

L'OBSTRUCTION NASALE

Dr BADI .A.M

PLAN

DEFINITION ET GENERALITES :

RAPPEL ANATOMIQUE :

RAPPEL HISTOLOGIQUE :

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE :

ETUDE CLINIQUE :

- A. LE SYNDROME D'OBSTRUCTION NASALE :
- B. EXAMEN CLINIQUE :
- C. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

DIAGNOSTIC POSITIF :

- A. INTERROGATOIRE :
- B. EXAMEN CLINIQUE :
- C. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- A. INSUFFISANCE RESPIRATOIRE PAR CAUSE EXTRA PULMONAIRE :
- B. INSUFFISANCE BRONCHO-PULMONAIRE :
- C. INSUFFISANCE PHARYNGO-LARYNGEE :

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

CHEZ LE NOUVEAU NE :

- A. ATRESIE CHOANALE BILATERALE :
- B. OBSTRUCTION DE L'ORIFICE NARINAIRE :
- C. RHINITES :
- D. DEVIATION DE LA CLOISON NASALE :

CHEZ LE NOURISON ET LE JEUNE ENFANT :

- A. IMPERFORATION CHOANALE UNILATERALE :
- B. HYPERTROPHIE DES VEGETATIONS ADENOIDES :
- C. CORPS ETRANGERS DES FOSSES NASALES (Rhinolitiase) :
- D. DEVIATION DE LA CLOISON NASALE :

CHEZ LE GRAND ENFANT ET L'ADULTE :

- A. PATHOLOGIE TUMORALE :
- B. LES ANOMALIES ARCHITECTURALES :
- C. LES ALTERATIONS MUQUEUSES :
- D. AUTRES CAUSES :
- E. L'OBSTRUCTION NASALE FONCTIONNELLE :

CONCLUSION :

DEFINITION ET GENERALITES :

L'obstruction nasale comprend les causes qui s'opposent au passage physiologique de l'air au niveau de l'une ou des deux fosses nasales.

L'obstacle peut siéger au niveau des orifices narinaux, des fosses nasales proprement dites et du rhinopharynx.

Une obstruction nasale partielle unilatérale peut ne donner lieu à aucune insuffisance respiratoire et peu se trouver compensé par le flux aérien de la fosse nasale controlatérale.

Il faut toujours garder à l'esprit une éventuelle cause tumorale devant une obstruction nasale unilatérale.

RAPPEL ANATOMIQUE :

Le nez ou nez externe ou pyramide nasale est la portion de l'appareil nasal qui fait saillie au niveau de la partie médiane du massif facial moyen.

Elle constitue un auvent aux cavités nasales qu'elles protègent.

Elle comprend :

- Un squelette ostéo-cartilagineux.
- Un revêtement interne cutanéomuqueux.
- Un revêtement externe musculaire.

La fosse nasale est constituée d'un cadre ostéo-cartilagineux ; On lui décrit quatre parois:

Paroi médiale:

Sépare les deux cavités nasales ; constituées d'un squelette osteocartilagineux:

- En haut et en arrière la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.
- En bas et en arrière le vomer.
- En avant le cartilage septal.

Paroi supérieure ou toit :

Composé de trois zones d'avant en arrière:

- Zone fronto-nasale.
- Zone ethmoïdale.
- Zone sphénoïde.

Paroi inférieure ou plancher: forme une gouttière peu profonde.

Paroi latérale: la plus complexe

Composée de plusieurs régions:

- Région turbinale : cornets et méats .
- Région preturbinale.
- Région sus turbinale.

RAPPEL HISTOLOGIQUE :

La muqueuse des cavités nasales est de type:

- Respiratoire au niveau de la paroi latérale
- Olfactive au niveau du toit.
- Epidermoïde au niveau du vestibule.

La région des cornets est particulièrement riche d'un réseau artérioveineux ; qui constitue le plexus caveux.

RAPPEL PHYSIOLOGIQUE :

- Rôle respiratoire: Réchauffement et humidification de l'air inspiré.
- Débarrasse l'air inspiré des particules grâce au système muco-ciliaire.
- Rôle immunologique par sécrétion d'IgA, macrophage, ...

- Olfaction: épithélium sensoriel.
- Phonation: cavité de résonance

ETUDE CLINIQUE :

A- LE SYNDROME D'OBSTRUCTION NASALE :

1. Gène respiratoire :

Sensation désagréable pouvant porter sur les deux temps de la respiration.
Elle peut être **aigüe, intermittente ou chronique**, il existe une dissociation fréquente entre le degré d'obstruction et les symptômes cliniques.
La gêne éprouvée dépend de plusieurs facteurs :

→ Siège :

- Unilatérale ou bilatérale : Unilatérale, l'obstruction est bien supportée, la fosse controlatérale peut respirer.
- Partie supérieure des fosses nasales : l'obstacle est moins bien toléré s'il siège dans la région du cornet moyen.

