

LE SADAM

Le Syndrome Algo Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur au Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Yaoundé Cameroun - Une étude de 1994

MENDOMO EYA'ANE E.M.

I - INTRODUCTION

Le SADAM est une pathologie douloureuse complexe qui atteint le fonctionnement de plusieurs organes qui forment l'appareil manducateur.

L'appareil manducateur regroupe trois groupes d'éléments :

1. L'articulation temporo-mandibulaire : ATM,
2. L'appareil dentaire avec 32 ou 28 dents et le parodonte,
3. L'appareil neuro-musculaire de la sphère maxillo-faciale (muscles masticateurs).

Le SADAM est le résultat d'une dysfonction qui peut être une anomalie ou une perturbation intervenant dans le fonctionnement de l'un ou de deux, ou de tous les éléments composant cet appareil.

Maintenant, cette pathologie est généralement appelée la Dysfonction de l'ATM, car la symptomatologie est essentiellement localisée au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire.

D'autre part l'appareil manducateur dans son rôle physiologique assure un équilibre dynamique dans l'espace qui est défini par l'occlusion dentaire.

Ainsi le SADAM dont les symptomatologies sont localisées autour de l'ATM sera encore défini comme manifestations à distances des troubles de l'occlusion dentaire.

L'occlusion dentaire

Elle se définit comme une position des maxillaires supérieurs et inférieurs dans l'espace, appelé DVO : Dimension Verticale d'Occlusion, elle se mesure en dehors de tout mouvement mandibulaire. Ce qui implique que tous les éléments intervenant dans les mouvements mandibulaires sont au repos et assurent un équilibre physiologique.

Chirurgien Dentiste CHUY

Chef de Service des Professions de Santé (Ministère de la Santé Publique)

Membre Active de l'Association de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes (ALVF) - Yaoundé

- Les condyles mandibulaires dans les cavités glénoïdes sont en position de relation centrée, RC,
- Les muscles masticateurs sont relâchés et non contractés ou spasmes,
- La langue est au repos dans la cavité buccale et ne propulse pas les faces linguales des dents,
- Les faces internes des joues ne rentrent pas en contact avec l'espace inter maxillaire (pas de morsures),
- Les maxillaires supérieurs et inférieurs conservent alors un espace entre les dents : la position obtenue est la Relation Centrée : RC.

II - SYMPTOMATOLOGIE

II. 1. Symptomatologie clinique

Elle est dominée par la douleur et cette douleur va se rencontrer au niveau de tous les éléments de l'appareil manducateur. Ce sera des signes isolés ou associés, mais la douleur autour de l'ATM sera presque toujours présente.

II. 1. 1. Signes articulaires : ATM

- Douleur à l'ouverture buccale,
- Bruits,
- Craquements,
- Crépitements,
- Ressauts : perceptibles à la palpation,
- Subluxation,
- Trismus.

II. 1. 2. Signes musculaires

- Spasmes musculaires ou sensibilité induite par une interférence dentaire ou par tension psychique.
- Altération des mouvements mandibulaires soit par limitation de l'ouverture buccale normale 42 mm chez l'homme et 38 mm chez la femme soit par une augmentation.

II. 1. 3. Signes dentaires

- Grincements,
- Usures des facettes dentaires,
- Micro-fractures,

Le Sadam...

- Tics,
- Morsures des joues,
- Bruxisme.

- Cervicalgies, dorsalgies, lombalgies,
- Ulcère gastrique,
- Perte d'appétit,
- Alcoolisme, boulimie, etc...

