

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 1996 - 1997**

ADMINISTRATION

DOYEN : **ISSA TRAORE** - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR : **OUSMANE DOUMBIA** - MAÎTRE DE CONFÉRENCE AGRÉGÉ

2ème ASSESSEUR : **AMADOU DOLO** - MAÎTRE DE CONFÉRENCE AGRÉGÉ

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : **BAKARY CISSE** - MAÎTRE DE CONFÉRENCE

ECONOME : **MAMADOU DIANE** - CONTRÔLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr. Aliou BA	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Ortho-Traumato-Sécourisme
Mr. Souléyman SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr. Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

1. - **PROFESSEURS**

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie viscérale
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie

2. - **MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS**

Mr. Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr. Alhousséini AG MOHAMED	O.R.L. Chef du DER de chirurgie

3. - MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme SY Aissata SOW

Gynéco-Obstétrique

Mr. Salif DIAKITE

Gynéco-Obstétrique

4. - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr. Mamadou L. DIOMBANA

Stomatologie

Mr. Abdoulaye DIALLO

Ophtalmologie

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE

Gynéco-Obstétrique

Mr. Abdoulaye DIALLO

Anesth. Réanimation

Mr. Gangaly DIALLO

Chirurgie Générale

Mr. Sékou SIDIBE

Ortho-Traumatologie

Mr. Abdoulaye K. DIALLO

Anesthésie - Réanimation

Mr. Mamadou TRAORE

Gynéco-Obstétrique

Mr. Filifing SISSOKO

Chirurgie Générale

Mr. Tiéman COULIBALY

Ortho-Traumatologie

Mme TRAORE J. THOMAS

Ophtalmologie

Mr. Nouhoum ONGOIBA

Anatomie

5. ASSISTANTS

Mr. Ibrahim ALWATA

Ortho-Traumatologie

Mr. Sadio YENA

Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. - PROFESSEURS

Mr. Daouda DIALLO

Chimie Générale & Minérale

Mr. Bréhima KOUMARE

Bactériologie-Virologie

Mr. Siné BAYO

Anatomie-Pathologique

Mr. Gaoussou KANOUE

Chimie Analytique

Mr. Yéya T. TOURE

Biologie

Mr. Amadou DIALLO

Biologie Chef de D.E.R.

Mr. Moussa HARAMA

Chimie organique

2. - MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Mr. Ogobara DOUMBO

Parasitologie

Mr. Anatole TOUNKARA

Immunologie

3. - MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr. Yénimégué A. DEMBELE
Mr. Massa SANOGO
Mr. Bakary M. CISSE
Mr. Abdrahamane S. MAIGA
Mr. Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. - MAÎTRES ASSISTANTS

Mr. Mahamadou CISSE
Mr. Sékou F.M. TRAORE
Mr. Abdoulaye DABO
Mr. N'yenigue Simon KOITA
Mr. Abdrahamane TOUNKARA
Mr. Flabou BOUGOUDOGO
Mr. Amadou TOURE
Mr. Ibrahim I. MAIGA
Mr. Benoît KOUMARE

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histo embryologie
Bactériologie
Chimie Analytique

D.E.R. MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

1. - PROFESSEURS

Mr. Aly GUINDO
Mr. Abdoulaye Ag RHALY
Mr. Mamadou K. TOURE
Mr. Mahamane MAIGA
Mr. Baba.KOUMARE
Mr. Moussa TRAORE
Mr. Issa TRAORE
Mr. Mamadou M. KEITA

gastro-entérologie
Médecine. Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, Chef du DER
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie

2. - MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Mr. Toumani SIDIBE
Mr. Bah KEITA
Mr. Boubacar DIALLO
Mr. Dapa Aly DIALLO
Mr. Somita KEITA
Mr. Hamar A. TRAORE

Pédiatrie
pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Hématologie
Dermato-léprologie
Médecine Interne

3. - ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Mr. Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr. Mamady KANE	Radiologie
Mr. Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme. Tatiana KEITA	Pédiatrie

4. - ASSISTANT

Mr. Adama D. KEITA	Radiologie
--------------------	------------

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. - PROFESSEUR

Mr. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
---------------------------	-------------

2. - MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Mr. Arouna KEITA	Matière Médicale
Mr. Ousmane DOUMBIA	Pharmacie-Chimie (Chef de D.E.R.)

3. - MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr. Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr. Elimane MARIKO	Pharmacologie

D.E.R. DE SANTÉ PUBLIQUE

1. - PROFESSEUR

Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (Chef D.E.R.)
----------------------	------------------------------

2. - MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

Mr. Moussa A. MAIGA	Santé Publique
---------------------	----------------

Docteur Chompere KONE
Docteur Almahdy DICKO
Docteur Mohamed TRAORE
Docteur Reznikoff
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE
Docteur Hamidou B. SACKO
Docteur Hubert BALIQUE
Docteur Sidi Yéhiya TOURE
Docteur Youssouf SOW

I.N.R.S.P.
P.M.I. SOGONINKO
KATI
IOTA
IOTA
H.G.T.
ORSTOM
H.G.T.
H.G.T.

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YAPO
Pr. M.L. SOW
Pr. D. BA
Pr. M. BADIANE
Pr. B. FAYE
Pr. Eric PICHARD
Pr. G. FARNARIER

Biochimie
Médecine. Légale
Bromatologie
Pharmacie Chimique
Pharmacodynamie
Pathologie Infectieuse
Physiologie

**DEDICACE ET
REMERCIEMENTS**

AU NOM DE DIEU, LE CLEMENT ET LE MISERICORDIEUX.

DEDICACE

- A feu ma grand-mère.

Maman, ton désir le plus ardent se réalise enfin! J'aurais tellement aimé que tu sois là en ce moment solennel. Tu étais tout pour moi, tu as tout fait pour que j'arrive à ce niveau. Tu me manques beaucoup et tu me manqueras à jamais. Que tous les saints soient à jamais avec toi, pour tout ce que tu as fait.

- A mon Père.

Il serait illusoire de ma part d'exprimer par les mots ma reconnaissance. Que ce travail, ainsi que ma carrière, t'apporte en retour satisfaction.

- A ma Mère

Ce travail est aussi le tien, qu'il t'apporte assez de joie et surtout l'apaisement à toutes tes peines.

- A toute la famille SEYI

Que chacun de vous trouve en ce travail ma reconnaissance.

- A mes frères, soeurs, nièces et neveux.

Je voudrais que ce travail soit pour vous un exemple, et surtout que chacun en fasse de même, sinon mieux, pour la prospérité de l'humanité.

- A tous mes cousins et cousines

Je ne saurais oublier d'exprimer toute ma gratitude.

- Adja Awa

Toute ma gratitude.

- A Ahmed NYAMBI

Ta contribution pour ce travail, malgré la distance qui nous séparait aura été très significative. Dans cette fraternité qu'Allah, le Tout Puissant bénisse nos rapports et qu'il t'aide à mener à bien tes études.

- Au Mali.

Je garde de toi, un souvenir que personne n'effacera jamais. Au delà de la science médicale que j'ai acquise sur ton sol, ton peuple m'a appris certaines valeurs humaines, que j'ignorais : **l'humilité, l'hospitalité, le respect des aînés et du prochain.** Mali terres d'Afrique, l'aigle de signification que tu représentes reste le nerf au respect de l'homme sans toute autre considération. Tu restes gravé dans ma mémoire comme mon pays d'hospitalité.

- A tous mes frères de la LIEEMA

Trouvez ici l'expression de toute ma fraternité

- A tous les enfants abandonnés ainsi qu'aux orphelins.-

REMERCIEMENTS

- Au Docteur FOUDA ONANA Alexandre.

Vous avez accepté, malgré vos multiples occupations, de diriger ce travail. Votre dévouement au travail, votre calme, vos qualités humaines, m'ont frappé, ainsi a été créé mon admiration. Votre humilité fait de vous un homme respecté. Veuillez accepter le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond attachement.

◆ Cette même reconnaissance est ainsi adressée aux

- **Docteur Keita Mohamed Amadou**
- **Docteur DONG à ZOCK Faustin**
- **Docteur MANGA Roger**
- **Docteur SIMEU FONKUI Alain**

◆ **A tantine Justine NDENG**

La saisie, la mise en page sur ordinateur de ce travail a été rendue réelle grâce à ta disponibilité : je te remercie une fois de plus pour ta contribution.

◆ **A mes compatriotes résidents au Mali :**

Je ne saurais vous oublier en ce moment sans vous exprimer ma reconnaissance, et particulièrement à :

Solange MONTUE, Evelyne MOUTONGO, Jeanine EPOK, Pascal SOUKOUNDJOU, Alain TCHAKOUANDEU, Boniface FOMO, Samy KENFACK, EYIKE Flore, BELEG Blanche, TOUBIOUO TEMAMO.

◆ Elle s'adresse également aux étudiants étrangers des autres Communautés et aux étudiants maliens de la FMPOS.

AUX MEMBRES DU JURY

- A notre Maître et Président de Jury
- Professeur Sidi Yaya SIMAGA,
Professeur de Santé publique,
Chef du D.E.R. de santé publique de la faculté de médecine
de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

Cher Maître,

L'accueil que vous nous aviez réservé ainsi que la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse, malgré vos multiples occupations, votre sens de responsabilité et de gestion des ressources humaines nous sont allés droit au coeur. Vos qualités que nous apprécions dans l'humilité de votre simplicité, confirme l'espoir que, vous nous avez toujours considéré comme vos enfants. C'est un grand honneur pour nous, d'accepter de présider cette thèse.

Permettez - nous de vous exprimer ici notre profonde gratitude.

- A notre Maître et Juge

Professeur Abdou Alassane TOURE,
Professeur d'ortho-traumatologie.
Chef de service de traumatologie et orthopédie de l'hôpital Gabriel
TOURE.

