

ASSOCIATION BRUXISME, ALGIES ET DYSFONCTIONNEMENT DE L'APPAREIL MANDUCATEUR : PRISE EN CHARGE ORTHOPEDIQUE ET PROTHETIQUE. A PROPOS DE TROIS CAS

Auteurs

BAKOU O. D.¹
BAMBA A.¹
PESSON M.¹
KONATE N.¹
DIDIA E.¹

Service

1-Département de Prothèse et d'Occlusodontie Clinique
U.F.R. D'Odonto-Stomatologie.
Université de Cocody Abidjan,
côte d'Ivoire.

Correspondance

Dr Bakou Dorcass
U.F.R. D'Odonto-Stomatologie.
Université de Cocody
22 BP 612 Abidjan 22 côte d'Ivoire.
Email : drbakoud@yahoo.fr

RÉSUMÉ

L'organe dentaire mutilé par tout type d'usure nécessite une reconstruction. Et cette usure si elle s'accompagne d'atteintes musculo-articulaires, elle affecte la vie relationnelle de beaucoup de patients. On observe des modifications des caractéristiques de l'esthétique et de la fonction oro-faciale.

L'approche thérapeutique et l'analyse des trois cas cliniques présentés permettent de souligner que le praticien peut modifier sa stratégie habituelle en tenant compte des possibilités financières du patient.

Si l'idéal consiste à connaître l'étiologie pour adapter un traitement, jusqu'à quel point peut-on s'éloigner de cet idéal ? Quelle importance peut prendre un traitement symptomatique ? Et quel résultat peut-on attendre ?

Mots-clés : Bruxisme - Occlusion - Articulation temporo-mandibulaire - Prothèses.

SUMMARY

The dental organ mutilated by every type of occlusal wear requires a reconstruction. And this dental wear if it comes along with musculo-articular achievements, it affects the relational life of many patients. We observe modifications of the characteristics of the aesthetics and the oro-facial function(office).

The therapeutic approach and the analysis of three presented clinical cases allow to underline that the practitioner can modify his usual strategy by taking into account financial possibilities of the patient.

If the ideal consists in knowing the etiology to adapt a treatment, up to which point we can go away from this ideal ? What importance can take a symptomatic treatment ? And for what result can we wait ?

Key words : Bruxism - Dental occlusion - Temporo-mandibular joint - Prosthesis

INTRODUCTION

Le bruxisme est une affection caractérisée par des contractions involontaires et inconscientes des muscles masticateurs en dehors de la fonction physiologique qu'est la mastication et la déglutition [1]. Lavigne le définit comme étant le grincement des dents pendant le sommeil [2]. Pour Rugh, c'est à la fois le grincement des dents et le serrement des mâchoires avec des formes diurnes et nocturnes [2, 4]. Le bruxisme touche aussi bien les jeunes que les adultes [2, 3, 7]. Il se rencontre dans toutes les couches de la population [1, 10, 4, 5] et dans toutes les races [1]. C'est donc une affection vieille qui remonte à l'origine de l'humanité [12, 9]. Plusieurs termes sont employés pour qualifier cette maladie et cela en fonction du degré d'usure dentaire (bruxisme, brycose) [1, 12] et de l'étiologie (bruxomanie, para fonction).

Les étiologies de cette affection sont diverses, complexes et souvent combinées [11]. Les signes sont aussi diverses [1] et apparaissent au niveau des éléments constitutifs de l'appareil manducateur se traduisant le plus couramment par une usure dentaire, des douleurs musculaires et articulaires. L'abrasion dentaire, lorsqu'elle est sévère peut engendrer une diminution de la dimension corono-radicaire des dents et rendre le sourire disgracieux motivant les patients à consulter. Les signes du dysfonctionnement articulaire sont rarement relevés, mais ceux du dysfonctionnement musculaire sont au contraire toujours présents du fait de l'hyperactivité musculaire. Ces tensions musculaires peuvent engendrer des douleurs ou être la conséquence des douleurs mais dans tous les cas, elles modifient la posture mandibulaire.

Il n'entre pas dans le cadre de cet article de reprendre l'étiopathogénie, la physio pathogénie et les traitements possibles du bruxisme, car les théories sont ubiquitaires et dépendent des compétences du praticien [1-6].

