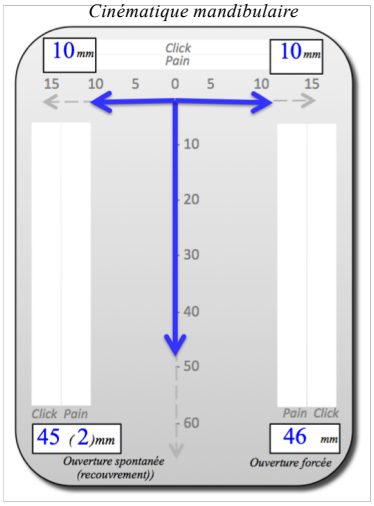
Dossier Dysfonction mandibulaire (DTM)
Instabilité occlusale post ortho

JD.Orthlieb

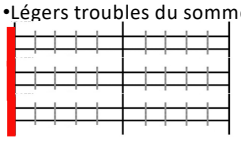
Date : 2012

Nom / N° de dossier : FLOW femme **Age : 48 ans**



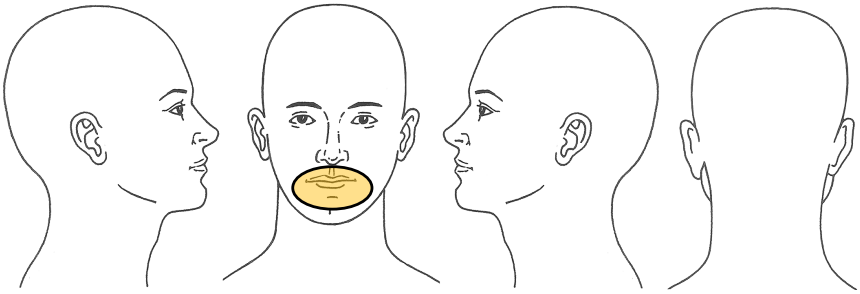
Motifs de consultation
Inconfort occlusal , dysesthésie occlusale

Historique :
•Orthodontie récente
•Erosions
•Légers troubles du sommeil

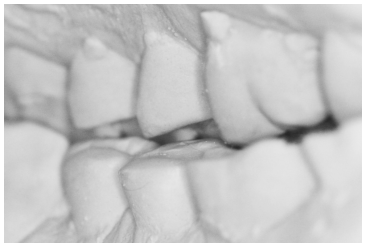


☐ **Bruits :** 0/10
☐ **Algie :** 0/10 (inconfort occlusal 6/10)
☐ **Dysfonction :** 0/10

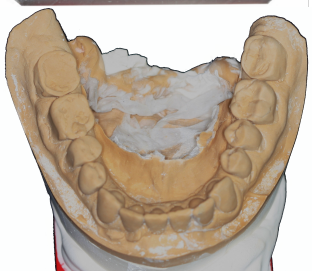
Bilan dentaire : dents globalement saines, quelques restaurations postérieures
Muscles : difficultés de recrutement des muscles masséters en OIM (bons sur rouleaux de coton)
ATM : RAS
Douleur : absence de douleur objectivable

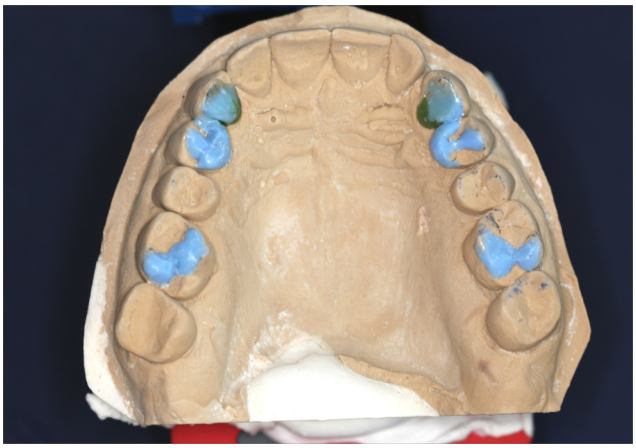


OIM



ORC





Occlusion :

- **calage** : insuffisance de calage postérieur
- **centrage** : décentrage sagittal net
- **guidage** : fonctions canines retardées, absence de GAR, classe 2 partielle

Hypothèses diagnostiques :

Instabilité de l'OIM sans réel décentrage
Bruxisme par cripations émotionnelles

Facteurs étiopathogéniques probables :

Tensions émotionnelles
Instabilité de l'OIM post orthodontique, légères érosions

Orientations thérapeutiques :

PECC
équilibration occlusale

Pourquoi une équilibration occlusale ? La stabilisation occlusale est :

- Simuler sur articulateur pour évaluer la faisabilité
- obtenue avec des moyens simples : Collage composite sur 16,1',13, 23, 24, 26 : calage et guidage (en particulier GAR)
- Expliquée comme un moyen de remise en confiance et de renforcement de la PECC
- En aucun cas, présentée comme le traitement étiologique des douleurs.

réévaluation à 3 , 6 , 12 mois
dentisterie restauratrice permanente sur dents postérieures