

INTERET DE LA GOUTTIERE OCCLUSALE DANS LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DU BRUXISME

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Auteurs</p> <p>SECK-DIALLO A. DIOUF A. BENOIST H.M. SEMBENE M. DIALLO P.D.</p> <p style="text-align: center;">Service</p> <p>Service de Parodontologie. Université Cheikh Anta Diop de Dakar, SENEGAL</p> <p style="text-align: center;">Correspondance</p> <p>Dr Adam SECK DIALLO Service de Parodontologie Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal Courriel : adam_seck@yahoo.fr</p> | <p>RÉSUMÉ</p> <p>Le bruxisme constitue un ensemble de mouvements répétitifs et involontaires sans but fonctionnels. Son traitement doit être inclus dans un plan de traitement parodontal global. Le cas clinique présenté dans cet article rapporte le traitement d'une parodontite associée au bruxisme. Après une thérapeutique étiologique, une gouttière occlusale à port nocturne est réalisée. Un an après la pose de la gouttière, une réévaluation complète du cas, permet de constater une diminution des signes algiques et l'amélioration des mouvements mandibulaires. La suppression immédiate des contacts dentaires par l'interposition d'une gouttière occlusale entre les arcades maxillaire supérieure et inférieure apparaît comme une thérapeutique simple et bien adaptée aux exigences thérapeutiques.</p> <p>Mots-clés : Bruxisme - Traitement - Gouttière occlusale.</p> <p>SUMMARY</p> <p><i>Bruxism is a set of repetitive and involuntary movements without any functional goal. Its treatment is to be included in a global periodontal treatment.</i></p> <p><i>The clinical case presented in this article reports the treatment of a periodontal disease associated with bruxism. After an etiologic therapy, a gutter occlusal to be worn at night is achieved. A complete re-evaluation of the case one year after the fitting of the gutter allows noting a diminution of ache and pain symptoms and an improvement of the mandible movements.</i></p> <p><i>The immediate suppression of dental contacts by the interposition of a gutter occlusal between upper and lower maxilla arches appears to be a therapy simple and well adapted to dental health requirements.</i></p> <p>Key words : Bruxisme - Treatment - Gutter occlusal.</p> |
|--|---|

INTRODUCTION

Le bruxisme se définit comme des mouvements masticatoires et des grincements (et/ou serremments) dentaires répétitifs, involontaires, inconscients, sans but fonctionnel, et associés à une usure anormale des dents et à des douleurs des muscles masticatoires (3,8,4). L'épidémiologie du bruxisme dans les populations est difficile à préciser par l'absence d'harmonisation des moyens d'investigations utilisés, ce qui explique les écarts que l'on peut observer dans les statistiques (6% à 20% dans certaines populations). Par ailleurs, le pourcentage de bruxistes semblent parfois sous-estimé, puisque la plupart des individus ne sont pas conscients de leurs habitudes de bruxisme, jusqu'à ce qu'elles leur soient révélées. Ses formes sont multiples : diurne ou nocturne, bruyant ou silencieux. Au cours de la journée, le bruxisme ne pose pas de réels problèmes, car il est soumis à notre volonté qui permet la décrispation des mâchoires limitant ainsi, la pression des dents entre elles. La nuit, en revanche, l'absence de contrôle augmente très nettement cette tension, entraînant de violents chocs et/ou des frottements dentaires. Kato et al., (2001) précisent que le bruxisme du sommeil doit être distingué de celui qui survient à l'état d'éveil, car les conditions d'apparitions sont différentes (6). De nombreux facteurs étiologiques supposés ont été étudiés et viennent étayer plusieurs hypothèses. La théorie occlusale a été la première émise et a pendant longtemps dominé toutes les autres (13). Actuellement, les facteurs physiologiques tels que le stress et le type de personnalité font l'objet d'une attention particulière de la part des auteurs (1,16). Cette para fonction orale constitue à la fois un défi et un obstacle à nos thérapeutiques. En effet, les traitements parodontaux chez un patient bruxiste peuvent se trouver compromis par les forces excessives exercées. Le port d'une gouttière de protection peut aider à diminuer les surcharges occlusales en permettant une redistribution harmonieuse des forces occlusales.

