

La rhinosinusite aspergillaire invasive granulomateuse : Démarche diagnostique et thérapeutique

R. Zainine ¹, R. Lahmer ¹, A. Abbes ¹, C. Naffouti ², A. Sifaoui ¹, R. Bechraoui ¹, M. Mejri ¹, H. Chahed ¹, N. Beltaief ¹.

¹Service D'orl Et De Ccf La Rabta, Tunis ,tunisie - Tunis (Tunisie),

²Laboratoire De Parasitologie Et Mycologie La Rabta, Tunis - Tunis (Tunisie)

Abstract

La rhinosinusite aspergillaire invasive granulomateuse est une forme **rare** mais sévère d'infection fongique, principalement causée par des espèces du genre *Aspergillus*. Cette pathologie touche principalement les patients immunocompétents. Contrairement aux formes non invasives d'aspergillose, la rhinosinusite aspergillaire invasive granulomateuse se caractérise par une **invasion progressive** des structures nasosinusiennes, avec une réaction inflammatoire granulomateuse marquée, pouvant mener à des complications graves comme **l'extension orbitaire ou intracrânienne**.

La présentation clinique est **souvent insidieuse**, avec des symptômes qui incluent l'obstruction nasale, l'algie de la face et parfois une atteinte neurologique. Le diagnostic repose sur **l'imagerie, la biopsie et l'examen histopathologique**, qui révèlent une inflammation granulomateuse accompagnée d'une nécrose tissulaire et d'hyphes fongiques.

L'approche thérapeutique combine souvent une intervention chirurgicale et un traitement antifongique prolongé, rendant le pronostic variable selon la précocité du diagnostic.

Objectifs

Etudier les critères cliniques, radiologiques et thérapeutiques de la rhinosinusite aspergillaire invasive granulomateuse chez 4 patients immunocompétents.

Méthodes et Matériels

Etude rétrospective
4 patients ayant subi une intervention chirurgicale pour une rhinosinusite aspergillaire invasive granulomateuse
Période de 14 ans (entre 2002 et 2016)

Résultats

- **Sexe** : 3 femmes et un homme
- **Age moyen** : 25,2 ans
- **Facteurs d'immunodépression** : 0
- **Délai de consultation** : 7 mois.
- **Motif de consultation** : Obstruction nasale (3 cas) rhinorrhée purulente (2 cas) céphalées (2 cas).

- **Examen physique** :
Exophtalmie (2 cas)
Endoscopie nasale: comblement de la fosse nasale par une formation polypoïde non saignante au contact dans tous les cas.
L'examen neurologique : normal chez tous les patients.

- **Imagerie** :
Scanner du massif facial (figure 1) : comblement pansinusien hétérogène dans tous les cas avec une **lyse osseuse** (figure a) avec une **extension orbitaire** (figure b) et **endocrânienne** dans 2 cas.
IRM du massif facial (figure 2) : processus tumoral **en isosignal hétérogène T1**, **en hyposignal T2** se rehaussant après injection de Gadolinium avec extension orbitaire et endocrânienne dans 2 cas (figure c et d)

- **Traitement** :
Traitement médical à **l'amphotéricine B** instauré chez tous les patients
Traitement chirurgical : méatotomie moyenne avec une éthmoïdectomie (3 cas)
sphénoïdectomie (un cas).

- **Examen anatomopathologique**:
Muqueuse sinusienne ulcérée avec présence d'un **bourgeon charnu surmonté lui-même par un enduit fibrinoleucocytaire** chez tous les patients avec présence des multiples **amas de filaments mycéliens réguliers**, septés avec des ramifications à angle aigu.
- **Examen mycologique** :
examen direct : filaments mycéliens du même type
culture positive : **Aspergillus flavus**.
- **Evolution** :
Suivi moyen était de 2 ans
Récidive était notée dans un cas traité par voie endonasale.

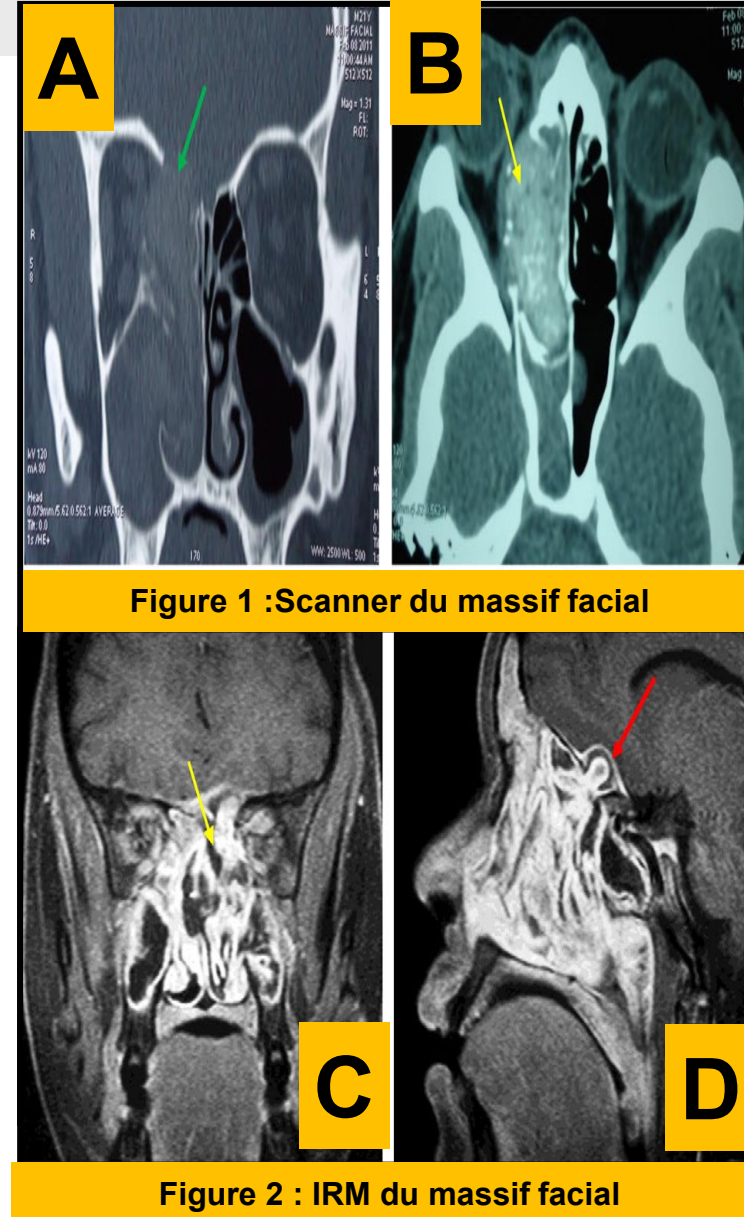


Figure 2 : IRM du massif facial

Conclusion

La rhinosinusite aspergillaire invasive granulomateuse est une pathologie rare. La diversité et la non-spécificité des symptômes contribuent à retarder le diagnostic. Le diagnostic repose sur des analyses anatomopathologiques et mycologiques. Une extension aux tissus adjacents peut compromettre le pronostic vital, justifiant ainsi une démarche diagnostique et thérapeutique prompt.

Références

- (1) 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—41.
- (2) Barry B, Topeza M, Géhanno P. Rôle de l'environnement dans la survenue d'une aspergillose naso-sinusienne. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 2002;119:170—3.
- (3) Boutarbouch M, Arkha Y, El Ouahabi A, Derraz S, El Khamlichi A. Sphenoid sinus aspergillosis simulating pituitary tumor in immunocompetent patient. J Clin Neurosci 2009;16:840—1.