

TUMEFACIONS CERVICALES

ADENOPATHIES CERVICALES


A small, semi-transparent speaker icon is positioned over the word 'ADENOPATHIES' in the second title.

Dr N AIT MESBAH
EPH KOUBA

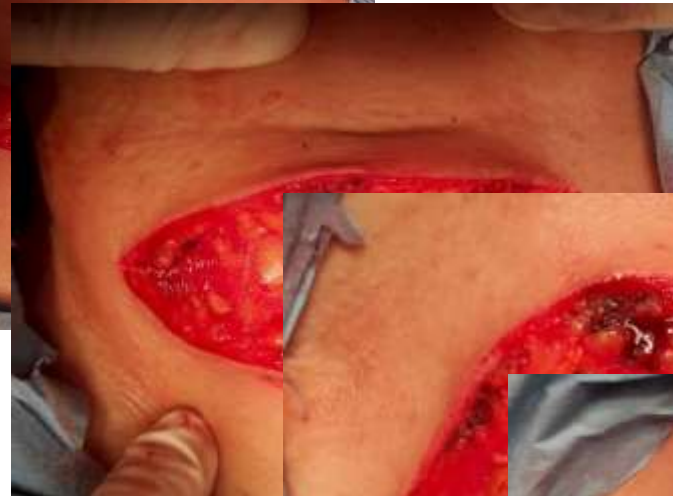
INTRODUCTION

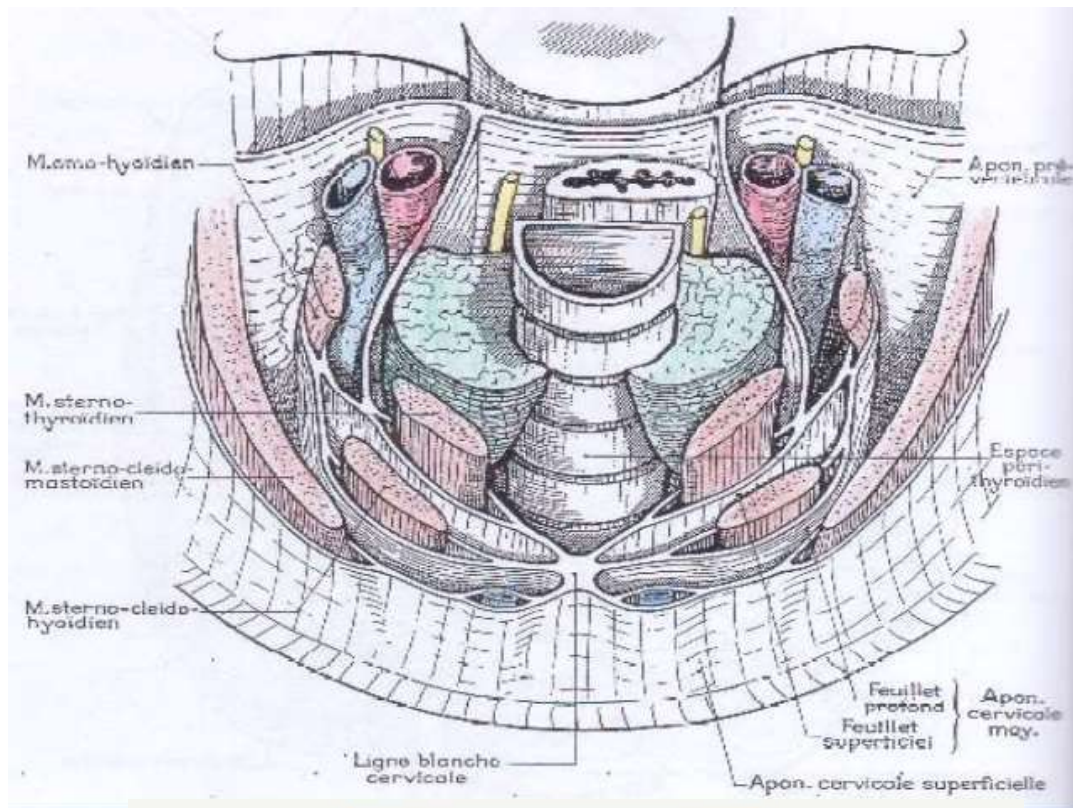
- Naissance : éléments constitutifs du cou
- Motif le + fréquent de consultation ORL : ADP
++++

Cou = Cylindre

tête  thorax

Tuméfaction cervicales = éléments constitutifs du cou

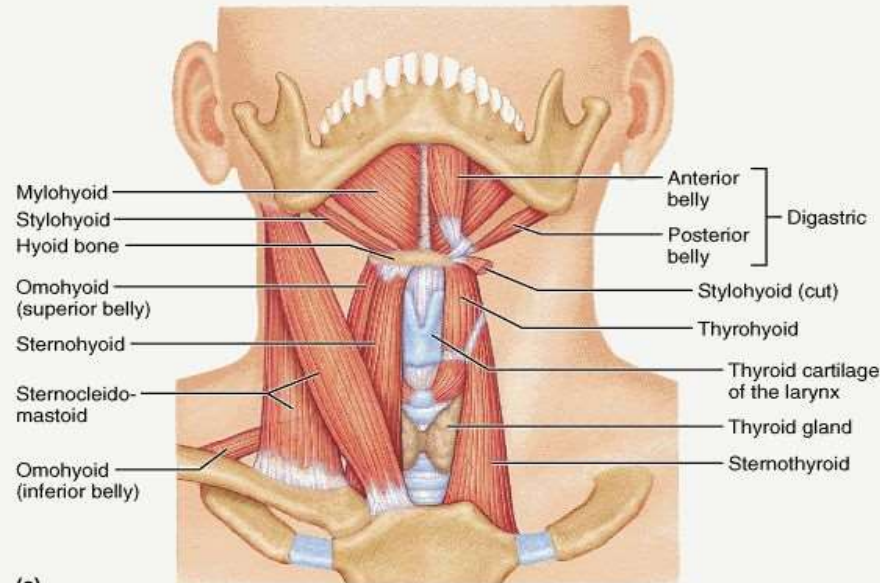
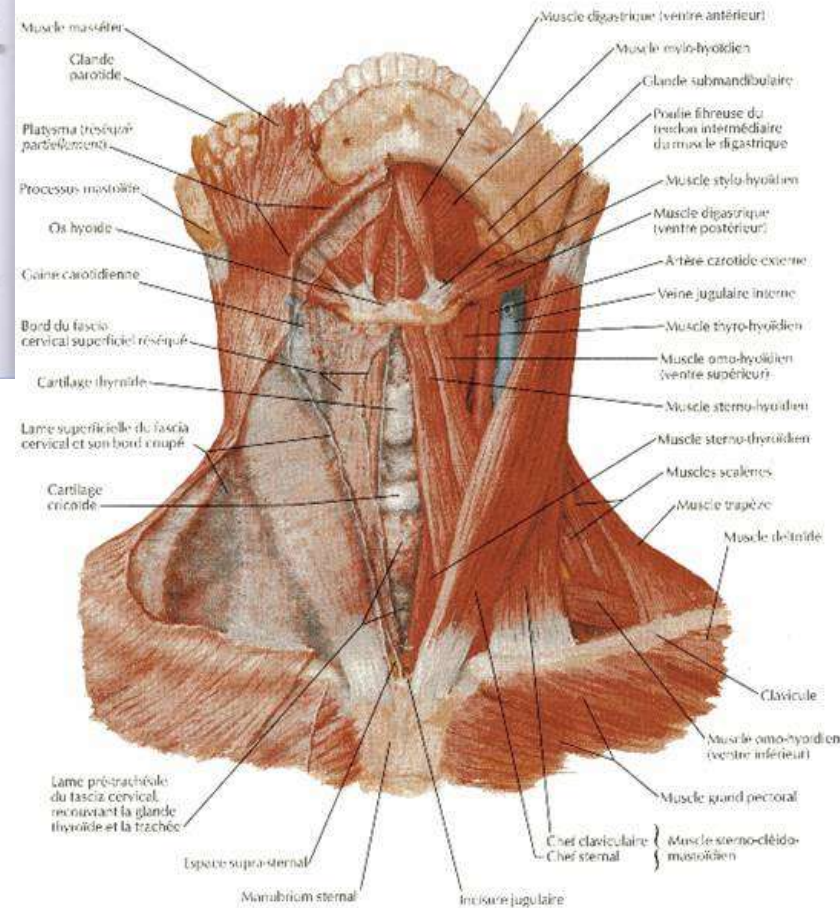




Aponévrose cervicale profonde : Englobe les veines jugulaires antérieures et le SCM

