

Case report

Abcès de la cloison nasale: à propos de trois cas



Nasal septal abscess: about 3 cases

Lahcen Arjdal^{1,&}, Salek Eddafi¹, Youssef Rochdi¹, Hassan Nouri¹, Lahcen Aderdour¹, Abdelaziz Raji¹

¹Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

[&]Corresponding author: Lahcen Arjdal, Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Mots clés: Cloison nasale, abcès, Maroc

Received: 14/01/2018 - Accepted: 23/01/2018 - Published: 21/02/2018

Résumé

L'abcès de la cloison nasale est une affection rare mais grave du fait des complications qu'il peut engendrer s'il est mal pris en charge. Il correspond à la présence de pus entre le cartilage septal et son mucopérichondre et/ou l'os septal et son mucopérioste. Nous rapportons trois cas de patients pris en charge au niveau de notre structure. Nous profitons de ces nouveaux cas pour rappeler les différentes étiologies ainsi que la prise en charge qui doit être rapide et adéquate pour préserver le pronostic fonctionnel et esthétique engagé par cette affection.

Pan African Medical Journal. 2018;29:125. doi:10.11604/pamj.2018.29.125.14852

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/29/125/full/>

© Lahcen Arjdal et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

L'abcès de la cloison est une urgence ORL rare, très peu de cas ont été décrits dans la littérature, habituellement il est la conséquence d'une surinfection d'un hématome de la cloison négligé, rarement l'abcès est propagé à la cloison à partir d'un foyer sinusal ou dentaire de voisinage. la prise en charge est médico-chirurgicale et doit être urgente et adéquate.

Patient et observation

Observation 1: Un enfant âgé de 7 ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui s'était présenté aux urgences pour une rhinorrhée bilatérale purulente et une obstruction nasale évoluant depuis deux jours. L'examen clinique notait une fièvre à 38,5°C, une tuméfaction rénitente au niveau de la cloison nasale obstruant les fosses nasales (Figure 1). La tomodensitométrie (TDM) nasosinusienne a montré une hypodensité septale antérieure (Figure 2) avec aspect normal des sinus et les autres structures. La prise en charge a consisté en l'évacuation de l'abcès, une mise en place de mèches et une triple antibiothérapie : amoxicilline + acide clavulanique, gentamycine et métronidazole par voie parentérale. Le traitement médical était complété par une corticothérapie. L'étude bactériologique du pus prélevée était négative. L'évolution était favorable.

Observation 2: Un enfant âgé de 7 ans diabétique mal suivi qui consulte pour une obstruction nasale bilatérale dans un contexte fébrile. L'examen clinique a trouvé une cloison nasale tuméfiée surtout du côté gauche (Figure 3) obstruant les fosses nasales. Le bilan biologique a objectivé une hyperleucocytose à 12000 GB/mm³, une CRP élevée à 54mg/l, et une glycémie à jeun de 2.5g/l. A la TDM faciale: une collection hypodense de la cloison nasale gauche avec présence d'air (Figure 4). le patient a été hospitalisé en service de pédiatrie pour équilibration de la glycémie. Un drainage chirurgical a été réalisé en urgence suivi d'un méchage maintenu pendant 48 heures, et triple antibiothérapie par voie parentérale puis relais par voie orale sept jours après le début du traitement, avec une bonne évolution.

Observation 3: Un enfant âgé de 13 ans sans antécédents pathologiques notables, qui consulte pour obstruction nasale bilatérale avec rhinorrhée purulente et céphalée frontale évoluant

pendant 15 jours dans un contexte fébrile. L'examen clinique a objectivé un bombement bilatéral de la cloison nasale fluctuant douloureux obstruant totalement les deux fosses nasales. Au bilan biologique on a trouvé une hyperleucocytose 17000 GB/mm³ et une CRP à 96mg/l. La TDM nasosinusienne a montré une hypodensité de la cloison nasale avec un comblement des cellules éthmoïdales gauches évocateur d'une éthmoïdite (Figure 5, Figure 6). Le traitement a consisté en un drainage chirurgical avec un prélèvement pour étude bactériologique qui a mis en évidence un staphylocoque aureus multi sensible, suivi d'un méchage pendant deux jours, avec une triple antibiothérapie associant amoxicilline-acide clavulanique, aminoside et métronidazole par voie parentérale pendant dix jours. Avec une bonne évolution clinique et biologique.

