



Cas clinique

Volumineux kyste amygdaloïde : du diagnostic au traitement

Large tonsilloid cyst: from diagnosis to treatment

MS Ag Med Elmehdi Elansari*¹, FI Kone², A Fofana³, AM Ganaba², A Doumbia¹, M Maiga¹, L Dienta⁴, MA Keita²

Résumé

Nous rapportons une observation d'un kyste amygdaloïde à travers laquelle nous souhaitons faire ressortir les éléments clés au diagnostic pouvant contribuer à lever cette marge d'erreur diagnostique avec les autres masses cervicales.

Il s'agit d'une femme de 28 ans admise pour masse latéro-cervicale gauche évoluant depuis deux ans. La masse a évolué progressive en prenant de volume. Elle était indolore. Le patient était apyrétique. A ce symptôme aucun signe associé n'a été noté. Aucun antécédent n'a été noté. L'examen physique a retrouvé une masse localisée au niveau de la gouttière jugulo-carotidienne mesurant environ 6 x 3cm de dimension, indolore, de consistance molle, mobile aux deux plans, avec une peau en regard saine, sans signe d'inflammation de consistance molle aux contours réguliers, légèrement mobile. Le reste de l'examen était normal. Le scanner cervical a objectivé un processus expansif de 6 x 3cm en dessous du sternocleido- mastoïdien.

Une résection complète et sans rupture du kyste a été pratiquée par cervicotomie laterocervicale sous anesthésie générale. L'histologie a confirmé le diagnostic par la coexistence d'un revêtement épithélial et d'une infiltration de tissu lymphoïde.

Nous avons conclu à un kyste amygdaloïde Le recul est de 12 mois sans récidence

Mots-clés : kyste amygdaloïde, Sternocléidomastoïdien, cervicotomie.

Abstract

The cyst of the 2nd branchial arch, also called tonsilloid cyst, is a benign malformative cervical tumor. It is the most frequent of the congenital latero-cervical masses. Located along the anterior edge of the sterno-cleido-mastoid muscle and often near the mandibular angle. We report an observation of a tonsilloid cyst in a 28-year-old woman who we received for left jugulocarotid swelling. The symptomatology was marked by the progressive increase in the latero-cervical mass evolving for 2 years. The physical examination found a localized swelling on the level of the jugulo-carotid groove of 6 x 3cm in size, painless, of soft consistency, mobile in two planes, with healthy looking skin, without signs of inflammation of soft consistency with regular contours, slightly mobile. The rest of the exam was normal. The cervical scanner showed an expansive process of 6 x 3cm below the mastoid sternocleido SCM and above the carotid. A complete resection without rupture of the cyst

was performed by laterocervical cervicotomy under general anesthesia. Histology confirmed the diagnosis by the coexistence of an epithelial covering and an infiltration of lymphoid tissue. The follow-up is 12 months without recurrence.

Key words: tonsilloid cyst, Sternocleidomastoid, cervicotomy.

Introduction

Les kystes amygdaloïdes sont des tumeurs bénignes kystiques malformatives résultant de la persistance d'un reliquat de l'appareil branchial au cours de la vie embryonnaire. Avec un âge moyen de 28 ans et 7 mois avec un sex-ratio de 0,47 [1]. Ils représentent 2% des tumeurs latéro-cervicales du cou, ils comptent parmi les plus fréquentes des anomalies branchiales avec 6,1 à 85,2 % des anomalies de la deuxième fente [2]. Le siège habituel de ces tuméfactions est le tiers moyen du bord antérieur du muscle SCM mais elles peuvent se situer à n'importe quel niveau depuis le muscle constricteur moyen du pharynx à la région sus-claviculaire [1].

Le signe d'appel clinique le plus fréquent est représenté par une masse kystique, en avant et en dedans du muscle SCM, située sous l'os hyoïde, mobile par rapport aux plans superficiel et profond. Le kyste est rénitent ou élastique, rond ou ovoïde. Cette masse est indolore, recouverte d'une peau normale en dehors de tout épisode infectieux [3]. Leur formation peut s'expliquer par la persistance d'une disposition anatomique, normalement transitoire au cours de la formation de l'embryon lors du deuxième mois de vie in utero.

Leurs circonstances de découverte sont variables : à la naissance en présence d'une tuméfaction ou d'une fistule externe, ou plus tardivement devant des épisodes de surinfection répétés ou devant une tuméfaction inflammatoire isolée.

