

Sphénoïdites inflammatoires isolées compliquées (à propos de 23 cas)

Isolated inflammatory sphenoid sinusitis associated with complications (about 23 cases)

D. Stoll
Th. Dumon
W. Adjibabi
(Bordeaux) ¹

Résumé

Les sphénoïdites inflammatoires isolées, associées à des complications, sont rares. Les auteurs rapportent leur expérience de 23 cas en 8 ans. L'atteinte est le plus souvent unilatérale gauche chez une femme de plus de 50 ans. Les complications neurologiques sont les plus fréquentes (75 % des cas) : céphalées isolées, atteintes neuro-ophtalmiques, méningites, suivies des complications pulmonaires (20 %). Une cause bactérienne a été mise en évidence dans 60 % des cas, et une cause mycologique dans 25 %. Le traitement repose sur une large marsupialisation du sphénoïde par voie endoscopique. La guérison est la règle sauf en cas d'atteinte oculo-motrice dont la récupération est inconstante.

Mots-clés : Sinusite, sphénoïde, complications.

Summary

Isolated inflammatory sphenoid sinusitis, associated with complications are rare. Authors report 23 cases in 8 years. The left sphenoid is the most often involved, in 50 years or more old females. Neurological complications are the most frequent (75 % of the cases) : isolated headache, neuro-ophtalmologic paralysis, meningitis, before respiratory complications (20 %). A bacteriological etiology was found in 60 % of the cases, and a fungal etiology in 25 %. The treatment is based on a large endoscopic marsupialization of the sphenoid. Recovery is the rule, except for neuro-ophtalmologic paralysis which recovery is inconstant.

Key-words : Sinusitis, sphenoid, complications.

Les lésions inflammatoires isolées du sinus sphénoïdal sont rares en pratique courante, à fortiori, celles associées à des complications.

L'introduction de l'endoscope, du scanner et des méthodes micro-chirurgicales ont donné une actualité à la pathologie bénigne du sphénoïde et de sa thérapeutique. Cette pathologie ne se conçoit pas sans une connaissance parfaite des éléments nerveux et vasculaires, notamment veineux, de la base du crâne. Elle reste pour une large part mal expliquée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous présentons une série de 23 patients traités pour sphénoïdite isolée compliquée dans la clinique universitaire d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale de Bordeaux (Professeur Bébéar - Professeur Stoll).

Nos patients sont adressés par des confrères neurologues, ophtalmologistes, ORL, voire même phoniâtres. Ils ont tous bénéficié d'un traitement

préalable antibiotique associé ou non à un traitement anti-inflammatoire.

L'examen ORL comporte un examen endoscopique à l'optique 30°, un scanner des cavités faciales systématique, un prélèvement aéro-anaérobie des sécrétions chaque fois que possible. L'examen mycologique direct, une culture et l'anatomopathologie ont été systématiques en per-opératoire.

Sur une période de 8 ans de 1986 à 1994, 33 cas de lésions sphénoïdales compliquées ont été recensés, dont 10 cas de tumeurs surinfectées que nous excluons de notre série. Ces 23 cas représentent une incidence d'un peu moins de 3 cas par an.

RÉSULTATS

La sphénoïdite touche aussi bien l'adulte jeune que les personnes âgées. Le plus jeune de nos patients a 19 ans, le plus âgé 77 ans, avec un âge moyen élevé de 50 ans. Les deux sexes sont touchés mais avec une prédominance féminine nette de 16 cas sur 23.

La sphénoïdite est unilatérale gauche dans 16 cas. Les complications engendrées sont de type neurologiques dans 17 cas sur 23. Les céphalées isolées sont observées

1. C.H.U. Pellegrin, Clinique Universitaire O.R.L., Place Amélie Raba Léon, 33076 Bordeaux Cédex, France.

Article reçu : 27/06/96
Article accepté : 09/09/96

dans 8 cas, céphalées frontales, plus volontiers rétro-orbitaires unilatérales ou plus fréquentes postérieures. Elles sont souvent intenses, ne cédant pas aux thérapeutiques classiques des céphalées. Les atteintes neuro-ophtalmiques représentent 7 cas, les méningites seulement 2 cas. Les complications pulmonaires sont essentiellement à type de toux grasse productive, elles représentent 5 cas sur 23.

A l'origine de ces sphénoïdites compliquées nous retrouvons une cause bactérienne dans 14 cas, une cause mycotique dans 6 cas.

Le traitement de ces sphénoïdites a été réalisé sous microscope et comporte une marsupialisation large de la paroi antérieure du sinus après résection de la queue du cornet moyen. L'orifice naturel du sphénoïde n'est jamais visible, l'aspect réalisé au niveau de la surface sphénoïdale est soit celui d'une suppuration isolée soit celui d'une truffe, soit un polype de la surface sphénoïdale soit les deux.

