

COMMENT JE TRAITE ...

la luxation condylienne mandibulaire antérieure

Y. GILON (1), J. JOHNEN (2), J-L. NIZET (3)

RÉSUMÉ : La luxation antérieure de l'articulation temporo-mandibulaire n'est pas rare et nécessite une prise en charge rapide. Un défaut de réduction de la luxation peut conduire à des atteintes fonctionnelles graves d'une articulation complexe et souvent en activité. La mise au point diagnostique est clinique et relativement évidente. Elle est réalisée par les intervenants de première ligne, généraliste ou urgentiste. Les cas récidivants concernent les chirurgiens maxillo-faciaux. Cet article décrit une technique classique de réduction de la luxation antérieure, à réaliser en urgence. La seconde partie de l'article traite de la prise en charge des formes récidivantes, affaire de spécialiste et de leurs techniques chirurgicales.

MOTS-CLÉS : *Luxation condylienne - Articulation temporo-mandibulaire - Technique de réduction - Procédure de Dautrey - Chirurgie zygomatique*

HOW I TREAT AN ANTERIOR TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISLOCATION

SUMMARY : Anterior dislocation of the temporomandibular joint is not uncommon and requires prompt management. A defect of dislocation reduction can lead to severe functional impairment of a complex, and often active joint. The diagnosis is clinical and relatively obvious. It is made by the front-line medical team, general practitioner or emergency doctor. Recurrent cases are a matter for maxillofacial surgeons. This article describes a conventional technique for anterior dislocation reduction, to achieve urgently. The second part of the article deals with the specialized surgical treatment of relapsing forms.

KEYWORDS : *Temporomandibular joint dislocation - Reduction - Dautrey's procedure - Zygoma surgery*

INTRODUCTION ET DÉFINITION

L'articulation temporo-mandibulaire est une articulation complexe et souvent en activité, ce qui la rend susceptible de présenter une défaillance, notamment une luxation antérieure. Celle-ci se produit quand le condyle articulaire se trouve en position antérieure à la cavité glénoïde, cavité articulaire dans laquelle il se trouve normalement. Sous la tension exercée par les muscles élévateurs (essentiellement, le muscle temporal), le condyle est alors dans l'impossibilité de revenir en position normale (Figures 1, 2). De multiples facteurs peuvent précipiter cette luxation : le plus souvent, il s'agit d'un mouvement de bâillement ou de vomissement, d'une manipulation au cours d'une séance de soins dentaires ou lors d'une anesthésie générale, voire d'un traumatisme.

Plusieurs formes cliniques existent : aiguë, récurrente, persistante selon une classification chronologique; antérieure, postérieure, supérieure et latérale selon une classification anatomique.

La forme récurrente est définie par de multiples épisodes de luxation, dont la fréquence s'accroît progressivement. La forme persistante fait suite à un blocage de longue durée du condyle en position luxée et irréversible. Une dernière entité clinique est la subluxation : elle est fréquemment rencontrée dans la population, et se caractérise par un déplacement antérieur

du condyle non retenu par l'éminence temporale. Cette forme est spontanément réductible; on parle alors d'hyper-laxité ligamentaire (1, 2).

Les formes postérieure, supérieure et latérale sont le plus souvent consécutives à un traumatisme. Elles sont plus sévères, et souvent associées à d'autres facteurs. Elles ne feront pas l'objet de notre discussion, mais il faut savoir qu'elles requièrent des soins hospitaliers particuliers.

Ainsi, la forme la plus souvent rencontrée est une luxation antérieure : c'est elle qui fera l'objet de notre article.

MISE AU POINT DIAGNOSTIQUE

Les signes et les symptômes des formes aiguë et récidivante sont identiques. Le patient se présente généralement aux urgences la bouche ouverte, dans l'impossibilité de la refermer, de parler, ou d'avaler sa salive. Le phénomène est souvent très douloureux. La luxation est généralement bilatérale, mais elle peut aussi n'être qu'unilatérale.

La mise au point est clinique et relativement évidente, et l'iconographie par scanner et/ou radiographie conventionnelle n'est pas utile dans les formes non traumatiques. Si elle est réalisée, elle met en évidence un condyle en avant du tubercule articulaire (Figure 3) (3).

PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

La technique classique de réduction (manoeuvre de Nélaton) consiste à se placer

1) Professeur, Chef de Clinique, (2) Assistant-résident, (3) Chef de Service, Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale, CHU de Liège.

