

NORME DE PRATIQUE

Il est rappelé aux membres que les dentistes sont tenus en tout temps de respecter les normes de pratique de la profession, y compris celles publiées par l'Ordre. Un membre qui ne respecte pas une norme publiée par l'Ordre ou les normes de pratique généralement reconnues de la profession peut agir d'une manière qui pourrait donner lieu à des allégations de faute professionnelle.

Diagnostic et prise en charge des désordres temporo-mandibulaires

SOMMAIRE

Résumé exécutif	1
Norme de pratique	1
Exigences en matière d'éducation	2
Responsabilités professionnelles	3
• Antécédents du patient	3
• Examen clinique	4
• Investigation spéciale	5
• Diagnostic	6
• Prise en charge non chirurgicale	6
– DTM et maux de tête	9
• Intervention chirurgicale	9
Bibliographie	11

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La présente norme de pratique énonce les exigences en matière de formation et de pratique clinique liées au diagnostic et à la prise en charge des désordres temporo-mandibulaires (DTM).

Cette norme n'est pas un traité exhaustif sur les stratégies de diagnostic et de traitement de toutes les formes de douleur oro-faciales ; l'accent est mis sur le diagnostic et la prise en charge des DTM. Chaque patient est unique et nécessite donc une prise en charge individualisée.

La violation de cette norme ou de toute autre norme de RCDSO peut être considérée comme une faute professionnelle.

NORME DE PRATIQUE

Introduction

Les désordres temporo-mandibulaires (DTM) sont un terme général désignant une série d'affections impliquant une douleur ou un dysfonctionnement des articulations et d'autres structures de la mâchoire. La plupart de ces troubles sont mal compris et peuvent être difficiles à diagnostiquer et à traiter en raison des facteurs complexes qui peuvent être impliqués.

Comme toutes les douleurs chroniques, les DTM (en particulier ceux d'origine myofasciale) peuvent être associés à des composantes psychologiques, sociales et comportementales.

Les symptômes peuvent inclure l'anxiété, la dépression, la frustration, la colère, ainsi que des comportements tels que le bruxisme (grincement excessif des dents ou serrement de la mâchoire), une mauvaise posture, le manque d'exercice, de mauvaises habitudes alimentaires et de sommeil, la toxicomanie et d'autres habitudes liées à la tension.

Chacun de ces symptômes ou comportements peut compliquer le tableau clinique. De nombreux facteurs peuvent être à l'origine de la douleur et de sa réapparition.

Les patients ont un rôle essentiel à jouer. Si les dentistes et les autres professionnels de la santé bucco-dentaire peuvent recommander et fournir des plans de soins à long terme, les patients doivent être informés du rôle qu'ils jouent dans leurs propres soins.

Les DTM ne sont pas toujours évolutifs. De nombreuses données montrent que, dans de nombreux cas, une rémission clinique se produit sans traitement. La nécessité d'un traitement et la nature de celui-ci doivent être examinées avec soin. La décision de traiter et la manière de traiter doivent être basées sur des antécédents cliniques détaillés et pertinents, un examen clinique minutieux et une préférence accordée aux traitements conservateurs et réversibles.

Les symptômes des DTM peuvent imiter d'autres douleurs et vice versa. Le praticien doit avoir reçu une éducation et une formation appropriées pour évaluer les signes et les symptômes des DTM, ainsi qu'une compréhension des autres causes de la douleur oro-faciale, afin de diagnostiquer et de traiter avec succès les DTM.

Le principe directeur de tout traitement doit être « primum non nocere » ou « avant tout, ne pas nuire ». L'absence de réponse à un traitement conservateur ne signifie pas que des thérapies irréversibles ou invasives sont inévitables. Il doit y avoir des raisons claires pour qu'une approche thérapeutique invasive ou irréversible soit entamée. Les risques et les avantages du traitement par rapport aux symptômes non traités doivent être soigneusement évalués.

Le dentiste doit envisager de collaborer avec d'autres professionnels de santé, y compris le médecin du patient ou les spécialistes médicaux ou dentaires appropriés, en particulier lorsque le dentiste manque d'expérience ou

que la prise en charge de l'état du patient commence à dépasser ses compétences en la matière.

Les dentistes doivent obtenir un consentement valable avant d'entamer tout traitement, et cette discussion doit mettre l'accent sur le risque d'altération permanente de la dentition ou des relations entre les mâchoires. La réévaluation au cours du traitement est tout aussi importante pour s'assurer que le diagnostic est correct et que le traitement est approprié.

