

CAS CLINIQUE

PRÉSENTATION ATYPIQUE D'UN POLYPE DE KILLIAN

FERJAOUI M (1), BERGAOUI E (1), KOUBAA J (1)

RÉSUMÉ : Le polype antro-choanal ou polype de Killian est une tumeur bénigne naso-sinusienne qui prend naissance au niveau du sinus maxillaire. Le polype provenant du cornet moyen est une entité rarement décrite dans la littérature. Nous rapportons ici un cas rare de polype choanal provenant du cornet moyen qui a été exploré par tomodensitométrie et par résonance magnétique du massif facial. Le polype a été retiré par une technique de chirurgie endoscopique. L'extraction a été réalisée à partir de l'oropharynx. La reconnaissance préopératoire de ces variations anatomiques est particulièrement importante pour éviter les surprises peropératoires.

MOTS-CLÉS : *Polype de Killian - Cornet moyen - Imagerie - Endoscopie*

ATYPICAL PRESENTATION OF A POLYP OF KILLIAN

SUMMARY : The antrochoanal polyp or polyp of Killian is a benign nasal tumour that arises from the maxillary sinus. The polyp originating from the middle turbinate is an entity rarely described in the literature. We report here a rare case of Killian polyp originating from the middle turbinate which was explored by computed tomography and magnetic resonance imaging of the facial bone. The polyp was removed by an endoscopic surgical technique. The extraction was made from the oropharynx. Preoperative recognition of these anatomical variations is particularly important to avoid intraoperative surprises.

KEYWORDS : *Killian polyp - Middle turbinate - Imaging - Endoscopy*

INTRODUCTION

Décrit pour la première fois par Killian, le polype antro-choanal ou polype de Killian est une tumeur bénigne naso-sinusienne qui prend naissance au niveau du sinus maxillaire dont elle sort par l'ostium au niveau de la fosse nasale puis par la choane dans le cavum. Le polype provenant du cornet moyen est une entité rarement décrite dans la littérature. Nous rapportons ici un cas rare de polype de Killian provenant du

cornet moyen qui a été retiré par une technique de chirurgie endoscopique.

CAS CLINIQUE

Un patient âgé de 77 ans, sans antécédents pathologiques notables, consulte pour une dysphagie haute avec une sensation de corps étranger dans la gorge associée à une obstruction nasale gauche, évoluant de manière

Figure 1. Vue endoscopique (a, c) et endobuccale (b) d'une formation polypoïde s'insérant au niveau de la racine du cornet moyen et qui se prolabe dans l'oropharynx



(a) : cornet moyen (flèche blanche), insertion de la formation polypoïde (flèche noire). (b) : Vue endobuccale de la formation qui semble issue du cavum et se prolabe dans l'oropharynx. (c) : voile du palais (flèche noire), localisation oropharyngée de la formation polypoïde (flèche blanche).

(1) Service d'ORL et CCF, Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie.

progressive depuis 3 ans. À l'endoscopie nasale on objective une formation polypoïde, translucide, régulière, mesurant 3 cm au niveau de la fosse nasale gauche. Cette masse provient de la racine du cornet moyen gauche, comblant en totalité le cavum et bombant au niveau de l'oropharynx (Figure 1 a, b, c). Le reste de l'examen est sans particularité.

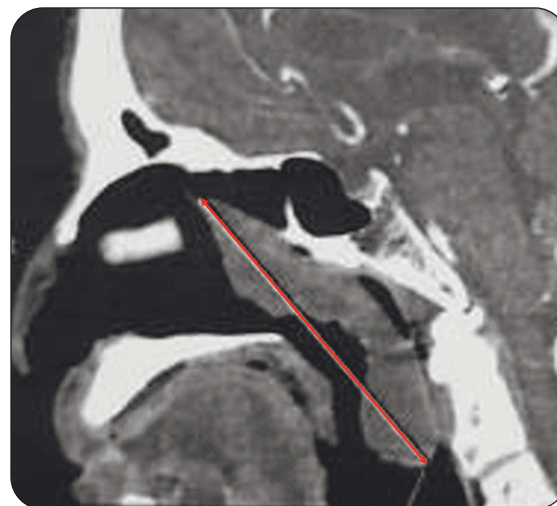
La tomodensitométrie réalisée montre une masse tissulaire de 110*26*21 mm comblant partiellement la fosse nasale gauche qui s'insère en haut sur le cornet moyen, se prolabe au niveau du cavum, arrivant en bas au niveau de l'oropharynx, et affleure l'épiglotte, sans signes morphologiques d'agressivité (Figure 2).

À l'IRM (Figure 3), cette masse apparaît en signal intermédiaire T1 (A) et en hypersignal T2 (B), sans hypersignal ni restriction de la diffusion. Elle aménage quelques images linéaires et punctiformes en hypersignal T1 et hypsignal T2, avec prise de contraste périphérique hétérogène (C).

