

# Mieux comprendre et traiter les problèmes temporomandibulaires

par Jean-Paul Goulet et Gilles Lavigne

Une patiente de 31 ans vous consulte pour des douleurs à la mâchoire et à l'oreille du côté gauche du visage. Depuis deux mois, la douleur fait son apparition en fin d'avant-midi et persiste jusqu'en soirée, tout en fluctuant avec, par moments, des pointes à l'oreille et à la tempe. La patiente doit faire attention à ce qu'elle mange et éprouve de la difficulté à ouvrir la bouche grande. De plus, elle a noté des craquements à l'articulation de sa mâchoire.

**Q**UELQUES JOURS PLUS TARD, vous recevez une patiente de 38 ans aux prises depuis cinq semaines avec des douleurs quotidiennes à la région temporale droite. La patiente parle d'une douleur de fond continue à laquelle s'ajoutent, plusieurs fois par jour, des élancements soudains à l'arcade sourcilière et à l'oreille. Il y a dix ans, cette patiente a porté une plaque occlusale (orthèse dentaire) pour soigner des douleurs temporomandibulaires. Elle se demande si ses douleurs actuelles ne sont pas de nouveau causées par son problème temporomandibulaire, car depuis quelques mois sa mâchoire craque lorsqu'elle bâille et mastique. Cette patiente affirme avoir un emploi qui l'amène à être passablement stressée par moments.

S'agit-il d'un trouble temporomandibulaire ou d'un autre problème ?

Les probabilités que l'une et l'autre de ces patientes souffrent d'un problème temporomandibulaire sont élevées, car il s'agit, après les douleurs dentaires, de la première cause de douleur faciale. Cependant, d'autres causes de douleurs orofaciales peuvent évoquer un problème temporomandibulaire (tableau I).

Le médecin intervenant en première ligne sera appelé à rediriger le patient souffrant d'un tel problème pour assurer une bonne prise en charge. Le médecin qui est en

Le Dr Jean-Paul Goulet, dentiste, spécialiste en médecine buccale et FRCD(C), est doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval, à Québec. Il est titulaire d'une maîtrise en sciences dentaires de l'université de Washington. Le Dr Gilles Lavigne, dentiste, spécialiste en médecine buccale et FRCD(C), est professeur titulaire à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal et exerce au Centre d'étude sur le sommeil de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est titulaire d'un Ph. D. de l'université de Toronto.

## T A B L E A U I

### Diagnostic différentiel d'un problème temporomandibulaire

- Troubles intracrâniens
- Troubles extracrâniens de la sphère ORL, des yeux et des glandes salivaires majeures
- Algies vasculaires de la face
- Névralgies des nerfs crâniens
  - nerf trijumeau
  - nerf glossopharyngien
  - nerf intermédiaire
- Douleurs neuropathiques post-zostériennes ou métaboliques
- Néoplasie de l'articulation temporomandibulaire
- Douleur chronique rebelle qui ne s'intègre pas dans les taxonomies existantes et constitue un défi diagnostique

mesure de diagnostiquer un problème temporomandibulaire peut rendre un fier service à son patient en lui évitant de longs délais avant d'être informé sur son état. Cet article vise à faire le point sur les problèmes temporomandibulaires en abordant la taxonomie, la voie vers le diagnostic, les causes et les abords de l'approche thérapeutique afin que le médecin soit mieux préparé à aider les patients qui consultent pour des douleurs faciales.

### Quelles affections sont regroupées sous l'expression « problème temporomandibulaire » ?

Pour plusieurs intervenants, l'expression « dysfonctionnement et problème temporomandibulaire », consacrée

## T A B L E A U II

**Taxonomie des problèmes temporomandibulaires les plus fréquents<sup>3</sup>****Groupe I : Troubles musculaires**

- Douleur myofasciale
- Douleur myofasciale avec hypomobilité mandibulaire

**Groupe II : Déplacements (luxations) du disque articulaire**

- Déplacement avec réduction
- Déplacement sans réduction, avec hypomobilité mandibulaire
- Déplacement sans réduction, sans hypomobilité mandibulaire

**Groupe III : Arthralgie, arthrite, arthrose**

- Arthralgie (douleur articulaire)
- Ostéoarthrite
- Ostéoarthrose

par le D<sup>r</sup> Costen, un oto-rhino-laryngologiste, fait encore référence aujourd'hui à une seule entité clinique caractérisée par une variété de signes et symptômes musculo-articulaires de la mâchoire. Au début des années 30, le D<sup>r</sup> Costen a décrit onze cas de patients chez qui les symptômes aux oreilles et à la mâchoire se sont résorbés après qu'on eut modifié la hauteur de fermeture, c'est-à-dire la dimension verticale de l'occlusion, attribuant ainsi la cause des douleurs à une pression du condyle de l'articulation temporomandibulaire sur le nerf auriculotemporal<sup>1</sup>. Ce concept qu'on a véhiculé durant plusieurs décennies est aujourd'hui révolu. L'expression « problèmes temporomandibulaires » désigne un ensemble d'affections qui regroupent des troubles musculaires et articulaires ayant en commun un ou plusieurs symptômes de la triade classique suivante :

- douleurs à la mâchoire, aux oreilles, aux tempes ou aux régions pré-auriculaires ;
- bruits articulaires durant les mouvements de la mâchoire ;
- difficultés d'ouverture.

