



Reçu le :
30 juin 2016
Accepté le :
21 juillet 2016
Disponible en ligne
21 août 2016



CrossMark

Malformations congénitales des articulations temporo-mandibulaires et des branches mandibulaires : quand greffer ? Quand distraquer ?

Congenital malformations of the temporo-mandibular joint and the mandibular ramus: Grafting vs distraction osteogenesis

A. Gallucci^{a,*}, N. Graillon^a, J.M. Foletti^b, C. Chossegros^a, F. Cheynet^a

^a Service de chirurgie maxillofaciale et stomatologie hôpital de la Conception, 147, boulevard Baille, 13005 Marseille, France

^b Service de chirurgie maxillofaciale et plastique de la face-stomatologie, hôpital Nord, chemin des Bourrelly, 13015 Marseille, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Summary

Congenital deformities of the mandibular ramus and of the temporo-mandibular joint are treated by surgery since the early 20th century. However, morphological and functional results are often disappointing, accounting for iterative operations. Today, a clear consensus concerning the type of intervention to be proposed, and at what age it should be carried out does not yet exist. For mild cases, “conventional” orthognathic or osteogenic distraction procedures seem to work well, especially if they are carried out at the end of growth. In severe cases, it is often necessary to proceed in several surgical steps, usually starting with a chondrocostal graft, especially when interceptive surgery, performed before the end of growth, is preferred in order to improve the patient’s quality of life.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Ramus hypoplasia, TMJ, Hemifacial microsomia, Osteogenic distraction, Chondrocostal graft

Résumé

Les anomalies congénitales des branches mandibulaires et de l’articulation temporo-mandibulaire sont prises en charge chirurgicalement depuis le début du XX^e siècle. Pour autant, les résultats tant morphologiques que fonctionnels restent souvent décevants, expliquant le recours à des interventions itératives. Il n’existe de nos jours toujours pas de réel consensus concernant le type d’intervention à proposer et l’âge de réalisation. Pour les formes les plus mineures, le recours aux chirurgies « classiques » orthognathiques, voire au protocole de distraction ostéogénique semble donner de bons résultats, surtout s’ils sont réalisés en fin de croissance. Dans les formes sévères, il est souvent nécessaire de procéder en plusieurs étapes chirurgicales, le plus souvent en commençant par une greffe chondrocostale, surtout en cas de chirurgie interceptive, réalisée avant la fin de la croissance pour améliorer la qualité de vie du patient.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Hypoplasie branche montante, Articulation temporo-mandibulaire, Microsomie hémifaciale, Distraction ostéogénique, Greffe chondrocostale

Introduction

Malgré les progrès techniques, la prise en charge des malformations de la branche montante mandibulaire et de

l’articulation temporo-mandibulaire reste un challenge chirurgical.

Ces malformations, lorsqu’elles sont congénitales, peuvent se rencontrer de façon isolée ou au sein de syndromes malformatifs, au premier rang desquels on retrouve les syndromes des premiers et deuxième arcs branchiaux.

* Auteur correspondant.

e-mail : audrey.gallucci@ap-hm.fr (A. Gallucci).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.revsto.2016.07.013> Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale 2016;117:240-244
2213-6533/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

L'atteinte de la portion verticale et articulaire de la mandibule est en effet constante dans les microsomies hémifaciales, les syndromes de Goldenhar et autres dysostoses mandibulaires, et fréquente dans les syndromes de Francheschetti, par exemple. Elle est alors responsable d'asymétries faciales, plus ou moins marquées, et de troubles de l'articulé dentaire. On observe classiquement un aspect hypoplasique de la joue du côté atteint, une déviation du menton vers ce même côté et une bascule du plan d'occlusion (le plus souvent vers le bas du côté sain).

On retrouve parfois associées à ces malformations mandibulaires des anomalies de croissance maxillaires ou zygomatiques dont l'origine primitive ou secondaire à l'asymétrie mandibulaire est parfois difficile à établir.

Il s'agit d'une atteinte relativement fréquente puisque la seule microsomie hémifaciale concerne 1 naissance sur 5600 et représente la seconde atteinte craniofaciale la plus fréquente après les fentes labiopalatines.

La microsomie hémifaciale (HFM) et la plupart des syndromes dits du 1^{er} et 2^e arc branchial associent outre l'hypoplasie de la branche montante et de l'ATM, de façon plus variable du maxillaire, du zygoma et de l'arcade zygomatique, une atteinte de l'oreille moyenne et externe, des muscles masticateurs, des structures nerveuses faciales et trigéminales ainsi que des tissus mous sous-jacents.