II. 1. 4. Les signes neurologiques et autres

- Insomnies,
- Algies faciales,
- Céphalées,
- Migraine,
- Acouphènes,
- Vertiges,

II. 2. Symptomatologie observée sur 25 cas au CHU

Service de Stomatologie des Docteurs :
 MBAKOP Marie-Odile, TOHAM KAMDEM Antoine
 MENDOMO EYA'ANE Elise

Tableau des manifestations cliniques

N°	Age	Sexe	Manifestations cliniques	Profession	Traitement
1 M.B.	48	F	Douleurs occipitales, dorsales, craquement à l'ouverture, surfaces d'usure dentaire	Enseignante	Gouttière, infiltration
2 S.A.	44	F	Céphalées chroniques, édentations encastrées non compensées	Ménagère	Prothèse, infiltration
3 C.	27	M	Nombreuses surfaces d'usure, hypertrophie masséterine	Enseignant	Gouttière, meulage, infiltration Coltramyl
4 N.T.	40	F	Douleurs aiguës occipitales, oculaires, extractions non compensées, surfaces d'abrasion, bruxisme, (27, 28, 37, 38 dents absentes)	Etudiante	Prothèse, infiltration Coltramyl
5 N.M.	25	F	Douleurs articulaires, "PSY", craquement, extraction unilatérale inférieure gauche, non compensée (46, 36, 37, 38 dents absentes)	Etudiante	Prothèse, infiltration Coltramyl, Tranxène
6. D.M.	28	F	Douleurs articulaires, les 4 dents de sagesse sont absentes, surface d'usure bruxisme	Enseignante	Gouttière, Coltramyl, infiltration
7 S.T.	25	F	Céphalées chroniques, malpositions dentaires, bruxime	Secrétaire	Gouttière, Coltramyl, infiltration
8 B.A.	27	F	Céphalées aiguës frontales, occipitales, microfractures coronaires incisivo-canin. Sup. et inf.	Enseignante	Gouttière, Coltramyl, infiltration
9. K.D.	21	F	Douleurs aiguës frontales, occipitales, malformations dentaires, édentation 36, 46 non composées	Etudiante	Prothèse, Bridge 35-47, infiltration
10 V.	42	F	Multi-opérée, céphalées frontales, occipitales, bourdonnement d'oreilles, surface d'usure, bruxime "PSY"	Employée	Gouttière, infiltration Coltramyl
11 T.N.	15	F	Bourdonnement d'oreilles, vertiges, 46 absente, 45 en malposition, volet psychologique	Elève	Biomag, infiltration Tranxène
12 B.A.	45	F	Douleurs occipitales, intercostales, vertiges ; 16, 15, 14, 18, 17 non composées, sensation de tête lourde "PSY"	Enseignante	Prothèse, infiltration Bio Mag Tranxène
13 S.M.	37	F	Névralgies faciales, douleurs articulaires, spasmophilie "PSY", acouphènes, vertiges, prothèse mal adaptée et pas supportée : 17, 16, 15, 14, 23, 25, 27, 48, 47, 46, 34, 37 absentes	Au chômage	Bio mag, Coltramyl infiltration, calcium

Tableau des manifestations cliniques (suite)

14 M.S.	34	F	Douleurs aiguës, vertiges, édentation non compensée 47, 46, 36, 37 absentes.	Technicienne de labo.	Coltramyl Infiltration Prothèse amovible
15 E.A.	51	F	Occlusion inversée. Surface d'usure, vertiges, douleurs occipitales, dorsales.	Enseignante	Gouttière, Coltramyl, Vit. B1, B6, B12.
16	21	F	Légère asymétrie faciale, occlusion inversée, douleurs articulaires	Etudiante	Infiltration Vit. B1, B6, B12
17 N.S.	44	F	Douleurs aiguës dorsales, surfaces d'usure, bridge mal adapté 18 17 16 15, extractions non compensées 48 47 36 37 38	Enseignante	Prothèse amovible, Gouttière infiltration
18	57	F	Douleurs lombaires, céphalées unilatérales, vertiges, acouphènes "PSY"	Enseignante	Bio mag, Coltramyl infiltration
19	58	M	Spasmes douloureux, tics, hypertrophie massétermin, céphalées nombreuses, surfaces d'usure, douleurs cervicales	Menuisier	Meulage, gouttière, infiltration
20 N.M.	44	M	Céphalées aiguës, douleurs cervicales, vertiges, acouphènes, surfaces d'usure (27 absente)	Enseignant	Meulage, prothèse amovible, gouttière
21 M.D.	38	F	Occlusion inversée, proalvéolie, céphalées, douleurs occipitales, cervicales, au rein et même à la jambe, spasmophilie "PSY"	Enseignante	Infiltration Bio Mag, Tranxène
22 B.	57	F	Céphalées, douleurs lombaires, vertiges, acouphènes	Enseignante	Infiltration Coltramyl, Bio Mag, Tranxène
23 M.A.	47	M	Bruxisme, surfaces d'usure, hypertrophie massétermin, douleurs articulaires. 21, 22, 23 et 26 absentes	Agent des chemins de fer	Gouttière, meulage, Coltramyl
24 M.	23	F	Douleurs articulaires, craquement, céphalées	Etudiante	Tranxène, coltramyl, Vit. B1, B6, B12
25	63	M	Douleurs articulaires, bruxisme, douleurs cervicales, vertiges	Retraité	Infiltration, gouttière.

