



CELLULITE ORBITAIRE REVELANT UN OSTEOME FRONTAL

L. Ouaiissi, R. El Khiati, A. Benzaouia, R. Abada, S. Rouadi, M. Mahtar, M. Roubal, M. Essaadi, F. Kadiri.
Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale Hôpital 20 Aout Casablanca

RESUME : Les ostéomes des cavités naso-sinusiennes sont des tumeurs bénignes relativement rares dont la gravité tient à l'extension orbitaire et endocranienne. Nous rapportons le cas d'une patiente de 33 ans admise pour une cellulite orbitaire gauche compliquant un ostéome frontal. L'imagerie a permis le diagnostic positif et le choix de la voie d'abord. Les indications thérapeutiques dépendent essentiellement du volume tumoral, de l'évolutivité des lésions et de l'apparition de complications.

SUMMARY : Osteoma of the nasosinus cavities is a relatively rare benign tumor. Severity depends on the orbital and endocranial extension. We report the case of a 33 years old women presenting frontal osteoma with ophtalmological complications. Imaging provides the positive diagnosis and guides the surgical approach. Therapeutic indications depend on the tumor size, its course, and the development of complications.

MOTS CLES : Ostéome, cavités naso-sinusiennes, complications, traitement

KEY WORDS : Osteoma, nasosinus cavities, complications, treatment

Les ostéomes des cavités paranasales sont des tumeurs osseuses bénignes rares localisés le plus fréquemment dans le sinus frontal [1]. Souvent asymptomatiques, ils peuvent cependant être la source de complications ophtalmologiques et neurochirurgicales compromettant le pronostic visuel, voire le pronostic vital. L'imagerie permet le diagnostic positif et le choix de la voie d'abord. Les indications thérapeutiques dépendent essentiellement du volume tumoral, de l'évolutivité des lésions et de l'apparition de complications. Nous rapportons un cas d'ostéome du sinus frontal compliqué d'une cellulite orbitaire.

OBSERVATION MEDICALE

Madame A.B, 33 ans, admise en juillet 2008 pour une exophtalmie inflammatoire gauche. L'interrogatoire note un début de la symptomatologie remontant à 5 jours avec des douleurs fronto-orbitaires gauches et un syndrome fébrile avec à l'examen une exophtalmie inflammatoire, chémosis et œdème de l'hémiface gauche. L'examen ORL notamment la rhinoscopie antérieure était sans particularités. La tomodensitométrie a mis en évidence un aspect de cellulite pré-septale gauche associée à un abcès palpébral avec comblement du sinus frontal gauche qui est le siège d'une formation de densité osseuse polylobée avec communication du sinus frontal avec l'orbite gauche (Figure 1). Le traitement a consisté en un drainage de l'abcès sous couvert d'une antibiothérapie intraveineuse. L'excision de l'ostéome a été réalisée dans un deuxième temps par voie externe sourcilière avec une évolution favorable après un recul de 3 ans (Figures 2 et 3).



Figure 1 : Aspect TDM montrant une cellulite pré septale associée à un ostéome frontal



Figure 2 : Vue per-opératoire, abord par voie sourcilière



Figure 3 : Aspect postopératoire

DISCUSSION

L'ostéome des cavités sinusiennes est une tumeur bénigne rare développée le plus souvent dans les sinus frontal (50%) et éthmoïdal (40%) [2]. Ces tumeurs sont rarement observées au niveau du sinus maxillaire et exceptionnellement au niveau du sinus sphénoïdal. L'âge de survenue est situé entre 20 et 50 ans et la majorité des auteurs s'accordent sur une légère prédominance masculine [3, 4].

L'étiologie de cette affection reste mal connue mais plusieurs théories ont été émises. Un antécédent traumatique est retrouvé dans 5 à 43% des cas [5, 6]. L'infection naso-sinusienne a également été incriminée dans la prolifération des ostéomes. L'ostéome peut s'associer, a fortiori s'il est multiple, à une polypose rectocolique à haut risque de cancérisation et à des tumeurs osseuses des os longs dans le cadre d'une affection héréditaire : le syndrome de Gardner [7].

