

Le polype sphéno-choanal : à propos de deux cas

Sphenoidal polyp: Report of two cases

L. de Gabory
L. Eimer
W. Adjibabi
D. Stoll
(Bordeaux) 1

Résumé

Objectif : rapporter 2 cas de polype sphénochoanal. **Matériel et méthode :** nous présentons 2 cas de polypes sphéno-choanaux âgés de 22 et 53 ans. Traités par voie endoscopique endonasale, ils ne présentent pas de récurrence après 13 et 56 mois de suivi. **Conclusion :** au travers de la littérature, nous rappelons ses caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et anatomopathologiques. Les différentes hypothèses étiopathogéniques sont discutées et notamment le reflux gastro-oesophagien. Son traitement est exclusivement chirurgical. Il emporte toute sa base d'implantation sous peine de récurrence, soulignant l'importance de la sphénoïdectomie.

Mots-clés : Polype sphénochoanal, polype choanal, sinus sphénoïde, chirurgie endoscopique sinusienne.

Summary

Objective: Report of 2 cases of sphenoidal polyp. **Material and method:** We present two cases of sphenoidal polyp aged of 22 and 53. They were operated by endonasal endoscopic approach. They are still free of symptoms and no recurrence are observed after 13 and 56 months of follow-up. **Conclusion:** The clinical, radiological and pathological features of the sphenoidal polyp are reviewed. Different etiopathogenic hypothesis are discussed and particularly the gastroesophageal reflux. The treatment is surgical.

Key-words: Sphenoidal polyp, choanal polyp, sphenoid sinus, endoscopic sinus surgery.

INTRODUCTION

Au sein des polypes dit choanaux, le polype sphéno-choanal est une entité rare (1, 2) et, une manifestation exceptionnelle de la pathologie sphénoïdale (3-5). Comme tous les polypes choanaux dont l'origine la plus fréquente reste le sinus maxillaire, ils se présentent sous la forme d'un polype fibro-oedémateux bénin (1, 6, 7). Cette forme anatomique est accouchée par l'ostium sphénoïdal dans la fosse nasale et le cavum. Il partage un certain nombre de similitudes avec les différentes formes anatomiques de polypes choanaux tant sur le plan clinique, anatomopathologique, que des bases du traitement.

Killian, en 1906 donne une description précise du polype antro-choanal (6). La première description du polype sphénochoanal est attribuée à Zuckerkandl en 1892 (8). Peu de cas sont retrouvés dans la littérature : depuis 1989, environ 26 cas ont été publiés (tableau I). Les objectifs de cet article sont de rapporter 2 cas typiques de polypes sphéno-choanaux, de souligner l'importance du geste de sphénoïdectomie, libérant sa base d'implantation, et, de rappeler au travers de la littérature, leurs caractéristiques propres et les hypothèses étiopathogéniques des différents auteurs.

1. CHU Pellegrin, Service ORL, Place A. Rabat Léon, F-33076 Bordeaux, France. Email: L.de.gabory@free.fr

Article reçu : 23/03/04

accepté : 07/06/04

CAS CLINIQUES

Cas n° 1

Il s'agit d'un homme de 53 ans qui présente des céphalées bitemporales et frontales gauches associées à une rhinorrhée purulente unilatérale gauche. On ne retrouve pas dans ses antécédents d'allergie, de manifestation d'un reflux gastro-pharyngien ni d'une rhinite virale dans les semaines précédant la symptomatologie. L'examen endoscopique de la fosse nasale droite met en évidence un polype obstructif dont l'origine est impossible à préciser.

