



Variétés histologiques des tumeurs bénignes du septum nasal : une série documentaire de 30 cas *Histologic varieties of benign septal tumors: a retrospective series of 30 cases*

Smail Kharoubi

Auteur correspondant

Smail Kharoubi

Courriel : smail.kharoubi17@gmail.com

Service d'ORL, Hôpital Dr Dorban, CHU Annaba, Faculté de Médecine, Université Badji Mohtar

BP 12. 23000 - Annaba – Algérie

Summary

Context and objectives. Histological varieties of nasal septal tumors are poorly documented in African countries. The objective of the present study was to describe the histological varieties of benign septal tumors. *Methods.* This was a retrospective analysis of records of patients admitted for benign septal tumors between January 1998 and August 2021 at the Dr. Dorban Hospital in Algeria. The variables of interest included clinical and histopathological data. *Results.* In 23 years, only 30 cases of benign nasal septal tumors were collected. Their mean age was 36.2 years with extremes between 13 and 70 years with a predominance of the female sex (63.3%). Vascular tumors were predominant (83.3 %), in particular capillary hemangiomas (92 %) followed by epithelial varieties (13.3 %) and a single pleomorphic septal adenoma. The clinical evolution was marked by 3 recurrences for the hemangiomas, and no recurrence for the pleomorphic adenoma after 120 months of follow-up. Three other cases were lost. *Conclusion.* Benign tumors of the nasal septum are rare and histologically diversified. Besides the classical and common forms (hemangiomas, papillomas, adenomas), there are rare varieties that require a specific study and a dedicated expertise.

Keywords: nasal septum, nasal tumor, hemangiomas, papillomas, endoscopic surgery

Received: December 18th, 2021

Accepted: November 9th, 2022

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i2.10>

Résumé

Contexte et objectif. Les variétés histologiques de tumeurs du septum nasal sont peu documentées dans les pays d'Afrique. La présente étude avait pour objectif de décrire les variétés histologiques de tumeurs septales bénignes. *Méthodes.* C'était une analyse rétrospective de dossiers des patients admis pour tumeurs septales bénignes, entre janvier 1998 et août 2021 ; à l'hôpital Dr Dorban en Algérie. Les variables d'intérêt englobaient les données cliniques et histopathologiques. *Résultats.* En 23 ans, seulement trente dossiers de tumeurs bénignes du septum nasal ont été colligés. Leur âge moyen était de 36,2 ans avec les extrêmes entre 13 et 70 ans avec une prédominance du sexe féminin (63,3 %). Les tumeurs vasculaires étaient prépondérantes (83,3 %) en particulier les hémangiomes capillaires (92 %) suivies des variétés épithéliales (13,3%) et un seul adénome pléomorphe septal. L'évolution clinique était émaillée par 3 récurrences pour les hémangiomes, et absence de récurrence pour l'adénome pléomorphe après 120 mois de recul. Trois autres cas étaient perdus. *Conclusion:* Les tumeurs bénignes du septum nasal sont rares et diversifiées sur le plan histologique. A côté des formes classiques et communes (hémangiomes, papillomes, adénomes), il existe des variétés rares et qui nécessitent une étude spécifique et une expertise dédiée.

Mots-clés : septum nasal, tumeur nasale, hémangiomes, papillomes, chirurgie endoscopique

Reçu le 18 décembre 2021

Accepté le 9 novembre 2022

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i2.10>

Introduction

Le septum nasal est une structure ostéo cartilagineuse médiane qui sépare la cavité nasale en fosse nasale droite et gauche. Sur le plan histologique cette structure est composée d'os, de cartilage, d'une muqueuse très riche avec un épithélium de type respiratoire des artères, veines, nerfs, des glandes, des cellules mélaniques expliquant le grand polymorphisme histopathologique des tumeurs septales.

Les tumeurs bénignes du septum nasal sont dominées par les variétés vasculaires (hémangiomes) et épithéliales (papillomes).

Les tumeurs septales bénignes sont assez rares, avec une grande diversité histopathologique ainsi que l'absence de prise en charge codifiée (1- 2). Ces caractéristiques font de l'étude de ces tumeurs



un intérêt particulier en apportant des données épidémiologiques et anatomocliniques susceptibles d'enrichir la littérature des tumeurs bénignes des cavités nasales.

Elles sont pauci symptomatiques et nécessitent une approche standardisée reposant sur un trépied diagnostique : l'endoscopie endonasale, l'imagerie et la biopsie (ou exérèse-biopsie).

