

Un cas de traumatisme maxillo-facial grave

Raotoson HS¹, Randrianirina H², Randrianirina MSE¹, , Rakoto Alson S⁴, Ramaroson J⁴,
Ralaiarimanana LFE⁴, Randrianirina JBS³

¹-Service Maxillo-facial CHU PZaGa

²-Service Réanimation Chirurgicale CHU PZaGa

³-Service de Chirurgie Ortho-traumatologique CHU PZaGa

⁴-Institut d'Odontostomatologie Tropical de Madagascar (IOSTM)

RESUME

Un traumatisme maxillo-facial grave rentre toujours dans le cadre d'un poly traumatisme. Il associe des lésions osseuses faciales et dentaires à des atteintes de la voie aérienne supérieure ainsi que des vaisseaux qu'il faut prendre en charge en premier lieu. Dans le cas de cette jeune fille, la glossoptose est à l'origine des troubles respiratoires. Pour les fractures maxillaires et mandibulaires, le traitement a nécessité une réduction suivie de contention par blocage. Les lésions des parties molles de la face, l'éclatement de l'œil ainsi que les fractures dentaires sont traités à distance du traumatisme. Dans tous les cas, la restauration fonctionnelle et morphologique maxillo-faciale est de règle.

Mots-clés : Traumatisme, maxillaire, face, grave

ABSTRACT

A severe maxillofacial traumatism always falls within the framework of a poly traumatism. It combines facial and dental bone lesions with damage to the upper airway as well as vessels to be taken care of in the first place. In the case of this girl, glossoptosis causes respiratory problems. For maxillary and mandibular fractures, treatment required a reduction followed by contention by blocking. The lesions of the soft parts of the face, the bursting of the eye as well as the dental fractures are treated at a distance from the traumatism. In all cases, functional restoration and morphological maxillofacial is the rule.

Keywords: *traumatism, maxillaire, face, severe*

INTRODUCTION

Les traumatismes maxillo-faciaux sont fréquents dans le cadre de la traumatologie actuelle, de l'ordre de 12 à 38% [1,2]. Il s'agit le plus souvent d'un poly traumatisme avec atteinte des voies aériennes supérieures et d'axes vasculaires importants. Aux atteintes osseuses

maxillaires, mandibulaires ou de l'étage antérieur s'associent des lésions orbitaires et des parties molles [3]. Ainsi nous rapportons un cas de traumatisme grave de la face traité au service de chirurgie Maxillo-facial du CHU PZaGa Mahajanga.

OBSERVATION

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans admise dans le service des urgences chirurgicales pour poly traumatisme par accident de circulation. Elle a été fauchée en plein fouet par une voiture qui l'a trainée sur le goudron sur une longueur de 30 mètres environ. Le point d'impact du choc a été la région latérale gauche du thorax. La partie antérolatérale gauche de la face ainsi que la région antérieure du tronc ont été trainées contre le goudron jusqu'à l'arrêt de la voiture. Il n'y avait pas de perte de connaissance initiale. Elle a présenté une dyspnée sévère et une douleur intense au

niveau du thorax à chaque respiration. Elle n'a pas d'antécédent particulier.

A l'examen clinique elle se plaignait :

- de douleurs sur tout le corps, exacerbées à la moindre tentative de mouvement surtout le tronc ;
- des difficultés respiratoires.

Nous avons observé une plaie délabrée de toute la partie gauche de la face avec une perte de substance importante cutanéomusculaire de la région génienne haute et périorbitaire.

Une perte de substance labiale supérieure gauche mettant à nu l'os maxillaire a été

également notée. Elle a présenté une plaie contuse de la partie antérieure de l'épaule gauche, une dermabrasion du sein bilatéral, de la région mentonnière et abdominale antérieure. Au niveau des membres, nous avons noté des pertes de substances cutanées au niveau du poignet bilatéral.

L'exploration a décelé :

- Une fracture avec perte de substance osseuse de l'os maxillaire, une fracture disjonction inter maxillaire et une fracture mandibulaire.

- De multiples fractures et luxations dentaires.

