PONCTION ET INFILTRATION DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE

1. QUELLE PARTIE DU CORPS?

Quelle est l'utilité de cette partie du corps ?

L'articulation temporo-mandibulaire permet d'ouvrir et de fermer la bouche.
Elle a un rôle majeur dans la mastication, mais également pour la parole et le bâillement. Elle peut être soumise à de fortes contraintes, lors du grincement des dents (bruxisme), le stress, les problèmes dentaires associés.

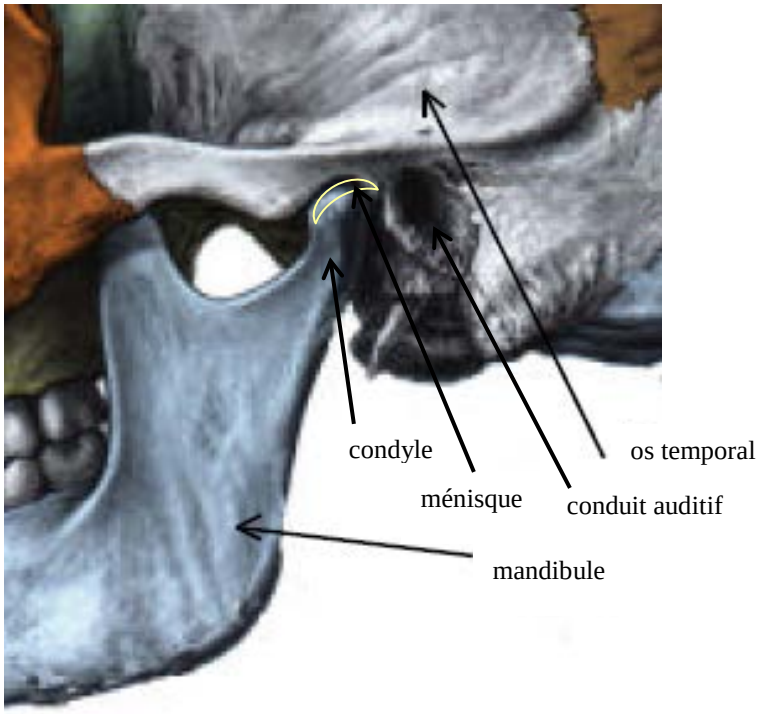
De quoi est-elle constituée ?

L'articulation temporo-mandibulaire unit l'os **temporal** du crâne et la **mandibule** (mâchoire inférieure). Elle fonctionne par l'intermédiaire d'un **ménisque** en forme de yo-yo. Elle permet des mouvements pour ouvrir et fermer la bouche, mais également d'avant en arrière ou latéralement. L'articulation en elle-même est constituée d'un **revêtement fibro-cartilagineux** élastique. Elle est entourée d'une **capsule** fibreuse.
Des **ligaments** maintiennent en place cette articulation. Les très puissants **muscles manducateurs** la font fonctionner, les plus connus étant le masséter et le muscle temporal. Les attaches qui les relient aux os sont des **tendons.** Leur insertion au niveau de l'os s'appelle une **enthèse**. Des contraintes excessives à leurs niveaux, ou des phénomènes inflammatoires comme pour la synoviale (infections, microcristaux, rhumatismes inflammatoires chroniques) peuvent être responsables de lésions de ces tendons ou enthèses (tendinites).

UNE ARTICULATION UNIT 2 EXTREMITES OSSEUSES MOBILES,
PROTEGEES MECANIQUEMENT PAR UNE CAPSULE
ET CONTRE LES AGRESSIONS EXTERIEURES PAR UNE MEMBRANE SYNOVIALE

TOUTE AGRESSION EXTERIEURE ENTRAINE UNE REACTION INFLAMMATOIRE
ORCHESTREE PAR LA MEMBRANE SYNOVIALE,
QUI PEUT SECRETER UN LIQUIDE SYNOVIAL

ILLUSTRATION ANATOMIQUE DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE



2. POURQUOI FAUT-IL TRAITER ?

<u>Quel est le problème?</u>
Une agression s'est produite au niveau de votre articulation.

