

A close-up photograph of a woman's face, showing her eyes closed and her hand pressed against her forehead, suggesting she is experiencing pain or discomfort. The image is the background for the entire page.

Therapie de la douleur au cabinet privé

Symposium à l'hôtel Marriott, Zurich (Suisse)
Vendredi 16 janvier 2009

Mise à jour clinique: «Dysfonctionnements cranio-mandibulaires» (DCM) Douleurs des muscles masticateurs et des articulations temporo-mandibulaires

Dr. med. dent. Horst Kares

Depuis quelques années les Myoarthropathies (MAP, souvent aussi appelées SADAM ou DCM, Dysfonctionnements Cranio-Mandibulaires), prennent de plus en plus d'espace dans la littérature dentaire spécialisée. Ce fait correspond à la réalité du cabinet dentaire auprès desquels des patients, de plus en plus nombreux, font appel en se plaignant de douleurs au niveau des muscles de la tête et de la mâchoire ainsi que des ATM.

Malgré l'importance du problème, beaucoup d'omnipraticiens se sentent démunis face à la multitude des techniques thérapeutiques proposées dans les publications ou lors des congrès spécialisés.

Rédigé par un clinicien expérimenté pour des confrères omnipraticiens, cet article propose un résumé du consensus international de la discussion scientifique actuelle. Selon les principes de l'«Evidence based Medicine» (la médecine basée sur des faits prouvés, EbM (29)), les techniques reconnues de diagnostic et de thérapie pour le traitement des DCM douloureuses seront détaillées.

«Evidence-based Medicine»

Table 1: Les piliers de l'«Evidence based Medicine» (selon Gordon Guyatt, McMaster University, Canada)

- Evidence interne: expérience clinique du praticien
- Evidence externe: état du savoir scientifique actuel
- Souhaits du patient: prise en compte de la situation personnelle du patient

Tandis que la formation classique à la faculté dentaire repose essentiellement sur le savoir et l'opinion du responsable de l'enseignement, la pratique de l'EbM repose solidement sur trois piliers: l'expertise du médecin, le savoir scientifique actuellement disponible ainsi que les souhaits du patient.

L'«étalon-or» dans la science sont les revues systématiques comme celle de la Cochrane Collaboration, dans le cadre de laquelle les dentistes s'intéresseront surtout à celles de l'«Oral Health Group» (9). Dans beaucoup de pays, la formation des étudiants repose aujourd'hui sur les principes de l'EbM et l'omnipraticien n'échappera pas au besoin de se tenir informé. Dans la pratique quotidienne, nous préconisons une réorientation du simple «traitement de la pathologie» vers la «gestion interactive de l'être humain souffrant» en intégrant tous ses souhaits et ses considérations économiques (72, 45).

Sans la prise en compte de tous ces facteurs, il existe un important risque de diagnostics et de thérapies mal orientés, une pratique critiquée depuis longtemps par l'opinion publique (36, 59).

Que sont les DCM/MAP?

Au niveau international, le terme généralement employé pour les douleurs des muscles masticateurs et/ou des ATM est «Temporo-mandibular Disorders, TMD» (Okeson 2005). En français on l'appellera «ADAM» (Algies et Dysfonctions de l'Appareil Manducateur), puis «SADAM» (Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur), plus récemment «DCM» (Dysfonctions Cranio-Mandibulaires) ou encore Myoarthropathie (MAP) (81). Basé sur un diagnostic différentiel, la classification des DCM/MAP douloureuses se fait selon les Critères Diagnostiques de Recherche des Désordres Temporo-mandibulaires DCR/DTM (17). Les douleurs de la musculature masticatoire sont donc nommées «myo-fasciales», et celles de l'ATM «arthralgie» ou «arthrose activée».

Epidémiologie

Pour les pays industrialisés, l'«International Association for the Study of Pain (IASP)» estime à 20% le pourcentage des adultes souffrant de douleurs chroniques. Les personnes âgées et les femmes sont particulièrement concernées. Avec 15% de patients, les douleurs de la tête se situent en troisième position des douleurs chroniques, derrière les douleurs du dos et des genoux. Selon les études de différents pays, les douleurs orofaciales concerneraient entre 14% et 40% des adultes, dont environ 10% pour les DCM douloureuses (83). Les femmes seraient plus touchées avec un facteur 1,5 à 2 par rapport aux hommes, et la prévalence atteint son sommet à 40 ans, avec une certaine décroissance après cet âge (32). A cause de facteurs hormonaux, la fréquence des douleurs liées aux DCM varie sensiblement avec le cycle de la menstruation (50).

