

Place De La Voie Crâniale Dans La Prise En Charge Des Mucocèles Frontales : A Propos De Deux Cas Et Revue De Littérature.

A.Bakhil, A.Benbachir, H.Buckat, A.Kahoul, Y.Ribag, H.Sabani, L.Khalfi,
J.Hamama et K.EL khatib

Service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, hôpital militaire d'instruction MOHAMMED V RABAT
MAROC

Résumé :

Introduction :

Une mucocèle sinusienne est un kyste limité par un épithélium respiratoire et rempli de mucus, développé à partir d'un sinus paranasal et capable d'expansion locale, la localisation frontale est la plus fréquente, sa prise en charge par voie ouverte nécessite une analyse anatomo-radiologique de la lésion pour poser la bonne indication opératoire.

Matériel et Méthode :

A travers des observations cliniques et une revue de la littérature, nous discuterons les techniques de prise en charge des mucocèles frontales avec cranioplastie

Résultats :

Deux patientes ont été opérées pour une volumineuse mucocèle frontale, la première ayant entraîné une lyse de la table externe du sinus frontal et la deuxième est une récurrence après une exclusion du sinus frontal, les deux patientes ont été opérées par voie d'abord externe, avec exclusion du sinus frontal et une cranioplastie par de l'os calvarial.

Discussion :

La première description d'une mucocèle a été faite par Langenbeck en 1819. En 1896, Rollet est le premier à utiliser le terme de mucocèle. La mucocèle peut rester longtemps silencieuse avec une découverte fortuite lors d'un bilan radiologique ou par un épisode infectieux. La prise en charge est endoscopique lorsque les facteurs anatomiques sont favorables, le recours à la chirurgie ouverte est indiquée lors de lésions expansives ou avec des conditions anatomiques défavorables.

Mots clés: mucocèle frontale – cranioplastie.

Date of Submission: 02-08-2023

Date of Acceptance: 12-08-2023

I. Introduction

La première description d'une mucocèle remonte à Langenbeck qui décrit, dès 1819, une « hydatide sinusienne ». En 1896, Rollet est le premier à utiliser le terme de mucocèle. Il s'agit d'un pseudokyste, limité par un épithélium respiratoire et rempli de mucus, développé à partir d'un sinus paranasal et qui est capable de s'expandre par contiguïté ce qui le distingue d'une rétention sinusienne simple.

Les mucocèles touchent dans 90 % des cas le sinus frontal et la région fronto-ethmoïdale. Sa symptomatologie est très variable. La prise en charge est le plus souvent chirurgicale vu le pouvoir d'expansion avec le risque de compression des structures de voisinage, la voie d'abord est variable selon la localisation, l'étendue et l'expérience de l'équipe chirurgicale.

A travers deux cas cliniques de mucocèles frontales, nous allons décrire les avantages de la voie d'abord crâniale dans leur prise en charge.

II. Observation Clinique I

Patiente de 58 ans, ayant comme antécédent un traumatisme crânien il y a 20 ans avec un volet frontal, qui s'est compliqué 5 ans après d'une mucocèle frontale ayant bénéficié d'une crânioplastie des sinus frontaux avec reconstruction par de l'os pariétal et qui présente depuis 2 ans des céphalées frontales permanentes.

L'examen clinique trouve une patiente en bon état général, elle présente une cicatrice de la voie d'abord bicoronale de Cairns sans rhinorrhée ni trouble visuel à type d'exophtalmie ou de diplopie.

Devant la persistance des symptômes sous traitements antalgiques habituels, une tomodynamométrie crâniofaciale a été demandée montrant une lésion de densité liquidienne du sinus frontal gauche en faveur d'une mucocèle (figure 1), l'imagerie par résonance magnétique n'a pas pu être réalisée à cause de la présence de matériel d'ostéosynthèse in situ (agrafes métalliques).

