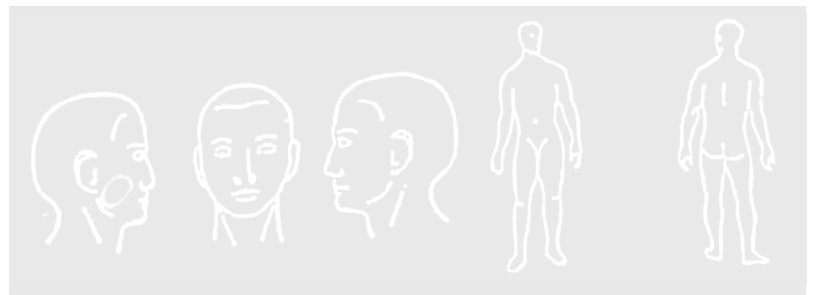


Traitement d'une subluxation discale le repositionnement transitoire

Wacyl Mesnay

Rubrique C.N.O.



Durant les années 1980, un grand nombre d'auteurs se sont penchés sur le problème des "déplacements discaux". Il s'agissait de repérer la position du ménisque, puis de le repositionner sur la tête condylienne par des moyens orthopédiques ou chirurgicaux. Les modifications occlusales qui en résultaient faisaient appel à des moyens orthodontiques ou prothétiques. De nombreux critères diagnostics ont été proposés et les méthodes thérapeutiques décrites et publiées démontraient une habileté technique et une complication méthodologique qui portaient le traitement de ces cas en dehors des compétences du praticien moyen. Quelques années plus tard, les études sur les résultats thérapeutiques des techniques de "repositionnements articulaires" révélèrent le peu d'efficacité à long terme par le nombre important de récurrences dans ces types de traitement.

ÉVALUATION FORMATION CONTINUE

- 1 Les termes : « subluxation discale » et « luxation discale réversibles » sont synonymes ». Vrai Faux
- 2 Aujourd'hui, le traitement de choix d'une subluxation discale est la « recapture » du disque. Vrai Faux
- 3 Le repositionnement transitoire vise une mise au repos articulaire. Vrai Faux
- 4 Dans le cas d'une subluxation discale, une orthèse de repositionnement transitoire est plus efficace qu'une orthèse de stabilisation. Vrai Faux
- 5 Un traitement par repositionnement transitoire est systématiquement suivi par un traitement « occusal ». Vrai Faux

Les réponses à ces questions sont disponibles sur le site internet de l'ID : www.information-dentaire.com

Cet article répond-t-il à vos attentes en matière de formation continue ? : votre opinion à faugereau@information-dentaire.fr

Terminologie

Ce qui est défini ici comme une "subluxation discale" est décrit également sous le terme de "luxation discale réversible" ou "luxation discale spontanément réductible et spontanément récidivante". Cette abondance de qualificatifs est le reflet des différentes approches conceptuelles et thérapeutiques de ce trouble articulaire.

Le terme "subluxation" est employé ici en référence aux travaux de Stegenga (in Sessle et Al., 1995). Cet auteur effectue dans les années 1990 de nombreux travaux scientifiques sur les modifications anatomiques liées aux surcharges articulaires de l'ATM. Le disque est constitué d'une trame de collagène lui assurant sa forme, sa "charpente". La substance chondroïde y est contenue. On y trouve évidemment des chondrocytes, assurant la régénération des tissus mais surtout des protéoglycans : protéines hydrophiles. Pour s'en faire une idée, imaginons une paille de fer utilisée pour faire la vaisselle. Les lamelles métalliques sont les fibres de collagène. La paille de fer est constituée également d'une éponge occupant tout l'espace constitué par le réseau des lamelles. Lors de l'application d'une charge sur le disque, celui-ci se déforme en absorbant la contrainte par amortissement mécanique (le réseau collagène) et hydraulique (la substance fondamentale hydrophile).

Lors d'une répétition de contraintes excessives, les fibres de collagènes subissent une altération de structure. La fragilisation de la matrice collagène entraîne une modification de la répartition de la substance fondamentale chondroïde. Cette substance, libérée de sa structure de collagène, se modifie en forme par la contrainte et en volume par absorption hydrique. Lorsque les contraintes disparaissent avant d'avoir provoqué une trop grande dégradation ou modification de la forme, le disque est susceptible de se régénérer et de retrouver une forme initiale.