→ Rapidité d'installation :

- L'obstruction aigüe est mal supportée,
- L'obstruction progressive peut passer inaperçue.

→ Age du sujet :

- Le sujet jeune présente normalement des fosses nasales relativement plus étroites ; il est donc plus sensible au rétrécissement du calibre de la filière nasale.

2. Autres troubles :

a. Troubles de l'olfaction :

Résultent de la déviation du courant aérien, L'**anosmie** est nette dans les obstructions nasales aigües ; elle est inconstante dans les obstructions nasales chroniques.

b. Troubles de la phonation :

L'obstruction nasale modifie le timbre de la voix qui devient assourdie, c'est la **rhinolalie fermée**.

B- EXAMEN CLINIQUE :

1. Examen de la pyramide nasale :

Appréciation de la forme générale du nez, racine osseuse, os propre, branche montante du maxillaire, contours.

Examen de la portion cartilagineuse et des orifices narinaux.

2. Rhinoscopie antérieure :

Temps capital de l'examen, après le nettoyage des fosses nasales

- Sans préparation, l'examen au spéculum permet d'inspecter le tiers antérieur de la

fosse nasale.

--Après rétraction de la muqueuse pituitaire à l'aide de vasoconstricteurs, il est possible d'examiner les deux tiers de la fosse nasale.

3. Rhinoscopie postérieur :

--Par examen indirect au miroir,;
explore les choanes et tous les éléments du rhinopharynx : amygdales pharyngées,
orifices de la trompe auditive, fossettes de Rosenmuler.

4. Toucher pharyngien :

Utile chez l'enfant ou la rhinoscopie postérieur est souvent difficile.

C- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1. Examens radiologiques :

--Radio des fosses nasales et des sinus.
--TDM et IRM

2. Examens sanguins :

--FNS, VS.
--Sérologie.
--IgE.

3. Biopsie :

Essentiellement muqueuse, est indispensable en cas de formation bourgeonnante, elle permet le diagnostic histologique des tumeurs.

4. Epreuves fonctionnels :

--Rhinohygométrie au miroir de Glazer compare la quantité de chaque narine d'air expiré.
--Spirométrie : estimation indirecte.
--Rhinomanométrie : mesure de la quantité de débit et de la pression de l'air au niveau des fosses nasales avant et après stimulation par un allergène.

DIAGNOSTIC POSITIF :

A- INTERROGATOIRE :

--Age.
--Antécédents.
--Retentissement.
--Signes accompagnateurs.

B- EXAMEN CLINIQUE :

1. Examen de la pyramide nasale :
 - Appréciation de la forme générale.
 - Examen de la lame osseuse.
 - Examen de la portion cartilagineuse.
 - Examen des orifices narinaux.
2. Rhinoscopie antérieure après rétraction :
Septum ; les régions supérieures et postérieures.
3. Rhinoscopie postérieure :
 - Par examen direct au spéculum de JANKAUR.
 - Par examen indirect au miroir.
4. Examen bucco-pharyngé : Surtout chez l'enfant.

C- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Radiologique : standard, TDM, IRM.
- Sanguins : FNS, VS, Sérologie, IgE.
- Biopsie.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

1- INSUFFISANCE RESPIRATOIRE PAR CAUSE EXTRA PULMONAIRE :

- Atteinte centrale, coma, traumatisme, fracture.
- Incapacité musculaire de la paroi thoracique.

2- INSUFFISANCE BRONCHO-PULMONAIRE :

- Epanchements pleuraux.
- Pneumopathies.
- Obstruction bronchiques aiguës.
- Asthme.

3- INSUFFISANCE PHARYNGO-LARYNGEE :

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

CHEZ LE NOUVEAU NE :

L'obstruction nasale, quand elle est bilatérale est toujours à l'origine d'une détresse respiratoire.

1- ATRESIE CHOANALE BILATERALE :

- Le diagnostic repose sur l'introduction d'une sonde qui bute à 3,5cm de l'orifice narinaire.
- aggravation de l'insuffisance respiratoire et troubles de la déglutition lors de la tété.
- Traitement : chirurgical.

2- OBSTRUCTION DE L'ORIFICE NARINAIRE :

- Persistance d'une membrane qui ferme l'orifice.
- Traitement : résection chirurgicale.

