

F A - M G Enseignement de Médecine Générale **FORMATION APPROFONDIE EN MEDECINE GENERALE**



Faculté
de
Médecine
STRASBOURG

LE SYNDROME ALGO-DYSFUNCTIONNEL DE L'APPAREIL MANDUCATEUR (SADAM)

Professeur Astrid WILK, Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice, Hôpital Civil

Ce symptôme extrêmement fréquent représente trois consultations par jour dans un service de stomatologie et de nombreuses consultations tant chez le dentiste que chez le médecin généraliste et que chez l'ORL qui est souvent amené à rectifier un diagnostic de consultation pour otalgie en diagnostic de problème maxillo facial. Aussi appelé syndrome de Costen le SADAM est en fait un symptôme lié à l'appareil manducateur.

PHYSIOLOGIE

La mandibule et la seule portion mobile de la face : elle s'articule avec les condyles temporaux par une articulation paire et symétrique qui est l'articulation temporo mandibulaire. Celle-ci donne accès à la cavité buccale et au carrefour aérodigestif supérieur : c'est dire son importance.

LES PLAINTES

Le déclenchement du Sadam est souvent brutal mais peut être plus progressif : il apparaît un craquement ou un claquement dans l'articulation temporo mandibulaire audible par le patient et d'ailleurs par l'entourage. Un ou deux côtés peuvent être affectés.

L'otalgie qui est réflexe est un autre mode de découverte assez fréquent qui entraîne d'abord une consultation chez l'ORL. Celui-ci redresse en général assez facilement le diagnostic. La proximité entre le condyle mandibulaire et le conduit auditif externe explique les troubles ressentis dans l'oreille notamment une impression de diminution de l'acuité auditive, une impression de mayonnaise dans l'oreille voire des acouphènes. Il

peut s'agir aussi de douleur qui irradie plus ou moins vers la mandibule ou vers la région temporale. Evidemment l'examen clinique ne montre aucune anomalie du tympan.

Le trismus, c'est-à-dire une certaine limitation de l'ouverture buccale peut être le premier signe qui gêne le patient : le patient ressent une douleur à l'ouverture et à la fermeture buccale et s'autolimité dans ce mouvement. Là aussi l'irradiation se fait soit vers la région temporale soit vers l'oreille soit vers l'angle mandibulaire.

Les douleurs à la mobilisation de l'articulation sont un motif fréquent de consultation : on constate en examinant le patient qu'il n'y a pas de perte de l'articulé dentaire et que les mouvements sont possibles mais très limités et très douloureux.

LE TERRAIN

On peut le voir chez l'enfant ou l'adolescent lors des traitements orthodontiques ou quelques jours avant un examen. Il s'agit d'une affection qui est psychosomatique et le déclenchement a quelquefois son importance : une gifle, un traumatisme mal vécu, des soins dentaires effectués récemment sont des événements déclenchant souvent retrouvés.

EXAMEN CLINIQUE DU PATIENT

L'examen clinique du patient est assez simple : on se met face à lui et on lui demande de faire une ouverture-fermeture de la bouche.

- ▶ Un simple claquement ou craquement uni bilatéral peut être audible sans autre signe
- ▶ Le signe le plus pathognomonique du SADAM est l'ouverture buccale avec un trajet en baïonnette : le patient ouvre la bouche et au bout d'un centimètre ou un centimètre et demi d'ouverture buccale on voit la mandibule subir une déviation horizontale d'un côté ou de l'autre puis le reste de l'ouverture buccale se fait normalement, avec en général une limite à deux travers de doigt maximum (pour mémoire l'ouverture buccale est de trois travers de doigt soit 4.5 cm +/- 0.5 cm).

Il faut alors saisir deux abaisse-langue que l'on superpose et interposer ces deux abaisse-langue dans la région molaire des deux côtés au moment où le patient ferme la bouche. Il mord alors des deux côtés sur les abaisses langues, on lui demande de rouvrir la bouche et la déviation a généralement disparu.

Ce signe clinique est certainement le signe le plus fidèle d'un syndrome algo-dysfonctionnel douloureux et en pleine évolution.

La palpation des ATM, situé juste en avant de l'oreille est très souvent douloureuse.

On note également l'occlusion dentaire : normale ou liée à une dysmorphose. Les tableaux les plus souvent rencontrés sont :

1. Une dysmorphose classique : classe II (micro-mandibulie, soit environ 40 % de la population actuellement)
2. Prognathisme
3. Une dysharmonie dento maxillaire non traitée ou récidivée

Les classes II/2 sont les plus évocatrices d'un problème d'articulation temporo-mandibulaire : il s'agit des micro-mandibulies qui s'accompagnent d'incisives centrales maxillaires inclinées vers l'arrière qui bloquent complètement la possibilité pour la mandibule de se propulser. Cette situation est souvent très mal vécue et le simple traitement orthodontique d'avancement des incisives est absolument indispensable pour mettre fin à ce SADAM dans la pérennité.

