



Cas clinique

Tératome latero-cervicale précoce

Early laterocervical teratoma

MS Ag Med Elmehdi Elansari*¹, O Coulibaly², K Coulibaly², Y Dembelé³, L Dienta⁴, M Konaté¹,
M Diallo¹, M Maiga¹, M Zakaria¹, B Guindo², MA Keita²

Résumé

Nous rapportons une observation d'un enfant âgé de 24 mois, que nous avons reçu en consultation pour tuméfaction laterocervicale. La tomodensitométrie réalisée avec injection de produit de contraste a révélé une masse laterocervicale hypodense de densité liquidienne. La prise en charge a consisté en une résection en bloc de la masse. L'examen histologique a conclu à un tératome. Le suivi a été observé sur un an sans récurrence.

Mots-clés : Chirurgie, Tératome, Cou.

Abstract

We report an observation of a 24-month-old child, whom we saw in consultation for laterocervical swelling. Computed tomography (CT) with contrast injection revealed a hypodense laterocervical mass of fluid density. Management consisted of a block resection of the mass. Histological examination concluded that it was teratoma. Follow-up was observed over one year with no recurrence.

Keywords: Surgery, Teratoma, Neck.

Introduction

Les tératomes sont des tumeurs bénignes contenant des cellules provenant des couches ectodermiques, mésodermiques et endodermiques. Ils surviennent dans environ 1 naissance sur 4000 et le plus souvent dans la région sacro-coccygienne, suivie par les ovaires (1).

La localisation cervico-faciale est rare, se voit dans 5% (2).

Cas clinique

Enfant M.H. âgée de 24 mois, sans antécédents pathologiques connus, présentant depuis la naissance, une tuméfaction laterocervicale droite indolore, ayant augmenté progressivement de taille. L'examen physique trouve une masse de la région jugulocarotidienne, de 3 cm de grand axe, de consistance molle, mobile par rapport aux deux

plans avec une peau saine en regard. Par ailleurs, il n'y a pas d'adénopathies cervicales palpables. Le reste de l'examen ORL et physique était normal. La scannographie cervicale a montré une masse latero-cervicale droite, ovulaire hypodense, de densité liquidienne (+13-14 UH). Elle a une fine paroi réhaussée par le produit de contraste iodé. Elle mesure 48 mm de diamètre cranio-caudale x 29 mm de diamètre transverse sur 25 mm de diamètre antéropostérieure soit un volume estimatif de 18 ml. La patiente a eu une cervicotomie en incision unilatérale type Kocher. En per opératoire la formation n'étant pas adhérente et facilement declivante. L'examen histologique définitif a montré macroscopiquement une pièce de kystectomie mesurant 4x4 cm, de consistance rénitente et de coloration grisâtre au contenu trouble avec une paroi fine sans végétation endokystique. Histologiquement, La paroi du kyste est bordée par plusieurs tissus : gastrique, cutané, adipeux et fibreux sans atypie concluant au diagnostic de tératome mature. L'évolution était favorable avec absence de récurrence après un recul de 1 an.

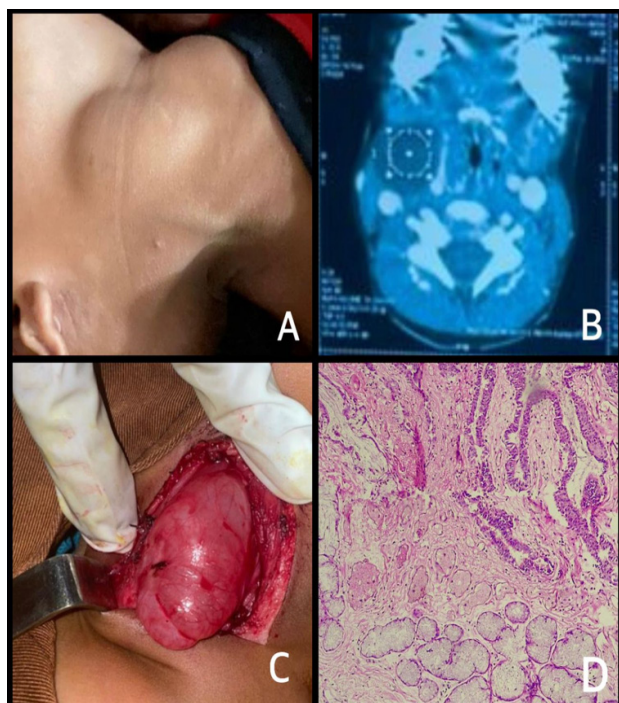


Figure 1
 A: Tuméfaction laterocervicale droite visible à l'inspection.
 B : Masse antero-cervicale hypodense, de densité liquidienne.
 C: Image peropératoire de la masse cervicale.
 D : Image histologique de la pièce opératoire évoquant un tératome

Discussion

Les tératomes sont des tumeurs bénignes contenant des cellules provenant des couches ectodermiques, mésodermiques et endodermiques. Ils surviennent dans environ 1 naissance sur 4000 et le plus souvent dans la région sacro-coccygienne, suivie par les ovaires (1).

