

Les dysfonctions crânio-mandibulaires "à ma façon"

Dr. Alain PANETIER
spécialiste qualifié ODF

Odenth

Lorsqu'un patient adulte vient chez un orthodontiste pour une dysfonction crânio-mandibulaire (DCM), c'est qu'il a déjà beaucoup consulté son généraliste, son dentiste, son kinésithérapeute, son ostéopathe ..., qu'il a un épais dossier radiologique et scanner, et que sa demande n'est toujours pas satisfaite.

Cette demande, c'est de ne plus avoir mal : aux dents (avec ou sans déplacement), aux mâchoires, au cou, aux épaules, à la tête, aux lombaires... que sais-je encore.

Ma première approche de ce problème, c'est bien sûr d'écouter tout ce que ce patient veut me dire en dialogue d'égal à égal, assis autour d'une table. Je lui pose quelques questions pour approfondir certains points.

Je regarde de quelle façon il fonctionne avec sa bouche, les interpositions de langue, la cinématique mandibulaire. Je recherche particulièrement les propulsions, les tics de morsures de lèvres, la ventilation buccale.

Ce dialogue il faut savoir le diriger afin qu'il ne soit pas trop long. Ces patients ont en effet une grande propension à raconter tous leurs problèmes « ah ! Docteur, c'est une longue histoire... » et toutes les solutions thérapeutiques, plus ou moins efficaces, auxquelles ils ont déjà eu recours.

Pour conclure, je résume en deux ou trois phrases les symptômes et les souhaits de mon

interlocuteur. Il me témoigne sa reconnaissance pour avoir bien compris sa demande. En fait je n'ai fait que reformuler ses paroles.

Alors nous pouvons regarder ce qui se passe dans la bouche.

Dans cet examen endobuccal, je polarise mon attention sur la recherche de facettes d'usure qui ne seraient pas en rapport avec la mastication.

Je ne fais pas forcément grand cas de malocclusions franches telles que supraclusion incisive, occlusion latérale inversée ou encombrement antérieur. En effet en tant que vieil orthodontiste, je sais que, le plus souvent, on peut vivre heureux et sans désagréments majeurs avec ce type de problème.

Par contre ces traces de bruxisme en propulsion ou propulsion et diduction aident à l'établissement du diagnostic.

Si elles n'existent pas ou bien sont très discrètes, il faut penser au « clenching » c'est-à-dire le serrement sans déplacement dentaire. Il y a alors peu de signes coronaires, mais l'interrogatoire nous aura révélé des tensions ou des douleurs au niveau des muscles masticateurs.





Je montre au patient les usures de ses dents non liées à l'attrition.

Je le fais mordre de façon à faire correspondre la facette de la dent maxillaire avec la facette de la dent mandibulaire.



Il me dit le plus souvent qu'il ne se met jamais dans cette position.

-pourtant regardez comme cela s'emboîte bien, vous croyez que c'est le hasard, ou c'est peut-être un dentiste qui a réalisé cet ajustage parfait à « l'insu de votre plein gré » ???

- alors cela doit être la nuit quand je dors.

- probablement, mais on ne refait la nuit que ce que l'on a vécu le jour.

La confirmation qu'un bruxisme ou un serrement est plus important la nuit que le jour réside dans l'existence de douleurs aux muscles masticateurs ou aux ATM au réveil.

Comment aider ce patient ?

A propos des DCM, anciennement SADAM, le concept de COSTEN : « tout vient des dents » a fait long feu.

Depuis le temps que l'on « rabote » les dents pour avoir une occlusion idéale, cela se saurait si c'était la solution du problème.

Expliquons au patient inquieté par des confrères à propos de son occlusion imparfaite, et qui passe sa journée à serrer les dents pour sentir laquelle est un peu trop longue...

Expliquons au patient que la parfaite occlusion n'est peut-être pas si importante que ça.

Que seulement 10% de notre population en est pourvue, et que, en plus, cela ne les prémunit pas de DCM.

Dans le fonctionnement normal, le contact serré entre les dents en intercuspitation maximale, n'est réalisé que pendant le premier temps de la déglutition. Soit 2/10ème de seconde, 1500 fois par jour cela représente 5 minutes pour 24 heures.

C'est presque négligeable, non !

Expliquons au patient que ce n'est pas son outil (les dents) qui est en cause, mais la façon dont il s'en sert.

Expliquons que l'homme n'est pas fait pour être un hyper sportif des mâchoires. Ses muscles masticateurs, les os sur lesquels ils s'attachent ; les articulations qui relient ces os ne sont pas dimensionnés pour les grandes performances.

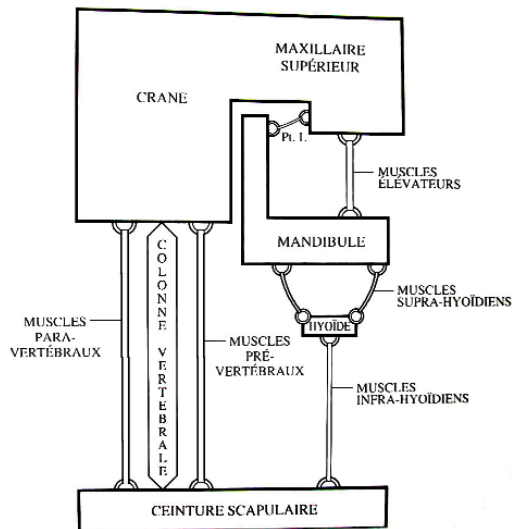
Une mastication de 20 minutes trois, quatre fois par jour, avec des temps de repos, voilà les ambitions de notre appareil manducateur.

