POSITIONNEMENT CONDYLIEU : POINT ET INNOVATION

Samedi 16 mai // 16h00/16h20

» Quelle position post-opératoire du condyle en chirurgie orthognathique ?

Chaque modèle occlusal et squelettique possède une morphologie d'articulation temporo-mandibulaire propre, tant par la forme du condyle, sa place dans la cavité glénoïde, que par la position du disque articulaire. Des variations intra classes ont également été décrites. Il est démontré que la chirurgie d'ostéotomie sagittale des branches montantes de la mandibule (OSBM) conduit à des modifications d'orientation du segment condylien, avec un mouvement antérieur et inférieur (dit « condylar sag »). Positionner le condyle induit la notion de position de référence, position indépendante des dents, reproductible et transférable sur un articulateur. La plupart des études ont choisi jusqu'alors de positionner le condyle en position dite de « relation centrée », position de référence « articulaire » dont la définition varie. Ce concept, peu physiologique, est aujourd'hui remis en cause. En effet, la position du fragment condylien après OSBM est déterminée, certes par la position des dents et l'occlusion, la relation mutuelle et l'adaptation des fragments fixés entre eux, mais devrait tenir compte également de la musculature des mâchoires. La détermination de la position idéale post opératoire du condyle reste malgré tout très controversée, et une réponse unique n'a actuellement jamais été apportée. Elle serait d'après Ueki une position dynamique où les forces biomécaniques appliquées à l'articulation seraient les plus faibles.

» Quel intérêt de repositionner le condyle ?

L'une des difficultés de l'OSBM est de contrôler la position des condyles lors de la synthèse. Dans les années 1970, l'ostéosynthèse aux fils d'acier permettait de conserver une certaine adaptabilité de la position condylienne mais au prix d'un blocage maxillo-mandibulaire post-opératoire de six semaines. Les systèmes de fixations rigides ou semi-rigides actuels n'ont pas cet avantage. Toute avancée mandibulaire entraîne une inévitable rotation externe des condyles par valgisation de la valve externe, et inversement en cas de recul. Des études de la littérature décrivent qu'une position inadéquate du condyle serait à l'origine d'un plus grand nombre de reprises chirurgicales précoces, d'articulés dentaires imparfaits et d'une majoration des dysfonctions articulaires. Même si l'intérêt à long terme du repositionnement condylien n'a toujours pas été clairement démontré, il serait triple d'après Epker et Wylie : améliorer la stabilité du résultat chirurgical et la fonction masticatoire, et réduire le risque de survenue de dysfonctions articulaires.

» Quels moyens pour contrôler la position du condyle ?

Le positionnement du condyle mandibulaire pendant l'ostéosynthèse après OSBM serait encore en majeure partie réalisé manuellement, de manière empirique, par le chirurgien. La laxité articulaire et la relaxation musculaire liées à l'anesthésie générale compliquent cette décision. Cette méthode, très dépendante de l'expérience de l'opérateur, s'est améliorée avec l'avènement des miniplaques d'ostéosynthèse ajustables.

» Depuis plus de vingt ans, se sont développées des méthodes instrumentales de repérage condylien avant clivage dont le but est d'assurer la reproductibilité du repositionnement condylien lors de la synthèse. Parmi ces systèmes, sont décrits : l'utilisation de plaques rigides de type Lüher, positionnées sur des repères fixes (à savoir la branche mandibulaire d'une part, et le maxillaire ou le zygoma de l'autre), la chirurgie guidée par ordinateur ou la navigation, l'utilisation de l'ultrasonographie, de TDM 3D. Aucune n'a cependant réellement prouvé sa supériorité dans la littérature, avec pour principale critique d'augmenter le temps et le coût de l'intervention.

» Une méthode satisfaisante devrait donc permettre de positionner le condyle dans une position choisie de manière simple, reproductible, indépendante de l'expérience de l'opérateur et avec un faible coût. Les méthodes de chirurgie assistée par ordinateur devraient pouvoir répondre dans le futur à ces contraintes. Nous vous proposerons un modèle préliminaire innovant.

» Quelles attitudes des chirurgiens ?

