

## 5.5.2. Affections musculaires

### 5.5.2.1. Affections musculaires aiguës

#### ➤ **Tension musculaire ou réflexe d'éclissage**

Correspond à un réflexe de protection en réponse à l'agression d'une région. Le système nerveux central (SNC) va augmenter l'activité d'un muscle antagoniste lorsque le muscle agoniste se contracte, empêchant ainsi ce dernier de subir de plus amples lésions. Par exemple, lors de l'ouverture buccale, il y aura contraction des muscles élévateurs (masséters) permettant d'assurer la protection des structures lésées et douloureuses.

## 5.5.2. Affections musculaires

### 5.5.2.1. Affections musculaires aiguës

#### ➤ **Tension musculaire ou réflexe d'éclissage**

Suite à une anesthésie, une avulsion dentaire, une coiffe ou une obturation en suroccclusion, il est possible d'observer cette tension musculaire.

Ce réflexe constitue une réponse physiologique du système neuro-musculaire. Ce type de douleur apparaît rapidement après le facteur déclenchant (1 à 2 jours). Cliniquement, les mouvements mandibulaires sont limités, la douleur est accentuée par la fonction, les muscles sont tendus. Au repos, la douleur est légère et accentuée par la palpation.

## 5.5.2. Affections musculaires

### 5.5.2.1. Affections musculaires aiguës

#### ➤ **Myospasme**

Le myospasme correspond à une contraction musculaire violente, soudaine et involontaire induite par le SNC. Le spasme est également appelé « crispation » ou « crampe musculaire ». Cette affection aiguë entraîne un raccourcissement du muscle accompagnée d'une douleur.

## 5.5.2. Affections musculaires

### 5.5.2.1. Affections musculaires aiguës

#### ➤ **Myospasme**

Cliniquement, la rigidité musculaire provoque des douleurs au repos et une limitation des mouvements mandibulaires. A la palpation, le muscle est douloureux et paraît dur, ferme et nondépressible.

Une malocclusion peut être observée suite à la déviation de la posture mandibulaire

## 5.5.2. Affections musculaires

### 5.5.2.1. Affections musculaires aiguës

#### ➤ **Myospasme**

Cliniquement, la rigidité musculaire provoque des douleurs au repos et une limitation des mouvements mandibulaires. A la palpation, le muscle est douloureux et paraît dur, ferme et nondépressible.

Une malocclusion peut être observée suite à la déviation de la posture mandibulaire

## 5.5.2. Affections musculaires

### 5.5.2.1. Affections musculaires aiguës

#### ➤ **Courbature**

Il s'agit généralement de la réponse du muscle suite à un réflexe d'éclissage prolongé. C'est un trouble musculaire non inflammatoire où le SNC ne joue plus aucun rôle. Le tissu musculaire lésé réagit et modifie son environnement local afin de se défendre. Le stress, des traumatismes comme l'utilisation abusive de certains muscles ou l'injection d'anesthésique peuvent générer des courbatures réactionnelles. Au repos, la douleur est légère et accentuée par la palpation, la fonction et la fatigue. L'amplitude des mouvements mandibulaires est amoindrie.

## 5.5.2. Affections musculaires

### 5.5.2.1. Affections musculaires Chroniques

#### ➤ **Contracture**

La contracture correspond à un raccourcissement du muscle faisant suite à un trouble musculaire prolongé ; ce trouble ayant entraîné la diminution de l'amplitude du mouvement afin de se protéger.

C'est la symptomatologie la plus fréquente des pathologies musculaires de la sphère oro-faciale. Une fibrose du muscle, des insertions tendineuses ou ligamentaires se produit expliquant la résistance chronique de ce muscle à l'étirement passif.

## 5.5.2. Affections musculaires

### 5.5.2.1. Affections musculaires Chroniques

#### ➤ **Myosite**

Il s'agit en fait d'un phénomène inflammatoire résultant de la présence dans le tissu musculaire de substances algogènes. Les étiologies sont multiples : infection virale ou bactérienne (myosite infectieuse), traumatisme, courbature prolongée ou douleur myofasciale non ou mal traitée (cause la plus fréquente).



## 5.5.2. Affections musculaires

### 5.5.2.1. Affections musculaires Chroniques

#### ➤ **Douleur myo-faciale**

Elle correspond à une douleur musculaire régionale sourde caractérisée par la présence de points de tension musculaire hypersensibles appelés « zone gâchette ». A la palpation, la stimulation de ces zones gâchettes déclenche des douleurs référées dans des zones caractéristiques

## 5.5.2. Affections musculaires

### 5.5.2.1. Affections musculaires Chroniques

#### ➤ **Douleur myo-faciale**

L'étiologie est mal connue mais plusieurs causes ont été décrites : courbatures prolongées non traitées, douleur profonde continue, troubles du sommeil (surtout si perturbation des phases 3 et 4 du sommeil), stress, facteurs systémiques (fatigue, infections virales, condition physique faible...), facteurs locaux (bruxisme, mauvaise position sommeil...) ou encore douleur myo-fasciale idiopathique.

