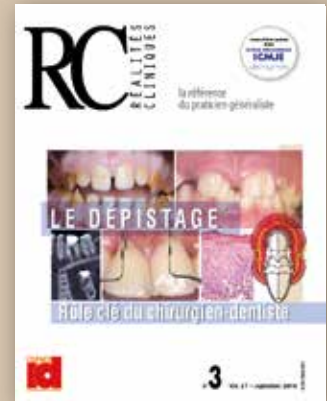




Cet article a deux caractéristiques essentielles, il est :
- clair : il permet de faire le point sur les différentes pathologies articulaires ;
- didactique : il donne les examens à réaliser pour poser un diagnostic le plus précis possible.

En le lisant, vous pourrez vous construire une approche des pathologies articulaires dans leur dépistage et l'élaboration d'un diagnostic. Il propose une fiche permettant de diriger les examens cliniques et ainsi de permettre rapidement d'utiliser les informations données dans une pratique quotidienne.

Michel Bartala, rédacteur en chef



Dépistage des Dysfonctionnements de l'Appareil Manducateur et leurs facteurs de risque

Gauthier Cazals

Exercice libéral
Agen

Bernard Fleiter

MCU-PH
Université Paris Descartes
Hôpital Charles Foix
Service Odontologie
Responsable du DU
Troubles Fonctionnels Oro-faciaux
Ivry-sur-Seine

Les Dysfonctionnements de l'Appareil Manducateur (DAM), aussi appelés Algies et Dysfonctionnements de l'Appareil Manducateur (ADAM) ou Dysfonctionnements Temporo-Mandibulaires (DTM), regroupent plusieurs entités dont les principales sont les douleurs musculaires, articulaires, les déplacements discaux, l'ostéoarthrose, l'ostéoarthrite, avec ou sans limitation d'ouverture buccale. Selon le *National Institute of Dental and Craniofacial Research*, 5 à 12 % de la population américaine seraient atteints de DAM. Ces derniers sont généralement de caractère bénin et de pronostic favorable, ce qui expliquerait que seule une faible partie de ces personnes décide de consulter. Au sein du service des troubles fonctionnels oro-faciaux de Charles Foix à Ivry-sur-Seine, une étude interne rapporte que les patients consultent à 59 % pour des douleurs des muscles masticateurs, 22 % pour des déplacements discaux

réductibles, 17 % pour des douleurs articulaires et 5 % pour des déplacements discaux irréductibles. Notons qu'il est fréquent qu'un patient présente une association de plusieurs DAM.

Pour dépister ces troubles musculo-squelettiques, il est nécessaire de préciser clairement les critères diagnostiques. En 2014, un regroupement d'experts a publié une mise à jour des critères qui servent actuellement de référence dans la littérature [1, 2], les DC/TMD (*Diagnostic Criteria/Temporo-Mandibular Disorders*). Dans l'attente d'une version française validée, nous vous proposons notre traduction de la version originale sous forme de tableaux (1 à 7). Ces données sont essentielles à connaître afin d'établir un diagnostic et adapter la conduite à tenir.

Nous distinguerons deux catégories de patients en fonction du motif de consultation qui intéresse ou non les DAM.

Tableaux 1 à 7 - Traduction française non validée des *Diagnostic Criteria/Temporo-Mandibular Disorders* des principaux DAM

Myalgie

Description	Douleur d'origine musculaire ressentie lors d'un mouvement de la mâchoire, une fonction ou une para fonction et qui peut être répliquée par les tests de l'examen clinique des muscles masticateurs (palpations et mouvements d'ouverture assistés ou non).	
Critères diagnostiques	Entretien	Douleur rapportée par le patient dans la mâchoire, la tempe, l'oreille ou en avant de l'oreille. ET Douleur modifiée par le mouvement de la mâchoire, une fonction ou une para fonction orale.
	Examen	Confirmation de la localisation de la douleur dans les muscles temporaux ou masséters. ET Rapport d'une douleur identique à celle habituellement ressentie par le patient dans les muscles temporaux ou masséters au cours d'un des tests suivants: palpation des muscles, ouverture buccale maximale assistée ou non.
Commentaires	Les myalgies peuvent s'accompagner d'une limitation d'ouverture buccale. Le diagnostic différentiel avec le Déplacement Discal Irréductible (DDI) récent se fait par la présence de latéralités conservées et par l'étirement passif (assisté) possible en fin d'ouverture maximale.	