Cher Maître,

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et calme. Vous avez guidé nos premiers pas en anatomie, vous nous avez accepté dans votre service au cours de notre formation. C'est un grand honneur pour nous d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez accepter ici le témoignage de notre reconnaissance.

**A notre maître et juge,
Docteur Mamadou L. DIOMBANA,
Assistant chef clinique.
Chef de service d'odonto-stomatologie de l'hôpital de Kati.**

Cher Maître,
Votre gentillesse, votre simplicité, et votre conscience professionnelle font de vous un maître exemplaire dont nous nous félicitons d'être un élève.

Vous nous faites un honneur en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples occupations.

Permettez nous de vous adresser ici nos sincères remerciements.

**A notre Maître, Directeur de thèse,
Professeur Alhousseïni AG MOHAMED,
Maître de Conférences Agrégé d'ORL,
Chef du D.E.R. de chirurgie,
Chef de service d'ORL de l'hôpital Gabriel TOURE.**

Cher Maître,

Vous nous avez admis dans votre service et avez accepté de nous former. Vos éminentes qualités humaines de pédagogue, votre savoir, votre sens critique, ainsi que votre rigueur scientifique nous ont émerveillés. Vous nous avez inspiré un goût profond pour la spécialité ORL.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée, et la bienveillance que vous avez toujours su nous apporter.

Nous vous renouvelons notre attachement, en espérant que ce travail ne vous aura pas trop déçu.

SOMMAIRE

	<i>Pages</i>
CHAPITRE I Introduction	1
CHAPITRE II. REVUE DE LA LITTÉRATURE	5
I. - Définition des termes.....	6
II. - Anatomie Topographique de la face et du cou.....	6
A. - La face.....	6
1. - Etage supérieur ou crânien.....	6
2. - Etage moyen ou massif facial.....	6
3. - Etage inférieur ou mandibulaire.....	7
B. - Le cou	9
1. - Région antérieure.....	9
2. - Régions latérales.....	10
3. - Région parotidienne.....	11
4. - Région postérieure	11
III. - Mécanisme étiopathogénique des traumatismes cervico faciaux.....	13
IV. - Les lésions.....	15
A. - Lésion des parties molles.....	15
B. - Lésions osseuses.....	15
1. - Fracture mandibulaire.....	15
2. - Fracture ou enfoncement de l'os malaire.....	17
3. - Fracture des os propres du nez (OPN).....	18
4. - Fracture de Lefort I ou fracture de Guerin	19
5. - Fractures de Lefort II et Lefort III.....	21
6. - Autres fractures	22
V. - Examens cliniques et paracliniques.....	22
A. - Inspection.....	22
1. - Revêtement cutané.....	23
2. - Front	23
3. - Orbites	23
4. - Pommettes	23

5. - Cavité buccale.....	24
6. - Mandibule	24
7. - Nez	24
B. - Palpation	24
C. - Examen O.R.L.	
1. - Rhinoscopie.....	25
2. - Otoscopie	26
3. - Laryngoscopie indirecte au miroir.....	26
D. - Examens paracliniques	26
1. - Examens radiologiques.....	26
2. - Examen audiométrique.....	27
CHAPITRE III. - METHODOLOGIE.....	28
A. - Cadre de l'étude.....	29
B. - Matériel	30
C. - Méthode de travail.....	31
1. - Critère d'inclusion	31
2. - Critère d'exclusion.....	31
CHAPITRE IV. RESULTATS	32
CHAPITRE V. - DISCUSSION ET COMMENTAIRES	46
CHAPITRE VI. - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXE	61

INTRODUCTION

Les traumatismes cervico-faciaux représentent un problème important dans la pratique médicale. Important par leur fréquence élevée, mais surtout par la gravité des lésions qui en résultent et des séquelles qui peuvent en découler. La face constitue une entité à la fois morphologique, anatomique, et fonctionnelle. Elle renferme aussi bien que le cou, plusieurs organes dont les rôles sont parfois vitaux (nez, bouche, oreille, pharynx, Larynx, etc...). Ceux - ci sont de part leur position anatomique, particulièrement vulnérables, car exposés aux traumatismes divers.

Si l'appréciation de ces traumatismes semble varier d'un milieu à un autre, d'une période à l'autre, leur fréquence reste partout élevée.

Au Cameroun, Amah Godfied (4) en faisant une classification topographique des traumatismes à Yaoundé, relevait que le siège cranio - facial représentait 36,34 % des cas par rapport aux autres localisations (1981).

Au Mali, pour M. Traoré (41), la fréquence des traumatismes crânio-encéphaliques était de 28,67 % sur 415 admis au service des urgences de l'hôpital Gabriel Touré à Bamako (en 1989).

En France, le taux global des traumatismes crânio-encéphaliques était de 23,7 % en traumatologie à Brest en 1988 d'après Jannet (24).

Aux U.S.A, en 10 ans de pratique on a relevé 1 388 fractures faciales sur 14.793 traumatisés (Scott 1994) (37).

L'ampleur grandissante de ces traumatismes est liée à plusieurs facteurs dont : l'industrialisation, l'amélioration de l'urbanisation et de l'état des routes, l'augmentation du trafic routier et celui du parc automobile. En 1979, Diallo (12)

relevait une croissance des accidents de la circulation au Mali entre 1974-1978, liée à l'augmentation du parc automobile. Ces accidents sont responsables en Afrique de :

- 81,4 % des fractures du tiers moyen de la face à Ibadan au Nigeria (Abiose 1991) (1).

- Premières causes des traumatismes crânio-maxillo-faciaux à l'hôpital de Kati au Mali (Diombana 1994) (13).

- 27,3 % des fractures maxillo-mandibulaire à l'intérieur de la Tanzanie d'après Moshy 1996 (33).

Aux U.S.A, ils sont responsables de 80,6 % des fractures du zygoma à Houston (Scott 1994) (37).

Les autres causes de traumatismes sont : les accidents de travail, les accidents de sport, les agressions, les rixes, etc..

Les traumatismes crânio-faciaux prédominaient dans le cas des accidents de travail en 1988 au Sénégal (Diouf) (17).

A Abidjan en Côte - d'Ivoire 46,15% des plaies traumatiques cervicales sont dues aux agressions (Keita 1995) (25)

A Johannesburg, en Afrique du Sud, la violence constitue la première cause des traumatismes maxillo-faciaux chez les jeunes de moins de 18 ans (Bamjee 1996) (6).

En France : au CHU de Grenoble , la fréquence des traumatismes maxillo-faciaux, liés au sport a presque doublé en 13 ans, passant de 12 % en 1977 à 23 % en 1990 (Lebeau 1996) (28).

Ces accidents peuvent entraîner des lésions graves, accentuées en pratique, par le fait qu'elles sont souvent associées à l'atteinte d'autres organes, dans le tableau habituel du polytraumatisme. Une étude sur les traumatismes du thorax à l'hôpital central de Yaoundé au Cameroun estime à 24,1 % les traumatismes crânio-faciaux comme lésions associées (Djeng 1996) (18).

Ces lésions peuvent entraîner des séquelles fonctionnelles et esthétiques, lourdes de conséquences pour l'avenir psycho-socio-professionnel du traumatisé. On ne s'y opposera qu'en utilisant une méthode de traitement adéquate, et aussi parfaite que possible.

Le traitement des traumatismes cervico - faciaux revêt alors une grande importance en médecine d'urgence et en traumatologie. Des premiers gestes posés dépendront l'avenir fonctionnel, vital et esthétique d'un individu. Mais ce traitement qui peut varier d'un milieu à un autre, dépend surtout des moyens humains et matériels disponibles.

Au Cameroun très peu d'études ont été effectuées surtout dans ce domaine. La présente étude s'est fixée comme objectifs :

- Déterminer la fréquence des traumatismes cervico - faciaux à l'hôpital central de Yaoundé
- Etudier ces traumatismes en fonction des paramètres suivants : les facteurs étiologiques, les localisations, les types de lésions, les lésions associées.
- Enumérer les différentes mesures thérapeutiques appliquées et les recommandations .

**REVUE DE
LA LITTERATURE**

I. - DÉFINITION DES TERMES

Traumatisme : c'est un état général particulier, créé de toute pièce par l'action d'une violence externe sur un organisme, occasionnant une blessure, une lésion locale.

II. - ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DE LA FACE ET DU COU

A. - La face

Elle est limitée en bas par le plan de séparation entre la face et le cou, en haut, elle a pour frontière la limite antérieure du cuir chevelu.

Il est classique de la diviser en trois étages

1° - Etage supérieur ou crânien.

Il est compris entre la ligne supérieure qui répond au cuir chevelu et le plan passant par le bord supérieur des orbites. Il répond à l'os frontal.

2° - Etage moyen ou massif facial

Il est limité en haut par la ligne de séparation avec l'étage supérieur, en bas par un plan qui en avant se confond avec le plan d'occlusion des arcades dentaires, prolongé en arrière il atteint le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, il change de direction pour suivre le bord antérieur de la mandibule et du coronée jusqu'au point où ce plan vient couper l'arcade zygomatique en arrière de la suture zygomato-malaire.

Il se subdivise en régions anatomiques suivantes :

Au milieu : en haut, la région nasale, en bas, la région labiale supérieure. Plus en dehors, c'est la partie antéro-supérieure de la joue, répondant anatomiquement à la fosse canine qui s'étend depuis le rebord orbitaire inférieur en haut jusqu'à l'arcade dentaire supérieure en bas. Cette région jugale est séparée des régions nasale et labiale par le sillon naso-génien ou mieux naso-labio-génien, que suit dans la profondeur l'artère faciale.

