

TUMEURS DU SEPTUM NASAL BILAN DE 40 CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

KHAROUBI S.

Service D'ORL, Hôpital Dr Dorban, Faculté De Médecine, CHU Annaba, Université Badji Mokhtar Annaba.

E-MAIL : KHAROUBI S : SMAIL.KHAROUBI17@GMAIL.COM

RESUME :

Les tumeurs septales constituent une entité anatomo clinique rare qui reste dominée par les variétés vasculaires et les papillomes pour les tumeurs bénignes et les carcinomes épidermoïdes et les mélanomes malins pour les formes malignes. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 40 tumeurs du septum nasal (bénignes et malignes) entre janvier 1998 et juillet 2021. Un recueil des données épidémiologiques, anatomo cliniques, les modalités de traitement, le suivi et le devenir des patients étaient colligées et analysés. Nous avons colligés 27 tumeurs septales bénignes (67,5%) et 13 malignes (32,5%). La moyenne d'âge de notre population est de 50,6 ans avec des extrêmes entre 13 et 80 ans. La symptomatologie comportait surtout une obstruction nasale et épistaxis. Une imagerie était de mise (TDM-IRM). La chirurgie était le traitement de base surtout par voie endoscopique et pour quelques cas une voie externe. La radiothérapie et la chimiothérapie étaient dispensées en fonction des tumeurs. Les variétés vasculaires étaient dominantes (hémangiomes) puis épithéliales (papillomes). Pour les tumeurs malignes il s'agissait surtout de carcinomes épidermoïdes suivis par mélanomes malins. Conclusion : les tumeurs septales sont rares, pauci symptomatique, souvent diagnostiquées tardivement, mal codifiées sur le plan thérapeutique et dont le protocole de prise en charge, le pronostic et l'évolution sont fonction du type histologique.

Mots Clés : *Septum nasal, Mélanome malin, Tumeur nasale, Chirurgie endoscopique, Hémangiomes, Papillomes.*

ABSTRACT : NASAL SEPTUM TUMOR : About 40 cases and review of literature.

Septal tumors are an uncommon entity dominated by vascular varieties and papilloma for benign tumors, squamous cell carcinoma, and malignant melanoma for malignant types. It's a retrospective study of 40 nasal septal tumors (benign and malignant) between January 1998 and July 2021. This study is about epidemiological, anatomic-clinical, treatment, modalities, and follow-up data. We collected 27 benign septal tumors (67.5%) and 13 malignant (32.5%). The median age of our population is 50.6 years with extremes between 13 and 80 years old. Symptomatology included nasal obstruction and epistaxis. Imaging was required (CT-MRI). Surgery was the basic treatment, with an endoscopic procedure and lateral rhinotomy in other cases. Radiation therapy and chemotherapy were given according to tumor varieties. Vascular varieties were dominant (hemangioma) and then epithelial (papilloma). For malignant tumors, it was mainly epidermoid carcinoma and then malignant melanoma. Conclusion, septal tumors are uncommon poorly symptomatic often diagnosed late, and poorly therapy codified. Follow-up and prognostic were dependent on tumoral variety.

Key words : *Nasal septum, Malignant melanoma, Nasal tumor, Endoscopic surgery, Hemangioma, Papilloma.*

INTRODUCTION

Le septum nasal est une structure ostéo cartilagineuse médiane qui sépare la cavité nasale en fosse nasale droite et gauche. Sur le plan histologique cette structure est composée de cartilage, d'os, d'une muqueuse très riche avec des artères, veines, nerfs, des glandes, des cellules mélaniques expliquant le grand polymorphisme histopathologique des tumeurs septales. Les tumeurs du septum nasal sont dominées par les formes bénignes notamment les variétés vasculaires (hémangiomes) et épithéliales (papillomes). Les formes malignes sont surtout des carcinomes épidermoïdes, carcinomes salivaires plus rarement des mélanomes malins ou des lymphomes non hodgkiniens. La symptomatologie n'est pas spécifique expliquant la grande latence diagnostique. Elle se résume à une obstruction nasale progressive ou une épistaxis. L'examen endoscopique nasal permet de reconnaître la lésion, ses caractéristiques macroscopiques, ses extensions et les modifications des structures de voisinage. L'imagerie est systématique et repose sur le scanner et l'IRM. La biopsie est un élément nécessaire pour définir la variété tumorale ce qui facilitera sa prise en charge. Elle n'est pas toujours décisive et peut être non concluante, voire déroutante. L'étude de la pièce d'exérèse chirurgicale (immunohistochimie) permet un diagnostic définitif, une évaluation de la qualité de l'exérèse et de prévoir le profil évolutif de ces tumeurs.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective de 40 cas de tumeurs du septum nasal colligée entre janvier 1998 et juillet 2021 dont la répartition montre 27 tumeurs bénignes (67,5%) et 13 tumeurs malignes (32,5%).

La prise en charge d'une tumeur du septum nasal repose sur un trépied :

- L'endoscopie nasale qui permet de visualiser la tumeur, son aspect macroscopique (forme et surface), ses dimensions, son siège et ses extensions (les tumeurs volumineuses rendent ce bilan difficile, voire impossible).

- L'imagerie : l'examen tomodensitométrique et l'IRM du massif facial en coupes fines avec injection de produit de contraste est un préalable obligatoire afin d'affiner le diagnostic topographique (siège et extension) de ces tumeurs et de réfléchir à un avant-projet thérapeutique.