Arthralgie

Description	Douleur d'origine articulaire ressentie lors d'un mouvement de la mâchoire, une fonction ou une para fonction et qui peut être répliquée par les tests de l'examen clinique des ATM(s) (palpations, mouvements assistés ou non d'ouverture, latéralités et protrusion).	
Critères diagnostiques	Entretien	Douleur rapportée par le patient dans la mâchoire, la tempe, l'oreille ou en avant de l'oreille. ET Douleur modifiée par le mouvement de la mâchoire, une fonction ou une para fonction orale.
	Examen	Confirmation de la localisation de la douleur dans la région des ATM(s). ET Rapport d'une douleur identique à celle habituellement ressentie par le patient dans les ATM(s) au cours d'un des tests suivants: palpation des muscles, ouverture buccale maximale assistée ou non, latéralité droite, gauche, ou protrusion.

Déplacement discal réductible (DDR)

Description	Trouble biomécanique intra-capsulaire impliquant le complexe condylo-discal. Bouche fermée, le disque est dans une position antérieure relative par rapport à la tête condylienne et le disque est replacé lors de l'ouverture de la bouche. Des déplacements médiaux et latéraux peuvent également être présents. Un claquement ou ressaut peut se produire lors de la réduction discale.	
Critères diagnostiques	Entretien	Le patient rapporte des antécédents récents de bruits articulaires lors de mouvements de la mâchoire ou d'une fonction orale. OU Le patient rapporte un bruit articulaire durant l'examen.
	Examen	Claquement durant les mouvements d'ouverture et de fermeture, détecté à la palpation pendant au moins un mouvement sur une série de trois consécutifs. OU Claquement durant les mouvements d'ouverture ou de fermeture, détecté à la palpation pendant au moins un mouvement sur une série de trois consécutifs. ET Claquement durant les mouvements de protrusion ou de latéralités droite ou gauche, détecté à la palpation pendant au moins un mouvement sur une série de trois consécutifs.
Commentaires	La sensibilité (probabilité que le test soit positif chez les patients atteints) de ce test est faible (0,34) alors que la spécificité (probabilité que le test soit négatif chez les personnes non atteintes) est bonne (0,92). L'imagerie par résonance magnétique, bien que remise en cause par certains auteurs, reste le gold standard pour ce diagnostic. L'évolution d'un DDR vers un DDI n'est pas systématique. La présence de blocage intermittent chez un patient atteint de DDR augmente la probabilité du passage vers un DDI.	

Déplacement discal irréductible (DDI) avec ouverture buccale limitée		
Description	Trouble biomécanique intracapsulaire impliquant le complexe condylo-discal. Bouche fermée, le disque est dans une position antérieure relative par rapport à la tête condylienne et n'est pas replacé lors de l'ouverture de la bouche. Des déplacements médiaux et latéraux peuvent également être présents. Ce dysfonctionnement est associé avec une ouverture limitée persistante qui ne peut être réduite par des manipulations du praticien ou du patient.	
Critères diagnostiques	Entretien	Le patient rapporte un blocage de la mâchoire de telle sorte qu'elle ne s'ouvre pas entièrement. ET Une limitation assez sévère de l'ouverture buccale qui interfère dans la capacité à manger.
	Examen	Un mouvement d'ouverture maximale assistée (avec un étirement passif), incluant le recouvrement incisif, inférieur à 40 mm.
Commentaires	La mesure de 40 mm est à adapter en fonction des patients. Le trajet de la mandibule lors de l'ouverture est défléchi vers l'ATM atteinte. L'imagerie par résonance magnétique est considérée comme l'examen de référence en cas de doute sur le diagnostic.	

