



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 125

L'impact du dysfonctionnement temporo- mandibulaire sur la qualité de vie des patients: Etude prospective

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/05/2018

PAR

Mme. **Basma OUMALLOUL**

Née Le 04 Juillet 1992

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Dysfonctionnement temporo - Mandibulaire -Qualité de vie-OHIP-14

JURY

M. H. AMMAR

Professeur d'Enseignement Supérieur d'Oto-rhino-laryngologie

PRESIDENT

M. A. ABOUCHADI

Professeur agrégé de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

RAPPORTEUR

M. M. LAKOUICHMI

Professeur agrégé de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

M. Y. DAROUASSI

Professeur agrégé d'Oto-rhino-laryngologie

M. A. BENALI

Professeur agrégé de Psychiatrie

JUGES

Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948

*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAIAI BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique

ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie–obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie–obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie–vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo–phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie–obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatologie)
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo–phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie

BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie

ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo– phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto–Rhino – Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie

BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie – pathologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio–organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 12/02/2018

Je souhaiterais remercier les personnes qui m'ont accompagnée dans mon cheminement de vie et qui m'ont prodiguée amour, soutien, bienveillance et enseignement, créant ainsi des conditions favorables à mon épanouissement.

Je dédie cette thèse qui est la consécration d'efforts soutenus et de dévotion continue à la médecine à :

DÉDICACES

AUX MEILLEURS PARENTS DU MONDE

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consentis pour mon instruction et mon bien être.

Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que vos bénédictions m'accompagneront éternellement.

Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé, bonheur, longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive. Et à travers ce travail, j'espère vous rendre une fois de plus fiers.

A MA GRAND-MÈRE CHÉRIE

Qui m'a accompagnée par ses prières, sa douceur, puisse Dieu t'accorder longue vie et beaucoup de santé et de bonheur.

A MON CHÈRE GRAND FRÈRE CHARAF, MES CHÈRES PETITES SŒURS RANIA ET IKRAM.

Vous m'avez toujours dit que vous étiez fiers de moi : cette phrase si simple décuple ma motivation pour me dépasser et faire de mon mieux. Vous êtes le plus beau cadeau que la vie m'ait offert. Je vous aime fort. Puisse Allah vous protéger et préserver notre belle fraternité. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

A MON ONCLE MUSTAPHA JADDAD

Un oncle pas comme les autres. Pour moi, tu es une référence dont je m'inspire dans ma vie de tous les jours et je tenais à ce que tu le saches. Tu es un second père pour moi. J'espère te rendre fier. Je te dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance.

A TOUTE MA FAMILLE

Dédicace à toute ma famille du plus âgé au plus jeune. Que Dieu vous accorde santé et longue vie.

A MA MEILLEURE AMIE NISSRINE :

Tu m'as accompagnée dans toutes les étapes de ma vie. Au fil du temps tu es devenue mon amie, puis ma meilleure amie et enfin, ma sœur, ma confidente.

Merci d'exister, merci de m'aimer comme plus personne ne sait le faire aujourd'hui sans chercher à me changer. Merci d'être toujours là, dans les meilleurs comme dans les pires moments.

Sans toi la vie serait bien triste et fade.

Je te dédie ce travail en témoignage des sentiments qui nous unissent. Je t'aime.

À TOI KENZA LAMOULASNI :

*Dans mon cœur, tu as une place importante et spéciale. Le premier mot qui me vient à l'esprit pour te décrire est **UNIQUE** : tu es ma conseillère, et mon amie fidèle qui m'a assistée dans les moments difficiles et m'a pris doucement par la main pour traverser ensemble des épreuves pénibles. Je te suis très reconnaissante, et je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien inconditionnel.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en souvenir de notre indéfectible lien qui s'est tissé au fil des jours. Je nous souhaite encore de belles années de partage. Je t'aime **KONNOZ**.*

A MA TANTE SOUMIA, SON MARI MOHAMED ET LEURS FILLES :

CHAIMAA ET AYA

A une famille au sein de laquelle je me suis toujours sentie chez moi et qui m'a toujours considérée comme une des leurs.

Les expressions me manquent , mais de toute façon aucun mot ne suffirait à exprimer mon amour et ma profonde gratitude envers vous.

Qu'il me soit permis de vous exprimer à travers ce travail, mon respect et ma vive reconnaissance.

A LA FAMILLE REGRAGUI ET EN PARTICULIER A MON AMIE

KHAOULA,

Je vous dédie ce modeste travail, symbole de mon affection et mon attachement.

À MES TRÈS CHERS AMIS

CHAIMA MOUINE, CHAYNEZ RACHID, DALILA LAHNA, HAMZA OULHAJ, JIHANE OUSSAGUA, KHAOULA AMRANI, KHAOULA EL ALAOUI, KENZA EL BAZI, MEHDI RAOUAH, MOHAMED ANAS KHOUCHAB, , MOUHSSINE AIT ABOULHCEN, MOHAMED AMINE DAROUICH, MOUSSA SIDIBÉ, MERYEM BOUSTA, OUSSAMA NACIR, SOUKAINA BOULATAR, SALMA AMRANI, SOUKAINA BNI, WADI OUHAMOUI, YOUSRA ZOUINE, YASMINA BENHALIMA, YASSINE FATH LKHIR, ZAKARIA GHALABI.

Merci pour tous ces petits moments qui sont devenus inoubliables grâce à vous. Ce sont souvent des petits moments qui paraissent banals qui créent les meilleurs souvenirs.

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.

A SARA ROCHD, MARYAM BADOUI, YOUNESS BENRAHMOUN, LAURA ARTIGA SAINZ, YOSRA FDIL, IDIR MAKHLOUF, AMINE ALYAS, JUAN APARICIO JIMENEZ, MOHAMED SALIM GHARNATI, RIM BELOUAD, HAJAR ARAKI, MOURAD BAKHOUCH

Des personnes à qui je rends grâce pour leur don de solidarité, de générosité et de bonté et qui ne sont pas toujours conscientes de ce que signifient leurs actions pour les autres.

Je vous suis profondément reconnaissante pour ce que vous avez fait pour moi. C'est bien grâce à votre soutien et vos ondes positives que j'ai pu me reprendre en main.

Une chose est sûre : je ne l'oublierais jamais. Merci.

*À MES COLLÈGUES
À TOUS CEUX QUI ME SONT CHÈRES ET QUE J'AI OMIS DE CITER
Vous êtes dans mon cœur, affectueusement.*

*A LA MEMOIRE DE MON AMI, MARTYR HAMZA CHAIB QUI NOUS
A QUITTÉ TROP TÔT*

Tu n'es plus là où tu étais, mais tu es partout là où je suis. Un être n'est jamais mort tant qu'un vivant pense à lui cher ami.

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour toi.

Nous avons passé de fabuleux moments, ils resteront gravés dans ma mémoire. Avec toi, j'ai appris à partager, donner, accepter les défauts de l'autre et être à l'écoute quand tout va bien, mais surtout quand rien ne va plus.

J'aurai voulu que tu assistes à l'aboutissement de ces années de dur labeur, mais Dieu en a décidé autrement. Paix à ton âme

REMERCIEMENTS

À

Notre Maître et Président de thèse :

Monsieur H. Ammar

Professeur d'enseignement supérieur d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital
militaire Avicenne de Marrakech

*J'aimerais exprimé ma gratitudes au professeur Haddou AMMAR pour
m'avoir fait l'honneur de présider notre jury, cette place doit revenir à
un prof caractérisé par sa sagesse et par ses innombrables compétences,
comme vous.*

*A travers ce travail je vous présente le témoignage de mon grand respect
et de ma profonde considération.*

À

Mon Maître et Directeur de thèse :

Monsieur A. Abouchadi,

Professeur agrégé de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale à
l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech

*A travers cet ouvrage, je rends hommage à l'homme, la personne du
professeur Abdeljalil Abouchadi. Pour moi, vous êtes une source
d'inspiration sur le plan humain de par votre intellect et votre haut
degré d'humanité.*

*Je vous remercie pour la confiance que vous avez placée en moi en me
confiant ce travail. J'espère ne pas vous décevoir. Vous avez toujours eu
les mots justes pour m'accompagner et vous avez été un réel soutien
durant cette année.*

*Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et mon
admiration.*

À

Notre Maître et Juge de thèse :

Monsieur M. LAKOUICHI

*Professeur agrégé de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale à
l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech*

*Je remercie vivement professeur Mohammed lakouichmi pour avoir
chaleureusement accepté de nous honorer de sa présence dans le jury.
Je n'oublie pas les mots d'encouragement que vous avez employés et qui
m'ont redonné foi en ma capacité à mener ce travail à terme.
Je vous réitère, cher maître, mes plus sincères remerciements.*

À

Notre Maître et Juge de thèse :

Monsieur Y. DAROUASSI

*Professeur agrégé d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital militaire Avicenne
de Marrakech*

*Je vous rends hommage pour votre grand sens de l'humour, vos qualités
humaines ainsi que vos compétences en tant que médecin et enseignant
qui font votre réputation.*

*Veillez cher maître, trouver dans ce travail, le témoignage de ma
gratitude, ma haute considération et mon profond respect.*

À

Notre maître et juge de thèse :

Monsieur A. BENALI,

*Professeur agrégé de psychiatrie à l'hôpital militaire Avicenne de
Marrakech*

*Je tiens à exprimer ma reconnaissance au professeur BENALI qui n'a pas
hésité à rejoindre notre jury.*

*Merci pour les conseils que vous m'avez prodigués, en me faisant don de
votre temps précieux.*

Veillez trouver ici, mon maître, l'expression de mon profond respect.

FIGURES

Liste des figures

- Figure 1** : Répartition des patients explorés selon la tranche d'âge.
- Figure 2** : Répartition des patients explorés selon le sexe.
- Figure 3** : Répartition des patients explorés selon l'état matrimonial
- Figure 4** : Représentation graphique de la répartition des patients exploités selon l'origine résidentielle.
- Figure 5** : Répartition des patients selon le mode de vie.
- Figure 6** : Répartition des patients explorés selon le niveau d'étude.
- Figure 7** : Répartition de nos patients selon l'activité professionnelle.
- Figure 8** : Répartition des patients selon les antécédents généraux
- Figure 9** : Répartition des pourcentages des patients avec ou sans para-fonctions
- Figure 10** : Répartition des DAM selon le type de la douleur
- Figure 11** : Répartition des DAM selon le siège de la douleur
- Figure 12** : Répartition des DAM selon la localisation de la douleur
- Figure 13** : Répartition des DAM selon la sévérité de la douleur
- Figure 14** : Répartition de des DAM selon l'horaire de survenue de la douleur
- Figure 15** : Répartition des DAM selon le type de bruits articulaires
- Figure 16** : Répartition des DAM selon la localisation des bruits articulaires
- Figure 17** : Répartition des DAM selon le degré d'ouverture buccale.
- Figure 18** : Répartition des DAM selon la sévérité.
- Figure 19** : Répartition des DAM selon l'état bucco-dentaire
- Figure 20** : Répartition des DAM selon l'antécédent de prise médicamenteuse
- Figure 21** : Répartition des patients ayant réalisé un bilan paraclinique
- Figure 22** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la tranche d'âge.
- Figure 23** : Variation de la moyenne du score OHIP-14 selon le sexe des patients
- Figure 24** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 selon l'origine résidentielle des patients
- Figure 25** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'état civil des patients
- Figure 26** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au style de vie des patients
- Figure 27** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au niveau d'étude des patients
- Figure 28** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'activité professionnelle des patients
- Figure 29** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au motif de consultation des patients
- Figure 30** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport aux antécédents personnels des patients

- Figure 31** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la présence de para-fonctions
- Figure 32** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la présence de la douleur.
- Figure 33** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au siège de la douleur
- Figure 34** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au mode d'évolution de la douleur
- Figure 35** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'intensité de la douleur
- Figure 36** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la localisation de la douleur
- Figure 37** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la sévérité de la symptomatologie.
- Figure 38** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'état bucco-dentaire des patients.
- Figure 39** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au traitement médical déjà pris par le patient.
- Figure 40** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la réponse du patient au traitement.
- Figure 41** : Facteurs modulateurs de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire, d'après SISCHO et BRODER
- Figure 42** : Les dimensions du questionnaire OHIP-14
- Figure 43** : Figure synoptique de l'étiologie plurifactorielle des DTM
- Figure 44** : Schéma représentant la projection de Douleurs (d'après Rozenzweig).
- Figure 45** : Le muscle TEMPORAL, le muscle MASSETER, les muscles PTERYGOÏENS

TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I	: Les paramètres de dispersion de l'échantillon.
Tableau II	: récapitulatif des caractéristiques épidémiologiques.
Tableau III	: Répartition des patients selon le motif de consultation
Tableau IV	: Répartition des patients selon le type de para-fonctions qu'ils présentent.
Tableau V	: Répartition des DAM selon les manifestations à distance des douleurs.
Tableau VI	: Types de médicaments consommés par nos patients.
Tableau VII	: Répartition des DAM selon les besoins thérapeutiques.
Tableau VIII	: Les caractéristiques rapporté par le malade concernant le DTM.
Tableau IX	: Analyse descriptive du score OHIP-14 chez les patients questionnés.
Tableau X	: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la tranche d'âge.
Tableau XI	: Variation de la moyenne du score OHIP-14 selon le sexe des patients.
Tableau XII	: Tableau représentant la répartition de la moyenne du score OHIP-14 selon l'origine résidentielle des patients.
Tableau XIII	: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'état civil des patients.
Tableau XIV	: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au style de vie des patients.
Tableau XV	: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au niveau d'études des patients.
Tableau XVI	: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'activité professionnelle des patients.
Tableau XVII	: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au motif de consultation des patients.
Tableau XVIII	: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport aux antécédents personnels des patients.
Tableau XIX	: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la présence

de para-fonctions.

- Tableau XX** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport aux types de symptômes.
- Tableau XXI** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la présence de la douleur.
- Tableau XXII** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au siège de la douleur.
- Tableau XXIII** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au mode d'évolution de la douleur.
- Tableau XXIV** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'intensité de la douleur.
- Tableau XXV** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la localisation de la douleur.
- Tableau XXVI** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la sévérité de la symptomatologie.
- Tableau XXVII** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'état bucco-dentaire des patients.
- Tableau XXVIII** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au traitement médical déjà pris par le patient.
- Tableau XXIX** : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la réponse du patient au traitement.
- Tableau XXX** : Tableau récapitulatif de l'ensemble des corrélations bivariées.
- Tableau XXXI** : Domaines de l'évaluation de Axis II DC / TMD.
- Tableau XXXII** : L'indice anamnésique de helkimo .
- Tableau XXXIII** : Comparaison du score OHIP-14 entre notre série et celle des autres populations.

ABBREVIATIONS

Liste des abréviations

ATCDS	: Antécédents
ATM	: Articulation temporo-mandibulaire
CNO	: Collège national d'occlusodontie
DTM	: Dysfonctionnement temporo-mandibulaire
DAM	: Dysfonctionnement de l'appareil manducateur
DC / TMD	: Diagnostic criteria for temporo-mandibular disorders
EVA	: Échelle visuelle analogique
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
Qdv	: Qualité de vie
NP	: Non significatif
NHP	: Nottingham health profile
OHIP	: Oral health impact profile
OPN	: Orthopantomogramme
OMS	: Organisation mondiale de la santé
OHRQOL	: Oral health related quality of life
P	: Degré de signification
SF-36	: 36-items short-form Health Survey
TDM	: Tomodensitométrie
TTM	: Trouble temporo-mandibulaire

PLAN

INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. TYPE DE L'ETUDE.....	5
II. POPULATION CIBLE ET ECHANTILLONAGE.....	5
1. Population cible.....	5
2. Échantillon étudié.....	6
3. Variables étudiées.....	6
4. L'analyse statistique.....	7
5. Considérations éthiques.....	8
RÉSULTATS	9
I. Les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon.....	10
1. L'âge.....	10
2. Le Sexe.....	10
3. L'état matrimonial.....	11
4. L'origine résidentielle du patient.....	11
5. Habitat.....	12
6. Le niveau d'instruction.....	12
7. L'activité professionnelle.....	13
II. Les renseignements cliniques.....	14
1. Antécédents.....	14
2. Motif de consultation.....	15
3. Présence de para-fonction.....	15
4. Les renseignements cliniques.....	16
5. Le traitement.....	22
6. Le bilan paraclinique.....	23
7. Les besoins thérapeutiques.....	24
IV. La qualité de vie spécifique selon le Score Oral Health Impact Profile (OHIP-14).....	27
1. Analyse Descriptive.....	27
2. Analyse bi-variée.....	27
DISCUSSION	47
I. La qualité de vie.....	48
1. Pourquoi évaluer la qualité de vie ?.....	48
2. Le choix du questionnaire.....	49
II. La qualité de vie lié au DTM.....	52
1. Le dysfonctionnement temporo mandibulaire.....	52
2. La qualité de vie spécifique selon l'OHIP-14.....	62
3. Corrélation entre les paramètres sociodémographiques et les habitudes de vie ; et la Qdv.....	62
4. La corrélation entre les paramètres cliniques liés au DAM et Qdv.....	64
III. COMMENT AMELIORER LA QUALITE DE VIE ?.....	64
IV. Les avantages et les limites de l'étude.....	65

V. Les difficultés de l'étude	66
CONCLUSION.....	67
ANNEXES	70
RÉSUMÉS	78
BIBLIOGRAPHIE.....	82

INTRODUCTION

L'impact du dysfonctionnement temporo-mandibulaire (DTM) a un poids assez considérable auprès de la patientèle qui en souffre. Elle altère de manière assez importante leur qualité de vie(Qdv). Cette dernière notion, étant assez récente, n'a été abordée que très peu au cours de ces dernières décennies.

Selon la littérature, la qualité de vie apparaît comme : « ce qui permet de quantifier les répercussions de la maladie sur la vie » ; « l'ensemble des satisfactions et des insatisfactions éprouvées par un sujet à propos de sa vie » ou bien encore « ce qui reflète l'impact des maladies, des traitements et des décisions de santé sur la vie quotidienne, en essayant d'approcher le point de vue du patient ».

L'Organisation mondiale de la santé(OMS), a proposé en 1997 comme définition : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes »(1).

Le dysfonctionnement de l'appareil manducateur (DAM) quant à lui, est une pathologie bénigne et fréquente. Environ 75% de la population générale ont au moins un signe de ce dernier mais seul 7% consultent(2).Les études ont montré que son retentissement est un concept important et peut avoir des conséquences importantes et diverses sur les patients. Il affecte non seulement les activités de la vie quotidienne telles que la mastication ou la déglutition, mais touche également la phonation, l'élocution ainsi que la mimique faciale. Lorsque les troubles sont plus importants, les douleurs peuvent interférer avec d'autres domaines tels que l'activité professionnelle, la vie familiale, les loisirs ou différentes activités sociales (3-4).

Malheureusement, au Maroc, peu d'études ont été réalisées dans le but de traiter la qualité de vie de ces patients. Notre travail est le premier à avoir étudié la Qdv des patients atteints du DAM à Marrakech. Á travers cette étude transversale, on a utilisé un instrument normalisé et largement utilisé qui présente le profil d'impact de la santé bucco-dentaire.

Ainsi notre étude avait comme objectifs de :

1. Evaluer la qualité de vie des patients atteints de dysfonctionnement temporo-mandibulaire.
2. Déterminer les facteurs participants à l'altération de leur qualité de vie.

*MATÉRIELS
ET MÉTHODES*

I. TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective descriptive transversale.

II. POPULATION CIBLE ET ECHANTILLONAGE

1. Population cible

La population cible est constituée de patients présentant un dysfonctionnement temporo-mandibulaire.

1.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans cette étude des patients :

- Des deux sexes, âgés de plus de 15 ans.
- Présentant un ou plusieurs signes d'un dysfonctionnement temporo mandibulaire:
 - Douleur musculaire ou articulaire au repos, à la fonction.
 - Douleurs de la région prétragienne ou irradiant vers l'oreille, les tempes ou l'orbite.
 - Bruits articulaires lors de l'ouverture, fermeture buccale.
 - Limitation de l'ouverture buccale ou des mouvements mandibulaires et blocages

Associés ou non à des signes atypiques : manifestations ORL, ophtalmologiques, neurologiques, ou dentaires.

1.2. Critères d'exclusion :

Nous avons exclu de l'étude les patients ayant :

- Une tumeur de la face.
- Un antécédent de traumatisme facial.

2. Échantillon étudié

Le recrutement des patients a été effectué à partir des consultations de maxillo-faciale et stomatologie de l'hôpital Militaire Avicenne Marrakech sur une période de 8 mois.

3. Variables étudiées :

Les variables de notre étude étaient organisées sous forme de deux questionnaires, le premier regroupe les critères sociodémographiques et les données liées à la maladie, le deuxième est une échelle spécifique mesurant la Qdv liée à la santé bucco-dentaire.

3.1. Variables liées aux malades et la maladie :

Un premier questionnaire a été élaboré pour collecter les données épidémiologiques et cliniques des patients et a été rempli par le médecin traitant. Il comporte :

- L'âge et le sexe.
- La situation socio-économique : dans cette partie, on avait déterminé l'état matrimonial du patient (Célibataire, marié(e), ou veuf/Veuve), son Origine (rurale ou urbaine), son niveau d'études (non scolarisé, primaire, secondaire ou universitaire), sa profession, son style de vie (solitaire ou en familles).
- Les données médicales : les antécédents, les données relatives à la symptomatologie clinique.

En ce qui a trait aux données relatives à la symptomatologie clinique, la douleur a été étudiée grâce à une échelle visuelle analogique (EVA), qui demande l'utilisation d'une règlette qui comporte deux faces distinctes. Celle qui est présentée au patient représente une ligne sur laquelle le sujet va déplacer un curseur. Une extrémité de la ligne est notée «absence de douleur» alors que l'autre est notée « douleur maximale ». La face tournée vers le soignant affiche en correspondance une échelle graduée de 0 à 10, qui se présente comme suit : Douleur

absente :0; Douleur **faible** : 1 à 3; Douleur modérée : 4 à 6; Douleur **intense** : 7 à 9; Douleur extrêmement **intense** : 10

L'analyse de sévérité de la symptomatologie a été réalisée grâce à l'indice anamnésique d'HELKIMO (voire annexe 3).

Enfin concernant l'ouverture buccale, elle a été mesurée par un goniomètre.

3.2. Variables liées à la qualité de vie

Nous avons utilisé le questionnaire oral Health Impact profile (OHIP-14) que nous avons traduit en dialectal. Ce questionnaire a été auto-administré aux patients scolarisés. Pour les patients analphabètes, il a été traduit et administré, par la même personne en arabe dialectal, en gardant le même sens et les mêmes termes.

L'échelle oral health impact comprend 14 items. Il permet aux patients d'évaluer leur qualité de vie au cours des derniers mois, cependant les réponses sur les items du l'OHIP-14 ont été codées comme suit : 0=jamais, 1=presque jamais, 2=occasionnel, 3= assez souvent et 4= très souvent. On obtient un score allant de 0 à 56. Les scores tendant vers 56 indiquent une qualité de vie altérée. Par contre un score tendant vers 0 indique une qualité de vie meilleure.

Le temps nécessaire à l'administration des questionnaires variait de 15 minutes à 25 minutes.

4. L'analyse statistique

La saisie des données a été faite sur le logiciel SPSS version 24.

Les analyses statistiques descriptives, ont fait appel au :

- Calcul des effectifs et des pourcentages, pour les variables qualitatives.
- Calcul des mesures de tendances centrales (moyennes et médianes) et des mesures de dispersion (écart-type) pour les variables quantitatives.
- Les analyses bivariées ont fait appel à deux tests statistiques :
- Le test t-de Student et ANOVA pour la comparaison des moyennes.

- Le test de corrélation non paramétrique de Spearman pour la comparaison de deux variables sur des échantillons indépendants.

Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

5. Considérations éthiques

Cette étude est un sujet de thèse à la Faculté de Médecine et Pharmacie de Marrakech, accepté par le comité de thèses.

L'équipe de travail a veillé à l'information du patient, à son consentement libre, à l'anonymat ainsi qu'à la confidentialité des données fournies par les participants.

RÉSULTATS

I. Les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon

Le questionnaire avait été rempli par 31 individus qui présentent un dysfonctionnement temporo-mandibulaire, et qui ont consulté au service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

1. L'âge :

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 31ans avec des extrêmes allant de 17 à 63 ans (tableau I). On a également noté une nette prédominance de la tranche d'âge [15; 30] ans avec un pourcentage de 51,6% contre 25,8% pour la tranche [31 ;45] et 22,6% pour les patients de plus de 46 ans.