Aponévrose cervicale moyenne :

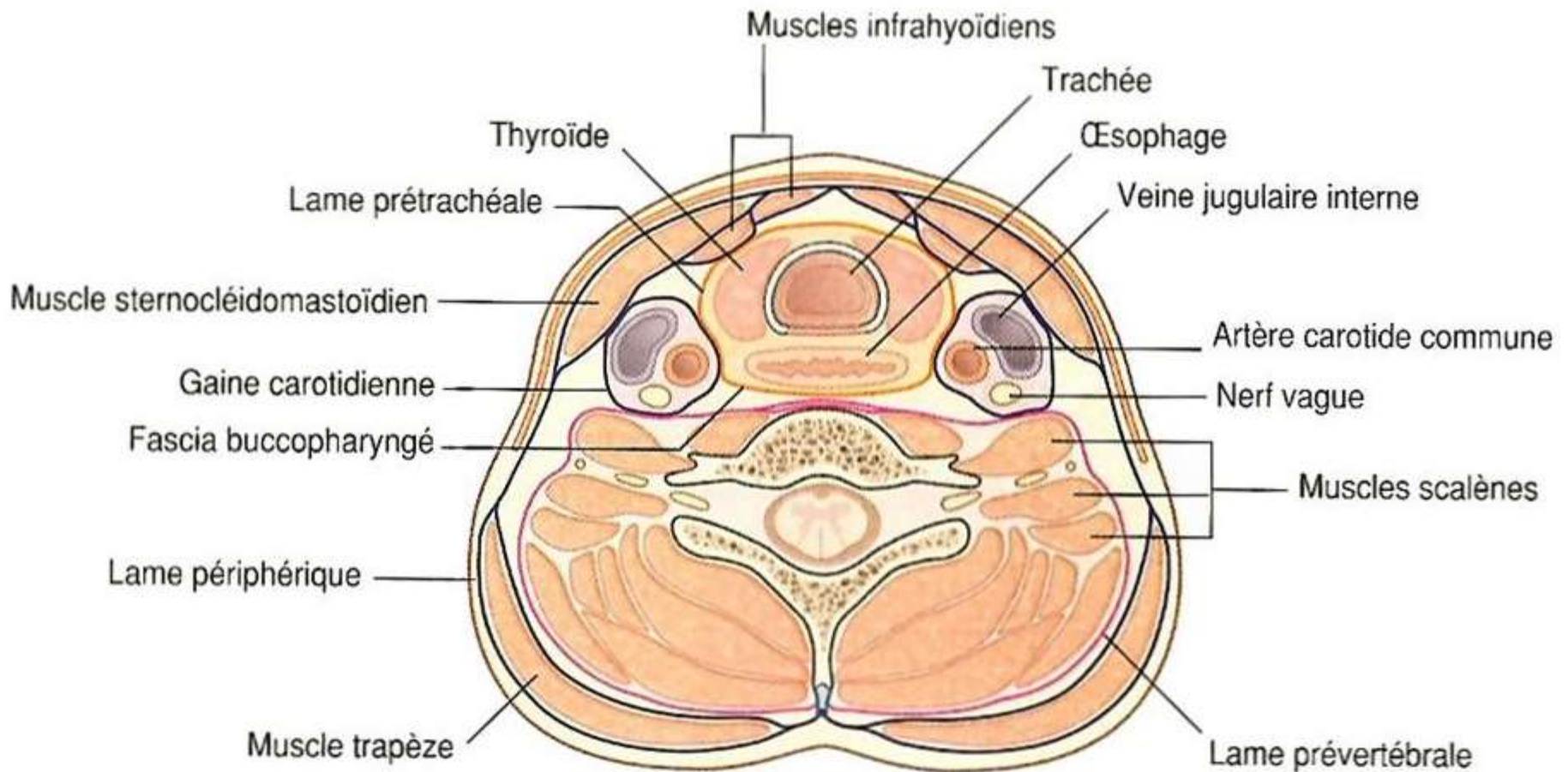
- Feuille superficiel : Englobe le sterno-cléïdo-hyôïdien et omo-hyôïdien
- Feuille profond : Englobe le sterno-thyroïdien et thyro-hyôïdien



(a)

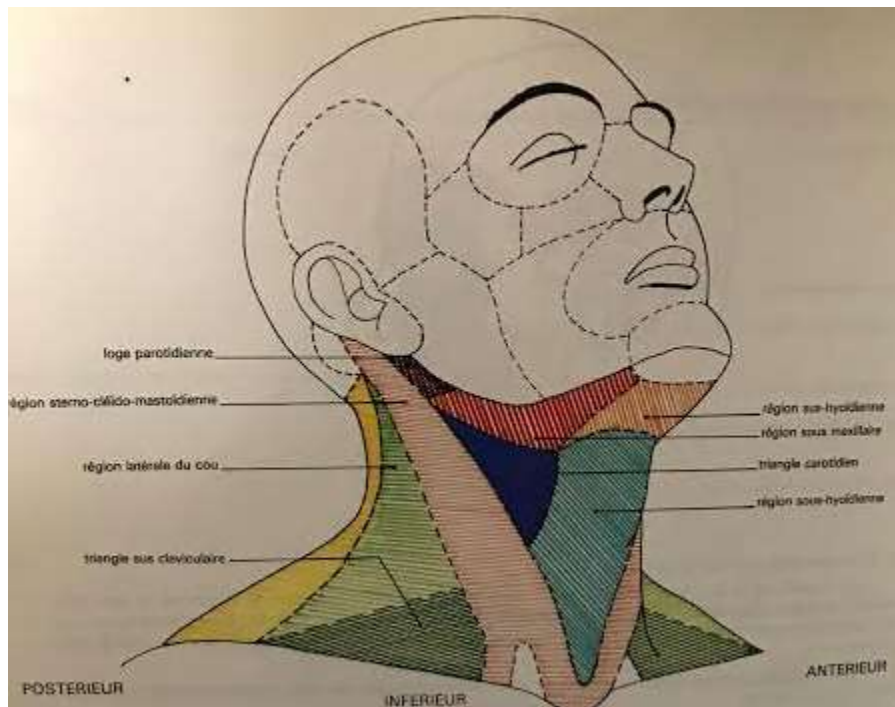
Copyright © 2001 Benjamin Cummings, an imprint of Addison Wesley Longman, Inc.

