

## KYSTE AMYGDALOÏDE JUVENILE : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

### JUVENILE AMYGDALOID CYST: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

**Harouna Sanogo<sup>1</sup>, Mohamed Saydi Ag Mohamed Elmehdi Elansari<sup>2</sup>, Abdoul Wahab Haidara<sup>3</sup>, Lassine Dienta<sup>4</sup>, Boubacary Guindo<sup>5</sup>, Mamadou Diallo<sup>2</sup>, Kassim Diarra<sup>5</sup>, Nfaly Konaté<sup>5</sup>, Mohamed Amadou Keita<sup>5</sup>**

1. Centre de Santé de Référence de Kalaban Koro
2. Centre de Santé de Référence de la commune VI
3. Hopital Régional de Segou
4. Hopital Régional de Mopti
5. CHU Gabriel TOURE

**Auteur Correspondant:** Mohamed Saydi Ag Mohamed Elmehdi Elansari

#### RESUME.

Nous rapportons une observation d'un kyste amygdaloïde chez un nourrisson de 8 mois de sexe masculin 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.

A L'examen clinique nous avons noté une tuméfaction latero-cervicale gauche arrondie, rénitente, d'évolution progressive, très volumineuse, s'étendant de la mastoïde à la base du cou, suivant le trajet du muscle sternocléidomastoïdien gauche sans notion de surinfection antérieure.

Le reste de l'examen ORL et général était normal. La tomodensitométrie cervicale avec injection des produits de contraste a objectivé un processus expansif latéro-cervical gauche de 4 x 3cm de dimension, isolé, hétérogène en dessous de l'angle temporo-mandibulaire qui refoule la carotide gauche (figure 2). L'exérèse chirurgicale a permis d'exposer une masse de 4 x 3 cm (figure 3). Les suites opératoires étaient simples. L'histologie a confirmé le diagnostic positif de kyste

amygdaloïde sans signe de malignité. Le recul est de 06 mois sans récurrence.

**Mots clés :** kyste amygdaloïde, sternocléidomastoïdien, cervicotomie.

**CONFLIT D'INTERET:** AUCUN

#### SUMMARY.

We report an observation of an amygdaloid cyst in an 8-month-old male infant. Our aim was to highlight the key elements of the diagnosis which could help to eliminate the margin of diagnostic error with other cervical masses.

Clinical examination revealed a left latero-cervical tumefaction, rounded, renitent, of progressive evolution, very voluminous, extending from the mastoid to the base of the neck, following the course of the left sternocleidomastoid muscle without any notion of previous surinfection.

The rest of the ENT and general examination was normal. Cervical CT scan with injection of contrast media revealed a 4 x 3 cm, isolated, heterogeneous, left laterocervical expansive process below the temporomandibular angle, pushing back the left carotid artery (figure 2).

Surgical excision revealed a 4 x 3 cm mass (figure 3). Postoperative management was straightforward. Histology confirmed the positive diagnosis of tonsillar cyst with no sign of malignancy. The follow-up was 06 months without recurrence.

Key words: tonsilloid cyst, sternocleidomastoid, cervicotomy.

CONFLICT OF INTEREST: NONE

## INTRODUCTION :

Les kystes amygdaloïdes comptent parmi les plus fréquents des anomalies branchiales, ils représentent 6,1 à 85,2% des anomalies de la deuxième fente. Ils sont dus à la persistance du sinus cervical au cours de la différenciation de l'appareil branchial. Le siège habituel est le tiers moyen du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien mais ils peuvent se situer à n'importe quel point depuis le muscle constricteur moyen du pharynx à la région sus claviculaire [1]. Avec un âge moyen de découverte de 28 ans et 7 mois et un sex-ratio de 0,47 avec des extrêmes de 7 mois et 66 ans. La clinique dépend de la localisation et de la taille du kyste. Il réalise une tuméfaction élastique molle latérocervicale, mobile pouvant simuler en cas d'infection un adénophlegmon [2]. Ces kystes ont été classés en quatre stades par Bailey;

- Type I: kyste superficiel, sous l'aponévrose cervicale superficielle,
- Type II: kyste sous l'aponévrose cervicale moyenne, en région pré-vasculaire (le plus fréquent),
- Type III: kyste inter-vasculaire, dans la fourche entre l'artère carotide interne (ACI) et l'artère carotide externe(ACE),
- Type IV: kyste intra-vasculaire, entre paroi pharyngée et axe carotidien[1].

Nous rapportons une observation d'un kyste amygdaloïde chez un nourrisson de 8 mois 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.

## OBSERVATION

Nous rapportons une observation chez un nourrisson de 8 mois admis pour une masse latéro-cervicale évoluant depuis la naissance (une masse congénitale). La tuméfaction était d'évolution progressive ; mobile au plan superficiel et profond et indolore ; sans d'autres signes associés. La grossesse a été bien suivie et un accouchement normal par voie basse a été conduit dans un centre de santé.

A l'examen clinique on note une tuméfaction cervicale (figure1), arrondie, rénitente, d'évolution progressive, très volumineuse, s'étendant de la mastoïde à la base du cou, suivant le trajet du muscle sternocléidomastoïdien gauche sans notion de surinfection antérieure.