En dehors, cette région jugale se continue avec la région génienne latérale qui se subdivise, en haut, en la région malaire dite de la pommette et, plus en bas, cette région se continue avec la région jugale latérale inférieure ; elle répond dans la profondeur, à la partie haute du vestibule buccal dont la partie basse répond à l'étage inférieur, ces deux zones étant séparées par le plan occlusal.

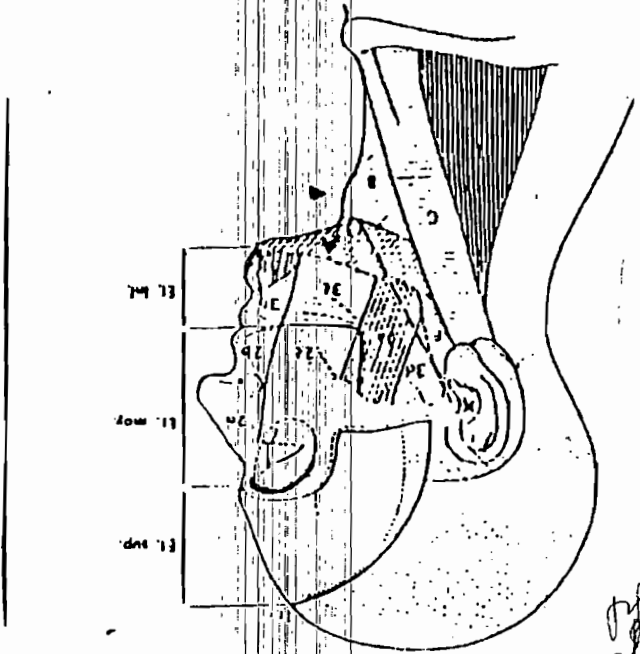
3° - L'étage inférieur ou mandibulaire :

Il est compris entre : en haut, la ligne de séparation d'avec l'étage moyen et, en bas, la ligne de séparation entre la face et le cou

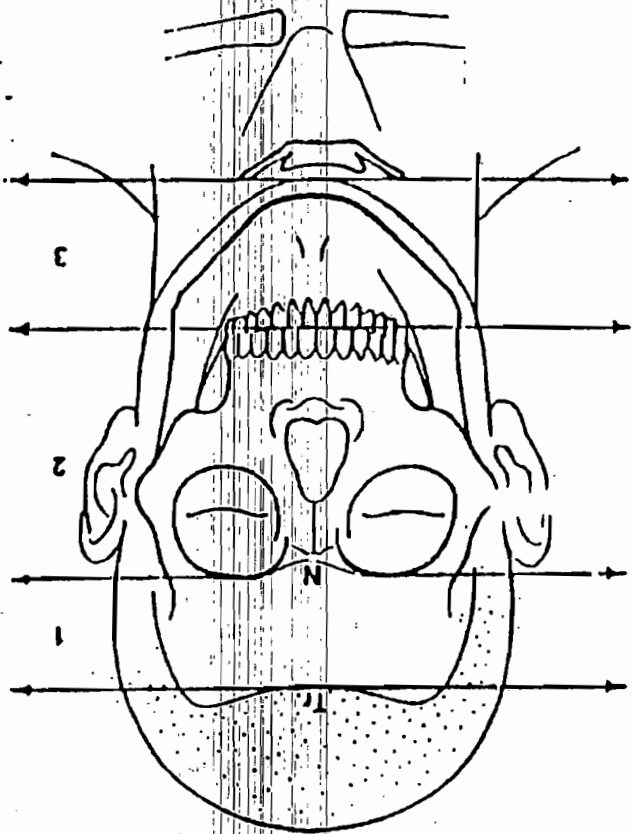
Cet étage répond dans la profondeur au maxillaire inférieur dans toute son étendue, il est prolongé en bas par le plan du mylo-hyoïdien.

Superficiellement, l'étage inférieur comprend sur la ligne médiane : la région labiale inférieure et le menton ; latéralement, il répond en avant à la partie basse de la joue avec le vestibule buccal ; plus en arrière, c'est la région massétérienne qui recouvre la branche montante du maxillaire inférieur. En haut et en arrière se trouve délimitée une région triangulaire, région de l'articulation temporo-maxillaire limitée en haut par l'arcade zgomatique, en avant par le bord postérieur du masséter et, en arrière, par le bord postérieur de la branche montante et de la face postérieure de l'articulation temporo-maxillaire.

Huby et Al



Division verticale
- Vue de profil



Les 3 étages de la face
Vue de face :
1, étage supérieur.
2, étage moyen.
3, étage inférieur.

B. - Le cou

Le cou réalise la jonction entre la tête et le thorax. Il est limité en haut par le bord inférieur du maxillaire inférieur, en bas par la fourchette sternale, les clavicules et par une ligne unissant leur extrémité externe à l'apophyse épineuse.

On lui décrit plusieurs compartiments.

1°) - La région antérieure

Région impaire et médiane, la région antérieure du cou est subdivisée en :

a) - Zone sus-hyoïdienne :

Qui occupe la partie antéro-supérieure. Elle est au dessus de l'os hyoïde dans la cavité du maxillaire inférieur qui constitue la limite supérieure. Le bord antérieur des deux muscles sterno-cleido-mastoïdiens (S.C.M) constitue ses limites latérales. En profondeur, elle est séparée de la région buccale par le plan du mylo-hyoïdien.

b) - Zone sous hyoïdienne :

Elle occupe la partie médiane et antérieure du cou et est limitée :

- en haut par l'os hyoïde
 - en bas par la fourchette sternale
 - latéralement par le bord antérieur des muscles S.C.M., oblique en bas et en dedans, lui donnant sa forme triangulaire
- en profondeur : elle s'étend jusqu'au rachis que recouvrent les muscles pré-vertébraux et l'aponévrose cervicale profonde. Elle

comprend également la trachée, et l'œsophage cervical plus en arrière.

2°) - Les régions latérales

Elles présentent à décrire plusieurs régions.

a) - La région carotidienne ou S.C.M

Située à la partie latérale du cou, au-dessus de la région sus-claviculaire et en arrière de la région parotidienne et des deux régions hyoïdiennes, la région carotidienne doit son nom aux artères carotides qui la traversent de bas en haut.

Elle est entièrement masquée par le S.C.M., satellite des vaisseaux, qui forment son couvercle musculaire, et justifie l'appellation de région sterno-cleido mastoïdienne, souvent donnée à cette portion du cou.

b) - Région sus-claviculaire

Région de transition entre le cou, le médiastin et le membre supérieur, la région sus-claviculaire est située à la partie latérale du cou, en arrière de la région carotidienne, en avant de la nuque au dessus de l'orifice supérieur du thorax et de la clavicule dans l'angle d'écartement des muscles trapèze et sterno-cleido-mastoïdien. Comme toute région de passage, elle est traversée par d'importants éléments vasculaires ou nerveux, ce qui lui confère une organisation complexe.

3°) - La région parotidienne

Située à la partie supérieure et latérale du cou, la région parotidienne ou parotido-masseterienne contient la volumineuse glande parotide.

Placée au-dessus de la région carotidienne, au dessus de la base du crâne, en avant de la région mastoïdienne, en arrière de la branche montante de la mandibule, et en dehors de la portion supérieure du pharynx, elle appartient anatomiquement au cou, et non à la face.

4°) - La région de la nuque

Impaire et médiane, la région de la nuque, ou région postérieure du cou comprend l'ensemble des parties molles que l'on rencontre en arrière du rachis cervical.

FIGURE A.
Régions antéro-latérales du cou
(vue de face)

1. Région sous-hyôidienne.
2. Région sus-hyôidienne.
4. Région carotidienne.
5. Creux sus-claviculaire.

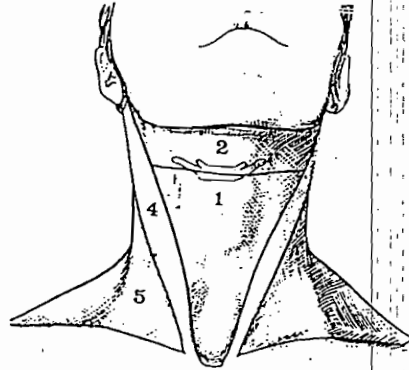
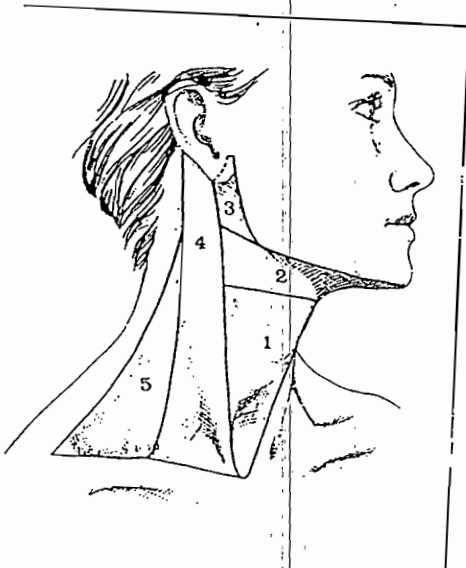


FIGURE B.
Régions antéro-latérales du cou
(vue de profil)

1. Région sous-hyôidienne.
2. Région sus-hyôidienne.
3. Région parotidienne.
4. Région carotidienne.
5. Région sus-claviculaire.



III. - MÉCANISME ETIOPATHOGENIQUE DES TRAUMATISMES CERVICO-FACIAUX

L'os est un tissu anisotrope qui résiste mieux aux forces de compression qu'aux forces de traction. Ceci explique la plus grande faiblesse des zones mises en tension lors d'un traumatisme.

La force d'impact sur une portion d'os de la face, cause un enfoncement à l'endroit où elle est appliquée, et l'arrachement survient sur les régions de faiblesse.

