

## TERATOME CONGENITAL CERVICO-FACIAL, DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC : A PROPOS D'UN CAS A L'HOPITAL MILITAIRE DE DJIBOUTI

CONGENITAL CERVICOFACIAL TERATOMA, DIAGNOSIS AND PROGNOSIS:

ABOUT A CASE AT DJIBOUTI MILITARY HOSPITAL

**A K B. KAYENTAO<sup>1</sup>, B COULIBALY<sup>1</sup>, I F ADAWEH<sup>1</sup>, S KUHOGAN<sup>1</sup>, B DABO<sup>2</sup>, I SAID<sup>3</sup>, A A NOUR<sup>4</sup>, A O KAMIL<sup>5</sup>, V STRACCA<sup>6</sup>, I TEGUETE<sup>7</sup>, B T DEMBELE<sup>8</sup>, N A FATHI<sup>9</sup>, M M SAID<sup>10</sup>**

<sup>1</sup> Service de Gynécologie–Obstétrique de l'hôpital militaire de Djibouti

<sup>2</sup> Service de Pédiatrie de l'hôpital militaire de Djibouti

<sup>3</sup> Service de Chirurgie pédiatrique de l'hôpital militaire de Djibouti

<sup>4</sup> Service de Radiologie de l'hôpital militaire de Djibouti

<sup>5</sup> Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale de l'hôpital militaire de Djibouti

<sup>6</sup> Service d'Anatomo-pathologie de l'hôpital militaire de Djibouti

<sup>7</sup> Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE, Bamako, Mali

<sup>8</sup> Service de Chirurgie générale de l'hôpital militaire de Djibouti

<sup>9</sup> Service d'Orthopédie de l'hôpital militaire de Djibouti, Directeur Médical de l'hôpital

<sup>10</sup> Service d'Anesthésie-Réanimation de l'hôpital militaire de Djibouti, Directeur Général de l'hôpital

**Auteur principal :** Abdou.K. B. KAYENTAO. Tel : 0022376282929/0022361102542/0025377426422. E-mail : baberkayentao@yahoo.fr

### Résumé

La localisation cervico-faciale du tératome est rare mais très souvent responsable d'une morbidité et d'une mortalité importantes. Découvert en général lors du suivi prénatal grâce à l'échographie obstétricale, le tératome cervical est une tumeur opérable mais la décision de poursuivre la grossesse dépend d'un certain nombre de paramètres surtout de pronostic. Nous rapportons un cas de tératome fœtal de découverte anténatale, à l'hôpital militaire de Djibouti. Le diagnostic a effectivement été suspecté au cours de l'échographie obstétricale de morphologie fœtale puis à l'IRM entre 21 et 26 SA (Semaines d'aménorrhée) et ensuite confirmé après l'expulsion fœtale par l'examen anatomopathologique de la tumeur. Cependant le volume important de la masse, son association à un hydramnios sévère et progressif seulement à partir de 21 SA, le retentissement de cet hydramnios chez la gestante (dyspnée permanente, pesanteur, inconfort) étaient des facteurs de mauvais pronostic ne nous permettant pas

ainsi de surveiller la grossesse, d'où la décision d'interruption.

**Mots-clés :** Tératome, imagerie, grossesse, interruption, Djibouti.

### Abstract

The cervico-facial location of teratoma is rare but very often responsible of significant morbidity and mortality. Usually discovered during prenatal follow-up with obstetric ultrasound, cervical teratoma is an operable tumor, but the decision to continue the pregnancy depends on a number of parameters, especially prognosis. We report a case of fetal teratoma of antenatal discovery, at the military hospital of Djibouti.

The diagnosis was indeed suspected during the obstetric ultrasound of fetal morphology then on the MRI (Magnetic resonance imaging) between 21 and 26 WA (Weeks of amenorrhea) and then confirmed after fetal expulsion by pathological examination of the tumor. However, the large volume of the mass, its association with a severe and progressive hydramnios only from 21 weeks, the repercussions of this hydramnios

on the pregnant woman (permanent dyspnea, heaviness, discomfort) were factors of bad prognosis, thus not allowing us to monitor the pregnancy, hence the decision to terminate it.

