

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 20, N° 1- 2 – ANNEE: 2020

**ISSN : 1815 – 4433 - www.annalesumng.org
Indexation : Google Scholar – indexmedicus.afro.who.int**

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI

SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 20, NUMERO 1- 2, ANNEE: 2020

www.annalesumng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication
J-R. IBARA

Rédacteur en chef
J. GOMA-TCHIMBAKALA

Rédacteur en chef adjoint
G. MONABEKA

Comité de lecture
E. ALIHOUNOU (Cotonou)
C. BOURAMOUE (Brazzaville)
A. CHAMLIAN (Marseille)
J.R. EKOUNDZOLA (Brazzaville)
C. GOMBE MBALAWA (Brazzaville)
J.R. IBARA (Brazzaville)
L.H. ILOKI (Brazzaville)
A. ITOUA NGAPORO (Brazzaville)
G. KAYA GANZIAMI (Brazzaville)
H.F. MAYANDA (Brazzaville)
A. MOYIKOUA (Brazzaville)
G. MOYEN (Brazzaville)
J.L. NKOUA (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
P. SENG (Brazzaville)
M. SOSSO (Yaoundé)
F. YALA (Brazzaville)

Comité de rédaction
A. ELIRA DOCKEKIA (Brazzaville)
H. NTSIBA (Brazzaville)
H.G. MONABEKA (Brazzaville)

Webmaster
R. D. ANKY

Administration - Rédaction
Université Marien Ngouabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Ngouabi
B.P. 69, Brazzaville – Congo
E-Mail: annales@umng.cg

ISSN : 1815 – 4433

Indexation : Google Scholar et
indexmedicus.afro.who.int

- 1 **Maladies cardiovasculaires chez les hémodialysés chroniques à Brazzaville**
EYENI SINOMONO D. T., MOUKENGUE LOUMINGOU R., MAHOUNGOU G. H., ELLENGA MBOLLA B. F., TARIK SQALLI HOUSSAIN
- 9 **Rechute de la tuberculose au chu de Brazzaville : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques**
ALOUMBA G A, AMONA M, BEMBA ELP, NGOUONI G.C., OTOUANA BH, DOUKAGA M.T, EKAT M, OSSIBI IBARA B.R., BOPAKA R.G., MOYIKOUA R.F., ITOUA A.C., OBENGUI, MOUKASSA D
- 20 **Réinsertion professionnelle a 3 mois après accident vasculaire cérébral chez l'adulte jeune au Congo**
BOUBAYI MOTOULA LATOU H.D, DIATEWA J.E, FOUTI KOUAPELE E.R, SOUNGA BANDZOUZI P.E.G., MPANDZOU G.A., OBONDZO ALOBA K.L., OSSOU-NGUIET P.M.
- 31 **Relation entre la toxoplasmose et les patients diabétiques**
NAIMA BOUDIS, NAILA GUECHI, NASSIMA BENKHEROUF, BOUSSAD HAMRIOUI
- 40 **Mucocele sinusienne idiopathique : à propos de deux cas**
AMANA E., DOLOU W., ALASSANI T., FOMA W., LAWSON S.L.A., KPEMISSI E

- 49 Tétanos : connaissances, attitudes et pratiques chez le personnel soignant hospitalier à Brazzaville**
ALOUMBA G.A., GAYABA M.S., OTIOBANDA G.F., AMONA M., DOUGAKA M.T., EKAT M., OSSIBI IBARA B.R., NIAMA A.C., MBOU E.D., NDZIESSI G., MABIALA BABELA J.R..
- 61 Profil épidémiologique de l'AVC du sujet jeune à Brazzaville**
BOUBAYI MOTOULA LATOU H.D, DIATEWA J.E, FOUTI KOUAPELE E.R, MPANDZOU G.A, SOUNGA BANDZOUZI P.E.G., OBONDZO ALOBA K.L., OSSOU-NGUIET P.M.
- 74 Indication chirurgicale dans le syndrome de la jonction pyelo-ureterale service d'urologie du chu Gabriel TOURE au Mali.**
COULIBALY MT, DIALLO MS, KASSOGUE A, DIARRA A, CISSE D, BERTHE H.J.G., GUISSSE S.
- 84 Séroprévalence de la toxoplasmose chez les enfants âgés de 02 à 15 ans au niveau du laboratoire de Parasitologie -Mycologie du CHU Mustapaha - Pacha-Alger-Algérie**
NAILA. GUECHI, TOUFIK.BENHOURIA, NESRINE. ARAB, BOUSSAD.HAMRIOUI



