



Chirurgie des tumeurs sinusiennes

Paranasal sinuses neoplasm surgery

P.-O. Védrine *, A. Meghachi, R. Jankowski, C. Simon

Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Central, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54035 Nancy, France

MOTS CLÉS

Tumeurs paranasales ;
Endoscopie
endonasale ;
Adénocarcinome ;
Ethmoïde ;
Chirurgie

Résumé La chirurgie des tumeurs malignes des cavités nasosinusiennes a profondément évolué cette dernière décennie avec le perfectionnement de l'imagerie qui permet des médications plus précises et le choix d'interventions plus adaptées et avec le développement de la chirurgie endosinusiennne sous guidage endoscopique, devenue la technique de référence pour l'exérèse de la plupart des tumeurs bénignes des fosses nasales et des sinus. Comment le concept de chirurgie endoscopique, que l'on pouvait qualifier de « *soft chirurgie* » ou chirurgie pauci-invasive, peut-il s'appliquer à une tumeur maligne, et en particulier à un adénocarcinome de l'ethmoïde ? Tout repose sur le fait qu'un abord chirurgical par voie externe de l'ethmoïde pour adénocarcinome n'aboutit finalement qu'à une exentération sinusienne laissant en place les parois de la masse latérale de l'ethmoïde. En théorie, la chirurgie endoscopique peut aboutir à une exentération de la même qualité avec la même sécurité carcinologique, l'abord à ciel ouvert ne deviendrait ainsi indispensable qu'en cas de résection des parois osseuses du sinus malade. La rhinotomie paralatéronasale de Moure, véritable laparotomie de la face a encore droit de cité, mais voit sa fréquence décroître au profit de l'abord endoscopique qui ne peut que progresser avec l'assistance de l'ordinateur.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Paranasal sinus
neoplasms;
Endonasal endoscopy;
Ethmoid;
Adenocarcinoma;
Surgery

Abstract The surgical treatment of tumours of the nasal cavity and paranasal sinuses has been improved this last decade by some innovations in imaging techniques. Recent imaging techniques (CT-Scan and MRI) are the best diagnostic tools and are crucial when selecting the therapeutic strategy. Endoscopic surgery of paranasal sinuses has become the procedure of choice for benign tumours of the nasal cavity and paranasal sinuses. How the concept of endonasal surgical treatment can be applied to a malignant tumour and in particular to an ethmoidal adenocarcinoma? Lateral rhinotomy for ethmoidal adenocarcinoma allows removing the lateral mass of the ethmoidal bone and preserving the walls of the lateral masses. Endoscopic surgery outcomes are of the same quality than carcinologic results. Transfacial approach may be necessary when tumour extends to the surrounding structures. Nose and paranasal sinuses tumours can be successfully treated by endonasal approach. Traditional lateral rhinotomy approach of nasosinusal cavities remains the standard therapy for malignant tumours. If the tumour is very small-sized and located within the ethmoid sinuses, an endoscopic approach may be considered. Improvements may be expected from new advances in computer assisted surgery.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : vedrine@yahoo.fr (P.-O. Védrine).

Introduction

Le massif facial supérieur peut être divisé en trois étages : suprastructure (cavité orbitaire, sinus ethmoïdal, et partie supérieure des fosses nasales), mésostructure (sinus maxillaire et partie inférieure des fosses nasales), et infrastructure (plateau palatin), donnant aux tumeurs une histoire clinique caractéristique. Le traitement de ces tumeurs nécessite un bilan d'extension radiologique comprenant un scanner et une imagerie par résonance magnétique (IRM) des sinus de la face et de la base du crâne. Dans ce travail, nous exposerons les différentes techniques opératoires et leurs indications.

Voies transfaciales

Voies d'abord

Incision princeps paralatéronasale de Moure et Sébilleau (1902)

Le tracé de cette incision paralatéronasale part de l'angle supéro-interne de l'œil, se poursuit sur la face paramédiane du dorsum nasal en direction du sillon nasogénien, se termine au niveau de l'orifice narinaire après avoir contourné l'aile du nez (Fig. 1). L'incision se fait en un temps jusqu'au contact osseux.