L'étude histopathologique (examen classique et immunohistochimie) de la pièce d'exérèse chirurgicale permet un diagnostic définitif (avec des difficultés variables), une évaluation de la qualité de la résection et de prévoir l'évolution possible de ces tumeurs. Dans la présente étude, nous décrivons les variétés anatomo cliniques et évolutives des tumeurs bénignes du septum nasal.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective des tumeurs bénignes du septum nasal colligées dans le service ORL Hôpital DR Dorban-CHU Annaba entre janvier 1998 et aout 2021.

Tous les patients ont été pris en charge et suivis par le même praticien et l'ensemble des données étaient collectées à partir d'une fiche ad hoc sur la base des dossiers cliniques. Les résultats histologiques ont fait l'objet d'une discussion et parfois relecture avec les anatomopathologistes.

La prise en charge de ces tumeurs était standardisée avec trois étapes : l'endoscopie nasale (siège et les caractéristiques macroscopiques de la

tumeur), l'imagerie par un examen tomodensitométrique et une IRM du massif facial (bilan loco régional et caractéristiques radiologiques de la tumeur) et la biopsie (diagnostic de nature).

La biopsie est faite sous anesthésie locale et contrôle endoscopique par une pince de Blakesly avec un fragment fixé et un autre adressé au laboratoire à l'état frais. Les lésions pédiculées ou de petites dimensions (10 mm) ont bénéficié d'une biopsie-exérèse d'emblée (29 cas), et voie externe (1cas).

Le traitement était chirurgical dans tous les cas : voie endoscopique endonasale

Résultats

L'âge médian est de 36,3 ans avec des extrêmes entre 13 et 70 ans. La répartition selon le sexe montre 19 femmes pour 11hommes soit un sex-ratio de 1,72. Sur le plan des antécédents 3 patientes étaient en situation de grossesse (hémangiomes) et 2 patients étaient tabagiques (papillomes).

Le délai moyen de consultation est de 6,76 mois avec des extrêmes entre 1 et 14 mois.

La symptomatologie clinique comportait : obstruction nasale, épistaxis, rhinorrhée, formation de croûtes nasales et plus rarement des douleurs.

Un recueil des données anatomo-cliniques des modalités de traitements et de l'évolution des patients est présenté dans le tableau 1.

Tableau 1. Corrélation anatomoclinique des tumeurs bénignes du septum nasal

N°	Age médian an	Sexe	Délai dg mois	Clinique	Trt	Histologie	Observations
1	36	M	12	Croutes N	endon	papillome	tabagisme
2	28	M	6	Croutes N	endon	papillome	tabagisme
3	32	F	10	R	endon	papillome	
4	34	F	6	Epistaxis	endon	Hém Capillaire	
5	55	F	3	Epistaxis	endon	Hém Capillaire	
6	32	F	6	ON	endon	Hém Capillaire	Grossesse 2e trimestre
7	18	M	12	Ep + ON	endon	Hém Capillaire	
8	32	F	8	ON	endon	Hém Capillaire	
9	36	F	6	ON	endon	Hém Capillaire	Grossesse 3e trimestre
10	48	M	8	ON+Ep	endon	Hém Capillaire	
11	42	F	2	ON+Ep	endon	Hém Capillaire	
12	36	F	6	Epistaxis	endon	Hém Capillaire	Grossesse 3e trimestre
13	41	F	8	Ep + ON	endon	Hém Capillaire	
14	38	F	10	Ep + ON	endon	Hém Capillaire	
15	70	M	2	Croutes N	endon	papillome	Grattages répétés
16	68	M	8	Epistaxis	endon	Hém Capillaire	



17	13	M	12	Epistaxis	endon	Hém Capillaire	Grattages répétés Grattages répétés
18	14	M	4	Epistaxis	endon	Hém Caverneux	
19	28	F	3	Ep + ON	endon	Hém Capillaire	
20	34	F	2	Ep + ON	endon	Hém Capillaire	
21	42	F	1	Ep + ON	endon	Hém Caverneux	
22	24	F	7	Epistaxis	endon	Hém Capillaire	
23	32	M	9	Ep + ON	endon	Hém Capillaire	
24	18	M	8	Ep + ON	endon	Hém Capillaire	
25	38	F	6	Ep + ON	endon	Hém Caverneux	
26	32	F	5	Epistaxis	endon	Hém Capillaire	
27	63	M	14	Ep + ON+ D°	PLN	Adénome P	biopsie initiale maligne (carcinome épidermoïde)
28	35	F	6	Ep+ON	endo	Hém Capillaire	
29	40	F	8	Epistaxis	endo	Hém Capillaire	
30	29	F	5	Ep+ ON	endo	Hém Capillaire	

Sur le plan histologique

Ces tumeurs étaient surtout sessiles, de dimensions variables dominées par les variétés vasculaires (25/30 - 83,3 %) ; hémangiomes capillaires dans 92 % ou hémangiomes caverneux dans 8 % et à un moindre niveau par les variétés épithéliales (4/30 - 13,3 %) (papillomes). Un seul cas d'adénome pleiomorphe du septum nasal (1/30 3,3 %) a été colligé (tableau 2).

