

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Faculté de Médecine Dentaire
Service de Prothèse Dentaire CHU BEO
Professeur C. Zerati

Cours destiné aux étudiants de 3^{ème} année

Les Dysfonctionnements de l'Appareil Manducateur : Les Para-fonctions ; étiologie et traitement

Dr M. Zibra

Année Universitaire 2024-2025

Le Plan

Introduction

1. Définitions et terminologie

2. Symptomatologie clinique

3. Diagnostic différentiel

4. Classification

5. Etiologies

6. Traitements

Conclusion

Bibliographie

Introduction

Depuis quelques années, de plus en plus de patients consultent pour des douleurs au niveau des muscles de la tête et des maxillaires, ainsi que les ATM.

Ces dernières (ATM), représentent l'unité centrale à laquelle il faut rattacher les relations antomo-fonctionnelles.

La connaissance parfaite des algies et dysfonctionnements de l'appareil manducateur par les omnipraticiens est indispensable afin de répondre à la demande des consultants, savoir les conseiller et les traiter.

1. Définitions et terminologie :

Appareil Manducateur :

Selon le Dictionnaire de Prothèse Odontologique l'appareil manducateur est un ensemble dento-musculo-squelettique permettant la réalisation des fonctions orales, dont la manducation. Il est constitué du système dentaire, du système neuro-musculaire et du squelette cranio-facial.

- Le système dentaire, assurant l'efficacité de la mastication et la stabilité de l'étage inférieur de la face, grâce aux guidages dentaires et aux contacts de déglutition ;
- Le système musculaire cervico-facial, responsable de l'activité motrice ;
- L'appareil articulaire, assurant la limitation et la coordination des mouvements et rapports intermaxillaires ;
- Le système nerveux central, chargé d'assurer la commande et la régulation centrale de l'ensemble.

Dysfonction :

Un trouble fonctionnel d'un organe ou d'un système organique pouvant avoir une origine pathogène.

Dysfonctionnement :

Une difficulté, une anomalie ou un trouble de fonctionnement d'un organe ou d'un système.

Le terme de « dysfonctionnement de l'appareil manducateur » peut être exprimé par d'autres appellations telles que :

- **SADAM** « Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur » ;
- **DAM** « Dysfonctionnement de l'appareil manducateur » ;
- **ADAM** « Algies et dysfonction de l'appareil manducateur ».

2. Symptomatologie clinique :

- Douleurs musculaires statiques ou dynamiques des muscles masticateurs, faciaux et cervicaux ;
- Troubles de la cinématique mandibulaire : déviations, limitations, ressauts ;
- Douleurs articulaires d'origine musculaire ou capsulaire ;
- Bruits articulaires dynamiques : claquements, crépitations ;
 - **Claquement** : Le claquement apparaît quand le condyle récupère le disque lors du mouvement mandibulaire, il est observé dans le cas de luxation discale réductible.
 - **Crépitation** : perceptible à tous les degrés d'ouverture ou de fermeture buccale, ce bruit est assimilable au bruit de pas sur du gravier, il correspond aux frottements des surfaces articulaires souvent érodées.
- Usures, hypersensibilité : mobilités dentaires anormales révélatrices d'un bruxisme ;
- Migraines, céphalées ;
- Troubles de l'audition : acouphènes.

Seules la présence et l'association de plusieurs de ces signes cliniques permettront de poser avec certitude le diagnostic de dysfonctionnement de l'appareil manducateur.

3. Diagnostic différentiel :

Devant une symptomatologie clinique évoquant un dysfonctionnement de l'appareil manducateur, le praticien doit faire un diagnostic différentiel avec d'autres pathologies affectant la sphère oro-faciale comme : une névralgie faciale essentielle, une migraine Ophtalmique, un trismus d'origine dentaire ou tétanique (Tétanos), une Otite, une sinusite aiguë, une dent nécrosée,...etc.

4. Classification :

Les dysfonctionnements de l'appareil manducateur sont classés comme suit :

Classe I : Les myalgies manducatrices : qui se subdivisent en deux sous-classes :

I. a. Douleurs myofaciales ;

I. a. Douleurs myofaciales avec limitation de la mobilité mandibulaire.

Classe II : Position antérieure du disque articulaire : on observe trois situations :

II. a. Luxation discale réductible : Elle se manifeste par une position antérieure du disque articulaire avec repositionnement lors de la mobilité mandibulaire ;

II. b. Luxation discale irréductible avec limitation de la mobilité : Elle se manifeste par une position antérieure du disque articulaire sans repositionnement lors de la mobilité mandibulaire ;

II. c. Luxation discale irréductible sans limitation de la mobilité ;

Classe III : Atteintes des ATM :

III. a. Arthralgie ;

III. b. Ostéoarthrite : arthrose activée de l'ATM ;

III. c. Ostéoarthrose des ATM (Arthrose de L'ATM).

5. Etiologies :

Ces affections sont d'étiologie variable, généralement multifactorielle, à savoir :

➤ Troubles occlusaux :

La diminution du nombre de points de contacts occlusaux (édentement postérieur, extractions dentaires non compensées) avec une mauvaise répartition sur l'ensemble des arcades, aboutit à un mauvais calage occlusal. Cette instabilité occlusale est compensée par une surcharge musculaire et articulaire, comme les muscles ne peuvent pas s'adapter à des positions non répétitives.

