

# Dysfonctions et technique linguale

Frank POURRAT

## 1 - THÉRAPEUTIQUE LINGUALE ET POSITION DE RÉFÉRENCE

Lors des traitements orthodontiques chez l'adulte, un des nombreux paramètres importants est l'identification du référentiel de travail. Le référentiel choisi pour la stabilisation de la denture n'est plus celui de l'orthodontie de l'enfant. Il est donc nécessaire d'évaluer prudemment tous les facteurs responsables du traitement en fonction des besoins du patient pour aboutir à une décision thérapeutique à risques contrôlés.

Nous avons à notre disposition un certain nombre de positions de référence qui, après un choix adapté, doivent nous permettre d'établir, de maintenir, de stabiliser nos traitements.

- **Position de repos et position myo-centrée** : elles ne peuvent être utilisées car elles ne sont pas reproductibles.

- **Position thérapeutique** : position spatialement définie, et maintenue par le praticien orthodontiste. Il semblerait que, malgré des résultats certains de stabilité à terme, cette position soit très difficile à maintenir durant le traitement. Par ailleurs des phénomènes d'adaptation autorisent la

stabilité de cette position malgré son imprécision.

- **Position d'intercuspitation maximale** : « c'est la position la plus fondamentale, elle établit l'aboutissement des mouvements fonctionnels » (C.M. Valentin). Choix exceptionnel de reproductibilité mais qui, pour l'orthodontiste, ne peut être appliqué que dans certains cas particuliers, puisque la technique linguale de par l'interface des attaches, ne permet pas de réaliser systématiquement l'ICM.

- **Position de relation centrée** : elle sera la position de choix pendant le traitement puisque sa référence extra-dentaire permet de l'évaluer et de la comparer dans le temps.

Quelle que soit la position choisie comme référence de travail, elle est nécessaire lors de toute reconstruction odontologique qu'elle soit prothétique, chirurgicale ou orthodontique.

C'est pourquoi nous relevons généralement lors de notre examen orthodontique, deux positions importantes de référence qui nous permettent de définir la position maxillo-mandibulaire.

### 1 - 1 - La position d'intercuspidation maximale (O.I.M.)

– La difficulté d'obtenir aisément cette position sera un signe complémentaire à inscrire dans notre feuille de dépistage. En effet, des phénomènes douloureux peuvent par compression ou distension articulaire, interdire cette position.

– Une absence de structures statiques dentaires va empêcher le calage de la mandibule et nous pourrions obtenir ainsi une multitude de positions sans connaître ce référentiel. Des phénomènes musculaires complémentaires pourront venir accompagner cette difficulté (fig. 1 a et b).

### 1 - 2 - La position de relation centrée (O.R.C.)

Il peut exister une variation importante ou une difficulté particulière de manipulation par phénomène réflexe du patient, lors de l'enregistrement de la relation centrée par la méthode manuelle.

Aussi, il sera souhaitable d'établir cette position par une autre méthode (relaxation, jig, gouttière) afin de la valider réellement.

Ensuite, une analyse de cette situation orientera le praticien vers des données diagnostique et de traitement qui sont très importantes pour la conduite à tenir ultérieure. Enfin, si l'examen de dépistage nous a conduits à découvrir une pathologie intra-articulaire de type luxation condylo-discale, le choix de ce référentiel sera erroné.

Malgré ces précautions, il est possible que lors de l'initialisation du traitement en technique linguale, les attaches soient pourvues de talon pour jouer le rôle de « bite plane » et permettent la modification et un nouveau positionnement de la mandibule. Après réévaluation, une nouvelle décision thérapeutique peut être envisagée.

C'est la variation entre la position de la relation centrée et la position d'intercuspidation maximale dans l'un ou dans la compilation des trois sens de l'espace (frontal, sagittal, vertical) qui imposera la, ou les différentes décisions thérapeutiques.



a



b

Figures 1 a et b  
Variation O.R.C.-O.I.M.