Tableau I : Les paramètres de dispersion de l'échantillon.

Paramètres de dispersion	N	Minimum	Maximum	Moyenne
Les valeurs	31	17	63	31

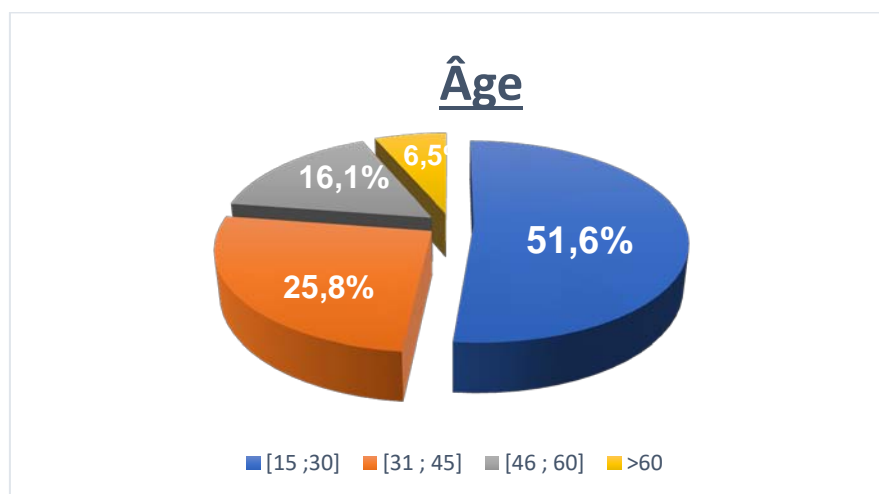


Figure 1 : Répartition des patients explorés selon la tranche d'âge.

2. Le Sexe :

Notre échantillon était constitué de 23 femmes soit 74,2% de la population étudiée et huit hommes soit 25,8 %. (Figure2).

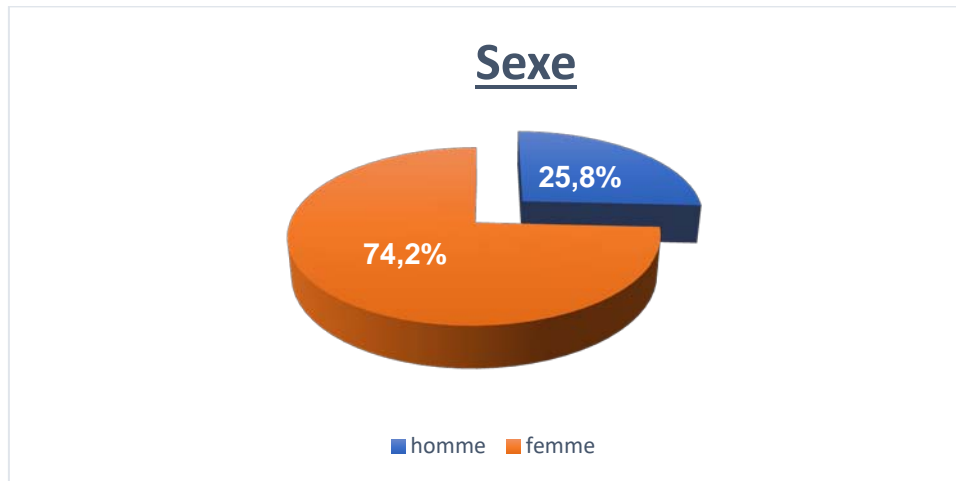


Figure 2 : Répartition des patients explorés, selon le sexe.

3. L'état matrimonial :

Dix-sept de nos patients soit 54,9% étaient mariés, 13 d'entre eux (41,9%) étaient célibataires alors qu'une seule patiente était veuve (figure3).

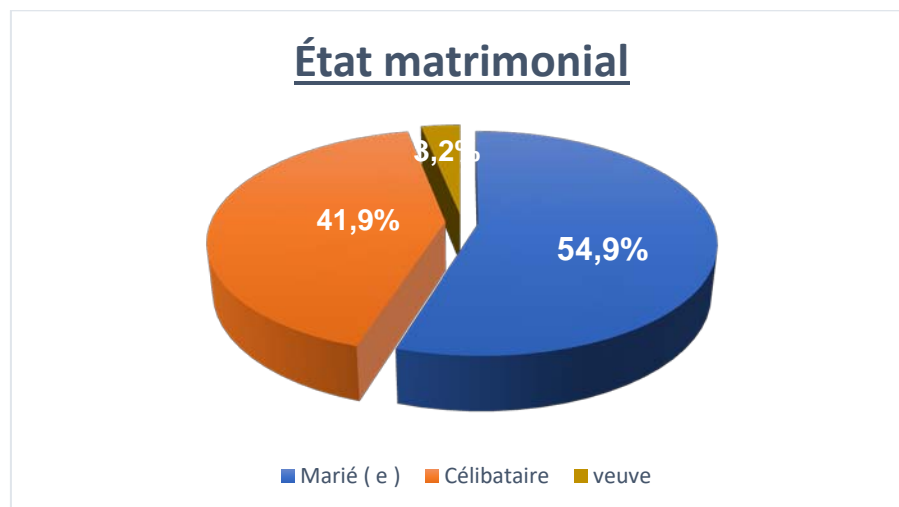


Figure3 : Répartition des patients explorés selon l'état matrimonial

4. L'origine résidentielle du patient :

Vingt-et-un (67,7%) des patients de notre échantillon vivent en milieu urbain alors que 10 (32,3%) vivent en milieu rural. (Figure 4).

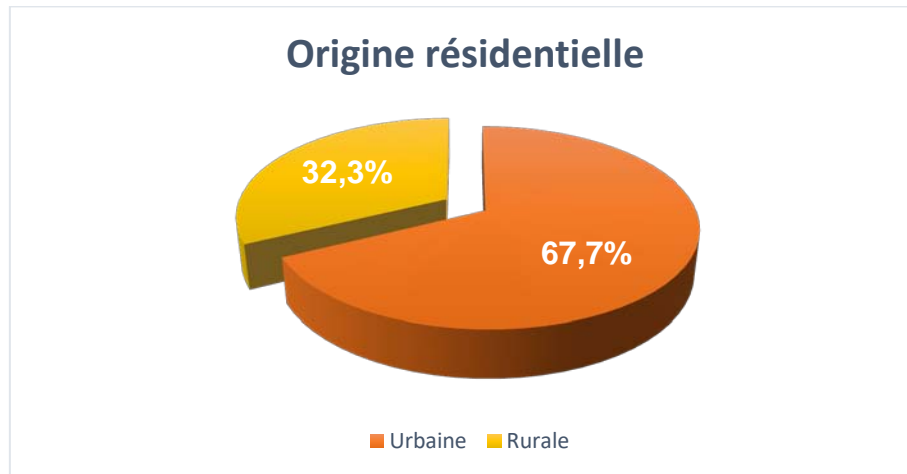


Figure4 : Représentation graphique de la répartition des patients exploités selon l'origine résidentielle.

5. Mode de vie :

Vingt-trois de nos patients vivent en famille soit 74,2% alors que huit vivent seuls soit 25,8% (Figure 5).

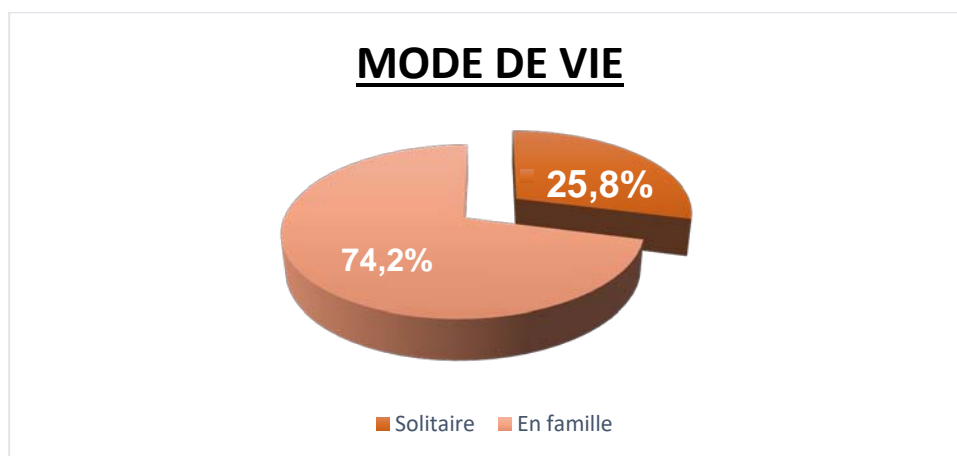


Figure 5 : Répartition des patients selon le mode de vie

6. Le niveau d'instruction :

Concernant le niveau d'études, on a objectivé que cinq de nos patients sont non scolarisés (16,1%), un patient a effectué un cycle primaire (3,2%), dix ont atteint le niveau secondaire (32,3%) et enfin quinze patients ont suivi un cursus universitaire (48,4%). (Figure 6).

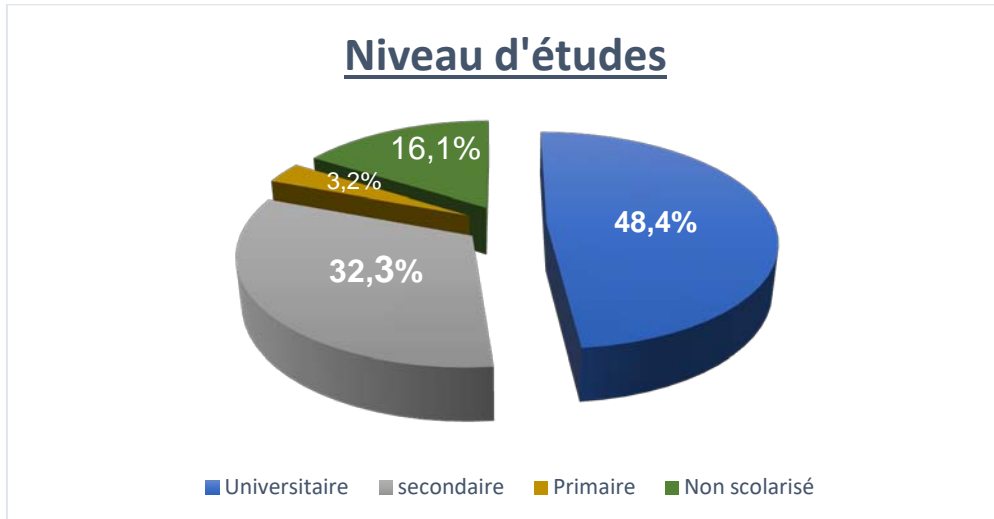


Figure 6 : Répartition des patients explorés selon le niveau d'études.

7. L'activité professionnelle :

Douze de nos patients ont un emploi (38,7%), les dix-neuf (61.3%) restant sont répartis comme tel :

- Sept étudiants
- Onze femmes au foyer
- Un retraité. (Figure 7).

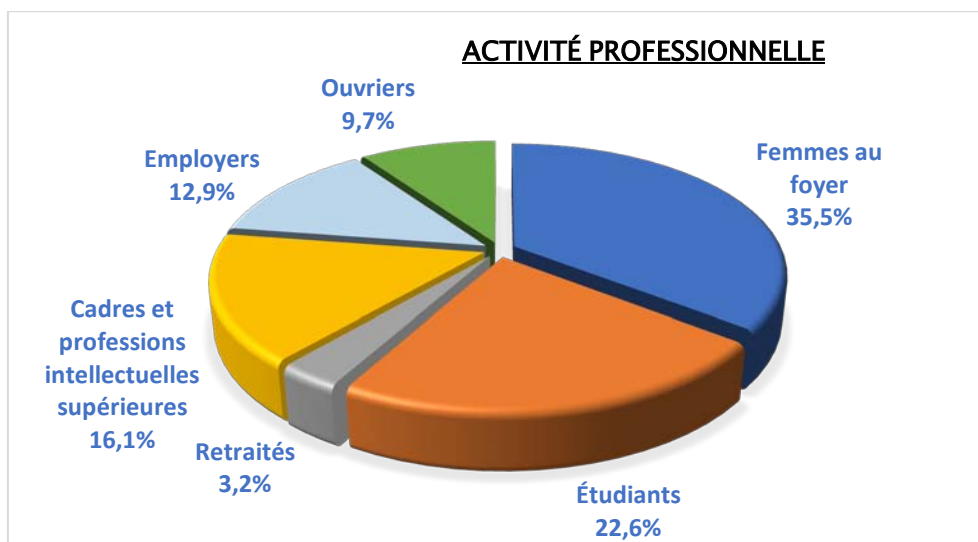


Figure 7 : Répartition de nos patients selon l'activité professionnelle.

Tableau II récapitulatif des caractéristiques épidémiologiques.

Caractéristiques épidémiologiques	Effectif (N=31)	Pourcentage
Age (moyenne)	31 ans	
Sexe Ratio	2,87	
Sexe		
Femme	23	74,2%
Homme	8	25,8%
État matrimonial		
Marié (e)	17	54,9%
Célibataire	13	41,9%
Veuve	1	3,2%
Origine		
Urbaine	21	67,7%
Rurale	10	32,3%
Mode de vie		
Solitaire	8	25,8%
En famille	23	74,2%
Niveau d'études		
Universitaire	15	48,4%
Secondaire	10	32,3%
Primaire	1	3,2%
Non scolarisé	5	16,1%
Activité professionnelle		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5	16,1%
Employés	4	12,9%
Etudiants	7	22,6%
Ouvriers	3	9,7%
Femmes au foyer	11	35,5%
Retraités	1	3,2%

II. Les renseignements cliniques :

1. Antécédents :

On note que 58 % de notre population ne présentait aucun antécédent , 25,8% présentaient des pathologies psychiatriques (dépression ou anxiété ou les deux) 9,7% des patients présentaient des anomalies dentaires et 6,5% souffraient de pathologies osseuses ou articulaires. (Figure 8)

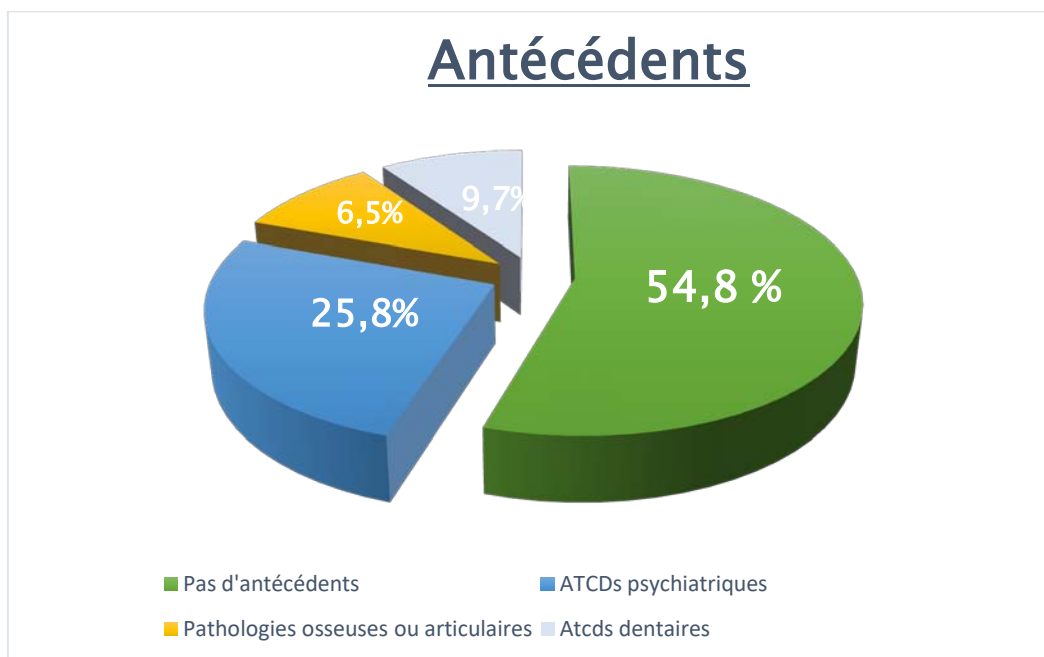


Figure 8 : Répartition des patients selon les antécédents généraux.

2. Motif de consultation :

Le motif de consultation le plus dominant est la douleur avec une fréquence de 58% suivi par des bruits articulaires 22,6%. (voir le tableau III).

Tableau III: Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Douleurs	18	58%
Bruits articulaires	7	22,6%
Anomalies de la cinématique mandibulaire.	3	9,7%
Orientation médicale	3	9,7%
Total	31	100%

3. Présence de para-fonction :

Vingt-six de nos patients soit 83,9% présentaient au minimum une seule para-fonction. (Figure 9).

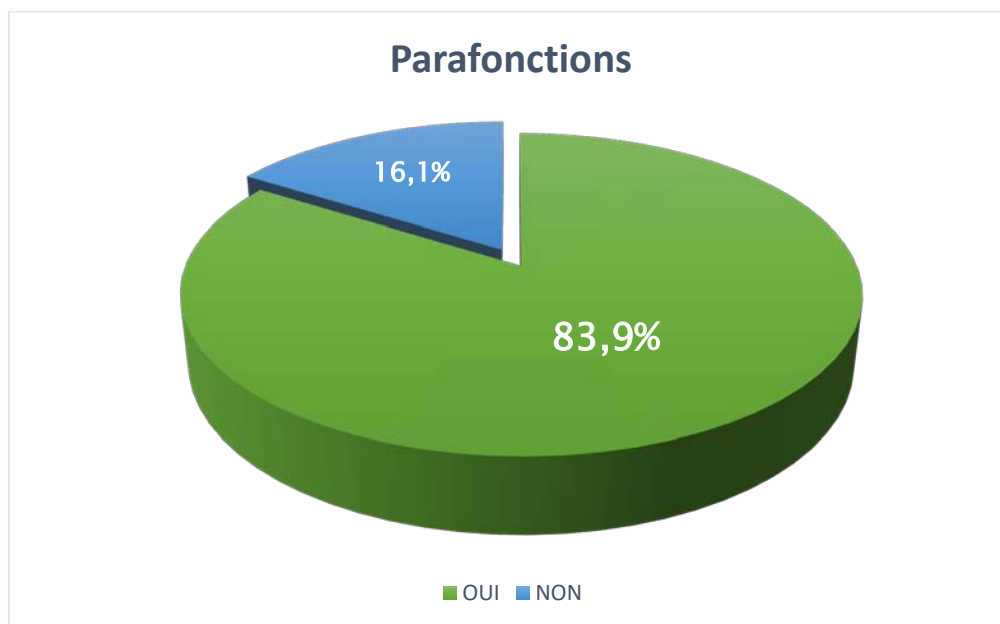


Figure 9 : Répartition des pourcentages des patients avec et sans para-fonctions.

3.1. Les types de para-fonctions :

Tableau IV: Répartition des patients selon le type de para-fonction qu'il présente.

Types de Para-fonctions	Nombre de patients	Pourcentage
Bruxisme	15	48,4%
Onychophagie	17	54,9%
Utilisation d'instruments à vent	3	9,7%
Consommation excessive de chewing-gum	20	64,5%
Mordillement des joues, des lèvres, la langue ou des objets	10	32,3%

4. Les signes fonctionnels :

4.1. La douleur :

a. Répartition des DAM selon le type de la douleur :

80,6 % des patients présentaient des douleurs liées au DAM dont 58% avaient des douleurs chroniques et 22,6% des douleurs aiguës. (Figure 10).

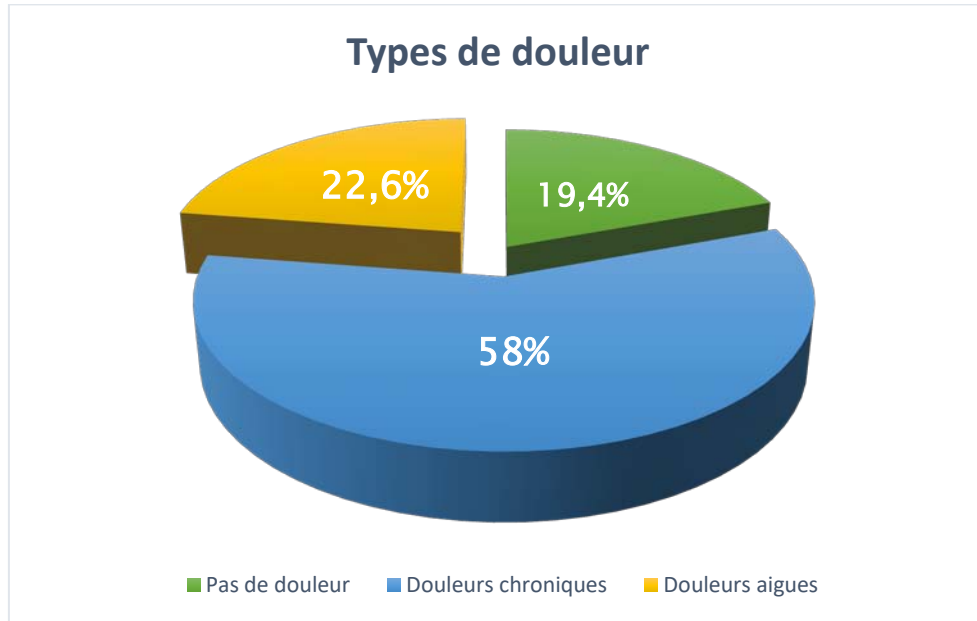


Figure 10 : Répartition des DAM selon le type de la douleur.

b. Répartition des DAM selon le siège de la douleur :

La majorité de notre population présentait des douleurs musculo-articulaires (54,8 %), 19,4% avaient uniquement des douleurs musculaires, et seulement 6,4% présentaient des douleurs purement articulaires (Figure11).

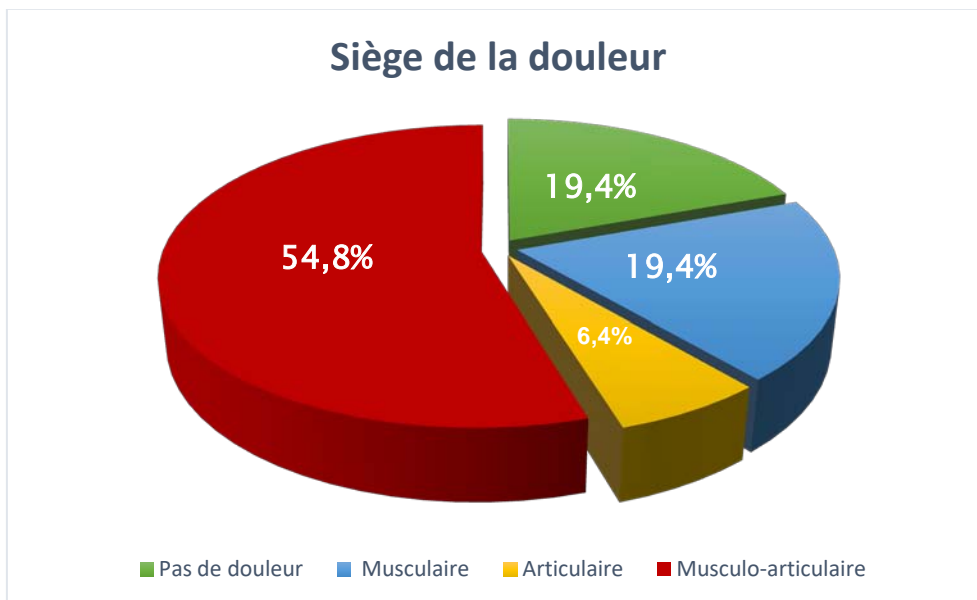


Figure 11 : Répartition des DAM selon le siège de la douleur.

c. Répartition des DAM selon la localisation de la douleur :

La plupart de nos patients présentaient des douleurs unilatérales avec une fréquence de 58%. (Figure 12).

