



26-30 novembre

Prises en charge des dysfonctionnements temporo-mandibulaires au quotidien

L'Essentiel C51

Jeudi 28 novembre - 16h/17h

Responsable scientifique: Justine Leclère

Conférencière: Audrey Chanlon

Objectifs

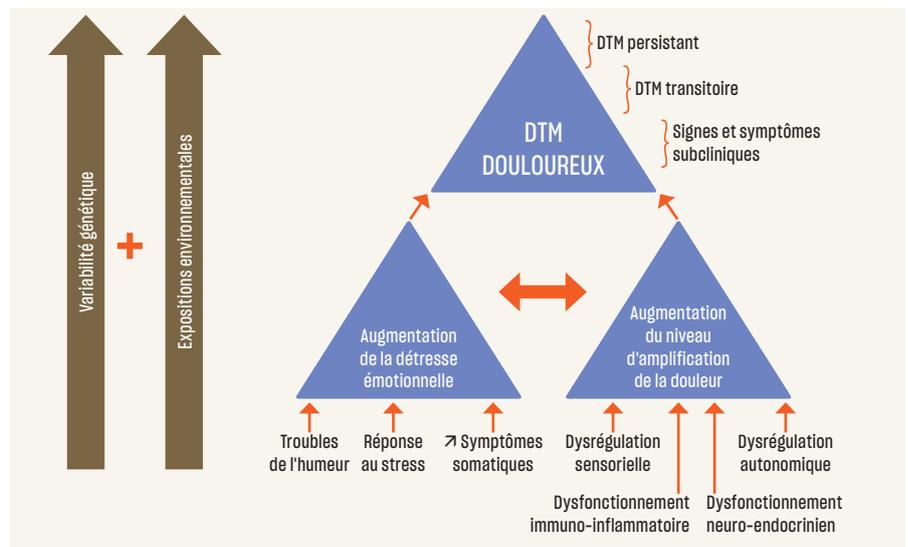
- Connaître les critères diagnostiques factuels des DTM
- Connaître les facteurs de risque de la chronicisation de la douleur
- Connaître les prises en charge recommandées en 2024 pour les DTM

Il peut sembler complexe et chronophage à un praticien de prendre en charge un patient présentant des dysfonctionnements temporo-mandibulaires (DTM) algiques ou non, que ce soit en phase aiguë ou chronique. Le chirurgien-dentiste, en tant que spécialiste de la sphère oro-faciale, a pourtant un rôle important à jouer dans le parcours de soins de ces patients.

Le terme DTM regroupe un ensemble hétérogène d'affections musculo-squelettiques impliquant les articulations temporo-mandibulaires, les muscles masticateurs et les tissus associés. Ces troubles peuvent altérer la qualité de vie, notamment lorsqu'ils sont associés à des céphalées algiques, et être invalidants. Le chirurgien-dentiste y est fréquemment confronté car 75 % de la population présentera au moins une fois dans sa vie un symptôme de DTM. L'étiologie et la prise en charge évoluent actuellement au profit d'une approche multifactorielle selon un modèle de prise en charge biopsychosociale, aux dépens des modèles mécanistes précédents (fig. 1).

Dépister les premiers signes

La consultation bucco-dentaire de routine doit être l'occasion d'effectuer un entretien et un examen clinique qui permettront au praticien de repérer les premiers signes d'un DTM non algique (bruits articulaires ou myalgies provoquées par la palpation par exemple). Depuis 2014, les critères diagnostiques des DTM sont répertoriés dans les DC/TMD, cette classification est cependant un outil de recherche peu compatible avec la pratique



1. L' a été déterminante pour la compréhension des mécanismes d'apparition et de persistance de certains DTM douloureux (myalgie et/ou arthralgie) qui reposent sur un modèle heuristique représenté par deux phénotypes intermédiaires (détresse psychologique et amplification de la douleur). Chaque phénotype intermédiaire symbolise un nombre très important de facteurs de risque spécifiques, tous soumis à une régulation génétique et les interactions entre ces deux phénotypes se produisent en présence de facteurs liés à l'environnement (e.g. trauma, infection, facteurs de stress, culture, sexe, âge, etc.) (d'après Slade et al. 2013).

clinique quotidienne. C'est pourquoi des outils simplifiés sont désormais disponibles pour guider le praticien afin de l'accompagner

pour répertorier de manière synthétique les éléments utiles au diagnostic des principaux DTM [1].

Une fois le diagnostic établi, il sera important d'informer et d'éduquer le patient sans l'alarmer pour prévenir l'apparition de DTM algiques. Le praticien pourra également mettre en place des stratégies pour éviter d'aggraver les DTM lors des séances longues telles que la mise en place de cales buccales ou bien adresser le patient en amont des consultations pour la prise en charge d'éventuelles parafunctions.

Cette séance sera l'occasion de présenter ces outils adaptés à l'omnipratique et d'exposer les critères diagnostiques validés des principaux DTM.

