

LES LUXATIONS DE L'ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE EN PRATIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE : RAPPORT DE 30 CAS.

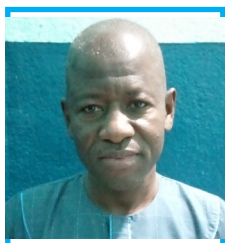
DISLOCATIONS OF THE TEMPORO-MANDIBULAR JOINT IN ODONTO-STOMATOLOGICAL PRACTICE: 30 CASES REPORT.

KASSAMBARA A^{1,3}, COULIBALY A^{1,3}, TOURE A^{1,3}, TRAORÉ S¹, KOITA H^{1,3}, SISSOKO Y¹, GARANGO A¹, NIENTAO O², KONE R¹, MAIGA AH², BA M², BA B², TRAORÉ H^{1,3}

1- Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale CHU-CNOS

2- Service de Chirurgie Buccale du CHU-CNOS.

3- Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)



Correspondance : Dr Abdoulaye KASSAMBARA

Service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale CHU-CNOS de Bamako

Tel : (00223) 74-54-19-34 / Email : kasssbloo@yahoo.fr

RESUME

Introduction : L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques des luxations de l'articulation temporo-mandibulaire dans notre pratique.

Méthode: une étude transversale descriptive a été réalisée sur une période de 26 mois au Centre National d'Odontostomatologie, centre hospitalier universitaire de Bamako et a concerné tous les cas de luxations de l'articulation temporo-mandibulaire. Les données recueillies à partir des dossiers médicaux ont été saisies puis analysées avec le logiciel SPSS version 23.

Résultats: durant la période d'étude, 30 cas ont été colligés, soit une fréquence hospitalière de 0,2%. Le sexe féminin a représenté 60% des cas avec un sex-ratio de 0,67. L'âge moyen était de 42 ans. Les âges extrêmes ont été 14 ans et 82 ans. Les ménagères ont été les plus représentées avec 36,67% des cas. Le délai moyen de consultation était de 2 jours. La circonstance de survenue la plus fréquente était le bâillement dans 36,8% des cas. La luxation était bilatérale dans 93,3% des cas. Une réduction de la luxation sans anesthésie par la manœuvre de Nélaton a été pratiquée chez 80,0% des cas.

Conclusion: La luxation temporo-mandibulaire est une pathologie très invalidante, peu fréquente dans notre contexte. La manœuvre de Nélaton permet de remettre l'articulation en place le plus souvent sans anesthésie.

MOTS-CLÉS : LUXATION, ATM, ODONTO-STOMATOLOGIE, NÉLATON.

ABSTRACT

Introduction : The aim of this work was to study the socio-demographic, clinical and therapeutic aspects of dislocations of the temporomandibular joint in odonto-stomatological practice.

Method: a descriptive transversal study was carried out over a period of 26 months at the national center of odontostomatology, university hospital center of Bamako and concerned successive cases of dislocations of the temporomandibular joint. Data was collected from medical records, captured and analyzed with SPSS software version 23.

Results: It was collected during the study period 30 cases with a hospital frequency of 0.2%. Female gender accounted for 60% of cases with a sex ratio of 0.67. The average age was 42 years old. The extreme ages were 14 years old and 82 years old. Housewives accounted for 36.67% of the cases. The average consultation time was 2 days. The circumstance of occurrence was yawn in 36.8% of cases. Dislocation was bilateral in 93.3% of cases. A reduction in dislocation by the Nelaton maneuver was performed in 80.0% of cases. Recurrence after reduction was observed in 46.7% of cases.

Conclusion: Temporomandibular dislocation is a very debilitating pathology, which is infrequent in our context. Nelaton's maneuver allows the joint to be replaced more often than not without anesthesia.

KEYWORDS: DISLOCATION, TMJ, ODONTO-STOMATOLOGY, NÉLATON.

INTRODUCTION

La luxation de l'articulation temporomandibulaire (ATM) est une perte permanente des rapports normaux des surfaces articulaires entre le condyle temporal et le condyle mandibulaire [1]. C'est une pathologie invalidante, qui peut être uni ou bilatérale, antérieure, postérieure ou supérieure. Réduites immédiatement, elle est sans gravité. Mais, lorsqu'elles ne sont pas réduites à temps, elles peuvent avoir des conséquences graves, aussi bien fonctionnelles qu'esthétiques [1, 2,3].