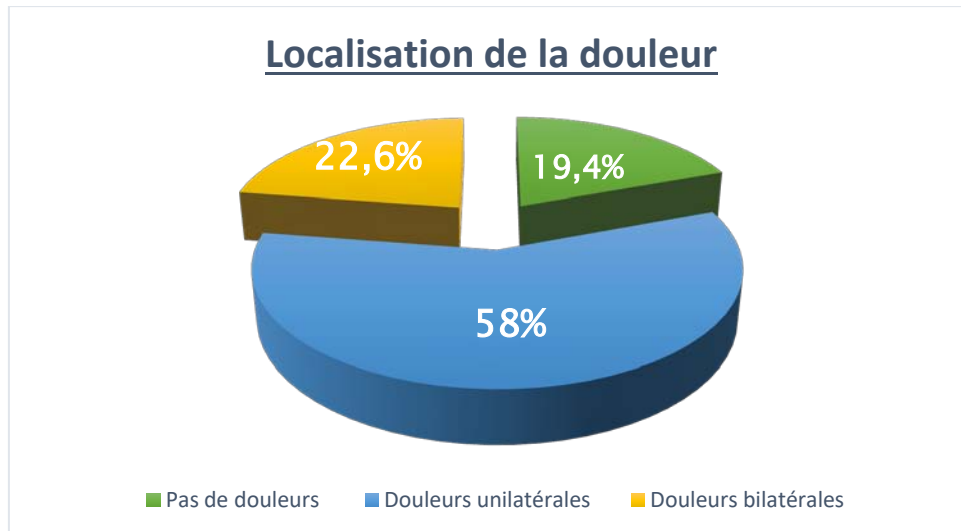


Figure 12 : Répartition des DAM selon la localisation de la douleur.

d. Répartition des DAM selon l'intensité de la douleur :

Quatorze de nos patients présentaient une douleur d'intensité modérée (45,2%) , dix avaient une douleur d'intensité sévère (32,2%) , alors que un seulement avait une douleur d'intensité faible (3,2%). (Figure 13).

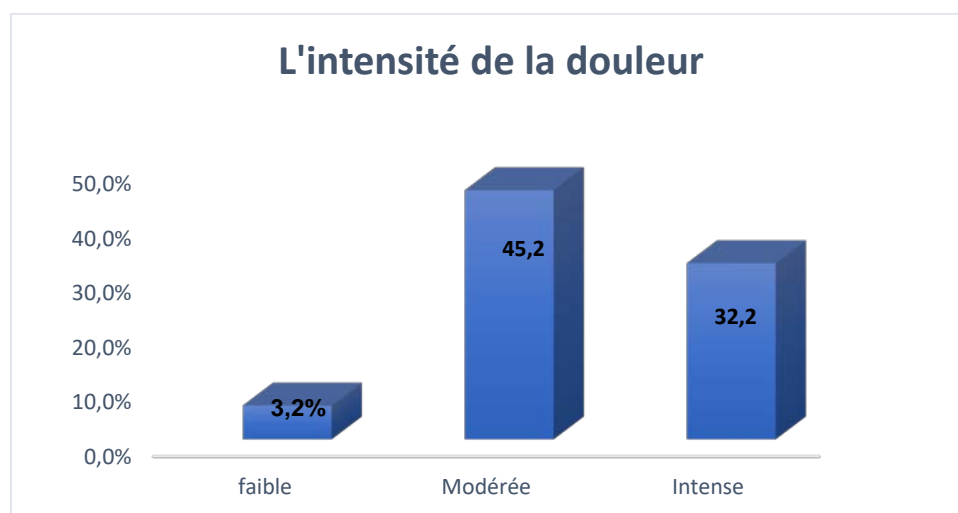


Figure 13 : Répartition des patients selon la sévérité de la douleur.

e. L'horaire de survenue de la douleur :

L'horaire de survenue de la douleur liée au DAM diffère d'un patient à l'autre : cinq patients de notre série présentaient une symptomatologie diurne soit 16,1%. Dix-huit avaient une douleur à recrudescence nocturne les réveillant tous en seconde partie de la nuit soit 58% tandis que deux patients présentaient une douleur permanente diurne et nocturne (6,5%). (Figure 14).

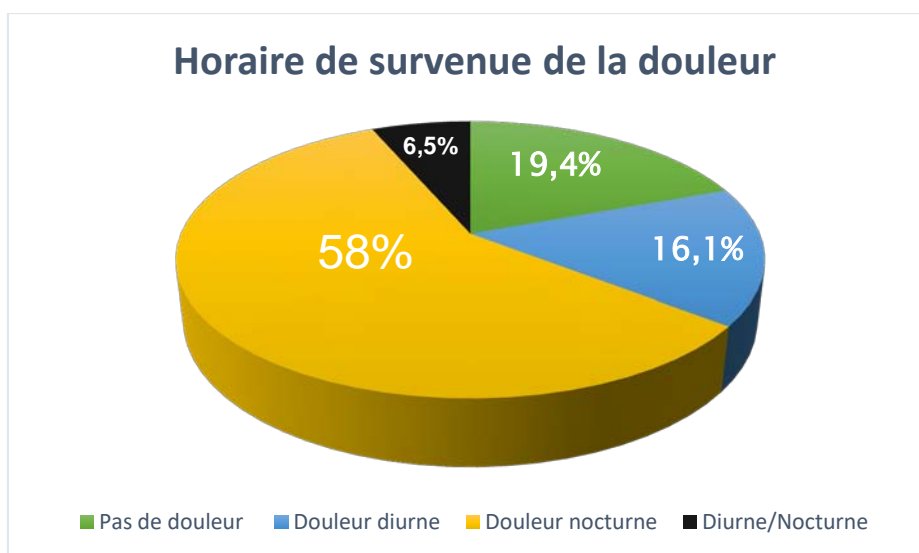


Figure 14 : Répartition des patients selon l'horaire de survenue de la douleur.

f. Répartition des DAM selon les manifestations à distance des douleurs :

80,7% des patients présentaient au moins une manifestation à distance de la douleur contre 19,3% qui n'en présentaient aucune. Ainsi que 45,2% de nos patients présentaient plus d'une manifestation à distance de la douleur. (Voir Tableau 4).

Tableau V: Répartition des DAM selon les manifestations à distance des douleurs

Manifestations à distance	Effectifs	Pourcentage
Aucune	6	19,3%
Otalgie	5	16,1%
Douleur oculaire	3	9,7%
Céphalées	2	6,5%
Cervicalgies ou lombalgies	1	3,2%
Deux manifestations ou plus	14	45,2%
Total	31	100%

4.2. Les bruits articulaires :

a. Répartition des DAM selon le type de bruits articulaires:

Sur les 31 patients souffrant DAM, 77,4% avaient des bruits articulaires avec prédominance de claquements (64,5 %). (Figure 15).

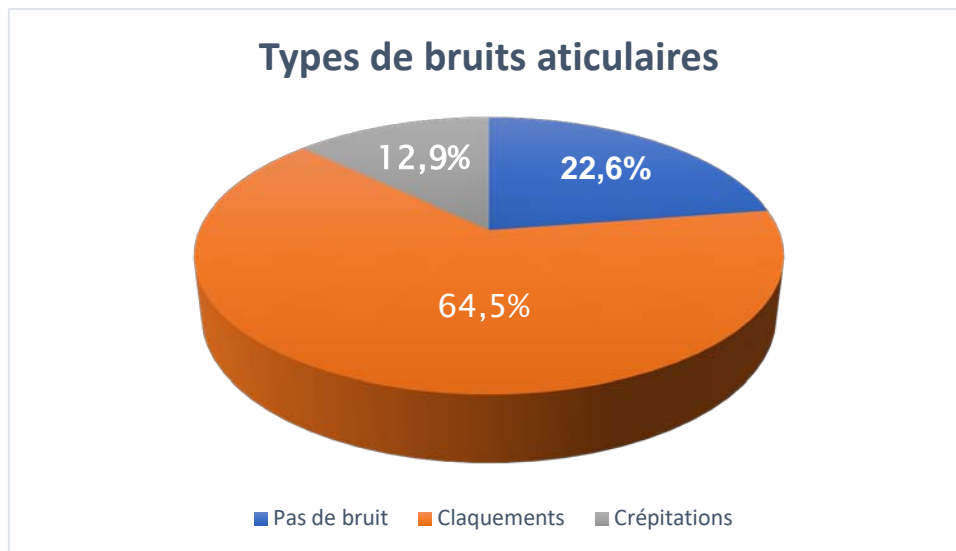


Figure 15 : Répartition des DAM selon le type de bruits articulaires

b. Répartition des DAM selon la localisation des bruits articulaires

41,9% des patients avaient des bruits unilatéraux (représentant 54,16% des bruits articulaires), et 35,5% bilatéraux. (Figure 16).

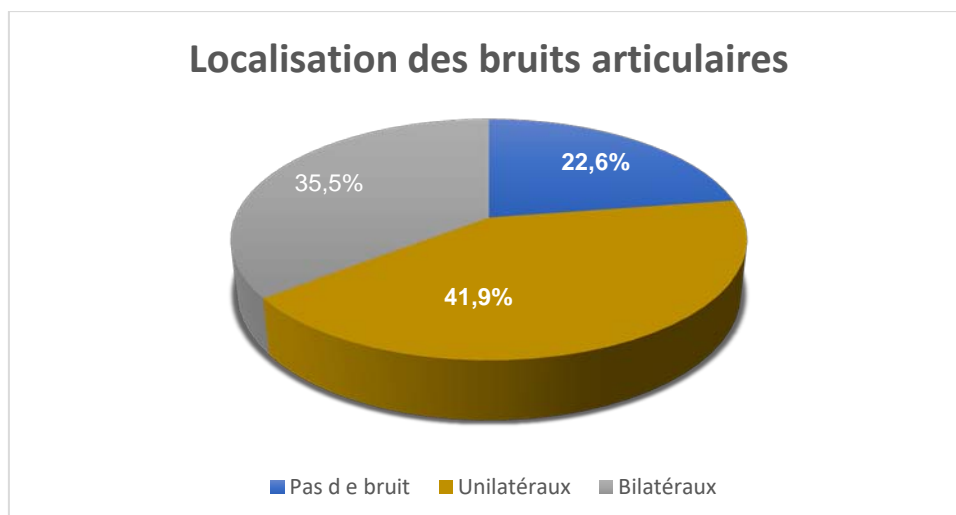


Figure 16 : Répartition des DAM selon la localisation des bruits articulaires

4.3. La cinématique mandibulaire :

Quinze patients de notre série avaient une ouverture physiologique soit 48,3% alors que quatorze souffraient d'une limitation d'ouverture buccale inférieure à 30cm soit 45,2% contre deux patients qui avaient une ouverture exagérée supérieure à 45cm soit 6,5%. (Figure 17).

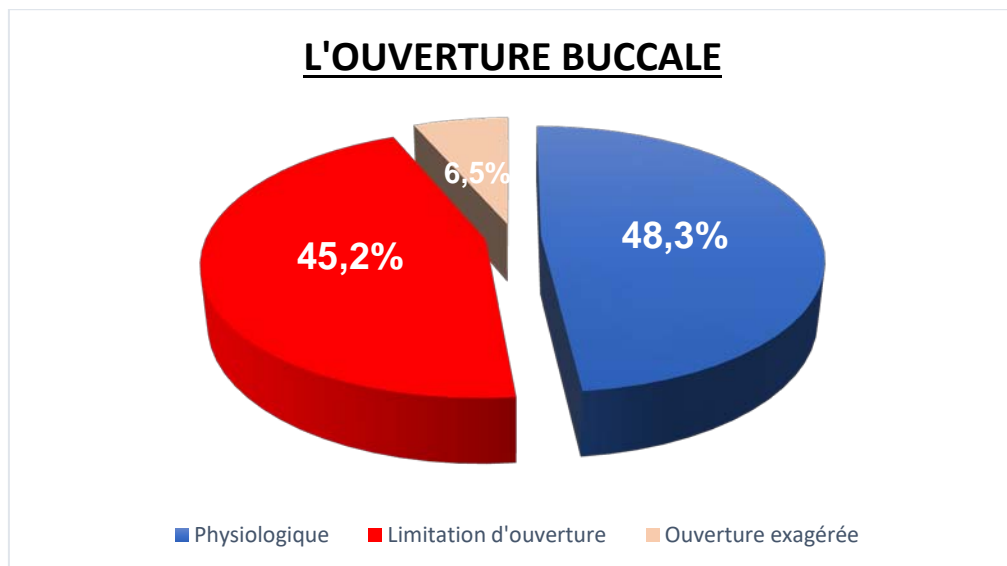


Figure 17 : Répartition des DAM selon le degré d'ouverture buccale.

4.4. La sévérité du dysfonctionnement temporo-mandibulaire :

Sur les 31 patients de notre série, nous notons 12 classés Ai I, 19 classés Ai II. (Figure 18).

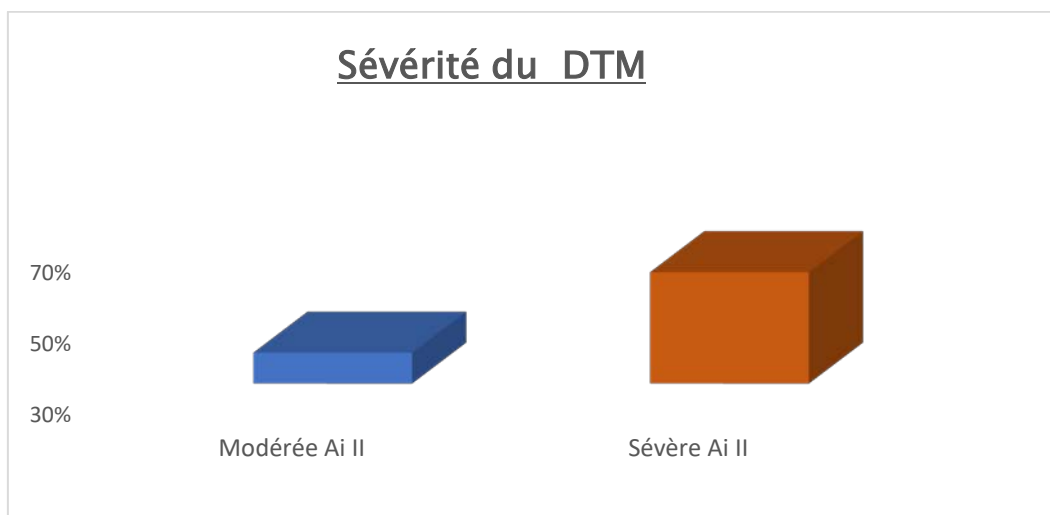


Figure 18 : Répartition des DAM selon la sévérité.

5. État bucco-dentaire :

Sur les 31 patients souffrant du DTM, 48,4% avaient un bon état bucco-dentaire, 22,6% en avait un mauvais, alors que 29% avait un très mauvais état bucco-dentaire. Ces derniers présentaient soit un édentement total ou partiel nécessitant une réhabilitation prothétique dentaire, soit des caries, soit un trouble de l'articulé dentaire ou une parodontopathie. (Figure 19).

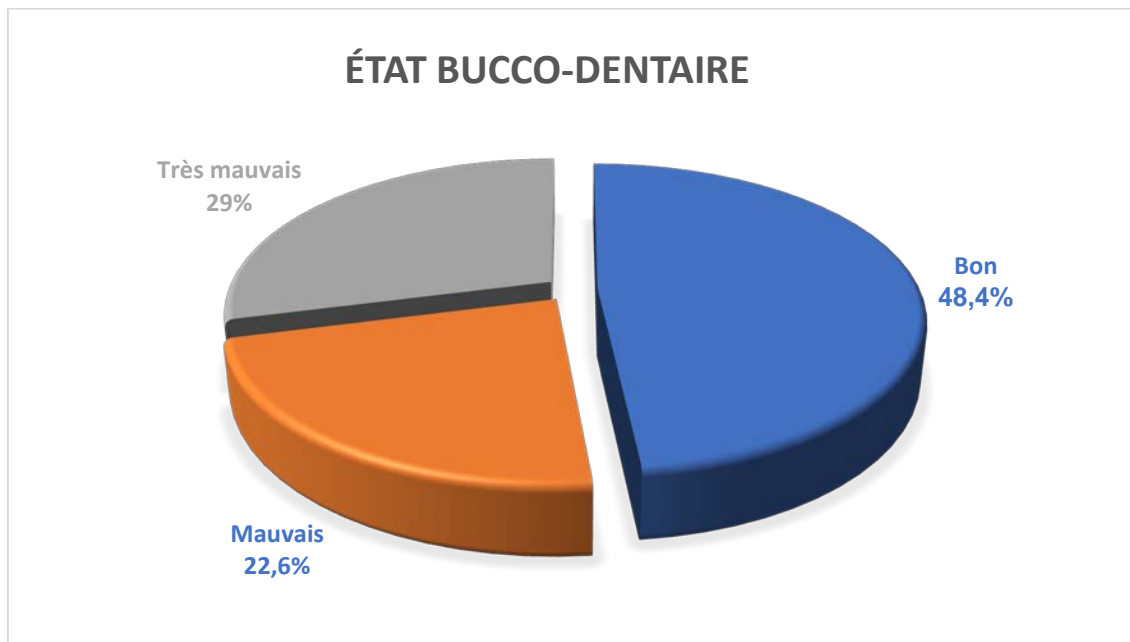


Figure 19 : Répartition des DAM selon l'état bucco-dentaire.

6. Le traitement :

Dans notre étude, on a interrogé nos patients sur la prise d'un traitement, 23 patients rapportent avoir déjà bénéficié d'un traitement médical parmi eux, 4 consommaient un antidépresseur et un anxiolytique au moment du questionnaire, 7 parmi eux consommaient un AINS, 3 un myorelaxant et 2 avaient recours à un port de gouttière. Tous consommaient du paracétamol lors des crises de douleurs.(Figure20).

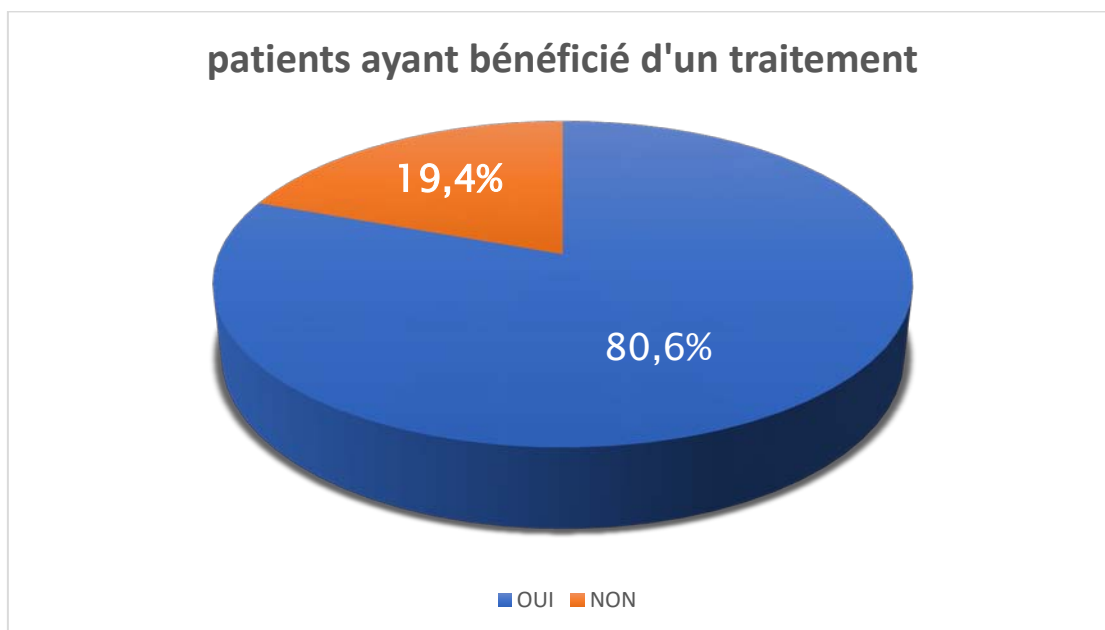


Figure 20 : Répartition des DAM selon l'antécédent de prise médicamenteuse .

Tableau VI : Types de médicaments consommés par nos patients

Type de traitement	Nombre	Pourcentage
Paracétamol	23	100%
Anti-inflammatoire	7	22,6%
myorelaxant	3	9,7%
Antidépresseur et anxiolytique	4	12,9%

7. Le bilan paraclinique :

Aucun bilan paraclinique n'a été réalisé chez 26 patients (84%). Trois ont déjà réalisé un orthopantomogramme (OPN) soit 9,6%, tandis que deux patients (6,4%) ont réalisé un scanner n'ayant pas objectivé d'anomalies.(Figure21).

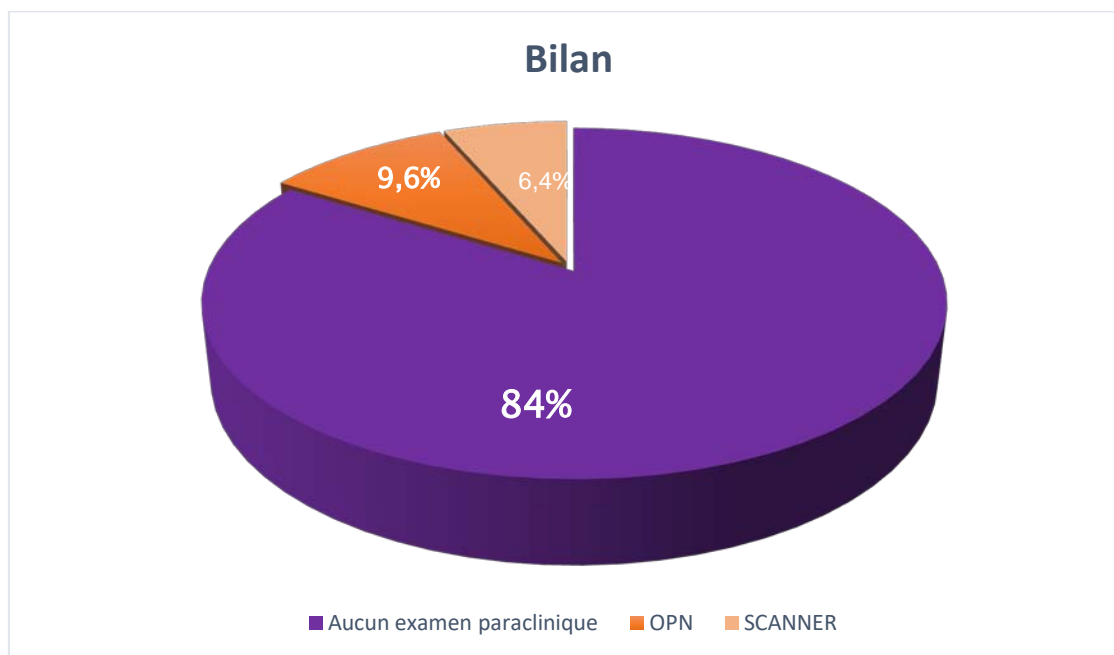


Figure 21 : Répartition des patients ayant réalisé un bilan paraclinique.

8. Les besoins thérapeutiques :

Tous les patients avaient besoin d'une prise en charge, dont 51,6% nécessitaient une physiothérapie et/ ou prescription médicamenteuse seulement, 32,3% nécessitaient une thérapeutique complexe (multidisciplinaire qui consiste en un traitement odontologique ou chirurgical), notons que 16,1 % des patients nécessitaient la confection de gouttières occlusales.

Tableau VII : Répartition des DAM selon les besoins thérapeutiques

Besoins thérapeutiques	Nombre	Pourcentage
Physiothérapie et/ ou prescription médicamenteuse	16	51,6%
Complexe	10	32,3%
Gouttières occlusales	5	16,1%

Tableau VIII: Les caractéristiques rapporté par le malade concernant le DTM

Caractéristiques du malade	Effectif	Pourcentage
Antécédents		
Pas d'antécédents	17	58
Atcds psychiatriques	8	25,8
Pathologies osseuses ou articulaires	2	6,5
Atcds dentaires	3	9,7
Motif de consultation		
Douleur	18	58
Bruits articulaires	7	22,6
Anomalies de la cinématique mandibulaire	3	9,7
Orientation médicale	3	9,7
Para-fonctions		
Oui	26	83,9
Non	5	16,1
Les types de para-fonctions		
Bruxisme	15	48,4
Onychophagie	17	54,9
Utilisation d'instruments à vent	3	9,7
Consommation excessive de chewing-gum	20	64,5
Mordillement des joues, des lèvres, la langue	10	32,3
Type de douleur		
Pas de douleur	6	19,4
Douleurs chroniques	7	22,6
Douleurs aiguës	18	58
Siège de la douleur		
Musculaire	6	19,4
Articulaire	2	6,4
Musculo-articulaire	17	54,8
La localisation de la douleur		
Unilatérale	18	58
Bilatérale	7	22,6
L'intensité de la douleur		
Faible	1	3,2
Modérée	14	45,2
Intense	10	32,2
Horaire de survenue de la douleur		

Tableau VIII : Les caractéristiques rapporté par le malade concernant le DTM «suite»

Caractéristiques du malade	Effectif	Pourcentage
Diurne	5	16,1
Nocturne	18	58
Diurne/nocturne	2	6,5
Répartition de la douleur à distance		
Otalgie	5	16,1
Douleur oculaire	3	9,7
Céphalées	2	6,4
Cervicalgies ou lombalgies	1	3,2
Deux manifestations ou plus	14	45,2
Types de bruits articulaires		
Pas de bruit	7	22,6
Claquement	20	12,9
Crépitation	4	64,5
Localisation des bruits articulaires		
Unilatéraux	13	41,9
Bilatéraux	11	35,5
Ouverture buccale		
Physiologique	15	48,4
Limitation d'ouverture	14	45,2
Ouverture exagérée	2	6,5
Sévérité du DAM		
Modérée	12	38,7
Sévère	19	61,3
Etat bucco-dentaire		
Bon	15	48,4
Mauvais	7	22,6
Très mauvais	9	29
Patient ayant bénéficié d'un traitement		
OUI	25	80,6
NON	6	19,4
Le bilan paraclinique		
Aucun	26	84
OPN	3	9,6
Scanner	2	6,4

III. La qualité de vie spécifique selon le Score Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

1. Analyse Descriptive :

Trente-et-un ont répondu au questionnaire de qualité de vie liée à la santé buccodentaire, noté Oral Health Impact Profile (OHIP-14SP).

