

Les tuméfactions cervicales chroniques

Dr BENYAHIA. N
Service ORL CHU SBA

Définition -Généralités

- Toute masse développée aux dépens des éléments constitutifs du cou. (conjonctifs, glandulaires, vasculaires, ou nerveux),
- situées soit dans la ligne médiane ou latéralement
- persistent plus de trois semaines,
- Un examen ORL complet -----»diagnostic
- Dans d'autres circonstances, les examens complémentaires sont nécessaires.
- les ADP sont la cause la plus fréquente .

Rappel anatomique

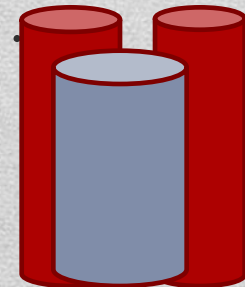
Le cou comprend **deux parties** bien différentes:

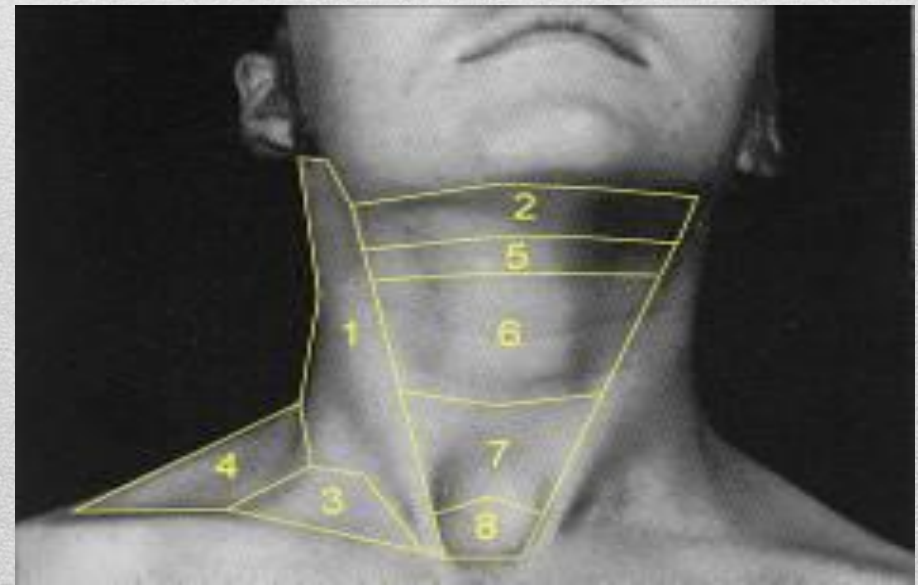
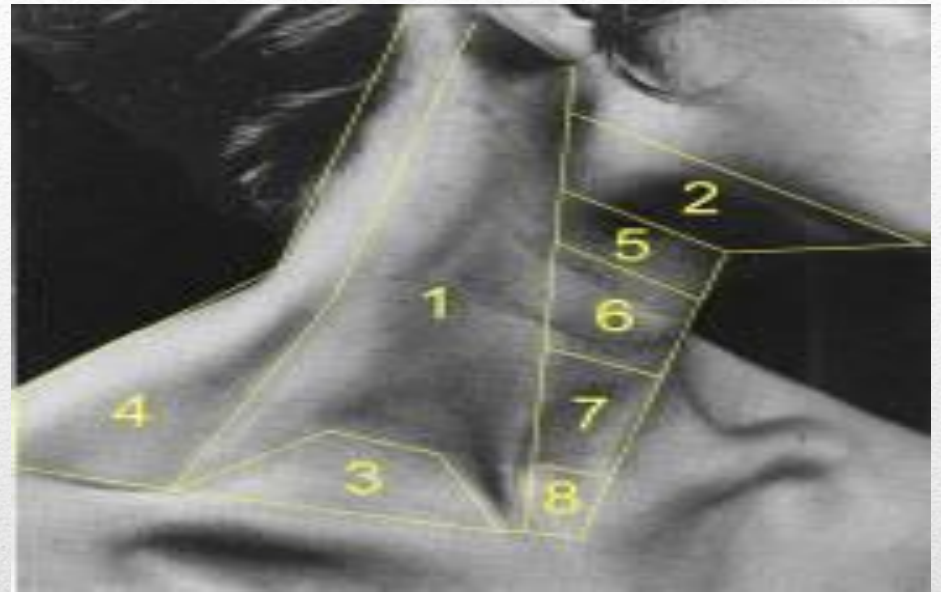
Le demi cylindre post c'est une énorme **masse musculaire** destinée à mouvoir la tête et à assurer ses connexions avec la colonne vertébrale et la ceinture scapulaire.

