

ATRÉSIE CHOANALE BILATÉRALE DU NOUVEAU-NÉ

Conduite préconisée à propos d'un cas observé à Lomé, Togo

Par E. KPEMISSI (1), B. BALAKA (2), A. AGBERE (2) & K. KESSIE (2) (3)

A newborn choanal atresia: our course of action.

Summary: *The bilateral choanal atresia is a neonatal emergency. Its diagnosis is easily evoked when faced with a respiratory distress and cyanosis. It is quickly confirmed by a nasal optic endoscopy or when a nasopharyngeal aspiration catheter is held up by an obstacle. Putting a pharyngeal Mayo's cannula is an urgent gesture. The treatment uses transnasal perforation of the septum followed for two months with frequent aspirations.*

Résumé : *L'atrésie choanale bilatérale est une urgence néonatale. Son diagnostic évoqué, devant une détresse respiratoire avec cyanose, est rapidement confirmé par l'existence d'un obstacle au passage d'une sonde d'aspiration naso-pharyngée et/ou par une rhinoscopie. La mise en place bucco-pharyngée d'une canule de Mayo permettant une respiration buccale est un geste urgent. Le traitement est la divulsion de l'atrésie avec calibrage aux sondes d'intubation en PVC d'une durée de deux mois au cours desquels des aspirations fréquentes dans ces sondes sont nécessaires.*

INTRODUCTION

L'atrésie choanale est une malformation congénitale dont la fréquence est estimée à 1 cas pour 5 à 8 000 naissances. Elle peut être uni- ou bilatérale, s'intégrer ou non dans le syndrome « Charge » (coloboma, heart defect, retarded development, genital hypoplasia and ear defect) (3, 4, 5). A l'occasion de la prise en charge d'un nouveau-né présentant une atrésie choanale bilatérale, nous livrons la conduite que nous préconisons devant cette malformation.

CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC ET URGENCE

Dès les premières minutes de vie de Tekp... P., sont survenues une détresse respiratoire haute et une cyanose imposant son transfert en urgence dans le service d'ORL où une canule de Mayo a été mise en place dans la bouche, réduisant la cyanose de façon durable. L'examen montre une impossibilité de pousser une sonde d'aspiration naso-pharyngée à plus de 35 mm dans chaque fosse nasale, une absence de formation de buée sur le miroir de Glatzell placé sous les narines et l'immobilité d'un brin de compresse présenté devant celles-ci objectivaient l'absence de passage d'air par les fosses nasales. Une rhinoscopie à l'optique 2,7 mm 0° a apporté la confirmation diagnostique en montrant le fond de chaque fosse nasale en cul-de-sac.

TRAITEMENT DÉFINITIF : DIVULSION ET CALIBRAGE

La divulsion de la choane a été réalisée par voie endonasale sous anesthésie générale (halothane) avec intubation oro-trachéale. Dans un premier temps, une sonde en gomme a été utilisée sans insister, en raison d'un obstacle dur. Une curette de chirurgie otologique 3/0 a été alors utilisée, introduite en suivant au plus près l'angle formé par le plancher de la fosse nasale et le pied de la cloison, repère anatomique capital pour éviter d'attaquer la région éthmoïdo-sphénoïdale. Le cavum étant préalablement protégé par un tamponnement, une divulsion a été pratiquée de chaque côté. Elle est peu traumatique. Un calibrage a été ensuite laissé en place dans chaque fosse nasale. Il s'agit de sondes d'intubation PVC n° 2,5 maintenues entre elles du côté du cavum par un point transfixiant au Flexocrin 3/0 pour ne pas entraîner un obstacle au passage de la sonde d'aspiration dans leur lumière. Une traction a été ensuite exercée sur les sondes de calibrage jusqu'à sensation de blocage dans le cavum. Celles-ci ont été coupées à environ 1 cm de l'orifice narinaire; chacune des sondes a été fixée à la narine par un sparadrap étroit. Ce calibrage a été laissé en place durant 8 semaines.

Une petite lame de compresse imbibée de bétadine placée entre la sonde et l'aile du nez et changée tous les deux jours, permet d'éviter l'érosion de cette dernière au contact de la sonde. Des aspirations fréquentes dans les sondes de manière à les garder perméables sont indispensables.

Cette technique endonasale simple de divulsion et calibrage de l'atrésie nous a donné satisfaction.

Cependant, certains auteurs rapportent de mauvais résultats de cette technique : FERGUSON (2) a décrit

(1) Service d'ORL,
(2) Service de pédiatrie,
CHU de Lomé, BP 8745 Lomé Togo.
(3) Courte note n° 1689 "Clinique". Acceptée le 21 novembre 1995.

100 % d'échecs, et BOBIN (1) 80 %. Pour ROELLY (4) la nature membraneuse de l'atrésie choanale permet d'espérer de bons résultats par voie transnasale.

CONCLUSION

L'atrésie choanale bilatérale doit être connue de l'ORL, du pédiatre et de l'obstétricien en raison de son caractère urgent.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOBIN (S.), MANACH (Y.), CONTENCIN (P.) & NARCY (P.). — Imperforation choanale de l'enfant. Intérêt de la voie

transpalatine. A propos de 30 observations. *Ann. Oto-Laryngol.*, 1983, **100**, 371-374.

2. FERGUSON (J. L.) & NEEL (H. B.). — Choanal atresis: treatment trends in 37 patients over 33 years. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 1989, **98**, 110-112.
3. JOUBERT (P. M.), RACLE (A.), DALPHIN (M. L.), FROMENTIN (C.), BADET (J. M.) & BONNEVILLE (J. F.). — Atrésie choanale bilatérale dans le cadre d'un syndrome de Charge : investigation tomodensitométrique ORL préopératoire. *J. Fr. ORL.*, 1990, **39**, 213-221.
4. ROELLY (Ph.), ROGER (G.), BELLITY (A.) & GARABEDIAN (E. N.). — Imperforations choanales : prise en charge et traitement chirurgical. Étude à propos de 50 cas. *Ann. Pédiatrie*, 1992, **39**, 479-483.
5. ROUMIEUX (J. L.), CHARISSOUX (G.) & LALLEMANT (J. G.). — Atrésie choanale du nouveau-né. Notre conduite thérapeutique. *Les Cahiers d'ORL*, 1987, **22**, 46-52.