

MUCOCELE D'ORIGINE ETHMOIDALE

DJOUINI M.E⁽¹⁾, TANI H⁽¹⁾, MEDDOUR A⁽¹⁾, BENCHAOUI M⁽²⁾.

1) Service ORL, Hôpital Militaire Régional de Constantine.

2) Service ORL, Faculté de Médecine Belkacem Bensmail, Université 3
Salah Boubenider, CHU de Constantine.

RÉSUMÉ :

Les mucocèles sont des lésions kystiques chroniques des sinus paranasaux. Bien qu'elles soient bénignes, elles ont une tendance à l'extension pouvant conduire à une destruction osseuse avec compression des structures de voisinage. Nous présentons un cas de mucocèle d'origine ethmoïdale avec extension intraorbitaire à travers la lyse de la lame papyracée cliniquement et radiologiquement retrouvée avec revue de la littérature.

Mots clés : Mucocèle, Sinus ethmoïdal, Chirurgie sinusienne.

ABSTRACT: ETHMOID MUCOCELES

Mucoceles are chronic cystic lesions of the paranasal sinuses. Although they are benign, they are expansive lesions which can lead to bony destruction and compression of surrounding structures. We presented a case of ethmoid mucocele which extended into intraorbital region through by destruction of the lamina papyracea with its clinical and radiological findings and also with a review of the literature.

Key words : Mucocele, Ethmoid sinus, Sinus surgery.

INTRODUCTION

Les mucocèles des cavités nasosinusienne sont des formations bénignes et expansives de type pseukystique qui pouvait avant l'ère de l'imagerie médicale, être prises pour une tumeur maligne. La pathogénie est encore mal connue.

Il s'agit d'une affection caractérisée par une sémiologie polymorphe et une évolution lente expliquant ainsi les diagnostics tardifs parfois au stade de complications.

Le traitement est toujours chirurgical dominé par la chirurgie endonasale sous guidage endoscopique dont les progrès ont permis l'abord, le drainage et la marsupialisation des poches mucocéliques.

CAS CLINIQUE

Nous rapportons le cas du patient D. CHERIF, âgé de 62 ans militaire retraité, aux antécédents d'un accident de travail, survenu, il y a 15 en pleine activité opérationnelle lui occasionnant un traumatisme crânio-facial nécessitant une ostéosynthèse du cadre orbitaire avec exentération du globe oculaire gauche.

Le patient consulte pour une tuméfaction occupant l'orbite gauche apparue il y a un an et qui évolue progressivement sans signes inflammatoires locorégionaux, associée à une obstruction nasale complète homolatérale. L'examen clinique objective une masse rénitente qui occupe la cavité orbitaire gauche faisant corps avec la paroi interne de l'orbite gauche. A la rhinoscopie antérieure, la fosse nasale gauche est très rétrécie par une déviation postérieure de la cloison nasale. Par ailleurs l'examen clinique est sans anomalie. Un traitement antibiotique est instauré. L'examen tomodynamométrique, réalisé en coupes axiales et frontales, montre une formation kystique occupant l'orbite gauche, ovale, bien limitée mesurant 29 x 23 x 27mm, à contours réguliers, paroi fine, contenu dense (55UH), sans modification après injection de produit de contraste, refoulant vers l'extérieur les structures oculaires résiduelles (muscles oculomoteurs), respectant la graisse environnante (figure 1). Cette masse s'insinue dans l'éthmoïde à travers une lyse de la lame papyracée (figure 2). Le traumatisme a induit un remodelage du cadre orbitaire osseux (figure 3).

On retrouve aussi une image linéaire dans l'éthmoïde, fine, très dense, mesurant 02 cm, légèrement crochue, évoquant un corps étranger (figure 4).

Le diagnostic d'une mucocèle d'origine éthmoïdale est retenu, sans IRM complémentaire.

Le traitement a consisté en un drainage –marsupialisation de la poche mucocélique par voie endonasale sous guidage endoscopique avec extraction du corps étranger (fil d'acier) par voie externe (incision paracanthale droite).

