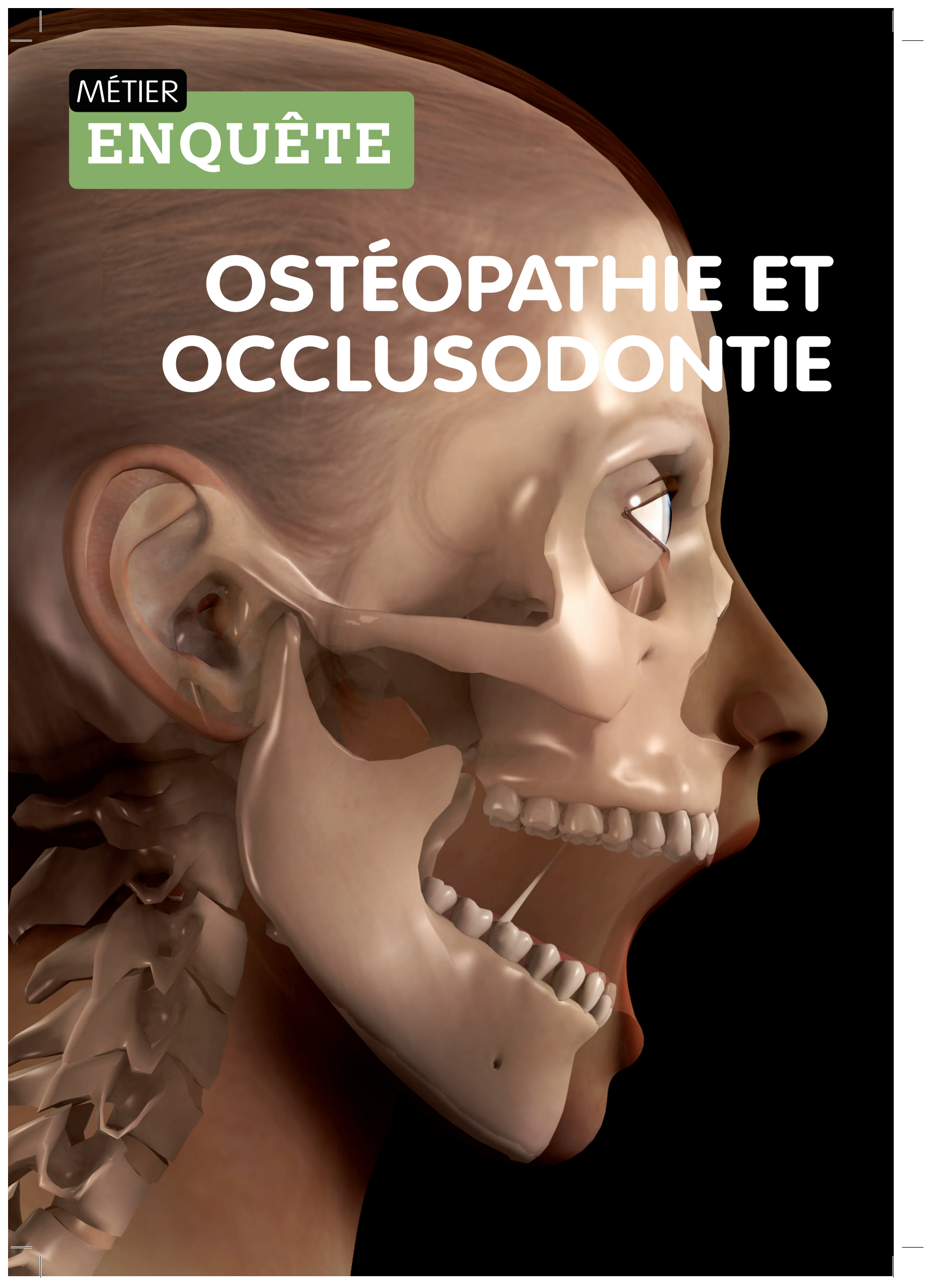


MÉTIER

ENQUÊTE

OSTÉOPATHIE ET OCCLUSODONTIE



UNE PRISE EN CHARGE PARTAGÉE

Point de départ et d'arrivée du mouvement mandibulaire, le terme d'occlusion dentaire évoque une notion de fermeture. L'occlusodontie représente la pratique clinique des thérapeutiques qui s'adressent à l'occlusion dysfonctionnelle. C'est une branche de la stomatologie qui vise à rétablir une bonne fonction au sein de tous les composants de l'appareil manducateur. Elle concerne aussi bien de bons contacts entre les dents du patient, l'occlusion dentaire, qu'une fonction réflexe asymptomatique des muscles qui mobilisent les maxillaires. Une définition fonctionnelle qui va dans le sens de l'ostéopathie, d'autant plus que l'ATM (articulation temporo-mandibulaire) occupe une place importante dans la pratique des ostéopathes. Le champ d'application des deux disciplines se recoupant, des collaborations entre ostéopathes et occlusodontistes apparaissent évidentes. Évidentes, mais pas forcément faciles. Comment peuvent-elles s'organiser ? Sur quels protocoles vont-elles s'appuyer ? Un sujet vaste dont voici une première approche.

Ostéo, posturo et occluso

Dans la prise en charge des pathologies liées à l'occlusion, l'abord postural est inévitable. Pourquoi ? La réponse de Bernard Gabarel : « L'ostéopathie, dans sa pratique, prend en compte et intervient sur la posture. Elle va la corriger et l'améliorer par l'intermédiaire, entre autres, des chaînes musculaires et fasciales. Or, des perturbations du système postural pourront modifier les contacts dentaires et faciliter les dysfonctions de l'ATM. D'autre part, l'ATM et l'ensemble de l'appareil occlusal font partie des exo-capturs du système postural (avec la plante des pieds, le système oculaire, etc.) et les troubles de l'appareil manducateur ont des répercussions sur l'appareil tonique postural. Ainsi, il existe d'étroites interrelations entre la posture, les dysfonctions ostéopathiques et les pathologies et dysfonctions de l'appareil manducateur ». La réponse de Benoît Raynaud : « La mâchoire est considérée en ostéopathie comme une entrée posturale. Une dysfonction au niveau de la mâchoire aura des conséquences sur l'ensemble sphère crânienne, cervicales, épaule et membres supérieurs ».