Tableau 2. Caractéristiques histopathologiques des tumeurs septales

Macroscopie	Biopsie	Histologie pièce d'exérèse
Total : 30		
Touffe verruqueuse 7 mm Nombre : 3	Non Exérèse directe	Papillomes
Tumeur septale régulière, rougeâtre -moins de 1 cm Nombre : 8	Non Exérèse directe	Hémangiome
-Entre 1 et 2 cm Nombre : 12	Oui	Hémangiome
-3 cm et plus Nombre : 5	Oui	hémangiome
Tumeur obstructive fosse nasale droite grisâtre 4 cm x 3 cm Nombre : 1	Oui Carcinome épidermoïde.	Adénome Pléiomorphe (pièce opératoire).

Légende : PLN : paralatéronasale Endo : voie endonasale Hém: hémangiome
F : féminin Ep : épistaxis
ON : obstruction nasale R : rhinorrhée Croutes N: croutes nasales.
D° : douleurs M : masculin
Adénome P: adénome pleiomorphe

Les figures 1 et 2 présentent les variétés histologiques des tumeurs bénignes du septum nasal rencontrées.

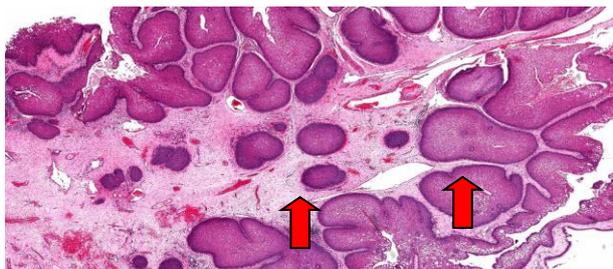


Figure 1. Papillome Inversé nasosinusien : Analyse microscopique : coupe transversale. Visualisant la prolifération d'un épithélium endophytique avec des contours lisses (flèche).

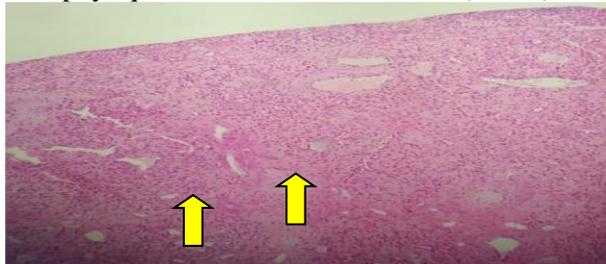


Figure 2. Hémangiome capillaire : Analyse microscopique montrant la prolifération architecturale de petits espaces capillaires dilatés (flèche).

Sur le plan évolutif, nous avons constatés 3 récurrences pour les hémangiomes avec un recul moyen de 18 mois et des extrêmes entre 3 et à 60 mois. Pour les papillomes il n'y a pas eu de récurrence dans 1 cas avec un recul de 60 mois, 3 patients perdus de vue après 14,16 et 20 mois. Pour le patient porteur d'un adénome pléiomorphe il n'y a pas eu de récurrences après 120 mois de recul.

Discussion

Les tumeurs septales sont peu fréquentes. Elles devancent cependant les autres localisations des fosses nasales, plancher-paroi externe (1). Les données de la littérature sur ce sujet sont rares où portent sur des périodes assez longues voire prennent un caractère exceptionnel par leur nature anatomo-pathologique.

Les tumeurs bénignes du septum nasal concernent des adultes jeunes : moyenne d'âge 31 ans avec un sex-ratio masculin peu significatif (2-3). Sur le plan étiopathogénique on retrouve le rôle des virus herpès (papillomes), l'imprégnation hormonale de la grossesse (polype saignant de la cloison) (3), le tabagisme (papillomes), l'influence des lésions de grattage et des traumatismes répétés.

Le délai de consultation est éminemment variable, parfois plusieurs années ; il est de 6,72 mois dans notre série.

La sémiologie clinique révélatrice est assez uniforme. Obstruction nasale uni ou bilatérale progressive et devenant rapidement permanente,

épistaxis récidivantes, croûtes nasales, rhinorrhée muco-purulente.

Les tumeurs bénignes du septum nasal se caractérisent par leur grande diversité anatomopathologique. En absence d'éléments sémiologiques ou cliniques caractéristiques, elles restent une découverte histologique. Le qualificatif "bénin" sur le plan histopronostic ne doit pas faire oublier le risque de récurrence locale (spontané ou par résection insuffisante), la possibilité de formes anatomo-cliniques assez rares avec un profil évolutif méconnue et le potentiel dégénératif à moyen ou à long terme de certaines variétés tumorales.

