

Tableau 4. Synthèse des recommandations.

Facteurs de choix préalables à la réalisation d'une contention		
R-II.1	C	À l'issue du traitement orthodontique actif, la contention est nécessaire pour maintenir l'alignement antérieur mandibulaire sur le long terme.
R-II.2	C	Une contention doit particulièrement être prescrite si le patient présentait des anomalies orthodontiques intra-arcades initiales (diastèmes, défauts d'alignement incisif, rotations, etc.).
R-II.3	AE	L'indication du dispositif de contention doit tenir compte du plan de traitement et de ses modalités d'application.
R-II.4	AE a)	Une expansion importante de l'arcade mandibulaire expose à un risque accru de récurrence.
	AE b)	La mise en place d'un dispositif de contention est conseillée en cas de modification de la forme ou de la dimension de l'arcade mandibulaire.
R-II.5	AE	La qualité des rapports intra- et inter-arcades en fin de traitement est un facteur de stabilité mais ils ne la garantissent pas. L'équilibre occlusal doit être recherché en fin de traitement pour diminuer les risques de récurrence.
R-II.6	C	La capacité de croissance résiduelle du patient est un facteur de récurrence de l'encombrement incisif. L'orthodontiste doit chercher à l'évaluer.
R-II.7	C	Une hauteur et/ou une épaisseur alvéolaire réduites font partie des facteurs de récurrence de l'encombrement incisif.
R-II.8	AE a)	L'état neuro-musculaire participe au choix du dispositif de contention.
	AE b)	L'orthodontiste doit rechercher la normalisation des fonctions avant et après la réalisation de la contention.
R-II.9	AE	L'orthodontiste doit prendre en considération l'efficacité clinique, le taux d'échec et le taux de survie des différents dispositifs de contention pour choisir celui qui correspond le mieux au patient.
R-II.10	C a)	Le choix du dispositif de contention dépend de l'hygiène du patient. Le dispositif de contention ne doit pas compromettre la santé parodontale.
	C b)	Les dispositifs de contention collés ne doivent pas être privilégiés si le patient n'est pas capable de maintenir une hygiène bucco-dentaire adaptée.
R-II.11	C	Le choix du dispositif de contention doit prendre en considération le degré d'observance du patient.
R-II.12	C	Dans le choix du dispositif de contention, l'orthodontiste doit, dans la mesure du possible, prendre en compte les demandes et attentes esthétiques du patient.
Efficacité des dispositifs de contention		
R-III.1	C a)	À la mandibule, la stabilité est meilleure avec les contentions fixes qu'avec les contentions amovibles.
	C b)	Au maxillaire, la stabilité est comparable entre les contentions fixes et les contentions amovibles.
R-III.2	C	Les gouttières thermoformées et les plaques de Hawley sont équivalentes pour assurer la stabilité de l'alignement incisif.
R-III.3	C a)	La contention fixe collée sur les six dents antérieures mandibulaires est plus efficace pour maintenir l'alignement des incisives au moins à court et à moyen terme.
	AE b)	La contention fixe collée seulement sur les canines mandibulaires est à réserver à des cas présentant initialement de faibles malpositions incisives mandibulaires.
R-III.4	C	Les contentions fixes maxillaires sont recommandées chez les patients à haut risque de récurrence des malpositions incisives.
R-III.5	AE	Une contention mixte – collée et amovible – peut être mise en place pour les cas à haut risque de récurrence, au maxillaire et à la mandibule.
R-III.6	C	Le port des dispositifs de contention amovibles durant 8 à 10 heures par 24 heures est suffisant.
R-III.7	C	Avec les dispositifs de contention fixes et amovibles, les distances inter-canines sont stables.
R-III.8	C	Il n'y a pas de différence d'efficacité entre les dispositifs de contention fixe et amovible pour le maintien du surplomb incisif, de la fermeture des espaces d'avulsion et de la longueur d'arcade.
R-III.9	C	Les dispositifs de contention amovibles laissent s'installer des contacts occlusaux.
R-III.10	C	Les plaques de Hawley, les gouttières thermoformées et les positionneurs peuvent permettre à l'orthodontiste de réaliser des déplacements dentaires de faible amplitude.
R-III.11	C	Le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire est plus facile avec une contention amovible qu'avec une contention fixe.
R-III.12	AE a)	L'état de santé parodontale doit être pris en compte dans le choix de la contention.
	C b)	Les contentions amovibles sont associées à moins de saignements gingivaux que les contentions fixes.
	AE c)	Les dispositifs de contention fixes et les dispositifs de contention amovibles peuvent participer à une inflammation gingivale légère à long terme.

