L'anosmie : comment la flairer?

L'anosmie est bien plus qu'une perte de jouissance; on n'a qu'à penser à une personne qui ne peut sentir un plat en train de brûler sur la cuisinière ou à une autre qui ne peut déceler une odeur de gaz. La perte de l'odorat peut entraîner des conséquences fâcheuses.

Par François Lavigne, M.D.

Dr Lavigne est professeur adjoint de chirurgie, Université de Montréal, et otorhinolaryngologiste, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Notre-Dame.

Les problèmes d'odorat sont la raison de consultation primaire de 20 000 Canadiens par année. L'anosmie ou l'hyposmie sont souvent associées à des problèmes de fonction nasale ou sinusale, comme la rhinosinusite chronique, en plus d'avoir une influence importante sur la qualité de vie. Il est maintenant démontré que l'anosmie a un impact négatif sur la qualité de l'alimentation, principalement chez les personnes âgées.

La perte de l'odorat amène aussi des problèmes de sécurité. L'absence de l'identification du brûlé, de fuite de gaz ou d'aliments périmés peut mener à des conditions dangereuses et à des impacts graves pour la santé. Nous tenterons donc de préciser l'approche clinique ainsi que le bilan nécessaire à compléter chez les patients souffrant d'anosmie. Finalement, nous discuterons des approches thérapeutiques, du counseling ainsi que des nouveautés dans le traitement de l'anosmie.

Les causes

Les causes majeures de l'atteinte olfactive sont la rhinite, le traumatisme crânien, les atteintes virales et les maladies dégénératives, dont la démence. Les atteintes olfactives, causées par la rhinite allergique ou la rhinosinusite

En bref :

L'anosmie : comment la flairer?

L'évaluation

Nous suggérons de tenter de classifier l'anosmie du patient dès la première évaluation et de déterminer si la perte d'odorat est totale ou partielle, soudaine ou progressive et spécifique à certains aliments, ou s'il s'agit d'une réduction subjective de l'intensité avec préservation des odeurs. À l'interrogatoire, nous devons préciser les causes associées les plus fréquentes, comme la rhinosinusite, en demandant s'il y a une augmentation de la rhinorrhée, un changement de la coloration de la rhinorrhée ou de la congestion au cours des derniers mois, l'apparition de douleurs frontales ou de pression intercantales telles que rencontrées dans les problèmes de sinusite chronique. À l'examen, notre attention se portera sur la qualité de la muqueuse.

Le diagnostic

Un simple test permet d'orienter notre diagnostic. Imbibez un tampon d'alcool et placez le à moins de 10 cm du nez du patient. S'il ne peut le sentir, il souffre d'anosmie. S'il ne peut le sentir qu'à une distance de 10 à 20 cm, il souffre d'hyposmie. Un individu normal pourra facilement percevoir l'odeur jusqu'à 20 cm de son nez. Évidemment, il existe des tests plus complexes qui nous permettent d'évaluer certaines fonctions spécifiques de l'odorat, mais ils entraînent des coûts souvent importants. Le bilan radiologique idéal de l'anosmie est une tomodensitométrie de la fosse antérieure asssociée à des coupes sinusales.

Le traitement

Lors de l'identification d'un problème de rhinite ou de rhinosinusite persistante, le traitement du problème de base est le plus important, et l'identification des problèmes associés deviendra très importante dans le choix thérapeutique. En effet, un peu comme pour l'obstruction avec la polypose nasale où le but est de maîtriser l'obstruction nasale et non pas d'abolir la présence de polypose, la perte d'odorat, compte tenu qu'elle est mal maîtrisée par la chirurgie, pourra être traitée par des stéroïdes oraux ou topiques.

Si la manifestation principale de la sinusite chez un patient est la perte d'odorat, l'initiation thérapeutique avec 1 mg/kg de prednisone pendant 14 jours, associée à un stéroïde topique à poursuivre pour une période de 6 mois, pourrait être le seul traitement. Évidemment, une évaluation complète en otorhinolaryngologie avec évaluation des facteurs environnementaux tels l'allergie demeure essentielle de façon à maîtriser le problème à la base.

