

# Particularités du traitement orthodontique du patient de plus de cinquante ans

## Titre anglais

Christine Muller<sup>1</sup>,  
Pierre Canal<sup>2</sup>

*1 spécialiste qualifiée pratique libérale Paris*

*2 professeur des Universités émérite à la faculté de Montpellier*

### RÉSUMÉ

*L'augmentation de l'espérance de vie de notre population et ce dans de bonnes conditions, fait que l'on porte de plus en plus d'attention au sénior et à son bien-être. Les séniors sont de plus en plus nombreux dans nos cabinets d'orthodontie. C'est pourquoi cet article va étudier successivement l'état parodontal, dentaire, général du patient âgé ainsi que sa psychologie, sa motivation et son potentiel de collaboration. Nous envisagerons les demandes de ces patients avant tout esthétiques et fonctionnelles mais visant également à améliorer leur santé bucco-dentaire. Nous définirons la technique la plus appropriée pour traiter ces patients, la moins visible possible et contrôlant précisément le déplacement dentaire. L'abord de ces patients est nécessairement pluridisciplinaire, ce que nous verrons ainsi que le coût préalable de l'ensemble de la remise en état de la cavité buccale. Nous souhaitons grâce à cet article améliorer la prise en charge orthodontique du sénior !*

### ABSTRACT

*The increase in the life expectancy of our population and this in good conditions, make us pay more and more attention to the senior and their well-being. There are more and more seniors in pour orthodontic practices. This is why this article will successively study the periodontal, dental, general conditions of the elderly patient as well as his psychology, motivation and potential for collaboration. We will consider the requests of these patients above all aesthetic and functional but also aiming to improve their oral health. We will define the most appropriate technique for treating these patients, the least visible possible and precisely controlling tooth displacement. The first access of these patients is necessarily multidisciplinary, which we will see as well as the prior cost of the entire rehabilitation of the oral cavity. Thanks to this article, we hope to improve the orthodontic care of the senior !*

Adresse pour correspondance :  
dr.christinemuller@gmail.com

Article reçu : 00-00-2019.  
Accepté pour publication :  
00-00-2019

## MOTS CLÉS

*mots clés*

## KEYWORDS

*mots clés*

## INTRODUCTION

Nous constatons depuis quelques années, dans la plupart des cabinets d'orthodontie une augmentation du nombre de patients adultes en traitement y compris des patients séniors de plus de 50 ans.

On peut trouver à cela un certain nombre d'explications, en tout premier lieu l'augmentation de notre espérance de vie dans un contexte de santé très améliorée. Nous sommes dans un monde où que soit l'âge « l'apparence » prend une importance considérable. Pour répondre à cette demande l'orthodontie est particulièrement et de plus en plus sollicitée. L'orthodontie peut d'autant mieux répondre à cette demande qu'elle dispose d'outils nouveaux, les ancrages osseux (implants, mini-vis, mini-plaques), des dispositifs orthodontiques fabriqués sur mesure (gain de précision) et collés sur les faces linguales (gain esthétique). De plus l'utilisation de la chirurgie orthognathique qui optimise les possibilités de l'orthodontie est devenue courante.

L'orthodontie bénéficie également des progrès des autres disciplines (chirurgie muco-gingivale, dentisterie adhésive, éclaircissement etc...)

Parallèlement à cette demande initiée par les patients, le dentiste peut aussi indiquer un temps d'orthodontie dans le cadre de traitements multidisciplinaires rendant possible ou améliorant le pronostic de la future prothèse.

Dans tous les cas, l'orthodontie du séniors est bien différente de celle de l'adolescent tant sur les plans psychologique, technique (présence de nombreux subtrats, contention permanente) que biolo-

gique (mouvement dentaire sur parodonte diminué à distinguer d'une maladie parodontale) ou même encore esthétique.

## LES PARTICULARITÉS DU PATIENT DE PLUS DE 50 ANS

L'orthodontie du séniors confronte les orthodontistes à des problématiques singulières.

