

TRAUMATISME DU NEZ

Mohamed Ben Amor

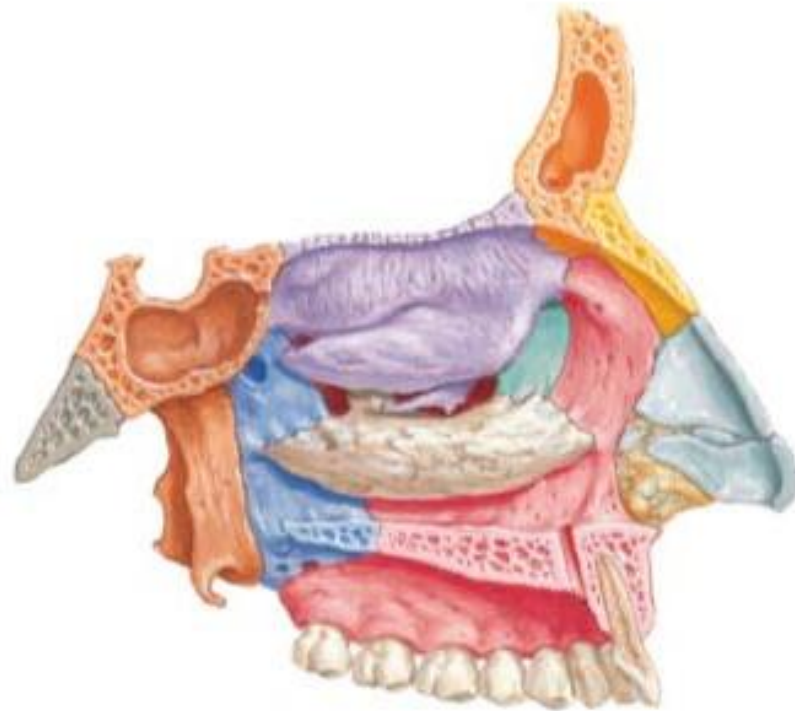
Collège ORL

Le 25- 03- 2017

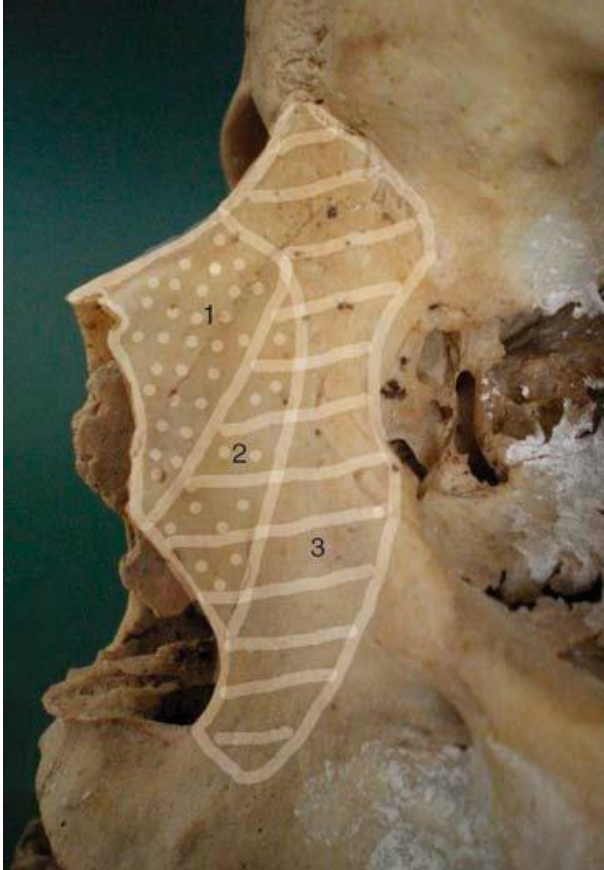
INTRODUCTION

- Entité relativement fréquente
- Nombreuses fractures du nez non reconnues initialement ni traitées correctement
- Bilan clinique initial essentiel pour le diagnostic précis des lésions anatomiques.
- Prise en charge adaptée → pas de déformations ni obstruction respiratoire secondaires.

ANATOMIE



ANATOMIE



1. Résistance faible
2. Résistance moyenne
3. Résistance forte.

EPIDÉMIOLOGIE

Les fractures du nez: plus rares chez l'enfant / l'adulte :

- Méconnaissance
- Sous-évaluation : traitées rapidement en milieu non spécialisé
- Ratio crâne-face plus élevé chez l'enfant .
- Os plus élastique chez l'enfant que chez l'adulte.
- Cavités sinusiennes peu développées et moins pneumatisées
- Etiologies différentes

EPIDÉMIOLOGIE

- Trauma nasaux: 45 à 74% fr extrémité céphalique
- Fr obstétricales: cartilagineuses, inaperçues
- Fr du nez chez l'enfant: 25% < 12 ans
- Adulte (20 – 30 ans): rixes, AS, AVP
- Sujet âgé: chute

PATHOGÉNIE

- Position proéminente,
- Emplacement central,
- Faible résistance de son squelette de soutien

Force d'impact max tolérable du complexe N-Ethm << squelette facial .

