

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université ABOU-BEKR BELKAÏD Tlemcen

Faculté de médecine de pharmacie et de chirurgie dentaire

Département de médecine



Mémoire

En vue d'obtention du diplôme de doctorat en médecine

Présenté par: FOUKIA Yacine

MESLI Nabila

Thème

Les tuméfactions cervicales chroniques

Chef de service ORL de CHU Tlemcen : Pr HADJ ALLAL

Encadré par :

Dr INAL

Dr CHIALI

Dr MEBARKI

Année universitaire: 2013 / 2014

Remerciement

Ce travail, pour aussi modeste qu'il soit, et pour aussi incomplet qu'il pouvait être rendu possible que grâce à l'orientation éclairée du chef de service d'ORL de CHU Tlemcen **Pr HADJ ALLAL**.

Nous lui exprimons notre profonde gratitude, son encadrement de qualité, son infatigable dévouement, ses conseils judicieux et sa sympathie.

Nous le remercions vivement.

Nous tenons à remercier aussi les autres chirurgiens pour leur guide précieux, leur constante disponibilité, leurs judicieux conseils pratiques, qu'il nous ont toujours manifestés durant toute la période de stage, nous leur exprimons notre vive reconnaissance.

Nous tenons à remercier également toute l'équipe paramédicale et tous les membres du secrétariat qui ont facilité notre tâche par leur assistance et leur dévouement, sans le recours desquels notre tâche n'aurait pas été ce qu'elle fut.

Enfin, nous n'oublions pas d'adresser un remerciement bien amical à tous nos confrères.

Sommaire

ÉTUDE THÉORIQUE

I- Introduction définition.....	1
II-Anatomie cervicale.....	2
III-Diagnostique positif	20
IV-Diagnostic différentiel.....	21
V-les étiologies	22
VI-Anatomie pathologie.....	34

ÉTUDE PRATIQUE

I- Objectifs.....	55
II- Matériels et méthodes.....	56
III- Résultats.....	57
IV- Discussions.....	64
V- Conclusion	66
VI- Recommandations.....	67
VII- Résumé.....	68

BIBLIOGRAPHIE

Étude théorique

I. Introduction :

Tous les éléments constituant du cou (conjonctifs, glandulaires, vasculaires, ou nerveux), peuvent être à l'origine d'une tuméfaction cervicale, mais c'est l'adénopathie qui est le plus souvent en cause dans les tuméfactions latérales du cou.

Les tuméfactions cervicales représentent un motif fréquent de consultation en ORL.

Leur démarche diagnostique est bien codifiée et le recours à des examens complémentaires sophistiqués n'est pas de mise dans tous les cas.

Elles imposent dans tous les cas et en premier lieu la réalisation d'un examen ORL complet.

La localisation de la tuméfaction, les caractères de celle-ci, le terrain, la découverte d'une lésion néoplasique, permettent souvent un diagnostic et dans ce cas les examens paracliniques seront réduits au minimum.

Dans d'autres circonstances, le diagnostic est moins évident et dans ces cas, les examens complémentaires sont nécessaires, en fonction des données de l'examen clinique.

Le recours à l'anatomie pathologie se heurte au problème de la biopsie devant une tumeur du cou.

Toutes ces tumeurs se caractérisent par un polymorphisme clinique et radiologique qui rend leur diagnostic et parfois le choix thérapeutique difficiles.

Notre travail est consacré à l'étude de 162 dossiers de tuméfactions cervico-mandibulaires chroniques colligées dans le service d'oto-rhino-laryngologie de CHU Tlemcen.

C'est une étude rétrospective d'une série de 162 patients colligés entre Janvier 2012 et Novembre 2013.

II. Anatomie cervico-mandibulaire :

La face et le cou sont divisés en régions qui n'ont pas toujours des limites et des formes précises. Le cou est limité en haut par le bord inférieur de la mandibule pour sa partie antérieure et par la base du crâne pour sa partie postérieure. En bas, c'est l'ouverture crâniale du thorax qui détermine la limite inférieure du cou. Il existe des repères anatomiques importants, palpables pour la plupart, qui déterminent les limites entre les différentes régions cervicales, à savoir :

- **La saillie des muscles sterno-cléido-mastoïdiens**
- **L'os hyoïde**
- **Les vertèbres cervicales**
- **Le cartilage thyroïde**

A-Les Régions

1) Région du cou

a) Région médiane :

- La région sous-mentonnière
- La région hyoïdienne
- La région laryngée
- La région thyroïdienne
- La région sus-sternale

b) Région latérale :

- La région jugulo-carotidienne
- La région sous-mandibulaire
- La région sus-claviaire
- Les régions spinales et trapéziennes
- La région parotidienne

B-Ostéologie

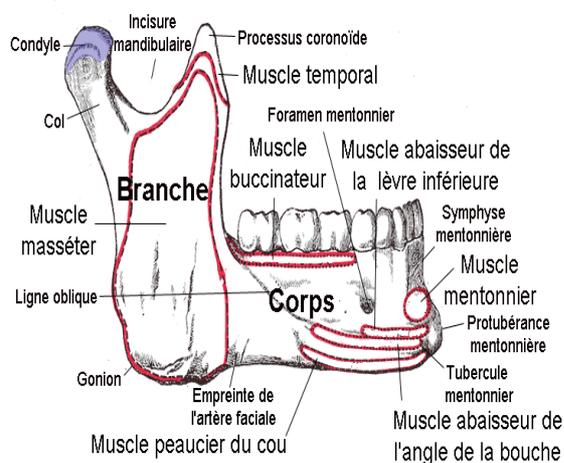
1) Squelette de la mandibule:

La mandibule est un os impair, formant la mâchoire inférieure. Il se compose d'un corps et de deux branches.

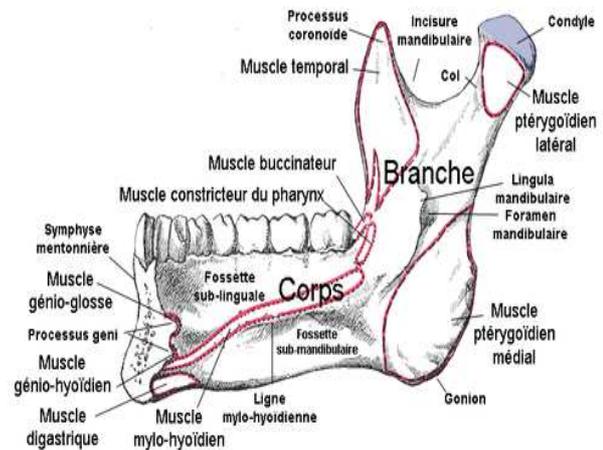
❖ **Le Corps (ou Corpus) :** En forme de fer à cheval, est horizontal et constitué d'un os basal entourant de l'os alvéolaire (spongieux) qui porte les 16 dents de l'arcade dentaire inférieure de l'adulte et les 10 dents de l'enfant.

❖ **Les branches (ou ramus) :** Elles s'articulent avec l'os temporal par l'articulation temporo-mandibulaire (ou ATM), et permettent la mobilité de la mandibule.

La branche porte à son extrémité supérieure un condyle articulaire et un processus coronoïde (ou coroné). Le condyle articulaire de la mandibule est, par l'intermédiaire d'un cartilage méniscal, en contact avec le condyle de l'os temporal au niveau du tubercule zygomatique antérieur.



Mandibule
(vue latérale droite)



Mandibule
(vue médiale droite)

2) Le Squelette du cou

Squelette du cou comprend les vertèbres cervicales, l'os hyoïde, le manubrium du sternum et les clavicules.

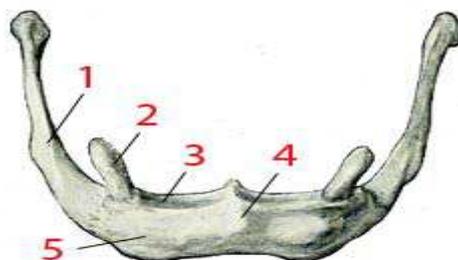
❖ Vertèbres cervicales

Sept vertèbres entourent la moelle épinière et les méninges (C1 à C7). On distingue :

- Le rachis cervical supérieur = C1 (atlas) et C2 (axis)
- Le rachis cervical inférieur = C3 à C7

❖ Os hyoïde

L'os hyoïde (appelé simplement hyoïde dans l'usage courant) est situé dans la partie antérieure du cou, à la hauteur de la vertèbre C3, dans l'angle entre la mandibule et le cartilage thyroïde.



1. Grande corne
2. Petite corne
3. Face antérieure, partie supérieure
4. Corps, crête médiane

C-Les Muscles

1) Muscles de la mandibule

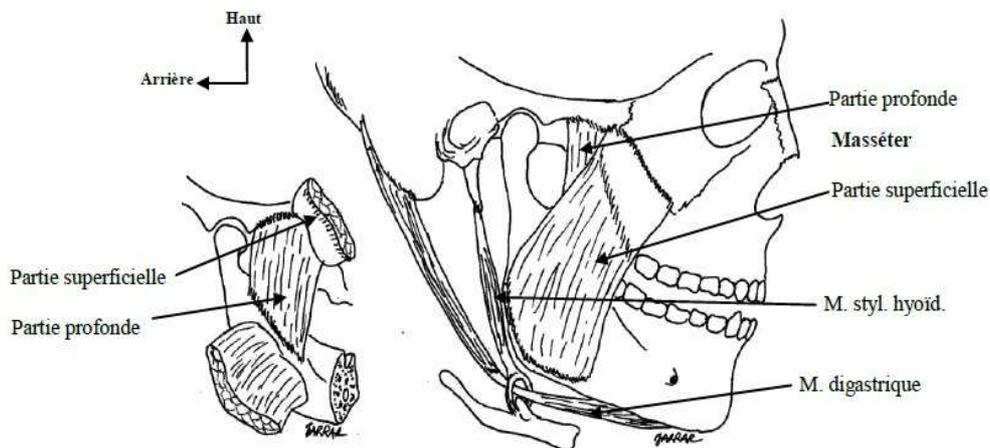
Il existe deux grands groupes de muscles :

a. Les muscles élévateurs :

- Le masséter
- Le temporal
- Le ptérygoïdien latéral
- Le ptérygoïdien médial

b. Les muscles abaisseurs :

- Le platysma
- Le digastrique
- Le mylo-hyoïdien
- Le génio-hyoïdien



Muscles masséter, digastrique et stylo-hyoïdien.

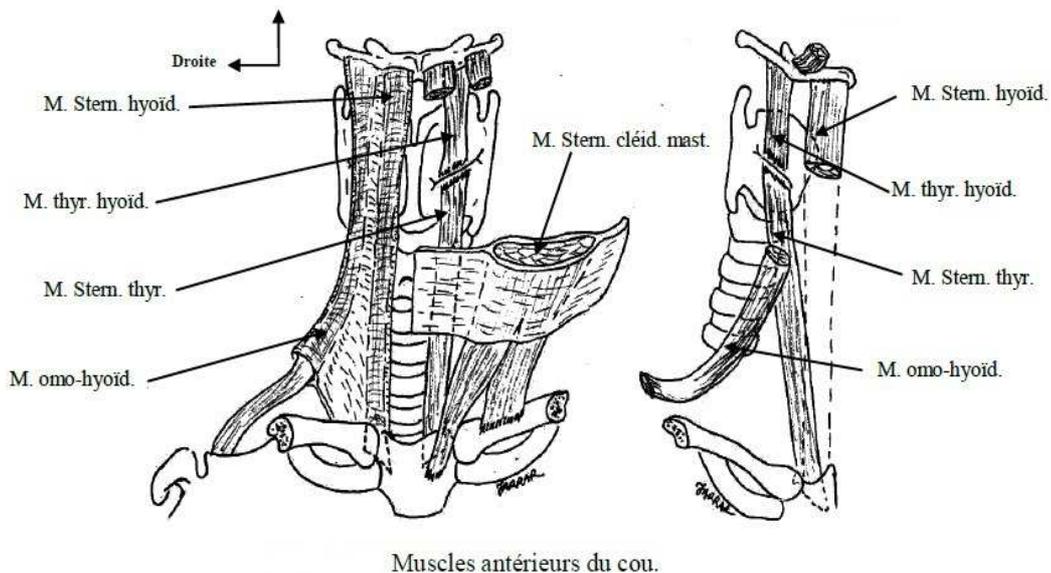
2) Muscles du cou :

a. Muscles superficiels :

- Sternocléidomastoïdien : sternal et claviculaire
- Platysma (Muscle peaucier du cou)

b. Muscles intermédiaires :

- Muscle sterno-hyoïdien :
 - Muscle omo-hyoïdien : Muscle digastrique grêle.
 - Muscle sterno-thyroïdien :
 - Muscle thyro-hyoïdien : Élévation du larynx
- c. Muscles profonds :**
- Muscle long du cou
 - Muscle long de la tête
 - Muscles scalènes
 - Muscles de la nuque



D- Pédicule vasculo-nerveux

1) Axe artériel :

- a. Artère carotide commune** qui se continue, après sa bifurcation, par :
- b. Artère carotide interne** qui se termine en se divisant en quatre branches principales :
- Cérébrale antérieure
 - Cérébrale moyenne,
 - Communicante postérieure
 - Ophtalmique
- c. Artère carotide externe**
- Thyroïdienne supérieure
 - Pharyngienne ascendante
 - Linguale
 - Faciale

- Occipitale Auriculaire postérieure

d. Artère temporale superficielle

e. Artère maxillaire

- **Portion mandibulaire :**

A. auriculaire antérieure/profonde

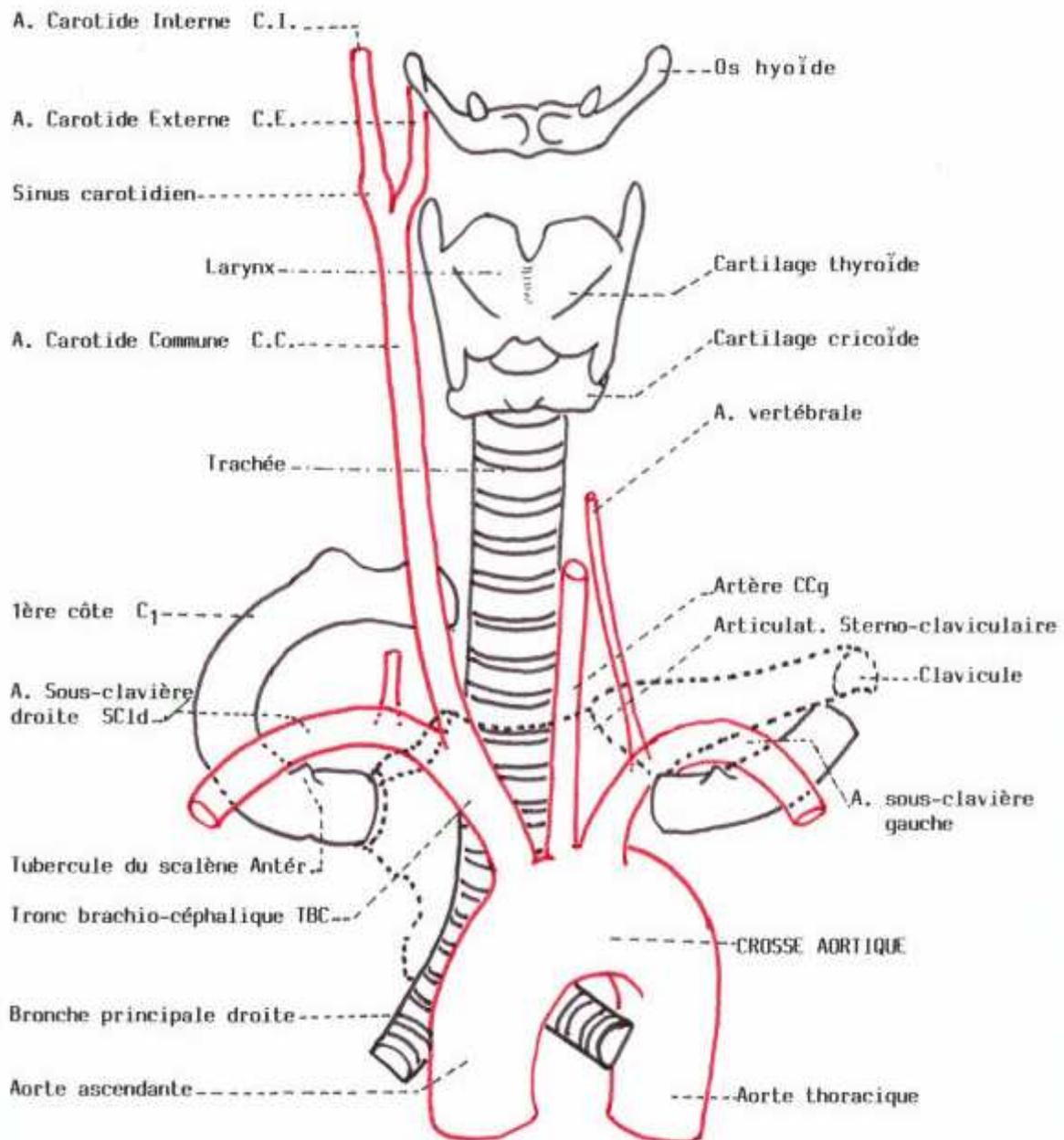
A. tympanique (fissure pétro tympanique)

A. méningée moyenne (la plus volumineuse, foramen épineux)

A. méningée accessoire (foramen ovale plus petite avec le V3)

A. alvéolaire inférieure :

- alvéolaire : processus alvéolaire inférieurs
- mylo-hyoïdienne
- A . Mentale terminale : A. submentale



2) Axe veineux :

a. La veine jugulaire interne reçoit plusieurs collatérales :

A la base du crâne :

- Le sinus pétreux inférieur
- Le sinus pétro-occipital
- Sinus carotidien
- Veine condylienne antérieure
- Veines pharyngiennes

Au niveau du cou :

- Veine faciale, veines linguales, veine thyroïdienne supérieure (tronc tlf)
- Veine thyroïdienne moyenne (direct VJI)
- Veine pharyngienne
- Tronc thyro-lingo-facial

b. La veine jugulaire externe :

Draine le sang veineux des parois crânienne des régions faciales profondes et régions latérales du cou. Nait dans la glande parotide et se termine dans la veine sous Clavière . Les affluents représentées par : La vaine temporale supérieure et veine maxillaire interne avec le plexus ptérygoïdien Les collatérales :

- Les veines auriculaires postérieures
- Les veines occipitales
- Les veines occipitales superficielles
- La veine cervicale superficielle postérieure
- La veine scapulaire supérieure et veine scapulaire postérieure

c. La veine jugulaire antérieur :

Nait des veines sous mentales descend verticalement de chaque coté de la ligne médiane pénètre dans l'espace sus-sternal et se jette dans le confluent de PIROGOFF.