- La biopsie : l'examen anatomopathologique permet un diagnostic de nature et aide au choix thérapeutique. Il est utile surtout pour le profil évolutif de la tumeur (récidives, transformation maligne).

Elle est faite sous contrôle endoscopique par une pince de Blakesly avec un fragment fixé et un autre adressé au laboratoire à l'état frais. Les lésions pédiculées ou de petites dimensions (10 mm) ont bénéficié d'une biopsie-exérèse d'emblée.

Le traitement est chirurgical : voie endoscopique endonasale (32 cas), voie externe (5 cas). Une radiothérapie seule (1 cas carcinome épidermoïde) ou associée à la chirurgie (3 cas mélanomes malins, 1 chondrosarcome) et une chimiothérapie dans 3 cas (Lymphome Non Hodgkinien (LNH)).

RESULTATS

Age : l'âge médian (tumeurs bénignes et malignes) est de 50,6 ans avec des extrêmes entre 13 et 80 ans. Il est plus jeune (41,2 ans) pour les variétés tumorales bénignes.

Sexe : on note 23 femmes pour 17 hommes soit un sex-ratio de 0,74.

Sur le plan des antécédents on note :

- Une intoxication tabagique chronique dans 3 cas (carcinome épidermoïde).

- Une exposition au nickel dans 1 cas (carcinome épidermoïde).
- Une grossesse dans 3 cas (hémangiomes).

Le délai moyen de consultation est de 6,2 mois avec des extrêmes entre 1 et 14 mois.

La symptomatologie clinique n'est pas spécifique et comporte : obstruction nasale, épistaxis, rhinorrhée et plus rarement des douleurs.

Sur le plan histologique (tableau I) :

Tableau I. Données épidémiologiques selon le type histologique.

Type tumeur	Nombre	Age median	Ages extrêmes	Sexe	Variétés histologiques
Tumeurs Bénignes du septum nasal	27	41,2 ans	13-70 ans	M: 11 F: 16 Sex-ratio: 0,687 (0,69)	Hémangiomes : 22 Papillomes : 4 Adénome pléiomorphe : 1
Tumeurs Malignes du septum nasal	13	60,07 ans	30-80 ans	M: 6 F: 7 Sex-ratio: 0,857 (0,86)	Carcinomes épidermoïdes : 5 Mélanomes malins : 4 LNH : 3 Chondrosarcome : 1

Les tumeurs bénignes sont dominées par les variétés vasculaires (hémangiomes) et les tumeurs malignes par les carcinomes épidermoïdes et le mélanome malin.

Sur le plan évolutif en fonction du type histologique nous avons eu les résultats suivants:

- Hémangiomes: récides 3 cas. Recul moyen 18 mois (3 à 60 mois).

- Papillomes: sans récide 1 cas. Recul 60 mois, 3 perdu de vue après 14,16 et 20 mois.

- Adénome pléiomorphe : pas de récides après 120 mois.

- Carcinomes épidermoïdes : 1 cas, pas de récide après 36 mois, 60 mois 1 cas,

- 12 mois 1 cas, 2 perdu de vue après 10 et 12 mois.

- Mélanomes malins: décès 1, après 10 mois (métastases pulmonaires), recul 15 ans 1 cas, perdu de vue 2 cas après 3 et 6 mois.

- Lymphomes NT/K: 1 cas perdu de vue après 18 mois, 1 vivant après 6 mois, 1 cas décédé après 13 mois.

- Chondrosarcome: vivant sans signes de récides après 48 mois.

DISCUSSION

Il est classique de dire que les tumeurs septales sont peu fréquentes. Elles devancent cependant les autres localisations des fosses nasales; plancher-paroi externe [1].

Les publications sur ce sujet sont rares, peu documentées et portent sur des périodes assez prolongées, voire, exceptionnelles par leur nature anatomopathologique. C'est une affection qui touche l'adulte avec un pic entre 50-60 ans [2,3]. Les tumeurs malignes se caractérisent par une moyenne d'âge plus élevée 70 ans et un sex-ratio nettement en faveur de l'homme. Les tumeurs bénignes concernent des adultes jeunes: moyenne d'âge 31 ans avec un sex-ratio masculin peu significatif [1,2].

Sur le plan étiopathogénique on retrouve la notion d'exposition au nickel, aux solvants ou aux produits pétroliers, un tabagisme chronique (carcinome spino cellulaire) [4]; le rôle des virus du groupe herpès (papillomes) ou EBV (adénome pléiomorphe, carcinomes indifférenciés), l'imprégnation hormonale de la grossesse (polype saignant de la cloison 3 cas) et l'influence des lésions de grattage et des traumatismes répétés (granulomes inflammatoires, hémangiomes de la tache vasculaire). Le délai de consultation est éminemment variable et dépend surtout des symptômes (l'épistaxis est plus inquiétante), parfois plusieurs années pour les tumeurs bénignes. Il est de 6,2 mois dans notre

série. Pour les tumeurs malignes ce délai est en moyenne de 6 mois [3].

La sémiologie clinique révélatrice est assez uniforme. Obstruction nasale uni ou bilatérale progressive et devenant rapidement permanente, épistaxis récidivantes, croûtes nasales, rhinorrhée muco-purulente, troubles de l'odorat. Certains signes sont en rapport avec un développement tumoral important: déformation du nez, douleurs, fistule cutanée ou muqueuse.