Le nez une véritable structure fusible disjoncteur

PATHOGÉNIE

- Le motif et l'étendue de la fracture varie en fonction de l'emplacement, de la direction et l'intensité de l'impact, ainsi que la densité osseuse nasale
- Patients jeunes → fr luxation du segment nasoseptal, Patients âgés ostéoporotiq → sensibles à la fragmentation.

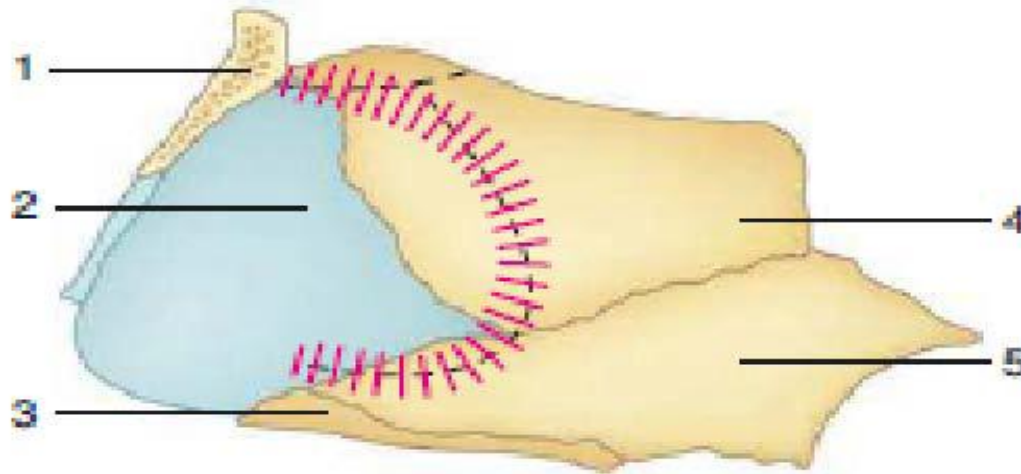
PHYSIOPATHOLOGIE

Fractures par choc latéral

- Choc de faible E cinétique → fr avec enfoncement d'un os nasal (+/- processus frontal du maxillaire), septum (-)
- Choc de forte E cinétique → fr des deux os nasaux, d'un ou des deux processus maxillaires et du septum → nez dévié.

