



ISSN Print: 2394-7500
ISSN Online: 2394-5869
Impact Factor: 5.2
IJAR 2020; 6(2): 166-169
www.allresearchjournal.com
Received: 19-12-2019
Accepted: 21-01-2020

Adelin B Nzudjom

Unité de Chirurgie Orale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Mfutu C Mana

Unité de Chirurgie Orale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Ramazani T Haruna

Unité de Chirurgie Orale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Bobé P Alifi

Unité de Chirurgie Orale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Tubanza Simplot

Unité de Chirurgie Orale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Sekele B Isouradi

Service de Prothèse dentaire & Maxillo-faciale et Orthopédie dento-faciale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Dieudonné T Nyembue

Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Augustin M Mantshumba

Service de Prothèse dentaire & Maxillo-faciale et Orthopédie dento-faciale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Koto-Te-Nyiwa Ngbolua

(1) Département des Sciences de base, Faculté de Médecine, Université de Gbado-Lite, Gbado-Lite, République Démocratique du Congo

(2) Département de Biologie, Faculté des Sciences, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Correspondence Author:

Adelin B Nzudjom

Unité de Chirurgie Orale, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Ankylose unilatérale de l'articulation temporo-mandibulaire: A propos d'un cas clinique observé aux cliniques universitaires de Kinshasa (CUK) en République démocratique du Congo

Adelin B Nzudjom, Mfutu C Mana, Ramazani T Haruna, Bobé P Alifi, Tubanza Simplot, Sekele B Isouradi, Dieudonné T Nyembue, Augustin M Mantshumba and Koto-Te-Nyiwa Ngbolua

Abstract

L'ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) résulte de la fusion du condyle mandibulaire à la base du crâne, et constitue un phénomène rare. Nous avons consulté une jeune fille âgée de 12 ans aux Cliniques Universitaires de Kinshasa, Service de Stomatologie et Maxillo-Faciale, pour limitation d'ouverture buccale consécutive à une cellulite d'origine dentaire. L'examen exobuccal avait objectivé un aplatissement de la joue droite alors que la joue gauche était arrondie. L'examen endobuccal avait objectivé une ouverture buccale d'environ 15 mm. Un diagnostic de présomption d'ankylose unilatérale gauche de l'ATM avait été posé puis confirmé par un panoramique dentaire. Le traitement était chirurgical, il a consisté en une arthrolyse de l'ATM gauche sans interposition du muscle temporal suivi d'une rééducation précoce. L'évolution postopératoire était satisfaisante avec une ouverture buccale d'environ 350 mm.

Keywords: Ankylose de l'ATM, cellulite d'origine dentaire, arthrolyse, rééducation

1. Introduction

L'ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est une constriction permanente des mâchoires avec ouverture buccale inférieure à 30 mm mesurée entre les bords des incisives supérieures et inférieures ^[1]. Il est considéré par certaines auteurs comme une pathologie grave et invalidante par ses répercussions fonctionnelles sur entre autre la mastication, la respiration, la phonation, mais aussi morphologiques, psychologiques et la mauvaise hygiène buccodentaire qui peut être à la base de certaines complications infectieuses ^[2]. Selon la littérature, l'ankylose de l'ATM est rare dans les pays développés, par contre elle reste encore fréquente dans les pays en voie de développement ^[3, 4]. Le traitement de l'ankylose de l'ATM a connu plusieurs tournants ces dernières années suite au progrès de la chirurgie. Mais il n'existe pas de consensus actuellement dans le traitement de l'ankylose de l'ATM. C'est pourquoi à travers ce cas d'ankylose unilatérale de l'ATM gauche observé aux Cliniques Universitaires de Kinshasa nous avons voulu en discuter avec les données de la littérature.

2. Patient et observation

Notre observation porte sur une patiente âgée de 12 ans, qui a consulté pour une limitation d'ouverture buccale. L'histoire remonte à 6 ans suite à une incision et drainage d'une cellulite d'origine dentaire causée par la 75. L'évolution sera marquée par des douleurs post-opératoires, douleurs obligeant la patiente à adopter des attitudes vicieuses (refus d'ouvrir la bouche pour parler et pour manger). Les parents vont remarquer une diminution progressive de l'ouverture buccale, il s'en suivra quelques années plus tard d'une impossibilité d'ouverture buccale. Les parents décideront ainsi de consulter les Cliniques Universitaires de Kinshasa, Département Odontostomatologie, Service de Stomatologie Chirurgie Orale et Maxillo-Faciale pour une meilleure prise en charge.

