

Mucocèle géante sphénoïdale : A propos d'un cas

Yasser Arkha¹, Salma Benazzou², Abdessamad El Ouahabi¹, Leila Essakalli², Mohammed Kzadri²,
Abdeslam El Khamlich¹

¹ Service de Neurochirurgie, Hôpital des Spécialités, CHU Avicenne, Rabat, MAROC

² Service d'ORL et de Chirurgie Maxillo-faciale, Hôpital des Spécialités, CHU Avicenne, Rabat, MAROC

INTRODUCTION

La mucocèle est une formation kystique bénigne, expansive, localement destructrice, développée à partir d'une cavité nasosinusienne [1]. Ses localisations les plus fréquentes sont frontales et fronto-ethmoïdales ; les formes sphénoïdales sont plus rares (1 à 2% des mucocèles sinusiennes) [2]. Les symptômes cliniques sont non spécifiques et d'apparition retardée par rapport à la constitution de la mucocèle sphénoïdale. La tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permettent de faire un diagnostic de présomption précoce. Le traitement de choix est la sphénoïdectomie par voie endonasale avec drainage de la mucocèle.

CAS CLINIQUE

Madame A.F âgée de 47 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentait depuis 6 ans des céphalées diffuses associées à une protrusion oculaire droite augmentant progressivement de volume. L'évolution a été marquée par une baisse progressive de l'acuité visuelle ayant abouti à une cécité du côté droit depuis

(*Fr ORL - 2007 ; 92 : 312 - 314*)

Mots clés : Mucocèle, Sinus, Sphéroïde.

Date de soumission : juillet 2005

Date d'acceptation : janvier 2007

Auteur correspondant : Yasser Arkha

BP. 6626 Rabat instituts - Madinat Al Irfane

Rabat MAROC

e-mail : yassernch@hotmail.com

3 ans et pour laquelle la patiente n'a jamais consulté. Devant l'aggravation de l'exophtalmie, l'apparition d'une tuméfaction de la région temporale droite et d'une obstruction nasale homolatérale, la patiente a consulté aux urgences. L'examen à l'admission trouvait une patiente consciente, bien orientée dans le temps et l'espace. Elle présentait une tumeur temporale droite de 6 cm de diamètre, de consistance molle, non battante et sans signe inflammatoire en regard. L'examen ophtalmologique objectivait une exophtalmie droite axiale, non réductible associée à une rougeur conjonctivale et à une cécité droite. L'examen neurologique était sans particularité excepté une atteinte de la II^{ème} paire crânienne droite.

L'endoscopie nasale montrait une fosse nasale droite totalement obstruée par un processus expansif venant du méat moyen droit refoulant les cornets inférieur et moyen droits et venant au contact du plancher de la fosse nasale. La fosse nasale gauche était libre. Le reste de l'examen ORL était normal.

Une radiographie en incidence de Blondeau mettait en évidence une opacité de tonalité hydrique se projetant sur la région orbitaire avec destruction de la fente sphénoïdale et la petite aile du sphénoïde.

La TDM crânio-faciale objectivait un processus de densité liquidienne de la grande aile du sphénoïde s'étendant vers le corps du sphénoïde, l'ethmoïde, l'orbite avec lyse du toit et du plancher orbitaire, le sinus maxillaire droit, la fosse nasale droite et la fosse ptérygomaxillaire droite avec lyse de l'écaïlle temporale et extension aux parties molles. Ce processus avait une extension intracrânienne au niveau de la région frontotemporale droite, et étaient séparé du parenchyme cérébral par une coque hyperdense (Figures 1a et 1b).