Source : Dr O. MBAKOP, CHU Yaoundé, 1994.

ANALYSE ET COMMENTAIRE

1) Selon l'âge

L'âge des malades varie entre 15 et 63 ans :

- 1 malade de 15 ans, la plus jeune, avec une extraction précoce sûrement de la 46, et la 45 en malposition, ce qui a provoqué un déséquilibre articulaire. Problème psychologique relationnel avec les parents, scolarité en dents de scie.
- 9 malades ont entre 21 et 30 ans : 36 %,
- 7 malades ont entre 34 et 44 ans : 28 %,
- 8 malades ont entre 45 et 63 ans : 32 %.

2) Selon le sexe :

- «malade femme» comme dans la littérature : 80 %
Volet psychologique important, problèmes familiaux, sociaux :
- 20 sur 25 : 80 %,
- 5 sur 25 : 20 %.

3) Selon la profession

- Les enseignants sont très nombreux : 11 sur 25 : 44 %.
Les enseignants ont à éduquer les élèves ou étudiants, bruyants, bavards, mal élevés, paresseux, un métier stressant et irritant.
- 6 étudiants : 24 %, ceci se comprend aussi, beaucoup de ceux qui ont les études qui piétinent.
- 1 secrétaire, 1 ménagère, 1 employé de chemin de fer, -
- 1 retraité, 1 menuisier. Pour ceux-ci, le volet psychologique, familial et social, sans oublier le stress quotidien est mis en cause.

III - ETIOLOGIE

L'étiologie du SADAM se définit comme tout élément perturbateur de l'équilibre physiologique de l'ATM.

III. 1. Etiologies occlusales

- Les édentations non compensées avec une diminution

de la DVO sont à l'origine du SADAM dans 25 % des cas,

- Les malpositions dentaires :
 - . Rotation,
 - . Version,
 - . Obturations défectueuses, mal faites,
 - . Prothèses mal posées et mal adaptées,
 - . DDM et DDD (Dysharmonies Dento-Maxillaires et Dento-Dentaires).
- Les modifications de la courbe de SPEE : égressions et ingressions d'une ou de plusieurs dents,
- Les réductions de fractures ne respectant pas l'occlusion : augmentation de la DVO,
- Altération du trajet de propulsion et de diduction.

III. 2. Etiologies psychologiques

La tension psychique due aux frustrations sociales.

Ces patients ne présentent généralement pas de causes occlusales et leur symptomatologie est dominée par les :

- Bruits articulaires,
- Craquements,
- Algies faciales,
- Algies cervicales et dorsales,
- Insomnies, etc...

Tous ces signes ne sont pas présents au même moment. Mais on notera soit une association de 2, de 3 ou de 4 signes. Que ce soit les cas de manifestations d'un seul de ces signes cliniques ou des cas de signes associés, la douleur au niveau de l'ATM et les bruits articulaires sont presque toujours au centre de la symptomatologie.