### Etat général du patient

Ces patients doivent, et plus encore que les adolescents ou les jeunes adultes, remplir, dater et signer un questionnaire médical avant la première consultation. Qu'un questionnaire médical rendu ne mentionne aucun antécédent, passé ou présent, chez des personnes de 50-60 ans est d'autant plus étonnant que, d'après l'enquête SRCV-SILC d'Eurostat publiée dans l'édition 2017 du rapport *L'état de santé de la population en France*<sup>[1]</sup>, presque un adulte sur deux de la tranche 55-64 ans déclare « une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ». Disposer dès le début de l'entretien de ces précieuses informations peut permettre d'ouvrir des portes lors de l'interrogatoire médical et d'éviter des situations délicates où la correction orthodontique espérée mettrait en danger le patient. Le questionnaire médical devra être parfaitement rempli par le patient et lu par l'orthodontiste. Il est essentiel de rechercher des prescriptions peu fréquentes chez les adolescents notamment des médicaments modifiant la physiologie osseuse comme les biphosphonates prescrits dans le cadre de pathologies malignes et bénignes, essentiellement pour restaurer la densité minérale osseuse en ciblant l'os-

téoclaste qui résorbe l'os<sup>[2]</sup>, ou encore des molécules diminuant le flux salivaire (ex anti-dépresseurs) majorant le risque de frottements et donc de petites lésions des tissus mous. Le diabète ou d'autres maladies « graves » peuvent être évoquées, mais force est de constater que les patients souffrant de maladies chroniques évolutives, les problèmes orthodontiques passent souvent au second plan et qu'ils sont assez peu nombreux dans les cabinets d'orthodontie.

## Psychologie

Ce sont le plus souvent des patients motivés, disponibles, très informés à la fois du traitement orthodontique, de son coût, des possibilités de remboursement. Ils ont pour la plus part des membres de leur famille traités (enfant, petits enfants etc.) et connaissent bien les risques de récurrence et la nécessité d'une contention fixe de longue durée. Ce sont généralement des patients très reconnaissants des soins qu'ils reçoivent et avec qui s'installe une relation de confiance très agréable. Cela dit il est certain que leur prise en charge demande plus d'attention voire plus de temps que celle des enfants, ce qui peut perturber le planning de cabinets orthodontiques parfois réglés comme du papier à musique à la minute prêt pour le soins des adolescents.

Ainsi recevoir les séniors dans nos cabinets organisés pour les adolescents exige une réflexion sur leur accueil (la formation ou plutôt l'information du personnel car il n'existe aucune formation en la matière...) mais aussi des mesures concrètes organisationnelles (détartrages systématiques, paramétrage des logiciels avec des séances plus longues à partir d'un certain âge...).



