



Reçu le :
14 juin 2016
Accepté le :
22 juillet 2016
Disponible en ligne
17 août 2016



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Chirurgie discale de l'articulation temporo-mandibulaire

Temporomandibular joint disc surgery

J. Potier^{a,*,d}, J.-M. Maes^a, R. Nicot^a, T. Dumousseau^{a,d}, M. Cotelle^a, J. Ferri^{b,c}

^a Service de chirurgie maxillofaciale et stomatologie, hôpital Roger-Salengro, CHU de Lille, boulevard du Prof.-Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France

^b U1008, médicaments et biomatériaux à libération contrôlée, université de Lille, 59000 Lille, France

^c Association internationale de médecine orale et maxillofaciale (AIMOM), 7 bis, rue de la Créativité, 59650 Villeneuve-d'Ascq, France

^d Service de chirurgie maxillofaciale et stomatologie, hôpital Seclin, groupe hospitalier Seclin-Carvin, 59133 Seclin, France

Summary

Temporomandibular joint (TMJ) disorders are a common disease and may be responsible for major functional and painful repercussions. Treatment is not consensual. The literature highlights the role of conservative treatments (physiotherapy, analgesics, splints) in a first attempt. Minimally invasive surgical techniques (arthroscopy, arthrocentesis) have developed rapidly in recent decades. They have proven effective and reliable, especially in patients suffering from irreducible or reducible anterior disc dislocation or presenting with arthropathies. The goal of our work was to make an update about disk surgery.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Temporomandibular joint, TMJ disc repositioning, Temporomandibular disorders, Disk displacement, Arthrocentesis

Résumé

Les dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) sont fréquentes et peuvent avoir des répercussions fonctionnelles et algiques majeures. Leur traitement ne fait pas consensus. La littérature souligne le rôle prépondérant des traitements conservateurs (kinésithérapie, antalgiques, gouttières occlusales) en première intention. Au cours des dernières décennies, les techniques de chirurgie mini-invasive (arthroscopie, arthrocentèse) ont connu un grand essor. Ces techniques se sont révélées efficaces et fiables, surtout chez les patients présentant un déplacement discal antérieur irréductible (DDI) ou réductible (DDR), ainsi que dans le cadre d'arthropathies. Le but de notre travail était de faire le point sur la place de la chirurgie discale.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Articulation temporo-mandibulaire, Chirurgie de l'appareil discal, Dysfonction temporo-mandibulaire, Luxation discale, Arthrocentèse

Introduction

La chirurgie des troubles discaux de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), décrite initialement par Annandale en 1887 [1], a été codifiée par McCarthy et Farrar en 1979 [2]. Elle intéresse le disque, l'appareil capsulo-ligamentaire et les

surfaces osseuses. Elle reste actuellement très controversée dans ses indications, ses techniques, la qualité de ses résultats et le sérieux de leur évaluation. Il n'existe actuellement aucune étude clinique sérieuse (multicentrique randomisée en double insu comparative) comparant cette chirurgie aux traitements conservateurs ou comparant les différentes techniques chirurgicales entre elles. Le chirurgien et le patient doivent avoir des attentes réalistes en termes de résultats, les buts étant l'amélioration de l'ouverture buccale, de la qualité de vie et la diminution des douleurs.

* Auteur correspondant.
e-mail : jupotier2@gmail.com (J. Potier).

Sur le plan anatomique, le disque divise l'articulation en un compartiment inférieur, discocondylienne, siège d'un mouvement de rotation du condyle en début d'ouverture buccale, et en un compartiment supérieur, discotemporal où se produit un mouvement de translation du complexe condylo-discal en fin d'ouverture. Ce disque est un fibrocartilage avasculaire en forme de lentille biconcave, renforcé à ses deux extrémités par un bourrelet transversal. Ce complexe condylo-discal reçoit en avant les puissantes insertions du muscle ptérygoïdien latéral et est, au contraire, amarré à la face postérieure du col mandibulaire par le feuillet inférieur d'une structure bilaminaire faite de tissu conjonctivo-vasculaire très lâche, richement innervé par des fibres nociceptives et siège d'un plexus veineux. Le feuillet supérieur de cette structure se termine dans la fissure pétérotympanique [3].

