

Article Original

ASPECTS CLINIQUES, ETIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES DES LUXATIONS DES ARTICULATIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES EN MILIEU HOSPITALIER A YAOUNDE-CAMEROUN : CLINICAL, ETIOLOGICAL AND THERAPEUTICALLY ASPECTS OF TEMPORO-MANDIBULAR JOINTS DISLOCATION: AN HOSPITAL BASED STUDY IN YAOUNDE-CAMEROON

Bengondo MC⁽¹⁾, Singwé-Ngandeu M⁽²⁾, Djomou F⁽³⁾, Ewo C⁽⁴⁾, Onana J⁽⁵⁾, Bengono G⁽³⁾.

(1)- Service d'Odonto-Stomatologie; CHU de Yaoundé

(2)- Service de Rhumatologie, Hôpital Central de Yaoundé

(3)- Service d'ORL, CHU de Yaoundé

(4)- Service d'Odonto-Stomatologie, Hôpital Central de Yaoundé

(5)- Service d'Odonto-Stomatologie, Hôpital Militaire de Yaoundé

Adresse pour correspondance

Dr Bengondo Messanga Charles, Département d'Ophtalmologie – ORL – Stomatologie
Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun.

E-mail: bengondoc@yahoo.fr / Tél.: (237) 77 87 73 07.

RESUME

Introduction: Les luxations des articulations temporo-mandibulaires (ATM) sont des accidents peu fréquents. Ce sont des pertes de contacts entre les condyles mandibulaires et les cavités glénoïdes. Le but de cette étude était de déterminer les aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques des luxations des ATM.

Méthodologie: L'étude a analysé les dossiers des patients ayant consulté pour déboitement des ATM. Cette étude rétrospective a été effectuée du janvier 2003 à novembre 2005, dans trois hôpitaux de Yaoundé. Les réductions étaient faites selon la technique de Nelaton. Les critères de succès du traitement des luxations des ATM étaient le rétablissement de l'occlusion dentaire, la remise en place des condyles mandibulaires avec diminution de la douleur.

Résultats: 19 dossiers de patients - 14 femmes (73,7 %) et cinq hommes (26,3 %) – dont l'âge moyen était de 45.3 ans (extrêmes : 26 et 79 ans) ont été retenus. La douleur était la principale plainte pour les patients de cette série. Toutes les luxations des ATM étaient antérieures. Trois étiologies étaient identifiées: les traumatismes (15,8 %), l'absence de tampons molaires (26,3 %), l'ouverture extrême de la cavité buccale (57,9 %). Les signes cliniques étaient en rapport avec la béance occlusale, le faux prognathisme circonscrit, la vacuité de la cavité glénoïde. Le traitement consistait à réduire la luxation par la manœuvre de Nelaton facilitée par une prémédication.

Conclusion : Les luxations des ATM ont des étiologies variées. Leurs manifestations cliniques rendent difficiles la mastication et la phonation.

Mots clés: Articulation temporo-mandibulaire – luxation – étiologie – clinique – traitement.

ABSTRACT

Introduction: Temporo-mandibular joint dislocations are not common. They are the loss of contact between mandibular eminences and glenoid cavities. The aim of this study was to determine clinical, etiological and therapeutical manifestations of these dislocations.

Methodology: This was a retrospective study carried out from January 2003 to November 2005 in three hospitals of Yaounde, on patients' files (one file per patient). The reduction was done using Nelaton's manoeuvre. The criteria of successful treatment of the dislocation were the restitution of normal dental contacts, the reposition of mandibular eminences into the glenoid cavities and the reduction of pain.

Results: There were 19 patients: 14 females (73.7 %) and five males (26.3 %), with the mean age of 45.3 years (range: 26 and 79 years). Pain was the main complaint in these patients. They presented with anterior dislocation of temporo-mandibular joint. Three etiologies were identified: traumas (15.8 %), absence of molar stop (26.3 %) and the wide opening of the mouth (57.9 %).

The clinical manifestations were dental occlusion disturbance, circumscapular pseudo prognathism and the vacuity of glenoid cavities.

