



Cas clinique

Lymphangiome kystique cervical à propos d'un cas à l'hôpital National de Niamey et revue de la littérature

Cervical cystic lymphangioma about a case at national hospital of Niamey and review of literature

A Soumaila*¹, AI Dourahamane, OS Galadima², H Zaki³, G Hakimi¹, I Moudi¹, YD Harouna¹

Résumé

Les lymphangiomes kystiques sont des tumeurs dysembryoplasiques rares d'origine lymphatique. Ce sont des tumeurs bénignes de l'enfant qui touchent rarement l'adulte jeune. Nous rapportons un cas de lymphangiome kystique cervical avec revue de la littérature.

Abstract

Cystic lymphangiomas are rare dysembryoplastic tumors of lymphatic origin. These are benign tumors of the child but rarely it touches young adult. We report a case of adult cervical cystic lymphangioma and review of the literature.

Introduction

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne rare des vaisseaux lymphatiques. Dans 90% des cas il touche l'enfant avant la fin de la deuxième année de vie et représente 6% de l'ensemble des tumeurs bénignes de l'enfant [1,2]. Sa survenue chez l'adulte est exceptionnelle avec une localisation variable [2]. Nous rapportons un cas de lymphangiome kystique à

localisation cervicale gauche et analysons les aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette tumeur.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente de 40 ans, sans antécédents pathologiques connu qui a consulté pour une masse latéro-cervicale gauche qui augmente progressivement de volume évoluant depuis 4 ans.

Cliniquement il s'agissait d'une masse cervicale gauche allant de la mandibule à la clavicule gauche, de consistance molle, mobile et indolore (figure 1).

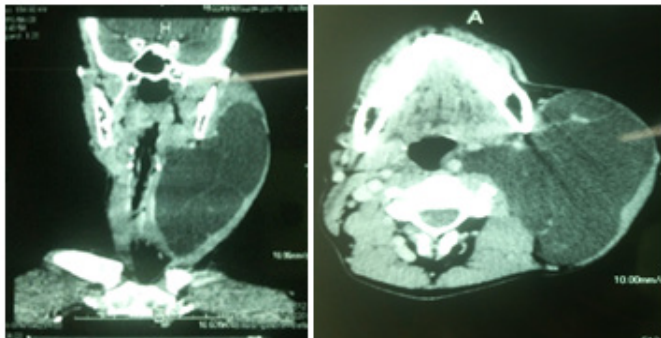
Le scanner cervical montre une volumineuse masse hypodense liquidienne paramédiane gauche s'étendant en sous mandibulaire jusqu'en sus claviculaire homolatérale de 165 mm de hauteur finement cloisonnée avec de fin septa sur 99,45x84,81 mm d'épaisseur axiale transverse. C'est une masse bien limitée avec une paroi épaissie atteignant 10mm par endroit avec rehaussement pariétal après contraste. Le diagnostic de lymphangiome kystique a été évoqué (figure2).

Nous avons réalisé une cervicotomie latérale gauche montrant une volumineuse masse kystique multi

cloisonnée contenant un liquide jaune citrin (figure 3). Les suites opératoires ont été simples et la patiente est mise en exéat à j5 post opératoire. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de lymphangiome kystique. La patiente a été revue à 6 mois, 12 mois puis à 18 mois post opératoire sans aucun signe de récidence.



