

L'ASPERGILLOSE NASOSINUSIENNE A COTONOU

ADJIBABI W.¹, BIAOU O.², ALAMOU S.³, BIO TCHANE I.¹, ALAO N.³, HOUNKPE Y.Y.C.¹, STOLL D.⁴

1 Service ORL-CCMF CNHU Cotonou. 2 Service d'Imagerie Médicale CNHU Cotonou Bénin
3 Clinique Mutualiste de Cotonou (CMC). 4 CHU Pellegrin Tripode Service ORL Bordeaux France

RÉSUMÉ

L'aspergillose nasosinusienne est une affection mycosique due à l'aspergillus. Elle peut se rencontrer quelle que soit la forme aussi bien chez les sujets immunocompétents qu'immunodéprimés. Nous rapportons ici deux formes d'aspergillose, l'une invasive et l'autre non invasive chez des sujets immunocompétents.

L'un est de sexe masculin âgé de 14 ans ; une exophtalmie unilatérale des fistulisations cutanées paracanthales, une longue période de corticothérapie locale et une ostéolyse étendue à tous les sinus ont fait évoquer chez ce patient une aspergillose invasive.

L'autre est de sexe féminin âgée de 35 ans ; le diagnostic de la balle fongique a été retenu sur la notion d'épistaxis, d'obstruction nasale, de céphalées, de cacosmies et des calcifications intra sinusiennes au scanner.

Nos deux patients ont été opérés par voie endoscopique biméatale complétée par la voie de la fosse canine pour la balle fongique et l'autre par la voie paralatéronasale.

L'examen anatomopathologique a confirmé l'aspergillus Niger dans les deux cas.

Mots clés : Sinusite chronique aspergillaire

SUMMARY

Aspergillus of paranasal sinus can affect immunocompromised or immunocompetent patients. We reported two cases of this fungal infection, one invasive in 14 years old man treated a long time by local steroid. Exophthalmia paracanthal cutaneous fistulisation were the symptomatology in this case.

The second is fungal ball performed in 35 years old woman with epistaxis, headache, nasal obstruction, cacosmia and sinuses calcifications in computerised tomography.

Both were treated by surgery; endoscopic surgery in the fungal ball and paranasal incision in the second case.

Histology confirmed aspergillus Niger and the two forms

Keys words : Sinusitis chronic aspergillus.

INTRODUCTION

L'aspergillose est une affection mycosique. Son siège préférentiel est pulmonaire mais les cavités nasosinusiennes peuvent être affectées [1]. Elle est due à l'aspergillus qui comprend plusieurs espèces : *A. fumigatus* - *A. flavus* - *A. niger* - *A. nidulans*. L'espèce *A. fumigatus* est fréquemment rencontrée, la fréquence des autres espèces est variable selon les pays et les continents [2]. L'aspergillose nasosinusienne réalise 2 grandes formes antomo-cliniques [3].

- La forme invasive qui comporte l'aspergillose aiguë nécrosante fulminante et l'aspergillose chronique invasive. Les formes invasives sont souvent rencontrées chez le sujet immunodéprimé ou ayant une tare.

- La forme non invasive qui comporte la rhinite ou la rhinosinusite allergique d'origine mycosique, la balle fongique et la rhinosinusite fongique allergique et la rhinosinusite fongique à éosinophile.

A travers 2 cas, l'un invasif, l'autre non invasif nous soulignons les difficultés diagnostiques et thérapeutiques et le risque iatrogénique d'une corticothérapie locale au long cours.

OBSERVATION 1

Madame ABI J... âgée de 35 ans a été vue en consultation ORL en Février 2002 pour des céphalées frontales, une rhinorrhée purulente malodorante et des crachats

striés de sang. L'apparition d'une épistaxis bilatérale et la persistance de la cacosmie subjective ont motivé l'actuelle consultation. Les antécédents ORL ont été marqués par une rhino sinusite droite traitée par céphalosporines de première génération, quinolones, anti inflammatoires non stéroïdiens, aérosol et ponction sinusienne droite il y a une dizaine d'années.

L'examen des fosses nasales avait noté une déviation septale gauche.