Symptômes et signes

La multiplicité des symptômes peut rendre difficile le diagnostic, et la pathologie mériterait bien la désignation «caméléon». Fréquemment, les muscles masticateurs ou les articulations temporo-mandibulaires sont douloureux lors de la mastication et l'on trouve des douleurs référées au niveau de la bouche, de la face, de la tête, de la nuque, des épaules ou du dos.

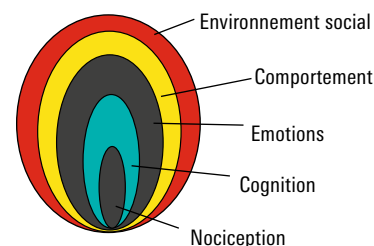
Le dentiste trouvera un grand nombre d'indices cliniques tels que les facettes d'usure au niveau des dents, la limitation de l'ouverture de la mâchoire et de la capacité du patient à tourner la tête ou encore le craquement ou la crépitation des articulations à l'ouverture/fermeture de la mandibule

Facteurs à risque

La différence interindividuelle des réactions face à une source de douleur identique ne peut s'expliquer que par l'utilisation de modèles différenciés de l'étiologie. Ainsi les facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels pour l'explication de l'expérience individuelle de la douleur gagnent en importance (54). (Graphique 1).

Les facteurs qui prédisposent, déclenchent et qui entretiennent les douleurs, comprennent des éléments biologiques, psychologiques et sociaux (Okeson 2005). La Table 2 en liste quelques uns, bien qu'évidemment de nouveaux aspects surgissent de l'évolution des expériences clinique et de la recherche.

Les niveaux psychosociaux de la douleur



Graphique 1: Loeser, Perspectives of Pain 1980

Facteurs à risque pour les DCM/MAP

Facteurs généraux

- Génétiques
- Hormonaux
- Alimentaires
- Troubles de la posture
- Troubles du sommeil
- Réduction de l'inhibition de la douleur propre au corps etc.

Facteurs psycho-sociaux

- Stress émotionnel
- Hyper-vigilance à cause de l'activation du sympathique
- Expériences antérieures de la douleur
- Dépression
- Hyper-anxiété
- Troubles post-traumatiques etc.

Facteurs dentaires

- Bruxisme
- Troubles du développement de la mâchoire
- Macro-traumatisme (accidents)
- Microtraumatisme (problèmes d'occlusion)
- Interventions dentaires iatrogènes etc.

Table 2 (Bell/Okeson)

Le système diagnostique

Critères Diagnostiques de Recherche des Désordres Temporo-mandibulaires CDR/DTM

Axe I:

Diagnostique somatique

Secteur I: Troubles douloureux de la musculature masticatoire

- + Ia: Douleurs Myo-fasciales
- + Ib: Douleurs Myo-fasciales avec limitation de l'ouverture de la mâchoire

Secteur II: Position antérieure du disque articulaire

- + IIa: Position antérieure du disque articulaire, avec reposition lors de l'ouverture de la mâchoire
- + IIb: Position antérieure du disque articulaire sans reposition à l'ouverture de la mâchoire, avec limitation de l'ouverture
- + IIc: Position antérieure du disque articulaire sans reposition à l'ouverture de la mâchoire, sans limitation de l'ouverture

Secteur III: ATM

- + IIIa: Arthralgie
- + IIIb: Arthrose activée de l'ATM
- + IIIc: Arthrose de l'ATM

Axe II:

Diagnostique douloureux psycho-sociaux

- Limitation des activités quotidiennes pour cause de douleurs
- Etat dépressif
- Symptômes somatiques non spécifiques

Table 3

L'axe II concerne le niveau psycho-social provoqué par les troubles douloureux. Ici sont référencées les limitations cognitives, émotionnelles et comportementales du patient qui sont causées plus fréquemment par des pathologies douloureuses chroniques (mais n'en sont pas à l'origine). Sans besoin immédiat d'impliquer un psychologue dès le départ, le chirurgien dentiste peut quantifier et évaluer les éléments de l'axe II de manière simple avec des questionnaires psychologiques adaptés.