Treatment consisted in reduction of dislocation by using Nelaton's technic, after a short premedication.

Conclusion: Dislocation of temporo-mandibular joints has many etiologies. Their clinical manifestations include poor mastication and phonation.

Key words: Temporo-mandibular joint – dislocation – etiology – clinic – treatment.

INTRODCUTION

Les luxations des articulations temporo-mandibulaires (ATM) sont des pertes des rapports anatomiques normaux entre les surfaces articulaires du condyle mandibulaire et de la glène du temporal [1, 2]. Elles s'expriment par l'impossibilité brutale et non résolutive de fermer la bouche qui reste entrouverte [3]. Leurs étiologies sont variées et les manifestations cliniques sont caractéristiques. Les conditions de la prise en charge sont fonction des délais entre l'accident et l'intervention.

Le but de ce travail était de déterminer les aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques des luxations de l'articulation temporo-mandibulaire.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur dossier (un dossier par patient), menée de janvier 2003 à Novembre 2005, dans les services d'odontostomatologie du Centre Hospitalier Universitaire, de l'Hôpital Central de Yaoundé, de l'Hôpital Militaire de Yaoundé et le service de rhumatologie de l'Hôpital Central de Yaoundé au Cameroun. Etaient inclus dans cette étude les dossiers des patients des deux sexes, consultés pour une luxation de l'articulation temporo-mandibulaire. Tous les patients avaient bénéficié d'un examen clinique rigoureux et systématique. L'examen radiologique panoramique dentaire n'était réalisé que pour les luxations anciennes ou lorsqu'il y avait une suspicion de fracture ou de difficulté inexplicée lors du traitement.

Le diagnostic de luxation de l'ATM était établi sur un ensemble de critères cliniques et, dans certains cas, radiologiques et évolutifs.

Les paramètres suivants étaient collectés pour analyse : les données démographiques, la date de survenue et l'étiologie de la luxation, les données de l'examen clinique, les données radiologiques et les modalités de traitement. Les dossiers ne comportant pas ces données ainsi que ceux des patients présentant une luxation des ATM associée à une fracture mandibulaire, une arthrite septique des ATM étaient exclus de l'étude.

Les réductions de luxations de l'ATM étaient faites grâce à la technique de Nélaton [3, 5, 7]. Elle était plus aisée en administrant une ampoule de 10 mg de valium par voie intra musculaire une heure avant la manœuvre, suivie par une infiltration d'une solution d'anesthésique extra cavité glénoïde. Cette manœuvre s'exécutait de la manière suivante:

Le patient assis sur le fauteuil dentaire; le praticien se tenait debout, face à lui. Des compresses étant appliquées sur les faces occlusales des molaires inférieures, le praticien empaumait la mandibule et appliquait ses pouces sur ces molaires alors que les doigts extra buccaux poussaient la base du menton vers le haut. Une pression verticale ferme et continue sur les molaires permettait de vaincre la contracture des muscles élévateurs de la mandibule. Cette pression était suivie par un mouvement de bascule arrière favorisant le décrochage des condyles mandibulaires de leur position pathologique vers les cavités glénoïdes. Chez les édentés, la manœuvre était effectuée de la même manière, mais en exerçant la pression sur la branche horizontale mandibulaire, proche du gonion.

Les critères de réussite du traitement étaient la restauration de l'occlusion dentaire et le repositionnement du condyle mandibulaire dans la cavité glénoïde.

RESULTATS

Cette étude a inclu 19 dossiers des patients consultés pour une luxation de l'articulation temporo-mandibulaire. Il s'agissait des dossiers de 14 femmes (73.7%) et de cinq hommes (26.3%). Leur âge moyen était de 45.3 ans (extrêmes : 26 et 79 ans). Tous les patients avaient consulté pour une douleur mandibulaire et/ou de l'articulation temporo-mandibulaire de type mécanique. La durée d'évolution des symptômes avant le diagnostic variait de un jour à 5 mois. L'examen physique avait retrouvé chez tous les patients, une luxation antérieure, reconnaissable par un faux prognathisme mandibulaire circonstanciel, une cavité buccale entrouverte, des perturbations de l'occlusion dentaire et des difficultés phonatoires. La palpation permettait de noter chez tous les patients, la présence des apophyses coronoïdes dans la partie postérieure des vestibules supérieurs ainsi qu'une vacuité des cavités glénoïdes, occasionnant une dépression en avant du tragus. La tête du condyle était perceptible au niveau de la face antérieure du tubercule zygomatique. Trois des 14 patientes de cette série présentaient en plus des signes de luxation antérieure de l'ATM, une cervicalgie, sans signe d'irritation radiculaire.

