

ASPECTS RADIOGRAPHIQUES ET THERAPEUTIQUES D'UN GEANT OSTEOME NASOSINUSIEN AU CNHU DE COTONOU

BIAOU O.² ; ADJIBABI W.¹ ; BIOTCHANE I.¹ ; ALAMOU S.³ ; ALAO N.³ ; DIEMBI S.¹ ; HOUNKPE Y.Y.C.¹ ; STOLL D.⁴
1 Service ORL/CCMF CNHU-KM, 2 Service de Radiologie CNHU-KM, 3 Clinique Mutualiste de Cotonou CMC, 4 CHU, Pellegrin Tripode Service ORL

RÉSUMÉ

L'ostéome est la tumeur bénigne la plus fréquente des cavités naso sinusiennes.

Sa découverte est fortuite et souvent radiographique. Le cas que nous rapportons est un ostéome géant naso-ethmoïdo-fronto-orbitaire. La tomodensitométrie a permis le bilan d'extension et guidé le traitement chirurgical par voie de DEGLOVING. Le contrôle a été satisfaisant après 1 an de recul.

Mots clés : Ostéome - Géant - Sinus - DEGLOVING

SUMMARY

Osteoma is the most frequent benign tumour of nasal fossae and para nasal sinus. Its radiological diagnosis usually is casual. This report concerned a giant osteoma witch involved nasal, ethmoidal, frontal and orbital cavities. This extension had been confirmed by computed tomography. The CT scan was our guideline of surgical treatment by DEGLOVING approach. The post operative result was good after one year.

Key words : Osteoma - Giant - Sinus - DEGLOVING

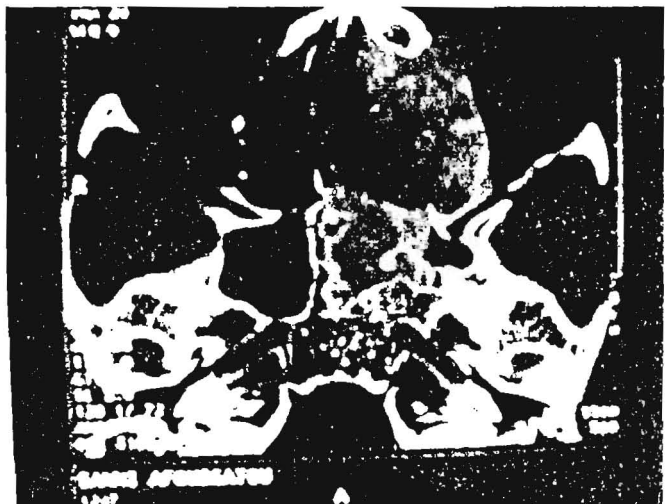
INTRODUCTION

L'ostéome nasosinusien est une tumeur de nature osseuse qui se développe aux dépens des parois des cavités nasales et paranasales. C'est la tumeur bénigne la plus fréquente des fosses nasales et des sinus [9] ; elle évolue lentement et progressivement. De grande taille l'ostéome peut menacer les organes de voisinage par compression et s'exprimer par des signes rhinosinusiens, ophtalmiques et neurologiques ; ces complications imposent un traitement chirurgical. L'intérêt du cas que nous rapportons est de montrer les extensions possibles de certains ostéomes et l'importance de l'examen tomodensitométrique pour la prise en charge chirurgicale par voie de DEGLOVING.