EXIGENCES EN MATIÈRE D'ÉDUCATION

La majorité des patients qui se présentent au cabinet dentaire avec des signes et des symptômes de DTM peuvent être évalués et traités de manière appropriée par n'importe quel dentiste généraliste ayant reçu une formation adéquate. Une éducation et une formation appropriées (programmes de premier cycle ou de formation continue) devraient :

- Promouvoir le concept d'un traitement basé sur le diagnostic avec des modalités de traitement conservatrices et réversibles.
- Mettre l'accent sur les fondements multifactoriels, biologiques et fonctionnels des DTM.
- Favoriser la compréhension de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie des articulations temporo-mandibulaires, de la musculature associée et des structures connexes.
- Favoriser la compréhension des aspects comportementaux et psychosociaux des DTM et des troubles douloureux chroniques connexes.
- Exposer l'étudiant ou le praticien aux différentes options en matière de prise en charge conservatrice des patients.
- Inclure une discussion sur les effets indésirables potentiels des différentes modalités de traitement.
- Inculquer aux étudiants et aux praticiens l'importance de coopérer et de collaborer, le cas échéant, avec d'autres praticiens de la santé qui ont été formés pour diagnostiquer et prodiguer un traitement rationnel des DTM. Il s'agit notamment

d'autres dentistes, de spécialistes dentaires, de physiothérapeutes, de psychologues, de médecins et de divers spécialistes médicaux.

- Permettre à l'étudiant ou au praticien de déterminer quand le traitement est justifié et décourager les thérapies inutiles, peu pratiques ou potentiellement préjudiciables au patient.
- Apprendre à l'étudiant ou au praticien à évaluer de manière critique la littérature et la recherche sur les nouveaux concepts, les méthodes de traitement et les aides au diagnostic, en lui donnant les moyens de rejeter les concepts, les modalités de traitement ou les dispositifs qui ne sont pas validés scientifiquement.
- Permettre à l'étudiant ou au praticien de comprendre les autres troubles et maladies douloureuses qui affectent le complexe cranio-facial, lui donner les connaissances et la capacité de les différencier des DTM et de traiter ou d'orienter le patient en conséquence.

Les formations continues qui promeuvent une seule méthode de traitement, un seul produit ou qui se concentrent sur des outils de diagnostic spécifiques sont généralement inadéquates. Les praticiens qui ont suivi une ou plusieurs formations de courte durée doivent reconnaître que celles-ci ne leur confèrent pas un statut de spécialiste.

Un chirurgien buccal et maxillo-facial qui a terminé avec succès son internat ou résidence dans un programme accrédité peut avoir eu l'occasion d'évaluer et d'opérer des patients souffrant de DTM. Une formation complémentaire peut s'avérer nécessaire lorsque le programme de formation n'a pas permis une exposition adéquate à toutes les modalités diagnostiques et thérapeutiques.

La formation continue sur le diagnostic et la prise en charge des DTM est largement disponible et doit faire partie des activités de formation dentaire continue du clinicien s'il veut rester compétent dans la prise en charge des patients souffrant de ce complexe de troubles. Les cours acceptables doivent être fondés sur des données probantes et se conformer aux paramètres et normes de pratique définis dans le présent document.

RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES

ANTÉCÉDENTS DU PATIENT

Comme pour tout traitement dentaire, il convient d'obtenir des antécédents médicaux et dentaires minutieux avant d'envisager tout traitement. L'examen et le traitement des DTM ne doivent être entrepris qu'après avoir exclu toute cause odontogène spécifique à l'origine de la plainte du patient. Les affections qui se chevauchent doivent être prises en compte et traitées. Pour les patients ayant des antécédents de DTM, la liste de contrôle suivante peut être utilisée pour s'assurer que les informations nécessaires ont été obtenues et enregistrées.

Antécédents médicaux

1. Antécédents médicaux
2. Diagnostics et thérapies médicales/dentaires actuels et en cours
3. Médicaments pris dans le passé et actuels

Douleur

1. Douleur localisée au visage/à la mâchoire
 - Nature de la douleur, constante ou épisodique
 - Localisation, schéma de rayonnement
 - Facteurs déclenchants ou aggravants
 - Facteurs de soulagement, conditions, traitement
 - Sévérité
2. Maux d'oreilles
 - Bilatéraux ou unilatéraux
 - Associés à d'autres symptômes
3. Maux de tête
 - Localisation
 - Constants ou épisodiques
 - Lien avec d'autres symptômes
 - Durée et fréquence
 - Facteurs déclenchants
 - Autres symptômes associés (par exemple, photophobie, phonophobie, nausées)
 - Relation avec les symptômes liés à la mâchoire ou à l'articulation temporo-mandibulaire
 - Facteurs de soulagement, conditions, traitement

4. Douleurs au niveau du cou, des épaules et du dos
- Constante ou épisodique
 - Relation avec d'autres symptômes
 - Facteurs déclenchants
 - Relation avec les symptômes liés à la mâchoire ou à l'articulation temporo-mandibulaire
 - Facteurs de soulagement, conditions, traitement
 - Sévérité

Limitation du mouvement mandibulaire

- Constante ou épisodique
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement, conditions, traitement
- Antécédents des blocages ou luxations de la mâchoire (ouverts ou fermés)

Bruits articulaires

- Nature (cliquetis, claquement, grincement)
- Côté (gauche, droite, les deux)
- Constants ou épisodiques
- Association avec la fonction mandibulaire

Sensation altérée

- Localisation
- Nature (par exemple, picotements, engourdissement, hyperesthésie)
- Constante ou épisodique
- Facteurs déclenchants
- Association avec d'autres symptômes

Acouphènes

- Bilatéraux ou unilatéraux
- Association avec d'autres symptômes

Perception d'une perte auditive

- Bilatérale ou unilatérale
- Association avec d'autres symptômes

Changements cognitifs, émotionnels ou d'humeur

- Par exemple, perte d'énergie, d'appétit, de mémoire, de concentration, sentiment ou apparence de dépression ou de tristesse.

