

LÉSIONS NASALES ATROPHIQUES ET STÉNOSANTES DU SCLÉROME CHEZ L'AFRICAIN

J. Reynaud, Tours, France

Si l'on s'en tient à une évaluation datant de 1965, il y avait vraisemblablement à cette date 10 à 15.000 scléromateux dans le monde — mais il semble légitime de reviser aujourd'hui cette estimation.

Depuis une dizaine d'années en effet, dans tous les pays du «Tiers Monde» où la rhinologie a progressivement pénétré, des sujets atteints de Rhino-sclérome ont été dépistés, soit pour la 1ère fois, soit en nombre plus grand qu'on ne le pensait (Barilyak et Kitsera, 1966; Barten, 1956; Benkiran, 1966; Dylewski, Klonowski et Hencner, 1968 et Misra et Mishra 1967).

C'est le cas notamment en Afrique Centrale et Occidentale, au Maroc, en Inde, en Nouvelle Guinée etc.

En d'autres termes, là où l'investigation bactériologique, sérologique, et histopathologique devient plus aisément accessible, le diagnostic de Rhino-sclérome est plus souvent posé (Murrell, 1966; Reynaud, 1959 et Sinha, Pandhi et Prakesho, 1969).

Heureusement, l'endémicité reste faible et dispersée, n'intéresse jamais de grandes masses de population comme le fait la lèpre, par exemple. Aussi, l'expérience personnelle des spécialistes se limite souvent à quelques dizaines de cas, ou moins encore.

Cela ne facilite pas la synthèse et l'étude pathogénique et pronostique du sclérome, d'autant plus que certaines variations sont possibles ou probables en fonction des latitudes, des climats, des populations touchées.

C'est ce qui nous a incité à présenter ici les constatations que nous avons pu faire au cours de plusieurs années au Sénégal (Reynaud, Diop et Noughouai, 1965 et Reynaud, 1966).

Le foyer endémique, partiellement délimité, est peu étendu et probablement peu actif. Mais il semble autochtone et en tout cas indépendant des foyers déjà connus d'Afrique méditerranéenne.

Nous ne reprendrons pas ici le détail des observations mais nous nous bornerons:

1°) à réunir quelques caractères qui nous paraissent communs aux scléromes observés au Sénégal.

2°) à préciser certains points particuliers quant aux lésions sténosantes cicatricielles persistant après traitement médical.

Sur une douzaine de cas observés, nous avons retenu huit observations complètes, authentifiées par les examens bactériologiques et sérologiques ou histologiques.

A. Aspect et localisation anatomique

A une seule exception près, (qui concerne un sujet vu, en fait, pour une récurrence, la lésion nasale initiale n'ayant pas été diagnostiquée) tous nos malades présentaient des lésions nasales extériorisées de type pseudo-tumoral, avec aspect proliférant et infiltrant, déformant la pyramide et les narines. Par contre, les classiques lésions respiratoires « descendantes » (sous-glottiques et trachéo-bronchiques) n'ont pas été observées malgré plusieurs contrôles endoscopiques et radiographiques ou tomographiques.

Deux malades présentaient des lésions laryngées, sus-glottique pour l'un, et pour l'autre au pied de l'épiglotte. Ces deux lésions ont régressé et cicatrisé sans sténose.

Deux malades avaient une extension scléromateuse importante au niveau du palais. Chez l'un d'eux s'ajoutaient des lésions gingivo-jugales et rhinopharyngées. Chez l'autre une atteinte bilatérale des voies lacrymales, extériorisée et diffusée aux plans cutanés.

Ainsi les lésions étendues et multiples ne sont pas rares, mais dans l'ensemble, l'étage nasal et pharyngien est le plus touché, l'étage sous-glottique est pratiquement indemne.

