



Dissociation condylo-dscale non réductible
chronique: **proposition de réhabilitation**



Dr Dominique JOURNÉE
Docteur en Sciences
Odontologiques



Dr Alexis JENNY
Chirurgien-dentiste
libéral



Dr Roger JOERGER
MCU-PH

Sommaire

Préambule	4
Anamnèse et examens	5
Examen clinique, le 24 juin 1997	5
Examens complémentaires	5
Méthodologie et choix du plan de traitement	7
Moyens et résultats	7
Suivi	11
Examen à J+8ans	11
Examen à J+21ans	12
Résumé de la chronologie	14
Discussion	15
Conclusion	15
Auteurs	16
Bibliographie	16
Points essentiels	17
Test d'évaluation	17

Dissociation condylo-discale non réductible chronique : proposition de réhabilitation

LES lésions arthrosiques des ATM peuvent apparaître spontanément ou être le résultat d'une longue évolution d'un dysfonctionnement articulaire non traité. Ces dysfonctions articulaires peuvent parfois être d'origine occlusale chez des patients présentant certaines prédispositions. Pour les patients, elles sont invalidantes et douloureuses et les traitements se limitent souvent à tenter de réduire la douleur, que ce soit en intensité, en fréquence ou en durée.

Nous verrons qu'il est possible de rétablir, voire stimuler, une certaine mobilité articulaire indolore, en réduisant les pressions intra-articulaires « excessives et contraignantes » en s'appuyant sur les travaux de Jean François LAURET et Marcel LE GALL concernant l'étude cinématique de la mastication (1994).

À travers un cas clinique documenté et suivi pendant plus de 20 ans, vous suivrez l'évolution de la pathologie d'une patiente atteinte d'une **dyskinésie dento-articulaire dégénérative**.

Préambule

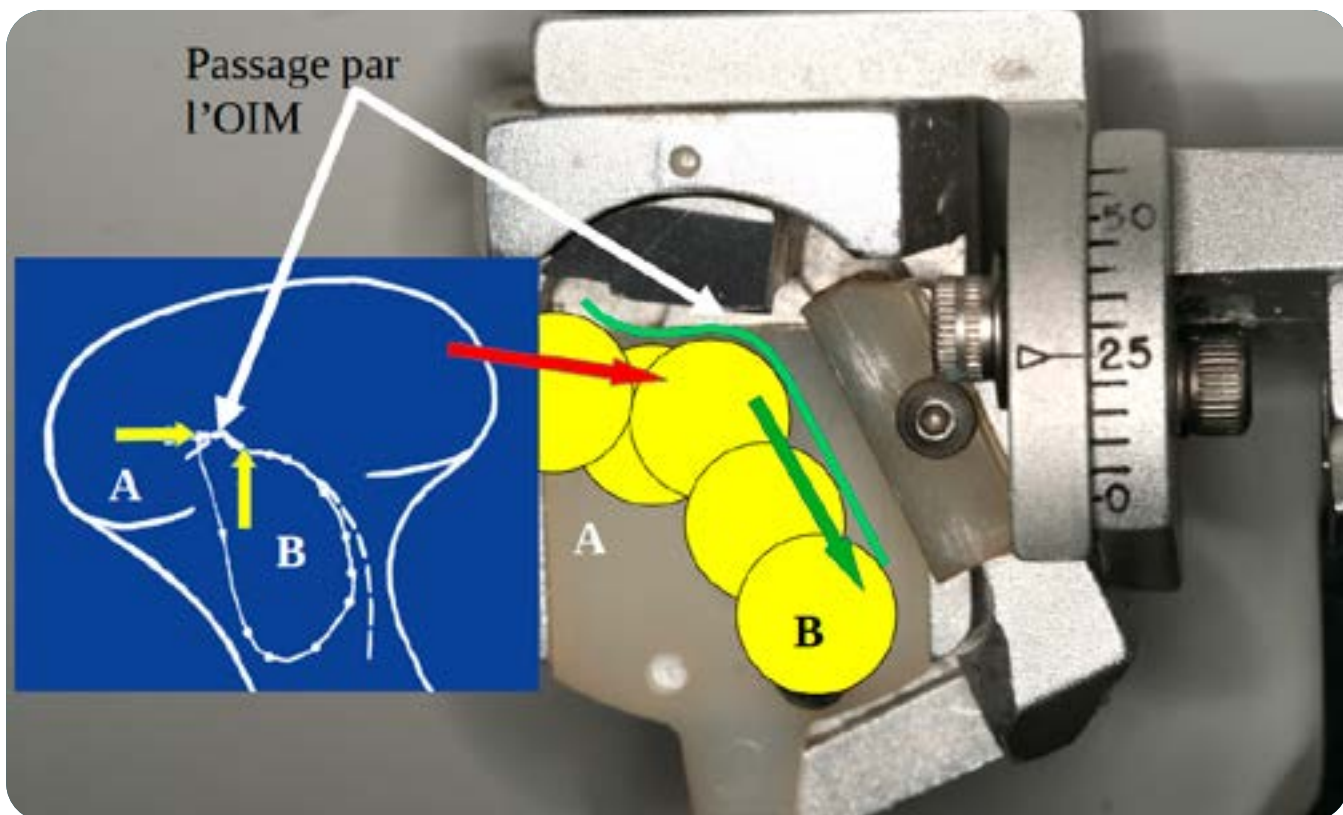


Figure 1 : Schéma du fonctionnement des guidages masticatoires et recrutement des condyles
Illustration de M. LEGALL/D. JOURNEE

Au tournant des années 90, la grande majorité des traitements proposés s'articulent autour des principes gnathologiques avec la relation centrée pour référence à la reconstruction prothétique et son cortège de difficultés lorsque des troubles dysfonctionnels majeurs de l'ATM sont installés.

