

DÉSORDRES TEMPORO-MANDIBULAIRES (DTM) et TRAUMATOLOGIE FACIALE

Orientation n°269 : Autonomisation du patient en rééducation des troubles musculo- squelettiques

DURÉE :

2 jours en présentiel
14 h de formation

FORMATEUR :

Nadine VARAUD, masseur – kinésithérapeute,

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 20

CONTEXTE ET ENJEUX

De plus en plus de professionnels de santé comme les chirurgiens-dentistes, les orthodontistes, les ORL, les chirurgiens spécialisés en stomatologie, en chirurgie maxillo-faciale ou en chirurgie orale sont à la recherche de masseurs-kinésithérapeutes aptes à prendre en charge la rééducation maxillo-faciale, qui est très vaste et très spécialisée, et qui nécessite un bilan complet des différentes composantes de ces pathologies très variées.

Cette rééducation est peu pratiquée alors que les désordres ou séquelles de traumatologie de l'articulation temporo mandibulaires sont fréquents :

50 % de la population présentent un trouble cinétique

Dont : 75 % présentent un symptôme

25 % présentent une atteinte articulaire

3 à 7 % présentent une impotence fonctionnelle

Par ailleurs, 75 % des entorses cervicales présentent une désunion condylo-discale réductible ou irréductible dans les 2 à 15 ans qui suivent.

RÉSUMÉ

La formation débute par une partie de rappels (anatomique, physiologique, physiopathologique) nécessaires à la compréhension et à la justification des techniques à mettre en place.

Le bilan de l'appareil manducateur (articulations temporo-mandibulaires, position linguale, approche de l'occlusion dentaire), est ensuite détaillé.

CHAPITRE **Dysfonctions de l'appareil manducateur :**

Contenu :

- Les douleurs, déséquilibres musculaires, bruits articulaires, désunions condylo-discales réductibles ou irréductibles, et perturbations de la cinétique mandibulaire.
- Les Techniques permettant d'atténuer les différentes composantes des dysfonctions mandibulaires (améliorer la cinétique mandibulaire, diminuer les douleurs, diminuer les attitudes nociceptives et les para fonctions, obtenir une liberté articulaire).
- Éducation en santé et les auto-soins quotidiens du patient.

CHAPITRE **Traumatologie maxillo-faciale :**

- Les fractures faciales, maxillaires et mandibulaires qui nécessitent une prise en charge,
- Le bilan et le protocole de rééducation à visée de récupération des amplitudes,
- Sur les deux chapitres « désordres et séquelles post traumatiques », des vignettes cliniques sont proposées et permettent une analyse partagée sur les pratiques.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Améliorer la prise en charge de ces désordres ou séquelles post traumatiques en ouvrant au plus grand nombre ces techniques.
- Proposer une prise en charge en considérant le patient dans sa globalité et non plus une pathologie isolée.
- Compléter les soins passifs qui restent nécessaires pour harmoniser la fonction par des soins actifs afin que le patient devienne acteur de sa prise en charge et soit impliqué dans son traitement.
- Co construire un programme de rééducation, comprenant, dès la réalisation du diagnostic kinésithérapique, une « éducation » du patient, une sollicitation de sa participation active aux différentes étapes.
- Proposer un programme post soins à poursuivre pour prévenir davantage des récidives.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

- Permettre une remise à jour complète des savoirs afin de les rendre conformes aux connaissances actuelles de la biomécanique à la physiopathologie ;
- Réactualiser les savoirs et savoir-faire, du bilan au traitement grâce notamment à l'étude et réflexions à partir de cas cliniques et la réalisation de travaux pratiques ;

- Etre en capacité d'analyser, évaluer un patient, et de faire un bilan fonctionnel ;
- Élaborer un programme de rééducation incluant la participation collaborative du patient pour le syndrome algo-dysfonctionnel ou les suites de traumatologie de l'appareil manducateur ;
- Connaître les filières de soins, et mieux communiquer avec les différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire.

