

## PODCAST 238

Date d'envoi : mercredi 48 à 5 :00

Titre : La position d'occlusion idéale

Pour écouter

**LE PODCAST**

« La position d'occlusion idéale »

C'est ici

Dans la vie on devrait prendre les choses à cœur, mais pas tant que ça !

Docteur détends toi et souviens toi pourquoi tu as choisi ce beau métier.

Bienvenue dans le 238<sup>e</sup> audio du défi des 365 jours que je t'offre avec le soutien de NatureBio Dental, le mouvement qui unit les chirurgiens-dentistes, les médecins et praticiens de santé ainsi que des patients motivés pour remettre la santé bucco-dentaire au cœur de la santé.

Le but : Aimer la vie qui nous a été donnée.

Je voudrais te parler aujourd'hui de la détermination de la position d'occlusion idéale.

Une restauration partielle ou globale de la fonction occlusale et de la fonction masticatrice suppose l'établissement d'une position de référence tridimensionnelle intermaxillaire : une dimension verticale, transversale et antéro postérieure. Le choix de cette position de référence doit prendre en compte des dysfonctions de l'ATM avec les lésions du condyle, les éventuelles serremements ou bruxisme, les situations d'usure ou d'érosion généralisées, les sur ou sous occlusions iatrogènes, ainsi que les spasmes musculaires, les déviations mandibulaires et surtout les causes ascendantes et descendantes qui pourraient perturber le schéma postural et musculo-tendineux.

Comment choisir une position de relation intermaxillaire idéale au milieu de tous ces facteurs d'influence qui doivent faire intervenir plusieurs acteurs, censés travailler de concert et s'harmoniser dans le but ultime que le patient se sente bien ?

Quand on parle d'occlusion, on parle également de référence articulaire, la relation centrée (RC), ainsi que de référence dentaire, l'occlusion d'intercuspidie maximale (OIM), mais on oublie souvent la référence du patient qui souvent trouve sa place entre la relation centrée et l'occlusion d'intercuspidie maximale. Donc avant toute réhabilitation occlusale, et avant toute réalisation des prothèses définitives, il faudrait

justement retrouver cette référence du patient, cette position mandibulaire libérée de toute tension perturbatrice qui induirait une position de confort ou d'adaptation à tous les désordres périphériques. On a besoin pour cela d'une gouttière (idéalement activateur), d'un suivi en ostéopathie, posturologie, kiné mandibulaire, podologie, orthoptie, orthophonie et thérapie du stress.

Ce n'est qu'après cette phase de libération, que Michel Clauzade appellera ortho-posturodentique, associée à une libération énergétique et psychologique, que l'on pourra enregistrer la position mandibulaire idéale en statique lors de la déglutition et en dynamique lors de la mastication.

La relation centrée est la situation condylienne de référence correspondant à une coaptation bi latérale condylo-disquo-temporale haute, simultanée, obtenue par contrôle non forcé. Elle est réitérative dans un temps donné et pour une posture corporelle donnée et enregistrable à partir d'un mouvement de rotation mandibulaire. Quant à la définition de l'OIM, elle s'énonce par la position d'occlusion où le rapport d'engrainement dentaire se caractérise par le maximum de contact inter-arcade. Ce rapport est indépendant de la situation des condyles dans les fosses mandibulaires. C'est une définition d'une simplicité déconcertante, encore faudra-t-il valider une OIM en la mettant en fonction.

Le déplacement condylien dans le sens antéro postérieur est extrêmement sensible et engendre toujours d'importantes répercussions occlusales. Sans préparation antérieure du terrain musculo tendineux, facial et du schéma postural, il sera impossible d'enregistrer la position physiologique du patient. Après l'enregistrement de la relation d'intercuspidie maximale en relation centrée, le patient laissera souvent revenir sa mandibule dans sa position de repos et il invalidera donc inéluctablement le résultat occlusal lors de l'essayage.

L'examen de modèles montés en articulateur en relation centrée de 120 patients parfaitement dentés et dépourvus de lésions articulaires, conclut que 95 % de l'échantillon présente une relation centrée différente de l'occlusion d'intercuspidie maximale. Rosenveck, en 1984, montre même que la relation centrée était différente de l'occlusion d'intercuspidie maximale dans 100 % des cas analysés.

Donc, quel que soit le référentiel choisi, il devrait être physiologiquement sain. S'il n'existe qu'une occlusion d'intercuspidie maximale confortable chez un patient sain, il existe cependant plusieurs positions de relations centrées car la relation centrée est en réalité une surface de potentialité correspondant aux possibilités d'entrée de cycle de mastication. La position de la relation centrée se situe dans l'ère occlusale des entrées de cycle en arrière de l'occlusion d'intercuspidie maximale. Cette aire est limitée en distal par la partie vestibulaire du pont d'émail de la 16 et de la 26, véritable mur anti rétrusif et protecteur de l'ATM.

Afin de stabiliser ces contacts et de recréer cette stabilité au niveau des 6, la butée antérieure semble le meilleur moyen, elle permet également de déconnecter les engrammes neuro musculaires occluso, ce qui laisse la mandibule se placer librement. Elle permet ainsi de retrouver une position stable de l'ATM. Ce n'est que lorsque cette

position aura été retrouvée que l'on pourra reconstituer les reliefs occlusaux détruits et recréer l'occlusion d'intercuspidie maximale thérapeutique.

Déterminer la position de référence pour enregistrer la relation d'intercuspidie maximale avec sécurité, suppose que le praticien fasse un choix clair et constant entre les possibles relations centrées et l'unique occlusion d'intercuspidie maximale de son patient. Cette position devrait être testée plusieurs mois avant de passer à la phase des prothèses définitives.

Je te souhaite une belle journée et je te dis à demain, naturellement !