

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE SALAH BOUBNIDER CONSTANTINE 3

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

SERVICE DE PARODONTOLOGIE



MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PUBLIQUEMENT

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

DENTAIRE

Thème :

LA PREVALENCE DES DAM DOULOUREUX AU SEIN DU SERVICE DE PARODONTOLOGIE

Présenté par :

- Belghar Asala Amira
- Derbal Abd Elmounaim
- Desdous Rima
- Dib Chaima
- Djennaba Adem
- Guechi Abdelhamid
- Hosna Yousra

Encadré par: **Dr. Boubazine N**

Soutenu le **13/07/2021**

Présidente: **Pr. Nazzel M**

Jury: **Dr. Deffous K**

Dr. Rahim O

Année universitaire : 2020-2021

Table des matières

• Table des matières	10
Introduction:	18
Chapitre I :	20
DYSFONCTIONNEMENT DE L'APPAREIL MANDUCATEUR (DAM)	20
1 Rappels anatomo-physiologique de l'appareil manducateur :	20
1.1 Anatomie de l'articulation temporo-mandibulaire.....	21
1.1.1 Le maxillaire	22
1.1.2 Mandibule et surface articulaire :	23
1.1.3 Os temporal et surface articulaire.....	23
1.1.4 Disque articulaire et capsule articulaire	24
1.1.5 Les synoviales.....	25
1.1.6 Attaches du disque et capsule	25
1.1.7 Attaches postérieures :	25
1.1.8 Attaches antérieures :	26
1.1.9 Attaches médiales latérales :	26
1.1.10 Attaches musculaires sur le disque :	26
1.1.11 Ligaments.....	26
1.1.12 Les ligaments intrinsèques	26
1.1.13 Les muscles :	27
1.1.13.1 Les muscles masticateurs : [11] [12] [13]	27
1.1.13.2 Les muscles abaisseurs.	31
1.1.14 La vascularisation : [10]	32
1.1.14.1 La vascularisation veineuse :	32
1.1.15 L'innervation : [15],[16] [17].....	33
1.1.15.1 L'innervation sensitive	33
1.1.15.2 L'innervation motrice :	34
1.1.16 Les dents.....	34
1.1.16.1 Les Arcades dentaires : [19]	35
1.2 La fonction manducatrice.....	37
1.2.1 La cinématique mandibulaire : [14], [20], [21], [22], [23]	37

1.2.1.1	Mouvement d'ouverture : [23], [14]	39
1.2.1.2	Mouvement de fermeture : [14], [23]	40
1.2.1.3	Mouvement de propulsion :	40
1.2.1.4	Mouvement de rétropulsion.....	40
1.2.1.5	Mouvement de rétraction :[14]	40
1.2.1.6	Mouvement de déduction :[23]	40
1.2.2	L'occlusion :	41
1.2.2.1	Position de repos : [20].....	41
1.2.2.2	L'Occlusion d'Intercuspidie Maximale (OIM) :	41
1.2.2.3	Calage : [19].....	42
1.2.2.4	Le centrage :	43
1.2.2.5	Le guidage :	44
1.2.2.5.1	Guidage antérieur : [19].....	44
1.2.2.5.2	Guidage latéral : [19] [19].....	44
1.2.2.5.3	Le guidage anti-rétroposition : [19].....	44
2	Généralités sur les DAM	46
2.1	Définition des DAM :	46
2.2	Considérations Épidémiologiques des DTM.....	47
2.3	Étiopathogénie :	50
2.3.1	L'historique :	50
2.3.2	Modèles étiopathogéniques :	52
2.3.2.1	Modèle de VANDERAS :	52
2.3.2.2	Modèle de GOLA :	53
2.3.2.3	Modèle d'ORTHLIEB (Le modèle tridimensionnel) :	54
2.3.3	Facteurs de risques.....	56
2.3.3.1	facteurs génétiques :	56
2.3.3.2	facteurs hormonaux :	56
2.3.3.3	facteurs traumatiques	57
2.3.3.4	facteurs occlusaux.....	57
2.3.3.5	facteurs psychosociaux.....	60
2.3.3.6	Troubles du sommeil	60
2.3.4	Classification des désordres temporo- mandibulaires et critères diagnostiques	61
2.3.4.1	Classifications.....	61

