

Sémiologie oromaxillofaciale

- **La stomatologie** : spécialité médico chirurgicale, étude des affections de la cavité buccale, des dents et des annexes
- **La chirurgie maxillofaciale** : spécialité chirurgicale : pathologies de la face (squelette osseux et enveloppe cutanéomusculaire). C'est une chirurgie cancérologique, réparatrice, orthognathique, plastique et esthétique

I- Anatomie pratique de la face et zones d'intérêt chirurgical et anesthésique

- **Proéminence** de certains reliefs : atteinte privilégiée en cas de traumatisme facial (nez, zygomatique, incisives SUP)
- **Mandibule** : seul os mobile du massif facial. Absorbe les chocs en se luxant ou se fracturant
- **Les éléments nobles des parties molles** du visage peuvent être lésés par une plaie ou un fragment osseux fracturé (plaie d'un nerf, d'un canal, de vs sanguins, d'un muscle)
- La connaissance du **réseau nerveux sensitif facial** permet de réaliser des anesthésies orientées locorégionales

II- Examen clinique de la face, du cou et de la cavité buccale

Interrogatoire

- Sexe, âge, habitudes de vie, ATCD médicochirurgicaux et orthodontiques, personnels et familiaux, allergies et traitements
- Demande au patient de l'histoire de sa maladie et de la raison de la consultation

Examen clinique

Examen facial

Visage
<ul style="list-style-type: none">– Face = racine des cheveux → bord basilaire du corps de la mandibule (Schéma 1)– Inspection systématique de haut en bas → évaluation du morphotype (asymétrie, décalage ANT-POST, déviation LAT, voussure)– Mise en jeu des muscles du visage → déceler un déficit moteur dans un territoire du nerf facial (permet de différencier un déficit partiel, complet, central ou périphérique)– Palpation de la peau (+cuir chevelu), os, orifices, œil, sensibilité cutanée trigéminal (V1 frontale, V2 étage moyen, V3 étage INF) et zone d'hypoesthésie ou d'hyperesthésie
Machoire
<ul style="list-style-type: none">– Contrôle de l'ATM à la palpation des articulations et de la cinétique des mâchoires– Auscultation → bruit anormal à l'ouverture/fermeture– Mobilité des mâchoire explorée : ouverture buccale normale (35 à 50mm), absence du point interincisif mandibulaire, trajet rectiligne
Glandes salivaires
<ul style="list-style-type: none">– Inspection et palpation des glandes salivaires principales par examen bidigital des loges parotidiennes et du plancher buccal– Examiner en 1er les orifices des canaux excréteurs des glandes (voie endobuccale) en surveillant la qté et qualité des la salive venant des <u>canaux de Sténon</u> (1er molaire SUP) et des <u>canaux de Wharton</u> (base frein langue)– Éviter de palper les glandes de façon prolongée : risque de les vider et de conclure à tort à l'absence de salive.

Examen cervical

- Palpation des aires ganglionnaires. Découverte possible d'un kyste ou d'une tumeur (Schéma 2)
- Palpation de la loge thyroïdienne
- Détection d'une tuméfaction cervicale → préciser le nombre, taille, caractère inflammatoire, mou/dure, mobilité, sensibilité (schéma daté et signé)

Examen buccal

→ nécessite un bon éclairage (lampe électrique/miroir frontal), des instruments, une protection (palpation endobuccale protégée)

<ul style="list-style-type: none">– Inspection: exposition de toutes les zones et replis les moins accessibles par déplissement et traction douce de la langue (compresse)– Palpation : langue, joues, vestibules, lèvres et plancher. Evaluation de la sensibilité cutanée– Pression et percussion : exacerber la douleur d'une dent, d'une alvéole ou d'une paroi osseuse<ul style="list-style-type: none">• concerne la face occlusale et vestibulaire de la dent• complété de tests de vitalité par vaporisation élective d'aérosol réfrigérant– Auscultation : bruits des ATM et crépitations neigeuses des infections gangrèneuse

Transillumination utilisée pour l'exploration des tumeurs labiojugales (liquide translucide ou tumoral opaque)

- Toute la muqueuse est examinée sans oublier : voile du palais, amygdales, paroi POST du pharynx.
- La muqueuse peut être normale, inflammatoire, dysplasique ou tumorale. Stomatite = inflammation de toute la muqueuse
- On précise si inflammations localisées, avec dénomination des lésions rigoureuse et précision du siège de l'inflammation.

