

ABORD ENDOSCOPIQUE TRANSANTRAL D'UNE TUMEUR DU PLANCHER DE L'ORBITE

B. YACOUBI, M. TOUATI, A. LAHBIB, F. LABACI,

M. AFRI*, T. BENBOUZID

Service de Neurochirurgie, CHU Bab El Oued Alger

* Service ORL, CHU Bab El Oued Alger..

RÉSUMÉ: Les lésions intra orbitaires sont classiquement abordées par un volet fronto orbitaire ou par un volet latéral de Kronlein. Les voies endoscopiques endonasales-transantrales, à travers le sinus maxillaire, sont devenues des voies supplémentaires pour l'abord chirurgical du plancher de l'orbite. Nous avons utilisé cette voie transantrale, chez un patient de sexe masculin âgé de 26 ans qui a présenté une exophtalmie d'évolution lente et chez lequel, la résonance magnétique a montré une volumineuse masse tissulaire au niveau du plancher orbitaire, extra conique. Cette voie transantrale endoscopique a permis une exérèse totale de la tumeur. L'évolution clinique a été très satisfaisante et L'examen anatomopathologique est en faveur d'un schwannome

Mots clés : Tumeurs orbitaires, Voie endonasale transantrale, Schwannome.

ABSTRACT: The nasal endoscopic approach through the maxillary sinus have become an usual route for orbit floor surgery. A 26 year old men presented to our department with a left axial proptosis. The MRI showed an extra conical tissular image with isosignal in T1, hypersignal in T2, measuring 23mms and located at the floor of the orbit. He was operated through a transantral endonasal approach, which allowed a total resection of the tumor. The clinical and radiological outcome were very satisfactory. The anatomopathologic examination revealed a schwannoma.

Key words : Orbital tumors, Transantral endonasal approach, Schwannoma

INTRODUCTION

Les voies endoscopiques endo nasales et les voies endoscopiques transantrales, à travers le sinus maxillaire, sont des voies faciles et mini invasives ; elles permettent d'accéder aux compartiments extra coniques interne et inférieur de l'orbite et de pouvoir faire des exérèses tumorales parfaites. Elles ne sont cependant pas indiquées pour l'exérèse des lésions intra coniques, qui restent limitées par une étroitesse du champ opératoire.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Le cas que nous présentons est un patient de sexe masculin, âgé de 26 ans, sans

antécédents particuliers, qui a présenté une exophtalmie gauche axiale, d'évolution lente depuis une année, non inflammatoire, non pulsatile, associée à un larmoiement. Le fond d'œil a montré un œdème papillaire stade I. L'imagerie par résonance magnétique a montré une volumineuse masse tissulaire intra orbitaire gauche en iso signal en T1 (Fig. 1b), en léger hyper signal en T2 (Fig. 1c) de siège extra conique inféro postérieur, mesurant 23 Mm d'axe antéro postérieur et de 20 Mm d'axe transverse, bien limitée, prenant fortement le produit de contraste (Fig. 1a), soulevant et refoulant le muscle droit inférieur et la partie postérieure du nerf optique vers le haut avec une érosion du plancher orbitaire.



Fig. 1 : IRM en coupe axiale (a) en T1 + Gado, coronale (b), sagittale (c) en T2 : masse tissulaire intra orbitaire gauche en iso signal en T1, en léger hyper signal en T2 de siège extra conique inféro postérieur.

Le traitement chirurgical a été réalisé selon un abord transantral, transinusal (Voie de Galdwell-Luc), à travers une incision gingivo-labiale latéralisée (Fig. 2a, b) et décollement des plans musculo-aponévrotiques.



Fig. 2 (a, b) : Incision gingivo-labiale.

Ensuite, le bord inférieur de la cavité orbitaire est repéré à la palpation digitale (Fig. 3), puis à l'aide du ciseau Gouge, un petit volet osseux est confectionné au niveau

de la paroi antérieure du sinus maxillaire (Fig. 4). L'approche par le sinus maxillaire permet un grand accès au plancher de l'orbite. l'endoscope est ensuite introduit pour la suite de l'intervention chirurgicale.

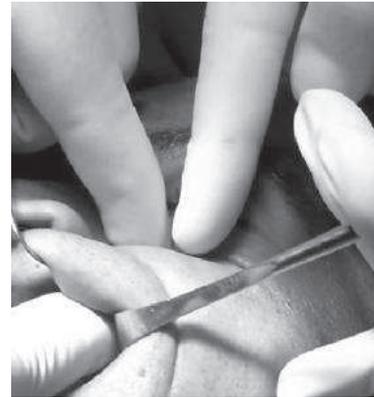


Fig. 3 : Palpation Digitale du rebord inférieur de la cavité orbitaire.



Fig. 4 : Taille d'un petit volet au niveau de la paroi sinusale antérieure

Une orbitotomie inférieure est ensuite réalisée (Fig. 5), laquelle donnera un accès aisé à la tumeur. Celle-ci est bien individualisée, elle est encapsulée, peu vascularisée et est extraite en bloc (Fig 6).



