

Occlusion dentaire et rachialgies chroniques

JEAN-MARIE LANDOUZY
OSTÉOPATHE
MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Beaucoup de patients consultent pour des rachialgies chroniques dont les causes ne sont pas toujours évidentes. Depuis plusieurs années, il est fréquent de rattacher ces douleurs à des déséquilibres de la mâchoire et les traitements dentaires donnent des résultats parfois surprenants.

Comment peut-on comprendre cette relation ?

Le corps est un ensemble indissociable, c'est pourquoi une vision holistique est indispensable. Hippocrate disait : "*Toutes les parties du corps forment un cercle, chaque partie est donc, à la fois, commencement et fin.*" Travaillant depuis plus de 25 ans sur ce sujet, je connais les relations étroites entre la mâchoire et le reste du corps. Il ne s'agit nullement d'une relation "ésotérique", mais d'une réalité biomécanique et physiologique.

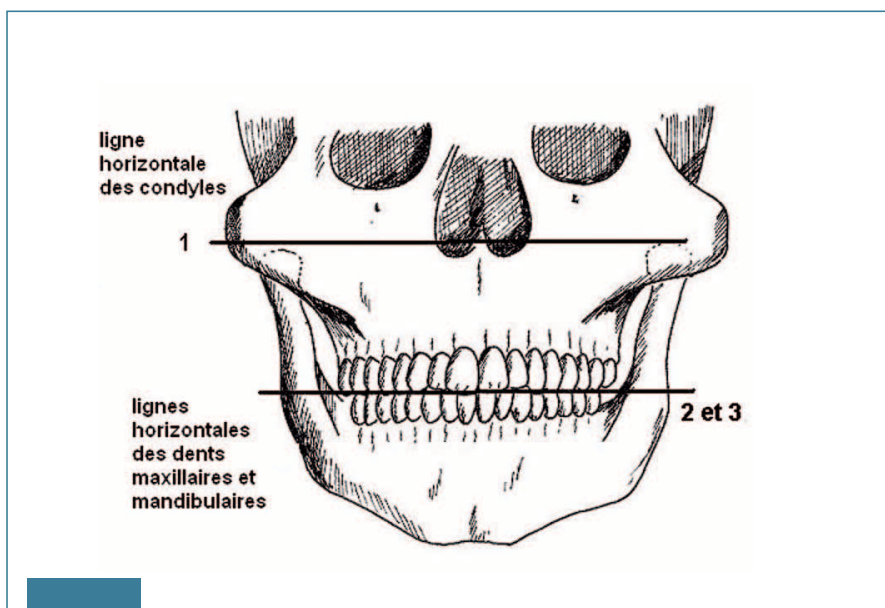


figure 1

*Lignes horizontales des condyles et du plan occlusal
(Schéma de Benoît Delattre)*

L'équilibre de la mandibule et du corps

L'équilibre de la mandibule est lié à l'équilibre général du corps et inversement l'équilibre du corps est soumis à l'équilibre de la mandibule.

Sur un sujet dont la posture et l'équilibre mandibulaire sont parfaits, les lignes des ceintures scapulaire et pelvienne sont parallèles entre elles et perpendiculaires au fil à plomb. Dans ces conditions, l'ouverture de la bouche est rectiligne, ce qui veut dire que la pointe mentonnière et la pointe du nez restent alignées au cours de ce mouvement.

L'occlusion dentaire maintient l'horizontalité des lignes du plan occlusal (passant entre les dents maxillaires et mandibulaires) et des condyles (figure 1).

Pour prouver les relations réciproques entre la mandibule et le reste du corps, il suffit de faire deux expériences sur un sujet parfaitement équilibré.

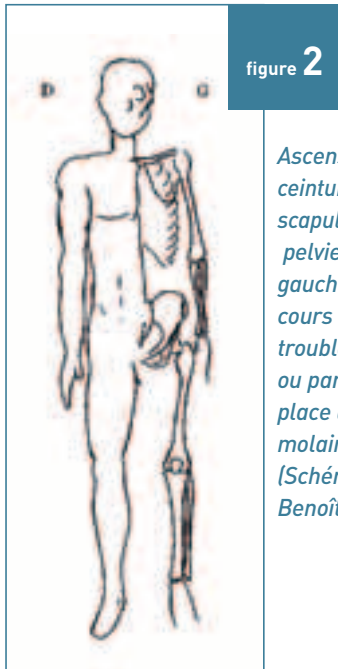


figure 2

Ascension des ceintures scapulaire et pelvienne gauches au cours d'un trouble occlusal ou par la mise en place d'une cale molaire gauche (Schéma de Benoît Delattre)

1 - La mise en place d'une talonnette crée, artificiellement, une inégalité de longueur des membres inférieurs et provoque **immédiatement** une **déviat**ion **homolatérale** de la mandibule au cours de l'ouverture buccale. Cette expérience nous prouve la relation étroite qui unit la ceinture pelvienne et la mandibule. Après avoir retiré la talonnette, l'ouverture buccale redevient rectiligne.

