



MUCOCELE ATYPIQUE DU SINUS MAXILLAIRE : A PROPOS D'UN CAS A PARAKOU, BENIN.

Fatiou Alabi Bouraïma⁽¹⁾, Miralda Kiki⁽²⁾, Kassirath Amoussa -Hounkpatin⁽³⁾, Spéro Raoul Hounkpatin⁽¹⁾, Djivedé Akanni⁽¹⁾, Koffi-Mensah Savi de Tovè⁽¹⁾, Wassi Adjibabi⁽⁴⁾

1-Faculté de Médecine de l'Université de Parakou, BP 123 Parakou Bénin

2- Service d'Imagerie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou (Bénin), BP 02 Parakou, Bénin

3- Service ORL –CCF/Clinique Mutualiste de Cotonou 04 BP 0848Cotonou

4-Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi, 01BP 188 Cotonou, Bénin

Auteur correspondant : BOURAÏMA Fatiou A. Mail : bouraimfat@yahoo.fr Tél : 00229 97 77 56 01

RESUME

La mucocèle est une pseudotumeur kystique bénigne des sinus de la face. C'est une affection rare caractérisée par un polymorphisme clinique. L'objectif de cette étude était de passer en revue les aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif de cette affection à travers un cas rare de mucocèle du sinus maxillaire. Il s'est agi d'une femme de 60 ans, sans antécédent particulier présentant des céphalées atroces évoluant depuis un an. Elle a signalé une rhinorrhée bilatérale, avec une obstruction nasale chronique gauche isolée et une otalgie gauche. L'examen physique a montré une déviation septale postérieure avec une formation sous muqueuse comblant la totalité de la fosse nasale gauche, empêchant l'accès au méat moyen. Le scanner des sinus réalisé a permis d'objectiver une image hypodense en faveur d'une mucocèle du sinus maxillaire gauche. Elle a bénéficié d'une chirurgie endonasale avec guidage endoscopique. L'évolution après traitement était favorable avec une régression des céphalées. Les mucocèles du sinus maxillaire sont rares. Leur diagnostic est souvent évoqué au stade d'extériorisation, voire de complication grâce à l'imagerie en coupe (Tomodensitométrie). La chirurgie endonasale est actuellement la technique de choix.

Mots-clés : Mucocèle, sinus maxillaire, chirurgie endonasale

ABSTRACT

Atypical mucocele of maxillary sinus: a case report at Parakou, Benin

Mucocele is a benign cystic pseudotumor of paranasal sinuses. It's a rare disease characterized by a clinical polymorphism. The aim of this work is to review epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of that disease through a rare case of maxillary sinus mucocele in this case report. Here was a 60 years old woman, without any special medical history, suffering from atrocious headaches evolving since one year. She had bilateral rhinorrhea with an isolated left chronic nasal obstruction and left otalgia. Physical examination pointed out a posterior septal deviation with a submucous formation, filling the entire left nasal cavity and preventing access to the middle meatus. A sinus CT scan was performed and showed a hypodense image in favour of a left maxillary sinus mucocele. She benefited from an endoscopic endonasal surgery. After that treatment, the evolution was favourable with a decrease of headaches. Maxillary sinus mucoceles are rare. Their diagnosis is often established at exteriorisation or complication stage using a CT scan. Endonasal surgery is now the therapeutic technique of choice.

Keywords: Mucocele, maxillary sinus, endonasal surgery

INTRODUCTION

Les mucocèles sinusiennes sont des pseudotumeurs bénignes d'allure kystique, développées aux dépens de la muqueuse nasosinusienne et bordées d'un épithélium non tumoral, contenant du mucus, le plus souvent aseptique [1]. Leur développement serait lié à un processus inflammatoire chronique développé dans un espace clos, en rapport avec une tumeur bénigne, un phénomène cicatriciel post-traumatique ou inflammatoire [1], entraînant un blocage ostial aboutissant à l'accumulation de sécrétions muqueuses. Les mucocèles nasosinusiennes sont fronto-ethmoïdales antérieures dans 80 % des cas. Les mucocèles maxillaires et sphénoïdales sont plus rares. Les formes intraturbinales (mucocèles du cornet moyen) sont exceptionnelles [2, 3]. Ces formations expansives, soufflantes et

destructrices peuvent rester longtemps asymptomatiques, et se révéler brutalement par des complications potentiellement graves, ophtalmiques ou intracrâniennes [3].

La tomodensitométrie et ou l'imagerie par résonance magnétique permettent d'avoir une approche diagnostique mais également d'analyser l'anatomie chirurgicale ou rechercher des malformations sous-jacentes [2]. La chirurgie endonasale reste le traitement curatif de choix.

