

Traumatismes de la face

M. RAUX¹, C. BERTOLUS²

Points essentiels

- Les traumatismes de la face concernent une population jeune, volontiers masculine, victime d'accident de loisir ou de la voie publique. Ils sont souvent associés à d'autres lésions qu'il importe de rechercher.
- L'examen clinique permet d'identifier les lésions osseuses ainsi que les lésions associées (globes oculaires, vaisseaux, nerfs,...).
- La radiographie standard du massif facial et le panoramique dentaire n'ont plus leur place dans le bilan des traumatismes graves de la face. Seul le scanner du massif facial en coupes millimétriques permettant une reconstruction dans les trois plans de l'espace permet un bilan exhaustif des lésions.
- Certaines fractures mandibulaires peuvent entraîner une obstruction de la filière aérienne, nécessitant pour celles-ci une prise en charge en urgence en centre spécialisé.
- Les lésions orbitaires sont fréquentes lors des traumatismes du massif facial supérieur. Certaines d'entre elles peuvent menacer le pronostic visuel.
- Les fractures du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire et les disjonctions crânio-faciales peuvent être associées à une brèche ostéo-méningée exposant le patient à un risque de méningite.

1. Salle de Surveillance Post-Interventionnelle et d'Accueil des Polytraumatisés, Département d'Anesthésie Réanimation.

2. Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

Correspondance : Dr Mathieu Raux, Salle de Surveillance Post-Interventionnelle et d'Accueil des Polytraumatisés, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13. Tél. : 01 42 17 73 29. Fax : 01 42 17 73 88. E-mail : mathieu.raux@psl.aphp.fr

- Les traumatismes balistiques et les plaies de la face requièrent une prise en charge urgente par un chirurgien maxillo-facial, en centre spécialisé.
- Deux types de complications peuvent menacer le pronostic vital : le syndrome hémorragique et l'obstruction des voies aériennes supérieures.
- Méconnaître une lésion du contenu orbitaire expose le patient à des séquelles visuelles irréversibles.
- Seuls les patients présentant un risque vital ou fonctionnel lié au traumatisme facial nécessitent d'être orientés en première intention vers un centre spécialisé.

1. Introduction

Indépendamment de toute lésion associée, les traumatismes de la face peuvent schématiquement revêtir deux formes. L'une grave, fort heureusement rare, engageant le pronostic vital car responsable d'un syndrome hémorragique ou d'une obstruction des voies aériennes supérieures. L'autre, beaucoup plus fréquente, ne mettant pas en jeu le pronostic vital, mais susceptible d'entraîner des complications fonctionnelles et/ou esthétiques si le traumatisme est mal pris en charge.

Le propos de ce chapitre est d'offrir au médecin hospitalier et préhospitalier une information sur les grands types de lésions, et sur les principes de prise en charge. N'étant pas destiné à des praticiens en chirurgie maxillo-faciale, il se veut généraliste, guidant le médecin dans la prise en charge initiale, et fait volontairement l'impasse sur les traitements spécialisés.

2. Épidémiologie

Dans une série de 1990, Gruss *et al.* rapportent une incidence de 25 % de traumatisme de la face chez des patients polytraumatisés (1). Dans une série de 574 patients polytraumatisés pris en charge dans notre centre spécialisé entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 mai 2011, nous en avons identifié 161 (28 %) qui présentaient un traumatisme maxillo-facial (2). Au sein d'une population générale, c'est-à-dire non polytraumatisée, Lebeau *et al.* rapportent une incidence de 80 nouveaux patients par mois en centre hospitalier universitaire (Grenoble) (3).

La majorité des traumatismes de la face concerne une population jeune. Ainsi, 74 % des traumatisés ont entre 11 et 50 ans dans l'étude de Lebeau *et al.* (3). Les victimes sont majoritairement des hommes (*sex ratio* 2,7 : 1 (2, 3)).

