

*Ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire : Étude
épidémiologique, clinique, paraclinique et traitement : Expérience
du service*

R. El Azzouzi*^a (Dr), AF. Habimana*^a (Dr), K. Harmali*^a (Dr) M. Boulaadas^a (Pr)
^a Hôpital des spécialités CHU Ibn Sina RABAT, Rabat, MAROC

Introduction

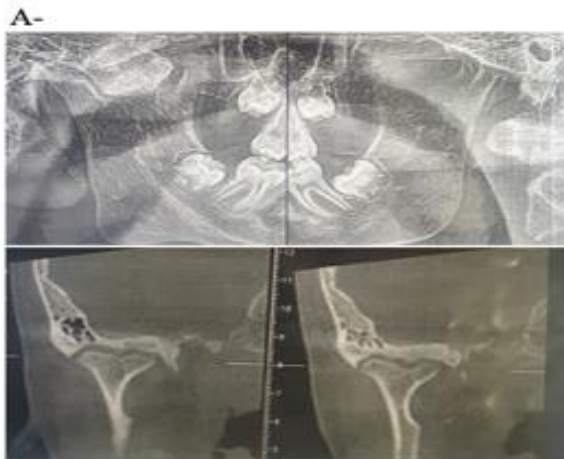
L'ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire est une adhésion osseuse ou fibreuse des composants anatomiques de l'articulation, accompagnée d'une limitation de l'ouverture buccale, entraînant des difficultés de mastication, d'élocution et d'hygiène buccale ainsi qu'une influence involontaire sur la croissance de la mandibule.

Matériels et méthodes :

Notre étude est une étude rétrospective portant sur 15 cas opérés pour une ankylose de l'ATM au service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital des spécialités de Rabat. Elle couvre une période de 5 ans allant de janvier 2017 à Juin 2022.

Résultats :

On a colligé sur une période de 5 ans, 15 patients, avec une prédominance masculine de 80% et un âge moyen de 18 ans. Tous nos patients ont un antécédent de traumatisme mandibulaire. La limitation de l'ouverture buccale était le motif de consultation principal. A l'examen clinique 92% des patients présentaient une dysmorphie faciale. La radio panoramique et la TDM ont été réalisées chez tous nos malades et ont permis de confirmer le diagnostic d'ankylose d'ATM bilatérale chez 72% des cas. Tous nos patients ont bénéficié d'une résection du bloc d'ankylose associée à une interposition de greffon chondro-costal.



B-

Figure 1 : Images radiologiques : OPT (A) et TDM (B) montrant une ankylose d'ATM à droite



a

b

c

Figure 3 : Images montrant ; Bloc d'ankylose (a), après sa résection (b) et interposition d'un greffon chondro-cartilagineux (c).

Figure 2 : Images de greffon chondro-costal

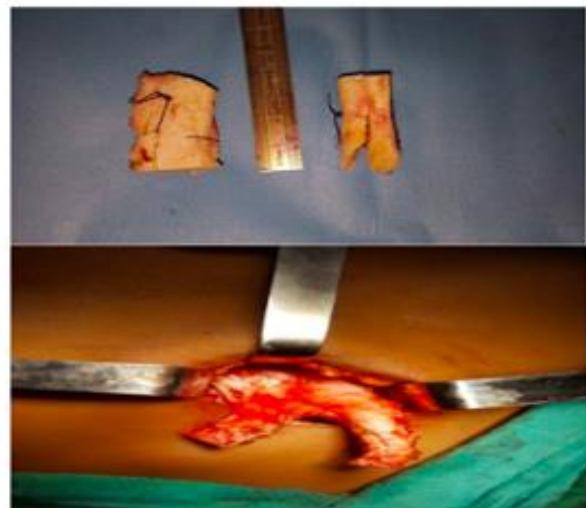


Figure 4 : Bloc d'ankylose bilatéral réséqué chez un patient classé stade III de Topazion



Discussion :

L'ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) se définit comme une constriction permanente des mâchoires, avec ouverture buccale inférieure à 30 mm mesurée entre les incisives, survenant par fusion osseuse, fibreuse ou fibro-osseuse, de façon uni- ou bilatérale. Elle est dite complète quand l'ouverture buccale est inférieure à 5 mm et est alors terriblement invalidante.

Les conséquences morphologiques et fonctionnelles de l'ankylose temporomandibulaire chez l'enfant sont plus graves que chez l'adulte, et touchent la croissance, l'alimentation, la ventilation et le développement général du poids et de la taille.

L'incidence de l'ankylose de l'ATM dans les pays en voie de développement est assez élevée en raison de fractures condyliennes mal traitées et d'infections chroniques, mais rarement observée dans le monde occidental [1]. Bien que l'ankylose de l'ATM peut toucher toutes les tranches d'âge, la littérature décrit un pic d'incidence de 80% chez les sujets de la première et deuxième décennie.