Troubles du sommeil

- Difficultés à s'endormir, à rester endormi, cauchemars
- Qualité du sommeil

Durée de chacun des symptômes

Relation entre l'apparition et des événements spécifiques

- Par exemple, traumatisme, autres blessures, stress, traitement, anesthésie générale.

Habitudes parafonctionnelles

- Bruxisme nocturne (bruxisme du sommeil)
- Serrer les dents, se ronger les ongles, mâcher du chewing-gum (diurne, nocturne, fréquence)
- Début

Traitement antérieur des symptômes du patient et son efficacité

EXAMEN CLINIQUE

Afin d'exclure d'autres causes pour les symptômes du patient et de déterminer le type de DTM et l'étendue de tout handicap associé, les dentistes doivent procéder à un examen clinique approfondi et documenter toutes les constatations. Cet examen est essentiel pour établir un diagnostic correct et élaborer un plan de traitement pour le patient concerné. L'examen physique du dentiste ne doit pas s'étendre au-delà de la région de la tête, du cou et des épaules.

Considérez cette liste de contrôle :

Généralités extra-orales

- Observation de l'apparence générale du patient, de son comportement, de sa démarche
- Gonflement du visage ou asymétrie importante
- Ganglions lymphatiques palpables

Appareil temporo-mandibulaire

- Palpation des :
 - articulations temporo-mandibulaires, tant au niveau facial que par l'intermédiaire du conduit auditif externe.
 - muscles masticateurs et de la musculature faciale au niveau extra-oral et intra-oral
- Limitation des mouvements mandibulaires
 - Ouverture inter-incisive (mesurée, assistée et non assistée)
 - Trajectoire du mouvement mandibulaire lors de l'ouverture ou de la fermeture (déviation ou déflexion)

- Mouvements condyliens
- Mouvement latéral de la mandibule, symétrique
- Mouvement protrusif de la mandibule, symétrique
- Présence ou absence de douleur lors de l'ouverture, du mouvement protrusif ou latéral de la mandibule
- Bruit au niveau du joint
 - Audible ou palpable
 - Nature (cliquetis, claquement, grincement)
 - Bilatéral ou unilatéral
 - À l'ouverture, à la fermeture ou aux deux
 - Précoces ou tardifs

Intra-Oral

- Dentition
 - Dents manquantes
 - État de la dentition
 - Prothèses dentaires (complètes ou partielles, adéquates ou inadéquates)
 - Présence ou absence de maladie dentaire ou parodontale
 - Usure des facettes
 - Sensibilité à la percussion
 - Sensibilité thermique, le cas échéant
- Occlusion
 - Noter l'état de l'occlusion du patient et tout changement tel qu'une occlusion ouverte
 - Déterminer si les relations occlusales sont fonctionnelles

Autre

- Points déclencheurs de douleur
- Altération de la sensibilité (par exemple, piquûre d'épingle, toucher léger)
- Lésions ou troubles de la muqueuse buccale

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Des examens complémentaires seront prescrits en fonction des résultats de l'anamnèse et de l'examen clinique. Dans la plupart des cas, les examens complémentaires requis seront minimes, voire inexistants, avant d'entamer le traitement. En revanche, des examens complémentaires peuvent être indiqués si le patient ne répond pas au traitement conservateur initial.

Examen radiographique

Un examen radiographique peut être indiqué si l'évaluation clinique ou les antécédents médicaux ou dentaires suggèrent :

1. Une anomalie des composants osseux des mâchoires ou des articulations

Les examens peuvent comprendre une radiographie panoramique (pour exclure une maladie osseuse ou dentaire importante au niveau de la mandibule ou du maxillaire, ou toute altération sévère du condyle) ou des examens plus approfondis à l'aide de la tomodensitométrie à faisceau conique, la tomographie informatisée ou la scintigraphie osseuse nucléaire.

2. Un déplacement discal des articulations

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est la modalité optimale pour évaluer les anomalies positionnelles, fonctionnelles et morphologiques du disque articulaire. Bien qu'elle ne soit pas invasive, elle peut nécessiter l'orientation vers un médecin traitant. Les examens IRM ne doivent être envisagés que lorsque les résultats sont susceptibles d'influencer le déroulement du traitement. Étant donné que des déplacements discaux ont été documentés chez des individus asymptomatiques, l'imagerie du disque n'est justifiée que lorsque le déplacement est susceptible d'avoir une importance clinique ou lorsque le patient n'a pas répondu au traitement conservateur.