Figure 1 : masse latéro-cervicale gauche



Figures 2 : Images scanographiques du Lymphangiome kystique



Figure 3 : rapport de la masse avec les vaisseaux du cou en peropératoire

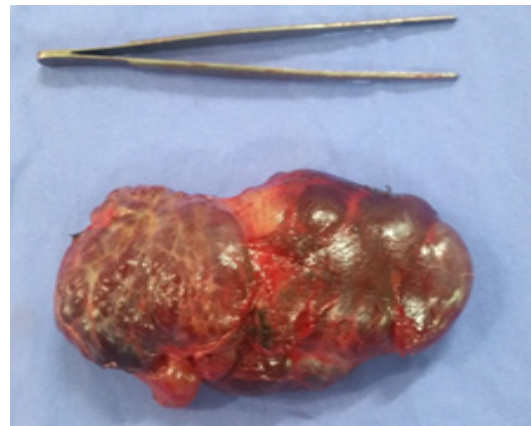


Figure 4 : Pièce opératoire

Discussion

Le lymphangiome kystique est une tumeur bénigne rare des vaisseaux lymphatiques. Il touche le plus souvent les enfants au cours des deux premières années de vie, mais peut se voir à n'importe quel âge du fait de la latence clinique [2]. Exceptionnel chez l'adulte, il se rencontre à partir de l'âge de 20 ans dans les deux sexes [2]. Dans la majorité des cas l'âge des patients varie entre 20 à 50 ans [3], c'est le cas de notre malade qui est âgée de 40 ans. Le lymphangiome kystique siège dans 80% des cas au niveau cervical, mais moins fréquemment, il touche les viscères intra abdominaux, le médiastin (1%), l'aïne ou le creux poplité [4,5].

Deux théories ont été évoquées dans l'étiopathogénie : La notion d'obstruction ou de contusion lymphatique d'origine traumatique qui est de moins en moins admise et la théorie de la séquestration du sac lymphatique embryonnaire qui se remplirait progressivement de liquide lymphatique. Cette théorie explique l'histoire clinique de la plupart des patients [6].

Le lymphangiome kystique n'a pas de spécificité clinique. La symptomatologie varie selon la taille et la localisation de la tumeur [6].

Au niveau cervical c'est la constatation d'une masse isolée, de consistance molle, indolore, qui augmente progressivement de volume tandis que dans les localisations abdominales le tableau est dominé par une distension avec ou sans des signes de compression (douleur, occlusion) [7]. Des cas de rupture de kyste intra abdominale simulant un tableau de péritonite

aigue généralisée ont été rapportés [8].

Le diagnostic est suspecté par l'imagerie et confirmé par l'histologie. La radiographie standard met en évidence une opacité hydrique, à limite nette, refoulant selon son volume les organes avoisinants. L'échographie et la tomodensitométrie donnent plus de renseignements sur les caractères topographiques et le contenu qui peut être liquidien, pseudo-liquidien ou caverneux [5,6]. A l'échographie, la tumeur apparaît hypoéchogène ou anéchogène, parfois avec un sédiment ou de fins échos internes et un renforcement postérieur. La tomodensitométrie montre une tumeur de faible densité liquidienne mais les cloisons ne sont parfois révélées qu'après injection du produit de contraste. Cette description scannographique est identique à celle retrouvée chez notre patiente. Il s'agit d'une volumineuse masse hypodense liquidienne finement cloisonnée avec de fin septa qui se rehaussent après injection de produit de contraste. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) semblerait être utile pour l'exploration de cette tumeur, mais s'avérerait moins performante que la tomodensitométrie en cas de complications [5,6].

Sur le plan thérapeutique l'attitude dépendra du volume et de la localisation du kyste. Il peut s'agir soit d'une abstention thérapeutique avec surveillance radiologique pour les kystes pauci-symptomatiques et en absence de signes de complications [9]; soit une aspiration avec ou sans injection de produit sclérosant (éthanol) pour les kystes peu volumineux et de localisation superficielle. Les résultats à long terme de cette technique sont variables avec souvent jusqu'à 100% de récurrence dans certaines séries [10] ; soit une exérèse chirurgicale qui est l'attitude pratiquée par la plupart des équipes [11]. Seule une exérèse chirurgicale complète a plus de chance d'assurer une guérison définitive. En ce qui concerne certaines localisations abdominales (mésentérique, rétro-péritonéale, colique, splénique etc.), l'exérèse chirurgicale complète est difficile en raison des rapports de la tumeur avec certains organes. Le caractère bénin du lymphangiome kystique n'autorise pas le sacrifice de ces organes laissant

ainsi en place un résidu tumoral macroscopique responsable de récurrence. Selon les séries le taux de récurrence est de 40% après résection incomplète et de 17% après résection macroscopiquement complète, toutes localisations confondues [12]. Notre patiente a bénéficié d'une cervicotomie latérale gauche avec des suites opératoires simples et à 18 mois elle ne présente pas de récurrence.

