



Bulletin du Service Dentaire des Forces Canadiennes





Bulletin du SDFC

Volume 16, Numéro 3, octobre 1975

Conseil de rédaction

Colonel WR Thompson, CD,
QHDS, DDS, FICD
Lieutenant-Colonel DH Hillier,
CD, DDS, MPH
Lieutenant-Colonel VJ Lanctis
CD, DDS
Major HS Wood, CD, DDS, DDPH.

Rédacteurs adjoints

Sergeant L.H. Pion, CD
Canadian Forces Dental Services School
Warrant Officer H.C. King, CD
1 Dental Unit
Sergeant R.W. Boyd
11 Dental Unit
Captain D.H. Brown, CD
12 Dental Unit
Sergeant M.M. Franklin, CD
13 Dental Unit
Sergeant A. Gray, CD
14 Dental Unit
Captain A. Higgins
15 Dental Unit
Sergeant R.L. MacLellan, CD
1 Dental Equipment Depot
Sergeant B.F. Hannay, CD
35 Field Dental Unit

Publié avec l'autorisation du brigadier-général L.G. Craigie, CD, QHDS, DDS, FICD en avril, juillet, octobre et janvier, le Bulletin sert à l'échange d'idées, d'expériences et d'informations au sein du Service dentaire des Forces canadiennes. Les opinions exprimées dans ce Bulletin sont celles des auteurs. Elles ne sont pas nécessairement partagées par le Directeur général du Service dentaire ou le ministère de la Défense nationale.

COUVERTURE

Un recul dans l'histoire: UNEF I (1956—1967). La clinique dentaire canadienne à Rafah.

Le drapeau du Corps Dentaire flotte sous le ciel du Moyen-Orient et marque fièrement notre contribution à l'ONU pour la paix dans le monde. — A cette époque de l'année, combien d'entre nous échangerions volontiers les rigueurs de notre hiver pour le soulagement exquis qu'offre ce soleil ardent!

DANS LE PRÉSENT NUMÉRO

- 1 Diagnostic et traitement du syndrome oto-dentaire ou syndrome de costen
- 10 13^e Tournoi annuel de golf des SDFC
- 14 Les nouvelles des ESDFC
- 24 Formation
- 25 Conserver le passé — aujourd'hui — pour demain

Toute correspondance se rapportant au Bulletin devrait être adressée au:

Directeur général — Service dentaire,
Quartier général de la Défense nationale,
Ottawa, Ontario, Canada.
K1A 0K2

Diagnostic et traitement du syndrome oto-dentaire ou syndrome de costen



PAR LE CAPITAINE R.S. SOROCHAN,
B.Sc., D.M.D.

Definition du syndrome oto-dentaire:

Le syndrome oto-dentaire ou syndrome de Costen n'a cessé de faire l'objet de nombreuses controverses. Depuis la description originale de ce syndrome par Costen en 1936, nos concepts sur la pathogénèse ont progressé des simples idées mécaniques portant sur l'hypermobilité, le déplacement de la mâchoire et la perte de dimension verticale à des hypothèses neurophysiologiques et psychophysiologiques plus avancées. Les modes de traitement ont changé avec la pathogénèse et la littérature publiée sur ce sujet est des plus confuses, ainsi que l'a récemment remarqué Greene⁶. Parmi les chercheurs et cliniciens ayant fait l'objet de l'enquête, seulement 51 pour cent des praticiens et 65 pour cent des dentistes connaissaient ce syndrome et les descriptions de la symptomatologie et des soins recom-

mandés données par les répondants variaient considérablement.

Tout le monde reconnaît l'existence du syndrome oto-dentaire; seules les limites extrêmes de la symptomatologie font encore l'objet d'un débat⁶. Rosenbaum¹³ a même été jusqu'à déclarer:

"...après les caries dentaires, le syndrome oto-dentaire est probablement la cause la plus commune de douleurs faciales traitées par un dentiste."

Le syndrome est difficile à définir, mais les symptômes les plus saillants sont les suivants^{6,8,15}:

- (a) douleurs,
- (b) sensibilité musculaire,
- (c) craquements des articulations,
- (d) limitation des mouvements.

(a) Les douleurs

1, 3, 5, 6, 8, 15, 17, 19.

sont habituellement unilatérales et consistent en un mal sourd dans l'oreille ou la région préauriculaire pouvant s'étendre jusqu'à la ligne temporale du maxillaire inférieur la région temporale ou la région cervicale latérale. La douleur est relativement constante mais est plus prononcée au réveil, ou au contraire elle est relativement faible le matin et empire au cours de la journée. Cette douleur est

Étiologie du syndrome de Costen:

souvent accrue au moment des repas; elle peut simuler des névralgies et est habituellement accompagnée des trois autres symptômes cités plus haut.

