

TRAUMATISME FACIAL : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET MÉDICO-LÉGAUX EN EXPERTISE DU DOMMAGE CORPOREL À COTONOU.

BIGOT C.¹, VODOUHE U.², N'GONGNAG O. G.³, BOURAIMA F.⁴, ALAMOU S.², ALAGNIDE H.E.¹, AZON-KOUANOU A.¹, AVAKOUDJO F.²

Page 07

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS OESOPHAGIENS PAR VOIE DE CERVICOTOMIE : À PROPOS DE 37 CAS EN CÔTE D'IVOIRE

ADJE YA, VROH BTS, KOUASSI NH, KOUASSI-NDJEUNDO JE, NAWATTA KDC, ASSUA KA, KOFFI WJ, N'GATTIA KV, KACOUCHIA NBM

Page 13

PRÉVALENCE ET FACTEURS DE RISQUES DE SYNDROME DU CHOC ACOUSTIQUE AUPRÈS DES EMPLOYÉS DE DEUX CENTRES D'APPELS TÉLÉPHONIQUES DE YAOUNDE- CAMEROUN

MEVA'A BIOUÉLÉRC^{1,4}, MANDENG RR², ATANGALC^{3,4}, ASMAOU BOUBAD⁴, MOSSUSY⁴, DJOMOU F⁴

Page 20

CANCERS NASO-SINUSIENS : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIFS À POINTE-NOIRE

SYLVAIN DIEMBI¹, SYDNEY FROUSSE NGATALI², GÉRARD CHIDREL NGOUONI³, FRANCK ITIERE ODZILI³, SOFRÈNE OKOMBI³, HAROLD BORIS OTOUANA NDZON⁴, MS AG MED ELMEHDI ELANSARI⁵, DONATIEN MOUKASSA⁶, GONTRAN ONDZOTTO³

Page 27

PARALYSIE RECURRENTE UNILATÉRALE POST-THYROIDECTOMIE : À PROPOS D'UN CAS PRIS EN CHARGE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BOUAKE

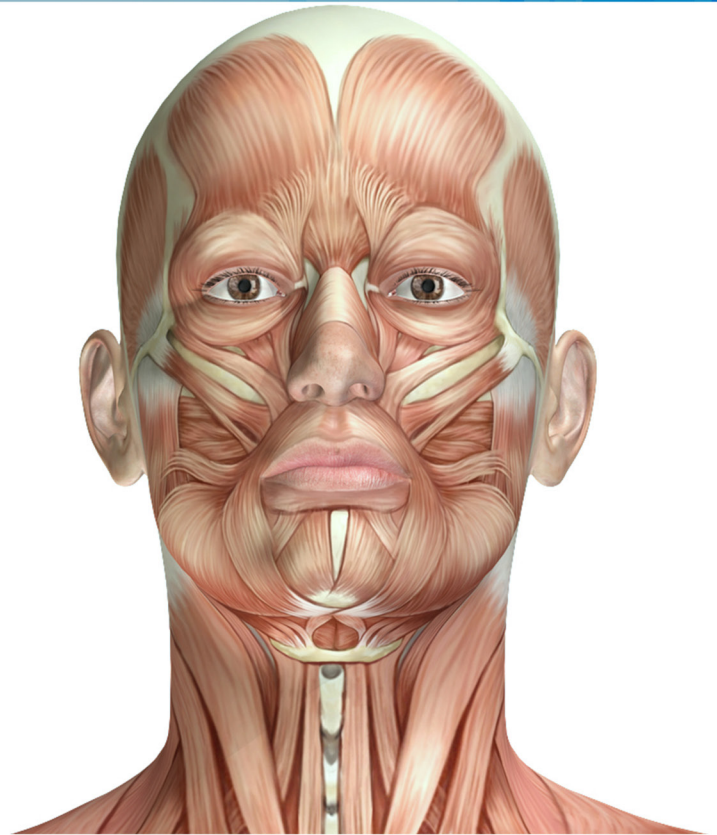
KOUASSI NH, VROH BTS, ADJE YA, KOUASSI-NDJEUNDO JE, NAWATTA KDC, KOFFI W, N'GATTIA KV, KACOUCHIA BN

Page 35

OCCLUSION DE L'ARTÈRE CENTRALE DE LA RÉTINE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO : À PROPOS D'UN CAS.