**Keywords:** Teratoma, imaging, pregnancy, termination, Djibouti.

### **Introduction**

Autrefois de découverte périnatale, plus de la moitié des tumeurs cervico-faciales du fœtus sont actuellement diagnostiquées pendant la grossesse [1]. Les plus fréquentes de ces tumeurs congénitales sont : les tératomes, les lymphangiomes, les hémangiomes, le goitre [1]. Les tératomes surviennent par ordre décroissant de fréquence dans les sites suivants : ovaire, testicule, médiastin antérieur, région rétro péritonéale, pinéale, cou et viscères abdominaux [2]. Les tératomes cervicaux géants congénitaux sont des tumeurs rares qui sont associées à un taux élevé de mortalité périnatale [3]. Le pronostic fœtal et les modalités de prise en charge sont fonction du type histologique de la tumeur, de l'âge gestationnel de sa découverte, de son volume, de sa localisation et aussi de son retentissement, déterminés surtout par l'échographie obstétricale ou l'IRM (Imagerie par résonance magnétique) et l'examen anatomo-pathologique après l'expulsion. L'existence d'un excès de liquide laisse supposer une compression laryngo-trachéale ou digestive supérieure et représente un élément péjoratif car à l'anomalie vient s'ajouter le risque de prématurité et de difficulté de libération des voies aériennes à la naissance [1].

### **Observation**

Mme B.O.A, 25 ans, G2P1V1 (Accouchement par voie basse, poids de naissance à 4500 g) a consulté le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital militaire pour suivi de grossesse. Les examens clinique et paracliniques ont mis en évidence une grossesse évolutive de 16 SA dans un contexte d'anémie modérée et de diabète gestationnel dont la prise en charge a été initiée et la gestante invitée à revenir vers 21 SA pour la morphologie

fœtale. A la deuxième CPN (Consultation pré natale) à 21 SA et 5 jours, nous avons retrouvé une hauteur utérine à 26 cm (supérieure à l'âge gestationnel) sans autres signes cliniques associés.

L'échographie obstétricale réalisée a noté une grossesse mono-fœtale intra utérine évolutive de 22 SA et 6 jours avec une volumineuse masse à composante mixte (solide et liquide) de 89,9 mm de diamètre occupant la face, le cou et une partie du thorax du fœtus, présentant de petits foyers de calcification, peu vasculaire au Doppler, associée à un hydramnios en rapport avec la compression limitant ainsi la déglutition et évoquant un tératome ; le reste de la morphologie paraissait normale, liquide amniotique en excès, GC (grande citerne) à 82 mm. Ainsi, après une concertation multidisciplinaire (Gynécologues-obstétriciens, pédiatre, chirurgien-pédiatre, spécialiste ORL, chirurgien généraliste) et avec l'accord des parents, nous nous sommes proposés de poursuivre la grossesse et d'envisager une prise en charge du fœtus (tumorectomie) après l'accouchement. Cependant la gestante est réadmise un mois environ après pour douleurs abdominales et essoufflement permanents à 26 SA. Nous avons retrouvé un abdomen tendu et luisant, une hauteur utérine à 41 cm, des bruits du cœur fœtal peu audibles et un œdème des membres inférieurs prenant le godet.

L'échographie obstétricale a noté une grossesse évolutive avec une augmentation du volume de la tumeur à 124 mm de diamètre (**Fig. 1**) et une augmentation du liquide amniotique (Grande citerne à 157 mm). Cet examen a été complété par une IRM fœtale. Ainsi, une séquence sagittale T2 seule a pu être réalisée (la gestante ne supportant pas le décubitus prolongé) et a mis en évidence une volumineuse tumeur globalement en hyper signal T2 hétérogène multi cloisonnée mesurant 152x130 mm développée aux dépens du cou, responsable d'une hyper extension cervicale et exerçant un effet de masse sur les structures anatomiques (**Fig. 2**). Nous

avons ainsi conclu à un hydramnios sévère dans un contexte de tumeur cervico-faciale à seulement 26 SA et institué une discussion par rapport au pronostic fœto-maternel. Ainsi, vu le mode d'installation, l'évolution rapide de l'hydramnios surtout à seulement 26 SA et l'inconfort de la gestante, nous avons, avec l'accord du couple, réalisé une interruption de la grossesse. La gestante a expulsé après maturation cervicale par le misoprostol, d'un mort-né frais de sexe masculin pesant 632g. Nous avons décrit une volumineuse masse solide de 160x140 cm à contours irréguliers, rompue par endroits, étendue en haut à la région du menton, la cavité buccale et à la voie aérienne supérieure et en bas à la région thoracique. Elle était polylobée et ne présentait pas de circulation veineuse collatérale ni de signes inflammatoires (**Fig. 3**). Après une délivrance active, nous avons réalisé une révision utérine ramenant des débris tissulaires de la tumeur. Les soins du post partum ont été institués et les suites ont été simples.

