

RHINITES et RHINOSINUSITES

Chroniques de l'adulte



Testons-nous :

		V	F
1	Une rhinite vaso-motrice est toujours plurifactorielle	V	
2	Toutes les polyposes naso-sinusiennes sont d'origine allergique		F
3	Dans un dysfonctionnement nasal chronique, l'anosmie oriente vers le diagnostic de polypose	V	
4	L'hyperréactivité nasale s'accompagne fréquemment d'une hyperréactivité bronchique que l'on recherche systématiquement	V	
5	Une sinusite maxillaire unilatérale impose de rechercher une origine dentaire	V	
6	La céphalée est souvent le signe révélateur d'une rhinosinusite chronique		F
7	Une sinusite unilatérale, douloureuse, accompagnée d'une rhinorrhée sanieuse fait suspecter une pathologie néoplasique	V	
8	Une Algie Vasculaire de la Face peut être causée par une anomalie architecturale rhino-sinusienne	V	
9	Un rhume de cerveau déclenche toujours une rhinorrhée bilatérale		F
10	Les radiographies standards des sinus en 4 incidences sont avec le dosage des IgE sériques, les premiers examens complémentaires à demander devant un dysfonctionnement rhino-sinusien chronique		F

Les atteintes inflammatoires des fosses nasales et des sinus voient leur incidence augmenter et représentent un motif de consultation extrêmement fréquent.

L'investigation des différentes formes de rhinite contribue à la compréhension de l'atteinte des voies aériennes. Malheureusement, il n'y a pas suffisamment de données épidémiologiques reproductibles sur la répartition, l'étiologie et le devenir de ces manifestations. Les rares données concernent surtout le rhume des foins (pollinose), pour lequel on assiste à des grandes variations de prévalence et d'incidence en fonction de l'âge, du sexe et de la zone géographique. Les facteurs de risque individualisés pour le rhume des foins sont génétiques (histoire familiale), individuels (vie précoce, atopie, compliance...) et environnementaux (expositions allergéniques, irritants, polluants...).

Les rhinites allergiques touchent 20% de la population française.

- 20à50% des rhinites s'accompagnent d'asthme
- 80% des patients asthmatiques ont une rhinite

Il est donc important de reconnaître et d'améliorer la rhinite pour améliorer la qualité de vie des patients, voire pour retarder un asthme latent.

Les autres rhinites peuvent révéler des maladies professionnelles, des pathologies dentaires, des maladies de système.

	Histoire	Examen endonasal	Endoscopie nasale	Tests cutanés	Tests multiallergéniques	Provoc° nasale	Cytologie nasale	Biopsie nasale	Bacterio	Radiographie sinus	TDM Naso sinusienne
Allergie	+++	++	+	+++	+	++	0	0	0	0	0
RIE	+++	++	++	+++	++	0	++	0	0	0	++
Médicament	+++	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0
Prof. non allergique	+++	++	++	+++	+	++	0	0	0	0	+
Grossesse	+++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0
Age	+++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0
Positionnelle	+++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0
Alimentaire	+++	++	++	++	+	+	0	0	0	0	0

L'hyperréactivité nasale est la traduction clinique de phénomènes, spécifiques ou non, affectant la muqueuse nasale. Elle résume la symptomatologie des rhinites chroniques quelle que soit leur étiologie, allergique ou non allergique.

Les symptômes cliniques de l'hyperréactivité nasale sont représentés par les signes fonctionnels classiques, évoluant par crises :

- **P**rurit nasal et oculaire
- **A**nosmie ou hyposmie
- **R**hinorrhée aqueuse, muqueuse, ou purulente
- **E**ternuement
- **O**bstruction
- D'autres signes invitent à la prudence comme
 - La Douleur
 - Le Saignement

Le regroupement de ces symptômes permet souvent une orientation étiologique.

AIDE AU DIAGNOSTIC :

l'acronyme **A D O R E S**

- **A**nosmie
- **D**ouleur
- **O**bstruction
- **R**hinorrhée
- **E**ternuements
- **S**aignement

Aides au diagnostic

- ▶ **A**nosmie
- ▶ **D**ouleurs
- ▶ **O**bstruction
- ▶ **R**hinorrhée
- ▶ **E**ternuements
- ▶ **S**aignement

3 groupes de pathologies

- ▶ Inflammatoire
- ▶ Infectieuse
- ▶ tumorale

- ▶ Cacosmie → bilan dentaire
- ▶ Bilatérale → R. inflammatoire
- ▶ Unilatéral → tumeur

	INFLAM	INFECT°	TUMEUR
A	PNS; NARES		
D		MYCOSE	TUMEUR
O	RHINITE	SINUSITE	TUMEUR
R	RHINITE	SINUSITE	
E	RHINITE		
S			KC

L'examen clinique repose avant tout sur l'interrogatoire

Les examens complémentaires valident le diagnostic en seconde intention

- L'endoscopie ORL est systématique pour l'ORL
 - *Différencier l'examen ORL de l'examen **de** l'ORL...*
- L'examen tomodensitométrique remplace les radiographies standards
- Le bilan biologique minimal comprend
 - NFS, VS, CRP, PHADIATOP, fer sérique
 - +/- dosages des immunoglobulines, ANCA...
- Ensuite :
 - RAST, Tests cutanés
 - Cytologie nasale, ECB
 - Biopsies nasales
 - Bilan pneumologique+ EFR

Le traitement de première intention repose sur

- Les lavages de nez +++
- La corticothérapie nasale
- Les antihistaminiques
- Les antibiotiques en cas de surinfection
- Les corticoïdes par voie générale sous certaines conditions

En seconde intention, le traitement peut faire appel à

- La cure thermale
- La désensibilisation spécifique
- La radiofréquence turbinaire en cas de rhinite hypertrophique
- La chirurgie endoscopique en cas d'anomalies architecturale nasale, de polypose, de mycose, de cancer...