2.3.4.1.1	Classification de l'IHS « International headache Society » :	61
2.3.4.1.2	Classification diagnostique de l'Académie Américaine des désordres temporo-mandibulaires (Okeson, 1998). 40]	61
2.3.4.1.3	Proposition de classification de Giraudeau en 2001 :	62
2.3.4.1.4	Classification RDC/TMD [37] :	63
2.3.4.1.5	Classification de l'AAOP	65
2.3.4.1.5.1	Dysfonctionnements musculaires	65
2.3.4.1.5.1.1	Douleurs musculaires aiguës	65
2.3.4.1.5.2	Dysfonctionnements articulaires	66
2.3.4.1.5.2.1	Anomalie du complexe condylo-discal	67
2.3.4.1.5.2.2	Incompatibilité des surfaces articulaires	68
2.3.4.1.5.2.3	Inflammation	69
2.3.4.1.5.2.4	Atteinte dégénérative des surfaces articulaires ou arthrose	69
2.3.4.2	Critères diagnostiques des DAM : [39,41,42,43]	69
2.3.4.2.1	La douleur	69
2.3.4.2.1.1	Les douleurs musculaires	70
2.3.4.2.1.2	Les douleurs articulaires	70
2.3.4.2.1.3	Les autres douleurs	70
2.3.4.2.2	Les bruits	71
2.3.4.2.3	Perturbation des mouvements mandibulaires	72
2.4	Considération clinique du DAM :	73
2.4.1	Interrogatoire :	73
2.4.2	Motif de consultation :	74
2.4.3	Examen des articulations temporomandibulaires	74
2.5	Approche thérapeutique du dysfonctionnement de l'appareil manducateur	88
2.5.1	Le traitement réversible	89
2.5.1.1	Auto-prise en charge	89
2.5.1.1.1	Les explications éducatives	89
2.5.1.1.2	Les instructions thérapeutiques :	90
2.5.1.1.3	Les exercices	90
2.5.1.1.4	Prise en charge cognitivo-comportementale (PECC)	91
2.5.1.2	Thérapie pharmacologique	91
2.5.1.3	Thérapie physique	91

2.5.1.4	Les orthèses orales	92
2.5.1.5	Prise en charge psychologique (cognitivo-comportementale)	94
2.5.1.6	Traitement par infiltration musculaire :	95
2.5.2	Traitement irréversible	95
2.5.2.1	traitement occlusal.....	95
2.5.2.2	Les reconstructions prothétiques	95
2.5.2.3	La pharmacothérapie	96
2.5.2.4	Le traitement orthodontique	96
2.5.2.5	Le traitement chirurgical.....	96
2.5.2.5.1	La chirurgie à ciel ouvert (invasif).....	97
2.5.2.5.1.1	Intervention sur le condyle mandibulaire	97
2.5.2.5.1.2	Intervention sur l'appareil disco ligamentaire.....	97
2.5.2.5.1.3	Intervention sur la cavité glénoïde	98
2.5.2.5.1.4	Intervention en cas de luxation temporo-mandibulaire	98
2.5.2.5.2	La chirurgie à l'aveugle (mini-invasive).....	98
2.5.2.5.2.1	Arthroscopie :.....	98
2.5.2.5.2.2	Arthrocentèse.....	99
2.5.3	Gestion de la douleur liée aux DAM :	99
2.5.3.1	Prise en charge de la situation d'urgence:.....	100
2.5.3.1.1	Les manœuvres de réduction de blocage :.....	100
2.5.3.1.1.1	La manœuvre de Nélaton :.....	100
2.5.3.1.1.2	La manœuvre de Farrar :.....	101
2.5.3.1.1.3	Nouvelle technique de réduction des luxations mandibulaires bilatérales (approche semi-assise) :.....	102
2.5.3.1.1.4	Autres manoeuvres :.....	102
2.5.3.1.1.4.1	Technique de Mongini.....	103
2.5.3.1.1.5	technique de Martini	103
2.5.3.1.2	Traitements médicamenteux :	103
2.5.3.1.3	Les Orthèses.....	105
2.5.3.1.3.1	Butée occlusale antérieure (BOA) :.....	105
2.5.3.1.4	L'équilibration occlusale en urgence.....	105
2.5.3.2	Prise en charge palliative	106
Chapitre II : DOULEURS OROFACIALES		117

