

L'OBSTRUCTION NASALE

Dr Tani

PLAN :

DEFINITION ET GENERALITES

RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE

DIAGNOSTIC POSITIF :

- A. INTERROGATOIRE :
- B. EXAMEN PHYSIQUE :
- 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 :
- 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 est un des symptômes les plus fréquents observés lors d'une pathologie nasale ou sinusienne. Elle peut être définie par une sensation de gêne à l'écoulement du flux aérien dans les fosses nasales.

Cette difficulté respiratoire peut être uni- ou bilatérale, récente ou ancienne, permanente ou intermittente.

Ce symptôme dont les étiologies sont multiples et variées, peut survenir à tout âge.

L'obstacle nasal engendre une respiration buccale qui est d'autant plus mal tolérée qu'il s'agit d'un nouveau-né ou d'un nourrisson.

RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE :

Les fosses nasales constituent la première structure anatomique de la voie respiratoire située entre le milieu extérieur et le rhinopharynx (cavum).

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

- **Paroi interne, médiane** : la cloison nasale de structure cartilagineuse en avant et osseuse en arrière, séparant les deux fosses nasales.

- **Paroi supérieure** ou toit : essentiellement ethmoïdale au niveau de la lame criblée (zone olfactive)

- **Paroi inférieure** ou plancher : répondant à la voûte palatine.

- **Paroi externe** (latérale) : séparant la fosse nasale du sinus maxillaire et nommée cloison inter-sinuso-nasale. Trois reliefs importants y sont repérés : le cornet inférieur, le cornet moyen et le cornet supérieur.

Chaque fosse nasale communique en avant avec le milieu extérieur par l'orifice narinaire et, en arrière avec le rhinopharynx par l'intermédiaire d'un orifice appelé la choane.

La muqueuse des cavités nasales est de type respiratoire avec des cellules ciliées et des cellules sécrétoires.

La région des cornets est particulièrement riche d'un réseau artério-veineux érectile qui constitue les plexus caverneux dont la turgescence varie dans la journée selon un cycle dit cycle nasal. Le flux nasal est ainsi guidé de manière alternative dans une fosse nasale puis dans l'autre avec une période de 3 heures.

Les fosses nasales assurent 3 fonctions principales :

- La respiration : réchauffement, humidification et épuration de l'air inspiré,

- L'olfaction : épithélium sensoriel,

- La phonation : cavité de résonance.

DIAGNOSTIC POSITIF :

EXAMEN CLINIQUE

L'INTERROGATOIRE : premier temps de l'examen clinique, il déterminera :

L'âge, l'origine, la profession.

Les antécédents personnels et familiaux à la fois sur le plan ORL mais aussi sur le plan général et en particulier pulmonaire (asthme, bronchite chronique, etc.).

Les caractéristiques de l'obstruction nasale (ON) :

.L'ancienneté de l'ON les circonstances de survenue

.La durée et le rythme de l'obstruction (intermittente ou permanente)

. Unilatérale, bilatérale ou à bascule.

Signes associés :

La rhinorrhée dont on précisera le caractère antérieur ou postérieur, le type aqueux ou purulent et le caractère fétide ou non.

Les troubles de l'odorat : hyposmie ou anosmie.

Les troubles de la phonation : l'obstruction nasale modifie le timbre de la voix qui devient assourdie, c'est la rhinolalie fermée.

Autres :douleurs de la face, céphalées, épistaxis, etc.

C'est parfois l'un de ces signes qui constitue le motif de consultation, alors que l'obstruction nasale ancienne est souvent négligée. Le caractère récent et l'unilatéralité des signes cliniques est bien souvent symptomatique d'une lésion organique, quelle qu'en soit sa nature.

EXAMEN PHYSIQUE :

L'inspection : à la recherche d'une déformation de la pyramide nasale

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 antérieurs de la fosse nasale.

On apprécie l'aspect du squelette ostéo-cartilagineux, l'état de la muqueuse nasale et les cornets en recherchant une rhinorrhée, des polypes, un corps étranger ou une masse bourgeonnante.

Rhinoscopie postérieure :réalisée à l'aide d'un miroir adapté, il permet d'examiner le rhinopharynx, les choanes et les extrémités postérieures des cornets (queues des cornets).

La rhinoscopie est au mieux complétée par **une endoscopie des fosses nasales**(fibroscope souple ou endoscope rigide) permettant une visualisation complète et plus précise des structures endo-nasales et des éléments du rhinopharynx.

