

Les traumatismes du massif facial chez l'enfant : particularités thérapeutiques : expérience de notre service a propos d'une série de cas

O. Hamidi^{*a} (Dr), B. Dani^{*b} (Dr), M. Boulaadas^{*b} (Pr)

^a Hôpital des spécialités CHU IBN SINA Rabat, Temara, MAROC ; ^b Hôpital des spécialités CHU IBN SINA Rabat, Rabat, MAROC

olaya.hamidi@usmba.ac.ma

Déclaration d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec ce travail.

Introduction :

Les traumatismes de la face sont fréquents chez l'enfant et souvent banalisés. Les fractures nécessitent un choc violent pour survenir en raison de l'élasticité du squelette facial, mais la clinique peut être trompeuse. Les fractures du massif facial chez l'enfant posent des difficultés diagnostiques en raison de la particularité physiologique et anatomique des os du massif cranio-facial de la population pédiatrique.

Le traumatisme crânien est la forme la plus courante de traumatisme pédiatrique, bien qu'il soit rassurant, le traumatisme maxillo-facial soit moins courant (1)

L'incidence des traumatismes faciaux dans la population pédiatrique est plus élevée que dans la population adulte. Les causes sont plus fréquemment représentées par les chutes et les accidents domestiques. En plus de l'anatomie unique du patient pédiatrique, la croissance et le développement futurs doivent être pris en compte lors du traitement des blessures. Une approche non opératoire est conseillée chaque fois que possible et un suivi à long terme est obligatoire pour assurer des résultats esthétiques et fonctionnels adéquats. (2)

Les objectifs de cette étude étaient d'étudier le profil épidémiologique, la clinique, le traitement et l'évolution des fractures chez l'enfant.

Résultats :

Notre travail est une étude rétrospective sur une période de 7 ans allant de janvier 2014 au janvier 2020, incluant 37 enfants pris en charge pour traumatisme de la face au service de chirurgie maxillo faciale de l'hôpital des spécialités de Rabat. Les fractures non déplacées stables sont exclues. On va mettre le point sur 2 types de fractures qui sont les plus fréquentes chez l'enfant.

Dans notre série, La tranche d'âge la plus représentée est située entre 3 et 13 ans, avec une prédominance masculine soit 72,9%. L'étiologie la plus fréquente est l'AVP 40,5%, suivie par les coups de sabot de cheval 29,7%.

62,1% des fractures mandibulaires ont été notées, soit 23 cas, dont 12 cas avaient une fracture condylienne soit 52,17% , 8 Cas de la région symphysaire soit 34,8% et 3 cas de l'angle mandibulaire soit 13% (Fig1) .la limitation de l'ouverture buccale a été objectivée chez tous nos patients avec une béance antéro latérale chez 78,2% et des fractures corono radiculaires associées chez 69,5%.Les radiographies standards confirment la ou les fractures (Fig2) .En cas de doute diagnostique, la TDM a été réalisée. Le traitement immédiat comprend des antalgiques, des antibiotiques et une alimentation molle ou mixée. Les fractures déplacées sont réduites chirurgicalement. La rééducation était indiquée dans les fractures condyliennes. Une hypoesthésie labiomentonnière a été notée notée chez 2 enfants.

32,4% de nos enfants avaient des fractures orbitaires soit 14 cas, dont six cas avaient une diplopie. Une ophtalmoplégie verticale a été notée chez un seul patient. La TDM du massif facial était l'examen clé (Fig3). Les ostéosynthèses ont été essentiellement réalisées par des microplaques vissées (Fig 4). Une révision du plancher orbitaire a été réalisée chez 6 cas ayant des fractures du plancher. La réduction était adéquate sur les radiographies (Fig5) postopératoires immédiates. L'ablation du matériel a été réalisée chez 2 enfants après 6 mois.



Figure 1 : OPT qui montre une fracture bi focale mandibulaire



Figure 5 : réduction des foyers fracturaires par des mini plaques.



Figure 4 : réduction de foyer fracturaire par une microplaque.