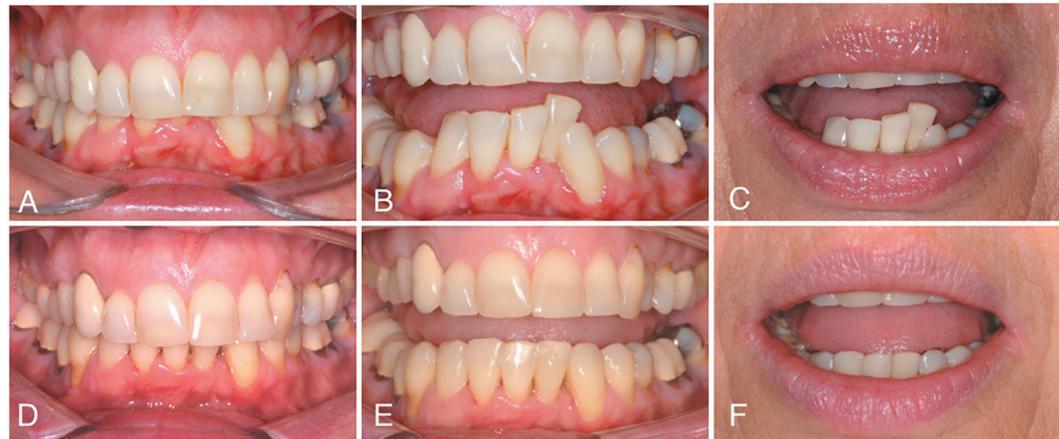
## État dentaire

La denture a au moins l'âge civil des patients, elle est usée (érosion, attrition et abrasion) et parfois de façon asymétrique. Fait rare en orthodontie de l'adolescent, nous observons, chez ces patients, une variation de l'anatomie coronaire liée à l'usure en hauteur comme en épaisseur, qui altère les caractéristiques anatomiques coronaires. Recourir à des attaches pré-informées au degré près pour une anatomie coronaire moyenne d'adolescent pour les utiliser sur des dents âgées n'a pas d'intérêt et cette observation plaide pour l'emploi de matériel individualisé qui pourra s'adapter aux variations anatomiques des couronnes dentaires altérées (usure pathologique mais aussi par le temps et la fonction : usure physiologique)<sup>[3]</sup>.

La denture peut présenter de multiples restaurations prothétiques. De fait, les variations coronaires prothétiques sont courantes. Par ailleurs, la présence fréquente de substrats inhabituels impose aux praticiens de maîtriser les procédures de collage sur ces derniers, y compris la dentine. La **figure 1** montre une situation inédite chez l'adolescent mais courante chez le séniors : une denture altérée par des usures sévères (exposition dentinaire) et restaurée par différents maté-

**Figure 1** : avant ABC /après DEF un temps orthodontique de coordination des arcades après extraction d'une incisive mandibulaire. La difficulté du cas a été de gérer tous les substrats, composite, métal non précieux, céramique et dentine. En effet les anomalies coronaires de forme liées aux usures (attritives mais aussi érosives) ont impacté le protocole de collage quand il fallu coller sur la dentine exposée. (Cas traité par le Dr Christine Muller).

**Figure 2 :** avant/après un temps mandibulaire de nivellement, patiente âgée de 64 ans. Les vues de faces en occlusion A et D ne documentent pas le nivellement orthodontique qui ne s'observe que sur les vues bouche entre-ouverte B et E. Les vues C et F montrent le bénéfice esthétique lors de la phonation lors de la prononciation du « a » de « EMMA » préconisé par Zachrisson<sup>[5]</sup>. (Cas traité par le Dr Christine Muller).



riaux (composite, céramique et métal non précieux).

Enfin l'orthodontiste peut être amené à gérer des descellements prothétiques. Former le personnel aux protocoles de scellements – nettoyage des prothèses concernées, spatulation d'un système de ciment permanent – peut donc s'avérer utile. Les édentements postérieurs (ancrage postérieur) ne sont plus un frein à l'orthodontie du sénior grâce à la possibilité d'utiliser des implants à but orthodontiques et surtout à l'heure actuelle des mini-vis et des mini-plaques.

Bien évidemment la remise en état dentaire fait aussi partie de la préparation initiale (reprise de caries, étanchéité des restaurations...). Cette remise en état buccale donc l'amélioration de sa santé dentaire ne peut qu'être souhaitable pour le patient.

L'évaluation du temps et du coût global de l'ensemble du traitement y compris la parodontie, la prothèse, les soins dentaires, éventuellement de la chirurgie orthognathique doit être faite de la façon la plus précise possible avant le début du traitement (obtention du consentement éclairé). Dans les cas les plus complexes le coût global peut constituer un obstacle à sa réalisation. Cela dit contrairement au jeune adulte, il semblerait que la perspec-

tive de réduire le coût financier du temps orthodontique grâce à un appareil vestibulaire a moins d'effet à partir d'un certain âge et qu'au contraire pouvoir bénéficier d'un traitement lingual, donc invisible, est souvent la raison qui va vaincre les résistances et faire accepter un temps orthodontique.

## Spécificités esthétiques

### L'importance esthétique des incisives mandibulaires

Plus le sujet est âgé, plus il découvre ses dents mandibulaires. Exposer les dents mandibulaires, lors du sourire ou de la phonation, est un signe de vieillissement. La principale caractéristique de l'esthétique du sénior est que les incisives mandibulaires participent au moins autant que les maxillaires à l'esthétique faciale. Cela se traduit concrètement par une demande inédite qui concerne les incisives mandibulaires<sup>[4]</sup>.