La radiographie standard (Blondeau) avait révélé une opacité totale des 2 sinus maxillaires.

Un scanner des sinus avait été demandé et a confirmé l'opacité complète du sinus maxillaire droit avec des nidus hyperintenses.

Deux mois plus tard une septoplastie associée à une biméatotomie inférieure et moyenne n'avaient pas permis l'exérèse du conglomérat. Une voie de la fosse canine à minima avait été nécessaire et avait permis d'extraire tout le contenu mycélien sinusien droit.

Les suites opératoires ont été simples. Le recul a été de deux ans sans récurrence.

La patiente avait reçu un traitement médical à base de quinolones pendant deux semaines et des lavages de nez au sérum physiologique.

L'examen anatomopathologique a confirmé l'aspergillose en révélant des têtes aspergillaires sphériques de type Niger.

OBSERVATION 2

L'enfant AKP M. 14 ans a présenté en Janvier 2003 une rhinorrhée purulente gauche évoluant de façon chronique depuis 8 mois. Deux fistulisations cutanées en région sous orbitaire et paracanthale gauche ont compliqué l'évolution de l'infection. Dans ses antécédents il a été signalé un rhume traité 2 ans auparavant par corticothérapie et antibiothérapie. L'examen des fosses nasales et du nez avait noté deux fistulisations purulentes dans la région péri orbitaire et un comblement de la filière nasale à gauche. L'imagerie avait révélé une opacité des sinus maxillaire, frontal, sphénoïdal et ethmoïdal gauches. Une ethmoïdectomie totale avec nasalisation de tous les sinus gauches, a été pratiquée deux semaines plus tard par abord paralatéronasal gauche. Elle avait permis l'exérèse des concrétions mycéliennes et des séquestres osseux formés aux dépens des parois antérieure et inter sinusonasale du sinus maxillaire gauche.

Il s'agissait d'une pansinusite gauche extensive, hémorragique englobant des fongosités noirâtres. Un lavage abondant des fosses nasales avait permis d'obtenir une cavité propre.

L'examen anatomopathologique a confirmé l'aspergillose par la présence des filaments mycéliens aspergillaires dans la muqueuse et les différents tissus osseux.

Un traitement antibiotique à base de quinolones a été institué pendant 4 semaines. Le recul a été de deux ans et aucune récurrence n'a été constatée.

DISCUSSION

L'aspergillose des cavités paranasales se rencontre dans les pays du tiers monde [4] et sévit sous forme endémique au Soudan [2, 5] ; les sinus maxillaires sont les plus atteints, puis les sphénoïdaux [4]. L'insuffisance du plateau technique notamment la tomodensitométrie, l'endoscopie nasosinusienne et le nombre limité de spécialistes pourraient expliquer la taille de notre échantillon. L'aspergillose peut s'installer aussi bien chez le sujet immunodéprimé que chez le sujet immunocompétent [2, 6, 7]. La forme invasive fréquemment retrouvée chez le sujet immunodéprimé, n'est pas exceptionnelle chez le sujet sain [8]. Les 2 patients présentés étaient immunocompétents. Les facteurs locaux joueraient également un rôle important dans la survenue de l'affection. La corticothérapie locale au long cours a été incriminée par BRATTON et coll [6], tel a été dans notre série, le cas du patient qui a présenté la forme invasive ; de même certains traitements canaux réalisés lors des soins dentaires sont responsables de dépôt d'amalgames secondairement colonisés par le champignon [5]. L'usage au long cours d'antibiotique inhalé ou de marijuana peut constituer un facteur favorisant [8].

Le délai de consultation est toujours long du fait d'une évolution subaiguë ou chronique de l'affection. Chez nos patients, il a été de 8 mois dans la forme invasive et de 10 ans dans la balle fongique. L'affection est souvent sous estimée et confondue à une sinusite chronique banale ou à une rhinite allergique [9]. La symptomatologie est non spécifique et varie selon le siège antérieur ou postérieur

du sinus et selon la forme de l'aspergillose. L'aspergillose invasive initialement antérieure ou postérieure s'étend aux autres sinus et aux organes de voisinage déterminant une symptomatologie variée rhinosinusienne et d'emprunt. Les atteintes orbitaires et du sinus caverneux sont les plus fréquentes et se traduisent par une exophtalmie et une ophtalmoplégie [8]. Notre patient a présenté une exophtalmie et deux fistulisations cutanées de siège paracanth interne et sous orbitaire.