Le repositionnement transitoire

Le disque articulaire ne subit pas un "déplacement antérieur" tel qu'on l'imaginait, mais bien une déformation de forme. Poussée par la contrainte dans sa région postérieure, celle-ci se déplace généralement dans la partie antérieure de façon plus ou moins importante. Une grande variété de déformations est observable, mais toutes ne sont pas à l'origine d'un bruit articulaire. Dans certains cas, l'observateur peut noter une déformation de la surface articulaire lors de l'examen clinique de la translation. Un bruit est provoqué lors de son passage par la tête condylienne dans le mouvement de translation de l'ATM.

Les gouttières de repositionnement à visée de "re-capture méniscale" sont aujourd'hui abandonnées au profit de gouttières de stabilisation ou de "libération".

Cependant, dans quelques cas de troubles temporo-mandibulaires, une technique de positionnement antérieur reste indiquée. Il s'agit de situations où persiste une inflammation articulaire ou encore lors de subluxation discale légère, en particulier lorsqu'elle s'accompagne d'un bruxisme nocturne.

L'objectif thérapeutique est de libérer l'articulation des contraintes postérieures et lui permettre une régéné-

cence. Cette technique s'apparente à une immobilisation ou contention articulaire lors d'une entorse de la cheville, par exemple.

Pour certains auteurs (Carlsson et coll., 1999) les recommandations de port sont de 8 à 10 heures par 24 heures, de préférence en nocturne et pendant une durée maximale de six mois. Différentes formes de "gouttières" ou orthèses de positionnement ont été décrites dans la littérature. Elles présentent une surface engrainée ou un plan de glissement antérieur forçant la mandibule dans une antéro-position. Ces orthèses présentent toutes un inconvénient majeur : elles ne peuvent assurer une position "corrigée" lors du sommeil, et donc une partie de leur efficacité s'en trouve ainsi amputée.

C'est pour cette raison que nous préconisons l'utilisation d'un propulseur mandibulaire (fig. 1) sur le modèle utilisé en orthopédie-dentofaciale. Deux gouttières, maxillaires et mandibulaires, sont réalisées en résine thermofomée. Elles sont reliées par deux bras latéraux fixant la position recherchée. Celle-ci ne doit pas excéder 3 mm en avant de l'occlusion habituelle. Elle doit, en outre, englober l'ensemble des surfaces vestibulaires et linguales pour ne pas provoquer de déplacements dentaires iatrogènes. Comme il a été cité plus haut, nous ne recherchons pas une nouvelle position à stabiliser mais à dégager l'articulation de ses contraintes habituelles.

Cas clinique

M^{me} D., 29 ans, se présente en consultation pour des douleurs mandibulaires et des blocages lors de l'ouverture.

Ces symptômes persistent depuis deux ans, à la suite d'une intervention parodontale ayant nécessité une ouverture buccale prolongée. La mastication est unilatérale, du côté gauche.



1. Propulseur mandibulaire.

Analyse fonctionnelle du symptôme

La douleur est d'intensité moyenne et localisée dans la région pré-auriculaire droite. La douleur apparaît dans la journée, avec les claquements, du côté droit également. Le fait de baisser la tête vers l'avant augmente la douleur. Lors des épisodes douloureux, elle éprouve des difficultés à ouvrir la bouche. La mastication, habituellement unilatérale du côté gauche est alors impossible (schéma 1).

Examen de la mobilité mandibulaire (schéma 2)

Les valeurs d'amplitude de l'ouverture et des latéralités sont normales. Une sensibilité est signalée en fin d'ouverture. L'auscultation de l'ATM droite permet de percevoir un claquement en ouverture, fermeture et latéralités. Aucun bruit articulaire n'est perçu à l'articulation gauche. Les chemins d'ouverture et de fermeture sont respectivement déviés.

Examen articulaire (schéma 3)

Le jeu articulaire: l'examen par la manipulation manuelle de l'articulation droite en translation fait apparaître un obstacle dans la région postérieure, proche de la "relation centrée". Un léger bruit est alors perceptible.

Aucune sensibilité articulaire n'est provoquée lors de la palpation des pôles externes ou postérieurs des ATM. Les tests de compression articulaires sont également négatifs.

Examen musculaire

L'examen des muscles élévateurs révèle un asynchronisme et une asymétrie à prédominance gauche. Les tests de contre-résistances sont négatifs. La palpation du masséter profond droit provoque une douleur.

Le diagnostic: la douleur est présente depuis deux ans, d'intensité moyenne, elle évolue au cours de la journée. Elle n'a pas de rapport direct avec la fonction, mais a peu de répercussion sur l'environnement social ou professionnel.

L'obstacle perçu lors du mouvement de translation provoqué de l'ATM droite est d'origine méniscale. Cet obstacle articulaire est léger, il ne provoque pas de limitation de la translation. Aucune



2a. Vue profil droit.



