



Article Original

Kystes et Fistules Cervicaux Congénitaux chez l'Enfant: Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques à Propos de 43 Cas

Epidemiology, clinical features and management of congenital cysts and fistulae in children: a report of 43 patients

Njifou Njimah A(1), Ndjeunga BM (1), Vodouhe U (2), Kuiffo C(4), Mpressa EM(4), Fokouo JV(4), Njock LR (1).

RÉSUMÉ

- (1) Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala.
- (2) Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.
- (3) Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, Benin.
- (4) Hôpital Général de Douala.
- (5) Hôpital Régional de Bertoua
- (6) Hôpital Laquintinie de Douala.

Auteur Correspondant:
Dr Njifou Njimah
Amadou, CC a la Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Douala,
Tel 679161300,
amanjifou@yahoo.fr

Mots clés : kystes, fistules, congénitaux, cervicaux, enfants, Douala.

Key words: cyst, fistula, congenital, neck, children, Douala

Introduction. Les kystes et fistules congénitaux du cou sont des malformations résultant de la persistance d'un reliquat embryonnaire excédentaire ou d'une structure embryonnaire transitoire. L'objectif de notre travail était de contribuer à la connaissance de cette pathologie chez l'enfant par la description de leurs aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à Douala. **Méthodologie.** Il s'agit d'une étude transversale descriptive et rétrospective sur les dossiers des patients âgés de 0 à 15 ans chez qui le diagnostic de kyste ou fistule congénital a été posé à l'Hôpital Général de Douala pendant une période de 10 ans de 2005 à 2014. Les variables étudiées étaient : âge, sexe, aspect clinique, traitement et évolution. **Résultats.** Nous avons recensé 43 patients. La prévalence hospitalière était de 0,14%. L'âge moyen à la première consultation était de $4,8 \pm 4,5$ ans avec des extrêmes de un jour de vie à 14,8 ans. Nous avons observé une prédominance masculine (69,76%) avec un sex-ratio de 2,3. Les formes cliniques étaient dominées par les kystes du tractus thyroïdienne (60,5 %). Aucune fistule congénitale n'a été recensée. Ces malformations étaient découvertes à l'occasion d'une complication infectieuse dans 25,58% des cas. Sur le plan thérapeutique, 83,7 % des patients ont bénéficié d'une chirurgie. Deux mois après l'intervention chirurgicale, 30,6% des patients étaient guéris, 19,4% avaient une récurrence et 50% étaient perdus de vue. **Conclusion.** Les kystes et fistules cervicaux congénitaux concernent surtout les garçons. Les kystes du tractus thyroïdienne sont les plus fréquents alors que les fistules sont rares. La récurrence postopératoire est fréquente.

ABSTRACT

Introduction. Congenital cysts and fistulae of the neck are malformations resulting from the persistence of embryonic tissue remnants or transient embryonic structure. The aim of this study was to contribute to the knowledge of this pathology in children by describing epidemiological, clinical and therapeutic aspects in Douala. **Materials and methods.** We carried out a cross sectional descriptive retrospective study, including files of patients seen at the ENT department of Douala General Hospital, whose ages varied from 1 day to 15 years and who had a clinical diagnosis of congenital cyst or fistula of the neck. The study period covered 10 years, extending from 2005 to 2014. Our study variables were: sex, age, clinical appearance, treatment and evolution. **Results.** We recorded a total 43 patients. The hospital prevalence was 0.14%. The mean age at the first consultation was 4.8 ± 4.5 years. The youngest patient was 1 day old and the oldest 14.8 years. The sex ratio male/female was 2.3. Malformations were predominantly thyroglossal duct cysts with 26 cases (60.5 %). No congenital fistula was found. These malformations were discovered during an episode of infection (25.58% of cases). Considering the treatment 36 cases operated (83.7 %), 11 patients recovered (30.6%), 7 cases recurred (19.4%) and 18 did not return hence were lost (50%). **Conclusion.** Congenital cysts and fistulae of neck mainly affects boys. Thyroglossal duct cysts are the commonest type and fistulae are rare. Recurrence is frequent after surgery.

INTRODUCTION

Les malformations sont définies comme des anomalies de structure ou de fonction présentes à la naissance. Environ un nouveau-né sur trente-trois est concerné et 3,2 millions d'incapacité liées à ces malformations sont recensés chaque année. En 2004 les anomalies

congénitales ont provoquées environ 260 000 morts dans le monde [1]. Ainsi, les malformations congénitales constituent un véritable problème de santé publique au niveau mondial. Bien qu'elles puissent être d'origine

génétique, infectieuse ou environnementale, il est le plus souvent difficile d'en déterminer la cause exacte.

