

TRAUMATISMES DU NEZ PENDANT L'ACCOUCHEMENT

J. Ma. Montserrat-Viladiu, Barcelona, Spain

Les lésions anatomiques et aussi les difformités qu'on peut trouver dans le nez des nouveaux nés peuvent avoir quatre étiologies différentes.

- 1a. À altérations pendant le développement du fœtus par désembroiopathies qui peuvent déterminer différentes difformités heureusement rares, le traitement desquelles ne forme part du travail quotidien pratiqué en rhinologie.

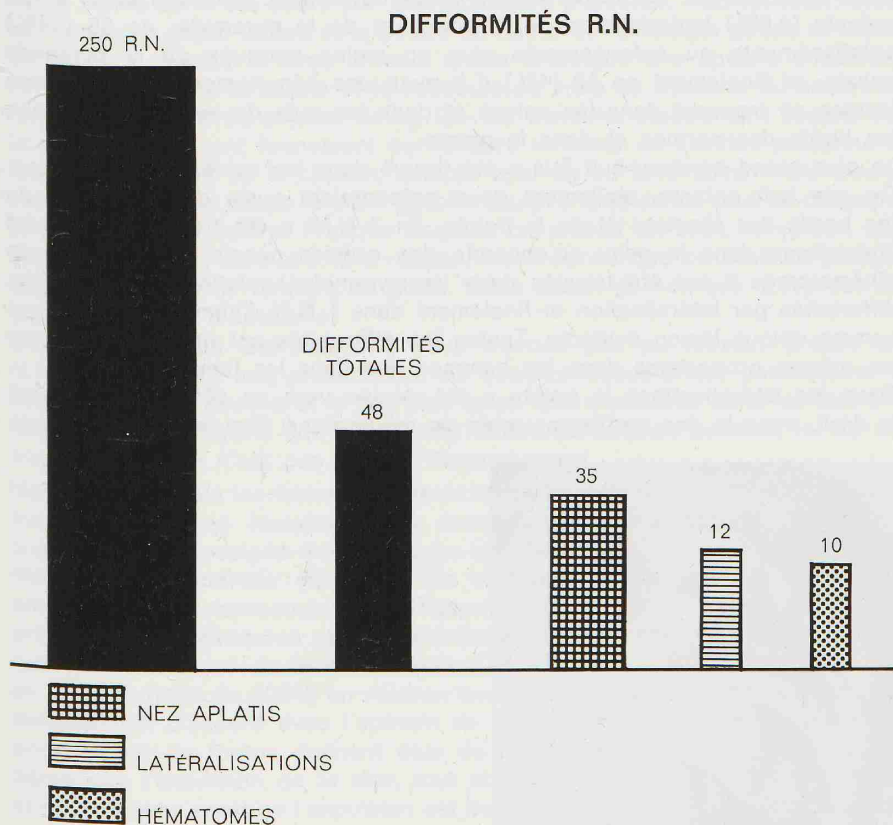


Figure 1. Difformités du nez en 250 nouveaux nés.

- 2a. À traumatismes dûs à l'action iatrogène pendant l'acte obstétrique.
- 3a. À problèmes mécaniques et de situation du fœtus dans l'utérus maternel.
- 4a. Et finalement à compressions ou traumatismes soufferts par la tête du fœtus dans le travail de l'accouchement.

Dans cette communication nous parlerons d'une façon exclusive des difformités du dernier paragraphe, c'est à dire des lésions que dans l'opinion de la majorité d'autres qui se sont occupés de ces problèmes, sont dues à traumatismes, frictions ou compressions qu'ont lieu pendant l'accouchement. On fera aussi allusion à un de nos cas que nous croyons peut être parmi les difformités du paragraphe 3.

Pour mieux étudier la fréquence et les caractéristiques de ces lésions, nous avons examiné une série d'enfants.

Voici les résultats de nos observations:

Nous avons étudié 250 nouveaux-nés (N.N.), dans le Service d'Obstétrique et Gynécologie du Dr. V. Cònill de l'Hôpital de la Sta. Cruz y S. Pablo de Barcelona. Ils furent tous accouchés normalement et on les a examinés pendant leurs premières 24 heures de vie. Les résultats que nous avons trouvés sont:

Dans les 250 N.N. on trouve 48 (19%) de difformités. Celles-ci sont: en 12 enfants (4,8%) latéralisation de la pointe et de la pyramide; en 35 (14%) aplatissements ou enfoncements plus ou moins marqués de la pyramide nasale; et finalement en 10 (4%) il y avait des hématomes. Ces dernières lésions se trouvent dans les valves et dans les culs de sac ou aussi dans les bords des narines et dans la pointe.