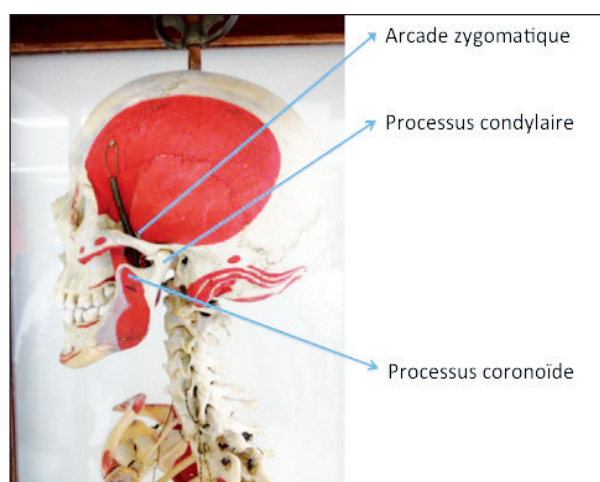


Figure 1. Anatomie normale de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM).

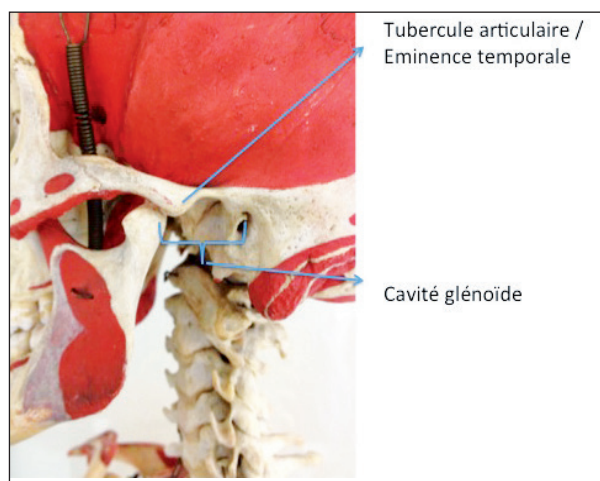


Figure 2. ATM en position luxée.

devant le patient, la tête de celui-ci reposant sur un appui arrière, de placer les deux pouces à plat sur les molaires inférieures et de ceinturer fermement la mâchoire luxée avec les autres doigts. En saisissant avec force la mandibule, il faut exercer une pression sur la dernière molaire inférieure vers le bas (1) pour allonger les muscles masticateurs élévateurs, et permettre au condyle de franchir l'obstacle qui le retient, et ensuite pousser en arrière (2), toujours avec force, pour que la mandibule retrouve sa place (Figure 4).

D'autres techniques, telles que l'approche couchée ou postérieure, ont pour seule variante le changement de position de l'opérateur, le procédé de réduction restant le même. Les techniques extra-orales, la «wrist pivot method», la «gag reflex method», la «unified hands technique» sont également des variantes de

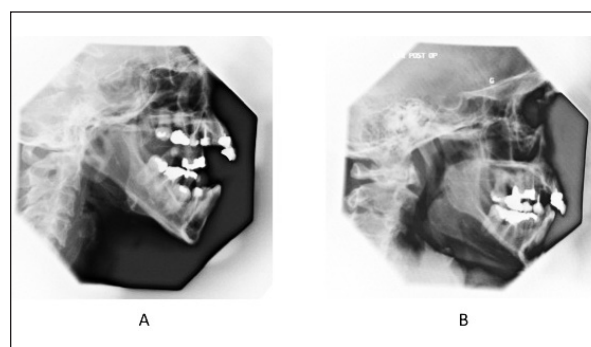


Figure 3. Radiographie conventionnelle de profil de l'ATM en position luxée (A) et post-réduction (B).

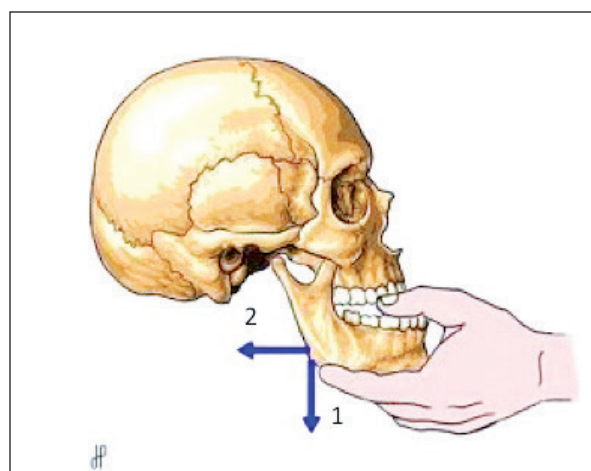


Figure 4. Manœuvre de Nelaton (voir texte pour description).

techniques de réduction. Elles permettent de s'adapter à chaque patient (3-8).