A l'examen physique, la patiente était lucide et cohérente, les conjonctives bulbaires étaient ictériques et les conjonctives palpébrales colorées, l'état général de la patiente était conservé, pas d'amaigrissement objectif. A l'examen exobuccal, nous avons observé un aplatissement de la joue droite (figure 1a) alors que la joue gauche était arrondie (figure 1b). Il n'y avait aucun mouvement palpable au niveau de l'ATM gauche, seule une faible rotation du côté droit. La ligne inter-incisive mandibulaire était déviée d'environ 5 mm vers la gauche par rapport à la ligne inter-incisive maxillaire et le plan occlusal était incliné (figure 1c).

L'ouverture buccale maximale était minimale d'environ 15 mm (figure 1d). Bien que l'examen endobuccal fût difficile à réaliser suite à cette impossibilité d'ouverture buccale, nous avons pu remarquer l'absence de la 37 sur l'arcade dentaire. Nous avons pensé à une ankylose unie latérale gauche de l'ATM et nous avons demandé une incidence radiographique panoramique dentaire faute de moyen financier. La panoramique a confirmé l'ankylose osseuse de l'ATM gauche, et nous avons visualisé le germe dentaire de la 37 en retard de formation (figure 1d).

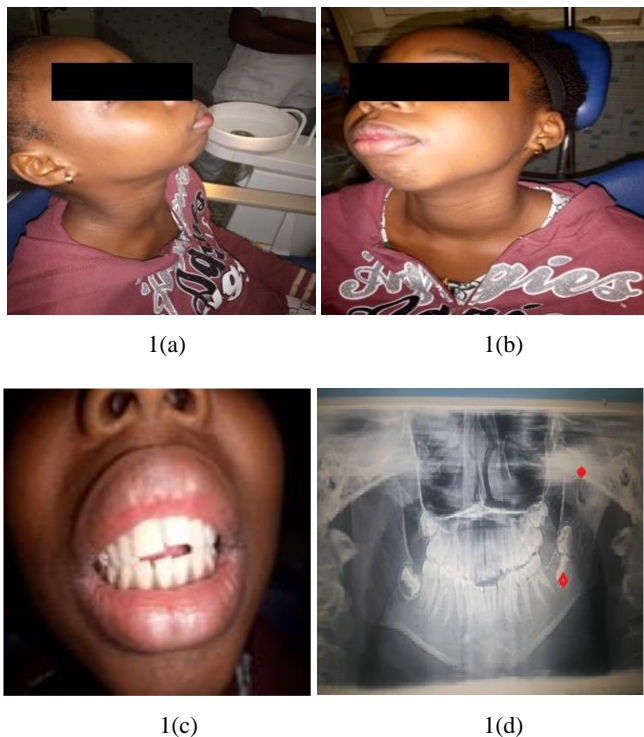


Fig 1 : (a) Joue droite aplatie; (b) Joue gauche arrondie ; (c) ouverture buccale 15 mm; (d) Panoramique dentaire (germe dentaire de la 37 en retard de formation et radio opacité au niveau du condyle gauche)

Le traitement était chirurgical, il a consisté à une arthrolyse de l'ATM gauche sans interposition du muscle temporal sous anesthésie générale (trachéotomie). Nous avons pratiqué une incision pré-auriculaire de Ginestet avec prolongement temporal à 45° (figure 2a), le plan sous-cutané une fois incisé dans le sens de la tracée de l'incision, nous avons réalisé l'hémostase et nous avons commencé la dissection au-dessus du plan du fascia temporal superficiel d'une manière atraumatique, jusqu'à récliner le lambeau fascio-cutané vers l'avant (figure 2b). Ce qui nous a permis de visualiser le fascia temporal superficiel et de l'inciser, ensuite nous avons poursuivi la dissection et le décollement

dans le plan sous-périosté, nous avons à nouveau récliné vers l'avant le lambeau englobant le fascia temporal superficiel et le périoste tout en protégeant les branches du nerf facial. Ce qui nous a permis d'exposer le bloc d'ankylose (figure 2b).



