

**Johan Nguyen
Gérard Lambert et
Trieu Diem Chi**

La Revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise
1984, 103, 467-470

Valeur sémiologique du sillon du lobe de l'oreille : revue générale et discussion

RESUME

Le signe du sillon du lobe de l'oreille semble en corrélation avec la maladie coronaire. Les auteurs effectuent une revue générale des publications dont les résultats apparaissent pour certains comme discordants. Ce signe peut être considéré comme un équivalent des LCP, illustrant la théorie traditionnelle selon laquelle l'énergie du cœur se manifeste au visage. Ces études montrent de grosses difficultés méthodologiques qui relativisent les données de l'auriculothérapie. La MTC ne pourra progresser que par une adhésion totale à une méthodologie scientifique, clinique et expérimentale.

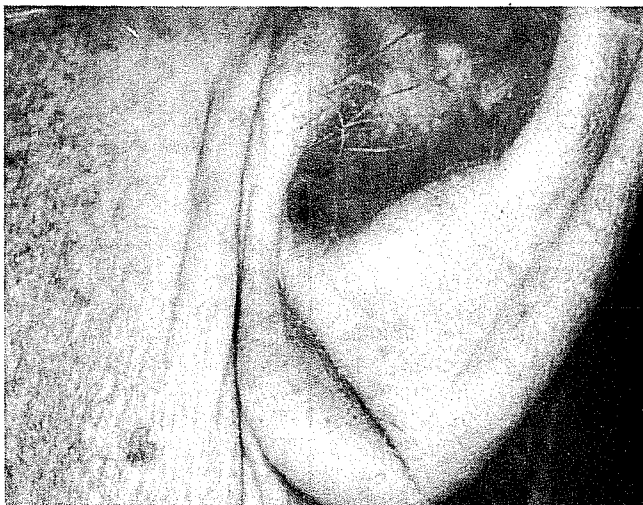


Fig. 1 :
Sillon du lobe de l'oreille

Notre équipe porte une attention toute particulière à l'examen de l'oreille et particulièrement à ce que nous avons appelé LCP [1] (lésion cutanée ponctuelle), en suggérant après les travaux chinois [2] que toute LCP était symptomatique d'une atteinte distale et que sa valeur sémiologique dépendait de sa localisation dans le cadre de la somatotopie auriculaire.

A côté des formes simples (nevi, angiomes...) nous avons distingué des formes plus complexes, non ponctuelles (chondroplasies [3, 4], projection de dermatose [5]). La recherche bibliographique que nous avons effectuée à propos du pavillon de l'oreille nous a amené à nous intéresser à un signe auriculaire particulier : le sillon du lobe qui semble en relation avec la maladie coronaire.

LE SILLON DU LOBE DE L'OREILLE ET CORONAROPATHIES

Il s'agit d'un sillon débutant au niveau de l'incisure intertragienne et se terminant au bord libre du lobe de l'oreille (fig. 1). Le premier à avoir suggéré un rapport entre ce signe et le risque de maladie coronaire est Franck [6]. Mais la première étude statistique significative est celle de Lichstein [7]. Au total, à l'heure actuelle 7 études ont été réalisées s'attachant à la relation entre *maladie coronaire* et *sillon* [6 à 13].

Cinq études concluent à une relation : Lichstein, Sternlieb, Christiansen, Kaukola et Kristensein ; deux concluent à l'absence de relation : Metha et Rhoads. (Tableau I).

Si des éléments sérieux plaident pour une relation, il apparaît qu'aucune certitude ne peut être avancée. Ceci semble lié aux difficultés méthodologiques bien soulignées par Rhoads.

(*) Travail du groupe d'études et de recherches en acupuncture.

(**) Dr Johan Nguyen, 27, bd d'Athènes, 13001 Marseille.

TABLEAU I

Nature et résultats des études menées sur la valeur sémiologique du sillon du lobe de l'oreille.

