

Contention d'un traumatisé facial : « blocage inter-maxillaire ou BIM 66 »

Lari N, Adam S, Thiéry G

Service de chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et plastique de la face, HIA Laveran, Marseille.

Med Trop 2008; 68 : 568

MOTS-CLÉS • Blocage intermaxillaire. Traumatisé facial. Technique chirurgicale.

KEY WORDS • Inter-maxillary blocage. Facially traumatised. Surgical technique.

Objectif

Nous décrivons une technique de contention d'un traumatisé du massif facial. Cette technique est simple, rapide et efficace. Elle peut être réalisée dans l'attente d'une prise en charge chirurgicale spécialisée, ou bien constituer une thérapeutique définitive.

Indications

Le « BIM 66 » permet de contenir les fractures les plus simples (mandibulaire ou maxillaire isolé), comme les plus complexes (fractures multiples et fracas faciaux).

Contre Indications

Les rares contre-indications sont celles du blocage intermaxillaire :

- Fracture parasymphysaire avec risque de glossoptose.
- Patients à risque de vomissement.

Matériel

- Porte aiguille ou équivalent.
- 2 Fils monobrins type flexocrin® décimale 2 (ou 3/0) aiguillés courbe ou droite.
- Une paire de ciseaux.

Technique

Aucune anesthésie n'est nécessaire. Un accompagnement verbal rassurant encadre ce geste. L'emploi d'anesthésique de contact améliorera d'autant la pratique de ce geste.

Le patient est installé en position demi assise, sous bon éclairage.

L'opérateur ganté se sera bien évidemment assuré de la liberté des voies aériennes supérieures.

Pour une ouverture buccale maximale, la coopération du patient est indispensable.

L'examen endo-buccal permettra d'évaluer les dents restantes. Deux situations se dégagent

- **1^{er} cas** - Les prémolaires et les premières molaires sont conservées. La technique débute à la mandibule. L'aiguille du fil chemine de dehors en dedans dans l'espace inter-dentaire canine-1^{ère} prémolaire (PM1) (Fig. 1). Elle ressort de dedans en dehors entre PM1 et la deuxième prémolaire (PM2) (Fig. 2). Puis elle passe de dehors en dedans entre PM2 et la 1^{ère} molaire (M1) (Fig. 3), pour enfin ressortir entre PM1 et PM2 (Fig. 4). Le fil dessine un « 6 » autour des dents (Fig. 5). Toujours avec le même fil, un trajet similaire en « 6 » est réalisé au maxillaire supérieur en regard. Un « 66 » est donc obtenu. Il n'est pas serré de suite. Le même blocage est effectué en controlatéral. Il ne reste plus qu'à nouer de chaque côté les brins libres supérieures et inférieures entres eux (Fig. 6). Au moment du serrage, une réduction des fractures peut être tentée. Les brins laissés longs sont extériorisés et scotchés sur les joues. En cas de levée en urgence du blocage (vomissements), le repérage des nœuds sera plus facile.
- **2^e cas** - En cas de pertes des prémolaires et des molaires. Le « BIM 66 » n'est pas réalisable. Le fil est passé en boucle au collet d'une dent préservée à la mandibule. 4 boucles sont réalisées. Avec un autre fil, 4 boucles sont réalisées sur une dent du maxillaire supérieure. La boucle du maxillaire supérieure est réunie à celle de la mandibule. Cette fixation est réalisée de façon bilatérale. Cette technique n'assure pas la stabilité d'un « BIM 66 ».

Précaution

Un objet tranchant (ciseau, couteau) doit être rapidement accessible. Un ciseau pourra être attaché autour du cou. Le blocage inter-maxillaire sera identifié par le marquage d'un « B » sur le front du patient. Comme dans tout blocage inter-maxillaire, l'alimentation liquide par paille est possible.



Figure 1. Premier passage de dehors en dedans entre canine et la 1^{re} prémolaire.



Figure 2. Second passage de dedans en dehors entre la 1^{re} prémolaire et la 2^e prémolaire.



Figure 3. Troisième passage de dehors en dedans entre la 2^e prémolaire et la 1^{re} molaire.



Figure 4. Dernier passage de dedans en dehors entre la 1^{re} prémolaire et la 2^e prémolaire



Figure 5. Blocage en forme de « 6 » sur une arcade.



Figure 6. Blocage intermaxillaire « 66 » : aspect final.

• Correspondance : thiery.gaeansophie@free.fr