Conclusion

Le lymphangiome kystique est une pathologie bénigne rare à localisations diverses dont le diagnostic est suspecté sur l'histoire et l'évolution d'une masse, sur des arguments radiologiques et confirmé par l'examen histologique de la pièce opératoire. La base du traitement est chirurgicale.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

***Correspondance**

Soumaila Amadou

doasoumadou@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Avril 2021

- 1 : Service de chirurgie générale : Hôpital National de Niamey
- 2 : Service d'Imagerie médicale et de radio-diagnostique : Hôpital National de Niamey
- 3 : Service de cytologie et d'anatomie pathologique : Hôpital National Lamordé

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Rifki Jai S, Adraoui J, Khaiz D. Le lymphangiome kystique rétropéritonéal. *Prog Urol*. 2004; 14(4):548-550. PubMed | Google Scholar
- [2] Karim Nadour1, Mountassir Moujahid et al. Lymphangiome kystique cervico-thoracique: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2016; 25:189
- [3] Ahmed Saadi, Haroun Ayed, Omar Karray et al. Le lymphangiome kystique rétropéritonéal: à propos de 5 cas et revue de la littérature. *Pan African Medical Journal*. 2016; 25:73
- [4] Zekri B, Mouaqit O, Affari O. Lymphangiome kystique rétropéritonéal. *J Afr Hépatol Gastroentérol*. 2010 ; 4:260-262. PubMed | Google Scholar
- [5] H. Moumou, R. Dafiri. Imagerie du lymphangiome kystique : à propos de 77 cas pédiatriques. *Service de Radiologie, Hôpital d'enfants –Maternité CHU -Rabat- Maroc*
- [6] K. N'dri, V. Adjenou, A. Konan et Al. Lymphangiome kystique cervical : apport de l'échographie et de la tomographie à propos d'un cas. *Médecine d'Afrique Noire* : 1996, 43 (4)
- [7] Brown LR, Reiman HM, Rosenow III EC. Intrathoracic lymphangioma. *Mayo Clin Proc* 1986 ; 61 : 882-92.
- [8] Driss Bassou, Abdellatif Darbi, Taoufik Amezyane. Lymphangiome kystique médiastinal. *Sang Thrombose Vaisseaux* 2008 ;20, n° 5 : 272-3
- [9] A. Bouarhroum, O. El Mahi, R. Elidrissi. Lymphangiome kystique cervical. *Sang Thrombose Vaisseaux* 2003 ;15, n° 3 : 165–6
- [10] Zoguéréh DD, N'Tarundenga U, Provendier B. Une volumineuse masse rétropéritonéale chez un adulte. *Rev Med Interne*. 2003; 24(3):202-203. PubMed | Google Scholar
- [11] Walid Ghanous, Vittorio Alberti, Claude Laurian. Lymphangiome kystique extensif de la paroi thoracique. *Sang Thrombose Vaisseaux* 2007 ;19, n° 5 : 269-71
- [12] Lamia Rezgui-Marhoul el, Lotfi Hendaoui et al. Lymphangiome kystique cervical, diagnostic prénatal. *Presse Med* 2005 ; 34 : 967, Masson, Paris

Pour citer cet article :

A Soumaila, AI Dourahamane, OS Galadima, H Zaki, G Hakimi, I Moudi et al. Lymphangiome kystique cervical à propos d'un cas à l'hôpital National de Niamey et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2021; 5(2): 41-44