L'endoscopie des fosses nasales est un examen essentiel. Elle permet de localiser la lésion au niveau du septum nasal (cartilagineux, osseux ou à cheval sur les deux), de définir sa topographie précise: antéro-inférieure ou haute comblant la fente olfactive, ses limites son aspect macroscopique: ulcération, infiltration, bourgeon, ulcero-bourgeonnant et sa coloration (rougeâtre-vasculaire, noire-mélanique) et l'état de la muqueuse avoisinante (lésions métastatiques muqueuses satellites des mélanomes métastatiques). Cet examen peut être difficile en cas de développement tumoral massif ou imprécis dans les tumeurs très étendues.

L'imagerie est devenu un complément indispensable à l'étude des tumeurs septales exception faite peut être pour les lésions d'allure bénignes et très limitées. Elle comporte deux plans d'incidence axiale et coronale en coupes fines (3 ou 5 mm) avec injection de produit de contraste. Elle permet un diagnostic topographique et un bilan d'extension aux structures avoisinantes (figures 1,2).

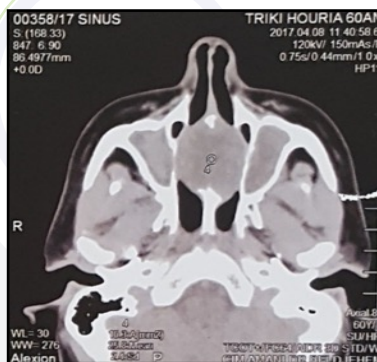


Figure 1. Scanner coupe axiale. Tumeur en sablier du septum nasal Chondrosarcome (iconographie auteur).



Figure 2. Scanner coupe axiale.

Tumeur arrondie paroi latérale droite du septum nasal : Lymphome malin (iconographie auteur).

L'IRM en séquence pondérée T1, et T2 avec injection de gadolinium est intéressante par ses possibilités de coupes multi directionnelles et la qualité de sa cartographie nécessaire à une approche thérapeutique ciblée. L'IRM couplée au scanner permet une fiabilité de 98 %. L'angiographie peut s'avérer nécessaire dans certaines pathologies notamment les tumeurs angiomateuses; ou glomiques à localisation naso-sinusiennes.

Enfin, l'imagerie peut donner des indications sur l'origine de ces tumeurs, sur leur caractère bénin ou malin (volume, lyse, simple refoulement, calcifications) voire des suggestions sur leur nature ; signal très bas en séquence T2 à l'IRM pour le mélanome malin; calcifications en TDM pour les chondrosarcomes; infiltrations péri nerveuses dans les carcinomes adénoïdes kystiques.

La biopsie de la tumeur permet un diagnostic précis. Elle peut se faire par voie endoscopique après un bilan radiologique initial. Les prélèvements doivent être multiples, de bonne qualité avec un conditionnement adapté; un fragment placé dans un fixateur et un second adressé à l'état frais au laboratoire pour les besoins de l'étude immuno-histochimique. La biopsie peut porter sur du matériel inflammatoire, superficiel, nécrotique et nécessite un abord chirurgical. La biopsie oriente le diagnostic dans la majorité des cas mais demande à être corrélée à l'examen définitif de la pièce opératoire en raison de certaines surprises histologiques [5].

LES TUMEURS BENIGNES DU SEPTUM NASAL

Elles se caractérisent par leur grande diversité anatomopathologique. En absence d'éléments sémiologiques ou cliniques caractéristiques, elles restent une découverte histologique. Le qualificatif «bénin» sur le plan histopronostic ne doit pas faire oublier le risque de récurrence locale (spontané ou par résection insuffisante), la possibilité de formes anatomo-cliniques assez rares avec un profil évolutif méconnue et le potentiel dégénératif à moyen ou à long terme (tableau II).

Tableau II. Résumé des observations cliniques : tumeurs bénignes du septum nasal.

N°	Age	Sexe	Délai DG	Clinique	Trt.	Histologie	Observation
1	36	M	12 m	croûtes	endon	papillome	Tabagisme
2	28	M	6	croûtes	endon	papillome	Tabagisme
3	32	F	10	R	endon	papillome	
4	34	F	6	Epistaxis	endon	hémangiome	
5	55	F	3	Epistaxis	endon	hémangiome	
6	32	F	6	ON	endon	hémangiome	Grossesse 2 trimes
7	18	M	12	Ep + ON	endon	hémangiome	
8	32	F	8	ON	endon	hémangiome	
9	36	F	6	ON	endon	hémangiome	Grossesse 3 trimes
10	48	M	8	ON+Ep	endon	hémangiome	
11	42	F	2	On+Ep	endon	hémangiome	
12	36	F	6	Epistaxis	endon	hémangiome	Grossesse 3 trimes
13	41	F	8	Ep + ON	endon	hémangiome	
14	38	F	10	Ep + ON	endon	hémangiome	
15	70	M	2	croûtes	endon	papillome	Grattage répété
16	68	M	8	Epistaxis	endon	hémangiome	
17	13	M	12	Epistaxis	endon	hémangiome	Grattage répété
18	14	M	4	Epistaxis	endon	hémangiome	Grattage répété
19	28	F	3	Ep + ON	endon	hémangiome	
20	34	F	2	Ep + ON	endon	hémangiome	
21	42	F	1	Ep + ON	endon	hémangiome	
22	24	F	7	Epistaxis	endon	hémangiome	
23	32	M	9	Ep + ON	endon	hémangiome	
24	18	M	8	Ep + ON	endon	hémangiome	
25	38	F	6	Ep + ON	endon	hémangiome	
26	32	F	5	Epistaxis	endon	hémangiome	
27	63	M	14	Ep + ON + D°	PLN	Adénome pléiomorphe	Biopsie initiale maligne (carcinome épidermoïde) 0

PLN : paralatéronasale ; Ep : épistaxis ; ON : obstruction nasale ; R : rhinorrhée ; F : féminin ; D° : douleurs ; Endo : voie endonasale ; M : masculin.

