

# ANGIOFIBROME NASOPHARYNGIEN COMPLIQUÉ D'UN SYNDROME DE FOSTER KENNEDY : A PROPOS D'UN CAS

H. ZAGHOUBI, S. YAHYAOUI, W. KARMANI\*, M. LIMEME, S. KANOUNE\*\* H. AMARA, D. BAKIR, BOUAOUINA, N\*\* C. KRAIEM

Service de radiologie, \*Service d'ORL, \*\* Service de radiothérapie : CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

**Objectif :** Décrire les particularités en imagerie d'une présentation rare d'un angiofibrome nasopharyngien (FNP) compliqué d'un syndrome de Foster Kennedy.

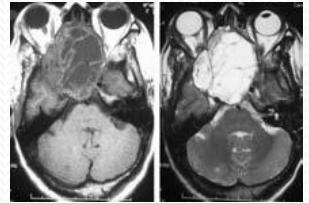
**Matériels et méthodes :** Nous présentons le cas d'une malade âgée de 33 ans, ayant consulté pour une exophtalmie droite évoluant depuis 2 ans de façon progressive, associée à une baisse de l'acuité visuelle droite. L'examen avait objectivé une formation richement vascularisée, comblant toute la fosse nasale droite avec une exophtalmie importante homolatérale. Une TDM et une IRM du massif facial étaient réalisées.

**Résultats :** La TDM et l'IRM du massif facial ont objectivé la présence d'un processus tumoral ethmoïdo-nasal qui avait une forme polylobée à double composante kystique et charnue qui se rehaussait de façon intense après injection. Ce processus comblait totalement la région ethmoïdo-nasale, le sinus maxillaire droit, la fosse nasale droite, le nasopharynx et le sinus sphénoïdal. Il détruisait la lame criblée de l'ethmoïde dans ses 2/3 postérieurs, avec une extension intracrânienne dans la fosse temporale droite, dans la loge caverneuse englobant partiellement la carotide avec une compression du chiasma optique. Une biopsie pratiquée avait conclu au diagnostic d'angiofibrome nasopharyngien.

L'évolution clinique était marquée par une dégradation rapidement progressive de l'acuité visuelle de l'œil gauche entrant dans le cadre du syndrome de Foster Kennedy, par compression des deux nerfs optiques.

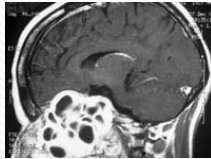


**Fig. 1 :** TDM en coupe coronale. Processus tumoral ethmoïdo-nasal comblant le sinus maxillaire, la fosse nasale droite avec lyse de la cloison nasale. Il détruit les parois inférieure et interne de l'orbite



**Fig. 2 :** IRM en coupes axiales pondérées T1 et T2. Processus tumoral en hypo signal T1, et hyper signal T2 qui comble totalement l'ethmoïde, le sinus sphénoïdal avec extension intracrânienne dans la fosse temporale droite

**Fig. 3 :** IRM en coupe sagittale pondérée T1 avec injection de gadolinium. Comblement du sinus sphénoïdal avec destruction du jugum et extension intracrânienne vers la loge sellaïre.



**Discussion :** Le FNP est une tumeur localement agressive. Son point de départ se situe au niveau du foramen sphéno-palatin, la tumeur évolue en refoulant les parois osseuses et en pénétrant dans les cavités contiguës par les orifices anatomiques ou vasculaires qui lui sont proches. Typiquement, les patients présentant un FNP sont des adolescents de sexe masculin. Il est actuellement admis que le FNP peut s'observer aussi chez des sujets de sexe féminin ou des adultes. Le motif de consultation le plus fréquent est l'épistaxis associée à l'obstruction nasale ou à une rhinorrhée muco-purulente. Cependant d'autres signes peuvent apparaître témoignant de l'évolution de la tumeur, tel qu'une exophtalmie, une baisse de l'acuité visuelle, des céphalées ou des algies naso-sinusiennes. Le diagnostic de FNP est évoqué à l'endoscopie nasale, devant une masse rougeâtre lisse, unique ou polylobée, recouverte d'une muqueuse parcourue de vaisseaux, comblant plus ou moins le nasopharynx. L'imagerie est indispensable en matière de FNP et comporte la TDM qui apprécie le mieux l'extension extra-crânienne et l'IRM qui est l'examen de choix pour apprécier l'extension intracrânienne. Au scanner, la tumeur est hypodense par rapport aux muscles et prend massivement le contraste. Les destructions osseuses sont irrégulières et étendues. En IRM, le signal est peu différent du muscle en spT1. En spT2, le signal est intense avec des zones hypo-intenses traduisant la présence de vaisseaux, confirmée par les séquences de flux. Les s'implantent sur la paroi latérale du rhinopharynx dans la région du foramen sphéno-palatin. Elles sont sessiles ou pédiculées. Elles s'étendent vers la fosse ptérygo-maxillaire, la fosse infra-temporale et l'espace pharyngé. De la fosse ptérygo-maxillaire, la tumeur peut envahir l'orbite et la fosse temporale moyenne. Elle peut s'étendre par l'ostium du sinus sphénoïdal au massif sphénoïdal et à la loge caverneuse. Dans les stades localisés, la chirurgie demeure l'indication de choix surtout que la résection totale est possible. Elle est précédée de 3 à 5 jours par une embolisation. Dans les stades avancés avec extension intracrânienne, la radiothérapie externe est le traitement de référence.

**Conclusion :** L'angiofibrome nasopharyngien est une tumeur vasculaire bénigne localement agressive. L'imagerie est indispensable pour le diagnostic positif et comporte la TDM qui apprécie le mieux l'extension extracrânienne et l'IRM qui est l'examen de choix pour apprécier l'extension intracrânienne.