## 2 - THÉRAPEUTIQUE OCCLUSODONTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE LINGUALE

### 2 - 1 - Individualisation de début de traitement

Par précaution, certains auteurs proposent d'effectuer le collage en temps différent pour chaque arcade afin de minimiser le désagrément du début de traitement (Fillion D). Toutefois, nous pouvons penser que certaines conditions dysfonctionnelles latentes peuvent se déclencher ou s'exagérer si l'initialisation des mouvements dentaires ne se fait pas sur les deux arcades en même temps. Il peut donc paraître utile de débiter le traitement directement par le collage complet dans un certain nombre de cas :

Si par exemple, la dysmorphie est de type classe II division 1, avec une différence OIM-ORC importante dans le sens sagittal, des signes latents de fragilité articulaire comme l'hyper-mobilité et une luxation condylo-dyscale réductible, nous avons de forts risques que les incisives mandibulaires viennent alors se loger en arrière des attaches pala-

tines et transforment une luxation réductible en luxation irréductible pendant le mois d'initialisation de traitement. D'autres conditions comme l'incoordination condylo-dyscale, l'hyper-laxité ligamentaire avec des phénomènes inflammatoires capsulaires et/ou ligamentaires, peuvent aussi laisser présager les mêmes difficultés. Le collage bi-maxillaire, accompagné de cales postérieures pour réaliser un tripodisme et éviter une compression postérieure articulaire, peut sembler raisonnable et ce d'autant plus que la supraclusion est importante (béance latérale provoquée par les attaches maxillaires).

Dans les cas de bruxisme avec des usures dentaires importantes, lorsque le serrement des dents est tel que les contractions musculaires permettent des contacts sur les interférences, le collage uni-arcade peut empêcher le rôle bienfaiteur de la sensibilité dentaire pendant la phase primaire et laisse persister des contractures musculaires douloureuses accompagnant la difficulté de début de traitement (fig. 2 a et b). La



a



b

Figures 2 a et b  
Usure des incisives.

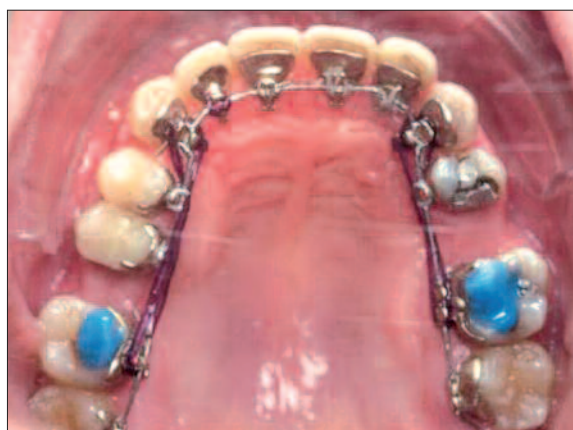


Figure 2 c

*Tripodisme réalisé par des cales et les « bite plane ».*



Figure 3

*« Bite plane » jouant un rôle de relaxation musculaire.*

pose des attaches aux deux arcades permet aux récepteurs parodontaux des réflexes d'évitement qui empêchent tout serrage. Dans de telles conditions, une analyse fine des catégories de patients permettra de choisir le collage bi-maxillaire ou bien un collage uni-maxillaire accompagné d'artifices prothétiques comme des cales ou une gouttière au maxillaire opposé (fig. 2 c).

## 2 - 2 - Thérapeutique propre des dysfonctions

### 2-2-1- Pathologie capsulaire et/ou ligamentaire

Pour la capsulite et la tendinite, une mise au repos de l'articulation et la prescription d'anti-inflammatoires doivent être instituées avant de débuter le traitement, quitte à le différer.

### 2-2-2- Pathologie musculaire, contracture musculaire ou douleur myofasciale

Dans les pathologies musculaires, les attaches linguales vont, la plupart du temps,

jouer un rôle de plan rétro-incisif de relaxation dans tous les cas de recouvrement antérieur (fig. 3). Dans la mesure où la supraclusion n'est pas trop importante et où l'étirement ligamentaire est faible, cela n'entraînera pas un phénomène inflammatoire complémentaire (fig. 4 a et b).

### 2-2-3- Pathologie articulaire

#### • Pathologie articulaire inflammatoire

La sédation des douleurs doit être mise avant de débuter le traitement. Un traitement pharmacologique d'accompagnement de type antalgique/anti-inflammatoire à la fois en traitement localisé (gel, pomade) mais aussi par voie parentérale, sera institué avant et pendant le début de traitement orthodontique.