Loges cervicales

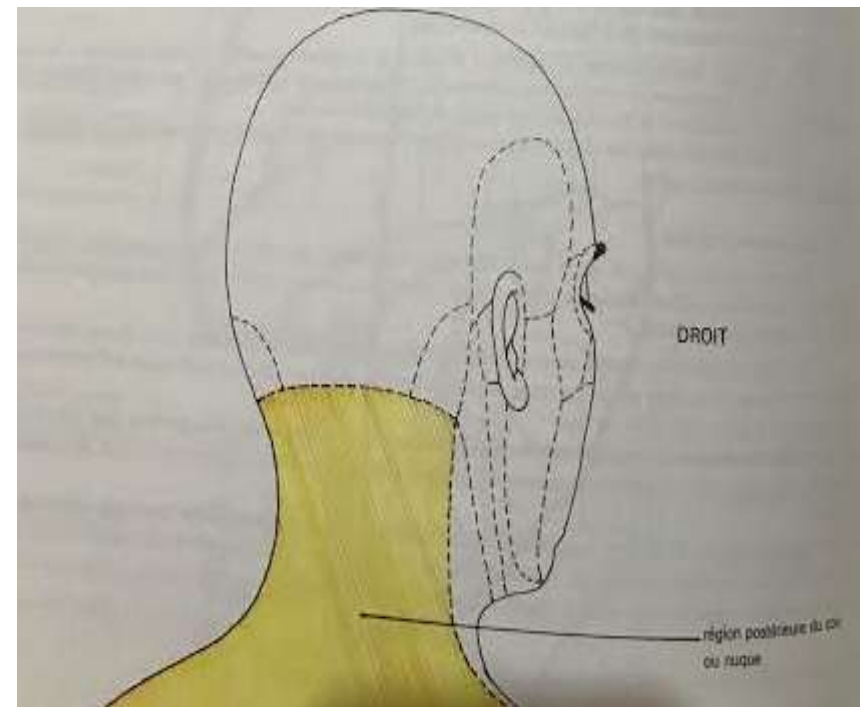


Approche anatomo clinique régions

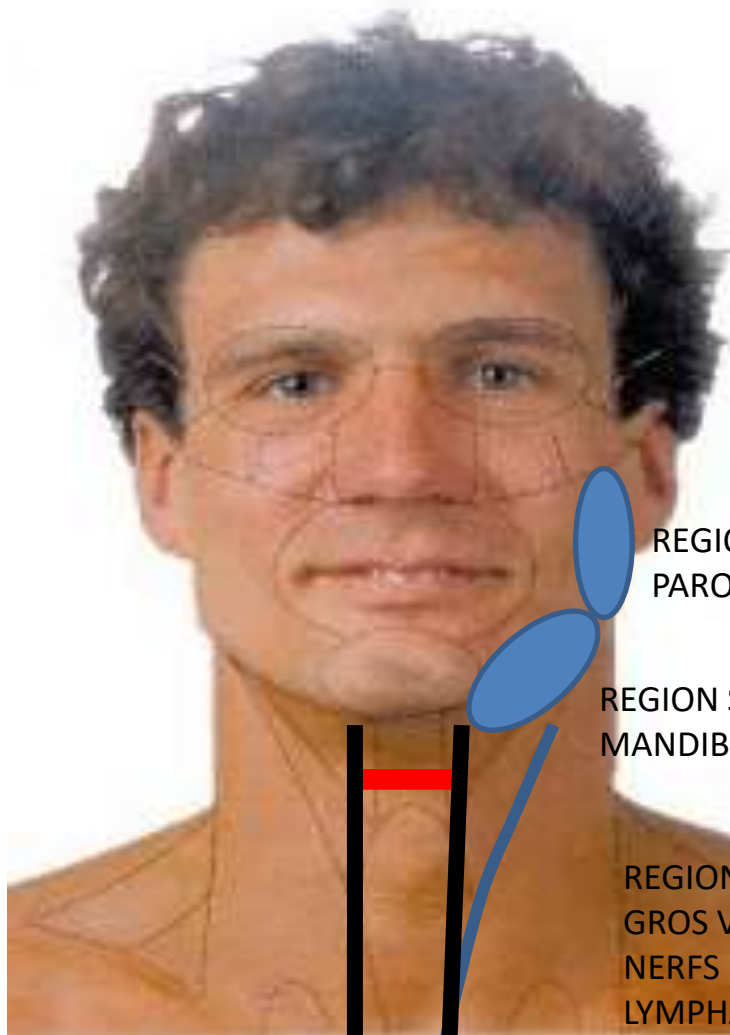
Région antero latérale



Région nucale / postérieure



REGION ANTERO LATERALE



Région latérale

Région antérieure/ médiane :

Sus hyoïdienne

Sous hyoïdienne :
Phx, œsophage, larynx,
trachée, thyroïde,
parathyroïde

REGION
PAROTIDIENNE

REGION SOUS
MANDIBULAIRE

REGION CAROTIDIENNE / SCM
GROS VX
NERFS
LYMPHATIQUES

DIAGNOSTIC

1 INTERROGATOIRE : motif = tuméfaction

- Date de début
- Mode de début
- Evolution
- Signes associés

compression : dyspnée, dysphonie, dysphagie,
nerfs crâniens

signes généraux : fièvre sueurs asthénie
amaigrissement

- Antecedants :

médicaux : tuberculose, syphilis

chirurgicaux : thyroïde, parotide, larynx

- Habitudes de vie : tabac, alcool, profession, exposition
- Age : adulte (néoplasie) enfant (congénitale)

2 EXAMEN CLINIQUE :

cou

Inspection :

- Siege : médiane, latérale, haute, basse
- Etat de la peau : inflammation, cicatrice, écrouelles, croute
- Mobilité : déglutition, protrusion de la langue

Palpation : cou défléchi = caractéristiques

- Volume
- Siege
- Nombre
- Consistance
- Mobilité : plan profond et superficiel transverse et vertical
- Sensibilité
- Réductibilité
- Caractère battent expansif

Auscultation

Examen locorégional : hantise KC

- Cavite buccale / oropharynx
- Rhinopharynx
- Larynx
- Hypopharynx

Lésions suspectes
de néoplasie

Examen général

3 EXPLORATIONS

- Biologie : FNS VS IDR sérologie
- Imagerie

Radio standard cou (F+P) : pas d'intérêt

Telethorax : TBK, ADP

Echographie cervicale : orientation diagnostic (ADP, masse, thyroïde), nature, siège, dimensions, rapport avec les vaisseaux et guide la ponction

TDM IRM

Angiographie

- Cytoponction
- Endoscopie
- Cervicotomie exploratrice

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

pièges anatomiques

- Apophyse transverse de C6 (tubercule de chassaignac) chez le sujet amaigri
- Tubercule latéral de l'atlas
- Hypertrophie des parotides
- Bulbe carotidien athéromateux hypertrophique
- Hypertrophie de la grande corne de l'os hyoïde
- Ectasies veineuses, anévrysmes

ETIOLOGIES

TUMEFRACTIONS MEDIANES

Kyste tractus thyroïdienne

- Anomalie congénitale la plus fréquente
- Thyroïde : Foramen caecum => canal de bochdalek (involve) => cou. Reliquats du canal persistent => kyste
- Tout Age (mais surtout enfant)
- Dgc : malade; médecin, cpc (Tuméfaction médiane haute sus- ou sous-hyoïdienne)
- Cpc : surinfection fistulisation
- Examen clinique :

Situation par rapport à l'os hyoïde

Mobile par rapport à la langue : Mouvement de protrusion de la langue ou de déglutition

consistance molle

- Echographie : dgc + thyroïde
- Traitement : chirurgie (Risque de cancérisation)

KYSTE DERMOIDE

- Inclusions congénitales médianes
- Défaut d'accolement des arcs branchiaux : non résorptions Des éléments épidermiques lors de la fermeture des premiers et 2^e arcs branchiaux
- Diagnostiquée à tout age (Enfant +)
- Tuméfaction mobile ferme, pas de rapport avec la langue
- Traitement : chirurgie
- CPC : Surinfection, pas de kc



GRENOUILLETTE (Kyste rétentionnel de la glande sub-lingual)

ADP

LIPOME

KYSTE THYMIQUE (Basse +/- extension intrathoracique)

PATHOLOGIE THYROIDIENNE

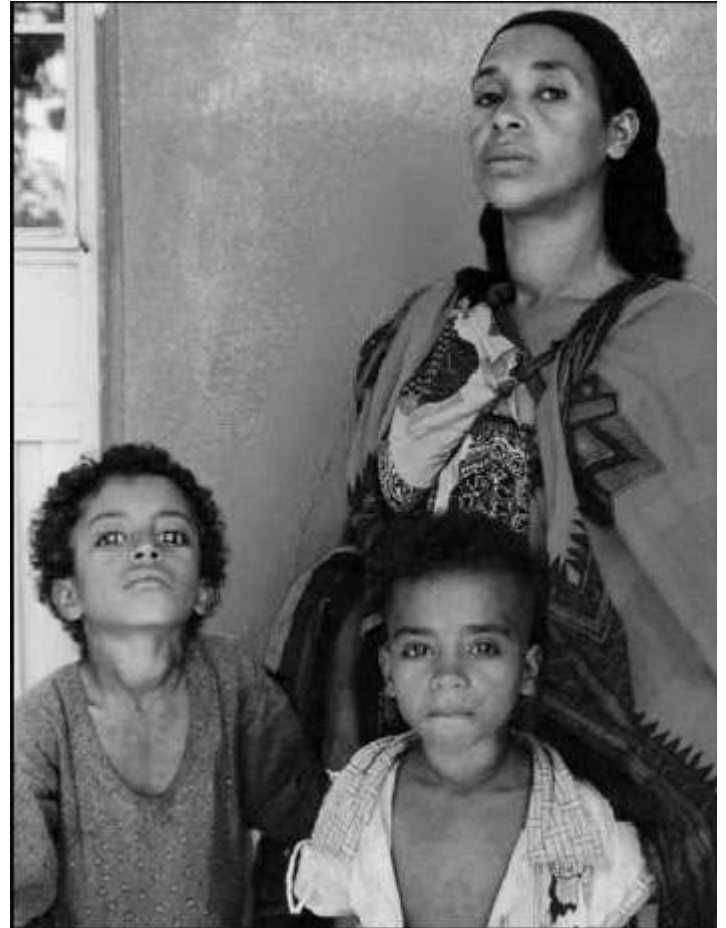
goitre et nodule

Goitre

Goitre endémique

Basedow

Thyroïdites



Nodules

- Toxique (chaud)
- Thyroïdite
- Nodule froid: kyste colloïde, adénome

Nodule = risque de malignité 5a 10%

- **Circonstances de découverte :**

Par le patient

gène physique

gène esthétique.

phénomènes compressifs (trachée,
récurrent, œsophage, Vx)

par le médecin

incidentalome (TDM , IRM , PET –SCAN)
caractère quiescent des nodules thyroïdien



Antecedants :

Personnels : Thyroïdite, goitre Origine géographique et ethnique (Tchernobyl) Trt goitrigène, irradiations cervicales.