MEDA TA¹, DJIGUIMDE WP², SANOU J³, LALLOGO SSB⁴, MEDA-HIEN G.³, SANKARA P⁵, DOLO M⁶, AHNOUX-ZABSONRE A¹, MEDA N¹

Page 40



PTOSIS REVELANT UNE URGENCE VASCULAIRE AU BURKINA FASO : À PROPOS DE TROIS CAS

GERTRUDE A. HIEN/MEDA¹, B. ULRICH HABOU¹, JONAS J. Y. BADO¹, JÉRÔME SANOU¹, ZAKARIA SAWADOGO¹, PATHÉ SANKARA⁵, PIERRE DJIGUIMDE³, HAMADOU KABORE⁸, MARIAM DOLO², EMANUEL BAMOGO¹, LYDIA NANA¹, JANICE SIMO¹, LÉON S. ZONGO¹, ADAMA SIDIBE¹, LÉA OUBDA¹, AMADOU OUATTARA⁴, SYLVAIN D. ZABSONRE⁶, YAMEOGO VALENTIN⁷, JEAN W. DIALLO², AHGBATOUHABÉBA AHNOUX/ZABSON¹

Page 46

UN CAS RARE DE PSEUDOTUMEUR NASOSINUSIENNE PRIS EN CHARGE EN ORL AU CNHU-HKM AU BENIN

LAWSON AFOUDA S.¹, AVAKOUDJO F.², MEDJIS.¹, VODOUHÈ U.², VIGNIKINYEHOUËSSI B.¹, ADJIBABI W¹.

Page 51

UN CAS RARE DE PSEUDOTUMEUR NASOSINUSIENNE PRIS EN CHARGE EN ORL AU CNHU- HKM AU BENIN

TREATMENT OF A RARE CASE OF NASO-PSEUDOTUMOR AT CNHU-HKM'S ENT IN BENIN

Lawson Afouda S. (1), Avakoudjo F.(2), MedjiS.(1), Vodouhè U.(2), VignikinYehouessi B.(1), Adjibabi W(1).

1.Service ORL/CCF - CNHU-HKM Cotonou (Bénin)

2.Service ORL/CCF - HZ-Suru Léré Cotonou (Bénin)

Département de chirurgie et de spécialités chirurgicales

Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université d'Abomey Calavi (UAC)

Auteur référent : Lawson Afouda Sonia

Mail-olatundeother@yahoo.fr

RESUME

Introduction: Nous rapportons le cas d'une rhinosinusite chronique qui a mimé une tumeur maligne des sinus.

Observation: Patient Emm. H., 57 ans sans antécédent particulier a été reçu le 26/10/2021 pour la prise en charge d'une rhinopathie chronique. La symptomatologie évoluait depuis 6 mois et était faite d'une rhinorrhée purulente et d'une obstruction nasale. A l'examen, le vestibule nasal est comblé des deux côtés par une masse plus importante à gauche et une cloison soufflée. La tomodensitométrie (TDM) des sinus a permis d'objectiver une hyperdensité ethmoïdo-sphéno-maxillo-nasale gauche, qui a détruit la cloison intersinus-nasale puis la cloison nasale. Il en résulte une masse étendue à l'ethmoïde du côté controlatéral. Le premier décembre 2021 le patient a été opéré par voie paralatéro-nasale gauche; ce qui a permis l'exérèse d'une masse fractionnée blanchâtre engluée dans un magma grisâtre et fétide. L'examen anatomopathologique a conclu à une aspergilliose naso-sinusienne dans sa forme invasive

Conclusion: L'examen clinique ORL a permis d'orienter la démarche diagnostique. La TDM l'a affinée pour une meilleure prise en charge thérapeutique. Dans certains cas comme celui rapporté, l'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse permet d'asseoir le diagnostic de certitude mieux que la mycologie

Mots-clés: Pseudotumeur naso-sinusienne

-Tomodensitométrie- lyse osseuse- Aspergilliose invasive.

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction: We are reporting a case of a chronic rhinosinusitis which mimicked malignant tumor of sinuses.

Case Report: On October 26, 2021, we received the 57 years old patient, Emm. H., without any history of chronic rhinopathy treatment. The symptomatology progressed for six months and composed of purulent nasal discharge and nasal airway congestion. The examination indicated that the nasal vestibule was congested on both side with a larger mass on the left and a perforated septum. A CT scan (TDM) of the sinuses revealed a left ethmoid-sphenoid-maxillary-nasal hyperdense which destroyed the intersinus-nasal septum and then the nasal septum. This results in a mass extending to the ethmoid on the contralateral side. In December 2021, a surgery was performed on the patient through the left para-latero-nasal. This enabled the removal of whitish fractional mass embedded in greyish and fetid magma. The anatomopathological examination concluded that the invasive form of naso-sinus aspergillosis was present.

