

## QUIZ 3

### Diagnostic d'une obstruction nasale unilatérale Diagnosis of unilateral nasal obstruction

H. Sayadi, K. Gnaba, A. Gdissa, M. Harzallah  
Service ORL et CCF. Hôpital Ibn El Jazzar. Kairouan.

#### OBSERVATION

Patiente âgée de 26 ans consulte pour obstruction nasale gauche apparue il y a 3 mois. Pas de notion de traumatisme ni de chirurgie nasale antérieure. Pas de signes neurologiques ni ophtalmologiques. A l'examen, présence

d'une formation régulière et rénitente obstruant la fosse nasale gauche. Le cavum était libre. Il n'y avait pas de bombement au niveau du palais ni de déformation faciale. Le reste de l'examen somatique était sans anomalies. Une TDM du massif facial a été réalisée (fig1,2).



Figure 1 : TDM en coupe coronale

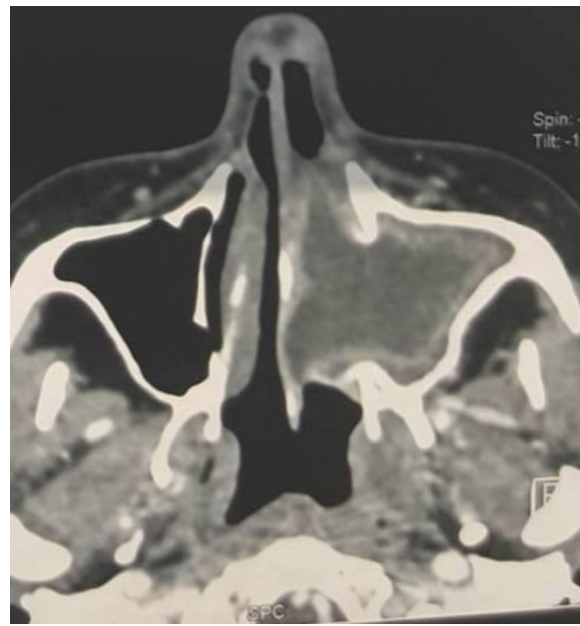


Figure 2 : TDM en coupe axiale

Quelle serait votre CAT ?



## REPONSE

La TDM du massif facial a objectivé un comblement maxillaire complet à centre liquidien avec épaissement muqueux en cadre. Il s'y associe une lyse de la paroi interne du sinus maxillaire, des cornets et moyen gauche avec comblement réactionnel des cellules ethmoïdales antérieures et du sinus frontal.

La patiente a été opérée, elle a eu une méatotomie moyenne large avec marsupialisation et évidement du contenu kystique. L'étude histologique a conclu à un kyste épidermoïde ou cholestéatome du sinus maxillaire. Les suites opératoires étaient simples sans récurrence avec un recul de 3 ans.

## DISCUSSION

Le cholestéatome des sinus paranasaux est une entité clinique rare. Il existe moins d'une trentaine de cas recensés dans la littérature [1]. Le premier cas a été décrit par Muller en 1838 [2]. La dénomination la plus appropriée étant kératome, kystocyste, kyste épidermoïde ou tumeur épidermoïde [3]. Le sinus frontal est la localisation la plus fréquente, suivi respectivement par l'ethmoïde et le sinus maxillaire [2]. La lésion était unilatérale dans tous les cas recensés. L'âge moyen était de 37,1 ans avec des extrêmes d'âge allant de 18 mois à 76 ans. Le sexe ratio est de 1,2 [4].

L'étiopathogénie est peu connue. Quatre théories ont été avancées: le développement du cholestéatome à partir de reliquats d'épithélium restées au cours de l'embryogenèse, ce mécanisme serait derrière l'apparition du cholestéatome congénital, la théorie de la métaplasie malpighienne, la théorie de la migration où l'épithélium malpighien aurait migré vers la cavité sinusienne et la théorie d'implantation où l'apparition de cet épithélium serait secondaire à un traumatisme ou à une chirurgie des sinus [5]

La symptomatologie fonctionnelle était dominée par l'obstruction nasale. On retrouvait également des algies faciales ou dentaires, une tuméfaction de la région naso-génienne, une rhinorrhée, des sinusites à répétition, un jetage posté-

rieur et des céphalées chroniques [4].