Nous savons tous que les grands sportifs finissent toujours par « craquer » quelque part dans leur corps.

Notre patient a créé ces facettes d'usure en faisant fonctionner son système masticateur d'une façon tout à fait excessive, dans de mauvaises conditions et on pourrait même dire pour de mauvaises raisons.

Il y a des conséquences locales :

- usure des dents
- abfraction (cf. myolyse)
- destruction parodontale
- algie et dysfonction de l'appareil manducateur.



Mais aussi à distance, car la mandibule, mobile, est appendue au crâne, mobile aussi, pour avoir une forte élévation de la mandibule, il faut un maintien ferme de la tête. Cela fait intervenir en hyperfonctionnement toutes les chaînes musculaires postérieures au rachis, avec diverses pathologies selon « l'histoire » de chacun :

- douleurs musculaires (trapèze)
- douleurs articulaires (cervicales, dorsales, lombaires)
- céphalées, migraines, acouphènes, en rapport avec les ancrages de ces muscles sur les os du crâne.

L'explication de l'origine de ces douleurs cervicales finit par convaincre le patient le plus sceptique. Car jamais personne n'a réussi à les lui faire disparaître durablement.

Il est facile de lui expliquer que le kiné, l'ostéopathe ou le chiropracteur vont réussir à dénouer tensions et blocages, mais que rapidement les stress de la vie vont lui faire serrer les dents et recréer tensions et blocages postérieurs par adaptation-compensation au désordre fonctionnel buccal.

La solution est donc évidente et simple :
ne plus serrer
ne plus bruxer.

Facile à dire, difficile à faire. Car, bien sûr, ces patients ne prennent pas conscience de leur comportement.

Ils serrent les dents de façon tout à fait involontaire. C'est en fait pour eux une manière de gérer une « tension mentale » en rapport avec une émotion (au sens très large) qu'elle soit négative ou positive.

Négative : on imagine bien Phèdre :

« Tout m'afflige et me nuit et conspire à me nuire. »

Positive : je cite l'exemple de ce violoniste qui



adorait faire de la musique, mais qui chaque fois serrait les dents comme un dingue et qui ne comprenait pas l'apparition de douleurs dorsales, quelque soit sa position pour jouer.

Lorsque l'on est dans ce schéma de fonctionnement, il ne peut que s'aggraver. Avec le temps, la moindre épreuve ou la moindre concentration pour s'appliquer à faire quelque chose va provoquer ce serrement.

Je dis à mes patients :- vous ne pouvez pas vous rendre compte que vous serrez les dents, mais vous devez pouvoir déceler quelles émotions vont déclencher ce serrement.

- vous savez qu'une certaine pensée vous « tourneboule » beaucoup dans le cerveau, allez donc voir à l'étage en dessous si vous n'êtes pas en train de serrer les dents ?

- faites la même recherche quand vous êtes concentré dans votre travail.
- vous allez trouver progressivement plusieurs raisons qui provoquent ce comportement et vous pourrez ainsi le limiter.

Voilà la seule vraie stratégie pour diminuer le bruxisme.

Je dis diminuer, car il ne faut pas mettre la barre trop haut et fixer un objectif que ne pourrait atteindre le patient. En effet cette attitude restera « le fond de commerce » de notre patient et cela sera toujours sa solution pour gérer une situation difficile.

Mais notre corps sait s'adapter à une contrainte pour peu qu'elle ne soit pas trop excessive.

Le patient rassuré sur son problème et ayant quelques stratégies pour améliorer son comportement va ressentir une grande amélioration dans ses douleurs et ses inconforts, suffisante le plus souvent pour ne pas avoir recours à d'autres thérapeutiques.

Cependant certains patients, pour des raisons mécaniques ou bien psychologiques ont besoin de l'aide d'une gouttière.

Pendant plusieurs années je leur ai proposé des gouttières rigides, mandibulaires que j'ajustais très finement grâce aux informations fournies par des tests ostéopathiques.

Maintenant il me semble évident que la gouttière n'est qu'un outil accessoire, mais quelque fois nécessaire, pour aider le patient.

La gouttière de base pour ceux qui serrent ou grincent beaucoup la nuit est faite avec une plaque épaisse, souple thermoformée sur l'arcade mandibulaire.



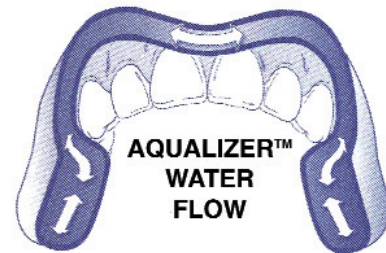
Dans les cas d'urgence, il est possible de fournir immédiatement un TMJ ® d'Ortho Plus.



Dans les cas de supraclusion sévère, je propose une gouttière antérieure.



Pour les patients vraiment très stressés, je conseille l'aqualizer®, composé de deux petits coussinets d'eau reliés par un tuyau (effet vases communicants). Je leur demande de rechercher avec leur mandibule, la même sensation qu'ils auraient s'ils étaient allongés sur un matelas pneumatique dans une piscine.



Pour finir je recommande à tous mes patients d'essayer de gérer le plus en amont possible les raisons qui provoquent leur action de serrer les dents.

Je ne parle pas de problèmes psychologiques. Mais je leur demande d'essayer de détendre leur corps, de bien respirer. Il y a beaucoup de voies pour ce travail personnel de la sophrologie au yoga. C'est la condition de la stabilité du résultat.



Odenth