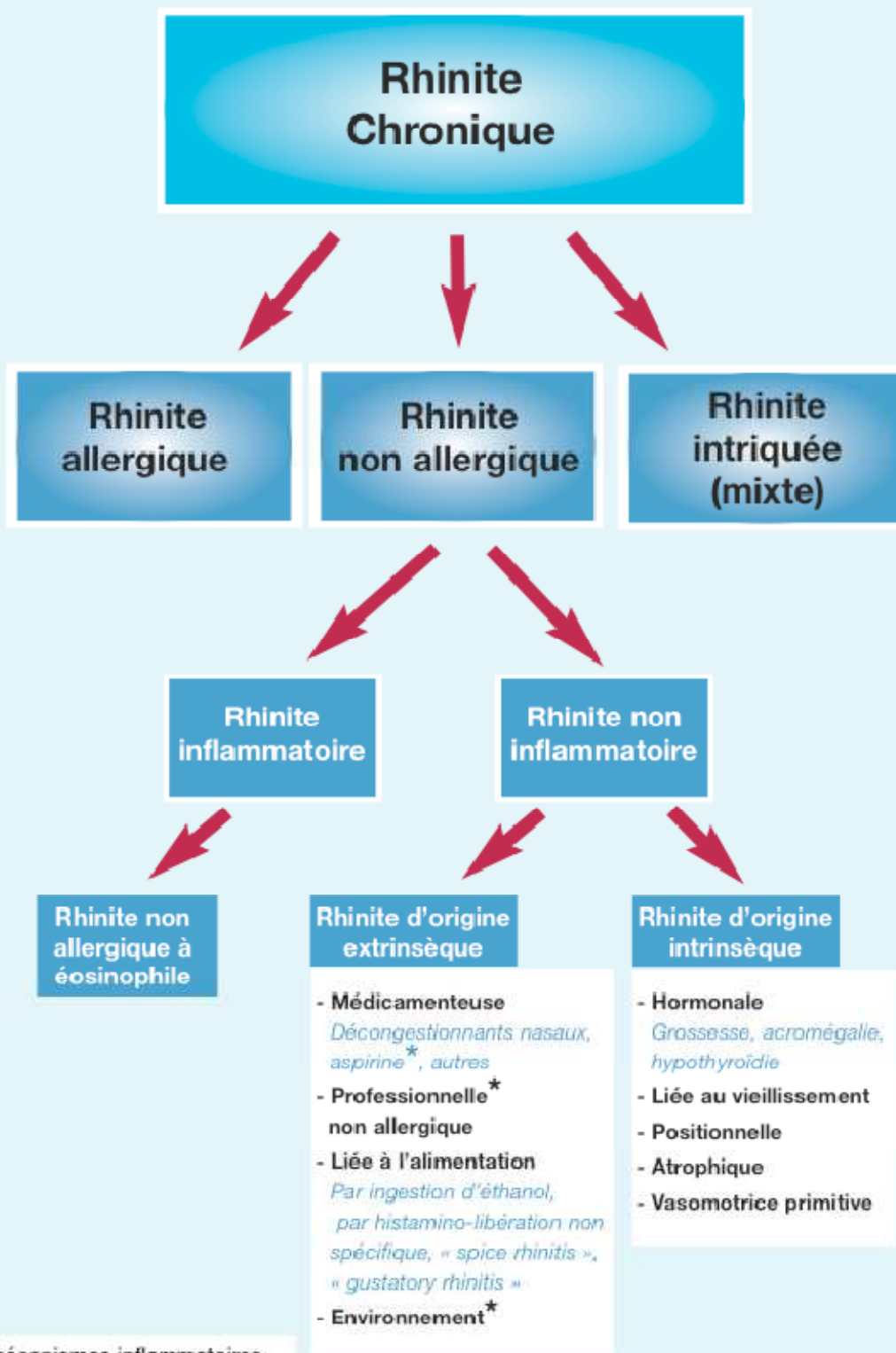
Chirurgie ORL?

- ▶ Cornet inférieur
- ▶ Turbinoplastie
 - Laser
 - **Radiofréquences**
- ▶ Turbinectomie ?
 - +/- septoplastie
 - TDM+++



Deux grandes familles sont distinguées :

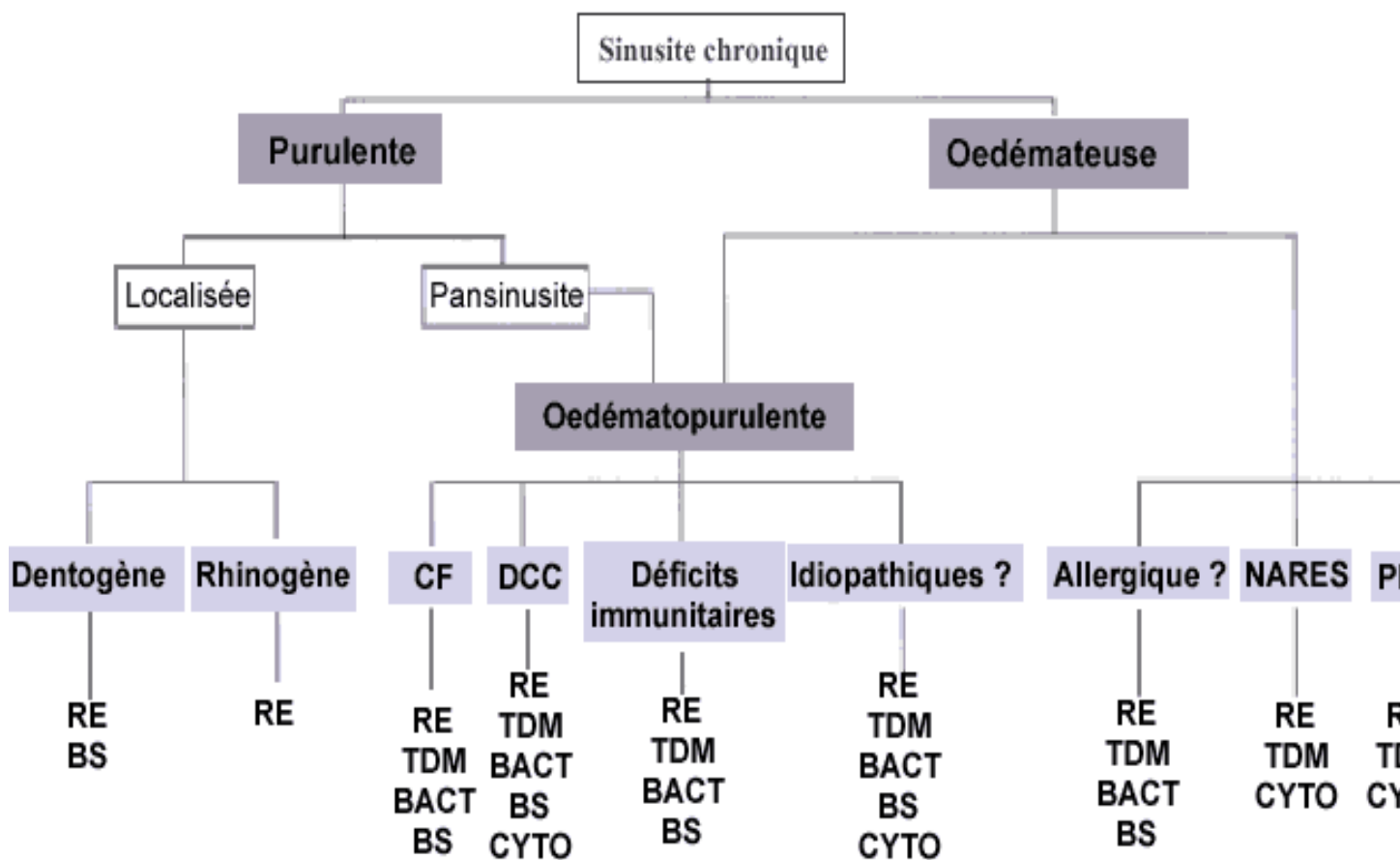
- les rhinites allergiques IgE-dépendantes et les rhinites non allergiques.
- Pour les rhinites non allergiques, la répartition se fait en deux groupes :
 - Les rhinites inflammatoires, les rhinites non inflammatoires.
 - Les rhinites intriquées (mixtes) correspondent aux rhinites pour lesquelles plusieurs mécanismes sont à l'origine du trouble nasal (allergie, irritant, inflammation, neurogène...).
 - Les manifestations rhinologiques des maladies systémiques (sarcoïdose, Wegener, VIH, lymphomes... sont plus rares