Sur le plan clinique, les ostéomes du sinus frontal sont souvent asymptomatiques. Dans le cas contraire, les céphalées fronto-orbitaires ou péri-orbitaires sont le maître symptôme. Elles sont secondaires à une compression des structures voisines ou à l'obstruction du canal nasofrontal [8]. Moins fréquente, la déformation faciale signe l'extension antérieure de la tumeur et siège le plus souvent sur l'angle supéro-interne de l'orbite, la paroi antérieure du sinus frontal ou en sus-orbitaire [9]. L'extension orbitaire est responsable des manifestations ophtalmologiques : exophtalmie, diplopie, ptosis, diminution de l'acuité visuelle [10]. L'obstruction du canal nasofrontal peut entraîner une sinusite frontale elle-même responsable d'une cellulite orbitaire par propagation de l'infection à l'orbite par contiguïté ou par voie hématogène.

La tomodensitométrie en coupes axiales et coronales permettra de préciser la topographie pré ou rétroseptale de la cellulite, l'existence d'une collection sous périostée ou intra-orbitaire, l'existence d'une ostéite localisée de la paroi sinuienne et la recherche de complications graves à type de thrombose du sinus caverneux.

Les complications neurochirurgicales dues à l'extension au niveau de la fosse cérébrale antérieure sont heureusement rares mais redoutables : mucocèle, pneumatocèle, rhinorrhée cérébrospinale voire une méningite [11, 12].

Le diagnostic positif repose sur la radiologie. La tomodensitométrie crânio-faciale en coupes axiales et coronales précise l'extension locorégionale des lésions et conditionne la stratégie chirurgicale. L'IRM peut être nécessaire en cas d'extension orbitaire ou endocrânienne [13].

L'indication chirurgicale dépend de la taille, du siège, de l'extension de l'ostéome ainsi que de la symptomatologie et des éventuelles complications. Seuls les ostéomes asymptomatiques de petite taille peuvent être respectés au prix d'une surveillance clinique et radiologique régulière [14, 15]. Dans les autres cas, le traitement chirurgical s'impose.



En cas de complications orbitaires infectieuses, l'antibiothérapie parentérale et le drainage de la collection orbitaire seront entrepris en première intention avant la cure de l'ostéome.

Pour les ostéomes frontaux, deux voies d'abord externes sont utilisées : la voie fronto-sourcilière et la voie coronale de Cairns-Utenberger. Pour certains auteurs, la voie bicoronale permet une meilleure exploration de la cavité sinusienne sans préjudice esthétique ni paresthésie sourcilière ou frontale, mais elle reste plus hémorragique que l'incision sourcilière.

Après l'incision cutanée et l'ouverture du sinus par un volet osseux frontal, l'ablation de l'ostéome est faite selon la technique de l'usure contrôlée de Bourdial à la fraise, qui réduit progressivement la tumeur de la périphérie vers le centre jusqu'à ne laisser qu'une fine « coquille » facilement détachable [2, 16, 17, 18]. Les autres techniques de morcellement à la pince exposent le malade au risque de fracture irradiée de la base du crâne.

Le pédicule d'insertion doit toujours être fraisé pour éviter les récidives. Il est nécessaire de vérifier la perméabilité du canal naso-frontal en préservant au minimum une collerette de muqueuse saine autour de son orifice supérieur. S'il est obstrué, une reperméabilisation est effectuée et un calibrage laissé en place pendant un temps. En dehors des complications neurochirurgicales, il n'y a pas lieu d'envisager une exclusion du sinus.

CONCLUSION

L'ostéome frontal est une tumeur bénigne à croissance lente mais qui peut entraîner des complications orbitaires et neurologiques graves, rendant leur prise en charge plus difficile. La tomodensitométrie, examen de choix, permet l'évaluation précise de l'extension tumorale et permet aussi le choix de la voie d'abord chirurgicale.