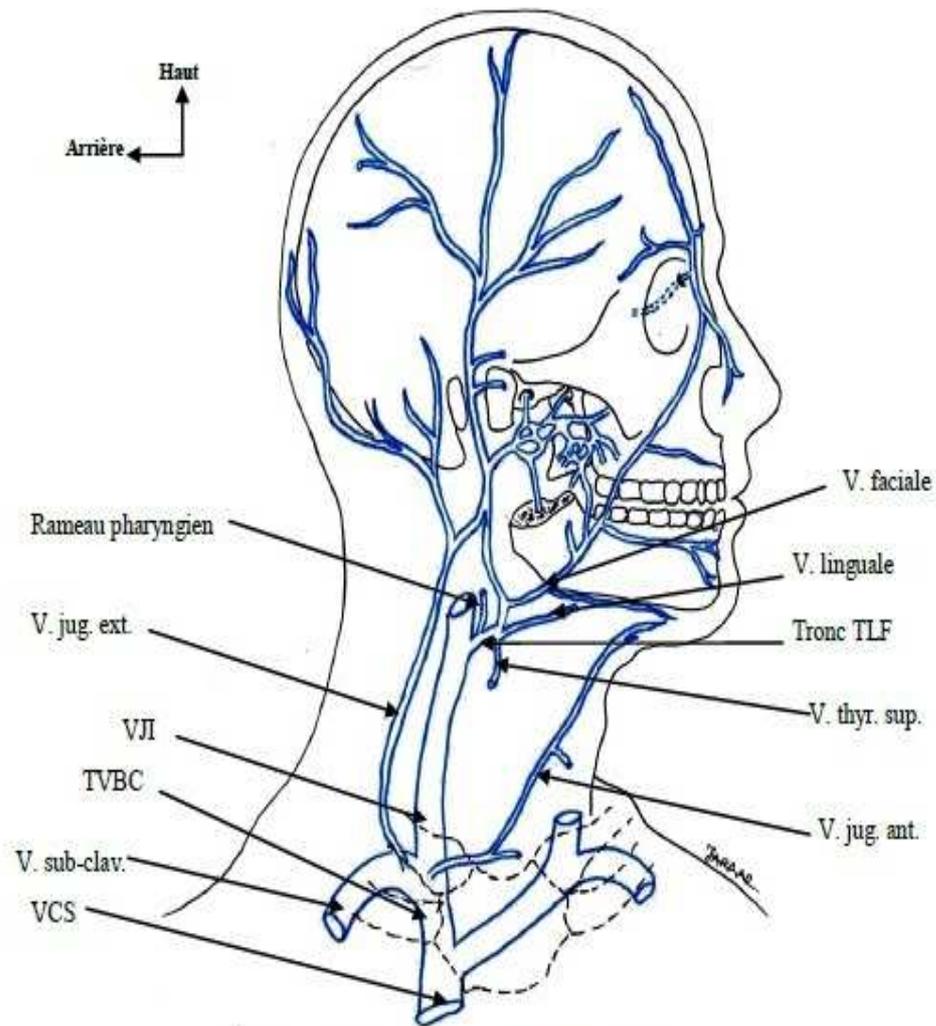
d. La veine jugulaire postérieur: draine le sang veineux de la région de la nuque .

e. Veine vertébrale :

Nait du confluent occipito-vertébral rejoint l'artère vertébrale au niveau du trou transversaire de l'Atlas puis émerge du trou transversaire de C6 et se jette dans PIROGOFF .

f. Veines thyroïdienne inférieures :

Pré trachéales naissent du pôle inférieur du lobe de la thyroïde et se jette dans le tronc veineux brachéo-



Axe veineux de la tête et du cou.

céphalique.

3) Axe Nerveux :

Il est constitué essentiellement par **le nerf vague** ; On note les nerfs crâniens :

- Nerf olfactif (I),
- Nerf optique (II),
- Nerf oculomoteur (III),
- Nerf trochléaire (IV),
- Nerf trijumeau (V),
- Nerf abducens (VI),
- Nerf facial (VII),
- Nerf vestibulo-cochléaire (VIII),
- Nerf glosso-pharyngien (IX),
- Nerf vague (X),
- Nerf accessoire (XI),
- Nerf hypoglosse (XII).

On détaille quelque nerf

❖ **Nerf hypoglosse :**

XIIème paire des nerfs crâniens, il naît par des racines qui émergent du sillon pré-olivaire. Il traverse la base du crâne par le canal de l'hypoglosse et arrive dans l'espace infra-parotidien postérieur. Ensuite, il passe entre la jugulaire interne et la carotide interne, Enfin, il pénètre la loge en passant médialement par rapport à la glande et au ventre postérieur du muscle digastrique et latéralement par rapport au muscle hyoglosse. C'est le nerf moteur de la langue.

❖ **Nerf Trijumeau :**

Vème paire crânienne, c'est le plus volumineux de tous les nerfs crâniens. C'est un nerf mixte sensitivo-moteur qui prend naissance par deux racines

1. Racine sensitive : se termine par un renflement : le ganglion trigéminal.

2. Racine Motrice : il donne naissance aux trois branches terminales.

V1 : Nerf ophtalmique (sensitif),

V 2 : Nerf maxillaire (sensitif),

V3 : Nerf mandibulaire (sensitivo-moteur).

❖ **Nerf mandibulaire**

ORIGINE : Ce nerf mixte a une origine motrice, la racine motrice du trijumeau qui lui est réservée, et une origine sensitive le nerf mandibulaire sensitif, naît du tiers externe du bord antérieur du ganglion trigéminal.

TRAJET : Les deux racines se portent en bas, en avant et en dehors vers le foramen ovale. Là elles fusionnent, le nerf traverse le foramen ovale, et à 1 centimètre au-dessous de la base du crâne se divise en ses rameaux terminaux.

Rameaux collatéraux :

- Nerf auriculo-temporal
- Tronc commun des muscles ptérygoïdien médial, tenseur du voile du palais et tenseur du tympan
- Nerf temporo-massétérique
- Nerf temporal profond moyen
- Nerf temporo-buccal
- Nerf alvéolaire inférieur
- Nerf lingual

❖ **Nerf glosso-pharyngien :**

Neuvième paire des nerfs crâniens, c'est un nerf mixte assurant : la motricité des muscles constricteur supérieur du pharynx, stylo-glosse et stylo-pharyngien, la sensibilité de la caisse du tympan, de la trompe auditive, de la base de la langue et de l'étage supérieur du pharynx. Il a aussi un rôle sécrétoire naso-pharyngé, lacrymal et salivaire parotidien et dans la régulation de la tension artérielle.

Principales collatérales :

✓ **Nerf tympanique** : se divise en six rameaux : Deux postérieurs, Deux antérieurs
Deux supérieurs

- Rameaux carotidiens

✓ **Nerfs du stylo-pharyngien et du stylo-glosse** :

- Rameaux pharyngien
- Rameaux tonsillaires.
- Rameaux communiquant avec le VII

❖ NERF VAGUE :

Dixième paire des nerfs crâniens, c'est un nerf complet : somatique et viscéral.

Il présente deux portions :

La portion supérieure, située au-dessus des bronches principales, est mixte somato-viscérale,

La portion inférieure, située en-dessous des bronches, est purement viscérale, et fait partie du système nerveux végétatif en se disposant en plexus et en mélangeant ses fibres à celles du sympathique.

Principales collatérales :

1. Cervicales :

- Rameaux pharyngiens
- Nerf inter-carotidien
- Nerf laryngé supérieur
- Nerf cardiaque supérieur
- Nerf laryngé inférieur droit : moteur du larynx (voir chapitre *Larynx*).

2. Thoraciques :

- Nerfs cardiaques inférieurs
- Nerfs trachéaux
- Nerfs broncho-pulmonaires : ils forment le plexus broncho-pulmonaire.
- Nerf laryngé inférieur gauche

3. **Abdominales** : Toute l'innervation parasymphatique des viscères abdominaux.

E-Lymphatique

Les nœuds lymphatiques du cou sont répartis en cinq principaux groupes qui assurent le drainage de toute la circulation lymphatique de la tête et du cou. Ces groupes sont reliés par des collecteurs lymphatiques, et leurs collecteurs terminaux rejoignent directement ou indirectement la circulation veineuse de la veine cave supérieure.

1) Cercle supérieur péri-cervical :

Il comprend six groupes de chaque côté :

- Occipital
- Mastoïdien
- Parotidien
- Sub-mandibulaire
- Génien
- Sub-mentonnier

2) Chaîne antérieure superficielle

3) Chaîne latérale superficielle

4) Groupe latéral profond :

- Chaîne jugulaire interne
- Chaîne spinale
- Chaîne cervicale transverse

5) Groupe antérieur profond :

Ce groupe rassemble tous les nœuds en contact des viscères du cou

- Rétro-pharyngiens
- Pré-laryngés
- Pré-trachéaux
- Para-trachéaux (Récurentiels)
- Thyroïdiens

6) Troncs collecteurs terminaux :

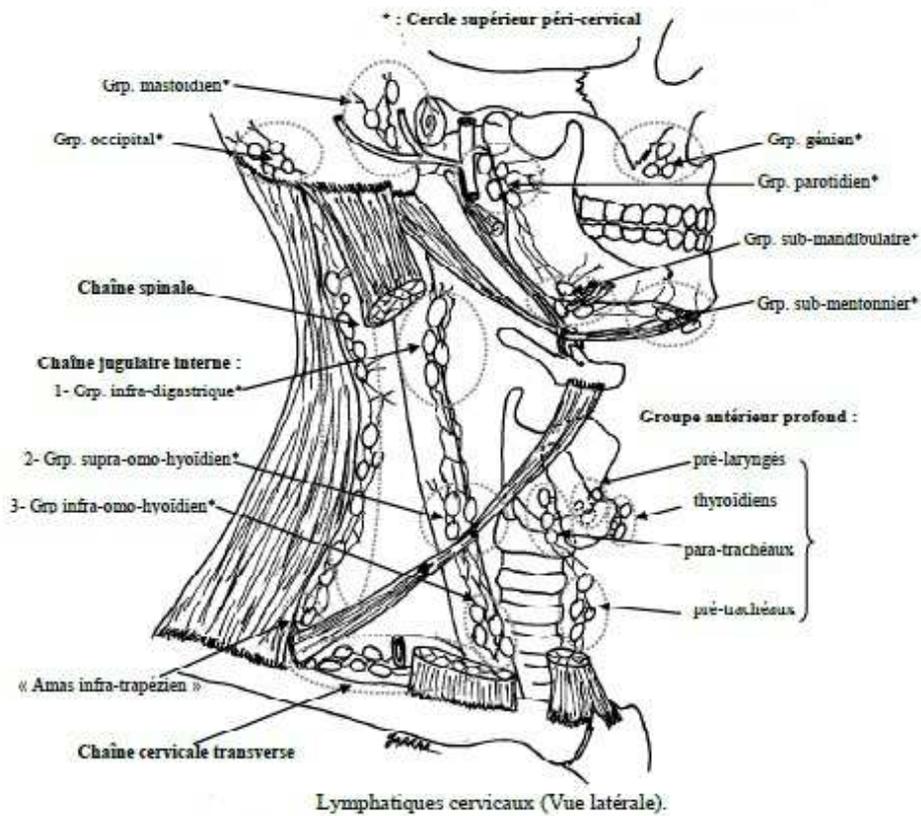
Toute la circulation lymphatique du corps se termine à la base du cou.

- **Conduit thoracique :**

Le plus important, il part de la citerne de chyle (Citerne de Pecquet), et collecte toute la lymphe de la partie infra-diaphragmatique du corps et de la région postérieure du thorax.

- **Autres collecteurs :**

De chaque côté existent des troncs collecteurs (jugulaire interne, cervical transverse, sub-clavier, thoracique interne, latéro-trachéal et médiastinal antérieur) qui se terminent diversement



F- les viscères

1) Appareil Respiratoire

Il est composé :

- des fosses nasales
- la luette (uvule).
- les sinus para-nasaux
- le pharynx
- le larynx
- la trachée
- les bronches.

2) Appareil Digestif

- ✓ La cavité buccale est la première partie des voies digestives
- ✓ l'œsophage
- ✓ le pharynx est un carrefour aérodigestif.

3) Viscères Digestifs / Cavité Buccale

Le maxillaire supérieur présente une arcade alvéolo-dentaire pour l'implant des **dents**. Vers l'arrière, il se prolonge par **la lame horizontale du palatin**.

La partie supérieure est constituée par le palais osseux prolongé en arrière par le palais mou : le **voile du palais**. Sur la ligne médiane, il y a une excroissance : **la luette** (= **uvule**).

La cavité buccale est occupée par la masse musculaire de **la langue**.

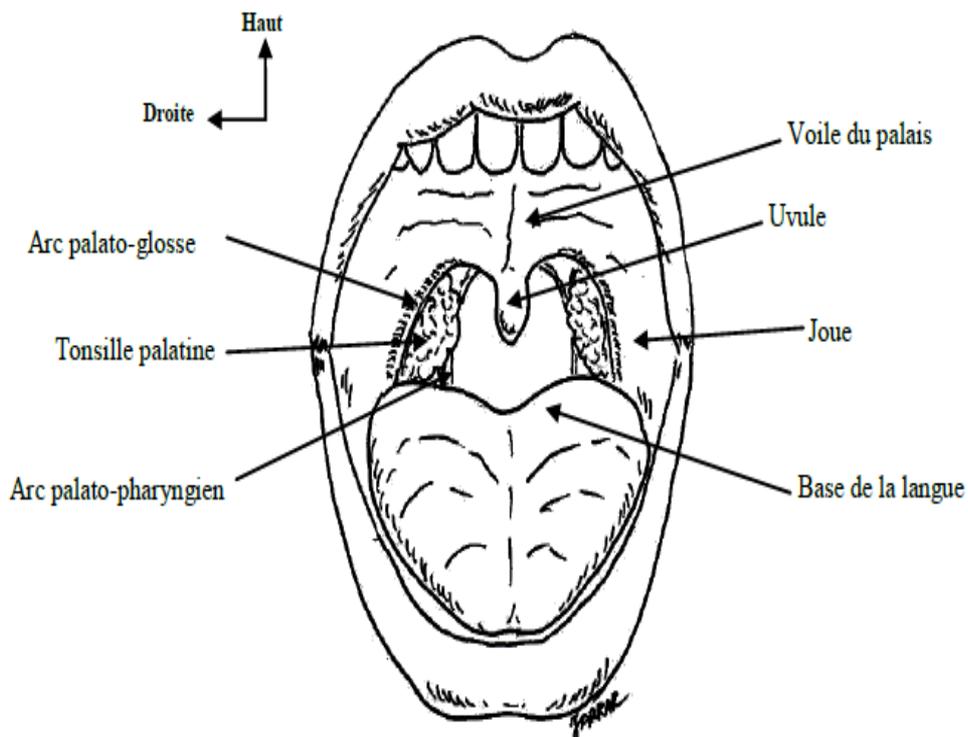
Vers le bas, la cavité buccale est limitée par un muscle qui s'insère à la face interne de la mandibule (muscle pair) : le **muscle mylo-hyoïdien**, au dessous il y a les deux **muscles digastriques**

A la face externe des maxillaires, il y a les **muscles buccinateurs** (des joues), et dans la cavité buccale, on trouve la masse musculaire de la **langue**.

Orifice antérieur : **orifice labial**.

Orifice postérieur : orifice qui met en communication la cavité buccale et le pharynx c'est **l'isthme du gosier**.

La cavité buccale contient les dents au niveau de l'arcade dentaire (2 incisives, 1 canine, deux prémolaires, trois molaires).



Vue antérieure de la bouche ouverte : Cavité orale et isthme du gosier.

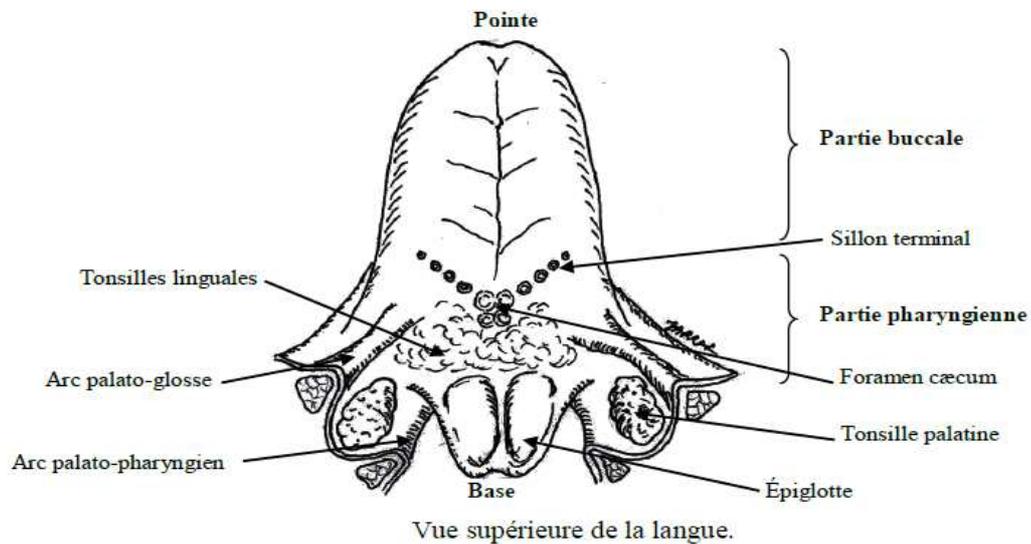
4) La Dent

Elle est insérée dans l'os. elle a trois parties :

- Émergente : la **couronne**
- Dans l'os : la **racine**
- Jonction couronne / racine : le **collet**.

5) La Langue

C'est une masse musculaire, elle intervient dans la mastication, déglutition, et aussi dans la phonation.



Elle est composée de 17 muscles, dont le principal est le **muscle génio-glosse**. C'est un muscle pair. Entre les deux muscles génio-glosses, il y a le **septum lingual**, un squelette fibreux pour la langue. En dessous de la langue, il y a le muscle génio-hyoïdien.

Innervation : les 2/3 antérieurs de la langue sont innervés par le VIIème bis nerf crânien (point de vue sensoriel) : le nerf intermédiaire de Wrisberg.

6) Les Glandes Annexes

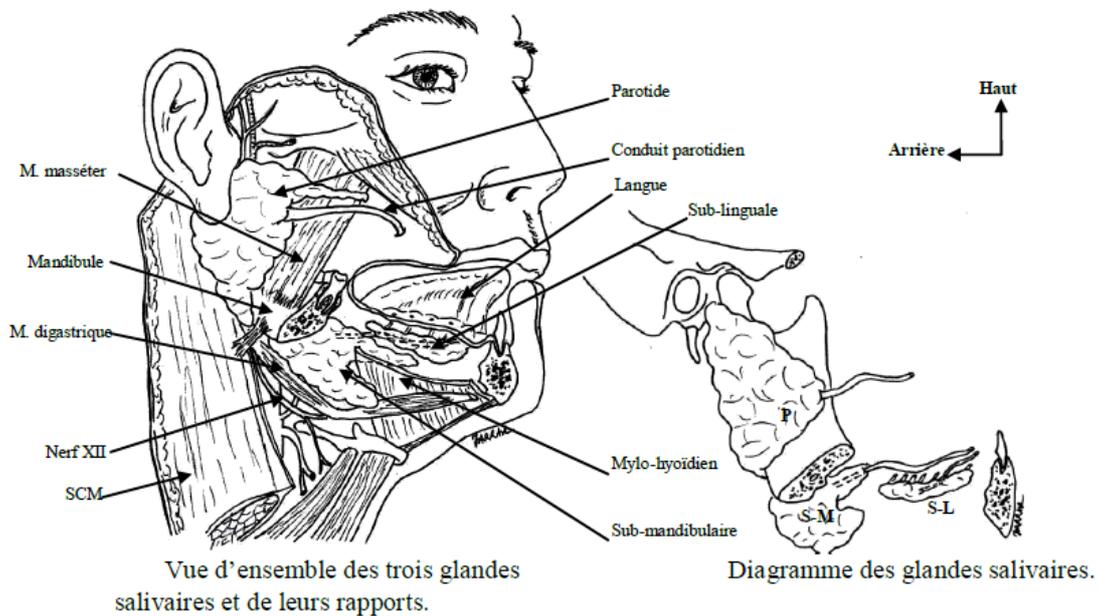
Ce sont les **glandes salivaires** qui sont apparues chez les espèces sorties de l'eau.