- Par ailleurs, un éclatement du globe oculaire gauche et une perte de substance cutanéocartilagineuse de l'aile du nez gauche sans obstruction de la cavité nasale.

- Une chute en arrière de la langue qui tend à obstruer les voies aériennes supérieures.



Figure N°1 : Aspect clinique du poly traumatisme.

Délabrement de la face et contusion du tronc

A l'examen scanographique on a objectivé :

- Une fracture avec une perte de substance osseuse qui est le fragment médian.

- Une fracture du maxillaire avec déplacement du fragment droit et perte de substance osseuse emportant le bloc incisivo-canine bilatéral.

- Une fracture de l'étage moyen de la base
du crâne type Lefort II.

- Un volet thoracique droit avec un
important hémopneumothorax sous-jacent.



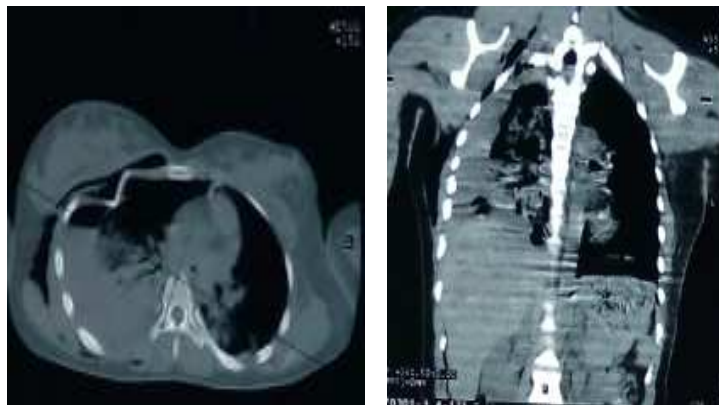
A

B

Figure N°2 : Scanners montrant les lésions osseuses

A : Fractures maxillaire et mandibulaire

B : Lefort II



A

B

**Figure N°3 : Scanner montrant (A) un volet thoracique antérolatéral droit,
et (B) hémopneumothorax.**

Au total, il s'agit d'une jeune fille âgée de 16 ans, victime d'un poly traumatisme grave par accident de circulation, présentant un délabrement maxillo-facial avec des lésions osseuses et dentaires sous-jacentes; également des plaies contuses thoraciques et abdominales, des fractures costales compliquant d'épanchement pleurale.

Pour le traitement, au service des urgences à son arrivée :

-elle a reçu des médicaments par voies veineuses dont des antalgiques, une transfusion sanguine iso-groupe.

- Au bloc opératoire un nettoyage des plaies faciales, thoraciques et abdominales, suivi de pansement.

- Pour la dyspnée aggravée par la glossoptose, on a décidé de mettre en place une canule de trachéotomie sous anesthésie locale pour libérer les voies aériennes et permettre la respiration.

- Une sonde naso-gastrique a été placée.

La patiente a été transférée au service de réanimation chirurgicale pour une mise en condition.

Le lendemain de son admission, elle a été réadmise au bloc opératoire et sous anesthésie générale pour :

-Un drainage thoracique avec lavage au sérum physiologique sous drain aspiratif.

- Appropriation de la plaie faciale par un lavage abondant et brossage, extraction des corps étrangers tels que des goudrons, parage et suture des plaies faciales et thoraciques.

-Administration de la pénicilline G à raison de 10 millions U I par jour associée au Métris 1 gramme par jour et un antalgique de palier I selon l'OMS.

Au sixième jour, son état général est stable. Nous avons effectué une énucléation de l'œil gauche, une réduction des fractures maxillaires, Lefort II et Mandibulaires, suivie de contention ou ostéosynthèse par blocage à l'aide des fils d'acier. Le tout est recouvert d'un pansement léger. Une cicatrisation dirigée a été instituée au dixième jour, pour une partie de la plaie faciale car des délabrements musculaires empêchent une plastie faciale de couverture.

L'évolution a été marquée jusque-là par un lâchage de sutures labiales supérieure et inférieure à cause des infections locales. Une déviation de la bouche a été observée. Mais pour la dermabrasion, une épithélialisation des cicatrices dirigées a été obtenue.