Rhinomanométrie indirecte au miroir de Glatzel (plaque métallique polie, graduée) apprécie l'importance des taches de buée. Cette méthode ne renseigne que sur la valeur de l'expiration de chaque fosse nasale.

Examen de l'oropharynx :Recherche un écoulement de pus, de sang issu du cavum, une paralysie ou une voussure du voile du palais.

Examen otologique :le retentissement auriculaire de l'ON est dépisté par l'otoscopie et l'acoumétrie aux diapasons : présence ou non d'une otite séromuqueuse.

Examen des aires ganglionnaires cervicales :à la recherche des adénopathies + + +

Examen pleuro-pulmonaire et général.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Ils seront demandés en fonction de l'orientation diagnostique

Examens radiologiques :

La radiographie standard des fosses nasales et des sinus : Radiographie de Blondeau ou NMP (nez-menton-plaque), radiographie du cavum ou des os propres du nez.

TDM et IRM : sont indispensables si une tumeur est soupçonnée. Elles peuvent être utiles dans le diagnostic et le suivi de certaines pathologies inflammatoires ou infectieuses.

Les examens biologiques :

- NFS -VS

- étude bactériologique d'une rhinorrhée

- bilan allergologique,

- sérologie du virus d'Epstein-Barr (cancer du cavum)

Biopsie avec étude anatomo-pathologique :est indispensable en cas de formation bourgeonnante, elle permet le diagnostic histologique des tumeurs.

Epreuves fonctionnelles :

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 DIFFERENTIEL :

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE PAR CAUSE EXTRA PULMONAIRE :

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

INSUFFISANCE BRONCHO-PULMONAIRE :

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

INSUFFISANCE PHARYNGO-LARYNGEE :

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Les orientations étiologiques reposent sur les données de l'examen clinique. De plus, les étiologies varient en fonction de l'âge du patient.

CHEZ LE NOUVEAU-NE :

L'obstruction nasale, quand elle est bilatérale est toujours à l'origine d'une détresse respiratoire majeure car le nouveau-né ne respire que par voie nasale pendant les premières semaines de vie.

ATRESIECHOANALEBILATERALE :

- Elle doit être recherchée systématiquement en période néonatale.
- Elle peut être unilatérale et, par conséquent, pauci-symptomatique ou bilatérale entraînant une détresse respiratoire majeure.
- aggravation de l'insuffisance respiratoire et les troubles de la déglutition lors de la tétée.
- Le diagnostic repose sur l'introduction d'une sonde qui bute à 3,5cm de l'orifice narinaire.
- Traitement : en urgence dans le cadre d'une détresse respiratoire : mise en place d'une canule de Mayo afin de permettre une ventilation par voie buccale et, ultérieurement, une perméabilisation chirurgicale.

OBSTRUCTIONDEL'ORIFICENARINAIRE :

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

RHINITE INFLAMMATOIRE NEONATALE :

- Tableau d'une détresse respiratoire mais la sonde passe dans le pharynx.
- L'examen retrouve une turgescence des cornets plaqués contre la cloison nasale ainsi qu'une congestion importante des muqueuses.
- L'étiologie est incertaine. La rhinite est néanmoins aggravée par les manœuvres endonasales qui doivent être limitées.
- Traitement : désinfection nasale, anti-inflammatoires et vaso-constricteurs (Adrénaline 1%, 1 goutte 2-3 fois/ jours dans chaque fosse nasale).

DEVIATION DE LA CLOISON NASALE :

- Due à l'accouchement (traumatismes obstétricaux)
 - Il faut savoir la reconnaître et la traiter dès les premiers jours de vie.
- AUTRES ETIOLOGIES :** rares. Tumeurs congénitales (méningo-encéphalocèle, gliome, tératome).

CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT :

Moins dramatique que chez le nouveau-né mais extrêmement fréquente.

IMPERFORATIONCHOANALEUNILATERALE :

- Passée inaperçue en période néonatale(diagnostic tardif).
- Se manifeste par une obstruction nasale et rhinorrhée purulentes unilatérales.
- L'impossibilité d'introduire une sonde pose le diagnostic.

