

21^{ème} FORUM MEDICAL DE RANGUEIL

**Le nez qui coule : un arbre qui peut
cacher la forêt !**

E. SERRANO, J. PERCODANI, S. VERGEZ, J.J. PESSEY.

**Service ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
CHU Larrey
31059 Toulouse Cedex
serrano.e@chu-toulouse.fr**

Introduction :

La rhinorrhée ou écoulement nasal chronique constitue un motif de consultation fréquent en ORL. Elle peut être isolée ou associée à d'autres signes fonctionnels rhinosinusiens : obstruction nasale, éternuements, troubles de l'odorat, épistaxis, algies faciales. Il peut s'agir d'une rhinorrhée antérieure, le patient se plaint alors "d'être enrhumé", "de moucher", "d'avoir le nez qui coule" ; ou d'un jetage postérieur, le patient allègue alors une sensation de corps étranger pharyngé, de brûlure ou de picotement pharyngé. Souvent il décrit très bien que "quelque chose coule au fond de la gorge". Parfois, il existe simplement un hémage ou raclement de gorge.

L'interrogatoire doit être minutieux et dirigé, permettant souvent au clinicien d'évoquer d'emblée un diagnostic étiologique. La rhinoscopie est indispensable, de même que l'examen ORL complet. Les examens complémentaires seront guidés par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

1. Interrogatoire

Le clinicien devra faire préciser :

- la nature de la rhinorrhée : séreuse (plutôt liquide), muqueuse (plutôt épaisse), muco-purulente, purulente, croûteuse ou sanglante ;
- le caractère uni ou bilatéral ;
- la date et le mode de début ;
- l'évolution aiguë ou chronique ;
- le mode évolutif des symptômes : survenue saisonnière ou perannuelle ;
- la notion de facteurs déclenchant : changement d'environnement, manipulation de certaines substances, contact avec certains animaux, aux changements de position (le matin au lever), prise de certains aliments ;
- les signes associés rhinologiques : obstruction nasale, éternuements, troubles olfactifs, épistaxis, algies faciales ;
- les signes associés évocateurs d'une allergie : prurit nasal, oculaire ou palatin,

- des signes de reflux gastro-œsophagien en particulier un pyrosis, en cas de jetage postérieur ;

- des signes indirects de jetage postérieur : laryngés (toux sèche ou productive) ou trachéo-bronchiques (trachéo-bronchites à répétition).

Il est d'autre part important de connaître les antécédents personnels et familiaux, en particulier l'existence d'une allergie ou d'un asthme, la notion de traumatisme crânio-facial, les antécédents chirurgicaux rhino-sinusiens.

2. Examen clinique

2.1. Inspection

L'examen clinique débute par l'inspection qui permet parfois de mettre en évidence :

- une déformation congénitale ou acquise de la pyramide nasale ;
- une déviation septale antérieure ou une anomalie du vestibule narinaire visible en relevant la pointe du nez avec le pouce ;

- un pli nasal horizontal perpendiculaire à l'arête nasale évocateur d'une allergie et lié aux mouvements répétés de frottement et de mouchage : c'est le classique "salut allergique" ;

- un second pli palpébral inférieur, également évocateur d'allergie.

L'inspection du nez au cours d'une inspiration forcée peut mettre en évidence une aspiration des ailes narinaires caractéristique d'un syndrome de la valve nasale.

2.2. Palpation

La palpation recherche des points douloureux en cas d'antécédent de traumatisme.

2.3. Endoscopie des fosses nasales

La rhinoscopie antérieure au spéculum donne des informations limitées par rapport à l'endoscopie nasale. Elle permet cependant de visualiser la cloison cartilagineuse, le plancher de la fosse nasale, la tête du cornet inférieur et la tête du cornet moyen. Elle doit être pratiquée avant et après pulvérisation nasale d'un vasoconstricteur.

La rhinoscopie postérieure au miroir est souvent difficile en raison d'un réflexe nauséux, ou de la conformation anatomique (longueur du voile). Lorsqu'elle est possible elle visualise le cavum et la partie postérieure des fosses nasales.

