

Occlusion dentaire



Des informations de cet article ou section devraient être mieux reliées aux sources mentionnées dans la bibliographie ou en liens externes.

Améliorez sa vérifiabilité en les associant par des références.



Cet article ou cette section a trop de liens externes.

Les liens externes doivent être des sites de référence dans le domaine du sujet. Il est souhaitable — si cela présente un intérêt — de citer ces liens comme source et de les enlever du corps de l'article ou de la section « *Liens externes* ».

L'**occlusion dentaire** (latin : *occludere* = enfermer ; *claudere* = fermer) est la manière dont les dents supérieures (dents maxillaires) s'engrènent avec les dents inférieures (dents mandibulaires). Cette *intercuspidie* maximale est un état **statique** furtif dans les conditions naturelles : ce réflexe dure moins d'une demi seconde (485 millisecondes) lors de chaque déglutition salivaire (une déglutition par minute).

Chaque minute, les arcades dentaires oscillent entre **locclusion réflexe des dents (contraction isométrique, 485 ms/min) et le relâchement complet des muscles (59,5 secondes/minute), ou posture de « repos physiologique de la mandibule » (Occlusodontologie, 'Fig. 1).**

« *Ce repos physiologique est vivifiant pour toutes les structures de l'appareil odontostomatologique* » (A. JEANMONOD ^[1], 1988).

À défaut d'une phase suffisante de repos, le métabolisme des muscles posturaux passe d'une phase aérobie vers une phase anaérobie, avec production d'acide lactique. Pour le patient, ceci engendre une *gêne* ou des *douleurs musculaires* (crampes) dans toute posture mandibulaire, statique ou dynamique. Ces symptômes sont associés à la **maladie occlusale** (malocclusion dentaire, SADAM ou DAM).

L'occlusion *réflexe* des arcades dentaires ne doit pas être confondue avec l'occlusion *volontaire*, d'origine *iatrogène* lors des examens médicaux (dentiste, orthodontiste, radiologue): l'occlusion iatrogène n'a **aucune valeur** scientifique.

La **dynamique occlusale** s'inscrit dans les limites de la physiologie neuromusculaire : elle concerne toutes les positions et mouvements de la mâchoire inférieure, depuis la position de repos physiologique de tous ses muscles, jusqu'à la position réflexe d'intercuspidie maximale : c'est la *relation myodéterminée asymptotique*, ou *RMDA* (Occlusodontologie).

La **force de pesanteur** (*gravité terrestre*), ou *poids*, est une *constante* physique qui influence toutes les positions et les mouvements de la mâchoire inférieure chez le sujet placé en position verticale (assise, debout). En marge de toute influence iatrogène, l'étude de la **posture occlusale** répond, par voies strictement réflexes, à l'influence de cette force naturelle dans toutes les conditions, physiologiques et pathologiques.

Historique

L'école dentaire américaine

- 1898 ^[2] – **Classification d'E.H. Angle**. C'est une description des rapports artificiels entre les deux arcades dentaires. À partir de modèles en plâtre des deux maxillaires, disposés par les mains de l'opérateur (juxtaposition *iatrogène*) dans une des intercuspidations maximales (occlusion dentaire), le praticien observe les rapports antéropostérieurs entre les canines antagonistes et entre les cuspides dans le couple dento-dentaire des premières molaires permanentes. Pour cet auteur, la race blanche américaine était également la plus représentative des formes et contours harmonieux donnés aux statues du dieu grec Apollon. Bien que désuète et non scientifique, cette "*harmonie occlusale*" d'E.H. Angle est toujours d'actualité en *Orthopédie dento-faciale* (ODF), en *Chirurgie*

