



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Mise au point

Dysfonctionnement nasal chronique[☆]



R. Jankowski*, D.T. Nguyen, A. Russel, B. Toussaint, P. Gallet, C. Rumeau

Service ORL et chirurgie cervicofaciale, hôpital de Brabois, centre hospitalier régional universitaire de Nancy, université de Lorraine, bâtiment Louis-Mathieu, 54500 Vandœuvre-les-Nancy, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Rhinosinusite chronique
 Obstruction nasale
 Odorat
 Chirurgie endoscopique des sinus
 Ethmoïde
 Polypose nasale

RÉSUMÉ

Le dysfonctionnement nasal chronique (DNC) est un concept clinique de prise en charge diagnostique et thérapeutique de la pathologie rhino-sinusienne, qui s'appuie sur la théorie évo-dévo de formation du nez selon laquelle le nez n'est pas un organe unique mais l'association d'un nez olfactif, d'un nez respiratoire, et de sinus paranasaux. Dans la théorie du DNC le diagnostic étiologique tient compte de l'indépendance physiopathologique possible des symptômes, liée aux origines différentes et à la physiologie propre des trois organes qui composent le nez. Le raisonnement diagnostique dans le concept de DNC a pour objet de démembrer la pathologie en vue d'un traitement adapté à la pathologie du/des organe(s) malade(s) et aux possibilités de récupération physiologique des dysfonctionnements induits par la pathologie de l'un sur les autres organes composant le nez. L'ethmoïde n'étant pas un sinus, la chirurgie endoscopique endonasale fonctionnelle (Functional Endoscopic Endonasal Surgery ou FEES [fi:z]) ne peut se résumer dans le concept de chirurgie endoscopique fonctionnelle des sinus (Functional Endoscopic Sinus Surgery (FEES [fès])). La théorie évo-dévo du nez et le concept de DNC offrent une alternative à la conception de rhinosinusite chronique avec ou sans polypose dans la prise en charge des maladies naso-sinusiennes.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Le langage médical rhinologique véhicule l'état de connaissance de la physiologie et de la pathologie du nez et des sinus.

Les récents consensus internationaux [1,2] nomment « rhinosinusite chronique » la pathologie fonctionnelle chronique du nez et des sinus, étant ainsi sous-entendu que le nez et les sinus forment un seul organe et que l'inflammation est le dénominateur commun de sa pathologie non tumorale.

L'objet de cette mise au point est d'exposer un point de vue inverse, à savoir que l'organe rhino-sinusal représente en fait un assemblage de trois organes : un nez olfactif, un nez respiratoire et des sinus paranasaux [3,4], qui ont une pathologie fonctionnelle qui leur est propre et non nécessairement inflammatoire.

Le dysfonctionnement nasal chronique désigne le profil des symptômes d'origine nasale et leur répercussion spécifique sur la qualité de vie que rapporte un patient. Le diagnostic étiologique médical repose sur le trépied interrogatoire – endoscopie nasale –

scanner du massif facial. Le traitement découle de la compréhension physiopathologique des symptômes et son efficacité est jugée sur la mesure de l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie spécifique rapportée par le patient [5].

2. Obstruction nasale et anosmie

La démarche diagnostique utilisée pour analyser un dysfonctionnement nasal chronique et proposer une prise en charge thérapeutique mérite d'être introduite par un exemple concret.

Une jeune fille de 14 ans accompagnée de sa maman a consulté, il y a un an, pour une perte de l'odorat. Elle s'en était rendu compte un jour, six mois auparavant, mais ne savait pas dire si cette perte de l'odorat était apparue brusquement ou progressivement, à la suite d'un événement particulier (rhume, traumatisme...). Depuis qu'elle en avait pris conscience, elle testait régulièrement son odorat aux côtés de sa maman en espérant qu'il pourrait revenir.

