



Les anomalies basales

a/ les anomalies basales du sens antéropostérieure :

I/ la classe II:

Pour une cause ou une autre la 1^{ère} molaire inférieure s'engrène en arrière de sa position normale et quand cette mal éruption atteint ou dépasse la largeur d'une cuspide , de chaque coté il en résulte : que toutes les dents permanentes faisant ultérieurement leur éruption à la machoire inférieure ont une position distale , c'est la classe II

Angle distingue 2 divisions :

1/ classe II division 1:

Caractérisé par une arcade supérieure rétrécie avec des incisives allongée et saillante , des lèvres courtes , et un menton en retrait .

Classe II division 2 :

L'arcade est d'une largeur normale , de plus il existe une linguodontie au lieu d'une vestibulodontie , le décalage des arcades alvéolaires peut être isolée ou associé à un décalage des bases osseuses .

A/ 1- la classe II division 1:

1/ définition :

elle se caractérise par une relation cI II molaire associé à une vestibuloversion importante des incisives supérieures et un surplomb exagéré et d'une manière inconstante une classe II squelettique .

Donc le décalage des arcades alvéolaires peut être isolé ou associé à un décalage des bases osseuses .

II/ formes cliniques :

**** classe II division 1 , face courte : type de croissance mandibulaire est de tendance rotation antérieur**

**** classe II division 1 face longue : la croissance mandibulaire est de tendance rotation postérieure**

**** Classe II division 1 , face moyenne : croissance mandibulaire est de tendance rotation antérieure moyenne**

III/ fréquence :

Les $\frac{3}{4}$ de la population orthodontique sont constitués par des malocclusions de classe II division 1 .

IV/ circonstances d'apparition :

Cette malocclusion est déjà décelable en denture temporaire et s'aggravent à la suite d'habitude déformantes , après évolution des incisives permanentes. En denture temporaire le signe d'un décalage antéropostérieure de classe II sera présenté par un surplomb incisif supérieur à 6mm et un plan terminal à marche distale au niveau des deuxiemes molaires temporaires .

V/ signes cliniques :

**V-1 classe II div 1 , face
longue:**

1/signes faciaux:


**** face longue**

****l'étage inférieure augmenté**

**** innocclusion labiale
fréquente**

**** les lèvres hypotonique**

**** les dents plus au moins
visible selon la longueur de la
lèvre supérieure et l'épaisseur
des téguments**

- 
- ** profil convexe**
 - ** nez de taille réduite**
 - ** menton petit et fyant**
 - ** l'angle goniale ouvert**

2/ signes occlusaux :

**** agencement intra – qarcades:**

au maxillaire:

- **Arcade de forme plus au moins triangulaire**
- **Voute palatine plutôt profonde (signe inconstant)**
- **Vestibulo version des 4 incisives supérieures**
- **Courbe d'occlusion supérieure exagérée en denture permanente (courbe de spee)**



A la mandibule:

- ** arcade de forme habituelle**
- ** véstibuloversion des incisives inférieures**
- ** peu ou pas d'encombrement incisif**

**** relation inter-arcades:**

Statique:

- **Sens sagittal: rapports de cIII molaires , rapports de cI II canine , over jet incisif augmenté**
 - **Sens vertical: béance antérieure fréquente**
- ** une supraclusion incisive à la suite d'une régression des incisives inférieures**



- Sens transversal : rapports normaux ou articulé inversé uni ou bi – latérale (endoalvéolie maxillaire)

cinétique:

**** parfois un proglissement mandibulaire en corrélation avec la déglutition primaire habituelle**

**** s'il existe une occlusion unilatérale inversée , on peut constater une latérodéviation mandibulaire**

- **3/ l'environnement musculaire et les fonctions :**
 - La langue : en situation antérieure
 - Les lèvres : tonicité labiale faible , le muscle de la houppe du menton se contracte pour assurer une fermeture labiale volontaire
 - Les muscles masticateurs : il y'a une prédominance des muscles abaisseurs
 - La déglutition : la déglutition atypique est très fréquente

**** la ventilation : respiration buccale qui est due à des obstructions hautes ou moyennes des voies aériennes supérieures**

**** parafunctions: le suçage du pouce ou d'autres doigts ou d'un linge .**

4/ signes téléradiographiques :

**** signes qualitatifs:**

- l'étage inférieure augmenté
- Forme mandibulaire présentant des signes de rotation postérieure ,
convéxité cutané accentue
- Plan gorizantaux convergents