Les kystes et fistules congénitaux du cou sont des malformations relativement fréquentes pouvant siéger sur tous les organes concernant la sphère ORL. Ils résultent de la persistance d'un reliquat embryonnaire excédentaire ou d'une structure embryonnaire transitoire. Bien que déjà présent à la naissance, leur découverte peut se faire plus ou moins tardivement, en majorité dans l'enfance, souvent à l'occasion d'épisodes infectieux ou inflammatoires. Ces malformations sont principalement les kystes du tractus thyroïdienne, les lymphangiomes kystiques, les kystes et fistules des fentes branchiales et autres. Les dermatologues, les pédiatres et les ORL doivent les reconnaître précocement pour permettre une prise en charge adaptée. Leur sévérité peut aller d'une simple disgrâce esthétique à la létalité [2]. Elles présentent essentiellement un risque de surinfections [3]. Si en occident de nombreuses études ont permis de maîtriser le sujet [2,3], en Afrique la réalité de la situation est encore largement méconnue notamment au Cameroun. Il y'a peu d'intérêt pour ces pathologies qui pourtant semblent présentes dans les services hospitaliers. L'intérêt de cette étude est de contribuer à une meilleure connaissance de ces pathologies dans notre pays au plan épidémiologique, clinique et thérapeutique.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive, sur une période de 10 ans du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2014 au service d'ORL de l'Hôpital Général de Douala qui est un hôpital de référence de première catégorie dans la pyramide sanitaire du Cameroun. Nous avons inclus les dossiers médicaux des patients âgés de zéro à quinze ans chez qui le diagnostic de kystes ou fistules cervicaux de nature congénitale avait été posé par un médecin spécialiste d'ORL. .

Ainsi, nous avons exploités les registres de consultation et les dossiers des malades durant notre période d'étude. Les données ont été collectées sur nos fiches d'enquête préalablement élaborées.

Les variables collectées portaient sur les données sociodémographiques (Age, sexe), cliniques (les circonstances de découverte, les antécédents personnels et familiaux des patients, les symptômes, les données de l'examen physique telles qu'une tuméfaction ou un orifice cervicale avec ou sans signes compressifs, le diagnostic retenu), traitement et évolution après le traitement.

Après la collecte, s'en est suivi le dépouillement, la compilation des données puis l'analyse afin de rédiger nos résultats sous forme de diagramme, histogramme. Nous avons utilisé les logiciels Epi-info et Excel version 2013. Les tables de contingence, le test de khi 2 en considérant la p value < 5% comme statistiquement significative. Au plan éthique, nous avons respecté la confidentialité et le principe de consentement éclairé.

RÉSULTATS

Données épidémiologiques

Au cours de cette période de 10 ans, nous avons retrouvé 29 696 consultations dont 120 malformations congénitales cervico faciales parmi lesquelles nous avons recensé 43 cas de kystes et fistules cervicaux congénitaux chez l'enfant soit environ quatre cas par an. Ainsi, notre prévalence était de 0,14% par rapport au nombre de consultations. Le sex ratio H/F était de 2,3 dont 30 garçons (69,76%) pour 13 filles (30,23%). L'âge de la première consultation des patients variait de un jour à 14,8 ans avec une moyenne de 4,8 ans \pm 4,5. La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 5 ans et 10 ans avec 9 cas soit 20,93% et la moins représentée était celle comprise entre 4 ans et 5 ans avec 3 cas soit 6,97% (fig 1).

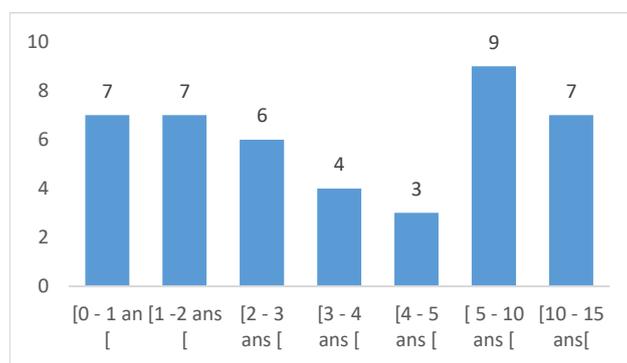


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge à la première consultation

Concernant la répartition de la moyenne d'âge à la première consultation selon le type de malformation, l'âge moyen des enfants présentant un kyste du tractus thyroïdienne était de 5,28 ans, celui d'un lymphangiome kystique était de 3,16 ans et celui d'un kyste amygdaloïde était de 14,83 ans (figure 2). Pour ce qui est de l'âge du début des symptômes, l'âge moyen était de 5 ans \pm 4,3 avec des extrêmes de 1 jour de vie et 14 ans.

