

LEIOMYOME AGRESSIF NASO-SINUSIEN : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

LEIOMYOMA AGGRESSIVE NASO-SINUS : ABOUT A CASE AND REVIEW LITERATURE

K. Khamassi, I. Kesraoui, A. Smaili, R. Lahiani, L. Bougacha, N. Kaffel, A. Boubaker*, M. Ben Salah, M. Ferjaoui
Service D'orl et de Chirurgie Cervico-Faciale, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

* Service De Neurochirurgie, Institut National De Neurologie, Tunis
Universite De Tunis El Manar, Faculte De Medecine De Tunis

RESUME

Introduction : Les léiomyomes sont des tumeurs bénignes issues des fibres musculaires lisses. La localisation au niveau des cavités nasosinusiennes est très rare.

Cas clinique : Il s'agit d'une patiente âgée de 59 ans, qui a consulté pour obstruction nasale et épistaxis gauches. L'endoscopie nasale a montré une formation comblant totalement la fosse nasale gauche. L'imagerie (TDM, IRM) a objectivé un volumineux processus expansif tissulaire naso-ethmoïdo-maxillaire, avec extension intra-orbitaire et endocrânienne. La biopsie confirmée qu'il s'agit d'un léiomyome à localisation nasosinusienne. La patiente a été opérée par voie paralatéronasale élargie. Elle a eu une exérèse tumorale complète et une reconstruction de la perte de substance osseuse par autogreffe. Les suites opératoires étaient simples. Aucune récurrence n'a été notée après un recul de 1 an.

Conclusion : La localisation nasosinusienne du léiomyome est très rare. L'imagerie est indispensable dans le cadre du bilan d'extension loco-régional. Seul une exérèse chirurgicale complète permettra d'éviter toute récurrence aussi bien à court qu'à long terme.

Mots-clés : léiomyome, fosses nasales, sinus, tomographie, imagerie par résonance magnétique, chirurgie sinusienne

ABSTRACT

Introduction: Leiomyomas are benign tumors arising from smooth muscle fibers. The location at the sinonasal cavities is very rare.

Case report: This is a female patient aged 59, who consulted for left nasal obstruction and epistaxis. Nasal endoscopy showed a tumor completely filling the left nasal cavity. Imaging (CT, MRI) has objectified a large expansive tissular naso-maxillary-ethmoidal process with intraorbital and intracranial extension. The biopsy confirmed that this was a leiomyoma with sinonasal localization.

The patient was operated by extended paralatéronasale approach. She had a complete tumor resection and reconstruction of the bone defect with autograft. The postoperative course was uneventful. No recurrence was observed after a follow-up period of 1 year.

Conclusion: The sinonasal location of leiomyoma is very rare. Imaging is essential for locoregional staging. Only a complete surgical resection will prevent any recurrence both in short and long term.

Keywords : leiomyoma, nasal fossae, sinus, computed tomography, magnetic resonance imaging, sinus surgery

INTRODUCTION

Les léiomyomes sont des tumeurs bénignes issues des fibres musculaires lisses. Survenant surtout chez la femme, ils sont principalement localisés au sein de l'utérus, du tractus digestif et de la vessie. La localisation au sein des cavités nasosinusiennes est très rare, en rapport avec la pauvreté de cette région en fibres musculaires lisses. Nous rapportons un cas diagnostiqué et traité dans notre service.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente âgée de 59 ans, dyslipidémique, ancienne chiqueuse de néffa, qui nous a consulté pour obstruction nasale chronique gauche, associée à une rhinorrhée homolatérale et à une épistaxis intermittente. Cette symptomatologie fonctionnelle a débuté un an auparavant. L'endoscopie nasale a montré une formation comblant totalement la fosse nasale gauche avec une cloison nasale déviée à droite. Les aires ganglionnaires étaient libres. L'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx était sans particularité. L'examen ophtalmologique trouvait une diminution de l'oculomotricité de l'œil gauche, sans exophtalmie ni diminution de l'acuité visuelle.