CLASSIFICATION des RHINO-SINUSITES CHRONIQUES :

Il importe de rechercher :

- **Devant une pathologie bilatérale**
 - Un déficit immunitaire
 - Une mucoviscidose
 - Une dyskinésie ciliaire
- **Devant une pathologie unilatérale**
 - Une sinusite sur corps étranger dentaire
 - Une mycose
 - Une tumeur



La POLYPOSE NASO SINUSIENNE

- Est une inflammation chronique à polynucléaire éosinophiles qui aboutit à la formation de polypes dans les fosses nasales et les sinus
- Elle se révèle par une obstruction et une ANOSMIE
- L'association à un asthme, une Hyper Réactivité Bronchique, une intolérance à l'Aspirine est systématiquement recherchée
- Si elle est Unilatérale, douloureuse, saignante il faut rechercher une TUMEUR
- Le traitement repose sur la corticothérapie locale prolongée et la chirurgie en cas d'échec

RHINOSINUSITES CHRONIQUES de L'ADULTE

- L'orientation diagnostique repose sur l'interrogatoire
- L'examen des fosses nasales ne se conçoit qu'à l'aide d'optiques souples ou rigides
- La tomодensitométrie a remplacé les radiographies standards en permettant une analyse fine de l'anatomie et de la pathologie rhinosinusienne.
- Les multi-rast permettent de dépister une allergie mais ne remplacent pas les tests cutanés plus spécifiques
- La polypose nasosinusienne bilatérale est la traduction locale d'une maladie inflammatoire chronique de la muqueuse respiratoire
 - elle naît de l'éthmoïde et s'exteriorise au méats moyen
 - elle est fréquemment associée à une asthme
 - unilatérale
 - bénigne : polype antro-choanal de Killian
 - maligne ; polype « sentinelle » masquant une tumeur
 - le traitement médical repose sur la corticothérapie
 - la chirurgie consiste en une exérèse la plus complète possible de la muqueuse ethmoidale
- Toute pathologie rhinologique unilatérale, d'autant plus qu'elle s'accompagne de douleurs et de saignements doit faire évoquer le diagnostic de tumeur naso-sinusienne (adénocarcinome de l'éthmoïde des travailleurs du bois...)
- Une suppuration unilatérale et fétide oriente vers une origine dentaire
 - Souvent associée à une mycose endosinusienne
 - Son traitement est exclusivement chirurgical
- L'anosmie oriente d'emblée vers 3 diagnostics
 - La polypose
 - Les séquelles d'un traumatisme de la base du crane
 - Les conséquences d'une atteinte virale (grippe)

- La chirurgie ne s'adresse pas à des images...mais à des patients

CAS CLINIQUE N°1

Armelle ROSE 41 ans consulte pour une rhinite invalidante

Elle est agent de fabrication dans une usine de parfums.

Elle incrimine son environnement professionnel.

Elle ne fume pas : sa rhinite a commencé il y a 5 ans, après l'arrêt du tabac !

Elle est mère d'un enfant.

Elle est suivie à Paris pour une Lymphopénie idiopathique avec déficit en CD4 et CD8, fractions du complément

Elle se plaint aussi d'acouphènes

Interrogatoire :

- Prurit : nasal
- Anosmie hyposmie
- Rhinorrhée aqueuse quotidienne
- Eternuements en salves, toute la journée, à la moindre irritation
- Obstruction modérée bilatérale
- Algies 0

Elle incrimine l'inhalation de CFC= chlorofluorocarbone (=fréon) et en a déjà parlé au médecin du travail...sans échos.

Examen :

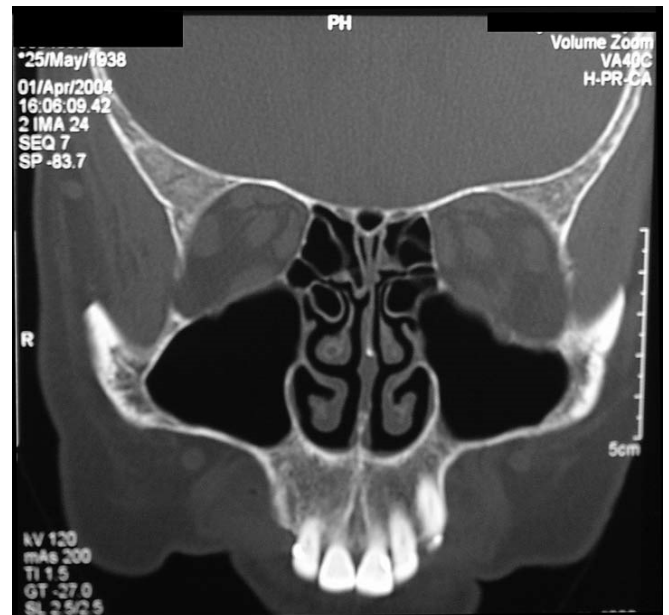
- Sans particularités
- Neurodystonique...
- Signe de Chvostek+

Que faites-vous ?

- Interrogatoire ?
- Examens complémentaires ?
 - RX Standards
 - TDM ?
 - Bilan Allergo ?
 - Biologie ?
- Traitement ?
 - Antibiotiques ?
 - Corticoïdes ?
 - Antihistaminiques.
 - Traitements locaux ?
 - Autres ?

Que faites-vous ?

- Interrogatoire ?
 - Contexte psychologique ?
 - Déséquilibre hormonal
 - Le CFC n'est pas toxique != gaz solvant propulseur des aérosols...qui détruit la couche d'ozone
- Examens complémentaires ?
 - RX Standards NON
 - TDM ? OUI normal
 - Bilan Allergo ? OUI négatif
 - Biologie ? OUI normal
- Traitement ?
 - Antibiotiques ? NON
 - Corticoïdes ? locaux
 - Antihistaminiques. Oui, anticholinergiques : Primalan*
 - Traitements locaux ? lavages de nez
 - Autres :
 - Antidépresseurs ?
 - Anxiolytiques ?



Conclusions :

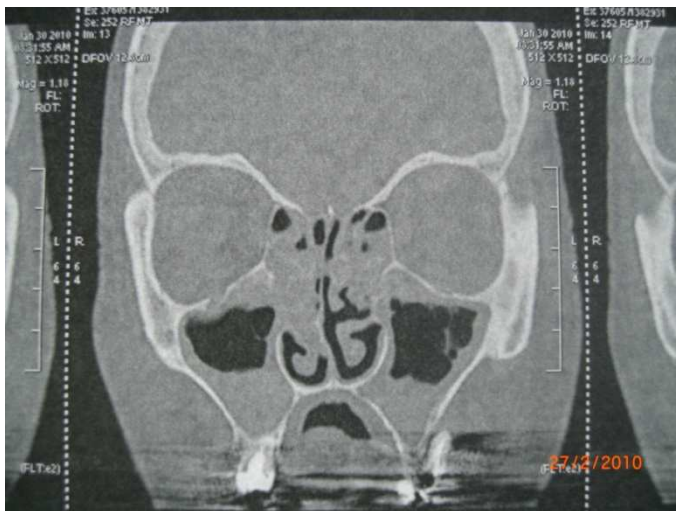
- **Rhinite intriquée vaso-motrice**
 - Stress professionnel
 - Hyperréactivité nasale
- Traitement médical
- Radiofréquences turbinales
- PAS DE CHIRURGIE !
- Désamorcer précisément les revendications (maladie professionnelle ?)