Une fois une situation de relation centrée dite « thérapeutique » établie, le principe est d'éliminer prématurités et interférences occlusales travaillantes et non travaillantes autour de la position de relation centrée sans tenir compte de la fonction masticatoire proprement dite. (R. SLAVICEK, 1982, M. CLAUZADE et M. CARDONNET 1987) ¹⁻²

En 1994, les travaux de Jean François LAURET et Marcel Le GALL apportent une explication novatrice de la corrélation entre les mouvements masticatoires et l'anatomie des surfaces occlusales ³⁻⁴.

Ils s'inspirent des travaux de H.C. LUNDEEN et C.H. GIBBS, 1978 et de l'analyse des déplacements cinématiques des condyles des ATM au cours de la mastication avec l'aide du GNATIC REPLICATOR, 1983. ⁵

Le lien entre le cycle masticatoire dans sa composante dentaire et les déplacements condyliens est désormais expliqué ⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹.

C'est ainsi qu'en créant des **entrées (A)** et **sorties (B)** de cycles masticatoires fonctionnels selon les principes de l'occlusion fonctionnelle, il devenait possible d'agir sur la situation articulaire au cours de la mastication et la déglutition. **[Figure 1]**

Le passage par l'Occlusion d'Interscupidie Maximum (OIM) devenait ainsi le centre de nos reconstructions.

Anamnèse et examens

La patiente, âgée de 40 ans, est venue consulter pour des **douleurs permanentes du côté de l'ATM droite** amplifiées lors de la mastication et des bâillements. Comme historique notable, on note un accident de la circulation à 15 ans. Le port d'une gouttière et les infiltrations sont restés sans effets.

Examen clinique, le 24 juin 1997

Au 24 juin 1997, on notait :

- une palpation douloureuse de l'ensemble des muscles manducateurs, signe de contractures importantes ;
- nombreuses reconstitutions anciennes, peu fonctionnelles au niveau molaire.
- une ouverture buccale limitée à 28mm, déviant vers la droite ;
- des déplacements en latéralité sont limités à 7mm vers la gauche et 10mm vers la droite ;
- un claquement à l'ouverture suivi d'un second à la fermeture à gauche sans conséquence pour le confort de la patiente ;
- la mastication s'opère à droite, aucunement à gauche.

Le diagnostic d'une **dissociation condylo-discale non réductible droite** associée à une **dissociation condylo-discale réductible gauche** est posé.

Le pronostic est d'emblée réservé pour le côté droit.

Examens complémentaires

Les examens complémentaires comme l'axiographie et les IRMs sont nécessaires pour écarter tout diagnostic différentiel : comme des masses tumorales ou des désordres osseux qui pourraient expliquer un manque de mobilité.

L'axiographie permet d'évaluer quantitativement et qualitativement l'amplitude et la cinématique des condyles. En occlusion fonctionnelle, elle nous permet aussi d'évaluer l'efficacité d'un traitement sur la mobilité condylienne.

Côté droit, le tracé axiographique dans le mouvement d'ouverture / latéralité est rétrograde en ouverture et verticale en latéralité contralatérale. Le déplacement du condyle est peut-être entravé par le bord postérieur du disque.

La mobilité du condyle est réduite, le déplacement discal semble sévère. L'orientation rétrograde des tracés provient de la difficulté à déterminer l'axe charnière **Figure 2**. Un axe charnière difficile à déterminer est lui aussi un signe d'une souffrance articulaire, le condyle ne pouvait faire sa rotation pure au sein du disque articulaire censé le coiffer.

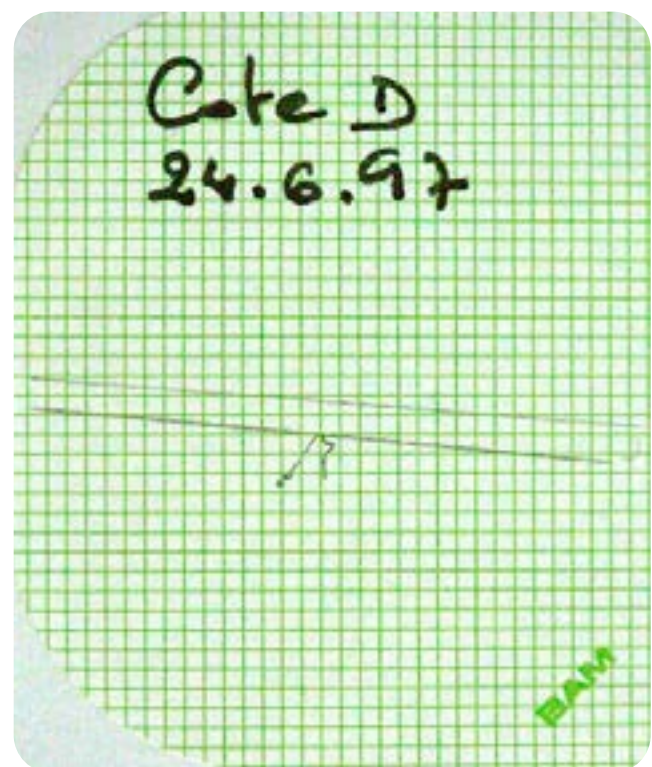


Figure 2 : Axiographie initiale de l'ATM droite au 24 juin 1997. Le trajet court indique un manque de mobilité évident. De plus, le mouvement du condyle est rétrograde.

