

La luxation de mandibule : diagnostic et technique de « réduction sur le terrain »

Foletti JM¹, Guyot L², Brignol L¹, Bertrand B², Thiéry G¹

1. Service de chirurgie maxillo-faciale, stomatologie, et plastique de la face, Hôpital d'instruction des armées Laveran, Marseille

2. Service de chirurgie maxillo-faciale, stomatologie, et plastique de la face, Hôpital Nord, Marseille

Med Trop 2010 ; 70 : 219-220

RÉSUMÉ • Le diagnostic de luxation de l'articulation temporo mandibulaire est clinique. Il ne nécessite pas d'examen complémentaire. La manœuvre de réduction peut être réalisée sur le terrain sans matériel spécifique.

MOTS-CLÉS • Luxation. Mandibule. Articulation temporo mandibulaire. Pays en développement.

MANDIBLE DISLOCATION: DIAGNOSIS AND REDUCTION TECHNIQUE «IN THE FIELD»

ABSTRACT • Diagnosis of temporomandibular joint dislocation can be achieved based on clinical findings. No complementary studies are required. Reduction can be performed without specific equipment in remote areas.

KEY WORDS • Joint dislocation. Mandible. Temporomandibular joint. Developing countries.

La luxation de l'articulation temporo mandibulaire se définit comme la perte des rapports anatomiques normaux entre les processus condyliens mandibulaires et les fosses mandibulaires temporales. Elle peut être uni ou bilatérale.

Volontiers impressionnante, cette pathologie est très invalidante pour le patient : impossibilité de mastiquer, difficultés pour l'élocution, bavage, crispation douloureuse des muscles masséters. Le praticien peut assurer une prise en charge immédiate, « sur le terrain ».

En dehors d'un contexte traumatologique, le bilan radiographique (orthopantomogramme) n'est pas obligatoire.

La priorité est d'obtenir la réduction précocement.

Diagnostic

Le diagnostic d'une luxation de l'articulation temporo mandibulaire est clinique. Il en existe deux formes : les luxations antérieures, de loin les plus fréquentes, et les luxations postérieures. Les rares luxations postérieures sont post traumatiques associant une fracture du processus condylien de la mandibule. Ces luxations doivent être explorées radiologiquement. Elles sortent de notre propos.



Figure 1. Aspect classique de luxation antérieure : ouverture buccale irréductible.

La luxation antérieure est la forme la plus fréquente (> 95% des cas). Leur étiologie n'est pas traumatique. Elles font suite à une ouverture buccale forcée (baillement, rire, soins dentaires etc.). Le patient ressent une douleur et/ou un craquement. La fermeture buccale passive ou active est impossible : le patient reste bloqué bouche ouverte (figure 1).

Anatomiquement, la tête du processus condylien est passée en avant du tubercule zygomatique antérieur. Cette luxation peut être uni ou bilatérale.

La palpation des articulations temporo mandibulaire objective la vacuité des fosses mandibulaires et la saillie sous zygomatique des processus condyliens luxés.

Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels sont éliminés par l'anamnèse : soit traumatique, avec les fractures mandibulaires déplacées ou les séquelles de brûlures cervicales.

Technique

La manœuvre de réduction décrite est celle dite de Nélaton. Elle est simple et rapide à mettre en œuvre, généralement peu douloureuse. Des compresses et une paire de gants non stériles sont le seul matériel nécessaire. Son efficacité est directement liée au délai de prise en charge : les chances de réussite sont d'autant plus grandes que la manœuvre est effectuée précocement. Chez un patient vu tardivement, la crispation progressive des muscles masticateurs rend la réduction plus douloureuse voir impossible.

La manœuvre est expliquée au patient afin d'obtenir sa collaboration. Tout au long de la réduction un accompagnement verbal est réalisé. Le patient est assis devant l'opérateur, la tête et le dos calés contre un plan dur ou maintenue par un aide.

L'opérateur saisit la mandibule à deux mains gantées : les pouces, protégés par des compresses, s'appuient sur l'arcade dentaire

• Correspondance : thiery.gaetansophie@free.fr
• Article reçu le 11/05/2010, définitivement accepté le 25/05/2010.