De plus en plus de patients souffrent de problèmes d'occlusion qui se traduisent par des douleurs, des craquements, des blocages, etc. Les causes sont nombreuses avec « en premier lieu le stress. À travers le bruxisme*, il imposera à la mâchoire d'importantes contraintes à l'origine de dysfonctions. Ensuite, les conséquences post-opératoires liées à l'arrachement des dents de sagesse, surtout en cas d'anesthésie générale. Enfin, les traumatismes directs (coups de poing, attitudes comme les mains sous le menton, etc.) et indirects (traumatisme cervical, whiplash avec les conséquences sur la base du crâne et la sphère crânienne, etc.) », énumère Benoît Raynaud, ostéopathe DO (voir page 32).

UNE PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE DU PATIENT

Pour répondre aux attentes de leurs patients, les ostéopathes devront avoir une approche plus large des problèmes d'occlusion. Ainsi, lorsqu'un patient consulte en première intention pour des problèmes d'ATM, le rôle de l'ostéopathe sera de déterminer, à travers l'anamnèse >>>



interview

Benoît Raynaud

Ostéopathe DO et intervenant pour les formations CIPAGO

« La mâchoire est l'articulation la plus sollicitée du corps humain. Il est donc très important d'entretenir une mobilité suffisante »



Après l'obtention de son DE de kinésithérapie en 1997, Benoît Raynaud suit une formation temps plein au COS Île-de-France jusqu'en 2004. Il est également titulaire d'un DU d'anatomie et possède une grande expérience dans la pratique de l'ostéopathie auprès des sportifs de haut niveau, notamment des golfeurs.

Comment se passe la prise en charge d'un patient présentant des problèmes d'occlusion ?

Après l'examen du patient, il faut déterminer le type de dysfonction : réversible, irréversible, réductible ou irréductible. Car dans le traitement de l'ATM, les résultats se mesurent en statistiques de réussite et en amélioration plutôt qu'en levée ou non d'une dysfonction. Si la dysfonction est réductible, l'ostéopathe, par des techniques de relâchement musculaire, pourra rééquilibrer les ATM. Si la dysfonction est irréversible, l'ostéopathe devra renvoyer son patient vers un dentiste, orthodontiste ou occlusodontiste pour la pose d'une gouttière. Ensuite, l'ostéopathe pourra intervenir sur la mobilité de la mâchoire du patient. Une intervention d'autant plus importante que la mâchoire est l'articulation la plus sollicitée du corps humain (plus de 1 000 fois/jour) et intervient dans de nombreuses activités (parole, alimentation, déglutition, etc.). Il est donc très important d'entretenir une mobilité suffisante de cette articulation.

Comment diagnostiquer une dysfonction temporo-mandibulaire ?

Il faut d'abord repérer les signes cliniques qui permettront de déterminer le type de dysfonction. Le diagnostic ainsi posé n'amènera pas nécessairement la réussite totale du traitement correspondant. Il s'agit de tester les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche, le mouvement avant-arrière (antépulsion-rétropulsion) de l'articulation et les mouvements de latéralité. En testant l'articulation sur l'ensemble de ces mouvements, l'ostéopathe peut identifier des lésions intra-articulaires : luxation discale réductible, irréductible, aiguë, collage discal, asynchronisme condylo-discal ou simplement des contractures musculaires qui limitent l'amplitude des mouvements (essentiellement des myalgies).

Comment ensuite traiter cette dysfonction temporo-mandibulaire ?

Nous commençons par un bilan classique avec des tests posturaux en position debout. Ensuite, nous faisons marcher le patient. En position couchée, nous testons l'orifice supérieur du thorax (OST), puis les cervicales, la base du crâne, la voute crânienne dans son ensemble pour finir sur des tests spécifiques au niveau des ATM (ouverture-fermeture, latéralité, etc.). Les dysfonctions les plus souvent rencontrées sont intra-articulaires. Le protocole

thérapeutique consiste à réaliser des techniques de détente et de relâchement des muscles temporaux, masséters, ptérygoïdiens, sus-hyoïdiens, etc. Cette normalisation articulaire se fait par des techniques douces d'inhibition, de décoaptation, etc. Une fois réalisées ces techniques, il faudra analyser le résultat obtenu. Malgré un soulagement et une amélioration de la mobilité, si une luxation est toujours présente, il faudra orienter le patient vers un dentiste ou un orthodontiste pour poser une gouttière. En effet, lorsque le ménisque se luxe vers l'avant, le condyle n'arrive pas à recapter le ménisque lors de l'ouverture et la dysfonction est en général irréversible. Il faut alors poser une gouttière de décompression ou de

repositionnement qui va soulager l'articulation et détendre cette région de l'ATM. Il y aura alors une amélioration avec ou sans recaptage du disque.

Comment se passe alors la collaboration avec le dentiste ?

De manière générale, les dentistes sont coopératifs car souvent notre intervention leur offre de meilleures conditions de travail en améliorant l'ouverture de la bouche de leur patient. Par ailleurs, la collaboration permet d'apporter une réponse complète aux patients.



Le CIPAGO

Le CIPAGO est une société scientifique créée à Bordeaux en 1998 par Yvan Mutel, en collaboration avec d'autres chirurgiens-dentistes, un médecin phoniatre et des ostéopathes. L'objectif est de favoriser la création d'échanges entre odontologistes et praticiens issus d'autres disciplines médicales, afin de faire progresser les diagnostics et les traitements de pathologies relevant de prises en charge interdisciplinaires.

