



PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES TRISMUS DE L'ARTICULATION TEMPORO- MANDIBULAIRE

Christophe Fauconnier
Kinésithérapeute CHU Brugmann



Brugmann
Dysphagia
Group

IVme SYMPOSIUM INTERDISCIPLINAIRE

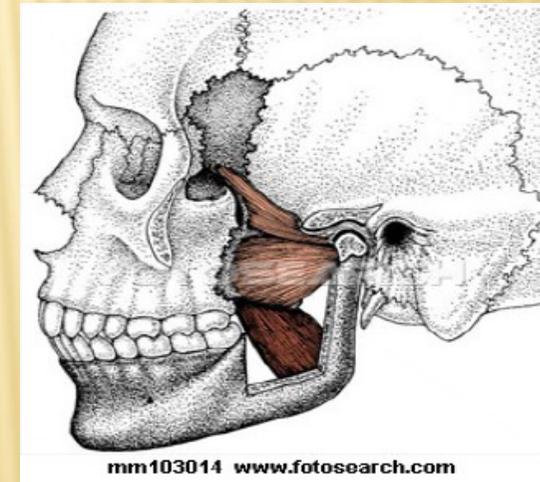
Vendredi 21 octobre 2011
Square - Brussels Meeting Center

TRISMUS DE L'ATM

- ✗ Définition =
 - + Abolition \pm complète de l'Ouverture Buccale (OB)
< contracture muscles élévateurs uni
ou bilatérale

- ✗ Symptômes associés éventuels :
 - + Douleur, dysphagie, dysphonie ...

- ✗ Autres fonctions physiologiques altérées :
 - + Mastication, respiration ...



TRISMUS : ORIGINE

- ✘ Cause loco-régionale :
 - + Infectieuse
 - + Traumatique
 - + Psychologique
 - + Fonctionnelle
 - + Iatrogène
 - + Tumorale
- ✘ Traitement du trismus \cong cause
- ✘ Articulaire > ankylose ou musculaire
spasme > fibrose

FACTEURS DE RISQUE ET INCIDENCE

- ✘ Causes iatrogènes, comme extraction 3^{ème} molaire >étirement musculo-ligamentaire ou hématome secondaire à injection anesthésique
- ✘ Ankylose post-traumatique
- ✘ 5 à 30 % en post-radique, stt si irradiation Atm, M. Ptéryg-Temp-Masst pour tumeur naso ou oro-pharynx, base langue, glande salivaire ou tumeur maxillaire ou mandibulaire.

(Bensadoun et al, 2010)

APPARITION ?

- ✘ Souvent brutale : cas post-traumatique ou iatrogène
- ✘ Régulièrement insidieuse et progressive de 9 sem à 24mois en post-radique
(Bensadoun et al, 2010)

EFFETS

- ✘ Dysphonie
- ✘ Douleur
- ✘ Intervention dentaire limitée
- ✘ Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- ✘ Déglutition perturbée
- ✘ Perte de poids, alimentation modifiée
- ✘ Isolement social (van der Molen et al, 2010)



NÉCESSITÉ THÉRAPEUTIQUE?

- ✘ Toutes stratégies thérapeutiques utiles pour *prévenir* probabilité et sévérité de l'apparition du trismus
- ✘ Prise en charge précoce améliore les résultats thérapeutiques
- ✘ Best prevent than cure !

(van der Molen et al, 2010 ; Falah et al, 2005 and Bensadoun et al, 2010)

POSSIBILITÉS THÉRAPEUTIQUES

✗ Traitement médical :

Médication : effet thérapeutique modéré sur trismus
pas d'évidence pour prévention (Chua et al, 2001).

