

SERVICE D'INFORMATION MÉDICALE

DYSFONCTIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES: ACTUALITES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

L'appareil manducateur comprend des éléments articulaires et musculaires dont les dysfonctions sont le plus souvent liées à un trouble de l'occlusion dentaire ou à une parafonction. Les signes cliniques habituels articulaires et/ou musculaires sont souvent associés à d'autres signes (douleurs cervicales, signes otologiques ou ophtalmologiques) et majorés par le stress.

Anatomiquement il existe un déplacement de l'appareil discal associé à des modifications des surfaces osseuses articulaires et du condyle dans les formes évoluées.

Le traitement consiste en la diminution des parafonctions liées à l'hyperfonction musculaire (relaxation, port de gouttière, injection de toxine botulique dans les muscles masséters...) et en la réhabilitation occlusale.

Ce traitement permet la formation d'un nouveau disque (néo-discisation) et évite le plus souvent un traitement chirurgical articulaire.

L. GUYOT, O. RICHARD, R. GOLLA

Service de Stomatologie, Chirurgie maxillo-faciale et Plastique de la face - C H U Nord, Marseille, France

genial htm™
Acide Hyaluronique, Tea Tree Oil, MSM

Gingivites:

- lésions
- inflammations
- saignements gingivaux

genial htm™
GEL GINGIVAL
Gingivites, lésions, inflammations et saignements gingivaux tube 15 g

Références bibliographiques

- Cheynet F, Guyot L, Richard O, Layoun W, Gola R. Discomallear and malleomandibular ligaments: Anatomical study and clinical applications. *Surgical and Radiological Anatomy* 2003, 25, 152-157.
- Dimitroulis G. The role of surgery in the management of disorders of the temporomandibular joint: a critical review of the literature. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2005, 34, part 1 107-113, part 2 231-237.
- Gola R, Chossegros C, Orthlied JD. Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur (S.A.D.A.M.). Paris:Masson; 1992, 1995 (2ème édit).
- Gola R, Cheynet F, Guyot L, Richard O. DAM et ventilation nasale. *L'information dentaire*, 2002, 84, 2973-2981.

Les dysfonctions temporo-mandibulaires (DTM ou SADAM pour Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur) forment une entité clinique particulièrement fréquente (la moitié de la population serait atteinte mais seulement 10 % des sujets consulterait pour des douleurs ou des bruits articulaires) et d'expression polymorphe qui affecte préférentiellement les sujets jeunes féminins de 20 à 40 ans.

Il n'y a pas de parallélisme anatomo-clinique entre les atteintes de l'appareil manducateur et la symptomatologie mais il faut toujours garder à l'esprit que les DTM sont des diagnostics d'élimination d'autres pathologies temporo-mandibulaires (tumeurs, calcifications, nécrose condylienne...)

ETIOPATHOGÉNIE

L'appareil manducateur comprend l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) avec les surfaces articulaires (surfaces temporales, condyles mandibulaires et surfaces occlusales dentaires) et les muscles masticateurs. L'élément central de l'appareil manducateur est constitué par le disque temporo-mandibulaire qui est le tendon terminal du muscle ptérygoidien latéral. Ce muscle ptérygoidien latéral forme avec les muscles temporal, masséter et ptérygoidien médial l'appareil tenseur du disque qui coiffe la tête condylienne et forme ainsi le complexe condylo-disco-musculaire (*figures 1 et 2*).

Le décentrage articulaire temporo-mandibulaire par rétroposition condylienne génère une souffrance intra-articulaire par compression des plexus veineux rétro-condyliens responsable d'un spasme réflexe de l'appareil tenseur du disque avec contractions et raccourcissement des fibres musculaires responsable du déplacement antérieur du disque avec une désunion du complexe condylo-discal. Lorsque le spasme perdure, la rétroposition condylienne est accentuée aggravant ainsi la compression postérieure et le spasme musculaire (cercle vicieux) qui à son tour déplace le disque en avant et ainsi de suite. (*figure 3*)