- maxillo-faciale* (CMF) et en radiologie protocolaire (téléradiographie de profil).
- 1924 ^[3] – “*Beverly B. McCollum discovered the first positive method of locating the **Hinge Axis**, a milestone in dental research*” (source : IAG American Section ^[3]).
 - 1930 ^[3] – “*Charles Stuart and Beverly B. McCollum developed the first semi-adjustable articulator called the **McCollum Gnathoscope***” (IAG AS ^[3]).
 - 1936 ^[3] - Création de la **Gnathology Society** : “*McCollum and Stuart devoted so much of their time and money to the development of **Gnathology**, a new science*” (IAG AS ^[3]).
 - 1948 ^[4] - National Institute of Dental and Craniofacial Research ^[5] (NIDCR), branche du National Institute of Health ^[6] (NIH) : « *NIDCR provides leadership for a national research program designed to understand, treat, and ultimately prevent the infectious and inherited craniofacial-oral-dental diseases and disorders that compromise millions of human lives* ».
 - 1964 ^[3] - Création de l' **International Academy of Gnathology, American Section** (IAG AS ^[7]) : « *The “Science of Occlusion” is considered one of the most complex and difficult subjects in dentistry. Therefore it is seldom taught in dental schools to the degree that it should be and **most graduates leave school with a very limited understanding of occlusion*** ». Cette académie survit principalement grâce aux cotisations généreuses de ses membres.
 - 1971 ^[8] – Création de l'**International Academy of Gnathology, European Section** (IAG ES ^[8]), un copié-collé de la section américaine (IAG AS ^[7]).
 - 1996 ^[9] – Première prise de conscience objective de l'inefficacité, voire l'inutilité de la « *pensée occlusale* » de l'école dentaire américaine, puisque celle-ci se base uniquement sur des classifications de symptômes (signes), mais sans jamais en chercher la(les) cause(s) anatomo-physiologique(s): “*There are significant problems with present diagnostic classifications of TMD, because these classifications appear to be based on signs and symptoms rather than on etiology*”.
 - 2004 ^[10] – Faute de membres cotisants, l'IAG ES ^[8], met définitivement la clé sous le paillason: « *5. Dissolution of the IAG Europe. The Secretary General considers to liquidate the IAG Europe by the End of 2004 and to propose the dissolution to the General Assembly in Lyon* ».
 - 2010 ^[11] – “*The mission of the **National Institute of Dental and Craniofacial Research** (NIDCR ^[12]) is to improve oral, dental and craniofacial health through research, research training, and the dissemination of health information*”. TMJ ^[11] (Temporomandibular Joint and Muscle Disorders ^[11]): « *For most people, discomfort from TMJ disorders will eventually go away with little or no treatment* ». Devant ce non traitement collectif, le patient deviendrait son propre thérapeute.
 - L'**American Association of Dental Research** (AADR ^[13]) approuve en **2010** sa déclaration des **principes** de traitement datant de **1996** (source ^[14]) : « *Les traitements sont basés sur l'utilisation de modalités thérapeutiques conservatrices et réversibles. L'évolution naturelle de nombreux cas de DAM suggèrent qu'ils ont tendance à s'améliorer ou à se résoudre avec le temps. L'intervention professionnelle doit être complétée de programmes d'auto prise en charge, au cours desquels les patients sont informés de leur maladie et éduqués quant à la manière de gérer leurs symptômes* » (SMD ^[15], “*Principes de traitement des dysfonctionnements de l'appareil manducateur (DAM), Nouvelles recommandations de l'American Association of Dental Research (AADR), traduction par la Société de Médecine Dentaire ^[15] belge, Le Point, n° 222 ^[16], septembre-octobre 2010: 35*).

Les écoles européennes

Angleterre

Évolutions anglo-saxonnes de la **Médecine fondamentale** :

- 1917 ^[17] – Découverte du **réflexe** mandibulaire chez le chat décérébré (C.S. SHERRINGTON).
- 1932 ^[18] – C.S. SHERRINGTON reçoit le Prix Nobel de Physiologie pour ses travaux.
- 1953 ^[19] – Finalisation de la découverte du **cycle de l'acide citrique** et son auteur, H.A. KREBS, reçoit le Prix Nobel de Biochimie.

Mystérieusement, l'école dentaire américaine ne se fera jamais le porte-parole de ces deux découvertes, pourtant capitales, en **Médecine générale**.

France

- En **clinique** dentaire, A. JEANMONOD ^[1] a développé l'**occlusodontologie** au contact de centaines de patients et en regard des **bases fondamentales** de la *Médecine générale*.
- Sous la pression de ses nombreux élèves, français et belges (R. STREEL, Directeur de l'*École liégeoise d'Occlusodontologie et de Prothèse implantaire*, ELOPI ^[20], 1980 ^[21]-2007), une synthèse livresque est apparue en 1988: "*Occlusodontologie, Applications cliniques*", CDP ^[22], Paris (France).

Union européenne

- Enseignements universitaires:
 - soit c'est le règne américanisé qui prime dans l'*enseignement universitaire* traditionnel (cours de *Gnathologie*) ou dans diverses *sociétés*, scientifiques ou non (IAG European Section ^[8], 1971-2004),
 - soit c'est une approche thérapeutique **clinique** spécifique qui parvient à se structurer, via les **bases fondamentales** de la Médecine générale.
 - Cependant, les vieilles habitudes **théoriques** de l'**Oncle Sam sont difficiles à détrôner : autant dire que c'est « David contre Goliath' »**.
- Bien que les écoles universitaires tardent à emboîter le pas, la **législation européenne** impose, depuis 1978, l'enseignement d'une "*occlusion dentaire et fonction masticatrice*":
 - **31978L0686** ^[23] - **Directive 78/686/CEE** du Conseil, du 25 juillet 1978, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres du praticien de l'art dentaire et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services.
 - **31978L0687** ^[24] - **Directive 78/687/CEE** du Conseil, du 25 juillet 1978, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du praticien de l'art dentaire.
 - Régime de reconnaissance des qualifications professionnelles ^[25]: **Directive 2005/36/CE** ^[26] du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, Journal officiel de l'Union européenne, L 255/22, 30 septembre 2005.
 - **Infractions** ^[27] à la législation européenne.
 - Source : Commission européenne ^[28] / Marché intérieur ^[29] / Services ^[30] / **Qualifications professionnelles** ^[31].

