



Dysfonction de l'appareil manducateur

1- Bilan spécifique

Caroline LEFEBVRE

Kinésithérapeute
Montpellier (34)

Isabelle BRETON-TORRES

Kinésithérapeute
Département de chirurgie maxillo-
faciale et ORL
Hôpital Guy de Chauliac
Montpellier

L'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est une arthrose bicondylienne à disque interposé. C'est une articulation particulière : elle est, d'une part la seule dans le corps à être dépendante dans son fonctionnement de son homologue et, d'autre part à être assujettie à l'occlusion dentaire. On parle d'un système bicondylo-occlusal.

Comme l'épaule, l'ATM est une articulation suspendue, qui supporte mal les contraintes en pression. Le système discal dont elle est pourvue permet la répartition des pressions entre condyles temporal et mandibulaire en statique. Par son action dynamique (il limite l'ascension et le recul du condyle mandibulaire par contraction active du faisceau supérieur du ptérygoïdien latéral), il module donc les contraintes en pression.

Les muscles insérés sur la lame pré-discale vont permettre, par leur contraction, d'adapter la tension de la lame aux pressions subies par l'articulation.

La sursollicitation du système condylo-discal par des contraintes en pression répétées et/ou prolongées sur l'articulation temporo-mandibulaire et/ou le desmodonte peut conduire à son dysfonctionnement. Le système d'attache postérieur du disque se distend, générant des désunions condylo-discales. Ces malpositions discales peuvent entraîner des perturbations de la cinétique mandibulaire, allant du bruit articulaire sans réelle gêne fonctionnelle au blocage complet de l'articulation.

Le syndrome algodysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire, communément appelé SADAM ou DAM (dysfonctionnement de l'appareil manducateur), est une affection fréquente, notamment chez la femme (75 % des cas) [1].

Ce syndrome myoarticulaire est caractérisé par :

- une perturbation de la cinétique mandibulaire ;
- des douleurs souvent situées en regard de l'articulation mais aussi projetées ou irradiées à toute la sphère cervico-céphalique ;
- des manifestations faciales diverses comme des acouphènes, un trouble de la convergence oculaire.

La dysfonction de l'appareil manducateur est une pathologie d'étiologie multifactorielle [2, 3]. La composante commune à toutes les étiologies est l'augmentation des contraintes en pression subies par l'ATM.

Si depuis de nombreuses années les étiologies occlusales, comme l'édentation molaire (de par la perte de calage postérieur qu'elle entraîne) sont connues, l'incidence des dyspraxies oromyofaciales, des parafunctions, des habitudes nocives, de la posture cervico-céphalique dans la survenue du syndrome sont, de connaissance, beaucoup plus récentes. L'anxiété et le stress sont des facteurs toujours retrouvés.

Fiche-bilan DAM

Devant la diversité des facteurs causaux ou aggravants, la rédaction d'une fiche-bilan spécifique nous a parue fondamentale pour canaliser l'interrogatoire et l'examen, et sérier tous les items (pages suivantes).

Suite dans notre prochain numéro

Fiche-bilan DAM

NOM - Prénom(s)

Date :/...../.....

Adressé par qui ?

Motif de consultation :

Antécédents

- Pathologie rhumatismale ou ostéo-musculaire
- Traumatismes facial, cervical
- Soins dentaires longs et difficiles, avulsion de dents de sagesse (DS)
- Anesthésie générale

Douleurs

- Pas de douleur
- Localisation : uni ou bilatérale
Pré-tragienne, otalgique, régions dentaire (hémi-arcade, prémolo-molaire), sinusienne, rétro-orbitaire, temporale, péri-auriculaire, frontale, occipitale, hémi-faciale, angulo-mandibulaire
- Type : lancinante, sourde, aiguë, paroxystique, névralgique
- Fréquence : occasionnelle (stress), constante
- Facteurs de déclenchements : bâillements, mastication, parole, ouverture buccale (OB) forcée prolongée
- Rythme au cours de la journée : matinal, fin de journée, nocturne, diurne
- Circonstance d'apparition : stress, traumatisme
- Intensité : échelle analogique visuelle

Troubles mécaniques

- Bruits articulaires (uni ou bilatéral) : claquement, crissement, craquement
- Moment de survenue du claquement : OB, fermeture buccale (FB), précoce, tardif
- Chemin d'OB : dévié (fig. 1), en baïonnette, sinusoïdal, arciforme, instable
- Ressaut : uni ou bilatéral, à l'OB ou à la FB, aux 2
- Subluxation : à l'OB, uni ou bilatérale
- Sensation de limitation d'ouverture buccale (LOB)/Sensation de luxation possible
- Auto LOB
- Sensation de crispation
- Évaluation propulsion, diductions, OB



► Figure 1

Trouble de la cinétique mandibulaire :
ouverture buccale (OB) déviée

Parafonctions et habitudes nocives

- Tics buccaux : mordillement labial, digital, stylos, onychophagie
Consommation excessive de chewing-gum, mâchonnements de la langue et de la muqueuse jugale, succion des lèvres
- Bruxisme : centré/excentré, diurne/nocturne
- Mastication : équilibrée, unilatérale exclusive, absence de mastication
- Habitudes positionnelles : décubitus ventral, instrument à vent, violon
- Traumatismes répétés : rugby, boxe

.../...