		Pour les patients sans antécédent de parodontite :
R-III.13	C	a) Les contentions fixes ont peu de conséquences sur la santé parodontale.
	C	b) Les contentions fixes collées seulement sur les canines (contentions 3-3) permettent une meilleure santé parodontale que les contentions fixes collées sur toutes les dents antérieures de canine à canine (contentions 6 dents).
	C	c) Les contentions fibrées semblent moins favorables au maintien de la santé parodontale que les contentions fixes métalliques.
R-III.14	AE	Pour les patients avec antécédent de parodontite, une contention fixe sur toutes les dents antérieures de canine à canine (contention 6 dents) peut être indiquée après le traitement orthodontique.
R-III.15	C	Les contentions fixes sont très faiblement dépendantes de l'observance du patient mais nécessitent une maintenance.
R-III.16	C	a) L'observance des patients pour le port des contentions amovibles n'est généralement pas optimale, surtout à long terme.
	C	b) Les patients portent davantage les gouttières thermoformées que les plaques de Hawley.
R-III.17	C	a) Les contentions en acier inoxydable monobrin collées seulement sur les canines (contentions 3-3 mandibulaires) sont plus confortables que les contentions fixes collées sur toutes les dents antérieures, de canine à canine (contentions 6 dents mandibulaires).
	C	b) Les contentions fixes sont globalement plus confortables que les contentions amovibles.
R-III.18	C	a) La gouttière thermoformée est plus confortable et génère moins de problèmes d'élocution que la plaque de Hawley.
	AE	b) La gouttière thermoformée doit être préférée à la plaque de Hawley si le patient doit suivre un traitement d'orthophonie.
R-III.19	C	a) Les gouttières thermoformées sont plus discrètes et considérées plus esthétiques par les patients que les plaques de Hawley.
	C	b) Les contentions fixes sont discrètes.
R-III.20	AE	Les gouttières thermoformées sont de réalisation simple.
Échecs, effets indésirables et durée de vie des différents dispositifs de contention		
R-IV.1	C	a) Le décollement est une complication courante des contentions fixes.
	C	b) Les six premiers mois après la pose du fil de contention collé constituent une période particulièrement à risque de fracture ou de décollement.
R-IV.2	AE	a) Les fractures et décollements des contentions fixes sont multifactoriels.
	AE	b) Les contentions fibrées ont des taux d'échec élevés.
	C	c) Les contentions fixes collées sur les six dents antérieures (contention 6 dents) ont un taux d'échecs (fractures ou décollements) supérieur à celles collées seulement sur les canines (contentions 3-3).
	C	d) Les contentions fixes maxillaires se décollent plus que les contentions fixes mandibulaires.
R-IV.3	AE	Pour le collage du fil, la surface amélaire doit être parfaitement propre, sèche et sans interférence occlusale.
R-IV.4	AE	La procédure de collage direct ou indirect n'affecte pas le taux de fracture ou de décollement des contentions fixes.
R-IV.5	C	a) Les principaux échecs des contentions amovibles sont la perte et la casse.
	C	b) La perte et la casse des contentions amovibles sont peu fréquentes.
R-IV.6	C	a) L'étiologie du syndrome du fil est multifactorielle et encore mal connue.
	C	b) Il est recommandé de surveiller la réouverture d'espaces et les mouvements aberrants, inattendus et inexplicables, même si le fil de contention n'est pas décollé.
Suivi des différents types de dispositifs de contention		
R-V.1	C	a) Les six à huit premiers mois de contention constituent une période critique pendant laquelle le suivi orthodontique doit être régulier et rigoureux.
	C	b) Un suivi régulier, assuré par l'orthodontiste, est conseillé pendant un à deux ans après la dépose de l'appareil actif.
	AE	c) Une fois ce délai dépassé, le contrôle de la contention pourra être réalisé lors des visites régulières chez le chirurgien-dentiste traitant, qui pourra réorienter le patient chez l'orthodontiste en cas de problème.
	AE	d) Il est conseillé de maintenir le dispositif de contention pendant plusieurs années.
	AE	e) Le patient doit être informé que le vieillissement des dents, du parodonte et des arcades est physiologique.
R-V.2	AE	a) Il est conseillé d'informer le patient et son entourage quant à la nécessité du port assidu de son dispositif de contention amovible et de renforcer la motivation à l'hygiène bucco-dentaire en donnant des conseils clairs sur la manière de maintenir une bonne santé bucco-dentaire.
	AE	b) Le degré d'observance diminue avec le temps. Un suivi est nécessaire pour contrôler l'état du dispositif de contention (fracture, décollement et hygiène).