Pour documenter spécifiquement et simplement le secteur incisivo-canin mandibulaire, deux photos « bouche ouverte » sont pertinentes. Elles ont une valeur diagnostic mais permettent aussi

de fixer des objectifs et constater qu'ils sont bien atteints (**fig. 2**).

L'importance de cette exposition mandibulaire est un des éléments qui incite à proposer systématiquement un appareillage orthodontique collé sur les faces linguales des incisives mandibulaires, contrairement à l'idée reçue qu'à la mandibule les appareils orthodontiques vestibulaires seraient invisibles (ce qui est vrai chez l'adolescent).

La **figure 3** montre un sourire gingival mandibulaire chez une patiente de 72 ans qui part ailleurs n'expose ses incisives maxillaires que lors du sourire forcée.

### Usure physiologique et perte des caractéristiques anatomiques coronaires

Par ailleurs le sénior expose des couronnes cliniques altérées parfois très différentes des couronnes anatomiques des ouvrages d'anatomie. Pour retrouver une apparence naturelle, l'alignement dentaire peut être complété par un recontourage des couronnes afin d'émousser toutes les arêtes ou angles (rajeunissement) mais aussi de leur redonner des caractéristiques anatomiques disparues comme par exemple les embrasures occlusales (plan incisif plat avec perception d'une denture âgée).

Le montage de la **figure 4** sur 3 incisives d'une patiente de 70 ans met en évidence le décalage entre couronne anatomique et couronne clinique à cet âge et propose d'observer les effets d'un recontourage coronaire afin de compléter la correction de malpositions antérieures



**Figure 3** : cette figure présente une patiente de 72 ans et met en évidence l'importance des incisives mandibulaires dans l'esthétique du sénior. Les consignes données sont respectivement :

A : le repos, expression neutre

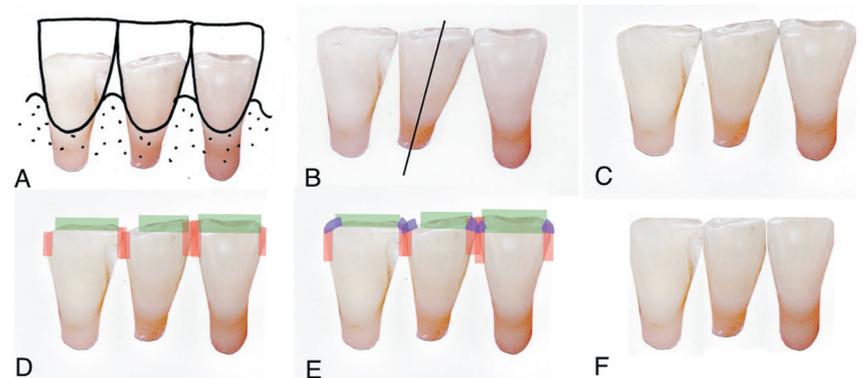
B : « de remonter les commissures »

C : « de sourire en montrant les dents » On observe que ce sont exclusivement les dents mandibulaires qui sont exposées

D : le « sourire franc » met en évidence la prédominance des dents mandibulaires dans le sourire du sénior. On observe ici l'exposition intégrale des dents mandibulaires ainsi que les collets et uniquement les bords libres maxillaires

E : sur cette consigne « souriez jusqu'aux oreilles ». La patiente expose les incisives maxillaires mais aussi une large bande de gencive mandibulaire : on peut parler de sourire gingival mandibulaire.

F : « a » de « emma » exposition complète des incisives mandibulaires lors de la phonation.



**Figure 4** : 3 couronnes cliniques incisives mandibulaires d'une patiente de 70 ans.

A : la simulation de la couronne avant usure permet d'apprécier la quantité d'usure par attrition de ces 3 incisives. Cette quantité n'a rien d'exceptionnelle et est tout à fait en rapport avec les chiffres moyens d'usures physiologiques que l'on trouve dans la littérature (6) 30 à 60 microns par an soit 1,5 à 3 mm sur 50 ans.

B : alignement des bords libres au dépend des axes radiculaires et apparition de 2 embrasures inter-incisives asymétriques avec potentiellement un volume qui ne sera pas comblé par une papille inter-dentaire « triangles noirs » (disgrâces esthétiques, rétentions alimentaires et difficultés localisées de brossage).

