

TRAITEMENT OCCLUSO-CHIRURGICAL DU DR. LUC DURET

VIRGINIE D. 20 ans

1 DIAGNOSTIC HABITUEL

INTERROGATOIRE - MOTIF : Douleur très importante associée à des claquements prédominants à D, mais aussi à G
- Douleur région masséterne G

- ANAMNÈSE : - Troubles de la posture générale
- Traitement multi-attache à 12 ans compensatoire de la classe II (par prédecesseur)
- Inquiète, ne supporte plus ses douleurs



- **Diagnostic habituel**
En OIM, repères dentaires, Classification sur le « clic »...
- **Traitement habituel erroné voire iatrogène**
Si pas de Transition condylienne...
- **Décision de la discopexie et condyloplastie bilatérale chirurgicale**

2 PROTOCOLE OCCLUSAL AVANT CHIRURGIE

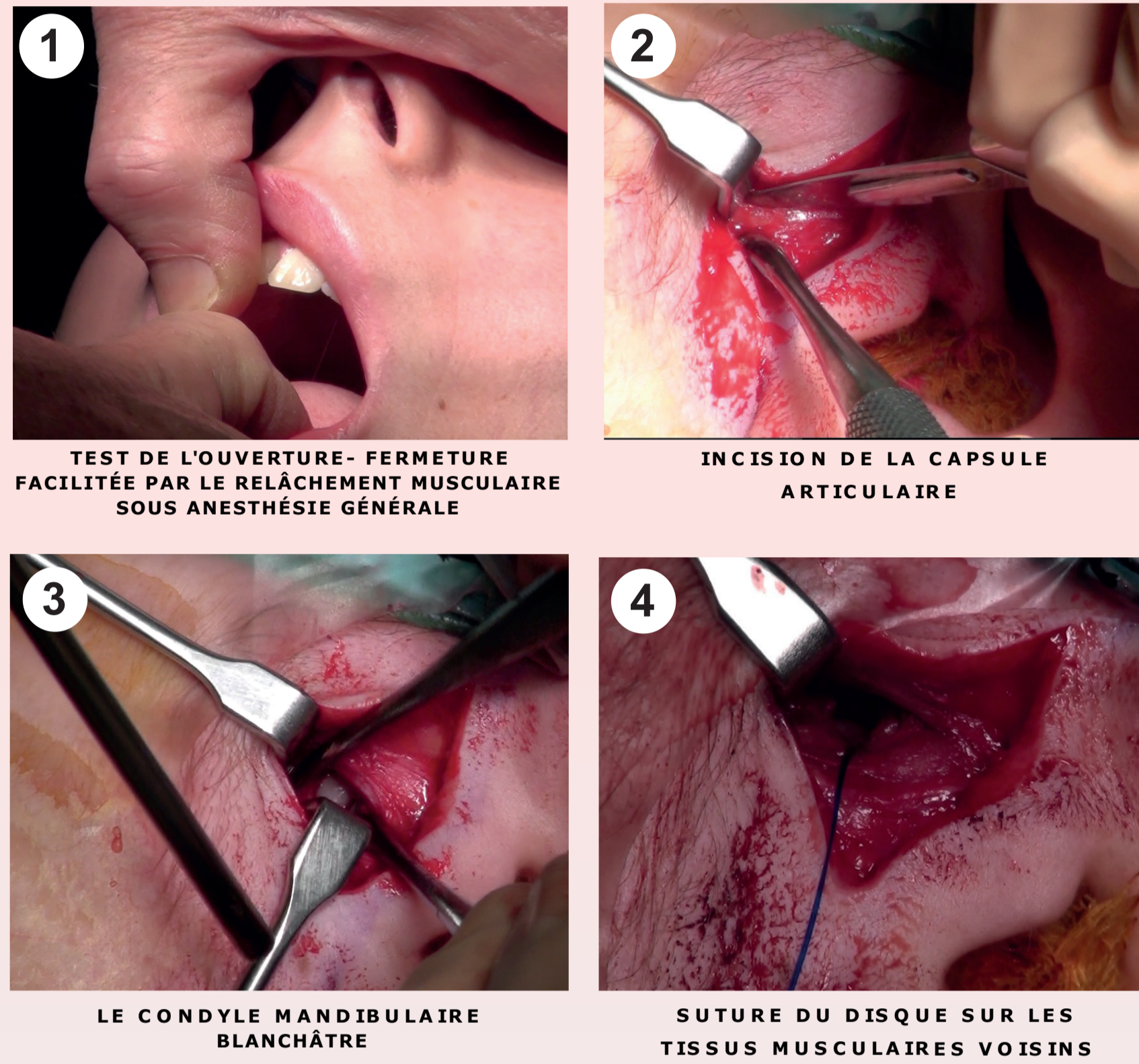
3 semaines avant :