3. Un trouble extra-articulaire

Des radiographies de la dentition ou d'autres structures anatomiquement liées aux articulations temporo-mandibulaires, telles que les glandes salivaires, les sinus, le crâne ou le cou, peuvent être indiquées pour exclure d'autres maladies dentaires ou cranio-faciales. D'autres techniques d'imagerie peuvent être indiquées en fonction du diagnostic clinique (par exemple, l'imagerie par ultrasons pour les lésions des tissus mous).

Les dentistes doivent consulter un radiologiste ou un spécialiste de qualification similaire lorsqu'un examen radiographique qui n'est pas normalement effectué dans un cabinet dentaire est indiqué. Ces spécialistes peuvent recommander des procédures qui offrent une sécurité et une économie optimales et qui permettent d'obtenir les informations les plus utiles.

Examens de laboratoire

Les examens de laboratoire ne sont nécessaires que si les examens précédents (antécédents/examen physique) ont suggéré un trouble infectieux, métabolique ou auto-immunitaire.

Autres consultations

Dans certains cas, une consultation avec d'autres professionnels de la santé (médecin de famille, neurologue, oto-rhino-laryngologiste, physiatre, rhumatologue, psychologue ou psychiatre) peut être indiquée.

La valeur clinique d'un certain nombre d'aides au diagnostic actuellement utilisées n'a pas été démontrée dans le cadre d'études bien contrôlées et scientifiquement fondées; il s'agit notamment des dispositifs de suivi de la mâchoire, de l'enregistrement EMG et de l'échographie (Doppler). Ces aides peuvent avoir une certaine utilité à des fins de recherche, mais ne facilitent pas nécessairement le diagnostic ou le traitement des patients.

Le concept d'« occlusion neuromusculaire » est basé sur la valeur diagnostique de l'électromyographie pour les DTM. Le traitement repose sur l'utilisation de la stimulation électrique des muscles masticateurs pour établir un positionnement occlusal approprié. Des études contrôlées suggèrent que l'utilisation de l'électromyographie donne lieu à des résultats très divers et incohérents. Les résultats minimisent l'utilité de l'électromyographie en tant que test diagnostique pour les DTM. Plus précisément, les différences entre les patients souffrant de DTM et les témoins sains n'étaient pas cohérentes. Il n'existe pas suffisamment de preuves pour étayer l'efficacité clinique du traitement des DTM par stimulation électrique des muscles masticateurs – l'effet placebo ne peut être exclu.

Les dentistes doivent faire preuve d'un jugement clinique raisonnable et évaluer soigneusement les risques et les avantages de tout traitement par rapport aux signes et symptômes non traités.

DIAGNOSTIC

Le traitement doit toujours être basé sur le diagnostic. Le traitement doit viser les facteurs qui semblent être à l'origine des symptômes ou du dysfonctionnement. La simple présence d'un désordre ne justifie pas toujours un traitement, car beaucoup sont spontanément résolutifs ou asymptomatiques. Bien qu'il n'existe pas de classification uniformément acceptée pour les DTM, les diagnostics peuvent être les suivants :

- **Désordres des muscles masticateurs** - myospasme, douleur myofasciale, douleur en tant que composante de troubles systémiques tels que la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique.
- **Déplacement du disque** - avec ou sans réduction, ouverture limitée intermittente/continue
- **Hypermobilité articulaire** - subluxation, luxation
- **Arthrites** - arthrose, polyarthrite rhumatoïde, arthrite psoriasique, arthrite septique, goutte, pseudogoutte, lupus érythémateux, inflammation capsulaire
- **Anomalies congénitales/du développement** - hyperplasie condylienne, hypoplasie/aplasie condylienne, hyperplasie coronoïde

Le diagnostic différentiel doit également inclure les éléments suivants :

- **Lésions traumatiques directes**, telles que :
 - Fractures du condyle, du col condylien, du processus coronoïde ou de l'os temporal
 - Luxation articulaire, subluxation ou lésions ligamentaires/capsulaires
- **Troubles de stress post-traumatique et syndromes douloureux complexes à médiation centrale**, par exemple :
 - Fibromyalgie
 - Syndrome douloureux régional complexe
 - Douleur neuropathique centrale
- **Néoplasmes** (des composants des articulations temporo-mandibulaires ou des structures connexes ou métastatiques)

- **Douleurs et dysfonctionnements idiopathiques**

D'autres causes de douleurs faciales ne provenant pas de l'appareil temporo-mandibulaire peuvent être considérées, notamment, mais pas exclusivement, les névralgies (par exemple, névralgie du trijumeau, douleur faciale atypique), les maladies démyélinisantes, les tumeurs du SNC, les céphalées vasculaires, les céphalées de type contraction musculaire (de type tensionnel), les maladies dentoalvéolaires, les maladies des sinus, les maladies de l'oreille, les maladies des glandes salivaires, et les troubles psychogènes.

Le diagnostic final peut être une combinaison de plusieurs des éléments mentionnés ci-dessus.