Bases fondamentales de la Médecine

Anatomie (Fig. 1)

- Les dents sont implantées sur la mâchoire inférieure et, à l'inverse du maxillaire supérieur, seul cet os est mobilisable par les muscles *manducateurs*.
- Chaque muscle a son antagoniste : lorsque le premier se met en contraction, l'action inverse, ou réaction, par le muscle antagoniste, est inhibée via les voies neuronales réflexes.
- La fonction musculaire physiologique est toujours régie par des **voies réflexes** (C.S. SHERRINGTON, 1917^[17], 1932^[18]), totalement indépendantes de la volonté de l'individu.
- Les voies réflexes sont modulées par différentes sources, sensibles et sensorielles. Notamment, les propriocepteurs desmodontaux, ou organelles situées entre la dent et l'os, au sein du parodonte (*périodonte*).
- Les propriocepteurs desmodontaux ont une précision mécanique de l'ordre du centième ou du millième de millimètre, soit l'épaisseur d'un cheveu.
- Les propriocepteurs desmodontaux sont les **déterminants de l'occlusion** (A. JEANMONOD^[1], 1988).
- La position dynamique spatiale *réflexe* de la mandibule (**Mdb**), ou *posture mandibulaire*, dépend des muscles *masticateurs* (m. *temporal*, m. *masséter*, m. *ptérygoïfien interne*, m. *ptérygoïdien externe*), des muscles *sus-hyoïdiens*, des muscles *sous-hyoïdiens*, des dix-sept muscles de la *langue* et de la *gravité terrestre* (**g**).

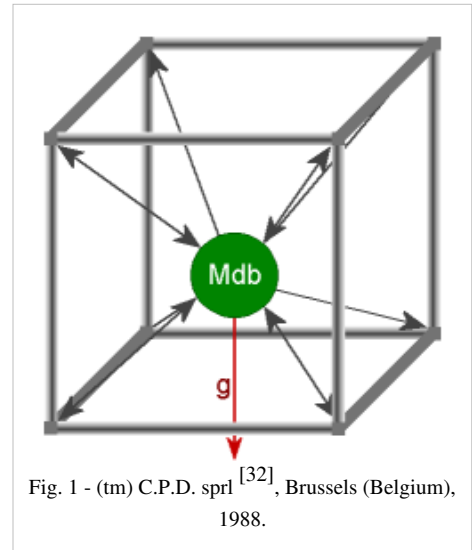


Fig. 1 - (tm) C.P.D. sprl^[32], Brussels (Belgium), 1988.

Physiologie et biochimie (Fig. 2)

- Les conditions physiologiques sont remplies lorsque le système consomme le minimum d'énergie (ATP) : "**R**".
- Dans les conditions physiologiques, le travail musculaire alterne avec des phases suffisantes de repos. Dans ce cas, le système fonctionne en aérobiose.
- La dysfonction naît d'une phase insuffisante de repos, conjuguée à l'anaérobiose : production d'acide lactique. Il s'ensuit fatigues musculaires, gênes, crampes et douleurs (myalgies).
- Tout muscle, contracté à plus de 30 % de la contraction maximum volontaire, voit ses veines pincées : le débit sanguin intramusculaire s'arrête.
- L'absence d'un débit sanguin conduit le métabolisme cellulaire en anaérobiose (H.A. KREBS, 1953^[19]).
- La dysfonction occlusale concerne autant des rapports défavorables entre les dents supérieures et inférieures, que des chemins aléatoires d'ouvertures et de fermeture des mâchoires.
- La dysfonction occlusale et les parafonctions (bruxisme, succion du pouce, onychophagie, etc.) augmentent la consommation d'énergie (ATP) et au détriment de la phase de repos physiologique des muscles.

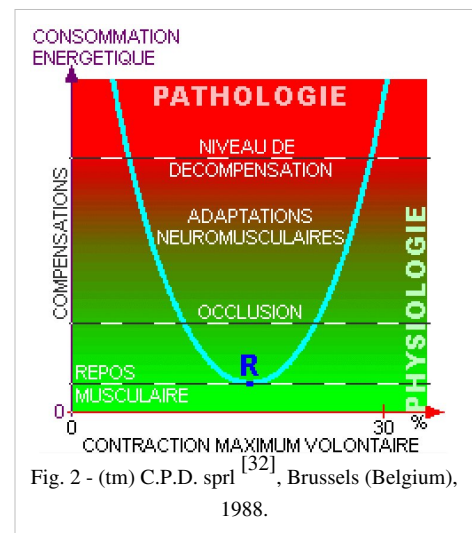


Fig. 2 - (tm) C.P.D. sprl^[32], Brussels (Belgium), 1988.