Gouttière mandibulaire de décontraction musculaire
Lisse
Avec contacts dentaires uniformes



3 LA CHIRURGIE ARTICULAIRE

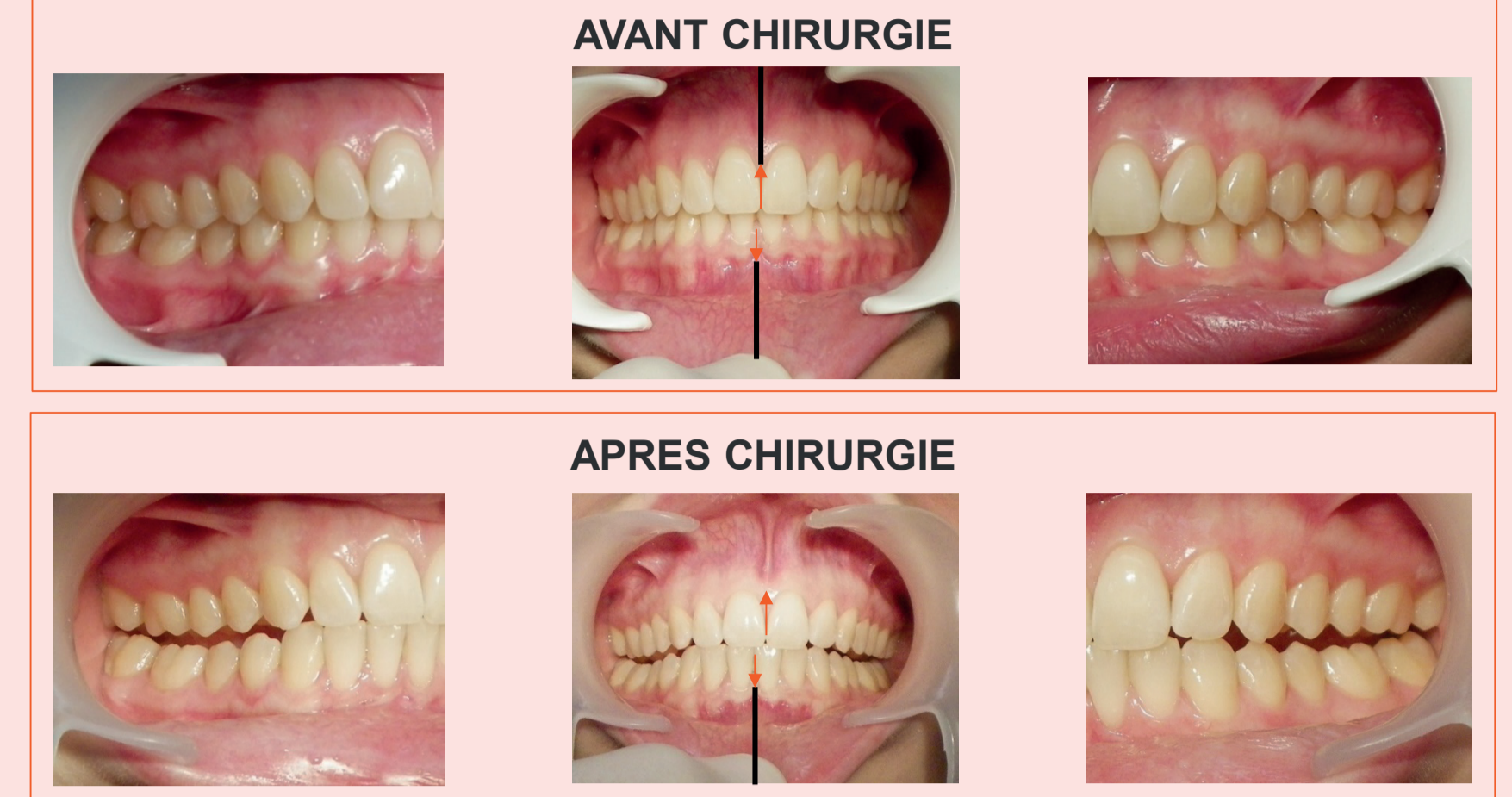
- Incision pré-auriculaire contournant le tragus
- Abord du compartiment supra-discal :
 - * Dégagement, incision de l'aponévrose sur l'arcade zygomatique
 - * Mise en place d'un point de traction sur le disque
- Abord du compartiment infra-discal :
 - * Incision horizontale au niveau du col du condyle mandibulaire
 - * Dégagement du condyle
 - * Condylo-plastie à l'ostéotome avec resection du tubercule externe
 - * Discopexie par deux points en postéro-externe
- Mise en place d'un drain, d'où arrêt de la gouttière pendant 48h après l'intervention
- Fermeture musculaire en 2 plans