L'examen tomodensitométrique en coupes coronales et axiales montre une masse hypodense, homogène aux limites nettes, appendue à la face antérieure du sphénoïde droit, accouchée par l'ostium et comblant une partie de la fosse nasale droite et du cavum. L'ostium sphénoïdal est élargi. L'intérieur de ce sinus est quasiment vide, il existe simplement un épaississement muqueux sur tout le versant interne de sa paroi antérieure. L'exérèse du polype et la sphénoïdectomie sont réalisées par voie endoscopique. L'effondrement de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal permet de visualiser la surface d'implantation sur toute la surface sphénoïdale. L'ensemble de la muqueuse du sinus est enlevée. L'examen anatomopathologique retrouve une formation polypoïde à stroma fibroblastique et collagène oedémateux, riche en structu-

TABLEAU I

Auteurs	Date	Nbre Cas	Agés (ans)
Hayes et Lavelle (13)	1989	1	49
Weissman (12)	1991	4	11, 21, 43 & 58
Picquet (1)	1992	1	Non connu
Spraggs (14)	1993	1	11
Eloy (10)	1996	2	14 & 30
Lopatin (2)	1997	2	Non connu
Gordts (16)	1997	1	9
Ileri (17)	1998	1	14
Dharambir (4)	1999	3	15, 48 & 79
Crampette (9)	2000	5	7, 8, 9, 11 & 14
Tosun (18)	2000	2	14 & 15
Wang (5)	2002	1	Non connu
De Gabory	2004	2	22 & 53
Total		26	
Age moyen			25.2

res glandulaires et recouvert d'un épithélium de type cylindrique. Le suivi est actuellement de 4 ans et 7 mois sans récurrence.

Cas n° 2

Notre deuxième patient est une jeune femme de 22 ans adressée par son O.R.L. pour une obstruction nasale bilatérale, totale, permanente, avec hyposmie et hypoguesie évolutive depuis 2 mois. Cette patiente ne présente pas d'antécédent O.R.L. particulier, ni allergique. Son histoire a commencé par un rhume banal survenu quelques semaines auparavant. Après disparition de la rhinorrhée, l'obstruction nasale a persisté ne répondant plus au traitement vasoconstricteur local administré. Le scanner des sinus de la face met en évidence une opacité totale, homogène, hypodense du sinus sphénoïdal droit. Elle occupe aussi la partie postérieure de la fosse nasale homolatérale et la majeure partie du cavum. Ses contours sont nets. Il existe à l'endoscopie une formation polypoïde, kystique, lisse, régulière et peu vascularisée. Le traitement est réalisé par voie endonasale. L'exposition de la surface sphénoïdale met en évidence le reste de la lésion provenant du sinus sphénoïdal droit, accouché au travers d'un ostium déjà élargie. Celui-ci est agrandi à la pince de Citelli permettant de visualiser la base d'implantation qui recouvre la face inférieure et latérale du sinus. La base d'implantation est enlevée sous contrôle de la vue en totalité. L'exérèse de la portion extra-sinusienne est complétée par voie endobuccale rétrovélaire : elle emporte une lésion mesurant 5 cm de grand axe sur 3 cm de diamètre. L'examen anatomopathologique retrouve dans la constitution de cette volumineuse formation polypoïde, un stroma très oedémateux et congestif associé à un infiltrat inflammatoire peu important mais dont la prépondérance en plasmocytes est nette, par plages autour des structures vasculaires. Des polynucléaires éosinophiles sont aussi présents par plages mais en nombre inférieur. L'épithélium de revêtement est de type cylindrique. Il n'existe aucun critère de malignité.

té. Les suites opératoires ont été simples. Le suivi est de 1 an et 1 mois sans récurrence.

DISCUSSION

1) Etiopathogénie

Les différentes hypothèses étiopathogéniques des polypes choanaux ont été élaborées à partir de séries comprenant majoritairement des polypes antrochoanaux (1, 10, 11, 19). L'allergie et la sinusite chronique ont été nettement controversées et sont maintenant écartées (9, 10). Les antécédents allergiques personnels ou familiaux dans les grandes séries sont peu fréquents (1, 9, 11), le taux d'immunoglobuline E est souvent normal et la présence d'éosinophiles dans le stroma est souvent faible (1, 10).