Plusieurs facteurs interviennent et influencent le siège des fractures, notamment le site, l'énergie, la direction et la durée de l'impact. Pour les os maxillaires particulièrement s'ajoute la présence de dents incluses ou non, le caractère sain ou pathologique de l'os (**kyste volumineux et extraction récente notamment**).

Lorsqu'une grande force est appliquée sur une petite surface, la fracture se produit souvent au point d'impact, quelque soit l'architecture osseuse. Au contraire, lorsque la force est répartie sur une grande surface, la fracture se produit au niveau des zones de faiblesses.

Les tolérances de la face à un impact sont comme suit :

- Os nasal 35-80 G (G = Newton/Kg)
- Os zygoma 50 - 80 G
- Condyle mandibulaire 70 à 110 G
- Os frontal : 150 à 200 G.

Chacune de ces forces peut entraîner une lésion cérébrale avec inconscience ou une lésion cervicale aussi bien que la fracture des os de la face.

Les lésions cervico-faciales résultent de deux types de mécanismes :

Les mécanismes de contact.

- Choc direct : entraîne une rupture au niveau du point d'impact
- Choc indirect : par transmission du choc, créant des zones de rupture à distance

Les mécanismes d'inertie : situation dramatique, produite par l'accélération ou la décélération de la tête.

IV. - LES LÉSIONS

Il existe deux types de lésions comme nous l'avons retrouvé dans notre étude :

- les lésions des parties molles
- les lésions osseuses.

A. - Lésions des parties molles

Elles sont constituées par les plaies, les contusions, les excoriations, les oedèmes, les ecchymoses, les lésions nerveuses et perforations tympaniques, les atteintes trachéales.

B. - Lésions osseuses

Elles sont constituées par :

1. - Les fractures mandibulaires

La mandibule, squelette mobile de l'étage inférieur de la face, animée par des muscles puissants, percute le massif facial fixe et maintient la langue. Proéminente, située entre la face et le cou, elle est particulièrement exposée aux traumatismes. Les fractures mandibulaires isolées ou associées aux fractures du massif facial, réalisent des formes anatomo-cliniques très variées, retentissant sur l'esthétique du visage, l'occlusion dentaire et la mastication.

La mandibule se compose de trois grandes unités anatomiques :

- une unité corporeale : constituée de deux structures osseuses superposées : os alvéolaire et os basilaire. Elle se subdivise en trois sous unités topographiques :

- une antérieure et courbe : la symphyse mentonnière
- deux latérales et rectilignes : le corps.

- deux unités ramiques : chacune présente deux corticales, séparées par une mince couche d'os spongieux, qui comprennent trois sous-unités auxquelles correspondent les apophyses musculaires.

- une angulaire (sangle musculaire ptérygo-masseterine)
- une coronoïdienne (muscle temporal)
- une condylienne (muscle ptérygoïdien latéral).

La mandibule traumatique se subdivise en 6 sous-unités topographiques, réparties sur les parties dentées et non dentées séparées par l'angle. Les fractures du mandibule se divisent en deux grands groupes :

- Les fractures corporeales se subdivisent en :

- fractures de la symphyse, comportant la fracture symphysaire médiane ou paramédiane, sont le fait de traumatisme direct (**choc frontal**) avec ouverture de l'arc mandibulaire, ou au contraire indirect (**choc latéral**) avec fermeture de l'arc mandibulaire.
- fractures du corps, comprenant les fractures pré-angulaires, sont le fait de traumatisme direct, plus rarement de traumatisme indirect.

- fracture alvéolo-dentaire : sont souvent consécutives au choc direct.
- Les fractures du ramus ou ramique avec
- fractures de l'angle sont le fait des traumatismes indirects ou chocs directs
 - fractures du condyles sont le fait de traumatisme indirect que direct
 - fractures capitales ou condylienne
 - fractures cervicales ou sous-condyliennes hautes
 - fractures basicervicales ou sous condyliennes basses
 - fractures du coronée, elle peut être intra ou extra temporale. Elles sont le fait de traumatismes directs et latéraux.

La localisation la plus fréquente est la fracture du corps, suivie par la fracture de l'angle.

2. - Fracture ou enfoncement de l'os malaire

Situé au niveau de l'étage moyen de la face, latéralement, et en dedans du maxillaire. Le malaire est une pyramide osseuse, s'articulant d'une part, avec les os voisins par trois apophyses : une maxillo-malaire, une fronto-malaire, une temporo-malaire, et d'autre part soutenant le globe oculaire par le rebord orbitaire inférieur, et le plancher de l'orbite. Il est exposé de part sa position anatomique aux traumatismes.

Les fractures malaires peuvent entraîner des dommages à la fois esthétiques, fonctionnels et neurologiques.

* **sur le plan esthétique** : l'enfoncement non réduit de l'os malaire serait responsable d'une asymétrie très préjudiciable de la pommette et de l'appareil oculo-palpébral.

* **sur le plan fonctionnel** : la diminution de la mobilité du globe oculaire et la modification de sa position entraîneraient l'apparition d'une diplopie, de même la butée de l'apophyse coronoïde de la mandibule, et du muscle temporal contre le malaire déplacé, provoqueraient une limitation de l'ouverture buccale.

* **sur le plan neurologique** : une anesthésie dans le territoire du nerf sous-orbitaire, ou surtout de névralgies très rebelles et tenaces.

Les fractures se subdivisent en plusieurs types :

- les fractures partielles par rupture d'une attache
- les fractures du corps
- les fractures-disjonctions.

Ces fractures surviennent par choc direct, le sexe masculin est le plus touché, et intéressent surtout les jeunes.

3. - Les fractures des os propres du nez (OPN)

Ces fractures sont beaucoup plus fréquentes chez les sujets de race blanche à cause de la forme de leur nez. Chez le noir, la survenue des fractures des OPN nécessite un choc violent et direct, qui peut aussi entraîner la fracture de Lefort et de l'ethmoïde.

Certaines pratiques sportives sont pourvoyeuses de ces fractures (football, rugby, boxe) ainsi que les CBV au cours des rixes et bagarres. (Coups et blessure volontaires : C.B.V).

Ces fractures entraînent un déplacement, se traduisant par une déformation externe de la pyramide nasale ou une déviation de la cloison, avec épistaxis, obstruction nasale, rhinologie fermée, oedème (peut également avoir dans les suites de l'accident un hématome de la cloison, responsable d'une obstruction nasale, et nécessitant une prise en charge correcte et rapide).

Ces fractures varient en fonction de l'intensité, du point d'impact, et surtout de la direction du traumatisme. On distingue ainsi plusieurs types de fractures.

Traumatisme latéral : selon l'intensité du traumatisme, on distingue :

- * fracture unilatérale par enfoncement d'un seul os propre du nez

- * fracture - disjonction de l'auvent nasal : l'auvent nasal est dévié, la pyramide elle-même ainsi que la pointe du nez restent en position normale.

- * fracture totale de la pyramide nasale : donne lieu au «nez de travers».

La pyramide nasale, dans son ensemble, est déplacée et le nez vient se coucher sur la joue du côté opposé.

Traumatisme antéro-postérieur : le choc peut porter soit sur l'auvent, soit plus bas sur l'arête cartilagineuse du nez.

* choc sur l'auvent osseux peut entraîner soit l'enfoncement de l'auvent nasal, soit une fracture en «livre ouvert».

* choc sur l'arête cartilagineuse produit surtout une fracture de la cloison, une fracture du bord libre inférieur des OPN.

Traumatisme inféro-supérieur : entraîne surtout une fracture de la cloison.

4. - Fracture de Lefort I ou fracture de Guérin

Ce sont les fractures du maxillaire supérieur, transversales et bilatérales, ou unilatérales.

Le maxillaire supérieur est le principal os du massif facial fixe, a un rôle fonctionnel masticatoire très important. Il est très souvent exposé aux traumatismes. La fréquence des fractures de Lefort I varie d'un pays à un autre.

Au Nigéria en 1991, les fractures de Lefort I constituent 22 % des 59 fractures du 1/3 moyen de la face rapportées par Abiose(1).

En Tanzanie en 1996, une étude sur la prévalence des fractures maxillo-mandibulaires relevait qu'il y avait un cas de fracture maxillaire supérieur sur 4 cas de fracture mandibulaire à l'intérieur de la

Tanzanie(Moshy)(33).

Les jeunes de sexe masculin sont les plus touchés, ces fractures surviennent le plus souvent par choc direct.

Le trait de fracture de chaque côté, part de l'orifice piriforme. En dehors traverse horizontalement la zone sus-apicale du maxillaire supérieur, contourne la tubérosité du maxillaire, coupe en arrière la partie basse de la ptérygoïde.

En dedans, il longe le plancher des fosses nasales, parcourt ainsi le méat inférieur pour rejoindre le trait au niveau de l'orifice piriforme.

Un deuxième trait de fracture médiane coupe la partie basse vomérienne de la cloison.

5- Fractures de Lefort II et Lefort III

Fracture de Lefort II ou fracture pyramidale, est la disjonction crânio - faciale basse ou sous malaire. Le trait de fracture horizontal part en dehors de la partie basse des os propres, coupe l'apophyse montante du maxillaire supérieur et la partie inférieure de la paroi orbitaire, brise le rebord orbitaire inférieur au niveau du trou sous orbitaire, ou plus en dehors près de la suture maxillo - malaire. IL contourne en bas le malaire qui est respecté, contourne la tubérosité postérieure puis coupe l'apophyse ptérygoïde en sa partie moyenne.

En dedans, la paroi externe des fosses nasales est fracturée dans la région du méat moyen.

Le deuxième trait médian brise la cloison dans sa partie moyenne et rejoint le précédent trait de fracture au niveau des os propres du nez.

