



Item330-Orientation diagnostique et conduite à tenir devant un traumatisme cranio-facial.

Objectifs CNCI		
- Evaluation de la gravité et recherche des complications précoces chez un traumatisé crânio-facial - Identifier les situations d'urgence		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national	- Ex. massif facial: déformation / plaie - Ex. endobuccal: mobilité (disjonction) - Ex. ophtalmo: BAV / plaie / diplopie - Ex. neuro: PFP / localisation / HTIC - Ex. otologique: otorrhée / otoscopie - Panoramique / bilan préop et terrain - # OPN: Gosserez / hématome cloison - # PO: diplopie / duction / chirurgical - # OM: anesthésie V2 / plancher - # rocher: otorragie / surdité / PFP - # mandibules: lésions nerveuses ++ - # Lefort: mobilité arcade maxillaire - # CNEMFO: enfoncement / élargissement	- Signes de gravité vitaux - Plaie cutanée = SAT-VAT - Ex. bilatéral et comparatif - Schéma daté/signé descriptif - TDM massif facial injectée - Plancher orbite = incarceration

Prise en charge diagnostique

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: profession / atcd maxillo-ORL / statut anti-tétanique (**SAT**)
 - **Prises**: traitement (AVK-aspirine) / toxiques (alcool-tabac) / allergie
 - **Anamnèse**: circonstances et heure du trauma / heure du **dernier repas**
 - **!! Trauma crânien donc**: rechercher une **perte de connaissance** initiale (**A savoir !**)
 - **Signes fonctionnels**: douleurs / épistaxis / otorragie / BAV / conscience..
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**: PA-FC / FR-SpO2 / température / dextro / hémocue®
 - **Evaluation des axes vitaux (A savoir !)**
 - **hémodynamique**: collapsus: PAs < 90mmHg / signes de choc (marbres)
 - **respiratoire**: SpO2 < 90% / FR > 30 / signes de lutte / cyanose / sueurs
 - **neurologique**: conscience (Glasgow) / pupilles / localisation
 - **Examen crânio-facial (5) +++**
 - → faire par appareil / de haut en bas
 - **Examen neurologique**
 - Examen des nerfs crâniens (rechercher **PFP** +++)
 - Recherche HTIC / signe de localisation / conscience
 - **Examen ophtalmologique**
 - Toujours bilatéral et comparatif en ophtalmo (**A savoir !**)

- RPM / diplopie / **BAV** / **plaie oculaire** / orbite / annexes / emphysème sous cutané
- **Examen ORL**
 - Otoscopie bilatérale et comparative: **otorragie** / une otorrhée
 - Rhinoscopie / examen du nez / recherche épistaxis
- **Examen du massif facial (exobuccal)**
 - **Inspection**: asymétrie / déformation / plaie / épistaxis
 - **Palpation**: douleur / mobilité pathologique / fracture
- **Examen endobuccal**
 - **Inspection**: limitation de l'ouverture / occlusion / traumatismes dentaires
 - **Palpation**: recherche d'une **disjonction** crânio-faciale: mobilité sup.
 - **!! A toujours rechercher: trouble de l'articulé dentaire**
- → réalisation d'un schéma daté/signé +++
 - Schéma avec ensemble des lésions
 - Information du patient si complication (neuro ++)
 - Rédaction du **certificat** médical descriptif

Examens complémentaires

- **TDM du massif facial + TDM cérébral injecté (A savoir !)**
 - Examen de référence: **systematique** devant tout trauma de la face
 - En urgence / avec reconstruction 3D / avec scanner cérébral ++
- **Radiographies standards**
 - **Panoramique** dentaire (orthopantomogramme): pour mandibule
 - Cliché de Blondeau: visualisation des sinus + orbites (2nde intention après la TDM)
 - Cliché de face bouche ouverte: pour mandibule
 - Cliché des os propres du nez de profil
 - Incidence de Gosserez: visualise les OPN de face
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - **pré-op**: Gpe-Rh-RAI (x2) / consultation anesthésie
 - **terrain**: glycémie si diabétique / GDS si IRespC, etc

