

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne démocratique et populaire

Ministère de l'enseignement
supérieur et de la recherche
scientifique
UNIVERSITE AB OU BEKR B ELKAÏD
FACULTE D E MEDECINE DR. B.
BENZERDJEB - TLEMEN



وزارة التعليم العالي
و البحث العلمي
جامعة ابوبكر بلقايد
كلية الطب
د.ب.بن زرجب- تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE

Mémoire de fin d'études pour l'obtention
Du diplôme de docteur en médecine

Thème :

KYSTES ET FISTULES DU COU

Au service de chirurgie infantile à l'EHS mère et enfant - Tlemcen

Réalisé par : BOURICHE Imane

DELLAL Nesrine Nor EL Imane

MEDJAHED Hanane

SELLAM Rym

Encadreurs : professeur ABOUBEKR

Année universitaire :

2021/2022

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

DEDICADES

AU

Bon dieu

Tout puissant

*Qui nous a donné la santé et la volonté pour entamer et
terminer ce travail.*

À

Nos parents,

*Pour l'aide et les encouragements que vous nous avez
apportés tout au long de notre vie.*

À

Nos frères et sœurs

Pour leur affection et leur présence.

À

Tous nos ami(e)s

*Pour ces études et cette vie étudiante mouvementée que l'on a
vécu ensemble.*

Et à

*Tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à
l'aboutissement de ce travail.*

REMRCIEMENT

A

Notre Maître et Encadreur de mémoire

Mr ABOUBEKR

Professeur de chirurgie pédiatrique à EHS-TLEMCEM

*C'est un grand honneur de nous avoir confié la
responsabilité de ce travail.*

Nous espérons avoir mérité votre confiance.

*Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre vive
gratitude et de nos respectueux sentiments.*

Au

*Corps professoral et administratif de la faculté de médecine
Tlemcen pour la richesse et la qualité de leurs enseignements
et qui déploient de grands efforts pour assurer à leurs
étudiants une formation actualisée et tous ceux qui ont de
près ou de loin contribué à la réalisation de notre formation.*

SOMMAIRE

Partie théorique

1. Introduction	2
2. Rappel embryologique.....	3
3. Anatomie et topographie descriptive	7
• la région antérieure.....	7
• la région latérale.....	9
• la région de la nuque.....	9
Axe vasculo-nerveux du cou.....	10
• La constitution de l'axe vasculo-nerveux.....	10
• Rapports généraux.....	11
Axe viscéral du cou et ses rapports.....	11
• Le larynx	11
• L trachée cervicale.....	12
• L'hypopharynx.....	12
• L'œsophage cervical.....	12
• La glande thyroïde.....	12
• Les parathyroïdes.....	13
Drainage lymphatique du cou	13
4. Kystes et fistules latéraux.....	18
• Fistules préheliciennes.....	18
• Kystes et fistules de la 1 ^e fente brachiale	20
• Kystes et fistules du 2 ^e arc brachial	23
• Kystes et fistules du 3 ^e arc brachial.....	24
• Kystes et fistules du 4 ^e arc brachial.....	25
• kyste thymiques.....	25

5. Kystes et fistules médians.....	26
• Kyste du tractus théryoglosse.....	26
• Kystes dermoïdes sous mentaux.....	26
6. Démarche diagnostique devant une masse cervicale de l'enfant.....	27
• Interrogatoire	27
• Examen clinique.....	27
• Examens complémentaires.....	27
• Etiologies d'origines congénitales.....	29
• Etiologies d'origines infectieuses.....	36
• Etiologies d'origines tumorales.....	37
• Etiologies d'origines pseudo-masse.....	38
7. Complication	39
8. Traitement	40
• Evaluation pré anesthésique.....	40
• Mise en condition	40
• Monitoring.....	40
• Moyens chirurgicaux.....	41
• Suites opératoires	42
 Partie pratique	
1. Le 1 ^e cas : fistule de la région cervicale supra claviculaire.....	44
2. Le 2 ^e cas : fistule latéro-cervicale pré-auriculaire surinfecté.....	47
3. Conduite à tenir devant un kyste brachial.....	49/51
4. Conduite à tenir devant un kyste théryoglosse.....	50/52
 Conclusion.....	 53
Bibliographie.....	54

PARTIE THEORIQUE

Introduction:

Les lésions cervicales chez les enfants sont un sujet de préoccupation pour les parents et posent un défi pour les cliniciens en raison de la présence d'une variété de structures dans le cou.

Les tuméfactions du cou méritent une évaluation détaillée pour deux raisons principales l'une étant l'aspect esthétique et l'autre étant la possibilité que la lésion soit maligne.

Les kystes et les fistules congénitaux du cou sont des malformations rares vues dans le cadre de l'urgence en cas d'infection ou bien en consultation à froid.

Les kystes et les fistules latéro-cervicaux sont dus à une évolution anormale des fentes brachiales se présentant le plus souvent sous forme de sinus localisés au bord antérieur du 1/3 inférieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et des kystes amygdaloïdes.

Les kystes et les fistules médio-cervicaux, ils se représentent généralement sous forme d'un kyste médio-cervical dans l'espace thyro-hyoïdien qui peut se révéler par une infection ou une fistulisation.

Le diagnostic et la prise en charge nécessitent une bonne compréhension de leur développement embryonnaire et de leur topographie.

Le seul traitement approprié dans les kystes et les fistules du cou est la chirurgie à condition que les problèmes infectieux soient résolus et la résection soit minutieuse avec résection complète de la fistule afin d'éviter les rechutes et les récives.

La résection complète supprime également le risque de dégénérescence maligne secondaire des kystes du tractus thyroglosses.

Les kystes du canal thyroglosse sont les plus courants, suivis des anomalies de la fente brachiale et les kystes dermoïdes.

Rappel embryonnaire :

L'embryologie de la région cervicale correspond à un enchaînement de fusions et d'enroulement de bourgeons les uns sur les autres et entre les interstices de ceux-ci peut se développer des malformations brachiales.

Les arcs brachiaux sont des structures métamériques qui se forment autour de la quatrième semaine de la vie embryonnaire sur les parois latérales de l'intestin pharyngien et qui guident la morphogénèse de la région cervico-faciale.

Ces arcs sont au nombre de 06, se constituent à partir du mésoblaste et de l'ectomésoenchyme (le mésoblaste céphalique reçoit des cellules issues de la crête neurale et subit une segmentation particulière dans un sens céphalo-caudal, c'est la branchiomérisation) séparés en dehors par des zones de jonctions qui sont les fentes (tissu ectoblastique) et en dedans par l'endoblaste, L'ensemble de ces arcs et fentes constitue l'appareil branchial.

Chaque arc renferme un axe cartilagineux, un segment vasculaire et un nerf crânien et chaque arc va guider la formation de structures anatomiques.

Le devenir de l'appareil brachial :

Concernant les arcs brachiaux :

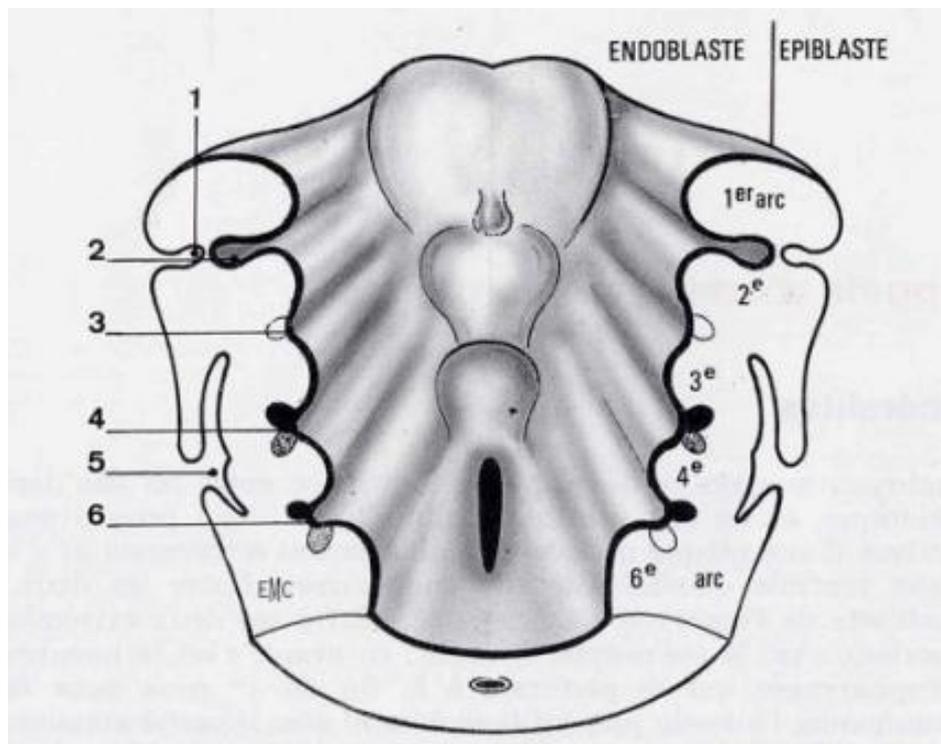
1. Le 1^e arc appelé l'arc mandibulaire : cartilage de meckel , la mandibule, marteau, enclume les muscles masticateurs, nerf trijumeau , artère maxillaire externe.
2. Le 2^e arc : cartilage de reichert , l'étrier, os hyoïde(petites cornes) le muscle de la face et le stylo-hyoidien, nerf facial.
3. Le 3^e arc l'os hyoïde (corps et grandes cornes) , muscle stylo pharyngien , nerf glosso pharyngien , artère carotide interne.
4. Le 4^e arc donne le cartilage thyroïdien , muscle pharyngé crico-thyroidien , muscle crico-pharyngien , nerf laryngé supérieur artère sous clavière droite, la crosse.
5. Le 5^e arc : cartilage cricoïdes et aryténoïdes , muscles laryngés ' nerf récurrent , artère pulmonaire.

Concernant les fentes ectoblastiques :

1. La 1^e : conduit auditif externe.
2. La 2^e : sinus cervical .

Concernant les poches endoblastiques :

1. La 1^e : caisse du tympan, trompe d'eustache .
2. La 2^e : amygdale palatine
3. La 3^e : parathyroïde inférieure, thymus.
4. La 4^e : parathyroïde supérieure, corps ultimo-brachial.



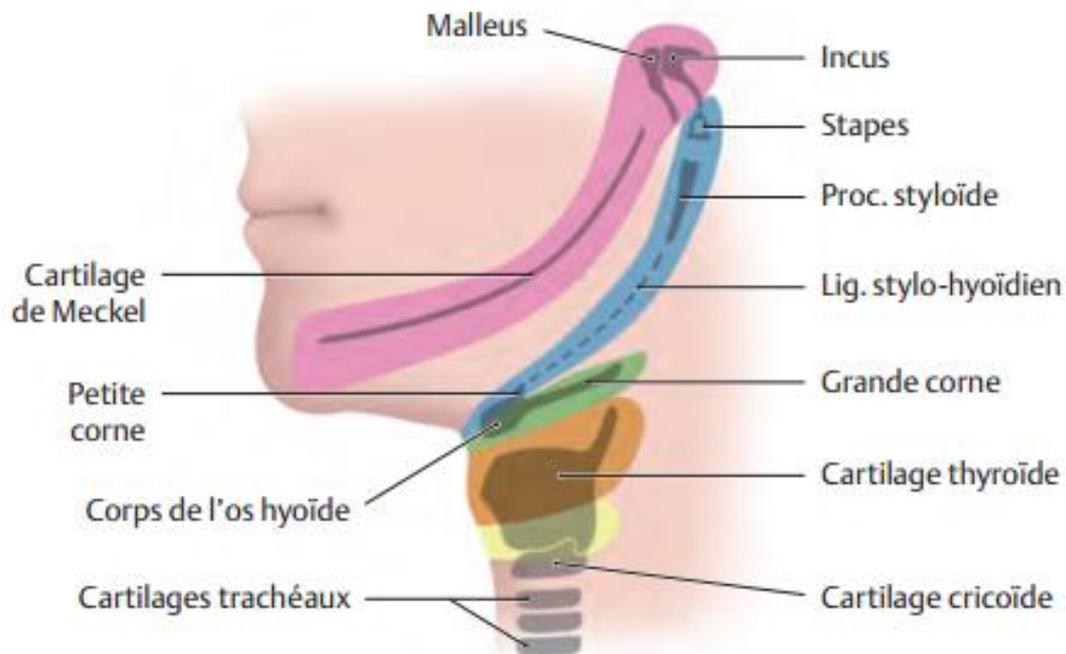
Coupe du pharynx primitif :

1. 1^e fente
2. 1^e poche endoblastique
3. 2^e poche
4. 3^e poche
5. Sinus cervical
6. 4^e poche

A l'état physiologique, ils disparaissent totalement.

Les kystes et les fistules d'origine brachiales résultent d'un défaut de coalescence d'une fente ou d'une poche brachiale entraînant la persistance d'un reliquat de l'appareil brachial.

Les manifestations cliniques sont propres à chaque reliquat embryologique et la localisation de ces anomalies permet de préciser la poche ou la fente brachiale dont elles dérivent.



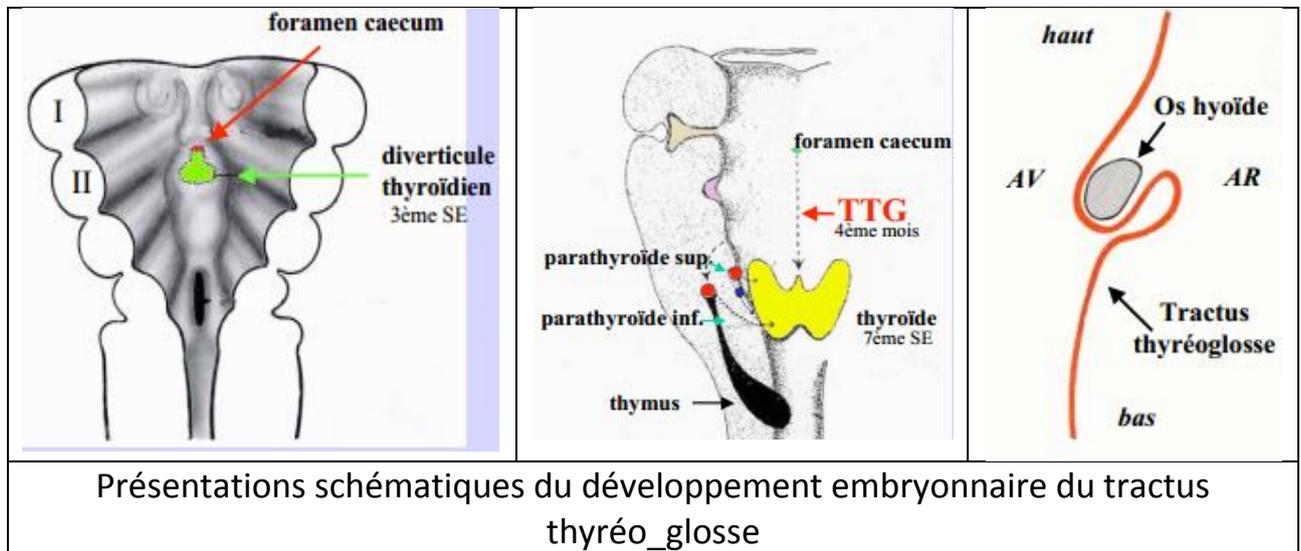
Représentation schématique du développement des arcs brachiaux

Le développement embryologique de la glande thyroïde commence à la troisième semaine de développement par une prolifération épithéliale du plancher de l'intestin pharyngien (foramen cæcum) qui forment les thyrocytes ultérieurement, cette ébauche thyroïdienne s'enfonce dans le mésoblaste sous jacent en avant de l'intestin pharyngien donnant le diverticule bilobé. Au cours de la migration qui se fait en avant de l'os hyoïde et des cartilage du larynx, il ya une persistance d'un canal appelé le canal thyroglosse qui disparaît secondairement .Vers la 7ème semaine : la glande thyroïde est en place et en Fin du 3ème mois : début d'activité (1ers follicules remplis de colloïde).

