

Prévalence des dyspraxies oro-faciales dans les dérangements temporo mandibulaires, proposition de prise en charge rééducative

Prevalence of oro-facial dyspraxia in temporomandibular disorder: Recommendation for rehabilitation

Isabelle Breton-Torres^a
Etienne Yong-Wai-Man^b
Patrick Jammet^c
Stéphanie Trichot^d
Caroline Lefebvre^e
Thibaut Mura^f
Frédéric Rouvière^b

^aDépartement de chirurgie-maxillo, facial et ORL, CHU Montpellier, université Montpellier, IFMK Montpellier, 34000 Montpellier, France

^bIFMK Montpellier, 34000 Montpellier, France

^cDépartement de chirurgie maxillo-faciale et ORL, CHU Montpellier, université Montpellier, MCHPH, 34000 Montpellier, France

^dMKDE, 34280 La Grande Motte, France

^eMKDE, 34000 Montpellier, France

^fUnité de recherche clinique et épidémiologie, département information médicale, CHU Montpellier, Université Montpellier, 34000 Montpellier, France

Reçu le 1^{er} mars 2017 ; reçu sous la forme révisée le 8 janvier 2018 ; accepté le 5 février 2018

MOTS CLÉS

Dérangement temporo mandibulaire
Dysfonction de l'appareil manducateur
Dyspraxie déglutition
Kinésithérapie
Posture

KEYWORDS

Temporomandibular joint disorder
Manducatory system disorder
Swallowing disorder
Physiotherapy
Posture

RÉSUMÉ

La rééducation des Dérangements Temporo Mandibulaires a longtemps visé le traitement de la symptomatologie, cherchant à soulager le patient voire à re-capter le disque par des manœuvres manuelles. Ce travail présente une étude cas de témoins appariés confirmant la prévalence des dyspraxies oro-faciales et plus particulièrement linguales chez les patients dysfonctionnels. Il cherche à établir un lien entre dyspraxie, dysfonction et posture cervicocéphalique. Les auteurs présentent ensuite leur approche thérapeutique dans la prise en charge de ces pathologies. Niveau de preuve. – 4.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Rehabilitation of temporomandibular joint disorder has focused on symptomatology, seeking to relieve pain or to resituate the disc by manual maneuvers. This paper presents a matched case-control study confirming the prevalence of such oro-facial and especially lingual dyspraxia in dysfunctional patients. It seeks to establish a link between dyspraxia, dysfunction and cervico-cephalic posture. The authors then present their therapeutic approach for the management of these pathologies.

Level of evidence. – 4.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Auteur correspondant :

I. Breton-Torres,

Département de chirurgie-maxillo, facial et ORL, hôpital Gui de Chauliac Montpellier, IFMK Montpellier, 34990 Juvignac, France.

Adresses e-mail :

bretonalain2@wanadoo.fr,
i-breton@chu-montpellier.fr

<https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.02.009>

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

INTRODUCTION

Le système manducateur est une structure hautement adaptative.

L'articulation temporo mandibulaire est une articulation mobile soumise à de fortes contraintes. Elle est pourvue d'un véritable système de régulation des pressions : une lame disco cartilagineuse sépare l'articulation en deux compartiments. Sa mise en tension, par contraction des muscles incérés sur la lame prédiscale, diminue la pression dans le compartiment supérieur de l'articulation. Le degré de contraction des muscles incérés sur le frein discal antérieur conditionne la tension de la lame. Il est assujéti à l'augmentation de pression intra articulaire.

Toutefois, comme l'épaule, l'articulation temporo mandibulaire (ATM) est une articulation suspendue, qui supporte mal les surcharges en pression.

Les causes d'hyperpression sont multiples. La pathologie : dérangement temporo mandibulaire (DTM) ou dysfonction de l'appareil manducateur (DAM), survient lorsque les capacités d'adaptation du système sont dépassées.

Le DTM est une pathologie d'étiologie multifactorielle [1], donnant un tableau clinique complexe ayant entraîné pendant de nombreuses années les patients dans une errance médicale. L'approche rééducative de cette pathologie s'est dans un premier temps cantonnée à aider le patient à mieux gérer sa symptomatologie.

Dès 1980 plusieurs techniques de repositionnement du disque articulaire par manœuvres manuelles ont été décrites dans la littérature odontologique [2,3], en 1990 D. Psaume Vandenberg [4] évoque la gestion du stress par des techniques de relaxation globale et de décontraction musculaire.