L'endoscopie nasale, réalisée à l'aide d'un nasofibroscope souple ou d'un endoscope rigide, permet :

- l'analyse de l'architecture ostéocartilagineuse des fosses nasales ;
- l'examen de l'aspect de la muqueuse de l'ensemble de la fosse nasale (œdème, polypose, hypertrophie, atrophie) ;
- la recherche de lésions sécrétoires au niveau des méats ;
- l'examen direct du cavum (inflammation, hypertrophie adénoïdienne) ;
- d'éliminer une tumeur des fosses nasales.

Il est possible de réaliser des prélèvements dirigés sous endoscopie, notamment des prélèvements bactériologiques au niveau du méat moyen ou un frottis nasal au niveau du cornet moyen pour examen cytologique.

3. Conduite à tenir diagnostique et thérapeutique en fonction des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique

Les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique guident la prescription des examens complémentaires et la conduite à tenir thérapeutique.

3.1. Rhinorrhée claire

3.1.1. Rhinorrhée claire isolée

• **Devant une rhinorrhée claire isolée, unilatérale** il faut éliminer une rhinorrhée de liquide céphalorachidien. Elle est facilement suspectée en cas d'antécédent de traumatisme crânien compliqué de fracture de l'étage antérieur de la base du crâne ou du rocher. Elle peut aussi survenir dans les suites d'une chirurgie rhino-sinusienne (évidemment ethmoïdal, septoplastie). Il s'agit en général d'une hydorrhée unilatérale augmentée par les efforts abdominaux, la compression des jugulaires, la position penchée en avant. La difficulté est de confirmer son authenticité. La présence de glucose

et le dosage de la bêta 2 transferrine dans l'écoulement nasal sont des signes de valeur mais seulement en cas d'écoulement non sanglant. Le scanner recherche un trait de fracture au niveau de l'étage antérieur de la base du crâne ou du rocher. L'IRM permet parfois la localisation de la fuite de LCR. Elle peut être non contributive en l'absence de rhinorrhée le jour de l'examen. Le traitement est en général chirurgical, comprenant la fermeture de la brèche, afin de prévenir le risque de méningite.

• **Devant une rhinorrhée claire isolée bilatérale** il faut penser à :

- L'hydrorrhée du sujet âgé : classique "goutte au nez". Elle justifie, en l'absence de contre-indication, la prescription d'anti-cholinergiques locaux.
- L'hydrorrhée matinale survenant dès le passage à la position orthostatique. Elle est souvent profuse, séreuse et peut être isolée. Elle est favorisée par les variations de température. La cause serait un dysfonctionnement neuro-vasculaire des glandes et des réseaux veineux artério-veineux sous muqueux.

3.1.2. Rhinorrhée claire associée à d'autres signes rhinologiques

3.1.2.1. Rhinite allergique

La classique triade symptomatique obstruction nasale bilatérale, rhinorrhée claire, éternuements survenant sous forme de crises, en salve est fortement évocatrice d'une rhinite allergique. A cette triade, peuvent s'associer des signes mineurs mais parfois au devant de la scène :

- prurit nasal, palatin, oculaire avec larmoiement, ou du conduit auditif externe,
- des céphalées : fréquentes, elles ne traduisent pas forcément une participation sinusienne mais sont la conséquence d'un trouble de la ventilation nasale,
- un jetage postérieur,
- des troubles olfactifs : hyposmie ou anosmie parfois associés à une hypoguesie.

Les aspects endoscopiques de la rhinite allergique sont variables, aucun n'est spécifique

- hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs ;
- sécrétions séreuses tapissant les fosses nasales ;
- muqueuse couleur lilas, atone, plus rarement rouge ;
- œdème localisé de la muqueuse ;

- polypes au niveau du méat moyen en cas de participation sinusienne.

Des tests cutanés viendront confirmer l'impression clinique.

Les anti-histaminiques par voie générale et / ou par voie locale intra nasale en association avec les corticoïdes locaux constituent la base du traitement. Ils sont en général très efficaces sur la rhinorrhée. La corticothérapie générale en cure courte peut être prescrite en cas de rhinite allergique sévère ou pour passer un cap aigu. Les corticoïdes retard injectables n'ont aucune indication dans ces cas. L'éviction allergénique est toujours indiquée lorsqu'elle est possible.