Les accidents de sport et les accidents de voie publique représentent les principales étiologies traumatiques (respectivement 26 et 23 % dans la cohorte de Lebeau *et al.* (3)), contre 3 % pour les agressions. Bien évidemment, cette incidence est réduite au sein d'une population de patients polytraumatisés.

Les lésions maxillo-faciales sont squelettiques dans 29 % des cas, tégumentaires pures dans 34 % des cas, et mixtes dans 37 % des cas (3). Dans le cadre d'un recrutement général, c'est-à-dire non spécifiquement polytraumatisé, les traumatismes de la face sont associés dans 34 % des cas à des lésions autres (céphaliques comme extra-céphaliques) qu'il faut donc rechercher (3). Lorsque le traumatisme survient chez un patient admis en centre spécialisé dans la prise en charge des polytraumatisés (qu'il le soit réellement ou qu'il ait subi un traumatisme suffisamment violent pour faire suspecter des lésions sévères), il est toujours associé à des lésions autres (tableau 1).

Tableau 1 – Lésions associées au traumatisme de la face chez les patients polytraumatisés admis en centre spécialisé, d'après (4)

Lésions associées au traumatisme de la face	Incidence (%)
Crâne	68 %
Rachis	30 %
Thorax	48 %
Abdomen	23 %
Bassin	19 %
Membres	45 %

Les lésions du rachis n'intéressent le rachis cervical que dans de rares cas (5). En revanche, un traumatisme crânien est présent dans 55 % des cas, lorsque celui-ci est authentifié devant une perte de connaissance (6).

3. Examen clinique initial et bilan complémentaire

L'inspection de la face du traumatisé doit s'attacher à repérer les ecchymoses – souvent révélatrices de fractures –, les plaies, dont le trajet et la profondeur feront suspecter une atteinte des éléments nobles sous-jacents (nerf facial, globe oculaire, etc.), les hémorragies (épistaxis, otorragie, saignement endobuccal, plaies du cuir chevelu) qui peuvent, à elles seules, mettre en jeu le pronostic vital. On recherchera une exophtalmie et la rapidité de son évolution. Chez un patient conscient, on recherchera une paralysie faciale par la mise en jeu des muscles de la mimique, ainsi qu'une baisse de l'acuité visuelle, après avoir ouvert les paupières, même les plus tuméfiées. Chez le patient dans le coma ou sédaté, on s'efforcera de recueillir, auprès de témoins de l'accident ou des équipes de secours, le maximum d'information sur ces points cruciaux. Les dégâts dentaires doivent être repérés et notés dès cet examen.

La palpation doit concerner toute la face, à la recherche de fractures repérées par une douleur exquise, une mobilité anormale, voire la perception d'une interruption de la continuité osseuse. La voûte crânienne doit être systématiquement

explorée pour diagnostiquer une éventuelle embarrure, voire une plaie crânio-cérébrale, parfois masquée par un saignement abondant. La recherche d'une mobilité palatine doit être systématique. Le tonus oculaire sera apprécié par la palpation comparative des globes à travers les paupières. La présence de corps étrangers (projectiles, armes blanches, fragments de verre ou de métal) devra être soigneusement recherchée, si besoin sous anesthésie locale.

Les radiographies standard du massif facial ne sont d'aucun intérêt en urgence, car bien moins performantes que la tomodensitométrie pour le bilan des traumatismes de la face (7). Ce n'est donc ni une radiographie de la face, ni un panoramique dentaire qu'il convient de demander, mais bel et bien une tomodensitométrie de l'ensemble du massif facial devant une suspicion de traumatisme facial. Ce scanner devra couvrir l'ensemble du volume céphalique compris entre le vertex et l'os hyoïde. Il sera réalisé en coupes millimétriques, permettant une reconstruction dans les trois plans de l'espace.

4. Anatomopathologie et principes de traitement

4.1. Mandibule

Les fractures mandibulaires représentent environ 50 % des fractures faciales et réalisent des formes anatomo-cliniques très variées. On distingue les fractures de la portion dentée ou corps mandibulaire (symphyse, branches horizontales et angles) des fractures des portions non dentées (branches montantes, condyles et apophyses coronoïdes). Toutes les fractures déplacées entraînent un trouble de l'articulé dentaire. Les traits passant par la portion dentée s'accompagnent fréquemment d'une déchirure ou d'une désinsertion de la muqueuse au collet des dents et mettent en contact le foyer de fracture avec le milieu buccal contaminé.