Tableau 1

Les types et les causes d'anosmie

Totale	Atteinte partielle spécifique	Réduction diffuse de l'odorat
Apparition soudaine	Exposition toxique	Rhinite
Origine virale		Congestion grave
Traumatisme		
Apparition progressive		
Rhinosinusite		
Polypose		

chronique, sont potentiellement réversibles et devraient être traitées. Par contre, le traumatisme crânien entraînera souvent une perte d'odorat permanente. Lorsqu'un coup violent est porté à l'arrière de la tête, elle provoque un étirement des filum olfactifs à travers la lame criblée qui pourra laisser une séquelle permanente.[1] Les maladies virales peuvent aussi causer un dommage à long terme en détruisant l'épithélium olfactif. Par ailleurs, au-delà de 200 maladies neuro-dégénératives peuvent être associées à des troubles d'odorat, une des plus fréquemment rencontrée étant la maladie d'Alzheimer. Finalement, même le vieillissement est associé à une diminution de l'olfaction qui entraîne parfois des problèmes graves de nutrition chez les personnes âgées.

L'évaluation

Nous suggérons donc de tenter de classifier l'anosmie du patient dès la première évaluation et de déterminer si la perte d'odorat est totale ou partielle, soudaine ou progressive et spécifique à certains aliments, ou s'il s'agit d'une réduction subjective de l'intensité avec préservation des odeurs. Certains patients pourront rapporter une transformation à une seule sorte d'odeur ou une déformation à des odeurs complexes, comme dans le cas de la parosmie (tableau 1).

À l'interrogatoire, nous devons préciser les causes associées les plus fréquentes, comme la rhinosinusite, en demandant s'il y a une augmentation de la rhinorrhée, un changement de la coloration de la rhinorrhée ou de la congestion au cours des derniers mois, l'apparition de douleurs frontales ou de pression péri-orbitaire telles que rencontrées dans les problèmes de sinusite chronique. L'utilisation à répétition d'antibiotiques au cours des derniers mois ou d'antiallergiques pourra nous orienter. Les antécédents de maladie neurologique sont essentiels dans certains cas où il y a concomitance avec une affection aiguë, telle une infection des voies respiratoires supérieures graves.

À l'examen, notre attention se portera sur la qualité de la muqueuse. Un aspect irrité par rapport à un aspect rosé, une irritation du septum et un saignotement sont des indices de rhinite. Après une décongestion, le cornet moyen devient facilement identifiable et la présence de sécrétions, de polypose nasale ou même d'une tumeur intranasale pourra facilement être précisée en utilisant un otoscope qui nous

donnera une luminosité tout à fait adéquate (figure 1).

Si un doute persiste quant à la présence d'anosmie ou non, un simple test permet d'orienter notre diagnostic. Imbibez un tampon d'alcool et placez le à moins de 10 cm du nez du patient. S'il ne le sent pas, il souffre d'anosmie. S'il ne peut le sentir qu'à une distance de 10 à 20 cm, il souffre d'hyposmie. Un individu normal pourra facilement percevoir l'odeur jusqu'à 20 cm de son nez.[2] Évidemment, il existe des tests plus complexes qui nous permettent d'évaluer certaines fonctions spécifiques de l'odorat, mais ils entraînent des coûts souvent importants.

