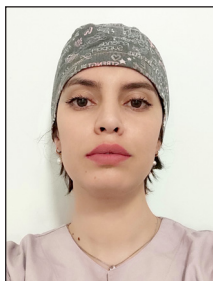


RÉDUCTION DES LUXATIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES : NOUVELLE TECHNIQUE



I. LOUAAR, L. BOUHOUCHE, A. FERDJAoui

Service de chirurgie maxillo-faciale esthétique et réparatrice - CHU Mustapha Pacha-Alger

RÉSUMÉ

La méthode Hippocratique développée par Nelaton est l'approche conventionnelle utilisée pour réduire les luxations temporo-mandibulaires antérieures atraumatiques. Bien qu'elle soit souvent efficace, elle est aussi brusque, traumatisante et trouve ses limites dans certains cas.

Cette note technique décrit une nouvelle méthode endobuccale simple et rapide de réduction de luxation temporo-mandibulaire effectuée chez 44 patients en position de décubitus dorsal évaluant ainsi son efficacité et ses avantages par rapport à la manœuvre de Nelaton.

Mots clés : luxation temporo-mandibulaire antérieure ; réduction de luxation TM ; décubitus dorsal ; méthode endobuccale.

ABSTRACT

The Hippocratic method developed by Nelaton is the conventional approach used for reduction of atraumatic anterior temporo-mandibular joint dislocation. Although it is often successful, it is also abrupt and traumatic and hits its limits in some cases.

This technical note describes a new intra-oral reduction method of Temporo-mandibular joint dislocation ; quick and simple that was performed in

44 patients in supine position as well as assessing its efficiency and advantages compared to Nelaton maneuver.

Keywords : anterior temporo-mandibular joint dislocation ; TM joint dislocation reduction ; supine position ; intra-oral method.

I. INTRODUCTION

La luxation antérieure est la forme la plus fréquente des luxations temporo-mandibulaires aiguës, elle correspond au déplacement de la tête condylienne en dehors de la fosse glénoïde au-delà de l'éminence temporale. Elle survient souvent suite à l'ouverture buccale forcée (bâillement ; rire ; vomissement ; soins dentaires) et dans certaines pathologies neuromusculaires.

Son traitement nécessite une réduction manuelle ; exceptionnellement chirurgicale (pour les formes chroniques récurrentes et persistantes). L'approche conventionnelle de Nelaton consiste à mettre le patient en position assise tête contre le mur ensuite se placer devant lui, poser les deux pouces sur les surfaces occlusales des dernières molaires inférieures et exercer une forte pression vers le bas puis

en arrière. Cette technique exige l'utilisation d'une force importante surtout chez les sujets ayant de puissants muscles masticateurs et nécessite parfois le recours aux myorelaxants, aux sédatifs ou à l'anesthésie locale et même générale. L'inconfort de la position assise et la difficulté de maintenir la tête peuvent être responsables d'une réduction difficile obtenue après plusieurs tentatives pouvant aggraver des lésions préexistantes de l'appareil articulaire et allonger le temps opérationnel.

Notre travail propose une méthode alternative de réduction manuelle par manœuvre endobuccale en décubitus dorsal avec tête en position neutre qui requiert une faible force, réduit le temps et offre au patient une position plus confortable.

II. MÉTHODES

Notre étude porte sur tous les consultants vus aux urgences de chirurgie maxillo-faciale du CHU Mustapha Pacha entre Mars et Juin 2022 présentant une luxation temporo-mandibulaire (TM) antérieure non traumatique ; ils ont tous bénéficié d'un examen clinique rigoureux visant à collecter les données démographiques, les antécédents pathologiques et de luxation TM, les circonstances de survenue, le temps écoulé entre la luxation et la consultation et le caractère uni ou bilatéral.

Tous les patients ont bénéficié d'une réduction manuelle en décubitus dorsal ; tête en position neutre (la ligne ala-tragale est perpen-

diculaire à la table opératoire). Le praticien se met debout derrière la tête du patient, ce qui lui permet d'avoir une bonne exposition de la cavité buccale, ses pouces sont placés sur le bord antérieur du Ramus de chaque côté et les autres doigts appuient sur le bord inférieur de la mandibule. Les deux pouces exercent une légère pression en arrière et en bas réalisant un mouvement rotatoire dans le sens anti-horaire et permettant le retour de la tête condylienne à sa position anatomique.

