

QUIZ 2

Processus expansif du rocher

H. Jaafoura, A. BenYahia, N. Ben Moussa, M. Tbini, I. Riahi, R. Lahiani, M. Ben Salah
Service ORL et CCF. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

Faculté de Médecine de Tunis. Université Tunis El Manar

OBSERVATION

Patient âgé de 60 ans, hypertendu, consulte pour hypoa-cousie gauche avec acouphènes, évoluant depuis 6 ans. L'otoscopie a mis en évidence une excroissance osseuse comblant la quasi-totalité du conduit auditif externe (CAE)

droit, associée à des signes inflammatoires locaux. L'audiométrie montre une surdité mixte avec un seuil à 65 dB et un Rinne à 30 dB. L'examen de l'oreille controlatérale et le reste de l'examen ORL étaient normaux. Une tomodensitométrie des rochers a été réalisée (Fig 1, 2).

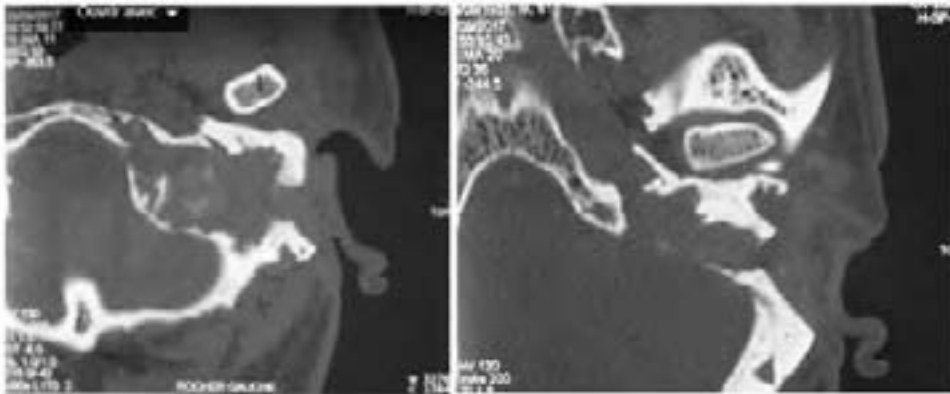


Figure (1) : TDM en coupe axiale en fenêtre osseuse

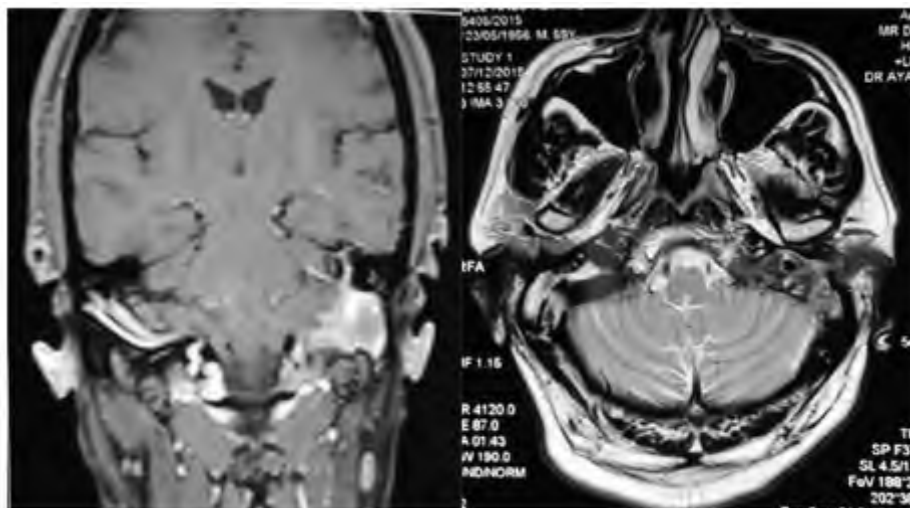


Figure (2) : IRM en coupe coronale et axiale

Quelle serait votre conduite ?

Auteur correspondant :
Adresse e-mail : hbib.jaafoura@gmail.com



REPONSE

La TDM des rochers montre une plage d'ostéolyse petro-occipitale gauche d'allure tumorale s'étendant de l'apophyse mastoïde au condyle occipital et à l'os tympanal.

