

OSTÉOME FRONTO-ETHMOÏDAL

FRONTO-ETHMOIDAL OSTEOMA

TRAORÉ H¹, TRAORÉ S¹, COULIBALY K², SAMAKÉ D.³, COULIBALY A¹, DIARRA Y², GARANGO A³, KANE AST⁴, MARIKO D⁵, OUKÉROUM A², SLIMANI F.²

- 1- Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale CHU-CNOS de Bamako.
- 2- Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, Hôpital du 20 Aout Casablanca de Bamako.
- 3- Centre de Santé de Référence de la Commune V.
- 4- Service d'Odontologie, Hôpital Militaire de Bamako.
- 5- Groupement Dentaire - Bamako- MALI.



Correspondance : Dr TRAORÉ Hamady

Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale CHU-CNOS-Bamako

Email : traorhamady@yahoo.fr / Tel: +223 66797777

RÉSUMÉ

Introduction : L'ostéome ethmoïdo-frontal est une tumeur mésoenchymateuse bénigne à croissance lente pouvant entraîner des complications ophtalmologiques et neurochirurgicales graves en raison des compressions qu'il peut entraîner.

Observation : Nous rapportons l'observation médicale de trois cas d'ostéome fronto-éthmoïdal opéré dans le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital 20 Août. Tous les patients présentaient une exophtalmie une diminution de l'acuité visuelle. Un cas présentait une cellulite orbitaire. L'indication chirurgicale a été posée chez tous les patients et ont bénéficié d'un abord chirurgical para-nasal. L'évolution post chirurgie était satisfaisante chez tous les patients.

Conclusion : L'ostéome ethmoïdo-frontal est une tumeur bénigne d'évolution lente. Une TDM seule suffit pour poser le diagnostic, le traitement curatif est chirurgical lorsqu'il symptomatique. Le pronostic est bon lorsqu'il est bien pris en charge.

MOTS CLÉS : OSTÉOME, FRONTO-ETHMOÏDAL, PARA-NASAL.

ABSTRACT

Introduction: The ethmoid-frontal osteoma is a benign mesenchymal tumor with slow growth or ophthalmological and neurosurgical complications of the orbits because of the compressions it can cause.

Observation: We report the medical observation of three cases of pre-ethmoidal osteoma operated in the department of stomatology and maxillofacial surgery of the hospital. All patients had an exophthalmia of a decrease in visual acuity. orbital cellulitis. The surgical indication was asked in all patients and were immediately surgical. The post post was positive in all patients.

Conclusion: The ethmoid-frontal osteoma is a benign tumor of slow evolution. A single CT is sufficient to make the diagnosis, the surgical treatment when it is symptomatic. The prognosis is good when it is well taken care of.

KEY WORDS: OSTEOMA, FRONTO-ETHMOIDAL, PARA-NASAL.

INTRODUCTION

L'ostéome ethmoïdo-frontal est une tumeur mésoenchymateuse bénigne à croissance lente pouvant entraîner des complications ophtalmologiques et neurochirurgicales graves en raison des compressions qu'il peut entraîner [1]. Elle est la plus fréquente des tumeurs bénignes sinusiennes et retrouvée dans 3% des tomodensitométries des sinus [2]. Le sinus frontal est touché dans 80% des cas, puis l'éthmoïde, le sinus maxillaire et rarement le sphénoïde [3].

La tomodensitométrie sans injection de produit de contraste des sinus permet de poser le diagnostic [4]. Parfois en fonction de l'extension, surtout vers la paroi postérieure du sinus frontal, une évaluation par IRM est nécessaire pour préciser les rapports avec l'encéphale [4].

Dans les cas symptomatiques ou présentant une atteinte de la fosse cérébrale antérieure, une prise en charge chirurgicale est indiquée.

CAS CLINIQUES

OBSERVATION 1

Il s'agit d'un patient de 56 ans sans antécédents pathologiques, consultant aux urgences pour exophtalmie droite douloureuse avec diminution de l'acuité visuelle et des céphalées intermittentes évoluant depuis 6 mois associant de douleur orbitaire.

L'examen maxillo-facial et ophtalmologique ont retrouvé une tuméfaction douloureuse de la région canthale interne droite, une exophtalmie para-axiale gauche irréductible et une acuité visuelle à 3/10^{ème}. La tomodensitométrie(TDM) de la face a objectivé un ostéome fronto-ethmoïdal droit associant une cellulite pré et rétroseptale collectée (Fig. 1).