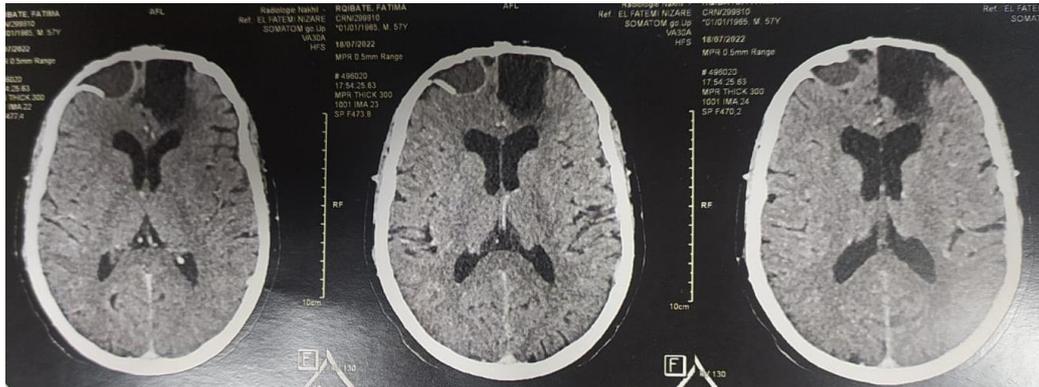


Figure 1: coupes axiales de TDM cérébrale montrant une image de mucocèle frontale gauche avec les stigmates de la chirurgie antérieure.

Devant les antécédents de la patiente une voie d'abord crâniale a été choisie pour aborder la mucocèle et réaliser une nouvelle crânialisation du sinus frontal gauche avec suspension de la dure-mère (figures 2)



Figure 2: abord bicoronale et exposition des volets de crânioplastie

III. Observation Clinique II:

Patiente de 64 ans, sans antécédents particuliers, qui consulte pour une tuméfaction fronto-glabellaire associée à des céphalées, sans autres signes accompagnateurs. (figure 3)



Figure 3: tuméfaction fronto-glabellaire

L'examen clinique trouve une tuméfaction fronto-glabellaire latéralisée à gauche, rénitente dans sa partie centrale.

La patiente a bénéficié d'une TDM crâniofaciale qui a montré un processus kystique du sinus frontal gauche avec une lyse de la paroi antérieure du sinus frontal (figure 4), une IRM a été demandée pour mieux caractériser la lésion et étudier ses rapports, Elle a confirmé la mucocèle frontale. (figure 5)

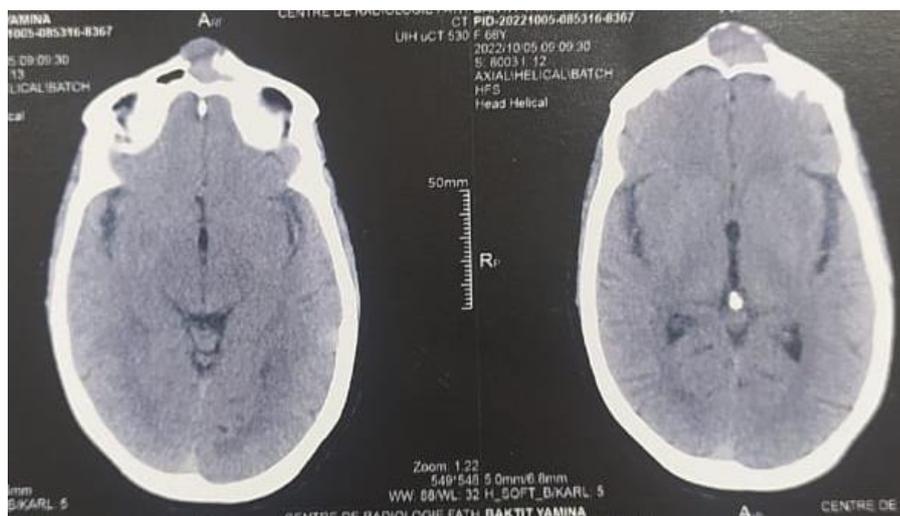


Figure 4: coupes axiales de TDM : un processus de densité liquidienne du sinus gauche avec rupture de la corticale externe