Un sondage permettra de voir quelles sont les attitudes des chirurgiens en 2015.



LE GALL
Michel
(Marseille)

INTÉRÊT DE LA CHIRURGIE PREMIÈRE

Vendredi 15 mai // 14h00/14h15

CO-AUTEURS R. MATTERA ET F. CHEYNET

» La chirurgie de première intention constitue une option supplémentaire pour nos traitements. Contrairement au protocole orthodontico-chirurgical classique en 3 étapes, elle vise à corriger le décalage squelettique dans un premier temps, pour restituer un environnement fonctionnel favorable et permettre dans un second temps de corriger orthodontiquement l'occlusion du patient. Elle consiste, dans certains cas de dysmorphies maxillo-mandibulaires et pour des indications qui lui sont spécifiques, supprimer ou réduire à minima la préparation orthodontique pré-chirurgicale. D'un point de vue orthodontique, elle permet de réduire la durée globale du traitement, facilite le traitement ultérieur à la chirurgie et accélère le déplacement dentaire. Du point de vue du patient, elle permet une amélioration esthétique rapide et une qualité de vie radicalement améliorée. L'utilisation de moyens d'ancrages, de gouttières chirurgicales ou de set-up permet de pallier les inconvénients de cette technique que peuvent être une occlusion post-chirurgicale instable, ou une planification étroite du plan de traitement.





MARINETTI
Adrien
(Paris)

MIEUX PRÉPARER POUR ÉVITER LA DOUBLE PEINE

Vendredi 15 mai // 14h15/14h35

- » Le résultat de la chirurgie d'avancée mandibulaire dépend en grande partie de la qualité de la préparation orthodontique. L'objectif de l'orthodontiste est de créer un surplomb équivalent au décalage squelettique pour que le chirurgien puisse positionner la mandibule idéalement, tant du point de vue fonctionnel qu'esthétique.
- » Cette préparation orthodontique nécessite soit de vestibuler les dents maxillaires soit de linguoverser les incisives mandibulaires, et parfois les deux. Le mouvement de distalisation de l'arcade inférieure nécessite souvent de manière conventionnelle des extractions, évidemment mal vécues par le patient.
- » Or L'utilisation de mini-vis dans les trigones rétro-molaires permet d'obtenir - dans une certaine mesure - ce mouvement sans extraction. Cette technique permet aussi :
 - d'éviter un recul non souhaité des incisives maxillaires en raison des extractions antagonistes,
 - de réduire la durée du traitement et le rendre moins irréversible,
 - d'être moins mutilant pour le patient.
- » Dans le même esprit, l'utilisation combinée de mini-vis et de plans de morsure permet de redresser des plans d'occlusions déviés dans le plan frontal sans avoir à réaliser de chirurgie du maxillaire.
- » Nous verrons ainsi que des procédures astucieuses permettent de réaliser des traitements plus rapides et moins difficile et donc de ne pas rajouter à la chirurgie mandibulaire une peine supplémentaire.



NASSAR EL TURK
Radia
(Liban)

COMMUNICATION LIBRE : APPROCHE THÉRAPEUTIQUE INDIVIDUALISÉE

Vendredi 15 mai // 16h20/16h30

- » L'heure moderne est à l'heure du sourire, ou plutôt des visages souriants, voire même l'heure où il est important et nécessaire de sourire.
- » En pratique quotidienne, l'orthodontiste fait face à la demande de ses patients jeunes, moins jeunes et voire même âgés d'améliorer cette expression faciale, en vue d'améliorer une qualité de vie.
- » Chaque cas présente ses indications et ses limites, selon lesquelles seront modulés et individualisés les objectifs du traitement. Suivra en conséquent, une approche thérapeutique individualisée, afin de guider la croissance des bases osseuses lorsque le « timing » de l'intervention orthodontique le permet, et surtout de pérenniser la denture et le parodonte.