PHYSIOPATHOLOGIE

Fractures nasales par choc latéral



Déviations de l'auvent osseux > 1/2 largeur du dorsum → fr en C du septum

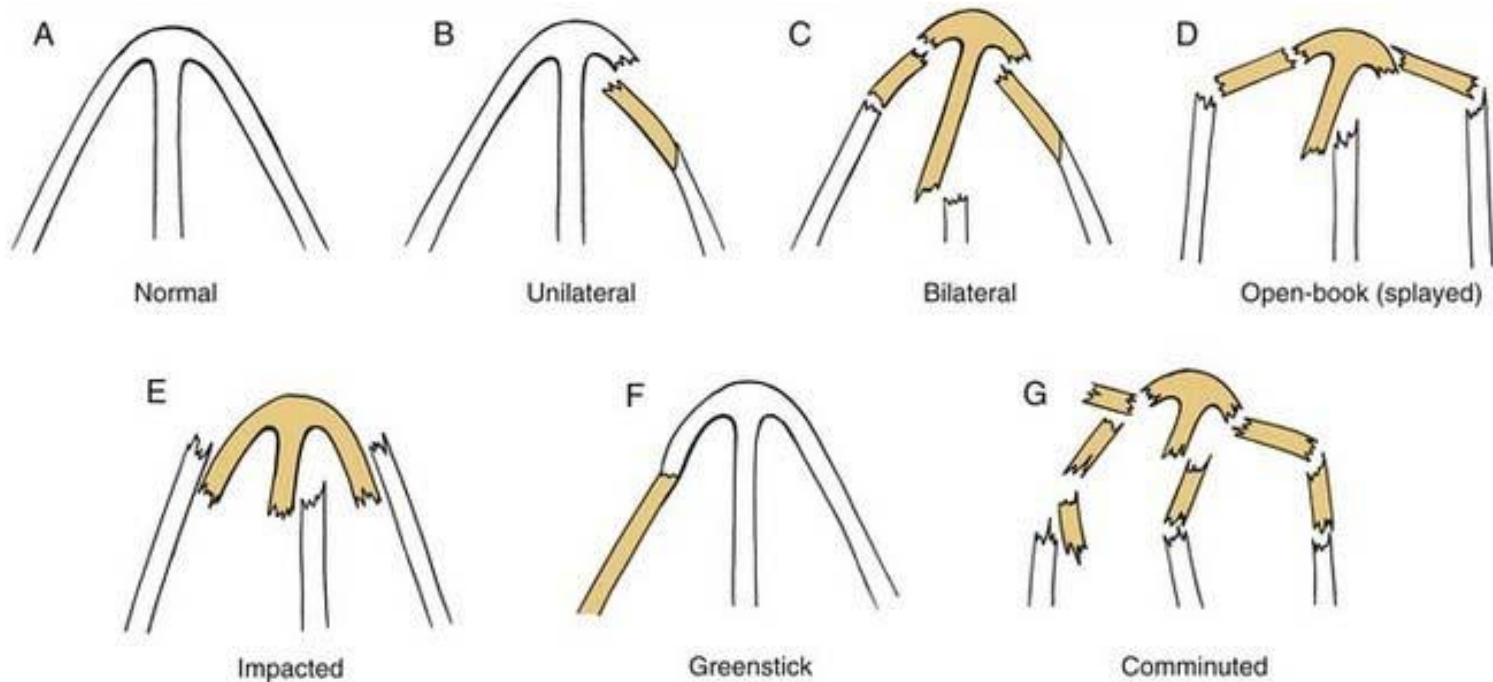
Trait de fx: sous l'auvent osseux → sous la base du crâne → lame ⊥
ethmoïde → cartilage // au plancher maxillaire: fracture de Jarjavay

PHYSIOPATHOLOGIE

Fractures par traumatisme frontal

- Choc de faible E → fr de la partie mince du tiers inf des os nasaux et souvent fr du cartilage septal: fracture de Chevalet.
- Choc de forte E → recul du septum cartilagineux + télescopage sur la lame \perp de l'ethmoïde également fracturée.
- Choc plus important → fr comminutives et de l'infrastructure osseuse : CNEMFO, occlusofaciales (Lefort).

PHYSIOPATHOLOGIE





A



ANATOMOPATHOLOGIE

▪Hématome →destruction des couches superf → Déséquilibre des forces de tension superficielles→ flexion du côté opposé.

Hématome bilatéral, l'ischémie et la surinfection → nécrose.

Petit enfant: cicatrisation avec néoformation de cartilage,

Adulte: cicatrisation avec formation de tissu fibreux.

ANATOMOPATHOLOGIE

Fractures osseuses

- Fractures nasales processus frontaux des maxillaires. : consolidation par tissu fibreux, pas de cal osseux.
- Les os nasaux cicatrisent plus souvent par un cal osseux

Les fractures du nez constituent-elles une urgence?

1. Traumatisme facial grave, le plus souvent associé à un poly traumatisme
2. Traumatisme isolé de la pyramide nasal.

ETUDE CLINIQUE

INTERROGATOIRE

- Circonstances du traumatisme (lieu, date, heure, etc.) → CMI ;
- Perte de connaissance ?
- Epistaxis et son importance ;

Fr OPN sans épistaxis → hématome de cloison??

- Ecoulement nasale clair +++

ETUDE CLINIQUE

Les signes fonctionnels stéréotypés :

- Douleur spontanée et exacerbée par la palpation ;
- Obstruction nasale uni- ou bilatérale,
- Anosmie ;
- Antécédents, Déformation nasale antérieure ou un antécédant de traumatisme du nez, une photo d'identité ;
- Prises médicamenteuses éventuelles

INSPECTION

- Epistaxis parfois importante, uni- ou bilatérale
- Oedème de la région nasale, débordant rapidement vers les orbites et majoré par le mouchage, source d'emphysème sous-cutané → déformation osseuse masquée → revoir le patient 4 à 5 jours plus tard.
- Hématome locorégional pouvant aboutir à une occlusion palpébrale uni- ou bilatérale → atteinte de la base du crâne?

