

Kystes et fistules congénitaux du cou « Notre expérience »

Yacine Moussaoui ², Farah Khelfat ², Tewfik Boutiba ², Azzedine Mekki ², Farid Boudjenah ¹
¹CHU Benmessous - Alger (Algérie), ²CHU Parnet - Alger (Algérie)

Introduction

Les kystes congénitaux et les fistules cervicales sont fréquemment rencontrés lors des consultations en ORL pédiatrique. Le développement embryologique de la région latéro-cervicale est intimement lié à l'appareil branchial. Ces anomalies se manifestent sous la forme d'une masse cervicale ou d'un écoulement à travers un orifice fistuleux cutanée. Une connaissance approfondie des caractéristiques anatomiques et cliniques de chaque lésion est cruciale pour orienter le diagnostic et assurer une prise en charge chirurgicale complète, dans le but de prévenir les récurrences.

Objectifs

Préciser les caractéristiques cliniques, les examens diagnostiques habituels et le traitement des kystes et fistules congénitaux du cou.

Méthodes et Matériels

Cette étude descriptive rétrospective a analysé 137 cas de kystes congénitaux et de fistules cervicales pris en charge au sein du service d'ORL et de chirurgie cervicale de Benmessous sur une période de 10 ans (2011-2021).

Résultats

Un total de 137 patients a été inclus, avec un sex-ratio de 1,28. Parmi eux, 89,78 % étaient des enfants. Les malformations médianes représentaient la majorité des cas (59,85 %), dominées par les kystes du canal thyroglosse (94,89%).

Les anomalies du deuxième arc branchial étaient les plus fréquentes parmi toutes les malformations latérales cervicales, avec une prédominance du côté droit (68,61 %). Les signes cliniques les plus souvent observés incluaient une masse non douloureuse (69,34 %) et une tuméfaction du cou (31,66 %).

Un scanner a été réalisé dans 41 cas pour confirmer le diagnostic. Tous les patients ont subi une exérèse chirurgicale de la lésion, et 17 récurrences postopératoires ont été notées.

Les kystes et fistules du cou ne sont pas rares dans la population pédiatrique. Leur compréhension nécessite une bonne connaissance de l'embryologie humaine, car ils résultent de la persistance d'une situation anatomique normale transitoire durant les deux premiers mois de la vie intra-utérine.

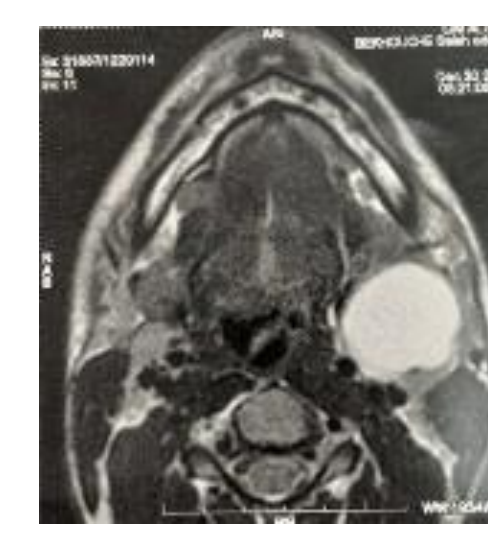
Une distinction est faite entre les malformations médianes et latéro-cervicales.

Pour ces dernières, on peut identifier les kystes et fistules du premier arc branchial, qui sont le résultat d'un défaut de résorption. Ces cas sont rares dans notre étude (5 cas) et se développent dans la zone comprise entre le tragus, la symphyse mentonnière et l'os hyoïde (triangle de Poncet) [1]. On distingue deux types : Les lésions de type I correspondent à des duplications du conduit auditif externe membranaire, constituées uniquement d'ectoderme, se déplaçant latéralement par rapport au nerf facial et apparaissant comme des tuméfactions proches de l'oreille.

Le type II, le plus courant, présente des lésions contenant à la fois de l'ectoderme et du mésoderme, pouvant inclure du cartilage, et se situant



Fistule du premier arc branchial



Kyste du deuxième arc branchial



Fistule du 3^{ème} arc branchial

médialement par rapport au nerf facial, se manifestant sous forme de tuméfactions pré-auriculaires, sous-auriculaires ou post-auriculaires à partir de l'angle de la mandibule ou en avant dans le muscle sternocléidomastoïdien [2]. Dans notre étude, les 5 cas observés appartenait au type II.

Les kystes et fistules du deuxième arc branchial sont les malformations latérales les plus fréquentes, localisées en position infra-hyoïdienne, s'étendant de la région sous-mandibulaire à la région supraclaviculaire [1]. Bailey a classé les kystes du deuxième arc branchial en quatre types [3].

Ces malformations sont souvent isolées, mais il est nécessaire de penser au syndrome oto-brachio-rénal si la lésion est bilatérale. Dans notre série, l'anomalie du deuxième arc branchial a été retrouvée dans 68,3 % des cas, mais nous n'avons pas eu de formes bilatérales.

Les kystes et fistules des troisième et quatrième arcs branchiaux sont rares [1,2] et ne se manifestent généralement pas par une extériorisation cutanée, mais plutôt par une communication avec la muqueuse hypopharyngée [1].

Le diagnostic se fait souvent lors de la fistulisation d'un abcès cervical.

Les troisième et quatrième poches forment le pharynx sous l'os hyoïde, ce qui permet à ces sinus et fistules de pénétrer dans le sinus piriforme [2,4]. Dans notre étude, nous avons identifié 12 cas

Concernant les malformations médianes cervicales, les kystes du tractus thyroglosse, qui résultent d'une anomalie dans la migration embryologique de la thyroïde [5], sont les plus fréquents.

Dans notre étude, ces anomalies constituaient 94,89 % de l'ensemble des malformations médianes. Le diagnostic des anomalies cervicales chez l'enfant est généralement posé à la naissance, lorsqu'une masse ou une fistule externe est présente, ou plus tard, lors d'épisodes de surinfections répétées ou d'une tuméfaction inflammatoire isolée. Bien qu'il s'agisse souvent d'un diagnostic clinique, l'imagerie cervicale peut parfois s'avérer utile [1,2,4].

Conclusion

Les kystes et fistules congénitaux du cou représentent un groupe de lésions relativement rare, Habituellement identifiés durant l'enfance, le diagnostic de ces anomalies est généralement aisé, à condition d'avoir une bonne connaissance de l'anatomie cervicale.

Références

- [1] Leloup P, Malard O, Stalder JF, Barbarot S. Kystes et fistules congénitaux de la face et du cou. Ann Dermatol Venereol. 2012;139(12):842-51.
- [2] Acierio SP, Waldhausen JHT. Congenital Cervical Cysts, Sinuses and Fistulae. Otolaryngol Clin North Am. 2007;40(1):161-76.
- [3] H B. Branchial cysts and other essays on surgical subjects in the fascio-cervical region. London H K Lewis Company; 1929. 1929;362
- [4] Ford GR, Balakrishnan A, Evans JNG, Bailey CM. Branchial cleft and pouch anomalies. J Laryngol Otol. 1992;106(2):137-43.
- [5] Koeller KK, Alamo L, Adair CF, Smirniotopoulos JG. From the archives of the AFIP. Congenital cystic masses of the neck: Radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 1999;19(1):121-46.