figure 1

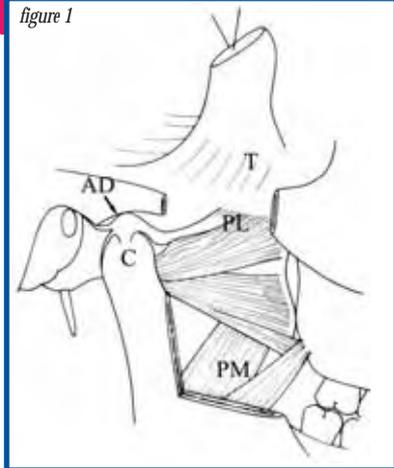


figure 2

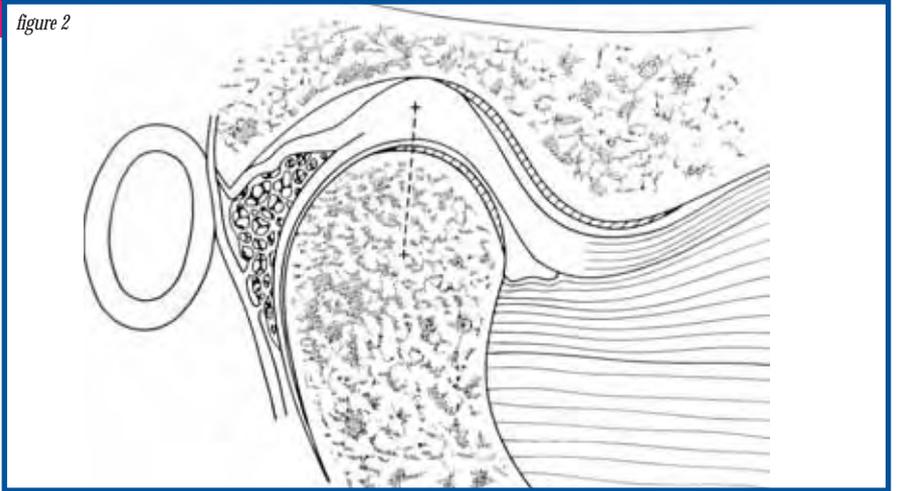
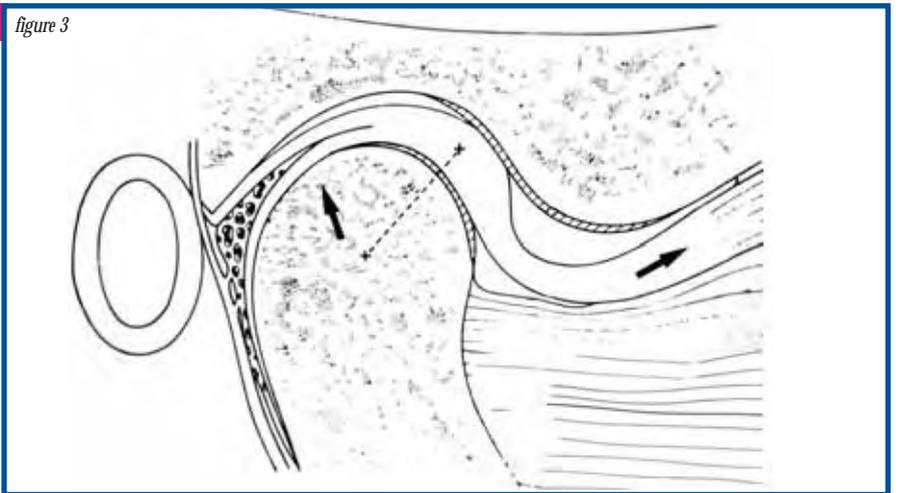


figure 3



Les DTM sont un défaut d'adaptation de l'appareil manducateur à un trouble de l'occlusion ou à une parafonction (crispation des mâchoires, grincement des dents...), majorée par un trouble d'ordre psychique ou général (stress). Il existe le plus souvent une hyperfonction musculaire mais pas de lésion de l'articulation temporo-mandibulaire sauf en cas de trouble occlusal avec défaut de calage postérieur.

Ainsi, typiquement, la candidate (car il s'agit le plus souvent d'une femme jeune) aux DTM associe plusieurs facteurs de risque (*figure 4*):

- édentement postérieur, responsable d'un recul mandibulaire, diminution de la dimension verticale d'occlusion,
- dysfonction du guide incisivo-canin (promandibulie compensée ou rétro-mandibulie avec version palatine des incisives supérieures) ou affonction (béance antérieure avec déglutition primaire),
- perte des premières prémolaires maxillaires (extractions souvent pratiquées pour corriger les encombrements dentaires) responsable de rétrusion maxillo-mandibulaire,
- parafonctions par crispation des mâchoires, grincement de dents (bruxomanie), mastication unilatérale prédominante.