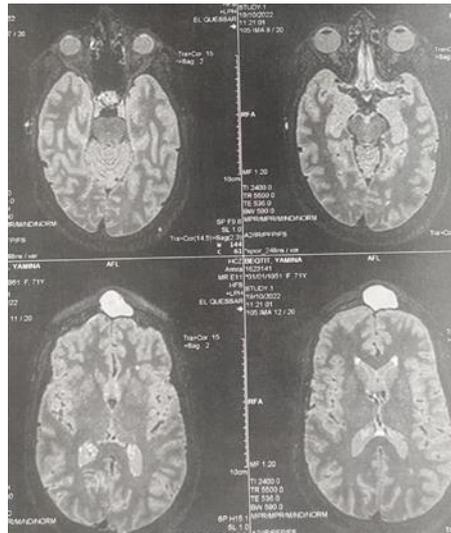


Figure 5: coupes axiales d'IRM en séquence T2 : la mucocèle en hypersignal

Vu l'étendue de la mucocèle et la présence d'une perte osseuse qui va nécessiter une crânioplastie, une voie d'abord crâniale bicoronale (figure 6) a été réalisée avec accouchement d'une masse kystique siégeant au niveau du sinus frontal gauche (figure 7),

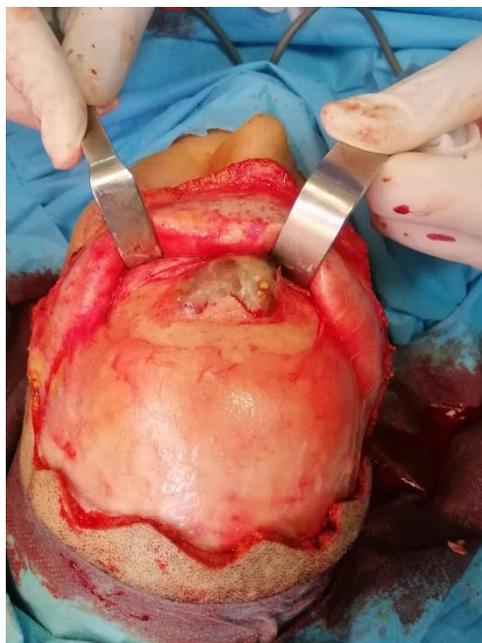


Figure 6: voie bicoronale avec exposition de la mucocèle

une énucléation de la tumeur en monobloc avec curetage de la muqueuse sinusienne puis comblement du canal nasofrontal par un lambeau périosté. Une crânioplastie par l'os calvarial prélevé sur l'os pariétal controlatéral été réalisée. (figure 8)



Figure 7: cranioplastie de la paroi antérieure du sinus frontale gauche

VI. Discussion :

Les mucocèles sont des lésions pseudo kystiques bénignes mais avec un pouvoir expansif entraînant un risque de compression des organes de voisinage notamment l'orbite pour la localisation ethmoïdo-frontale. Les sinus frontaux et éthmoïdaux sont les plus souvent atteints avec une incidence mal connue, touchant essentiellement les personnes entre la 4^{ème} et 6^{ème} décennie, sans différence de sexe[1]. La physiopathologie des mucocèles sinusiennes a généralement été décrite comme résultant d'une obstruction d'un ostium sinusien et d'une réaction inflammatoire muqueuse. Néanmoins, une telle configuration est assez fréquente en pathologie rhinosinusienne ; cependant, tous ces patients ne développent pas une mucocèle. La muqueuse mucocélique présente, par rapport à une muqueuse normale, une augmentation de différents médiateurs de l'inflammation ce qui peut être un mécanisme causal [2]. La symptomatologie des mucocèles frontales peut rester muette pendant longtemps et la découverte est souvent fortuite, Les symptômes rhinologiques sont habituellement mineurs ou absents, la majorité des patients consultant pour une exophtalmie, accompagnée ou non d'une diplopie et de manière moins fréquente, des céphalées frontales ou une tuméfaction sous-cutanée sus-orbitaire, la baisse d'acuité visuelle est rare, souvent en rapport avec une surinfection mucocélique[3].