3.1.2.2. Rhinite non allergique

L'allergie n'est pas la seule cause d'hyper réactivité nasale. En effet, il existe des rhinites non-allergiques, au cours desquelles la rhinorrhée peut être d'intensité variable :

- Les rhinites par intolérance médicamenteuse ou alimentaire : acide acétyl-salicylique et dérivés, alcool, certains colorants (tartrazine). Le traitement repose sur l'éviction de la substance en cause.

- La rhinite éosinophilique ou NARES (Non Allergic Rhinitis with Eosinophilic Syndrom) : la symptomatologie diffère peu de celle des autres rhinites mais l'anosmie est fréquemment retrouvée. Le diagnostic repose sur la négativité du bilan allergique et la présence d'une hyper éosinophilie sécrétoire supérieure à 20 %. Le traitement est basé sur la corticothérapie locale. L'évolution vers l'asthme n'est pas rare.

- Les rhinites de cause hormonale : les œstrogènes jouent un rôle important dans la pathogénie de certains syndromes d'hyper réactivité nasale. Une rhinite chronique peut survenir pendant la grossesse, elle disparaît le plus souvent après l'accouchement. Citons également la rhinite survenant en période prémenstruelle et les rhinites évoluant au cours des hypothyroïdies.

- Les rhinites iatrogènes par abus de vasoconstricteurs locaux : ces rhinites médicamenteuses sont de type hypertrophique et l'obstruction nasale est au premier plan. Elles peuvent aussi être provoquées par certains traitements anti-

hypertenseurs (vasodilatateurs, bêta-bloquants). Le traitement passe en premier lieu par le sevrage, parfois difficile, et / ou la modification du traitement anti-hypertenseur.

- Les rhinites vasomotrices proprement dites : il s'agit d'un diagnostic d'élimination. Elles sont en rapport avec un dysfonctionnement neurovégétatif. Les signes cliniques sont souvent dissociés, l'évolution est irrégulière. Des facteurs psychogènes sont souvent retrouvés : stress, émotivité, difficultés professionnelles ou relationnelles. Le traitement des rhinites à prédominance sécrétoire repose sur les anticholinergiques locaux. (**Tableau I**)

3.2. Rhinorrhée purulente

3.2.1. Rhinorrhée purulente unilatérale

3.2.1.1. Chez l'enfant

Une rhinorrhée purulente unilatérale fait évoquer :

- Une atrésie choanale unilatérale : le diagnostic est clinique : la rhinoscopie met en évidence une imperforation de la partie postérieure de la fosse nasale avec impossibilité de passage vers le cavum.

Le scanner permet d'authentifier le caractère muqueux, osseux ou ostéo-muqueux de l'atrésie. Le traitement est chirurgical.

- Un corps étranger de la fosse nasale : Le diagnostic est rhinoscopique. Le traitement repose sur l'extraction du corps étranger.

3.2.1.2. Chez l'adulte

Une rhinorrhée purulente unilatérale fait évoquer :

- Une tumeur maligne des fosses nasales ou des sinus : les signes associés évocateurs sont : des épistaxis récidivantes ou une rhinorrhée striée de sang et des algies faciales. La rhinoscopie met en évidence une masse polypoïde ou bourgeonnante dans la fosse nasale. Les biopsies confirment le diagnostic. Le bilan d'extension loco régional doit comporter un scanner des sinus en coupes axiales et coronales et une IRM pour préciser une éventuelle extension orbitaire ou endo crânienne. Le traitement est chirurgical.

- Une tumeur du cavum : les signes rhinologiques associés sont une obstruction nasale et / ou une rhinorrhée sanglante. Une hypoacousie de transmission en rapport avec une otite sérumuqueuse homolatérale à la tumeur est un signe d'une grande valeur diagnostique.

- Une tumeur bénigne des fosses nasales : polype de Killian, papillome inversé. La symptomatologie est surtout obstructive. Le diagnostic est endoscopique, scannographique et anatomopathologique.

