

Consultation
Dysfonctions de l'appareil manducateur
Occlusion dentaire

*Consultation
TMJ disorders
Dental occlusion*

Consultation initiale d'un patient présentant des signes ou symptômes de DAM

F. UNGER

First consultation of a patient presenting signs or symptoms of TMJ disorders

FRANÇOIS UNGER. MCU-PH Faculté de chirurgie dentaire et CHU de Nantes. Chirurgien-dentiste.

RÉSUMÉ

La consultation initiale d'un patient présentant des signes ou symptômes de DAM, comporte deux temps distincts, qui s'appuient l'un et l'autre sur les éléments fournis par le patient en amont de la consultation (fiche de qualification de la demande) :

- d'une part, un entretien clinique, qui envisage la situation personnelle du patient, sa santé générale, ses signes et symptômes de DAM, ses habitudes de vie et parafunctions, l'historique des interventions préalables éventuelles, et, bien entendu, en cas de douleur, tous les paramètres qui permettent de caractériser cette douleur ;
- d'autre part, un examen clinique qui comportera une palpation musculo-articulaire, la mesure des déplacements mandibulaires et une recherche de décalage éventuel entre la position d'OIM et la position mandibulaire détendue (position thérapeutique).

ABSTRACT

The first consultation of a patient presenting signs or symptoms of TMJ disorders includes two different phases both based on elements provided by the patient before the consultation ("consultation request" form):

- first of all, a clinical interview dealing with the patient's personal situation, his/her general health, his/her signs and symptoms of TMJ disorders, his/her daily habits and parafunctions, the history of possible previous interventions, and in case of pain, all the parameters allowing to classify this pain,*
- then a clinical examination including a muscle and joint palpation, measurement of the mandibular movements and the search for a possible gap between the centric occlusion position and the relaxed mandibular position (therapeutic position).*

La consultation initiale d'un patient présentant des signes ou symptômes de DAM respecte les codes habituels d'une consultation initiale de médecine bucco-dentaire (Valentin, 1983) et présente quelques caractéristiques particulières liées à la présence de signes ou symptômes de DAM. Cette consultation a d'abord pour but de poser le diagnostic du DAM. Dans un second temps, la consultation devra aussi répondre à la question suivante : les signes et symptômes de DAM du patient sont-ils en relation avec ses conditions occlusales ?

On ne dira jamais assez à quel point il est capital de « qualifier la demande » du patient avant sa consultation initiale, c'est-à-dire connaître avant sa visite les causes de celle-ci mais aussi les traits principaux de la situation du patient. L'élaboration du document qui « qualifie la demande » du patient est un élément très important pour la gestion de la clinique dentaire mais aussi pour le praticien qui peut, à partir de ce document, orienter son entretien clinique et ses examens.

Dans le cas de patients présentant des signes et symptômes de DAM, il va sans dire que ceux-ci doivent absolument être précisés dans le document de qualification du patient. C'est à partir de ces éléments que nous rédigeons les recommandations ci dessous.

1. L'ENTRETIEN CLINIQUE

L'entretien clinique précède toujours l'examen clinique et nécessite, le plus souvent, entre 15 et 30 minutes. Il se déroule de préférence assis à un bureau (comme chez le médecin) et non sur le fauteuil d'examen ou de soins. Le praticien dispose du document de qualification posé sur le bureau et visible du patient. La conversation vise à expliciter les points du document qui peuvent être mis en relation avec des DAM, mais aussi ceux qui pourraient contribuer à éliminer l'hypothèse de DAM. C'est le praticien qui mène l'entretien et non le patient, et il nous semble important, pour des raisons d'ordre psychologique, d'aller du général vers le particulier. Pendant l'entretien, le praticien échafaude et/ou invalide les diverses hypothèses diagnostiques qui peuvent de présenter.

1.1. Si la situation familiale ou professionnelle laisse apparaître des causes importantes de stress, le patient est invité à en parler.

1.2. Si des pathologies générales sont signalées dans le document de qualification, elles doivent être évoquées pour que, éventuellement, les signes et symptômes de DAM soient mis en relation. On pensera en particulier aux désordres ORL, ophtalmologiques, rhumatologiques, douloureux, posturaux, psychologiques, et aux séquelles traumatiques ou chirurgicales.

