

ADENOME PLEOMORPHE DU SEPTUM NASAL : à propos d'un cas

PLEOMORPHIC ADENOMA OF THE NASAL SEPTUM: a case report

YOUNES H¹, DIOUF M.S², SENGHOR F³, DIEYE A¹, TALL A¹, NDIAYE I.C¹

1. Clinique ORL Lamine Sine DIOP, CHU de Fann, Dakar, Sénégal
2. Service ORL et CCF, Hôpital Général de Grand Yoff, Dakar, Sénégal
3. UFR des sciences de la santé de l'université ASSANE SECK de ZIGUINCHOR, Sénégal

YOUNES HUSSEIN¹, Interne des Hôpitaux en ORL au CHU de Fann, Dakar Sénégal,
toyounes1989@hotmail.com ; BP 5035 (auteur correspondant).

RESUME

Introduction : L'adénome pléomorphe est une tumeur bénigne à double composantes cellulaires épithéliales et myoépithéliales d'une part et mésenchymateuse d'autre part. Sa localisation au niveau des voies respiratoires hautes est peu fréquente en particulier au niveau des fosses nasales.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente de 27 ans venue consulter pour une obstruction nasale chronique droite évoluant depuis 03 mois et chez qui l'examen avait mis en évidence une masse endo-nasale droite d'allure tumorale. Un scanner a été réalisé montrant un processus tumoral endo-nasal d'allure bénin et l'exérèse a été réalisée par voie endoscopique endo-nasale sans récurrence.

Conclusion : Contrairement à sa localisation parotidienne, l'adénome pléomorphe de la fosse nasale est rare. Il faudra y penser devant toute masse endonasale d'allure tumorale.

Mots clés : Adénome pléomorphe ; septum nasal ; chirurgie endonasale

ABSTRACT

Introduction: Pleomorphic adenoma is a benign tumor with double components, cellular epithelial, myoepithelial, and mesenchymatous. Its location in the upper airways is unusual especially in the nasal passages.

Observation: We report the case of a 27-year-old patient who came to see for a chronic right nasal obstruction that had been evolving for 03 months and in whom the examination showed a right endonasal mass of tumor appearance. A CT scan was performed showing a benign-looking endonasal tumor process and the exeresis was performed endoscopic endonasal without recurrence.

Conclusion: Unlike its parotidian location, pleomorphic adenoma of the nasal cavity is rare. It will be necessary to think about it in front of any endonasal mass of tumor appearance.

Keywords: pleomorphic adenoma; nasal septum; endonasal surgery

INTRODUCTION

L'adénome pléomorphe est une tumeur bénigne à double composantes cellulaires épithéliales et myoépithéliales d'une part et mésenchymateuse d'autre part(1). Le plus souvent, il affecte les glandes salivaires

principales. Sa localisation au niveau des glandes salivaires accessoires n'excède pas 6% à 9% des cas et atteint le plus souvent le palais (2). Sa localisation au niveau des voies respiratoires supérieures et

notamment des fosses nasales est très rare (1).

Nous rapportons ici un cas rare d'adénome pléomorphe de la fosse nasale pris en charge entièrement par voie endonasale dans notre service.

OBSERVATION

Une patiente de 27 ans aux antécédents de rhinite allergique est venue consulter pour une obstruction nasale permanente, une rhinorrhée séreuse et des épistaxis intermittentes évoluant depuis 03 mois sans altération de l'état général.

L'examen des fosses nasales à l'optique 0 degré, après rétraction des cornets à la xylocaïne naphazolinée 5%, avait permis d'objectiver une masse endonasale polylobée blanc-rosée, saignante au contact, à base d'insertion pédiculée sur le septum nasal, exerçant un effet de masse sur le cornet inférieur et obstruant toute la fosse nasale (figure 1).

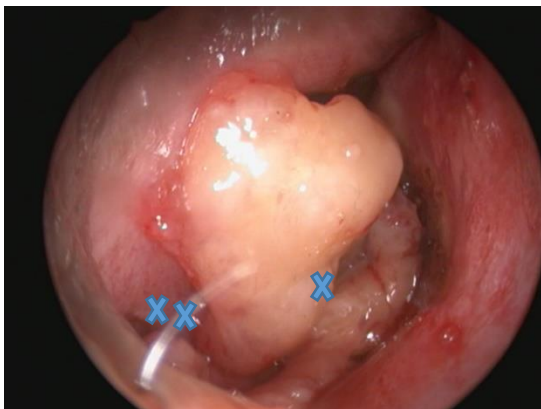


Figure 1 : Vue endoscopique de la fosse nasale droite montrant une masse endonasale blanc rosée polylobée développée aux dépens de septum nasal (x) et faisant un effet de masse sur le cornet inférieur (xx).

Un examen tomodensitométrique des sinus de la face avait permis de montrer une masse tissulaire de 19 * 17 mm au niveau de la fosse nasale droite développée aux dépens de septum nasal, faisant effet de masse sur le cornet inférieur et sans lyse osseuse (figure 2).