Il est impératif de s'imposer un protocole strict avec une bonne évaluation initiale de la lésion et surtout un choix (voie d'abord, méthode d'exérèse) thérapeutique clair et adapté au cas par cas avec un suivi appréciable (2 ans pour les tumeurs bénignes).

Les tumeurs épithéliales sont représentées surtout par **les papillomes** qui peuvent être simples très antérieurs au voisinage du vestibule nasal ou de type inversés (figure 1). Les papillomes inversés représentent 8 % des cas essentiellement la variété fungiforme pédiculée pour le septum nasal (4). D'origine virale possible, ils sont peu évolutifs, récidivants en cas d'exérèse incomplète et la dégénérescence maligne est connue surtout en association avec HPV 16/11 et 18 (5). Le traitement est chirurgical exérèse endoscopique, LASER. **L'hamartome épithélial respiratoire adénomatoïde** (Respiratory Epithelial adenomatoid hamartoma) est une autre lésion épithéliale du septum postérieur (70 %) d'origine indéterminée pouvant s'associer à une polypose naso sinusienne. L'imagerie montre un élargissement de la fente olfactive, les récurrences sont rares et la malignité non rapportée (6).

Les adénomes pléomorphes ou tumeurs mixtes ont été décrites au niveau de la cloison nasale (1). Leur fréquence est variable entre 14 % à 40 % (2). La lésion prend volontiers un aspect infiltrant grisâtre violacé, mal limité. Le diagnostic est souvent posé sur une pièce opératoire (biopsies non concluantes) et l'examen immuno histochimique est très utile : positivité CK7, P40, SMA (smooth muscle actine). Freedman avait publié l'observation d'un adénome pléomorphe du septum nasal métastatique (bénin) après exérèse d'une tumeur salivaire (6). En plus du caractère récidivant classique, des formes évolutives malignes ont été rapportées (1-2). L'exérèse doit être, très large et complète (cartilage-os) en première main avec des marges de 1cm. Le diagnostic est parfois posé après examen de la



pièce opératoire rectifiant ainsi le résultat d'une biopsie pouvant être malin (carcinome épidermoïde) (7-8).

Le myoépithéliome du septum nasal a été décrit la première fois en 2017 par Kim chez une femme âgée de 41 ans après résection endoscopique d'une tumeur septale (9). Dans le myoépithéliome les cellules myoépithéliales sont entourées par un stroma œdémateux ou fibro-hyalin et leur apparence varie pouvant être plasmocytoïde, fusiforme, épithélioïde ou claire. L'immunohistochimie est nécessaire elle montre le profil suivant : positivité de la cytokératine, protéine S-100, calponine, smooth muscle actin (SMA), myosine, vimentine, GFAP (glial fibrillary acidic protein). **L'adénome à cellules basales** (adénome monomorphe) du septum nasal est une entité rare décrite la première fois en 2014 par Wang (10). **Un adénome canaliculaire** du septum nasal a été décrit en 2018 (11).

Le premier cas de **méningiome extra crânien septal** a été décrit en 2010 par Alzararé révéla par une obstruction nasale et un jetage postérieur chez un patient âgé de 60 ans (12). Baek en 2012 publia un cas atypique d'une masse septale friable ayant engendré une obstruction nasale et épistaxis chez un patient de 44 ans dont l'exérèse avait montré un méningiome. L'évolution fut marquée par plusieurs récurrences locales (irradiées) et de la région pariétale du crâne dont la biopsie avait révélé un méningiome malin avec issue fatale après quelques mois (13).

Les tumeurs nerveuses septales sont très rares à développement lent et comportent les schwannomes et les neurofibromes.

Le premier cas de schwannome du septum nasal fut décrit par Betkowski en 1943 et à ce jour 34 cas ont été décrits dans la littérature (14). Ils se localisent au niveau de la partie antérieure et médiane de la cloison nasale et se manifestent par une épistaxis, obstruction nasale, céphalées et rhinorrhée. Sur le plan endoscopique c'est souvent une masse septale lisse recouverte d'une muqueuse normale.

Sur le plan microscopique ; ils sont hypercellulaire et myxoïde avec une condensation conjonctivo collagène en périphérie. Il est classique de distinguer deux sous types : Antoni A (cellules fusiformes en palissade) et B (stroma myxoïde lâche peu cellulaire) avec positivité protéine S-100.

L'améloblastome tumeur bénigne qui dérive de l'épithélium dentaire, a été décrite au niveau du septum nasal se traduisant en général par une obstruction nasale et épistaxis diagnostiquée sur une biopsie ou pièce opératoire particulièrement

récurrente avec parfois une transformation maligne (15).