L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif d'un cas atypique de mucocèle du sinus maxillaire à Parakou.

PATIENT ET OBSERVATION

Il s'agissait d'une femme de 60 ans, ménagère sans antécédent particulier admise pour des céphalées évoluant depuis un an. Il y était associé une rhinorrhée bilatérale et une obstruction nasale chronique gauche isolée.

La rhinoscopie antérieure montrait une déviation septale postérieure avec une formation sous muqueuse comblant la totalité de la fosse nasale gauche, empêchant l'accès au méat moyen. On notait également une hypertrophie turbinaire inférieure. La fosse nasale droite était libre. La radiographie des sinus, incidence Blondeau a objectivé une opacité complète du sinus maxillaire gauche. La tomodensitométrie des sinus de la face a objectivé une lésion hypodense aux dépens du cornet inférieur gauche s'étendant dans le sinus maxillaire homolatéral, dont elle souffle la corticale qu'elle lyse partiellement. Il s'associait un comblement total du sinus maxillaire gauche avec obstruction totale du complexe ostio-méatal. On notait une pneumatisation satisfaisante des autres sinus de la face. Le diagnostic de mucocèle du sinus maxillaire gauche a été retenu comme le montre la figure 1.

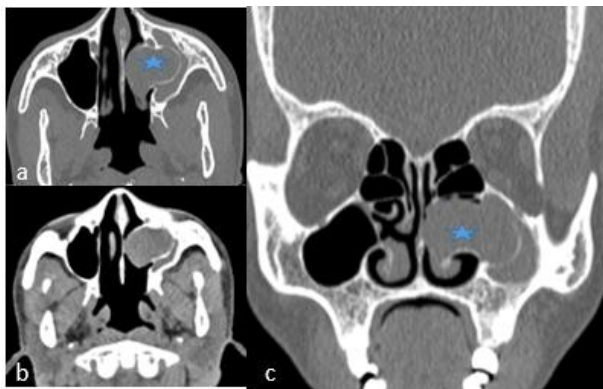


Figure 1 : TDM du massif facial en coupes axiale et coronale : a et b : Coupe axiale, c : coupe coronale, Etoile en bleu montre la mucocèle du sinus maxillaire gauche hypodense par rapport aux muscles avec amincissement des parois osseuses entraînant une obstruction de la fosse nasale gauche.

La patiente a été opérée par voie endonasale sous anesthésie générale. Il a été réalisé une septoplastie d'accès, suivi d'une méatotomie moyenne à l'issue de laquelle on ramène un liquide brunâtre, gluant, d'aspect mucocélique avec aspiration du liquide réalisant donc une marsupialisation. Dans un deuxième temps, une méatotomie inférieure puis un lavage abondant du sinus maxillaire gauche avec du sérum physiologique à travers les deux méats ont été faits. Après vérification de la vacuité de la cavité

sinusienne à l'optique rigide 90°, il a été réalisé une fermeture de la loge septale et la mise en place d'un mérocele dans le méat moyen et dans chaque fosse nasale. Les suites opératoires étaient simples avec une nette amélioration clinique sur un recul de six mois.

DISCUSSION

Les mucocèles sont des lésions bénignes rares dont la gravité potentielle résulte de leur caractère extensif locorégional. La fréquence des mucocèles est difficile à préciser car on méconnaît souvent les formes latentes et les descriptions de la littérature portent sur les formes extériorisées [2]. Dans la littérature, beaucoup de cas isolés ont été rapportés. Néanmoins quelques séries ont retenues notre attention Marrakchi *et al.* en Tunisie entre 1992 et 2012, ont rapporté 43 cas dans une étude rétrospective réalisée sur 23 ans, soit en moyenne 1,87 cas par an [4]. La plus importante série monocentrique de la littérature a été rapportée en France par Devars *et al.*, soit 68 cas sur une période de 16 ans avec une moyenne de 4,25 cas par an, entre 1993 et 2009 [1]. Ils ont signalé que 50 cas ont été enregistrés après l'année 2000. Ce constat pourrait s'expliquer par la disponibilité et l'accessibilité des moyens diagnostiques qui améliorent la détection des cas de nos jours. Ce qui n'est pas encore le cas dans nos pays en développement en particulier au Bénin.