4 PROTOCOLE OCCLUSAL APRÈS CHIRURGIE

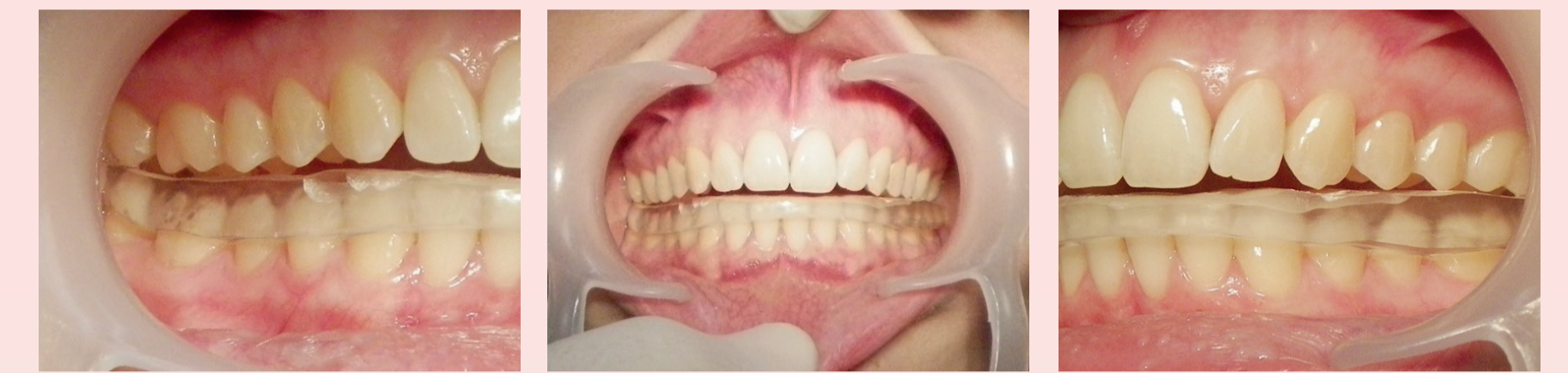
Le Repositionnement discal Provoque :

Un abaissement mandibulaire postérieur
Une bauce verticale latérale



Transformation de la gouttière de décontraction
En

Décompression postérieure (contacts postérieurs) (Dr. DURET Luc)



5 KINÉSITHÉRAPIE, PHYSIOTHÉRAPIE



MOBILISATION DES ATM ET ÉCHAUFFEMENT MUSCULAIRE
Afin d'éviter les cicatrices fibreuses les trismus musculaires

DISCUSSION

Du traitement Occluso-Chirurgical proposé

LES POINTS POSITIFS

- Conservation et repositionnement des structures articulaires

- Diminution des gênes et des douleurs

- Espoir d'amélioration de la dynamique mandibulaire

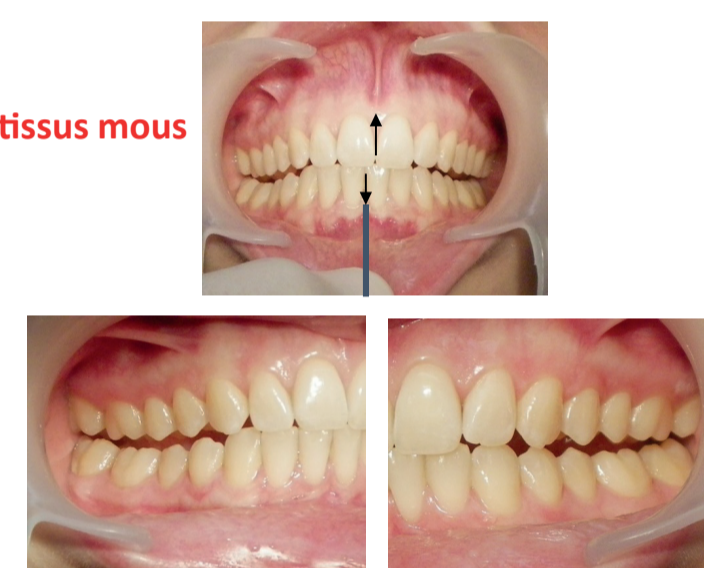
LES POINTS NEGATIFS

Liés à la technique chirurgicale

- Ouverture et visibilité très limitée : ostéotomie empirique, non quantifiée
- Risque de récurrence de la luxation discale lié à la technique d'attache du disque aux tissus mous
- Position du patient : les tests mandibulaires sont pratiqués en décubitus dorsal