Familiaux : Kc thyroïdiens Endocrinopathies, pouvant rentrer aussi dans le cadre des NEM

Histoire clinique

- -Ancienneté du nodule :
- Date et mode d'apparition (brutal ou progressif)
- -Caractère évolutif (rapide ou lent)
- -Signes accompagnateurs : cervicalgies, signes infectieux
- -Signes fonctionnels : dysphagie, dyspnée dysphonie
- -Signes de dysthyroïdie : Tachycardie, agitation, hypersudation, asthénie, diarrhée, flush (ces 2 der évoquent une tumeur à acétyl choline).

examen physique

Inspection :

- étude de la mobilité à la déglutition.
- Etat de la peau en regard.
- Exophtalmie, œdème des paupières (Mdie de Basedow)

Palpation

- Caractéristiques de la masse

Examen du reste du parenchyme :

- Peut trouver une glande saine, de taille normale ou au contraire augmenté de volume comme on peut trouver un autre nodule moins évident.

Auscultation à la recherche d'un souffle.

Examen régional à la recherche d'ADP, la LI est systématique à la recherche de signes de compressions

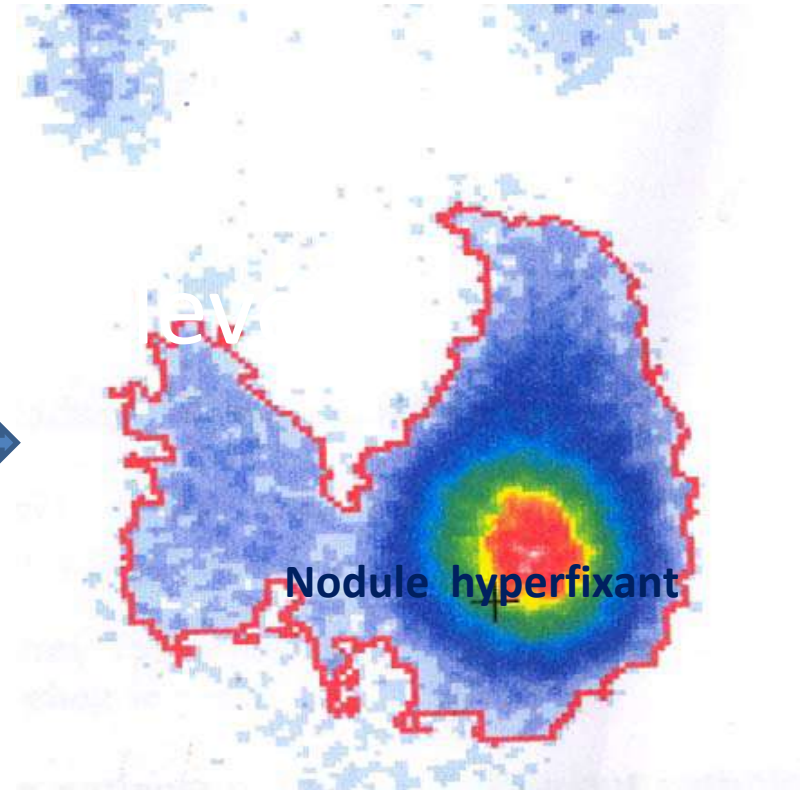
Examen général

- Recherche des signes de dysthyroïdie, examen du revêtement cutané et de l'appareil cardio-vasculaire...Recherche de métastases.

Explorations

✓ Bilan biologique : TSHus

si TSH : basse

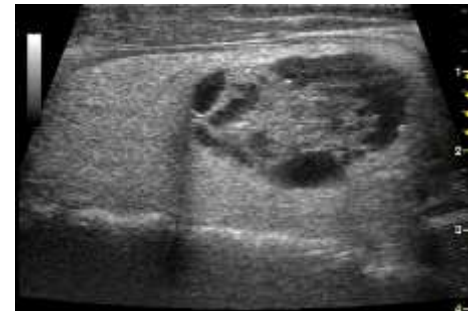


- si TSH normale ou élevée

✓ Echographie Thyroïdienne



- ☐ Méthode simple rapide facile sans contre indication
- ☐ Sonde de haute fréquence 7.5 - 13 MHz(haute définition)



Etude échographique du nodule thyroïdien

Benin ? / Malin ?

Rassurant

Intermédiaire

Inquiétant

Forme

Ovale

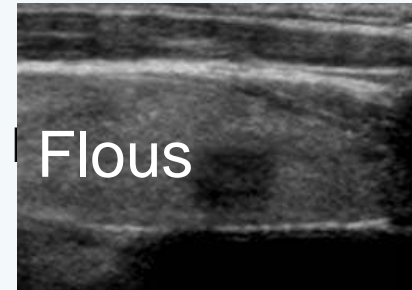
Arrondie

Contours

Nets

Festonnées

Flous



Etude échographique du nodule thyroïdien

Echostructure (journal de radiologie 94)

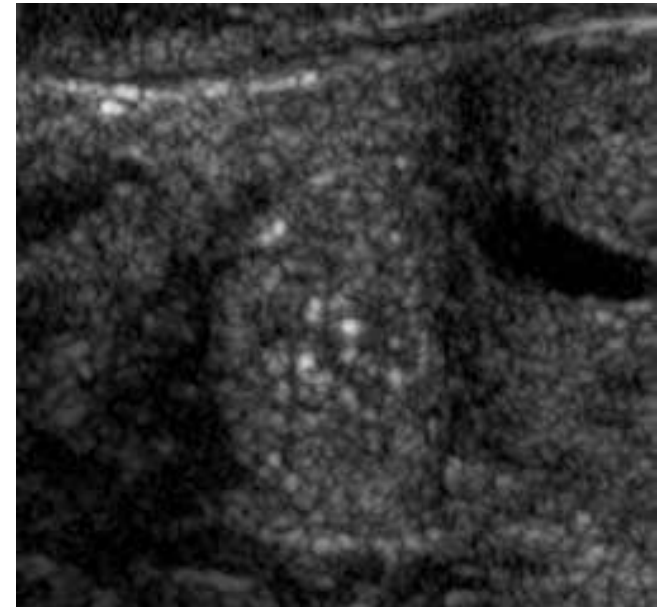
Aspect	Fréquence	Risque de Kc
Tissulaire hypoéchogène hyperechogène isoechogène	40% 20% 20%	50% < a 5% < a 5 %
Liquidien pur mixte	< a 5% 15%	0% Faible si 2/3

Calcifications:

- les microcalcifications

VPP = 41 -94%

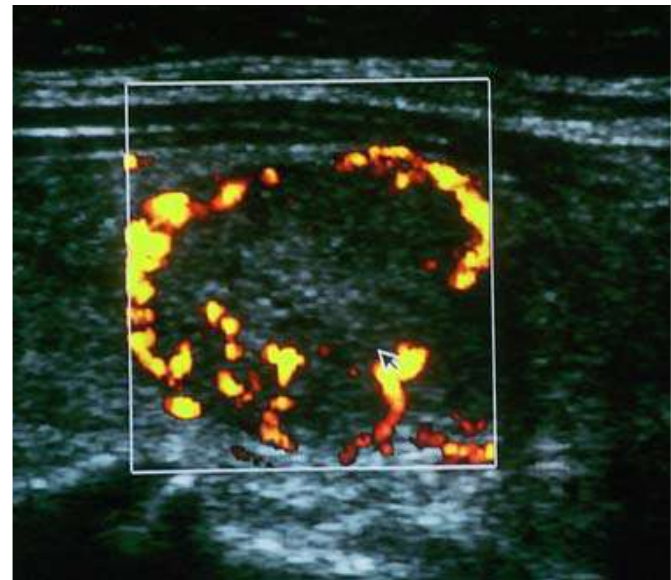
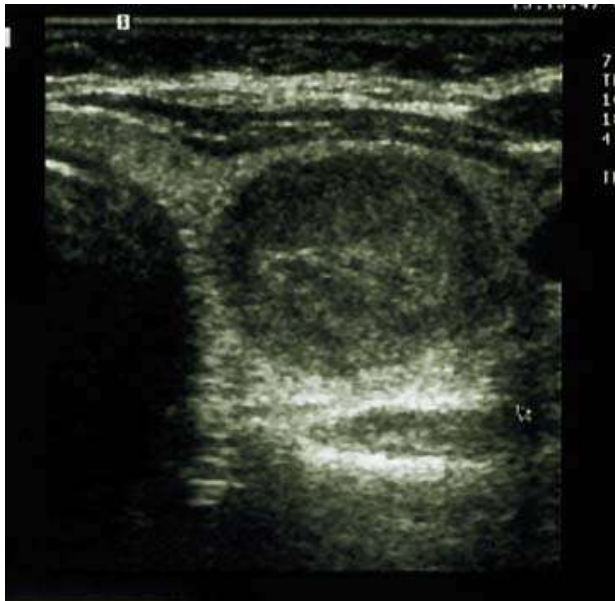
faible sensibilité 26 a 59%



Nodule isoechogene + micro
calcifications

Signal doppler

- *écho doppler couleur ou doppler énergie*
qui visualisera la richesse et le type de vascularisation des nodules (centrale ou uniquement intranodulaire ou bien mixte).