Le demi cylindre Ant: loge de nombreux éléments (muscles, vaisseaux, nerfs et viscères)

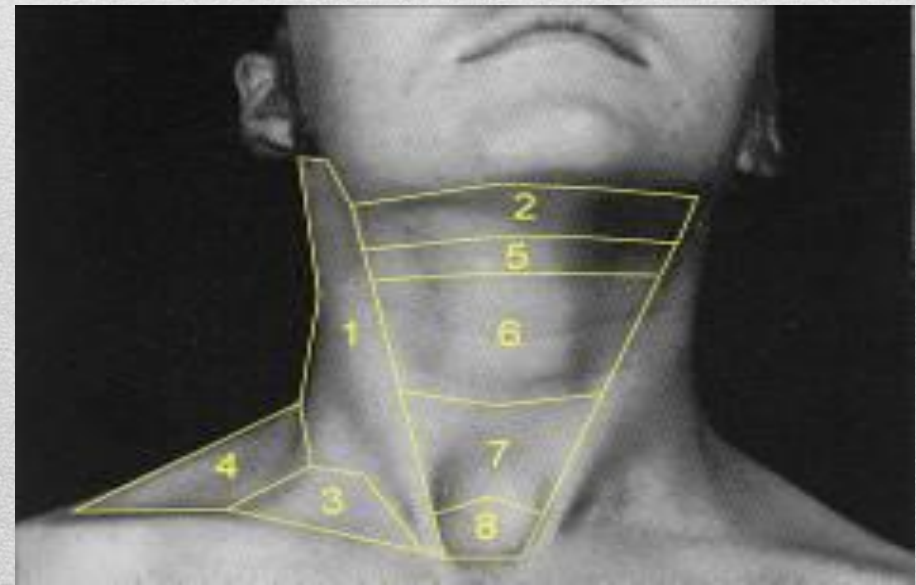
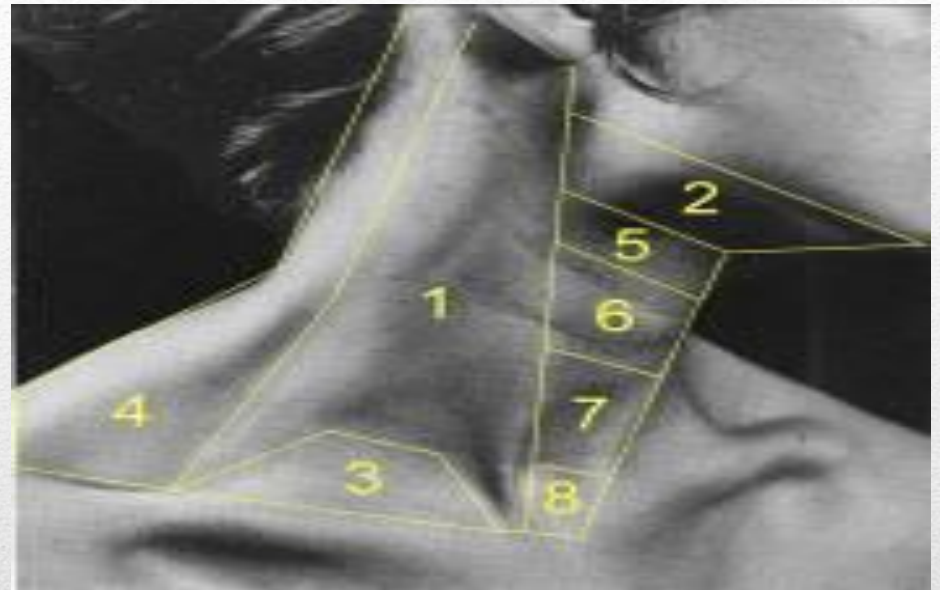
Le cou est ainsi divisé en trois régions : une médiane et deux latérales.