	NATURE DE L'ETUDE	RESULTATS
Lichstein (1974)	Comparaison de la fréquence du sillon dans une population (531 cas) de patients avec infarctus et une population sans signe clinique ou électro-cardiographique (305 cas).	Le sillon est plus fréquent (47 %) dans la population avec infarctus que dans la population sans antécédent (30 %). Resultat significatif.
Metha (1974)	Etude chez 211 patients subissant une coronarographie ; étude de la fréquence du sillon dans le groupe avec lésion des coronaires (159 cas) et dans le groupe à coronaires saines (52 cas).	Pas de différence entre la fréquence du sillon dans le groupe avec lésion coronaire (55 %) et le groupe à coronaires saines (50 %) ; la fréquence du sillon est corrélée avec l'âge.
Sternlieb (1974)	Etude de la fréquence de lésions coronaires chez 144 patients devant subir une coronarographie dont 133 avec le sillon et 11 sans sillon.	90 % des patients avec sillon ont une lésion coronaire et seulement 9 % des patients sans sillon.
Christiansen (1974)	Etude d'une population de 503 consultants. Comparaison de la fréquence du sillon chez les patients avec infarctus du myocarde et les patients sans infarctus (contrôle).	Fréquence significativement plus élevée dans le groupe avec infarctus (46 %) que dans le groupe de contrôle (31 %). Pas de corrélation avec HTA, tabagisme ou diabète.
Rhoads (1977)	Etude de 1.237 hommes à l'occasion de l'Honolulu Heart Study. Comparaison de la fréquence du sillon dans le groupe avec coronaropathie (71) par rapport à la fréquence dans la population totale (1.237).	Pas de différence significative entre la fréquence du sillon dans le groupe avec infarctus (29,6 %) par rapport à la fréquence du sillon dans la population de l'étude (31,8 %). Corrélation avec l'obésité.
Kaukola (1979)	Etude chez 286 patients subissant une coronarographie. Comparaison de la fréquence du sillon dans le groupe avec sténose coronaire > 50 % (200 cas) par rapport au groupe sans lésion coronaire significative (sténose < 50 %) (86 cas).	Fréquence significativement plus élevée (72 %) dans le groupe avec lésion coronaire par rapport au groupe sans lésion coronaire (21 %).
Kristensein (1980)	Etude sur une population d'hypertendu (74 cas). Comparaison de la fréquence des complications coronariennes chez les patients avec le sillon par rapport aux patients sans sillon.	Le risque de complication vasculaire est 10 fois supérieur dans la population avec sillon. Corrélation avec le gène aterosclérotique C3F.
Chen Wan Chun (1982)	Etude de 723 personnes. Recherche d'une relation avec l'hypercholestérolémie et les antigènes HLA.	Pas de corrélation avec le cholestérol. Corrélation avec HLA Bw 54:

1 - Définition du signe

Le signe doit être bien défini. Rhoads retient un sillon qui parcourt tout le lobule et intéresse toute l'épaisseur du revêtement cutané. Il souligne également la possibilité de faux positifs si on examine le malade couché. Certaines études ne retiennent qu'uniquement les sillons bilatéraux (Chen Wan Chun). La non-définition du signe explique en partie les différences importantes constatées dans des populations apparemment similaires (exemple : malades devant subir une coronarographie : Sternlieb 92 %, Métha 53 %). Mais même quand le signe positif est bien défini dans le protocole d'étude on peut observer de telles discordances. Ainsi dans la publication de Rhoads l'examen des patients est mené par trois examinateurs qui observent trois échantillons équivalents. La fréquence estimée par chacun des observateurs est de 29, 30 et 37 %, différence significative.

2 - Définition de la maladie

La maladie coronaire peut avoir une définition clinique, électrocardiographique, ou angiographique. Dans tous les cas, des critères précis doivent être retenus. Ces critères sont rarement mentionnés dans les études rapportées. L'étude idéale semble être celle de Kaukola qui définit la lésion coronaire (sténose > 50 %). De plus, Kaukola montre une relation entre le signe et l'étendue de la lésion vasculaire.

3 - Définition de la population

Pour toutes les études, la fréquence du sillon est corrélée avec l'âge, et c'est pour Metha la seule corrélation. Ceci peut expliquer en partie la haute fréquence du sillon (92 %) dans l'échantillon de Sterlieb par rapport aux autres études, son échantillon étant plus âgé. Enfin, l'étude de Rhoads est menée sur une population très particulière,

1.237 hommes d'origine japonaise habitant Honolulu. Comme le souligne Kaulola, chez les Japonais, la fréquence des affections coronaires est inférieure à celle des races européennes et la vascularisation coronaire est différente.

