

Mucocèle Fronto-Ethmoïdale A Extension Orbitaire

Salma Regeraji,,Boulaades Malik

Service De Chirurgie Maxillo-Faciale
Hopital De Spécialités De Rabat

Résumé :

Les mucocèles sont des formations pseudokystiques développées au dépens des sinus de la face suite à une accumulation du mucus par obstruction des voies d'évacuation , d'évolution lente et silencieuse. Nous rapportons un cas de mucocèle fronto-éthmoïdale à extension orbitaire. Il s'agit d'un patient âgé de 45ans qui a présenté une exophtalmie grade I de l'œil gauche évoluant depuis 12 mois refoulant le globe en bas et en dehors associée à une tuméfaction frontale et une baisse progressive de l'acuité visuelle. Le scanner a montré une mucocèle fronto-ethmoïdale gauche avec extension orbitaire ayant entraîné une lyse des parois du sinus frontal et ethmoïdal, arrivant au contact du lobe frontal. Un abord chirurgical par voie externe a permis l'exérèse du kyste, l'évolution est favorable avec récupération esthétique et fonctionnelle.

Mots clés : mucocèle fronto-ethmoïdale, exophtalmie, traitement chirurgical

Date of Submission: 09-09-2023

Date of acceptance: 19-09-2023

I. Introduction :

Les mucocèles sont des pseudotumeurs kystiques expansives des sinus de la face, dont le contenu est un mucus épais et aseptique [1].

Ces derniers sont d'évolution lente mais extensive entraînant la destruction des parois osseuses des sinus, voire l'extension intra-orbitaire. responsable de plusieurs complications ophtalmologiques redoutables qui peuvent endommager le pronostic fonctionnel et esthétique de l'œil [2].
Le diagnostic est basé sur la clinique et l'imagerie.

La chirurgie est le traitement de choix des mucocèles, et consiste à l'exérèse du kyste et au drainage du sinus causal.

Nous rapportons un cas de mucocèle fronto-éthmoïdale à extension orbitaire, l'intérêt de notre observation est de décrire l'impact esthétique et fonctionnel de l'extension orbitaire de la mucocèle, les aspects scanographiques, et le traitement chirurgical.

II. Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 45 ans sans antécédents particuliers , admis pour prise en charge d'une tumeur fronto-éthmoïdale refoulant le globe oculaire évoluant depuis 12 mois associée à une douleur fronto-orbitaire , larmoiement, une baisse progressive de l'acuité visuelle gauche, et obstruction nasale.

L'examen clinique trouve une exophtalmie grade I, le globe est refoulé en bas et en dehors, une tuméfaction frontale gauche de 3cm de diamètre de consistance molle non battante sans signe inflammatoire en regard (figure 1).

L'examen ophtalmologique trouve une légère baisse de l'acuité visuelle chiffrée à 6/10 avec limitation des mouvements oculaires.



Figure 1 : aspect clinique montrant une exophtalmie avec refoulement du globe en bas et en dehors

Une TDM orbitaire a été réalisée objectivant une mucocèle fronto-éthmoïdale gauche mesurant 30 mm, lysant les corticales osseuses notamment les parois antérieure et postérieure du sinus frontale refoulant le parenchyme cérébral adjacent avec extension orbitaire, refoulant le globe oculaire responsable d'une exophtalmie grade I (figure 2).



Figure 2 : TDM orbitaire en coupe coronale montrant une mucocèle fronto-éthmoïdale gauche avec extension orbitaire

Une IRM cérébrale a été réalisée, elle objective une lésion kystique du sinus frontale gauche avec extension au sinus éthmoïdal et orbitaire bien limitée homogène avec hypo signal en T1 et hyper signal en T2, une extension au lobe frontale gauche a été confirmée sans l'envahir (figure 3).



Figure 3 : IRM cérébrale en coupe coronale séquence T2 montrant une mucocèle du sinus frontal à extension orbitaire et au lobe frontal gauche.

