

# Thérapie de la luxation temporo-mandibulaire antérieure fixée, récidivante, à l'aide d'une miniplaque en forme de T

*chez une patiente polymorbide âgée – présentation d'un cas*

Georges C. Stergiou, Joachim A. Obwegeser,  
Klaus W. Grätz, Roger A. Zwahlen  
Clinique de chirurgie maxillo-faciale,  
Hôpital Universitaire Zurich

Adresse pour la correspondance:  
Dr. med. Dr. med. dent. Georges C. Stergiou  
Clinique de chirurgie maxillo-faciale,  
Hôpital Universitaire de Zurich  
Rämistrasse 100, CH-8091 Zurich  
Tél. 01 255 11 11, fax 01 255 41 79  
E-mail: georges.stergiou@usz.ch

Traduction française de Marie-Hélène Lafitte

Les luxations des articulations temporo-mandibulaires (ATM) sont fréquentes. Elles sont attribuées à une hypermobilité provenant en général de multiples facteurs, souvent d'une hyperactivité réticulaire continue des muscles (muscle ptérygoïdien latéral). D'autres causes possibles discutées sont des lésions structurelles et morphologiques, telles que l'affaiblissement des ligaments et les dysfonctionnements occlusaux. Si une thérapie conservatrice (dentaire, occlusale, physiothérapeutique) n'améliore pas la symptomatologie, il faut envisager une thérapie chirurgicale, en particulier chez les patients âgés, avec des maladies de base neurologiques telles que la maladie d'Alzheimer ou celle de Parkinson. En principe, les méthodes restrictives (verrouillage et contention) sont différenciées des méthodes favorisant le repositionnement spontané. Dans le cas présenté ici d'une patiente démente de 76 ans, avec luxation bilatérale fixée des ATM, récidivante, un verrouillage a été obtenu par ostéosynthèse, par la fixation d'une plaque en forme de T, courbée, à l'arcade zygomatique.

(Illustrations et bibliographie voir texte allemand, page 523)

## Introduction

La luxation mandibulaire est attribuée à une hypermobilité de l'articulation temporo-mandibulaire (REICH 2000) due probablement à un rapport anormal entre les forces musculaires et ligamentaires de la capsule articulaire et du disque articulaire. Lors d'une grande ouverture buccale, le condyle mandibulaire franchit le tubercule articulaire et est fixé dans cette position par la ten-

sion du muscle temporal (KÖLE 1980, KRÜGER 1968, REICH 1995). Ceci peut se répéter fréquemment dans le cas d'une perte d'élasticité des ligaments capsulaires (luxation habituelle). Lorsqu'une assistance extérieure est souvent nécessaire pour le repositionnement de la mandibule, on parle, du point de vue clinique, d'une luxation temporo-mandibulaire fixée, avec blocage mandibulaire, en général révélé par une ouverture buccale de plus de 10 mm.

L'hypermobilité «externe» de l'articulation temporo-mandibulaire est différenciée de l'hypermobilité «interne», une perte d'élasticité des ligaments du disque entraînant un glissement du disque, en général vers l'avant, associé à un trismus douloureux de la mandibule (REICH 2000).

La luxation temporo-mandibulaire est diagnostiquée d'une part cliniquement et d'autre part radiologiquement, par orthopantomographie.

Thérapeutiquement, la luxation fixée du condyle est repositionnée à la main, par la manœuvre selon Hippocrate. En raison de la contracture douloureuse des muscles masticateurs, il est fréquemment inévitable de pratiquer une sédation, avec ou sans infiltration simultanée des muscles masticateurs d'un anesthésique local, ou une anesthésie générale brève avec relaxation musculaire.

La réhabilitation chirurgicale d'une luxation du condyle fixée, récidivante, est indiquée si les mesures conservatives (dentaires, occlusales, physiothérapeutiques) ne permettent pas d'éliminer à long terme ou définitivement une luxation récidivante. Une réhabilitation chirurgicale est largement indiquée chez les patients handicapés mentaux, avec des déficiences neuromusculaires (PERKO 1973, LASKIN 1980, SCHWENZER 1981, REICH & BOTHE 1990, KUWAHARA 1994).

Deux approches de thérapie chirurgicale d'une luxation fixée récidivante du condyle sont suivies:

1. Les *procédures restrictives* consistent en un verrouillage ou une contention (LE CLERC & GIRARD 1943, KÖLE 1980, SAILER 1980). Ces procédés permettent de limiter le déplacement vers l'avant du condyle.
2. Favoriser un *repositionnement spontané* par ostéoplastie modelante du tubercule articulaire, qui n'empêche toutefois pas de nouvelles luxations (MYRHAUG 1951).