Rôle : humidification de la cavité buccale. Elles ne sont pas situées dans la cavité buccale, mais autour.

Il y a trois glandes salivaires principales :

- la **glande parotide** : la plus volumineuse. Elle a un canal excréteur qui s'ouvre dans la cavité buccale au niveau de la joue le **canal de Sténon**

- la **glande sous-maxillaire** Son canal excréteur, le **canal de Wharton** s'ouvre dans la cavité buccale vers le bas en avant de la racine de la langue.
- la **glande sub-linguale** : Cette glande a beaucoup de canaux.



7) Articulation Temporo-Mandibulaire

Comporte deux éléments :

- ✓ la **cavité glénoïde du temporal**
- ✓ le **condyle temporal**

Il y a une capsule articulaire adhérente à la face externe du ménisque plus des ligaments internes et externes qui vont renforcer cette articulation.

En arrière de la cavité buccale, l'appareil digestif se prolonge par le pharynx.

8) Le Pharynx

C'est un organe musculo-membraneux en forme de gouttière ouverte vers l'avant. Il est constitué par les muscles plats ouverts vers l'avant. Il contient deux types de muscles : les constricteurs et les élévateurs.

- Le **muscle constricteur inférieur** s'insère sur le cartilage cricoïde
- Le **muscle constricteur moyen** s'insère sur les petite et grande cornes de l'os hyoïde.
- Le **muscle constricteur supérieur** s'insère sur l'aile interne de l'os ptérygoïde.

Ces muscles sont recouverts à l'extérieur par l'**aponévrose péri pharyngienne**. (Il existe une aponévrose intra pharyngienne).

Le pharynx mesure environ 15 cm de haut, il s'étend depuis la base du crâne jusqu'au bord inférieur de C₆. C'est un organe médian. En C₆, il s'ouvre en avant dans le larynx et en arrière, il se continue par l'œsophage.

Juste au dessous de la base du crâne, la muqueuse du pharynx est soulevée par l'**amygdale pharyngienne**. On aperçoit les **choanes**, orifice postérieur des fosses nasales. Là, le pharynx communique avec les fosses nasales : c'est le **rhino pharynx** (ou **nasopharynx**). Au dessous on trouve le **voile du palais** le rhino pharynx de l'**oropharynx** on voit aussi la base de la langue.

L'oropharynx s'arrête en bas au niveau d'un relief soulevé par une lamelle cartilagineuse : l'épiglotte. Elle marque l'entrée de la troisième partie : le **laryngopharynx**.

De chaque côté du laryngopharynx, la paroi du pharynx forme une gouttière verticale où s'engagent les aliments, la **gouttière laryngopharyngée** (ou **récessus piriforme**).

L'os hyoïde est relié à l'épiglotte par la membrane hyoépiglottique. On a coupé le plancher des fosses nasales.

- Le nasopharynx se projette en arrière sur le sphénoïde
- L'oropharynx sur C₁ et C₂
- Et le laryngopharynx sur C₃ à C₆.

La paroi postéro-latérale est occupée par un orifice qui met en communication l'oropharynx et la caisse du tympan : l'**orifice tubaire**, ou orifice de la **trompe d'Eustache**.

Au dessous, il y a deux reliefs au niveau de l'oropharynx : sur la paroi latérale : l'un antérieur, l'autre postérieur. Ce sont les **pilliers de la loge amygdalienne**, loge dans laquelle est l'amygdale palatine.

Sous la muqueuse de la base de la langue se trouve l'amygdale linguale (îlots lymphatiques).

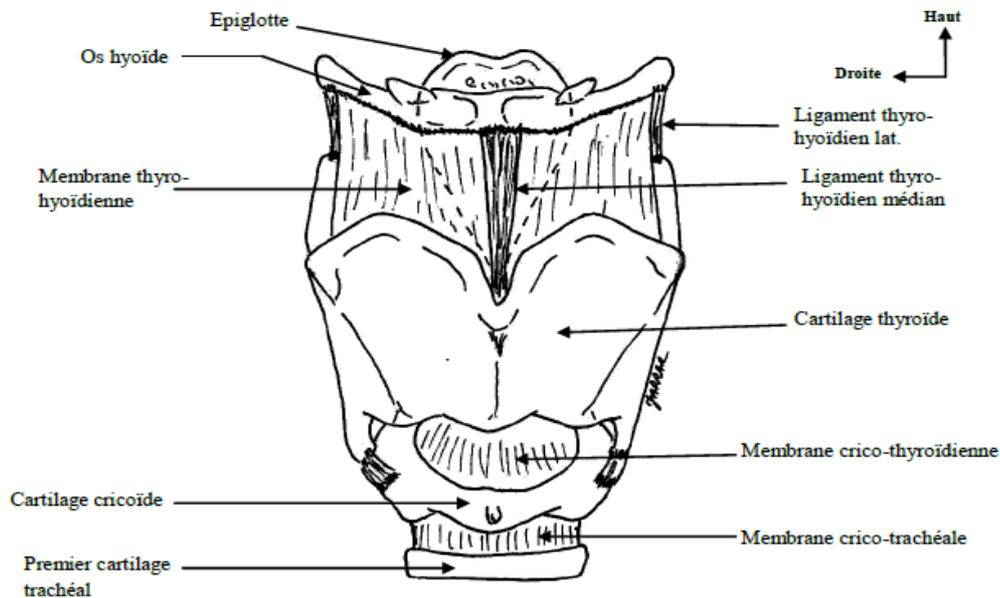
L'appareil respiratoire commence au niveau des fosses nasales.

9) Le Larynx

Le larynx est séparé de la bouche par l'os hyoïde, situé au niveau C₄ au dessous de la mandibule, sur la ligne médiane.

le premier cartilage est le **cartilage thyroïde** formé par une plaque : **la plaque thyroïdienne**. Au dessous, le **cartilage cricoïde** qui s'articule avec deux petits cartilages triangulaires : les **cartilages aryénoïdes**.

Les cartilages aryténoïdes sont reliés à l'angle rentrant par des muscles du larynx qui font vibrer le son : les **muscle vocaux**. La muqueuse du pharynx s'insinue de chaque côté du larynx pour former les **gouttières laryngo-pharyngées** (ou **récessus piriformes**).



Vue antérieure du larynx.

Cartilage Thyroïde

C'est une plaque cartilagineuse, la plaque thyroïdienne. Vue de profil, elle forme un angle rentrant et une saillie osseuse vers l'avant : la **pomme d'Adam**. Sur le versant inférieur de la crête, insertion du **muscle sterno-thyroïdien** et sur le versant supérieur, insertion du **muscle thyro-hyoïdien**.

Cartilage Cricoïde

Il a une forme circulaire la **plaque cricoïdienne**. Au dessous du cartilage cricoïde commence la **trachée**.

Le muscle crico-thyroïdien relie le cartilage cricoïde et le thyroïde. **La partie supérieure** de la muqueuse est l'entrée dans le larynx s'appelle le **vestibule laryngé**.

A **la partie moyenne**, la glotte (l'espace glottique) se rétrécit : c'est la **partie phonatoire du larynx**.

La partie inférieure est l'**espace sous-glottique** qui communique avec la trachée.

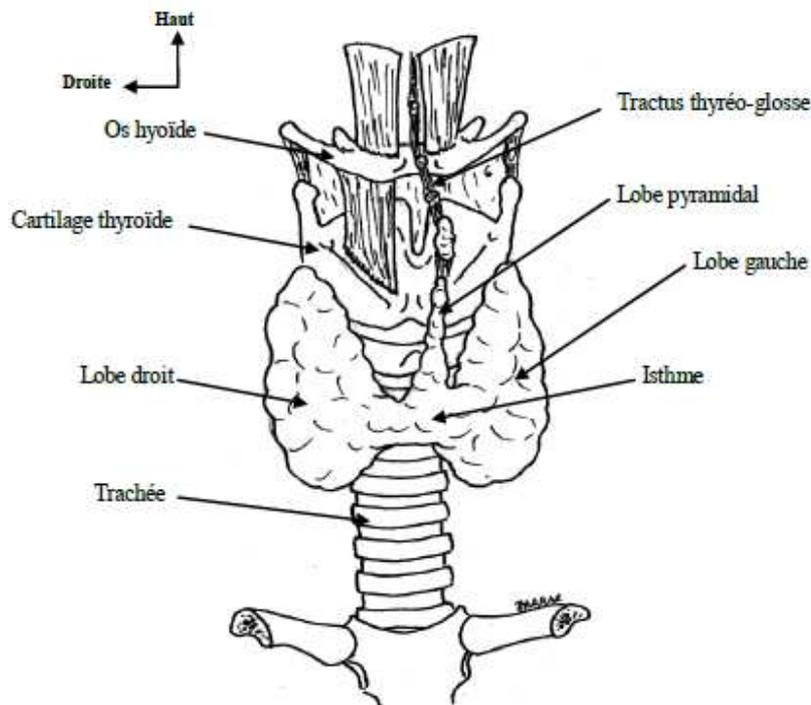
L'espace glottique a donc deux parties :

- Antérieure, membraneuse, qui est la partie phonatoire,
- Postérieure, cartilagineuse, entre les cartilages aryténoïdes.

10) La thyroïde

la thyroïde, moulée sur l'axe trachéo-laryngé, est de consistance ferme, de couleur rosée, et pèse de 25 à 30 grammes généralement. Elle est entourée d'une capsule avasculaire (ou gaine viscérale péri-thyroïdienne).

La thyroïde se compose de deux lobes droit et gauche situés verticalement de part et d'autre du [larynx](#). Une partie intermédiaire horizontale, l'isthme thyroïdien, forme un pont entre les deux lobes. Les deux lobes ont un sommet supérieur, ainsi qu'une grande base inférieure. On leur décrit 3 faces : médiale, postérieure et antéro-latérale. On trouve souvent entre les deux lobes, donc au niveau de l'isthme, le lobe pyramidal de Lalouette, souvent déporté vers la gauche : c'est un reliquat du canal thyroglosse.



Vue antérieure de la glande thyroïde.

La thyroïde présente les rapports anatomiques suivants :

- Ventralement : muscles cervicaux superficiels
- Latéralement : [nerfs récurrents](#) et axes vasculaires jugulo-carotidiens
- Dorsalement : [larynx](#) au pôle supérieur et [trachée](#) cervicale au pôle inférieur

la vascularisation est assurée par les deux [artères](#) principales :

- [Artère thyroïdienne supérieure](#)
- [Artère thyroïdienne inférieure](#)

Trois [veines](#) principales :

- [Veine thyroïdienne supérieure](#)
- [Veine thyroïdienne moyenne](#)
- Veine thyroïdienne inférieure

III. Diagnostic positif :

A- Interrogatoire:

1- Histoire de la maladie:

Circonstance de survenue (brutale, progressive, douloureuse, lors des règles ou grossesse).
Caractères évolutifs (augmente de volume, régression spontanée ou sous traitement).

2- Signes associés: dyspnée, dysphonie et dysphagie, fièvre, amaigrissement, Asthénie et anorexie.

3- Antécédents:

a) Personnels:

-Médicaux: cardioV, intoxication alcool tabagique, notion TBK, notion de zone d'endémie goitrigène, Radiothérapie dans l'enfance,

-Chirurgicaux: notion intervention au niveau cervico-faciale (cancer), cuir chevelu (mélanome), sein ou gynécologique.

c) familiaux: Tumeur du cou dans la famille, Caractère héréditaire de certaine affections (goitre, Tumeur nerveuse,...)

B- Examen clinique:

1- Examen du cou:

Position assise, ceinture scapulaire et région axillaires dégagées.

a) l'inspection:

Aspect du cou: état de la peau et sa coloration, cicatrice, fistule, relief et ascension à la déglutition.

b) palpation:

-Au repos et en action.

-Caractère inflammatoire ou non (douleur, chaleur et rougeur de la peau)

-Siege par rapport aux chaînes lymphatiques cervicales.

-Consistance ligneuse (cancer), rénitente (kyste), molle(lipome). La dureté doit faire évoquer la malignité.

Forme: la perte de la forme oblongue d'une ADP est un critère de son envahissement tumoral.

Caractère : isolé ou multiple, uni ou bilatéralité.

Mobilité par rapport aux plans superficiels et profonds.
Taille, caractère battant ou non, expansibilité, réductibilité.

d) auscultation: Si la tumeur est battante, à la recherche d'un souffle.

2- Examen locorégional:

a) Cavité buccal:

Examen de plancher buccal, langue mobile, base de langue...

b) oropharynx: examen du voile, des piliers, parois pharyngées post, la loge amygdalienne .

c) Examen de hypo pharynx: examen au miroir.

e) Le cavum: RP, nasophibroskopie

3-Examen somatique complet:

- Les autres aires ganglionnaires : axillaire, inguinaux,
- Abdomen: à la recherche de SPM, HPM et gros rein,
- Examen gynécologique et région mammaire chez la femme,
- Examen CV et pulmonaire.

C- Examens complémentaires :

1- Examens demandés de façon systématique (constitue le bilan minimum)

- NFS, VS, CRP.
- radio pulmonaire de face et de profil.
- IDR.
- Échographie cervicale ou TDM cervicothoracique.

Echographie cervicale: nature solide ou liquide, rapport avec les gros vaisseaux.

TDM: importance de la masse, siège, limites, extension, caractère vasculaire.

2- Les autres examens seront demandés en fonction des données de l'examen clinique et du bilan paraclinique minimum.

a) Pan endoscopie:

Sous AG, exploration pharyngolaryngée, et du cavum, trachée;œsophage.

b) Ponction à l'aiguille fine:

Contre indication en cas de tuméfaction battante, elle permet d'orienter le diagnostic, aspect macroscopique du liquide: sang, hématique, chyleux, purulent (surtout en cas de tumeur kystique liquidienne) et étude cyto bactériologique.

c) Cérvicotomie exploratrice avec biopsie exérèse extemporané:

La biopsie d'une tumeur du cou est indiquée dans 03 cas:

1. Évaluation du stade d'une pathologie diagnostiquée.
2. Fistulisation de la masse à la peau (à travers la fistule).
3. La cervicotomie exploratrice avec examen histologique extemporané.

IV. Les étiologies :

A- Les tumefactions mandibulaires chronique

1. Les tumeurs bénignes :

1.1 Tumeurs bénignes odontogènes :

Les tumeurs odontogéniques, affection originale et spécifique des maxillaires. La compréhension de certains phénomènes d'induction entre les divers composants du bourgeon dentaire et leur enchaînement ont permis l'élaboration d'une classification récente par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) .

1.1.1 Tumeurs épithéliales :

1.1.1.1 Tumeurs épithéliales avec peu ou pas d'induction du mésenchyme :

a) Ameloblastome :

C'est une tumeur odontogène d'origine épithéliale sans induction du Mésenchyme. Elle est le plus souvent retrouvée au niveau mandibulaire dans la région molaire et rétro-molaire.

b) Adeno Ameloblasome (tumeur odontogène adénomatoïde) :

c) Tumeur Epitheliale Odontogénique Calcifiée (tumeur de Pindborg) :

Elle demeure rare. Elle dériverait de l'épithélium de l'émail réduit ou du stratum intermedium de l'organe de l'émail.

d) Tumeur Odontogénique Epidermoïde (Progonome Melanotique) :

La tumeur odontogénique épidermoïde provient probablement des restes de Malassez, et naît donc du ligament périodontal, voire des vestiges de la lame dentaire.

e) Tumeur odontogénique à cellules claires :

Cette tumeur dériverait probablement des vestiges de la lame dentaire ou d'îlots de Malassez .

1.1.1 .2 Tumeurs épithéliales avec induction du mésenchyme :

a) Fibrome Ameloblastique :

C'est une tumeur peu fréquente, simulant cliniquement et radiologiquement un améloblastome . Son siège de prédilection est la région molaire ou prémolaire de la mandibule. La chirurgie révèle une tumeur compacte de couleur blanc gris.

b) Fibrodentinome Ameloblastique (Dentinome)

Cette lésion intéresse la région prémolaire inférieure des sujets jeunes.

c) Fibro-Odontome Ameloblastique :

Similaire au fibrodentinome, présente cependant des phénomènes d'induction majorés aboutissant à la production d'émail associé à la dentine.

d) Odonto-ameloblastome :

Exceptionnel, il associe des îlots améloblastiques et un ectomésenchyme odontogénique aboutissant à la production éparse de dentine et d'émail.

e) Kyste odontogénique calcifié

f) Odontomes complexes et composés :

Ce sont des tumeurs très fréquentes, s'apparentent davantage à une malformation résultant d'anomalies de développement qu'à une tumeur authentique.

1.1.2 Tumeurs purement mésenchymateuses :

a) Fibrome odontogénique

Il s'agit d'une tumeur fibroblastique issue du tissu mésenchymateux de l'ébauche dentaire et contenant de l'épithélium odontogénique apparemment inactif.

b) Myxome (myxome odontogénique, myxofibrome)

Le myxome est une tumeur osseuse rare localement invasive observée avant l'âge de 30 ans, sans prédisposition de sexe. Il intéresse plus fréquemment la mandibule.

c) Cementoblastome bénin (cémentoblastome, cémentome vrai)

Cette rare tumeur odontogénique est caractérisée par la formation d'un tissu cémentaire proliférant avec d'authentiques cémentoblastes fonctionnels.

1.1.3 Les kystes odontogènes :

Par définition, on parle de kystes pour des cavités intra-osseuses, dont la paroi est revêtue d'épithélium et dont le contenu est sécrété par le tissu de revêtement.

On distingue les kystes d'origine dentaire et les kystes d'origine non dentaire .

Parmi les kystes dentaires on identifie :

a) Kystes inflammatoires (kyste radiculo-dentaire, kyste latéral et kyste résiduel) :

Sont les plus fréquents. À l'occasion d'une infection dentaire, un granulome apical se forme à l'apex d'une racine : il s'agit d'une prolifération épithéliale réactionnelle.

b) Kystes dentigères (ou kystes folliculaires ou kystes péri-coronaires ou kystes corono-dentaires) :

Les kystes dentigères sont également très fréquents. Des débris épithéliaux ou des cordons épithéliaux reliant le follicule dentaire à la lame épithéliale se différencient en cavités kystiques.

c) Kystes épidermoïdes (ou kératekystes) :

Les kystes épidermoïdes dérivent des restes épithéliaux de la lame dentaire qui unissent la gencive à l'organe en cloche.

1.2 Tumeurs bénignes non odontogéniques :

1.2.1 Tumeurs ostéoformatrices :

a) Osteome vrai :

Il résulte de la prolifération d'os compact ou trabéculaire au sein d'un os membraneux. Touchant préférentiellement la femme après 40 ans .

b) Osteoblastome et osteome osteoïde :

Ces deux tumeurs sont rares dans les mâchoires

c) Torus palatin et mandibulaire :

Ils ont tous deux l'aspect d'excroissances osseuses situées respectivement sur le palais et sur la face interne de la mandibule.

d) Desmo-ostéoblastome (fibrome ostéoïde, fibrome psammo-ostéoïde):

La tumeur apparaît sous forme d'une tuméfaction dure, fixée à la corticale osseuse et indolore.