La morbidité du traitement a été presque nulle en dehors de la nécessité de soins locaux post-opératoires élémentaires prolongés en raison du caractère chronique des suppurations (peut être lié à la technique opératoire).

L'évolution post-chirurgicale est dans l'ensemble très favorable notamment sur les céphalées dont la disparition est obtenue constamment, dans un délai variable de 1 jour à deux mois. La disparition des suppurations est plus lente mais constante dans un délai de 2 à 6 mois. Concernant les complications méningées, au nombre de 2, la guérison a été obtenue et localement et sur le plan méningé dans les 2 cas. Les complications oculomotrices ont un avenir plus réservé avec une récupération totale dans 5 cas sur 7, une récupération partielle dans deux cas sur 7. Le délai moyen d'obtention de cette récupération est de six mois.

DISCUSSION

1. Sur l'âge

Un seul patient a présenté une sphénoïdite compliquée en l'occurrence de méningite avant l'âge de 20 ans. 13 patients sur 22 ont plus de 50 ans et 9 sur 22 plus de 60 ans. Cette constatation est retrouvée par Y. F. Cudennec et Coll. L'âge moyen dans notre série est de 50 ans, ce qui est comparable aux constatations de R. Häusler et Coll., donnant un âge moyen de 43 ans chez 23 patients âgés de 14 à 73 ans. Cet âge s'oppose à celui des sinusites antérieures compliquées.

2. Sur le sexe

Les femmes représentent 70 % de notre série, ce qui concorde parfaitement avec les données de la littérature.

Cette prédominance féminine est peut être liée à des rapports plus étroits avec les éléments nobles du fait de la faiblesse plus grande des parois osseuses du sinus sphénoïdal chez la femme.

3. Sur le côté atteint

L'atteinte unilatérale est prédominante dans 90 % des cas. Ces résultats sont comparables à ceux de R. Häusler et Coll. avançant le chiffre de 91 % et à ceux de Y. F. Cudennec qui donne celui de 73 %.

Cette atteinte unilatérale se fait souvent à gauche comme cela a été signalé par la plupart des auteurs, dans notre série, 70 % des cas.

Il est difficile de rattacher cette constatation à une autre notion que celle de la prévalence embryologique des sinus gauches sur les droits (?).

4. Type de complications

Les complications les plus fréquentes sont neurologiques et au premier chef à type de *céphalées chroniques*. Ces céphalées sont isolées dans 35 % de cas de notre série. Elles proviennent de services de neurologie où la céphalée a habituellement été tardivement attribuée au sphénoïde.

Une simple méatotomie sphénoïdale suffit le plus souvent pour obtenir rapidement la disparition complète des céphalées.

Selon la littérature, la céphalée est retrouvée dans les manifestations cliniques des sphénoïdites dans 80 % des cas. Dans notre série, elle représente 75 % des cas.

Les *ophtalmoplégies* étaient représentées dans notre série par 4 atteintes isolées de la sixième paire, une paralysie associée de la sixième, de la quatrième et de la troisième paires, et à deux reprises une atteinte associée du VI et du trijumeau.

La prédominance des paralysies du VI est signalée par tous les auteurs, de même que celle de la cinquième paire.

Parmi les hypothèses physiopathologiques qui expliquent la prépondérance de cette atteinte, seule celle qui met en avant la position anatomique particulière du VI au milieu d'un paquet veineux et l'importance d'un processus thrombophlébitique nous paraît devoir être retenue.

Les *complications méningo-encéphaliques* sont dominées par les méningites bactériennes dont nous n'avons observé que deux cas révélateurs de la sphénoïdite. Il s'agissait pour un cas d'une méningite à pneumocoque alors que dans l'autre cas aucun germe n'a pu être identifié.

Dans la littérature, ces méningites représentent 40 % des complications endocrâniennes.

5. Pathogénie et physio-pathologie

Le primum movens reste difficile à discerner. Dans la plupart des cas, seule la notion d'une sinusite postérieure séquelle d'une pansinusite, épidémique ou non, peut être évoquée. Dans certains cas, les facteurs pathogéniques probablement sous estimés sont clairement démontrés, tel

le reflux gastro-oesophagien, l'intubation nasotrachéale ou les thérapeutiques peu ou prou immuno-suppressives (par exemple la Disulone qu'une de nos patientes a été amenée à arrêter pour obtenir la sédation de la suppuration). Sur le plan physiopathologique le mécanisme veineux recueille l'assentiment de la plupart des auteurs et impose probablement d'être pris en compte au titre de la thérapeutique.

6. Formes étiologiques

L'étiologie est essentiellement infectieuse pour 85 % des cas dont 60 % d'infection bactérienne (14 cas sur 23) et 25 % d'infection mycotique (6 cas).

