

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE DE CONSTANTINE (3)
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

Mémoire De Fin D'étude En Vue De L'obtention
De Titre De Docteur En Médecine Dentaire

Intitulé

DYSHARMONIE DENTO-MAXILLAIRE INTERET, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Préparer par :

FELLAH Safa Marwa
FENCHOUCHE Meriem
FENNECHE Lamis
FITTA Nawel
GHACEB Nadjiba
GHOUL Meriem

Encadré par
Dr. MERABET. F

JURE:

Présidente : Dr. MILOUS. S
Assesseur: Dr. DJEGHRI. H
Dr. CHIBANI. H



Sommaire :

Remerciement.....	02
Partie 1 : REVUE DE LITTERATURE :	
Résumé.....	10
Introduction.....	13
CHAPITRE 1 :	
I-Rappels	16
I-1-Sur la croissance des maxillaires	16
I-1-A- Croissance du maxillaire supérieur.....	17
I-1-B- Croissance de la mandibule.....	21
I-2-Sur l'embryologie dentaire.....	24
I-3-Sur la morphogenèse des arcades dentaires	25
I-3-1-La denture temporaire.....	26
I-3-2-La denture mixte.....	27
I-3-3-La denture adulte.....	29
I-4-Croissance et maturation des arcades dentaires.....	30
I-4-1- Le périmètre de l'arcade dentaire.....	31
I-4-2- La longueur de l'arcade dentaire (ou flèche d'arcade).....	31
I-4-3-La largeur de l'arcade dentaire.....	31
I-5- Les anomalies dentaires	32
I-5-1-Anomalie de nombre.....	33
I-5-2-Anomalie de forme (dysmorphie).....	34

I-5-3- Anomalie de volume.....	35
I-5-4- Anomalie de structure.....	36
I-5-5- Anomalie de position.....	37
II-Définition.....	39
II-1. Définition de l'harmonie dento-maxillaire.....	39
II-2. Définition de la dysharmonie dento-maxillaire (DDM).....	39
III-Intérêt.....	42
CHAPITRE 2 :	
IV-Etiologie.....	44
IV-1- Facteurs génétiques et ethnique	44
IV-2- Facteurs locaux.....	45
IV-3- Facteurs fonctionnels.....	48
V- Etiopathogénie.....	52
V-1- Transmission héréditaire parcellaire.....	53
V-2- Manque de coordination entre la croissance des maxillaires et l'éruption dentaire.....	56
V-3- Indépendance du système dentaire et du système osseux.....	56
V-3-1- Indépendance embryologique.....	56
V-3-2- Indépendance phylogénique.....	57
V-3-3- Indépendance génétique.....	57
V-3-4- Indépendance ontogénique.....	57
V-3-5- Facteurs pathologiques.....	58
V-4- Troubles de la croissance maxillo-faciale et molaire de civilisation.....	58
VI-Classification des DDM.....	59

VI-1- PREMIERE CLASSIFICATION.....	59
VI-1-1 Déficiency de longueur d'arcade.....	59
VI-1-2- Excès de longueur d'arcade.....	60
VI-2-DEUXIEME CLASSIFICATION.....	61
VI-2-1- En fonction de la localisation	61
VI-2-2- Selon la chronologie d'apparition	62
VI-2-3-En fonction de l'étiologie	62
VI-2-4-En fonction de la dysmorphose associée	62
VI-2-5-Formes physiologique	62
VI-2-6- Formes anatomiques	63
CHAPITRE 3 :	
VII-DIAGNOSTIC.....	65
VII-1- Diagnostic positif.....	65
VII-1-1-Signes cliniques.....	65
VII-1-1-1- les signes d'une DDM positive (par microdontie).....	65
VII-1-1-2-Les signes d'une DDM négative (par macrodontie).....	67
VII-1-2-Signes radiologiques.....	78
VII-1-2-1-Radiographie panoramique.....	78
VII-1-2-2-Téléradiographie.....	81
VII-1-2-3-Radiographie rétroalvéolaire.....	82
VII-1-3-Signes biométriques.....	82
VII-1-3-A-En denture permanente.....	84
A-1-Evaluation de l'encombrement dentaire.....	84

A-2-La correction de la courbe de SPEE.....	93
VII-1-3-B- En denture mixte : DDM prévisible sans traitement.....	97
B-1 Mesure de l'espace disponible.....	97
B-2 Mesure de la place nécessaire.....	98
VII-1-3-C- La DDM prévisible avec traitement.....	108
VII-1-3-D- Evaluation de la DDM globale.....	120
VII-2- Diagnostic différentiel.....	127
VII-2-1-Dysharmonie dento-dentaire.....	127
VII-2-2- DDM transitoire.....	128
VII-2-3-Troubles de l'inclinaison des procès.....	128
VII-2-4- Biprognathie.....	129
VII-2-5- Macrocheilies.....	129
VII-2-6-Mésiotopie molaire.....	129
CHAPITRE 4 :	
VIII –Traitement.....	131
VIII-1- Objectifs.....	131
VIII-1-1- Les objectifs principaux.....	131
A-Objectifs occlusaux.....	131
B-Objectifs esthétiques.....	134
C-Pérennité à court et à long terme.....	135
D-Eviter les lésions iatrogènes.....	136
VIII-1-2- La recherche des objectifs idéaux.....	136
VIII-1-3- Objectifs particuliers.....	136