2b. Vue face.

Douleur Handicap Date: 22-05-03

Séjour : concier irradiation : flèche

Intensité : pointer, entre douleur absente et extrême

Fréquence Quotidienne Hebdomadaire Mensuelle

Schéma 1. Analyse fonctionnelle.

LD LG P

D F G

4/10 mm 0/10 mm 0/10 mm 0/10 mm 4/10 mm

douleur 0/10 mm 0/10 mm 0/10 mm 0/10 mm 4/10 mm

Auscultation ATM

	D	F	LG	LD	P		F	LG	LD	P	
cliquetis											
craquement											
crépitation											

Schéma 2. Examen de la mobilité mandibulaire.

Jeu articulaire	traction	douleur	D	F	LD	LG	
	translation	douleur	F	LD	LG		
		douce	I	L	E		
		accidentée	E				
Palpation ATM	latérale		D	F	LD	LG	
	postérieure		F	LD	LG		
Sensibilité	en mouvement	lat.	I	L	E		
		post.	E				
Test de compression	douleur	D	F	LD	LG		
		G					

Schéma 3. Examen articulaire



3a. Vue intrabuccale droite



b. Vue intra buccale de face



c. Vue intra buccale de face

sensibilité intra-articulaire n'est décelable, en particulier lors de la compression postérieure de l'articulation. Par contre, la palpation du masséter profond gauche est douloureuse. Le blocage à l'ouverture survient au moment de la douleur. La limitation de l'ouverture est d'origine musculaire.

Le diagnostic peut se formuler de la façon suivante

- Trouble douloureux chronique léger.
- Subluxation méniscale de l'ATM droite.
- Myospasme du Masséter profond droit.

Hypothèse étiopathogénique

Il est vraisemblable que l'articulation ait subi un léger traumatisme lors de l'ouverture forcée et prolongée. L'élongation ligamentaire, au-delà d'une certaine limite peut provoquer une lésion entraînant une inflammation de l'articulation ou "capsulite".

Les effets secondaires d'une capsulite sont de deux ordres :

- un spasme musculaire est assez fréquent. Il permet une immobilisation réflexe de l'articulation, le temps de la cicatrisation : c'est le "réflexe d'éclissage" ;
- l'activité inflammatoire étant susceptible de dégradation tissulaire, des modifications structurelles ligamentaires ou discales peuvent apparaître sous l'effet d'une pression articulaire liée à un bruxisme.

Dans certains cas, le trouble musculo-articulaire peut s'installer durablement : les modifications de forme discale peuvent être maintenues par la pression exercée en cas de bruxisme. Après la disparition des phénomènes inflammatoires initiaux, les modifications comportementales liées à l'évitement de la douleur peuvent persister. La synergie musculaire se modifie durablement, la spasticité (réflexe de certains muscles) peut être maintenue durablement.

Le traitement

Les recommandations actuelles de traitements sont :

- myospasme : une gouttière de "stabilisation", une pharmacothérapie antalgique et myorelaxante. Une ergothérapie par prise de conscience et évitement des serremments diurnes. Une rééducation fonctionnelle réalisée par des exercices d'étirement musculaire, puis des exercices de re-coordination musculaires.
- Pour la subluxation discale : une gouttière de "stabilisation" ou de "repositionnement transitoire".

Pour notre patiente, nous proposons un propulseur mandibulaire accompagné d'une rééducation fonctionnelle. Les symptômes ayant tendance à s'intensifier tout au long de la

Les étapes du traitement

22 mai 2003 : première consultation

- Entretien et examen clinique. (fig. 2 et 3)
- Prescription ergothérapeutique : repérage des épisodes de crispation mandibulaire.
- Prescription d'exercices d'étirement après application de chaleur humide.

6 juin 2003

- Entretien : identification des épisodes de crispation lors des moments de tensions professionnelles.
- Prescription : la patiente peut effectuer des étirements légers, en cours de journée et lors des épisodes de tensions professionnels. Prise d'empreintes pour le propulseur.



4a. Propulseur mandibulaire en bouche. Vue de face.



4b. Propulseur mandibulaire en bouche. Vue de profil.

journée, nous suspectons un comportement de serrement diurne. L'ergothérapie proposée à la patiente sera tout d'abord d'identifier les épisodes de contraction mandibulaire. Ceux-ci surviennent en général lors des moments de tension, de concentration ou de fatigue. Des exercices d'étirement musculaire sont prescrits. Ils devront être effectués trois fois par jour et lors des épisodes de crispation de la mâchoire. Le propulseur sera porté uniquement pendant le sommeil. À ce stade, aucune médication n'est prévue.

