

SYNDROME DE MINOR: à propos d'un cas

MOHAMED CHERIF W.Y⁽¹⁾, BENCHAOUI M⁽²⁾.

1) Service ORL et CCF, Hôpital Militaire Régional Universitaire, Constantine.

2) Service ORL et CCF, CHU Ibn Badis, Constantine, Faculté de Médecine B Bensmail, Université Boubenider 3.

E-mail: myassine24@gmail.com, mounira.benchaoui@yahoo.fr

RÉSUMÉ :

Le syndrome de déhiscence du canal semi-circulaire antérieur ou supérieur, encore reconnu sous le nom de syndrome de Minor, est une entité rare, caractérisée par des signes vestibulaires secondaires (vertige et nystagmus) à des traumatismes sonores et des changements pressionnels (il peut être aussi congénital), ainsi que par une surdité de type transmission (le plus souvent) ou mixte. Latomodensitométrie (TDM) des rochers est l'examen diagnostique de choix et le traitement est surtout chirurgical, ainsi qu'une rééducation vestibulaire bien conduite. Nous rapportons le cas de notre patient M.S âgé de 36 ans, militaire de profession, se présentant au pavillon des urgences pour des crises vertigineuses répétées, déclenchées lors des séances de tir. Après examen clinique, la TDM des rochers met en évidence une déhiscence du canal semi-circulaire supérieur de l'oreille droite.

Mots clés : Canal semi circulaire supérieur, Déhiscence, Vertiges, Surdit , Tomodensitom trie.

ABSTRACRT : MINOR SYNDROME : About a case.

The syndrome of dehiscence of the anterior or superior semicircular canal, also known as Minor syndrome, is a rare entity, characterized by vestibular signs (vertigo and nystagmus) secondary to sound trauma and pressure changes (it can be also congenital), as well as deafness transmission or mixed type. The Computed tomography (CT) of the temporal bones is the diagnostic examination of choice and the treatment is mainly surgical, as well as a well-conducted vestibular rehabilitation. We report the case of our the patient M.S, 36 years old, a soldier by profession, presenting to the emergency wardroom for repeated dizziness attacks, triggered during shooting sessions. After clinical examination, the CT scan of the temporal bones reveals a dehiscence of the upper semicircular canal of the right ear.

Key words: Upper semicircular canal, Dehiscence, Dizziness, Deafness, Computed tomography.

INTRODUCTION

Le syndrome de déhiscence du canal semi circulaire supérieur (Syndrome de Minor), est l'ensemble des phénomènes cliniques vestibulaires et cochléaires liés à la présence d'un défaut de couverture osseuse du toit du canal semi circulaire supérieur (CSCS) (ou antérieur) [1].

Il a été décrit pour la première fois par Minor en 1998 [1,2]. Les manifestations cliniques typiques sont essentiellement représentées par des vertiges induits par les variations de pression ou par l'exposition aux sons de forte intensité (phénomène de Tullio). Par ailleurs, une surdité de transmission ou mixte peut résumer le tableau clinique [3].

Le scanner du rocher est l'examen paraclinique clé du diagnostic [1].

OBSERVATION

Il s'agit du patient MS, âgé de 36 ans, marié sans enfants, officier de gendarmerie, qui consulte pour une crise vertigineuse invalidante, accompagnée de vomissements et de céphalées. Le patient rapporte dans ses antécédents, une crise vertigineuse similaire ancienne survenue suite à une séance de tir avec les armes légères, et traitée symptomatiquement. Le patient a été pris en charge aux urgences et mis sous traitement symptomatique jusqu'à stabilisation de son état.

En post critique, l'examen clinique retrouvait une otoscopie bilatérales sans particularités. A l'acoumétrie, le Weber est indifférent. Les examens vestibulaires n'objectivent pas de nystagmus spontané ni de déviation posturale. L'audiogramme tonal et l'impédancemétrie sont normaux (figures 1 et 2).



Figure 1. Surdité mixte de l'oreille droite.
Iconographie personnelle : Dr Mohamed Cherif.

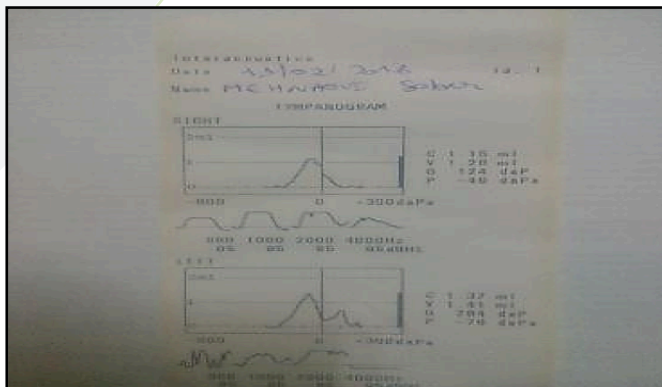


Figure 2. Impédancemétrie : courbes normales et réflexes stapédiens présents.
Iconographie personnelle : Dr Mohamed Cherif.

Une tomодensitométrie (TDM) des deux rochers a été demandée, objectivant une déhiscence du canal semi circulaire supérieur de l'oreille droite (syndrome de Minor) (figure 3).



Figure 3. TDM : déhiscence du canal semi circulaire supérieur droit (flèche jaune).

Iconographie personnelle : Dr Mohamed Cherif.

