

# L'occlusion de la canine. Importance, options de réglages, risques et précautions

## RÉSUMÉ

Jean-Pierre CASTEYDE  
DCD-DSO,  
Ancien attaché,  
Responsable de la Parodontologie,  
Hôpital Tenon, Paris  
Ancien attaché d'enseignement  
à la Faculté Paris 12.  
2, rue des Huissiers,  
92200 Neuilly-sur-Seine.



La canine présente une importance majeure dans le guidage des mouvements mandibulaires lors de la fermeture. Sa résistance mécanique et sa fonction proprioceptive doivent être exploitées dans nos réglages occlusaux en denture naturelle comme dans les cas de restaurations prothétiques. Il existe plusieurs possibilités de réglages de la fonction occlusale en diduction. Le choix doit être retenu en fonction des impératifs mécaniques et proprioceptifs. En implantologie, les réglages en diduction devront être réalisés pour conserver les informations proprioceptives afin d'assurer un guidage sensoriel mandibulaire optimal vers l'occlusion centrée.

### Mots clés

- occlusion
- canine
- diduction
- proprioception

AOS 2008;244:355-366  
DOI:10.1051/aos:2008044  
© AEOS / EDP Sciences

## Introduction

> La situation anatomique de la canine, entre les incisives servant à inciser pour introduire les aliments et les secteurs latéraux prémolo-molaires assurant la mastication est très particulière. Son rôle paraît être essentiel dans d'autres fonctions vitales ainsi qu'en témoigne son important développement dans les espèces animales omnivores et carnivores.

Bien sûr elle est puissante pour déchiquer, elle sert à la défense de l'animal et son importance pour intimider l'adversaire est détermi-

nante. Elle est encore très développée chez nos proches voisins les gorilles.

Mais elle a perdu sa taille et sa prééminence chez l'homme et beaucoup de ses fonctions originelles (il en reste sans doute des traces psychologiques ataviques) mais elle s'est trouvée investie d'autres fonctions, beaucoup plus fines, qui en font une dent clé de l'occlusion humaine, en raison de sa situation dans un pilier osseux «d'angle» résistant au maxillaire et de son rôle proprioceptif de guidage des mouvements de fermeture mandibulaire.

## La fonction canine est-elle une protection suffisante ?

Chez l'homme, la canine reste la dent la plus longue et dans une conception architecturale pure elle peut apparaître, encore, comme un pilier d'angle pour protéger les autres dents de l'arcade contre les forces d'ébranlement transversal.

Les charges fonctionnelles habituelles se sont probablement réduites au cours de l'évolution [4], mais les contacts interdentaires ont gagné en précision par rapport à l'occlusion des animaux. Il suffit d'examiner l'engrènement occlusal des dents humaines, qui se réalise avec une précision des contacts inférieure au dixième de millimètre, pour apprécier la qualité de cette évolution.

Dans ce contexte strictement fonctionnel, et compte tenu des forces utilisées pour la mastication chez l'homme contemporain, les canines jouent, sans doute, leur rôle et représentent

une protection suffisante dans le guidage des mouvements mandibulaires de fermeture.

Mais ce raffinement de l'occlusion s'est aussi accompagné, chez l'homme, d'une modification de l'accompagnement psychosomatique. L'homme est le seul «animal» connu qui exprime ses émotions à travers sa musculature oro-faciale. Il est gai, il sourit de tous les muscles de sa face, il est triste, le visage se contracte et il pleure !...

Mais aussi, s'il développe une tension neuro-psychique, sa musculature oro-faciale se crispe et si cette tension persiste, il développe un bruxisme (sous forme de crispations, de claquements ou de grincements) involontaire, parfois méconnu et incontrôlable en cours de sommeil [5, 11].

Or les forces déployées au cours de phases de bruxisme excèdent de très loin les charges

fonctionnelles de la mastication ou de la déglutition. Il a été mesuré des pressions de 70 kilogrammes par centimètre carré, pendant 20 minutes consécutives chez un homme puissant profondément endormi [7].

L'orthodontiste, le parodontologiste comme le prothésiste ont une parfaite connaissance de cette parafonction spécifique chez l'homme.