Prendre en charge le DTM aigu

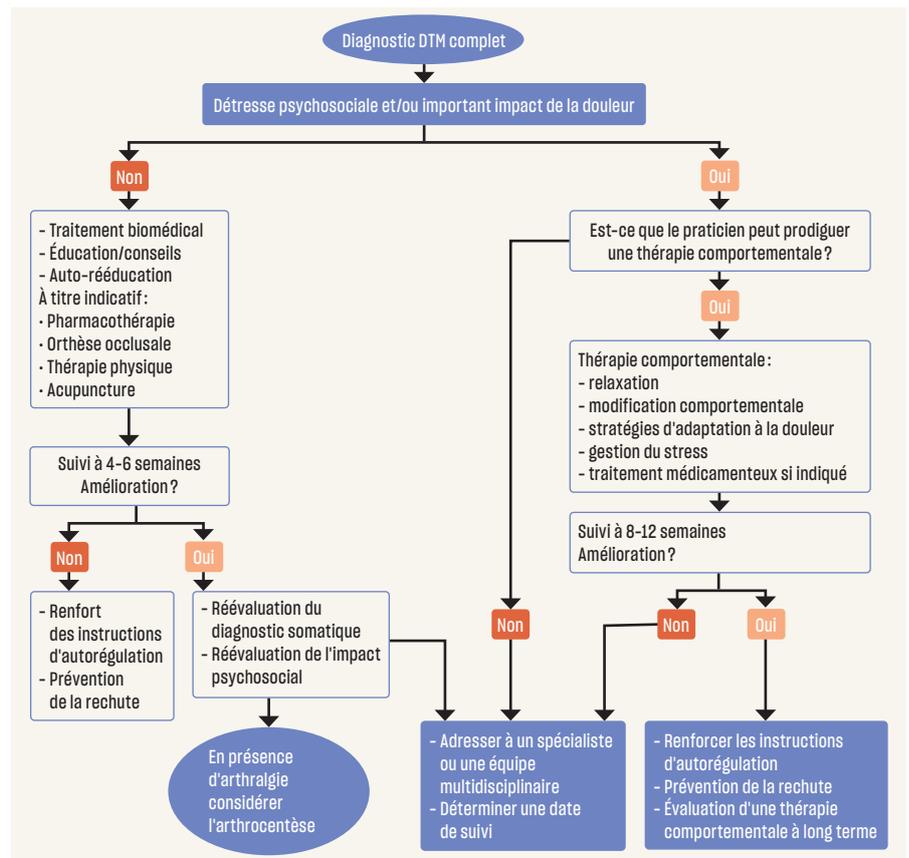
Les patients consultent majoritairement leur praticien lors de l'apparition des premiers symptômes invalidants de DTM tels qu'une limitation d'ouverture buccale, une douleur musculaire ou un bruit articulaire. Ces symptômes peuvent apparaître à la suite de soins bucco-dentaires (longue séance de soins, chirurgie, pose de digue) ou sans facteur déclenchant connu. Cette phase aiguë est le plus souvent transitoire et nécessite de réassurer le patient, voire de mettre en place des traitements réversibles et non invasifs pour accompagner l'adaptation et la guérison spontanée.

La douleur aiguë initiale évolue chez 24 % des patients vers un phénomène chronique. L'étude OPPERA a validé les facteurs de chronicisation qui risquent de faire basculer de la phase aiguë à une situation chronique. Dépister et modifier précocement ces facteurs de risque permet d'être efficace dans la prise en charge des DTM aigus et ainsi de prévenir la chronicisation des patients les plus à risque [2].

Les facteurs de risque de chronicisation seront répertoriés afin de déterminer les profils de patients pour lesquels la prise en charge précoce/efficace est nécessaire pour pallier un défaut de leur capacité d'adaptation physiologique [3].

Quand le DTM devient chronique

La douleur chronique concerne environ 30 % de la population générale. Le chirurgien-dentiste y est particulièrement confronté lors des manifestations des DTM douloureux chroniques. En effet, ces derniers peuvent



2. Algorithme de prise en charge des DTM algiques (myalgie et/ou arthralgie) (d'après Forssell et Ohrbach 2009).

avoir des localisations et des caractéristiques semblables à des odontalgies ou otalgies pour lesquelles le praticien ne trouvera pas d'étiologie dentaire. Les DTM douloureux chroniques, par leur tableau clinique plus complexe, nécessiteront une prise en charge multidisciplinaire.

Le rôle du chirurgien-dentiste sera donc multiple aux différentes étapes de l'émergence des DTM: il sera tout d'abord de faire un diagnostic différentiel avec une étiologie dentaire ou parodontale, de dépister les signes évocateurs d'un DTM, puis d'adresser au spécialiste dont le champ de compétence permettra une prise en charge optimale. à ce titre, les questionnaires courts d'aide au dépistage et les critères diagnostiques des principales co-occurrences seront présentés ainsi que les recommandations de prises en charge actuelles des DTM [4] (fig. 2).

Les thématiques permettront de répondre aux questions suivantes: À quel moment la prise en charge doit-elle intervenir? Existe-t-il

un profil de patients à risque? Quels sont les patients qui risquent de nous mettre en échec? Quelle(s) prise(s) en charge proposer? Les réponses à ces questions ont pour objectif de permettre aux praticiens de prendre en charge de manière globale les patients avec des outils simplifiés.

Ces outils diagnostiques et recommandations seront ainsi développés lors de cette séance au travers de cas cliniques pour faciliter leur application en pratique quotidienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. Durham J et al. Constructing the brief diagnostic criteria for temporomandibular disorders (bDC/TMD) for field testing. *J Oral Rehabil* 2024;51(5):785-94.
2. Ohrbach R et al. Clinical orofacial characteristics associated with risk of first-onset TMD: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain* 2013;14(12 Suppl):T33-T50.
3. Slade GD et al. Signs and symptoms of first-onset TMD and socio-demographic predictors of its development: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain* 2013;14(12, supplement 2):T20-32.
4. Busse JW et al. Management of chronic pain associated with temporomandibular disorders: a clinical practice guideline. *BMJ* 2023;383:e076227.