Concernant les Anomalies de développement :

- C est Quasi physiologiques :
 - Le Foramen caecum : dépression au niveau de la base de langue.
 - Lobe pyramidal : extrémité distale du tractus thyroglosse.

- C est pathologiques :
 - Kystes du tractus thyroïdienne en tous points du trajet de migration de l'ébauche thyroïdienne apparaissent sur la ligne médiane du cou.
 - Thyroïdes ectopiques : Îlots thyroïdiens sur même trajet > le plus souvent au niveau de la base de la langue.



Devenir de l'appareil branchial:

	Arc branchial	Fente ectoblastique	Poche endoblastique
Premier	Cart. de Meckel, Mandibule, Marteau, Enclume, Muscles masticateurs, Nervef trijumeau, Artère maxillaire interne	Conduit auditif externe	Caisse du tympan Trompe d'Eustache
Deuxième	Cart. de Reichert, Etrier, Os hyoïde (petites cornes), Muscles de la face et Stylohyoïdien, Nervef facial	Sinus cervical	Amygdale palatine
Troisième	Os hyoïde (corps et grandes cornes), Muscles vélairef et Stylo-pharyngien, Nervef glosso-pharyngien, Artère carotide interne		Parathyroïde inférieure Thymus
Quatrième	Cart. thyroïde, Muscles pharyngés, crico-thyroïdien, crico-pharyngien, Nervef laryngé supérieur, Artère sous clavière droite, Crosse aortique		Parathyroïde supérieure Corps ultimo-branchial
Cinquième	Cart. cricoïde et aryténoïdes, Muscles laryngés, Nervef récurrent, Artère pulmonaire		

I. ANATOMIE DESCRIPTIVE ET TOPOGRAPHIQUE :

Le cou est la région anatomique qui unit le tronc à la tête et il comprend deux parties :

La région antérolatérale : zone musculo-viscérale et de passage vasculo-nerveux.

La région nucale ou postérieure : zone musculaire faite de muscles constituant un rempart pour les régions antérolatérales et sollicités pour étendre la colonne et relever la tête.

Les limites supérieures et superficielles du cou sont représentées par un plan horizontal passant par le bord inférieur de la mandibule et de l'apophyse mastoïde et se prolongeant, en arrière jusqu'à la protubérance occipitale externe.

Ses limites inférieures passent par un plan horizontal tendues de la fourchette sternale, passant par le bord supérieur de la clavicule et se prolongeant en arrière, jusqu'à l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale.

Les limites profondes sont par contre moins nettes et ne sont superposables aux limites superficielles que partiellement. Les espaces profonds du cou sont contigus aux espaces profonds de la face et communiquent par ailleurs avec le médiastin en bas.

Le cou est divisé en plusieurs régions topographiques, d'importance variable ayant des éléments communs qui s'interpénètrent dans toutes les directions.

A. LA REGION ANTERIEURE

Ses limites superficielles sont représentées (schéma n°1) :

- En haut par le bord inférieur horizontal de la mandibule,
- En bas par le manubrium sternal,
- Latéralement par les bords antérieurs des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

De forme grossièrement triangulaire à base supérieure ; elle est divisée en deux régions topographiques sus et sous hyoïdiennes par l'os hyoïde.

1- La région sus-hyoïdienne :

Située à la partie antéro-supérieure du cou au dessus de l'os hyoïde et sous-

jaçant au plancher de la bouche dans la concavité du bord inférieur de la mandibule, elle apparaît triangulaire à base hyoïdienne.

En allant de la superficie à la profondeur, le plan de couverture de la région est représenté par la peau, le panicule adipeux limité en profondeur par le fascia superficialis qui se dédouble pour recouvrir le peaucier du cou (ou platysma), le tissu cellulaire et enfin l'aponévrose cervicale superficielle.

Le plan profond est constitué par les muscles dont le digastrique avec ses deux ventres antérieur et postérieur réunis par un tendon intermédiaire, le stylohyoïdien par l'intermédiaire de son extrémité inférieure, le mylohyoïdien et le géniohyoïdien.

La région sus hyoïdienne est divisée par le ventre antérieur du digastrique en trois segments : deux latérales ou sub-mandibulaires et une médiane ou sous mentale qu'on assimile à des triangles.

Le triangle sub-mandibulaire :

Comprend la loge maxillaire constituée de :

- La glande sous maxillaire qui s'y moule et dont se détache de sa face interne le canal de Wharton.
- Le pédicule facial fait de l'artère et de la veine.
- Le nerf lingual et grand hypoglosse.
- Les ganglions du groupe latéral ou sub-mandibulaire.

Le triangle sous-mental :

Ostéo-musculo-aponévrotique, il renferme les ganglions du groupe antérieur ou sous-mental.

2- La région sous-hyoïdienne :

C'est la région antérieure et médiane du cou située au dessous de l'os hyoïde. C'est une région musculo-aponévrotique et viscérale qui contient les principaux viscères du cou.

Plan de couverture

Il est formé de la peau qui recouvre le panicule adipeux limité profondément par le fascia superficialis au dessous duquel se trouve un tissu cellulaire lamelleux lâche.

L'aponévrose cervicale superficielle engaine les muscles sterno-cléido-mastoïdiens (SCM) et s'unit sur la ligne médiane à l'aponévrose cervicale moyenne (ACM) pour former la ligne blanche sous hyoïdienne.

L'ACM s'étend de l'os hyoïde au manubrium sternal. Elle se dédouble en

deux feuillets :

Un profond qui engaine les muscles profonds : thyroïdien et omohyoïdien.

Un superficiel qui engaine les muscles superficiels : sternocléido-hyoïdiens et omohyoïdiens.

Les muscles sterno-cléido-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens forment le losange de trachéotomie recouvert par la ligne blanche cervicale.

Axe viscéral du cou :

Il est formé par le conduit laryngo-trachéal, le conduit pharyngoesophagien, la thyroïde et les parathyroïdes engainés dans la gaine viscérale qui contient en outre les nerfs récurrents et les ganglions de la chaîne récurrentielle.

B. LA REGION LATÉRALE (Schéma n°2) :

La région latérale proprement dite du cou forme un triangle à base inférieure limité, en arrière par le muscle trapèze, en avant par le muscle sternocléido-mastoïdien et en bas par la clavicule, elle comprend deux grandes régions : sterno-cléido-mastoïdienne (ou carotidienne) et sus claviculaire.

1-La région sterno-cléido-mastoïdienne:

Située sur la partie antérolatérale du cou, en dehors de l'axe viscéral et en avant de la région sus-claviculaire, cette région quadrilatère, traversée par le paquet vasculo-nerveux du cou est entièrement recouverte par le muscle SCM. Ce muscle est tendu du sternum et de la clavicule à l'apophyse mastoïde et à la partie adjacente de la ligne courbe supérieure de l'occipital. Il se décompose en trois faisceaux disposés en deux couches : la couche profonde correspond au cléido-mastoïdien et la couche superficielle est composée des sterno-mastoïdien et cléido-occipital.

2-La région sus claviculaire :

Région de transition entre le cou, le médiastin et le membre supérieur, ces plans de couverture sont : un plan superficiel constitué par le platysma, un plan moyen représenté par la lame superficielle du fascia cervical engainant les muscles SCM en avant et le muscle trapèze en arrière, et un plan profond formé par le muscle omohyoïdien engainé par la lame prétrachéale du fascia cervical.

La région sus-claviculaire a une forme de pyramide triangulaire traversée d'importants éléments vasculo-nerveux lui conférant une organisation complexe.

C. LA REGION DE LA NUQUE

La nuque est la région dorsale du cou, organisée autour du rachis cervical, de nature essentiellement musculaire. Elle est limitée en avant par la lame prévertébrale du fascia cervical, en haut par l'os occipital (protubérance occipitale externe et latéralement ligne nucale supérieure), et en bas par la ligne horizontale reliant le processus épineux de la septième vertèbre cervicale aux articulations acromio-claviculaires latéralement. L'ensemble des muscles appartenant à la région de la nuque sont extenseurs du rachis cervical, ou de la tête sur le cou, certains d'entre eux s'enroulant sur la colonne entraînent des mouvements d'inclinaison latérale et de rotation.

II. AXE VASCULO-NERVEUX DU COU

L'axe vasculo-nerveux du cou comporte la colonne de vaisseaux et de nerfs comprise dans une gaine aponévrotique commune, située de chaque côté de l'axe viscéral et tendue depuis la base du crâne jusqu'à la base du cou.

A. CONSTITUTION DE L'AXE VASCULO-NERVEUX (schéma n°3)

La région sterno-cléido-mastoïdienne contient le paquet vasculo-nerveux à destinée cervico-faciale et céphalique.

1- L'artère carotide primitive ou carotide commune :

Naît à droite de la bifurcation du tronc brachio-céphalique et à gauche de la crosse de l'aorte. Au cours de son trajet, elle ne donne pas de collatérales et bifurque en deux branches externe et interne au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde en avant et de C4 en arrière.

La carotide interne ne donne pas de branches collatérales, tandis que la carotide externe donne naissance à un groupe de branches collatérales dont font partie les artères pharyngiennes ascendantes et thyroïdiennes supérieures.

2- la veine jugulaire interne :

Issue du trou déchiré postérieur où elle fait suite au sinus latéral, descend en dehors des artères carotide interne et primitive et reçoit au cours de ce trajet deux collatérales: le tronc thyro-linguo-facial et l'inconstante veine thyroïdienne moyenne.

3- Les éléments nerveux :

Le nerf vague chemine dans l'angle formé par l'accolement de la veine jugulaire interne et l'artère carotide interne.

Le nerf hypoglosse décrit un court trajet dans la région sterno-cléido-

mastoïdienne, il chemine entre le nerf vague médialement et la veine jugulaire interne latéralement.

B. RAPPORTS GENERAUX :

En arrière : la région pré vertébral et ses éléments :

- Nerveux : branches profondes du plexus cervical et la chaîne sympathique cervicale.
- Vasculaires : artères et veines vertébrales entre le long du cou en dedans et le muscle scalène antérieur en dehors.

En dedans : l'axe aéro-digestif du cou avec :

- En haut : le larynx et le pharynx.
- En bas : la trachée et l'œsophage.
- Le nerf laryngé sup. et le nerf laryngé récurrent.

En avant :

- Au dessous de l'os hyoïde : les muscles sous hyoïdiens et le corps thyroïde.
- Au dessus de l'os hyoïde : la région sus hyoïdienne et la glande sous maxillaire.

En haut : la région carotidienne qui communique avec :

- La région parotidienne en avant.
- L'espace sous parotidien post en arrière.

En bas : le médiastin et le creux sus claviculaire.

III. AXE VISCERAL DU COU ET SES RAPPORTS (schéma n°3).

L'axe viscéral du cou est un axe aérodigestif médian. Il fait suite en haut à l'oropharynx et se poursuit en bas par la trachée thoracique et l'œsophage thoracique. Il est constitué par :

La partie inférieure du pharynx.

Le larynx et la trachée.

L'œsophage cervical.

La thyroïde et les parathyroïdes.

A. LE LARYNX

Organe de la phonation, est une portion rétrécie de l'arbre respiratoire, Il s'ouvre en haut dans la partie supérieure de l'hypopharynx et se poursuit en bas par la trachée cervicale. Il comprend trois grands cartilages: thyroïde, cricoïde et épiglotte, deux cartilages fonctionnels, les aryténoïdes. Le tout est uni par une membrane fibro-élastique, qui délimite le tube laryngé.

Deux pédicules vasculo-nerveux abordent le larynx de chaque côté: en haut, l'artère laryngée supérieure et le nerf laryngé supérieur, en bas,

l'artère laryngée inférieure et le nerf récurrent, qui s'engagent sous le constricteur inférieur du pharynx.

B. LA TRACHÉE CERVICALE :

La trachée est une structure tubulaire de nature fibro-cartilagineuse faisant suite au larynx à la hauteur du bord inférieur de la sixième vertèbre cervicale, pour se terminer dans le thorax en bronches principales droite et gauche à la hauteur de la cinquième vertèbre thoracique. Elle est représentée par ses sept ou huit premiers anneaux, fermés en arrière par le muscle trachéal, sous-jacente au cartilage cricoïde, elle devient de plus en plus profonde.

La trachée cervicale est en rapport en avant et latéralement avec la glande thyroïde et le pédicule vasculo-nerveux du cou, en arrière avec l'œsophage.

C. L'HYPHARYNX :

Le pharynx, conduit musculo-membraneux vertical, situé en avant du rachis cervical, de la base du crâne au bord inférieur de la sixième vertèbre cervicale, appartient à l'axe viscéral du cou par sa partie inférieure :

l'hypopharynx. La paroi de l'hypopharynx comprend une muqueuse digestive, doublée d'une épaisse couche conjonctive, le fascia pharyngo-basilaire, et les muscles constricteurs moyen et inférieur du pharynx.

La vascularisation de l'hypopharynx dépend des pédicules laryngés supérieur et postéro-inférieur. L'innervation sensitive de l'hypopharynx, essentielle pour la déglutition, est assurée par le nerf laryngé supérieur.

La face antérieure de l'hypopharynx est concave et moule le larynx. Sa face postérieure est également concave, appliquée sur les muscles prévertébraux.

D. L'ŒSOPHAGE CERVICAL :

L'œsophage cervical fait suite à l'hypopharynx en regard du bord inférieur du cartilage cricoïde. L'œsophage cervical est en rapport :

- En avant avec la trachée cervicale qu'il déborde légèrement à gauche pour se mettre en contact avec le nerf récurrent, le lobe thyroïdien,
- Latéralement, avec le paquet vasculo-nerveux et les plans musculo-aponévrotiques latéraux,
- En arrière, avec le plan prévertébral et la chaîne sympathique cervicale.

E. LA GLANDE THYROÏDE :

C'est une glande endocrine, en forme de fer à cheval; elle comprend en arrière deux lobes latéraux verticaux, unis par un isthme médian transversal.

