

*Société Française de Stomatologie,  
Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale*

**Version courte**

**Orthèses (Gouttières) occlusales :  
indications dans les Dysfonctionnements  
Temporo-Mandibulaires (DTM)**

**Recommandations de Bonne Pratique**

*Juillet 2016*

**Groupe de Pilotage**

François CHEYNET, Jean-Daniel ORTHLIEB, Françoise SAINT-PIERRE

**Groupe de Travail**

Patrick-Yves BLANCHARD, Jacques DICHAMP, Jean-Pierre FUSARI, Laurent GUYOT,

Christophe MEYER, Jean-Michel PETROWSKY, Jean-Philippe RE.

**Sociétés Savantes participantes**

Société Française de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Orale

Collège National d'Occlusodontologie

Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale

Société Française de Chirurgie Orale

## RECOMMANDATIONS

---

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

**Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences des patients.**

<b>Grade des recommandations</b>	
<b>A</b>	<b>Preuve scientifique établie</b> Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées
<b>B</b>	<b>Présomption scientifique</b> Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte
<b>C</b>	<b>Faible niveau de preuve</b> Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).

### I. Quelle est la démarche diagnostique ; quels sont les critères de diagnostic ?

#### Recommandation 1

<b>AE</b>	Il est recommandé de se référer au protocole diagnostique Axe I basé sur l'examen clinique et l'anamnèse voire l'imagerie si nécessaire. Les critères diagnostiques associés à ce protocole international (DC/TMC) et actualisés en 2014 offrent une classification de référence en permettant de distinguer les DTM les plus fréquents.
-----------	---

#### Recommandation 2

<b>AE</b>	Il est recommandé de compléter l'évaluation somatique (Axe I) par une évaluation psychosociale (Axe II) en utilisant des échelles ou questionnaires visant à apprécier l'intensité douloureuse, les inhibitions fonctionnelles, la qualité de vie, l'état émotionnel du patient voire certains facteurs comportementaux.
-----------	--

### Recommandation 3

<b>Grade C</b>	<p>Des examens radiologiques complémentaires peuvent être nécessaires dans certains cas ; l'imagerie (TDM/IRM) n'étant indiquée que pour les troubles intra-articulaires.</p> <p>En l'absence de validité, les outils diagnostiques complémentaires de type électromyographie, électrognathographie et enregistreurs de sons, ne sauraient être recommandés.</p> <p>Le groupe de travail estime toutefois que la condylographie est une aide à la compréhension des DTM articulaires.</p>
----------------	---

## II. Quel est l'intérêt thérapeutique de l'orthèse de reconditionnement musculaire (ORM) dans la prise en charge des DTM ?

### Recommandation 4

<b>Grade B</b>	<p>En présence de DTM douloureux (musculaires et « céphalées » attribuées à l'ATM) et de troubles articulaires avec déplacement discal permanent, il est recommandé que le praticien ait pour premier objectif l'éducation approfondie du patient sur sa dysfonction, une réassurance sur son caractère bénin et l'acquisition par le patient de compétences d'autogestion.</p> <p>Ces approches peuvent être éventuellement associées, en phase aiguë, à des médicaments visant à soulager la douleur</p>
----------------	--

### Recommandation 5

<b>Grade B</b>	<p>Les techniques d'autogestion recommandées sont les suivantes : usage de packs thermiques, protocoles d'exercices mandibulaires, techniques de relaxation/biofeedback pour réduire les parafonctions, relaxer les muscles, améliorer la posture et le sommeil.</p>
----------------	--

### Recommandation 6

<b>Grade B</b>	<p>Le suivi du patient permet d'évaluer sa capacité d'autogestion et il peut être recommandé de compléter cette prise en charge initiale par des interventions pluridisciplinaires telles que la physiothérapie et la kinésithérapie.</p>
----------------	---

#### Recommandation 7

<b>Grade B</b>	Lorsque des facteurs contributifs psychologiques notables ont été identifiés lors du diagnostic, le recours à une prise en charge psychothérapeutique type TCC par un professionnel spécialisé, peut être recommandé afin d'améliorer les résultats du traitement.
----------------	--

#### Recommandation 8

<b>Grade B</b>	<p>En l'absence d'amélioration suffisante des symptômes, le port d'une orthèse de reconditionnement musculaire (ORM) peut être recommandé en complément de la prise en charge initiale.</p> <p>Le GT préconise un port de sommeil durant 2 mois, avec un suivi régulier</p>
----------------	---

#### Recommandation 9

<b>Grade B</b>	Dans le cas de déplacement discal permanent avec limitation d'ouverture, l'approche multimodale pluridisciplinaire associant éducation, exercices physiques, kinésithérapie et TCC et éventuellement ORM, est recommandée en première intention, avant d'envisager un geste invasif.
----------------	--

