

PRISE EN CHARGE DES FRACTURES DU NEZ CHEZ L'ENFANT

Particularités chez l'enfant :

- squelette cartilagineux ++ (flexibilité ++, microfractures du cartilage risque de séquelles tardives)
- proéminence nasale moindre (# plus rares)

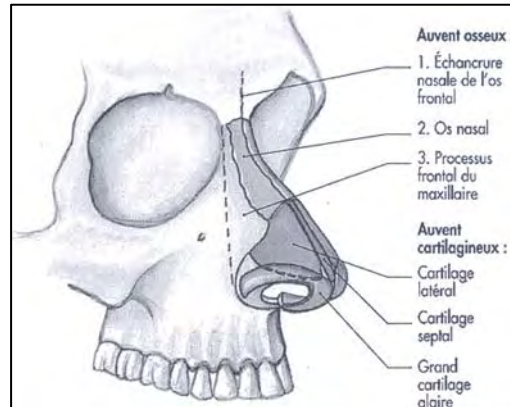
Anatomie :

Portion osseuse :

- os propre du nez
- processus nasaux de l'os frontal et maxillaire

Portion cartilagineuse :

- septum
- latéral
- alaire



Physiopathologie

- Impact latéral : Fc ++++, trauma à basse énergie (chute/coup de poing)
- Impact frontal : atteinte chondroseptale, si atteinte osseuse elle est plus grave que lors d'impact latéral.

Anamnèse :

- Dynamique du traumatisme (choc frontal/latéral, haute/basse énergie)
- Epistaxis
- Obstruction
- Malformation nasale

Examen clinique :

Observation :

- Oedème ecchymotique
- Déformation : (regarder le patient de face, depuis le haut, depuis le bas)
axe/symétrie de la pyramide et des narines
Position pointe du nez (axe : milieu du front/menton)
- Plaie cutanée (cave : # ouverte)
- Epistaxis

Palpation

- Points douloureux
- Ensellure
- Marche d'escalier/convexité/concavité des bords de la pyramide nasale
- Asymétrie de la pyramide nasale
- Crépitation (emphysème sur fracture et lésion muqueuse)
- Recherche de fractures cranio-faciales associées

Rhinoscopie (rhinoscope, endoscope rigide 0°/30°, otoscope)

- Hématome de la cloison nasale
- Fracture cartilagineuse ou osseuse septale
- Epistaxis : plaie muqueuse ou lésion artère ethmoïdale (epistaxis sup)
- Ecoulement clair (fistule de LCR)

Examens paracliniques :

Radiologie :

- !!!!! **PAS** de radiologie standard !!!!! (même à titre médico-légal)
- traits de fracture difficilement interprétables (sutures, empreintes vasculaires)
- cartilage +++
- si nécessaire lors de **trauma de la face** → bilan maxillo-facial ou neurochirurgical: OPG, Worms modifié pour condyle, Hirtz modifié pour arcade zygomatique, CT massif facial.

Photo :

- avant la fracture (comparatif)
- Après la fracture (titre médico-légal lors d'agression)

Traitement :

→ si diagnostic avéré ou suspect montrer au CDC de CHP !

- Si pas d'œdème (et patient à jeun) reposition nasale en urgence
- Si œdème reposition nasale à distance
(le patient est traité par : glace/Brufen et revient entre J3 et J5 avec **photo** avant la fracture, aux urgences, **à jeun. Avertir le CDC de CHP et l'anesthésiste, annoncer au programme opératoire et au service de chirurgie pédiatrique**).
- cave si > 5j. risque de consolidation !

Réduction à foyer fermé sous AG patient intubé :

- Par élévateur nasal
- Contention interne par méchage (si instable ou épistaxis ++)
- Contention externe par attelle en aluminium 10-14 jours
- Antibiothérapie prophylactique si réduction (Zinacef i.v. 25 mg/kg/dose 3x/j pendant l'hospitalisation puis 10 mg/kg/dose, 3x/j per os pour 5 jours)
- Contrôle clinique à 10 jours avec ablation de l'attelle
- Ev. geste complémentaire (septoplastie, rhinoplastie) à fin de croissance (F 12-13 ans, G 14-15 ans)

Cas particulier : hématome de cloison

→ drainage en urgence avec méchage serré et AB prophylactique

Complications :

Hématome de cloison :

- Surinfection (abcès de cloison, méningite, thrombophlébites cérébrales et des sinus caverneux, abcès cérébrale)
- Nécrose/fibrose (fonte cartilage, ensellure nasale, troubles de la perméabilité)