Il n'existait pas de signe pathognomonique à l'examen physique [4]. On pouvait ainsi retrouver une obstruction nasale complète [3] avec déviation septale vers le coté controlatéral [5], une rhinorrhée muco-purulente [4], une destruction de la cloison inter-sinuso-nasale surtout au niveau de la région du cornet moyen [7,8], une tuméfaction régulière au niveau du palais dur [5, 6,9] ou une fistule bucco-sinusienne [10].

La TDM du massif facial montrait dans la plupart des cas une formation homogène expansive de densité tissulaire ne se rehaussant pas au produit de contraste avec modifications osseuses (érosion, lyse et remodelage) [4, 6, 7].

L'IRM, quand elle est faite, montrait une lésion en hyposignal en T1 et en hypersignal en T2 [6].

L'étude histologique confirmait le diagnostic en montrant la présence d'un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur un stroma fibreux tapissant la paroi du kyste dont la lumière est remplie de lamelles et de débris de kératine [3,4] avec Ki-67 (+) et cytokératine(+) à l'immunohistochimie [3]. Le traitement reposait sur la chirurgie. La voie de Caldwell-Luc représentait le traitement de choix pour de nombreux auteurs [5,7-9], la voie endonasale trouve sa place en cas d'absence d'atteinte du plancher du sinus maxillaire, de destruction de la cloison inter-sinuso-nasale ou d'extension vers les structures de voisinage [4].

Les diagnostics différentiels sont les lésions non-tumorales telles que la mucocèle, la pyocèle, les kystes rétentionnels et les lésions tumorales telles que le papillome inversé, l'adénocarcinome, le méningiome, le chondrome, l'hémangiome [5,8].

L'exérèse doit être complète en raison du risque de récurrence ainsi que le risque de transformation maligne connu pour les kystes épidermoïdes de localisation buccale [6]. La revue de littérature ne montre cependant qu'un seul cas de récurrence au niveau du sinus frontal [4]. Certains cas de dégénérescence d'un cholestéatome du sinus frontal ont cependant été publiés [10].

## REFERENCES

- 1 - Hammami B., Mnejja A., Chakroun A., et al. Cholesteatoma of the frontal sinus. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2010; 127: 213-216
- 2- Puttamadaiah G.M., Vijayashree M.S., Viswanatha B., Kaur.J. . Cholesteatoma of Maxillary Sinus Mimicking Malignancy. *Research in Otolaryngology.* 2014; 3: 57-59.
- 3 - Jin H., Shin. JH., Kim KS. .Cholesteatoma of the maxillary sinus: what is the best surgical approach? *J Craniofac Surg.* 2016; 4 : 963-6.
- 4- Vaz, F. and et al. Congenital maxillary sinus cholesteatoma. *Int. J. Ped. Otorhinolaryngol.* 2000; 52:283-6.
- 5- chouhan M. et al. cholesteatoma of maxillary sinus mimicking a sinus tumour *AJCR.* 2011, 4 (2), 119-121
- 6 - Sakamoto Y., Baba T., Kouzu Y., Koike H., Kasamatsu A., Ogawara K.. A case of an epidermoid cyst arising in the maxillary

- sinus. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol* 2014; 26 : 228–31.
- 7 - Yağci AB., Kara CO., Karabulut N. et al. Horseshoe maxillary sinus: CT of a unique case with cholesteatoma. *Eur J Radiol Extra* 2003; 48(1):5-7.
- 8 - Sozansky J., Josephson JS. Cholesteatoma of the maxillary sinus: a case report and review of the literature. *Am J Otolaryngol* 2015; 36: 290–291
- 9- Sadoff, R.S. and Pliskin, A. Cholesteatoma (Keratoma) of the Maxillary Sinus: Report of a Case. *J Oral Maxillofac Surg*, 1989 :47, 873-876.
- 10- Maniglia AJ., Villa L. Epidermoid Carcinoma of the frontal sinus secondary to cholesteatoma. *Trans Sect Otolaryngol Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.* 1977; 84(1) : 112-5.