Le plus grand nombre, huit fois a été trouvé dans les valves et culs de sac. De ces huit enfants, seulement deux présentaient aussi des lésions dans les bords des fenêtres et de la pointe. En 2 N.N. a été trouvé uniquement l'hématome dans la peau qu'encercler des orifices nasals. De nos 10 cas d'hématomes 6 ont été trouvés dans les pyramides aplaties et 3 entre les difformités par latéralisation et finalement dans 1 N.N. l'hématome se trouva comme unique lésion évidente. Toutes les difformités ont été trouvées dans les mêmes proportions dans les hommes que dans les femmes.

Dans les latéralisations la pointe a été déviée vers un côté, généralement le droit, avec le dos cartilagineux en ce même sens (Figure 2). Les narines

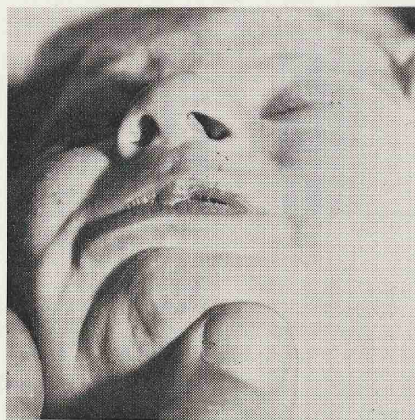


Figure 2. Difformité par latéralisation de la pointe à droite.

étaient différentes de forme et orientation. Les vestibules également différents avaient de grandes altérations structurelles. Le vestibule du côté de la narine le plus large, généralement le droite, était aplati avec l'axe transversal de son étroit vestibule-fossal élargi. Dans le vestibule du côté opposé se trouve le pied de la cloison, qui se présente comme un gonflement arrivant plusieurs fois à contacter avec la paroi latérale du vestibule ou avec la tête du cornet inférieur.

Cette déviation du septum antérieur et du pied se produit, lorsque l'action traumatique pousse le nez cartilagineux vers un côté. Si cette action est suffisamment forte la cloison se luxé et s'échappe du sillon de la premaxille et du vomer et tombe dans un vestibule, en même temps, la pointe du nez se dirige vers l'autre côté.

Cette déviation septale est responsable de toutes les altérations du lobule du nez. Il suffit de remettre le septum à sa position centrale pour faire disparaître toutes les difformités.

En ce que nous concerne, nous avons fait l'indication chirurgicale dans tous nos 12 latéralisations. Elle fut acceptée dans 10 cas. Nous avons pu la réaliser dans 9 cas avec un résultat satisfaisant. Le traitement que nous avons utilisé est le même qui a été décrit par divers auteurs (Kirshner, Hadley, Klaff, etc.) Le chirurgien prend le dos et la pointe du nez avec les doigts pouce et index de sa main gauche et avec la main droite empoigne une spatule émoussée, l'introduisant dans la narine et le vestibule, la situe au dessous du bourrelet formé par le pied du septum dévié. On fait travailler l'instrument comme un levier. En l'appuyant fermement sur le bord inférieur de l'orifice piriforme il fait élever le pied de la cloison, compte tenu de ne faire aucun mouvement brusque. En même temps la main gauche soulève la pyramide tout en dirigeant la pointe vers le centre. Presque toujours on entend un bruit, le «crac», qui indique le succès de notre intervention, étant donné que ce bruit se produit quand le septum se remet à sa place. Dans aucun de nos cas, il n'y eut de complications ni d'épistaxis.

Dans une de nos latéralisations nous n'avons pas pu réussir. C'était un N.N. qui avait fait une présentation en occipito-iliaque-droite postérieure. Il avait la pointe à gauche et le dos plus aplati que d'habitude dans les latéralisations. Nous croyons que c'était une difformité acquise pendant la vie intra-utérine et elle n'est pas due à l'accouchement.