Les formes cliniques de luxation de l'ATM rencontrées chez les patients de cette série incluait: 13 cas (68.40%) de luxation bilatérale, trois cas (15.80%) de luxation

récidivante, deux cas (10.5%) de luxation unilatérale et un cas (5.3%) de luxation ancienne. Les étiologies trouvées étaient les suivantes : ouverture buccale extrême : 11 patients (57.9%) ; absence de tampon molaire : 5 cas (26.3%) ; choc antero-postérieur de la pointe du menton : 3 patients (15.5%). Parmi les 11 patients présentant la luxation par ouverture buccale ou bâillement extrême, l'origine iatrogène était notée dans cinq cas (45,4%) dont un cas lié aux manœuvres d'intubation et quatre cas liés aux manœuvres d'extraction dentaire (dents de sagesse inférieures) difficile; Les anomalies anatomiques des ATM étaient notées pour 4 patients (36.4%) et deux patients (18.2%) présentaient des troubles psychiques.

Les formes cliniques de luxation de l'ATM rencontrées chez les patients de cette série incluaient: 13 cas (68.40%) de luxation bilatérale, trois cas (15.80%) de luxation récidivante, deux cas (10.5%) de luxation unilatérale, un cas (5.3%) de luxation ancienne. Dans les luxations antérieures unilatérales, la pointe du menton était toujours déviée du côté non luxé.

Au plan thérapeutique, 18 patients avaient eu une remise en place, sous anesthésie locale et avec succès du condyle mandibulaire dans la cavité glénoïde par la manœuvre de Nélaton (restauration de l'occlusion dentaire et repositionnement du condyle mandibulaire dans la cavité glénoïde). La réduction était faite sous anesthésie générale dans l'unique cas de luxation ancienne, vue à la suite d'un échec de traitement entrepris par un tradipraticien.

La prescription des anti-inflammatoires accompagnait les réductions.

DISCUSSION

Durant cette étude qui avait pour but de déterminer les aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques des luxations de l'articulation temporo-mandibulaire, 19 cas de luxation de l'ATM remplissant les critères d'inclusion étaient retenus. Les luxations des ATM sont des accidents peu fréquents, ce qui explique le faible nombre de cas recensés en trois ans. Cette faible fréquence a été signalée par les travaux de Chikhani [3] ; tout comme cet auteur, nos résultats montrent que ces accidents ne surviennent que chez les adultes et les personnes âgées. En effet, la moyenne d'âge dans la présente étude était de 45.3 ans. Dans cette étude, les femmes semblent plus touchées par cette affection, confirmant les données de la

littérature [4,5]. Achard [6], dans ses travaux, explique cette différence par une instabilité psychique chez les femmes. La laxité musculo-ligamentaire chez la personne âgée pourrait aussi être un facteur favorisant, surtout si l'on prend en compte la moyenne d'âge des patients de la présente série.

Les étiologies des luxations des ATM dans la présente série étaient dominées par l'ouverture extrême de la cavité buccale et l'absence de tampons molaires, comme l'avaient également noté d'autres auteurs [6, 7, 8]. L'absence des tampons molaires réduit la hauteur occlusale et peut par conséquent favoriser la survenue des luxations. Les luxations par ouverture extrême de la cavité buccale seraient la résultante des anomalies des cavités glénoïdes, du condyle temporal, associées à une hyperlaxité ligamentaire et une hypotonie musculaire.

