

OCCLUSODONTIE

par **Thierry Sandretto**

Depuis des décennies, l'occlusodontie s'est progressivement éloignée des autres disciplines de l'odontologie. Cette séparation provient à la fois des dogmes développés (de plus en plus complexes et éloignés de la clinique), des intervenants très férus d'examen instrumentaux difficiles (axiographie, myographies, etc...) et bien sûr des thérapeutiques proposées qui variaient à chaque décennie. Ainsi, nous sommes passés d'un interventionnisme aggravé (prothèses, équilibrage après gouttière, chirurgies et gouttières) au déni actuel de l'étiologie buccale des syndromes algo-dysfonctionnels.

Il convient donc de réhabiliter cette discipline qui s'applique au quotidien pour tous les odontologistes lorsqu'ils doivent réhabiliter une occlusion d'une manière conservatrice par orthodontie ou reconstructrice par prothèses dento ou implantoportées. Pour cela, nous nous proposons d'établir une méthode simple et uniquement clinique pour analyser les troubles de l'occlusion afin d'en dégager des objectifs de traitement raisonnés.

Dans un premier temps, nous reverrons rapidement des éléments anatomo-physiologiques essentiels à la compréhension de l'étiopathogénie des troubles articulaires. Dans un deuxième temps, nous dégagerons une analyse clinique assez rapide et parfaitement accessible. Enfin, nous aborderons les thérapeutiques sous la forme d'un synopsis.

1- LE SYSTÈME MANDUCATEUR

Seulement quelques points fondamentaux qui distinguent notre position de celle communément admise :

- L'ATM est une articulation en suspension tridimensionnelle sous le crâne. Elle ne présente aucune congruence anatomique interne mais seulement par le biais des ligaments extrinsèques.

Son positionnement dépend donc uniquement de l'occlusion dentaire à la déglutition et à la mastication soit moins d'une heure par jour. Toutefois, c'est durant ces fonctions qu'elle reçoit les plus fortes contraintes positionnelles en compression. Celles-là mêmes qui peuvent engendrer douleurs et désunion méniscale.

- L'ATM ne fonctionne pas en arc charnière, il faut donc adapter notre analyse à sa laxité et donc proscrire l'utilisation des articulateurs comme moyen d'analyse et en limiter l'utilisation dans notre thérapeutique.

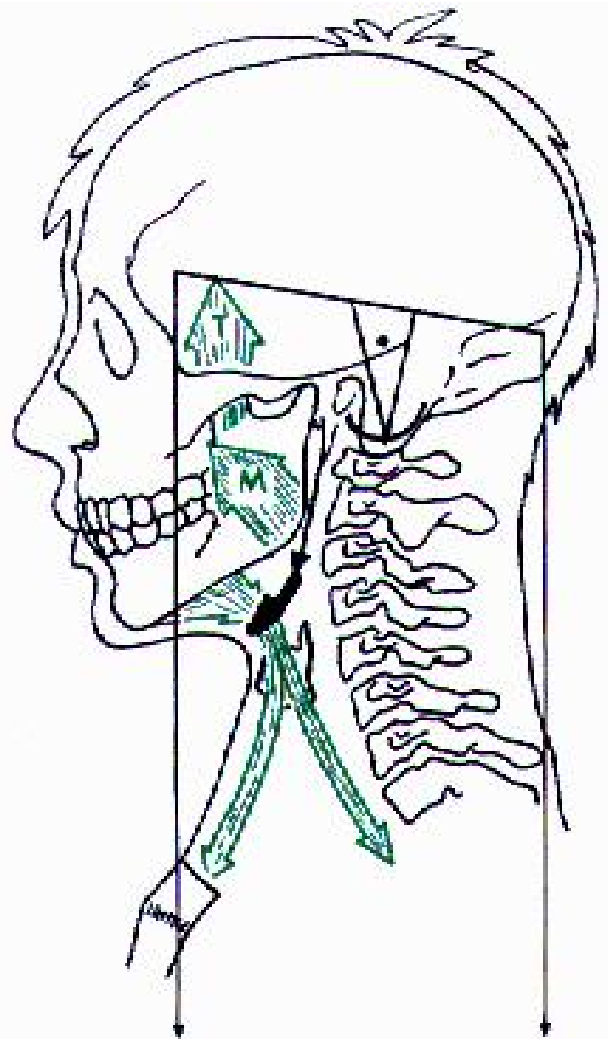


schéma 1

■ La mandibule est en « équilibre » entre des groupes musculaires antagonistes qui déterminent sa position tridimensionnelle. La mandibule est un balancier dans l'équilibre crânien et facial, relayée par son petit double : l'os hyoïde. SCHEMA 1

