

LES URGENCES TRAUMATIQUES MAXILLO-FACIALES AU CHU DE CONAKRY: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

THE MAXILLOFACIAL TRAUMATIC EMERGENCIES IN THE TEACHING HOSPITAL OF CONAKRY: EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS

DIALLO OR¹, SOUARE IS², BAH AT¹, CAMARA AD¹

1. Service d'Odontostomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale Hôpital Donka
2. Service de Neurochirurgie Hôpital Donka CHU de Conakry

Correspondance: Diallo Oumar Raphiou

Chirurgien maxillo-facial BP: 3415 E-mail : rafioumajid@yahoo.fr

RESUME

Les urgences traumatiques maxillo-faciales (UTMF) sont l'ensemble des traumatismes affectant la face, nécessitant un diagnostic et un traitement précoces pour prévenir les complications et les séquelles. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des urgences traumatiques maxillo-faciales (UTMF), décrire les caractéristiques cliniques et la prise en charge de ces urgences.

Une étude prospective de type descriptif portant sur 846 cas d'urgences traumatiques maxillo-faciales a été réalisée d'Avril 2007 à Mars 2008 (soit douze mois) dans les services d'Odontostomatologie /chirurgie maxillo-faciale et des Urgences Chirurgicales de l'hôpital national Donka.

L'étude a porté sur les patients des deux sexes dont 71,50% hommes et 28,47% de femmes. La majorité des patients (55,31%) était âgés de 11 à 30 ans. Les élèves étaient les plus concernés par ces traumatismes (26,12%). Les accidents de la voie publique étaient la cause principale des lésions dans 61,70% des cas. Dans 34,04% des cas les patients ont été reçus dans un état de perte de connaissance et 12,76% ont bénéficié de libération des voies aériennes supérieures. Le délai de prise en charge était dans 41,49 % compris entre une heure et 12 heures. Le résultat du traitement a été jugé favorable dans 90,20% des cas. Le recul de l'étude est en moyenne de 6 mois.

MOTS CLÉS: URGENCE – TRAUMATISME MAXILLO-FACIAL –TRAITEMENT

SUMMARY

The maxillofacial traumatic emergencies are all traumas affecting the face, requiring an early diagnosis and treatment to prevent complications and aftereffects. The objectives of this study were to determine the frequency of the maxillofacial traumatic emergencies, to describe the clinical characteristics and the treatment.

A prospective study concerning 846 maxillofacial traumatic emergencies was realized from April, 2007 to Mars 2008 (12 months) in the service of Odontostomatology & Maxillofacial Surgery and in the department of Surgical Emergencies of the Teaching Hospital of Conakry.

The study concerned the patients of both sexes among which 71,50% were male and 28,47 % female. The majority of the patients (55,31 %) were from 11 to 30 years old. The pupils were the most concerned by this traumatism (26,12 %). The accidents of the public highway were the main cause of the trauma (61,70 %). In 34,04 % of the cases the patients were received with loss of consciousness and 12,76 % benefited of liberation of the superior air ways. The delay of taking care was in 41,49 % between one o'clock and 12 hours.

The result of the treatment was considered favorable in 90,20 % of the cases.

KEYWORDS: EMERGENCY- MAXILLOFACIAL TRAUMA - TREATMENT

INTRODUCTION

Les urgences traumatiques maxillo-faciales (UTMF) sont l'ensemble des traumatismes affectant la face, nécessitant un diagnostic et un traitement précoces pour prévenir les complications et les séquelles ^[1]. Les traumatismes maxillo faciaux représentent un fléau social de progression constante. Ils occupent une place non négligeable en traumatologie générale, environ un tiers des cas ^[2]. Ces traumatismes peuvent être isolés ou s'observer dans le cadre d'un polytraumatisme. Ainsi, une étude réalisée au Nigéria en 2003, par ADEBAYO E. T et coll. ^[3] a montrée que 60% des toutes les victimes d'accident de la voie publique présentaient une forme de lésions maxillo-faciales.

