

Prise en charge d'urgence de l'ouverture buccale limitée

Sophie Desmons, DDS; Pierre-Antoine Luere, DDS; François Graux, DDS; Mounir Atassi, DDS; Pierre-Hubert Dupas, DDS, PhD

La rubrique «Images cliniques» est une série d'essais en images qui traite de l'art technique de la dentisterie clinique. Cette rubrique présente étape par étape des cas cliniques tels qu'on les retrouve au cabinet dentaire. Pour soumettre un cas ou recommander un clinicien qui pourrait contribuer à cette rubrique, communiquez avec le rédacteur en chef, le Dr John O'Keefe, à jokeefe@cda-adc.ca.

Un patient qui a du mal à ouvrir la bouche peut se présenter en consultation d'urgence (ill. 1). Les efforts visant à ouvrir la bouche peuvent en réalité aggraver la situation et faire s'intensifier les douleurs et l'anxiété ressenties par le patient.

Une anamnèse détaillée, une observation clinique rapprochée et une investigation de la cinématique mandibulaire permettent de poser un diagnostic précis, qui devrait à son tour offrir une bonne compréhension clinique et une prise en charge efficace.

Diagnostic de l'ouverture buccale limitée

Un premier interrogatoire permet au clinicien d'évaluer l'état psychologique du patient et d'éliminer les traumatismes (tels les fractures), les pathologies générales ou les infections comme étant la cause du trismus. Enfin, il permet de connaître l'histoire de la dysfonction et ainsi de mieux interpréter les examens radiologiques.

Ouverture buccale limitée d'origine naturelle

Le rapport physiologique entre les amplitudes maximales du mouvement latéral et de l'ouverture est de 1:4 (ill. 2)¹. Cependant, certains patients ont naturelle-

ment une ouverture buccale limitée. Ils ne souffrent ni de douleurs musculaires ni de douleurs articulaires, ni ne présentent d'antécédents de bruits articulaires au niveau temporo-mandibulaire.

Contractures des muscles masticateurs

Les contractures musculaires sans cause infectieuse sont révélatrices d'un bruxisme sévère. Des facettes d'abrasion dentaires et une hypertrophie des masséters, découlant d'un serrement de dents chronique, peuvent accompagner le tableau clinique (ill. 3 et 4)². La palpation des muscles masticateurs révèle une tonicité accentuée.

Chez ces patients, les douleurs se caractérisent par des crispations au niveau des joues ou des maux de tête au réveil et/ou en fin de journée. Ces douleurs s'accroissent lors d'une ouverture buccale prolongée².

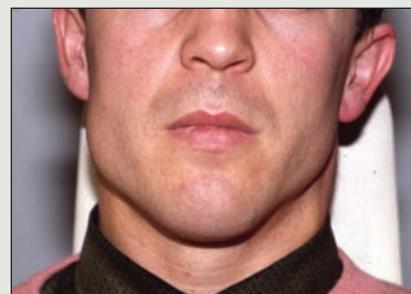
Pendant l'interrogatoire, le patient ne révèle habituellement aucune antériorité de bruits articulaires. L'ouverture buccale verticale est latéralisée et d'une amplitude moindre que la normale, tandis que les latéralités droite et gauche sont égales en amplitude et reflètent une certaine normalité (ill. 5 et 6)^{1,2}. Le mouvement de propulsion est possible.



Ill. 1 : Ouverture buccale limitée.



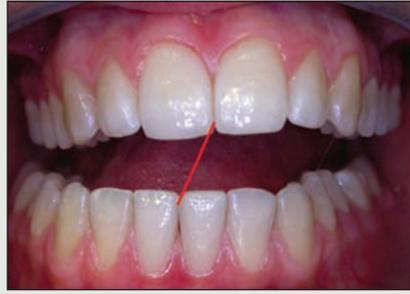
Ill. 2 : Amplitude physiologique normale du mouvement latéral et de l'ouverture buccale (rapport de 1:4).



Ill. 3 : Hypertrophie des masséters suite à une hyperfonction (serrement ou grincement des dents).



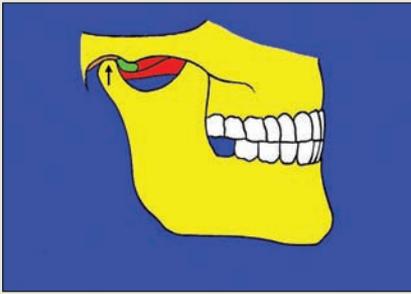
III. 4 : Facettes d'abrasion, possiblement causées par une hyperfonction.