Nous avons étudié les latéralisations de la pointe et de la pyramide en relation avec les positions fœtales. Nous avons trouvé dans nos 12 cas, 7 en position fœtale occipito-iliaque-gauche-antérieur (O.I.G.A.) et 5 en occipito-iliaque-droite-postérieur (O.I.D.P.). On doit tenir compte que les positions antérieures sont beaucoup plus fréquentes. Dans notre cas il y avait 164 présentations antérieures et 48 postérieures. De ces chiffres on peut déduire que la latéralisation de la pointe était d'un 4,2% en O.I.G.A. et d'un 10,4% en O.I.D.P. (plus du 200% en relation avec la première position). Cette constatation est d'accord avec l'opinion de Hadley selon laquelle les positions postérieures du fœtus donnent plus de latéralisations du nez. Ceci arrive parce que l'excursion de la tête, tout en faisant le mouvement de rotation et de descente avant de l'expulsion est beaucoup plus long dans les positions postérieures que dans les antérieures.

Nous croyons que l'explication de la latéralisation du nez du N.N. en relation

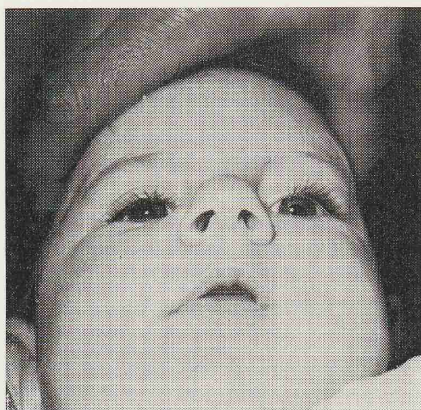


Figure 3. Le même enfant de la Figure 2. A. immédiatement après le traitement. B. deux mois après.

avec la rotation et descente de la tête du fœtus pendant l'accouchement est très satisfaisante.

En premier rang nous devons remarquer que le diamètre plus long de la tête du N.N. n'est pas l'occipito-menton comme on dit classiquement. Plusieurs fois, c'est le diamètre occipito-pointe du nez. Des mesures prises par différents auteurs entre eux ceux de l'école de Cottle nous l'ont affirmé. Personnellement nous avons fait la constatation sur 25 N.N. d'entre lesquels 23 étaient des accouchements normaux et 2 césariennes.

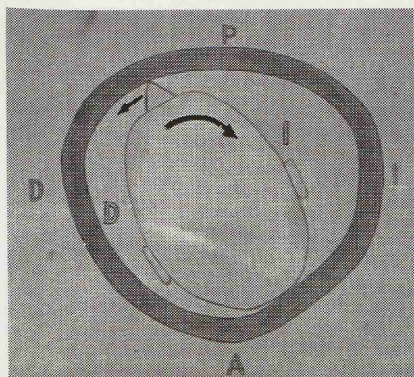
Nous avons pris la mesure entre le premier et le cinquième jour, nos diamètres oscillent entre 16 et 10 cm. par l'occipito-menton et 17 et 12 cm. par l'occipito-pointe du nez.

De nos 25 cas 23 présentèrent le diamètre occipito-nez de 1 à 2 cm. plus long que l'occipito-menton. Seulement en deux cas les diamètres furent les mêmes, et en aucun d'eux fut supérieur l'occipito-menton à l'occipito-nez. On a pu confirmer notre assertion même dans les deux césariennes; les deux avaient le diamètre occipito-nez 1 et 2 cm. respectivement plus long que l'occipito-menton. Dans ce cas nous ne pouvons pas accepter que cette relative diminution du diamètre occipito-menton pouvait être due au travail d'accouchement.

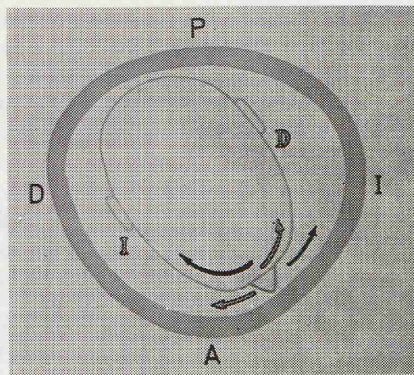
On peut bien penser que la longueur du diamètre occipito-nez suppose un plus grand traumatisme par le nez pendant l'engagement du fœtus. Quand le fœtus tourne sa tête par la descente et l'expulsion, le nez peut être poussé fortement et latéralement contre les parois qui l'emprisonnent.