Un exemple de plastie de verrouillage est la procédure selon Leclerc et Girard (LE CLERC et coll. 1943). Cette méthode consiste à prolonger et augmenter la partie latérale du tubercule articulaire par le rabattement de l'arcade zygomatique ayant subi auparavant une ostéotomie, de sorte que le condyle ne puisse plus franchir le tubercule articulaire.

Une technique de contention, la méthode selon Köle, est brièvement décrite ici. Un lambeau de derme pédonculé, sans épithélium, prélevé dans la fosse préauriculaire, est amené et fixé devant le condyle par abord intrabuccal. La cicatrisation dans la zone antérieure de la capsule articulaire, limitera ensuite le déplacement du condyle vers l'avant et par suite l'ouverture buccale.

Le repositionnement spontané peut être facilité selon le principe de l'ostectomie modelante du tubercule articulaire comme il a été décrit par MYRHAUG, 1951. L'ostectomie peut dans ce cas, comme on le sait depuis lors, rester limitée à la partie antérieure du tubercule, afin de faciliter le repositionnement spontané, sans réduction complète de hauteur, de manière à ce qu'aucune nouvelle luxation fixée ne se produise. Un tubercule pneumatisé doit être considéré comme une contre-indication à l'ostectomie modelante, un examen par CT préalable est donc nécessaire.

Afin de simplifier et augmenter la sécurité intra- et postopératoire, en particulier chez les patients âgés, avec maladies neurologiques, pour lesquels l'administration ciblée, contrôlée électromyographiquement, de toxine botulinique type A dans le muscle ptérygoïdien latéral (DAELEN 1998) ne constitue pas une alternative, la technique de verrouillage utilisée dans le cas décrit ici, par augmentation de hauteur du tubercule articulaire au moyen d'une microplaque courbée, a été déjà décrite par ailleurs (BUCKLEY 1988, PUELACHER 1993, KUTTENBERGER 2003).

## Présentation du cas

### Anamnèse et examens

Une patiente grabataire de 76 ans, vivant dans un hospice, présentant une luxation fixée, bilatérale, des condyles a été adressée pour la première fois par le médecin d'urgence aux urgences de l'Hôpital universitaire de Zurich à la fin du mois de décembre 2005. Le repositionnement a pu être effectué sous sédation (2,5 mg de dornicum et 1 mg de morphine) par la manœuvre d'Hippocrate. De nouvelles luxations fixées bilatérales se sont produites par la suite, pour la première fois après quatre mois puis trois fois consécutives espacées de deux semaines. Lors de la dernière luxation, en mai 2006, un repositionnement manuel selon Hippocrate n'a pas pu être effectué malgré la sédation.

Étant donné que cette luxation temporo-mandibulaire fixée, récidivante, de la patiente grabataire souffrant de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Parkinson, nécessitait une prise en charge constante à l'Hôpital universitaire de Zurich, et que les maladies de base interdisaient une thérapie à la toxine botulique, une intervention chirurgicale a été décidée.

### Examens d'entrée

Patiente de 76 ans, dans un état général et nutritionnel réduit. Sans réaction. Désorientation temporelle, spatiale et autopsychique. Compensation cardiopulmonaire. Etat général: status médical normal. Etat neurologique: isocorie, réaction à la lumière rapide et consensuelle, signe de Babinski négatif des deux côtés. Motricité et sensibilité non vérifiables. Tremblement grossier, raideur avec phénomène de la roue dentée aux niveaux des articulations. Contractures musculaires au niveau des deux genoux et des deux coudes.

Examen extrabuccal: décubitus degré II-IV de la région mentonnière après applications répétées de bandes de redressement et contention. Aucun point d'infection aigue locale, aire ganglionnaire niveau I-IV libre des deux côtés. Fosses condyliennes vides des deux côtés à la palpation. Luxation temporo-mandibulaire bilatérale fixée, avec blocage de la mandibule et ouverture buccale de 30 mm environ, mesurée verticalement entre les crêtes alvéolaires des maxillaires inférieurs et supérieurs, le long de la ligne médiane.

Examen buccal: patiente avec maxillaires supérieur et inférieur édentés. Muqueuse non irritée. Vestibule complètement libre. Oropharynx normal des deux côtés. Uvule centrée. Bonne humidification de la cavité buccale.

Examen radiologique: une imagerie conventionnelle n'a pas pu être effectuée en raison des maladies de base. Une tomographie assistée par ordinateur CT (axiale/coronale, coupe = 1 mm) a révélé après le repositionnement initial, d'une part un condyle correctement centré dans la fosse articulaire des deux côtés (fig. 1), et d'autre part une pneumatisation nette du tubercule articulaire, des deux côtés, dans la coupe axiale.