1.2.2 Tumeurs cartilagineuses :

a) Chondrome :

b) Exostoses (osteochondrome) :

Tumeur bénigne exceptionnellement rencontrée au niveau de la symphyse mandibulaire .

Elle se manifeste par une tuméfaction entraînant des troubles fonctionnels.

c) Chondroblastome :

Tumeur bénigne retrouvée exceptionnellement au niveau du condyle mandibulaire chez l'homme jeune (avant 25 ans).

d) Fibrome chondromyxoïde :

1.2.3 Tumeurs fibroblastiques :

a) Fibrome cemento-ossifiant (fibrome cémentifiant, fibrome ossifiant) :

Le fibrome cémento-ossifiant affecte essentiellement les maxillaires, et surtout la mandibule dans le secteur prémolaire .

b) Fibrome desmoïde (fibromatose) :

Développé à partir du mésenchyme osseux, il serait non pas une tumeur vraie mais une cicatrice anarchique après un traumatisme souvent retrouvé dans les antécédents des patients. Apparu chez l'enfant et l'adolescent, il siège dans l'angle mandibulaire .

c) Dysplasie fibreuse :

C'est une affection rare du sujet jeune, affectant principalement les deux régions molaires inférieures ou les deux maxillaires.

1.2.4 Tumeurs ostéolytiques :

a) Granulome central à cellules géantes (granulome gigantocellulaire central, granulome réparateur à cellules géantes) :

Il représente à peu près 10 % des lésions bénignes des maxillaires. Il siège exclusivement dans les maxillaires, et presque toujours dans la région alvéolaire dentée, avec une prédominance pour la région symphysaire mandibulaire chez des sujets de moins de 30 ans .

b) Tumeur à cellules géantes (tumeur à myélopaxe) :

c) Tumeurs brunes de l'hyperparathyroïdie :

Ce sont des lésions osseuses inhérentes à l'hyperparathyroïdie secondaire dans le cadre d'une insuffisance rénale chronique compliquée d'ostéodystrophie.

d) Cherubisme (maladie kystique multiloculaire familiale des maxillaires):

C'est une affection génétique à transmission autosomique dominante à expression variable.

Elle est caractérisée par le remplacement du tissu spongieux des maxillaires par un tissu fibreux vascularisé et par une hypertrophie progressive des angles et des rami de la mandibule constamment atteinte .

1.2.5 Autres:

- **Kyste anévrysmal** : affection rare mais non exceptionnelle, atteint plus volontiers la mandibule (2/3) des cas que le maxillaire.

La lésion est d'aspect bleuté ou brun rougeâtre, charnue par endroits, molle et friable à d'autres.

- **Angiomes** : rares dans les mâchoires, ils sont le plus souvent de type caverneux.

- **Angiodysplasies actives** : ce sont des malformations exceptionnelles.

- **Lipome et léiomyome**

- **Tumeurs nerveuses** : il s'agit le plus souvent de schwannomes développés aux dépens du nerf dentaire inférieur dans la mandibule.

- **Granulome éosinophile** : affection bénigne du tissu réticulo-endothélial osseux qui s'intègre dans le cadre de l'histiocytose X. elle se localise habituellement dans le crâne, la mandibule et les vertèbres.

- **Tératomes** : rares.

2. Les tumeurs malignes :

2.1 Tumeurs malignes odontogéniques :

2.1.1 Carcinomes odontogéniques :

Les carcinomes odontogéniques peuvent se développer par transformation maligne d'une tumeur odontogénique, tel l'améloblastome, ou directement à partir de vestiges d'épithélium odontogénique; ailleurs, ils sont issus du revêtement épithélial de certains kystes odontogéniques.

a) Ameloblastome Malin :

Le diagnostic repose sur l'existence d'atypies nucléaires et de mitoses anarchiques au sein d'un améloblastome, de novo ou sur récurrence d'un améloblastome bénin déjà traité.

b) Carcinome Intraosseux Primitif (Ciop) :

Ce carcinome exceptionnel se développerait à partir des vestiges épithéliaux odontogéniques.

L'absence de connexion tumorale avec la muqueuse buccale et l'élimination de tout autre foyer tumoral à distance permettent de poser le diagnostic.

c) Variantes malignes d'autres tumeurs épithéliales odontogéniques :

Le kyste épithélial odontogénique calcifié, la tumeur odontogénique épithéliale calcifiée et la tumeur odontogénique à cellules claires présentent communément un pléomorphisme cytonucléaire non significatif.

d) Transformation Maligne Des Kystes Odontogéniques :

Toutes les variétés de kystes odontogéniques peuvent être exceptionnellement le siège d'une transformation maligne. Le caractère kératinisant de la lésion initiale serait un facteur prédisposant.

2.1.2 Sarcomes odontogéniques :

a) Fibrosarcome Odontogénique (sarcome améloblastique) :

Contrepartie rare et maligne du fibrome améloblastique, il s'en distingue par la transformation de sa composante ectomésenchymateuse.

b) Fibrodentinosarcome Améloblastique Et Fibro-Odontosarcome Améloblastique :

Similaires aux fibrosarcomes améloblastiques, ces exceptionnelles tumeurs

C) Carcinosarcome Odontogénique :

2.2 Les tumeurs malignes non odontogènes :

2.2.1 Fibrosarcome :

Son diagnostic ne peut être retenu qu'après élimination des aspects fibrosarcomateux observés dans certains ostéosarcomes ou chondrosarcomes indifférenciés.

2.2.2 Chondrosarcome

2.2.3 Osteosarcome :

Il représente 6 à 7 % des ostéosarcomes du squelette. Il survient plus souvent chez l'homme et à un âge plus élevé (25 à 30 ans) que l'ostéosarcome des os longs. Son apparition est favorisée par une irradiation antérieure pour tumeur bénigne pendant l'enfance, par une maladie de Paget osseuse, ou une dysplasie fibreuse polyostotique.

2.2.4 Sarcome D'ewing : Tumeur de l'enfant

2.2.5 Autres Sarcomes :

Histiocytome fibreux malin, liposarcome, rhabdomyosarcome, angiosarcome, schwannome malin, sarcome pleomorphe de haut grade.

2.2.6 Lymphomes :

a) Plasmocytomes :

Tumeurs du sujet âgé, ils peuvent être l'expression locale parfois inaugurale d'un myélome multiple.

b) Lymphomes non hodgkiniens :

Ils peuvent être secondaires à un lymphome ganglionnaire ou buccal ou être primitifs.

2.2.7 Metastases :

Pour la plupart ostéolytiques. Elles sont rarement révélatrices du cancer primitif latent. Elles s'observent surtout dans les cancers ostéophiles (cancers du sein, de la prostate, de la thyroïde) mais aussi dans les carcinomes digestifs, les cancers bronchiques et les mélanomes.

B-Les tumefactions cervicales chronique :

1. Les tumefactions cervicales médianes :

a) La région sous-mentonnière :

Ce sont essentiellement des adénopathies :

- **Chroniques :**

- ✓ Surtout métastases d'un cancer du plancher de la bouche, de la langue et des lèvres.
- ✓ Mais aussi : tuberculose, toxoplasmose, sarcoïdose, maladie des griffes du chat, pathologie lymphatique maligne.

- **Plus rarement :**

- ✓ **Un kyste dermoïde du plancher buccal** ; Il s'agit d'une tumeur embryonnaire de l'enfant ou de l'adolescent, indolore, le plus souvent rénitente ou fluctuante, le toucher bi digital (intra et extra buccal) permet le diagnostic.
- ✓ **Une cellulite chronique d'origine dentaire** : c'est une tuméfaction dure, sensible, qui infiltre la peau et fait corps avec la mandibule, elle se rencontre chez un sujet présentant un mauvais état dentaire.

b) La région hyoïdienne :

- **Kyste du tractus thyroïdienne** : tumeur lisse, plus ou moins volumineuse, adhérent à l'os hyoïde avec lequel elle s'élève à la déglutition.

Il apparaît le plus souvent au moment de l'adolescence.

- **Une thyroïde ectopique** : définie par la présence de tissu thyroïdien en dehors du siège normal de la thyroïde en regard de la face antéro-latérale du 2^e au 4^e cartilage trachéal. Elle résulte d'une anomalie du développement embryologique et ou de la migration de la glande.

c) **La région laryngée :**

- **Adénopathie pré laryngé** : le plus souvent inflammatoire, rarement carcinomateux.
- **Un cancer laryngé extériorisé**
 - Le cancer de la commissure antérieure* : prend l'aspect d'un polype antérieur limité cancer envahit très rapidement le cartilage thyroïde
 - cancer de la sous-glotte* : est un cancer souvent latent se révélant tardivement par une dyspnée laryngée. Le bilan endoscopique et la tomodensitométrie vont préciser l'extension vers la trachée.
- **Une tumeur bénigne (chondrome)**
- **Une laryngocèle externe** est rare : dilatation aérique du saccule (orifice au niveau du toit du ventricule) faisant hernie à travers la membrane thyro-hyoidienne. La tuméfaction est molle, réductible, expansive au Valsalva, s'accompagnant de bruits hydro-aériques

d) **La région thyroïdienne :**

La tuméfaction traduit une pathologie du corps thyroïde

- **Thyroïdite** : c'est une [inflammation](#) de la [glande thyroïde](#) :
 - **Thyroïdite de Hashimoto** : Il s'agit d'une inflammation chronique de la glande qui provient d'un phénomène d'[auto-immunité](#) et qui touche surtout les femmes. On retrouve un [goitre](#) non douloureux mais dur.
 - **Thyroïdite subaiguë de Quiévrain** : Il s'agit d'une inflammation de la [glande thyroïde](#), peu courante et à prédominance féminine, probablement d'origine virale (infection [ORL](#) de type [rhinopharyngite](#)).
 - **Thyroïdite de Riddell** : Maladie rare, il s'agit d'une thyroïdite chronique sclérosante sans grande gravité. La fibrose, bien que faisant parfois

croire à un cancer par son étendue aux tissus proches et par la dureté de la glande.

- **Goitres et adénomes**

- **Cancer thyroïdien :**

- *Les cancers différenciés de la thyroïde*

- Le Carcinome Papillaire
- Le Carcinome Vésiculaire

- *Le carcinome anaplasique*

- Les Carcinomes à Cellules C ou Carcinomes médullaires
- Métastases thyroïdiennes

- **Kyste branchial de la 4ème fente branchiale :** cliniquement, ces malformations ne présentent pas d'extériorisation cutanée mais une communication muqueuse hypopharyngée. Cependant, le diagnostic peut être fait lors d'une extériorisation survenant sur un abcès cervical fistulisé. Elles sont toujours situées à gauche. Le tableau clinique est celui d'une hyoïdite ou d'un abcès hyoïdien gauche.

e) **La région sus-sternale :**

- Une pathologie thyroïdienne : **goitre plongeant, cancer extensif du corps thyroïde.**
- **Une adénopathie pré-trachéale**, souvent maligne
- **Un kyste dermoïde**
- Pathologie des gros vaisseaux artériels du médiastin supérieur, une pathologie thymique ou parathyroïdienne.

2. **Les tuméfactions cervicales latérales :**

a) **Les tuméfactions inflammatoires subaiguës :**

Il s'agit surtout d'**adénopathies inflammatoires** ganglions un peu douloureux, avec péri-adénite et tendance à des poussées itératives.

- **Adénopathie séquellaire** d'une inflammation de voisinage souvent traitée par des antibiotiques.
- **Adénopathie tuberculeuse :** aspect d'une masse volumineuse, polylobée d'aspect "pseudo néoplasique".
- **Les suppurations ganglionnaires cervicales à mycobactéries atypiques.**

- **La lympho-granulomatose bénigne** d'inoculation ou **maladie des griffes du chat** : Elle se caractérise par une adénopathie d'allure traînante, volumineuse, quelquefois suppurée.
- **La toxoplasmose** : Sur le plan clinique, c'est une polyadénopathie superficielle à prédominance postérieure (occipitale et spinale), indolore, de petite taille.
- **La sarcoïdose**
- **La lymphadénopathie du VIH**
- **La syphilis**
- Rares : **tularémie, rubéole, brucellose**

b) Les tuméfactions non inflammatoires :

1. La région jugulo-carotidienne :

Il s'agit le plus souvent **d'adénopathies**

- **Une adénopathie métastatique** d'un carcinome des VAD , elle peut être révélatrice d'un carcinome pharyngolaryngé ou de la cavité buccale que l'examen mettra en évidence. Un carcinome du cavum peut en être l'origine chez un adolescent ou un adulte jeune.

- **Hémopathie maligne :**

- ✓ **Lymphome :**

- Maladie de Hodgkin** : adénopathie unique, sus-claviculaire, indolore. Mais il peut s'agir d'emblée de polyadénopathies cervicales, unilatérales, parfois bilatérales mais asymétriques.

- Lymphome malin non hodgkinien** :

- masse ganglionnaire de croissance rapide, Ils s'observent à tout âge.

- ✓ **Leucémie lymphoïde chronique** : Cette hémopathie concerne le sujet de plus de 60 ans dans trois cas sur quatre, avec une prédisposition masculine. La présence d'adénopathies indolores, bilatérales et symétriques est un mode fréquent de diagnostic.

- ✓ **Lymphome/Leucémie lymphoblastique** : représente 80 % des leucémies de l'enfant. La présence d'adénopathies est retrouvée au niveau cervical et au niveau inguinal essentiellement.

2. Les tumeurs congénitales latéro cervicales :

- ✓ **Le kyste amygdaloïde** (ou lympho-épithélial ou kyste du sinus cervical). C'est une tuméfaction superficielle située au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.
- ✓ **Le lymphangiome kystique** :
Il existe dès la naissance ou se manifeste dans les premiers mois sous la forme d'une tuméfaction molle, bosselée, à limites mal définies, variable en volume, parfois bleutée. La masse peut être polylobée et associée à des localisations pharyngolaryngées ou de la cavité buccale.

3. Les tumeurs battantes vasculaires :

- ✓ **Anévrisme carotidien** : tumeur battante, expansive et soufflante
- ✓ **Fistule jugulo-carotidienne** : « thrill palpatoire ».
- ✓ Tumeur du glomus carotidien (**paragangliome**)
- ✓ Les tumeurs nerveuses : **neurinome du X**

4. La région sous-mandibulaire :

- ✓ **Adénopathie métastatique** d'un carcinome de la langue, du plancher de la bouche, de la gencive ou de la lèvre.
- ✓ **Sous-maxillite chronique** d'origine lithiasique avec coliques salivaires, pus dans le canal de Wharton.
- ✓ Tumeurs développées dans la glande sous-mandibulaire.

5. La région sus-clavière :

- ✓ **Adénopathie sus-claviculaire**
- ✓ **Schwannome du plexus brachial**
- ✓ **Cancer de l'apex pulmonaire** avec syndrome de Pancost Tobias.

6. Les régions spinales et trapéziennes :

- ✓ **Schwannome du XI** ou du plexus cervical superficiel
- ✓ **Métastases ganglionnaires** des carcinomes du cavum ou de l'oropharynx.

7. L'actinomyose cervico-faciale :

Cette affection se traduit cliniquement par une cellulite (infection des tissus celluloso-adipeux sous-cutanés) des régions sous mandibulaire, sous-digastrique ou temporo massétérine d'évolution lente et progressive, avec fistulisation en l'absence de traitement.

Le diagnostic d'actinomyose doit être évoqué devant une infiltration ligneuse, avec une peau habituellement rouge ou violacée et mamelonnée.

Toutes les régions cervicales enfin peuvent être le siège de lipomes, d'angiomes

C-Les Tuméfactions parotidiennes chroniques :

1. Parotidites chronique :

- **Les parotidites bactériennes récidivantes:** Répétition d'épisodes de parotidites bactérienne.
- **Une lithiase parotidienne :** La tuméfaction de la glande et la douleur se manifestent au début des repas, on recherchera le calcul responsable par la palpation sur le trajet du canal de Sténon. La lithiase peut se compliquer de parotidite suppurée.
- **Les sialodocholites non lithiasiques :** Sont dues à l'évolution de parotidites récidivantes.
Il existe une tuméfaction parotidienne et du pus à l'orifice du Sténon.

2. Les parotidomégalies associées à une maladie de système sont très souvent bilatérales :

- **sarcoïdose (syndrome d'Herrfordt) :** On recherchera la fièvre, l'hypertrophie parotidienne et des voies lacrymales, une chorioretinite et une atteinte des paires crâniennes.
- **La tuberculose :** Touche préférentiellement les ganglions intraparotidiens plutôt que la glande elle-même. Les autres étiologies granulomateuses sont plus rares.
- **Les lésions lympho-épithéliales bénignes :** associent une augmentation de la glande parotide, des douleurs et une sécheresse buccale. Ces lésions sont parfois associées à des collagénoses: lupus, polyarthrite rhumatoïde. Un processus auto-immun en est souvent l'origine. La kératoconjonctivite (sécheresse oculaire), la sécheresse buccale et la parotidomégalie constituent **le syndrome de Gougerot-Sjögren** .
Il faut toujours craindre leur dégénérescence vers **un lymphome**.

3. L'hypertrophie parotidienne isolée est rare : Il faut rechercher une association avec une hypothyroïdie, un syndrome de Cushing, une goutte, un diabète, une cirrhose éthylique au début. **Les parotidomégalies nutritionnelles** surviennent chez les mangeurs de pain en excès.

4. Tumeurs de la parotide : classification OMS:

a) Tumeurs bénignes :

- **Adénome pléomorphe :**

Est une tumeur bénigne de croissance lente, indolore mais volontiers récidivante surtout en cas d'exérèse limitée. Sa consistance est dure. La tumeur apparaît bien limitée (fausse capsule). Il n'existe ni adhérence, ni signes inflammatoires, ni paralysie faciale, ni adénopathie cervicale. La transformation maligne survient dans le cas de tumeur évoluant depuis très longtemps ou lors d'une récurrence.

- **Les adénomes monomorphes**

- ✓ **Tumeur de Whartin (ou cystadénolymphome) :** Se développent dans la partie exofaciale de la glande souvent au dépend du pôle inférieur.
- ✓ **Les oncocytomes**
- ✓ **Les adénomes à cellules basales**
- ✓ **Les adénomes à cellules myoépithéliales**

b) Tumeurs malignes

- **Tumeur muco-épidermoïde** Composées de cellules épidermoïdes et cellules mucoïdes.
- **Tumeurs à cellules acineuses :** Douleurs très intenses à type de décharge électrique (envahissement des filets nerveux sensitifs) , tumeur à surface irrégulière d'évolution lent.
- **Carcinome adénoïde kystique (Cylindrome) :** Ce sont des tumeurs à croissance lente qui sont caractéristique par leur capacité à infiltrer les gaines nerveuses même si la paralysie faciale est rare.
- **Adénocarcinome :** Tumeur d'évolution rapide avec métastase ganglionnaires cervicales.
- **Carcinomes sur adénome pléomorphe**
- **Cancers épidermoïdes :** correspond à une tumeur maligne à évolutivité plus ou moins agressive.
- **Cancers indifférenciés**

V. Anatomie pathologie :

A-Mandibulaire

1. Ameloblastome :

Macroscopiquement : Classiquement, trois formes macroscopiques sont décrites :

- _ Une forme solide évoquant l'aspect d'une grappe de raisins.

- _ Une forme kystique à contenu gélatineux ou hémorragique.
- _ Une forme mixte qui associe les deux aspects précédents.

