

Luxation de l'articulation temporo-mandibulaire due à une dystonie aiguë induite par un neuroleptique : rapport de cas

Temporomandibular joint dislocation due to neuroleptic-induced acute dystonia: case report

ECHATER S¹, HASNAOUI M¹, SAADI I¹, ONEIB B¹ et ELGHAZOUANI F²

¹Département de Psychiatrie, CHU Mohammed VI-Oujda, Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda, Université Mohammed premier, Oujda, Maroc

²Laboratoire de Recherche sur la Santé materno-infantile et la Santé mentale, Université Mohammed premier d'Oujda, Maroc

RÉSUMÉ

La dystonie est un trouble du mouvement qui provoque des contractions musculaires continues. La dystonie oromandibulaire se manifeste par un serrement, une ouverture ou une déviation involontaire de la mâchoire et entraîne des troubles du langage, de la déglutition et de l'apparence. Parfois, la dystonie oromandibulaire est si grave qu'elle peut provoquer une luxation de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM). Les neuroleptiques qui sont principalement utilisés dans le traitement de la schizophrénie ont des effets secondaires extrapyramidaux tels que la dystonie aiguë. Nous rapportons le cas d'une jeune patiente qui a présenté une luxation de l'articulation temporo-mandibulaire due à une réaction dystonique aiguë induite par un neuroleptique.

Rev Med Brux 2023 ; 44: 130-133

Doi : 10.30637/2023.22-008

Mots-clés : Dystonie aiguë, luxation temporo-mandibulaire, neuroleptique

ABSTRACT

Dystonia is a movement disorder that causes sustained muscle contractions. Oromandibular dystonia manifests itself as involuntary clenching, opening or deviation of the jaw and leads to speech, swallowing and appearance problems. Sometimes, oromandibular dystonia is so severe that it can cause dislocation of the temporomandibular joint. Neuroleptics that are primarily used in the treatment of schizophrenia have extrapyramidal side effects such as acute dystonia. We report the case of a young patient who presented temporomandibular joint dislocation due to acute dystonic reaction induced by neuroleptic.

Rev Med Brux 2023 ; 44: 130-133

Doi : 10.30637/2023.22-008

Key words : Acute dystonia, temporomandibular dislocation, neuroleptic

INTRODUCTION

La dystonie est un trouble du mouvement qui provoque des contractions musculaires continues, des mouvements de torsion répétitifs et des postures anormales du tronc, du cou, du visage, des bras et des jambes¹. Les dystonies médicamenteuses secondaires sont fréquemment observées avec des médicaments ayant des effets antidopaminergiques tels que les antipsychotiques ; elles sont causées par une altération de l'équilibre dopaminergique-cholinergique dans le nigrostriatum². Chez la plupart des patients, la dystonie aiguë survient dans les cinq jours suivant le début du traitement, à des endroits variables (orofacial, oculaire, cou et tronc) et avec une sévérité variable³. Elle peut se manifester par une crise oculogyre, une protrusion de la langue, un trismus, un blocage de la mâchoire, un torticolis, un spasme laryngé, une difficulté à parler, un opisthotonos, une lordose ou une scoliose et une crise tortipelvienne.

La dystonie oromandibulaire est l'une des dystonies focales qui peut se présenter sous la forme d'un serrement, d'une ouverture ou d'une déviation de la mâchoire et qui entraîne des troubles de la parole et de la déglutition¹. Parfois, la dystonie oromandibulaire est si grave qu'elle peut provoquer une luxation de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM). Jusqu'à présent, peu de rapports de cas ont été publiés sur la luxation de l'ATM due aux médicaments antipsychotiques⁴.

CAS CLINIQUE

Une patiente âgée de 27 ans, mariée, mère d'un enfant, sans antécédent médical ou chirurgical particulier, est suivie pour trouble schizoaffectif depuis 4 ans. Elle a été mise sous olanzapine 10 mg/j et carbamazépine 800 mg/j dont la prise était anarchique au début puis arrêtée définitivement depuis un an. Elle a été admise aux urgences psychiatriques au septième jour du post-partum pour une tentative d'infanticide.