Nos critères d'évaluation de l'efficacité de cette technique ont été représentés par le temps opérationnel correspondant à la durée d'exécution du geste calculée à partir du moment où les pouces sont introduits dans la cavité buccale jusqu'à l'obtention de la réduction et par l'intensité de la douleur appréciée à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) (Fig. 1).

III. RÉSULTATS

Dans notre travail, 44 patients ont été inclus, on note une légère prédominance féminine : 24 femmes et 20 hommes (Fig. 2), la moyenne d'âge était de 39 ans avec des extrêmes (8 et 91 ans).

On a réalisé 44 réductions en décubitus dorsal avec un taux de réussite de 100 % sans recours aux myorelaxants, à l'anesthésie locale ou générale. 21 patients avaient des antécédents de luxation TM dont 04 récurrentes. La luxation bilatérale a été trouvée chez 42 patients ; la manœuvre de réduction des deux luxations

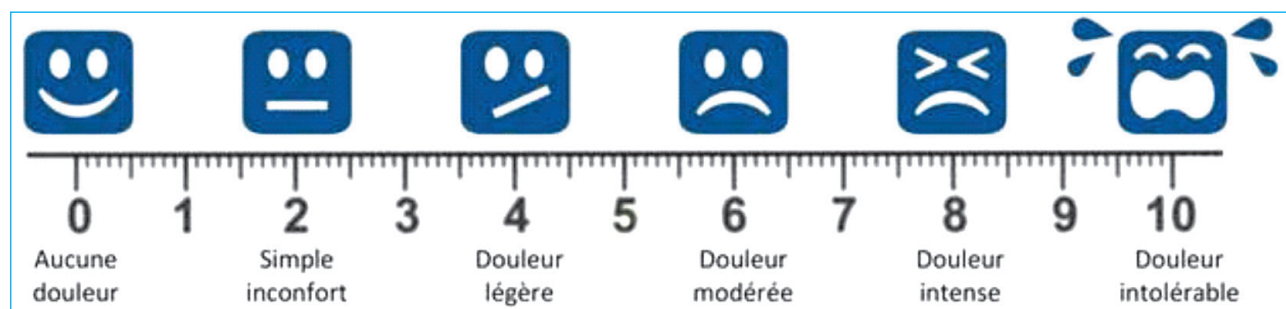


Fig. 1 : Échelle visuelle analogique EVA

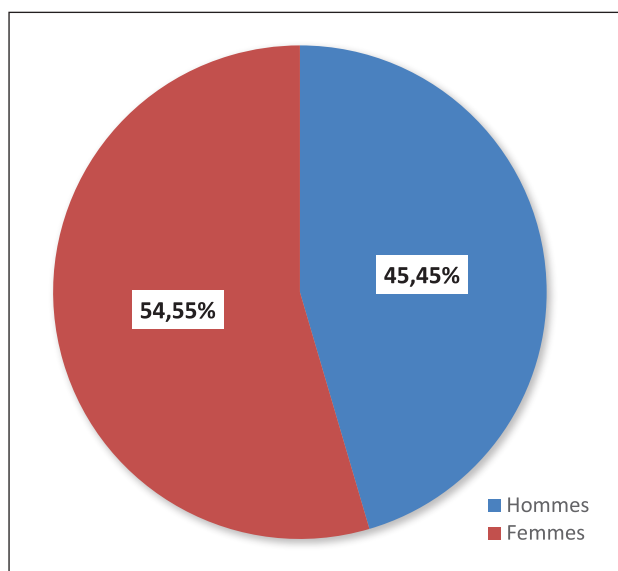


Fig. 2 : Répartition des patients selon le sexe

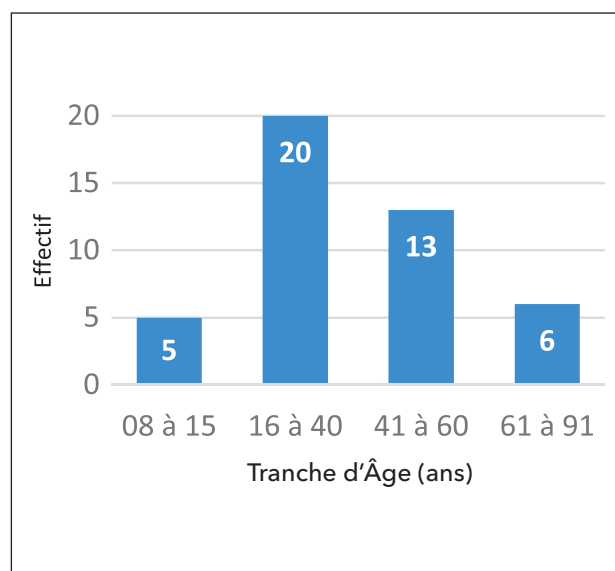


Fig. 3 : Répartition des patients par tranche d'âge

unilatérales a été effectuée du côté ipsilatéral avec succès.

La moyenne du temps opérationnel était de 15 secondes aux extrêmes (05-90) pour des luxations qui durent depuis 01 à 72 h. Pendant la réduction la douleur a été chiffrée en moyenne à 2/10 sur EVA (Tableau 1).

Tableau 1 : Données descriptives de la technique de réduction temporo-mandibulaire en décubitus dorsal

Paramètres	Résultats
Âge : moyenne (Min-Max) ans	39 (08 - 91)
Sexe (H/F)	20/24
Antécédents de Luxation	21
Caractère uni/bilatéral	02/42