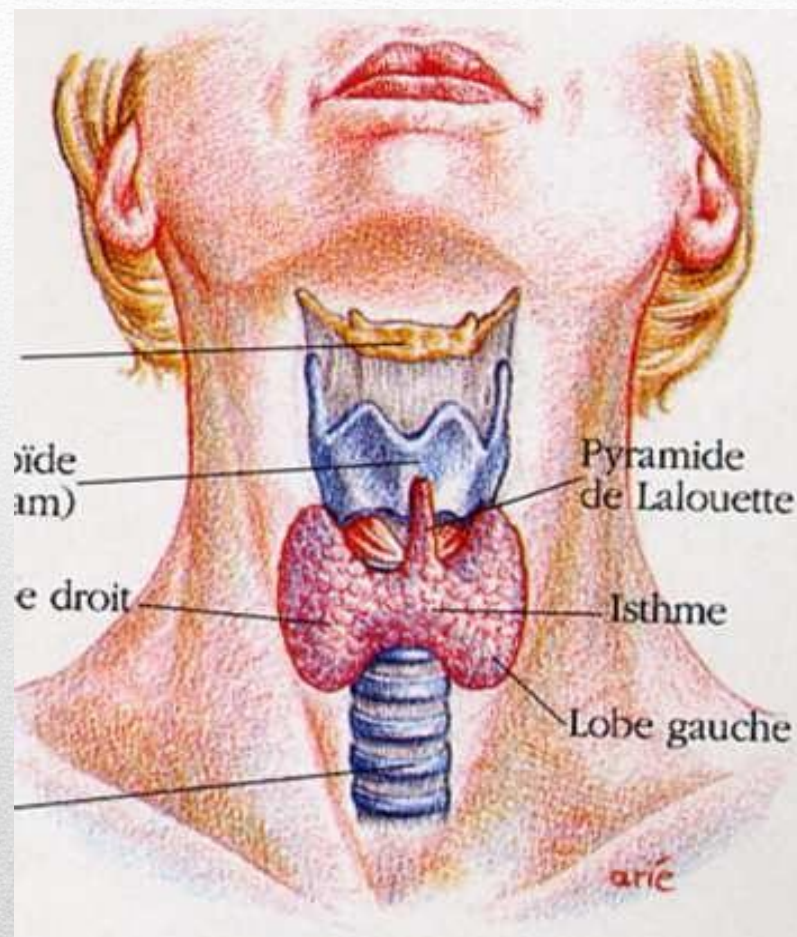
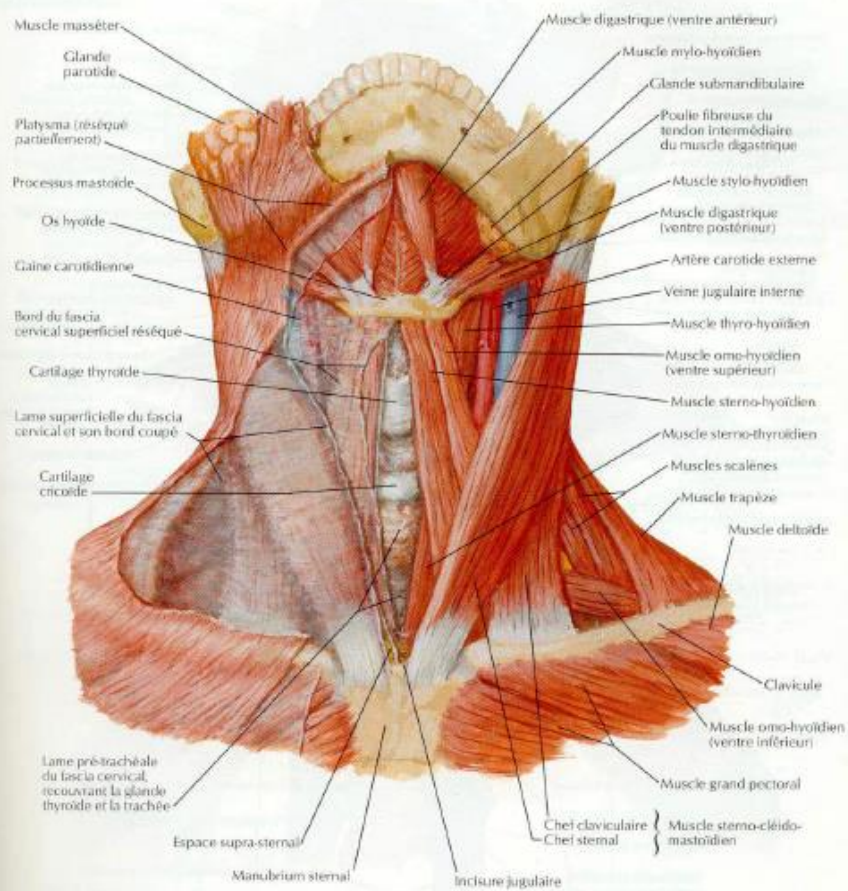
La région médiane est subdivisée par rapport à l'os hyoïde en : région sus-hyoïdienne et sous hyoïdienne .





