

CAS CLINIQUES

L'ASPERGILLOME SPHENOÏDAL : A PROPOS D'UN CAS SPHENOIDAL ASPERGILLOMA : A CASE REPORT

M. MNEJJA, A. CHAKROUN, M. SELLAMI, M. BEN SALAH, A. CHAKROUN, B. HAMMAMI,
I. CHARFEDDINE, A. GHORBEL
SERVICE ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
CHU HABIB BOURGUIBA, SFAX TUNISIE

RESUME

Introduction : L'aspergillose sphénoïdale isolée est une pathologie rare potentiellement grave vu le risque d'extension neuro-méningée et orbitaire. Malgré qu'elle est plus fréquente chez les immuno-déprimés, l'atteinte de l'immunocompétent a été décrite.

A travers une observation, nous rapportons les caractéristiques clinico-radiologiques, thérapeutiques et évolutives de l'aspergillome sphénoïdal.

Observation : Homme de 35 ans a consulté pour des céphalées rétro-orbitaires évoluant depuis 3 mois. L'examen était normal à part une rhinorrhée purulente postérieure. Le scanner a montré un processus hétérogène comblant le sinus sphénoïdal associé à une lyse osseuse. Une sphénoïdectomie par voie endonasale a permis de confirmer le diagnostic et de nettoyer les lésions aspergillaires. Un traitement par voriconazole a été associé avec évolution favorable après un recul de 18 mois.

Conclusion : L'aspergillome sphénoïdale est l'un des diagnostics différentiel des tumeurs sphénoïdales chez l'immunocompétent. Le traitement est essentiellement chirurgical avec de très bons résultats. L'adjonction d'un antifongique systémique est controversée chez l'immunocompétent.

Mots-clés : aspergillome, sphénoïde, imagerie, Tumeur, chirurgie

SUMMARY

Objective : Isolated sphenoidal aspergillosis is rare but potentially grave because of the risk of neuro-meningeal and orbital extension. Although it is more common in immuno-compromised, the achievement of immunocompetent has been described.

Through an observation, we report the clinic-radiological, therapeutic and evolutionary features of sphenoidal aspergilloma.

Case-report : Male 35 years consulted for retro-orbital headache lasting for 3 months. The exam was normal except a purulent rhinorrhea. The CT scan showed a heterogeneous process filling the sphenoid sinus associated with bone loss. Sphenoidotomy by an endonasal approach confirmed the diagnosis of aspergillosis lesions. Treatment with voriconazole was associated with favorable outcome after 18 months.

Conclusion : Sphenoidal aspergilloma is a differential diagnosis of tumors in the immuno-competent. Treatment is mainly surgical with good results. The addition of a systemic antifungal agent is controversial in the immunocompetent.

Keywords : aspergilloma, sphenoid, imagery, tumor, surgery

INTRODUCTION

L'aspergillose sphénoïdale isolée est une pathologie rare potentiellement grave vu le risque d'extension neuro-méningée et orbitaire. Elle pose le problème de diagnostic différentiel avec les tumeurs sphénoïdales. Malgré qu'elle est plus fréquente chez les immuno-déprimés, l'atteinte de l'immunocompétent a été décrite.

A travers une observation, nous rapportons les caractéristiques clinico-radiologiques, thérapeutiques et évolutives de l'aspergillome sphénoïdal.

OBSERVATION

Homme de 35 ans alcoolotabagique, sans antécédents pathologiques a consulté pour des céphalées rétro-orbitaires paroxystiques évoluant depuis 3 mois associées à un mouchage postérieur. L'examen a montré une muqueuse nasale congestive, des méats moyens libres et

un jetage postérieur muco-purulent. Les examens ophtalmologique et neurologique étaient sans anomalies.

Le scanner du massif facial a montré un processus hétérogène comblant le sinus sphénoïdal avec lyse osseuse (figure 1).

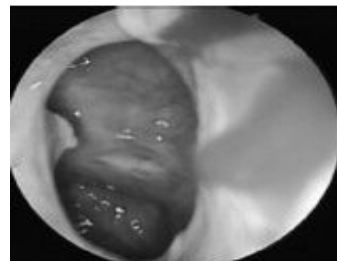


Figure 1: TDM en coupe axiale : Opacité du sinus sphénoïdal avec ostéolyse du corps du sphénoïde.



Le diagnostic de processus tumoral malin du sinus sphénoïdal a été fortement évoqué. Une voie endonasale a été préconisée dans un but diagnostique et de biopsie. L'ouverture de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal a permis d'évacuer un liquide épais jaune-verdâtre et de la truffe aspergillaire. L'étude histologique a confirmé le diagnostic d'aspergillose sphénoïdale. L'évolution a été marquée par la disparition de la symptomatologie et l'IRM à 3 mois a confirmé la vacuité du sinus sphénoïdal (figure 2).

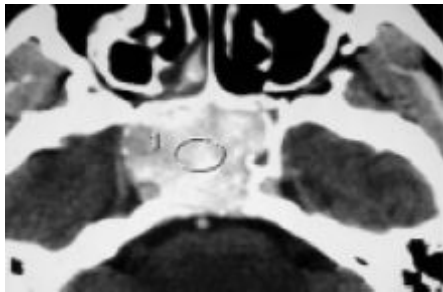


Figure 2 : vue endoscopique 3 mois après la chirurgie : sinus sphénoïdal largement ouvert sans signes de récurrence.

Le patient a été, ensuite, mis sous traitement antifongique (voriconazol) pendant 3 mois dans un but de renforcer le résultat obtenu par la chirurgie.

L'évolution était sans récurrence après un recul de 18 mois.

