

Pathologies ORL révélées par des complications ophtalmologiques: à propos de trois cas

ENT-diseases revealed by ophthalmological complications: a study of three cases

H.L. Randrianarisoa (1)*, R.F. Volamarina (1), N.P. Ramarozatovo (1), L. Raobela (1), R.A Rajaona (1), R.T.R. Rakotoarisoa (1), V. Andriantsoa (2)

(1) Service d'Ophtalmologie, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo, Madagascar

(2) Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

Nous rapportons trois cas cliniques qui démontraient chacun une pathologie d'origine oto-rhino-laryngée (ORL) initiale, qui était révélée par une atteinte oculo-orbitaire. Ces trois cas étaient différents de part leurs étiologies. Leur symptomatologie commune associait la baisse d'acuité visuelle et l'exophtalmie.

Un examen ORL complet est indispensable devant toutes atteintes oculo-orbitaires pour la recherche d'un éventuel foyer primitif.

Mots clés: pathologie oto-rhino-laryngée, complications oculaires, tumeur, infections

Abstract

We report three cases, each one demonstrates an initial ear-nose-throat (ENT) disease which presented with oculo-orbital complication. These three cases were different from their etiology. These cases are sharing a common symptomatology which associates impaired vision and exophthalmia.

The objective of this study was to motivate ophthalmologists to perform a complete ENT examination in case of oculo-orbital diseases in order to search for a possible ENT origin.

Keywords: ENT diseases, ophthalmic complications, tumor, infections

Introduction

Les cavités naso-sinusiennes ont une proximité anatomique avec l'orbite et le nerf optique. Les complications oculo-orbitaires en cas d'atteinte de ces cavités sont relativement fréquentes. Elles peuvent engager les pronostics visuels et vitaux des patients [1].

Nous rapportons 3 observations d'une atteinte de la sphère oto-rhino-laryngée (ORL) qui était révélée par sa complication oculo-orbitaire.

Observations

Observation 1

Un homme âgé de 17 ans, était admis dans le ser-

vice d'Ophtalmologie de l'hôpital universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HJRA) pour une exophtalmie gauche, des céphalées et une douleur oculaire évoluant depuis une semaine.

A l'examen clinique de l'œil gauche, l'acuité visuelle était réduite à 2/10^e à l'échelle de Monoyer. Il existait un proptosis, un abcès palpébral, un chémosis, une kératite d'exposition, et une ophtalmoplégie gauche (figure 1). L'examen de l'œil droit ne révélait aucune anomalie particulière.

La radiographie du crâne en incidence de Blondeau retrouvait une opacité diffuse du sinus maxillaire gauche (figure 2). Le diagnostic d'une cellulite orbitaire gauche secondaire à une sinusite maxillaire homolatérale a été retenu.

Le patient a été mis sous antibiothérapie à large spectre et un décongestionnant nasal.

L'évolution était favorable avec une amélioration de l'acuité visuelle à 8/10^e.



Figure 1. Proptosis, abcès palpébral, et chémosis de l'œil gauche



Figure 2. Image d'une opacité diffuse du sinus maxillaire gauche

Observation 2

Une femme âgée de 26 ans, sans antécédents particuliers, était admise dans le service d'Ophtalmologie de l'hôpital universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HJRA) pour une exophtalmie de l'œil droit évoluant depuis 10 ans.

L'examen clinique avait montré une acuité visuelle à 6/10^e à l'échelle de Monoyer au niveau de l'œil droit et à 10/10^e au niveau de l'œil gauche. Les réflexes photomoteurs étaient présents. La tension oculaire ainsi que l'examen du fond d'œil étaient normaux. L'examen de la sphère ORL retrouvait une obstruction de la fosse nasale droite.

Le scanner cérébral objectivait un processus tumoral occupant les cellules éthmoïdales droites plongeant en bas et à droite dans le sinus maxillaire et latéralement à droite dans le cône orbitaire droit (figure 3).

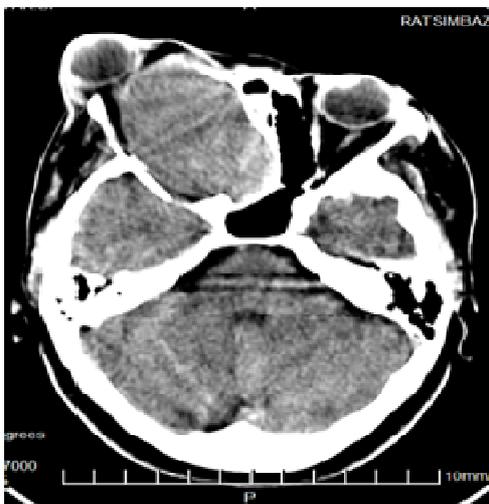


Figure 3. Image d'un processus tumoral repoussant la cavité orbitaire droite

En per-opératoire, la masse avait été de nature kystique. L'examen anatomopathologique avait confirmé le diagnostic d'un mucocèle. Le globe oculaire avait repris sa position normale et aucune récurrence n'avait été mentionnée après 3 ans de recul.

Observation 3

Une femme âgée de 32 ans était admise dans le service d'Ophtalmologie de l'hôpital universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HJRA) pour une exophtalmie droite isolée (figure 4).

L'acuité visuelle des 2 yeux était de 10/10^e à l'échelle de Monoyer. La biomicroscopie du segment antérieur ainsi que l'examen du fond d'œil étaient normaux des deux côtés. Il n'y avait pas de déficit neurologique associé.