NIMESKERN
Nicolas
(Lyon)

COMMUNICATION LIBRE : CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE, QUAND LE PATIENT EST LE CHIRURGIEN, ET RÉCIPROQUEMENT

Vendredi 15 mai /// 16h40/16h50

- » La chirurgie orthognathique modifie l'aspect et la fonction du visage. Son but, comme le conceptualise si magistralement Delaire de restaurer l'architecture faciale idéale théorique du patient et donc l'aspect facial qu'il aurait dû avoir si des processus pathologiques ne s'étaient pas exercés. Il est aussi de restaurer une occlusion dento dentaire idéale dans cette nouvelle architecture. Au mieux, les deux objectifs seront atteints.
- » Cette projection pré opératoire dans un idéal théorique, dans un soi qu'on aurait dû être et qu'on ne serait en fait pas, cette projection dans son vrai soi est un mécanisme mental complexe et anxiogène.
- » Quand le chirurgien maxillo facial devient le patient, il pense aux rares mais gravissimes complications décrites dans la littérature, mais pas seulement. Il voit dans le regard de son confrère qui l'examine, tous les patients qu'il a opérés lui-même, en se demandant : Ai-je fais comme j'aimerais que l'on me fasse ? Ai-je utilisé tous les outils à ma disposition pour atteindre l'orthomorphie pour mes patients ? Ai-je agis scientifiquement ? Ai-je une justification à mes choix ? Aurais-je pu faire autrement, ou mieux ?
- » Grâce à son expérience personnelle et professionnelle, l'auteur nous présente, du point de vue du patient, la prise en charge chirurgicale dont il a bénéficiée. Il trie les éléments positifs et négatifs, les carences ou les excès qu'il a notés. Il lui restera que ce ne sont pas les gestes les plus lourds qui lui auront causé le plus d'inconfort... et réciproquement.
- » En ce qui concerne le versant orthodontique intrinsèquement associé, la coordination anatomique et fonctionnelle des arcades dépend évidemment des unités dentaires et de leur relation sur les bases osseuses repositionnées. Celles-ci doivent répondre à des courbes d'équilibre et d'adaptation et aux forces développées pendant la cinématique des fonctions oro bucco linguales. (Le Gall et Lauret).
- » Il sera remis en lumière l'importance des molaires de six ans et de la position de la langue dans le maintien de cet équilibre. Comment dès lors positionner alors dans l'espace les molaires de six ans et le massif lingual de façon à créer un schéma fonctionnel équilibré pour le confort post opératoire du patient ?
L'axe d'inertie défini par Treil avec sa notion de centre de gravité des arcades offre une approche intéressante discutée ici.





PARIS
Jean-Christophe
(Aix-en-Provence)

TRAITEMENTS MULTIDISCIPLINAIRES AU SERVICE DU PATIENT ET DE SON SOURIRE

Vendredi 15 mai /// 17h00/17h30

- » Tenter de résoudre des problèmes esthétiques sans avoir recours aux différentes spécialités devient très limitatif et oblige les différents protagonistes à pousser les indications de leurs spécialités au delà de leurs limites.
- » Tailler des dents alors qu'elles pourraient être remises en place, déplacer des dents au delà des limites osseuses, terminer un traitement orthodontique avec des dents usées ou dyschromiées sont autant d'erreurs que la connaissance des autres spécialités que celle du praticien maître d'œuvre du traitement pourrait éviter et contourner.
- » Réhabiliter un sourire est souvent une affaire d'équipe : dentiste omnipraticien, orthodontiste, implantologiste, chirurgien maxillo-facial, chirurgien plasticien, et chacun devrait connaître les techniques de l'autre afin d'établir un plan de traitement cohérent au service des patients.



PAULUS
Christian
(Lyon)

PRISE EN CHARGE ORTHO-CHIRURGICALE DU MAXILLAIRE DANS LES SÉQUELLES DE FENTE LABIO-PALATINE CHEZ L'ADOLESCENT ET L'ADULTE