L'examen clinique a objectivé une excitation psychomotrice avec humeur labile, logorrhée, délire de grandeur, de persécution et d'ensorcellement avec une banalisation du trouble de comportement. Elle était apyrétique, normotendue avec des conjonctives pâles. Le reste de l'examen général était sans particularité et on n'a pas noté de trouble du langage ou de la déglutition. Le bilan biologique était également sans particularité (numération formule sanguine, D-dimère, CRP, ionogramme, bilan hépatique et rénal) hormis une anémie ferriprive.

Elle a été mise, en plus de l'olanzapine 15 mg/j, sous chlorpromazine 300 mg/j avec du diazépam 30 mg/j vu l'instabilité psychomotrice. Dès le premier jour du traitement, la patiente a présenté une hypotension artérielle à 80/60 mm Hg, pour laquelle la patiente a bénéficié d'un examen gynécologique (pour éliminer une hémorragie du post-partum) et cardiologique avec ECG qui étaient sans particularités. Malgré, l'administration d'étiléfrine, la patiente a refait une hypotension grave avec installation d'une hypersalivation, une sédation importante associées à une rigidité musculaire plus marquée au niveau facial sous forme d'un trismus et d'une dystonie où la mâchoire était tirée vers le bas. Devant ces effets indésirables, la chlorpromazine a été arrêtée avec mise en place d'un correcteur anticholinergique à base de Trihexyphenidyl 10 mg/j et un myorelaxant (thiocolchicoside 4 mg). La tension artérielle s'est normalisée. Cependant, la patiente a gardé une asymétrie faciale avec des difficultés de mastication et de parole. L'examen clinique a objectivé un prognathisme, une vacuité bilatérale de la cavité glénoïde de l'ATM et une douleur à la palpation (figure 1). Une tomographie assistée par ordinateur du visage a confirmé une luxation antérieure des condyles mandibulaires bilatéraux, sans fracture associée (figure 2). Il n'y avait pas notion de traumatisme pouvant provoquer une luxation de l'ATM.

Le retard diagnostique et la durée incertaine de la luxation ont rendu la prise en charge difficile ; la réduction manuelle était impossible avec une douleur lors de la tentative de manipulation de la mandibule. La réduction a été faite sous anesthésie générale. Une dysmorphose de classe III a été posée par le chirurgien maxillo-facial. Après la réduction, un bandage d'immobilisation de l'articulation a été mis en place pour quelques jours avec une bonne évolution clinique et fonctionnelle.

Nous pensons que la patiente a développé une luxation temporo-mandibulaire suite à une réaction dystonique à la chlorpromazine.

DISCUSSION

Dans le cas présent, nous rapportons une dystonie oro-mandibulaire avec une luxation temporo-mandibulaire chez une patiente traitée par chlorpromazine et olanzapine. Il s'agit d'une présentation inhabituelle d'une dystonie oro-mandibulaire.

La dystonie oro-mandibulaire se manifeste par un serrement, une ouverture ou une déviation involontaire

Figure 1

Patiente présentant une luxation temporo-mandibulaire antérieure bilatérale.



Figure 2

Image scanographique montrant une luxation temporo-mandibulaire bilatérale.



de la mâchoire et entraîne des troubles de la parole, de la déglutition et de l'apparence. Dans les cas graves, les patients peuvent présenter des douleurs de la mâchoire, une dysarthrie, des traumatismes dentaires et temporo-mandibulaires tels que des luxations^{4,5}. L'énergie mécanique de la dystonie oro-mandibulaire peut occasionnellement être si élevée qu'elle peut provoquer des luxations bilatérales de l'articulation ATM comme rapportés par Ibrahim et Liu^{4,6}.

Les réactions dystoniques induites par les médicaments se produisent généralement avec ceux ayant des effets antidopaminergiques tels que l'halopéridol et la chlorpromazine⁵, qui entraînent une altération de l'équilibre dopaminergique-cholinergique dans le nigrostriatum par blocage des récepteurs D2 de la dopamine, ce qui entraîne un excès de production cholinergique striatale. Les antagonistes des

récepteurs D2 très puissants sont les plus susceptibles de produire une réaction dystonique aiguë. Les agents qui équilibrent le blocage de la dopamine et le blocage des récepteurs muscariniques M1 comme les antipsychotiques atypiques, sont moins susceptibles de provoquer des réactions dystoniques².