L'IRM, dans le sens sagittal, permet de visualiser le déplacement très limité et vertical du disque articulaire en situation bouche ouverte/bouche fermée (Bo/Bf) et met en évidence des remaniements liquidiens très importants (en hypersignal), signes d'inflammation au niveau des compartiments antérieurs de l'articulation. [Figures 3 et 4]

Dans le sens frontal, les remaniements osseux sont importants et décrits par le radiologue comme ostéonécrose ou arthrose. [Figure 5]



Figure 3 : IRM en coupe sagittale T2 de l'ATM Droite bouche fermée



Figure 4 : IRM en coupe sagittale T2 de l'ATM Droite bouche ouverte



Figure 5 : IRM en coupe frontale T2 de l'ATM Droite montrant les remaniements osseux déjà bien installés

Côté gauche, le tracé axiographique en ouverture/fermeture (O/F) est ample, signe d'une bonne mobilité. Les ressauts sont visibles, le premier est tardif et correspond au recaptage du disque sur le chemin de l'ouverture, le second à la décoaptation au retour vers la position articulaire en OIM lors de la fermeture [Figure 6]. L'IRM, dans le sens sagittal, le déplacement du disque est bien présent avec des remaniements liquidiens comparables à ceux observés côté droit, sans remaniements osseux importants [Figure 7].

Un diagnostic plus précis est posé : celui d'une **dyskinésie dento-articulaire dégénérative importante** de l'ATM droite (classée SQ 10 selon la classification de l'INFORM 2020 (DC/TDM) 7 et d'une **dissociation condylo-discale réductible de l'ATM gauche**¹⁰.

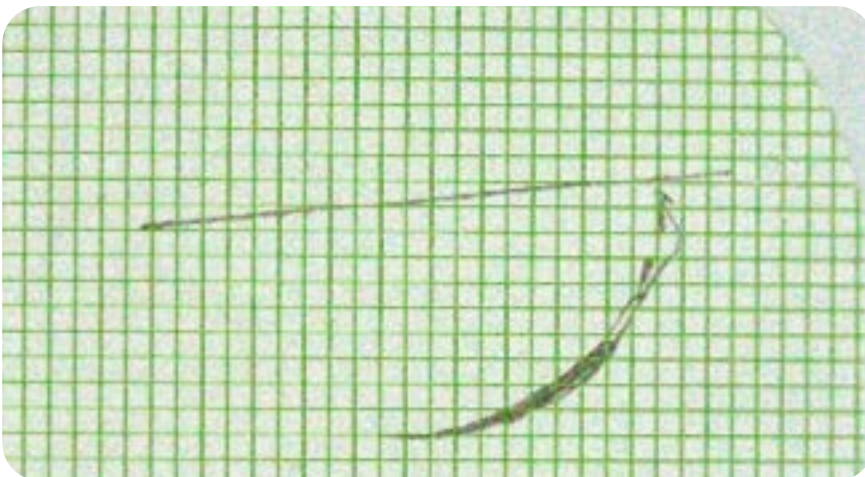


Figure 6 : Axiographie initiale de l'ATM gauche au 24 juin 1997. Le sursaut du condyle à la fin de l'ouverture est montré par le trait plus épais et le recaptage en fermeture par l'arrondi en postérieur, près de l'axe charnière.



Figure 7 : IRM en coupe T2 de l'ATM Gauche bouche fermée

Méthodologie et choix du plan de traitement

EN 1997 comme de nos jours, les **traitements** proposés en présence d'une situation articulaire très dégradée dans un contexte douloureux à la mastication et déglutition déjà ancien sont **limités** et **les résultats dépendent de l'ancienneté**, l'importance du trouble articulaire et de la **capacité du patient à la récupération**.

Les stratégies à notre portée consistent essentiellement à agir :

- sur la douleur à l'aide d'antalgiques, d'anti-inflammatoires, ainsi que localement en réalisant des infiltrations articulaires ;
- sur les pressions au niveau articulaire ressenties comme excessives via des orthèses de distension/décompression ciblées sur une ATM ou sur les deux condyles ;
- sur l'articulé dentaire, lorsque celui-ci est défaillant ;
- sur le plan musculaire grâce à la participation d'un kinésithérapeute ;
- En cas d'échec, ou d'indication relevé à l'imagerie, à intervenir chirurgicalement pour lever l'obstacle s'il s'agit d'une dyskinésie dento-articulaire sévère.

Dans le cas de la patiente âgée de 40 ans, par ailleurs en bonne santé, les stratégies qui avaient été proposées n'avaient pas permis d'améliorer le tableau clinique sur le plan de la douleur ni de la mobilité.

L'importance des troubles articulaires et leur ancienneté rendaient nécessaire de créer des conditions qui devaient permettre de réduire les pressions au niveau articulaire non seulement dans la situation centrée (RC thérapeutique des Gnathologistes), mais aussi **durant le cycle masticatoire, dans sa composante dento-dentaire**, ainsi qu'à la déglutition.

En conservant à l'esprit ces principes, un **traitement spécifique** était mis en œuvre qui devait déterminer les modifications dento-dentaires à apporter à l'articulé en rapport avec la fonction occlusale souhaitée qu'on pourrait nommer « thérapeutique ».