Samedi 16 mai /// 11h00/11h20

- » Les patients présentant une fente labio-palatines développent fréquemment une dysmorphose dento-faciale nécessitant une chirurgie orthognathique. L'origine de cette dysmorphose est thérapeutique et tous les auteurs tentent actuellement de réduire cette iatrogénicité.
- » La dysmorphose dento-maxillo-faciale est représentée par une rétromaxillie avec inframaxillie, associées à une endomaxillie, une obliquité du plan occlusal avec déviation du milieu inter-incisif supérieur du côté de la fente dans le cadre des fentes unilatérales. Les difficultés dans le traitement de ces dysmorphoses répondent à l'état cicatriciel palatin, labial et ptérygo-maxillaire. La chirurgie orthognathique est souvent bimaxillaire comportant un temps maxillaire de propulsion, recentrage et horizontalisation associé à une ostéotomie mandibulaire à mouvement tridimensionnel avec le triple but : l'amélioration occlusale, esthétique et fonctionnelle. La préparation comporte idéalement une gingivopériostéoplastie dans l'enfance, un traitement orthodontique assorti le cas échéant d'une distraction maxillaire pour prévoir le remplacement des dents agénésiques et dans les limites des possibilités sans extraction de prémolaires. Les difficultés de conception et de réalisation sont réelles et pour l'orthodontiste et pour le chirurgien. La distraction maxillaire sagittale peut être une alternative intéressante susceptible de prévenir les récives partielles.
- » Pour parvenir à un résultat stable, il est nécessaire de veiller à l'obtention de fonctions oro-faciales normales. Ainsi, depuis la réparation primaire, ces éléments seront surveillés par l'ensemble de l'équipe, et chirurgies, orthophonie et orthodontie vont dans le même sens.
- » La réalisation de l'ostéotomie de Lefort 1 est plus difficile que chez les patients sans séquelle de fente. Les déplacements nécessitent la section des brides cicatricielles.





PHILIPPART
Martine
(Paris)

CHIRURGIE OU PAS ? PEUT-ON L'ÉVITER ? QUAND ET COMMENT ?

Vendredi 15 mai /// 12h00/12h30

- » Pas facile en 2015 d'annoncer à un patient de 12 ans que son cas est chirurgical. Pas facile en 2015 d'annoncer à un patient adulte qui vient nous consulter pour une incisive de travers que son cas est chirurgical.
- » Pour ces cas dits « chirurgicaux », peut-on ou doit-on éviter la chirurgie ? Est-ce une fin en soi ? En a-t-on les moyens en 2015 ? Est-ce un objectif en 2015 ?
- » Dans tous les cas, on ne doit pas oublier que nous devons garder, tous, quelque soit notre formation, notre environnement, la qualité de nos correspondants, nos convictions, notre technique..., le même objectif pour tous nos patients :
- Fonctionnalité - Esthétique - Stabilité.
- » À travers des cas cliniques, nous illustrerons cette réflexion.



PHILIPPE
Benoît
(Paris)

CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE GUIDÉE PAR ORDINATEUR, GUIDES ET MINIPLAQUES PRÉFABRIQUÉES

Principe. Intérêt dans la compréhension et le contrôle du positionnement per-opératoire des branches montantes.

Samedi 16 mai /// 14h40/15h20

- » La chirurgie orthognathique guidée consiste à simuler le geste opératoire puis à assurer le contrôle de son exécution grâce à des guides de découpe osseuse et de positionnement du forage des vis d'ostéosynthèse et grâce à l'utilisation de miniplaques fabriquées avant l'acte chirurgical. Ces miniplaques présentent l'avantage de correspondre à l'anatomie du patient et aux espaces engendrés par les déplacements respectifs des pièces squelettiques permettant ainsi de stabiliser les fragments osseux conformément à la simulation retenue.
- » Si la procédure est désormais reproductible au maxillaire et à la symphyse quel que soit l'ostéotomie retenue, elle demeure délicate à la mandibule en ce qui concerne l'ostéotomie sagittale des branches montantes en raison des contraintes squelettiques, articulaires et musculaires.
- » Après avoir présenté l'ensemble des principes qui régissent la chirurgie orthognathique guidée, cette présentation basée sur plusieurs cas cliniques significatifs a pour objectif d'objectiver les principaux facteurs anatomiques et physiologiques qui interagissent sur le positionnement des branches montantes.





