



ELSEVIER

Reçu le :
6 juillet 2016
Accepté le :
6 juillet 2016

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Articulation temporo-mandibulaire, occlusion et bruxisme

Temporomandibular joint, occlusion and bruxism

J.D. Orthlieb^{a,*}, J.P. Ré^{a,b}, M. Jeany^{a,b}, A. Giraudeau^{a,b}

^a Unité d'occlusodontologie, faculté d'odontologie de Marseille, université d'Aix-Marseille, 13385 Marseille cedex 5, France

^b Pôle odontologie, UF polyvalente, CHU Timone, AP-HM, 13385 Marseille cedex 5, France

Summary

Temporomandibular joint and dental occlusion are joined for better and worse. TMJ has its own weaknesses, sometimes indicated by bad functional habits and occlusal disorders. Occlusal analysis needs to be addressed simply and clearly. The term “malocclusion” is not reliable to build epidemiological studies, etiologic mechanisms or therapeutic advice on this “diagnosis”. Understanding the impact of pathogenic malocclusion is not just about occlusal relationships that are more or less defective, it requires to locate them within the skeletal framework, the articular and behavioural context of the patient, and above all to assess their impact on the functions of the masticatory system. The TMJ-occlusion couple is often symbiotic, developing together in relation to its environment, compensating for its own shortcomings. However, a third partner may alter this relationship, such as bruxism, or more generally oral parafunctions, trauma or an interventionist practitioner.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Temporomandibular joint, Occlusion, Bruxism, Parafunction, Temporomandibular dysfunction

Introduction

Articulations temporo-mandibulaires et occlusion dentaire sont mariées pour le meilleur et parfois pour le pire. Imaginer qu'il n'y a aucune relation entre ATM et occlusion est probablement aussi peu judicieux que de penser que la moindre

* Auteur correspondant.

e-mail : jean-daniel.orthlieb@univ-amu.fr (J.D. Orthlieb).

Résumé

Articulations Temporo-Mandibulaires et occlusion dentaire sont mariées, pour le meilleur et pour le pire. L'ATM a ses faiblesses, pointées parfois par des comportements oraux délétères et des anomalies de l'occlusion. L'analyse de l'occlusion a besoin d'être abordée de manière simple et claire. En soi, le terme « malocclusion » est nettement insuffisant pour fonder sur ce « diagnostic » des études épidémiologiques, des mécanismes étiopathogéniques ou dégager des indications thérapeutiques. Comprendre l'incidence pathogénique d'une malocclusion, ce n'est pas seulement s'intéresser aux rapports d'occlusion plus ou moins défectueux, cela impose de les situer dans leur cadre squelettique, leur contexte articulaire, comportemental, et surtout d'évaluer leurs impacts sur les fonctions de l'appareil manducateur. Le couple ATM-occlusion est souvent fusionnel, se développant de concert, adapté à son environnement, compensant ses propres défauts. Cependant, un troisième partenaire peut générer des étincelles dans le couple, comme le bruxisme par exemple ou plus généralement les parafonctions orales, mais aussi parfois le trauma ou un praticien interventionniste.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Articulation temporo-mandibulaire, Occlusion, Bruxisme, Parafunction, Dysfonction temporo-mandibulaire

« mal » occlusion provoquera des lésions irréversibles de l'ATM déclenchant automatiquement un tableau clinique de dysfonction temporo-mandibulaire (DTM). Dans un souci de pragmatisme, nous utiliserons ce terme de DTM (au lieu de DAM pour dysfonctionnements de l'appareil manducateur) constatant qu'il s'est clairement imposé au cours des 20 dernières années dans la littérature internationale. Ciblant les inter-relations « DTM, occlusion et bruxisme » en 2014, Manfredini et al. ont étudié une population de

294 patients DTM-bruxeurs (serreurs). Le type de DTM pouvait être influencé, au moins en partie, par la présence de certaines anomalies occlusales, à savoir, un différentiel occlusion en relation centrée-occlusion en intercuspitation maximale (ORC-OIM) > 2 mm, une interférence occlusale en diduction, une asymétrie de la classe d'angle molaire [1]. Cette publication arrivait après 30 ans de polémiques durant lesquels nous sommes passés d'une période du « tout occlusal » (les années 1980), à la période du « rien occlusal » (années 2000). Dans les années 2010, on a assisté à un petit retour en grâce du facteur occlusal dans les modèles étiopathogéniques des DTM. L'article cité est un marqueur de cette tendance.