Dents et occlusion réflexe

Occlusion volontaire

Lorsque les dents sont en occlusion **volontaire**, on distingue sur les faces triturantes des dents, ou *faces occlusales* :

- les cuspides d'appui, ou cuspides travaillantes. Ce sont les cuspides qui s'appuient sur les dents antagonistes;
- les cuspides guides, ou cuspides non travaillantes. Ce sont les cuspides qui permettent de guider l'occlusion vers la fermeture complète, ou engrènement des arcades dentaires antagonistes (opposées);
- les cuspides palatines des dents maxillaires (supérieures) s'engrènent dans les fosses des dents mandibulaires (inférieures) ; les cuspides vestibulaires des dents mandibulaires s'engrènent dans les fosses des dents maxillaires.
- Le plus souvent, l'examen de l'occlusion volontaire se réalise sur des reproductions en plâtre des arcades dentaires, jointes par des cires occlusales (manipulations de P. DAWSON ^[33] en Gnathologie ^[7]) : les rapports entre les dents antagonistes ne sont pas constants d'une paire de cires occlusales à l'autre.

Différente de l'occlusion réflexe, l'occlusion **volontaire** ne représente qu'un intérêt purement didactique sur le plan clinique : faire mordre sur un papier carbone, *bleu* ou *rouge*, pour visualiser des contacts entre les couples dento-dentaires. L'analyse occlusale des patients ne peut **jamais** se limiter à l'étude de l'occlusion volontaire, pas plus qu'à des clichés instantanés de radiographie, ni à des modèles en plâtre volontairement juxtaposés (E.H. ANGLE ^[34] et sa *Classification* ^[35], 1898). En fait, l'occlusion volontaire représente très peu d'intérêts pour les patients.

Or, c'est trop souvent le cas en Gnathologie ^[7] depuis 1924 ^[3] : l'extrême variabilité des rapports occlusaux conduit aux *meulages sélectifs*, *gouttières occlusales*, *extractions préventives*, *contentions à vie* (Orthodontie - ODF), *chirurgie orthognathique* (Chirurgie maxillo-faciale), , etc. ; mais sans jamais tenir compte des voies réflexes, ni de la perception proprioceptive du patient. Le plus souvent, ces pseudos traitements, seulement cautionnés par la Gnathologie, conduisent à une perturbation profonde de la fonction physiologique : ils induisent, révèlent ou aggravent surtout la dysfonction occlusale.

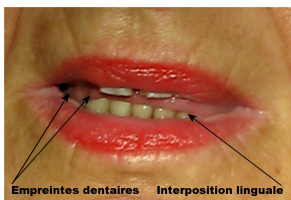


Fig. 3. Vidéographie numérique chez le patient adulte : *empreintes dentaires* et *interposition linguale* lors de la phonétique.

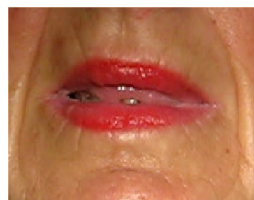


Fig. 4. Vidéographie numérique chez le patient adulte : *interposition linguale phonétique* : le patient se crée un *plan de morsure naturel*.



Fig. 5. Déglutition infantile : *interposition linguale* entre les deux arcades gingivales contenant les germes de la dentition lactéale.



Fig. 6. Déglutition infantile : *interposition linguale*. Eversion de la lèvre inférieure et plastron mentonnier (nerf VII).

Déglutition salivaire dysfonctionnelle

La déglutition salivaire atypique n'est qu'une prolongation, chez l'adulte, de la déglutition infantile. Dans toute fonction buccale, la langue s'interpose toujours entre les deux arcades dentaires antagonistes et il n'y a **jamais** occlusion *réflexe* des dents mandibulaires sur les dents maxillaires (Fig. 3 et 4), ni même stimulation dento-dentaire des *mécanorécepteurs*, ou *propriocepteurs desmodontaux*. Ces interpositions linguales, permanentes entre les deux arcades, induisent des *migrations dentaires* par pressions centrifuges omnidirectionnelles : versions, égressions, translations, récurrences orthodontiques, etc. Par conséquent, les rapports entre les deux arcades dentaires sont

variables à merci : le patient ne sait plus "*comment mettre ses dents*" et ceci contribue à un **stress** permanent. Plus de trois quarts de la population sont touchés par la déglutition dysfonctionnelle, mais seulement 15 à 17 % d'entre eux présenteront, peut-être un jour, les signes majeurs de la maladie occlusale : mal de tête, douleurs dans la nuque et le dos, craquement des articulations des mâchoires ("ATM"), difficultés pour ouvrir la bouche, fatigue générale, ronflement, accentuation des acouphènes, etc.

