

Titre : la prise en charge chirurgicale de la classe III squelettique

Résumé

La dysmorphose squelettique de classe III peut se traduire en clinique par une rétromaxillie (rétrognathie maxillaire) souvent associée à une endognathie, par une promandibulie (prognathie mandibulaire) ou par l'association des deux. Des problèmes alvéolo-dentaires sont associés : occlusion antérieure en bout à bout ou occlusion inversée antérieure et/ou postérieure. Des problèmes esthétiques liés à un profil concave et des problèmes fonctionnels peuvent également être observés. Les composantes squelettiques et dentaires d'une malocclusion de classe III sont identifiées en général dès l'enfance et tendent à s'aggraver avec la croissance.

Comme pour l'ensemble des malocclusions et des dysmorphies dento-faciales, l'origine de ces malocclusions de classe III est multifactorielle et résulte d'une interaction entre des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux (par ex : troubles ventilatoires, habitudes nocives...).

Leur gravité diffère, allant de problèmes strictement dento-alvéolaires avec, dans certains cas, une déviation antérieure fonctionnelle de la mandibule jusqu'à de vrais problèmes squelettiques caractérisés par des dysmorphoses maxillo-mandibulaires sévères.

La prise en charge précoce des dysfonctions crée des conditions favorables pour la croissance maxillaire et réduit la complexité du traitement orthodontico-chirurgical après la fin de la croissance.

Cependant, chez des patients adultes qui présentent des décalages osseux ou chez certains patients dont l'orthodontie seule ne peut satisfaire leurs objectifs esthétiques et fonctionnels, leur cas nécessite une chirurgie orthognathique

Elle a pour but de rétablir l'alignement idéal des mâchoires l'une par rapport à l'autre permettant ainsi la correction de certains types de malocclusion et de rétablir l'harmonie faciale. Le maxillaire et la mandibule sont ainsi repositionnés adéquatement dans les 3 axes de l'espace en fonction du reste du crâne et du squelette.

Directeur de recherche : Dr. MERABET Farouk

Année académique : 2021/2022

Title: Surgical Management of Skeletal Class III

Summary

Class III skeletal dysmorphism can be clinically manifested by retromaxillia (maxillary retrognathia) often associated with endognathia, by promandibulia (mandibular prognathia) or by a combination of the two. Associated alveolar-dental problems: anterior end-to-end occlusion or anterior and/or posterior reverse occlusion. Aesthetic problems related to a concave profile and functional problems can also be observed. The skeletal and dental components of a Class III malocclusion are usually identified in childhood and tend to worsen with growth.

As with all malocclusions and dentofacial dysmorphisms, the origin of these class III malocclusions is multifactorial and results from an interaction between genetic factors and environmental factors (eg: ventilatory disorders, harmful habits, etc.) .

Their severity differs, ranging from strictly dento-alveolar problems with, in some cases, a functional anterior deviation of the mandible, to real skeletal problems characterized by severe maxillo-mandibular dysmorphoses.

Early management of dysfunctions creates favorable conditions for maxillary growth and reduces the complexity of orthodontic-surgical treatment after the end of growth.

However, in adult patients who present bone shifts or in certain patients whose orthodontics alone cannot satisfy their aesthetic and functional objectives, their case requires orthognathic surgery.

Its purpose is to restore the ideal alignment of the jaws with respect to each other, thus allowing the correction of certain types of malocclusion and to restore facial harmony. The maxilla and the mandible are thus repositioned adequately in the 3 axes of space according to the rest of the skull and the skeleton.

Research Director: Dr. MERABET Farouk

Academic year: 2021/2022

العنوان: إدارة الهيكل العظمي من الدرجة الثالثة

ملخص

يمكن أن يتجلى خلل التشكل الهيكلي من الفئة الثالثة سريريًا عن طريق ارتداد الفك العلوي المرتبط غالبًا باعتلال الفك، عن طريق البروماندبولايا (تشخيص الفك السفلي) أو مزيج من الاثنين. مشاكل الأسنان السنخية المصاحبة: انسداد أمامي من طرف إلى طرف أو انسداد عكسي أمامي و / أو خلفي. يمكن أيضًا ملاحظة المشكلات الجمالية المتعلقة بالمظهر المقعر والمشكلات الوظيفية. عادةً ما يتم تحديد مكونات الهيكل العظمي والأسنان لسوء الإطباق من الدرجة الثالثة في مرحلة الطفولة وتميل إلى التفاقم مع النمو.

كما هو الحال مع جميع حالات سوء الإطباق وتشوهات الوجه والأسنان، فإن أصل سوء الإطباق من الفئة الثالثة متعدد العوامل وينتج عن تفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية (على سبيل المثال: اضطرابات التنفس، والعادات الضارة، وما إلى ذلك).

تختلف شدتها، بدءًا من المشكلات السنخية-السنخية الصارمة مع، في بعض الحالات، انحراف وظيفي أمامي للفك

السفلي، إلى مشاكل هيكل عظمي حقيقية تتميز بخلل شديد في تشوه الفك العلوي والفك السفلي.

تخلق الإدارة المبكرة للخلل الوظيفي ظروفًا مواتية لنمو الفك العلوي وتقلل من تعقيد العلاج الجراحي لتقويم الأسنان بعد نهاية النمو.

ومع ذلك، في المرضى البالغين الذين يجرون تحولات في العظام أو في بعض المرضى الذين لا يستطيعون تقويم الأسنان وحده تلبية أهدافهم الجمالية والوظيفية، تتطلب حالتهم جراحة تقويمية.

والغرض منه هو استعادة التوافق المثالي للفكين فيما يتعلق ببعضهما البعض، وبالتالي السماح بتصحيح أنواع معينة من سوء الإطباق واستعادة تناغم الوجه. وهكذا يتم إعادة وضع الفك العلوي والفك السفلي بشكل مناسب في المحاور الثلاثة للفضاء وفقًا لبقية الجمجمة والهيكل العظمي.

مدير البحث: د. مرابط فاروق

العام الأكاديمي: 2022/2021