MUCOCELE FRONTO-ETHMOÏDALE : A PROPOS DE DEUX CAS A BAMAKO .

M.Keita(1), V.Ariel(2) ,SK .Timbo(1),F.Togola-Konipo(1),L.Traoré(1),A.Ag Mohamed(1)

1.Introduction : La mucocèle se présente comme une formation pseudo-kystique expansive des sinus,dont la paroi est constituée par une muqueuse plus ou moins modifiée de la cavité sinusienne, et le contenu est un liquide aseptique,en général de consistance épaisse et gluante(1). La clinique est pauci symptomatique, suivie d'une période d'extériorisation responsable de déformation et de complications (2).La présente observation soulève le double problème du diagnostic et de la prise en charge chirurgicale.

2. Observations :

Observation N°1: M.S, homme de 60 ans, cultivateur, Malien, marié polygame, a consulté le 02/10/2002 pour une exophtalmie gauche, diplopie homolatérale, céphalée frontale intermittente et tuméfaction géante fronto-palpébrale homolatérale. L'histoire de sa maladie est résumé en l'apparition et l'augmentation progressive d'une tuméfaction de la région fronto-palpébrale depuis cinq ans. L'installation d'une protrusion du globe en bas et en dehors, d'une diplopie et d'une céphalée frontale par intermittence depuis une année ont motivé la consultation. Les antécédents du malade étaient sans particularités notamment il n'avait pas souvenance de notion de traumatisme nasal, juste signalait il une notion de rhinite chronique banale. L'examen clinique montrait un patient en bon état général porteur d'une tuméfaction gauche fronto-palpébrale de la taille d'un œuf de poule, de mobilité limite, non douloureuse avec une peau en regard tendue, de consistance rénitente. L'exophtalmie était non axile et le patient se plaignait de diplopie. Le reste de l'examen clinique ORL était normal. Nous avons procédé à un bilan du malade qui retrouvait un patient avec de bonnes constantes hémodynamiques et une absence de tares. Le bilan de la maladie à travers la tomodensitométrie a mis en évidence une opacité homogène occupant le frontal et refoulant plus que lysant les structures de voisinage, notamment la paroi antéro-externe du frontal et la lame papyracée. Devant les données cliniques et de l'imagerie du patient nous avions, après discussion avec les radiologues, retenu l'hypothèse de mucocèle de sinus et avons arrêté d'intervenir sous anesthésie générale. Le patient a été admis en hospitalisation le 18/03/2003 et nous avons sollicité le Neurochirurgien de l'hôpital afin de prévenir d'éventuelles surprises, la TDM du patient datant d'octobre 2003 et nous trouvant confronté à des difficultés financières pour réactualiser cette imagerie. L'abord chirurgical a été réalisé le 24/03/2003 par voie sus-sourcillière légèrement étendue en para-latéro-nasale et a montré une paroi antérieure du frontal très fragilisée, se réduisant en une fine lamelle osseuse soufflée par endroit(laissant entrevoir la coque de la masse) de même que la lame papyracée. Après ouverture de la paroi antérieure du frontal, nous sommes tombés sur une masse dont la coque n'a pu être enlevée en totalité et sa rupture a laissé sourdre une substance gélatineuse très épaisse. Nous avons effectué un lavage soigneux de la loge au sérum physiologique et avons fini par un calibrage transethmoidal par un drain d'Albertini N° 10 laissé en place jusqu'à J21 post intervention .Le patient est sorti de l'hôpital à J23 post intervention . Les suites ont été émaillées à J25 par une poussée inflammatoire, vite contenue par la reprise de l'antibiothérapie et une courte corticothérapie. Le patient a été maintenu sous couverture antibiotique (quinolone) pendant deux mois. Depuis le patient se porte bien et vaque à ses occupations.

Observation N°2 :O.C,45 ans cultivateur a consulté pour diplopie un ophtalmologue qui l'a orienté alors en ORL pour prise en charge d'une tuméfaction fronto-palpébrale. Il s'agissait à l'admission d'un patient bien portant porteur d'une tuméfaction fronto-palpébrale non douloureuse, de consistance rénitente avec peau en regard tendue mais non inflammatoire et qui évoluait depuis huit (8) ans. Le reste de l'examen clinique était normal. Nous avons procédé à un bilan de la maladie à type de Tomodensitométrie des fosses nasales et des sinus (TDM). Cette TDM a mis en évidence une masse ethmoïdo-frontale gauche hypodense avec prolongement endocrânien par refoulement du toit de l'orbite gauche. La masse exerçait un effet de masse sur l'œil homolatéral qui était refoulé en dehors. Nous avons devant cette évolution lente et sans retentissement sur l'état général de la tuméfaction fronto-palpébral et l'aspect tomodensitométrique posé la forte présomption de mucocèle fronto-ethmoïdale.Le patient a bénéficié d'un abord chirurgical par voie sus-sourcillière de la masse avec marsupialisation par voie nasale et mise en place d'un drainage transethmoïdal laissé en place six semaines. Les suites opératoires ont été simples. Le patient va bien depuis, et l'exophtalmie a presque disparu. Diapositive 1à 2 avec leur commentaire