Déplacement discal irréductible (DDI) sans ouverture buccale limitée		
Description	Trouble biomécanique intra-capsulaire impliquant le complexe condylo-discal. Bouche fermée, le disque est dans une position antérieure relative par rapport à la tête condylienne et n'est pas replacé lors de l'ouverture de la bouche. Des déplacements médiaux et latéraux peuvent également être présents. Ce dysfonctionnement n'est pas associé avec une ouverture limitée persistante.	
Critères diagnostiques	Entretien	Le patient rapporte un antécédent de blocage de la mâchoire de telle sorte qu'elle ne s'ouvre pas entièrement. ET Une limitation assez sévère de l'ouverture buccale qui interfère dans la capacité à manger.
	Examen	Un mouvement d'ouverture maximale assistée (avec un étirement passif), incluant le recouvrement incisif, supérieur ou égal à 40 mm.
Commentaires	La mesure de 40 mm est à adapter en fonction des patients. L'imagerie par résonance magnétique est considérée comme l'examen de référence en cas de doute sur le diagnostic. La présence de bruits articulaires n'exclut pas ce diagnostic.	

Pathologie dégénérative de l'ATM		
Description	Trouble dégénératif touchant l'articulation caractérisé par la détérioration du tissu articulaire avec des changements concomitants dans le condyle et/ou l'éminence temporale.	
Critères diagnostiques	Entretien	Le patient rapporte des antécédents récents de bruits articulaires lors de mouvements de la mâchoire ou une fonction orale. OU Le patient rapporte un bruit articulaire durant l'examen.
	Examen	Crépitement détecté lors de la palpation durant au moins un des mouvements suivants: ouverture, fermeture, latéralité droite ou gauche, protrusion.
Commentaires	L'imagerie par tomodensitométrie (ou cone beam) est l'examen de référence lorsque ce diagnostic doit être confirmé.	

Subluxation de l'ATM		
Description	Trouble d'hypermobilité impliquant le complexe condylo-discal et l'éminence temporale. Bouche ouverte, le complexe condylo-discal est dans une position antérieure à l'éminence temporale et, est incapable de revenir dans une position de bouche fermée habituelle sans manipulation. La durée de la subluxation peut être momentanée ou se prolonger.	
Critères diagnostiques	Entretien	Le patient rapporte des antécédents récents de blocage de la mâchoire dans une position de large ouverture buccale, même pour un bref moment, de telle sorte que la bouche ne puisse se fermer. ET Incapacité à fermer la bouche sans une manipulation.
	Examen	Aucun examen requis.



1. Palpations des muscles temporaux (a), masséters (b) et du pôle condylien mandibulaire latéral (c).

EXAMEN DE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE

La majorité de la population atteinte par un DAM n'en a pas conscience et/ou ne ressent pas le besoin de consulter pour cela. Dans cette situation, le dépistage a pour but de prévenir l'apparition ou l'aggravation des dysfonctionnements temporo-mandibulaires. Il comprend un entretien et un examen clinique.

L'entretien

En quelques questions, le praticien recherche des antécédents de douleur et/ou de dysfonctionnement oro-faciaux spontanés ou en lien avec une fonction/parafonction orale. Une fois ces informations recueillies, le praticien pose des hypothèses diagnostiques qu'il doit confirmer lors de l'examen [3].

L'examen clinique

Il se passe au fauteuil et fait partie de l'examen de routine de la cavité buccale et de l'appareil manducateur plus généralement.

Palpations musculaire et articulaire

L'objectif est de repérer et parfois de reproduire, par l'application d'une pression digitale, une douleur qui pourra être similaire à celle ressentie par le patient dans sa vie quotidienne.

En accord avec les DC/TMD, la force exercée sur les muscles (1 kg) est différente de celle appliquée sur le pôle latéral des articulations (0,5 kg). Elle est d'une durée de 2 secondes. Les palpations des ATM, des muscles temporaux et masséters sont des tests relativement sensibles et spécifiques (fig. 1).