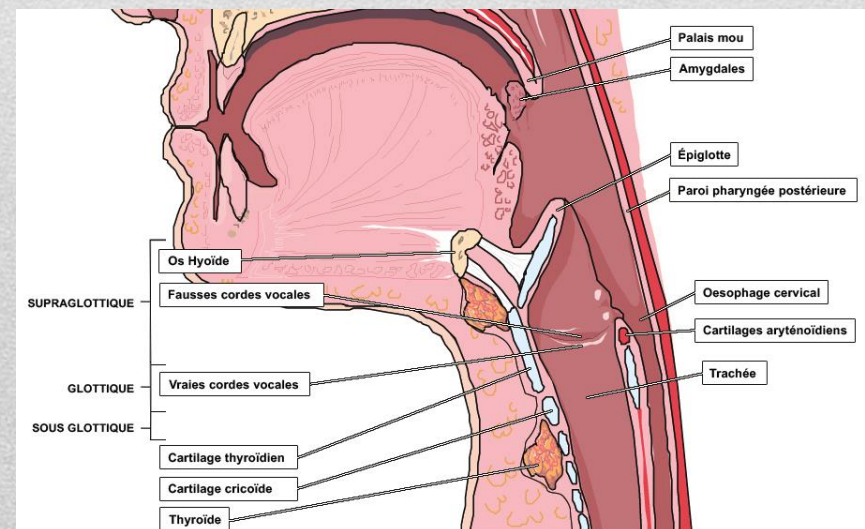
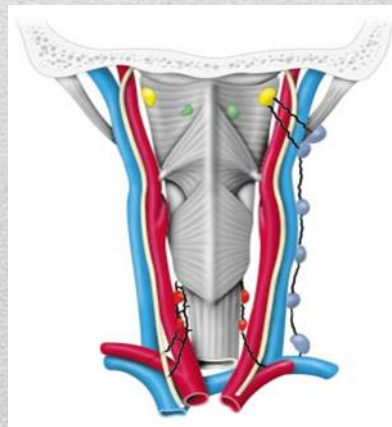
- 1 : Region jugulo-carotidienne**
- 2 : Region sous-mandibulaire et sous-mentonnaire (partie mediane)**
- 3 : Région sus-claviculaire (partie inférieure de la région jugulo-carotidienne)**
- 4 : Région spinale (partie supérieure) et trapézienne (partie inférieure)**
- 5 : Région hyoïdienne**
- 6 : Région laryngée**
- 7 : Région thyroïdienne**
- 8 : Région sus-sternale**





Le cou est le lieu de passage de certain **nerfs crâniens** (VII, IX, X, XI, XII), des nerfs rachidiens(plexus cervical, une partie du plexus brachial, branche post des nerfs cervicaux).

Les organes du cou sont: la partie initiale du tube digestif et de l'appareil respiratoire et phonatoire ainsi que les glandes à sécrétion interne(thyroïde, parathyroïdes et thymus)et les glandes salivaires.



Diagnostic positif

a. Interrogatoire:

Histoire de la maladie:

- **Date et mode de survenue**(brutale, progressive)
- **Caractères évolutifs** (augmente de volume, régression spontanée ou sous traitement, stable).
- **Mode de vie du patient** : profession, contact avec des animaux domestiques, habitude sexuelle,
- **Signes associés**: dyspnée, dysphonie et dysphagie, fièvre, amaigrissement, Asthénie et anorexie.

Antécédents:

Personnels: Médicaux: intoxication alcoolotabagique, notion TBC, notion de zone d'endémie goitrigène, Radiothérapie dans l'enfance,

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

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

b. Examen clinique:

1) Examen de la zone d'appel: région cervicale

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 et à la protraction de la langue.

b) palpation:

Caractère inflammatoire ou non (douleur, chaleur)

Siège par rapport aux chaînes lymphatiques cervicales.

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

Forme

Caractère isolé ou multiple, uni ou bilatéralité.

Mobilité par rapport aux plans superficiels et profonds.

Taille.

Caractère **battant** ou non.

Expansibilité, réductibilité.

c) auscultation:

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



2) Examen locorégional:

a) Cavité buccal:

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

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

c) **Examen de hypo pharynx et du larynx**: la nasofibroscopie

d) **Le cavum**: Rhinoscopie postérieure, nasofibroscopie .

f) Le reste de l'examen ORL

3. Examen somatique complet:

Les autres aires ganglionnaires: axillaires, inguinales.

Abdomen: à la recherche de SPM, HPM et gros rein,

Examen gynécologique et région mammaire chez la femme,

Examen CV et pulmonaire.

