

Les rhinolithiases: A propos d'un cas observé au centre hospitalo-universitaire Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso)

Rhinolithiasis: A case observed in Yalgado Ouédraogo teaching hospital (Burkina Faso)

KE Bakyono, Eem Nao, Se Zaghre, S Oubian, C Bambara, N Zaghre, A Goueta,
Nc Meda, Ymc Gyebre, K Ouoba.

RESUME

INTRODUCTION : La rhinolithiase est une pathologie rare liée le plus souvent à un retard diagnostique dont, la physiopathologie n'est pas encore élucidée. Nous rapportons le premier cas de rhinolithiase diagnostiqué et pris en charge dans notre service.

Le but de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques ainsi que les aspects thérapeutiques de cette entité pathologique.

OBSERVATION : il s'agit d'une observation clinique d'une rhinolithiase développée à partir d'un corps étranger exogène de la fosse nasale chez un jeune garçon. L'histoire clinique rapporte une prise en charge insuffisante du corps étranger initial lors de son introduction dans la fosse nasale. L'extraction de la rhinolithiase a été faite sous anesthésie générale. Une petite perforation septale de 2 millimètres a mise en évidence en regard du rhinolithe. Les suites opératoires ont été simples.

CONCLUSION : un bon examen clinique ORL, lors de l'introduction d'un corps étranger dans la fosse nasale chez un enfant, doit être réalisé de façon minutieuse afin de le mettre en évidence et de procéder à son extraction par tous les moyens y compris sous anesthésie générale. Cela éviterait la survenue d'une rhinolithiase sur corps étranger exogène source de complications infectieuses et mécaniques chez ces tous petits.

MOTS-CLÉS : Rhinolithiase, Corps étranger, Fosse nasale.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Rhinolithiasis is a rare condition related mostly to late diagnosis, physiopathology is not yet understood. We report the first case of rhinolithiasis diagnosed and cared for in our ENT unit. The purpose of our study is to describe the clinical features and therapeutic aspects of this disease entity.

METHOD: This is a clinical observation of a rhinolithiasis developed from an exogenous foreign body of the nasal in a young boy. The clinical history reports insufficient support of the initial foreign body during his introduction in the nose fossa. The extraction of the rhinolithiasis was made under general anesthesia. A small 2 mm septal perforation has highlighted next to the rhinolithe. The postoperative were simple.

CONCLUSION: Correct ENT clinical examination, after the introduction of a foreign body in the nose by a child, must be done carefully in order to highlight it and proceed to its extraction by all means including general anesthesia. This would avoid the occurrence of a rhinolithiasis developed on exogenous foreign body source of mechanical and infectious complications.

KEYWORDS: Rhinolithiasis, foreign body, nose.

INTRODUCTION

Les rhinolithiases sont rares et de symptomatologie non spécifique [1]. Tout élément présent dans le nez, endogène ou exogène, peut être à l'origine d'une rhinolithiase [1, 2]. Rare dans les pays développés, elle est d'actualité dans les pays en développement [3]. Le diagnostic repose sur l'examen endonasal et le traitement est chirurgical [3, 4].

Le but de notre étude est de rappeler la nécessité d'une bonne démarche diagnostique en cas de suspicion de corps étranger de la fosse nasale afin d'éviter les complications inhérentes à sa présence et la constitution de rhinolithiase.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de sexe masculin, âgé de 10 ans, qui a consulté pour une rhinorrhée antérieure unilatérale gauche associée à une obstruction nasale homolatérale évoluant depuis cinq ans. Le début de l'histoire remontait

à cinq ans marqué par l'introduction par l'enfant, d'une pile bouton dans sa fosse nasale gauche. Les parents ont consulté dans une formation sanitaire périphérique où après exploration aucun corps étranger n'a été mis en évidence.