De nombreux groupes de travail, conférences et rencontres entre chirurgiens-dentistes, orthodontistes, médecins généralistes et spécialistes, médecins homéopathes, ostéopathes etc., ont été organisés depuis la création du CIPAGO. À partir de 2010, il proposera des formations pratiques pour les chirurgiens-dentistes et orthodontistes portant sur les pathologies respiratoires du sommeil et les dysfonctionnements de l'appareil manducateur. Les enseignants sont chirurgiens-dentistes, orthodontistes, pneumologues, ORL, ostéopathes, etc.

Plus d'informations sur www.formation-dentiste-cipago.com

>>> et l'interrogatoire, s'il s'agit d'un problème d'occlusion primaire (douleurs suite à une extraction dentaire, à un traumatisme local ou encore conséquence d'un traitement orthodontique à l'adolescence, etc.). « Sur dix patients souffrant de problème d'ATM consultant un ostéopathe, seuls deux à trois relèvent d'un traitement pluridisciplinaire. Inversement, sur dix patients que reçoit un dentiste-occlusodontiste, deux à trois sont également destinés à recevoir un traitement pluridisciplinaire. Par ailleurs, il semblerait que les traitements orthodontiques de l'adolescent soient de grands pourvoyeurs de douleurs et de claquements d'ATM à l'âge adulte », précise Christian Defrance de Tersant, ostéopathe DO (voir page 37).

Lorsqu'un ostéopathe reçoit un patient en cours de traitement occlusodontique, avec notamment le port de gouttières, il devra chercher à savoir pourquoi celles-ci ont été prescrites. Pour cela, explique Yvan Mutel, orthodontiste et occlusodontiste, « la meilleure solution est de se mettre en relation avec le dentiste ou l'orthodontiste concerné car il faut décloisonner les différentes disciplines » (voir page 34). La réponse lui apportera probablement des informations supplémentaires pour poser son diagnostic et orienter son traitement. Il pourra, par exemple, réaliser les tests ostéopathiques de son choix, avec et sans gouttière, pour valider l'intérêt ou le réglage de celle-ci. « Ses conclusions seront à leur tour précieuses pour l'occlusodontiste qui sera conforté dans sa démarche ou qui pourra par, la suite, modifier ses choix thérapeutiques », conclut Yvan Mutel.



Les ATM, articulations particulières

Les ATM présentent de nombreuses particularités anatomiques et physiopathologiques spécifiques parmi lesquelles :

- La présence d'un ménisque actif, c'est-à-dire participant au déroulement de tous les mouvements, en coaptation parfaite avec le condyle mandibulaire ; il est plus souvent appelé disque que ménisque, d'où la locution « luxation discale ». La luxation discale survient lorsque le disque est projeté en avant du condyle : si ce dernier recapte le disque à l'ouverture buccale, on parle de luxation réductible (le bruit type claquement se produit à ce moment-là), alors que s'il reste bloqué derrière le disque, il n'y aura pas de bruit, mais une limitation d'ouverture souvent accompagnée de douleurs.

- Les ATM sont les seules articulations cinétiques (c'est-à-dire dédiées à la production d'un mouvement) siamaises ; cela explique le fait qu'une lésion articulaire est potentiellement vectrice d'une décompensation controlatérale.

Cette approche des pathologies relatives à l'occlusodontie nécessite de savoir quel professionnel effectuera le traitement. Une question d'autant plus difficile à aborder que les convergences sont fortes entre ostéopathes et occlusodontistes. Selon Yvan Mutel, « L'occlusodontie est une branche de l'odontologie et de la stomatologie, dédiée au diagnostic et au traitement des algies et dysfonctionnements de la sphère oro-faciale, et plus particulièrement des ATM ». Une approche fonctionnelle qui n'est pas sans rappeler la démarche ostéopathique. De plus, l'occlusodontie aborde également les pathologies de l'occlusion de manière globale. « L'occlusion n'est qu'un facteur étiologique potentiel parmi d'autres, jamais isolé, et même parfois totalement absent », rajoute Yvan Mutel. Une approche globale, partagée par les ostéopathes, qui rend donc possible une prise en charge pluridisciplinaire.

UNE CONVERGENCE ENTRE OSTÉOPATHES ET OCCLUSODONTISTES

Avec la même finalité, à savoir rétablir la fonction de l'appareil mandibulaire, les traitements, diagnostics et recherche étiologique seront différents. Il sera alors nécessaire de faire en sorte que les actions thérapeutiques soient complémentaires. Et pour être optimales, elles devront être coordonnées. D'où l'intérêt d'établir des protocoles. Ils pourront notamment déterminer les indications relevant de chaque thérapeute et la séquence des traitements à réaliser. Une séquence pas si évidente à définir : « La difficulté majeure dans ces protocoles est de définir l'origine de la cause primaire du problème concerné. Si elle est située au niveau de l'appareil manducateur, elle devra être traitée prioritairement par l'odontologiste. Si elle se situe à un autre niveau, sous forme de dysfonctions ostéopathiques, le type et le moment de l'intervention ostéopathique dépendra de sa nature crânienne, vertébrale, viscérale ou posturale », souligne Bernard Gabarel, ostéopathe DO (voir pages 28 et 38). >>>



interview

Yvan Mutel

Orthodontiste et occlusodontiste



« Une gouttière bien réglée permettra toujours au traitement ostéopathique de mieux s'exprimer localement »

Quelle est la définition de l'occlusodontie ?

Le terme « occlusodontie » est un néologisme communément admis à titre de commodité. Cependant, il est restrictif car il sous-entend que les pathologies concernées dérivent de dysfonctionnements ou d'anomalies de l'occlusion dentaire. L'étude de l'occlusion et des troubles s'y rapportant étant eux-mêmes regroupés sous le terme « occlusodontologie ». Or, comme une majorité de praticiens aujourd'hui, je suis persuadé que l'occlusion n'est qu'un facteur étiologique potentiel parmi d'autres, jamais isolé, et même parfois totalement absent.

Comment se positionne l'occlusodontie dans le milieu médical ?