MUCOCELE SINUSIENNE IDIOPATHIQUE : A PROPOS DE DEUX CAS

IDIOPATIC SINUS MUCOCELE : ABOUT TWO CASES

AMANA E.¹, DOLOU W.², ALASSANI T.³, FOMA W.¹, LAWSON S.L.A.², KPEMISSI E.¹

¹ *Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Sylvanus Olympio de Lomé*

² *Service d'ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Kara*

³ *Service de chirurgie générale, CHU Sylvanus Olympio de Lomé*

République du Togo

E-mail : aessob@yahoo.com

RESUME

Les auteurs, dans le but de faire un rappel sur les éléments diagnostiques et l'attitude thérapeutique des mucocèles des sinus de la face, rapportent deux observations de mucocèles idiopathiques dont l'une est une mucocèle ethmoïdale droite non extériorisée de révélation ophtalmologique chez un patient de 45 ans ayant consulté pour exophtalmie avec diplopie et l'autre une mucocèle maxillaire gauche extériorisée chez un patient de 15 ans vu pour tuméfaction génienne et du vestibule labial. Le diagnostic chez os deux patients a été facilité par la TDM des sinus de la face. La prise en charge chirurgicale a été un abord externe type lynch pour la mucocèle ethmoïdale et transoral type Caldwell Luc pour celle de localisation maxillaire. Les suivie opératoire n'a pas été effectif chez un des patients.

Mots-clés : *mucocèle, idiopathique, prise en charge*

ABSTRACT

The authors, with the aim of providing a reminder of the diagnostic elements and the therapeutic attitude of the mucocèles of the sinuses of the face, report two observations of idiopathic mucocèles, one of which is a non-exteriorized right ethmoidal mucocèle of ophthalmological revelation in a patient. 45-year-old who consulted for exophthalmos with diplopia and the other a left maxillary mucocèle exteriorized in a 15-year-old patient seen for genial swelling and labial vestibule. The diagnosis in two patients was facilitated by CT of the sinuses of the face. The surgical management was an external lynch-type approach for the ethmoidal mucocèle and a transoral Caldwell Luc-type approach for the maxillary localization. Operative follow-up was not effective in one of the patients.

Key words: *cardiovascular diseases - dialysis - Brazzaville.*

INTRODUCTION

Les mucocèles sont des formations bénignes pseudo kystiques se développant au niveau des sinus de la face, dont la paroi est constituée par une muqueuse plus ou moins modifiée de la cavité sinusienne et le contenu est un liquide épais et aseptique [1]. De fréquence faible et d'étiologie multiples, les localisations fronto ethmoïdales ou frontales sont de loin les plus fréquentes devant les mucocèles du sinus maxillaire ; et les formes idiopathiques, quelle que soit la localisation, sont très rarement rapportées [1,2]. De nature bénigne, elles peuvent éroder l'os et s'étendre au-delà du sinus entraînant des complications et des déformations faciales. La prise en charge reste chirurgicale. Le traitement endoscopique se doit meilleur, mais l'abord externe garde son intérêt dans certains cas [3]. Ces deux observations nous permettent de passer en revue la conduite à tenir diagnostic et thérapeutique devant une mucocèle sinusienne.

