

## KYSTE BRANCHIAL GEANT DE PRISE EN CHARGE TARDIVE : A PROPOS D'UN CAS

### GIANT BRANCHIAL CYST OF LATE MANAGEMENT: A CASE REPORT

HAÏDARA TM<sup>1,2\*</sup>, DEMBÉLÉ B<sup>2</sup>, DAOU MB<sup>3</sup>, CAMARA M<sup>1</sup>, KEÏTA M<sup>4</sup>, DIARRA L<sup>2</sup>, KONATE K<sup>2</sup>, SAYE Z<sup>3</sup> COULIBALY Y<sup>3</sup>, DEMBELE BT<sup>3</sup>

1= Service de Chirurgie du Centre hospitalier Mère-Enfant " Le Luxembourg" Bamako-Mali

2= Service de chirurgie plastique et oncologique de l'Hôpital de Dermatologie de Bamako, Ex CNAM, Bamako-Mali

3= Département de Chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Bamako-Mali

4= Service d'Anatomie et Cytologie pathologique du Centre Hospitalier Universitaire du Point G Bamako-Mali

**Correspondant :** HAÏDARA Tiémoko Moulaye, Chirurgie Plastique, Réparatrice et Brûlologie, Centre hospitalier Mère-Enfant " Le Luxembourg" Bamako-Mali BP : 1420, Bamako - Mali, Tel : +223 63 29 98 18 [haidara.mt@gmail.com](mailto:haidara.mt@gmail.com)

#### Résumé :

Le kyste branchial est une affection rare, localisé au niveau de la région para pharyngienne. Sa découverte se fait généralement à la petite enfance ou de façon fortuite à l'âge adulte par une surinfection, une futilisation ; sa transformation maligne reste exceptionnelle.

Le problème de diagnostic est fréquent, sa prise en charge est chirurgicale, l'histologie est l'examen qui confirme le diagnostic. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 8 ans sans antécédent particulier avec un kyste branchial géant de 44 cm X 24 cm de grand axe ; diagnostiqué et prise en charge tardivement. Le traitement a consisté en une exérèse large et une reconstruction de perte de substance générée au même temps chirurgical. Le diagnostic a été confirmé par l'étude histopathologique de la pièce opératoire. Les suites opératoires ont été simples avec un bon résultat esthétique après cicatrisation. La chirurgie reste le traitement de choix du kyste branchial à distance des épisodes infectieux.

**Mots clés :** Kyste branchial, tumeurs rare, problème diagnostic, dégénérescence, Chirurgie Plastique, Bamako-Mali

#### Abstract:

The branchial cyst is a rare affection, located in the para pharyngeal region. Its discovery is generally made in early childhood or fortuitously in adulthood by infection, misuse; its malignant transformation remains exceptional.

The diagnostic problem is frequent, its management is surgical, and the histology is the examination which confirms the diagnosis. We report the case of an 8-year-old patient with no particular history with a giant branchial cyst measuring 44 cm X 24 cm long axis; diagnosed and treated late. The treatment consisted of wide excision and reconstruction of loss of substance generated at the same surgical time. The diagnosis was confirmed by histopathological study of the surgical specimen. The postoperative course was simple with good aesthetic results after healing. Surgery remains the treatment of choice for branchial cysts away from infectious episodes.

**Keywords:** Branchial cyst, rare tumors, diagnostic problem, degeneration, Plastic Surgery, Bamako - Mali

### Introduction :

Le kyste branchial ou kyste amygdaloïde ou encore branchiome, est une malformation latéro cervicale due à un défaut de résorption du sinus cervicale [1]. Les kystes branchiaux sont les tumeurs cervicales bénignes ; environ 90% de ces tumeurs dérivent de la deuxième fente branchiale. La grande majorité de ces derniers sièges soit au bord antérieur du muscle sterno-cléido- mastoïdien, soit à sa face profonde (types I, II et III de la classification proposée par Proctor en 1955. La localisation parapharyngée (type IV) de ces kystes du deuxième arc branchial est la plus rare [2].