# 6. Diagnostic des DAM

# 6.1. Signes cliniques des DAM

Sont réunis dans la triade appelée BAD :  
**Bruits, Algies et Dyskinésies**

## 6.1.1. Bruits articulaires

- Claquement : bruit violent, net et sonore comparable à un fouet qui claque (« CLAC »).
- Craquement : bruit bref, moins violent et sonore que le précédent, comparable à une branche qui craque (« CRAC »).
- Crépitement : bruit ou suite de bruits faibles, répétés assimilables à un bruit de râpe ou encore de pas sur des graviers.

## 6.1.2. Algies

- Principal motif de consultation
- Uni- ou bilatérales, localisées ou diffuses, aiguës ou chroniques
- Musculaire, articulaire, musculo-articulaire ou atypique

## 6.1.3. Dyskinésies mandibulaires

- Anomalies de la cinétique mandibulaire
- Affectant l'amplitude des mouvements mandibulaires (limitation, exagération)
- Trajet perturbé (déviation ou déflexion) en ouverture, fermeture ou en latéralités

## 6.2. Examen clinique d'un patient atteint de DAM

### 6.2.1. Interrogatoire et anamnèse

#### 6.2.1.1. Evaluation générale

Elle englobe:

- L'apparence physique globale
- Le visage
- La posture et la démarche



### 6.2.1.2. Motif de consultation

- **Douleur** ( localisation, la nature, l'évolution, l'intensité, les facteurs aggravants et de soulagements).
- Bruits articulaires
- Limitation d'ouverture buccale

### 6.2.1.3. Etat de santé général

Pour prendre les précautions nécessaires et déceler une éventuelle origine systémique du dysfonctionnement

#### 6.2.1.4. Atécédents

- Les antécédents personnels, familiaux et professionnels
- Les antécédents médicaux
- Les antécédents chirurgicaux

#### 6.2.1.5. Evolution

Le caractère évolutif de la pathologie et des symptômes. Depuis la première apparition des signes cliniques

#### 6.2.1.6. Mode de vie du patient

Permet d'obtenir des informations sur sa personnalité ou de déceler des parafunctions qui peuvent interagir sur sa pathologie.

### 6.2.1.7. Evaluation psychologique

Plusieurs éléments peuvent alerter le praticien d'une éventuelle implication psychologique:

- Perception douloureuse
- Fréquence des praticiens déjà consultés
- Médicaments
- Anxiété et dépression

## 6.2.2. Examen clinique proprement dit

### 6.1.2.1. Examen dentaire

- ✓ Repérer d'éventuelles édentations non compensées
- ✓ Malposition telles que des rotations, versions,....
- ✓ reconstitutions prothétiques inadaptées ou iatrogènes.
- ✓ Fractures et fêlures
- ✓ Pertes de substances d'origine mécanique : par abrasion (dû à l'âge), par meulage thérapeutique, ou à une parafonction (bruxisme).

## 6.2.2. Examen clinique proprement dit

### 6.1.2.1. Examen dentaire

## 6.2.2. Examen clinique proprement dit

### 6.1.2.2. Examen occlusal

#### En statique:

- Anomalies des courbes de Spee et de Wilson peuvent générer des interférences occlusales.
- La Dimension Verticale (DV)
- Surcharges occlusales
- Anomalies de l'occlusion dans les 03 sens de l'espace (béance, articulé inversé,....)

## 6.2.2. Examen clinique proprement dit

### 6.1.2.2. Examen occlusal

#### En dynamique

Mise en évidence de toute interférence en

- Propulsion
- Latéralité droite
- Latéralité gauche



## 6.2.2. Examen clinique proprement dit

### 6.1.2.3. Examen musculaire

- ❑ A l'inspection on peut détecter des éventuelles hypertrophies ou asymétries musculaires
- ❑ La palpation permet d'évaluer un volume musculaire, sa consistance et de localiser les zones douloureuses.
- ❑ La palpation peut être endo ou exobuccale



Figure 10 : Palpation exobuccale  
des temporals

## Muscle temporal :

- ❑ Palpation essentiellement exobuccale
- ❑ La palpation interne permet l'investigation des insertions du temporal sur la mandibule.
- ❑ L'index glisse le long de la branche montante jusqu'au processus coronoïde où se situe l'insertion tendineuse.