Au sein de ces différents syndromes, la sévérité de l'atteinte mandibulaire peut également être très variable. Elle conditionne souvent le pronostic fonctionnel et morphologique, d'où l'intérêt d'une classification.

Pruzansky a, dès 1969, proposé une classification en 3 grades [1]. Cette classification a par la suite été complétée par Kaban et al. en 1988 [2] avec une meilleure prise en compte de la répercussion articulaire de l'atteinte, et on retient classiquement aujourd'hui 4 grades :

- I : ramus plus court mais de morphologie normale, tous les composants anatomiques osseux et musculaires sont présents, fonction masticatoire normale ;
- IIA : ramus anormal en taille et en forme, conservation de l'ATM et de son fonctionnement ;
- IIB : atteinte du ramus et de l'articulation temporo-mandibulaire en taille, forme, position, perte des mouvements de translation (fonctionnement purement en rotation du condyle dans la glène en raison de la position antérieure et médiale du condyle et du ramus et de la butée postérieure du condyle contre la base du crane) ;
- III : agénésie du condyle et de tout ou partie du ramus, du disque articulaire, de la capsule, hypoplasie sévère de la cavité glénoïde. Hypoplasie sévère des muscles masticateurs. Répercussion morphologique majeure, parfois rétrognathie responsable de troubles ventilatoires.

Prise en charge chirurgicale

Le but de la prise en charge des hypoplasies de branches montantes est, d'une part, de restaurer l'unité condyle/

ramus ± ATM et, d'autre part, d'assurer la croissance de cette branche montante afin de normaliser l'occlusion et la fonction masticatrice, et ce, de façon durable.

Une description précise de l'atteinte de l'ATM est très importante dans la prise en charge de la malformation. Fonctionnellement, les grades I et IIA sont équivalents. Dans le cas de grades IIB et III, la fonction et la position des ATM sont anormales.

Les asymétries de branches montantes mandibulaires sont prises en charge chirurgicalement depuis la première moitié du XX^e siècle par des techniques d'ostéotomies ou de greffes osseuses. Depuis le début des années 80, la greffe chondro-costale est devenue la technique de référence chez l'enfant, puis dès le début des années 90, la technique de distraction ostéogénique (DO) a trouvé son application dans cette indication (1^{er} cas en CMF décrit par McCarthy en 1992).

En 2014, Pluijmers et al. [3] ont réalisé une revue de la littérature afin de dégager les grands axes de prise en charge. On voit ainsi que les différents auteurs s'accordent pour réserver les ostéotomies classiques aux formes mineures (grades I et parfois IIA) d'hypoplasies ramiques. Il s'agit alors d'une prise en charge orthodontico-chirurgicale relativement classique chez l'adulte ou l'adolescent, une chirurgie bimaxillaire étant souvent nécessaire pour horizontaliser le plan d'occlusion.

Greffe ostéocartilagineuse et reconstruction d'une articulation temporo-mandibulaire

Le recours à la greffe ostéocartilagineuse en cas d'hypoplasie sévère (systématique dans les grades III, discuté dans les grades IIB) est lui aussi relativement consensuel.

En effet, l'intérêt de ce type de greffe est l'apport de cartilage avec son potentiel de croissance. Il s'agit pour la plupart des équipes d'une greffe chondro-costale. L'âge de réalisation de cette greffe est relativement variable d'une équipe à l'autre, de 3 à 10 ans en moyenne.

La technique chirurgicale consiste en un prélèvement de la 5^e côte avec 5 à 10 mm de cartilage qui est ensuite remodelé. La taille du greffon osseux est adaptée à la hauteur de la dissymétrie. Le greffon est inséré par voie sous-angulo-mandibulaire et fixé à la branche montante ou à l'angle par 2 ou 3 vis en compression après avivement.

Il est parfois nécessaire de réaliser un second abord prétragien pour préparer une cavité glénoïde. Toute la difficulté de la technique réside dans le positionnement du greffon au sein d'une articulation inexistante et dans son orientation.

Une ostéotomie de la branche montante contralatérale est parfois nécessaire pour permettre la rotation mandibulaire. Un blocage maxillo-mandibulaire est nécessaire en postopératoire pour stabiliser l'occlusion et permettre à la néoarticulation de se positionner.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174866>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174866>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)