Figure N°4 : État à J15 de traitement et à la sortie de l'hôpital

Au vingtième jour, une réintervention a été envisagée après évaluation de l'état local cutanéomusculaire. Une plastie labiale supérieure et inférieure a été effectuée.

D'une façon générale, l'évolution est favorable car les plaies sont cicatrisées, la respiration devient normale après avoir enlevé la canule, l'alimentation orale est

redevue possible. Elle est arrivée à prononcer des mots pour s'exprimer malgré les difficultés de l'articulation. Elle peut vivre normalement malgré les cicatrices rétractiles et la déformation du visage.

Elle est exeat au vingtième jour.

DISCUSSION

Le traumatisme maxillo-facial, quand il rentre dans le cadre d'un poly traumatisme est considéré comme toujours grave. Dans la littérature l'homme présente un fort pourcentage de l'ordre de 8 à 30%. [1]

Concernant l'âge, He et al. ont partagé notre résultat car la plupart des traumatisés sont âgés de 15 à 30 ans [1]. C'est l'âge actif dans la vie. Ce traumatisme est de l'ordre de 1% avant 5 ans et de 6 % chez les sujets âgés.

Quant à la gravité du poly traumatisme, nous avons constaté l'association avec l'encombrement trachéo-bronchique et les hémorragies qui conditionnent le pronostic vital du patient. Ceci a été confirmé par Guven et al. car selon lui, la détresse respiratoire est la première cause de mortalité à la phase initiale. [2]

Les fractures maxillaire et mandibulaire, ainsi que les avulsions et luxations dentaires sont en général responsables du

pronostic morphologique et fonctionnel. Pour Chami K il faut restaurer la cinétique mandibulaire surtout s'il n'y a pas de disjonction crânio-faciale. [3]

La prise en charge en urgence était la pose d'une canule de trachéotomie pour éviter la détresse respiratoire ainsi que le drainage thoracique. Zakaria Z a été d'accord avec notre principe car devant ce genre de situation, la priorité essentielle est la prise en charge des voies aériennes [4],

sans oublier les autres lésions associées. Les autres gestes telles que le parage, les réductions des fractures et le traitement des dents passeront au second temps.

Le pronostic est en général bon malgré la présence d'infection locale et la déformation du visage. Martin a préféré de restaurer au maximum le pronostic fonctionnel surtout l'articulé dentaire et l'alimentation par la bouche une fois la gravité est maîtrisée [5].

CONCLUSION

C'était un cas de poly traumatisme maxillo-facial grave qui associe trouble respiratoire, des délabrements cutané musculaires de la face avec des fractures sous-jacentes, surtout perte d'un œil et des dents. Son état est aggravé par la présence des fractures costales avec des épanchements pleuraux.

La prise en charge en urgence de ce genre de poly traumatisme repose

essentiellement sur la réanimation respiratoire, grâce à la possibilité d'une trachéotomie à la place de l'intubation trachéale.

La chirurgie réparatrice est effectuée à distance du traumatisme. Malgré les séquelles esthétiques et les troubles de l'articulé dentaire, le pronostic fonctionnel est quand même amélioré.

REFERENCES

- 1- He D, Zhang Y' Ellis E. Panfacial fractures: analysis of 33 cases treated late . J.oral Maxillofac Surg. 2007 Dec;65(12) :2459-65.
- 2- Y Guven , S Zorlu , AB Cankaya , O Aktoren, K Gencay. A complex facial trauma case with multiple mandibular fractures and dentoalveolar injuries. Case Rep Dent. 2015;301013. doi:10.1155/2015/301013
- 3- Chami K.. Le traumatisme dentofacial. <http://www-Créonline-microsoft.com>. 2011.
- 4- Zakaria Z. les traumatismes maxillo-faciaux graves. I-CSP 23-patho. Blogfr.com-traumatisme-maxillo-facial.html. 2007/07.
- 5- Martin. Le traumatisme facial. <http://www-Sofiothèque.com.orthopédie-traumatologie>.2011.