

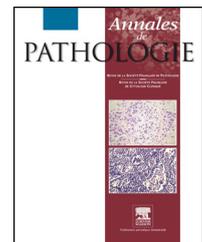


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS ANATOMOCLINIQUE

Une cause de nécrose palatine à ne pas méconnaître



A cause of palatal necrosis not to ignore

Camille Boulagnon^{a,*}, Ovidiu-Bujor Kovacs^b,
Martine Patey^a

^a Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques, CHU de Reims, 45, rue Cognac-Jay, 51100 Reims, France

^b Consultation d'oto-rhino-laryngologie, centre hospitalier de Vitry-le-François, 2, rue Charles-Simon, 51308 Vitry-le-François, France

Accepté pour publication le 18 janvier 2015

Disponible sur Internet le 13 mars 2015

MOTS CLÉS

Pathologie ;
Consommation de cocaïne ;
Fistule oro-nasale ;
Perforation palatine ;
Perforation nasale ;
Lumière polarisée

Résumé Nous rapportons un cas de perforation du septum nasal et du palais dur d'aspect pseudo-tumoral chez un homme de 42 ans dont le diagnostic par exclusion est celui d'une lésion nécrotique médio-faciale liée à l'inhalation chronique de cocaïne. Cette affection peut simuler des vascularites, des tumeurs primitives et des infections granulomateuses. Les diagnostics différentiels et la physiopathogénie de cette affection seront discutés dans ce cas anatomoclinique.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pathology;
Cocaine abuse;
Oronasal fistula;
Palatal perforation;
Nasal perforation;
Polarized light

Summary We report a case of pseudotumoral nasal septum and hard palate perforation in a 42-years-old man. The diagnosis retained after differential diagnosis exclusion was necrotic midfacial lesion due to chronic inhalation of cocaine. This condition can mimic vasculitis, primary tumors and granulomatous infections. Differential diagnosis and pathophysiology of this condition will be discussed in this anatomico-clinical case.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant. Service d'anatomie et cytologie pathologiques, CHU de Reims, rue Cognac-Jay, 51092 Reims cedex, France.
Adresse e-mail : camille.boulagnon@gmail.com (C. Boulagnon).

Introduction

L'inhalation de cocaïne provoque des lésions centro-faciales importantes regroupées sous le terme de *cocaine induced midline destructive lesion*. Il s'agit le plus souvent de destruction du septum nasal, des sinus nasaux et plus rarement de destruction du palais dur avec fistule oro-nasale [1]. La cocaïne agit comme un sympathicomimétique aux puissants effets locaux et généraux. La contraction de la musculature lisse notamment vasculaire et une analgésie sont responsables de ces lésions. Dans les cas très évolués la destruction centro-faciale peut s'étendre à l'orbite [2]. Ces lésions très destructrices et impressionnantes cliniquement font évoquer en priorité une vascularite auto-immune (maladie de Wegener), un processus néoplasique (carcinome épidermoïde) ou un lymphome T/NK de type nasal. De plus, certaines infections bactériennes ou fongiques peuvent provoquer une ulcération profonde centro-faciale. Ces lésions peuvent être en rapport avec l'inhalation de cocaïne. L'inhalation chronique de cocaïne favorise les infections et le développement de germes anaérobies pouvant aller jusqu'à l'ostéomyélite [3,4]. Nous rapportons un cas de perforation du septum nasal et du palais chez un patient de 42 ans, d'aspect pseudo-tumoral.

Observation

Histoire clinique

Un patient de 42 ans, schizophrène consultait pour sensation de perforation et écoulement au niveau du palais. Une perforation du palais d'aspect nécrotique a été constatée lors de la consultation. La panendoscopie et le scanner des sinus ont montré une lésion nécrotique médio-faciale avec perforation de la cloison nasale et du palais (Fig. 1).

Dans l'hypothèse d'une lésion néoplasique, des biopsies de la cloison nasale et du palais ont été réalisées.