L'isthme pré trachéal, adhère aux premiers anneaux de la trachée, le lobe latéral s'étend du larynx à la base du cou.

Elle est richement vascularisée: l'artère thyroïdienne supérieure, branche de la carotide externe, l'aborde au pôle supérieur du lobe latéral, la veine satellite se jette dans la jugulaire interne. Au pôle inférieur aboutit l'artère thyroïdienne inférieure, branche de la sous-clavière, elle croise à ce niveau le nerf récurrent. Une véritable lame veineuse descend du versant inférieur de la thyroïde vers les troncs veineux brachio-céphaliques.

Les rapports de La glande thyroïde sont représentés :

- En avant : par les muscles infra hyoïdiens.
- En arrière : par les glandes parathyroïdes (entouré de fascia thyroïdien), les éléments vasculaires (carotide commune et VJI), artère thyroïdienne et nerf laryngé inférieur à distance des vaisseaux.
- Médialement : la loge thyroïdienne est en rapport avec l'axe viscéral du cou, moulée sur l'axe laryngo-trachéal.

F. LES PARATHYROIDES

Les glandes parathyroïdes sont des petites glandes endocrines de 5 mm de grand axe, généralement au nombre de quatre, situées habituellement dans la loge thyroïdienne au bord postéro-médial des lobes thyroïdiens. La vascularisation des glandes parathyroïdes est assurée par les artères parathyroïdienne supérieure issue de l'artère thyroïdienne inférieure (ou parfois de l'artère thyroïdienne supérieure) et parathyroïdienne inférieure. L'innervation assurée par des rameaux venant du nerf récurrent et du nerf thyroïdien inférieur issu du ganglion cervical inférieur.

IV. DRAINAGE LYMPHATIQUE DU COU (schéma n°4) :

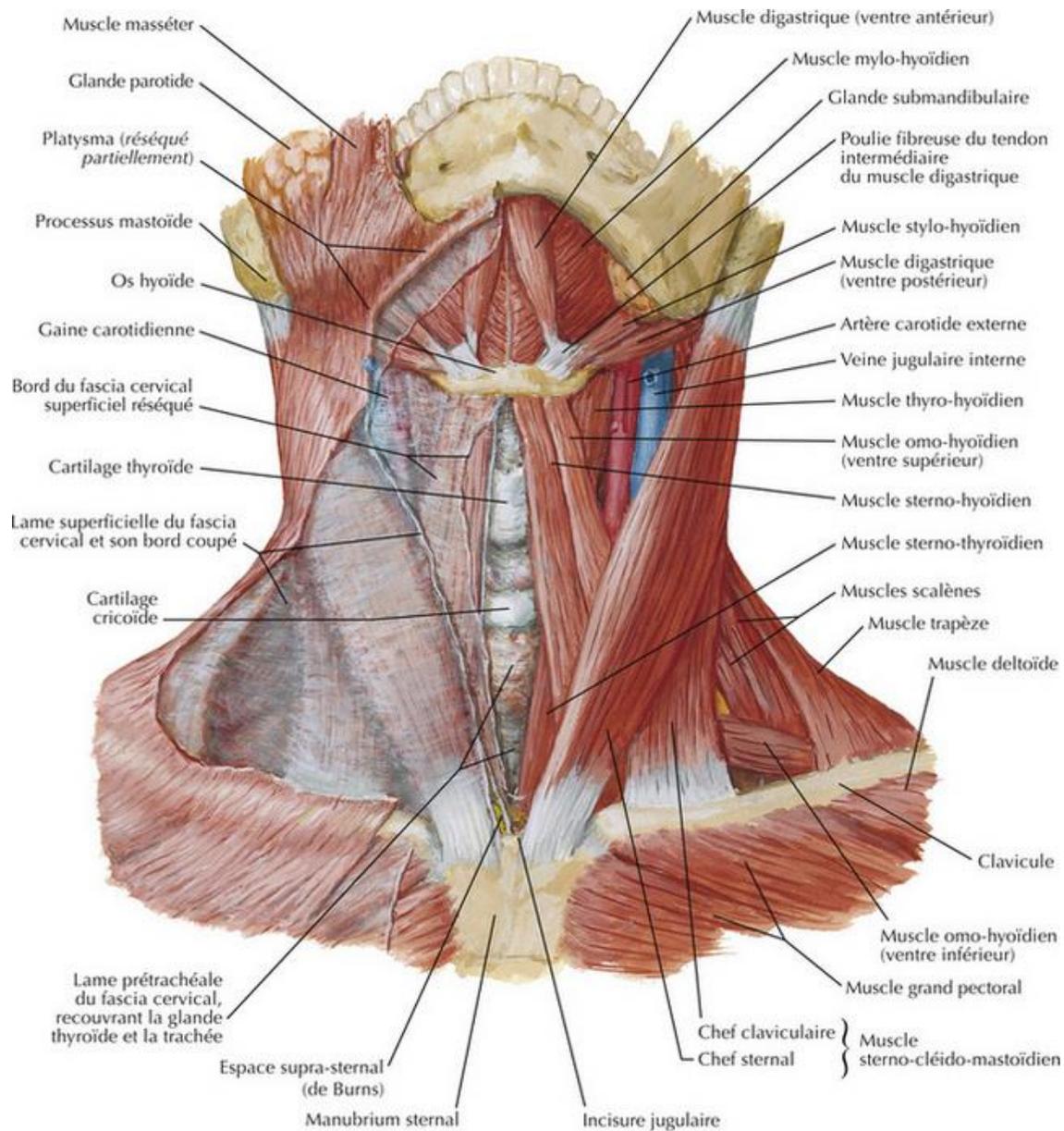
Proportionnellement, la région cervico-faciale regroupe la plus grande partie des ganglions du corps humain (environ 400/700), ce qui représente plus que la moitié.

Les ganglions cervicaux siègent entre le fascia cervical profond et le fascia pré vertébral.

De nombreuses classifications ont été conçues et utilisées, la plupart s'inspirant de celle de Rouvière. Il était habituel de regrouper les ganglions cervicaux selon leur siège. Cependant cette classification avait l'inconvénient d'être complexe et aussi d'utiliser une terminologie peu précise.

Comme alternative, l'Academy's Committee for Head and Neck Surgery

and oncology propose une classification par groupe ganglionnaire de I à VI avec l'avantage d'une harmonisation et d'une précision dans la nomenclature. Cette nouvelle classification, clinique, intéresse les ganglions palpables et exclut de ce fait les ganglions rétro pharyngés et parotidiens.



F. N. 2010

Schéma 1 : Vue antérieur du cou illustrant les différents plans musculaires.

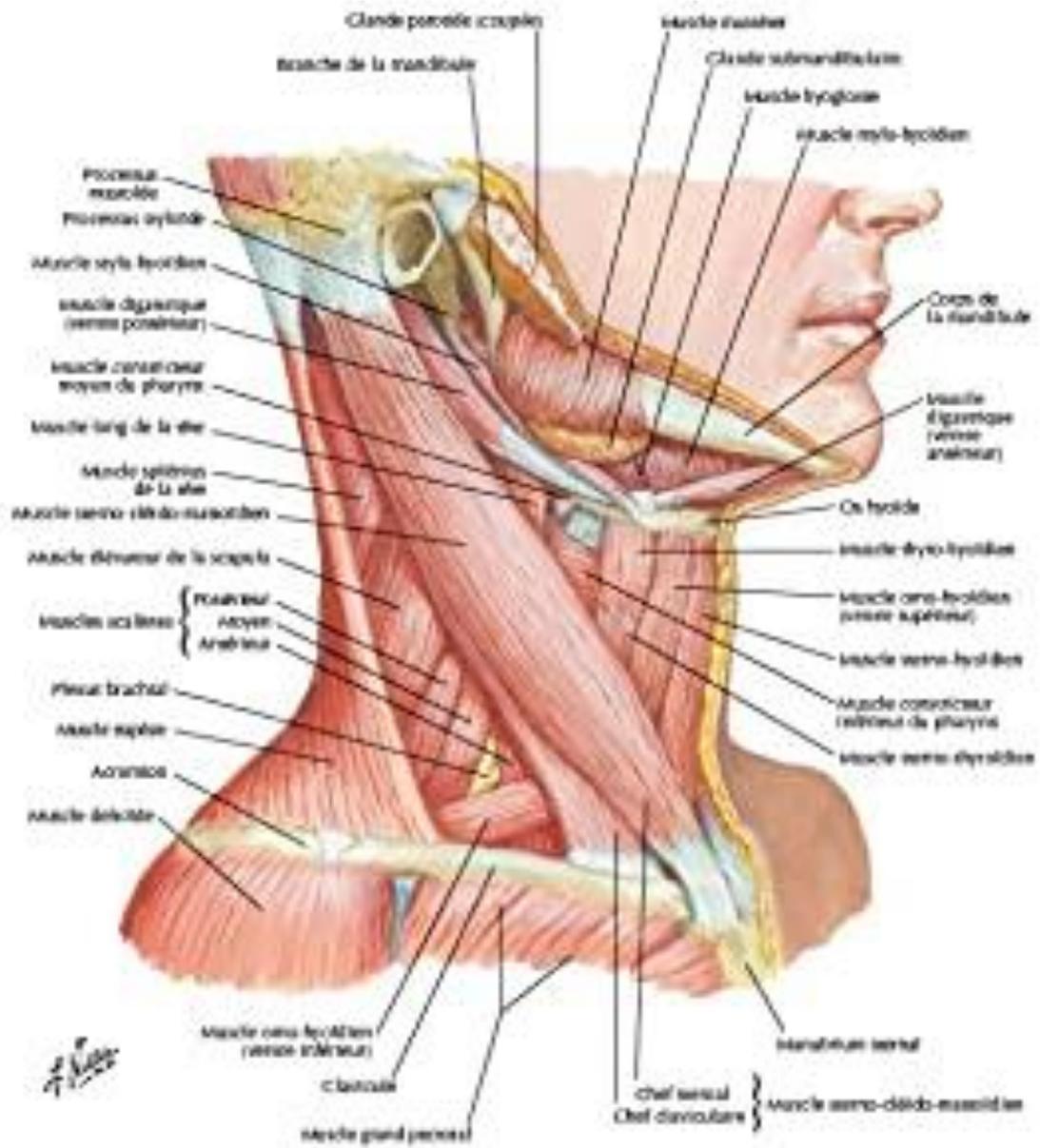


Schéma n°2 : Vue latérale des muscles du cou.

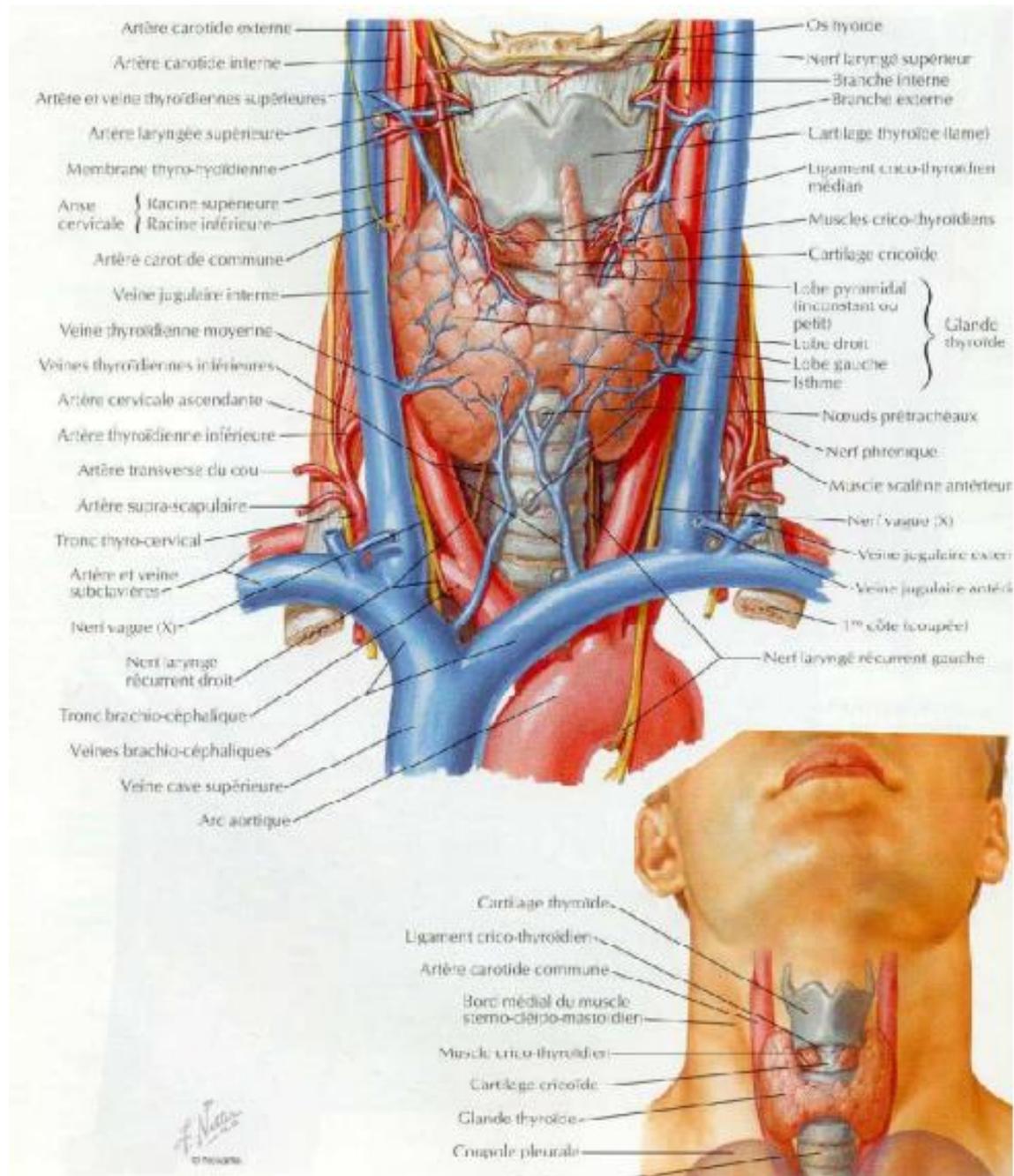


Schéma n °3 :vue antérieur du cou montrant l'axe viscéral et vasculo- nerveux du cou.

