

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique  
UNIVERSITE CONSTANTINE 3  
FACULTE DE MEDECINE  
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE DENTAIRE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

POUR L'OBTENTION DE  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR  
EN MEDECINE DENTAIRE

PAR

CHELFAOUI RANDA	CHORFI LAMIA HASSIBA
CHEURFI WARDA	CHEBIRA SARA
CHEKIREB DJAMEL EDDINE	DEMMAK ZOULEIKHA NESRINE
DEROUICHE HOUDA	

## LA SUPRACLUSION

Présenté et soutenu publiquement le  
10 juin 2014

Encadré par

**Dr. DJEGHRI .H** Maitre assistante en ODF  
En collaboration avec **Dr. MEGHMOUL .M.D** Maitre assistant en Epidémiologie.

**Examineurs du mémoire**

**Dr.KAOUA**  
**Dr. MERABETT**

Maitre assistante  
Maitre-assistant

Présidente  
Assesseur

# SOMMAIRE

Introduction

Chapitre I : Rappel

1. Définitions

2. la croissance de la base du crâne:

2.1 Croissance en longueur

2.2 Croissance en largeur

2.3 Croissance en hauteur

3. La croissance du maxillaire :

3.1 Développement vertical

3.2. Développement antéropostérieur

3.3. Développement transversal

4. La croissance de la mandibule

5. la Croissance alvéolaire

5.1. Croissance alvéolaire maxillaire

5.2. Croissance alvéolaire mandibulaire

6. Anatomie dentaire :

6.1. Incisives supérieures

6.2. Incisives inférieures

6.3. Canines

6.4. Molaires

7. Mécanisme de mise en place des arcades :

7.1. L'Importance de l'organe de préhension

7.2. Le bain musculaire

8. Classification de Ballard

9. Les anomalies en ODF

9.1. Anomalies des bases osseuses :

9.2. Anomalies alvéolaires.

10. L'occlusion

10.1. Définitions

10.2. L'occlusion statique

- 10.3. L'occlusion dynamique
- 10.4. La pente incisive
- 10.5. La désocclusion molaire
- 10.6. L'occlusion en denture temporaire

## 11. Le sourire

- 11.1. Evolution et vieillissement
- 11.2. La hauteur et l'activité tonique de la lèvre supérieure

## Chapitre II : Diagnostic de la supraclusion

- 1. Définition
- 2. La prévalence
- 3. Classification: Selon l'origine
  - 3.1. Supraclusion dentaire :
    - 3.1.1. La supra-alvéolie antérieure
    - 3.1.2 L'infra-alvéolie postérieure
  - 3.2. Supraclusion squelettique:
- 4. Etiologie:
  - 4.1. Squelettique
  - 4.2. Dentaire
  - 4.3. Dysfonctions et parafonctions
- 5. Anomalies associées
- 6. Diagnostic différentiel de la supraclusion
  - 6.1 La supra-alvéolie incisive maxillaire
  - 6.2 La supra-alvéolie incisive mandibulaire
  - 6.3 L'infra-alvéolie molaire mandibulaire
- 7. Conséquences

## Chapitre III : Traitement de la supraclusion

- 1. les séquences logiques dans une thérapeutique orthodontique individualisée
- 2. les traitements préventifs
  - 2.1 la tétée orthostatique:

2.2 le meulage sélectif

2.3 la réhabilitation de l'incision

### 3. Les traitements interceptifs

#### 3.1. Les moyens

3.1.1 E<sub>f3</sub> :

3.1.2 La plaque inter incisive

3.1.3 L'activateur

3.1.4 La gouttière

### 4. Les traitements correctifs de la supraclusion :

#### 4.1 traitement étiologique de la supraclusion:

4.1.1 Traitement de l'infraclusion postérieure :

4.1.2. La supraclusion antérieure

#### 4.2. Traitement mécanique :

4.2.1 Moment d'application

4.2.2 Les objectifs du traitement :

4.2.3 L'ingression des incisives et ses difficultés :

4.2.4 La vestibulo-version des incisives :

4.2.5 L'égression molaire

4.2.6 Les systèmes orthodontiques traitant la supraclusion incisive :

4.2.6.1 Les dispositifs d'ingression des incisives maxillaires par appui crânien :

4.2.6.2 les systèmes d'ingression des incisives par appui molaire :

4.2.6.3 les appareils qui vestibules les incisive (La pseudo ingression des incisives)

4.2.6.4 les dispositifs qui ingressent les incisives et égressent les molaires :

4.2.6.5 les dispositifs qui égressent

### 5. Traitement chez l'adulte

#### 5.1. Le traitement mécanique chez l'adulte

5.1.1. Les règles de l'orthodontie adulte et de ses applications au traitement de la supraclusion

5.1.2. Exigences des patients adultes

- 5.2. Les minivis :
- 5.3. Accélération du traitement orthodontique par corticotomie
- 5.4. Le rétablissement du sourire

#### Chapitre IV : Récidive et contention

- 1. La récidive
  - 1.1 Moment de la récidive
  - 1.2 Les Facteur étiologiques de la récidive
- 2. La contention des résultats des traitements
  - 2.1 La contention de l'égression molaire.
  - 2.2 La contention de la version incisive.
  - 2.3 La contention de l'ingression incisive

#### Chapitre V : Etude épidémiologique.

- 1. Objectifs généraux et secondaires
- 2. Matériels et méthodes
  - 2.1 Type d'étude
  - 2.2 Lieu et période d'étude
  - 2.3 Population d'étude
  - 2.4 Critère d'inclusion
  - 2.5 Les acteurs de l'étude
  - 2.6 Moyens matériels
- 3. Pré enquête
- 4. Déroulement de l'étude
  - 4.1 Fiche d'enquête
  - 4.2 Recueil des données
  - 4.3 Vérification

4.4 Logiciel utilisé

5. Résultats

5.1 Description de la population

5.2 Description de l'anomalie

6. Discussion

Conclusion

Annexe

Bibliographie

## Conclusion

La supraclusion est difficile à corriger et récidive fréquemment. Afin de la traiter avec la thérapeutique la plus appropriée, il est nécessaire de connaître de façon précise ses étiologies, qui peuvent être basales, neuromusculaires ou dentaires avec une intrication souvent complexe. Cette complexité est retrouvée dans les mécanismes d'installation et donc dans l'élaboration du diagnostic qui sera basé sur une analyse céphalométrique architecturale de l'organe de préhension.

Le résultat de l'étude qu'on a fait révèle une fréquence importante (60%) chose qui pouvait être évité avec un traitement en denture temporaire.

Une sensibilisation de la population à cette anomalie et à ses conséquences importantes s'avère utile pour des prises en charge précoces pour éviter une thérapeutique fixe très onéreuse.