

CAS CLINIQUE

Kyste épidermoïde de l'os frontal envahissant le sinus frontal

Christine A. Bach¹, Bertrand Baujat¹, Anne-Catherine Baglin², Frédéric Chabolle¹.

¹Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale - Hôpital Foch, 40 rue Worth., 92150 Suresnes.

²Service d'Anatomo-pathologie - Hôpital Foch, 40 rue Worth., 92150 Suresnes.

INTRODUCTION

Les kystes épidermoïdes intradiploïques sont des formations bénignes d'allure tumorale et d'évolution lente susceptibles d'envahir les sinus de la face. Ce sont des entités rares contrairement aux cholestéatomes de l'oreille moyenne d'observation courante auxquels ils sont assimilés.

L'observation d'un cas de kyste épidermoïde de l'os frontal envahissant le sinus frontal chez une jeune femme nous permet de rappeler les problèmes posés par cette affection sur les plans étiopathogénique, clinique et thérapeutique.

CAS CLINIQUE

Une jeune femme de 26 ans, sans antécédents, a été vue en consultation pour une rhinite allergique avec obstruction nasale bilatérale, rhinorrhée claire et éternuements, persistante malgré un traitement médical bien conduit. A ces symptômes s'associaient des douleurs en regard du sinus frontal gauche sans larmoiements ni œil rouge. L'examen clinique retrouvait un polype antro-choanal dans la fosse nasale droite.

Le scanner mettait en évidence d'une part un polype de Killian du sinus maxillaire droit, et d'autre part une

(Fr ORL - 2005 ; 86 : 38 - 40)

Mots clés : kyste épidermoïde intradiploïque, sinus frontal.

Date de soumission : Juillet 2004

Date d'acceptation : Décembre 2004

Auteur correspondant : Professeur Chabolle

Service d'ORL Hôpital Foch,

40 rue Worth.

92150 Suresnes

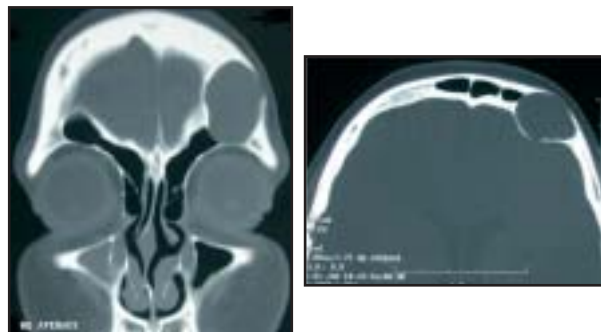
e-mail : f.chabolle@hopital-foch.org

lésion kystique de l'os frontal envahissant le sinus frontal gauche au niveau de sa corne externe et ayant lysée les parois antérieure et postérieure de l'os frontal (Figure 1). L'IRM retrouvait cette lésion frontale hétérogène, en hyposignal T1 et en hypersignal T2 sans rehaussement par le gadolinium. Cet aspect était compatible avec un kyste épidermoïde.

L'intervention a permis l'exérèse du polype de Killian par voie endonasale et un abord de l'os frontal gauche a été réalisé par voie coronale. Dès l'ouverture du périoste frontal la déhiscence de la paroi antérieure de l'os frontal a été retrouvée. L'aspect du tissu présent dans la cavité kystique était très évocateur d'un kyste épidermoïde (Figure 2). La paroi du kyste et la matrice ont été retirées dans leur ensemble ; en arrière la paroi venait au contact de la dure-mère sans y être adhérente. La cavité kystique était en communication avec le sinus frontal. Cette ouverture dans le sinus a été agrandie puis le volet osseux a été remis en place. La voie d'abord a été suturée sur deux drains aspiratifs.

L'examen histologique a confirmé l'existence d'une hyperproduction de kératine et a conclu à un kératome.

Figure 1 : Scanner en coupe coronale et en coupe axiale. Comblement du sinus maxillaire droit. Lésion kystique de l'os frontal avec une érosion osseuse à bords nets, envahissant le sinus frontal gauche.



Kyste épidermoïde de l'os frontal envahissant le sinus frontal.

Les suites opératoires ont été simples, marquées par la disparition des signes fonctionnels. Un scanner de contrôle réalisé 6 mois après l'intervention confirmait la vacuité du sinus frontal et notait le comblement osseux progressif de la cavité kystique (Figure 3).