Il était, dès lors, nécessaire de documenter chaque étape sur le très long terme.

Moyens et résultats

En 1997, le protocole adopté comprenait 3 phases :

- Une phase de levée des pressions intra-articulaires jusqu'à stabilisation des résultats cliniques à l'aide d'une gouttière de décompression
- Une phase d'étude avec la confection d'artifices transitoires pour évaluer le potentiel de réparation de l'ATM.
- Une phase de stabilisation par un dispositif prothétique permanent.

Un ensemble de moyens comprenant la mise en œuvre d'un articulateur, en l'occurrence un articulateur dit adaptable DENAR Mark V, réglé à l'aide de 6 cires d'enregistrements :

1. un cire de contrôle à l'aide d'une butée antérieure de déprogrammation **[Figure 8]** ;
2. deux cires correspondant à l'Entrée de cycle masticatoire **[Figure 9]** ;
3. deux cires à la Sortie de cycle masticatoire **[Figure 9]** ;
4. une cire pour l'enregistrement de l'OIM complétées de 2 cires de contrôle **[Figure 10]** ;

Ceci était mis en œuvre pour correspondre au plus près à la reproduction cinématique du cycle masticatoire physiologique de la patiente.



Figure 8 : Photo de Marcel LE GALL sur le protocole d'enregistrement sur plaque en cire en vue de la programmation d'un articulateur adaptable



Figure 9 : Enregistrement sur plaque en cire en vue de la programmation d'un articulateur adaptable



Figure 10 : Enregistrement sur plaque en cire en vue de la programmation d'un articulateur adaptable

Le traitement devait comporter plusieurs étapes complétées par des examens de contrôle et d'évaluation avec tracés Axiographiques et IRM.

Traitement initial réversible - Phase I & II

Un traitement réversible nous permet de tester la réactivité d'une patiente sans l'engager sur un chemin dont il ne peut pas revenir. La pose d'une orthèse est un choix thérapeutique de première intention permettant de modifier la cinématique mandibulaire sans toucher aux surfaces dentaires.

Un premier temps (**phase I**) devait permettre de **réduire les symptômes douloureux** à l'aide du port d'une **gouttière dite de relaxation musculaire** ou de repos conformément à ce que proposaient la plupart des auteurs à cette époque, qui pouvait être transformée en gouttière de distension par l'introduction d'une légère épaisseur, moins d'un millimètre, des secteurs postérieurs dans le **but de réduire les pressions intra-articulaires**.

Cette phase s'est étendue sur 30 jours, de J+0 à J+30.

Résultats : La réduction des claquements de l'ATM gauche est quasi immédiate. Les douleurs ont rapidement disparu, aucun traitement antalgique ou anti-inflammatoire n'a été proposé.

Dans un deuxième temps (**phase II**) peuvent être adjoints des appuis d'entrées et sorties de cycle en résine au niveau molaire et canin conformément aux principes de l'Occlusodontie fonctionnelle, pour simuler l'occlusion fonctionnelle et sécuriser la patiente dans ses repères, le praticien obtenant ainsi un premier aperçu de la fonction masticatoire de la patiente libérée des contraintes occlusales et articulaires. Le port pouvait devenir diurne et nocturne sauf durant les repas. **[Figure 11]**

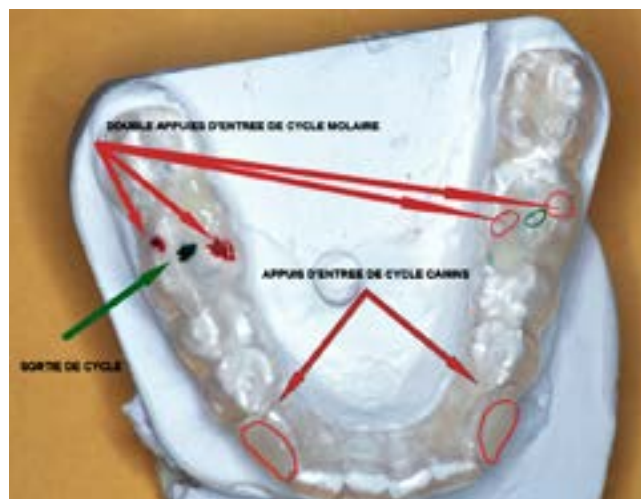


Figure 11 : Équilibration de la gouttière avec des guides fonctionnelles

Résultats

À **J+30**, l'ouverture buccale maximale passe de 28 mm à **36 mm**

À **J+120**:

Côté droit, le condyle passe de l'immobilité quasi totale à **9 mm** de déplacement en ouverture maximale, marqué par un **ressaut très important au passage du bord postérieur du disque**. [Figure 12]

Côté gauche, les claquements sont atténués.

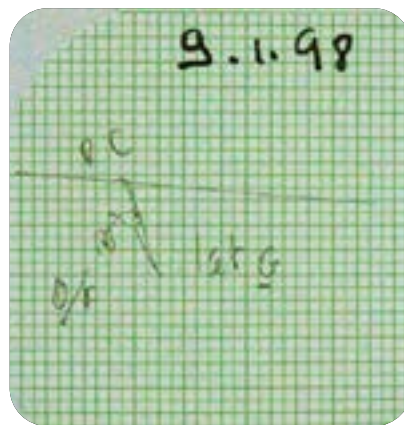


Figure 12: Axiographie droite
au 9 janvier 1998

La patiente répondant favorablement au traitement, il est décidé d'abandonner l'orthèse et se tourner vers la phase suivante.