Sur le plan clinique les UTMF offrent une grande variété et sont dominées par: les hémorragies massives, l'asphyxie, les lésions associées (traumatisme du rachis cervical, lésions intracrâniennes, polytraumatisme...) ^[4]. Parmi les caractéristiques essentielles des traumatismes faciaux, il y a lieu de noter la gravité de leurs séquelles esthétiques, fonctionnelles et psychologiques. Ainsi la prise en charge des UTMF doit être orientée précocement vers la prévention des complications immédiates et à distance.

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence des UTMF, décrire les caractéristiques cliniques et la prise en charge de ces urgences.

MATERIELS ET METHODE

L'étude a été réalisée dans les services d'Odontostomatologie-Chirurgie Maxillo-Faciale et des Urgences Chirurgicales du CHU de Conakry. Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptif qui a duré douze mois (Avril 2007 en Mars 2008). Tous les patients consultés et pris en charge pour une urgence traumatique maxillo-faciale dans un délai inférieur ou égal à 12 heures ont été inclus dans l'étude. Les patients présentant un traumatisme maxillo-facial, reçus plus de 12 heures après l'accident ainsi que les patients évadés ou décédés avant toute prise en charge spécialisée n'ont pas été inclus.

Tous les patients inclus ont bénéficié d'un examen clinique standard avec accent sur l'évaluation des lésions maxillo-faciales et des examens paracliniques (NFS, radiographie de la mandibule face et profil, incidence Blondeau, scanner selon le cas).

Le traitement médical était à base soit d'Ampicilline® 1 g (1g x3/j IM ou IV), soit de Linco-cine® (600mg x 2 /j IM), selon la gravité. Des antalgiques ont été administrés (Paracétamol 500 mg – 1cp. x 3 /jour ou Novalgine® une amp. x 3 / jour,) selon l'intensité de la douleur. Des bains de bouches à base de Chlorehexidine ou de Polyvidone iodé ont été prescrits à tous les patients. Selon les cas, un traitement orthopédique ou chirurgical des fractures a été conduit. Les fractures alvéolo-dentaires ont été réduites et contenues le même jour alors que les fractures des bases osseuses ont été prises en charge dans un délai supérieur ou égal à 48 heures. Les plaies traumatiques ont été parées dès l'admission du malade sous anesthésie locale ou générale en fonction de l'étendue et du siège des lésions.

L'évolution a été appréciée selon les critères suivants:

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

Le recul de l'étude est en moyenne de 6 mois.

Le test de Khi-2 a été utilisé pour l'analyse statistique. Le texte et les graphiques ont été saisis à l'aide des logiciels world et Excel.

RESULTATS

TABLEAU I : Place des urgences traumatiques maxillo-faciales parmi les autres traumatismes.

Type de traumatisme	N	%
Traumatismes des membres	1910	35,62
Traumatismes crânio-encéphaliques	1180	22,00
Traumatismes maxillo-faciaux	846	15,78
Traumatismes thoraciques	400	7,45
Traumatismes ophtalmologiques	316	5,89
Traumatismes du rachis	254	4,73
Traumatismes de la sphère ORL	237	4,42
Traumatismes abdominaux	219	4,08
Total	5362	100,00

TABLEAU II : Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe

Tranche d'âge (ans)	Hommes	Femmes	Total
0 - 10	99 (11,70%)	81 (9,57%)	180 (21,27%)
11- 20	117 (13,83%)	72 (8,51%)	189 (22,34%)
21 - 30	243 (28,72%)	36 (4,25%)	279 (32,97%)
31 - 40	108 (12,76%)	9 (1,06%)	117 (13,82%)
41 - 50	18 (2,13%)	27 (3,19%)	45 (5,32%)
51 - 60	6 (0,71%)	3 (0,35%)	9 (1,06%)
61 - 70	11 (1,30%)	7 (0,83%)	18 (2,13%)
71 - 80	3 (0,35%)	6 (0,71%)	9 (1,06%)
Total	605 (71,50%)	241 (28,47%)	846 (100%)

SR = 2,5 X² = 120,19 ddl = 7 p = 0,0000

TABLEAU III: Répartition des patients en fonction des couches socioprofessionnelles