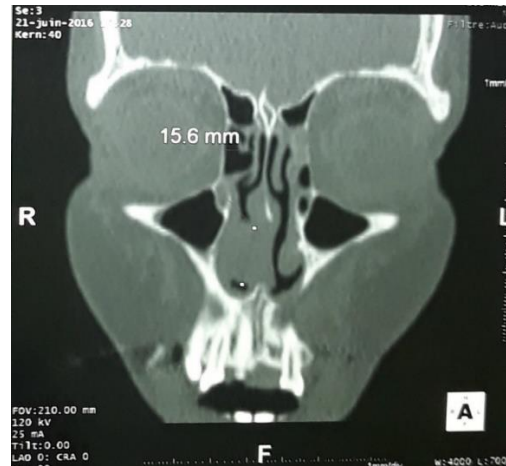


Figure 2: Coupe coronale d'une TDM des sinus de la face mettant en évidence une masse tissulaire développée aux dépens de septum nasal et faisant un effet de masse sur le cornet inférieur droit.

Une exérèse complète en monobloc a été réalisée par voie endoscopique endonasale avec des marges de résections satisfaisantes et sans saignement important.

Un tamponnement a été réalisé en peropératoire et a été enlevé à 48h. La patiente a été mise sous antibiotiques, antalgiques et bain nasal au sérum physiologique. Les suites opératoires ont été simples.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a objectivé une prolifération tumorale sous muqueuse, bien limitée à double composante épithéliale et mésenchymateuse. Elle est formée de cellules glandulaires et myoépithéliales régulières ou présentant des atypies cytonucléaires discrètes. Elles se disposent en nappe, en travées, en tube et en massif cribiforme au sein d'une matrice myxoïde pourvu d'un important tissu fibreux collagène associé à des foyers de métaplasie cartilagineuse (figure 3).

Après 42 mois de recul, nous n'avons pas noté de signe de récdive.

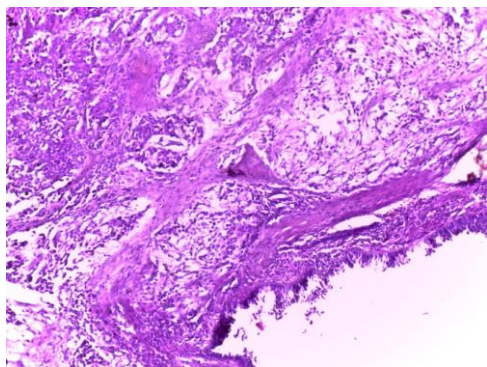


Figure. 3 : Vue microscopique au grossissement x100 / coloration à l'HE : prolifération tumorale sous muqueuse, bien limitée à double composante épithéliale et mésenchymateuse.

DISCUSSION

L'adénome pléomorphe des glandes salivaires principales, en particulier de la parotide est fréquent, mais dans de rares cas, il peut intéresser les voies respiratoires via les glandes salivaires accessoires notamment les fosses nasales (3,4).

Au niveau des fosses nasales, l'adénome pléomorphe touche le plus souvent le septum nasal dans 82.5% à 90% des cas (2,5). Cependant les glandes séro-muqueuses sont communément présentes au niveau de la paroi externe surtout sur les cornets (5). De nombreuses théories ont été avancées pour expliquer ce fait parmi lesquelles la persistance d'un reliquat du canal voméro-nasal, l'infection à Epstein barr virus et la fixation de cellules épithéliales d'un tissu glandulaire salivaire mature au niveau de cartilage septal lors de la période fœtale (3,5,6).

Le plus souvent c'est l'adulte de sexe féminin qui est touché avec des manifestations à type d'obstruction nasale chronique unilatérale dans 71% des cas, d'épistaxis répétées dans 56 % des cas et de rhinorrhée intermittente (3,7-9). Rarement, peuvent s'observer une tuméfaction faciale volumineuses ou des céphalées (9). A l'examen, l'adénome pléomorphe apparaît le plus souvent sous la forme d'une masse endonasale allant du gris ou rouge sombre,

de consistance molle ou ferme, bien circonscrite, parfois saignante au contact avec une base d'implantation tantôt sessile tantôt pédiculée et développée le plus souvent au dépens du septum nasal ou le cornet inférieur(3).

Le scanner des sinus de la face montre des images non spécifiques à type de processus de densité homogène devenant hétérogène après injection de produit de contraste (3). Une ostéolyse est possible mais rare et doit faire penser à une lésion maligne ou à une dégénérescence (3,10,11). Quant à l'IRM, elle est plus performante que le scanner dans l'analyse d'une tumeur naso-sinusienne(12) , la formation apparaît homogène, en hypersignal T1 et isosignal T2 (9). Cependant son cout élevé et son accès faible en font un examen difficile à demander dans notre contexte d'exercice.

La biopsie, systématique pour certains, est non recommandée par Bouguacha devant le risque d'essaimage(2,3). Dans notre cas elle n'a pas été réalisée.

