

Cas Clinique

Volumineuse Mucocèle Fronto-Ethmoïdale à Extension Orbitaire : à Propos d'un Cas Clinique

Massive fronto-ethmoidal mucocele with visual and aesthetic complications

Ille S, Timi N, Hassane Ali M, Garba I, Dan Sono A

¹ Service ORL/Hôpital National de Niamey (Niger)

² Service d'Ophthalmologie/Hôpital National de Niamey (Niger)

Auteur correspondant : Dr Ille salha, service ORL à l'hôpital national de Niamey (Niger) ; Cel : 0022796097696/0022791826195 ;

E-mail : ille_salha07@yahoo.fr

ABSTRACT

The authors report a case of bulky left fronto-ethmoidal mucocele with visual and aesthetic complications (low left visual acuity estimated at 4/10, ipsilateral exophthalmos, swelling and deformation of the left orbital region); supported at the ENT department of the national hospital in Niamey (Niger). The CT showed a fronto-ethmoidal mucocele left with inferior and lateral displacement of the eyeball of the midline, elevation of the upper left orbital rim. A surgical approach through eyebrow route allowed the excision of the cyst, and the reopening of the nasofrontal canal. The evolution was good, with regression of visual disorders, and a return to anatomical position of the left orbital region. The authors discuss the management difficulties in case of orbital extensions along with the cosmetic sequelae.

KEYWORDS: Mucocele fronto-ethmoidal; Orbital complications; Surgery; Niger

INTRODUCTION

Les mucocèles fronto-ethmoïdales sont des formations pseudokystiques, expansives, d'évolution lente, qui se développent au sein des cavités sinusiennes ethmoïdale et frontale [1]. Malgré leur bénignité histologique, les mucocèles fronto-ethmoïdales ont un potentiel agressif vis à vis de l'orbite ; responsable de plusieurs complications orbitaires. Ces complications redoutables peuvent menacer directement le pronostic fonctionnel de l'œil (baisse de l'acuité visuelle ou cécité) ; mais aussi posent le problème esthétique au patient (refoulement du globe oculaire, exophtalmie, déformation du visage) [2]. La chirurgie est le traitement de choix des mucocèles, et consiste à l'exérèse du kyste et au drainage du sinus causal.

Nous rapportons un cas de volumineuse mucocèle fronto-ethmoïdale à extension orbitaire. A travers ce cas clinique nous décrivons le préjudice esthétique et fonctionnel de l'extension orbitaire de la mucocèle, les aspects scanographiques, et les résultats de l'abord microchirurgical.

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent un cas de volumineuse mucocèle fronto-ethmoïdale gauche avec complications visuelles et esthétiques (baisse de l'acuité visuelle gauche estimé à 4/10, exophtalmie homolatérale, tuméfaction, et déformation de la région orbitaire gauche) ; pris en charge au service d'ORL de l'hôpital national de Niamey (Niger). La tomodynamométrie a mis en évidence une mucocèle fronto-ethmoïdale gauche avec refoulement en bas et en dehors du globe oculaire d'environ 28 mm de la ligne médiane, élévation de 10 mm du rebord orbitaire supérieur gauche. Un abord chirurgical par voie sourcilière a permis l'exérèse de ce kyste, et la reperméabilisation du canal nasofrontal. L'évolution a été favorable avec une régression des troubles visuels, et un retour en position anatomique de la région orbitaire gauche satisfaisant. A partir d'une revue de la littérature ; ils décrivent les difficultés de prise en charge des extensions orbitaires ainsi que les séquelles cosmétiques.

MOTS CLES: Mucocèle fronto-ethmoïdale ; Complications orbitaires ; Chirurgie ; Niger.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 55 ans, éleveur nomade, sans antécédents sinusiens particuliers ; référé du service d'ophtalmologie pour prise en charge d'une tumeur fronto-ethmoïdale gauche, refoulant le globe oculaire homolatéral, évoluant depuis 8 mois. La symptomatologie clinique était marquée au début par une douleur fronto-orbitaire gauche, obstruction nasale homolatérale, trouble visuel, larmoiement, et baisse progressive de l'acuité visuelle gauche, une voussure frontale, puis canthale interne gauche, avec refoulement progressif du globe oculaire en bas et en dehors. Les épisodes douloureux localisés à la tuméfaction, ont justifié une consultation et un traitement médical (association amoxicilline-acide clavulanique ; antalgique ; anti-inflammatoire) par un médecin généraliste.

L'examen ORL à l'admission a mis en évidence une tuméfaction fronto-ethmoïdale gauche refoulant le

globe oculaire en bas et en dehors, de consistance molle, non battante, et sans signe inflammatoire en regard (figure 1).