Figure 11 : Palpation exobuccale des masseters

## Muscle masséter :

- ❑ la palpation exobuccale s'intéresse aux faisceaux superficiels,
- ❑ les faisceaux profonds ne sont palpables que par voie endobuccale.
- ❑ L'index du praticien est placé entre les molaires et la joue ; il peut ainsi palper le bord antérieur du masséter lorsque le patient serrera les dents.

## Ptérygoïdien médial:

Une fois contracté, le ptérygoïdien médial est exploré au niveau de la face interne de la branche montante de la mandibule.

## ptérygoïdien latéral:

❑ Extrêmement difficile voire impossible à palper.

« Seul le bord inférieur du chef inférieur peut être atteint par l'extrémité de l'index s'insinuant derrière et en haut de la tubérosité maxillaire, bouche ouverte ».

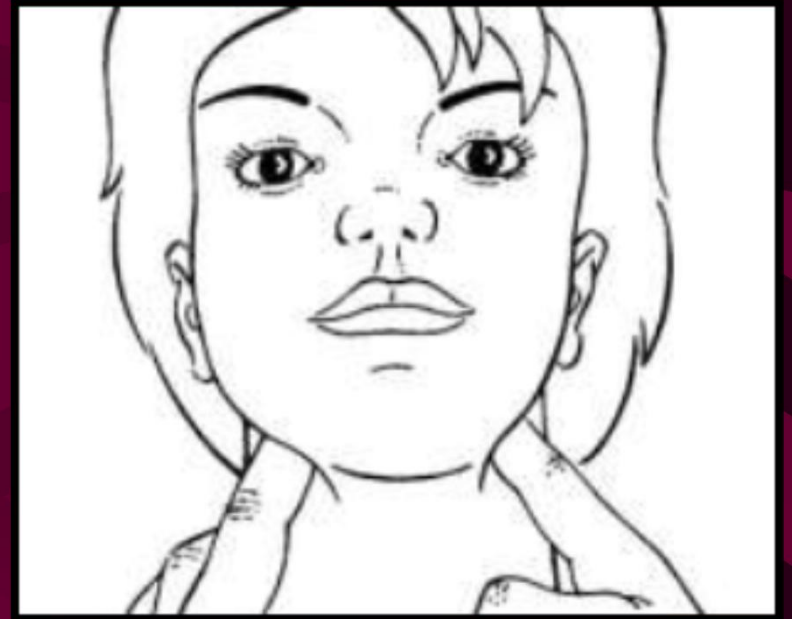
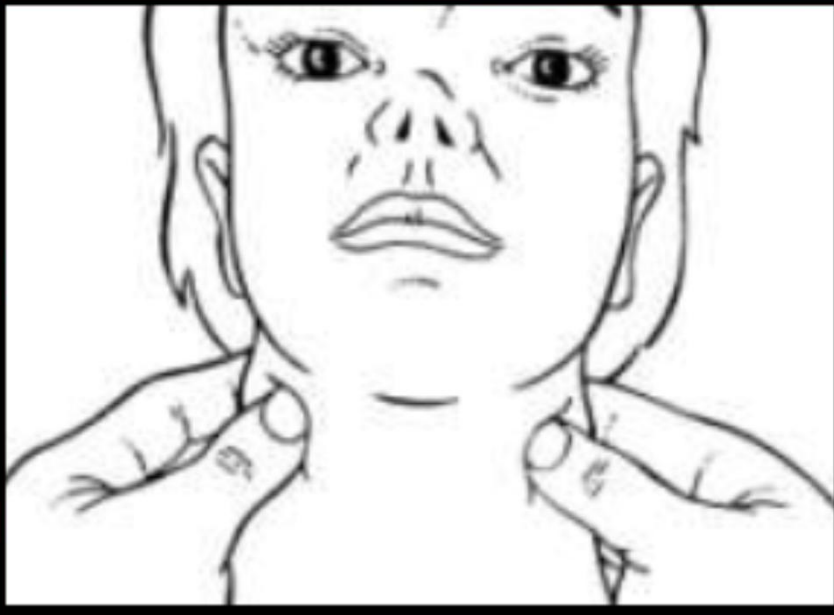


Figure 12 : Palpation exobuccale des digastriques et des sternocléidomastoïdiens



## 6.2.2. Examen clinique proprement dit

### 6.1.2.4. Examen articulaire

Se fait avec la palpation et l'auscultation des deux ATM

# Palpation articulaire

- ❑ Se fait bilatéralement (palpation comparative) et peut se réaliser au niveau de deux zones distinctes :
  - ✓ Au niveau de la zone préauriculaire afin de palper les pôles externes des ATM
  - ✓ Au niveau de la zone intra-auriculaire afin de palper la paroi postérieure de la capsule articulaire et le bord postérieur du condyle :



Figure 13 : Palpation intra-auriculaire des ATM

## Auscultation des ATM

- ❑ Le bruit perçu peut être simplement entendu par une écoute attentive associée à une palpation.
- ❑ Dans certains cas avec un sthétoscope
- ❑ Il est important de noter le moment d'apparition de ces bruits pendant le mouvement d'ouverture-fermeture (au début, au milieu ou à la fin).