Les patients souffrant d'un problème temporomandibulaire peuvent aussi se plaindre de maux de tête, de sensations d'oreilles bouchées, d'acouphènes, de coincements articulaires, de maux de cou, de sensations d'enflure, voire d'engourdissements épisodiques du visage. La classification de l'American Academy of Orofacial Pain permet de bien saisir la diversité des problèmes temporomandibulaires<sup>2</sup>. Toutefois, la liste des affections les plus fréquentes en clinique étant moins exhaustive, la classification proposée par Dworkin et LeResche (*tableau II*), en 1992, est plus pratique et opérationnelle<sup>3</sup>, mais elle suppose que le clinicien a pris soin d'exclure, entre autres, la présence d'un spasme musculaire, d'une myosite, de polyarthrite, d'ankylose, d'un traumatisme aigu et d'une néoplasie.

**Quelles sont les personnes atteintes de problèmes temporomandibulaires ?**

À partir de l'adolescence, aucun groupe d'âge n'est vraiment épargné. Il y a cependant une plus forte prévalence des symptômes associés à un problème temporomandibulaire chez les adultes de 18 à 45 ans, les femmes étant plus nombreuses que les hommes à consulter<sup>4</sup>. Les données épidémiologiques ne montrent aucune accumulation de cas (c'est-à-dire prévalence plus élevée de l'un ou l'autre des symptômes) dans les strates plus âgées de la population, ce qui va à l'encontre des renseignements trop souvent véhiculés sur la progression des problèmes temporomandibulaires avec le temps.

Neuf fois sur dix, la douleur est la principale raison qui motive un patient à consulter. Au Québec, environ un adulte sur quinze (7 %) affirme ressentir des douleurs as-

**L'expression « problèmes temporomandibulaires » désigne un ensemble d'affections qui regroupe des troubles musculaires et articulaires ayant en commun un ou plusieurs symptômes de la triade suivante : douleurs à la mâchoire, bruits articulaires lors des mouvements de la mâchoire et difficultés d'ouverture.**

**Neuf fois sur dix, la douleur est la principale raison qui motive un patient à consulter pour un problème temporomandibulaire.**

sociées à un problème temporomandibulaire. Les bruits articulaires (c'est-à-dire craquements, grattements, crépitements) représentent de loin la manifestation la plus fréquente, un peu plus d'un adulte sur quatre (30 %) en ayant fait mention, tandis que les difficultés d'ouverture de la bouche sont la moins fréquente, un adulte sur vingt-cinq (4 %) l'ayant signalée<sup>5</sup>.

### Comment poser le diagnostic ?

La démarche qui permet de poser un diagnostic de trouble temporomandibulaire chez un patient repose principalement sur l'anamnèse et l'examen clinique. Le diagnostic des problèmes temporomandibulaires les plus communs étant avant tout clinique, il est important d'obtenir une description précise de la douleur et des symptômes concomitants<sup>6</sup>. Le *tableau III* résume les principaux points à aborder à l'anamnèse.

La douleur musculaire associée à un problème temporomandibulaire est unilatérale ou bilatérale et généralement ressentie dans la région sous-zygomatique et le long de la branche montante de la mandibule. Elle peut se propager vers l'oreille, la tempe et le front. Au début, elle est plutôt épisodique, mais devient avec le temps plus persistante et continue. Les patients parlent d'une douleur serrative ainsi que de mâchoire endolorie et tendue. La douleur articulaire de son côté est relativement bien localisée en avant du tragus de l'oreille. Elle est souvent plus exquise, vive et lancinante que la douleur musculaire. Habituellement, les patients se plaignent de douleur concomitante à l'oreille, ce qui explique en grande partie leur présence chez le médecin. Les douleurs musculaires et articulaires sont aggravées par la manducation, les bâillements et autres formes d'hyperextension de la mâchoire. Les patients évitent généralement d'ouvrir grand, de manger des aliments qui nécessitent une mastication active et peuvent même être suffisamment gênés au point de s'abstenir de chanter ou de jouer d'un instrument de musique (par

exemple, violon ou saxophone). Ceux qui ont tendance à mâcher de la gomme ne peuvent le faire sans s'exposer à plus de douleur. Les douleurs associées à un problème temporomandibulaire sont le plus souvent présentes après les repas et s'atténuent habituellement lorsque la mâchoire est au repos.

Une anamnèse mettant en évidence une douleur pulsatile décrite comme un battement, un choc électrique, un coup de poignard ou une brûlure soulève de sérieux doutes quant à la présence d'une douleur liée à un problème temporomandibulaire. Ce type de douleur évoque davantage une algie vasculaire de la face, une névralgie du trijumeau ou encore une douleur neuropathique d'origine périphérique ou centrale. Nous devons insister sur le fait qu'une douleur à la mâchoire qui n'est pas aggravée par la manducation ou dont le profil temporel est incompatible avec celui des douleurs musculosquelettiques doit soulever dans l'esprit du clinicien un sérieux doute sur la présence d'un problème temporomandibulaire.