Elle génère un risque grave de surcharges pour les organes dentaires, la musculature et même les articulations temporo-mandibulaires.

Dans cette situation, la seule protection canine peut être insuffisante. L'intensité et la puissance du bruxisme doivent être évaluées pour chaque patient avant de faire le choix du meilleur guidage en latéralité travaillante.

## La canine : guide sensoriel de l'occlusion

Des recherches très anciennes en neurophysiologie [8] ont attribué à la canine un rôle proprioceptif particulier dans le positionnement mandibulaire au cours de la fermeture.

Dans une fonction intercanine pure, au cours de la fermeture, la mandibule qui s'élève dans une situation excentrée latérale [1-9], entre en contact avec le maxillaire avec les deux canines. Ces dents, grâce au système proprioceptif, vont transmettre l'information neurosensitive qui conduit à la rectification de la trajectoire pour amener la mandibule en occlusion précise myocentrée.

Cette information est assurée par les nombreuses terminaisons proprioceptives présentes au sein du desmodonte. Elle est relayée au système nerveux sous-cortical qui par feed-back envoie l'ordre de rectification de l'activité musculaire [8, 16].

Le rôle des canines apparaît donc essentiel pour la coordination musculaire au cours du mouvement de fermeture mandibulaire en occlusion centrée. En l'absence de canine, ce

sont les versants internes des cuspidés vestibulaires des prémolaires qui prennent le relais, mais on constate alors, souvent, que le patient adopte une mastication préférentielle unilatérale sur le côté opposé, où il bénéficie de sa protection canine [5-6].

Aussi, convaincu de l'importance mécanique et sensorielle de la canine, le chirurgien dentiste occluso-conscient va chercher à l'exploiter dans différents domaines de son art, que ce soit en occlusodontie où il s'efforcera de retrouver une fonction canine par ajustement occlusal, ou en orthodontie comme en prothèse, spécialités dans lesquelles l'installation d'une fonction canine représente une facilité d'exécution et une sécurité «long terme» pour la stabilité du traitement.

Mais la réalisation d'une fonction inter-canine pure, si elle est aisée, doit être bien réfléchie car elle peut ne pas convenir au schéma fonctionnel du patient et créer des troubles dysfonctionnels que nous évoquerons plus loin. On choisira alors l'une des deux autres options de guidage en latéralité travaillante.

## Options de guidage en latéralité travaillante

Trois réglages sont possibles pour guider la mandibule en latéralité travaillante :

- la fonction canine pure ;
- la fonction de groupe, qui peut être étendue vers l'arrière sur des dents postérieures ou vers l'avant sur les incisives ;
- le désengrènement retardé des groupes cuspidés.

### La fonction canine

Dans cette option, dès le départ du mouvement latéral du côté travaillant, la mandibule s'appuie sur des contacts inter-canins qui se maintiennent jusqu'au bout à bout des canines mandibulaire et maxillaire. Il y a alors désengrènement immédiat, non seulement de toutes les dents du côté non travaillant (phénomène de Christiansen) mais aussi de toutes les autres dents du côté travaillant, les canines jouant seules leur rôle de guide du mouvement mandibulaire latéral (**fig. 1 et 2**).

Mais nous verrons que ce type de réglage n'est pas si facile et que la pente des canines maxillaires doit être minutieusement réglée pour ne pas induire de pathologie dysfonctionnelle.

Cette fonction canine peut être choisie dans certains cas. Mais il existe de nombreuses situations cliniques qui en limitent l'indication :

- une musculature développée conduisant à une mastication puissante ;
- l'existence d'un bruxisme horizontal avec grincements ;
- une fragilité du support parodontal des canines ;
- l'existence de déhiscences sur les faces vestibulaires des canines en raison d'une ex-alvéolie avec un rempart osseux alvéolaire vestibulaire mince et peu résistant.

Dans ces cas, le choix d'une fonction canine pure conduirait rapidement à la mobilisation des canines maxillaires, avec alvéolyse, vestibulo-version et perte de la fonction thérapeutique.



Fig. 1 Occlusion centrée.