Microscopiquement : La masse tumorale comprend :

- _ Un tissu épithélial composé par :
 - * Des cellules cubiques d'aspect palissadique en périphérie.
 - * Des cellules d'aspect étoilé au centre des lobules.
- _ Un tissu conjonctif plus ou moins dense et d'aspect fibreux.

Différents aspects anatomopathologiques peuvent exister :

- o Folliculaire.
- o Plexiforme.
- o Malpighien (à différencier des kystes épidermoïdes).
- o Kystique ou compacte composé d'une tumeur molle.
- o A cellules granuleuses (exceptionnel).
- o A cellules basales : il est à différencier d'un carcinome adénoïde kystique.
- o Desmoplastique : comporte un stroma très abondant, riche en fibres collagènes.
- o Périphérique : il serait l'équivalent d'un carcinome basocellulaire de la gencive .

2. Adenoameloblasome :

Macroscopiquement : On reconnaît à l'adénoaméloblastome deux présentations :

- _ Une forme solide bien limitée par une pseudo-capsule.
- _ Une forme développée dans la paroi d'un kyste dentigère.

Microscopiquement : Le tissu tumoral est constitué par la juxtaposition :

- _ De cellules épithéliales polyédriques, sans anomalies, ni mitoses.
- _ D'un stroma conjonctif qui comprend :
 - * Une substance hyaline acidophile, comportant parfois des éléments épithéliaux isolés.
 - * Une matrice de l'email dont la présence est occasionnelle.
 - * De nombreux vaisseaux sanguins.
 - * Des micro-calcifications, soit au voisinage des capillaires ou dans leur paroi, soit au centre des formations épithéliales.

3. Tumeur épithéliale odontogénique calcifiée (tumeur de pindborg) :

Macroscopiquement : dure, mal limitée, friable et de coloration grisâtre.

Histologique : très variable d'une tumeur à l'autre :

- Tantôt, il réalise des nappes denses de cellules polyédriques aux limites nettes, reliées

par des ponts intercellulaires plus ou moins nombreux. En microscopie électronique, on y retrouve l'association de petits filaments et des fibres de collagène. Cette substance, sécrétée par les cellules épithéliales représenterait une kératine altérée ou une matrice de l'émail. Des Calcifications plus ou moins confluentes se déposent sur cette substance ou sur des cellules épithéliales dégénérées.

- Dans d'autres cas, la composante épithéliale, plus réduite, est constituée de petits îlots ou travées cellulaires, souvent clairs avec des signes de dégénérescence. Les calcifications et les dépôts amyloïdes sont alors plus abondants.

4. Tumeur odontogénique épidermoïde (progonome mélanotique) :

Histologie : Caractérisée par des îlots de cellules épidermoïdes bien différenciées dans un stroma fibreux, reposant sur une assise basale de cellules aplaties, et non cylindriques comme dans les kérato-améloblastomes.

Les îlots épithéliaux présentent des micro-foyers de dégénérescence kystique.

5. Tumeur odontogénique à cellules claires

Histologie : La tumeur est constituée de lobules ou plages compactes de cellules épithéliales. Celles-ci sont claires, vacuolisées, riches en glycogène ; elles ne s'orientent jamais autour de cavités glanduliformes. Le stroma, fibreux, est peu abondant. Ces foyers clairs peuvent coexister avec des structures folliculaires bordées de cellules cylindriques basophiles rappelant l'améloblastome commun.

6. Fibrome améloblastique :

Histologique : Cette tumeur à double composante associe des structures épithéliales rappelant l'organe de l'émail et des plages de tissu conjonctif simulant la papille dentaire. Parfois, les fibroblastes peuvent présenter un cytoplasme granuleux (fibrome améloblastique à cellules granuleuses) .

7. Fibrodentinome améloblastique (dentinome)

Histologique : La tumeur est constituée de travées épithéliales et de tissu conjonctif ressemblant à la pulpe dentaire. Y sont associés des dépôts de dentine de structure anarchique au contact de l'épithélium ; plus rarement, cette dentine est de structure organoïde ou tubulaire.

La plupart des dentinomes sont intraosseux ; d'autres lésions extraosseuses présentent en leur sein un épithélium directement dérivé de la muqueuse buccale.

8. Fibro-odontome améloblastique :

Histologie : Son aspect est identique à la précédente tumeur, mais elle comporte, de plus, des structures associées de dentine et d'émail.

9. Odontoameloblastome :

Histologie : l'odontoaméloblastome est composé d'îlots épithéliaux améloblastiques de type folliculaire ou plexiforme et d'un ectomésoenchyme odontogénique. Des structures de dentine et d'émail y sont associées.

La composante épithéliale proliférante de cette tumeur lui confère un caractère extrêmement récidivant après traitement conservateur.

10. Kyste odontogénique calcifié

Histologie : le kyste est bordé par un épithélium dont l'assise basale comporte des cellules cubiques ou cylindriques, surmontées par d'autres couches cellulaires épithéliales similaires au réticulum étoilé de l'organe de l'émail, aspect voisin de l'améloblastome. Cependant, au sein de l'épithélium, des amas particuliers de cellules « fantômes » momifiées, peuvent évoluer vers la calcification comme dans certains améloblastomes et autres lésions épithéliales odontogéniques.

11. Odontomes complexes et composés :

Histologie : on distingue l'odontome simple et l'odontome composé avec possibilité de formes mixtes.

- Odontome complexe :

Il est caractérisé par une masse irrégulière, calcifiée, sans aucune ressemblance morphologique avec les dents rudimentaires.

Histologiquement, les coupes montrent un tissu tumoral formé par l'association désordonnée d'émail, de pulpe, de dentine et de ciment.

Ces éléments existent en proportion variable au sein d'un stroma conjonctif assez réduit.

L'ensemble est limité par une capsule fibreuse comparable au follicule qui entoure une dent normale.

- Odontome composé :

Il s'agit d'une masse bosselée ou arrondie, limitée par une paroi fibreuse, L'ouverture de cette dernière permet de trouver de petites unités pseudo-dentaires bien individualisées. Leur nombre pouvant atteindre 200 ou 300 par tumeur.

Microscopiquement : chaque unité pseudo-dentaire comprend de l'émail, de la dentine, de la pulpe et du ciment dont la disposition est mieux ordonnée que dans l'odontome complexe .

12. Fibrome odontogénique

Macroscopique : nodule bien circonscrit et de consistance ferme.

Histologiquement : il associe des fibroblastes et des fibres de collagène fréquemment clairsemées avec des îlots et des plages de vestiges épithéliaux odontogéniques .

13. Myxome (myxome odontogénique, myxofibrome)

Macroscopiquement : le myxome est grisâtre, de consistance gélatineuse et se propage fréquemment, sans limite nette, dans l'os et les parties molles adjacentes.

Histologique : il est composé de cellules conjonctives triangulaires ou étoilées, anastomosées par de fins prolongements et enchâssées dans un matériel mucoïde abondant .

14. Cementoblastome bénin (cémentoblastome, cémentome vrai)

Histologie : est caractéristique :

la majeure partie de la tumeur (zone centrale) est constituée de mottes ou de plages étendues de ciment sillonnées par des lignes d'apposition basophile, irrégulières, pagétoïdes. Au sein de cette masse minéralisée, se creusent quelques petits axes conjonctifs renfermant, outre des vaisseaux, des cémentoblastes. En périphérie, le tissu conjonctif non minéralisé est constitué de cémentoblastes. Le diagnostic histologique peut parfois s'avérer difficile avec certains ostéoblastomes bénins, un ostéome ostéoïde, voire un ostéosarcome atypique.

15. Kystes inflammatoires (kyste radiculo-dentaire, kyste latéral et kyste résiduel) :

Histologiquement :

le kyste inflammatoire est toujours revêtu d'un épithélium pavimenteux malpighien non kératinisé, d'épaisseur variable. Le revêtement épithélial peut renfermer des cellules à mucus et des cellules cylindriques de type cilié ; Il peut présenter des inclusions de corps hyalins éosinophiles, les corps de Rushton.

La paroi conjonctive est à prédominance fibreuse. La trame conjonctive sous-épithéliale est en relation avec l'oedème qui accompagne l'inflammation et est envahie par un infiltrat inflammatoire. La cavité contient un liquide citrin englobant des cristaux de cholestérol qui peuvent dériver de la lyse cellulaire ou avoir une origine extracellulaire secondaire à une ischémie vasculaire. On y retrouve également des macrophages, des cellules pluri-nucléées riches en hémossidérine ou des macrophages spumeux chargés de lipides.

16. Kystes dentigères (ou kystes folliculaires ou kystes péri-coronaires ou kystes corono-dentaires) :

Histologiquement : On observe une lumière kystique tapissée d'un épithélium à deux couches cellulaires. La paroi mince est constituée d'un tissu conjonctif lâche, pauvre en fibres de collagène. La présence d'un épithélium cilié est rare, et on peut trouver des

métaplasies cellulaires caliciformes, des corps hyalins, des cristaux de cholestérol et quelquefois une kératinisation des cellules épithéliales de la surface.

17. Kystes épidermoïdes (ou kératokystes) :

Histologie : On trouve une fine capsule conjonctive bordée par un épithélium pavimenteux kératinisé composé d'environ cinq couches cellulaires. La couche basale ne montre pas de digitations acanthosiques.

La croissance agressive du kyste peut entraîner la destruction de l'os environnant et essaimer dans les tissus mous .

18. Osteome vrai :

Histologie : Permet de différencier l'ostéome spongieux (formé de lamelles osseuses limitant entre elles des lacunes médullaires larges), de l'ostéome compact (travées d'os lamellaire haversien).

La présence de plusieurs ostéomes doit faire évoquer un syndrome de Gardner.

19. Osteoblastome et osteome ostéoïde :

Histologie : met en évidence des travées osseuses grêles bordées par une prolifération d'ostéoblastes sans atypies cytonucléaires au sein d'un stroma très vascularisé. Des ostéoclastes dont le nombre est inférieur aux ostéoblastes et de la substance ostéoïde.

20. Desmo-ostéoblastome (fibrome ostéoïde, fibrome psammo-ostéoïde):

Histologie : met en évidence une prolifération d'ostéoblastes et de fibroblastes. Le traitement chirurgical est entaché de récurrences fréquentes. Les tumeurs malignes sont représentées par les ostéosarcomes et les sarcomes d'Ewing .

21. Chondrome :

Histologie : met en évidence des chondrocytes, chacun contenu dans une logette au sein d'une matrice cartilagineuse .

22. Chondroblastome :

Histologie : il y a une prolifération chondroblastique mêlée à des cellules géantes ostéoclastiques dans une trame conjonctive de type chondroïde parsemée de petites calcifications.

23. Fibrome chondromyxoïde :

L'anatomopathologie retrouve des lobules de cellules fusiformes ou étoilées, enchâssées dans une substance chondroïde ou myxoïde, jouxtant des cellules géantes et des plages fibreuses .

24. Fibrome cemento-ossifiant (fibrome cimentifiant, fibrome ossifiant) :

Histologie : le fibrome cimentifiant est bien délimité par rapport aux tissus sains environnants.

On y trouve de nombreux fibroblastes dans un tissu conjonctif avec l'édification d'une substance calcifiée d'origine cimentaire ou osseuse difficile à préciser. Cette description est très semblable à celle de la dysplasie fibreuse .

25. Fibrome desmoïde (fibromatose) :

Histologiquement : s'y associent des fibroblastes et des fibres collagènes.

26. Dysplasie fibreuse

Macroscopiquement : la lésion se présente sous forme d'une masse bien limitée, mais non encapsulée. Sur les tranches de section, la cavité médullaire est élargie et l'os spongieux est remplacé par un tissu fibreux de coloration blanchâtre.

Microscopiquement : le diagnostic reposera sur l'existence :

- De cellules en faisceaux allongés alternant avec un os néoformé d'épaisseur variable. L'os correspond à une métaplasie du tissu conjonctif dans lequel il a pris naissance. Dans la forme fibreuse, les cellules seront plus rares et le collagène plus abondant ;
- De kystes, fusion de micro-kystes ou de phénomène hémorragique .

27. Granulome central à cellules géantes (granulome géantocellulaire central, granulome réparateur à cellules géantes) :

Microscopiquement : le granulome se compose de cellules fusiformes de type fibroblastique et de cellules géantes polynucléées de type ostéoclastique autour d'un dense réseau capillaire interstitiel. Mais ces cellules géantes sont irrégulièrement distribuées au sein de ce granulome. Des travées de tissu ostéoïde ou osseux peuvent être observées en périphérie de ce granulome.

L'affection est bénigne, même si l'évolution locale au niveau des maxillaires

28. Tumeur à cellules géantes (tumeur à myéloplaxe) :

Histologiquement :

la tumeur est formée de nombreuses cellules géantes dans une matrice pauvre en collagènes et riche en cellules fusiformes. Ces cellules géantes sont caractérisées par un polymorphisme et un hyperchromatisme nucléaire, et par une certaine constance dans la taille, la forme et le nombre de noyaux.

29. Tumeurs brunes de l'hyperparathyroïdie :

Histologie : est similaire à celui d'un granulome central à cellules géantes .

30. Cherubisme (maladie kystique multiloculaire familiale des maxillaires) :

Histologie : dépend du stade évolutif : le tissu conjonctif des lésions récentes est riche en fibroblastes et en cellules géantes, les lésions plus anciennes ont un tissu conjonctif dense, fibreux et pauvre en cellules géantes, voire présentent quelques travées osseuses .

31. Kyste anévrysmal :

Microscopiquement : il a un aspect caractéristique fait d'espaces caverneux, très nombreux et de taille variable, remplis de sang. Ces espaces sont limités par des parois fibreuses contenant du tissu conjonctif lâche et de jeunes cellules fibroblastiques aplaties, en fuseau, associées à des histiocytes, parfois du tissu ostéoïde et de membrane épithéliale bordante .

32. Fibrosarcome odontogénique (sarcome améloblastique) :

Histologie : Habituellement celui d'un fibrome améloblastique dont la composante épithéliale reste régulière (follicule et travées d'épithélium odontogénique). Le tissu conjonctif cancérisé comporte des cellules nombreuses et polymorphes, parfois géantes avec de fréquentes mitoses atypiques. Rarement, la composante épithéliale n'est plus retrouvée au sein d'un aspect sarcomateux pur qui simule un sarcome fibroblastique osseux de pronostic plus sombre (métastases dans 25 % des cas) .

33. Fibrosarcome :

Macroscopie : C'est une tumeur profonde mesurant de 3 à 10 cm.

Microscopie : Tumeur avec pseudocapsule, l'aspect est monomorphe avec de longs faisceaux « en chevron », les cellules sont monotones et les mitoses nombreuses

34. Chondrosarcome :

Histologiquement : on en distingue trois grades de 1 à 3 de gravité croissante. Le grading est basé sur la taille des noyaux, la densité cellulaire et l'hyperchromatie.

- Grade 1 : tumeur modérément cellulaire, noyaux de taille uniforme, chromatine peu dense et parfois cellules binucléées.
- Grade 2 : tumeur pluricellulaire, atypies cyto-nucléaires modérées, noyaux hyperchromatiques de taille irrégulières .
- Grade 3 : densité cellulaire importante, atypies cyto-nucléaires marquées, noyaux pleomorphes avec présence de mitoses.

D'autres variétés ont été décrites : chondrosarcome mésenchymateux et chondrosarcome à cellules claires.

35. Osteosarcome :

Histologiquement : c'est une prolifération à cellules fusiformes malignes produisant une substance ostéoïde.

On en distingue trois types : ostéoblastique, chondroblastique et fibroblastique .

36. Sarcome d'Ewing :

Histologie :

prolifération solide ou diffuse, lobulaire de cellules petites, uniformes, divisées en masses irrégulières par des travées fibreuses. Les contours cellulaires sont irréguliers donnant un aspect syncytial, le cytoplasme est peu abondant, mal limité granulaire. Les noyaux sont ronds avec des indentations fréquentes, des petits nucléoles, une chromatine fine, une activité mitotique variable mais souvent élevée, réseau vasculaire bien développé. La nécrose est fréquente et peut dominer l'aspect histologique.

Des cellules noires, forme dégénérative des cellules rondes, allongées et denses, forment avec les cellules rondes une architecture biphasique caractéristique de l'Ewing .

Cytologie :

très cellulaire, population prédominante de cellules uniformes, à cytoplasme peu abondant mal limité avec du glycogène, de 12 à 14 μ , noyaux ronds, uniformes à chromatine fine petit ou pas de nucléole.

B- Cervicale

1. kyste dermoïde du plancher buccal :

Histologique : On distingue trois sous types :

- les kystes épidermoïdes
- les kystes dermoïdes
- les kystes tératoïdes ou tératomes

Les vrais kystes dermoïdes contiennent un épithélium malpighien avec des dérivés dermiques (follicules pileux, glandes sudoripares et sébacées). En absence de ces derniers, il est dit épidermoïde.

Les tératomes contiennent en plus des éléments épithéliaux, des structures osseuses et cartilagineuses. La transformation maligne est observée dans 5% des tératomes.

2. Cellulite chronique d'origine dentaire :

la cytoponction : permet l'étude bactériologique ; il s'agit d'un processus infectieux à point de départ dentaire. L'infection est polymicrobienne. Ce sont les germes de la flore buccale normale représentée par les streptocoques, les bactéroïdes et un peu de staphylocoques.

3. kystes du tractus thyroglosse (KTT) :

Macroscopie : sinus ou kyste de 1-4 cm.

Histologie : kyste de taille centimétrique, bordé par un revêtement cubocylindrique pseudo-stratifié cilié, avec territoires plus ou moins étendus de métaplasie malpighienne. Présence fréquente dans le stroma adjacent de glandes muqueuses ou de vésicules thyroïdiennes, ce tissu thyroïdien est soit normal, soit hyperplasique.

Remaniements inflammatoires secondaires fréquents pouvant s'accompagner d'une desquamation du revêtement épithélial avec infiltrat inflammatoire du stroma sous-jacent, tissu de granulation et fibrose. Il est à noter que le tissu thyroïdien présent peut subir des transformations malignes presque toujours sous forme d'un carcinome papillaire.

4. Ectopie thyroïdienne :

Histologie : Parenchyme normal, mais avec un certain degré d'hypercellularité avec interface irrégulière avec le tissu adjacent pouvant donner le change avec une lésion maligne. La distinction avec une métastase (surtout si ganglion) se fait par analyse clonale (tissu ectopique polyclonal), ou empreinte génétique.

5. Cancer thyroïdien :

a) Carcinome papillaire :

Macroscopie : C'est un nodule dur à centre scléreux ou ferme et charnu, parfois kystique. Y penser devant une métastase ganglionnaire cervicale. La tumeur est soit mal limitée sans capsule, soit encapsulée (on parle alors de carcinome papillaire encapsulé).

Microscopie :

Présence d'une prolifération de vraies papilles comportant un axe conjonctivo-vasculaire. Les vésicules sont de taille variable, la colloïde est dense, décollée du bord des vésicules. Le stroma est fibreux et d'abondance variable. Les calcosphérites, retrouvées dans l'axe conjonctivo-vasculaire des papilles sont pathognomoniques mais inconstantes. Les remaniements kystiques sont fréquents.

Les cellules ont un cytoplasme cubique, cylindrique ou haut, parfois clair. Les noyaux se chevauchent, sont de taille augmentée, pâles, en verre dépoli, incisurés, au contours irréguliers, encochés, en «demi-lune». Présence de pseudo-inclusions cytoplasmiques, d'un épaississement de la membrane nucléaire avec margination chromatinienne, les nucléoles ne sont pas visibles.

