

POSTER

Fracture de l'angle mandibulaire déplacé chez l'enfant : ou réduire ? Quand retirer le matériel ?

C. Landric (Pau)

Chez l'enfant, les fractures alvéolo-dentaire sont plus fréquentes que les fractures basales car l'os est plus élastique que chez l'adulte. Cependant la présence de germes fragilise la mandibule (Cole 2009). Concernant les fractures squelettiques maxillo-faciales, 55% concernent les condyles mais seulement 8% concernent l'angle. La prise en charge entre l'adulte et l'enfant diffère du fait du risque d'accident d'évolution des germes et des troubles de croissance secondaires. Le cas présenté a été pris en charge au Centre Hospitalier de Pau. Il concerne un enfant de 8 ans ayant présenté une fracture comminutive de l'angle mandibulaire gauche avec plaie submandibulaire et sublinguale suite à un accident domestique. L'examen clinique dans ce contexte fut difficile. L'examen tomodensitométrie avait mis en évidence une fracture déplacée de l'angle mandibulaire gauche passant par le germe de 37. Il a bénéficié d'une exploration cervicale (vasculaire, nerveuse et glandulaire) et d'une ostéosynthèse basilaire et sur la ligne oblique externe par voie d'abord mixte selon les plaies. Une plaque de 1,5mm sur la ligne oblique et sur le rebord basilaire ont été posées avec des vis mono corticale de 5 mm. Un contrôle clinique et radiologique a été réalisé à 15 jours et 2 mois sans complications post opératoire. L'ablation du matériel a été réalisé à 3 mois en reprenant les mêmes voie d'abord. Le contrôle à 1 mois et 6 mois après dépose du matériel n'a pas mis en évidence d'accident dévoluton sur le germe de 37. La réduction de la fracture de l'angle déplacé chez l'adulte se fait par une plaque rigide sur la ligne oblique externe associée ou non à une ostéosynthèse basilaire. Chez l'enfant les auteurs recommandent une réduction basilaire pour ne pas atteindre les germes des dents définitives avec abord cervical, endobuccal ou mixte (Zimmermann 2006). Consolidation osseuse chez l'adulte 6 semaines, 3 semaines chez l'enfant car le potentiel ostéogénique est supérieur à celui de l'adulte. Si le condyle est reconnu comme centre du potentiel de croissance, la mandibule répond à une croissance adaptative et maintenir une ostéosynthèse rigide après le délai de consolidation pourrait entraîner des troubles de la croissance (Wheeler 2011). Chez l'adulte l'ablation du matériel d'ostéosynthèse n'est pas systématique, et est réalisé en moyenne à 6 mois à 1 an post opératoire. Chez l'enfant la moyenne est à 3 mois post opératoire (Bakathir 200). Pour l'instant les plaques résorbables ne montrent pas entière satisfaction, du fait de la réaction inflammatoire importante qu'elles induisent.