



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Les tératomes oropharyngés du nouveau-né : prise en charge et suivi[☆]



A. Aubin^{a,*}, S. Pondaven^a, D. Bakhos^{a,b}, H. Lardy^{b,c}, A. Robier^{a,b}, E. Lescanne^{a,b}

^a Service ORL, hôpital Bretonneau, CHRU de Tours, 2, boulevard Tonnelé, 37044 Tours cedex 9, France

^b Université François-Rabelais de Tours, boulevard Tonnelé, 37044 Tours cedex 9, France

^c Unité de chirurgie pédiatrique, CHRU de Tours, 49, boulevard Béranger, 37000 Tours, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Tératome congénital oropharyngé
 EXIT procedure
 Détresse respiratoire néonatale
 Nouveau-né
 Tumeur

RÉSUMÉ

Objectifs. – Les tératomes congénitaux de l'oropharynx sont très rares et sont responsables d'un taux de mortalité élevé à la naissance par obstruction des voies aériennes. La prise en charge a évolué avec les progrès du diagnostic anténatal. Nous présentons cette évolution à partir d'une série de quatre cas et une revue de la littérature.

Méthodes. – Nous avons revu les dossiers de 4 nouveau-nés traités dans le service depuis 1995. Les critères suivants ont été étudiés : âge au diagnostic, aspect clinique et radiologique de la tumeur, prise en charge à la naissance et évolution.

Résultats. – Les quatre cas sont survenus chez des nouveau-nés de sexe féminin. Le diagnostic anténatal a été fait dans deux cas, ce qui a permis de préparer l'endoscopie en salle de naissance dans un cas et l'EXIT procedure dans un cas. L'intubation a été nécessaire en salle de naissance dans trois cas. L'imagerie a montré un envahissement de la fosse infratemporale dans trois cas sur quatre. L'exérèse chirurgicale a été complète dans tous les cas, utilisant différentes voies d'abord pour accéder à la fosse infratemporale. Un traitement complémentaire par chimiothérapie a été nécessaire dans un cas.

Conclusion. – La chirurgie de ces tumeurs bénignes pour la plupart est un véritable défi nécessitant une équipe multidisciplinaire. Une programmation périnatale permet une prise en charge adaptée à la naissance diminuant le risque de détresse respiratoire. Le traitement des tératomes est chirurgical.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les tératomes sont les tumeurs congénitales les plus fréquentes (25–35%) [1], avec une incidence de 1/4000 naissances [2]. Les localisations sacro-coccygiennes et gonadiques représentent 80% de ces tumeurs. Les tératomes cervicofaciaux constituent 5 à 15% des localisations, avec une prédominance cervicale et nasopharyngée [3]. La localisation oropharyngée est exceptionnelle (2%). La généralisation de l'échographie prénatale permet le diagnostic précoce de ces tumeurs et la programmation d'une prise en charge adaptée. Dans cette revue de cas, notre but a été de rapporter l'évolution à distance des 3 enfants traités dans notre service [4] et de décrire la prise en charge d'un cas récent traité après une naissance par EXIT procedure.

2. Cas cliniques

2.1. Cas clinique n° 1

F. est une fille née en 1995 prématurément à 32 semaines d'aménorrhée (SA). Une césarienne a été nécessaire en urgence pour dysgravidie maternelle sévère. Le bébé a été immédiatement transféré en néonatalogie pour une dyspnée rapidement résolutive. Progressivement, la dyspnée est réapparue et l'examen a mis en évidence une masse oropharyngée d'extension rétrovélaire. À 3 semaines de vie, la dyspnée a nécessité l'intubation. La tomodesitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) révélaient une tumeur implantée sur le voile, d'aspect hétérogène avec des calcifications et des kystes. La lésion s'étendait à la fosse infratemporale gauche avec un prolongement intracrânien de tonalité grasseuse. Le dosage de l'alpha-fœto-protéine (AFP) était normal pour l'âge (1700 ng/mL) (Tableau 1) [5]. Une endoscopie sous anesthésie générale a permis la biopsie de cette masse et de lever l'obstruction. La lésion était implantée en arrière de l'amygdale, sur le pilier postérieur et la face dorsale du voile. L'analyse anatomopathologique retrouvait des hétérotypies gliales faisant évoquer un tératome avec un probable contingent immature. L'exérèse chirurgicale a été réalisée à l'âge de 2 mois. Le contingent infratemporal a été abordé par une voie

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2012.05.006>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aubinalexandra@yahoo.fr (A. Aubin).