La fracture de Lefort III ou la disjonction crânio - faciale, est la disjonction haute sus malaire. Le trait de fracture de côte externe, part des os propres un peu en dessous de la solide suture naso - frontale. Le trait, après avoir coupé la partie haute de l'apophyse montante, devient trans orbitaire, fracturant la paroi interne ethmoïdale, pour aboutir à la fente spheno - maxillaire. A ce niveau, le trait de fracture se dédouble en branche externe et interne.

Le deuxième trait est médian, et coupe la partie haute ethmoïdale de la cloison plus ou moins près de la lame criblée.

6 - Autres fractures

Ce sont : les fractures du rocher
 les fractures frontales
 les fractures temporales
 et arrachement du cornet inférieur.

V. - EXAMENS CLINIQUES ET PARACLIQUES

L'examen clinique d'un traumatisé cervico-facial est essentiellement constitué par les deux étapes suivantes :

- inspection
- palpation.

A ces deux étapes on associe l'examen ORL complet.

A. L'INSPECTION

A l'inspection on examinera successivement

1. - Le revêtement cutané

Dans sa forme, sa dimension, sa situation et la profondeur des éventuelles plaies, ainsi qu'une hémorragie. En ce qui concerne les plaies cervicales, examiner éventuellement les orifice d'entrée et de sortie s'ils existent, les issues d'air ou fistulisation.

2. - Le front

Particulièrement l'état de son relief.

3. - Les orbites

Notamment :

- * leurs contours au niveau des segments ou rebord supérieur, inférieur, interne et externe.

- * leur revêtement : dimension et direction des fentes palpébrales, mobilité des paupières, position des canthus.

- * leur contenu : niveau des globes oculaires l'un par rapport à l'autre, leurs mobilités respectives, état des cornées et des conjonctives et perméabilité des voies lacrymales.

4. - Les pommettes

Leur relief en saillie ou en dépression et la continuité des arcades zygomatiques, leur saillie ou leur dépression.

5. - La cavité buccale

La continuité de chacune des deux arcades dentaires, leurs engrènement réciproque.

L'état de la langue, du plancher, du palais, de la muqueuse buccale et de la gorge.

L'état des sécrétions salivaires.

L'amplitude et direction des mouvements d'ouverture buccale.

6. - Mandibule

Son relief et sa mobilité anormale.

7. - Le nez

Son arête de face et de profil, et un écoulement éventuel.

B. - PALPATION

Elle permettra :

- de connaître la solidité de l'arcade dentaire et la sensibilité à la pression de bas en haut des vestibules buccaux au niveau des cintres maxillo-malaires ;

- de rechercher au niveau de la mandibule les points douloureux

surtout de localiser la fracture par :

- pression antéro-postérieure sur le menton
- pression latérale simultanée sur les deux angles
- pression latérale sur les deux condyles
- pression postéro-antérieure digitale endo-auriculaire.
- rechercher la sensibilité dans les territoires des nerfs suivants :
 - sus orbitaire
 - sous orbitaire
 - mentonnier.
- rechercher la motricité dans les différents territoires du nerf facial ;
 - recherche de l'emphysème sous cutanée qui caractérise au niveau de la face l'atteinte des cavités pneumatiques (les sinus)et qui traduit l'atteinte de l'axe aérien au niveau du cou.
 - au niveau cervical, la palpation permet de déceler une douleur qui peut être révélatrice de fracture. Elle permet aussi de déceler une modification des structures cartilagineuses de la trachée et un hématome.

C. - EXAMEN O R L:

IL nécessite un éclairage approprié (miroir de CLAR) et des instruments spécifiques (spéculums, abaisse - langue, miroirs), ainsi qu'une démarche clinique.

- Rhinoscopie

Permet d'examiner la muqueuse nasale, l'état des cornets, des

méats et de la cloison nasale. En plus de la rhinoscopie antérieure, une rhinoscopie postérieure permet à l'aide d'un miroir de voir l'état des choanes.

2. - Otoscopie

Permet d'examiner le conduit auditif externe et le tympan.

3. - La laryngoscopie indirecte au miroir

Permet d'examiner l'hypopharynx, le larynx, en particulier les cordes vocales dont on appréciera la mobilité, l'existence d'une lésion.

D. - EXAMENS PARACLINIQUES

Sont essentiellement constitués par les examens radiologiques auxquels peuvent s'ajouter les examens biologiques chez les malades à opérer et les examens audiométriques.

1. - Examens radiologiques

Sur le plan radiologique on a deux étapes :

- dans une première phase de dépistage, des clichés standards de débrouillage permettent de distinguer, d'éclaircir et d'expliquer les lésions déjà présentées cliniquement. Il s'agit de :

- radiographie du crâne F/P
- radiographie cervicale F/P
- incidence de Blondeau (sinus et plancher orbite)
- incidence face-basse (Mandibule)
- maxillaire défilé en profil droit et gauche (maxillaire inférieur)
- cliché des os propres du nez de profil (OPN)
- incidence de Hirtz et Hirtz latéralisé (zygoma)
- incidence racine-basse

- dans une seconde phase, en fonction des renseignements déjà acquis lors de la première, les différents déplacements de certains segments osseux devront pouvoir être précisés. Cette seconde étape de précision nécessitera des coupes tomographiques ou tomodensitométriques.

2. Examens audiométriques.

Audiométrie tonale liminaire permet de déterminer le degré de la perte auditive, le type de surdité. (transmission, perception, mixte).

L'impédancemétrie est intéressante en cas d'hématome dans la caisse du tympan, et permet la recherche du réflexe stapédien dont l'absence peut être due à une dislocation ossiculaire.

METHODOLOGIE

- une unité de petite chirurgie
- une unité d'orthopédie
- un bloc opératoire
- une unité d'observation avec 10 lits
- une unité d'accueil
- une unité de stérilisation
- une unité de soins.

Le personnel est constitué de :

- un chirurgien,
- un médecin anesthésiste réanimateur,
- quatre médecins généralistes
- dix infirmiers d'état ;
- trois infirmiers - adjoints
- six aides-soignants ;
- cinq infirmiers anesthésistes ;
- quatre agents d'entretien.

Il reçoit en moyenne 1 000 patients par mois.

B. - MATÉRIEL

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, ayant duré 6 mois, de Mars 1997 à Août 1997.

C. MÉTHODE DE TRAVAIL

1. - Critère d'inclusion

A fait parti de l'étude tout patient sans distinction d'âge ni de sexe présentant un traumatisme de la région cervico - faciale, hospitalisé ou non, quelque soit l'étiologie, sauf les traumatismes cervico-faciaux dû aux étiologies rapportées :

- agent thermique et chimique
- corps étranger
- barotraumatisme

2. - Critère d'exclusion

Les patients traumatisés sans atteinte de la région cervico-faciale

Le recueil des données a été fait à partir d'une fiche technique individuelle portée en annexe.

Au total nous avons retenu 90 patients

L'analyse et le traitement des données ont été fait, en utilisant le logiciel SPSS/PC.

1°) - DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES**Tableau I : Répartition selon le sexe**

SEXE	EFFECTIF ABSOLU	%
Masculin	64	71,1
Féminin	26	28,9
TOTAL	90	100

Sexe ratio = 2,46

Tableau II : Répartition selon les classes d'âges

CLASSE D'AGE	EFFECTIF ABSOLU	%
0-10 ans	16	17,8
11-20 ans	20	22,2
21-30 ans	27	30,0
31-40 ans	18	20,0
41-50 ans	6	6,7
51-60 ans	2	2,2
61- 69 ans	1	1,1
TOTAL	90	100

- Les âges extrêmes sont : 6 mois et 69 ans, la moyenne d'âge est de 24,5 ans

Tableau VII : Répartitions selon les étiologies

ETIOLOGIES	EFFECTIFS ABSOLU	%
Accidents de la route	42	46,7
Accidents de sport ou jeux	17	18,9
Rixes	16	17,8
Agressions	8	8,9
Accidents de ménage	5	5,5
Autres	2	2,2
TOTAL	90	100

* Autres : Accidents de travail : 1

Autolyse : 1

2°) - DONNÉES CLINIQUES

Cette partie va porter sur les localisations des lésions, la description des plaies et des fractures, types de lésions, les lésions associées, qu'il s'agisse de la face et du cou.

Pour la face

Sur les 90 patients, 87 avaient une lésion de la face soit 96,6%

66 patients avaient une plaie faciale et 28 une fracture faciale

Tableau VIII : Répartitions selon le niveau d'atteinte. (87 patients)

NIVEAU D'ATTEINTE	EFFECTIFS ABSOLU	%
Etage supérieur	1	1,1
Etage moyen	50	57,5
Etage inférieur	7	8,0
Autres	29	33,4
TOTAL	87	100

* Autres : associations des différents niveaux d'atteinte

Tableau IX : Répartition en fonction du type de lésions.

TYPES DE LESIONS	EFFECTIFS ABSOLU	%
Lésions isolées des parties molles	59	67,8
Os (fractures)	8	9,2
Autres	20	23,0
TOTAL	87	100

* Autres : association lésions isolées des parties molles + fractures.

Tableau X : Répartition selon la nature des plaies (66 patients)

Parmi nos 90 patients, 66 présentaient une plaie de la face, dont la répartition du type est représentée dans le tableau suivant :

TYPES DE PLAIES	EFFECTIFS ABSOLU	%
Plaies profondes	47	71,2
Plaies superficielles	15	22,7
Autres	4	6,1
TOTAL	66	100

* Autres : plaies déchiquetées.