Les rhinosinusites chroniques non allergiques regroupent des entités diverses

- Intolérance médicamenteuse
 - Aspirine, AINS
 - Conservateurs, tartrazine
- Intolérance alimentaire
 - Œdème des lèvres après ingestion
 - Aliments histaminolibérateurs
 - Sulfites
- Hormonales
 - Grossesse
 - Hypothyroïdie
- Médicamenteuses, iatrogènes
 - Anti-hypertenseurs vaso dilatateurs
 - Vasoconstricteurs
- Hyperréactivité nasale
 - Irritants non spécifiques (changements brusques de T°, aérosols...)
 - HRB associée ?

Que faites-vous ?

- Interrogatoire ?
 - Habitus : animaux, produits ménagers, latex...
 - Soins dentaires ?
- Examens complémentaires ?
 - RX Standards NON
 - TDM ? OUI
 - Allergo ? OUI
 - Avis pneumologique+ EFR recherche d'une hyperréactivité bronchique+++
 - Biologie ? OUI
 - IGG
 - Sous classes IGG
- Traitement ?
 - Antibiotiques ? OUI 15 jours
 - Corticoïdes ? OUI 8 jours
 - Antihistaminiques OUI
 - Traitements locaux ? OUI
 - Lavages de nez
 - Corticoïdes locaux
 - CHIRURGIE en cas d'échec du traitement médical
 - Sphéno-Ethmoïdectomie endonasale bilatérale sous guidage endoscopique



Conclusions :

- Pansinusite oedémato-purulente de l'adulte
 - Composante allergique (polypose sans anosmie)
 - Hyperréactivité bronchique
-
- ➔ Rechercher un déficit immunitaire
 - ➔ La chirurgie agit en améliorant le drainage et la ventilation rhinosinusienne pour espérer améliorer l'HRB
 - ➔ Contrôler les surinfections (antibiothérapie prolongée ?)
 - ➔ Cure thermale ?

CAS CLINIQUE N°3

Melle Cyta DINE

28 ans, d'origine antillaise, habitant Amiens, est travailleur social à Paris où elle se rend tous les jours en train.

Antécédents :

Elle fume 3 à 5 cigarettes par jour, n'a pas d'enfants, prend la pilule et ne signale aucun antécédent allergique

Doléances :

Elle se plaint essentiellement d'une rhinorrhée postérieure chronique, depuis plus de 2ans et pour laquelle elle a déjà beaucoup consulté... et tout essayé.

INTERROGATOIRE :

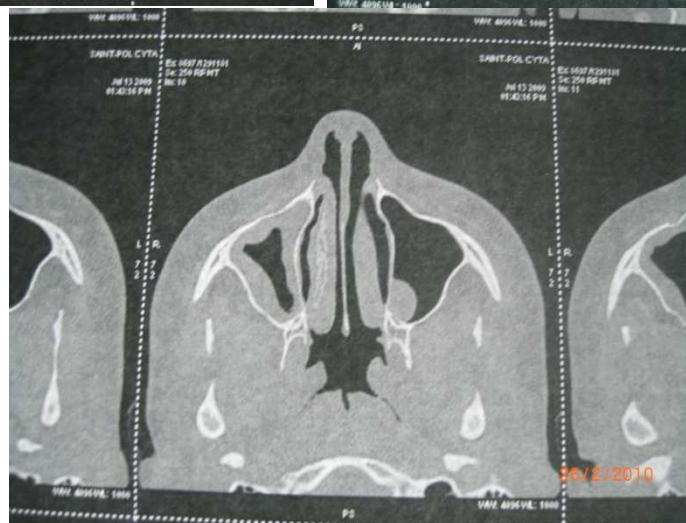
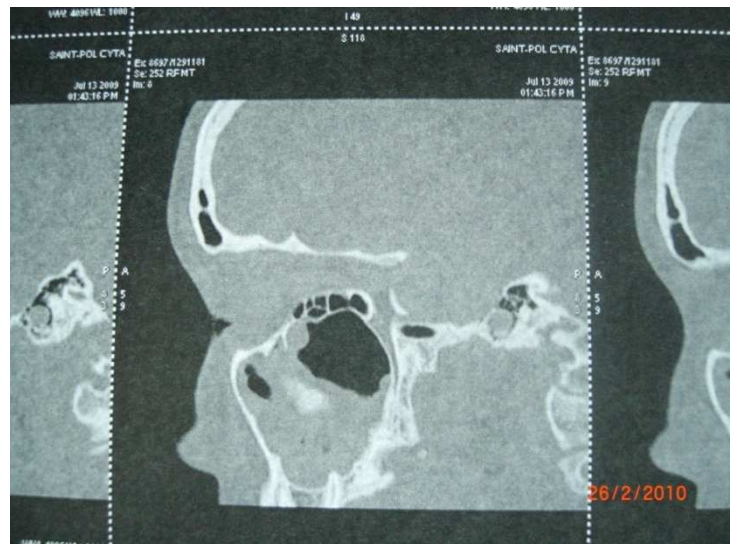
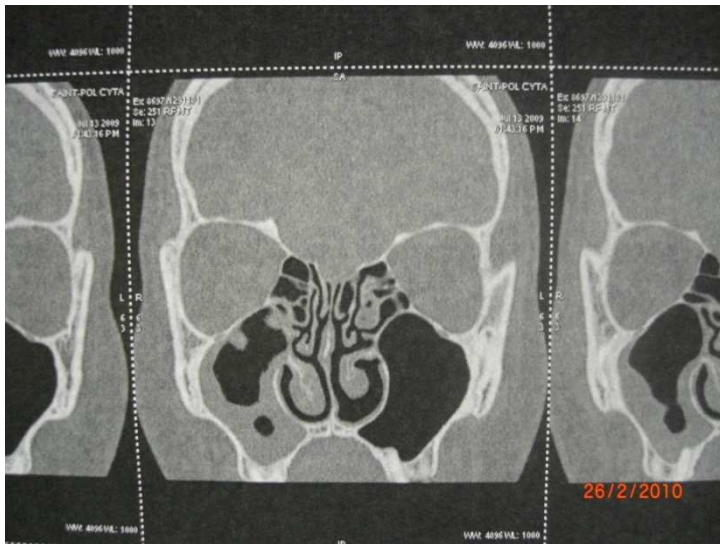
- Prurit= 0
- Anosmie, Hyposmie= 0
- Rhinorrhée postérieure surtout la nuit
- Eternuements= 0
- Obstruction nasale modérée ; pas de ronflement
- Céphalées= 0
- HRB= 0

Que faites-vous ?

- Autres Questions à lui poser ?
- Examen clinique ?
- Examens complémentaires ?
- Traitement ?

Que faites-vous ?