Par ailleurs, la littérature définit le malade du SADAM comme étant une femme d'âge moyen de 45 ans ; sur les 25 cas du CHU, 20 sont des femmes, pourquoi les femmes ? Est-ce parce qu'elles viennent plus en consultation pour les névralgies ou bien est-ce parce qu'elles sont réellement les personnes souffrant spécifiquement du SADAM ?

Des études devront être faites pour apporter une réponse à ce questionnement.

Mais nous pensons d'ores et déjà que la femme qui souffre du SADAM de cause psychologique est une femme victime de violences. Violences étant entendues ici comme toutes les oppressions subies par la femme, elles peuvent être d'ordre :

- Physique (bastonnade, sévices corporels),
- Sexuel (viol, abus ou absence de rapport),
- Psychologique (M.S.T., chômage, abandon de foyer ou de famille, divorce, charges familiales pour les femmes

chef de famille, etc...).

Et ces violences seront subies par les femmes aussi bien au niveau de leur foyer (violences conjugales) qu'en dehors (harcèlement sexuel au lieu de service, à l'école, dans la rue) et même qu'il y a des violences politiques (la non prise en compte de l'efficacité de certaines femmes dans le leadership, ceci va créer des frustrations chez celles qui évoluent dans cette sphère).

Chez toutes ces femmes va se produire le phénomène des « victimes » : elles vont supporter les douleurs des sévices corporels et des mauvais traitements dont elles se sentiront responsables vue la position sociale de la femme d'être subordonnée aux autres.

Elles vont interioriser toutes les frustrations par manque de capacité à s'autodéterminer psychologiquement. De là suit le phénomène banal qui est de «serrer les dents». On serre les dents et l'on installe une contraction permanente et anarchique des muscles masticateurs, avec l'usure des dents consécutives, diminution ou augmentation de la DVO et étirements articulaires, usure du ménisque, craquement et douleur. La maladie est installée.

D'autres ne vont pas serrer les dents, mais auront un tic quelconque : interposition jugale ou morsure jugale, de là aussi on aura une augmentation de la DVO et douleur dans l'ATM.

IV - TRAITEMENT

Deux volets entrent dans le traitement du SADAM :

1. Volet prophylactique
2. Volet curatif.

IV. 1. Traitement prophylactique

IV. 1. 1. Au niveau occlusal

- Faire des reconstitutions correctes, des obturations et des prothèses qui respectent l'articulé dentaire,
- Limiter autant que possible les extractions dentaires,
- Faire les extractions des dents de sagesse en mauvaise position,
- Corriger les DDM chez les enfants.

IV. 1. 2. Au niveau psychologique

- Eviter de serrer les dents parce qu'on a des «soucis»,
- Eviter les tics, morsures labiales et jugales,
- Eviter les interpositions d'objet entre les dents (cigarettes, fils de couture, etc...).

Les dents dans leur position de repos ne doivent pas rentrer en contact serré celles du haut et celles du bas, il y a toujours un espace à respecter.

IV. 2. Traitement curatif

IV. 2. 1. Au niveau occlusal

IV. 2. 1. 1. Restauration de la DVO

- Meulages sélectifs des facettes d'usure,
- Port de gouttière occlusale nocturne pour les bruxomanes,
- Corriger les dysharmonies,
- Réaliser des prothèses pour les édentés.

IV. 2. 1. 2. Traitement médical

- Myorelaxant,
- Anxiolytique,
- Infiltration d'anesthésique local dans la zone rétro-molaire du haut.

IV. 2. 2. Psychothérapie

Soit en dirigeant le malade vers :

- Le psychologue,
- Le psychiatre,
- Le neurologue,

Soit aussi pour les FVV : une intervention féministe ayant pour objectif le rétablissement de l'estime de soi et la confiance de la femme pour une meilleure affirmation de

sa personnalité et de son autodétermination, c'est le processus de la dévictimisation.

CONCLUSION

Le SADAM est un syndrome douloureux. Soigner un malade souffrant de cette pathologie c'est avant tout le soulager de la douleur.