L'origine traumatique constitue la principale cause des ankyloses temporo-mandibulaire à type de fractures condyliennes. Les fractures capitales et sous condyliennes hautes sont des fractures articulaires, avec un haut risque d'ankylose survenant lors des retards ou des erreurs de prise en charge. Les autres causes sont dominées par l'origine infectieuse, essentiellement due à une cellulite d'origine dentaire. Les ankyloses postinfectieuses sont réputées de mauvais pronostic, malgré leur caractère unilatéral, car elles entraînent des délabrements de l'appareil discal et prédisposent plus à la récurrence comparées à l'étiologie traumatique [2]. L'étiologie rhumatismale est assez rare, elle est le plus souvent responsable de limitation des mouvements articulaires, en raison de la destruction des surfaces articulaires et de la survenue d'une ankylose fibreuse.

La symptomatologie clinique est dominée par la limitation d'ouverture buccale qui constitue le principal signe clinique de l'ankylose de l'ATM. On note une asymétrie faciale en cas d'atteinte unilatérale avec une latéro-génie vers le côté atteint, des déformations faciales avec des retrognathismes et un profil d'oiseau. La palpation de l'ATM permet dans la majorité des cas de mettre en évidence le bloc d'ankylose.

Le scanner est actuellement le meilleur moyen de visualiser l'ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire, permet de déterminer l'extension du bloc, son homogénéité sa densité, sa taille et l'état des structures osseuses adjacentes ainsi permet de donner une idée sur l'étiologie de l'ankylose.

Le traitement est chirurgical est a pour objectif d'enlever le bloc d'ankylose, restaurer les mouvements de l'ATM avec une bonne fonction occlusale et apporter une amélioration de l'esthétique et de la psychologie du patient et en assurer une évolution normale de la mandibule chez l'enfant.

Il consiste en une résection du bloc d'ankylose, ou arthroplastie, et les coronoidectomies.

Sur le plan anesthésique, l'intubation sous nasofibroscope permet d'éviter la trachéotomie souvent réalisée autrefois.

La résection du bloc d'ankylose se fait par une voie classique pré-auriculaire d'ATM, emportant le condyle mandibulaire, le bloc d'ankylose, et la racine transverse du zygoma. En cas de cal osseux hypertrophique, il faudra être prudent pour la partie la plus médiale du bloc osseux du fait de l'artère maxillaire interne et de ses branches. Une parésie frontale généralement régressive peut être observée en postopératoire. En ce qui concerne la coronoidectomie, elle est menée par la voie d'abord de l'ATM ou bien par voie endobuccale avec un abord le long du bord antérieur de la branche montante. Il faut réaliser une coronoidectomie et non une coronoidotomie, car le fragment osseux libre peut sinon entraîner une gêne dans la course mandibulaire. Après la résection du bloc d'ankylose une interposition d'un greffon chondrocostal est réalisée. Ce dernier apporte du matériel autologue, bien toléré, avec une similitude connue entre les cartilages costaux et condyliens, gardant même une possibilité d'adaptation localement par phénomène de remodelage.

La rééducation postopératoire doit être précoce, intensive et prolongée, au risque sinon de perdre tout ou une partie du bénéfice de l'intervention, débutée à j1 ou j2 postopératoire [3][4] dont le principe de cette ouverture buccale forcée est de permettre la cicatrisation des tissus mous et notamment des muscles masticateurs en position d'allongement maximal, elle peut se faire par la superposition de plusieurs abaisse-langues en bois.

La récurrence est la complication la plus fréquente [5], avec des pourcentages variant de 0 à 37%. Elle survient habituellement par défaut de persévérance sur la rééducation, et habituellement dans les 6 premiers mois postopératoires [4]. Des douleurs résiduelles sont aussi régulièrement rapportées.

Conclusion :

Les ankyloses temporo-mandibulaires posent trois problèmes thérapeutiques : Libérer les mouvements mandibulaires en évitant la récurrence, restaurer la fonction masticatoire en respectant l'occlusion et corriger les déformations induites. Toutefois, le mieux est de prévenir l'ankylose qui est provoquée principalement par des fractures négligées ou mal traitées de la région condylienne.

Références :

- 1- DR. GANDHIRAJ . S MDS, DR. SHUBRA C MDS, DR. PRAKASH Efficacy of abdominal dermis fat graft as the interpositional material in the management of Temporomandibular joint ankylosis in children- an original study IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (JDMS) e- ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 3, Issue 6, 2013, PP 07-11
- 2- Bénateau H, Chatellier A, Caillota A, Diep D, KünDarbois JD, Veyssièrre A. L'ankylose temporomandibulaire. Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. Chir. Orale. 2016; 117:259-65.
- 3- J.E. Zins, J.D. Smith, D.R. James Surgical correction of temporomandibular joint ankylosis Clin Plastic Surg, 16 (1989), pp. 725-732
- 4- M.M. Chidzonga Temporomandibular joint ankylosis: review of thirty-two cases Br J Oral Maxillofac Surg, 37 (1999), pp. 123-126
- 5- E. Simon, J.F. Chassigne, P. Dewachter, D. Boisson Bertrand, T. Dumont, J.E. Bussienne, *et al.* Rapport sur l'ankylose temporo-mandibulaire. 39^e Congrès de la Société française de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale Rev Stomatol Chir Maxillofac, 105 (2004), pp. 71-124

Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré par les auteurs