**** signes quantitatifs:**

- FMA augmenté
- axe Y augmenté
- Angle faciale diminué


- Angle de convexité diminué
- ANB augmente avec:
 - ** soit à responsabilité maxillaire (SNA augmente)
 - ** soit à responsabilité mandibulaire (SNB diminue)
 - ** soit à responsabilité mixte (SNA augmente et SNB diminue)

- 
- I/F augmenté
 - i/m normal ou augmenté

V-/ classe II div 1 face courte:

1/ signes faciaux :

- Face courte plutôt large et carré
- Profil convexe moins marqué que la cl II /1 face longue
- Inocclusion labiale au repos
- Dent visible selon la longueur de la lèvre supérieure et la vestibulo-version des incisives
- procheilie supérieure avec lèvre inférieure éversée vers le bas
- Sillon labio-mentonnier marqué ou rétrocheilie inférieure prononcée

- 
- **Menton important dans le profil diminuant la convexité**
 - **Angle goniale est fermé**

**** signes occlusaux:**

- **Agencement intra arcades :**

Au maxillaire:

**** vestibuloversion des incisives
avec ou sans diastème inter
incisive**


**** courbe de spee normale**

A la mandibule:

- **Pas d'encombrement incisif ou bien encombrement du à une version linguale des incisives (rétroalvéolie inférieur)**
- **Courbe de spee normale ou exagérée en denture adulte**

**** relation inter-arcade**

- **statique:**
 - **Sens sagittal:**
 - **Rapport molaire et canine classe II**
 - **Surplomb incisif plus ou moins exagérée**
 - **Sens vertical:**
 - **Supraclusion incisive , dans les cas sévères les bords libres des incisives inférieures sont en contact avec la muqueuse palatine**


- 
- La supraclusion peut être masqué par une parpafunction ou l'interposition de la langue .
 - Sens transversal:
 - Il y'a une normocclusion

- **Cinétique :**
En moyenne , la relation centré coincide avec l'intercuspidation maximale .

- **signes téléradiographiques:**
 - **Signes qualitatifs :**
 - **Signe de face courte avec diminution de l'étage inférieur de la face**
 - **Plans horizontaux relativement parallèles**
 - **La mandibule présente des signes de rotation antérieure , elle a un aspect carré avec une branche horizontale courte et un angle goniale fermé .**

■ **Signes quantitatifs :**

- FMA diminuée
- Angle faciale diminué
- Angle de convexité diminué
- ANB augmenté avec :
 - Soit responsabilité maxillaire SNB normale
 - Soit à responsabilité mandibulaire (SNA normale)
 - Soit à responsabilité mixte (SNA augmenté et SNB diminué)

- 
- **Vestibuloversion des incisives supérieures (I/F augmenté)**
 - **i/m normal ou augmenté**
 - **Supraclusion incisive appréciée par rapport au plan d'occlusion**

V-3/ classe II div 1 face moyenne:

Ces anomalies présente un type de face moyenne avec une rotation mandibulaire antérieure légère

elle s'apparentent à une classe II div 1 face courte de moindre intensité , ce sont les cas les plus fréquents

VII/ conséquence à long terme des classe II division 1:

- **esthétique: rides labio-jugales précoces**
- **Traumatiques: si les dents sont apparentes , le risque de fracture est très fréquemment augmenté , en cas de traumatisme facial.**
- **Parodontales: l'élimination des produits bactériens et le rôle immunologique de la salive seraient beaucoup moins efficace , pour les classe II division 1 avec innocclusion labiale . A long terme; des parodontopathies , plus fréquentes peuvent apparaître**
- **Occlusale: SADAM chez les sujets prédisposées**

- **VII/ diagnostic étiologique:**

- 1/ causes héréditaires:**

Ce sont les plus fréquentes, l'observation de la famille et des collatéraux des patients permettra de les mettre en évidence .

2/ les causes fonctionnelles:

- ** perturbation de la respiration par obstruction des voies aériennes supérieures ou moyennes (végétations adénoïdes , amygdales hypertrophiées .**
- ** déglutition atypique avec pulsion sur les incisives supérieures**
- ** la langue par sa position ou son volume**
- ** les tics de succion**

A/2 la classe 2 division 2 :

1/ définition:

Elle est caractérisée par une occlusion distale des secteurs latéraux mandibulaires , avec une linguo-version des incisives centrales supérieures et parfois latérales ainsi qu'une supraclusion incisive parfois sévère . L'énoncé d'une classe II2 constitue en soi un diagnostic . Cette malocclusion constitue une véritable entité clinique .