(b) La sensibilité musculaire

est le symptôme le plus courant et signalé habituellement par le patient. La palpation révèle facilement sa présence. Les régions les plus fréquemment sensibles sont au-dessus du corps de la mandibule et la partie distale et supérieure à la tubérosité maxillaire. La ligne temporale du maxillaire inférieur ou crête temporale peut également être impliquée. Cette sensibilité est supposée représenter des spasmes des muscles masticateurs.

(c) Les craquements des articulations

constituent le second symptôme le plus fréquemment rencontré et sont entendus sous forme de bruit sec. La seule présence de ce symptôme ne suffit pas à caractériser chez un patient l'existence du syndrome.

(d) La limitation des mouvements de la mâchoire

est définie comme l'impossibilité d'ouvrir les mâchoires aussi complètement qu'il est normalement possible de le faire (c'est-à-dire un espace de 40 à 45 mm entre les incisives), ou encore comme une déviation de la mandibule lors de l'ouverture. Les patients présentent rarement des craquements des articulations s'il y a limitation des mouvements, mais l'histoire du malade fait généralement état de tels craquements.

Laskin⁸ élargit la définition ci-dessus en suggérant, qu'en plus du ou des symptômes saillants, le patient atteint du syndrome oto-dentaire doit présenter les caractéristiques négatives suivantes:

(a)

Absence de preuves cliniques, radiographiques ou biochimiques de maladie organique dans l'articulation temporo-mandibulaire; et

(b)

Manque de sensibilité dans l'articulation temporo-mandibulaire lorsque celle-ci est palpée au travers du méat auditif externe.

Cet auteur pense que le syndrome oto-dentaire commence par être un problème fonctionnel mais peut mener à des modifications organiques, auquel cas les caractéristiques négatives n'entrent plus en ligne de compte. Il peut s'avérer difficile dans les stades tardifs de la maladie de déterminer cliniquement si le patient est atteint du syndrome oto-dentaire ou si l'état pathologique est primaire. Les caractéristiques négatives indiquent que le site primaire de la maladie trouve son origine dans les muscles masticateurs plutôt que dans les structures de l'articulation. Ce concept constitue la base essentielle permettant de comprendre l'étiologie du syndrome de Costen.

Laskin remarque que le succès du traitement de n'importe quelle maladie dépend de la justesse du diagnostic et de la compréhension de l'étiologie de manière à établir un mode de traitement rationnel. On est généralement d'accord pour considérer que les problèmes du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire se manifestent surtout au niveau des muscles masticateurs plutôt qu'au niveau de l'articulation même. C'est-à-dire que la plupart des symptômes du syndrome de Costen sont causés par des spasmes des muscles masticateurs^{6,8,15,19}. Les causes et les effets des spasmes musculaires restent les deux domaines les plus controversés.

Il est également admis que certains états pathologiques qui affectent l'articulation temporo-mandibulaire sont capables de causer des symptômes très similaires à ceux observés dans le syndrome de Costen, et que le dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire peut mener seulement à une dégénérescence. Le diagramme de Laskin⁸ résume parfaitement l'étiologie du syndrome (Figure 1).

L'auteur indique dans le même article que les spasmes musculaires trouvent leur origine dans l'une des trois raisons suivantes:

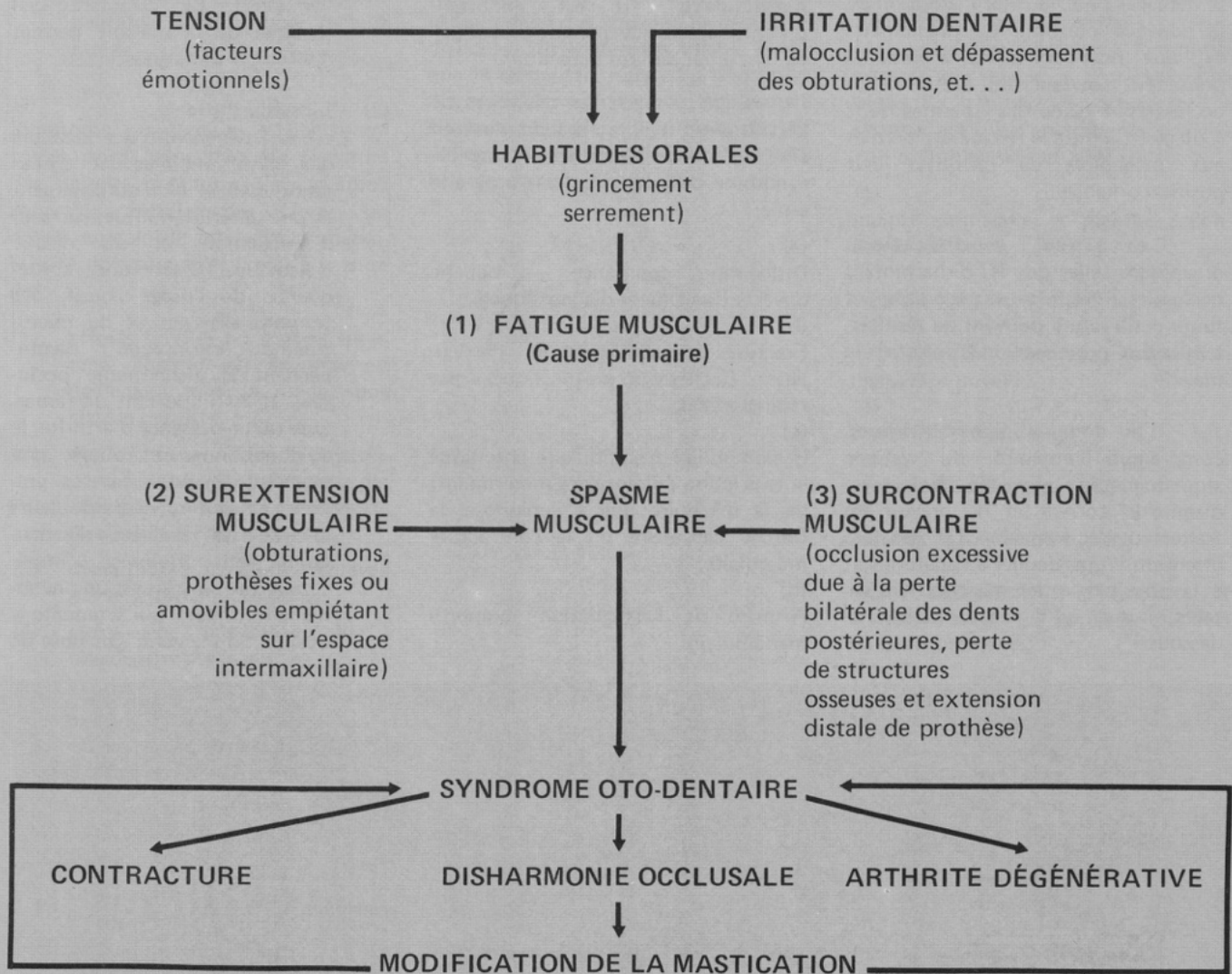
- (a) *surextension,*
- (b) *surcontraction, et*
- (c) *fatigue.*

Selon cette théorie "psychophysiologique", la cause la plus fréquente des spasmes musculaires est la fatigue musculaire produite par des habitudes orales chroniques qui sont souvent un mécanisme involontaire destiné à soulager la tension.

FIGURE 1

ÉTIOLOGIE DU SYNDROME OTO-DENTAIRE

d'après Laskin



Diagnostic différentiel

Non seulement les spasmes musculaires peuvent causer douleur et limitation des mouvements, mais ils peuvent amener des modifications de la position de la mâchoire de telle sorte que les dents ne peuvent plus entrer en occlusion convenablement. Laskin⁸ a remarqué que si cette position anormale de la mâchoire persiste durant plusieurs jours, les dents peuvent alors se déplacer pour faciliter l'adoption de la nouvelle position. Ce phénomène explique pourquoi certains patients présentent soudain des disharmonies occlusales lorsque les spasmes sont soulagés. Le muscle rééquilibré permet aux mâchoires de retrouver leur position originale.

Certaines modifications organiques telles que les disharmonies occlusales, l'arthrite dégénérative et toute contracture pouvant en résulter, tendent à prolonger indéfiniment la maladie.

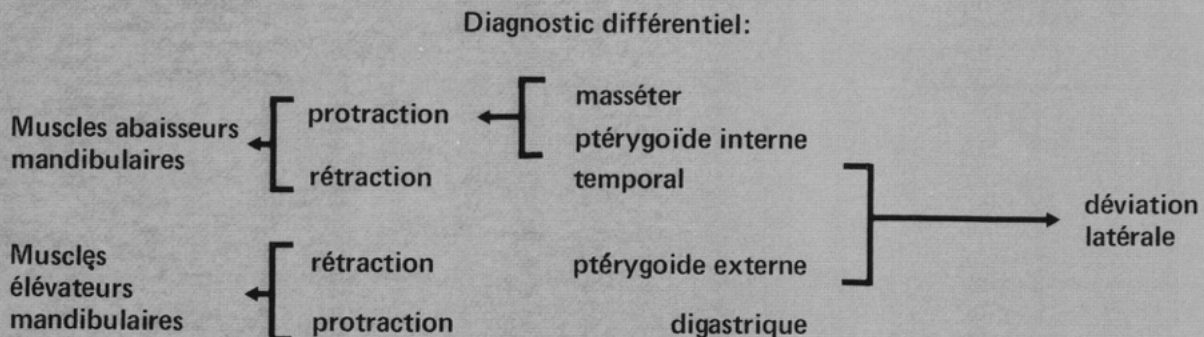
Il est donc indispensable de bien comprendre l'ensemble du système stomatognathe afin de poser un diagnostic correct et de prévoir un traitement convenable. On portera attention en particulier à l'anatomie et à la physiologie des muscles masticateurs, ainsi qu'il est indiqué ci-dessous:¹⁵

