

P021

Localisations maxillo-faciales des kystes anévrysmaux : quand y penser, comment les traiter



B. Verillaud*, D. Bresson, H. Tran, K. Altabaa, E. Sauvaget, J. Blancal, R. Kania, M. Wassef, P. Herman

Hôpital Lariboisière, Paris, France

*Auteur correspondant.

But de la présentation.— Les kystes osseux anévrysmaux sont des lésions osseuses bénignes mais ayant un potentiel destructif local important. Les localisations au massif facial sont très rares. L'objectif de ce travail est de présenter à partir d'une série de sept cas la présentation clinique et radiologique des kystes anévrysmaux, ainsi que les possibilités thérapeutiques.

Patients et méthodes.— Étude rétrospective monocentrique (centre tertiaire) sur sept cas entre 1997 et 2012. L'analyse a porté sur les données démographiques (âge, sexe), les symptômes initiaux, la topographie de la tumeur, la technique chirurgicale, et les résultats à distance.

Résultats.— De 1997 à 2012, sept patients ont été pris en charge pour des kystes anévrysmaux du massif facial. Il s'agissait de cinq hommes et de deux femmes. L'âge moyen au diagnostic était de 20 ans (14–32). Les kystes étaient découverts devant des céphalées (deux cas), une déformation du massif facial (deux), une obstruction nasale (un), une baisse d'acuité visuelle (un) et une paralysie du VI (1). Tous les patients ont eu un scanner et une IRM, qui retrouvaient l'aspect typique de formations kystiques avec présence d'un niveau. Les kystes étaient localisés au sphénoïde (deux cas), au maxillaire (un), à l'os zygomatique (un), et il s'agissait de lésions étendues à plusieurs régions de la base du crâne dans trois cas. Les kystes étaient le plus souvent secondaires : à une dysplasie fibreuse (trois cas), à un fibrome ossifiant (deux), ou à une lésion mal étiquetée (un). Dans un cas, il s'agissait d'une lésion primaire (sans lésion sous-jacente). Tous les patients ont été opérés, par voie endoscopique (quatre cas), par voie vestibulaire (un), par voie combinée endonasale et transbasale (un), ou par voie coronale (un). L'objectif chirurgical variait selon les cas, il pouvait s'agir d'une simple marsu-pialisation, d'une réduction de volume tumoral à visée fonctionnelle ou esthétique, ou d'une exérèse complète. Les suites étaient immédiatement favorables dans six cas ; dans un cas de résection étendue de la base du crâne il était nécessaire d'effectuer une reprise chirurgicale pour rhinorrhée cérébrospinale.

Conclusion.— Les kystes anévrysmaux touchant le massif facial sont des lésions peu fréquentes et souvent mal connues. Leur présentation clinique peut être variable, avec souvent des signes compressifs au premier plan. Leur aspect radiologique est très évocateur, et il faut toujours rechercher une lésion osseuse sous-jacente. La prise en charge est le plus souvent chirurgicale.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.af.2013.06.374>

P022

Stratégie diagnostique et thérapeutique en présence d'une brèche ostéoméningée par fracture du sinus sphénoïdal isolée



R. Chhuor*, L. Robard, V. Patron, E. Babin
Service d'ORL et CCF, CHU Côte-de-nacre, 14000 Caen, France

*Auteur correspondant.

But de la présentation.— Notre travail se propose de décrire les caractéristiques diagnostique et thérapeutique de la brèche ostéoméningée (BOM) des fractures du sinus sphénoïdal dont l'atteinte isolée est rare. Il s'agit d'une entité importante à connaître puisque

sa complication majeure est la méningite bactérienne volontiers récidivante qui peut engager le pronostic vital du patient.

Matériel et méthodes.— Notre étude est basée sur la revue de la littérature des dix dernières années à partir d'une observation chez l'adulte.

Résultats.— La BOM se définit comme une solution de continuité osseuse et méningée qui a pour conséquence la fuite du liquide cérébrospinal. Elle peut s'extérioriser soit par une rhinorrhée soit par une otorrhée. Le bilan diagnostique est protocolaire dans les cas évidents et fait appel à un interrogatoire policier à la recherche d'antécédents de traumatisme crânien parfois ignoré du patient et un examen endoscopique minutieux. Le dosage du bêta-2-transferrine confirme l'origine cérébrospinale de la rhinorrhée. Le bilan radiologique comprend en première intention la tomographie cérébrale et des sinus sans injection. L'imagerie par résonance magnétique est prescrite en seconde intention. La prise en charge thérapeutique est médico-chirurgicale et doit être précoce devant la gravité de la méningite. La voie trans-rhino-septale, lorsqu'elle est possible, est une solution élégante et efficace tout en considérant au préalable les facteurs de risque d'hydrocéphalie. La surveillance postopératoire est clinico-radiologique et doit rechercher la récurrence et les signes de méningite.

Conclusion.— Le trépied diagnostique de BOM repose sur l'examen clinique, le dosage du bêta-2-transferrine et la tomographie cérébrale et des sinus sans injection. La prise en charge thérapeutique médico-chirurgicale doit être précoce en raison du risque de méningite. Il n'existe pas de consensus réel sur le colmatage chirurgical de la BOM post-traumatique par fracture du sinus sphénoïdal isolée.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.af.2013.06.375>

P023

Étude prospective sur l'efficacité de la thérapie de Proetz dans la rhinosinusite chronique



P. Costa de araujo^{a,*}, J. Kechian^a, J. Lechien^b, E. Panosetti^a, S. Saussez^b

^a CHL, Luxembourg, Luxembourg

^b Université de Mons, Mons, Belgique

*Auteur correspondant.

But de la présentation.— Le but de la présentation est de confirmer que la méthode de lavage des sinus par la méthode de Proetz peut entrer dans l'arsenal thérapeutique de la rhinosinusite chronique.

Patients et méthodes.— Les patients atteints de rhinosinusite chronique reçoivent un questionnaire validé d'auto-évaluation (DyNaChron) permettant de quantifier et préciser le degré de la gêne des symptômes. Les cinq symptômes principaux de la rhinosinusite chronique sont objectivés (oui/non) : obstruction nasale, rhinorrhée antérieure, rhinorrhée postérieure, troubles de l'odorat et douleurs faciales. Au total, jusqu'à présent, 43 patients ont été inclus dans l'étude, âgés entre 18 et 75 ans, hommes et femmes. Les patients ont été traités par la méthode exclusive de Proetz pendant les cinq séances de traitement. Les patients sélectionnés reçoivent des lavages rhinosinusiens par la méthode de Proetz pendant cinq semaines à raison d'une séance par semaine. Après la cinquième semaine, le patient est invité à évaluer le degré d'amélioration des symptômes par un second questionnaire comportant sept réponses, allant de l'aggravation majeure à l'amélioration significative. Cela permet, par une analyse statistique, d'établir des corrélations entre les symptômes ressentis avant et après le traitement et le degré d'amélioration du patient. Concernant la méthode de Proetz, nous utilisons chez l'adulte à chaque séance quatre seringues, de 20 mL, pour introduire le liquide dans une des narines nasales. La source de la dépression dans la fosse nasale est un aspirateur placé dans la narine controlatérale. Nous utilisons conjointement une tubulure