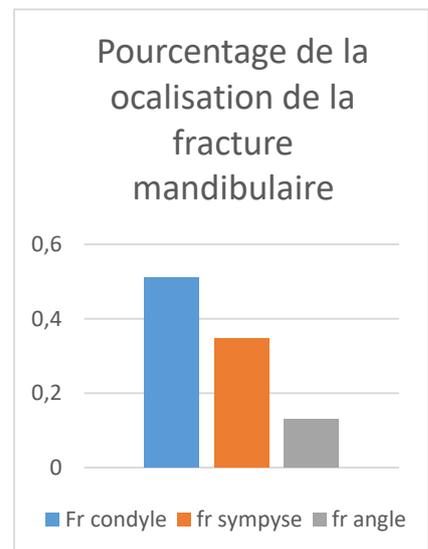


Figure 1 : localisations de la fracture mandibulaire

Discussion :

Les traumatismes de l'enfant ont des caractéristiques propres, liées aux particularités anatomiques et physiologiques des os du massif cranio-facial. Ils surviennent à tout âge. Les accidents de la voie publique sont la cause la plus fréquente avec 55,1% des cas. (2)

La fracture condylienne est très fréquente chez l'enfant par choc sur le menton avec un pic de fréquence de 3 à 7 ans. Elle peut retentir sur la fonction manducatrice avec un risque de l'ankylose de l'ATM et de dysmorphie faciale. Les fractures de la portion dentée de la mandibule peuvent se situer dans l'axe d'un germe dentaire compliquant le traitement et sont fréquentes au niveau de la symphyse, elles doivent alors faire rechercher une lésion condylienne associée (3). Les explorations radiologiques réalisable chez l'adulte ne le sont pas toujours chez l'enfant, ce qui peut augmenter la fréquence des explorations par la TDM (4). Les fractures déplacées sont réduites chirurgicalement et immobilisées par une contention orthodontique ou chirurgicale dont les modalités dépendent de l'âge, de l'état dentaire et de la présence des germes dentaires intra-osseux. Les traumatismes dentaires nécessitent une parfaite prise en charge en raison de leur futur retentissement social et financier.

Le diagnostic de fracture du plancher de l'orbite doit être évoqué chez tout enfant présentant un traumatisme orbitaire. L'examen de l'oculomotricité est primordial et permet d'orienter vers une imagerie à type de tomodensitométrie qui confirmera le diagnostic

La précocité du diagnostic conditionne la rapidité de prise en charge, garante d'une guérison sans séquelle. Les fractures de l'orbite toutes formes cliniques confondues représentent 30 % des fractures du massif facial (5). Les fractures en trappe sont les plus fréquentes. Leur présentation clinique pauci symptomatique est responsable d'un retard diagnostique et de prise en charge qui peut entraîner des complications ophtalmologiques handicapantes, qui nécessitent une prise en charge en urgence dans un délai de 12H.

Il faut assurer une surveillance vigilante post thérapeutique jusqu'à la fin de la croissance et impliquer les parents.

Conclusion :

Les traumatismes faciaux de la population pédiatrique nécessitent une prise en charge adaptée. Un suivi spécialisé secondaire et prolongé est capital au plan fonctionnel, esthétique et psychologique.

Bibliographies :

1. Andrew TW, Morbia R, Lorenz HP. Pediatric Facial Trauma. Clin Plast Surg. 2019 Apr ;46(2) :239-247
2. Tom W Andrew , Roshan Morbia , H Peter Lorenz. Pediatric Facial Trauma. Clin Plast Surg. 2019 Apr ;46(2) :239-247. doi: 10.1016/j.cps.2018.11.008
3. F. Denhez, O. Giraud. B.Selgneuric,A,R.Paranque .Fr de la mandibule 2005
4. B. Michel, N. Stroma. Traumatologie faciale pédiatrique.EM consulte 2012
5. F.Roul-Yvonnet^{ab}N.Tabchouri^{ab}S.Cassier^{ab}G.Constantinescu^aM.- P.Vazquez^{abc}A.Picard^{abc}N.Kadlub^{abc}. Fracture du plancher de l'orbite chez l'enfant, étude rétrospective à propos de 34 casChildren orbital floor fracture : Retrospective study, about 34 cases. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique Volume 57, Issue 3, June 2012, Pages 240-244