1. OBSERVATION

Mademoiselle San A... 23 ans a été vue en consultation ORL le 19 Mars 2001 pour hémicrânie gauche, lourdeur cervicale, insomnie, obstruction nasale, exophtalmie unilatérale gauche et épiphora. L'examen physique avait montré localement une fosse nasale gauche comblée par une masse pierreuse refoulant la cloison nasale à droite. Le sillon nasogénien gauche était également comblé. L'examen avait noté par ailleurs une anesthésie dans le territoire, de la branche sous orbitaire du nerf maxillaire (V2). La radiographie standard en incidence de Blondeau a été réalisée et avait montré une image d'ostéo-condensation nasale et paranasale. Le scanner avait permis de préciser les extensions au niveau du toit de l'ethmoïde, du septum nasal, de l'ethmoïde postérieur et au niveau de la paroi interne de l'orbite. Il avait guidé également le choix de la technique opératoire. La patiente avait été opérée en Février 2003 par voie de DEGLOVING. Elle a consisté en une incision muqueuse allant d'une pré molaire à l'autre qui est couplée à une incision marginale circulaire des deux vestibules narinaires qu'on poursuit en incision interseptocolumellaire. Le décollement se fait par rugination latérale jusqu'aux margelles

orbitaires puis médiane jusqu'à la racine du nez ; ce qui a permis d'exposer la totalité de la tumeur et favoriser son exérèse. Les suites opératoires ont été simples. Le recul a été de 1 an sans récurrence.



2. DISCUSSION

La fréquence : la fréquence des ostéomes est mal estimée ; leur découverte est souvent fortuite et banalisée [1, 3] ; 60 à 80% des ostéomes siègent dans le sinus frontal, 20 à 30% dans l'ethmoïde. Les autres localisations sinusiennes sont exceptionnelles [4, 13].

Etiopathogénie : l'ostéome relève du tissu formateur de l'os ; son étiopathogénie est mal connue et plusieurs hypothèses ont été avancées [13]. Selon la théorie embryologique, l'ostéome se développerait à la jonction de l'os enchondral ethmoïdal et l'os membraneux frontal ; les autres facteurs étiopathogéniques favorisant la néoformation osseuse seraient l'inflammation nasosinusienne chronique et les traumatismes [12].

Age et Sexe : l'ostéome peut se rencontrer à tout âge avec un pic de fréquence entre 20 et 50 ans et une prédominance masculine de 3/1 [8, 13]. Le cas que nous avons présenté est une femme de 23 ans.

Au plan clinique : dans la grande majorité des cas l'ostéome est asymptomatique, de découverte fortuite mais il peut s'exprimer par une symptomatologie qui dépend de son siège et de sa taille. Dans l'ostéome du sinus frontal les céphalées sont chroniques et quasiment constantes [8]. A un stade évolué il engendre essentiellement des manifestations orbitaires et neurologiques : exophtalmie et diplopie, syndrome frontal, désorientation parfois convulsion, sinusite à répétition et mucocèle par obstruction du canal naso-frontal [2, 6, 10]. L'ostéome ethmoïdal se manifeste par une obstruction nasale, des céphalées, parfois une épistaxis et un épiphora [8, 9, 11, 15].

L'extension de l'ostéome ethmoïdal peut se faire vers l'orbite et donner une protrusion du globe oculaire ou vers l'endocrâne et donner une pneumocéphalie [9, 11]. Les sinusites à répétition et les mucocèles par obstruction du canal de drainage peuvent compliquer l'ostéome qu'il soit frontal, ethmoïdal ou rarement maxillaire et exceptionnellement sphénoïdal [7, 10].

Au plan radiologique : la plupart des ostéomes sont de découverte radiologique [4] visibles sur les incidences de la radiographie standard du crâne qui permet de noter une image radio-opaque de densité variable, bien circonscrite arrondie ou mamelonnée [4]. La tomodynamométrie reste l'examen paraclinique de choix pour apprécier la localisation, le siège d'implantation, le type, le volume, le retentissement et les lésions associées [7, 13]. Les ostéomes de petite taille obstruant le canal de drainage des sinus et des voies lacrymales peuvent être symptomatiques ou avoir un retentissement sévère sur les organes de voisinage. NABECHIMA et coll ont décrit un cas de mucocèle, complication d'un ostéome du sinus frontal obstruant son canal de drainage [10]. De même un épiphora a été la première manifestation d'un ostéome ethmoïdal obstruant le canal lacrymo nasal dans l'étude STERNBERG et coll [15]. L'ostéome est volumineux lorsqu'il épouse la paroi sinusienne ou la refoule [7]. L'ostéome géant franchit le toit de l'ethmoïde et la paroi postérieure du sinus frontal et peut déterminer des complications neuro-encéphaliques [11, 14]. Dans son développement latéral l'ostéome naso ethmoïdal refoule ou