De façon générale, les kystes et fistules d'origine congénitale de la face et du cou doivent être ôtés chirurgicalement, essentiellement en raison du

risque de surinfection qu'ils entraînent [4].

Nous rapportons une observation d'un kyste amygdaloïde chez une femme de 28 ans à travers laquelle nous voulions faire ressortir les éléments clés au diagnostic pouvant contribuer à lever cette marge d'erreur diagnostique avec les autres masses cervicales.

Cas clinique

Nous rapportons une observation chez une femme de 28 ans admise masse latéro-cervicale évoluant depuis 2 ans. L'examen clinique notait une masse ferme, indolore, non inflammatoire, développée au dépend du muscle sternocléidomastoïdien gauche sans antécédents médico-chirurgicaux connus.

Il s'agissait d'une tuméfaction localisée au niveau de la gouttière jugulo-carotidienne en dessous de l'angle temporo-mandibulaire indolore de 6 x 3cm de dimension, mobile avec le SCM, avec une peau en regard saine sans signe d'inflammation de consistance ferme, aux contours réguliers, légèrement mobile aux deux plans. Sans adénopathies des aires ganglionnaires ni de souffle, peau en regard saine. Il n'avait pas de dysphonie sans dyspnée, ni dysphagie. Le reste de l'examen ORL et général était normal. La tomодensitométrie cervicale avec injection des produits de contraste a objectivé un processus expansif latéro-cervical gauche de 6 x 3cm de dimension, isolé, hétérogène en dessous de l'angle temporo-mandibulaire qui refoule légèrement la carotide gauche (figure2). Une résection complète et sans rupture du kyste a été pratiquée par cervicotomie latéro-cervicale gauche sous anesthésie générale (figure3 ; 4).

L'histologie a confirmé le diagnostic par la coexistence d'un revêtement épithélial et d'une infiltration de tissu lymphoïde sans signes de malignité. les suites opératoires étaient simples. Le recul est de 12 mois sans récurrence.



Figure 1 : photo montrant la tumefaction latéro-cervicale

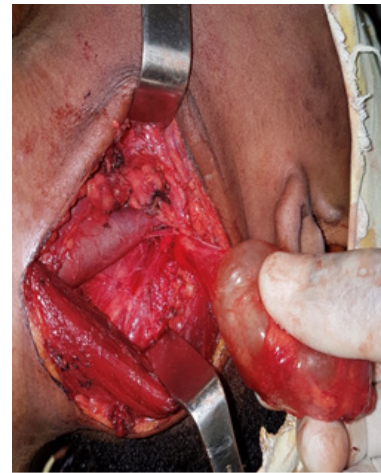


Figure 4 : Photo peropératoire

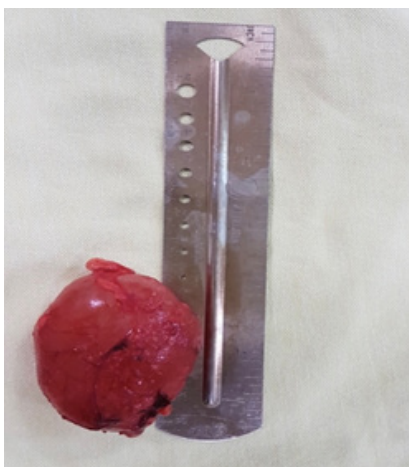


Figure 2 : kyste après chirurgie



Figure 3 : Scanner cervical (coupe coronale) : formation kystique arrondie se rehaussant en périphérie

Discussion

Le kyste amygdaloïde est une tumeur kystique latéro-cervicale haute rare, issue de la 2^e fente branchiale. Il représente 2% des tumeurs latéro-cervicales du cou. Ils comptent parmi les plus fréquentes des anomalies branchiales et représentent 6,1 à 85,2 % des anomalies de la deuxième fente [1, 3].

