



## RECOMMANDATIONS REGIONALES CRISE SANITAIRE INFECTIEUSE ILE-DE-FRANCE

MODIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS  
ENFANTS ET ADULTE  
EN CHIRURGIE MAXILLOFACIALE et STOMATOLOGIE  
(Dr Blandine RUHIN, Présidente de la SFSCMFCO)

### VOS CHIRURGIENS MAXILLOFACIAUX RESENTENT SUR TOUS LES FRONTS POUR FAIRE FACE



Chaque cas est bien évidemment unique, et la prise en charge chirurgicale de l'urgence nécessite une réévaluation du rapport bénéfice/risque, par rapport au profil infectieux, médical et social du patient :

- . Tenir compte du profil infectieux par rapport à l'agent causal : asymptomatique, symptomatique, agent causal « + » ou « - » : orientation dans le circuit approprié.
- . Comorbidités du patient (bas âge ou âge avancé, surpoids, HTA, diabète, pathologies respiratoires, antécédents cardiaques, immunosuppression) : évaluation des risques de faire des complications.
- . Isolement social et /ou géographique du patient : nécessité d'un encadrement social ou sanitaire.

## **I. EN PERIODE DE CONFINEMENT : PRIORISATION DES PATHOLOGIES STOMATOLOGIQUES ET MAXILLOFACIALES**

### **A. LES URGENCES DEVRONT ET SERONT TOUJOURS PRISES EN CHARGE, EN PRIORITE, CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE**

#### **Les infections :**

- d'origine **dentaire** (de l'abcès à la cellulite grave avec diffusion cervicale et médiastinale)
- d'origine **osseuse** (ostéite, ostéomyélite, ostéoradionécrose, ostéochimionécrose)
- d'origine **glandulaire salivaire** (bactérienne, virale ou lithiasique).

**Les traumatismes cranio-faciaux et fractures du massif facial** (plaie faciale, morsure, fracture simple, bifocale, complexe, fracas facial, traumatisme balistique entrant ou non dans le cadre d'un polytraumatisme).

**Les tumeurs malignes cutanées, muqueuses, osseuse** du massif facial et des mâchoires (ou intermédiaires à développement rapide).

#### **Les malformations cranio-maxillo-faciales de l'enfant nouveau-né, notamment les facio-cranio-sténoses symptomatiques et les fentes labio-alvéolo-palatines.**

Leur prise en charge précoce répond à un calendrier bien précis, parfois dès la période néonatale. On ne peut imposer aux parents un report de ces interventions, sous peine d'une perte de chances, et certaines facio-cranio-sténoses peuvent se compliquer d'une hypertension intracrânienne pouvant présenter un risque cérébral et vital.

**Les tumeurs bénignes étendues ou à localisation stratégique** avec un risque de surinfection, de fracture pathologique (mandibulaire) ou de compression d'organe « noble » (nerf dentaire inférieur, nerf optique, muscle oculomoteur).

**Les autres douleurs** d'origine **dentaire** (carie, pulpite ou rage de dent, accident d'évolution de dent de sagesse) ou d'origine **articulaire temporo-mandibulaire** (luxation, dysfonctions). A noter que les douleurs dentaires, si elles ne peuvent être calmées par un traitement médicamenteux, seront secondairement orientées dans les structures de soins dentaires, ouvertes par le Conseil de l'ordre des dentistes, en période de confinement (adresse disponibles sur le site du Conseil de l'Ordre des Dentistes, de Paris Ile-de-France).

Les autres **pathologies de la muqueuse buccale** pouvant entraîner brûlures, douleurs, saignement, contagiosité, et une altération rapide de l'état général par difficulté alimentaire (déshydratation, perte de poids).

### **POINTS IMPORTANTS**

- Notre spécialité présente l'avantage de pouvoir continuer à exploiter les anesthésies locales et locorégionales qu'ils pratiquaient jusqu'alors : ceci

permet parfois de décharger les soignants, les lits d'hospitalisation, le bloc opératoire, les anesthésistes, le matériel et les consommables de réanimation réorientés quasi exclusivement dans la lutte contre l'agent infectieux causal de la crise sanitaire. Dans ce domaine, les petites structures et cabinets de ville disposant de fauteuils de chirurgie (structures de « 2ème ligne »), peuvent facilement se réorganiser pour mettre en place les gestes barrière, le circuit et la désinfection du cabinet, et garantir au patient une sécurité infectieuse et une protection optimale.

Il faut donc donner à ces structures de « 2ème ligne », les moyens de décharger les structures en 1ère ligne, c'est-à-dire les équiper impérativement de masques FFP2, charlottes et cagoules, lunettes, surblouses et surchaussures en quantité suffisante.