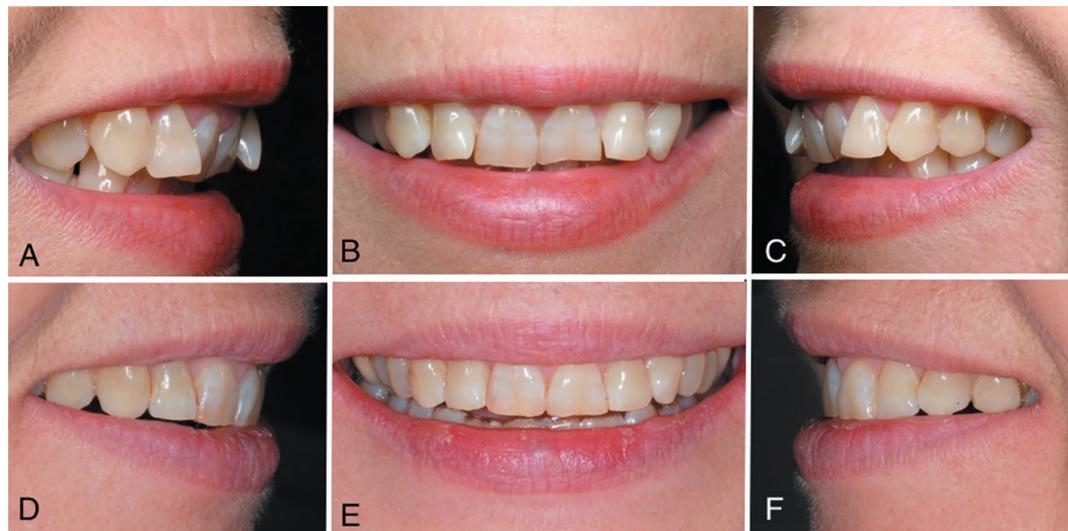
C : alignement des axes radiculaires au dépend des bords libres.

D : en rouge simulation de coronoplasties verticales qui permet à la fois la réduction du diamètre méso-distal mais aussi la diminution du volume des embrasures par décalage des points de contact en une surface de contact plus gingivale. En vert, alignement des bords libres.

E : la recréation d'embrasures occlusales (violet) est déterminante pour retrouver les caractéristiques anatomiques d'une incisive.

F : cette vue montrent le gain méso-distal (comparaison avec la vue C) mais aussi l'impact esthétique d'une coronoplastie soustractive mineure ainsi que la diminution des volumes des embrasures gingivales.

**Figure 5 :** Sourire avant ABC/ après DEF correction d'une classe II 2 dentaire chez une patiente de 60 ans. Les vues latérales A-D et C-F montre le bénéfice lié à la correction antérieure sur les sourires de profil. La vue E montre une coronoplastie mineure (polissage des arêtes, suppression des angles des bord incisifs et création d'embrassures occlusales) qui a changé la donne esthétique du sourire de face.



La **figure 5** applique ce recontourage sur les incisives maxillaires d'une patiente de 60 ans et en montre le bénéfice esthétique.

## État parodontal

La bonne santé parodontale est un pré requis à notre intervention. Le parodontiste nous apprendra à relativiser cette notion de bonne santé en fonction de l'âge civil du patient. Par ailleurs toute maladie parodontale devra être soignée et guérie avant d'envisager un traitement orthodontique. Le dentiste et/ou le parodontiste donneront leur feu vert après réalisation d'une préparation parodontale. Puis pendant le traitement une thérapeutique parodontale de soutien est instaurée et quand cela est nécessaire un suivi parodontal post-traitement.