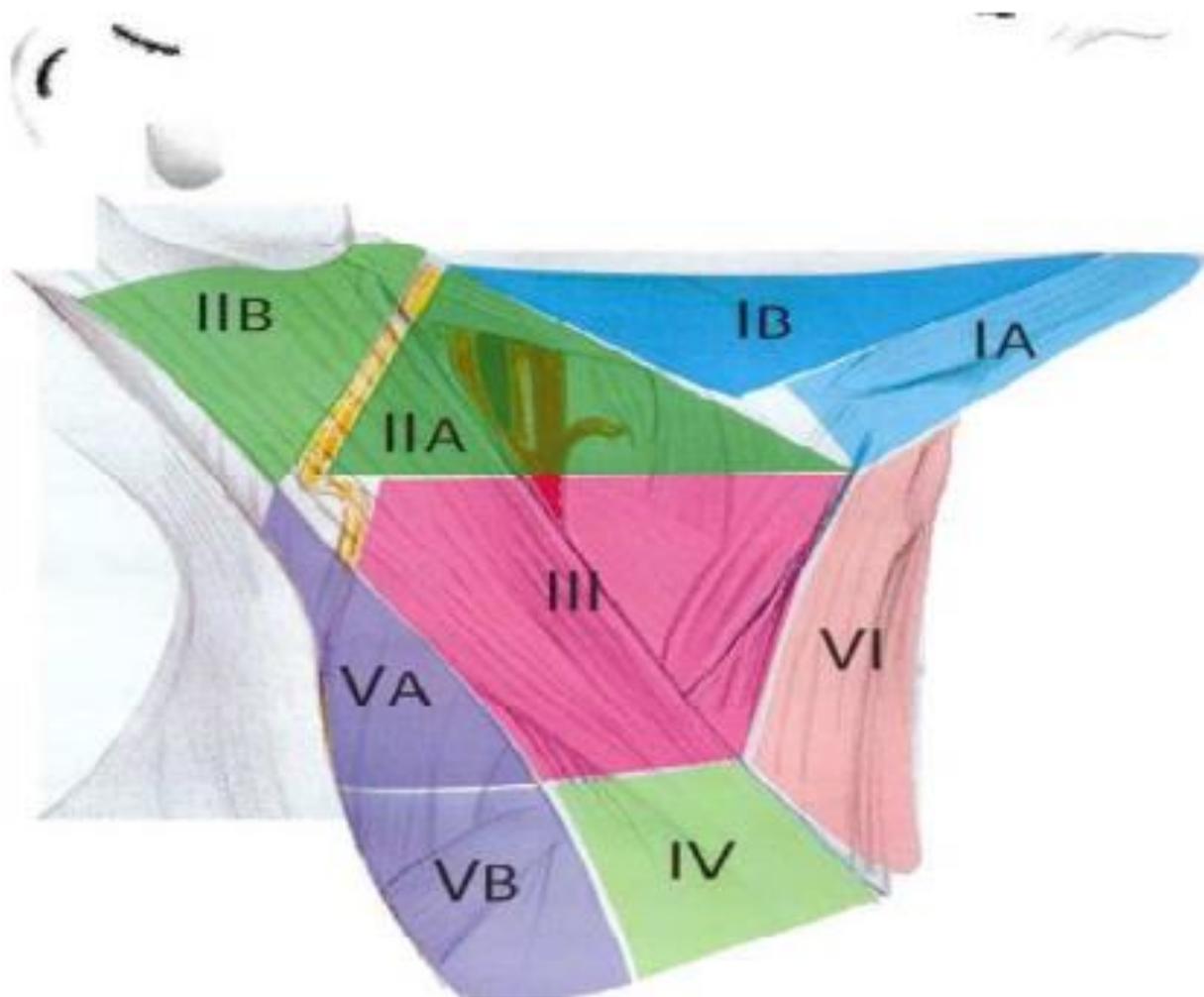


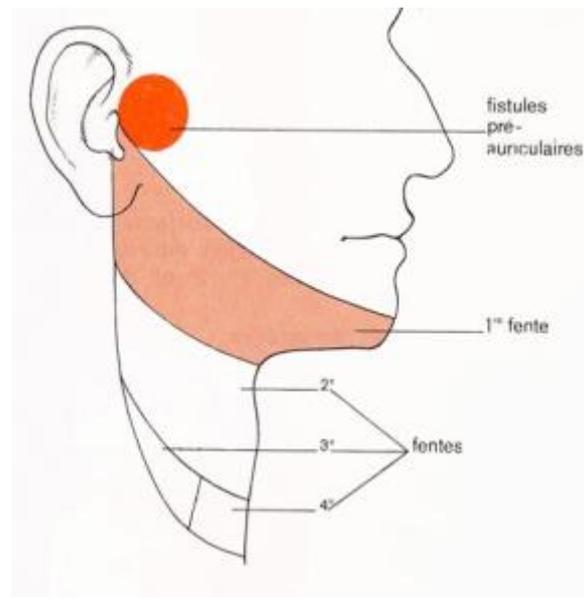
Schéma n°4 : Niveaux ganglionnaire du cou

- I a: ggls ss-mentaux, triangle entre les chefs antérieurs des m. digastriques et l'os hyoïde.
- I b: ggls ss-mandibulaires, entre le m. digastrique et la mandibule.
- II a: ggls jugulo-carot. 1/3 sup. H : base du crâne; B : os hyoïde ; Ant : m. digastrique; Post : XI.
- IIb: ggls spinaux. 1/3 sup H & B : idem ; Ant: X ; Post :Bord post. SCM
- III : ggls jugulo-carot. 1/3 moy. ; H : os hyoïde ; B : m. omo-hyoïdien ; Ant : Bord ant. SCM ; Post : Bord post. SCM
- IV: ggls jugulo-carot. 1/3 inf.; H : m. omo-hyoïdien; B : Clavicule ; Ant & Post : idem
- V:ggls spinaux 2/3 inf. ; H : os hyoïde ; B : pédicule transverse ; Ant : Bord post. SCM ; Post : Bord ant. M. Trapèze
- VI: compartiment antérieur.

Les kystes et les fistules cervicales

Les kystes et fistules cervicales sont des malformations embryologiques peu fréquentes ; on distingue les malformations médianes et latérales qui peuvent être ou non d'origine branchiale ,mais reste un diagnosyique d'élimination .

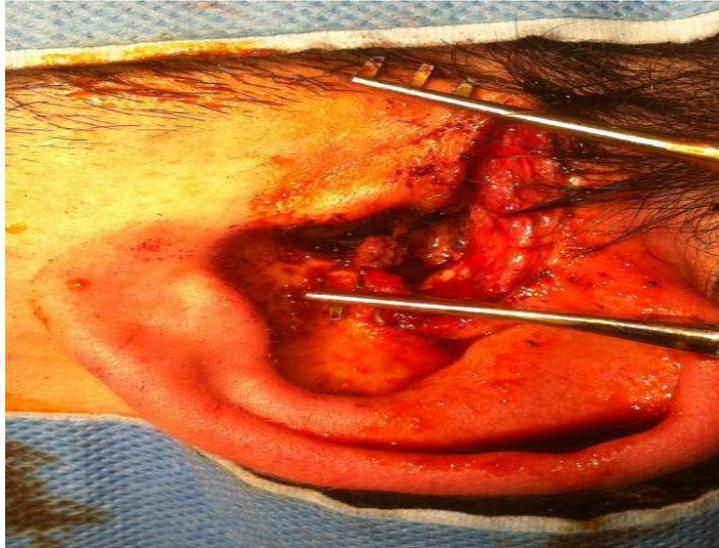
Kystes et fistules latéraux :



Représentation schématique de la localisation des kystes et des fistules latéraux

1. fistules préheliciennes :

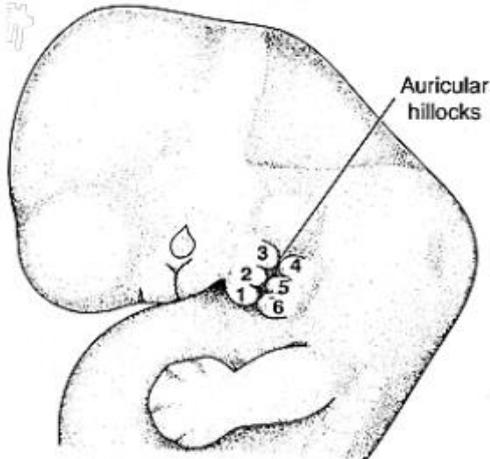
Les plus fréquents, Le pavillon de l'oreille dérive de 6 colliculi, les 3 premiers dérivant du 1^e arc et les 3 derniers dérivant du 2^e arc ;le me a auditif est dérivé du premier arc ; les colliculi peuvent ne pas fusionner complètement et laisser des fistules entre eux ;le plus souvent entre le tragus et la racine de l'hélix, entre l'hélix et l'anthélix, mais aussi rarement dans d'autres régions du pavillon. La fistule reste externe par rapport au fascia temporalis, et se termine au contact ou avec une adhérence au cartilage de l'hélix. Les malformations des colliculi 1-3 peuvent aussi être responsables de colliculi surnuméraires avec présence d'enchondromes pré auriculaires.



fistule préhélicienne



fistule préhélicienne



L'aspect des 06 colliculi

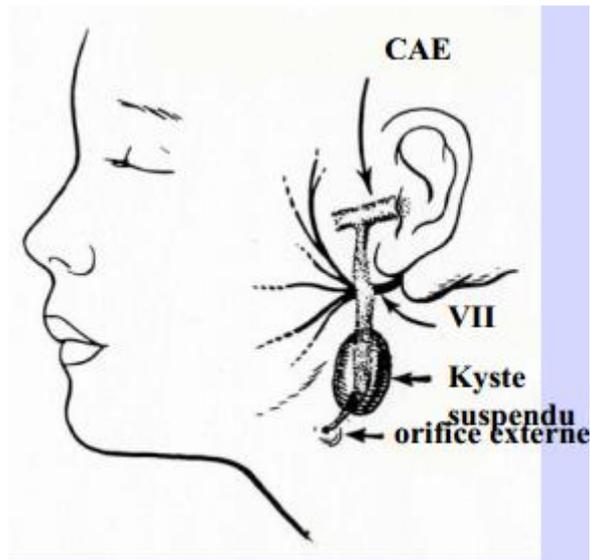
2. kystes et fistules de la 1^e fente branchiale:

Défaut de résorption du 1^e arc branchial ; une fermeture incomplète de la partie ventral du 2^e arc

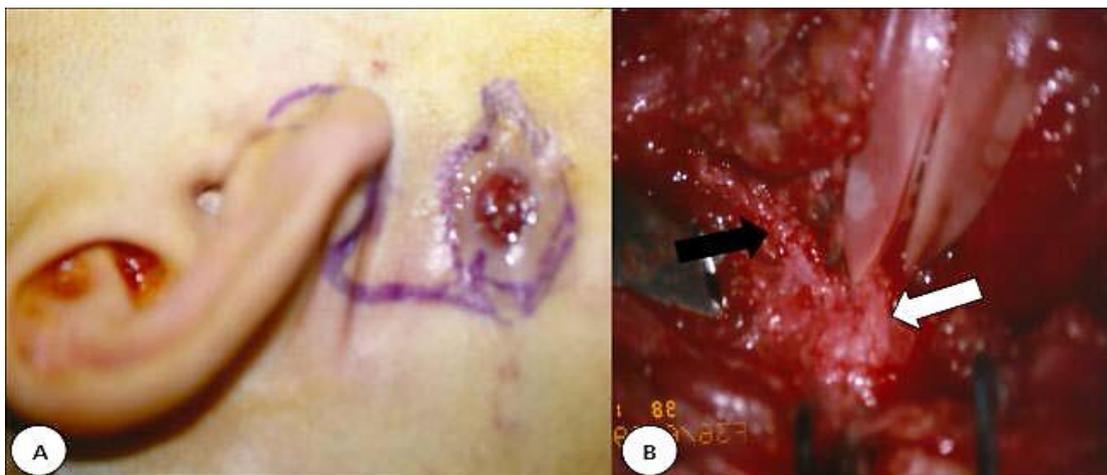
- Malformation de la 1^e fente branchiale de type 1 :
Une duplication du conduit auditif externe avec un trajet parallèle, le kyste siège dans la région rétro auriculaire ou petragienne il n'existe pas un rapport direct avec le nerf facial
- Malformation de la 1^{ère} fente branchiale de type 2 :
Peut prendre l'aspect d'un kyste, fistule complète ou borgne ou une association entre les deux, d'origine ecto ou mésodermique la malformation comporte la peau et les annexes pilo-sébacés et du cartilage ; se localise entre le gonion et le CAE ; L'orifice cutané de la fistule se situe typiquement en sus-hyoïdien , La fistule croise le gonion traverse la parotide et s'abouche règle a la jonction ostéose-cartilagineuse du CAE .



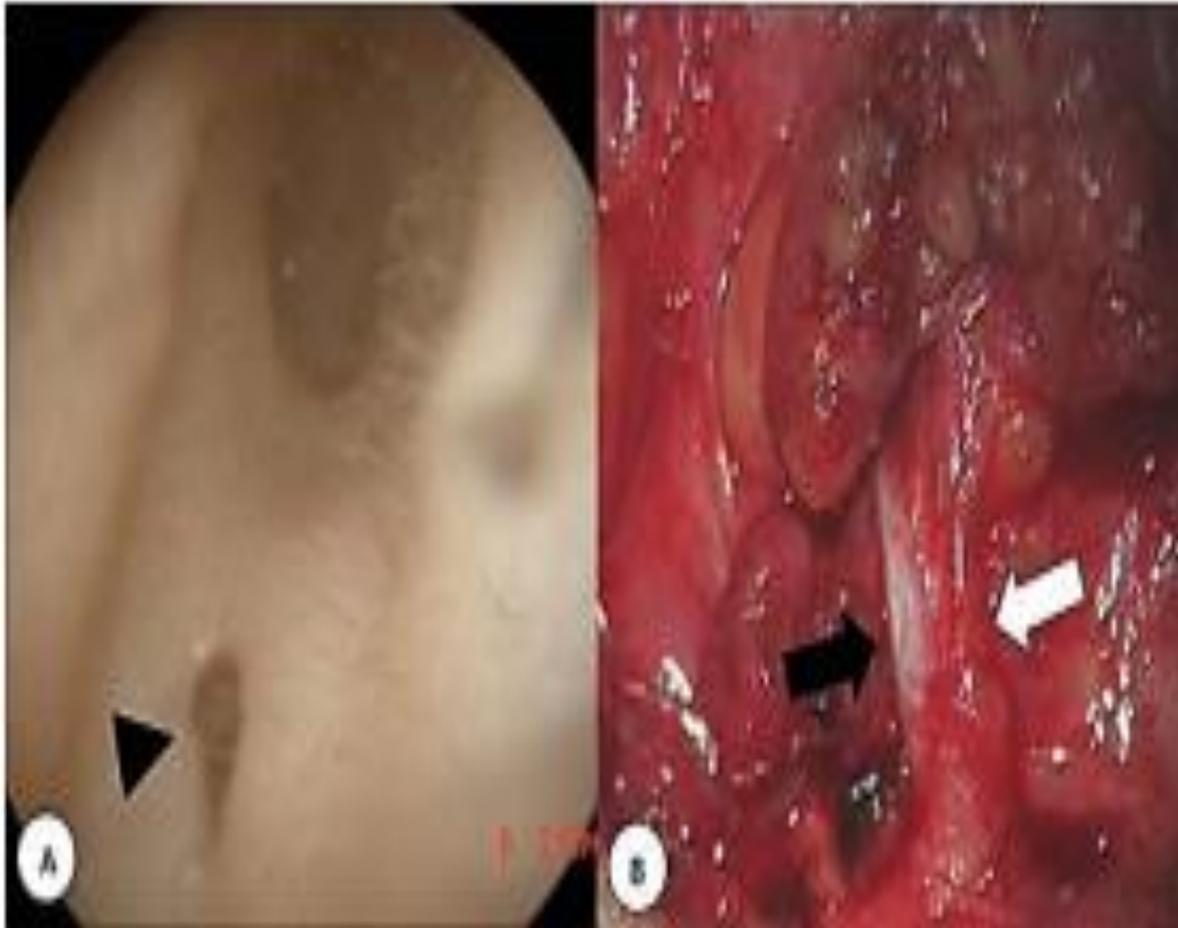
Tuméfaction typique d'un kyste de la 1^e fente.