Immunohistochimie :

- Thyroglobuline + au pôle apical.
- Kératines de bas et haut PM + , la CK19 est + dans la majorité des cas.
- Vimentine +
- HBME1 + dans la majorité des cas,
- Galectine 3 très souvent +

Biologie moléculaire :

Réarrangements RET/PTC possible, RET/PTC1 dans les formes classiques.
Mutations de BRAF possible.

b) Carcinome papillaire de forme vésiculaire :

Microscopie : Prolifération de vésicules avec une colloïde dense. Les cellules ont des noyaux « papillaires »

Biologie moléculaire :

- Réarrangements RET/PTC2 possibles
- Mutations de BRAF possibles.

6. Thyroïdite chroniques :

a) Thyroïdite chronique lymphocytaire auto-immune ou maladie de Hashimoto :

C'est la plus fréquente des thyroïdites.

Macroscopie : goitre symétrique : augmentation de volume de la glande avec accentuation de la lobulation.

Microscopie : l'infiltration lymphoplasmocytaire avec formation de follicules lymphoïdes à centre clair remplace progressivement les vésicules thyroïdiennes. Ces dernières présentent une atrophie et une métaplasie oncocytaire.

b) Thyroïdite fibreuse de Riedel : thyroïdite ligneuse :

Macroscopie : la glande est dure, adhérente aux tissus voisins.

Microscopie : fibrose dense et mutilante détruisant totalement les vésicules thyroïdiennes.

7. Les goîtres hyperplasiques :

a) Goître parenchymateux simple :

Macroscopie : la thyroïde est augmentée de volume et de taille soit de façon diffuse soit localisée.

A la coupe, il existe de multiples nodules bien limités sans ou avec une capsule fine, souvent d'aspect colloïde.

Microscopie :

la vésiculogénèse est anormale, reprenant des aspects des différents stades de la vésiculogénèse pendant l'embryogénèse : trabéculaire, microvésiculaire, ou macrovésiculaire.

L'aspect est souvent polymorphe d'un territoire à l'autre.

b) Goitre toxique diffus ou hyperthyroïdie auto-immune ou maladie de Graves - Basedow :

Macroscopie : la thyroïde est augmentée de volume de façon diffuse, pèse de 50 à 150 g. Le parenchyme, à la coupe, est rouge foncé (= goitre).

Microscopie :

- l'architecture lobulée est conservée.
- les cellules folliculaires ont un revêtement cylindrique haut avec cytoplasme pâle.
- la colloïde est peu abondante, voire absente et pâle.

8. L'adénome :

Macroscopie :

Il s'agit d'un nodule unique, bien limité par une capsule fine. Ce nodule déforme le lobe thyroïdien. A la coupe, il est colloïde, poisseux, plus ou moins charnu et peut présenter, selon sa taille et son ancienneté, des remaniements hémorragiques, fibreux, parfois des calcifications.

Microscopie :

Toutes les vésicules sont au même stade fonctionnel (disparition de l'aspect en mosaïque), entourée d'une capsule fibro hyaline plus ou moins épaisse et refoulant le parenchyme voisin.

De nombreuses formes histologiques peuvent être rencontrées :

selon le type architectural, la taille des cellules, on distingue :

- l'adénome normo folliculaire
- l'adénome macro folliculaire (ou adénome colloïde)
- l'adénome micro folliculaire (ou foetal)
- l'adénome trabéculaire ou solide .

Selon le type cellulaire : il convient d'individualiser une forme particulière d'adénome :

l'adénome à cellules oxyphiles ou cellules de Hürtle encore appelé oncocytome.
Il s'agit de cellules oncocytaires : ce sont des cellules vésiculaires de grande taille, à cytoplasme abondant éosinophile, rempli en fait de nombreuses mitochondries.
Le noyau est souvent irrégulier, hyperchromatique.
Les cellules prennent souvent une architecture trabéculaire, solide.
L'examen microscopique de toute la capsule entourant l'adénome est parfois nécessaire afin d'affirmer le caractère bénin de la lésion.

9. Lymphadénopathie granulomateuse (nombreuses étiologies possibles) :

a) **Tuberculose ganglionnaire** : souvent en cervical parfois fistulisé à la peau. Dans la forme généralisée sur SIDA, N thoraciques ou abdominaux .

Macroscopie : gros, multinodulaire, ressemble à un carcinome, multiples foyers de nécrose caséuse.

b) **Sarcoïdose** :

Histologie : Aspect typique sous forme de granulomes bien délimités non nécrosants avec ou sans cellules géantes, présence parfois de nécrose fibrinoïde. Les corps de Schaumann (ronds à lamelles concentriques avec du fer ou du calcium), les corps astéroïdes ou cristaux d'oxalate de calcium ne sont que rarement présents dans les cellules géantes et sont non spécifiques.

c) **Maladie des griffes du chat** :

Histologie : granulome suppuratif, au début nécrose focale, de petite taille avec amas de PNN entourés d'histiocytes en sous capsulaire ou parfois dans les centres germinatifs qui sont hyperplasiques. Ces foyers nécrotiques coalescent pour former des abcès. C'est à ce stade que l'on retrouve les organismes à la coloration de Whartin Starry. Il s'y rajoute une hyperplasie monocytoïde. A un stade plus avancé, la suppuration est plus importante avec une importante réaction épithélioïde et gigantocellulaire.

d) **Toxoplasmose** :

Histologie : hyperplasie folliculaire marquée avec de grands centres germinatifs présentant des contours irréguliers avec de nombreux macrophages à corps tingibles. Multiples amas de petite taille de moins de 20 cellules, d'histiocytes épithélioïdes situés dans la région paracorticale ainsi qu'au contact et dans les centres germinatifs (ce qui serait spécifique).

Absence de granulome, de cellules géantes ou de nécrose, hyperplasie monocytoïde associée avec plasmocytose, lymphocytose B sinusale et infiltrat lymphoïde de la capsule. Possibilité d'hyperplasie immunoblastique voire avec cellules de S-R entre les follicules et dans la corticale profonde, de plasmocytose dans la médullaire et cortical externe.

e) **Tularémie :**

Macroscopie : gros ganglions, zones jaunes bien limitées de nécrose avec suppuration et fistules.

Histologie :

- Précoce : adénite réactionnelle
- semaine 2 : abcès plus réaction épithélioïde variable
- semaine 4 : nécrose caséuse, adénite diffuse
- tardivement : réaction granulomateuse imitant une tuberculose

10. Adenopathie médicamenteuse :

Histologie :

Conservation de l'architecture, surcharge des histiocytes sinusaux qui contiennent des sphérules de 2 à 25 μ basophiles, homogènes, denses, rarement feuilletés, pouvant refouler le noyau en périphérie. Parfois, on peut voir de grandes cellules contenant plusieurs sphérules entassés, d'affinités tinctoriales différentes (selon le degré de polymérisation et de dégradation), sphérules bleu foncé au trichrome, PAS +/- rouge ou brun rouge ou rouge Congo, coloration noire au Gomori Grocott, possibilité de granulomes géantocellulaires épithélioïdes avec ou sans nécrose centrale, les particules de PVP se situent, soit dans la nécrose, soit dans les cellules géantes, ce qui peut imiter une adénite à levures ou mycoses. Dans les mycoses cependant, les colorations sont essentiellement limitées à la capsule et sont négatives au rouge Congo.

De plus, dans la surcharge au PVP, on peut observer des réactions immunitaires en fonction du poids moléculaire avec une hyperplasie lymphoïde atypique ou une hyperplasie angiofolliculaire et plasmocytaire de type maladie de Castleman.

11. Maladie de Hodgkin :

L'examen anatomopathologique révélera l'association de la présence de grandes cellules malignes (dites de Reed-Sternberg), binucléées, avec des nucléoles proéminents, et d'une destruction de l'architecture normale du ganglion. Il existe également une importante réaction cellulaire faite de lymphocytes T, d'histiocytes et d'éosinophiles. À cette étude anatomopathologique, sera couplée une étude de l'immunophénotype des cellules tumorales.

Les cellules sont typiquement CD15+ et CD30+, souvent CD25+ et, dans près de la moitié des cas LMP+ (marqueur traduisant que les cellules de Reed-Sternberg contiennent le génome du [virus d'Epstein-Barr](#)) ; le CD20 (marqueur B) est le plus souvent négatif; sa positivité devrait faire évoquer un lymphome de Popemma, doit être en revanche vérifiée.

12. Lymphome malin non Hodgkinien (Conventionnel) :

Microscopie :

-Forme typique : constituée de petites cellules à chromatine lâche, avec un nucléole plus ou moins visible, un noyau rond ou irrégulier présentant parfois des indentations.

-Quatre variantes : Forme à grandes cellules prédominantes. Forme à noyaux très irréguliers. Forme à noyaux ronds. Forme blastoïde. On peut retrouver cette variabilité cytologique chez un patient en même temps ou à des temps différents.

Immunophénotype :

- Ig M et Ig D de surface, lambda plus souvent que kappa
- Marqueurs panB positifs : CD19+, CD20+, CD79a+
- CD5 positif : ce qui permet un diagnostic différentiel avec les lymphomes folliculaires,
- CD23 négatif : permettant un diagnostic différentiel avec les LLC.
- FMC7 toujours positif.

Cytogénétique :

t(11,14) mise en évidence dans 50 à 80 % des cas, responsable d'une hyper-expression du gène BCL1/CCND1 situé sur la bande 11q13 et qui code pour la cycline D1. La bande 14q32 code pour les régions constantes des chaînes lourdes des immunoglobulines. Toutefois, même en l'absence de t(11,14), il y a toujours une hyper-expression de la cycline D1.

13. Lymphome lymphocytaire chronique (LLC):

Histologie :

Prolifération monotone s'accompagnant d'une destruction de l'architecture ganglionnaire, de petits lymphocytes à chromatine condensée avec noyaux ronds, petits nucléoles, de façon constante présence de prolymphocytes à cytoplasme modérément abondant éosinophile, un noyau rond à chromatine dispersée et un nucléole et de para-immunoblastes (cytoplasme abondant gris au Giemsa) nucléoles nets, chromatine dispersée). Cette prolifération forme des pseudofollicules dans 85% des cas (zones plus claires du fait d'une cellularité moindre liée à la présence de prolymphocytes et para-immunoblastes).

Biologie :

-Hémogramme :

Hyper leucocytose 50000/ mm³ - Hyper lymphocytose relative 70-50%, et absolue > 15000/mm³.

Frottis sanguin : Prolifération cellulaire monomorphe faite de petits lymphocytes possédant les mêmes caractéristiques morphologiques que les lymphocytes normaux
Polynucléaire neutrophile diminué

Hémoglobine : anémie 50% modérée normocytaire normochrome arégénérative ou régénérative (anémie hémolytique).

Taux plaquette : normal ou diminué (thrombopénie).

-Médullogramme :

indispensable : infiltration lymphocytaire franche > 40%.

-Autres examens :

VS normale ou légèrement augmentée .

EPP : absence de pic monochonale, hypo gamma globulinémie .

Test coombs directe ; et réticulocytes.

14. kyste amygdaloïde :

Quelle que soit leur origine, ce sont des kystes de 2 à 5 cm de diamètre, bordés d'un épithélium malpighien régulier kératinisant, stratifié ou pseudostratifié, reposant sur un chorion contenant de très nombreux follicules lymphoïdes, ce qui les a fait improprement appeler amygdaloïdes. Ils contiennent du mucus et parfois des produits de desquamation.

15. Lymphangiome kystique :

Macroscopie : Masse molle fluctuante dont la taille varie, à la coupe, spongieux, multikystique. Le lymphangiome cutané (circonscrit) a un aspect de frai de grenouille (multiples vésicules transparentes, de taille variable, à contenu le plus souvent clair parfois sérosanguin) avec des modifications verruqueuses de la peau.

Histologie :

- soit caverneux, soit kystique : cavités de taille variable, les plus grandes pouvant comporter une paroi musculaire, bordée de cellules endothéliales aplaties, remplies de sérosité avec lymphocytes et/ou globules rouges. Entre les cavités, le collagène et +/- lâche avec de petits amas lymphoïdes.

- Circonscrit cutané : multiples vésicules ou nodules verruqueux couvrant des zones localisées de la peau, atteint le derme superficiel, lymphatiques dilatés, irréguliers du derme papillaire, refoulant l'épiderme acanthosique et hyperkératosique donnant l'impression d'une situation intra épidermique.

- La forme acquise ou lymphangiectasies se caractérise par de grands lymphatiques dilatés du derme dépourvu de média. L'épiderme sus-jacent est acanthosique, hyperkératosique.

16. Aneurysme carotidien :

Histologie : les structures élastiques et musculaires normales ont disparu dans la zone distendue, remplacées par de la fibrose.

17. Tumeur du glomus carotidien (paragangliome) :

Macroscopie : La tumeur est habituellement bien limitée, lobulée, de couleur rouge-brun avec parfois des zones hémorragiques et de la fibrose.

Histologie : Aspect classique :

La tumeur est constituée d'amas arrondis de cellules cuboïdes séparés par des septa fibreux richement vascularisés. Les cellules dites principales sont arrondies, à noyau central, régulier, à cytoplasme amphophile ou éosinophile granuleux. Parfois le cytoplasme d'une cellule dite sus-tentaculaire, entoure le cytoplasme de la cellule voisine.

Immunohistochimie : Les marqueurs épithéliaux sont négatifs. La neurone spécifique éolase, la chromogranine, et la synaptophysine, sont positives au niveau des cellules principales. La S100 est positive au niveau des cellules sustentaculaires.

18. Neurinome :

Macroscopie : masse ferme, grise ; parfois kystique et xanthomateuse ou hémorragique ; fixé au nerf, dont il peut être séparé ; non invasif, mais peut déplacer le tronc cérébral et moelle.

Histologie : Est classique avec des zones Antoni A et B, des corps de Verrocay, une encapsulation périphérique avec une capsule épaisse et des remaniements au niveau des vaisseaux qui sont à paroi épaissie, les remaniements pouvant se retrouver par ailleurs au niveau du schwannome avec des cellules xanthomateuses, des remaniements inflammatoires, des dystrophies nucléaires, possibilité de fibres de Rosenthal.

19. L'actinomyose cervico-faciale :

Biologie : Le diagnostic positif repose sur l'isolement et l'identification de l'Actinomyces responsable, de mise en évidence difficile.

Histologie : Une biopsie cutanée conclut à une actinomyose s'il révèle des grains actinomycosiques (amas d'Actinomyces inclus dans un ciment glucido-protidique sur coupes colorées par l'HES, le Gram, le Grocott), très souvent clairsemés, ou des follicules actinomycosiques (infiltrat inflammatoire polymorphe riche en plasmocytes et entouré par une intense production de collagène). Un bilan d'extension est indispensable à la recherche d'un foyer sous-jacent avant de conclure à une actinomyose cutanée primitive.

C-Parotidien

1. Sialolithiase :

Histologie : Dilatation des canaux avec parfois métaplasie squameuse, inflammation chronique modérée à marquée et destruction plus ou moins avancée des tissus acinaires.

2. Sialadénite chronique sclérosante de la glande sous maxillaire :

Cytologie : lymphocytes, macrophages, quelques PNN et fibroblastes.

Histologie : Pathologie fibro-inflammatoire, avec préservation de l'architecture lobulaire, fibrose hypercellulaire interlobulaire, hyperplasie lymphoïde floride, nombreux plasmocytes, phlébite oblitérative dans la moitié des cas. En comparaison avec une sialadénite chronique, un syndrome de Sjögren, une sialadénite lympho-épithéliale, augmentation très nette des plasmocytes IgG4 + dans le Küttner, quasi absents dans les autres pathologies.

Dans tous les Küttner on retrouve un infiltrat lymphoplasmocytaire avec fibrose et involution glandulaire et de la phlébite oblitérative, rares petits granulomes plus au moins métaplasie squameuse des canaux excréteurs.

3. Syndrome de Sjögren ganglionnaire :

Histologie : Hyperplasie folliculaire et plasmocytose interfolliculaire ; parfois effacement partiel par des effacement macrophages, plasmocytes, immunoblastes et petits lymphocytes interfolliculaires.

4. Adénome pleomorphe :

Macroscopie : A la coupe, le nodule est bien limité, rond ou lobulé, entouré par une capsule fibreuse d'épaisseur variable. Il est blanc, ferme, parfois mou myxoïde, gélatiniforme et ferme à la coupe.

Microscopie : Tumeur constituée :

- de cellules épithéliales : Cubiques à cytoplasme basophile, clair ou éosinophile, groupées en petits massifs, travées ou tubes.
- de cellules myoépithéliales : de forme ovoïde ou fusiforme, plasmocytoïde, formant des nappes de cellules peu cohésives à limites imprécises.
- D'un stroma est d'abondance variable polymorphe avec présence possible de plages fibrohyaline, élastosique, myxoïde, mucoïde, chondroïde, ostéoïde, des cristaux sont parfois observés, de collagène (bleu au trichrome de Masson).
- Les remaniements observés sont à type de foyers de nécrose ischémique, post-traumatique, de fibrose hyaline extensive, de foyers de métaplasie malpighienne, de kystisation etc.

- Sont en faveur de l'adénome pléomorphe :
 - l'existence de plages épithéliales et myoépithéliales à limites imprécises
 - la présence d'un contingent myoépithélial proliférant authentifié par ces caractères cytologiques avec aspect plasmocytoïde de ces cellules, le profil immunohistochimique particulier de ces cellules.
 - la présence de plages chondroïdes
- Sont contre l'adénome pléomorphe :
 - la présence d'une démarcation nette entre la prolifération épithéliale et son stroma avec limite abrupte des massifs tumoraux.
 - la présence de nécrose tumorale, d'anomalies cytonucléaires, de mitoses.
 - l'existence d'engainements tumoraux périnerveux.

Cytoponction : Association d'un matériel de nature fibrillaire, myxoïde ou chondromyxoïde, de cellules épithéliales polyédriques à noyau ovoïde ou fusiforme à chromatine fine, de cellules myoépithéliales fusiformes, étoilées, plasmocytoïdes, de cristoïdes, de collagènes, de cholestérol, ou d'oxalate de calcium.

Immuno-histochimie :

- des cellules épithéliales : Marquage avec les anticorps KLI, anti-EMA et anti-ACE.
- des cellules myoépithéliales : positivité de :
 - la vimentine
 - des cytokératines
 - de l'actine musculaire lisse
 - de la protéine S100 +/-
 - de la GFAP +/- positivité souvent limitée aux zones myxoïdes, absente dans les tumeurs très cellulaires.

5. Cystadenolymphome (tumeur de warthin) :

Macroscopie : Tumeur bien limité, Kystique, à contenu chocolat Mou Rosé.

Microscopie : Papilles bordées par 2 assises de Cellules avec Stroma lymphoïde. Remaniements inflammatoires.

6. Oncocytome :

Macroscopie : nodule bien limité, encapsulé, rouge brun, parfois kystisé.

Histologie :

Les oncocytes sont des grandes cellules polygonales à limites nettes, à cytoplasme abondant, éosinophiles, finement granulaire (architecture solide ou trabéculaire). Noyaux ronds, petit nucléole. L'oncocytome est entouré par une fine capsule.

Agencement organoïde, avec amas centrés parfois par une petite lumière, voire des kystes.

Cytologie : Amas de grandes cellules polygonales à cytoplasme éosinophile granulaire, noyaux centraux ou excentrés, à nucléole distinct, possibilité d'anisonucléose.