Le scanner cérébral avait objectivé une image d'ostéocondensation ronde pédiculée intra-orbitaire droite (figure 5).



Figure 4. Exophtalmie isolée de l'œil droit



Figure 5. Image d'une ostéocondensation ronde droite

Le diagnostic d'un ostéome avait été retenu en per-opératoire devant la présence d'une masse dure de nature osseuse, intra-orbitaire droite. L'évolution était marquée par une disparition de l'exophtalmie.

Discussion

Diverses pathologies de la sphère ORL sont à l'origine des troubles oculo-orbitaires. Elles sont principalement des pathologies inflammatoires ou tumorales, et rarement des pathologies traumatiques ou iatrogéniques [2]. Les manifestations cliniques sont polymorphes. On décrit habituellement une atteinte de l'acuité visuelle, du tonus oculaire, de la dynamique et de la statique oculaire ou d'un syndrome topographique [3].

La première observation sur une cellulite orbitaire se-

concomitante à une sinusite maxillaire homolatérale illustre les complications oculo-orbitaires des pathologies inflammatoires des cavités sinusiennes. Ces pathologies inflammatoires sont fréquentes et peuvent toucher les enfants et les adultes [4]. Les infections orbitaires sont secondaires aux infections sinusiennes dans 60% des cas [5]. Chez l'adulte, on peut trouver tous les types de localisations des sinusites, mais l'atteinte frontale prédomine. Chez les enfants, la localisation ethmoïdale prédomine [6]. D'ailleurs, les cellulites orbitaires sont d'origine sinusienne dans 84% des cas selon une étude française [7], et dans 57% selon une étude nigérienne [8]. La cécité par atteinte du nerf optique n'est pas rare. D'autre porte d'entrée infectieuse ORL peut se propager rarement dans la cavité orbitaire en particulier celle oto-mastoïdienne et parotidienne. Les observations 2 et 3 illustrent le rôle des pathologies tumorales ORL dans les atteintes oculo-orbitaires. Les tumeurs sinusiennes ont tendance à envahir rapidement l'orbite. Ces tumeurs entraînent des signes des atteintes oculo-orbitaires dans 62% des cas. Et seulement dans 24% des cas, ces tumeurs se traduisent par des signes ORL [9]. Les signes des atteintes oculo-orbitaires sont dominés par l'exophtalmie, les troubles oculo-moteurs, et la baisse de l'acuité visuelle [10]. Le mucocèle est la plus fréquente des tumeurs bénignes ORL qui donnent des complications oculo-orbitaires. Il est la conséquence de la non ventilation d'un sinus. Les principales localisations sont frontales et ethmoïdales [11]. Pour l'ostéome, il touche fréquemment l'os frontal. Il se voit souvent chez l'homme avant 50 ans [12]. D'autres tumeurs ORL peuvent se manifester par des signes des atteintes oculo-orbitaires telles les adénocarcinomes de l'ethmoïde, l'exostose, les histiocytomes, les tumeurs naso-pharyngées, et les tumeurs de la pointe du rocher [12].

Conclusion

Toutes atteintes oculo-orbitaires doivent motiver un examen ORL complet pour la recherche d'un éventuel foyer primitif ORL. Ceci pour éviter le retard de prise en charge correcte des patients. La collaboration multidisciplinaire (ORL, ophtalmologiste, radiologue) est nécessaire pour y arriver.

Références

1. Piquet JJ, Lefebvre JL. Précis d'oto-rhino-laryngologie. Masson: Paris, 1982.
2. Michielsens A, Herzel R, Gordts F. Enophtalmie acquise associée à une hypoplasie du sinus maxillaire et à une sinusite maxillaire chronique asymptomatique. *J Fr Ophtalmol* 1999; 22(4): 451-5.
3. Sanchez D, Pascual L, Lao X, *et al.* Sinus syndrom, an uncommon cause of enophtalmos. *Arch Soc Esp Ophtalmol* 2007; 82: 125-8.
4. Goetz P. Phytothérapie des sinusites. *Phytothérapie* 2008; 6: 359-2.
5. Anies DR. Orbital cellulitis. *J Laryngo Otol* 1974; 88: 559-63.
6. Giger R, Lacroix JS. Chronic rhinosinusitis and nasal polyposis: a review. *Otorinolaringol* 2003; 53: 89-97.
7. Nwaorgu OGB, Awobem FJ, Onakoya PA, *et al.* Orbital cellulitis complicating sinusitis: a 15 year review. *Nigerian J Surg Res* 2004; 6(2): 14-6.
8. Gotzamanis A, Nasser T, Ducasse A, *et al.* Manifestation ophtalmologique des tumeurs de l'ethmoïde de l'adulte. *Bull Soc Ophtalmol* 1997; 3: 207-11.
9. Homblase A, Duffy M. Abscès orbitaire. In Adenis JP, Morax S, ed. Pathologie orbito-palpébrale. Paris: Masson, 1998: 430-6.
10. Maurello JA, Flamangan FA. Management of orbital and ocular adnexal tumors and inflammation. Book text, ed. Field and wood, Philadelphia 1990: 285.
11. Ducasse A, Merol JC, Legros M. Pathologie oculo orbitaire d'origine ORL. EMC-Ophtalmologie 21-543-A-40, 2002, 9p.
12. Lagier J, Bensadoun RJ, Dassonville D, *et al.* Tumeurs sinusiennes propagées à l'orbite. In Adenis JP, Morax S, ed. Pathologie oculo palpébrale. Paris: L'Espresso, 1998: 570-5.