La rhinoscopie antérieure a mis en évidence une rhinorrhée purulente gauche associée à des croûtes et une ulcération de la columelle avec une « masse noirâtre » de consistance pierreuse à surface rugueuse occupant l'espace inter-septo-turbinal. La radiographie standard du cavum de profil a mis en évidence une opacité arrondie dans la fosse nasale gauche (figure 1). La tomodynamométrie du massif facial a retrouvé une image hyperdense à double contour, bien limitée au fond de la fosse nasale gauche englué dans un magma inflammatoire, un remaniement inflammatoire ostio-méatal moyen avec comblement réactionnel des sinus maxillaire et ethmoïdal homolatéraux (figure 2).



Figure 1 : Radiographie du cavum de profil Rhinolithiase en situation intra-nasale (flèche blanche)

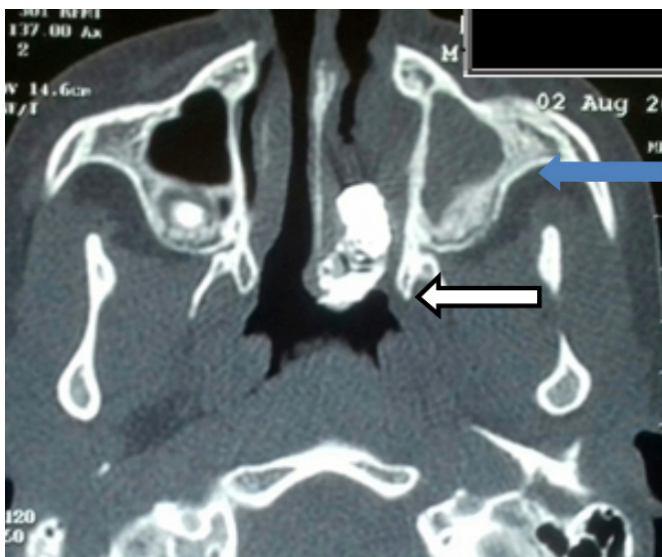


Figure 2 : Scanner en coupe axiale du massif facial Rhinolithiase de la fosse nasale gauche (flèche blanche) - comblement réaction du sinus maxillaire homolatéral (flèche bleue)

Le diagnostic de rhinolithiase sur corps étranger exogène ancien méconnu de la fosse nasale gauche, a été posé. L'extraction de la rhinolithiase a été réalisée sous anesthésie générale. En per opératoire nous avons noté la présence de tissus nécrotiques et des sécrétions noirâtres. Le contrôle post-extraction a retrouvé une petite perforation septale d'environ 2 mm de diamètre, à la partie postéro-inférieure du septum cartilagineux, et une muqueuse nasale inflammatoire. Un tuteur a été mis dans la fosse nasale pendant 14 jours pour prévenir une synéchie. Un traitement à base d'antibiotique, d'anti inflammatoire et une désinfection locale à base de solution saline isotonique a été institué. L'évolution a été favorable avec 5 mois de recul.



Figure 3 : Pile bouton après extraction

DISCUSSION

La rhinolithiase est une pathologie très rare [1, 3, 5, 6]. C'est le premier cas documenté dans notre service depuis plus de 30 ans. Elle est surtout l'apanage du sujet adulte [1,5, 7, 8]. Elle serait de prédominance féminine pour certains auteurs [3, 7] tandis que Kaffel [4] a retrouvé un sex ratio de 1,5 et Usamah [6] aucune prédominance liée au sexe. Dans notre cas, il s'agissait d'un garçon de 10 ans d'un statut socioéconomique modeste. Kaffel et kharoubi avaient retrouvé un âge moyen respectif de 55 ans et 31,2 ans avec des extrêmes variant respectivement de 28 ans à 91 ans et de 7 ans à 61 ans [3,4]. Dans la série de Ser-radi, l'âge variait de 3 à 53 ans. Les patients étaient issus de milieux socio-économiques bas chez kharoubi et serradi dans respectivement dans 66% et avec 80% des cas tandis que chez Kaffel ils étaient tous de condition modeste [3, 4, 9]. Nous pensons que le statut socio-économique jouerait un rôle dans la survenue d'une rhinolithiase en rapport avec un retard de prise en charge thérapeutique des corps étrangers nasaux.