La moyenne du score OHIP-14SP, est de 24,32(+/-13,310) avec un score minimal de 5 et un score maximal de 46. (TableauX).

Tableau IX : Analyse descriptive du score OHIP-14 chez les patients questionnés.

	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Score OHIP-14	24,32	13,310	5	46

2. Analyse bi-variée :

2.1. L'âge :

On note une variation statistiquement significative ($p=0,000$) du score OHIP-14 en rapport avec l'âge. On remarque que les participants ayant un âge supérieur à 31 ans avaient une moyenne de qualité de vie supérieure avec une différence statistiquement significative ($P=0,000$). (TableauX, Figure22).

Tableau X : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la tranche d'âge.

Intervalle d'âge	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
15-30	13,50	7,099	16	10,00	26	5	0,000
31-45	31,63	4,719	8	30,00	42	27	
46-60	39,80	6,870	5	42,00	45	28	
>60	43,00	4,243	2	43,00	46	40	

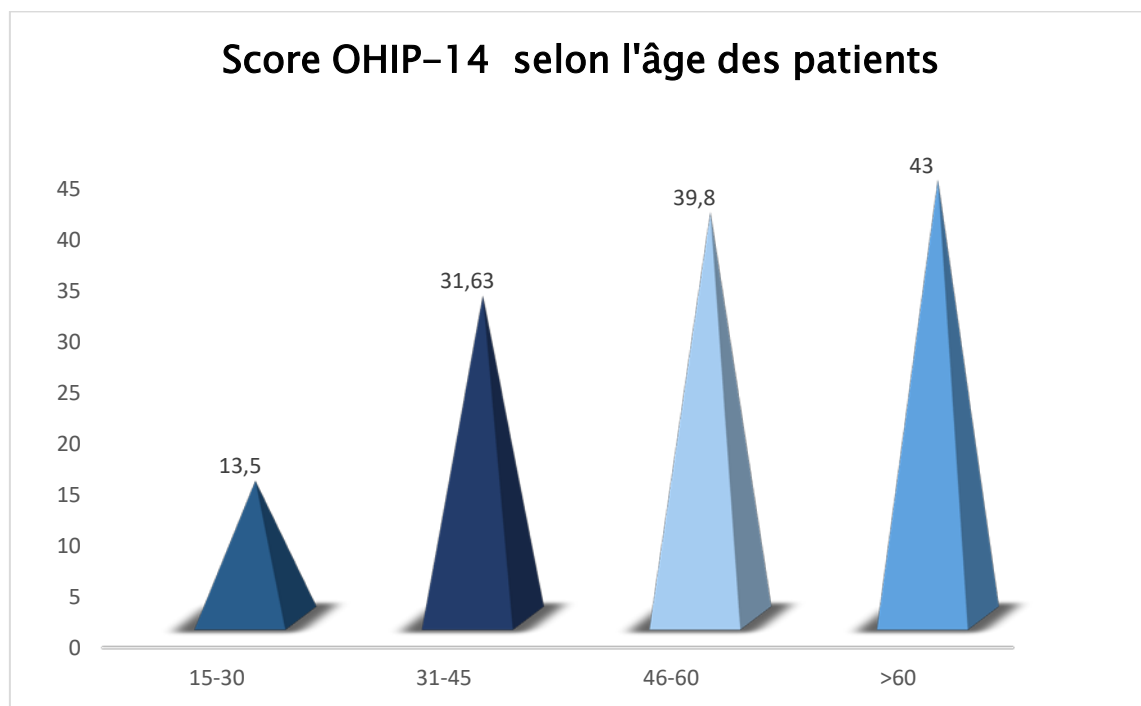


Figure 22 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la tranche d'âge.

2.2. Le sexe du patient :

Il existe une relation statistiquement significative entre le score OHIP-14 et le sexe des patients ($p=0,044$).

On note une différence des moyennes du score OHIP-14 selon le sexe des patients, notamment une moyenne de 16,25 ($\pm 12,009$) avec un score minimal de 5 et un maximal de 40 chez les hommes, contre une moyenne de 27,13 ($\pm 12,487$) chez les femmes ; avec un score minimal de 7 et un maximal de 46.

L'analyse statistique de la différence entre les moyennes du score OHIP-14 selon le sexe, objective une différence statistiquement significative ($p=0,044$), notamment la qualité de vie est plus altérée chez les patients de sexe féminin. (TableauXI, Figure23).

Tableau XI : Variation de la moyenne du score OHIP-14 selon le sexe des patients.

Sexe du patient	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Homme	16,25	12,009	8	11,00	40	5	0,044
Femme	27,13	12,487	23	28,00	46	7	

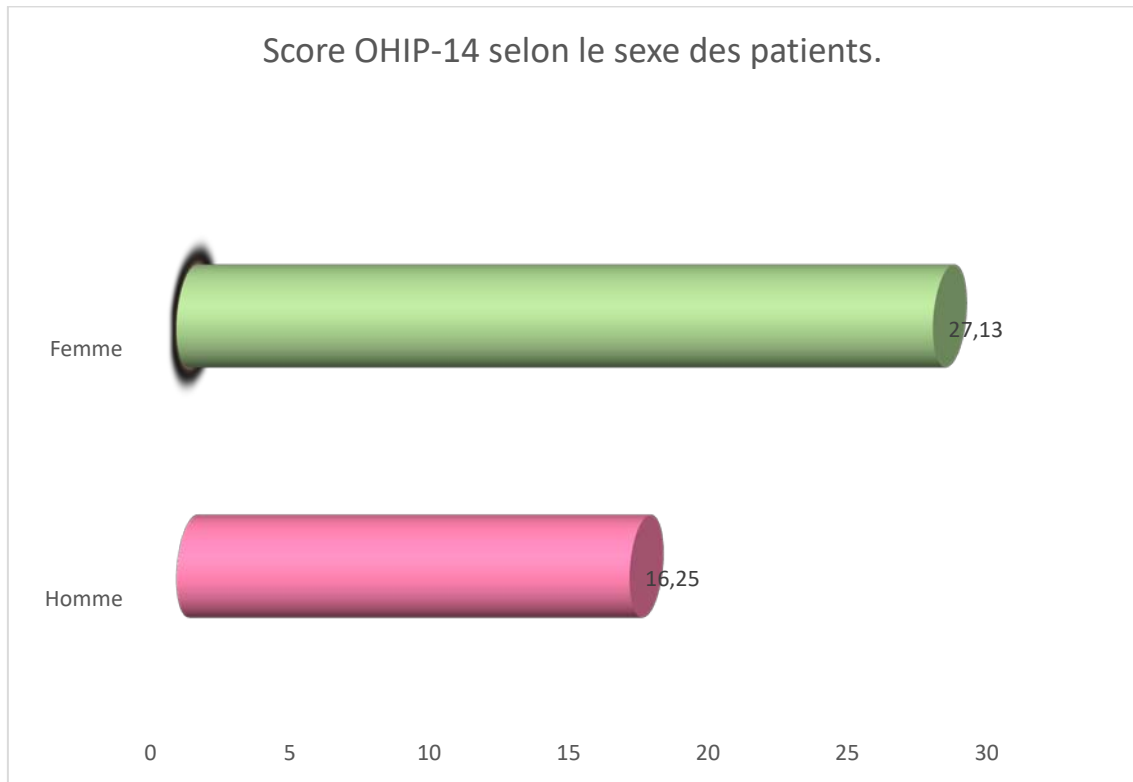


Figure 23 : Variation de la moyenne du score OHIP-14 selon le sexe des patients.

2.3. Lieu de résidence :

Le test de corrélation montre une relation statistiquement significative entre le score OHIP-14 et l'origine des patients ($p=0,000$).

On note également une différence entre les moyennes du score OHIP-14 selon l'origine des patients : $30,81 \pm 10,122$ chez les patients d'origine urbaine et $10,70 \pm 7,646$ chez ceux d'origine rurale.

Cette différence est statistiquement significative ($p=0,000$). (TableauXII, Figure24).

Tableau XII : Tableau représentant la répartition de la moyenne du score OHIP-14 selon l'origine résidentielle des patients.

	Moyenne	Ecart-type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Urbaine	30,81	10,122	21	30,00	46	12	0,000
Rurale	10,70	7,646	10	8,50	32	5	

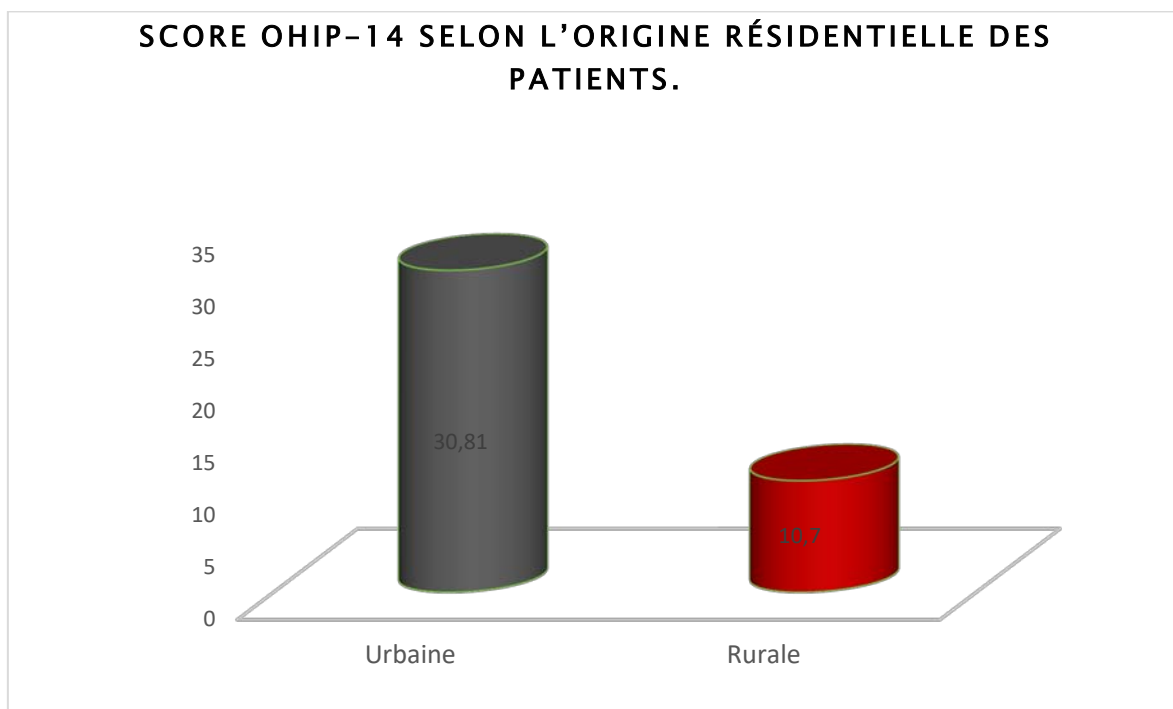


Figure24 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 selon l'origine résidentielle des patients.

2.4. L'état civil :

L'étude des données a objectivé une association statistiquement significative entre l'état civil et le score OHIP-14 ($p=0,005$).

Une différence a été notée entre les moyennes OHIP-14 selon l'état civil des patients : 16,15 ($\pm 10,343$) chez les patients célibataires, 30,35 ($\pm 12,579$) chez les individus mariés et 28,00 chez les veufs/veuves. Cette différence est statistiquement significative ($P= 0,010$). (TableauXIII, Figure 25).

Tableau XIII : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'état civil des patients.

État civil	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Célibataire	16,15	10,343	13	10,00	40	5	0,010
Marié(e)	30,35	12,579	17	30,00	46	8	
Veuf/Veuve	28		1	28,00	28	28	

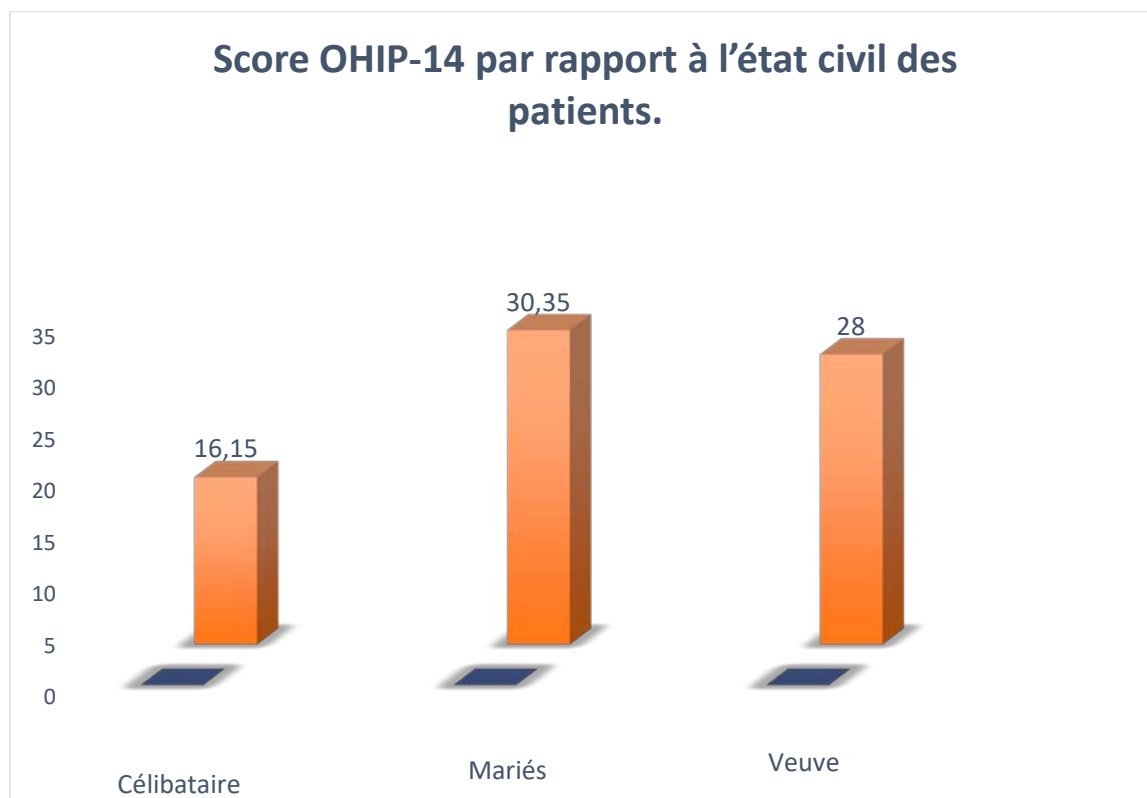


Figure 25. Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'état civil des patients.

2.5. Mode de vie:

Le style de vie était statistiquement associé au score OHIP-14 ($p=0,006$). En effet, les participants habitant en famille avaient un score de qualité de vie légèrement supérieur par rapport aux participants vivant seuls. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,006$). (TableauXIV, Figure26).

Tableau XIV : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au style de vie des patients.

Style de vie	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
En famille	28,04	11,384	23	28,00	46	9	0,006
Solitaire	13,63	13,255	8	8,00	45	5	

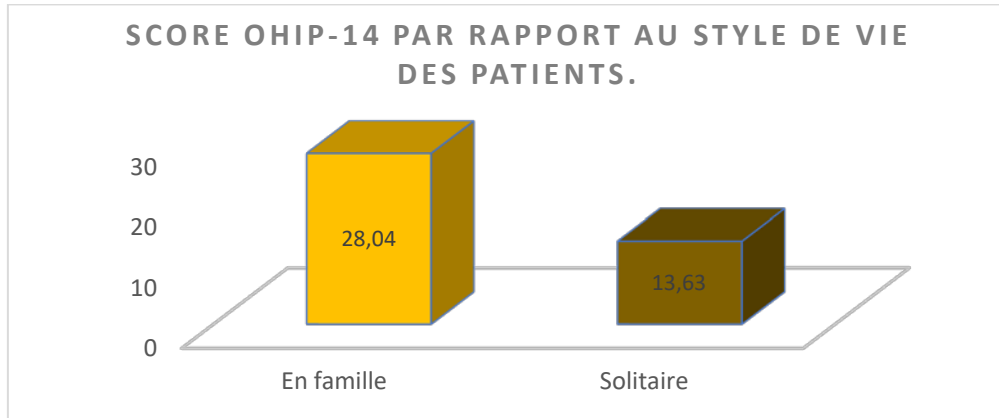


Figure 26 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au style de vie des patients.

2.6. Niveau d'études des patients :

Selon l'analyse statistique, il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le niveau d'étude des patients et le score OHIP-14 ($p=0,179$). (Tableau XV, Figure 27).

Tableau XV : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au niveau d'études des patients.

Niveau d'études	Moyenne	Écart- type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Non scolarisé	15,00	17,393	5	8,00	46	5	NS
Primaire	8,00		1	8,00	8	8	
Secondaire	30,80	12,017	10	29,50	45	10	
Universitaire	24,20	10,969	19	28,00	42	8	

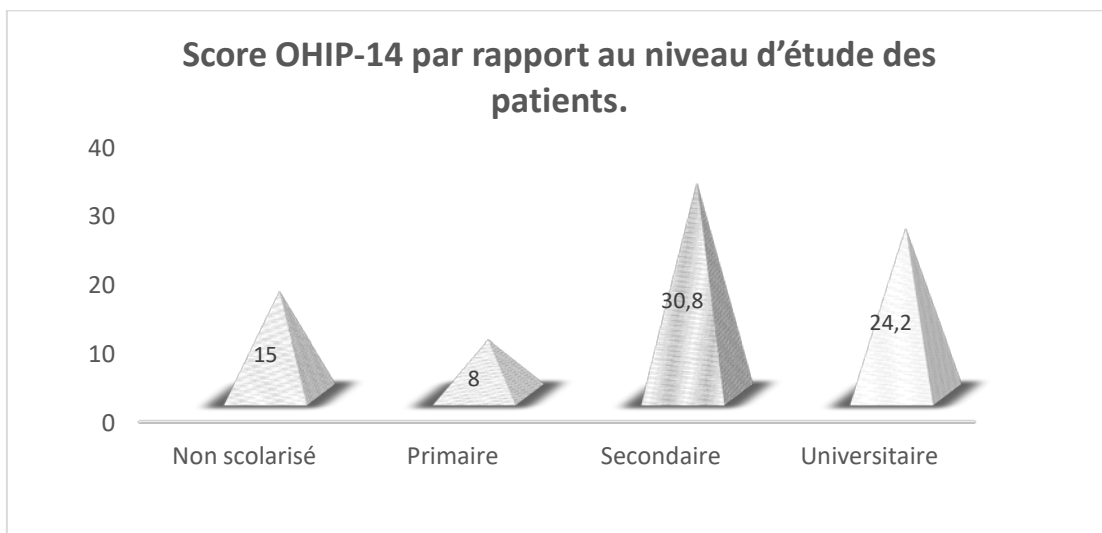


Figure 27 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au niveau d'étude des patients.

2.7. L'activité professionnelle :

L'activité professionnelle n'a pas de relation statistiquement significative avec le score OHIP-14 ($p=0,180$). (Tableau XVI, Figure 28).

Tableau XVI : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'activité professionnelle des patients.

L'activité professionnelle	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Femmes au foyer	29,73	14,732	11	27,00	46	7	NS
Etudiants	25,29	8,538	7	28,00	34	10	
Ouvriers	7,33	2,082	3	8,00	9	5	
Cadre et profession intellectuelles supérieures	25,60	10,90	5	28,00	40	12	
Employers	17,50	16,361	4	10,00	42	8	
Retraités	30,00		1	30,00	30	30	

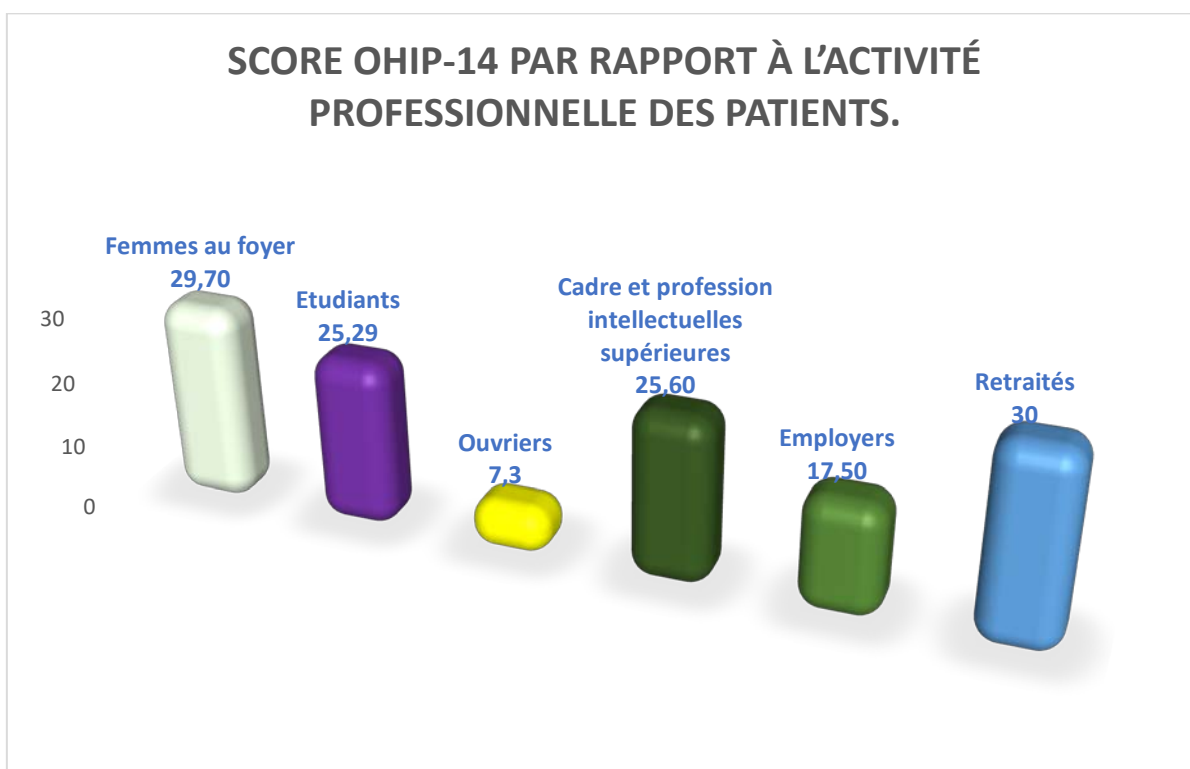


Figure 28 ; Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'activité professionnelle des patients.

2.8. Le Motif de consultation :

Le motif de consultation avait une influence significative sur le score OHIP-14 (P=0,000).

Par ailleurs, les patients consultant pour une douleur avaient une moyenne de qualité de vie supérieure par rapport aux autres patients consultant pour un autre motif. Avec une différence statistiquement significative (P=0,002). (Tableau1 XVII, Figure29).

Tableau XVII : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au motif de consultation des patients.

