

PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES MAXILLO-FACIAUX PAR ARME BLANCHE

MANAGEMENT OF MAXILLO-FACIAL TRAUMATISMS BY BLUNT WEAPON

MILLOGO M.¹ KONSEM T.¹ ASSOUAN C.² GARÉ J.¹ OUEDRAOGO D.¹

1- Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du CHU Yalgado OUEDRAOGO (Ouagadougou, Burkina Faso).

2- Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire).

Correspondance : Docteur MILLOGO Mathieu

Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO.

Tél : (226) 70 16 09 68 ; Fax : (226) 50 31 18 48 ; 01 BP 7022 Ouagadougou 01 ;

Email : milmathieu@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Les traumatismes maxillo-faciaux par arme blanche sont fréquents et peuvent occasionner des lésions graves.

Patients et Méthode : Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive réalisée en deux ans (2011 et 2012) dans le service de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Résultats : pendant la durée de l'étude, 31 patients ont été colligés, soit une moyenne annuelle de 15,5 patients. L'âge moyen était de 34 ans, avec des extrêmes de 22 ans et 49 ans. L'échantillon était à grande majorité masculine (sex ratio homme/femme de 9,33). Toutes les lésions avaient été causées par arme blanche au cours d'un affrontement ou d'une agression. Les lésions étaient très souvent complexes, touchant à la fois les parties molles, les plans osseux sous-jacents, et parfois même des organes nobles.

Discussion : Les lésions occasionnées par les traumatismes maxillo-faciaux par arme blanche peuvent être de véritables urgences mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel. Elles nécessitent une prise en charge adéquate qui peut requérir souvent l'intervention simultanée d'une équipe pluridisciplinaire.

MOTS CLÉS : TRAUMATISME, MAXILLO-FACIAL, ARME BLANCHE

SUMMARY

Introduction: The maxillo-facial traumatism by blunt weapon are frequent and can cause serious lesions.

Patients and Method: It was about a descriptive retrospective study carried out in two years (2011 and 2012) in the department of maxillo-facial surgery and Stomatology of the academic Hospital Yalgado Ouédraogo of Ouagadougou in Burkina Faso.

Results: throughout study, 31 patients were collected, that is to say an annual average of 15,5 patients. The Middle Age was 34 years, with some extremes of 22 years and 49 years. The sample was with great male majority (sex ratio man/woman of 9,33). All the lesions had been caused by blunt weapon during a confrontation or an assault. The lesions were very often complex, concerning at the same time the soft parts, the subjacent hard tissues, and sometimes the noble bodies.

Discussion: The lesions caused by the maxillo-facial traumatism blunt weapon can be true vital and functional emergencies. They require an adequate cure which can often require the simultaneous intervention of a multi-disciplinary team.

KEY WORDS: TRAUMATISM, MAXILLO-FACIAL, BLUNT WEAPON

INTRODUCTION

Les traumatismes maxillo-faciaux par arme blanche sont fréquents dans la pratique quotidienne du chirurgien maxillo-facial. Ils ont pour principales causes les agressions et les rixes [1, 2, 3]. Plusieurs types d'armes blanches peuvent être en cause. Il peut s'agir d'objets tranchants, piquants ou contondants. Les lésions occasionnées par ces traumatismes dépendent beaucoup du type d'arme et sont souvent très complexes, touchant plusieurs entités anatomiques [1, 2, 4, 5].

L'intérêt de ce travail est de montrer la gravité des lésions causées par ces traumatismes, et les difficultés de leur prise en charge dans notre contexte sous développé.

PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'est agi d'une étude rétrospective menée sur une période de 1 ans (Juin 2011 - Mai 2012) dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du CHU Yalgado OUEDRAOGO (Ouagadougou).

Tous les patients pris en charge pour lésions maxillo-faciales causées par une arme blanche ont été inclus dans notre étude. Nous avons pratiqué l'examen clinique des patients et complété les données avec l'exploitation des dossiers cliniques, des registres d'hospitalisation et de comptes rendus opératoires.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi Data. Les différents paramètres ont été étudiés et analysés statistiquement par la méthode d'analyse de la variance.

RÉSULTATS

Nous avons colligé 31 patients pendant la période de l'étude.

La moyenne d'âge des patients était de 34 ans, avec des extrêmes de 28 et 42 ans.