Figure 1 : Mucocèle fronto-ethmoïdale gauche, vue de face (1er jour de la consultation ORL)

La rhinoscopie antérieure retrouve une hypertrophie du cornet inférieur gauche et pus au niveau du méat moyen. La fosse nasale gauche était normale. Il n'y a pas d'adénopathies cervicales cliniquement palpables. Le reste de l'examen ORL était sans particularité. L'examen ophtalmologique objectivait une exophtalmie gauche, une baisse de l'acuité visuelle gauche estimée à 4/10. L'œil gauche était normal. Le scanner de l'orbite gauche avec injection et reconstruction a conclu à : une mucocèle fronto-ethmoïdale gauche avec refoulement en bas et en dehors du globe oculaire d'environ 28 mm de la ligne médiane, élévation de 10 mm du rebord orbitaire supérieur gauche refoulant (figure 2). L'IRM n'étant pas disponible.



Figure 2 : Aspect TDM de la tumeur sur une reconstruction coronale antérieure du crâne.

Une voie externe (voie sourcilière) a alors été réalisée à des fins d'exérèse du kyste. A l'exposition, découverte d'une cavité remplie d'un liquide, gluant, jaunâtre et dont la culture était stérile à l'examen cyto bactériologique. A l'aide d'optique 30°, mise en évidence d'une lyse quasi-totale de la table externe du

sinus frontal gauche, exposant la cavité sinusienne, la table interne étant intacte (figure 3). La reperméabilisation et drainage du canal nasofrontal a été aussi réalisée. Les suites opératoires étaient simples, le recul à 3 mois est satisfaisant, sans récurrence (figure 4).

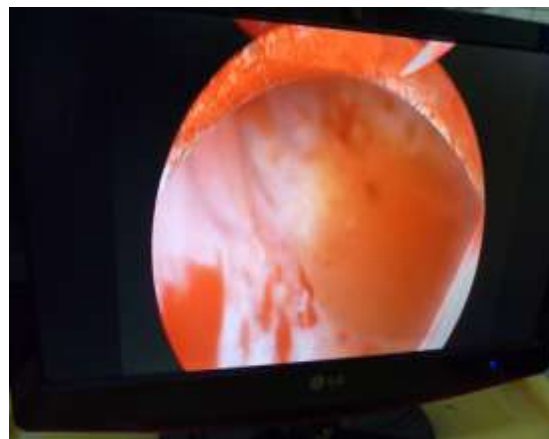


Figure 3 : Aspect per opératoire exposant la lyse de la table externe du sinus frontal gauche.



Figure 4 : Image du patient à 3 mois post-opératoire

DISCUSSION

Les complications et extension vers l'orbite des mucocèles fronto-ethmoïdales représentent le mode d'expression clinique le plus courant des mucocèles fronto-ethmoïdales [3,4]. Dans la série de Devars Du Maye et al [2], elles sont rapportées dans 28 % des cas. Ces complications orbitaires sont graves. Cette gravité est liée à l'atteinte oculaire : compression du nerf optique, atteinte au niveau de l'apex orbitaire des nerfs crâniens, paralysie oculomotrices, atteinte du chiasma optique [1]. Le déficit le plus fréquemment rencontré est la perte progressive de la vision par neuropathie optique compressive [5].

Dans notre cas clinique, les complications oculaires étaient une baisse de l'acuité visuelle, une exophtalmie. Des complications à type d'amaurose, de paralysie oculomotrice, d'une altération du champ visuel ont été rapportées dans la littérature [6]. Notre observation est caractéristique du fait de la compression importante de

l'œil, du volume important de la mucocèle fronto-ethmoïdale, et de la déformation du visage du patient. Pourtant, l'évolution des techniques d'imagerie (TDM et IRM) permet actuellement un diagnostic précis et précoce, pouvant parfois précéder l'apparition de la symptomatologie clinique ou des complications. De nos jours, particulièrement en Afrique, le diagnostic des mucocèles au stade des complications gravissimes, comme c'est le cas de notre patient, dénote d'une consultation tardive. Les patients ne consultent qu'au stade de déformation du visage.

La chirurgie reste toujours le mode de traitement par excellence de la mucocèle. Il y a essentiellement 2 voies d'abord : les voies externes, et la voie d'abord endonasale ou chirurgie endoscopique par voie endonasale [7]. Bien que la chirurgie endoscopique endonasale était préférée par certains auteurs [8,9] ; il n'en demeure pas moins que la voie endonasale présentait des limites certaines dans les formes latérales de mucocèle, dont l'exposition complète par cette voie saurait difficile. La voie endonasale présente des limites certaines telles une marsupialisation insuffisante, sources de synéchies et de récurrences [10].