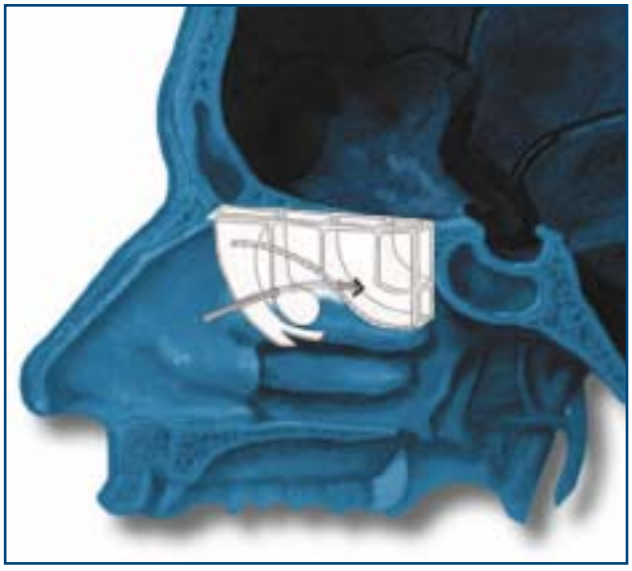

Figure 1. Cornet moyen.

Quand demander un tomodensitométrie?

Le bilan radiologique idéal de l'anosmie est une tomodensitométrie de la fosse antérieure associée à des coupes sinusales, ce qui demande une infusion de colorant. On doit le demander lors d'une perte progressive de l'odorat ou six mois suivant une perte soudaine. Évidemment, si l'examen clinique nous montre une anomalie endonasale, telle une polypose nasale, une tomodensitométrie des sinus sera suffisante. Lorsque l'examen clinique et les antécédents soutiennent un diagnostic de rhinosinusite, la tomodensitométrie est nécessaire pour confirmer l'étendue de la rhinosinusite et préciser le traitement à entreprendre. L'absence de réponse à un essai thérapeutique avec 1 mg/kg de prednisone pour une période de deux semaines mandate aussi un examen radiologique lorsqu'il n'y a pas de récupération de l'odorat.

L'hypothèse éthiopathogénique

Dans le but de bien comprendre les mécanismes entraînant la perte olfactive, il est intéressant de classifier l'origine du déficit par atteinte du transport et par atteinte sensorielle et neurale. Le transport de l'odeur pourrait être perturbé facilement par une obstruction nasale, très rarement par une déviation de la cloison, mais plus fréquemment par une rhinosinusite ou une polypose. Ceci, tout simplement parce que les polypes se situent dans le toit de la cavité endonasale et l'accès à la fente olfactive devient essentiel pour la perception des odeurs. La détérioration progressive de l'odorat chez un patient laryngectomisé est un exemple classique. L'air ne passant pas par le nez, le patient évite ainsi la stimulation olfactive, mais en plus, à long terme, cela entraîne une diminution de la sensibilité et éventuellement une anosmie.[3]

L'atteinte au niveau du transport pourrait être d'origine plus complexe, non pas par obstruction ou limitation du passage de l'air, mais tout simplement par dysfonction de la réaction naturelle (transduction) qui devrait se

Figure 2. Tomodensitométrie montrant une ethmoïdite chronique chez un patient anosmique.

Figure 3. Photo du tube d'irrigation ethmoïdienne en place dans l'ethmoïde.

produire au niveau de l'appareil olfactif. Des vapeurs toxiques peuvent entraîner une dysfonction à ce niveau.

On sait maintenant que l'histamine, une molécule intimement liée à la réaction allergique, entraîne une augmentation de la sécrétion des glandes de Bowman qui entourent l'épithélium olfactif et qui permettent de garder le mucus à des faibles taux de sodium (50 à 60 mg/litre), comparativement aux sécrétions endonasales qui varient entre 130 et 150 mg de sodium/litre.[2] Cette perturbation entraîne un déficit de la transduction ou la transformation du message odorant en message électrique au niveau du cerveau. Les nouvelles connaissances ayant démontré la présence de récepteurs de glucocorticoïdes au niveau des cellules olfactives et des épithéliums qui l'entourent nous expliquent vraisemblablement pourquoi certains patients, même à la suite de chirurgie sinusale pour polypose ou rhinosinusite chronique, continuent, dans plus de 60 % des cas, à avoir des problèmes graves d'odorat. Ainsi, la réaction inflammatoire rencontrée dans ces maladies rhinosinusales de type TH_2 et qui se maîtrise avec des glucocorticoïdes nous guide vers des approches thérapeutiques nouvelles et pleine d'espoir.[4]