L'examen clinique a pour but :

- de vérifier, par la palpation, la présence de douleur aux

## T A B L E A U III

### Problèmes temporomandibulaires Renseignements à recueillir au cours de l'anamnèse

- Événements ayant entouré l'apparition des symptômes et leur évolution
- Endroit et profil temporel de la douleur
- Facteurs qui déclenchent, aggravent et soulagent les symptômes
- Antécédents médicaux, familiaux et personnels
- Soins reçus et itinéraire thérapeutique emprunté
- Pour les bruits et les blocages articulaires :
  - côté affecté ;
  - type de bruits ;
  - moment où ils surviennent ;
  - fréquence ;
  - degré d'interférence avec les mouvements mandibulaires ; autres symptômes associés.

**Le diagnostic d'un problème temporomandibulaire repose principalement sur l'anamnèse et l'examen clinique.**

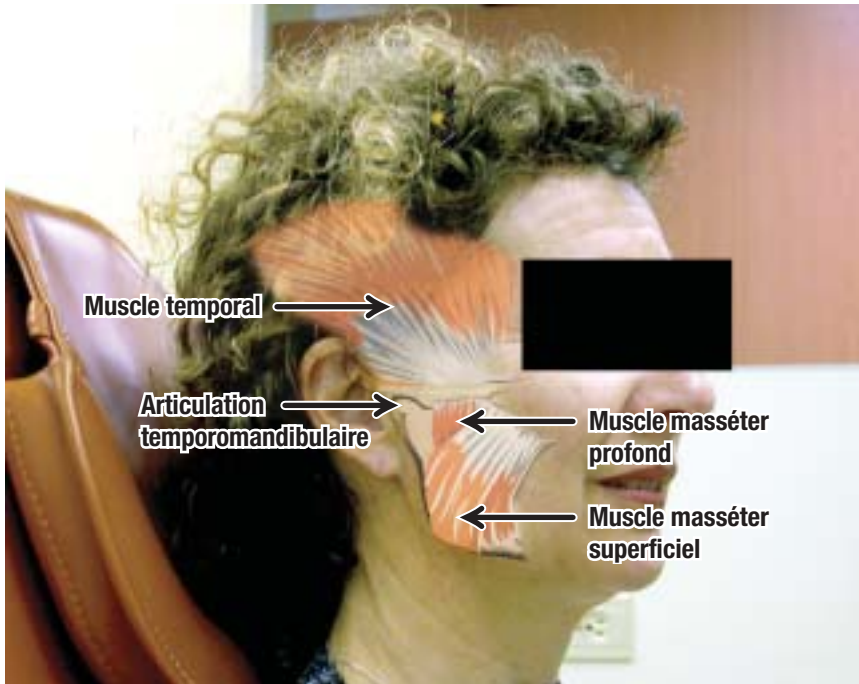


Figure 1.

muscles masticateurs et à l'articulation temporomandibulaire, en portant une attention particulière aux muscles temporaux et au masséter (figure 1);

- de détecter la présence de bruits articulaires lors des mouvements de la mâchoire;
- de déterminer si les mouvements mandibulaires sont douloureux;
- d'évaluer si l'ouverture de la bouche est limitée.

ciales, une évaluation des nerfs crâniens, des analyses de laboratoire et le recours à l'imagerie diagnostique (tomodensitométrie, résonance magnétique, scintigraphie osseuse) aux fins de dépistage.

### Qu'en est-il de nos deux patientes ?

En s'en tenant uniquement à la plainte principale, il y a de cinq à sept fois plus de chances que la douleur de nos deux patientes soit liée à un trouble temporomandibulaire plutôt qu'à un autre type de problème orofacial. Par ailleurs, l'examen de la première patiente met en évidence des douleurs à la palpation des muscles masticateurs et des douleurs dans la région sous-zygomatique à l'ouverture de la bouche. La

## T A B L E A U IV

### Critères diagnostiques cliniques des douleurs myofasciales des muscles masticateurs<sup>3</sup>

#### Douleur myofasciale

- Plainte principale de douleur à la mâchoire, au visage, à la région pré-auriculaire ou à l'intérieur de l'oreille au repos ou lors de mouvements fonctionnels
- Douleur éprouvée à la palpation des muscles masticateurs à trois endroits ou plus, dont au moins un du même côté que celui de la plainte principale

#### Douleur myofasciale avec hypomobilité mandibulaire

- Douleur myofasciale et ouverture mandibulaire (non assistée et sans douleur) inférieure à 40 mm de distance inter-incisive
- Ouverture maximale assistée (étirement passif) supérieure d'au moins 5 mm à l'ouverture non assistée sans douleur

### Adresse Internet utile

<http://rdc-tmdinternational.org>

Dans ce site, on trouve une description du protocole et des techniques d'examen ainsi que les critères diagnostiques des problèmes temporomandibulaires.