PRUVOST
Jean-Luc
(Paris)

INDICATIONS ET PROBLÉMATIQUE DES TRAITEMENTS ORTHO-CHIRURGICAUX BI-MAXILLAIRES ET SES RAPPORTS AVEC L'OCCLUSION FINALE

Vendredi 15 mai /// 11h30/12h00

- » La chirurgie orthognathique ne doit s'entreprendre qu'avec une résolution finale en tête comprenant toutes les contraintes imposées par nos savoirs concernant la longévité parodontale et la stabilité occlusale. Ces dernières répondent à un certains nombres de contraintes que nous appellerons notre enveloppe thérapeutique.
- » En outre, les traitements par voie d'abord linguale présentent, comme chacun sait, des difficultés particulières liées non seulement à l'accès mais aussi à la hauteur des espaces énamélaires encollables compris, du moins au maxillaire, entre l'occlusion des cuspidés d'appui et la limite cervicale gingivale.
- » Lorsque cette orthodontie doit être liée à de la chirurgie orthognathique se pose le problème des rapports de l'appareil à l'ancrage chirurgical per-opératoire, au guide chirurgical et aux infrastructures d'expansion. Au surplus lorsque cette chirurgie comporte une modification intra-arcade : Expansion palatine rapide aidée chirurgicalement ou maxillaire trois pièces la cohérence de l'ensemble vis-à-vis de l'insertion finale de la gouttière dans le temps chirurgical relève de protocoles bien établis. L'auteur se propose d'aborder tous ces aspects et de faire les rapprochements qui s'imposent d'avec l'ambition des finitions de la relation occlusale finale. On voudra celle-ci en relation centrée exempte d'interférences non travaillantes et si possible en protection canine sur le jeune adulte.



RABERIN
Monique
(Lyon)

COMMUNICATION LIBRE - UN NOUVEL ACTEUR DANS LA PRÉPARATION ORTHODONTIQUE : L'ANCRAGE OSSEUX

Samedi 16 mai /// 14h30/14h40

- » Les ancrages osseux ont révolutionné la biomécanique orthodontique. Les mouvements dentaires reposant sur les vis d'ancrage ou les plaques permettent de repousser les limites de la préparation orthodontique.
- » La divergence préparatoire des plans d'occlusion à l'aide de ces ancrages osseux améliore le pronostic esthétique des réductions chirurgicales des asymétries faciales. La distalisation des arcades maxillaire ou mandibulaire par appui sur vis d'ancrage permet d'éviter les mutilations des premières prémolaires et d'obtenir le redressement des versions sagittales compensatrices.
- » L'analyse céphalométrique de différents types de préparations implanto-guidées à des ostéotomies bimaxillaires de plusieurs patients permet de prouver qu'une complémentarité innovante est possible dans les protocoles orthodontico-chirurgicaux.





RACY
Emmanuel
(Paris)

NOTIONS DE MÉDECINE INTÉGRATIVE OU COMMENT INTRODUIRE DES RÈGLES DE PSYCHOLOGIE SIMPLES DANS LA CONSULTATION D'ANNONCE D'UN PROTOCOLE ORTHODONTICO-CHIRURGICAL

Vendredi 16 mai /// 09h15/09h30

- » Après plus de 100 ans de médecine basée sur les preuves scientifiques de la maladie et des traitements pour la soigner, le monde occidental est en train de découvrir l'intérêt d'une vision différente à travers la médecine intégrative.
- » Maintenant étudiée au travers des outils modernes des neuro-sciences dans plus de 25 universités aux Etats Unis et au Canada, la médecine intégrative remet le patient au centre de la prise en charge et non plus seulement la maladie.
- » Dans notre spécialité cela consiste à ne plus traiter que des anomalies structurelles faciales ou dentaires mais introduire toutes les données annexes de la vie et de la santé de nos patients dans notre pool de connaissance pour leur permettre de prendre une décision raisonnée vis à vis du protocole orthodontico-chirurgical qu'on leur propose.
- » Par ailleurs, la détection des signes de stress induits par cette prise de décision est fondamentale pour aider le patient dans ce moment décisif et tout au long du protocole afin de garder une relation de confiance praticien-patient et ne pas basculer dans une relation de méfiance ou de domination qui aboutira généralement à une rupture du contrat de soin ou pire à une relation conflictuelle.