Avant de réaliser ce test, le praticien demande au patient de serrer sur les dents pour repérer le corps musculaire puis d'ouvrir la bouche pour repérer la course du condyle mandibulaire et son pôle latéral. Il est nécessaire de palper plusieurs sites au sein de chaque muscle pour une meilleure efficacité du dépistage. Les muscles ptérygoïdiens médiaux, digastriques, sterno-cléido-mastoïdiens et trapèzes peuvent aussi être palpés. La sensibilité et la spécificité de ces tests n'ont pas été établies.

La palpation des côtés droit et gauche simultanément est plus ergonomique et permet la comparaison aisée par le patient. Néanmoins, une palpation unilatérale améliorerait la précision de ce test. Lorsque le patient rapporte une douleur à la palpation, le praticien doit vérifier si cette douleur est semblable ou non à celle ressentie habituellement (voir item 11 de la fiche clinique DTM en annexe). Cet examen est utile pour les diagnostics de myalgie et d'arthralgie.

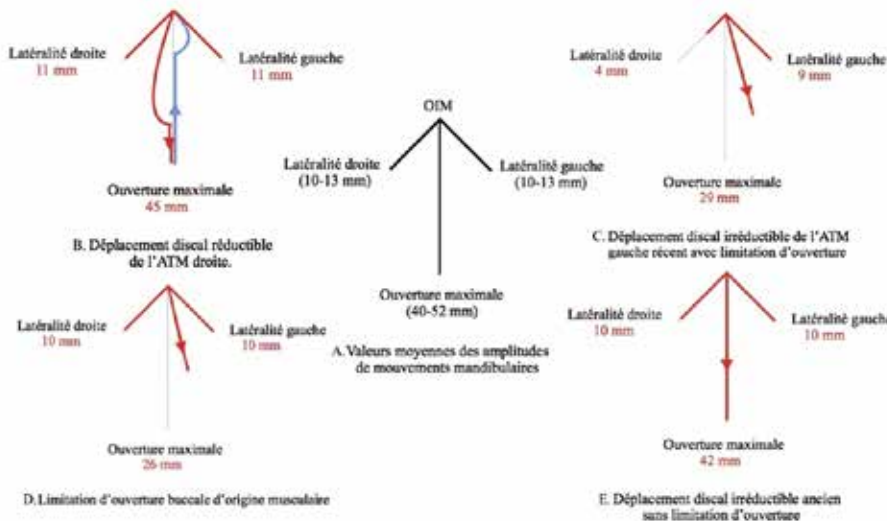
Les mouvements mandibulaires

Lors de ces tests (voir items 13 à 15 de la fiche clinique DTM en annexe), le praticien demande au patient de réaliser des mouvements mandibulaires d'ouverture,



2. Mesure de l'amplitude d'ouverture buccale maximale.

fermeture, latéralités droite et gauche ainsi qu'une propulsion. Le praticien observe alors les trajets de la mandibule et les déviations ou déflexions. Il mesure les amplitudes de chaque mouvement et note l'apparition de douleurs et de bruits articulaires (fig. 2). La mesure de l'amplitude de chaque mouvement est consignée dans le diagramme de Farrar (fig. 3). Ce dernier s'avère utile pour quantifier les limitations de mouvements mandibulaires et diagnostiquer un déplacement discal [4]. Suite à ce dépistage systématique, pour certains DAM, il sera utile de rechercher des facteurs de risque lors d'une consultation plus complète.



3. Diagramme de Farrar. Ce diagramme permet de reproduire les trajets mandibulaires de latéralités droite et gauche, d'ouverture et de fermeture mandibulaires. Il permet également le report des amplitudes de chaque mouvement en millimètres. Lors d'un déplacement discal réductible de l'ATM droite (B), la mandibule est déviée vers l'articulation atteinte (flèche rouge). Les amplitudes de mouvement sont identiques à celles d'un sujet sain (A). Lors d'un déplacement discal irréductible récent à gauche (C), le trajet d'ouverture mandibulaire est réduit et défléchi (flèche rouge) vers l'ATM atteinte. À la différence d'une limitation d'ouverture buccale d'origine musculaire (D), l'amplitude de la latéralité du côté opposé à l'ATM atteinte est réduite (latéralité droite). Un déplacement discal irréductible ancien (E) n'est pas détectable par ce diagramme car il est identique à celui d'un sujet sain (A).

