



Cas Clinique

Papillome Inversé du Sinus Maxillaire Droit avec Extension Sous-Durale et Orbitaire: A Propos d'un Cas

Inverted Papilloma of Right Maxillary Sinus with Subdural and Orbital Extension : A Case Report

Esthelle Geneviève Stephanie Minka Ngom^{1,2}, Florent Dimitri Badang², Louise Mouangué-Mbonjo², Meyebe Eteme Bernadin Thibaud³, Louis Richard Njock^{1,2}, Ahmadou Njifou Njimah^{2,4}

Affiliations

1. Unité Oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Général de Douala
2. Faculté de Médecine et des Sciences pharmaceutiques, Douala
3. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé
4. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Dschang

Auteur correspondant :

Geneviève Stephanie Minka Ngom

Tel: +237699884178

Email : esthelleminka@yahoo.fr

Mots clés : Papillome inversé, sinus maxillaire, extension sous durale

Key words: Inverted papilloma, Maxillary sinus, Extension, Subdural

RÉSUMÉ

Le papillome inversé est une tumeur épithéliale bénigne dont la particularité est son extension dans le stroma sous-jacent de la cavité nasale et des sinus paranasaux. Nous décrivons une présentation rare d'un papillome inversé impliquant les cavités nasosinusiennes droites avec une extension sous-durale et orbitaire chez un patient de 47 ans venu consulter pour douleur et l'obstruction nasale. Des interventions diagnostiques et thérapeutiques ont été réalisées pour gérer ce cas de manière multidisciplinaire. Une tomodensitométrie (TDM) a révélé une masse dans le sinus maxillaire droit, soufflant la paroi intersinuso-nasale et s'étendant dans le cavum en arrière, dans le vestibule nasal en avant avec une déviation de la cloison nasale vers la gauche. Le scanner avait également montré une extension sous-durale et des signes d'invasion de l'orbite droite. Une excision chirurgicale de la masse a été réalisée par une double équipe, comprenant des oto-rhino-laryngologistes et des neurochirurgiens. L'évolution postopératoire avait été marquée par une amélioration de l'obstruction nasale, des douleurs faciales et la persistance de la cécité.

ABSTRACT

Inverted papilloma is a benign epithelial tumor with the particularity of extending into the underlying stroma of the nasal cavity and paranasal sinuses. We describe a rare presentation of an inverted papilloma involving the right nasal sinuses with subdural and orbital extension in a 47-year-old patient who presented with nasal pain and obstruction. Diagnostic and therapeutic interventions were performed to manage this case in a multidisciplinary manner. A computed tomography (CT) scan revealed a mass in the right maxillary sinus, protruding into the intersinus-nasal wall and extending into the posterior nasal cavity, in the anterior nasal vestibule with deviation of the nasal septum to the left. The scan also showed subdural extension and signs of invasion of the right orbit. Surgical excision of the mass was performed by a dual team, including otorhinolaryngologists and neurosurgeons. The postoperative course was marked by improvement in nasal obstruction, facial pain, and persistent blindness.

INTRODUCTION

Le papillome inversé est une tumeur épithéliale bénigne dont la particularité est son extension dans le stroma sous-jacent de la cavité nasale et des sinus paranasaux. Son caractère invasif et son association avec des tumeurs malignes sont bien connus et décrits dans la littérature. Il s'agit d'une tumeur bénigne rare dont l'incidence est de 0,6 cas/100 000 personnes par an. Elle représente 0,5 à 4 % de toutes les tumeurs nasales primaires (1). Elle prend généralement naissance dans la paroi nasale latérale, dans le méat moyen, et s'étend souvent aux sinus ethmoïdaux et maxillaires. Dans les cas avancés, une croissance intracrânienne peut se produire, même si cela est rare. Nous rapportons le cas d'un papillome inversé

des cavités nasales avec extension sous-durale et orbitaire.