L'objectif de notre travail était de montrer à travers trois cas cliniques le rétablissement de l'esthétique et de la stabilité fonctionnelle.

I- PRESENTATION DE CAS CLINIQUES

Cas clinique n°1 (figures 1 à 3)

Madame A... âgée de 67 ans était venu consulté pour les problèmes de céphalées, de douleurs temporales et le remplacement de ses dents antérieures. Après l'anamnèse, nous avons à l'inspection, une accentuation des sillons faciaux, une légère protrusion labiale. La palpation nous a permis d'objectiver au niveau des régions massété-rines, temporales et pré auriculaires des douleurs.

L'analyse endobuccale montre une hygiène moyenne, une abrasion dentaire sévère antérieure, une absence des incisives maxillaires, celle des canines et prémolaires étant modérée (figure1). Nous notons une absence des 46, 15 et les 16, 26, 27 étant obturées à l'amalgame. Le diagnostic est celui d'une brycose associée à un dysfonctionnement des articulations temporo-mandibulaires à prédominance musculaire



Figure 1 : La situation clinique initiale

La thérapeutique préconisée a été une préparation initiale et prothétique par une prothèse adjointe de recouvrement.

La préparation initiale a consisté dans un premier temps en des explications pour faire prendre conscience à la patiente de l'importance de ses habitudes para fonctionnelles afin d'obtenir une modification du comportement permettant d'amoin-drir le risque de récurrence. Ensuite une gouttière de libération occlusale a été réalisée et portée par la patiente pendant quatre.

Cette gouttière a pour objet de la mise en condition neuro-musculo-articulaire pour une réhabilitation prothétique dans les meilleures conditions, de modifier les relations occlusales et redistribuer les forces dans l'axe des dents ; d'éviter les surcharges et enfin de réduire l'abrasion dentaire et les parafunctions

La prothèse de recouvrement a été réalisée (figure 2)



Figure 2 : Une vue de la prothèse de recouvrement avant la pose.



Figure 3 : La prothèse de recouvrement mise en bouche.

Cas clinique n°2 (Figures 4 à 6).

Madame D. L. 54 ans, retraitée, consulte pour des raisons esthétiques et fonctionnelles en rapport avec une usure des dents maxillaires supérieure et du bridge céramo-métallique mandibulaire.

L'entretien clinique montre que l'abrasion remonte à plus de huit ans après le décès de son époux et de son départ de France pour la Côte d'Ivoire. Son état général est sans particularité, seulement la patiente semble plus jeune que son âge et est très bien motivée.

L'examen exo buccal a mis en évidence un visage symétrique avec des plis nasogéniens peu prononcés.

L'examen des mouvements mandibulaires a montré une ouverture buccale légèrement en baïonnette. Nous avons noté un bruit articulaire de type claquement en début d'ouverture et en fin de fermeture buccale, mais pas de douleur à la palpation des articulations temporo-mandibulaires.

L'analyse endobuccale a permis de noter :

- une inflammation gingivale à prédominance mandibulaire ;
- au maxillaire une usure au tiers cervical des couronnes allant de la 11 à la 23 et une usure moyenne des 14, 15, 24 et 25 se traduisant par un raccourcissement de la couronne clinique.(figure 4)
- à la mandibule, une usure du bridge céramo-métallique de la canine à canine et une absence des 34, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 46, 47 et 48.



Figure 4 : Sur les modèles en plâtre, une meilleure mise en évidence de l'usure des dents maxillaire et de l'effondrement de la dimension verticale d'occlusion

Après avoir posé le diagnostic d'un bruxisme, la décision thérapeutique en accord avec la patiente a été :

a- *Une phase de préparation initiale* qui a englobé :

- la motivation à l'hygiène suivie d'un détartrage-curetage ;
- les traitements endodontiques des dents allant de la 15 à la 25 compte tenu de leur état d'usure ;
- Le port d'une gouttière de libération occlusale pour les mêmes objectifs que le cas précédent qui a duré trois mois.

- La réalisation d'un wax up en cire pour évaluer la dimension verticale d'occlusion et confectionner des prothèses provisoires au maxillaire.