### Thérapie

Sous anesthésie générale par intubation, l'arcade zygomatique et le tubercule ont été dégagés par un abord préauriculaire tout d'abord à droite. Un stimulateur nerveux a été utilisé pour l'identification du rameau zygomatique du nerf facial. Des mouvements fonctionnels passifs de la mandibule ont été effectués dans toutes les directions (protusion, latero-pro-/rétrusion et ouverture buccale) et les déplacements du condyle sur le tubercule plus particulièrement observés. Le repositionnement dans la fosse articulaire s'est révélé initialement difficile en raison des bandes qui s'interposaient parfois dans la partie postérieure de l'articu-

lation. L'ouverture buccale et la translation ont été effectuées jusqu'à ce que le point le plus profond du tubercule ait été déterminé. Après une préparation sous-périostée jusqu'à la base du crâne, une plaque en forme de T (System Modus 2.0) a été fixée à l'aide de 3 vis sur l'arcade zygomatique à la hauteur du tubercule articulaire. La plaque en T avait été auparavant pliée vers l'intérieur à un angle de 90° au niveau du dernier trou de la jambe du T, afin que le déplacement du condyle soit limité par une butée mécanique lors d'une ouverture buccale maximale (fig. 2). Cette technique a permis d'obtenir une augmentation de la hauteur du tubercule articulaire de 4 mm environ. La capsule articulaire n'a jamais été ouverte pendant la phase opératoire. Un drainage type Manovac vers le rétroauriculaire a été inséré. Les verrouillages gauche et droit de l'articulation temporo-mandibulaire se sont déroulés de façon analogue.

La thérapie postopératoire par antibiotique comportait de l'Augmentine® (GlaxoSmithKline), administrée initialement par voie parentérale 3×2,2 g puis par voie orale à 675 mg 1-1-1 pendant 5 jours au total. L'évolution postopératoire étant sans problème, le drainage type Manovac a été retiré après un jour. Les fils ont été retirés 5 jours après l'opération. Aucune nouvelle luxation n'a eu lieu après l'opération.

## Discussion

Il n'y a jusqu'à présent aucune directive homogène sur la thérapie de l'hypermobilité des articulations temporo-mandibulaires. Différentes stratégies thérapeutiques ont été suivies durant les dernières décennies, en particulier pour les luxations fixées, récidivantes, du condyle. Puelacher a décrit pour la première fois en 1992 une augmentation de hauteur du tubercule à l'aide d'une plaque courbée, en forme de T, fixée par ostéosynthèse à l'arcade zygomatique, en tant qu'alternative à l'opération connue de verrouillage selon Le Clerc et Girard de 1943. Les avantages de la méthode sont la simplicité de la technique et le faible trauma-

tisme du tissu environnant. En outre, la gêne occasionnée de la fonction du condyle est négligeable. Aucune résorption osseuse, qui se produit fréquemment après une ostéoplastie (LINDEMANN 1925), n'a été observée. La plastie du tubercule, comme dernière option, peut toujours être employée si aucune autre méthode chirurgicale n'est adaptée (PUELACHER 1992). Il ne faut pas sous-estimer le fait que l'intervention est relativement facilement réversible.

Dans une étude sur une période de 5 ans, Kuttenger et Hardt (KUTTENBERGER et coll. 2003), ont étudié le comportement à long terme des plaques sur 20 patients. Une thérapie chirurgicale a été indiquée après une répétition de deux luxations du condyle au minimum. Une rupture de plaque, vérifiée radiologiquement, s'est produite pendant la période d'étude chez 7 patients. Les auteurs en ont conclu que la méthode ne pouvait être considérée comme «standard idéal» du fait de la haute incidence de ruptures, mais uniquement dans des cas sélectionnés pour lesquels toutes les autres thérapies doivent être exclues en raison des maladies de base. Chez les patients âgés, polymorbides, avec maladies de base d'ordre neurologique, cette méthode peut être toutefois considérée comme une solution chirurgicale alternative valable de la problématique de la luxation.

Dans notre cas, l'augmentation absolue de hauteur du tubercule articulaire à l'aide d'une plaque d'ostéosynthèse en forme de T, fixée sur l'arcade zygomatique par des vis, représentait une méthode adaptée de traitement d'une luxation du condyle fixée, récidivante, chez une patiente âgée polymorbide. Des études à long terme sur l'utilisation de cette technique chez un tel groupe de patients sont actuellement en cours. Malgré sa simplicité, la méthode ne doit toutefois pas être considérée comme étant le premier choix pour le traitement des luxations des articulations temporo-mandibulaires habituelles ou récidivantes et ne devrait être employée, en raison de son taux élevé de complications que dans des situations particulières.