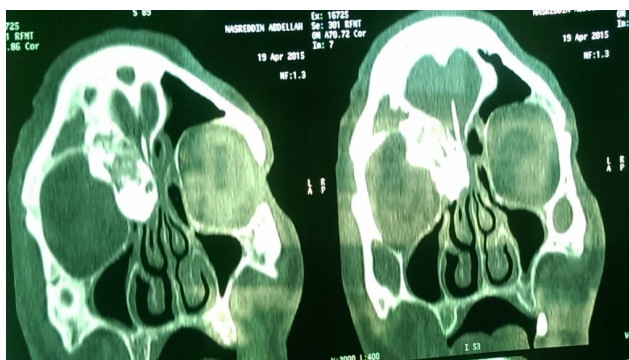


Fig : 1 : TDM de la face en coupes coronales montre la masse calcifiée s'étendant du sinus frontal droit à l'éthmoïde

L'exérèse complète et le drainage de la collection ont été réalisés par un abord externe paranasal droit. L'évolution clinique avec un recul de 2 ans a été marquée par la disparition de l'exophtalmie et la normalisation de l'acuité visuelle.

OBSERVATION 2

Ce jeune patient de 16 ans sans antécédents pathologiques avait consulté pour exophtalmie gauche, évoluant depuis 1an.

L'examen maxillo-facial et ophtalmologique ont montré une exophtalmie axiale irréductible, et une obstruction nasale gauche sans rhinorrhée (Fig.2 et 3).



Fig 2 : Vue de face du patient montrant l'exophtalmie gauche

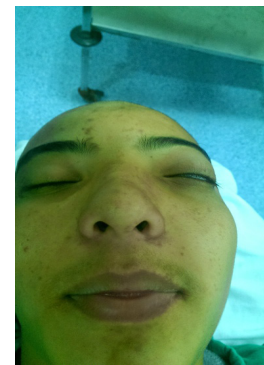


Fig 3 : Vue de plongeante yeux fermés.

Une TDM de la face a mis en évidence une exophtalmie gauche sur un volumineux ostéome de la base du crane à développement inférieur dans la fosse nasale avec des prolongements dans le processus sphénoïdal et le canal fonto-nasal (Fig.4 a et b).

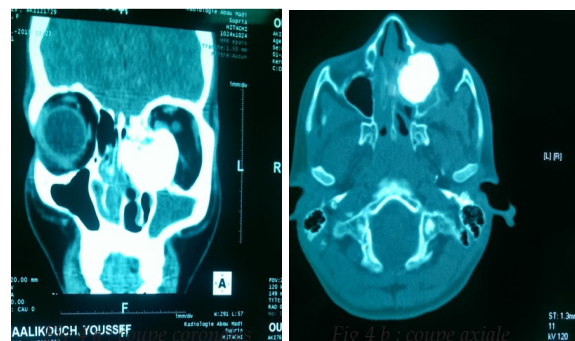


Figure 4 (a et b) : TDM de la face en coupes coronales et axiales montre la masse calcifiée du sinus fronto-éthmoïdal s'étendant à l'orbite droite.

L'exérèse a été effectuée par un abord paranasal gauche et l'évolution a été marquée par la rémission de l'exophtalmie et de l'obstruction nasale (Fig.5) .



Fig 5: Vue per-opératoire avec abord para-nasal gauche montrant l'ostéome.

OBSERVATION 3

Patiente âgée de 46 ans sans antécédents pathologiques particuliers ayant consulté pour une exophtalmie droite d'apparition progressive.

L'examen ophtalmologique a retrouvé une exophtalmie gauche manifeste, associée avec une diminution de l'acuité visuelle à 6/10^{ème}.

Une TDM de la face a été réalisée et qui a montré la présence d'un ostéome fronto-ethmoïdal avec extension au niveau du toit de l'orbite mesurant 2 cm de grand axe (Fig.6).



Fig 6: TDM de la face en coupes coronales montre la masse calcifiée du sinus frontal s'étendant à l'éthmoïde.

L'exérèse a été effectuée par un abord supra-orbitaire prolongeant en paranasal gauche et l'évolution marquée par la rémission de l'exophtalmie et de l'obstruction nasale (Fig.7).



Fig 7: Vue per-opératoire montrant la voie d'abord chirurgicale

COMMENTAIRES

L'ostéome résulte d'une métaplasie du tissu conjonctif de la muqueuse sinusale. Trois théories ont été proposées pour expliquer sa survenue : traumatique, infectieuse et embryonnaire. Dans la première, le traumatisme est responsable d'une activité ostéoblastique supérieure à l'activité ostéoclastique. Dans la seconde, l'infection stimule l'ostéogénèse. La théorie embryonnaire stipule que cette tumeur se développe à la limite entre les tissus d'origine embryonnaire différente. En effet, elle résulte de l'ossification du cartilage foetal situé à la jonction sinus frontal et cellules éthmoïdales, le premier d'origine osseuse membraneuse et les secondes d'origine osseuse enchondrale [1, 2,3].