Les buts du traitement des fractures de la mandibule consistent à rétablir l'articulé dentaire habituel du sujet, la fonction masticatoire et l'esthétique de la partie inférieure du visage. Les méthodes utilisées peuvent être fonctionnelles (rééducation précoce des fractures articulaires), orthopédiques (blocage maxillo-mandibulaire), chirurgicales (ostéosynthèse par plaques vissées, vissage en compression, fixateur externe...) ou mixtes. Le traitement des fractures mandibulaires, même ouvertes en bouche, peut, sans compromettre le résultat, être différé de quelques heures. Dans ces cas, l'administration d'un traitement antibiotique est indispensable. Une immobilisation provisoire, à visée hémostatique et antalgique, peut être effectuée par des ligatures d'acier passées autour des dents situées de part et d'autre des traits de fracture ou par un blocage par ligatures péri-dentaires posées sous anesthésie locale. Certaines fractures mandibulaires sont ouvertes à la peau. Il importe en urgence de fermer les plaies après un nettoyage antiseptique et un parage économe. Ces ouvertures cutanées ne contre-indiquent pas la réalisation d'ostéosyntheses par plaques vissées, à condition d'une prise en charge rapide, d'une bonne couverture cutanéomuqueuse en regard et d'une antibiothérapie adaptée. Il est important de savoir que certaines fractures mandibulaires peuvent

entraîner une obstruction de la filière aérienne, nécessitant de fait une prise en charge en urgence (voir § 7).

4.2. Fractures de l'orbite

La région orbitaire est fréquemment atteinte lors des traumatismes du massif facial supérieur et des confins crânio-faciaux, qu'il s'agisse des fractures zygomatiques et du plancher orbitaire, des fractures du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire (CNEMFO) et des disjonctions crânio-faciales type Le Fort II et III. L'atteinte de l'orbite osseuse (cadre et parois orbitaires) peut être associée à des lésions de son contenu (globe, muscles et nerfs oculomoteurs, nerf optique) mais aussi des paupières et de l'appareil lacrymal. L'examen clinique appréciera l'acuité visuelle, la statique des globes (recherchant une eno- ou exophtalmie, une diminution du tonus oculaire), l'oculomotricité, l'état de l'appareil palpébral et des voies lacrymales. Certaines lésions nécessitent une prise en charge urgente dans le but de préserver la fonction visuelle (voir § 7).

En dehors de ces situations urgentes, la réparation des fractures de l'orbite est réalisée à distance, afin de permettre la résorption de l'œdème. Après réduction, l'ostéosynthèse des fractures du cadre orbitaire se fait par plaques vissées. Les parois de l'orbite sont réparées par des plaques de matériaux résorbables, des grilles de titane ou des greffes osseuses.

4.3. Fractures zygomatiques

Les fractures zygomatiques sont généralement liées à un traumatisme direct. L'os malaire vient s'impacter dans les cavités adjacentes (sinus maxillaire et orbite). Cliniquement, la forme typique associe un hématome orbitaire et une hémorragie sous-conjonctivale externe, un enfoncement de la pommette avec possible abaissement du canthus externe, une hypoesthésie dans le territoire du nerf sous-orbitaire et parfois une limitation de l'ouverture buccale. Dans les traumatismes de la face, ces fractures sont le plus souvent comminutives, et sont fréquemment associées à un enfoncement du plancher de l'orbite.

4.4. Fractures du nez

Les fractures des os propres du nez (souvent appelés OPN) sont les plus fréquentes et doivent être suspectées devant tout traumatisme facial. Elles sont le plus souvent isolées mais, dans les traumatismes graves, peuvent être associées à des fractures du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire (CNEMFO), et à des disjonctions crânio-faciales de type Le Fort II et III.