Signes musculaires : examen de la musculature

Palpation et recherche de tensions et de contractures

- Masséters (fig. 2) : tension, contracture, cordons myalgiques, hypocontractibilité, retard à la contraction, fibrillation
- Temporaux : tensions, contractures, cordons myalgiques, hypocontractibilité, retard à la contraction, fibrillation
- Digastrique : tensions, contractures
- Sterno-cléido-occipito-mastoiïdien (SCOM) : tensions, contractures
- Trapèzes supérieurs : tensions, contractures
- Cervicaux profonds : tensions, contractures

Zones d'infiltrats cellulalgiques (uni ou bilatérales)

- Pré-tragiennes (fig. 3)
- Occipitales, cervicales postérieures

Articulé dentaire

- Supra-clusie, infra-clusie
- Intégrité dentaire, édentation molaire
- Signes d'usure
- Bridge, appareil, implant

Bilan des praxies oro-faciales

Langue

- Frein : normal/court, un peu court mais ne gênant pas à la position de repos
- Position de repos : correcte/incorrecte
- Déglutition : correcte/incorrecte (fig. 4)
- Phonation : correcte/incorrecte
- Festonnage, signes d'indentation linguale, jugales

Lèvres

- Occlusion labiale de repos
- Tension de la sangle orbiculaire, du mentalis
- Contraction lors de la déglutition

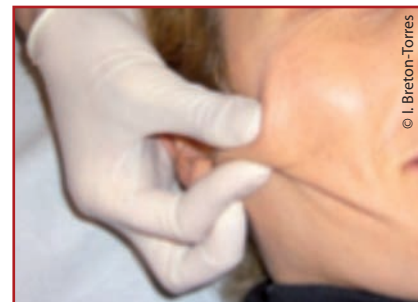
Ventilation

- Naso-nasale, mixte (à prédominance buccale ou nasale), buccale (diurne/nocturne)
- Test de Rosenthal : demander au patient de réaliser 20 cycles ventilatoires en ventilation nasale stricte, bouche fermée. On recherche une accélération du pouls ou tout signe d'hypercapnie survenu pendant le test. Si le patient interrompt le test par manque d'air avant 20 cycles, celui-ci est noté positif (par exemple, 5 cycles si le patient respire par la bouche au bout de 5 cycles). S'il réalise la totalité du test sans accélération du pouls ni autre signe d'hypercapnie, le test est négatif.



► Figure 2

Palpation endo-buccale des masséters



► Figure 3

Pli-roulé :
traitement des zones d'infiltrat
cellulalgique cutanées



► Figure 4

Dyspraxie linguale :
interposition linguale antérieure
lors de la déglutition

.../...

Dysfonction de l'appareil manducateur

1- Bilan spécifique

Posture cervico-céphalique

- Trouble de la posture cervico-céphalique

Autres manifestations

- Signes otologiques : acouphènes, bourdonnements, sensation d'oreille bouchée
- Troubles de la convergence oculaire
- Céphalées temporales, de tension
- Cervicalgies
- Hypertrophie massétérine



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Breton-Torres J, Lefebvre C, Goudot P. Technologie rééducative appliquée et dysfonctions de l'appareil manducateur. In: Hérisson Ch, Goudot P (eds) *Pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire*. Paris : Masson, 2003.
- [2] Schultz JH. *Le training autogène : essai pratique et clinique*. Paris : PUF, 1977.
- [3] Fournier M. *Rééducation des fonctions dans la thérapeutique orthodontique*. La Bibliothèque Orthodontique. Editions S.I.D., 1991.
- [4] Breton-Torres J, Frapier L, Torres JH. Temps buccal de la déglutition salivaire. Physiologie et principes de rééducation. EMC 2011 (Elsevier-Masson SAS, Paris), Médecine buccale, 28-165-M-10.

« DVD »

Équilibre, vertiges et rééducation

Prs R. Gil et J.-P. Fontanel, Dr C. Kremer-Mérére,
A. Sémont, L. Chatalic - Réf. DV2270
Image Formation



20 €

Pour comprendre la notion d'équilibre, il est nécessaire de revoir les bases anatomo-physiologiques. L'équipe du CHR de Poitiers nous rappelle comment fonctionne l'oreille interne, l'œil et les muscles du cou. Alain Sémont, pionnier de la rééducation vestibulaire, insiste sur les trois types d'entrées d'informations, et il nous présente ses techniques. Laurence Chatalic présente ensuite la rééducation des ataxies sans vertige.

L'épaule instable

O. Gagey - Réf. DV2275
Image Formation



20 €

Qu'en est-il de la lésion anatomique dite de Bankart ? Quel est le rôle des muscles dans la stabilisation de l'articulation gléno-humérale ? La dissection, réalisée par le Pr Gagey à la Faculté de médecine de Paris, nous permet de découvrir le plan capsulaire antérieur et son rôle dans la stabilisation de l'épaule. Quels sont les facteurs qui déclenchent cette instabilité ? Le Dr Morel, médecin rééducateur, consultant à l'INSEP, nous présente l'examen clinique et radiologique, suivi du traitement médical. La rééducation permet-elle d'éviter l'intervention chirurgicale ? Le Pr Heuleu répond à cette question.

Bon de commande



à retourner à la **SPEK**
3, rue Lespagnol - 75020 Paris
Tél. : 01 44 83 46 67

SARL de presse au capital de 23 000 € - RCS Paris 302 113 081

Je désire recevoir :

- ☐ DV2270
☐ DV2275

Port et emballage : un DVD : 6 € - Au-delà : 8 €
Expédition hors France métropolitaine : nous consulter

NOM - Prénom

Adresse

Code postal Ville

E-mail

Tél. :

Date de naissance :/...../.....

Je joins mon règlement (à l'ordre de la SPEK) par :

- ☐ Chèque n° :
☐ Carte bancaire (Carte bleue, Visa, Eurocard-Mastercard)
n°
Date d'expiration :/..... Cryptogramme visuel

Date et signature obligatoires