



Les fractures du nez

Rosaria Tanferna

Xavier, 25 ans, se présente à l'urgence à trois heures du matin à la suite d'une altercation avec un individu. Il a reçu un coup de poing sur le nez et craint une fracture. Il se demande s'il a besoin de radiographies. Que faites-vous ?

LA POSITION PROÉMINENTE du nez et son anatomie font en sorte que les fractures sont fréquentes et représentent environ 40 % de toutes les fractures du visage^{1,2}. Les accidents de sport, les accidents de la route et les altercations physiques en sont les causes les plus fréquentes. La fracture du nez peut être isolée ou accompagnée d'autres traumatismes faciaux^{1,2}.

Malheureusement, beaucoup de patients ne consultent pas après un traumatisme nasal. Par conséquent, un bon nombre auront une atteinte esthétique ou même fonctionnelle résiduelle.

Le nez est l'organe olfactif périphérique composé d'une partie supérieure, les deux os propres du nez, et d'une partie inférieure, le cartilage (figures 1 et 2). Ce dernier est mobile grâce aux muscles faciaux qui entourent le nez. Les deux parties du nez peuvent subir des fractures. Chez l'enfant, la prédominance de la portion cartilagineuse explique pourquoi la fracture « en bois vert » (sans déplacement) est la plus fréquente^{2,3}.

Quelle est la physiopathologie des fractures du nez ?

Le mécanisme traumatique fait partie intégrante de l'anamnèse. Le type et la gravité de la fracture dépendent de la force, de la direction et du mécanisme de l'impact. Un petit objet à haute vitesse peut in-

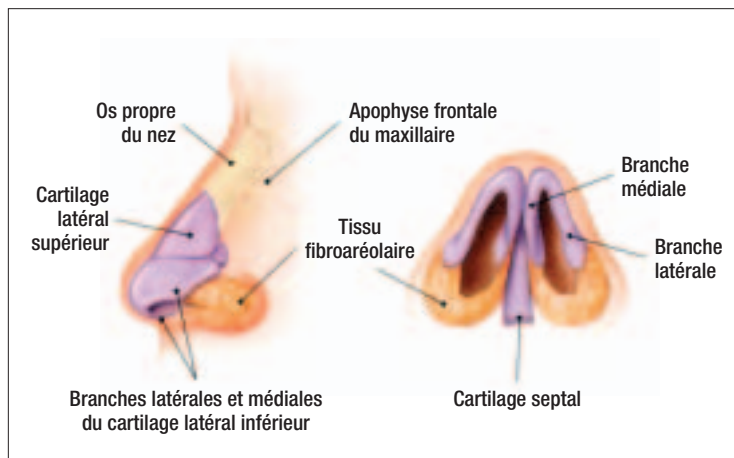


Figure 1. Relation anatomique entre les os propres du nez, le cartilage et le septum nasal. Source : Kucik CJ, Clenney T, Phelan J. Management of acute nasal fractures. *Am Fam Physician* 2004 ; 70 (7) : 1315-20.

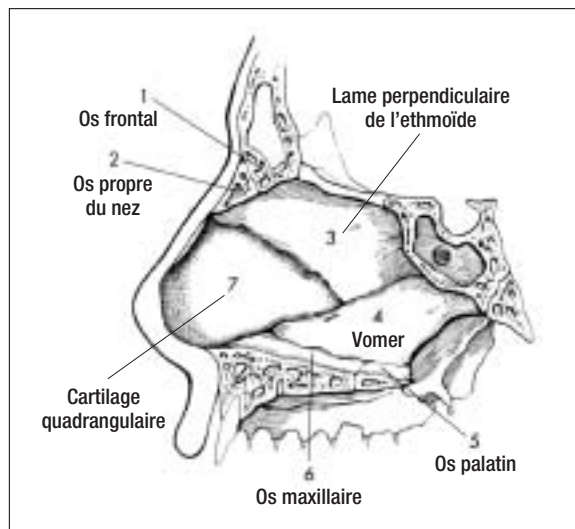


Figure 2. Anatomie du septum nasal. Source : Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA et coll. *Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, vol. 2, 3^e éd. Missouri : Mosby ; 1998.