Ils se développent généralement au niveau de la région sacro-coccygienne et gonadique (60%). Les tératomes cervico-faciaux constituent 5 à 15% des localisations, avec une prédilection pour le cavum, l'oropharynx et le cou (3).

Les tératomes sont dérivés de cellules germinales primitives multipotentes qui ont la capacité de se différencier en une variété de tissus. En outre, les tératomes ont un aspect histologique hétérogène qui peut inclure des zones kystiques ou solides avec des motifs organoïdes, ainsi que des composants matures ou immatures (4). À la naissance, ce sont des tumeurs bien souvent très volumineuses, qui déforment les reliefs cervicaux. De siège antérieur, elles peuvent comprimer les organes cervicaux, principalement la trachée, et provoquer une détresse respiratoire néonatale parfois difficile à contrôler, d'où l'intérêt du diagnostic anténatal et de la prise en charge multidisciplinaire. Suivant le volume tumoral, il sera proposé un accouchement par voie basse, une césarienne, voire une césarienne avec procédure "EX-utero Intrapartum Treatment" (EXIT) (5).

Le diagnostic anténatal à l'échographie est possible dès le 2ème trimestre devant un hydramnios, mais surtout si l'on visualise une masse contenant des calcifications. On peut alors compléter par une IRM fœtale, celle-ci renseignera sur le degré de compression des voies aériennes supérieures. Le diagnostic anténatal permet de préparer la prise en charge du nouveau-né par une équipe multidisciplinaire, devant le risque de détresse respiratoire, mais également de prévenir une dystocie à l'accouchement, ou une rupture de la tumeur. Malheureusement, dans notre contexte il est encore peu réalisé, et le diagnostic n'est fait qu'à la naissance (6).

Le diagnostic différentiel pour une masse importante au niveau du cou comprend une lymphadénopathie, un hémangiome, un goitre, une malformation vasculaire, un hygroma kystique, un tératome cervical, un neuroblastome, un thymus ectopique, un rhabdomyosarcome et un fibromatosis coli (7).

Malgré sa nature histologique souvent bénigne, le tératome cervical peut menacer le pronostic vital du nouveau-né par la détresse respiratoire qu'il engendre. Une prise en charge multidisciplinaire et adaptée dès l'accouchement est nécessaire afin d'en améliorer le pronostic (8).

Le traitement repose sur la chirurgie d'exérèse qui doit être réalisée le plus tôt possible (9).

Conclusion

Toute masse laterocervicale doit pousser à faire des investigations cliniques et procéder à la prise en charge. Ces masses peuvent être passagères, bénins ou malins.

*Correspondance

Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari .

elansarisaydi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 05 Mars 2024

1 : Centre de santé de référence de la commune VI, Bamako, Mali.

2 : CHU Gabriel TOURE, Bamako, Mali.

3 : Polyclinique des armées de Kati, Mali

4 : Hopital Sominé Dolo de Mopti, Mali

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] S Becker, R Schon, R Gutwald et al, A congenital

teratoma with a cleft palate, BJOMS, 2007, 45(7), 326-327

[2] Sichel JY, Eliashar R et al. A multidisciplinary team approach for management of a giant congenital cervical teratoma. International Journal of Pediatric otorhinolaryngology. 2002; 65: 241-47.

[3] A. El Korbi, K. Harrathi, R. Bouattay, Teratome mature de la parotide : a propos d'une observation ,JTORL, 2014, 31 :67-68

[4] Bernardo Bianchi, Andrea Ferri, Enrico Maria Silini, Congenital cervical teratoma, BJOMS ,2010, 68(3): 667-670

[5] Marwan A, Crombleholme TM. The EXIT procedure: principles, pitfalls, and progress. Semin Pediatr Surg 2006; 15:107-15

[6] Mohamed Rami, Abdelhalim Mahmoudi, Aziz Elmadi, Le tératome cervical: à propos de 2 cas, PAM J, 2012; 12: 91

[7] Bailey NA. Cervical teratoma in a newborn. Consultant. 2021; 61(9):e31-e34. doi:10.25270/con.2020.11.00012

[8] Ksia, S. Mosbahi, A. Zrig, Z. Achour, M.-K. Khadhar, F. Chioukh, L. Sahnoun, I. Krichene, M. Mekki, M. Belghith, L. Stambouli, M. Golli, A. Zakhama, K. Monastiri, A. Nouri, Tératome cervical chez l'enfant, Archives de Pédiatrie, Volume 20, Issue 10, 2013, Pages 1133-1138

[9] L Benouaich, G Couly , B Michel et al, Diagnostic et prise en charge des tératomes cervicofaciaux congénitaux : à propos de quatre cas, revue de la littérature et mise au point, ACPE, 2007, 52 (2) :114-123 .

Pour citer cet article :

MS Ag Med Elmehdi Elansari, O Coulibaly, K Coulibaly, Y Dembelé, L Dienta, M Konaté et al. Tératome latero-cervicale précoce. Jaccr Africa 2024; 8(1): 203-205