

Ostéochondrome solitaire du cornet moyen gauche traité par voie endoscopique endonasale

Solitary osteochondroma of the middle turbinate treated Via endoscopic approach

H. YOUNES¹, A. TALL¹, F. SENGHOR², ES. DIOM²

¹ Clinique ORL Lamine Sine DIOP, CHU de Fann, Dakar, Sénégal

² UFR des sciences de la santé de l'université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal

Reçu: 17 Aout 2021; Accepté: 17 septembre 2021; Publié en ligne: 31 Octobre 2021

RÉSUMÉ

Introduction: L'ostéochondrome représente la tumeur bénigne osseuse la plus fréquente. La localisation nasosinusienne est inhabituelle. Nous rapportons un cas exceptionnel d'ostéochondrome du cornet moyen, opéré par voie endoscopique endonasale.

Observation: Nous rapportons le cas d'une patiente de 23 ans se plaignant d'une obstruction nasale chronique gauche. Après une évaluation clinique et radiologique le diagnostic d'une tumeur bénigne du cornet moyen a été évoqué. L'exérèse a pu être réalisée par voie endonasale et l'histologie du spécimen est revenue en faveur d'un ostéochondrome.

Conclusion: L'ostéochondrome est une tumeur osseuse exceptionnelle au niveau nasosinusal. Le siège turbinale moyen n'a, à notre connaissance, jamais été rapportée.

Mots clés: Chirurgie endonasale; Ostéochondrome; Tumeur bénigne nasosinusienne

ABSTRACT

Introduction: Osteochondroma is the most common benign bone tumor. The sinonasal location is uncommon. We report an exceptional case of a middle turbinate Osteochondroma, removed via endoscopic transnasal approach.

Observation: We report the case of a 23-year-old patient complaining of a left chronic nasal obstruction. After a clinical and radiological evaluation the diagnosis of a middle turbinate benign tumor was evoked. Excision was performed via transnasal approach. The histology of the specimen returned in favor of an Osteochondroma.

Conclusion: Osteochondroma is an exceptional bony tumor at the sinonasal level. The middle turbinate site has to our knowledge never been reported.

Keywords: Endoscopic sinus surgery; Osteochondroma; Sinonasal benign neoplasm.

INTRODUCTION

Les ostéochondromes représentent 36% des tumeurs bénignes osseuses. Ils peuvent être multiples et rentrer dans la cadre d'une exostose multiple héréditaire (maladie de BESSEL-HAGEN) ou alors être solitaire. Ils touchent le plus souvent la métaphyse des os longs (fémur, humérus, tibia...)[1-3]. Dans la région maxillo-faciale, l'ostéochondrome touche le plus souvent la mandibule (condyle, apophyse coronoïde)[1]. Au niveau nasosinusal, cette tumeur est exceptionnelle, quelques cas seulement ont fait l'objet de publications [1,2,4]. A notre connaissance, la localisation turbinale moyenne n'a jamais été rapportée.

Le but de ce travail est de rapporter un cas exceptionnel d'ostéochondrome du cornet moyen traité exclusivement par voie endoscopique endonasale.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 23 ans, sans antécédent pathologique particulier (notamment de traumatisme ou d'irradiation) avec un bas niveau socio-économique, qui a été reçue en consultation pour une obstruction nasale gauche isolée évoluant depuis cinq ans. L'examen endoscopique objectivait une masse endonasale gauche, rougeâtre, dure et presque extériorisée (figure 1).



Figure 1 : Vue endoscopique d'une masse endonasale gauche rougeâtre

Le reste de l'examen ORL était par ailleurs normal. L'examen tomodensitométrique sans injection avait mis en évidence un processus tissulaire isodense développé aux dépens du cornet moyen gauche refoulant le septum à droite et associé à des calcifications sans lyse osseuse (Figure II). Après injection de produit de contraste, la masse se rehaussait modérément et de manière hétérogène.