Principales fractures faciales

Fracture des os propres du nez (OPN)

- **Mécanisme**
 - Traumatisme direct au niveau du nez / axial ou latéral
- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Déformation et douleur à la palpation des OPN
 - Mobilité des OPN / ecchymose et oedème important
 - Rechercher une épistaxis / un hématome de la cloison
 - **Paraclinique**
 - Radiographies +++ : OPN de profil + de face (**Gosserez**)
 - → traits de fractures / cloison déviée / déplacements
- **Complication**
 - **Hématome de la cloison**: risque de nécrose: rhinoscopie +++
- **Traitement**
 - **En urgence**: si hématome de la cloison: évacuation chirurgicale (ponction)
 - **Fracture déplacée** = traitement chirurgical → réduction et contention (plâtre 10j)
 - **Fracture non déplacée** = traitement médical → antalgique / méchage + ABT

Fracture du plancher de l'orbite

- **Mécanisme**
 - Choc direct sur l'orbite: fracture du plancher par hyperpression
- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Epistaxis (**hémosinus** homolatéral) +/- énophtalmie
 - **!! Pas de douleur** à la palpation / reliefs osseux intacts
 - Anesthésie dans le territoire du nerf sous-orbitaire
 - Rechercher une incarceration du muscle droit inférieur (**A savoir !**)
 - **Paraclinique: TDM faciale**
 - **signes directs**: trait de fracture du plancher de l'orbite
 - **signes indirects**: hémosinus / pneumorbite (emphysème)
 - **complications**: incarceration de la graisse péri-orbitaire (image « en goutte »)
- **Complication**

- **Incarcération du muscle droit inférieur +++**
 - **Diplopie** binoculaire verticale et maximale si regard vers le haut (blocage)
 - Test de **duction** forcée (perop /AG): résistance à l'élévation du globe
 - !! Remarque: exceptionnel de visualiser l'incarcération du muscle à la TDM
- **Risques à long terme en l'absence de traitement**
 - Enophtalmie / diplopie séquellaire / hypo-anesthésie dans le territoire du V.2
- **Traitement chirurgical = réduction-ostéosynthèse**
 - Par voie sous-conjonctivale (ou sous-ciliaire) / après test de duction forcée
 - Libération des éléments incarcérés le cas échéant (muscle droit inférieur +++)
 - Ostéosynthèse: réfection du plancher par plaque ou allogreffe osseuse
 - !! NPO la surveillance en cas de traumatisme crânien associé

Fracture de l'os malaire

- **Mécanisme**
 - Traumatisme direct (coup de poing ++)
- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Ecchymose et enfoncement de la pommette
 - **Rebord** orbitaire inférieur en « marche d'escalier »
 - !! Rechercher une anesthésie infra-orbitaire / diplopie
 - **Paraclinique = TDM faciale**
 - **signes directs**: trait de fracture malaire / déplacement
 - **signes indirects**: emphysème intra-orbitaire ou sous-cutané
 - **complications**: fracture associée du plancher de l'orbite +++
- **Complications**
 - **Fracture du plancher de l'orbite**: diplopie (incarcération) / épistaxis (hémosinus)
 - **Lésion du nerf sous-orbitaire (V2)**: rechercher une hypoesthésie infra-orbitaire
- **Traitement**
 - **Fracture non déplacée**: traitement antalgique simple et surveillance
 - **Fracture déplacée**: traitement chirurgical: réduction + ostéosynthèse