III. 5 : Ouverture buccale limitée et latéralisée.



III. 6 : Dans les cas de pathologie musculaire, les mouvements de latéralité sont possibles des 2 côtés mais de faible amplitude.



III. 7 : Dans les cas de luxation discale irréductible aiguë, le disque n'est plus dans sa position physiologique. Les condyles mandibulaires s'élèvent dans les fosses glénoïdes, engendrant une compression des structures rétrodiscales et l'apparition de douleurs.



III. 8 : Dans les cas de luxation discale irréductible aiguë, l'ouverture forcée par le praticien n'augmente pas l'amplitude.



III. 9 : Dans les cas de luxation discale irréductible aiguë, le mouvement de latéralité est fortement limité d'un côté (ici, à gauche).

Luxation discale irréductible aiguë

La luxation irréductible aiguë du disque articulaire peut être causée par des traumatismes comme le choc, le coup du lapin ou l'anesthésie générale durant lesquels le disque articulaire quitte sa position physiologique. Le condyle mandibulaire s'élève alors dans la cavité glénoïde et comprime les structures vasculonerveuses rétrodiscales, ce qui entraîne des douleurs importantes (**ill. 7**). Le blocage est total : aucun mouvement ample n'est possible.

L'ouverture buccale limitée peut également résulter d'un bruxisme associé à une luxation discale réductible existante. Le patient signale des manifestations caractéristiques de pathologies intra-articulaires antérieures (p. ex., antécédents de claquements ou craquements). Dans certains cas, le patient présente un trouble musculaire associé au trouble articulaire.

L'ouverture buccale de faible amplitude est latéralisée du côté atteint et ne peut pas être augmentée par une ouverture forcée (**ill. 8**). En outre, l'amplitude d'une des latéralités est largement réduite (**ill. 9**). Le condyle bloqué par le bord postérieur du disque basculé en avant empêche le mouvement de propulsion.

Ainsi, un examen clinique bien mené permet de poser un diagnostic sans qu'aucune radiographie – inutile pour ce type de trouble – ne soit prise².

Prise en charge

Contractures musculaires

Un abaisse-langue placé entre les incisives peut permettre de libérer les contacts dento-dentaires au niveau des prémolaires et des molaires (**ill. 10**). Des mouvements de propulsion et de latéralité réalisés sur cette butée antérieure improvisée induisent physiologiquement un arrêt des contract-



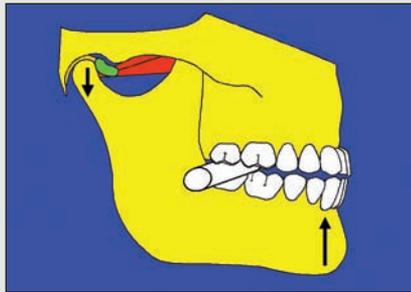
III. 10 : Dans les cas de contractures musculaires, des mouvements de propulsion et de latéralité réalisés sur une butée antérieure induisent un arrêt des contractures musculaires autonomes.



III. 11 : À l'arrêt des contractures musculaires, la pose d'une gouttière mandibulaire permet de pallier à long terme à ces problèmes.



III. 12 : Dans les cas de luxation discale irréductible aiguë, la manipulation mandibulaire à l'aide de cotons salivaires au niveau des dernières molaires droites et gauches permet une décompression de l'articulation temporomandibulaire par un effet pivot.



III. 13 : Cette procédure provoque une bascule du condyle vers le bas, décomprime l'articulation et induit une relaxation des muscles élévateurs du maxillaire inférieur.



III. 14 : La pose d'une gouttière occlusale privilégiant les contacts postérieurs maintient la décompression des structures vasculonerveuses postérieures par un effet pivot durant la cicatrisation.

ures musculaires autonomes. Au bout de quelques minutes, les muscles se relâchent, et l'ouverture buccale redevient quasi normale.

En présence d'un trouble musculaire sévère, la pose d'une gouttière en relation mandibulocranienne équilibrée permet de pallier à long terme à ces contractures musculaires (III. 11). Le choix d'une gouttière mandibulaire est préférable car elle est mieux tolérée par le patient d'un point de vue phonétique et esthétique².

Luxation discale irréductible aiguë

De nombreuses techniques de réduction de luxation discale aiguë ont déjà été décrites dans la littérature odontologique (tableau 1). Chacune présente des inconvénients aussi bien que des avantages.