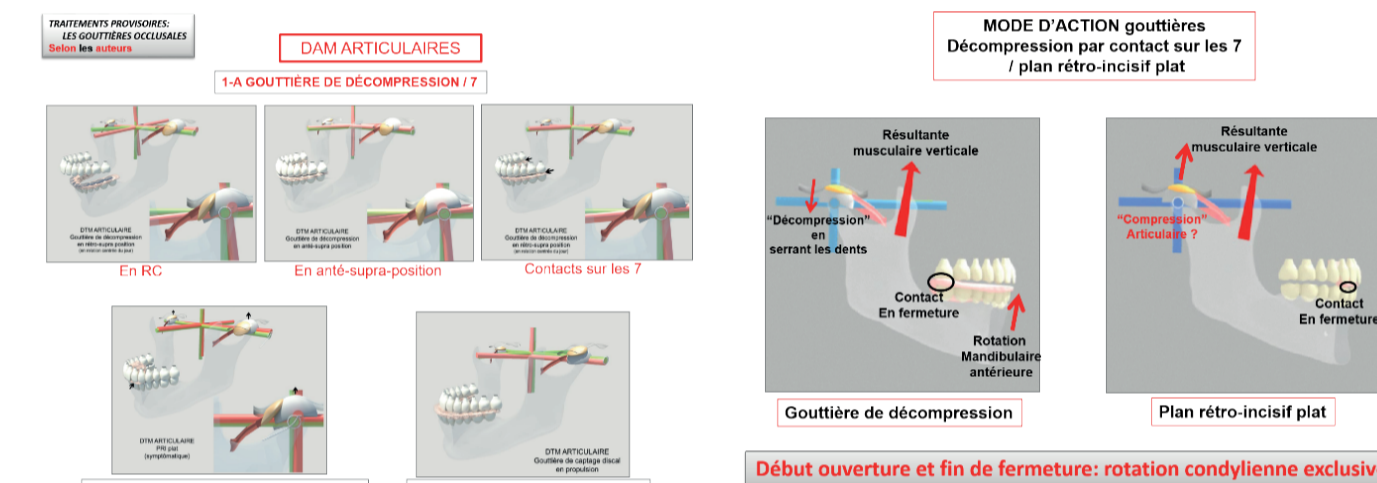
- Position mandibulaire obtenue :

- * Sens sagittal : Aggravée par la proposition mandibulaire exagérée
- * Sens vertical : Aggravée par l'infra-position mandibulaire postérieure, en relation avec le repositionnement discal

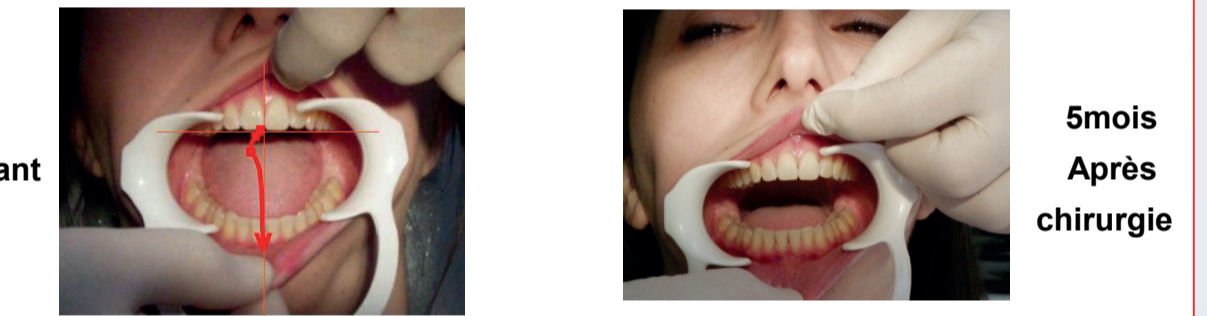


Liés au traitement occlusal

- Les gouttières habituelles de repositionnement sont réalisées en RC anatomiques, théoriques... Sans corrélation avec la dynamique mandibulaire! D'autres de décompression; avec des contacts uniquement sur les 7, celles de décontraction; avec des contacts uniformes.
- Nous retrouvons une position finale dysfonctionnelle due à la conservation du parallélisme entre le Plan d'Occlusion de la gouttière habituelle et les axes charnières de départ. Ceci est lié à la technique de meulage pour des contacts dentaires uniformes, l'épaisseur de la résine provoque une rotation et non un abaissement condylien.