PRISE EN CHARGE NON CHIRURGICALE

Dans la plupart des cas, la prise en charge initiale visera à soulager les symptômes. Il n'existe aucune preuve de l'efficacité du traitement des bruits articulaires asymptomatiques.

Le concept d'altération irréversible systématique et irréversible des articulations temporo-mandibulaires, des mâchoires, de l'occlusion ou de la dentition du patient n'a pas été démontré par des études scientifiques solides.

L'échec de la prise en charge des symptômes d'un patient par une méthode conservatrice n'implique pas nécessairement ni ne garantit le succès d'une autre technique plus invasive. La plupart des DTM sont pris en charge plutôt que traités de manière définitive. Les modalités disponibles comprennent :

- Le réconfort et l'éducation du patient
- La prise en compte des modifications appropriées du mode de vie du patient pour faciliter la gestion des symptômes, telles que :
 - S'engager à faire de l'exercice quotidiennement
 - Adopter une alimentation et des habitudes de sommeil plus saines
 - Modérer la consommation de médicaments et d'autres substances chimiques
 - Développer des attentes réalistes et l'autonomie
 - Tirer parti du soutien social de la famille, des amis et des collègues
- Médicaments :
 - Analgésiques

- Myorelaxants
- Anti-inflammatoires (AINS)
- Amines tricycliques (antidépresseurs) (ATC)
- Anticonvulsivants (gabapentine)
- Pommades topiques composées

Certains médicaments peuvent être contre-indiqués dans certains cas (par exemple, les AINS chez les patients souffrant de troubles gastro-intestinaux, d'asthme sensible aux AINS et les ATC chez les patients souffrant de troubles de la conduction cardiaque). Le praticien doit connaître les interactions médicamenteuses potentielles et les effets secondaires (à long terme et à court terme) de tout médicament prescrit et être prêt à adresser les effets indésirables. Le dentiste doit envisager de collaborer avec d'autres professionnels de la santé, en particulier lorsque la pharmacothérapie appropriée implique l'utilisation de médicaments avec lesquels le dentiste manque d'expérience ou que les complications commencent à dépasser ses compétences pour les gérer de manière indépendante. Pour plus d'informations, voir les lignes directrices sur le rôle des opioïdes dans la prise en charge de la douleur aiguë et chronique en pratique dentaire.

- Thérapie par un dentiste ou un autre professionnel de la santé agréé expérimenté dans la gestion des DTM, y compris :
 - Exercices pour la mâchoire (par exemple, relaxation, rotation, étirement, isométrie et posture)
 - Application de chaleur ou de froid superficiel
 - Massage
 - Mobilisation manuelle
 - Thérapie par ultrason*
 - Laser à faible intensité*
 - TENS (stimulation nerveuse électrique transcutanée)
 - Acupuncture
- * Il existe certaines preuves qu'elle peut réduire les symptômes du patient en facilitant la mobilisation et en réduisant la douleur, ce qui permet de poursuivre les exercices de la mâchoire.
- Traitement psychologique, psychothérapeutique ou psychiatrique par des praticiens dûment qualifiés, y compris la thérapie de modification du comportement, la thérapie cognitivo-comportementale et la pleine conscience.

- Appareils occlusaux de type stabilisation (appareils intra-oraux conçus pour assurer un contact occlusal uniforme et équilibré sans modifier de manière forcée la position de repos de la mandibule, ni altérer de façon permanente l'occlusion dentaire).

Le repositionnement antérieur à long terme, constant ou permanent de la mandibule, comme dans le cas de l'orthodontie ou de la prothèse fixe/amovible, n'est pas validé par des recherches scientifiques bien contrôlées et bien conçues. En outre, les appareils à couverture occlusale partielle avec des contacts interarcades limités doivent être utilisés avec prudence afin d'éviter le risque de modifications occlusales permanentes ou d'aspiration.

Les appareils buccaux peuvent être utilisés pour maintenir la langue ou la mâchoire dans une position permettant de soulager ou d'améliorer le ronflement et les troubles respiratoires du sommeil. Cependant, dans certains cas, ces appareils peuvent provoquer ou aggraver des douleurs dans l'articulation temporo-mandibulaire, des bruits articulaires, des douleurs dans les muscles de la mastication et des modifications permanentes de l'occlusion.

L'utilisation d'appareils buccaux dans la prise en charge du ronflement et des troubles respiratoires chroniques nécessite une approche d'équipe, impliquant des dentistes et des médecins formés et compétents dans ce domaine. Le rôle principal du dentiste est de dépister les troubles du sommeil, mais pas de les diagnostiquer, et de proposer un traitement dans les cas appropriés. Le patient doit être orienté vers un médecin du sommeil ou un médecin de famille qui examinera ses antécédents médicaux et évaluera la présence d'une apnée obstructive du sommeil.

Le dentiste doit procéder à une évaluation clinique du patient, y compris de son état de santé général et bucco-dentaire, et du pronostic des tissus mous et durs qui seront affectés par l'utilisation d'un appareil buccal. Le patient doit être pleinement informé des risques potentiels et probables liés à l'utilisation d'un appareil buccal. Les chirurgiens-dentistes doivent évaluer et gérer les effets secondaires du traitement par appareil buccal au fur et à mesure qu'ils apparaissent.

