

ORTHOPOSTURODONTIE

Admin: Après l'intervention d'un formateur en orthoposturodentie il est apparu important de rappeler que toutes les formations en orthoposturodentie ne se valent pas. Certaines sont plus sérieuses que d'autres. Mais certaines le sont moins...

Dans l'article suivant nous allons parler de certaines approches orthoposturodentiques qui ont recours de manière abusive à des tests de type "kinésiologie appliquée" ou des "testings musculaires" pour évaluer un problème de mal-occlusion.

Ayant vu des patients suivis pour un traitement orthoposturodentique il est apparu évident que certains de ces patients auraient pu bénéficier d'une approche ostéopathique avant d'envisager une telle approche thérapeutique. Car la conséquence peut-être de recevoir une prestation orthoposturodentique pour des troubles qui ne relèvent pas d'une mal-occlusion...

Nous allons voir comment un patient peut recevoir un traitement orthoposturodentique alors qu'il n'en aurait pas besoin, lorsque la méthode de diagnostic est basée sur des tests de type "kinésiologie appliquée".

"Les plus grands sportifs y ont recours pour améliorer leur force, souplesse et équilibre."

Non, non, nous ne parlons pas du Power Balance, mais de l'**orthoposturodentie**.

Cette approche est d'ailleurs disponible pour le grand public chez tout **dentiste** qui s'est spécialisé en **occlusion** de l'**ATM** et **posturologie**. Autant vous le dire tout de suite, ça coûte plus que 35€. Pour un **traitement** la facture peut aller de 350€ à plus 5000€ pour les cas plus compliqués.

D'après les promoteurs de cette **approche thérapeutique** on peut corriger l'**occlusion dentaire** à l'aide d'une **gouttière**, une sorte de moulage que vous intercalez entre votre **mâchoire** supérieure et inférieure. De la podolo-**posturologie** de la **mâchoire** en quelque sorte (j'espère ne pas mettre mes pieds dans la bouche en utilisant cette comparaison). Modifier la position de votre **mâchoire** modifie la **position** de votre **tête** et change du coup, du cou au coccyx, la **mécanique vertébrale**. Théoriquement cela permettrait d'éradiquer certaines **douleurs et troubles chroniques** (douleur cervicale, douleur dorsale, lombaire, problème de genoux, acouphène, névralgie faciale, mastication...).