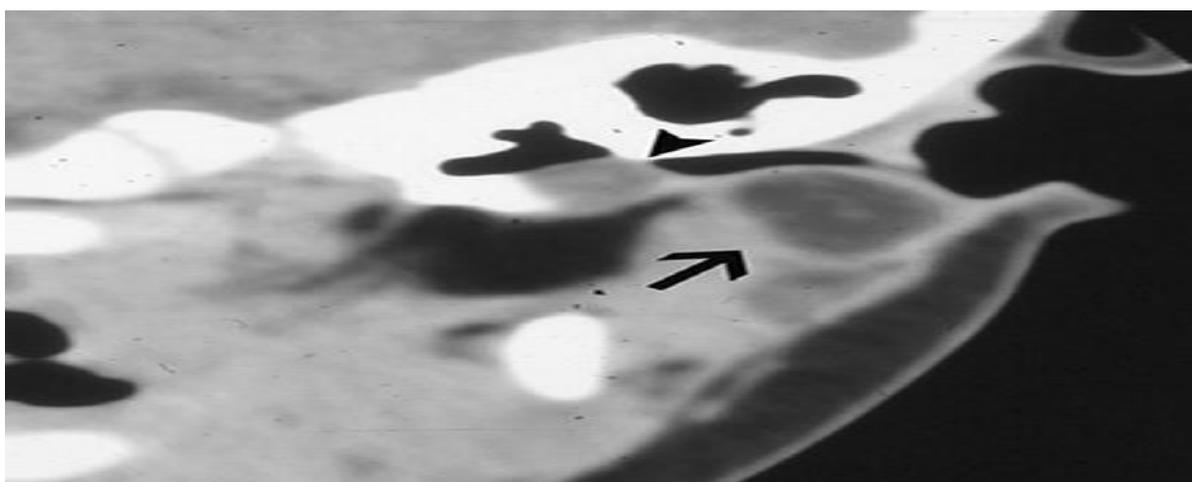
Représentation schématique montrant la localisation du kyste de la 1^e fente



- A. : Fistule au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien;
 B. : Trajet fistuleux (flèche noire) sous le nerf facial (flèche blanche) superficialisant le nerf



- A. : Abouchement de la fistule dans le CAE;
 B. : trajet fistuleux (flèche noire) parallèle au CAE et se terminant sous le
 nerf facial (flèche blanche)



*TDM en coupe coronale d'un kyste de la 1ère fente de type II intra-parotidien
 (flèche) connecté via un plus petit kyste à la jonction ostéose-cartilagineuse du
 CAE*

3. kystes et fistule du 2^e arc branchial :

Plus de 90 % de malformations branchiales proviennent du 2^e arc . Ce dernier participe au développement de l'os hyoïde ;la 2^e et la 3^e et la 4^e fente participent a la formation du sinus cervical de his pour involuer à la suite ,la 2^e poche donnera l'amygdale palatine et la fossette sus amygdalienne par laquelle les malformations du 2^e arc peuvent communiquer avec l'oropharynx .

Ces fistules sont le plus souvent isolées mais peuvent évoquer une association syndromique notamment en cas de forme bilatérale (syndrome oto branchio rénale)

Le trajet du tractus kystique croise le paquet vasculaire jugulo-carotidien suivant des trajets variables jusqu'au pharynx.

Le diagnostique peut être fait a la naissance devant une fistule localisée au niveau du bords antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien ou tardivement devant une surinfection



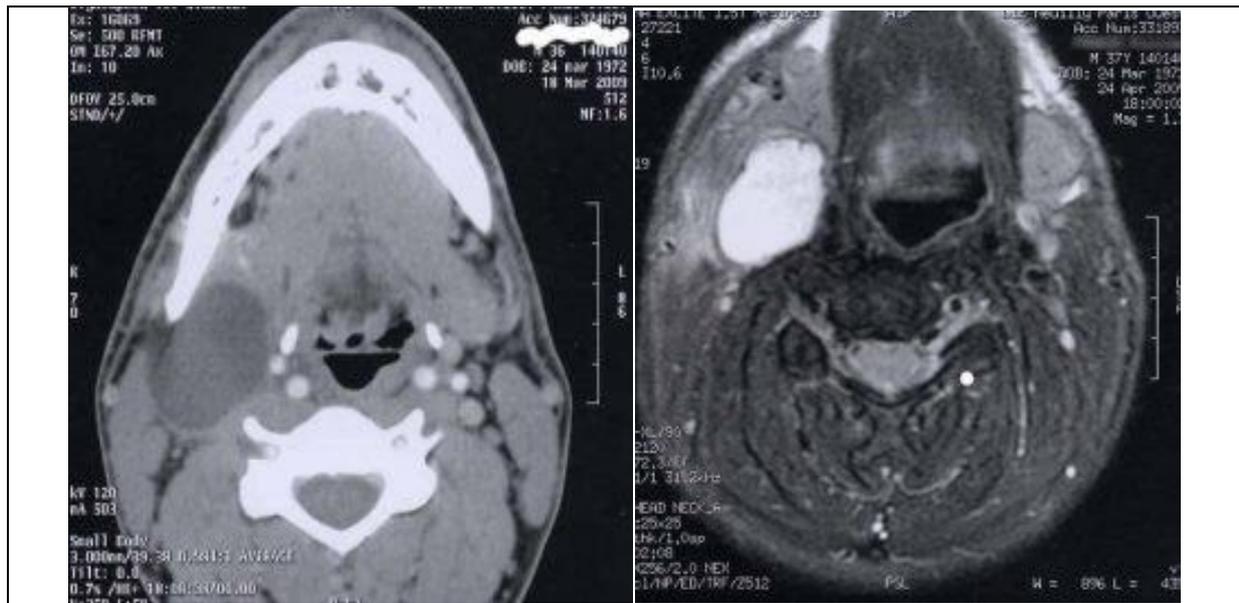
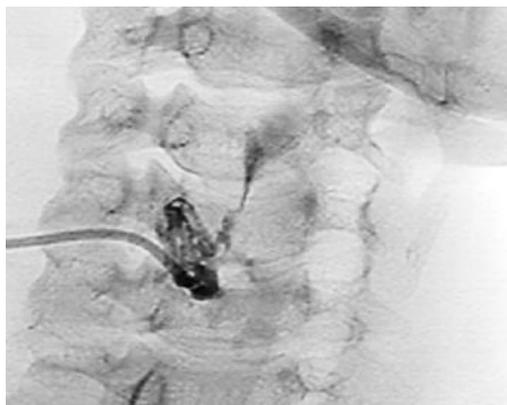


Figure n° : Clichés Scanner et IRM (kyste du 2^{ème} Arc) (Archives Dr Golgolab)

4. Kyste et fistule du 3^e arc branchiale :

Une fistule passe au dessous du platysma remonte derrière la carotide interne ;tourne au dessous du 12 ;continue au dessus du nerfs laryngé supérieur ,traverse la membrane thyro-hyoïdienne et s'abouche à la partie haute du sinus piriforme . Les kystes peuvent être situé en tous endroit de ce trajet

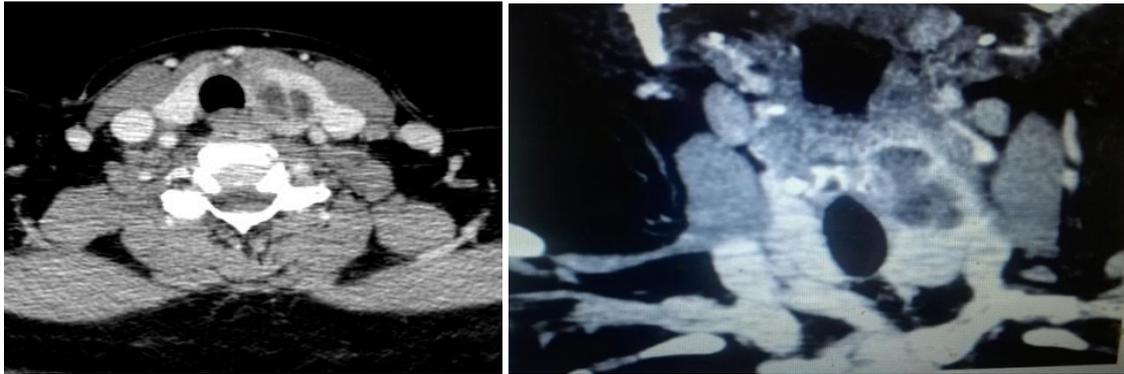


Hypopharyngographie Fluoroscopique avec un cathéter en queue de cochon introduit dans la cavité d'un kyste abcédé de la région du sinus piriforme cervical avec issue de produit de contraste dans ce dernier.

5. Kyste et fistule du 4^e arc :

Extrêmement rare ; surviennent essentiellement au coté gauche et sont typiquement confondu avec des thyroïdites aiguë suppurées ou des abcès cervicaux a répétitions ce sont des malformations muqueuses hypo pharyngés

L'orifice externe de la fistule est retrouvé le long des bords antérieurs du sterno cleido mastoïdien



Kyste du 4ème arc surinfecté repoussant la thyroïde en avant et en dehors

6. Kystes thymiques :

Anomalie de la 3^e poche brachiale ;rare ,touche le plus souvent les garçons se situent dans la majorité des cas a gauche s'explique par un défaut de migration thymique au cours de l'organogenèse ou bien une dégénérescence kystique des résidus thymiques avec migration normale ,le plus souvent localisé au bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, dans la moitié des cas on trouve une extension médiastinale.

Kystes et fistules médians

1. Kyste du tractus thyroglosse

Chez l'enfant, c'est la plus fréquente masse cervicale antérieure et médiane. Le tractus thyro-glosse correspond à la migration de la thyroïde au travers de la base de la langue vers les petites cornes de l'os hyoïde puis au niveau de l'étage cervical antérieur ; Les kystes du tractus thyroglosse (KTT) sont des malformations cervicales congénitales dues à un défaut de résorption du tractus reliant la base de la langue à l'isthme thyroïdien ou à la pyramide de Lalouette. C'est une pathologie fréquente en ORL pédiatrique, elle représente 40% des malformations cervicales congénitales et est aussi la 2ème cause de tuméfaction cervicale chez l'enfant après les adénites



Kyste du tractus thyroglosse : tuméfaction arrondie cervicale antérieure médiane

2. Kystes dermoïdes sous mentaux :

Anomalie de la fermeture de la ligne médiane par défaut d'accolement du premier et deuxième arc branchiaux, souvent isolés situés dans la région supra hyoïdienne sous le plancher buccal.

Démarche diagnostique devant une masse cervicale de l'enfant :

INTERROGATOIRE :

IL est essentiel ; il note :

- les antécédents personnels et familiaux ,notament :
 - les ATCD personnels infectieux, inflammatoires, tumoraux ; traumatiques
 - les notions de voyage récent à l'étranger ou d'immigration récente .
 - des contacts avec des personnes présentant une maladie contagieuse (tuberculose)
 - des contacts avec des animaux (griffure de chat)
- l'ancienneté et le profil évolutif de la masse
- le statut vaccinal (vérifiable dans le carnet de santé)
- la croissance staturo-pondérale (vérifiable dans le carnet de santé)
- la présence de signes :
 - généraux : fièvre , sueurs , altération de l'état général , amaigrissement ,
 - fonctionnels : douleurs , trismus (évocateurs d'une atteinte des muscles masticateurs) dyspnée , dysphagie , dysphonie , paralysie faciale.

EXAMEN CLINIQUE :

Les caractéristiques cliniques de la masse sont précisées : taille, forme, caractère mono ou polylobé , siège, consistance, fixations aux plans superficiels ou profonds , aspect de la peau en regard (coloration, fistulisation), caractère transluminale . Le reste de l'examen ORL comporte une otoscopie ,un examen buccal et oropharyngé à l'abaisse –langue , un examen nasal , pharyngé et laryngé au fibroscope souple sous anesthésie locale et un examen des paires crâniennes. Un examen clinique général de l'enfant est indispensable avec notamment la prise de la température , la palpations des autres aires ganglionnaires , de la rate et du foie

EXAMEN COMPLIMENTAIRES :

Imagerie :

- les clichés standard cervicaux ne sont plus utilisés .
- Léchographie cervicale :en première intention

Contenu: homogène, hétérogène Liquide, mixte, pseudo solide Cloisons, calcifications

Vascularisation: Doppler couleur

Ses avantages : peu coûteux , rapide , non invasif , non irradiant et facile à obtenir

Ses inconvénients : elle nécessite un échographiste expérimenté pour être fiable , elle ne peut pas explorer les régions masquées par de l'os , elle donne des renseignements moins que la TDM et l'IRM que ce soit en terme d'extension ou de nature de lésion .

-La tomodensitométrie avec injection de produit de contraste : Est devenue un examen rapide depuis l'arrivée des scanners multibarrettes , elle est habituellement réalisée avec une sédation en milieu adapté avant l'âge de 03 ans .

Les deux inconvénients de cet examen sont le phénomène d'allergie à l'iode et l'irradiation

-L'IRM :

donne des informations précises sur les diverses caractéristiques de la masse .

Examen de 2ème ou 3ème intention Excellente résolution en contraste et

acquisitions multi planaires. Séquences: -Le T 1: étude anatomique -Le T 2 :

caractérisation lésionnelle Ses inconvénients par rapport à la TDM sont sa

moins grande disponibilité , son coût plus élevé et sa durée de réalisation plus

importante , rendant plus souvent nécessaire une anesthésie générale de

l'enfant.

Autres examens complémentaires :

-bilan biologique inflammatoire et infectieux

-radiographie de thorax

-ponction cytologique

Les autres examens dépendent des résultats du bilan clinique et de l'imagerie

Exp : en cas de masse liquidienne , un examen utile est la ponction sous

anesthésie locale (le plus souvent par application de crème Emla) de son

contenu liquidien avec analyse cytologique .La présence de cellules épithéliales

malpighiennes est en faveur d'un kyste branchial .

LES ETIOLOGIES :

Origine congénitale.

Origine infectieuse.

Origine tumorale (bénigne ou maligne).

Origine pseudo masse .

I. origine congénitale :

1- Le KTT (Les kystes du tractus thyroïdienne)

Malformation congénitale la plus fréquente par défaut de fermeture du canal de Bochdalek., intéressant surtout l'enfant lors de la première décennie

L'examen clinique, complété par l'échographie permet généralement le diagnostic du KTT.