DISCUSSION

L'aspergillose sinusienne est une pathologie dont la fréquence augmente depuis quelques années. L'Aspergillus le plus fréquemment en cause est l'Aspergillus fumigatus qui représente 90 % des infections aspergillaires [1]. D'autres espèces ont été rapportées telles que Aspergillus terreus, flavus et niger [2]. Il s'agit d'un germe ubiquitaire le plus souvent saprophyte. Les conditions d'hypoxie retrouvées dans les sinus de la face sont idéales pour que ces germes puissent devenir pathogènes quand le méat du sinus est obstrué. Les spores aspergillaires colonisent habituellement les sinus paranasaux proximaux (sinus maxillaires, éthmoïdaux et frontaux) mais une atteinte sphénoïdale isolée est rarement rapportée du fait de sa topographie postérieure. L'atteinte de l'immuno-compétent est exceptionnelle [3] comme ça était le cas de notre malade.

Plusieurs facteurs prédisposant de greffe aspergillaire

sont décrits : alcoolisme, immunodépression, diabète, etc. Les antituberculeux sont également incriminés dans la survenue de cette pathologie [4].

Les symptômes d'appel sont non spécifiques. Il s'agit, essentiellement, de céphalées rétro-orbitaires retrouvées dans 70 à 90% des cas pouvant être associées à une rhinorrhée purulente antérieure et/ou postérieure et à une obstruction nasale [5].

Plus rarement, des signes ophtalmologiques, neurologiques et endocriniens peuvent dominer le tableau clinique témoignant d'une forme évoluée [5].

Sur le plan radiologique, l'aspect le plus caractéristique, au scanner, est la présence d'un comblement total du sinus par un matériel dense, ne se rehaussant pas après injection d'iode et comportant une image de densité calcique ou métallique [4,5].

L'IRM est plus spécifique, en montrant une lésion hétérogène sur les séquences pondérées T1 et T2 non rehaussée après injection de gadolinium, comportant une zone très hypointense sur les séquences pondérées T1 et T2 expliquée par l'effet ferromagnétique des métaux lourds présents dans les concrétions fongiques [6].

Le diagnostic différentiel se pose principalement avec les sinusites bactériennes, les atteintes inflammatoires granulomateuses, les mucocèles, les tumeurs sphénoïdales [6] et les tumeurs sellaires à développement infrasellaire [3].

Les anévrysmes carotidiens géants thrombosés peuvent aussi être évoqués [3]. Cependant la présence de l'opacité métallique oriente le diagnostic.

La confirmation diagnostique est obtenue par l'examen mycologique du pus aspergillaire et par l'examen anatomopathologique [7]. Ce dernier révèle la présence de filaments mycéliens septés, à bords parallèles, ramifiés, avec un angle de 45°. Ils sont positifs au PAS et à l'imprégnation argentique de Grocott et expriment les anticorps anti-aspergillus [7].

Le traitement de l'aspergillose du sinus sphénoïdal est médico-chirurgical. Plusieurs auteurs ont rapporté un traitement avec succès de l'aspergillose sphénoïdale par chirurgie endonasale seule [8]. Le traitement antifongique systémique est controversé chez l'immuno-compétent. La molécule, la dose et la durée du traitement restent encore mal établies.

Pour notre malade, malgré que l'imagerie postopératoire était rassurante, nous avons opté, vu l'agressivité de l'atteinte, pour l'adjonction d'un antifongique systémique (Voriconazol) pendant 3 mois.



L'ASPERGILLOME SPHENOÏDAL : A PROPOS D'UN CAS

CONCLUSION

L'aspergillome sphénoïdale est l'un des diagnostics différentiel des tumeurs sphénoïdales chez l'immuno-compétent. Le traitement est essentiellement chirurgical avec de

très bons résultats. L'adjonction d'un antifongique systémique est controversée chez l'immuno-compétent.

REFERENCES

1. Wipfler P, Pilz G, Golaszewski S, Luthringshausen G, Berr F, Kemmerling R, Neureiter D, et al. Invasive aspergillosis presenting with a painless complete ophthalmoplegia. *Clin Neurol Neurosurg*, 2010; 112(1):85-7.
2. Pasqualotto AC. Differences in pathogenicity and clinical syndromes due to *Aspergillus fumigatus* and *Aspergillus flavus*. *Med Mycol* 2009; 47 Suppl 1: S261-70.
3. Petrick M, Honegger J, Daschner F, Feuerhake F, Zentner J. Fungal granuloma of the sphenoid sinus and clivus in a patient presenting with cranial nerve III paresis: Case report and review of the literature. *Neurosurgery* 2003; 52(4): 955-8.
4. Dubey A, Patwardhan RV, Samph S, Santosh V, Kolluri S, Nanda A. Intracranial fungal granuloma: analysis of 40 patients and review of the literature. *Surg Neurol* 2005; 63(3): 254-60.
5. Haegelen C, Godey B, Riffaud L, Le Gall F, Le Page E, Morandi X. Syndrome du sinus caverneux par aspergillose isolée du sinus sphénoïdal. *Rev Neurol* 2003; 159(2): 209-11.
6. Ishibashi T, Kikuchi S. Mucocoele-like lesions of the sphenoid sinus with hypointense foci on T2-weighted magnetic resonance imaging. *Neuroradiology* 2001; 43(12): 1108-11.
7. Klossek J-M, Kauffman-Lacroix C, Dufour X. Agent fongique et pathologie rhinosinusienne. *Rev Fr Allergol* 2005; 45(1): 25-28.
8. Castelnovo P, Pagella F, Semino L, De Bernardi F, Delù G. Endoscopic treatment of the isolated sphenoid sinus lesions. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262(2):142-7.