HYPERTROPHIEDESVEGETATIONSADENOIDES :

- Etiologie la plus fréquente.
- Normalement développées dans le jeune âge, elles peuvent être hypertrophiées.
- Aggravée par les poussés inflammatoires.
- responsables de complications : gêne respiratoire nocturne (syndrome d'apnée de sommeil), otites moyennes aiguës, laryngites, trachéites, etc.
- Le diagnostic est établi par :
 - jetage muco-purulent sur la paroi postérieure de l'oropharynx.
 - Au toucher digital.
 - Masse gris rosée remplissant +/- le cavum à la nasofibroskopie.
 - Radiographie du cavum de profil.
- Traitement : Chirurgical dans les formes compliquées (adénoïdectomie).

CORPSESTRANGERSDESFOSESNASALES :

- Très fréquents chez l'enfant en âge de préhension, pouvant passer inaperçus.
- Une obstruction nasale unilatérale avec rhinorrhées fétides doit attirer l'attention.
- Traitement : Extraction du corps étrangers.

DEVIATION DE LA CLOISON NASALE :

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

CHEZ LE GRAND ENFANT ET L'ADULTE :

PATHOLOGIE TUMORALE :

- *Tumeurs bénignes :*

- a) Le fibrome naso-pharyngien : rare
 - Tumeurs très vascularisée, touche les **garçons** à la puberté (12-18 ans).
 - Obstruction nasale uni- ou bilatérale.
 - L'épistaxis est souvent le premier signe.
 - Il est impératif d'éviter les touchers et les biopsies car risque important d'hémorragie.
 - Bilan radiologique : TDM, IRM, artériographie avec embolisation.
 - Traitement chirurgical quelques jours après l'embolisation.
- b) le papillome inversé :
 - une masse blanchâtre, de surface irrégulière et granuleuse.
 - se caractérise par le risque de dégénérescence maligne.
- 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, ostéome
- Tumeurs embryonnaires : Kyste congénital.

Tumeurs malignes :

Ce sont des tumeurs des cavités nasales proprement dites ou plus souvent des cavités de voisinage à extension nasale (sinus de la face, cavum).

Les douleurs, souvent tardives, sont évocatrices du caractère malin. L'épistaxis est fréquente, souvent peu abondante.

Au stade d'obstruction nasale, elles apparaissent sous la forme d'une masse bourgeonnante, ulcérée, irrégulière, recouverte de sécrétions muco-purulentes, saignant au contact.

Bilan lésionnel : TDM et IRM

Biopsie : diagnostic histologique.

Citons : le cancer du cavum, adénocarcinome de l'ethmoïde (travailleurs de bois).

LES ANOMALIES ARCHITECTURALES :

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.

Sténose osseuse antérieure :

Entraîne une diminution du diamètre de la filière nasale.

Le diagnostic repose sur la rhinoscopie antérieure.

Le traitement est chirurgical.

Déviations de la cloison nasale :

C'est une déviation septale cartilagineuse et/ou osseuse.

La rhinoscopie antérieure pose le diagnostic.

Le traitement chirurgical (septoplastie) est indiqué si il y a une gêne fonctionnelle.

Chez l'enfant, il faut attendre la fin de la croissance avant d'envisager un traitement chirurgical.

Hypertrophie des cornets :

-Rechercher au spéculum.

-Traitement : Chirurgical, turbinectomie.

LES ALTERATIONS MUQUEUSES :

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.

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 rhinorrhées séreuses ou muqueuses.

-La muqueuse a un aspect typique, pâle, violacée.

-Les tests cutanés sont positifs.

Facteurs chimiques :

-Provoquent des altérations muqueuses.

Troubles végétatifs et hormonaux :

-Grossesse.

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.

Polypose naso-sinusienne :

- Réaction bénigne œdémateuse du chorion de la muqueuse pituitaire.
- Obstruction nasale permanente et importante avec retentissement respiratoire.
- La rhinoscopie antérieure retrouve :
 - Masses translucides, pâle, lisse, arrondies, bilatérales (en grappe de raisin)
- 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.

Rhinite spécifiques :

Tuberculose nasale

Syphilis nasale

AUTRES CAUSES :

Synéchies :

-C'est une adhérence de la muqueuse entre cloison en dedans et le cornet inférieur ou moyen en dehors.

-Traitement : Section de la synéchie et des brides cicatricielles.

Rhinolithiase :

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

L'OBSTRUCTION NASALE FONCTIONNELLE :

Une sensation de nez bouché n'est pas forcément synonyme d'obstacle nasal. La filière nasale est parfois large mais peut provoquer une sensation erronée d'obstruction nasale. C'est l'obstruction nasale paradoxale.

L'impotence fonctionnelle : Obstruction nasale paradoxale dans la rhinite atrophique : l'ozène

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 praticien 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.