



Article Original

Les Urgences Traumatiques en Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale : Aspects Lésionnels, Thérapeutiques et Évolutifs

Traumatic stomatology and maxillo facial emergencies: lesions, management and outcome

Djemi Ernest Martial¹, Zegbeh N'guessan Eric Kouassi¹, Béréte Pornan Issa Jules¹, Amenou Affoué Ba Marie Diane¹, Dally Yassi Grace¹, Ory Opokou Alexandre de Misères¹, Crézoit Greberet Emmanuel¹

RÉSUMÉ

Introduction. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects lésionnels, thérapeutiques et évolutifs des urgences traumatiques maxillo faciales. **Matériel et méthodes.** Il s'agissait d'une étude rétrospective et transversale menée sur une période de 1an (1^{er} Janvier 2019 au 1 Janvier 2020). Cette étude s'est déroulée au service d'Odontostomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Bouaké. **Résultats.** Pendant la période d'étude, 517 patients ont été admis dans le service. Les urgences ont concerné 130 patients soit une prévalence de 25,1%. Il y avait 35 patients en urgence absolue (26,9%) et 65 en urgence relative (73,1%). Leur âge moyen était de 29,12 ans avec des extrêmes de 2 ans et de 60 ans. Il y avait 115 hommes (88,5%) et 15 femmes (11,5%) soit un sex ratio de 7,7. L'étiologie des lésions était exclusivement des accidents de la circulation routière. Les motocycles étaient impliqués dans 91,4%. Les fractures alvéolo dentaires étaient les lésions les plus notées (36,2%) suivi des délabrements cutané musculaire de la face (16,9%) et des fractures bi-parasymphysaires de la mandibule compliquée d'une glossoptose (16,2%). Les résultats post thérapeutiques étaient favorables dans l'ensemble. **Conclusion.** L'urgence traumatique maxillo-faciale représente une entité traumatologique particulière. Le retard de la prise en charge constitue un véritable problème favorisé par la réalité socioéconomique dans nos pays. Une réflexion paraît nécessaire pour organiser La prise en charge de ces urgences.

ABSTRACT

Introduction. The objective of this study was to describe the socio-epidemiological features of traumatic emergencies of the face as well as the lesions encountered and the difficulties of management in our country. **Material and methods.** It was a retrospective and cross-sectional descriptive study conducted over a period of one year (January 1, 2019 to January 1, 2020). This study took place in the Department of Odontostomatology and Maxillofacial Surgery of the Center Hospitalier et Universitaire (CHU) of Bouaké. **Results.** During the study period, 130 cases of maxillofacial traumatic emergencies were collected, i.e. a hospital prevalence of 25.1%. Among these emergencies, 35 patients were classified as absolute emergencies (26.9%) and 65 in relative emergencies (73.1%). The average age of patients was 29.12 years with extremes of 2 years and 60 years. There were 115 men (88.5%) and 15 women (11.5%) or a sex ratio of 7.7. The etiology of the lesions were solely road traffic accidents. It involved motorcycles in 91.4% of cases. 9%) and biparasymphyseal fractures of the mandible complicated by glossoptosis (16.2%). **Conclusion.** Traumatic maxillofacial emergencies represent a particular traumatological entity. The delay in care is a real problem favored by the socio-economic reality in our countries. A reflection seems necessary to organize the care of emergencies.

(1) Service d'odonto-stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale CHU de Bouaké. (Côte d'Ivoire).

Auteur correspondant :

Dr Djemi Ernest Martial
Adresse e-mail :
rinodjemiernest@gmail.com
Boite postale :
Tel : (00223) 0707 795 880

Mots-clés : Urgences,
Traumatisme Maxillo-Facial,
Bouaké

Keywords: Emergencies, Trauma-
Maxillo-Facial, Bouaké.

POINTS SAILLANTS

Ce qui est connu du sujet

Dans le monde, les urgences traumatiques maxillo-faciales constituent environ 1/3 des lésions traumatiques. Il y a insuffisance de données l'ampleur du problème en Côte d'Ivoire.

La question abordée dans cette étude

Présentation clinique, traitement et évolution des urgences traumatiques en stomatologie et chirurgie maxillo faciale : à Abidjan

Ce que cette étude apporte de nouveau

Les principales lésions sont les fractures alvéolodentaires, les délabrements cutanéomusculaires faciaux et les fractures bi parasymphysaires. Les résultats post thérapeutiques sont favorables dans l'ensemble.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

La prise en charge doit être précoce et répondre à des gestes codifiés pour réparer les lésions afin de prévenir les complications esthétiques et fonctionnelles.