Les localisations frontales de ces néoformations osseuses bénignes sont de loin les plus fréquentes (50 à 60%), suivies des ostéomes ethmoïdaux (20 à 30%). Ces tumeurs sont rarement observées au niveau du sinus maxillaire (5 à 10%) et exceptionnellement au niveau du sinus sphénoïdal [4].

Classiquement, les ostéomes sinusaux sont asymptomatiques. Chez nos patients, l'origine de l'ostéome était frontale dans 1 cas, ethmoïdal dans 2 cas et 1 cas présentait une infection orbitaire. Lorsqu'ils obstruent les carrefours ostéo-méataux, ils peuvent être responsables de sinusite.

Leur extension orbitaire est à l'origine, selon leur taille, de différents signes tels qu'une exophtalmie, une diplopie ou une limitation des mouvements oculaires [1,4] comme c'est le cas dans notre troisième observation. Les localisations ethmoïdales postérieures et sphénoïdales peuvent se développer vers le canal optique avec compression du nerf optique, source d'amaurose, d'atrophie optique et d'œdème papillaire [6].

Les signes rhinologiques observés sont à type d'obstruction nasale dans les cas d'ostéome ethmoïdal ou ethmoïdo-maxillaire, ou en rapport avec des phénomènes de rétention sinusienne dans les cas d'atteinte du canal naso-frontal [6]. Ce que confirme l'examen clinique chez nos 2^{ème} et 3^{ème} patients. L'imagerie, particulièrement la TDM et l'IRM, permettent non seulement de poser le diagnostic mais également de faire un bilan d'extension exhaustif pour permettre de choisir la meilleure technique chirurgicale.

Le diagnostic histologique ne pose aucun problème, et trois types ont été décrits en fonction de leur composition spongieuse, compacte ou mixte.

Le traitement consiste généralement en l'exérèse en bloc ou le curetage de la tumeur. Cette excision radicale est parfois difficile dans les ostéomes envahissant les nerfs crâniens et les axes vasculaires, ou de localisations à accès difficile [8]. Si l'ostéome est de petite taille et asymptomatique, l'abstention est préférable [9]. Dans notre série, nous avons réalisé une exérèse en mono bloc chez tous nos patients. Le traitement curatif d'un ostéome naso-sinusal ne peut être que chirurgical. Il a deux objectifs : pratiquer l'ablation totale de la tumeur et de son pédicule sous peine de récurrence et éviter les délabrements esthétiques et fonctionnels par reconstruction des parois osseuses [7].

CONCLUSION

L'ostéome ethmoïdo-frontal est une tumeur bénigne d'évolution lente pouvant entraîner des complications ophtalmologiques et neurochirurgicales graves en raison des compressions. Une TDM seule suffit pour poser le diagnostic. Le traitement curatif est chirurgical lorsqu'il est symptomatique. Le pronostic est bon lorsqu'il est bien pris en charge.

RÉFÉRENCES

- 1- HALHAL M, NACIRI M, BERBICH O, BENABDELLAH W, BERRAHO, A. Ostéome de l'orbite. *J Fr Ophtalmol* 2003; 23(9): 889 —91.
- 2- MONTEIRO M, BORGES S, ROSAS V, CRUZ J, CORREIA C. Perte transitoire de la vision causée par un ostéome orbitaire. *J Fr Ophtalmol* 2007; 30:e21.
- 3- ERDOGAN N, DEMIR U, SONGU M, OZENLER NK, ULUÇ E, DIRIM B. A prospective study of paranasal sinus osteomas in 1,889 cases: changing patterns of localization. *Laryngoscope*. 2009;119(12):2355-9.
- 4- EL KOHEN A, LAHLOU M, RABEH G, BENJELLOUN A, LAZRAK A, JAZOULI N, ET AL. Les ostéomes orbitaires : évaluation clinique de neuf cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005;106(1):7—12.
- 5- ZOULOUMIS L, LAZARIDIS N, PAPADAKI M, EPIVATIANOS A. Osteoma of the ethmoidal sinus: a rare case of recurrence. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005; 43:520—2.
- 6- HADDARA S, NEJIA H, DABBECHEA C, GUERMAZIA Y, FAKHFAKHA K, BEN MAHFOUDHA K, MNIFB Z, MNIFA J. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* (2013) 94, 123—126
- 7- BEN MANSOUR N, OUDIDI A, BELHOUCINE I, TAHRI H, ELALAMI MN. *Images en Ophtalmologie* • Vol. III • n° 1 • 2009.
- 8- PAI BS, HARISH K, VENKATESH MS, SHANKAR U, DEEPTHI J. Ethmoidal osteoid osteoma with orbital and intracranial extension. *BMC Ear Nose Throat Disord* 2005 ;5: 2.
- 9- BADR SS, DAHNIYA MH, KATCHY KC. A lump in the head. *Br J Radiol* 2002 ;75: 931-932.