B. Évolution et pronostic

Tous nos malades ont été cliniquement guéris, avec contrôle bactériologique (et sérologique dans plusieurs cas) — soit par la streptomycine en cure

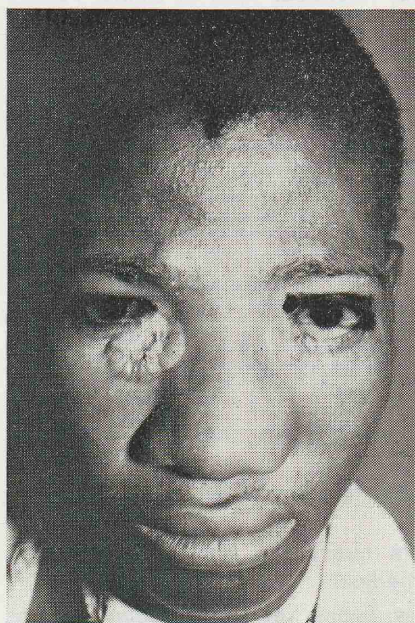


Figure 1. Lésions: endonasales - palatines - laryngées (vestibule) lacrymales.

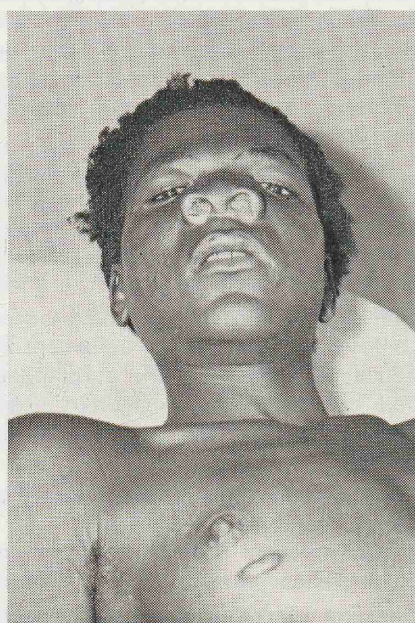


Figure 2. Lésions nasales vestibulaires pseudo-tumorales.

prolongée, soit par l'oxytétracycline, avec le plus souvent traitement corticoïde associé.

Cet état se maintient pour plusieurs depuis plus de 8 ans.

Mais que vaut cette guérison? Les séquelles comme nous allons le voir sont importantes.

Selon Zakrzewski (1965), de Poznan, le sclérome «est actuellement définitivement curable dans la majorité des cas».

Cela s'applique bien, dans notre série, aux lésions actives proliférantes, bactériologiquement et sérologiquement positives. Mais chez ces sujets relativement jeunes (22 à 35 ans) et physiquement actifs, les sténoses et atrophies nasales ou pharyngées n'ont pu être évitées, dans la majorité des cas, malgré l'antibiothérapie et la corticothérapie prolongées.

Moins graves que les sténoses laryngo-trachéales, elles ne mettent pas en jeu le pronostic vital — mais leur traitement peut être difficile malgré l'apport des techniques rhinoplastiques.

C. Sténoses et atrophies nasales

Topographiquement elles se répartissent en 3 groupes:

- 1 - Antérieur: vestibulo-narinaire (région de l'atrium)
- 2 - Moyen: endo-nasal (zone des cornets)
- 3 - Postérieur: rétro-nasal (région choanale et cavum).

A chacun des trois niveaux, la sténose est due essentiellement à la proli-

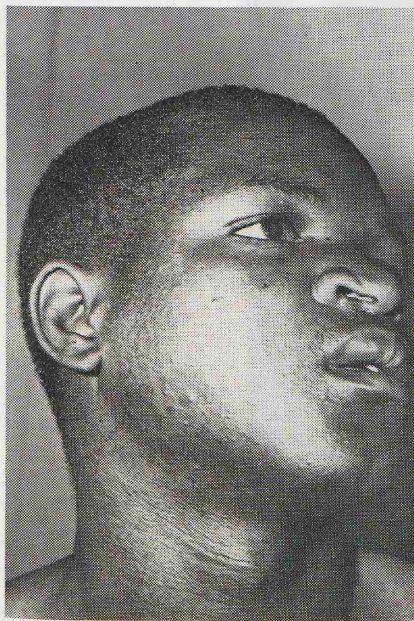


Figure 4. Affaissement cicatriciel des ailes du nez et de la sous-cloison.