La technique suivante s'inspire de celle décrite par Farrar et McCarty⁴. La procédure doit être avant tout expliquée au patient afin que celui-ci ne soit pas

surpris. Le praticien glisse, dans un premier temps, des cotons salivaires au niveau des dernières molaires droites et gauches. Il place ensuite la paume d'une main sous le menton du patient, tandis que l'autre se place sur l'occiput. Une pression progressive et relativement forte est appliquée vers le haut (III. 12). Il est indispensable que les cotons soient placés le plus postérieurement possible sur les arcades dentaires afin que le mouvement de levier soit plus efficace. Le praticien doit veiller à se positionner confortablement pour maintenir une pression manuelle pendant 5 minutes. Cette simple manipulation empêche à ce dernier de se faire mordre et elle peut être effectuée même dans des cas d'ouverture très limitée.

Cette procédure permet d'étirer les muscles élévateurs du maxillaire inférieur, qui finissent par se relâcher, ce qui provoque une bascule des condyles vers le bas et décomprime les articulations. Cette manipulation permet de lever les muscles contractés

Tableau 1 Techniques de réduction de la luxation discale aiguë dans la littérature

Auteurs	Technique de manipulation	Traitement de stabilisation	Avantages	Inconvénients
Solberg et Clark ³	Pouces sur les faces occlusales des molaires inférieures, avec application d'une ferme pression inférieure, antérieure et médiale	Gouttière occlusale repositionnant le maxillaire inférieur vers l'avant	<ul style="list-style-type: none"> • Approche directe • Technique de manipulation la plus couramment utilisée • Pas de nécessité d'éléments extérieurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'une force importante • Stressant pour le patient comme pour le praticien • Risque de morsures pour l'opérateur • Difficulté à placer les doigts sur les dernières molaires inférieures du fait du blocage mandibulaire
Farrar et McCarty ⁴	Rétrusion mandibulaire, puis application d'une force inférieure en s'appuyant sur les dernières molaires lors d'un mouvement d'ouverture	Plan de repositionnement mandibulaire porté continuellement pendant 10 jours, puis équilibration occlusale	<ul style="list-style-type: none"> • Identique à Solberg et Clark 	<ul style="list-style-type: none"> • Identique à Solberg et Clark • Peut être très difficile à réaliser dans certains cas
Awang ⁵	Autoréduction par stimulation du voile du palais (réflexe nauséeux)	Non précisé	<ul style="list-style-type: none"> • Rapide, simple et sans risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Doit être pratiqué immédiatement après la luxation (en l'absence de contracture musculaire)
Lowery et coll. ⁶	Manipulation sous sédation générale. Les pouces sur le menton, les doigts sur les faces occlusales des molaires inférieures. Pression inféropostérieure associée à une rotation des poignets	Non précisé	<ul style="list-style-type: none"> • Force requise légère car le travail se fait en synergie avec les forces musculaires et la forme mandibulaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Effets secondaires et difficultés associés à la sédation générale • Risque de morsures pour l'opérateur
Suarez et Ourique ⁷	Technique de réduction latérale facilitée par une injection intra-articulaire d'anesthésique	Non précisé	<ul style="list-style-type: none"> • Force requise légère grâce à la décontraction musculaire induite par l'anesthésie 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté et effets secondaires possibles d'une injection intra-articulaire
Van Dyke ⁸	Manipulation de Solberg et Clark sous anesthésie générale	Non précisé	<ul style="list-style-type: none"> • Force requise légère grâce à la décontraction musculaire induite par l'anesthésie 	<ul style="list-style-type: none"> • Effets secondaires possibles de l'anesthésie générale
Friedman ⁹	Mouvements mandibulaires	Gouttière mandibulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Simple • Sans risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Possible uniquement lorsque le blocage n'est pas total

et ainsi de retrouver une certaine amplitude de mouvements (ill. 13). L'expérience clinique montre que la réduction discale est possible par manipulation lorsque cette procédure est réalisée immédiatement après la dislocation. Cette manipulation facilite la prise d'empreinte pour confectionner une gouttière occlusale qui privilégie les contacts postérieurs (ill. 14) et maintient également la décompression articulaire par un effet pivot^{2,10}. Une ouverture d'amplitude quasi normale est retrouvée par le port continu de la gouttière pendant 3 mois. Durant cette période, le patient adopte une routine de vie adaptée comprenant une diète molle et des mouvements de faible amplitude. Des traitements secondaires tels l'application de compresses chaudes, la cryothérapie ou les massages avec des pommades anti-inflammatoires peuvent également être proposés.