La D^{re} Rosaria Tanferna, omnipraticienne, exerce au Service de médecine d'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et est chargée d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal. Elle exerce également en cabinet privé.

fliger autant de dommage qu'un plus gros voyageant à moins grande vitesse. Donc, il est important de faire une évaluation détaillée du trauma.

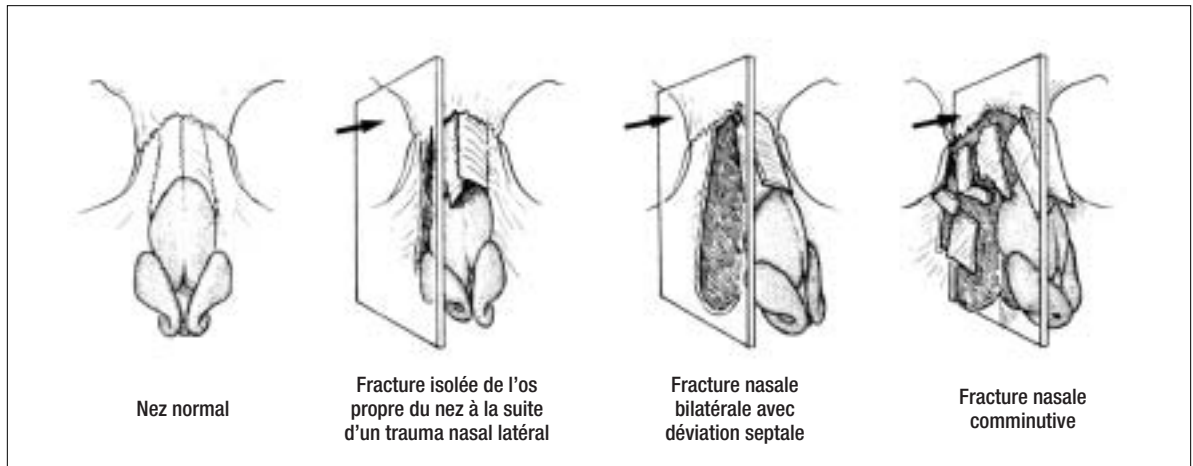


Figure 3. Physiopathologie du traumatisme nasal.

Source : Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA et coll. *Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, vol. 2, 3^e éd. Saint-Louis : Mosby ; 1998.

Tableau I

Antécédents pertinents²

- Cause et mécanisme du traumatisme
- Date et heure du traumatisme
- Fractures ou interventions chirurgicales antérieures du nez ou du visage
- Antécédents de déformation ou d'obstruction nasale
- Si possible, photo récente du patient avant la fracture
- Information sur la prise de drogue ou d'alcool avant le traumatisme

L'impact latéral est le mécanisme le plus fréquent (figure 3). On note une dépression du côté de l'impact, associée à un déplacement vers l'extérieur du côté opposé³.

L'impact frontal peut produire une dépression et un élargissement de la partie dorsale du nez, souvent associés à une obstruction nasale.

Les fractures du nez constituent-elles une urgence ?

L'évaluation clinique

Il est primordial d'obtenir des renseignements détaillés sur le traumatisme ainsi que les antécédents

personnels pertinents du patient (tableau I).

À l'évaluation clinique, il faut rechercher des traumatismes potentiellement plus graves qu'une fracture du nez, dont le diagnostic se fait habituellement dans un deuxième temps. D'abord, il faut toujours exclure tout traumatisme cervical associé au traumatisme de la face, puis toute fracture du massif facial. Les règles de soins avancés de réanimation traumatologique (ATLS) s'appliquent dans tous les cas de trauma, et l'examen détaillé du nez fait partie d'une évaluation ultérieure. Ce dernier comprend deux volets : l'évaluation externe et l'évaluation interne^{1,3}.

L'évaluation externe

Malheureusement, l'examen externe peut s'avérer plutôt difficile à cause de l'œdème souvent déjà présent, surtout s'il est fait plusieurs heures après le traumatisme. L'examen externe du nez comprend l'évaluation du reste du massif facial et du visage.

On recherche un œdème et on en établit l'étendue. On vérifie également s'il y a des ecchymoses au niveau du nez ou de la région périorbitaire et des plaies cutanées. À la palpation, on cherche le point maximal de la douleur ou de l'emphysème sous-cutané. On palpe le nez afin d'élucider des crépitements ou un décalage au niveau des os propres. On vérifie également une

Si on soupçonne une fracture du nez, il faut d'abord toujours exclure tout traumatisme cervical associé au traumatisme de la face, puis toute fracture du massif facial.

