

Abstract

Brèche ostéoméningée: solution de continuité ostéoméningée de l'étage antérieur de la base du crâne, faisant communiquer les espaces sous arachnoïdiens et les cavités aériques de la face. (Traumatiques 90%, **Spontanées** 10% des cas). Sa gravité est lié au risque d'infection du système nerveux central. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques. Le traitement est le plus souvent chirurgical et dépendra de l'étiologie de la brèche, de son siège et de son étendue. L'objectif de notre travail est de préciser la possibilité de BOM spontanée devant une rhinorrhée claire unilatérale tout en exposant les modalités de la réparation endoscopique et les résultats.

Méthodes et matériels:

Etude rétrospective descriptive concernant 5 cas de BOM spontanée opérés par voie endoscopique au sein du service d'ORL-CCF du CHU Ibn Sina de Rabat, s'étalant sur une durée de 3 ans (2020 à 2023).

Résultats:

Discussion:

Epidémiologie:

- **Age moyen:** 44 ans (32-51 ans)
- **Sexe féminin:** 100% des cas.
- **Etiologies:** BOM spontanées :100%.
- **FDR:** obésité avec un IMC > 30.

Bilan clinique et paraclinique:

- **ATCD:** HTA (2cas), Diabète (1 cas), Méningite (1 cas).
- **Motif de consultation:** Rhinorrhée cérébrospinale claire intermittente unilatérale en eau de roche: 100% des cas.
- **Dosage de la Beta 2 transferrine:** +
- **Imagerie:** TDM Naso-sinusienne/ IRM cérébrale (100% des cas).

Traitement chirurgical par voie endoscopique.

Méthodes de réfection: en fonction de la taille de la BOM et sa localisation.

- Graisse abdominale + muqueuse de cornet + colle biologique + surgicel + tulle gras + Sonde à ballonnet : 3 cas.
- Lambeau nasoseptal pédiculé de Haddad+ colle biologique+ surgicel+ tulle gras + sonde à ballonnet: 2 cas.

Localisation:

- Toit de l'éthmoïde: 4 cas.
- Sphénoïde: 1 cas.

Taille de la brèche:

2 à 5 mm.

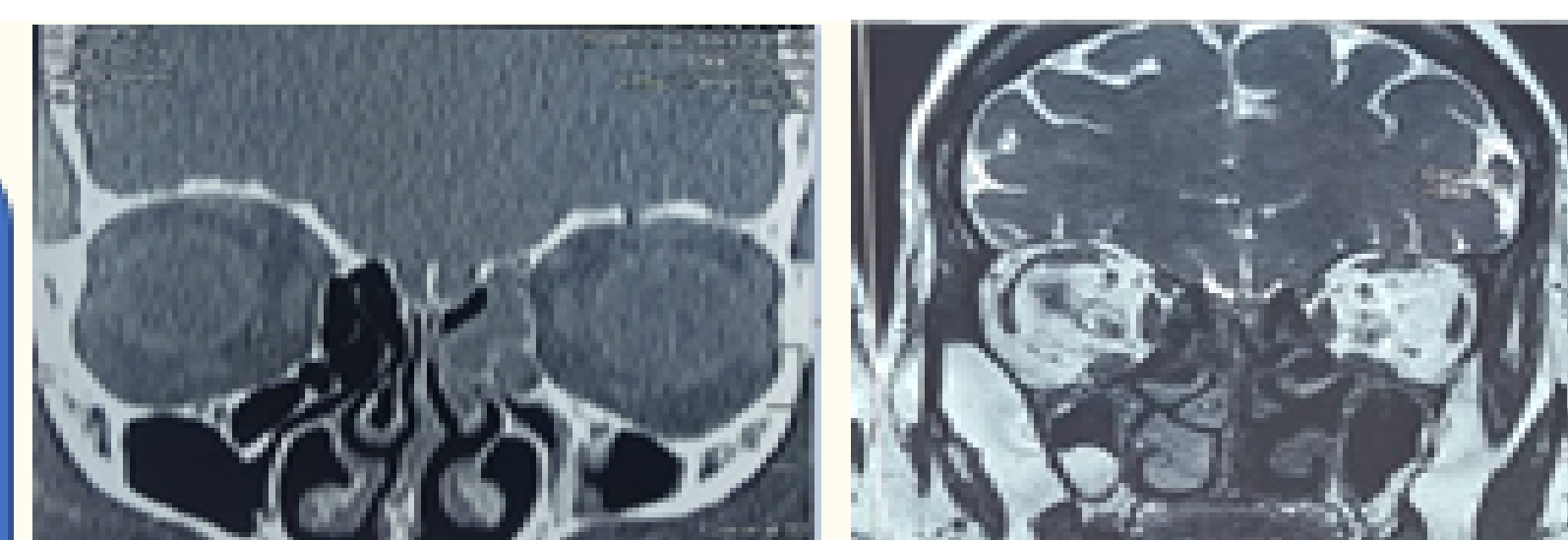


Image 1: TDM NS en coupe coronale objectivant le defect osseux ethmoïdal gauche.
Image 2: Séquence T2 en coupe coronale montrant une déchissance focale de la LCE gauche.