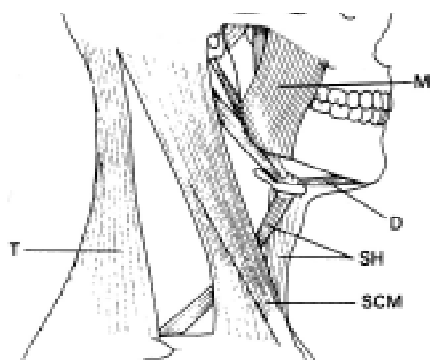


schéma 2

■ Les 4 muscles ptérygoïdiens sont fondamentaux car ils assurent la coordination mandibulaire durant sa cinétique. Ils se relaient aux épaules puis au bassin comme nous le verrons.

■ Seule une mastication parfaitement alternée permet un développement et un bon vieillissement du système manducateur.(PLANAS 1992)

■ Les anatomies dentaires doivent se comprendre en fonction des versants fonctionnels qui se frottent durant les entrées et les sorties de cycle (LAURET et LEGALL 2002)

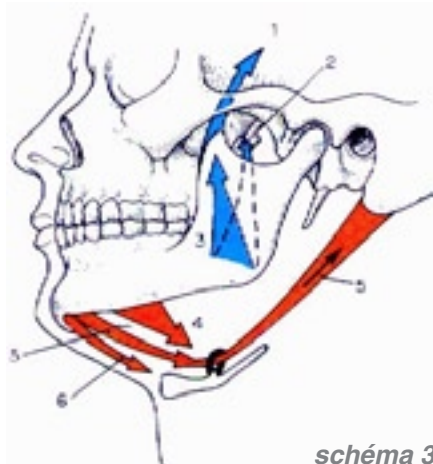


schéma 3

2- LE SYSTÈME POSTURAL

Les muscles temporaux et ptérygoïdiens prolongent leur influence par le biais des chaînes musculaires latérales avec le SCOM et le deltoïde sur les épaules puis sur le bassin pour finir sur la rotation des pieds. SCHEMA 2 et 3 . Le schéma de torsion posturale trouve souvent son origine dans les déséquilibres crâniens de croissance(M.J.DESHAYES 2007) sauf cas de traumatismes. Nous développons dans ce sens nos concepts pour coopérer étroitement avec les ostéopathes lors de la mise en œuvre de nos thérapeutiques.

3- EXAMEN CLINIQUE DES TROUBLES DE L'OCCLUSION

Après avoir examiné l'historique médical par le questionnaire médical, nous allons reprendre avec la patient le motif de consultation et préciser les modalités d'apparition, aggravation ou soulagement des symptômes. Une palpation musculaire superficielle est effectuée puis la palpation des ATM. Ensuite nous enregistrons le diagramme de FARRAR que nous avons modifié afin d'y intégrer les AFMP. Le diagramme de FARRAR est un schéma qui reprend l'amplitude et la linéarité de la propulsion et des latéralités. Nous y ajoutons l'angle d'abaissement du point inter-incisif inférieur lors des latéralités, mesuré à partir du plan maxillaire. Nous obtenons ainsi un diagramme très visuel qui nous oriente dans le diagnostic positif de l'articulation et que nous réévaluerons pour mesurer les progrès thérapeutiques. SCHEMA 4 et 5

Le test de KROGH-PULSEN nous renseigne sur l'étiologie et les capacités compressives de l'articulation. Nous finissons ensuite par l'évaluation des prématurités à la fermeture et des fonctions de déglutition et de ventilation. Nous pouvons aussi évaluer les bascules du plan maxillaire d'occlusion par l'utilisation d'une plaque de FOX .

Cette analyse ne requiert aucun instrument spécifique et un temps raisonnable en pratique courante. Dans l'immense majorité des cas nous aurons pu établir le diagnostic positif et étiologique et proposer le traitement adapté et le moins invasif pour le patient. Le recours à l'IRM ou à l'analyse occlusale sur articulateur devient assez rare.