Fig. 2 Diduction à gauche. Dès le départ du mouvement et sur tout le trajet, le guidage mandibulaire est assuré par les seules canines.

## La fonction de groupe

Dans cette option, qui existe naturellement chez un grand nombre d'individus (les dents s'étant adaptées par une usure de rodage ou une abrasion liée au bruxisme), au cours du mouvement latéral travaillant, plusieurs dents sont en contacts sur une partie ou tout le trajet du déplacement et contribuent à guider la mandibule. C'est une fonction de groupe [15-17].

Celle-ci peut être supportée du côté travaillant par les canines et quelques dents cuspidées distales (fonction de groupe postérieure), ou par les canines et les incisives (fonction de groupe antérieure), parfois par une fonction étendue, postérieure et aussi antérieure (fig. 3 et 4).

– La fonction de groupe postérieure étendue distalement aux prémolaires, voire dans certains cas de bruxisme aux prémolaires et aux molaires, assure un confort et une efficacité fonctionnelle optimale, à la condition que les dents n'aient pas subi une abrasion excessive réduisant l'efficacité de la mastication.

Elle présente aussi l'avantage de répartir les forces de la mastication et celle du bruxisme sur un maximum de parodontes, limitant ainsi le risque d'extension d'une éventuelle alvéolyse.



Fig. 3 Occlusion centrée.

Dans ce schéma fonctionnel, il est évident que les pentes des canines sont suffisamment ouvertes pour permettre les contacts avec les dents distales qui elles-même présentent des angles des versants internes des cuspidés vestibulaires parallèles à la pente interne de la canine maxillaire.

Un rodage fonctionnel peut conduire à une anatomie secondaire parfaitement adaptée sur les dents naturelles. Un occlusodontiste averti et patient peut le réaliser par un ajustement occlusal minutieux, mais il est très difficile, voire impossible, d'obtenir une telle précision en laboratoire pour nos prothèses qui devront être, au final, très précisément ajustées en bouche.

C'est en raison de cette précision difficile à atteindre qu'a été développé, pour les prothésistes, le concept de la désocclusion retardée des dents cuspidées chère au Professeur L. Nahmani [13].

## Le désengrènement retardé des groupes cuspidés

Cette disposition existe rarement, spontanément en denture naturelle. C'est une option en prothèse qui facilite grandement le réglage



Fig. 4 Fonction de groupe étendue en mésial et en distal des canines.

des appuis servant à guider la diduction travaillante.

Au départ du mouvement latéral, sur les quelques premiers millimètres, les contacts des dents mandibulaires sur les dents maxillaires se font en fonction de groupe en appui sur les canines et les prémolaires, puis le mouvement s'amplifiant, les pentes prémolaires sont suffisamment ouvertes pour assurer leur désengrènement et la fonction canine reste seule pour guider la fin du mouvement de diduction.

Il n'y a pas alors besoin d'ajuster, au quart de dixième de millimètre, les versants internes des cuspidés vestibulaires des prémolaires maxillaires sur toutes leurs surfaces. Il suffit de contrôler les contacts au départ du mouvement et d'ouvrir ensuite les pentes pour

qu'elles ne soient plus en contact, les canines prenant le relais.

C'est aussi un choix qui paraît judicieux à l'analyse biomécanique. En effet, la puissance maximale de la mastication et du bruxisme s'exerce au voisinage de l'occlusion centrée lorsque tous les muscles élévateurs, à droite et à gauche, travaillent en synergie. Dès que l'on amorce la propulsion ou la diduction, la puissance musculaire diminue pour devenir très faible en bout-à-bout incisif ou inter canin (on ne peut pas casser une noisette en latéralité, en appui sur les deux pointes canines ; on n'a pas la force suffisante !).

Ce concept de réglage en latéralité peut donc être recommandé, pour la facilité de son exécution, dans tous les cas de prothèses, même en présence d'un bruxisme excentré latéral.

## Pathologies dues à une fonction canine inadaptée

Un excès de guidage comme une insuffisance de fonction intercanine peuvent tous deux conduire à l'installation d'une pathologie dysfonctionnelle [5].

### Pathologie liée à un excès de guidage incisif ou canin

La pente canine dans les mouvements de latéralité comme la pente incisive guidant la propulsion doit être adaptée au schéma fonctionnel du patient.