Il est impératif de s'imposer un protocole strict avec une bonne évaluation initiale de la lésion et surtout un choix (voie d'abord, méthode d'exérèse) thérapeutique clair et adapté au cas par cas avec un suivi appréciable (2 ans pour les tumeurs bénignes).

Les tumeurs épithéliales sont représentées surtout par les papillomes qui peuvent être soit simples très antérieurs au voisinage du vestibule nasal ou de type inversés. Les papillomes inversés représentent 8% [6] des cas essentiellement la variété fongiforme (septum nasal) pédiculée. D'origine virale possible, ils sont peu évolutifs; récidivants en cas d'exérèse incomplète et la dégénérescence maligne est connue surtout en association avec Human papillomavirus (HPV) 16 /11 et 18 [1]. Le traitement est chirurgical par une exérèse endoscopique ou au LASER. Shemen LJ, Shnyder Y rapportent des résultats très favorables après injection locale (septum) de cidofovir [7]. L'hamartome

épithélial respiratoire adénomatoïde (Respiratory Epithelial Adenomatoid Hamartoma-REHA) est une autre lésion épithéliale du septum nasal postérieur (70%) d'origine indéterminée pouvant s'associer à une polyposse naso sinusienne. L'imagerie montre un élargissement de la fente olfactive, les récurrences sont rares et la malignité non rapportée. Les adénomes pléomorphes ou tumeurs mixtes (figure 3) ont été décrites au niveau de la cloison nasale [1].

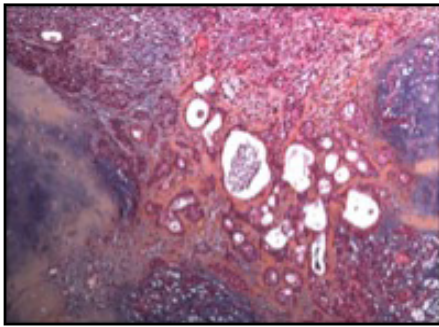


Figure 3. Adénome pléomorphe septum nasal (coupe histologique) (iconographie auteur).

Leur fréquence est variable entre 14% à 40% [2]. La lésion prend volontiers un aspect infiltrant grisâtre violacé, mal limité. Le diagnostic est souvent posé sur une pièce opératoire (biopsies souvent non concluantes) et l'examen immuno histo chimique est très utile: positivité CK7, P40, SMA (smooth muscle actine). Freedman et al avaient publié l'observation d'un adénome pléomorphe du septum nasal métastatique (bénin) après exérèse d'une tumeur salivaire [8]. En plus du caractère récidivant classique, des formes évolutives malignes ont été rapportées [8]. L'exérèse doit être très large et complète (cartilage-os) en première main avec des marges de 1 cm par voie endoscopique, rhinoplastie externe, latéronasale, Degloving. Le myoépithéliome du septum nasal a été décrit la première fois en 2017 par Kim SB, Kwon JH chez une femme âgée de 41 ans après résection endoscopique d'une tumeur septale [9]. L'adénome à cellules basales (adénome monomorphe) du septum nasal est une entité rare décrite la première fois en 2014 par Wang et al [10]. Un adénome canaliculaire du septum nasal a été décrit en 2018 [11]. Le premier cas de méningiome extra crânien septal a été décrit en 2010 par Alzarar et al révélant par une obstruction nasale et un jetage postérieur chez un patient âgé de 60 ans [12]. Baek JB et al en 2012, publient un cas atypique d'une masse septale friable ayant engendré une obstruction nasale et épistaxis chez un patient de 44 ans dont l'exérèse avait montré un méningiome. L'évolution fut marquée par plusieurs récurrences locales (irradiées) et une récurrence au niveau de la région pariétale du crâne dont la biopsie avait révélé un méningiome malin avec issue fatale après quelques mois [13]. Les tumeurs nerveuses septales sont très rares, à développement lent et comportent les Schwannomes et les neurofibromes. Les symptômes sont peu spécifiques (les douleurs sont classiques mais inconstantes) [2]. Les Schwannomes sont plus fréquents. L'IRM montre un signal intermédiaire en T2 accentué par l'injection de produit de contraste. Sur le plan microscopique. Ils sont hyper cellulaires et myxoides avec une condensation conjonctivo-collagène en périphérie. L'améloblastome tumeur bénigne, qui dérive de l'épithélium dentaire, a été décrite au niveau du septum nasal se traduisant en général par une obstruction nasale et épistaxis, diagnostiquée sur une biopsie ou pièce opératoire particulièrement récidivante avec parfois une transformation maligne [14]. Les tumeurs mésenchymateuses bénignes restent dominées