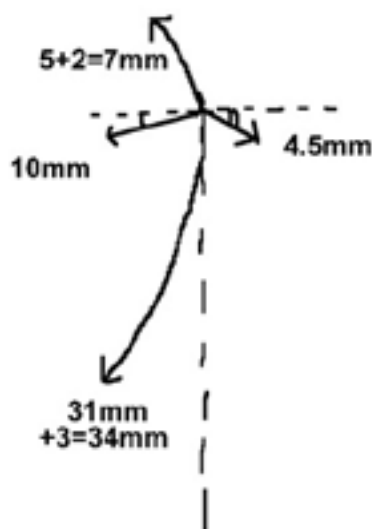


schéma 4

EVOLUTION DE LA LUXATION DISCALE AIGÛE

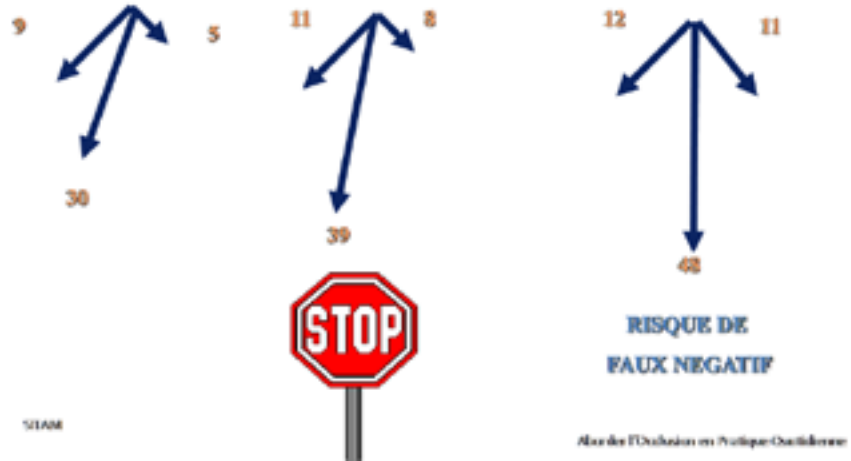


schéma 5

4- ANALYSE DU SYSTÈME MUSCULAIRE PAR LE TESTING MUSCULAIRE

Le principe du testing musculaire est d'utiliser la réponse tonique d'un muscle sain pour s'interroger sur le bon fonctionnement des muscles positionneurs de la mandibule. Ainsi, nous pourrions déterminer si lors de l'établissement de la position d'intercuspidation, certains chefs des temporaux ou du digastrique sont raccourcis. On définit ainsi des classes I,II ou III musculaires pour chaque côté avec éventuellement un effondrement uni ou bilatéral de DVO . Nous avons déterminé une enveloppe fonctionnelle de tolérance musculaire à l'intérieur de laquelle une altération de position reste non perturbante pour la posture. Bien évidemment, ce sont les altérations latérales soit le sens transversal qui est le moins permissif. Le SCHEMA 6 représente une déviation musculaire de la mandibule vers la gauche. Cette déviation est corroborée par une élévation et une avancée de l'épaule gauche ainsi qu'une élévation du bassin à droite par élévation croisée de l'iliaque droite.

Lorsque nous recentrons la mandibule vers la droite et faisons déambuler le patient, celui-ci va corriger ces adaptations, ce qui nous assure dans l'établissement de notre diagnostic. Durant nos 7 années d'exercice hospitalo-universitaire avec des sportifs de haut niveau, nous avons pu mesurer la prévalence des cas d'altérations mandibulaires chez les sportifs en situation de blessures chroniques.

Dimension latérale ptérygoïdienne maximale gauche

TL Positif sur :

- Temp A. droit
- Temp P gauche
- Pterygoïdien Int D
- SCOMDroit
- Trapèze Gauche
- Pterygoïdien Ext G
- Condyle gauche

STAM

schéma 6

5- SYNOPSIS DE TRAITEMENT

Lors qu'un patient nous est adressé pour des douleurs posturales par des médecins, des kinés ou des ostéopathes, l'analyse des fonctions buccales et le testing musculaire nous permettent d'incriminer :



schéma 7 - myalgies posturales

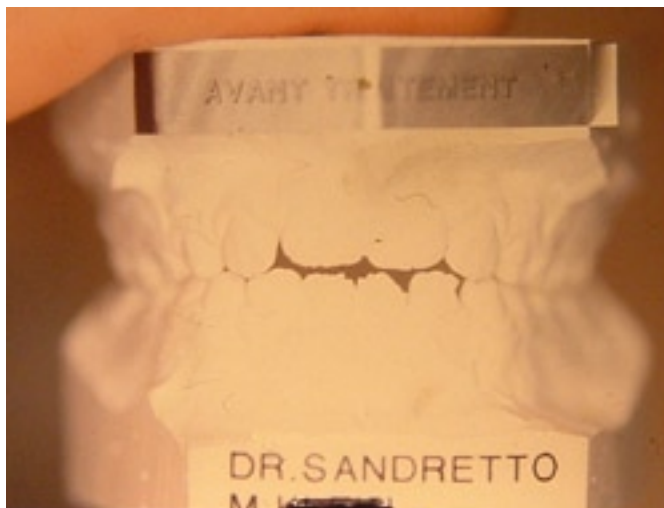


schéma 8 - Béance initiale



- Une fonction altérée comme la déglutition et le passage de langue dans une béance.
- Une déviation musculaire de la mandibule en dehors de l'aire fonctionnelle de tolérance.
- Une dent perturbatrice qui affaiblit le tonus musculaire du muscle en corrélation.