La TDM du massif facial et cérébrale a objectivé un volumineux processus expansif tissulaire occupant la fosse nasale gauche, s'étendant au sinus maxillaire et à l'ethmoïde homolatéraux (Figure 1).



Figure 1 (TDM, coupe axiale) : Processus expansif comblant l'ethmoïde gauche avec extension intra-orbitaire.

Il existe aussi une lyse du toit de l'ethmoïde et de la lame criblée en haut, et de la lame papyracée latéralement. Ce processus se réhaussait fortement après injection de produit de contraste, avec présence par ailleurs de petite



zones de nécrose. A l'imagerie par résonance magnétique, ce processus était en isosignal T1 et en signal hétérogène en T2, avec réhaussement intense après injection de gadolinium. Il s'étendait latéralement en intra-orbitaire jusqu'à la graisse extra-conale, avec refoulement du muscle droit interne, sans atteinte du globe oculaire. Vers le haut, il présentait une extension endocrânienne extra-durale à travers le toit de l'ethmoïde et la lame criblée (Figure 2).



Figure 2 (IRM, coupe coronale, T1 + gadolinium) :
Extension intracrânienne extra-durale

De multiples biopsies avec examen anatomopathologique et étude immunohistochimique de la tumeur ont confirmé qu'il s'agit d'un léiomyome à localisation nasosinusienne. Après bilan et consultation pré-anesthésique, la patiente a été opérée. La voie d'abord était la voie paralatéronasale de Moure et Sébileau, élargie à la région frontale.

On a confectionné un volet osseux naso-ethmoïdo-maxillaire, permettant une exposition large et l'abord direct de la tumeur (Figure 3).

Celle-ci était bourgeonnante et hémorragique, saignante au moindre contact. Comme l'a montré l'imagerie, elle occupait toute la fosse nasale gauche, le sinus maxillaire et l'ethmoïde homolatéraux avec extension intra-orbitaire extra-conale et endocrânienne extra-durale.

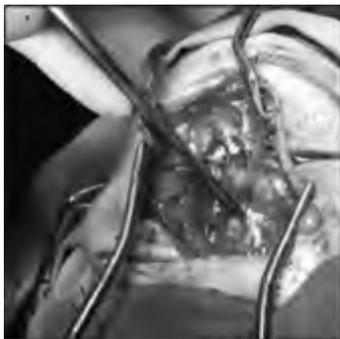


Figure 3 : Volet osseux naso-ethmoïdo-maxillaire gauche

La tumeur a été enlevée progressivement par morcellement vu l'absence d'un plan de clivage individualisable, en s'aidant de la pince bipolaire pour diminuer le saignement (Figure 4). En arrière, où la tumeur arrive au contact de la choane, l'artère sphéno-palatine a été identifiée et ligaturée. Au niveau de sa partie supérieure, la tumeur a été minutieusement disséquée au contact de la dure-mère frontale, tout en conservant celle-ci. Pour la reconstruction de la base du crâne antérieur et de la paroi interne de l'orbite, détruites par la tumeur, nous avons utilisé une greffe de côte avec de la graisse abdominale (Figure 5).



Figure 4 : Exérèse tumorale par morcellement

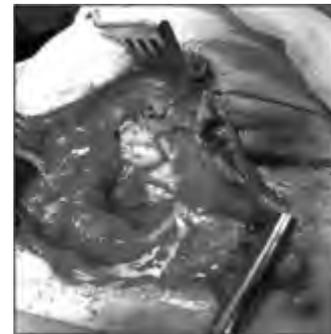


Figure 5 : Reconstruction du défaut osseux de la base du crâne antérieur

Les suites post-opératoires étaient simples, avec en particulier absence de rhinorrhée ou de signes méningés. L'examen anatomopathologique définitif des pièces tumorales a confirmé le diagnostic de léiomyome, avec absence de signes histologiques de malignité. La surveillance endoscopique ultérieure n'a pas montré de récurrence tumorale, avec un recul de 1 an.