Il faut agir rapidement, car plus le temps passe, plus les muscles masticateurs se spasmant (trismus) et rendent difficile, voire même impossible, la réduction. Dans ces cas-là, il faut avoir recours à une sédation.

Cet acte technique est à risque de complications incluant, dans les formes récurrentes, la luxation spontanée après réduction, la fracture lors de la manipulation mandibulaire (rare), des lésions ligamento-musculaires et cartilagineuses liées à plusieurs tentatives de réduction, et, enfin, des lésions dentaires ou stomatologiques consécutives aux manœuvres intra-buccales. Notons encore que l'opérateur s'expose au risque de morsure des pouces et de la main. Pour diminuer ce risque, il est conseillé d'utiliser des gants et des compresses de gaze pour protéger les pouces de l'opérateur (3).

Une fois la luxation réduite en urgence, le patient appliquera des compresses froides au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire,

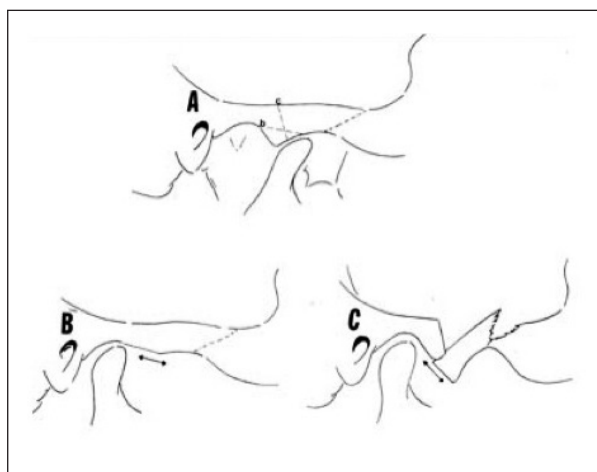


Figure 5. Luxation condylienne (A) ; Eminectomie (B) ; Butée de Dautrey (C).



Figure 6. Position de la patiente, exposition de l'arcade zygomatique et réalisation d'une butée de Dautrey.

et une alimentation molle lui sera conseillée pendant 48 heures. Il évitera autant que possible les activités qui favorisent les récides comme rire, chanter ou ouvrir la bouche largement. Les patients atteints d'une forme récidivante symptomatique, réfractaire au traitement conservateur, seront revus par un chirurgien maxillo-facial afin d'envisager une chirurgie.

TRAITEMENT DES LUXATIONS RÉCURRENTES

Il existe, dans la littérature, un nombre élevé de techniques variées pour le traitement de la luxation antérieure du condyle, sous sa forme récidivante. Il peut s'agir de traitements conservateurs, comme l'emploi de bandages, de «splints» (appareillage dentaire), d'injections extra-articulaires d'agent sclérosant, de sang autologue et de toxines botuliniques. Ceux-ci sont potentiellement morbides, peu satisfaisants et d'une efficacité limitée. La récurrence est fréquente (9). Le traitement chirurgical, certes plus invasif, est surtout plus décisif.

La myotomie complète ou partielle, la plicature capsulaire, la scarification du tendon du muscle temporal, la condylotomie ouverte, l'insertion d'un implant sur l'éminence articulaire

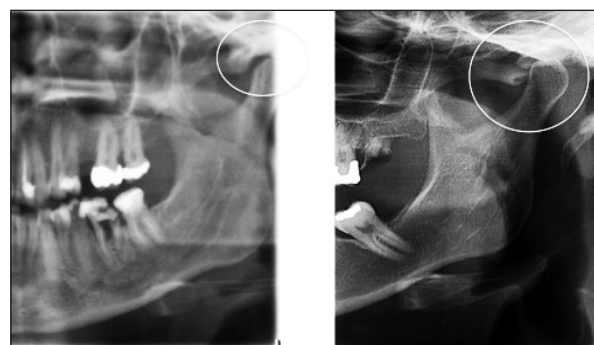


Figure 7. Radiographie panoramique préopératoire (A) et postopératoire (B).