(SCHEMA 7)

L'apport du testing musculaire est dans ce domaine déterminant. Il est développé lors des sessions de formations.

Ci dessous un exemple d'entorse récidivante de la cheville chez un enfant en denture mixte. La pose d'une grille anti-langue a permis de confirmer sur les enregistrements podologiques digitaux l'étiologie buccale de son altération posturale. SCHEMA 8-9-10-11

Le deuxième volet des thérapeutiques s'articule autour du diagnostic du trouble intracapsulaire de l'ATM.

Le déplacement discal se réduit-il à l'ouverture et à combien d'amplitude ? Y a-t'il douleur aiguë associée ?

Devant la situation occlusale, on proposera des solutions différentes à notre patient, selon l'état buccal et ses possibilités propres. Schéma 12

Lorsque l'occlusion de PIM est peu perturbée, nous employons préférentiellement des cales amovibles sur les molaires inférieures qui seront portées de manière décroissante et sectionnée pour établir une auto-adaptation par égression spontanée.



Schéma 9 analyse podol. Initiale



Schéma 10 et 11 Résultat à 6 mois

Le cas suivant est celui d'une jeune fille de 20 ans après ODF avec une mastication unilatérale asymétrie des latéralités avec un blocage canin entre 23 et 33.



Schéma 13 latéralité droite



Schéma 14 PIM



Schéma 15 Latéralité gauche



Schéma 16 cale sur 47



Schéma 17 Latéralité avant coronoplastie



Schéma 18 après coronoplastie

Le cas clinique suivant est celui d'une jeune fille de 20 ans qui consulte quelques années après la fin de son traitement odf. Celui-ci s'est bien déroulé et l'on observe une occlusion convenable avec la correction des arcades en classe I dentaire canine et molaire. Les milieux sont parfaitement alignés. Toutefois, cette patiente présente un déplacement mé-niscal réductible dans l'Atm droite dans une phase aiguë. L'analyse de l'occlusion dynamique met en évidence une asymétrie de guidagecanin avec un abaissement de la mandibule bien supérieur en latéralité gauche que droite. On constate un surguidage d'entrée de cycle de mastication du côté gauche au niveau de 23/33, ce qui déclenche par économie musculaire une mastication préférentielle droite. Cela correspond pour PLANAS à un angle masticateur trop fort à gauche. Le traitement d'urgence consiste à réaliser une cale en résine provisoire, AMOVIBLE, sur 37 ou sur 36-37 selon l'anatomie radiculaire des secondes molaires. La patiente est invitée durant un mois à ne la retirer que pour le brossage. On aura soin d'immédiatement d' équilibrer le verrouillage de 23-33 par soustraction, soustraction qui devient acceptable avec la cale en place. Le patient est alors invité à mastiquer uniquement du coté opposé à la cale dans la région prémolaires. Puis les deux mois suivants, le port est dégressif puis nocturne uniquement. Chez les patients jeunes, il y a une égression des molaires et prémolaires en avant de la cale dans ces trois mois ; il suffit alors de retirer la cale pour laisser les dents supports de la cale rejoindre leurs antagonistes. En revanche, chez les patients adultes il convient d'adjoindre des moyens d'égression provoquée. GRACE AUX CALES, LES DERANGEMENTS INTERNES DE L'ATM SONT TRAITES SIMPLEMENT PAR UNE ORTHOPEDIE MANDIBULAIRE VERTICALE DE DECOMPRESSION. Le patient est ravi de ne pas porter de gouttière gênante et inesthétique. Le port et l'acceptation des cales est proche de 100%, rendant le temps de motivation superflu.

CONCLUSION

Nous voyons que des bases physiologiques simples nous permettent de comprendre que l'occlusodontie trouve sa place dans toutes les disciplines de l'odontologie. De même les troubles de l'occlusion doivent être placés au cœur d'autres symptômes algo-dysfonctionnels de l'appareil locomoteur ainsi qu'un certain nombre de névralgies faciales dites essentielles (THOMAS et Coll. 2006).

Dans cet objectif, nous organisons un cursus complet sur le sujet avec quatre jours de cours, deux jours de travaux pratiques et une journée commune en binôme dentiste-ostéopathe.