Repère

Tableau II**Anesthésique topique⁴**

• Cocaine à une concentration de 5 % à 10 %	• 1 ml d'anesthésique topique* • 1 ml de vasoconstricteur topique*
• Lidocaïne à 4 %	• 1 ml d'anesthésique topique* • 1 ml de vasoconstricteur topique*
• Bupivacaïne à 0,5 %	• 1 ml d'anesthésique topique* • 1 ml de vasoconstricteur topique*
• Pontocaïne à 5 mg/ml	• 1 ml d'anesthésique topique* • 1 ml de vasoconstricteur topique*

* Faire un mélange 1 pour 1, en imbiber une ouate et l'insérer dans la narine.

Tableau III**Vasoconstricteur topique⁴**

• Cocaine à une concentration de 5 % à 10 %	• 1 ml d'anesthésique topique* • 1 ml de vasoconstricteur topique*
• Oxymétazoline	• 1 ml d'anesthésique topique* • 1 ml de vasoconstricteur topique*
• Chlorhydrate de phényléphrine	• 1 ml d'anesthésique topique* • 1 ml de vasoconstricteur topique*

* Faire un mélange 1 pour 1, en imbiber une ouate et l'insérer dans la narine.

malocclusion dentaire *de novo* (qui peut évoquer une fracture maxillaire ou mandibulaire). Enfin, on fait une évaluation des mouvements oculaires et un examen des yeux de façon attentive (pour ne pas manquer une fracture orbitaire). On vérifie l'état vaccinal (vaccin antitétanique) du patient et on administre des antibiotiques au besoin¹ (fracture ouverte, hématome septal ou présence d'un paquetage nasal).

L'évaluation interne

L'évaluation interne du nez nécessite quelques outils essentiels : un éclairage adéquat, une succion appropriée, un anesthésique topique ainsi qu'un vasoconstricteur topique.

On évacue les caillots de la cavité nasale par succion avec une solution saline, puis on applique un anesthésique et un vasoconstricteur topiques (*ta-*

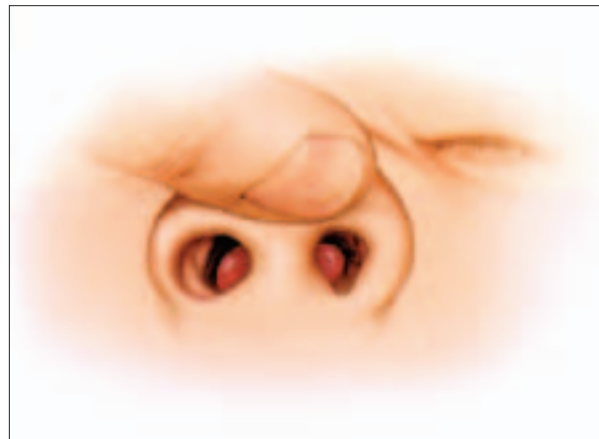


Figure 4. Hématome septal bilatéral.

Source : Kucik CJ, Clenney T, Phelan J. Management of acute nasal fractures. *Am Fam Physician* 2004 ; 70 (7) : 1315-20.

bleaux II et III)⁴.

L'anesthésie locale se fait de façon topique en insérant une ouate imbibée de produit anesthésiant. Un mélange de lidocaïne à 4 % et de chlorhydrate de phényléphrine dans une proportion de un pour un semble aussi efficace que la cocaïne à une concentration de 5 % à 10 %².

Durant l'examen interne du nez, il est important de noter toute obstruction ou déformation du septum nasal (*figure 4*)². On traite d'abord toute épistaxis active, puis on note s'il y a une lacération de la muqueuse nasale. On doit examiner attentivement le septum afin d'éliminer la présence d'un hématome septal qui doit faire l'objet d'une évaluation immédiate en ORL et qui doit être drainé de façon urgente afin d'éviter la nécrose du cartilage septal (*encadré 1*). L'idéal est de faire voir le patient par un ORL avant de drainer l'hématome. Toutefois, lorsque c'est impossible, le patient sera vu par l'ORL après l'intervention.