Dans une méta-analyse portant sur 12 études et 825 participants, la chlorpromazine a été classée dans le groupe à prévalence élevée de dystonie aiguë avec un pourcentage de 10,9 %, IC (5,2 à 21,3)³. Elle survient généralement chez les jeunes patients qui n'ont jamais pris de médicaments anti-dopaminergiques. Avec l'âge, le risque de développer une dystonie est faible, en raison de la diminution du nombre de récepteurs D2⁷. L'hypotension artérielle est un effet anti-adrénergique de la chlorpromazine par le blocage des récepteurs alpha adrénergique périphérique qui entraîne une diminution du tonus vasomoteur⁸. Jusqu'à présent, peu de cas ont été publiés sur les luxations de l'articulation temporo-mandibulaire induites par des antipsychotiques. Parmi ces cas, quatre concernaient principalement les antipsychotiques de première génération tels que l'halopéridol^{1,4,5,9} et uniquement deux cas étaient dus à des neuroleptiques atypiques^{2,10} (tableau).

Les facteurs de risque prédisposant à ces luxations sont connus et comprennent des conditions telles que

les dysmorphoses maxillo-mandibulaires, le syndrome de l'appareil de la mastication algo-dysfonctionnel et les antécédents de dislocation^{11,12}. Une prédominance féminine est retrouvée dans la littérature et serait liée, selon certains auteurs, d'abord à un relâchement du ligament ordinaire en raison de l'imprégnation hormonale et d'autre part à un traitement contraceptif oestroprogestatif qui augmenterait la probabilité d'un dysfonctionnement de l'ATM¹¹.

La douleur est souvent le principal symptôme des troubles temporo-mandibulaires qui pousse les patients à chercher de l'aide. Cependant, les personnes souffrant de troubles mentaux semblent moins sensibles à la douleur somatique¹³⁻¹⁵. De plus, ils présentent une anomalie de l'expression de la perception douloureuse et donc la localisation, l'intensité et les caractéristiques de la douleur peuvent être anormalement exprimées ce qui rend le diagnostic difficile^{14,16}. C'était le cas de notre patiente qui n'a signalé aucune douleur ou trouble de la déglutition et de la parole, ce qui a retardé le diagnostic et la prise en charge.

Nous pensons que la réaction dystonique aiguë était la cause la plus probable de la luxation de l'ATM chez cette patiente vu l'absence d'un contexte ou de signes traumatiques. Cette complication est rare mais grave et nécessite un diagnostic et un traitement immédiats⁴.

Tableau

Tableau récapitulatif des cas de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire rapportés dans la littérature.

Référence	Age	Sexe	Médicament incriminé	Délai d'apparition des symptômes	Tableau clinique
Connor <i>et al.</i> (1992) ⁹	21 ans	♂	Halopéridol	—	Dystonie oro-faciale, asymétrie faciale, difficulté à avaler, hypersalivation, impossibilité de fermer la bouche
Ibrahim <i>et al.</i> (1996) ⁴	38 ans	♂	Thiothixène	40 h après le début du traitement	Dystonie oro-faciale, impossibilité de fermer la bouche, de parler ou d'avalier
Eken <i>et al.</i> (2009) ¹	34 ans	♀	Halopéridol (5 mg en IM)	24 h après l'administration d'une seule dose	Contraction au niveau de la mâchoire, asymétrie de la mâchoire
Solomon <i>et al.</i> (2010) ¹⁰	23 ans	♀	Aripiprazole (10 mg/j)	12 h après la première dose	Spasme douloureux des muscles du cou, ouverture forcée de la bouche et déviation de la mâchoire, douleur au niveau de l'ATM, impossibilité de fermer la bouche, d'avalier ou de parler
Zakariaei <i>et al.</i> (2011) ⁵		♀	Halopéridol (ingestion de 10 comprimés de 5 mg dans un cadre de tentative de suicide)	8 h	Incapacité de fermer la bouche, douleur dans la région pré-auriculaire
Karthik <i>et al.</i> (2014) ²	25 ans	♂	Risperidone (2 mg/j) et Amisulpride (100 mg/j)	12 h après la première dose de rispéridone Même jour que l'administration d'amisulpride	Blocage de la mâchoire, douleur dans la région temporo-mandibulaire, dystonie de la région mandibulaire bilatérale