### Critères diagnostiques cliniques des déplacements du disque articulaire<sup>3</sup>

**Déplacement (luxation) avec réduction\*** : Le disque articulaire est déplacé antérieurement en direction médiane ou latérale par rapport à sa position normale entre le condyle et l'éminence. Ce déplacement est réduit à l'ouverture complète, ce qui entraîne un bruit articulaire (figure 2). Pour les bruits associés à une douleur articulaire, un diagnostic du groupe III doit être posé. Les critères diagnostiques cliniques sont les suivants :

1. craquement articulaire reproductible à l'ouverture et à la fermeture de l'ATM et qui disparaît lorsque le patient fait des ouvertures successives avec la mandibule en propulsion ;
- ou**
2. craquement articulaire reproductible à l'ouverture ou à la fermeture de l'ATM et craquement reproductible durant l'excursion latérale ou la propulsion.

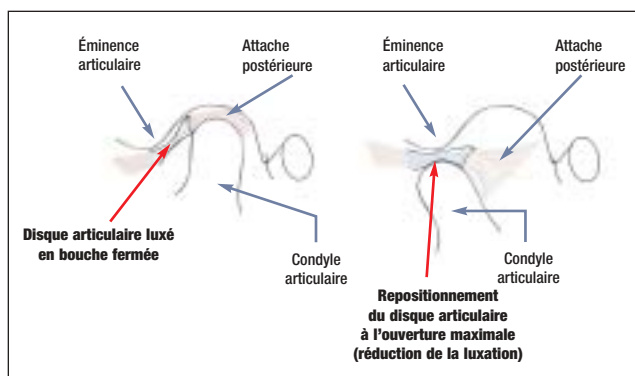


Figure 2. Luxation discale réductible

**Déplacement (luxation) sans réduction avec limitation d'ouverture\*** : Le disque articulaire est déplacé antérieurement en direction médiane ou latérale par rapport à sa position normale entre le condyle et l'éminence sans que le déplacement soit réduit à l'ouverture complète, ce qui limite l'ouverture (figure 3). Les critères diagnostiques cliniques sont les suivants :

1. antécédents de limitation significative de l'ouverture ;
2. ouverture maximale non assistée avec une distance inter-incisive  $\leq 35$  mm ;
3. étirement passif qui augmente l'ouverture de 4 mm ou moins par rapport à l'ouverture maximale non assistée ;
4. excursion controlatérale  $< 7$  mm ou déviation à l'ouverture non corrigée du côté touché ;
5. absence de bruits à l'ATM ou présence de bruits qui ne respectent pas les critères d'un déplacement du disque avec réduction.

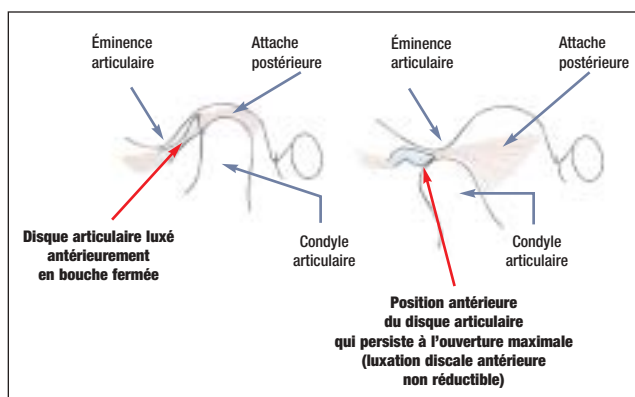


Figure 3. Luxation discale non-réductible

**Déplacement (luxation) du disque sans réduction ni limitation d'ouverture\*** : Le disque est déplacé antérieurement en direction médiane ou latérale par rapport à sa position normale entre le condyle et l'éminence, mais l'ouverture de la bouche est dans les limites de la normalité. Les critères diagnostiques cliniques sont les suivants :

1. Antécédents d'une limitation significative de l'ouverture mandibulaire ;
2. Ouverture maximale non assistée avec une distance inter-incisive  $> 35$  mm ;
3. Étirement passif qui augmente l'ouverture de 5 mm ou plus par rapport à l'ouverture maximale non assistée ;
4. Excursion controlatérale  $\geq 7$  mm ;
5. Absence de bruits à l'ATM ou présence de bruits qui ne respectent pas les critères d'un déplacement du disque avec réduction.

\* Il faut confirmer le diagnostic clinique de cas particuliers par une imagerie diagnostique de l'articulation temporomandibulaire si le choix du traitement en dépend.

ATM : articulation temporomandibulaire



palpation de l'articulation temporomandibulaire n'entraîne aucune douleur au repos et lorsque la bouche est ouverte. Cependant, des craquements à l'ouverture et à la fermeture sont détectés du côté gauche. Ces craquements sont inhibés lorsque la patiente ouvre et ferme la bouche pendant que sa mandibule est en propulsion. La patiente admet qu'elle a tendance à serrer des dents le jour et qu'elle le fait aussi la nuit selon les dires de son conjoint. Sur la base de ces éléments et après avoir exclu les problèmes susceptibles d'occasionner des symptômes similaires, un diagnostic clinique de douleur myofasciale et de luxation discale réductible à l'articulation gauche est retenu avec, comme facteurs d'exacerbation, un bruxisme diurne et nocturne de type serrement.