Discussion

L'abcès de la cloison se définit par une collection qui siège entre le cartilage ou l'os de la cloison nasale et le mucopérichondre ou le mucopérioste. Il s'agit d'une pathologie rare, peu de cas ont été répertoriés dans la littérature. Cette rareté n'est sans doute qu'apparente, les cas bénins échappent le plus souvent à l'examen médical. Cette affection intéresse tous les âges avec une prédisposition pour les enfants et une nette prédominance masculine [1, 2]. Jusqu'à 85% des cas L'étiologie de l'abcès est dominée par la surinfection d'un hématome de la cloison souvent post traumatique [3], parfois le traumatisme est insignifiant et oublié par le patient, l'intervalle de temps entre le traumatisme et l'installation de l'abcès est habituellement 5-7 jours [3]. Le deuxième mécanisme étiologique est l'iatrogénie de la chirurgie septale [1-3]. Le traumatisme facial engendre la formation d'un hématome par rupture des petits vaisseaux septaux, cet hématome prive le cartilage septal de son périoste et favorise ainsi l'ischémie et la nécrose du cartilage, qui seront aggravées par la surinfection de l'hématome et la libération des enzymes protéolytiques par les bactéries [1, 2, 4]. Les causes non traumatiques sont très rares et sont l'apanage des immunodéprimés, dominés par l'infection de la cloison à partir d'un foyer infectieux sinusal essentiellement éthmoïdal et sphénoïdal [1, 5, 6]. La propagation de l'infection se fait de façon directe par diffusion sous périoste du pus via la lame perpendiculaire de l'éthmoïde vers l'espace sous périostodorsal [1, 2, 5]. D'autres étiologies plus rares ont été rapportées notamment la diffusion de l'infection à partir d'un foyer local dentaire ou cutané

(furoncle nasal) ou une infection à distance chez les immunodéprimés [1, 7].

Le début de la symptomatologie est souvent insidieux, et les signes cliniques ne se manifestent que progressivement et tardivement [3]. Le maître symptôme est l'obstruction nasale souvent bilatérale évoluant dans un contexte fébrile, associée parfois à une rhinorrhée purulente, des douleurs nasales et céphalées [1, 3,5]. Le diagnostic repose essentiellement sur la clinique, qui retrouve à la rhinoscopie antérieure couplée à l'endoscopie nasale un comblement de la fosse nasale par un bombement fluctuant de la muqueuse septale qui est inflammatoire, généralement bilatéral et antérieure. Rarement, il est unilatéral ou postérieur [1, 3]. La ponction de l'abcès permet d'éliminer un hématome en ramenant du pus, posant ainsi le diagnostic et permettant de faire un prélèvement bactériologique. Plusieurs germes sont incriminés, le plus fréquent étant *Staphylococcus aureus* isolé dans 70%, *Streptococcus*, *Haemophilus influenzae* et anaérobies sont moins fréquents [3, 6]. La TDM nasosinusienne est l'examen de choix pour confirmer le diagnostic, rechercher la cause et guetter les complications neurologique et ophtalmologique [1, 3, 8]. Le traitement repose sur le drainage chirurgical de l'abcès, l'évacuation du pus et l'excision des tissus nécrosés généralement sous anesthésie locale idéalement sous anesthésie générale chez les enfants, suivi d'un méchage bilatéral des fosses nasales pendant 2 ou 3 jours. Un traitement antibiotique est essentiel, au début probabiliste, puis orienté par les résultats de l'antibiogramme. En même temps, un traitement étiologique et d'éventuelles complications doivent être envisagés [1, 3, 4]. Un retard de prise en charge ou un traitement inadéquat peuvent engendrer des complications séquellaires à type de déformation de l'arête nasale, perforation septale et rétraction de la columelle, avec un retentissement sur la croissance de la pyramide nasale chez l'enfant, mais aussi des complications qui peuvent engager le pronostic vital comme un abcès cérébral, une méningite, ou une thrombophlébite du sinus caverneux [3, 5, 6].