- Une sinusite maxillaire chronique d'origine dentaire : elle est évoquée devant une rhinorrhée fétide unilatérale associée à des douleurs dentaires. Les principes du traitement sont identiques à ceux de la sinusite d'origine nasale, mais le foyer infectieux dentaire responsable doit être traité et il faut tenir compte de la fréquence plus grande des germes anaérobies.

- Une mycose sinusienne : les signes cliniques sont aspécifiques et la rhinorrhée peut en faire partie. Le scanner des sinus est fortement évocateur. Le diagnostic de certitude repose sur l'examen mycologique direct et la culture. Le traitement est chirurgical le plus souvent par voie endoscopique endonasale.

3.2.2. Rhinorrhée purulente ou muco purulente bilatérale

Une rhinorrhée purulente bilatérale fait évoquer une sinusite chronique : la rhinorrhée purulente ou le plus souvent muco-purulente est parfois remplacée ou associée à un jetage postérieur. Il peut exister une obstruction nasale, une hyposmie ou une anosmie, parfois une sensation de pesanteur faciale. Ces signes sont diversement associés.

L'endoscopie des fosses nasales peut mettre en évidence ces sécrétions purulentes au méat moyen avec un œdème de l'apophyse unciforme et / ou de la bulle, un polype du méat moyen, une polypose nasale extensive. Le bilan radiologique doit comporter un scanner des sinus, celui-ci doit être interprété en fonction du contexte clinique.

Le diagnostic de sinusite chronique étant posé sur des critères cliniques, endoscopiques et scannographique, un bilan étiologique minimum s'impose :

- recherche d'une allergie,

- prélèvement bactériologique devant un écoulement purulent persistant malgré une antibiothérapie adaptée,
- bilan dentaire,
- recherche d'un diabète. (**Tableau II**).

Le traitement des sinusites chroniques est le plus souvent médical. L'antibiothérapie doit tenir compte du caractère poly microbien (Gram +, Gram-, anaérobies) de la flore bactérienne. Les soins locaux ne doivent pas être négligés (lavages des fosses nasales au sérum physiologique, aérosolthérapie, crénothérapie).

3.3. Rhinorrhée croûteuse

Une rhinorrhée croûteuse doit faire évoquer : (**Tableau III**).

- Une rhinite atrophique primitive, ou ozène associe rhinorrhée purulente et croûteuse, cacosmie et obstruction nasale. La rhinoscopie retrouve une atrophie de la muqueuse nasale, tapissée de croûtes. Le prélèvement bactériologique retrouve fréquemment *Klebsiella ozonæ*. Le traitement est médical associant des lavages des fosses nasales, des aérosols, des instillations de produits mucolytiques et une antibiothérapie active sur *Klebsiella ozonæ*. C'est une entité clinique rare de nos jours.
- Une rhinite croûteuse iatrogène post chirurgicale : Elle est souvent inévitable après les voies d'abord rhino-septales ou paralatéronasales. La présence de croûtes est habituelle pendant la phase de cicatrisation après chirurgie endonasale. La persistance des croûtes représente une complication rare mais redoutable.
- une rhinite croûteuse spécifique : tuberculose, sarcoïdose et autres granulomatoses (maladie de Wegener, maladie de Stewart). Les prélèvements bactériologiques et anatomopathologiques feront le diagnostic.

3.4. Rhinorrhée sanglante

Toute rhinorrhée sanglante chronique, à fortiori si elle est unilatérale, associée à une obstruction nasale unilatérale ou des manifestations douloureuses, doit faire éliminer une tumeur des fosses nasales, des sinus ou du cavum.

Conclusion

Un écoulement nasal chronique est un signe fonctionnel rhinologique banal et fréquent. Le diagnostic étiologique obéit à une démarche codifiée. Tout écoulement nasal unilatéral est suspect et doit faire éliminer une pathologie tumorale.