Le compte rendu histologique est revenu en faveur d'une paroi kystique bordée par un épithélium malpighien. Les résultats sont bons avec un recul de 6 mois (figures 1, 2, 3 et 4).



Figure 1. Examen tomodynamométrique en coupe axiale avec injection: masse homogène, ovale bien limitée de densité intermédiaire, ne prenant pas le PDC, occupant l'orbite gauche.



Figure 2. Examen tomodynamométrique en coupe axiale: masse kystique s'insinuant dans l'éthmoïde à travers une lyse de la lame papyracée en regard.



Figure 3. Examen tomodynamométrique en coupe axiale avec injection: noter le remodelage du cadre orbitaire osseux gauche d'allure séquellaire post-traumatique.



Figure 4. Examen tomodynamométrique en coupe frontale: image linéaire dans l'éthmoïde, fine, très dense, mesurant 02 cm de longueur, évoquant un corps étranger.

DISCUSSION

Les mucocèles sont des tumeurs bénignes douées d'un pouvoir expansif responsable d'une compression sur les organes de voisinage expliquant ainsi leur polymorphisme clinique.

La fréquence de cette pathologie est variable en fonction de la localisation. Les mucocèles maxillaires sont rares (10 à 16% des cas), l'essentiel de la pathologie étant concentré au niveau fronto-éthmoïdal antérieur (85% dont 11% exclusivement confinés à l'éthmoïde) [1].

Cette fréquence est difficile à apprécier compte tenu du pourcentage des formes latentes méconnues mais il faut noter qu'elle est en augmentation vu les progrès réalisés dans le domaine de l'imagerie et de la chirurgie endoscopique [2].

L'âge habituel de découverte se situe entre 40 et 50 ans. Quelques formes pédiatriques ont été rapportées sans différence de sexe notable.

La physiopathologie des mucocèles nasosinusiennes est mal élucidée. Il est admis actuellement qu'elle répond à l'association inflammation-obstruction [3]. Il semblerait qu'une infection surajoutée puisse précipiter la formation de la mucocèle, comme dans notre cas. Ceci a justifié une antibiothérapie avant l'acte chirurgical.

De nombreux facteurs sont à l'origine ou associés à la mucocèle. La chirurgie est l'une des principales causes, en particulier depuis le renouveau de la chirurgie endonasale [3]. Les délais moyens de prise en charge de la mucocèle, c'est-à-dire le temps écoulé entre l'intervention initiale et la consultation ayant permis le diagnostic, sont bien plus courts après chirurgie endonasale endoscopique qu'après chirurgie par voie externe.

Une étude rétrospective comparable réalisée par Serrano conclut à un délai d'apparition de la mucocèle, après chirurgie rhinosinusienne de 21 ans pour les patients opérés par voie externe contre de 2,25 ans pour les patients opérés par voie endonasale [3].

Ces résultats nous permettent plus facilement d'établir un lien de présomption direct de la responsabilité de la chirurgie (ostéosynthèse) dans notre cas.

Cliniquement, les mucocèles ont une évolution biphasique. La première phase est paucisymptomatique. La symptomatologie dépend de la localisation.

Pour les mucocèles du système ethmoïdo-frontal antérieur, la symptomatologie est dominée par des signes ophtalmologiques et des algies fronto-orbitaires ou des céphalées. Pour les mucocèles maxillaires, la symptomatologie est dominée par un œdème de l'hémiface, parfois associé à des algies faciales ou une obstruction nasale.

Pour les mucocèles sphénoïdales, la symptomatologie, liée à une compression indirecte d'ordre vasculaire ou directe des organes voisins due à l'augmentation de volume de la mucocèle, est dominée par des signes ophtalmologiques ou des céphalées. La deuxième phase est celle de l'extériorisation où la mucocèle devient symptomatique rendant le diagnostic plus facile. Il peut s'agir d'une tuméfaction indolore, rénitente, à surface régulière ou avec des signes inflammatoires en cas de surinfection, ou de signes ophtalmologiques.