OBSERVATION

Un homme de 47 ans s'est présenté avec une douleur faciale associée à une obstruction nasale évoluant depuis deux ans. La douleur prédominait la nuit et l'obstruction nasale, initialement du côté droit, s'est étendue à la fosse nasale gauche. Au cours de sa maladie, le patient s'est plaint d'une masse dans la narine droite. Il a également décrit une baisse de l'acuité visuelle à droite sans douleur oculaire, associée à une déformation du visage et à une épistaxis spontanément résolutive. À l'examen physique, l'hémiface droite était déformée avec des tuméfactions dans la région frontale, sus-orbitaire et sous-orbitaire, une exophtalmie droite et un télécanthus. La rhinoscopie

antérieure a révélé une masse rosâtre de consistance plutôt ferme, saignant au contact. Il y avait également une déviation septale vers la gauche, avec une imperméabilité presque complète de la fosse nasale gauche et une imperméabilité droite complète (**fig.1**).



Figure 1. Aspect préopératoire du patient avec exophtalmie droite et le télécanthus.

Le patient respirait par la bouche et ne présentait aucun signe de détresse respiratoire. L'examen ophtalmologique avait révélé une cécité du côté droit. Une tomодensitométrie (TDM) a révélé une masse dans le sinus maxillaire droit, soufflant la paroi intersinus-nasale et s'étendant dans le cavum en arrière, dans le vestibule nasal en avant avec une déviation de la cloison nasale vers la gauche (**Fig 2,3**).



Figure 2. Aspect tomодensitométrique de la lésion avec l'extension crânienne de la tumeur.

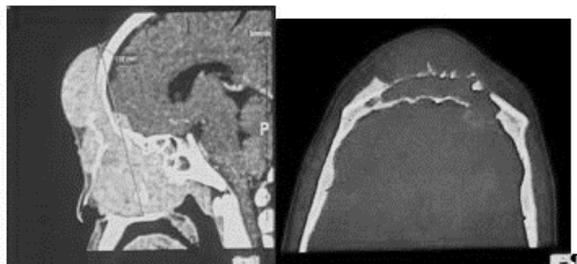


Figure 3. Aspect tomодensitométrique de la lésion avec la lyse de l'os frontal.

La masse s'étendait au sinus ethmoïdal, au sinus frontal, avec un aspect soufflé du cortex osseux de ses tables externes et internes. Le scanner avait également montré une extension sous-durale et des signes d'invasion de l'orbite droite. La masse mesurait 11,6 cm * 5,31 cm. Le rapport anatomopathologique est revenu en faveur d'un

papillome inversé de la fosse nasale droite après biopsie, et la maladie a été classée au stade IV selon Krouse. Une excision chirurgicale de la masse a été réalisée par une double équipe, comprenant des oto-rhino-laryngologistes et des neurochirurgiens. Nous avons abordé la tumeur par rhinotomie latérale et ouverture bicoronale. Après l'ablation de la tumeur, nous avons réalisé une plastie durale et une exclusion du sinus frontal (**Fig 4**).



Figure 4. Aspect J7 post-opératoire

La pièce opératoire a été envoyée en anatomopathologie qui a confirmé la présence d'un papillome bénin. L'évolution postopératoire avait été marquée par une amélioration de l'obstruction nasale, des douleurs faciales et la persistance de la cécité.

DISCUSSION

Le papillome inversé est un néoplasme bénin provenant de l'épithélium de Schneider, dérivé de l'ectoderme, qui tapisse les voies nasales et les sinus paranasaux. L'extension intracrânienne en l'absence de transformation maligne représente une variante rare de cette tumeur (1,2). En outre, la maladie intracrânienne est également unique en ce sens qu'elle touche principalement les femmes, avec un rapport homme/femme de 1 :1,6 dans les rapports de cas. Elle est également plus fréquente chez les patients présentant des récurrences (3). Les symptômes les plus courants du papillome inversé sont l'obstruction nasale unilatérale, l'épistaxis, l'écoulement nasal et la pression ou la douleur sinusale. Lorsque ces symptômes sont associés à une exophtalmie ou à des convulsions, on pense à une extension intracrânienne de la maladie. L'étude tomographique et l'imagerie par résonance magnétique du massif facial sont utiles pour déterminer l'étendue de l'invasion tumorale et planifier la chirurgie (4). Néanmoins, l'examen clinique combiné au scanner permet d'évoquer le diagnostic de papillome inversé et de préciser l'étendue de la maladie, même en l'absence d'IRM (5). La prise en charge du papillome inversé doit tenir compte de trois paramètres inhérents à cette affection : son agressivité locale, sa tendance à la récurrence et le risque de carcinogenèse. Afin de gérer efficacement ces trois caractéristiques inhérentes, l'excision doit être aussi étendue que possible, que ce soit par endoscopie ou par voie externe (3-5). En raison de cette exigence, des complications liées à la procédure chirurgicale peuvent survenir. Dans notre cas, une dacryocystite a été constatée au cours de la période post-opératoire. Le choix de l'approche chirurgicale dépend de plusieurs paramètres : l'expérience du chirurgien, la

