

# Trois bonnes raisons d'allonger son patient.

## Leçon n°2B

Dr David Blanc

Une 2ème raison d'allonger son patient :

Dans le précédent numéro de Dental Tribune, nous avons vu que l'orientation de la cavité buccale était facilitée par la position allongée. Il est alors temps de se poser des questions sur le type de support du patient. Depuis Fauchard au 17<sup>è</sup> siècle qui a posé les bases du fauteuil dentaire, nous soignons nos patients assis. Notre profession qui a tellement évolué sur le plan technique, mérite peut être de bénéficier des mêmes avancées en ergonomie, et de se débarrasser de l'héritage du **Barbier chirurgien**.

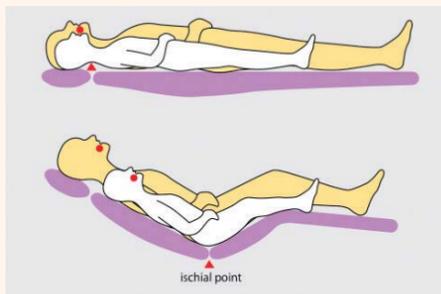


Fig. 1 : Différences d'adaptation à la taille d'un patient entre une table et un fauteuil. Si l'assise est prise comme référence pour positionner un patient, l'emplacement de la cavité buccale du patient varie en fonction de sa taille. L'opérateur a alors besoin d'adopter une posture traumatisante pour réussir à traiter le patient.

Notre désarroi est toujours immense lorsque nous essayons de soigner une dame âgée de petite taille ou mieux un enfant, et qu'une fois assis dans le fauteuil, sa tête ne se trouve pas sur la tèteière mais au niveau du dossier... Il faut alors se contorsionner pour voir quelque chose, et la qualité de nos soins s'en ressent inévitablement.

En effet, lorsque nous utilisons un fauteuil dentaire, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte, la zone de l'assise est toujours la

même. La conséquence est que la position de la tête est plus ou moins haute, et la position des genoux plus ou moins en avant ou en arrière par rapport à l'angulation du fauteuil. (Fig. 1). Et quel temps perdu à essayer de régler la tèteière !

Une raison majeure d'allonger son patient est que lorsque le support du patient est horizontal, son adaptation est optimale quelque soit sa taille. Le point de référence devient la tête, et les membres inférieurs se positionnent librement selon leur longueur.



Fig. 2 : Table de traitement pédodontique, de chez ULTRADENT.



Fig. 3 : Table de traitement FEEL 21N de chez Morita Japon

Les dimensions des fauteuils sont conçues à partir de dimensions anthropométriques



Fig. 4 : Fauteuil EMCIA de chez Morita Europe, permettant d'obtenir une position allongée s'approchant le plus de celle du feel 21N.

moyennes, et ne peuvent donc pas s'adapter aux différents gabarits. Ces moyennes anthropométriques sont différentes selon l'âge du patient (enfant ou adulte), et selon le pays d'origine (Asie/Europe du nord). En pédiodontie et en orthodontie il existe des variations importantes de taille d'un patient à l'autre selon son âge, et le fauteuil dentaire n'est alors plus du tout adapté à leur morphologie.

Si le patient est de petite taille, les courbures du fauteuil ne correspondent plus à sa morphologie, le soutien lombaire n'est plus sous les lombaires, et les genoux sont dans le vide !

Ce problème peut être résolu si le fauteuil dentaire est laissé en permanence en position allongée, voire même s'il s'agit d'une table de traitement, car les patients apprécient peu la sensation de se faire allonger sans contrôler la descente. Cela n'empêche pas une prise d'empreinte ou un enregistrement de relation centrée, qui sera d'ailleurs sûrement beaucoup mieux effectué qu'en position demi assise...

Dans ce cas, le patient s'installe de lui-même toujours au bon endroit. Il cherche à poser sa tête sur la tèteière, et non plus à s'asseoir. La cavité buccale est alors toujours placée au même endroit, quelque soit la taille du

patient, elle devient le point de référence. (Fig. 1). Nous pouvons alors régler tout notre poste de travail autour de ce point constant (hauteur de tabouret, position des instruments, éclairage...)

Cet intérêt est tellement flagrant qu'il a été compris par des concepteurs de tables de traitement dédiées à la pédiodontie (Fig. 2).