Cet aspect nous a conduit à compléter par une IRM objectivant une lésion expansive ostéolytique tissulaire du rocher gauche en Hyposignal T1, hyper signal T2 et à rehaussement modéré hétérogène après injection de gadolinium.

Devant l'absence d'éléments caractéristiques de l'origine probable de cette tumeur, on a décidé d'opérer le patient. Il a eu une mastoïdectomie en technique fermée, avec extraction de la tumeur en laissant un reliquat au contact du dôme de la jugulaire, et alésage du CAE.

L'examen histologique a objectivé une lésion ostéofibreuse cadrant avec une dysplasie fibreuse.



Figure 1 : Vue peropératoire

DISCUSSION

La dysplasie fibreuse est caractérisée par le remplacement progressif des éléments osseux normaux par du tissu fibreux d'origine inconnue. L'âge moyen de l'atteinte est de 10 ans avec une progression des lésions tout au long de l'adolescence [1]. Il existe 3 Formes : monostotique, polyostotique ou dans le cadre du syndrome de McCune-Albright [2-4]. L'os temporal est atteint dans 18% des cas avec atteinte du conduit auditif externe dans 80% [5]. Cette atteinte peut provoquer une importante déformation faciale, des otalgies et une perte auditive due à la compression ou à la sténose du CAE. Un cholestéatome secondaire du conduit auditif externe peut se développer dans 40% des cas [6]. Une surdité neurosensorielle chez 14% à 17% des patients [7].

Le scanner peut montrer trois profils radiographiques compatibles avec le diagnostic : aspect en verre dépoli, lésions sclérosées et lésions kystiques [8,9].

Le choix thérapeutique dépend de plusieurs facteurs comme la vitesse de croissance, les dommages esthétique, la perturbation fonctionnelle, les préférences du patient et son état général. Un traitement chirurgical précoce est indiqué pour prévenir un cholestéatome secondaire lorsque la lésion implique l'os temporal latéral, provoquant une sténose ou une atrésie du méat auditif externe [10].

Le traitement non chirurgical pourrait augmenter l'incidence des complications dont le cholestéatome secondaire [10]. La radiothérapie n'est pas recommandée comme un choix optimal.

En raison des possibilités de récurrence, un suivi périodique s'impose clinique et radiologique.

REFERENCES

- 1- Megerian CA, Sofferman RA, McKenna MJ, et al. Fibrous dysplasia of the temporal bone: ten new cases demonstrating the spectrum of otologic sequelae. *Am J Otol* 1995; 16: 408-19.
- 2- Chee GH, Chen JM. Fibrous dysplasia of the temporal bone. *OtolNeurotol* 2002;23:405-6.
- 3- Ozbek C, Ygenc EA, Fidan F, et al. Fibrous dysplasia of the temporal bone. *Ann otolRhinolLaryngol* 2003;112: 654-6.
- 4- Lustig LR, Holliday MJ, McCarthy EF, et al. Fibrous dysplasia involving the skull base and temporal bone. *Arch Otolaryngol HeadNeck Surg* 2001;127:1239-47.
- 5- Song Jae-Jun, Jung Hak-Hyun, Lee Heung-Man. Monostotic fibrous dysplasia of temporal bone: report of two cases and review of its characteristics. *ActaOtolaryngol* 2005; 125:1126-9.
- 6- Brown EW, Megerian CA, McKenna MJ, et al. Fibrous dysplasia of

- temporal bone: imaging finding. *Am J Roentgenol* 1995;164: 679-82.
- 7- Papadakis CE, Skoulakis CE, Prokopolis EP, et al. Fibrous dysplasia of the temporal bone: report of a case and a review of its characteristics. *Ear Nose Throat J* 2000;79:52.
- 8- Lisle DA, Monsour PAJ, Maskiell CD. Imaging of craniofacial fibrous dysplasia. *AustralasRadiol* 2008;52:325-32.
- 9- Bousson V, Rey-Jouvin C, Laredo JD, Le Merrer M, Martin-Duverneuil N, FeydyA, et al. Fibrous dysplasia and McCune-Albright syndrome: imaging for positive and differential diagnoses, prognosis, and follow-up guidelines. *Eur J Radiol* 2014; 83: 1828-42.
- 10- Zanetti D, Gamba P. Cholesteatoma and fibrous dysplasia of the temporal bone: case report and review of the literature. *J Otolaryngol* 2007; 36: 59-63.