OBSERVATION 1

La première observation concerne un patient de 45 ans, ouvrier, référé par un ophtalmologiste après bilan scanographique dans le cadre d'une exploration de l'exophtalmie droite associée à une diplopie évoluant depuis 6 mois avant la consultation (**figure 1**). Aucun antécédent n'a été noté chez le patient. A l'admission, l'examen clinique ORL a permis de noter un bon état général, une conscience normale, une masse endo nasale à hauteur du cornet supérieur. Le reste de l'examen ORL et des autres appareils était normal. Le scanner des sinus de la face a permis de noter un comblement homogène et isodense ethmoïdale droite de tonalité liquidienne érodant la cloison inter sinus nasale droite et la lame papyracée avec effet de masse sur le globe oculaire homolatérale (**figure 2**). Devant ce tableau, il a été retenu le

diagnostic de mucocèle ethmoïdale droite non extériorisée étendue dans la cavité orbitaire. Le traitement a été chirurgical et constituant en un abord para latéro nasale type lynch. Après décollement sous périoste et refoulement du contenu orbitaire, il a été objectivé une partie d'une poche kystique bleutée dans la cavité orbitaire en provenance de l'ethmoïde. La rupture accidentelle de cette poche a laissé couler un liquide verdâtre gélatineux et inodore. (**Figure 3**). Une aspiration du liquide avec curetage de la muqueuse sinusienne ont été faits suivi d'un méchage de la cavité néo formée par une mèche iodo formée pour 48 heures. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la muqueuse a conclu à un processus inflammatoire chronique sans signes de malignité. Le contrôle ophtalmologique fait au quatorzième et au trentième jour était satisfaisant avec disparition de l'exophtalmie et de la diplopie. Les suites opératoires étaient simples avec un recul de 6 mois.

OBSERVATION 2

Il s'est agi d'un élève de 15 ans, qui a consulté pour une tuméfaction génienne gauche évoluant depuis 3 ans. Il n'avait aucun antécédent. L'examen clinique a permis de noter un bon état général, une conscience normale, une masse génienne gauche de consistance ferme faisant saillie dans le vestibule labiale homolatérale. (**Figure 4**). Le reste de l'examen ORL et des autres appareils était normal. Le scanner des sinus de la face a permis de noter un processus expansif de tonalité hydrique, homogène, occupant tout le sinus maxillaire gauche avec érosion osseuse par endroit. (**Figure 5**). Le diagnostic de mucocèle du sinus maxillaire gauche a été retenu. Le traitement a été chirurgical et constituant en un abord type Caldwell Luc. Un liquide noirâtre gélatineux et inodore a été aspiré

puis la muqueuse sinusienne qui était inflammatoire a fait l'objet d'une ablation complète (**Figure 6**). Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la muqueuse était en faveur d'un processus inflammatoire chronique sans signes de malignité. La durée de l'hospitalisation était de 4 jours puis le patient n'a plus honoré ses contrôles après sa libération.

DISCUSSION

La fréquence des mucocèles sinusiennes de la face varie de 1,4% à 9,6% dans la littérature, et les localisations fronto ethmoïdales ou frontales demeurent les plus fréquentes devant les mucocèle du sinus maxillaire qui reste très rare [2]. Nos observations sont d'une part une mucocèle fréquemment rencontrée (ethmoïdale) et d'autre part celle très rarement rencontrée (maxillaire). Les étiologies évoquées dans la littérature sont multiples telles que les infections naso sinusiennes, les traumatismes, la chirurgie naso-sinusienne, les tumeurs, la radiothérapie [1]. Les formes idiopathiques comme nos deux observations sont rares et le sont encore plus pour la localisation maxillaire. L'âge moyen de découverte se situe habituellement entre 40 et 50 ans comme ce fut le cas de l'une de nos observations chez un patient de 45 ans. Mais de même que notre deuxième observation chez un patient de 11 ans, des formes pédiatriques ont été rapportées dans la littérature tout en évoquant une origine congénitale. [4].