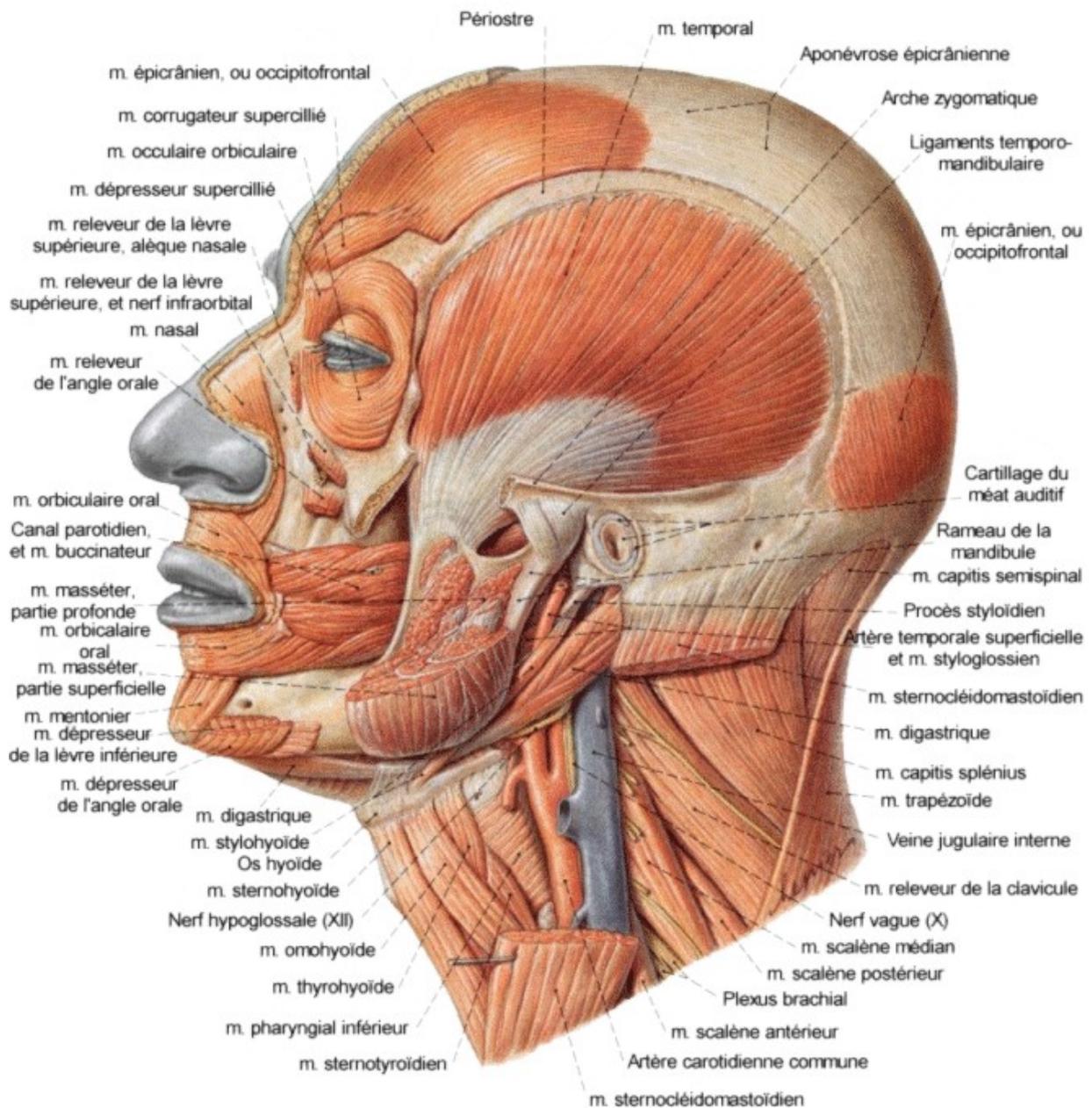
L'orthoposturodentie

Les convergences avec le modèle ostéopathique

Tout d'abord nous (ostéopathes) devrions nous réjouir qu'une telle approche vienne d'une **profession de santé** car implicitement cela valide le modèle ostéopathique. Ce modèle des dysfonctions somatiques, des chaînes lésionnelles et ce concept de holisme. Il faut le rappeler ces concepts ostéopathiques datent de la fin du XIXème et il aura fallu

un siècle pour que la dentisterie rejoigne ce courant de pensée. Oui les **professions médicales** s'inspirent parfois de courants dits "alternatifs".

Rappel anatomique



Chaîne ouverte, chaîne fermée

Une bonne **occlusion** c'est la garantie d'une continuité mécanique fasciale entre le sommet de la tête et la base de la gorge. Cela garantirait un maximum de stabilité et de force à des contraintes sur la tête et le cou. En effet une bonne **occlusion** permet au muscles de la mastication qui sont très puissants de ne faire plus qu'un entre le crâne et la **mandibule**. Ainsi les muscles de la gorge ont un effet direct sur le crâne car la

mandibule est “scellée” en place. Mais si il y a mauvaise occlusion alors la mandibule est légèrement désolidarisée du crâne, les muscles de la gorge voit leurs tensions amorties par cette mandibule “flottante”. Alors toute force s’exerçant sur la tête sera perçue comme étant d’une plus grande contrainte.

Vous pouvez faire l’essai par vous-même: entrouvrez votre bouche et poussez avec votre main sur votre front vers l’arrière et comparez en le faisant avec la bouche fermée (si vous avez une bonne occlusion bien sûr). Vous devriez ressentir plus de confort la seconde fois.

De même si vous imaginez soulever un poids. Si il y a mauvaise **occlusion** (soulever le poids la bouche ouverte) alors il y a une discontinuité dans la chaîne fasciale antérieure. En clair vous vous ouvrez par la bouche comme une banane. Par contre si vous avez une bonne occlusion et une chaîne antérieure close alors tout le haut de votre corps ne fait plus “qu’un”.

Si cela est vrai alors toute activité ayant recours à une meilleure stabilité du cou et de la tête pourrait être affectée par une pauvre occlusion. La boxe, la conduite sportive (F1,rallye...), l’haltérophilie, le tennis, le golf seraient des activités où une bonne occlusion aurait toute son importance.

Effet sur la posture

La position de votre **mandibule** va influencer sur la manière dont vous portez votre tête. Cela influe sur vos cervicales. Et comme un poids en haut d’une pile d’assiette va avoir un couple important sur le reste du corps une moindre modification de position va grandement influencer la **posture** et les tension des muscles posturaux.