En occlusodontie, nous observons quotidiennement que les pathologies dysfonctionnelles musculaires sont fréquemment provoquées

par un blocage en rétrusion de la mandibule ou une pente canine exagérée entravant le mouvement de diduction.

Il a été recommandé par le passé, notamment par les prothésistes, de tenir compte de la pente condylienne pour le réglage des pentes palatines de guidage des incisives et des canines. Cette pente condylienne était alors enregistrée en vue de sa programmation sur les articulateurs.

Ce concept ancien doit être rediscuté en fonction des pathologies habituelles constatées chez nos patients dysfonctionnels. Nous allons examiner les inconvénients et risques de pentes trop verticales au niveau des incisives d'abord, puis de la canine.

> **Pathologies liées à une pente incisive trop verticale limitant la propulsion...**

L'exemple le plus courant se trouve dans les classes II squelettiques, plus de 60 % de la population des pays occidentaux, selon Slavicek [14], et surtout dans les classes II-2 qui s'accompagnent d'une insuffisance primaire de dimension verticale d'occlusion (avec un espace libre égal ou supérieur à 8 millimètres) et d'une supraclusion avec rétroalvéolie incisive maxillaire [6].

Deux facteurs se conjuguent alors pour créer une dysfonction musculaire.

Partons du principe qu'en physiologie tout muscle étiré réagit par une contraction réflexe (c'est le réflexe myotatique à l'étirement). Dans les cas de classe II-2 lors de l'entrée des dents en occlusion, il y a hyperfermeture mandibulaire, les condyles se retrouvent trop haut et trop en arrière dans leurs cavités glénoïdes ce qui entraîne une traction excessive sur les deux chefs inférieurs des ptérygoïdiens latéraux dont l'insertion distale est située sur le versant antérieur des condyles. Ils réagissent immédiatement par une surcontraction qui, à force d'être répétée à chaque mouvement de fermeture, crée la fatigue conduisant à la dysfonction musculaire bilatérale des ptérygoïdiens latéraux.

Le phénomène est encore amplifié par la supraclusion et la rétroalvéolie qui, en bloquant la mandibule en rétrusion, aggravent l'étirement des ptérygoïdiens latéraux.

Malgré l'insuffisance primaire de D.V.O., on constate beaucoup moins de troubles dysfonctionnels dans les cas de classe II-1 où les incisives sont projetées en avant (proalvéolie) et dans lesquels les pentes incisives trop ouvertes laissent une liberté en propulsion.

Enfin nous constatons qu'il n'y a jamais de dysfonction des ptérygoïdiens latéraux dans les cas de classe III dans lesquelles il n'existe aucun guidage incisif en propulsion.

Nous devons donc conclure qu'au niveau des incisives, une pente trop fermée perturbe la propulsion et est génératrice de dysfonction musculaire, mais qu'à l'inverse, une pente ouverte voire inexistante est plus favorable pour la musculature.

Qu'en est-il pour la pente canine ?

> **Pathologies liées à une pente canine trop verticale limitant le mouvement en latéralité**

La supraclusion des canines existe aussi dans les classes II-2, avec celle des incisives. Une supraclusion canine unilatérale naturelle ne se rencontre que très rarement et est le fait d'une égression, souvent liée à un fléchissement du support parodontal de la dent. En conséquence un blocage mandibulaire par un surplomb exagéré des canines ou une pente palatine trop fermée est le plus souvent iatrogène (traitement orthodontique ou restauration prothétique).

Si, d'un côté, la pente de la canine maxillaire est trop verticalisée, elle entrave le mouvement de latéralité ; ce qui entraîne deux conséquences au niveau musculaire :

- le chef inférieur du ptérygoïdien externe controlatéral est étiré à chaque retour mandibulaire vers l'occlusion centrée puisque la mandibule est déviée exagérément vers l'intérieur lors de chaque mouvement de fermeture. Il doit aussi développer une surcontraction pour amener la mandibule en latéralité travaillante. Ces deux situations provoquent une surcharge fonctionnelle pour ce muscle qui développe une hyperactivité chronique

responsable des douleurs et des dyskinésies mandibulaires ;

- le patient qui ne peut se servir confortablement de ce côté va s'adapter et adopter une mastication unilatérale opposée préférentielle, voire exclusive, de l'autre côté. Cette fonction unilatérale provoque cette fois une surcharge fonctionnelle du ptérygoïdien latéral du côté limité, responsable de la latéralité controlatérale.