L'âge habituel de découverte se situe entre 40 et 50 ans [2]. Dans cette étude, l'âge de la patiente était de 60ans. Ba *et al.* et Marrakchi *et al.* avaient rapporté dans leur étude respectivement un âge moyen de 33 ans et 47 ans [4, 5]. Par contre Devars a rapporté un âge moyen plus élevé de 53 ans dans sa série [1]. On pourrait en déduire que les mucocèles sont découvertes plus tôt en Afrique subsaharienne et que ce dépistage pourrait être amélioré par la mise en place d'un plateau technique moderne. La distribution des mucocèles est identique dans les 2 sexes, même si certaines études ont rapporté une légère prédominance masculine [1, 4].

Les mucocèles évoluent classiquement en deux phases. Une phase initiale asymptomatique, où la mucocèle est découverte lors d'un examen endoscopique ou radiologique réalisés au cours de la surveillance de la pathologie rhino-sinusienne initiale. Il s'en suit la phase d'extériorisation ou de complication, correspondant à l'expression clinique de la mucocèle [1, 5]. C'est à cette deuxième phase qu'elle est souvent diagnostiquée. La clinique est très polymorphe et varie selon le volume et le siège de la mucocèle.

Les signes cliniques sont représentés par des manifestations oculo-orbitaires, naso-sinusienues ou neurologiques. Ainsi à l'examen on observait une tuméfaction frontale ou fronto-orbitaire, une obstruction nasale, une rhinorrhée, des algies fronto-orbitaires, l'exophtalmie, et la baisse progressive de l'acuité visuelle [5, 6, 7]. Les céphalées, la rhinorrhée et l'obstruction nasale étaient présents chez cette patiente.

L'imagerie en coupe est un élément déterminant dans la prise en charge des mucocèles. Ses objectifs sont d'évoquer le diagnostic en confirmant la nature kystique de la lésion, d'effectuer un bilan morphologique nasosinuisien nécessaire avant une chirurgie endonasale endoscopique [3, 8]. A la tomодensitométrie, la mucocèle se présentait comme une formation arrondie occupant une cavité sinusienne. Elle est associée selon son volume à une extension extra sinusienne (orbitaire ou intracrânienne). Généralement homogène, de contours nets et réguliers, sa densité est fonction du degré d'hydratation. La mucocèle est spontanément hypodense ou isodense, parfois hyperdense dans les formes anciennes. Il n'y a pas de prise de contraste après injection de produit de contraste iodé, néanmoins un fin rehaussement périphérique au niveau de la muqueuse peut être observé. Les parois osseuses sont refoulées et amincies de manière régulière. Les résorptions osseuses sont précoces, et bien qu'un processus dynamique d'ostéolyse-ostéogénèse soit présent à l'interface os-mucocèle, les condensations osseuses sont rares. Ces modifications osseuses, au contact d'une formation sinusienne expansive homogène et de contours réguliers, sont un des éléments du diagnostic radiologique.

L'étude tridimensionnelle (axial, frontal et sagittal) analyse l'extension et les rapports de la mucocèle avec les structures de voisinage. Dans le même temps, la tomодensitométrie recherchait les variantes anatomiques à risque infectieux et chirurgical [3, 9].

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est plus sensible dans l'évaluation de l'extension tumorale aux structures adjacentes. La différenciation avec une tumeur maligne n'est pas toujours évidente en imagerie, et c'est donc l'examen anatomopathologique postopératoire qui conclut au diagnostic définitif.

Le traitement curatif des mucocèles nasosinusienues a pour but d'évacuer la mucocèle et d'assurer la liberté des voies de drainage ainsi que l'aération des cavités nasosinusienues. Il

est exclusivement chirurgical. Il y a essentiellement deux voies d'abord : les voies externes, et la voie d'abord endonasale sous guidage endoscopique [5, 10].

L'exérèse totale de la paroi mucocélique réalisée lors d'un abord externe est modifiée au profit du principe de la marsupialisation dans les fosses nasales. La marsupialisation permet de réintégrer la cavité mucocélique dans la filière respiratoire. On y associe une turbinectomie moyenne partielle respectant la racine d'insertion du cornet moyen, voire une résection de la tête du cornet moyen.

La chirurgie endonasale est actuellement la technique recommandée par plusieurs auteurs mais son choix dépend de la localisation de la mucocèle et de son extension [4, 11]. C'est la technique qui a été utilisée dans cette observation. Elle permet à la fois le repérage et l'accès à certaines mucocèles au maximum des possibilités anatomiques mais également permet de réduire la survenue des incidents per-opératoires et des complications. La voie endonasale présente des limites certaines telles une marsupialisation insuffisante, sources de synéchies et de récives. Dans les formes latérales, l'exposition complète est difficile, surtout dans les mucocèles fistulisées pour lesquelles il est nécessaire de procéder à l'exérèse du trajet fistuleux. Enfin, elle ne permet pas une exploration satisfaisante en cas de suspicion d'une pathologie tumorale associée [5].