De plus l'auteur se sert de beaucoup de succès de l'Indice de chronification à quatre niveaux (Graded Chronic Pain Status) (85, 82) et interroge systématiquement le patient par rapport au stress ressenti. Sur une échelle de 0 (aucun stress) à 10 (stress insupportable), cet indicateur donne des informations précieuses sur l'état psychique du patient et offre une porte d'entrée dans un entretien approfondi à ce sujet.

Les diagnostics à caractère douloureux selon les DCR/DTM sont les Douleurs Myo-fasciales (Ia), les Douleurs Myo-fasciales avec limitation de l'ouverture de la mâchoire (Ib), l'Arthralgie (IIIa) et l'Arthrose activée (IIIb). En principe les diagnostics non-douloureux ne sont prises en compte que dans des cas exceptionnels.

Diagnostique différentiel

Les douleurs orofaciales sont souvent d'origine odontogène. Au-delà des DCM/MAP douloureuses, existent beaucoup d'origines possibles (Table 4), qui ne seront mentionnées que brièvement, et qui nécessitent généralement la consultation d'autres disciplines. Pour le praticien souhaitant aller plus loin dans le traitement des DCM/MAP il convient de se documenter et de connaître ces étiologies afin d'éviter de s'embarquer dans des voies diagnostiques et thérapeutiques inutiles.

De plus il faut prendre en compte une comorbidité fréquente des douleurs de la musculature masticatoire avec certains types de céphalées, fibromyalgie, et d'autres pathologies douloureuses (76, 65, 62). Une explication possible pour la présence regroupée de différents phénomènes douloureux pourrait résider dans l'existence de processus de sensibilisation centraux qui provoqueraient des phénomènes douloureux diversifiés (88).

Le traitement des DCM/MAP

Lors de congrès et dans les publications spécialisées, une multitude déconcertante de thérapies pour des douleurs liées aux DCM sont présentées. Pour le praticien, il peut s'avérer difficile de choisir les traitements adaptés, d'autant plus que certaines opinions peuvent être contradictoires. En tant que fil rouge pour le traitement des DCM en omni pratique, cet article propose une vue globale des méthodes avec l'évidence scientifique la plus élevée (Schindler 2007, Hugger 2007).

Le diagnostique des DCM/MAP

Depuis quelques années, les Critères Diagnostiques de Recherche des Désordres Temporo-mandibulaires CDR/DTM se sont imposés comme le standard international en terme de langage/classification pour les DCM/MAP dans le monde scientifique comme au cabinet dentaire. Ce système purement descriptif ne fait aucune référence à l'origine des pathologies et permet de classer les diagnostics selon deux axes principaux (17), avec des sous-classifications successives (81). La majeure partie

du processus diagnostique concerne l'anamnèse liée à la douleur, une partie moins importante est consacrée à l'examen clinique.

Le niveau somatique est défini comme l'axe I. Ici la douleur est décrite selon son intensité, sa qualité et selon les résultats de l'examen clinique. Le modèle prend en compte des connaissances essentielles de la recherche moderne sur la douleur sous forme de caractérisations telle que «nociceptif/neuropathique», «superficiel/profond», «localisé/généralisé» et «épisode/continue» (62).

Diagnostique différentiel des douleurs orofaciales (modifié d'après Bell/Okeson)

1. Douleurs dentaires

- Douleurs dentaires odontogènes
- Douleurs dentaires non-odontogènes

2. Douleurs des muqueuses faciales et buccales

3. Douleurs musculo-squelettiques

- Musculature
 - douleurs myo-fasciales
 - Myosite
 - Fibromyalgie
 - autres syndromes douloureux de la musculature
- articulation temporo-mandibulaire
 - Arthralgie
 - Arthrose activée
 - autres pathologies douloureuses des ATM

4. Douleurs orofaciales originaires de structures voisines tel que mâchoires, cou, yeux, oreilles etc.

5. Douleurs neurovasculaires

- Migraine
- Céphalées du type tensionnel
- Céphalées du type «Cluster»
- autres types de céphalées

6. Douleurs neuropathiques

- Douleurs neuropathiques épisodiques
- Douleurs neuropathiques chroniques
- Odontalgies atypiques / Douleur idiopathique de la face
- Névrome traumatique
- Névralgie trigéminal traumatique
- Herpès Zoster
- Névralgie post-thérapeutique
- Stomatodynie

Table 4

Les traitements suivants, efficaces et scientifiquement fondés, peuvent être recommandés en cas de douleurs myo-fasciales de l'appareil manducateur: l'information du patient sur les caractéristiques globales de la pathologie, gouttières occlusales, physiothérapies/massages, techniques de relaxation, thérapies comportementales, cyclobenzaprine et antidépresseurs.