Bien qu'un diagnostic clinique de luxation discale réductible aux articulations droite et gauche ait été porté pour la deuxième patiente, aucun autre problème temporomandibulaire n'est mis en évidence par l'examen clinique pour expliquer les douleurs dont se plaint cette patiente. Sauf pour une zone gâchette observée à la pression digitale de l'arcade sourcilière droite, la palpation des muscles masticateurs et des articulations n'entraîne aucune douleur. Sur la base du tableau clinique, un diagnostic de douleur neuropathique trigéminal idiopathique a été retenu, puis confirmé pour cette deuxième patiente.

### Problème temporomandibulaire : quoi faire ?

La cause d'un problème temporomandibulaire est rarement connue ou facile à trouver. Par conséquent, ce sont les symptômes qui font l'objet du traitement. De nombreux rapports anecdotiques font état de taux de réussite approchant 80 % pour des traitements aussi simples que complexes pour l'ensemble des problèmes temporomandibulaires. Toutefois, les études ayant vraiment évalué l'efficacité des traitements courants sont peu nombreuses, voire souvent inexistantes. Ce seul fait invite à la prudence

et à l'utilisation de traitements simples et réversibles, tout en tenant compte des risques, des coûts et des avantages pour le patient. En matière de lignes directrices, les conclusions de la Conférence du *National Institute of Health Technology* sur le traitement des problèmes temporomandibulaires, organisée en 1996, continuent de faire école<sup>7</sup>. Les objectifs du plan d'intervention sont de :

- soulager la douleur ;
- améliorer la manducation ;
- amener le patient à gérer efficacement les rechutes pour une meilleure qualité de vie.

## T A B L E A U VI

### Critères diagnostiques cliniques des arthralgies, de l'ostéoarthrite et de l'ostéoarthrose de l'ATM<sup>3</sup>

**Arthralgie :** Douleur et sensibilité de la capsule articulaire ou du tissu synovial intracapsulaire.

1. Douleur à l'une ou l'autre des ATM à la palpation du pôle latéral ou de l'attache postérieure
2. Douleur indiquée par le patient à l'ATM au repos ou durant les mouvements mandibulaires fonctionnels

**Ostéoarthrite de l'ATM\* :** Trouble articulaire causé par une atteinte dégénérative inflammatoire des structures de l'articulation.

1. Arthralgie
2. Bruits de crépitement ou de grattement à l'ATM à l'ouverture et à la fermeture
3. Signes radiographiques possibles d'une atteinte des surfaces articulaires (érosion et lyse du cortex osseux, sclérose du condyle ou de l'éminence articulaire, aplatissement des surfaces articulaires, formation d'ostéophytes)

**Ostéoarthrose de l'ATM\* :** Trouble dégénératif de l'articulation où l'on observe des anomalies de structure et de forme.

1. Absence d'arthralgie, c'est-à-dire de douleur à l'ATM au repos et durant les mouvements mandibulaires, aucune douleur articulaire lors de la palpation
2. Bruits de crépitement ou de grattement à l'ATM à l'ouverture et à la fermeture
3. Signes radiographiques d'une atteinte des surfaces articulaires (érosion et lyse du cortex osseux, sclérose du condyle ou de l'éminence articulaire, aplatissement des surfaces articulaires, formation d'ostéophytes)

Note : Un diagnostic d'arthralgie simple est retenu en l'absence de bruit de crépitement ou de grattement à l'ATM.

ATM : articulation temporomandibulaire

\* Peut s'accompagner d'une perforation du disque articulaire qui est diagnostiquée par l'imagerie par résonance magnétique.

## T A B L E A U VII

### Traitements non effractifs et réversibles des problèmes temporomandibulaires

- Informer et éduquer le patient
- Utilisation des approches cognitivo-comportementales et de la restructuration cognitive
- Traitements de physiothérapie
- Pharmacothérapie permettant de maîtriser la douleur :
  - relaxants musculaires (par exemple, cyclobenzaprine – Flexeril®, de 1/2 à 1 comprimé au coucher)
  - antidépresseurs tricycliques (par exemple, faible dose d'amitriptyline – Elavil® ou de nortriptyline – Aventyl® au coucher)
  - anti-inflammatoires non stéroïdiens (après les repas, trois fois par jour)
- Orthèse dentaire, c'est-à-dire plaque occlusale (à éviter chez les patients souffrant d'apnée du sommeil)

Ainsi, la prise en charge des problèmes temporomandibulaires fait appel dans un premier temps à des traitements non effractifs et réversibles (*tableau VII*). En l'absence d'une réaction favorable et devant un handicap fonctionnel persistant, on doit aller vers des soins spécialisés souvent plus effractifs.