Figure 3. Lésions palatines et gingivales.

fération fibroblastique cicatricielle tandis que l'atrophie, porte non seulement sur la muqueuse, mais aussi sur le squelette osseux et cartilagineux. Là, elle semble résulter surtout de la compression de ces tissus par le granulome scléromateux, ainsi que l'ont montré Handouza et Elwi (1958), (du Caire), et non pas de l'envahissement osseux ou cartilagineux.

Ce processus n'est pas sans rappeler celui des résorptions ostéo-cartilagineuses nasales dans la lèpre.

Les sténoses antérieures, vestibulaires, sont dues en effet, à l'exagération du rétrécissement anatomique vestibulaire par le tissu cicatriciel, mais aussi à l'affaissement du dôme cartilagineux des ailes, qui réalise parfois un nez «trilobé».

Dans les sténoses moyennes, endo-nasales, le comblement fibreux est fonction de l'extension des lésions en profondeur, et aussi de l'atrophie fréquente du squelette turbinale. (cornet inférieur surtout). Il peut s'étendre sur 25 à 30 mm en profondeur, parfois davantage, comme les recalibrages par greffe ont permis de le constater.

Enfin les sténoses postérieures, rétro-nasales, qui ont été heureusement rares, semblent provenir surtout des piliers et du voile — sans modification apparente du cadre osseux des choanes. Il n'a pas été possible de les préciser par l'exploration chirurgicale.

Le traitement de ces séquelles a consisté en greffes dermo-épidermiques narinaires et endo-nasales lorsque la sténose était totale ou subtotale (4 cas),



Figure 5. Affaissement du lobule et de la sous-cloison.
Atrophie du cartilage alaire.

et en greffe de cartilage auriculaire pour suppléer la déficience des alaires (un cas). Les résultats, surtout sur le plan fonctionnel, sont évidemment imparfaits. Ils ne valent pas ceux qui peuvent être obtenus par la précocité du traitement antibiotique qui limite l'atrophie cartilagineuse, et par la corticothérapie secondaire qui semble bien réduire les processus de comblement et de rétraction cicatriciels.

Les enquêtes de dépistage dans les foyers endémiques, clef du traitement précoce avant le stade destructif du granulome scléromateux, restent donc le meilleur moyen en vue d'une guérison véritable sans séquelles fonctionnelles graves.

RÉSUMÉ

Depuis une dizaine d'années, de nouveaux foyers scléromateux ont été reconnus en diverses parties du globe. En Afrique Noire intertropicale, le sclérome n'est pas exceptionnel.

À propos des cas étudiés récemment au Sénégal, l'auteur signale quelques particularités de l'aspect clinique et des localisations anatomiques: rareté probable des lésions respiratoires descendantes graves, fréquence des formes extériorisées pseudo-tumorales, possibilité de lésions palatines et gingivo-jugales ou encore lacrymales.

L'évolution sous l'effet de la streptomycine ou de l'oxytétracycline, associées le plus souvent au traitement corticoïde prolongé, a été favorable sur le plan vital. Mais les séquelles atrophiques et sténosantes sont fréquentes. Ces séquelles localisées surtout aux différents segments de la filière nasale: atrium, valve nasale et zone des cornets, segment rétro-nasal et cavum, intéressent à la fois les plans muqueux et sous muqueux. Le cartilage et parfois le squelette osseux, sans être directement englobés par le processus, peuvent être le siège de résorption atrophique par compression.

Il en résulte une accentuation des lésions sténosantes que le traitement médical, souvent tardif, n'arrive pas toujours à éviter. La chirurgie, ne parvient qu'incomplètement à les corriger.

Les enquêtes de dépistage dans les zones endémiques reconnues paraissent être le meilleur moyen d'éviter, par un diagnostic et un traitement plus précoces, les séquelles fonctionnelles et esthétiques et la contamination possible des jeunes sujets.