Certains auteurs ont constaté la présence d'un liquide citrin dans la portion intra-sinusienne de certains polypes choanaux et ce, quelles que soient leurs sinus d'origine (1, 7, 9, 11). La notion de kyste séreux responsable du polype antro-choanal a donc été évoquée. Eloy pense qu'il se développe à partir d'un kyste sous-muqueux (10). Cette hypothèse est née de leurs similitudes macroscopiques et des caractéristiques de leur contenu liquidien, qui présenterait des composantes similaires à celles du liquide contenu dans certaines portions intra-sinusiennes de polype antro-choanal (10). Cet aspect kystique peut parfois passer inaperçu aux yeux de l'opérateur car de petite taille et souvent collabé. Par immunohistochimie, la mise en évidence d'un endothélium vasculaire sur les parois de la cavité, ont amené d'autres auteurs à parler de kyste lymphatique (1, 9). Les phénomènes inflammatoires endosinusiens pourraient entraîner la thrombose des lymphatiques sous-muqueux permettant le développement d'un véritable kyste (1). Ce kyste utiliserait naturellement l'ostium sinusien pour accoucher dans la fosse nasale. Mais, cette notion de cavité liquidienne de la portion intra-sinusienne du polype choanal n'est pas constamment retrouvée par les différents opérateurs au sein de chaque série. Pour certains polypes, aucune cavité kystique n'est individualisable (1, 2) : nous pensons que la partie intra-sinusienne est le plus souvent solide.

En dehors de ces éléments, l'histoire clinique retrouve souvent un rhume banal avant l'apparition du polype : rhinite dont la symptomatologie obstructive ne se serait pas complètement résolue pour devenir unilatérale. Malheureusement l'existence d'un rhume banal n'est pas toujours rapporté dans les différentes observations (tableau I). Il n'y en a pas dans l'anamnèse de notre premier patient âgé de 53 ans.

Nous pensons que l'existence d'un reflux gastro-oesophagien n'est pas anodin dans l'entretien d'une inflammation ostiale et sinusienne postérieure. La présence de liquide acide ou basique pourrait engendrer une réaction inflammatoire fibro-oedémateuse, paucicellulaire dépassant ses objectifs. Nous pensons cepen-

fort taux de récurrence : 20 à 33 % (1, 9, 15). Il nécessite l'exérèse de leur masse charnue et de leur base d'implantation. Les polypes sphénochoanaux sont accessibles par voie endoscopique endonasale et nous pensons que leur implantation est, soit endosinusienne, soit au pourtour de l'ostium sphénoïdal. Son agrandissement en bas et en dedans donne accès à la portion intra-sinusienne, qui sera enlevée sous contrôle de la vue. L'évacuation de la masse charnue, en cas de volume très important, peut être réalisée par voie endobuccale.

7) Anatomopathologie

Les données anatomopathologiques retrouvent des caractéristiques communes à l'ensemble des polypes choanaux (1, 9). Ils sont constitués d'un stroma oedémateux, occupé par un infiltrat cellulaire non spécifique. Il s'agit de quelques polynucléaires neutrophiles associés surtout à des cellules mononucléées à prédominance de plasmocytes (1). Les polynucléaires éosinophiles sont très faiblement représentés (1, 9, 10). Des glandes séromuqueuses sont occasionnellement retrouvées et souvent seulement vers la racine du polype (2). Notre premier cas rapporté, présentait quand à lui un stroma riche en structure glandulaire.

Ce stroma est recouvert d'un épithélium respiratoire pseudo-stratifié avec raréfaction des cellules ciliées (2). Cet épithélium cylindrique présente des zones de métaplasies malpighiennes ou mucipares (1, 2) qui peuvent donner un aspect d'épithélium transitionnel (2). Lopatin suppose qu'il existe une relation entre l'importance des métaplasies et la survenue d'un papillome inversé (2). La présence de cavités microkystiques n'est pas majoritairement retrouvée : il n'en existe pas pour nos 2 patients. Piquet n'en rapporte que 5 cas sur 33 patients (1). L'endothélium vasculaire est systématiquement retrouvé sur les parois du kyste dans ces cas là. Ce mécanisme de thrombose lymphatique n'est-il pas, vraisemblablement, qu'un facteur participatif à la constitution du polype ? Ou, une conséquence d'un trouble de l'homéostasie, par difficulté des mouvements liquidiens, entraînant une rétention locale ?