L'aspergillose non invasive de siège antérieur s'exprime par des algies faciales, une obstruction nasale, une rhinorrhée purulente parfois striée de sang et une cacosmie subjective et / ou objective [9]. Outre ces signes non spécifiques, notre patiente a présenté une épistaxis bilatérale récidivante.

L'aspergillose non invasive postérieure se traduit par un jetage postérieur, une toux nocturne chronique parfois associée à une dysphonie et des céphalées [4].

L'examen physique peut retrouver un méat moyen polypeux, parfois purulent lors des surinfections. Ce méat peut être libre contrastant avec une symptomatologie chronique parfois intense voire invalidante. Le recours à l'imagerie permet parfois de suspecter le diagnostic.

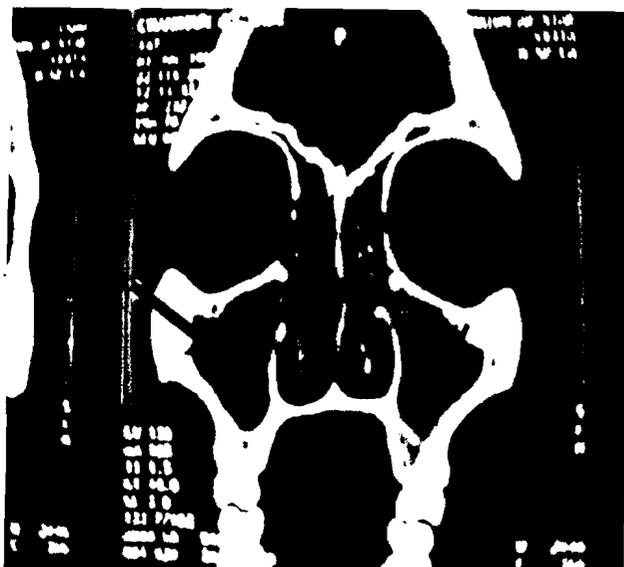
La radiographie standard des sinus constitue la technique de base ; elle montre une opacité non spécifique des sinus atteints associée parfois à des inclusions hyperintenses. La tomodensitométrie est plus performante pour mieux analyser l'état de la muqueuse, des parois osseuses et l'étendue des lésions. Elle précise le contenu sinusien en particulier le nidus hyper intense qui est le témoin des concrétions mycéliennes. L'IRM pourrait aider à différencier les tissus colonisés des tissus inflammatoires [10].

Dans la forme invasive, il existe des lésions ostéolytiques étendues faisant craindre une tumeur maligne [2]. Les images hyperdenses intra sinusiennes, respectant les parois osseuses, sont caractéristiques de la balle fongique [11]. L'épaississement muqueux du sinus, partiel ou total, ou d'aspect polypoïde traduisant une souffrance chronique de la muqueuse est toujours associé à ces différentes lésions.

La mycologie, lorsqu'elle est positive, certifie le diagnostic en montrant des filaments mycéliens ou des hyphes aspergillaires. Elle permet de réaliser le fongogramme [10].

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire est un examen de certitude diagnostique. Il permet d'affirmer l'infection aspergillaire et d'identifier l'espèce et la forme ; ce qui guide le traitement médical parfois associé au traitement chirurgical.

Le traitement est essentiellement chirurgical et consiste à l'ablation de tout le tissu mycélien. La voie d'abord dépend du siège et de l'étendue du conglomérat [2, 5]. La voie endoscopique endonasale est largement pratiquée [2, 5, 9]. Elle est en général suffisante dans l'aspergillose ethmoïdale. Dans l'aspergillose maxillaire, la voie endoscopique biméatale (inférieure et moyenne) peut être complétée par la voie de la fosse canine lorsque la lésion est étendue et épouse les parois sinusiennes [5,



Scanner des sinus montrant l'opacité du sinus maxillaire droit avec le nidus hyperintense

8, 9]. C'est le cas de notre patiente porteuse d'une balle fongique. D'autres voies externes peuvent s'imposer en fonction des extensions extra nasosinusiennes. Notre patient a bénéficié d'une voie paralatéronasale du fait de la présence des fistulisations cutanées péri orbitaires. Les lavages pluri quotidiens au sérum physiologique per et post opératoires des fosses nasales et des sinus sont obligatoires [9, 7].

