

Atrésie Choanale chez l'adulte : À propos d'un cas

Zeine Abidine Baba Hassene*^a (Dr), Amine Oussalem^a (Dr), Malik Boulaadas^a (Pr)

Hôpital des spécialités CHU de Rabat, Rabat, MAROC

* zeynelabidine2018@yahoo.com

Introduction :

Les voies respiratoires supérieures sont le site de nombreuses malformations congénitales, ayant bien souvent pour conséquence des obstructions anatomiques ou fonctionnelles.

Parmi ces affections, on retrouve une anomalie rare mais non exceptionnelle : l'atrésie choanale (AC).

Décrite pour la première fois en 1755 par Roederer chez un nouveau né, en 1830 Adolf Wilhem Otto l'as décrit comme une déformation des os palatins lors de l'autopsie d'un fœtus, elle se caractérise par la présence anormale d'un tissu obstructif empêchant toute communication entre les fosses nasales (FN) et le nasopharynx. Elle peut être unilatérale ou bilatérale, partielle ou complète et de nature osseuse, membraneuse ou mixte .

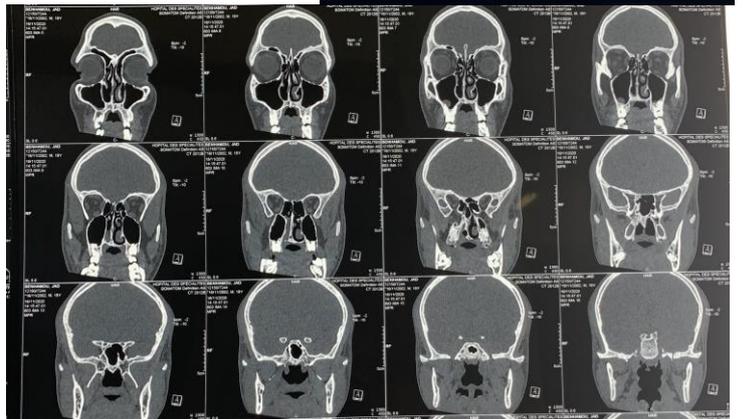
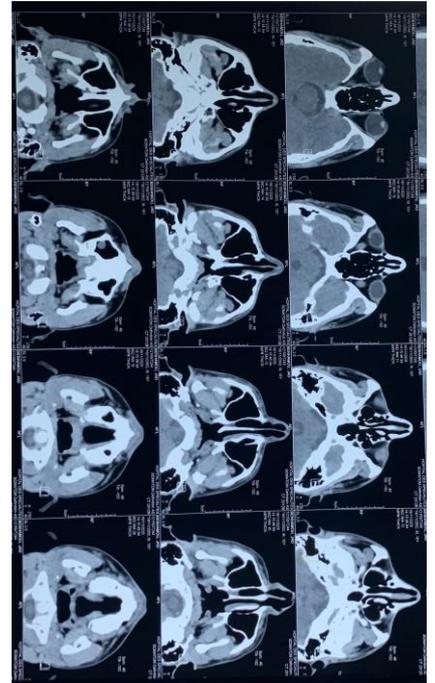
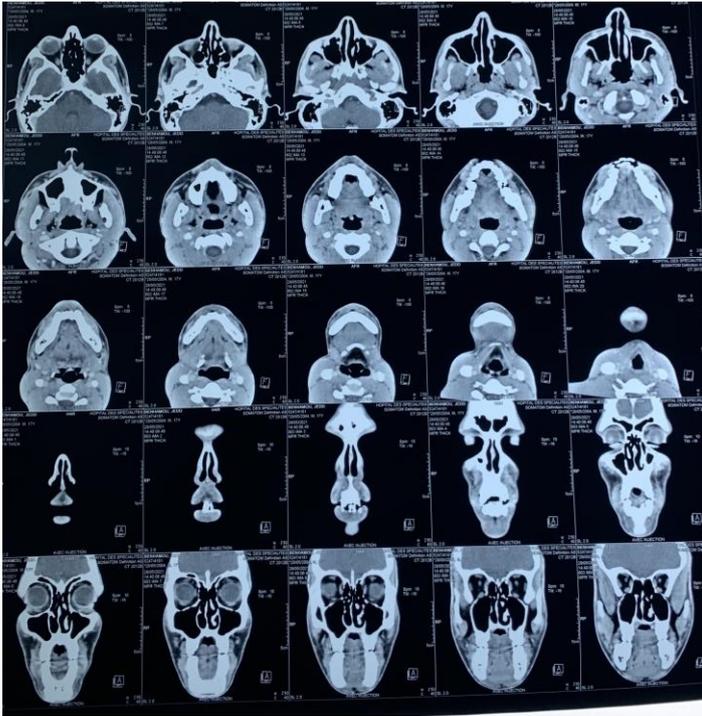
Nous rapportons un cas d'atrésie choanale diagnostiqué chez un adulte au service de chirurgie maxillofaciale du CHU Mohammed V de Rabat.

L'objectif de notre étude est de souligner l'importance du dépistage de cette affection à la naissance.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 20 ans hospitalisé pour obstruction nasale droite évoluant depuis la naissance. L'examen clinique a trouvé une abolition du flux narinaire droit.