par les tumeurs vasculaires essentiellement des hémangiomes, entre 17% et 40% [1,2]. Une épistaxis est habituelle avec sur le plan macroscopique un aspect de masse rougeâtre ou bleuâtre saignant au contact. L'hémangiome lobulaire capillaire, appelé anciennement botriomycome humain, puis granulome pyogénique touche surtout le sexe féminin entre 30 et 40 ans avec une préférence de siège au niveau du septum (zone de Kisselbach), le vestibule nasal et le cornet inférieur. Au scanner, une lyse osseuse est habituelle, en IRM, il est iso intense en T1 et hyper intense en T2 et rehaussement après injection de contraste. Une exérèse complète emportant la base d'insertion prévient les récurrences qui se voient dans 16% des cas. L'hémangiome caverneux septal est rare [2]. Une forme particulière est réalisée par le polype saignant de la cloison survenant au cours de la grossesse [5]. Dans notre étude, 3 polypes saignants du septum nasal ont été diagnostiqués durant la grossesse dont 2 cas révélés par une obstruction nasale et épistaxis et 1 cas une obstruction nasale isolée avec une exérèse pendant la grossesse (2 cas) et un mois après l'accouchement (1 cas). Il peut poser des problèmes quant au choix du moment idéal de son exérèse chirurgicale surtout si les épistaxis deviennent répétées, abondantes pouvant aggraver une éventuelle hémorragie de la délivrance (figure 4).

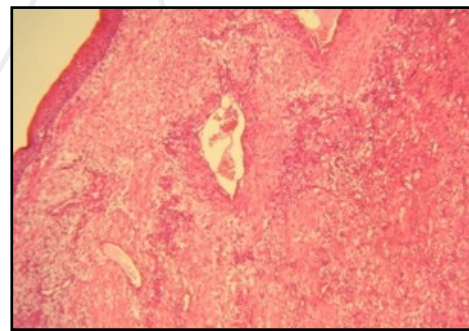


Figure 4. Hémangiome nasal coupe histologique (coupe histologique) (iconographie auteur).

Les autres lésions vasculaires septales décrites sont représentées par Les angiomyolipomes associant une composante graisseuse, vasculaire et musculaire lisse survenant sur terrain particulier (sclérose tubéreuse). Les tumeurs glomiques sont habituelles au niveau du septum nasal et se caractérisent par une obstruction nasale et épistaxis douloureuse. Sur le plan immunohisto chimique, on note une positivité des marqueurs actine, vimentine et le facteur XIIIa. Les fibromes extra nasopharyngés du septum nasal sont très rares. En 2018, vingt cas ont été publiés et notre revue de la littérature a porté ce chiffre à 21 [15]. Cette tumeur se localise au niveau du septum cartilagineux ou à la jonction cloison osseuse-cartilagineuse. Obstruction nasale et épistaxis répétée sont habituels avec à l'examen endonasal une masse rougeâtre ou un polype. Le scanner et l'IRM vont mettre en évidence le caractère vasculaire (prise de contraste homogène). L'exérèse chirurgicale endoscopique est de rigueur et les récurrences se voient dans 2,3% (contre 25% pour les formes nasopharyngées) [15].

Parmi les autres tumeurs mésenchymateuses septales rapportées : les ostéomes, tumeurs dures, radio opaques au scanner. Kim JS et al en 2017 avaient rapporté la première observation d'un ostéome du septum nasal [16]. L'endoscopie nasale montre une masse sous muqueuse postérieure dont la palpation par l'embout de l'aspirateur va montrer le caractère dur pierreux caractéristique [16]. L'ostéoblastome est une tumeur de l'enfant et de l'adulte jeune (10 à 20 ans) de sexe masculin (se voit surtout au niveau de l'ethmoïde (10%), 4 cas étaient localisés au niveau

des cavités nasales (os) et une seule localisation vomérienne. Il se traduit par une obstruction nasale et épistaxis.

L'IRM montre une masse septale rehaussée par le contraste et une minéralisation de la matrice ostéïode ou chondroïde au scanner, une biopsie permet le diagnostic.

Les chondromes [1,2] siègent habituellement au niveau du septum cartilagineux. Elles entraînent une déformation de la pointe du nez et une obstruction nasale permanente. Le diagnostic peut être difficile avec un chondrosarcome de bas grade de malignité (grade 1). Cette donnée impose une résection large avec coupes histologiques multiples de tout chondrome bénin. En cas de doute, d'autres techniques peuvent contribuer au diagnostic de malignité: microscopie électronique; cytométrie de flux. Les léiomyomes à localisation nasale sont de type vasculaire et prennent naissance à partir des fibres musculaires lisses des parois vasculaires. L'atteinte septale isolée est exceptionnelle. Une revue de la littérature (2021) a permis de colliger 4 cas à localisation septale. L'Histiocytose fibreuse bénigne du septum est rare se traduisant surtout par une obstruction nasale. Une dyspnée est possible en cas d'atteinte bronchique associée. Le diagnostic est histologique avec expression positive de la vimentine, CD68, CD34 en immunohistochimie. Les récurrences sont possibles (exérèse incomplète) de même que la transformation maligne. Le lipome du septum nasal est assez exceptionnel, il se situe habituellement à la limite du revêtement cutanéomuqueux sous forme d'une tumeur sous muqueuse dépressible et indolore. Le premier cas de lipome septal était décrit en 2000 par Takasaki K et al chez un patient âgé de 21 ans présentant un lipome de la paroi postérieure du septum nasal opéré par voie endoscopique [17]. Une association fréquente au syndrome de Pai est retrouvée.

En 1965, Clerc et Demaldent ont rapporté une observation d'un lipome du septum nasal gauche chez un nouveau-né [18]. Les tumeurs à cellules granuleuses du septum nasal sont inhabituelles. En 2007, Sasaki T et al avaient décrit une tumeur multiloculaire septale implantée au niveau de la zone de Kisselbach entraînant une rhinorrhée rebelle et épistaxis dont l'étude histologique avait montré une tumeur à cellules granuleuses positive à la protéine S-100 [19].