Temps entre luxation-réduction : Moyenne (Min-Max) heures	05 (01 - 72)
Temps opérationnel : Moyenne (Min-Max) secondes	15 (05 - 90)
Évaluation de la douleur/10 : Moyenne (Min-Max)	02 (0 - 5)
Taux de réussite	100 %

Dans notre étude la luxation TM antérieure survient chez l'adulte jeune dans 75 % des cas et chez le grand enfant dans plus de 10 % des cas (Tableau 2, Fig. 3).

Tableau 2 : Répartition des patients selon l'âge

Âge (ans)	Effectif	Pourcentage %
08 à 15	5	11,36
16 à 40	20	45,45
41 à 60	13	29,54
61 à 91	6	13,63

Près de la moitié de nos patients ont des antécédents de luxation TM (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des patients selon les antécédents de luxation TM

Antécédents de luxation TM	Nombre	Pourcentage
Oui	21	47,72
Non	23	52,27

Plus de 10 % de nos patients présentent une maladie neuromusculaire et près de 10 % sont trisomiques (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition des patients selon les antécédents pathologiques

Antécédents pathologiques	Effectif	Pourcentage
Aucun	25	56,81
Pathologies générales	10	22,72
Pathologies neuromusculaires	5	11,36
Trisomie 21	4	9,09

75 % de nos patients sont vus dans les 6 premières heures, le temps maximal est de 72 h (Tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des patients selon le temps écoulé entre la luxation et la consultation

Temps entre luxation/consultation (heure)	Effectif	Pourcentage
≤1	13	29,54
>1 et ≤ 6	20	45,45
> 6 et ≤ 12	6	13,63
> 12 et ≤ 24	4	9,09
24 à 72	1	2,27

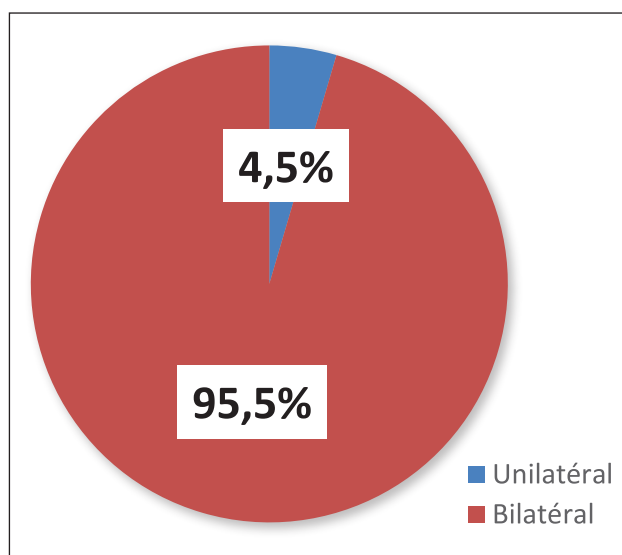


Fig. 4 : Répartition des patients selon le caractère de la luxation

Dans plus de 95,5 % des cas, la luxation TM est bilatérale (42 cas, Fig. 4).

