

ACOUPHÈNES

Site du professeur Francis Hartmann

acouphènes, sensation d'oreille bouchée, otalgie sans infection

Pour bien comprendre cette rubrique :

N'oubliez pas que tout individu stressé qui ne cesse de crisper les mâchoires dents serrées peut déclencher des douleurs lointaines et des troubles associés à partir des dents, (lesquelles ne sont pas uniquement des organes de douleur mais aussi des organes de tact comme le pouce et l'index en opposition).

Pour ceux qui sont intéressés, la partie scientifique est en bas de page.

N'oubliez pas de consulter les rubriques associées : "Cas cliniques" et "Témoignages"

POSSIBLES ACOUPHÈNES :

bourdonnements, troubles auditifs légers...

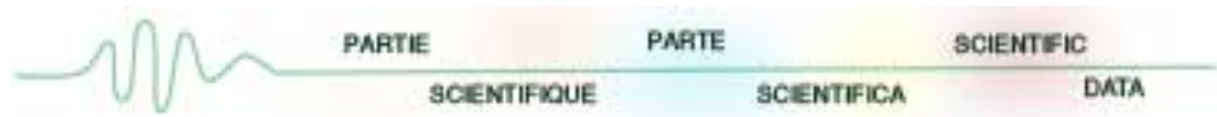
A NOTER : les sifflements sont hors-propos

Commentaire général :

Il est étonnant de constater l'importance de la recherche fondamentale sur les informations non douloureuses qui peuvent provenir des dents.

Le **prurit** ou démangeaison du creux de l'oreille est un symptôme assez fréquent, lié étroitement à la crispation des mâchoires dents serrées ou simplement aux dents continuellement en contact. Le pincement des lèvres ou la pose continue de la pointe de la langue derrière les deux grosses incisives du haut permet de se débarrasser de ce désagrément .

POSSIBLES SENSATIONS d'OREILLE(S) BOUCHÉE(S)



Données neuroanatomiques

Lexique : prurit = démangeaison

Données neuroanatomiques

Un phénomène " bizarre " : en première analyse, de nombreuses personnes se plaignent de démangeaisons constantes dans le conduit auditif externe de l'oreille (C.A.E.) . En cas de forte ou continue stimulation des dents inférieures , l'information sensitive part du nerf mandibulaire (V3) gagne le nerf auriculo-temporal(branche du V3) lequel innerve

cette région de l'oreille qu'est le C.A.E. On appelle cela " une paresthésie du nerf auriculotemporal

Cette démangeaison (= prurit) ne cède généralement pas aux applications de pommade de cortisone. **La suppression de la crispation des mâchoires dents serrées fait disparaître ce prurit définitivement dans plus de 95% des cas, sans autre traitement. On s'est attaqué, avec succès à la cause de la démangeaison.**

Traitement étiologique.

Elle disparaît systématiquement avec l'arrêt de la sur-stimulation dentaire. Elle reparait, invariablement, avec force, avec la reprise de celle-ci.

L. Miguel Ramirez Aristeguieta ,G .P, Sandoval Ortiz , Ballesteros, L. E.(2005) **Theories sur les symptomes auriculaires parmi les symptomes des dysfonctions temporomandibulaires Temporomandibulaires : passé et présent.** J. Morphol., 23(2):141-156,

RÉSUMÉ : On a observé strictement pendant de nombreuses années les symptômes auriculaires dans une clientèle de patients atteints de Dysfonctions Temporo-Mandibulaires (D.T. M). Ce compte rendu comprend des tentatives qui joignent des critères convenables dans le champ des symptômes auriculaires diagnostiqués et traités dans un but spécifique stomathognatique. Le but est d'être centré sur les implications de la connexion cause-effet discutée entre des symptômes auriculaires et des DTM, offrant un lien probable entre l'Articulation Temporo-Mandibulaire(ATM), l'oreille et les structures adjacentes. L'organisation rationnelle est fondée sur une approche embryologique et anatomique laquelle offre des explications sur les mécanismes pathogéniques auriculaires interconnectés avec des (DTM).La réciprocité qui accompagne l'odontologie et l'otolaryngologie est apportée simultanément par les DTM et une symptomatologie auriculaire mutuelle référée ainsi que le démontre les différentes épreuves. Cette recherche est une tentative de cibler l'intégration de ces deux spécialités de santé dans le diagnostic et le traitement de ce type de population.