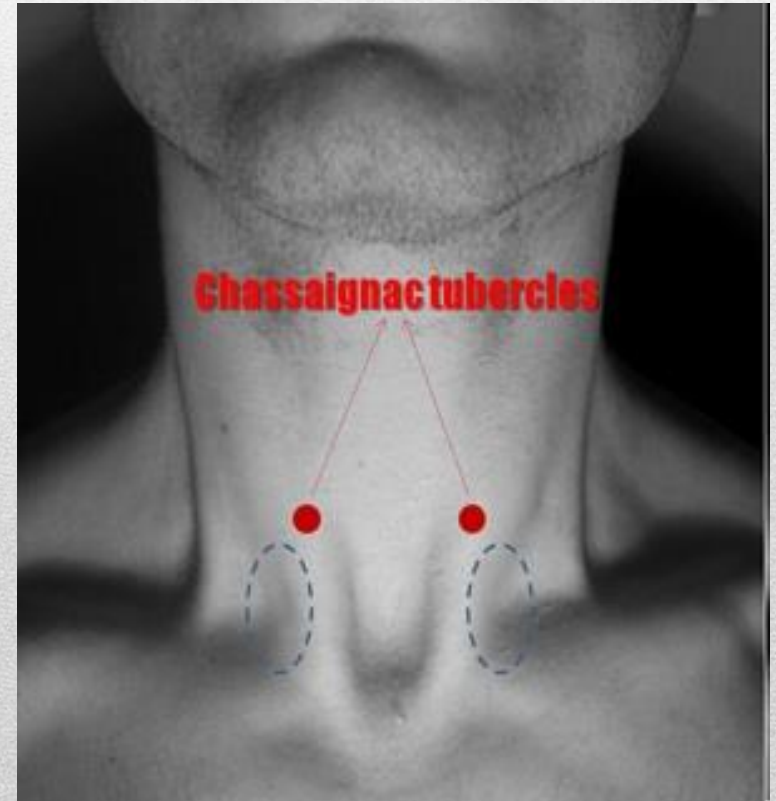
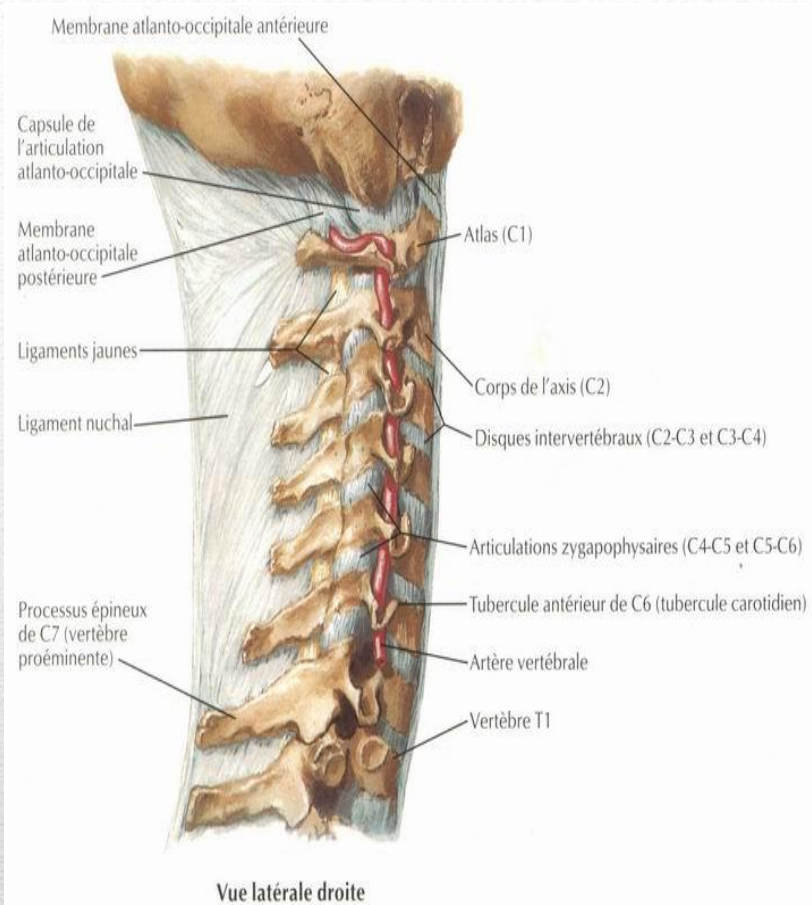
C. Examens complémentaires :

- Bilan de base:
 - NFS, VS
 - IDR à la tbc
 - Echographie cervicale
 - TTX
- Bilan poussé:
 - sérologie (HIV, EBV, Toxoplasmose, rubéole, maladie des griffes des chat...)
 - TDM cervico- thoracique.
 - IRM: apprécie les parties molles, rapport avec les organes de voisinage.
 - Artériographie cervicale .
 - Scintigraphie thyroïdienne.
 - panendoscopie: utile lors de suspicion de malignité.
 - cytoponction à l'aiguille fine: oriente le diagnostic surtout en présence de kyste.
 - cervicotomie exploratrice avec biopsie et examen extemporané

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Se fait avec les particularités anatomiques (pièges anatomiques):

- Saillie de la grande corne de l'os hyoïde.
- Cartilage thyroïde saillant (chez la femme)
- Apophyse transverse de l'Atlas hypertrophié.
- La saillie du tubercule de Chassaignac (C6).
- Le bulbe carotidien est pulsatile .



Diagnostic étiologique

Selon le siège:

A-tumeurs médianes

Dans la région médiane du cou, 03 repères sont fondamentaux: Os hyoïde, cartilage thyroïde, cricoïde.

