TRAUMATOLOGIE FACIALE

I/ Les urgences thérapeutiques en chirurgie maxillo-faciale

~ Ne pas se laisser aveugler par le traumatisme facial
~ Ne pas méconnaître ou négliger les lésions faciales

Urgences = lésions menaçants la survie du blessé dans l'immédiat et son avenir sur le plan des nombreuses fonctions groupées a ce niveau.

Urgence vitale :
- s'assurer d'une perméabilité des voies aériennes supérieures (VAS)
- hémorragie (à contrôler)
- lésions associées (à rechercher)

1. Urgence respiratoire

A) OBJECTIF

Garantir la perméabilité des VAS

B) PATHOLOGIE

Il peut y avoir :
- des obstacles mécaniques
- présence de corps étrangers (*ex :* dents)
- délabrement des parties molles
- chute de la langue en arrière = **glossoptose** (perte des insertions antérieures de la langue)

C) ACTIONS / SOINS

Sur les lieux de l'accident :
- lever ou prévenir l'obstacle (avec des compresses, doigts, ...)
- mettre la personne en décubitus latéral
- poser une canule de Guédel
- dès que possible : intubation endo-trachéale, par voie nasale ou orale
- la trachéostomie doit-être considérée comme un ultime recours, tout à fait exceptionnel

2. Urgence hémodynamique

	Hémorragie cataclysmique	Hémorragie de moyenne abondance ms qui dure	Hémorragie externe	Hémorragie buccale	Épistaxis
Fréquence	rare	plus souvent			
Étiologie	rupture carotidienne dans le sinus sphénoïdal	par le nez, la bouche, les plaies, ...	par blessure d'un gros tronc facial ou cervical		

	Hémorragie cataclysmique	Hémorragie de moyenne abondance ms qui dure	Hémorragie externe	Hémorragie buccale	Épistaxis
Actions / soins & ttt	sur les lieux de l'accident et pendant le transport : l'hémostase assurée manuellement ou par 1 pansement efficace + remplissage vasculaire		hémostase réglée sous le contrôle de la vue +/- chir réparatrice	hémostase réglée + sutures des plaies	tamponnement endo-nasal^{+++}

Attention : si le **tamponnement endo-nasal** ne suffit pas à arrêter une épistaxis (marche dans 80 % des cas), faire un **tamponnement postérieur**, de préférence sous AG (doit-être gardé moins de 48 h). Il existe aussi des **sondes à double ballonnets** : moins traumatisant.

Pour les épistaxis rebelles : embolisation.

➔ Il faut rechercher systématiquement une lésion associée au niveau de la colonne cervicale, de l'encéphale et rechercher un traumatisme crânien (embarure, HED), du globe oculaire et du larynx.

3. Urgences fonctionnelles

Dès que possible, en fonction de l'état clinique :

- compléter le bilan biologique
- effectuer un bilan radiologique (plutôt scanner que radiographie)
- +/- mise en place d'une SNG, d'une SU et d'une séro-prophylaxie anti-tétanique

a) Hématomes extensifs

- pas de plaie
- gros hématome
- une artère s'est rompue sous la peau et met celle-ci en tension
- parfois : saignement du globe oculaire, entraînant une **exophtalmie**
- faire une hémostase et drainer l'hématome
- au bout de qq'h : la peau va se nécroser

b) Lésions d'organes nobles

= ttt à faire dans les 6 h :

- ✗ plaies nerveuses (nerf facial^{+++})
- ✗ plaies du canal de Stenon (canal d'évacuation de la salive qui se termine en s'ouvrant dans la cavité buccale)
- ✗ plaies des voies lacrymales
- ✗ section du muscle releveur de la paupière, entraînant un **ptosis**

c) Le syndrome de section « physiologique du nerf optique »

Tableau clinique caractéristique : abolition de toute fonction visuelle, fond d'oeil normal, ...

Il est nécessaire de faire rapidement le diagnostic pour que le patient ai

une chance de récupérer sa vue : faire un scanner pour voir si fracture de l'orbite (dans les 4 h).

d) Les fractures ouvertes

ex : l'atteinte de la partie dentée (maxillaire, mandibule) implique la notion de fracture ouverte (car le trait de fracture passe par une alvéole dentaire).

e) La luxation dentaire totale

La dent est totalement sortie de son alvéole = **urgence chirurgicale** s'il on veut espérer conserver la dent.

Une ré-implantation peut-être envisagée mais à faire vite (dans les 4 h).

Il est nécessaire de conserver la dent retrouvée dans un liquide frais isotonique (*ex :* du **lait**).

f) Les amputations d'organes et les pertes de substances cutanées

A opérer dans les heures qui suivent l'accident.
Ré-implantation avec micro-anastomose vasculaire.
Si perte de substance cutanée seule : pas de ré-implantation immédiate.

