

Introduction

*Fréquentes et graves, les fractures du rocher par traumatisme crânien font partie des fractures de la base du crâne.

*Causes : principalement les accidents de la voie publique

*Le bilan clinique oto-rhino-laryngologique et radiologique par tomographie en haute résolution des rochers doit être le plus précoce possible afin d'améliorer le résultat fonctionnel à long terme.

*âge moyen : 29 ans

*prédominance masculine (68% des cas).

*Circonstance la plus fréquente: Accident de la voie publique (81% des cas).

*Une fracture de l'os temporal a été suspectée :

- immédiatement: 6 cas
- A distance : 16 cas avec un intervalle de trois semaines.

*Examen clinique:

- Une paralysie faciale périphérique : 9 cas
- une otorragie : 16 patients.
- une surdité : de transmission dans 14 cas / neurosensorielle dans 4 cas / mixte dans 3 cas.
- Une fuite de liquide céphalorachidien : 3 cas.

*La tomographie a révélé :

+Des lésions cérébrales:

- hématome extradural: 3 cas
- hématome intracérébral : 2 cas
- hémorragie sous-arachnoïdienne: 2 cas.
- Une pneumocéphalie temporale : un cas
- une méningite: 1 cas

+ Au niveau du rocher :

- Fracture extra-labyrinthique simple et comminutive:13 cas → Supra-meatique et Rétro-meatique dans 5 cas / pré-meatique dans 4 cas
- Fracture trans-labyrinthique : 13 cas → Lésions du canal semi-circulaire postérieur: 1 cas/Fracture du vestibule 3 cas/ Fracture au niveau de la cochlée:1
- L'aqueduc du nerf facial a été atteint dans 3 cas → au niveau du ganglion géniculé:1cas
au niveau de sa deuxième portion dans son trajet mastoïdien: 2 cas
- Une altération de la chaîne ossiculaire : 4 patients → luxation uncudo-stapédienne: 3 cas/ Luxation incudo-malléaire: 1 cas.

* Prise en charge: deux patients ont eu une chirurgie de décompression du nerf facial.

Conclusion

-Tout traumatisme crânien présentant soit : une otorragie, , une surdité, une paralysie faciale périphérique, des vertiges persistants, des acouphènes persistants doit bénéficier d'un bilan TDM spécifique des rochers en coupes inframillimétriques.

-La répartition en lésions labyrinthiques ou extra-labyrinthiques, plus moderne, permet d'apprécier plus aisément, par la notion d'atteinte du labyrinthe, l'existence de lésions neurologiques

Objectifs

Étudier les aspects radiologiques des fractures du rocher et rapporter leurs complications

Méthodes et Matériels

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 22 cas recueillis sur une période de 14 ans (janvier 2008 à décembre 2022) dans service ORL et CCF Farhat Hached Sousse

