

Classe II 2 un syndrome particulier



Christine Muller

À l'époque d'Angle, la classe II 2 se définissait par des rapports d'occlusion dans le sens antéro-postérieur de distocclusion canins et molaires mandibulaires par rapport aux canines et molaires maxillaires, et au niveau antérieur par une version corono-linguale de 2, 3 ou des 4 incisives supérieures avec une supraclusion importante et une absence de surplomb. Angle définissait ainsi une malocclusion statique.

Aujourd'hui, la classe II 2 est un « syndrome particulier » associant des signes dentaires et squelettiques très dépendants d'un environnement musculaire caractérisé par une hypertonicité des muscles masticateurs et de la sangle labio-mentonnaire.

On connaît son étiologie héréditaire, on sait qu'elle affecte uniquement les caucasiens et est fréquente dans les pays européens de population celtique et, enfin, qu'elle est associée à un type facial particulier.

Caractère évolutif du syndrome

La supraclusion impose une cinétique mandibulaire atypique en propulsion (désocclusion très verticale et précoce), mais aussi en latéralité par la fonction canine perturbée (linguoversion canine ou ectopie vestibulaire de la canine maxillaire). C'est la conjugaison de ces rapports dento-dentaires et d'un contexte musculaire particulier qui va entraîner une adaptation du système et donc **une évolution certaine de la situation dans le temps.**

Esthétique

Au niveau musculaire, l'hypertonie de la sangle masticatrice et labio-mentonnière (déséquilibre labio-linguo-jugal au profit des muscles faciaux) va s'exprimer au repos et lors des fonctions de mastication et déglutition, donc **en permanence, 24 heures sur 24**.

Au niveau dentaire (fig. 1), les signes cliniques de cette évolution sont des facettes d'abrasion dont la localisation est caractéristique du dysfonctionnement :

- faces palatines des incisives maxillaires ;
- bords libres des incisives mandibulaires, en particulier de l'angle distal de la latérale ;
- faces vestibulaires des incisives mandibulaires.

Au niveau de l'agencement des arcades dentaires (fig. 2), l'évolution entraîne une accentuation de la rétro-alvéolie et de la supraclusion avec comme conséquence la réduction du périmètre d'arcade, donc l'aggravation des malpositions antérieures. Dans les secteurs latéraux, la linguoversion coronaire des secteurs prémolo-molaires est systématiquement observable.

Les migrations dentaires caractéristiques sont :

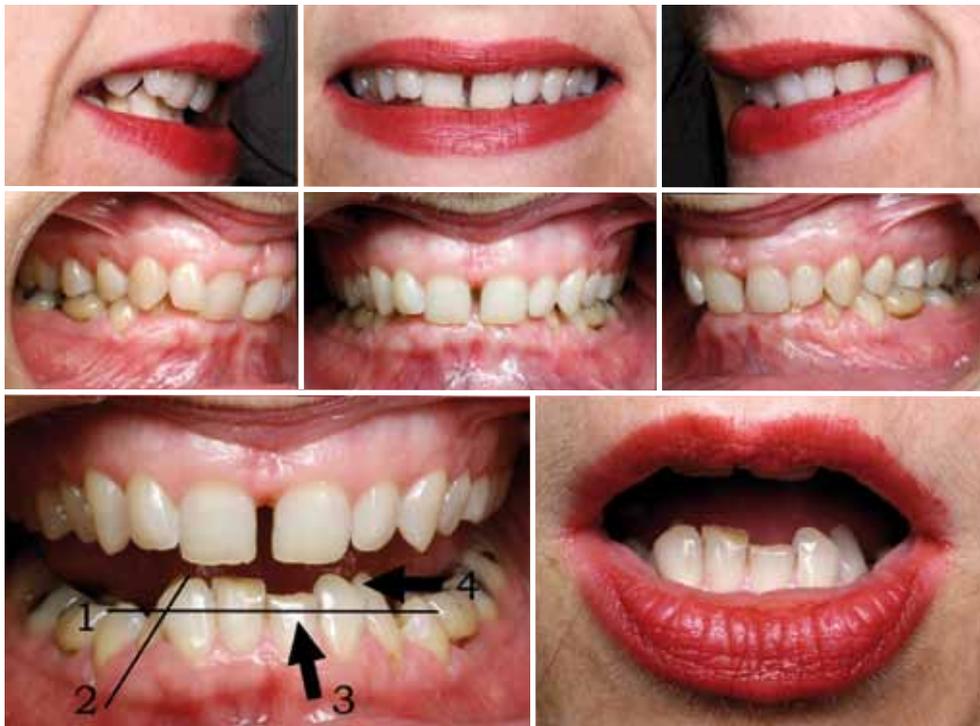
- une égression du secteur incisif maxillaire ;

- une égression du secteur incisif mandibulaire ;
- une linguoversion coronaire des secteurs prémolo-molaires.