En présence d'une déglutition dysfonctionnelle, toute occlusion *volontaire* (voir ci-dessus) n'est nullement représentative des conditions *naturelles* et tout traitement, imposé par cette voie *iatrogène*, est toujours *intempestif*. D'où l'importance fondamentale d'un diagnostic correct du type de déglutition salivaire.

Au début de la vie, les organes dentaires sont absents dans la cavité buccale, alors que la **dimension verticale** est déjà présente : la déglutition du *liquide amniotique* débute vers le quatrième mois de la grossesse (Fig. 5 et 6). À l'inverse des *dogmes* produits par la *Gnathologie* depuis 1924^[3], la *dimension verticale*, ou *distance nez-menton*, est donc plus le résultat, depuis la naissance, du travail **réflexe** produit par la langue entre les maxillaires (découverte des réflexes : C.S. SHERRINGTON, 1917^[17]), que la simple juxtaposition *volontaire iatrogène* des deux arcades dentaires ("DVO", *Gnathologie*^[7]).

Déglutition salivaire fonctionnelle et occlusion réflexe

L'individu sécrète un litre et demi de salive par jour, soit un peu moins d'une demi tonne de cette sécrétion par an. Par voies **réflexes** diurnes et nocturnes, 1500 à 2000 déglutitions quotidiennes sont nécessaires pour transférer chaque bol salivaire de la cavité buccale vers l'œsophage. La fréquence correspond à une déglutition salivaire toutes les minutes. Parmi toutes les fonctions buccales, la déglutition salivaire représente le travail le plus important, en termes de *consommation énergétique* (Fig. 2).

L'occlusion **réflexe** des arcades dentaires **ne** se manifeste **qu'**au cours de la *déglutition salivaire fonctionnelle*, dite "*en dents serrées*" (Occlusodontologie). En fait, l'occlusion réflexe stabilise la mâchoire inférieure sur l'arcade dentaire supérieure. Seule cette configuration spatiale des deux arcades dentaires est *stable* dans le temps : elle permet à la langue de prendre appui sur un plancher buccal rigide, ou *muscle mylohyoïdien* tendu, pour évacuer le bol salivaire en haut et en arrière, de la voûte palatine vers l'oropharynx. Dans ces conditions strictement physiologiques, l'occlusion réflexe des dents dure 0,485 millisecondes (A. JEANMONOD^[1]). Cette occlusion **physiologique** des dents antagonistes est parfaitement *reproductible* au millième de millimètre près. Seulement dans ce cas, la consommation énergétique (ATP) est minimale (**R**) et des plus rentables.

Différents types d'occlusions dentaires

On distingue :

- L'occlusion statique, muscles de la mâchoire inférieure au repos physiologique (59,5 secondes par minute) ou muscles mandibulaires en contraction isométrique (*occlusion sensu stricto* ou *occlusion réflexe*, 0,5 seconde par minute, 1500 à 2000 fois par jour).
- L'occlusion dynamique, muscles de la mâchoire inférieure en contractions combinées, isotoniques et isométriques.
- L'occlusion volontaire, ou état de fermeture des deux arcades dentaires demandée au patient par le dentiste ou par le médecin radiologue. L'acte volontaire est à proscrire dans les diagnostics et traitements de la malocclusion, parce qu'il n'est pas constant, et donc, non reproductible.
- L'occlusion réflexe, ou occlusion naturelle saine ou occlusion physiologique. Celle-ci n'est possible que si les muscles, qui mobilisent la mâchoire inférieure, ou muscles manducateurs, ont une phase de repos physiologique suffisante, soit d'une durée proche de 59,5 secondes par minute.
- Dans l'occlusion des deux arcades dentaires, ou état de fermeture statique, les canines jouent un rôle protecteur prépondérant par la concentration élevée des propriocepteurs desmodontaux, ou petits éléments sensoriels, situés entre la racine de cette dent et l'os alvéolaire : ceux-ci sont précis au centième de millimètre, voir au micromètre

(millième de millimètre). À la première alerte, le réflexe d'ouverture mandibulaire de SHERRINGTON (1917^[17]) évite aux arcades dentaires de s'entrechoquer brutalement et ceci préserve l'émail des dents.

