



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Mise au point

La polypose nasale (ou rhinite olfactive chronique)[☆]

R. Jankowski, C. Rumeau, P. Gallet, D.T. Nguyen^{*}

Service d'ORL, chirurgie cervico-faciale, hôpitaux de Brabois, CHRU de Nancy, bâtiment Louis-Mathieu, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-les-Nancy, France



INFO ARTICLE

Mots clés :

Polypose nasale
 Rhinosinusite chronique
 Monoxide d'azote (NO)
 Ethmoïde
 Sinus paranasaux
 Scanner

RÉSUMÉ

Le concept de rhinosinusite chronique avec ou sans polype repose sur l'unicité structurale et fonctionnelle de la muqueuse pituitaire et sa réponse univoque aux agressions de l'environnement (allergènes, virus, bactéries, pollution...). Il est confronté dans la présente mise au point à la théorie évo-dévo des trois nez qui, au contraire, individualise la polypose nasale comme une maladie intrinsèque du nez olfactif et en particulier de la muqueuse non olfactive de l'ethmoïde (qui dans la théorie évo-dévo n'est pas un sinus mais l'os de la base du crâne abritant la muqueuse olfactive). L'approche évo-dévo permet un diagnostic positif simple et précis de la polypose nasale et de ses différentes formes cliniques, améliore le diagnostic différentiel en précisant les maladies chroniques du nez respiratoire et celles des sinus paranasaux, soulève l'hypothèse d'une origine auto-immune dirigée spécifiquement contre des auto-antigènes du système olfactif, et corrobore le concept chirurgical de nasalisation aux détriments de celui de chirurgie fonctionnelle des sinus et du complexe ostio-méatal. La ventilation sinusienne semble en effet mineure par rapport à sa fonction de production, stockage et libération active de monoxyde d'azote (NO) utile à l'oxygénation du sang artériel au niveau des alvéoles pulmonaires. Cette fonction respiratoire des sinus paranasaux est peut-être la plus importante de celles qui leur ont été attribuées. Le piégeage du NO dans les espaces ethmoïdaux permet en outre de comprendre certains aspects radiologiques associés à la polypose nasale.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La polypose nasale a un passé flou et ambigu, qui se perd dans l'histoire récente de la rhinologie. Hippocrate avait baptisé « polype » toute masse tissulaire macroscopique en forme de bat-tant de cloche développée dans la fosse nasale par analogie avec les polypes marins. Après avoir eu le spéculum nasal et la lampe frontale comme seul moyen d'examiner le nez, la rhinologie du début du 20^e siècle fondait son diagnostic sur la radiographie de la face en quatre incidences [1]. À la même époque, l'anatomie du nez et des sinus de la face était magistralement décrite et l'ethmoïde était supposé être le carrefour de la pathologie sinu-sienne [2]. L'avènement du scanner dans le dernier quart du 20^e siècle permettait l'exploration radiologique fine des sinus, et plus particulièrement de l'ethmoïde qui était jusque là mal visualisé par

la radiographie. Parallèlement l'endoscopie rigide, puis souple se développait pour devenir l'exploration de référence du nez et des sinus [3].

La lampe frontale et le spéculum nasal permettaient de voir les polypes du nez qui se révélaient être histologiquement de nature soit tumorale, soit inflammatoire. La présence en très grand nombre de polynucléaires éosinophiles dans les polypes inflammatoires, qui étaient le plus souvent bilatéraux, permettait d'individualiser la « polypose nasale » en tant qu'entité et de suspecter l'allergie d'être sa cause. La radiographie permit de révéler la constance des opacités sinusiennes chez ces patients et le terme de « polypose naso-sinusienne » était préféré. Parallèlement, le microscope opé-ratoire des otologues était utilisé pour opérer la polypose, mais à partir des années 1980 l'endoscope se révélait plus adapté pour la chirurgie endonasale. La finesse des images du scanner portait alors l'attention sur le complexe ostio-méatal, carrefour de ventilation et de drainage des sinus antérieurs de la face [4,5].