Une seule pente canine inadaptée peut donc conduire à une dysfonction musculaire bilatérale des deux chefs inférieurs des ptérygoïdiens latéraux.

L'anatomie et le recouvrement précis des canines sont donc essentiels dans l'exécution confortable des mouvements mandibulaires. La maîtrise de l'occlusion des canines s'impose donc à toutes les disciplines : orthodontie, parodontologie, prothèse et implantologie.

*Deux remarques s'imposent :*

- *Nous constatons donc que la pente de guidage doit être aussi douce que possible pour ne pas générer une dysfonction du ptérygoïdien controlatéral. Il n'y a pas de risque majeur à réaliser une pente ouverte, pourvu qu'elle soit suffisante pour que les contacts entre les deux canines s'effectuent franchement afin de satisfaire la proprioception qui va coordonner le mouvement de fermeture mandibulaire en occlusion centrée.*
- *Il est essentiel que les pentes, en latéralité droite et gauche, soient strictement symétriques, conduisant à un désengrènement de hauteur égale pour chacun des cotés non-travaillants. Si l'une des pentes de guidage était plus forte que celle de l'autre côté, le patient adopterait immédiatement une fonction préférentielle du côté le plus facile à atteindre, c'est-à-dire le plus ouvert. Bien sûr une telle situation générerait à terme une dysfonction musculaire.*

## Pathologie liée à l'insuffisance du guidage canin

L'insuffisance de la fonction canine ou sa perturbation par des interférences du côté travaillant vont gêner la mastication de ce côté et le patient va, cette fois encore, adopter une fonction unilatérale opposée préférentielle (fig. 5 à 10).

Il se développe secondairement une facilitation réflexe acquise pour aller du côté le plus utilisé et la mémorisation du mouvement latéral controlatéral non utilisé.

C'est le cas de madame B. qui se plaint de douleurs et qui présente un œdème en avant de l'A.T.M. droite.

La latéralité vers la gauche est perturbée par des interférences incisives. Du reste elle ne peut plus effectuer le mouvement normal de diduction vers la gauche car il est mémorisé.

La latéralité vers la droite s'effectue sur une fonction de groupe parfaitement rodée et elle a développé une habitude fonctionnelle unilatérale exclusive à droite depuis longtemps.

Mais lorsqu'on regarde la propulsion, on ne comprend pas l'abrasion anormale des 21, 11 et 12 qui ne sont pas en contact.

Il faut rechercher en latéralité droite extrême l'engrènement précis des facettes d'abrasion pour constater que madame B. a développé un bruxisme excentré antéro-latéral, uniquement à droite qui a suivi la facilitation réflexe initiée par l'habitude fonctionnelle unilatérale préférentielle.

Il n'est pas étonnant alors, que le chef inférieur du ptérygoïdien latéral gauche, responsable du mouvement vers la droite, soit gravement perturbé, douloureux et qu'il ait développé un œdème dysfonctionnel qui soufle la joue en avant de l'A.T.M. gauche.



Fig. 5

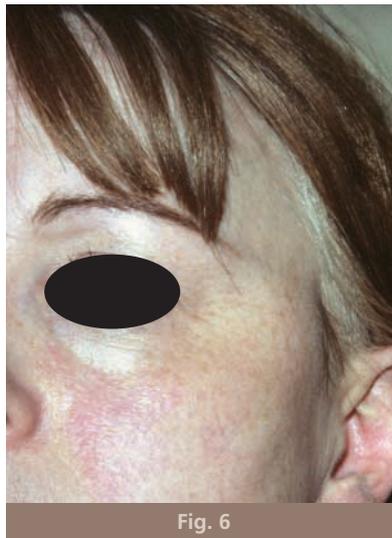


Fig. 6

Fig. 5 et fig. 6 Madame B. : Douleur et œdème musculaire en avant de l'A.T.M. droite.