7. Adenome a cellules basales :

Macroscopie : Nodule unique bien limité, "encapsulé" non fixé et mesurant moins de 3cm avec parfois des remaniements kystiques.

Le type architectural membraneux est le plus souvent mal limité et multifocal.

Microscopie :

Aspect monomorphe par la prédominance de cellules basaloïdes. Ce sont des petites cellules rondes à noyau rond ou ovale et à cytoplasme pâle et mal limité, qui peuvent correspondre soit à de véritables cellules basales soit à des cellules ductales ou myoépithéliales.

Deux types morphologiques de cellules basaloïdes sont décrits :

-Les cellules basaloïdes foncées ont un noyau hyperchromatique et un cytoplasme peu abondant. Elles sont disposées d'une manière palissadique en périphérie des massifs.

-Les cellules basaloïdes claires ont un noyau pâle et un cytoplasme abondant. Elles sont situées au centre des massifs. On observe également quelques cellules ductales qui forment de petites lumières glandulaires, en particulier dans le type tubulaire.

Immunohistochimie :

Cytokératines : positivité constante mais le nombre de cellules marquées est très variable.

Anti-actine, anti-PS-IOO et anti- vimentine : positivité dans la plupart des adénomes à cellules basales, au niveau des cellules basaloïdes situées à la périphérie des massifs.

L'anti-EMA et anti-ACE marquent les petites formations ductales.

L'anti-myosine et anti-GFAP marquent parfois quelques cellules.

8. Carcinome à cellules acineuses :

Macroscopie : le plus souvent tumeur isolée bien limitée, parfois encapsulée, plus rarement tumeur irrégulière, mal limitée ou multinodulaire.

Histologie : On distingue quatre types d'architecture : solide, micro kystique, kystique-papillaire, et vésiculaire et 5 types de cellules : acineuses, canal intercalaire, vacuolées, claires, glandulaires non spécifiques.

9. Carcinome adenoïde-kystique :

Macroscopie : Tumeur mal limitée.

Microscopie : Formes : cylindres-sceaux, trabéculaires, massives, Engainements périnerveux.

10. Carcinome sur adénome pleomorphe :

Microscopie : A pléomorphe + carcinome.

Ils sont classés en 3 types en fonction du degré d'invasion de la capsule :

- Non invasif (CIS),
- Avec invasion minime (invasion au delà de la capsule ne dépassant pas 1,5 mm),
- Invasif (invasion au delà de la capsule supérieure à 1,5 mm).

Objectifs

Objectifs généraux :

- Établir le profil épidémiologique et clinique des tuméfactions cervico-mandibulaire chronique.

Objectifs spécifiques :

- a- Déterminer la fréquence des tumeurs cervico-mandibulaires chronique dans un service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale en fonction de certains paramètres sociodémographiques à savoir : le sexe, l'âge, et le choix de traitement.
- b- Déterminer les différents types anatomo-pathologiques des tuméfactions cervico-mandibulaires chronique rencontrées.
- c- Chercher des liaisons statistiques entre les variables
- d- Proposer des recommandations

Matériels et Méthodes

A- Cadre et Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire de Tlemcen au service d'oto-rhino-laryngologie.

B- Type d'enquête et Période d'étude :

L'étude est de type rétrospectif.

L'étude a porté sur tous les patients ayant consulté pour une tuméfaction cervico-mandibulaire chronique suivis, hospitalisés ou non du janvier 2012 à octobre 2013.

C- Échantillonnage et Recrutement :

Nous avons recensé un échantillon de 162 cas de tumeurs cervico-mandibulaires chronique pendant notre période d'étude.

- **Critères d'inclusion** : Tout patient présentant une tumeur à localisation cervico-mandibulaire venant d'Algérie ou d'autres pays ; dont le diagnostic a été établi cliniquement ou sur la base d'une biopsie.

- **Critères d'exclusion** : Tout patient ayant consulté pour toutes autres pathologies que, celles suscitées ; que ce soit d'Algérie ou d'autres pays.

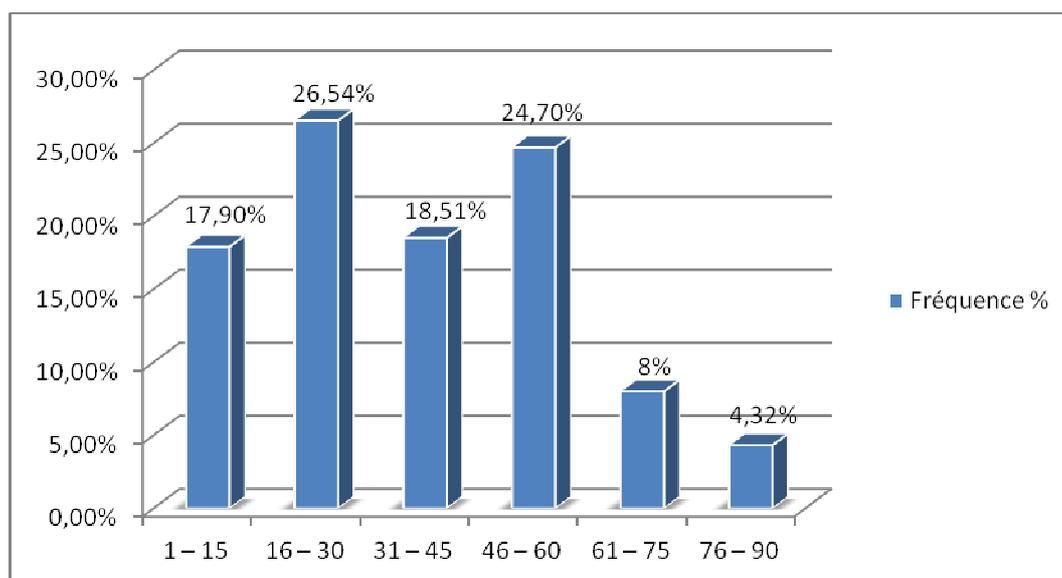
D- Matériel utilisé :

Les dossiers des malade ; les registres de consultation et le compte rendu opératoire ; les fiches d'enquêtes....

E- Examen du patient :

Notre étude a nécessité la prise en compte des différentes variables à savoir : le sexe ; l'âge ; l'occupation ; le siège de la tumeur ; la biopsie ; le traitement.

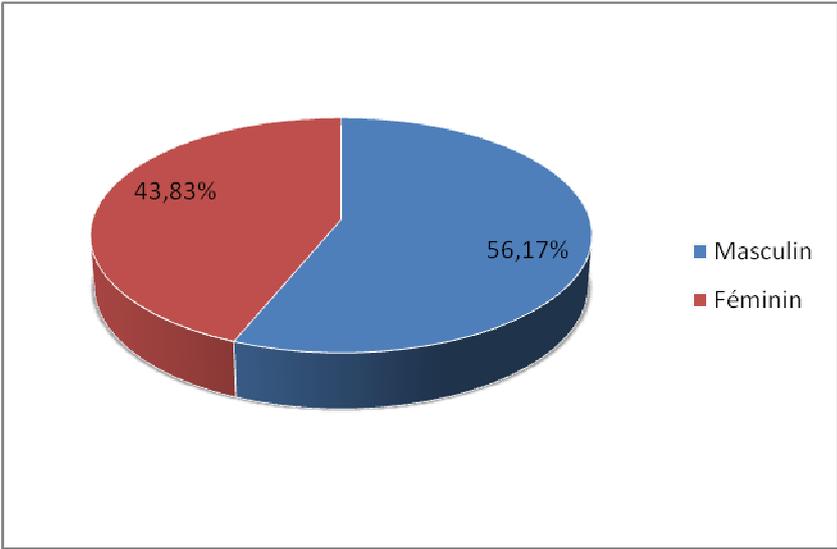
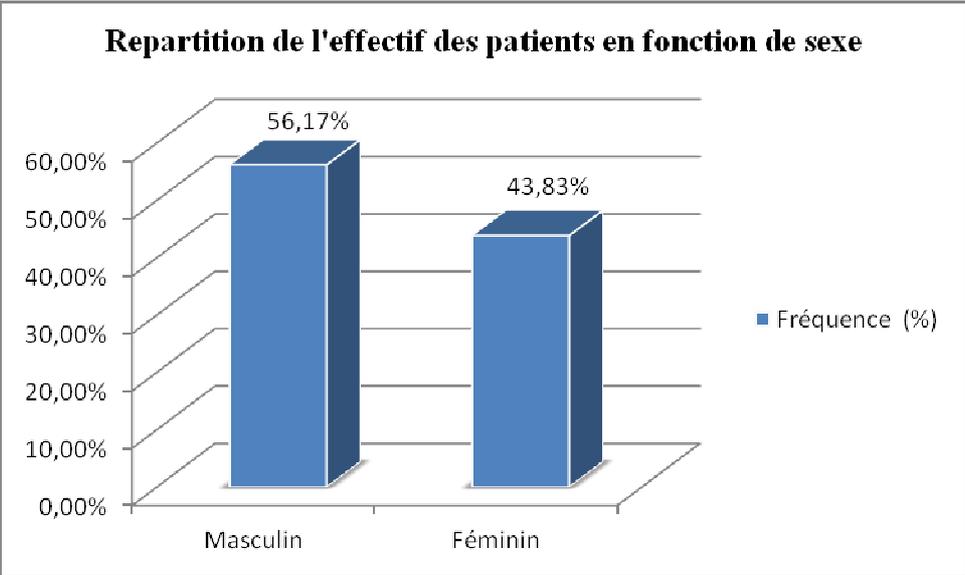
Tableau I : Répartition de l'effectif des patients en fonction de la tranche d'âge.



La tranche d'âge 16 à 30ans a été la plus représentée avec 26.54% des cas.
Les extrêmes d'âge ont été de 1an et 90ans, avec une moyenne d'âge de 45ans.

Tableau II : Répartition de l'effectif des patients en fonction du sexe

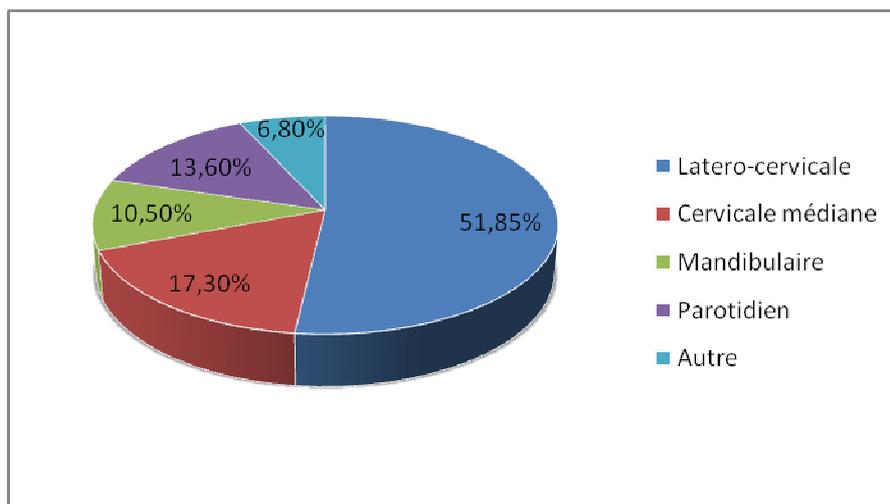
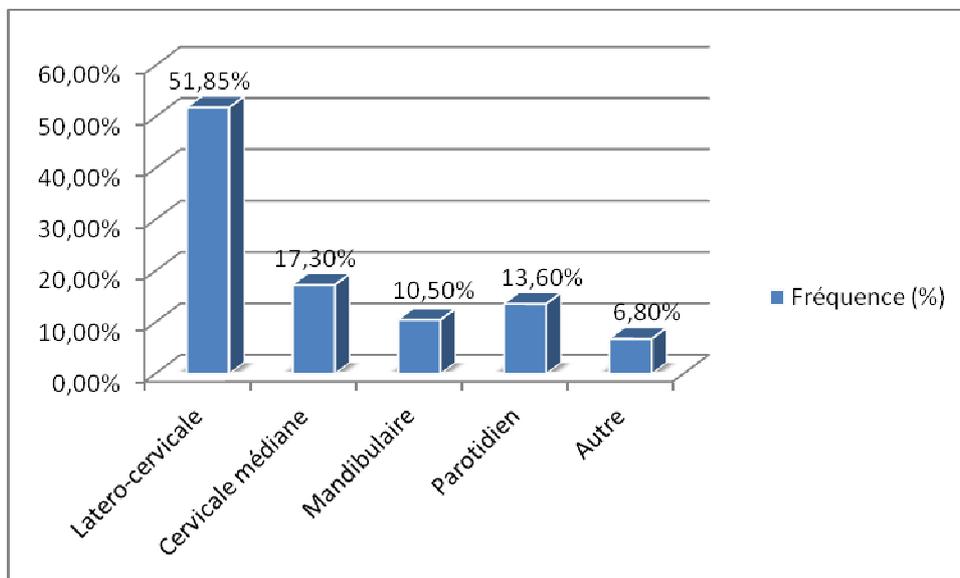
Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	91	56.17 %
Féminin	71	43.83 %
Total	162	100 %



Le sexe masculin a représenté 56.17% des cas et avec un sex- ratio de 1,3.

Tableau III : Répartition de l'effectif des patients en fonction du siège de la tuméfaction.

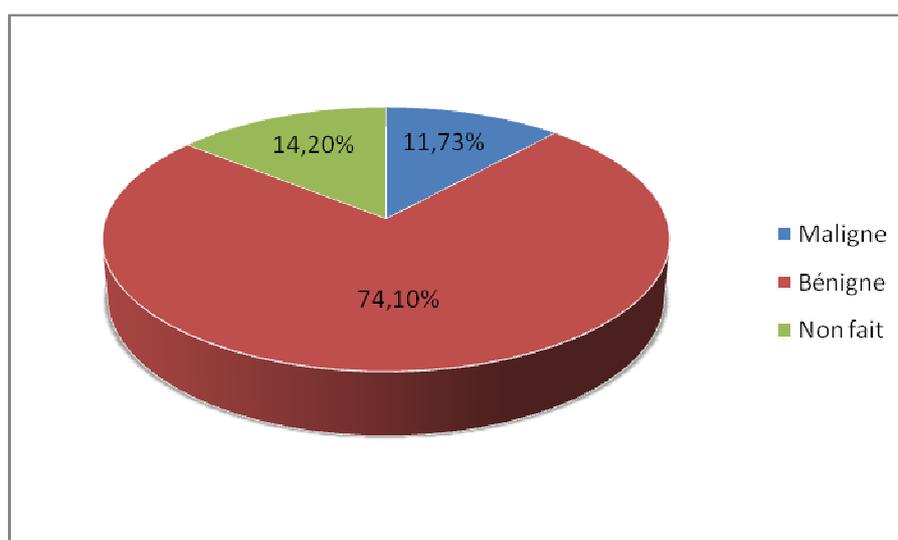
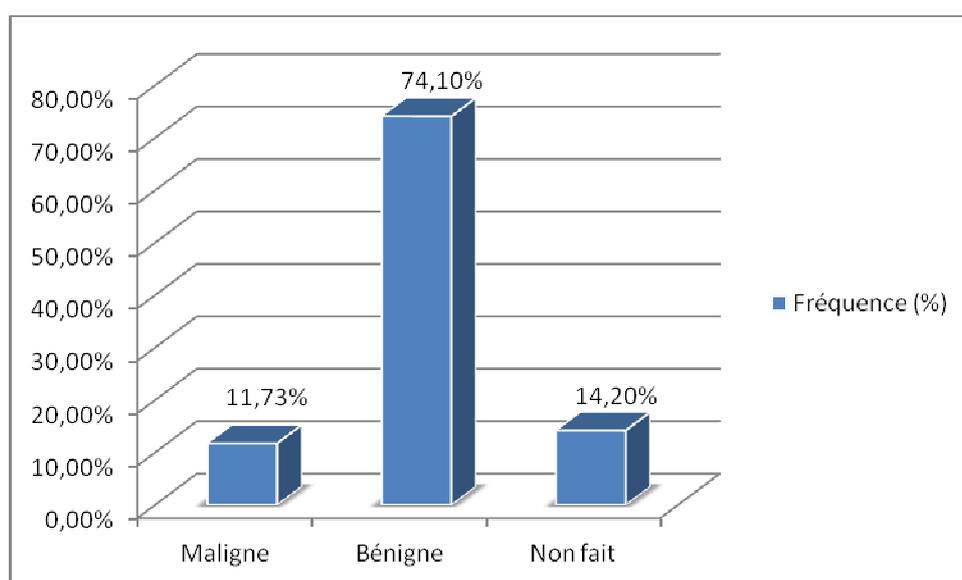
Siège	Effectif	Fréquence (%)
Latero-cervicale	84	51,85 %
Cervicale médiane	28	17,3 %
Mandibulaire	17	10,5 %
Parotidien	22	13,6 %
Autre	11	6,8 %
Total	162	100 %



Le siège latero-cervicale a été le plus représenté avec 51,85% des cas. Suivi de celui cervico-médiane avec 17,3 % des cas.

Tableau IV : répartition de l'effectif des patients en fonction de la malignité et ou la bénignité des tumeurs .

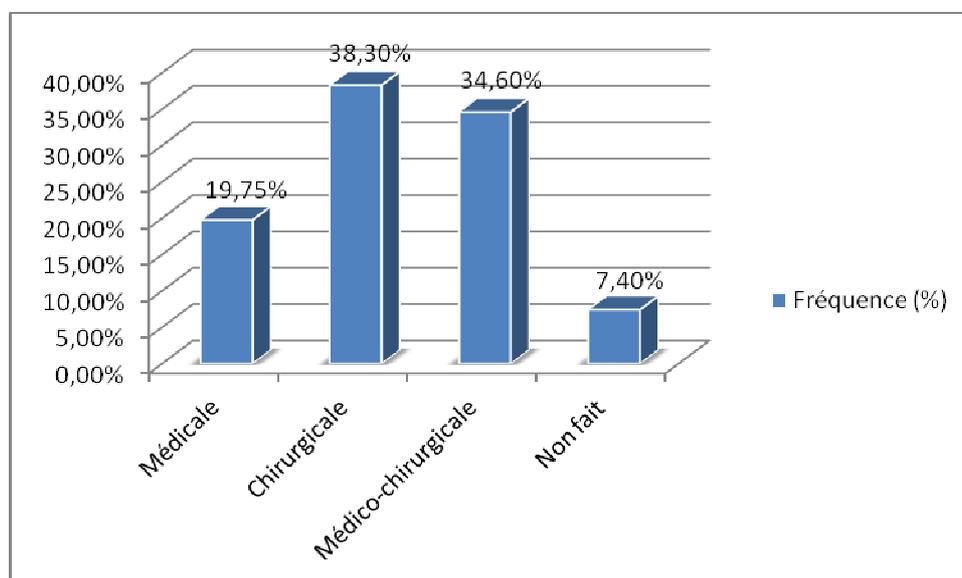
Maligne/bénigne	Effectif	Fréquence (%)
Maligne	19	11,73 %
Bénigne	120	74,1 %
Non fait	23	14,2 %
Total	162	100 %



Les tumeurs bénigne en été les plus représenté avec 11,73 % des cas.

Tableau V : Répartition de l'effectif des patients en fonction du traitement reçu.