Figure 2. Manœuvre de Nèlaton : saisie correcte de la mandibule.

inférieure au niveau molaire. Les autres doigts viennent crocheter la branche horizontale et l'angle de la mandibule (figure 2). La manœuvre s'effectue ensuite en 2 temps 2 mouvements :

L'opérateur pousse fortement vers le bas avec les pouces, tout en exagérant l'ouverture buccale afin de désenclaver les processus condyliens (figure 3). La pression est appliquée de manière croissante, parfois importante, et doit rester constante afin de vaincre la résistance des muscles masticateurs.



Figure 3. Manœuvre de Nèlaton : premier temps ; poussée vers le bas et exagération de l'ouverture buccale.

Un mouvement de rétroimpulsion de la mandibule, tout en maintenant la pression vers le bas, permet de réintégrer les processus condyliens dans les fosses mandibulaires (figure 4). La perception d'un res-

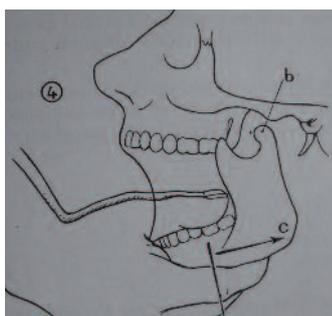


Figure 4. Manœuvre de Nèlaton : second temps ; rétroimpulsion.



Figure 5. Après réduction, la patiente peut à nouveau fermer la bouche.

saut marque la réussite de la réduction. La fermeture immédiate de la bouche et le soulagement du patient confirme le succès de la réduction (figure 5).

En cas d'échec, voir d'emblée chez un patient vu tardivement ou peu compliant, on peut avoir recours à un anxiolytique sédatif et/ou à l'anesthésie locale des articulations temporo mandibulaires.

Les anxiolytiques les plus utilisés sont les benzodiazépines, administrées par voie intramusculaire (ex : Valium® 5 à 10mg).

L'injection de 2cc de xylocaïne adrénalinée à 1% directement dans chaque vacuité des fosses mandibulaires anesthésie localement les articulations temporo mandibulaires. Un complément d'injection en deux points de 2 cc de xylocaïne directement dans chaque muscle masséter permet leur relâchement.

En cas de nouvel échec, la réduction sous Ketamine® est envisageable.

La seule complication de cette réduction est l'échec. Dans ce cas le patient doit être évacué sur un centre spécialisé. La réduction sera alors chirurgicale. Elle concerne principalement les luxations anciennes.

Les patients aux luxations pérennes sont invalidés : gêne à la mastication, trouble de l'élocution, bavage. Ils peuvent être étiquetés comme déficient cérébral et rejetés du groupe.

Les suites opératoires

Après réduction, afin de prévenir la récurrence, l'ouverture buccale limitée doit être préconisée. La mandibule est immobilisée 10 jours au moyen d'une bande de contention en «fronde mentonnaire» (figure 6). Une alimentation molle est prescrite 1 à 2 semaines.

La prescription d'appoint associe antalgiques de pallier I (paracétamol), anti-inflammatoires non stéroïdiens et myorelaxants.

Le patient est informé d'une possible récurrence. La chronicisation (luxations antérieures à répétitions) est rare, nécessitant alors une prise en charge chirurgicale spécialisée.

« Si la bouche aime à s'ouvrir fréquemment, elle ne saurait souffrir de ne point se refermer aisément ». Dr Dutroulou. ■



Figure 6. Après réduction, l'ouverture buccale est limitée par une bande de contention pendant 10 jours afin de prévenir la récurrence.

RÉFÉRENCES

1. Ginestet G. Chirurgie Stomatologie et Maxillo-Faciale. Méd Flammarion ed, 1963, pp 350-1.
2. Shorey CW, Campbell JH. Dislocation of the temporomandibular joint. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000 ; 89 : 662-8.
3. Chan TC, Harrigan RA, Ufberg J, Vilke GM. Mandibular reduction. *J Emerg Med* 2008 ; 34 : 435-40.