En présence de douleurs multiloculaires, les gouttières occlusales, T.E.N.S., acuponcture, diazépam, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), Flupirtine, anesthésiques locaux et toxine botulique sont recommandés avec réserve (Table 5).

+ Information du patient: L'information du patient sur les interdépendances bio-psychosociales se sont révélées essentielles pour la coopération des patients et pour le succès de la thérapie (57). Ce fait est d'autant plus remarquable que cette «technique» n'exige d'autre outil que le temps et l'expertise du praticien.

+ Gouttières occlusales: Les gouttières occlusales couvrant toutes les dents ainsi que la butée antérieure (tel que le NTI-tss, par ex.) ont une efficacité scientifiquement avérée et spécifique en cas de problèmes musculaires localisés (20, 23, 90) et devraient être portées surtout pendant la nuit.

En cas de douleurs multiloculaires, les effets bénéfiques sont difficiles à prouver et leur intégration dans des concepts de traitement multimodaux est recommandée (69). En tant qu'effet non-spécifique on peut probablement compter sur un effet comportemental bénéfique à cause d'une conscience corporelle accrue (44). Depuis quelques temps, on parle aussi d'un effet spécifique potentiel qui serait la réorganisation des schémas fonctionnel neuromusculaires: l'activation hétérogène des fibres musculaires pourrait décharger les fibres présentant des lésions et ainsi permettre une réduction de la douleur (74, 75).

+ Physiothérapie / auto-thérapie: L'auto-thérapie du patient, d'après des instructions précises du thérapeute, semble aussi efficace que le traitement par gouttières occlusales et l'information du patient (7, 57). Il n'existe pas d'études fiables sur l'efficacité de la physiothérapie en cas de douleurs de la musculature masticatoire, mais l'efficacité temporaire de la thérapie manuelle et du massage a été prouvée pour des douleurs de la musculature dorsale. Elles peuvent donc être recommandées mais doivent être considérées comme interventions symptomatiques (3, 24). Une revue systématique récente de la littérature au sujet de la neurostimulation électrique (ENS) ou de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) a soutenu une efficacité significative en cas de douleurs musculo-squelettiques chroniques (40) et peut être très utile dans la diminution de l'utilisation de médicaments (12).

Recommandations de thérapies en cas de douleurs de la musculature masticatoire

Fortement recommandé	Recommandé	Recommandé avec réserve
<ul style="list-style-type: none"> • Information du patient • Gouttière occlusale/NTI-tss • Physiothérapie/Massage • Cyclobenzaprin 	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapies comportementales • Techniques de relaxation • Antidépresseurs tricycliques 	<ul style="list-style-type: none"> • T.E.N.S. • Acuponcture • Diazépam • AINS • Flupirtin • Lokalanästhesien • Anesthésiques locaux • Toxine botulique

Table 5

+ Thérapie comportementale: Plusieurs études clés ont pu démontrer que, dans le court terme, la thérapie comportementale avec information du patient, instructions sur l'auto-thérapie, techniques de relaxation et suivi téléphonique est aussi efficace que la thérapie dentaire classique avec gouttière, physiothérapie et information.

Sur la période d'un an la thérapie comportementale s'est même avérée plus efficace (17, 80) et est donc fortement recommandée. Beaucoup de ses éléments comme l'auto-thérapie, techniques de relaxation, et stratégies de la gestion de la douleur peuvent même facilement être intégrées dans la pratique quotidienne du cabinet dentaire et ainsi augmenter l'efficacité du traitement dentaire conventionnel.

+ Biofeedback et relaxation musculaire progressive: L'efficacité des techniques de Biofeedback a été prouvée pour des douleurs des muscles masticateurs (10). En conjonction avec des techniques de thérapie comportementale, la relaxation musculaire progressive (méthode Jacobson) s'est également avérée efficace pour d'autres douleurs musculaires (63).