Relation myodéterminée

Tous les patients, qui présentent une déglutition salivaire dysfonctionnelle (75 % de la population), ou interpositions linguales entre les arcades dentaires opposées, ne se plaignent pas nécessairement des signes de la maladie occlusale. Dans ce cas, bien que la relation est myodéterminée symptomatique, les relations sociales n'en sont pas perturbées. Il n'y a donc aucun traitement à prodiguer. Tout au plus, on peut favoriser le maintien de cette situation déséquilibrée.

En l'absence du diagnostic correct de cette relation myodéterminée symptomatique, tout traitement intempestif peut devenir le révélateur de la maladie occlusale : obturation dentaire, orthodontie (ODF), chirurgie maxillo-faciale.

Dans la relation myodéterminée asymptomatique, ou "RMDA", le patient ne se plaint de rien et ses relations sociales sont parfaites. Comme le diagnostic occlusal ne révèle rien, il n'y a certainement aucun traitement à prodiguer. Malheureusement, ceci n'empêche nullement de rencontrer des malocclusions d'origine iatrogène : *meulages sélectifs* intempestifs, traitement orthodontique à but esthétique excessif (ODF), etc.

Dans une restauration prothétique fixe (couronnes métallo-céramiques unitaires), l'occlusion des arcades dentaires montre, de chaque côté, des contacts entre les dents des couples canines (1x), point de départ de la guidance canine pure ou de groupe, couples prémolaires (2x) et couples molaires (2x). Dans l'intercuspidatin maximale en RMDA, peu importe que les contacts inter-arcades se manifestent sur les cuspidés d'appui ou sur les cuspidés guides définies par la Gnathologie^[7] : ce sont tous les contacts répartis sur l'ensemble des arcades dentaires qui assurent la stabilité occlusale des deux maxillaires.

Une attention maximale est portée sur l'élimination rigoureuse des guidances non-travaillantes, sources constantes de dysfonctions ou de para-fonctions. La guidance non-travaillante est une prémolaire ou une molaire qui désengrène la guidance canine lors d'un mouvement de latéralité ou de protrusion. De son côté, le patient traduit l'existence de la RMDA par un confort inégalé depuis le placement de la restauration prothétique. Après le scellement définitif des prothèses, à l'aide d'un ciment " *Pierre*", tous ces ajustages nécessitent du temps : plusieurs consultations sont nécessaires et elles seront espacées d'au moins vingt-quatre heures chacune. Ceci donne du répit au patient pour prendre conscience de toute imperfection et laisse le temps aux corrections d'apporter une parfaite satisfaction.

Malocclusion et dysfonction

Gnathologie : une malocclusion dentaire, peut entraîner diverses pathologies qui entraînent à leur tour des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, ou Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur. (**Dental Distress Syndrome**). Ici, l'incidence neuromusculaire n'est pas prise en compte.

La dysfonction occlusale touche non seulement les dents, mais également et surtout les muscles posturaux et les circuits réflexes qui commandent ces muscles. Cette dysfonction débute souvent lors de la mise en place des dents définitives, entre six et douze ans (*permutations dentaires*). La déglutition salivaire infantile en est la cause la plus fréquente : en stoppant prématurément l'éruption dentaire verticale, elle induit une **infraclusion organique** (JEANMONOD^[1], Occlusodontologie^[32]) par 1500 à 2000 passages horizontaux de la langue entre les deux arcades dentaires lors de la phase de permutations dentaires (âge civil : de 6 à 14 ans).

À l'examen par *vidéographie numérique*, on constate que la déglutition atypique touche plus de 75 % de la population adolescente. À l'âge adulte, seuls 15 à 17 % de ces dysfonctions vont développer la *maladie occlusale vraie* : *gênes, douleurs* ou *crampes musculaires* qui s'intensifient au fil de la journée. Silencieux au départ, ces signes sont révélés à l'occasion d'un soin dentaire (*obturation, extraction, meulage sélectif, traitement orthodontique, etc.*), voire exacerbés lors des repas ou au décours de la soirée.

Globalement, ces *myalgies* sont à prédominance unilatérale, gauche ou droite. Elles peuvent concerner la tête (*tempes, douleurs en casque*), la nuque, les épaules, le dos ou les membres. Les douleurs finissent par s'opposer à

l'endormissement ou à tout sommeil réparateur, ce qui induit une *fatigue diurne* (sommolence des routiers). A la longue, l'épuisement s'installe et les **relations sociales** en sont fortement perturbées : *familiales* et *professionnelles*. Les consultations médicales se multiplient, mais sans apporter le moindre remède efficace. Le patient s'isole, déprime de plus en plus et, à défaut de tout traitement étiologique efficace, le *suicide* peut aussi apparaître, pour le patient dépressif, comme l'ultime solution salvatrice.^[réf. nécessaire]

