



A. Tests pour trouver le côté lésionnel

Dans 80 % des cas le sujet indique toujours le côté lésionnel.

- À l'ouverture l'espace pré-tragal le plus important, signe le côté lésionnel.
- Après l'ouverture, doigts dans l'espace pré-tragal, faire une diduction lente de la mâchoire : du côté lésionnel le doigt est chassé vers l'extérieur.
- Après l'ouverture de la bouche, placer les petits doigts dans les oreilles et demander la fermeture de la bouche : le côté douloureux signe le côté lésionnel

S'il n'y a pas de douleur, effectuer le test suivant :

- Après l'ouverture de la bouche, placer les petits doigts dans les espaces pré-tragaux et demander la fermeture de la bouche : le premier doigt expulsé signe le côté lésionnel (parfois douleur sans expulsion).

B. Tests pour trouver le type de lésion lors du SADAM

1. Lésion antériorité

Le Downing vous livrera toujours le coté lésionnel.

Se traduit par une difficulté à la fermeture. À la fermeture, la déviation se fait d'abord du côté opposé à la lésion.

2. Lésion de postériorité

Difficulté à l'ouverture.

À la fermeture, la déviation se fait d'abord du côté de la lésion

C. Autres tests

Alignement des incisives : le manque d'alignement signifie un problème unilatéral ;

Test d'ouverture : difficulté à ouvrir = postériorité ;

Test de fermeture : difficulté à fermer = antériorité ;

Contact prématuré : le premier contact dentaire signe le côté postérieur.

Test des 3 doigts : si les 3 doigts du sujet ne pénètrent pas dans la bouche, il y a un problème d'ATM à corriger.



A. Exemple à droite

1. Test clinique

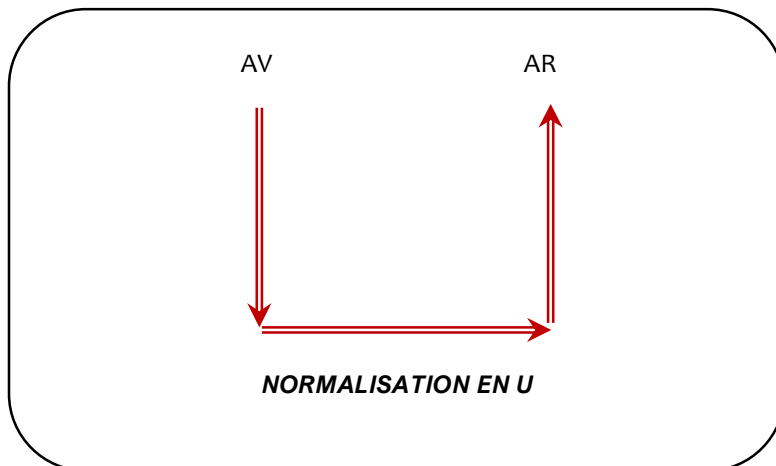
Se placer en avant de l'oreille puis faire fermer l'ATM en positionnant les doigts dans l'espace pré-tragal, le côté se fermant en dernier indique le côté lésionnel, ici côté droit.

À la fermeture de la bouche la déviation se fait d'abord du côté opposé à la lésion, ici à gauche.

↳ *Temporal en R.I alors mandibule en avant ou antérieure.*

2. Normalisation (3 temps)

Le sujet est en décubitus dorsal la tête tournée sur le côté. Ouvrir la mâchoire par une rotation externe (décapsuleur vers le dedans) en bloquant le ménisque et en le poussant vers le haut, puis pousser la mâchoire vers l'arrière et refermer la mâchoire par une rotation interne (décapsuleur). À réaliser plusieurs fois.



B. Correction d'une lésion temporo-mandibulaire antérieure unilatérale gauche

TECHNIQUE DIRECTE



1. Position du sujet

Le sujet est en décubitus dorsal, le praticien se place à la tête du sujet. Points de contact : tous les doigts s'étalent de chaque côté de l'arcade dentaire inférieure ; annulaire et/ou auriculaire en contact avec l'angle postérieur. Pour plus de facilité, le praticien peut faire une prise intra-buccale par le pouce sur la face masticatrice des molaires, index sur les faces alvéolaires.

2. Premier temps

Décompresser l'ensemble du maxillaire inférieur vers le bas par la main caudale (droite).

3. Deuxième temps

La main caudale (droite) repousse en arrière et à l'horizontale le maxillaire inférieur gauche pour positionner le condyle gauche à l'aplomb du ménisque gauche. Le pouce de la main céphalique bloque le ménisque.

4. Troisième temps

La main gauche élève le condyle droit dans le fond de la cavité glénoïde. Ceci harmonise le couple condyle-ménisque.

Remarque :

Pour une lésion temporo-mandibulaire antérieure bilatérale, effectuer cette même manœuvre, mais symétriquement.

Main correctrice

1°) Descendre

2°) Reculer

3°) Remonter



La main posée sur le temporal, le tracte vers le vertex et en arrière. Penser à verrouiller le ménisque par le pouce de la main céphalique.

CORRECTION D'UN LÉSION TEMPORO-MANDIBULAIRE ANTÉRIEURE UNILATÉRALE GAUCHE