Le traitement

Évidemment, pour les causes traumatiques ou toxiques, nous devrons informer le patient qu'il pourrait avoir une perte persistante allant de plusieurs mois à environ un an si une récupération se manifeste. Lors de l'identification d'un problème de rhinite ou de rhinosinusite persistante, le traitement du problème de base est le plus important et l'identification des problèmes associés deviendra très importante dans le choix thérapeutique.[5] En effet, un peu comme pour l'obstruction avec la polypose nasale où le but est de maîtriser l'obstruction nasale et non pas d'abolir la présence de polypose, la perte d'odorat, compte tenu qu'elle est mal maîtrisée par la chirurgie, pourra être traitée par des stéroïdes oraux ou topiques.

Si la manifestation principale de la sinusite chez un patient est la perte d'odorat, l'initiation

Figure 4. Photo d'une tomodensitographie post-traitement du patient précédent.

thérapeutique avec 1 mg/kg de prednisone pendant 14 jours, associée à un stéroïde topique à poursuivre pour une période de 6 mois, pourrait être le seul traitement.

Évidemment, une évaluation complète en otorhinolaryngologie avec évaluation des facteurs environnementaux tels l'allergie demeure essentielle de façon à maîtriser le problème à la base. De plus, si une chirurgie était choisie comme traitement de la sinusite, le patient devra être avisé des risques de récidive de l'anosmie qui sont d'environ 50 % au cours de la première année, s'il n'y a pas de traitement stéroïdien topique utilisé (figure 2).[6]

Il existe présentement une nouvelle avenue thérapeutique possible chez les patients résistant au traitement conventionnel ou même à la chirurgie. Il s'agit de l'irrigation ethmoïdienne à l'aide d'un tube d'irrigation ethmoïdienne. En effet, chez les patients qui ne répondent pas au traitement, même aux stéroïdes pris par voie orale, et qui présentent sur le tomodensitogramme des indices d'inflammation persistante, l'irrigation des cellules ethmoïdiennes réussit dans plus de 80 % des cas. L'irrigation maîtrise l'hypertrophie muqueuse et ouvre à nouveau le passage à l'air dans la région olfactive et maîtrise la réaction inflammatoire de type TH_2 rencontrée dans la sinusite chronique qui, vraisemblablement, influence la fonction de l'appareil olfactif.[7] Il s'agit d'une technique relativement simple qui consiste, sous anesthésie locale après anesthésie topique et infiltration, d'introduire un tube d'irrigation dans les cellules ethmoïdiennes. L'intubation nous permet un lavage des produits d'inflammation et le largage local de stéroïdes topiques à des doses infiniment plus petites que celles nécessaires dans l'utilisation orale.

Conclusion

L'anosmie est à la fois un symptôme et une maladie en soi. Son évaluation est essentielle et mène souvent à l'identification de maladies traitables. *Clin*

Références

1. Cummins, CW, Krause, CJ : Otolaryngology Head and Neck Surgery. Troisième édition, volume 2. Mosby-Yearbook, St-Louis, 1998, chapitres 41, 44, 46, 48.
2. Rapid clinical evaluation of anosmia. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 123:500, 1997.
3. Van Dam, F, : Deterioration of olfaction and gustation as a consequence of total laryngectomy. Laryngoscope 109:1150, 1999.
4. Robinson, A, Kern, R, Foster, J, et coll. : Expression of GLUCOCORTICOID receptors MRNA and PROTEINS in Olfactory mucosa: Physiologic and pathophysiologic implications. Laryngoscope 108:1238, 1998.
5. Lavigne, F, et coll. : Prognosis and Prediction of response to surgery in allergic patients with chronic sinusitis. J Allergy Clin Immunol 105:746, 2000.
6. Hosmann, W, et coll. : Olfaction and endoscopic and endonasal ethmoidectomy. Am J Rhinol 7:11, 1993.
7. Lavigne, F, et coll. : Intrasinus administration of topical budesonide laryngoscope in press.