Figure 2 : Scanner des sinus de la face en coupe axiale montrant un processus tissulaire isodense associé à des calcifications développées au dépens du cornet moyen

Par voie endoscopique endonasale, une turbinectomie moyenne associée à une éthmoïdectomie antérieure et postérieure afin de bien contrôler les limites tumorales a permis d'extirper en totalité la lésion avec des marges de résections satisfaisantes. Les suites opératoires étaient simples.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire objectivait une prolifération tumorale bénigne, constituée de lobules de cellules cartilagineuses non atypiques, séparés par un tissu osseux, régulier. Il s'y associait des zones de remaniement fibro-collagène. Par ailleurs, on notait la présence en périphérie d'un épithélium respiratoire parfois en métaplasie malpighienne (Figure 3). Cet aspect était en faveur d'un ostéochondrome. Après 36 mois de recul nous n'avons pas noté de signe de récurrence clinique.

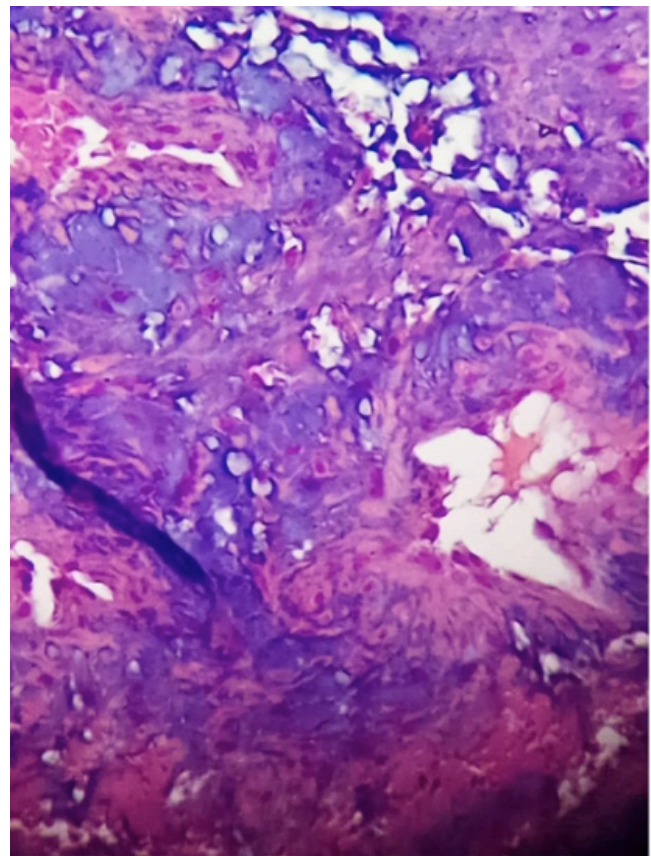


Figure 3 : Tissu osseux associés à quelques lobules de chondrocytes réguliers, le tout présentant des remaniements fibro-collagènes. (HE X 100)

DISCUSSION

Bien que l'ostéochondrome soit la tumeur osseuse bénigne la plus fréquente, elle est relativement rare dans la région maxillo-faciale [3-5]. Il s'agit d'une excroissance osseuse issue d'un îlot de cartilage de croissance ectopique qui grandit et mûrit selon un processus d'ossification endochondrale normale [3]. Le plus souvent, cette tumeur siège dans la jonction épiphysométaphysaire des os longs non loin des insertions

tendineuses. Néanmoins, les ostéochondromes peuvent siéger en tout point osseux de l'organisme où se déroule un phénomène d'ossification endochondrale [4]. La théorie avancée par LICHSTENTEIN suggère que tout périoste a la pluripotentialité de donner naissance à des cellules osseuses et/ou cartilagineuses [5]. Cette dernière permet alors d'expliquer certaine localisation naso-sinusienne très rares comme les os propres du nez [1], le sinus maxillaire [4] et le septum nasal [2]. Au niveau du cornet moyen, aucun cas n'a été encore rapporté à notre connaissance.

Les ostéochondromes sont le plus souvent solitaire (88% selon Dahlin et Unni) [6]. Ils peuvent être secondaire à un traumatisme, une exposition ionisante ou alors être spontanée [1] comme c'est le cas chez notre patiente. Cette tumeur touche souvent le sujet jeune sans prédilection de sexe [1,3,4]. La forme clinique est celle d'une tumeur indolore augmentant progressivement de volume. Parfois, la découverte est fortuite [1,3]. Chez notre patiente, la tumeur du fait de sa localisation entraînait une obstruction nasale chronique à l'instar du cas d'Unlu [2].