Les conséquences d'un parodonte diminué sont multiples et la liste suivante est loin d'être exhaustive. Les embrasures inter-dentaires dénudées compliquent la prise en charge des séniors technique- ment (déchirement des matériaux altérant

la fiabilité des empreintes) et esthétiquement (apparition de triangles noirs après alignement dentaire)... Le parodonte superficiel et les muqueuses sont plus sujettes aux blessures par frottement. L'apicalisation des centres de résistance liée à une diminution du support osseux modifie la biomécanique de nos systèmes (effets parasites inédits). Il est indiqué d'utiliser une technique maîtrisant le mieux possible le déplacement dentaires dans les trois dimensions de l'espace avec le minimum d'auxiliaires (boucles agressives par exemple). Le choix d'un matériel orthodontique collé sur les faces linguales et individualisé dans sa prescription (grâce à un set-up) est particulièrement indiqué. Enfin l'emploi de caméra numérique pour réaliser des empreintes optiques change la donne dans notre enregistrement des données cliniques ainsi que leur transfert au laboratoire.

## Amélioration de la santé et son maintien dans le temps

Un dentiste peut recommander une consultation orthodontique à un séniors

pour deux raisons : un temps d'orthodontie qui vient s'intégrer dans un projet global prothétique mais aussi un temps d'orthodontie qui vise à améliorer la santé bucco-dentaire du patient. En effet le traitement orthodontique peut intercepter une évolution péjorative liée au vieillissement d'une malocclusion : stopper ou tout du moins limiter une évolution défavorable de l'occlusion liée au vieillissement des arcades dentaires (usures et/ou fractures coronaires, migrations et/ou des mobilités dentaires...).

Cas clinique **figure 6**. Tout traitement se traduira par un arrêt ou au moins un ralentissement des phénomènes de vieillissement et changera la donne d'une situation bucco-dentaire qui se serait dégradée. Les cas de migrations secondaires sont un exemple déjà bien documenté. Le sénior qui retrouve une esthétique améliorée (correction de malpositions ou le rétablissement de la continuité de l'arcade) et une bonne fonction retrouve ainsi une meilleure « santé ».

Ce qui est moins habituel c'est de parler de la contention et particulièrement de la nécessité d'une maintenance spécifique chez le sénior. En effet encore plus que chez l'adolescent la phase active de traitement doit s'enchaîner avec une phase de maintien du résultat pour la période de réorganisation tissulaire (cicatrisation des tissus durs et tissus mous), de retour à la fonction mais aussi la prévention du vieillissement et son cortège de modifications physiologiques. La contention de la correction orthodontique est un soin spécifique individualisé pour chaque patient et fait l'objet d'un devis avec identification du risque, indication et la mise en place de moyens appropriés, contrôle de leur efficacité, intégrité et leur répara-



**Figure 6** : ce patient de 55 ans présente une Classe II division 2 pour lequel il a été envisagé un traitement incorporant une chirurgie orthognathique, ou un traitement purement orthodontique. Après lui avoir expliqué la différence des résultats à escompter notamment au niveau du profil, il a été décidé de le traiter sans chirurgie en utilisant pour corriger le décalage sagittal des TIM de Classe II. Ce traitement a permis de rétablir une occlusion tout à fait acceptable et une esthétique dentaire harmonieuse. Le temps de traitement a été de 25 mois. Un éclaircissement de la 11 a été réalisé (Cas traité par les Dr Christèle Artz et Pierre Canal).

tion mais aussi de la surveillance de la santé bucco-dentaire en collaboration avec le dentiste. Tout cela en désaccord avec l'adage « il faut savoir dire au revoir

**Figure 7** : cette patiente de 50 ans présentait une Classe II division 2 avec une forte supraclusion et un encombrement mandibulaire faible. Elle a été traitée avec l'avulsion de la 15 et de l'inter de bridge remplaçant la 25. Le temps de traitement a été de 24 mois. Un éclaircissement de ses dents a été programmé (Cas traité par les Drs Christèle Artz et Pierre Canal).



à ses patients». Le cabinet qui traitera les séniors doit s'organiser pour cette activité, l'intégrer comme des actes à part entière tordant le coup à l'idée que « les contentions embolisent le planning des cabinets d'orthodontie ». En d'autre terme une contention à réajuster ne doit pas désorganiser le cabinet. Encore plus que chez l'adolescent la prise en charge comprend 2 temps : la phase active et la phase de maintenance. Celle dernière sera sans durée fixe, périodique et renouvelable en cohérence avec le peu de connaissance que l'on a sur de la durée du remaniement tissulaire des fibres desmodontales, gingivales ou même de la fibro-muqueuse palatine consécutives au déplacement dentaire.