La prise en charge d'une fracture des os propres du nez se fait à distance. Elle consiste en une réduction des déplacements osseux et cartilagineux par voie endonasale, suivie d'une contention interne par méchage, et externe par attelle plâtrée maintenue 8 à 10 jours.

4.5. Fractures du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire (CNEMFO)

Les fractures du CNEMFO, ou centro-faciales, entraînent un enfoncement monobloc ou comminutif du nez osseux dans l'ethmoïde, associé à des fractures des parois médiales des orbites, des processus frontaux des maxillaires, des sinus frontaux et souvent de l'étage antérieur de la base du crâne. L'aspect du patient est caractéristique avec un aplatissement et un élargissement ou une impaction du nez, une obstruction nasale et un télécanthus associés à une ensellure haute. Une brèche ostéodurale peut exister en cas de fractures déplacées de la paroi postérieure des sinus frontaux et de l'étage antérieur de la base du crâne. Elle entraîne une pneumocéphalie pathognomonique de la brèche et parfois une rhinorrhée cérébrospinale, qui peut être difficile à mettre en évidence. La rhinorrhée cérébrospinale peut apparaître secondairement après régression de l'œdème des muqueuses nasosinusiennes, après lyse du caillot obstruant la brèche ou lors de la mobilisation chirurgicale (réduction des déplacements) des fractures faciales et basi-crâniennes. Son tarissement spontané est possible et les indications thérapeutiques à ce niveau doivent être bien posées.

Le traitement chirurgical de ces lésions est complexe et la collaboration d'un neurochirurgien parfois nécessaire. Il est souvent retardé de quelques jours en raison de l'existence de lésions neurochirurgicales associées. L'existence d'une brèche rend indispensable la prévention de la méningite à pneumocoque et à méningocoque par vaccination.

4.6. Fractures occluso-faciales ou disjonctions crânio-faciales

Ces fractures intéressent le squelette de l'étage moyen de la face et entraînent une solution de continuité osseuse entre l'arcade maxillaire d'une part et le squelette sus-jacent d'autre part. La classique description de Le Fort repose sur la hauteur de cette disjonction. La disjonction de Le Fort III (disjonction crânio-faciale vraie) libère totalement le massif facial de la base du crâne qui peut être atteinte, avec un risque de brèche méningée. La fracture de Le Fort II, en disjoignant les sutures zygomato-maxillaires, respecte les zygomases ce qui la différencie cliniquement de la fracture de Le Fort III. La fracture de Le Fort I désolidarise totalement et uniquement le plateau maxillo-palatin du reste du massif facial. Les formes asymétriques sont fréquentes (hémi Le Fort II d'un côté et hémi Le Fort III de l'autre par exemple) ainsi que l'association à des traits de refend verticaux réalisant une disjonction intermaxillaire. Toutes ces fractures passant par le nez, les fosses nasales ou les sinus maxillaires peuvent entraîner des hémorragies abondantes nasales ou buccales. L'association de deux signes cliniques est pathognomonique de ces disjonctions: le trouble de l'articulé dentaire et de la mobilité de l'arcade dentaire maxillaire.

Le traitement chirurgical a comme objectifs la restauration de l'articulé dentaire préexistant, le rétablissement de la hauteur, de la projection antéro-postérieure et des contours de la face, ainsi que les réparations orbitaires, nasales et basi-

crâniennes si besoin. La prévention de la méningite à pneumocoque et à haemophilus par vaccination est indispensable en cas de brèche méningée suspectée ou objectivée dans les fractures de Le Fort III.

4.7. Fractures comminutives ou « pan-faciales »

La prise en charge des traumatismes faciaux graves montre que tous les types de fractures peuvent coexister, et réaliser, au maximum, une fracture « pan-faciale ». La multiplicité des traits de fracture augmente la difficulté des réparations osseuses et les risques de complications et séquelles. Le pronostic immédiat est lié au risque d'hémorragie cataclysmique, ce d'autant que ce type de fracture expose au risque de fracture du siphon carotidien, qui se traduit par une hémorragie en jet extériorisée par le nez et l'oreille. Le pronostic est alors effroyable.