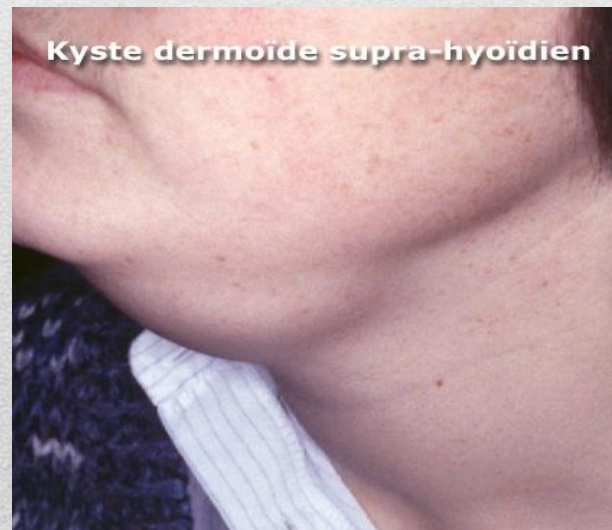
1)Kyste dermoïde:

Reliquat embryonnaire d'origine **ectodermique**.

À l'examen c'est une masse **bien limitée**, de la région préhyoïdienne de **volume variable**, de consistance **molle**, et **indolore** en absence d'infection.

Bilan radiologique: intérêt de l'échographie cervicale.

Le diagnostic est affirmé par la cervicotomie médiane transversale en regard de l'os hyoïde avec examen histopathologique



2) Kyste de tractus thyroglosse (KTTG):

- **La plus fréquente** des masse cervicale après les ADP.
- Reliquat embryonnaire d'origine **endodermique**
- Examen: c'est une tumeur qui siège **en avant et au dessous de l'os hyoïde**, de consistance rénitente, **bien limité, indolore** en absence d'infection.
- Un caractère la différencie du kyste dermoïde c'est son ascension lors de la protraction de la langue.
- Cette tumeur fistulise souvent soit spontanément, soit au décours d'une exérèse insuffisante.
- Le diagnostic sera confirmé histologiquement sur pièce opératoire (cervicotomie médiane transversale avec résection du corps de l'os hyoïde.)



3) Pathologies thyroïdiennes:

A-Nodule thyroïdien:

L'examen: masse **médiane** ou **paramédiane**, basicervicale de consistance **ferme** de **volume variable**, **bien limitée**, **indolore**, **ascension lors de la déglutition** affirmant l'origine thyroïdienne de la masse.

Echographie: nature pleine ou kystique de la tm.

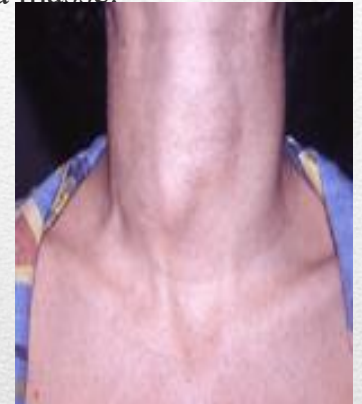
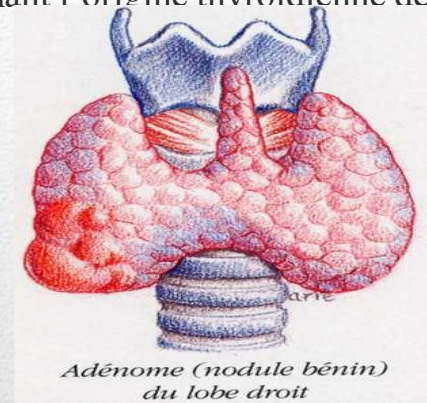
Scintigraphie: iso hypo ou hyper fixité de la tm.

Cytoponction échoguidée.

Le diagnostic sera confirmé par cervicotomie et l'histologie extemporanée.

B-goitre

- Hypertrophie de la glande thyroïde.
- Diffus ou nodulaire.
- Peut survenir dans le cadre d'une hyperthyroïdie, hypothyroïdie, euthyroïdie.



B-Tumeur latérales :

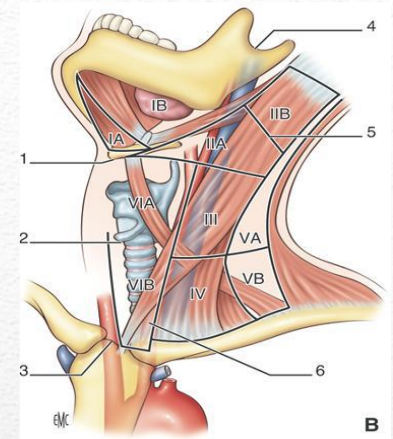
1)Adénopathie unique:

Les adénopathies sont les tuméfactions cervicales latérales les plus fréquentes

Plusieurs éléments vont permettre d'affirmer la nature ganglionnaire de la tm.