SUMMARY

In the last ten years, in every country where rhinology progressively spreaded out, some cases of rhino-scleroma were detected. For instance in India, New-Guinea, Central and West-Africa.

The endemic focus partially investigated in Senegal (West-Africa) is not a very large one, but we shall sum up here:

- first: the clinical aspects most commonly found among African patients.
- second: some peculiar points on stenosis, atrophy and scarring observed despite medical treatment.

Out of twelve personal cases we only kept eight, for which bacteriologic, serologic, and histologic diagnosis has been achieved.

1 — Except for one case, all our patients presented external nasal lesions both infiltrative and proliferative (pseudo-tumoral type).

In contrast, "descending" respiratory localisations (infra-glottic or tracheo-bronchic) were not observed despite endoscopic and tomographic examinations.

2 — All our patients were bacteriologically negative and clinically healed after three or five months of treatment: streptomycine or tetracycline and corticotherapy.

For most of them this remains confirmed for over six to eight years.

But what is the value of such a cure? What can we think of the constant and important nasal sequellae, and what can we do to avoid them?

3 — Site and type of nasal sequellae:

— Anterior stenosis is the most frequent. It is caused by scarring and fibrosis, but also by the falling-down of the lower lateral cartilage.

— Endo-nasal or middle part stenosis may cause the complete filling-up of the nasal fossae, depending on the extension of previous granulomas.

To each of these levels stenosis is essentially due to fibroblastic proliferation.

But the atrophy takes also an important part:

not only the mucosal atrophy, like in every chronic rhinitis, but also atrophy of cartilaginous and bony frame-work, which explains the flattening of the nose.

Posterior or choanal atresia was not significant among our patients.

4 — The treatment of these sequellae consisted of:

a) Dermo-epidermic graft to reconstruct the air-way

b) Cartilaginous graft from the auricle to repair cartilage deficiency (in one case only).

The results, from a physiological point of view can't be very satisfying.

REFERENCES

1. Barilyak, R. A. et Kitsera A. E., 1966: ZH - USHN - NOS - Gorlov Bol., 2, 1-5.
2. Barilyak, R. A., Kerillova et Sakhelashvili (Lvov), 1966: ZH - USHN - NOS - Gorlov Bol. 6, 49-54.
3. Barten, J. J. C., 1956: Doc. Méd. Géo. et Trop., 8, 101.
4. Benkiran, D. (Casablanca), 1966: J. Méd. Maroc, 2/9, 815-819.
5. Dylewski, B., Klonowski, S. et Hencner, Z., 1968: Oto-Laryng. Pol., 22/2, 283-289.
6. Handousa, H. et Elwi A. M., 1958: J. Laryng., 72/1, 32-47.
7. Misra, R. N. et Mishra, S. C. (Lucknow India), 1967: Int. Rhinol. Leiden, 5, (1-2), 56-60.
8. Murrel, T. G. G., 1966: Trans. Roy. Soc. trop. Méd. Hyg., 60-5, 681-688.
9. Reynaud, J., 1959: Bull. Soc. méd. Afr. Noire (Dakar), 4/4, 436.
10. Reynaud, J., Diop, L. et Nouhouayi, A., 1965: Bull. Soc. méd. Afr. Noire (Dakar), 10/3, 499.
11. Reynaud, J., 1966: Ann Oto-Laryng. (Paris), 83/4-5, 347-352.
12. Sinha, A., Pandhi, S. C. et Prakesho (Jodhpur), 1969: J. Laryng., 83/2, 133-139.
13. Sinha, A. et Pandhi, S. C., 1969: Eye, Ear, Nose Thr. Mon., 48/2, 109-113.
14. Zakrzewski, A., 1965: Encycl. M. Ch., Oto-Rhino-Laryng., 20380 - A 10.

Clinique O.R.L., de la Faculté de Médecine,
2 bis Boulevard Tonnellé, Tours, 37 France.