Fracture du rocher

- **Mécanisme**
 - Traumatisme latéro-crânial direct
- **Diagnostic**
 - **Clinique**
 - Signes positifs: **otorragie** unilatérale / otorrhée claire (LCR)
 - Complications: paralysie faciale périphérique / vertige-surdité (**A savoir !**)
 - **Paraclinique: TDM du rocher**
 - **signe direct**: trait de fracture passant par le rocher
 - **complications**: lésion du n. facial (VII) / lésion cérébrale
- **Complications**
 - **Paralysie faciale**: rechercher une paralysie faciale périphérique (**A savoir !**) (cf **Paralysie faciale.**)
 - **!! Devant une PFP sur fracture du rocher, il faut distinguer**
 - **PFP primaire**: survenue immédiate / par lésion directe → chirurgie +++
 - **PFP secondaire**: survenue progressive / par oedème → corticoïdes
 - **Atteinte de l'oreille interne**: par fracture ou fistule labyrinthique
 - **syndrome vestibulaire**: nystagmus / vertige / déviations posturales (cf **Vertige.**)
 - **surdité de perception**: Weber côté sain / Rinne positif / audiométrie (cf **Altération de la fonction auditive (voir item 127).**)
 - **Cas particulier: syndrome vestibulo-cochléaire déficitaire total unilatéral**
 - = syndrome vestibulaire périphérique avec vertiges + cophose (SdP°) unilatérale
 - → signes une fracture du rocher **translabyrinthique**: surdité définitive ++
 - **Neuro-méningée**: otoliquorrhée = brèche méningée / syndrome méningé
- **Traitement**
 - En cas de PFP associée immédiate: traitement chirurgical en urgence / décompression
 - Traitement des complications +++ : appareillage si surdité / rééducation vestibulaire, etc.

Fracture de la mandibule

- **Examen clinique**
 - Signes positifs (SP) et complications (C°): selon la localisation de la fracture +++
 - **fracture symphysaire / parasymphysaire**
 - **SP**: diastème inter-incisif (écartement dentaire)
 - **C°**: lésion du rameau mentonnier (**VII**) / glossoptose
 - **fracture de la branche horizontale**
 - **SP**: troubles de l'occlusion / chute du fragment distal: béance

- C°: lésion du rameau mentonnier / fracture condylienne controlatérale ++
- fracture de l'angle de la mandibule
 - SP: contact molaire prématuré / trismus / béance contro-latérale
 - C°: lésion du nerf dentaire inférieur (V.3)
- fracture de la branche montante
 - SP: limitation de l'ouverture sans trouble de l'occlusion
 - C°: lésion du nerf dentaire inférieur (V.3)
- fracture du condyle (basse ou articulaire)
 - SP: plaie mentonnière +++ / otorragie (# du CAE) / trismus
 - C°: fracture contro-latérale de la branche **horizontale** +++
- Examens complémentaires
 - Panoramique dentaire (orthopantomogramme) pour toutes les fractures
 - TDM du massif facial pour les fractures condylienne +++
- Traitement
 - Chirurgical (++) : réduction et ostéosynthèse par vis-plaque / si déplacé
 - Orthopédique: blocage inter-maxillaire par arcs pendant 6 semaines

Disjonctions crânio-faciales (fractures de Lefort)

- Dans tous les cas: disjonction = **mobilité de l'arcade maxillaire**
- Fracture de type Lefort I
 - = trait de fracture maxillaire horizontal isolé (plancher nasal)
 - → mobilité de l'arcade maxillaire mais troubles occlusaux modérés
 - Complications: rechercher des lésions dentaires associées ++
- Fracture de type Lefort II
 - = trait de fracture médio-facial épargnant l'os malaire
 - → mobilité arcade maxillaire mais malaire immobile
 - Complications: lésion bilatérale du V.2 / C° oculaires
- Fracture de type Lefort III
 - = trait de fracture haut séparant le massif facial de la base du crâne
 - → mobilité du massif facial en entier / élargissement transverse
 - Complications: lésions cérébrales ++ / ethmoïdales / brèches, etc.

Fracture du CNEMFO

- Fracture du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire
- **Enfoncement** centro-facial avec recul de la pyramide nasale
- Elargissement de l'espace inter-canthal / aplatissement de la racine du nez
- !! Pas de trouble occlusal car arcade dentaire indemne