Le questionnaire DyNaChron[®] [6], qu'elle avait renseigné seule préalablement et dont les réponses s'affichaient sur l'écran de l'ordinateur de consultation (Fig. 1), témoignait du retentissement insupportable (10 sur une échelle numérique de 0 à 10) de cette anosmie sur sa qualité de vie. Apparaissait également dans le questionnaire DyNaChron[®] une gêne liée à l'obstruction nasale, auto-évaluée à 8/10. L'obstruction nasale était en fait ancienne (plusieurs années) et s'accompagnait d'un tic de reniflement qui agaçait

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2017.11.006>.

[☆] 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 : r.jankowski@chru-nancy.fr (R. Jankowski).

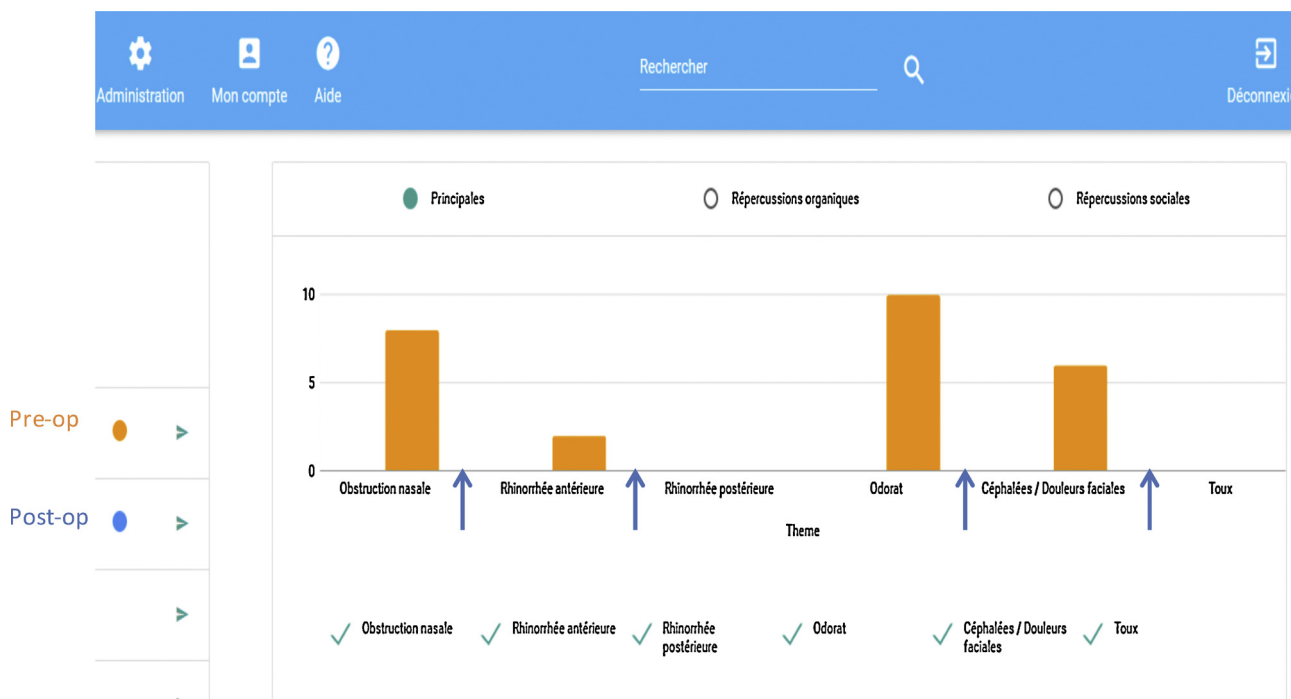


Fig. 1. Copie d'écran ordinateur des réponses pré (en orange)- et postopératoires (en bleu) au questionnaire DyNaChron®. Seule la gêne de chaque symptôme principal évaluée sur une échelle numérique de zéro à dix est rapportée sur cet écran, le détail des réponses au questionnaire pouvant être consulté et analysé en ouvrant les pages « répercussions organiques » et « répercussions sociales ». Les flèches bleues soulignent la réponse zéro « aucune gêne » à l'évaluation postopératoire de chaque symptôme principal, y compris la sensation de nez humide (rhinorrhée antérieure), le tic de reniflement (répercussions organiques de l'obstruction nasale) et les douleurs frontales chroniques.

son entourage. Elle avait la sensation d'avoir le nez humide (2/10) mais le mouchage ne ramenait jamais rien. Il y avait aussi dans des douleurs frontales avec une gêne cotée 6/10.