EXAMEN SPÉCIFIQUE CHEZ UN PATIENT CONSULTANT POUR UN DAM

Dans cette situation, l'entretien prend une place plus importante du fait de la recherche de nombreux facteurs de risque. Nous détaillons succinctement dans cette partie la fiche clinique utilisée lors des consultations du service des troubles fonctionnels oro-faciaux/faciaux à l'hôpital Charles Foix d'Ivry-sur-Seine (Annexe). La consultation se compose également d'un entretien et d'un examen cliniques [5].

L'entretien

Après un bilan de l'état de santé, l'entretien commence par le recueil des motifs de consultation du patient. Ce sont généralement une présence de douleur et/ou une gêne fonctionnelle qui le font consulter pour un DAM.

Évaluation de la douleur

En présence de douleur, il est utile d'obtenir le plus d'informations possible afin d'affiner le diagnostic et suivre son évolution. Plusieurs douleurs peuvent être présentes. Elles doivent

être prises en compte individuellement pour établir des diagnostics différentiels.

Les paramètres d'évaluation d'une douleur sont l'intensité (Échelle Visuelle Analogique), la présence d'un fond ou de pics douloureux, la qualité, la durée, la fréquence, la date et les circonstances d'apparition, ou encore les traitements ou attitudes mis en place pour la soulager.

Des questionnaires annexes peuvent être utilisés comme le DN4 qui aide au diagnostic d'une douleur neuropathique [6].

Il est primordial de repérer d'autres douleurs ressenties comme la fibromyalgie et les cervicalgies, ainsi que les maux de tête tels que les migraines ou les céphalées tensives [7]. Ces dernières sont fréquemment rapportées associées à des dysfonctionnements temporo-mandibulaires. Leur prise en charge passe généralement par une consultation chez un spécialiste.

La présence de douleurs multiples affaiblit le pronostic des DAM douloureux.

Ensuite, le praticien recherche la présence de facteurs déclenchants, d'entretien ou d'aggravation des DAM [8] car ces deux derniers sont souvent les causes majeures de chronicisation de la douleur.

Environnement du patient

L'environnement familial, social et professionnel du patient est important à évaluer. Il peut avoir une grande influence sur la douleur et son évolution. L'anxiété, la dépression, le stress ou encore le catastrophisme sont souvent détectés chez les patients atteints de DAM douloureux. Les Échelles de Dépression, d'Anxiété et de Stress (EDAS-21) représentent un outil intéressant pour leur dépistage [9] et pour le suivi. Le rôle du chirurgien-dentiste n'est pas de traiter ces troubles mais d'aider le patient à prendre conscience de leurs interactions avec les DAM et l'amener à consulter un spécialiste.

Troubles de la posture

Des troubles de la posture cervicale et/ou rachidienne sont fréquemment associés aux DAM. Les preuves de liens de causalité sont aujourd'hui controversées. Néanmoins, ce sont des paramètres utiles dans l'établissement du pronostic des DAM.

Troubles du sommeil

Selon l'*International classification of sleep disorders*, le bruxisme est classé en tant que trouble du sommeil. Il existe différents niveaux diagnostiques du bruxisme de sommeil. On parle de bruxisme « possible » lorsque son diagnostic repose sur l'anamnèse ou sur certains auto-questionnaires. Il devient « probable » lorsque son diagnostic s'appuie en plus sur certains signes cliniques comme l'usure dentaire, l'hypertrophie massétérine, des douleurs musculaires et/ou articulaires et des maux de tête. Le dernier niveau diagnostique est appelé bruxisme « défini » lorsqu'il repose sur des enregistrements polysomnographiques. Ce dernier niveau de diagnostic est donc rarement rencontré au cabinet dentaire.

