



Trattamento delle III classi: utilizzo della maschera ortopedica facciale

Introduzione



Il trattamento delle 111 classi scheletriche fino ad oggi è stato considerato molto difficile, a volte impossibile, da parte degli ortodontisti. In passato, nella maggior parte dei casi, le 111 classi erano inviate al chirurgo maxillo-facciale. Tuttavia, le prospettive terapeutiche sono migliorate. E' vero che un certo numero di 111 classi, di tipo ereditario, congenito o dipendenti da grandi sindromi malformative è ancora di stretta pertinenza chirurgica, ma moltissimi casi, riconosciuti abbastanza presto (in un'ottica "Intercettiva"), possono beneficiare di un trattamento misto, ortopedico e ortodontico. Un piccolo intervento chirurgico, poi, minore,

perfeziona a volte il risultato. Le prospettive terapeutiche sono migliorate di molto grazie ad una più approfondita conoscenza della crescita e dello sviluppo del cranio e della faccia, e in virtù di un ottimo progresso fatto dai mezzi diagnostici. L'analisi cefalometrica di Jean Delaire ha permesso di identificare le diverse 111 classi e di precisare l'eziopatogenesi. La maschera ortopedica facciale di Delaire, apparecchio di forza extra-orale, sollecitando le suture perimascellari, permette oggi di ristabilire un equilibrio maxillo-mandibolare soddisfacente.

Metodi

La maschera di Delaire sfrutta le peculiarità delle suture craniche, operando una trazione in senso mesiale (postero-anteriore) del mascellare superiore. Il ruolo delle suture nello sviluppo della faccia è essenziale. Gli elementi ossei del mosaico facciale, di origine membranosa, presentano nel bambino un certo grado di mobilità (è per questo che è opportuno intercettare i casi di 111 classe precocemente, intervenendo prima degli 8 anni), e l'unione di questi elementi è assicurata dalle suture, che possono essere paragonate a del periostio"). Lo sviluppo normale di una faccia si produce grazie a fenomeni distinti e opposti nel tempo e nello spazio. Molti autori, soprattutto PETROVIC 141, hanno insistito sul fatto che una sutura deve essere stimolata per crescere e non possiede un potenziale di crescita proprio. La crescita della faccia risulta dall'affiancamento delle parti ossee, le une in rapporto alle altre, sotto l'influenza dell'esercizio delle diverse funzioni delle quali è sede la faccia, cioè delle azioni meccaniche esercitate alla muscolatura sulle strutture ossee facciali. 1 muscoli sollecitano meccanicamente le parti ossee con una azione CENTRIFUGA che allinea progressivamente gli elementi facciali, gli uni a fianco degli altri. L'ossificazione marginale delle parti ossee interviene secondariamente per fissare questa crescita ed è dunque un fenomeno CENTRIPETO. L'ossificazione è un fenomeno secondario che materializza la crescita a livello delle suture. LA CRESCITA FACCIALE E' LA SOMMA dell'accrescimento individuale di ogni osso, ma anche del posizionamento stereodinamico delle parti ossee che costituiscono la faccia. Il mascellare non è quel pezzo monolitico che si immagina di solito, per cui delle azioni ortopediche su di esso sono possibili. Quindi, una maschera di Delaire, con una forza d'I 1.000- 1.200 grammi, può ottenere una distensione a livello delle suture promuovendo un riequilibrio tra mascella e

mandibola, là dove ci sia uno sviluppo eccessivo della mandibola, o, più facilmente, un insufficiente sviluppo dell'osso mascellare Il METODO di utilizzo della maschera ortopedica facciale è molto semplice. Essa si avvale:

- e di un supporto frontale;
- e di un supporto mentoniero;
- e di aste rigide;
- di un arco anteriore con ganci;
- di elastici, che si tendono

Risultati

La maschera di Delaire permette di vedere ottimi risultati concreti già dopo 3 mesi, soprattutto se il bambino è piccolo. Essa va utilizzata in una di queste tre indicazioni:

1. le "insufficienze mascellari" per retrognazia o brachignazia mascellare. Il mascellare è in un difetto, di posizione o di dimensione, che altera la sua morfologia. L'età, spesso, modifica l'aspetto iniziale del dismorfismo, e lo rende più complesso. Infatti, intervengono degli adattamenti o delle compensazioni dentali, nella misura in cui la disfunzione persiste, e così si àncora più profondamente. Nelle insufficienze mascellari la mandibola, all'origine, il più delle volte ha uno sviluppo normale;

2. le piccole prognazie mandibolari nel bambino ancora giovane;

3. le sequele delle fessure labio-maxillo-palatine. Per quest'ultima indicazione va ricordato che un protocollo chirurgico delle fessure labio-maxillo-palatine deve essere in accordo con la fisiologia, se vuole evitare l'organizzazione di sequele importanti, come il collasso dei frammenti.

Discussione

Là dove le indicazioni siano corrette, la maschera di Delaire rappresenta un metodo terapeutico semplice ed efficace nel trattamento delle 111 classi Le sue caratteristiche sono:

1. è un sistema extra-orale;
2. è semplice ed efficace;
3. si porta di notte e 2 ore durante il giorno;
4. è ben tollerata psicologicamente (il prof. Pierre Verdon riferisce di 1 solo caso di rifiuto su una casistica di 1.500);
5. la forza è intermittente, permette fasi di riposo, quindi è fisiologica;
6. non è nociva;
7. rispetta l'ATM.

Riassunto

Nel trattamento delle 111 classi, la maschera ortopedica-facciale è un ottimo presidio terapeutico. Per utilizzarla, è comunque necessaria un'attenta diagnosi (importante la cefalometria). Essa agisce solo se è manipolata correttamente, e la sua azione si esplica nel senso della crescita normale del mascellare. Ma non bisogna tirare oltre il limite dei 1.200 gr. di forza. L'azione della maschera permette di ritrovare un equilibrio morfologico e funzionale.

BIBLIOGRAFIA

1 DELAIRE J., VERDON P., LUMINEAU J.P., GHERHA-NEGREA., TALMANT J., BOISSON M.: *"Quelques résultats des tractions extra-orales à appui fronto-mentonnier dans le traitement des malocclusions mandibulaires de classe III et des séquelles ossées des fentes labio-maxillaires"*. Rev. Stomat. Paris, 73, 633-642, 1972.

2) DELAIRE J., VERDON P., KENESI M.C.: *"Extraorale Zugkräfte mit Stirn-Kinn-Abstützung Zur Behandlung der Oberkieferdeformierungen als Folge von Kieferfehlern"*. Gannenspalten. Fortscher. Kieferorthop. - 39 (Nr. 1), 27-45, 1978.

- 3) ENLOW D. H.: *"The humanface (213 r@fèreces)"*. Hoeber, New York, 1968.
- 4) PETROVIC A. Et CHARLIER J.P.: *"La svnchondrose sphéno-oc(-ipitale de jeu es ratv eu (-lttires d'organes: mise en evidence d'u potentiel de croissance indépenda t"*. C.R. Academ Se., 265, 1511-1513, Paris, 1967.
- 5) DELAIRE J.: *"La croissance des os de la votate du crâne. Principesgènèra x.Introduction@il'ètudedelacroissancedes maxillaires "*. Rev. Stomato, 62, 518-526, 196 I.
- 6) DELAIRE J.: *"Le s ' vndrôme prognathique mandib laire"*. Orthodontie française, 45, tome 1, pp. 203-219, 1976.
- 7) VERDON P.: *"Le Masque Orthopèdiquefacial "*. Orthodontie Française, 59, tome 2, pp. 603-614, 1988.