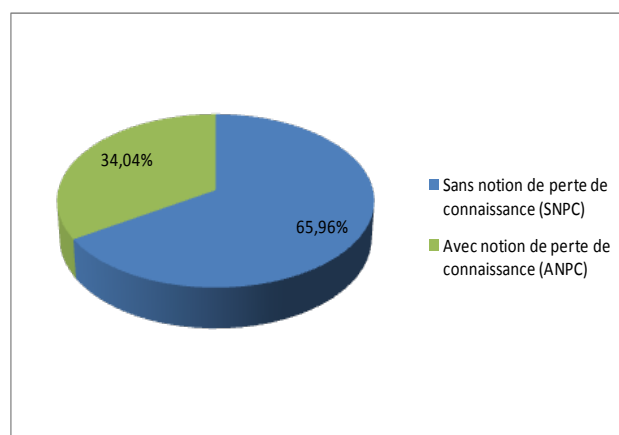
Profession	N	%
Elèves	221	26,12
Commerçants	162	19,15
Etudiants	111	13,12
Fonctionnaires	42	4,96
Autres	152	17,98
Total	846	100,00

TABLEAU IV: Etiologies du traumatisme

Etiologies	N	%
AVP (2 roues)	333	39,36
Chute	198	23,41
AVP (4 roues)	189	22,34
Bagarre et rixes	63	7,45
Accident de sport	36	4,25
Accident par arme blanche	18	2,13
Accident de travail	9	1,06
Total	846	100,00

SNPC = sans notion de perte de connaissance,

NPC= notion de perte de connaissance



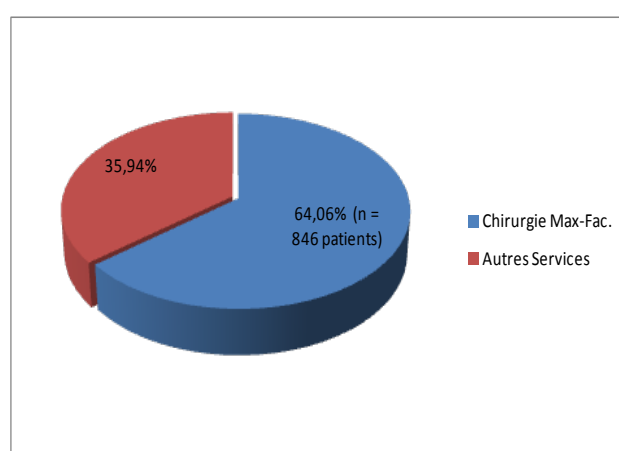
GRAPHIQUE 1 : Répartition des patients en fonction de l'état de conscience.

TABLEAU V : Types de lésions rencontrées

Lésions	N	%
Plaies	765	90,42
Hémorragie extériorisée	648	76,59
Luxations dentaires	441	52,13
Fracture bases osseuses	324	38,30
Avulsions dentaires	243	28,72
Fracture alvéolo-dentaire	216	25,53
Encombrement V.A.S	207	24,47

VAS = voies aériennes supérieures

C.M.F.= Chirurgie Maxillo-faciale



GRAPHIQUE 2: Place de la chirurgie maxillo-faciale dans la prise en charge des patients

TABLEAU VI : Délai de prise en charge des patients.

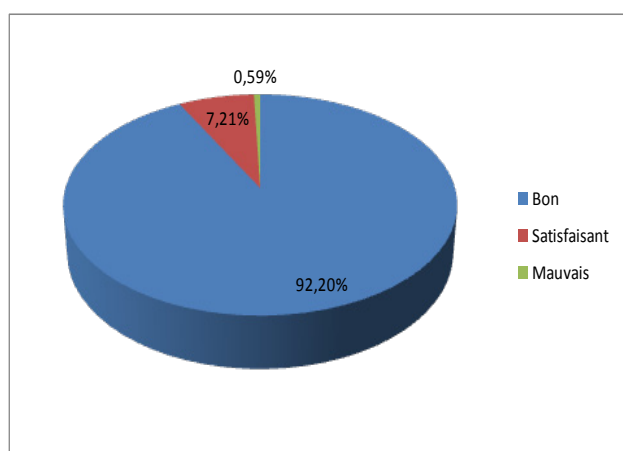
Durée	N	%
0 à 30 minutes	225	26,59
31 à 60 minutes	270	31,92
61 minutes à 12 Heures	351	41,49
Total	846	100,00