Cliniquement :

Un kyste peut se présenter soit comme une tuméfaction externe, entraîner une dysphagie ou une obstruction des voies aériennes par effet de masse, ou bien s'infecter et donner un tableau d'abcès.

Al examen clinique : il s'agit, d'un nodule cervical antérieur arrondi, de consistance ferme ,ascensionnant lors de la déglutition et à la protraction de la langue, et mobile dans les deux sens, transversal et vertical.

Sa taille est variable, allant de celle d'une noisette à celle d'un œuf de pigeon Une gêne à la déglutition, et une détresse respiratoire aigue, peuvent rarement lui être associées

La localisation :

souvent de situation médiane, parfois paramédiane (10 à 24%), habituellement à gauche en hauteur est variable, souvent sous hyoïdienne, en interthyro-hyoïdienne ;D'autres localisations inhabituelles sont décrites par les auteurs : intra-linguale, intra- thyroïdienne, et latérale .

La fistule du tractus thyroïdienne-glosse représente 10 à 37% des cas. Elle est toujours secondaire, soit à un épisode de surinfection, soit à une intervention incomplète.

L'exploration au stilet dans ce cas, n'a pas d'intérêt. L'examen minutieux de la glande thyroïde est d'une importance considérable.

Les examens complémentaires ont un intérêt dans les formes difficiles ou douteuses.

L'échographie cervicale :

constitue l'examen le plus indispensable, qui reste généralement suffisant pour le diagnostic, en montrant ,une formation arrondie, à contenu anéchogène avec renforcement postérieur, bien limitée, à paroi inexistante ou très fine sans végétation tissulaire dans les formes non abcédées .Elle permet essentiellement d'éliminer une ectopie thyroïdienne, avec une sensibilité à 100%, afin d'éviter les hypo-thyroïdismes postopératoires liées à une erreur diagnostique. Elle permet également de suspecter une dégénérescence maligne, devant l'aspect hétérogène, de contours irréguliers du kyste, et d'en étudier les rapports avec les structures avoisinantes.



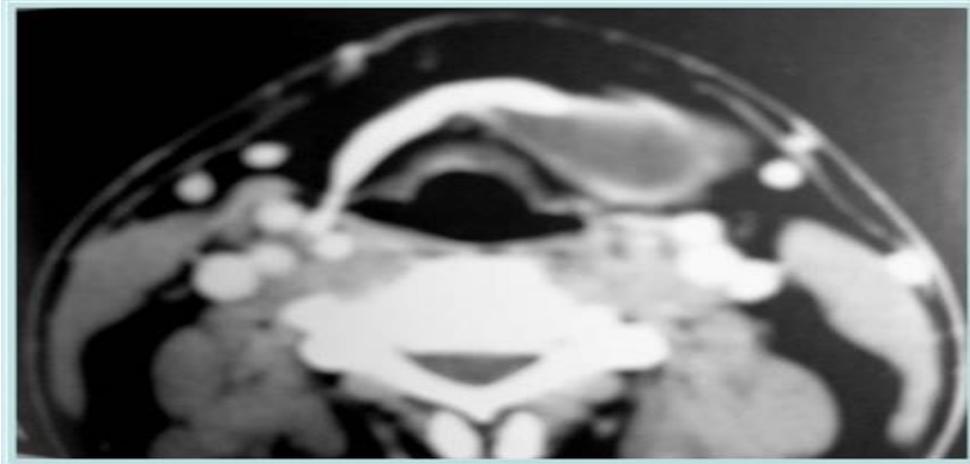
Lésion kystique anéchogène cervicale médiane

La fistulographie : permet de détecter d'éventuels canalicules secondaires, source d'éventuelles récives

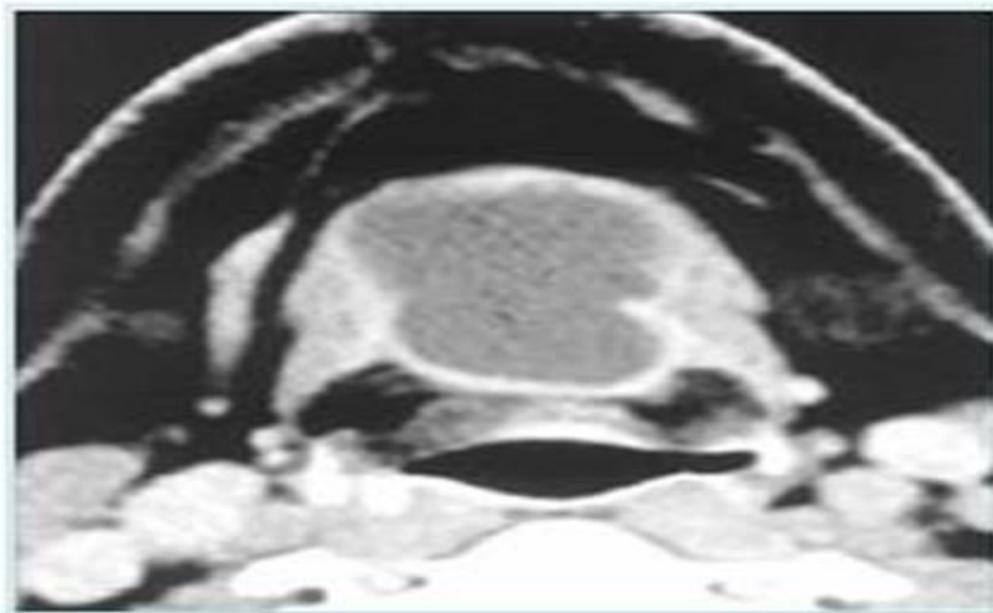
La scintigraphie thyroïdienne permet d'éliminer une tumeur thyroïdienne ou une thyroïde ectopique au moindre doute

La TDM et L'IRM : ont un rôle supplémentaire, elles permettent de prédire l'étiologie d'une masse cervicale et de faire une analyse de ses rapports, elles sont indiquées dans les cas complexes, les localisations inhabituelles, et s'il y a suspicion de malignité .

TDM : localise et identifie la masse: le kyste apparaît arrondi, à contenu homogène, sans prise de contraste, sauf en périphérie



TDM :Masse arrondie ou ovale, à contour régulier hypo dense (0 à 40 UH), homogène, bien limitée, médiane ou para médiane, disposée dans la racine de la langue ou en profondeur des muscles infra hyoïdiens.



TDM: coupes axiales après injection de PDC: Lésions hypodenses médiane (b) et paramédiane gauche(a) à paroi propre rehaussée.
Pas de prise de contraste / ou un rehaussement pariétal très faible majoré en cas de surinfection

IRM : Ils ont un signal bas en T1 et élevé en T2. leurs parois sont fines pratiquement invisibles, mais peuvent être épaissies et rehaussées par l'injection de PDC La visualisation d'un trajet fistuleux se prolongeant vers le CAE est très évocatrice du diagnostic.

diagnostic différentiel :

De nombreuses causes de tuméfactions cervicales, peuvent poser un problème de diagnostic différentiel avec les KTT, les plus fréquents sont :

1. Les adénopathies cervicales
2. les kystes d'origine branchiale
3. les kystes épidermoïdes
4. la thyroïde ectopique
5. les lymphangiomes kystiques
6. les hémangiomes
7. les lipomes
8. les laryngocèles
9. les kystes sébacé
10. les tumeurs nerveuses.

L'évolution :

complications :

La surinfection du kyste peut survenir dans 16 à 47 %, elle peut évoluer par épisodes répétitifs aboutissant à sa fistulisation, soit à la peau, le plus souvent, soit au pharynx

La dégénérescence maligne, est rare, sa prévalence est d'environ 1,5% des kystes .Son diagnostic est souvent établi par l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire, l'examen extemporané et la cytoponction ne semblent pas d'un grand intérêt .La forme papillaire est la plus répandue, elle est retrouvée dans environ 83% des cas. Les autres formes sont représentées par les carcinomes mixtes (papillo-folliculaires), les carcinomes à cellules squameuses, et les carcinomes folliculaires et anaplasiques.

Aucun cas de carcinome médullaire n'est décrit dans la littérature .

2- Laryngocèle:

Dilatation anormale du ventricule de Morgani d'origine congénitale ou acquise
Trois formes:

- Interne: purement laryngée
- Externe: dilatation franchissant la membrane hyothyroïdienne
- Mixte

Contenu: variable, purement aérique ou mixte avec des sécrétions

Chez l'adulte ;on doit chercher une pathologie tumorale

3- Kyste épidermoïde/ Kyste dermoïde:



Trouble de coalescence des structures branchiales (1^{er} et 2nd arcs) sur la ligne médiane « dysraphie cervico-faciale »

localisation: ligne médiane racine du nez fourchette sternale

siège le plus fréquent: plancher de la cavité buccale

clinique: Tuméfaction médiane molle Indolore

Échographie: Hypo ou échogène bien limitée

TDM: Hypodense Densité graisseuse, +/- calcifications

IRM: kDermoïde: hyper T 1 (focal ou diffus), hyper T 2 k Épidermoïde: Hypo T 1 (hyper T 1 : riche en protides), hyper T 2

Diagnostic ≠:

KTT: Ø de calcif ou de graisse, mobilité à la déglutition

3^{ème} et 4^{ème} Kyste branchiaux

Lymphangiome: multi loculé

Ranula: latéralisée

4- Lésions kystiques latérales :

Les kystes de l'appareil branchial Lymphangiome kystique

Les kystes des arcs branchiaux Malformation embryologique, résulte de l'involution incomplète de l'appareil branchial.

Récidives+++

3 types d'anomalies potentielles à chaque niveau:

- Fistule (fait communiquer la filière aérodigestive avec l'extérieur)
- Sinus (« poche » ouverte à l'extérieur)
- Kyste (sans communication avec l'extérieur comme avec l'intérieur)

Kyste du 1 er arc branchial :

Rare, avant 10 ans .

Siège: la loge parotidienne ou l'espace para pharyngé Sous auriculaire=plancher CAE Mandibule, CAE, marteau, enclume, muscle masticateurs, nerf trijumeau, artère maxillaire interne

Clinique: -Otorrhée purulente -Masse parotidienne Orifice externe: triangle de Poncet (CAE, menton, os hyoïde) Orifice interne: plancher du CAI

2 types: localisation du kyste / fistule

TYPE I: le kyste est localisé dans la partie > de la glande parotidienne, rétro auriculaire

TYPE II: le kyste est localisé dans la partie < de la glande parotidienne

Echographie : Formation arrondie, anécogène Siège : prétragien intra parotidienne/ Espace para pharyngé Paroi fine ou invisible Surinfection +++ hypo échogène

TDM: Lésion kystique Dense si surinfection

IRM: Signal liquidien Trajet fistuleux Kyste du 1 er arc branchial pré traguien Kyste du 1 er arc branchial intra parotidien

Toute formation kystique de densité homogène, parotidienne ou juxta-parotidienne doit évoquer un kyste de la 1ère fente branchiale +++

Diagnostic ≠:

Kyste préauriculaire(défaut de coalescence des ébauches de l'oreille externe)
Tumeur parotidienne kystique

Kyste du 2^{er} arc branchial :



Les + fréquents= 95% = Échec de fermeture du sinus cervical de His

Siège: de la loge amygdalienne à la région cervicale supraclaviculaire, en passant entre l'artère carotide externe (ACE) et l'artère carotide interne (ACI)
L'ouverture de la fistule (ou du sinus) se fait toujours le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien

Age: < de 5 ans, 2^{ème} ou 3^{ème} décade

Clinique: Tuméfaction cervicale latérale, en avant du muscle SCM rénitente, mobile, indolore

Echographie: Formation ovale anéchogène

Scanner: Formation kystique ronde ou ovale avec effet de masse, de localisation caractéristique: – Muscle SCM refoulé en arrière et en dehors – Carotide(s) et jugulaire refoulées en dedans – Glande sous mandibulaire refoulée en avant

Fistulographie



38

Complication: surinfection

Diagnostic ≠: Lymphangiome Adénophlégon Adénopathie maligne nécrosante
Schwannome kystique du X

3 & 4èmes kystes branchiaux: rares

Siège: Cervical bas, Paramédian . Thyroïdien (4ème) , kystes parathyroïdiens .
TJS INF° = abcès++ .

Diagnostic de certitude= chirurgical

Lymphangiome kystique:

Tumeur dysembryoplasique d'origine lymphatique v 2, 6 à 5 % des masses
cervicales congénitales ; Uni ou multiloculaire, macro, microkystique ou mixte v
Siège ubiquitaire: espace cervical postéro lateral +++ Caractère infiltrant
médiastin

Imagerie:

Échographie: Masse multiloculaire Fins echos internes Cloisons vascularisées
au doppler couleur

Scanner :Masse multiloculaire, hypodense +/- PDC des septas

IRM +++ : Précision du bilan d'extension de la masse Massehypointense en T 1,
hyperintense en T 2, cloisonnée, renfermant de fins septa internes v

5- Lésions kystiques postérieures

Myéloméningocèle

II. Origine infectieuse :

1- Abcès :

Infection des espaces cellulo-adipeux du cou à partir d'une inoculation
septique locorégionale

Origine: dentaire surtout, pharyngotonsillaire ,spondylodiscite

Imagerie:

Cellulite: épaissement des tissus sous cutanés, des fascias ou des muscles
cervico-faciaux avec prise de contraste globale et hétérogène Abcès Cellulite
cervico-faciale gangréneuse secondaire à un abcès dentaire

Abcès: cavité d'allure kystique Hypodense en TDM Hypointense T 1, hyperintense T 2 en IRM une coque épaisse rehaussée par le contraste Cellulite cervico-faciale secondaire à un abcès amygdalien

2- Adénophlégon :

suppuration d'un ganglion lymphatique de la chaîne Jugulocarotidienne
Clinique: épisode infectieux, torticolis douloureux, un empatement cervical profond

3- Kyste hydatique:

Localisation très rare Masse rénitente, non douloureuse, lentement évolutive
Kyste hydatique des parties molles latéro-cervicales droites

III. ORIGINE TUMORALE

1- Tumeurs parotidiennes kystiques

Kyste parotidien simple Imagerie: Formation kystique intra parotidienne Paroi fine Pas de rehaussement +++ (adénome pléomorphe)

2- Cystadénolymphome Ou tumeur de Warthin :

tumeur bénigne souvent polaire inférieur

Echographie: Formation ané/ hypoéchoène avec renforcement postérieur, arrondie, bien limitée +/-Vascularisation au doppler

IRM: De signal hétérogène Zones hyper. T 1, hypo. T 2, caractéristiques =kystes riches en cholestérol

3- Kyste lympho-épithélial :

sérologie VIH (+).

Atteinte souvent multiple et bilatérale + ADP

Echographie : Masse kystique homogène à paroi fine régulière/ hypoéchogène avec des zones centrales kystiques.

IRM: Masse en H-S T 1, H+S T 2 Hétérogène (infection ou saignement intra kystique).