INTRODUCTION

Les urgences traumatiques maxillo-faciales constituent environ 1/3 des lésions traumatiques en générale [1]. Elles se définissent comme l'ensemble des traumatismes affectant la face, nécessitant un diagnostic et un traitement précoces pour prévenir les complications et les séquelles. [1, 2].

Malgré leur fréquence relativement élevée, très peu de données en Côte d'Ivoire relatives à l'ampleur des urgences traumatiques maxillo-faciales existent selon nos recherches. La connaissance de l'ampleur et de l'impact de ce problème sur la santé et le développement est capitale pour élaborer une stratégie d'intervention efficace [3]. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects lésionnels, thérapeutiques et évolutif des urgences traumatiques maxillo faciales.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective et transversale descriptive menée sur une période de 1 an allant du 1^{er} Janvier 2019 au 1^{er} Janvier 2020.

Cette étude a concerné toutes les urgences traumatiques maxillo faciales ayant consulté dans un délai inférieur à 12 heures. Chaque Urgence a été classée en Urgence absolue (UA), Urgence Relative (UR) [4]. Les urgences étaient classées en UA, chaque fois qu'il existait une atteinte de l'une des grandes fonctions (hémodynamique, neurologique ou respiratoire) et chaque fois que le potentiel évolutif (hémodynamique, neurologique ou respiratoire) nécessitait une attention particulière et une prise en charge pré opératoire spécifique avant une intervention chirurgicale dans des délais courts, définies comme devant être inférieure à 6 heures. Dans les autres cas, les urgences étaient classées en UR, nécessitant un geste chirurgical qui par définition pouvait attendre plus de 6 heures [4].

Les données étudiées étaient : les lésions, le traitement et l'évolution. L'évolution a été appréciée selon les critères Suivants [1]:

- Bonne : patients qui guérissent sans séquelles esthétiques ni fonctionnels;
- Satisfaisante : patients qui guérissent avec des séquelles esthétiques et/ou fonctionnels corrigibles;

- Mauvaise : patients qui guérissent avec des séquelles esthétiques et fonctionnels non corrigibles.

RÉSULTATS

Pendant la période de l'étude, 517 patients ont été admis dans le service. Les urgences ont concerné 130 patients soit une prévalence de 21,1%. Il y avait 35 patients en urgence absolue (26,9%) et 65 en urgence relative (73,1%).

L'âge moyen était de 29,12 ans (2 et 60), l'âge médian était de 32 ans. Il y avait 115 hommes (88,5%) et 15 femmes (11,5%) soit un sex ratio de 7,7

L'étiologie des lésions étaient exclusivement des accidents de la circulation routière.

Tableau I: Répartition des patients selon les circonstances de survenue

Circonstance de survenue	n	%
Motocycle contre motocycle	57	43,8
Motocycle contre piéton	18	13,9
Motocycle contre voiture	10	7,7
Motocycle seul	34	26,2
Voiture contre piéton	3	2,3
Voiture contre voiture	2	1,5
Voiture seule	6	4,6

Les circonstances de survenues sont récapitulées dans le tableau I. Les accidents impliquants les motocycles représentaient 91,4%

Les lésions traumatiques sont récapitulées dans le tableau II. 36,2 % des lésions étaient des fractures alvéolodentaires.

Tableau II: Répartition des patients selon les lésions

Lésions traumatiques	n	%	
Urgence Absolue (UA)	Fracture biparasymphysaire compliquée de glossoptose	21	16,2
	CNEMFO avec épistaxis massive	12	9,2
	Fracas facial avec stomatorragie massive	2	1,5
	Fracture alvéolodentaire	47	36,2
Urgence Relative (UR)	Délabrement cutanéomusculaire facial	22	16,9
	Fracture orbitozygomatique compliquée d'une diplopie	18	13,8
	Avulsion dentaire	8	6,2
CNEMFO : Complexe naso-ethmoïdo-maxillo- fronto-orbitaire			

Les lésions associées sont répertoriées dans le tableau III, 49,1% des lésions associées étaient des lésions crâniennes. Le délai de la prise en charge est résumé dans le figure 1. 46,90% des patients étaient vu dans l'heure qui a suivi l'accident.