Tableau XI : Répartition selon les types de fractures

Parmi les 90 patients, 28 avaient une fracture faciale dont la répartition en fonction du type est représentée dans le tableau suivant :

TYPES DE FRACTURES	EFFECTIFS ABSOLU	%
Fermées, déplacées et comminutives	23	82,1
Ouvertes	5	17,9
TOTAL	28	100

Tableau XII : Répartition selon les lésions intéressant les parties molles

Parmi les 90 patients de notre échantillon, 79 avaient une lésion des parties molles

TYPES DE LESIONS	EFFECTIFS ABSOLU	%
Plaies + Ecchymoses + Excoriation + Contusion	69	87,3
Perforations tympaniques	8	10,1
Lésions nerveuses	2	2,6
TOTAL	79	100

Tableau XIII : Répartition selon la localisation des fractures

LOCALISATIONS FRACTURES	EFFECTIFS	%
Mandibule	4	14,3
Malaire + Zygomatique	5	17,5
Rocher	2	7,1
O P N (os. propre du nez)	6	21,4
O P N + Ethmoïde	2	7,1
Maxillaire supérieur (Lefort I)	3	10,7
Fractures multiples	3	10,7
Autres	3	10,7
TOTAL	28	100

* Autres : Fractures frontales, temporales et cornet inférieur.

Tableau XIV : Répartition selon le type de thérapeutique (87 patients)

TYPE DE THERAPEUTIQUE	EFFECTIFS	%
Chirurgie mineure	57	65,5
Chirurgie majeure	8	9,0
Chirurgie mineure + chirurgie majeure	13	15,0
Médicale	9	10,5
TOTAL	87	100

La chirurgie mineure : c'est celle qui n'a pas nécessité une anesthésie générale.

La chirurgie majeure est celle ayant nécessité une anesthésie générale.

Tableau XV : Répartition des fractures selon les méthodes de traitement

TYPES DE FRACTURE	METHODE DE TRAITEMENT	EFFECTIF ABSOLU	%
Fracture Mandibulaire	. Ostéosynthèse fil intra osseux	2	7,1
	. Fixation intra maxillaire (F.I.M)	2	7,1
Fracture Malaire + Zygoma	. Réduction + contention avec ballonnet	3	10,7
	. Ostéosynthèse fil intra osseux	1	3,5
	. Fixation inter maxillaire + réduction et contention avec ballonnet.	1	3,5
Fracture du Rocher	. Observation	2	7,1
Fracture OPN (os propre du nez)	. Observation	1	3,5
	. Réduction + méchage	5	17,8
Fracture frontal	. Observation	1	3,5
Fracture multiples	. Ostéosynthèse fil intra osseux + réduction et contention avec ballonnet	1	3,5
	. Réduction + contention avec ballonnet	1	3,5
	. F.I.M + réduction contention ballonnet	1	3,5
Fracture OPN + Ethmoïde	. Réduction + méchage	2	7,1
Fracture Lefort I	. Observation	1	3,5
	. Ostéosynthèse fil intra osseux	2	7,1
Autres fractures	. Tamponnement antérieur	1	3,5
	. Observation	1	3,5
TOTAL		28	100

Pour le cou

Nous avons eu 3 lésions du cou sur les 90 patients colligés, soit 3,4%.

Deux des lésions siégeaient dans la région antérieure, une dans la région latérale.

On a eu 2 plaies profondes dont une plaie trachéale et une lésion nerveuse.

Nous avons respecté les règles de la chirurgie cervicale, et nous avons réalisé une cervicotomie exploratrice pour le seul cas de plaie avec atteinte trachéale

Une suture pour la plaie profonde

Tableau XVI : Répartition selon les lésions associées (43 patients)

Sur les 90 patients de notre échantillon, 43 patients avaient une autre lésion associée aux lésions cervico - faciales.

LESIONS ASSOCIEES	EFFECTIFS ABSOLU	%
Lésions des membres	15	34,8
Lésions du crânes	4	9,3
Lésions du thorax + membres	7	16,3
Lésions du pelvis	2	4,7
Lésions du thorax	2	4,7
Lésions crânes + membres	2	4,7
Autres	11	25,5
TOTAL	43	100

* Autres : Excoriations multiples au niveau des différentes régions.

**COMMENTAIRES
ET DISCUSSION**

Notre étude a porté sur 90 patients colligés dans le service O.R.L, et le service d'Accueil des urgences de l'Hôpital Central de Yaoundé. Ils y étaient orientés, soit ~~deux mêmes~~ ^{eux mêmes}, soit par d'autres services de l'Hôpital, ou des autres structures sanitaires du pays. Ce travail nous a permis de dégager quelques caractéristiques des traumatismes cervico-faciaux notamment :

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Le sexe : Dans notre travail, nous constatons une prédominance masculine, avec un sexe ratio de 2,46 en faveur du sexe masculin.

Ce fait a été constaté dans d'autres études comme celle de Diombana (13) au Mali qui trouve un sexe ratio de 5,54. Ces constatations sont partagés par Moshy (33) en Tanzanie et par Abiose (1) au Nigeria, qui trouvent respectivement des sexes ratio de 3 et 14. Ceci semble lier à l'implication beaucoup plus fréquente de l'homme dans la vie courante. Ils sont conducteur d'engin, moins prudent.

L'âge : La majorité de nos patient (50%) est constituée d'adulte jeune dont l'âge est compris entre 21 - 40 ans. Au Mali aussi bien dans l'étude de Diombana (13) que celle de Diallo (12) la prédominance va aux adultes jeunes ; Moshy (33) en Tanzanie, Abiose (1) au Nigeria, Kouame (27) en côte d'Ivoire ont relevé la même chose. Pour Bamjee (6) en Afrique du sud, cet âge est rabaissé à moins de 18 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que les jeunes se livrent très souvent aux jeux et aux sports dangereux sans protection.

L'ethnie : Notre étude relève une forte présence de Beti et des Bamiléké. Ce constat ne semble pas significatifs, car Yaoundé zone de notre recrutement est situé en région Beti, et on constate une forte prédominance des bamiléké dans toutes les grandes agglomérations du Cameroun où ils monopolisent les activités économiques.

Profession : Les élèves et étudiants sont les plus fréquemment rencontrés dans cet échantillon. Ceci semble être corollé à la tranche d'âge la plus atteinte qui englobe essentiellement les élèves et étudiants. Ils empruntent beaucoup plus les taxis, les bus, traversent sans précaution la chaussée et se livrent aux jeux dans la chaussée sans se préoccuper de la circulation.

La résidence : Dans notre série, nos patients viennent en majorité de Yaoundé et de sa banlieue. Ceci s'explique par le lieu de recrutement qui était l'Hôpital Central de Yaoundé.

Etiologie : Dans notre série, nous avons constaté trois principales étiologies qui sont par ordre de fréquence :

- Les accidents de la route..... 46,7 %
- Les accidents de sport et de jeu 18,9 %
- Les rixes 17,8 %

Ailleurs dans la littérature, les traumatismes cervico-faciaux ont pour étiologie principales les accidents de la voie publique : Diallo (12) et Diombana (13) au Mali, Abiose (1) au Nigeria, Moshy (33) en Tanzanie ainsi que Scott (37) aux U.S.A. ont relevé les mêmes constatations. En Afrique du Sud, Banjee (6) retrouve comme première cause des traumatismes la violence. Ces différents constat semblent lier à l'urbanisation, et à l'industrialisation des grandes villes, l'exode rurale et l'augmentation du parc automobile.

ASPECTS CLINIQUES

FACE.

Elle est atteinte dans 96,6 % des cas, et l'étage moyen est le plus fréquemment touché 57,5 % des cas, l'atteinte associée d'étage a été constatée dans 33,4 % des cas cette prédominance de l'atteinte faciale semble s'expliquer par le fait que c'est la région la plus exposée en cas de traumatisme cervico-facial. Quant à la fréquence d'atteinte de l'étage moyen de la face, ceci est en rapport avec la spécificité du service O.R.L., ce que semble corroborer une plus grande fréquence de l'étage inférieur dans l'étude de Diombana (13) qui a été réalisée dans un service de stomatologie.

Dans notre série, les lésions des parties molles ont été plus fréquemment rencontrées, par rapport aux fractures. Ces lésions sont plus souvent associées aux fractures (20/87 cas).

Nous avons constaté 66 cas de plaies dans notre série dont 47 cas de plaies profondes.

Dans 28 cas de fractures, l'étage moyen est le plus fréquemment touché avec 20 cas soit 71,4 %. Les fractures de l'OPN ainsi que celle du malaire et du zygoma sont les plus fréquentes. Dans les travaux de Diombana (13) l'étage moyen est atteint dans 26,9% des cas, ce que semble partager Abiose (1) qui avec 59 patients a relevé 42,4 % des fractures du zygoma, 17,8 % des fractures des OPN au Nigeria, Scott (37) aux U.S.A semble faire le même constat en relevant 259 fractures du zygoma sur 1388 fractures de la face. Dans notre série, nous n'avons relevé que 14,3 % de cas de fractures du maxillaire inférieur, contrairement à Diombana (13) qui retrouve 53,80 % des traumatismes du maxillaire inférieur. Ce constat pourrait s'expliquer par la différence de nos services de recrutement. O.R.L. dans notre cas, Odonto - Stomatologie dans le cas de Diombana (13). Nous avons constaté 82,1 % de fractures fermées.

Dans notre série, les lésions des membres représentent 34,8 % des lésions associées aux traumatismes cervico-faciaux.

COU

Nous avons eu des lésions du cou dans 3,4 % des cas, avec plus souvent une localisation dans la région antérieure, et plus souvent une plaie profonde. Cette faible proportion des lésions du cou, pourrait s'expliquer par le fait que la région cervicale est protégée en partie par la face, en cas de traumatisme.

ASPECTS THERAPEUTIQUES

FACE.