Au niveau des tissus environnants (fig. 3), les signes cliniques de cette évolution sont :

- l'égression du parodonte des secteurs antérieurs ;
- le traumatisme gingival mandibulaire vestibulaire par contact avec les incisives maxillaires ;
- la lésion de papille rétro-incisive par morsure des incisives mandibulaires ;
- des déhiscences osseuses et dénudations radiculaires accompagnant la linguoversion coronaire des secteurs prémolo-molaires.

Les différentes voies d'évolution vont s'exprimer en fonction des possibilités de chaque individu de résister aux forces engendrées par l'enveloppe musculaire (parodonte « résistant » et niveau d'hygiène). C'est la comparaison avec des documents antérieurs (moulages, photos, etc.) qui permet d'objectiver le caractère évolutif de chacun. C'est ce potentiel évolutif qu'il est important d'apprécier au cas par cas, car c'est ce qui va déterminer la sévérité du cas.



1. Cette patiente présente les signes dentaires caractéristiques de l'évolution d'une classe II :

1. La ligne horizontale tracée met en évidence l'égression du secteur incisivo-canin mandibulaire.

2. L'axe 2 matérialise le grand axe de 43 et la linguoversion coronaire des secteurs prémolo-molaires et en particulier des canines dans ce cas.

3. Les facettes d'abrasions vestibulaires au niveau des incisives sont le reflet du dysfonctionnement en propulsion.

4. Les facettes d'abrasion des angles distaux des incisives latérales et en particulier de 32 sont le reflet du dysfonctionnement en diduction.



- 2. 1** - Cette patiente âgée de 42 ans présente les migrations dentaires habituelles sur les secteurs incisifs. On observe que la ligne des collets a suivi le mouvement dentaire du secteur égressé.
- 2** - Secteurs 2 et 3, les axes tracés matérialisent la linguversion coronaire latérale.
- 3** - Secteurs 1 et 4, les flèches pointent les dénudations radiculaires, les couronnes dentaires se linguversent, les racines se versent en direction opposée : mouvement centrifuge des apex.



- 3.** Patient âgé de 55 ans présentant tous les signes cliniques d'un cas sévère.
- 1** - L'axe 1 matérialise l'égression des secteurs antérieurs.
- 2** - La ligne 2 suit le contour des couronnes anatomiques et met en évidence les dénudations radiculaires du secteur incisif mandibulaire.
- 3** - La flèche 3 pointe les abrasions dentaires des bords libres incisifs, en particulier l'angle distal des incisives latérales.
- 4** - La flèche 4 signale la facette d'usure vestibulaire radulaire de 42.
- 5** - La flèche 5 montre une zone de lésions gingivales mandibulaires vestibulaires par contact des incisives maxillaires en occlusion.

Esthétique

Notre chance : le symptôme esthétique

Les lésions observées dans les formes évolutives hypothèquent l'avenir des dents à plus ou moins longue échéance. Notre chance est que l'un des premiers signes cliniques est esthétique (l'évolution des malpositions antérieures), conduisant ces patients, alertés par le caractère esthétique évolutif (photos familiales, films, etc.) à consulter avant l'apparition des symptômes fonctionnels (fig. 4).

Lorsque des patients présentant des classes II 2 (discrètes ou pas) consultent, notre rôle est :

1- De les informer sur leur malocclusion et son fort potentiel évolutif. Trop souvent, ces patients reçoivent un avis

esthétique (« ça vous va très bien ces petites irrégularités incisives, c'est mignon, etc. ») et un conseil d'abstention thérapeutique. Cette réponse, d'ailleurs, ne leur convient pas, puisqu'elle ne prend pas en compte leur inquiétude quant à l'évolution qu'ils ont observée.

2- De rechercher des signes précoces d'évolution comme l'illustre le cas présenté dans la [figure 5](#).