Tableau III: Répartition des patients selon les lésions associées

Lésions associées	n	%
Lésions crâniennes	26	49,1
Éclatement du globe oculaire	8	15,1
Fractures de membres supérieures	14	26,4
Fractures de membres inférieures	5	9,4

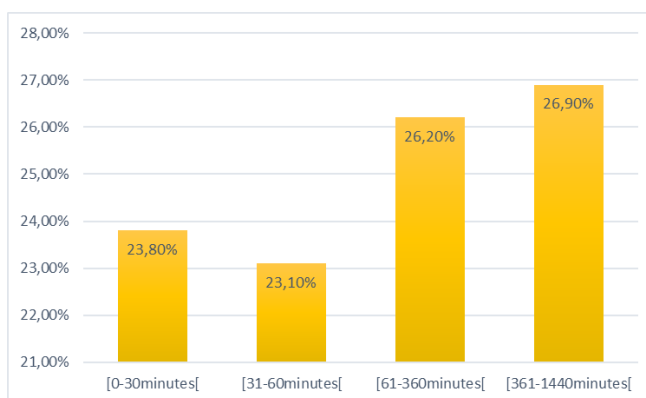


Figure 1: Répartition selon le délai de la prise en charge

Les gestes d'urgences sont répertoriés dans le tableau IV. Les fractures alvéolo-dentaires ont été réduites et contenues. Pour les fractures des bases osseuses selon les cas, le traitement chirurgical a été conduit. Selon les cas elle s'est faite par miniplaque (23,18%), au fil d'acier (38,26%) et de manière mixte (38,56%). Les plaies traumatiques ont été parées sous anesthésie locale ou générale en fonction de l'étendue et du siège des lésions.

Tableau IV: Répartition des patients selon les gestes d'urgences

Gestes d'urgences	n	%
Libérations des voies aériennes (traction de la langue)	21	16,2
Ligatures de gros vaisseaux (artère carotide externe)	2	1,5
Tamponnement narinaire	12	9,2
Parage + suture	22	16,9
Réduction + contention des fractures alvéolo dentaires par arc vestibulaire	47	36,2
Désincarcération des muscles oculaire +reconstruction du plancher de l'orbite	18	13,8
Réimplantation dentaire	8	6,2

Le délai moyen d'hospitalisation était de 7 jours (3 jours et 14 jours).

Le recul moyen était de 6 mois (4 mois et 10 mois).

Les patients revus étaient au nombre 122.

L'évolution était bonne dans 98,5% des cas (n=128) et mauvaise dans 1,5% des cas (n=2). 2 cas de séquelles ont été notés à type d'hypoesthésie labio-mentonnière.

DISCUSSION

L'objectif était de décrire les aspects lésionnels, thérapeutiques et évolutifs des urgences traumatiques maxillo faciales. Dans cette étude, les fractures alvéolo dentaires étaient la lésion la plus notée, suivi des délabrements cutané musculaire de la face et des fractures biparasymphysaires de la mandibule compliquée d'une glossoptose. La prise en charge a consisté dans un premier temps à lever l'urgence vitale lorsqu'elle était compromise et ensuite gérer le rétablissement des fonctions atteintes et la restauration de l'esthétique de la face. Les résultats post thérapeutiques étaient bons dans 98,5% des cas (n=128).

La prévalence des urgences traumatiques maxillo faciales étaient de 25,1%. Payen [2] dans ses travaux a noté également 25%. Ces résultats sont supérieurs à ceux de

Diallo qui ont noté 15,78%. La face est exposée d'une part par sa situation antérieure de l'extrémité céphalique et d'autre part par l'augmentation du nombre des engins à deux roues et la non observance des mesures de sécurité dans notre contexte [1,3].

Les urgences traumatiques maxillo faciales étaient l'apanage des adultes jeunes avec une prédominance masculine [3, 6 - 10].

Les accidents de la circulation routière étaient exclusivement pourvoyeurs des lésions. Ils impliquaient majoritairement les motocycles [6, 9, 11].