présentation clinique, l'étendue de la tumeur, la taille de la tumeur et les moyens techniques. L'approche endonasale guidée par endoscopie est la nouvelle technique adoptée depuis les années 1990 et représente le gold standard (6,7). Cependant, ses limites ont été décrites en cas d'extension aux sinus frontaux et maxillaires, où le taux de récurrence serait de 70% (8,9). Cependant avec le développement technique et technologique, certains auteurs rapportent aujourd'hui des taux de récurrence de l'ordre de 15,3% indépendamment de la localisation de la tumeur (7). Plusieurs auteurs s'accordent à dire que l'excision crânio-faciale est la meilleure approche pour les patients présentant une extension intracrânienne. Le suivi des patients opérés d'un papillome inversé doit être long, sur un minimum de cinq ans, incluant une évaluation endoscopique des cavités naso-sinusiennes, compte tenu de la notion de récurrence observée dans cette pathologie (4).

CONCLUSION

Les papillomes inversés avec envahissement crânien représentent une variante unique et rare de papillome inversé. La résection crânio-faciale a démontré son efficacité en termes d'élimination complète de la maladie intracrânienne. La résection endoscopique de la tumeur est le traitement standard du papillome inversé. Néanmoins, dans les cas d'extension crânienne, l'excision crânio-faciale reste l'approche la plus populaire. Le suivi postopératoire est crucial dans cette pathologie, étant donné le taux élevé de récurrence.

Conflits d'intérêt

Aucun

Remerciement

A tout le personnel du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital général de Douala.

Financement

Aucun

RÉFÉRENCES

1. Ringertz N. Pathology of malignant tumors arising in nasal and paranasal cavities and maxilla. *Acta Otolaryngol Suppl Stockh.* 1938;31-42.
2. Snow J, Wackym PA. *Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery.* 17 ed. Pmph USA: Shelton; 2009.
3. Wright E, Chernichenko N, Ocal E, Moliterno J, Bulsara K, Judson B. Benign Inverted Papilloma with Intracranial Extension: Prognostic Factors and Outcomes. *Skull Base Rep.* nov 2011;1(02):145-50.
4. Pietrantonio AD, Asmus H, Ingrassia C, Brennan W, Schulz J, Carballo L. de caso y revisión bibliográfica. 2018;9.
5. Ndiaye M, Ndiaye C, Diouf MS, Sarr NO, Sy A, Ndiaye M, et al. Papillome inversé: à propos de 13 cas au Service d'Oto-Rhino-Laryngologie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann. *Pan Afr Med J [Internet].* 4 oct 2019 [cité 10 janv 2024];34. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/34/71/full/>
6. Lisan Q, Laccourreye O, Bonfils P. Papillome inversé naso-sinusal : du diagnostic au traitement. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale.* nov 2016;133(5):304-9.
7. Yu S, Grose E, Lee DJ, Wu V, Pellarin M, Lee JM. Evaluation of inverted papilloma recurrence rates and factors associated recurrence after endoscopic surgical resection: a retrospective review. *J Otolaryngol - Head Neck Surg.* 27 avr 2023;52(1):34.
8. David, M. E., François, D., Dalil, A. B., Antoine, B. S., Yves Christian, A. N., Meva'a Biouélé, R. C., Léonel Christophe, A., Emmanuel, C. N., & Louis Richard, N. (2021). La Chirurgie Endoscopique Endonasale À Yaoundé. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 22(12). <https://doi.org/10.5281/hsd.v22i12.2825>
9. Krouse JH. Endoscopic treatment of inverted papilloma: Safety and efficacy. *Am J Otolaryngol.* mars 2001;22(2):87-99