L'imagerie tient une place importante dans le diagnostic des mucocèles nasosinusiennes.

Le scanner est l'examen clé à demander en première intention. Les coupes axiales et frontales objectivent typiquement une tuméfaction arrondie hypodense, homogène, ne se rehaussant pas après injection de produit de contraste. L'environnement osseux peut être analysé sur ces coupes montrant un refoulement des parois osseuses, une lyse, voire même une condensation.

Cet examen est utile pour le choix de la voie d'abord, comme le montre notre cas où la paroi interne de l'orbite est lysée avec une cavité orbitaire vide rendant l'acte chirurgical facile sans risque de fausse route orbitaire. Cela justifie la réalisation obligatoire d'une TDM en préopératoire.

Quant à l'IRM, elle reste un examen de deuxième intention. Elle n'a pas été réalisée dans notre cas. En effet, tous les types de signaux peuvent se rencontrer, ces derniers variant en fonction de l'ancienneté de la mucocèle qui se présente classiquement comme une formation en hyper signal T1 et T2. Elle apparaît en hyposignal en T1 et T2 quand elle est ancienne.

L'IRM est aussi intéressante pour étudier les rapports des mucocèles avec les organes de voisinage, donc elle est souvent utile dans les formes extensives juxtaorbitaires et juxta méningées.

On comprend ainsi l'intérêt de cet examen dans le cas de mucocèles frontoethmoïdales, sphénoïdales ou ethmoïdales postérieures, pour lesquelles il est pratiqué à titre presque systématique.

Le traitement des mucocèles est chirurgical dominé actuellement par la voie endonasale sous guidage endoscopique dont le principe consiste à ouvrir largement la mucocèle afin d'évacuer son contenu, et de faire communiquer la poche mucocélique avec la cavité nasale.

Cependant cette voie garde certaines limites imposant le recours à la chirurgie par voie externe [4-6]. Ainsi en est-il pour :

- la mucocèle de la paroi latérale du sinus maxillaire, d'abord difficile, même avec des optiques latérales 70°
- la mucocèle avec fistulisation cutanée, pour laquelle il est nécessaire de réséquer le trajet fistuleux,
- l'absence de repère endoscopique fiable
- tous les cas où le diagnostic est incertain, notamment avec une tumeur maligne du sinus.

En fin, il faut noter que le taux de récurrence par cette technique serait inférieur à 3 %.

CONCLUSION

A travers ce cas reçu et traité dans notre service, on a pu mettre le point sur cette pathologie relativement rare mais en pleine augmentation depuis ces dernières années avec l'épanouissement de la chirurgie endoscopique qui constitue actuellement le traitement de choix permettant l'obtention des résultats excellents.

RÉFÉRENCES

1. **Detouli M, Touhami M, Benghalem A, Chekkoury AI, Benchekroun Y.** Les mucocèles du sinus maxillaire. À propos de trois cas. *Ann Otolaryngol ChirN Cervicofac.* 1991; 108: 360-3.
2. **Eloy P, Rombeaux P, Bertrand B.** Les mucocèles nasosinusiennes. Notre expérience à propos de 41 patients. *Cahiers d'ORL.* 1996; 31: 421-7.
3. **Castillo L, Verschuur HP, Poissonnet G, Vaille G, Santini J.** Complications of endoscopically guided sinus surgery. *Rhinology.* 1996; 34: 215-8.
4. **Rivron A, Bourdinière J.** Mucocèles et pneumosinus dilatans. *En cycl Med Chir. Oto-Rhino-Laryngologie.* 1990; 20465 A10, 12.
5. **Moriyama H, Hesaka H, Tachibana T, Honda Y.** Mucocèles of Ethmoid and sphenoid Sinus With Visual Disturbance. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992; 118: 42-6.
6. **Natvig K, Larsen TE.** Mucocèle of the paranasal sinus, retrospective clinical and histological study. *J Lar Otol.* 1978; 92: 1075-1082.