Les urgences traumatiques maxillo faciales étaient dominées par les fractures alvéolodentaires (36,2%) suivi des délabrements cutané musculaires faciaux (16,9%) et des fractures bi parasymphysaires compliquées de glossoptose (16,2%). Diallo et al [1] ont noté une prédominance des lésions des parties molles (90,42%). Fassola [12] et Oji [13] ont noté une prédominance des fractures osseuses avec respectivement 83,50% et 71,40% des cas. Ces résultats qui diffèrent traduisent la complexité des mécanismes engendrant ces lésions.

Les lésions associées étaient dominées par les lésions crâniennes légères. La face représentait le parechoc du crâne. Partant de ce constat tout traumatisé crânien est considéré comme un traumatisé maxillo facial [14].

La prise en charge doit avoir deux objectifs principaux : lever l'urgence vitale (asphyxie, choc hémorragique) et ensuite gérer au mieux le rétablissement des fonctions atteintes et la restauration de l'esthétique du visage [15]. Un examen minutieux était réalisé chez un patient stable. Les lésions étaient catégorisées et ensuite hiérarchisées. Elles nécessitaient la collaboration de plusieurs spécialistes dans les cas où elles intéressaient d'autres appareils.

Une détresse respiratoire, une hémorragie massive avec parfois risque de choc hypovolémique ou collapsus cardiovasculaire ont été noté chez 26,9% des patients

Les lésions maxillo faciales sont généralement compliquées par une voie respiratoire compromise en raison du siège de la déformation de la face [16]. Dans cette étude la lésion notée était les fractures biparasymphysaires. La détresse respiratoire, dans cette situation serait liée au recul postérieur du fragment compromettant la perméabilité des voies respiratoires par glossoptose. La gestion de cette détresse s'est faite par une traction de la langue et la stabilisation du fragment par ligature en chiffre de huit au fil d'acier.

Aussi les blessures maxillo-faciales sont très sujettes aux hémorragies massives, et les hémorragies potentiellement mortelles peuvent varier de 1,4 % à 11 %. [17-21]. Le principal vaisseau impliqué est l'artère maxillaire créant des difficultés dans le contrôle de l'hémorragie. Dans la présente étude, le but de l'hémostase chez le patient traumatisé maxillo-facial était double, à savoir protéger les voies respiratoires et réduire la perte de sang. Le contrôle de l'hémorragie s'est fait par tamponnement narinaire dans 9,2% des cas et la ligature de l'artère carotide externe dans 1,5% des cas.

Dans cette étude la majeure partie des patients (73,1%) ont été pris en charge dans un délai inférieur à 6 heures. Cependant 26,9% des patients qui constituerait aussi une frange considérable a été pris en charge après 6 heures. Ce

délai relativement long illustre la difficulté de la prise en charge des urgences dans nos hôpitaux. L'absence de couverture sociale contraignant les patients en majorité démunis à prendre financièrement en charge les Kits opératoires.

L'évolution post thérapeutique a été bonne dans 98,5% des cas. Ce constat serait lié à la prise en charge adéquate malgré le retard noté dans certains cas [1].

Les limites de l'étude résident dans sa nature rétrospective et monocentrique. Malgré les limites elle nous a permis de relever les lésions les plus rencontrées et les difficultés dans la prise en charge thérapeutique dans un contexte à ressource limitée.

CONCLUSION

Les urgences traumatiques maxillo-faciales sont dominées par les fractures alvéolodentaires suivies des délabrements cutanéomusculaires faciaux et des fractures bisymphysaires compliquées de glossophtose. La prise en charge doit être précoce et répondre à des gestes codifiés pour réparer les lésions afin de prévenir les complications esthétiques et fonctionnelles.

Conflits d'intérêt: Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs: Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration et à la réalisation de cette étude. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

REFERENCES

1. Diallo OR, Souare IS, Bah AT, Camara AD. Les urgences traumatiques maxillo-faciales au CHU de Conakry: aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique. Rev. Col. Odontostomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac 2010, 1(17) : 44-8
2. Payen JF, Bettega G. Traumatismes maxillo-faciaux. Consensus d'actualisation. Société Française d'anesthésie réanimation 1999. Elsevier Paris et SFAR. :705-719
3. Razafimahatratra R, Rantoanina A, Randriambololona V, Rohimpitiavana HA, Ralaivao NAM, Razafimahandry HJC. épidémiologie des lésions traumatiques des membres par accident de la route à Madagascar. Rev chir orthop traumatol malgache 2017,1(7) :1-7.
4. Sima Zué A, Josseaume A, Ngaka Nsufu D, Galois-Guibal L, Carpentier JP. Les urgences chirurgicales au centre hospitalier de Libreville. In : Annales françaises d'anesthésie et de réanimation. Elsevier Masson 2003. 22: 189-195
5. Zégbeh NEK, Béréte PIJ, Salami TA, Yapo ARE, Traoré I, Crézoit GE. aspects épidémiologiques des fractures du massif facial au centre hospitalier universitaire de Bouaké. Rev col odontostomatol afr chir maxillo-fac 2020,27(2):66-71
6. Krah KL, Yao IB, Sery BJLN, M'bra KI, Benie AC, Kouassi KJE et al. Données épidémiologiques des accidents de moto aux