Les signes cliniques font de ces accidents des situations parfois spectaculaires dans lesquelles le patient se trouve la bouche entrouverte, essayant de déglutir une salive qu'il n'arrive pas à contenir. La bouche peut aussi être sèche si l'accident s'est produit depuis quelques heures. Les cervicalgies et les céphalées occipitales peuvent faire partie de la présentation clinique de cette affection. Les manifestations cliniques décrites dans cette étude sont conformes aux données de la littérature [2,6, 8]. Les différentes formes cliniques de luxation antérieure observées dans cette série sont similaires à celles présentées par d'autres auteurs [3, 9].

Pour le diagnostic de ces luxations, une radiographie panoramique est souvent nécessaire [10]. Mais dans cette étude, cet examen n'était pas systématique. En effet, il se pose dans nos milieux non seulement le problème délai de réalisation et d'interprétation de cet examen qui varient de deux à trois jours, mais aussi le problème de disponibilité dans nos formations sanitaires.

La thérapeutique des luxations récentes des ATM est mécanique, basé sur la manœuvre de Nélaton [3, 5, 7]. Tous les patients de cette étude avaient bénéficié de cette technique. L'unique cas de luxation ancienne avait d'abord eu sans succès, un traitement traditionnel consistant en des massages. Ces massages provoqueraient plutôt une ankylose et non une réduction.

La prescription des anti-inflammatoires doit accompagner les réductions. L'antibiothérapie n'est pas systématique, sauf lorsqu'il y a un risque infectieux par la présence d'une plaie sur les muqueuses ou lorsqu'on suspecte une déchirure ligamentaire.

CONCLUSION

Les luxations des articulations temporo-mandibulaires sont des accidents peu fréquents en consultation odonto-stomatologique. Dans certains cas, ces pathologies peuvent s'accompagner d'une cervicalgie pouvant faire orienter le patient en rhumatologie. Leurs étiologies en milieu hospitalier au Cameroun sont les mêmes que celles décrites par d'autres auteurs. Le diagnostic est d'abord clinique et la radiographie n'intervient qu'en cas de difficultés injustifiées au cours de la réduction. Cette réduction se fait par la manœuvre de Nélaton. Elle mérite d'être maîtrisée par tout le corps médical afin de soulager les accidentés.

REFERENCES

- 1- **Laison F, Gaudy JF.** Anatomie cranio-faciale Masson, Paris, 1993 ; p 63.
- 2- **Michelet FX, Audion M.** Articulation temporo-mandibulaire. EMC (Paris-France). Stomatologie I, 22056 R¹⁰, 5-1984, 37p.
- 3- **Chikhani L.** Luxations temporo-mandibulaires. In Stomatologie. Collection préparation de l'internat. Ellipses, Ed Marketing, Paris; 2003.
- 4- **Crepy C, Diner PA.** Luxations temporo-mandibulaires. Internat national vol.23, Paris. Ed Diffusion la Couloeuve d'Esculape, 1988 ; p 57.
- 5- **Levy C, Valentin C, Guérin T, Vincent G.** Dysfonctionnement temporo-mandibulaire. Impact médecin 231:3-12, 1994.
- 6- **Achard JL.** Pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire. In Révision Accélérée en Odonto-Stomatologie. Maloine s.a éd. Paris 1988 ; p 277-293
- 7- **Bellavoit A, Pasturel A, Pons J.** Complication des extractions dentaires. EMC, Paris. Stomatologie I, 22092 B¹⁰, 5, 1982.
- 8- **Valentin CM, Morin F, Dowek D.** Les désordres fonctionnels de l'appareil manducateur. J Parodontol 7:323-331, 2006.
- 9- **Le Breton G.** Pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire. In Traité de Sémiologie et Clinique Odonto-Stomatologique. Ed CdP, Vélizy Cédex, 1997 ; (p 331-341).
- 10- **Bengondo MC, Nko'o AS, Njock R, Banga MD, Bengono G.** Radiographie panoramique dentaire : utilité dans le diagnostic et la décision chirurgicale en Odonto-Stomatologie. J.Af Imag Méd 10 :682-686, 2006.