Une TDM nasosinusienne a objectivé une atrésie choanale droite d'origine mixte.



Coupes scannographiques montrant l'atrésie choanale

Le traitement chirurgical a été réalisé par voie interseptocollumelaire et a consisté en une reperméabilisation nasale avec ostéotomie septale du rail vomeromaxillaire. Le suivi post-opératoire 3 mois plus tard était favorable avec notamment un flux narinaire conservé en bilatéral.

Discussion

L'atrésie des choanes est une malformation congénitale rare dont la prévalence est de 1 naissance sur 5 000 à 8 000, la nature mixte de l'atrésie est la plus fréquente, elle peut être complète ou incomplète, unilatérale ou bilatérale. Son étiopathogénie reste encore hypohyétique. Elle peut entrer dans le cadre d'un syndrome polymalformatif, la forme complète se voit dans l'association « CHARGE » (1,2).

Le diagnostic avant tout clinique, a été considérablement facilité par l'endoscopie. Actuellement, la tomodensitométrie (TDM) constitue la procédure de choix dans l'évaluation de l'atrésie choanale (3,4).

L'AC doit être dépistée à la période néonatale et doit faire rechercher un syndrome polymalformatif. Sa fréquence est estimée à 1 cas pour 5000 à 8000 naissances. (5,6)

De nombreux auteurs ont rapportés une prédominance féminine. (7,8,9,10)

L'obstruction nasale domine le tableau clinique (11,12). D'autres signes peuvent être révélateurs d'atrésie choanale unilatérale tels qu'une rhinorrhée, une dyspnée pas-sagère avec ou sans cyanose, des troubles de la déglutition ou des céphalées frontales intermittentes (13,14,15). Les données endoscopiques et tomodensitométriques permettent de classer les atrésies choanales en atrésie choanale membraneuse, osseuse et mixte. Un bilan clinique et paraclinique doit être réalisé de façon systématique pour éliminer d'autres malformations associées (16,17,18). Ce dernier comporte:

- Un examen ophtalmologique avec fond d'œil et acuité visuelle.
- Un examen des organes génitaux externes, un examen neurologique, pneumologique et digestif.
- Un scanner cérébral, une échographie cardiaque, une échographie rénale et une radiographie du thorax.
- Des dosages hormonaux (testostérone, LH, FSH, gH) et une fonction rénale.
- Des explorations audiométriques avec un bilan orthophonique (19).
- Un caryotype.

Le traitement de l'atrésie a pour but la reperméabilisation de la partie postérieure de la fosse nasale (20,21). L'intervention sera proposée en urgence en cas de forme bilatérale et différée en cas de forme unilatérale.

La voie transpalatine a été longtemps préconisée par plusieurs auteurs (20, 22) et dans notre série également car elle offre une meilleure visualisation de l'aire opératoire, une résection aisée du bord postérieur de la cloison nasale et de l'aile interne de la ptérygoïde (14,20,23); mais le geste chirurgical et l'hospitalisation sont longs avec une morbidité importante (22,24).

Actuellement, elle est réservée par plusieurs auteurs aux récurrences après une première technique ou en cas d'impossibilité anatomique de réaliser la voie endonasale (19,22).

La chirurgie endonasale sous guidage endoscopique s'est considérablement développée grâce à l'avènement des microdébrideurs (24,25,26,27). Cette technique présente l'avantage de permettre une résection étendue, d'être une intervention courte et de faible morbidité (10, 26,27,28). Elle est indiquée chez les très jeunes enfants et même chez les nouveau-nés porteurs d'atrésie choanale bilatérale, qu'elles soient mixtes ou osseuses et dans le traitement des récurrences. Le microdébrideur paraît moins traumatique pour les tissus et mieux curatif (24,6). Mais cette technique nécessite un entraînement méticuleux par le chirurgien (16, 29,30,31).

Conclusion

L'atrésie choanale est une pathologie qui doit être dépistée à la période néonatale. L'endoscopie nasale et le scanner ont complètement révolutionné les approches diagnostiques et thérapeutiques de cette malformation. La réalisation d'un bilan clinique et paraclinique et un suivi prolongé par un pédiatre et un généticien s'imposent devant l'association fréquente de l'atrésie choanale à d'autres malformations.

Le problème posé par cette affection est celui de sa thérapeutique. La récurrence étant la complication la plus fréquente.

La chirurgie endonasale sous guidage endoscopique est actuellement la technique de choix, la voie palatine devenant très rarement nécessaire.

Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêt.