La *bactériologie* retrouve à six reprises du staphylocoque doré, à trois reprises du streptocoque dont deux streptocoques *Pneumoniae* et un streptocoque bêta-hémolytique, à deux reprises l'*Haemophilus Influenzae*. *Escherichia coli* est retrouvé une fois, *Pseudomonas Aeruginosa* deux fois. Les germes ont été retrouvés associés dans 5 cas. Compte tenu de la tranche d'âge considérée, supérieure à 50 ans, la bactériologie de ces infections focales se rapproche de celle des rhinosinusites chroniques tout venant avec une prédominance de germes Gram-.

L'*étude mycologique* nous a permis de mettre en évidence une infection à *Aspergillus fumigatus*, l'autre à *Aspergillus flavus* et enfin une mycose à *Scedosporium apiospermum*.

Trois cas de mycose suspectés sur des caractéristiques macroscopiques, n'ont été confirmés que par l'anatomopathologie et non identifiés en culture. L'examen anatomopathologique a permis par ailleurs la mise en évidence de l'origine d'un hématome sous pression du sphénoïde en l'occurrence une dysplasie fibreuse en poussée hémorragique.

Dans 3 cas aucune étiologie particulière n'a été découverte, le sinus apparaissant en dehors d'un orifice non visible pratiquement sain, l'ouverture du sinus

provoquant la sédation instantanée de la sémiologie (l'image d'opacité sphénoïdale présente sur le scanner per-opératoire n'est donc pas retrouvée).

CONCLUSION

La sphénoïdite inflammatoire non tumorale compliquée réalise volontiers une infection bactérienne ou mycotique du sphénoïde gauche qui touche essentiellement la femme au-delà de 50 ans. Ses complications sont bien traitées par la simple méatotomie et des soins locaux prolongés. Le rôle du reflux gastro-oesophagien de l'intubation nasotrachéale ou plus rarement d'une certaine immuno-déficience doit toujours être envisagée.

Enfin, il faut se rappeler que la sphénoïdite représente davantage que le sphénoïde, ce dont témoignent les atteintes oculomotrices dont le pronostic est mitigé.

Bibliographie

1. CUDENNEC YF, MAURIN JF, PONCET JL, RONDET Ph, N'GUYEN T, BUFFE P. Aspergillose sphénoïdale isolée révélée par une neuropathie optique. *REV LARYNGOL OTOL RHINOL.* 1990;111,3:227-230.
2. DALE BAB, MACKENZIE IJ. The complications of sphenoid sinusitis. *J. LARYNG.* 1993;97,7:661-670.
3. FINKELSTEIN R, HONIGMAN S, DORON Y, et BRAUN Y. Sphenoid sinusitis presenting as chronic meningitis. *EUR. NEUROL.*, 1986;25,3:183-187.
4. MATHOT E, SEGAL A, FAVRE R, ROGER J, DUCASSE A. Paralysie du VI révélatrice de sinusite sphénoïdale. *BULL. SOC. OPHT. FRANCE.* 1987;87,7-8:933-934.
5. TERRACOL J, ARDOUIN P, TRUFFERT P, et VILAR FIOL. Anatomie des fosses nasales et cavités annexes. *Maloine Publications*, 1965.
6. HAUSLER R, BUVELOT JM. La sinusoscopie sphénoïdale. *REV LARYNGOL OTOL RHINOL.* 1991;112,5:459-462.

AGENDA DES COURS

XIIes JOURNEES DE RHINOLOGIE PRATIQUE DE MELUN - VIDÉO-CHIRURGIE ENDONASALE : QUOI DE NEUF AUJOURD'HUI

Melun, les 8-9-10 Octobre 1997

Organisé par Vincent Bouton

Avec la participation de Jacques Sanson (Tomodensitométrie), Philippe d'Ornano (Anesthésiologie), Corine Bouton (Secrétariat et Chirurgie), M. Louise Guerre (Scintigraphie dynamique).

Nombre limité : 10 participants

Frais d'inscription : 2 150 Frs

Renseignements et inscriptions : Dr V. Bouton, Association Sinus, 390 avenue du Général Leclerc, 77190 Dammarie les Lys, France. Tel. 0164370824 - Fax. 0164370936.

COURS DE VESTIBULOMETRIE CLINIQUE

Strasbourg, du 23 au 25 Octobre 1997

Organisé par A. Gentine, A. M. Eber, L. Paira

Avec la participation de J. P. Sauvage

Enseignement s'adressant aux médecins spécialistes ORL et neurologues qui s'intéressent à l'exploration de la fonction vestibulaire.

Comprend : exposés théoriques, séances de travaux pratiques, manipulations et interprétations ENG-VNG.

Nombre de participants limité.

Frais d'inscription : 3 500 Frs

Renseignements et inscriptions : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Mme Prévot, Secrétariat du Cours de Vestibulométrie Clinique, Service ORL, 1 place de l'Hôpital, BP 426, F-67091 Strasbourg Cédex. Tel. 0388116828.