SABOYE
Jacques
(Toulouse)

QUELLES SONT NOS LIMITES EN CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE? DOGMES ET IDÉES REÇUES

Samedi 16 mai /// 12h00/12h20

- » La chirurgie orthognathique s'est particulièrement développée ces dernières années, bénéficiant des progrès cumulés en orthodontie, en chirurgie, en anesthésie, en imagerie, et dans l'industrie des matériaux d'ostéosynthèse. Nos limites opératoires, nos indications chirurgicales en ont été modifiées. Que reste t'il des dogmes qui ont encadré notre pratique pendant des années : on ne peut pas opérer avant la fin de la croissance, on ne peut pas opérer après 60 ans, il faut toujours enlever les dents de sagesse avant la chirurgie orthognathique, on ne peut pas opérer sans orthodontie préalable, il ne faut pas opérer s'il existe une maladie parodontale, il n'y a aucune urgence à opérer, les très grands décalages des bases osseuses ne sont pas accessibles à la chirurgie, un petit décalage ne justifie pas une chirurgie des maxillaires... Ces dogmes ont disparu pour la plupart. Aujourd'hui les armes techniques à notre disposition, la coordination ortho chirurgicale nous permettent de nous en affranchir. La priorité fonctionnelle n'est plus notre seul moteur, la demande esthétique, l'intégration sociale, le syndrome d'apnées du sommeil imposent également une révision des dogmes en chirurgie orthognathique. Au travers de différents cas cliniques, l'auteur expose cette évolution thérapeutique vers un élargissement des indications opératoires.





SIDJILANI
Bruno Marc
(Nîmes)

ASYMÉTRIES : PLACE DE LA CHIRURGIE CONDYLIENNE

Samedi 16 mai /// 11h40/11h50

» L'hypercondylie est responsable d'une asymétrie faciale qui occasionne une gêne fonctionnelle et esthétique parfois importante. Nos patients ont aujourd'hui des exigences qui dépassent le seul alignement dentaire, ils veulent le plus beau sourire et la meilleure symétrie possible. Cela passe par une intervention chirurgicale qui vise à corriger la malposition des mâchoires après préparation orthodontique. Afin d'optimiser la symétrie du résultat final, nous réalisons, dans un premier temps, à l'occasion de l'avulsion des dents de sagesse, l'excision d'une partie du condyle hypertrophique (condylectomie). La coordination orthodontiste, chirurgien et kinésithérapeute permet une bonne gestion fonctionnelle et esthétique sans allongement de la durée du traitement orthodontique et prépare à la chirurgie orthognathique. La condylectomie, que nous pouvons réaliser dès l'adolescence, n'entraîne aucun inconfort et améliore considérablement la qualité de nos résultats, tant esthétiques que fonctionnels et radiologiques, qui restent stables dans le temps.



TAIARIOL
Luigi
(Nantes)

VIVRE UNE OSTÉOTOMIE EN 2015

Samedi 16 mai /// 09h30/09h50

- » Qu'est ce qu'une ostéotomie en 2015 ?
Quelle durée d'intervention ? Est-ce douloureux ?
Quelle durée d'hospitalisation ?
Quelles sont réellement les restrictions alimentaires ? Un blocage bi maxillaire est-il actuellement la règle ?
Au bout de combien de temps une reprise d'activité, scolaire ou professionnelle, est-elle possible ?
- » Toutes ces questions sont déterminantes pour les patients au moment de faire le choix d'un traitement orthodontico-chirurgical. Bien y répondre est le premier pas d'une bonne compliance au traitement.
- » L'évolution du matériel d'ostéosynthèse, l'apparition de nouvelles pratiques anesthésiques ainsi que l'augmentation de l'expérience chirurgicale ont rendu ces interventions totalement différentes de ce qu'elles étaient il y a 15 ans.
- » En reprenant les modalités post opératoires pratiques de chaque type d'ostéotomie maxillaire, le groupe GENIOS permet de faire un état des lieux actuel et de renverser les idées préconçues.





THEBAULT Benoît



BEDHET Nicolas
(Rennes)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE, ORTHODONTIE ET ANCRAGES TEMPORAIRES OSSEUX (ATO), UN TRINÔME INDISPENSABLE ?

