**Sémiologie chirurgie maxillo-faciale**

EXAMEN DE LA FACE

Le normal et le pathologique

# I. Morphologie céphalique normale

* Identité psychologique : besoin de se reconnaitre dans la glace.
* Identité sociale : une personne défigurée est rejetée de la société. La transplantation faciale permet de retrouver une identité sociale et ne plus être une « bête curieuse ».
* Identité judiciaire.

## Rappels anatomiques

* Les tissus mous de la face :
* Région frontale.
* Région orbitaire.
* Région nasale.
* Région buccale.
* Région mentonnière.
* Région jugale.
* Région zygomatique.
* Il faut réparer la totalité des zones cités ci-dessus plutôt que n’en réparer qu’une partie.
* Chaque zone a des critères de peau spécifiques : épaisseur, coloration, sécrétion, pilosité, etc. Par exemple la peau des paupières est très fine et extensible alors que la peau de la pointe du nez est beaucoup plus épaisse.
* Les os de la face :
* Os frontal.
* OPN.
* Os maxillaire et arcade zygomatique.
* Maxillaire.
* Mandibule.
* Cadre orbitaire (os frontal, maxillaire et os zygomatique).
* La partie faciale est allégée par les cavités sinusiennes avec des structures osseuses très fragiles (lamellaires voir transparente) contrastant avec des zones appelés piliers de la face (zygomatique, mandibule).
* Ce sont ces poutres de résistance qu’il faut réparer en priorité.
* L’une des caractéristique du squelette de la face est d’être un squelette à croissance membraneuse (et non croissance enchondrale). L’influence hormonale est donc beaucoup moins importante au niveau de la face, cependant les pressions influent très fortement le squelette :
* Pathologie, anophtalmie : anomalie congénitale marquée par l’absence d’œil. Parallèlement le patient aura une petite orbite du fait de l’absence de pression créé par l’œil.
* Une grosse langue peut déformer le squelette de la face.
* Les structures musculaires de la face se divisent en deux types de muscles :
* Les muscles à visé fonctionnelle : les muscles les plus profonds.
	+ Les muscles masticateurs : fermer la mandibule.
	+ Certaines fibres du muscle orbiculaire de l’œil : protection de l’œil.
	+ Certaines fibres des muscles orbiculaires des lèvres : fermer la bouche.
* Les muscles à visé expressive : les muscles les plus superficielles.
* Règle des trois tiers : séparation en trois parties égales du visage.
* Un étage frontal.
* Un étage moyen.
* Un étage masticatoire inférieur.
* Les axes de symétrie de la face :
* Un avec frontal.
* Un axe sagittal médian.
* Un axe horizontal.
* Evolution au fil de l’âge : les proportions de la face change, au fil du temps il y a une augmentation de la partie faciale pure au dépend de la partie crânienne.
* La règle des trois tiers dans existe aussi dans le plan sagittal. La distance entre les deux fentes palpébrale est égale à la largeur de ces fentes.
* Téléchentus : distance augmentée.
* Oloproencéphalis : distance diminuée.
* Morphologie et rapports des lèvres :
* Au repos : occlusion labiale. Chez certaines personnes impossible sans effort musculaire.
* Rapport des lèves aux dents. Exemple : sourire gingivale.
* Les profiles peuvent être :
* Orthofrontal.
* Transfrontal.
* Cisfrontal.
* Le menton en galoche peut traduire deux types de déformations :
* Promandibule.
* Progénie.
* Un menton en trait traduit :
* Retromandibulie.
* Retrogénie.

# II. Les examens para-cliniques

## 1. Examens radiologiques du massif facial - Radiologie standard en traumatologie

### Radiologie dentaire

* Lois de projection des dents :
* Film parallèle à l’axe des dents.
* Le film est utilisé comme plan de projection.
* Le rayon directeur doit être dirigé verticalement / ace de la dent et au plan du film.
* Incidence retro-alvéolaire.
* Incidence occlusale.

