



Mieux comprendre pour mieux traiter les dysfonctions de l'appareil manducateur chez les violonistes et instrumentistes à vent : rééducation (deuxième partie)

Disorder of the manducatory apparatus: Impact of instrument practice in violin and wind instrument players. Part two: Rehabilitation

I. Breton^a
A. Bousquet^b
P. Jammet^a
J. Yachouh^a

^aDépartement d'ORL, chirurgie cervico-faciale et chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, structure fédérative de recherche – AMES, hôpital Guy-de-Chauliac, 34295 Montpellier, France

^b5 bis, quai des Tanneurs, 34090 Montpellier, France

Reçu le 28 juin 2015 ; reçu sous la forme révisée le 10 octobre 2015 ; accepté le 18 octobre 2015

RÉSUMÉ

Les auteurs définissent les grandes lignes de la prise en charge rééducative des musiciens professionnels présentant des dysfonctions de l'appareil manducateur (DAM). Le but de cette rééducation est de faire disparaître les différentes composantes neuro-musculaires et algiques, de lutter contre les facteurs causaux ou aggravants et de reprogrammer le schéma moteur sur une cinétique mandibulaire corrigée. La prise en charge suit 3 grandes lignes de conduite : rééducation classique des DAM : décontraction des tensions musculaires cervico-faciales, rééducation de l'ensemble des dyspraxies oro-myo-faciales et des troubles posturaux cervico-céphaliques pouvant être responsables ou aggravants du DAM ; rééducation spécifique des musiciens : musiciens et kinésithérapeutes essaient de modifier la posture lors de la pratique de l'instrument si celle-ci semble pathogène, et si nécessaire adaptent les accessoires de jeu ; hygiène de travail : il est nécessaire d'instaurer un temps de préparation et de récupération musculaire, avant et après chaque période de travail instrumental et d'éduquer le patient à des exercices de relaxation lui permettant de mieux lutter contre le stress. La difficulté de prise en charge de ces patients réside en partie dans l'habitude de contrainte et de souffrance infligée aux musiciens dès leur plus jeune âge. D'autre part en modifiant la posture de jeu, la rééducation risque de majorer temporairement la perte de virtuosité. Un travail d'information et de dépistage précoce est donc primordial chez les jeunes musiciens afin de prévenir ces pathologies.

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

The authors outline rehabilitation for professional musicians with manducatory disorder. The aim is to resolve the neuro-muscular and algic components, to combat causal and aggravating factors and to reprogram the representation of the motor system with corrected manducatory kinetics. Treatment follows 3 main lines: traditional manducatory disorder rehabilitation:

MOTS CLÉS

DAM (dysfonction de l'appareil manducateur)
Kinésithérapie
Musique

KEYWORDS

Temporomandibular joint dysfunction syndrome
Physiotherapy
Music

Auteur correspondant :

I. Breton,
Département d'ORL, chirurgie cervico-faciale et chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, structure fédérative de recherche – AMES, hôpital Guy-de-Chauliac, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier, France.
Adresse e-mail :
i-breton@chu-montpellier.fr

relaxation of neck and face muscles, and rehabilitation of the oro-myofacial dyspraxia and head-and-neck postural dysfunction causing the manducatory dysfunction; rehabilitation specific to musicians: musicians and physiotherapists try to correct playing posture if pathogenic, adapting accessories if necessary; occupational health and safety: implementing periods of preparation and muscle recovery before and after each practice session, and teaching musicians relaxation exercises to combat stress. The difficulty of managing these patients is that they have become used to stress and suffering in their musical practice from a very early age. Moreover, by altering posture, rehabilitation may temporarily aggravate loss of virtuosity. Information and early screening is thus primordial, to prevent these pathologies in young musicians.

Level of evidence. – Non applicable.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

Comme le sportif de haut niveau, le musicien a une haute perception de son schéma corporel, une motricité fine et une sensibilité tactile très développée. Il soumet son corps à des tensions musculaires intenses, soutenues dans le temps. Il est soumis à une pression psychologique importante : lors des concerts aucun droit à l'erreur n'existe, aucune phrase musicale, aucune note ne peut être rejouée si elle est fautive. Or, si les sportifs de tous niveaux sont éduqués dès le début de leur pratique à une hygiène de travail comprenant des phases d'échauffement et de récupération, le musicien est seul face à la gestion de son travail musculaire.