La durée de la constitution d'une rhinolithiase variait de quelques mois à plusieurs années [5, 8]. Sa pathogénie demeure méconnue [3]. Elle est formée par un dépôt calcaire, constitué de cristaux de phosphate, d'oxalates et de carbonates de calcium et de magnésium, autour d'un élément endogène ou exogène [3,5]. Les rhinolithiases développées sur du tissu endogène le sont à partir des tissus organiques qui peuvent être une dent ectopique, un caillot de sang séché, des sécrétions nasales ou des séquestres osseux [1, 5, 8]. Celles développées sur corps étranger (CE) exogène le sont à partir d'éléments externes au patient [1, 5, 8]. Dans notre cas il s'agit d'une rhinolithiase exogène, développée à partir d'une pile bouton qui devait faire l'objet d'une extraction en urgence [10]. Elle peut être responsable de lésions importantes telles qu'une perforation septale, une nécrose du cornet inférieur et une rhinite vestibulaire [10, 11].

La présence d'une rhinolithiase se manifeste cliniquement par des signes rhinologiques unilatéraux non spécifiques à type d'obstruction nasale, de rhinorrhée purulente, d'algies faciales, d'épistaxis [2, 3, 4, 5].

Le diagnostic positif repose sur l'endoscopie nasale après rétraction de la muqueuse nasale [3, 5]. Le calcul apparaît,



le plus souvent, dur lors de la préhension et peut produire un son métallique au contact de l'optique [1]. L'endoscopie nasale constitue l'examen clé pour le diagnostic permettant d'explorer toute la fosse nasale et le cavum et de prévenir tout retard diagnostique du corps étranger nasal. Dans notre cas, le retard diagnostique est expliqué par l'absence de couverture sanitaire suffisante en personnel ORL dans notre pays qui ne compte que 20 médecins ORL pour une population de plus de dix-huit millions d'habitants.

Que la rhinolithiase soit symptomatique ou non, la confirmation diagnostique peut parfois faire appel à l'imagerie médicale notamment la TDM qui met en évidence les calcifications et le CE [5, 7]. Elle permet de préciser le volume et la localisation de la rhinolithiase, d'éliminer d'autres lésions telles que les tumeurs naso-sinusiennes à densité calcique : le fibrome ossifiant, l'odontome, l'ostéome ou l'ostéosarcome [1, 3, 7]. Elle aide au choix thérapeutique [3]. Elle permet aussi de retrouver d'éventuelles complications.

Les complications des rhinolithiases sont diverses. Il peut s'agir de déviation et de perforation septale, de fistule oro-nasale, d'extension intra maxillaire, d'atrophie des cornets moyens et inférieurs, d'ulcère de Marjolin [2, 4, 5, 12, 13]. Dans notre cas, la rhinolithiase s'est compliquée d'une sinusite maxillaire et d'une ethmoïdite réactionnelle ainsi que d'une perforation septale.

La plupart des auteurs préconisaient pour le traitement d'une rhinolithiase que l'extraction soit effectuée sous anesthésie générale qui permettrait une extraction atrau-

matique et complète [1, 5]. Elle permet aussi d'éviter des douleurs et des épistaxis observées lors des extractions sous anesthésie locale [8]. Serradi et Kharoubi ont toutefois, rapporté respectivement 6% et 60% d'extraction sous anesthésie locale avec une évolution favorable [3, 9]. La taille et la position du calcul doivent être prises en compte dans la modalité thérapeutique. Pour notre part, nous préférons l'extraction sous anesthésie générale qui présente plus de sûreté et d'aisance.

Les suites opératoires après extraction d'une rhinolithiase sont en général simples [5, 8]. Une extraction laborieuse peut nécessiter la mise en place d'une lame de silastic solidarisée au septum nasal pendant 15 jours pour prévenir une éventuelle synéchie nasale. Un méchage de deux jours est habituel, associé à une désinfection nasale de huit jours avec ou sans antibiothérapie postopératoire [3].