Le scanner du massif facial réalisé avant la consultation montrait une transparence gazeuse de toutes les cavités centrofaciales et révélait une nette déviation septale dans la fosse nasale gauche et une hypertrophie asymétrique des cornets inférieurs à prédominance droite. L'attention était attirée par l'opacité de deux récessus olfactifs non élargis, voire peut-être plus étroits que la normale (Fig. 2a–d).

La nasofibroscope, guidée par les données du scanner, confirmait la déviation septale et l'hypertrophie des cornets inférieurs et, bien que difficile à examiner et évaluer, suspectait une possible sténose de la partie postérieure et haute des fentes olfactives sur un contact serré entre les cornets supérieurs et la cloison.

Le Sniffin' Sticks test [7] dans sa version réduite Threshold, Identification (TI) indiquait une absence de seuil dans la détection du n-butanol (Threshold) et rapportait un score d'identification globale (Ig) à 6/16 dont deux réponses au hasard, soit un score d'identification réel (Ir) de 4/16 (hyposmie sévère) [8].

La jeune patiente et sa maman refusaient un test d'évaluation de la récupération olfactive sous corticoïdes généraux [9] et un test aux vasoconstricteurs pour évaluer la réversibilité de l'obstruction nasale. Les corticoïdes locaux avaient déjà été prescrits mais arrêtés au bout de trois mois en raison de leur inefficacité. Un bilan allergologique ne paraissait pas nécessaire au vu de cette inefficacité des corticoïdes nasaux et des caractéristiques du dysfonctionnement nasal chronique. Aucun traitement n'était en cours depuis plusieurs mois.

La jeune patiente et sa maman acceptaient les risques d'un traitement chirurgical sous anesthésie générale associant

turbinoplastie inférieure de réduction, septoplastie par désarticulation [10], et dilatation des fentes olfactives. Le lavage des fosses nasales sans autre traitement topique ou général était prescrit en postopératoire.

Le questionnaire d'autoévaluation DyNaChron® rempli un mois après l'intervention préalablement à la consultation ne rapportait plus aucun symptôme ni altération de la qualité de vie spécifique d'un dysfonctionnement nasal chronique (Fig. 1). Les reniflements et les douleurs frontales avaient disparu, la respiration se faisait librement et l'odorat était présent. Le Sniffin' Sticks test retrouvait des seuils normaux de perception du n-butanol et le score d'identification global et réel était à 13/16 (aucune réponse au hasard) (Fig. 3). Le scanner postopératoire (Fig. 2 e–h) montrait le redressement de la cloison, l'élargissement des méats inférieurs, et la réapparition d'un contenu gazeux dans les récessus olfactifs. L'examen endoscopique constatait des fentes olfactives perméables (Fig. 4). Ce résultat thérapeutique était stable un an plus tard.

3. Rhinosinusite chronique ou dysfonctionnement nasal chronique ?

Cette observation plaide en « défaveur » d'une étiologie inflammatoire des symptômes et en « défaveur » du concept de rhinosinusite chronique. La compréhension physiopathologique de ce dysfonctionnement nasal chronique a reposé sur la recherche des dérèglements possibles du fonctionnement physiologique des trois nez.

L'obstruction nasale pouvait être liée à la déviation septale ou à l'hypertrophie des cornets inférieurs ou encore à la combinaison de ces deux facteurs. Le test au vasoconstricteur aurait pu aider à évaluer le rôle des plexus caverneux. L'état actuel des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805453>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805453>

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