On a autrefois classé comme une seule entité toutes les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire. Il en est donc résulté une façon unique de traiter cette condition. Ainsi que l'observe Laskin: "C'est le manque de discrimination dans le diagnostic qui explique probablement la plupart des échecs dans le traitement des désordres de l'articulation temporo-mandibulaire". Il est important d'examiner chaque patient individuellement et en tant qu'individu.

Bell¹ a classé les désordres de l'articulation temporo-mandibulaire en cinq grandes catégories, dont le syndrome de Costen en constitue une seule:

- (a) Dislocation spontanée — bouche ouverte (facilement diagnostiquée);
- (b) Fractures traumatiques de l'articulation (facilement diagnostiquées par radiographie);
- (c) Hypomobilité mandibulaire chronique — restriction indolore des mouvements de la mâchoire due à l'ankylose, la fibrose capsulaire ou la contracture musculaire;
- (d) Arthrite de l'articulation temporo-mandibulaire

- (1) L'arthrite rhumatismale est une maladie systémique caractérisée par la prolifération de tissus de granulation à partir de la membrane synoviale vers les surfaces d'articulation. Les symptômes inflammatoires accompagnent l'usage de l'articulation et prédisposent à la résorption osseuse et plus tard à l'ankylose. Le caractère systémique de la maladie permet d'effectuer le diagnostic
- (2) L'ostéoarthrite est une dégénérescence localisée des parties mobiles de l'articulation menant à un durcissement et une détérioration des surfaces d'articulation et du disque articulaire. C'est une conséquence de l'usage abusif, des traumatismes externes et du micro-trauma intrinsèque accompagnant la disharmonie occlusale. Il est important de remarquer qu'en présence d'arthrite, le dysfonctionnement et les craquements apparaissent les premiers et sont suivis de douleurs lorsque les surfaces d'articulation sont atteintes. L'implication des muscles est un phénomène secondaire qui augmente le dysfonctionnement. On pose de



DIAGNOSTIC

Antécédents

façon classique le diagnostic d'ostéoarthrite lorsqu'on se trouve en présence d'une raideur matinale accompagnée d'une douleur fonctionnelle disparaissant graduellement avec l'usage et réapparaissant avec la fatigue de la fin de la journée. Le traitement est purement symptomatique et l'arrêt de la thérapeutique amène une rechute rapide.

Avant d'arriver à un diagnostic final, il convient d'éliminer comme facteurs causatifs possibles les maladies neuromusculaires, les infections, les maladies et tumeurs osseuses et l'hystérie.

En résumé les symptômes du syndrome oto-dentaire sont faciles à reconnaître, mais le diagnostic exact et le traitement des douleurs faciales sont difficiles. Un traitement valable exige que le diagnostic repose sur l'examen des antécédents du malade, un examen clinique complet, l'emploi de la radiographie et parfois même de l'électromyographie.

L'obtention des antécédents complets du patient est probablement l'action la plus importante permettant de diagnostiquer le syndrome oto-dentaire. Le clinicien s'informerait des anciens phénomènes pathologiques se rapportant au syndrome, du statut émotionnel, du moment d'apparition des symptômes, des coups portés au visage et des essais de traitement précédents. Ces antécédents permettent souvent au clinicien d'éliminer la plupart des maladies d'origine organique ou traumatique. Schwartz¹⁵ a résumé ainsi les antécédents associés au syndrome oto-dentaire:

(e)

Syndrome oto-dentaire — Les symptômes précis dépendent de la nature des muscles impliqués. Le syndrome apparaît généralement comme un début soudain de mouvement mandibulaire douloureux et limité à la suite de:¹

- (1) efforts simples ou spasme spontané, comme par exemple un bâillement après un rendez-vous chez le dentiste;
- (2) modifications de l'environnement buccal, comme par exemple une dent sensible ou une irritation des gencives;
- (3) disharmonie occlusale aggravée par le serrement des dents;
- (4) autre gêne masticatoire due à une dégénérescence;
- (5) modifications de la conscience buccale telles que le fait d'être excessivement préoccupé par les structures de la bouche;
- (6) douleur renvoyée d'une partie somatique ou viscérale profonde;
- (7) Maladie aiguë telle que les infections de l'appareil respiratoire supérieur, la mononucléose, l'hépatite et les atteintes neuromusculaires; et
- (8) médications telles que les phénothiazines.