Seedorf H, Jude HD. **Otalgie en tant que résultat de certaines dysfonctions temporomandibulaires Laryngorhinootologie.** 2006 May;85(5):327-32.

INTRODUCTION : On a émis différentes hypothèses à propos d'une incidence commune entre les désordres temporo mandibulaires (DTM) et les otalgies .

MATÉRIEL & MÉTHODES : Nous avons analysé l'anamnèse de 720 de nos patients (DTM) avec pour objectif la motivation de traitement : combien de patients citaient " une douleur dans une oreille "et combien n'avaient pas de données objectives dans l'oreille mais une sensibilité musculaire dans le muscle masseter ou des donnée objectives au niveau de l'Articulation Temporo Mandibulaire (A.T.M.)

CONCLUSION : Une fraction significative de patients en quête de traitement pour une douleur dans l'oreille n'avaient pas de données au niveau de l'oreille , seulement dans l'A.T.M. et dans le muscle masseter.

Gelb H, Gelb , Melinda L ,Wagner BA(1997) **La relation des acouphènes avec les**

dysfonctions cranio-cervico-mandibulaires J . Cranio ,15, 2, 136-43

Les patients atteints de dysfonctions cranio-cervico-mandibulaires peuvent se présenter avec des acouphènes comme doléance principale ou secondaire .

On a estimé que l'embryologie et l'anatomie fonctionnelle rendent l'oreille moyenne , l'articulation temporomandibulaire , les muscles de la mastication, les tendons osseux , les ligaments , les vaisseaux sanguins comme susceptibles d'être utiles à l'établissement de concepts étiologiques qui unissent les acouphènes à ces dysfonctions temporomandibulaires . On a décrit des modalités de traitement en plus des concepts étiologiques . Les auteurs relatent leurs expériences ainsi que celle des autres vis à vis des populations de patients différents.

Bernhardt O, Gesch D, Schwahn C, Bitter K, Mundt T, Mack F, Kocher T, Meyer G, Hensel E, John U.(2004) **Signes des désordres temporomandibulaires chez des patients porteurs d'acouphènes et dans une population de volontaires : résultats de l'Etude de la Santé en Poméranie.** J Oral Rehabil.;31(4):311-9.

Depuis 1920, la littérature a fondé sur des documents, une controverse sur la relation possible entre des symptômes auriculaires et un dysfonctionnement cranio-mandibulaire. Par conséquent, on a conduit une étude fondée sur deux parties : une population de cas témoins et une étude transversale. Le but de cette première étude était d'examiner un groupe de patients souffrant d'acouphène aigu et chronique au cours de dysfonctionnement temporomandibulaire (D.T.M.) en comparaison avec une population de volontaires, cas témoins sans acouphène. A cet égard, on a examiné pour des symptômes de dysfonctionnement cranio-mandibulaire 30 patients (13 femmes et 17 hommes âge 18-71 ans) souffrant de perte aiguë de l'audition avec acouphène, d'acouphène aigu isolé et d'acouphène chronique momentané. On a comparé ces résultats avec ceux d'une analyse fonctionnelle clinique provenant de 1907 sujets sélectionnés d'une manière représentative et selon la distribution d'âge provenant de l'Etude épidémiologique de Santé de Poméranie (ESDP) ; on avait éliminé l'évènement d'un acouphène chez les sujets de contrôle. On a effectué l'analyse statistique avec U-tests Chi-square et Mann-Whitney. Soixante pour cent (60%) des patients acouphène et 36, 5% des sujets de contrôle manifestaient plus de deux symptômes de D.T.M.(P=0,004). Les patients "acouphène"avaient significativement plus de douleur à la palpation musculaire (P<0,001), à la palpation de l'articulation temporomandibulaire (A.T.M.) (P<0,001) et de douleur à l'ouverture de la bouche (P < 0.001) que le groupe de population générale. On a trouvé aucune différence statistique dans les bruits de l'ATM, de limitation de mouvement, ou d'hypermobilité de l'ATM. De plus on a examiné 4228 sujets du groupe de population dans l'étude épidémiologique pour les co-facteurs d'acouphène avec l'aide d'une régression logistique multivariée qui était ajustée selon l'âge, le sexe et une variété de données examinées lors de l'anamnèse. On a trouvé un quotient de probabilité (QP) augmenté pour la sensibilité des muscles masticateurs (QP= 1,6 pour 1 ou 3 muscles douloureux et QP = 2,53 pour quatre ou plus de muscles douloureux, une sensibilité de l'ATM à la compression dorso-craniale (QP= 2,99), indifférence (QP =2,0) et céphalée fréquente (QP=1,84). **On a dans les deux examens établi une relation entre acouphène et D.T.M. Les patients "acouphène" semblent souffrir spécialement de douleurs**

myofasciales et de douleur de l'ATM. Un dépistage pour les D.T.M. devrait être incorporé lors du diagnostic des patients "acouphène".

