

A PROPOS DES KYSTES DERMOÏDES ET FISTULES MÉDIANES DU DOS DU NEZ

M. Wayoff (Nancy - France)

Au Professeur M. H. Cottle
Bien faible signe d'affectueuse gratitude.

Aujourd'hui, les kystes dermoïdes et les fistules médianes du dos du nez ne peuvent plus être considérés comme rares, puisqu'on relève près de 200 cas dans la littérature. D'ailleurs, cela ne donne qu'une idée inexacte de leur fréquence réelle, car de nombreuses observations ne produisent jamais de manifestations pathologiques.

En ce qui concerne la description clinique et anatomo-pathologique, nous conseillons au lecteur 3 importantes revues d'ensemble:

— En langue anglaise: «Congenital nasal dermoid cysts and fistules» par A. H. M. Littlewood dans *Plastic and reconstructive Surgery*. 1961, 27, 471-488.

— En langue allemande: «Dermoïde und Dermoïdfisteln der Nase» par H. Bruck et G. Kittinger dans *H.N.O.* 1963, 11, 106-111.

— En langue française: «Kystes dermoïdes et fistules congénitales médianes du dos du nez» par M. Gosserez dans *Annales d'Otolaryngologie*. 1955, 72, 33-43.

Il y a lieu d'insister sur les 4 points d'intérêt de la question à la lumière de notre expérience:

I — **Ces formations se révèlent souvent au clinicien à l'occasion d'une complication:** Suppuration ou traumatisme.

De ce fait, le traitement primaire est souvent réalisé par un chirurgien incompetent: 30% des cas ont déjà été partiellement excisés, incisés ou drainés avant la réalisation d'un traitement correct.

Notre première observation concerne une enfant de 5 ans qui fait une chute sur le dos du nez en juin 1966. 15 jours après, elle présente un oedème inflammatoire de la région latéro-nasale droite qui aboutit à l'ouverture d'une collection suturée par un chirurgien. L'absence de cicatrisation, la formation d'un volumineux granulome inflammatoire justifient encore 2 gestes de curetage local. Finalement, c'est un dermatologiste qui nous adresse la patiente. L'intervention montre un kyste bi-lobé, rempli de poils, s'étendant le long



de la lame criblée jusque dans la région du vomer et, latéralement, vers le granulome inflammatoire par une large perte de substance de l'os propre nasal droit. L'intervention est réalisée par voie mixte, externe et septale. Elle est rendue difficile par l'exériorisation latérale qui exige une plastie cutanée.

II — **Ces formations peuvent avoir une grande expansion postérieure, intra-septale, atteignant parfois la lame criblée et le sphénoïde.**

Le cas n° 2 de LITTLEWOOD et l'observation de GOSSEREZ sont très intéressants à ce sujet: la paroi du kyste adhère à la duremère de la région pré-sphénoïdale qui est déchirée lors des manoeuvres de dissection. Dans notre première observation personnelle, le kyste est situé au milieu d'un double septum cartilagineux et parvient au voisinage du sphénoïde.

III — **L'origine embryologique est encore controversée.**

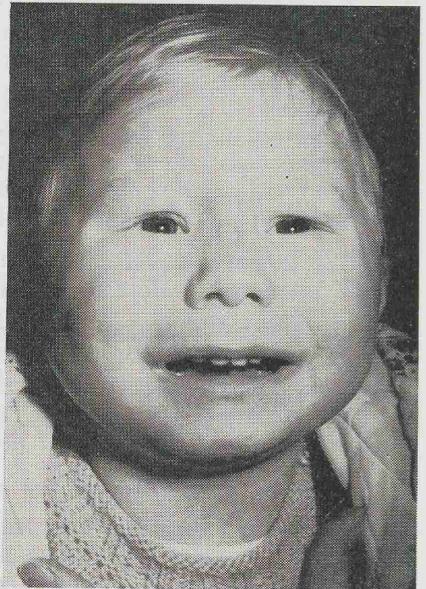
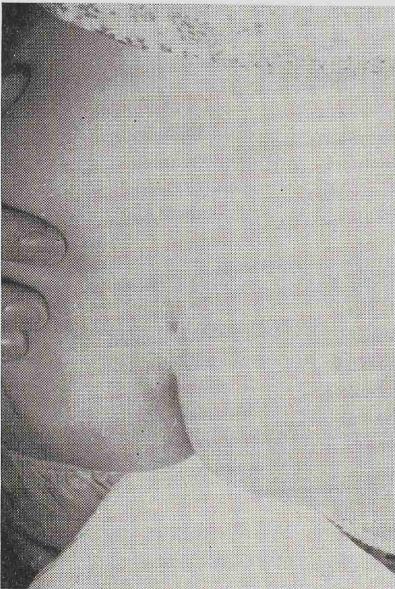
La plupart des auteurs recherchent l'origine dans le développement du nez lui-même. Pour les uns, il s'agit d'un manque de coalescence des bourgeons faciaux. Sans insister sur les conceptions actuelles du développement de la face, nous nous contenterons de souligner le siège toujours strictement médian et l'extension souvent profonde de ces formations. Les perturbations de la morphogénèse des bourgeons faciaux n'expliquent par ces caractères.

D'autres auteurs accusent le développement du bourgeon frontal médian dont le tissu conjonctif serait d'origine dure-mérienne (BRUNNER, LUONGO).

En fait, nous partageons tout à fait l'avis de GOSSEREZ, qui voit dans ces formations: **le résultat d'anomalies de la fermeture du neuropore antérieur.** La gouttière neurale primitive se transforme en tube, mais ses extrémités antérieure et postérieure sont les dernières à se fermer. Les anomalies sacrococcy-

giennes sont bien connues et relativement fréquentes: situation terminale superficielle, proximité du tube digestif. Les anomalies antérieures sont beaucoup plus rares car le neuropore est enfoui profondément par le développement du télencéphale et de la face. On le retrouve sur la paroi antérieure du 3ème ventricule où la lame terminale viendra l'obturer: c'est à dire un peu au dessus du corps du sphénoïde. Cette hypothèse explique l'extension postérieure fréquente des kystes et fistules médianes du dos du nez. Ce trajet pré-existe par rapport au développement nasal: double septum cartilagineux dans notre première observation.

Enfin, notre 2ème observation montre **la coexistence chez le même enfant d'une fistule du nos du nez et d'une fistule sacrococcygienne**. Nous n'avons pas retrouvé d'observation analogue dans la littérature et nous croyons qu'elle représente un argument important. Soulignons seulement que les fistules sacrococcygiennes peuvent être discrètes et les anomalies de cette région devraient être systématiquement recherchées en cas de fistule ou de kyste médian du dos du nez.



IV — Sur le plan thérapeutique.

La connaissance du tableau clinique et du mécanisme pathogénique devrait éviter les gestes inadéquats ou malencontreux.

La voie d'abord externe par incision verticale médiane semble s'imposer pour tous les auteurs.

Pourtant, comme RIGGS l'a montré, soulignons que l'abord rhino-plastique large du septum, inspiré des principes de COTTLE, paraît pouvoir donner de grands avantages dans certains cas.