



Reçu le :  
20 juillet 2016  
Accepté le :  
20 juillet 2016  
Disponible en ligne  
10 août 2016



CrossMark

# Dysfonction de l'appareil manducateur : approches rééducative et posturale

## Temporomandibular joint disorders: Physiotherapy and postural approaches

I. Breton-Torres<sup>a,\*</sup>, S. Trichot<sup>b</sup>, J. Yachouh<sup>a</sup>, P. Jammet<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Département de chirurgie maxillo-faciale et ORL, hôpital Gui-de-Chauliac, 34000  
Montpellier, France

<sup>b</sup> 34280 Grande-Motte, France

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

### Summary

Rehabilitation of temporomandibular joint dysfunctions has for a long time tried to treat symptoms: pain relief, joint kinetics restoration, disk re-capture by manual maneuvers. The authors present their own therapeutic approach, which is no longer limited to symptoms, but addresses the causes and identifies risk factors to prevent relapse.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Temporomandibular joint dysfunction, Deglutition disorders, Patient positioning, Physical therapy (specialty)

### Résumé

La rééducation des dysfonctions de l'appareil manducateur s'est longtemps efforcée de traiter les symptômes : diminution de la douleur, restauration de la cinétique articulaire, re-captation du disque par des manœuvres manuelles. Les auteurs présentent leur propre approche thérapeutique qui ne se limite plus aux symptômes, mais s'attaque aux causes et identifie les facteurs de risque afin de prévenir les récurrences.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Dysfonction de l'appareil manducateur (DAM), Dyspraxie, Déglutition, Posture, Physiothérapie

## Introduction

Comme l'épaule, l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est une articulation suspendue, qui supporte mal les contraintes en pression. La pathologie survient lorsque les capacités d'adaptation biomécanique du système manducateur sont dépassées. Le dysfonctionnement de l'appareil manducateur (DAM) est une pathologie idiopathique (autogène) multifactorielle [1,2].

L'approche rééducative de cette pathologie s'est longtemps cantonnée à aider le patient à mieux gérer sa symptomatologie (manœuvres de décontraction musculaire et de

décompression articulaire), mais ne s'attaquait pas aux causes de surcharge articulaire et musculaire.

Obtenir une mise en « décharge » pérenne de l'ATM est la condition essentielle à la stabilité du résultat [3]. Mieux identifier les origines possibles de cette dysfonction peut permettre de proposer une action thérapeutique qui ne se limite pas à la symptomatologie, mais identifie et éradique les facteurs étiologiques afin de prévenir les récurrences.

## Étiologies

### Les parafunctions

Laksim et al. et Fernandez et al. ont démontré le rôle des parafunctions comme la bruxomanie dans l'apparition du DAM [4,5].

\* Auteur correspondant.

e-mail : [bretonalain2@wanadoo.fr](mailto:bretonalain2@wanadoo.fr) (I. Breton-Torres).

### Les dyspraxies oro-faciales

En 2009, Landouzi et al. [6] envisagent la possibilité d'un lien entre déglutition dyspraxique, dysventilation et DAM, mais cette hypothèse n'est pas validée par l'observation. Une étude cas témoins appareillée menée au CHU de Montpellier en 2015 (publication en cours) confirme une prévalence très significative des dyspraxies linguales dans un groupe de patient consultant pour DAM.

Les troubles myofonctionnels tels qu'une position basse de langue, une pulsion linguale antérieure ou la contraction des muscles péribuccaux lors d'une déglutition seraient donc favorables à la genèse d'un DAM. Ils pourraient intervenir à différents niveaux : au cours de la croissance, ils favoriseraient la survenue de dysmorphies propices à l'apparition des DAM ; pendant le sommeil, la perte de l'ancrage lingual supérieur favorisant la bascule postérieure de la mandibule et le décentrage condylien entraînerait un stress des structures chondrotendineuses avec compression du plexus veineux rétrocondylien.

L'obstruction nasale et son corollaire, la ventilation orale sont aussi en cause : la nécessité de dégager la voie aérienne orale induit une dyspraxie linguale et ne permet pas l'automatisation physiologique d'une position haute de la langue. La ventilation orale influence aussi la croissance faciale et aggrave les dysmorphoses craniofaciales. Elle participe à la mise en tension des muscles supra-hyoïdiens surtout pendant la période de sommeil, génère une attitude en extension cervicale et un maintien prolongé de la position bouche ouverte nécessaire au dégagement de l'airway [7].

