

KYSTE EPIDERMOIDE ORBITAIRE : à propos d'une observation

KHAROUBI S.

Service ORL et Chirurgie de la Face et du Cou. CHU Annaba, Faculté de Médecine, Université Badji Mokhtar, Annaba.

E-mail : smail.kharoubi17@gmail.com

RESUME :

Ce travail a pour but de présenter une observation clinique d'un kyste épidermoïde de l'orbite. C'est une observation clinique documentée d'une recherche bibliographique. Un nourrisson âgé de 21 mois se présente en consultation pour une tuméfaction progressive de l'angle interne de l'orbite (versant nasal) visible. Après une imagerie (échographie), une exérèse chirurgicale était réalisée. L'examen anatomopathologique avait conclu à un kyste épidermoïde. Les kystes épidermoïdes orbitaires, se présentent sous la forme d'une tuméfaction orbitaire interne progressive dont le traitement est chirurgical, évitant ainsi la croissance du kyste et ses complications.

Mots Clés : Kyste dermoïde, Kyste épidermoïde, Orbite, Exophtalmie.

ABSTRACT : EPIDERMAL ORBITAL CYST : ABOUT ONE CASE.

This work purpose a clinical observation of an orbital epidermoid cyst. This is an clinical observation with bibliographic research. A 21 month old infant presents for consultation with visible progressive swelling of internal angle of orbit (nasal area). After imaging (ultrasound), surgical excision was performed. The anatomopathological examination had concluded to epidermoid cyst. Orbital epidermoid cysts realize a progressive internal orbital swelling, the treatment is surgical, thus avoiding the growth of the cyst and its complications.

Key Words : Dermoidcyst, Epidermoidcyst, Orbit, Proptosis.

INTRODUCTION

Les kystes dermoïdes et épidermoïdes se localisent dans 50% des cas au niveau de l'extrémité céphalique et dans 10% des cas au niveau de l'orbite [1]. Dans 50% des cas, ils siègent au niveau de l'étage supérieur de l'orbite, plus rarement au niveau paranasal (orbite interne). L'origine est habituellement congénitale et le diagnostic se fait surtout en bas âge sous forme d'une masse visible ou palpable avec ou sans traduction oculaire. L'imagerie (scanner) simplifie le diagnostic en montrant une lésion kystique hypodense et ses rapports oculo-orbitaires et osseux. L'exérèse chirurgicale permet d'éviter les complications et de disposer d'un diagnostic anatomopathologique.

OBSERVATION CLINIQUE

Nourrisson BZ, âgée de 21 mois, consulte pour une tuméfaction progressive du rebord orbitaire interne évoluant depuis plusieurs mois. Il n'y a aucun antécédent chez ce nourrisson dont le développement staturo-pondéral est normal. L'examen clinique montre à l'inspection une tuméfaction du rebord interne de l'orbite au niveau du quadrant nasal. La peau est d'aspect normal et la mobilité oculaire conservée. La palpation met en évidence une tuméfaction arrondie, ferme, de 10mm, mobile aux deux plans et indolore. Cette masse ne présente pas de caractères vasculaires. Il n'y a pas de syndrome malformatif de l'extrémité céphalique et l'examen ORL est sans particularités. L'échographie montre une lésion arrondie, bien limitée avec un renforcement postérieur de nature kystique compatible avec le diagnostic d'un kyste dermoïde ou épidermoïde. Une exérèse était réalisée sous anesthésie générale par dissection de proche en proche (figure 1,2).

Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique était en faveur d'un kyste épidermoïde.

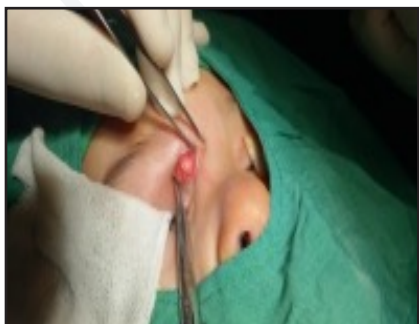


Figure 1. Vue per opératoire : kyste en voie d'extirpation.



Figure 2. Kyste épidermique après exérèse.

DISCUSSION

Les kystes épidermoïdes de l'orbite sont rares et représentent 1 à 1,5% des tumeurs intra crâniennes [1]. Dans une revue de la littérature en 2022, Tooley avait colligé 49 observations. Notre recherche bibliographique a permis de porter ce chiffre à 69 cas [2-5].

Sur le plan pathogénique, le kyste épidermoïde de l'orbite peut être primitif ou congénital : choristoma résultant du déplacement d'éléments épithéliaux durant la fermeture de la neuropore entre la 3^{ème} et la 5^{ème} semaine de gestation ou être secondaire, acquis, généralement traumatique après inclusion de débris épidermiques [6]. Il se voit à tout âge mais surtout à un âge jeune habituellement moins jeune que les kystes dermoïdes orbitaires [1]. Une prédominance féminine a été rapportée dans certaines publications [1,2]. La symptomatologie est très variable en fonction de l'âge, du siège du kyste (quadrants de l'orbite), des dimensions et des complications.

C'est souvent une masse visible (76,4%) dans le pourtour orbitaire surtout le versant temporal, les localisations paranasales (orbitaires internes) sont plus rares [1]. De plus, il peut s'agir d'un œdème palpébral ou de l'angle interne de l'œil, une asymétrie du globe oculaire, des douleurs localisées, voire des céphalées diffuses. Une exophtalmie est notée dans 29,4% des cas [1]. L'examen clinique permet le diagnostic (formes superficielles) et la masse est palpable dans 100% des cas et mesure entre 10 et 20 mm en moyenne [1]. Il faut examiner le pourtour orbitaire, évaluer la mobilité du kyste (plan superficiel et profond) et rechercher un retentissement osseux (empreinte). L'imagerie apporte un complément d'informations utiles en montrant le kyste, ses mensurations, ses extensions, les rapports osseux (logette ou le caractère intra diploïque) et la présence ou pas de connexion avec le système nerveux central.