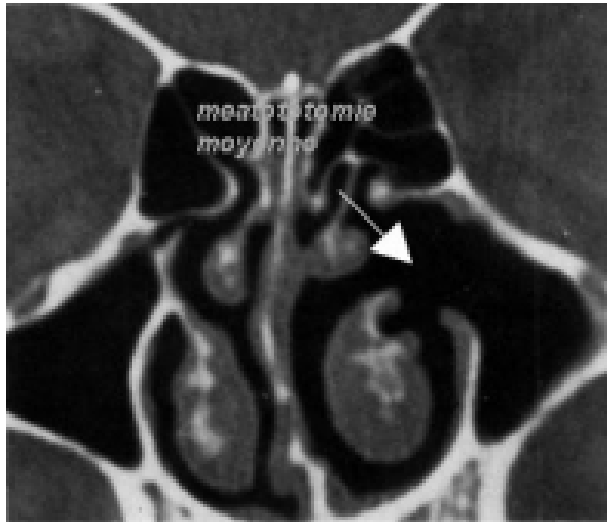
- Autres Questions à lui poser ?
 - RGO ?
 - Pyrosis
 - Brulures retro sternales
 - Stress ?
- Examen clinique ?
 - Opérée des amygdales + VG
 - Déviation de la cloison vers la droite
 - Dents ras
- Traitement ?
 - ?
 - ??
 - ???
- Examens complémentaires ?
 - TDM+++



- **TRAITEMENT**
 - Médical ?
 - Chirurgical ?

- **TRAITEMENT**

- Médical ?
 - En 1^{ère} intention
- Contrôler la denture
 - OPT
 - Dentiste
 - DENTASCAN
- Chirurgical ?
 - Méatotomie ethmoïdo-maxillaire droite+ septoplastie par voie endoscopique



Une sinusite chronique peut être latente, d'où l'intérêt de la TDM devant tout dysfonctionnement nasal chronique > 3 mois

Devant une sinusite maxillaire chronique unilatérale, on doit rechercher systématiquement :

- Une cause dentaire
- Une anomalie architecturale responsable d'un dysfonctionnement ostial

CAS CLINIQUES N°4

Josépha LÈES

30 ans, technicienne de laboratoire, consulte pour des **céphalées** chronique qu'elle impute à des sinusites

Tabac= 15 cigarettes / jour

Elle est sous antihistaminique et corticothérapie nasale, sans effets

Elle a 1 enfant de 2 ans et prend la pilule. Elle était mieux pendant la grossesse.

Elle ne signale pas d'antécédents allergiques

Interrogatoire :

- Prurit nasal et oculaire
- Anosmie= 0
- Rhinorrhée= parfois, aqueuse
- Eternuements= parfois, en salves
- Obstruction= à bascule ; pas de ronflement
- Sang= 0
- Stress+++ « nerveuse »

Examen :

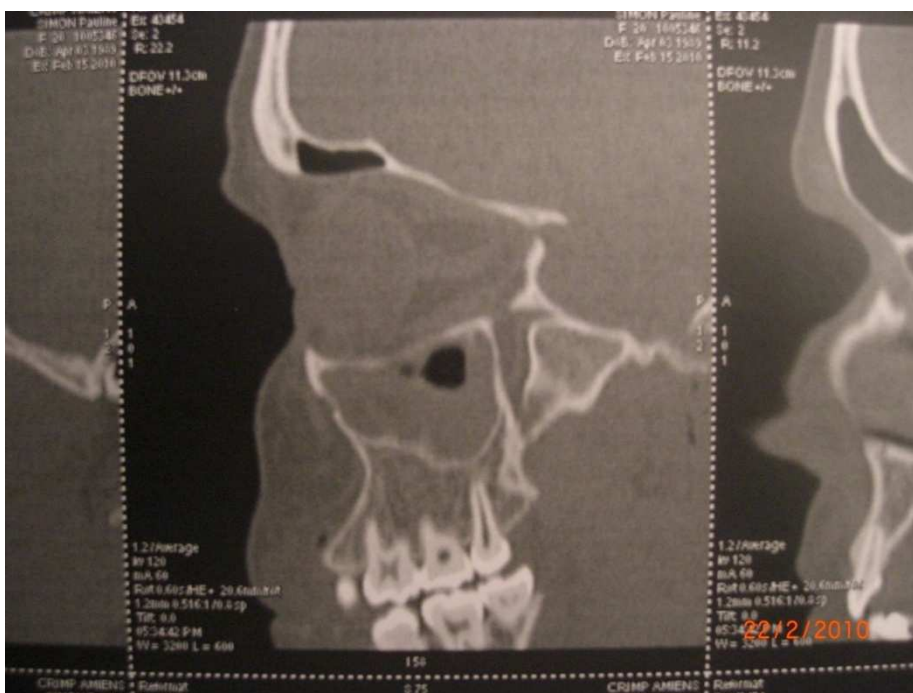
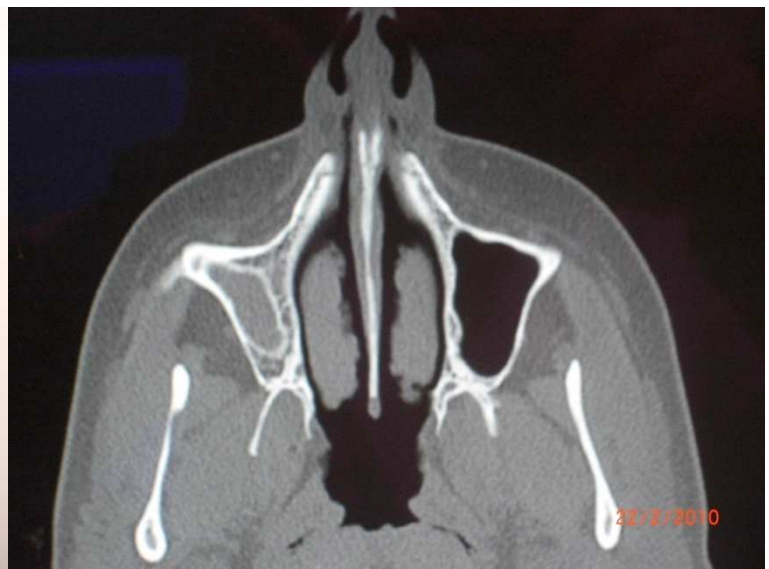
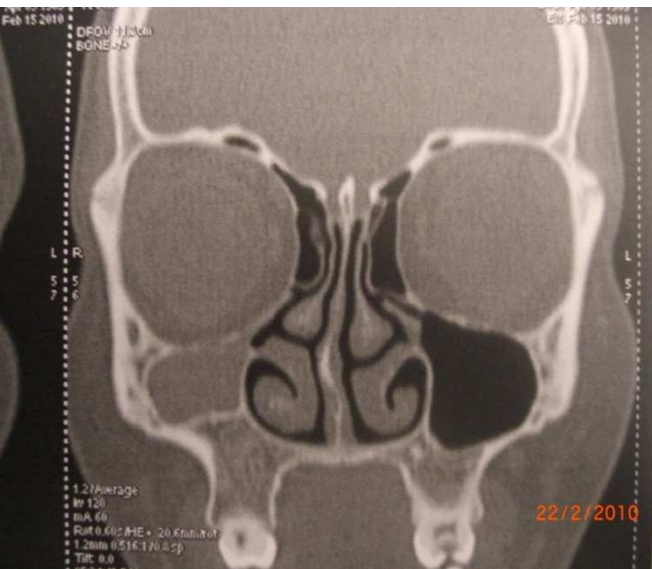
- Rhinite inflammatoire banale
- Chvostek+++
- Syndrome de Raynaud

Que faites-vous ?