Dans notre série, 66,3 % des patients ont bénéficié d'une chirurgie mineure, avec anesthésie locale et ou loco régionale, avec réalisation d'ostéosynthèse et réduction de fracture. Le plus souvent cette méthode thérapeutique est comparable à celle utilisée par Diombana (13), la réduction et contention par sonde de Foley a été réalisée dans 3 cas de fractures malaires et 2 cas de fractures multiples ailleurs le traitement a consisté aux soins locaux, en l'administration d'antibiotique et ou d'anti inflammatoire quand l'état clinique l'exigeait.

COU

Nous avons respecté les règles de la chirurgie cervicale, en procédant à une cervicotomie exploratrice dans notre seul cas de plaie profonde avec atteinte trachéale. Ce qui est largement partagé dans la littérature dans ce cas de figure par Keita (25) et Knightly (26).

**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

Cette étude a porté sur 90 cas de traumatisme cervico-faciaux. Cet échantillon, bien que modeste, nous a permis de cerner certains aspects de la traumatologie cervico-faciale à l'hôpital central de Yaoundé.

Le sexe ratio est de 2,46.

La fréquence des adultes jeunes, partie importante de la population active, peut être source de conséquence fâcheuse pour l'avenir socio-économique du pays.

Les accidents de la route, de sport et de jeu, les rixes sont inhérentes à la vie urbaine en plein essor.

Les lésions faciales, sont de loin les plus fréquentes, pouvant entraîner un préjudice esthétique sérieux ; par contre les lésions cervicales bien que rare dans notre échantillon, peuvent plutôt entraîner un préjudice vital et fonctionnel.

Le diagnostic est évident, le bilan lésionnel précis est délicat et répond à des gestes codifiés. Le degré de gravité, fonction de paramètres aérodigestifs et auditifs est à apprécier correctement. Cette appréciation conduira à indiquer une méthode thérapeutique adéquate pour réparer la lésion. Réalisée précocement, elle préservera l'avenir psycho-socio-professionnel du patient.

Face à ce problème de traumatismes cervico-faciaux, il nous semble opportun d'évoquer les recommandations suivantes :

pour les autorités.

1- Organiser les campagnes d'information et de sensibilisations relatives aux étiologies des traumatismes cervico-faciaux à travers les communautés par :

- La mise sur pied des lois relatives à la limitation de vitesse
- La vulgarisation du code de la route avec annexion d'un manuel de secourisme dans les écoles, les universités, à travers toute la communauté.
- L'utilisation des masses médias pour informer la population des gestes à faire et surtout des gestes à éviter en matière de secours aux accidentés.
- Apprendre aux populations, le bon usage des règles régissant le sport.

2- L'aménagement du territoire par :

- La signalisation routière
- Synchronisation des feux en ville
- Bitumage et entretien du réseau routier.

Pour les usagers

3 - Revoir très souvent l'état des pièces notamment :

- Les freins, les Pneumatiques
- L'usage de la ceinture de sécurité et de casque pour les motocyclistes.
- Eviter la consommation d'alcool.

Pour le personnel de santé

4 - Formation et recyclage du personnel de la santé pour une meilleure prise en charge des traumatismes cervico-faciaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. - **ABIOSE.B.O**

The incidence and management of the middle third facial fracture at University College Hospital Ibadan Nigeria, East African medical journal 1991, 68, n° 3, pp 164-173.

2. - **AJAGBE.H.A ,DARAMOLA,J.O,OLUWASAMMI,J.O**

Civilian type facial injuries, a retrospective study of cases seen at the University College Hospital, Ibadan Nig. Meddle, J.7.432.

3. - **ALLIEZ.B**

Traumatisme cranio-encephalique au Sénégal, à propos de 1039 cas. Med. Trop, 1982, 42, (2) pp 155-160

4. - **AMAH G.**

Trauma in civilian life.

Thèse de médecine C.U.S.S. 1981 Yaoundé (Cameroun).

5. - **AUBRY et Al**

Chirurgie cervico-faciale et oto-rhinolaryngologie. Masson 1966.

6. - **BAMJEE Y ; LOWNIE J F, CLEATON-JONES P E, LOWNIE M A**

Maxillo-facial injuries in group of south african under 18 years of age. British journal of oral maxillo facial surgery 1996 34, n° 4, pp 298-302.

7. - **BOUCHET A ; CUILLERET, J.**

Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle - le cou 2ème partie.

Simep Edition

8. - **BUFFE P., GUERRIER Y**

Les plaies du cou et les traumatismes laryngo-trachéaux

Cahiers O.R.L. 1994 TXXIX - N° 1 ; 7-17

9. **CADY J.-KRON B**

Anatomie topographique de la tête et du cou

Fascicule 7, Maloine Edition

10. **COHEN E.S., BREAUX C. W ; JOHNSON P.W., LEITNER**

C.A.

Penetrating neck injuries : expérience with selective exploration

South Med J : 1987 : 80 : 26-8

11. - **DESCHAUME ET AL**

Précis de stomatologie, Masson ed. 1980. Paris

12. - DIALLO A.M.

Accidents de la circulation au Mali.

Thèse de médecine ENMP 1979, n° 36, Bamako (Mali).

**13. - DIOMBANA M.L , AG MOHAMED, TOURE A, KHOURIM,
KUSSNER H , PENNEAU M**

Traumatisme cranio-maxillo-faciaux dans le service de stomatologie de l'hôpital de Kati (Mali), à propos de 78 cas. Med. d'Afrique noire 1994,

n° 8-9, pp 475-478.

14. - Dictionnaires des termes techniques de médecine, 20e édition.

Maloine S.A. ed. De Garnier Delanau.

15. DIOUF R.

Etude des traumatismes du cou.

Thèse de médecine, Faculté de médecine et pharmacie 1985 n° 104 Dakar (Sénégal).

16. - DIOUF R ; NDIAYE M ; NDIAYE J.C., DIOP E.M.

Les traumatismes du cou en pratique civile. Une expérience de 16 ans.

Dakar medical : 1993, 38, 101 - 104.

17. - DIOUF S. ET AL.

Urgences traumatologie dans le cadre des accidents de travail. Inter-fac-Afrique, CHU Dakar 1988, 2ème trimestre, (5) 13-15.-

18. - DJENG.

18. - DJENG.

Traumatisme du thorax à Yaoundé.

Thèse de méd. Faculté de médecine et sciences biomédicales
1996 Yaoundé (Cameroun).

19. - GOLA ET AL.

Proposition d'une nouvelle classification topographique des
fractures de la mandibule. Rev. Stomatologie cher-maxillo faciale
1996, 97,
n° 2, pp 69-71.

20. -GUERRIER Y.

Quelques reflexions sur la traumatologie cervicale et son traitement
Cahiers O.R.L. : 1991, TXXVI, n° 10 : 541-549 et FUENTES J.M.

21. - GUERRIER Y., GUERRIER B, DEJEAN Y et FUENTES J.M.

Plaies pénétrantes récentes du cou
Societas O.R.L., rapports 1976

22. - HAMBURGER J.

Dictionnaire de Medecine
Flammarion Medecine - Sciences
2e édition, 3ème tirage, 1987.

**23. - HIRSHBERG A, MATTEW J.W., JOHNSTON R.H., BURCH
J.M., MATTOX K.L**

Am. J. Surg : 167, 1994-3, 309-312.

24. - JANNET Y ET AL.

Prognosis of patient with severe head injury

25. - KEITA .M. A

Plaies traumatiques cervicales : analyse d'une série de 52 cas colligés au C.H.U. de Cocody

Mémoire pour C.E.S d'O.R.L 1995

26. - KNIGHTLY J.J., SWAMINATHAN A.P., RUSH B.P.

Management of penetrating wounds of the neck.

Am. J. Surg : 1973, 126 575-580.

27. - KOUAME A.E.

Morbidité hospitalière par traumatisme en O.R.L.

A propos de 200 cas colligés dans le service O.R.L. du C.H.U. de Cocody sur 5 ans de 1983 à 1985.

Thèse Med : 1989, Fac Med. Abidjan

28. - LEBEAU J ET AL.

Evolution des traumatismes maxillo-faciaux liés aux sports de montagne. Bilan comparatifs de deux études sur 13 ans au sein du service de chirurgie maxillo-faciale de Grenoble. Lyon chirurgical, 1996, 22, n° 4 pp, 240-242.

29. - MANSOUR M.A. ; MORRE E.E., MOORE F.E., WHITEHILL T.A.

Validating the selective management of penetrating neck wounds.

Am. J. Surg : Vol. 162, Décembre 1991, 517 - 521

30. - MASSON P.N.

Maxillo-facial injuries

Trauma-emergency surgery and critical care pp 983 - 1053

31. - MC. INNIS W.O., CRUZ A.B., AUST J.B

Penetrating Injuries to the neck. Pitfalls in management

Am. J. Surg 1975, 130, 416-420.

32. - MERVILLE L.C. ET AL

Encyclo-Med-chirurgie (Paris-France). Technique chirurgicale, orthopedie, traumatologie.

33. - MOSHY J, MOSHA H J, LEMA P A

Prevalence of maxillo-mandibular fractures in mainland Tanzania

East African medical journal 1996, 73, n° 3, pp 172-175.

34. - PIALOUX X ; POU CET E ; FREYSS G ; GUERRIER B ;

PEYNEGRE, R ; PEYTRAL, C ; SOUDANT, J.

O.R.L. devant l'urgence - Tome 1

Rapport société française O.R.L. et de Pathologie cervico-faciale

Annette édition, Paris 1976.

35. - PIQUET J.J., DANAS J.A.

Les plaies du cou

E.M.C. Paris, O.R.L. 20860 C10

36.- SANON T.P

Traumatismes cranio - encéphaliques au Sénégal (bilan statistique éléments de pronostic). A propos de 1039 cas à la clinique neuro - chirurgicale de Dakar.