Motif de consultation	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Douleurs	30,78	12,355	18	31,00	46	7	0,002
Bruits articulaires	20,57	8,404	7	25,00	30	10	
Anomalies de l'occlusion mandibulaire	11,33	5,774	3	8,00	18	8	
Orientation médicale	24,32	2,082	3	8,00	9	5	

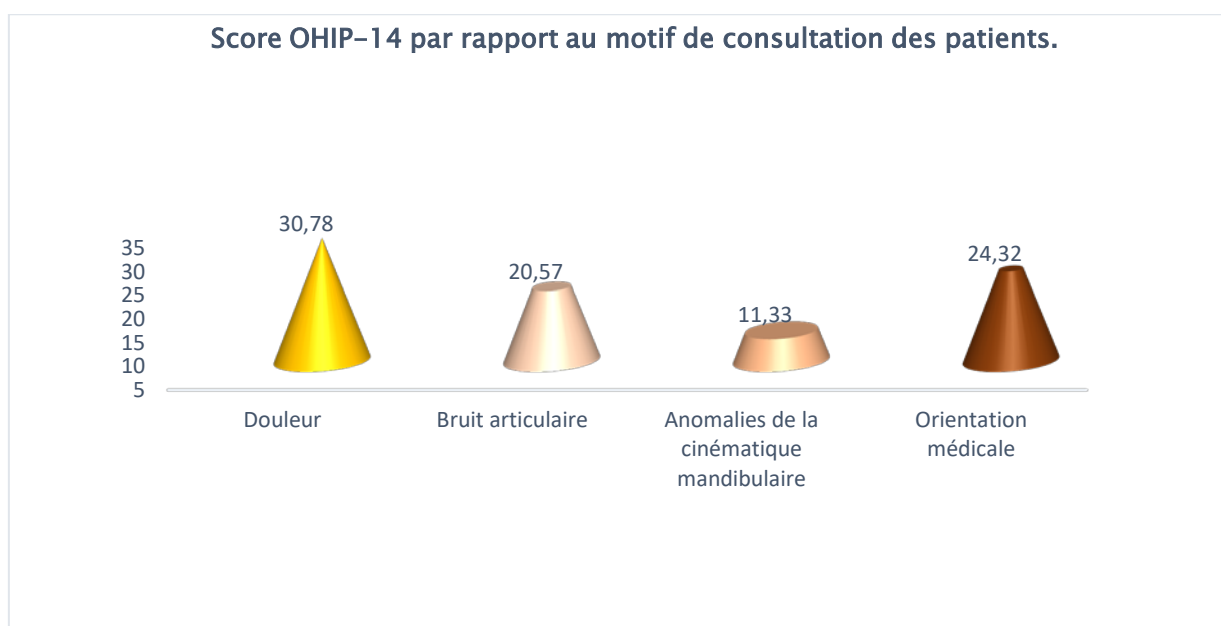


Figure29 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au motif de consultation des patients.

2.9. Les antécédents :

Il existe une relation statistiquement significative entre le score OHIP-14 et les antécédents des patients (p=0,047).

On remarque que les patients ayant des antécédents personnels avaient une moyenne de qualité de vie supérieure par rapport aux patients qui ne présentaient aucun antécédent.

On note également une différence des moyennes du score OHIP-14 selon le type d'antécédents des patients.

Cette différence est statistiquement significative ($p= 0,040$). (Tableau XVIII, Figure30).

Tableau XVIII : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport aux antécédents personnels des patients.

Les antécédents	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Pas d'antécédents	18,65	11,352	17	16,00	42	5	0,040
ATCDS psychiatriques	31,13	14,436	8	34,00	46	10	
Pathologies articulaires ou maladies de système	36,67	7,572	3	40,00	42	28	
Anomalies dentaires	26,00	12,166	3	32,00	34	12	

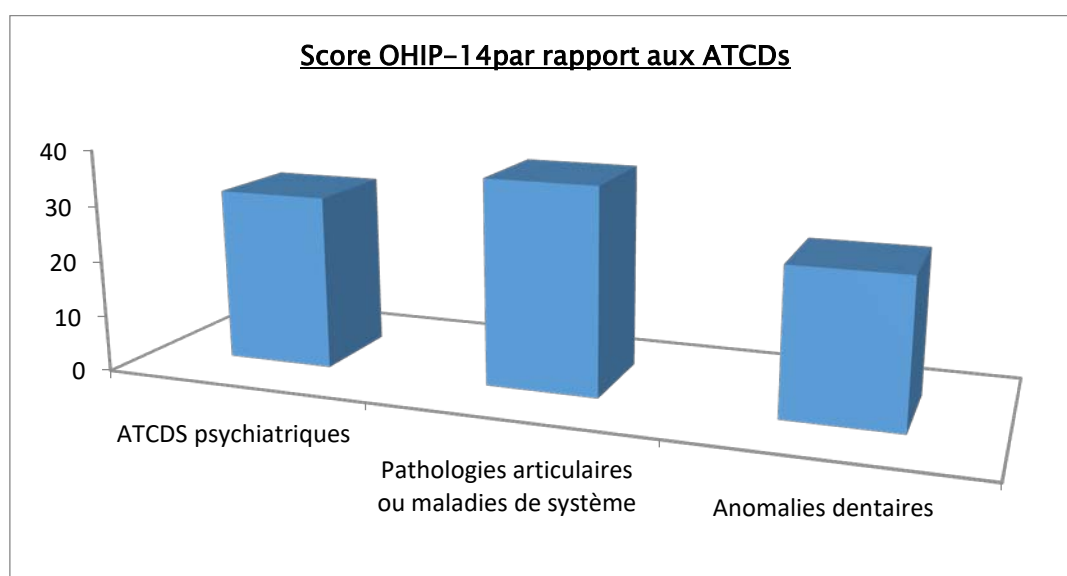


Figure30 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport aux antécédents personnels des patients.

2.10. Les para-fonctions :

Selon l'analyse statistique, il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la présence de para-fonctions chez les patients et le score OHIP-14 ($p=0,129$). (Tableau XVIII, Figure31).

Tableau XIX : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la présence de para-fonctions.

Para-fonctions	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
NON	16,00	15,083	5	9,00	42	5	NS
OUI	25,92	12,636	26	27,50	46	7	

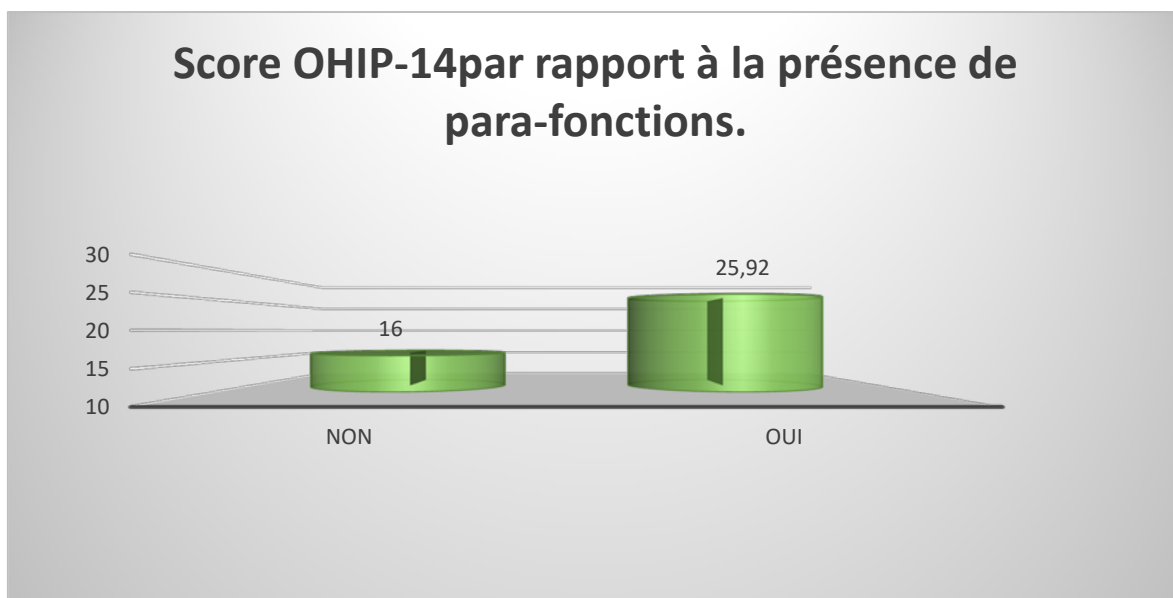


Figure31 ; Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la présence de para-fonctions.

2.11. Types de symptômes :

La douleur est le seul symptôme qui a une relation statistiquement significative avec le score OHIP-14 ($p=0,008$), tandis qu'aucune relation entre les autres symptômes et le niveau de la qualité de vie n'a été trouvée. (Tableau XX).

Tableau XX :Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport aux types de symptômes.

Types de symptômes	P
Douleurs	0,008
Bruits articulaires	NS
Anomalies de la cinématique mandibulaire	
Otalgies	
Manifestations oculaires	
Céphalées	
Cervicalgies ou lombalgies	

La différence de moyenne du score OHIP-14 chez les patients présentant des douleurs était supérieure à celle des patients sans douleurs ($27,63 \pm 12,683$ vs $13,00 \pm 8,718$).

Cette différence étant statistiquement significative ($p=0,008$). (Tableau XXI, Figure32).

Tableau XXI: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la présence de la douleur.

Douleur	Moyenne	Ecart-type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
NON	14,00	9,099	6	10,00	26	5	0,008
OUI	27,63	12,683	25	29,00	46	8	

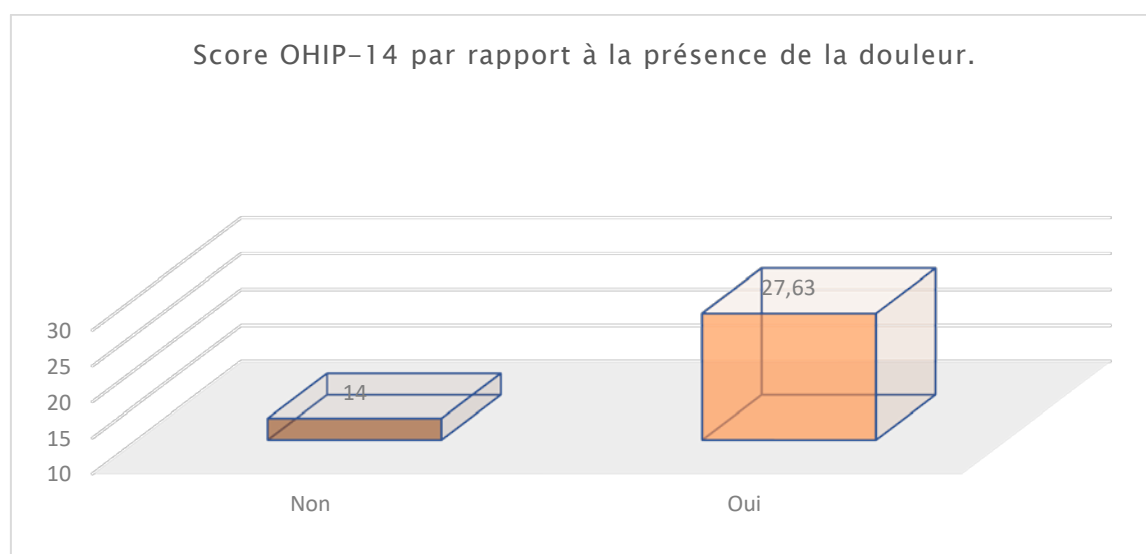


Figure32: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la présence de la douleur.

3. Les caractéristiques de la douleur :

3.1. Siège de la douleur :

Il existe une relation statistiquement significative entre le siège de la douleur chez le patient et le score OHIP-14. ($P=0,005$).

Les sujets présentant des douleurs musculo-articulaire ou articulaire présentaient une moyenne OHIP-14 plus élevée ($29,47 \pm 12,304$ vs $29,00 \pm 1,414$) alors que les patients qui avaient des douleurs musculaires avaient une moyenne de $18,50 \pm 15,096$.

Cette Différence étant statistiquement significative ($P=0,047$). (Tableau XXII, Figure33).

Tableau XXII :Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au siège de la douleur.

Type de la douleur	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Pas de douleurs	14,00	9,099	6	10,00	26	5	0,047
Musculaires	18,50	15,096	6	11,00	44	7	
Articulaires	29,00	1,414	2	29,00	30	30	
Musculo articulaires	29,47	12,304	17	30,00	46	46	

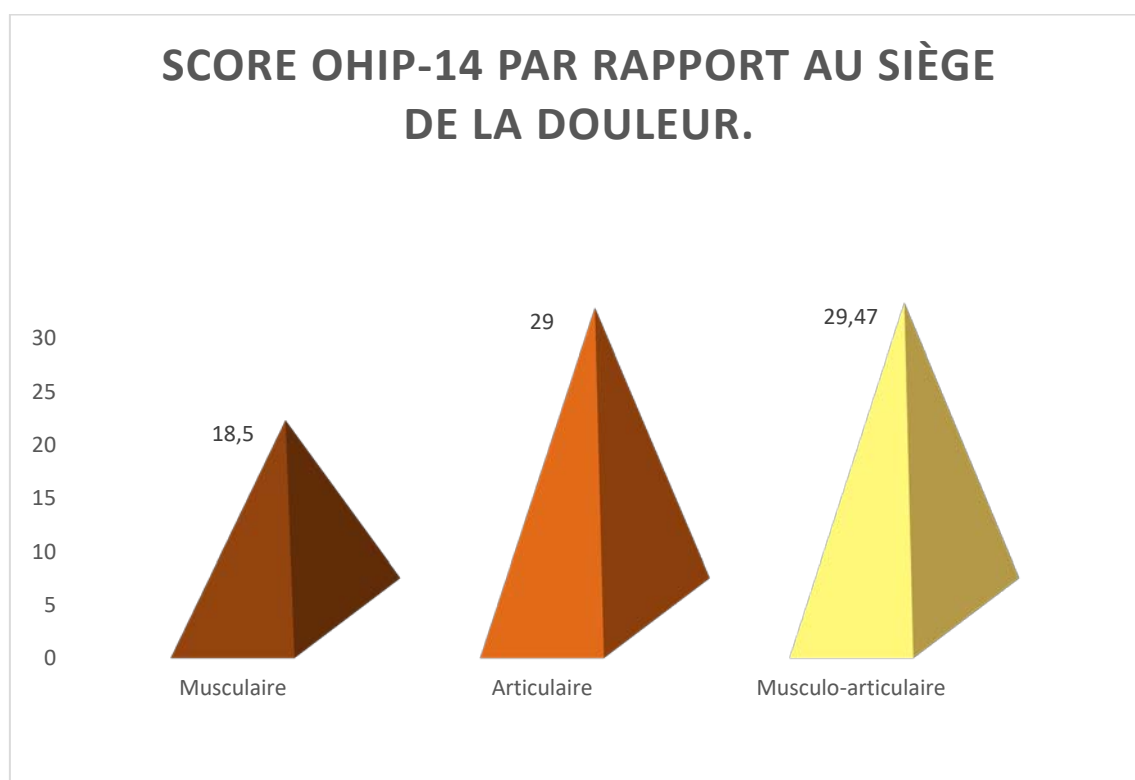


Figure33 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au siège de la douleur.

3.2. Mode d'évolution de la douleur :

Le mode d'évolution de la douleur a une influence statistiquement significative sur le score OHIP-14 ($p=0,001$).

La différence retrouvée entre les moyennes selon le mode d'évolution de la douleur est statistiquement significative ($P=0,002$).

Ainsi les patients qui présentaient des douleurs chronique ont une moyenne spécifique OHIP-14 de $31,00 \pm 10,324$ et ceux avec des douleurs aiguës ont une moyenne de $16,00 \pm 13,916$. (Tableau XXIII , Figure 34).

Tableau XXIII : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au mode d'évolution de la douleur.

Mode d'évolution de la douleur	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Pas de douleur	14,00	9,099	6	10,00	26	5	0,002
Aigu	16,00	13,916	7	9,00	46	7	
Chronique	31,00	10,324	18	30,00	45	10	

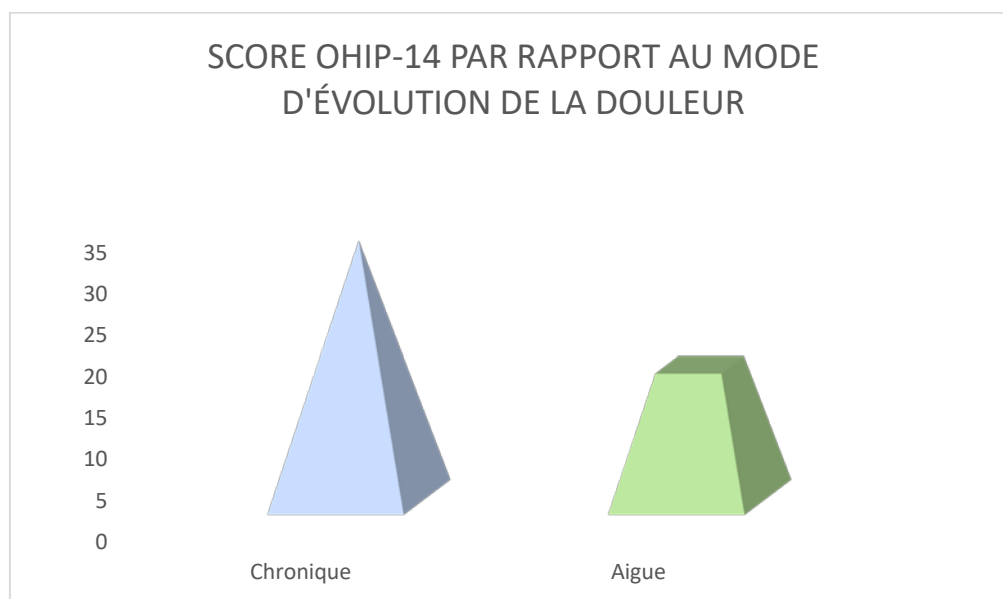


Figure34 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au mode d'évolution de la douleur

3.3. L'intensité de la douleur :

Il existe une relation statistiquement significative entre la sévérité de la douleur et le score OHIP-14 ($P=0,001$). En effet, les patients présentant une douleur intense ont un score OHIP-14 plus élevé que les patients avec une douleur d'intensité modérée à légère.

La différence retrouvée entre les moyennes du score selon la sévérité des symptômes, est statistiquement significative. ($P=0,002$)

Singulièrement, les patients avec une douleur intense ont une moyenne du score OHIP-14 de 34,00($\pm 13,072$), ceux avec une douleur d'intensité modérée ont une moyenne modérée de 23,00 ($\pm 10,727$), et ceux avec une douleur d'intensité faible ont une moyenne de 8,00. (Tableau21, Figure35).

Tableau XXIV : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'intensité de la douleur.

L'intensité de la douleur	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Faible	8,00		1	8,00	8	8	0,002
Modérée	23,00	10,727	14	26,50	42	8	
Sévère	34,00	13,072	10	40,00	46	7	

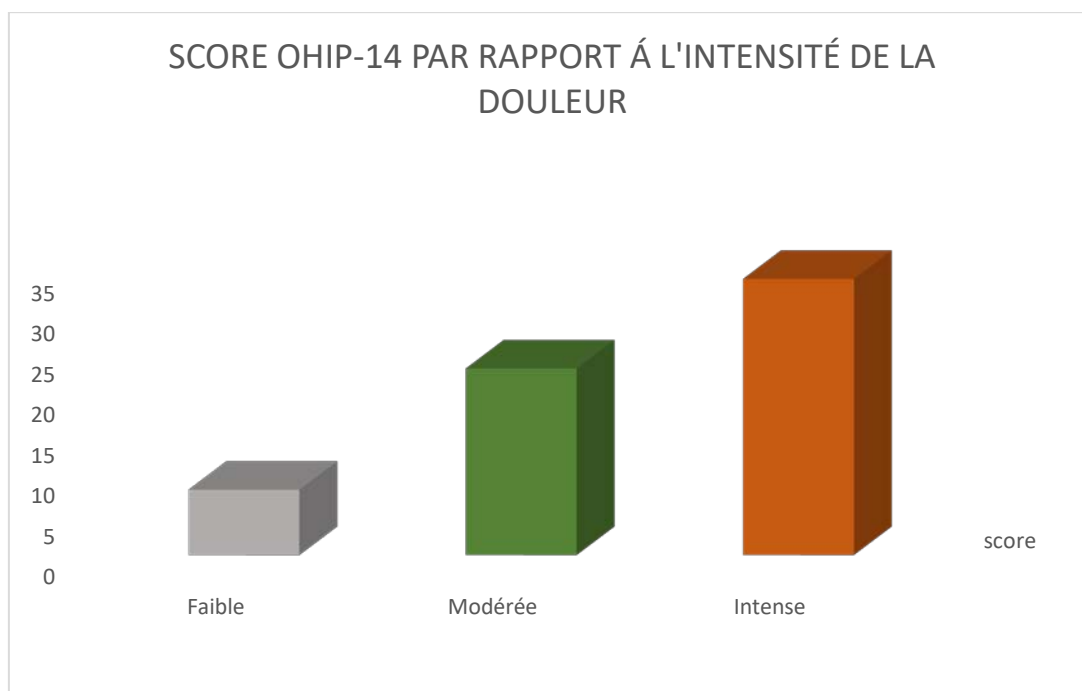


Figure 35 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'intensité de la douleur.

3.4. Localisation de la douleur :

Selon l'analyse statistique, il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la localisation de la douleur chez les patients et le score OHIP-14 ($P=0,116$). (TableauXXV, Figure 36).

TableauXXV : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la localisation de la douleur.

Localisation de la douleur	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Unilatérale	27,00	12,054	18	28,00	46	7	NS
Bilatérale	26,29	16,510	7	30,00	44	8	

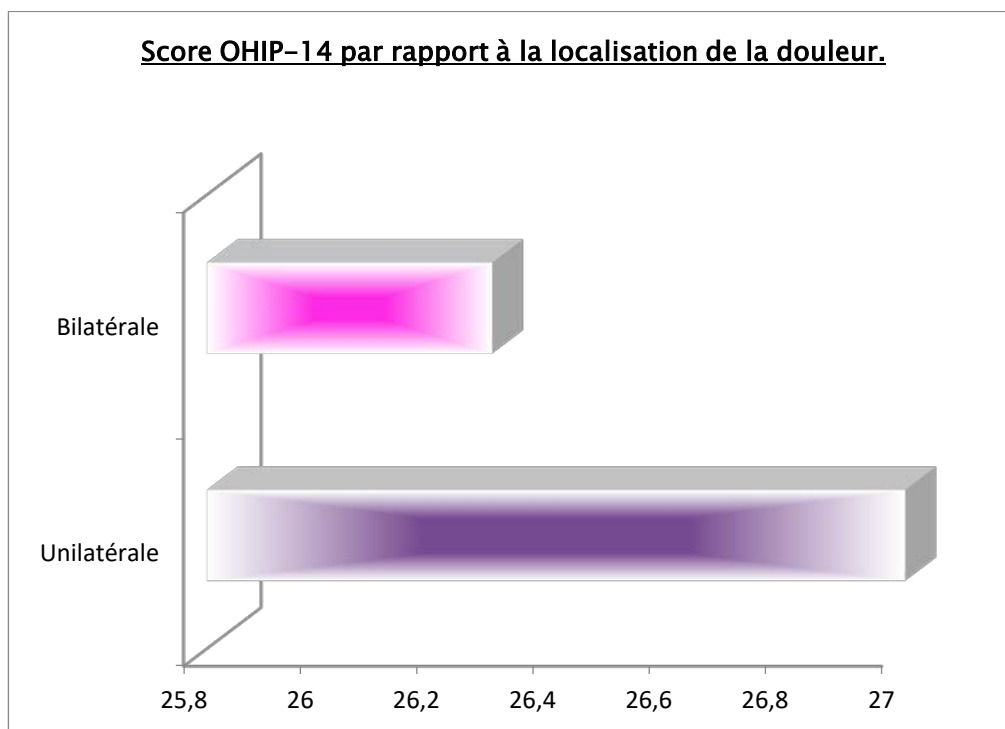


Figure 36: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la localisation de la douleur.

3.5. Sévérité de la symptomatologie :

Il existe une relation statistiquement significative entre la sévérité des symptômes et le score OHIP-14 ($P=0,016$).

En effet, les patients avec une symptomatologie sévère ont une moyenne OHIP-14 de 28,79 ($\pm 13,269$), et ceux avec une symptomatologie modérée ont 17,25 ($\pm 10,297$) de moyenne.

La différence, retrouvée entre les moyennes du score selon la sévérité des symptômes, est statistiquement significative. ($P=0,016$). (Tableau XXVI, Figure 37).

Tableau XXVI : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la sévérité de la symptomatologie.