## DES OBJECTIFS FONCTIONNELS PLUTÔT QU'OCCLUSAUX

En d'autres termes : calage-centrage-guidage plutôt que la classe d'Angle.

L'esthétique est souvent l'élément principal que souhaitent améliorer ces patients, néanmoins il sera également très important qu'en fin de traitement ces patients fonctionnent mieux avec une santé bucco-dentaire améliorée. Nos objectifs sont adaptés à l'âge et à l'état de la denture de ces patients : permettre au patient sénior de mastiquer le mieux possible, de retrouver une fonction occlusale améliorée, des rapports incisifs (traitement de la supraclusion ou de l'in-



**Figure 8** : présente la correction orthodontique réalisée sur une patiente de 60ans avec un objectif limité au calage postérieur. L'originalité de ces cas repose sur un temps orthodontique mono-maxillaire (mandibulaire), ce qui est exceptionnel chez l'adolescent, qui va de fait illustrer la capacité de respecter la forme de l'arcade non appareillée. Dans de telles indications, le défi consiste à réussir à instaurer une mécanique orthodontique passive dans certains secteurs. La patiente médecin a refusé un projet de réhabilitation qui corrigeait la classe II et modifiait le guide antérieur. Les vues inférieures montrent le calage obtenu grâce à l'aménagement de 2 sites pour implants en place de 35 et 45. Il est dans nos habitudes de parler de compromis avec une connotation péjorative ce qui est dommage au vu du bénéfice biologique et fonctionnel à court moyen et long terme. (Cas traité par le Dr Christine Muller).

fraclusion) et canins améliorés autorisant un guide incisif et une fonction canine performants (meilleure répartition des contraintes subies par les dents du secteur antérieur maxillaire) ce que montre le cas clinique de la **figure 7**. Il est également essentiel d'obtenir un calage postérieur, le plus possible symétrique (parfois avec l'aide de la prothèse), L'absence de calage postérieur pouvant par exemple participer à une dysfonction de l'appareil manducateur<sup>[7]</sup>. Le cas clinique **figure 8** montre que tout en étant très loin des objectifs occlusaux établis pour les adolescents notre action auprès des séniors peut avoir des répercussions extrêmement positives à 10, 20 voire 30 ans.

Au delà de la fonction occlusale et d'une bonne mastication, nos traitements induisent parfois une amélioration de la fonction respiratoire (augmentation de

la dimension transversale) et aussi et surtout dans le sens d'une amélioration de la dimension sagittale par avancée chirurgicale mandibulaire (ou bi-maxillaire) dans les cas de plus en plus nombreux de SAHOS.

## LES CAS PLURIDISCIPLINAIRES

Encore plus que chez l'adolescent la prise en charge du séniors est pluridisciplinaire avec son cortège d'émiettement des compétences et de dilution des responsabilités.

L'utilisation systématique du set-up, c'est-à-dire d'une maquette prévisionnelle est un acte essentiel car elle concrétise le projet et permet à tous les acteurs de valider les objectifs parfois atypiques, en appréciant la qualité de la solution envi-

**Figure 9** : cette patiente de 60 ans (les premières photos exo-buccales ont été prises alors que la patiente avait 45 ans) présente une « énorme » Classe III, une endognathie maxillaire majeure, une très forte palato-version des incisives maxillaires. Avec absence de 16, 24, 27, 38, 37, 36, 35 et 46. Elle présente de plus des récessions gingivales et une mobilité des incisives maxillaires très marquée. Cette patiente a été traitée il y a près de 25 ans en thérapeutique vestibulaire son traitement a comporté une chirurgie réalisée en deux temps par le Dr JF Tulasne, d'abord une disjonction du maxillaire puis dans un deuxième temps une très importante avancée du maxillaire. La patiente a encore en bouche des prothèses provisoires du côté droit. Le temps global de traitement (parodontie, deux chirurgies, pose de trois implants, bridge provisoire au niveau des quatre incisives réalisé en cours de traitement !, etc.) a été supérieur à trois ans (Cas traité par le Dr Pierre Canal et Co).



sagée au niveau occlusal mais aussi au niveau esthétique<sup>[8]</sup>.