Le tableau clinique reste pauvre durant la phase du développement intra sinusienne de la mucocèle et va de l'absence totale de signes à la présence de signes banaux comme quelques signes fonctionnels de sinusite chronique, des céphalées mal localisées, de rhinite, de larmoiement. Les signes cliniques d'appel

sont polymorphes et souvent en rapport avec le siège et l'extension extra sinusienne de la lésion. Ainsi une variété de signes peuvent être retrouvés à savoir une tuméfaction faciale, une voussure du sillon gingival, une obstruction nasale, une rhinorrhée, une diplopie, une enophtalmie, une anesthésie dans le territoire du nerf infra orbitaire [1, 5]. Dans notre observation, dans la forme ethmoïdale, les signes d'appel étaient une exophtalmie avec diplopie. La fragilité de la lame papyracée expliquerait son érosion rapide avec extension du mucocèle dans la cavité orbitaire entraînant l'effet de masse sur son contenu.

Pour confirmer le diagnostic clinique, la TDM reste le bilan de référence, l'IRM du massif facial est réalisée en 2ème intention en cas de doute diagnostique ou pour mieux définir le bilan d'extension et aussi distinguer la mucocèle d'une tumeur [6] telle que le carcinome adénoïde kystique, le carcinome épidermoïde, le carcinome indifférencié, le plasmocytome, le rhabdomyosarcome, le lymphome, le schwannome, et les tumeurs d'origine dentaire [4]. Nos deux patients n'ont réalisé que le scanner par manque de moyens financiers. Ainsi, le diagnostic de mucocèle a été retenu sur la base des signes radio cliniques et renforcé par des arguments per opératoires qui confirmaient l'aspect kystique avec un contenu liquidien gélatineux, et l'examen anatomopathologique de la poche mycocélique qui a exclu un processus tumoral malin.

Le diagnostic de certitude repose toutefois sur l'examen anatomopathologique de la poche kystique. Il met en évidence un épithélium respiratoire pseudo stratifié sur un tissu conjonctif fibroblastique avec une infiltration lymphoplasmocytaire [3,4], aspect retrouvé à l'histologie chez nos patients.

La prise en charge de la mucocèle repose sur la marsupialisation de la poche mucocélique [7]. La voie endoscopique est actuellement la plus utilisée car elle est efficace avec une diminution de la morbidité, de l'hospitalisation et du taux de récurrence entre 0,9% et 8% [3, 7,8]. Mais elle n'est indiquée que dans les mucocèles limitées au sinus [9]. Dans nos deux observations, la mucocèle avait entraîné l'érosion osseuse par endroit ; de la paroi du sinus maxillaire dans le cas de la mucocèle du sinus maxillaire et de la lame papyracée avec effet de masse sur le globe oculaire pour la mucocèle ethmoïdale. Dans ces cas, il nous a été plus approprié de procéder à l'abord externe et transoral.

Un patient a été suivi jusqu'à neuf mois avec une évolution favorable et l'autre a été perdu de vue dès sa sortie de l'hôpital. La surveillance post opératoire des mucocèles doit être aussi prolongées que possible car les récurrences sont possibles après plusieurs années et peuvent varier de 3 à 35% [10]. Mais une fois opéré, il est toujours difficile de suivre les patients dans le contexte africain [11].

CONCLUSION

Les mucocèles des sinus de la face sont rares et les formes idiopathiques le sont encore plus avec une rareté particulière pour les formes maxillaires. Le diagnostic se fait souvent au stade d'extension extra sinusienne, stade pourvoyeur de tableau clinique symptomatique en rapport avec les organes de voisinage tels que le globe oculaire, la fosse nasale. La prise en charge idéale à l'ère du 21^{ème} siècle est la chirurgie endoscopique mais l'abord externe reste d'actualité pour les formes étendues en dehors de la cavité sinusienne comme ce fut nos deux observations.