La biopsie de la tumeur a été réalisée pour examen anatomo-pathologique et la patiente a été libérée avec des conseils pour le reste du suivi.

L'examen anatomopathologique de la tumeur a conclu à un tératome immature fœtal (**Fig. 4**).

### **Discussion**

La localisation ORL représente 3 à 7 % des tératomes. Ces tumeurs sont échogènes et souvent mixtes, hétérogènes <sup>[1]</sup>. Lorsqu'elles sont situées dans le cou, la mortalité est élevée en raison de l'obstruction des voies aériennes supérieures <sup>[3]</sup>.

Dans bien des cas, la grossesse peut être poursuivie en cas de tératome. Après l'accouchement, la prise en charge consistera à l'exérèse de la tumeur. Cependant, la poursuite de la grossesse dépend d'un certain nombre de facteurs : la présence d'autres malformations, le volume de la tumeur, son retentissement (degré de compression des organes de voisinage ou vitaux, hydramnios sévère non toléré), l'âge gestationnel et/ou la période de viabilité

fœtale. Le pronostic fœtal est d'autant plus réservé lorsque ces situations apparaissent avant le deuxième ou troisième trimestre de la grossesse ou lorsque la viabilité du fœtus est compromise.

Ainsi, Mohamed R <sup>[4]</sup> a rapporté en 2012, une prise en charge avec succès de deux cas colligés de tératomes au service de chirurgie pédiatrique du CHU HASSAN II de Fès au Maroc. Les patients ont bénéficié d'une exérèse totale de la tumeur dont une à J9 et l'autre dans la période néonatale tardive avec des suites immédiates simples. L Bahbah <sup>[5]</sup> a noté en 2016, un cas d'extirpation de tératome rhinopharyngé responsable d'obstruction nasale chez un nourrisson de 03 mois à Casablanca (Maroc). Koné et collaborateurs <sup>[7]</sup> au Mali ont aussi rapporté en 2019 une ablation avec succès d'un tératome congénital chez un enfant de 17 mois. Dans notre cas, le diagnostic a été fait à 22 SA ; nous notons par la suite une augmentation du volume de la tumeur avec signes de compression, une aggravation avec intolérance de l'hydramnios par la gestante à seulement 26 SA. Nous n'avons pas, par contre, retrouvé d'autres malformations associées mais ces différentes caractéristiques ne nous permettaient pas de poursuivre la grossesse et ce d'autant plus que l'état clinique de la mère se dégradait. Notre expérience se rapproche de celle de M. Kdous <sup>[6]</sup> en France concernant un cas de tératome fœtal rhinopharyngé découvert à 18 SA dont la prise en charge a été une interruption de grossesse à 27 SA.