Mesures associées:

- Repos strict au lit
- Diamox + Antihistaminique + Laxatif
- vaccination antipneumococcique.
- PL déplétive (2 cas).
- Dégonflement des ballonnets à 48 heures.

Surveillance:

- Examen endoscopique: j10, 2 semaines, 1mois, 3mois, 6mois, puis annuellement.
- Bonne évolution: 4 cas.
- Rhinorhée persistante: 1 cas.
- ➔ Reprise par voie endoscopique.

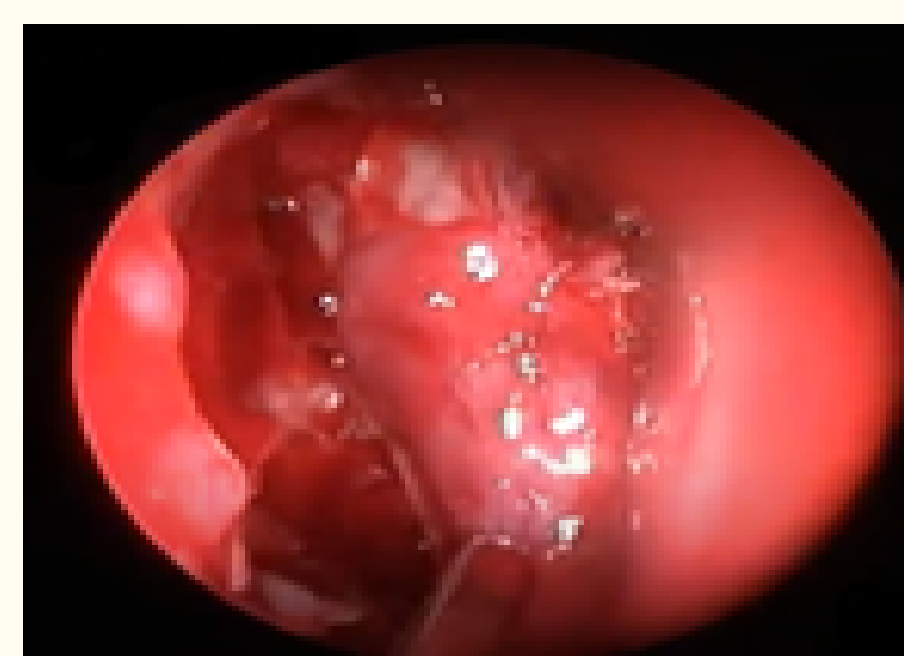


Image 3: Lambeau nasoseptal de Haddad.

Une brèche ostéoméningée est une solution de continuité ostéoméningée qui permet au liquide cébrospinal de s'écouler dans une cavité aérique de la base du crâne. Elle est post-traumatique dans 90% des cas, spontanée dans 10% des cas [1]. La rhinorrhée cérébro-spinale primaire se rencontre généralement à tout âge; mais avec une grande fréquence chez l'adulte jeune.(Pic 30-40 ans) [2]. Elle est suspectée devant une rhinorrhée claire en eau de roche généralement unilatérale et intermittente, continue de faible à moyenne abondance parfois. Elle peut être découverte devant une méningite qui constitue la complication redoutable des BOM [2].

Un examen scanographique avec des coupes fines constitue l'examen de première intention devant toute suspicion de BOM spontanée avec une sensibilité de 92% [1]. Il permet de localiser la brèche et de planifier la stratégie thérapeutique. Il est complété par une IRM qui constitue le mode d'exploration le plus performant. La cisternotomodensitométrie, technique invasive, ne doit être réalisée qu'après échec du scanner et de l'IRM [1]. Le toit de l'éthmoïde représente le siège le plus fréquent du defect osseux [1]. Si l'écoulement de LCS est peu abondant ou intermittent, la détection de la protéine bêta-2-transferrine dans la liquorrhée permet de faire le diagnostic positif biologique de brèche [1].

Le traitement chirurgical est le plus souvent indiqué après traitement conservateur et mesures hygiéno-diététiques. La voie endoscopique endonasale, ayant une place prépondérante dans la prise en charge des BOM, a permis d'améliorer les résultats postopératoires avec moins de complications [3]. Le choix des matériaux et de leur superposition varie toutefois selon la localisation, la taille de la BOM et les habitudes du chirurgien.

Conclusion:

Références

La survenue d'une BOM spontanée est peu fréquente. La recherche d'élément en faveur de ce diagnostic surtout sur un terrain prédisposant doit être systématique car les complications sont irréversibles. La voie endonasale endoscopique est actuellement la technique de choix avec les meilleurs taux de succès. Le choix du greffon et de la technique d'interposition dépendra de l'aisance du colmatage et des habitudes du chirurgien.

- [1].Domengie F, et al: Stratégie d'exploration d'une brèche ostéoméningée - Physiopathologie, imagerie, traitement; Journal de neuroradiologie, 10.1016/S0150-9861(04)96878-2. [2].M Morrier et al: Méningites sur brèches ostéoméningées : étiologies, prise en charge et évolution; Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 44,, June 2014. [3].R.Zainine et al: RHINORRHEE CEREBROSPINALE : difficultés Thérapeutiques ET FACTEURS d'ECHEC; journal OrL n°29 2013.