



Cas Clinique

La Rhinolithiase à Dakar: À Propos de Deux Observations

Rhinolithiasis: a report of two cases

Kizonde Kalungwe Yannick¹, Cheikh Ahmedou Lame¹, Ndadi Tchiengang K Junie², Cheikhna Ba Ndiaye¹, Birame Loum¹

1. Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal
2. Service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale, Centre Hospitalier Régional Amadou Tidiane Ba de Sédhiou, Sénégal

Auteur correspondant : Kizonde Kalungwe Yannick, Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Principal de Dakar, Sénégal.
Yannickkizonde@live.fr
 Tel : 00221777049120

Mots clés : Rhinolithiase, corps étranger nasal, épistaxis, chirurgie endonasale.

Keywords: Rhinolithiasis, nasal foreign body, nasal bleeding, FESS.

RÉSUMÉ

La rhinolithiase est définie comme une masse dure de la fosse nasale, faite de dépôts de sels minéraux autour d'un foyer endogène ou exogène. Il faut savoir y penser devant une symptomatologie rhinologique unilatérale traînante et non spécifique. L'extraction endoscopique précoce permet de prévenir les complications. L'objectif de cet article est de rapporter deux observations de rhinolithiase et de discuter la prise en charge de cette affection rare. Il s'agissait d'un homme de 67 ans et d'une jeune femme de 24 ans, qui ont, tous les deux, consulté pour un syndrome rhinologique unilatéral droit chronique. L'examen endoscopique endonasal et la tomographie du massif facial ont retrouvé une masse endonasale dure, de tonalité calcique, et l'extraction chirurgicale a confirmé la rhinolithiase. Les suites ont été simples.

ABSTRACT

Rhinolithiasis is defined as a hard mass in the nasal cavity, formed by gradual deposition of mineral salts around an endogenous or exogenous nodus. One should evoke this disease in front of chronic and non specific unilateral rhinological symptomatology. Early endoscopic extraction prevents complications. The objective of this paper is to report two cases of rhinolithiasis and to discuss the management of this rare condition. A 67-year-old man and a 24-year-old woman, consulted for an old right unilateral rhinologic syndrome. Endoscopic endonasal examination and sinonasal computed tomography found a hard calcium-toned mass located in the right nasal cavity, whose surgical extraction confirmed rhinolithiasis. Surgical suite was uneventful.

INTRODUCTION

La rhinolithiase est une masse dure de la fosse nasale, faite de dépôts de sels minéraux autour d'un foyer central endogène ou exogène [1-3]. Il s'agit d'une pathologie très rare tendant à disparaître dans les pays développés et dont l'étiopathogénie demeure encore inconnue [1,2,4]. Son évolution peut être émaillée de complications [2]. Le but de ce travail était de rapporter deux cas de rhinolithiase et de discuter la prise en charge de cette affection rare.

CAS CLINIQUE 1

Un patient de sexe masculin, âgé de 67 ans, hypertendu sous amlodipine 10 mg/jour, a consulté pour une obstruction nasale droite, qui évoluait depuis près de 20 ans, associée à des douleurs hémi-crâniennes droites intermittentes. L'endoscopie nasale mettait en évidence une masse blanchâtre irrégulière, de consistance dure, occupant toute la fosse nasale droite (Figure 1).



Figure 1 : Vue endoscopique montrant la masse endonasale blanchâtre avec une surface irrégulière.

La palpation du point sinusien maxillaire droit réveillait une douleur. La tomographie du massif facial objectivait une opacité de tonalité calcique, aux contours

mal limités, occupant les deux tiers antérieurs de la fosse nasale droite, et contenant en son sein une clarté arrondie. On notait également un comblement du sinus maxillaire droit (Figure 2).



Figure 2 : TDM en coupe axiale montrant un matériel amorphe hypodense au centre, et hyperdense en périphérie (flèche noire), localisé à la partie antérieure de la fosse nasale droite.