Sévérité du DAM	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Modérée	17,25	10,297	12	17,00	30	5	0,016
Sévère	28,79	13,269	19	30,00	46	10	

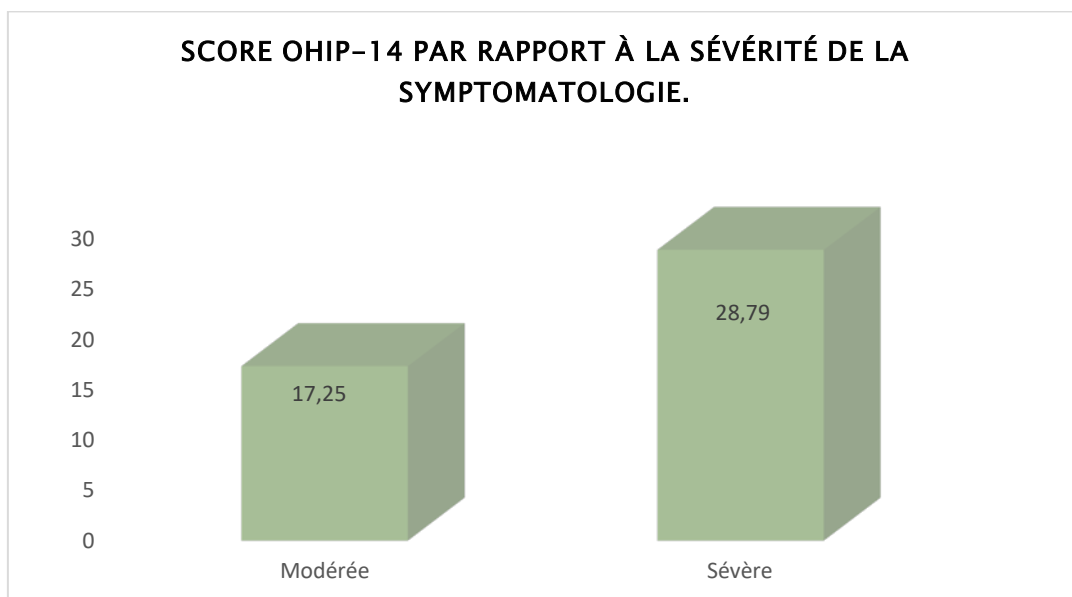


Figure 37 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la sévérité de la symptomatologie.

4. État bucco-dentaire :

L'état bucco-dentaire a une influence statistiquement significative sur le score OHIP-14 de ($P=0,008$).

La différence retrouvée entre les moyennes selon la fréquence de survenue des symptômes est statistiquement significative ($P=0,016$).

Ainsi, les patients qui avaient un très mauvais état bucco-dentaire ont une moyenne de $34,78(\pm 13,055)$. Ceux avec un mauvais état bucco-dentaire ont une moyenne de $20,71(\pm 12,365)$, et ceux avec un bon état bucco-dentaire ont une moyenne de $19,73 (\pm 10,833)$. (Tableau XXVII, Figure 38).

Tableau XXVII : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'état bucco-dentaire des patients.

Etat bucco-dentaire	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Bon	19,73	10,833	15	25,00	34	5	0,016
Mauvais	20,71	12,365	7	16,00	42	9	
Très mauvais	34,78	13,055	9	40,00	46	10	

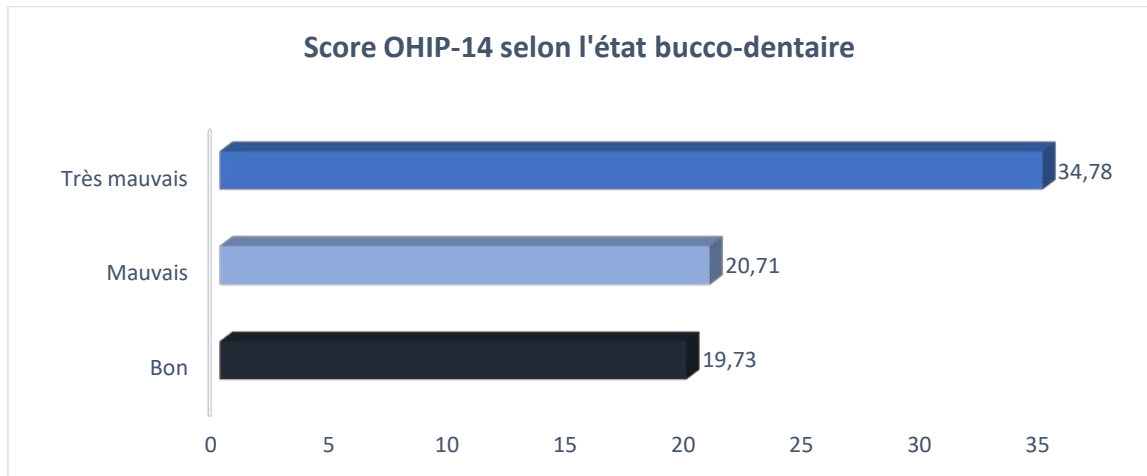


Figure 38 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à l'état bucco-dentaire des patients.

5. Traitement médical déjà pris par le patient :

Aucune relation statistiquement significative entre la prise médicamenteuse et la qualité de vie chez les patients n'a été retrouvée ($P=0,068$). (Tableau XXVIII, Figure39).

Tableau XXVIII : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au traitement médical déjà pris par le patient.

Traitement	Moyenne	Ecart type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Aucun	16,17	13,243	6	11,00	42	7	NS
Médical	25,70	13,217	23	27,00	46	5	
Gouttières occlusales	33,00	1,414	2	33,00	34	32	

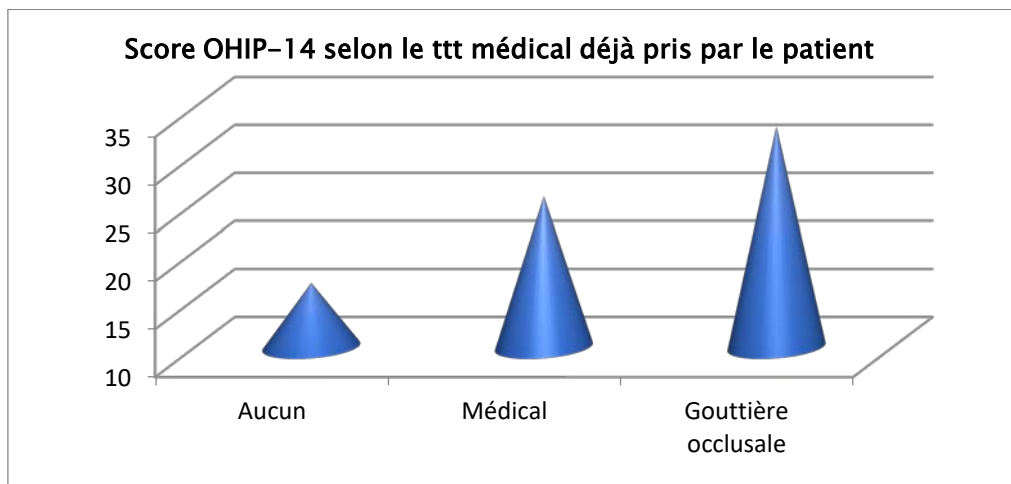


Figure39 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport au traitement médical déjà pris par le patient.

5.1. La réponse au traitement :

On note une variation statistiquement significative (P=0,004) du score d’OHIP-14 en rapport avec la réponse au traitement. Ainsi, les participants qui ne sont nullement soulagés avaient une moyenne de qualité de vie augmentée, avec une différence statistiquement significative (P=0,001). (Tableau 26, Figure 40).

Tableau XXIX: Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la réponse du patient au traitement.

La réponse au traitement	Moyenne	Écart-type	N	Médiane	Maximum	Minimum	P
Nullement soulagé	33,57	10,029	14	33,00	46	10	0,001
Partiellement soulagé	17,00	9,716	11	16,00	30	5	
Pas de traitement	16,17	13,234	6	11,00	42	7	

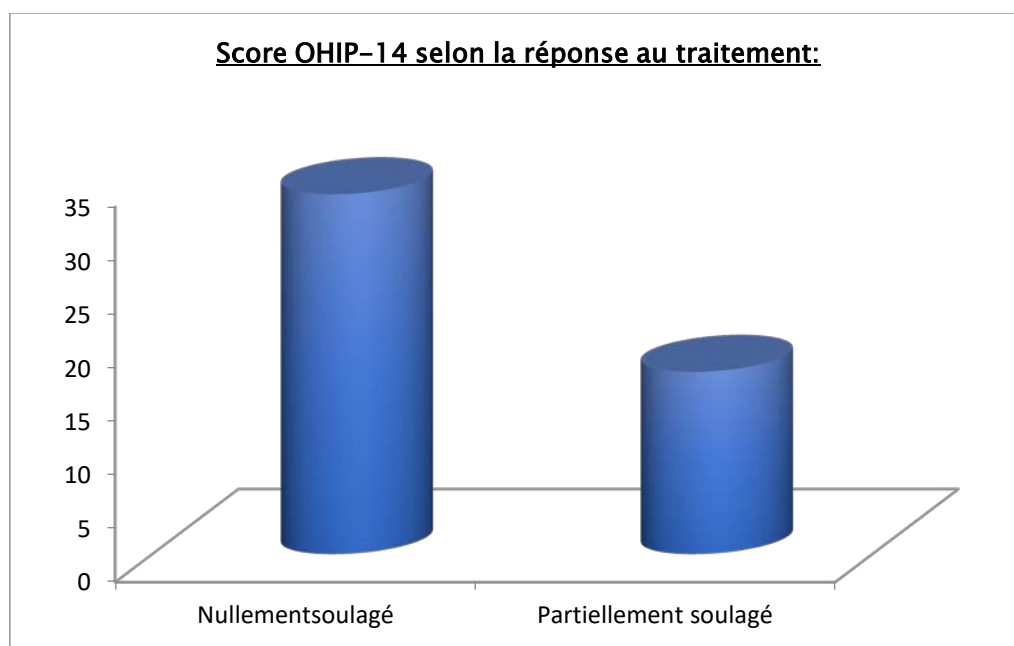


Figure40 : Répartition de la moyenne du score OHIP-14 par rapport à la réponse du patient au traitement.

Tableau XXX récapitulatif de l'ensemble des corrélations bivariées.

variables		N=31	Moyenne du OHIP-14selon la variable	P
Age	[15 ;30]	16	13,50 ± 7,099	0,000
	[31 ;45]	8	31,63 ± 4,719	
	[46 ;60]	5	39,80 ± 6,870	
	>60	2	43,00 ± 4,243	
Sexe	Femme	23	27,13 ± 12,487	0,044
	Homme	8	16,25 ± 12,009	
Origine résidentielle	Urbaine	21	30,81 ±10,122	0,000
	Rurale	10	10,70 ±7,646	
Etat civil	Célibataire	13	16,15 ± 10,343	0,010
	Marié (e)	17	30,35 ± 12,579	
	Veuf /veuve	1	28	
Habitat	En famille	23	28,04 ± 11,384	0,006
	Solitaire	8	13,63 ± 13,255	
Niveau d'étude	Non scolarisé	5	15,00 ± 17,393	NS*
	Primaire	1	8,00	
	Secondaire	10	30,80 ±12,017	
	Universitaire	15	24,20 ± 10,969	
L'activité professionnelle	Femmes au foyer	11	29,73 ±14,732	NS*
	Etudiants	7	25,29 ±8,538	
	Ouvriers	3	7,33 ± 2,082	
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	5	25,60 ±10,90	
	Employers	4	17,50 ± 16,361	
	Retraités	1	30,00	
Motif de consultation	Douleurs	18	30,78±12,355	0,002
	Bruits articulaires	7	20,57±8,404	
	Anomalies de la cinématique mandibulaire	3	11,33±5,774	
	Orientation médicale	3	24,32±2,082	

Tableau récapitulatif de l'ensemble des corrélations bivariées. «suite»

variables		N=31	Moyenne du OHIP-14selon la variable	P
Les antécédents	Pas d'antécédents	17	18,65±11,352	0,040
	ATCDS psychiatriques	8	31,13±14,436	
	Pathologies articulaires ou maladies de système	3	36,67±7,572	
	Anomalies dentaires	3	26,00±12,166	
Para-fonctions	NON	5	16,00±15,083	NS*
	OUI	26	25,92±12,636	
Douleur	NON	6	14,00±9,099	0,008
	OUI	25	27,63±12,683	
Siège de la douleur	Musculaire	6	18,50±15,096	0,047
	Articulaire	2	29,00±1,414	
	Musculo articulaire	17	29,47±12,304	
Type de la douleur	Aigue	7	16,00±13,916	0,002
	Chronique	18	31,00±10,324	
L'intensité de la douleur	Faible	1	8,00	0,002
	Modérée	14	23,00±10,727	
	Sévère	10	34,00±13,072	
Localisation de la douleur	Unilatérale	18	27,00±12,054	NS
	Bilatérale	7	26,29±16,510	
Sévérité du DAM	Modérée	12	17,25±10,297	0,016
	Sévère	19	28,79±13,269	
Etat bucco-dentaire	Bon	15	19,73±10,833	0,016
	Mauvais	7	20,71±12,365	
	Très mauvais	19	34,78±13,055	
Traitement	Aucun	6	16,17±13,243	NS
	Médical	23	25,70±13,217	
	Gouttières occlusales	2	33,00±1,414	
La réponse au traitement	Nullement soulagé		33,57±	0,001
	Partiellement soulagé		17,00±	

DISCUSSION

I. La qualité de vie:

1. Pourquoi évaluer la qualité de vie ?

L'étude de la qualité de vie de nos patients enrichit l'évaluation de notre prise en charge médicale. Ce concept connaît un réel attrait aujourd'hui aussi bien chez les cliniciens que les chercheurs ou le grand public. Cet intérêt coïncide avec le débat sur le fait qu'une vie de qualité devient un élément tout aussi important que sa durée.

Pratiquement, cette notion impose aux professionnels de santé de tenir compte du ressenti des patients et de leurs capacités à satisfaire leurs besoins et désirs, et non uniquement des signes cliniques et des symptômes. Ainsi, l'intérêt porté à la qualité de vie permet au sujet d'exprimer ses attentes en fonction du poids qu'il accorde à tel ou tel aspect de la vie(5).

Le concept de qualité de vie est apparu au cours des années 1970, reflétant un élargissement des objectifs de santé. Il est né de la conjonction d'une modification du pronostic des maladies, de la considération de l'autonomie du patient et d'un besoin d'évaluation médicale(6).

Chacun, bien portant ou malade, a une notion individuelle de la qualité de vie avec ses désirs, ses souhaits, sa satisfaction et le but à atteindre(7).

Par ailleurs la santé buccodentaire ne désigne pas seulement l'absence de maladie, mais aussi le bien-être général, de sorte que la personne puisse exercer des fonctions telles que manger, parler et sourire et contribuer de manière créative à la société. Il est largement démontré que les conditions orales peuvent avoir des impacts variés sur la vie quotidienne :le cas particulier du dysfonctionnement temporo-mandibulaire qui se révèle être un véritable handicap (8-9).

Les troubles temporo-mandibulaires (TTM) sont des problèmes importants, non seulement pour l'individu qui en souffre mais également pour la société qui doit supporter le coût économique élevé du traitement et la perte de productivité(10). De plus, les activités fonctionnelles qui nécessitent une mobilité optimale de la mâchoire, tel que manger, mâcher et parler, sont altérées(11-12).



Figure 41: Facteurs modulateurs de la qualité de vie liés à la santé bucco-dentaire, d'après SISCHO et BRODER [13].

2. Le choix du questionnaire :

La qualité de vie ne peut être appréciée que par le patient lui-même et non par le médecin ou le soignant. Pour cela différentes approches ont été adoptées :

- l'entretien psychologique (évaluation qualitative)
- les outils psychométriques constitués d'échelles ou de questionnaires (auto- ou hétéro-évaluation) (évaluation quantitative).

Il existe deux types de questionnaires de qualité de vie :

2.1. Les questionnaires génériques :

Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent, en particulier, de comparer la qualité de vie de sujets présentant

des pathologies différentes. Toutefois, ils manquent de sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales). Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

- SF-36 (MOS 36 Short Form), avec 36 items regroupés en 8 échelles : activité physique (10), limitation/état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/rerelations (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4);
- NHP (Nottingham Health Profile) , avec 45 items regroupés en 6 échelles ;
- WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items;
- WHOQOL BREF, avec 26 items regroupés en 4 échelles.

2.2. Les questionnaires spécifiques :

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, oncologie, stomatologie...) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur, sommeil...). Ils sont plus sensibles aux changements que les questionnaires génériques.

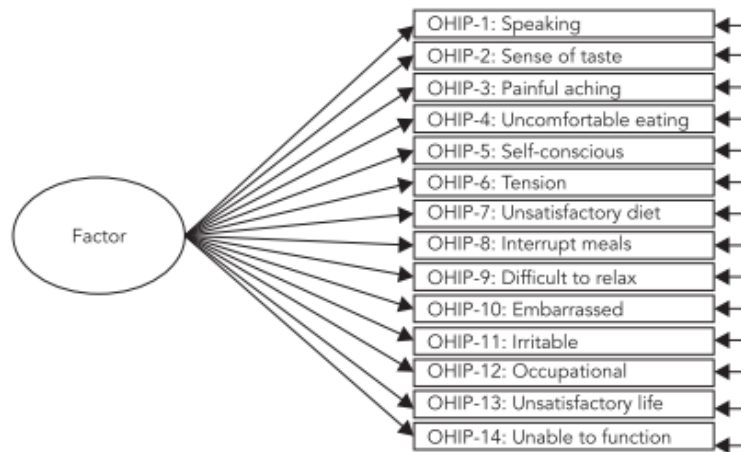
L' Oral Health Impact Profile a été élaboré en Australie par SLADE et SPENCER en 1994 dans le but d'améliorer l'évaluation des conséquences des pathologies buccales sur la qualité de vie. Selon PATRICK et BERGNER il existe sept dimensions dans la notion de qualité de vie. L'OHIP étudie la qualité de vie liée à la santé orale dans trois de ces domaines: social, physique et psychologique. Pour ZANI et coll. en 2009 il s'agit d'un des instruments psychométriques les plus sophistiqués pour évaluer la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire(14-15).

Par conséquent, il est nécessaire d'évaluer de manière exhaustive l'impact des DTM sur la vie quotidienne des patients. La qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire (OHRQoL) est une construction multidimensionnelle qui quantifie la mesure dans laquelle les troubles buccaux affectent le fonctionnement, le bien-être psychosocial, le sentiment de soi, les attentes et la satisfaction à l'égard des soins(16).

L'OHIP-14, utilisé dans notre étude, a été développé en tant que version plus courte de l'OHIP-49.Ce dernier comprend 14 items qui explorent sept dimensions de l'impact: limitation

fonctionnelle, douleur physique, malaise psychologique, handicap physique, handicap psychique, handicap social. Les réponses étaient classifiées en utilisant l'échelle de Likert avec cinq options allant de "jamais" (0) à "très souvent" (4) (17).Le score total de OHIP-14 varie entre 0 et 56 avec des scores plus élevés indiquant une moins bonne qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire(18).

One-dimensional



Three-dimensional

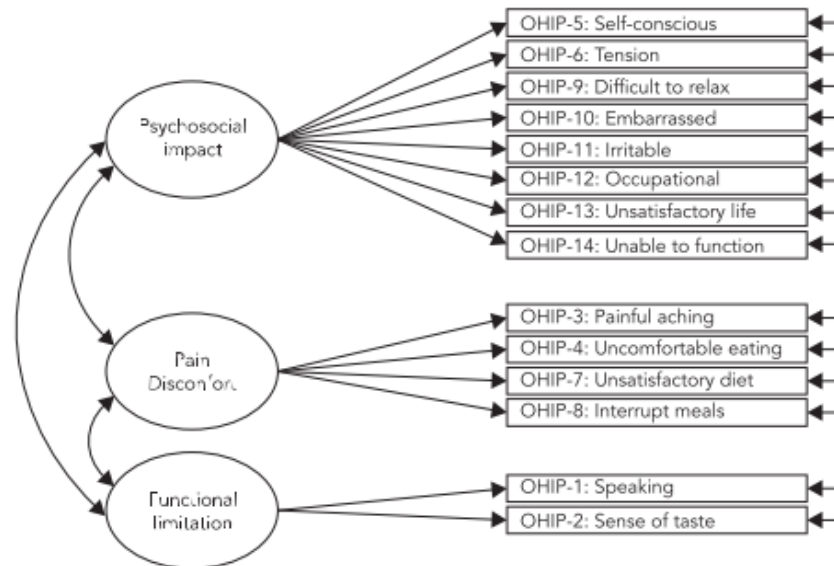


Figure 42 : Les dimensions du questionnaire OHIP-14

L'autre questionnaire spécifique est le nouveau protocole DC/TMD Axis II (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) qui évalue le comportement douloureux, l'état psychologique et le fonctionnement psychosocial, ainsi tous les domaines de l'évaluation sont résumés dans le tableau ci-dessous (19) :

Tableau XXXI : Domaines de l'évaluation de Axis II DC /TMD

Domain	Instrument	No. Of items
Pain intensity	Graded Chronic Pain Scale (GCPS)	3
Pain locations	Pain drawing	1
Physical function	Graded Chronic Pain Scale (GCPS)	4
Limitation	Jaw Functional Limitation Scale-short form (JFLS)	8
	Jaw Functional Limitation Scale-long form (JFLS)	20
Distress	Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)	4
Depression	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	9
Anxiety	Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)	7
Physical symptoms	Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)	15
Parafunction	Oral Behaviors Checklist (OBC)	21

À l'heure actuelle, Le questionnaire OHIP est la mesure de qualité de vie la plus largement utilisée pour évaluer l'influence des maladies bucco-dentaires sur les individus (20). Cet instrument est l'un des indicateurs OHRQoL les plus utilisés internationalement.

Dans ce sens, nous avons choisi d'utiliser le OHIP-14 comme moyen d'évaluation de la Qdv chez nos patients.

II. La qualité de vie lié au DTM :

1. Le dysfonctionnement temporo-mandibulaire :

Depuis 1934, le travail de James Bray Costen , médecin oto-rhino-laryngologiste , fut le point de référence à partir duquel la maladie de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) a atteint une reconnaissance universelle (21).

Le concept et la terminologie ont évolué progressivement, pour aboutir au terme de Rozenzweig en 1995 : algies et/ou dysfonctionnements de l'appareil manducateur, puis nous avons retenu le terme DAM défini par le collège National d'Occlusodontie en 2000 vue que les algies ne sont pas constantes et ne sont qu'un symptôme parmi d'autres(2).

Le dysfonctionnement de l'appareil manducateur est l'expression symptomatique d'une myoarthropathie de l'appareil manducateur. Ce terme englobe des anomalies anatomiques, histologiques et fonctionnelles du système musculaire et/ou articulaire, qui s'accompagnent de signes cliniques et de symptômes très variés et dont l'étiologie est encore inconnue(22).

Ce syndrome, extrêmement fréquent avec une prévalence estimée à 61% au Brésil (23) , 33,1% au Mexique(24) , alors qu'à Casablanca 72% des patients rapportent des symptômes de DAM(25). Il se rencontre dans les deux sexes et à tout âge, avec toutefois une prépondérance chez la femme jeune (20 à 40 ans). Une personne sur deux en est atteinte, mais seulement une personne sur dix consulte, essentiellement celle qui en souffre de manière importante (26).