Vendredi 16 mai /// 12h30/12h50

- » La chirurgie maxillo-faciale, émanation moderne de la chirurgie post-traumatique de la guerre 14.18, n'a cessé d'évoluer depuis. Parallèlement, l'orthopédie-dento-faciale, spécialité contemporaine, s'est fait plus précise dans ses diagnostics comme dans ses thérapeutiques. L'association des deux spécialités depuis les années cinquante a permis de prendre en charge de nouvelles pathologies, notamment chez l'adulte. L'apport des uns et des autres a aussi permis d'affiner les nécessités thérapeutiques afin d'obtenir des cas plus fonctionnels, plus esthétiques en diminuant au maximum les compensations naturelles et/ou en ne les acceptant plus.
- » De même, l'arrivée puis la généralisation des ATO, sous forme de minivis ou de plaques d'ancrage, en repoussant les limites mécaniques de l'orthodontie, a solutionné parmi les derniers obstacles thérapeutiques aussi bien dans le sens antéro-postérieur que dans le sens vertical, gage d'une meilleure préparation orthodontique toujours plus efficiente.
- » Associer orthodontie, chirurgie maxillo-faciale et ATO, est certes plus exigeant, mais c'est aussi préparer efficacement et sereinement nos patients pour leur garantir un résultat prédictible, stable à court comme à moyen terme, fonctionnel et parfaitement esthétique, y compris dans les cas les plus complexes autrefois inaccessibles aux thérapeutiques conventionnelles.





TRIACA
Albino
(Suisse)

LA PRÉPARATION ORTHO-CHIRURGICALE DANS LES 3 SENS : LE CONCEPT ORTHO-CHIRURGICAL OPTIMISÉ

Samedi 16 mai /// 08h45/09h30

- » Ce qui est beau est souvent fonctionnel, ce qui est fonctionnel peut aussi être esthétique.
- » Le couple orthodontiste / chirurgien recherche depuis toujours à améliorer ou au moins préserver, les fonctions de ses patients. Ainsi, il travaille à obtenir une occlusion idéale, à prolonger l'avenir dentaire et articulaire et à améliorer la ventilation, en particulier durant le sommeil.
- » Mais l'équilibre du visage doit également être un objectif affiché, tant chez l'adolescent que chez l'adulte. Les proportions des différentes unités d'équilibre facial dans les trois dimensions seront explicitées avec des moyens simples et reproductibles pour systématiser nos plans de traitement.
- » À travers des exemples concrets d'échecs, fonctionnels et/ou esthétiques, nous pourrions comprendre comment obtenir un guide antérieur fonctionnel, éviter des syndromes d'apnées obstructives du sommeil, des sourires mal positionnés, des compensations extrêmes.
- » Certaines complications chirurgicales comme des atteintes condyliennes irrémédiables peuvent être le fruit d'erreurs stratégiques : des décompensations trop importantes, des plans d'occlusion mal orientés ou des corrections insuffisantes du sens transversal maxillaire.
- » Le chirurgien doit ainsi s'entendre avec l'orthodontiste pour définir successivement :
 - La position de l'incisive idéale dans les trois plans de l'espace.
 - Le positionnement de la mandibule
 - Le nez, le menton et les angles mandibulaires qui peuvent être traités indépendamment grâce aux nouvelles techniques chirurgicales comme le « wing ».
- » Les différentes situations cliniques seront explorées avec leurs incidences thérapeutiques.
- » Ainsi, grâce à une réflexion commune étape par étape, en évitant les compromis délétères, nos objectifs seront remplis : rendre au patient un avenir fonctionnel, beau et stable.