INSPECTION

- Plaies cutanées éventuelles → fracture ouverte
- Cicatrice nasale → traumatisme nasal antérieur omis par le patient.
- Hématome de cloison: tuméfaction rouge vif déformant le septum
- Télécanthus → fractures du CNEMFO.
- Larmoiment → lésion étendue aux voies lacrymales
- Fuite LCR: le signe du halo



PALPATION

- Retrouver les déformations osseuses masquées
- Déformation: marche d'escalier.
- Dresser un pronostic de la fracture → sensation de fragment osseux libre et mobile en orientant vers une fracture enclavée instable
- Explorer la sensibilité V1, V2
- Éliminer toute lésion faciale à distance
- Troubles de l'articulé dentaire → disjonctions craniofaciales

Critères diagnostiques d'une fr nasale

1. Oedème
2. **Ecchymose**
3. **Sensibilité locale**
4. **Présence ou absence** d'une déformation nasale
5. **Présence ou absence** d'une déviation du septum nasal

Faut-il encore demander une radiographie du nez ?

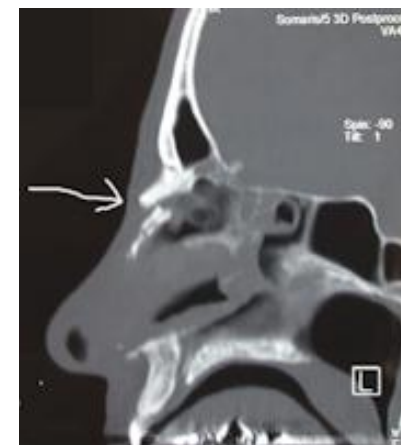
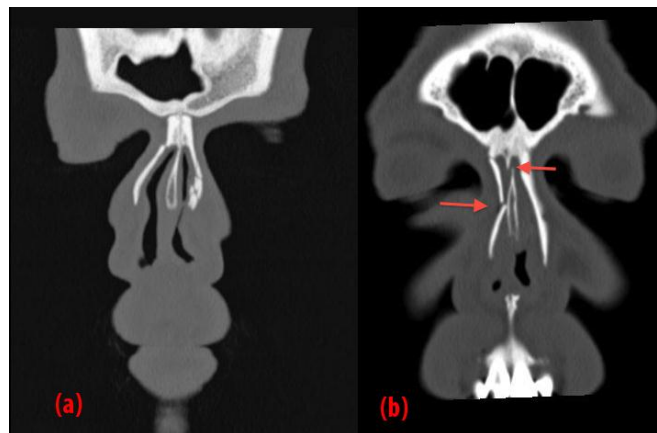
1. Confirmer un diagnostic difficile
2. Explorer les structures limitrophes (orbite, encéphale...), dans le cas de suspicion d'un traumatisme plus étendu

Cliché des os nasaux de profil/ cliché en incidence de Gosserez
(racine-base du nez)