En 1994, une étude scanographique de la rhinite aiguë sai-sonnière commune [6], montrant la présence d'opacités plus ou moins étendues dans les cavités sinusiennes en l'absence de toute sinusite aiguë clinique, soulignait la réponse en apparence uni-ciste de la muqueuse du nez et des sinus aux agressions, unicité de cette muqueuse proposée au 17^e siècle par Schneider qui lui

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2018.03.004>.

[☆] 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 : dt.nguyen@chru-nancy.fr (D.T. Nguyen).

légua son nom [7] et confortée au 19^e siècle par Zuckerkandl [2]. Parallèlement à cette étude, les grands consensus internationaux consacraient le terme de « rhinosinusite chronique » pour souligner cette unicité [8–10]. Ces consensus différenciaient cliniquement la « rhinosinusite chronique sans polype » de la « rhinosinusite chronique avec polypes » mais conservaient l'hypothèse d'une unicité des causes et des mécanismes inflammatoires à l'origine de ces deux présentations cliniques, faisant fi des conclusions d'un consensus plus ancien qui avait proposé d'isoler la polyposse nasale des autres formes de polypes [11].

Le but de cette mise au point est de proposer une description originale de la polyposse nasale fondée sur une approche évo-dévo de la pathologie nasale et sinusienne, qui permet de l'identifier comme une maladie inflammatoire chronique spécifique de la muqueuse non olfactive de l'ethmoïde et non pas comme une rhinosinusite chronique (c'est-à-dire, une maladie inflammatoire non spécifique de toute la muqueuse nasale et sinusienne).

2. Présentation clinique

Le diagnostic de polyposse nasale repose entièrement sur la vue de polypes œdémateux dans les deux fosses nasales [8–11]. Ils apparaissent prolapsés en dehors (méats moyens) ou en dedans (fentes olfactives) des cornets moyens [12].

L'asymétrie de leur volume dans les deux fosses nasales est la règle et il est classique de le décrire au sein de chaque fosse nasale en quatre stades : stade 0 = absence de polype, stade 1 = polypes seulement dans le méat moyen, stade 2 = polypes débordant le méat moyen mais n'obstruant pas totalement le nez, stade 3 = polypes obstruant complètement le nez [8]. Nous utilisons cette classification avec les précisions suivantes :

- le stade 1 correspond à des polypes ne dépassant pas le bord libre du cornet moyen, qu'ils soient localisés dans le méat moyen ou la fente olfactive ;
- le stade 2 à des polypes touchant le dos du cornet inférieur ;
- le stade 3 à des polypes touchant le plancher de la fosse nasale ;
- le stade 4 à des polypes extériorisés dans le vestibule nasal.

Certaines polyposes ayant un développement postérieur préférentiel et apparaissant prolapsés dans le cavum qu'ils obstruent peuvent être classées en stade 4. On peut ainsi distinguer le stade 4a (antérieur ou vestibulaire) et le stade 4p (postérieur ou du cavum). À l'inverse, certaines polyposes florides d'un côté peuvent être associées à un œdème polypoïde contralatéral des reliefs du méat moyen et ou de la fente olfactive : on peut les classer en stade 0a si l'œdème polypoïde n'est visible que d'un côté ou 0b s'il est visible des deux côtés du cornet moyen.

Il paraît important de préciser dans la description des stades de polyposse si l'examen endoscopique a été fait sans ou après vasoconstricteurs.

La symptomatologie associée à la polyposse nasale est polymorphe, de l'absence de gêne fonctionnelle au dysfonctionnement nasal récidivant ou chronique insupportable, en passant par des dysfonctionnements monosymptomatiques variés (obstruction nasale isolée, anosmie isolée...) [13]. Un odorat fluctuant ou une perte d'odorat doivent cependant retenir l'attention à la recherche d'une polyposse dans les cas de diagnostic endoscopique difficile, en particulier en début d'évolution de la maladie.

3. Présentation scanographique

Une recherche bibliographique explorant PubMed de 1980 à 2017 avec les mots-clés « nasal polyposis » et « nasal polyps » ne retrouve aucun travail consacré à l'étude des images

scanographiques de la polyposse nasale, telle que définie cliniquement. Il n'y a pas non plus de paragraphe consacré à l'imagerie des « rhinosinusites chroniques avec polypes » dans aucun des rapports de consensus internationaux [8–10].