Les kystes branchiaux du premier arc représentent environ 1% des cas avec une incidence de 1 cas pour 1000000 d'habitant [3].

Les tumeurs kystiques dysembryologiques se développent au niveau de la partie antéro-latérale du cou. La fréquence des kystes amygdaloïdes de 6,1 à 85,2%, un sex ratio de 1 homme sur 2 femmes [4].

Nous rapportons un cas de kyste branchial au vu de sa rareté, de sa grande taille chez un enfant de 8 ans et de la prise en charge tardive.

### Observation :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 8 ans nommée S.D, la dernière d'une fratrie de quatre (4) enfants, d'un père éleveur et tabagique, d'une mère femme au foyer. La patiente est sans antécédent personnel et familial de pathologie.

Selon la famille, le début de la pathologie remonterait à environ quatre (4) mois de la naissance par l'apparition d'une masse au niveau du cou, avec une augmentation progressive de la taille, sans notion de douleur, de fistulisation, ni d'infection au cours de son évolution jusqu'à atteindre la taille actuelle causant des difficultés de

mouvement et affectant ainsi la qualité de vie de la patiente.

A l'examen, la masse est cervico mentonnière, située du côté droit, de consistance ferme sur une grande partie, molle au niveau de la partie la plus déclive, multilobée, les dimensions sont : 44 cm de diamètre, 24 cm sur l'axe longitudinal. On ne note pas d'adhérence à la mandibule. La peau en regard était de texture normale même si des sillons et reliefs y étaient remarquables donnant l'aspect de superficie irrégulière (Figure 1 A). Le reste de l'examen était sans particularité notable. Des hypothèses diagnostiques ont été évoquées tel que : un tératome, un kyste lymphatique, un kyste de la thyroïde.

L'examen Tomodensitométrique a objectivé un processus mixte renfermant des composantes kystiques, tissulaire, graisseuses, des calcifications et des structures d'allure osseuse ; en contact avec la trachée et le paquet jugulo carotidien droit sans envahissement. Elle a conclu à un Tératome (Figure 2).

Le traitement chirurgical a consisté en une exérèse large abordant la tumeur en région infra auriculaire en passant par la partie postérieure et vers la région antérieure. La fermeture a été faite en forme de " T " inversée faisant ainsi coïncider le grand axe aux lignes de moindre tension du coup pour un meilleur résultat esthétique. En per opératoire, une adhérence avec la trachée a été notée sans contact intime avec le paquet vasculo nerveux. Un drain a été placé et retiré à j3 post opératoire et l'ablation des fils a lieu à J7 post opératoire. Les suites opératoires ont été simples. L'examen histologique a retrouvé des formations tissulaires kystiques avec un revêtement malpighien, glandulaire tubuleuse, des tissus thyroïdien, lymphoïde et musculaire lisse avec en périphérie un épithélium régulier avant de conclure à un Kyste branchial (Figure 3). La patiente a été régulièrement suivie pendant 6 mois avec un bon résultat esthétique et sans récurrence (Figure 1.B).