Echographie = Adénopathies

Arrondie
Vascularisée
Microcalcifications
Kystique (70% des ADP
métastatiques)
Tissu thyromimétique



valeur échographique? v

Critères échographiques de
malignité de nodule thyroïdien

Aucun critère n'est spécifique a « lui seul »

Ponction thyroïdienne ?

objectifs :

Objectif principal : trier (screening)

confirmer la bénignité d'un nodule

Objectif accessoire

confirmer les lésions manifestement malignes
cliniquement , non opérables

(carcinome anaplasique , lymphome , métastase)


Vascu périphérique = rassurante
Vascu centrale => malin

Score EU-TIRADS :	Critères :
1	Pas de nodule.
2	Kyste simple. Macro-calcification isolée. Nodule spongiforme.
3	Iso ou <u>hyper-échogène</u> .
4	Modérément <u>hypo-échogène</u> .
5	Présence d'au moins 1 des signes suivants : Forme non-ovale. Irrégulier. <u>Hypo-échogénicité</u> marquée. Microcalcifications.

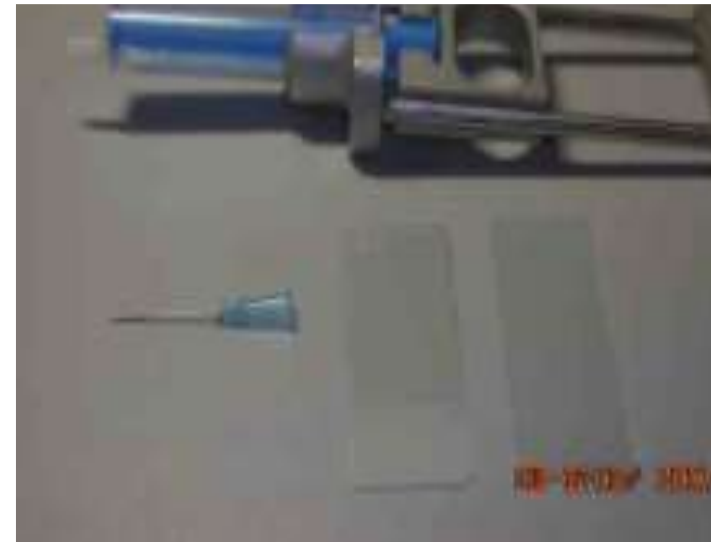
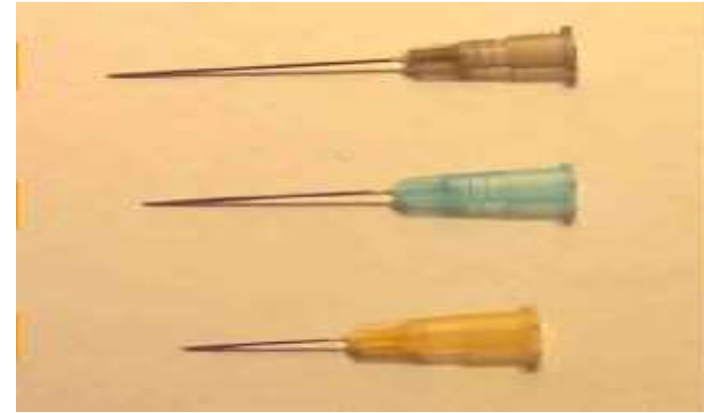
Cytoponction :

- **Score EU-TIRADS 5** : Si > 7-10mm (Selon les équipes).
- **Score EU-TIRADS 4** : Si > 15mm.
- **Score EU-TIRADS 3** : Si > 20mm.
- **Présence d'un nodule et des contextes à risque suivantes :**
 - Radiothérapie dans l'enfance.
 - Antécédents au premier degré de carcinome papillaire.
 - Histoire familiale de carcinome médullaire de la thyroïde ou NEM 2.
 - Antécédents personnels ou familiaux de maladie de Cowden, complexe de Carney, polypose familiale, McCune-Albright...
 - Calcitonine basale élevée à 2 reprises.
 - Adénopathies, métastases.

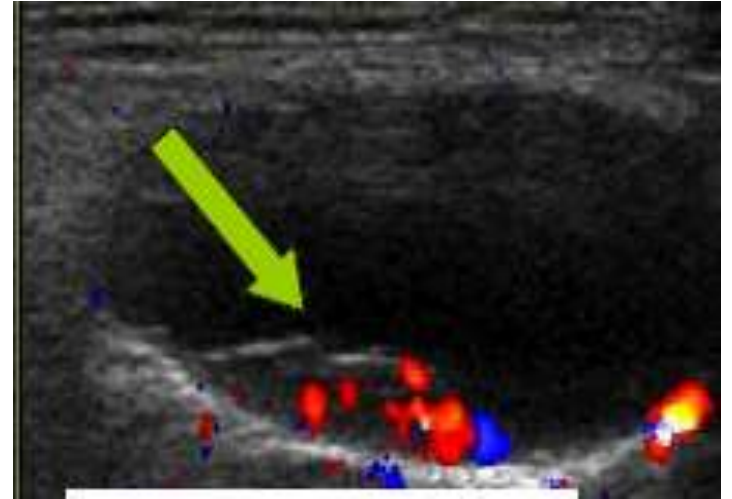
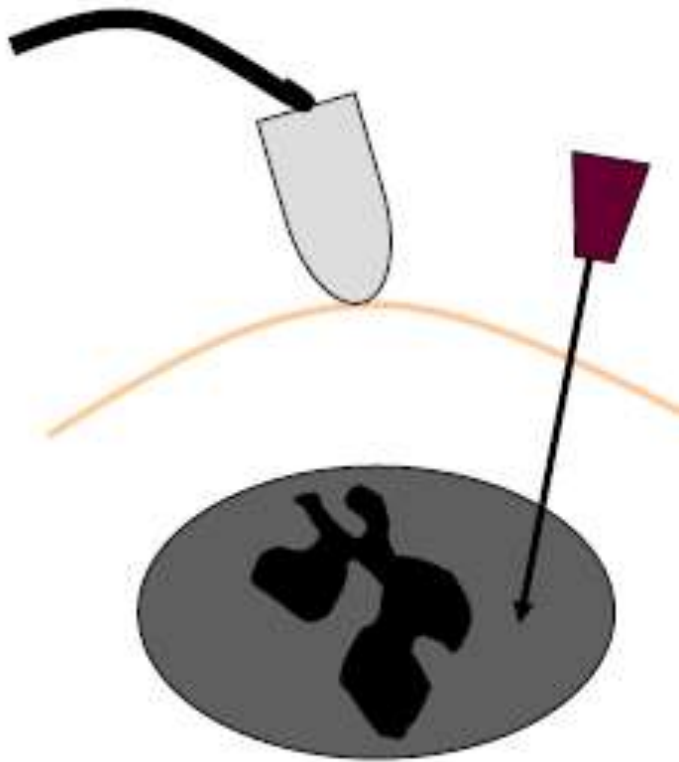
Quel nodule ponctionner ?