1.3. En cas de doute sur une information figurant sur le document de qualification, il faut demander au patient de préciser la situation.

1.4. L'entretien clinique avec le patient, en particulier lors des moments d'écoute, est mis à profit pour essayer de saisir les traits les plus marquants de sa personnalité.

The first consultation of a patient presenting signs or symptoms of TMJ disorders complies with the usual codes of a first consultation in oral medicine (Valentin, 1983) and has a few features related to the presence of signs or symptoms of TMJ disorders. The very first goal of this consultation is to diagnose a TMJ disorder. Then the consultation will answer the following question: are the patient's signs and symptoms of TMJ disorders connected to his/her occlusal conditions?

It cannot be stressed enough how essential it is to specify the patient's request before his/her first consultation, which means knowing why he/she comes and also being aware of the highlights of the patient's situation. The preparation of the document specifying the request is a key element in the dental office management but also for the practitioner who can, from this document, carry out his/her clinical consultation and examinations.

In the case of patients presenting signs and symptoms of TMJ disorders, those must absolutely be written down on the patient's consultation request form. The following recommendations stem from these elements.

1 - THE CLINICAL INTERVIEW

The clinical interview always precedes the clinical examination and generally requires between 15 and 30 minutes. It is better to conduct it at a desk (like at the doctor's) rather than at the dental chair. The practitioner puts the consultation request form on his/her desk so that the patient can see it. The conversation aims at clarifying the elements on the form which can be related to TMJ disorders, but also those who could eliminate the possible presence of TMJ disorders. It is the practitioner and not the patient who conducts the interview and it seems important to us, for psychological reasons, to go from the general to the specific. During the interview, the practitioner builds and/or invalidates the various diagnostic hypotheses which may appear.

1.1 - If the family or professional context generates considerable causes of stress, the patient is invited to talk about it.

1.2 - If general pathologies are indicated in the consultation request form, they must be evoked since the signs and symptoms of TMJ disorders might be connected to them. We particularly think of ENT, ophthalmological, rheumatic, painful, postural, psychological disorders and traumatic or surgery after effects.

1.3 - If some information written down on the form are unclear, it is necessary to ask the patient to clarify the situation.

1.4 - The clinical interview, and particularly the moments when the patients expresses him/herself, are used to try and understand the most striking features of his/her personality.

1.5. Les habitudes, postures particulières et autres éléments parafunctionnels sont observés pendant l'entretien : laxité des doigts et des mains, état des ongles (onychophagie), déglutition atypique (langue interposée), asymétrie du visage, posture céphalique inclinée, tics affectant la mandibule... [fig. 1 à 3].

1.5 - Habits, specific postures, and other parafunctional elements must be observed during the interview: fingers and hands laxity, nails (onychophagia), atypical deglutition (malposition of the tongue), facial asymmetry, inclined cephalic posture, tic disorder affecting the mandible... (fig. 1, 2 and 3).



Fig. 1. Déglutition avec langue interposée.

Fig. 1. Deglutition with tongue.

Fig. 2. Signe d'hyperlaxité articulaire.

Fig. 2. Signs of articular hyperlaxity.

Fig. 3. Onychophagie.

Fig. 3. Onychophagia.

1.6. Il est utile de recueillir des informations sur divers aspects de la vie du patient qui pourraient éventuellement être mis en relation avec des DAM : extractions de dents de sagesse sous AG, position ventrale de sommeil, traitement ODF, habitude de chewing-gum, etc.

1.6 - It is useful to collect information on various aspects of the patient's life which could be related to TMJ disorders: extractions of wisdom teeth under general anesthesia? Prone position during sleep? Orthodontics treatment? Chewing gum habit? Etc.

1.7. Si la douleur est le motif principal ou exclusif de la consultation, il est indispensable que le patient décrive les conditions de son apparition et de sa disparition, son ancienneté, sa localisation, ses modalités, etc., et de solliciter son avis, avec une échelle visuelle analogique, vis-à-vis de situations précises.