À l'examen, l'hématome peut avoir une apparence blanchâtre ou violacée et il est fluctuant. Le bombement du septum peut être unilatéral ou bilatéral. Il est fluctuant à la palpation à l'aide d'une tige montée ou d'une curette. S'il y a un doute, une ponction à l'aiguille sous anesthésie locale peut confirmer ou infirmer le diagnostic.

L'*encadré 2* résume les critères diagnostiques d'une fracture du nez.

Encadré 1

Drainage d'un hématome septal^{2,4}

Voici la marche à suivre pour le drainage d'un hématome septal (figure 5) :

- incision au bistouri avec évacuation complète de l'hématome ;
- mise en place d'un drain de Penrose, au besoin (non illustré) ;
- paquetage nasal (unilatéral ou bilatéral) pour rapprocher les parois du septum (mucopérichondre) et éviter la réaccumulation de sang ;
- prescription d'antibiotiques contre *Staphylococcus aureus* dans tous les cas.

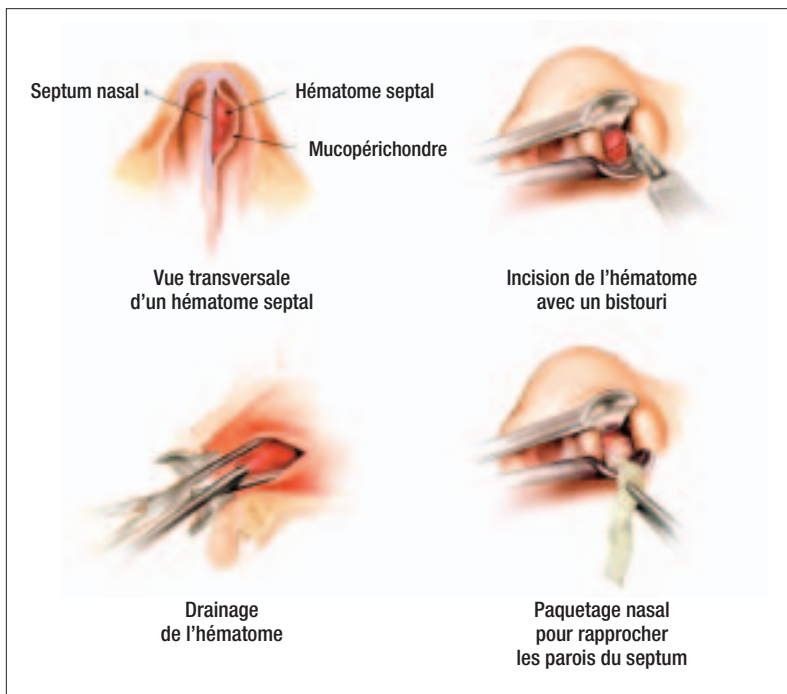


Figure 5. Drainage d'un hématome septal.

Source : Kucik CJ, Clenney T, Phelan J. Management of acute nasal fractures. *Am Fam Physician* 2004 ; 70 (7) : 1315-20.

Faut-il encore demander une radiographie du nez ?

Toute atteinte soupçonnée autre qu'une fracture isolée du nez (surtout une fracture naso-orbito-ethmoïdale) doit faire l'objet d'un examen radiologique approprié (tomodensitométrie du massif facial avec coupes axiales et coronales) et d'une consul-

Encadré 2

Critères diagnostiques d'une fracture du nez^{*†}

- Œdème
- Ecchymose
- Sensibilité locale
- Présence ou absence d'une déformation nasale
- Présence ou absence d'une déviation du septum nasal

* Examiner le nez lorsque l'œdème s'est résorbé et ne camoufle plus le déplacement, c'est-à-dire de 5 à 7 jours après le traumatisme.

† Chez l'enfant, le nez est composé surtout de cartilage et, en conséquence, n'est pas radio-opaque. Il n'y a aucune raison, même médico-légale, de demander des radiographies¹.

tation auprès d'un spécialiste des traumatismes maxillofaciaux de l'hôpital.

Bien qu'elles soient souvent exigées par le patient, les radiographies simples du nez sont inutiles car le diagnostic de fracture du nez demeure clinique^{2,5}.