### Radiographie faciale

* Incidence de face basse : permet de bien dégager la structure mandibulaire.
* Incidence de Blondeau :
* Permet d’éviter la superposition du rocher dans les orbites.
* Permet de dégager la partie supérieure du massif facial. Notamment en traumatologie ou pour analyser les sinus maxillaire.
* On peut diagnostiquer certaines pathologies : fractures de l’orbite.
* Incidence face haute :
* Position intermédiaire de la plaque.
* Superposition des rochers dans les sinus et ne dégage que la partie supérieure de l’orbite.
* Intéressant pour les sinus nasal, sinus frontaux, et la goutte frontal.
* Incidence OPN (Os Propres du Nez) : utilisé essentiellement en traumatologie pour observé les factures.
* Incidence de Gosserez :
* Plaque placé sous le menton.
* Permet d’examiner le nez dans un plan horizontal.
* Incidence de Hirtz :
* Plaque placé sur la voute crânienne.
* Permet de dégager essentiellement les arcades zygomatiques.
* Incidence de profil :
* En position horizontale selon el plan de Franckfort.
* Surtout utilisé pour la voute crânienne.

### Radiographie mandibulaire

* Panoramique dentaire = orthopantomogramme :
* Radiographie qui balaye l’étage inférieur de la face.
* On peut observer : rachis cervical et arcade dentaire.
* Incidence maxillaire défilés : permet d’observer la mandibule et des calcifications dans les lithiases salivaires.

### Téléradiographie

* Permet d’avoir sur un cliché radiologique, l’exacte dimension d’un squelette facial.
* La déformation de la radiographie est minime (contrairement aux autres radios, car source très loin) et on peut donc mesurer avec précision les structures osseuses.
* La céphalométrie : vont permettre de remettre à niveau les plans osseux du visage.

##  2. TDM

* Permet reconstruction 3D

## 3. IRM

* Etude des tissus mous.
* ATM +++ (articulation temporo-mandibulaire) : étude des ménisques.

SEMEIOLOGIE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

# II. Cavité buccale

* En avant : les lèvres.
* Latéralement : les joues.
* En haut :
* Les arcades alvéolaires.
* Le palais.
* Le voile du palais musculaire.
* En fond de la bouche entre le haut et le bas : la CIM (commissure intermaxillaire).
* En bas :
* Le plancher buccal.
* La langue.
* Les dents et le parodonte.
* Plusieurs faces des éléments anatomiques de la bouche (comme les dents par exemple) :
* Lingual.
* Distal.
* Vestibulaire.
* Médial.
* Au niveau de la base de la langue on retrouve du tissu lymphoïde appelé parotides linguales.
* La langue :
* Face supérieure : le dos.
* Face inférieure : face ventrale.
* Frein lingual à la face ventrale qui accroche à la base des dents.
* Ostium du canal du Wharton (sous la langue) : sécrétion de la glande sous-mandibulaire salivaire.
* Ostium plus haut : sécrétion de la glande parotide.
* Les joues : ostium du sténon (en face de la 3ème prémolaire).
* Le vestibule : le frein labial.
* La dynamique du voile du palais.
* La langue et le plancher :
* Le volume et texture de la langue.
* Frein lingual.
* Ostium de Wharton.

# III. Examen des dents et du parodonte

* Formule dentaire.
* Chez l’enfant que 5 par hémi-arcade.
* Chez l’adulte que 8 par hémi-arcade.
* Percussion : vitalité et douleur.

# IV. Examen buccal

## 1. Conditions d’un bon examen

* Bon éclairage.
* Au fauteuil.
* Miroir ou abaisse-langue.
* Systématique.

## 2. Palpation

* Palpation cervicale :
* Repère le muscle sterno-cléido-mastoïdien.
* Derrière on a la jugulaire et la carotide.
* Tout le long on retrouve des lymphonœuds.
* On se met en arrière du fauteuil.
* Palpation bidigitale :
* On va palper dans la bouche et appuyer sur le canal de Wharton.
* Il va « faire saillie » à l’extérieure sous le menton, on palpe avec l’autre main. On peu ainsi retrouve des lithiases : calculs.
* Palpation de l’articulation temporo-mandibulaire.
* On sent des ressauts : ménisque mal mené dans l’articulation.
* On sent latéro-déviation : lorsque la bouche est ouverte la ligne entre les incisives supérieures et inférieures doit être alignée.

## 3. Examen général

* Antécédents.
* Consommation alcoolo-tabagique.
* Etat général (amaigrissement, stade OMS, etc.).
* Traitement en cours.
* Suivi dentaire.