1.7 - If pain is the main or exclusive motive for consultation, the patient must describe the circumstances of its appearance and disappearance, when it appeared, its localization, its modalities, etc. He/she will also be asked to react with an analog visual scale when confronted to specific situations.

1.8. Les signes et symptômes de DAM signalés dans le document de qualification seront l'objet d'interrogations précises de la part du praticien :

- existe-t-il des bruits articulaires ? dans quelles conditions ? ;
- existe-t-il des limitations de mouvements ? dans quelles conditions ? ;

1.8 - The signs and symptoms of TMJ disorders written down on the consultation request form will incite the practitioner to ask precise questions:

- Are there articular noises? Under which conditions?
- Are some movements limited? Under which conditions?

- existe-t-il des douleurs liées aux mouvements mandibulaires ? dans quelles conditions ? ;
- existe-t-il aux yeux du patient une corrélation entre l'apparition des troubles (ou leur aggravation ou leur soulagement) et des événements particuliers ? lesquels ? ;
- si des traitements ont déjà été entrepris à ce sujet, les faire décrire.

Au terme de l'entretien le praticien ne donne pas de diagnostic définitif ni de plan de traitement ; c'est à la suite de l'examen clinique que ceci pourra être fait, à moins que des examens complémentaires soient indispensables.

2. L'EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique a pour objet la vérification des informations recueillies lors de l'entretien clinique et la validation (ou l'invalidation) de l'hypothèse diagnostique retenue au cours de cet entretien. Cet examen clinique, qui dure de 15 à 30 minutes, se déroule au fauteuil dentaire, le patient assis avec la tête dans le prolongement du corps, sans extension ni flexion, le torse dans une situation proche de la position orthostatique.

Pour ce qui concerne les signes et symptômes de DAM, on peut distinguer trois domaines particuliers d'investigations successives.

2.1. LA PALPATION DES ARTICULATIONS ET DES MUSCLES MANDIBULAIRES

L'examen se fait sans aucune force ni brutalité, le patient étant d'ailleurs invité à se détendre. Le praticien pose délicatement la paume de ses mains sur les joues du patient, comme pour une prise de contact bienveillante.

La palpation articulaire se fait bilatéralement, la pulpe de la dernière phalange des majeurs placée en regard du pôle externe des condyles mandibulaires, à l'endroit où leur déplacement va libérer l'espace de la fosse articulaire. La présence d'une douleur lors de l'appui des doigts sur ces pôles externes est une première information.

Le patient est ensuite invité à ouvrir puis fermer la bouche, sans forcer ni provoquer de douleur. Pendant ces mouvements, faits lentement, le praticien enregistre mentalement les informations suivantes :

- l'amplitude des déplacements condyliens ;
- la symétrie ou non de ces déplacements ;
- les ressauts qui peuvent apparaître d'un côté ou de l'autre ;
- l'apparition de douleurs éventuelles d'un côté ou de l'autre ;
- la laxité articulaire.

À la suite de cette palpation et en fonction des informations de l'entretien clinique, le praticien peut envisager avec une bonne marge de sécurité les différents diagnostics articulaires possibles : de capsulite, de luxation discale réductible ou irréductible. Pour les suspicions d'atteintes inflammatoires ou dégénératives des pièces articulaires, un examen complémentaire d'imagerie sera sans doute nécessaire (Okesson, 1996).

La palpation musculaire se focalisera sur les groupes musculaires qui sont concernés par les informations recueillies lors de l'entretien clinique. La plupart du temps, les muscles élévateurs sont en cause et la palpation des masséters et temporaux est indispensable.

• *Are some of the mandibular movements painful? Which ones?*

• *In the patient's opinion, is there a correlation between the occurrence of the disorders (or the aggravation or the relief of the disorders) and specific events? Which one?*

• *If treatments have already been prescribed for this matter, ask the patient to describe them.*

At the end of the interview, the practitioner gives no definitive diagnosis and no treatment plan; the diagnosis will be made after the clinical examination, unless additional examinations are required.

2 – THE CLINICAL EXAMINATION

The clinical examination must on one hand check the information collected during the clinical interview and confirm (or dismiss) the diagnostic hypothesis made during this interview. The clinical examination, which lasts from 15 to 30 minutes, takes place in the dental chair where the patient sits with the head in line with the body, without flexion or extension, the trunk almost held in the orthostatic position.