Après la marsupialisation, on note une régression des lésions muqueuses et une ré-ossification de la paroi osseuse lysée [4]. En post-opératoire, la tomодensitométrie peut être utile pour apprécier la qualité de la marsupialisation de la mucocèle, la vacuité du sinus sphénoïdal et une éventuelle reconstruction des parois osseuses [3]. Le recul paraît insuffisant pour juger de l'évolution chez cette patiente, car les mucocèles des sinus para-nasaux peuvent récidiver plusieurs années après une cure chirurgicale. Ce suivi post-opératoire parfois court dénote de la difficulté à suivre les malades en Afrique, une fois opérés [10, 12]. Le taux de récive variait selon les auteurs de 3 à 35% [13]. Dans tous les cas la surveillance doit être aussi prolongée que possible pour détecter les récives des mucocèles nasosinusienues.

CONCLUSION

Les mucocèles du sinus maxillaire sont rares. Leur diagnostic est souvent évoqué au stade d'extériorisation, voire de complication grâce à l'imagerie en coupe (TDM et IRM). La chirurgie endonasale est actuellement la technique de

choix. Le caractère fonctionnel de cette technique et le respect de la physiologie sinusienne confèrent à la marsupialisation toute sa valeur. La voie endonasale est efficace, plus rapide, moins invasive et a des suites opératoires simples dans la majorité des cas. Néanmoins la chirurgie externe garde encore toute sa place dans les formes compliquées.

Déclaration d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts. Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce travail. Les auteurs déclarent avoir lu et approuvé la version finale.

REFERENCES

1- Devars du Mayne M., Moya-Plana A., Malinvaud D., Laccourrey O., Bonfils P. Mucocèle des cavités naso-sinusiennes : histoire naturelle et fréquence des récurrences à long terme. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale* 2012; 129:153-158.
2-Kharoubi S, Mucocèle du cornet moyen. *La Lettre d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale*.2003 ; (285) :11-13.
3-Ferrie JC, Klossek J-M. les mucocèles sphénoïdales, *J. Neuroradiol*, 2003; 30 : 219-223.
4- Marrakchi J, Dimassi H, Chiboub D, Chahed H, Bachraoui R, Mediouni A, Ben Amor M, Beltaief N, Besbes G. Prise en charge chirurgicale des mucocèles naso-sinusiennes *J. TUN ORL*. 2017; (37): 20-23.
5- Ba M., Tall A, Hossini A., Ly Ba A, Ndoye N., Sakho Y, Badiane SB . Les mucocèles du sinus frontal en milieu neurochirurgical. A propos de

6 cas dakarais. *African journal of neurological sciences*. 2005; 24(2) : 40-46.
6-Girard B, Choudat L, Hamelin N, Agbague I, Iba Zizen M-T, Brasnu D, Cabanis EA, Mucocèle fronto-naso-ethmoïdo-sphénoïdo-maxillaire à révélation ophtalmologique. *J.Fr .Ophtalmol*.1999; 225 (5):536-540.
7-Toledano A, Herraiz C, Mate A, Plaza G, Aparicio JM, De Los Santos G, Galindo AN. Mucocèle of the middle turbinate: a case report. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002; 126: 442-444.
8-Klossek JM, Fontanel JP, Serrano E et al. Chirurgie endonasale sous guidage endoscopique. Masson Édition, Paris 1995.
9-Gire J, Facon F, Guigou S, Fauquier S, Malet T. Mucocèle ethmoïdale après décompression orbitaire osseuse trans palpébrale. *Journal Français d'Ophtalmologie*. 2012 : 35 ; 623e1-623 e4
10- Ille S, Timi N, Hassane Ali M, Garba I, Dan Sono A. Volumineuse Mucocèle Fronto-Ethmoïdale à Extension Orbitaire : à Propos d'un Cas Clinique. *Health Sci. Dis: 2015 Vol 16 (4) 2015.1-3*
11-Rombaux P, Ledeghen S, Hamoir M, Bertrand B, Eloy P, Coche E, et al. Computer assisted surgery and endoscopic endonasal approach in 32 procedures. *Acta Otorhinolaryngol Belg*. 2003; 57: 131-137.
12-Ndiaye I, Diop EM, Diouf R, Ndiaye ND, Ndamage T. Mucocèles du sinus frontal. A propos de 35 cas. *Dakar Médical* 1994; 39 :143-147.
13-Beasley NJP, Jones NS. Paranasal sinus mucocèles: modern management *AJR* 1995; 9:251-256.