## 4. Lésions élémentaires

### Inspection

* Couleur : rouge, blanche, beurre frais, pigmentée, etc.
* Taille : surveillance de l’évolution.
* Topographie ; en regard de dents, d’une prothèse, etc.
* Forme : géométrique (traumatique, etc.) irrégulière, etc.
* Aspect : superficiel, ulcéré, abcédé, nodulaire, végétant, bulleux, linéaire, rétractile, etc....

### Palpation

* Souple.
* Infiltrée.
* Indurée.
* Douloureuse.

### Histologie

* Hyperkératose : kératinisation importante avec un pli.
* Lichen plan : perte du vernis de la muqueuse avec un quadrillage blanc. Différent d’une leucoplasie où le quadrillage part si on gratte.
* Papillome : petite boule blanche.

### Polymorphisme clinique

* Inhomogène.
* Papuleux.
* En anneau.
* En feuille de fougère.
* En réeau.
* En verruqueuse.
* Lichen :
	+ Plan érythémateux.
	+ Plan gingivale.

## Lésions précancéreuses

### Définition OMS

* Altération tissulaire au sein de laquelle le cancer apparait plus souvent que dans le tissu normal.
* Concerne seulement 17% des cancers. Pour les autres il n’y a pas de signe précurseur.

### Epidémiologie des cancers de la cavité buccale

* 9 registres généraux, 7 registres spécialisés.
* Incidence : 15400 en 2000.
* Mortalité : 7500, 85% hommes.
* Survie 35% à 5ans.
* Histologie : 90% épidermoïde.
* Répartition géographique : on remarque un parallèle entre le nombre de cancers et la consommation d’alcool.

### Facteurs de risques

* Tabac.
* Alcool.
* Facteurs nutritionnels.

### Lésion précancéreuse

* Leucokératoses, lésions blanches :
* Kératose simple.
* Kératose dysplasique (62%) : diagnostiquée par l’étude histologique après biopsie.
* Lichen érosif atrophique (30%).
* Erythroplasie (1%).
* Papillomatose orale floride (cause virale du PVH11).

### Prise en charge

* Biopsie :
* En cas de découverte.
* En cas de modification.

TUMEFACTION CERVICO-FACIALE

# Introduction

* Tout comme la douleur, la tumeur est souvent un motif de consultation.
* Mais ce peut être également un épiphénomène peu ou pas remarqué par le malade et il convient donc de rechercher cliniquement et par l’interrogatoire, car cette tuméfaction peut être intermittente.

# I. Rappel anatomique

* Squelette facial.
* Glandes salivaires.
* Thyroïde.
* Axes vasculaires.
* Chaine ganglionnaires.

# II. Interrogatoire

* Contexte clinique :
* Age du patient.
* Profession.
* Habitus.
* Antécédents.
* Appréciation de l’état général.
* Caractéristiques de la tuméfaction :
* Topographie.
* Depuis quand ?
* Comment ?
* Eléments d’évolution (à coups, rapidité), involution parfois, influencée par quels facteurs (repas, traitement, etc.).
	+ Si submandibulaire : après le repas.
	+ Si vasculaire : d’un coup.
	+ Si sur lymphonœuds : longtemps.
* Signes d’accompagnement (inflammation, etc.).

# III. Examen clinique

## 1. Inspection

* Tumeur visible ou non.
* Asymétrie.
* Attitude vicieuse.
* Coloration.
* Aspect de la peau en regard.

## 2. Palpation

* Consistance.
* Chaleur.
* Mobilité.
* Douleurs.
* Battements transmis : attention si la tumeur bat il ne faut pas faire de biopsie.
* Autres tumeurs associées.
* Bilatéralité.
* Alternance.
* Relief alentour.
* Palpation bidigitale (examen endo-buccal).

## 3. Examen locorégional

* Auscultation de la masse.
* Examen endo-buccal.
* Examen nasal et local.
* Examen général.

## 4. Examens complémentaires

* Explorations topographiques.
* Examens complémentaires à visée étiologique.

# IV. Nosologie

## 1. Les tumeurs squelettiques

* Kystes et tumeurs : aspect de la balle celluloïde.
* Peuvent s’accompagner de mobilité dentaire, déficit oculaire, anesthésie V2 et V3.
* Ont toujours une traduction radiologique ou tomodensitométrique.

## 2. Les tumeurs cellulaires

* Inflammatoires le plus souvent.
* Cellulites : infections des tissus sous cutanées. Les ¾ sont d’origine dentaire.