L'indication chirurgicale a été posée, une voie d'abord externe paralatéronasale de MOURE a été réalisée, l'exploration trouve une poche kystique remplie de liquide jaunâtre, avec une lyse complète des parois du sinus frontal notamment la paroi postérieure laissant la mucocèle en contact direct avec les méninges frontales, avec une lyse du sinus éthmoïdal, une ponction du liquide a été réalisée avec étude cyto bactériologique, avec exérèse de la poche kystique.

Une exérèse de la partie restante des parois des sinus a été réalisée.

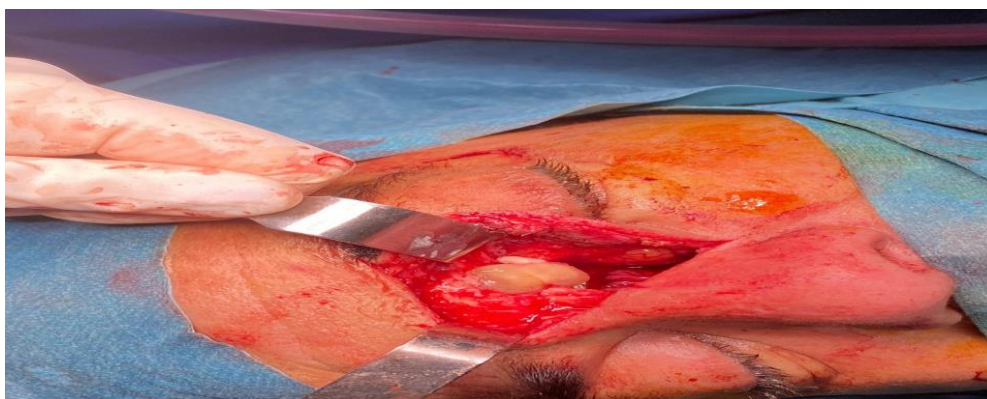


Figure 4 : photo per-opératoire du patient

L'examen anatomo-pathologique retrouve une lésion kystique avec remaniements inflammatoires, absence de territoire suspect de malignité.

L'étude cyto bactériologique a trouvé un liquide inflammatoire, avec de nombreuses cellules altérées, absence d'atypie cytonucléaire suspecte de malignité.

III. Discussion :

Les mucocèles représentent 1 à 3% des tumeurs de l'orbite [3] concernant la localisation selon TERACOL ET AUBRY est fréquente dans le système fronto-éthmoïdale le plus souvent au niveau des sinus frontaux ou éthmoïdaux [4], l'obstruction et l'inflammation chronique sont les 2 facteurs responsables de la genèse des mucocèles. La majorité des auteurs ont classé les mucocèles en mucocèles primitives qui représente 40% des cas chez le patient qui n'a aucun antécédent traumatique ou chirurgical au niveau du sinus comme chez notre patient et secondaires lorsque ces antécédents sont présentes .

Le délai d'évolution entre les premier symptômes et le diagnostic est souvent long entre 10 mois et 5 ans [5]. Les signes initiaux sont essentiellement locorégionaux marqués par une tuméfaction frontale ou orbitaire augmentant de volume, suivi de signes oculaires à type d'exophtalmie avec une déviation du globe oculaire en bas et en dehors et une limitation des mouvements de l'œil plus tard peut survenir une baisse de l'acuité visuelle [6].

Il est rare de nos jours qu'une mucocèle soit révélée par une de ces complications mais il est important de les connaître. Les 2 principales complications sont la rupture qui survient le plus souvent en intraorbitaire, si la destruction osseuse est complète il peut apparaître alors une fistulisation à la peau. La deuxième complication est l'infection de la poche mucocélique, il s'agit alors d'un mucopyocèle [7].

Le scanner cranio-facial est l'examen clef pour le diagnostic et le bilan d'extension ainsi que la recherche de l'étiologie d'obstruction de l'ostium sinusien [8]. L'IRM permet de confirmer le diagnostic et de faire une étude des rapports de la mucocèle avec les tissus mous adjacents particulièrement l'œil, les méninges, l'hypophyse et le nerf optique, ainsi que les éléments vasculo-nerveux et le sinus caverneux [9].

Pour la prise en charge thérapeutique des mucocèles est systématiquement chirurgicale. Elle fait appelle à 2 voies d'abord : les voies externes, et la voie d'abord endonasale ou chirurgie endoscopique [10].