- Injections dans les points gâchettes/sensibles, lorsque cela est indiqué, pour les muscles masticateurs.
 - Anesthésiques locaux (sans vasoconstricteur dans les muscles)
 - Note : Ces produits peuvent également être envisagés dans le cadre de l'examen lorsqu'ils sont utilisés de manière sélective pour aider à isoler une source possible de douleur et peuvent donc être administrés dans d'autres sites anatomiques (par exemple, en tant que bloc nerveux).
 - Corticostéroïdes
 - Toxine botulique - il existe des preuves de son utilité pour les myalgies, en particulier celles liées aux spasmes musculaires ou à l'hyperactivité musculaire, lorsque les méthodes traditionnelles échouent.

Les dentistes de l'Ontario qui souhaitent utiliser la toxine botulique peuvent le faire, mais uniquement pour des procédures qui entrent dans le cadre de la pratique de la dentisterie. Les dentistes de l'Ontario doivent être dûment formés et compétents pour injecter la toxine botulique par voie intra-orale à des fins thérapeutiques ou esthétiques, ou par voie extra-orale à des fins thérapeutiques.

Les dentistes de l'Ontario qui souhaitent utiliser la toxine botulique doivent suivre avec succès un cours qui comprend les caractéristiques pharmacologiques et physiologiques de cette neurotoxine, ainsi que les réactions indésirables possibles et leur gestion. En outre, les dentistes de l'Ontario qui souhaitent utiliser la toxine botulique par voie extra-orale à des fins thérapeutiques, telles que la prise en charge de certains DTM et d'autres affections bucco-faciales, doivent suivre une formation plus approfondie.

Les dentistes de l'Ontario ne sont PAS autorisés à injecter de la toxine botulique par voie extra-orale à des fins esthétiques. Cela ne fait pas partie du champ d'exercice de la dentisterie.

Si un traitement tel que celui décrit ci-dessus parvient à réduire les symptômes du patient, le rétablissement de la fonction d'une occlusion non fonctionnelle (instable) peut être justifiée. Il n'existe pas de recherches adéquates démontrant la valeur d'un ajustement ou d'une modification de l'occlusion, sauf lorsque l'occlusion du patient n'est pas fonctionnelle (par exemple, il ne peut pas mâcher de manière adéquate).

Un traitement dentaire peut être indiqué pour corriger un traitement restaurateur ou prothétique antérieur ayant entraîné une malocclusion iatrogène.

Les modalités de traitement pour lesquelles il n'existe pas de base scientifique ou empirique généralement acceptée ne doivent pas être utilisées.

DTM et maux de tête

Les céphalées sont depuis longtemps considérées comme un symptôme des DTM. Dans la plupart des cas, les céphalées sont secondaires à la douleur musculaire faciale. Plus récemment, il a été reconnu que certains types de céphalées et de DTM étaient des affections comorbides. Il a été démontré que les céphalées de tension (céphalées de type contraction musculaire) et les DTM sont potentiellement des troubles musculaires douloureux comorbides. En outre, la comorbidité possible des migraines et des désordres temporo-mandibulaires a également été élucidée en tant que résultat de la sensibilisation centrale.

Les manifestations comorbides doivent être considérées différemment des céphalées en tant que conséquence secondaire d'un désordre temporo-mandibulaire. En cas de comorbidité, les deux diagnostics doivent être établis avec certitude par les praticiens de santé appropriés à l'aide de critères de diagnostic standardisés, puis les deux affections doivent être traitées à l'aide de modalités qui sont fondées sur des données probantes. En général, le diagnostic et le traitement des DTM sont mieux gérés par un dentiste ou un spécialiste dentaire, et les céphalées primaires par un médecin ou un spécialiste médical qui peut utiliser divers outils pour confirmer la nature des céphalées. **Il est impératif d'exclure un trouble ou une lésion neurologique centrale lorsque la céphalée est primaire.**

L'approche du traitement doit d'abord impliquer l'identification de tout facteur causal, prédisposant ou perpétuant, et leur élimination ou leur réduction. Le traitement des DTM doit suivre les mêmes principes, indépendamment de l'existence d'une céphalée comorbide. De même, la prise en charge des céphalées doit reposer sur des principes reconnus, notamment l'éducation du patient, la pharmacothérapie et les approches comportementales.

Une approche collaborative/coopérative entre le dentiste et le médecin est préférable; cependant, il faut reconnaître que le diagnostic et le traitement des

céphalées n'entrent pas dans le champ de pratique de la dentisterie. Bien qu'une céphalée comorbide puisse disparaître avec le traitement des DTM, elle ne fait pas partie du plan thérapeutique du dentiste. Parfois, la relation de « cause à effet » entre les céphalées de tension et les désordres temporo-mandibulaire n'est pas claire. La comorbidité des DTM et de la migraine a été démontrée dans certains cas ; toutefois, dans de tels cas, le dentiste doit collaborer avec le médecin du patient.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Dans certains cas, une intervention chirurgicale peut être indiquée. Dans tous les cas, les interventions chirurgicales décrites ci-dessous ne doivent être pratiquées que par des dentistes ayant suivi un programme d'études supérieures en chirurgie buccale et maxillo-faciale reconnu pour l'obtention d'une certification dans la province de l'Ontario.