Concerning the TMJ disorders, three specific fields of successive investigations can be highlighted.

2.1 – PALPATION OF MANDIBULAR JOINTS AND MUSCLES.

The examination is carried out with no pressure or brutality, the patient is invited to relax. The practitioner delicately puts the palm of his/her hands on the patient's cheeks, like in a friendly contact.

• *The articular palpation is performed bilaterally, the pulp of the middle fingers last phalanx placed on the external pole of the mandibular condyles, in the area where their movement is going to release the space for the articular pit. If the contact of the practitioner's fingers on these external poles is painful, this first element must be noted.*

The patient is then asked to open and close his/her mouth, without forcing or causing pain. During these movements, performed slowly, the practitioner mentally records the following information:

- *The amplitude of the condylar movements.*
- *The symmetry or the asymmetry of these movements*
- *Clicks which may appear on one side or on the other one.*
- *The appearance of possible pains on one side or on the other one.*
- *The articular laxity.*

Following this palpation, and according to the information collected during the clinical interview, the practitioner can envisage with a good safety margin the various possible articular diagnoses: capsulitis, reducible or nonreducible disc displacement. When inflammatory or degenerative lesions of the articular elements are suspected, an additional imaging examination will certainly be necessary (Okesson, 1996).

• *The muscle palpation will focus on the muscular groups which are concerned by the information collected during the clinical interview. Most of the time, the levator muscles are concerned and the palpation of the masseter and temporalis muscles is essential.*

La palpation des masséters et des temporaux se fait bilatéralement et simultanément, chef par chef, pour apprécier et comparer d'un côté sur l'autre :

- le volume ;
- la souplesse ou l'état de crispation ;
- la présence éventuelle de bandes tendues ;
- la présence éventuelle de sensibilité ou douleur à la palpation.

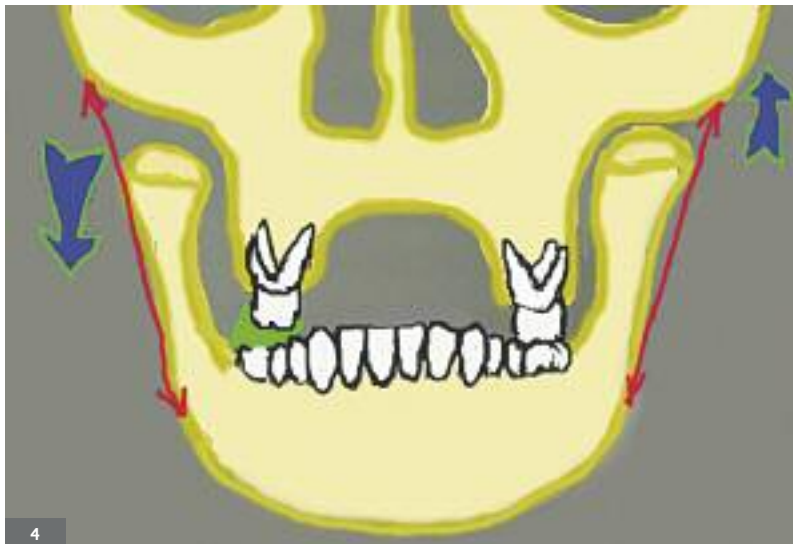
Ces examens sont faits d'abord sur la mandibule au repos, puis en demandant au patient d'ouvrir et de fermer la bouche sans effort inconsidéré. Les résultats de ces palpations peuvent aller dans le sens (ou infirmer) des hypothèses diagnostiques de crispations ou de myospasme, ou de myosite.

La palpation des ptérygoïdiens latéraux, qui sont très régulièrement impliqués dans les DAM articulaires ou musculaires, n'est pas réellement envisageable compte tenu de leur situation anatomique.

La palpation des trapèzes et des sterno-cleïdo-mastoïdiens est très utile quand l'entretien clinique a mis en évidence des cervicalgies ou des problèmes posturaux, ou quand la position du patient sur le fauteuil d'examen laisse à penser que les difficultés mandibulaires peuvent être corrélées à des désordres posturaux.