1	Généralités sur la douleur :.....	119
1.1	Définition de La douleur.....	119
1.2	Épidémiologie :.....	119
1.3	Classification physiopathologique de la douleur orofaciale :.....	120
1.3.1	Douleurs nociceptives :	120
1.3.2	Douleurs neuropathiques :	120
1.3.3	Douleurs nociplastiques :	121
1.3.4	Douleurs mixtes :	121
1.4	Diagnostic :.....	123
1.4.1	Critères diagnostiques :.....	123
1.5	Prise en charge de la douleur orofaciale :.....	125
1.5.1	Pour les causes dentaires :	125
1.5.2	Pour les causes articulo-musculaire :.....	125
1.5.3.1	Kinésithérapie/auto-thérapie	125
	Etude épidémiologique	129
1	Problématique.....	130
2	Objectifs.....	131
2.1	Objectif principal	131
2.2	Objectifs secondaires	131
3	Présentation de l'étude	132
3.1	Type d'étude.....	132
3.2	Lieu d'étude.....	132
3.3	Critères d'inclusion	132
3.4	Critères de Non inclusion	132
3.5	Durée d'étude.....	132
4	Matériels et méthodes	133
4.1	Matériels utilisés.....	133
4.1.1	Population cible	133
4.1.2	Protocole expérimentale	133
4.1.3	Le questionnaire d'hétéroévaluation	133
4.2	Limite et contrainte d'étude.....	138
4.2.1	Examineurs	138

4.2.2	Variables de l'étude	138
4.2.3	Saisie des données.....	138
5	Résultat.....	139
5.1	Les caractéristiques de la population étudiée.....	139
5.2	Les habitudes de vie.....	142
5.3	La prévalence des parafunctions et du stress.....	143
5.4	La prévalence des antécédents orthodontiques	144
5.5	La prévalence de la symptomatologie douloureuse	144
5.6	Prévalence des DAM douloureux.....	150
6	Discussions.....	153
6.1	Critique et validité du protocole d'investigation et de l'étude.....	153
6.2	Discussion selon l'âge	154
6.3	Discussion selon le sexe	155
6.4	La prévalence des parafunctions dans les DAM	155
6.5	La prévalence des antécédents dans les DAM.....	156
6.6	La prévalence de la douleur	157
	Conclusion	158
	Annexes	160

Résumé:

L'articulation temporo-mandibulaire, abrégé ATM, est une diarthrose qui unit la fosse mandibulaire de l'os temporal avec le condyle de la mandibule par l'intermédiaire d'un disque articulaire fibrocartilagineux et fermée par une capsule articulaire.

La pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire se traduit par des douleurs musculaires (myalgies), des craquements, des ressauts à l'ouverture et à la fermeture.

Ce travail rapporte les résultats d'une enquête épidémiologique transversale sur la prévalence des DAM douloureux. Notre étude a été réalisée au sein du service de la parodontologie de Constantine chez 34 patients âgés de 15 ans à 53 ans. Pour déterminer le profil épidémiologique des patients atteints d'un DAM douloureux; un examen clinique complet et détaillé reporté sur une fiche clinique, ainsi qu'une fiche d'enquête spécifique étaient remplis pour chaque patient.

La prévalence des DAM douloureux ont représenté 9,82% des patients qui ont consulté au service et 97% pour ceux qui se sont présentés pour les DAM.

Nos résultats ont montré que les DAM douloureux étaient plus fréquents chez les femmes jeunes adultes.

Le traitement des DAM douloureux requiert habituellement une approche interdisciplinaire pouvant impliquer un dentiste, orthodontiste, parfois d'autres spécialistes dentaires, un médecin et des personnes du domaine para-médical (physiothérapeute, kinésologue, ostéopathe, etc.).

Abstract:

The temporomandibular joint, abbreviated TMJ, is a diarthrosis that joins the mandibular fossa of the temporal bone with the condyle of the mandible through a fibrocartilaginous articular disc and is closed by a joint capsule.

The pathology of the temporomandibular joint is characterized by muscular pain (myalgia), cracking, and protrusion during opening and closing.

This work reports the results of a cross-sectional epidemiological survey on the prevalence of painful TMJ. Our study was carried out in the periodontology department of Constantine in 34 patients aged between 15 and 53 years old . To determine the epidemiological profile of patients with painful TMD ,a complete and detailed clinical examination reported on a clinical form, as well as a specific survey form were completed for each patient.

The prevalence of painful TMD represented 9.82% of the patients who consulted the service and 97% for those who presented for TMD pain.

Our results showed that painful TMD was more common in young adult women.

The Treatment of painful TMDs usually requires an interdisciplinary approach that may involve a dentist, orthodontist, sometimes other dental specialists, a physician and paramedical personnel (physiotherapist, kinesiologist, osteopath, etc.).