Enfin l'occlusion dentaire peut être parfaitement normale : il faut alors envisager que ce SADAM relève d'un bruxisme qui est constitutionnel et non pas d'un problème lié à l'occlusion dentaire qui est le cas le plus habituel.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Un simple orthopantomogramme (OTP) suffit généralement à montrer que les condyles sont normaux et qu'il n'y a pas de tumeur ou de foyer dentaire maxillo mandibulaire. Et notamment pas de foyer évolutif (diagnostic différentiel avec les otalgies et les irradiations de la douleur).

On notera aussi sur le cliché la présence ou non de dents incluses qui est maintenant très fréquente dans la population.

DIAGNOSTIC POSITIF : qu'est ce qui permet d'affirmer qu'il s'agit d'un SADAM ?

1. L'ouverture buccale avec trajet en baïonnette accompagnée de douleurs est absolument pathognomonique.
2. L'étiologie anatomique la plus fréquente est l'édenture molaire inférieure ou supérieure sans appareillage de remplacement : elle affecte essentiellement les femmes encore

jeunes qui refusent de porter une prothèse après l'ablation des molaires. Il en résulte un recul et une ascension de la mandibule qui n'a plus de calage postérieur et les troubles de type SADAM apparaissent très souvent. Ils ne sont pas toujours immédiats mais peuvent décompenser ultérieurement à l'occasion d'un évènement déclencheur fortuit.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

C'est le diagnostic différentiel d'une otalgie ou d'une infection dentaire évolutive pouvant occasionner des douleurs. L'orthopantomogramme est l'absence de signe infectieux local permet de faire normalement le diagnostic. Rappelons qu'il n'y a aucun signe inflammatoire dans le SADAM.

FORME CLINIQUE PARTICULIERE : le trismus serré inaugural

Un certain nombre de patients, essentiellement des patientes présentent un trismus irréductible qui inaugure le SADAM. Ce trismus va durer des semaines. Malgré l'apparente impossibilité de la patiente à ouvrir la bouche et après avoir bien sûr rapidement éliminé un tétanos, il n'y a pas lieu de trop s'inquiéter : l'état général de la patiente est bien conservé ce qui prouve qu'elle mange ou en tout cas qu'elle boit suffisamment et elle vaque à ses occupations ordinaires sans problème supplémentaire. Cette forme clinique est rare mais très spectaculaire.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE : il est plus difficile à faire

En règle générale c'est un dysfonctionnement entre la perception par le cerveau de l'état de l'occlusion dentaire, transmis par les articulations temporo mandibulaires qui sont richement innervées et une situation antérieure mieux supportée ou plus idéale.

1. les dysmorphoses faciales

Elles expliquent facilement le symptôme : l'occlusion est de mauvaise qualité et le traitement de fond sera de mettre le patient dans une occlusion plus satisfaisante.

2. L'édentation partielle

Et il faut bien sûr essayer d'obtenir du patient qu'il accepte une prothèse ou des implants : le plus souvent la patiente reconnaît qu'elle ne « supporte pas les prothèses ou l'idée des prothèses ». Compte tenu du coût, la mise en place d'implants pour avoir une prothèse implanto-portée ou des remplacements efficaces est à envisager avec le dentiste.

3. Les occlusions satisfaisantes

Il peut s'agir d'une très petite modification de l'occlusion qui est immédiatement enregistrée par le cerveau. Le mieux est de mettre en route un traitement symptomatique de surélévation de l'occlusion dentaire pour empêcher la fermeture complète de la bouche : il s'agit d'une plaque de surélévation molaire qui est à confectionner par le dentiste et qui va mettre au repos les articulations. Elle est à porter uniquement la nuit. Elle peut permettre de passer des périodes difficiles.

4. Le bruxisme est un des éléments où l'occlusion dentaire est rarement parfaite mais généralement très acceptable : on le reconnaît à des muscles masséters développés (bas du visage) à une mandibule dont l'angle est souvent assez fermé et l'os épais, enfin aux facettes d'usure des dents qui sont importantes et précoces.

Le traitement dans ce cas repose essentiellement à l'heure actuelle sur l'injection de toxine botulique dans le muscle masséter éventuellement dans le temporal et dans le ptérygoïdien médial.

Les plaques de surélévation sont également conseillées mais il ne faut pas qu'elles soient en résine trop rigide mais plutôt semi molle pour ne pas casser sous l'effet du bruxisme nocturne du patient.

CONDUITE A TENIR

Une fois le diagnostic positif évoqué et le diagnostic différentiel effectué, il y a d'une part un traitement symptomatique à mettre en œuvre, d'autre part un traitement étiologique.