Traitement définitif irréversible - Phase III

Un modèle en cire du projet monté sur l'articulateur devait conduire à la confection de **quatre couronnes transitoires fonctionnelles** sur les couples 16/46 et 26/36, qui préfigurent les **futures prothèses définitives** et valident le choix thérapeutique.

Celles-ci sont réalisées directement en bouche en résine à partir d'une empreinte des maquettes en cire (Wax-up).

Résultats

À **9 mois**: côté droit, le tracé axiographique devient plus linéaire et plus ample. Toutefois il subsiste un obstacle sur le trajet d'O/F qui laisse supposer **le collage du disque**. Le pronostic reste réservé. [Figure 13]

À **18 mois**: l'usure fonctionnelle des couronnes transitoires est bien visible au niveau de la 16 dans le sens dominant du cycle masticatoire, signe d'un guidage efficace. [Figure 14]

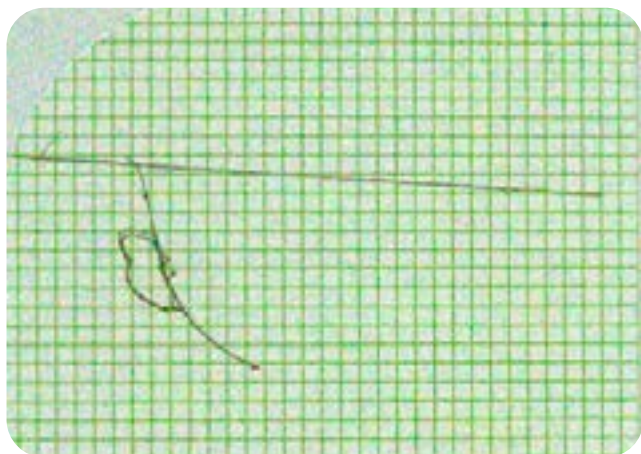


Figure 13: Axiographie droite au 27 avril 1998



Figure 14: Usure du guidage en sortie de cycle sur la
16 et son antagoniste 46

Méthodologie et choix du plan de traitement

La dernière évaluation ayant permis de valider les résultats, le traitement définitif est entrepris en tenant compte des données précédentes.

Celui-ci conduit à la confection de couronnes sur 15, 16, 36, 46 et 47 et d'inlays sur 14, 23, 24 et 25, dans le but d'établir des contacts fonctionnels pérennes sur l'ensemble des arcades. Les Entrées et Sorties de cycle masticatoires sont réglées avec soin lors de la pose. **[Figure 15-16-17]**



Figure 15: Guidages occlusaux en mastication mis en évidence au papier d'occlusion



Figure 16: Guidage occlusaux sur la 46



Figure 17: OIM avec les couronnes définitives en place

Résultats

6 mois après la pose, le tracé axiographique de l'ATM droite met en évidence le gain de la mobilité et le ressaut au passage de la tête condylienne sous le rebord postérieur du disque qui n'entrave, cependant, pas le déplacement. **[Figure 18]**

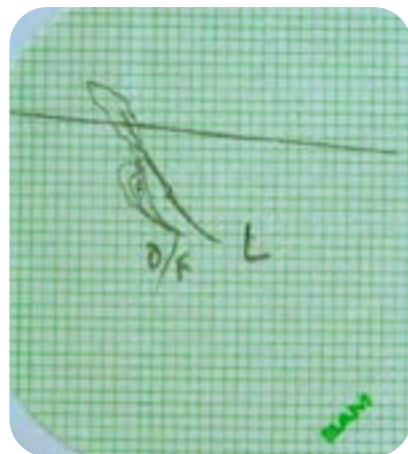


Figure 18: Axiographie 6 mois après la pose des prothèses définitives montrant un angle de Fischer négatif. Le collage du disque est donc antérieur et médial

Suivi

DEUX examens de contrôle ont été effectués : le premier 8 ans après la fin des soins et le second 21 ans après la fin des soins.

Examen à J+8ans

Pendant cette période, aucun nouveau soin conservateur occlusal n'a été effectué. On observe une amélioration très nette de la mobilité mandibulaire : l'ouverture maximale passe de **28 mm à 55 mm** sans déviation notable [Figure 19], sans douleurs à la mastication ni en baillant, motif initial de consultation de la patiente.

Les ressauts côté droit sont très atténués lors de l'O/F et peu perceptibles côté gauche.

- Côté droit, le tracé axiographique de l'ATM objective le gain de déplacement du condyle qui passe de 7 mm à plus de 13 mm [Figure 20]. Le disque semble immobile et collé contre la cavité glénoïde, laminé par le passage successif du condyle au cours des mouvements fonctionnels.



Figure 19 : Photo intra-buccale de face en ouverture maximale

- Côté gauche, le tracé axiographique de l'ATM est comparable, dans sa forme, à celui observé à la fin du traitement. Le mouvement est libre et les ressauts réduits.
- Les IRM complètent les observations précédentes.
- Côté droit, dans le sens sagittal, le condyle

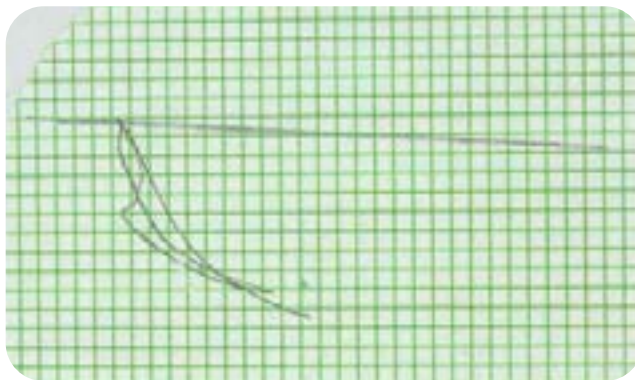


Figure 20 : Axiographie du condyle droit au 1 septembre 2008

conserve un espace satisfaisant dans la cavité et la translation en avant se fait librement à distance du disque. Le collage est confirmé [Figures 21 & 22].

