



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE DE LA LITTÉRATURE

Syndrome du nez vide[☆]

A. Coste^{a,*}, P. Dessi^b, E. Serrano^c

^a Service d'ORL et chirurgie cervicofaciale, centre hospitalier intercommunal, 40, avenue de Verdun, 94010 Créteil cedex, France

^b Service d'ORL et chirurgie cervicofaciale, hôpital Timone-Adulte, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 5, France

^c Service d'ORL et chirurgie cervicofaciale, hôpital Larrey, 24, chemin de Pouvoirville, TSA 30030, 31059 Toulouse cedex 09, France

MOTS CLÉS

Syndrome du nez vide ;
Turbinectomie ;
Obstruction nasale ;
Rhinite

Résumé Le syndrome du nez vide (SNV) est une entité clinique sans définition consensuelle qui affecte certains patients opérés du nez et des sinus, principalement après turbinectomie inférieure. Il reste une complication rare de ces chirurgies. Sa physiopathologie reste mal connue mais résulterait des désordres engendrés par une trop large perméabilité nasale avec altérations des récepteurs neurosensitifs et des fonctions de conditionnement et d'humidification de l'air inspiré. La participation de troubles neuropsychologiques est suspectée. Sa symptomatologie est variable et protéiforme, le signe le plus commun étant une obstruction nasale paradoxale. Le diagnostic de SNV repose sur (i) un cortège de symptômes qui doit être colligé avec précision, (ii) le constat d'une large perméabilité nasale post-chirurgicale. Sa prise en charge thérapeutique reste difficile, utilisant tous les moyens simples d'hygiène et d'humidification des fosses nasales et seulement dans les cas les plus sévères la chirurgie qui vise, quelle que soit la technique, à un comblement partiel du couloir aérien nasal. Le volet préventif reste le plus important en (i) s'assurant avant toute chirurgie de la réalité objective d'une dysperméabilité nasale ne répondant pas au traitement médical, (ii) privilégiant les techniques chirurgicales les plus conservatrices.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

Introduction

Décrit en 1994 par Kern et Moore [1], le syndrome du nez vide (SNV) est une entité clinique controversée dont certains auteurs vont même jusqu'à douter de sa réalité [2]. Il

n'y a pas de définition consensuelle du SNV. Il affecte certains patients opérés du nez et des sinus, principalement après turbinectomie inférieure. Il reste une complication rare de ces chirurgies. Il est caractérisé par l'association d'une symptomatologie de rhinite atrophique associée à une perte de l'anatomie endonasale normale, notamment avec l'absence d'un ou plusieurs cornets [3].

Définition – Incidence

Le SNV est reconnu comme un trouble secondaire, apparaissant jusqu'à plusieurs mois ou années après intervention sur les cornets inférieurs et/ou moyens [2]. Il faut le distinguer

DOI de l'article original : 10.1016/j.anorl.2012.02.001.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : andre.coste@chicreteil.fr (A. Coste).

de la rhinite atrophique (ou ozène) qui est une affection primitive des structures nasosinusiennes d'origine inconnue mais qui partage une symptomatologie proche.

Le symptôme le plus commun du SNV est l'obstruction nasale dite paradoxale, car alléguée par le patient alors qu'objectivement les fosses nasales sont largement perméables à l'examen clinique et qu'aucun obstacle n'est décelable à l'imagerie ou à la rhinomanométrie et rhinométrie acoustique [2,4].

Houser distingue plusieurs sous-types de SNV en fonction du cornet réséqué : cornet inférieur, cornet moyen, les deux structures et un quatrième type où les structures turbinales semblent paradoxalement normales [4].

L'incidence du SNV reste inconnue faute d'études spécifiques sur le sujet. Néanmoins, Chhabra et Houser estiment que le SNV surviendrait chez 20% des patients après résection du cornet inférieur, intervention qui ne générerait qu'une simple sécheresse nasale chez de nombreux autres patients [2,4,5].

A contrario, les très nombreuses séries de la littérature rapportant les résultats des turbinectomies ou turbinoplasties (toutes techniques confondues) ne rapportent quasiment jamais de SNV dans les complications. Cependant, ces séries mentionnent des pourcentages variables « d'échecs », c'est-à-dire de patients présentant toujours une obstruction nasale postopératoire alors que le résultat anatomique semble largement satisfaisant.