Pour notre part, nous avons opté pour une voie externe (voie sourcilière) qui nous offrait un contrôle satisfaisant des différents gestes à pratiquer, une suite opératoire simple, un retour en position anatomique satisfaisant de la région orbitaire, et une acuité visuelle gauche estimée à 7/10. Le retour en position anatomique des organes refoulés est habituel dans les minutes ou heures qui suivent l'intervention des mucocèles extensives. Une plastie est nécessaire en cas de lyse du squelette de l'orbite [1]. En dehors des complications opératoires inhérentes à toute chirurgie de cette région ; la complication spécifique se résume à la récurrence de la mucocèle. Pour notre cas, le recul était à 3 mois sans récurrence. Il a été d'au minimum 4 ans selon Devary du Mayne et coll [2]. Le recul paraît insuffisant pour juger de l'évolution dans notre cas ; car les mucocèles des sinus para-nasaux peuvent récidiver plusieurs années après cure chirurgicale. Ce suivi post-opératoire parfois court dénote de la difficulté à suivre les malades en Afrique, une fois opérés [11]. Les risques de récurrence sont clairement établis. Le taux de récurrence varie selon les auteurs de 3 à 35% [12,13]. Dans tous les cas la surveillance doit être aussi prolongée que possible pour détecter les récurrences des mucocèles nasosinusiennes.

CONCLUSION

La mucocèle fronto-ethmoïdale est une affection bénigne, et grave. La chirurgie est le traitement de référence. La localisation de la mucocèle guide sur le choix de la voie d'abord chirurgicale. Les voies externes restent indispensables pour un meilleur contrôle de la mucocèle géante à extension orbitaire.

REFERENCES

- [1] Klossek JM, Dufour X, Ferrie JC, Fontanel JP. Pneumosinus dilatans et mucocèles des cavités nasosinusiennes. *Encyclo Méd Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhinolaryngologie*, 20-465-A-10, 2005, 8 p.
- [2] Devary DU, Mayne M, Moya-plana A, Malinvaud D et coll. Mucocèles des cavités nasosinusiennes : Histoire naturelle et fréquence des récurrences à long terme. *Annales Françaises d'Oto-Rhino-Laryngologie et de pathologie cervico-faciale* 2012 ; 129(3) :153-158.
- [3] Zainine R, Loukil I, Dhanadi A, Besbes G et coll. Complications ophtalmologiques des mucocèles rhino-sinusiennes 2014 ; 37(2) :93-98.
- [4] Randriamora JTM, Andrianicana H, Karivomanana H, Rakoto F. Volumineuse mucocèle frontale à extension orbito-palpébrale. *Journal Français d'ophtalmologie* 2005 ; 28(1) :55-58.
- [5] Loo JL, Looi AL, Seah LL. Visual outcomes in patients with paranasal mucocèles. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2009;25:126-129.
- [6] Loehrl TA, Leopold DA. Sphéno ethmoïdal mucocèle présentant avec une déficience visuelle bilatérale. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000; 109: 608-10.
- [7] Perié S, Sequert C, Cabanis J, Visot A, Kratinova D, Derome P et coll. Mucocèles frontales à extension orbitaire ou cérébrale: stratégie thérapeutique. *Ann Oto Laryngol Chir Cervicofac* 1996 ; 113 :384-391.
- [8] Conboy PJ, Jones NS. The place of endoscopic sinus surgery in the treatment of paranasal sinus mucocèles. *Clin. Otolaryngol* 2003; 23: 207-210.
- [9] Rombaux P, Bertrand B, Eloy P, Collet S, Daele J, Bachert C et al. Endoscopic endonasal surgery for paranasal sinus mucocèles. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2000; 54 : 115-22.
- [10] Momar BA, Abdourahmane T, Adil H, Aissata L et coll. Les mucocèles du sinus frontal en milieu neurochirurgical. A propos de 6 cas Dakarais. *African journal of neurological sciences* 2005; 24(2) :9p.
- [11] Ndiaye I, Diop EM, Diouf R, Ndiaye ND, Ndamang T et coll. Mucocèles du sinus frontal. A propos de 35 cas. *Dakar Médical* 1994 ;39 :143-147.
- [12] Arnaud B, Zaghoul K, Dupeyron G, Malrieu C. Mucocèle de l'ophtalmologie expression et traitement a propos de 46 cas. *Bull Soc Ophthalmol Fr* 1989; 89: 1221-4.
- [13] Beasley NJP, Jones NS. Paranasal sinus mucocèles: modern management *AJR* 1995; 9:251-56.