L'échantillon était à majorité masculine, constituée de 28 hommes et de 3 femmes, soit un sex ratio homme/femme à 9,33.

Tous les patients ont été victimes de coups et blessures par arme blanche au cours d'une agression ou d'une rixe. L'arme en cause était une machette dans tous les cas répertoriés.

Les éleveurs et les agriculteurs ont été le plus souvent victimes des traumatismes par arme blanche (tableau I).

Tableau I : Répartition des patients selon la profession

Profession	N	%
Eleveur	11	35,48%
Agriculteur	9	29,03%
Commerçant	5	16,13%
Agent de sécurité	3	9,68%
Orpailleur	3	9,68%
Total	31	100%

Les lésions étaient diverses, tant dans leurs localisations que dans leur étendue ou leur profondeur. Il s'agissait le plus souvent de lésions complexes. Les lésions concernaient à la fois les parties molles, les plans osseux sous-jacents, avec parfois des pertes de substance (Fig 1, 2, 3). Des atteintes organiques ont également été retrouvées : globe oculaire (fig 4) et glandes salivaires (fig 5).



Figures 1 et 2 : Plaie centro-faciale avec obstruction des voies aériennes supérieures et section du VII droit (avant et après traitement)



Figures 3 : Plaies pan faciales étendues à tous les plans



Figure 4 : Plaie péri orbitaire droite avec atteinte du globe oculaire



Figure 5 : Plaie de la région sub mandibulaire avec atteinte glandulaire

Seuls 9 patients (29,03% des cas) ont été pris en charge dans les 24 premières heures (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients selon le délai de prise en charge

Délai de prise en charge	N	%
Avant la 12ème heure	2	6,45%
Entre la 12ème et la 24ème heure	7	22,58%
Entre la 24ème et la 48ème heure	11	35,48%
Entre 48ème et la 72ème heure	6	19,36%
Après la 72ème heure	5	16,13%
Total	31	100%

La prise en charge a été effectuée sous anesthésie générale chez 26 patients (83,87%), et sous anesthésie locale chez 5 patients (16,13%). L'acte chirurgical a consisté chronologiquement en une exploration des lésions, une désinfection soigneuse aux antiseptiques locaux (eau oxygénée et Bétadine), une ostéosynthèse selon les cas et une réparation des parties molles. L'évolution a été simple chez 28 patients (90,32%).

Chez 3 patients (8,68%), l'évolution a été émaillée de complications à type de suppurations (2 cas) et de fistule salivaire (1 cas). Les résultats fonctionnels et esthétiques ont été satisfaisants dans l'ensemble. Cependant des séquelles ont été enregistrées à type de paralysies faciales (2 cas), d'hypoesthésie labio-mentonnière (1 cas) et de cécité unilatérale (1 cas).

DISCUSSION

Les traumatismes par arme blanche sont l'apanage de l'adulte jeune de sexe masculin [1, 6, 7, 8, 9]. En effet, les circonstances de survenue sont représentées par les affrontements conflictuels ou les agressions mettant en scène le plus souvent des hommes (agriculteurs, éleveurs, agents de sécurité, commerçants, orpailleurs) [10, 11, 12]. Le conflit agriculteur/éleveur est récurrent dans no-

tre contexte, et se solde presque toujours par des affrontements traumatisants voire meurtriers. Les agents de sécurité impliqués dans l'étude ont été agressés en tentant de repousser des brigands. Quant aux commerçants et orpailleurs, l'usage d'une arme blanche contre un protagoniste est le mode le plus courant de règlement des différends dans leurs milieux respectifs.

Les lésions occasionnées par les traumatismes maxillo-faciaux par arme blanche sont presque toujours complexes [1, 2, 3, 6, 13]. En effet, plusieurs organes peuvent être atteints, compromettant ainsi leurs fonctions [7, 10, 12]. Dans cette étude l'arme de prédilection était la machette, qui est par excellence un objet tranchant et contondant, ce qui justifie la gravité des lésions (étendue et profondeur).

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.

Après un examen minutieux, les lésions doivent être catégorisées et leurs prises en charge hiérarchisées. Une lésion du globe oculaire doit en particulier primer sur une lésion maxillo-faciale et être prise en charge sans délai [11, 14]. Une prise en charge adéquate de ces traumatismes touchant les divers organes de la face et du cou requiert la contribution des spécialistes ORL et ophtalmologistes en concert avec les chirurgiens maxillo-faciaux. Dans nos hôpitaux cependant, la prise en charge en urgence n'est pas toujours facile à effectuer. En effet, le matériel n'est pas toujours disponible, et les chirurgiens sont peu nombreux. Ainsi, des patients qui auraient dû être opérés en urgence sont finalement intégrés dans un programme opératoire en chirurgie réglée.