franchit la paroi interne de l'orbite et détermine une exophtalmie qui peut évoluer vers une protrusion du globe oculaire [2, 6, 9]. L'extension postérieure de l'ostéome se fait à l'ethmoïde postérieur et au sphénoïde et peut menacer les éléments vasculo-nerveux de la paroi latérale du sinus sphénoïdal.

Le cas que nous avons présenté est un ostéome ethmoïdal géant. L'analyse scannographique permet de distinguer trois types d'ostéomes [13].

- Le type compact ou ivoire est constitué d'os dense ou ébumé ; il est homogène avec une densité supérieure à celle de l'os.
- Le type spongieux est constitué majoritairement de tissu fibreux entouré ou non d'une corticale hyper-dense. Son centre est hypo-dense, homogène ou hétérogène. Le cas que nous avons présenté était de type spongieux.
- Accessoirement on distingue un troisième type, mixte.

La tomodynamométrie permet également de faire le diagnostic différentiel :

- l'absence de limite nette entre la tumeur et l'os, l'épaississement focalisé osseux avec
- déplacement dentaire, les îlots denses de zones radio transparentes, zones homogènes qualifiées de verre dépoli, zones kystiques sont des éléments en faveur de la dysplasie fibreuse [13]. Le fibrome cémento-ossifiant peut également se confondre à l'ostéome ; dans ce cas le diagnostic reste anatomopathologique [12]. Rarement l'ostéome peut être confondu aux autres tumeurs osseuses comme l'ostéome ostéoïde, l'ostéoblastome et l'ostéosarcome [13].

Traitement : le traitement est chirurgical et s'applique aux ostéomes qui ont une expression clinique et symptomatique [12]. Le but du traitement étant l'ablation de la totalité du tissu tumoral, l'abord chirurgical dépend du siège et de la taille de l'ostéome. Parmi les voies mixtes proposées pour les ostéomes de grande taille, celle de DEGLOVING est plus indiquée [13]. Elle permet une exposition suffisante et aisée du contenu et du contenant osseux ethmoïdal et du sinus maxillaire, de la paroi interne de l'orbite, du canal naso frontal et du septum nasal. Les régions rhinopharyngée, ptérygo palatine, sous temporale et sphénoïdale sont ainsi facilement abordées [16]. Compte tenu des extensions du cas que nous avons présenté, l'abord de DEGLOVING nous a paru adapté pour plusieurs raisons : les extensions orbitaires sont mieux exposées de même que les repères anatomiques. Le toit de l'ethmoïde et le palais osseux peuvent être analysés pour permettre une exérèse complète du contenu intra ethmoïdal. Les ostéomes de petite taille sont abordés par voie endonasale endoscopique exclusive par plusieurs équipes à l'exception de certaines localisations frontale et maxillaire [7, 13]. Les autres voies qu'elles soient rhinologique ou externe offriraient peu d'intérêt par rapport à la taille de la tumeur et ses extensions. La disparition des symptômes liés à l'ostéome a été obtenue avec un recul de 1 an et ce, sans préjudice esthétique.