**VAN
STEENBERGHE**
Philippe
(Belgique)

À LA RECHERCHE D'UN CONSENSUS SUR LA CLASSE II : ORTHODONTIE, CHIRURGIE OU COMPROMIS

Vendredi 15 mai /// 11h00/11h30

- » L'équipe orthodontiste/chirurgien a le pouvoir (devoir) de proposer la solution optimale pour chaque patient, y compris à long terme.
« Un leader sait ce qu'il faut faire; un manager sait seulement comment le faire » (Ken Adelman).
- » Les critères qui définissent les objectifs d'un traitement ortho-chirurgical, orthopédique ou orthodontique ne seraient-ils pas les mêmes ?
Serait il possible de définir pour diverses approches de la classe II un plus petit commun dénominateur des effets souhaités ?
- » Ensuite établir leur « rendement thérapeutique » tant orthodontique que facial, ainsi que les variations selon le contexte d'application ?
- » De là la possibilité de choisir, dès le départ le plus souvent, l'approche idéale, ou celle préférée de manière éclairée par les patients/parents ?
- » Un objectif clair pour toute l'équipe thérapeutique sur la base duquel communiquer avec patients et parents sera la base d'un traitement réussi, appliqué efficacement au meilleur moment.
« Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement » (Boileau).



NOTES

A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page.

The background of the poster is a nighttime photograph of a modern building with a facade of perforated metal. The building is illuminated with blue lights, and the 'sfodf' logo is visible on the facade. The sky is dark blue, and the building's reflection is visible in the water in the foreground. A large white arrow shape points from the left towards the right, framing the main title.

**Échec
aux échecs
en Orthopédie
Dento-Faciale**

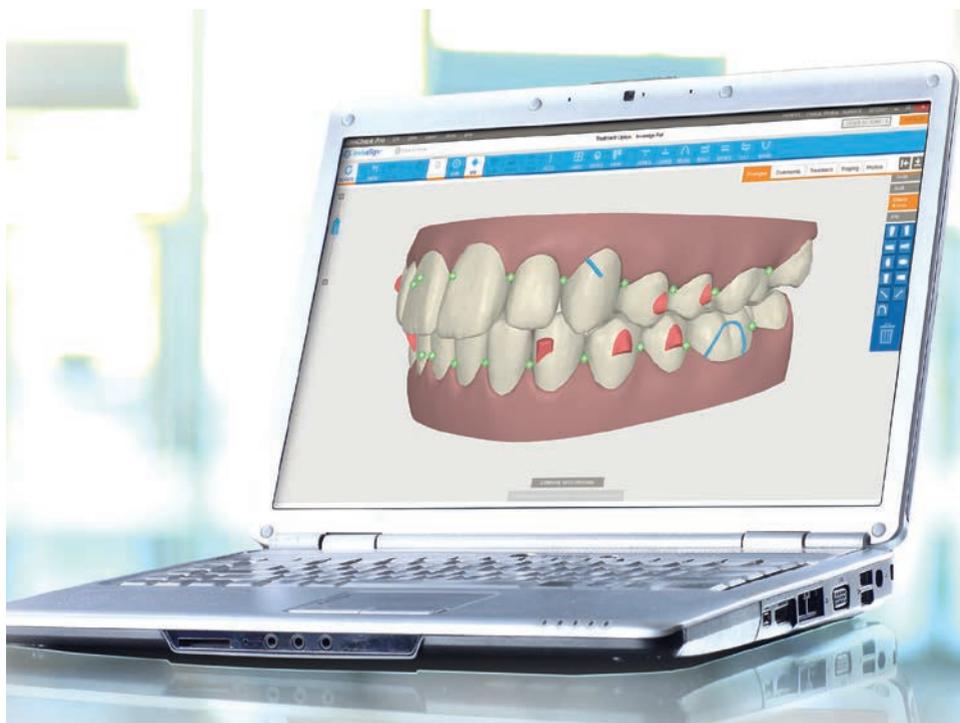
13 et 14 mai 2016

Marseille
Palais du Pharo

Invisalign G6

Découvrez de nouvelles possibilités avec **ClinCheck Pro.**

Le contrôle en 3D pour plus de précision.



Align Technology présente ClinCheck® Pro, avec Contrôles 3D. Conçu pour vous permettre de bénéficier d'un contrôle plus précis en réalisant des modifications directement sur le modèle en 3D et en visualisant en temps réel les effets sur toute la dentition, pour vous aider à atteindre vos objectifs de traitement.



Pour en savoir plus, rendez-vous sur invisalign.fr/clincheckpro