Le traitement chirurgical est classiquement décrit par voie externe ; les voies endonasales sous guidage endoscopique semblent prometteuses mais nécessitent des études avec un recul suffisant afin de codifier les indications.

REFERENCES

1. DUTERME J.P, DUCHATEAU J.P, VANDERKELEN B. Sinusite frontale. Abcès palpébral et exophtalmie sur ostéome. *Acta Oto-Rhino-Laryngologica. Belg*, 1991, 45, 315-318.
2. PECH A, CANNONI M, GRISOLI F, ZANARET M, DE CUTTOLI J.P. Ostéomes des sinus, approches et techniques d'exérèse. *Ann. Oto. Laryngol. Chir. Cervico-Fac*, 1983, 10, 29-37.
3. NAMDA I, EDELSTEIN DR, HUO J. Management of osteoma of the paranasal sinus. *Am J. Rhino* 1998;12:393-8.
4. SCHWARTZ MS, CROCKETT DM. Management of a large fronto-ethmoid-osteoma with sinus cranialisation and cranial bone graft reconstruction. *Intern. J. Ped. Oto. Rhinol. Laryngol*, 1990, 20, 63-72.
5. GAY C, QUESADA P. Ostéome de la région cranio-faciale. *Les cahiers d'ORL* 1987 ;4 :274-84.
6. ERSNER MS, SALTZMAN M. Osteoma of the sinuses. *Laryngoscope*, 1938, 48, 29-37.
7. BEN LAGHA N, GALEAZZI JM, OXEDA P, BOUHNIC Y, MAMAN L. Syndrome de Gardner avec traitement chirurgical des ostéomes multiples. A propos d'un cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2003 ;9 :177-84.
8. MARSHALL ES, THOMAS CC. Frontal sinus osteoma. *Ann Oto Laryngol* 1989 ;98 :896-900.
9. STRADY JA, BLAND LI, KAZEE AM. Osteoma of the fronto-ethmoidal sinus with secondary brain abscess and intracranial mucocele: case report. *Neurosurgery* 1994;34:920-3.
10. CHAGNON S, VALLEE C, BELERY M. Tumeurs osseuses. *Feuilles. Radiologie*, 1986, 26, 500-502.
11. MAIURI F, IACONETTA G, GIAMUNDO A, STELLA L, LA-MAIDA E. Fronto-ethmoidal and orbital osteomas with intracranial extension. Report of two cases. *J Neurosurg Sci* 1996;40:65-70.
12. MENDELSON DB, HERTZANN Y, FRIEDMAN R. Frontal osteoma with spontaneous subdural and intracerebral pneumatocele. *J. Laryngol. Otol.* 1987, 101, 726-728.
13. MANSOUR AM, SALTI H, UWAYDAT S, DAKROUB R, BASHSHOUR Z. Ethmoid sinus osteoma presenting as epiphora and orbital cellulitis: case report and literature review. *Surv Ophthalmol* 1999;43:413-26.
14. SPENCER MG, MITCHAEAL DB. Growth of a frontal sinus osteoma. *J. Laryngol. Oto.* 1987, 101, 726-728.
15. AL SEBEIH K, DEROSIERS M. Bifrontal endoscopic resection of frontal sinus osteoma. *Laryngoscope* 1998; 108: 295-8.
16. BOURDIAL J. Ostéomes des sinus frontaux et éthmoïdo-frontaux. Indications opératoires et traitement par usure contrôlée à la fraise. *Ann. Oto Rhino Laryngol* 1972 ;89 : 285-314.
17. CANNONI M, ZANARET M, THOMASSIN JM, SCAVENNEL C, FOUCAULT G, PECH A. L'abord fronto-ethmoidal externe. *Ann. Oto. Laryngol. Chir. Cervico-Fac.*, 1985, 102, 545-595.
18. KHARRAT S et al. Les ostéomes sinusiens. *J Tun ORL*, N°22, Juin 2009.