## 3. Les tumeurs vasculaires

* Malformations le plus souvent.
* Modifications de la peau en regard.

## 4. Les tumeurs salivaires

* Médicales :
* Sialites : virales et bactériennes.
* Sialoses : signes généraux.
* Chirurgicales :
* Lithiases.
* Tumeurs.

## 5. Les tumeurs ganglionnaires

## 6. Autres

* Thyroïdes.
* Kystes congénitaux.
* Tumeurs rares.

SEMEIOLOGIE DES DOULEURS STOMATOLOGIQUES ET MAXILLO-FACIALES

La douleur n’est pas en soi un fait pathologique…..

***INTRODUCTION***

**DOULEUR : PHENOMENE COMPLEXE**

Polymorphisme des sensations(brûlure,tension,étirement…..)

Polymorphisme des stimuli(cf attouchement d’une zone désépidermisée….)

Fonction sensorielle de défense contre le milieu extérieur

**DOULEUR : motif essentiel de la consultation**

***ANATOMIE***

1. **Voies de la sensibilité**

Système lemniscal : somesthésie

Système extra-lemniscal: fibres C

 connexion avec les autres systèmes



Il existe moyens d’inhibition de la douleur: - la neuro-stimulation

- les endorphines



Zones riches en recepteurs morphiniques

1. **innervation du territoire facial et cervical**

V trijumeau

VII

IX

X

Plexus cervical C2,C3,C4…

Et innervation végetative

LA FACE : ELEMENT DE LA SENSORIALITE

***ANALYSE SEMEIOLOGIQUE***

«  l’homme n’est pas le seul animal qui souffre , mais c’est le seul qui puisse parler de sa douleur…. »

1. **L’INTERROGATOIRE**

Douleur passée

depuis quand?

la dernière crise

évolution juqu’à ce jour

ATCD

Douleur présente

siège

horaire

rythmes de modification

intensité

type

Eléments associés,retentissement sur la vie courante

1. **EXAMEN CLINIQUE DE LA FACE**

Inspection : déformité, asymétrie, gonflement,

 rougeur

Palpation: zone hyperalgique

 trigger zone

Examen neurologique:

 troubles moteurs : paires crâniennes

 trimus

 troubles sensitifs

 anomalies sensorielles

 anomalies sécrétoires

Examen bucco-dentaire et oropharyngé

1. **EXAMENS PARACLINIQUES**

À ce stade le diagnostic est déjà fortement orienté, et la paraclinique ne vient que pour confirmer ou infirmer la suspicion.

avant tout radiologique: panoramique dentaire

 ATM : scanner et IRM

Quelquefois plus spécifiques: ex : biopsie artérielle ds Horton

1. **NOSOLOGIE**

Non exhaustive bien évidemment , se recoupent avec d’autres spécialités(ophtalmo,ORL,neuro….)

Il est commode de différencier au préalable:

* Les névralgies

 symptomatiques

 non symptomatiques

* Les algies

 symptomatiques

 non symptomatiques

Plus intéressant est de décrire certaines douleurs spécifiques rencontrés dans notre spécialité, à vous de les rapprocher des douleurs spécifiques des autres organes de la région Craniofaciale / douleurs symptomatiques

Selon la topographie

Selon la pathologie

**Selon la topographie :**

* Les odontalgies
	+ La dentinite
	+ La pulpite
	+ L’arthrite
	+ Le granulome
	+ Aérodontalgie
	+ Synalgie
	+ Causes rares: infarctus,bismuth
* Les douleurs salivaires
	+ La colique
	+ La hernie
* Les douleurs du SADAM

**Selon la pathologie :**

* Traumatismes : immédiatement

 névralgies séquellaires

* Infections : stomatites infectieuses

 glossodynies

 cellulites

 osteites infectieuses

 arsenicales

 cf sialites

* Tumeurs : cancer a un stade évolué

 otalgie réflexe

1. **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

En fait, rentre dans le cadre nosologique des algies cranio-maxillo-faciales, mais à différencier des algies ou névralgies symptomatiques stomatologiques

* Origine ORL:sinusite, otite, otalgie, odynophagie
* Origine ophtalmologique: conjonctivite, hypertonie oculaire
* Névralgies essentielles V VII
* Algies : - vasculaires maladie de Horton

 migraines, algie vasomotrices, conflit nerf-artere

 douleurs de désaférentation

***CONCLUSION***