Les divergences avec le modèle ostéopathique

La symétrie et l’asymétrie

La symétrie en **orthoposturodentie** est importante. La symétrie “ça fait équilibré”, c’est vrai que ça fait bien.

En ostéopathie la symétrie n’est pas si importante, ce qui est important c’est la capacité à compenser. En clair une scoliose n’est pas problématique tant que le corps est apte à compenser. De même si vous avez une posture “parfaite” mais que vous n’êtes pas apte à compenser alors au moindre pas, les articulations arriveront en buté articulaire => la douleur est assurée.

Cette différence pourrait s’expliquer par le rôle attendu des structures : mobilité et adaptabilité en ostéopathie et stabilité en **orthoposturodentie**.

Holistique ou Holy grail

L’**orthoposturodentie** se revendique être holistique comme thérapie en ne travaillant que sur l’**occlusion** de la **mâchoire**. Quelle est la quantité de personne souffrant d’un problème d’occlusion ? 1, 5, 10, 20, 50 ou 70% des gens ?

Si le pourcentage est très élevé alors de nombreux **ostéopathes** devront revoir leur copie et repenser sérieusement leur diagnostic ostéopathique (moi le premier). Car bien que travaillant fréquemment sur les **ATM** (articulation temporo-mandibulaire) de patients, je n'ai jamais pu mettre en évidence un lien direct entre un problème de lombaire basse, douleur thoracique ou problème de genoux avec une dysfonction de l'**ATM**. Par contre le fait qu'il y ait corrélation entre l'**ATM** et des tensions au niveau des hautes cervicales et par conséquent sur la mécanique du cou, oui plusieurs fois il m'a été possible de le constater. Maintenant, est-ce à cause de la **mal-occlusion** ? est-ce dû à un effet idéomoteur ? à un vieux "whiplash injury" ? Puisse cette douleur de cervicale avoir d'autre origine que celle d'une **mal-occlusion** ? Il en est de ma croyance que les origines peuvent être diverses et variées.

Se peut-il que les dentistes ou autres thérapeutes adeptes de l'**orthoposturodentie** tunnélisent sur la **mal-occlusion** et son importance ? Et deviennent ainsi victimes d'un simple biais cognitif ?

Les zones d'incertitudes

Comme toute approche thérapeutique on peut trouver de petites failles d'incertitudes dans le modèle de l'**orthoposturodentie** notamment au niveau du diagnostic. En effet une partie du diagnostic sur lequel va se baser le traitement repose sur des tests subjectifs qui testent l'équilibre la flexibilité ou la force dont un des tests est de type **kinésiologique**.

Un test de type kinésiologique

Variante de test de kinésiologie en orthoposturodentie

L'un des principes de la **kinésiologie** est de tester l'impact d'un stimuli extérieurs en testant votre force musculaire. Si ce stimuli vous perturbe alors on remarquera une faiblesse musculaire des muscles testés.

Dans le cadre de l'**orthoposturodentie** on intercalera par exemple des épaisseurs de papier entre les dents >< et on testera la résistance musculaire.

*L'avis de l'admin: La **kinésiologie** est aussi intéressante que subtile à utiliser. Dans de nombreux cas on testerait plus la croyance que l'on a vis à vis d'un stimuli que l'influence même du stimuli. Le thérapeute peut très fortement influencé le résultat par de la **suggestion** consciente ou inconsciente. Cela rend le diagnostic sujet à une mauvaise interprétation.*

Il existe différentes variantes des tests de type **kinésiologique**.

L'une des plus infameuses fût celle du Power Balance pour "prouver" l'efficacité du bracelet avec le test d'équilibre.

Vidéo d'ostéopathie-64 démontrant cette variante pour tester l'innocuité de l'alcool et du tabac.

James Randi démontre l'inefficacité de diagnostic d'une thérapeute utilisant la kinésiologie pour tester des cristaux durant un de ses shows pour le 10 000\$/1000000\$ challenge.

Et Derren Brown prouve à quel point la force musculaire peut-être influencée par la suggestion.

Ce mode opératoire de diagnostic est-il fiable à 100% ?.. Non.

Que penser alors d'une thérapie se basant sur une variante de ces tests pour élaborer son diagnostic?

Si une partie du diagnostic en **orthoposturodentie** repose sur une variante de ce test alors tout le protocole de diagnostic perd en précision. Quelles sont les conséquences sur les patients diagnostiqués ?