3- RHINITES :

- Tableau d'une détresse respiratoire.
- L'examen retrouve une turgescence des cornets plaqués contre le septum ainsi qu'une congestion importante des muqueuses.
- L'étiologie est les manœuvres endo nasales répétés.
- Traitement :
 - Désinfection nasale avec anti-inflammatoires et vaso-constricteurs (Adrénaline 1%, 1 goutte 2-3 fois/ jours dans chaque fosses nasales).

4- DEVIATION DE LA CLOISON NASALE :

- Due à l'accouchement.
- Il faut savoir la reconnaître et l'a traité dès la naissance.

CHEZ LE NOURISON ET LE JEUNE ENFANT :

Moins dramatique que chez le nouveau né mais extrêmement fréquente.

1- IMPERFORATION CHOANALE UNILATERALE :

- De diagnostic tardif.
- Se manifeste par une obstruction nasale et rhinorrhée purulentes unilatérales.
- L'impossibilité d'introduire une sonde pose le diagnostic.

2- HYPERTROPHIE DES VEGETATIONS ADENOIDES :

- Etiologie la plus fréquent.
- Normalement développées dans le jeune âge, elles peuvent être hypertrophiées.
- Aggravée par les poussés inflammatoires.
- Accident de grande dyspnée obstructive de survenu nocturne, lors du décubitus dorsal, avec tirage et cyanose.
- Le diagnostic est établis par :
 - jetage muco-purulent sur la paroi postérieure de l'oropharynx.
 - Masse gris rosée remplissant +/- le cavum à la rhinoscopie postérieur.
 - Au toucher digital.
 - Radiographie du cavum de profil.
- Traitement : Chirurgical, adénoïdectomie.

3- CORPS ETRANGERS DES FOSSES NASALES (Rhinolitiase) :

- Très fréquentes chez l'enfant et passant souvent inaperçus.
- Une obstruction nasale unilatérale ave rhinorrhées fétides doit attirer l'attention.
- Traitement : Extraction du corps étrangers.

4- DEVIATION DE LA CLOISON NASALE :

- Pose surtout le problème de la thérapeutique.
- Peuvent retentir gravement sur l'oreille moyenne et les voies respiratoires inférieurs.
- Du fait de la croissance de la pyramide nasale, la chirurgie n'est pas dénuée de risque.

CHEZ LE GRAND ENFANT ET L'ADULTE :

Devant toute obstruction nasale, il faut penser à une cause tumorale.

A- Pathologie tumorale:

1- Tumeurs bénignes:

a) Le fibrome naso-pharyngien :

--Tumeurs d'origine vasculaire.

--Nasale uni ou bilatérale.

--L'épistaxis est souvent le premier signe.

--Il est impératif d'éviter les toucher et les biopsies car risque important d'hémorragie.

--Traitement :

-Eradication de la tumeur et de ses prolongement ; il s'agit d'une intervention très hémorragique.

b) Polype saignant de la cloison :

--Tumeur pédiculé, vasculaire et hémorragique souvent angiofibrome.

--Traitement : ablation du polype avec résection sous muqueux du socle cartilagineux.

c) Autres:

--Tumeurs conjonctive : fibrome, angiome, osteome

--Tumeurs embryonnaires : Kyste congénital.

2- Tumeurs malignes :

a. Tumeurs des cavités nasales proprement dites :

Toutes les tumeurs malignes (carcinome épidermoïde, adénocarcinome...) peuvent être rencontrées, elles peuvent être révélées par une obstruction nasale. On devra y penser devant tout adulte ou même jeune présentant une obstruction nasale unilatérale d'apparition récente accompagné de manifestations douloureuses et d'épistaxis.

→ Rhinoscopie antérieur :

Au stade d'obstruction nasale, masse bourgeonnante, ulcérée, irrégulière, saignement au contact.

→ Radiologie :

TDM et IRM, extension de la tumeur.

→ Biopsie :

Diagnostic de certitude.

b. Tumeur du Cavum :

--Chez nous, le cancer du cavum en particulier doit être toujours à l'esprit.

--Un examen du cavum doit toujours être soigneusement fait devant tout malade se plaignant d'un syndrome d'obstruction nasale.

--La TDM permet le diagnostic topographique de la tumeur.

--La biopsie avec étude anatomopathologique permet le diagnostic histologique.

--Il s'agit le plus souvent de l'UCNT (Undifférenciated Carcinoma of Nasopharyngeal Type.)

--Traitement : Radiothérapie.