+ Traitement médicamenteux: Pendant que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ne montrent pas d'efficacité particulière en cas de douleurs musculaires chroniques (78), le myo-relâchant cyclobenzaprine s'est avéré très efficace contre les douleurs des muscles

masticateurs (6, 8, 79). Etant donné, que ces médicaments ne sont pas homologués en Allemagne (ou exerce l'auteur), on utilise souvent la flupirtine (Katadolon®, TrancopalDolo®) à sa place. Il semble aussi efficace, même si cela n'a été examiné que par très peu d'études (4). Dans une étude relativement limitée, l'antidépresseur amytriptiline a été plus efficace qu'un placebo, tandis que les données pour la toxine butolique restent floues (61, 86). Pour l'infiltration des points gâchettes et d'autres zones musculaires avec un anesthésique local, il n'existe que très peu d'études ayant prouvées une certaine efficacité et l'infiltration ne peut donc être recommandée qu'avec réserve (11, 46, 1).

+ Acuponcture: les données concernant l'acuponcture en cas de douleurs myo-fasciales restent non-concluantes mais semblent montrer des effets similaires aux gouttières occlusales (37) ou l'acuponcture placebo (25). Néanmoins son efficacité a été prouvée pour le traitement des douleurs de la musculature dorsale (55).

Les douleurs des ATM

Les douleurs des ATM se manifestent le plus fréquemment en conjonction avec des douleurs myo-fasciales et ne s'observent de façon isolée que dans environ 10% des cas (Huang 2002). Ces douleurs isolées semblent moins déranger les patients que certaines douleurs musculaires (Huang 2002, Lindroth 2002).

Recommandations de thérapies en cas de douleurs des articulations

Fortement recommandé	Recommandé	Recommandé avec réserve
<ul style="list-style-type: none"> • Information du patient • Gouttières occlusales • AINS 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-thérapie physio thérapeutique • Thérapies manuelles/ Massage/T.E.N.S • Acuponcture • Thérapies comportementales • Techniques de relaxation • Paracétamol • Antidépresseur cyclique • Infiltrations intra-articulaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Chondroprotectiva • Arthroskopie • Arthrocenthèse

Table 6

Selon l'accord scientifique actuel, en cas d'arthralgie des articulations, les thérapies suivantes sont recommandées: informations du patient, gouttière occlusale, ARNS, auto-thérapie physio-thérapeutique, thérapies manuelles, massages, T.E.N.S., acuponcture, thérapie comportementale, techniques de relaxation, paracétamol, antidépresseurs tricycliques et infiltrations intra-articulaires de glucocorticoïde-hyaluronate.

Les chondroprotectiva comme l'amino-glucosulfate, ainsi que certaines méthodes peu invasives telles que l'arthroscopie et l'arthrocentèse sont recommandées avec réserve (Table 6).

+ Information du patient et auto-thérapie:

Comme c'est le cas pour les douleurs myofasciales de la musculature masticatoire, l'information des patients est un outil important dans la thérapie des arthralgies des ATM (64). Le patient sera informé sur ses habitudes para-fonctionnelles et posturales et sensibilisé dans le sens d'évitement des ces schémas comportementales stéréotypés (64, 56)

+ **Gouttières occlusales:** L'efficacité de gouttières occlusales en présence d'arthralgies isolées a été démontrée (44, 23). Leur façon d'agir a déjà été décrite plus haut dans le cadre des douleurs myo-fasciales de la musculature masticatoire.

+ **Traitement médicamenteux:** Les douleurs aiguës des ATM présentant des indices clairs d'inflammation en cas d'arthralgie ou arthrose activée réagissent, dans le court terme, très positivement aux AINS tel que l'acide acétylsalicyl ou Ibuprofen (2, 66, 15, 58). Si l'un des AINS ne produit pas les résultats escomptés un changement vers un autre médicament du même type peut être envisagé (31).

Le Paracétamol peut être utilisé par les femmes enceintes ou pour sa meilleure tolérance en présence d'indices d'inflammation (30, 53). Dans une étude limitée, l'antidépresseur tricyclique Amitryptiline s'est avéré plus efficace que des placebos. Une recommandation claire ne peut être donnée pour l'utilisation d'injections intra-articulaires d'hyaluronate ou de glucocorticoïdes (77, 5).

+ **Physiothérapie:** la physiothérapie comprend toutes les formes d'influence physiques du corps telles que pression, mouvement, chaleur, froid, rayonnement et électricité. Une efficacité limitée dans le temps a été prouvée pour les thérapies manuelles et massages pour des douleurs de la musculature dorsale, même si elle ne dépasse pas celle d'autres techniques thérapeutiques (21, 3). Il existe aujourd'hui des indicateurs que TENS peut produire une réduction des douleurs des ATM (40).