CONCLUSION

Nous suggérons que pour les patients présentant des réactions dystoniques faciales aiguës et qui ne répondent pas au traitement médicamenteux standard, un diagnostic de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire soit envisagé.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Eken C, GUier V. Temporomandibular Joint Dislocation Due to Haloperidol Induced Acute Dystonia: A Case Report and Review of the Literature. *Erciyes Medical Journal*. 2009;31(1):S10-3.
2. Karthik MS, Prabhu N. Temporomandibular joint dislocation due to atypical antipsychotic-induced acute dystonia: a case report. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2014;4(6):282-4.
3. Martino D, Kamik V, Osland S, Barnes TRE, Pringsheim TM. Movement Disorders Associated With Antipsychotic Medication in People With Schizophrenia: An Overview of Cochrane Reviews and Meta-Analysis. *Can J Psychiatry*. 2018;63(11):730-9.
4. Ibrahim Z, Brahim MD, Brooks E. Neuroleptic-induced bilateral temporomandibular joint dislocation. *Am J Psychiatry*. 1996;153(2):293-4.
5. Zakariaei Z, Taslimi S, Tabatabaiefar MA, Dargahi MA. Bilateral Dislocation of Temporomandibular Joint Induced by Haloperidol Following Suicide Attempt: A Case Report. *Acta Med Iran*. 2011;50(3):213-5.
6. Liu Z. Bilateral dislocation of mandibular joints induced by haloperidol therapy- a case report. *Sichuan Yi Xue Yuan Xue Bao*. 1985;16(1):82-3.
7. Volkow ND, Moberg PJ, Smith G. Association Between Decline in Brain Dopamine Activity With Age and Cognitive and Motor Impairment in Healthy Individuals. *Am J Psychiatry*. 1998;155(3):344-9.
8. Junichi kurihara, Yoshinobu T, Shigeto S, Yoko O, Hitoshi kato. Effect of midodrine on chlorpromazine -induced orthostatic hypotension on Rabbits: comparison with Amezinium, Etilefrine and Droxidopa. *BiolPharmBull*. 2000;23(12):1445-9.
9. O'Connor M, Rooney MD, Nienaber CP. Neuroleptic- induced dislocation of the jaw. *Br J Psychiat*. 1992;161(2):281-2.
10. Solomon S, Gupta S, Jesudasan J. Temporomandibular dislocation due to aripiprazole induced dystonia: Letter to the Editors. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2010;70(6):914-5.
11. Oudghiri N, Doumiri M. Dislocation temporo-mandibulaire bilatérale survenue lors d'une éclampsie. *Pan Afr Med J*. 2016;23(14):1-2.
12. Quessard A, Barrière P, Levy F, Steib A, Dupeyron P. Luxation de l'articulation temporo-mandibulaire diagnostiquée au décours d'une anesthésie générale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2008;27(10):846-9.
13. Lévesque M, Potvin S, Marchand S, Stip E, Grignon S, Pierre L *et al*. Pain Perception in Schizophrenia: Evidence of a Specific Pain Response Profile. *Pain Med*. 2012;13(12):1571-9.
14. Ponde de Sena E, de Araújo AN, Alves do Nascimento M, Fontes Baptista A. Temporomandibular disorders in patients with schizophrenia using antipsychotic agents: a discussion paper. *DHPS*. 2014;6:21.
15. Bonnot O, Anderson GM, Cohen D, Willer JC, Tordjman S. Are Patients With Schizophrenia Insensitive to Pain? A Reconsideration of the Question. *Clin J Pain*. 2009;25(3):244-52.
16. Liorca P. Insensibilité à la douleur dans la schizophrénie : mythe ou réalité? *French Journal of Psychiatry*. 2018;1(suppl):S18.

Travail reçu le 10 janvier 2022 ; accepté dans sa version définitive le 12 mai 2022.

CORRESPONDANCE

S. ECHATER
CHU Mohammed VI-Oujda
Hôpital de la santé mentale et des maladies psychiatriques
Bvd Allal al fassi, Oujda 60010, Maroc
E-mail : dr.sara919@gmail.com