37- SCOTT ET AL

Changing patterns in the epidemiology and treatment of zygoma fracture, ten years review. The journal of trauma USA 1994.

38. - SHEELY C.H., MATTOX K.L ; REUL G.J., BEALL A.C., DEBAKRY M.E.

Current concepts in the management of penetrating neck trauma.
J. Trauma, 1975 ; 15 : 895 - 900

39 - SUC B ET AL.

Perforation tympanique par gifle, étude clinique de 61 observations. Service d'O.R.L et de chirurgie cervico-faciale, hôpital d'instruction des armées Desgnette. J FORL 1994, 44, n°3, pp 161-164.

40. - THAL E.R., MEYER D.M.

Penetrating neck trauma.
Curr. Probl. Surg, 1992, 29 : 1-56.-

41. - TRAORE M.

Contribution à l'étude des traumatismes cranio-encephalique à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako à propos de 60 cas. Thèse de med. ENMP 1989 n° 57 Bamako (Mali).

ANNEXE

FICHE TECHNIQUE

N° _____ Date de sélection _____

Heure de sélection _____

I. - Identification du patient

Nom et prénom _____

Date de naissance _____ âge _____

Sexe : Masculin 1 / ____ /

Féminin 2

Ethnie _____ profession _____ résidence _____

II. - Motif de consultation et/ou référence

A. Signes d'appel otologique Oui 1 / ____ / Précisez _____

Non 2

B. Signes d'appel rhinologique Oui 1 / ____ / précisez _____

Non 2

C. Signes d'appel pharyngé Oui 1 / ____ / Précisez _____

Non 2

D. Signes d'appel laryngé Oui 1 / ____ / Précisez _____

Non 2

E. Signes d'appel oesophagien Oui 1 / ____ / Précisez _____

Non 2

F. Autres signes Oui 1 / ____ / Précisez _____

Non 2

V. - Clinique

Date et heure examen _____

A. Examen général

1. Température perturbée 1 / ____ / Chiffrez _____
normale 2
2. Tension artérielle perturbée 1 / ____ / Chiffrez _____
normale 2
3. Etat de conscience : altérée 1 / ____ / Précisez _____
bon 2
4. Duirèse perturbée 1 / ____ / Chiffrez /24 H _____
normale 2
5. Autres constantes perturbées 1 / ____ / Précisez _____
normale 2

B. Examen O R L

1. Lésions traumatiques parties molles de la face
Oui 1 / ____ / Précisez _____
Non 2
2. Suspicion fractures du massif facial
Oui 1 / ____ / Précisez étage _____
Non 2
3. Lésions traumatiques cervicales
Oui 1 / ____ / Précisez _____
Non 2
4. Autres lésions traumatiques ORL
Oui 1 / ____ / Précisez _____
Non 2

5. Description des lésions :

Plaies _____

Fractures _____

C. Examen autres appareils atteints

Oui 1 / ___ / Précisez _____

Non 2

VI. - Hypothèse diagnostic et/ou diagnosticVII. - Examens complémentaires demandés

Oui 1 / ___ / Précisez _____

Non 2

VIII. - Diagnostic retenuIX. - Traitement

A. Moyens utilisés

1. Médicaux

Oui 1 / ___ /

Précisez _____

Non 2

2. Chirurgicaux

Oui 1 / ___ /

Précisez _____

Non 2

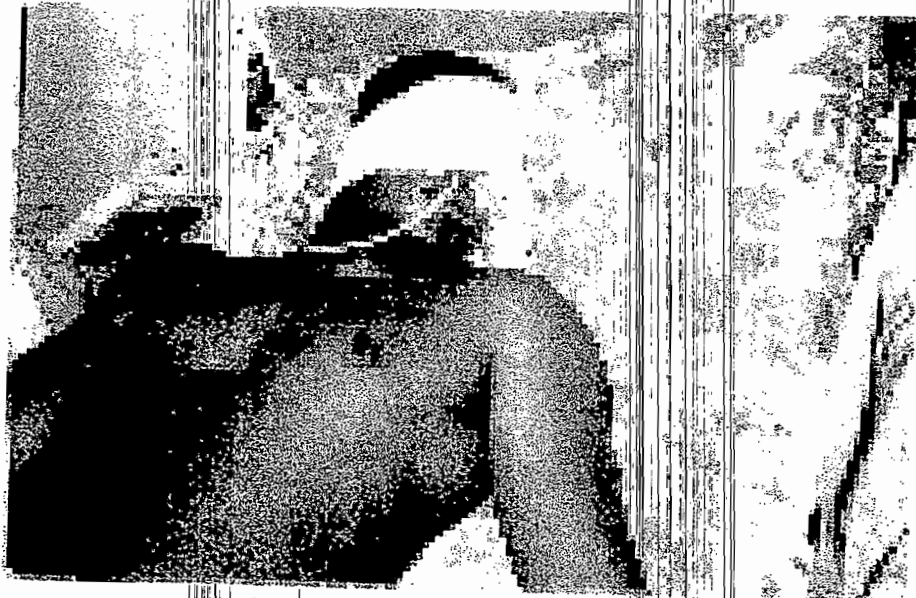
3. Autres

Oui 1 / ___ /

Précisez _____

Non 2

ELEMENT ICONOGRAPHIQUE



Contention par sonde de foley de la fracture malaire

LISTE DES TABLEAUX

1°) - Données épidémiologiques

- Tableau I** : Répartition selon le sexe
- Tableau II** : Répartition selon les classes d'âges
- Tableau III** : Répartition selon l'âge et le sexe
- Tableau IV** : Répartition selon l'ethnie
- Tableau V** : Répartition selon la profession
- Tableau VI** : Répartition selon la résidence
- Tableau VII** : Répartition selon les étiologies

2°) - Données cliniques

Pour la face

- Tableau VIII** : Répartition selon le niveau d'atteinte
- Tableau IX** : Répartition selon le type de lésions
- Tableau X** : Répartition selon le type de plaies
- Tableau XI** : Répartition selon les types de fractures
- Tableau XII** : Répartition selon les lésions intéressant les parties molles
- Tableau XIII** : Répartition selon la localisation des fractures
- Tableau XIV** : Répartition selon le type de thérapeutique
- Tableau XV** : Répartition des fractures selon les méthodes de traitement
- Tableau XVI** : Répartition selon les lésions associées

RESUME

Une étude ~~transversale~~ des traumatismes cervico-faciaux a été entreprise dans les services d'ORL, des urgences et accueil de l'hôpital central de Yaoundé de mars 1997 à Août 1997. Elle a pour but de déterminer la fréquence des traumatismes cervico-faciaux en fonction de l'âge, du sexe, du siège, de l'étiologie, de la résidence, de l'ethnie, de la profession. De recenser les facteurs étiologiques, les lésions associées, la description des lésions, etc... ainsi que énumérer les différentes mesures thérapeutiques.

L'étude a porté sur un échantillon de 90 malades dont 71,1 % (64 patients sur 90) sont de sexe masculin, 28,9 % (26 sur 90) de sexe féminin, 30,0 % des patients sont âgés de 21-30 ans, les Bétis sont les plus touchés 45,5 %, et 72,2% de patients résident à Yaoundé. Les accidents de la circulation demeurent la principale cause 46,7 % contre 18,9 % des accidents de sport ou jeux, et 17,8 % des rixes. Les élèves et étudiants sont les plus touchés 43,3 % contre 15,6 % des employés du secteur informel, et 15,6 % de sans emploi. L'étage moyen est le plus atteint 57,5 %.

Parmi les lésions associées, les lésions des membres sont les plus fréquentes 34,9 %. Les plaies profondes représentent 71,2% alors que les fractures fermées représentent 82,1%, contre 10,8% des fractures semi-ouvertes.

Les fractures des OPN, représentent 21,4 % contre 17,9 % des fractures zygomatique-malaire et 14,3 % des fractures mandibulaires.

La chirurgie mineure constitue la thérapie la plus utilisée 66,3 % au niveau de la face. Au niveau du cou, les sutures ainsi que la chirurgie exploratrice ont été réalisées

Nom : MOHO

Prénom : Aliratou

Titre de la thèse : **Etude des traumatismes cervico-faciaux à l'Hôpital Central de Yaoundé (Cameroun) de Mars à Août 1997.**

Année : 1996 - 1997.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Traumatologie.

Résumé : une étude ~~longitudinale~~ des traumatismes cervico-faciaux a été entreprise dans les services d'O.R.L et d'Accueil des urgences de l'Hôpital Central de Yaoundé (Cameroun) de Mars 1997 à Août 1997. Elle a pour but de déterminer la fréquence des traumatismes cervico-faciaux en fonction de l'âge, du sexe, du siège, de l'étiologie, de la résidence, de la profession, recenser les lésions associées, la description des lésions, ainsi que les différentes mesures thérapeutiques. L'étude a porté sur un échantillon de 90 malades dont 71,1% sont de sexe masculin (64/90), 28,9% de sexe féminin (26/90), 30% ont un âge compris entre 21 - 30 ans, 45,5% sont de l'ethnie Bété et 72,2% résident à Yaoundé. Les accidents de circulation demeurent la principale cause 46,7%, suivi des accidents de jeux ou sport 18,9%, de rixes 17,8%. Les élèves et étudiants sont les plus atteints 43,3%. 57,5% de lésions sont localisées au niveau de l'étage moyen, avec 66/90 plaies de la face, 28 fractures sur les 90 et 66,3% des patients ont bénéficiés d'une chirurgie mineure pour la face. Pour le cou on a réalisé une seule cervicotomie exploratrice.

Mots clés : O.R.L, Traumatisme, Face, Cou, Hôpital Central de Yaoundé.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à ma Promesse.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque./-