C'est une question qui sera répondu par le "paradoxe" (qui n'en est pas vraiment un) des **faux positifs**.

nous allons considérer pour la suite de la démonstration que le diagnostic en orthoposturodentie serait précis à 90% aussi bien dans sa capacité à diagnostiquer quelqu'un ayant un problème d'occlusion, positif que quelqu'un n'ayant pas de problème d'occlusion, négatif.

Le petit "paradoxe" des faux positifs

Avant de commencer cette partie il faut déterminer quel % de personne pourrait recevoir un effet notablement bénéfique d'une gouttière orthoposturodentique. Admettons que 20% de la population ait vraiment un problème important et significatif d'occlusion qui mérite d'être corrigé. Peut-être est-ce plus, peut-être est-ce moins... Difficile de savoir. Mais cela ne change pas grand chose à la réalité de l'existence de ce "paradoxe". La démonstration suivante est une version simplifiée du 'paradoxe officiel'. A voir le site de Sham ou wikipedia

Prenons 1000 patients potentiels. Nous voulons savoir si ils sont atteints d'un problème d'occlusion qui perturberait leur équilibre postural et cela en ayant recours à un protocole de diagnostic (vu précédemment) qui aurait 90% de précision.

1. 20% des patients ont un problème d'occlusion

Si 20% d'entre eux ont un problème d'occlusion alors cela représente 200 patients. Comme le test de diagnostic est précis à 90% alors on arriverait à diagnostiquer en cabinet 180 patients qui ont un problème d'occlusion sur 200 qui en aurait réellement besoin. Autant dire que c'est un résultat très satisfaisant.

Mais,

2. 80% des patients n'ont pas de problème d'occlusion, mais attention aux faux positifs !

il y en a 800 qui n'ont pas de problème d'occlusion. Or le test de diagnostic est précis à 90%. Donc il y a 720 patients qui sont bien diagnostiqués négatifs à un problème d'occlusion mais 80 d'entre eux sont diagnostiqués positifs alors qu'ils n'ont pas de problème d'occlusion ! Ce sont des "faux positifs".

3. Récapitulons :

Sur 1000 patients:

- 200 auraient réellement un problème d'occlusion: Sur ces 200, 180 sont diagnostiqués positifs et vont recevoir un traitement adéquate et 20 seront déclarés négatifs alors qu'ils en auraient besoin.
- 800 n'ont pas de problème d'occlusion: dont 720 sont diagnostiqués négativement et 80 sont déclarés positifs alors qu'ils ne le sont pas!
- Il y a au total 80+180 positifs soit 260. Il y a $80/260=30,7\%$ de chance pour que si vous êtes déclaré positif vous ne le soyez pas...

4. Comment varie la quantité de ces faux positifs ?

- Plus le test de diagnostic est imprécis dans sa capacité à déclarer négatif quelqu'un qui n'a pas de problème d'occlusion plus le nombre de faux positifs augmente.
- Plus le nombre de patients ayant réellement besoin d'un travail au niveau de l'occlusion diminue plus il y aura de faux positifs, car le nombre de patients testés qui n'a pas besoin de gouttière augmente.

Ces faux-positifs se verront offrir un traitement dont ils n'ont pas besoin... Et lorsqu'il faut déboursier plusieurs milliers d'€ pour un traitement complet, on peut commencer à se demander si ils n'ont pas étaient victimes d'une arnaque ...

Expérience professionnelle et avis personnel

Tout d'abord il est à rappeler que l'on voit les patients-échecs des autres thérapeutes et les autres thérapeutes voient les nôtres. Ainsi, le point de vue de l'admin est biaisé car il n'aurait vu principalement que des patients qui ont eu que peu ou pas d'amélioration par un traitement orthoposturodentique.

L'écriture d'un tel article a été motivé par un patient qui souffrait d'une douleur dorsale. Son dentiste lui a diagnostiqué un problème d'occlusion et l'a convaincu que sa douleur chronique avait pour origine une mal-occlusion. Après un travail important et/ou plusieurs milliers d'euros de moins plus tard, il ressentait toujours cette douleur. Lors de l'examen ostéopathique de fortes restrictions de mobilité viscérale ont été trouvées au niveau du foie et de l'estomac/duodénum. Il y avait une cicatrice à cet endroit précis à cause d'une intervention chirurgicale passée. Tout ostéopathe averti en manipulation viscérale devrait voir gros comme une maison le lien de proximité anatomique entre des adhésions cicatricielles issues de l'opération et cette douleur

thoracique et costale se situant strictement postérieure à l'intervention chirurgicale. Pour le non-initié sachez qu'une cicatrice peut influencer de manière majeure la posture (voir ici) de part l'influence mécanique du tissu cicatriciel peu élastique, de part la position antalgique chronique que le patient va adopter autour de cet endroit, et possiblement une hyper sensibilité mécano-neurologique avec une facilitation au niveau des métamères associés à l'innervation du duodénum/pylore.

