

# LE RHINOSCLÉROME : EPIDÉMIOLOGIE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE, A PROPOS DE 51 CAS OBSERVÉS AU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE OUAGADOUGOU

K. OUOBA, L. SANGARE, M. DAO, B. SAKANDE, A. SANOU

## RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée dans le service d'ORL du Centre Hospitalier National Universitaire de Ouagadougou.

Le rhinosclérome sévit encore à l'état endémique au Burkina Faso : sur une période de 10 ans, 51 cas de rhinoscléromes bactériologiquement et/ou histologiquement confirmés ont été traités et suivis.

Dans 60,7% des cas il s'agissait de femmes. L'âge moyen des malades était de 30 ans.

C'était pour la plupart des malades venant du sud-ouest et du plateau central du pays, de familles à revenu modeste.

Le diagnostic souvent tardif explique la prédominance des formes avec déformation nasale (66,6% des cas) où la clinique est déjà fort suggestive surtout dans une zone d'endémie. Des efforts restent à faire pour un diagnostic plus précoce. Nous pensons qu'il faut penser au rhinosclérome de parti pris devant une rhinite muco-purulente ou croûteuse persistante et à fortiori devant un granulome des voies aériennes supérieures. La mise en évidence de klebsiella rhinoscleromatis dans les sécrétions nasales ou dans les broyats des pièces biopsiques et/ou la découverte des cellules de Mickulicz à l'examen histologique des granulomes confirment le diagnostic. Tous nos cas ont été confirmés.

Nos résultats thérapeutiques corroborent l'efficacité de la streptomycine avec une dose totale de 45-97 g et du thiophénicol avec une dose totale de 60-90 g, en mono-thérapie. Mais il y a aussi la toxicité cochléo-vestibulaire de la streptomycine qui nous a amené à interrompre le traitement chez 2 de nos patients.

«Pathologie de la pauvreté», l'espoir est permis dans la lutte contre cette affection par le dépistage précoce et la prise en charge des malades, l'amélioration des conditions de vie des populations.

**Mots clés : rhinosclérome, épidémiologie, clinique, traitement, Burkina Faso.**

## INTRODUCTION

Connue depuis VON HÉBRA en 1870, le rhinosclérome a fait l'objet de nombreux travaux visant à faire la lumière sur les zones d'ombre de cette affection. Il s'agit entre autres de sa pathogénie, de sa répartition géographique, actuellement mieux cernées.

C'est une affection caractérisée cliniquement par un granulome à évolution pseudo-tumorale et histologiquement par la présence des cellules de Mickulicz (1876) ; elle est liée à un bacille klebsiella rhinoscleromatis (1) mis en évidence en 1882 par Von Frish dont il porte le nom. Elle se localise électivement aux voies respiratoires, singulièrement au niveau des fosses nasales d'où la dénomination de rhinosclérome.

Le but de ce travail est de rapporter notre expérience à propos de 51 cas.

## MALADES ET MÉTHODES

Nous avons revu les dossiers des malades porteurs de rhinosclérome pris en charge entre juillet 1986 et juin 1995 dans le service d'ORL du Centre Hospitalier National de Ouagadougou. Cette revue de dossiers a permis de colliger 51 cas de rhinoscléromes authentifiés par la bactériologie et/ou l'histologie et ayant un recul d'au moins 1 an. Les dossiers de malades dont le diagnostic n'a pas été confirmé pour une raison ou une autre, et de ceux qui ont été perdus de vue n'ont pas été retenus.

Nous nous sommes intéressés à l'histoire de la maladie (délai entre les premières manifestations cliniques et la consultation dans le service, motif de la consultation, mode évolutif), au traitement effectué et à l'évolution sous traitement. Nous avons également pris en compte les données d'ordre épidémiologique (origine géographique du malade, âge, sexe, contacts, antécédents familiaux). Du fait que ce service soit le service de référence de la spécialité au Burkina Faso, les malades sont venus de toutes les provinces du pays.

\*\*\* Assistant, Laboratoire d'anatomie pathologique

\*\*\*\* Professeur Agrégé, Chef du Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales

Centre Hospitalier National Universitaire de Ouagadougou, Burkina Faso

\* Maître-assistant, Service d'ORL

\*\* Assistant, Laboratoire de Bactériologie

La recherche bactériologique a été effectuée soit dans les sécrétions nasales soit dans les broyats des prélèvements biopsiques. L'examen histologique a concerné les pièces biopsiques ou les spécimens opératoires, fixés au formol. Il n'a pas été possible d'effectuer de diagnostic immunologique. Une exploration endoscopique des voies respiratoires inférieures n'a été réalisée que dans les formes pharyngées.