3- De proposer et de mettre en place une surveillance du caractère évolutif (à l'aide d'examen complémentaires comme des photos par exemple). Cela fait aussi partie de notre mission de soins. Cette observation permettra de poser l'indication ultérieurement d'une correction et de la mise en place d'une contention permanente.



4. Trois sourires de patientes (30, 40 et 55 ans). Vues supérieures, ce sont les malpositions des incisives latérales visibles lors du sourire qui sont le motif de consultation. De face, elles sont, à ce stade, discrètes. Sur les vues latérales du sourire jeune, la linguoversion de l'axe des incisives centrales est déjà observable. Ce sont les vues du milieu et inférieures qu'il faut garder présentes à l'esprit. Elles montrent la dégradation esthétique avec le temps, liée au caractère évolutif des classes II 2. Les patients parlent de « crocs » lors d'une situation similaire aux vues inférieures. Ce sont bien les incisives latérales qui paraissent caniniformes. Leurs ectopies les excluent de la fonction et le contraste avec les couronnes cliniques des incisives centrales linguoversées, égressées et abrasées est choquant.

5. Cette patiente âgée de 39 ans présente une forme discrète de classe II 2. Les vues latérales de son sourire montrent une légère linguoversion des incisives centrales. En revanche, la supraclusion (égression des secteurs incisifs) impose une hyperfonction antérieure dont le symptôme est observable au niveau des flèches 1 et 2. Il s'agit d'une facette d'abrasion s'étendant sur la moitié occlusale de la face vestibulaire sur 31 exposant la dentine. Quel est le pronostic de cette dent à moyen et long termes? Quel sera le pronostic d'une reconstruction si la dysfonction persiste?



Bénéfice esthétique de la correction

Le but de cette dernière partie est de sensibiliser les praticiens, professionnels de la santé bucco-dentaire, à l'observation de ces malpositions lors du sourire, de face, mais aussi de profil, afin de prendre en considération la demande esthétique de ces patients et d'être convaincu du bénéfice de la correction.

Grâce à des images avant/après, c'est l'observation de l'impact esthétique de la correction du guide antérieur dans les cas de classe II 2 qui vous est proposée (fig. 6 à 10).



6. Cette figure présente la forme symétrique la plus classique : les 2 incisives centrales sont lingualées et les incisives latérales paraissent ectopiques. Observer, sur les vues de profil, que le principal défaut se situe au niveau des incisives centrales. Elles « n'accrochent pas la lumière » sur les vues de profil et le décalage avec les incisives latérales est un stress visuel important. Les vues inférieures montrent la patiente après correction orthodontique. Les objectifs fonctionnels sont atteints pour la normalisation du guide antérieur. Une contention permanente collée est logiquement acceptée par la patiente, car elle est motivée par la conservation du résultat esthétique. C'est la conservation de la contention qui apportera le bénéfice biologique quant à l'interception des complications liées à cette forme très évolutive de classe II 2.



7. Il s'agit d'une forme peu sévère. Sur la vue de face, les malpositions sont peu visibles. Sur les vues de profil, les irrégularités sont bien observables. Le décalage (inclinaison : torque différentiel) des faces vestibulaires des 4 incisives est le motif de consultation. La patiente est coiffeuse et s'observe sous tous les angles dans les miroirs de son salon pendant qu'elle coiffe ses clients. Elle n'est satisfaite ni de la réponse « ce n'est rien, cela vous va bien, c'est votre personnalité, etc. », ni d'une proposition de réalisation de facettes. Dans ces cas de classe II 2 peu sévères, l'étude du potentiel évolutif doit intervenir dans le diagnostic. C'est un élément d'autant plus facile à intégrer par les patients qui ont pu déjà observer l'aggravation des malpositions. Noter sur les vues inférieures l'alignement dentaire et la normalisation de la ligne des collets. Un fil collé palatin de canine à canine va maintenir le résultat. Quel aurait été le pronostic à 5 ans, 10 ans... en cas de réalisation de facettes ?

