

28.FISTULES ET KYSTES CONGENITAUX DU COU

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

-**Adénopathies cervicales**: chez l'enfant un délai de 2,3 mois sera nécessaire avant de proposer un geste d'exérèse afin d'éliminer une adénite bénigne.

-**Fibromatosis Coli**: "hematome du SCM" infiltration fibroblastique du SCM → torticoli à la naissance → régresse spontanément + Kiné.

-**Laryngocèle**: dilatation du saccule laryngé (air).

-**Lipomes**: + molle

-**Malfo vascu**: Hémangiomes: augmentant de vol les 8 premiers mois puis régression à partir de la 1^{ère} année. Echo-doppler. Ectasies veineuses, augmentant de vol à l'expiration, la toux, essentiellement jugulaire et sus-sternal: Echo ou IRM.

-**T nerveuse**: schwannome, schwannome, neurinome. Tumeur fermes → IRM

-**Tératome solide**: ces T eby comportent des reliquats des trois tissus (ecto, méso, endo) . il est possible de rencontrer à côté d'épith malpighien, de l'os, du cartilage, des muscles, du Ti nerveux.

-**gros thymus**: mobile à la déglutition

-**Tumeurs thyroïdiennes solides sur Thyр ectopique**, parfois scinti aide l'echo.

Kyste et fistule de 1^{ère} fente

Clinique

Orifice supérieur: plancher du CAE jonction osteocartilagineuse ou bride prémyringienne.

Orifice inférieur: dans les fistules complètes: triangle de poncet (CAE, pointe du menton, corps os hyoïde)

Complications Infections++, cancérisation décrite

EC: pas de fistulographie obligatoire avant exérèse chirurgicale

TTT Résection de l'orifice fistuleux et incision de parotidectomie: dissection de la fistule, parfois parotidectomie superficielle nécessaire. Si orifice interne, ablation d'un fragment cartilagineux du conduit.

Kyste et fistule de 2^{ème} fente

20% héréditaire, 1/3 bilatéraux. Il peut exister sur le trajet fistuleux, des kystes dits amygdaloïdes, lorsqu'ils contiennent du Ti lymphoïde, formés par un défaut de résorption du sinus cervical.

Clinique: La masse kystique est en avant et en dedans du SCM, sous l'os hyoïde.

L'orifice interne: bord postero-sup de l'amygdale, à proximité de la fossette de Rosenmüller. Il peut aussi être retrouvé au niveau du bord libre du voile, ou sur les PA ou PP.

EC Echo ou TDM pour l'aspect kystique

Fistulographie quand trajet fistuleux pas trop remanié par les infections.

Quatre stades de BAILEY:

-type I: spfciel: sous l'aponévrose cervicale superficielle en avant du SCM

-type II: sous l'aponévrose cervicale moyenne, en avant et en dhrs des gros Vx

-type III: entre la CE et la CI, s'étendant vers le pharynx et parfois la BDCrâne.

-type IV: exceptionnel. Entre la paroi pharyngée et l'axe vasculaire en dhrs.

TTT. Attendre l'âge de 2-3 ans si pas d'infection.

L'exérèse de l'orifice cutané est effectuée par une courte incision cervicale. Elle emporte cet orifice et permet la dissection du tractus sous le peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle vers la région amygdalienne. Une incision complémentaire en regard de l'os

hyoïde permet de poursuivre cette dissection entre les deux carotides, au dessus du XII , sous le ventre post du dig jusqu'à la paroi pharyngée ou le trajet sera ligaturé. Pas de geste amygdalien. Récidive exceptionnelle.

Fistules des 3^{ème} et 4^{ème} poches

4^{ème} poche: persistance d'un canal ultimobranchialis allant du fond du sinus Pi à la face profonde d'un lobe thyroïdien.

3^{ème} poche: à la partie haute du sinus Pi.

EC. Endoscopie mettra en évidence, l'orifice muqueux interne

TDM, echo élimineront l'origine thyroïdienne et préciseront les rapports du kyste.

TTTLa poche kystique sera disséquée au plus près et le trajet fistuleux suivi jusqu'à la muqueuse du sinus Pi où il sera ligaturé. L'alternative est la cautérisation interne de l'orifice et le ttt med de la surinfection.

Kyste dermoïde

Inclusion congénitale médiane par défaut d'accrolement des arcs branchiaux. Localisation principale: sous mentale post et sus-hyoïdienne, parfois sus sternale. Pas d'autre malfo à rechercher.

Clinique: <10 A. arrondie ferme sous cut, indépendant de l'os hyoïde et immobile à la déglutition.

EC: echo : lésion solide et thyroïde en place.

TTT: chir à distance de l'épisode infectieux

Kyste sus-H: voie d'abord plancher buccal antérieur

Loca génioglosse: cervicale médiane horizontale

Loca adhyoïdien: pas de résection de l'os hyoïde.

Kyste thymique

Masse ronde ferme plutôt gauche, sus clav

Echo : kyste +/- épais, et cloisonné parfois à distance du thymus

Exérèse +/- chir thoracique: confirmation anapath

KTT

Involution du tractus au 4ème mois. Ces vestiges sont sujets à une transformation en kystes malpighiens ou glandulaires.

Clinique: arrondie lisse régulière pouvant fistulisée à la peau, s'ascensionnant à la déglutition

EC: echo, masse anéchogène, thyroïde en place.

TTT: incision médiane horizontale, résection cutanée du collet, dissection de bas en haut, la pyramide de lalouette est réséquée au ras de l'isthme avec tous les tissus préaryngés au contact du carti thy. L'exérèse s'achève par l'exérèse d'un cône muscu basilingual (foramen caecum). les muscles sous hyoïdien sont amarrés aux mylo et génio. Les sushyoïdiens sont réunis sur la ligne médiane. Puis drain aspiratif...éviter les récives

Fistules mentosternales

Rare. Contact du 1^{er} arc avec la région précordiale avant la déflexion cervicale. Cordon fibreux vertical de part et d'autre de la symphyse mentonnière qui se termine par un cul-de-sac fistuleux, vers le manubrium, tjr sus aponévrotique. Pas d'EC. Incision verticale de chaque côté de la lésion. Il faudra inciser l'aponévrose cervicale antérieure et réaliser une plastie en Z cutanéoponévrotique.

Fistules sous-mentales

Exceptionnelles, elles peuvent présenter un trajet +/- pfd dans le plancher vers la BDLangue.