Sur le plan histologique, l'adénome pléomorphe apparaît comme une association d'éléments cellulaires épithéliaux abondants, dans une matrice mucoïde, myxoïde ou chondro-myxoïde. L'immunohistochimie est indiquée dans les localisations inhabituelles en cas de doute et lorsque la biopsie n'a pas été contributive(3,9). Elle montre une positivité des cellules épithéliales aux anticorps anti-cytokeratine (CAM 5,2) et une positivité des cellules myoépithéliales aux anticorps anti-protéine S100, anti-actine et anti-vimentine (3). Celle-ci n'a pas été réalisée devant un aspect assez typique en microscopie et l'absence d'un plateau technique suffisant dans notre pays. En effet, lorsqu'une étude immuno-histochimique est requise, les prélèvements doivent être acheminés à l'extérieur moyennant un cout élevé pour nos patients.

A l'heure actuelle, le traitement de référence est chirurgical par voie endoscopique endonasale pour les petites

tumeurs et trans-faciales pour les tumeurs plus volumineuses (3). Néanmoins cette dernière est de plus en plus délaissée au profit de la voie endoscopique. En effet, celle-ci permet l'exérèse tumorale sans laisser un préjudice esthétique, diminue les pertes sanguines peropératoires et raccourcit le délai post-opératoire (4). Certains préconisent de réaliser une résection large avec 5mm de marge associé à une pastille cartilagineuse(1,2). Lorsqu'il persiste des résidus tumoraux, la radiothérapie constitue une alternative séduisante(10).

La survenue de récurrence dépend de la qualité de l'exérèse, du siège, de l'abondance de la composante myxoïde, de l'intégrité de la capsule et du caractère multinodulaire ou non (2,10). Le taux est de 0 à 8% (1). Elle peut être très tardive d'où la nécessité d'une surveillance à long terme (2).

La dégénérescence est possible avec un taux de 1 à 5% des cas, en adénocarcinome indifférencié ou peu différencié ou en cylindrome (11). Elle serait en rapport avec le nombre de récurrence après chirurgie et un long délai de diagnostic (2).

CONCLUSION

Contrairement à l'adénome pléomorphe des glandes salivaires principales, l'adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires est rare et atteint le plus souvent le palais. La localisation nasale est inhabituelle mais il faudra y penser devant toute formation tumorale endonasale. Le diagnostic est histologique et le traitement est chirurgical. Une bonne exérèse avec de bonnes limites de résection permet en général une guérison sans récurrence.

REFERENCES

1. **Baron S, Koka V, El Chater P, Cucherousset J, Paoli C.** Adénome pléomorphe du septum nasal. Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale. 2014;131(2):125-7.
2. **Bouguacha L, Kermani W, Abdelkafi M, Hasni I, Khaireddine N, Zeglaoui I, et al.** Adénome pléomorphe des glandes salivaires accessoires. J Tunis ORL Chir Cervico-Faciale. 2010;24(1):5.
3. **El Fakiri MM, Aderdour L, Nouri H, Hassani R, Maliki O, Raji A.** L'adénome pléomorphe du septum nasal. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2010;111(3):162-4.
4. **Kathuria B.** Pleomorphic Adenoma a Salivary Gland Tumor as Nasal Mass; Rarest Presentation. Glob J Otolaryngol 2017 ; 3(3): 57-9
5. **Sciandra D.** Pleomorphic adenoma of the lateral nasal wall: case report. ACTA Otorhinolaryngol Ital. 2008;28(3):150.
6. **Malinvaud D, Couloigner V, Badoual C, Halimi P, Bonfils P.** Pleomorphic adenoma of the nasal septum and its relationship with Epstein-Barr virus. Auris Nasus Larynx. 2006;33(4):417-21.
7. **Kamal SA.** Pleomorphic adenoma of the nose: A clinical case and historical review. J Laryngol Otol. 1984;98(9):917-23.
8. **Compagno J, Wong RT.** Intranasal Mixed Tumors (Pleomorphic Adenomas): A Clinicopathologic Study of 40 Cases. Am J Clin Pathol. 1977;68(2):213-8.

9. Maamouri M, Hamouda RB, Chitoui I, Mansour S, Slimene SB, Chelbi E, et al. Adénome pléomorphe du septum nasal: À propos d'un cas. *J Tunis ORL Chir Cervico-Faciale* [Internet]. 2010 ; 21(1): 68-72

10. Gana P, Masterson L. Pleomorphic adenoma of the nasal septum: a case report. *J Med Case Reports*. 2008;2(1):349.

11. Yazibene Y, Ait-Mesbah N, Kalafate S, Yahi-Ait Mesbah N, Abdennebi A, Bouzid H, et al. Adénome pléomorphe dégénéré de la fosse nasale. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale*. 2011;128(1):41-5.

12. McCollister KB, Hopper BD, Michel MA. Sinonasal neoplasms: Update on classification, imaging features, and management. 2015;9: 7-15.