La mastication asymétrique : en 2011, Tartaglia et al. [8] ont mis en évidence une activité asymétrique augmentée des muscles masticateurs et des séquences EMG similaires à celles produites en présence de spasmes chez les patients dysfonctionnels. Cette hyperactivité engendrerait spasme, fatigue et, à terme, douleurs. Mâcher du côté non douloureux serait donc naturel et pourrait alors justifier cette hausse d'activité du côté controlatéral.

### La posture céphalique

Les étiologies fonctionnelles et posturales sont étroitement imbriquées. L'attitude en antépulsion céphalique retrouvée chez grand nombre de patients résulte souvent d'une « mauvaise posture » maintenue de manière plus ou moins prolongée lors de certaines activités. Néanmoins la fonction n'est pas seule concernée, la posture de travail ou de loisir, assis face à un écran est aussi largement incriminée.

Depuis les années 1960, de nombreuses études ont envisagé les troubles de la posture à type d'antépulsion céphalique comme facteur favorisant les DAM par des liens biomécaniques et neurophysiologiques (influence des capteurs posturaux sur l'activité tonique des motoneurons trigéminaux, avec des répercussions sur le tonus des muscles de la sphère manducatrice) [9,10].

Une posture prolongée en bascule de la mandibule et en extension cervicale entraîne des raccourcissements uni- ou bilatéraux des muscles digastriques et des muscles extenseurs cervicaux qui provoquent une augmentation uni- ou bilatérale de la pression au niveau des ATM par transmission des tensions musculaires cervicales à la mandibule via l'os hyoïde. L'avancée de la tête à partir d'une position d'équilibre entraîne donc un recul mandibulaire et une tendance à la béance antérieure. La force rétrusive appliquée sur la mandibule induit un recul des condyles dans les fosses glénoïdes (recul de 1 mm pour une avancée de la tête de 10 cm [9]), et donc une augmentation de pression intra-articulaire. Le condyle est « figé » en rétroposition.

Maintenir la position d'équilibre et lutter contre la raideur des muscles supra-hyoïdiens nécessite un surcroît immédiat d'activité des muscles élévateurs qui favorise l'apparition de contractures dans le masséter et le temporal.

De plus, chez les sujets dormant en décubitus latéral, la ventilation orale majeure des tensions asymétriques sur les SCOM (muscles sterno-cléido-occipito-mastoïdiens), entraînant des contraintes souvent asymétriques sur la mandibule [11].

Toutefois, si les corrélations entre antépulsion céphalique et DAM sont majoritairement reconnues, il n'y a aujourd'hui pas de consensus sur le lien de cause à effet.

Une deuxième approche consiste à considérer les dysfonctions de la sphère manducatrice et les déviations de posture cervico-céphalique associée, sous l'angle de chaînes musculaires ou neuro-musculaires, qu'il faudra appréhender de manière globale. Le kinésithérapeute est, de par sa formation, particulièrement habilité à aider les stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux dans cette approche. Certains auteurs d'ouvrages sur les chaînes musculaires insistent particulièrement sur la sphère oro-faciale comme, entre autres, Frédéric Sider pour la méthode Mézières [12], Philippe Campignon pour la méthode des chaînes musculaires et articulaires de Godelieve Denys-Struyff (GDS) et comme Léopold Busquet pour la méthode des chaînes physiologiques [13].

Selon Busquet, les chaînes physiologiques représentent les circuits anatomiques qui gèrent la statique, la dynamique et les compensations. Il y a deux types de chaînes : les chaînes dynamiques musculaires (chaînes musculaires de flexion, d'extension, croisées d'ouverture, croisées de fermeture) et les chaînes statiques conjonctives (chaînes statiques musculo-squelettique, neuro-vasculaire et viscérale). Les dysfonctions apparaissent quand l'équilibre de la physiologie, normalement autonome, est perturbé par des tensions. Les tensions s'expriment au niveau d'une ou plusieurs chaînes et dérèglent le fonctionnement harmonieux.

Le traitement a pour but de relâcher les tensions des différentes chaînes afin de permettre à l'organisme de retrouver son fonctionnement naturel. La méthode ne traite ni la dysfonction, ni la pathologie. Son but est d'améliorer le fonctionnement du patient dans les limites de son potentiel.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174862>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174862>

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