#### Traitements non effractifs et réversibles

Des études récentes indiquent qu'un minimum d'interventions cognitivo-comportementales et d'entraînement à l'autorégulation contribuent de façon considérable au rétablissement du patient<sup>8</sup>. Il faut dédramatiser et éliminer les angoisses ainsi que les appréhensions du patient en l'informant que la douleur associée à un problème temporomandibulaire est aussi bénigne que celle qui est liée aux maux de tête et aux douleurs musculosquelettiques provenant d'une autre région du corps. Par la suite, il est bon de sensibiliser le patient aux facteurs susceptibles de provoquer, d'aggraver et de maintenir la douleur. D'où l'importance de corriger les habitudes néfastes, de mettre à profit l'autorégulation pour mieux gérer la douleur et contrer les effets nocifs du stress, de l'angoisse et de la détresse psychologique, de rétablir le niveau d'activité et de corriger les conceptions erronées sur la cause et la récurrence des symptômes. Ainsi, les techniques de relaxation et de gestion du stress peuvent être utilisées lorsque les poussées de douleurs coïncident avec des niveaux élevés de tension et de stress.

Il en va de même pour les stratégies d'évitement visant à contrer les effets néfastes des habitudes parafonctionnelles orales, comme le bruxisme nocturne et diurne, l'onychophagie, les manies et les tics mandibulaires<sup>9</sup>. Peu de personnes savent que les dents doivent entrer en contact seulement lors de la mastication et qu'en d'autres temps elles ne doivent pas se toucher. Il faut aviser les patients que mâcher de la gomme, consommer des aliments durs, faire des mouvements extrêmes d'ouverture ou constamment vérifier par des mouvements mandibulaires la présence de bruits articulaires ne peut qu'interférer avec le soulagement des symptômes durant la période de récupération. Enfin, chez les patients souffrant de douleurs chroniques re-

belles, il faut modifier les croyances et les attitudes qui alimentent l'angoisse et la détresse émotionnelle afin de rendre ces personnes moins vulnérables et moins dépourvues face à la douleur et ne pas hésiter à recourir aux services d'un psychologue pour mettre à profit la restructuration cognitive et la maîtrise de soi.

La physiothérapie est un traitement fréquemment utilisé qui s'avère une excellente solution lorsque les symptômes sont peu prononcés ainsi qu'un bon complément aux autres stratégies. Il existe plusieurs types d'interventions en médecine physique (usage de la chaleur et du froid, manipulations avec étirement, ultrasons, diathermies, stimulation transcutanée, thérapie au laser). Toutefois, nous ne disposons d'aucune preuve scientifique quant à la supériorité de l'une ou l'autre de ces modalités dans le traitement des problèmes temporomandibulaires. Les résultats d'une revue systématique de la littérature indiquent que les patients traités en clinique de physiothérapie pour des douleurs musculosquelettiques notent une diminution de la douleur durant la période active de traitement par rapport à ceux ne recevant aucun traitement<sup>10</sup>. Dans le cas des problèmes temporomandibulaires, une étude a récemment confirmé la valeur ajoutée d'un programme quotidien d'autophysiothérapie pour rétablir la fonction manducatrice et améliorer l'ouverture de la bouche<sup>11</sup>. La fréquence et la durée d'un traitement de physiothérapie sont modulées en fonction de la récupération escomptée.

On retrouve, dans la *boîte à outils*, les principaux éléments d'un programme quotidien d'autophysiothérapie que l'on peut recommander à tous les patients aux prises avec des douleurs et des limitations d'ouverture. On aura fréquemment recours aux services d'un physiothérapeute qui connaît bien le traitement des problèmes temporomandibulaires lorsque le patient éprouve de la difficulté à adhérer au programme proposé.

La pharmacothérapie doit être vue comme un traitement de soutien dans l'élimination des douleurs occasionnées par les problèmes temporomandibulaires. En plus de reposer sur des bases neurobiologiques, le choix d'un traitement pharmacologique prend en considération le profil temporel (fréquence, durée, intensité), les limitations fonctionnelles et les répercussions psychosociales de la douleur<sup>12</sup>. Il a été démontré qu'un relaxant musculaire pris au coucher aide à soulager les douleurs musculaires. Lorsque ces dernières sont plutôt modérées et intermittentes, un relaxant musculaire en vente libre suffit. La prescription d'un produit plus puissant à prendre sur une base de contingence au coucher, pendant deux semaines, est indiquée dans le cas de myalgies plus fortes qui surviennent presque quotidiennement ou de façon continue. Les patients aux prises avec des douleurs musculaires chroniques depuis des mois ou des années sont des candidats au traitement par un antidépresseur tricyclique à faible dose, pris au coucher, comme c'est le cas pour d'autres douleurs chroniques idiopathiques. L'efficacité des benzodiazépines, à part pour le diazépam, n'a pas été démontrée pour soulager les douleurs musculaires occasionnées par des problèmes temporomandibulaires. En outre, en raison des risques d'accoutumance qu'elles présentent, leur utilisation n'est pas recommandée dans le traitement de telles douleurs. De leur côté, les douleurs à l'articulation temporomandibulaire sont relativement bien traitées par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), même si cette pratique repose sur les résultats d'un nombre restreint d'études. Il n'existe aucune donnée pour prouver la supériorité de l'un ou l'autre des nombreux AINS sur le marché, ni des inhibiteurs de la cyclo-oxygénase-2 par rapport à ceux de la cyclo-oxygénase-1.