Le traitement à l'amphotéricine B, au fluconazole et / ou à l'itraconazole n'est pas systématique. Il a été préconisé comme traitement adjuvant dans les formes invasives ou extensives intracrâniennes [5, 10, 8]. Notre patient n'a pas bénéficié de ce traitement. Les récurrences sont exceptionnelles après un traitement chirurgical complet. Aucune récurrence n'a été constatée chez nos patients après 2 ans de recul.

Conclusion : L'aspergillose nasosinusienne se rencontre dans nos contrées. La forme invasive peut se développer chez les sujets immunocompétents. L'évolution souvent chronique, expose aux complications orbitaires et neurologiques. L'endoscopie couplée à l'imagerie a permis de suspecter l'aspergillose maxillaire. L'examen anatomopathologique a confirmé l'aspergillose.

L'exérèse chirurgicale totale seule a donné de bons résultats.

RÉFÉRENCES

- 1- PICHARD E., BEYTOUT J., DELMONT J., MARCHOU B.
Les mycoses profondes in Malintrop : Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique
John Libbey Eurotext, Paris 2002 : 576-582
- 2-SHAKEEL R. SAEED, GERALD B., BROOKES
Aspergillosis of paranasal sinuses
Rhinology, 1995 ; 33 : 46-51
- 3-CASTILLO L., COSTE A., CRAMPETTE L., BRAUN J. J., DESSI P., DUFOUR X., GEHANNO P., JANKOWSKI R., KLOSSEK J. M., MORISSET M., PERCODANI J., SERRENO E., VERGES S.
Infection fongique et rhinologie in les mycoses en ORL
Jean-Michel KLOSSEK et Elie SERRANO.
Rapports de la Société d'ORL et de Chirurgie de la face et du cou
L'Européenne d'éditions ; 2003 ; 65-112
- 4- KLOSSEK J-M., PELOQUIN L., FOURCROY P-J., FERRIE J-C., FONTANEL J-P.
Aspergillomas of the sphenoid sinus :
A series of 10 cases treated by endoscopic sinus surgery
Rhinology, 1996 ; 34 : 179-183
- 5- STOLL D., DUMON T.
Les mycoses pseudo-tumorales
Les cahiers d'ORL ; 31(8) : 495-498
- 6- BRATTON RL., BRAZIS PW., HELLINGER WC., WHAREN RE. JR., BRODERICK DF.
Aspergillosis related to long-term nasal corticosteroid use
Mayo clin Proc. 2002 ; 77(12) : 1353-1357
- 7- MOSTAFE B.E., EL FIKI L., SALLAM F. A.
Sinusites fongiques compliquées. Aspects clinique et thérapeutique
Rev laryngol oto rhinol, 2001 ; 122(1) : 37-42
- 8- BARRY B., BOUCHAUD O., VITTECOQ D., MINOZZI C., COULAUD JP., GEHANNO P.
Sinusites aspergillaires invasives chez les patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine.
Ann otolaryngol chir. Cervicofac. 1999 ; 116 : 237-241
- 9- SHEEN - YIE FANG
Recovery of non invasive aspergillus sinusitis by endoscopic sinus surgery
Rhinology, 1997 ; 35 : 84-88
- 10- KARCI B., BILGEN C., GUNHAN O.
La chirurgie endoscopique pour l'aspergillose d'un sinus paranasal
Rev. Laryngol oto. Rhinol, 1999 ; 120(5) : 327-330
- 11- KARCI B., BURHANOGLU D., ERDEM T., HILMIOGLU S., INCI R., VERAL A.
Infections mycosiques des sinus paranasaux
Rev laryngol oto rhinol, 2001 ; 122(1) : 31-35