

## POSTER

# Activité nouvelle de traumatologie maxillo-mandibulaire : illustration par un cas clinique.

Alpy A<sup>1</sup>, Popescu LD<sup>1</sup>, Popescu MA<sup>1</sup>, Aga I<sup>1</sup>

1. Service de Chirurgie Orale et d'Odontologie - Centre Hospitalier Métropole Savoie

### Introduction

Les fractures des bases maxillaires sont des urgences nécessitant un traitement médico-chirurgical adapté. Le développement actuel des services de chirurgie orale permet de répondre à ce type d'urgence lorsque le plateau technique spécifique est disponible.

### Observation

Un patient de 21 ans s'est présenté aux urgences à 24 heures d'une rixe pour un trismus serré douloureux associé à un volumineux œdème au niveau de l'angle mandibulaire gauche. Il ne présentait pas d'antécédents particuliers, aucune allergie médicamenteuse n'était connue et son intoxication tabagique était évaluée à 1 paquet et demi par jour. Il n'existait pas d'hypoesthésie dans le territoire du V 3. L'examen endobuccal retrouvait une plaie de la muqueuse gingivale au niveau retro molaire gauche avec une luxation de la dent 38. L'hygiène bucco-dentaire était perfectible avec de multiples caries profondes. La radiographie panoramique objective une fracture mandibulaire au niveau de l'angle gauche passant par la dent de sagesse. Le scanner sans injection a mis en évidence le trajet et les déplacements de la fracture à réduire. Le traitement chirurgical a été réalisé sous anesthésie générale. L'incision d'abord du trajet fracturaire est passé par la plaie muqueuse rétro molaire afin de permettre une meilleure étanchéité lors de la fermeture. Après rapprochement des fragments mandibulaire, deux plaques d'ostéosynthèse sont été vissées pour fixer la réduction. Dans le même temps opératoire, les dents 46 et 38 ont été avulsées. Le blocage bimaxillaire par arc de Dautrey a permis la mise en occlusion des arcades. Une sonde naso-gastrique a été mise en place avant le réveil du patient pour permettre de limiter les risques de dénutrition lors du blocage post opératoire au fil d'acier. Une surveillance clinique rapprochée lors de son hospitalisation et la sensibilisation aux bonnes mesures d'hygiène a permis une évolution favorable. Le patient est rentré à son domicile après 8 jours d'hospitalisation avec un blocage intermaxillaire sur élastique. Le suivi radiologique et clinique retrouve une bonne consolidation.

### Discussion

Les fractures faciales sont rencontrées plus souvent entre 21 et 30 ans avec une prédominance masculine [1]. La chirurgie d'ostéosynthèse sous anesthésie générale nécessite un binôme chirurgien oral-médecin anesthésiste très performant et une équipe soignante formée à la gestion post opératoire du patient. La technique peut être réalisée par voie endobuccale mais exceptionnellement par voie exo buccale lors qu'il existe une plaie profonde. Les études attestent un taux plus faible de complications lorsque le traitement chirurgical est réalisé par voie endobuccale [2].

### Conclusion

Le développement récent de cette activité de traumatologie des bases maxillaires en chirurgie orale s'inscrit dans une logique de répartition des urgences au niveau départemental et régional. Les fracas faciaux dépassant notre champ de compétence sont orientés pour une prise en charge spécialisée vers un service de chirurgie maxillo faciale.

alexandre.alpy@ch-metropole-savoie.fr

### Références

1. Lucena AL et al. Epidemiological Profile of Facial Fractures and Their Relationship with Clinical-Epidemiological Variables. *J Craniofac Surg* 2016; 27 (2): 345-9.
2. Beza SA et al. A Comparative Study of Transbuccal and Extraoral Approaches in the Management of Mandibular Angle Fractures: A Systematic Review. *J Med Sci* 2016; 4(3): 482-8.