DISCUSSION

Les léiomyomes sont des tumeurs bénignes d'origine myogénique. Ils se localisent généralement au niveau de l'utérus, plus rarement dans les parois des voies digestives et au niveau de la peau. Selon Enzinger et Weiss, 95% des léiomyomes se localisent au niveau du système génital féminin, 3% dans la peau, 1,5% dans les voies digestives et le reste du corps (1). Ils sont très rarement retrouvés au niveau de la tête et du cou (1,2,3). Cette rareté est due à la rareté du muscle lisse dans cette région, à l'exception des parois des vaisseaux sanguins. Le premier cas de cette localisation a été rapporté en 1966 par Maesaka.

Le maximum d'incidence est entre la 4e et la 6e décennie de vie, avec une nette prédominance féminine (2).

Les léiomyomes naso-sinusiens ont généralement un point de départ au niveau de la cloison nasale, des cornets, du vestibule nasal, des choanes, des sinus maxillaires et ethmoïdaux (2, 3, 4, 5, 6).

Cliniquement, l'obstruction nasale et l'épistaxis unilatérales représentent les signes fonctionnels les plus fréquents (2, 3, 5, 6). Des signes ophtalmologiques peuvent être associés en cas d'extension orbitaire (diplopie, exophtalmie). Des céphalées frontales sont généralement retrouvées en cas d'extension endocrânienne (cas de notre patiente). L'endoscopie nasale permet de visualiser la tumeur si elle est



localisée au niveau de la fosse nasale, et d'identifier parfois la base d'implantation. L'hypervascularisation et le caractère hémorragique au contact constituent les principales caractéristiques cliniques du léiomyome (5).

L'imagerie est indispensable dans le cadre du bilan d'extension loco-régional d'une part, et afin d'éliminer une tumeur vasculaire avant de réaliser une biopsie. A l'imagerie, les léiomyomes ont tendance à être des masses homogènes, souvent extensives plutôt que invasives destructrices (4,7,8). A la TDM, il s'agit le plus souvent d'une tumeur isodense, avec réhaussement modéré, voire intense après injection de produit de contraste (7). L'avantage de la TDM réside surtout dans l'identification de la lyse osseuse des parois sinusiennes, de la lame papyracée, et de la base du crâne antérieur (lame criblée et toit de l'ethmoïde). A l'IRM, il s'agit le plus souvent d'un processus en isosignal T1, en léger hypersignal T2, avec réhaussement variable après injection de gadolinium (4, 7). L'IRM permet surtout d'identifier l'extension aux parties molles, en l'occurrence la graisse périorbitaire, le muscle droit interne, et vers l'endocrâne, en particulier les rapports avec la dure-mère frontale (4, 7, 9, 10). Le traitement du léiomyome nasosinusien est chirurgical. La voie d'abord dépend étroitement de l'extension tumorale à l'imagerie. Actuellement la voie endonasale est de plus en plus préconisée par la majorité des auteurs (2, 3, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 16). Cette voie est essentiellement indiquée pour les léiomyomes de la fosse nasale, avec ou sans extension au sinus maxillaire, à l'ethmoïde et au sinus sphénoïdal. Elle supprime de plus en plus les voies vestibulaires (Caldwell-Luc, Rouge-Denker, Degloving facial).

En cas d'extension au sinus frontal ou extra-sinusienne (orbitaire, endocrânienne), c'est la voie externe paralatéromaxillaire qui est préconisée. Celle-ci permet un abord large de la tumeur et facilite le geste d'exérèse. Celui-ci doit être le plus complet possible afin d'éviter toute source de récurrence (8, 9, 12, 14, 15, 16). L'hémostase doit être parfaite vu le caractère généralement hypervascularisé de la tumeur.

