

## Critères diagnostiques des désordres temporo-mandibulaires

### Questionnaire Symptômes

Diag 1 Douleur musculaire

Diag 3 Désordres intra-articulaires > Réd

Diag 1 Douleur articulaire

Diag 3 Désordres intra-articulaires > Irréd

Diag 2 Céphalées en lien avec le DCM

Diag 4 Désordres dégénératifs

#### DOULEUR

1. Avez-vous déjà eu mal à votre mâchoire, aux tempes, dans les oreilles, ou devant l'oreille d'un côté ou de l'autre? Non  Oui

**Si vous avez répondu NON, alors passez à la question 5.**

2. Depuis combien de mois ou d'années a commencé pour la première fois votre douleur à la mâchoire, aux tempes, dans les oreilles, ou devant l'oreille?  années  mois

3. Lors des 30 derniers jours, laquelle des propositions suivantes décrit le mieux la douleur à la mâchoire, aux tempes, dans les oreilles, ou devant l'oreille?  Aucune douleur

ET

Sélectionnez une seule réponse

mâchoire, tempes > muscu  
(devant) oreille > articu

La douleur vient et part

OU

La douleur est présente en continu

**Si vous avez répondu PAS DE DOULEUR, alors passez à la question 5.**

4. Lors des 30 derniers jours, les activités suivantes ont-elles changé la douleur à la mâchoire, aux tempes, dans les oreilles, ou devant l'oreille, d'un côté ou de l'autre? (soulageant ou aggravant cette douleur)

- |  |                          |                          |                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|
|  | Non                      | Oui                      |                    |
| A. Mastiquer des aliments durs   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 ou plusieurs oui |
| B. Ouvrir votre bouche, ou déplacer votre mâchoire vers l'avant ou vers le côté.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |
| C. Les habitudes de la mâchoire telles que maintenir les dents en contact, serrer/grincer des dents ou mastiquer du chewing gum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |
| D. D'autres activités de mâchoire telles que parler, embrasser ou bâiller.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |

#### Céphalées (maux de tête)

5. Lors des 30 derniers jours, avez-vous eu des céphalées dans la région des tempes? Non  Oui

ET

**Si vous avez répondu NON à la question 5, alors passez à la question 8.**

6. Depuis combien de mois ou d'années a commencé pour la première fois votre céphalée d'origine temporale?  années  mois

7. Lors des 30 derniers jours, les activités suivantes ont-elles changé les céphalées d'origine temporale, d'un côté ou de l'autre? (soulageant ou aggravant les céphalées)

- |  |                          |                          |                    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|
|  | Non                      | Oui                      |                    |
| A. Mastiquer des aliments durs   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 ou plusieurs oui |
| B. Ouvrir votre bouche, ou déplacer votre mâchoire vers l'avant ou vers le côté.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |
| C. Les habitudes de la mâchoire telles que maintenir les dents en contact, serrer/grincer des dents ou mastiquer du chewing gum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |
| D. D'autres activités de mâchoire telles que parler, embrasser ou bâiller.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |

<b>Bruits à l'articulation des mâchoires</b>		> Claquements	>	<b>Diag 3 (luxation réductible)</b>
<b>Bruits à l'articulation des mâchoires</b>		> Crépitements	>	<b>Diag 4</b> voir type en 11&12
8.	8. Lors des 30 derniers jours, avez-vous eu un ou des bruit(s) à l'articulation de la mâchoire lorsque vous déplacez ou utilisez votre mâchoire?	Non	Oui	Oui
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Blocage de la mâchoire en bouche fermée</b>		<b>Diag 3: commencer par Q 9 &amp; 10</b>		
9.	9. Avez-vous déjà eu votre mâchoire bloquée, ne serait-ce qu'un instant, de telle sorte que vous ne puissiez pas ouvrir complètement votre bouche?	Non	Oui	Si 9 ET 10 <b>C'est irréductible</b>  (il faudra juste voir en E4C si < ou > 40mm)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Si vous avez répondu Non à la question 9, passez directement à la 13.</b>				
10.	10. Le blocage de la mâchoire était-il sévère au point de limiter l'ouverture de la mâchoire et interférer avec votre capacité à manger?	Non	Oui	(il faudra juste voir en E4C si < ou > 40mm)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	11. Lors des 30 derniers jours, avez-vous connu un blocage de la mâchoire tel que vous ne pouviez pas ouvrir complètement la bouche, ne serait-ce qu'un instant, suivi d'un déblocage permettant d'ouvrir complètement?	Non	Oui	Si 11 oui et 12 non <b>Réductible</b>  Avec blocages
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Si vous avez répondu Non à la question 11, passez directement à la 13.</b>				
12.	12. Actuellement, votre mâchoire est-elle bloquée ou limitée de telle sorte qu'elle ne s'ouvre pas complètement?	Non	Oui	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Blocage de la mâchoire en bouche ouverte</b>				
13.	13. Lors des 30 derniers jours, en ouvrant grand la bouche, vous est-il arrivé d'être bloqué, ne serait-ce qu'un instant, de telle sorte que vous ne puissiez pas refermer la bouche?	Non	Oui	D G ?
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Si vous avez répondu Non à la question 13, ce questionnaire est terminé.</b>				
14.	14. Lors des 30 derniers jours, quand votre mâchoire a été bloquée en bouche grande ouverte, avez-vous dû faire quelque chose pour la fermer, par exemple la laisser se reposer, la mobiliser, la pousser ou réaliser une manœuvre?	Non	Oui	D G ?
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>