



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Récidive tardive ou localisation secondaire ? Vers une meilleure compréhension de la physiopathologie du papillome inversé[☆]

C. Prud'homme^a, S. Espinoza^b, C. Badoual^c, O. Laccourreye^a,
P. Bonfils^a, D. Malinvaud^{a,*}

^a Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, formation associée Claude-Bernard, CNRS UMR 8194, université Paris Descartes et Sorbonne Paris Cité, HEGP, 20, rue Leblanc, 75908 Paris cedex 15, France

^b Service de radiologie, faculté de médecine Paris V, université René-Descartes, hôpital européen Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75908 Paris cedex 15, France

^c Service d'anatomopathologie, faculté de médecine Paris V, université René-Descartes, hôpital européen Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75908 Paris cedex 15, France

MOTS CLÉS

Papillome inversé ;
Sinus ;
Chirurgie
endoscopique ;
Localisation
secondaire ;
Récidive

Résumé

Introduction. – Le papillome inversé correspond à la plus fréquente des tumeurs bénignes des fosses nasales. Des récurrences peuvent être observées dans 12% à 14% des cas, essentiellement sur le site anatomique initial, mais les localisations secondaires, à distance, sont exceptionnelles. À partir d'un cas de localisation secondaire tardive de papillome inversé et d'une revue de la littérature, nous discutons de la physiopathogénie de cette tumeur.

Présentation du cas. – Un patient opéré d'un papillome inversé ethmoïdal en 1997 à l'âge de 56 ans présente, 11 ans après, une autre localisation (frontale) de papillome inversé des fosses nasales. Cette découverte a été réalisée de manière fortuite au cours du suivi systématique du patient et la lésion a pu être traitée chirurgicalement, sans complication.

Discussion et conclusion. – La physiopathologie du papillome inversé des fosses nasales reste encore aujourd'hui sans explication. Il n'existe pas de marqueur histologique ou biologique fiable permettant de prédire la probabilité de récurrence ou de la transformation maligne. Le seul traitement réside dans l'exérèse chirurgicale complète de la lésion. Si le risque de récurrence locale est bien connu, souvent consécutif à une exérèse incomplète, le risque de localisation secondaire l'est moins, et il justifie pleinement un suivi régulier à très long terme de ces patients.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2012.11.004>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : david.malinvaud@egp.aphp.fr (D. Malinvaud).

1879-7261/\$ - see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2013.02.008>

Introduction

Le papillome inversé (PI) est la plus fréquente des tumeurs bénignes des cavités nasosinusiennes [1]. Son incidence est estimée à 0,4 cas pour 100 000 personnes [1,2]. Il touche plus spécifiquement les sujets de sexe masculin avec un sex-ratio de 3/1, l'âge médian étant de 50 à 60 ans [1,2].

Il présente sur le plan évolutif trois particularités [1,3] :

- sa récurrence survient dans 12 à 14 % des cas ;
- sa transformation carcinomateuse est possible (5 à 15 % des cas selon les séries [1]), elle peut correspondre soit à un carcinome épidermoïde infiltrant, soit plus rarement à un carcinome de type transitionnel de meilleur pronostic ;
- il peut être exceptionnellement multifocal.

Après le traitement chirurgical, un suivi régulier prolongé des patients est néanmoins indispensable car la récurrence précoce ou tardive n'est pas rare [4]. Le caractère incomplet de l'exérèse est un facteur indiscutable de récurrence [1].

Nous décrivons ici un cas rare de réapparition de PI sur un site distinct de la localisation primitive, 11 ans après le traitement chirurgical de la première tumeur. Récurrence tardive ou nouvelle tumeur ? Ce cas nous amène à discuter les mécanismes physiopathologiques à l'origine de cette tumeur.

Cas clinique

Monsieur F., né en 1941, tabagique à 20 PA sévère depuis 14 ans, consommateur occasionnel d'alcool, a pour seul antécédent un ulcère gastrique. Il est suivi en ORL pour un dysfonctionnement rhinosinusal chronique (DRSC).