Les origines de cette inflammation articulaire sont multiples et variées. On peut les résumer en plusieurs groupes de maladies :
- L'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire est une usure du cartilage, qui empêche les 2 surfaces articulaires de glisser normalement l'une par rapport à l'autre. Ses origines sont traumatiques (séquelle de fracture) ou micro-traumatiques, le stress, le bruxisme. Elle est souvent d'évolution lente, et détruit très progressivement le cartilage. Elle est souvent précédée de longues périodes de dysfonctionnement, douloureuses à la mastication.

- Une inflammation importante et brutale peut être déclenchée par des microcristaux, petites aiguilles libérées dans l'articulation. On parle **d'arthrite microcristalline**.

- Un microbe peut se développer dans l'articulation. Il peut s'y introduire par continuité (plaie) ou y être introduit lors d'une intervention ou ponction dans l'articulation, mais aussi parfois à partir d'une infection à distance par voie sanguine. L'inflammation est souvent brutale et aiguë. On parle **d'arthrite septique** ou infectieuse. Elle peut détruire rapidement l'articulation en quelques semaines.

- Des **maladies inflammatoires chroniques** peuvent provoquer une inflammation de l'articulation. Leur origine est inconnue. Souvent, d'autres articulations sont également touchées. On parle alors de « polyarthrite ». Elle peut détruire et enraidir les articulations en quelques années.

L'inflammation articulaire, lorsqu'elle est très aiguë ou lorsqu'elle est chronique, peut être responsable de destructions cartilagineuses **irréversibles** : il n'y a pas de régénération du cartilage, et nous n'avons pas à ce jour de traitement pouvant aller dans ce sens.

L'ARTHROSE EST UNE USURE ANORMALE DU CARTILAGE,
ET L'ARTHRITE UNE INFLAMMATION ARTICULAIRE D'ORIGINE DIVERSE
(INFECTION, MICROCRISTAUX, RHUMATISME INFLAMMATOIRE CHRONIQUE)

LES SEQUELLES D'UNE INFLAMMATION ARTICULAIRE PEUVENT LESER
LE CARTILAGE DE MANIERE IRREVERSIBLE

Quelles en sont les conséquences ?

Votre articulation temporo-mandibulaire vous fait mal en avant de l'oreille. Elles peuvent irradier au niveau de l'**oreille**, et donner des sensations de **vertige**, d'oreille bouchée ou de bruits (acouphènes). Des craquements sont parfois entendus. Vous êtes gêné dans votre vie quotidienne, pour parler ou pour manger.

On distingue :
- les douleurs dites **mécaniques**, que vous ressentez surtout lors de la mise en mouvement de votre articulation, calmées en partie ou complètement par le repos. C'est surtout le fait de l'arthrose.
- les douleurs dites **inflammatoires**, que vous ressentez même au repos, et surtout la nuit, pouvant même vous réveiller. C'est la conséquence de l'arthrite.

Il faut rechercher un dysfonctionnement de « **l'articulé dentaire** », c'est à dire des troubles à la fermeture des mâchoires, qui doivent normalement bien correspondre au niveau du contact entre toutes les dents. Tout trouble de « **l'occlusion dentaire** » peut se retentir sur les articulations temporo-mandibulaires.

L'ATTEINTE DOULOUREUSE PEUT ETRE MECANIQUE A LA MISE EN JEU DE L'ARTICULATION (ARTHROSE) OU INFLAMMATOIRE ET NOCTURNE (ARTHRITE)

Quels examens faut-il passer ?

Rarement, une biopsie à l'aiguille et sous anesthésie locale peut donner des arguments complémentaires quant à l'origine d'une arthrite.