- Interrogatoire ?
- Examen ORL ?
- Examens complémentaires ?
 - RX Standards
 - TDM ?
 - Biologie ?
 - Allergologie ?
 - Neurologie ?
- TRAITEMENT ??
 - Antalgiques ?
 - Antibiotiques ?
 - Corticothérapie générale ?
 - Autres ?

Que faites-vous ?

- Interrogatoire ?
 - Céphalées en barre frontale, plus intenses à la racine du nez, parfois en casque ; parfois accompagnées de nausées, photophobie, photophobie... surtout quand elle est stressée
 - Pas de signes d'HRB (toux, sibilants)
- Examen ORL ?
 - Sans particularités
- Examens complémentaires ?
 - RX Standards NON
 - TDM ? OUI
 - Biologie ? OUI
 - Phadiatop+
 - Allergologie ? OUI
 - Neurologie ? peut-être (migraines, céphalées de tension...)



CONCLUSION :

- Rhinite allergique+ vasomotrice
- Céphalées migraineuse + « tension »
- Atélectasie du sinus maxillaire droit

TRAITEMENT :

- Antimigraineux
- Anxiolytique
- Magnésium

PUIS

- Bilan allergologique
- Avis neurologique
- Photos
- Contrôle TDM
 - Sinuscopie ?
 - Méatotomie ?

L'atélectasie du sinus maxillaire est une pathologie rare, caractérisée par une rétraction de toutes les parois sinusiennes associée à la présence d'une véritable glu muqueuse au sein du sinus. La pathologie évolue habituellement sur un mode chronique, responsable d'une enophtalmie, avec parfois diplopie et d'une dépression médio-faciale progressives. Dans ces formes typiques, l'aération du sinus maxillaire (par méatotomie moyenne) permet de stopper l'évolution de la rétraction.

Il n'est pas sur que les céphalées soient en rapport avec elle !

Les sinusites chroniques se manifestent exceptionnellement par des céphalées.

Les céphalées rhinogènes sont plutôt en rapport avec les rhinites vasomotrices dont la physiopathologie se rapproche de celle des migraines

CAS CLINIQUE N° 5

Mr Michel DUBOIS

61 ans, retraité

Sans antécédents particuliers

Consulte pour

- Des hémicrâniées droites
- Une obstruction nasale droite
- Une rhinorrhée peu abondante mais parfois sanguinolente

Poursuite de l'interrogatoire :

- Hyposmie latente
- Eternuements =0

Une autre question à lui poser ??

- Antécédents allergiques ?
- Asthme ?
- Son METIER ???

Quels examens complémentaires demandez-vous

- RX STANDARDS ?
- TDM ?
- IRM ?
- Bilan biologique ?
- Bilan allergologique ?
- EFR ?

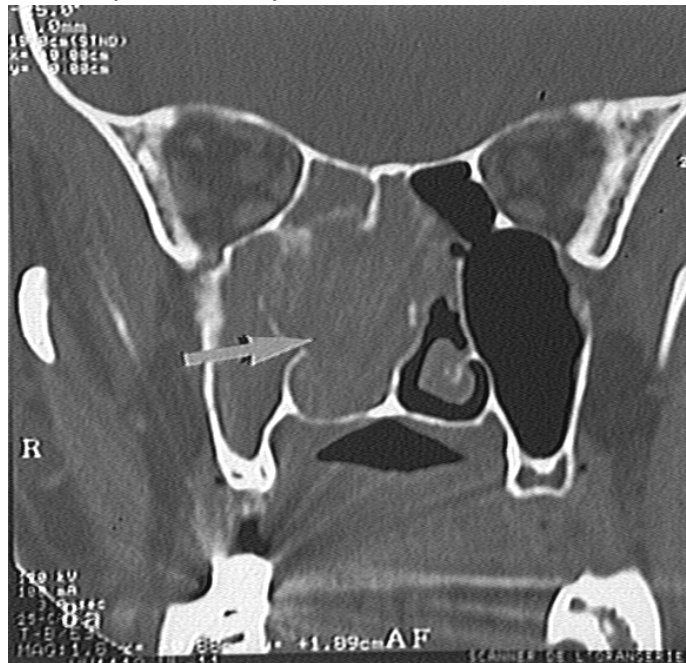
Quel traitement proposez-vous ?

- Antibiotiques ?
- Corticoïdes ?
 - Locaux
 - généraux
- Soins locaux ?
- Antihistaminiques ?
- Autres ?

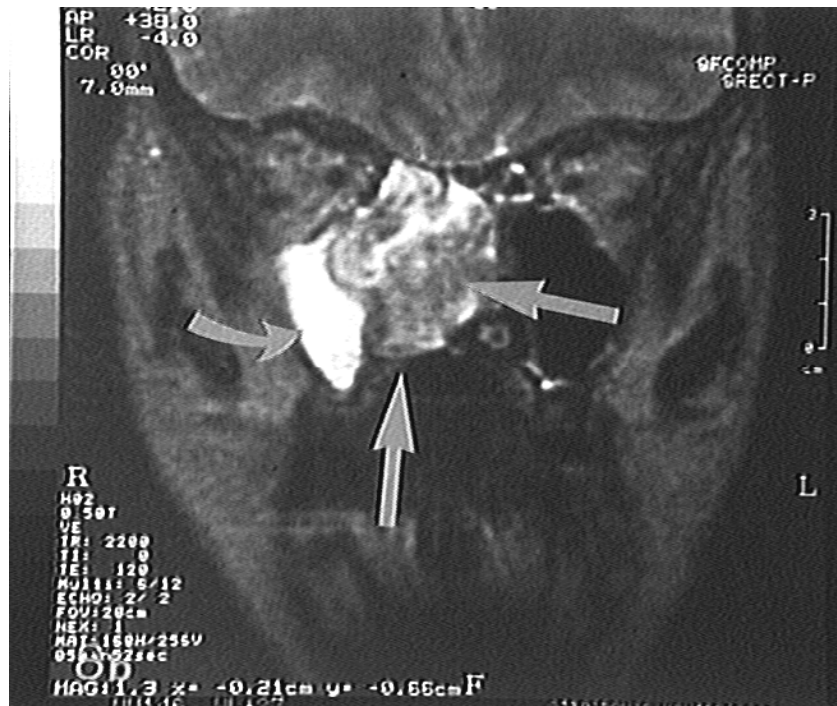
Il était menuisier... !

Tomodensitométrie, coupes frontales.

= Carcinome ethmoïdo-nasal rompant le septum et la cloison inter-sinuso-nasale (flèche blanche).



IRM T2 3ème écho (120 s). Masse ethmoïdo-nasale de signal intermédiaire (flèches blanches). Réaction inflammatoire du sinus maxillaire (flèche blanche courbe).