CONCLUSION

Le polype sphénochoanal est une cause d'obstruction nasale rare dont l'étiopathogénie précise reste inconnue. Son diagnostic est clinique et scanographique. Sa présentation est souvent typique et peu de diagnostic différentiel sont habituellement à discuter. Son traitement est exclusivement chirurgical, endoscopique par voie endo-

nasale. Il doit emporter comme pour le polype antrochoanal, l'ensemble de sa base d'implantation et la muqueuse adjacente, sous peine de récurrence. L'élargissement de l'ostium sphénoïdal permet de réaliser ces objectifs. Les deux patients que nous avons traités n'ont pas présenté à ce jour de récurrence, après 13 et 56 mois de suivi.

Bibliographie

- PIQUET J, CHEVALLIER D, LEGER G, ROUQUETTE I, LECONTE-HOUCKE M. Microchirurgie endonasale du polype antro-choanal. *ACTA OTORHINOLARYNGOL. BELG.* 1992;46:267-271.
- LOPATIN A, BYKOVA V, PISKUNOV G. Choanal polyps: One entity, one surgical approach? *RHINOLOGY.* 1997;35(2):79-83.
- RUBINSTEIN P. Les pathologies isolées du sinus sphénoïdal : à propos de 57 cas, traitement chirurgical. *Thèse médecine, Montpellier I.* 1999 Apr;121-130.
- DHARAMBIR S. Isolated sphenoid lesions: diagnosis and management. *OTOLARYNGOL. HEAD NECK SURG.* 1999 May;120(5).
- WANG ZM, KANOH N, DAI CF, KUTLER DI, XU R, CHI FL, TIAN X. Isolated sphenoid sinus disease: An analysis of 122 cases. *ANN. OTOL. RHINOL. LARYNGOL.* 2002 Apr;111(4):323-7.
- KILLIAN G. The origin of choanal polyp. *LANCET.* 1906;2:81-82.
- BERG O, CARENFELT CHR, SOBIN A. On the diagnosis and pathogenesis of intramural maxillary cysts. *ACTA OTOLARYNGOL. (STOCKH.).* 1989;108:464-468.
- PRUSSAD U, SAGAR P, SHAHUL HAMEED O. Choanal polyp. *J LARYNGOL. OTOL.* 1970;84:951-954.
- CRAMPETTE L, MONDAIN M, ROMBAUX PH. Sphenchoanal polyp in children. Diagnosis and treatment. *RHINOLOGY.* 1995;33(1):43-45.
- ELOY P, EVRARD I, BERTRAND B. Choanal polyp of sphenoidal origin. Report of two cases. *ACTA OTORHINOLARYNGOL. BELG.* 1996;50(3):183-189.
- KAMEL R. Endoscopic transnasal surgery in antro-choanal polyp. *ARCH OTOLARYNGOL.* 1990;116:841-843.
- WEISSMAN JL, TABOR EK, CURTIN HD. Sphenchoanal Polyps: Evaluation with CT and MR Imaging. *RADIOLOGY.* 1991; Jan, 178, 1.
- HAYES E, LAVELLE W. Sphenchoanal polyp: CT findings. *J COMPUT ASSIST TOMOGR.* 1989;13,2.
- SPRAGGS PD. Radiological diagnosis of sphenchoanal polyp. *J LARYNGOL. OTOL.* 1993;107(2):159-160.
- HARDY G. The choanal polyp. *ANN. OTOL. RHINOL. LARYNGOL.* 1957;66:306-323.
- GORDTS F, CLEMENT PA. Unusual choanal polyps. *ACTA OTORHINOLARYNGOL. BELG.* 1997;51(3):177-180.
- ILERI F, KOYBASIÖGLU A, OSLU S. Clinical presentation of a sphenchoanal polyp. *EUR. ARCH. OTORHINOLARYNGOL.* 1998;255(3):138-139.
- TOSUN F, YETISER S, AKCAM T, OZKAPTAN Y. Sphenchoanal polyp: Endoscopic surgery. *INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDIATRIC OTORHINOLARYNGOLOGY,* 2001 April;58(1):87-90.
- SIBEL J-PH, MARLIER F, MONDAIN M, CRAMPETTE L. Polype sphéno-choanal de l'enfant : diagnostic et traitement. *LES CAHIERS D'O.R.L.* 2000; TomeXXXV(2):69-72.