Le port d'une orthèse dentaire rigide amovible (aussi

## BOÎTE À OUTILS

### Programme d'autophysiothérapie visant à retrouver une ouverture de la bouche normale

À faire deux fois par jour (matin et soir) pendant deux semaines\*

- Appliquer de la chaleur (serviette humide ou sac magique) de chaque côté de la mâchoire (régions massétérine et temporale antérieure) pendant 15 minutes ;
- Faire un léger massage avec la pulpe des doigts de 30 à 45 secondes (régions massétérine et temporale antérieure) ;
- Ouvrir la bouche jusqu'au point de douleur et maintenir l'ouverture 10 secondes avant de refermer. Répéter cinq fois en ouvrant un peu plus à chacune des fois.

\* Poursuivre à raison d'une fois par jour pendant une ou plusieurs semaines selon le niveau de récupération.

appelée plaque, stabilisateur ou gouttière occlusal) est de loin le traitement le plus recommandé et, de fait, le plus utilisé pour traiter les problèmes temporomandibulaires<sup>13</sup>. L'efficacité de ces appareils pour atténuer les douleurs musculaires et articulaires est relativement bien établie, mais n'a probablement rien à voir avec la forme ou le type (haut ou bas) d'appareil. Les mécanismes d'action demeurent énigmatiques bien que plusieurs raisons, dont certaines d'ordre structurel (par exemple, modification de la dimension verticale de l'occlusion, repositionnement des condyles et de la mandibule), soient le plus souvent évoquées à tort. Le fait qu'une orthèse « placebo » sans recouvrement occlusal agisse autant sur la douleur qu'une orthèse recouvrant les faces occlusales, laisse croire que les effets bénéfiques sont peut-être attribuables à une restructuration cognitive et à la relation thérapeute-intervenant. Bien que des études indiquent une baisse de l'activité électromyographique des muscles masticateurs durant le sommeil avec le port de ces appareils, un lien de cause à effet reste à être démontré puisque plusieurs patients voient aussi les douleurs causées par leur problème temporomandibulaire se résorber sans avoir recours à ce type d'appareils. On justifie leur emploi afin de protéger les dents des conséquences nocives du bruxisme nocturne et de tirer avantage en même temps d'un effet non spécifique sur la douleur permettant souvent d'éliminer ou de réduire la pharmacothérapie. La résorption des symptômes à la suite du port d'une orthèse dentaire ne justifie aucunement le recours à des traitements de réhabilitation de l'occlusion dans une zone dite de confort. Aucune donnée



probante n'indique que ce type de traitement est nécessaire pour consolider la résolution des symptômes et prévenir les rechutes<sup>14</sup>.

Les patients qui consultent pour des bruits articulaires (craquements, claquements et grattements) doivent avant tout être rassurés et renseignés sur les causes présumées de ces bruits (par exemple, déplacement du disque articulaire, ressaut condylien, usure des surfaces articulaires). En l'absence de douleur et de coincement articulaire, aucun traitement n'est justifié. Il faut informer le patient des effets néfastes des habitudes parafunctionnelles et instaurer les mesures appropriées pour bien maîtriser ces dernières. Ce sont les patients éprouvant des coincements articulaires qui sont les plus susceptibles d'éprouver de la douleur. Puisque celle-ci tend à se dissiper assez rapidement une fois le blocage résolu, la prise d'un antalgique est rarement nécessaire. De façon exceptionnelle, on aura recours à des traitements plus effractifs en cas de blocage non réductible handicapant pour les patients aux prises avec des douleurs articulaires chroniques et ne pouvant regagner une ouverture fonctionnelle malgré des traitements de physiothérapie.

### Interventions spécialisées

Lorsque les traitements conservateurs réversibles ne donnent pas les résultats escomptés, il faut réévaluer le diagnostic avant d'envisager une forme de traitement plus effractif. Dans bien des cas de douleur rebelle, il faut adopter une approche multidisciplinaire et porter une plus grande attention à l'influence des facteurs psychologiques et aux conséquences de la douleur. Parmi les options offertes aux patients, mentionnons l'infiltration des zones gâchettes des muscles masticateurs, l'injection intra-articulaire de stéroïdes, le lavage articulaire, l'intervention chirurgicale articulaire par arthroscopie ou l'approche ouverte comme dernier recours face à un handicap fonctionnel persistant. Bien que des rapports anecdotiques soulignent les effets bénéfiques de la toxine botulique dans le traitement des douleurs myofasciales rebelles pancorporelles, aucune

étude avec groupe témoin n'en a clairement démontré l'efficacité jusqu'à présent.