3.Commentaires : Nos deux patients ont eu une longue latence clinique, cinq ans et huit ans. L'aggravation de l'exophtalmie avec diplopie et surtout l'installation d'une céphalée frontale évoluant par crise ont été les éléments déclenchants d'une consultation pour le premier tandis que la diplopie isolée l'a été pour le second. Dans les deux cas, l'ophtalmologiste a été notre referant.

Cette longue latence clinique et la découverte de la mucocèle sous des signes d'emprunt ophtalmologique telles la diplopie ou l'exophtalmie semble une notion bien admise

dans la littérature (2,3). Les auteurs décrivent aussi que la mucocèle est une affection qui débute rarement dans le jeune age, elle semble prédominer autour de 40 à 50 ans (2); nos patients en avait 60 pour le premier et 45 pour le second. Quant au sexe, il semble ne pas avoir de différence (2).Elle semble être une pathologie rare dans nos conditions d'exercice ou plutôt en accord avec la littérature, nous dirons que l'estimation semble difficile car c'est la phase d'extériorisation qui nous oriente à faire un bilan tomodensitométrique plus spontanément, méconnaissant ainsi les mucocèles en phase de latence (2).Nous avons établi notre diagnostic essentiellement sur la clinique et l'imagerie, laquelle notion est aussi bien partagée dans la littérature(2,3) mais ces critères, plus la confirmation histologique a la préférence de certains auteurs(4,5) . En cela, l'exploration chirurgicale nous a conforté en nous montrant dans les deux cas une paroi antérieure du frontal soufflée et réduite à de fines lamelles osseuses et une coque aux reflets violacés de même que la substance d'aspect glaireux qui s'est déversée dans le champ opératoire la coque rompue. Ces aspects classiques sont aussi bien décrits dans la littérature (2) .Quand au traitement, nous avons procédé à un abord chirurgical externe par voie sus-sourcillière en marsupialisant la poche en transethmoïdale et en mettant en place un drain N°10 d'Albertini ,laissé en place pendant trois semaines à six semaines. A travers la littérature diverses voies d'abord externe sont décrites avec des techniques assez proches, mais toutes ont en commun le principe de faire une marsupialisation dans la fosse nasale réintégrant ainsi la cavité dans l'arbre respiratoire (2). Pour le procédé de drainage par le drain d'Albertini , nous n'avons pas été suffisamment stricts sur le délai dans le premier cas ,trop court trois semaines au lieu de 2 à 6 mois telle que décrit dans la littérature(2). Ce état de fait explique probablement la poussée inflammatoire que l'on eu à l'ablation du drain. Les voies d'abord endoscopiques (6) sont aussi décrites comme alternative à la voie externe dans la prise en charge des mucocèles sinusiennes, mais le recul ne semble pas suffisant pour en juger les bénéfices (2).Nos suites opératoires ont été simples, ce qui semble admis ailleurs (2, 3,4).

4. Conclusion : Dans notre contexte d'exercice, cette affection est de fréquence certainement sous estimée. Mais la naissance de pole de collaboration multidisciplinaire est source d'espoir pour nos malades et le recrutement chirurgical de nos services.

Références :

1.Pech A, Freche C, Cannoni M et coll.- Etat actuel de la chirurgie des sinus. Rapport de la Société Française d'otorhinolaryngologie et de pathologie cervico-faciale.-Arnette,éd., Paris.1982.

2.Rivron A. et Bourdinière J.- Mucocèle et Pneumosinus dilatans. -Editions Techniques-encycl. Méd. Chir.(Paris-France),Oto-rhino-laryngologie,20465 A10,12-1990,12p.

3.Suri A, Mahapatra AK, Gaikwad S, Sarkar C. Giant mucoceles of the frontal sinus :a series and review J.Clin.Neurosci.2004 feb;11(2):214-8

4.Asamoto S, Boker DK, Lucke M. Intraorbital mucocèle associate with old minor trauma- case report Neurol Med Chir (Tokyo).2003 augt;43(8):383-5

5.Cunha RF, De M, Carvalho P, Guimaraes CM, Macedo CM Surgical treatment of mucocèle in a 11 month-old baby:a case report J Clin Pédiatr Dent.2002 winter;26(2):203-6

6.Schmerber S, Cuisnier O, Delalande C,Verongstraete G, Reyt E.Surgical strategy in paranasal sinus mucocèles Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).2002;123(2):93-