urgences chirurgicales du CHU de Bouaké. Rev Int Sc Méd 2013, 15(3) :161-4

7. Allode SA, Mensah E, Tchaou B, Savi de Tove KM, Boni S, Padonou J. Les urgences traumatologiques par accident sur la voie publique dans le Service de Chirurgie Générale du CHOU de Parakou (Bénin). Rev CAMES 2008, A(6):49-52

8. Vieira Rde C, Hora EC, de Oliveira DV, Vaez AC. An epidemiological survey on motorcycle accident victims assisted at a reference trauma center of Sergipe. Rev Esc Enferm USP 2011, 6(45):1359-63.

9. Béogo R, Dakouré PWH, Coulibaly TA, Donkor P. Epidemiology of facial fractures: an analysis of fractures of 349 patients. Med buccale Chir buccale 2014, 1(20) :13-6

10. Ervais Richard Obame, Pascal Kristian Nze Obiang, Cyprien Mba Mba, Dhona Mboumba, Arthur Matsanga, Pierre Nzoghe Nguema et al. Prise en Charge Initiale des Traumatismes Crâniens de l'Adulte au Service d'Accueil des Urgences d'un Hôpital à Vocation de "Trauma Center" de Libreville 2019. Health Sci. Dis: 20 (4) :80-3.

11. Wade TMM, Ba PA, Niane MM, N'diaye CM, Konaté I, Touré TC. Les accidents de cyclomoteurs: mécanismes lésionnels et aspects anatomo-cliniques. Pan African Medical Journal 2015,1(21):1-4

12. Fassola A O, Obiechina A E, Arotiba J. T. Incidence and pattern of maxillo-facial fractures in the elderly. Int. J. Oral Maxillofac Surg 2003, 32(2): 206-208.

13. OJI C. Jaw fractures in Enugu, Nigeria, 1987-97. Br. J. Oral Maxillofac Surg. 2001; 37(2): 106-109.

14. Ricbourg B, Chatelain B. épidémiologie des traumatismes crâniens légers et modérés vus en chirurgie maxillo-faciale Rev Stomatol Chir Maxillofac 2006,4(107):206-210

15. Millogo M, Konsem T, Assouan C, Garé J et Ouedraogo D. prise en charge des traumatismes maxillo-faciaux par arme blanche. Rev. Col. Odontostomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac 2013, 20(2): 9-12

16. Anson José, Shakil Ahmed Nagori, Bhaskar Agarwal, Ongkila Boutia, Ajoy Roychoudhury. Prise en charge des traumatismes maxillo-faciaux en urgence : point sur les enjeux et controverses. J Choc traumatique d'urgence. 2016 avril-juin, 9(2) : 73-80.

17. Gwyn PP, Carraway JH, Horton CE, Adamson JE, Mladick RA. Fractures faciales – Blessures et complications associées. Plast Reconstr Surg. 1971,47 : 225-30.

18. Luce EA, Tubb TD, Moore AM. Revue de 1 000 fractures faciales majeures et blessures associées. Plast Reconstr Surg. 1979, 63 : 26-30.

19. Thaller SR, Beal SL. Traumatisme maxillo-facial : Une blessure potentiellement mortelle. Ann Plast Surg. 1991, 27 : 281-3.

20. Ardekian L, Samet N, Shoshani Y, Taicher S. Saignement potentiellement mortel suite à un traumatisme maxillo-facial. J Craniomaxillofac Surg. 1993, 21 : 336-8.

21. Buchanan RT, Holtmann B. Épistaxis sévère dans les fractures faciales. Plast Reconstr Surg. 1983,71 : 768-71.