Bibliographie :

Ahrlen H (1977) **The Otomandibular syndrome. pp 181-94. In: Gelb H, Clinical management of head, neck and TMJ pain and dysfunction: A multi-disciplinary approach to diagnosis and treatment.** Sanders & Co (ed) Philadelphia, London, Toronto

Alkofide EA, Clark E, El Bermani W, Kronman JH, Mehta N (1997) **The Incidence and Nature of Fibrous Continuity Between the Sphenomandibular Ligament and the Anterior Malleolar Ligament of the Middle Ear.** J Orofac Pain 11; 1: 7-14

Bernhardt O, Gesch D, Schwahn C, Bitter K, Mundt T, Mack F, Kocher T, Meyer G, Hensel E, John U. (2004) **Signs of temporomandibular disorders in tinnitus patients and in a population-based group of volunteers: results of the Study of Health in Pomerania.** J Oral Rehabil. 31; 4: 311-9

Berstein JM, Mohl ND, Spiller H (1969) **Temporomandibular joint dysfunction masquerading as disease of the ear, nose and throat.** Trans Am Acad Ophthalmol 73: 1208

Bjorne A, Berven A, Agerberg G (1998) **Cervical Signs and Symptoms in Patients with Meniere's Disease: A Controlled Study.** J Craniomandib Pract 16; 3: 194-202

Block SL (1976) **Possible etiology of ear stuffiness (barohypoacusis) in MPD syndrome TMJ and facial pain.** J Dent Abstr 55, 752: B 250throat. Trans Am Acad Ophthalmol 73: 1208

Brooks GB, Maw AR, Coleman J (1981) **"Costen's syndrome" - Correlation or coincidence: a review of 45 patients with TMJ dysfunction, otalgia and oral symptoms.** Clin Otolaryngol 88: 361-7

Burch JG (1966) **The cranial attachment of the sphenomandibular ligament** Ana Rec 156: 433

Coleman RD (1970) **Temporomandibular joint : relation to the retrodiscal zone to Meckel's cartilage and lateral pterygoid muscle.** J Dent Res 49: 626

Cooper BC, Cooper DL (1993) **Recognizing Otolaryngologic Symptoms in Patients with Temporomandibular Disorders.** J Craniomandib Pract 11; 4: 260-7

Costen JB (1934) **A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of temporomandibular joint.** Ann Otol Rhinol Laryngol 43: 626

Couly G (1976) **Articulations temporomandibulaires et inter-relations fonctionnelles masticatrices.** Act Odont Stomatol 114: 233-52

Couly G, Guilbertes F, Cernea P, Bertrand JC (1976) **A propos de l'articulation temporomandibulaire du nouveau-né. Les relations oto-méniscales.** Rev Stomatol 77: 673

Du Brul EL (1979) **Origin and adaptations of the hominid jaw joint. pp 5-34. In : Sarnat BG, Laskin DM The temporomandibular joint.** 3rd ed, Thomas Pub (ed) Springfield

El-Kashlan HK, Shore SE (2004) **Effects of trigeminal ganglion stimulation on the central auditory system.** Hear Res 189; 1-2: 25-30

Franklin DJ, Smith RJ, Catlin FI, Helfrick JF (1986) **Temporomandibular joint dysfunction in infancy.** Int J Pediat Otorhinolaryngol 12, 1: 99-104

Gelb H, Calderone JP, Gross SM, Kantor ME (1967) **The role of the dentist and the otolaryngologist in evaluating temporomandibular joint syndromes.** J Prosthet Dent 18: 497

Gelb H, Gelb ML, Wagner ML (1997) **The Relationship of Tinnitus to Craniocervical Mandibular Disorders.** J Craniomand Pract 15; 2: 136-43

Hartmann F, Planche D, Capponi C, Cucchi G (1986) **Manducation et troubles de l'audition.** Medit Medic 2: 19-22