1. Le traitement symptomatique

Le mieux adapté est l'infiltration de xylocaïne à 1 % autour des artères temporales superficielles. C'est un geste technique très simple qui va soulager le patient pendant 24 à 48 h et qui peut être répété indéfiniment sans aucun inconvénient.

On prescrit deux ou trois injections par semaine toujours des deux côtés le temps qu'il faudra pour que le patient soit durablement soulagé. S'il n'est pas du tout soulagé par l'infiltration le diagnostic est à remettre en cause car c'est souvent un véritable test thérapeutique.

D'autres traitements symptomatiques peuvent être prescrits : les anti-inflammatoires (PROFENID) des décontractants (LIORESAL etc...) pour soulager le patient.

2. le traitement étiologique

Il comporte toujours une mise en état de la cavité buccale : il s'agit de traiter les dents qui sont éventuellement le siège d'un foyer et surtout de redonner une hauteur occlusale correcte à un certain nombre de patient. Le mieux est de faire porter d'abord une plaque de surélévation molaire qui est confectionné sur un moulage et qui doit permettre au patient de mettre au repos ses articulations temporo mandibulaire la nuit. On peut porter cette plaque autant qu'on veut il n'y a pas d'inconvénient. Les patients qui ont des dents incluses devraient bénéficier de l'extraction de ces dents au moins jusqu'à l'âge de 40 ou 45 ans.

3. Restauration de l'occlusion dentaire

Elle dépend de l'étiologie du trouble : mise en place de prothèse ou d'implant, prise en charge orthognatique pour les dysmorphoses, la confier au spécialiste.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

1. Prescrire de la morphine : c'est inutile et néfaste

2. Faire des meulages sélectifs

Ce traitement très répandu a consisté à meuler les cuspides dentaires pour "améliorer" l'occlusion. On aboutit invariablement à une diminution de hauteur qui est toujours hautement préjudiciable dans un SADAM et ce traitement est donc à éviter avec soin. Il faut quelquefois meuler une cuspide qui est dérangeante mais certainement pas l'ensemble de l'occlusion, ce qui ne peut aboutir qu'à une aggravation de la situation.

3. Opérer de l'ATM

Il y a peu d'indication en pratique : le fait d'opérer ou de ne pas opérer ne change rien au pronostic qui est toujours bénin. Il n'y a aucune évolution vers une arthrite ou une arthrose gravissime chez ces patients. Il s'agit d'un problème symptomatique qui va apparaître quand le patient est dans une situation de crise que ce soit personnel ou familial ou professionnel. Il faut toujours rassurer le patient sur l'absence de gravité du symptôme et le côté récurrent dans le cas d'apparition de nouveaux troubles. Les patients comprennent cela très bien.

Il peut y avoir des indications d'intervention sur l'articulation : certaines fractures du condyle avec troubles persistants peuvent indiquer une arthroplastie mais c'est plutôt rare. L'hypercondylie est une indication opératoire mais ne se manifeste pas que par un

SADAM mais par une perte de l'occlusion dentaire. L'intervention est là impérative (décapiter le condyle et retailler son extrémité). Pour le reste c'est une affaire d'école et le fait d'opérer entraîne toujours quel que soit l'intervention un soulagement immédiat du fait de la diminution de pression dans l'articulation mais il récidive quelque semaine ou quelque mois plus tard.

Enfin, l'apparition de l'IRM, il y a 25 ans à fait diagnostiquer des **luxations chroniques du ménisque** articulaire et a entraîné des interventions de repositions : elles n'ont absolument pas fait leur preuve et un certain nombre de contrôles effectués après ces interventions ont montré la récurrence de la luxation quelque mois après l'intervention. C'est une bonne illustration de l'adage : on n'opère pas une radio...

EN RÉSUMÉ

Le SADAM est un symptôme qui apparaît fréquemment à tout âge dans la population : il est assez facile à diagnostiquer (diagnostic d'élimination) il n'a aucune évolution fâcheuse en cas d'absence de traitement, c'est souvent un symptôme qui indique un trouble de l'articulé dentaire dont il faut s'occuper pour éviter une récurrence ou la chronicité.

TECHNIQUE DE L'INFILTRATION AUTOUR DE L'ARTÈRE TEMPORALE SUPERFICIELLE

A 1 cm en avant du bord supérieur du tragus, l'aiguille étant dirigée verticalement vers le haut, elle est enfoncée sous la peau, la pointe devant rester dans le tissu cellulaire sous-cutané, à proximité de l'artère.

Vérifier si la pointe n'est pas dans un vaisseau et injecter $\frac{1}{2}$ cc de XYLOCAINE à 1 % SANS ADRENALINE de chaque côté.

Cette infiltration doit être réalisée tous les 3 jours, de façon bilatérale. Le nombre total d'infiltrations est de 6 à 10, donc pendant 3 à 5 semaines.