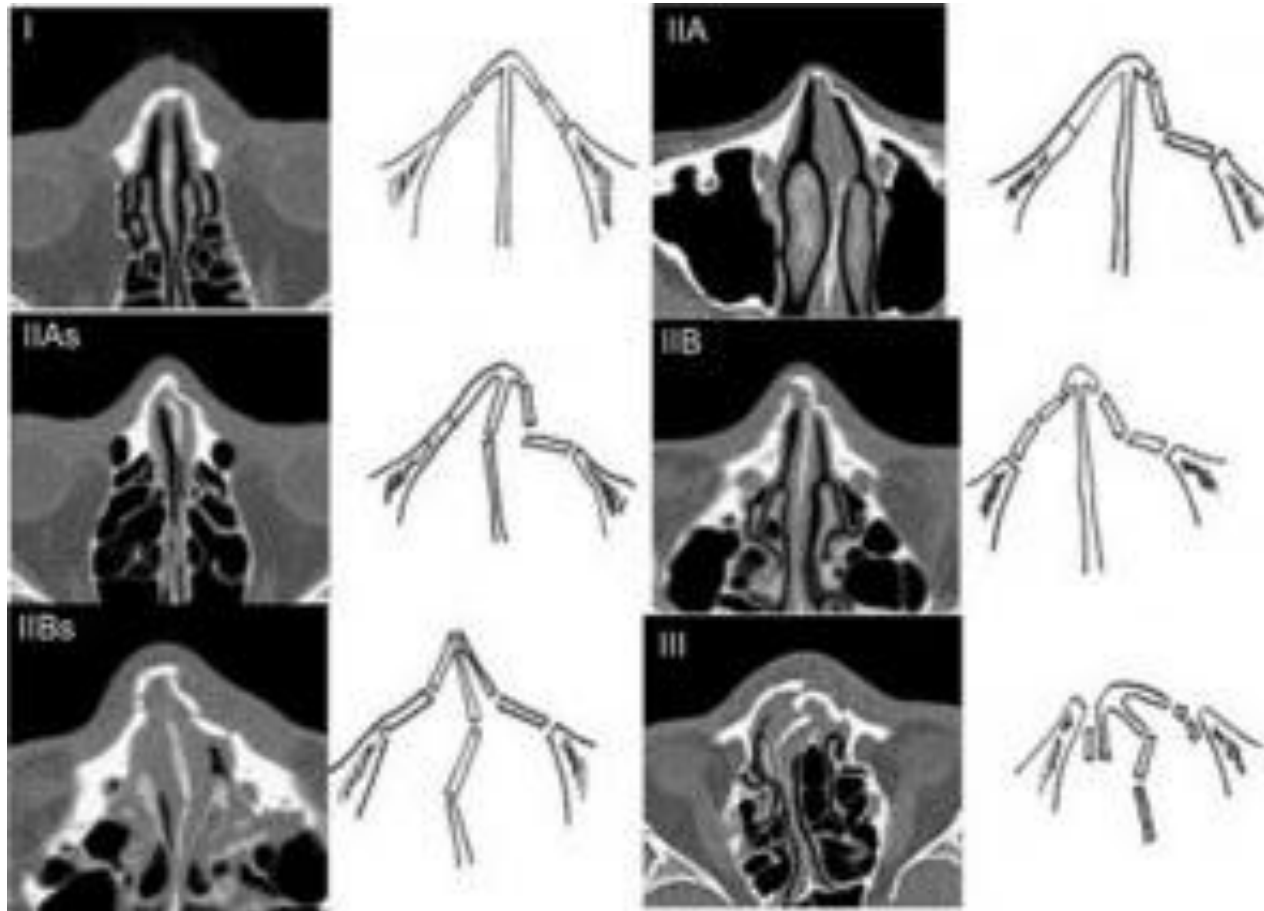


Cliché nez-menton-plaque ou incidence de Blondeau

Faut-il encore demander une radiographie du nez ?



Classification TDM



Classification Murray

Type I : Lésions limitées aux tissus mous

Type IIa: fr Simple, unilatérale sans déplacement

Type IIb: Simple, bilatérale sans déplacement

Type III: Simple, fracture déplacée

Type IV: fracture communitive fermée

Type V: fracture communitive ouverte ou fracture compliquée

FORMES CLINIQUES

FRACTURES DE L'ADULTE

Fractures sans déplacement

1- Unilatérales : trait parallèle ou intéresse la suture os nasaux-processus frontal du maxillaire ; discrètes sur le plan clinique/ radiologique

2- Bilatérales : la clinique plus parlante avec oedème, hématome périorbitaire plus ou moins marqué et épistaxis

FORMES CLINIQUES

FRACTURES DE L'ADULTE

Fractures avec déplacement

- Impacts latéraux → Enfoncement d'un os nasal → scoliose du nez avec déviation de l'arête nasale du côté opposé au traumatisme, la pointe restant médiane.
- À l'extrême, le nez est couché, la pyramide étant totalement inclinée sur la joue.
- Atteintes du septum: souvent importantes.

FORMES CLINIQUES

Fractures avec déplacement

- Impacts antéropostérieurs → Déformations sagittales du nez, avec enfoncement de l'arête nasale par lâchage des sutures supérieures et latérales des os nasaux.

Si la suture médiane résiste, l'enfoncement vers la région postérieure

Déplacement de la suture → Tableau d'ensellure nasale.

- Chocs importants → fr comminutives avec écrasement de la structure

Les reliefs sont difficilement appréciables au sein de l'oedème tissulaire.

FORMES CLINIQUES

Fractures avec plaies ou perte de substance



Fractures cartilagineuses

- Souvent associées aux fractures des os nasaux
- Isolées: luxation chondrovomérienne de jarjavay

FORMES CLINIQUES

Fractures du CNEMFO

Traumatisme violent, AVP/ Atteinte neurologique et ophtalmologique

- 1- Télécanthus (supérieur à 35 mm), avec et obstruction du canal L-N
- 2- Enfoncement de la partie médiane de l'étage moyen de la face avec impression d'élargissement du faciès ;
- 3- Ecoulement de LCR par une brèche ostéoméningée

Il est important de réduire le nez avant toute intervention sur la BDC.

FORMES CLINIQUES

FRACTURES DE L'ENFANT

- Souvent méconnues ou négligées → déplacement des centres de croissance
- Fr « en livre ouvert », par choc ant-post sur l'auvent nasal ; les os nasaux se séparant sur la ligne médiane: le septum est presque toujours atteint, l'arête nasale aplatie ;
- Fr du Nné: manoeuvres de l'accouchement: luxations chondrovom, souvent et facilement inaperçu.
- Fr de l'enfant: sd des enfants battus: sd de Silverman

Quand et comment traiter?