De plus on pourrait aborder toute la partie émotionnelle liée à une telle intervention qui influence la réalité dans laquelle évolue ce patient aujourd'hui.

On pourrait bien évidemment argumenter que je remplace une théorie capillo-tracte par une autre. Peut-être... Ou qu'il y avait un problème d'occlusion et un problème d'adhérence cicatricielle. Peut-être aussi...

Plus tard ce patient qui me disait avoir ressenti une nette amélioration dans ses symptômes. Effet placebo ? peut-être aussi. Ou effectivement cette adhérence cicatricielle était la "lésion primaire" et était LA responsable pour ses douleurs, et sa mal-occlusion n'avait rien à voir avec cette douleur thoracique.

On ne peut être certain que rien ne venait de la mâchoire par contre il avait clairement sa gouttière en travers de la gorge.

Autres cas:

Sur une 15aines de cas il y a véritablement une fois où j'ai pu imputer l'amélioration d'un patient chronique à la pose d'une gouttière et 2, ou 3 fois une amélioration partielle pouvait avoir comme origine "la gouttière". Mais encore une fois peut-être suis-je biaisé dans mon interprétation de l'influence de l'**occlusion** sur l'ensemble de la mécanique corporelle.

Par contre de nombreuses fois j'ai pu constater des tensions cervicales hautes et migraines/névralgies en lien avec une dysfonction de l'ATM.

Bien que des collègues **ostéopathes** m'aient rapporté des douleurs de genoux ou du bas du dos provenant d'une **ATM** dysfonctionnelle, je n'ai jamais pu en mettre en évidence un lien direct entre une ATM et une partie distale du corps (dos, genou, cheville...). Je travaille pourtant régulièrement sur des **ATM** notamment par des techniques intra-buccales. Peut-être suis-je victime de mes biais cognitifs ou de mon manque d'expérience.

Conclusion

Il est souvent reproché aux ostéopathes par des professionnels de santé de flirter avec le charlatanisme.

Mais si ces tests de type kinésiologie appliquée sont effectivement très influençable par la **suggestion** alors ils seront imprécis et pourront influencer sur le nombre de faux-positifs (des patients qui n'ont pas de troubles d'**ATM** mais qui sont diagnostiqués comme si).

Les dentistes (des professionnels de santé) qui utilisent ce genre de tests (tests de type kinésiologie appliquée) vont alors traiter des patients par **orthoposturodentie** alors qu'ils n'en ont pas besoin. Cela leur coûtant parfois des sommes astronomiques, car oui, faire payer à un patient plus de 5000€ de soins pour une efficacité proche du nulle c'est clairement scandaleux et cela relève du charlatanisme ou en tout cas d'arnaque suffisamment importante pour être dénoncée!

Les dentistes n'étant pas compétents dans le domaine de la dysfonction somatique, il serait bon qu'avant de recommander une gouttière pour soulager des douleurs chroniques qu'un bilan et quelques séances d'ostéopathie, ou à la rigueur de la kinésithérapie ou de la chiropraxie (petite pique amicale) soient effectuées; car les TMS du patient ne relèvent peut-être pas d'une **mal-occlusion**.

Si un thérapeute trouve qu'un de ses patients est plutôt rigide et a une faible capacité à compenser mécaniquement et qu'il souffre de douleur récurrente, d'hypertonie au niveau des trapèzes et qu'il y a une mauvaise **occlusion** ou des tensions au niveau de l'ATM, de la langue ou de la gorge et un trouble de la posture important, il devrait alors songer à référer ce patient chez un dentiste spécialisé en occlusion après avoir essayé de libérer ces tensions par des traitements ostéopathiques complets et holistiques. Sans oublier l'importance de l'**effet idéomoteur** qui, représentant un état émotionnel directeur peut influencer la posture (posture introversion/extraversion par ex).

Mais on ne pourrait nier le fait qu'il soit fortement possible qu'un traitement **orthoposturodentique** puisse avoir une influence (positive) sur la biomécanique du cou et sur la posture. Certaines activités physiques pourraient alors en trouver aussi un bénéfice.