#### • Incoordination condylo-discale

Des exercices de coordination devront être entrepris dès la prise de décision du traitement orthodontique pendant une période intensive de six à huit semaines. Ces exercices auront pour but de mettre en condition les articulations sans tampon dentaire lors de la mise en place des attaches linguales (fig. 5 a à e).



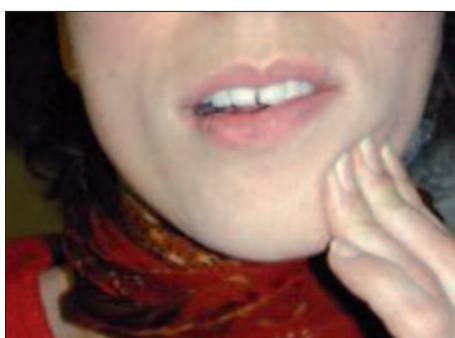
a



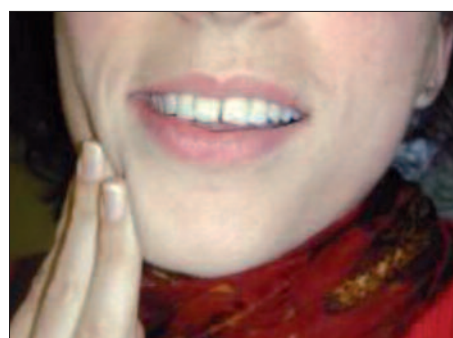
b

Figures 4 a et b

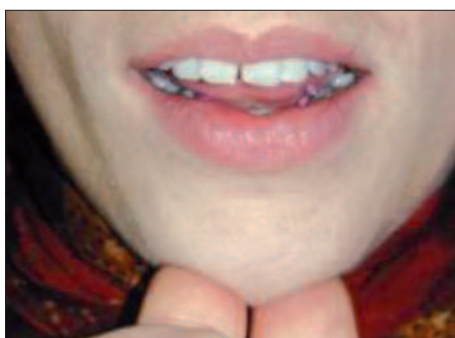
Si la levée de la supraocclusion par les « bite plane » est trop importante, ajouter des cales postérieures.



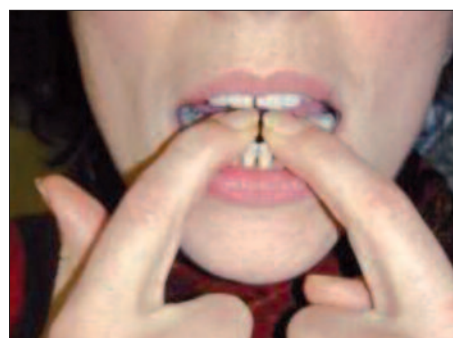
a



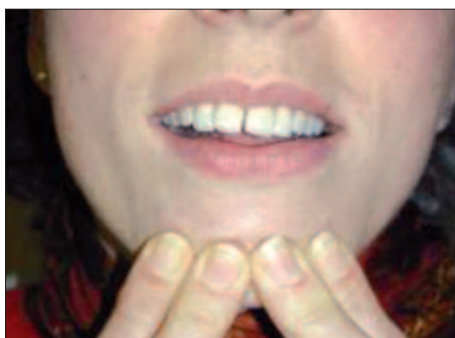
d



b



e



c

Figures 5 a à e

Parmi les exercices : exercices de renforcement.

R U B R I Q U E C L I N I Q U E

- **Luxation discale réductible**

La thérapeutique d'accompagnement sera principalement une thérapeutique d'exercices de kinésithérapie dite de renforcement et de re-coordination et il sera prudent d'effectuer les collages maxillaire et mandibulaire en même temps afin d'éviter l'évolution vers une luxation non réductible dans certaines conditions.