Bien des examens musculaires complémentaires pourraient être envisagés (autres groupes musculaires, contrôle contre opposition...) mais dépassent le cadre de la consultation initiale.

Le test de Krogh-Poulsen est souvent un élément qui permet d'affiner le diagnostic quant à l'implication relative des facteurs articulaires et musculaires. Il se fait en plaçant un obstacle (bâtonnet) entre les dernières molaires et en demandant au patient de serrer fortement (mais il faut éviter de le faire sans inciter le patient à une certaine prudence), d'un côté puis de l'autre. Si le serrage provoque une douleur controlatérale, cela conforte une hypothèse diagnostique de problème articulaire controlatéral ; si le serrage provoque une douleur homolatérale, cela confirme la présence d'un problème musculaire du même côté (**fig. 4**).



• The palpation of the masseter and temporalis muscles is made bilaterally and simultaneously, a belly after another in order to assess and compare from one side to the other:

- The volume.
- The flexibility or the contraction.
- The possible presence of tense areas.
- A possible sensitivity or pain on palpation.

These examinations are first performed on the mandible at rest, then when the patient is asked to open and to close his/her mouth effortlessly.

The results of these palpations may confirm (or deny) the diagnostic hypotheses of contractions or myospasm, or myositis.

• Palpation of the lateral pterygoids, which are very often involved in the articular or muscular TMJ disorders, is not really possible considering their anatomical location.

• The palpation of trapezes and sternocleidomastoid muscles is very useful when the clinical interview has highlighted cervicalgia or postural issues, or when the patient's position in the dental chair suggest that the mandibular difficulties might be related to postural disorders.

Many additional muscular examinations could be performed (other muscular groups, control against opposition...) but are beyond the scope of the first consultation.

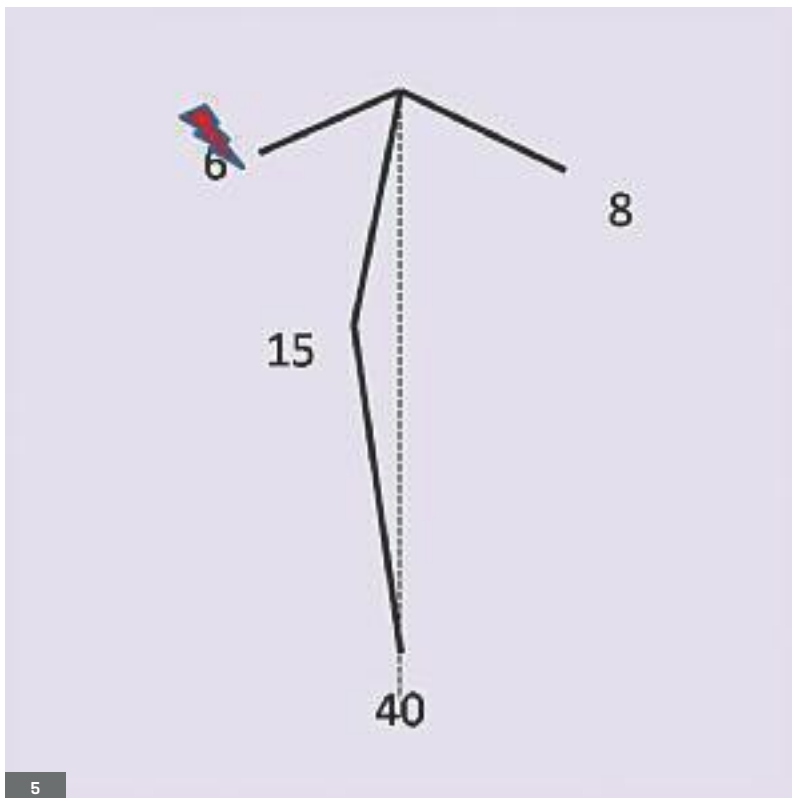
• The Krogh-Poulsen test is often used to refine the diagnosis about the relative involvement of the articular and muscular factors. A wedge is placed between the patient's last molars and he/she is then asked to bite hard (but cautiously) on one hand and then on the other. If the biting generates a contralateral pain, it validates a diagnostic hypothesis of contralateral articular problem. If the biting provokes an ipsilateral pain, it confirms the presence of a muscular problem on the same side (**fig. 4**).