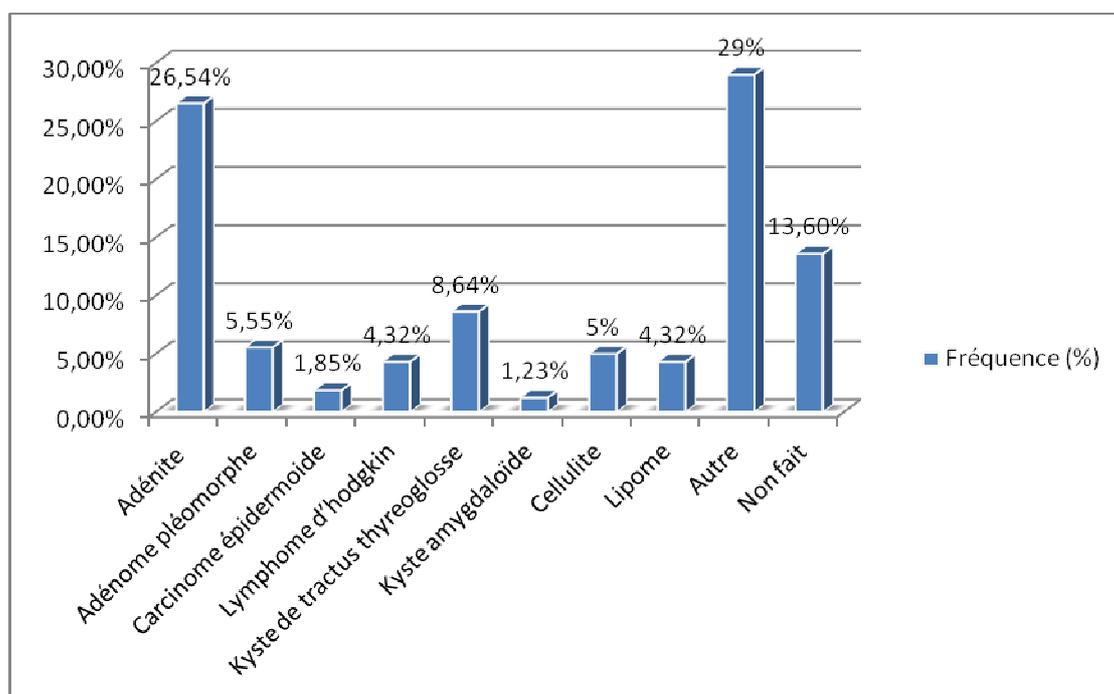
Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Médicale	32	19,75 %
Chirurgicale	62	38,3 %
Médico-chirurgicale	56	34,6 %
Non fait	12	7,4
Total	162	100 %



Le traitement chirurgical a été suivi par un effectif de 38,3 % des cas.

Tableau VI : Répartition de l'effectif des patients en fonction du type histologique de la tuméfaction.

Type histologique	Effectif	Fréquence (%)
Adénite (réactionnel/TBC)	43	26,54 %
Adénome pléomorphe	09	05,55 %
Carcinome épidermoïde	03	01,85 %
Lymphome d'hodgkin	07	04,32 %
Kyste de tractus thyreoglosse	14	08,64 %
Kyste amygdaloïde	02	01,23 %
Cellulite	08	05 %
Lipome	07	04,32 %
Autre	47	29 %
Non fait	22	13,6 %
Total	162	100 %



Parmi les types histologiques retenus, l'adénite et le kyste de tractus thyroglosse ont été les plus représentés avec respectivement 26,54% et 08,64% des cas.

Tableau VII : Distribution des âges selon le siège de la tuméfaction.

Age \ siège	Latero-cervicale	Cervicale médiane	Mandibulaire	Parotidien	Autre	total
1 – 15	14	12	01	00	02	29
16 – 30	25	07	05	03	01	41
31 – 45	16	00	06	05	02	29
46 – 60	17	09	05	10	02	43
61 – 75	06	00	01	04	01	12
76 – 90	04	02	00	01	01	08
total	82	30	18	23	09	162

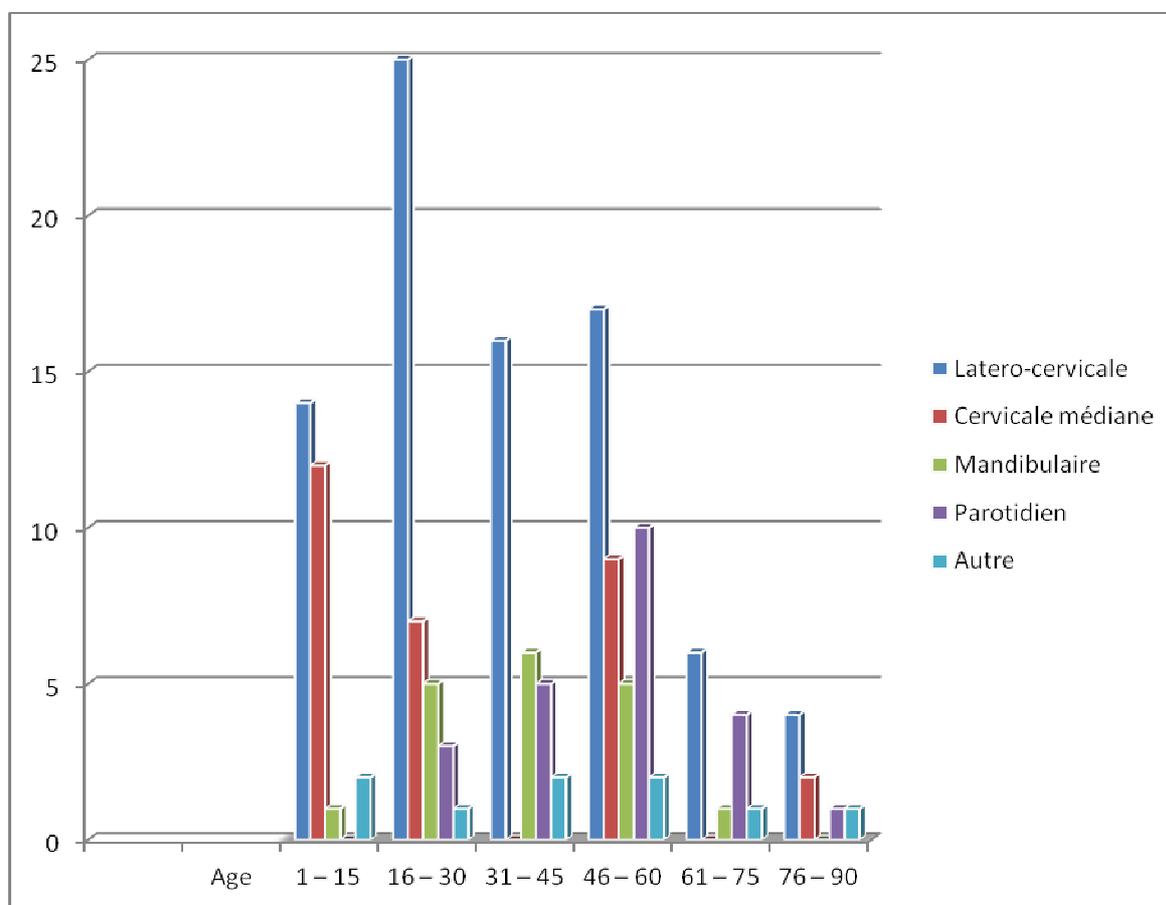
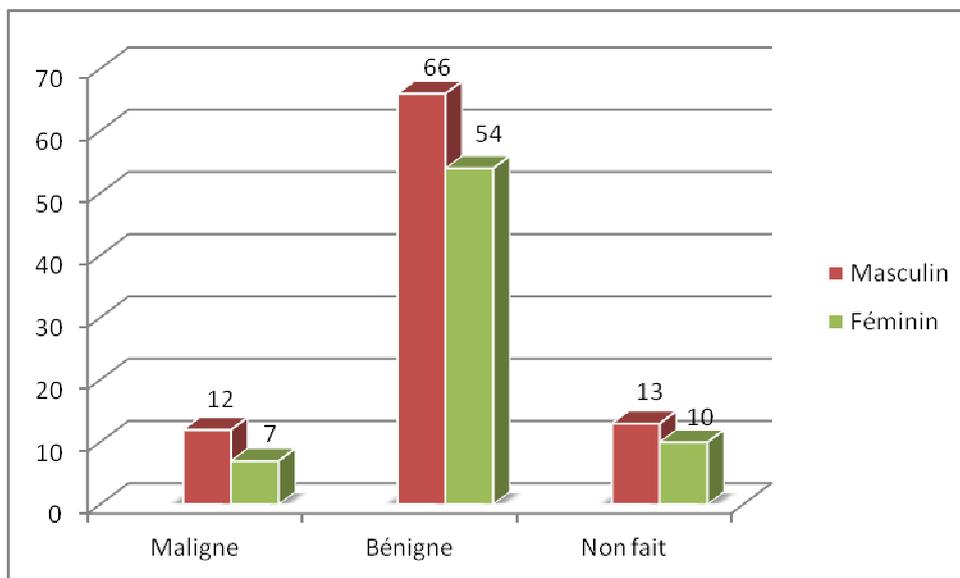


Tableau VIII : Répartition de l'effectif des tumeurs bénigne et ou maligne observés en fonction du sexe

Séxe \ Bén/mal	Maligne	Bénigne	Non fait	Total
Masculin	12	66	13	91
Féminin	07	54	10	71
Total	19	120	23	162



Discussion

Notre étude a porté sur 162 patients ayant consulté pour tuméfaction cervico-mandibulaires chronique, colligées dans le service d'oto-rhino-laryngologie du CHU Tlemcen.

L'étude était de type rétrospectif, qui s'est déroulée de Janvier 2012 à Octobre 2013. Ces patients étaient venus soit d'eux mêmes, soit sur recommandation de tierces personnes, ou orientés par d'autres structures sanitaires du pays.

1- Aspects épidémiologiques :

a- L'âge :

La classe d'âge la plus concernée a été celle de 16 à 30 ans (43 de cas). Les limites d'âge étaient de 1 an à 90 ans et une moyenne d'âge de 45 ans.

Ces tumefactions cervico-mandibulaires chroniques s'observaient à tous les âges mais principalement chez l'adulte jeune.

Dans notre étude les adénites sont les plus fréquemment retrouvées avec 17 cas dont l'âge entre 16 et 30 ans suivis par le kyste de tractus thyroïdienne entre 1 et 15 ans avec 9 cas Les adénomes pléomorphe entre 46 – 60 ans avec 5 cas.

Ces tumefactions se trouvent surtout dans la région latéro-cervicale avec 25 cas dont l'âge entre 16 – 30.

b- Sexe :

Dans notre étude le sexe masculin représente 56,17% des cas avec un Sex-ratio de 1,3. On remarque que cette prédominance masculine concerne essentiellement les **Kyste de tractus thyroïdienne**.

Les adénites se voient beaucoup plus au niveau du sexe féminin Pour les autres types histologiques, on n'a pas observé de prédominance de sexe.

c- Siège :

Dans notre étude, le siège latéro-cervicale a représenté 51.85% des cas, suivi de celui cervicale médiane (17.3% des cas) Ceci pourrait s'expliquer par le cadre de l'étude.

2-Aspects cliniques :

Le diagnostic clinique des tumefactions cervico-mandibulaires et celui des tumeurs en général semblait être tardifs dans nos milieux.

Ce retard de diagnostic a été également décrit par certains auteurs :

- Stavrianos et coll. à Newcastle (Angleterre) trouvaient un délai de diagnostic variant entre 1 et 36 mois.
- Tall et coll. à Dakar rapportaient quant à eux une durée moyenne de 24 mois après le début des symptômes.

3-Aspects para cliniques :

Le bilan biologique standard du service a permis d'explorer, traiter voire référer certains patients en fonction du contenu de son résultat.

A ce bilan s'ajoute une radiographie pour l'exploration de la tuméfaction cervico - mandibulaire.

Parfois un scanner était demandé pour bilan d'extension locorégionale de ces tumefactions, afin d'orienter la chirurgie et en conséquence d'en déterminer le pronostic.

4-Aspects anatomopathologiques :

L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse chirurgicale est systématique et a été toujours pratiqué dans notre série. C'est lui qui permet le diagnostic de certitude.

Les différents aspects histologiques des tumeurs bénignes et malignes de la mandibule ont été détaillés dans le chapitre : étude anatomopathologique.

Plusieurs types histologiques ont été retrouvés dans notre série :
Les adénites suivies du kyste de tractus thyroglosses ont été les plus représentées avec 26.54% et 8.64% des cas.

Le carcinome épidermoïde représenté par 1.85% des cas mais il semble plus élevé dans certaines littératures.

Harbot et coll. ont rapporté un taux de carcinomes de 70%(11). Serre et Baldet ont retrouvé des taux importants de carcinomes 80% (23).

Les autres formes histologiques rarement observées ont été :

l'adénome pléomorphe 5.55% , le lipome 4.32% , lymphome d'hodgkin 4.32% , kyste amygdaloïde 1.23%, cellulite 5% .

Conclusion

Les tuméfactions cervico-mandibulaires chroniques ont été constatées au cours de consultation ORL.

Ces tuméfactions quelles soient bénignes ou malignes, sont caractérisées par leur diversité histologique, ce qui a poussé plusieurs auteurs à établir une classification de ces lésions.

Le lymphome d'hodgkin ont été retrouvés le plus souvent chez le sexe masculin et les lipomes beaucoup plus chez le sexe féminin.

L'adénome pléomorphe presque à égalité dans les deux sexes.

Le kyste amygdaloïde ne touche que le sexe masculin.

Les cellulites touchent surtout du sujet jeune (16 à 30ans) sans qu'il y ait une liaison statistique significative.

Le bilan radiologique doit être systématique, il permet une orientation diagnostique. Ce dernier ne peut être confirmé que par l'étude anatomopathologique de la pièce d'exérèse.

Le protocole thérapeutique dépend de la nature bénigne ou maligne de la tumeur.
En fonction des cas, la chirurgie seule fut pratiquée, le traitement médico-chirurgical dans certaines formes d'adénite.

Le traitement médicale seule s'est vue employer comme traitement palliatif dans les cas inopérables.

Recommandations

A travers les constatations sus citées par cette étude, nos recommandations vont dans le sens :

- 1-D'une amélioration des conditions de dépistage
- 2-D'une information-éducation-communication renforcée vis-à-vis des populations
- 3-D'une prise en charge adéquate de ces pathologie
- 4-De donner la priorité à la formation des ressources humaines
- 5- D'une amélioration du plateau techniqu

Résumé :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 162 cas des tuméfactions cervico-mandibulaires chronique colligées dans le service d'oto-rhino-laryngologie du CHU de Tlemcen de Janvier 2012 à Octobre 2013.

L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence des tuméfactions cervico-mandibulaires chronique en fonction de certains paramètres sociodémographiques à savoir : l'âge, le sexe, le siège de la tuméfaction ainsi que le type histologique de la tuméfaction. Notre échantillon comportait 56,17% des cas de sexe masculin et 43,83% des cas de sexe féminin.

Les classes d'âge de 16 à 30 ans et de 46 à 60 ans ont été les plus touchées.

Au point de vue anatomopathologique : les adénites réactionnel et ou tuberculeuse ont représenté 26 .54% des cas suivis de kyste de tractus thyreoglosse avec 8.64% des cas.

Le traitement médical a été la méthode thérapeutique de choix dans les cas inopérables. Le traitement chirurgical a été effectué dans 38.3% des cas, celui médocochirurgical dans 34.6% des cas.

Summary :

This is a retrospective study of 162 cases of chronic cervical-mandibular swelling collected in the service Ear, Nose and Throat Hospital of Tlemcen January 2012 to October 2013.

The objective of this study was to determine the frequency of chronic cervical-mandibular swelling according to certain socio-demographic parameters, namely: age, sex, site of the swelling and the histological type of swelling.

Our sample included 56.17% of males and 43.83% of female cases.

Age of 16-30 years and 46-60 years classes were the most affected.

The pathological point of view adenitis accounted for 26% .54 cases followed thyroglossal cyst with 8.64% of cases.

Medical treatment was the therapeutic method of choice in inoperable cases.

Surgery was performed in 38.3% of cases, in the medical and surgical cases 34.6%.

ملخص

هذه دراسة بأثر رجعي من 162 حالة من حالات ورم الرقبة و الفك السفلي المزمن جمعناها في مركز طب الأنف الاذن و الحنجرة بمستشفى تلمسان من يناير 2012 إلى أكتوبر 2013 كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد وتيرة تورم الرقبة و الفك السفلي المزمنة وفقا لبعض المعايير الاجتماعية والديمغرافية، وهي: العمر، والجنس، وموقع الورم ونوع النسيجي للورم. شملت العينة 56.17% من الذكور و 43.83% من حالات الإناث. سن 16-30 عاما، و 46-60 عاما كانت الأكثر تضررا. في ضوء علم الأمراض: التهاب الغدة بلغت 26% يليه كيس الدرقية اللسانية ب 8.64%. كان العلاج الطبي الأسلوب العلاجي المفضل في الحالات غير صالحة للجراحة تم إجراء عملية جراحية في 38.3% من الحالات و الطب والجراحية في 34.6%.

BIBLIOGRAPHIE

AMIEL H. et ROUSSE D.

Cancers de la tête et du cou.

Abrégé de cancérologie, 1984 ; Masson, Paris

COU ET TETE

<http://med-science.ifrance.com/tete%20et%20cou.htm?1&weborama>

=-1 P 1, 2 du 28 - 05- 08

KEMTA F.

Contribution à l'étude anatomopathologique des tumeurs bénignes

ORL à Yaoundé, Cameroun à propos de 410 cas.

Thèse 1996 ; CUSS.

PIERRE BONFILS.

Pathologie ORL et cervico-faciale.

Ellipses ; édition marketing S.A. 1996

Anatomie cervicale en trois coupes. P 229, 230, 231, 232, 233 234.

PORTMAN M., DARROUZET J., DARROZET J M.

Un siècle d'oto-rhino-laryngologie vu à travers la revue de laryngologie Otologie rhinologie.
1880-1980.

ROUJEAU J., CHELLOUL N.

Généralités sur les tumeurs. Abrégé d'anatomie pathologie général,

MASSON 1968, Paris =183-192

**STAVRIANOS S., CAMILLERI I., MC LEON N R., PIGGOT TA., KELLY C.,
SOAMES J V.**

Malignant tumours of the maxillary complex an 18 years review,

British journal of plastic surgery. 1998. P 584-588.

CUILLERT J, RHUCHET A.

Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle. Tome 1. 2ème édition.

BRUGERE J.

La mandibule en cancérologie. Paris. Masson. p 306.

GREEN JH, SILVER PHS.

Manuel d'anatomie humaine. Editions Masson.

LE CHARPENTIER Y, AURIOL MM.

Anatomie pathologique des lésions tumorales de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires.

Stomatologie. [22-011-S-10].1997.

H. HAJRI, S. MANOUBI, N. KAFFEL, B. BOUZAIENE :

KYSTE AMYGDALOÏDE OROPHARYNGE

GHORBEL, J. MOALLA, M. MNEJJA, W. BOUAYED :

Kyste dermoïde du plancher buccal

S. BENZARTI, A. MARDASSI, R. BEN MHAMED, A. HACHICHA :

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire

DOCTEUR MOHAMED SALAH JARRAR :

Anatomie de la tête et du cou

MICHEL HERIN :

Atlas d'anatomie pathologie générale

BRUGERIE. J.

La mandibule en cancérologie.

Paris. Masson. 1995; 306.

ORL carnet des ECN

50 dossiers ORL CMF

EMC ORL