Résultats

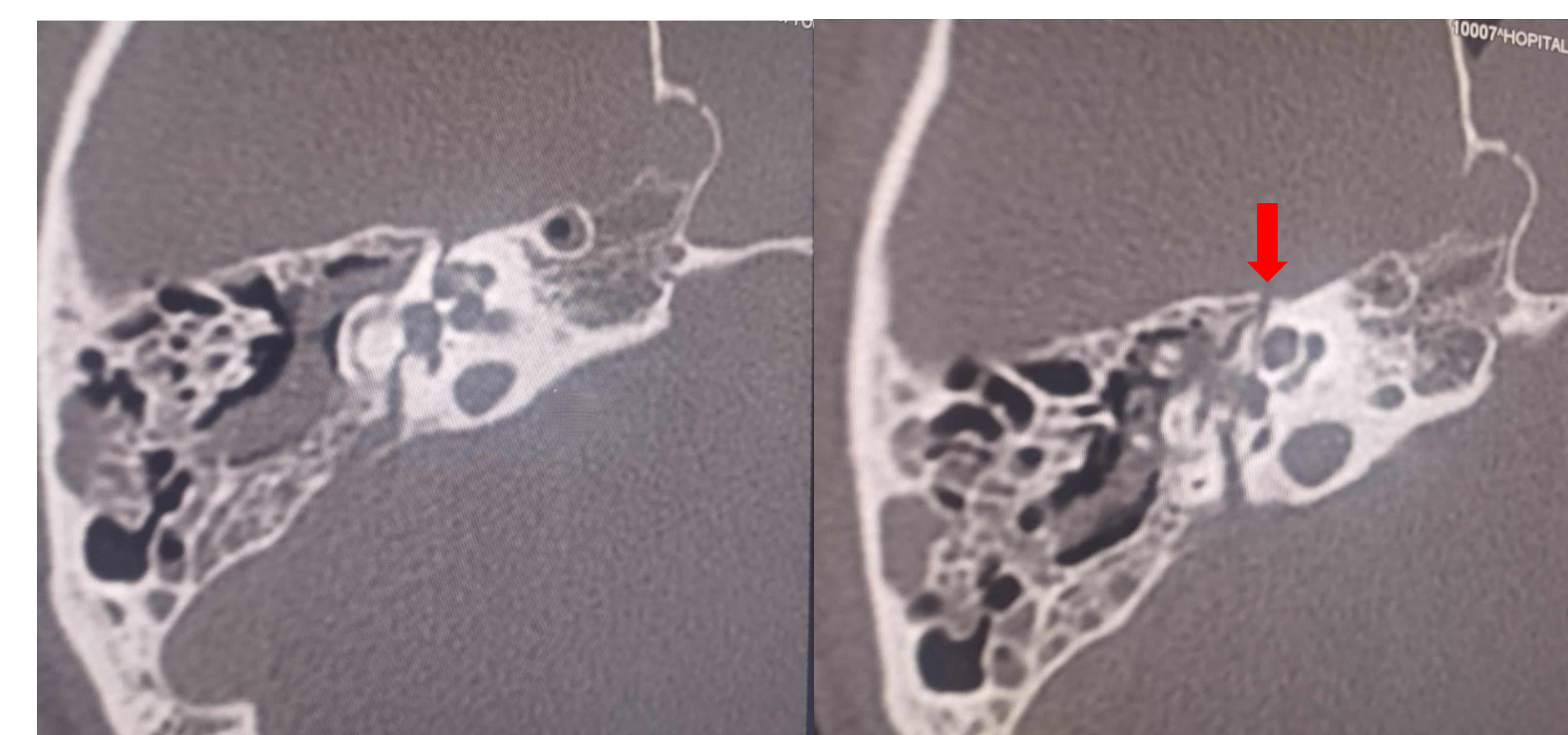


Figure 1: coupe axiale du rocher droit: Fracture transversale Trans-labyrinthique passant par la cochlée et le ganglion géniculé (→)

*Le bilan radiologique des fractures du rocher se fait par TDM

*Seules des coupes fines reconstruites en filtre osseux adapté pourront permettre une analyse correcte des lésions traumatiques (1).

*L'IRM pourra être utilisée occasionnellement pour mettre en évidence un hémolabyrinthe mais ne constitue pas un examen de routine dans ce cadre des fractures du rocher (1).

• La connaissance des classifications TDM modernes des fractures du rocher (longitudinale, transversale labyrinthiques, extra-labyrinthiques) permet d'apprécier la possibilité de lésions cliniques spécifiques de ces fractures (2).

*Historiquement les lésions de l'os temporal étaient divisées en fractures longitudinales et transversales selon une classification purement anatomique mais ainsi peu représentative des conséquences cliniques de ces fractures.

* La fracture est dite labyrinthique si le trait de fracture atteint la cochlée, le vestibule, ou les fenêtres ovales ou rondes. Par opposition, une lésion extra-labyrinthique épargne ces structures et peut alors exposer à des lésions isolées de l'oreille moyenne (ossiculaires) ou du nerf facial. Ce type d'atteinte est beaucoup plus fréquent (90 %) que les lésions labyrinthiques ou mixtes.

• Systématiquement l'examen est couplé à des reconstructions MPR, notamment dans le plan de l'étrier pour détecter des lésions fines de l'étrier ou de la platine (3).

Références

- 1/ Barreau, X. (2011). Imagerie des fractures du rocher [Imaging features of temporal bone fractures]. Journal de Radiologie, 92, 958–966
- 2/ Le Boulanger N, Roger G, Williams MT, Garabedian EN. Traumatic intravestibular luxation of the stapes highlighted in computed tomographic scan oblique multiplanar oblique reconstruction. Otol Neurotol 2010;31(2):360–1.
- 3/ Henrot P, Iochum S, Batch T, Coffient L, Blum A, Roland J. Current multiplanar imaging of the stapes. AJNR 2005;26(8):2128–33