CONCLUSION

La rhinolithiase est une pathologie rare qui touche toutes les tranches d'âge et toutes les catégories socio-économiques. Si les rhinolithiases endogènes peuvent être tolérées, les rhinolithiases exogènes, en particulier sur pile bouton, peuvent être à l'origine de complications graves. Le diagnostic et la prise en charge précoce restent le gage de la prévention de ces complications.

Conflits d'intérêt : Aucun

REFERENCES

- 1- Merol JC, Schmidt, Legros M, Chays A. Corps étrangers des fosses nasales. Rhinolithiase. Encycl Med Chir, oto-rhino-laryngologie. 2003 ; 20-390-a-10, 4 p.
- 2- KhairulBN, Ida SS, NorziG, Norasnieda S. Giant rhinolith: a case report. EJENTAS. 2017 ; 18 : 155-157. [En ligne]<https://www.science-direct.com/science/article/pii/S2090074016300676>. Téléchargé le 15 décembre.
- 3- Kharoubi S. Revue générale sur les rhinolithiases. Ann oto laryngol Chir Cervicofac. 2008 ; 125 : 11 – 17.
- 4- KaffeL N., Khamassi K., Marrakchi J. et al. La rhinolithiase. J T ORL. 2010; 25: 59 -62.
- 5- El Hage RG, Nassif C, Rassi SJ. Rhinoliths : An unusual diagnosis of nasal obstruction. J Med Liban 2014 ; 62 (2) : 119-122. [En ligne]. <http://www.lebanesemedicaljournal.org/articles/62-2/case3.pdf>. Téléchargé le 5 Janvier 2018.
- 6- Usamah H, SohaG, George Z. Rhinolithiasis: A forgotten entity. Oto-laryngol Head Neck Surg 2002;126:48-51.
- 7- Husniye DK, Peruze C, ZerrinE, Gökhan K. Clinical and radiological aspects of rhinoliths: report of five cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2013;116:232-237.
- 8- Arvind K, MallikaK. Indian Journal of Basic and Applied Medical Research; March 2014: Vol.3, I 2, P.517-520. [En ligne]<http://ijbmr.com/pdf/517-520.pdf>. Téléchargé le 08 janvier 2018.
- 9- Serradi Z., Mansouri J., Bouali M., Mehadji M. Rhinolithiase : A propos de 15 cas et revue de littérature. Ann oto laryngol Path Cervicofac. 2012; 129, I 4: A98.
- 10- Rakotoarisoa AHN, Razafindrakoto RMJ, Valisoa HA, Ramarozatovo NP, Rakotomananjo AH, Rakotovao FJ. Les corps étrangers nasaux chez l'enfant: l'expérience du centre hospitalier universitaire d'antananarivo. [en ligne]. <https://docplayer.fr/29303139-Les-corps-etrangers-nasaux-chez-l-enfant-l-experience-du-centre-hospitalier-universitaire-d-antananarivo.html>. Téléchargé le 7 janvier 2018.
- 11- Abou-elfadi M, Horra M, Abada RL, Mahtar M, Roubal M, Kadiri F. Nasal foreign bodies: Results of a study of 260 cases. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2015;132(6):343-6. [En ligne]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879729615001052?via%3Dihub>. Téléchargé le 8 janvier 2018.
- 12- Lucielma SSP, Eduardo BC, Rrebeca de Souza A, Marcio AL, Jacks J. Rhinoliths causing palatal perforation: case report and literature review. Oral surg oral med oral pathol oral radiol endod. 2007;104: 42-46.
- 13- Sandra Girgis, Leo Cheng, Darren Gillett. Rhinolith mimicking a toothache. Int J Surg Case Rep. 2015; 14: 66-68. Int J Surg Case Rep. 2015; 14: 66-68.