2 - La mise en place d'une épaisseur minime (feuille de papier pliée en deux) entre les molaires du côté droit, par exemple, provoque **immédiatement** une déviation de la mandibule, au cours de l'ouverture buccale, **du côté opposé** à la cale et une ascension de l'omoplate et de l'aile iliaque de ce côté (figure 2).

Ces expériences démontrent l'influence de la mandibule sur l'équilibre général du corps. **Une modification de l'un entraîne immédiatement une compensation de l'autre.**

La correction de certaines anomalies posturales, par des techniques diverses, améliore souvent les douleurs. Par contre, lorsque ces dysfonctionnements sont en rapport avec le déséquilibre de la mandibule, les douleurs ne cèdent pas aux techniques habituelles et leur chronicité est la preuve que l'étiologie réelle n'a pas été diagnostiquée.

Pour mieux définir les différentes causes des troubles mécaniques de la mandibule et de la colonne vertébrale, deux grands types de pathologies primaires et deux secondaires peuvent être décrites :

1 - Pathologie ascendante qui correspond aux douleurs et aux dysfonctionnements des articulations temporo-mandi-

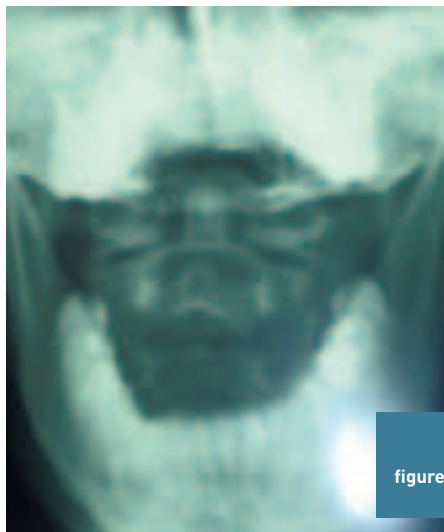


figure 3

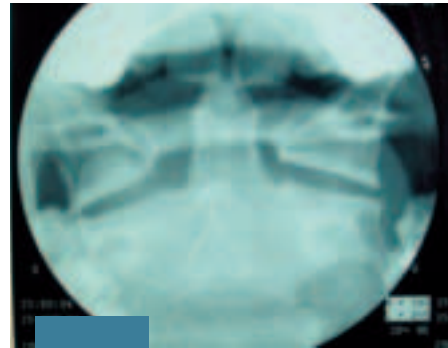


figure 4

Noter la déviation de la mandibule à l'ouverture de la bouche et la position de la charnière cervico-occipitale. L'odontoïde n'est pas centrée par rapport aux masses latérales de C1.

bulaires causés par une perturbation de la biomécanique rachidienne et/ou pelvienne.

2 - Pathologie descendante qui correspond aux douleurs localisées aux articulations temporo-mandibulaires et/ou au vertex et au pelvis dont la cause est le déséquilibre de la mandibule.

3 - Pathologie ascendante mixte qui correspond à la présence d'un déséquilibre postural primaire s'accompagnant d'un déséquilibre mandibulaire manifesté après correction de la posture.

4 - Pathologie descendante mixte qui correspond à la présence d'un déséquilibre mandibulaire dont le traitement doit être complété par le traitement vertébral et pelvien pour améliorer les symptômes.

Quelles sont les modifications vertébrales induites par le déséquilibre de la mandibule ?

L'énumération complète est longue, les plus importantes sont classées en deux types de signes : les statiques et les dynamiques.

Les signes statiques servent au praticien pour déterminer les anomalies posturales et leurs étiologies. Les signes dynamiques servent à démontrer au patient l'unité de son corps et la relation existante entre son déséquilibre de la mâchoire et sa mobilité rachidienne, sa force et son équilibre.

Signes statiques du déséquilibre mandibulaire

1 - Rotation et flexion latérale du rachis cervical supérieur (C1/C2 et C2/C3)

Cette position est due aux contractures

des muscles qui relient la mandibule et le rachis cervical. Position et contractures participent aux symptômes accompagnant généralement les déséquilibres de la mandibule : vertiges, migraines et cervicalgies chroniques.

2 - Ascension de l'omoplate et de l'épaule Elle est provoquée par la tension des trapèzes qui s'insèrent sur l'occipital. Cette position explique les douleurs d'épaule et les dorsalgies.

3 - Ascension d'une aile iliaque Elle donne l'impression d'une jambe courte. La position anormale du pelvis provoque les sciatiques, lombalgies et douleurs fessières (Figure 2).

4 - Déport latéral du corps et une asymétrie des angles thoraco-brachiaux

Il se produit à cause de l'ascension de la ceinture scapulaire et de la bascule pelvienne.

Signes dynamiques du déséquilibre mandibulaire

Ces signes démontrent que le déséquilibre mandibulaire est à l'origine de perturbations mécaniques et musculaires.

1 - Limitation de la rotation cervicale du côté de l'omoplate haute.

2 - Déficit de la force du membre scapulaire du côté de l'omoplate basse et ceci en dehors de toute considération de gaucher et de droitier.

3 - Manque d'équilibre sur le pied du côté de l'omoplate et de l'aile iliaque basses.

Pour en faire la démonstration, il suffit de demander au patient, présentant un déséquilibre mandibulaire, de :