- (a) plainte principale et plaintes secondaires associées;
- (b) emplacement des symptômes;
- (c) circonstances entourant l'apparition des symptômes;
- (d) durée des symptômes;
- (e) évolution des symptômes;
- (f) facteurs aggravant ou soulageant;
- (g) autres consultations, diagnostics et traitements reçus, y compris les effets de ces traitements;
- (h) antécédents médicaux;
- (i) antécédents dentaires;
- (k) facteurs émotionnels; et
- (m) divers.

Examens cliniques

Leur complexité dépendra de chaque patient. Il est recommandé de procéder comme suit:

- (a) noter l'allure générale et la symétrie;
- (b) éliminer à l'aide de tests appropriés la possibilité de maladie organique;
- (c) vérifier les mouvements mandibulaires et rechercher déviations et douleurs;
- (d) palper l'articulation temporo-mandibulaire et rechercher l'emplacement de la douleur latéralement et au travers du méat auditif; vérifier l'amplitude des mouvements ainsi que le mouvement condylien et les bruits de l'articulation. Un stéthoscope est utile à cet égard;
- (e) palper les muscles masticateurs et rechercher la douleur. En évaluer l'importance. La fréquence des spasmes est la suivante par ordre décroissant: masséter, insertion du ptérygoïde interne, insertion du temporal, parfois insertion du ptérygoïde externe, et enfin muscles du cou;
- (f) éliminer toute cause locale pouvant être confondue avec les symptômes du syndrome en examinant les structures des dents, y compris la sensibilité cervicale, le canal parotide, l'emplacement des dents, le rapport des arcades et les interférences occlusales.

Radiographie

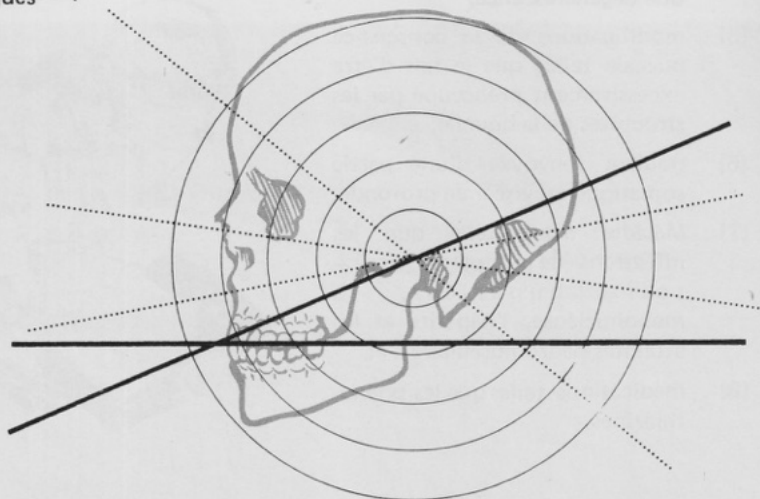
Un examen radiographique complet et exact est une condition essentielle à l'évaluation de l'articulation temporo-mandibulaire¹⁸ mais est seulement complémentaire et ne mène pas nécessairement à des conclusions absolues. Les techniques radiographiques utiles sont les suivantes:

- (a) oblique transcraniale latérale: pour démontrer les relations entre les fossettes condyliennes en fonction de différentes positions mandibulaires.
- (b) Transorbitale antérieure-postérieure: pour montrer les cols des condyles.
- (c) Submento-Vertex: utiliser en cas d'ouverture limitée pour montrer les cols des condyles.
- (d) Panoramics: pour montrer les rameaux ascendants et leurs ramifications condyloïdiennes et coronoïdiennes. C'est une excellente technique pour identifier les blessures traumatiques et les néoplasies.

L'évaluation de nombreux désordres organiques de l'articulation temporo-mandibulaire est si difficile et délicate qu'elle exige une assistance experte pour examiner les films radiographiques¹⁵.

Traitement du syndrome oto-dentaire:

Un diagnostic étiologique exact constitue la clé d'un traitement qui visera à rétablir des fonctions normales. Le traitement consistera donc en une kinésithérapie et tiendra compte de l'état émotionnel du patient et de son occlusion. La kinésithérapie portera sur une rééducation des habitudes, des exercices myothérapie, le soulagement de la douleur, et le rétablissement de la longueur musculaire. Les patients correctement motivés, informés et coopératifs peuvent souvent arriver à un désengagement occlusal sans avoir recours à un plan d'Ackerman ou à une attelle occlusale².