Les tumeurs mésoenchymateuses bénignes restent dominées par les tumeurs vasculaires essentiellement des **hémangiomes**, entre 17 % et 40 % (1-2). Une épistaxis est habituelle avec sur le plan macroscopique un aspect de masse rougeâtre ou bleuâtre saignant au contact. On distingue 3 formes : *L'hémangiome lobulaire capillaire*, (le plus fréquent surtout au niveau de la partie antérieure du septum nasal) appelé anciennement botriomycome humain, puis granulome pyogénique touche surtout le sexe féminin entre 30 et 40 ans avec une prédilection au niveau de la zone de Kisselbach (figure 2). Au scanner une lyse osseuse est habituelle, en IRM il est iso intense en T1 et hyper intense en T2 avec rehaussement après injection de contraste. une exérèse complète emportant la base d'insertion prévient les récurrences qui se voient dans 16 % des cas.

L'hémangiome caverneux septal est rare et forme sur le plan microscopique de larges cavités kystiques juxtaposées remplies de sang (16). *L'hémangiome mixte* associe les deux formes. *L'hémangiome à cellules fusiformes* est une variété décrite par Weiss et Enzinger en 1986 anciennement nommé hémangioendothéliome à cellules fusiformes considéré jadis comme un angiosarcome de bas grade. Sur le plan microscopique on retrouve des nodules composés de zones cavitaires constituées de vaisseaux à paroi fine séparées par des cloisons fibreuses. Les cloisons peuvent être plus épaisses avec des cellules fusiformes sans atypies nucléaires. L'immunomarquage impératif montre une expressivité du CD 31, CD 34 et du facteur VIII. La première publication d'un hémangiome à cellules fusiformes nasosinusal (ethmoïdo nasal) a été rapportée en 2021 chez un nourrisson de 4 mois par Ozturk (17).

Une forme particulière est réalisée par le polype saignant de la cloison survenant au cours de la grossesse (3). Dans notre étude 3 *polypes saignants gravidiques du septum nasal* ont été diagnostiqués durant la grossesse dont 2 cas révélés par une obstruction nasale et épistaxis et 1 cas une obstruction nasale isolée avec une exérèse pendant la grossesse (2 cas) et un mois après l'accouchement (1 cas).

Les autres lésions vasculaires septales décrites sont représentées par **Les angiomylipomes** (18) associant une composante graisseuse, vasculaire et musculaire lisse survenant sur terrain particuliers (sclérose tubéreuse).

Les tumeurs glomiques sont habituelles au niveau du septum nasal et se caractérisent par une



obstruction nasale et épistaxis douloureuse. Sur le plan immunohistochimique on note une positivité des marqueurs actine, vimentine et le facteur XIIIa (19). **Les fibromes extra nasopharyngés** du septum nasal sont très rares. En 2018 20 cas ont été publiés et notre revue de la littérature a porté ce chiffre à 21 (20). Cette tumeur se localise au niveau du septum cartilagineux ou à la jonction cloison osseuse-cartilagineuse. Obstruction nasale et épistaxis répétée sont habituels avec à l'examen endonasal une masse rougeâtre ou un polype. Sur le plan histologique, il est constitué par de nombreux vaisseaux de calibre variable avec un aspect caractéristique «en bois de cerf». Leur endothélium ne présente pas d'atypies cytologiques.

Ceux-ci sont entrapés dans une matrice constituée de cellules fusiformes et d'un stroma fibreux. En immunohistochimie les cellules stromales sont positives pour la vimentine et négatives pour l'actine (marqueur du muscle lisse). Le marqueur CD34 est positif (nature vasculaire). Le scanner et l'IRM vont mettre en évidence le caractère vasculaire (prise de contraste homogène). L'exérèse chirurgicale endoscopique est de rigueur et les récurrences se voient dans 2,3% (contre 25% pour les formes nasopharyngées) (21).

Parmi les autres tumeurs mésoenchymateuses septales rapportées : **Les ostéomes**, tumeurs dures, radio opaque au scanner. Kim en 2017 avait rapporté la première observation d'un ostéome du septum nasal (21). L'endoscopie nasale montre une masse sous muqueuse postérieure dont la palpation par l'embout de l'aspirateur va montrer le caractère dur pierreux caractéristique (21). **L'ostéoblastome** est une tumeur de l'enfant et de l'adulte jeune (10 à 20 ans) de sexe masculin (se voit surtout au niveau de l'ethmoïde (10 %), 4 cas étaient localisés au niveau des cavités nasales (os) et une seule localisation vomérienne (22). L'IRM montre une masse septale rehaussée par le contraste et une minéralisation de la matrice ostéode ou chondroïde au scanner, une biopsie permet le diagnostic.