En cas de forme agressive avec extension endocrânienne (cas de notre patiente), la reconstruction doit être toujours envisagée (12,13). La fermeture de la perte de substance osseuse de la base du crâne se fait généralement par des autogreffes (os, cartilage, aponévrose, muscle temporal, graisse). En postopératoire, il faut surtout rechercher une otoliquorrhée ou des signes méningés, auquel cas un traitement antibiotique est instauré, voire une reprise chirurgicale ultérieure. La surveillance clinique et radiologique à long terme permettra de détecter à temps les récurrences. Celles-ci sont généralement rares : 0 à 17% selon les différentes séries (7, 8, 13). Elles dépendent essentiellement de la qualité d'exérèse et du siège initial, les formes à extension endocrâniennes et surtout adhérentes à la dure-mère étant les plus pourvoyeuses de récurrences.

CONCLUSION

La localisation nasosinusienne du léiomyome est très rare. L'imagerie est indispensable dans le cadre du bilan d'extension loco-régional. Seul une exérèse chirurgicale complète permettra d'éviter toute récurrence aussi bien à court qu'à long terme.

REFERENCES

- (1) Enzinger F, Weiss S. Soft tissue tumors. Second ed. St. Luis: Mosby;1988: pp. 383-401.
- (2) Labruna A, Reagan B, Papageorge A. Leiomyoma of the maxillary sinus: a diagnostic dilemma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;112:595-8.
- (3) Campelo VE, Neves MC, Nakanishi M, et al. Nasal cavity vascular leiomyoma: case report and literature review. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008;74:147-50.
- (4) Ikeda K, Kuroda M, Sakaida N, et al. Cellular leiomyoma of the nasal cavity: findings of CT and MR imaging. *AJNR Am J Neuroradiol* 2005;26:1336-8.
- (5) Agarwal AK, Bansal R, Singhal D. Sinonasal leiomyoma: report of 2 cases. *Ear Nose Throat J* 2005;84:224,226-30.
- (6) Bloom DC, Finley Jr JC, Broberg TG, et al. Leiomyoma of the nasal septum. *Rhinology* 2001;39:233-5.
- (7) Yang BT, Wang ZC, Xian JF, Hao DP, Q.H. Chen QH. Leiomyoma of the sinonasal cavity: CT and MRI findings. *Clinical Radiology* 2009;64:1203-9.
- (8) He J, Zhao LN, Jiang ZN, Zhang SZ. Angioleiomyoma of the nasal cavity: A rare cause of epistaxis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;141,663-4.
- (9) Cintra PP1, Lima WT, Rodrigues Junior A. Leiomyoma of the nasal cavity: case report. *Braz J Otorhinolaryngol* 2007;73:851.
- (10) Kumar S1, Taylor W, Swift AC. Leiomyoma of the nasal cavity: case report and literature review. *Hosp Med* 2004;65:626-7.
- (11) Huang CT1, Chien CY, Su CY, Chen WJ. Leiomyoma of the inferior turbinates. *J Otolaryngol* 2000;29:55-6.
- (12) Tsobanidou Ch. Leiomyoma of the nasal cavity - Report of two cases and review of the literature. *Oral Oncology EXTRA* 2006;42:255-7.
- (13) Wang CP1, Chang YL, Sheen TS. Vascular leiomyoma of the head and neck. *Laryngoscope* 2004;114:661-5.
- (14) Vafiadis M1, Kantas I, Panopoulou M, Sivridis E, Exarchakos G. Vascular leiomyoma of the nasal vestibule. Case report and literature review. *B-ENT* 2008;4:105-10.
- (15) Yoon TM1, Yang HC, Choi YD, Lee DH, Lee JK, Lim SC. Vascular leiomyoma in the head and neck region: 11 years experience in one institution. *ClinExpOtorhinolaryngol* 2013;6:171-5.
- (16) Purohit GN1, Agarwal N, Agarwal R. Leiomyoma arising from septum of nose. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;63 (Suppl 1):64-7.