Physiopathologie

La physiopathologie du SNV reste méconnue mais plusieurs hypothèses complémentaires sont retrouvées dans la littérature. Le SNV résulterait de la perte des fonctions physiologiques nasales (humidification, réchauffement et assainissement de l'air inspiré) par réduction de taille de la surface muqueuse [6]. Cette perte de surface muqueuse entraîne une perte proportionnelle des récepteurs sensitifs, tactiles et thermiques [7], nécessaires au traitement de l'air inspiré. Il a été montré dans l'étude de Shiethauer [8] que les patients souffrant de SNV présentaient une humidification moindre, un réchauffement majoré et une baisse des résistances du flux d'air nasal. La perte de ces fonctions a été évaluée à environ 23% après turbinectomie [6,9].

Plusieurs travaux montrent clairement que la réduction importante du volume du cornet inférieur modifie les régimes d'écoulement d'air dans les fosses nasales privilégiant une accélération et une augmentation du flux dans la partie inférieure au détriment de la partie supérieure [3,4,10].

Ces modifications sont à l'origine d'une altération de la fonction pulmonaire. En effet, les résistances nasales jouent un rôle majeur dans l'ouverture des bronchioles périphériques et dans l'optimisation de la ventilation alvéolaire. Cela permet ainsi une amélioration des échanges gazeux, une augmentation de la pression thoracique négative et améliore le retour veineux cardiaque et pulmonaire [4]. Ainsi, des résistances nasales normales à l'expiration permettent de maintenir les volumes pulmonaires et déterminent indirectement l'oxygénation artérielle [11].

Ces perturbations sont à l'origine de la sensation d'obstruction nasale décrite par les patients, qui peut aller à l'extrême jusqu'à une sensation de suffocation.

La sensation de sécheresse pharyngée, parfois retrouvée, est liée au passage de l'air trop peu humidifié par la muqueuse nasale dans les choanes qui vient affecter la muqueuse rhinopharyngée [8].

L'implication de mécanismes centraux est en cours d'étude. En effet, le paradoxe entre la congestion décrite par les patients et la baisse des résistances nasales pourrait être expliqué par une modification du taux de perméabilité nasale ou des valences des efférences nerveuses au départ de la muqueuse nasale [6].

Rôle de la turbinectomie dans l'apparition du SNV

La rhinite atrophique et le SNV sont des complications tardives des turbinectomies. Si les résections larges (turbinectomies totales ou sub-totales) sont les plus à risque, des cas de SNV après résection partielle ont été décrits [12]. Ces cas sont essentiellement ceux de patients ayant bénéficié d'une turbinectomie inférieure partielle intéressant la portion antérieure ou tête du cornet, qui a un rôle majeur pour le fonctionnement de la valve interne.

Les chirurgies conservatrices (turbinoplasties, radiofréquence...) sont ainsi recommandées après avoir posé une indication formelle (obstruction nasale résistant à un traitement médical bien conduit chez un patient présentant une hypertrophie turbinaire).

La quantité de muqueuse réséquée n'est pas forcément en cause et on ne sait pas à l'heure actuelle prédire le risque de développer un SNV.

Au sein des SNV, on distingue les SNV après turbinectomie inférieure (ENS-IT), après turbinectomie moyenne (ENS-MT) ou les deux associés (ENS-both) [12].

Le SNV après turbinectomie inférieure est le plus fréquent. Ces patients rapportent comme plaintes essentielles, l'obstruction nasale paradoxale et l'importante sécheresse muqueuse. Une hypothèse expliquant la fréquence de l'obstruction après résection du cornet inférieur serait liée à son rôle de modulateur du flux d'air nasal.

Le SNV après turbinectomie moyenne reste une entité plus rare. On retrouverait dans ce syndrome, outre les signes d'obstruction nasale caractéristique, une douleur lors de la respiration, qui pourrait être causé par le manque de muqueuse protégeant le ganglion sphéno-palatin [12].

SNV et rhinite atrophique

Le SNV a longtemps été apparenté à une forme de rhinite atrophique, d'origine iatrogène. La distinction entre les deux syndromes a cependant été précisée par certains auteurs [2,12]. La sensation paradoxale d'obstruction, la sécheresse et les croûtes sont des symptômes décrits dans les deux pathologies, qui ont amené à les confondre.

Le risque de développer une rhinite atrophique après chirurgie comprenant une résection muqueuse ne serait pas uniquement dû à la quantité de muqueuse réséquée mais également à des facteurs personnels et environnementaux non déterminés [13]. Ce risque est retrouvé dans la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105291>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105291>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)