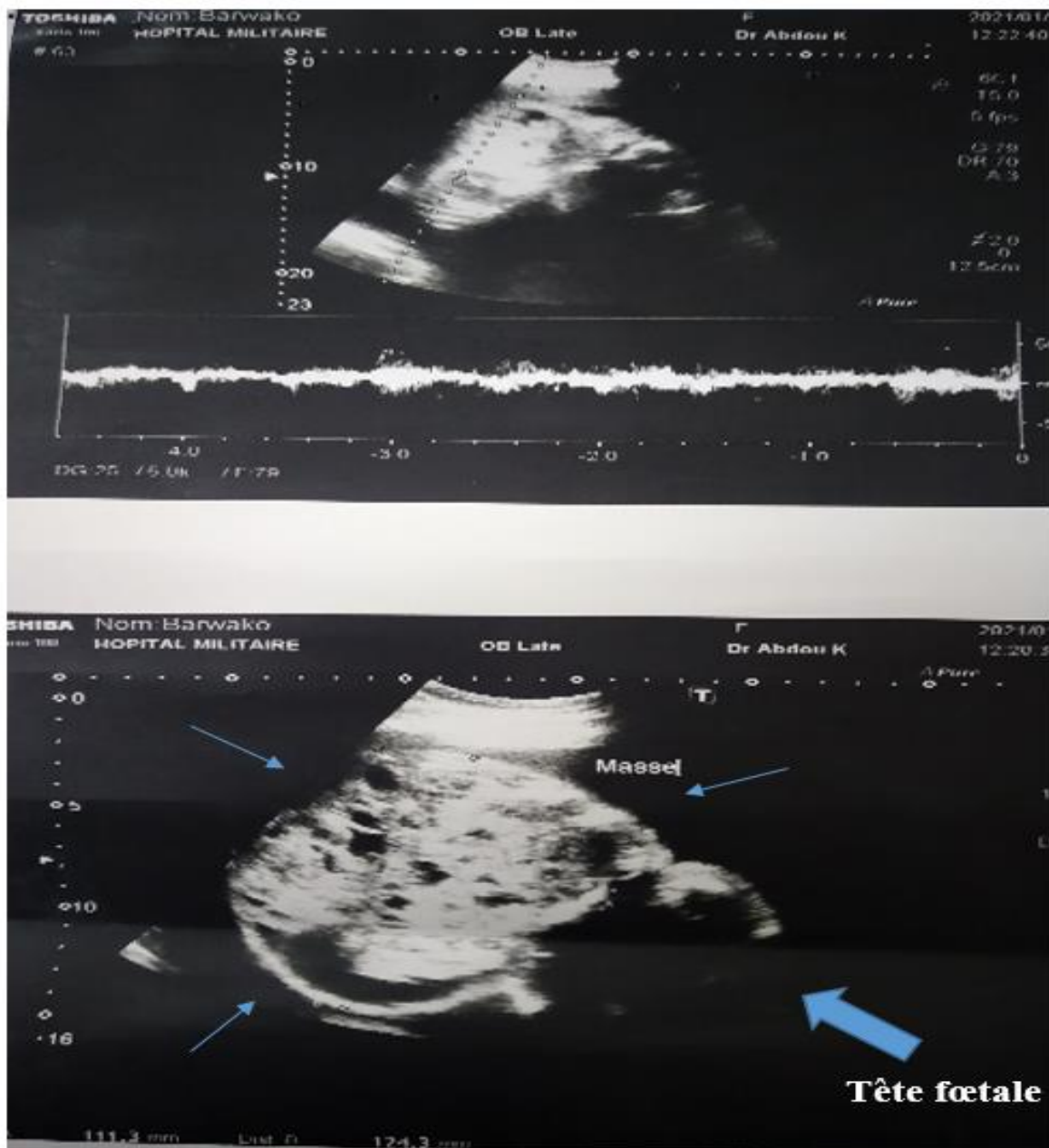
### **Conclusion**

L'échographie obstétricale devient de nos jours un moyen indispensable dans le suivi de la grossesse et surtout le dépistage des malformations ainsi que certains signes de leur retentissement. Elle nous a permis dans notre cas de découvrir la tumeur, son siège ; de rechercher des facteurs pronostiques et de diriger la prise en charge fœto-maternelle.