Les prématurités occlusales peuvent être observées lors du passage OIM-RC. Si la prématurité est unilatérale, ce passage comporte une composante horizontale et une composante oblique, ce qui provoque des contraintes au niveau articulaire.

Les interférences sont des contacts traumatiques qui se réalisent quand le guide antérieur est insuffisant lors des mouvements de latéralité et propulsion. Ces contacts sont d'autant plus nocifs qu'ils sont plus postérieurs, d'apparition brutale (suite à une restauration par exemple), proche de l'OIM lors des mouvements fonctionnels ou bien du côté non travaillant (en latéralité).

➤ **Traitements orthodontiques :**

Les traitements orthodontiques sont susceptibles d'influencer la position de la tête articulaire et la position du ménisque, c'est pourquoi, ils sont souvent incriminés dans l'initiation ou l'aggravation d'un désordre de l'ATM. De plus, un traitement orthodontique mal fini pourra présenter des désordres occlusaux (interférences et prématurités) à l'origine d'un dysfonctionnement.

➤ **Facteurs psychologiques :**

Les facteurs émotionnels (Stress, anxiété, tension nerveuse, déception, dépression, deuil, ...etc) entraînent un serrement involontaire des dents, ce qui provoque des surtensions et des hypercontractions musculaires, à l'origine du dysfonctionnement de l'appareil manducateur.

➤ **Parafonctions et Bruxisme :**

Les parafonctions englobent l'ensemble des activités coordonnées ne concourant pas à une finalité fonctionnelle. Elles regroupent l'onychophagie, mordillement des lèvres ou des joues, interposition ou pulsion linguale, succion du doigt ou autre, mordillement d'objets,...etc.

A la tête des parafonctions on note le Bruxisme : c'est un comportement d'origine centrale, caractérisé par une activité motrice involontaire des muscles masticateurs, continue, rythmique ou spasmodique, conduisant à des contacts occlusaux de serrage ou de grincement d'intensité et d'amplitude variables, différents de ceux observés pendant la mastication et pouvant participer au trauma occlusal ou provoquer une usure des dents.

Ces parafonctions sont à l'origine d'une hyperactivité de l'appareil manducateur et peuvent entraîner une aggraver un DAM.

➤ **Troubles posturaux :**

Une perturbation de la statique corporelle ayant pour origine une mauvaise posture, une pathologie osseuse, rachidienne, traumatique ou autre peut amener la recherche par le patient d'un nouvel équilibre postural de compensation. La modification de la portance crânienne qui peut en découler risque de déclencher des tensions musculaires délétères, de modifier la position clinique de repos et d'être à l'origine de douleurs musculaires d'hypertension ou de fatigue.

6. Traitements :

Le praticien a le choix entre les différents traitements symptomatiques afin de soulager rapidement le patient, mais il se doit de poursuivre un traitement étiologique afin d'éradiquer la pathologie.

➤ Traitements symptomatiques :

Information du patient, orthèses inter-occlusales (gouttières), Kinésithérapie / auto-thérapie, Acupuncture, Biofeedback et relaxation musculaire, Traitements médicamenteux [antalgiques, AINS, Myorelaxants (Cyclobenzaprine, Flupirtin), Toxine Botulique (diminution des douleurs et du Trismus), Anesthésique local (infiltration de point gachette)].

➤ Traitements étiologiques :

Equilibration occlusale, Prothèse dentaire, Restauration Guidage/Calage, Finition du traitement orthodontique, Suppression des parafonctions, Relaxation, méditation,...etc.

Conclusion

« Il est plus facile de prévenir que de guérir » Thomas Fuller

Bibliographie :

1. C. ARCHIEN et coll, Dictionnaire de Prothèse Odontologique, Edition SNPMD, Paris 2004;
2. H. KARES, Article Douleurs des muscles masticateurs et des ATM, Revue l'INFORMATION DENTAIRE n°22 – 3 juin 2009;
3. M. G. LE GALL et J-F. LAURET, Occlusion et Fonction : Une approche clinique rationnelle, Collection JPIO, Edition CdP France 2002;
4. J-D. ORTHLIEB, D. BROCARD, J. SCHITTLY et coll, Occlusodontie pratique, Edition CdP Paris 2006;
5. P. E. Dawson, Les problèmes de l'occlusion clinique : Evaluation, diagnostic et traitement, 2^{ème} édition, Edition CdP Paris 1992.