Fig 2: (a) Tracée de l'incision pré-auriculaire de Ginestet et avec prolongement temporal à 45° ; (b) Exposition du bloc ankylosé

La résection du bloc ankylosé a été réalisée à l'aide d'un marteau et d'un burin ; une fois la résection du bloc faite nous avons régularisé à l'aide d'une rappe à os le condyle mandibulaire et temporal, nous avons réalisé l'hémostase et nous avons placé un drain de Redon. La suture s'est faite plan par plan et nous avons placé 15 points de suture cutanée. Durant l'intervention, nous avons obtenu une ouverture maximale d'environ 105 mm (figure 3a). Nous avons placé un cal-molaire bilatérale entre la 17-47 et 27-crête alvéolaire de la 37 pour une période de 48 heures. L'ablation du drain de Redon s'est faite au J₈ post-opératoire et celle des fils de suture au J₁₀ post-opératoire et une rééducation précoce, avait été pratiquée au J₃ post-opératoire par des mouvements d'ouverture-fermeture buccale et de propulsion-répropulsion à l'aide d'abaisses langues, puis prolongée pendant une durée minimale de 3 mois. Au J₈ post opératoire l'ouverture buccale été de 150 mm (figure 3b), Nous avons jugé en collaboration avec l'équipe d'ORL de libérer la patiente pour qu'elle puisse évoluer en ambulatoire. L'évolution, à 3 mois de suivi, était particulièrement favorable puisqu'elle a été marquée par l'obtention d'une ouverture buccale d'environ 230 mm.



Fig 3: (a) Ouverture maximale d'environ 105 mm en peropératoire; (b) Ouverture maximale d'environ 150 mm au J8

A 6 mois nous avons réévalué l'enfant est l'ouverture buccale était d'environ 350 mm (figure 4).



Fig 4: Ouverture maximale d'environ 350 mm à 6 mois

3. Discussion

La limitation permanente de l'ouverture buccale varie selon les cas entre 0 et 30 mm entre les bords des incisives supérieures et inférieures. Les conséquences morphologiques et fonctionnelles de l'ankylose temporo-mandibulaire chez l'enfant sont plus graves que chez l'adulte, et affectent la croissance, l'alimentation, la ventilation et le développement général staturo-pondéral [4]. Selon la littérature, l'ankylose de l'ATM représente une entité pathologique rare dans les pays développés, mais reste encore fréquente dans les pays en développement [5]. Bien que l'ankylose de l'ATM puisse toucher toutes les tranches d'âge, les sujets de la première et deuxième décennie sont les plus touchés avec un pic de 80% [4]. La présente étude corrobore celles décrites dans la littérature, par contre elle diverge de l'étude menée par Belmiro [6] où la tranche d'âge la plus représentée était > à 20 ans.

Il a été signalé que la répartition entre le sexe est due à des facteurs géographiques, environnementaux et sociaux [7]. La majorité des études révèlent une prédominance féminine, ce qui est en accord avec notre cas. Les facteurs hormonaux ou une variabilité de l'anatomie du col du condyle entre les deux sexes pourrait être la cause [8]. Mais notre cas diverge de ceux trouvés par Belmiro [6, 9] où il y a égalité entre les deux sexes, par contre les hommes étaient les plus représentés dans l'étude menée par Vasconcelos [10].

L'origine traumatique constitue la principale cause des ankyloses temporo-mandibulaire et sa fréquence varie, selon les études, entre 13 et 100% [11]. Ceci diverge avec notre cas où la cause était infectieuse, essentiellement due à une cellulite d'origine dentaire. Mais notre cas corrobore ceux trouvés par Rasmané [9] et Béogo [12]. Les ankyloses post-infectieuses 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 [13].

La limitation de l'ouverture buccale représente le signe fonctionnel majeur qui pousse les malades à consulter. Il est retrouvé chez la totalité des patients (100%) [14], ce qui concorde avec notre cas où la patiente avait consulté pour limitation d'ouverture buccale. D'une manière générale, l'ankylose unilatérale se caractérise par une asymétrie faciale avec une latero-déviation vers le côté lésé, un aspect aplati du visage du côté sain et rond du côté atteint [15]. Ceci s'illustre parfaitement dans notre cas qui rapporte une latero-déviation mandibulaire du côté gauche, une joue aplatie du côté droite et arrondie du côté gauche.

Si l'ankylose temporo-mandibulaire est suspectée cliniquement, le diagnostic de certitude est apporté par l'imagerie médicale. Il est actuellement inadmissible d'opérer une ATM pour ankylose sans une imagerie préalable. La tomodynamométrie et l'imagerie par résonance magnétique demeurent l'imagerie de choix [16]. Dans la présente étude, nous avons recouru à radiographie (RX) panoramique dentaire en dépit de la difficulté de son exécution avant l'âge de 5 ans, le bruit de fond (possibilité d'artéfacts par superposition des structures), etc. [17]. Cette technique a permis pourtant de bien visualiser le bloc ankylosé et a révélé le germe dentaire de la 37 en retard de formation. Malgré que l'ankylose temporo-mandibulaire intéresse généralement des sujets jeunes et en bonne santé, une consultation pré-anesthésique avec un bilan préopératoire s'impose pour tout patient, ce qui fut notre cas où la patiente avait été envoyée en consultation pré-anesthésique avant d'être ensuite transférée en ORL.