Facteurs de dégradation de l'occlusion

- La déglutition salivaire infantile qui interrompt prématurément le décours normal de l'éruption des dents définitives au cours de la phase des permutations dentaires (âges civils : de 6 à 14 ans).
- La déglutition salivaire atypique, ou prolongement à l'âge adulte de la déglutition infantile, induit une migration insidieuse des dents.
- Toute réduction du temps de **repos physiologique** des muscles responsables de la posture des mâchoires (muscles manducateurs), voire la disparition pure et simple de ce repos musculaire, est le cofacteur essentiel conduisant à la **malocclusion** des dents. Ceci s'explique par la mise en place de *compensations* successives, statiques et dynamiques, ou *cercles vicieux* dégradant de plus en plus les *structures anatomiques* et la *fonction manducatrice*
- Extractions dentaires sauvages ou non compensées
- Dents abîmées génératrices d'une inoclusion ou sous-occlusion (absence de contact avec la ou les dents antagonistes)
- Bruxisme (grincements de dents) générateur d'une usure prématurée des dents
- Soins iatrogènes (obturation ou prothèse inadaptée, en surocclusion ou en inoclusion)
- *Meulages sélectifs*, une tradition liée à l'enseignement de la Gnathologie^[7] (McCollum^[3], 1924)
- Traitement d'orthodontie débuté trop tard, les extractions de dents saines étant un facteur aggravant
- Extraction de dent de sagesse
- Chirurgies maxillaires qui ne prennent pas en compte l'indispensable temps de repos physiologique des muscles manducateurs ou qui ne donnent pas la priorité au caractère réflexe de la fonction manducatrice

Conséquences d'une dysfonction occlusale ("malocclusion")

- Nécroses aseptiques de dents, suite à des micro-traumatismes répétés.
- Récession parodontale ou déchaussement d'une ou de plusieurs dents, d'origine non infectieuse.
- Mise en souffrance et dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire (craquements, douleurs, ressauts).
- Vrille et déséquilibre de la posture se traduisant par des problèmes musculo-tendineux (recours inconscient aux semelles orthopédiques, contractures, claquages, foulures, tendinite, arthrite, arthrose).
- Dyskinésie oculomotrice et troubles de l'accommodation visuelle.
- Maux de tête, céphalées, migraines, douleurs posturales diverses, dans les muscles cervicaux (nuque) et les épaules en particulier.
- Ronflements, apnée du sommeil, acouphènes
- Dégradation à terme de l'état général avec évolution possible vers la fibromyalgie dans sa forme de fatigue chronique.
- Sommeil perturbé par les myalgies posturales (douleurs musculaires, crampes) et surtout en fin de journée : endormissement pénible, réveils nocturnes, fatigue chronique et dépression.

Notes et références

- [1] <http://www.academiedentaire.fr/membres/132-albert-jeanmonod>
- [2] http://users.skynet.be/occlusion/patients/glossaire/8_extreme.html
- [3] <http://www.gnathologyusa.org/History.html>
- [4] <http://www.nih.gov/icd/>
- [5] <http://www.nidcr.nih.gov/>
- [6] <http://www.nih.gov/>
- [7] <http://www.gnathologyusa.org/>
- [8] <http://www.gnatho-europe.org/>
- [9] <http://consensus.nih.gov/1996/1996TemporomandibularDisorders018html.htm>
- [10] http://www.gnatho-europe.org/de/05_login/excominutes
- [11] <http://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/Topics/TMJ>
- [12] <http://www.nidcr.nih.gov/OralHealth/>
- [13] <http://www.aadronline.org/>
- [14] <http://www.aadronline.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3465>
- [15] <http://www.dentiste.be/>
- [16] <http://www.dentiste.be/Le%20point/LP%20222-web.pdf>
- [17] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1402712/pdf/jphysiol01765-0058.pdf>
- [18] http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1932/
- [19] http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1953/
- [20] <http://implant.be/>
- [21] <http://users.belgacom.net/implant/main01fr.html>
- [22] <http://www.editionsmdp.fr/>
- [23] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31978L0686:FR:HTML>
- [24] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31978L0687:FR:HTML>
- [25] http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/vocational_training/c11065_fr.htm
- [26] http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2005/l_255/l_25520050930fr00220142.pdf
- [27] http://ec.europa.eu/community_law/infringements/infringements_fr.htm
- [28] http://ec.europa.eu/index_fr.htm
- [29] http://ec.europa.eu/internal_market/index_fr.htm
- [30] http://ec.europa.eu/internal_market/top_layer/index_19_fr.htm
- [31] http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/index_fr.htm
- [32] <http://occlusion.be/>
- [33] <http://www.thedawsonacademy.com/>
- [34] [http://www.anglo.org/doi/abs/10.1043/0003-3219\(1989\)059%3C0295:AOAC%3E2.0.CO%3B2](http://www.anglo.org/doi/abs/10.1043/0003-3219(1989)059%3C0295:AOAC%3E2.0.CO%3B2)
- [35] [http://www.ajodo.org/article/0889-5406\(92\)70030-E/abstract](http://www.ajodo.org/article/0889-5406(92)70030-E/abstract)