Références

1. Issekutz Ka, Smith Im, Prasad C, Graham Jm Jr, Blake Kd. An epidemiological analysis of charge syndrome: preliminary results from a canadian study. *Am j med genet a* 2005;133: P309-317
2. Russell-Eggitt, I.M. ,et al. THE eye in charge association. *br j ophthalmol*,1990.74 (7)P :p421-6
3. H. Hajri, S. Mannoubi, N. Mathlouthi, N. Kaffel, M. Marrakchi, H. Kooli, M. Ferjaoui, Imperforation choanale aspects cliniques, approche thérapeutique. *j. Tun orl - n°17 d ecembre 2006*,P30-34
4. Bart D. Vanzieleghem, Marc M. Lemmerling, Hubert F. Vermeersch, Paul Govaert, et al. Imaging Studies in the Diagnostic Workup of Neonatal Nasal Obstruction. *Journal of Computer Assisted Tomography*; Vol. 25, No. 4, 2001;p: 540-549.
5. gujrathi CS, Daniel SJ, James AL, Forte v. Management of bilateral choanal atresia in the neonate: an institutional review. *Int J pediater Otolaryngol* 2004; 68:399-407.
6. khafagy yW. Endoscopic repair of bilateral congenital choanal atresia. *Laryngoscope* 2002;112:316-9.
7. Önerci TM, yücel ÖTk, Ögretmenoglu O. Transnasal endoscopic surgery in choanal atresia. *Operative Techniques in Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;17:143-6.
8. El Aloui M. Imperforation choanale : aspects cliniques, approche thérapeutique. Thèse de Doctorat en Médecine Tunis 2002;n°186
9. Schraff SA, vijayasekaran S, Meinzen-Derr J, Myer CM. Management of choanal atresia in CHARgE association patients: a retrospective review. *Int J pediater Otorhinolaryngol* 2006; 70:1291-7.
10. Abbeele TvD, François M, Narcy p. Transnasal endoscopic treatment of choanal atresia without prolonged stenting. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128: 936-40.
11. Raji A, Mahtar M, Essaadi M et al. Conduite à tenir devant une obstruction nasale chez l'enfant : aspects diagnostiques et approche thérapeutique. *Médecine du Maghreb* 2001;90:23-5.
12. Triglia JM. L'obstruction nasale chez l'enfant. *Médecine thérapeutique/pédiatrie* 2003;6:294-303.
13. Altuntas A, yilmaz MD, kahveci Ok, Dereköy S, yücel A. Coexistence of choanal atresia and Tessier's facial cleft number 2. *Int J pediater Otorhinolaryngol* 2004; 68:1081-5.
14. Samadi DS, Shah Uk, Handler SD. Choanal atresia: a twenty-year review of medical comorbidities and surgical outcomes. *Laryngoscope* 2003;113:254-8.
15. Ducroz v, garabedian EN. Atrésie choanale. *Les cahiers d'ORL* 1997;4:248-54.
16. petkovska L, petkovska I, Ramadan S, Aslam MO. CT evaluation of congenital choanal atresia: our experience and review of the literature. *Australasian Radiology* 2007;51:236-9.
17. Abou Mayaleh H, portmann D, boudard ph. protocole de surveillance post opératoire après chirurgie endonasale endoscopique. A l'attention du personnel soignant. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2004;125:199-200.
18. prasad M, Ward RF, April MM, bent Jp, Froehlich p. Topical mitomycin as an adjunct to choanal atresia repair. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128: 398-400.
19. guyot Jp. Les malformations de l'oreille dans l'association CHARgE. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2001;118:275-7.
20. benhamou AC, Mokrim b, Touhami M, Chekkoury IA, ben Chakroun y. Traitement de l'atrésie choanale. *Maghreb Médical* 1994;279:16-21.
21. Froehlich p, Roger g, garabedian N, Abbeele TvD, Lescanne E, Nicollas R. prise en charge de l'atrésie choanale. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2008;125:46-51.
22. Triglia JM, Nicollas R, Roman S, paris J. Atrésie choanale : orientations thérapeutiques et résultats sur une série de 58 enfants. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2003;124:139-43.
23. Mokrim b, benhamou CA, Laraqui N et al. L'atrésie choanale chez l'adulte: à propos de 5 cas. *Revue de Laryngologie* 1994;115:353-7.
24. Rombaux ph, Hamoir M, gilain v et al. Les atrésies choanales : à propos d'une série rétrospective de 39 cas. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2001;122:147-54.
25. vokurka J. Shaver (microdebridor) in otorhinolaryngology. *International Congress Series* 2003;1240:1411-5.
26. Hajri H, Mannoubi S, Mathlouthi N et al. Imperforation choanale. Aspects cliniques, approche thérapeutique. *J Tun ORL* 2006;17:30-4.
27. Abbeele TvD, Couloigner v, François M, Narcy p. Atrésies choanales : intérêt des nouvelles techniques endoscopiques. *Les cahiers d'ORL* 2002;4:215-21.
28. boaz F, Roeel L, Ari D. Endoscopic choanal atresia repair. *Operative technique in Otolaryngology Head and Neck Surg* 200; 12: 224-8.
29. Saetti R, Santoro R, Silvestrini M, Derosas F, barion U, Narne S. Choanal atresia: endoscopic trans-nasal approach. *International Congress Séries* 2003;1254:443-5.
30. Uri N, greenberg E. Endoscopic repair of choanal atresia: practical operative technique. *American Journal of Otolaryngology* 2001; 22: 321-3.
31. Detsouli M, Nadir H, Refass A, benchakroun y. Atrésie choanale: à propos de 24 cas. *J franç oto-rhino-laryngol* 2003;52:16-21.