Il existe plusieurs liens entre troubles du sommeil, DAM et bruxisme. Le bruxisme de sommeil peut être lié à une mauvaise qualité du sommeil. C'est le cas par exemple lors du Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil. De plus, la douleur peut perturber le sommeil et générer des insomnies donc un sommeil de mauvaise qualité, qui à son tour peut influencer sur la capacité à gérer la douleur, principal motif de consultation de patients atteints de DAM.

En conséquence, certains signes comme le nombre d'heures de sommeil, de réveils, la fatigue diurne, le manque de concentration, les ronflements ou l'obésité doivent amener le



4. Interposition linguale antérieure entre les dents lors de la déglutition.

chirurgien-dentiste à orienter le patient vers un médecin du sommeil (10).

Troubles auditifs et oculaires

Plusieurs études épidémiologiques associent certains symptômes otologiques (acouphènes, otites aiguës, vertiges, sensations d'oreille bouchée, baisse de l'audition) aux DAM. Ces associations sont accompagnées de diverses hypothèses étiologiques liées à la proximité des structures anatomiques :

- l'hyperactivité des muscles masticateurs pourrait induire une contraction réflexe du muscle tenseur du voile du palais causant une ouverture inefficace de la trompe d'Eustache.
- des médiateurs de l'inflammation pourraient diffuser entre ATM et oreille moyenne ou interne produisant des symptômes otologiques.
- les symptômes otologiques pourraient être des douleurs référées de douleurs myofaciales. Ces associations sont renforcées par d'autres études cliniques chez des patients atteints de DAM et de symptômes otologiques. Elles rapportent une amélioration de ces derniers par la mise en place d'un traitement des DAM [11]. Concernant les troubles oculaires, ils peuvent être liés à certaines céphalées de tension.

Habitudes nocives

Les tics de morsure ou de grincement, les bruxismes d'éveil et de sommeil, le mordillement d'objet, le mâchonnement de chewing-gum, l'onychophagie ou le tabagisme sont des facteurs qui peuvent entretenir ou aggraver certains DAM (12). Il est fréquent que le patient n'ait pas conscience de ses habitudes nocives et ne s'en rend compte qu'après la consultation.

Dysfonctionnements oro-linguaux

La position de repos lingual et de la pointe de la langue lors de la phase orale de la déglutition



5. Test de Krogh-Poulsen.

(fig. 4), la ventilation buccale, nasale ou mixte sont des paramètres susceptibles d'entretenir les douleurs des muscles masticateurs [13].

Traumatisme

Les traumatismes, tels que le « coup du lapin » par exemple, sont des facteurs étiologiques potentiels à rechercher lors de l'entretien.

Cette liste contient les principaux facteurs de risque actuellement reconnus en lien avec les DAM. Elle ne se veut pas exhaustive et peut être complétée par d'autres comme l'hyperlaxité ligamentaire (score de Beighton) ou une asymétrie faciale majeure.

L'examen clinique Palpations musculaire et articulaire

Elles sont identiques à celles décrites dans la première partie. Les muscles digastriques, ptérygoïdiens médial et latéral, sterno-cléido-mastoïdien, trapèze peuvent aussi être palpés (item 11).

Les mouvements mandibulaires

Ce sont les mêmes tests que ceux décrits dans la première partie (items 13 à 15). Il est ajouté, dans cet examen, les mouvements mandibulaires contre résistance. Pour les réaliser, le praticien exerce une pression dans le sens opposé du mouvement de la mandibule. De la même manière, il mesure les amplitudes de mouvements, observe le trajet de la mandibule, et note la localisation des douleurs ainsi que la présence de bruits articulaires.

Blocage(s)

Des antécédents de blocage(s) en position de bouche ouverte ou fermée sont des informations utiles dans le diagnostic et le pronostic de certains DAM. La présence de blocages



6. Multiples usures mécaniques et chimiques.

observés lors de l'ouverture buccale est le seul facteur prédisposant le déplacement discal réductible à devenir irréductible.

Test de morsure

D'autres tests peuvent être réalisés pour affiner un diagnostic comme celui du bâtonnet par exemple (item 17). Il est aussi appelé test de Krogh-Poulsen (fig. 5) et consiste à faire mordre le patient sur un enfonce-couronne au niveau des secondes molaires [14]. Il crée une bascule mandibulaire du côté opposé au bâtonnet et permet de différencier les douleurs musculaires (du côté du bâtonnet) des douleurs articulaires (du côté opposé au bâtonnet).