- Côté gauche, le condyle se déplace librement sous le disque.

Dans les deux cas, l'inflammation est limitée.



Figure 21 : IRM de l'ATM droite bouche fermée



Figure 22 : IRM de l'ATM droite bouche ouverte. Notez le passage du condyle en dessous du disque

Examen à J+21ans

La patiente a présenté un épisode douloureux côté droit 3 ans avant le contrôle avec difficultés à mastiquer, cédant complètement avec le port d'une gouttière durant quelques jours, confectionnée par son praticien traitant. Un soin conservateur occlusal a été réalisé au niveau de 26.

À l'examen clinique, l'ouverture maximale est passée de 55 mm à 45 mm et on note un ressaut peu marqué (en baïonnette) vers la droite suivie du retour en centrée. Celui-ci ne gêne aucunement la patiente.

Le déplacement de la mandibule en latéralité droite est libre et comparable au déplacement du contrôle des 8 ans, alors que le déplacement vers la gauche s'est réduit, passant de 13 mm à 10 mm.

La mastication est bilatérale et libre, le côté préférentiel est inversé.

Côté droit, le tracé axiographique est comparable à celui observé à 8 ans avec, cependant, une amplitude diminuée. Le tracé devient linéaire en latéralité, signe l'usure de la tête condylienne.

[Figure 23]

L'IRM confirme la réduction du déplacement du condyle. L'espace intra-articulaire reste bien conservé dans le sens sagittal comme dans le sens transversal. On note la présence d'un épanchement inflammatoire significatif dans les compartiments supérieurs de l'articulation. Le cartilage de la cavité glénoïde est préservé. Dans le sens transversal, l'arthrose de la tête condylienne est visible, l'évolution peu importante. **[Figure 24, 25 & 26]**

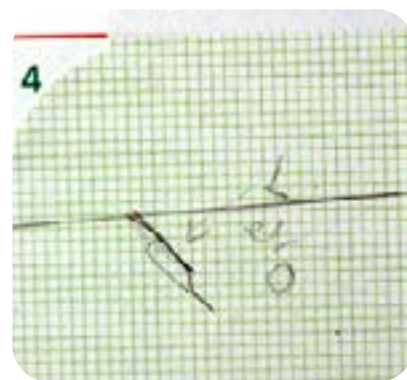


Figure 23: Axiographie du côté droit

Côté gauche, le tracé axiographique confirme la diminution relative du déplacement condylien et l'IRM montre une évolution limitée de l'arthrose, sans épanchement liquidien inflammatoire important. L'espace intra-articulaire est conservé.

