

## Fiche cas clinique 2 : hypercondylie gauche

Nom / N° de dossier : Aude

femme Age : 22 ans

### Motifs de consultation

Algie et claquement A.T.M, malocclusion inesthétique, gêne fonctionnelle

Historique :

Intervention pour cloison nasale déviée en 2002, la sensation de ventilation orale privilégiée persiste.

Asymétrie faciale : menton dévié à gauche, Asymétrie des branches montantes mandibulaires (majoration du côté droit) – pas d'historique traumatique rapporté.

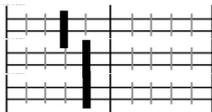
La patiente évoque depuis quelques mois, des douleurs des A.T.M diffuses uniquement provoquées par une fonction soutenue, des cervicalgies épisodiques, modérées.

La cinématique mandibulaire est sub-normale (45 mm) en amplitude, défléchie à droite.

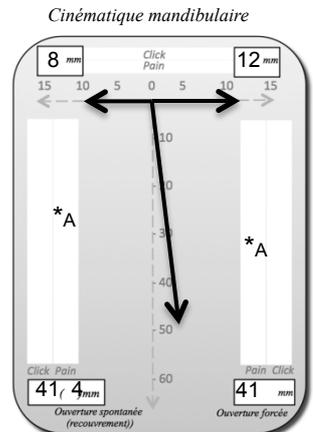
Comportement : parafunctions à type d'onychophagie.

**Bilan dentaire** : les dents sont saines, naturelles, sans historique orthodontique.

La 23 est en place de la 22 (agénésie) persistance de la 63, agénésie de la 25.



- Bruits** : 3/10 claquement tardif, non perceptible à la fermeture
- Algie** : 4/10 algies ATM
- Dysfonction** : 4/10 déflexion droite

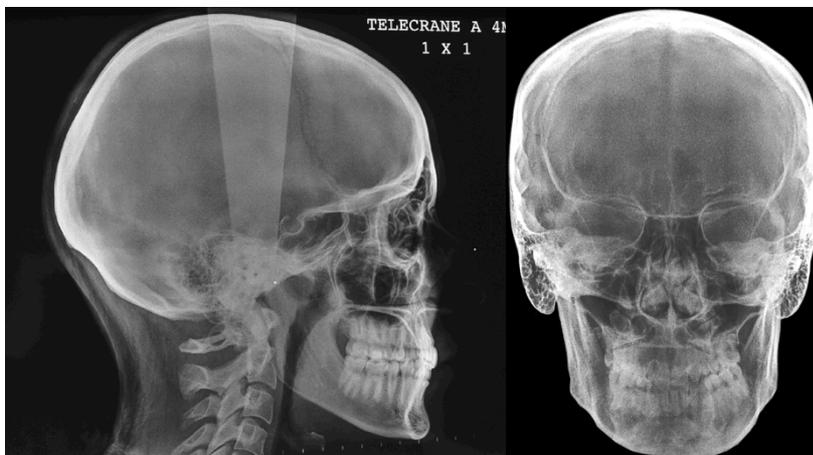
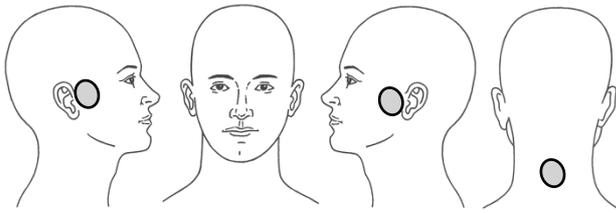


Typologie : de classe I squelettique de tendance très légèrement hyperdivergente.