Conclusion

L'articulation temporo-mandibulaire est un organe biologique vivant. À ce titre et à l'égal d'autres organes, il est destiné à remplir une fonction. Celle de l'ATM est d'accompagner la mandibule dans son fonctionnement. Comme toutes les articulations, elle a une capacité de tolérance et de résilience face aux contraintes qu'elle subit. Comme tous les tissus vivants, elle possède également une capacité d'adaptation.

Il est assez courant aujourd'hui de distinguer trois types de facteurs dans l'avènement d'un trouble articulaire.

- Facteurs favorisants : qualité tissulaire, maladies systémiques, l'âge, la typologie faciale, le bruxisme...
- Facteurs déclenchants : il s'agit de répétitions de micro-trauma-

19 juin 2003

- Entretien : la douleur diminue nettement, la patiente pratique ses exercices.
- Pose et ajustement du propulseur (fig. 4).

31 juillet 2003

- Entretien : la douleur a disparu, les claquements matinaux également, mais ils apparaissent dans la journée. Les exercices sont moins bien effectués.
- Un entretien de remotivation est pratiqué sur la nécessité des exercices et l'ergothérapie.

7 octobre 2003

- Entretien : disparition des douleurs et des claquements.

Une sensibilité est encore présente en grande ouverture.

- Examen clinique : à la palpation, le trajet de l'ATM droit semble limité, mais à l'examen manuel du jeu articulaire, la translation est normale. La limitation est musculaire.
- Prescription : exercice de coordination articulaire pour le contrôle de la translation.

29 novembre 2003

- Entretien : pour la patiente, les douleurs et les claquements ont disparu depuis longtemps. Elle souhaite maintenant arrêter le port du propulseur.
- Examen clinique : la translation des ATM est ample et douce. L'examen musculaire est satisfaisant.
- Nous convenons de l'arrêt de la thérapeutique.

tismes ou d'un macro-traumatisme. Les capacités de tolérance articulaires se trouvent dépassées.

- Facteurs pérennisants, moins connus, qui font d'un épisode aigu une forme chronique.

La « médecine comportementale » est spécialisée dans le traitement des maladies chroniques. Un comportement locomoteur sain suppose une bonne interaction entre les éléments biologiques, biomécaniques, le système nerveux central et l'environnement. Le comportement est susceptible de varier au cours du temps et des événements : il s'agit d'apprentissage. Face à un trouble locomoteur chronique, la médecine comportementale s'intéresse évidemment à son origine biologique et biomécanique, mais également aux facteurs d'apprentissage qui maintiennent ou majorent le trouble et ses symptômes.

Dans le cas présenté ici, différents facteurs comportementaux sont identifiés : le bruxisme, la restriction réflexe (le spasme) des mouvements liés à la mémoire douloureuse, la mastication unilatérale.

La thérapeutique s'est effectuée à différents niveaux : d'une part, la libération de la contrainte articulaire pour lui permettre son rétablissement asymptomatique, d'autre part, le recouvrement de l'enveloppe fonctionnelle musculo-articulaire libérée de sa mémoire douloureuse, et enfin, la prise de conscience (cognitive et affective) des états de tensions, vigilance ou fatigue en relation avec les crispations mandibulaires. Les thérapeutiques actuelles des troubles temporo-mandibulaires évoluent vers la simplicité. La grande majorité des cas trouvent une solution par des techniques dites "non-invasives" : elles associent le plus souvent une orthèse occlusale dite de "stabilisation" à une gestion comportementale du trouble. Ces techniques, dont l'efficacité est attestée par de nombreuses études cliniques contrôlées, sont d'une application aisée, compatibles avec une pratique courante, en particulier en orthopédie-dento-faciale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Carlsson GE, Magnusson T. Management of Temporomandibular Disorders in the General Dental Practice; Chicago, Quintessence 1999.
- Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria, examinations and specifications, critique; J. Craniomandib. Disord. Facial Oral Pain. 1992 ; 6 : 301-355.
- Okesson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. Ed. 4; St Louis : Mosby, 1998.
- Pertes RA, Gross SG. Clinical Management of Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain. Chicago, Quintessence, 1995.
- Sessle BJ, Bryant PS, Dionne RA. Temporomandibular Disorders and Related Pain Conditions. Progress in Pain Research and Management. Vol. 4, Seattle, IASP Press, 1995.
- Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND. Temporomandibular Joint and Masticatory Muscle Disorders; Copenhagen; Munksgaard, 1994.

Adresse de l'auteur :

Wacyl Mesnay
30, rue Pierre Mendes France
27400 Louviers