Mucocèle géante sphénoïdale

Figure 1a : TDM cérébrale en coupe axiale. *Volumineux processus sphénotemporal isodense étendu vers l'ethmoïde et l'orbite.*



Figure 1b : TDM cérébrale en coupe coronale. *Extension du processus en hauteur vers la fosse ptérygo-maxillaire droite avec lyse de l'écaïlle temporale et extension aux parties molles.*

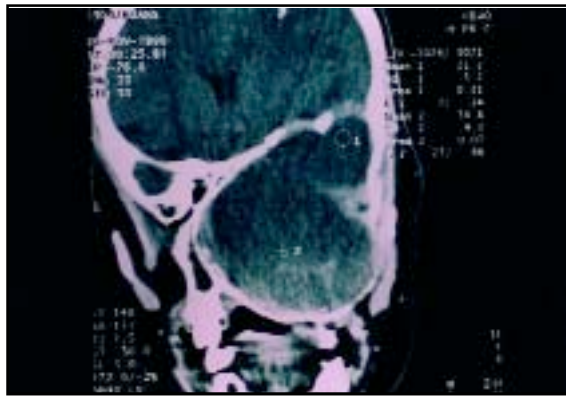


Figure 2a : IRM cérébrale en coupe sagittale séquence pondérée T1. *Processus sphénotemporal isointense à extension exocrânienne.*

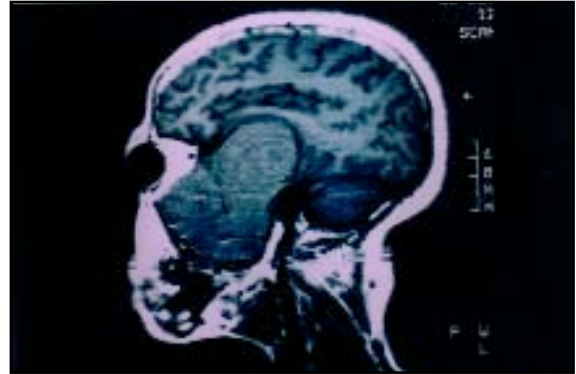
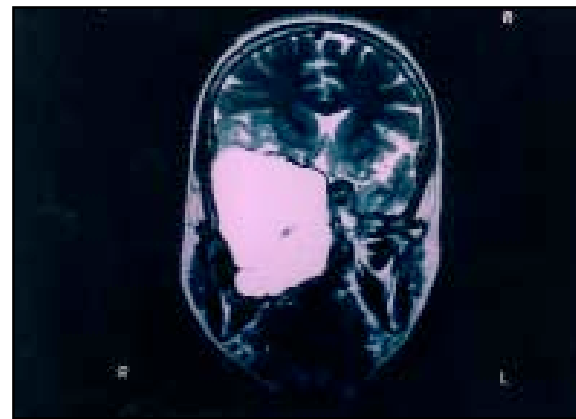


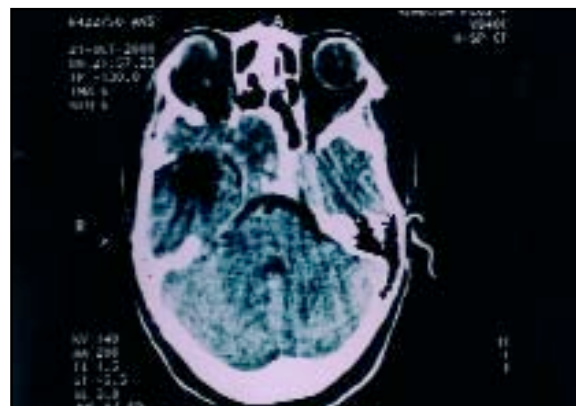
Figure 2b : IRM crânio-faciale en coupe coronale séquence pondérée T2. *Processus hyperintense s'étendant vers la fosse temporale et ptérygo-maxillaire droites.*



L'IRM crâniofaciale suspectait la nature mucocélique du processus sphéno-temporal ; raison pour laquelle la patiente a été traitée par un abord endoscopique endonasal droit. Une marsupialisation de la cavité mucocélique a permis son drainage et la libération de la fosse nasale droite (Figures 2a et 2b).