Fig. 7 Occlusion centrée.



Fig. 8 Latéralité gauche gênée par les interférences incisives. Le mouvement est démemorisé.



Fig. 9 Latéralité à droite, facile, bien rôdée en fonction de groupe. Mastication unilatérale à droite.



Fig. 10 Le bruxisme excentré antéro-latéral droit, responsable de la dysfonction, suit la facilitation réflexe acquise.

## Le cas particulier de la canine sur implant

Le remplacement d'une canine absente par une prothèse implanto-portée appelle plusieurs remarques de simple bon sens.

Même pour un implant cliniquement parfaitement stable, nous ne connaissons pas le pourcentage d'ostéocoalescence sur la surface de l'implant, nous n'avons que des impressions floues sur la résistance mécanique de l'os alvéolaire et nous sommes dans l'incapacité de prévoir quelle charge maximale peut supporter une dent implanto-portée.

De plus, l'implant n'a pas de desmodonte, il est dépourvu de propriocepteurs, la fonction de nociception protectrice n'existe pas et l'implant peut fort bien être luxé sans aucune réaction réflexe protectrice du système neuromusculaire.

Nous ne pouvons, dans ce cas, que recommander la prudence maximale en établissant une fonction de groupe étendue, et s'il s'agit d'un bridge implanto-porté incluant la canine, d'étendre la fonction de groupe, au-delà du



Fig. 11 Edentement 14 et 13 - 15 est à changer.

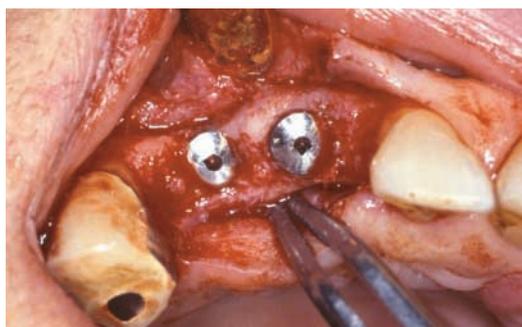


Fig. 12 Pose de deux implants en 14 et 13.

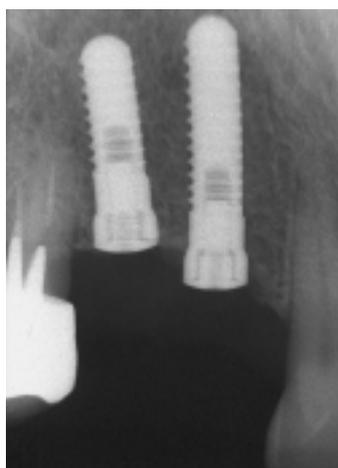


Fig. 13 Radio de contrôle.



Fig. 14 15 est refaite séparément du bridge, 14 et 13 sur implants sont solidarisées. La fonction de groupe en latéralité droite est étendue à 15/45 et 12/42 pour assurer la proprioception.

bridge, au moins à deux parodontes naturels en mésial et en distal de la prothèse pour assurer la proprioception et la nociception (**fig. 11 à 14**).

Une canine sur implant ne doit jamais être installée en fonction canine pure.

## Conclusion

La canine est une dent-clé de l'occlusion par ses fonctions spécifiques de protection mécanique et de proprioception intervenant dans le guidage des mouvements mandibulaires.

Nous avons à notre disposition différentes options de réglages des fonctions inter canines. Le choix des réglages, tant en denture naturelle que lors de réalisations de prothèses et notamment en implantologie, doit être analysé et déterminé :

- en fonction de la typologie du patient (classe I, II ou III) ;
- en fonction de l'état parodontal des racines (exoalvéolie et déhiscence, alvéolyse) ;
- en fonction du comportement neuro-musculaire (mastication seulement verticale ou à forte composante horizontale, bruxisme en centré ou excentré latéral) et de la puissance musculaire du patient ;
- enfin dans le cas particulier d'une canine implanto-portée, le guidage de la diduction

doit être étendu à des parodontes naturels pour compenser l'absence de proprioception et de nociception.