La TDM a permis de poser le diagnostic devant une formation hypodense pseudokystique aux dépens du sinus frontal avec ou sans extension vers les structures de voisinage[4] l'IRM permet une meilleure analyse de la lésion avec une étude de l'extension endocrânienne et orbitaire et reste ainsi le meilleur moyen de surveillance quand elle est disponible, le contenu est en hypersignal en séquence T1 avec un rehaussement périphérique après administration de gadolinium et en hypersignal T2[5].

La mucocèle frontale, malgré sa bénignité histologique, a un potentiel agressif vis-à-vis des structures de voisinage. Diagnostiquée et traitée à temps, son pronostic est bon.[6]

La plupart des équipes proposent une marsupialisation du contenu comme traitements des mucocèles, mais cette stratégie peut toutefois être plus difficile voire impossible pour les mucocèles frontales, notamment en cas de localisation latérale ou vu la présence d'une pathologie sinusienne associée ou d'antécédent d'intervention sur le sinus concerné[3], comme notre premier cas ou devant la nécessité de réaliser des reconstructions osseuses comme pour le deuxième cas. Dans ces situations, un abord direct, combiné à un abord endoscopique endonasal ou pas, est nécessaire, ce qui permet de réaliser une ablation de tout le tissu pathologique et de réaliser une exclusion du sinus frontal, ce qui permet à long terme de meilleurs résultats avec un taux de récurrence de 0 à 2% selon les séries[7][8].

Références :

- [1] D. P. L. Chirurgie Des Mucocèles Sinusiennes: Notre Expérience À Propos De 52 Cas Suivis À Moyen Terme [Surgery Of Mucocele Of The Paranasal Sinuses: Report Of 52 Cases With A Middle Term Follow Up]. R. L. O. R. (Bord). 2008;129(3):167-73. Facon F, Nicollas R, Paris J,
- [2] S. Y. I. Of Cytokines And Vascular Adhesion Receptors In The Pathology Of Fronto-Ethmoidal Mucocoeles. A. O. 1993 J.-6. Doi: 10.3109/00016489309135860. P. 7691023. Lund Vj, Henderson B,
- [3] H. Benkhatar, A. Gaultier, P. Halimi, And P. Bonfils, "Mucocèles Sinusiennes Et Pneumosinus Dilatans," Vol. 0, No. 16, Pp. 1–9, 2016.
- [4] T. Joulali, A. Derkaoui, A. Shimi, And M. Khatouf, "Mucocèle Frontale A Extension Orbito-Cérébrale," Press. Medicale, Vol. 43, No. 12, Pp. 1405–1406, 2014, Doi: 10.1016/J.Lpm.2014.03.022.
- [5] S. Alshoabi And M. Gameraddin, "Giant Frontal Mucocele Presenting With Displacement Of The Eye Globe," Radiol. Case Reports, Vol. 13, No. 3, Pp. 627–630, 2018, Doi: 10.1016/J.Radr.2018.02.027.
- [6] L. C. O. Table Craniotomy For Frontal Sinus Mucocele. J. C. S. 2004 S.-73; Discussion 873-4. Doi: 10.1097/0000166.-200409000-00033. P. 15346035. Wang Kw, Hsu Hc, Lu K, Chen Hj,
- [7] K. D. T. Natural History And Clinical Characteristics Of Paranasal Sinus Mucoceles: A Clinical Review. I. F. A. R. 2013 S.-7. Doi: 10.1002/Alr.21178. E. 2013 M. 20. P. 23696282. Scangas Ga, Gudis Da,