Le fibrome chondromyxoidé est une variété tumorale rare (0,5 %) des tumeurs osseuses. En 2013, Mc clurg avait colligé 3 cas de fibrome chondromyxoidé du septum nasal (23). L'immun marquage montre une positivité SMA, EMA, CD68, et faiblement pour la protéine S-100 et négativité du GFAP. Le profil évolutif peut être marqué par une lyse et une destruction osseuse ainsi que des récurrences locales. Le principal diagnostic différentiel se pose avec le chondrosarcome.

Les chondromes (1-2) se localisent au septum cartilagineux (17 % des cas). Le diagnostic peut être difficile avec un chondrosarcome de bas grade de malignité (grade 1) ce qui nécessite de multiplier les biopsies au niveau du site tumoral et faire une étude globale de la pièce d'exérèse chirurgicale. Cette donnée impose une résection large avec coupes histologiques multiples de tout chondrome bénin. En cas de doute d'autres techniques peuvent contribuer à affirmer la malignité : microscopie électronique ; cytométrie de flux.

Les léiomyomes à localisation nasale sont de type vasculaire et prennent naissance à partir des fibres musculaires lisse des parois vasculaires ou à partir de tissu mésoenchymateux indifférencié aberrant.

On distingue le léiomyome proprement dit (solide), l'angiomyome (léiomyome vasculaire) et le léiomyome épithélioïde (léiomyoblastome). L'atteinte septale isolée est exceptionnelle. Une revue de la littérature (2021) a permis de colliger 4 cas (24). Le recours aux marqueurs (positivité muscle specific actin, desmine, myoglobine, protéine S-100, vimentine permet d'éliminer les autres diagnostics différentiels (neurofibrome, angiofibrome, schwannome, léiomyosarcome).

L'Histiocytose fibreuse bénigne du septum est rare et se voit surtout au niveau de la peau et du tissu sous cutané. Le premier cas localisé au niveau du septum nasal était décrit par Basak en 1998 (25). Il se traduit par une obstruction nasale et une masse polypoïde à l'endoscopie. Une dyspnée est possible en cas d'atteinte bronchique associée. Le diagnostic est histologique avec expression positive de la vimentine, CD68, KI-67 et négativité protéine S-100, Desmine et P63 en immunohistochimie. Les récurrences sont possibles (exérèse incomplète) de même que la transformation maligne (26).

Le lipome des fosses nasales est assez exceptionnel. Le premier cas de lipome septal était décrit en 2000 par Takasaki chez un patient âgé de 21 ans présentant un lipome de la paroi postérieure du septum nasal (27). Une association fréquente au syndrome de Pai est retrouvée (28). Il peut se voir surtout au niveau septal (limite revêtement cutané-muqueux) sous forme d'une tumeur sous muqueuse dépressible et indolore.

Le myxome est une tumeur conjonctive bénigne mais agressive (imagerie) essentiellement du maxillaire supérieur et de la mandibule et comporte deux formes ostéogénique et odontogénique. Sur le plan histologique on retrouve des cellules fusiformes dans un stroma myxoïde (29). Le diagnostic différentiel avec un fibromyxome peut être difficile (degré fibrose stroma tumoral). L'immunohistochimie est positive



pour les marqueurs SMA (smooth muscle actin), Ki-67 et CD34 pour les parois des vaisseaux. L'exérèse doit être large avec marges (ostéotomie conservatrice) bien que certains auteurs préconisent une radiothérapie ou chimiothérapie.

Les tumeurs à cellules granuleuses du septum nasal sont inhabituelles. En 2007 Sasaki avait décrit une tumeur multiloculaire septale implantée au niveau de la zone de Kisselbach entraînant rhinorrhée rebelle et épistaxis dont l'étude histologique avait montré une tumeur à cellules granuleuse positive à la protéine S-100 (30). Un cas pédiatrique a été rapporté par Hwang ;enfant âgé de 6 ans présentant une rhinorrhée rebelle avec un polype septal dont l'histologie avait montré une tumeur à cellules granuleuse (31).

Le polype inflammatoire du septum nasal est une entité rare et se voit plutôt à partir des muqueuses sinusiennes (maxillaire, ethmoïde). La première description d'un polype inflammatoire du septum nasal remonte à 1979 par Bailey (32-33).

Le septum postérieur souvent le siège de prédilection mais des localisations antérieures et bilatérales ont été décrites. Le diagnostic repose sur l'endoscopie nasale et l'imagerie (vacuité des cavités sinusiennes. La pathogénie est multifactorielle (allergie, inflammation chronique, virus, bactéries, interleukines) et la déviation septale est très souvent associée.

