

L'IMAGE DU MOIS

MÉTASTASE ÉTHMOÏDALE D'UN CARCINOME PROSTATIQUE

RADERMECKER F (1), DETREMBLEUR N (2), GRÉGOIRE M (1), REUTER R (3), DEPREZ L (4), REGISTER F (1)

RÉSUMÉ : Nous rapportons un cas rare de métastase éthmoïdale d'un carcinome prostatique chez un patient de 86 ans, révélé par une exophtalmie droite sans symptômes nasaux. L'analyse radiologique et histopathologique a permis de poser un diagnostic peu fréquent de métastase sinusienne d'un adénocarcinome de la prostate. Cette observation souligne l'importance d'une démarche diagnostique rigoureuse devant une orbitopathie unilatérale atypique.

MOTS-CLÉS : *Métastase sinusienne - Exophtalmie - Sinusite - Adénocarcinome prostate*

ETHMOIDAL METASTASIS OF PROSTATIC CARCINOMA

SUMMARY : We report a rare case of ethmoidal metastasis from a prostatic carcinoma in an elderly patient. This metastasis was revealed solely by exophthalmos, with no associated nasal symptoms. Radiological and histopathological analyses confirmed the unusual diagnosis of a sinus metastasis from a prostatic adenocarcinoma. This case highlights the importance of a thorough diagnostic approach in the presence of an uncommon unilateral orbitopathy.

KEYWORDS : *Ethmoidal metastasis - Exophthalmos - Sinusitis - Prostatic adenocarcinoma*

Figure 1. Exophtalmie de l'œil droit



CAS CLINIQUE

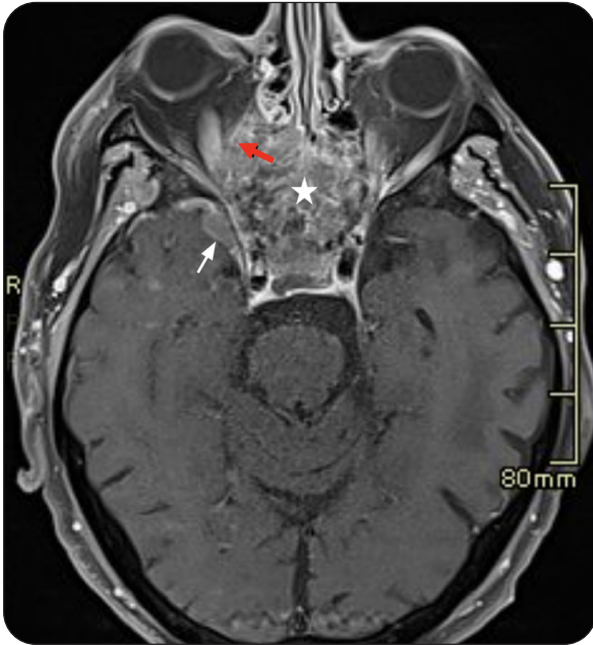
Un patient de 86 ans, ayant des antécédents d'adénocarcinome prostatique et de myélome multiple asymptomatique, est adressé en consultation ORL pour une exophtalmie droite progressive, associée à une baisse de l'acuité visuelle, évoluant depuis environ deux mois (Figure 1). Il ne présentait aucun symptôme nasal.

Le bilan initial par tomodensitométrie (CT) révèle un comblement total du sinus sphénoïdal droit ainsi qu'un comblement partiel des cellules éthmoïdales postérieures droites avec ostéocondensation. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée en complément du CT met en évidence une masse tumorale de 50 mm centrée sur les cellules éthmoïdales postérieures droites, refoulant la cavité orbitaire ipsilatérale. S'y associe un épaississement méningé tissulaire dans la fosse temporale droite, évoquant une extension tumorale intracrânienne. L'aspect évoque une lésion carcinomateuse en première hypothèse (Figure 2).

La biopsie endonasale, réalisée sous anesthésie générale, confirme une infiltration par un carcinome d'origine prostatique avec cytokératine AE1/AE3 positive, PSA positif et NKX3.1 positif. La population est négative pour les chaînes légères Kappa et Lambda et il y a une

(1) Service ORL CHU Liège, Belgique.
(2) Service d'Anatomo-Pathologie CHU Liège, Belgique.
(3) Service de Neurochirurgie CHU Liège, Belgique.
(4) Service de Radiologie CHU Liège, Belgique.

Figure 2. IRM démontrant une extension intracrânienne (flèche blanche) et intra-orbitaire (flèche rouge) de la tumeur des sinus à prédominance sphéno-ethmoïdale droite (étoile blanche)



expression faible et hétérogène pour le CD138 permettant d'exclure un myélome. Le bilan d'extension par PET-scanner met en évidence un statut multimétastatique ainsi qu'une progression de l'hypermétabolisme prostatique droit.

Le dosage du PSA révèle une élévation majeure à environ 300 ng/mL. L'examen clinique montre une induration du lobe prostatique droit au toucher rectal. Un traitement par hormonothérapie par antagoniste non peptidique des récepteurs de la gonadotropin-releasing hormone (rélugolix, Orgovyx®) est initié, entraînant une légère régression de l'exophtalmie, sans amélioration de l'acuité visuelle. L'IRM de contrôle réalisée à un mois révèle une stabilité relative de la lésion.