Toutefois, les manœuvres manuelles de recaptation discales ont montré leur limite : les récives de claquements sont quasi systématiques avec quelquefois un effet rebond sur la douleur. Les manœuvres de décontraction musculaire, et de décompression articulaires favorisent la diminution de pression intra articulaires. Elles permettent la rupture du cercle vicieux qui auto-entretient le syndrome mais ne règlent pas les causes de surcharge articulaire ou musculaires.

Mieux identifier les origines et les facteurs de risques possibles de cette dysfonction, peut limiter sa survenue. Proposer une action thérapeutique qui ne se limite pas à la symptomatologie mais s'attaque aux étiologies peut prévenir les récives.

Les étiologies occlusales ont longtemps été seules incriminées. Il est désormais admis que le DTM est une pathologie d'étiologie multifactorielle, qui conjugue problèmes occlusifs, para-fonctions, troubles de posture et dyspraxies oro-faciales, le tout majoré par le stress.

Laksim et al. (2008) et Fernandez et al. (2015) ont démontré le rôle des para-fonctions dans l'apparition du DAM. Landouzi et al. (2009) ont envisagé la possibilité d'un lien entre déglutition dyspraxique, ventilation et DAM, mais cette hypothèse n'a pas été validée par l'observation [5-7].

Une mauvaise posture linguale et labiale peut avoir des conséquences sur la croissance squelettique et alvéolo dentaire dans les sens sagittal vertical et transversal.

Une mauvaise position de la langue, de par ses attaches à l'os hyoïde, a aussi des répercussions sur la posture générale. C'est de l'équilibre linguo-mandibulo-hyoïdien, qui dépend du système régional vertébro-craniofacial, que dépendra l'équilibre global de l'individu.

Les mauvaises postures linguales et labiales peuvent créer un contexte prédisposant à la survenue d'un DTM.

L'objet de cette étude menée au CHU de Montpellier est d'établir un lien entre les dyspraxies oro-faciales et les dysfonctionnements temporo mandibulaires et de proposer une prise en charge adaptée aux résultats obtenus.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Ce travail présente une étude cas témoins comparant 2 groupes de patients de 58 patients chacun réalisé avec un appariement de fréquence sur l'âge et le sexe : l'un (groupe A) constitué de sujets consultant pour dérangement temporo mandibulaire dans un cabinet spécialisé, l'autre, (groupe B) groupe témoin constitué de sujets ne présentant ni douleur, ni craquement de l'articulation temporo-mandibulaire, donc ne présentant pas de DTM. Les sujets témoins ont été recrutés en partie au sein de l'IFMK de Montpellier (étudiants, secrétaires, cadres), en partie de façon aléatoire connaissances, personnes accompagnant des patients en consultation au CHU.

La prévalence du symptôme est liée au sexe et à l'âge du patient [8]. Le choix de l'appariement de fréquence selon l'âge et le sexe, permet de s'assurer de la comparabilité des groupes cas et témoins sur ces facteurs et en limite les effets de confusion potentiels.

Aucun critère d'âge n'a été retenu.

Le recueil de données du groupe A était rétrospectif et monocentrique, réalisé uniquement dans un cabinet de masso-kinésithérapie spécialisé, à partir des bilans de patients consultant pour un DTM. Ce bilan est un bilan standardisé. Pour tous les patients il a été réalisé par un même opérateur spécialisé en rééducation maxillo-faciale, entre 2013 et 2015. Le recueil a été réalisé entre 2014 et 2015.

Pour chacun des patients sélectionnés, le diagnostic de DTM été préalablement posé lors d'une consultation dans le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Montpellier.

Critère d'exclusion : les patients présentant des pathologies globales (polyarthrites, spondylarthrite..) les antécédents de fractures mandibulaires, les pathologies du condyle mandibulaire.

Le recueil de données du groupe B était prospectif et pluricentrique (école de formation, lieux publiques, lieux privés). Ce recueil a été fait par un seul opérateur (kinésithérapeute lui aussi opérateur spécialisé en rééducation maxillo-faciale) différent de celui du groupe A, sur une période de 8 mois.

Dans les deux groupes ont été évaluées, la ventilation, la déglutition, les para-fonctions (bruxisme et tics buccaux) et la mastication.

L'analyse des résultats a été traitée dans le service du DIM du CHU de Montpellier.

Les variables ont été comparées entre les groupes à l'aide de régressions logistiques multivariées avec ajustement sur l'âge et le sexe. Ces résultats sont présentés sous forme de rapports de cote ajustés (odds-ratio ajusté : ORa) avec leur intervalle de confiance et le degré de significativité. Les analyses ont été réalisées en utilisant un risque alpha bilatéral de 5 % à l'aide du logiciel SAS 9.1.

Évaluation du type de ventilation

Une ventilation est dite fonctionnelle lorsque celle-ci est nasale.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8560609>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8560609>

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