1- But:

Rétablir la forme → morphologie ant du nez

Rétablir la fonction → perméabilité des FN

2- Problèmes:

- Délai d'intervention
- Type d'anesthésie
- Critères d'évaluation de l'efficacité thérapeutique

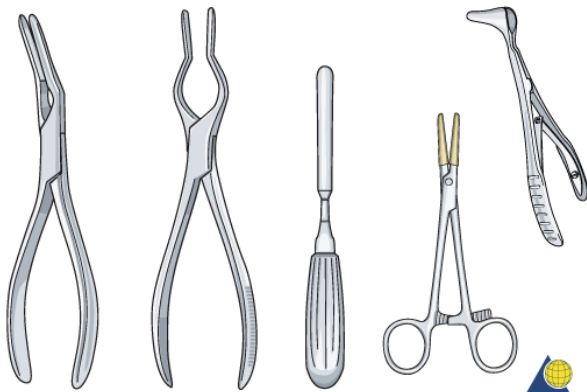
Quand et comment traiter?

1-Moyens médicaux

AINS, ATB, topiques ophtalmologiques

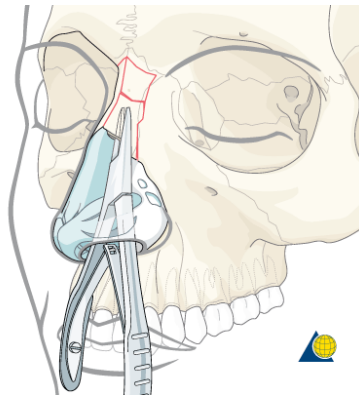
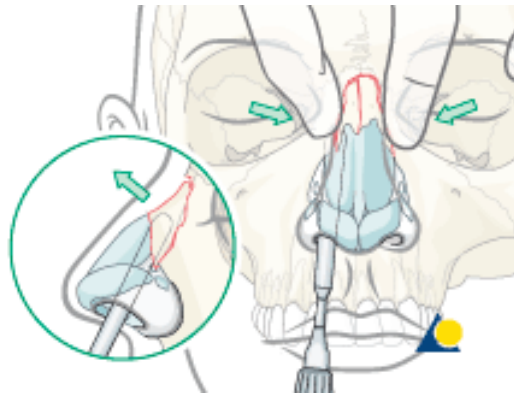
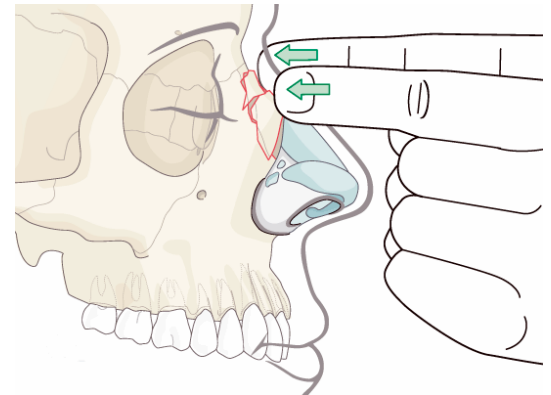
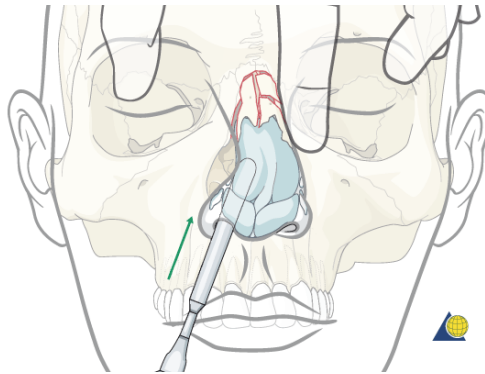
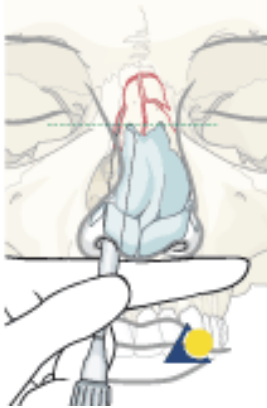
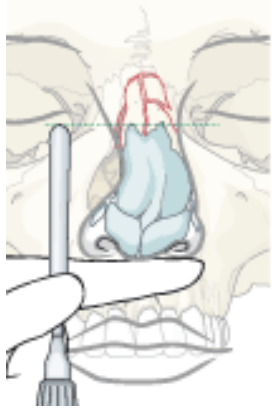
2- Moyens orthopédiques