Cet intérêt a aussi été compris par des concepteurs de table de traitement, adaptées à toutes les tailles de patients. Il n'y a alors plus de creux mal placé pour l'assise, ou de bombé excessif pour les lombaires. C'est le cas du Feel 21N (Fig. 3) pour l'Asie et de l'EMCIA (Fig. 4) pour l'Europe.

La révolution est en marche...

DR DAVID BLANC

- Masseur Kinésithérapeute D.E.
- Ostéopathe D.O.
- D.U. d'Ergonomie des gestes et des postures.
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Contact: ergonomie-dentaire.com



← Suite de la page 8

### References

1. Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby; 1985.
2. Coy RE, Flocken JE, Adib F. Musculoskeletal etiology and therapy of craniomandibular pain and dysfunction. Cranio Clin Int 1(2):163-173, 1991.
3. Jankelson RR. Neuromuscular Dental Diagnosis and Treatment. Volume 1 (2nd ed.). Tokyo: Ishiyaku EuroAmerica; 2005.
4. Naeije M, Hansson TL. Short-term effect of the stabilization appliance on masticatory muscle activity in myogenous craniomandibular disorder patients. J Craniomand Disord Facial Oral Pain 5:245-250, 1991.
5. Ormianer Z, Gross M. A 2-year follow-up of mandibular posture following an increase in occlusal vertical dimension beyond the clinical rest position with fixed restorations. J Oral Rehab 11:877-883, 1998.
6. Liu ZJ, Yamagata K, Ito G. Electromyographic examination of jaw muscles in relation to symptoms and occlusion of patients with TMJ disorders. J Oral Rehab 26(1):33-47, 1999.
7. Neill DJ, Howell P. Computerized kinesiography in the study of mastication in dentate subjects. J Prosthet Dent 55(5):629-638, 1986.
8. Mongini F, Tepia-Valenta G, Conserva E. Habitual mastication in dysfunction: A computer-based analysis. J Prosthet Dent 1:484-494, 1989.
9. Jankelson B. Three dimensional orthodontic diagnosis and treatment: a neuromuscular approach. J Clin Orthod 18(9):627-636, 1984.
10. Ow RK, Carlsson GE, Jemt T. Craniomandibular disorders and masticatory mandibular movements. J Craniomand Disord Facial Oral Pain 2(2):96-100, 1988.
11. George J, Boone M. A clinical study of rest position using the kinesiograph and myomonitor. J Prosthet Dent 41(4):456-462, 1999.
12. Konchak P, Thomas N, Lanigan D, Devon R. Freeway space using mandibular kinesiography and EMG before and after TENS. Angle Orthod 58(4):343-350, 1988.
13. Balciunas BA, Stahling LM, Parente FJ. Quantitative electromyographic response to therapy for myo-oral facial pain: A pilot study. J Prosthet Dent 58:366-369, 1987.
14. Isberg A, Widmalm S, Ivarsson R. Clinical, radiographic, and electromyographic study of patients with internal derangement of the temporomandibular joint. Am J Ortho 88(6):453-460, 1985.
15. Griffin JD. How to build a great relationship with the laboratory technician: Simplified and effective laboratory communications. Contemp Esthet 10(7):26-34, 2006.
16. Colonna M. Crown and veneer preparations using the Er,Cr:YSGG Waterlase hard and soft tissue laser. Contemp Esthet Rest Pract 10:80-86, 2002.
17. Bengel W. Mastering Dental Photography Hanover Park, IL: Quintessence Pub.; 2002.
18. Magne P, Belser U. Bonded Porcelain Restorations in the Anterior Dentition: A Biometric Approach. Hanover Park, IL: Quintessence Pub.; 2002.
19. Ludwig K. Studies on the ultimate strength of all-ceramic crowns. Dent Laboratory 39:647-651, 1991.
20. Kanca J. Improving bond strength through acid etching of dentin and bonding to wet dentin surfaces. JADA 123:35-44, 1992.
21. Garg AK. Practical Implant Dentistry (1st ed.). Dallas, TX: Taylor Publishing; 2007.
22. Tingey EM, Buschang PH, Throckmorton GS. Mandibular rest position: A reliable position influenced by head support and body posture. Am J Orthod Dentofac Orthop 120(6):614-622, 2001.
23. Pully ML, Carr S. Solving the pain puzzle: Myofascial pain dysfunction (3rd ed.). Albuquerque, NM: TMDData Resources; 1997.
24. Shankland WE. Temporomandibular disorders: Standard treatment options. Gen Dent 52(4):349-355, 2004.