Traitement non chirurgical:

Le syndrome oto-dentaire peut être considéré en trois phases et chacune de celles-ci peut être l'objet d'un traitement spécifique et approprié:

(a) Phase de manque de coordination fonctionnelle (serrement, hypermobilité et sous-luxation chronique) soignée par la rééducation et la myothérapie.

(b) Spasmes des muscles masticateurs menant à une limitation des mouvements et à une douleur dans la région de l'articulation temporo-mandibulaire: soignés par des méthodes analgésiques et des techniques spasmolytiques.

(c) Stade final de contracture musculaire menant à l'hypomobilité sans douleur: soigné par des exercices rétablissant la longueur normale des muscles.

Les méthodes de traitement non chirurgical sont

(a) **Le désengagement occlusal**
(en présence de myalgie, spasmes musculaires, ou arthralgie).

Les patients convenablement motivés, informés et coopératifs peuvent éviter volontairement les habitudes telles que le serrement des dents. Une étude récente de Yavelow et Wininger¹⁹ suggère que les patients sont capables de contrôler et soulager les spasmes musculaires par des efforts conscients visant à éviter les stimuli causant des spasmes. Néanmoins lorsque ces méthodes volontaires échouent, on peut utiliser un plan modifié de Hawley durant 3 à 6 semaines pour diminuer la douleur et permettre les mouvements mandibulaires. Une utilisation plus longue peut amener l'expulsion des dents. S'il est nécessaire d'utiliser des attelles durant

plus de six semaines, le clinicien utilisera de préférence une attelle occlusale ajustée de façon à ce que le maximum de dents frappent l'attelle simultanément en mordant et serrant les dents. Une fois la douleur maîtrisée, le patient ne portera l'attelle que lorsqu'il aura tendance à grincer ou serrer les dents. Après une semaine ou deux, l'attelle sera enlevée à titre d'essai. Le problème est souvent épisodique, auquel cas les symptômes ne réapparaîtront pas. S'ils le font, la prothèse sera réinsérée jusqu'à ce que la situation soit maîtrisée. Le patient sera examiné à nouveau afin de déterminer l'existence possible de facteurs psychiques. Il est possible qu'un ajustement occlusal soit nécessaire, mais aucune modification irréversible ne sera effectuée jusqu'à ce que la cause exacte soit en corrélation avec les symptômes.

(b) Kinésithérapie

L'application de chaleur est très utile car elle est susceptible d'apporter sédation, analgie et soulagement de la tension musculaire.

- (1) Chaleur superficielle. On recommande d'utiliser des hydro-colloïdes pendant 10 à 30 minutes pour le masséter et les muscles temporaux et cervicaux.
- (2) La diathermie ultrasonique est recommandée pour les ptérygoïdes médians et latéraux. Cette thérapie est contre-indiquée pour la région orbitale et la région condylienne pendant leur période de croissance et devrait être arrêtée si aucun effet thérapeutique n'a été obtenu après dix jours.

Toute application de chaleur doit être suivie d'exercices.

(c) Myothérapie

Le patient doit comprendre le but des exercices pour être motivé. Ceux-ci seront effectués:

- (1) sous la surveillance d'un thérapeute;
- (2) volontairement;
- (3) contre la résistance physique;
- (4) de façon à éviter toute douleur; et
- (5) après l'application de chaleur.

Un exercice typique est l'"exercice de relaxation par réflexe de rétraction" dans lequel la mandibule du patient est dirigée pour se fermer dans la position la plus rétractée sans sensation de douleur. Le patient guide alors la mandibule en appliquant une force de pression postéro-supérieure et ouvre la bouche en position rétractée jusqu'à ce qu'il y ait craquement ou sous-luxation. L'ouverture de la bouche est répétée jusqu'au point précédant l'apparition des symptômes précédents. Il est possible d'arriver à ouvrir la bouche avec de moins en moins de symptômes en répétant cet exercice pendant un certain temps.

(d) Contrôle des spasmes

Le succès du traitement dépend d'une localisation exacte des muscles affectés. Une méthode efficace consiste à asperger de chlorure d'éthyle à une distance de 12 à 18 pouces de la partie de la peau située au dessus du muscle atteint et à demander au patient de faire fonctionner doucement le muscle en question. Asperger également toute autre partie douloureuse et apprendre au patient à faire fonctionner ces muscles doucement, lorsque les douleurs ont disparu (10 à 30 minutes). La méthode est efficace pour le masséter, le temporal et la plupart des muscles cervicaux. Il est important de se souvenir des propriétés anesthésiques et inflammables du chlorure d'éthyle. Ceci constitue le

traitement de choix, mais en cas d'échec il peut s'avérer utile d'injecter la source du mal avec 1 à 2 ml de lidocaïne sans vasoconstricteur, puis de faire effectuer les exercices. Prendre soin de ne pas injecter les muscles inflammés car l'injection augmente l'inflammation, la douleur et les spasmes. Le patient devra faire fonctionner ces muscles sans douleur entre les séances de traitement. Dans une certaine mesure, un des grands principes de la kinésithérapie est de se restreindre volontairement afin d'éviter l'effet cyclique douloureux associé à l'utilisation continue des muscles. Néanmoins l'immobilisation complète est fortement déconseillée.