DISCUSSION

La déhiscence du canal semi circulaire supérieur (CSCS) est une entité rare de description récente, dont la prévalence, selon une étude autopsique, serait de 0,67% [3].

La déhiscence du CSCS a été décrite chez des patients âgés de 13 à 78 ans et semble être plus fréquente chez l'homme [3].

Elle peut parfois être d'origine post traumatique, le traumatisme inaugurant la symptomatologie [1,4]. Elle pourrait être congénitale secondaire à une anomalie de développement osseux dans les premières semaines de la vie et deviendrait symptomatique suite à un événement déclenchant, soit un traumatisme minime soit une variation pressionnelle [1].

Les déhiscences du CSCS peuvent être unilatérales ou rarement bilatérales. Le taux de bilatéralité varie selon les séries entre 23,5 et 37,5% [1,3].

La topographie de la déhiscence du CSCS est variable : le sommet du CSCS, ou la partie postérieure du CSCS au niveau du sinus pétreux supérieur et la partie antérieure du CSC [1].

La symptomatologie clinique est variable et dépendrait de la taille de la déhiscence et de sa topographie. Les vertiges et les oscillopsies induits par les variations de pression ou par les sons de forte intensité sont les symptômes cliniques les plus typiques [1-3].

L'examen clinique doit rechercher un nystagmus vertical torsionnel, induit par des variations de pression : la manœuvre de Valsava, l'effort à glotte fermée, la tympanométrie induisant une variation de pression dans le conduit auditif externe. On doit rechercher aussi ce nystagmus suite à une exposition à un son d'intensité de 100 à 110 Décibels et de 500 à 2000 Hz de fréquence [1,3].

La symptomatologie clinique peut consister en une surdité de transmission ou mixte. Les acouphènes synchrones au pouls sont parfois notés. Toutefois, cette déhiscence du CSCS peut être asymptomatique [1].

Les réflexes stapédiens sont généralement présents. Le potentiel évoqué otolithique teste le réflexe vestibulo-spinal: en cas de déhiscence du CSCS, on observe une augmentation de l'amplitude des ondes P13 et N23 [1-3].

La tomодensitométrie (TDM) de haute résolution (coupes de 1mm) ou ultra haute résolution (coupes de 0,5 ou 0,6mm) est l'examen clé du diagnostic. Il faut cependant se méfier des fausses images de déhiscence du CSCS liées à une finesse du toit (inférieure à 0,5mm). L'imagerie par résonance magnétique

(IRM) n'est pas indiquée pour le diagnostic et est dans la majorité des cas souvent interprétée comme normale [1–3].

Le traitement chirurgical est indiqué en cas de pathologie vestibulaire invalidante [3,4].

L'intervention est une chirurgie de colmatage de la déhiscence. Elle consiste en une obturation de la fenestration à partir d'un abord de la fosse cérébrale moyenne car c'est le seul moyen d'objectiver la déhiscence [1]. Un abord par voie transmastoiïdienne a été proposé par plusieurs auteurs [4].

Les matériaux de colmatage utilisés sont variés : aponévrose temporale, sciure d'os, colle biologique, greffon de la corticale osseuse, hydroxyapatite. Les suites opératoires sont marquées par une amélioration de la symptomatologie vestibulaire alors que l'audition reste en général inchangée. Des cas d'altération de la conduction osseuse post opératoire ont été rapportés justifiant l'abstention en cas de pathologie peu invalidante [1].

Pour notre malade, une abstention chirurgicale a été préconisée vu que l'audition est quasi- normale et que son état a été stabilisé sous traitement médical et rééducation vestibulaire.

CONCLUSION

Des vertiges apparaissant lors de l'exposition à des sons de forte intensité ou lors de variations pressionnelles, ou en cas de surdité de transmission ou mixte à tympan normal doit faire évoquer une déhiscence du canal semi circulaire supérieur (CSCS) ou un syndrome de Minor.

Le diagnostic est confirmé par un scanner des rochers de haute résolution en coupes coronale, axiale et par des reconstructions dans l'axe du canal semi circulaire supérieur.

Le traitement chirurgical n'est indiqué qu'en cas de vertiges invalidants.

DATE D'ENVOI : 20/10/2022.

DATE D'ACCEPTATION : 25/12/2022.

DATE DE PUBLICATION : 22/03/2023.

RÉFÉRENCES

1. Kharrat S, Dridi I, Boulakbech R, El Aoud C, Tababi S, Zainine R, et al. La déhiscence du canal semi circulaire supérieur. Journal Tunisien d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale. 7 mars 2011 [cité 4 avr 2023]; 24 (1).
2. El Kohen A, Teszler CB, Williams MT, Ayache D. Déhiscence du canal semi-circulaire antérieur mimant une otospongiose: intérêt de l'imagerie. Annales d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale. déc 2007;124(6): 330-2.
3. Jacquot-Laperrière S, Bertholon P, Chardon S, Prades JM, Martin C. Déhiscence du canal semi-circulaire supérieur. Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale et Plastique CHU Bellevue, Saint Etienne. France ORL. 2006; 91: 249-256.
4. Crovetto M, Areitio E, Elexpuru J, Aguayo F. Transmastoid approach for resurfacing of Superior Semicircular Canal dehiscence. Auris Nasus Larynx. juin 2008; 35(2): 247-9.