Fig. 4. Test de Krogh-Poulsen (vue frontale).

Fig. 4. Krogh-Poulsen test (front view).

2.2. LA MESURE DES DÉPLACEMENTS MANDIBULAIRES

La mesure des déplacements mandibulaires est un examen très rapide et normalisé qui aboutit à un schéma en forme de flèche orientée vers le haut portant le nom de diagramme de Farrar. Avec un régleton on mesure, au niveau des lignes interincisives, en millimètres, l'amplitude de l'ouverture buccale (y compris le recouvrement antérieur) et des déplacements latéraux de la mandibule. Sur les trois axes (flèche) figurant ces déplacements mandibulaires, et dont le sommet correspond à la position d'OIM, le praticien note l'amplitude du déplacement maximal, l'apparition de déviations ou déflexions, ainsi que l'emplacement de ressauts, douleurs ou bruits articulaires. Ces informations, ajoutées à celles obtenues par les palpations, contribuent à affiner le diagnostic (fig. 5).



2.2 - THE MEASUREMENT OF THE MANDIBULAR MOVEMENTS

The measurement of the mandibular movements is a very fast and standardized examination resulting in a diagram in the shape of an arrow directed upward called the Farrar diagram. With a small ruler, the amplitude of the mouth opening (including the anterior overbite) as well as the lateral movements of the mandible are measured in millimeters at the interincisal angle. On the three axes (arrow) visualizing the mandibular movements, with the top indicating the centric occlusion position, the practitioner notes the amplitude of the maximal movement, the appearance of deviations or deflections, as well as the location of clicks, pains or articular rumors. These elements, added to those obtained by palpations, contribute to refine the diagnosis (fig. 5).

Fig. 5. Exemple de diagramme de Farrar.

Fig. 5. Example of Farrar's diagram.

2.3. LA MANIPULATION MANDIBULAIRE

La manipulation mandibulaire est un élément fondamental pour envisager la corrélation éventuelle de la situation occlusale avec le DAM diagnostiqué. En effet, le diagnostic de DAM posé à la suite de l'entretien clinique et des examens ci-dessus ne dit rien du rôle que pourrait jouer l'occlusion dentaire dans la situation. Sa réalisation bien conduite ne demande que 1 à 2 minutes (fig. 6).

2.3 - THE MANDIBULAR MANIPULATION

The mandibular manipulation is a key element to check the possible correlation of the occlusal context with the diagnosed TMJ disorders. Indeed, the diagnosis of TMJ disorders made after the clinical interview and the examinations described above does not say anything of the role that dental occlusion could play in the context. It can be properly performed in only one or two minutes (fig. 6).



Fig. 6. Manipulation sans contrainte pour la recherche de la position thérapeutique.

Fig. 6. Manipulation with no constraint in search of the therapeutic position.

La question qui se pose à tout praticien est celle de savoir si les contacts dentaires antagonistes, tels qu'ils s'établissent quand le patient serre les dents (OIM) soit sous l'action du stress, soit sous l'action des fonctions de mastication et de déglutition, sont ou non responsables d'une position mandibulaire pathogène.

L'OIM conduit-elle la mandibule, dans une position mandibulaire qui est liée à l'apparition, à l'entretien ou à l'aggravation des signes et symptômes qui ont motivé la consultation ? Telle est l'interrogation constante de l'omnipraticien ou de l'occlusodontologiste.

La manipulation mandibulaire a pour but de répondre à cette question ou, par son impossibilité éventuelle, à poser l'indication d'une orthèse.

Cette manipulation mandibulaire va donc s'attacher à objectiver une position mandibulaire, distincte de l'OIM, pour laquelle les conditions articulaires et musculaires présenteraient le moins de contraintes possible.