## 6.2.2. Examen clinique proprement dit

### 6.1.2.5. Examen de la cinématique mandibulaire

- ❑ L'examen de la cinématique mandibulaire donne généralement une bonne indication sur l'état de santé des ATM et des muscles.
- ❑ Cet examen est important car ces dyskinésies sont les seuls éléments de contrôle mesurables

## 6.2.2. Examen clinique proprement dit

### 6.1.2.5. Examen de la cinématique mandibulaire

#### □ Amplitude des mouvements:

- ✓ Ouverture (minimum de 42 mm pour les hommes et 38mm pour les femmes)
- ✓ Propulsion maximale autour de 8mm ( si < 5,4 mm oriente vers un DAM articulaire, si anormalement importante oriente vers un DAM musculaire)
- ✓ Diduction droite et gauche : l'amplitude de diduction correspond, normalement, au quart de l'amplitude à l'ouverture.



Figure 14 : mesure de l'amplitude maximale en latéralité droite

Ces différentes amplitudes sont notées dans le diagramme de Farrar.

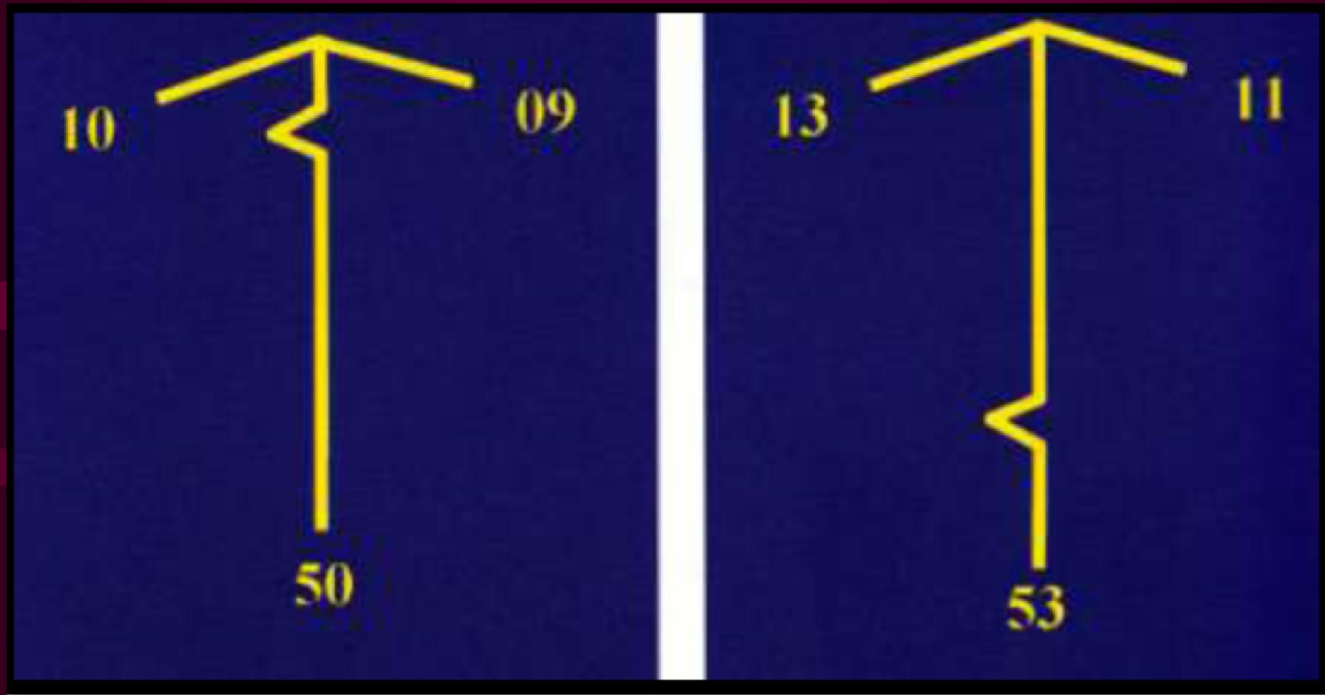


Figure 15 : diagramme de Farrar d'une luxation discale réductible précocement et tardivement à droite



## 6.2.2. Examen clinique proprement dit

### 6.1.2.6. Posture et examen oculaire

Il est important dans le diagnostic de prêter attention au système postural et à l'oculogyrie.