Esthétique



8 et 9. Situation complexe, classe II 2 et parodonte affaibli. La forme est symétrique, c'est l'égression du secteur incisif mandibulaire qui a motivé la consultation. Le patient est âgé de 33 ans et a conscience du caractère évolutif de sa malocclusion. La figure 8 montre en vue frontale l'anomalie verticale au niveau dentaire et gingival, ainsi que le résultat après nivellement. La ligne horizontale sur la vue de gauche montre l'égression du secteur antérieur. Il y a morsure de la papille palatine maxillaire par les incisives mandibulaires. La vue du milieu met en évidence la perturbation de la ligne des collets liée au mouvement dentaire. La vue de droite montre la correction de l'anomalie verticale dentaire et gingivale après le temps orthodontique. La figure 9 montre les sourires du patient et le bénéfice esthétique. Ce cas est intéressant pour le fort impact esthétique de la correction habituelle (inclinaisons incisives maxillaires sur les vues latérales), mais aussi pour l'impact, sur la vue de face du sourire, de l'importante correction du sens vertical. Sur les vues supérieures, sourire d'un patient âgé de 33 ans avant orthodontie. Sur les vues du milieu, on peut observer la modification importante, après le traitement d'orthodontie, des proportions des différents éléments exposés lors du sourire. Les collets maxillaires ne sont plus visibles. Les incisives mandibulaires sont visibles. Cela a d'ailleurs été une doléance du patient en fin d'orthodontie et, alors qu'il n'avait aucune motivation esthétique à l'origine, il n'a été pleinement satisfait de son sourire (vues inférieures) qu'après la correction de la dyschromie de 41 (éclaircissement interne réalisé par son chirurgien-dentiste, le Dr A-L. Simon).

10. Cette figure montre le sourire d'une patiente âgée de 58 ans lors de la consultation (vues supérieures). Elle présente une malocclusion de classe II 2 symétrique et des abrasions sévères des couronnes des incisives centrales. Les vues du milieu correspondent à la fin du temps orthodontique. De profil, le bénéfice esthétique est majeur, comme toujours. De face, le principal bénéfice n'est finalement pas l'alignement, mais la normalisation des bords libres (coronoplasties amélaire) pour adoucir les facettes d'usures liées à l'hyperfonction depuis des années. Les vues inférieures sont prises 2 ans après la correction. Elles montrent un certain retour à une harmonie fonctionnelle. Le sourire est naturel sans tension, la patiente a 62 ans et se sent bien avec son sourire. Ce type de correction est indépendant de l'âge si le patient présente une bonne santé bucco-dentaire.



Conclusion

L'objectif de cet article est d'insister sur l'importance de traiter les classes II 2, quel que soit l'âge du patient, de l'adolescent au senior. Les classes II 2 sont des malocclusions liées à un contexte musculaire particulier qui implique une évolutivité certaine dans le temps. Cette évolutivité est un point capital à intégrer dans la proposition de réponse à la demande des patients qui présentent ce syndrome. L'origine de la consultation est souvent esthétique. Le temps orthodontique de correction des malpositions ne se limite pas à une petite « amélioration esthétique », mais permet de répondre aussi à :

- un objectif biologique : c'est l'arrêt de l'évolution (arrêt du phénomène d'extraction spontanée des incisives, des usures dentaires et de la projection centrifuge des apex avec dénudations radiculaires) avec la conception et la mise en place d'un dispositif de stabilisation indissociable de la correction;

- un objectif fonctionnel avec l'amélioration du guide antérieur et un retour à la fonction canine en diduction;
- un objectif esthétique majeur d'harmonisation du secteur antérieur (alignement : correction des malpositions; rotations, version et nivellement : correction des égressions ou alignement vertical des bords libres) avec un impact sur le sourire de face, et surtout de profil.

Lectures conseillées

1. Canal P. et coll. Orthodontie de l'adulte, ed Masson 2008 ; 300p.
2. Fradeani M. Analyse esthétique ed Quintessence Intern. 2007 ; 352p.
3. Frapier L, Massif L, Gonzales J, Canal P. Classe II division 2 EMC Odontologie/ Orthopédie dentofaciale, 23-472-E-S0, 2010.
4. Fontannel F, Brion M, Danan M. Parodontites sévères et orthodontie, ed CDP 2004 ; 183p.
5. Muller Ch, Hitmi L, Roussarie F, Attal J-P. Méthode simple et rapide de contention indirecte. Orthod. Fr. 2009 ; 80 : 233-238.
6. Philippe J. La supraclusion et ses traitements. Editions SID, 1995

Auteur

Christine Muller - Spécialiste qualifiée en ODF - Exercice privé - Orthodontie linguale exclusive - Paris