Le diagnostic d'adénocarcinome de l'ethmoïde est encore fait le plus souvent à un stade tumoral élevé en raison du caractère aspécifique et tardif de la symptomatologie fonctionnelle.

Le bilan paraclinique tomodensitométrique et IRM est fondamental pour apprécier l'extension tumorale locale notamment à la base du crâne et à l'orbite et ainsi guider les indications thérapeutiques.

La prise en charge est le plus souvent radio-chirurgicale mais le traitement par chimio- radiothérapie peut être une alternative dans les tumeurs évoluées inopérables.

L'endoscopie nasale est une aide incontestable au diagnostic et à la surveillance de ces tumeurs. Elle peut apporter une aide complémentaire lors de la chirurgie par voie externe. La voie endoscopique endonasale peut être utilisée de manière exclusive dans certains cas de tumeurs très localisées.

➤ MALADIE PROFESSIONNELLE

Tableau 47 du régime général de la Sécurité Sociale (n° 36 du régime agricole) pour les poussières de bois et du tableau n°37 du régime général de la Sécurité Sociale pour les opérations de grillage de mattes de nickel

➤ Le pronostic reste mauvais si le diagnostic est tardif.

CAS CLINIQUE N°6

Patrice CROC, 44 ans, commercial, sportif, non fumeur, sans antécédents pathologiques particuliers consulte pour une sinusite trainante.

Il a bénéficié de plusieurs traitements antibiotiques et corticoïdes depuis 2 mois : zithromax, orelox, augmentin ; avec chaque fois 60 mg de prednisolone pendant 3 jours

Il prend de l'ibuprofène lorsqu'il a trop mal, pour tenir le coup, car il ne veut pas arrêter de travailler

Interrogatoire :

- Prurit= 0
- Anosmie= cacosmie
- Rhinorrhée= unilatérale droite fétide
- Eternuements= 0
- Obstruction= bilatérale prédominant à droite
- Algies= hémicrâniées droites, pesanteur, tension jugales
- Sang= mouchage sanieux

Examen :

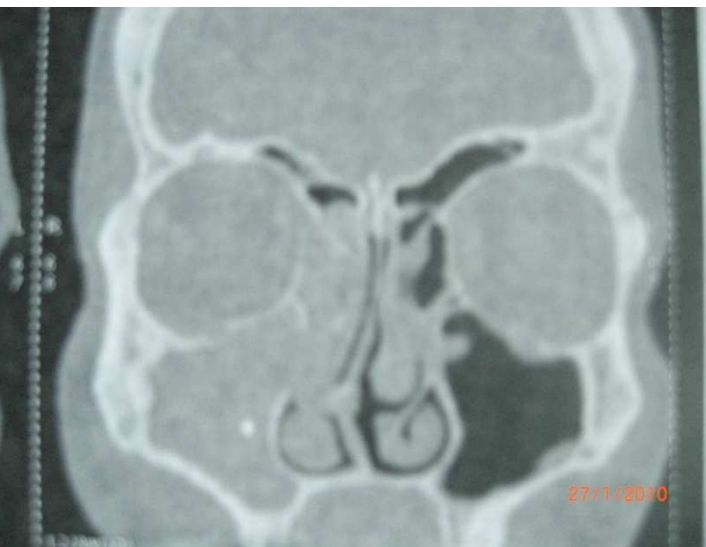
- Sans particularité
- Nombreuses dents couronnées

Que faites-vous ?

- Interrogatoire ?
- Biologie ?
- Allergologie ?
- RX standards ?
- TDM ?
- ECB ?
- TRAITEMENT :
 - Nouveau traitement antibiotiques ?
 - Corticoïdes ?
 - AINS ?
 - Autres ?
 - chirurgie

Que faites-vous ?

- Interrogatoire ?
 - Début des troubles depuis mai 2009 après dévitalisation d'une dent (15 probablement)
- Biologie ?
 - Bilan standard
- Allergologie ? NON
- RX standards ? NON
- TDM ? OUI
- OPT ou denta scan OUI
- ECB ? NON
- TRAITEMENT :
 - Nouveau traitement antibiotiques ?
 - Quinolones
 - Ou cephalo 2 + flagyl
 - Corticoïdes ? NON
 - AINS ? SURTOUT PAS +++
 - Autres ?
 - Lavages de nez, vasoconstricteurs
 - antalgiques



CONCLUSION :

- sinusite maxillaire droite d'origine dentaire
- probable greffe aspergillaire sur corps étranger dentaire
- déviation septale droite

TRAITEMENT :

- toujours CHIRUGICAL
- SEPTOPLASTIE + MEATOTOMIE ETHMOIDO MAXILLAIRE DROITE
- Avulsion des 16 et 17 après avis du dentiste ou du stomatologiste.
- Risque de communication bucco sinusienne dont le patient et prévenu ; éventuelle fermeture dans le même temps
- Poursuite du traitement antibiotique postopératoire pendant au moins 10 jours
- Soins locaux+++

Messages :

- Une rhinorrhée unilatérale et fétide est jusqu'à preuve du contraire une sinusite d'origine dentaire
 - Penser au corps étranger chez l'enfant+++
- Rechercher une greffe aspergillaire
- Traiter la cause et la conséquence, si possible dans le même temps chirurgical.
- Le traitement n'est que chirurgical

CAS CLINIQUE N°7

Valérie NOLOGIE

Jolie secrétaire de 41 ans, sans antécédents pathologique particulier consulte pour une rhinite chronique et des céphalées

Elle a bénéficié d'un bilan allergologique : tests cutanés négatifs

Elle est peu améliorée par une association antihistaminique + corticothérapie locale

Interrogatoire :

- Prurit= 0
- Anosmie= 0
- Rhinorrhée= aqueuse, matinale, parfois abondante, l'obligeant à toujours avoir un mouchoir.
- Eternuements= le matin, en salves
- Obstruction nasale= bilatérale, à bascule ; pas de ronflement.
- Céphalées= fréquentes, par crises, frontales, parfois latéralisées à gauche, accompagnées d'une aggravation de l'obstruction et de la rhinorrhée aqueuse.

Examen :

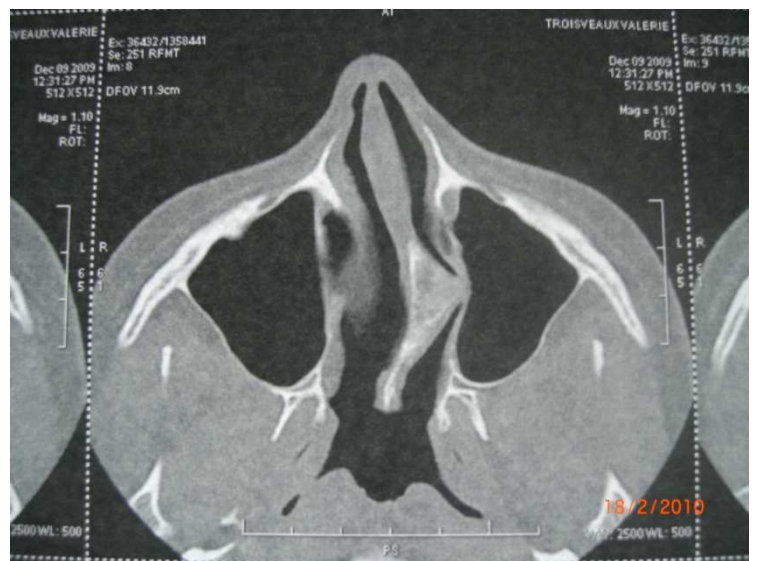
- Sans particularités

Que faites-vous ?