Le manque de plateau technique adéquat pour une intubation par voie nasotrachéale guidée ou non par fibroscopie, nous a conduit à recourir à la trachéotomie, malgré son pouvoir invasive et sa morbidité post-opératoire importante [18].

C'est une technique réservée uniquement aux situations d'urgences en cas d'échec des autres techniques (Intubation nasotrachéale aveugle, Intubation nasotrachéale sous nasofibroscope). Dans cette étude, l'intervention s'était déroulée sans incident de même que la suivie post-opératoire.

Il existe une multiplicité des voies possibles pour aborder la chirurgie de l'ATM en cas d'ankylose, nous avons opté dans notre cas la voie de Ginestet avec extension temporale de 45°. Cette voie offre une bonne exposition de l'ATM et du bloc d'ankylose avec une rançon cicatricielle très satisfaisante puisque la cicatrice s'efface le plus souvent dans un pli naturel de la face, elle réduit le risque de lésion du nerf facial. Néanmoins une parésie transitoire reste possible par traction du nerf [19]. Dans cette étude, la parésie transitoire n'a pas été observée par contre la cicatrice était satisfaisante. Cette technique offre cependant quelques inconvénients dont notamment le raccourcissement de la longueur du Ramus, les troubles de l'articule (type béance antérieure en cas de résection bilatérale, et de contact molaire prématuré du côté atteint avec béance controlatérale en cas de résection unilatérale), le risque élevé de récurrence. Dans cette étude, nous avons juste remarqué une béance antérieure et un contact molaire prématuré du côté gauche et nous avons mêlé la 36 et 26. La technique chirurgicale utilisée correspond à celles décrites par Akhtar [5] et Gogalniceanu [20]. En post-opératoire, et en concordance avec les données de la littérature [14], la patiente a reçu : Une antibioprophyllaxie pendant 7 jours, un antidouleur (permettant de soulager la douleur et de débiter la rééducation précocement au J3), un anti-inflammatoire stéroïdien (pour réduire l'œdème post-opératoire), des pansements (en vue d'obtenir une bonne cicatrisation).

Il existe un consensus général sur le caractère précoce, intensif et prolongé de la rééducation, mais les protocoles diffèrent selon les auteurs. Dans cette étude, la rééducation avait débuté au J3. La rééducation était décomposée en deux volets qu'il faut souvent associer: la mécanothérapie et la kinésithérapie [21]. Cette rééducation a permis un gain > à 30 mm (230 mm) à 3 mois en post-opératoire. Par contre Akhtar [5] avait enregistré uniquement un gain de 1,1 mm en

3 mois. Ce constat appuie le rôle capital que joue la rééducation dans le traitement de l'ankylose temporo-mandibulaire. Il est bien établi que quelle que soit la technique chirurgicale utilisée, des complications communes peuvent survenir. Cependant, aucune complication per ou post opératoire n'a été enregistrée dans la présente étude.

Avec la résection interruptrice du bloc d'ankylose sans interposition, nous sommes parvenus à obtenir en peropératoire une ouverture buccale d'environ 105 mm, ce résultat est conforme au constat fait par Rasmané^[9].

Dans cette étude, la patiente a fait 12 jours d'hospitalisation, alors que la durée moyenne d'hospitalisation en post-op des malades est généralement 4 jours. En effet, selon les auteurs^[11] et^[22] avaient hospitalisé leurs malades pendant 3 à 5 jours. La durée prolongée d'hospitalisation dans la présente étude est due au fait que la patiente était sur trachéotomie, nécessitant un sevrage progressive alors que chez^[11] et^[22] les malades avaient subi des intubations nasotrachéales. La période de suivi de notre patiente était de 6 mois ; l'évolution est jugée favorable pour une ouverture buccale supérieure à 30 mm (230 mm) à 3 mois de suivi et 350 mm à 6 mois de suivi.

Conclusion

Au terme de notre observation, nous pouvons donc conclure que la rééducation (la mécanothérapie et la kinésithérapie) post-opératoire joue un rôle capital dans la réussite du traitement l'ankylose de l'ATM.

