



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.

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

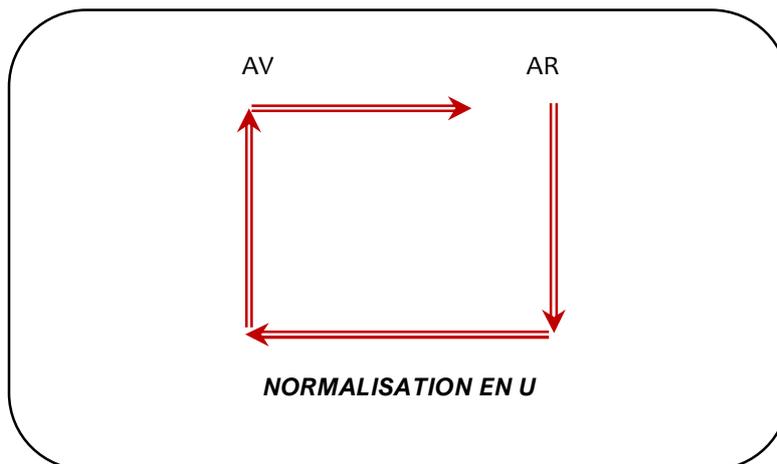
Se placer en avant de l'oreille puis faire fermer l'ATM en positionnant les doigts dans l'espace pré-tragal, le côté se fermant en premier indique le côté lésionnel ici côté droit.

À la fermeture de la bouche la déviation se fait d'abord du côté lésionnel ici à droite.

↳ *Temporal en R.E alors mandibule en arrière ou postérieure.*

2. Normalisation (4 temps)

Le sujet est en décubitus dorsal la tête tournée sur le côté. Ouvrir la mâchoire par une rotation externe en bloquant le ménisque et en le poussant vers le haut, puis tirer la mâchoire vers l'avant et refermer la mâchoire par une rotation interne et pousser la mâchoire vers l'arrière.



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

TECHNIQUE DIRECTE ★★★★★

1. Position du sujet

Le sujet est en décubitus dorsal, le praticien est placé 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

2. Premier temps

Décompresser le maxillaire inférieur globalement vers le bas.

3. Deuxième temps

Le praticien fait glisser en avant la mandibule par sa main caudale pour revenir chercher le ménisque qui est en avant. Le pouce de la main céphalique bloque le ménisque.

4. Troisième temps

La main du praticien élève alors le condyle gauche vers le ménisque.

5. Quatrième temps

Après l'engagement condylo-méniscal, ramener l'ensemble vers l'arrière dans le fond de la cavité glénoïde.

Remarque :

Pour une lésion postérieure bilatérale, effectuer la même manœuvre, mais symétriquement.

Main correctrice

- 1°) Descendre
- 2°) Avancer
- 3°) Remonter
- 4°) Reculer



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

LÉSION D'UNE LÉSION TEMPORO-MANDIBULAIRE POSTÉRIEURE GAUCHE



EXEMPLE ANT. D ET POST. G

À la fermeture de la bouche la déviation se fait à gauche, revient au milieu puis la déviation se fait à droite et la mâchoire ferme au milieu en fin de mouvement. C'est le Z complet.

- **LA MÂCHOIRE ANTÉRIEURE BILATÉRALE**

Réaliser la manœuvre 1 coup à droite et 1 coup à gauche (U)

- **LA MÂCHOIRE POSTÉRIEURE BILATÉRALE**

Réaliser la manœuvre 1 coup à droite et 1 coup à gauche (faire le carré)

- **LA MÂCHOIRE BLOQUÉE**

Les ménisques passent en avant sur un traumatisme ou bâillement.

- **NORMALISATION**

Sujet debout la tête en appui contre le mur. Placer les pouces sur les molaires, tirer la mandibule vers le bas pour dégager le condyle et la repousser vers l'arrière.

Variante : sujet assis par terre, praticien derrière le sujet éminences thénar sur les molaires, les pouces le long des arcades après avoir déprimé les joues en dedans. Le praticien pousse la mandibule vers le bas pour dégager les condyles et la postérionise, les cuisses du praticien servant de point fixe.