La **radiographie** est une technique qui utilise les **rayons X** pour visualiser les os à l'intérieur du corps. Elle permet souvent d'identifier le problème, mais le cartilage lui-même n'est pas apparent. Toutefois, l'existence d'un rapprochement entre les 2 surfaces articulaires (« **pincement** ») montre la diminution de l'épaisseur du cartilage altéré entre ces deux os (**chondrolyse**). La radiographie montre également les autres signes de l'arthrose : « becs de perroquets » ou **ostéophytes** (petites constructions osseuses effilées autour de l'articulation), condensation de l'os situé sous le cartilage.
S'il le juge nécessaire, votre médecin peut vous proposer d'autres examens pour mieux apprécier la qualité du cartilage et de l'os, ainsi que l'état des autres éléments de votre articulation (synoviale, ligaments, muscles...). Ainsi, **l'échographie** permet de voir un épanchement liquidien, les tendons, un kyste. **L'IRM** permet en plus de visualiser le cartilage lui-même. Une injection de produit peut être réalisée (Gadolinium), soit en intraveineux, soit en intra-articulaire. Plus rarement un **scanner** peut être utile. Parfois l'injection de produit à base d'iode dans l'articulation peut permettre de guider une infiltration: il s'agit d'une **arthrographie**. Signaler vos éventuelles allergies.

Des **examens sanguins** peuvent être utiles. On peut ainsi rechercher entre autres des signes d'inflammation, un acide urique élevé, des sérologies (recherche d'anticorps dirigés contre des germes ayant pu être les agresseurs de l'articulation), des marqueurs des rhumatismes inflammatoires chroniques.

LA PONCTION ARTICULAIRE PERMET D'ANALYSER LE LIQUIDE SYNOVIAL
LA RADIO MONTRE L'AMINCISSEMENT DU CARTILAGE ET LES SIGNES D'ARTHROSE

L'ECHOGRAPHIE ET L'IRM MONTRENT L'EPANCHEMENT ET L'INFLAMMATION LOCALE

Place du traitement par infiltration

Les traitements médicaux...

Des médicaments permettent de lutter contre la douleur (**antalgiques**) et contre l'inflammation **(anti-inflammatoires**). Parmi les anti-inflammatoires, il faut distinguer les **AINS** (anti-inflammatoires non stéroïdiens), d'usage courant, et les dérivés de la **cortisone** réservés pour les maladies inflammatoires chroniques rebelles.
Des traitements de fond de la maladie inflammatoire chronique, d'action sur le long terme, peuvent s'y associer.
Une rééducation peut être proposée. La mise en place de gouttières au niveau dentaire peut avoir une action bénéfique.

La place de l'infiltration se situe en complément de ces différents traitements, si un certain degré **d'inflammation articulaire** se prolonge malgré tout. Il s'agit d'injecter dans l'articulation un produit cortisonique d'action immédiate et retardée. Son action est rapide (24-48 heures) et permet de diminuer voire de faire disparaître la douleur et l'inflammation. L'action du corticoïde se prolonge sur 3 à 6 semaines, mais l'efficacité sur l'articulation inflammatoire peut se prolonger pendant plusieurs mois, voire être définitive.

... et leurs limites

L'infiltration n'a pas pour but de guérir votre articulation malade. Elle contrôle partiellement ou totalement l'inflammation pour **passer un cap**. Mais si la maladie n'est pas stabilisée ou guérie par ailleurs, l'inflammation articulaire peut repartir.
On peut renouveler une infiltration en cas de rechute.

Les traitements chirurgicaux...