L'occlusodontie est une branche de l'odontologie et de la stomatologie, dédiée au diagnostic et au traitement des algies et dysfonctionnements de la sphère oro-faciale, et plus particulièrement des ATM. De même qu'en parodontologie ou en implantologie par exemple, il existe des chirurgiens-dentistes spécialisés en occlusodontie. Mais il faut savoir que la seule discipline odontologique reconnue officiellement comme une spécialité, avec une codification à part, est l'orthodontie. Le diplôme de chirurgien-dentiste s'obtient après six années d'études et une thèse

d'exercice. Le diplôme de spécialiste en orthodontie nécessite quatre années d'études supplémentaires, soit dix ans au total.

Quelle place occupe l'occlusodontie dans votre pratique ?

Pour ma part, je pratique trois spécialités : l'orthodontie, qui représente 75 à 80 % de mon activité, le traitement dentaire des syndromes d'apnée du sommeil (10 à 15 %), en collaboration avec des pneumologues, des ORL et des allergologues, et l'occlusodontie (5 à 10 %).

Est-ce une activité en croissance ?

Très peu par rapport aux deux autres. Même si elle existe depuis l'avant-guerre, l'occlusodontie s'est peu développée comparée à l'orthodontie, la parodontologie ou l'implantologie. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat. D'abord, l'étiologie des dysfonctionnements de l'appareil manducateur est presque toujours plurifactorielle, ce qui implique une prise en charge compliquée et nécessairement pluridisciplinaire. Ensuite, chaque spécialité potentiellement concernée (dentiste, ostéopathe, rééducateur fonctionnel, rhumatologue, ORL, kinésithérapeute, psychiatre etc.), considère le problème de manière différente des

autres, compliquant la prise en charge interdisciplinaire. C'est pourquoi, le patient est souvent confronté à un véritable « parcours du combattant » avant d'être orienté vers la bonne équipe interdisciplinaire. Le taux d'abstention ou d'abandon thérapeutique est donc élevé. Enfin, pour les dentistes, une occlusodontie pratiquée dans les règles de l'art nécessite un investissement en temps et en matériel important pour une rentabilité faible. À titre d'exemple, un articulateur performant coûte entre 2 000 et 4 000 euros. Un axiographe électronique, 20 000 euros.

Quels sont les principaux motifs de consultation en occlusodontie ?

Les trois principaux types de symptômes évoqués par les patients sont d'abord les douleurs, ensuite les difficultés à ouvrir la bouche, enfin les bruits articulaires. Les douleurs sont le plus souvent localisées au niveau de l'ATM mais peuvent également siéger en tout point de la sphère crânio-faciale ; leur localisation est donc très variable, tout comme leur intensité, leur fréquence, leur étendue, leur mode d'apparition et d'irradiation. Les limitations d'ouverture buccale sont un motif de plainte lorsqu'elles sont importantes et deviennent handicapantes (difficultés masticatoires, impossibilité de soins dentaires, etc.) ou quand la douleur à

l'ouverture oblige le patient à en limiter l'amplitude. En revanche, les altérations qualitatives de l'ouverture buccale (déviations et déflexions) sont rarement un motif de consultation. Quant aux bruits articulaires, ils constituent un motif de consultation lorsqu'ils sont perçus comme gênants par le patient ou l'entourage (claquement sonore à l'ouverture buccale par exemple), ou bien quand ils sont associés, dans l'esprit du patient, à une gravité supposée du dysfonctionnement (« mâchoire qui craque »).

Par rapport aux motifs de consultation que vous décrivez, n'arrive-t-il pas que les patients vous consultent trop tard ?

La plupart d'entre eux consultent trop tard. Soit parce que la relative méconnaissance de ces dysfonctionnements dans le milieu médical a fait qu'ils ont été mal orientés ou mal pris en charge, soit par négligence, beaucoup ne consultant que lorsque des douleurs apparaissent. Néanmoins, il ne peut pas y avoir de réponse tranchée à cette question car l'évolution des dysfonctionnements de l'appareil manducateur est le plus souvent du cas par cas et il n'y a pas toujours de règles rationnelles. Cependant, nous pouvons apporter une réponse schématique sur les luxations discales : une luxation discale

réductible précocement à l'ouverture buccale aura de grandes chances d'être guérie avec une gouttière occlusale de repositionnement si elle est prise en charge rapidement ; en revanche, si le disque fuit plus en avant ou s'il y a évolution vers une luxation aiguë, les chances de guérison chuteront. Dans ce cas, il est cependant utile de recourir à un traitement occlusodontique pour limiter ou bloquer l'évolutivité lésionnelle, et à titre préventif pour l'ATM controlatérale qui est systématiquement obligée de compenser et sera de ce fait potentiellement sujette à une décompensation fonctionnelle. Pour les patients présentant un dysfonctionnement handicapant et résistant à tout traitement, le recours à la chirurgie consistera à éliminer le disque luxé et/ou déformé (ménisectomie), et à éventuellement le remplacer par un disque prothétique.

Comment se complète votre travail avec celui des ostéopathes ?

Je suis totalement convaincu de la complémentarité de nos deux disciplines. À mon avis, l'ostéopathie est toujours

potentiellement efficace dans les dysfonctionnements musculaires, les asynchronismes condylo-discaux, les luxations discales réductibles précoces et les luxations aiguës : dans tous ces cas, une gouttière sera un appoint utile, voire indispensable si le traitement ostéopathique donne un résultat instable – nous entendons souvent dire, de la part des patients, voire des ostéopathes, que « le traitement soulage mais ne tient pas ». En revanche, dans les luxations discales irréversibles, la décompression par gouttière sera souvent incontournable, voire suffisante. De toute façon, dans tous les cas, il y aura synergie : une gouttière bien réglée permettra toujours au traitement ostéopathique de mieux s'exprimer localement et le traitement ostéopathique permettra toujours de potentialiser l'action locale de la gouttière en gommant les tensions périphériques.



Comment déterminer le type de gouttière proposé au patient ?