Conclusion: The ENT clinical examination allowed to guide the diagnosis approach. The CT scan has improved it for a better therapeutic treatment. In some cases, like the reported case, the anatomopathological examination of the excision specimen allows to establish a better certainty than mycology.

Key Words: Naso-sinus pseudotumor-CT scan-Bone lysis-Invasive aspergillosis.

INTRODUCTION

L'aspergillose naso sinusienne est une rhinosinusite fongique liée à plusieurs types de champignons dont le plus fréquent est *Aspergillus fumigatus*, responsable dans 80% des cas d'aspergillose humaine[1]. Totalement inoffensive pour la majorité de la population, la forme invasive de l'aspergillose est décrite classiquement chez les sujets immunodéficients. Elle peut être responsable de complications locales osseuses et crâniocérébrales. Le tableau clinique dans certains cas peut simuler une tumeur maligne. Le traitement est essentiellement chirurgical. Nous rapportons le cas d'une aspergillose naso sinusienne dans sa forme invasive mimant une tumeur maligne.

OBSERVATION

Patient Emm. H. 57 ans sans antécédent particulier a été reçu le 26/10/2021 pour la prise en charge d'une rhinosinusite chronique. La symptomatologie évoluait depuis six mois, faite de rhinorrhée purulente et d'obstruction nasale. Le patient se plaignait aussi d'acouphènes et d'otalgie bilatérale traités sans succès par des antibiotiques. A l'examen, le vestibule nasal était comblé des deux côtés par une masse plus importante à gauche avec une cloison soufflée et déviée vers la droite. La sérologie rétrovirale à HIV a été négative, les autres examens biologiques ont révélé une glycémie normale et une hyperleucocytose à 11400/l de globules blancs avec une formule leucocytaire normale. Sur la tomodensitométrie des sinus, il a été noté une hyperdensité ethmoïdo-sphéno-maxillo-nasale gauche, avec lyse de la cloison intersinuso-nasale et de la cloison nasale et extension du processus à l'ethmoïde contralatéral (Figure 1-2-3). Devant ce tableau, une indication chirurgicale a été posée et a permis le 01/12/2021 l'ablation d'une masse blanchâtre engluée dans un magma grisâtre d'odeur nauséabonde. Les caractères invasifs et destructeurs de cette « pseudo-tumeur » ont imposé une voie externe complémentaire

(paralatéronasale) pour une exérèse complète. Les sinus concernés étaient le sinus maxillaire, l'ethmoïde et le sphénoïde gauches. A droite, nous avons réalisé une méatotomie moyenne et évacué la même masse du sinus maxillaire contralatéral. L'examen anatomopathologique a révélé des filaments mycéliens au sein de fragments tissulaires comportant du tissu osseux. Le diagnostic d'une aspergillose naso-sinusienne dans sa forme invasive a été retenu. Après un recul de 8 mois, les suites opératoires ont été simples, la rhinorrhée et l'obstruction nasale ayant disparu.

DISCUSSION

Les rhinosinusites fongiques sont en nette recrudescence depuis quelques années ; 13,5 à 28,5% des sinusites maxillaires chroniques sont d'origine fongique ou mixte associées à une infection bactérienne[2-3]. On distingue 2 formes de la maladie, l'aspergillose non invasive et l'aspergillose invasive avec des spécificités [4]. Selon leur classification, les rhino-sinusites fongiques non invasives surviennent chez les sujets immunocompétents et admettent 4 groupes :

- la colonisation superficielle;
- la balle ou truffe aspergillaire;
- la sinusite fongique allergique ;
- la sinusite fongique éosinophilique.

Quant aux rhino-sinusites fongiques invasives, elles admettent 3 formes :

- l'aiguë fulminante de découverte sur un terrain toujours immunodéprimé;
- une forme invasive chronique sur des tares;
- une forme invasive granulomateuse

qui est la plupart du temps retrouvée chez l'immunocompétent.