DÉROULÉ PÉDAGOGIQUE

1er Jour : Les Désordres temporo-mandibulaires DTM ou Dysfonctions de l'appareil manducateur (DAM)

Matin : 9h00-12h30

Théorie : 1h30

- Rappels Anatomiques
- Embryogénèse
- Rappels les surfaces articulaires
- Anatomie du ptérygoïdien externe
- Anatomie du disque et de l'appareil tenseur du disque
- Occlusion dentaire et fonction occlusale (arcades dentaires et relations inter-arcades - normalité et anomalies occlusales, croissance faciale, orthodontie)

Pratique : 1h

- Examen croissance de la face
- Examen de l'occlusion

Bilan ATM et cinétique mandibulaire 1h

Après-midi 13h30-17h00

Cours

- Physiopathologie/Etiopathogénie : manifestations musculaires, manifestations articulaires, anomalies de position et de structure de l'appareil discal : DDR et DDI **2H30**
- Les différents professionnels de santé impliqués / communiquer et collaborer **1h**

2ème Jour : Les dysfonctions de l'appareil manducateur suite

Matin : 9h00-12h30

- Rappels de ce qui a été vu la veille **0H30**
- Imagerie médicale (radiologie, Schuller défilé, Cone Beam, IRM) **0H30**

- Bilans analytique et fonctionnel **0H30**
- Élaborer un protocole de rééducation **1H00**
 - La Rééducation passive (massages),
 - La Rééducation active
 - L'autonomisation du patient (construction d'un programme à domicile au quotidien entre chaque séance)
- Vignettes cliniques **1H00**

Après-midi 13h30-17h00

La traumatologie de la face : fractures articulaires et extra-articulaires

Les fractures articulaires capitales, sous-condyliennes hautes et leurs Traitements **0H30**

Les fractures non-articulaires ostéosynthésées, non ostéosynthésées : (Lefort1, Lefort2, Disjonctions cranio-faciales), leurs traitements chirurgicaux (ostéosynthèse, blocage inter-maxillaire), leurs traitements orthopédiques et fonctionnels **0H30**

- Imagerie (radiologie-scanner) **0H15**
- Bilans analytique et fonctionnel **0H30**
- Rééducation **0H30**
- Les exercices d'auto rééducation du patient à domicile au quotidien entre chaque séance **0H15**
- **Atelier pratique** : mise en place d'un protocole de rééducation active adapté et d'un programme d'auto rééducation post soins **0H30**
- Vignettes cliniques **0H30**

MÉTHODE PÉDAGOGIQUE UTILISÉE

Nous utilisons pour la formation continue les standards de la pédagogie en formation d'adulte.

Les savoirs et savoir-faire portant sur notre thématique ont énormément évolué au cours des dernières années. Les recommandations se sont-elles aussi développées et harmonisées permettant des consensus plus marqués de prise en charge. Les stagiaires n'arrivent pas « vierges de savoirs », mais avec des savoirs souvent obsolètes.

Afin de résoudre cette problématique, différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles.
- Méthode expérientielle : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- Méthode démonstrative : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors de mise en application pratique
- Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les formateurs sont également incités à utiliser au cours de la formation des outils favorisant l'interactivité et le travail collaboratif, tel que les applications **Kahoot, et poll everywhere** ;

Les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables et matériels de pratiques.

Par ailleurs, la formation est ouverte aux kinésithérapeutes de profils variés exerçant dans des structures libérales ou des institutions de santé, avec pour objectif de favoriser les échanges et les débats entre les stagiaires et discussions. Chaque stagiaire pouvant être contributeur de la formation du groupe.

Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Questionnaire sur les pratiques professionnelles « pré » (pré-test) et « post formation » (post -test)
- une analyse partagée des résultats du pré test est effectuée au cours des différents temps de la formation, avec analyse des écarts entre les réponses des participants et les réponses attendues en référence aux différentes recommandations
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire à distance sur la satisfaction et le transfert des connaissances et compétences acquises en situation de soins

BIBLIOGRAPHIE

1. F.Bassigny Manuel d'Orthopédie Dento-faciale Elsevier-Masson 1991 2-225-82441-X
2. P.Bouriat, JLAHN, C.Roy, F.Veillon Tomodensitométrie cervico-faciale Collection d'imagerie radiologique 1993 3ème tirage 144 pages, 363 figures