- La confection de prothèse adjointe partielle à la mandibule pour prévenir les évènements égressifs du groupe molaire maxillaire avant le traitement définitif.

b- Une réévaluation du cas clinique a été faite un an après tous ces traitements suscités. La phase prothétique a consisté à la reconstitution par des couronnes Céram-métalliques unitaires des huit dents antérieures maxillaires à savoir de la 15 à la 25 (figure 5) et à la mandibule, la confection d'une prothèse composite (un bridge céramo-métallique de la 33 à la 43 et un stellite avec des attachements pour remplacer les dents absentes figure 6).



Figure 5 : Des couronnes unitaires céramo-métalliques ont été réalisées au maxillaire.



Figure 6 : Le bridge antérieur mandibulaire et le stellite avec des attachements en bouche.

Cas clinique n°3 (figures 7 à 9).

Monsieur..., âgé de 60 ans est venu à notre consultation pour les claquements articulaires et une réhabilitation prothétique.

L'examen exo buccal montre une accentuation des plis faciaux. A la palpation, nous observons des douleurs musculaires et articulaires ; A l'ouverture buccale objective un claquement des deux côtés droit et gauche.

L'examen endobuccal montre :

- une hygiène satisfaisante,
- un articulé croisé (figure 7) ;



Figure 7 : L'articulé croisé dans le plan frontal

- Au maxillaire une abrasion des 13, 12, 21, 22, 23 avec une absence du groupe prémolaire et molaire à droite comme à gauche ;

- A la mandibule, une abrasion en cuvette au niveau de la 44, une absence des 45, 46, 47, 48, 35, 36, 37 et 38 (Figure 8).



Figure 8 : Une importante usure et l'absence dentaire au maxillaire.

Au terme de ces examens, nous avons posé le diagnostic :

- d'un édentement de classe I modification I au maxillaire et à la mandibule ;

- d'un dysfonctionnement articulo-musculaire à prédominance articulaire ;
- d'un bruxisme.

La phase thérapeutique comprend :

- le traitement orthopédique par une gouttière de verticalisation et de propulsion pendant une période de trois mois. Cette gouttière a permis de résoudre les problèmes de douleur articulaire et de luxation discale antérieure. Aussi, elle a permis d'avoir une certaine dimension verticale d'occlusion compatible avec le traitement prothétique.

- Toutes les dents maxillaires ont subi un traitement endodontique et ont fait l'objet d'un coping en vue d'une prothèse adjointe totale maxillaire de recouvrement.

- A la mandibule, un traitement endodontique a été réalisé sur la 31 suivi d'un coping court en vue d'une prothèse adjointe partielle à visée esthétique. La 44 a subi un traitement endodontique, puis reconstituer par une couronne céramo-métallique.



Figure 9 : Mise en place des prothèses adjoindes partielles haut et bas avant la réalisation de la couronne céramique sur la 44.

II- DISCUSSION

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge de patients bruxomanes présentant un dysfonctionnement de l'appareil manducateur.

La prise en charge correcte de ces patients a posé un double problème celui du choix thérapeutique et de la pérennité des résultats acquis

1- Le choix thérapeutique

La thérapeutique choisie pour chacun de nos patients répond à un souci bien précis : soulager la douleur et faire disparaître le gêne esthétique qui constitue le but de la consultation suivant les possibilités économiques de chacun.

1.1- La gouttière

C'est un artifice thérapeutique qui trouve son indication dans les cas de dysfonction de l'appareil manducateur pour :

- servir d'élément de diagnostic en cas de doute sur l'implication de l'occlusion dans l'étiologie du bruxisme [1]

- permettre aux patients de recouvrer de bonnes conditions occlusales lors des réhabilitations prothétiques [9] en faisant disparaître les malocclusions et les contractures musculaires C'est donc un des traitements de choix en cas de bruxisme et de dysfonctionnement articulaire

1.2- La prothèse adjointe de recouvrement

La prothèse adjointe partielle qu'elle soit de recouvrement ou non est une thérapeutique d'attente.

Elle présente certes de nombreux inconvénients [1] à savoir :

- la grande propension à la fracture ;
- la prolifération microbienne s'il n'y a pas d'hygiène rigoureuse liée à l'état de surface et aux résidus de monomères ;
- Le risque d'inflammation autour des dents.