L'absence de contrainte articulaire se recherche :

- en plaçant correctement la tête et le corps du patient ;
- en renonçant absolument à tout effort sur le corps mandibulaire qui pourrait pousser la mandibule dans une position particulière ;
- en ne cherchant pas à replacer, si besoin était, des pièces articulaires dont l'examen préalable aurait montré un déplacement relatif ;
- en demandant au patient de ne pas serrer les dents.

L'absence de contrainte musculaire se recherche par :

- la mise au calme du patient avant la manipulation ;
- la demande de détente des épaules ;
- la demande de détente de la mandibule en position de repos avec espace libre ;
- la demande de fermeture paisible des yeux ;
- le massage calme des masséters avant la manipulation ;
- la concentration du praticien pour n'exercer aucune pression sur la mandibule : toute résistance du patient doit être considérée comme le signe d'une pression trop importante du praticien.

The practitioner always wonders whether the antagonist dental contacts, such as they occur when the patient clenches his/her teeth (centric occlusion), either under the action of stress or during mastication and deglutition, can be related or not to a pathogenic mandibular position.

Does the centric occlusion place the mandible in a mandibular position which is connected to the appearance, the maintenance or the aggravation of the signs and symptoms which motivated the consultation? This is the permanent question of the general practitioner or the occlusodontology specialist.

The mandibular manipulation is performed to answer this question; or, when it can't be answered, highlights the indication of an orthosis.

This mandibular manipulation will thus try and objectify a mandibular position, different from the centric occlusion, for which the articular and muscular conditions will generate the lowest stress.

• The absence of articular stress can be found by:

- Placing correctly the patient's head and body.
- Necessarily giving up any effort on the mandibular body which would put the mandible in a specific position.
- Avoiding to replace, if necessary, articular parts for which the preliminary examination have shown a relative displacement.
- Asking the patient not to clench his/her teeth

• The absence of muscular stress can be found by:

- Inviting the patient to relax before the manipulation.
- The relaxation of shoulders.
- The relaxation of the mandible in rest position with free space.
- Asking the patient to peacefully close his/her eyes
- The quiet massage of the masseters before the manipulation.
- The practitioner must also be careful not to put pressure on the mandible: any resistance from the patient must be considered as the sign of excessive pressure.

- une manipulation, sans appui sur la face antérieure de la symphyse, qui ne vise qu'à « susciter l'élévation de la mandibule » (Jeanmonod, 1988) : manipulation unimanuelle qui soupèse délicatement la mandibule soutenue sous la symphyse osseuse mentonnière ;
- une manipulation qui évite absolument tout contact occlusal inopiné. Le contrôle de l'espace interocclusal peut être fait par les doigts de la main restée libre.

Cette manipulation, si elle est correctement réalisée, peut mettre immédiatement en évidence une position mandibulaire détendue (ORC thérapeutique approchée ou ORC approchée...) (CNO Lyon), qui objective un décalage plus ou moins important entre l'OIM et les contacts occlusaux dans cette position. Ce décalage est un signe important en faveur du rôle de l'occlusion dans la genèse du DAM. Quelle que soit l'ampleur du décalage observé, il ne faut pas considérer que la situation obtenue par la manipulation pourrait constituer une position mandibulaire thérapeutique reproductible ; celle-ci ne peut être validée qu'après la disparition durable des signes et symptômes, et le plus souvent après l'utilisation d'une orthèse adaptée.

Il arrive aussi que la manipulation soit impossible compte tenu de crispations trop importantes. Dans cette situation, l'hypothèse selon laquelle l'occlusion pourrait jouer un rôle dans les signes et symptômes décrits par le patient, ne pourra être véritablement étudiée qu'en mettant en place une orthèse de relaxation. Là encore, c'est la disparition éventuelle (durable) des signes et symptômes qui permettra d'imputer tout ou partie des troubles à l'occlusion dentaire.

Il est important de souligner que si le diagnostic du DAM en rapport avec les signes et symptômes doit être annoncé au patient, si possible dès la fin de la consultation, il faut éviter en revanche de l'informer sur le rôle éventuel de l'occlusion dans les troubles décrits. La causalité directe de l'occlusion ne peut être affirmée sans que les étapes suivantes aient permis ou non de soulager durablement le patient. Une information trop précoce et fautive aurait des conséquences négatives à long terme.