LES TUMEURS MALIGNES DU SEPTUM NASAL

Elles sont souvent de découverte tardive, à un stade invasif. Les variétés mésoenchymateuses malignes comportent Les chondrosarcomes dont l'origine septale est fréquente. Leur évolution est lente et se démarque par leur caractère infiltrant avec atteinte souvent de la base du crâne à partir de la cloison osseuse. Très récidivants, les abords mixtes ont permis d'avoir de bons contrôles locaux. La survie moyenne à 5 ans est de 50-60%. Les hémangiopericytomes malins se distinguent des formes bénignes par les atypies cellulaires et les mitoses fréquentes. Les localisations à la partie postérieure de la cloison ont été décrites. La malignité de ces formes nasales est légèrement «atténuée». Les récurrences sont notées dans 20 à 40% des cas. Les tumeurs malignes lymphoréticulaires sont représentées par les plasmocytomes de la cloison, solitaire non sécrétant avec un aspect de tumeur lobulée et de consistance ferme. Un bilan biologique (myélogramme - électrophorèse des protéines) permet de rechercher une diffusion générale [1,2]. Les lymphomes primitifs de la cavité nasale représentent 0,17 à 2% des lymphomes non hodgkiniens. Bonfils P et al ont rapporté 3 cas à localisation septale sur 5 [2]. Les signes précoces sont peu spécifiques. La biopsie peut rester négative ou non concluante dans 60% des cas d'où l'intérêt des examens immuno histologiques, voire des biopsies chirurgicales. Un bilan d'extension général est obligatoire. La

variété NT/K peut se traduire par une destruction (perforation) septale isolée avec épistaxis et formation de croûtes nasales d'où l'intérêt de la biopsie en présence d'une perforation septale surtout irrégulière à l'emporte pièce et sans contexte étiologique évident. Les tumeurs épithéliales malignes septales sont plus fréquentes. Parmi les tumeurs neuro-ectodermiques, Johnson a rapporté un cas de schwannome malin sous forme d'une masse tumorale de 2 cm, localisée à la cloison opérée avec 15 mois de recul. Les mélanomes malins du septum nasal représentent 25 à 39 % des cas. Le caractère «pigmenté» de la tumeur est inconstant (40 % des cas). Dans les formes achromiques, on utilise en plus des colorations «spécifiques Fontana - Perl's », la microscopie électronique et l'immuno-histochimie (figure 5).



Figure 5. Tumeur congestive rouge-brunâtre pédiculée implantée au niveau du septum nasal: Mélanome malin achromique (pièce d'exérèse) (iconographie auteur).

Un examen général permet le bilan de la maladie et élimine une localisation septale secondaire. Le taux de survie à 5 ans est de 17,9%. Le chordome est une tumeur maligne de la notochorde de l'adulte de sexe masculin. Quelques observations de chordomes du septum ont été rapportées aussi bien du septum antérieur que postérieur. Les lésions sont infiltrantes pouvant s'étendre à la base du crâne. En IRM, les lésions sont hypo ou iso denses en T1, hétérogènes en T2 avec des septa-intra lésionnelles et des calcifications amorphes localisées qui prennent modérément le contraste.

Les tumeurs septales malignes non épidermoïdes comportent : les adénocarcinomes rares, 2 cas rapportés par Bonfils P et al [2] en absence d'une atteinte ethmoïdale associée. Ils sont particulièrement récidivants et métastatiques avec un très mauvais pronostic : 80% de décès à 3 ans. Les carcinomes adénoïdes kystiques ou cylindromes du septum nasal peuvent être rencontrés [2], ils ont une évolution lente, infiltrante, périnerveuse avec diffusion hématogène fréquente. L'aspect endoscopique peut se résumer à une infiltration sous muqueuse de la cloison nasale. Les suites sont marquées par des métastases pulmonaires, osseuses, cérébrales et hépatiques. La survie à 5 ans est de 59% pour les formes tubulaires. Les carcinomes muco épidermoïdes intéressent les fosses nasales dans 8% des cas. Plusieurs cas (18 cas) de carcinomes à cellules acineuses ont été décrits. Les carcinomes épidermoïdes représentent la majorité des tumeurs septales malignes et sont invasives et ses récurrences loco-régionales fréquentes [2].

Ils se présentent sous forme d'ulcérations muqueuses, ou masses polypoïdes obstructives. Les adénopathies cervicales sont rares au début. Il s'agit globalement de carcinomes bien différenciés, d'autres variétés ont été rapportées : carcinomes verruqueux, carcinomes baso cellulaires, indifférenciés. L'extension tumorale peut nécessiter une exérèse étendue (nez - cavités paranasales - infra structure).

Le pronostic est fonction du stade tumoral avec 90% de guérison pour les stades de début aussi bien en chirurgie qu'en radio-

thérapie [3].

Notre revue de la littérature a permis de retrouver une grande variété de tumeurs septales malignes assez rares, non spécifiques sur le plan clinique reconnues par la biopsie ou l'exérèse chirurgicale. Ces variétés tumorales n'ont pas de protocoles codifiés de prise en charge et nécessitent des concertations multidisciplinaires au cas par cas. Elles sont souvent évoluées lors du diagnostic et leur pronostic est assez médiocre. Nous citerons les angiosarcomes de la cloison nasale, histiocytobromes malins, rhabdomyosarcomes, synoviosarcomes, adamantinomes du septum nasal, carcinome myoépithélial, tumeur carcinoïde septale (première description en 2009 rapportées par Galm T, Turner N, chez un patient âgé de 81 ans, obstruction nasale avec masse polypoïde du septum nasal exérèse endoscopique avait montré une tumeur carcinoïde) [20].