Avant d'envisager une intervention chirurgicale, un diagnostic doit être posé sur la base d'un examen approfondi des antécédents médicaux, d'un examen physique et des résultats de tout test diagnostique complémentaire nécessaire. Dans la majorité des cas, des modalités de traitement conservateur appropriées doivent avoir été prescrites ou essayées pendant une période de temps suffisante. Toutefois, dans certains cas, tels que les lésions traumatiques et les fractures, l'intervention chirurgicale peut être considérée comme le traitement principal.

Lorsqu'un traitement conservateur n'a pas permis de modifier les DTM du patient, cela ne signifie pas nécessairement que l'intervention chirurgicale aura un effet thérapeutique positif. L'intervention chirurgicale s'inscrit généralement dans le cadre d'un processus de gestion plutôt que de guérison, à quelques exceptions, notamment le blocage fermé de la mandibule.

Lorsqu'il n'y a pas de relation de cause à effet évidente entre les plaintes du patient et l'anomalie anatomique, clinique ou pathologique des DTM, la chirurgie ne peut, avec une certitude raisonnable, être considérée comme utile et pourrait même être préjudiciable. De même, si le patient présente une douleur chronique, il convient d'évaluer et de gérer les effets psychosociaux du trouble douloureux chronique et de comprendre l'efficacité des stratégies de gestion de la douleur chronique avant d'envisager une intervention chirurgicale. Cela peut nécessiter l'aide d'autres professionnels de la santé, tels que le médecin de famille du patient.

La douleur ou d'autres dysfonctionnements de l'articulation temporo-mandibulaire et des régions environnantes peuvent résulter de troubles sans rapport avec les DTM. Le chirurgien doit s'assurer que l'on a pris soin d'exclure d'autres causes ou facteurs. Par conséquent, d'autres prestataires de soins de santé peuvent être consultés lorsque les signes et symptômes ou le diagnostic le justifient. Il peut s'agir du médecin du patient, d'un neurologue, d'un oto-rhino-laryngologiste, d'un rhumatologue, d'un physiatre ou d'un psychiatre.

Les procédures chirurgicales suivantes sont généralement acceptées par les chirurgiens expérimentés spécialisés dans les articulations temporo-mandibulaires et par la Société américaine des chirurgiens spécialisés dans les articulations temporo-mandibulaires pour les patients présentant des troubles pouvant être traités chirurgicalement, tels que le déplacement d'un disque ou l'arthrose de l'articulation temporomandibulaire. Un chirurgien expérimenté, spécialisé en chirurgie des DTM, améliore encore plus la validité et les résultats de ces interventions.

1. Injections intra-articulaires
2. Arthrocentèse
3. Procédures arthroscopiques
4. Arthrotomie/Arthroplastie
5. Chirurgie discale
6. Coronoïdectomie/Coronoïdectomie
7. Condylotomie
8. Réduction d'une luxation récurrente ou chronique
9. Le remplacement d'une articulation peut être indiqué chez certains patients présentant une destruction de l'articulation ou une ankylose - il peut s'agir de prothèses ou de greffes autogènes.

Lorsqu'une intervention chirurgicale est proposée, les risques appropriés, les séquelles et les complications possibles doivent être expliqués au patient dans le cadre de l'obtention d'un consentement valable. Cette explication inclue aussi les résultats possibles de l'absence de traitement chirurgical. Les risques et les avantages doivent être expliqués.

Le patient doit être informé que les signes et les symptômes d'un DTM peuvent être le résultat d'une combinaison de plusieurs problèmes. En conséquence, la prise en charge chirurgicale peut permettre de contrôler certains signes et symptômes, mais pas tous.

Enfin, le patient doit être informé que la prise en charge postopératoire est une partie intégrante et importante de la stratégie de traitement globale. Il peut s'agir d'une physiothérapie, d'un soutien médical, psychologique, dentaire et pharmacologique.

La prise en charge post-opératoire peut se poursuivre pendant plusieurs années. Lorsque le patient souffre d'un trouble douloureux chronique préexistant, des dispositions doivent être prises avant l'intervention chirurgicale pour assurer la prise en charge de la douleur. Le chirurgien aidera à gérer la douleur pendant la période postopératoire initiale, mais la gestion de la douleur à long terme est mieux gérée par le médecin du patient ou d'autres prestataires de soins de santé.

Les soins postopératoires à long terme et le suivi sont impératifs pour garantir un résultat chirurgical optimal. Au départ, il peut s'agir de soins de la plaie, d'application de chaleur ou de froid, de contrôle du régime alimentaire, de médicaments et de physiothérapie administrée par un professionnel ou par le patient lui-même, axée sur la mobilisation et d'autres résultats fonctionnels souhaités. Par la suite, ces soins peuvent inclure des évaluations fonctionnelles subjectives et objectives périodiques, selon les besoins.