L'âge de découverte est plus avancé que pour les autres anomalies congénitales, avec deux pics de fréquence, l'enfant de moins de 5 ans et entre la 2^{ème} et la 3^{ème} décade, sans aucune prédominance du sexe [1, 2]. L'âge moyen des patients était de 28 ans et 7 mois avec un sex-ratio de 0,47. [1,2]. Dans notre observation la patiente avait 28 ans. L'aspect clinique classique est représenté par une masse kystique, en avant et en dedans du muscle SCM, située sous l'os hyoïde, mobile par rapport aux plans superficiel et profond. Le kyste est rénitent ou élastique, rond ou ovoïde. Cette masse est indolore, recouverte d'une peau normale en dehors de tout épisode infectieux [3], de même que dans notre cas. La localisation latéro-cervicale peut évoquer plusieurs diagnostics et induire le praticien hospitalier en erreur. Parmi les malformations vasculaires, il faut évoquer un hémangiome sous cutané, une malformation veineuse ou artério-veineuse. Ils sont fréquents et le diagnostic est souvent facile lorsque la partie superficielle de l'hémangiome est visible. De plus, l'histoire de la maladie est souvent typique.

Aussi Les lymphangiomes kystiques sont des malformations lymphatiques dont les localisations cervico-faciales sont les plus fréquentes. Elles peuvent être constituées de kystes de grande taille (localisation sous-hyoïdienne) ou de kystes de petite taille (localisation sus-hyoïdienne). Il s'agit de tuméfactions molles, non douloureuses, qui peuvent grossir brutalement à l'occasion d'un épisode infectieux ORL. L'IRM est l'examen le plus adapté pour apprécier l'extension en profondeur du lymphangiome, avant d'en réaliser son exérèse [4]. La prise en charge thérapeutique était chirurgicale dans tous les cas, à distance de l'épisode infectieux lorsque le kyste était surinfecté. Elle consistera à l'exérèse de la masse kystique et du trajet fistuleux avec la masse. L'évolution est généralement bonne et le risque de récurrence est rare [3]. Mouna Bellakhdhar et al ont noté un cas de récurrence (3%) dans leur étude [3].

Malgré les données de l'examen clinique, l'imagerie occupe une masse prépondérante pour le diagnostic, particulièrement la résonance magnétique (IRM) confirme la nature kystique et la proximité des gros vaisseaux du cou, sans préjuger du caractère primitif ou secondaire du kyste amygdaloïde malin [5]. Dans notre cas nous avons fait recours à la tomodensitométrie.

L'examen anatomopathologique retrouve différents types, le plus malpighien. Il peut s'agir aussi d'un épithélium de type cylindrique cilié d'origine ectodermique. Certains auteurs pensent que la présence de kératine, la présence de tissu lymphoïde sont des critères obligatoires au diagnostic du kyste amygdaloïde [2] de même que notre observation.

Conclusion

Les kystes amygdaloïdes sont des tumeurs bénignes latéraux-cervicales dysembryoplasiques. Le diagnostic est aisé. La chirurgie qui consiste à l'exérèse totale de la masse constitue le moyen thérapeutique de référence.

*Correspondance :

Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari
elansarisaydi@yahoo.fr

Disponible en ligne : 9 Mars 2020

1 Centre de santé de référence de la commune CVI, Bamako, Mali.

2 CHU Gabriel Toure, Bamako, Mali.

3 Hôpital régional de Ségou.

4 Hôpital régional de Mopti.

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

[1] Charfi A, Abid W, Romdhane N, Madiouni A, Chahed H, Zainine R, Beltaif N, Sahtout S, Besbes G. Les kystes amygdaloïdes: à propos de 31 cas. J Tun orl. 2014;31.

[2] ajri H, Manoubi S et al. Kyste amygdaloïde oropharynge à propos d'un cas. J Tun orl. 2007;18:49-51.

[3] Mouna Bellakhdhar, Jihène Haouas, Wed El Abed et al. les kystes amygdaloïdes: à propos de 34 cas; La tunisie Medicale - 2018 ; 96 (12) : 888 - 892

[4] Ondzotto G, Ehouo F, Peko JF, Fouemina T, Bissiko F, Akolbout D et al. Kystes et fistules congénitaux de la face et du cou. A propos de 78 cas. Bull Soc Pathol Exot. 2002 ; 982 :109-13.

[5] Ahmed Rouihi, Bouchaib Hemmaoui, Noureddine Errami et al, Enorme kyste amygdaloïde cervical à propos d'un cas. The Pan African Medical Journal. 2018;31:147.

Pour citer cet article

MS Ag Med Elmehdi Elansari, FI Kone, A Fofana, AM Ganaba ,A Doumbia, M Maiga et al. Volumineux kyste amygdaloïde : du diagnostic au traitement. Jaccr Africa 2020; 4(1): 362-365