**Muscles** : muscles éleveurs hypertrophiques, denses, pression linguale, ventilation orale nocturne fréquente.

**ATM** : claquement à l'ouverture, léger, bilatéral, non perceptible à la fermeture ou en diduction.

**Douleur** : algie ATM provoquée à l'étirement plus marquée à gauche.

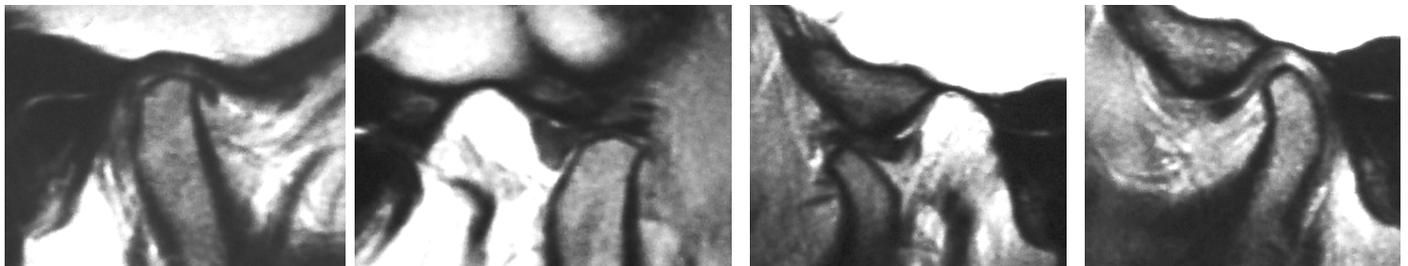


Nom / N° de dossier : MAZ-MF

x femme Age : 30 ans

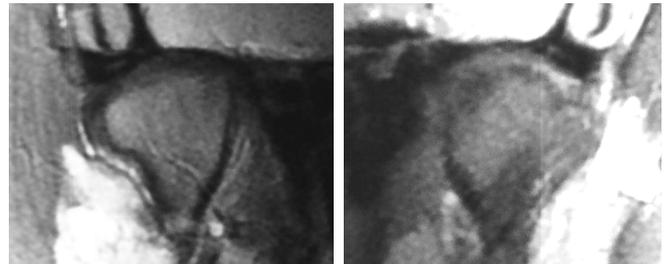
**Testing clinique :**

Algie ATM gauche provoquée à l'étirement.  
Léger claquement ATM gauche en diduction droite si la capsule est plaquée par une palpation intra-auriculaire.



*A.T.M gauche : désunion condylo-discale de grade I (réductible) est confirmée (une désunion totale sur la coupe la plus latérale), morphologie bifide du condyle en vue frontale).*

*A.T.M droite : silencieuse cliniquement, montre une normoposition condylo-discale. On note une forme nettement plus aplatie de l'éminence temporale (tubercule articulaire) que du côté gauche, ce qui révèle vraisemblablement une asymétrie fonctionnelle en particulier de la mastication qui serait normalement privilégiée à gauche (pas d'obstacle canin)*



**Occlusion :**

- **calage** : calage postérieur correct, occlusion en ciseau 23/33.
- **centrage** : EN O.I.M, il existe un très léger décentrage mandibulaire transversal vers la droite (non significatif)
- **guidage** : recouvrement incisif important avec un non alignement des milieux de 4 mm (mandibulaire vers la gauche). Anomalie majeur du guidage en diduction gauche

**Hypothèses diagnostiques :**

- Syndrome douloureux chronique
- DAM articulaire probablement secondaire à un traumatisme de l'ATM gauche, dans l'enfance, passé inaperçu (condyle gauche bifide, faible pente du tubercule articulaire de l'ATM droite, occlusion en ciseau gauche)

**Facteurs étiopathogéniques probables :**

Asymétrie mandibulaire par une plus faible croissance du ramus gauche  
Parafonctions : onychophagie

**Orientations thérapeutiques :**

Pas d'urgence car problème chronique, structurel.

Type A :  suppression de l'onychophagie, mastication bilatérale

Expliquer à la patiente qu'il existe une fragilité de l'ATM gauche, et une difficulté de fonctionnement des mâchoires liées à l'asymétrie mandibulaire. Cette fragilité demande d'éviter les hyperfonctions.

Type C :  Il n'existe pas de réel déficit esthétique faciale, donc il n'y pas d'indication de chirurgie du menton ou de chirurgie orthognathique, sauf besoin d'expansion maxillaire important.

Prise en charge odontologique : elle sera à visée esthétique et fonctionnelle avec approche orthodontique et implantaire retrouver un sourire harmonieux et un guidage fonctionnel gauche.

- L'agénésie de la 25 est relativement bien compensée, on ne cherchera donc pas à la remplacer
- L'esthétique du sourire gagnerait grandement à un élargissement prothétique du diamètre mésio-distal de la 12 par facette collée après mésialisation de la 11, distalisation de la 21 et tendance au recentrage du milieu interincisif maxillaire.
- Extraction de la 63 persistante, et distalisation de la 23 pour ménager la place d'une 22 implantaire et recréer une fonction canine.
- Alignement antéro-mandibulaire sans extraction