Il existe plusieurs facteurs intervenant dans la survenue du DAM , cependant on peut classer ces facteurs étiopathogéniques ainsi :

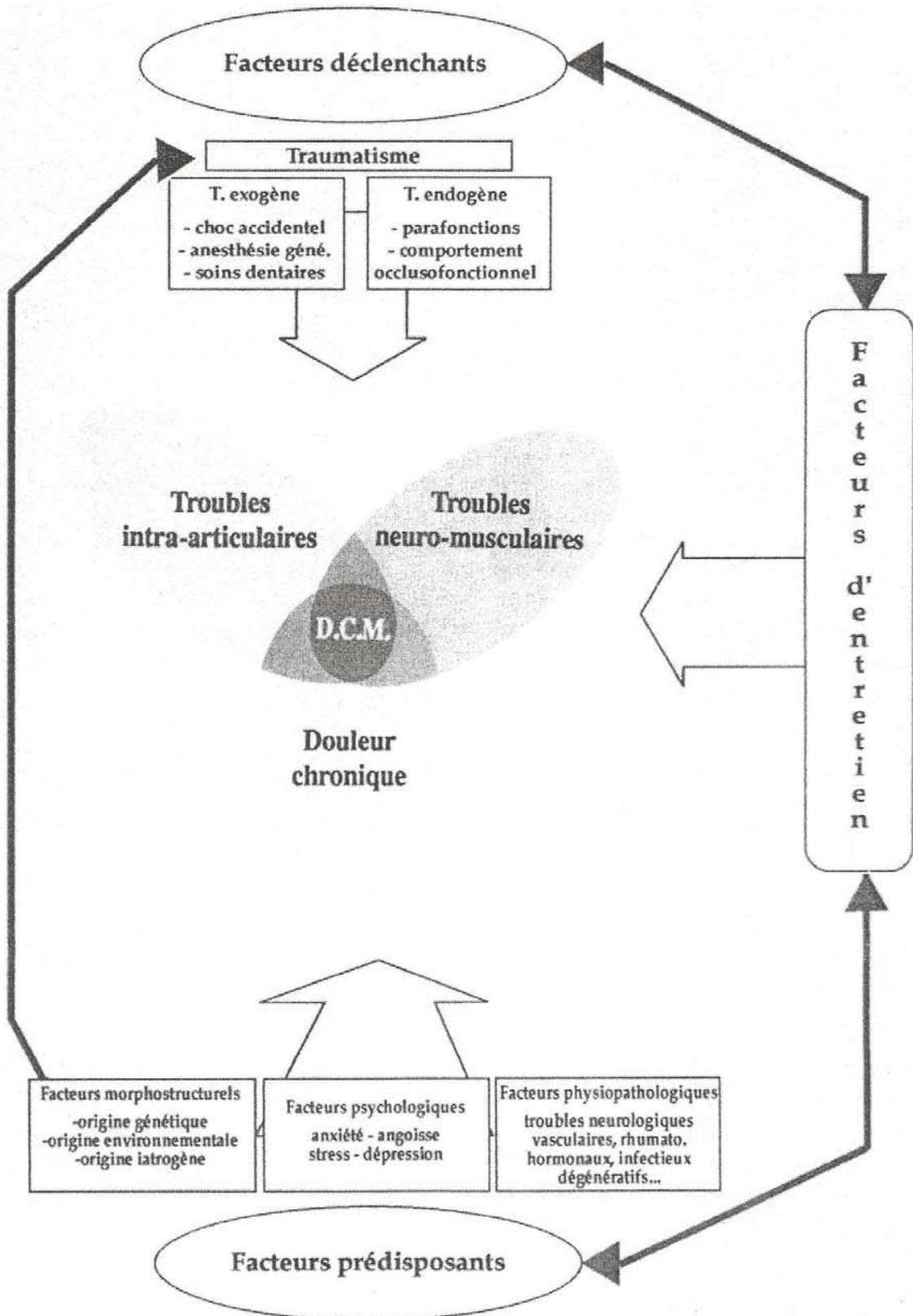


Figure 43: Tableau synoptique de l'étiologie plurifactorielle des DTM

La démarche qui permet de poser le diagnostic de trouble temporo-mandibulaire chez un patient repose principalement sur l'anamnèse et l'examen clinique(27).

Les manifestations du dysfonctionnement temporo-mandibulaire sont très diverses, on peut les classer selon deux catégories :

- Les signes cliniques principalement rencontrés dans les DAM et les plus significatifs sont réunis dans la triade appelée BAD : Bruits, Algies et dyskinésies (28).

1.1. Les bruits articulaires :

Les bruits articulaires sont très fréquents et constituent un motif de consultation courant. Ils peuvent être très discrets, et sont dans ce cas perçus que par le patient seul, dans d'autres cas, les bruits peuvent être très intenses et perçus à distance par l'entourage.

Ils sont à type de (29) :

- Crépitations : bruits de sable mouillé, elles sont le plus souvent évocateurs de modifications morphologiques des surfaces articulaires (2).
- Claquements : bruits secs et nets, ils correspondent le plus souvent au franchissement par le condyle mandibulaire du bourrelet postérieur du disque, mais peuvent exister lors d'un frottement ligamentaire, ou du passage du condyle en avant du tubercule articulaire, éminence temporale, (subluxation ou hyper translation).

1.2. Les algies :

Les douleurs constituent la symptomatologie principale des pathologies temporo-mandibulaires et représentent la deuxième cause de douleurs oro-faciales après les douleurs buccodentaires[30]. Ils sont soit à type de myalgies, de douleurs ligamentaires ou d'arthralgies; le plus souvent, ces différents types sont simultanément présents(31).

La douleur peut être classée en deux grandes catégories :

- douleur aiguë : elle est due à un excès de stimulation nociceptive. La douleur apparaît sur de courtes durées inférieures à 6 mois et est associée à des troubles temporaires. Elle joue le rôle de signal d'alarme signifiant le plus souvent la présence d'une lésion.

– douleur chronique : une douleur est dite chronique si elle dure plus de 6 mois. Elle est continue ou récurrente. On la retrouve notamment en cas de pathologie chronique. L'intensité de la douleur chronique dépend non seulement du type de stimulus à l'origine mais aussi de la perception subjective de cette douleur. Elle peut être accentuée par la fatigue ou le stress. Dans ce cas, il s'agit d'un «trouble douloureux»(4).

Ces douleurs sont très variables, elles peuvent être localisées (musculaires ou articulaires) ou référées (à distance).

1.3. Anomalies de la cinématique mandibulaire :

a. Limitation :

Une limitation d'ouverture buccale est dans la majorité de cas due à un obstacle intra-articulaire ou un dysfonctionnement musculaire (trismus).

b. Exagération :

Une exagération de l'amplitude d'ouverture buccale est due à l'absence de limitation ligamentaire au mouvement de translation et de rotation en présence d'hyper laxité ligamentaire acquise ou systémique(2).

➤ Symptômes potentiellement associés aux DAM :

- Auriculaires (acouphènes, sensation d'oreille bouchée, hypo- ou hyperacousie...).
- Oculaires (douleurs péri- ou rétro-orbitaires, troubles de l'accommodation...).
- Céphalées de tension d'origine musculaire (frontales, temporales, sub-occipitales...)(2,32).
- Cervicalgies ou lombalgies (33).

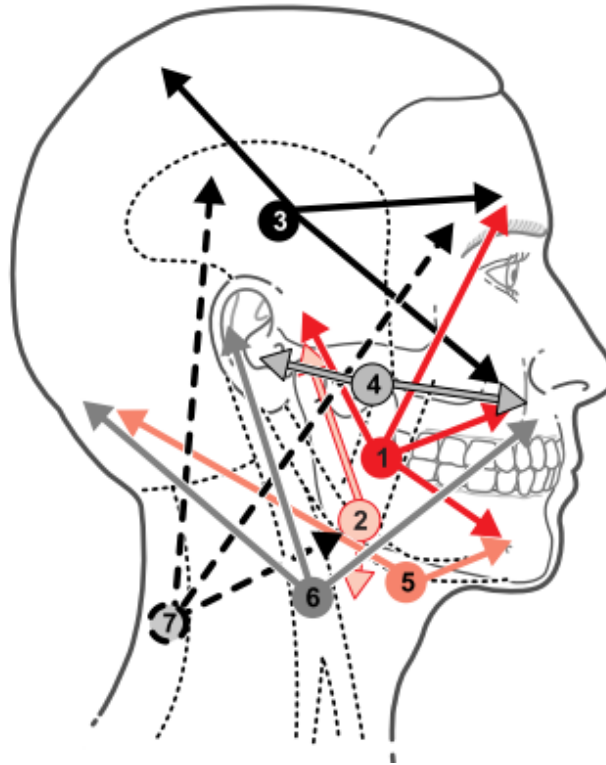


Figure 44 : Schéma représentant la projection de Douleurs (d'après Rozencweig).

1. Masséter : région sous-orbitaire, région mandibulaire (branche horizontale), région fronto-temporale, oreille ; 2. temporale : région maxillaire antérieure, région sus-temporale, région frontale ; 3. ptérygoïdien médial : région rétro-angulomandibulaire, région préauriculaire ; 4. ptérygoïdien latéral : région maxillaire supérieure, oreille ; 5. digastrique : région sous-auriculaire et jugale ; 6. sterno-cléido-mastoïdien : région du vertex, région fronto-orbitaire, oreille, région jugale et mentonnière ; 7. trapèze : région temporale et fronto-orbitaire, région angulo-mandibulaire.musculaire. [29]

Ces principaux symptômes anamnestiques et cliniques ont été réunis par Helkimo en un index bien utile aux études cliniques(34).

L'indice anamnésique est subjectif et comporte trois degrés. Il repose sur le ressenti du patient, qui jugera lui-même de la sévérité de la DTM dont il est atteint.

Le patient n'ayant pas de symptôme répondra « non » à toutes les questions et sera classé dans la catégorie portant l'indice Ai0.

Le patient ayant répondu « oui » à une ou plusieurs des questions suivantes : 1, 2, 4, appartiendra à la catégorie Ail, qui correspond à une DTM de moyenne sévérité.

Enfin, les patients Aill sont ceux qui souffrent d'une DTM qu'ils jugent sévère. Ils auront répondu « oui » à une ou plusieurs des questions suivantes :3 5, 6, 7(35).

Tableau XXXII: L'indice anamnésique d'Helkimo

Questions	Oui	Non
1. Constatez-vous des bruits au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire ?		
2. Ressentez-vous une rigidité au niveau de la mâchoire au réveil ou lors de mouvements lents ?		
3. Ressentez-vous une difficulté à ouvrir la bouche ?		
4. Ressentez-vous une fatigue au niveau de la mâchoire ?		
5. Vous êtes-vous déjà bloqué la mâchoire ?		
6. Ressentez-vous une douleur au niveau des muscles masticatoires (joues) ou au niveau de l'ATM ?		
7. Ressentez-vous une douleur pendant les mouvements masticatoires ?		
8. Vous êtes-vous déjà luxé la mandibule ?		

L'examen clinique permet d'établir de façon précise le diagnostic positif d'un trouble musculaire ou articulaire.

b.1. Le bilan fonctionnel :

Le praticien observe et mesure l'amplitude des mouvements actifs et passifs (accompagnés par le praticien) : ouverture, diductions, propulsion.

Il notera les déviations et les limitations des mouvements, la forme du trajet d'ouverture et de fermeture. La présence de douleur ou de sensibilité au cours des mouvements est notée dans les espaces prévus à cet effet. Les bruits articulaires sont relevés lors de l'ouverture ou de la fermeture.

b.2. L'examen articulaire :

✓ L'auscultation :

Classiquement, un stéthoscope peut être utilisé pour cet examen. Cependant, l'expérience clinique et les études d'évaluation de la fiabilité des examens indiquent que la perception digitale est largement suffisante.

Pour l'examen des bruits articulaires, l'index et le majeur sont placés sur l'interligne articulaire, le patient effectue les mouvements d'ouverture, propulsion, latéralité.

Les claquements et de crépitations sont notés pour chaque déplacement.

✓ La palpation des pôles externes et postérieurs :

L'index est placé sur l'interligne articulaire, le patient est invité à mobiliser la mandibule en ouverture et en latéralité. Le doigt est ensuite placé dans la partie antérieure du conduit auditif pour la palpation rétro-condylienne.

Ces zones peuvent révéler une sensibilité en cas d'inflammation articulaire.

✓ Le jeu articulaire guidé

Le praticien se place en arrière du patient.

Celui-ci est allongé, la manipulation articulaire unilatérale s'effectuant en plaçant le pouce sur les faces occlusales des incisives mandibulaires, les autres doigts de la main étant placés sous le menton.

Le patient est invité à ouvrir puis fermer alors que le praticien exercera une pression verticale légère afin de maintenir une coaptation articulaire.

L'index et le majeur de l'autre main étant placés sur le versant cutané de l'interligne articulaire ; afin de percevoir le cheminement du condyle mandibulaire sur la surface articulaire temporale lors de l'ouverture et de la propulsion. Cette manœuvre met en évidence la présence d'obstacles à la translation du condyle mandibulaire (subluxation et luxation discale), des modifications structurelles (arthrite), ou une hyper mobilité condylienne, lorsque le déplacement du condyle dépasse l'éminence articulaire du temporal.

✓ Compression articulaire

A la suite du test précédent, on exercera une pression dirigeant le condyle vers le haut et l'arrière. Cette manœuvre de compression postérieure, normalement insensible, met en évidence lorsqu'elle est douloureuse, une inflammation articulaire. Ce test permet un diagnostic différentiel entre une douleur articulaire et une douleur musculaire.

b.3. L'examen musculaire

L'examen consiste à effectuer une palpation des masses musculaires.

✓ La palpation

Le patient est allongé, le praticien se tient derrière la tête du sujet. La palpation se fera toujours de manière symétrique. Les muscles sont inspectés dans le sens des fibres, sur toute la longueur, d'une insertion à l'autre.

✓ Symétrie – synchronisme

On observe les symétries ou asymétries de formes et de volumes des muscles homologues droit et gauche, au repos. Puis les doigts posés à plat, les asymétries et les asynchronismes au cours de l'ouverture, la fermeture, la propulsion.

Puis, les dents en contact léger, la contraction et la décontraction musculaire sont observées lors du serrement et le desserrement en OIM,

✓ Sensibilité (masséter-temporal)

Les doigts toujours posés à plat, une pression légère est exercée. Un mouvement de va et vient de légère amplitude fait glisser les plans peauciers sur les surfaces musculaires. Puis, par une pression plus appuyée, les doigts font rouler la masse musculaire, à la recherche de « bandes tendues ». Lorsqu'une bande tendue est localisée, la suivre puis la pincer à la manière d'une corde de guitare. Ce test permet de situer l'origine une douleur signalée par le patient.

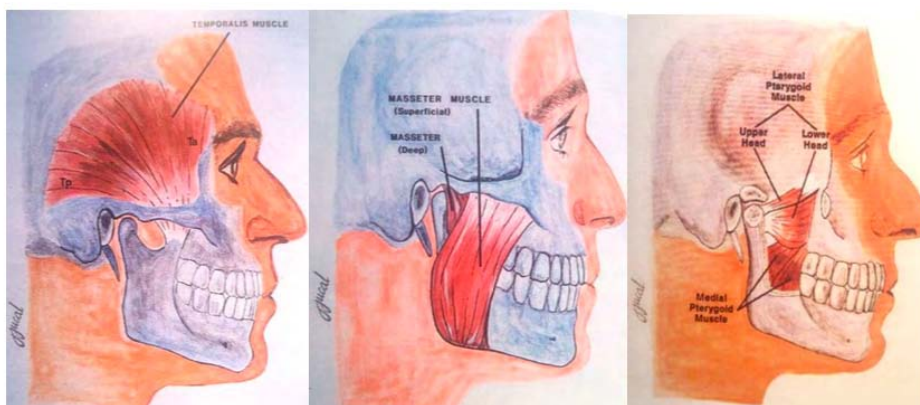


Figure45 : le muscle TEMPORAL, le muscle MASSETER, LES MUSCLESPTERYGOÏENS

Lorsque l'interrogatoire et l'examen clinique ne suffisent pas à établir un diagnostic précis, des examens complémentaires vont préciser la pathologie cependant l'imagerie de l'articulation temporo-mandibulaire fait appel actuellement, soit à l'examen tomodensitométrique (TDM), soit à l'examen par résonance magnétique nucléaire (IRM). Les autres procédés n'ont plus que des applications ponctuelles(29).

Le traitement des patients ayant un DAM est individualisé à chaque patient en fonction de la nature du désordre musculo-squelettique et des facteurs psychosociaux et comportementaux.

Les principaux objectifs concernant le traitement ont été esquissés lors de la Conférence du National Institute of Health en 1996. Ainsi on cherchera à soulager la douleur, améliorer la fonction et amener le patient à gérer efficacement les rechutes pour une meilleure qualité de vie.

La prise en charge du patient peut se faire par différents moyens qui sont :

- des recommandations (ergothérapie) : données au patient, elles ont pour but de mobiliser au minimum le système masticoire, comme, par exemple, la modification de la fonction en évitant toute mastication excessive, la consommation de chewing-gums, les bâillements excessifs, le chant, etc. ; ou bien la prise de conscience et la modification des para-fonctions (serrement des mâchoires, bruxisme, morsures jugales, morsures d'objets, mauvaises positions de sommeil, pratique de certains instruments...).
- Un traitement pharmacologique ; Il intervient dans la phase d'attaque des symptômes douloureux, ce peut être des antalgiques tels que le paracétamol, l'aspirine et le diclofénac, ou les décontractants musculaires comme les myorelaxants, les benzodiazépines et les anti-spastiques ou encore les infiltrations ou les injections.
- Un programme de kinésithérapie : Un planning, à base d'exercices de relaxation, d'étirement et de renforcement musculaire en ouverture, fermeture, latéralités, est enseigné au patient.
- Un traitement biomécanique est envisagé au moyen d'orthèses en résine dure, maxillaires ou mandibulaires, qui peuvent être de deux types soit orthèse de stabilisation soit orthèse de repositionnement.

- Un programme de gestion du stress : proposé en cas de « trouble douloureux », il sera effectué de préférence par un psychologue «comportementaliste». Il a pour but d'atténuer ou d'annuler l'effet du stress favorisant la pathogénie des dysfonctions.
- Certaines techniques « cognitivo-comportementales » sont mises en œuvre : la gestion des facteurs de chronicité (comportements dysfonctionnels et mal adaptés) ainsi que le dépistage et la résolution des phénomènes de résistance ou « gains secondaires » prennent une place dans le programme de traitement.
- La chirurgie : est réservée à de rares cas seulement (4,27,29,36) .

2. La qualité de vie spécifique selon l'OHIP-14 :

La moyenne du score OHIP-14 dans notre série était de 24,32. Ces résultats se rapprochaient des résultats obtenus par d'autres équipes, notamment l'équipe espagnole de Cordoba qui avait rapporté un score de 20,57 (37). Tandis qu'une étude chinoise (38) avait objectivé une moyenne plus basse, égale à 16,10 , qui pourrait être expliquée par une consultation tardive des patients.

Tableau XXXIII:Comparaison du score OHIP-14 entre notre série et celle des autres populations.

Etudes	Score OHIP-14
Espagnole	20,57
Chinoise	16,10
Notre série	24,32

3. Corrélation entre les paramètres sociodémographiques, les habitudes de vie et la Qdv

Dans notre série, l'âge moyen des patients était de 31 ans, et il existait une association significative entre l'âge et le score OHIP-14 ; plus l'âge du patient augmente, plus le score OHIP-14 augmente et plus la QDV du patient s'altère.

Nos résultats sont en concordance avec d'autres études notamment l'étude de K. Rener-Sitar (39) et John et al (8), qui ont démontrées une corrélation statistiquement significative entre l'âge et la Qdv ($p < 0,001$) et ($p < 0,05$).

Les résultats de notre étude montrent que le sexe de nos patients avait un lien significatif avec la qualité de vie ($p = 0,044$). Les femmes ont une qualité de vie plus altérée, cette constatation rejoint celle de l'étude de Mc Groth and Bedi en Angleterre(40).

Contrairement à l'étude réalisée à Jeddah par M. Al Hazrami et N. Al Hazmy, où les résultats ont conclu que les femmes éprouvent significativement moins de problèmes de qualité de vie liés à la santé buccale par rapport aux hommes(41).

Une étude réalisée en Espagne a montré que la qualité de vie était plus altérée chez les femmes, et a objectivé que le statut marital avait une relation significative avec le score OHIP-14. Ceci rejoint nos résultats, puisque les patients mariés avaient des moyennes du score OHIP-14 plus élevées que les patients célibataires(37).

D'après nos résultats toujours, il semble que le niveau d'instruction n'avait pas de lien avec la qualité de vie des patients. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude réalisée R. Nalaci et I. Baron en Turquie(42).

Les données de la littérature différaient selon les auteurs concernant la relation entre le milieu de résidence, rural ou urbain, des patients et l'altération de la qualité de vie. Une étude réalisée par Spelberg à Goran en Allemagne (43) a objectivé que les patients d'origine rurale avaient un score Ohip-14 plus élevé. En revanche, notre étude a montré que la qualité de vie des patients d'origine urbaine était plus altérée rejoignant ainsi les différentes études notamment celle de P. Allen, E. Emani, F. Cohen-carneiro et al, F. Akbar Hussain et F. Tatengkeng(44-45-46-47-48).

D'après nos résultats, il semble que l'activité professionnelle n'a pas de lien avec la qualité de vie des patients. Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés dans l'étude réalisée par R. Nalaci et I. Baron(42) qui dit que les personnes sans activité avaient un score de qualité de vie meilleur comparé. Cette différence de résultats peut être expliquée par le nombre réduit de notre échantillon.

4. La corrélation entre les paramètres cliniques liés au DAM et Qdv.

Les patients souffrant de DAM peuvent présenter différents symptômes gênants ce qui entraîne un impact négatif sur la Qdv. Cette affection représente de ce fait un problème majeur de santé public (49).

La douleur est un symptôme clé associée à une altération de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire(50).Dans notre étude, les résultats concluent qu'il existe un lien très significatif entre la douleur et la qualité de vie (51).

L'intensité et la chronicité de la douleur ont un effet important sur la détérioration de la qualité de vie de nos patients. Plus les DAM étaient douloureux et graves, plus la qualité de vie était altérée. Plusieurs études avaient objectivé une relation proportionnelle entre l'intensité et la durée de la douleur et leur impact négatif sur la Qdv notamment les études réanalysées par Ivaz Alajbeg et al et A.Kumar Nagarajappa et al (52-53-54-55).

4.1. Association des para-fonctions orales à la QDV des patients

La présence de para-fonctions, d'après nos résultats, n'avait pas de lien avec la qualité de vie de nos patients. Ce qui rejoint les résultats d'une étude faite en Israël (49).

4.2. Association de l'état bucco-dentaire à la Qdv des patients

Dans notre étude, nous avons constaté qu'il existait une relation significative entre l'état bucco-dentaire et la qualité de vie. Nos résultats rejoignent ainsi les données de la littérature notamment la série de Béry A. et al (56).

III. COMMENT AMELIORER LA QUALITE DE VIE ?

Les dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) sont fréquentes et peuvent avoir des répercussions fonctionnelles et algiques majeures(57). Ces troubles sont fortement associés à une réduction de la qualité de vie(58).

Une prise en charge efficace consiste en la gestion de la douleur, le rétablissement de la fonction et la suppression des para-fonctions orales.

Cependant, il reste important de noter que le traitement demeure un traitement « profil-dépendant ». Ce dernier doit impérativement s'adapter à chaque patient en tenant compte de son polymorphisme clinique grâce à une équation qui comporte tous les facteurs qui rentrent en jeu sans négliger le profil psychologique qui reste un point déterminant quant à l'orientation thérapeutique.

En effet, le traitement psychologique et/ou psychiatrique va venir compléter le traitement de fond de la douleur et ce en poussant le patient à prendre connaissance de sa maladie et à apprendre à gérer toutes les situations stressantes qui peuvent être la cause ou la conséquence du trouble(59).

IV. Les avantages et les limites de l'étude :

Notre étude est l'une des premières études réalisées dans le domaine de l'évaluation de la qualité de vie au Maroc.

En plus, elle a la particularité d'avoir utilisé un questionnaire spécifique au DAM« Oral Health Impact Profil ».

Notre étude nous a permis de réaliser une adaptation transculturelle du questionnaire ohip-14 spécifique au DAM, afin de pouvoir utiliser un outil valide et adapté au contexte marocain.

La prospection des malades s'est faite au niveau de la consultation au service de Stomatologie et chirurgie Maxillo-faciale de l'Hôpital militaire Avicenne de Marrakech, de ce fait, un biais de sélection ne peut être exclu.

Par ailleurs, la principale limite de notre travail était son caractère transversal qui a permis d'évaluer la qualité de vie de manière statique sans qu'on puisse comparer la qualité de vie avant et après l'instauration d'un traitement du DAM ou encore apprécier l'évolution de la qualité de vie.

V. Les difficultés de l'étude :

Parmi les difficultés que nous avons rencontrées au cours de la réalisation de notre travail:

- Connaitre précisément le degré de l'altération de la qualité de vie des patients ayant un DAM, et pouvoir le classier selon des intervalles : altération légère, modérée et sévère ; ceci est dû à l'absence des intervalles d'interprétation préétablie et validés des résultats du score OHIP-14.
- La traduction méthodologique du questionnaire OHIP-14 était particulièrement difficile.
- Une autre difficulté était de rassembler le nombre de patients requis pour notre étude, on s'est finalement contenté d'un nombre inférieur à notre attente initiale.

CONCLUSION

Le dysfonctionnement temporo-mandibulaire est une affection bénigne qui peut être grave par son retentissement. Les signes cliniques principalement rencontrés dans les DAM et les plus significatifs sont réunis dans la triade appelée BAD : bruits, algies et dyskinésies.

Cette affection a un fort impact sur la vie quotidienne, non seulement le bien-être général physique mais aussi psychologique des patients. Elle peut être responsable d'altération des activités fonctionnelles qui nécessitent une mobilité de la mâchoire telles que l'élocution, la mastication, le bâillement, nuisant ainsi à la qualité de vie et présentant un lourd fardeau pour les individus et la société en terme de morbidité et de coût économique.