Conclusion

Les tumeurs bénignes du septum nasal constituent une pathologie intéressante à étudier en raison de leur rareté, leur grande diversité anatomopathologique, et du comportement évolutif particulier de chaque variété tumorale.

Elles restent dominées par les variétés vasculaires (hémangiomes) et épithéliales (papillomes).

L'expertise multidisciplinaire et le recours aux centres de référence pour certaines variétés tumorales doit être exploité tout en œuvrant pour mettre en place et enrichir une tumorothèque pour les tumeurs (bénignes et malignes) des fosses nasales. Le diagnostic précoce facilite certainement le traitement et améliore sensiblement le pronostic.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec ce travail.

Références

1. Malinvaud.D, Bonfils.P. Pathologie du septum nasal (déviation septale exclue). *EMC - Oto-rhinolaryngologie* 2020 ; 20-330-A-10 12P.
2. Bonfils.P, Brasnu. D, Menard. M, Jaubert.F , Laccourreye.H. Tumeurs des fosses nasales: étude rétrospective d'une série de 67 cas. *Ann Otolaryngol chir cervicofac* (PARIS) 1989 ; **106** (4) : 225-231.
3. Martiat.B. Oueval.P -Tacquet.M. Desaulty.A. Le polype saignant de la cloison au cours d'une grossesse: a propos d'un cas et revue de la littérature. *J Fr Otorhinolaryngol Audiophonol Chir Maxillofac.*1985; **35**: 369-372.
4. Lee. JH. Inverted Papilloma Completely Obstructing Anterior Nasal Orifice. *Ear Nose Throat J.* 2020 Mar 30;145561320916575. doi: 10.1177/0145561320916575.
5. Buchwald. C, Franzmann. MB, Jacobsen. GK, Juhl. BR, Lindeberg. H. Carcinomas occurring in papillomas of the nasal septum associated with human papilloma virus (HPV). *Rhinology.* 1997 Jun;**35** (2):74-78.
6. Park. IH, Lee. HC, Lee. HM. Respiratory epithelial adenomatoid hamartoma originating from nasal septum. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2013 Mar;**6** (1):45-7. doi: 10.3342/ceo.2013.6.1.45.
7. Freeman. SB ,Kennedy.KS ,Parker.GS , Tatum SA. Metastasizing plemorphic adenoma of the nasal septum. *Arch oto laryngolog Head Neck Surg* 1990 Nov;**116** (11): 1331-3.doi: 10.1001/archotol.1990.01870110103014.
8. Kharoubi.S. Pleomorphic Adenoma of Nasal Septum Masquerading as Squamous Cell Carcinoma: About One Case. *J Otolaryngol Rhinol* 2020; **6** (3):089. doi: 10.23937/2572-4193.1510089.
9. Kim .SB , Kwon.JH. Myoepithelioma of the Nasal Septum. *J Craniofac Surg* 2017 Oct; **28** (7): e653-e654. doi: 10.1097/SCS.0000000000003792.
10. Wang Q, Chen. H, Wang. S. Basal cell adenoma of nasal septum: report of a case and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015 Feb 1;**8** (2):2176-2179. eCollection 2015
11. Ray. M, Sathe P, Ghodke. R, Suryavanshi. M. Canalicular adenoma arising from the nasal septum in a child: First case report. *Indian J Pathol Microbiol* 2018 Oct-Dec;**61** (4):632-634. doi: 10.4103/IJPM.IJPM_137_18.
12. Alzarar AH, Hussein. MR, Amri. D, Mokarbash. HM. Primary meningioma of the nasal septum: a case report and review of literature. *Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2010 May;**18** (3):296-298. doi: 10.1097/PAI.0b013e3181cc7db9.