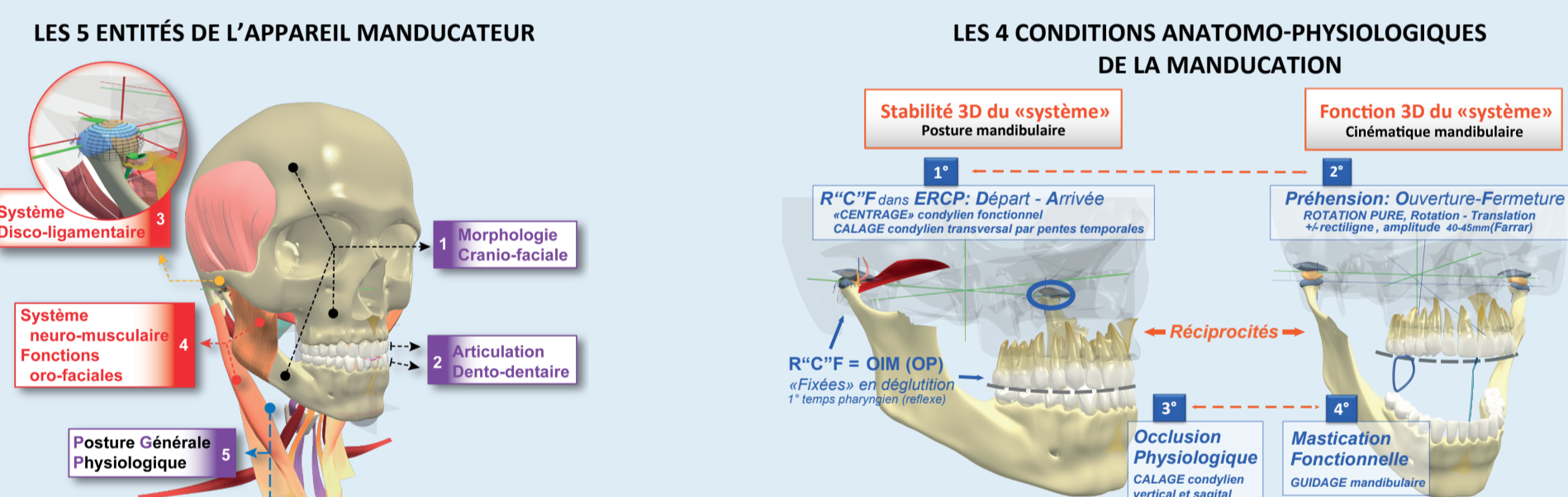


- Récupération difficile des excursions mandibulaires due :
* Aux spasmes et cicatrisation fibreuse musculo-discales
* Au repositionnement mandibulaire aléatoire, dysfonctionnel.



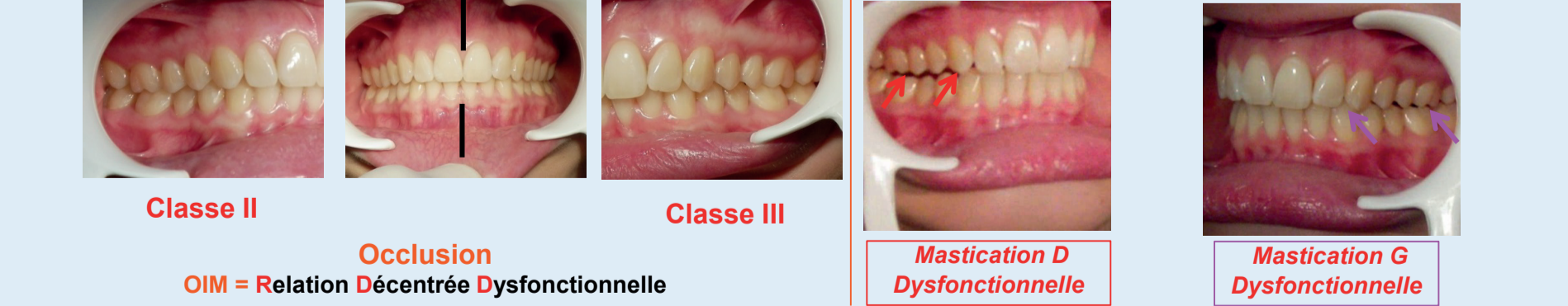
TRAITEMENT OCCLUSODONTIQUE ALTERNATIF SELON LA REHABILITATION CRANIO-FACIALE MORPHO-FONCTIONNELLE

1 DÉMARCHÉ DIAGNOSTIQUE RCFMF



EXAMEN CLINIQUE

- > **INTERROGATOIRE** - MOTIF : Douleur associée à des claquements prédominants à D, aussi à G, inquiète...
- ANAMNÈSE : - traitement multi-attache à 12 ans compensatoire de la classe II
- Elle « pousse » sa mandibule vers le côté G pour se soulager
- En dormant sa mâchoire tombe à D
- > **EXAMEN EXO-BUCCAL** - FACE : suspicion d'une birétro-position mandibulaire prédominante à D associée à luxation discale
- PROFIL : convexe, classe II, la tête en extension
- > **EXAMEN ENDO-BUCCAL** - FACE : - Les centres inter-incisifs coïncident avec leurs bases respectives
- Infime décalage à D du SCMU / SCMS confirmant une très légèrelatéro-position mandibulaire D
- PROFIL : - Infime classe II à D, III à G
- > **EXAMEN DE LA POSTURE GÉNÉRALE** - Face : - bascule de la ligne scapulaire en bas à D
- rotation de la rotation de la tête légèrement limitée à D
- Profil : - tenue de la tête en hyperextension par hyperlaxité ligamentaire générale
- flexion et extension harmonieuses
- > **EXAMEN DE LA MANDUCATION** - 1°, 2° : RCF=OIM - POM - RCF=OIM



