

## ERRATUM

incisif voire, parfois même, un léger surplomb incisif, d'apparence normale, qui fait douter de la qualité de la malocclusion – elle n'a pas l'apparence d'une classe III – et de la pertinence d'une correction orthopédique.

Outre l'examen de l'OIM qui ne révèle rien d'alarmant, il est fréquent que certaines mesures céphalométriques soient discordantes d'avec l'observation clinique, ajoutant à la confusion. Ce contexte relativement incohérent de *malocclusion non-identifiée* conduit

à minorer leur gravité en les réduisant au **trouble fonctionnel principal** qui les caractérise tel que la ventilation buccale, la posture linguale basse, ou encore, la déglutition atypique... et qui fait office de diagnostic.

De plus, à ce stade, le praticien a du mal à imaginer que la malocclusion, relativement anodine, qu'il est en train d'examiner, puisse évoluer, à l'adolescence, vers un tableau clinique aggravé voire fort aggravé, parfois même intraitable (Fig. 6-6).

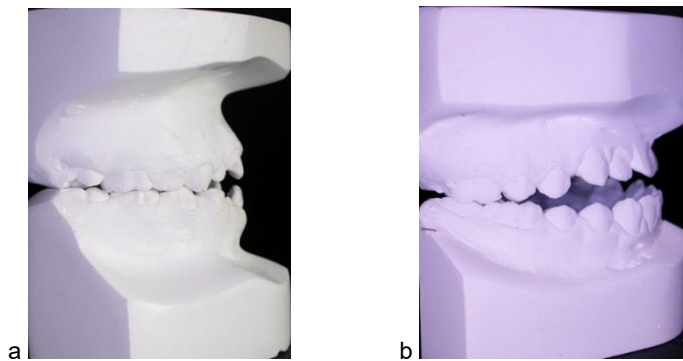


Fig. 6-6. – Moulages de transfert d'un patient âgé de 7 ans en (a) avec classe I molaire et canine et légère inoclusion antérieure en partie en lien avec l'éruption des incisives permanentes. En (b) moulages du même patient, 6 ans plus tard, à l'âge de 13 ans montrant une sévère aggravation : forte classe III molaire et canine ainsi qu'une inoclusion antérieure importante.

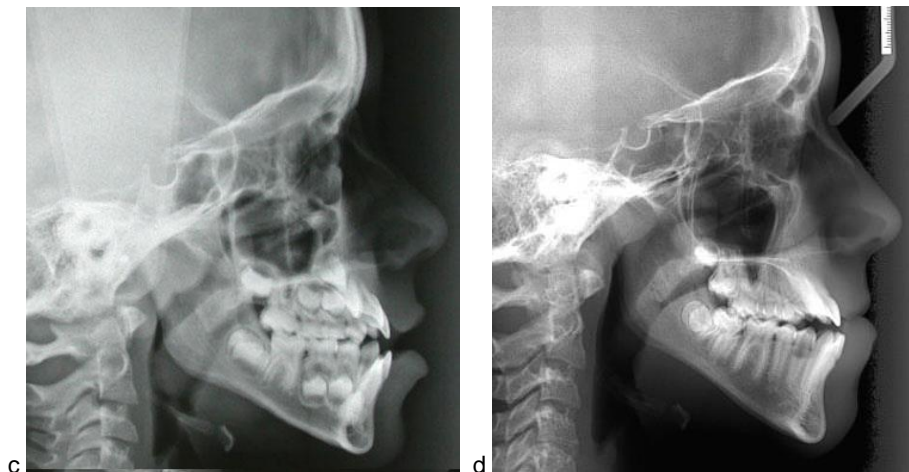


Fig. 6-6. Téléradiographie du même patient à l'âge de 7 ans (c) et à l'âge de 13 ans (d).  
 Valeurs mesurées à 7 ans : SNA : 78° - SNB : 74°- Wits (AoBo) : - 5 mm - FMA : 30°  
 Valeurs mesurées à 13 ans : SNA : 78° - SNB : 78°- Wits (AoBo) : - 7 mm - FMA : 32°