

La posture, reflet des interférences d'origine buccale

Thierry SANDRETTO *

HISTORIQUE

Des exemples anciens venant de l'antiquité nous interpellent sur l'influence des organes dentaires et de leurs avulsions sur des pathologies à distance. Ainsi, 600 ans av. J.-C., un roi assyrien fut guéri de ses rhumatismes après extractions de dents infectées.

Hunter (1910) évoque des modifications pathologiques à distance causées par des infections dentaires.

Billings (1911) énonce la théorie de l'infection focale. Cette théorie a été outre-Atlantique un prétexte à des édentations systématiques pour des affections diverses, aboutissant à la création d'un courant inverse niant le rapport de causalité.

Des théories ont été émises quant aux mécanismes incriminés dans la transmission et la propagation des phénomènes pathologiques de la dent vers un site distant. On peut les regrouper en quatre types :

- septiques :
 - bactériémie par affinité sélective
 - par anachorèse
 - toxémie
 - pyophagie
- aseptiques : par allergie bactérienne
- neurovégétative
- neurologique réflexe.

Classiquement, il est décrit par tous les auteurs l'existence d'un foyer dentaire primaire (infectieux) et d'un foyer secondaire à distance ou organe cible.

* Docteur en chirurgie dentaire. Orthodontiste.

Toutefois, aucune méthodologie d'examen et de diagnostic n'est cliniquement applicable dans le cadre quotidien de l'exercice de l'art dentaire.

Notre proposition consiste à établir une technique globale d'examen du patient afin de mettre en évidence les éventuels sites dentaires qui pourraient se révéler responsables de pathologies à distance.

MÉTHODOLOGIE PERSONNELLE POUR LA DÉTECTION ET LA CONFIRMATION DES INTERFÉRENCES D'ORIGINE BUCCALE

Première phase de recherche étiologique

L'examen classique exobuccal et endobuccal sera réalisé avant de s'appuyer sur la pratique du *testing* musculaire afin de détecter les dents perturbatrices. Toutefois, on pourra déjà suspecter différentes dents en fonction des examens complémentaires suivants :

- orthopantomogramme récent.
- analyse tensiométrique entre toutes les obturations métalliques à l'aide d'un simple voltmètre digital.
- analyse initiale posturale stabilométrique dents en contact ou non.

Le *testing* musculaire utilise les capacités de résistance du patient en contraction musculaire isométrique, le plus souvent sur un membre, en utilisant une force calibrée et permettant de bien verrouiller l'articulation du membre. Les variations de résistance musculaire indiquent la perturbation du système efférent moteur par une information périphérique nociceptive. Ainsi, nous sommes à même de découvrir des fonctions perturbées, des zones altérées ou des dents "neurologiques". Nos tests démarrent donc par la recherche d'un "muscle témoin", initialement fort, qui nous servira à vérifier des hypothèses diagnostiques.

Par exemple, nous demanderons au patient, après avoir calibré notre force bouche ouverte, de se mettre en PIM et ainsi détecter une occlusion très traumatogène (en terme de réactions à distance bien entendu). Cette manœuvre est appelée "test de défi occlusal".

Par ailleurs, en positionnant l'index du patient sur la couronne ou en regard de la racine, nous saurons si la dent est perturbatrice pour le système nerveux central. C'est la "localisation thérapeutique".

Chaque loge peut avoir son équilibre altéré par :

- mécanique
- inflammation – infection

- chimique
- physique
- psychique
- géophysique
- dents incluses.

Il convient dès lors de considérer deux règles importantes en méthodologie kinésiologique :

- un muscle témoin fort devient faible lorsque l'on touche (TL) ou lorsque l'on fait apparaître (défi) un phénomène pathologique.
- un muscle initialement faible ne peut récupérer sa force que lorsque l'on touche la cause de sa faiblesse, comme une dent neurologique.

Cette deuxième propriété est fondamentale puisqu'elle permet de relier de manière prédictive le foyer causal avec le muscle cible. Le *testing* musculaire est non seulement un formidable outil diagnostique mais aussi un excellent moyen de motivation et de prise en charge pour le patient.