Figure 1 : Vues de patiente. A. Vue Préopératoire et B. Vue Postopératoire

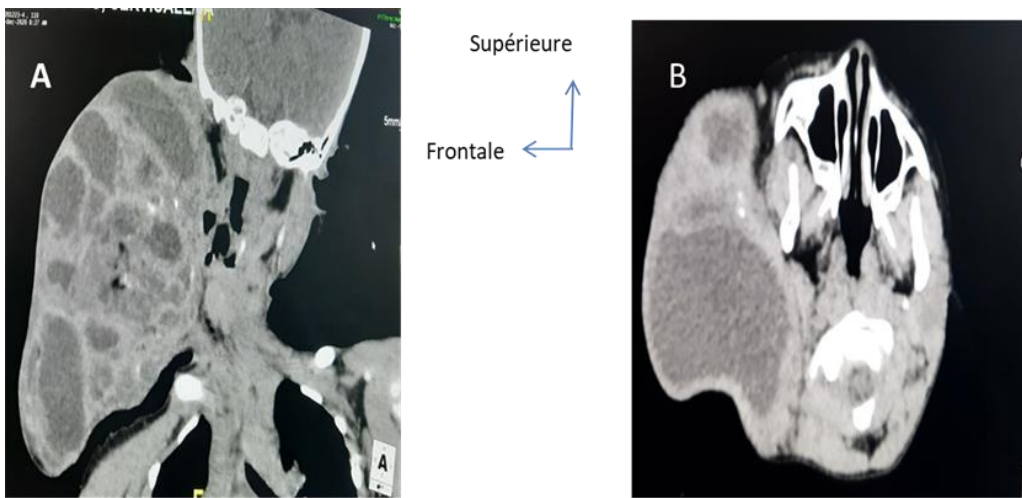
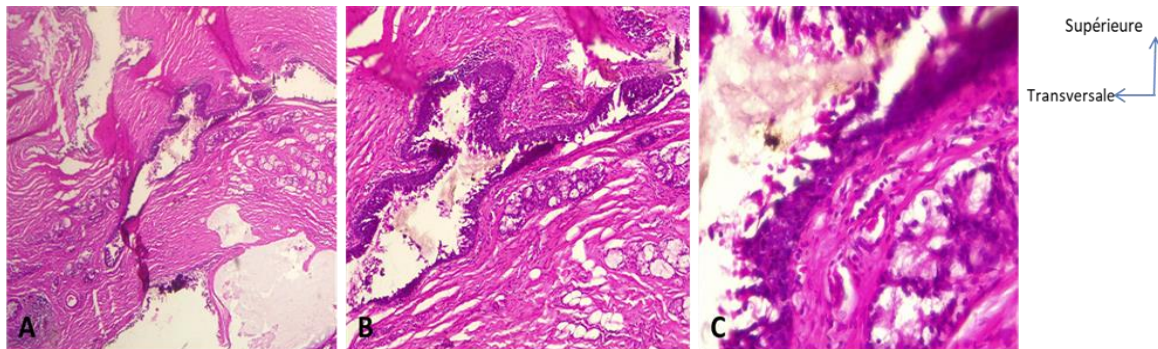


Figure 2 : Images Tomodensitométrique. A : Coupe Frontale B : Coupe Axiale



**Figure 3 : Images Histologique du Kyste branchial. A : Kyste branchial : grossissement x4. B : Kyste branchial : grossissement x10. C : Kyste branchial : grossissement x40**

#### Discussion :

Les tumeurs bénignes kystiques dysembryologiques se développent au niveau de la partie antéro-latérale du cou. Elles font partie des anomalies congénitales de la deuxième fente branchiale. La fréquence des kystes amygdaloïdes par rapport aux anomalies de la deuxième fente varie de 6,1 à 85,2% [5,6].

Les kystes et fistules d'origine congénitale de la face et du cou sont des malformations d'origine embryologique peu fréquentes et mal connues. Les dermatologues, les pédiatres et les ORL doivent reconnaître précocement ces lésions pour permettre une prise en charge adaptée [7,8].

De façon générale, les kystes et fistules d'origine congénitale de la face et du cou doivent être ôtés chirurgicalement, essentiellement en raison du risque de surinfection qu'ils entraînent [9].

Des cas de surinfection, d'atteinte de l'oreille interne et de fistulisation ont été relevés dans la littérature [3, 4, 10], ces signes n'ont pas été retrouvés chez notre patiente.

A la suite de notre recherche, la description clinique est variable ainsi que l'âge du diagnostic [2, 3, 11, 12] ce qui peut conduire à des problèmes de diagnostic et des erreurs thérapeutiques.