Enfin, les tumeurs septales d'origine métastatique sont régulièrement rapportées dans la littérature sous forme de cas isolés. Elles sont pauci symptomatiques (obstruction nasale, épistaxis) très souvent métachrones et rarement inaugurales.

Le diagnostic est évoqué devant le contexte et les antécédents du patient confirmé par la biopsie. On retrouve ainsi des métastases de cancers du rein, du foie, du colon, rectum [21] (tableau III).

Tableau III. Résumé des observations cliniques : tumeurs malignes du septum nasal.

N°	Age	Sexe	Délai DG	Clinique	Trt.	Histologie	Observation
1	59	M	9	Ep+ C+ D°	RTH	Carcinome épidermoïde	Tabagisme, PDV 36 mois
2	60	F	6	ON	DEGL	Mélanome malin	Décédée 8 mois
3	55	M	6	ON+ C	PLN	Carcinome épidermoïde	métastases Tabagisme, PDV 12 mois
4	70	M	8	ON+ Ep+ R	PLN	Carcinome épidermoïde	Exposition Nickel, PDV 60 mois
5	30	F	1	Ep +R	CHT	LNH	Vivant 18 mois
6	68	F	6	Ep+ ON	endon	Mélanome malin achromique	Suspicion hémangiome, Vivant 15 ans
7	69	M	3	Ep+ ON	endon	Mélanome malin	Forme pigmentée, PDV 3 mois
8	58	M	4	Ep+ ON	endon	Mélanoma malin	Forme pigmentée, PDV 6 mois
9	54	F	3	ON+ D°	endon	Carcinome épidermoïde	Vivante 12 mois
10	45	M	2	Ep+ ON	endon	Carcinome épidermoïde	Tabagisme, PDV 10 mois
11	80	F	6	ON+ D°	PLN	LNH	Biopsie négative, Vivante à 6 mois
12	75	F	8	ON+ D°	PLN	LNH	Biopsie inflammation non spécifique. Décédée 13 mois
13	58	F	5	Ep+ ON	endon	Chondrosarcome	Vivante 48 mois

LES MODALITES DU TRAITEMENT DES TUMEURS DU SEPTUM NASAL

La prise en charge thérapeutique des tumeurs septales déjà évoluées repose sur la chirurgie. Elle nécessite la satisfaction de deux conditions : bilan d'imagerie précis, voie d'abord chirurgicale adaptée et exérèse complète (sous périchondrale avec une limite suffisante 0,5 à 1 cm pour les tumeurs bénignes).

Pour les tumeurs bénignes, la voie endonasale avec électro résection de la lésion peut suffire. Certaines lésions (polypes saignants) nécessitent la résection du socle cartilagineux pour éviter les récives. La chirurgie sous guidage endoscopique est utilisée dans la majorité des cas et permet des résections satisfaisantes en monobloc ou par morcellement (intérêt du débri-deur). D'autres moyens techniques peuvent être utilisés : laser, radiofréquence, cryothérapie, coablation. Certaines tumeurs bénignes peuvent nécessiter du fait de leur siège ou de leur volume un abord externe, allotomie, voire un Degloving. L'utilisation d'un bistouri électrique protégé permet de limiter le saignement de la muqueuse. Le respect du plan muco-périchondral controlatéral du bord antérieur de la cloison et la mise en place de lame de silastic permettent d'éviter les perforations septales, l'ensellure et les synéchies septo-turbinales. Les tumeurs malignes relèvent le plus souvent d'un abord large par voie externe, voie para latéro nasale avec une exérèse passant à distance de la lésion: 1 à 1,5 cm pour les carcinomes épidermoïdes à 2 cm pour les mélanomes malins.

L'exérèse peut être étendue selon les nécessités du bilan lésionnel (sinus -pyramide nasale- palais). La radiothérapie post opératoire est systématique en cas d'exérèse insuffisante ou en présence de tumeurs très agressives (mélanome malin, hémangiopéricytome malin) ou d'adénopathies métastatiques associées.

La radiothérapie seule (externe ou curiethérapie) à visée curatrice est possible dans certaines tumeurs peu étendues (carcinomes épidermoïdes) avec de bons résultats. L'association chimiothérapie - radiothérapie est habituelle au cours des tumeurs malignes lympho réticulaires.

La chimiothérapie n'est pas une option valide et est plutôt utilisée à titre palliatif ou en mode concomitant pour certaines variétés tumorales. Le suivi post opératoire est capital. Il repose sur l'examen endoscopique et l'imagerie. Il permet de reconnaître les complications post-thérapeutiques, de dépister les récives loco régionales et les diffusions générales.

CONCLUSION

Les tumeurs septales, pathologie rare, présentent un grand intérêt compte-tenu de leur extrême diversité anatomo-pathologique, de leur présentation clinique très souvent banale et du comportement particulier de chaque variété tumorale. Une revue

de la littérature le plus large possible a été réalisée pour répertorier toutes les variétés tumorales du septum nasal rapportées dans diverses publications.

Sur le plan didactique, l'étude des tumeurs du septum nasal repose essentiellement sur l'imagerie et la biopsie tumorale prélude à l'élaboration du protocole de prise en charge. Les modalités thérapeutiques sont variables peu codifiées et sont à étudier au cas par cas. On doit prendre en considération le siège, l'extension tumorale,

les possibilités techniques (chirurgie endoscopique, débri-deur, laser) et le profil ou le génie évolutif propre à chaque forme histologique.