Le temps opérationnel est de 5 à 10 secondes dans plus de 60 % de nos cas (Tableau 6).

Tableau 6 : Répartition des patients selon le temps opérationnel

Temps opérationnel (secondes)	Effectif	Pourcentage
5 à 10	27	61,36
11 à 30	14	31,81
31 à 50	2	4,54
51 à 90	1	2,27

Cette manœuvre de réduction en décubitus dorsal a permis de réduire considérablement le temps opérationnel et la douleur ressentie sans recours à la prémédication.

IV. DISCUSSION

La luxation TM antérieure non traumatique est un motif de consultation non négligeable dans notre service. 44 réductions ont été effectuées en 04 mois ; ce chiffre est beaucoup plus élevé comparé aux données de la littérature.

Elle est accompagnée de spasme musculaire (des muscles masséter, ptérygoïdien et temporal) réactionnel à l'ouverture buccale maximale afin de rétablir la fermeture buccale ; ce

spasme peut rapidement affecter l'activité des muscles du cou. La technique conventionnelle nécessite l'application d'une force opposée à l'action des muscles masticateurs pour aboutir à la réduction tandis que la technique proposée en décubitus dorsal avec la tête en position neutre vise à diminuer les tensions musculaires et à atteindre le plus haut niveau possible de relâchement musculaire (de la tête et du cou). La réduction est menée par un mouvement rotatoire d'avant en arrière, la force exercée est minime et favorisée par la force gravitationnelle permettant de pivoter le condyle luxé et de le repositionner dans la fosse glénoïde tout en réduisant le temps de la réduction et le score EVA.

Contrairement à la technique conventionnelle, le risque de morsure est négligeable, car le point d'appui est représenté par le bord antérieur du Ramus et aussi, car le praticien a une meilleure exposition de la cavité buccale et un meilleur contrôle de la mandibule.

V. CONCLUSION

La méthode de réduction endobuccale en décubitus dorsal est simple, facile à réaliser, rapide et atraumatique. Elle semble une bonne alternative à la technique traditionnelle.

On propose d'effectuer plus de recherches afin d'évaluer son efficacité sur les formes récidivantes.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : Aucun.

RÉFÉRENCES

- 1) Hippocrates and Withington E T. Hippocrates, tr. by Dr. E T. Withington. Volume 3. (Warmington E H (ed) The Loeb Classical Library) London: William Heinmann Ltd., 1928.
- 2) Charlier, P., Benmoussa, N. (2019). Should we call the maneuver of dislocation reduction of the jaw» Egyptian maneuver» instead of» Nélaton maneuver»

- ver»? *Journal of Stomatology and Oral and Maxillofacial Surgery*. 120(6): 608-610. DOI: 10.1016/j.jormas. 2019.05.002
- 3) Akinbami, B. O. (2011). Evaluation of the mechanism and principles of management of temporomandibular joint dislocation. Systematic review of literature and a proposed new classification of temporomandibular joint dislocation. *Head & Face Medicine*. 7 (1): 1-9. DOI: 10.1186/1746-160X-7-10
 - 4) Luyk, N. H., Larsen, P. E. (1989). The diagnosis and treatment of the dislocated mandible. *The American Journal of Emergency Medicine*. 7(3): 329-335. DOI: 10.1016/0735-6757(89)90181-2.
 - 5) Ugboko V, Oginni F, Ajike S, et al. A survey of temporomandibular joint dislocation: aetiology, demographics, risk factors and management in 96 Nigerian cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2005; 34: 499–502
 - 6) Chen Y, Chen C, Lin C, et al. A safe and effective way for reduction of temporomandibular joint dislocation. *Ann Plast Surg*. 2007; 58: 105–108.
 - 7) Lowery LE, Beeson MS, Lum KK. The wrist pivot method, a novel technique for temporomandibular joint reduction. *J Emerg Med*. 2004; 27: 167–170.
 - 8) Myrhaug, H. (1951). A New method of operation for habitual dislocation of the mandible: review of former methods of treatment. *Acta Odontologica Scandinavica*. 9: 247-261.
 - 9) Gustavo S P, Ellen C, Jose Carlos, Janayna G, Muryllo MI, Maisa de Oliveira : Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil. A new atraumatic temporomandibular joint dislocation reduction technique.