Yvan Mutel, orthodontiste et occlusodontiste

« L'essentiel est de poser un diagnostic de qualité et de déterminer la bonne position mandibulaire thérapeutique »

Il existe de multiples familles de gouttières, avec des critères de classification à entrées multiples :

- Souples ou rigides
- Lisses ou indentées
- De repositionnement ou de décompression
- Totales ou partielles (plans rétro-incisifs par exemple)
- Sur mesure ou préformées (telles que le NITItss®)

Cette multiplicité contribue d'ailleurs à alimenter des polémiques stériles entre les partisans de tel ou tel type de gouttières. Ce sont le plus souvent de faux débats car l'essentiel est de poser un diagnostic de qualité et de déterminer la bonne position mandibulaire thérapeutique. Pour cela, le praticien qui

pratique l'occlusodontie doit posséder une formation solide et être équipé d'une bonne instrumentation pour une analyse la plus fiable possible. Il pourra alors choisir le bon type de gouttières, réaliser le bon réglage et assurer le suivi.

Pour ma part, j'utilise principalement des gouttières de repositionnement et des gouttières de décompression car ce sont les seules qui permettent un contrôle précis de la néoposition mandibulaire. Elles seront donc meilleures dans le traitement des ectopies discales et plus sécurisantes dans les traitements de longue durée. Chaque fois que cela est possible, je les place à la mandibule plutôt qu'au maxillaire car elles y sont mieux tolérées par les patients, parasitent moins la cinématique linguale, ainsi que le lien entre les chaînes linguale et faciale et entre les chaînes masticatrices antérieure et postérieure. De plus, elles ne dérangent pas le MRP par blocage de la suture intermaxillaire.

>>> DES TESTS SPÉCIFIQUES ET DES PROTOCOLES À DÉFINIR

Pour correctement aborder cette prise en charge complexe, l'examen du patient devra être minutieux et spécifique. « Il faut d'abord, explique Benoît Raynaud, repérer les signes cliniques qui permettront de déterminer le type de dysfonction : réversible, irréversible, réductible ou irréductible. Il s'agit de tester les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche, le mouvement avant-arrière (antépulsion-rétropulsion) de l'articulation et les mouvements de latéralité. En testant l'articulation sur l'ensemble de ces mouvements, l'ostéopathe peut identifier des lésions intra-articulaires : luxation discale réductible, irréductible, aiguë, collage discal, asynchronisme condylo-discal ou simplement des contractures musculaires qui limitent l'amplitude des mouvements, essentiellement des myalgies ».

À l'issue de cet examen, les résultats attendus par un traitement portant sur l'ATM seront exprimés sous forme de probabilités de réussite et en amélioration plutôt qu'en levée ou non d'une dysfonction. C'est là que réside l'intérêt de la pluridisciplinarité car certains cas nécessiteront une prise en charge par un occlusodontiste après l'intervention préalable de l'ostéopathe. Le rôle de ce dernier aura été, dans un premier temps et après avoir réalisé le bilan des dysfonctions présentes, de lever les dysfonctions « traumatiques » crâniennes, vertébrales et/ou périphériques afin d'obtenir une physiologie correcte sans laquelle les traitements suivants ne pourront être pérennes.

À quoi sert une gouttière occlusale ?

La gouttière occlusale a pour rôle d'empêcher les contacts entre les dents (occlusion dentaire) et d'obliger la mandibule à se mettre dans une nouvelle position lors de la fermeture, entraînant ainsi un nouvel équilibre musculaire et articulaire. Elle est faite sur mesure, à partir d'une empreinte des arcades prise par le praticien. Elle est réalisée en résine acrylique transparente ou en plastique dur thermoformable, pour permettre un port prolongé dans la journée ou la nuit. Elle recouvre la totalité des dents d'une arcade et doit être ajustée en fonction de l'objectif thérapeutique défini après le diagnostic. Elle sera portée pendant un temps limité de 2 à 6 mois selon le traitement.

La gouttière occlusale est prescrite chez les patients qui présentent :

- Un tic musculaire comme un serrement très important et très fréquent des dents. La gouttière occlusale, en changeant les habitudes du patient, renforce sa rééducation comportementale.
- Une mauvaise occlusion dentaire (dent absente, en mauvaise position, sans contact, etc.). La gouttière occlusale permettra de compenser les troubles de l'occlusion.
- Une abrasion des dents. La gouttière occlusale, en interposant de la résine entre les dents, évite le contact dentaire générateur d'usure.

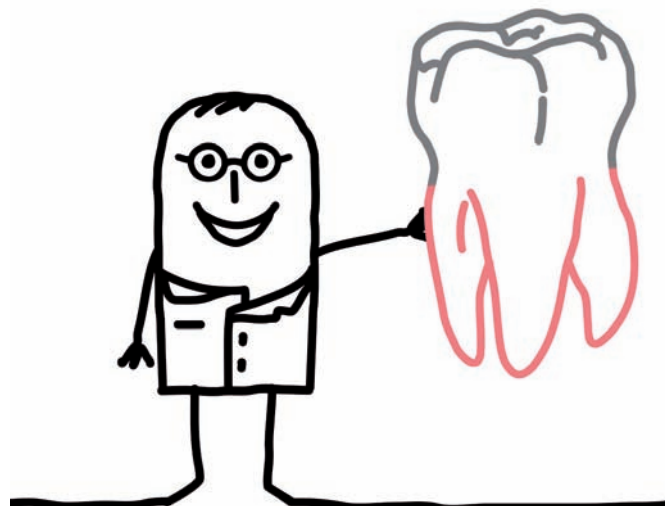
Pour construire cette prise en charge complémentaire et organiser cette collaboration, des protocoles de travail entre ostéopathes et occlusodontistes doivent être établis. De nombreuses initiatives ont amené à développer ces relations interprofessionnelles. Des démarches difficiles mais qui ont abouti à un certain nombre de réussites.