3. R.Gola, C. Chossegros, J.D. Ortlieb Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur Masson 1992 978-2-225-82683-2
4. R.Gola Analyse céphalométrique et fonctionnelle de profil Springer 2010
5. R.Gola, Richard, Cheynet Etiopathogénie de l'obstruction nasale et Conséquences sur la croissance maxillo-faciale 2006 EM consulte disponible sur [https://doi.org/10.1016/s1283-o860\(06\)44905-8](https://doi.org/10.1016/s1283-o860(06)44905-8)
6. C.Chossegros, L.Benslama Photographie numérique médicale et dentaire Elsevier Masson 2008
7. C.Chossegros Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Elsevier 2017
8. T.F. Denison, V.G. Kokich, P.A. Shapiro Stability of Maxillary Surgery in Openbites Versus Non Openbites Malocclusion. the angle orthodontist NIH 1989-59 :5-10
9. P.H. Dumas Parafonctions orofaciales : diagnostic, éducation thérapeutique et réhabilitation, le point en 2019 disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02439784/document>
10. P.H. Dupas Occlusion et Posture Du bruxisme au mal de dos 2021 CDP Edition
11. M.Fournier, A.Chauvois, F.Girardin Rééducation des fonctions dans la thérapeutique orthodontique 1991 SID
12. P.Goudot, C.Herisson Pathologie de l'ATM collection Pathologie locomotrice 2003 Elsevier Masson
13. Professeur Hartmann Mal de dos, Fatigue, Migraine 2015 Kawa 978-2367780290
14. F. Hartmann, G. Cucchi Stress and Orality: New Data About Teeth Clenching & Outcomes, 2014 Springer
15. Virginie Herve. Les traumatismes maxillo-faciaux et leurs implications en pratique odontologique : Intérêts d'une approche pluri-disciplinaire. Mars 2018 Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. fhal-01738842f disponible sur <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738842/document>
16. Kapandji Anatomie fonctionnelle tome 3 Tête et rachis 2007 Maloine
17. J.L.Lézy, G.Princ Pathologie maxillo-faciale et stomatologie 2010 Elsevier Masson Abrégés
18. Rouvière Anatomie Humaine 2002 Elsevier
19. LN.Pham Dang, I.Barthélemy Séquelles de la traumatologie faciale chez l'adulte 2021 31/05/21 [7-1121] - disponible sur <https://www.em-consulte.com/article/1449931/sequelles-de-la-traumatologie-faciale-chez-l-adult>
20. C.Vierne Prise en charge et rééducation des fractures du condyle mandibulaire de l'adulte version 1 2013 uniro-ufr santé disponible sur <https://dumas.ccsd.fr/dumas-00913734>
21. G.Willem Manuel de Posturologie. 2004 Frison-Roche 2876714450

QUESTIONNAIRE PRÉ / POST SUR LES PRATIQUES (cf. page suivante)

Dysfonctions de l'appareil manducateur.

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 01 - Toute anomalie occlusale (trouble de l'occlusion) ou morphologique de la face entraîne forcément une dysfonction des articulations temporo-mandibulaires (ATM) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 - Toute atteinte d'une ATM retentira forcément sur l'autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 - En cas d'acouphènes, une consultation ORL est nécessaire pour établir un diagnostic différentiel entre oreille interne et ATM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 - Les acouphènes ne sont jamais dus à des problèmes d'ATM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 - Un traitement orthodontique peut provoquer une dysfonction des ATM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 - Une entorse cervicale entraînera dans les années qui suivent dans la majorité des cas des dysfonctions des ATM avec désunions condylo-discales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 - Une dysfonction occlusale peut modifier la posture crano-cervicale et réciproquement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 - En cas de traitement d'une dysfonction des ATM par gouttière occlusale, un rééquilibrage postural est nécessaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 - Lors des mouvements mandibulaires, un bruit de sable signe une dégénérescence du disque ou des ATM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 - Les désunions condylo-discales réductibles ou irréductibles peuvent être réversibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 - Il faut rééduquer les ATM chez toutes les personnes présentant une dysfonction de l'appareil manducateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 - Si une ou les 2 ATM claquent, c'est normal, toutes les articulations claquent à un moment donné | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 - La malposition linguale doit être systématiquement corrigée en cas de dysfonction de l'ATM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 - Les gouttières occlusales de repos suffisent à traiter une dysfonction de l'appareil manducateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 - Un stress psychologique peut suffire à déclencher une dysfonction des ATM. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 - Pour traiter un spasme des masséters, la rééducation est préférable au port d'une gouttière de repos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 - En cas d'une fracture articulaire sous-condylienne haute, le travail des amplitudes est nécessaire le plus tôt possible avant consolidation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 - En cas d'une fracture articulaire sous-condylienne haute, le travail de l'ouverture buccale doit se faire le plus rapidement possible | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 - En cas de chirurgie sous-condylienne droite, la diduction droite est limitée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 - 3 semaines après une fracture sous-condylienne haute, si les amplitudes sont trop limitées, je peux faire de la rééducation passive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |