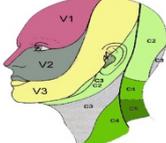
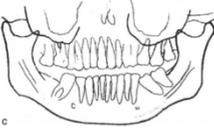
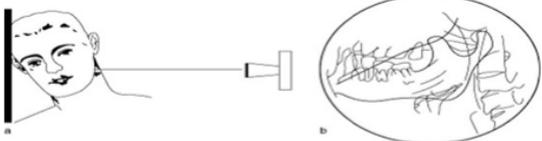
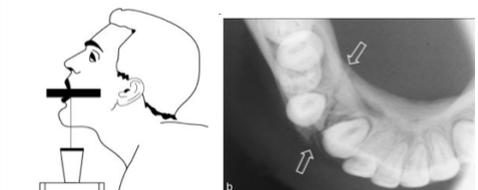
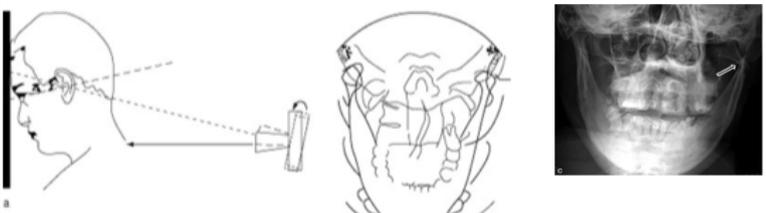
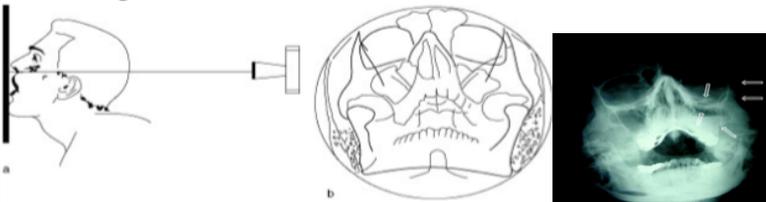
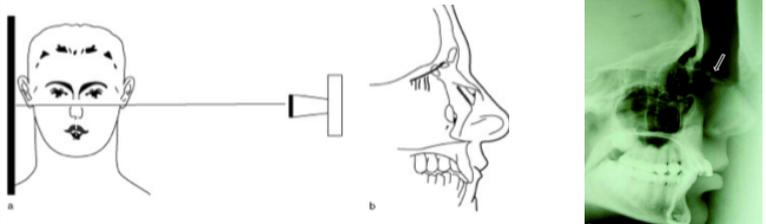
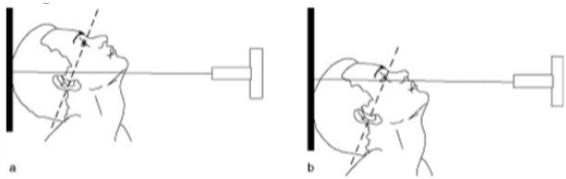


Items 329, 330, 360 – Traumatologie maxillo-faciale

Généralités			
Epidémiologie		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Très fréquents ▪ H>F, jeunes 18-25ans ▪ AVP, rixes, accidents de sport, accidents domestiques ▪ Structures les + atteintes : dents, mandibule (région condylienne ++), os nasaux, zygoma, plancher de orbite 	
Urgences		Urgences vitales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asphyxies ▪ Choc hypovolémique ▪ Association à autre traumatisme : tout traumatisé facial est considéré jusqu'à preuve du contraire comme un traumatisé crânien et un traumatisé du rachis cervical
		Urgences fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atteinte du nerf optique, diplopie, plaies délabrantes des paupières ▪ Pertes dentaires traumatiques ▪ Plaies du nerf facial
Examen clinique	Inspection de la face	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lésion du revêtement cutané ▪ Œdème localisé ou généralisé ▪ Hémorragie extériorisée par un orifice naturel ou une plaie ▪ Rhinorrhée aqueuse ▪ Déformation ▪ Motricité de la face 	
	Palpation	Signes directs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déplacement osseux ▪ Douleur exquise aux traits de fracture ▪ « marche d'escalier » d'un rebord osseux ▪ Mobilité anormale du squelette
		Signes indirects	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emphysème sous-cutané ⇔ paroi d'une cavité aérienne
	Examen sensibilité faciale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nerf ophtalmique V1 ▪ Nerf maxillaire V2 ▪ Nerf mandibulaire V3 	
	Examen endocavitaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Fosses nasales</u> : existence de plaies muqueuses ? déformations ou déplacements de cloison nasale ? hématome de cloison ? existence rhinorrhée aqueuse ? ▪ <u>Cavité buccale</u> : lésions dentaires, muqueuses, fractures, modification articulé dentaire, écoulements déglutis, CE ▪ <u>CAE</u> : caillots, plaie cutanée, sténose, état du tympan 	
	Examen des fonctions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Manducation</u> : articulations temporo-mandibulaires, occlusion dentaire, trismus, morsure, mastication, déglutition ▪ <u>OPH</u> : acuité visuelle, état pupille, dystopie oculaire (énophtalmie, exophtalmie), limitation des mouvements oculaires, fonction palpébrale (dystopie canthale), fonction lacrymale ▪ <u>Neuro</u> : trb conscience, asymétrie des pupilles, amnésie, anosmie, rhinorrhée cérébrospinale ▪ VAS 	
Imagerie	<i>Radios</i>	<i>Mandibule</i>	Orthopantomogramme 
			Défilés mandibulaires 

			<p>Cliché « mordu du bas » (cliché occlusal du bas)</p> 
			<p>Cliché « face basse »</p> 
		Etage moyen	<p>Clichés de Blondeau et de Waters</p> 
			<p>Incidence des os nasaux</p> 
			<p>Clichés axiaux de Hirts et de Gosserez</p> 
			<p>Cliché « mordu du haut » (cliché occlusal du haut)</p>
Dents	<p>Orthopantomogramme</p> <p>Clichés « mordu du bas », « mordu du haut »</p> <p>Clichés rétroalvéolaires : film placé derrière les dents</p>		
TDM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indications : <ul style="list-style-type: none"> - Si doute persistant sur une fracture mal mise en évidence - Si fracture complexe du tier moyen de la face ou de fracas facial - Si signes fonctionnels ophtalmologiques - Si suspicion de rhinorrhée cérébrospinale - Par opportunités devant causes neurochirurgicales ▪ Reconstructions : coronales, sagittales, dans le plan neuro-optique, tridimensionnelles 		
IRM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu d'indications ▪ Permet préciser : lésions intraorbitaires et encéphaliques 		
Tomographie volumique à faisceau numérisé (cone beam)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse moins fine ▪ Moins irradiant, artéfacts moins intenses 		

Conduite à tenir devant un traumatisé facial	Situations d'urgence extrême	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémorragie extériorisée : stomatorragie, otorragie, par une plaie => Tt par clampage, ligature, compression <i>Si épistaxis grave</i> : <ul style="list-style-type: none"> → Comprimer les plaies : tamponnement ant → Confiner le saignement : taponnements ant et post → Pratiquer embolisation sélective → Réduire la fracture ▪ Asphyxie : liée à obstruction des VAS ou inhalation ▪ Cécité traumatique : décompression chirurgicale rapide
	Traumatisme facial isolé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tt médical systématique antalgiques, application de glace, hygiène buccale, alimentation liquide ▪ ATBp +/- si : plaies souillées, morsures, traumatismes dentaires isolés, fractures ouvertes ▪ Vérifier vaccination antitétanique <p><u>Traumatismes mineurs</u> : ambulatoire</p> <p><u>Traumatismes de gravité intermédiaire</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaies faciales nécessitant un Tt chirurgical sous AG : dans les 6h ▪ Fractures des portions dentées de la mandibule : ATB + ostéosynthèse +/- Tt orthopédique (blocage maxillo-mandibulaire) 6 semaines ▪ Fractures de la région condylienne ▪ Fractures de l'étage moyen sans complication neuroméningée <p><u>Fractures graves</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture panfaciale (= fracture étage moyen + fracture de la mandibule) ▪ Fracture irradiant vers confins craniofaciaux avec complication neuroméningée

Traumatismes des parties molles

Contusions de la face	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur + œdème au point d'impact ▪ Ecchymoses et hématomes peuvent diffuser le long des espaces celluloadipeux ▪ <u>Evolution</u> : favorable ▪ <u>Tt</u> : +/- drainage chirurgical
Plaies des parties molles	Plaies muqueuses <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surtout gencive attachée (fracture de la mandibule), fibromuqueuse palatine, langue, voile du palais, plancher buccal ant, palais ▪ +/- sialorrhée réactionnelle (++) chez enfant)
	Plaies périorificielles <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaie superficielle -> plaie transfixiante ▪ Gravité liée à rétraction cicatricielle (=> ectropion des paupières) et/ou sténoses orificielles
	Plaies cutanées de la face <ul style="list-style-type: none"> ▪ Superficielles ou profondes ▪ Franches ou contuses ▪ => Verifier intégrité des organes nobles sous-jacents (nerf facial, conduit parotidien, vaisseaux) ▪ <u>Risques</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Plaies du parenchyme salivaire : favorable mais possible collection ou fistule salivaire secondaire - Plaies cutanées de angle interne de œil et du ¼ int de paupière inf : atteinte des voies lacrymales => épiphora ▪ <u>Tt</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Plaies du nerf facial : suture sous loupe ou microscope - Plaies du conduit parotidien : suture sur cathéter - Plaies cutanées de angle interne de œil et du ¼ int de paupière inf : suture sur cathéter - Cicatrisation des plaies de la face en 5-8 jours, définitive 1an
Morsures	<ul style="list-style-type: none"> ▪ URGENCE THERAPEUTIQUE ▪ Surveillance véto J3, J7, J15 ▪ Si signes suspects lors surveillance => vaccination ▪ <u>Tt chirurgical</u> : AG, exploration, lavage au sérum phy, parage, drainage des décollements, suture soigneuse plan par plan ▪ <u>Risques</u> : rabique, tétanique, infection par germes aérobies et anaérobies : Augmentin® chez enfant, Cyclines chez adulte ▪ <u>Si morsure humaine</u> : VHB, VHC, IH
Dermabrasions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dues à lésions de râpage ▪ <u>Tt</u> : cicatrisation dirigée ▪ <u>Risque</u> : cicatrices pigmentées (par inclusion de CE microscopiques)
Corps étrangers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peuvent être à l'origine d'infections ▪ Attention : éclats de pare-brise sont difficiles à localiser
Critères de gravité des plaies des parties molles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaies transfixiantes ▪ Plaies périorificielles ▪ Plaies perpendiculaires aux lignes de moindre tension cutanée ▪ Lésion d'organe noble (œil, nerf facial, voies lacrymales, conduit salivaire) ▪ Plaie par morsure ▪ Présence de CE

Traumatismes dentaires des dents définitives

Contusion dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleurs dentaires post-traumatiques spontanées, provoquées ou exacerbées par morsure ou le froid ▪ => Surveillance de la vitalité dentaire ▪ <u>Risque</u> : nécrose pulpaire secondaire => dyschromie inesthétique, rhizalyse, granulome apical, perte prématurée de la dent 	
Fracture dentaire	Fracture de la couronne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dent douloureuse ▪ <u>Tt</u> : <ol style="list-style-type: none"> 1) Si chambre pulpaire exposée => dévitalisation et Tt endodontique rapides Si pas d'exposition de la chambre pulpaire => vernis protecteur 2) Puis réparation de la couronne
	Fracture radiculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur dentaire exagérée par la morsure ▪ Mobilité dentaire ▪ Plus la fracture est distale et plus la dent est compromise ▪ <u>Tt</u> : pour les fractures des 2/3 proximaux : tt endodontiques à hydroxyapatite ▪ Surveillance prolongée +++
	Luxation alvéolo-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luxation incomplète (subluxation) : <ul style="list-style-type: none"> - Dent mobile et douloureuse, légèrement égressée par rapport à son alvéole - Saignement au collet - Absence de fracture radiculaire - Elargissement du ligament alvéolo-dentaire - <u>Tt</u> : réduction et contention + surveillance ▪ Luxation complète : <ul style="list-style-type: none"> - Dent totalement expulsée de son alvéole - <u>Tt</u> : si possible réimplantation + contention + surveillance
	Fracture alvéolo-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture de os alvéolaire ▪ Mobilité d'un bloc de plusieurs dents ▪ <u>Tt</u> : réduction et contention + surveillance
	Traumatismes dentaires des dents lactéales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attention à la présence de germes ▪ Si luxation ou subluxation : Réimplantations non conseillées (penser à maintenir espace entre les dents) ▪ Si fractures coronaires ou radiculaires : attitude identique aux dents définitives
	Complications	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infection secondaire locale (granulome apical, kyste radiculo-dentaire, fistule gingivale) ou régionale (cellulite) ▪ Ankylose dentaire = disparition du ligament alvéolo-dentaire ▪ Rhizalyse = destruction de la racine de la dent ▪ Troubles de l'éruption des dents définitives

Fractures de la mandibule		
	Fractures des portions dentées et de la région angulaire	Fractures de la région condylienne
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> Fractures ouvertes => Tt urgent 	<ul style="list-style-type: none"> Les + fréquentes (enfant +++)
Physiopathologie	<ul style="list-style-type: none"> Choc direct sur mandibule 	<ul style="list-style-type: none"> Traumatisme indirect, bouche entrouverte
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> Douleur au niveau du trait de fracture Stomatorragie, Sialorrhée Impotence fonctionnelle Trismus antalgique Plaie de muqueuse gingivale au niveau du trait de fracture, modification de articulé dentaire, mobilité osseuse anormale (attention risque pour nerf alvéolodentaire inf) Hypo- ou anesthésie dans territoire labiomentonnier du nerf alvéolo-dentaire (signe de Vincent) 	<ul style="list-style-type: none"> Plaie sous-mentonnière Douleur région pré-auriculaire Tuméfaction pré-auriculaire Otorragie par plaie cutanée de paroi ant du CAE Impotence fonctionnelle mandibulaire Ouverture buccale et propulsion mandibulaire s'accompagnant d'une latérodéviation du côté de la fracture Modification articulé dentaire : <ul style="list-style-type: none"> - Si fracture unilat : contact molaire prématuré du côté fracturé - Si fracture bilat : contact molaire prématuré bilat
Radios	<ul style="list-style-type: none"> Orthopantomogramme « face basse » « mordu du bas » Défilé mandibulaire +/- TDM 	<ul style="list-style-type: none"> Orthopantomogramme Défilé mandibulaire Incidence « face basse » +/- TDM
Formes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> Chez enfant : peu déplacées, TDM au moindre doute, attention aux traits de fracture passant par germes dentaires. Si fracture symphysaire, rechercher fracture condylienne associée Chez sujet édenté : fracture angulaire sont rares, fractures du corps fréquentes et peu symptomatiques 	<ul style="list-style-type: none"> Fractures bilatérales : fréquentes ++ Fractures trifocales (bilatérales + fracture du corps mandibulaire) : valgisation des angles mandibulaire => élargissement du 1/3 inf de la face. Tt chirurgical Fracture de région condylienne + fracture os tympanal : possible sténose du CAE et otorragie => hémotympan, surdité de perception, PF, vestiges Fracture avec pénétration intracrânienne du fragment condylien : très rare => Tt chirurgical Fracture chez sujet édenté : indication chirurgie Fracture associée à trb neurologiques : discuter Tt chirurgical
Complications	<ul style="list-style-type: none"> <u>Immédiates</u> : trb respi par oedèmes ou hématome du plancher buccal voire glossoptose <u>Secondaires</u> : trb sensitifs dans territoire du nerf alvéolaire inf, risque septique (rare), cal vicieux/ malocclusion séquellaire (rare), pseudarthrose et retard de consolidation (faible) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Précoces</u> : trb articulé dentaire, trb cinétiques de mandibule (limitation ouverture buccale, propulsion, didufction ; latérodéviati)on du côté de ancienne fracture), dysfonctionnement ATM (douleur pré-auriculaire, bruits intra-auriculaires, limitation ouverture buccale), ankylose de ATM <u>Tardives</u> : trb croissance mandibulaire (=> asymétrie mandibulaire voire hypomandibulie si bilat)
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> Antibioprophylaxie IV <u>Si fracture déplacée</u> : chirurgie : réduction et ostéosynthèse. (sinon Tt ortho : blocage maxillomandibulaire par fil acier, élastiques 6 semaines) <u>Si non déplacée</u> : possibilité absention (alimentation liquide, surveillance radio pendant 6 semaines) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Fonctionnel</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Indications : chez enfants, fractures capitales, fracture avec atteinte articulaire directe, fractures peu ou pas déplacées - Principe : blocages sur arcs rigides préformés, blocage nocturne et rééducation active et passive <u>Chirurgical</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Réduction + ostéosynthèse - Indications : fractures sous-condyliennes, fractures très déplacées, en fin de croissance
Fractures du ramus mandibulaire		
<ul style="list-style-type: none"> Mêmes signes que fractures de région condylienne, pas les mêmes complications Surviennent dans zones non dentées Tt peut être différé si besoin de qq jours 		

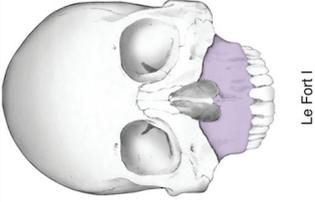
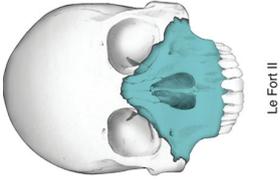
Fractures des confins cranio-faciaux

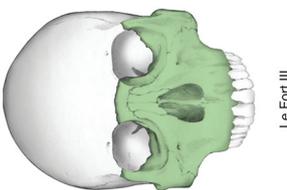
Définition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ⇔ frontière entre la face et le crâne 		
Anatomie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zone irrégulière constituée : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Partie horizontale</i> : étage ant de base du crâne avec parois orbitaires et lame criblée prolongée par petites ailes du sphénoïde en arrière - <i>Partie verticale</i> : os frontal creusé par sinus frontaux ▪ En rapport avec : <ul style="list-style-type: none"> - En haut : lobes frontaux - En bas : cavités sphénoéthmoïdales et fosses nasales et orbites 		
Classification des lésions osseuses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fractures linéaires (paramédianes, obliques) ▪ Fractures cunéiformes (internes, moyennes, externes) 		
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurologique, morphologique 		
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radios : pneumatocèle ▪ TDM ++ 		
Dg de brèche ostéo-méningée	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Signes formels</u> : - Rhinorrhée - Pneumatocèle - Plaie crâniocérébrale transsinusienne frontale - Méningite post-traumatique </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Signes probables</u> : - Anosmie - Fracture sinusienne de la paroi post - Fracture éthmoïdale </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Signes formels</u> : - Rhinorrhée - Pneumatocèle - Plaie crâniocérébrale transsinusienne frontale - Méningite post-traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Signes probables</u> : - Anosmie - Fracture sinusienne de la paroi post - Fracture éthmoïdale
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Signes formels</u> : - Rhinorrhée - Pneumatocèle - Plaie crâniocérébrale transsinusienne frontale - Méningite post-traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Signes probables</u> : - Anosmie - Fracture sinusienne de la paroi post - Fracture éthmoïdale 		
Indications de contrôle des confins craniofaciaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rhinorrhée ▪ Pneumatocèle ▪ Plaie crâniocérébrale frontale ▪ Fracas frontal sinusien ▪ Fracas éthmoïdal ▪ Méningite post-traumatique ▪ Diplopie par lésion du toit orbitaire ▪ +/- existence d'un trait sinusien post ou anosmie 		
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parage des plaies en urgence ▪ Exploration ▪ Tt des lésions dures ▪ Tt des sinus frontaux ▪ Anti-œdémateux, antiépileptiques, antalgiques ▪ +/- ATBp 		
Complications	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Méningites ▪ Abscesses cérébraux ▪ Sinusites ▪ Mucocèles orbitaires ▪ Ostéites 		

Fractures de étage moyen de la face

	Physiopathologie	Clinique	Formes	Radios	Complications	Traitement
Fractures zygomatico-maxillaires :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choc direct sur pommette ▪ Ouvertes ▪ 3 foyers de fracture : pari ant du sinus maxillaire, apophyse frontale du zygoma, apophyse temporale du zygoma 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Epistaxis (⇔ hémosinus) ▪ Effacement relief pommette + élargissement hémiiface traumatisée ▪ Hémorragie sous-conjonctivale externe ▪ Limitation douloureuse de ouverture buccale (trismus) ▪ Limitation des mouvements du globe oculaire ▪ « marche d'escalier » des foyers de fracture ▪ Douleurs exquisés à la palpation ▪ Mobilité nette du zygoma ▪ Emphysème sous-cutané de paupière inf ▪ Hypoesthésie du V2 	<p>Fracture isolée de apophyse temporale de os zygomaticque : choc latéro-facial, trismus +++</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Signes directs :</u> décalage osseux sur margelle infra-orbitaire, décalage osseux au niveau de apophyse temporale, rupture et irrégularité du cintre zygomatico-maxillaire, diastasis de suture frontozygomatique ▪ <u>Signes indirects :</u> asymétrie des contours orbitaires, opacité du sinus maxillaire, signe de la goutte ▪ TDM si diplopie ou doute diagnostique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Précoces :</u> diplopie (incarcération du droit inf ++), énoptalmie, dystopie oculaire, perte acuité visuelle, cécité, hypoesthésie du V2, complications infectieuses, limitation ouverture buccale ▪ <u>Tardives :</u> séquelles morphologiques, diplopie résiduelle, sinusites post-traumatiques, hypoesthésies du nerf infraorbitaire +/- névralgies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATBp ▪ Si signes oculaires ou fracture déplacée : réduction au crochet de Gineset + ostéosynthèse + exploration du plancher de orbite (+/- désincarcération du droit inf) + libération du nerf infra-orbitaire
Fracture isolée du plancher de orbite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choc direct, antéro-post sur globe oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture blow-out : fracture du plancher ouverte dans sinus maxillaire +/- comminutive. Margelle infra-orbitaire est intacte ou fracturée => pas d'incarcération du droit inf. hernie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TDM ++ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪

<p>Fractures des os nasaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choc antéro-postérieur ou latéral direct sur le nez 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensation de craquement ▪ Douleur ▪ Epistaxis ▪ Ecchymose en lunettes ▪ Déformation ▪ pyramide nasale : nez couché sur un côté, ensellure nasale +/- œdème ▪ Obstruction nasale 	<p>graisseuse intra-orbitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture en trappe : incarceration du droit inf => diplopie. URGENCE thérapeutique <p>Fractures nasomaxillaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si trauma violent et/ou orientation oblique du choc +/- fractures d'une ou des deux apophyses frontales des maxillaires => « marche d'escalier » 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidence de profil de la pyramide nasale ▪ Incidence axiale de Gosserez 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Précoces</u> : épistaxis ▪ <u>Tardives</u> : séquelles morphologiques, séquelles fonctionnelles respiratoires 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tt de épistaxis ▪ ATBp ▪ Corticothérapie (anti-œdème) ▪ Cs de contrôle à 72h ▪ Si fracture déplacée : réduction puis contention externe par plâtre ou interne par méchage ou attelles silliconées 8-10j ▪ Si hématome de cloison => URGENCE : évacuation
<p>Fractures centro-faciales complexes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ = fractures du nez déplacées ▪ CNEMFO = complexe naso-éthoïdo-maxillo-fronto-orbitaire ▪ Choc violent sur région nasale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Epistaxis, douleur, obstruction nasale, hématome en lunettes ▪ Effacement du relief de la pyramide nasale ▪ Méplat frontal par embarrure dans fractures de os frontal ▪ Télécanthus ▪ Larmolement ▪ Enophtalmie secondaire ▪ Œdème important des paupières et intraorbitaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clichés : Blondeau, Waters, crâne de profil ▪ TDM crâniofacial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Précoces</u> : épistaxis cataclysmique, méningite précoce, complications oculaires, anosmie ▪ <u>Tardives</u> : méningite tardive, séquelles morphologiques, obstruction des voies lacrymales, séquelles mnésiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATBp ▪ En urgence : Tt de épistaxis +/- décompression éventuelle du nerf optique ▪ Bilans neuro et OPH ▪ Selon lésions et après fonte de œdème : réductions, canthopexie transnasale, réparation des voies lacrymales, des brèches méningées, des fractures de la paroi postérieure du sinus frontal, des fractures de la paroi ant du sinus frontal 	