Ainsi, il y a une vingtaine d'années, Bernard Gabarel a dirigé au sein de l'IWGS (institut William Garner Sutherland) une formation destinée à enseigner, aux dentistes spécialisés et ostéopathes, comment travailler ensemble pour optimiser leur traitement. « Nous apprenions, par exemple, à utiliser conjointement les résultats des moulages, des examens axiographiques et céphalométriques au cours de traitements effectués en commun », décrit-il. À la même période, relate Christian Defrance de Tersant, « nous avons essayé de former des "couples" ostéopathe-dentiste au travers de formations aussi bien en France qu'à l'étranger, pour mettre en place les protocoles que nous avons définis ».

OSTÉOPATHE-DENTISTE : APPRENDRE À MIEUX CONNAÎTRE L'AUTRE

D'autres initiatives sont apparues sous d'autres formes. Le COS Aquitaine (collège ostéopathique Sutherland) a récemment organisé des journées de rencontres entre ostéopathes et étudiants de la faculté dentaire de Bordeaux pour les sensibiliser à la démarche ostéopathique. La prochaine étape de ce rapprochement sera la création d'une formation post-graduée commune pour amener une collaboration plus étroite entre les deux professions. Au sein de l'université de Lille, un DU clinique en thérapeutique occlusodontique et ostéopathique réunit ostéopathes et autres professionnels concernés par les troubles de l'occlusion (voir l'encadré page 39).

Yvan Mutel a également créé, en 1998, le CIPAGO (voir l'encadré page 32), société scientifique dont l'objectif est de favoriser la création d'échanges entre odontologistes et praticiens issus d'autres disciplines médicales pour faire progresser les diagnostics et les traitements de pathologies relevant de prises en charge interdisciplinaires. >>>





interview

Christian Defrance de Tersant

Ostéopathe DO

« Nous avons mis en place un concept et une méthodologie diagnostique permettant un traitement raisonné et ordonné »

Christian Defrance de Tersant a obtenu son DE de masseur-kinésithérapeute en 1967.

De 1972 à 1982, il a suivi des études d'ostéopathie au sein de différents organismes de formation : la société romande de physiothérapie en Suisse, la MTA (Manual Therapy Association) et le collège Atman. Il a également suivi de nombreux séminaires de formation continue.

Il s'est installé comme ostéopathe exclusif en 1984 et a enseigné au sein de nombreux établissements. Il a été fondateur et directeur des études d'Eurostéo et de l'IPÉO (institut privé supérieur d'ostéopathie). Aujourd'hui, il est référent du premier cycle d'études et responsable clinique au collège d'ostéopathie Atman. Il est l'auteur de l'ouvrage *Les sinus veineux du crâne : une clé des migraines*, éditions de Verlaque.

De quelle manière peuvent collaborer ostéopathes et occlusodontistes ?

Depuis plus de vingt ans, je travaille avec le professeur Louis Nahmani afin de construire une démarche commune entre ostéopathes et dentistes/occlusodontistes dans le cadre d'un concept que nous avons appelé « ostéo-crânio-mandibulaire ». L'ATM étant le révélateur du problème, il représente un carrefour incontournable pour le corps. À travers cette démarche nécessairement fonctionnelle,

nous avons construit un concept et une méthodologie diagnostique pour établir un traitement raisonné et ordonné. La série de tests ostéopathiques, occlusaux, posturologiques et kinésiologiques que nous employons, nous offre d'avoir un dialogue commun et un langage compréhensible par les deux professions.

Pouvez-vous nous présenter ce traitement ?

Il comporte la pose d'une gouttière thermoformée dite de « repositionnement mandibulaire » dont l'épaisseur est très faible, comprise entre 0,8 et 8 mm. Complète ou sectorielle, elle sera toujours posée sur la mandibule et non sur le maxillaire supérieur afin de ne pas perturber le mouvement crânio-sacré, donc l'homéostasie générale du patient. Son rôle sera myo-équilibrateur et proprioceptif. La gouttière est réalisée par le dentiste puis réglée en utilisant des tests ostéopathiques, posturaux et kinésiologiques pour obtenir la meilleure physiologie possible, tant au niveau général que local. Des contrôles sont réalisés environ chaque mois avec la gouttière en bouche. Nous menons des tests ostéopathiques spécifiques, pour notamment rechercher une bonne flexion-extension du crâne. À l'issue de ces contrôles, nous pouvons modifier la gouttière. Pour ces réglages, nous n'utilisons pas d'instruments de mesure.

Cas clinique

Une femme de 55 ans présente une très forte douleur au niveau de l'ATM. Elle souffre d'une subluxation de l'ATM droite.

Au cours de l'anamnèse, nous cherchons à savoir si elle a reçu un coup, si elle a croqué dans quelque chose de dur ou encore si elle a subi une extraction dentaire difficile. Sa réponse est négative et elle affirme que ses douleurs sont apparues progressivement. Il y a deux à trois ans, elle a suivi un traitement dentaire et la pose d'un bridge à trois éléments. Depuis, « elle ne se sent pas bien dans sa bouche ». Les douleurs sont apparues trois mois après la pose du bridge. Elle est donc retournée voir son dentiste. En raison d'un pré-contact, ce dernier a modifié la hauteur du bridge. Mais ses douleurs ont persisté et elle a commencé à ressentir des douleurs au niveau lombaire à type de sciatgie tronquée. Elle était très fatiguée, souffrait de maux de tête et affichait un état dépressif. En réponse à ses douleurs, elle a naturellement changé de posture pour essayer de se rééquilibrer.

Le traitement ostéopathe a pu la soulager, mais pour être efficace dans le temps, une réfection du bridge était nécessaire. Je l'ai donc adressée à un occlusodontiste avec qui je travaille régulièrement et que j'ai formé à notre protocole. Il lui a retiré le bridge en question. Ensuite, nous avons posé une gouttière que la patiente a gardée pendant six mois jusqu'à ce que les tests soient positifs et que cessent les douleurs au niveau de l'ATM. La gouttière a permis le myo-équilibrage des muscles mandibulaires et le retour à une physiologie correcte au niveau ostéopathe. La patiente a ensuite refait son bridge. La gouttière a conduit à une restauration progressive et à l'étalement du traitement prothétique dans le temps. Le traitement a ainsi duré huit mois pour un résultat très satisfaisant pour elle, tant dans sa bouche que dans son corps.