Malgré tous ces inconvénients, elle est d'un apport très précieux dans les cas de parodonte amoindri des dents restantes, de réaménagement pré prothétique complexe et de patient économiquement faible.

1.3- La prothèse combinée

Le choix de la prothèse combinée se fait après analyse et réévaluation du projet prothétique. Cela passe par la réalisation du wax up sur un articulateur sémi-adaptable, des traitements pré prothétiques et des couronnes transitoires qui permettent de tester et de vérifier le nouveau schéma occlusal. C'est une nécessité impérative pour garantir le succès du projet prothétique dans

les dysfonctions de l'occlusion. La prothèse combinée protège les dents saines par une distribution efficace des forces occlusales.

2- La pérennité des résultats acquis

La valeur d'un traitement prothétique est liée à la durée des résultats acquis à moyen et long terme. Dans les cas que nous avons présentés dans cette étude, compte tenu de l'importance de la force de l'usure dans nombre de cas, quelques précautions ont été prises pour prévenir les récurrences et assurer une certaine pérennité de nos traitements. D'abord, le port d'une gouttière de protection pour sauvegarder les dents en résine et le matériau céramique le jour de la pose de la prothèse, puis des contrôles post opératoires rigoureux pour renforcer la motivation à l'hygiène, la compréhension des facteurs entretenant la maladie et éviter les positions nocives. Ces contrôles permettent également de parvenir à une meilleure intégration occlusale de la prothèse, de supprimer d'éventuelles prématurités et de refaire le cas échéant d'éventuelles cassures des prothèses adjointes.

CONCLUSION

Les choix thérapeutiques faits dans ces cas de bruxisme ont permis de concilier la disparition des douleurs et le rétablissement de la fonction, puis de l'esthétique.

Ce travail souligne également l'importance du port de la gouttière de protection après tout traitement de l'usure dentaire consécutif au bruxisme.

Les résultats répondent au double objectif de départ : esthétique et stabilité prothétique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-ROZENCWEIG D.

Algies et dysfonctionnement de l'appareil manducateur. Propositions diagnostiques et thérapeutiques.
Paris : *Cah. Prothèse*, 1994 ; 487p.

2- LAVIGNE G.J.

Le bruxisme, un vieux problème vu sous une perspective nouvelle.
Réal. Clin., 1994 ; 5(2) : 199-207.

3- LAVIGNE G.J.

Questionnement sur le rôle des activités oro-faciales dans la douleur temporo-mandibulaire.
Réal. Clin., 2004 ; 15(12) : 119.

4- CHAPOTAT B.

Bruxisme du sommeil : aspects fondamentaux et cliniques.
J. Parodontol. et Implantol. Orale, vol 18 N°3/99 : 277-289.

5- CHAPOTAT B, BAILLY F.

Bruxisme et restaurations prothétiques.
Inf. Dent., 1999 ; 81(38) : 2839.

6-BROCARD D., LALUQUE J.F

Bruxisme et prothèse conjointe : quelles attitudes avoir ?
Cah. Prothèse, 1997 ; 100 : 93-106.

7-ORTHLIEB J. D., LAPLANCHE O.; PRECKEL, E. B.

La fonction occlusale et ses dysfonctionnements.
Réal. Clin vol 7 N°2 1996 ; 131-146

8-DESCAMP F., PICART B., GRAUX F., DUPAS P. H.

Analyse occlusale et simulation du prothétique sur articulateur.
Cah. Prothèse 2002 ; 120 : 53-65.

9-D'INCAU E.

Approche anthropologique de l'usure dentaire.
Cah. Prothèse 2004 ; 126 : 19-32.

10- N'CHO K. J. C., KAMAGATEF.S. , OKA A. E., BAMBA A. ASSI K. D.

Bruxisme : Approche diagnostique et thérapeutique
Revue du COSA-CMF, vol. 10, N°1, 2003 : 26-32.

11- RIFAI K.

Association bruxisme-céphalée dans une population de patients dysfonctionnels. Etude rétrospective
Cah. Prothèse, 2003 ; 122 : 55-58.

12- RUGH J.D., HARLAN J.

Nocturnal bruxism and temporomandibular disorder. In "Advances in neurology". Jankovic J, Tolosa E. eds. Raven Press. New York. pp. 329-334 , 1988.