Le traitement médical a fait principalement appel dans cette étude à 2 antibiotiques :

- \* la streptomycine lorsque le malade était un adulte sans passé auditif (29 cas) à la dose de 1 g/j et 45 à 97 g au total avec audiogramme pré-thérapeutique puis hebdomadaire ; cet antibiotique est subventionné par l'état dans le cadre de la lutte contre la tuberculose au Burkina Faso.
- \* le thiophénicol (12 cas) à raison de 1 g/j et 60 à 90 g au total avec une numération et une formule sanguine hebdomadaire.

Quelques malades ont bénéficié d'autres antibiotiques seuls ou associés :

- 2 ont été traités par la gentamycine (80 mg/j) associée au Bactrim Forte (2 comprimés/j) pendant 2 mois.
- 2 autres ont été traités par l'association de la streptomycine (1 g/j) et du thiophénicol (750 mg/j) pendant 2 mois.
- enfin 6 malades ont pris de la tétracycline à raison de 1,5 g/j pendant 3 à 4 mois.

Les malades ont été hospitalisés pendant 3 à 4 semaines en début de traitement puis suivis à titre ambulatoire.

La corticothérapie a été associée à l'antibiothérapie à raison de 1 mg/kg/J de prednisolone pendant 1 mois avec arrêt dégressif.

Le traitement chirurgical a été effectué conjointement au traitement médical pour les formes évoluées, avec granulomes obstructifs (27 cas). Il a consisté en une exérèse sous anesthésie générale des granulomes permettant de rétablir la filière naso-pharyngée ; une sonde de recalibrage a été laissée en place 15 jours.

Sortis de l'hôpital, les malades ont été revus à 15 jours, 1 mois et tous les 3 mois pendant au moins 1 an. De nombreux malades ne sont plus venus nous revoir après 1 an.

## RESULTATS

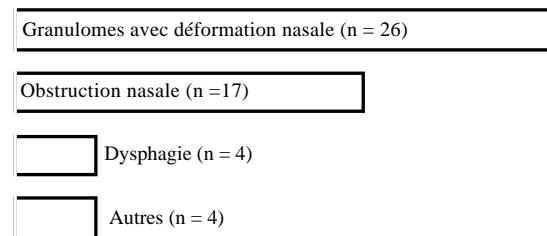
Les 51 cas qui composent notre série ont été colligés sur

une période de 10 ans. Il s'est agi de 30 femmes et de 21 hommes âgés de 13 à 58 ans avec une moyenne d'âge de 30 ans.

Originaires pour la plupart des provinces du sud-ouest et du centre du pays (47 cas), c'étaient essentiellement des malades venant des couches socio-économiques modestes du pays (paysans, ouvriers non qualifiés, secteur dit informel) : 38 cas (74,5% des cas).

Les motifs de la consultation sont résumés dans la figure suivante.

**Figure : répartition des cas en fonction du motif de la consultations.**



Le délai entre les premiers symptômes et la consultation ORL a été rarement précisé : 1 à 7 ans avec une moyenne de 3 ans.

Les aspects cliniques, bactériologiques et histologiques rencontrés ont été résumés dans le tableau ci-après.

**Tableau : répartition des cas en fonction des aspects cliniques, bactériologiques et histologiques**

	Enfants et adolescents	Adultes	Bactériologie positive	Histologie positive
Rhinite muco-purulente	7	2	9	-
Rhinite atrophique ou croûteuse	-	2	1	1
Granulome nasal	-	38	4	34
Granulome pharyngé	-	2	-	2

Sur le plan thérapeutique, 24 malades ont bénéficié d'un traitement uniquement médical parce qu'il s'agissait de formes non exubérantes, peu obstructives. Pour les 27 autres un geste chirurgical a été associé en raison de l'existence

d'un granulome obstructif.

Nous avons été amenés à arrêter la streptomycine chez 2 malades devant l'apparition d'acouphènes et d'une surdité de perception de 30 et 35 db et à poursuivre le traitement avec le thiophénicol. Il s'est agi d'un malade traité par la streptomycine seule et d'un malade traité par l'association streptomycine-thiophénicol.

