

Résultats de l'étude concernant l'efficiace du port d'un dispositif intra-oral mis au point par le Dr. Bogumila SOBCZACK

*Réalisée par le Pr. J.Ginisty
et les étudiants de DCEO3 de la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université de Paris V*

L'objectif consiste à déterminer dans quelle mesure la pose d'un dispositif intra-oral permet :

- de corriger, par l'intermédiaire de 2 coussinets d'interposition souples et reliés par un arc de préhension, des troubles musculo-squelettiques d'une part,
- corriger des troubles segmentaires posturaux, voire végétatifs, d'autre part.

Nous nous fonderons sur les résultats des travaux de recherche de M.Clausade et de B. Darrailans et considérerons comme acquise l'implication de l'appareil manducateur dans le contexte global du corps et par delà, son intégration dans l'activité tonique posturale.

L'interdépendance cranio-mandibulo-sacrée et les interactions qu'elle sous tend grâce à la médiation des reflexes neuromusculaires, sont à présent communément admises par la communauté scientifique. De plus, l'Ecole américaine, des laboratoires italiens et français ont admis l'influence de l'occlusion dentaire sur la posture, l'équilibre et la puissance musculaire. De nombreux athlètes depuis Karl LEWIS ont bénéficié à ce titre de l'apport de ce concept et amélioré leurs performances de façon significative.

C'est ainsi que la pose d'un appareil intra-oral destiné à permettre la réalisation d'une occlusion équilibrée, nous semble pouvoir, en conséquence, améliorer le fonctionnement des chaînes musculaires prenant appui à partir de la mandibule, de l'os hyoïde et du rachis cervical.

L'inventeur de l'appareil intra-oral, le Dr. B. SOBCZAK, dans un article publié dans « Kinésithérapie Scientifique » (n°433 mai 2003) et qui s'appuie sur les conclusions avancées dans sa thèse intitulée : « Influence de la Kinésithérapie sur l'état fonctionnel des articulations temporo-mandibulaires de la colonne vertébrale et des membres », met en évidence les liens mécaniques existant entre les A.T.M et le système ostéo-articulaire de la vie de relation.

Elle postule que l'appareil intra-oral améliore le fonctionnement de ce système et elle préconise de réaliser un certain nombre d'exercices pour y parvenir.

Pour valider cette option nous avons pratiqué des tests en position couchée et en position debout.

Nous avons par ailleurs choisi des sujets représentant 3 types de situations pathologiques, déterminant ainsi 3 schémas :

- Schéma lésionnel homolatéral reposant sur une perturbation primaire uniquement occlusale.
On observe chez ces sujets des somatisations homolatérales qui peuvent concerner toutes les zones corporelles. La causalité est descendante et le test de la verticale de BARRE met en évidence un non alignement scapulaire

- Schéma lésionnel controlatéral qui interagit sur les modulateurs régulateurs périphériques alors qu'il n'y a pas de causalité occlusale. La focalisation des lésions est croisée. Il s'agit de « suites ascendantes » dont l'origine peut être située au niveau des pieds, des genoux ou du bassin.
- Schéma mixte où les 2 types de lésions sont intriquées, créant ainsi une situation où le déséquilibre occlusal est associé à un dérèglement fixé sur un ou plusieurs modulateurs périphériques. Le test de BARRE révèle un non alignement des plans scapulaire et pelvien.

Dans le cas d'une lésion primaire l'appareil manducateur intervient comme facteur déclenchant ou stimulant. S'il s'agit de la première hypothèse en présence d'un système postural équilibré, seul l'appareil manducateur présente une dysfonction. S'il s'agit d'un facteur aggravant la dysfonction du système, la dysfonction s'accroîtra et des douleurs apparaîtront.

Le calage occlusal par l'intermédiaire du D.I.O modifie radicalement le constat précédent.

En présence d'une pathologie descendante la dysfonction posturale paraît évidente.

Le calage modifiant en partie seulement le résultat des tests, laisse augurer d'une pathologie mixte. En revanche lorsque le calage ne modifie rien, c'est que nous sommes devant une pathologie ascendante. Tout traitement dont la finalité consisterait à équilibrer l'occlusion se révélerait aggravante pour la pathologie.

C'est ainsi que lorsque nous nous trouvons dans une configuration d'origine occlusale, on constate l'existence de problèmes à distance : céphalées, cervicalgies, acouphènes. Le dos, les genoux le système digestif peuvent également s'en trouver affectés.

Le constat général se présente ainsi : lorsque la lésion est descendante, d'origine occlusale, elle sera compensée d'abord par l'ATM puis par l'os hyoïde et de segment C1-C2-C3-C4.

En revanche les lésions ascendantes sont compensées au niveau de C1 et génèrent une facilitation antérieure de la mandibule.

Il importe de réaliser un test afin de déterminer le sens de la suite... Une erreur de diagnostic entraînant le port du DIO pourrait aggraver la situation et générer des douleurs importantes.

De surcroît, lors d'un choc survenant au niveau sacré coccygien ou lombaire, les tensions en résultant, vont se manifester au niveau crânien. Lorsque les tensions persistent ou dépassent un certain seuil, le serrement des mâchoires, va permettre de libérer ces tensions et protéger les structures cérébrales. Des chocs affectifs peuvent également contribuer à modifier sinon altérer la réponse musculaire engendrant un nouvel équilibre oro-facial. La mandibule est l'élément adaptatif du système. Elle rend bien compte de l'équilibration posturale antéro-postérieure, le système musculaire agit sur la mandibule et provoque la friction des dents, notamment du bloc incisivo-canin mandibulaire.

Les individus de classe I et II₁ obéissent à cette règle associant une position posturale antérieure.

Le système mandibulaire n'a pas de possibilité de compensation au niveau des ATM, ni au niveau C2-C3 ni au niveau occipito-atloïdien. Une attitude comportementale posturale postérieure en résulte.

Les sujets de classe III obéissent à ce principe ainsi que ceux de classe II₂. Les lésions primaires à l'origine de cette réponse sont :

- Un trauma postérieur affectant la zone lombaire entre L3 et L5
- Une lésion, transversale articulaire coxo-fémorale ou scapulo-humérale
- Une malocclusion transversale importante.

Lors des essais cliniques nous avons équipé les sujets de l'appareil intra oral (DIO) et observé l'effet produit par le port prolongé de celui-ci en lui demandant de déglutir.

Les sujets présentant une suite descendante ont été remarqués pour les raisons qui précèdent (cf. supra).

Nous avons recherché les modifications apparues au niveau du parallélisme entre le plan de Francfort et le plan d'occlusion passant par le bord vestibulaire des incisives inférieures et la cuspidé disto-vestibulaire de la « 6 » mandibulaire. Quant au plan transversal, nous avons vérifié au niveau des points d'occlusion des canines, qu'il était horizontal et parallèle à la ligne bi-pupillaire.

Le port du dispositif DIO semble bien faciliter la réalisation d'une symétrie de l'équilibre postural et donc de l'équilibre crano-sacro-mandibulaire. Dans ce cas, le plan d'orientation occlusal passe par le milieu de l'apophyse odontoïde entre les deux vertèbres C1-C2. C'est la condition fondamentale de l'équilibre postural stable.

CONCLUSION/

Le dispositif présente donc une efficacité réelle à condition qu'il s'adresse aux cibles définies précédemment. La « procédure gymnique » nous paraît en revanche devoir être affinée, afin que l'effet produit sur l'équilibre postural puisse s'inscrire dans la durée.

A Paris, le 10/10/05

Pr. J. GINISTY