Siege: sur l'une des 03 chaines de gg lymphatique, la chaine II (le long du SCM), la chaine spinale (en arriere du SCM), et la chaine cervicale transverse.

- **Caractère de la tm:** non battante, de consistance ferme.
- Leur **diagnostic positif** est le plus souvent aisé.
- Leur **diagnostic étiologique** est plus difficile à préciser.



a- ADP infectieuse chronique: TBC

b- ADP inflammatoires chroniques non infectieuses:

- maladie du système: **LED, PR**

- origine médicamenteuse: Rifampicine, Hydantoine, Penicilline, Carbamazepine.....

- **sarcoidose**

c- ADP des hémopathies: Hodgkin, LMNH

d- ADP métastatiques



2) Tumeur battante:

a) Anévrysme artériel:

Tuméfaction battante, expansive, réductible, de consistance élastique non adhérente à la peau, mobile dans le sens transversal et immobile dans le sens vertical.

L'auscultation retrouve un Souffle Systolique intermittent en cas de siège sur l'axe carotidien.

la ponction est dangereuse

Intérêt de l'échographie ,artériographie.

b) Tumeur du corpuscule carotidien(tumeur du glomus):

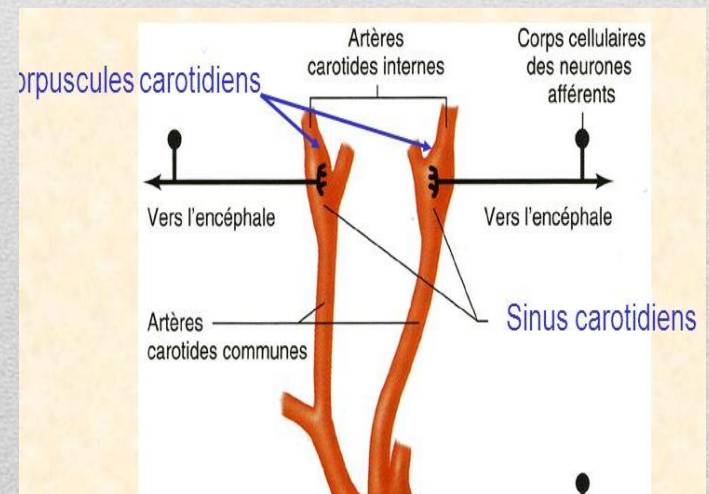
Généralement latéro cervicale évoluant lentement sur plusieurs années.
battante, avec un **souffle systolique**.

L'interrogatoire: on recherche

Des crises vasomotrice , accès de rougeur ou de pâleur diffus ou isolés
ou accompagnés de mouches volantes ou de douleur épigastrique
avec hyper TA.

Le diagnostic revient à **l'artériographie**.

TRT: chirurgical après embolisation.



3)Pathologie des glandes salivaires

a-Tuméfaction de la région parotidienne :

une tumeur qui siège dans la région
parotidienne(sillon rétomandibulaire et la
région en avant et au-dessous du lobule de
l'oreille.

Dans 80 % c'est une tumeur bénigne(dominée par
l'adénome pléiomorphe).

L'examen clinique précise la consistance ,la
mobilité , l'adhérence aux plans superficiels
,profonds et à la mandibule et la sensibilité.

L'IRM est l'examen radiologique de choix .

La cytoponction oriente vers le diagnostic
histologique

L'examen histopathologique de la pièce de
parotidectomie donne le diagnostic de
certitude.



b-Tuméfactions de la région submandibulaire :

Tuméfaction de siège submandibulaire (intérêt de la palpation bidigitale cervicale et endobuccale)

Dominé par la sousmaxillite lithiasique

Intérêt de l'échographie dans le diagnostic

Le traitement est chirurgical(sousmaxillectomie)

4) Tumeurs kystiques latérocervicales:

a) kyste de la 2ème fente branchiale appelé également kyste amygdaloïde:

Reliquat embryonnaire **ectoblastique**,.

L'examen retrouve une masse latérocervicale isolée, située en arrière de la grande corne de l'os hyoïde et sous le bord ant du SCM.

Rénitente ou molle à grand axe vertical de volume variable, indolore, mobile transversalement.

Peut se manifester par une **fistule** découverte le plus souvent à la naissance.

Cytoponction: liquide visqueux, mucoïde,

Le diagnostic de certitude est apporté par la cervicotomie exploratrice en permettant l'étude histologique du kyste enlevé.



b) Lymphangiome kystique :

Dysembryoplasie bénigne portant sur le système lymphatique d'expansion essentiellement cervicale.

Rare touche surtout l'enfant.

Masse polylobée ou non, dépressible, indolore ne s'accompagnant pas d'ADP, siège électif au niveau posteroinférieur du cou.

Par compression il peut provoquer une dyspnée, dysphagie, et douleurs cervicobrachiales.