Quand et comment traiter ?

Il est évident que le but premier du traitement est de rétablir la fonction et l'apparence du nez.

Selon la littérature, une évaluation et une réduction fermée immédiate de la fracture dans les trois à six heures suivant le trauma sont souhaitables¹. Cependant, la plupart des patients sont évalués après ce délai et présentent déjà un œdème marqué à l'examen initial. Les adultes doivent être réévalués dans les dix à quatorze jours suivants et les enfants dans un délai de sept à dix jours¹ afin, s'il y a lieu, qu'une réduction fermée soit effectuée sous anesthésie locale, ce qui évite souvent une intervention correctrice plus tard¹.

Au-delà de cette période, le processus de consolidation de la fracture est déjà commencé, et une ré-

Les radiographies simples du nez, bien qu'elles soient souvent exigées par le patient, sont inutiles, même pour des motifs médico-légaux. Le diagnostic de fracture du nez demeure un diagnostic clinique.

Repère



Figure 6. Réduction fermée d'une fracture nasale avec l'instrument de Boies. Placer l'instrument dans la narine sous l'os dévié, puis réduire l'os en position anatomique en exerçant une pression sur l'os controlatéral avec le pouce opposé.

Source : Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA et coll. *Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, vol. 2, 3^e éd. Saint-Louis : Mosby ; 1998.

duction fermée devient alors plus difficile, voire impossible (figure 6). En présence d'une déformation esthétique ou d'une obstruction nasale post-traumatique résiduelles, le patient pourra subir une rhinoplastie, une septoplastie ou une septorhinoplastie de six à douze mois après le traumatisme¹.

Il est préférable de consulter un spécialiste, surtout en présence d'une fracture ouverte ou d'une déformation marquée. Les patients présentant de telles lésions sont souvent vus en quelques jours¹.

Retour au cas de Xavier

Xavier a été réexaminé à sept heures. Mis à part un œdème important du nez, le reste de l'examen n'a rien révélé. Le patient a été rassuré et ira voir l'ORL dans les prochains sept à dix jours.

Summary

Nasal Fractures. Due to its position and anatomy, nasal fractures are frequent and represent 40% of all facial fractures. The mechanism of the impact and the type of objects that caused it are important. A nasal fracture diagnosis is purely clinical and radiological tests should be ordered only if an underlying complicating fracture is suspected. Every patient should be re-evaluated by an ORL specialist within seven to ten days, with the exception of those suffering from open fractures, septal hematoma or major cosmetic deformities who should be seen within one or two days.

Keywords: nasal fractures, septal hematoma, radiological tests

L'ANAMNÈSE ET L'EXAMEN physique sont la pierre angulaire du diagnostic de fracture nasale. Les radiographies simples du nez sont d'une utilité limitée, ce que confirme la littérature. La plupart des patients ayant une fracture du nez présentent souvent un œdème important, ce qui empêche le médecin de procéder à une réduction fermée immédiate. 📞

Date de réception : 30 octobre 2006

Date d'acceptation : 18 décembre 2006

Mots-clés : fracture du nez, hématome septal, radiographies

La D^{re} Rosaria Tanferna n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Mondin V, Rinaldo A, Ferlito A. Management of nasal bone fractures. *Am J Otolaryngol* 2005 ; 26 (3) : 181-5.
2. Kucik CJ, Clenney T, Phelan J. Management of acute nasal fractures. *Am Fam Physician* 2004 ; 70 (7) : 1315-20.
3. Rubinstein B, Strong B. Management of nasal fractures. *Arch Fam Med* 2000 ; 9 (8) : 738-42.
4. Moses S. Nasal fractures: Nasal bone fracture. *Family Practice Notebook.com*. Site Internet : www.fpnotebook.com/ent139.htm (Date de consultation : octobre 2006).
5. Oluwasanmi AF, Pinto AL. Management of nasal trauma-widespread misuse of radiographs. *Clin Perform Qual Health Care* 2000 ; 8 (2) : 83-5.

La plupart des patients doivent faire l'objet d'une réévaluation par un ORL dans les sept à dix jours suivants, sauf ceux ayant une fracture ouverte, un hématome septal ou une déformation marquée du nez. Le but premier du traitement est de rétablir la fonction et l'apparence du nez.

Repère