Cet article se termine avec la présentation de 2 cas pluridisciplinaires dont la complexité aurait pu faire échouer le projet. Ils ont en commun une dégradation sévère de l'état dentaire en relation avec pour le premier une dysmorphose squelettique par hypoplasie du maxillaire et pour le second une rétrognathie mandibulaire.

La réhabilitation de l'occlusion comprend dans les 2 cas un temps chirurgical qui concerne les maxillaires.

Ces 2 projets ont duré 36 mois. Cette durée s'avère toute relative face au pronostic à 10-20-30 ans de leur santé bucco-dentaire sans ces soins.

Cette projection avec les bienfaits considérables que la correction sur l'état de santé général, plaide en faveur de ces projets très complets dont l'ampleur peut parfois faire douter de la pertinence (**fig. 9**).



**Figure 10** : Le 2<sup>e</sup> cas présenté (fig. 10 a) est celui d'une patiente âgée de 58 ans. Elle consulte car « elle a du mal à mâcher et aujourd'hui elle a des problèmes de digestion ». Par ailleurs, elle « a toujours eu les dents mal plantées ». Elle souhaite une amélioration globale de sa situation. Elle présente une classe II squelettique sévère avec des édentements anciens non compensés de 45, 34 et 46 condamnée. Après un temps de préparation initial, le nivellement orthodontique des deux arcades (qui a conservé 46 le plus longtemps possible afin d'éviter les irritations linguales en regard d'un site doublement édenté), une ostéotomie sagittale d'avancée mandibulaire ainsi qu'une génioplastie ont été réalisées par le Dr Dominique Deffrennes. La figure 10b montre le bénéfice esthétique sur le visage de la patiente de face et de profil et la normalisation de l'occlusion, le 2<sup>e</sup> objectif (bénéfice fonctionnel). La figure 10c présente la patiente en contention à T + 8 ans (70 ans).

## CONCLUSION

La prise en charge des problèmes orthodontiques des patients séniors, esthétiques et fonctionnels est de plus en plus une réalité dans notre quotidien. L'allongement de la durée de vie, l'importance accrue de l'esthétique à notre époque, l'amélioration de toutes les spécialités de l'odontologie, l'intégration de la chirurgie orthognathique et l'avènement de techniques quasi invisibles et extrêmement fiables font que ces traite-

ments des séniors seront de plus en plus fréquents.

Le séniors s'est invité dans les cabinets d'orthodontie.

Aujourd'hui grâce à la reconnaissance des spécificités de leur traitement, la maîtrise d'outils et de protocoles spécifiques, on est en mesure d'avoir d'excellents résultats et ce pour le plus grand bien de nos ainés.

### CONFLIT D'INTÉRÊT :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. DREES. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017\\_4\\_etat\\_de\\_sante\\_global\\_de\\_la\\_population.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_4_etat_de_sante_global_de_la_population.pdf) [consulté en janvier 2018].
2. Fricain J.-C. Interactions bisphosphonates et orthodontie : importance du questionnaire médical chez l'adulte parole d'expert. *Orthodontiste* vol 7 n°1 2018
3. Muller Ch. Orthodontie linguale après 50 ans : enjeux et perspectives in *Orthodontie Linguale de PC, LD et DW 2016 Chapitre 10* page 219-243
4. Muller Ch. Exposition des incisives mandibulaires chez le sénior : applications orthodontiques. *Rev Orthop Dento Faciale* 2013;47:29-39
5. Zacrison B. Nanda R. *Esthetics in tooth display and smile design in Nanda R. editor. Biomechanics and esthetic strategies in clinical orthodontics.* St Louis ; Elsevier Saunders ; 2005 p 110-30.
6. E. D'Incau et al *Usure dentaire : origines et formes des lésions Réal clinique* 2018 vol 29 n°2 81-89
7. Kohaut J.-C. Anterior guidance—movement and stability *Inter Orthodontics* 2014, 12 (3): 281-90
8. Kokich V. Create the vision *Am J Orthod Dentofacial* 2011;140 : 751