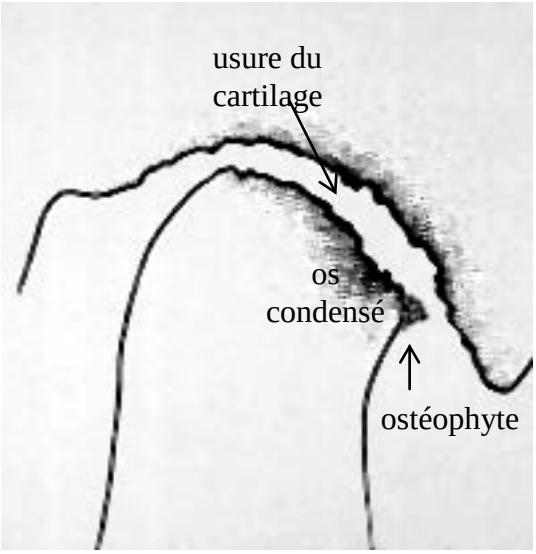
Lorsque l'articulation est détruite, une **arthroplastie** peut essayer de remodeler l'articulation pour qu'elle ne soit plus douloureuse. Une prothèse est très rarement proposée à ce niveau.

... et leurs limites

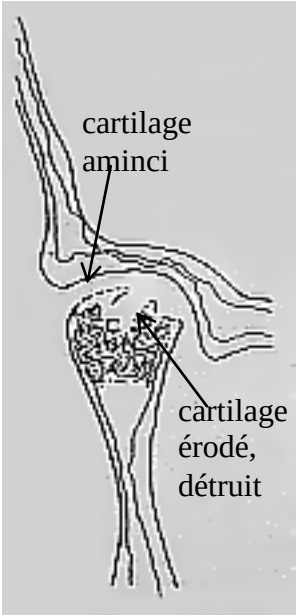
Après échec du traitement médical et par infiltration, d'autres solutions médicales peuvent être discutées, la chirurgie restant très exceptionnelle à ce niveau.

LE TRAITEMENT PAR INFILTRATION PREND SA PLACE
APRES ECHEC DU TRAITEMENT ANTI-INFLAMMATOIRE

ILLUSTRATION ARTHROSE et ARTHRITE DE LA TEMPORO-MANDIBULAIRE



ARTHROSE



ARTHRITE

3. LE GESTE QUI VOUS EST PROPOSE

Introduction

La ponction articulaire consiste à faire pénétrer une aiguille à l'intérieur de votre articulation. Deux actions sont alors possibles, parfois combinées.
La première est une **aspiration** du liquide pour analyse de laboratoire. On peut ainsi préciser le diagnostic de la maladie responsable de cette inflammation articulaire.
La seconde action possible est une **injection intra-articulaire**. C'est la plus souvent un produit cortisonique ou **corticoïde**, et c'est ce que l'on appelle communément une infiltration. Ces corticoïdes sont des dérivés de la cortisone naturelle, utilisés pour leur très puissante action anti-inflammatoire.
Mais ce peut être aussi entre autres un produit anesthésique, un produit de contraste à base d'iode pour une arthrographie.

LE GESTE TECHNIQUE COMPREND UNE PONCTION ET/OU UNE INFILTRATION D'UN DERIVE CORTISONIQUE D'ACTION RETARDEE

Avant le geste

Assurez-vous que vous n'avez **aucune infection** en cours ou potentielle. Ainsi, tout épisode infectieux avec fièvre devra faire retarder le geste. La peau autour de l'articulation doit être bien propre, sans plaie ni éruption, type psoriasis ou acné par exemple. Toute infection locale ou régionale contre-indiquera le geste.
Ayez bien signalé **toute allergie** antérieure, ou un terrain allergique.
Signaler vos traitements, notamment **anti-coagulant**, corticoïde, immunodépresseur.
Signalez un éventuel **diabète**, une **hépatite virale**, être porteur du virus **HIV**, une **maladie hémorragique** comme l'hémophilie.
Assurez-vous que vous n'aurez pas besoin de quelqu'un pour vous **accompagner** à votre retour.
Lisez bien ce document, et n'hésitez pas à poser des **questions** complémentaires à votre médecin.
Vous pourrez avoir à signer un document pour conforter la confiance en l'information qui vous est donnée par votre médecin.