Sur le plan radiologique une caractéristique peut orienter vers le diagnostic. Il s'agit de la continuité cortico-médullaire de la tumeur avec l'os sous-jacent sans lyse osseuse [3,7]. Parfois la tumeur se présente sous la forme d'une tumeur osseuse bien circonscrite sans lyse osseuse. L'aspect d'un processus tissulaire associé à des calcifications présenté dans ce cas devrait aussi être retenu dans la présentation de ce genre de tumeur. Le diagnostic différentiel se fera avec les ostéomes, les chondromes et les ostéosarcomes [2]. Néanmoins le diagnostic de certitude reste histologique.

La complication la plus redoutée est la dégénérescence sarcomateuse estimée à moins d'1%. Du fait, d'un faible taux de cancérisation, certains auteurs recommandent l'abstention thérapeutique devant une tumeur asymptomatique [1]. Lorsque la tumeur devient douloureuse, inesthétique, invalidante ou

alors croit rapidement de volume et présente des signes radiologiques de dégénérescence, la sanction chirurgicale est alors de mise [1,3]. L'exérèse de la lésion doit être complète et faite dans un plan sous-périoste [3]. Chez notre patiente, l'exérèse a été réalisée par voie endoscopique endonasale devant une obstruction nasale chronique. Initialement dédiée à la pathologie inflammatoire obstructive, la voie endonasale est actuellement de plus en plus utilisée dans le traitement des tumeurs bénignes naso-sinusiennes [8,9].

diagnostic considerations, and therapeutic options.

Results: Eighteen patients with benign sinonasal tumors were managed with endoscopic techniques. Representative cases are presented, including pleomorphic adenoma, ameloblastoma, meningioma, cholesterol granuloma, ossifying fibroma, fibrous dysplasia, and osteomas. Three patients (16.7%. A l'instar d'UNLU, cette technique a permis l'exérèse en totalité de la lésion sans signe clinique de récurrence après 36 mois de recul [2]. Lorsqu'une abstention thérapeutique est envisagée, une surveillance rigoureuse doit être de mise devant la possibilité d'une cancérisation [3,10].

CONCLUSION

L'ostéochondrome naso-sinusal est extrêmement rare et son expression clinique est similaire aux autres tumeurs bénignes naso-sinusiennes. Le scanner peut orienter vers le diagnostic mais l'histologie reste l'examen de certitude. Du fait d'un risque de cancérisation, même s'il est minime, nous recommandons son exérèse. La voie endoscopique endonasale permet dans certaines localisations son exérèse comme illustré dans ce cas.

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. Tutar H, Dinç AE, Uluoğlu Ö, Yılmaz M. Osteochondroma of the Nasal Dorsum Presenting as a Nasal Hump. *E N T J*. 2014;93:75–6.
2. Unlu HH, Unlu Z, Ayhan S, Egrilmez M. Osteochondroma of the posterior nasal septum managed by endoscopic transnasal transseptal approach. *J Laryngol Otol*. 2002;116:955–7.
3. Stolz H, Rod Fleury T, Boudabbous S, Hannouche D. Tumeurs cartilagineuses. *Rev Méd Suisse*. 2018;14:2259–63.
4. Traub DJ, Marco WP, Eisenberg E, Barrows G. Osteochondroma of the maxillary sinus: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1990;48:752–5.
5. Brady FA, Sapp JP, Christensen RE. Extracondylar osteochondromas of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 1978;46:658–68.
6. Dahlin DC, Unni KK. Bone tumors: General aspects and data on 8,547 cases 1986.
7. Gil Guerra AB, Gómez San Martín E, Jiménez Cuenca MI. Osteochondroma del seno maxilar, una localización infrecuente. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2018;69:183–4.
8. Harvey RJ, Sheahan PO, Schlosser RJ. Surgical Management of Benign Sinonasal Masses. *Otolaryngol Clin North Am*. 2009;42:353-75.
9. London SD, Schlosser RJ, Gross CW. Endoscopic Management of Benign Sinonasal Tumors: A Decade of Experience. *Am J Rhinol*. 2002;16:221–7.
10. Barrett A, Hopper C, Speight P. Oral presentation of secondary chondrosarcoma arising in osteochondroma of the nasal septum. *J Oral Maxillofac Surg*. 1996;25:119–21.