L'objectif de ce travail était d'étudier les aspects sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques des luxations de l'articulation temporomandibulaire en pratique odonto-stomatologique.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée sur une période de 26 mois (Mars 2016 à Mai 2018) au Centre National d'Odonto-Stomatologie, du Centre Hospitalier Universitaire (CHU-CNOS) de Bamako. Ont été inclus dans cette étude, tous les patients présentant cliniquement une luxation temporomandibulaire. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique rigoureux. Les signes physiques suivants étaient systématiquement recherchés : un faux prognatisme mandibulaire, une béance antérieure, une perturbation de l'articulé dentaire avec absence de contacts postérieurs, une vacuité des cavités glénoïdes entraînant une dépression en avant du tragus, et la présence des apophyses coronoïdes dans la partie postérieure des vestibules supérieurs.

Le bilan radiologique (orthopantomogramme, tomodensitométrie) n'était demandé qu'en cas de luxation ancienne ou de suspicion de fracture.

Tous les cas ont été réduits par la méthode orthopédique (manœuvre de Nélaton). Au cours de cette manœuvre, l'opérateur se place devant le patient, les mains gantées et les doigts protégés par des compresses, empaume la mandibule entre ses pouces appliqués sur l'arcade dentaire inférieure et ses autres doigts appliqués contre les arcs mandibulaires. Il pousse doucement la mandibule vers le bas jusqu'à ce que la tête mandibulaire réintègre la fosse mandibulaire. Un bandage est mis en place et une alimentation molle est prescrite pendant deux semaines.

Les critères de réussite du traitement étaient

la restauration de l'occlusion dentaire et le repositionnement du condyle mandibulaire dans la cavité glénoïde.

Les données recueillies à partir des dossiers médicaux ont été saisies puis analysées avec le logiciel SPSS version 23.

RÉSULTATS

Il a été colligé durant la période d'étude 30 cas de luxations temporomandibulaires. Elles ont représenté 0,20% des consultations au CHU-CNOS de Bamako. Le sexe féminin a représenté 60% des cas avec un sex-ratio de 0.67. La tranche d'âge la plus représentée a été celle comprise entre 21 et 40 ans. L'âge moyen a été de 42 ans avec un écart type de 23,21 ans. Les âges extrêmes ont été de 14 ans et 82 ans. Le délai moyen de consultation était de 2 jours (tableau I).

Tableau I : Répartition de l'effectif des patients en fonction du délai de consultation

Délai de consultation (Jours)	Effectif	Fréquence (%)
< 1	20	66,7
1- 3	2	6,7
≥4	8	26,6
Total	30	100

Les ménagères ont représenté 36,67% des cas. Les célibataires étaient les plus représentés avec 70% des cas. La majorité des patients était domicilié à Bamako, soit 80% des cas.

La circonstance de survenue la plus rencontrée était le bâillement avec 36.8% des cas (tableau II). Il a été observé un cas survenu après une extraction dentaire. La douleur des ATM était observée dans 20% des cas et la perturbation de l'articulé dentaire dans 73,3 % des cas. L'hygiène buccodentaire était mauvaise dans 60% des cas. Un édentement était observé dans 60% des cas avec une polycarie. L'asymétrie faciale était observée dans 83.3% des cas. La luxation était bilatérale dans 93,3% des cas (figure 1).

Tableau II: Répartition des patients en fonction des circonstances de survenue

Circonstances de survenue	Effectif	Fréquence (%)
Bâillement	11	36,8
Eclats de rire	1	3,3
Iatrogène (accident d'extraction dent de sagesse mandibulaire)	1	3,3
Elocution	9	30,0
Traumatique	4	13,3
Vomissements	4	13,3
Total	30	100



Figure 1 : Patient présentant une luxation temporomandibulaire antérieure bilatérale

Dans 46,7% des cas, la luxation était récidivante. Un bilan radiologique a été effectué dans 40% des cas (figure2).