Notre travail a permis d'évaluer la qualité de vie spécifique grâce au score OHIP-14, la mise en évidence de facteurs sociodémographiques et des données cliniques qui avaient un lien avec la qualité de vie des patients souffrant de troubles temporo-mandibulaires.

Il existe une relation statistiquement significative entre la qualité de vie et l'âge, le sexe, le lieu de résidence, l'état civil, l'habitat, le motif de consultation, les antécédents, la douleur (son siège, son mode d'évolution et son intensité), la sévérité de la symptomatologie, l'état bucco-dentaire et la réponse au traitement. Par contre notre étude, n'a pas pu démontrer d'association statistiquement significative entre le niveau d'instruction, l'activité professionnelle, les para-fonctions, la localisation de la douleur et les autres symptômes, ainsi que la prise médicamenteuse et le score OHIP-14.

Les douleurs réfractaires constituent le principal motif de consultation. La sensibilisation des patients joue alors un rôle primordial quant à la prise abusive d'antalgiques. L'écoute attentive du patient, pourrait permettre à elle seule de cerner les facteurs déclenchants, déterminer l'étiologie de la pathologie et éviter ainsi le recours à la chirurgie.

Le stress constitue un facteur déclenchant non négligeable de la maladie. C'est dans cette optique là que certaines techniques sont mises en place afin d'améliorer la qualité de vie émotionnelle des patients qui a un impact direct sur leur santé. On préconise alors la nécessité de renforcer son système de défense par :

- Un travail de développement personnel (thérapie ou coaching selon la gravité des cas).
- Une pratique spirituelle quelconque.

Et enfin, la formation du personnel médical et paramédical à la prise en charge de ces patients qui ont grand besoin d'écoute et de soutien psychologique.

ANNEXES

ANNEXE 1

Impact du dysfonctionnement temporo-mandibulaire sur la qualité de vie des patients.

1. Identité :

- Âge :
- Sexe :
- Etat matrimonial :
- Origine résidentielle : Urbaine
▪ Rurale
- Niveau d'étude :
 - Non scolarisé
 - Primaire
 - Secondaire
 - Universitaire
- Profession:

2. Habitude de vie :

- o Vivez vous : En famille
 Solitaire
- Recherche de para fonctions :
Vous a-t-on dit, ou avez vous noté que vous grincez des dents ou serrez les mâchoires en dormant la nuit ou au cours de la journée ? **OUI** **NON**
- Vous ronger-vous les ongles ? **OUI** **NON**
- Utiliser-vous des instruments à vent ? **OUI** **NON**
- Êtes-vous un grand consommateur de chewing gum ? **OUI** **NON**
- Mordillez-vous vos joues, vos lèvres, la langue ou des objets ? **OUI** **NON**

3. Renseignements cliniques :

- Souffrez-vous ou avez-vous des antécédents : psychiatriques
 Articulaires ou osseuses
 Dentaires
 Aucun

B-Etat bucco-dentaire :

- Très mauvais :
- Mauvais :
- Bon :

C- Sévérité des symptômes : L'indice anamnésique d'Helkimo

Questions	OUI	NON
1. Constatez-vous des bruits au niveau de l'articulation temporomandibulaire ?		
2. Ressentez-vous une rigidité au niveau de la mâchoire au réveil ou lors de mouvements lents ?		
3. Ressentez-vous une difficulté à ouvrir la bouche ?		
4. Ressentez-vous une fatigue au niveau de la mâchoire ?		
5. Vous êtes-vous déjà bloqué la mâchoire ?		
6. Ressentez-vous une douleur au niveau des muscles masticatoires (joues) ou au niveau de l'ATM ?		
7. Ressentez-vous une douleur pendant les mouvements masticatoires ?		
8. Vous êtes-vous déjà luxé la mandibule ?		

- ◆ Classification :
- Pas d'atteinte : Ai0
 - Sévérité Modéré : Ail
 - Sévérité Importante : Aill

VI. Paracliniques :

- Avez vous déjà réalisé :
 - L'orthopantomogramme
 - Echographie
 - Scanner
 - IRM
 - Téléradiographie

VII. Traitement :

- Etes-vous sous traitement ou vous avez déjà bénéficié d'un traitement pour soulager votre souffrance :
 - Médical
 - Port de la gouttière

Autres

➔ Si vous avez déjà bénéficié d'un traitement médical :

- Analgésiques
- Anti-inflammatoire

- Anxiolytique ou antidépresseur
- Myorelaxant
- Etes- vous soulagé par ce traitement :
 - Nullement soulagé
 - Partiellement soulagé

ANNEXES 2 :

Oral Health Impact Profile "OHIP-14"

1- واش عندك مشكل في النطق أي كلمة بسبب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟
 حتى مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

2- واش حسيتي باللي التذوق دياك خياب بسبب مشكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟
 حتى مرة مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

3- واش عندك صداع خياب في فمك؟
 حتى مرة مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

4- واش لقيتي شي ازعاج فاش كتاكل أي نوع ديا لالمكلة بسبب مشكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟
 حتى مرة مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

5- واش كتحس بشي ازعاج بسبب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟
 حتى مرة مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

6- واش كتحس بشي توتر بسبب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟
 حتى مرة مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

7- واش مكلانك قلالت بسبب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟
 حتى مرة مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

8- واش معمرك كنتي مجبور تحبس بشي وجبة بسبب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟
 حتى مرة مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

9- واش كيجيك صعب باش ترخا بسبب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟
 حتى مرة مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

10- واش حسيتي بالاحراج بسبب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟
 حتى مرة مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

11- واش حسيتي بلي وليتي موتر مع الناس الاخرين بسبب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟
 حتى مرة مرة فشحال بعض المرآة اغلبية الوقت كاع الوقت

12- واش كتوجد صعوبات في القيام ببعض الاعمال اليومية بسباب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟

حتى مرة مرة فشحال بعض المرارة اغلبية الوقت كاع الوقت

13- واش الرضا دياك علا حياتك ولا اقل بسباب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟

حتى مرة مرة فشحال بعض المرارة اغلبية الوقت كاع الوقت

14- واش حسيتي باللي مابقيشكتقدر تقوم بالانشطة دياك اقل بسباب المشاكل فسنانك، فمك، او الغم المركب؟

حتى مرة مرة فشحال بعض المرارة اغلبية الوقت كاع الوقت

Annexe 3 :

L'indice anamnésique d'Helkimo :

Le patient n'ayant pas de symptôme répondra « non » à toutes les questions et sera classé dans la catégorie portant l'indice Ai0.

Le patient ayant répondu « oui » à une ou plusieurs des questions suivantes : 1, 2, 4, appartiendra à la catégorie Ail, qui correspond à une DTM de moyenne sévérité.

Enfin, les patients Aill sont ceux qui souffrent d'une DTM qu'ils jugent sévère. Ils auront répondu « oui » à une ou plusieurs des questions suivantes :3 5, 6, 7.

RÉSUMÉS

Résumé

Le dysfonctionnement temporo-mandibulaire est une pathologie dont l'étiopathogénie est inconnue ce qui rend le diagnostic et la prise en charge difficile. Sa prévalence étant très élevée nous a poussé à évaluer la Qdv des patients atteints de DTM, et de déterminer les principaux facteurs aggravant son altération. Différents questionnaires peuvent être proposés pour évaluer l'influence des maladies bucco-dentaires sur les individus. Le plus utilisé parmi eux est l'Oral Health Impact Profile (OHIP-14).

Ce travail rapporte les résultats d'une étude prospective, sur une durée de huit mois, au sein des différentes consultations de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech. Le questionnaire a été administré à 31 patients.

Les résultats ont montré que le DAM affecte négativement la qualité de vie des patients et que les facteurs corrélés à l'aggravation de celle-ci sont multiples : l'âge ($p = 0,000$), le sexe ($p=0,044$), l'origine ($p=0,000$), l'état matrimonial ($p=0,010$), l'habitat ($p=0,006$), le Motif de consultation ($p=0,002$), les antécédents ($p=0,040$), la douleur ($p=0,008$), type de douleur ($p=0,047$), mode d'évolution de la douleur ($p=0,002$), l'intensité de la douleur ($p=0,002$), la sévérité du DAM ($p=0,016$), la réponse au traitement ($p=0,001$). Par contre notre étude a pu démontrer que chez nos patients, il n'existait pas d'association statistiquement significative avec le niveau d'instruction, de l'activité professionnelle, des para-fonctions, de la localisation de la douleur et des autres symptômes, ainsi que de la prise médicamenteuse.

La compréhension de la pathologie DAM permet au patient de bien supporter leur symptomatologie afin d'obtenir un bon résultat thérapeutique et de bien gérer certains facteurs pérennisant (tels que le stress) en adaptant ses comportements. Enfin, le praticien apporte les conseils thérapeutiques, le geste technique et, si nécessaire, la prescription pharmacologiques.

ABSTRACT

Temporomandibular Joint Disorders (TMD) is an afflicting disease with unknown etiopathogeny, making both its diagnosis and management difficult. Its prevalence is very high which prompted us to evaluate the quality of life (Qol) of patients with TMD, and determine the main factors aggravating it. Different questionnaires are used, the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) constitutes the main one to be used to evaluate the impact of oral diseases on the Qol.

This work reports the results of a prospective study, over a period of eight months. Patients were recruited through consultations in the unit of stomatology and maxillofacial surgery in the Avicenne military hospital in Marrakech. The questionnaire was administered to 31 patients.

The results showed that TMD negatively affects the quality of life of patients, the existence of numerous factors correlated with the aggravation of the disease such as: age ($p = 0.000$), sex ($p = 0.044$), origin ($p = 0.000$), marital status ($p = 0.010$), habitat ($p = 0.006$), reason for consultation ($p = 0.002$), antecedents ($p = 0.040$), pain ($p = 0.008$), type of pain ($p = 0.047$), mode of evolution of pain ($p = 0.002$), intensity of pain ($p = 0.002$), severity of TMD ($p = 0.016$) and response to treatment ($p = 0.001$). However, the population studied showed no statistically significant association of the level of education, professional activity, para-functions, localization of pain and other symptoms as well as drug intake and the quality of life.

The understanding of DAM pathology allows the patient to cope with its symptomatology in order to obtain good therapeutic results and manage some lasting factors, such as stress, by adapting one's behavior. Finally, the practitioner provides the therapeutic advice, the technical gesture and, if necessary, the pharmacological prescription.

ملخص

يعتبر احتلال المفصل الفكي الصدغي هو مرض مجهول السبب ، مما يجعل التشخيص والإدارة صعبة. انتشاره مرتفع جدا، قمنا بتقييم مدى جودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من حلل في المفصل الفكي ، وكذا تحديد العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى تفاقم تغيره. توجد هناك مجموعة مختلفة من استبيانات لمعاينة هذا المشكل ، من بينها ، ohip-14 هو الأكثر استعمالا والذي يقيم تأثير أمراض الفم على الأفراد.

يقدم هذا العمل نتائج دراسة استطلاعية ، على مدى ثمانية أشهر ، في مختلف الاستشارات الخاصة بعمليات طب الأسنان وجراحة الوجه والفكين في المستشفى العسكري ابن سينا مراكش تم تقديم الاستبيان إلى 31 مريضا

أظهرت النتائج أحتلال المفصل الفكي الصدغي يؤثر سلبيًا على نوعية حياة المرضى وأن العوامل المرتبطة بتفاقم هذا المرض متعددة: العمر ($p = 0.000$)، الجنس ($p = 0.044$)، الأصل ($p = 0.000$) ، الحالة الاجتماعية ($p = 0.010$) ، الموائل ($p = 0.006$) ، سبب الاستشارة ($p = 0.002$) ، السوابق ($p = 0,040$) ، الألم ($p = 0.008$) ، نوع الألم ($p = 0.04$) ، طريقة تطور الألم ($p = 0.002$) ، شدة الألم ($p = 0.002$) ، شدة احتلال المفصل الفكي الصدغي ($p = 0.016$)، الاستجابة للعلاج ($p = 0.001$). ومع ذلك ، قامت دراستنا بإظهار أنه لدى مرضانا ، لم يكن هناك ارتباط ذو دلالة إحصائية بين المرض و مستوى التعليم ، والنشاط المهني ، وظائف المصاحبة ، موضع الألم وموضع أعراض أخرى، وأخيرا تناول الأدوية.

أخيرا ، يتيح فهم مرض احتلال المفصل الفكي الصدغي لدى المريض تحمل أعراض المرض من أجل الحصول على نتيجة علاجية جيدة وإدارة بعض العوامل الدائمة (مثل الإجهاد) عن طريق تكيف سلوكه. وأخيرًا ، يقدم الطبيب النصيحة العلاجية والفترة التقنية ، وعند الضرورة ، الوصفة الدوائية.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Brousse C, Boisaubert B.**
La qualité de vie et ses mesures.
La Rev Médecine Interne. 2007;28(7):458-62.
2. **Laplanche O, Pedetour P, Duminil G, Mahler P et Bolla M.**
Dysfonctionnements de l'appareil manducateur.
Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris,Odontologie,2001;20(15):23-435
3. **Reißmann DR, John MT, Schierz O, Wassell RW.**
Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses.
J Dent. 2007;35(8):643-50.
4. **Mesnay W.**
Troubles temporo-mandibulaires □ thérapeutique actuelle pour l'orthodontiste.
Rev Orthop Dento Faciale. 2012;46:67-89.
5. **Netz S.**
Effets sur le bien-être et la qualité de vie. 1995;(2005):193-210.
6. **Brousse C, Boisaubert B.**
La qualité de vie et ses mesures.
Rev Med Interne. 2007;28(7):458-62.
7. **Mercier M, Schraub S.**
Qualité de vie □ quels outils de mesure □ 27e journées la SFSPM. 2005;(1):418-23.
8. **John MT, Reissmann DR, Schierz O, Wassell RW.**
Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders.
J Orofac Pain. 2007;21(1):46-54.
9. **RM BAIJU , ELBE PETER , NO VARGHESE , REMADEVI SIVARAM.**
Oral Health and Quality of Life □ Current Concepts. 2017;11(6):21-6.
10. **Gatchel RJ, Stowell AW, Wildenstein L, Riggs R, Ellis E 3rd.**
Efficacy of an early intervention for patients with acute temporomandibular disorder-related pain: a one-year outcome study.
J Am Dent Assoc. 2006 Mar;137(3):339-47.

11. **Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F.**
Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011 Oct;112(4):453-62.
12. **Turner JA, Mancl L, Aaron LA.**
Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. Pain. 2006 Apr;121(3):181-94.
13. **Sischo L, Broder HL.**
Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications.
J Dent Res. 2011;90(11):1264-70.
14. **Slade GD.**
Measuring Oral Health and Quality of Life Edited by. 1997;172.
15. **DI P, Bergner M.**
Measurement of Health Status in the 1990s. Annu Heal. 1990;11:165-83.
16. **D. SG.**
Derivation and validation of a short-form oral health impact profile.
Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2006;25(4):284-90.
17. **Santos CM dos, Oliveira BH de, Nadanovsky P, Hilgert JB, Celeste RK, Hugo FN.**
The Oral Health Impact Profile-14: a unidimensional scale? Cad Saude Publica . 2013;29(4):749-57.
18. **Rodakowska E, Mierzyn´ska K, Bagin´ska J, Jamiołkowski J.**
Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Bialystok, north-east Poland.
BMC Oral Health. 2014;14(1):1-8.
19. **Pain O, Group SI.**
HHS Public Access. 2015;28(1):6-27.
20. **Lawal FB, Taiwo JO, Arowojolu MO.**
How valid are the psychometric properties of the oral health impact profile-14 measure in adult dental patients in Ibadan, Nigeria? Ethiop J Health Sci. 2014;24(3):235-42.

21. **Roda RP, Bagan J V, Fernandez JMD, BAZan SH, JimenezSoriano Y.**
Review of temporomandibular joint pathology. Part 1: Classification, epidemiology and risk factors.
Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007;12:292-8.
22. **Paço M, Chaves P, Pinho F, Lemos C, Costa R, Duarte JA, et al.**
Common symptoms of temporomandibular disorders do not mean same treatment plans: A case series.
Int Orthod. 2018;174-214.
23. **Camacho JGDD, Oltramari-Navarro PVP, Navarro R de L, Conti AC de CF, Conti MR de A, Marchiori LL de M, et al.**
Signs and symptoms of Temporomandibular Disorders in the elderly Sinais e sintomas dos Transtornos Temporomandibulares em Idosos. CoDAS. 2014;26(1):76-80.
24. **Murrieta J, Alvarado E, Valdez M, Orozco L, Meza J, Juárez ML.** Prevalence of temporomandibular joint disorders in a Mexican elderly group.
J Oral Res . 2016;5(1):13-8.
25. **Andoh, N. Riachi, A. Sayah, M. Bennani Othmani, S. Mechakra- Tahiri.**
Le courrier du dentiste. La prévalence des dysfonctions craniomandibulaires chez les patients agés. [En ligne] 15 avril 2002. [Citation : 28 avril 2017.].
[Http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-prevalence-des-dysfonctions-craniomandibulaires-chez-les-patients-ages.html](http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-prevalence-des-dysfonctions-craniomandibulaires-chez-les-patients-ages.html)
26. **Gola R, Cheynet F, Richard O, Guyot L.**
Faut-il opérer les syndromes algo-dysfonctionnels de l' appareil manducateur (SADAM)
2005;4(3):30-41 .
27. **Goulet J, Lavigne G.**
Mieux comprendre et traiter les problèmes temporomandibulaires
Le Médecin du Québec. 2004;39(7):37-48.
28. **Cheyne F.**
ATM, manducation et ventilation.
Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale . 2016;117(4):199-206.
29. **Chassagne JF, Chassagne S, Deblock L, Gillet P, Kahn J, Bussienne J, et al.**
Pathologie non traumatique de l'articulation temporomandibulaire.
Encycl Médico-Chirurgicale. 2003;22-56.

30. **Robin O.**
Éléments de diagnostic des algies de l'appareil manducateur.
Douleurs Eval – Diagnostic – Trait . 2015;16(5):253-9.
31. **Eychler HR, Ialas RMACB.**
Les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire h. r. 2000.
32. **Berthelot J.**
Syndrome SADAM (syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation Temporo mandibular dysfunction.
Rev du Rhum Monogr . 2013;80(1):2-6.
33. **Bourzgui F, Sebbar M, Fassi Fehri S, El Hamid A.**
Dysfonctionnement cranio-mandibulaire et malocclusions.
Int Orthod . 2009;7(2):170-80.
34. **HELKIMO M.**
Studies on function and dysfunction of the masticatory system. III. Analysis of anamnestic and clinical recordings of dysfunction with the aid of indices.
Swed Dent J, 1974; 67: 165-82.
35. **Rani S, Pawah S, Gola S, Bakshi M.**
Analysis of Helkimo index for temporomandibular disorder diagnosis in the dental students of Faridabad city: A cross-sectional study.
J Indian Prosthodont Soc 2017;17:48-52.
36. **Vo Quang S, Dichamp J.**
[Masticatory system and maxillofacial prosthesis: From pathology to function recovering].
Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale. 2016 Dec;117(6):379-87.
37. **Blanco-Aguilera A, Blanco-Hungria A, Biedma-Velazquez L, Serrano-del-Rosal R, Gonzalez-Lopez L, Blanco-Aguilera E, et al.**
Application of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with orofacial pain and temporomandibular disorders.
Med Oral Patol Oral y Cir Bucal. 2014;19(2):127-35.
38. **Su N, Liu Y, Yang X, Shen J, Wang H.**
Correlation between oral health-related quality of life and clinical dysfunction index in patients with temporomandibular joint osteoarthritis.
J Oral Sci . 2016;58(4):483-90.

39. **Renner-Sitar K, Celebic A, Stipetic J, Marion L, Petricevic N, Zaletel-Kragelj L.**
Oral health related quality of life in Slovenian patients with craniomandibular disorders. Coll Antropol. 2008;32(2):513-7.
40. **Mc Grath C, Bedi R.**
Gender variations in the social impact of oral health. J Ir Dent Assoc. 2000;46(3):87-91.
41. **M.Mohhamed Al zahrani, N. Al hazny.**
Title Details of Publication " Arabic Oral Health Impact Profile (OHIP 14) in Saudi population ." (Ohip 14):163.
42. **Baran I, Nalcaci R.**
Self-reported problems before and after prosthodontic treatments according to newly created Turkish version of oral health impact profile. Arch Gerontol Geriatr. 2011;53(2).
43. **GORAN Rajović BJ.**
THEORETICAL APPROACH TO THE STUDY OF QUALITY OF LIFE IN RURAL AND URBAN SETTLEMENTS. 2016;6(1):05-24.
44. **Allen P.**
Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2003;1(1):40.
45. **Dds EE, De F.**
Les disparités urbaines-rurales à l'égard de la santé et des services buccodentaires Le profil de huit régions du Québec. 2016.
46. **Cohen-Carneiro F, Rebelo MAB, Souza-Santos R, Ambrosano GMB, Salino AV, Pontes DG.**
Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. Cad Saude Publica [Internet]. 2010;26(6):1122-30.
47. **Ulinski KGB, Do Nascimento MA, Lima AMC, Benetti AR, Poli-Frederico RC, Fernandes KBP, et al.**
Factors related to oral health-related quality of life of independent Brazilian elderly. Int J Dent. 2013;2013:11-3.

48. **Husain FA, Tatengkeng F.**
Oral Health-Related Quality of Life Appraised by OHIP-14 Between Urban and Rural Areas in Kutai Kartanegara Regency, Indonesia: Pilot Pathfinder Survey. *Open Dent J* . 2017;11(1):557-64.
49. **Almoznino G, Zini A, Zakuto A, Sharav Y, Haviv Y, Avraham H, et al.**
Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Temporomandibular Disorders. *J Oral Facial Pain Headache* . 2015;29(3):231-41.
50. **David N, Shulamith K.**
Pain and Quality of Life. *Pain Pract* . 2001;1(2):150-61.
51. **Marzia S, Vittorio C, Sonia L, Cristiana R.**
Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. *Community Dent Oral Epidemiol* . 2005;33(2):125-30.
52. **Dahlström L, Carlsson GE.**
Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. *Acta Odontol Scand*. 2010;68(2):80-5.
53. **Alajbeg IZ, Gikic M, Valentic-Peruzovic M.**
Changes in pain intensity and oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders during stabilization splint therapy—a pilot study. *Acta Clin Croat*. 2014;53(1):7-16.
54. **Mutso AA, Petre B, Huang L, Baliki MN, Torbey S, Herrmann KM, et al.**
Reorganization of hippocampal functional connectivity with transition to chronic back pain. *J Neurophysiol* . 2014;111(5):1065-76.
55. **Bhasin N.**
The Association Between Psychological Factors and Orofacial Pain and Its Effect on Quality of Life: A Hospital Based Study. *J Clin Diagnostic Res* . 2015.
56. **Béry A, Azogui-Lévy S, Boy-Lefevre M-L, Druo J-P, Decloquement C, Ouhayoun J-P, et al.**
Étude Grand Public De L'Impact De L'Hygiène Et De L'État Bucco-Dentaire Sur La Qualité De Vie. *Actual Odontostomatol (Paris)* . 2009;(246):157-66.

57. **Potier J, Maes J-M, Nicot R, Dumousseau T, Cotelle M, Ferri J.**
Chirurgie discale de l'articulation temporo-mandibulaire.
Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale [Internet]. 2016;117(4):280-4.
58. **Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N.**
Oral health status and health-related quality of life: a systematic review.
J Oral Sci. 2006;48(1):1-7.
59. **Abdelkoui A, Fajri L, Abdedine A.**
Les déplacements discaux de l' ATM : approche diagnostique et prise en charge actuelle
approach and current treatments .
Rev Odont Stomat. 2012;41(11):139-52.

قسم الطبیب

أقسم بالله العظیم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

تأثير اختلال المفصل الفكي الصدغي على جودة الحياة دراسة استطلاعية

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/05/15

من طرف

السيدة بسمة أملول

المزودة في 04 يوليوز 1992 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

اختلال المفصل الفكي الصدغي - جودة الحياة-OHIP14

اللجنة

الرئيس

ح. عمار أستاذ

السيد

أستاذ في أمراض الأنف والأذن والحنجرة

المشرف

ع. أبو شادي

السيد

أستاذ مبرز في جراحة وتقويم الوجه والفكين

م. لقويشمي

السيد

أستاذ مبرز في جراحة وتقويم الوجه والفكين

ي. درواسي

السيد

أستاذ مبرز في أمراض الأنف والأذن والحنجرة

ع. بن علي

السيد

أستاذ مبرز في الطب النفسي

الحكام