CONCLUSION

L'ostéome naso-sinusien peut être géant et comprimer les organes de voisinage. Il devient alors symptomatique nécessitant un traitement chirurgical.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- AGHABEIGI B. ; EVANS AW. ; CREAN SJ. ; HOPPER C.
Simultaneous repair of orbital floor fracture and removal of an ethmoid osteoma : case report and review of the literature
Int. J. Oral Maxillofac. Surg 2003 ; 32 (1) : 94-6
- 2- AOKI S. ; HONDO H. ; KOHNO M. ; FUJIMOTO T. ; KOMATA Y. ; HUI L
A case of orbital osteoma-summary of the case report in japan, and the usefulness of the microsurgical drilling procedure
surgical treatment of orbital osteoma
No Shinkei Geka 2002 ; 30(5) : 509-14
- 3- BOURGEOIS P. ; FICHTEN A. ; LOUIS E. ; VINCENT C. ; PERTUZON B. ; ASSAKER R.
Frontal sinus osteoma : neuro-ophtalmological complications
Neurochirurgie 2002 ; 48 (2-3Pt1) : 104-8
- 4- BOURJAT P. ; ROY C. ; WACKENHEIM C.
Diagnostic des ostéochondroses et des hyperostoses crâniennes
Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Radio diagnostic II, 31646 M10, 10-1986, 21P
- 5- CARBONELL J. ; OLABE J. ; LOPEZ A. ; GATA J.
Intracranial Hypertension syndrome due to giant frontoethmoidal osteoma
Acta Otorrinolaringol Esp 1996 ; 47(5) : 397-400
- 6- CONSTANS JP. ; MEDER JF. ; JUSTINIANO P. ; MICHALSKI M. ; FREDY D.
Frontal osteoma with orbital extension. A propos of a case
J Fr ophtalmol. 1984 ; 7 (5):381-4
- 7- COSTE A. ; CHEVALIER E. BEAUTRU R. ; ABD ALSMAD I. ; SALVAN D. ; PEYNEGRE R.
Ostéomes des cavités nasosinusiennes
Ann oto.laryngol. chir. Cervicofac. 1996, 113 : 197-201
- 8- FOBE L.P. ; MELO E.C. ; CANNONE L.F. ; FOBE J.L.
Surgery of frontal sinus osteoma
Arq Neuropsiquitr 2002 ; 60 (1) : 101-5
- 9- GOKCEER T. ; NOSHARI H.K. ; NAIBOGLU B. ; ATBAS A.
Ethmoid sinus osteoma with orbital extension
Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2003 ; 10 (3) : 117-20
- 10- NABESHIMA K. ; MARUTSUKA K. ; SHIMAO Y. ; UEHARA H. ; KODAMA T.
Osteoma of the frontal sinus complicated by intracranial mucocele
Pathol Int 2003 ; 53 (4) : 227-30
- 11- NAKAYAMA Y. ; TANAKA A. ; UENO Y. ; NARITOMI K. ; YOSHINAGA S.
Pneumocephalus associated with ethmoidal sinus osteoma case report
Neurol. Med. Chir. (Tokyo) 1998 ; 38 (12):875-8
- 12- OSMA U. ; YALDIZ M. ; TEKIN M. ; TOPCU I.
Giant ethmoid osteoma with orbital extension presenting with epiphora
Rhinology 2003, 41 : 122-124
- 13- RAFT J. ; JANKOWSKI R.
Ostéomes nasosinusiens
Cahiers d'ORL 99, 34 (1) : 21-25
- 14- SHADY A. J. ; BLAND L.I. ; KAZEE A.M. ; PILCHER H.W.
Osteoma of the frontoethmoidal sinus with secondary brain abscess and intracranial mucocele :
case report
Neuro surgery 1994, 34 (5) : 920
- 15- STERNBERG I. ; LEVINE M.R.
Ethmoidal sinus osteoma a primary cause of nasolacrimal obstruction and dacryocystorhinostomy failure
Ophtalmic Surg. 1984 ; 15 (4) : 295-7
- 16- STOLL D.
Les voies mixtes et les voies transfaciales Principes techniques indications.
Les cahiers d'ORL ; 36(3) : 127-135