Figure 2 : Orthopantomogramme montrant une luxation temporo-mandibulaire bilatérale (vacuité glénoïde bilatérale)

La réduction de la luxation a été orthopédique chez tous les patients à l'aide de la manœuvre de Nélaton. Elle a été réalisée sans anesthésie chez 80% des cas (tableau III). Un traitement médical a été prescrit pendant 5 jours chez 83,3% des cas après la réduction. L'évolution a été favorable après un recul de 6 mois dans tous les cas (figure 3).

Tableau III: Répartition de l'effectif des patients en fonction de la technique de prise en charge

Technique de prise en charge	Effectif	Fréquence (%)
Manœuvre de Nélaton sans anesthésie	24	80,00
Manœuvre de Nélaton sous A.L.R	1	3,30
Manœuvre de Nélaton sous A.G	5	16,70
Total	30	100,00



Figure 3 : Aspect après réduction par la manœuvre de Nélaton

DISCUSSION

Les luxations de l'ATM sont une pathologie relativement rare [3-5]. Elles ont représenté 0,2% des consultations au CHU-CNOS de Bamako.

Bien que sans gravité lorsqu'elles sont réduites immédiatement, elles peuvent avoir des conséquences graves, voire dramatiques, quand elles ne sont pas réduites à temps. Ces conséquences sont aussi bien fonctionnelles (troubles de l'articulé dentaire, douleurs et dysfonctions de l'ATM, troubles de la mastication et de la déglutition avec leur retentissement sur le tube digestif) qu'esthétiques (dysmorphie faciale à type de faux prognathisme mandibulaire, dépression pré-tragienne) [3].

Le sexe féminin était le plus représenté dans notre série avec un sex-ratio de 0,67. Cette tendance a été observée par certains auteurs [4, 6]. Cependant, un équilibre relatif entre les deux sexes a été constaté par d'autres auteurs [5].

Les adultes jeunes ont été les plus touchés dans notre série. Cette même tendance a été signalée à travers plusieurs études réalisées en milieu africain [4,5]. Dans notre étude, il a été observé un cas survenu chez un enfant suite à une crise comitiale. D'une manière générale, les luxations de l'ATM surviennent plus difficilement chez les enfants du fait de la configuration anatomique des éléments participant à la fonction de mastication. Chez l'enfant, la denture est souvent correcte avec un bon articulé dentaire. Ce qui limite la probabilité de survenue d'une

luxation de l'ATM surtout qu'à ce stade, les éléments de liaison entre le condyle temporal et le condyle mandibulaire sont en bon état.

Le bâillement a constitué la cause la plus rencontrée dans notre étude. La plupart des luxations de l'ATM surviennent au cours d'un acte physiologique «exagéré» en occurrence, le bâillement. Ce constat a été fait par plusieurs auteurs [4-6]. Dans 30% des cas, l'étiologie était en rapport avec une ouverture buccale exagérée lors de l'élocution. Il a été observé également un cas survenu après une extraction de dent de sagesse mandibulaire. Dans notre série, des édentements non compensés, des dents à l'état de racines et des malpositions dentaires ont été également notés. Le système manducateur est composé de trois éléments interdépendants: les dents, le parodonte et les ATM [7,8]. La perturbation de l'un d'entre eux a des répercussions sur les autres à moyen ou à long terme. Les édentements non compensés, les restaurations occlusales débordantes, les mouvements dentaires, les prothèses inadaptées, l'échec d'un traitement orthodontique ainsi que les fractures mal consolidées de la sphère maxillo-faciale peuvent constituer des facteurs de déstabilisation des ATM [5,7,8]. En effet, le déséquilibre au niveau de l'appareil manducateur entraîne une perturbation au niveau neuromusculaire qui est responsable d'une hyperlaxité des ATM. Cet état va exposer celles-ci aux luxations [6].

