



Les ostéomes ethmoïdo-fronto-orbitaire : Quel voie d'abord ?

B. Dani^{*a} (Dr), R. El azzouzi^a (Dr), M. Boulaadas^a (Pr)
^a Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, Rabat, MAROC
^{*} bouchradani89@gmail.com

Introduction

L'ostéome des sinus paranasaux est une tumeur bénigne rare, d'évolution lente et qui peut être responsable de complications ophtalmologiques, sinusiennes et endocrâniennes. Son traitement lorsqu'il s'impose, n'est que chirurgicale [1,2].

Nous rapportant 2 cas d'ostéome ethmoïdo-fronto-orbitaire opéré au sein de notre formation de chirurgie maxillo-faciale de Rabat. La voie d'abord était para-latéro-nasale avec extension en supra-sourcilière, qui nous a permis une bonne exposition de la masse.

Matériels et méthodes

Nous rapportant 2 cas opérés au sein de notre formation de chirurgie maxillo-faciale de Rabat. Les deux sont des hommes de 41 et 38 ans, sans antécédents particuliers, qui présentent une exophtalmie de l'œil droit pour le 1^{er} et gauche pour le deuxième (figure 1, 2).

Cliniquement les 2 patients ne présentaient ni limitation des mouvements oculaire ni diplopie. L'examen endobuccal ainsi que l'examen rhinologique étaient normaux.

Le bilan radiologique réalisé pour les 2 malades ; comprenant un scanner du massif facial ainsi qu'une IRM cérébrale ; a objectivé la présence d'un ostéome ethmoïdo-frontal droit faisant saillie dans l'orbite homolatérale responsable d'une exophtalmie grade II pour le 1^{er} malade. Le bilan radiologique du 2^{eme} malade a objectivait un ostéome éthmoïdo-nasale gauches étendues à la fosse cérébrale antérieures.

Résultats

Pour la prise en charge chirurgicale des 2 malades, On a opté pour une énucléation totale de l'ostéome par voie paralatéro-nasale avec extension en supra-sourcilière. On a réalisé un volet osseux fronto-naso-orbitaire qui nous a permis de mettre en évidence l'ostéome et sa résection totale par morcellement à l'aide la fraise boule. Ensuite on a remis le volet à sa place grâce à l'ostéosynthèse par microplaque fixé par des micros vis 5mm, avec la réalisation d'une canthopexie transnasale après vérification de la perméabilité des voies lacrymales. Sur un recul de 24 mois aucun signe de récidence n'a été noté (figure 1,2).

Les suites opératoires étaient simples.

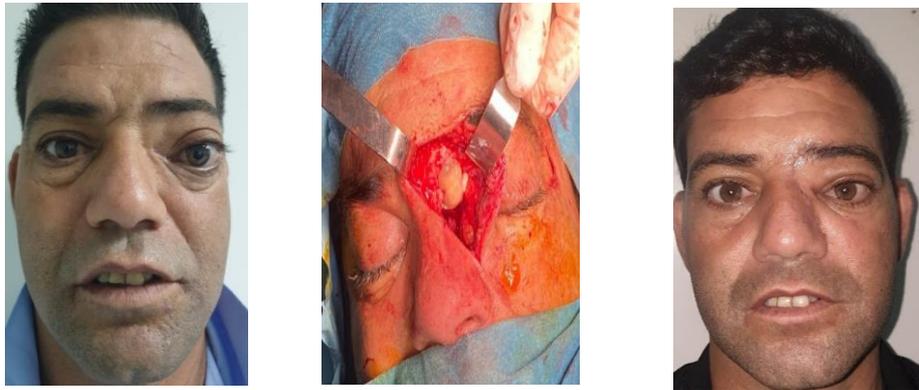


Fig.1 : 1^{er} cas de gauche à droite, photo pré opératoire, per opératoire et post opératoire



Fig.2 : 2^{ème} cas de gauche à droite, photo pré opératoire, per opératoire et post opératoire

Il existe plusieurs formes d'ostéomes : les formes lobulées et les formes pédiculées [1,2]. Elle touchant par ordre de fréquence le sinus frontal, les cellules éthmoïdales et les sinus maxillaires. Le sinus sphénoïdal n'est que rarement touché [3]. L'ostéome fronto-orbitaire représente 0,4 à 5 % des tumeurs orbitaires et 0,6 à 2,5 % des causes d'exophtalmies tumorales [4]. La tumeur se manifeste habituellement avant 50 ans, et est plus fréquente chez l'homme que chez la femme [4].

Classiquement, les ostéomes sinusaux sont asymptomatiques. 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]. 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 [5].

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 [6].

L'indication chirurgicale dépend de la taille, du siège, de l'extension de l'ostéome ainsi que de la symptomatologie et des complications éventuelles. La majorité des auteurs s'accordent sur le respect des petits ostéomes asymptomatiques, au prix d'une surveillance radiologique régulière. Dans les autres cas, le traitement chirurgical s'impose [2,5].

La voie d'abord sera fonction de la localisation et de l'extension de la tumeur, et devra entraîner un préjudice esthétique le plus limité possible. La voie transfaciale a été retenue chez tous nos malades. Elle a été réalisée par incision para-latéro-nasale avec extension en supra-sourcilière. Elle permet en effet l'accès aux régions orbitaire, éthmoïdales antérieure et postérieure, et elle est donc indiquée dans les ostéomes à extension orbitaire [4].

Une voie bicoronale de Lairns-Unterberger avec volet frontal peut également être utilisée, essentiellement dans un but esthétique, car elle est dissimulée dans le cuir chevelu. Elle doit être préférée dans les cas d'ostéome frontal pur [4,5]. Les voies neurochirurgicales endocrânienne et mixte crânio-faciale seront réservées aux ostéomes comportant une extension intracrânienne et aux volumineux ostéomes à extension postérieure. Enfin, les ostéomes sphénoïdaux peuvent être abordés par voie Trans-temporale [3,4,5]

Plusieurs techniques d'exérèse peuvent être utilisées [4] : exérèse en bloc, fragmentation tumorale ou évidement de la partie centrale à la fraise suivi de l'extraction de la coque externe. Dans tous les cas, le volet antérieur doit être conservé et sera remis en place en fin d'intervention.

La surveillance postopératoire doit être régulière et rigoureuse, basée sur la clinique et la TDM. Elle permet de dépister les complications infectieuses, mais surtout les récurrences [4,6].

Références :

- [1] 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.
- [2] Kim AW, Foster JA, Papay FA, Wright KW. Orbital extension of a frontal sinus osteoma in a thirteen-year-old girl. *J AAPOS* 2000;4(2):122—4.
- [3] Benatiya Andaloussi I, Touiza E, Bhallil S, Ouidi A, Bouayed MA, Daoudi K, et al. Orbital osteoma: three case reports. *Bull Soc Belge Ophtalmol* 2006;300:73—9.
- [4] Elkohen A, Lahlou M, Rabeh G et al. Les ostéomes orbitaires : évaluation clinique de neuf cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005;106(1):7-12.
- [5] Bourgeois P, Fichten A, Louis E, Vincent C, Pertuzon B, Assaker R. Frontal sinus osteomas: neuro-ophthalmological complications. *Neurochirurgie* 2002;48:104-8.
- [6] Maroldi R, Ravanelli M, Borghesi A, Farina D. Paranasal sinus imaging. *Eur J Radiol* 2008;66:372—86.

Déclaration de liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.