Examen endo-buccal

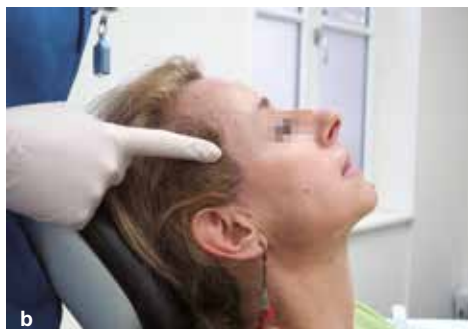
Le praticien mesure le surplomb, le recouvrement, note les dents absentes, remplacées, les atteintes parodontales, examine la stabilité de l'Occlusion d'Intercuspidie Maximale (OIM), le guide antérieur, la présence d'une béance, le différentiel entre l'Occlusion de Relation Centrée et l'OIM, la présence d'interférence non travaillante [15].

L'occlusion est aujourd'hui considérée comme un facteur étiologique mineur de la majorité des DAM. Elle peut tout de même avoir un rôle déclencheur ou d'aggravation chez certains patients.

Les usures dentaires sont également notées. Elles peuvent être physiologiques, d'origine mécanique et/ou chimique [16]. Elles nous apprennent beaucoup sur les comportements du patient. Par exemple, les usures mécaniques à deux corps de type attrition, sont souvent liées à un bruxisme d'éveil ou de sommeil (fig. 6).

À l'issue de la consultation, un ou plusieurs diagnostics peuvent être posés. La présence de facteurs de risque permet d'établir un pronostic sur l'évolution des DAM ainsi que des orientations thérapeutiques.

CAS CLINIQUE



7. Palpations musculaires et articulaires.

Motif de consultation

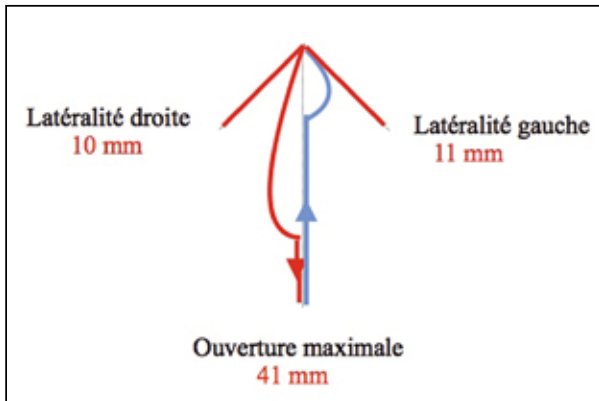
Douleurs quotidiennes dans la mâchoire depuis un mois. Patiente active, en bonne santé. La douleur apparaît plutôt le matin au réveil et lors de la mastication (EVA=3). La durée varie de quelques minutes à plusieurs heures. Lors de l'entretien, la patiente dit traverser une période de stress à cause du concours de première année de médecine que passe son fils aîné. Les palpations musculaires et articulaires (fig. 7a, b, c) révèlent des douleurs similaires à celles qu'elle ressent habituellement au niveau des insertions mandibulaires massétériques droite et gauche (fig. 8). L'examen des mouvements mandibulaires n'est pas douloureux. Le trajet mandibulaire montre une déviation corrigée vers la droite lors de l'ouverture buccale, accompagnée d'un claquement (fig. 9 a, b, c). Le diagramme de Farrar révèle des amplitudes de mouvements mandibulaires fonctionnels non douloureux (fig.10).
 Diagnostics: myalgies massétériques droite et gauche et déplacement discal réductible de l'ATM droite.
 Facteurs d'entretien: période de stress familial, possible bruxisme du sommeil. Prise en charge: conforter la patiente sur le caractère bénin de ces troubles, conseils comportementaux, association d'exercices de physiothérapie et de relaxation. Consultation de suivi à 6 semaines.