L'exploration chirurgicale par voie endoscopique montrait une volumineuse masse dure, enclavée dont l'extraction était réalisée après concassage du rhinolithé. Une méatotomie moyenne droite était associée au geste. L'examen de la pièce opératoire retrouvait une graine de pastèque contenue dans le volumineux rhinolithé (Figure 4). Les suites opératoires étaient simples.



Figure 4 : Vue macroscopique de la pièce opératoire avec les fragments de rhinolithes (flèche blanche) et la graine de pastèque (flèche noire).

CAS CLINIQUE 2

Une femme de 24 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a consulté pour obstruction nasale chronique unilatérale droite, évoluant depuis l'enfance, associée à des épisodes intermittents d'épistaxis ipsilatérale de faible abondance. L'examen rhinoscopique retrouvait,

dans la fosse nasale droite, une masse dure au palper, avec une muqueuse nasale remaniée et saignant facilement au contact. La tomodensitométrie du massif facial mettait en évidence une opacité de densité calcique à contours irréguliers occupant la fosse nasale droite, sans autre lésion associée (Figure 3). L'extraction du rhinolithé était réalisée par voie endoscopique sous anesthésie générale. Elle retrouvait en son sein un corps étranger inorganique à type de morceau de pierre. Les suites opératoires étaient simples.



Figure 3 : TDM en coupe coronale montrant un matériel hyperdense (flèche noire) localisé dans la fosse nasale droite et contenant en son sein un matériel amorphe hypodense (flèche blanche) avec une sinusite maxillaire

DISCUSSION

La rhinolithiase est une masse dure faite de dépôts minéralisés, localisée dans la fosse nasale [1-3,5]. Environ 800 cas de rhinolithiase ont été rapportés depuis la première observation de Bartholin en 1654 ; la première analyse chimique a été faite par Axmann en 1829 et la première description radiologique en 1900 par Maclintype [3,6]. C'est une affection rare, d'évolution lente, atteignant le plus souvent la femme jeune [1,3,4]. Elle est plus fréquente dans les pays sous-développés et en zone rurale faisant évoquer une relation avec le bas niveau socio-économique [2,4]. Son étiopathogénie demeure inconnue [2-4,6]. Cependant, deux hypothèses sont évoquées. Une origine endogène, au dépend d'un tissu organique pouvant être un caillot sanguin, une dent ectopique, des squames ou même des séquestres osseux. La seconde hypothèse suggère une agression exogène à partir d'un élément externe (matériel plastique, graine de fruits, pierre, pile bouton...) [2-4,6]. Tel est le cas de nos deux patients, chez qui on retrouvait respectivement une graine de pastèque et un morceau de pierre au sein du rhinolithé.

La capsule, composée de carbonate de calcium, de phosphate de calcium et de phosphate de magnésium qui se développe autour du foyer initial, explique le caractère dur de la rhinolithiase [2]. Sur le plan clinique, la rhinolithiase se manifeste par un syndrome rhinologique