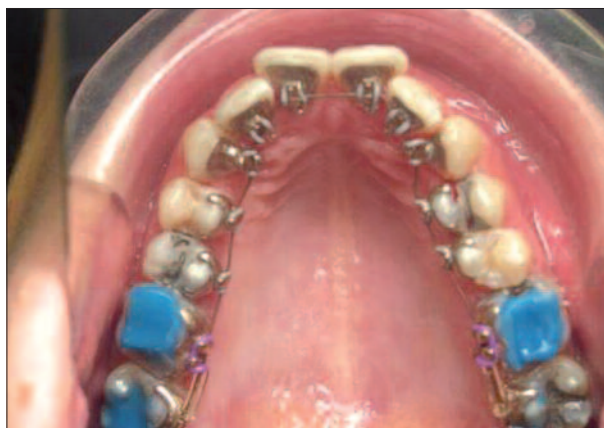
- **Luxation discale irréductible**

Aujourd'hui, l'attitude face aux luxations non réductibles est non interventionniste (American Academy of Pedodontists). Mais encore, c'est à la fois la jeunesse de l'individu et la précocité de la luxation qui guideront notre thérapeutique particulière tout en

sachant que le succès thérapeutique sur cette dysfonction reste faible. Nous serons tentés de repositionner la mandibule uniquement dans des cas bien choisis et particuliers. L'accompagnement thérapeutique pourra donc être une gouttière de décompression ou de repositionnement ou bien des cales en résine permettant d'assurer cette position maxillo-mandibulaire thérapeutique (fig. 6 a à c).

- **Luxation condylienne**

Une prise en charge du patient permettra de lui donner des informations sur sa pathologie et de lui expliquer l'attitude à adopter pendant et après le traitement orthodontique. A savoir, éviter tous les grands mouvements



a



b



c

Figures 6 a à c

*Cales de stabilisation-reconstruction transitoire de 46 sur une nouvelle position de référence.*

de bâillement, rire aux éclats, mordre à pleines dents dans une pomme, mordre dans un sandwich baguette et éviter les mouvements para-fonctionnels comme mâcher du chewing-gum ou se ronger les ongles.

• **Hyperlaxité ligamentaire  
et/ou hypermobilité**

Ce sont principalement les exercices de renforcement qui permettront de minimiser les risques de blocage ou les états de luxation réductible qui pourraient se déclarer.

• **Pathologie articulaire dégénérative**

La technique linguale d'une part et l'envie d'obtenir un magnifique sourire allant dans le sens de l'esthétisme d'aujourd'hui pour des personnes plus âgées, font apparaître lors des consultations des pathologies dégénératives aiguës ou chroniques.

S'impose alors la nécessité de prescription d'antalgique et de corticoïdes non stéroïdiens sans espoir d'une guérison articulaire (fig. 7).



Figure 7

*Remodelage consécutif à une arthrite juvénile.*

### 3 - INFLUENCE DES ATTACHES SUR LES PATHOLOGIES DYSFONCTIONNELLES : PATIENT A RISQUES

Nous savons que parmi les dysmorphies à risques, certaines modalités occlusales se rencontrent préférentiellement chez des sujets dysfonctionnels alors qu'elles sont rares chez les sujets sains. Ce sont : l'infraclusion antérieure squelettique, le glissement de l'ORC-OIM de plus de deux millimètres et un édentement non compensé de cinq dents postérieures ou plus (Pullinger).

Ces anomalies occlusales sont rares tant chez les sujets sains que chez les sujets por-

teurs de dysfonctions. (La fréquence du diagnostic de ces modalités occlusales est donc très limitée).

Le fait de disposer des attaches sur les faces palatines ne vient en aucun cas interférer sur des dysmorphies comme les infraclusions, l'articulé croisé uni-latéral... Nous pouvons donc penser que les attaches linguales ne viennent en rien exacerber les pathologies des patients à risque si la reconnaissance diagnostique est bien établie.

## 4 - CONCLUSION

Quelles que soient les thérapeutiques orthodontiques utilisées, il est nécessaire de réaliser un dépistage des dysfonctions craniomandibulaires afin d'établir un réel diagnostic même provisoire. La seule présence de symptômes ou de signes dysfonctionnels ne

sont en aucun cas un besoin de traitement. Par contre, l'établissement d'un plan de traitement orthodontique nécessite une prise en charge des éléments dysfonctionnels du patient, c'est-à-dire la globalité de l'environnement dentaire y compris l'élément lingual.