Il se peut que ces méthodes n'aient qu'un effet transitoire, mais elles restent importantes sur le plan diagnostic car elles permettent de localiser les spasmes. De plus si l'on a affaire à des spasmes graves, l'injection de lidocaïne peut permettre une ouverture suffisante à la prise d'empreintes pour mettre en place des attelles occlusales.

L'hypomobilité secondaire aux spasmes musculaires peut être corrigée par des exercices de relaxation par réflexe de rétraction suivis d'exercices d'élongation.

(e) Thérapeutique médicamenteuse

On recommande d'utiliser des relaxants musculaires tels que le phénobarbital et le diazépam ainsi qu'un analgésique oral. Le relaxant musculaire a surtout une action centrale et une activité périphérique douteuse, mais il servira à soulager la tension produite par le syndrome.

L'injection directe de n'importe quel médicament dans l'articulation temporo-mandibulaire est générale-

ment contre-indiquée et ne devrait être effectuée que par un chirurgien ou un médecin qualifié pour le faire.

(f) Traitement psychologique

Il est reconnu que les facteurs psychologiques jouent un rôle important dans les réactions de l'articulation temporo-mandibulaire. Plusieurs auteurs s'accordent à penser que les personnes souffrant de névrose ou d'obsession impulsive sont plus facilement atteintes^{10,14,15} que d'autres. Une étude récente a mis en évidence le rôle plus important de la frustration par rapport à celui de l'anxiété dans l'apparition du syndrome.¹⁷

L'anxiété est associée à la douleur de trois façons différentes¹⁵:

- (1) La tension émotionnelle peut entraîner l'apparition de spasmes du muscle strié.
- (2) L'anxiété peut entraîner le dysfonctionnement profond du système nerveux autonome amenant une douleur due aux spasmes ou à la dilatation des vaisseaux sanguins créant à leur tour des céphalées ou migraines d'origine vasculaire.
- (3) L'anxiété peut mener à l'hystérie, auquel cas la douleur ne présente pas de signes objectifs particuliers mais est généralement décrite de façon bizarre et dramatique. On se souviendra en soignant les patients ainsi atteints que pour eux la douleur est réelle et devra donc être prise en considération. Le médecin cherchera à établir avec le patient des relations de coopération rationnelle, de confiance et de respect mutuel. Bien entendu le patient sera traité en tant qu'individu et il est très important de noter les antécédents complets de ce même

patient. Il ne faut cependant pas chercher à jouer le rôle d'un psychiatre, mais plutôt chercher à établir un lien entre les problèmes d'ordre physique et la vie quotidienne afin de pouvoir décider si le patient présente un cas susceptible de relever de la psychiatrie. Le névrosé ressentira toute suggestion tendant à affirmer que ses symptômes sont imaginaires mais sera sensible aux investigations scientifiques portant sur la nature et la cause de ces symptômes. Il est donc préférable de chercher à établir auprès du patient un moyen de compréhension adulte, honnête et rationnel et d'effectuer chez lui seulement les soins dentaires qui sont absolument indispensables jusqu'à diminution de l'anxiété et des spasmes musculaires.

Les meilleurs résultats thérapeutiques ont généralement été obtenus lorsque les malades ont d'abord été soignés de manière conventionnelle et ont été honnêtement informés de la physiologie et de la psychologie de leur état.

Traitement chirurgical

On envisagera une intervention chirurgicale seulement chez les patients présentant une pathologie articulaire évidente et des douleurs provenant de l'articulation temporo-mandibulaire. Il est indispensable de poser un diagnostic exact puisque l'exécution d'une intervention chirurgicale contre-indiquée est susceptible d'aggraver au lieu d'alléger les symptômes.^{7,15}

Contre-indications de l'intervention chirurgicale

- (a) Douleur myofaciale (syndrome otodentaire).
- (b) Psychonévrose.
- (c) Artérite temporale — La douleur est permanente, s'étend le long du parcours de l'artère temporale et atteint surtout les patients âgés.
- (d) Douleur d'origine neurovasculaire.
- (e) Maladie simulée — Antécédents traumatiques sans existence de pathologie, exigeant un examen psychologique.
- (f) Névralgie trigémineée.