✗ Toxine Botulinique :

Pour les cas réfractaires, efficace pour réduire douleur et spasme, sans améliorer mobilité mandibulaire (Hartl et al, 2008 ; Royal, 2003)

✗ Chirurgie :

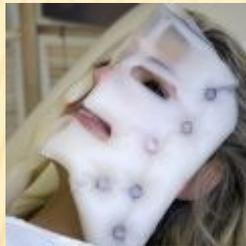
désinsertions musculaires, coronoïdectomie, résection
d'ankylose > prothèse d'Atm

Pas d'évidence pour l'efficacité de mobilisation forcée
sous anesthésie (Bhrany et al , 2007)

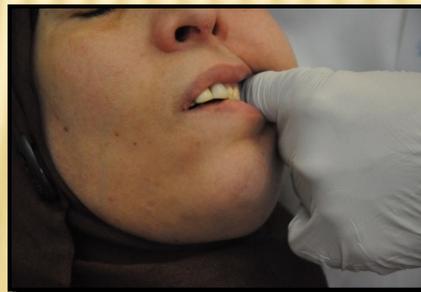


POSSIBILITÉS KINÉSITHÉRAPEUTIQUES 1

- ✘ Thermothérapie : masque chauffant

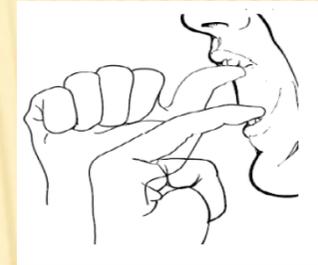


- ✘ Techniques de relaxation
- ✘ Massages extra- et intrabuccaux: Muscles Temporaux/Masséter/Ptérygoïdien



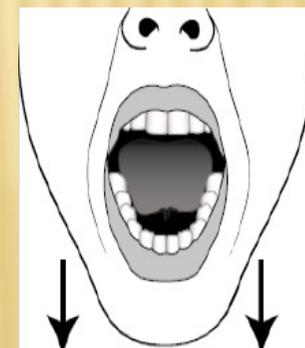
POSSIBILITÉS KINÉSITHÉRAPEUTIQUES 2

- ✘ Mobilisations passives en OB, Propulsion (P°), décoaptation et auto-passives



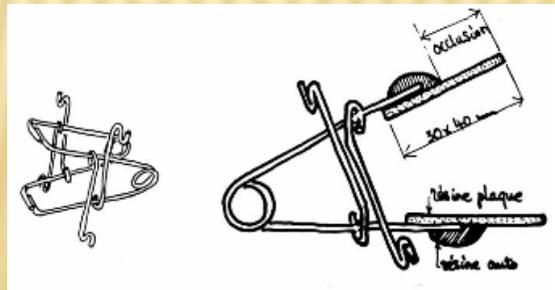
- ✘ Exercices actifs en OB et P° et/ou associés aux M.peauciers : langue (technique facilitatrice)

2-3 séries de 10 exercices 3à6x/jour



POSSIBILITÉS KINÉSITHÉRAPEUTIQUES 3

- ✘ Stretching manuel maintenu⁽²⁰⁾, Contracté⁽⁵⁾-Relaché⁽²⁰⁾ CR(PériodeRéfractairePost-Isom) ou CRAntagoContract (inhibition réciproque)
- ✘ Etirements posturaux :
abaisses-langue / biseaux en liège
- ✘ Mécanothérapie : sauterelle de Benoist
Therabite ou Orastretch



MOBILISATEURS OU KINÉSITHÉRAPIE ?

- ✘ Buchbinder 1993:10sem;effectifs restreints(n=21) TB>AL-C
- ✘ Maloney 2002 : 4sem de 5x3 OB d'1' TheraBite(TB)/Abaisse-langue (AL): étirement modéré ; échantillons faibles(n=22):TB>AL-C
- ✘ Cohen 2005 : Etude non comparative et effectifs restreints(n=7)
- ✘ Mécanothérapie :
 - sauterelle de Benoist (labo : 250€)
 - Therabite ou Orastretch (450 à 500\$)
 - + degré d'ouverture réglable de 25 à 44 mm
 - + longévité tampons occlusaux 2 mois et de 24 mois pour écarteurs maxillaires



KINÉSITHÉRAPIE OU MOBILISATEURS ?