4.8. Délabrements par arme à feu

Les traumatismes faciaux par arme à feu procèdent essentiellement de gestes suicidaires ou de tentative d'homicide. Les accidents de loisir (chasse le plus souvent) ne concernent que rarement la face (8). Ils sont provoqués généralement par un fusil de chasse en milieu rural, et par une arme de poing en milieu urbain. Au cours des tentatives de suicide, le canon du fusil de chasse est le plus souvent placé sous le menton. La majorité des individus étant droitier, il arrive que le tir soit dévié vers la gauche. Si la mandibule est toujours lésée, le massif facial peut être épargné en raison d'un phénomène de mouvement du canon lors du tir. Les dégâts du massif facial sont majeurs lorsque le canon est porté en bouche, quelle que soit l'arme. La mandibule peut alors être épargnée, mais au prix de dégâts cérébraux quasi systématiques. Lorsque le suicide se fait par arme de poing, ou lorsqu'il s'agit d'une tentative d'homicide au fusil de chasse, le canon est le plus souvent centré sur la région maxillaire ou temporale. Les dégâts du massif facial sont alors majeurs.

Dans tous les cas, ces traumatismes sont très délabrants. Outre les conséquences d'une lésion cérébrale, ils exposent le patient à un risque hémorragique immédiat, lié à la dilacération tissulaire et vasculaire. Ils l'exposent, par ailleurs, à un risque asphyxique. Ce dernier peut résulter d'une obstruction des voies aériennes supérieures par les tissus délabrés, ou d'une glossoptose, conséquence d'une lésion de l'arc mandibulaire antérieur.

Le souffle de la déflagration peut par ailleurs être à l'origine d'un phénomène de blast, responsable de pseudo anévrysmes des artères cervico-faciales. Ce type de complication doit donc être recherché sur l'angioscanner réalisé dans le cadre du bilan lésionnel. Dans la série de Cox *et al.*, ces pseudo anévrysmes ne présentaient aucune complication immédiate de type hémorragique, mais relevaient d'une exclusion par embolisation dans un second temps (9).

Les traumatismes faciaux par arme à feu doivent être pris en charge conjointement par le réanimateur et le chirurgien maxillo-facial dans un centre spécialisé.

4.9. Lésions des parties molles

La gravité des plaies superficielles est essentiellement liée aux séquelles esthétiques qu'elles entraînent. Les plaies profondes peuvent, elles, être responsables de complications plus graves, selon leur localisation et leur profondeur. Les plaies jugales exposent à des complications particulières par atteinte des vaisseaux faciaux, du nerf facial, de la glande parotide et du canal de Sténon. L'exploration des plaies associées à une paralysie faciale périphérique totale ou partielle est systématique, la recherche d'une fuite salivaire par lésion du Sténon est réalisée par injection rétrograde d'un liquide coloré (Bétadine® ou bleu de méthylène) dans l'ostium.

Les plaies souillées doivent être brossées énergiquement pour éviter les tatouages. L'hémostase des sections des vaisseaux faciaux ou de leurs branches est obtenue par ligatures sélectives. Les sections du tronc ou des grosses branches de division du nerf facial sont repérées et suturées. Le canal de Sténon doit être suturé sur un cathéter passé par l'ostium.

5. Les urgences de modalités de leur prise en charge

Les traumatismes faciaux nécessitent une prise en charge spécialisée par un chirurgien maxillo-facial. Toutefois, le degré d'urgence de cette prise en charge spécialisée dépend du type de lésions. Ainsi, lorsque la lésion met en jeu le pronostic vital (existence d'une hémorragie active ou obstruction des voies aériennes) ou fonctionnel (baisse de l'acuité visuelle, paralysie oculomotrice), le patient doit être orienté en urgence vers une équipe associant médecin urgentiste, médecin réanimateur et chirurgien maxillo-facial. Dans le cas contraire, le patient peut être adressé dans un second temps au spécialiste.