- Interrogatoire ?
- Examen ?
- Examens complémentaires ?
 - RX STANDARDS ?
 - TDM ?
 - BIOLOGIE ?
 - NEURO ?
- TRAITEMENT
 - Antihistaminiques ?
 - Antalgiques ?
 - Autres ?

Que faites-vous ?

- Interrogatoire ?
 - Circonstances déclenchantes ?
 - Stress ?
 - Odeurs ?
 - Aliments ?
 - Règles ?
 - Traitement hormonal ?
 - Périodicité des céphalées : AVF ?
- Examen ?
 - Amygdalectomisée
 - Déviation septale gauche
- Examens complémentaires ?
 - RX STANDARDS ? NON
 - TDM ? OUI
 - BIOLOGIE ? OUI
 - Discrète hyperéosinophilie sanguine
 - Phadiatop-
 - NEURO ? NON



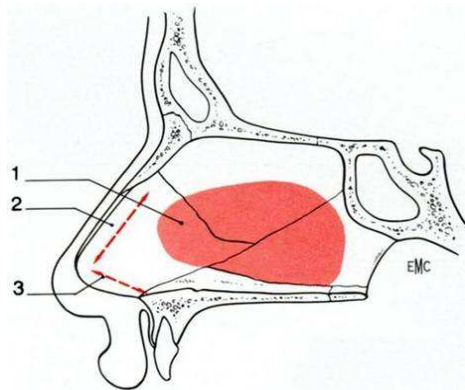
- TRAITEMENT
 - Antihistaminiques ?
 - Antalgiques ?
 - Autres ?
 - Chirurgie ?

Conclusions :

- Rhinite vasomotrice
- AVF induite par un conflit septo-turbinal

Traitement chirurgical=

- SEPTOPLASTIE +/- turbinoplastie inférieure
- PAS DE TURBINECTOMIE TOTALE +++
- Puis reprise de la corticothérapie nasale

**Messages :**

- Faire une TDM des sinus aux algies vasculaires de la face
- Et une IRM à celle qui sont atypiques
- Ne pas se contenter du diagnostic de rhinite vaso-motrice
- Une AVF peut être induite par une anomalie architecturale de la cloison et/ou des cornets
- La chirurgie n'améliore pas toutes les céphalées rhinogènes

CAS CLINIQUE N°8

Victorine ORRHEE

Il s'agit d'une femme de 52 ans venue en consultation pour une rhinorrhée aqueuse profuse depuis 3 semaines.

Les symptômes avaient débuté après une exposition professionnelle à des boules anti-mites.

La patiente rapportait d'autres symptômes : céphalée, vertige, toux et impression d'oreille droite bouchée. Elle avait des antécédents personnels d'HTA, de diabète, d'hypercholestérolémie et familiaux, de rhinite allergique et d'asthme.

Le traitement par antihistaminique et corticoïde nasal était resté sans effet.

Interrogatoire :

- Prurit= 0
- Anosmie= hyposmie
- Rhinorrhée unilatérale claire abondante
- Obstruction= non
- Eternuements= non
- Céphalées= oui
- Sang= non

EXAMEN :

- L'examen montrait un écoulement clair de la narine droite
- l'auscultation pulmonaire était normale.

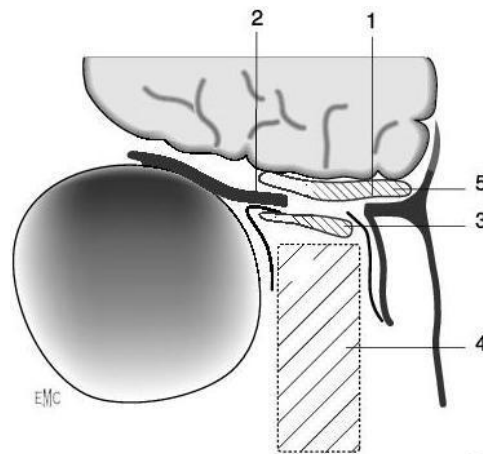
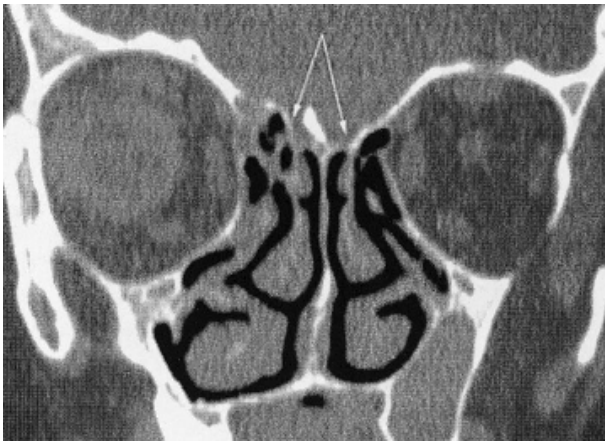
Que faites-vous ?

- interrogatoire ?
- traitement ?
- examens complémentaires ?
 - rx standards ?
 - TDM ?
 - IRM ?
- examens spécialisés ?
 - ORL ?
 - Allergo ?
 - NEURO ?
 - Autres ?

Que faites-vous ?

- interrogatoire ?
 - traumatisme ?
- traitement ?
 - on attend
- examens complémentaires ?
 - rx standards ? NON
 - TDM ? OUI
 - IRM ? OUI après le TDM
- examens spécialisés ?
 - ORL ? OUI
 - Allergo ? NON
 - NEURO ? NON
 - Autres ?

L'analyse de l'écoulement nasal a retrouvé la présence de bêta-2-transferrine et confirmé ainsi l'existence d'une fuite de liquide céphalo-rachidien (LCR).



Le TDM a révélé un épaississement de la muqueuse de l'ethmoïde et une déviation septale nasale mais aucune anomalie intra-crânienne pouvant expliquer la fuite de LCR.

Une IRM a permis de localiser la fuite au niveau de la lame criblée avec passage de LCR dans les cellules éthmoïdales.

La fuite a été réparée par voie endoscopique

TDM de contrôle effectué un mois plus tard confirmait la suppression de la fuite.

Plusieurs éléments pouvaient faire errer le diagnostic (exposition à l'anti-mite, antécédents familiaux) mais un interrogatoire et un examen attentifs permettaient d'évoquer le diagnostic différentiel...

La rhinorrhée ne vient pas toujours du nez !

La démarche diagnostique devant une rhinite persistante ne débute pas par la recherche systématique d'une allergie.

Celle-ci évoquée puis éliminée, il ne faut pas en rester là...

Conclusions :

- Toujours se méfier d'une rhinorrhée unilatérale !
 - Surtout aqueuse
- Rechercher des antécédents
 - traumatisme crânien même minime
 - Méningite
 - HIC bénigne

