

Diagnostic inhabituel d'un comblement du sinus sphénoïdal

M. Ferjaoui ^(1,2), H. Guizani ⁽¹⁾, N. Bouaziz ⁽¹⁾, A. Elkorbi ⁽¹⁾, R. Boutatay ⁽¹⁾,
K. Harrathi ^(1,2), Kolsi N ⁽¹⁾, Koubaa J ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service d'Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir (Tunisie)

⁽²⁾ Laboratoire de Recherche LR18Sp08: Imagerie diagnostique et interventionnelle,
CHU Fattouma Bourguiba, Monastir (Tunisie)

Reçu: 31/01/2022; Révisé:23/02/2022; Accepté: 27/02/2022

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 66 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consulte pour une obstruction nasale gauche évoluant depuis 7 ans sans troubles de l'odorat ni épistaxis ni syndrome d'hyperréactivité nasale avec absence de signes otologiques associés. L'endoscopie nasale a mis en évidence une formation polypoïde issu du sphénoïde gauche, comblant la partie postérieure de la fosse nasale et qui se prolabe au niveau du cavum. La tomodensitométrie a montré une formation polypoïde comblant le sinus sphénoïdal (flèche rouge), de densité hétérogène s'étendant vers le méat moyen et la fosse nasale gauches et se prolabant au niveau du cavum à travers la choane gauche (figure 1).

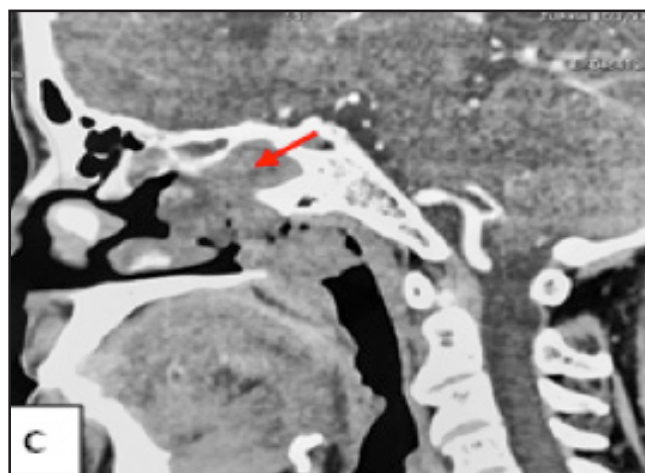
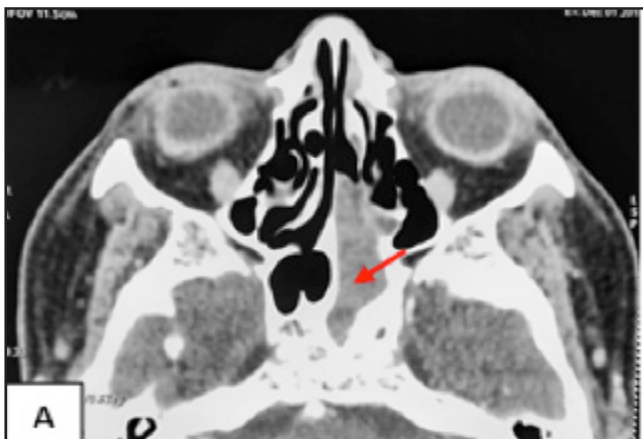


Figure 1: TDM du massif facial en coupes axiale (A), sagittale (C) et reconstruction coronale (B) qui montrent une formation polypoïde comblant le sinus sphénoïdal (flèche rouge), de densité hétérogène s'étendant vers le méat moyen et la fosse nasale gauches et se prolabant au niveau du cavum à travers la choane gauche

Quelle est votre conduite à tenir ?

REPONSE:

L'aspect endoscopique et scanographique était évocateur d'une polype sphéno choanal. Une sphénoïdectomie gauche par voie endonasale exclusive a été réalisée. Nous avons procédé à une exérèse quasi-totale de la formation polypoïde avec vérification de la vacuité des différentes parois du sinus sphénoïdal. L'examen anatomopathologique définitif a conclu à un papillome inversé (PI) sphénoïdal. Les suites opératoires immédiates étaient favorables. Un contrôle régulier aussi bien endoscopique que tomodensitométrique était préconisé pour cette patiente et nous n'avons pas objectivé de récurrences à 4 ans de suivi.