5.1. Risque vital

Le risque vital est engagé lorsque le traumatisme de la face est responsable d'un processus hémorragique ou d'une obstruction des voies aériennes supérieures. Dans ces situations, l'urgence n'est pas au bilan lésionnel anatomique, mais à la gestion du risque vital. La prise en charge ne se conçoit qu'en centre spécialisé dans la prise en charge des traumatisés sévères.

5.1.1. Obstruction des voies aériennes

Certains traumatismes peuvent être responsables d'une obstruction des voies aériennes, que ce soit par œdème tissulaire, bascule postérieure de la langue contre la paroi pharyngée postérieure (glossoptose) ou inhalation massive de sang provenant d'un foyer hémorragique. Il s'agit essentiellement des fractures parasymphysaires bilatérales et les fractures comminutives avec perte de substance interromptrice de la mandibule et désinsertion des muscles de la langue et du plancher buccal, rencontrées par exemple, dans les traumatismes balistiques. Les fractures survenant chez des patients sous anticoagulant peuvent se compliquer

d'un volumineux hématome du plancher buccal refoulant la langue, et obstruant les voies aériennes.

Il est, dans ce cas, urgent de rétablir la perméabilité des voies aériennes en intubant le patient après induction en séquence rapide. Le choix de la technique d'intubation dépend à la fois de la nature des lésions et de l'expérience de l'opérateur. L'intubation par laryngoscopie directe permet le contrôle des voies aériennes dans la majorité des cas. Lorsque la laryngoscopie ne permet pas de visualiser les structures anatomiques, par exemple au décours d'un traumatisme facial par arme à feu ayant détruit tout le massif facial, la technique d'intubation rétrograde trouve sa place. Cette technique consiste à ponctionner la membrane cricothyroïdienne au moyen d'un trocart similaire à ceux employés pour la pose d'un cathéter veineux central. Ce trocart est orienté de manière céphalique, et un guide métallique souple inséré dans sa lumière. Le guide est introduit vers le haut, de manière à franchir le plancher glottique jusqu'à ce que son extrémité distale devienne visible par l'opérateur au niveau de la cavité pharyngée. L'opérateur saisit alors les deux extrémités du guide (cervicale et céphalique), et retire le trocart. Sur l'extrémité céphalique du guide, il enfle un guide creux plastique de plus gros diamètre, à la manière d'une perle sur un collier. Ce second guide plastique sera ensuite descendu, franchissant la glotte, jusqu'à venir en butée contre la paroi laryngée antérieure. La plus grande rigidité de ce second guide permet de l'utiliser comme tuteur pour guider une sonde d'intubation, enfilée sur ce second guide comme sur un mandrin de Eischman. Si cette technique échoue, il reste au médecin en charge du patient la coniotomie et la trachéotomie d'urgence comme techniques alternatives, permettant d'assurer la ventilation et l'oxygénation du patient.

5.1.2. Syndrome hémorragique

La prise en charge d'un traumatisme de la face responsable d'un syndrome hémorragique impose le contrôle des voies aériennes, au moyen des techniques décrites au paragraphe précédent. Elle associera la réanimation du choc hémorragique (remplissage vasculaire, transfusion de produits sanguins labiles) à la réalisation de gestes d'hémostase par le chirurgien : méchage antérieur, tamponnement postérieur, *packing* par tissus hémostatique (type Surgicel®) ligature vasculaire des artères carotides externes. Dans les formes inaccessibles à un geste d'hémostase chirurgicale, une artério-embolisation sélective peut être proposée. Cette alternative nécessite *de facto* que le patient ait été transféré dans un centre spécialisé disposant du plateau technique adéquat.

