

## CAS CLINIQUE

# Le rhinosclérome

Hassan Nouri, Abdelaziz Raji, Fatima Bouchoua, Ait Mbarek

Service d'oto-rhino-laryngologie - Hôpital El Antaki - CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

## INTRODUCTION

Le rhinosclérome est une affection granulomateuse chronique et spécifique due à une entérobactérie de la famille Klebsiella (*Klebsiella rhinoscleromatis*) ayant un tropisme pour les voies aériennes supérieures. Les lésions se développent habituellement dans les fosses nasales mais peuvent également siéger sur toute l'étendue de l'arbre respiratoire jusqu'aux bronches [1].

## OBSERVATIONS CLINIQUES

### Cas clinique 1

M. E.M., âgé de 45 ans, a consulté pour une obstruction nasale gauche d'installation progressive associée à une rhinorrhée séro-muqueuse et des épisodes d'épistaxis depuis 2 mois. L'examen clinique mettait en évidence une déformation de la pyramide nasale au dépend de l'aile gauche du nez (Figure 1). La rhinoscopie antérieure permettait de visualiser une tumeur bourgeonnante, semblant infectée, avec des croûtes. Elle faisait issue par le vestibule narinaire gauche. La cavité buccale, le pharynx et le larynx étaient normaux. Nous avons réalisé une biopsie de la fosse nasale gauche

(Fr ORL - 2006 ; 91 : 260 - 262)

**Mots-clés :** Rhinosclérome, Fosses nasales, Infection, Klebsiella.

Date de soumission : février 2005

Date d'acceptation : août 2006

**Auteur correspondant :** Nouri Hassan

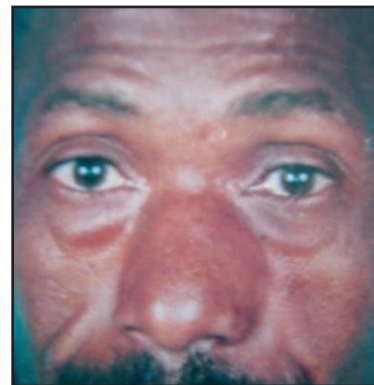
Service d'oto-rhino-laryngologie

Hôpital El Antaki, CHU Mohammed VI

Marrakech - Maroc

e-mail : enoury20000@yahoo.fr

**Figure 1 : Rhinosclérome de la fosse nasale gauche déformant la pyramide nasale.**



au cours d'une endoscopie nasale à l'optique rigide. Le résultat anatomopathologique affirmait le diagnostic de rhinosclérome. Le patient présentait des lésions au stade d'infiltration.

Il a bénéficié d'un traitement médical associant une antibiothérapie à base de sulfamide (triméthoprime/sulfaméthoxazole) pendant 8 semaines et une corticothérapie de courte durée à la dose de 1mg/kg/24 heures. L'évolution a été marquée par la régression totale de la tuméfaction nasale et l'amélioration de l'obstruction nasale. Après 20 mois de recul, l'endoscopie nasale ne constatait aucun reliquat tumoral granulomateux, la muqueuse nasale apparaissait normale, aucune biopsie de contrôle n'a été réalisée.

### Cas clinique 2

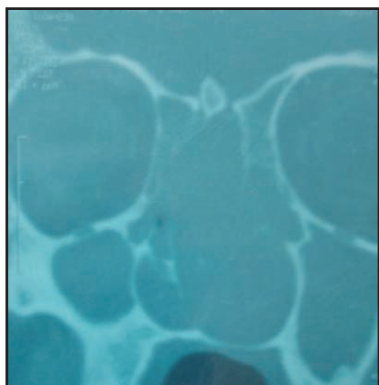
M. M.S, 28 ans, de bas niveau socio-économique, s'est présenté dans le service d'ORL avec un tableau clinique associant une obstruction nasale bilatérale d'évolution chronique et une rhinorrhée séro-muqueuse. L'interrogatoire mettait en évidence une rhinolalie fermée et des épistaxis à répétition.

## Le rhinosclérome

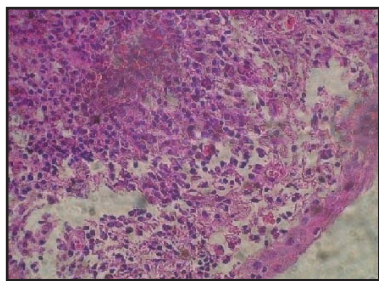
L'examen ORL révélait dans les fosses nasales une tumeur bourgeonnante, croûteuse et infectée. La tomодensitométrie du massif facial montrait un processus tumoral au niveau des deux fosses nasales soufflant le palais osseux, les parois intersinuso-nasales et la cloison nasale du côté gauche (Figure 2). Une biopsie était réalisée au cours d'une endoscopie nasale et confirmait le diagnostic de rhinosclérome (Figure 3). Le patient présentait une lésion au stade d'infiltration.