SIGNES ARTICULAIRES

Les signes articulaires sont liés dans un premier temps au déplacement discal qui se traduit au début par un claquement articulaire à l'ouverture et à la fermeture de la bouche (déplacement discal réductible).

Au bout d'une certaine durée d'évolution, il peut se produire un épisode aigu avec des douleurs vives au niveau de l'ATM et un trismus.

On parle alors de déplacement discal irréductible. Lors du déplacement discal, la tête condylienne n'a plus sa coiffe protectrice discale et se déforme progressivement.

Dans les cas favorables spontanément ou du fait du traitement (gouttière, ré-équilibration occlusale), le déplacement discal s'accompagne de l'apparition d'un nouveau disque (néo-discisation par métaplasie des tissus rétrodiscaux) et d'une fonction articulaire satisfaisante.

Dans les cas défavorables avec des lésions importantes du disque ou par absence de néo-discisation, il n'y a plus de séparation entre les surfaces articulaires condylienne et temporale.

On peut alors observer une arthrose

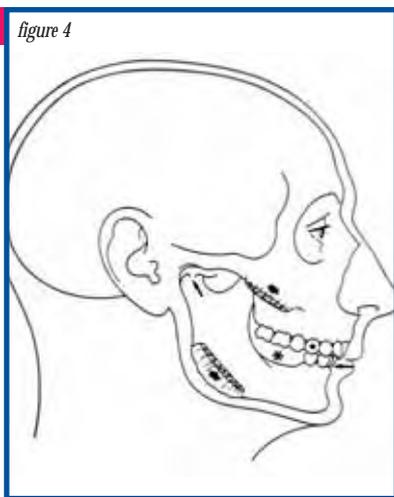
temporo-mandibulaire avec des douleurs, des bruits articulaires à type de crissements ou de frottements et des modifications osseuses importantes.

SIGNES MUSCULAIRES

Les signes musculaires sont liés aux spasmes musculaires ou à leur diffusion et se manifestent par des douleurs localisées ou irradiées, un trismus et des signes extra-manducateurs.

Le spasme du muscle masséter (essentiellement le faisceau profond) se manifeste par des douleurs jugales et se projette au squelette et aux dents maxillaires, à la mandibule et aux molaires inférieures, au sourcil, à la région

figure 4



auriculaire et en avant de l'ATM.

Le spasme du muscle ptérygoidien latéral entraîne des douleurs en regard de l'ATM et sous l'arcade zygomatique. Il se projette également à la région maxillaire et au niveau rétro-orbitaire (sensation d'œil qui tire).

Le spasme du muscle temporal est responsable de douleurs crâniennes latérales avec des irradiations au squelette et aux dents maxillaires. Le ptérygoidien médial donne des douleurs à la face interne des angles mandibulaires qui se projettent dans la cavité buccale. Les douleurs projetées au niveau des dents sont parfois responsables d'extractions intempestives de dents postérieures ce qui aggrave la symptomatologie des DTM par perte de calage postérieur.

L'extension du spasme aux autres muscles faciaux et cervicaux explique les signes extra-manducateurs: signes otologiques (acouphènes, sensation d'oreille bouchée) par spasmes des muscles tenseurs du voile et du tympan, douleurs de la nuque, du cou et des épaules, troubles de la posture cranio-rachidienne avec possibles sensations de déséquilibre objectivées par un examen stabilométrique et signes ophtalmologiques (troubles de la convergence avec vision trouble intermittente).

RÔLE DE L'OBSTRUCTION NASALE DANS LA GENÈSE ET DANS L'AGGRAVATION DES DTM

Fait peu connu, l'obstruction nasale peut aggraver une DTM en tant que facteur générateur de dysmorphoses maxillo-mandibulaires (endo-maxillie), de dysfonction (glossoptose avec déglutition primaire et macroglossie relative) ou en entraînant des pertes dentaires précoces par des processus carieux ou parodontopathiques par le dessèchement salivaire. L'obstruction nasale perturbe également le sommeil et favorise le stress et la bruxomanie.

EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES

Ces examens ont pour objectifs de confirmer le diagnostic et d'éliminer les autres causes de douleurs temporo-mandibulaires et de trismus.

Le cliché panoramique dentaire est demandé dans tous les cas.

On peut observer des remaniements des surfaces articulaires (tête condylienne déformée, ostéolyse ou exostose de la fovéa), des signes d'hyperfonction musculaire (hypertrophie des angles mandibulaires, allongement du coroné) et des facteurs favorisants dentaires (édentement molaire, perte dentaire avec égression compensatrice). L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est beaucoup plus performante que l'examen tomodynamométrique. L'IRM permet avec des clichés dynamiques bouche fermée et ouverte, d'observer les modifications de l'appareil discal et des surfaces articulaires. Les arthroscopies diagnostiques de l'ATM sont réservées à des cas particuliers et sont rarement indiquées depuis les progrès amenés par l'IRM.

TRAITEMENT

Le traitement des DTM doit être adapté à chaque cas avec des objectifs clairs :

- à visée symptomatique, il doit soulager les douleurs, décompresser l'articulation ou décontracter les muscles par des prescriptions médicamenteuses (antalgiques, anti-inflammatoires, myorelaxants, anxiolytiques légers) de la relaxation par kinésithérapie et par la correction des troubles de la posture). L'injection de toxine botulique A dans les muscles masséters et temporaux permet d'obtenir une amélioration très importante des douleurs et une diminution du trismus. Le traitement du terrain anxieux et stressé est très important. La simple prise de conscience de moments de crispations des mâchoires par le patient en lui expliquant les moyens d'y remédier par des auto-massages des muscles masticateurs avec une légère ouverture de bouche par exemple permet une amélioration clinique

saisissante;

- à visée anatomique pour recréer des conditions les plus harmonieuses possibles de l'engrènement dentaire par les traitements occlusaux. La gouttière permet de rétablir l'union disco-condylienne dans les déplacements légers ou intermédiaires et favorise la formation d'un néo-disque dans les désunions condylo-discales établies. La gouttière occlusale, temporaire et modulable permet la stabilisation de la mandibule lors de la fermeture, un reconditionnement musculaire (correction des para-fonctions, relaxation des muscles manducateurs) et un recentrage articulaire (diminution des pressions intra-articulaires, réaménagement des relations condylo-discales: repositionnement discal ou formation d'un néo-disque). Bien construite, la gouttière doit obtenir la résolution des douleurs et la diminution des claquements en quelques jours ou semaines.

Le résultat obtenu est ensuite stabilisé par des thérapeutiques occlusales définitives (meulage, prothèse, orthodontie, chirurgie orthognatique)

- à visée étiopathogénique sur les facteurs prédisposants (troubles de la ventilation, de la posture linguale). En fin de compte la place de la chirurgie se limite aux traitements des facteurs étiopathogéniques, les dysmorphoses maxillo-mandibulaires par la chirurgie orthognatique afin de corriger certains troubles occlusaux et sur l'obstruction nasal parfois associée. Cette thérapeutique fonctionnelle et étiopathogénique permet d'éviter la chirurgie de l'ATM (dissectomie, discopexie, prothèse articulaire, interposition de biomatériaux) responsable d'un certain nombre de lésions iatrogènes, de séquelles algiques et de résultats qui se dégradent dans le temps. En effet, un traitement occlusal bien conduit visant à recentrer le condyle et la prise en compte des facteurs étiopathogéniques permet de créer un nouveau disque (néo-discisation) et de stabiliser les formes arthrosiques selon les cas.

CONCLUSION

Le traitement des DTM doit être essentiellement étiopathogénique par rétablissement de l'occlusion dentaire et traitement des para-fonctions. Le rôle majeur des muscles masticateurs dans les différents cercles vicieux, justifie l'essai de multiples thérapeutiques myorelaxantes (relaxation musculaire, massage, voire toxine botulique). La capacité d'adaptation spontanée et sous traitement occlusal des articulations temporo-mandibulaires aux para-fonctions et aux désunions condylo-discales permet d'éviter une chirurgie des articulations temporo-mandibulaires.