IV- Examen paraclinique

Radiologique

EXAMENS CLASSIQUES	
Cliché rétrodentaires ou rétroalvéolaires	-Films endobuccaux 30x40mm → exploration bonne qualité de 4 dents voisines sur toute leur longueur -Analyse fine de la région apicale, périapicale, ligament alvéolodentaire et os alvéolaire environnant
Cliché endobuccal occlusal	-Film radiographique plus grand (55x75) mordu par le patient -Incidence perpendiculaire au film mordu <ul style="list-style-type: none"> • Supérieure : exploration du maxillaire, voûte palatine et plancher nasal ANT • Inférieure : plancher buccal et arbre mandibulaire (lithiase sous-maxillaire, fracture, soufflure)
Panoramique dentaire (la + commune)	= orthopantomogramme ou panorex - Patient assis et > 5 ans -Tomographie circulaire réglée sur l'arc mandibulaire qui montre sur 1 seul film les structures dentaires et maxillaires déroulées et déformées (prudence à l'analyse) - Excellent cliché pour l'analyse de l'ensemble de la mâchoire, nombre/état des dents, de la trame osseuse -Pour une analyse fine alvéolodentaire ou osseuse → <u>clichés rétroalvéolo dentaires</u> et <u>défile mandibulaire</u>
Plan vertical	
Blondeau	= position nez-menton-plaque (PNM) → étudie orbites, sinus maxillaires, arcades zygomatiques, malaire, massif moyen et mandibule superposée au rocher
Face haute*	→ Étude de la voûte, étage ANT de la base du crâne, massif facial superposé au rocher et la mandibule
Face basse*	=sous occipito-frontale. NMP. Le rayon pénètre la nuque. → Etude de la partie POST des branches horizontales, angles, branches montantes et condyles
Cliché de Waters*	Dérive de face basse avec inclinaison supplémentaire du plan Francfort de 45°/film
Cliché de Worms*	Incidence 25° au dessus de la ligne orbitométéale, plaque derrière la tête. → Etude de l'écaïlle occipito-paritéale, étage moyen de la base du crâne, col, condyle et mandibule
Incidence de Paoli*	=incidence verticorétrobregmatique, rayon entrant par le bregma et sortant pas la symphyse mentonnière → étude de la partie POST-LAT-INF de la face
Incidence de Gosserez*	=incidence racine-base ou arcade faciale SUP à 90, pénètre à l'angle INT de l'oeil et sort pas la symphyse mentonnière → Etude de l'arcade faciale supérieure et de la pyramide osseuse nasale
Plan sagittal	
Téléradiographie de profil	Cliché de face (contour cutané et squelette) : évaluation <u>en grandeur réelle</u> du morphotype et étude céphalométrique du crâne et de la face, utilisé pour étude des dysmorphoses et avant la chir. orthognathique
Profil de crâne/face*	→ étude de la voûte, base du crâne, selle turque, massif facial, parties molles du cavum, charnière occipitocervicale
Défilé maxillaire*	→ étude de l'hémimandibule (angle et branche montante)
Radio de l'os nasal	
Plan horizontale	
Cliché de Hirtz	En incidence verticale, contre-indiquée si problème rachidien cervical car nécessité de déflexion céphalique → étude de l'étage ANT et MOY de la face
Grand contour	Nécessite une déflexion importante → étude des 2 arcades zygomatiques
EXAMENS SPECIALISES	
Tomographies	Ne doit plus être prescrite de nos jours
TDM	-coupes axiales et transversales, coronales et frontales (plancher de l'orbite) et sagittales par reconstruction -les reconstructions 3D donnent une idée de la symétrie du squelette mais non fidèle -variation des densités permet une analyse en fenêtre osseuse ou tissulaire
IRM	Examen de choix pour les pathologies de tissus mous et dysfonctions des articulations temporo-mandibulaires
-Angiographie carotidienne externe -Artériographie des vx du cou	Permet de visualiser le réseau vasculaire cervicofacial (vasc tumorale, malformations artérioveineuses, vx à dispositions pour une microanastomose de lambeau libre)
Artériographie des MI	Systématiquement demandé avant une réalisation de lambeau libre de MI (arthériopathies)
Echographie	Permette préciser la nature échogénique d'une masse cervicofaciale atypique (tumeur parotidienne/cervicale)
Sialographie	-Utilité++ pour exploration des glandes salivaires principales (parotide et sous-max), passe par cathétérisme du canal de la glande, rend compte de l'arborescence salivaire, présence éventuelle d'une obstacle lithiasique radiopaque et fonctionnalité de la glande (évacuation du produit de contraste) -Longtemps réalisée au lipiodol, elle utilise maint des produits radioopques hydrosolubles. -Abandonnée-
Scintigraphie	Glandes salivaires, thyroïde, os (foyers inflammatoires ou tumoraux), vascu d'un lambeau libre microanastomosé
PET-Scan	Visualisation d'une lésion (tumeurs/métastases) consommatrice de solution glucosée radioactive
Radiographie pulmonaire	Lors du bilan préopératoire, d'un bilan carcinologique ou d'une recherche de tuberculose

Anatomopathologique

- Grand intérêt en cas de désorientation diagnostic, preuve médico-légale des tumeurs malignes (sauf carcinome épidermoïque, clinique).
- Indispensable pour un examen de la totalité de la pièce d'excérèse.
- Elle fait d'une suspicion clinique préop une réalité postop. (confirmation d'un adénome pléomorphe dans une pièce de parotidectomie totale)

II- Nomenclature et anatomie dentaire

On apprécie :

- nombre de dents, position (palato/vestibuloverision, chevauchements), nature, état
 - l'état du parodonte (cément, gencive, os alvéolaire) : cul de sac parodontaux ou pyorrhéiques, dénudation gingivale, exposition de l'os alvéolaire
 - la présence de protèses fixes ou mobiles qui seront retirées en début d'examen
- Adulte 32 dents → 8/quadrant
 - Enfant : 20 dents → 5/quadrant (pas de prémolaires)
- Etapes chronologiques de la dentition lactéale → Schéma 10
 - Etapes chronologiques de la dentition définitive → Schéma 11