+ **Acuponcture:** il n'y a pas de données claires sur l'efficacité de l'acuponcture en cas d'arthralgie ou arthrose activée. Par contre

l'acuponcture semble atteindre des résultats similaires aux gouttières d'occlusion (37) ou l'acuponcture placebo (25).

+ Thérapie comportementale et techniques de relaxation:

Une thérapie comportementale en conjonction avec techniques de relaxation et des instructions pour l'auto-thérapie sont aussi efficace dans le court terme que les gouttières occlusales classiques avec une information approfondie du patient, et même plus efficace dans la durée (une année dans l'étude, 18, 80). D'après les auteurs, une combinaison de techniques thérapeutiques dentaires classiques avec thérapie comportementale s'avère le plus particulièrement efficace pour les patients dans un stade de chronification avancé (19). Dans des revues systématiques d'études, le bio-feedback et la relaxation musculaire progressive se sont avérés très efficace en cas de DCM/MAP et douleurs du dos (10, 63).

+ **Intervention chirurgicale:** Dans de rares cas d'arthroses activées, les patients se plaignent de douleurs très fortes dans les ATM qui ne répondent pas aux thérapies conservatrices. Dans ces situations, des techniques les moins invasive possible, telles que l'arthroscopie, peuvent être indiquées. Durant cette intervention à la fois diagnostique et thérapeutique, le lavage de l'espace supérieure de l'articulation et la destruction d'adhérences articulaires pathologiques peuvent montrer des résultats positifs. L'arthrocentèse se contente d'un lavage de l'articulation, soit avec une solution isotonique salée, des corticostéroïdes ou de l'hyaluronate. Ces deux techniques n'ont pas encore pu démontrer une meilleure efficacité que les placebos mais se situeraient plutôt au même niveau (71, 77).

L'utilité d'un traitement préventif ou thérapeutique en cas de craquements ou crépitations est contestable et ne sera pas traité ici (Könönen 1996, John 1999, Hugger 2002, Reißmann 2007). Une thérapie peut être indiquée et peut être tentée avec des gouttières occlusales mais seulement en cas de gênes psycho-sociaux à cause de bruits des articulations. Il n'existe aucune preuve que le traitement systématique et prophylactique d'anomalies occlusales entraîne une diminution de l'incidence de pathologies douloureuses et

aiguës de la musculature masticatoire ou des articulations. (Koh 2003, Friction 2006).

Par contre, il a été prouvé que certaines interférences occlusales peuvent, pour certains patients prédisposés, contribuer au développement des DCM (Pullinger 1993). Des études expérimentales sur des souris, avec des modifications artificielles de l'occlusion, ont montré les mêmes résultats (LeBell 2002 et. 2006). Des examens diagnostiques très élaborés de l'occlusion ne sont justifiés que lorsque des facteurs significatifs à risque occlusaux ont été constatés, lors de l'anamnèse.

Développements futurs

Des avancées significatives pour le traitement des DCM/MAP douloureuses peuvent être attendues dans le vaste domaine de la recherche autour de la douleur (27). Au moins trois secteurs évoluent actuellement à une vitesse impressionnante:

+ **Génétique:** Dans des études expérimentales et cliniques, il a été prouvé que la sensibilité et la variabilité des réactions face à la douleur sont influencées par des dispositions génétiques (89, 14). Ces nouveaux développements pourront dans un avenir proche donner des impulsions importantes pour la diagnose et la thérapie des DCM/MAP douloureuses.

+ **Pathophysiologie:** Nous nous trouvons presque « noyés » par la quantité de nouvelles découvertes concernant la bio-chimie de la douleur autour des muscles et de l'ATM. Une identification de ces processus patho-physiologiques et de leur interconnexion ouvrira de nouvelles possibilités d'intervention dans la genèse de la douleur plutôt que de se limiter au blocage des processus inflammatoires ou neurotransmetteurs.

+ **Facteurs à risque:** La connaissance de certains facteurs biologiques et psycho-sociaux et de leur rôle permet déjà un certain pronostic des chances de réussite d'un traitement donné pour certaines populations. L'identification de nouveaux paramètres et la précision de nouvelles sous-populations à l'intermédiaire, par ex. de l'endocrinologie, aura des conséquences importantes pour le quotidien clinique et devra permettre une individualisation encore plus poussée des thérapies.