De nombreux travaux ont par contre été consacrés à l'étude et au classement des opacités ethmoïdales et sinusiennes des rhinosinusites chroniques avec ou sans polype, sans qu'une corrélation ait pu être définie entre imagerie et présentation clinique [14–17]. Les différents consensus recommandent de ne pas utiliser le scanner seul pour poser le diagnostic de rhinosinusite chronique, qui doit reposer sur la chronicité des symptômes aidée de l'endoscopie pour différencier les rhinosinusites avec ou sans polype [8–10]. Toute gêne fonctionnelle nasale n'étant pas la conséquence obligée d'une inflammation, le terme de « dysfonctionnement nasal chronique » semble plus rigoureux que « rhinosinusite chronique » pour définir a priori la pathologie fonctionnelle nasale [18] et mesurer son impact spécifique sur la qualité de vie [19].

Le scanner nez/sinus permet cependant une réflexion approfondie du concept de rhinosinusite chronique à la lumière des concepts nouveaux d'évo-dévo [20] et de sinusologie [21].

Soit l'imagerie scanographique résumée en deux coupes coronales d'une polyposse nasale, une première imagerie passant par les sinus frontaux et la deuxième par l'ostium (plus précisément le canal maxillo-nasal) des sinus maxillaires (Fig. 1). Comment expliquer avec la théorie classique de ventilation/drainage des cavités sinusiennes la radiotransparence des sinus frontaux et maxillaires de ce patient dont les deux complexes ostio-méataux contenant les ostiums frontaux et maxillaires apparaissent opacifiés par la pathologie œdémateuse ethmoïdale ? Comment par ailleurs expliquer la présence d'images gazeuses dans les espaces ethmoïdaux supérieurs (Fig. 1b) ? La capacité explicative de la théorie classique de ventilation sinusienne mérite d'être confrontée à celle de la théorie évo-dévo.

L'hypothèse d'une ventilation des cavités sinusiennes permettant de renouveler « l'air intra-sinusal » découle de leur description à la fin du 19^e siècle en tant que cavités développées à partir et dépendantes des fosses nasales [22]. Les études qui ont cherché à confirmer stricto sensu la ventilation sinusienne chez le volontaire sain, c'est-à-dire le renouvellement de l'air intra-sinusal à partir de l'air des fosses nasales, sont cependant rares et leurs conclusions très incertaines et peu convaincantes [23,24]. Le dysfonctionnement ostial probable engendré par l'inflammation éosinophilique d'une polyposse est une entrave supplémentaire à la compréhension de la ventilation des sinus frontaux et maxillaires de la Fig. 1 (les sinus sphénoïdaux étaient également radiotransparents chez ce patient).

L'hypothèse évo-dévo de la formation des sinus paranasaux permet a priori une explication plus rationnelle. Les sinus paranasaux maxillaires, frontaux et sphénoïdaux (l'ethmoïde n'est pas un sinus dans la théorie évo-dévo [20]) résulteraient de la cavitation de ces os suite à une dégénérescence de leur moelle rouge. Ce mécanisme appelé pneumatisation (qui intéresse aussi les vertèbres, le sternum et les os des ailes chez les oiseaux) est mal compris sur le plan biologique, mais laisse place à une cavité osseuse tapissée d'un épithélium producteur de NO (oxyde nitrique) [25]. Ainsi même en cas de dysfonctionnement ostial lié à l'inflammation d'une polyposse nasale, la production de NO par la muqueuse sinusienne pourrait suffire à expliquer la radiotransparence gazeuse de la cavité. Les images gazeuses dans les espaces ethmoïdaux supérieurs (Fig. 1b) pourraient alors correspondre à des bulles de gaz NO échappés des cavités sinusiennes et piégées dans les masses latérales de l'ethmoïde entre les polypes.

L'origine évo-dévo différente des sinus paranasaux et de l'ethmoïde permet également de comprendre la dissociation de leur atteinte pathologique au scanner. Les opacités radiologiques de la Fig. 1 engendrées par une polyposse nasale authentifiée

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805396>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805396>

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