La TDM ou l'IRM sont particulièrement indiquées pour différencier la lésion des autres tumeurs parapharyngées : un hémangiome, lymphangiome ou kyste

dermoïde, adénopathie métastatique [4] ; mais malgré tout le problème diagnostique reste souvent posé ; ce qui a été le cas de notre patiente chez qui le diagnostic de tératome avait été évoqué par les résultats du TDM indiqué.

La confirmation reste anatomopathologique après une exérèse chirurgicale [4] et c'est ce qui a été le aussi chez notre patiente.

La taille du kyste peut être le fait de négligence liée aux manques de moyen et de difficultés d'accès aux structures sanitaires [11], c'est la situation subite par ce cas qu'on rapporte.

La transformation maligne de kyste branchial a été décrite mais reste exceptionnelle [1,4,12] ; l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire de notre cas ne révèle pas de dégénérescence maligne du kyste.

#### Conclusion :

Les kystes branchiaux de localisation cervicale sont des malformations rares ; dus à un défaut de fermeture de la fente branchiale, leurs diagnostics sont parfois difficiles. Le traitement est chirurgical qui doit être réalisé à distance des épisodes infectieux. Les complications post-opératoires sont représentées principalement par la récurrence et la paralysie faciale.

**Conflit d'intérêt :** Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

## Références bibliographiques

1. M. Maliki, S. Sefiani, C. E. El Mejareb, M. Maher, A. Amarti, A. Saidi. Kyste Branchial Malin : A propos d'un cas. Revue française des Laboratoires.2005 ; 371 : 49-50
2. H.P.Dernis, H. Bozec, Ph. Halimi, Fr. Vildé, P. Bonfils. Kyste de l'espace parapharyngé d'origine branchiale problèmes de diagnostics et thérapeutiques. Elsevier et Masson. 2004 ; 121(3) : 175-178
3. Y. Liu, T. Li, J. Xue, J. Jia, S. Xiao, E. Zhao. First branchial eleft fistula presenting with internal opening on the Eustachian tube: Illustrated cases and literature review. Elsevier et Masson.2012 ; 76 : 642-645
4. A. Charfi, W. Abid, N. Romdhane, A. Madiouni, H. Chahed, R. Zainine, N. Beltaif, S. Sahtout, G. Besbes. Les Kystes Amygdaloïdes : A propos de 31 cas. J Tun ORL. 2014 ; 31 : 24-26
5. Jchoo M., Kim Y-J, Jin H-R. A case of second branchial cleft cyst with oropharyngeal presentation J Korean Med sci 2002; 17: 564-6
6. H. Hajri, S. Manoubi. Kyste amygdaloïde oropharyngé à propos d'un cas. J TUN ORL 2007 ; 18 : 49-51
7. Malard O, Boyer J, Durand N, Barbarot S, Cassagnau E, Bordure P, et al. Kystes et fistules congénitales de la face et du cou.Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 2010;131:75—82.
8. Nicollas R, Guelfucci B, Roman S, Triglia JM. Congenital cysts and fistulas of the neck. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000 ;55 :117-24.
9. Gehanno P, Pessey J. Tuméfactions cervicales de l'adulte et de l'enfant. Rapport du Congrès de la Société française d'otorhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale. Paris:Société française d'ORL et de pathologie cervico-faciale; 1998,p. 293
10. A. Coudert, L. Letranchant, A. Dhouibi, G. Buiret. Surinfection d'un kyste du dixième arc branchial par *Coxiella burnetii*. Elsevier et Masson. 2016 ; 46 : 453-457
11. A. Rouihi, B. Hemmaoui, N. Errami, F. Benariba. Enorme Kyste parotidien du premier arc branchial : à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2020 ; 334(37) : 1-6
12. S. Abdennour, S. Allag, H. Benhalima. Un cas de dégénérescence maligne de Kyste amygdaloïde. . Elsevier et Masson. 2014 ; 115 : 385-388