L'échographie orbitaire apporte souvent des renseignements utiles. Le scanner du massif facial (orbites) et de la base du crane est très contributif et permet le diagnostic dans 83% des cas [2]. Il montre surtout les formes profondes ou à extension profonde. L'aspect habituel est celui d'un kyste uniloculaire, homogène, hypodense (plutôt hétérogène en cas de kyste dermoïde). L'IRM note une lésion homogène avec un liseré périphérique. Cependant, l'imagerie ne permet pas toujours de différencier un kyste épidermoïde d'un kyste dermoïde [7,8]. L'évolution se fait vers l'expansion progressive entraînant des troubles oculaires (exophtalmie, diplopie) et cosmétiques. Des complications sont possibles avec une surinfection du kyste réalisant des douleurs intenses, une rougeur cutanée et conjonctivale. Une rupture du kyste en intra orbitaire peut se voir entraînant un syndrome algique aigu et inflammatoire associé à des troubles visuels, une hémorragie orbitaire, voire une fistulisation palpébrale [9,10]. La transformation maligne est rapportée dans la littérature réalisant un tableau invasif d'une tumeur de l'orbite [7,11,12]. Le diagnostic différentiel se pose avec les tumeurs kystiques ou à composante kystique de l'orbite : encéphalocèle, mucocèle, les kystes glandulaires sous cutanés et les kystes hydatiques de l'orbite [2,3]. La prise

en charge est chirurgicale et doit intervenir dès que le diagnostic est posé. La chirurgie permet de poser un diagnostic précis (étude anatomopathologique), de corriger l'exophtalmie, de prévenir les destructions osseuses et de réduire le potentiel de malignité [6]. L'anesthésie générale est de mise avec une incision périorbitaire adaptée au siège du kyste. La dissection doit être progressive, de proche en proche en protégeant les structures nobles de l'orbite. Une antibio- corticothérapie d'une semaine est habituelle. L'examen anatomopathologique montre un épithélium squameux avec des desquamations de débris de kératine signant le caractère épidermique du kyste. Les récives peuvent se voir en cas d'exérèse incomplète.

CONCLUSION

Les kystes épidermiques orbitaires essentiellement primitifs sont rares. Ils surviennent surtout dans une population jeune, de diagnostic facile (clinique et imagerie). La chirurgie prévient le développement de ces kystes et la survenue de complications (surinfection, rupture, dysfonctionnements oculo-orbitaires). Les suites sont favorables avec une faible morbidité.

CONFLITS D'INTÉRÊT :

L'auteur déclare qu'il n'y a aucun conflits d'intérêt.

DATE DE SOUMISSION : 02/01/2024.

DATE D'ACCEPTATION : 03/07/2024.

DATE DE PUBLICATION : 13/02/2025.

REFERENCES

1. **Rania AA, Eltanamly RM.** Orbital. Epidermoid Cysts: A Diagnosis to Consider Journal of Ophthalmology. 2014, Article ID 508425 : 6
2. **Tooley AA, Tailor P, Tran AQ, Garrity JA, Ecker LI, Link MJ.** Differentiating intradiploic orbital dermoid and epidermoid cysts utilizing clinical features and machine learning. Indian J Ophthalmol. June 2022; 70 : 2102-2106.
3. **Yazici B, Kiristioglu O, Karaman G.** Dumbbell-Shaped Congenital Conjunctival Cyst Of The Orbit. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2023 Jan 18.
4. **Wilde C, Vahdani K, Thaung C, Rose GE.** Presenting features for developmental cysts of the orbit. Eye (Lond). 2023 Feb; 37(2): 309-312.
5. **Pushker N, Meel R, Kumar A, Kashyap S, Sen S, Bajaj MS.** Orbital and periorbital dermoid/epidermoid cyst: a series of 280 cases and a brief review. Can J Ophthalmol. 2020; 55(2): 167-71.
6. **Zhang F, Xu YN, Zhao W, Wang YH, He JQ.** Post traumatic giant intradiploic epidermoid cyst of orbital roof. J Craniofac Surg. 2021; 32:e102 3.
7. **Eijpe AA, Koornneef L, Verbeeten B Jr, Peeters FL, Zonneveld FW, Bras J.** Intradiploic epidermoid cysts of the bony orbit. Ophthalmology. 1991; 98: 1737 43.
8. **Keene JR, Hillard VH, Murali R, Geldzahler G.** Intraorbital epidermoid tumors: A case report and a review of the literature. J Oral Maxillo Fac Surg. 2005; 63: 1674 76.
9. **Karaconji T, Whist E, Francis IC, Ghabrial R.** Intradiploic epidermoid cyst of frontal bone with spontaneous fistulization to eyelid. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2012; 28: 230 231.
10. **Vahdani K, Rose GE.** Presentation and treatment of deep orbital dermoid cysts. Ophthalmology. 2020; 127(9): 1276-8.
11. **Schick A, Hassler W.** Pediatric tumord of the orbit and optic pathway. Pediatric Neurosurgery. 2003; 38, 3: 113-121.
12. **Concepcion Torio K, Park JW, Woo KI, Suh YL, Kim YD.** Pilosebaceous malignant transformation of dermoid cyst in the orbit. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2020; 36:e103 5.