DISCUSSION ET REFLEXIONS

L'étude des relations entre oreille et cœur est naturellement d'un grand intérêt pour l'acupuncteur. Nous avons déjà souligné les associations malformation de l'oreille/malformation rénale conformément à la relation rein/oreille de la MTC [14]. L'intérêt particulier du sillon du lobe de l'oreille est qu'il s'agit cette fois d'une anomalie segmentaire et non plus globale du pavillon.

Quelle valeur sémiologique dans le cadre de la somatotopie auriculaire ?

L'élément discordant, quand on analyse une cartographie auriculaire c'est que le lobe de l'oreille n'est en rien la projection du cœur, mais correspond, au niveau de la zone considérée, à la face. Sur cette donnée Omura, modifie la cartographie traditionnelle pour placer le cœur au centre du lobe [15]. Notre analyse est quelque peu différente. Les relations cœur/face sont très importantes en MTC : « *Le cœur est la source de la vie et le lieu de transformation de l'énergie mentale. Son énergie se manifeste au visage* ». Su Wen, chap. 9. « *Les vaisseaux s'unissent au cœur dont la quintessence se manifeste au teint* » Su Wen, chap. 10 [16].

La projection d'une affection cardiaque au niveau de la zone Face de l'oreille apparaît donc cohérente dans le cadre des théories de la MTC. La constatation clinique de Frank va dans le sens de notre hypothèse d'une valeur sémiologique méridienne du point auriculaire. Ce qui semble se projeter au niveau de l'oreille, ce n'est pas une entité anatomique ou son innervation mais une entité clinique de nature indéterminée : l'orbe de la MTC (organe, méridien et structures associées). De la même façon que la somatotopie du système nerveux central reproduit l'organisation du système nerveux périphérique, on peut considérer que la somatotopie auriculaire reproduit l'organisation du système méridien. Cette conception est en partie celle développée par l'école chinoise.

Histogénèse

Dans aucune étude, le sillon n'est corrélé avec le tabagisme, l'HTA, le diabète ou l'hypercholestérolémie. Le sillon apparaît uniquement corrélé dans les études positives :

- avec une coronaropathie
- avec l'âge
- avec l'obésité.

Le problème soulevé par Lichstein est :

- soit il s'agit d'un *facteur génétique*, à pénétrance tardive comme pour le diabète ou l'hypertension (car absente à la naissance et se développant par la suite) et Wang Chang Chung a trouvé une corrélation avec HLA Bw 54.

- soit il s'agit d'un *affection acquise* se développant de façon concomitante avec l'athérosclérose coronarienne.

Les études histologiques menées par Kaulola [11] ne montrent aucune spécificité particulière.

En tout état de cause, les deux hypothèses ne s'excluent pas. Sur la base de notre expérience des LCP une attention toute particulière doit être portée à l'idée d'un développement concomitant d'une lésion vasculaire coronaire et d'une lésion vasculaire lobulaire. Il semble apparaître la même possibilité de réaction histopathologique entre zone somatique et zone auriculaire correspondante ; ceci pouvant être sous-tendu par une certaine identité fonctionnelle cellulaire [5]. Cette communauté cellulaire semble avoir une signification embryologique [14]. Un autre élément à souligner est qu'à notre avis, le sillon du lobe de l'oreille sépare deux éléments d'origine embryologique différente : une partie mandibulaire et une partie hyoïdienne [17].

Il faut noter enfin, l'entité cliniquement reconnue en médecine occidentale des syndromes malformatifs cardio-faciaux [18] qui va dans le sens d'une signification embryologique.