REFERENCES

- 1-Timbo SK, Doumbia-Singare K, Guindo B, Soumaoro STL, Keita M. Mucocèle géante du sinus maxillaire : à propos d'un cas. Mali medical 2014 ; 29 (3) :49-50
- 2- Vinitra V, Balaji P, Poornima C, Latha S. maxillary sinus mucocoele an unusual clinical presentation. IJCR 2015 ; 7(02) : 12536-12539
- 3-Khong JJ, Malhotra R, Selva D; Wormald PJ. Efficacy of endoscopic sinus surgery for paranasal sinus mucocoele including modified endoscopic Lothrop procedure for frontal sinus mucocèle. JLO 2004; 118 (5):352-356
- 4-Kharoubi S. Mucocèle du cornet moyen. La Lettre d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale 2003 ; 285 : 11-13
- 5- Berete CR, Mobio NMA, Yavo-Dosso N, Sowagnon TYC, Zouzou G, Fanny A. Mucocoele fronto-ethmoido-maxillaire revele par unepiphora. Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac, 2014 ; 21 (4) : 35-39
- 6-Harnsberger, Hudgins, Wiggins, Davidson. Radiologie de poche tête et cou. Paris : Maloine ; 2005 : 335.
- 7- Har-el G. Endoscopic management of 108 sinus mucocoeles. Laryngoscope 2001; 111: 2131-2134.
- 8- Raman S. "Mucocoele of the maxillary sinus and the eye," Eye 2003; 17(1): 101– 104.
- 9- Hariga I, Zribi S, Khamassi K. Place et limites de la chirurgie endonasale dans le traitement des mucocèles sinusiennes. J.tunorl. 2008 ; 21 : 28-31.
- 10-Beasley NJP, Jones NS. Paranasal sinus mucocoele : modern management. AJR 1995 ; 9 : 251-256

11-Ba MC, Tall A, Hossini A, Ly Ba A, Ndoeye N, Sakho Y et al. Les mucocèles du sinus frontal en milieu neurochirurgical à propos de 6 cas Dakarois. AJNS 2005 ; 24(2) :40-47