EXAMENS PARA-CLINIQUES PANORAMIQUE, TÉLÉRADIOGRAPHIES 3D, SCANNER ET IRRM DES ATM

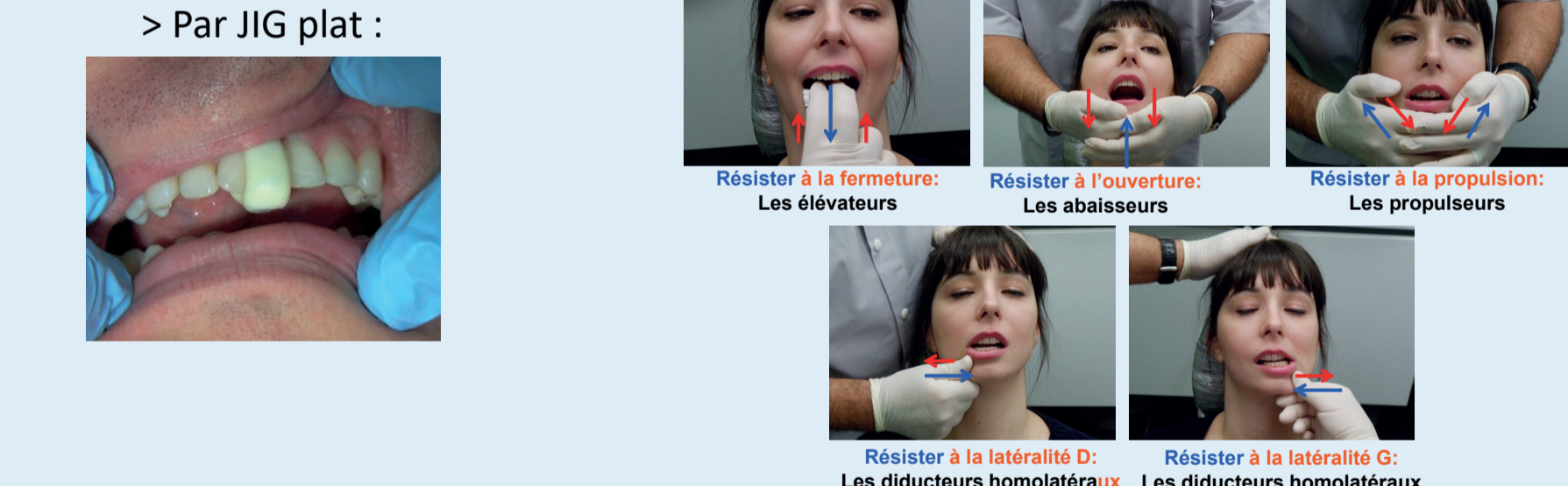
2 DIAGNOSTIC TRIDIMENSIONNEL RCFMF

- LES CINQ ENTITES**
 - 1- * Classe II squelettique par Rétro-position mandibulaire bilatérale
 - 2- * Dysmorphose Cranio-Faciale par hypercondyle mandibulaire gauche
 - 3- * Arthrose et remodelage condylien temporal et mandibulaire
 - 4- * Classe II dentaire positionnelle (subdivision droite)
 - 5- * Troubles des Fonctions de déglutition et mastication
 - 6- * Luxation condylo-discale bilatérale
 - 7- * Hyperlaxité ligamentaire
 - 8- * Posture Générale Pathologique légère
- LES QUATRE CONDITIONS**
 - 1- Anomalies de Posture Mandibulaire 3D (1° condition) par :
 - * Luxation discale réductible bilatérale et Rétro-position mandibulaire bilatérale
 - * Arthrose et remodelage condylien temporal et mandibulaire
 - 2- Ouverture - Fermeture (2° condition) déviée, limitée, douloureuse...
 - 3- Classe II dentaire positionnelle (subdivision droite)
 - 4- Mastication Dysfonctionnelle (4° condition)