JE PREPARE BIEN LA REALISATION DE CE GESTE AVEC MA CHECK-LIST

Le geste

La ponction et l'infiltration se pratiquent dans un cabinet médical sur une table de consultation, allongé sur le dos.
Une technique de **guidage** s'avère nécessaire pour plus de précision du geste. Il peut s'agir d'une échographie (sans rayons X, comme pour la femme enceinte), d'une radioscopie (images obtenues sur une table de radio grâce aux rayons X, avec possibilité d'injection de produit iodé pour vérifier le bon emplacement de l'aiguille)(pas chez la femme enceinte), voire d'un scanner (rayons X))(pas chez la femme enceinte) ou d'une IRM (rayonnement magnétique). L'évaluation de la quantité de rayonnement X délivrée pourra vous être précisée.

Votre médecin respectera les règles d'**asepsie** : lavage de main, gants propres, matériel stérile à usage unique, désinfection soigneuse de votre peau en regard du point d'injection.

Une **anesthésie locale** peut être proposée, mais elle n'est pas toujours utile si le point de ponction est peu douloureux : la piqûre d'anesthésie le serait tout autant.
Le point de ponction se situe en regard de l'articulation temporo-mandibulaire..
Le trajet de l'aiguille peut être trouvé du premier coup, mais peut nécessiter également quelques essais avant de se retrouver **à l'intérieur de l'articulation**. La ponction peut être plus ou moins douloureuse si l'aiguille touche un petit nerf ou le cartilage, ou lors de l'aspiration du liquide. Signalez-le à votre médecin, qui y remédiera, éventuellement avec une anesthésie locale.

Du liquide peut être aspiré pour analyse ou pour évacuation. Il est jaune pâle, plus ou moins trouble en cas d'inflammation importante, parfois un peu hémorragique, ce qui n'a pas de gravité en soi.
L'éventuelle injection du produit (cortisonique pour une infiltration) peut être réalisée d'emblée ou après la ponction.
L'aiguille est ensuite retirée. Une compression de quelques secondes, voire d'1 ou 2 minutes, peut être nécessaire s'il y a reflux. Un simple pansement suffit.
La technique ne dure au plus que quelques minutes.

LE GESTE TECHNIQUE EST SIMPLE ET RAPIDE,
SOUS ANESTHESIE LOCALE OU NON,
SOUS GUIDAGE PAR ECHOGRAPHIE OU RADIOSCOPIE

Après le geste

Il est souvent préférable d'être raccompagné, surtout si vous devez conduire ou si une anesthésie locale a été réalisée.
Vous pouvez retirer le pansement après quelques heures en l'absence d'écoulement.
L'articulation peut être mobilisée d'emblée. Il faut **respecter des consignes d'une utilisation mesurée** pendant environ 3 semaines.
Signalez à votre médecin tout épisode d'**éruption** sur la peau, de grattage, de fièvre.
Des **douleurs** dans les 24-48 premières heures sont le plus souvent bénignes, et ne nécessitent que la prise temporaire d'anti-douleur ou d'anti-inflammatoire, voire l'application de glace. Toutefois, si les douleurs persistent ou s'aggravent, si l'articulation gonfle et devient rouge, prévenez votre médecin.
La **reprise des activités** professionnelles ou sportives ou de la rééducation doit être envisagée au cas par cas avec votre médecin, en fonction du résultat de l'infiltration, de l'état de votre articulation et de la maladie en cause. Demandez un arrêt de travail ou un certificat d'arrêt des activités sportives si nécessaire.
Renseignez-vous pour savoir si une visite de contrôle est nécessaire.

ILLUSTRATION : SCHEMA D'UNE INFILTRATION DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE

4. LES RESULTATS ATTENDUS

Douleur et inflammation
Une infiltration cortisonique va être **efficace sur l'inflammation articulaire** 8 ou 9 fois sur 10. Cela signifie que l'inflammation diminue, que la douleur diminue ou disparaît, et que la fonction s'améliore. L'amélioration est souvent spectaculaire.