FIGURES



Figure 1 : exophtalmie droite chez le patient de 45 ans

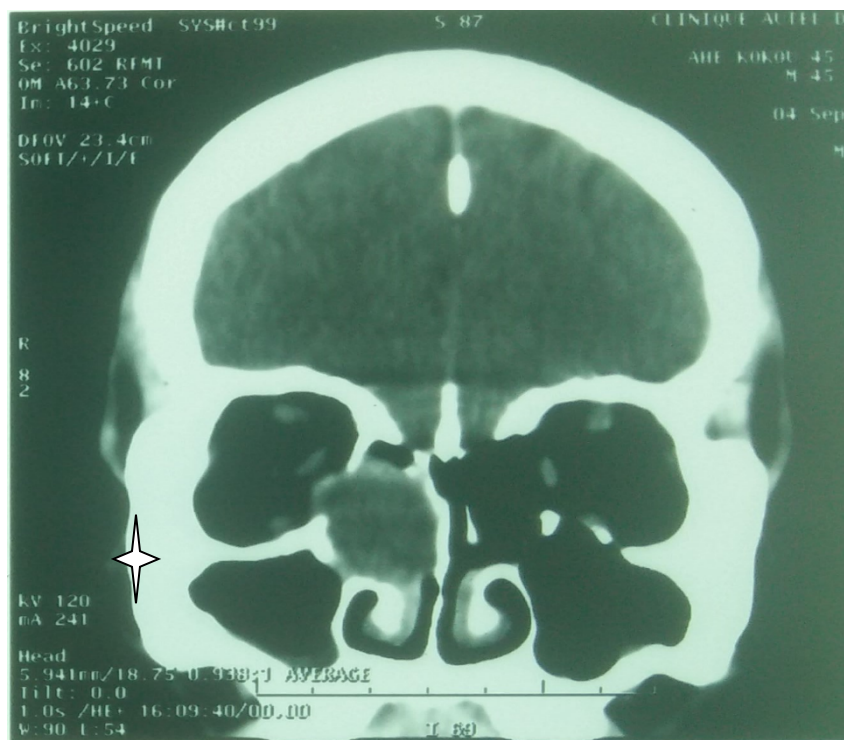


Figure 2: coupe frontale scanographique montrant la mucocèle ethmoïdale droite (étoile) avec érosion de la lame papyracée et effet de masse sur le contenu orbitaire homolatérale Chez le patient de 45 ans



Figure 3 : en per opératoire, poche kystique rompue accidentellement laissant couler un liquide verdâtre chez le patient de 45 ans.

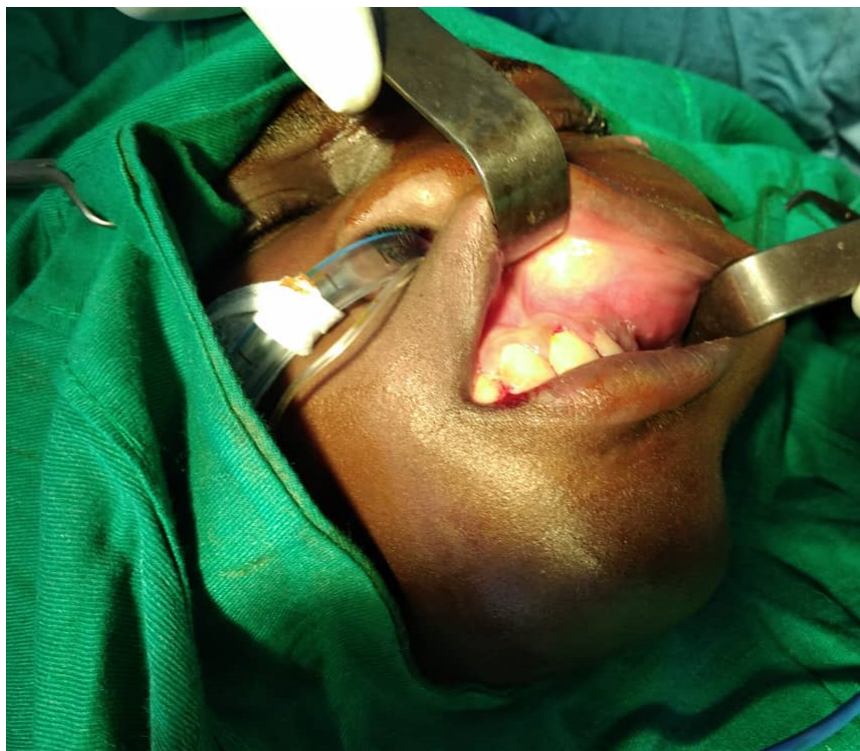


Figure 4 : saillie vestibulaire de la tuméfaction génienne chez le patient de 15 ans