Il s'agissait d'une tuméfaction localisée au niveau de la gouttière jugulo-carotidienne en dessous de l'angle temporo-mandibulaire indolore de 4 x 3cm de dimension, mobile avec le SCM, avec une peau en regard saine non inflammatoire, indolore, de consistance ferme, aux contours réguliers, légèrement mobile aux deux plans, sans ascension à la déglutition ni adénopathies cervicales ni de souffle, avec une peau en regard saine.

Le reste de l'examen physique ORL et général était normal.

La tomodensitométrie cervicale avec injection des produits de contraste a objectivé un processus expansif latéro-cervical gauche de 4 x 3cm de dimension, isolé, hétérogène en dessous de l'angle temporo-mandibulaire qui refoule la carotide gauche (figure2). Nous avons pratiqué une incision latérocervicale de type Kocher. L'incision le long du bord antérieur du sternocléidomastoïdien. Après franchissement du peaucier et de l'aponévrose, nous avons exposé le muscle

omohyoïdien. La masse se trouvait sous le bord antérieur du SCM refoulant la carotide gauche commune en avant. Nous avons repéré la veine jugulaire interne accolée à la masse. La dissection le long de la veine jugulaire interne et la carotide commune nous a permis l'exérèse de la masse. La masse mesurait environ 4 x 3 cm (figure 3). Aucune complication n'a été notée. La sortie a été autorisée trois jours après l'opération.

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 06 mois sans récurrence.

#### **DISCUSSION :**

Les kystes amygdaloïdes comptent parmi les plus fréquentes des anomalies branchiales, ils représentent 6,1 à 85,2% des anomalies de la deuxième fente. Ils sont dus à la persistance du sinus cervical au cours de la différenciation de l'appareil branchial. Le siège habituel est le tiers moyen du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien mais ils peuvent se situer à n'importe quel point depuis le muscle constricteur moyen du pharynx à la région sus claviculaire [1]. Avec un âge moyen de découverte de 28 ans et 7 mois et un sex-ratio de 0,47 avec des extrêmes de 7 mois et 66 ans. Ce qui est en contradiction avec notre observation chez laquelle le constat a été fait à la naissance. La clinique dépend de la localisation et de la taille du kyste. Il réalise une tuméfaction élastique molle latéro-cervicale, mobile pouvant simuler en cas d'infection un adénophlegmon. [2]. 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]. Le diagnostic différentiel se pose surtout lorsqu'il existe une masse latéro-cervicale isolée sans fistule qui doit faire évoquer chez l'enfant un lymphangiome kystique uniloculaire, un lipome ou une adénopathie [1] - Chez l'adulte cette forme clinique est souvent confondue avec un abcès parapharyngé, le recours à l'imagerie (TDM/IRM) est indispensable pour étayer le diagnostic. La TDM ou l'IRM sont particulièrement indiquées pour différencier la lésion des autres tumeurs parapharyngées : un hémangiome, lymphangiome ou kyste dermoïde, adénopathie métastatique. La confirmation reste anatomopathologique après une exérèse chirurgicale. L'imagerie actuelle et particulièrement la résonance magnétique nucléaire confirme la nature kystique et la proximité des gros vaisseaux du cou, sans préjuger du caractère primitif ou secondaire du kyste amygdaloïde malin [2]. Dans notre observation, nous avons fait recours au scanner qui était l'examen le moins coûteux et le plus facile d'accès. La cervicotomie exploratrice reste avec l'étude anatomo-pathologique, un examen paraclinique nécessaire pour le diagnostic de certitude des tuméfactions cervicales quand les bilans cliniques et paracliniques ne sont pas concluants [4]. Les difficultés chirurgicales sont liées à la vascularisation et à l'innervation cervicale ; une hémorragie importante et une paralysie des nerfs doivent être évitées. Dans notre observation, l'intérêt de la cervicotomie a été l'exérèse totale et l'examen anatomopathologique qui confirma notre diagnostic positif. L'examen anatomopathologique retrouve différents types, le plus malpighien. Il peut s'agir 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 [5].

**CONCLUSION** : les kystes amygdaloïdes sont des malformations congénitales dont le diagnostic est facile mais souvent peut poser un problème diagnostique différentiel. Une cervicotomie exploratrice afin d'effectuer une résection complète est le traitement idéal. Un examen anatomopathologique nous confirme le diagnostic.

**Conflits d'intérêts.****REFERENCE.**

1. 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. [Google Scholar](#).
2. 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. [Google Scholar](#)
3. MOUNA BELLAKHDHAR, JIHENE HAOUAS, WED EL ABED et al. les kystes amygdaloïdes: à propos de 34 cas; *La Tunisie Médicale* - 2018 ; 96 ( 12 ) : 888 - 892
4. GEHANNO P., PESSEY J. Tuméfactions cervicales de l'adulte et de l'enfant. Rapport du Congrès de la Société française d'oto-rhinolaryngologie et de pathologie cervico-faciale Paris: Société française d'ORL et de pathologie cervico-faciale (1998). p. 293.
5. HAJRI H, MANOUBI S *et al*. Kyste amygdaloïde oropharyngé à propos d'un cas. *J Tun orl*. 2007;18:49-51. [Google Scholar](#)..

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

**Contributions des auteurs :**

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

ANNEXE



Fig 1.



Fig 2.



Fig 3.



Fig 4.



Fig 5.

Fig. 1. Avant exérèse.

Fig 2. Image TDM montrant un processus expansif latéro-cervical gauche.

Fig. 3. Visualisation du kyste.

Fig. 3. Kyste après résection.

Fig. 4. Site après résection du kyste.