Conclusion

L'abcès de la cloison nasale est une urgence ORL rare mais potentiellement grave. Le diagnostic est essentiellement clinique. Le traitement est médico-chirurgical et doit être instauré en urgence afin d'éviter non seulement des séquelles fonctionnelles et esthétiques mais aussi les complications qui engagent le pronostic

vital. Il faut insister sur la prévention de ces abcès par une prise en charge adéquate des éventuelles étiologies essentiellement du traumatisme nasal, ainsi qu'un examen systématique et complet de la fosse nasale devant toute sinusite de l'enfant.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à ce travail, ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: tuméfaction bilatérale de la cloison nasale obstruant les fosses nasales

Figure 2: TDM faciale coupe axiale montrant une hypodensité septale antérieure

Figure 3: tuméfaction de la cloison nasale plus marquée du côté gauche

Figure 4: TDM faciale coupe axiale montrant l'hypodensité septale antérieure gauche.

Figure 5: TDM nasosinusienne en coupe coronale montrant l'abcès de la cloison et le comblement des cellules ethmoïdales gauches.

Figure 6: TDM faciale en coupe axiale objectivant un comblement des cellules ethmoïdales gauches

Références

1. Khedim A, Ben Slimene S, Faidi A et al. Abcès de la cloison nasale, à propos d'un cas. 2017. Accessed on 2017
2. Nadour K, Hemmaoui B, Errami N et al. Abcès du septum nasal: la lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. 2010. Accessed on 2017

3. Nada Alshaikh, Stephen Lo. Nasal septal abscess in children: from diagnosis to management and prevention. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2011; 75(6): 737-744. **PubMed | Google Scholar**
4. Canty PA, Berkowitz RG. Haematoma and abscess of the nasal septum. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996; 122(12):1373-6. **Google Scholar**
5. Duc A Tien, Paul Krakovitz, Samantha Anne. Nasal septal abscess in association with pediatric acute rhinosinusitis. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2016 ; 91: 27-29. **PubMed | Google Scholar**
6. Hassani R, Aderdoura L, Maliki O et Al. Abscès de la cloison nasale compliquant une pansinusite aigue. *Archives de Pédiatrie*. 2011; 18(1): 15-17. **Google Scholar**
7. Santiago R, Villalonga P, Maggioni A. Nasal septal abscess: a case report. *Inter Pediatr*. 1999;14: 229-31. **PubMed | Google Scholar**
8. Lin IH, Huang IS. Nasal septal abscess complicated with acute sinusitis and facial cellulitis in a child. *Auris Nasus Larynx*. 2007; 34(2):241-3. **PubMed | Google Scholar**

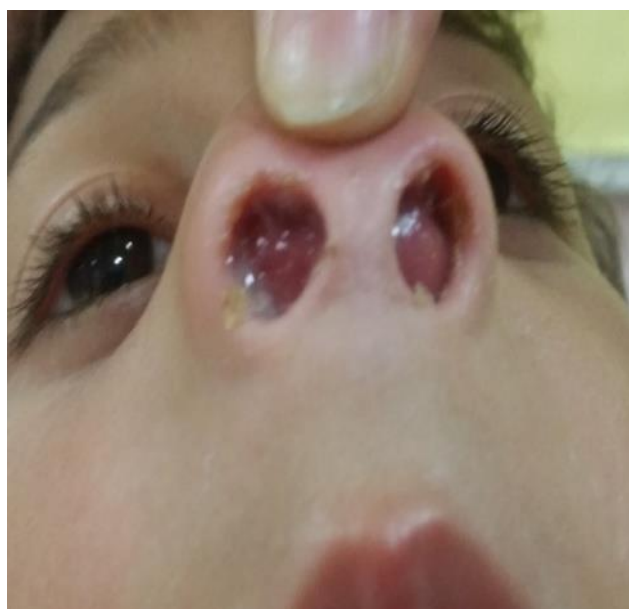


Figure 1: tuméfaction bilatérale de la cloison nasale obstruant les fosses nasals

