



LES CONSÉQUENCES DU SOFT CLENCHING

Les différents types de cas cliniques en fonction des symptômes observés.

Dans sa carrière, chaque praticien a sans doute été confronté à plusieurs reprises à ce cas de figure parfaitement classique.

Le patient se plaint d'une douleur presque constante dans la région du sinus maxillaire gauche, ce depuis une année. Il a consulté plusieurs spécialistes ORL en pensant à une sinusite chronique. Tous les examens cliniques et radiographiques se sont avérés négatifs et ne montrent aucune infection ou inflammation à ce niveau-là. A l'examen endobuccal, on constate la présence d'un bridge céramo-métallique sur les molaires et prémolaires supérieures (dents 25 à 27). A l'anamnèse, il se trouve qu'il a été posé il y a... un an !

L'examen révèle une importante suroccclusion en Centrée (le bridge est trop « haut » lorsque le patient ferme la bouche) et des interférences très nettes en diduction (lors des mouvements en latéralité). Deux minutes auront suffi pour équilibrer ces éléments prothétiques. Le patient est immédiatement soulagé, car il n'y a effectivement jamais eu de sinusite.

Il s'agissait en fait d'une sinusalgie, c'est-à-dire d'une douleur dans la région sinusale, due à une trop forte pression sur ces dents. Les racines de ces molaires supérieures « s'imprimant » en effet dans la base du sinus maxillaire, la pression s'y transmet à la manière d'un coup de pied dans un ballon, lors des contacts interdentaires.

Si ce cas peut être qualifié de standard, car classique, courant, et facile à diagnostiquer, les suivants s'en distinguent vraiment de par l'éloignement et la complexité croissante des divers symptômes observés.

Les cas recensés ci-dessous ont une particularité commune : la rapidité des résultats, ce qui est assez exceptionnel sans finalisation ostéopathique.



Le côté spectaculaire et la rapidité de ces rémissions démontrent bien l'existence d'un phénomène neurophysiologique lié à la malocclusion et dont les conséquences dommageables peuvent être éliminées par l'équilibration occlusale.

RENCONTRE DU 1^{ER} TYPE

- > **Effets à distance de type local**
- > **Bruxisme excentré et ronflements**

Ce patient est atteint de bruxomanie depuis environ 20 ans : bruxisme excentré (grinding) nocturne et centré (clenching) diurne et très certainement nocturne. Il a déjà « détruit » plusieurs gouttières occlusales de type Michigan. Lors de son service militaire, il a toujours été placé à l'écart, le bruit de ses grincements empêchant toute la chambrée de dormir - 80 soldats en principe fatigués par les marches forcées ! Ce bruxisme est en outre accompagné de ronflements importants, et son épouse fait chambre à part depuis des années. Après équilibration occlusale, le patient cesse dès le lendemain tout ronflement et bruxisme, la libération des surcharges ayant quasi instantanément supprimé la parafonction et ceci sans aucune récurrence depuis maintenant plus de quatre ans. L'épouse a rejoint le lit conjugal... et la maison ne tremble plus. Mais Monsieur doit faire face à un nouveau problème. C'est Madame qui ronfle ! Et j'ai appris récemment que le chat s'y est mis aussi, chose courante paraît-il chez certains Persans dont la « face plate » provoque souvent une gêne respiratoire amplifiée dans le sommeil.

RENCONTRE DU 2^{ÈME} TYPE

- > **Effets à distance de type éloigné**
- > **Cas simple : sciatalgie tenace**

Le patient consulte sans succès plusieurs médecins pour une « sciatique » tenace et rebelle à tout traitement, ce depuis une année. A l'anamnèse, il avoue une crispation des mâchoires dents serrées (clenching). Après équilibration occlusale, les douleurs disparaissent dès le lendemain. En fait de sciatique (de type arthrosique), il s'agissait ici d'une sciatalgie (d'origine musculaire).



Le clenching a cessé le soir même et la détente musculaire de tout le système manducateur (ensemble des muscles masticateurs) qui s'ensuit va se propager à l'ensemble de l'organisme.

RENCONTRE DU 3^{ÈME} TYPE

> Effets à distance de type local et éloigné

> Cas complexe : la totale !

Le patient, inscrit à l'Assurance Invalidité (AI), ne dort quasiment plus depuis cinq ans. Le bruxisme centré (clenching) est si fort qu'il le réveille toutes les deux minutes et l'empêche d'atteindre le sommeil profond, réparateur (la phase delta). Totalement épuisé, dépressif sévère, les symptômes énumérés sont les suivants :

Douleurs des ATM (articulations temporo-mandibulaires), acouphènes importants, trois migraines par semaine (durée : une journée, passée dans le noir à vomir), céphalées frontales, temporales, occipitales, « en casque », Arnoldites (céphalées associées au grand nerf occipital d'Arnold, qui prend sa source dans la nuque, à la base du crâne, et se dirige vers le sommet de l'occiput), cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, périarthrite des deux épaules, épicondylites (coudes gauche et droit), sciatalgies bilatérales, crampes musculaires multiples (cuisses, mollets), arythmies cardiaques, troubles digestifs, fibromyalgie fortement supputée, hypoconvergence oculaire bilatérale (impossibilité de loucher)... Le lendemain de l'intervention (une heure et demie de micro-meulages SOS®), le patient nous téléphone pour nous dire qu'il avait dormi 10 heures d'affilée, ce qui ne lui était plus arrivé depuis des années. Une semaine plus tard, les migraines avaient disparu. Deux semaines de plus et l'on constatait l'amendement de la quasi-totalité des symptômes. Ne subsistait qu'un faible acouphène à l'oreille gauche.

Ce patient, traité en automne 2008, ne nous a plus donné signe de vie depuis lors, d'où la difficulté de juger de la pérennité du traitement. Il n'en reste pas moins qu'une telle amélioration, aussi rapide que spectaculaire, atteste du caractère neurophysiologique de la pathologie.