TABLEAU VII : Les gestes d'urgences effectués

Gestes	N	%
Libération des V.A.S.	108	12,76
Tamponnement narinaire	279	32,98
Ligature de gros vaisseaux	09	1,06
Perfusion de solutés	441	52,13
Réimplantation dentaire	90	10,64
Analgésie	459	54,25
Suture des plaies	712	84,16
Réduction + contention des fractures alvéolo- dentaires et des luxations dentaires	423	50,00
Administration S.A.T	639	75,53
Avulsion dentaire	252	29,79
Biopulpectomie	99	11,70

V.A.S = voies aérodigestives supérieures,

S.A.T = sérum antitétanique



Graphique 3: Répartition des patients en fonction des résultats du traitement

DISCUSSION

Le traumatisme maxillo-facial peut être isolé ou s'intégrer dans le cadre d'un polytraumatisme. Ainsi, dans une série de 5362 patients victimes de traumatisme, 846 patients (soit 15,78%) ont été reçu pour une UTMF. Ce résultat est inférieur à celui obtenu par PAYEN et coll. [1] qui ont noté dans leur série 25% de cas d'UTMF.

Une fréquence plus élevée des traumatismes maxillo-faciaux par rapport aux autres traumatismes (rachis, thorax, abdomen, ophtalmiques et ORL) a été notée. Ce constat serait liée au fait que la face soit la partie antérieure et exposée de l'extrémité céphalique d'une part 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.

Les classes d'âge les plus concernées étaient celles de 21 à 30 ans (28,72%) pour le sexe masculin et de 0 à 10 ans (9,57%), pour le sexe féminin. Le khi carrée égal à 120,19 avec un $p=0,0000$ confirme l'hypothèse selon la quelle, le traumatisme maxillo-facial se rencontre à tout âge mais principalement chez les adultes jeunes. Des résultats similaires ont été rapportés par FASSOLA et coll. [5] au Nigeria, ANSARI [6] en Iran, TAY et coll. [7] à Singapour qui ont trouvé respectivement 62,43% ; 49,97% et 60,54% chez les adultes jeunes. La prédominance des adultes jeunes serait liée à leur implication dans la plus part des activités de la vie courante.

Une prédominance masculine de 71,50% a été notée. Le sex-ratio était de 2,5; le degré de liberté (ddl = 7), avec $p=0,0000$, traduit que le résultat est statistiquement significatif. Un constat similaire a été rapporté par KHAN [8] au Zimbabwe, KIESER et coll. [9] en New Zélande. La prédominance masculine serait liée au fait que dans la plus part des pays en voie de développement, les hommes sont plus exposés aux travaux à risque.

Les élèves ont été les plus touchés par les UTMF (26,12%) suivis des commerçants et des ouvriers, respectivement 19,15% et 18,67%. La fréquence élevée des élèves par rapport aux autres couches pourrait s'expliquer par leur mobilité notamment aux heures de pic mais également par leur implication dans le sport.

Par rapport aux étiologies les accidents de la voie publique étaient la cause des UTMF dans 61,70% des cas. Les données de la littérature s'accordent sur le fait que les accidents de la

voie publique constituent la première cause des traumatismes maxillo-faciaux [6, 9,10]. L'augmentation du parc automobile, le développement du marché des engins à deux roues, le non respect des règles de la sécurité routière, pourraient expliquer la fréquence élevée des UTMF dans le contexte guinéen.

Sur le plan clinique, les traumatismes maxillo-faciaux avec notion de perte de connaissance ont représenté 34,04% des cas observés. Ceci pourrait être lié à l'étiologie de ces traumatismes, dominée par les accidents de la voie publique. En effet le tronc cérébral est à l'abri derrière la face et l'étage antérieur du crâne. Ces éléments jouent en quelque sorte le rôle de structures anatomiques déformables absorbant l'onde de choc au cours des traumatismes. Les plaies, ont été fréquemment rencontrées soit 90,42% des cas; suivies des hémorragies extériorisées (épistaxis, stomatorragie, otorragie), dans 76,59% des cas. Par contre, sur 1203 patients, FASSOLA et coll. [5] ont relevé 83,50% de fracture et 23,35% de lésions des parties molles. Dans le même ordre d'idée OJI [11] a trouvé qu'au cours des traumatismes maxillo-faciaux les fractures sont beaucoup plus fréquentes (71,40%) que les plaies (21,70%).