- En cas de nécessité d'une anesthésie générale, on privilégiera une prise en charge en ambulatoire, permettant un circuit court, une sollicitation moindre des personnels soignants et une économie de lits d'hospitalisation conventionnelle, comme cela était déjà proposé avant la crise sanitaire.
- Les prises en charge sous anesthésie générale avec intubation ou plus particulièrement trachéotomie, nécessitent dans l'idéal un dépistage des patients par test RT-PCR et scanner thoracique, afin de permettre une meilleure adaptation de la gestion des risques per et post opératoires des patients et des équipes les prenant en charge.
- Tout(e) patient(e) nécessitant la réalisation d'un geste de trachéotomie en urgence doit être considéré(e) comme COVID + jusqu'à infirmation par dépistage afin de protéger les équipes la/le prenant en charge et les autres patient(e)s présent(e)s dans le service l'hébergeant.
- Certaines interventions lourdes de traumatologie, de carcinologie et de reconstruction faciale restent impératives et incontournables quel que soit le contexte infectieux et la crise sanitaire. Les chirurgiens maxillo-faciaux en ont l'expertise. Tout retard de prise en charge et/ou toute modification de résultat du fait d'un manque de soignants ou de matériel, représenteraient une perte de chance et de résultat inacceptable dans un système de soin dit d'«excellence».
- La prise en charge des patients de carcinologie respectera le circuit habituel : biopsie, bilan d'extension auprès de structures radiologiques dédiées (disponibles malgré le contexte de confinement), décision thérapeutique en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), consultation anesthésique, programmation opératoire (en nommant les opérateurs et aide opératoires, anesthésistes, IBODEs), réservation d'un lit de réanimation adaptée (agent causal + ou agent causal -), réservation d'un lit d'hospitalisation « Maxillo-Facial » en aval.

**B. NON PRIORITAIRES, CERTAINES PATHOLOGIES SERONT EVALUEES, AU CAS PAR CAS, ET LA DECISION THERAPEUTIQUE DECIDEE EN URGENCE DIFFEREE, SELON LE CONTEXTE INFECTIEUX DU PATIENT ET SES RISQUES EVOLUTIFS A COURT TERME**

On décalera et reprogrammera toutes les interventions suivantes :

- **Certaines pathologies du chapitre I.A. précédent**, dès lors qu'elles ont pu être partiellement gérées par un traitement médicamenteux.
- **Les lésions bénignes cutanées, muqueuses, osseuses** du massif facial et des mâchoires, dont l'évolution est stable ou lente (patient asymptomatique) : elles ne nécessitent pas de prise en charge en urgence.
- **Les dégradations occlusales, articulaires ou parodontales** des décompensations orthodontiques en attente, dont l'intervention chirurgicale orthognathique a été reportée.
- **Les aménagements préimplantaires et les poses implantaires** devant être réalisées au moment de l'ostéointégration optimale de la greffe osseuse.
- **Les reprises cicatricielles, dégraissage de lambeau et lipofilling** constituant une étape supplémentaire de la prise en charge réparatrice.
- **Les déformations et dysmorphoses** résultant d'une anomalie et d'un déséquilibre cranio-maxillo-facial de longue date.
- **La chirurgie esthétique.**

## **II. EN PERIODE DE DECONFINEMENT : RETOUR PROGRESSIF A UNE ACTIVITE NORMALE**

Il faut anticiper la phase 4- de retour à une activité « normale ».

Les interventions reportées ne pourront être réalisées que sur une période longue.

Le personnel soignant (PM et PNM) déjà largement sollicité aura besoin de repos ; il existe un risque de saturation potentielle post-épidémie.

La hiérarchisation des interventions à reprogrammer doit faire l'objet de discussion au sein de l'équipe.

**POUR LES ENFANTS, les départements de Chirurgie Maxillo-Faciale Pédiatrique reprogrammeront en priorité :**

Les chirurgies de Niveau 1 (report de moins de 3 mois) car ce serait une perte de chance pour le patient et sa famille :

- Tous les temps primaires de fentes labiopalatines, ce qui inclut les chéiloplasties/rhinoplasties/ véloplasties intravélaires (enfant âgé de 6 mois, à faire absolument avant grand maximum 8 mois), les fermetures de fente osseuse (enfant âgé de 18 mois maximum), greffe maxillaire (pas au-delà de 6 ans, sinon mauvais résultat prévisible),
- Les facio-cranio-sténoses non ou peu symptomatiques à risque de décompensation rapide,
- La chirurgie fonctionnelle vélaire en cas de troubles phonatoires majeurs,

- Les chirurgies orthognathiques en séquelles de fentes (car long traitement préparatoire d'orthopédie dento-maxillo-faciale, et problème du calendrier scolaire si le geste est fait plus tardivement, chez des patients déjà multiopérés (il est plus difficile d'opérer sur l'année de première ou terminale, notamment dans le cadre d'un rattrapage probable des acquis),
- Les anomalies vasculaires congénitales à haut risque hémorragique,
- Certains naevi géants en fonction de leur localisation et étendue,
- La chirurgie morphologique des tissus mous dans toutes les séquelles de malformations, en cas d'urgence psychologique.