Physiopathologie

Le bourrelet discal postérieur se positionne normalement au fond de la cavité glénoïde et la face supérieure du disque est située contre le versant postérieur de l'éminence temporale. Le disque surmonte la tête condylienne et l'accompagne dans tous les mouvements (ouverture, fermeture, diductions, propulsion). Lors d'un déplacement discal antérieur (ou antéro-interne) intermittent pathologique, il peut apparaître un claquement d'ouverture traduisant le franchissement du bourrelet discal postérieur par la tête condylienne et un claquement de fermeture lorsque le condyle repasse en arrière du bourrelet postérieur (claquement réciproque). Ces claquements traduisent un déplacement (ou luxation) discal(e) réductible (DDR). Ils disparaissent lorsque le déplacement discal devient irréductible (DDI), lequel s'accompagne, dans les cas typiques, d'une période douloureuse et d'une limitation d'ouverture buccale. La luxation discale est généralement due à des phénomènes de compression articulaire chronique (troubles occlusaux, dysmorphose, ...) ou dysfonctionnels (bruxisme, contracture des muscles masticateurs). L'IRM permet de visualiser le disque mais son utilisation n'est pas indiquée dans le diagnostic positif des luxations discales. Elle permet de diagnostiquer précocement une ostéoarthrose débutante (hyposignal T1 et hypersignal T2 de l'os trabéculaire). L'ankylose fibreuse, autre pathologie discale fréquente, consiste en un « ventousage » du disque à la cavité glénoïde, responsable de douleurs transitoires et d'une limitation d'ouverture buccale, souvent assez rapidement remplacée par une déviation du chemin d'ouverture, d'un ressaut et d'une immobilité du disque lors des mouvements d'ouverture/fermeture à l'IRM.

Diagnostic clinique

Les douleurs musculaires constituent l'une des plaintes les plus fréquentes. Elles peuvent siéger au niveau des fibres des

enveloppes ou des fascias musculaires ou au niveau des insertions tendineuses. On distingue les douleurs aiguës (contractions et spasmes) et les douleurs chroniques (douleurs myofasciales avec ou sans limitation d'amplitude). Elles se traduisent par des sensations de crampe et de raccourcissement musculaire et participent à la limitation d'ouverture buccale. Dans le cas des douleurs myofasciales, la symptomatologie peut être polymorphe. La palpation des muscles masticateurs et cervicaux recherchera des zones gâchettes (« trigger-zone »), en bandes ou nodulaires. Les autres plaintes fréquentes sont des impressions d'instabilité, des troubles visuels, des faux vertiges témoignant de difficultés de gestion d'informations contradictoires par les centres coordinateurs de l'équilibre.

Les déplacements discaux peuvent être réductibles (DDR) ou irréductibles (DDI) et s'accompagner ou non d'une limitation d'ouverture buccale. La littérature retrouve une prédominance des DDR (20 à 44,2 %) par rapport aux DDI avec (2 à 12,8 %) et sans (2,4 à 8,1 %) limitation d'ouverture buccale. Dans le cadre d'un DDR, le claquement d'ouverture est souvent d'autant plus précoce, et le claquement de fermeture d'autant plus tardif que les attaches discales sont peu étirées. Ces bruits articulaires sont accompagnés d'un ressaut condylien ressenti lors de la palpation du pôle latéral de l'articulation. La recapture discale se traduit par une latérodéviation du côté lésé jusqu'au claquement, suivi d'un recentrage mandibulaire afin d'atteindre l'ouverture buccale maximale. La douleur lorsqu'elle est présente, se traduit par une otalgie référée ou par une sensibilité lors de la palpation latérale de l'articulation.

Dans le cadre d'un DDI, la zone bilaminaire postérieure, très innervée, est interposée entre les surfaces articulaires, ce qui se traduit par la survenue de douleurs intenses. À l'examen clinique, on note une limitation d'ouverture buccale et une déviation mandibulaire du côté atteint. Les claquements articulaires, s'ils étaient initialement présents, disparaissent, témoignant d'une absence de recapture discale [4,5] (fig. 1).

Les indications opératoires

Annandale semble avoir publié, en 1887, la première description d'une réparation de déchirure discale et d'un réarrangement du disque par suture au périoste de la partie latérale de l'articulation [1]. La discectomie, décrite par Lanz en 1909 [6], restera le traitement de choix des dysfonctionnements articulaires pendant une quarantaine d'années. Dans les années 50, les condylectomies sont préconisées, notamment par Henny [7], pour le traitement des dérangements internes. En 1979, McCarthy et Farrar [2] y associent une discopexie par plastie de la zone rétrodiscale. En 1987, Weinberg et Cousens [8] modifient cette discopexie en proposant un amarrage trans-cervicocondylienne. Depuis, de nombreuses autres techniques ont été proposées mais, malgré leur ancienneté, les indications restent mal codifiées.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174872>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174872>

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