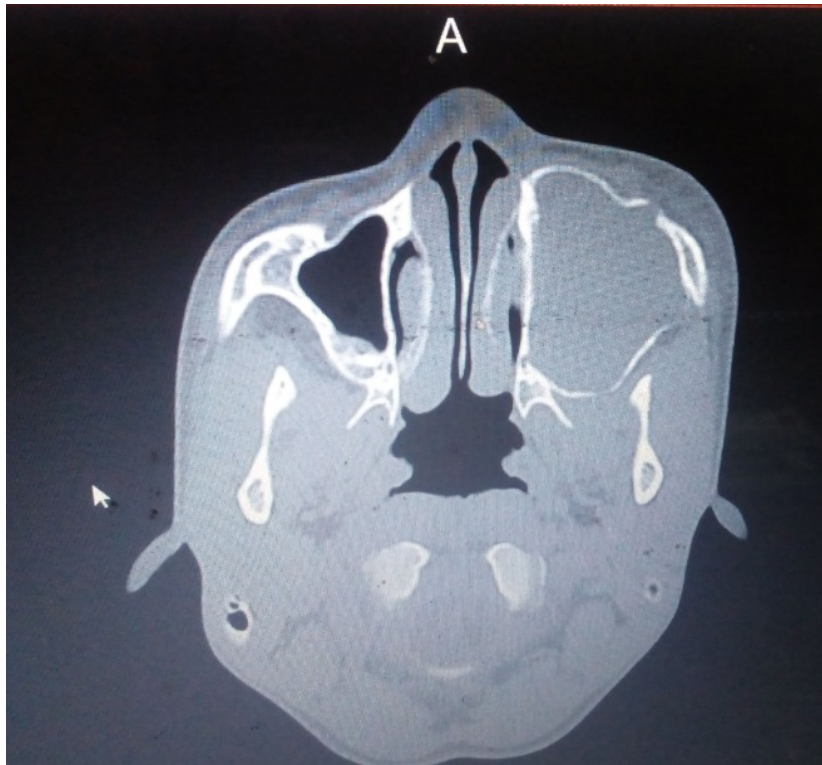
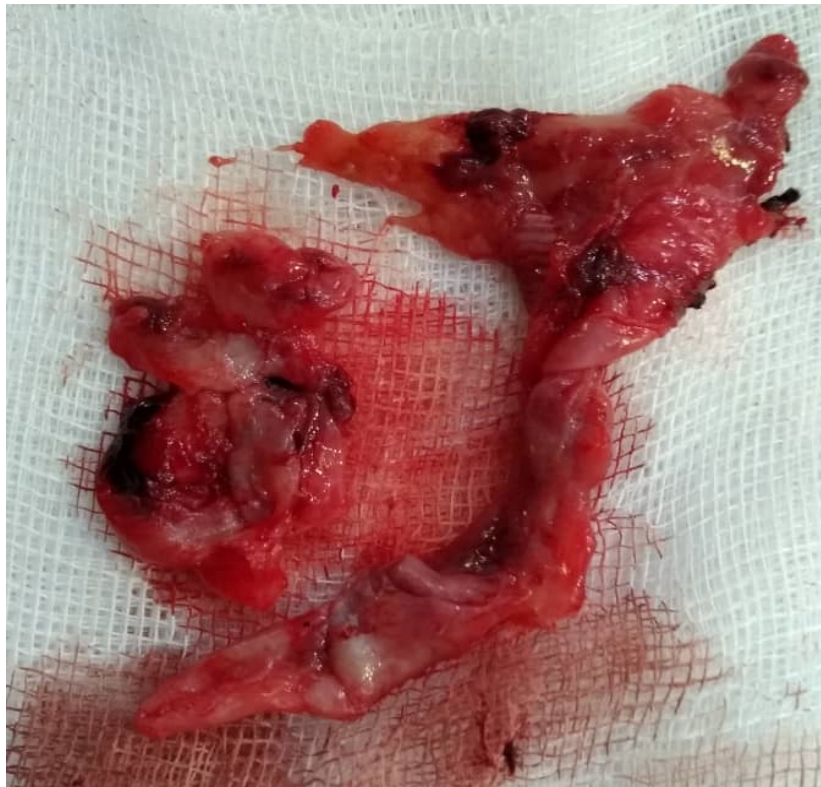


Figure 5 : TDM des sinus montrant la mucocèle du sinus maxillaire gauche avec érosion osseuse par endroit chez le patient de 15 ans



A



B

Figure 6 : abord type Caldwell Luc (A) avec muqueuse inflammatoire curetée(B) chez le patient de 15ans