- Nodule \geq 1 cm
TSH nle ou 
- Nodule découvert via imagerie
(ponction échoguidée)

**hypoéchogène , contours
irréguliers , hypervascularisation ,
calcifications**



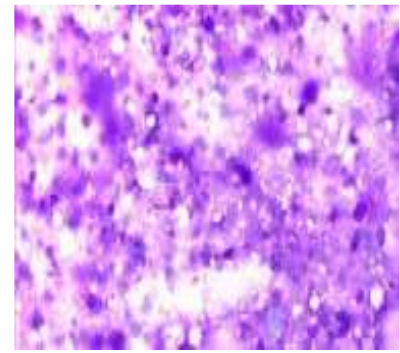
Intérêt du guidage échographique



- Prélèvement sélectif de la zone charnue
- Suivi en temps réel de l'aiguille
- Constatation de la position dans la cible
- Limitation du risque traumatique

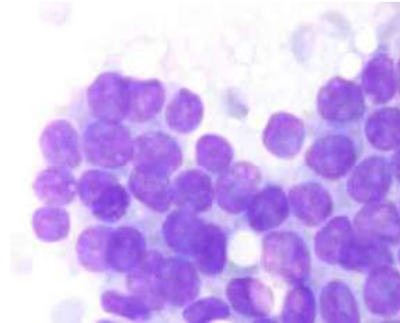
Types de réponses

Non contributive 15 a 20% - 5 a 7%



Maligne 4% / 10%

le CPT dans 80 a 90 %
anomalies nucléaires typiques

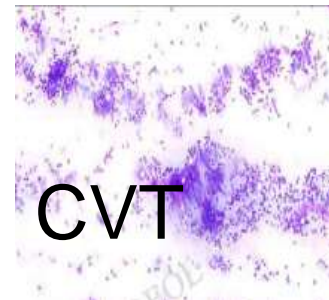
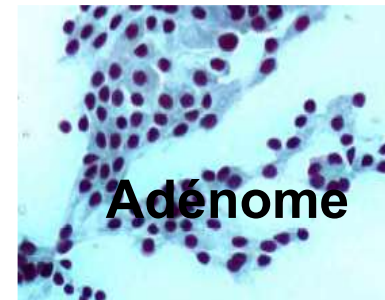


Bénigne adénome colloïde
60 a 70% des cas



Douteuse ou suspecte

10 a 20 %



TUMEURS LATERO CERVICALES

Pathologie de la parotide et de la sous max :

lithiase, infection, tumeurs

Infections :

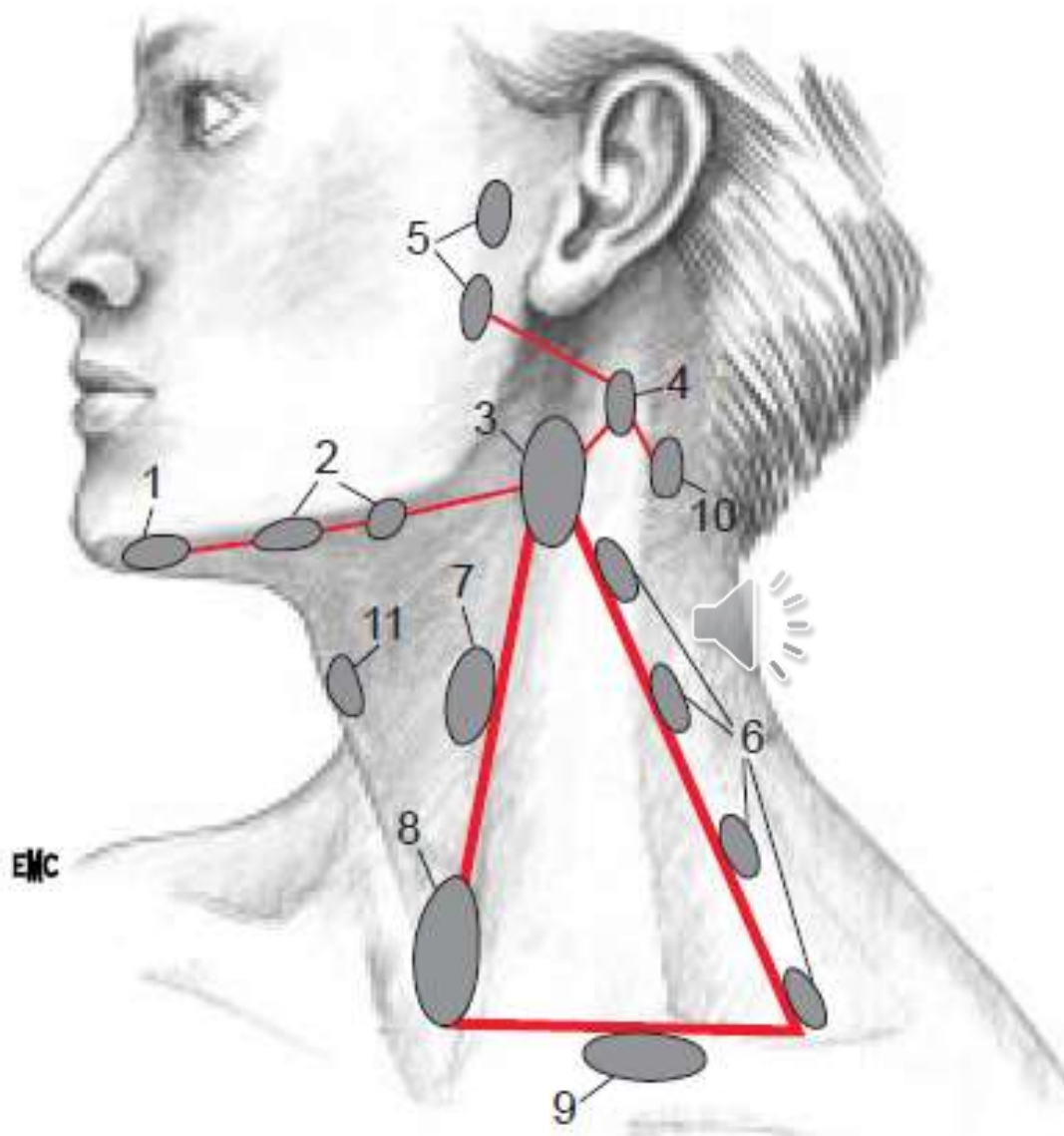
- Parotidite virale : enfant (oreillons)
- Parotidite aigue de l'adulte (Bactérienne)

Lithiase de la sous max ++++ et parotide Surinfection

Tumeurs (Parotide++) : bénignes (Adénome pléomorphe) et malignes (Carcinome muco-épidermoïde, adénoïde kytique)

ADP

- Tuméfactions les plus fréquentes du cou
- Problème de diagnostic étiologique et thérapeutique pour les adénopathies chroniques
- Hantise : hémopathies, métastase carcinome des VADS

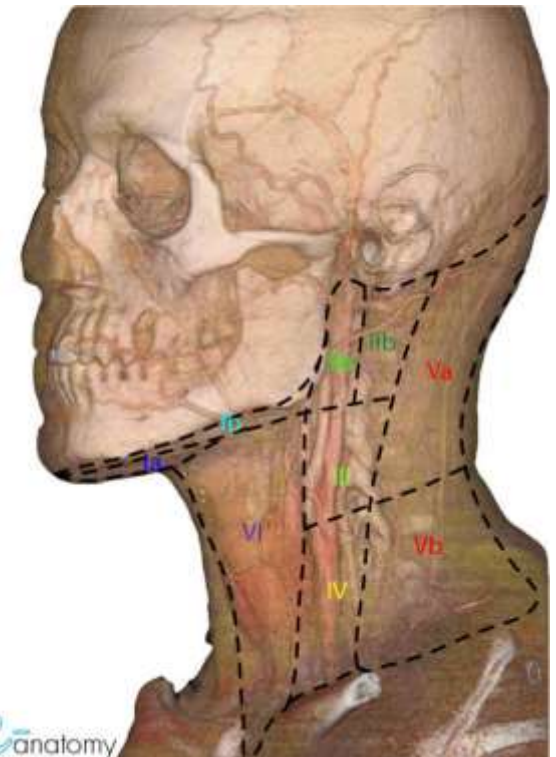
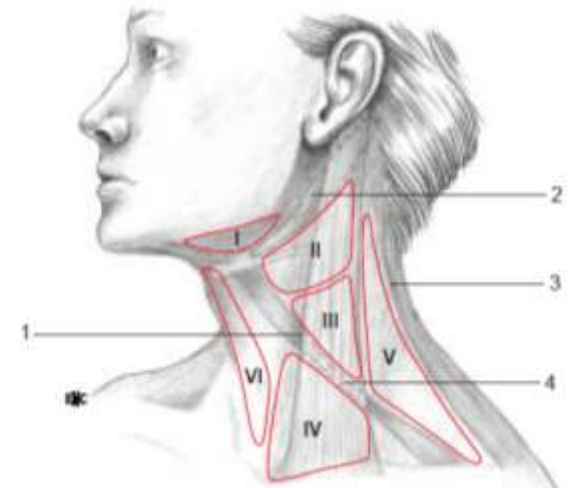


1 Topographie des ganglions du cou.

1. Ganglions submentaux ;
2. ganglions submandibulaires ;
3. ganglions sous-digastriques ;
4. ganglions rétroauriculaires ;
5. ganglions intraparotidiens ;
6. ganglions spinaux ;
7. ganglions jugulocarotidiens moyens ;
8. ganglions jugulocarotidiens inférieurs ;
9. ganglions sus-claviculaires ;
10. ganglions occipitaux ;
11. ganglion pré-laryngé.