Le cas clinique présenté illustre la prise en charge du bruxisme par un traitement réversible tel que la pose d'une gouttière occlusale.

I- OBSERVATION CLINIQUE

1- Anamnèse

M.D., sénégalaise, étudiante âgée de 23 ans, est envoyée par son dentiste traitant au Service de Parodontologie du Département d'Odontologie de l' Université Cheikh Anta Diop. Elle se plaint de sensibilités dentinaires, de douleurs cervicales au réveil, et de migraines. L'historique médical indique qu'elle ne présente pas de pathologie générale, ni d'allergie connue. Elle ne fume pas mais évoque un stress.

2- Examen clinique

L'examen clinique objective l'absence de la 25 et de la 34 (extraïtes il y a environ deux ans et non remplacées), la présence de facettes d'usure mécanique généralisée sur l'ensemble de la denture (stade II de la classification de Rosenberg) (photo1), avec des fêlures sur les dents 11, 21, 22, et une vestibulo-version des incisives supérieures.



Photo 1 : Vue clinique montrant une usure des bords libres des incisives centrales et latérales inférieures. Notons la perte de la pointe canine.

Des dépôts peu importants de tartre et de plaque supra-gingivaux sont visibles à l'examen endo-buccal. La gencive présente une légère inflammation marginale, plus marquée sur les faces linguales des incisives inférieures : l'indice de plaque Silness et

Løe est égal à 1,03 et l'indice gingival de Løe et Silness est égal à 1. Le sondage parodontal est effectué avec une sonde parodontale de Williams et n'a objectivé aucune poche parodontale (profondeur de sondage ≤ 3 mm). Une récession gingivale d'environ 2 mm est retrouvée au niveau de la face vestibulaire de la 31 et 32.

3- Examen occlusal

L'analyse fonctionnelle montre un craquement indolore des deux cotés de l'articulation temporo-mandibulaire à l'ouverture et à la fermeture. Le type d'occlusion correspond à une classe I d'Angle molaire et canine droite et gauche avec un surplomb et un recouvrement respectivement de 4 mm et 3mm. Du fait de l'abrasion, les courbes de compensation (courbe de Spee et de Wilson) sont perturbées. L'examen cinétique montre une fonction groupe au cours des mouvements de latéralité, sans interférences travaillantes et non travaillantes. En position d'intercuspidation maximale, des contacts exagérés ont été mis en évidence. Un guide antérieur fonctionnel en protrusion est retrouvé, sans interférence protrusive non travaillante.

4- Examen radiographique

L'examen du bilan radiologique sur cliché panoramique montre une discrète alvéolyse horizontale généralisée.

5- Diagnostic

Le diagnostic de parodontite débutante (selon la classification de Armitage) associée à un bruxisme a été retenu. Le pronostic général après traitement est favorable.

6- Plan de traitement

Après information, la patiente a été motivée et instruite à l'hygiène bucco-dentaire, de façon à améliorer son contrôle de plaque. Un détartrage polissage a été effectué et des soins locaux bi-quotidiens à base d'antiseptiques (chlorhexidine à 0,2%) sont prescrits à la patiente. Des applications topiques de fluor sont effectuées à l'aide d'éponges imbibées de gel fluoré en quatre

séances de 15 minutes. La patiente a été mis sous Myolastan® (1 comprimé le soir au couché pendant 8 jour). Des empreintes sont réalisées au fauteuil avec des portes empreintes non perforés. Une maquette en cire permet d'enregistrer la position d'intercuspidation maximale (PIM) (photo 2).