Plus récemment La voie endonasale sous guidage constitue une nouvelle approche , en réalisant le drainage et la marsupialisation de la poche mucocélique .

La voie endonasale ne peut être utilisée pour les volumineuses mucocèles avec un défaut osseux important d'où l'intérêt de la voie externe qui est indiquée aussi dans les formes compliquées infectieuses.

Pour notre patient , nous avons opté pour une voie externe (voie paralatéronasale de MOURE) qui nous permet d'aborder le processus expansif de l'éthmoïde et du sinus frontal et un contrôle satisfaisant des différents gestes , avec moins de complications post-opératoires .

La récurrence chirurgicale est peu fréquente KENNEDY11,29 rapporte que les récurrences sont dues principalement à une obstruction secondaire des ostiums sinusiens ou à une nouvelle sténose du canal de drainage .

IV. Conclusion :

Le sinus frontale est la localisation la plus fréquente des mucocèles , son évolution lente et silencieuse peut aboutir à des formes graves et expansives . le diagnostic radiologique est basé sur le scanner pour le choix

de la technique et de la voie d'abord chirurgicale , Le traitement est surtout chirurgical basé sur des voies endonasales et externes .

Référence :

- [1]. Klossek JM, Dufour X, Ferrie JC, Fontanel JP. Pneumosinus Dilatans Et Mucocèles Des Cavités Nasosinusiennes. Encyclo Méd Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-465-A-10, 2005, 8 P
- [2]. Devary DU, Mayne M, Moya-Plana A, Malinvaud D Et Coll. Mucocèles Des Cavités Nasosinusiennes : Histoire Naturelle Et Fréquence Des Récidives A Long Terme. Annales Françaises d'Oto-Rhino-Laryngologie Et De Pathologie Cervico-Faciale 2012 ; 129(3) :153-158.
- [3]. RIVRON A., BOURDINIERE. J. Mucocèles Et Pneumosinus Dilatans. EMC. 1990, 12 , 20465 A 10
- [4]. DIOP E M., NDIAYE C., DIOP L S. Mucocèle Du Sinus Maxillaire. Ann. Otolaryngologie. Masson, Paris, 1987, 104 : 143-145.
- [5]. ELOY PH., ROMBEAUX PH., BERTRAND B. Les Mucocèles Naso-Sinusiennes : Notre Expérience A Propos De 41 Patients. Cahiers O.R.L, 1996, 131, 7 : 421-427.
- [6]. Severino R, Severino P. Fronto-Orbital Mucocèle With Intracranial Extension: A Case Report. 2017;2017(6):Rjx107.
- [7]. Martel-Martín M, Gras-Cabrerizo JR, Bothe-González C, Et Al. Clinical Analysis And Surgical Results Of 58 Paranasal Sinus Mucocèles. Acta Otorrinolaringol Esp 2015; 66 (2):92-7.
- [8]. Thiagarajan B. Fronto-Ethmoidal Mucocèle With Intracranial Extension, An Interesting Case Report And Literature Review. Internet Version 6 ENT Scholar [Internet]. 24 Mai 2012;
- [9]. Disponible Sur: [Http://Entscholar.Wordpress.Com/Article/Frontoethmoidal-Mucocèlewith-Intracranial-Extension-An Interesting Case Report/](http://Entscholar.Wordpress.Com/Article/Frontoethmoidal-Mucocèlewith-Intracranial-Extension-An-Interesting-Case-Report/).
- [10]. Sama A, McClelland L, Constable J. Frontal Sinus Mucocèles: New Algorithm For Surgical Management. Rhinology. 2014;52:267-75.
- [11]. Serrano.E, Yardeni.E, Percondani.J, Arrue.P, Pessey.JJ. Chirurgie Des Mucocèles Sinusiennes : Que La Voie D'abord Choisir.Cahiers O.R.L 1996, 31, (7) : 429-433.
- [12]. KENNEDY DW., JOSEPHSON JS Et Al. Endoscopic Sinus Surgery For Mucocèles : Viable Alternative. Laryngoscope 99: September 1989: 885-895.