4- Carcinome muco-épidermoïde de bas grade

La plus fréquente des tumeurs malignes de la parotide Masse dure, douloureuse +/- paralysie faciale et ADP métastatiques.

Echographie : formation encapsulée, à limites nettes

IRM: masse en hyposignal T 1, hypersignal T 2, de contours nets et lobulés, pouvant être le siège d'un nodule mural qui se rehausse après Gadolinium

5- ADP métastatique:

Cancer de sphère ORL +++, aérodigestif Carcinome papillaire thyroïdien
Carcinome de l'hypopharynx Carcinome de la margelle laryngée

6- GRENOUILLETTE= Ranula :

mucocèle de la glande sous maxillaire ;Masse unilatérale, arrondie, indolore, fluctuante, rémittente v Sus-hyoïdienne, latéralisée v +/- sténose du Wharton v Contenu strictement liquidien

IV. PSEUDO MASSES

1) Fibromatosis coli

Torticolis congénital ou hématome SCM

Fréquent+++, néonatal++ Accouchement difficile Raideur Dt>G

Échographie: étude bilatérale +++ Tuméfaction ferme, oblongue aux dépends du SCM, hétérogène parfois vascularisée

2) Sialocèle:

Accumulation de la salive en aval d'une sténose des canaux salivaires Intérêt : Sialo IRM +++

3) Ectasie de la veine jugulaire

Étude comparative+++ Augmentation au cri Anévrysme de l'artère carotide ou de ses branches

Complications :

Le risque principal est la survenue d'une infection se traduisant par une tuméfaction rouge au niveau du cou, associé ou non à un écoulement de liquide purulent au niveau de la peau.

L'évolution vers un abcès est possible.

Le risque de cancérisation est exceptionnel.

Traitement :

Le traitement est chirurgical ; consiste à l'exérèse de l'orifice fistuleux et de la fistule. Une exérèse incomplète expose au risque de récurrence.

Evaluation pré anesthésique :

Le but de l'évaluation pré anesthésique est donc d'identifier les problèmes pouvant se révéler en phase péri opératoire et de les prévenir.

Le médecin anesthésiste sera vu en consultation au plus tard 48 heures avant l'intervention.

Aucun médicament contenant de l'aspirine ne devra être pris dans les 10 jours précédant l'intervention.

Il faut chercher si le patient a déjà présenté des manifestations allergiques en particulier médicamenteuses.

Le bilan pré-anesthésique habituel comporte un bilan sanguin :

- Le groupe sanguin de l'enfant.
- La numération formule sanguine.
- La numération plaquettaire.
- Le temps de céphaline activé (TCA) ou de céphaline kaolin (TCK), le dosage des facteurs vitamine K dépendants afin d'apprécier globalement la coagulation.
- L'ionogramme sanguin (natrémie, kaliémie, protidémie, urémie, créatinémie).

Mise en condition :

La salle opératoire doit être préparée spécifiquement pour la chirurgie infantile

La table opératoire doit permettre le positionnement spécifique selon le type de chirurgie et permettre de réagir rapidement aux différentes situations pathologiques (hypo volémie....)

La température de la salle doit être réglée entre 26°C et 32°C.

Monitoring :

Les principaux paramètres de surveillance sont : Hémodynamique (pouls, pression artérielle, électrocardioscope, PVC), respiratoire (fréquence respiratoire, saturation en oxygène) et le monitoring de la température.

Les moyens chirurgicaux

kyste du tractus thyroglosse

L'abstention thérapeutique avec surveillance peut être proposée pendant un certain temps mais il est préférable d'effectuer l'exérèse du kyste avant un épisode de surinfection donc le traitement de référence est la chirurgie qui est très codifié.

Le but de cette intervention est de retirer en totalité le kyste et le reste du canal embryonnaire à l'origine de la pathologie.

Le geste est effectué sous anesthésie général par une petite incision cervicale horizontale en regard ou à distance du kyste, souvent dans un pli du cou, rendant ainsi esthétiquement discrète cette incision.

Un drain peut être mis en place pendant 24 à 48H.

La durée d'hospitalisation et les soins post-op sont précisés par le chirurgien.

Laryngocèle

L'attitude thérapeutique dépend du type de Laryngocèle et de sa taille.

Dans les formes volumineuses avec issue hors du larynx, le traitement chirurgical se fait par voie externe grâce à une cervicotomie latérale.

La dissection se fait de dehors en dedans jusqu'à la membrane hyothyroïdienne où le pédicule laryngé supérieur doit être repéré et disséqué minutieusement. La résection du 1/3 supérieur de l'aile thyroïdienne homolatérale est souvent nécessaire afin de suivre le prolongement endolaryngé, dans la bande ventriculaire jusqu'au fond du ventricule.

Pour les Laryngocèles internes de petite taille, certains proposent une intervention endoscopique instrumentale ou au laser.

kyste epidermoide

Le traitement de choix est une résection totale y compris la capsule du kyste qui produit le contenu de kyste.

Kystes et fistules de la 1 ère fente branchial

Le traitement est chirurgical en cas de surinfection et consiste à l'exérèse de l'orifice fistuleux et de la fistule.

L'act chirurgical doit être réalisé à distance d'un épisode infectieux.

Les principales modalités sont la résection de l'orifice fistuleux associé à une incision de parotidectomie avec découverte du tronc du nerf facial.

Lorsque le trajet fistuleux s'abouche dans le CAE, l'orifice interne est réséqué, emportant un fragment cartilagineux du plancher.

La fermeture est réalisée sur drainage aspiratif.

Le patient doit être prévenu de la possibilité d'une paralysie faciale post-op et du risque de récurrence.

les suites opératoires

La sortie sera envisagée en fonction de la mise en place d'un drainage. Il est fréquent qu'il existe un œdème et des ecchymoses latero-cervicaux avec une douleur en fonction de l'importance du geste réalisé et la fistule existante.

Il faut prévoir un arrêt des activités scolaires de 1 à 3 semaines.

La reprise est habituellement possible à la troisième semaine.

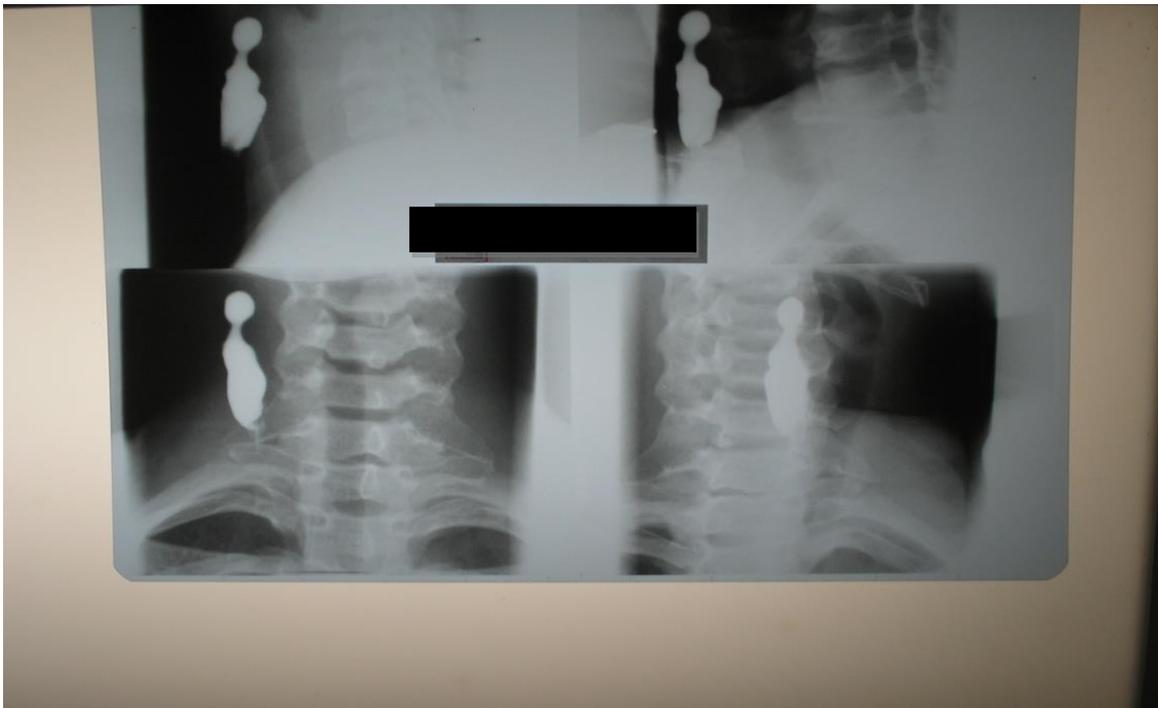
PARTIE PRATIQUE

Photos des malades du service de la chirurgie infantile.

EHS mère et enfant TLEMCEN



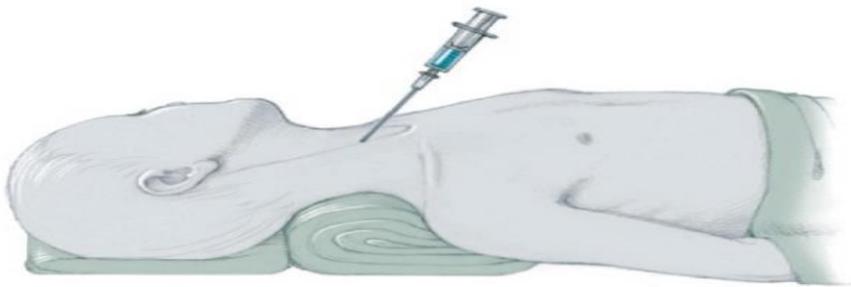
Fistule de la région cervicale supra claviculaire le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien .



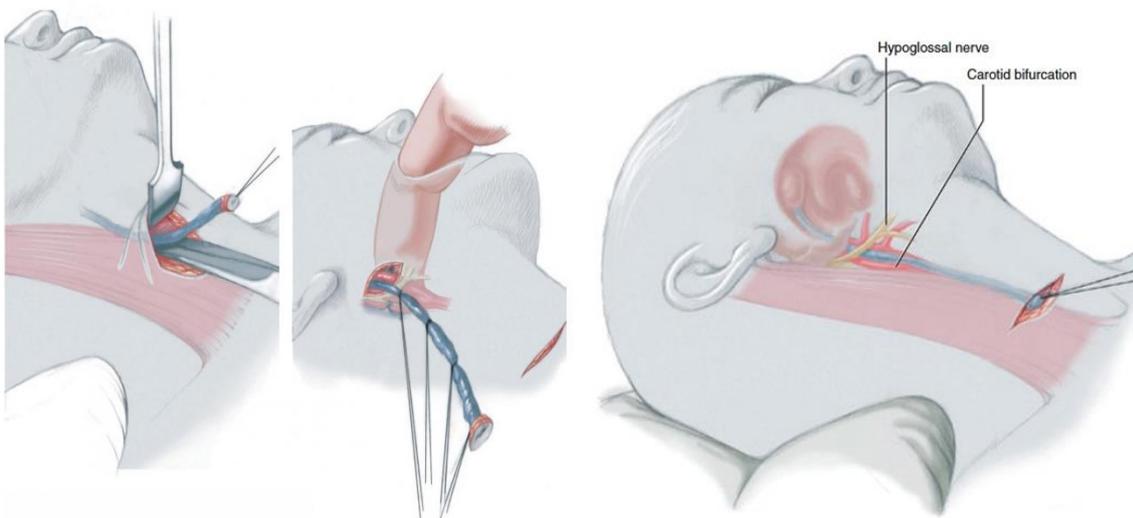
Fistulographie mettant en évidence une opacité longitudinale para cervicale siégeant sur un trajet fistuleux probablement sur le muscle sternocléidomastoïdien

Traitement chirurgical

- Possible double voies cervicales .
- Décubitus dorsal sous anesthésie générale
- Billot sous les épaules
- Tête tournée et fixée vers le coté opposé
- Dessiner les incisions en pré opératoire toujours commencer par l'incision inférieure
- Instillation de bleu de méthylène dans l'orifice pour l'identification du sinus durant la dissection , si non l'introduction d'une sonde du canal lacrymal peut guider la dissection (utilisée par quelques chirurgiens).



For excision of the most common second branchial pouch remnant, the patient is placed in a supine position. Following induction of general anaesthesia with endotracheal intubation, the head is turned to the side. A sandbag is placed beneath the shoulders to expose the affected side. Instillation of methylene blue into the orifice aids identification of the sinus during dissection. Some surgeons introduce a lacrimal duct probe into the orifice to guide dissection of the tract





Pièce d'exérèse de la fistule



Fistule latéro-cervicale pré-auriculaire surinfectée siégeant en dehors du fascia temporalis.

Traitement chirurgical :

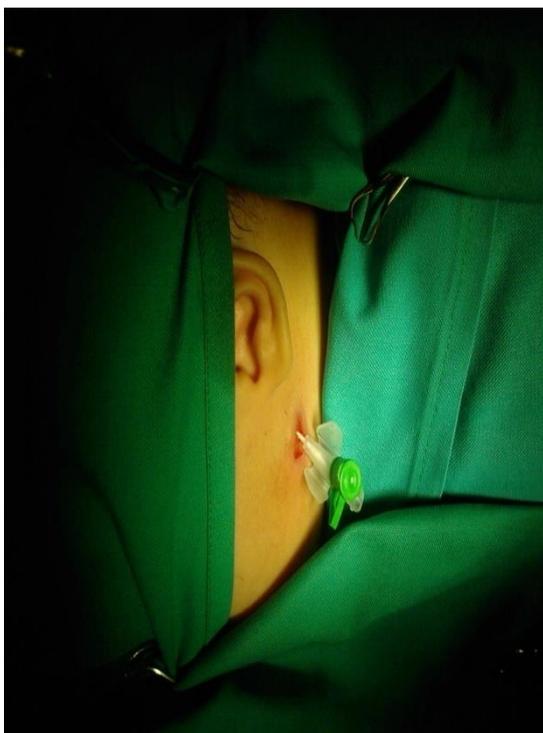
Le traitement chirurgical se fait à distance de l'épisode infectieux.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale. Une consultation d'anesthésie pré opératoire est indispensable.