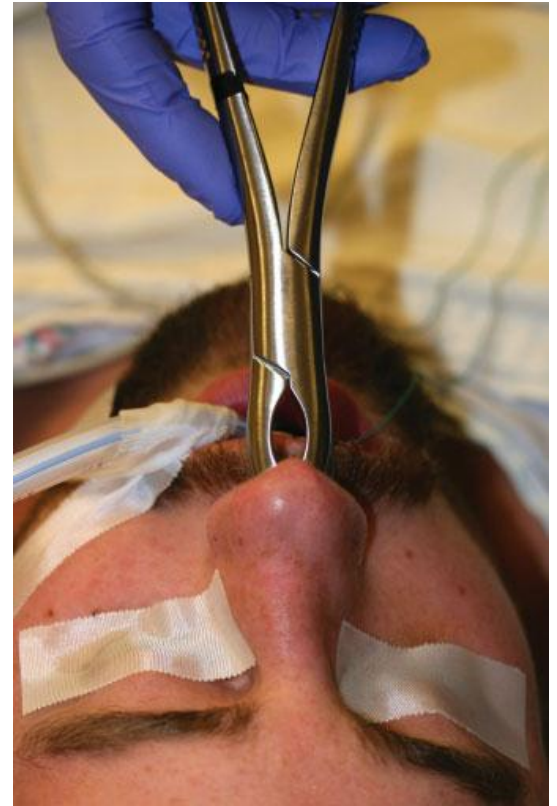
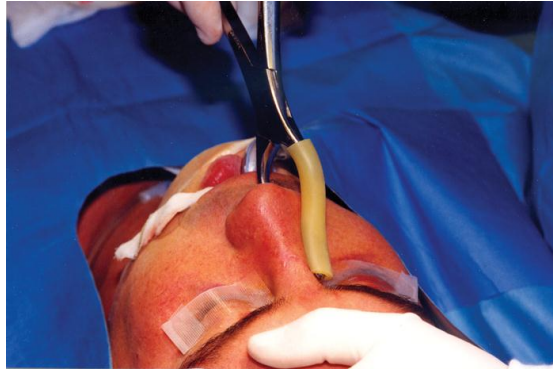
❖ **Réduction:** pression digitale ou instrumentation si dépression



Walsham forceps, Asch forceps, Boies Elevator

Quand et comment traiter?





Quand et comment traiter?

2- Moyens orthopédiques

❖ Contention:

Externe: Attelles sur la pyramide nasale

Protection de la peau par du sparadrap ou strips:

1- Contention primaire

2- Essorer le nez → diminuer l'œdème

3- Interface entre peau et plâtre

Interne: Tamponnement ant, attelle interne (silastic, film radio)

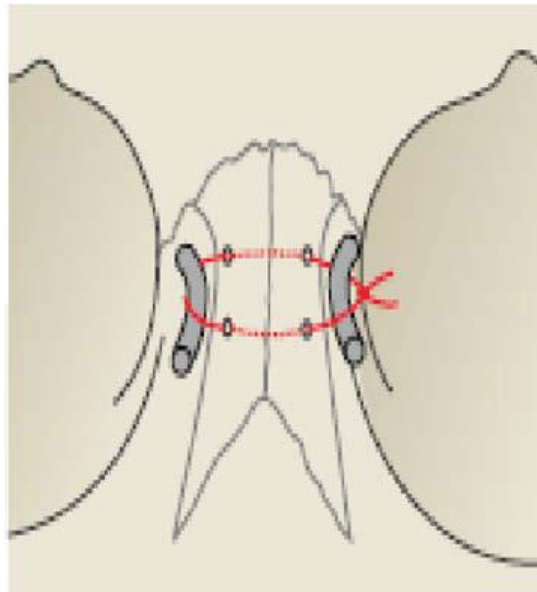
Quand et comment traiter?

3- Moyens chirurgicaux

❖ Réduction par voie muqueuse ou cutanée

Fractures CNEMFO

❖ Contention



Quand et comment traiter?

1-Le bilan initial élimine les urgences vitales immédiates

2-Délai d'intervention: 3 tableaux imposent un geste d'urgence

- Epistaxis incoercible
- Hématome de la cloison
- Fracture ouverte avec effraction cutanée