Tableau I :

Orientations diagnostiques devant une rhinorrhée claire

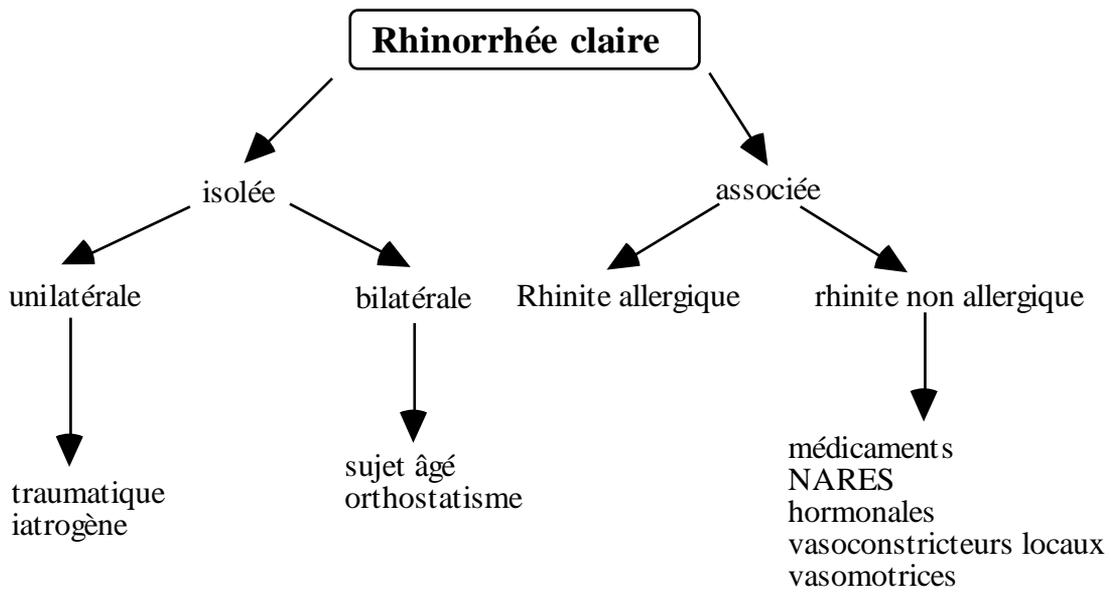


Tableau II :

Orientations diagnostiques devant une rhinorrhée purulente ou muco purulente

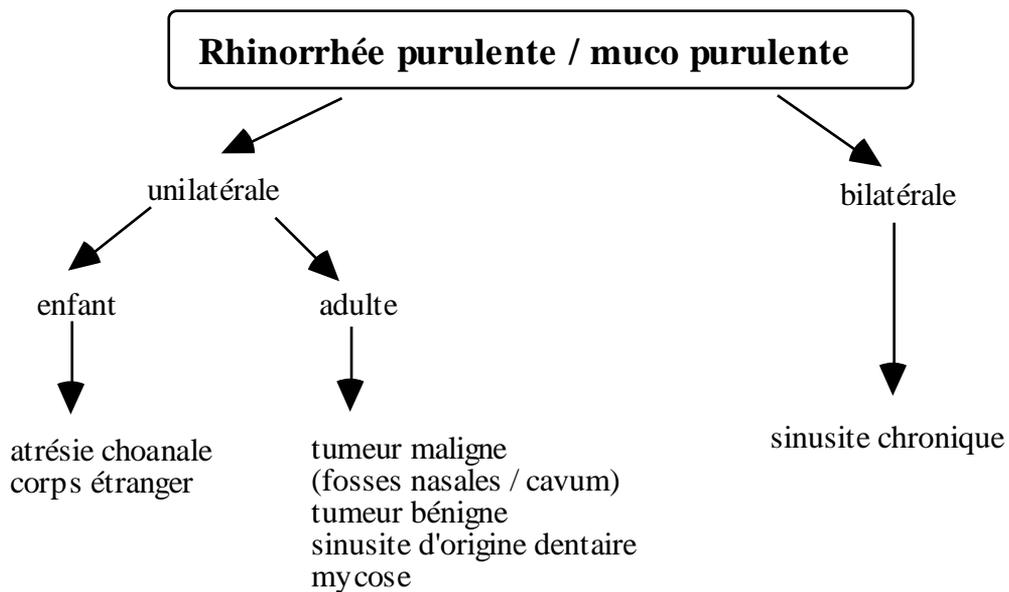


Tableau III : Orientations diagnostiques devant une rhinorrhée croûteuse