Figure 2 : *Après abaissement du lambeau de scalp antérieur, la dissection du périoste frontal met en évidence une déchissance de la paroi antérieure du frontal contenant un tissu blanchâtre.*



Figure 3 : *Scanner en coupe coronale et en coupe axiale, réalisé 6 mois après l'intervention. Le sinus frontal est libre. Ossification progressive des parois de la cavité kystique.*



DISCUSSION

Les cholestéatomes de la région frontale et fronto-orbitaire sont connus depuis plus d'un siècle mais leur dénomination dans la littérature est très variable. Les termes de kératome ou de kyste épidermoïde semblent être les plus appropriés [1]. Les kystes épidermoïdes sont caractérisés par leur paroi qui est toujours épithéliale de type malpighien orthokératosique et qui ne comporte pas d'inclusion de phanères ou de glandes cutanées.

L'origine étiopathogénique des kystes épidermoïdes est très discutée. Certains plaident pour une origine primitive par inclusion de cellules ectodermiques au cours de l'embryogénèse quand d'autres évoquent une origine secondaire par inclusion épidermique (inclusion, migration ou métaplasie) sans qu'il soit possible de trancher.

Les kystes sont intra-diploïques et au niveau de l'os frontal nous remarquons qu'ils se développent sur le trajet des fentes faciales de la classification de Tessier. Dans le cas clinique présenté, la lésion s'est développée sur le trajet de la fente 1-14 de Tessier. Les fentes faciales sont localisées sur les différents trajets de fusion des bourgeons faciaux. La fusion se fait en partie grâce à l'apoptose de l'ectoderme du revêtement des bourgeons faciaux. La localisation des kystes épidermoïdes sur des axes bien définis est très en faveur d'une origine embryonnaire par inclusion d'ectoderme au cours de la fusion des bourgeons faciaux.

Les kystes épidermoïdes représentent 1% des tumeurs intra-crâniennes, ils peuvent se développer après un traumatisme voire même dégénérer [2].

Ils sont généralement découverts entre 20 et 60 ans, plus fréquemment chez l'homme. Ils ont une fine capsule avec une surface nodulaire, irrégulière.

Le diagnostic de kyste épidermoïde frontal doit être évoqué devant toute céphalée sus-orbitaire ou tuméfaction de cette région qu'elle soit associée ou non à une exophtalmie ou à d'autres signes oculaires. Au stade ultime de l'évolution une fistule sourcilière externe, un tableau de sinusite extériorisée ou des complications méningées sont possibles.

Le scanner retrouve des images typiques intra-diploïques avec une érosion osseuse à bords nets et il permet d'apprécier l'état des cavités sinusiennes, l'extension orbitaire et une éventuelle extension postérieure. Les kystes se développent à bas bruit à partir de la diploé puis envahissent progressivement les sinus frontaux et les structures adjacentes. Le scanner et l'IRM sont complémentaires. C'est l'association d'une hypo ou isodensité, sans prise de contraste en scanner et d'une hyperintensité hétérogène en T2 sans prise de contraste qui fait évoquer le diagnostic [3].

D'autres affections peuvent présenter un tableau clinique et radiologique identique. Il convient en premier lieu d'éliminer une tumeur maligne puis d'évoquer une mucocèle, une maladie granulomateuse ou une tumeur conjonctive.

Kyste épidermoïde de l'os frontal envahissant le sinus frontal.

Le traitement des kystes épidermoïdes envahissant le sinus frontal est toujours chirurgical. Une voie d'abord large est nécessaire afin d'enlever la masse tumorale et de cliver la matrice pour contrôler parfaitement la cavité kystique et éviter les récives [4]. Une voie d'abord sourcilière ou coronale avec un volet osseux frontal permet une bonne exposition [5]. Un suivi au long cours est nécessaire compte tenu du risque de récive locale.

CONCLUSION

Les kystes épidermoïdes de l'os frontal envahissant le sinus constituent une affection rare.

Le diagnostic clinique est difficile, mais il faut savoir l'évoquer sur le scanner et l'IRM afin de prévoir la voie d'abord. Le seul traitement est chirurgical et nécessite une voie d'abord large pour permettre une exérèse complète et éviter les récives.

RÉFÉRENCES

1. Hopp ML, Montgomery WW. Primary and secondary keratomas of the frontal sinus. *Laryngoscope* 1984; 94: 628-632
2. Ciappetta P, Artico M, Salvati M, Raco A, Gagliardi FM. Intradiploic epidermoid cysts of the skull: report of 10 cases and review of the literature. *Acta Neurochirurgica* 1990, 102: 33-37
3. Portmann M, Sterkers J.M, Charachon R. Imagerie et chirurgie des affections de la base du crâne. Rapport de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie. *Arnette* 1992. pp127-131
4. Campanella R.S, Caldarelli D.D, Friedberg S.A. Cholesteatoma of the frontal and ethmoid areas. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1979; 88: 518-523
5. Hartman J.M, Stankiewicz J.A. Cholesteatoma of the paranasal sinuses: case report and review of the literature. *Ear nose and throat* 1991; 70: 719-725