En DH de ces conditions → 10j

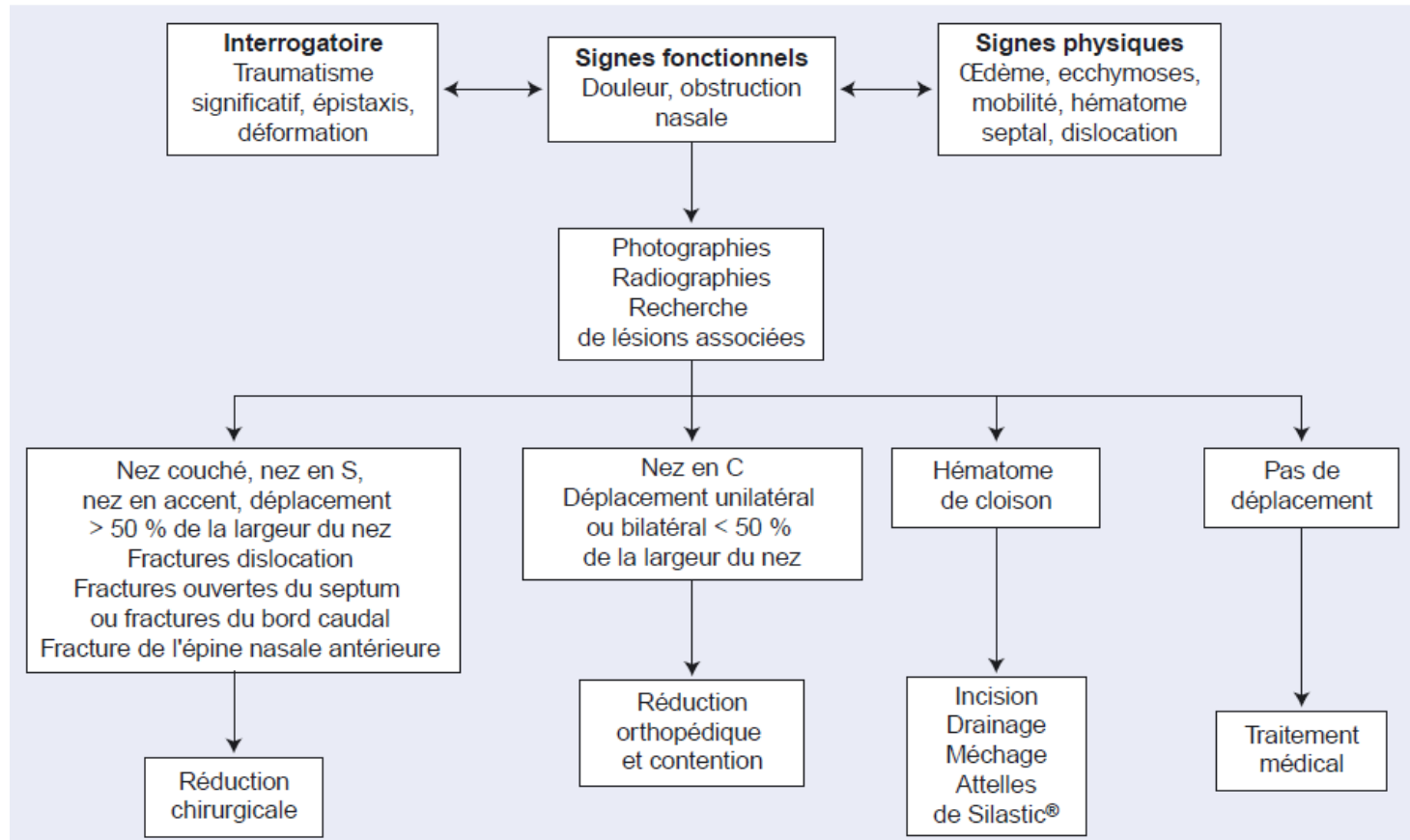
Hématome de la cloison

Sous anesthésie locale, il convient d'inciser l'hématome, de le drainer et de mettre en place deux attelles internes fixées par un point en « U » de part et d'autre du septum afin d'éviter une récurrence.

On peut également ponctionner la collection sous anesthésie locale et mécher les deux fosses nasales, surtout si l'hématome est haut situé.



INDICATIONS



INDICATIONS

Type I : TRT médical + glaçage

Type IIa, IIb, III < 4h: réduction orthopédique + contention + glaçage

Type IV: < 4h: réduction chirurgicale + contention + glaçage

Type II → IV: > 4h: glaçage et évaluation à J7 → déformation nasale

→ Réduction chirurgicale + contention

Type V: réduction chirurgicale TRT des complications

Causes d'échec de la réduction

A-Timing de la réduction

B- causes anatomiques



1. Composante septale
2. Embarrure isolée.
3. Chevauchement osseux
4. Communion importante.
5. Ensellure importante

C- Présence d'une fracture antérieure

D- Déplacement sous plâtre

E- Ablation précoce de plâtre

F-Causes techniques

- Présence d'un corps étranger
- Réduction excessive
- Rotation anti horaire
- Tentation de réduction d'une fracture unilatérale en poussant de l'autre côté.
- Persistance d'une luxation entre le triangulaire et l'os

CONCLUSION

- Le diagnostic d'une fracture du nez repose sur l'interrogatoire + Ex Clinique
- Aucune technique de réduction n'est utilisable pour tous les patients et dans tous les cas.
- La prise en charge précoce minimise les séquelles et évite le recours à des interventions secondaires.

.