Il n'existe aucune preuve scientifiquement validée en faveur de la chirurgie pour traiter un « simple » claquement, par ailleurs asymptomatique, en tant que seul symptôme présenté sans blocage ni douleur associés. De même, il existe peu de preuves à l'appui de la suggestion selon laquelle la correction chirurgicale ou orthodontique d'une malocclusion modifiera de manière prévisible l'évolution d'un trouble intra-articulaire. Les patients souffrant d'un DTM important, d'une malocclusion sévère concomitante (en particulier une déformation de l'occlusion ouverte ou une malocclusion sévère de classe II avec une supraclusion profonde), et chez lesquels la malocclusion peut être un facteur prédisposant exacerbant leur trouble, pourraient bénéficier d'une correction chirurgicale (chirurgie orthognatique) ou orthodontique de la malocclusion dans le cadre d'une stratégie de prise en charge globale. **La correction d'une malocclusion doit être envisagée en fonction de ses mérites propres et ne doit pas être considérée comme le traitement principal dans le cadre de la prise en charge d'un DTM.**

BIBLIOGRAPHIE

1. Ehsani, S., Alsulaimani, M., and Thie, N. Why do dentists need to know about myofascial pain? Point of Care. J Can Dent Assoc. 2009;75:109-112.
2. Ouanounou A, Goldberg MB, Haas DA. Pharmacotherapy in temporomandibular disorders: A Review. J Can Dent Assoc 2017;83:h7
3. Friction, J.R. Temporomandibular muscle and joint disorders. Pain: Clinical Updates XII, No. 2, International Association for the Study of Pain 2004.
4. Parameters of Care: AAOMS Clinical Practice Guidelines for Oral and Maxillofacial Surgery (AAOMS ParCare) Sixth Edition 2017. J Oral Maxillofac Surg. 75:e195-e223, 2017, Suppl. 1.
5. Klasser, G.D. and Greene, C.S. Oral appliances in the management of temporomandibular disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009;107:212-223.
6. Schiffman E., et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. J Oral Facial Pain and Headache. 2014;28:6-27.
7. Friction J., Myofascial Pain: Mechanisms to Management. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am. 2016;28:289-311.
8. de Leeuw R., Klasser G.D., (Ed.) Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management, 5th Edition. American Academy of Orofacial Pain, 2013, Quintessence Publishing.
9. Wright E.F., North S.L., Management and Treatment of Temporomandibular Disorders: A Clinical Perspective. J Man Manip Ther. 2009;17(4):247-254.
10. Sessle BJ., et al (Ed). Orofacial Pain: From Basic Science to Clinical Management. Second Edition. 2009; Quintessence Publishing
11. Travell, J., Simons, D.G. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. Baltimore, Williams & Wilkins, 1998.
12. Tauben D., Chronic Pain Management: Measurement-Based Step Care Solutions. Pain: Clinical Updates, 2012;20: Vol. 8
13. Shankland WE. Nociceptive trigeminal inhibition-tension suppression system: a method of preventing migraine and tension headaches. Compend. Contin. Educ. Dent. 2002;23(2):105-108, 110, 112-113.
14. Graff-Radford SB, Abbott JJ. Temporomandibular Disorders and Headache. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 2016;28:335-349.
15. Ramar K, Dort L, Katz SG, Lettieri CJ, Harrod CG, Thomas SM, Chervin RD. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Snoring with Oral Appliance Therapy: An Update for 2015. J Clin Sleep Med 2015;11(7):773-827.
16. Chen H, Lowe AA, de Almeida FR, Fleetham JA, Wang B. Three-dimensional computer-assisted study model analysis of long-term oral-appliance wear. Part 2. Side effects of oral appliances in obstructive sleep apnea patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2008;134:408-417.
17. Otsuka R, de Almeida FR, Lowe AA. The effects of oral appliance therapy on occlusal function in patients with obstructive sleep apnea: A short-term prospective study. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2007;131:176-183.
18. Stapelmann H., Turp JC., The NTI-tss device for the therapy of bruxism, temporomandibular disorders, and headache – Where do we stand? A qualitative systematic review of the literature. BMC Oral Health 2008;8:22 doi:10.1186/1472-6831-8-22.
19. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Rapid Response Report: Summary with Critical Appraisal. Neuromuscular Occlusion for Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Joint Disorders: A Review of the Clinical Evidence. January 11, 2013.
20. Gauthier L, Almeida F, Arcache P, et al. Position paper by Canadian dental sleep medicine professionals regarding the role of different health care professionals in managing obstructive sleep apnea and snoring with oral appliances. Can Respir J 2012;19(5):307-309.
21. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Rapid Response Report: Systematic Review. Interventions for Temporomandibular Joint Disorder: An Overview of Systematic Reviews. September 28, 2018.