VIII-2- Facteurs pris en considération dans le choix du type de traitement.....	137
VIII-2-1- Le stade de croissance.....	137
VIII-2-2- La gravité des anomalies.....	138
VIII-2-3- Le facteur humain.....	138
VIII-3- Thérapeutique préventive et interceptive.....	139
VIII-3-1- Le traitement fonctionnel.....	141
VIII-4- Traitement de la DDM par défaut.....	146
VIII-4-1- Thérapeutique interceptive.....	146
VIII-4-1-1- Etiologie de l'encombrement secondaire.....	147
VIII-4-1-2- Le maintien d'espace.....	147
A- Les conséquences générales de la perte prématurée des dents déciduales.....	148
B- Indications et contre-indications des mainteneurs d'espace.....	149
C- Les différents types de mainteneurs d'espace.....	150
VIII-4-2- Thérapeutique correctrice.....	154
VIII-4-2-1- Traitement sans extraction.....	154
VIII-4-2-2- Traitement d'une D. D. M avec extractions.....	164
VIII-4-3- Traitement des anomalies dentaires.....	174
VIII-4-4- Correction des malpositions dentaires.....	175
VIII-5- Traitement de la DDM par excès.....	177
VIII-5-1- Conduite à tenir devant une DDM par microdontie relative liée à la taille des dents (l'ensemble des dents).....	177
VIII-5-2- Conduite à tenir devant un cas de microdontie relative par agénésie des latérales.....	178

VIII-6- La contention.....	179
IX-Evolution.....	180
IX-1-Evolution favorable.....	180
IX-2-Evolution défavorable.....	180
X-Conséquences à long terme.....	180
X-1- Conséquences dentaires.....	180
X-2- Conséquences parodontales.....	180
X-3- Conséquences occlusales.....	181
X-4- Conséquences esthétiques.....	181

Conclusion

Partie 2 : EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE

Résumé.....	183
Introduction.....	183
I- Méthodes et matériels.....	184
II- Résultats.....	185
III- Discussion.....	195
Conclusion	197
Annexe.....	198

Bibliographie

RESUME :

Objectifs : les objectifs de ce travail est de déterminer la fréquence de la dysharmonie dento-maxillaire auprès d'une population qui vient consulter au sein du service d'orthopédie dento-faciale (O.D.F) campus **CHIHANI BACHIR à Constantine**, ainsi que la fréquence des différentes anomalies associées.

Méthodes : L'étude a été réalisée dans le service d'Orthopédie Dento-Faciale sur les dossiers des 200 patients âgés entre 4 et 20 ans viennent consulter de l'année 1991 à l'année 2013.

Résultats : la répartition des patients selon l'âge était de 7ans (5.6%), 8 ans (8,2%), 9 ans (15.4%), 10ans (20%), 11ans (19.5%), 12ans (11.8%). Dont la prédominance du sexe féminin est de (59%). La dysharmonie dento-maxillaire par macrodontie relative est la plus fréquente, et selon l'arcade elle prédomine au niveau de l'arcade supérieure 82.5%. La classe squelettique de BALLARD la plus fréquente était la classe I (48%), suivie des classes II (39.5%) et III (12.5%). La distribution des classes de BALLARD II et III était différente selon la responsabilité, elle était surtout mandibulaire pour les deux classes et représentait successivement 63.29% et 47.83%. Les malpositions les plus fréquentes sont les rotations dentaires puis les versions.

Mots clés : dysharmonie dento-maxillaire, arcade supérieure, arcade inférieure, anomalies associés.

INTRODUCTION :

De nos jours l'ODF constitue une des spécialités les plus demandées et les plus évoluées au monde, du fait que son objectif esthétique est très répondu, donc le praticien est appelé à poser un diagnostic précis cette démarche implique la connaissance des anomalies dentaires, alvéolaires et osseuses dans les trois sens de l'espace.

Les anomalies dentaires constituent l'un des motifs principaux de consultation de la population.

La dysharmonie dento-maxillaire quel que soit isolée ou associée à d'autre anomalie, représente l'anomalie la plus rencontrée chez la population orthodontique, confirmée après une étude rétrospective effectuée en 2000, sur 246 dossiers, qui a montré que la prévalence de la DDM par défaut varie entre 60% et 65% (ANAES / service des recommandations et références professionnelles/juin 2002).