Muscles	Côté droit		Côté gauche	
	Douleur provoquée	Est-elle identique à la douleur habituelle?	Douleur provoquée	Est-elle identique à la douleur habituelle?
Temporal postérieur				
Temporal moyen				
Temporal antérieur				
Est ce que la palpation des muscles temporaux provoque des maux de tête identiques à ceux ressentis habituellement?			<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Masséter (origine/angle md)	X	X	X	X
Masséter (corps)				
Masséter (insertion)				
ATM				
Pôle latéral				
Autour du pôle latéral				

8. Report des douleurs massétériques détectées à l'examen sur la fiche clinique.



9. Probable déplacement discal réductible de l'ATM droite.



10. Le diagramme de Farrar de la patiente nous oriente vers un diagnostic de déplacement discal réductible à droite.

CONCLUSION

Le dépistage des DAM doit être effectué en routine par le chirurgien-dentiste. Il peut être rapide ou nécessiter une consultation spécifique en fonction de l'impact des DAM sur la qualité de vie du patient. Il s'inscrit dans une démarche globale de dépistage en médecine bucco-dentaire.

Correspondance :
Gauthier Cazals
23 rue de Belfort 47000 Agen
gauthiercazals@hotmail.fr

Bibliographie

1. Schiffmann E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications : recommandations of the International RDC/TMD Consortium Network and Facial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache* 2014; 28(1) : 6-27.
2. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD). Clinical Examination Protocol: Version 03 dec 2014. www.rdc-tmdinternational.org
3. Valentin C. L'entretien clinique in : *Troubles musculo-squelettiques de l'appareil manducateur*. Quintessence International 2015; 25-30.
4. Farrar WB, McCarthy WL. A clinical outline of temporomandibular joint diagnosis and treatment. 7th ed. Montgomery: Normandie, 1982.
5. Fleiter B, Cazals G. Diagnostic clinique des désordres temporo-mandibulaires. *Information Dentaire*. 2015; 97(10): 25-35.
6. <http://www.institut-upsa-douleur.org/iudtheque/outils-evaluation-de-la-douleur/echelles-adultes/questionnaire-dn4>.
7. Chanlon A. Céphalées. In : *Troubles musculo-squelettiques de l'appareil manducateur*. Quintessence International 2015; 137-147.
8. Velly A, Schweinhardt P, Friction J. Comorbid Conditions: How they affect orofacial pain (Chapter 4) in *Treatment of TMDs bridging the gap between advances in research and clinical patient management*. Quintessence International. 2013; 47-56.
9. Ramasawmy S. Validation of the French version of the depression anxiety scales (DASS-21) and predications in an adolescent Mauritian population. Thèse université Aix Marseille, 2015.
10. Lavigne GJ, Cistulli PA, Smith MT. Odontologie et médecine du sommeil. *Quintessence international* 2012.
11. Wright EF. Relationship between otologic and TMD symptoms. In : *Current concepts on temporomandibular disorders*. Manfredini D. Quintessence Publishing. 2010 : 275-282.
12. Boucher Y. Facteurs d'entretien de la douleur musculaire. In : *Troubles musculo-squelettiques de l'appareil manducateur*. Quintessence international. 2015; 81-87.
13. Belet M, Fleiter B, Cazals G. Dysfonctionnement de langue et myalgies de l'appareil manducateur. *Information dentaire*. 2015; 97(21): 74-80.
14. Fleiter B. Algies et troubles fonctionnels de l'articulation temporo-mandibulaire. *Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale*. 124 (2007), S1, 68-73.
15. Pullinger AG, Seligman DA. Quantification and validation of predictive values of occlusal variables in temporomandibular disorders using a multifactorial analysis. *J Prosthet Dent*. 2000; 83(1): 66-75.
16. Lалуque JF, d'Incau E, Brocard D. Lésions d'usure et bruxisme chez l'adulte. Première partie. *Rev Odonto Stomat*. 2014; 43 (1): 88-98.

La fiche clinique DTM (8 pages) peut être téléchargée sur :
www.information-dentaire.fr/011025-23542