Dr. med. dent. Horst Kares

Docteur en chirurgie dentaire (Nancy),
Cabinet dentaire privé à dominante douleurs oro-fasciales et médecine du sommeil
Spécialisé en diagnostique de troubles de l'ATM et du traitement de la douleur
Master of International College of Cranio-Mandibular Orthopedics

Séjours d'études à Seattle, Los Angeles, Boston, New Jersey

Membres de diverses sociétés scientifiques dont celle «des douleurs de la bouche et de la face» de la Société Allemande de l'Etude de la Douleur (DGSS)

Intervenant et formateur au niveau international, auteur de multiples articles scientifiques et ouvrages dans le domaine des DCM et de la médecine du sommeil.

Résumé

Heureusement nous disposons d'excellents moyens pour traiter avec succès environ 90% des patients consultant avec des douleurs de la musculature masticatoire et des ATM. Il est recommandé d'employer des techniques diagnostiques et thérapeutiques simples, peu coûteuses, facile à mettre en œuvre et reposant sur les principes de l'EbM (Evidence based Medicine, la médecine basée sur des faits prouvés). Aussi bien l'information du patient que les gouttières occlusales, la physiothérapie/auto-thérapie, thérapie comportementales/techniques de relaxation et médicaments ont fait leurs preuves et ces techniques sont souvent couronnées de succès.

Dans le cas de douleurs persistantes, une diagnose plus élaborée sur le niveau somatique et psycho-social sera nécessaire. En coopération avec d'autres disciplines et en employant une stratégie multimodale, ces patients peuvent souvent être aidés et leur qualité de vie améliorée.

Dans un premier temps, toute intervention irréversible est à prescrire, surtout en promettant la « guérison » complète. A cause de processus de sensibilisation centraux, toute intervention au niveau de structures périphériques ne présente que peu de chances de succès pour des pathologies chroniques. Le plus souvent, même des thérapies très simples peuvent avoir un effet très positif pour le patient. En ce qui concerne la restauration prothétique ou l'orthodontie, un regard différencié s'impose car il existe de réelles indications pour une modification permanente de l'occlusion.

Chaque patient nécessite et mérite une approche individualisée. L'évidence externe, c'est-à-dire les études cliniques, devront être consultées pour chaque type d'intervention mais ne devront pas les dicter. L'expérience clinique du thérapeute présente un pilier d'importance équivalente pour le choix de la thérapie adéquate. Elle jouera un rôle particulièrement important pour le grand nombre de patients pour lesquels un diagnostique clair n'est pas possible et chez qui les techniques classiques ne produisent pas les résultats espérés.

Le patient bien informé et éclairé devra, en dernier ressort, décider ensemble avec le praticien des options thérapeutiques qu'il préfère. Clinique et science, médecine et dentisterie devront coopérer et s'alimenter mutuellement dans le but de progresser dans la qualité des traitements des DCM/MAP douloureux. Seule l'abolition de ces murs artificiels et une meilleure compréhension de la douleur et du processus de la chronification pourront apporter les solutions méritées à ces patients.

**Pour obtenir la bibliographie complète
prière de vous adresser à:
fragen@karrdental.ch**

Président



Prof. Dr. med. dent. Regina Mericske

Intervenants



Dr. med. dent. Gary Unterbrink



Dr. med. dent. Siegfried Leder



Dr. med. dent. Horst Kares



Dr. med. dent. Arwed Boitel



Dr. med. dent. Axel Zander

	Thème (Nota bene: toutes les présentations se feront en langue Allemande)	Intervenants
09:30	NTI-tss – Cours pour débutants: module théorique	Dr. Gary Unterbrink
10:45	Pause	
11:00	Cours pour débutants: Travaux pratiques	Dr. Gary Unterbrink
11:45	Questions / réponses	Dr. Gary Unterbrink
12:00	Cocktail déjeuner	

Programme scientifique

Session 1

13:00	Discours de bienvenue et introduction sur le thème de la journée Impact économique des MAP/DCM et incidence au cabinet dentaire	Prof. Regina Mericske-Stern
13:45	Screening et diagnose des MAP/DCM au cabinet dentaire Quel cas traiter? Quels cas référer au spécialiste?	Dr. Siegfried Leder
14:30	Traitement des MAP/DCM au cabinet dentaire sur la base de l'«Evidence based Medicine» (médecine basée sur des faits prouvés)*	Dr. Horst Kares
15:15	Pause	