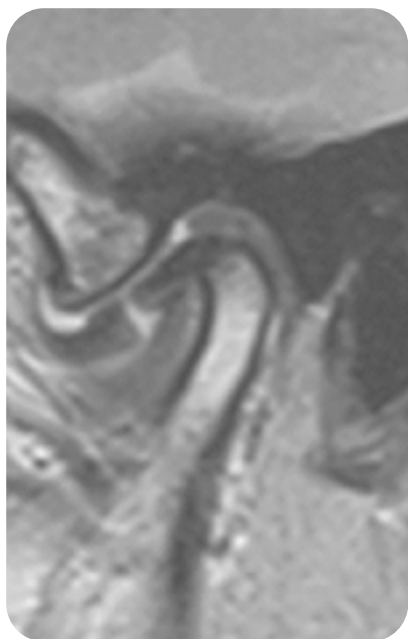


Figure 24:
IRM en coupe sagittale de l'ATM droite bouche fermée à J+21 ans

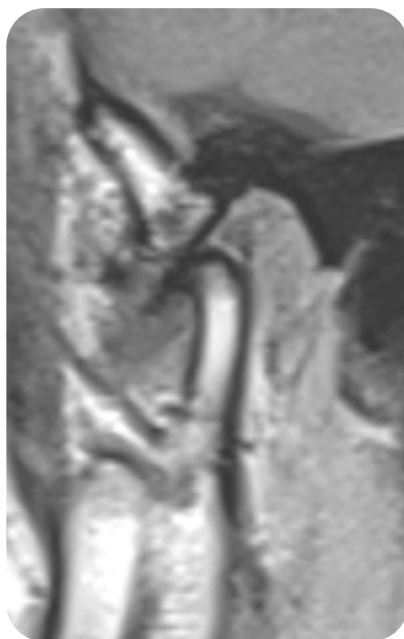


Figure 25:
IRM en coupe sagittale de l'ATM droite bouche ouverte à J+21 ans

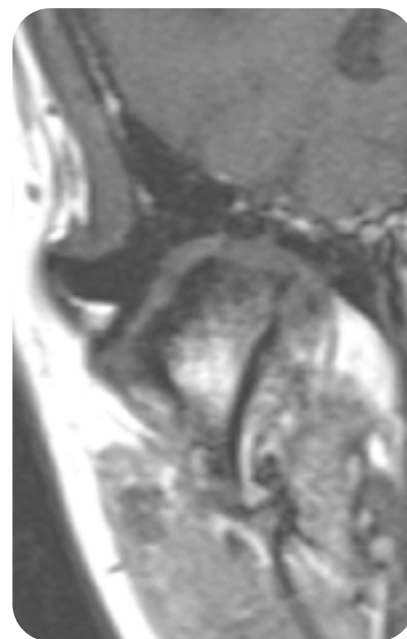


Figure 26:
IRM en coupe frontale de l'ATM droite bouche fermée à J+21 ans

Au plan occlusal, les reconstitutions prothétiques fonctionnelles ne présentent pas d'usures importantes, signe de guidages fonctionnels. Les Entrées et Sorties de cycle masticator sont bien présentes au niveau molaire, moins marquées au niveau prémolaire.

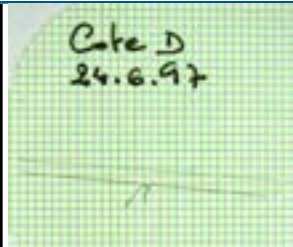
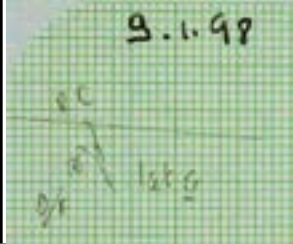
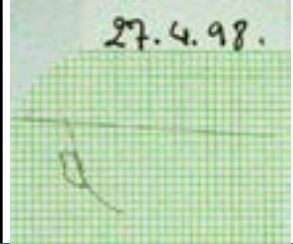
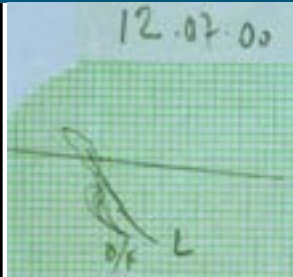
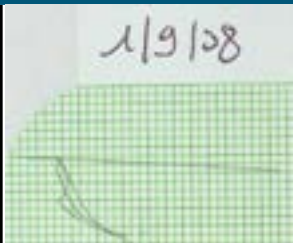
Au terme des 21 ans écoulés après la fin du traitement et de la réhabilitation prothétique, le **gain de mobilité** acquis et l'**absence de douleurs** lors de la mastication et de la déglutition ont été rendu-compte par la patiente et **objectivée par les examens cliniques, axiographiques et radiologiques.**

Bien que limités à un seul cas clinique, les objectifs du traitement ont été atteints et maintenus sur le long terme, avec une évolution de la dyskinésie de l'articulation mandibulaire du côté droit, sans conséquence pour la patiente, qu'on peut mettre en relation avec le vieillissement naturel des structures.

Il faut remarquer, toutefois, l'absence d'évolution des lésions arthrosiques durant la période d'observation. On peut parler d'une adaptation du complexe articulaire droit dès que **cessent les contraintes articulaires excessives.**

Une opération chirurgicale a ainsi pu être évitée.

Résumé de la chronologie

24 juin 1997 Anamnèse		Douleur à la mastication Douleur à la déglutition Ouverture limitée à 28mm
Phase I & II - Orthèse de décompression		
9 Janvier 1998		Ouverture à 36mm
Phase III - Réalisation de couronnes provisoires		
27 avril 1998 9 mois après la pose des provisoires		
Phase IV - Réalisation des couronnes définitives		
12 Juillet 2000 6 mois après la pose des définitives		
Suivi		
1 Septembre 2008 J+8ans		Ouverture à 55 mm
J+21 ans		Ouverture à 45mm

Discussion

EN 2023, avec l'apport du numérique, le plan de traitement ne serait pas passé par une gouttière de mastication, mais par la réalisation d'un composite-up directement en bouche puis réalisation d'une provisoire en biocopie.

L'axiographie serait remplacée par un enregistrement électronique des mouvements de la mandibule à l'aide du MODJAW qui permettrait à la fois d'analyser le déplacement du condyle et d'analyser les cycles masticatoires dans les trois plans de l'espace, donnant au prothésiste la possibilité de corriger les guidages si nécessaire¹¹⁻¹².

Conclusion

LA mobilité articulaire retrouvée en absence de douleur, la possibilité de mastiquer, de déglutir librement à nouveau ont été démontrées sur le très long terme (21 ans), évitant de ce fait, une intervention chirurgicale secondaire et probablement l'évolution vers l'ankylose.

Nous avons cherché à limiter les effets traumatiques des déplacements condyliens sur les structures articulaires d'une ATM présentant une dissociation condylo-discale non réductible chronique sévère, durant le cycle masticatoire.

L'intégration des fonctions masticatrices et de déglutition sont indispensables dans les traitements d'occlusodontie, comme l'ont montré

les travaux de Jean François LAURET et Marcel LE GALL. Ces fonctions princeps données par le patient ne sont pas praticien-dépendant et facilitent donc l'approche thérapeutique.