Étiopathogénie tridimensionnelle des DTM

Le modèle Biopsychosocial de Dworkin et Lesresche à deux dimensions (axe I structurel et axe II psychosocial) a imposé dès 1992 [2] un concept étiopathogénique plurifactoriel des DTM dépassant les aspects mécaniques (ATM, occlusion, dysmorphoses...) pour l'étendre aux facteurs psychologiques (anxiété, dépression, somatisation...). Ce concept a trouvé en 2014 une forte consolidation, fondée sur le niveau de preuve, dans une très importante publication, de Schiffmann et de 33 co-auteurs [3]. Ces auteurs conservaient deux axes mais évoquaient la possibilité d'une évolution sur un troisième axe « bio ».

En effet, les conditions d'extériorisation des symptômes de DTM sont mieux comprises dans un modèle étiopathogénique à trois dimensions évoqué en 1980 par Hansson [4], proposé en France par Gola et al. en 1995 [5], précisé par Orthlieb et al. en 2004 [6] :

- axe I : la dimension structurelle : aspect somatique local comprenant l'organisation musculo-squelettique, les ATM et l'occlusion ;
- axe II : la dimension psychosociale : aspect psychique de l'individu dans son contexte environnemental et culturel influençant son interprétation des facteurs psycho-émotionnels et son comportement manducateur ;
- axe III : la dimension biologique : aspect somatique général (systémique) influençant le terrain musculo-articulaire.

Les éléments du triptyque « bruxisme, ATM, occlusion »

Ce triptyque concerne l'axe I, structurel, avec ATM, occlusion, charge musculaire, mais aussi l'axe II psychosocial avec le comportement parafonctionnel lié à des aspects émotionnels.

Bruxisme

Les définitions suivantes sont à retenir :

- les parafonctions orales regroupent les activités orales non nutritives liées à des hyperactivités musculaires souvent

involontaires (pressions musculaires péri-orales, succions, morsures, mâchonnements... et bruxisme). Le préfixe « para » signifie « à côté », soulignant que l'appareil manducateur est mobilisé pour une activité non strictement fonctionnelle, ni véritablement pathogène, on utiliserait alors le terme de dysfonction (trouble fonctionnel) ;

- le bruxisme est une parafonction orale caractérisée par des affrontements occlusaux résultant d'activités motrices manducatrices non nutritives, répétitives, involontaires, le plus souvent inconscientes. On distingue des formes d'éveil ou de sommeil, et des types de bruxisme avec serrement, balancement, grincement, tapotements des dents.

Il semble clairement établi que les bruxismes sont provoqués par des facteurs centraux (neuropathiques ou psycho-émotionnels) éventuellement associés à des troubles du sommeil et de la ventilation. L'étiologie occlusale du bruxisme est à rejeter, l'excitation périphérique provenant d'un facteur occlusal étant à considérer comme anecdotique [7].

Incidence

Le bruxisme « sévère » est un facteur de risque pour les éléments dentaires surtout s'ils sont artificiels (usures, fractures). En revanche, le bruxisme est une soupape utile de décharges des tensions psycho-émotionnelles. Généralement, le bruxeur ne se plaint pas de douleurs, en dehors de quelques sensations de tensions (musculaires, dentaires) parfois évoquées le matin au réveil. Le bruxisme en lui-même n'est donc généralement pas un véritable facteur de risque pour l'ATM. On se demande même si cette stimulation fonctionnelle, que l'on rencontre dès l'enfance, n'aurait pas des effets bénéfiques sur la « robustesse » des structures osseuses renforçant les structures musculo-articulaires plutôt que responsable de leur affaiblissement.

On considérera donc, le bruxisme modéré, comme physiologique, probablement plus bénéfique que néfaste. On s'intéressera au bruxisme sévère face à des structures articulaires ou dentaires fragiles.

Lien entre bruxisme et DTM

On peut identifier deux situations à potentialité pathogène :

- myalgie : la douleur musculaire, dont le mécanisme physiopathogénique n'est pas très clair, semble plutôt en rapport avec des contractions de faible intensité mais de longue durée, alors que les « bouffées » classiques de bruxisme (surtout pour le grincement de sommeil) sont intenses et de courte durée. Pour expliquer les myalgies manducatrices, il faudrait s'intéresser aux phases de serrement (plutôt d'éveil) de faible intensité et de longue durée. Il est clairement établi que cet état de tensions psycho-émotionnelles génère un abaissement des seuils de sensibilité à la douleur. La tension émotionnelle serait la cause première générant à la fois l'abaissement du seuil de sensibilité et la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174860>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174860>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)