En outre, lorsque la contribution de plusieurs spécialistes est requise, plusieurs temps opératoires sont souvent nécessaires dans la mesure où il est très difficile de les réunir tous pour un seul temps opératoire. La conséquence immédiate de ces dysfonctions est le retard à la prise en charge et la morbidité surajoutée liée aux multiples interventions. Par ailleurs, ces dernières engendrent une augmentation des coûts de prise en charge, pour des patients souvent issus de classes socio-économiques défavorisées. Enfin, ces conditions d'exercice favoriseraient la survenue des séquelles fonctionnelles et esthétiques toujours redoutées.

CONCLUSION

Les traumatismes maxillo-faciaux par arme blanche représentent une entité bien particulière de la traumatologie maxillo-faciale. Les lésions occasionnées peuvent être graves, complexes et diverses ; elles peuvent toucher toutes les structures de la face, avec parfois des atteintes organiques. Leur prise en charge doit être immédiate et pluridisciplinaire. L'amélioration de la prise en charge devrait passer par le renforcement des ressources humaines qualifiées dans notre contexte, et le relèvement de la qualité des soins.

RÉFÉRENCES

1. GIRAUD O, TEYSSERES N, BRACHET M. Traumatisme maxillo-faciale. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence*, 2007, 25-200-C-30
2. MEYRAN D, LAFORGE V, BAR C ET AL. Prise en charge pré hospitalière des traumatismes pénétrants par agression. *Reanoxyo, la revue du club des anesthésistes Réanimateurs et Urgentistes Militaires*, 2006 N°18, Ganges, Edition Urgence Pratique, 4-5
3. MOTAMEDI MH. Primary management of maxillo-facial hard and soft tissue gunshot and sharpnel injuries. *J. Oral maxilla-fac*; 2003, 61: 1390-8
4. DETLEV E, KEITH E, MARLIEKE D ET AL. A Retrospective Analysis of Facial Fracture Etiologies. *Annals of Plastic Surgery*, 2008, 60 (4); 398-403
5. LAVERICK S, PATEL N, JONES DC. Maxillo-facial trauma and the role of alcohol. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2008, 46; 542-546
6. BAGHERI SC, DIERKS EJ, KADEMANI D ET AL. Application of a facial injury severity scale in craniomaxillofacial trauma. *J Oral Maxillofac Surg*; 2006, 64:408-414.
7. DAVID I, ALEX D, LESLEY G ET AL. The Scar on the Face of Scotland: Deprivation and Alcohol-Related Facial Injuries in Scotland. *The Journal of TRAUMA® Injury, Infection, and Critical Care*, 2010, 68 (3): 644-649
8. FOLLMAR KE, DAS RR, BACCARANI A ET AL. A clinically applicable reporting system for the diagnosis of facial fractures. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 2007; 36: 593- 600.
9. LE DANTEC P, GAILLARD PE, NDIAYE M ET AL. Plaies par arme blanche, Expérience au sein d'un hôpital d'une capitale africaine. *Reanoxyo. La revue du club des anesthésistes réanimateurs et urgentistes Militaires*, 2006, N° 18, Ganges Edition Urgence Pratique: 6-7
10. BELLIS MA, HUGHES K, ANDERSON Z ET AL. Contribution of violence to health inequalities in England: demographics and trends in emergency hospital admissions for assault. *J Epidemiol Community Health*, 2008, 62:1064 -1071.
11. KAI H LEE Interpersonal Violence and Facial Fractures. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. *J Oral Maxillofac Surg*, 2009, 67:1878-1883
12. MENINGAUD JP, MALADIÈRE E, BADO F. Plaies de la face et de la cavité buccale. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Stomatologie*, 1998, 22-067-B-10
13. BROWN BC, MCKENNA SP, SIDDHI K ET AL. The hidden cost of skin cars. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2008, 61:1049-1058.
14. BRINK O. When Violence Strikes The Head, Neck, and Face. *The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care*, 2009, 67 (1): 147-151