

# Fermeture du diastème inter-incisif maxillaire

## La réponse en image à l'interrogation des patients quant à son impact esthétique

Christine Muller



### R&S

Coordination Christine Muller

L'existence d'un diastème inter-incisif est souvent l'occasion de questionnements de la part de nos patients. L'appréciation esthétique est très variable, « mignon » ou « charmant » pour certains, il peut être jugé inesthétique voire ridicule par d'autres. Le sujet intéresse beaucoup. Sur Facebook, un groupe rassemble « ceux qui ont les dents espacées devant ». Il s'agit aussi d'un sujet fréquent sur les forums dentaires où de nombreux participants relatent des épisodes traumatisants de moqueries à ce sujet.

**L**a motivation pour la fermeture est toujours complexe. Le patient est partagé entre l'idée de garder ce caractère individuel qui existe parfois depuis l'enfance et la recherche de plus d'harmonie grâce à la fermeture [3]. L'inquiétude concerne les répercussions sur la transformation du sourire une fois cet espace, « présent comme le nez au milieu de la figure » (citation d'un patient), fermé.

Dans tous les cas, cette situation ne laisse jamais indifférent, que l'on soit professionnel dans le monde dentaire ou pas. Nous avons tous un avis sur la question. Par ailleurs, il est intéressant de noter que cette situation est rarement évoquée dans les ouvrages traitant de l'esthétique dentaire. C'est pourquoi, avec nos patients, nous n'émettons pas un avis médical sur cette question, mais un avis subjectif esthétique ; nous remplissons une subtile mission de conseils au cas par cas. L'objet de cet article est de présenter aux praticiens des cas cliniques qui permettront de répondre à l'interrogation de leurs patients. Ces cas iconographiés



**1. Vue frontale avant et après fermeture du diastème médian et modification des axes verticaux des incisives centrales.**

**2. Sourire avant et après.** Notons une légère crispation avant le traitement qui reflète l'inconfort de la jeune femme avec son sourire. Après la fermeture, une diminution des tensions musculaires est visible. Noter aussi le faible impact esthétique du redressement des axes des incisives centrales lors de son sourire par rapport à celui de la disparition du diastème.



pourraient être mis à la disposition des patients (lors de nos consultations, dans la salle d'attente, etc.) comme source d'information, pour ainsi les guider dans un processus personnel de décision. Dans tous les exemples qui vont suivre, la fermeture du diastème a été obtenue grâce à un temps d'orthodontie. Ce temps, en technique linguale [6] sur mesure, « incognito », n'est pas visible, donc n'a jamais handicapé les patients dans leur vie sociale [4]. La durée peut aller de quatre mois (cas n° 6) à deux ans (cas n° 1) si la fermeture s'accompagne de la correction d'une malocclusion associée.

## Cas n° 1

**Cette patiente est âgée de 28 ans.** Elle a toujours présenté un « espace devant » et aimerait le fermer. Le temps d'orthodontie a permis l'élimination de ce diastème inter-incisif. La vue frontale intra-buccale (fig. 1) permet d'observer la fermeture du diastème et le redressement des axes verticaux des incisives centrales qui, après traitement, convergent occlusalement. La figure 2 montre le sourire avant et après. Le point intéressant est la différence entre l'impact visuel des vues avec écarteurs et des vues du sourire.

# Esthétique

## Cas n° 2

**Cette patiente est âgée de 33 ans.** Elle présente une situation moins symétrique que la patiente n° 1 (différence de hauteur des incisives centrales, longueur coronaire et abrasion des bords libres des incisives latérales et des pointes canines). La [figure 3](#) montre la situation avant et après le temps d'orthodontie qui, dans ce cas, a aussi modifié le guide antérieur. Les bords libres des incisives ont été retouchés (angles mésiaux arrondis pour 12, 11 et 21, légèrement aplati pour 22). Noter dans ce cas, le comblement de l'embrasure gingivale inter-incisive et son bon rendu esthétique quand la patiente expose sa gencive maxillaire ([fig. 4](#)).