Dans les cas de dysfonctionnement articulaire, cette manipulation permet un soulagement partiel. Certains auteurs préconisent une manipulation en force du maxillaire inférieur^{6,11} sous sédation ou sous anesthésie générale qui pourraient être accompagnées d'injection d'anesthésiques locaux ou de myorelaxants^{8,9}.

Enfin, il est important de constater que, dans les cas d'une luxation discale, l'utilisation d'une butée antérieure est formellement contre-indiquée car elle induit un axe de rotation antérieur qui provoque une bascule mandibulaire postérieure. Ce type de bascule se traduit par une élévation des condyles dans leurs fosses mandibulaires, ce qui augmente la compression articulaire et rend les douleurs insupportables¹².

Conclusion

Un diagnostic précis est essentiel pour offrir un traitement d'urgence adéquat à un patient qui présente une ouverture buccale limitée. La technique simple et rapide, décrite ici, est moins invasive. Elle n'est pas douloureuse d'autant que la décompression articulaire s'accompagne souvent d'une rémission de la douleur. L'injection d'anesthésiques locaux ou la prescription de myorelaxants, facilitant la manipulation mandibulaire, n'est utile qu'en cas de douleurs particulièrement intenses. Cependant, ce type de manipulation est contre-indiqué en l'absence de dents postérieures.

Enfin, une attention particulière doit être accordée au stress du patient, auquel les problèmes temporomandibulaires sont souvent associés¹³. Si le patient n'est pas conscient que le bruxisme est une des causes principales de son blocage mandibulaire et ne parvient pas à gérer son stress, ce trouble réapparaîtra très certainement. ♦

LES AUTEURS

Remerciements : Les illustrations 3 et 4 sont reproduites avec la permission du Dr Pierre-Hubert Dupas.



La **Dr Desmons** est assistante hospitalo-universitaire au Département de prothèses et membre du Service d'occlusodontie de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille, Université de Lille, France. Courriel : desmons@lille.inserm.fr



Le **Dr Luere** est praticien hospitalier au Service d'occlusodontie de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille, Université de Lille, France.



Le **Dr Graux** est maître de conférences au Département de prothèses et responsable du Service d'occlusodontie de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille, Université de Lille, France.



Le **Dr Atassi** est étudiant de troisième cycle au Service d'occlusodontie de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille, Université de Lille, France.



Le **Dr Dupas** est professeur des universités au Département de prothèses, praticien hospitalier au Service d'occlusodontie et doyen de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille, Université de Lille, France.

Références

- Dupas P. Nouvelle approche du dysfonctionnement craniomandibulaire. Du diagnostic à la gouttière. Paris: Cdp; 2005.
- Farrar WB. Characteristics of the condylar path in internal derangements of the TMJ. *J Prosthet Dent* 1978; 39(3):319-23.
- Solberg WK, Clark GT. Temporomandibular joint problems: biologic diagnosis and treatment. Chicago: Quintessence Publishing; 1980.
- Farrar WB, McCarty WL. A clinical outline of temporomandibular joint diagnosis and treatment. Normandie Study Group for TMJ Dysfunction. 7th ed. Montgomery (AL): Normandie Publications; 1982.
- Awang MN. A new approach to the reduction of acute dislocation of the temporomandibular joint: a report of three cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1987; 25(3):244-9.
- Lowery LE, Beeson MS, Lum KK. The wrist pivot method, a novel technique for temporomandibular joint reduction. *J Emerg Med* 2004; 27(2):167-70.
- Suarez OF, Ourique SA. An alternate technique for management of acute closed locks. *Cranio* 2000; 18(3):168-73.
- Van Dyke AR, Goldman SM. Manual reduction of displaced disk. *Cranio* 1990; 8(4):350-2.
- Friedman MH. Closed lock. A survey of 400 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75(4):422-7.
- Ferrario VF, Sforza C, Tartaglia GM, Dellavia C. Immediate effect of a stabilization splint on masticatory muscle activity in temporomandibular disorder patients. *J Oral Rehabil* 2002; 29(9):810-5.
- Dupas P. L'analyse occlusale. Avant, pendant, après. Paris: Edition Cdp; 2004.
- Carli P, Lambert Y. Protocoles: urgences, plans et schémas thérapeutiques. Paris: Lehmann-Couturier; 1993.
- Desmons S, Graux F, Libersa P, Dupas PH. Le muscle ptérygoïdien latéral: approche anatomique et neurophysiologique. *Rev Odont Stomat* 2007; 36:45-60.