La gouttière est laissée en bouche pendant une durée pouvant aller jusqu'à plusieurs mois. À l'issue de cette période, nous réalisons à nouveau les tests, avec et sans la gouttière. Ils doivent alors être concordants dans les deux situations. Ensuite, une fois déterminée cette position d'occlusion, le dentiste peut réaliser la réhabilitation prothétique nécessaire pour maintenir cette occlusion fonctionnelle (bridge, rajout, implant, orthodontie sélective, etc.).

Comment améliorer la collaboration entre ostéopathes et occlusodontistes ?

La difficulté aujourd'hui est d'intéresser des dentistes à notre démarche conceptuelle

et holistique. Il y a vingt ans, à travers des formations en France et à l'étranger, nous avons essayé de former des « couples » ostéopathe-dentiste pour mettre en place les protocoles que nous avons définis. La prochaine formation se déroulera fin janvier 2011 avec pour objectif de reformer des équipes. Pour les ostéopathes et les dentistes-occlusodontistes qui travaillent déjà ensemble, cette formation essaiera d'apporter un plus dans leur dialogue.





interview

Bernard Gabarel

Ostéopathe DO

« La création de formations post-graduées communes permettra une collaboration étroite et très efficace entre nos deux professions »

Pourquoi ostéopathes et orthodontistes/occlusodontistes peuvent-ils se rejoindre dans leur activité respective ?

Ils ont en commun de nombreuses bases de réflexion et de travail. Elles rendent évidente et nécessaire la collaboration entre les odontologistes, en particulier ceux qui pratiquent l'occlusodontie ou l'orthodontie, et les ostéopathes. Par exemple, l'architecture et les différents étages de la croissance des os crâniens intéressent nos deux professions. Ces phénomènes orientent le type de traitement proposé et déterminent le moment propice d'intervention thérapeutique. Que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte, la complémentarité de nos deux professions amène à une optimisation des traitements engagés et à une stabilisation de leur résultat, tout en diminuant leur durée d'application.

Comment rendre effective la collaboration entre ostéopathes et occlusodontistes / orthodontistes ?

Une réelle collaboration n'est possible que si chacun des deux professionnels concernés connaît bien le métier de l'autre, non seulement au niveau du langage utilisé mais aussi du diagnostic et des techniques pratiquées. Il faut aussi, dans un second temps, établir des protocoles communs aux deux professions au niveau diagnostique et thérapeutique. Or, actuellement, ils ne sont pas

encore complètement définis ou, du moins, totalement acceptés. Ces protocoles génèrent, selon le trouble de l'appareil manducateur considéré, une meilleure coordination interprofessionnelle et rendent plus efficaces les actions thérapeutiques engagées.

Quelles sont les difficultés pour mettre en place ces protocoles ?

Les odontologistes concernés ont pris conscience que les dysfonctions manducatrices ont parfois pour origine des dysfonctions ostéopathiques crâniennes, vertébrales ou viscérales et les ostéopathes ont intégré que certaines dysfonctions crâniennes, vertébrales ou viscérales trouvent une cause primaire ou initiale au niveau de l'ATM ou des rapports dento-dentaires. Pour construire ces protocoles, la difficulté majeure est de définir l'origine de la cause primaire du problème concerné. Si elle est située au niveau de l'appareil manducateur, elle devra être traitée prioritairement par l'odontologiste. À un autre niveau, sous forme de dysfonctions ostéopathiques, le type et le moment de l'intervention ostéopathique dépendront de sa nature crânienne, vertébrale, viscérale ou posturale. Mais l'absence de formations post-graduées communes et de groupe de recherche sur nos problématiques rend difficile l'établissement de ces protocoles.



Vous avez développé des collaborations avec la faculté dentaire de Bordeaux. Dans quel objectif ?

À la suite de la journée « odontologie et ostéopathie » organisée le 24 juin dernier avec la collaboration du COS Aquitaine, et à la demande des responsables de l'enseignement dentaire universitaire, nous avons organisé une journée d'information le 7 décembre dernier pour sensibiliser les étudiants de la faculté dentaire à la démarche ostéopathique dans leur sphère d'intervention. L'objectif était de leur apporter une information théorique et pratique sur l'ostéopathie et ses possibilités au niveau de l'appareil manducateur. Nous organiserons une présentation réciproque auprès des étudiants ostéopathes. La prochaine étape sera la création de formations post-graduées communes qui, seules, permettront une collaboration étroite et très efficace entre nos deux professions.

Quel sera le programme de ces formations ?

Il devra porter en premier lieu sur la connaissance précise du langage, du diagnostic et du travail pratique de chacune de nos professions. Ensuite, sur l'apprentissage d'un protocole diagnostique et thérapeutique commun et de protocoles spécifiques à des pathologies particulières. Ces protocoles détermineront le rôle et le moment d'intervention de chacun des praticiens.

Cette démarche n'est pas récente pour vous ?

En effet, j'ai, déjà œuvré au rapprochement des deux disciplines. En 1985, avec mon confrère et ami Léopold Busquet, nous avons créé et assuré l'enseignement d'une formation post-graduée sur ce sujet. Nous avons également organisé à Paris une conférence réunissant de grands noms de l'occlusodontie et de l'orthodontie et des ostéopathes compétents dans cette matière. Sur invitation de la faculté dentaire de Toulouse, nous avons, au cours d'une formation post-graduée, présenté l'intérêt de l'ostéopathie pour les odontologistes. D'autre part, il y a vingt ans, j'ai dirigé, au sein de l'IWGS (institut William Garner Sutherland), une formation destinée à enseigner aux professionnels dentistes spécialisés et ostéopathes la manière de travailler ensemble.

Pourquoi ces démarches n'ont-elles pas abouti aujourd'hui à de véritables collaborations normalisées ?