Ioannides CA, Hoogland GA (1983) **The disco-malleolar ligament: a possible cause of subjective hearing loss in patients with temporomandibular joint dysfunction.** J Maxillofac Surg 2: 227-31

Mohl ND, Zarb GA, Carlsson GE, Rugh JD (1988) **A Textbook of Occlusion.** Quintes Pub Co, Inc, Chicago

Morgan DH, Gooder RL, Christiansen RL, Tiner LW (1995) **The TMJ-Ear connection.** J Craniomandib Pract 13; 1: 42-3

Myrhaug H (1984) **The incidence of ear symptoms in cases of malocclusion and temporomandibular joint disturbances.** Br J Oral Surg 2: 28

Parker MW, Chole JK (1995) **Tinnitus, vertigo and temporomandibular disorders.** Am J Orthod Dent Fac Orthop 107; 2: 153-8

Philipp U, Munker G, Komposh G (1972) **Die funktion der Tube Eustachii bei Patienten mit Kiefergelenkerkrankungen.** Dtsch Zahnärztl Z 27: 806

Pinto OF (1962) **A new structure related to the temporomandibular joint and middle ear.** J Prosthet Dent 12: 95

Ramirez ALM, Sandoval OGP, Ballesteros LE (2005) **Theories on Otic Symptoms in Temporomandibular Disorders: Past and Present.** Int J Morphol 23; 2: 141-56

Ren YF, Isberg A (1995) **Tinnitus in Patients With Temporomandibular Joint Internal Derangement.** J Craniomand Pract 13; 2: 75-80

Rubinstein B, Carlsson GE (1987) **Effects of stomatognathic treatment on tinnitus. A retrospective study.** J Craniomandib Pract 5: 254

Salvetti G, Manfredini D, Barsotti S, Bosco M (2006) **Otologic symptoms in temporomandibular disorders patients: is there evidence of an association-relationship?** Minerva Stomatol 55; 11-12: 627-37

Schwartz HC, Kendrick RW (1984) **Internal derangements of the temporomandibular joint: description of clinical syndromes.** Oral Surg Oral Med 58; 1: 24-9

Seedorf H, Jude HD (2006) **Otalgia as a result of certain temporomandibular joint disorders.** Laryngorhinootologie 85; 5: 327-32

Shore SE, Vass Z, Wys NL, Altschuler RA. (2000) **Trigeminal ganglion innervates the auditory brainstem.** J Comp Neurol 10; 419, 3: 271-85

Shore SE, El Kashlan H, Lu J (2003) **Effects of trigeminal ganglion stimulation on unit activity of ventral cochlear nucleus neurons.** Neurosci 11 ; 4: 1085-101

Smelee LE (1988) **Odontogeny of relationship of human middle ear and temporomandibular joint.** Acta Anat 131: 338-41

Tullberg M, Ernberg M. (2006) **Long-term effect on tinnitus by treatment of temporomandibular disorders: a two-year follow-up by questionnaire.** Acta Odontol Scand 64; 2: 89-96

Tuz HH, Onder EM, Kisnisci RS (2003) **Prevalence of otologic complaints in patients with temporomandibular disorder.** Am J Orthod Dentofacial Orthop 123; 6: 620-3

Vass Z, Shore SE, Nuttall AL, Jancso G, Brechtelsbauer PB, Miller JM (1997) **Trigeminal ganglion innervation of the cochlear--a retrograde transport study.** Neurosci 79; 2: 605-15

Vass Z, Shore SE, Nuttall AL, Miller JM (1998) **Direct evidence of trigeminal innervation of the cochlear blood vessels.** Neurosci 84; 2: 559-67

Vass Z, Shore SE, Nuttall AL, Miller JM (1998) **Endolymphatic hydrops reduces retrograde labeling of trigeminal innervation to the cochlear.** Exp Neurol 151; 2: 241-8

Wright EF, Bifano SL (1997) **Tinnitus improvement through TMD therapy.** J Am Dent

Assoc 128; 10: 1424-32

Wright EF, Syms CA 3rd, Bifano SL (2000) **Tinnitus, dizziness, and nonotologic otalgia improvement through temporomandibular disorder therapy.** Mil Med 165; 10: 733-6

Zhou J, Shore S. (2004) **Projections from the trigeminal nuclear complex to the cochlear nuclei: a retrograde and anterograde tracing study in the guinea pig.** J Neurosci Res 15; 78, 6: 901-7

Mise à jour le Samedi, 15 Décembre 2012 01:46