Examen anatomopathologique

Le prélèvement était constitué de 4 fragments biopsiques qui mesuraient entre 0,3 et 1,5 cm fixés au formol, inclus en

paraffine et colorés par HPS. La totalité du prélèvement a été adressée fixée dans le formol au laboratoire d'anatomie pathologique. Aucun prélèvement n'a été adressé au laboratoire de microbiologie. L'examen microscopique montrait sur l'ensemble des biopsies une nécrose de type ischémique majoritairement acellulaire éosinophile, avec débris nucléaires focaux. La nécrose atteignait les muqueuses nasale et buccale et s'étendait aux glandes du chorion avec ostéolyse (Fig. 2A). La muqueuse nasale était totalement nécrotique. Dans le chorion adjacent et sous la nécrose, il existait un granulome inflammatoire richement vascularisé constitué de lymphocytes, de plasmocytes et de polynucléaires neutrophiles associés à de la fibrose (Fig. 2B). Il n'y avait pas de prédominance périvasculaire de l'infiltrat inflammatoire. On observait des microthromboses des petits vaisseaux au sein de l'infiltrat inflammatoire sans atteinte de la paroi des vaisseaux de type vascularite. Il n'y avait pas de granulome épithélioïde et géantocellulaire, ni de cellule géante isolée. En périphérie, la muqueuse buccale était réactionnelle avec kératose orthokératosique et métaplasie malpighienne des glandes salivaires accessoires sans prolifération tumorale épithéliale (Fig. 2C). La coloration de Gram a permis de mettre en évidence des amas de germes polymorphes au sein de la nécrose. Le PAS et le Grocott ont montré la présence de nombreux spores associés à la nécrose (Fig. 2D).

Dans l'hypothèse d'un lymphome de type T/NK, l'étude immuno-histochimique de l'infiltrat lymphoïde à l'aide des anticorps anti-CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD20, CD138, CD56 et Granzyme B a montré un contingent de lymphocytes T réactionnels dépourvu de trou phénotypique n'exprimant pas le CD56 ni de marqueurs de cytotoxicité (Granzyme B). Le CD20 a montré des lymphocytes B réactionnels, et le CD138 des plasmocytes réactionnels.

Une étude par hybridation in situ à l'aide de la sonde EBER s'est révélée négative.

L'examen en lumière polarisée a permis de mettre en évidence, au sein de la nécrose, la présence de particules biréfringentes (Fig. 3) et de retenir le diagnostic de perforation oro-nasale sur nécrose naso-palatine en rapport avec une inhalation chronique de cocaïne avec surinfection bactérienne et fongique.

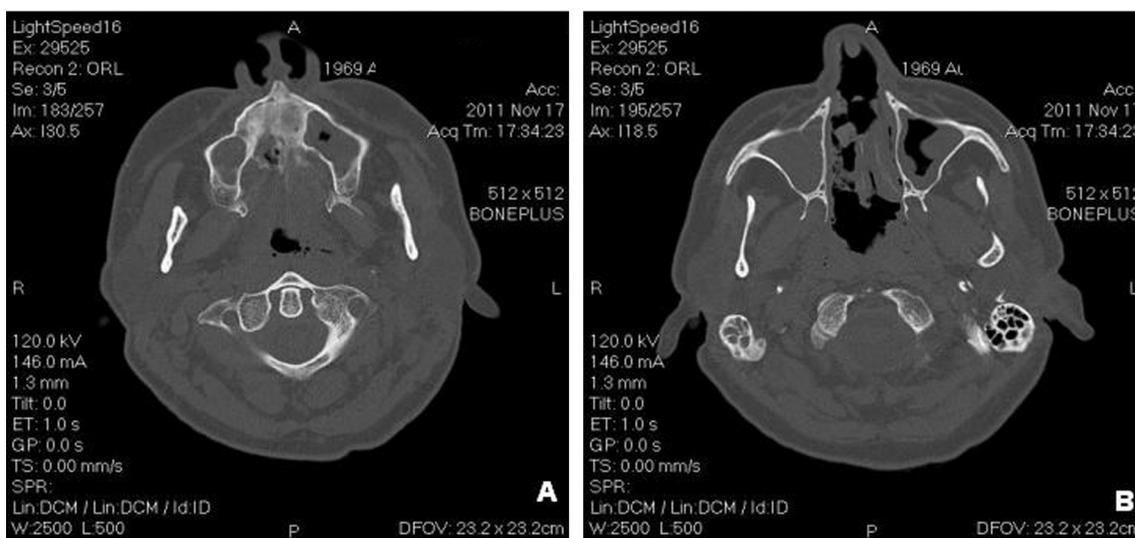


Figure 1. Coupes axiales du scanner du massif facial montrant une perforation du voile du palais (A) et du septum nasal (B). Axial CT images disclose palate (A) and nasal septum (B) perforation.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4128076>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4128076>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)