Tableau 1

Taux normaux d'alpha-fœto-protéine (AFP) chez les nouveau-nés et les nourrissons (ng/mL) [5].

Âge	Nombre d'enfants	Moyenne
Prématuré	11	134 734 ± 41 444
Nouveau-né	55	48 406 ± 34 718
Naissance–2 semaines	16	33 113 ± 32 503
2 semaines–1 mois	43	9452 ± 12 610
1 mois	12	2654 ± 3080
2 mois	40	323 ± 278
3 mois	5	88 ± 87
4 mois	31	74 ± 56
5 mois	6	46,5 ± 19
6 mois	9	12,5 ± 9,8
7 mois	5	9,7 ± 7,1
8 mois	3	8,5 ± 5,5
> 8 mois	–	8,5 ± 5,5

transmandibulaire supérieure réséquant le processus coronoïde (selon la description de Shaheen [6]). L'exérèse du bourgeon oropharyngé a été réalisée par voie endobuccale. L'examen anatomopathologique a diagnostiqué un tératome mature sur l'analyse des contingents épithéliaux nerveux, musculaires, osseux et cartilagineux. Plus tard, une insuffisance tubaire chronique a justifié la pose d'aérateur transtympanique à gauche puis le traitement d'un cholestéatome. Elle ne présente pas d'insuffisance vélaire. Un trismus par ankylose temporomandibulaire a justifié deux interventions chirurgicales. L'enfant a gardé une latérogнатie mandibulaire minime. À ce jour, cette adolescente de 14 ans n'a pas de récurrence constatée au cours de la surveillance clinique et IRM.

2.2. Cas clinique n° 2

S. est une fille née à terme en 1996. Dès le 2^e trimestre de grossesse, l'échographie anténatale montrait une volumineuse masse du cavum. À la naissance, une détresse respiratoire haute a nécessité l'intubation du bébé par un ORL présent en salle d'accouchement. Une tumeur obstruait l'oropharynx. L'imagerie TDM et IRM révélaient par ailleurs une extension à la fosse infratemporelle droite et une extension intracrânienne, extraméningée, dans la fosse temporelle (Fig. 1A). Le dosage de l'AFP était normal pour l'âge (5000 ng/mL) (Tableau 1). Une endoscopie sous anesthésie générale, effectuée à 9 jours de vie, retrouvait la masse oropharyngée irrégulière, dure, blanchâtre, implantée sur le bord libre du voile. La résection de cette masse pharyngée autorisait l'extubation et diagnostiquait un tératome mature. À 2 mois, une première exérèse chirurgicale a été programmée en collaboration avec un neurochirurgien. Un abord temporo-ptérial a permis de réséquer la partie supérieure de la tumeur par le canal zygomatique, jusqu'à la fosse infratemporelle. Un abord endobuccal a complété l'exérèse en réséquant le contingent intravélaire. L'examen anatomopathologique confirmait le tératome mature. À l'âge de 3 mois, une masse temporo-jugale est apparue. L'IRM montrait une récurrence dans la fosse infratemporelle étendue au plancher de la fosse cérébrale moyenne et à l'oreille moyenne. La reprise chirurgicale a associé une voie infratemporelle type C (selon la description de Fisch [7]) et une craniectomie temporelle. L'examen anatomopathologique de la lésion diagnostiquait un tératome mature. Le taux d'AFP à j7 en postopératoire était normal. À 3 ans, un cholestéatome résiduel après l'exclusion d'oreille a justifié une reprise chirurgicale. À l'âge de 14 ans, l'enfant est suivie régulièrement et n'a pas de récurrence clinique et radiologique. Le taux d'AFP est normal. Elle a une hypoplasie mandibulaire droite avec une limitation d'ouverture buccale (Fig. 1B). Sa motricité faciale est normale.