Photo 2 : Maquette en cire après enregistrement de la PIM

Une gouttière occlusale (photo 3) est réalisée au laboratoire en résine thermoformée sur le modèle maxillaire monté sur un articulateur semi-adaptable. Elle enveloppe le bord libre des dents du maxillaire supérieur et présente un minimum de relief.



Photo 3 : Gouttière occlusale en PIM. Elle enveloppe le bord libre de toutes les dents maxillaires. Notez la récession sur la 31 et 32

La gouttière présente un maximum de contacts en PIM, un guide antérieur sans interférence postérieure en propulsion, et un guide canin droit et gauche, sans interférence travaillante et non travaillante. La patiente est revue toutes les semaines pen-

dant 15 jours puis tous les 15 jours pendant les deux premiers mois pour des séances de contrôle au cours desquelles est réalisé une équilibration de la gouttière occlusale. Le port de la gouttière ne se fait plus que deux nuits par semaine.

II- RÉSULTAT

Avec un recul de 24 mois, l'évolution est favorable, avec une diminution des signes algiques, une amélioration du contrôle de plaque (IP=0,68) et de l'inflammation (IG=0,81).

III- DISCUSSION

Notre patiente présentait des facettes d'usure généralisées, des hyperesthésies dentaires et des douleurs cervicales. L'examen clinique et radiologique ont révélé la présence d'une parodontite débutante associée à un bruxisme. Le traitement du bruxisme devait s'inscrire dans un plan de traitement parodontal global. La thérapeutique étiologique a permis la suppression de l'inflammation. L'application topique de fluor apporte une amélioration de la sensibilité dentinaire. L'option d'une thérapeutique réversible a été dictée par l'étendue de l'usure dentaire. L'équilibration occlusale par soustraction aurait augmenté l'usure dentaire (12). La gouttière occlusale représente un choix thérapeutique d'excellent pronostic. Elle reste un moyen simple et efficace pour limiter l'usure dentaire. Elle recouvre l'arcade maxillaire supérieure et s'oppose aux dents mandibulaires» une surface plane et lisse. La fonction première de la gouttière occlusale est d'éviter que le contrôle des rapports inter-maxillaires soit géré par l'intercuspidation existante. Cet objectif est atteint en supprimant temporairement l'engrènement cuspidien. Cette négativation de l'occlusion permet à la mandibule de retrouver sa liberté et d'adopter une position équilibrée. La position de la mandibule étant liée à

la position céphalique, la décrispation des muscles masticateurs entraîne celle des muscles cervicaux, dorsaux voire lombaires. Il est probable que les abrasions observées soient dues au stress et le problème esthétique ne se posant pas pour notre patiente, la solution thérapeutique la plus adaptée était la pose d'une gouttière au maxillaire supérieur. Le choix de la gouttière maxillaire est justifié par son encombrement buccal limité, une gêne moindre au cours des fonctions de déglutition, de phonation, une meilleure esthétique et la préservation des rapports occlusaux. Une gouttière mandibulaire génère en effet des forces centrifuges sur les dents maxillaires, qui entraînent à long terme une version vestibulaire. Le papier marqueur permet de vérifier si toutes les pointes cuspidiennes vestibulaires inférieures entrent en contact avec la gouttière. Les contacts ponctiformes doivent être établis avec la même intensité. A partir de la Position d'intercuspidation maximale, le trajet canin d'une part, le trajet incisif d'autre part, doivent permettre une désocclusion immédiate et totale. Des études récentes ont montré que le port d'une gouttière occlusale permettait de réduire les épisodes de bruxisme du sommeil de 41%, de diminuer les épisodes de grincements de dents sonores de 50%, de réduire l'activité musculaire associée au bruxisme (5). Toutefois, tous les sujets bruxistes ne sont pas soulagés par les dispositifs orthopédiques (10). C'est pourquoi, les autres approches thérapeutiques doivent être considérées par le chirurgien dentiste (psychocomportementale, physiothérapeutique, pharmacologique) et compléter le traitement orthopédique si nécessaire. Si l'abrasion dentaire est très importante, et qu'elle devient invalidante esthétiquement pour le patient, le choix thérapeutique est plus complexe, car il nécessite souvent une réhabilitation prothétique globale (2,7). Toutefois, une réévaluation périodique est nécessaire, afin d'assurer la pérennité des résultats.