**Quelle que soit l'option de réglage choisie, elle doit être rigoureusement symétrique, provoquant, à droite et à gauche, un désengrènement de hauteur identique avec des pentes canines maxillaires suffisamment ouvertes. Il n'y a pas de danger pour la musculature à ouvrir les pentes incisives ou canines pourvu que le désengrènement des dents non-travaillantes soit assuré.**

**Pourtant et malgré le choix de la meilleure option, dans tous les cas de bruxisme sévère où lorsque la canine et les dents naturelles ne peuvent plus à elles seules protéger contre le bruxisme excentré latéral, le seul recours restera la protection par une gouttière occlusale maxillaire. ■**

## Bibliographie

1. Ahlgren J.  
**Méchanism of mastication.**  
Acta Odonto Scand  
1966;24, suppl 44-1-109.
2. Azerad J.  
**Physiologie de la manducation.**  
Ed. Masson, Paris 1972.
3. Belser UC, Hannam AG.  
**The influence of altered working side occlusal guidance on masticary muscles and related jaw movements.**  
Journal of Prosthetic Dentistry 1985;53:406-412.
4. Brabant H.  
**L'évolution de l'appareil masticateur humain, du paléolithique à nos jours.**  
Revue Stomato-Odontologique du Nord de la France  
1964;334:232-235.

5. Castejde JP.  
**Etiopathogénie et symptomatologie des syndromes dysfonctionnels de l'appareil manducateur.**  
Revue d'Odonto-Stomatologie 1977;VI(6):477-486.
6. Castejde JP, Nebot D.  
**Les troubles dus à l'occlusion chez la personne âgée.**  
Actualités Odonto-Stomatologiques 1997;200:713-731.
7. Glickman I, Pameijer J et Brion M.  
**Functional occlusion as revealed by miniaturized radio transmitters.**  
Dental Clinic North Am 1969;13:687.
8. Kawamura Y.  
**Recent concepts of the physiology of mastication.**  
Advances in Oral Biologie 1964;IV:71-109.
9. Kawamura Y.  
**Mandibular movement - Normal anatomy and physiology and clinical dysfunction.**  
Dans «Facial pain and mandibular dysfunction». Schwartz LL et Chayes CM - W.B. Saunders Ed., Philadelphie 1968.
10. Manns A, Chan C et Miralles R.  
**Influence of group function and canine guidance on electromyographic activity of elevator muscles.**  
Journal of Prosthetic Dentistry 1987;57:494-502.
11. Moulton RE.  
**Emotional factors in non organic temporomandibular joint pain.**  
Dental Clin North Am nov 1966:609.
12. Orthlieb JD, Laplanche O, Preckel EB.  
**La fonction occlusale et ses dysfonctionnements.**  
Réalités cliniques 1996;7(2): 121-146.
13. Nahmani L et al.  
**Kinésiologie, théorie et pratique.**  
Tome 1 : Comédent 1990.
14. Slavicek R.  
**Communication aux IX<sup>es</sup> journées du C.N.O.**  
In : Actes des Journées, 1992.
15. Thornton LJ.  
**Anterior Guidance : Group function / Canine guidance : a litterature review.**  
Journal of Prosthetic Dentistry 1990;64:479-482.
16. Scharer P.  
**Recherches sur l'organisation motrice des mouvements masticateurs et parafunctionnels.**  
Revue Française d'Odonto-Stom avril 1971;IV.
17. Valentin C.  
**Le guide antérieur : Dysfonctions et parafunctions.**  
Cahiers de Prothèse 1982;39:81-106.

## The occlusion of the canine. Importance, adjustment options, risks and precautions

Jean-Pierre CASTEYDE

### Keywords

- occlusion
- canine
- lateral working side guide
- proprioception

The canine presents a main importance in mandibular jaw guidance. its mechanical resistance and proprioception function will be used in occlusal therapy on natural denture as well as in prosthetic restorations. There are several options to guide lateral diduction. The choice should be selected accordingly to the occlusal habits and parafunctions of the patient. In implantology, diduction adjustment will take care of the proprioception imperatives to maintain an optimal sensorial guidance to centric occlusion.