Indications de l'intervention chirurgicale

Les patients souffrant d'une maladie intra-articulaire confirmée par radiographie, n'ayant pu être guéris par un mode de traitement conventionnel et ne faisant pas l'objet de l'une des contre-indications mentionnées ci-dessus, sont des candidats possibles à une intervention chirurgicale. Henny a décrit un procédé de haute condylectomie qui, selon cet auteur, soulage complètement l'ensemble des symptômes et rétablit un fonctionnement normal de la mâchoire dans presque tous les cas.⁷ Les candidats à l'intervention sont divisés en quatre catégories:

- (a) Ostéoarthrite.
- (b) Arthrite rhumatismale.
- (c) Déformation et dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire suite à une fracture du processus condylien.
- (d) Néoplasies (rares).



Résumé

Le syndrome de Costen ou syndrome oto-dentaire semble dû à des spasmes des muscles masticateurs. Les symptômes saillants de ce syndrome sont la douleur, la sensibilité musculaire, les craquements des articulations et la limitation des mouvements.

Le traitement efficace de ce syndrome exige un diagnostic étiologique propre reposant sur des antécédents précis, un examen clinique complet, un examen radiographique et parfois un examen électromyographique. Le traitement non-chirurgical vise à rétablir un fonctionnement normal et consiste surtout en un kinésithérapie tenant compte à la fois de l'état émotionnel et de l'occlusion du patient. Le traitement chirurgical est indiqué seulement chez les patients atteints d'une maladie organique intra-articulaire n'ayant pu être soignés par un mode de traitement conventionnel et ne faisant pas l'objet de contre-indications à une intervention chirurgicale.

Références

1. Bell, W.E. *Clinical diagnosis of the pain-dysfunction syndrome*. Am. Dent. A.J., 79:154-60, July 1969.
2. Bell, W.H. *Nonsurgical management of the pain-dysfunction syndrome*. Am. Dent. A.J., 79:161-70, July 1969.
3. Buston, R.C. *The problem of facial pain*. Am. Dent. A.J., 79:93-101, July 1969.
4. Chalmers, I.M., and Blair, G.S. *In the temporomandibular joint involved in osteoarthritis?* Oral. Surg., Oral Med. and Oral Path., 38:74-9, July 1974.
5. Freese, A.S., and Scheman, Paul. *Management of temporomandibular joint problems*. St. Louis, Mosby, 1962. 235 p.
6. Greene, C.S. *A survey of current professional concepts and opinions about the myofascial pain-dysfunction (MPD) syndrome*. Oral Health, 65:39-44, Sep. 1974.
7. Henny, F.A. *Surgical treatment of the painful temporomandibular joint*. Am. Dent. A.J., 79:171-7, July 1969.
8. Laskin, D.M. *Etiology of the pain-dysfunction syndrome*. Am. Dent. A.J., 79:147-53, July 1969.
9. Louiselle, R.J. *Relationship of occlusion to temporomandibular dysfunction: the prosthetic viewpoint*. Am. Dent. A.J., 79:145-6, July 1969.
10. Lupton, D.M. *Psychological aspects of temporomandibular dysfunction*. Am. Dent. A.J., 79:131-6, July 1969.
11. Mayne, J.G., and Hatch, G.S. *Arthritis of the temporomandibular joint*. Am. Dent. A.J., 79:125-30, July 1969.
12. Perry, H.T., Jr. *Relationship of occlusion to temporomandibular dysfunction: the orthodontic viewpoint*. Am. Dent. A.J., 79:137-41, July 1969.
13. Rosenbraum, Marc. *The feasibility of a screening procedure re: temporomandibular joint dysfunction*. Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 39:382-9, March 1975.
14. Rothwell, P.S. *Personality and response to treatment of the temporomandibular pain-dysfunction syndrome*. Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 36:331-5, Sep. 1973.
15. Schwartz, Laszle, and Chayes, C.M. *Facial pain and mandibular dysfunction*. Philadelphia, Saunders, 1968. 365 p. (ch. 4-21).
16. Stallard, R.E. *Relationship of occlusion to temporomandibular joint dysfunction: the periodontal viewpoint*. Am. Dent. A.J., 79:142-4, July 1969.
17. Thomas, L.J., Tiber, Norman, and Schireson, Sylvan. *The effects of anxiety and frustration on muscle tension related to the temporomandibular joint syndrome*. Oral Surg., Oral Med. and Oral Path., 36:763-8, Nov. 1973.
18. Yale, S.H. *Radiographic evaluation of the temporomandibular joint*. Am. Dent. A.J., 79:102-7, July 1969.
19. Yavelow, Issacher, Forster, Irwin, and Wininger, Michael. *Mandibular relearning*. Oral Surg., Oral Med. and Oral Path. 36:632-41, Nov. 1973.