Session 2

15:30	Le NTI-tss vu du point de vue de l'«Evidence based Medicine»*	Dr. Horst Kares
16:00	NTI-tss – Applications pratiques et astuces	Dr. Arwed Boitel
16:45	NTI-tss – Expérience pratique au cabinet dentaire Résultats d'une étude réalisée au sein de différents cabinets dentaires en Suisse	Dr. Axel Zander
17:30	Résumé et discours de clôture	Prof. Regina Mericske-Stern

Inscription à la formation

Frais d'inscription

<input type="checkbox"/>	NTI-tss – Cours pour débutant	09 h 30 à 13 h 00	CHF 280.–	€ 186.–
	Inscriptions avant le 30 novembre 2008 3 heures de formation seront comptabilisées		CHF 230.–	€ 153.–
<input type="checkbox"/>	Symposium	13 h 00 à 17 h 30	CHF 380.–	€ 253.–
	Inscriptions avant le 30 novembre 2008 4 heures de formation seront comptabilisées		CHF 330.–	€ 220.–
<input type="checkbox"/>	NTI-tss – Cours pour débutant & Symposium	09 h 30 à 17 h 30	CHF 590.–	€ 393.–
	Inscriptions avant le 30 novembre 2008		CHF 540.–	€ 360.–

Nom, Prénom

Adresse

Code postal, ville

Téléphone

E-Mail

Lieu, date

Signature

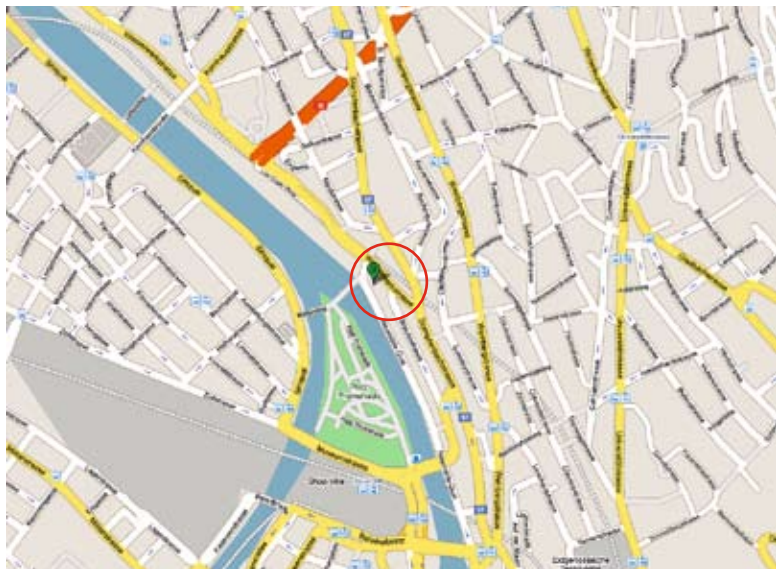
Confirmation de la formation: Le nombre de participants est limité. L'admission se fait dans l'ordre dans lequel les inscriptions sont reçues. En vous inscrivant, vous acceptez nos conditions générales de vente. En cas d'annulation avant le 11 janvier 2009, une somme forfaitaire de CHF 50.– par personne inscrite est due. Pour toute annulation à partir du 11 janvier 2009 la totalité des droits d'inscription est due. Vous recevrez une confirmation de votre inscription par écrit.

karrdental

Karr Dental AG
Zugerstrasse 56
CH-8810 Horgen
Téléphone 044 727 40 00
Téléfax 044 727 40 10
www.karrdental.ch

plan d'accès

Hotel Marriott, Zürich
Neumühlequai 42
8001 Zürich
Tél. 044 360 70 70
www.marriott.com



karrdental

Karr Dental AG
Zugerstrasse 56
CH-8810 Horgen
Téléphone 044 727 40 00
Téléfax 044 727 40 10
www.karrdental.ch

Thérapie de la douleur
au cabinet privé

Symposium à l'hôtel Marriott, Zurich (Suisse)
Vendredi 16 janvier 2009

karrdental EDUCATIONAL SERVICES
ZF ZAHNMEZINISCHE
FÖRDERUNG
ZÜRICHENSE

Nicht frankieren
Ne pas affranchir
Non affrancare

Geschäftsantwortsendung Invio commerciale-risposta
Envoi commercial-réponse

Karr Dental AG
Educational Services
Zugerstrasse 56
CH-8810 Horgen