L'évolution à 1 an a été jugée favorable pour nos 51 malades mais au prix de quelques séquelles cicatricielles pour 7 d'entre eux : rétraction vélaire, ensellure nasale, rétrécissement cicatriciel des fosses nasales. L'évolution à long terme a été difficile à apprécier : 13 malades seulement ont été revu 5 ans après le traitement avec 2 cas de récidive ; ces malades avaient été traités par les cyclines. Ils ont été réhospitalisés et traités par le streptomycine avec succès.

## DISCUSSIONS

Cette étude a eu pour but d'apporter les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques actuelles du rhinosclérome au Burkina Faso. Le rhinosclérome y sévit encore à l'état endémique. En 1976, Claveau (2) rapportait déjà 37 cas. La revue de littérature montre qu'il s'agit d'une affection qui touche avec préférence l'Afrique tropicale, le Maghreb, l'Amérique latine, l'Asie australie et l'Europe centrale (3, 4, 5, 6). Mais l'importance croissante des mouvements de population (immigration vers les pays du nord, phénomène des réfugiés) a donné actuellement à cette affection une note cosmopolite. Ainsi, le rhinosclérome est actuellement décrit dans des pays où il n'a pas habituellement cours.

Sa fréquence réelle est difficile à établir en raison du nombre important de formes latentes ou pauci-symptomatiques, peu évolutives pour lesquelles le diagnostic n'est porté que lorsqu'on y pense de parti pris devant une rhinite muco-purulente ou croûteuse traînante surtout en zone endémique. Le cas échéant, situation la plus fréquente, c'est à un stade évolué que le diagnostic est fait devant des fosses nasales obstruées par des masses charnues, rougeâtres, lisses, fermes ou dures, généralement non ulcérées. C'est d'abord dans la profondeur des fosses nasales que les lésions sont observées. Avec le temps, elles s'étendent aux structures voisines : ailes du nez, sous cloison, lèvre supérieure ; quelquefois, le nez est pris dans son ensemble, figé comme un nez de syphilitique. A ce stade, le rhinosclérome ne ressemble à rien d'autre ; le diagnostic différentiel

d'avec les lésions syphilitiques, tuberculeuses ou lèpreuses ne résiste pas longtemps à la discussion.

Les formes naso-pahryngées comme pour 2 de nos malades sont caractérisées par une atteinte du voile, de la région amygdalienne avec sténose pharyngée progressive. L'extension aux voies respiratoires basses est une éventualité rare mais grave (2, 7, 8). C'est dans ces localisations basses que le diagnostic souvent tardif entre le fait que la plupart des séries dont la nôtre n'enregistrent que peu de cas d'enfants chez qui il s'agit en général de formes débutantes.

Les femmes semblent plus concernées que les hommes dans la présente série comme dans d'autres (4,5) peut être parce qu'elles supportent moins longtemps le préjudice esthétique et fonctionnel de l'affection au stade où les malades sont vues dans nos régions. L'immense majorité des auteurs (4, 5, 9, 10, 11) s'accordent pour dire que le rhinosclérome est «une maladie de la pauvreté». En effet, la plupart des cas se recrutent parmi les populations les moins favorisées et dans les pays en développement. C'est là un constat amer mais qui laisse l'espoir de voir l'affection reculer avec l'amélioration des conditions de vie des populations : accès du plus grand nombre à l'eau potable, à une alimentation suffisante et équilibrée, à un habitat convenable, aux soins de santé...

Sur le plan thérapeutique, l'efficacité de la streptomycine est connue depuis Miller en 1946 ; mais il y a son ototoxicité : 2 cas dans notre série. Lorsque le choix est porté sur cet antibiotique, la surveillance du traitement doit être régulière, clinique et audiométrique ; et il ne faut pas hésiter à l'arrêter à la première côte d'alerte. L'oto-toxicité de la streptomycine est beaucoup moins fréquente qu'il y a quelques dizaines d'années certainement parce que la dose totale est aussi passée de 200-300 à 45-100 g avec de bons résultats (2, 5).

Le thiophénicol a également une efficacité prouvée, sans la toxicité cochléo-vestibulaire de la streptomycine ; sa toxicité hématologique est modérée et réversible ; par ailleurs, l'évolution semble être plus rapidement favorable. Mais si nous n'avons utilisé principalement que ces 2 antibiotiques pour des raisons de disponibilité et de coût, la revue de la littérature montre que d'autres antibiotiques utilisés seuls ou en association ont donné de bons résultats : cotrimoxazole, oxytétracycline, sulfamides. A propos de l'association antibiotique, si elle accélère la guérison, elle majore également les effets parallèles.