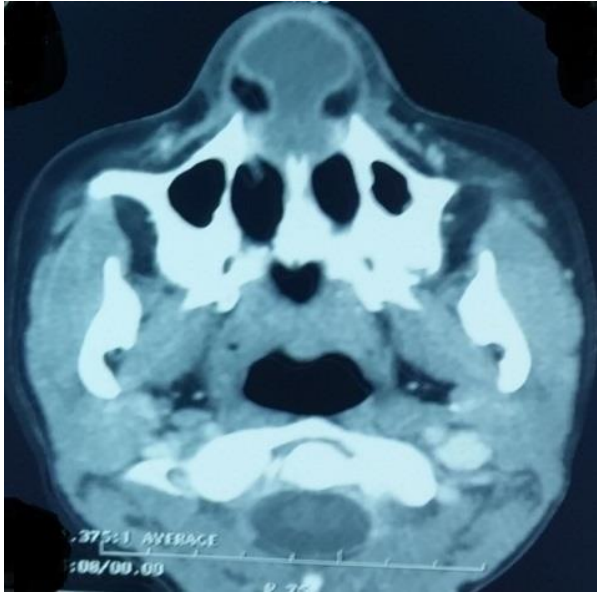


Figure 2: TDM faciale coupe axiale montrant une hypodensité septale antérieure



Figure 3: tuméfaction de la cloison nasale plus marqué du coté gauche



Figure 4: TDM faciale coupe axiale montrant l'hypodensité septale antérieure gauche.



Figure 5: TDM nasosinusienne en coupe coronale montrant l'abcès de la cloison et le comblement des cellules ethmoïdales gauches.

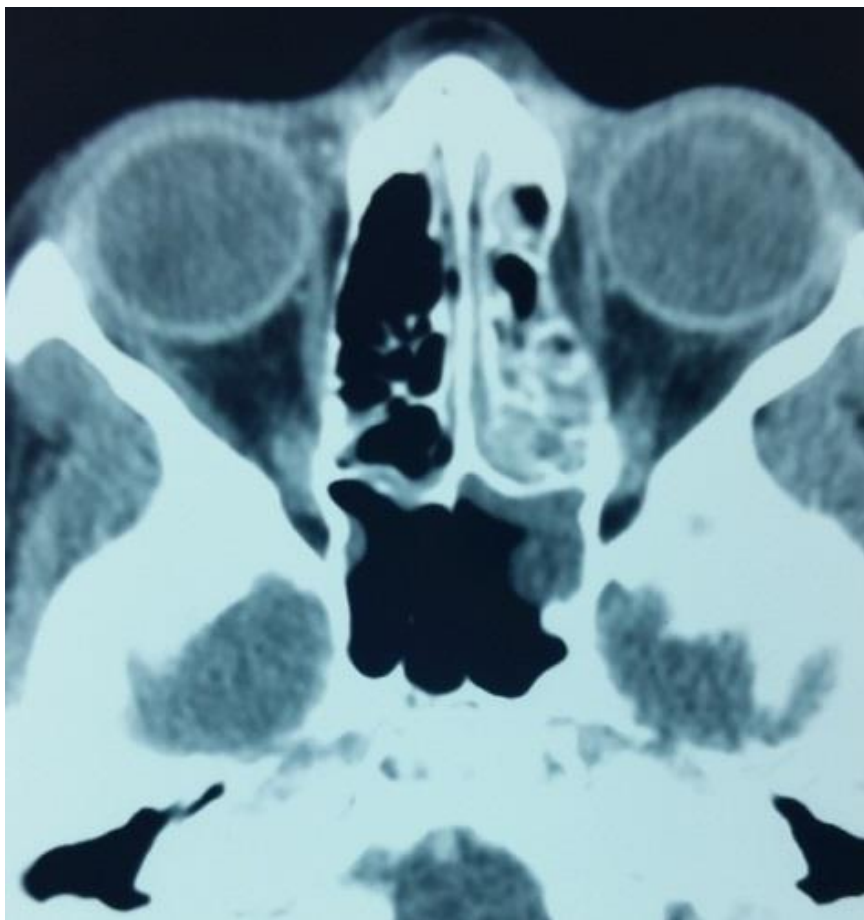


Figure 6: TDM faciale en coupe axiale objectivant un comblement des cellules éthmoïdales gauches