Supposons que la tête se présente en O.I.G.A.; quand la tête tourne pour placer l'occiput derrière le pubis la pointe du nez se déplace par l'action du frottement sur la droite de l'enfant et la luxation du septum antérieur peut se produire, et avec elle, la latéralisation du lobule (Figure 4).

Quand la présentation est en O.I.D.P. la tête peut tourner pour placer l'occipital du fœtus en position occipito-pubienne ou occipito-sacrée. Si l'expulsion est en occipito-sacrée la tête tourne 45° et le nez se dévie à droite



4



5

Figure 4. Schéma de la position de la tête foetale. O.I.G.A.

P = paroi postérieure; D = côté droite; G = côté gauche, de la mère et de l'enfant. On doit faire attention que la tête du fœtus regarde les pieds de la mère, les côtés D. et G. de l'enfant sont en correspondance avec les homonymes de la mère. Les flèches indiquent le mouvement de la tête et la direction de déplacement de la pointe du nez.

Figure 5. Les flèches dans l'intérieur du crâne, marquent le sens de rotation de la tête; les noires par l'expulsion occipito-sacrée, les autres par l'expulsion occipito-pubienne.

comme dans le cas antérieur. Si l'expulsion est en occipito-pubienne la tête tourne 135° et le nez se déplace à gauche (Figure 5).

De nos 5 latéralisations O.I.D.P. une fit l'expulsion en occipito-sacrée et la pointe était déplacée à droite. Les autres 4 cas firent l'expulsion en occipito-pubienne, et d'entre eux 3 avaient la pointe à gauche. Seulement un de ces enfants avait la pointe du nez déplacée à droite. Ce dernier N.N. est l'unique latéralisation que nous ne pouvons pas placer dans notre explication étiopathogénique.

Nous vous rapportons dans la figure toutes nos latéralisations. Nous avons relationné chacun de nos malades avec la latéralisation de son nez, la pré-

Relation entre les déviations de la pointe du nez et la présentation du fœtus

Nom	Présentation	Expulsion	Pointe vers	Sens rot.
L.R.	O.I.G.A.	occipito-pubienne	D.	concordant
M.M.	O.I.G.A.	occipito-pubienne	D.	"
J.C.	O.I.G.A.	occipito-pubienne	D.	"
R.R.	O.I.G.A.	occipito-pubienne	D.	"
D.R.	O.I.G.A.	occipito-pubienne	D.	"
A.D.	O.I.G.A.	occipito-pubienne	D.	"
I.Z.	O.I.G.A.	occipito-pubienne	D.	"
M.R.	O.I.D.P.	occipito-pubienne	G.	"
I.R.	O.I.D.P.	occipito-pubienne	G.	"
+ C.R.	O.I.D.P.	occipito-pubienne	D.	"
M.G.	O.I.D.P.	occipito-sacrée	D.	"
R.A.	O.I.D.P.	occipito-pubienne	D.	discordant

sensation foetale et aussi la position de la tête en l'expulsion. Celui qui est marqué est celui que nous n'avons pas pu délatéraliser.

D'accord avec notre expérience les difformités du nez du N.N. sont relativement fréquentes et parmi elles les latéralisations de la pointe assez importante pour que les obstétriciens, les pédiatres et surtout les otorhinos y fassions une remarquable attention.

SUMMARY

The deformities by compression or by non surgical traumatism that appear during birth are studied. The examination of 250 normal newborn infants shows 19% with deformities distributed in the following way:

4,8% lateralisation of the tip and the pyramid

14% flattened noses

4% hematomas

These last injuries can be found basically in the valves and the cul de sac. Of these hematomas 6 appeared in the flattened noses and 3 in the lateralizations.

The occipito-nosetip diameter of the fetal head has been studied and it was found to be one to two centimeters longer than the occipito-chin diameter. Among the lateralizations 7 were found in the L.O.A. position and 5 in the R.O.P. position.

It seems that there is a relationship between the fetal position, the head rotation during birth and the lateralisation of the nose tip in the newborn infant.

Gerona, 131, 1°, 2a, Barcelona - 9, Spain.