L'incision de parotidectomie avec découverte du tronc de nerf facial

Résection de l'orifice fistuleux et de la fistule

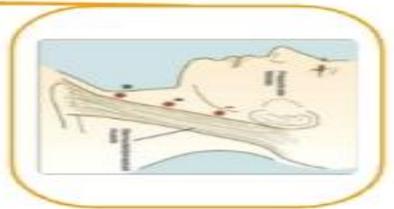
La fermeture est réalisée sur drainage aspirative





Traitement : excision complète du kyste et du tractus

Investigation : ultrasons



Kyste branchial

Definition : kyste congénital du cou provenant de restes branchiaux

Incidence : inconnue

Pathologie :

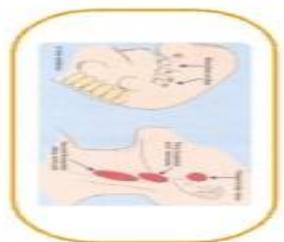
Persistence de restes branchiaux (kyste / sinus / fistule)

Le plus courant à partir du 2^eème arc branchial

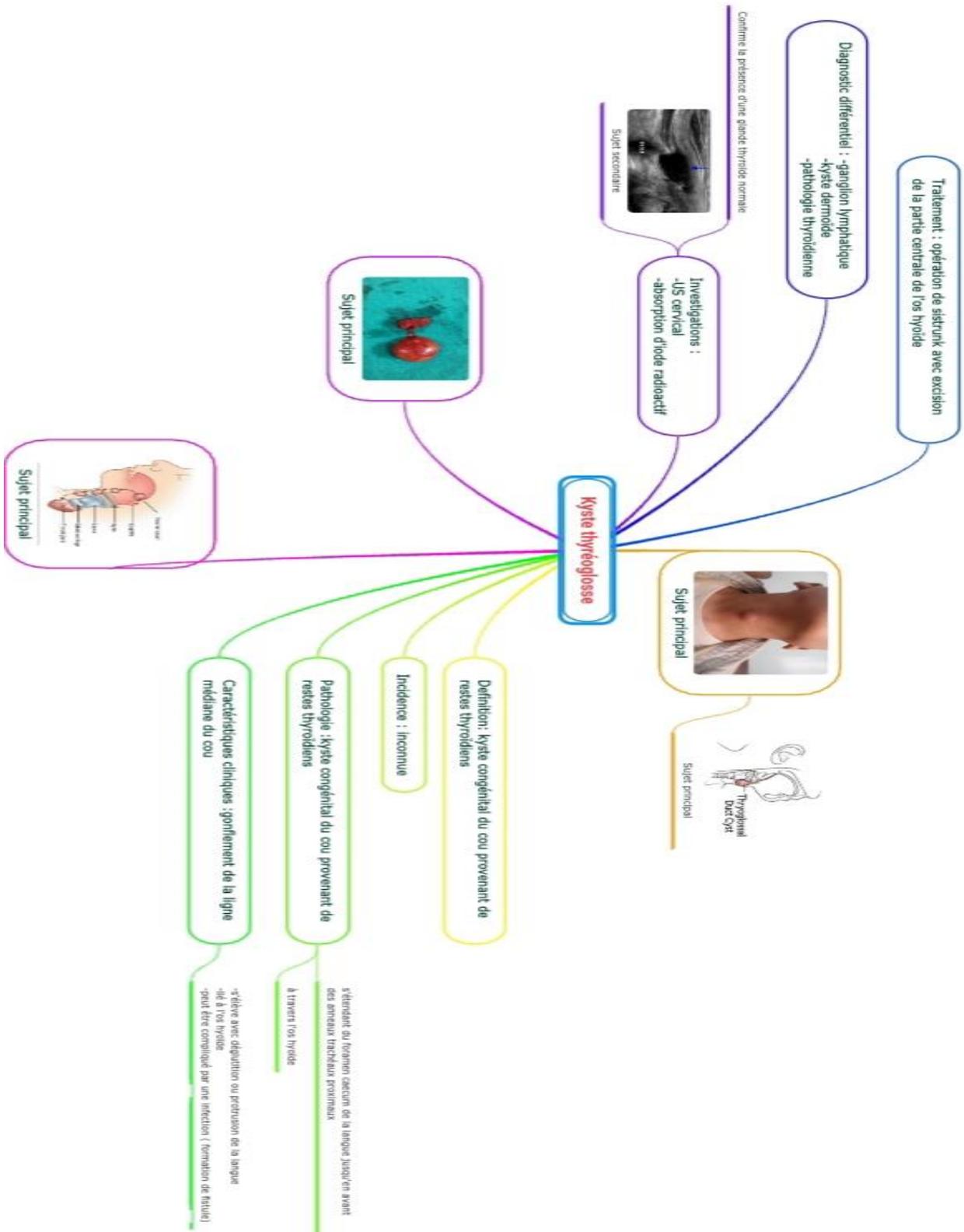
Voie branchiale passe entre l'artère carotide externe et interne



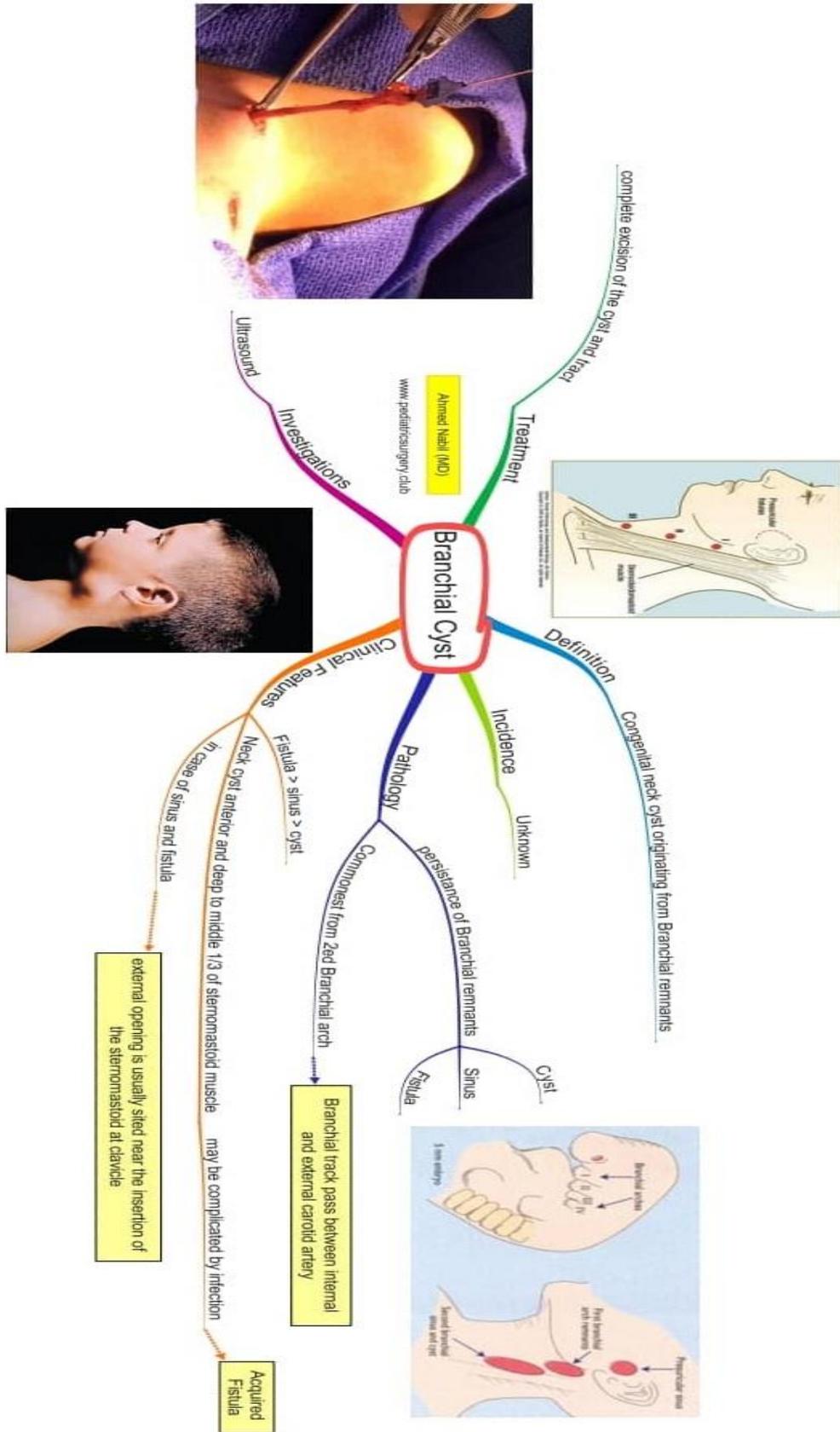
Caractéristiques cliniques : - fistule/sinus / kyste antérieur et profond à moyen 1/3 du muscle sternomastoïdien peut être compliqué par une infection (fistule acquise)
-En cas de sinus et de fistule(l'ouverture externe est généralement située près de l'insertion du sternomastoïde au niveau de la clavicule)



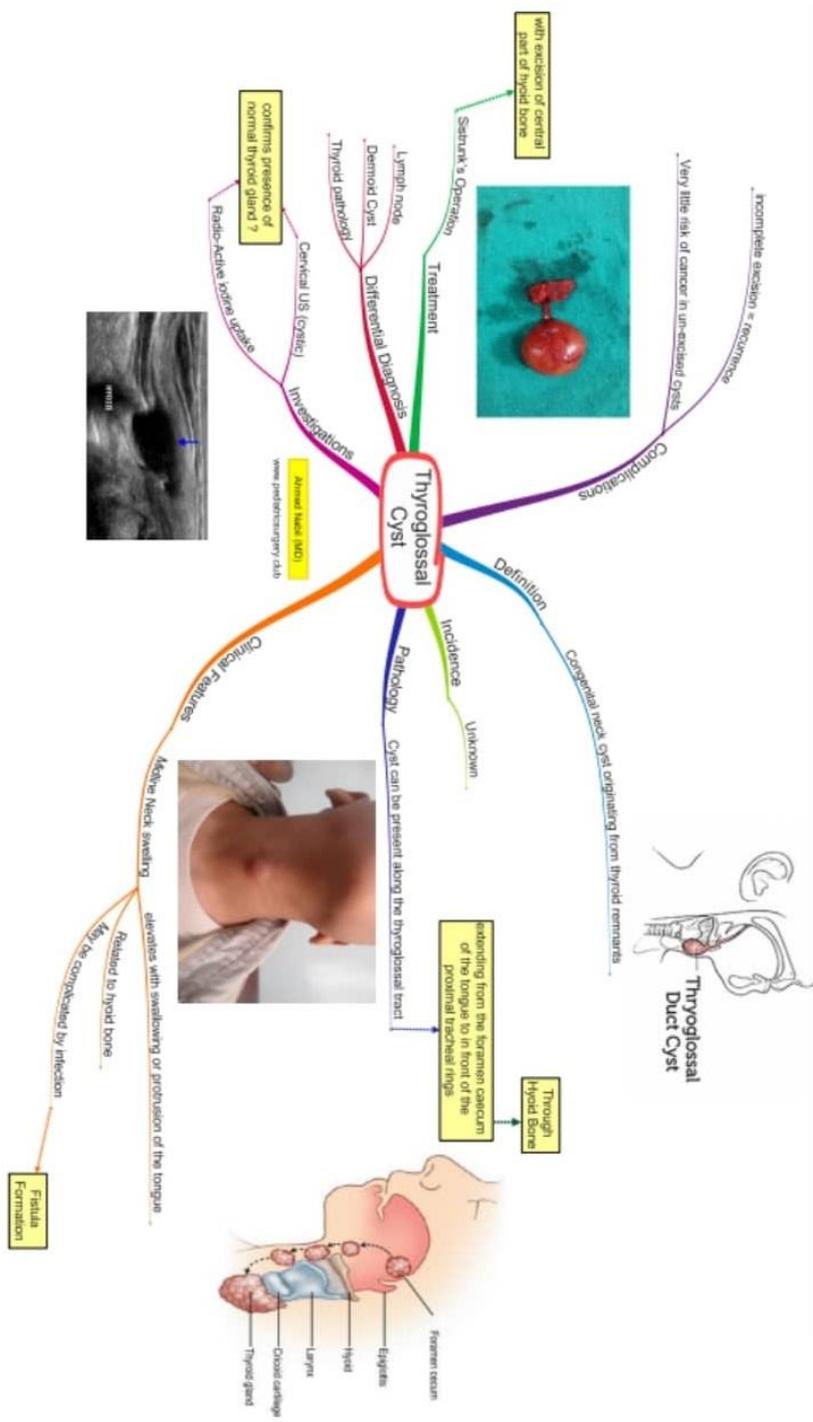
Conduite à tenir devant un kyste brachial(en français)



Conduite à tenir devant un kyste thyroïdienne (en français)



Conduite à tenir devant un kyste brachial (en anglais)



Conduite à tenir devant un kyste thyroïdienne (en anglais)

Conclusion :

Les kystes et les fistules congénitaux du cou sont des malformations généralement bénignes , rares dus à une anomalie au développement embryonnaire des tissus et des structures formants la région cervicales.

Le diagnostic repose sur la connaissance de l'anatomie et et le recourt à l'imagerie.

La résection chirurgicale complète reste le meilleur moyen thérapeutique afin de prévenir les rechutes et les récidives.

La dégénérescence maligne du kyste du tractus thyroglosse est possible mais rare .

Bibliographie

- 1- P. Leloup , O. Malard , J.-F. Stalder , S. Barbarot
Clinique dermatologique, CHU Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau,
44093Nantescedex,France
Service d'ORL et de chirurgie maxillo-faciale, CHU Hôtel-Dieu, 1, place
Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex, France
- 2- Embryologie humaine Collège universitaire et hospitalier des
Histologistes, Embryologistes, Cytologistes et Cytogénéticiens
- 3- Castellote A. Vazquez E, Vera J, Piqueras J, Lucaya J, Garcia-Pena P-
Cervicothoracic lesions in infants and
children.
- 4- Gehanno P, Pessey J. Tuméfactions cervicales de l'adulte et de l'enfant.
Rapport du Congrès de la Société française d'otorhino-laryngologie et de
pathologie cervico-faciale. Paris.
- 5- Charrier JB, Garabedian EN. Congenital cysts sinuses and fistula of head
and neck. Archives de pediatrie.2008
- 6- Galliani E, Burglen L, Kadlub N, Just W, Sznajer Y, Billette de Villemeur
T, Soupre V, Picard A, Vazquez MP. [Craniofacial Phenotype in the
Branchio-Oculo-Facial Syndrome: Four Case Reports](#). Cleft Palate
Craniofac J. 2011 May 3
- 7- Techniques chirurgicales, Tête et cou, Encyclopédie Médico Chirurgicale
- 8- Devaney KO, Rinaldo A, Ferlito ; Silver CE, Fagan JJ, Bradley PJ, Suá-rez C.
Squamous Carcinoma Arising in a Branchial ; Cleft Cyst- Have You Ever
Treated One? Will You? J
- 9- Verret DJ et al. Endoscopic cauterization of fourth branchial cleft sinus
tracts. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2004 Apr
- 10- Cain RB, Kasznica P, Brundage WJ. Right sided pyriform sinus
fistula: a case report and review of the literature. Case Rep Otolaryngol.
- 11- Dunham B et al. The histologic relationship of preauricular sinuses
to auricular cartilage. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;140(11):1000-1003.
Privacy policy. Retrieved February 8, 2015,
- 12- Miller M.B, De Vito M.A. Cervical thymic cyst. Otorhinolaryngology
Head and Neck Surgery;
- 13- Ozturk H, Karnak I, Deveci S et al. Multilocular cervical thymic cyst
an unusual neck mass in children. International Journal of Pediatric

- 14- Tuméfactions cervicales de l'adulte et de l'enfant . la société française d'orl
- 15- Livre : KB ORL