13. Baek .BJ, Shin. JM, Lee. CK, Lee. JH, Lee. KH. Atypical primary meningioma in the nasal septum with malignant transformation and distant metastasis. *BMC Cancer*. 2012 Jul 3;**12**:275. doi: 10.1186/1471-2407-12-275.
14. Devaraja.K, Nayak DR, Ramaswamy .B, Rao. P. Nasal septal schwannoma: a rare sinonasal tumour with certain peculiarities. *BMJ Case Rep*. 2018 Apr 18; **2018**:bcr2017223850. doi: 10.1136/bcr-2017-223850.
15. Temporale.H, Zatoński.T, Roszkowska .A, Kręcicki. T. Ameloblastoma of the nasal septum origin: a case report. *Case Rep Otolaryngol*. 2013;**2013**:280509. doi: 10.1155/2013/280509.
16. Baki.A Nasal Septal Cavernous Hemangioma. *J Craniofac Surg*. 2018 Mar;**29** (2):e135-e136. doi: 10.1097/SCS.00000000000004220.
17. Ozturk.TT, Suslu.AE, Kavuncuoglu.A, Gumeler.E, Kosemehmetoglu.K, Yalcin.B. Spindle cell hemangioma of nasal passage and ethmoidal sinus in a 4-month old infant. *Arch Argent Pediatr* 2021 Feb;**119** (1):e36-e40. doi: 10.5546/aap.2021.eng.e36.
18. Gataucaz.L, Owry. LD, Petersen.RO. Angiomyolipoma of the nasal cavity: case report and review of the literature. *Otolaryngology Head and Neck* May/Juin 1994; **16** (3):278-281. doi: 10.1002/hed.2880160312.
19. Chirila.M Rogojan.L. Glomangioma of the nasal septum: a case report and review. *Ear Nose Throat J* Apr-May 2013; **92** (4-5): E7-9. doi: 0.1177/014556131309200420.
20. Law. S, Burgess. C. Nasal septal angiofibroma: less vascular behavior than observed in radiological imaging, a rare case in 51-year-old women. *Ann R Coll Surg Engl*. 2021 Feb;**103** (2):e48-e49. doi: 10.1308/rcsann.2020.7027.
21. Kim. JS, Noh .SJ, Ryu .SH. Osteoma with actinomycosis in a nasal cavity: A case report. *Medicine* (Baltimore). 2017 Dec;**96** (51):e9376. doi: 10.1097/MD.00000000000009376.
22. Young. E, Dabrowski. M, Brelsford .K. Osteoblastoma of the nasal septum. *J Laryngol Otol*. 2011 Oct;**125** (10):1062-1066. doi: 10.1017/S0022215111001708
23. Mc Clurg. SW, Leon.M, Teknos.TN, Hans Iwenofu.O. Chondromyxoid fibroma of the nasal septum: case report and review of literature. *Head Neck* 2013 Jan;**35** (1):E1-5. doi: 10.1002/hed.21760.
24. Chen. HH, Wang. QY, Zhou SH. Transnasal endoscopic resection of vascular leiomyomas of the nasal septum. *J Cancer Res Ther*. 2016 Jan-Mar; **12** (1):109-11. doi: 10.4103/0973-1482.150417.
25. Basak.S, Mutlu.C, Erkus.M, Karaman.C, Odabasi. O. Benign fibrous histiocytoma of the nasal septum. *Rhinology* 1998 Sep; **36** (3):133-135.
26. Xiao Z, Zhou L, Xu. L, Liang F, Tian. L, Jiang L, et al. 38-year-old woman with nasal congestion: A rare case of septum-originated benign fibrous histiocytoma. *Medicine* (Baltimore) 2019 Jun;**98** (23): e15815. doi: 10.1097/MD.00000000000015815.
27. Takasaki K, Yano.H, Hayashi.T, Kobayashi.T. Nasal lipoma. *J Laryngol Otol* 2000; **114** (3): 218-220. doi: 10.1258/0022215001905166.
28. Jahandideh. H, Firouzabadi FD, Firouzabadi. MD, Jan.D, Roomiani M. Lipoma of the nasal septum: A case report. *Clin Case Rep*. 2020 Sep 16;**8** (12):3028-3031. doi: 10.1002/ccr3.3359.
29. Besachio. D, Quigley. E, Orlandi R, Harnsberger .H, Wiggins. R. Myxoma of the vomer bone. *J Radiol Case Rep*. 2013 Jan;**7** (1):12-7. doi: 10.3941/jrcr.v7i1.1284.
30. Sasaki. T, Yamamoto.K, Akashi. T. Granular cell tumour arising from the Kiesselbach's area of the nasal septum. *J Laryngol Otol*. 2007 Feb;**121** (2):170-173. doi: 10.1017/S002221510600394X.
31. Hwang. JS, Ang. HK, Aw. CY. Case report of a granular cell tumour in the nasal septum of a child. *Singapore Med J*. 2001 Aug;**42** (8):378-379.
32. Bailey. Q. Choanal polyp arising from the posterior end of the nasal septum. *J Laryngol Otol* 1979; **93** (7):735-6. doi: 10.1017/s0022215100087624.
33. Akdogan.MV, Aydin.E, Ozgirgin.ON. Bilateral nasal polyps originating from the nasal septum: a case report. *J Laryngol Otol* 2008 Aug;**122** (8):e20. doi: 10.1017/S0022215108002910.

Comment citer cet article: Kharoubi S. Variétés histologiques des tumeurs bénignes du septum nasal : une série documentaire de 30 cas. *Ann Afr Med* 2023; **16** (2): e5104-e5111. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i2.10>