### Pronostic

#### Recommandation 10

<b>Grade C</b>	Lorsqu'une douleur liée à un trouble articulaire est prise en charge tardivement (persistant depuis plus de 6 mois), il est recommandé de prendre en compte que l'efficacité de l'ORM peut être amoindrie.
----------------	--

### III. Quel type d'ORM retenir ?

#### Recommandation 11

<b>Grade B</b>	<p>Il est recommandé de choisir une orthèse acrylique dure fabriquée sur mesure et confectionnée au laboratoire. Lors d'une situation aiguë, le recours à une ORM souple préfabriquée peut être envisagé comme une alternative antalgique, de très courte durée.</p> <p>Le groupe de travail recommande un suivi occlusal rigoureux lors du port de l'ORM.</p>
----------------	--

#### Recommandation 12

<b>Grade B</b>	<p>En l'absence de données à long terme et au vu des risques potentiels associés au port d'une butée occlusale antérieure (BOA), il est recommandé de privilégier une orthèse lisse à recouvrement occlusal pour traiter les problèmes douloureux musculaires.</p> <p>La butée occlusale antérieure reste une option pour le traitement d'urgence, de très courte durée, d'une douleur intense associée à des limitations d'ouverture.</p> <p>Le groupe de travail recommande un suivi occlusal rigoureux lors du port de la BOA.</p>
----------------	---

#### **IV. Quelles sont les indications de l'orthèse d'antéposition ? (OAP)**

##### **Recommandation 13**

<b>Grade B</b>	<p>Afin de soulager les symptômes associés au déplacement discal permanent, le recours à une orthèse d'antéposition peut être recommandé, avec un suivi rigoureux du patient et limité dans le temps.</p> <p>Le groupe de travail précise que les OAP doivent être intégrées dans un projet thérapeutique global.</p>
----------------	---

#### **Quelles sont les indications de l'orthèse de décompression ?**

##### **Recommandation 14**

<b>Grade B</b>	<p>En l'absence d'une efficacité supérieure à celle de l'ORM et au regard des risques associés à son port, l'orthèse de décompression (pivot) ne saurait être recommandée.</p>
----------------	--

## **ANNEXE III : PARTICIPANTS**

---

### **Promoteur**

Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale

### **Groupe de Pilotage**

Docteur François CHEYNET. Président SFSCMFCO 2016

Professeur Jean-Daniel ORTHLIEB. Odontologie. Marseille

Docteur Françoise SAINT-PIERRE. Méthodologie. Paris

### **Sociétés Savantes participantes**

Société Française de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Orale

Collège National d'Occlusodontologie

Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale

Société Française de Chirurgie Orale

### **Groupe de Travail**

Docteur Patrick-Yves BLANCHARD. Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale. Maisons Lafitte.

Docteur François CHEYNET. Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale. Marseille

Docteur Jacques DICHAMP. Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale. Paris

Docteur Jean-Pierre FUSARI. Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale. Lyon

Professeur Laurent GUYOT. Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale. Marseille

Professeur Christophe MEYER\*. Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale. Besançon

Professeur Jean-Daniel ORTHLIEB. Odontologie. Marseille

Docteur Jean-Michel PETROWSKY\*. Odontologie. Sochaux

Docteur Jean-Philippe RE. Odontologie. Toulon

Docteur Françoise SAINT-PIERRE. Méthodologie. Paris

\* N'ont pu être présents à la réunion de travail du 15 avril 2016, mais ont contribué à ce travail par une lecture approfondie et retranscrite du document.

### **Groupe de lecture**

Docteur Alp ALANTAR. Odontologie. Nanterre

Docteur Dominique CHAUVEL-LEBRET. Odontologie. Rennes

Professeur Cyrille CHOSSEGROS. Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale. Marseille

Professeur Antoon DELAAT. Odontologie. Leuven (Belgique)

Docteur Francis DUJARRIC. Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale. Paris

Docteur Elodie EHRMAN. Odontologie. Nice

Professeur Bernard FLEITER. Odontologie. Paris

Docteur Jean Baptiste KERBRAT. Chirurgie Maxillo-Faciale et Orthopédie Dento-Maxillo-Faciale.

Rouen

Docteur Antonin HENNEQUIN. Odontologie. Cahors

Docteur Jean François LALUQUE. Odontologie. Bordeaux

Docteur Olivier LAPLANCHE. Odontologie. Bastia

Professeur Armelle MANIERE. Orthodontie. Nice

Docteur Wacyl MESNAY. Orthodontie. Louviers

Docteur Alain MEUNIER-GUTTIN-CLUZEL. Stomatologie et Orthopédie Dento-Maxillo-Faciale.

Caen

Docteur Isabel MORENO-HAY. Odontologie. Lexington (Kentucky) USA

Docteur Paul PIONCHON. Odontologie. Clermont Ferrand

Professeur Olivier ROBIN. Odontologie. Lyon

Docteur Paul SAULUE. Orthodontie. Agen

### **Déclarations d'intérêts**

Aucun expert n'a déclaré de conflit d'intérêt avec le thème.