Cercle péricervical de Cunéo et triangle de Rouvier

La nomenclature internationale proposée par une conférence de l'American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery, en 1991, précise ces groupes qui correspondent à des territoires de drainage précis



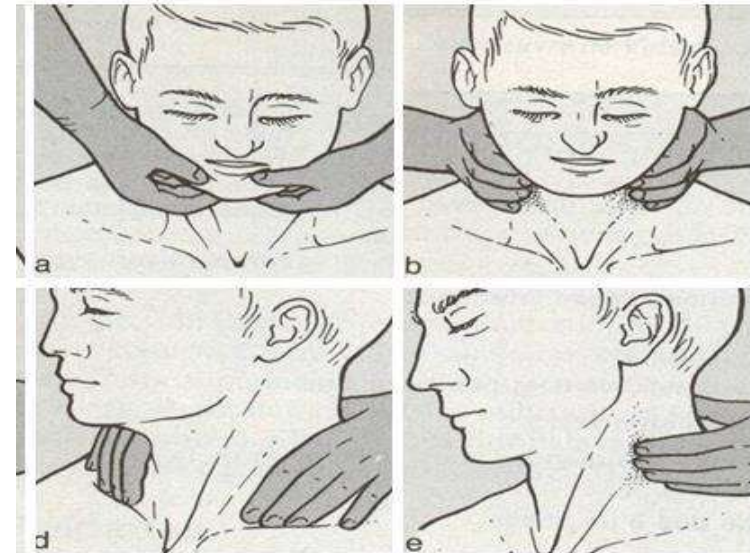
Groupes ganglionnaires : no

Interrogatoire

- il précisera l'âge, les ACTDS
médioco chirurgicaux, le mode de début, les
circonstances de découvertes, l'évolution, les
signes accompagnateurs (dysphonie,
dyspnée), la vaccination (BCG).
- Intoxication alcoolotabagique +++

Examen clinique

- Palpation bilatérale et symétrique, région par région sur un patient torse nu.
- Le caractère de chaque adénopathie palpée doit être analysés et consigné dans un schéma daté:
 - Le siège : sous digastrique le souvent ;
 - La consistance : le caractère dur est évocateur d'une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde des VADS.
 - Le nombre et la taille ;
 - La mobilité par rapport au plan profond et superficiel .



- Examen locorégional ORL : VADS et thyroïde
- Examen général
- Explorations :

FNS avec équilibre VS IDR

Telethorax

Echographie cervicale

Ponction cytologique ganglionnaire :+++

- ***Imagerie :***

- *Radiographie pulmonaire (TBK, Tm).*
- *Échographie cervicale +++.*
- *TDM.*
- *IRM*
- *Tomographie d'émission de positons (TEP) ou PET-scan*

- ***Panendoscopie :***

(une pharyngolaryngoscopie, une trachéobronchoscopie, une oesophagoscopie et un examen du rhinopharynx)

- ***Si aucun diagnostic retrouvé, cervicotomie exploratrice avec analyse histologique extemporanée du ganglion :***
- Si l'on suspecte une hémopathie maligne, une *ponction sternale pour myélogramme* peut être effectuée

ETIOLOGIES

- Adénopathies cervicales d'origine infectieuse.
- Adénopathies inflammatoires chroniques (Maladies de système).
- Adénopathies d'origine médicamenteuse.
- Adénopathies cervicales des réticuloses.
- Hémopathies malignes.
- Adénopathies métastatiques.

Adénopathies cervicales d'origine infectieuse

- **Adénopathies aiguës :**

- ***Infections virales:*** *Polyadenopathies*

- ***Infections bactériennes*** : Contrairement aux infections virales, l'atteinte ganglionnaire se limite généralement à un seul ganglion siégeant dans le territoire de drainage d'une porte d'entrée microbienne.

- . Adénopathie aiguë inflammatoire
 - . Adénopathie aiguë suppurée
 - . Adénophlegmon

- **Adénopathies subaiguës ou chroniques :**

- **Infections bactériennes :**

- . **Tuberculose :**

La localisation ganglionnaire cervicale représente 70 à 90 % des cas d'adénopathies périphériques tuberculeuses.

Age : 20 et 40 ans ; la femme est plus fréquemment atteinte que l'homme.

La palpation cervicale retrouve la plupart du temps un ou deux ganglions situés dans les territoires sous-digastriques ou sous-mandibulaires.

L'intradermoréaction à la tuberculine
radiographie pulmonaire

La ponction-aspiration à l'aiguille fine permet une étude cytologique et bactériologique.

Le diagnostic de tuberculose ganglionnaire ne doit être retenu que si la cytologie est formelle (présence de cellules géantes) ou si l'examen bactériologique (examen direct et/ou après culture sur milieu de Löwenstein- Jensen après 3 semaines) permet l'isolement de *Mycobacterium tuberculosis*.

Une adénectomie est en revanche indispensable si le résultat cytologique est douteux et/ou si l'examen bactériologique est négatif.

La biopsie chirurgicale est contre-indiquée compte tenu du risque élevé de fistulisation.

Le traitement est avant tout médical ; un traitement antibiotique antituberculeux, bactéricide (trithérapie les 2 premiers mois puis bithérapie) est poursuivi 6 à 9 mois.

La chirurgie n'est indiquée qu'en cas d'échec du traitement médical, en cas d'évolutivité sous traitement, ou en cas de reliquats ganglionnaires au terme du traitement.

Syphilis au stade primaire ou secondaire : ADP unique satellite du chancre .

- Dans sa forme secondaire: poly ADP fermes superficielles indolores et de siège post. Le dg sera aussi sérologique et le TRT à base de pénicilline.

Tularémie : maladie infectieuse à BGN *pasteurella tularensis*, atteignant les personnes en contact avec le gibier (ADP jugulocarotidienne ou s/maxillaire, avec angine conjonctivite et œdème). Le dg se fait par la cytoponction, la sérologie et IDR à la tularine.

Maladie de griffes du chat : fait suite à une griffure avec inoculation d'une chlamydia.

Toxoplasmose : suite à l'ingestion de viande précuite ou d'un aliment souillé par le *toxoplasma gondii* . Les ADP sont multiples, indolores, mobiles, volontiers postérieures. Dg : se fait par la sérologie

Autres : Rubéole, sida, MNI,,,

Adénopathies inflammatoires chroniques (Maladies de système)

- **Lupus érythémateux disséminé :**

Les adénopathies superficielles évoluent dans 50 % des cas de *LED*.
Elles sont en général peu volumineuses, dominant dans la région cervicale et sans caractère inflammatoire. Elles s'intègrent dans un riche contexte clinique et immunologique qui permet le diagnostic.

- **polyarthrite rhumatoïde :**

Dans sa forme systémique, s'accompagne d'adénopathie de petite taille non inflammatoire. Le siège cervical est le moins fréquent.

Autres : Le syndrome de Gougerot Sjogren
maladie de Rosai dorfman , maladie de Castelman ,
maladie de Kawasaki

Adénopathies d'origine médicamenteuse

Les manifestations ganglionnaires provoquées par des médicaments se rencontrent essentiellement chez l'adulte. Quelques rares cas ont été rapportés chez l'enfant. La physiopathologie est mal élucidée.

De nombreuses substances ont été incriminées : hydantoïnes, carbamazépine, rifampicine, pénicillines, captopril et méthyldopa.

Adénopathies cervicales des réticuloses

- **Sarcoïdose :**

Sarcoïdose (BBS) : ADP fermes, mobiles, non douloureuses, l'ADP médiastinales et l'IDR a la tuberculine négative orientent le dg qui est posé par l'étude histologique.

Hémopathies malignes

Les adénopathies satellites d'une hémopathie maligne sont en règle fermes, élastiques, mobiles et indolores. Elles sont associées à des adénopathies d'autres régions anatomiques (axillaire, épitrochléenne, inguinale) et/ou une hépatomégalie et splénomégalie.