Les suites opératoires ont été simples, marquées par une régression de l'exophtalmie sans aucune récupération visuelle. Avec un recul de 4 ans, aucune récurrence clinique n'a été notée. La TDM crânio-faciale de contrôle a mis en évidence une image séquellaire frontotemporale droite avec reconstruction des parois osseuses (Figure 3).

Figure 3 : TDM cérébrale de contrôle en coupe axiale. *Image séquellaire frontotempore droite hypodense avec une reconstruction des parois osseuses.*



DISCUSSION

La mucocèle sphénoïdale est une entité rare rapportée dans la littérature le plus souvent sous forme de cas clinique. Depuis sa description par Berg en 1889, 138 cas ont été notés [2-3]. Une faible prédominance masculine a été retrouvée (53%) [3]. Notre observation rapporte un nouveau cas de mucocèle sphénoïdale caractéristique par ses dimensions et son extension.

La symptomatologie clinique est très diversifiée et non spécifique. Le délai diagnostique varie de 3 jours à 38 ans avec une moyenne de 4 ans. Le signe clinique le plus caractéristique est la présence de céphalées diffuses ou périorbitaires (90%). Une atteinte ophtalmique est très souvent retrouvée à type d'exophtalmie, de baisse de l'acuité visuelle, d'amaurose, de paralysie oculomotrice, d'une altération du champs visuel et/ou d'une atteinte de la IIIème paire crânienne. Des manifestations ORL à type d'anosmie, obstruction nasale et écoulement nasal ont été rapportés de même que des troubles endocriniens et un pan hypopituitarisme [1-3].

L'évolution des techniques d'imagerie (TDM, IRM) permet d'évoquer le diagnostic d'une mucocèle sphénoïdale, d'effectuer un bilan d'extension précis et de permettre un bilan morphologique nasosinusal. La mucocèle apparaît comme une formation homogène, aux contours nets, spontanément hypodense ou isodense à la TDM, elle peut être hyperdense dans les formes anciennes. Quant à l'IRM, elle apparaît le plus souvent hyperintense en T2 avec une prise de contraste périphérique et non intralésionnelle. Dans le cas d'un volumineux processus sphénoïdal à extension extrasinusal (le cas de notre observation), l'imagerie avec de multiples coupes transverses, frontales et sagittales permet de confirmer le point de départ sinusal sphénoïdal. [1,3-4]. Ainsi, suspectant à l'imagerie le diagnostic de mucocèle sphénoïdale, un abord endosco-

pique est préconisé. Le guidage endoscopique endonasal permet l'accès au recessus sphénoethmoïdal qui est ponctionné puis une large marsupialisation de la poche mucocélique est réalisée permettant sa vidange. L'abord endoscopique est surtout préconisé dans les mucocèles géantes à extension intra et extra-crânienne, car c'est une chirurgie non invasive avec un faible risque de perforation durémérienne qui est induite par l'inflammation et résistante aux pressions [5].

CONCLUSION

Les mucocèles sphénoïdales sont rares. Elles revêtent différents aspects cliniques et radiologiques. Leur traitement de référence est la marsupialisation par voie endoscopique endonasale.

RÉFÉRENCES

1. Klossek JM, Dufour X, Ferrie JC, Fontanel JP. Pneumosinus dilatans et mucocèles des cavités nasosinusiennes. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Oto-rhino-laryngologie*, 20-465-A-10. 2003, 8p.
2. Kosling S, Hintner M, Brandt S, Schulz TH, Bloching M. Mucocèles of the sphenoid sinus. *Eur J Radiol* 2004; 51:1-5.
3. Hejazi N, Witzmann A, Hassler W. Ocular manifestations of sphenoid mucocèles : clinical features and neurosurgical management of three cases and review of the literature. *Surg Neurol*. 2001; 56: 338-343.
4. Ferrie JC, Klossek JM. Les mucocèles sphénoïdales. *J Neuroradiol*. 2003; 30: 219-223.
5. Har-El G. Endoscopic management of 108 sinus mucocèles. *Laryngoscope* 2001; 111: 2131-2134.