Une fois l'incision réalisée, le lambeau nasal est récliné en prenant soin de ruginer en sous-périosté. La rugination doit être effectuée vers la fosse ca-

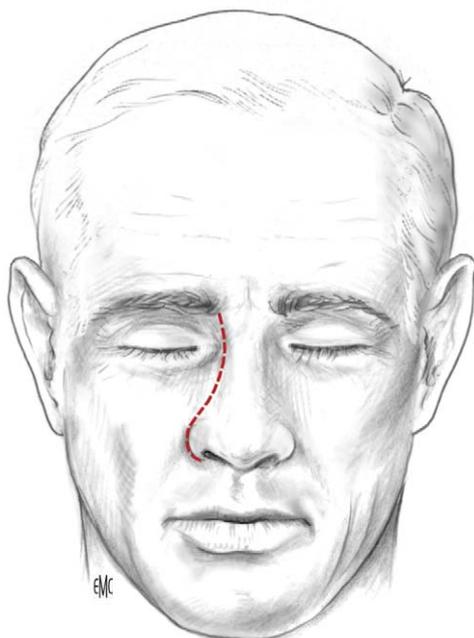


Figure 1 Incision paralatéronasale de Moure et Sébilleau.

nine, le sac lacrymal, le canthus interne, la paroi interne de l'orbite, la lame papyracée (jusqu'à l'artère ethmoïdale, qui est coagulée), et le rebord orbitaire en préservant le nerf sous-orbitaire. Les voies lacrymales doivent être individualisées pour être préservées ou sectionnées selon une attitude carcinologique. Le lambeau nasal est décollé jusqu'à l'épine nasale, l'aile narinaire est soulevée par section des tissus mous du sillon alofacial, faisant apparaître l'orifice piriforme au bord duquel la muqueuse des fosses nasales est sectionnée sur toute sa hauteur. Ce temps permet de dégager l'os propre du nez, l'orifice piriforme, la branche montante du maxillaire supérieur, la paroi antérieure du sinus maxillaire et la paroi interne de l'orbite. Le ligament canthal interne est sectionné, et, selon les équipes, repéré par deux fils pour permettre la canthopexie lors de la fermeture.

On place un fil tracteur sur la berge interne de l'incision, le lambeau nasal est récliné du côté opposé.

Dans la description de Moure, l'ostéotomie se fait à os perdu et s'étend à l'os propre du nez et au maxillaire supérieur. L'ostéotomie débutée à la fraise-fissure est complétée à l'ostéotome ou à la scie oscillante, après avoir exposé le champ opératoire par la mise en place d'écarteurs orthostatiques. La section est paramédiane sur l'os propre du nez jusqu'à la suture frontonasale. Une deuxième ostéotomie part de la partie la plus externe de l'orifice piriforme de façon horizontale jusqu'à la partie moyenne de la fosse canine. Une troisième ostéotomie part de la partie moyenne de la fosse canine, monte verticalement, évitant le foramen infraorbitaire, puis, au niveau du rebord orbitaire inférieur, se poursuit ensuite le long de l'orbite et se termine au niveau de la suture nasofrontale. Une dernière ostéotomie est réalisée de façon horizontale au niveau de la suture nasofrontale.

L'exérèse de la lésion à localisation ethmoïdale emporte la cloison intersinusnasale, l'ethmoïde en totalité, l'os lacrymal, la totalité du septum nasal (en préservant un auvent supérieur), la muqueuse du sinus maxillaire et du sinus sphénoïdal au moindre doute d'extension à ce dernier.

Cet abord permet l'accès à la fosse nasale, le rhinopharynx, le sinus maxillaire, l'ethmoïde (masses latérales et toit de l'ethmoïde) et le sinus sphénoïdal.

Variante : incision paralatéronasale de Labayle¹

Devant les difficultés de dégagement des faces supérieure et postérieure de l'ethmoïde lors de la réalisation de l'incision classique paralatéronasale, Labayle propose une incision qui part de la bosse frontale et décrit un arc à concavité inféro-externe

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9400739>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9400739>

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