L'expertise multidisciplinaire est de mise, notamment en présence de tumeurs malignes. L'aide des centres de référence pour certaines variétés tumorales doit être exploitée et on doit œuvrer pour mettre en place et enrichir une tumorotheque pour les tumeurs (bénignes et malignes) des fosses nasales de façon globale. Le diagnostic précoce facilite certainement le traitement et améliore sensiblement la guérison et le pronostic.

CONFLIT D'INTÉRÊT :

Aucun conflit d'intérêt en rapport avec ce travail.

Date de sousmission : 26/08/2025.

Date d'acceptation : 17/12/2025.

Date de publication : 16/04/2026.

REFERENCES

1. Malinvaud D, Bonfils P. Pathologie du septum nasal (déviations septales exclues). EMC - Oto-rhino-laryngologie. 2020 : 20-330-A-10 12P.
2. Bonfils P, Brasnu D, Menard M, Jaubert F, Laccourreye H. Tumeurs des fosses nasales: étude rétrospective d'une série de 67 cas. Ann Otolaryngol Chir Cervico-Fac. Paris. 1989; 106(4): 225-231.
3. Dileo M, Miller RH -Rice. Butcher R JC. Nasal septal squamous cell carcinoma : A chart review and meta-analysis. Laryngoscope. 1996 ; 106(10) : 1218- 1222.

4. Martiat B, Oueval P, Tacquet M, Desaulty A. Le polype saignant de la cloison au cours d'une grossesse: à propos d'un cas et revue de la littérature. *J Fr Otorhinolaryngol Audiophonol Chir Maxillofac.* 1985; 35: 369-372.
5. Kharoubi S. Pleomorphic Adenoma of Nasal Septum Masquerading as Squamous Cell Carcinoma: About One Case. *J Otolaryngol Rhinol.* 2020; Issue 3, 6: 89 6 | DOI: 10.23937/2572-4193.1510089.
6. Barnes L. Schneiderian papillomas and nonsalivary glandular neoplasms of the head and neck. *Mod Pathol.* 2002; 15(3): 279-297.
7. Shemen LJ, Shnayder Y. Office-based intralesional cidofovir injections for nasal septal papilloma: a pilot study. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006 Jul; 135(1): 149-51. doi: 10.1016/j.otohns.2005.12.028.
8. Freeman SB, Kennedy KS, Parker GS, Tatum SA. Metastasizing plemorphic adenoma of the nasal septum. *Arch Oto Laryngology Head Neck Surg.* 1990 Nov; 116(11): 1331-3.
9. Kim SB, Kwon JH. Myoepithelioma of the Nasal Septum. *J Craniofac Surg .* 2017 Oct; 28(7): e653-e654. doi: 10.1097/SCS.00000000000003792.
10. Wang Q, Chen H, Wang S. Basal cell adenoma of nasal septum: report of a case and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015 Feb; 1,8(2): 2176-9.
11. Ray M, Sathe P, Ghodke R, Suryavanshi M. Canalicular adenoma arising from the nasal septum in a child: First case report *Indian J Pathol Microbiol..* 2018 Oct-Dec; 61(4):632-634. doi: 10.4103/IJPM.IJPM_137_18.
12. Alzarar AH, Hussein MR, Amri D, Mokarbash HM. Primary meningioma of the nasal septum: a case report and review of literature. *Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2010 May; 18(3): 296-8. doi: 10.1097/PAI.0b013e3181cc7db9.
13. Baek BJ, Shin JM, Lee CK, Lee JH, Lee KH. Atypical primary meningioma in the nasal septum with malignant transformation and distant metastasis. *BMC Cancer.* 2012 Jul 3; 12: 275. doi: 10.1186/1471-2407-12-275.
14. Temporale H, Zatoński T, Roszkowska A, Kręcicki T. Ameloblastoma of the nasal septum origin: a case report. *Case Rep Otolaryngol.* 2013; 2013:280509. doi: 10.1155/2013/280509.
15. Law. S, Burgess. C. Nasal septal angiofibroma: less vascular behaviour than observed in radiological imaging, a rare case in a 51-year-old woman. *Ann R Coll Surg Engl.* 2021 Feb; 103(2): e48-e49. doi: 10.1308/rcsann.2020.7027.
16. Kim JS, Noh SJ, Ryu SH. Osteoma with actinomycosis in a nasal cavity: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2017 Dec; 96(51): e9376. doi: 10.1097/MD.00000000000009376.
17. Takasaki K, Yano H, Hayashi T, Kobayashi T. Nasal lipoma. *J Laryngol Otol.* 2000; 114, 3: 218-220.
18. Clerc P, Demaldent JE. Lipome congénital des fosses nasales chez un nouveau-né. *Ann otolaryngol Chir Cervicofac.* 1965; 82: 69-70.
19. Sasaki T, Yamamoto K, Akashi T. Granular cell tumour arising from the Kiesselbach's area of the nasal septum. *J Laryngol Otol.* 2007 Feb; 121(2): 170-3. doi: 10.1017/S002221510600394X.
20. Galm T, Turner N. Primary carcinoid tumour of nasal septum. *J Laryngol Otol.* 2009 Jul; 123(7): 789-92. doi: 10.1017/S0022215108003411. Epub 2008 Sep 2.
21. Achar MVR. Metastatic hypernephroma occurring in nasal septum. *Arch Otolaryngol.* 1955; 62(6): 644-648.