B- LES ANOMALIES ARCHITECTURALES :

1. Insuffisance alaire :
 - Chez certains sujets au nez étroit, il se produit une aspiration des ailes du nez à l'inspiration ce qui gêne l'entrée d'air dans la fosse nasale.
 - Traitement : Chirurgical consistant à élargir la choane.
2. Sténose osseuse antérieure :
 - Rechercher au spéculum.
 - Traitement : Elargissement chirurgical de l'orifice piriforme.
3. Déviation de la cloison nasale :
 - Rechercher au spéculum.
 - Traitement : Chirurgical : résection sous muqueuse de la cloison plus section d'une crête qui est indiquée si il y'a une gêne fonctionnelle.
 - Chez l'enfant, il faut attendre la fin de la croissance avant d'envisager un traitement chirurgical.
4. Hypertrophie des cornets :
 - Rechercher au spéculum.
 - Traitement : Chirurgical, turbinectomie.
5. Autres :

Des végétations adénoïdes peuvent se voir également chez le grand enfant et l'adulte mais plus rarement que chez le jeune enfant.

C- LES ALTERATIONS MUQUEUSES :

1. Rhinites aiguës :
 - Représente une cause banale d'obstruction nasale.
 - Elle est transitoire, banale et de courte durée.
 - Elles peuvent être :
 - Infectieuses :
 - Coryza épidémique.
 - Coryza des maladies infectieuses.
 - Allergiques :
 - Coryza périodique ou rhume des foins.
 - Traitement : médical basé sur l'antibiothérapie, la corticothérapie et la désinfection locale.
2. Rhinites chroniques :
 - Entre dans ce cadre :
 - L'allergie naso-sinusienne :
 - Antécédents personnels (asthme, urticaire) et familiaux.
 - Syndrome d'obstruction nasale avec anosmie.
 - L'examen retrouve :
 - Des rhinorrhée séreuse ou muqueuse.
 - La muqueuse a un aspect typique, pâle, violacée.
 - Les tests cutanés sont positifs.
 - Infections chroniques :
 - Le début fait suite à une rougeole, une scarlatine ou une grippe.
 - Des examens radiologiques, biologiques ainsi qu'une ponction de sinus doivent être réalisés afin de déterminer l'étiologie.

- Facteurs chimiques :
 - Provoquent des altérations muqueuses.
- Troubles végétatifs et hormonaux :
 - Grossesse.

3. Rhinites hypertrophiques :

- Obstruction nasale permanente ou intermittente plus marquée la nuit.
- Rhinorrhées variables.
- La rhinoscopie antérieure retrouve :
 - Hypertrophie de la tête et de la queue du cornet inférieure.
- Traitement : Antibiothérapie, anti allergiques et corticoïdes.

4. Polypose naso-sinusienne :PNS

- Réaction bénigne œdémateuse du chorion de la muqueuse pituitaire.
- Obstruction nasale permanente et importante avec retentissement respiratoire.
- La rhinoscopie antérieure retrouve :
 - Masse blanchâtre, pâle, lisse, arrondies, bilatérales.
- L'origine allergique ne semble pas pouvoir être mise en évidence dans 10 à 20% des cas.
- Traitement :
 - Ablation des polypes.
 - Traitement général : antibiotiques, vaccins, cures thermales et corticothérapie.

5. Rhinite spécifiques :

- Tuberculose nasale
- Syphilis nasale

D- AUTRES CAUSES :

1. Synéchies :

- C'est une adhérence de la muqueuse entre cloison en dedans et les cornets inférieurs en dehors.
- Traitement : Section de la synéchie et des brides cicatricielles.

2. Rhinolithes :

- Dues à la précipitation de sels calcaires autour d'un corps étranger ou un bouchon muqueux.

E- L'OBSTRUCTION NASALE FONCTIONNELLE :

Il existe des cas où le sujet éprouve une sensation de gêne respiratoire par le nez alors qu'il n'existe aucun obstacle mécanique.

1. L'impotence fonctionnelle : Obstruction nasale paradoxale.

- Se voit dans la rhinite atrophique : l'ozène

2. Insuffisance fonctionnelle :

- Patient aux antécédents d'obstacle mécanique.

CONCLUSION :

--L'obstruction nasale est un motif de consultation fréquent en O.R.L.

--La hantise du spécialiste reste les causes tumorales avec en tête dans notre pays, le cancer du cavum.

--L'obstruction nasale bilatérale du nouveau né et du nourrisson est une urgence médico-chirurgicale nécessitant une prise en charge immédiate.