Fig. 5 : Vue endoscopique peropératoire : bombement tumoral à travers le plancher ouvert

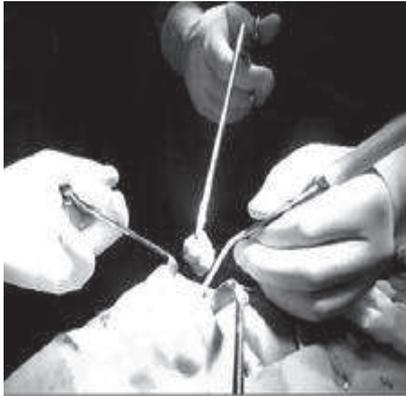


Fig. 6 : Ablation en bloc de la tumeur.

A la fermeture, le plancher de la cavité orbitaire doit être bien reconstitué afin d'éviter la ptose du contenu orbitaire dans le sinus maxillaire. Une plastie à l'aide de l'aponévrose du muscle temporale (Fig. 7) est prélevée et mise en place.

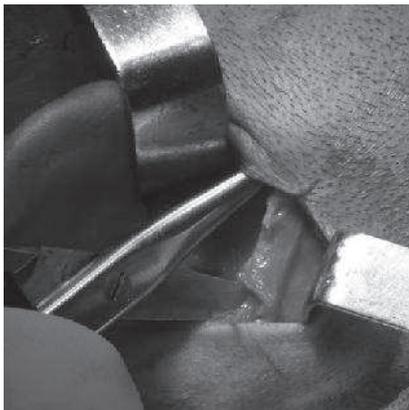


Fig. 7 Région rétro auriculaire : prélèvement d'une plastie de l'aponévrose du muscle temporal

L'examen anatomopathologique a montré une prolifération fuso-cellulaire avec un cytoplasme éosinophile au noyau allongé basophile, l'agencement des noyaux donne un aspect en douve de tonneau, en faveur d'un Schwannome.

L'examen clinique post opératoire est très satisfaisant et l'imagerie par résonance magnétique montre une exérèse totale de la tumeur (Fig 8 a,b).



Fig. 8 : IRM Post opératoire montrant l'exérèse totale de la tumeur.

Au 5^e jour de l'évolution post opératoire, le patient a présenté une sinusite maxillaire qui a bien évolué sous traitement médical.

DISCUSSION

L'abord endoscopique à travers le sinus maxillaire permet d'atteindre les lésions tumorales du plancher orbitaire et de ce fait, nous a permis d'effectuer une exérèse totale de la tumeur présentée par notre patient. L'espace extra conique s'offre très bien à cet abord chirurgical, qui a pour but de préserver la fonction visuelle ; ceci n'est pas possible pour l'approche de l'espace intra conique qui est très laborieuse, l'identification des structures anatomiques et leur manipulation étant délicate du fait de la présence des septas inter musculaires et du tissu noble intra conique (nerf optique, les branches nerveuses oculomotrices, l'artère ophtalmique).

CONCLUSION

La voie transantrale sous labiale peut exposer très bien la paroi inférieure et interne de l'orbite et permet d'atteindre les tumeurs extra coniques qui sont alors parfaitement extirpables ; néanmoins, l'exérèse, par cette voie, des lésions intra coniques reste limitée par l'exigüité de l'espace anatomique et une instrumentation encore imparfaite.

RÉFÉRENCES

- 01] ANGELO TSIRBAS, M.D.,
F.R.A.N.Z.C.O, MICHAEL KARIM,
M.D., F.A.C.S. LANNY CLOSE M.D.,
F.A.C.S
Endoscopic Approach to orbital
Apex Lesions. Department of
ophthalmology and otorhino-
laryngology New York Presbyterian
Hospital/Columbia-Presbyterian
Center and Flinders Univesity,
Adelaide, South Austria. The
American Society of Ophtamic
Plastic and Reconstructive Surgery.
Vol. 21, N°4, pp 271-275.
- 02] ABED. T , KAWAMOURA N,
HOMMA H, SASAKI K, IZUMIYAMA
MATSUMOTO K. MRI of orbital
schwannomas. Neuroradiology
2000, 42 : 466-8.
- 03] CAPPS H, BRODSKY MC, RICE CD,
MRAK RE, GLASIER CM, BROWN
HH, Orbital intra muscular
schwannoma. American Journal of
Ophtalmology 1990, 110 : 535-9.
- 04] GLEIZAL. A. BETA . J.C.
LAVANDIER.J. BEZIAT. L. Voies
d'abord craniofaciales des tumeurs
orbitaires et découpe osseuse ultra
sonique. Université Claude Bernard
Lyon. Service de chirurgie maxilllo-
faciale. J. Fr Ophtalmo. 2007 ; 30, 9,
882-891.
- 05] ROOTMAN J, GOLDBERG C,
ROBERTSONW. Primary orbital
schwannomes. Br J Ophtalmology
1982, 66 : 194-204.
- 06] SHEN WU, YANG DY, LO YJ, LEE
Neurilemmoma of the oculomotor
nerve presenting as orbital mass :
MR findings AJNR 1993, 14 : 1253-4.
- 07] STULL MA, MOSER RP,
KRANDSORD MJ, BOGUMILL GP.
Magnetic resonance appearance of
peripheral nerve sheath tumors. Shell
Radiol 1991, 20 :9-14.
- 08] TORROSIAN JM, BEZIAT JL,
ABOU CHEBEL N., FISCHER G,
DEVOUASSOUX M. Les
schwannomes exocrâniens de
l'extrémité céphalique : à propos de
13 observations Ann Chir Plast
Esthét 1998, 43 (5) : 541-7.