



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Plaies et traumatismes de la face de l'enfant



Facial trauma and injury in children

M.-P. Vazquez*, N. Kadlub, V. Soupre, E. Galliani, C. Neiva-Vaz,
I. Pavlov, A. Picard

Service de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique pédiatrique, hôpital Necker, faculté de médecine Paris Descartes, Paris 5, AP-HP, 149, rue de Sévres, 75015 Paris, France

MOTS CLÉS

Enfant ;
Traumatismes ;
Tissus mous ;
Plaies ;
Fractures ;
Face ;
Cavité buccale ;
Maltraitance infantile

Résumé Les traumatismes de la face sont fréquents chez l'enfant et souvent banalisés. La face, très vascularisée, est le siège de saignements impressionnants sur le lieu de l'accident mais souvent sous-estimés chez l'enfant car il existe une vasoconstriction artérielle immédiate très développée. La masse sanguine est de 80 mL/kg chez le nouveau-né, soit 250 mL au total pour atteindre 70 mL/kg à partir de l'âge d'un an. L'évaluation doit être rigoureuse sous peine d'une décompensation brutale. Concernant les plaies, la réparation primaire doit être d'emblée parfaite ou optimale en cas de délabrement. Le dogme est d'être conservateur et le parage doit être minimaliste. La réparation minutieuse nécessite souvent une anesthésie générale, surtout chez les jeunes enfants afin de permettre un affrontement parfait des berges et des lignes cutanéomuqueuses. Les pertes de substance doivent être traitées par cicatrisation dirigée. Il n'est jamais effectué de lambeaux immédiats chez l'enfant pour les raisons développées plus loin. Vu l'élasticité du squelette facial, les fractures nécessitent un choc violent pour survenir mais la clinique peut être trompeuse. Deux fractures sont souvent peu symptomatiques au niveau des signes faciaux et peuvent être méconnues : la fracture du condyle et sa complication l'ankylose osseuse temporomandibulaire, la fracture du plancher de l'orbite et sa complication la diplopie définitive. Il faut savoir suspecter une maltraitance devant des lésions d'âges différents, et une discordance entre l'histoire racontée et les lésions constatées. Une fois éliminée l'urgence vitale, l'urgence faciale est d'abord à l'œil car les plaies et contusions du globe, souvent sous-évaluées, menacent la vision et relèvent de l'urgence ophtalmologique. L'urgence est ensuite la fracture du plancher de l'orbite sous sa forme dite « en trappe », apanage de l'enfant. La fracture du plancher de l'orbite associée à une immobilité de l'œil et des vomissements incoercibles est la 2^e vraie urgence car elle met en jeu le pronostic de la motricité de l'œil et nécessite une intervention en urgence. Enfin, les traumatismes dentaires de l'enfant ne doivent pas être négligés en raison de leurs conséquences fonctionnelles et esthétiques. La cicatrisation primaire est le plus souvent rapide mais les cicatrices restent longtemps inflammatoires. Le risque hypertrophique existe en cas de contusions et dilacérations associées aux plaies mais aussi pendant la période pubertaire et dans certaines localisations. L'âge interfère

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie-paule.vazquez@aphp.fr (M.P. Vazquez).

sur le résultat car la croissance va soit améliorer soit aggraver le résultat initial, en fonction de la localisation et du mécanisme. Le suivi spécialisé secondaire et prolongé est capital au plan fonctionnel, esthétique et psychologique.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Child;
Traumatismes;
Injuries;
Soft tissues;
Wounds;
Fractures;
Face;
Oral cavity;
Child abuse