**3.** Vues frontales intra-buccales avant et après ingresson des secteurs incisifs maxillaire et mandibulaire. Les bords libres ont été recontourés.

**4.** Situation frontale avant et après le traitement orthodontique bimaxillaire d'une durée de 14 mois. Le « stress visuel » de l'exposition d'un espace antérieur lors du sourire est complètement gommé après sa fermeture.



## Cas n° 3

**Cette patiente âgée de 58 ans** a toujours vécu avec ce diastème maxillaire. Elle consulte au sujet de l'évolution d'un encombrement du secteur incisif mandibulaire et est ravie d'apprendre qu'il est possible de fermer le diastème dans le même temps que la correction mandibulaire. Le temps orthodontique de nivellement concernera les secteurs antérieurs et sera passif dans les secteurs latéraux. La [figure 5](#) montre le secteur antérieur avant et après. Cette patiente qui consultait pour améliorer son esthétique lors de la phonation (exposition des incisives mandibulaires) a finalement aussi modifié son sourire ([fig. 6](#)).



**5.** Vues frontales intra-buccales avant et après le temps orthodontique qui a ingressé les secteurs antérieurs.



# diastème inter-incisif

6. Sourire avant et après le temps orthodontique (une année). Le bénéfice esthétique de l'alignement incisif mandibulaire est très peu visible lors du sourire en revanche l'impact esthétique de la fermeture du diastème est majeur.



## Cas n° 4

**Cette patiente (55 ans) consulte au sujet de l'évolution du diastème médian.** Elle n'est pas gênée par la fracture de l'angle coronaire mésial de 11 (fig. 7) et n'a aucune demande à ce sujet. Elle va accepter un temps orthodontique bimaxillaire qui va aussi améliorer la fonction. La particularité de ce cas vient du fait que la patiente, dès la première consultation, et à maintes reprises, a été conseillée sur la restauration de l'angle mésial de 11. Après traitement, elle n'a toujours pas franchi le pas, comme le montre la figure 8 des vues des sourires avant et après.



7. Vues frontales avant et après la fermeture du diastème médian.

8. Vues des sourires avant et après orthodontie. Avant la fermeture, la fracture de l'angle mésial de 11 passe au second plan. Après orthodontie, cette irrégularité domine le sourire.



# Esthétique

## Cas n° 5

**Cette patiente, âgée de 52 ans,** est adressée par le Dr Linda Jaoui qui la suit pour une parodontite chronique. Elle est motivée par la fermeture du diastème qui a toujours existé, mais dont la taille augmente. Elle a aussi observé l'égression d'une incisive centrale (fig. 9). Le projet orthodontique consiste à niveler et rétablir la continuité de l'arcade maxillaire (correction du diastème et des migrations secondaires) et à réaliser une contention collée qui maintiendra le secteur antérieur dans les meilleures conditions pour limiter la destruction progressive des tissus [2]. Dans ce cas, un fil collé de canine à canine assurera une double mission : la contention de la correction et la prévention de nouvelles migrations secondaires. La figure 10 montre le bénéfice esthétique après 7 mois d'orthodontie.



9. Vues frontales avant et après le temps orthodontique. Observer l'ingression et le nivellement des incisives.

10. Vues des sourires avant et après avec retour à la symétrie et diminution du stress visuel lié au diastème et à l'asymétrie de la position des incisives centrales.