D'abord, le fait que l'ostéopathie ne soit pas, jusqu'à ces dernières années, reconnue officiellement, a constitué un frein important. Ensuite, à cause de l'existence de courants de pensée et d'orientations différents et parfois contradictoires, que ce soit en odontologie ou en ostéopathie. Enfin, nos deux professions, en constante évolution, obligent à remettre en cause et à modifier certains protocoles déjà établis pour réactualiser notre complémentarité. C'est dommage car nos deux professions ont envie et besoin de travailler en collaboration. Heureusement, de nos jours, les conditions nécessaires sont réunies pour normaliser et officialiser cette collaboration.



>>> UNE FORMATION SPÉCIFIQUE POUR LES PATHOLOGIES D'OCCLUSION ?

La prise en charge de pathologies d'occlusion est complexe. Est-il pour autant nécessaire d'avoir des connaissances médicales ou dentaires particulières ? Pour Christian Defrance de Tersant, « il suffit de bien connaître cette région et posséder un protocole pour poser un diagnostic et des tests spécifiques. Les connaissances de base sur l'ATM sont normalement enseignées dans toutes les écoles d'ostéopathie et, en principe, un ostéopathe ne devrait pas passer à côté des problèmes relevant de l'occlusodontie ». En revanche, pour Benoît Reynaud, « Une formation spécifique est indispensable. Toutes les écoles proposent une approche sur les traitements des dysfonctions temporo-mandibulaires dans leur cursus mais une formation post-graduée est nécessaire pour approfondir ce sujet. Tous les ostéopathes devraient ainsi compléter leur formation car beaucoup de patients présentent des pathologies d'occlusion. Si elles ne sont pas prises en compte et traitées, il est possible que des traitements ostéopathiques ne soient pas efficaces dans le temps ».

La complémentarité de deux professions permettra d'optimiser les traitements engagés et stabilisera leurs résultats

tout en diminuant leur durée d'application. « Chez l'enfant, explique Bernard Gabarel, le travail préparatoire crânien et parfois cervical de l'ostéopathe facilitera ensuite le traitement orthodontique et diminuera le temps d'application de l'appareillage utilisé. Chez l'adulte, le traitement ostéopathique peut précéder ou accompagner ou compléter le travail occlusal ou orthodontique. Il facilitera l'équilibration de l'appareil crânio-mandibulaire et stabilisera ses résultats ».

L'ostéopathe tirera également parti de cette collaboration car un nombre important de dysfonctions ostéopathiques crâniennes, vertébrales, posturales et parfois viscérales ont une origine au niveau de l'ATM ou de l'occlusion dentaire. Elles ne pourront être réellement et totalement résolues que grâce à l'apport d'un traitement adapté occlusal ou occlusodontique. ■

** Bruxisme : parafonction manducatrice (mouvement inconscient sans but précis concernant l'appareil manducateur) soit par serrement soit par mouvement latéraux, nommé alors grincement de dents. Cette parafonction peut se manifester pendant la journée mais plus souvent durant le sommeil ; elle est alors généralement inconsciente.*

DU clinique en thérapeutique occlusodontique et ostéopathique

Organisé conjointement par la faculté de chirurgie dentaire de Lille et l'ISO Lille (institut supérieur d'ostéopathie), ce DU a pour but d'associer les traitements occlusodontique, ostéopathique et orthoptique dans une logique pluridisciplinaire. Il s'adresse aux ostéopathes DO, aux docteurs en chirurgie dentaire, médecins stomatologistes, médecins ophtalmologistes et orthoptistes DE.

À l'issue de cette formation, les différents praticiens pourront se comprendre et auront la possibilité de travailler ensemble sans pour autant se substituer les uns aux autres. Ils appréhenderont les relations existantes entre l'occlusodontie, l'ostéopathie et l'oculogyrie* lors du diagnostic et des traitements des dysfonctionnements crânio-mandibulaires. Ils pourront acquérir des connaissances en ostéopathie pour les chirurgiens dentistes, les stomatologistes, les ophtalmologistes, les orthoptistes et en occlusodontie pour les ophtalmologistes, les ostéopathes, les orthoptistes, afin d'améliorer leurs investigations cliniques réciproques, dans le souci d'une meilleure interactivité pluridisciplinaire. L'enseignement comporte 240 heures réparties sur une année universitaire : 130 heures d'enseignement théorique, 70 heures d'enseignement clinique et 40 heures réservées à la préparation d'un mémoire. L'enseignement théorique porte sur :

- l'anatomie (tête, cou, ceinture scapulaire, système crânio-sacrè),
- la neurophysiologie (nerf trijumeau, nerfs oculomoteurs, nerf spinal, réflexe vestibulo-oculo-céphalogyre, réflexe oculo-

céphalogyre, régulation des contractions des muscles masticateurs et de la posture, étude du stress et ses conséquences neurophysiologiques),

- la physiologie de l'appareil manducateur : cinématique des articulations temporo-mandibulaires, cinématique dento-dentaire et fonction linguale,

- l'imagerie médicale : la radiographie panoramique, transcranienne, le scanner, l'IRM,

- le concept ostéopathique crânio-sacro-mandibulaire : la posturologie anti-gravitaire, l'oculogyrie, les diagnostics odontologique, ostéopathique et orthoptique du dysfonctionnement crânio-mandibulaire,

- les traitements du dysfonctionnement crânio-mandibulaire : orthopédique, ostéopathique, orthoptique et traitement stabilisateur,

- la gestion des douleurs organiques et psychogènes.

L'enseignement clinique comporte la mise en place d'un protocole de diagnostic et de traitement du dysfonctionnement crânio-mandibulaire (odontologique, ostéopathique, orthoptique et psychologique) et l'apprentissage de tests cliniques permettant d'améliorer le diagnostic et les traitements des dysfonctionnements crânio-mandibulaires.

** Oculogyrie : processus réflexe qui coordonne les mouvements des globes oculaires dans les orbites.*

Plus d'informations sur : <http://chirdent.univ-lille2.fr/> et www.lille-osteopathie.fr