Summary Facial traumas are common in children but often unconsidered. Facial injury is responsible of impressive bleeding because of the rich vascularization of the face; this bleeding is often underestimated because of the immediate arterial vasoconstriction that is very strong for children. The blood volume is 80 ml/kg for a newborn, with a total of 250 ml, reaching 70 ml/kg at one year of age. The evaluation must be rigorously performed due to the risk of a sudden decompensation. Regarding the wounds, the primary repair must be performed directly neat or optimal in case of damaged tissues. The rule is to keep maximum of the integrity and to limit debridement. Careful repair often requires general anesthesia, especially in young children, to facilitate a perfect joining of the edges and of the mucocutaneous lines. Losses of substance should be treated by directed cicatrization. Flaps are never performed in children as a first intention for reasons developed below. Given the elasticity of the facial skeleton, fractures require a brutal shock to occur, but the clinical signs can be misleading. For instance, too specific and sometimes ignored, fractures can show weakly symptomatic signs : the fractures of the condylar and the orbital floor, with their respective complication that are temporomandibular bone ankylosis and definitive diplopia. Possible children abuse should be suspected in case of different age lesions and discrepancies between the told story and types of injuries. Once the vital urgency is eliminated, the orbital emergency should be first considered in facial traumas within the ophthalmology specialty because wounds and contusions of the globe are often underestimated and threaten the vision. The second emergency is the orbital floor fracture in its 'trapdoor' type, specific to the child. Combined with a motionless eye and uncontrollable vomiting, this is the second true urgency because it involves the prognosis of the oculomotricity and requires emergency surgery. Finally, dental trauma should not be overlooked because of their functional and aesthetic consequences. Primary cicatrization is usually rapid but scars remain inflammatory during a long time. The risk of hypertrophy exists in case of contusions and lacerations associated with wounds but also during puberty and in some locations. Age interfere with the result because growth will either improve or worsen the initial result, depending on the location and mechanism. The secondary specialized and prolonged managing and monitoring is capital on the functional, aesthetic and psychological points of view.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les traumatismes de la face sont fréquents chez l'enfant malgré les nombreux efforts réalisés dans le domaine de la prévention. Ils surviennent à tout âge mais avec 2 pics de fréquence : 12–36 mois, âge de la marche et de la découverte de l'environnement, puis à l'adolescence, âge des sports plus violents et d'une certaine autonomie. Ces traumatismes surviennent dans des circonstances diverses : maison et environnement, sport, école, voie publique mais aussi agressions et maltraitance.

Examen clinique initial

Il convient d'éliminer en premier une urgence vitale : libération des voies aériennes supérieures, restauration des fonctions hémodynamiques, contrôle de l'hémostase. Les gestes d'hémostase tels que compression et pansements sont pratiqués par l'urgentiste mais parfois les tamponnements et sutures hémostatiques doivent être pratiqués au bloc opératoire par le chirurgien infantile de garde. Il doit être tenu compte de la masse sanguine en fonction de l'âge et surtout du poids de l'enfant. La vasoconstriction initiale peut masquer

la réalité de la perte sanguine et le risque est une décompensation brutale par hypovolémie. Il faut éliminer un traumatisme associé du crâne ou du rachis cervical, et une urgence ophtalmologique car elle menace la vision en l'absence de traitement dans les premières heures. L'examen est conduit méthodiquement avec une approche pédiatrique patiente, adaptée et en confiance. Il se pratiquera après administration d'antalgiques en tenant compte du jeune éventuel nécessaire pour une intervention sous anesthésie générale. Il fait discuter de la voie d'administration des antalgiques (*per os*, intrarectale, intraveineuse) en fonction de l'âge et du délai d'une éventuelle intervention chirurgicale. Le praticien doit expliquer à l'enfant et à ses parents chaque geste de l'examen et les raisons de cet examen, seule manière d'obtenir la confiance de l'enfant. L'examen associe progressivement un examen facial complet, un examen de la cavité buccale et un examen de tous les orifices naturels de la face en commençant à distance des zones traumatisées et/ou douloureuses. Il n'existe pas toujours de corrélation entre l'aspect clinique initial de l'enfant traumatisé et la gravité réelle des lésions. L'œdème consécutif au traumatisme est souvent précoce et très impressionnant chez l'enfant. L'interrogatoire de l'enfant et de l'entourage doit faire préciser les modalités exactes du traumatisme, le point

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5644597>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5644597>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)