Fractures oculo-faciales de Le Fort		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emphysèmes sous-cutanés ▪ Diplopie ▪ Rhinorrhée cérébrospinale ▪ Anosmie +/- ▪ Cécité +/- ▪ Impotence fonctionnelle : aspect figé, bouche entrouverte, douleur s'exagérant à la tentative d'occlusion ▪ Trb articulé dentaire : contacts molaires prématurés bilat et pseudobéance ant ▪ Palpation douloureuse du fond du vestibule sup ▪ Epistaxis ▪ Mobilité isolée du plateau palatin +/- fracture médiane ou paramédiane ▪ Effacement de racine du nez ▪ Trb occlusion dentaire ▪ Ecchymose périorbitaire en lunettes ▪ Emphysème sous-cutané périorbitaire 	 <p>Le Fort I</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clichés : Blondeau, Waters, massif facial de profil => rupture arrondi des cintres zygomaxillaires, hémossinus maxillaires, recul, bascule en bas et en arr du plateau palatin, fracture du processus ptérygoidien ▪ TDM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Précoces</u> : épistaxis ▪ <u>Tardives</u> : séquelles oculales, séquelles mnésiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATBp ▪ Réduction puis contention (ostéosynthèse ou suspension pour blocage maxillo-mandibulaire)
	<p>Le Fort I</p>					
	<p>Le Fort II</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Détache plateau palatin et pyramide nasale ▪ Choc sous-nasal violent 	 <p>Le Fort II</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clichés standards ▪ TDM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Précoces</u> : atteintes oculaires (cécité), méningite, anosmie, hypoesthésie ▪ <u>Tardives</u> : séquelles morphologiques, séquelles oculales, séquelles sensitives, séquelles mnésiques, séquelles sensorielles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATBp ▪ Tt de épistaxis ▪ Réduction puis contention (ostéosynthèse ou blocage maxillomandibulaire 6 semaines) ▪ +/- réparation des fractures des parois médiales et inf de orbite

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Epistaxis ▪ « marche d'escalier » des margelles infra-orbitaires ▪ Palpation douloureuse ▪ Mobilité : palais, arcade dentaire maxillaire, pyramide nasale ▪ Hypoesthésie V2 ▪ +/- diplopie ▪ Larmoiement ▪ Trb visuels ▪ +/- rhinorrhée cérébrospinale ▪ +/- anosmie 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clichés standards ▪ TDM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cf Le Fort II ▪ Séquelles sensibles V2 ▪ Méningite +++ ▪ Séquelles neurologiques et sensorielles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cf Le Fort II ▪ Si suspension, elle sera frontale
<p style="text-align: center;">Le Fort III</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disjoint l'ensemble du massif facial de la base du crâne ▪ Souvent associée à d'autres fractures ▪ Choc facial violent 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfoncement de la face + œdème global + ecchymoses multiples ▪ Effondrement de pyramide nasale ▪ Mobilité ensemble de la face par rapport au crâne ▪ Epistaxis voire stomatorragie ▪ Trb articulé dentaire ▪ Douleur exquise à la palpation et mobilisation ▪ Rhinorrhée cérébrospinale ▪ +/- diplopie, larmoiement, trb acuité visuelle, anosmie 				