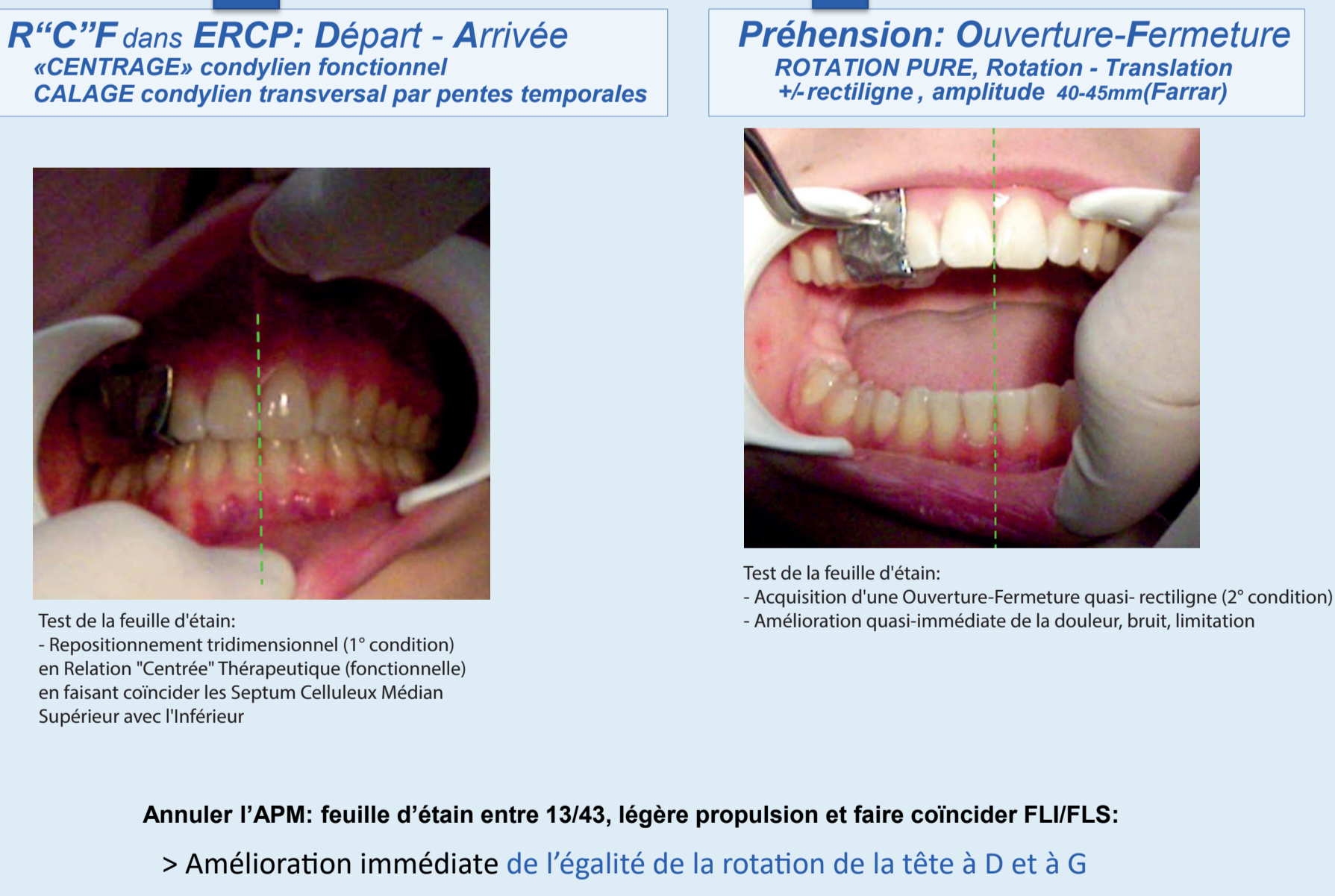
DAM PATHOLOGIQUE SÉVÈRE

3 OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES RCFMF

1 Décontraction du patient



2 Reproduction des 4 conditions équilibrées de la manducation



Annuler l'APM : feuille d'étain entre 13/43, légère propulsion et faire coïncider FLU/FLS :
> Amélioration immédiate de l'égalité de la rotation de la tête à D et à G