Une biopsie faite sous anesthésie locale évoquait une origine inflammatoire de la masse. Le patient a bénéficié d'une exérèse endoscopique sous anesthésie générale de la masse au niveau de sa base d'insertion sur la face latérale du cornet moyen gauche. L'extraction a été réalisée à partir de l'oropharynx (Figure 4). L'histologie définitive a conclu à un polype inflammatoire s'insérant sur le cornet moyen. L'évolution a été bonne, avec absence de récurrence avec un recul de 12 mois.

Les polypes choanaux sont définis comme des lésions inflammatoires bénignes et solitaires des tissus mous provenant généralement du sinus maxillaire. Les polypes choanaux peuvent néanmoins provenir de localisations inhabituelles, telles que le sinus sphénoïdal, le sinus

Figure 2. TDM en coupe sagittale objectivant une formation tissulaire qui s'étend de la fosse nasale jusqu'au niveau de l'épiglotte



ethmoïdal, la cloison nasale. Le polype choanal provenant du cornet moyen est une entité rarement décrite dans la littérature (1-3).

Le symptôme le plus fréquent est l'obstruction nasale. Le bombement au niveau de l'oropharynx est rare, témoignant de l'évolution progressive et de l'ancienneté de la maladie.

L'endoscopie nasale, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique sont les principales techniques permettant de déterminer le site d'implantation et l'étendue du polype.

Le traitement actuellement recommandé est l'exérèse chirurgicale du polype par voie endoscopique. Une résection endoscopique soigneuse du polype et de la muqueuse de son point d'origine doit être correctement réalisée afin d'éviter les récurrences (4, 5).

Figure 3. IRM en séquence T1 (A), T2 (B) et T1 injecté (C) objectivant une masse en signal intermédiaire T1 (A) et en hypersignal T2 (B) avec un rehaussement périphérique hétérogène (flèches rouges)

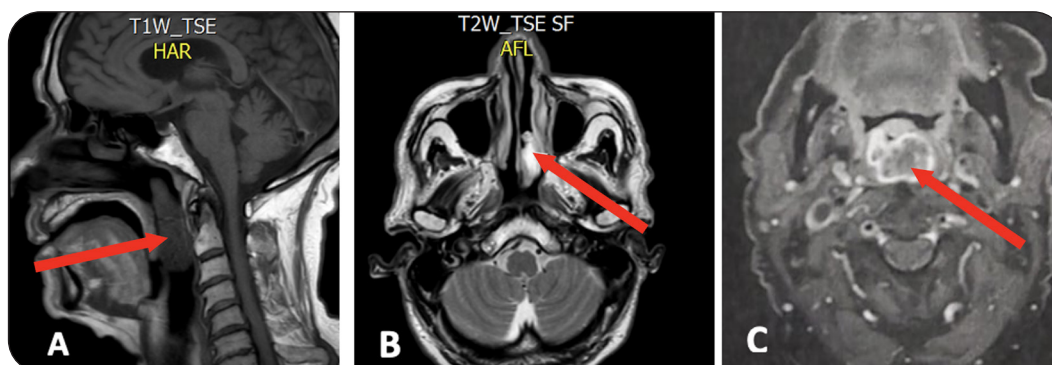


Figure 4. Pièce opératoire après exérèse par une voie combinée : endonasale et oropharyngée



BIBLIOGRAPHIE

1. Ozcan C, Duce MN, Görür K. Polype choanal provenant du cornet moyen. *Eur Arch otorhinolaryngol* 2004;**261**:184-186.
2. Kim KS. Polype choanal provenant du cornet moyen. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2013;**148**:525-526.
3. Özkırış M. Polype Choanal provenant du cornet moyen : rapport de cas. *ACU Sağlık Bil Derg* 2012;**3**:187-189.
4. Altun H, Teker AM, Ceran M, Gedikli O. Approche endoscopique chez les patients atteints de polypes choanaux. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2008;**18**:74-78.
5. İla K, Topdağ M, Öztürk M, İşeri M, Aydın Ö, Keskin G, et al. Analyse rétrospective du traitement chirurgical des polypes choanaux. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2015;**25**:144-51.

IMPLICATION CLINIQUE

Les polypes antro-choanaux peuvent avoir des présentations atypiques et trompeuses, mimant d'autres pathologies, d'où l'intérêt d'un examen endoscopique minutieux et de l'imagerie (TDM) au moindre doute.

En cas de suspicion, une biopsie doit être faite après une imagerie, notamment pour éviter les accidents hémorragiques en cas de tumeur vasculaire.

Le traitement est chirurgical, et doit être le plus complet possible, avec une exérèse de la base d'implantation afin d'éviter les récives.

CONCLUSION

Le polype provenant du cornet moyen est une entité peu décrite dans la littérature. Bien que très rares, la reconnaissance préopératoire de ces variations anatomiques est particulièrement importante pour éviter les complications peropératoires.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Ferjaoui M, Service d'Otorhinolaryngologie et de Chirurgie cervico-faciale de Monastir, Tunisie.

Email : Fmahdi85@gmail.com