DISCUSSION

Les pathologies sinusiennes unilatérales sont fréquentes en consultation ORL. Elles nécessitent une évaluation rigoureuse du fait de leurs étiologies multiples : infectieuse, inflammatoire, tumorale (bénigne ou maligne), voire traumatique (1).

Parmi les tumeurs malignes naso-sinusiennes, on retrouve principalement les carcinomes épidermoïdes, les adénocarcinomes, les lymphomes et les esthésioneuroblastomes (2).

Ces tumeurs représentent environ 2 à 3 % des cancers des voies aérodigestives supérieures (3). Plus rarement, une localisation sinusiennne peut correspondre à une métastase secondaire, le plus souvent au niveau d'un seul sinus (77 % des cas), voire de plusieurs (4). Les métastases sinusiennes sont principalement observées dans le sinus maxillaire et le sphénoïde (environ 60 %), puis l'ethmoïde. Les atteintes du sinus frontal sont exceptionnelles (5). Les tumeurs primitives responsables des métastases incluent en priorité les carcinomes rénaux, thyroïdiens, mammaires, pulmonaires, et plus rarement prostatiques (3, 5).

L'adénocarcinome prostatique métastase classiquement vers les os, les poumons et le foie. Les localisations au niveau de la tête sont peu fréquentes et concernent plutôt le cerveau ou les méninges (3). Les métastases sinusiennes d'origine prostatique sont donc particulièrement rares (3, 6).

Face à une symptomatologie unilatérale, en l'absence de contexte infectieux ou allergique, une origine tumorale doit être systématiquement envisagée, notamment chez les patients âgés. L'anamnèse doit rechercher les facteurs de risque professionnels (exposition au bois, à la poussière agricole, au cuir et au nickel, notamment), les antécédents oncologiques et les habitudes toxiques (1).

Le mécanisme de dissémination métastatique vers les sinus n'est pas encore parfaitement élucidé. Les hypothèses incluent une diffusion hématogène, lymphatique, ou via les plexus veineux vertébraux à basse pression (3, 5, 7). Dans ce cas, la localisation éthmoïdale postérieure suggère une propagation via les veines éthmoïdales, connectées au système ophtalmique supérieur puis vers les systèmes veineux vertébraux.

Le bilan initial repose sur le scanner (utile pour évaluer l'atteinte osseuse et détecter des calcifications) et l'IRM (permettant une meilleure analyse des tissus mous et des structures adjacentes). Le TEP-scan complète l'évaluation en recherchant d'autres localisations métastatiques (3, 5, 7).

Le diagnostic de certitude repose sur une biopsie, avec analyse histopathologique et immunohistochimique. Dans ce cas, les marqueurs cytokératine AE1/AE3, PSA et NKX3.1 étaient positifs, confirmant l'origine prostatique (5).

Le traitement est, en général, palliatif, associant hormonothérapie, chimiothérapie et radiothérapie. La chirurgie endoscopique peut être

envisagée dans les formes localisées ou pour traiter certains symptômes tels que l'exophtalmie, la baisse d'acuité visuelle, l'obstruction nasale ou les épistaxis. Elle peut également s'intégrer à une stratégie multimodale en présence d'une métastase unique (4, 5). Dans le cas de ce patient de 86 ans, en raison de l'extension locale, notamment intracrânienne, face au statut multimétastatique et dans le contexte de multiples comorbidités, il a été décidé collectivement de s'en tenir à des soins de confort.

CONCLUSION

Ce cas illustre l'importance d'une approche diagnostique rigoureuse et approfondie face à une orbitopathie unilatérale d'apparition aiguë, associée à une pathologie sinusienne unilatérale atypique, en particulier chez un patient aux multiples antécédents.

La collaboration multidisciplinaire est essentielle pour poser un diagnostic précoce et adapter la prise en charge au pronostic du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Troeltzsch M, Pache C, Troeltzsch M, et al. Etiology and clinical characteristics of symptomatic unilateral maxillary sinusitis: A review of 174 cases. *J Craniomaxillofac Surg* 2015;**43**:1522-9.
2. Guillotte-van Gorkum ML, Nasser T, Mérol JC, et al. Adénocarcinomes de l'ethmoïde. Notre expérience à propos d'une série de 17 cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2003;**120**:296-301
3. Hermesen MA, Bossi P, Franchi A, Lechner M. Sinonasal cancer: improving classification, stratification and therapeutic options. *Cancers (Basel)* 2023;**15**:1675.
4. Barbosa EB, Ferreira EC, Mariano FV, et al. Metastasis to paranasal sinuses from carcinoma of prostate: report of a case and review of the literature. *Case Rep Otolaryngol* 2018;**2018**:5428975.
5. López F, Devaney KO, Hanna EY, et al. Metastases to nasal cavity and paranasal sinuses. *Head Neck* 2016;**38**:1847-54.
6. Puche-Sanz I, Vázquez-Alonso F, Flores-Martín JF, et al. Sphenoid sinus metastasis as the presenting manifestation of a prostatic adenocarcinoma: case report and overview of the literature. *Case Rep Oncol Med* 2012;**2012**:819809.
7. Azarpira N, Ashraf MJ, Khademi B, Asadi N. Distant metastases to nasal cavities and paranasal sinuses case series. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;**63**:349-52.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Rogister F, service ORL, Chu Liège, Belgique.
Email : florence.rogister@chuliege.be