chronique unilatéral non spécifique avec obstruction nasale, rhinorrhée purulente, cacosmie, algies faciales et rarement épistaxis [1,2,4,7]. L'examen endonasal par la rhinoscopie antérieure ou à l'aide d'un endoscope rigide, permet de découvrir le rhinolith dans la partie antérieure de la fosse nasale, se présentant sous la forme d'une masse blanc-grisâtre, parfois noirâtre, à surface irrégulière, le plus souvent encastrée dans l'espace inter turbino-septal. Une palpation douce et prudente à l'aide d'un stylet révèle le caractère dur de la masse [1,2,5]. La rhinolithiase peut, cependant, être asymptomatique et de découverte fortuite [5,6]. L'examen endoscopique endonasal permet également de faire un bilan locorégional des anomalies et pathologies associées (déviation septale, polype endonasal, hypertrophie des cornets, issue de pus du méat moyen...) [1,2]. L'imagerie revêt un intérêt capital dans le diagnostic mais aussi dans la prise en charge des rhinolithiases [1-3]. La tomодensitométrie du massif facial objective le rhinolith sous la forme d'une opacité à tonalité calcique. Le corps organique ou le corps étranger central, lorsqu'il est présent, est souvent de densité faible [1-4]. La tomодensitométrie permet de préciser le siège, la forme, les dimensions du rhinolith ainsi que les lésions associées. Elle permet aussi de faire le diagnostic différentiel avec d'autres lésions tumorales (enchondrome, ostéome, chondrosarcome, ostéosarcome) ou d'autres pathologies (infections mycosiques, infections granulomateuses chroniques, tuberculose, polype calcifié) [1,3,4]. La localisation la plus fréquente du rhinolith se situe entre le cornet inférieur et le septum nasal. Dans de rares cas, il peut être retrouvé au niveau du cavum [2]. La structure de la rhinolithiase faite de sels inorganiques peut être à l'origine d'érosions de la muqueuse pituitaire, de perforation septale et/ou palatine, de surinfection, de sinusite maxillaire ou ethmoïdale [1,2,6,8].

Le traitement des rhinolithiases consiste en leur extraction. L'approche dépend de la taille et de la localisation de la masse [1,3,4,7]. Dans certains cas, elle peut se faire au fauteuil sous anesthésie locale. Mais, le plus souvent, elle se fait par voie endoscopique sous anesthésie générale [1,4,5]. Ce qui permet de réaliser une extraction atraumatique et complète avec un excellent contrôle du saignement. L'ablation par voie externe est de pratique exceptionnelle [1,5,7]. Elle est réalisée dans les cas de volumineuses rhinolithiases associées à une malformation turbino-septale géante et aussi devant une réaction granulomateuse importante qui englobe le rhinolith. La lithotripsie fait encore l'objet de controverses [5].

CONCLUSION

La rhinolithiase est une pathologie en voie de disparition. Il faut savoir y penser devant une symptomatologie rhinologique unilatérale traînante et non spécifique. L'endoscopie nasale et l'imagerie sont d'un apport considérable dans le diagnostic et le bilan pré-thérapeutique. L'extraction chirurgicale précoce permet de prévenir les complications.

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Akkoca Ö, Tüzüner A, Demirci Ş, Ünlü C, Uzunkulaoğlu H, Arslan N, et al. Patient Characteristics and Frequent Localizations of Rhinoliths. *Turk Arch Otorhinolaryngol.* 2016;54(4):154-7.
2. Aksakal C. Rhinolith: Examining the clinical, radiological and surgical features of 23 cases. *Auris Nasus Larynx.* 2019;46(4):542-7.
3. Demirturk Kocasarac H, Celenk P, Erzurumlu Z, Kutlar G. Clinical and radiological aspects of rhinoliths: report of five cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013;116(2):232-7.
4. Bakyono K, Meda N, Gyebre Y, Ouoba K. Les rhinolithiases: A propos d'un cas observé au centre hospitalo-universitaire Yalgado Ouédraogo (Burkina Faso). *J Tun ORL* 2019;41:76-78.
5. Lahma J, Hejjouji R, Azzam I, Oujilal A, Essakalli L. Rhinolithiasis: about an observation of a rare condition. *Pan Afr Med J.* 2018;31:78.
6. Kose OD, Kose TE, Erdem MA, Cankaya AB. Large rhinolith causing nasal obstruction. *BMJ Case Rep.* 2015;2015: bcr2014208260.
7. Heffler E, Machetta G, Magnano M, Rolla G. When perennial rhinitis worsens: rhinolith mimicking severe allergic rhinitis. *BMJ Case Rep.* 2014;2014 bcr2013202539.
8. Pinto LSS, Campagnoli EB, de Souza Azevedo R, Lopes MA, Jorge J. Rhinoliths causing palatal perforation: case report and literature review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.* 2007;104(6):e42-6.