II/ les formes cliniques :

FORME 1: palato version des deux incisives centrales supérieures , avec vestibuloversion apparente des incisives latérales ; c'est la forme la plus courante .

FORME2: linguoversion de 3 ou 4 incisives maxillaires , les canines sont éctopiques en position vestibulaire ou incluse palatine .

FORME3 : occlusion en couvercle de boîte , cas le plus sévère avec linguoversion du groupe incisivo-canin , supraclusion des canines , il existe une vestibuloversion exagérée allant jusqu'à l'inocclusion vestibulaire des prémolaires supérieures .

III / fréquence :

**** elle touche 2 à 3 % de la population générale**

**** elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons dans la proportion 3 à 1**

IV/ circonstance d'apparition:

Elle est décelable dès la denture temporaire et se précise après l'évolution des incisives permanentes .

V/ signes cliniques :

1/ signes faciaux :

- ** face courte au trait accusée**
- ** étage inférieur diminué**
- ** visage d'aspect carré**
- ** lèvres fines et hypertonique**
- ** procheilie de la lèvre supérieure si le décalage est important**
- ** profil concave**
- ** nez et menton important**
- ** angle goniale fermé**

2/ signes occlusaux :

**** arcade maxillaire:**

- **Arcade supérieure de forme large avec une voute profonde antérieurement**
- **Bord libre des incisives supérieures est plus bas que le plan d'occlusion**
- **Vestibule antéro-postérieure est profond .**

**** arcade mandibulaire:**

- **Sa forme est très variable: carré et triangulaire**
- **Il existe peu ou pas d'encombrement incisif**
- **La courbe de SPEE peut être accentuée ou non**

examen de l'occlusion:

Forme 1 : la plus répondue

a/ statique:

Sens sagittal:

- ** des rapports de classe II molaire**
- ** des rapports de classe II canine**
- ** over jet diminué**

Sens verticale:

**** une supraclusion excessive par égression incisive**

**** over bite augmenté**

Sens transversale:

une normocclusion ou vestibulocclusion exagérée des prémolaires supérieures

b/ cinétique:

**** au repos: espace libre molaire augmenté, (jusqu'à 6 à 8 mm) cette augmentation est en relation avec un étalement latérale de langue lors de la fonction**

**** il existe parfois une légère tendance à la propulsion mandibulaire**

**** la protection canine est entravée par sa situation**

VI/ examen des structures environnantes :

La langue:

**** au repos: position distale et haute de langue**

**** il existe un étalement latérale de la langue lors de la fonction**

VII/ examen fonctionnelle :

La respiration: la fonction respiratoire parait toujours normale

la déglutition: elle se caractérise par:

**** une inoclusion**

**** une interposition linguale importante**

**** une contraction de la lèvre inférieure ,
du muscle mentonnier et du triangulaires
des lèvres**

****les parafunctions:**

**Il existe fréquemment des
contraction du Masseter et de lèvre
inférieure**

**** les articulations temporo-
mandibulaires:**

**Les dysfonctions cranio-
mandibulaires sont fréquente ; elles
semblent en relation avec:**

**** une augmentation de l'espace
libre inter molaires au repos**

**** l'hyper tonicité des muscles
masticateurs ;**

VIII/ examen radiologique et céphalométrique:

**** signes qualitatifs:**

**** le schéma facial montre des signes de croissance antérieure**

**** la diminution de l'étage inférieur de la face est inconstante**

**** il existe un relatif parallélisme des lignes et des plans horizontaux remarquable**

- signes quantitatifs:

**** angle faciale diminué**

****SNA augmenté ou normale**

**** SNB diminué ou normale**

**** ANB augmenté**

**** Les mesures relatives au sens vertical
sont en générale diminué**

**** angle FMA diminué**

**** l'axe Y diminué**

**** l/f diminué**

**** i/m normale ou augmenté**

IX/ diagnostic étiopathogénique :

La classe II division 2 primitives (génétique et héréditaire):

strictement héréditaires , elle s'installe après l'évolution des incisives maxillaires permanentes

La classe II division 2 secondaire: (fonctionnelle et acquise)

**** la linguo version des incisives maxillaires serait le resultat de la pression de la lèvre inférieure sur leurs bords libres**

**** les troubles fonctionnels : l'interposition linguale latérale lors de la déglutition et la phonation entraine une infra-alvéolie molaire**

**** musculature puissante**

**** conséquence à long terme:**

- **Lésion palatine rétro-incisive**
- **dénudation vestibulaire au niveau des incisives inférieures**
- **Abrasion des incisives inférieures**
- **Dysfonctionnement de l'appareil manducateur (sadam)**