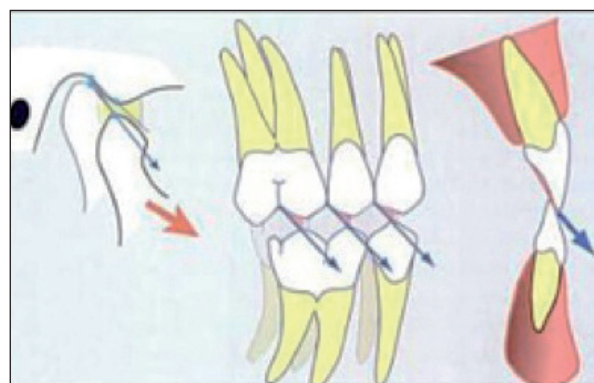


Figure 8. La pente condylienne permet le désengrènement des dents postérieures lors des mouvements de translation mandibulaire, médianes ou latérales.

ou l'augmentation de l'éminence par allogreffe et éminectomie (Myrraugh) sont autant de techniques employées, avec leurs avantages et leurs inconvénients. Dans notre institution, la technique utilisée pour traiter de manière définitive les récides est la procédure de Dautrey (10).

Elle consiste, par une incision prétragienne, à aborder l'arcade zygomatique, et à sectionner celle-ci à hauteur du tubercule temporal afin d'en luxer la portion antérieure qui est abaissée et bloquée sous le demi-condyle temporal distal. La solidité du montage peut être assurée par la mise en place d'une mini-plaque. Cette intervention se déroule sous anesthésie générale (Figures 5, 6, 7).

Notre choix pour cette technique se justifie à la fois par sa simplicité de mise en oeuvre, sa morbidité faible et son caractère fonctionnel. L'articulation temporo-mandibulaire comporte, en fait, deux compartiments séparés par le disque (ou ménisque) articulaire qui la divise en deux articulations fonctionnelles différentes. La première, inférieure, permet la rotation pure du condyle mandibulaire par rapport au disque et permet l'ouverture buccale; la seconde, supérieure, permet une translation du disque

sur l'éminence temporale, en fin d'ouverture buccale, provoquant l'abaissement de la mandibule, indispensable pour désengrener les dents postérieures cuspidées lors des mouvements de diduction et de propulsion. La butée augmente la hauteur de l'éminence temporale et conserve son inclinaison : la dynamique de translation reste physiologique, contrairement à l'éminectomie qui supprime toute guidance condylienne lors des mouvements mandibulaires (Figure 8).

CONCLUSION

La prise en charge d'une luxation antérieure de l'articulation temporo-mandibulaire fait appel à plusieurs intervenants. Dans un premier temps, une prise en charge en urgence réalisée soit par le médecin généraliste ou l'urgentiste aura pour but de réduire la luxation selon la technique décrite plus haut. Dans les situations récidivantes, le second intervenant est le chirurgien maxillo-facial, qui, par une intervention efficace, s'assurera de traiter de manière définitive la luxation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Shorey CW, Campbell JH.— Dislocation of the temporomandibular joint. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol, Endodontol*, 2000, **89**, 662-668.
2. Koslin MG, Indresano A Th, Mercuri LL.— Temporomandibular joint surgery in Parameters of Care : clinical practice guidelines for oral and maxillofacial surgery (AAOMS ParCare 2012). *Oral Maxillofac Surg*, 2012, **70**, Suppl 203, e204-e231.
3. Chan TC, Harrigan RA, Ufberg J, et al.— Mandibular reduction. *J Emerg Med*, 2008, **34**, 435-440.
4. Cheng D.— Unified hands technique for mandibular dislocation. *J Emerg Med*, 2010, **38**, 366-367.
5. Shun TA, Wai WT, Chiu LC.— A case series of closed reduction for acute temporomandibular joint dislocation by a new approach. *Eur J Emerg Med*, 2006, **13**, 72-75.
6. Imbery TA, Mirrieles RA.— An alternative manual method for reducing temporomandibular luxations. *Gen Dent*, 1990, **38**, 147-148.
7. Lowery LE, Beeson MS, Lum KK.— The wrist pivot method, a novel technique for temporomandibular joint reduction. *J Emerg Med*, 2004, **27**, 167-170.
8. Awang MN.— A new approach to the reduction of acute dislocation of the temporomandibular joint : a report of three cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 1987, **25**, 244-249.
9. Hegab AF.— Treatment of chronic recurrent dislocation of the temporomandibular joint with injection of autologous blood alone, intermaxillary fixation alone, or both together : a prospective, randomised, controlled clinical trial. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2013, **51**, 813-817.
10. Gadre KS, Kaul D, Ramanojam S, et al.— Dautrey's procedure in treatment of recurrent dislocation of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg*, 2010, **68**, 2021-2024.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr Y. Gilon, Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale, 4000 Liège, Belgique.
Email : yves.gilon@chu.ulg.ac.be