En 1997, chez un patient alors âgé de 56 ans, l'apparition de polypes unilatéraux dans la fosse nasale droite résistants au traitement médical amène à réaliser un bilan par imagerie. L'examen tomodensitométrique met en évidence un comblement intéressant les fosses nasales, venant au contact du cornet inférieur et dans les cellules ethmoïdales antérieures droites, entraînant une ostéolyse avec ostéocondensation des parois osseuses (Fig. 1). Une exérèse chirurgicale passant au large de la lésion est effectuée par

voie endonasale. L'examen anatomopathologique met en évidence un PI au sein des polypes et confirme le caractère complet de l'exérèse. Le patient est revu en consultation ORL tous les trois mois pendant deux ans, puis tous les six mois pour un suivi régulier dans le cadre de son DRSC. Il ne présente aucun signe de récurrence les premières années.

En 2008, alors que le patient est asymptomatique, un scanner de contrôle, réalisé dans les suites du traitement chirurgical d'une mucocèle ethmoïdofrontale droite un an plus tôt, montre une image suspecte à la partie inférieure et antérieure du sinus frontal droit à distance du récessus frontal. Un complément d'imagerie par IRM plaide en faveur d'un probable PI (Fig. 2). Un abord chirurgical externe avec frontotomie droite par voie de Jacques est réalisé. L'implantation de cette tumeur se situe dans la partie haute du récessus frontal droit. L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic de PI sinusien. Cette constatation est d'autant plus étonnante qu'il n'y avait pas de PI dans le sinus frontal droit initialement et qu'il n'y avait aucune lésion clinique ou radiologique sur un bilan effectué deux ans auparavant en 2006. Une analyse immuno-histochimique avec les anticorps anti-Ki 67 (MIB1) marqueur de prolifération cellulaire, et avec l'anticorps anti-P53, marquant un gène suppresseur de tumeur n'a pas permis de mettre en évidence une surexpression de ces marqueurs, ni sur la lésion de 2008, ni a posteriori sur la lésion initiale de 1997. Cette étude immuno-histochimique avait été réalisée pour rechercher la présence de marqueurs potentiels de récurrence [5]. Par ailleurs, la recherche d'une infection par HPV oncogène, par une technique d'hybridation in situ, s'est avérée négative sur les deux sites, prouvant l'absence d'implication de ce virus dans la genèse du PI chez ce patient.

Discussion

Ce cas clinique semble intéressant à plusieurs titres.

Il montre pour la première fois une suspicion de seconde localisation de PI des fosses nasales ; notre patient présente l'avantage d'avoir bénéficié d'un suivi très rapproché, à la fois clinique et radiologique du fait de sa DRSC, ce qui permet de prouver l'absence de localisation tumorale frontale

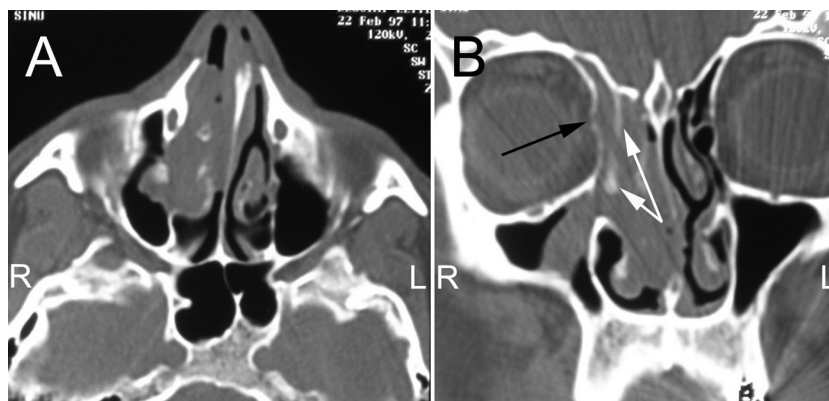


Figure 1 Tumeur initiale, 1997. TDM des sinus sans injection. A. Coupe axiale. B. Coupe coronale. Bilan initial avant la première chirurgie. On visualise les polypes au méat moyen droit avec atteinte des cellules ethmoïdales antérieures et extension vers le sinus maxillaire droit. Sur la coupe B, on visualise (flèche noire) une ostéolyse de la lame papyracée, et (flèches blanches) une condensation des parois osseuses ethmoïdales antérieures.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105124>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105124>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)