La corticothérapie est utilisée pour minimiser le processus de sclérose.

Lorsque le malade est vu au stade de granulome obstructif, la chirurgie devient un complément incontournable du traitement médical pour éviter la dissémination des germes (4) mais nous n'avons pas noté ce risque évolutif dans notre étude en menant les 2 conjointement ; mieux, on y gagne en terme de réduction du séjour hospitalier.

L'évolution à court et moyen terme a été jugée satisfaisante dans la présente série comme dans la plupart de celles de la sous région. Mais l'évolution à long terme dans nos conditions d'exercice est souvent difficile à apprécier ; l'indigence et l'éloignement de nos malades des centres hospitaliers font qu'ils ne reviennent pas nous voir 1 ou 2 ans après le traitement, surtout en l'absence de récidive.

Le bonheur de la respiration nasale retrouvée chez ces

malades contraints à la respiration buccale depuis souvent fort longtemps, est toujours tout à fait remarquable. Mais nous devons œuvrer pour qu'ils ne la perdent plus jamais par le fait du rhinosclérome.

## CONCLUSION

Le rhinosclérome sévit encore à l'état endémique au Burkina Faso comme dans les pays de la sous-région. Dans ce contexte, il faut y penser de parti pris devant une rhinite mucopurulente ou croûteuse traînante et à plus forte raison un granulome des fosses nasales. Le traitement médical est efficace surtout dans les formes de début.

L'espoir de voir reculer cette affection passe par un dépistage précoce et l'amélioration des conditions de vie des populations.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - A. GOUBY, M. RAMUZ  
La bactérie du sclérome, klebsiella rhinoscleromatis.  
Cah. ORL, 1980, 15, 392-395.
- 2 - A.M CLAVEAU  
Le rhinosclérome en Haute Volta. A propos de 37 cas.  
J.F. ORL, 1976, 25, (9), 617-620.
- 3 - M. TAHIRI  
Le rhinosclérome au Maroc. A propos de 45 cas étudiés de 1964 à 1977 au Service d'ORL de Casablanca.  
Cah. ORL, 1980, 15, 409-419.
- 4 - AM CLAVEAU  
Sclérome et rhinosclérome.  
Méd. Trop., 1992, 52, (3), 291-297.
- 5 - A. Ag. MOHAMED  
Le rhinosclérome au Mali.  
J.F. ORL, 1993, 42, (3), 189-194.
- 6 - C. PENALBA, A.G. SAIMOT, J.P. COULAUD  
Le rhinosclérome en Afrique Noire. A propos d'un cas observé à Paris chez un Malien.  
Bull. Soc. Path. Exot., 1983, 76, (2), 192-196.
- 7 - K. DELLAGI, L. OUERTANI, M.M. BOUBAKER, A. ZAOUCHE, C. MICHEAU  
Scléromes des voies aériennes supérieures. A propos d'une localisation laryngée.  
Méd. Trop., 1986, 46, (4), 365-369.
- 8 - L. VANRENTERGHEM, B. JOLY, V. CABARET, G. MONTEUIL, A. DELOBELLE-DEROIDE, C. LELEU, T.M. PALLIEZ, E. MAILLOT, O. RIVIERE  
Sclérome et rhinosclérome, un diagnostic difficile : revue de la littérature à propos d'une nouvelle observation.  
Cah. ORL Chir. Cervico-fac. audiophonol., 1993, 28, (10), 419-424.
- 9 - N.G. LIOMBA, N.S.R. HUTT  
Rhinoscleroma in Malawi and eastern Zaïre.  
J. Trop. Med. Hyg., 1980, 83, (5), 187-190.
- 10 - B. BOUARD, F. SIMON, B. SOUILLIE, B. BEDRUNE, J.C. DUBOSCQ, J.B. NOTTET, J.P. GOUTEYRON, Y. CUDENNEC  
Rhinosclérome : à propos d'un cas observé en République Centrafricaine.  
J.F. ORL 1995, 44, (5), 350-353.
- 11 - B. BAUDUCEAU, A.M. CLAVEAU, A. BAUDUCEAU, J. THEVENOT  
A propos d'un cas de rhinosclérome.  
Méd. Trop., 1984, 44, 2.