CONCLUSION

Un grand nombre de patients présentent des signes et symptômes de DAM (plus de 15 % de la population générale). Tous sont loin de relever d'une prise en charge odontologique. C'est la raison pour laquelle il est fondamental que les chirurgiens-dentistes omnipraticiens soient en mesure de discriminer les patients selon deux critères :

- ceux qui présentent un DAM qui appelle une prise en charge d'abord médicale ;
 - ceux qui présentent un DAM qui relève d'une intervention odontologique.
- Pour ce faire, par l'entretien et l'examen cliniques, la consultation initiale des patients présentant des signes et symptômes de DAM doit mettre en œuvre différents moyens en vue d'aboutir à un diagnostic répondant aux classifications internationales :
- palpations articulaire et musculaire ;

• A manipulation, with no support on the anterior face of the symphysis, only aiming at "triggering the elevation of the mandible" (Jeanmonod, 1988): manipulation with one hand which delicately assesses the weight of the mandible held under the mandibular symphysis.

• A manipulation which avoids any unexpected occlusal contact. The inter-occlusal space can be controlled with the fingers of the free hand.

When properly performed, this manipulation can immediately highlight a mandibular relaxed position (approximate therapeutic CRO or approximate CRO) (CNO Lyon) which shows a more or less significant discrepancy between the centric occlusion and the occlusal contacts in this position. This discrepancy is an important sign in favor of the role of the occlusion in the genesis of the TMJ disorders. Whatever the size of the observed discrepancy, we must not consider that the situation obtained by the manipulation could stand for a reproducible therapeutic mandibular position: this one can only be validated after the sustainable disappearance of the signs and the symptoms and most of the time after the use of an adapted orthosis.

The manipulation might also be impossible due to excessive contractions. In this case, the hypothesis suggesting that the occlusion could play a role in the signs and the symptoms described by the patient can only be properly studied by placing a relaxation splint. There again, the lasting disappearance of the signs and the symptoms will allow to connect all or part of the disorders to the dental occlusion.

It is important to underline that if the diagnosis of the TMJ disorders based on the signs and the symptoms must be announced to the patient, when possible, at the end of the consultation, it is however necessary to avoid telling him/her about the possible role of the occlusion in the described disorders. The direct causality of the occlusion cannot be asserted until the following stages have allowed or not to relieve the patient in the long term. A premature and false information would have long-term negative consequences.

CONCLUSION

A lot of patients present signs and symptoms of TMJ disorders (more than 15% of the general population). All of them do not need an odontological treatment. It is the reason why it is essential that dental surgeons can discriminate between patients according to two criteria:

- Those suffering from a TMJ disorder requiring first a medical treatment.
- Those suffering from a TMJ disorder requiring an odontological procedure.

To this end, the first consultation for patients showing signs and symptoms of TMJ disorders must, through the clinical interview and examination, provide different examinations to result in a diagnosis matching the international classifications:

- Palpation of joints and muscles.
- Measurement of the mandibular movements.

- mesure des déplacements mandibulaires ;
- recherche de la position mandibulaire détendue et comparaison des contacts occlusaux dans cette position avec ceux de l'OIM.

À l'issue de cette consultation initiale, le praticien doit être en mesure, pour pratiquement tous les cas, d'établir le diagnostic de DAM et de poser une hypothèse diagnostique quant au rôle éventuel de l'occlusion dans les signes et symptômes qui ont motivé la consultation.

Conflit d'intérêts :

l'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts.

• Search for the relaxed mandibular position and comparison of the occlusal contacts in this position with those in the centric occlusion.

At the end of this first consultation, the practitioner must be able, in almost all cases, to make a diagnosis of TMJ disorders and come up with a diagnostic hypothesis concerning the possible role of the occlusion in the signs and the symptoms which motivated the consultation.

Conflict of interests:

the author declares no conflict of interest.

Traduction : Marie Chabin

BIBLIOGRAPHIE

JEANMONDD A. – Occlusodontologie clinique. CdP edit 1988

OKESSON J. – Oro-facial pain. Quintessence Edit 1996

VALENTIN C.M. – La consultation en odontologie SNPMD Edit 1983