

Kystes et fistules congénitaux de la face et du cou Congenital cysts, sinuses and fistula of head and neck

J.-B. Charrier^{1,*}, E.-N. Garabedian²

¹ Service d'ORL et de chirurgie de la face et du cou, université Paris-sud XI, hôpital de Bicêtre, AP-HP, 78, rue du Général-Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

² Service d'ORL et de chirurgie de la face et du cou, université Paris-VI, hôpital d'Enfants–Armand-Trousseau, AP-HP, 26, avenue du Dr-Arnold-Netter, 75012 Paris, France

Disponible sur Internet le 7 mars 2008

Résumé

Les kystes et fistules cervicofaciaux congénitaux sont des malformations rares, leur formation peut s'expliquer par la persistance d'une disposition anatomique, normalement transitoire au cours de la formation de l'embryon. Le kyste du canal thyroïdienne est la malformation la plus fréquente, suivie des fentes branchiales et des kystes dermoïdes. Dans cette revue, nous discutons les principales formes cliniques de kystes et fistules cervicofaciaux congénitaux et leurs modalités de prise en charge.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Congenital cervical cysts, sinuses and fistulae are uncommon malformations. Diagnosis and management of congenital cervical cysts, sinuses and fistulae requires a good understanding of their embryological development and topography. Thyroglossal duct cysts are most common, followed by branchial cleft anomalies and dermoid cysts. In this review, we discuss both the classical and current aspects of these malformations.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Kyste du canal thyroïdienne ; Kystes et fistules cervicofaciaux ; Kyste dermoïde ; Embryologie

I. KYSTES ET FISTULES DE LA FACE

I.1. Kystes et fistules du dos du nez

Les kystes et fistules du dos du nez sont rares. Leur incidence est estimée à 1 pour 20 000 à 40 000 naissances. Ces lésions sont, dans la plupart des cas, sporadiques et résultent d'une inclusion ectodermique au niveau des zones axiales de fusions des bourgeons embryonnaires nasofrontaux, entre 24 et 56 jours de développement intra-utérin [1].

Le diagnostic est fait le plus souvent à la naissance devant la présence d'une fistule cutanée externe qui peut être située n'importe où entre la glabella et la pointe du nez. Il peut s'agir parfois (en cas de kyste sans trajet fistulaire) d'une tuméfaction isolée du dos du nez. Cette fistule peut être borgne, mais le plus souvent l'orifice externe communique par un trajet qui s'enfonce plus en profondeur.

Les complications sont dominées par la surinfection aboutissant à une collection sous-cutanée de l'arête nasale, ou plus souvent paralatéronasale, pouvant aboutir à une fistulisation secondaire (fig. 1). La possibilité de prolongement profond au niveau de la cloison vers la base du crâne expose aux complications endocrâniennes : méningite, abcès du cerveau.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-baptiste.charrier@bct.aphp.fr (J.-B. Charrier).



Fig. 1. Fistule du dos du nez surinfectée.

Le but essentiel des examens complémentaires est d'apprécier l'extension en profondeur du tractus dermoïde, de rechercher une déhiscence de l'étage antérieur de la base du crâne et d'éliminer une malformation crâniofaciale associée. La TDM est actuellement l'examen de référence. L'IRM, par la meilleure définition des tissus mous qu'elle donne, permet une évaluation précise du trajet du tractus et de ses extensions.

L'indication opératoire est formelle devant toute fistule dermoïde du dos du nez [2]. Opérer ces enfants jeunes, vers l'âge de six mois, permet d'éviter les complications infectieuses et facilite les conditions techniques d'exérèse des lésions.

Lorsque le bilan radiographique ne montre pas d'extension endocrânienne, l'exérèse peut être réalisée par une voie d'abord ORL, mais s'il existe une extension endocrânienne, une voie neurochirurgicale doit être associée.

1.2. Fistules préhélicéennes

Les fistules préhélicéennes, situées en avant du bord antérieur de l'hélix, sont les fistules congénitales les plus fréquentes du pavillon de l'oreille [3]. Elles sont plus fréquemment rencontrées chez les sujets noirs et les asiatiques. Elles sont bilatérales dans 35 % des cas. Le plus souvent isolées, ces malformations peuvent être associées à des aplasies mineures de l'oreille qu'il faut systématiquement rechercher par un examen clinique et un audiogramme. Le diagnostic est facilement évoqué devant la découverte d'un orifice fistuleux situé en avant de la racine de l'hélix, au-dessus du bord supérieur du tragus (fig. 2). Parfois, c'est un épisode de surinfection avec écoulement purulent par l'orifice externe, ou abcès préauriculaire, qui amène au diagnostic.

Une poussée de surinfection sera traitée par une antibiothérapie antistaphylococcique, voire par un drainage chirurgical en cas de collection. Le temps d'exérèse chirurgicale de la fistule n'est envisagé qu'à distance d'un épisode infectieux afin d'obtenir une exérèse et une cicatrisation de meilleure qualité.



Fig. 2. Fistule préhélicéenne.

2. KYSTES ET FISTULES DU COU

2.1. Kystes et fistules latéro-cervicaux

2.1.1. Kystes et fistules de la première fente branchiale

Les kystes et fistules de la première fente branchiale sont rares ; leur diagnostic est, dans la plupart des cas, difficile puisque ces kystes et fistules peuvent avoir une symptomatologie cervicale, parotidienne, auriculaire, le plus souvent trompeuse [4,5]. Cette malformation devra donc être suspectée devant toute tuméfaction ou manifestation inflammatoire de la région sous-auriculaire et parotidienne inférieure.

Les fistules complètes ont un orifice fistuleux externe, situé dans une zone de projection cutanée, définie par Poncet, qui réalise un triangle dont le sommet est situé au niveau du plancher du conduit auditif externe, et la base, une ligne unissant la pointe du menton au milieu de l'os hyoïde. Toutefois, la fistule externe est le plus souvent secondaire à une surinfection du kyste ou à un traitement chirurgical incomplet.

L'orifice supérieur, lorsqu'il existe, est situé dans le plancher du conduit auditif externe, à la jonction du conduit osseux et du conduit cartilagineux. Il doit être recherché sous microscope par une otoscopie minutieuse car il peut passer inaperçu. Il se présente sous la forme d'un orifice punctiforme avec la classique bride membraneuse prémyringienne en « foc de voilier ». Le tableau n'est pas toujours aussi évocateur et le diagnostic devra être réalisé devant toute suppuration chronique de la région parotidienne et cervicale sus-hyoïdienne.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4149054>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4149054>

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