Il est établi que la forme invasive survient surtout chez les sujets immunodéprimés ou des sujets présentant une tare. Au nombre des multiples facteurs prédisposant la survenue d'une aspergillose dans sa forme invasive, il existe le diabète qui est l'une des tares fréquentes en Afrique, l'infection au VIH, des soins dentaires mal encadrés par une antibiothérapie. Ces

mêmes facteurs ont été signalés dans les travaux de Siddiqui et Marsot-Dupuch [5-6]. Ceux-ci créent une fragilisation de l'organisme avec pour conséquence de favoriser la colonisation et la multiplication de champignons dans les sinus. Aucun facteur de risque n'a été retrouvé chez le patient de cette étude, néanmoins selon la classification de Dhong et Lanza la forme invasive peut se retrouver chez le sujet sain sans facteur de risque. Il s'agit dans le cas ici présenté de la forme granulomateuse signalée dans la classification de Dhong et Lanza. La symptomatologie rhinologique observée par le patient était faite d'une rhinorrhée muco-purulente striée de sang, fétide et d'une obstruction nasale. Les signes associés que sont l'otalgie, traduction de l'expression des céphalées temporales et les acouphènes peuvent être assimilés à l'effet de masse du magma des fosses nasales. Les plaintes du patient étaient peu spécifiques et ont fait suspecter une rhinosinusite banale ; et c'est leur évolution trainante ainsi que la résistance aux antibiotiques usuels qui a motivé la réalisation de la tomodensitométrie des sinus. Celle-ci a été d'un apport considérable en localisant les lésions osseuses et cartilagineuses et en précisant leur extension. En effet, dans plus de 90% des cas, la TDM objective une hyperdensité hétérogène partielle ou totale d'un sinus au sein de laquelle l'on retrouve des microcalcifications[2]. Dans le cas observé, il s'y est associé des lésions osseuses destructrices qui nous ont fait évoquer une tumeur maligne.

La chirurgie par voie endonasale est le traitement de choix dans la prise en charge d'une aspergillose naso sinusienne. Devant ces lésions faisant suspecter une pathologie plus préoccupante, nous avons abordé comme Benzartiles différents sinus par voie para latéro-nasale[7] ; l'exérèse tumorale a emporté dans le même temps opératoire la muqueuse naso sinusienne inflammatoire et le magma grisâtre très fétide; geste suivi en post-opératoire d'un lavage abondant au sérum salé des fosses nasales et des sinus. Le diagnostic d'aspergillose naso-sinusienne a été fait à l'examen anatomopathologique de la pièce

opératoire. Nous n'avons pas réalisé l'examen mycologique du matériau d'exérèse par défaut de logistique. Si cet examen a une forte spécificité, il est peu sensible. Une mauvaise qualité de prélèvement associée à un délai d'acheminement trop long au laboratoire peut être responsable d'une fragilité du champignon. Toutefois, l'examen mycologique garde sa valeur lorsqu'il est positif. Dans ce cas, il isole à l'examen direct des filaments mycéliens et à la culture l'espèce de champignon en cause dans 30% à 60% des cas [8]. Un test négatif n'élimine pas le diagnostic d'aspergillose que seul l'examen anatomopathologique est en mesure de confirmer avec une sensibilité de 90%. Il a été réalisé après coloration PAS, Gromori et Grocott de la pièce opératoire et a conclu à une sinusite aspergillaire dans sa forme pseudotumorale. Cette forme anatomopathologique se distingue par une réaction granulomateuse de la muqueuse sinusienne avec une fibrose, des cellules mycéliennes géantes multinuclées, et des zones d'envahissement tissulaire. Le geste chirurgical a un but diagnostique mais également thérapeutique. A cet effet, la majorité des auteurs préconise dans la forme invasive de l'aspergillose naso-sinusienne sur terrain immunodéprimé d'associer des antifongiques par voie intraveineuse au traitement chirurgical pour un meilleur résultat [2,9]. Pour Naha, cette association est moins formelle[10] ; de même pour Adjibabi en 2011, le traitement chirurgical seul donne de bons résultats sur le long terme [11]. Après un recul de huit (08) mois, le patient présente une bonne évolution clinique avec une disparition de la rhinorrhée, de l'obstruction nasale, de l'épistaxis, des céphalées et une bonne perméabilité naso-sinusienne. Le contrôle scanographique des sinus n'a révélé aucune récurrence.

CONCLUSION

L'examen clinique est capital, la tomodensitométrie est d'un grand intérêt pour localiser les lésions et d'en suspecter le caractère bénin ou malin selon leur caractéristique; mais

seul l'examen anatomopathologique est utile pour la confirmation diagnostique.