DISCUSSION

Le papillome inversé naît de façon exceptionnelle au niveau du sinus sphénoïdal [1]. A l'encontre d'autres localisations sinusiennes, le sinus sphénoïdal est inaccessible à l'endoscopie nasale ce qui explique le retard diagnostique [2]. Étant donné l'installation



insidieuse des symptômes au cours du papillome inversé, la localisation sphénoïdale est suspectée devant la présence des signes neurologiques, otologiques ou ophtalmologiques en association avec les signes nasosinusiens [2]. L'examen endoscopique montre une tumeur prenant un aspect lobulé de couleur grisâtre ou rosâtre, de consistance plus ferme qu'un polype inflammatoire, à surface irrégulière, réalisant l'aspect classique mûriforme ou en « chou-fleur » [3]. La tomodensitométrie du massif facial est le premier examen à demander, elle permet de préciser le siège du papillome inversé et d'évaluer son extension et rechercher une atteinte osseuse [4]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est demandée en seconde intention. Le traitement du PI est chirurgical. La voie endoscopique endonasale est la technique de choix dans les localisations sphénoïdales. Le but de l'exérèse totale et d'obtenir un examen anatomopathologique sur l'ensemble de la pièce notamment à la recherche d'un carcinome [5]. L'abord du sinus sphénoïdal est souvent fait par la voie d'une sphénoïdectomie endoscopique. L'abord par voie transpalatine ou par voie paralatéronasale a été rapporté par certaines équipes et dépendrait des extensions de la tumeur et de l'expérience de l'opérateur [6]. L'effondrement de la paroi antérieure du sinus doit être mené jusqu'à la paroi latérale et en inférieure jusqu'au plancher du sinus pour une meilleure exposition [7]. Si la tumeur envahit la partie médiale du sinus, la sphénoïdectomie endoscopique est indiquée avec possibilité de fraisage osseux de la paroi antérieure ou inférieure [8]. Si l'atteinte est située

au niveau du récessus latéral du sinus sphénoïdal, la résection tumorale complète est accomplie par la voie endonasale assistée d'un abord trans-ptérygoïdien endoscopique [8]. Notre patient a été traité par voie endoscopique exclusive sans fraisage de l'os sous-jacent en se basant sur la nature bénigne de la lésion et la possibilité d'une exérèse complète. Les principales complications se voient dans les voies externes et qui sont principalement les atteintes du nerf intra-orbitaire avec hypoesthésie ou anesthésie dentaire, les séquelles esthétiques occasionnées sont à type de rétractions cutanées liées à la perte osseuse [9]. La localisation sphénoïdale est susceptible de récurrence vu la difficulté d'exérèse complète et l'accessibilité au sinus [9]. La radiothérapie adjuvante est fortement recommandée en cas de carcinome associé sauf pour les petites lésions carcinomateuses focalisées lorsqu'une marge suffisante de muqueuse saine et d'os ont été réséqués [10]. Une surveillance clinico-radiologique rapprochée doit être instaurée afin de détecter à temps les récurrences et les possibles dégénérescences carcinomateuses. Il n'existe pas un consensus clair sur les modalités et la durée de surveillance. Pour de nombreux auteurs, elle est comprise entre trois et cinq ans au minimum. D'autres préconisent un suivi à vie [10].

Considérations éthiques:

Déclaration d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Déclaration de financement: Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.

REFERENCES:

1. Lawson W, Patel ZM. The evolution of management for inverted papilloma: an analysis of 200 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;140(3):330-5
2. Lisan.Q, Laccourreye.O, Bonfils.P. Sinonasal inverted papilloma: From diagnosis to treatment. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2016;133(5):337-41.
3. Eggers G, Mühling J, Hassfeld S. Inverted papilloma of paranasal sinuses. *J Craniomaxillofac Surg.* 2007;35(1):21-9.
4. Bhalla RK, Wright ED. Predicting the site of attachment of sinonasal inverted papilloma. *Rhinology* 2009; 47:345-8.
5. Oikawa K, Furuta Y, Oridate N. Preoperative staging of sinonasal inverted papilloma by magnetic resonance imaging. *Laryngoscope.* 2003;113(11):1983-7
6. John M DelGaudio, Seth H Evans, Steven E Sobol, Shatul L Parikh. Intracranial complications of sinusitis: what is the role of endoscopic sinus surgery in the acute setting. *Am J Otolaryngol.* 2010;(31):25-8.
7. Cho HJ, Kim JK, Kim K, Kim YS, Lee JG, Yoon JH. Endoscopic surgery for inverted papilloma originating from the sphenoid sinus and related clinical characteristics. *Acta Otolaryngol.* 2008; 128(10):1120-25
8. Dragonetti A, Gera R, Sciuto A, Scotti A, Bigoni A, Barbaro E, Minni A. Sinonasal inverted papilloma: 84 patients treated by endoscopy and proposal for a new classification. *Rhinology.* 2011; 49 (2):207-13.
9. Mirza S, Bradley PJ, Acharya A, et al. Sinonasal inverted papillomas: recurrence, and synchronous and metachronous malignancy. *J Laryngol Otol* 2007;121:857-64.
10. Strojjan P, Ferlito A, Lund VJ, et al. Sinonasal inverted papilloma associated with malignancy: the role of human papillomavirus infection and its implications for radiotherapy. *Oral Oncol.* 2012;48(3):216-8.