

Le 28/09/2011

LA CORRELATION, LA CONCERTATION, LA COLLABORATION MEDICO-KINE-DENTAIRE
--

« L'argent ne peut pas être l'obstacle à la guérison »

Jean - Gabriel Thomas

J'adresse mes remerciements au Dr Jean-Gabriel Thomas pour les soins et les savoirs qu'il m'a transmis, et particulièrement de m'avoir appris cet adage chinois : «Le poisson pourrit par la tête, l'homme aussi ».

En 1993, Le Docteur Jean-Gabriel THOMAS, Rhumatologue, dans la présentation de son exposé à La Tribune Européenne à Paris souligne : « il faut que la corrélation, la concertation, la collaboration médico-dentaire s'installent, se renforcent et s'institutionnalisent pour que les Dentistes et Médecins cessent de cheminer dans des couloirs parallèles, hermétiquement clos et séparés, les uns n'ayant pas accès à la sphère bucco-dentaire et aux lumineuses explications qu'elle pourrait apporter, les autres dans l'impossibilité doctrinale d'établir une relation de cause à effet, entre telle extraction et telle amélioration immédiate et spectaculaire de pathologies pourtant incrustées. »

C'est après 2 ans de travail auprès du Docteur Thomas, que j'ai appris l'importance des articulations temporo-mandibulaires (ATM) dans les diverses pathologies des patients. Il pratiquait chez eux systématiquement le repositionnement des ATM. A la suite de cet enseignement, j'ai décidé de me pencher sur le lien biomécanique de l'appareil locomoteur.

Pour cela j'ai créé un dispositif intra-oral, breveté en Pologne, amélioré et breveté en France.

Le test clinique sur l'efficacité du dispositif intra-oral « ORA », mené à la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université René Descartes – Paris V a été réalisé par le Professeur Ginisty.

Voici ses conclusions :



Résultats de l'étude concernant l'efficacité 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. Darraillans 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 crano-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 révélera 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 1 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 cuspside 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



Je remercie vivement le Professeur Ginisty pour son analyse. Ma Thèse révèle que l'action des exercices qui ne durent que 2 minutes engendre des changements statistiquement significatifs des paramètres mesurés. Nous n'allons pas chercher un changement trop rapide, dans un corps qui est déjà perturbé. Il est nécessaire d'utiliser le dispositif « ORA » durant trois mois pour enregistrer des améliorations notoires.

La méthode pour le repositionnement des articulations (décrite précédemment dans KS n° 510) nécessite une coopération entre un Kinésithérapeute et un Spécialiste d'occlusion pour qu'il apporte les corrections d'occlusion une fois l'appareil locomoteur corrigé.

L'équilibre biomécanique de la posture permet le fonctionnement des articulations dans les meilleures conditions physiologiques et la diminution de leur inflammation.

Chaque déficience articulaire ou musculaire due aux conditions du travail (position, mouvements répétitifs) fait partie des troubles musculo-squelettiques (TMS).

Le déséquilibre des articulations temporo- mandibulaires (ATM), dans le temps, va agir sur l'équilibre biomécanique de la posture, provoquant des défaillances articulaires et musculaires à différents niveaux et ainsi que des TMS dans le cadre du travail.

La méthode proposée, par son action sur l'équilibre biomécanique de la posture, contribue à la prévention des TMS.

Certains Chercheurs décrivent le dysfonctionnement bucco-dentaire comme la cause principale des acouphènes, par exemple. De plus, Zito G. et autres ont conclu que des amplitudes cervicales diminuées en flexion-extension ont une influence sur la migraine avec aura. Le Docteur Mergui, Dentiste, place en cinquième position sur dix les dysfonctionnements des articulations temporo-mandibulaires comme cause de fibromyalgie.

Dans la recherche de Pavlov (prix Nobel 1904) la réponse est donnée dans sa théorie du signalement « ce qui se passe au niveau d'un élément d'un système est signalé dans tous les éléments de ce système ».

Le système endocrinien est positionné symétriquement de chaque côté de l'axe central du corps. Les ATM perturbés fonctionnent d'un côté de façon hypo-mobile, de l'autre de façon hyper-mobile. On retrouve ce phénomène dans les autres articulations, par exemple la hanche.

Le déplacement des articulations sur les trois plans perturbe l'homéostasie des glandes.

L'action sur l'une des glandes se répercute en cascade sur l'ensemble du système, sans nécessiter l'intervention d'un complément stimulant, alimentaire ou sous une forme hormonale.

Remettre les ATM en place c'est stimuler l'ensemble de notre système végétatif. Les métamères (métamère, la répartition des corps en métamères s'explique à partir de l'embryologie) retrouvent leur équilibre.

DYSFONCTIONNEMENT DES ATM

PERTURBATIONS



De l'équilibre articulaire



Des fonctions végétatives



Du système
endocrinien

Perturbations des viscères

Perturbations, de l'axe HH*

*L'axe HH : l'axe hypophyse –hypothalamus

Pour apporter la meilleure réponse aux problèmes du Patient, pour établir un diagnostic pertinent, il est nécessaire que le trio Médico-Kiné-Dentaire se mette en place et travaille en étroite collaboration.

La Directive 93/42/CE, article 1.2a va dans ce sens et souligne que l'action mécanique du repositionnement des articulations ne peut être obtenue par des moyens pharmacologiques, immunologiques, par le métabolisme. Dans la majorité des diagnostics pratiqués par les Médecins généralistes, les causes mécaniques ne sont pas prises en compte.

En 2011, les Médecins Généralistes ont la chance de pouvoir soigner plus pertinemment et d'avoir à leur disposition non seulement les médicaments traditionnels mais également un moyen non invasif pour retrouver les paramètres physiologiques.

Si nous adoptons tous cette approche, une « nouvelle médecine » s'installerait dans le traitement des patients que j'appellerai « médecine physiologique » c'est-à-dire une médecine soucieuse de rechercher tous les paramètres susceptibles de détériorer notre équilibre. La science nous a apporté des réponses. C'est à nous, Professionnels de santé, de les appliquer.

La définition la plus courante :

L'appareil manducateur est l'appareil servant à manger ; les articulations temporo-mandibulaires et les muscles maxillaires sont les rouages du mécanisme de mastication ou de posture.

Ma recherche me permet d'affirmer que la posture est totalement dépendante des ATM.

Il n'y a rien de nouveau, un médecin chinois, 5000 ans avant J.C. a dit : « les articulations les plus hautement placées commandent les autres ».

Pour conclure :

Cela serait une opportunité et une solution pour l'Etat : en laissant à chacun le libre choix des soins, ne rembourser que les actes de la médecine physiologique !!!