Le traitement du SADAM est donc d'abord le traitement de la douleur, or on le sait : la douleur n'est pas qu'un phénomène physiologique. Elle se situe d'une manière particulière entre le sujet, sa personnalité et sa culture et interpelle le soignant dans sa relation thérapeutique et dans sa relation à des questions aussi délicates que l'acharnement thérapeutique et les fondements du système social dans lequel il vit.

Dans le traitement du SADAM, nous savons donner de bons soins dentaires, nous savons prescrire les myorelaxants, les anxiolytiques et les anesthésiques, mais le volet psychologique reste à mon humble avis le facteur favorisant le plus important dont nous devons absolument prendre en compte devant une malade ne présentant aucune étiologie occlusale et la diriger vers un spécialiste en psychothérapie ou vers un traitement de dévictimisation qui se fait dans les Centres vie de femmes.

RESUME

Le SADAM est un syndrome douloureux. Soigner un malade souffrant de cette pathologie c'est avant tout le soulager de la douleur.

Le traitement du SADAM est donc d'abord le traitement de la douleur, or on le sait : la douleur n'est pas qu'un phénomène physiologique.

Elle se situe d'une manière particulière entre le sujet, sa personnalité et sa culture et interpelle le soignant dans sa relation thérapeutique et dans sa relation à des questions aussi délicates que l'acharnement thérapeutique et les fondements du système social, dans lequel il vit.

Dans le traitement du SADAM, nous savons donner de bons soins dentaires, nous savons prescrire les myorelaxants, les anxiolytiques et les anesthésiques, mais le volet psychologique reste à mon humble avis le facteur favorisant le plus important dont nous devons absolument prendre en compte devant une malade ne présentant aucune étiologie occlusale et la diriger vers un spécialiste en psychothérapie ou vers un traitement de dévictimisation qui se fait dans les Centres Vie de Femmes.

Mots clés : SADAM, douleur, femmes, psychologie, chirurgien-dentiste.

SUMMARY

TMJD is a painful syndrome. Currying a patient suffering of this syndrome is above all to relieve him of pain. The treatment of TMJD is therefore primary the treatment of pain, but as it is known, pain is just a physiologic phenomenon. It can be found in a particular way in between the person.

The personality and his culture and this demand the person who treats to treat without going to therapeutical express and to consider the social context in which the patient lives.

In the treatment of TMJD, we know how to give good dental treatment.

We know how to prescribe muscle relaxants, anti-anxiety drugs and anaesthetics but the psychological aspect remains, according to my humble opinion, as the most favouring factor which we should absolutely consider in case of patient who does not present any occlusal aetiology.

This patient should rather be oriented towards a specialist in psychotherapy or towards a post traumatic psychological recuperation which is done in «Life Center for Women» for example.

Key words : *TMJD, pain, women, psychology, dentist.*

BIBLIOGRAPHIE

1 - O. SYLLA

Psychologie de la douleur.

Journal Panafricain de la douleur, n° spécial odonto-stomatologie, avril 1993.

2 - TOURE, ASSI, BAMBA, BAKAYOKO, ARUN et SAVANE.

La dysfonctionnel de l'ATM, notre expérience clinique.

Revue trimestrielle de COSCA-CMF, Octobre 1993.

3 - MBAKOB O.

SADAM : 25 cas au CHU Yaoundé, 1994.

4 - S. et F. DONNOG.

Manifestations à distance d'un trouble de l'occlusion dentaire. EMC, Août 1981.

5 - LA VIOLENCE CONJUGALE C'EST QUOI AU JUSTE. 131 ALVF.

6 - SANTÉ DU MONDE

N° 2, Mars-Avril 1994.

7 - L. HEISE.

Violence against women. The hidden health burden.

Retrouvez
« Médecine du Maghreb »
sur Internet
WWW.santetropicale.com
ainsi que
Médecine d'Afrique Noire, Le Pharmacien d'Afrique et
Odonto-Stomatologie Tropicale