Voyons plus en détail les sources d'interférences d'origine buccale :

- perturbations géopathiques
 - courants galvaniques de plurimétallisme
 - amalgames
 - corrosion intracristalline
 - isotopes radioactifs des céramiques
- perturbations psychiques
 - extraction difficile
 - choc traumatique
- perturbations biochimiques
 - médicaments de soins, endodontie
 - composites, résines, amalgame
 - métal prothétique, nickel, tenons
- perturbations structurales
 - prématurités occlusales, suroclusion
 - parodontopathies
 - pulpite chronique
 - nécrose pulpaire
 - dents incluses, kystes

Deuxième phase de confirmation des éléments étiologiques retenus

Après établissement de la dent perturbatrice, on procède à son anesthésie et on réenregistre la posture sur la plaque stabilométrique. On vérifiera l'anesthésie par le test kinésiologique ainsi que la disparition de la faiblesse du muscle associé. On pourra aussi vérifier que l'articulation incluse par le muscle retrouve une meilleure motilité.

S'il s'agit d'une fonction déficiente telle une déglutition antérieure, nous la corrigeons en mettant une compresse pour rétablir le rempart physiologique des arcades.

QUELQUES CAS CLINIQUES

1° cas : Patrice T. 16 ans. Footballeur.

Souffre depuis trois ans de douleurs au genou droit. Il ne peut plus faire de football comme auparavant. Médecin du sport et généraliste ont effectué tous les examens cliniques et radiologiques sans déceler d'altération de l'articulation.

Le 18/11/1999, la 48 apparaît neurologique. Après anesthésie, le muscle tenseur du fascia lata redevient fort, le test de Lasègue gagne 50 % et l'enregistrement podologique confirme son influence.

L'extraction est réalisée le 3/12/1999. L'activité sportive a pu être rétablie dès le mois suivant.

2° cas : M^{me} Françoise L. 63 ans

Consultation à visée holistique le 12/03/2001.

L'examen révèle deux dents perturbatrices à l'occlusion :

- 22 intacte en prématurité
- 25 présente un traitement endodontique non visible.

De plus quatre amalgames révèlent un potentiel important :

- 34 présente 400 mV
- 27 présente 200 mV
- 15 présente 300 mV
- 16 présente 250 mV.

Les amalgames de 34 et 35 ont été remplacés par deux inlays composites vestibulaires. La 27 est laissée en l'état en attente de pouvoir réaliser un inlay or.

Dans la semaine qui a suivi la dépose des amalgames de 34 et 35, l'épaule gauche, qui était jusqu'alors ennuyante pour la patiente, a récupéré de l'amplitude et du

confort. La patiente a confirmé cette impression avec son ostéopathe et son étio-pathe la semaine suivante.

3° cas : Stéphane K. 10 ans. Basket-ball

Il présente en septembre 2000 une béance antérieure avec interposition de la langue à la déglutition antérieure, béance de 2 mm avec un surplomb de 4 mm. L'occlusion latérale est correcte pour la dentition mixte.

L'enregistrement podologique initial est effectué dents en occlusion et béance obturée par une compresse.

La démonstration a permis de motiver les parents (réticents à un traitement interceptif précoce), car je pense que les entorses répétitives de la cheville droite sont dues à une langue perturbatrice.

Une plaque palatine amovible avec grille anti-langue est posée en septembre 2000. En deux mois, la béance se referme à 0 mm. En un semestre, le guide antérieur est normalisé.

Depuis la pose du dispositif, Stéphane ne s'est plus "tordu la cheville" et les parents me signalent la disparition de cervicalgies.

CONCLUSION

Cette méthode personnelle de diagnostic des interférences buccales correspond à la fois à une approche clinique (application du *testing* musculaire à l'odontologie) et à l'utilisation d'instruments de mesure qualitatifs reconnus (voltmètre et plaque d'acquisition posturale stabilométrique).