Du point de vu délai de prise en charge, seul 26,59% des patients ont été pris en charge dans un délai inférieur à 30 minutes. Tant dit que 41,49% des patients ont été pris en charge dans un délai supérieur à 1 heure. Ce retard de prise en charge était dû à l'absence de kit d'urgence et au fait que ce sont les parents des malades qui prennent en charge les frais des ordonnances dans notre contexte.

Chez 76,59% des patients le tableau clinique initial était marqué par une hémorragie massive avec parfois risque de choc hypovolémique ou collapsus cardio-vasculaire. Ainsi, 12,76% des patients ont bénéficié d'une libération de voies aériennes supérieures; 1,06% de ligature de gros vaisseaux et 84,16% de suture. Les analgésies en première intention ont été administrées dans 54,25% des cas.

Après le traitement, les résultats ont été jugés bons dans 92,20% des cas. Ce constat était lié à la prise en charge adéquate malgré le retard enregistré dans certains cas mais également à une collaboration interdisciplinaire efficiente.

CONCLUSION

Les urgences traumatiques maxillo-faciales ont des répercussions esthétiques et fonctionnelles graves. Elles sont au mieux traitées par une prise en charge précoce et adéquate afin d'éviter les complications et les séquelles. Ces lésions deviennent de plus en plus fréquentes en Guinée en rapport avec les accidents de la voie publique. C'est une pathologie de l'adulte jeune avec une prédominance masculine. La prise en charge doit être précoce et répondre à des gestes codifiés pour réparer les lésions. Réalisée précocement, elle permet de préserver l'avenir psycho-socio-professionnel des malades.

REFERENCE

- 1- PAYEN J. F., BETTEGA G. Traumatismes maxillo-faciaux. Consensus d'actualisation. *Société Française d'anesthésie réanimation* 1999. Elsevier Paris et SFAR. : 705-719
- 2- ALIEZ B. Les traumatismes crânio-encéphaliques au Sénégal, à propos de 1039 cas. *Med. Trop.* 1991, 42 (2):155-160.
- 3- ADEBAYO E. T. AJIKE O. S. ADEKEYE E.O. Analysis of the pattern of maxillofacial fractures in Kaduna, Nigeria. *Br. J. Oral Maxillofac Surg.* 2003; 41 (6): 396-400.
- 4- MOTAMEDI M. H. Primary management of maxillofacial hard and soft tissue gunshot and shrapnel injuries. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2003; 61(12): 1390-1398.
- 5- FASSOLA 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.
- 6- ANSARI M.H. Maxillofacial fractures in Hamedan province, Iran: a retrospective study (1989-2003). *J. Craniomaxillofac Surg.* 2004; 32(1): 28-34.
- 7- TAY A. G., YEOW V. K. , TAN B. K., SNG K., HUANG M. H., FOO C.L. A review of mandibular fractures in a craniomaxillofacial trauma center. *Ann. Acad. Med. Singapore.* 1999; 28(5): 630-633.
- 8- KHAN A. A. A retrospective study of injuries to the maxillo-facial skeleton in Harare, Zimbabwe. *Br. J. Oral Maxillofac Surg.* 1990; 26(5):435-439.
- 9- KIESER J., STEPHENSON S., LISTON P. N., TONG D. C., LANGLEY J. D. Serious facial fractures in New Zealand from 1981 to 2000. *Int. J. Oral Maxillofac Surg.* 2004; 31(2): 206-209.
- 10 - CARLIN C. B., RUFF G., MANSFELD C. P., CLINTON M. S. Facial fractures and related injuries: a ten years retrospective analysis (USA). *J. Craniomaxillofac Traumat.* 2000; 4(2): 44-48.
- 11- OJI C. Jaw fractures in Enugu, Nigeria, 1987-97. *Br. J. Oral Maxillofac Surg.* 2001; 37(2): 106-109.