La prise en charge des luxations de l'ATM ne fait pas l'objet d'un consensus dans la littérature [9]. Elle repose essentiellement sur la réduction orthopédique par la manœuvre de Nélaton [4,5]. Elle a permis de réduire avec succès tous les cas rencontrés dans notre étude. Les luxations récentes sont habituellement réduites par cette manœuvre qui consiste en un abaissement progressif de la mandibule par pression et son refoulement en arrière. Celle-ci est d'autant plus facile à réaliser que la luxation est récente. Elle ne nécessite pas d'anesthésie et est habituellement complétée par un pansement de contention évitant une ouverture buccale excessive [3-5]. Dans notre série, la réduction a été faite sans anesthésie avec succès dans 80% des cas. Une sédation a été nécessaire dans certains cas. Le recours au traitement chirurgical est nécessaire en cas d'échec de la réduction orthopédique. Les luxations négligées deviennent progressivement irréversibles, imposant souvent une réduction chirurgicale. La plupart des auteurs rapportent les échecs de réduction fermée, notamment par spasme des

muscles manducateurs et envahissement fibreux de la fosse articulaire, rendant nécessaire au minimum, un abord direct préauriculaire de l'ATM [9,10]. Diverses techniques chirurgicales ont été décrites : condylotomie, condylectomie, ostéotomie des branches montantes, prothèse totale d'ATM [9]. La technique de Myrhaug (résection du tubercule articulaire temporal) est largement préconisée dans le cadre des luxations récidivantes de l'ATM. La technique Dautrey est une intervention préventive dont le but est de limiter les déplacements antérieurs du condyle mandibulaire en augmentant la hauteur du tubercule articulaire temporal [11]. Des injections de toxine botulique de type A dans les muscles manducateurs sont également proposés par certains auteurs [12].

CONCLUSION

La luxation temporomandibulaire est une pathologie peu fréquente mais très invalidante. La réhabilitation occlusale par orthodontie ou par prothèse dentaire doit être conseillée chez tout sujet présentant un trouble de l'articulé dentaire.

La manœuvre de Nélaton doit être connue et maîtrisée par tous les praticiens afin de diminuer les durées de luxation et le taux des évacuations vers les structures spécialisées.

RÉFÉRENCES

1. MICHELET FX, AUDION M. Articulation temporo-mandibulaire EMC (Paris-France), *Stomatologie I*, 22056 R10, 5-1984, p37.
2. SCOLOZZI P, JACQUES B, BROOM M. Les luxations de l'ATM : mise en profit. *Revue de stomatologie et de CMF*, 2008, Vol 109 (1), p9-14.
3. CHIKHANI L. Luxations temporomandibulaires In *Stomatologie Collection préparation de l'internat Ellipses, Ed Marketing*, Paris; 2003.
4. BENGONDO MC et coll. Aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques des luxations des ATM en milieu hospitalier à Yaoundé (Cameroun), *Health Sci. Dis*: Vol 10 (3), September 2009, p2.
5. SOUAGA K, CREZOIT G E, GADEGBEKEU S, ANGOH Y. Les luxations temporo-mandibulaires en milieu ivoirien à propos de 63 cas. *Odontostomatologie tropicale* 1997, p27-30.
6. PIETTE E. Pathologie traumatique dento-maxillo-faciale : In *Traité de Pathologie de la bouche et maxillo-faciale*. Ed DE BOECK Université, Belgique, 1991, Tome2, p1496.

7. AVIDAN A. Dislocation of the temporomandibular joint due to forceful yawning during Induction with propofol. *J ClinAneth*; 14(2):2002, pp159-160.
8. DAWSON PE. Le système stomatognathique, les problèmes de l'occlusion : Évaluation, diagnostic et traitement. In Traduction française de S. PERELMUTER et F. LIGER. *Edit J PRELAT*, Paris 1977.
9. ARZUL L, HENOUX M, MARION F, CORRE P. Luxation chronique bilatérale des articulations temporo-mandibulaires et syndrome de Meige. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale* 2015;116:106-110.
10. BAUR DA, JANNUZZI JR, MERCAN U, QUERESHY FA. Treatment of long term anterior dislocation of the TMJ. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2013;42:1030-3.
11. SRIVASTAVA D, RAJADNYAM, CHAUDHARY MK, SRIVASTAVA JL. The Dautrey procedure in recurrent dislocation: a review of 12 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994;23:229-31.
12. MAJID OW. Clinical use of botulinum toxins in oral and maxillofacial surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39:197-207.