Toutefois, le résultat est variable d'une personne à l'autre, et fonction de plusieurs facteurs :
- Le degré de l'inflammation articulaire peut être tel que l'infiltration cortisonique ne suffise pas. Des techniques complémentaires seront proposées (synoviorthèse, synovectomie, changement de traitement de fond…).
- Le responsable de l'inflammation articulaire est toujours actif. Le traitement de la maladie générale doit être revu.
- L'articulation est déjà bien abîmée, et le cartilage en partie détruit. L'inflammation a beau être circonscrite, des douleurs persistent du fait de la lésion définitive du cartilage.
- Le résultat a été satisfaisant, mais quelques semaines ou mois plus tard, les douleurs et la gêne recommencent. On peut recommencer une infiltration, et rechercher les causes de la récidive.

Fonction
L'amélioration de la fonction dépend de l'état de l'articulation. Si les **destructions articulaires** sont importantes, une gêne peut persister malgré la disparition de l'inflammation articulaire.

Autres traitements
Vous pourrez avoir besoin de traitement anti-douleur ou anti-inflammatoire, en fonction de des douleurs résiduelles. Ne prenez ces traitements que si vous en avez besoin.
Par contre il faut continuer les traitements de fond habituels en suivant les consignes de votre médecin.

La rééducation peut être reprise en fonction des besoins dès que l'état de l'articulation le permet.

TRES BONS RESULTATS SUR L'INFLAMMATION ARTICULAIRE
ET AINSI SUR MA DOULEUR, MEME SI ELLE NE REPARE PAS
MON CARTILAGE NI NE SOIGNE LA CAUSE DE CETTE INFLAMMATION

5. LES RISQUES

Le médecin qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.
L'infection est le risque le plus sérieux, mais il ne survient qu'une fois sur 40 000 malgré les précautions d'asepsie. Le germe peut provenir soit de l'environnement de votre médecin, soit de votre peau, soit amené par votre circulation sanguine d'un autre organe infecté.
Des facteurs favorisants sont à prendre en compte : traitement général par corticoïde, une biothérapie de rhumatisme inflammatoire chronique, un traitement immunosuppresseur, être porteur du HIV, un diabète.

Une allergie est possible, à l'anesthésique, aux excipients du produit cortisonique, voire à l'iode injecté pour mieux visualiser votre cavité articulaire sous radioscopie. Elle reste rare.

Un malaise vagal est bénin et de courte durée. Il peut même précéder le geste. Il associe pâleur, malaise voire perte de connaissance, pouls ralenti, sueurs.

Le syndrome de Tachon survient dans les quelques minutes qui suivent l'injection. Une sensation de malaise intense avec douleurs lombaires (et parfois thoraciques) régresse en quelques minutes, de caractère bénin. Il est d'origine peu claire, peut-être lié à l'injection intra-vasculaire du produit cortisonique retard.

La ponction peut entraîner un **hématome sous-cutané**, voire du sang dans l'articulation (**hémarthrose**). Ce peut être dû à la ponction d'un petit vaisseau, sans gravité. C'est également favorisé par une maladie hémorragique connue, comme l'hémophilie, ou un traitement anti-coagulant, voire anti-agrégant plaquettaire.

Une petite partie du corticoïde injecté passe dans la circulation générale. Un **diabète** ou une **hypertension** peuvent être décompensés pendant quelques jours. De même, une **rougeur du visage** avec sensation de gonflement peut survenir transitoirement pendant quelques jours. Ce n'est pas à confondre avec une allergie.

En fait, avec les précautions usuelles, un geste infiltratif bien indiqué a un excellent rapport bénéfices / risques, ces derniers restant très rares et le plus souvent bénins.

LES RISQUES SONT RARES (INFECTION : 1 / 40 000)
ET LE PLUS SOUVENT TRANSITOIRES ET BENINS