- **Maladie de Hodgkin :**
- débute fréquemment par une ADP cervicale basse gauche indolore mobile. les ADP multiples à prédominance cervicale, SPG, prurit, ADP médiastinales, le dg est
-
- cytologique et histologique.
- **Lymphome malin non hodgkinien :** ADP fermes, mobiles multiples et le Dg : est histologique le TRT : chimio et Radiothérapie
-
- **Leucémie lymphoïde chronique :** polyadenopathies bilatérales et symétriques. Dg hémogramme hyper lymphocytose, myélogramme.
-
- **Dysglobulinémie maligne (Maladie de WALDENSTROÏM)**
-
- **Leucémie myéloïde chronique.**

Adénopathies métastatiques

Adénopathies métastatiques d'un cancer des voies aérodigestives supérieures :

- Le ganglion sous-digastrique, véritable carrefour du drainage lymphatique des territoires oto-rhino-laryngologiques, est le plus fréquemment atteint.
- Le diagnostic de métastase ganglionnaire d'un carcinome des VADS doit être systématiquement évoqué chez un homme de plus de 50 ans, éthyloabagique, surtout si l'adénopathie est dure sans caractère inflammatoire.
- L'examen de la cavité buccale et du pharyngolarynx permet dans une majorité de cas de retrouver l'origine.
- Le plus souvent, il s'agit d'un carcinome malpighien de la région amygdalienne, la langue, plancher buccal, lèvre, face interne de la joue, de l'hypopharynx ou du rinopharynx, larynx.

Métastase ganglionnaire révélatrice d'un carcinome papillaire du corps thyroïde :

- En règle très lymphophile
- En cas de carcinome thyroïdien accompagné de métastase ganglionnaire cervicale, il est recommandé d'effectuer une thyroïdectomie totale associée à un évidement ganglionnaire complet du côté de l'adénopathie et un évidement médiastinorécurrentiel bilatéral.
- Ce geste est suivi d'une cartographie corps entier et d'un traitement par iode radioactif en cas de reliquat tumoral ou de métastase.

Adénopathie maligne en apparence primitive :

- Pas de foyer primitif.
- PET-scan pourrait permettre de dépister un plus grand nombre de foyers primitifs au niveau des VADS, notamment au niveau de l'oro- et de l'hypopharynx.
- biopsies multiples amygdale base de langue pharynx
- évidement cervical ganglionnaire.
- chimiothérapie et radiothérapie

Métastase d'une tumeur primitive thoracique ou abdominopelvienne :

Ces localisations sont alors responsables d'une adénopathie de Troisier (susclaviculaire gauche). Une adénopathie sus-claviculaire doit faire rechercher de principe une tumeur primitive thoracique ou abdominopelvienne.

Kystes de la 2^e fente branchiale (Kyste amygdaloïde)

Défaut de résorption du sinus cervical et de la 2^e fente

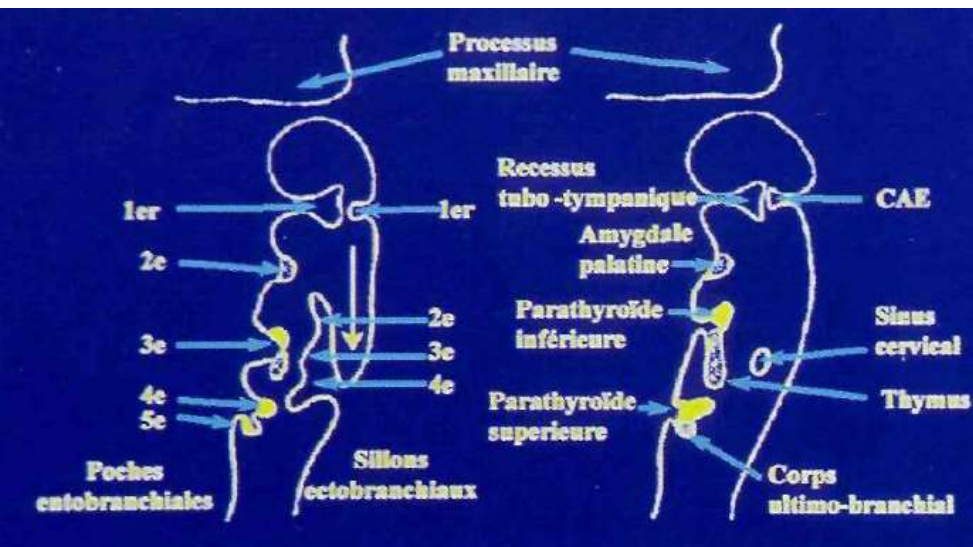


Tableau I : Devenir des éléments de l'appareil branchial.

	Arc branchial	Fente ectoblastique	Poche endoblastique
Premier	Cart. de Meckel, Mandibule, Marteau, Enclume, Muscles masticateurs, Nerf trijumeau, Artère maxillaire interne.	Conduit auditif externe	Caisse du tympan Trompe d'Eustache
Deuxième	Cart. de Reichert, Etrier, Os hyoïde (petites cornes), Muscles de la face et Stylohyoïdien, Nerf facial	Sinus cervical	Amygdale palatine
Troisième	Os hyoïde (corps et grandes cornes), Muscles vélaire et Stylo-pharyngien, Nerf glosso-pharyngien, Artère carotide interne		Parathyroïde inférieure Thymus
Quatrième	Cart. thyroïde, Muscles pharyngés, crico-thyroïdien, crico-pharyngien, Nerf laryngé supérieur, Artère sous-clavière droite, Crosse aortique		Parathyroïde supérieure Corps ultimo-branchial
Cinquième	Cart. cricoïde et aryénoïdes, Muscles laryngés, Nerf récurrent, Artère pulmonaire		

- Situation : en avant et en dedans du SCM sous l'os hyoïde
- Mobile rénitent ou élastique
- Brutalement : infection
- Quatre stades selon BAILEY (TDM) :
 - Type 1 : sous l'aponévrose cervicale superficielle
 - Type 2 : au contact des gros vaisseaux
 - Type 3 : s'étend vers le pharynx entre CI et CE
 - Type 4 : entre paroi pharyngée et axe vasculaire
- Cytoponction liquide chocolat
- Traitement chirurgie

Tumeurs vasculaires corpuscule carotidien

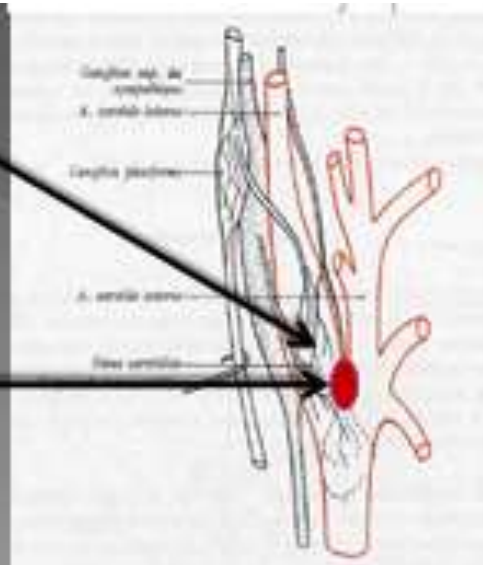
Tumeur du corpuscule carotidien = paragangliomes = chemodectomes = tumeurs glomiques

Paragangliomes : tumeurs neuro endocrines développées au dépend des paraganglions

Amas cellulaires neuro endocriniennes (secrètent des hormones catécholamines) disséminés dans l'organisme
origine crête neurale

- Cervicocephaliques 80% : gros vaisseaux : bifurcation carotidienne et golf de la jugulaire
- Métamériques : pancréas, poumon thyroïde

- Bulbe carotidien : dilatation
- Sinus carotidien riche réseaux nerveux
paroi du bulbe : IX X et sympathique =
organe barorécepteur
- Corpuscule carotidien : petite glande a
sécrétion endocrine en arrière de la
division carotidienne (IX) = organe
chémorécepteur



Clinique : tuméfaction + signes de compression (Vague) +
signes de sécrétions (HTA, flush, diarrhée, tachycardie)

Tuméfaction ferme immobile verticalement et mobile
transversalement

Echo et TDM entre les deux carotides

IRM aspect poivre et sel

Tumeurs nerveuses

SCHWANOMME LE + FRQUENT

Classification

- 1 tumeurs développées aux dépends des fibres nerveuses périphériques : schwannomes (gaine de schwann) neurinomes (cellules de la gaine perineurale)
- 2 tumeurs développées au dépend des ganglions sympathiques : neuroblastomes, ganglioneuromes, ganglioneuroblastomes
- 3 tumeurs développées a partir des paraganlions

- Nerfs : IX X XI XII sympathique cervical
- Topographie : espace retro stylien, partie moyenne du cou (bifurcation carotidienne) région sus claviculaire
- Clinique : tuméfaction + signes en fonction du siège

Parapharyngée : manifestation oropharyngée

Cervicale : mobile transversalement

Lymphangiome kystique

- Formation kystique des vaisseaux lymphatiques et des tissus ganglionnaires
- Siege cervico facial +++++
- Tuméfaction molle dépressible non réductible fluctuante