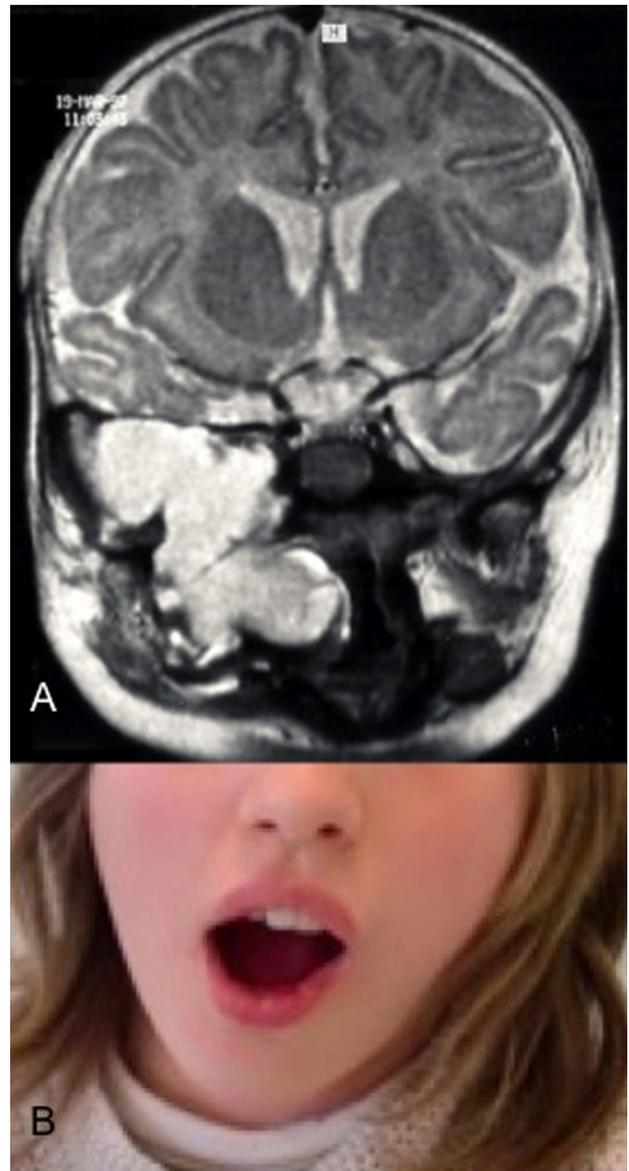


Fig. 1. A. IRM en séquence T2 d'un nouveau-né (cas n° 2). Le tératome a l'aspect d'une lésion hétérogène et multikystique, oropharyngée, envahissant la fosse infratemporelle droite avec une extension endocrânienne et extraméningée. B. Iconographie clinique (cas n° 2) montrant l'enfant à l'âge de 14 ans ayant une latérodéviation mandibulaire droite avec une limitation de l'ouverture buccale.

2.3. Cas clinique n° 3

E. est une fille née à terme en 1998. Le bébé a été immédiatement transféré en réanimation pour une dyspnée obstructive. La dyspnée s'amendait après expulsion par la bouche d'une tumeur rosée, mais récidivait rapidement à la déglutition. Un fil tracteur placé à son extrémité a évité les épisodes d'asphyxie. Cette lésion rosée et molle s'implantait sur l'ogive amygdalienne et s'étendait au voile. L'IRM ne montrait pas d'extension de cette lésion hétérogène, de tonalité grasseuse. L'exérèse complète a été réalisée dès le premier jour de vie, en réséquant l'amygdale et le pied d'implantation vélaire. La lésion mesurait 5 cm de long et 1,5 cm dans son plus grand diamètre. L'examen anatomopathologique diagnostiquait un tératome mature. Aucune récurrence clinique et radiologique n'a été constatée à l'âge d'un an. La famille de l'enfant a ensuite quitté la région et nous l'avons perdue de vue.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4104816>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4104816>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)