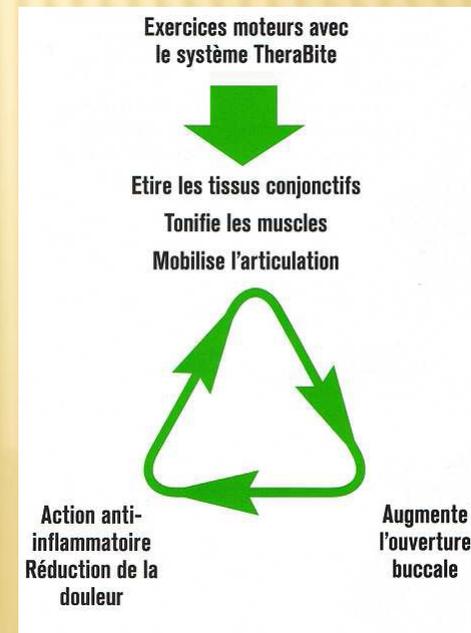
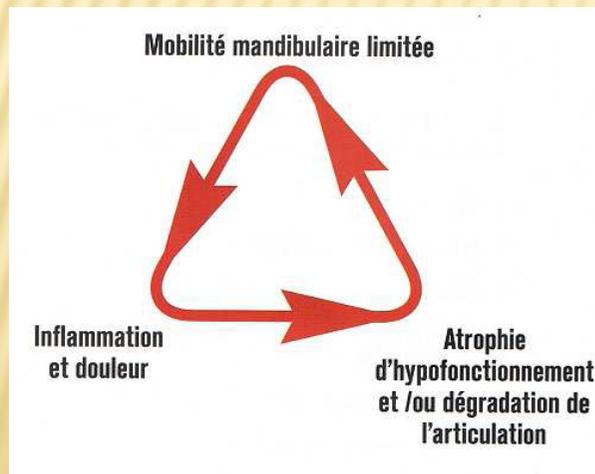
- ✘ Dijkstra (syst.rev.2004) :
 - + TB et AL améliorent significativement OB à court-terme
- ✘ Medlicott (syst.rev.2006) :
 - + Exercices actifs et mobilisations manuelles sont efficaces
 - + Postures doivent être envisagées avec d'autres traitements
- ✘ McNeely (syst.rev.2006) :
 - + efficacité du traitement postural (en combinaison avec d'autres traitements)
 - + intérêt de la mobilisation active et passive sur la réduction des symptômes
- ✘ Wranicz (syst.rev.2010) :
 - Efficacité pour mobilisations passives et stretching dynamique

QUEL STRETCHING ?

- ✘ Pas d'étirement rapide > contraction réflexe (myotatique)
- ✘ Etirements lents et progressifs ou statiques à intensité maximale = gain mobilité articulaire
- ✘ Durée ?
 - + Kokkonen 98, Fowles 00 : 20min étirement max (ou 13x2m15') > force musculaire diminue de 8 à 33%
 - + Babbaut 2006 : 20 x 30sec étirement max > force musculaire diminue de 17%
 - + tension musculo-tendineuse diminue après 30sec > plusieurs fois 1min (Guissard,1998)

PRISE EN CHARGE

- ✘ Précocité prévient et minimise.
- ✘ Mobilisation passive, incluant mobilité discale, est un complément efficace d'un stretching statique, réduit inflammation et douleur.



CONCLUSIONS

- ✘ « Prévenir Trismus plutôt que traiter Trismus! »
Dijkstra 2006 amélioration thérapeutique post-radique < autres trismus ; Mesurer OB avant Rx-th ; restaurer fonctionnalité
- ✘ Si facteurs de risque > 1 séance préventive pour apprendre exercices à réaliser à domicile
- ✘ Simple test vérificatif d'OB à « trois doigts »
- ✘ Selon finance : mécanothérapie et/ou combinaisons thérapeutiques activo-passives
- ✘ Best Practice Guidelines for the Management of Oral Complications from Cancer Therapy 2006



**Merci de
votre attention**