

LA SANTOCCCLUSION

En orthodontie, les examens de l'occlusion dentaire, du fonctionnement des ATM, un diagnostic précis de leurs pathologies, les objectifs thérapeutiques qui en résultent et un plan de traitement pour les atteindre, ne sont pas optionnels mais obligatoires.

Pour ce faire, l'articulateur adaptable et les outils diagnostiques comme l'axiographe et l'indicateur de position mandibulaire sont des accessoires qui nous paraissent indispensables.

La définition que nous avons donné à la SANTOCCCLUSION, il y a une quinzaine d'années, correspond en tous points avec le consensus que vient de publier la HAS et qu'Antoine HAROUN a très bien développé dans un précédent bulletin.

Les interactions entre la posture et l'occlusion ne sont plus à démontrer. Les effets de l'ostéopathie, bien que très pauvres en preuves scientifiques, apportent quotidiennement un soulagement à de nombreux patients. On ne peut ignorer des résultats cliniques. Mais il ne faut pas pour autant sombrer dans l'ésotérisme et baser une bonne pratique sur ces seuls éléments.

Les mécanismes de l'occlusion sont de mieux en mieux connus et nous voudrions rappeler ici quelques principes simples qui ont depuis longtemps été vérifiés.

La relation centrée, dans le cas des articulations temporo-mandibulaires saines, correspond à la position des condyles dans les cavités articulaires lorsque la mandibule est en position de repos. Ce n'est pas la position forcée, en haut et en arrière, comme certains auteurs (Lauritzen etc.) l'avaient autrefois décrite, mais une position résultant du seul équilibre du tonus musculaire (Ricketts, Slavicek, Guelb) et de la posture. La posture assise, qu'il faut retenir, est celle qui est le plus couramment observée au cours de la mastication car c'est pendant cette fonction que les pressions maximum seront atteintes. C'est à ce moment précis et au cours de la déglutition que les arcades dentaires doivent encaisser ces pressions sans les transmettre aux ATM.

Il n'y a que trois traitements possibles des malocclusions : l'addition, la soustraction et le déplacement. Une malocclusion n'entraîne pas obligatoirement une pathologie des ATM.

LA SANTOCCCLUSION

LA SANTOCCCLUSION

LA SANTOCCCLUSION

Nous avons observé que, pour que la pathologie apparaisse, un traumatisme ligamentaire est indispensable (entorse, arrachement etc.). La cause la plus fréquente est l'extraction des dents de sagesse sous AG, le traumatisme ligamentaire, facilité par la disparition de la protection musculaire (curare), passe presque toujours inaperçue au milieu du tableau douloureux post opératoire.

Lorsqu'une pathologie des ATM existe, ouverture limitée ou déviée, douleurs et bruits divers, la position de repos est perturbée. Des contractures musculaires défensives réflexes apparaissent et il est impossible de retrouver la position de repos qui existait lorsque les ATM étaient saines. Les dispositifs provisoires interposés entre les arcades (gouttières, etc.) pour permettre d'éviter les contacts prématurés et les interférences néfastes vont apporter le soulagement puis la décontraction des muscles. A ce moment là, seulement, il sera possible de retrouver la relation centrée en position de repos. Toute réhabilitation occlusale doit avoir comme objectif de faire coïncider un engrenement maximum et stable des arcades avec la relation centrée et d'obtenir une protection incisivo-canine en dynamique. Si toutes les malocclusions n'entraînent pas obligatoirement une pathologie des ATM, tous les traitements de ces pathologies qui ont obtenu un bon résultat stable, ouverture normale et disparition des douleurs, ont atteint cet objectif. Beaucoup l'auront compris, la difficulté est de trouver cette position, qui, je le rappelle, pour nous, doit faire coïncider la relation centrée avec la position de repos.

La méthode que nous préconisons pour obtenir une relation centrée précise et reproductible est la suivante :

- le patient est en position assise (de mastication) non forcée (chaise ou fauteuil sans appuyer la tête dans la tête).
- sa tête est haute et son regard est porté au dessus de l'horizon afin que les tissus mous de son cou soient dépliés mais sans tension exagérée.
- Le dos de la langue est plaqué au palais, la pointe en arrière de la papille rétro-incisive.
- les dents sont disjointes en dimension verticale de repos, l'espace entre les arcades est alors de 2 mm environ.
- l'enregistrement d'une cire de relation centrée destinée à permettre le montage sur un simulateur (articulateur adaptable) doit être réalisé dans cette position exacte en vérifiant au pied à coulisse la dimension verticale de repos.
- la cire doit donc être formée en U pour s'adapter à la forme des arcades sans gêner la langue.

- l'épaisseur de la cire ne doit pas dépasser de plus d'un ou deux millimètres l'espace inter-arcades de repos afin que seules les cuspides soient marquées sans effort et qu'on ne puisse jamais voir l'empreinte de sillons. Aucun contact dentaire ne doit traverser la cire.

Après enregistrement de la position de l'arcade maxillaire par rapport aux ATM grâce à l'arc facial, cette cire de relation centrée sera interposée entre les arcades pour terminer le montage sur l'articulateur. Trois cires de protrusion et de latéralités gauche et droite permettront de programmer les cavités articulaires (boîtiers). En trois quarts d'heures, au maximum, nous aurons ainsi à disposition un simulateur sur lequel nous pourrons, à volonté, effectuer, sans aucun risque pour le patient, tous les traitements envisageables. Une fois l'addition (wax up), la soustraction (corono-plasties), le déplacement (set-up), ou un compromis de ces trois traitements vérifiés, l'articulateur programmé servira encore au laboratoire pour réaliser les auxiliaires du traitement (moules à composites, onlays, couronnes, bridges, guides implantaires, etc.).

La coïncidence de la relation centrée et de l'engrènement maximum et stable est le seul moyen de contention dont nous disposons pour permettre une disparition des symptômes voir une réparation des ATM. La préservation des dents et du parodonte

n'est donc pas le seul but visé en établissant une santocclusion. L'orthodontiste devra donc utiliser ses mécaniques pour positionner les dents comme le chirurgien-dentiste qu'il est devrait le faire avec une spatule à cire au laboratoire en réalisant son set-up. Si certaines dents sont bien placées avant traitement, elles devront devenir des dents « phares » et surtout ne pas être déplacées. Il faudra donc privilégier des mécaniques qui permettent des actions électives sur certaines dents ou groupes de dents. Seuls des mécaniques segmentées et leurs ancrages ou des implants osseux permettent de tels mouvements. Il faudra choisir les solutions les plus simples, les moins risquées, les moins coûteuses.

Il n'est pas sûr qu'un praticien qui n'aurait pas mis en œuvre ces pratiques dans un traitement d'adulte et soit confronté à un échec et à une plainte soit en mesure de se défendre devant une juridiction. En effet, si la croissance doit être évaluée, espérée et remise en marche chez un enfant pour compenser des décalages squelettiques, il n'en est pas de même chez l'adulte où aucune compensation squelettique n'est possible hors chirurgie.

S'il est une discipline où la précision est reine c'est bien l'occlusion, une coronoplastie bien conduite portant sur quelques centièmes de millimètre peut soulager voir guérir un patient. Mais partir directement en bouche avec sa turbine sans avoir vérifié son hypothèse sur un articulateur est forcément un geste irréversible, il vaut mieux être sûr de soi.

Georges BERNADAT