**L**E MÉDECIN EST SOUVENT la première personne que le patient consulte pour des douleurs à la mâchoire. Il est donc important qu'il ait une bonne connaissance des problèmes temporomandibulaires les plus fréquents et des stratégies utilisées pour les traiter. La majorité des patients voient leurs symptômes se résorber avec des traitements conservateurs et réversibles. Les interventions cognitivo-comportementales sont une composante importante du traitement des problèmes temporomandibulaires puisqu'elles permettent de prolonger l'amélioration généralement observée par le recours à la physiothérapie, à la pharmacothérapie et au port d'une orthèse dentaire. En comprenant mieux les troubles temporomandibulaires et en étant en mesure de les départager des autres troubles algiques de la face, le médecin se donne les moyens d'offrir un meilleur service à ses patients en les prenant mieux en charge. ❧

Date de réception : 22 octobre 2003

Date d'acceptation : 22 avril 2004

**Mots-clés :** problèmes temporomandibulaires, classification, épidémiologie, critères diagnostiques, modalités thérapeutiques

### Bibliographie

1. Costen JB. Syndrome of ear and sinus symptoms dependent on disturbed function of temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1934; 43 (3) : 1-15.
2. American Academy of Orofacial Pain. Differential diagnosis and management considerations of temporomandibular disorders. Dans : Okeson JP, rédacteur. *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management*. Chicago : Quintessence ; 1996. p. 45-52.
3. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications. Critique volume 7. *J Craniomandib Disord* 1992; 6 (4) : 301-55.
4. Drangsholt M, LeResche L. Temporomandibular disorder pain.

**Un minimum d'interventions cognitivo-comportementales permet d'allonger la période d'amélioration que procurent la prise de médicaments, la physiothérapie ou le port d'une orthèse dentaire (c'est-à-dire une plaque ou un stabilisateur occlusal) dans le traitement des douleurs causées par les problèmes temporomandibulaires.**



## Congrès de formation médicale continue FMOQ

### Septembre 2004

16 et 17 **La psychiatrie**  
Centre Mont-Royal, Montréal

### Octobre 2004

21 et 22 **La gériatrie**  
Hôtel Delta Québec

### Novembre 2004

du 8 au 12 **L'omnipratique  
d'aujourd'hui à demain**  
Hôtel Delta Québec

du 20 au 27 **La FMOQ sous d'autres cieux**  
République dominicaine

### Décembre 2004

9 et 10 **L'omnipraticien  
et la santé publique en action**  
Hôtel Bonaventure-Hilton, Montréal

### Janvier 2005

28 et 29 **La périnatalité**  
Hôtel Le Chantecler, Sainte-Adèle

## S U M M A R Y

**Comprehensive overview of temporomandibular disorders.** Temporomandibular disorders (TMD) refer to an array of different biomedical conditions sharing common signs and symptoms involving the jaw joints and the masticatory muscles. Besides dental pain, it is the most common cause of face and jaw pain and a reason for patients to see their physician. Using clinical cases, this article covers the basic knowledge enabling physicians to better recognize TMD related pain from other type of facial pain and manage more effectively patients likely to consult their physician first. A comprehensive overview of the taxonomy, epidemiology, clinical assessment procedures, diagnostic criteria and treatment modalities are presented for the most currently encountered TMD related pain problems.

**Key words:** temporomandibular disorders, taxonomy, epidemiology, diagnostic criteria, management

Dans : *Epidemiology of pain I*. Crombie et coll., rédacteurs. Seattle : IASP Press ; 1999. p. 203-33.

- Goulet JP, Lavigne GJ, Lund JP. Jaw pain prevalence among French-speaking Canadians in Quebec and related symptoms of temporomandibular disorders. *J Dent Res* 1995 ; 74 (11) : 1738-44.
- Goulet JP. Temporomandibular disorders. Dans : *Conn's Current Therapy*, R. Rakel and E. Bope, rédacteurs. Philadelphie : W.B. Saunders ; 2002. p. 994-1002.
- National Institute of Health. Management of temporomandibular disorders. National Institute of Health Technology Assessment Conference Statement. *J Am Dent Assoc* 1996 ; 127 : 1595-1606.
- Gardea M, Gatchel R, Mishra K. Long-term efficacy of biobehavioral treatment of temporomandibular disorders. *J Behav Med* 2001 ; 24 (4) : 441-59.
- Gavish A, Halachmi M, Winocur E, Gazit E. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls. *J Oral Rehabil* 2000 ; 27 (1) : 22-32.
- Feine J, Lund JP. An assessment of the efficacy of physical therapy and physical modalities for the control of chronic musculoskeletal pain. *Pain* 1997 ; 71 : 5-23.
- Nicolakis P, Erdogmus B, Kopf A, Nicolakis M, Piehlinger E, Fialka-Moser V. Effectiveness of exercise therapy in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *J Oral Rehabil* 2002 ; 29 (4) : 362-8.
- Dionne R. Pharmacologic treatments for temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997 ; 83 : 134-42.
- Dao T, Lavigne G. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? *Crit Rev Oral Biol Med* 1998 ; 9 : 345-61.
- Greene C, Obrez A. Mandibular repositioning in the treatment of temporomandibular disorder: Critical analysis. *Alpha Omegan* 2003 ; 96 (2) : 40-6.