### **Conflit d'intérêts**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Annexes



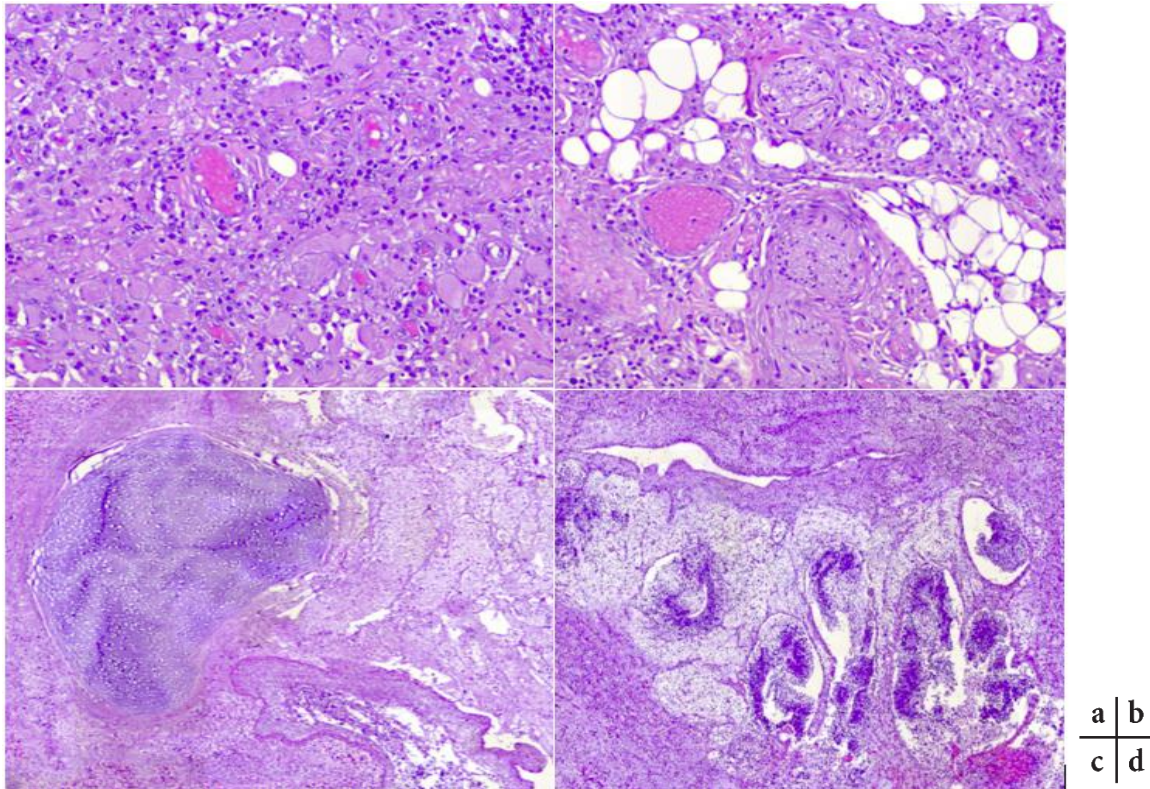
**Fig 1** : Aspect échographique (tumeur et tête du fœtus) à 26 SA



**Fig 2** : Aspect à l'IRM de la tumeur et du fœtus à 26 SA : tumeur (1) responsable d'une hyperextension de la tête (2) ; reste du corps fœtal (3) ; Placenta (4) ; liquide amniotique (5)



**Fig 3** : Aspect de la tumeur et du fœtus après l'expulsion



**Fig 4** : Résultat Anatomopathologique de la tumeur en faveur d'un tératome immature  
**a-** Muscle cardiaque ; **b-** Tissu adipeux et nerveux périphérique immature ;  
**c-** Tissu cartilagineux immature ; **d-** Neuroectoderme montrant la formation du tube neural

### Références

- 1- Benachi A, Couloignier V, Aubry M.-C. Conduite à tenir devant une masse cervicale. In : Conduites pratiques en médecine fœtale. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2013. p 33-23.
- 2- Goodwin BD, Gay BB. The Roentgen diagnosis of teratoma of the thyroid region : a review of the literature. American Journal of Roentgenology. Sept 1965 ; 95(1) :25-31.
- 3- Johnson N, Shah P.S, Shannon P, et al. A Challenging Delivery by EXIT Procedure of a Fetus with a Giant Cervical Teratoma. J Obstet Gynaecol Can 2009 ;31(3) :267-271.
- 4- Rami M, Mahmoudi A, ElMadi A, Khalid, Khattala, Afifi A, et al. Le tératome cervical : à propos de 2 cas. Pan Afr Med J [Internet]. 30 juill 2012 [cité 5 févr. 2021] ;12. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3473977/>
- 5- Bahbah L, Chbani K, Baroudi Z, Salam S, Elmahfoudi H, Ouzidane L. Cause rare d'obstruction nasale chez le nourrisson : tératome rhinopharyngé. Archives de Pédiatrie. Janv 2017 ; 24 (1) :78-80.
- 6- Kdous M, Hachicha R, Risk E, et al. Tératome fœtal du rhinopharynx : diagnostic anténatal et pronostic. A propos d'un cas. Gynecol Obstet Fertil 2006 ;34 :403-6.
- 7- Koné FI, Hajjij A, Cissé N, Soumaoro S, Wahabaidara A, Timbo SK, Keita MA. Congenital Cervical Teratoma (2019 ;5). Surgical Science, 10, 44-48.