#### Les chirurgies de Niveau 2 (report de 3 à 9 mois au plus) :

- Les autres chirurgies orthognathiques notamment les ostéotomies pour troubles fonctionnels respiratoires (si équilibrés par une aide en CPAP),
- Les naevi géants en fonction de leur étendue et localisation, cela peut être du 1 ou du 2 ou du 3, anomalies vasculaires stables,
- La chirurgie morphologique des tissus mous dans toutes les séquelles de malformations, en cas d'urgence psychologique.

#### Les chirurgies de Niveau 3 (report de plus de 9 mois) :

- La chirurgie morphologique des tissus mous dans toutes les séquelles de malformations, hors urgence psychologique.

#### **POUR LES ADULTES, les départements de Chirurgie Maxillo-Faciale Adulte reprogrammeront en priorité :**

- **les interventions « semi-urgentes » n'ayant pas été réalisées durant la période de confinement.**
- **les tumeurs maxillo-faciales primitives localisées** : priorisation en fonction de la symptomatologie, la nécessité d'une expertise spécifique (activité non transférable) et du risque chirurgical.
- **les tumeurs métastasées** : priorisation en fonction
  - . de la tolérance de la chimiothérapie et des possibilités d'allonger la durée de la chimiothérapie néoadjuvante,
  - . du bénéfice attendu du traitement chirurgical,
  - . de l'expertise spécifique,
  - . des possibilités d'hospitalisation en réanimation post-opératoire.
- **les autres pathologies « hors oncologie » devenues symptomatiques** dont l'attente chirurgicale ne peut être prolongée.

- **la chirurgie orthognathique** qui ne présente pas de caractère d'urgence bien entendu mais dont le retard à la prise en charge peut aggraver le pronostic fonctionnel (fonction articulaire, fonction ventilatoire avec SAHOS, parodonte, fonction de relation en particulier chez les adolescents). Une des particularités de cette chirurgie est la contrainte temporelle chez des lycéens/étudiants. Reporter la date opératoire aboutit quasi automatiquement à décaler d'un an la chirurgie avec prolongation d'autant du traitement orthodontique (contraintes psychique, physique parodontale et financière).

## **POINTS IMPORTANTS**

Les structures de soins jusqu'alors « non sollicitées » pour prendre en charge les patients « infectés par l'agent causal », restent « peu impactées » par le confinement et la crise sanitaire. Elles redémarreront vite et efficacement, et gagneront encore en activité.

Les structures de soins « sollicitées » par la prise en charge des patients « agent causal + » ou des patients prioritaires, redémarreront moins vite, fort des réaménagements que ce changement leur imposera, la fatigue cumulée, le trop plein d'interventions à programmer dans une structure déjà fragile avant la crise sanitaire (la plupart des hôpitaux). Elles risquent de perdre certains patients devenus « impatients » et « mysophobes » qui choisiront finalement peut-être, et à tort sans doute, des structures « moins exposées et contaminées » qui leur offriront une programmation opératoire rapide dès cet été, par exemple.

## **CONCLUSION**

**La Chirurgie Maxillo-Faciale, la Stomatologie et la Chirurgie Orale ont des rôles fondamentaux à jouer en cas de crise sanitaire. Elles constituent les spécialités médico-chirurgicales aptes à prendre en charge les urgences faciales et buccodentaires, y compris celles nécessitant l'accès à un plateau technique lourd, de par leur structuration libérale, hospitalière et hospitalo-universitaire.**

**Notre Spécialité a, d'ores et déjà, joué un rôle important lors de cette crise sanitaire Covid-19, en participant activement à la coordination des urgences chirurgicales relevant de leur compétences en participant activement à la réserve sanitaire mise en place dans les hôpitaux et en offrant leurs compétences en terme d'impression 3-D médicale.**

**A l'issue de cette crise, une réflexion sera menée au sein des structures représentatives des spécialités chirurgicales (société savante, syndicats, CNU, CNP, collège des enseignants) de manière à anticiper d'autres épidémies, à renforcer les liens entre les structures libérales et hospitalières (d'intérêt primordial en cas de crise), à améliorer le maillage de l'offre de soins et à définir la notion d'équipe de soin territoriale.**

**Ces recommandations régionales n'ont qu'une valeur indicative pour aider les praticiens dans leur programmation opératoires, pendant et après le confinement. Chaque chirurgien maxillo-facial décidera de son activité au sein de son établissement, en fonction des possibilités locales et du rapport bénéfice/risque.**