## Cas n° 6

**Cette patiente est âgée 60 ans.** Elle déclare avoir toujours eu un espace antérieur qui, selon elle, évolue depuis l'âge de 30 ans (fig. 11). Elle dit ne plus le supporter. Ce cas, apparemment proche cliniquement du précédent, cumule plusieurs difficultés. Sur le plan dentaire, une anomalie de taille mésio-distale de 12 (microdontie) complique l'obtention de la continuité de l'arcade. La forme coronaire triangulaire impliquera une surface de contact inter-incisive en position occlusale avec la possibilité d'un volume au niveau de l'embrasure gingivale non comblé par la papille (triangle noir). Enfin, l'examen radiologique montre une image d'alvéolyse jusqu'au tiers apical de 11 et 21. Un projet orthodontique maxillaire à minima (fermeture du diastème par mésioversion de 11 et 21) est validé par la patiente et son chirurgien-dentiste le Dr Franck Decup. L'espace sera placé au niveau de 12 pour aménager un site

11. Vues frontales avant et après, l'axe des incisives est corrigé. Le point de contact est situé au tiers occlusal (forme coronaire triangulaire). Noter l'excellent comportement gingival de la papille médiane qui comble l'embrasure inter-incisive.



# diastème inter-incisif

mésio-distal pour la réalisation d'une couronne sur 12. Le tout sera contenu par une contention coulée collée.

**12.** Sourires avant et après avec la confirmation que lorsque la fermeture s'accompagne d'une symétrisation [5] de la zone antérieure le bénéfice esthétique est majeur.



## Cas n° 7

**Cette patiente, âgée de 50 ans,** est prise en charge par le Dr Linda Jaoui. Le diagnostic de parodontite agressive a été posé, elle est en phase de stabilisation. Elle consulte au sujet d'un temps orthodontique dont l'objectif fonctionnel est d'améliorer le guide antérieur. Les objectifs biologiques sont de recréer des conditions locales favorables à la maîtrise de l'inflammation et la prévention de migrations secondaires [1]. Sur le plan esthétique, elle nous apprend qu'elle a toujours présenté un espace antérieur. Le rétablissement de la continuité de l'arcade dentaire (première étape) nécessaire à la réalisation d'une contention collée (deuxième étape du projet) est facilité par la fermeture de son espace. La proposition lui en est faite et elle l'accepte. Les figures 13 et 14 présentent les résultats et confirment l'observation qu'à chaque fois que le diastème est associé à une situation asymétrique le retour à une symétrie antérieur est un bénéfice esthétique majeur. La maintenance parodontale a été réalisée pendant le temps orthodontique (18 mois) par le Dr Linda Jaoui.



**13.** Vues frontales avant et après le temps orthodontique bimaxillaire qui a recréé la continuité des arcades dentaires et normalisé le guide antérieur.

**14.** Vues de sourires avant et après et qui montre le retour à la symétrie. La patiente rapporte une réaction étonnante de son entourage qui n'a jamais identifié l'origine du changement.





## Conclusion

La demande de fermeture de diastèmes inter-incisifs est fréquente.

**Il existe une vraie spécificité psychologique dans cette demande et une difficulté d'anticiper la satisfaction ou l'insatisfaction du patient.** Les sept cas cliniques présentés dans cet article constituent une source d'information pour répondre aux interrogations de nos patients. On pourrait aussi raisonnablement proposer de réévaluer la fermeture en fonction de la satisfaction des patients (personnelle, mais aussi du retour de proches, famille, conjoint, collègues, etc.) avant la dépose du dispositif. Cela dit, dans notre exercice, il n'est jamais arrivé à ce jour qu'un patient opte pour une réouverture a posteriori.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Canal P. Orthodontie de l'adulte. Ed Masson 2008, 300 p.
2. Fontannel F, Brion M, Danan M. Parodontites sévères et orthodontie. Ed CDP 2004, 183 pages.
3. Fradeani M. Analyse esthétique. Ed Quintessence Intern. 2007, 352 pages.
4. Muller C, Simon JS. L'orthodontie moderne – 2e partie, les traitements esthétiques. Inf Dent 2007 ; 89 : 581-585.
5. Paris JC, Faucher AJ. Le guide esthétique. Ed Quintessence internationale 2003, 309 pages.
6. Wiechmann D. New bracket system for lingual orthodontic treatment. J Orofac Orthop 2002 63 (3) : 234-245.

### Auteur

**Christine Muller**

**Exercice privé, orthodontie linguale exclusive, Paris**

**dr.christinemuller@gmail.com**