L'évolution se fait par poussée, quelque fois des régression spontanée, partielle et momentanée.

Traitement : exérèse chirurgicale par cervicotomie.



5) Tumeur aérique:

a) La laryngocèle externe:

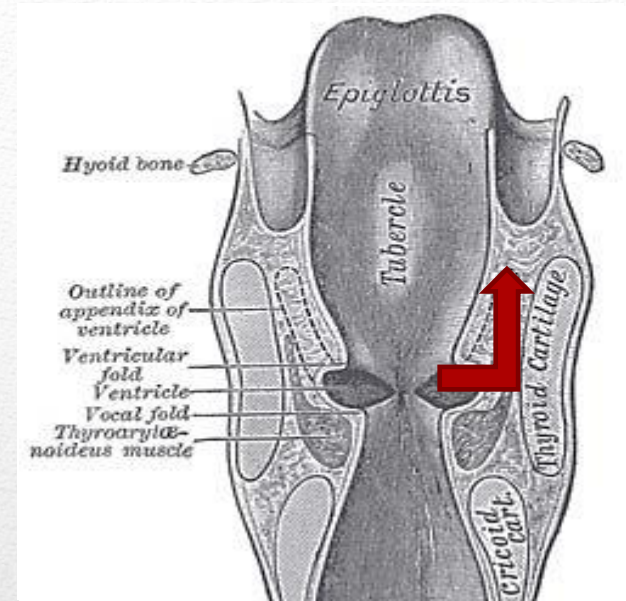
Poche kystique développée à partir du ventricule laryngé.

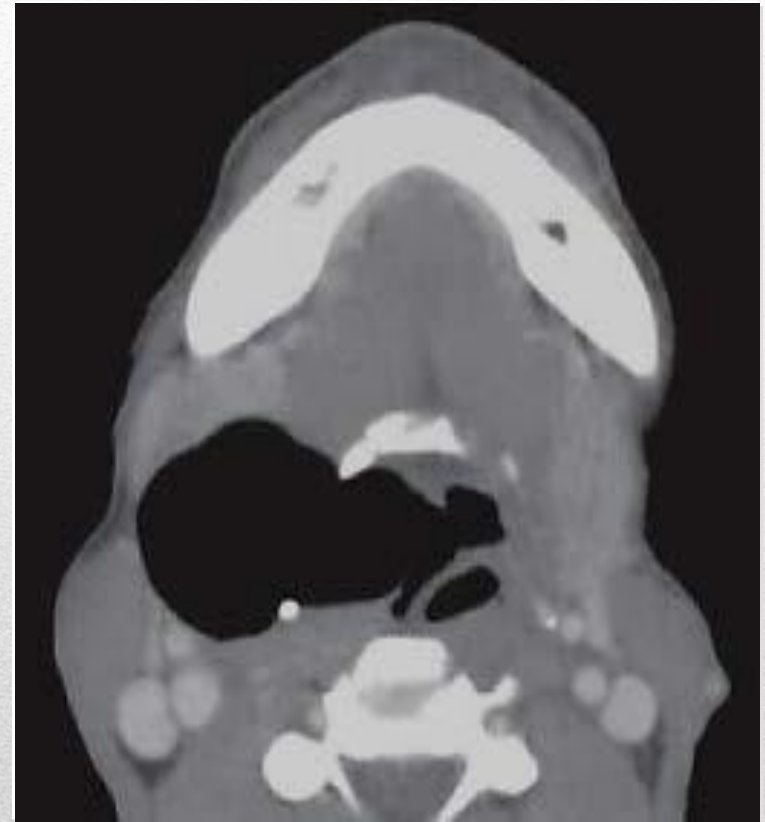
Sous l'effet de la pression aérienne (toux), cette poche gonfle.

C'est une masse faisant issue au niveau de la région latérale du cou au niveau des membranes thyrohyoïdienne et cricothyroïdienne mobile lors des mouvements de déglutition.

Molle, réductible et se reproduisant à l'effort.

Le diagnostic est affirmé par un scanner cervical et laryngé(TDM).





Coupe axiale montrant une laryngocèle externe remplie d'air

b) Diverticule œsophagien type III:

Tm basicervicale dont le volume augmente lors des repas qui disparaît complètement lors de sa compression ou lors de la régurgitation.

Cette tuméfaction s'associe à une dysphagie avec sensation d'arrêt du bol alimentaire.

6) Tumeur nerveuse du cou:

Nous envisageons deux groupes de tumeurs:

- masse développée à partir des fibres nerveuses:
Schwanome, neurofibrome, sympathome.
- Tm développée à partir des tissus para ganglionnaire non chromatoffine(paragangliome ou tumeur glomique)

7) Tumeur conjonctive:

Fibrome et lipome.

Diagnostic se fait souvent après cervicotomie exploratrice par macroscopie confirmé par l'histologie