CONCLUSION

Le cas clinique présenté ici illustre l'intérêt de la pose d'une gouttière occlusale dans la gestion du bruxisme. Elle a permis une diminution des signes algiques. Toutefois, son efficacité reste directement liée à son port et au suivi du patient. Il conviendra de dépister précocement le bruxisme pour éviter une usure dentaire excessive nécessitant, une prise en charge plus complexe et plus onéreuse.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Assaf A. Le bruxisme. Etiologie, diagnostic et traitement. *Inf. Dent.*, 1995, 3 : 175-179.
2. Brocard D., Laluque JF. Bruxisme et prothèse conjointe : quelles attitudes à avoir ? *Cah. De prothèse*, 1997, 100, 93- 106.
3. Chapotat B., Lin J.S., Robin O., Jouvét M., Bruxisme du sommeil : aspects fondamentaux et cliniques. *J. Parodont. et Implant.*, 1999, 18 (3) : 277- 289.
4. De Meyer M. De Boever. Le rôle du bruxisme dans l'apparition des troubles temporomandibulaires. *Rev. Belg. Med. Dent.*, 1997 : 124-128.
5. Dube C., Rompre P.H., Manzini C., Guitard F., De Grandmont P., Lavigne G.J. Quantitative polygraphic controlled study on efficacy and safety of oral splint devices in tooth-grinding subjects. *J. Dent. Res.* 2004 ; 83 (5) : 398-403.
6. Kato T., Thie N.M.R., Montplaisir J.Y., Lavigne G.J. Bruxism and orofacial movements during sleep. *Dent. Clin. North Am.* 2001 ; 45 (4) : 657-684
7. Krief A. Le Bruxisme : un défi permanent à nos traitements. *Inf. Dent.* 2002 ; 38 : 2893-2898.
8. Laluque J.F., Brocard D. Bruxisme et fonctions manducatrices. *Réal. Clin.* 2005 ; 16 (1) : 21-28.
9. Lavigne GI, Monplaisir JY. Bruxism: epidemiology, diagnosis, pathophysiology and pharmacology. In: Friction JR, Durbner R., eds. *Orofacial Pain & temporomandibular Disorders*. New York : Raven Press, 1995: 387- 407.
10. Lavigne G. J., Soucy P., Lobbezoo F., Manzini C., Blanchet P.J., Montplaisir J.Y. Double-blind, crossover, placebo-controlled trial of bromocriptine in patients with sleep bruxism. *Clin. Neuropharmacol.* 2001 ; 24 (3) : 145-149.
11. Loe H., Silness J. Periodontal disease in pregnancy : Prevalance and severity. *Acta. Odontologica Scandinavia*, 1963, 21: 533-551.
12. Rush ID., Harlan J.. Nocturnal bruxism and temporomandibular disorders. In : Jankovic J., Tolosa E., eds *Addvances in Neurology*. Raven Press, New York, 1988 : 32-9 349.
13. Ramfjord S.P. Bruxism, a clinical and electromyographic study. *J. Am. Dent. Assoc.* 1961 ; 62 : 21-44.
14. Rozenzweig D. Algies et dysfonctionnements de l'appareil manducateur. Propositions diagnostiques et thérapeutiques. Paris : éditions CdP, 1994, 481p.
15. Silness J., Loe H. Periodontal disease in pregnancy (II). Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta. Odontologica Scandinavia*, 1964, 22 : 121-135.
16. Van Selms M.K., Lobbezoo F., Wicks D.J., Hamburger H.L., Naeije M. Craniomandibular pain, oral parafunctions, and psychological stress in a longitudinal case study. *J. Oral Rehabil.* 2004 ; 31 (8) : 738-745.