L'effet cumulatif des contraintes physiques peut se faire sentir à court terme, mais c'est le plus souvent à plus long terme que la contrainte mécanique et les postures incorrectes entraînent des dysfonctions de l'appareil manducateur (DAM). Kovero et Könönen précisent que les symptômes des DAM sont en corrélation avec le nombre d'années de jeu, comme avec le nombre d'heures de pratique hebdomadaire [1].

Chez les musiciens, la diminution des performances, la gêne fonctionnelle à la pratique instrumentale, la perturbation de l'audition ou la présence d'acouphènes et les douleurs faciales sont les principaux motifs de consultation.

Nous avons analysé la physiopathologie de ces perturbations (1^{re} partie) et nous proposons dans cet article un traitement adapté, basé sur des manœuvres de décompression articulaire et de repositionnement postural.

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement des DAM chez les musiciens se décompose en trois étapes : rééducation classique de la dysfonction, rééducation spécifique aux musiciens et conseils d'hygiène de travail.

Rééducation classique de la DAM

La rééducation classique des DAM, basée sur une décompression de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), se fait en trois temps [2] :

- premier temps : obtention d'une décontraction musculaire cervico-faciale.

Le travail commence par un traitement cutané, en « pincé-roulé », sur les zones d'infiltrat cutanées ou paniculose. Ces dernières, fréquemment situées en regard de l'ATM, sont le témoin de la vasoconstriction d'origine sympathique engendrée par les contractures musculaires au niveau des zones

gâchette [3]. Les manœuvres sont aussi effectuées sur la « bosse de bison » parfois présente en regard de C7 (syndrome ténocellulo-myalgique de Maigne) [4].

Des mobilisations des aponévroses occipitales et temporales ainsi que des étirements du ligament nuchal, décrits sous le terme de fascia thérapie, sont aussi réalisés.

Nous pratiquons ensuite des manœuvres musculaires : levées de tensions endobuccales sur les muscles masséters, pressions glissées, étirements centimétriques, crochets... sur les muscles masséters, temporaux, ventre antérieur des muscles digastriques, ainsi que sur l'ensemble des muscles du rachis cervical. Sur chacun de ces muscles, un traitement manuel par compression est réalisé sur les points gâchette retrouvés à la palpation afin de permettre un relâchement complet du muscle intéressé et une disparition des douleurs projetées [5].

- deuxième temps : manœuvres articulaires.

Des manœuvres articulaires sont ensuite réalisées sous la forme de tractions et mobilisations cervicales douces visant à retrouver une liberté d'amplitude articulaire entre l'os occipital C0-C1 et C1-C2. Nous effectuons une décompression directe des ATM par des manœuvres douces d'abaissement du condyle (manœuvres de pompage).

- troisième temps : correction des postures linguale et cervico-céphalique, reprogrammation d'une cinétique mandibulaire correcte [6,7].

La réussite de la rééducation est favorisée par l'obtention d'une respiration nasale stricte. La correction de la posture linguale de repos permet aux muscles linguaux de participer à la suspension de la mandibule. Le « point d'ancrage » lingual au palais, en soulageant les muscles élévateurs, favorise la mise en décharge de l'articulation. Le repositionnement de la langue au palais permet de faciliter le guidage mandibulaire dans les mouvements d'ouverture et fermeture. Une fois le relâchement des tensions musculaires obtenu, un travail d'ouverture buccale centrée devant un miroir est effectué afin de substituer au schéma perturbé, induit par les tensions douloureuses et le déplacement discal, un schéma moteur correct.

La correction de la posture cervico-céphalique [8] est rendue possible par un relâchement préalable des tensions et rétractions des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, paravertébraux et trapèze et un renforcement isométrique de l'ensemble des muscles du plan postérieur cervical. La reprogrammation sensori-motrice passe par un travail de coordination occulo-motrice [9].

Rééducation spécifique des musiciens

Elle succède au travail de décontraction musculaire et complète les exercices de rééducation classique des DAM.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2621923>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2621923>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)