REFERENCES

1. Gangneux J.P., Bouchara J.P., Chabasse D. Biologie et diagnostic des infections à *Aspergillus*. Encyclop. Méd. Chir. Maladies infectieuses. 2013;8-600-A-10.
2. Grosjean P., Weber R. Fungus of the paranasal sinuses. Eur Arch Otorhinol. 2007; 264:461-70.
3. Eggimann P., Chevrolet J.C., Starobinski M., Majno P., Totsch M., Chapuis B. et al. Primary invasive aspergillosis of the digestive tract : report of two cases and review of the literature. Journal Infection 2006;6:333-38.
4. Dhong H.Z., Lanza D.C. Diseases of the sinuses : diagnosis and management. 2001:179-95.
5. Siddiqui A. A., Bashir S. H., Ali Shah A., Sajjad Z. et al. Diagnostic MR imaging features of craniocerebral Aspergillosis of sino-nasal origin in immunocompetent patients. Acta Neurochir. 2006;148:155-166.
6. Marsot-Dupuch K., Quillard J., Meyohas M.C. Head and neck lesions in the immunocompromised host. Eur radiol 2004;14: 155-167.
7. Benzarti S., Mardassi A., Ben hamida N., Ben mhamed R., Brahem H. l'aspergillose naso-sinusienne dans sa forme pseudo-tumorale J. Tun. Orl. 2008;20: 67-70
8. Coste A. Mycoses rhinosinusiennes. In : EMC:20-455-A (2003).
9. Pinzer T., Reib M., Bourquain H., Krishnan KG., Schakert G. Primary Aspergillosis of the sphenoid sinus with pituitary invasion – a rare differential diagnosis of sellar lesions. Acta Neurochir 2006; 148:1085-1090.
10. Naha L., Nadour K., Hemmaoui B., Errami N., En-Nafaa I., Bouaity B., mimouni B.L. Sinusite aspergillaire d'origine dentaire dans sa forme pseudo-tumorale. Doi : 10.1016/j. mycmed.2014.01.061.
11. Adjibabi W., Biaou O., Lawson Afouda S., Avakoudjo F., Alamou S., Hounkpation SHR., Hounkpe YYC. Prise en charge de 20 cas

d'aspergillose naso-sinusienne à Cotonou. Médecine d'Afrique Noire. 2011;58(12):545-550.

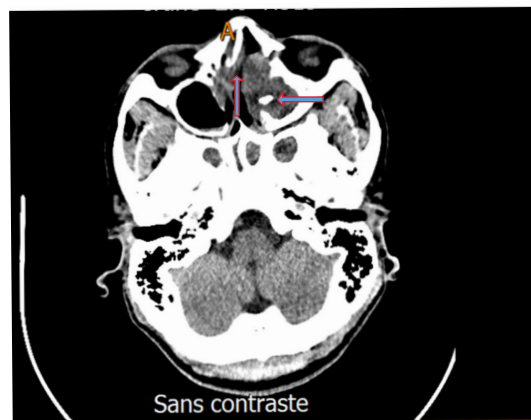


Figure 1 : Image de tonalité métallique du sinus maxillaire gauche au sein d'une hyperdensité hétérogène (←). Destruction de la cloison nasale (↑).

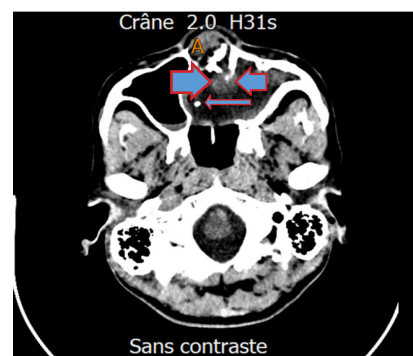


Figure 2 : Destruction de la cloison nasale (→) Et de la cloison intersinuso-nasale gauche (←) Microcalcification dans la fosse nasale droite (↑)

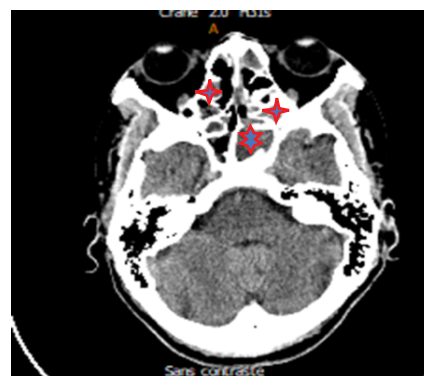


Figure 3 : Opacité hétérogène des cellules ethmoïdales (★) antérieures et postérieures (★)