Annexes

Articles connexes


- Occlusodontie

Bibliographie

- Michel Clauzade, Bernard Darailans : *L'homme, le crâne, les dents*. SEOO Éditeur
- Albert Jeanmonod : *Occlusodontologie. Applications cliniques*. Éditions CDP (Cahiers de Prothèses) 1988, 358 p. (ISBN 978-2-902896-32-5) (traduit aussi en italien)
- Albert Jeanmonod *De l'occlusion pathologique à l'occlusion en relation myo-centrée*. Cah Prothese (6(22):105-26, 1978) ISSN: 0397-1643
- Francis Linglet : *Troubles de l'appareil manducateur*. Ed Roger Jollois
- Louis Nahmani : *Fonctions et dysfonctions dentaires, occlusales cranio-mandibulaires et vertébrales. T.1, théorie et pratique*. Ed Comedent 1990, 309 pp.
- Louis Nahmani : *Correspondances Mandibulo-craniennes*, Référence Ostéopathie n° 1, juillet 2010.
- Daniel Rozencweig : *Algies et dysfonctionnement de l'appareil manducateur*. Ed CDP

- Estelle Vereeck : *Le Pratikadent, dictionnaire pratique des atteintes dentaires*. Ed Luigi Castelli
- Claude Lévy, Bernard Meyer: "Pathologies Temporo-Mandibulaires" Ed SID

Liens externes

- Orthoposturodentie (http://www.orthoposturodentie.com/articles.asp?art_link=944&lang=FR) Liens entre l'occlusion, l'ATM, la posture.
- Occlusodontologie (<http://occlusion.be/>). Croissance, réflexes, postures manducatrices et gravité terrestre. Liège-Bruxelles (Belgique).
- tmd.dentalmedical.org (<http://tmd-dentalmedical.org/site/index.php?lng=fr>). Marseille (France).
- Collège National d'Occlusodontologie (<http://www.occluso.com/login.php>), France.
- iocclusion (<http://www.iocclusion.com>) cas cliniques, opinions, lectures critiques
-  Portail de la médecine

Sources et contributeurs de l'article

Occlusion dentaire *Source:* <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?oldid=101687651> *Contributeurs:* Akeron, Arnaud.Serander, BonifaceFR, Claudelevy, CommonsDelinker, Dhatier, Dr. Horst Kares, Ggal, Grook Da Oger, Gzen92, JNélis, JeanneMish, Jemarstam, Leag, Morula, Occlusion, Ofix, Olnu, Pautard, Salix, Sand, Stockholm, Super-nicolas, Theus, Vortesteur, Warp3, 11 modifications anonymes

Source des images, licences et contributeurs

Fichier:Question book-4.svg *Source:* http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Question_book-4.svg *Licence:* GNU Free Documentation License *Contributeurs:* Tkgd2007

Fichier:External.svg *Source:* <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:External.svg> *Licence:* Public Domain *Contributeurs:* Bayo, Denelson83, FML, Insuranze, Lensovet, Lkopeter, Metalhead64, Rocket000, 2 modifications anonymes

Fichier:08dsd02.gif *Source:* <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:08dsd02.gif> *Licence:* Creative Commons Attribution-Sharealike 3.0,2.5,2.0,1.0 *Contributeurs:* Occlusion

Fichier:09occEnergie02.jpg *Source:* <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:09occEnergie02.jpg> *Licence:* Creative Commons Attribution-Sharealike 3.0,2.5,2.0,1.0 *Contributeurs:* Occlusion

Fichier:10-hma-01.jpg *Source:* <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:10-hma-01.jpg> *Licence:* Creative Commons Attribution-Share Alike *Contributeurs:* Occlusion

Fichier:10-hma-02.jpg *Source:* <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:10-hma-02.jpg> *Licence:* Creative Commons Attribution-Share Alike *Contributeurs:* Occlusion

Fichier:10-gv-01.jpg *Source:* <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:10-gv-01.jpg> *Licence:* Creative Commons Attribution-Sharealike 3.0,2.5,2.0,1.0 *Contributeurs:* Occlusion

Fichier:Baby_swallowing.jpg *Source:* http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Baby_swallowing.jpg *Licence:* Creative Commons Attribution-Share Alike *Contributeurs:* Occlusion

Fichier:Star of life2.svg *Source:* http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Fichier:Star_of_life2.svg *Licence:* Public Domain *Contributeurs:* Verdy p

Licence

Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0
[//creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/](http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/)