II/ Les plaies faciales

1. Urgence quotidienne

- analyse fonctionnelle
- analyse lésionnelle :

- l'inspection rend compte de l'importance, de la taille, de la topographie, ... de plaie, ainsi que de son été infectieux (septique ou non)
- la palpation permet de savoir s'il y a des fractures en-dessous de la plaie : palper les galbes osseux, sensibilité des téguments
- un plaie, même de faible importance, peut avoir un nerf sensitif lésé
- examen de la motricité faciale (mimiques) indispensable : rare paralysie totale ; souvent : plaie d'une ou de plusieurs branches du nerf
- plaie du canal de Stenon
- plaie des voies lacrymales (on injecte du sérum physiologique dans l'oeil : si celui-ci sort par une plaie, il faut une intervention chirurgicale)

2. Ttt

a) Choix du type d'anesthésie

~ plaie faciale simple : AL (injection lente ; vérifier qu'on n'injecte pas en veineux ou artériel)

~ si lésion associée, plaies importantes, ... : AG

b) Fermeture cutanée

- quand l'AL fait effet
- ne doit s'effectuer qu'après hémostase, ...
- parage (pour rendre le plaie régulière)
- hémostase : coagulation, ligature, ...
- si incrustation de corps étrangers = brosser pour les éliminer
- suture : de façon atraumatique, avec des instruments fins, en manipulant au minimum les téguments, **toujours au minimum sur 2 plans** (un plan

profond, un plan superficiel), au fil
- suture du plan profond : au fil incolore, résorbable lent ou non résorbable
- **ne pas croiser les fils**
- si pas de plan profond = cicatrice déprimée ou élargie
- plan superficiel : points séparés, fil fin, résorbable ou non, ne pas serrer les fils (le plan profond doit prendre en charge la tension), ne pas laisser les fils trop longtemps
- face = peu d'indication de chirurgie

c) Ttt des lésions associées

- ✔ Avant la fermeture cutanée
- ✔ Les nerfs, le canal de Stenon et les voies lacrymales se suturent
- ✔ Toute plaie doit-être rapidement suturée

III/ Fractures des os de la face

1. Fractures de mandibule

Mandibule = os comme la clavicule ou le péroné, articulé au crâne par 2 articulations.
Il peut y avoir une fracture à n'importe quel endroit.
Ce sont des **fractures ouvertes = urgence**.
Dans l'os = nerf dentaire inférieur (qui innerve aussi la lèvre).

a) Diagnostic clinique d'une fracture de mandibule

- douleurs++
- hématome
- ecchymose
- déformation
- impotence fonctionnelle
- trouble de l'alignement dentaire
- ...

b) Examens complémentaire

Si doute : faire radio ou scanner (pas obligatoire, mais sert pour les fractures des articulations).

c) Ttt

- ➢ réduction de la fracture
- orthopédiquement
- manuellement

- ➢ immobilisation
- avant, on utilisait le blocage inter-maxillaire
- maintenant : ostéosynthèse par miniplaques visées (passe par la bouche)

- ➢ fracture sur les articulations :

- on essaye de mettre des plaques sur les grandes fractures

2. Fractures de l'orbite

Orbite = entouré de vide (de cavités) / renferme le globe oculaire et ses

annexes / insertion de la paupière. Peut aussi casser à n'importe quel endroit.
Le plus fréquent = fracture du malaire.

a) Diagnostic

Douleurs, ecchymoses, hématomes, pommette enfoncée, déformation, troubles de la vision (car les 2 yeux ne sont plus à la même hauteur / dans 50 % des cas, le muscle empêche l'oeil d'aller dans une certaine direction)

b) Examens complémentaires

Test de « Lancaster » (examen ophtalmologique qui permet de quantifier la diplopie), confirmation radiologique ou par TDM

c) Ttt

- réduction orthopédique de la fracture, sous AG
- désincarcération musculaire
- reconstruction du plancher orbitaire
- intervention chirurgicale si diplopie / sinon : chirurgie pour l'esthétisme

3. Fractures du nez

Nez = clé de voûte d'un ensemble architectural complexe.
Le nez, cassé ou non, peut reculer.

a) Clinique

oedème, ecchymose, douleur, saignement, déformation morphologique

b) Examens complémentaires

Rhinoscopie, bilan radiologique / TDM (fracture du nez ?, de la cloison nasale ?)

c) Ttt

Pour une fracture simple du nez : réduction manuelle ou instrumentale, sans léser la muqueuse puis immobilisation (plâtre, résine, attelle métallique) + mèches (pendant 4-5 j).

d) Cas particulier du « nez dépassé » : fracture complexe

Le nez à reculé dans l'éthmoïde puis va le casser et se casser en petits morceaux.
Ttt = réduction chirurgicale.

4. Fractures-séparations faciales

Face : entre les os solides, il y a des os minces.

a) Clinique

Oedème, hématome, ecchymose, trouble de l'occlusion dentaire.

b) Classification

Selon le niveau lésionnel : Lefort I, II ou III

➔ Lefort I : fracture qui sépare l'os qui porte les dents (bloc maxillaire) du reste du massif facial

- ➔ Lefort II (la plus fréquente) : intéresse l'orbite et le nez (traits de fractures complexes)
- ➔ Lefort III (la plus grave) : idem / fracture qui sépare le crâne de la face (fracture à haut risque neurologique)

c) Les traits transversaux

La mobilisation de l'arcade dentaire supérieure par rapport au crâne est possible.

d) Les traits verticaux

Séparent la face en 2 moitié (droite / gauche).

e) Examens complémentaires

Bilan radiologique / TDM

f) Ttt

Réduction : brutale, instrumentale (ttt difficile car il existe souvent des complications neuro-chirurgicales).

Ccl :

Traumatisme maxillo-facial : conduite à tenir :

- contrôle de la ventilation (libération et protection des VAS)
- contrôle de la circulation (hémostase des lésions, pose de VVP, remplissage vasculaire)
- évaluation neurologique : fréquence des associations avec un traumatisme crânien (évaluer l'état de conscience à l'aide du score de Glasgow)
- sédation (antalgique, sédatif, ...)
- lutte contre l'infection (antiseptie, asepsie, ATB si besoin)
- bilan des lésions (parties molles, os, globes oculaires^{+++}