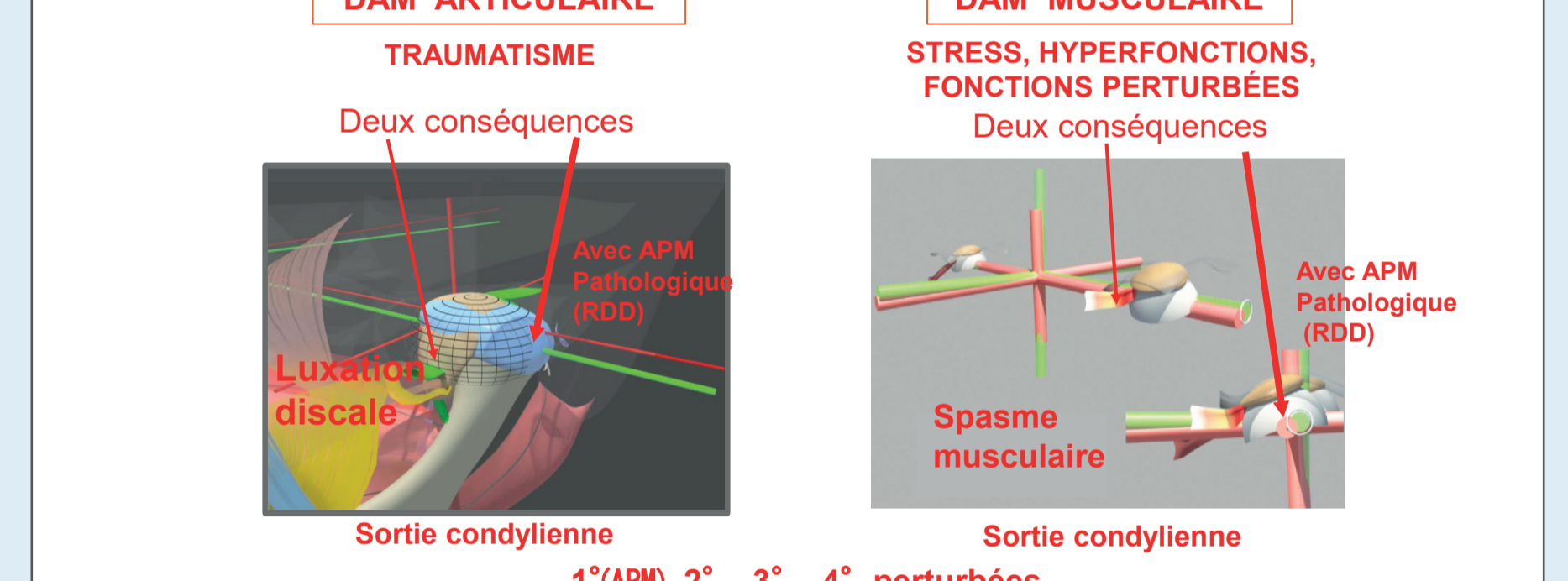
3 Reconstitution des entités et conditions déséquilibrées

Orthopédie Dento-Faciale, Guide Mandibulaire Adjoint (gouttière), Guide Mandibulaire Conjoint, Prothèses, posturologie, chirurgie orthognathique et/ou des ATM (cas sévères)

4 TRAITEMENTS TRIDIMENSIONNELS RCFMF

- SI TRAITEMENT ORTHODONTIQUE**
 - Préparation orthodontique simple de nivellement
 - Discopexie et condylo-plastie en repositionnant la mandibule en R=C
 - Coordination post-opératoire des arcades selon les quatre conditions
- SI REFUS DU TRAITEMENT ORTHODONTIQUE**
C'est le cas de VIRGINIE; ne souhaitant pas reprise ODF
- 1- AVANT CHIRURGIE**
 - Réalisation d'un Guide Mandibulaire Adjoint (gouttière de repositionnement avec de très légères indentations)
 - En Relation "Centrée" Thérapeutique tridimensionnelle; annuler l'APM (1° condition) → récupération d'une Ouverture-Fermeture rectiligne (2° condition)
- 2- DISCOPEXIE ET CONDYLO-PLASTIE MANDIBULAIRE EN R=C**
- 3- APRÈS CHIRURGIE**
 - Conservation du Guide Mandibulaire Adjoint (gouttière) servant de stabilisation associé à la kinésithérapie et physiothérapie
- 4- A QUATRE SEMAINES**
 - Réalisation des Guides Mandibulaires Conjoints; équilibrage occlusale par addition +++ et soustraction (3° condition)
 - Selon la Mastication Fonctionnelle (Le Gall et Lauret) 4° condition

ETIOLOGIE : TRAUMATISME. ETIOPATHOGÉNIE : Anomalie Posture Mandibulaire



1° RCF dans ERCP: Départ - Arrivée

2° Préhension: Ouverture-Fermeture

3° Occlusion Physiologique

4° Mastication Fonctionnelle



RCF MORPHO-FONCTIONNELLE
- Basée sur des données fondamentales cliniques et paracliniques
- Préserve ou reproduit la physiologie de l'appareil manducateur (5 entités et 4 conditions)
- Diagnostic des DAM adaptés mineurs, majeurs ou pathologiques
- Traitements pour la mise en fonction de l'appareil manducateur

CONCLUSION

Nous assistons dans l'art dentaire A des avancées spectaculaires mécaniques et technologiques y compris en chirurgie
LA DISCOPEXIE ET LA CONDYLO-PLASTIE MANDIBULAIRE PERMETTENT
Une captation condylo-discale immédiate
CEPENDANT
- Il existe peu de références bibliographiques
- Ce type de chirurgie reste controversé car invasif et irréversible
ET SURTOUT
Sans repositionnement mandibulaire préalable la discopexie ne permet pas de retrouver une dynamique mandibulaire physiologique
L'OBJECTIF DU TRAITEMENT OCCLUSODONTIQUE
- Est obtenu à l'aide d'un traitement orthodontique ou la réalisation de GMA et de GMC
- Est la Préservation ou la reproduction le Fonctionnement de l'Appareil Manducateur :
LES CINQ ENTITES ET LES QUATRE CONDITIONS DE LA MANDUCATION
SELON LA REHABILITATION CRANIO-FACIALE MORPHO-FONCTIONNELLE