Références

- Bénateau H, Chatellier A, Caillot A, Diep D, Kün-Darbois JD, Veyssière A. L'ankylose temporo-mandibulaire: revue de stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale. *EM Consulte*. 2016; 117(4):245-255.
- Dingman RO. Ankylosis of the temporomandibular joint. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 1946; 32:120-5.
- Hossain MA, Ali Shah SA, Sanker R, Biswas R. Frequency of Temporomandibular Joint Ankylosis in Various Age Groups with Reference to Etiology. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal*. 2014; 13(2):17-20.
- Lachard J, Zattara H, Blanc JL, Cheynet F, Le Retraite G. Ankyloses temporomandibulaires. *EMC Stomatologie*, Paris, 1993.
- Muhammad UA, Iram A, Adnan A. Use of silastic as interpositional material in the management of unilateral temporomandibular joint ankylosis. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad (Pakistan)*. 2006; 18(2):73-76.
- Belmiro C, Ricardo V, Rafael V. Treatment of temporomandibular joint ankylosis by gap arthroplasty *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11:E66-9.
- Gogalniceanu D, Vicol C, Popescu E, Costan V. L'ankylose temporo-mandibulaire : Méthode de traitement par l'interposition d'une texture de Dacron. *Rev. Stomatol. Chir. maxillofac*. 2002; 103(6):335-343.
- Gupta VK, Mehrotra D, Malhotra S, Kumar S, Gopal GA, Shanker PU. An epidemiological study of temporo-mandibular joint ankylosis. *Natl J Maxillofac Surg*. 2012; 3(1):25-30.
- Rasmané B, Salif G, Toua A, IbraïMa T, Laurent G. Ankylose temporo-mandibulaire: résultats du traitement après résection interruptrice. *Med Buccale Chir Buccale* 2013; 19:191-194.
- Vasconcelos BC, Porto G, Bessa-Nogueira R. Temporomandibular joint ankylosis. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008; 74(1):34-8.
- Elgazzar RF, Abdelhady AI, Saad KA, Elshaal MA, Hussain MM, Abdelal SE *et al*. Treatment modalities of TMJ ankylosis: experience in Delta Nile, Egypt. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 2010; 39:333-342.
- Béogo R, Gandema S, Traore I, Coulibaly TA, Millogo M, Ouoba K. L'ankylose temporo mandibulaire : à propos de 17 patients et revue de la littérature. *Mali Médical*. 2013; 28(2):10-14.
- Bénateau H, Chatellier A, Caillota A, Diep D, Kün-Darbois JD, Veyssière A. L'ankylose temporo-mandibulaire. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. Chir. Orale*. 2016; 117:259-65.
- Channaveer PV, Banashree SS. Treatment of temporomandibular joint ankylosis using modified Myrhaug's incision. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. 2015; 14(9):102-105.
- Simon D, Chassagne JF, Dewachter P, Boisson-Bertrand D, Dumont T, Bussienne JE, Sellal S. Rapport sur l'ankylose temporo-mandibulaire XXXIXe Congrès de la Société Française de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac*. 2004; 105(2):71-124.
- Casanova MS, Tuji FM, Ortega AI, Yoo HJ, Haiter-Neto F. Computed tomography of the TMJ in diagnosis of ankylosis: two case reports. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11:E413-6.
- Thangavelu K, Reena J, Venkataraman S. The role of three-dimensional computed tomography in the evaluation of temporomandibular joint ankylosis. *J Pharm Bioallied Sci*. 2012; 4(2):S217-S220.
- Kulkarni J, Shah K, Khaire S. Anaesthetic management of temporomandibular joint ankylosis without fibrotic bronchoscope: A Review of 31 Cases. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. 2013; 8(1):50-54.
- Ellis E, Zide MF. *Surgical Approaches to the Facial Skeleton*. 2nd edition, LWW publisher, 2005.
- Gogalniceanu D, Vicol C, Popescu E, Costan V. L'ankylose temporo-mandibulaire Méthode de traitement par l'interposition d'une texture de Dacron. *Rev. Stomatol. Chir. maxillofac*. 2002; 103(6):335-343.
- Mabongo M, Karriem G. Temporomandibular Joint Ankylosis: Evaluation of surgical outcomes. *OSR Journal of Dental and Medical Sciences*. 2014; 13(8):60-66.
- Kumar D, Rajan G, Raman U. and Autogenous Reconstructive Modalities of TMJ Ankylosis-A Retrospective Analysis of 45 Cases. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 56(1):5-8. 45.