Pour une méthodologie clinique rigoureuse

1) Les études sur le sillon du lobe de l'oreille montrent les difficultés qu'il y a à établir de façon certaine une relation entre une pathologie donnée et un signe périphérique donné. Ceci implique que la notion de LCP telle que nous la développons après les auteurs chinois ne peut être considérée comme établie. Les études publiées sont rares, parcellaires, portent uniquement sur quelques points et souffrent de grandes lacunes méthodologiques (à commencer par nos propres travaux). S'il est légitime de développer toute hypothèse ou toute théorie, il n'est pas légitime de les considérer comme acquises et établies en l'absence d'une vérification expérimentale rigoureuse. Mais nous pensons que mieux vaut une étude clinique publiée à méthodologie critiquable plutôt que des allégations de recherches jamais publiées.

2) Ces remarques concernant les LCP sont valables pour l'ensemble des données concernant l'auriculothérapie et l'auriculomédecine. Les éternelles discussions sur le problème des localisations n'auraient pas lieu si chacune des équipes avançaient des arguments cliniques et expérimentaux cohérents avec une méthodologie satisfaisante. En tant que clinicien, il nous semble plus cohérent de se baser sur la cartographie chinoise issue d'une méthodologie clinique statistique que sur la cartographie de Nogier dont l'expérience clinique ne saurait être niée mais dont la méthodologie de recherche n'a jamais fait l'objet de publication précise. L'exemple typique est l'idée d'une projection du système nerveux central sur le lobe. La question simple est : comment fait-on pour mettre en évidence cliniquement la zone de projection du gyrus cingale ? à l'occasion d'une entorse ?

La conclusion que nous tirons est que si effectivement l'acupuncture n'a pas une forme scientifique satisfaisante, elle a des excuses historiques et a l'avantage d'une expérience clinique considérable qu'il nous appartient, pas à pas, d'analyser. Inversement, toute conception ou approche nouvelle doit s'appuyer sur des arguments cliniques et expérimentaux précis et publiés.

REFERENCES

1. Nguyen J. et al. Valeur sémiologique des lésions cutanées ponctuelles (LCP) rhinofaciales. *Le Mensuel du Médecin Acupuncteur* 1981, 86, 611.
2. Practical ear needling therapy. *Medecine and health publishing Co*, Hong Kong, 1977.
3. Nguyen J. Sémiologie des LCP auriculaires. *Le Mensuel du Médecin Acupuncteur*, 1982, 92, 853.
4. Nogier P. L'auriculothérapie. *Lyon Méditerranée Médical*, 1971, 14.
5. Nguyen J. La nature de la LCP a-t-elle sa valeur sémiologique propre ? *Revue française de MTC*, 1983, 96, 85.
6. Frank S.D. Aural sign of coronary artery disease. *New england journal of Médecine*, 1973, 289, 327-8.
7. Lichstein E. et al. Diagonal ear-lobe crease : prevalence and implications as a coronary risk factor. *New England Journal of Medecine*, 1974, 290, 615-6.
8. Metha J. et al. Diagonal ear-lobe crease as a coronary risk factor. *New England Journal of Medecine*, 1974, 291, 260.
9. Christiansen J.S. et al. Diagonal ear-lobe crease in coronary heart disease. *New England Journal of Medecine*, 1975, 308-9.
10. Rhoads G. et al. The ear-lobe crease sign of obesity in middle aged japonese men. *Hawai Medical Journal*, 1977, 36 (3), 74-7.
11. Kaukola S. et al. Ear-lobe crease and coronary atherosclerosis. *Lancet*, 1977, dec. 22, 1377.
12. Kristensein B. Ear-lobe crease and vascular complications in essential hypertension. *The Lancet*, 1980, Feb. 2, 265.
13. Chen Wanchun et al. Ear-lobe crease, High Serum cholesterol and Human Leukocyte antigen, risk factors in coronary artery disease. *Chinese Medical Journal*.
14. Nguyen J. et al. Recherches sur la relation rein-oreille de la MTC. *Revue française de MTC*, 1982, 95, 47.
15. Omura Y. Acupuncture Medecine, *Japan publications*, Tokyo 1982.
16. Nguyen J. La rhinofaciopuncture. *GERA*, Toulon, 1977.
17. Nguyen J. L'unité auriculofaciale. Approche des somatotopies de la MTC. *Mensuel du Médecin Acupuncteur*, 1982, 93, 899.
18. Pernot C. Cardiopathies congénitales et syndromes polymal-formatifs. *La revue du praticien*, 1980, 30, 1235.