Il a bénéficié d'un traitement associant un sulfamide (triméthoprime/sulfaméthoxazole) pendant 8 semaines et une corticothérapie à la dose de 1mg/kg/24 heures de courte durée. En raison d'une régression partielle du processus tumoral, l'antibiothérapie a été prolongée jusqu'au quatrième mois. L'évolution a été marquée par une nette régression des symptômes. L'examen endoscopique après un recul de 12 mois révélait une lésion scléreuse cicatricielle au niveau de la fosse nasale gauche, mais sans retentissement clinique ni esthétique et dont la biopsie était négative. La muqueuse de la fosse nasale droite était normale.

**Figure 2 : Tomodensitométrie faciale, coupe coronale, montrant un rhinosclérome des deux fosses nasales.**



**Figure 3 : Coupe histologique du rhinosclérome.**



## DISCUSSION

Le rhinosclérome est fréquent dans les régions à climat sec, semi-désertique et dans des classes sociales défavorisées. Le réservoir du germe est l'homme au niveau de la muqueuse nasale. La transmission peut être faite par contact direct avec les sécrétions nasales [1]. La plupart des séries situent les âges extrêmes entre 8 et 76 ans. La répartition selon le sexe paraît égale avec une légère prédominance féminine [2-3].

Il s'agit d'une maladie infectieuse due à une bactérie, la *Klebsiella*, qui est un bacille Gram négatif encapsulé [3].

Cliniquement, quatre stades sont décrits : **le stade catarrhal** qui est caractérisé par une rhinorrhée muqueuse ou mucopurulente striée de sang, **le stade d'atrophie** dans lequel des croûtes se forment et dégagent une odeur fétide, **le stade d'infiltration** qui est caractérisé par l'infiltration et la formation d'un tissu de granulation et **le stade de sclérose** dans lequel on observe une fibrose [3-5].

Le diagnostic de rhinosclérome doit être évoqué devant toute rhinite chronique croûteuse ne réagissant pas aux thérapeutiques habituelles [1]. Les diagnostics différentiels évoqués sont la syphilis, la tuberculose, la lèpre et le granulome de Wegener. La confirmation diagnostique repose sur l'étude bactériologique qui se fonde sur la recherche et le typage de *Klebsiella rhinoscleromatis* et sur l'étude histologique qui met en évidence des plages de cellules de Mikulicz contenant *Klebsiella rhinoscleromatis*. Cet aspect est pathognomonique de l'affection.

Le traitement est essentiellement médical. De nombreux antibiotiques se sont révélés actifs sur *Klebsiella rhinoscleromatis* : les tétracyclines, la streptomycine et les sulfamides. Un traitement prolongé de 2 à 6 mois est conseillé. Il est associé à un nettoyage et un lavage des fosses nasales. Une corticothérapie orale de courte durée à la dose de 0,5-1mg/kg est souvent prescrite pour accélérer la guérison et empêcher l'évolution vers la sclérose [1].

Le traitement chirurgical s'adresse aux lésions scléreuses inaccessibles au traitement médical. Il consiste en des plasties narinaires, oropharyngées ou laryngées [2, 4].

## CONCLUSION

Le rhinosclérome paraît de plus en plus rare au Maroc; il est recherché systématiquement devant tout granu-

## Le rhinosclérome

lome centrofacial. Un diagnostic précoce, un traitement adapté et une surveillance rigoureuse et prolongée sont nécessaires pour éradiquer cette maladie infectieuse et pour éviter les séquelles mutilantes.

### RÉFÉRENCES

1. Ennouri A, Hajri H, Elmezni F. Sclérome et rhinosclérome. Édition technique. Encycl. Médico-chirurgicale. (Paris, France), Oto-Rhino-Laryngologie, 20380A10, 1991; p 6.
2. Benzekri L, Jarmouni R, El Ouazani T., Rollier R, Lakhdar H. Sclérome au Maroc-À propos de 11 cas, JF ORL 2000; 6 : 338-342.
3. Despres P-H, Marzuoli L., Vandenaute B. Rhinosclérome et sida; JF ORL 1999; 5 : 330-333.
4. Enjorlas O. Rhinosclérome .in Thérapeutique dermatologique. Dubertrel L. Ed Flammarion, Paris, 1991 ; pp 525-526.
5. Agmohamed A. Le rhinosclérome au Mali. JFORL 1980; 15 : 409-421.