5.2. Risque fonctionnel

Trois situations représentent de véritables urgences fonctionnelles, menaçant le pronostic visuel à court terme. La plaie du globe oculaire doit être recherchée devant toute plaie palpébrale transfixiante ou délabrement des paupières. Elle justifie une exploration chirurgicale en urgence en centre spécialisé. Le bilan comme le traitement de ce type de lésion nécessitent la collaboration d'un ophtal-

mologiste. La compression du nerf optique doit être évoquée devant l'association d'une cécité, d'une disparition du réflexe photomoteur direct (mydriase aréactive) avec conservation du réflexe photomoteur consensuel et d'un examen du fond d'œil normal. Une tomodynamométrie dans le plan neuro-optique doit être réalisée en urgence pour explorer le nerf et son canal osseux à la recherche d'une compression par un fragment osseux ou par un hématome rétrobulbaire. La conduite à tenir en urgence peut faire appel à une décompression chirurgicale du nerf dans le canal optique ou dans le cône orbitaire (par évacuation d'un hématome intraconique compressif ou décompression d'un syndrome de loge orbitaire), et/ou à un traitement corticoïde à forte dose par voie parentérale. L'incarcération du muscle droit inférieur, ou d'une partie du contenu orbitaire peut survenir en cas de fracture en « *trap-door* » du plancher de l'orbite. L'orbite doit alors être abordée chirurgicalement en urgence, pour procéder à la désincarcération du contenu piégé. La négligence d'une telle lésion conduit à une diplopie séquellaire irréversible.

6. Orientation et régulation

D'une manière générale, tous les traumatismes faciaux ne nécessitent pas une prise en charge en urgence dans un centre disposant d'un chirurgien maxillo-facial. Ne doivent y être adressés de prime intention que les patients présentant un risque vital ou fonctionnel lié au traumatisme facial. Le cas contraire, la consultation spécialisée pourra avoir lieu à distance, une fois le bilan et le traitement des autres lésions effectués. Méconnaître cette règle expose la filière spécialisée à un risque de surtriage, délétère pour les patients relevant d'une prise en charge spécialisée.

En revanche, si un traumatisme facial n'engage pas le pronostic vital immédiat, il ne doit pour autant pas être négligé, tant ses séquelles seront difficiles à corriger si le temps de la chirurgie primaire est passé.

Références

1. Gruss J.S. Complex craniomaxillofacial trauma: evolving concepts in management. A trauma unit's experience-1989 Fraser B Gurd Lecture. *J Trauma* 1990 ; 30 : 377-83.
2. Régnier M.A., Raux M., Asencio Y., Gaillard J., Ettalhaoui N., Riou B. et al. Que prédisent les valeurs de lactates d'un polytraumatisé en centre spécialisé ? Congrès de la SFAR 2011 : R183.
3. Lebeau J., Kanku V., Duroure F., Morand B., Sadek H. and Raphaël B. Traumatismes faciaux au CHU de Grenoble. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2006 ; 107 : 23-9.
4. Gaillard J., Raux M., Le Saché F., Roche S., Nicolas-Robin A., Birenbaum A. et al. Régulation des patients polytraumatisés : le bilan lésionnel annoncé diffère-t-il du bilan réalisé en centre spécialisé ? Congrès de la SFAR 2011 : R186.
5. Lim L.H., Lam L.K., Moore M.H., Trott J.A. and David DJ. Associated injuries in facial fractures: review of 839 patients. *Br J Plast Surg* 1993 ; 46 : 635-8.

6. Davidoff G., Jakubowski M., Thomas D. and Alpert M. The spectrum of closed-head injuries in facial trauma victims: incidence and impact. *Ann Emer Med* 1988 ; 17 : 6-9.
7. Exadaktylos A.K. The value of computed tomographic scanning in the diagnosis and management of orbital fractures associated with head trauma: a prospective, consecutive study at a level I trauma center. *J Trauma* 2005 ; 58 : 336-41.
8. Traumatisme de la face par arme à feu en pratique civile.
9. Cox M.W., Whittaker D.R., Martinez C., Fox C.J., Feuersetin I.M. and Gillespi D.L. Traumatic pseudoaneurysms of the head and neck: Early endovascular intervention. *J Vasc Surg* 2007 ; 46 : 1227-33.