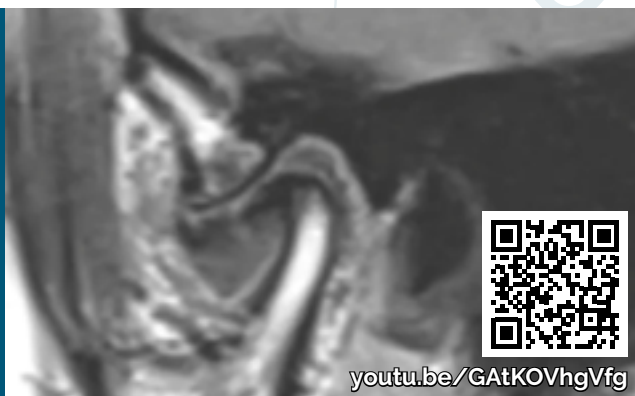
La méthodologie est simple et compréhensible par les praticiens transformant cette spécialité souvent redoutée de notre profession en une logique accessible. De plus, le ressenti du patient valide quasiment immédiatement le travail du chirurgien-dentiste.

Pour tous les praticiens recevant des patients présentant des troubles de l'appareil manducateur, ou pour éviter l'apparition d'un tel trouble, il sera important, voire indispensable, d'**intégrer ces concepts** afin d'offrir une chance au patient de bénéficier d'un traitement **non mutilant, sécurisant et reproductible**.

Vidéo disponible sur YouTube™

20 ans après le début du traitement, la patiente a récupéré une capacité masticatoire fonctionnelle.

Retrouvez sur cette vidéo commentée par le Dr Roger JOERGER les enregistrements cliniques, axiographiques et l'IRM associés.



Auteurs



Dr Dominique JOURNEE

Docteur en Sciences
Odontologiques
10, rue Henner, 68000 Colmar



Dr Alexis JENNY

Chirurgien-dentiste libéral
10, boulevard OHMACHT
67000 Strasbourg



Dr Roger JOERGER

MCU-PH † † †

Bibliographie

1. Slavicek R, Mack H. Der Axiograph. Inf, Orthod Kieferorthop 1982;14:53-62
2. Clauzade M, Cardonnet M. Pathologie de l'ATM. Cah Prothèse 1987;57:129-157.
3. Lauret JF, Le Gall MG. La mastication. Une réalité oubliée par l'occlusodontologie? Cah Prothèse.1994; 85: 30-46.
4. Le Gall M, Lauret JF. La fonction occlusale Implications cliniques. 3e édition. Paris, Editions CdP, 2011.
5. Lundeen H, Shryock E.F, C.H. Gibbs. An evaluation of mandibular border movements: their character and significance. Doi 1978; Oct;40(4):442-52.
6. Joerger R, Leize M. Imagerie des DTM et Examen Axiographique. Réalités cliniques.1996. Vol 7 N°2:197-208
7. Joerger R, Le Gall M, Baumann B. Mastication et déglutition: tracés axiographiques. Cah Prothèse 2012; 158: 45-54.
8. Joerger R, LE GALL M, Occlusion fonctionnelle et mastication. Inf Dent 2021; 32(12-16)
9. Joerger R, Van Bellinghen X, Jenny A. L'examen axiographique. CLINIC 2021;42(403):§§-§§
10. Diagnostic Criteria for Temporo-mandibular Disorders (2014 - MàJ 2022) - International Network For Orofacial Pain and Related Disorders Methodology
11. Olivier SEURET: "Les DDA et proposition thérapeutique du composite-up» - 2021 - Essentiel, Occlusion fonctionnelle: la mastication nous guide dans nos réhabilitations, Ch 3, p 26-32
12. Clément DESMAREST, Geoffroy BERTHE: "Système CEREC & occlusodontie fonctionnelle: gestion des de faibles étendues" - 2021 - Essentiel, Occlusion fonctionnelle: la mastication nous guide dans nos réhabilitations, Ch 4, p 33-37

Points essentiels

- Traitement d'une dissociation condylo-discale chronique par réhabilitation occlusale fonctionnelle.
- Dans le cas d'atteintes importantes des composants de l'articulation, l'examen clinique précis et des examens complémentaires (Axiographie, IRM) sont indispensables pour poser un diagnostic fiable et adopter un plan de traitement efficace.
- Parmi les moyens à la disposition du clinicien, la réhabilitation fonctionnelle de la mastication est un moyen thérapeutique dynamique en mesure de répondre à l'attente du praticien et du patient.
- Un traitement réversible avec pose d'une gouttière modifiée jusqu'à la réduction des symptômes et le traitement prothétique irréversible pour garantir les acquis ont validé le choix thérapeutique durant 21 ans.
- De nos jours, de nouvelles méthodes sont proposées pour s'affranchir de l'utilisation d'une gouttière évoutive et d'agir directement par des composites-up.
- Les moyens à mettre en œuvre pour préserver les structures pathologiques des ATM sont complexes, mais identifiés.

Test d'évaluation

1. Dans le cas d'une Luxation Réductible précoce des ATM, les examens complémentaires (Axiographie, IRM) sont superflus. Oui/Non.
2. Le port d'une gouttière, la nuit, est le traitement de choix en première intention d'une Luxation Réductible. Oui/Non.
3. Le bilan occlusal fonctionnel (études des E/S molaires) doit-il être inclus systématiquement en absence de trouble dysfonctionnel.
4. La chirurgie mini-invasive, en cas d'échec thérapeutique d'une luxation non-réductible des ATM, permet d'éviter une réhabilitation fonctionnelle complexe. Oui/Non.

Mots clés : Occlusodontie, DDA, traitement



Collège National d'Occlusodontie - Alsace
Faculté de Chirurgie-dentaire de Strasbourg
8 rue Sainte-Elisabeth, 67000 Strasbourg