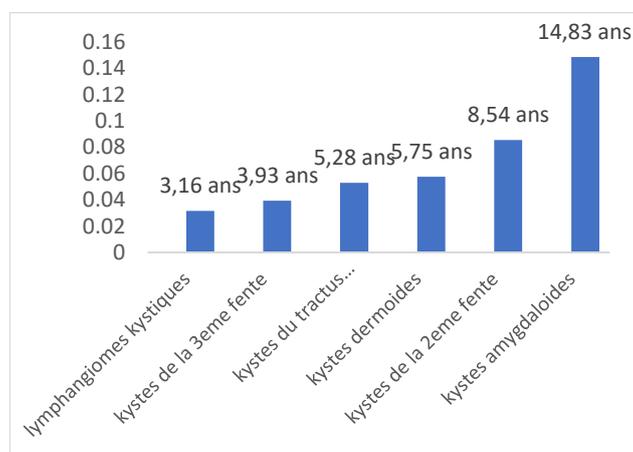


Figure 2 : Répartition des cas en fonction des moyennes d'âge de l'effectif concerné

Données cliniques

Les malformations étaient médianes chez 28 cas pour une fréquence de 65,11% et latérales dans 15 cas soit 34,88%. La tuméfaction cervicale était le principal motif de consultation chez tous les 43 patients parmi lesquels 11 cas étaient découverts lors d'une complication infectieuse soit 25,58%. Concernant les formes anatomo-cliniques, près de la moitié des cas recensés étaient des kystes du tractus thyroïdienne avec 26 cas soit 60,46%, suivi des lymphangiomes kystiques avec 11 cas soit 25,58. Nous avons retrouvés deux kystes de la deuxième fente branchiale soit 4,65 % ; deux kystes dermoïdes aussi (4,65 %), un kyste de la troisième fente branchiales soit 2,32% et un kyste amygdaloïdes (2,32%) voir figure 3. Cependant aucune fistule congénitale n'a été recensé durant notre étude.

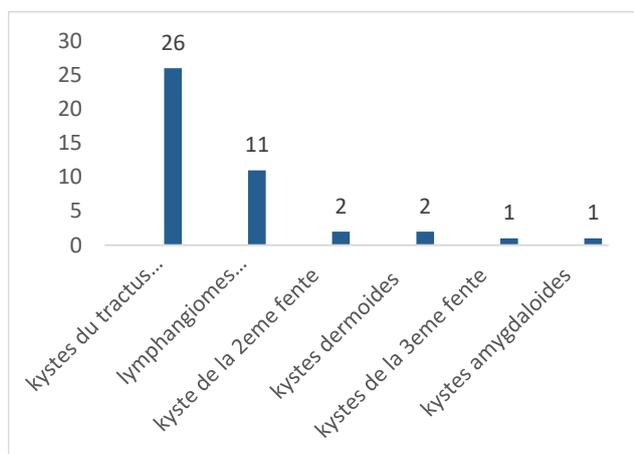


Figure 3 : Répartition des principales formes anatomo-cliniques

Données thérapeutiques

Concernant le traitement chez les 43 patients, seuls 36 patients avaient bénéficié de la chirurgie, soit 83,72%. De ces 36 enfants opérés, 11 avaient d'abord bénéficié d'une antibiothérapie du fait de la surinfection soit 30,55% comme le montre le Tableau I.

Tableau I : Répartition des cas en fonction du type de traitement

	KTT	LK	K2F	KD	Autres	Total
PEC chirurgicale	26	7	1	2	0	36
Absence de chirurgie	0	4	1	0	2	7
TOTAL	26	11	2	2	2	43

PEC : Prise en charge
 KTT : Kystes du tractus thyroïdienne
 LK : Lymphangiomes kystiques
 K2F : Kystes de la deuxième fente
 KD : kystes dermoïdes

Au plan évolutif, après une réévaluation deux mois après l'intervention, 11 patients étaient guéris (30,55%) ; 7 avaient une récurrence (19,44%) et 18 étaient perdus de vue (50,00%), voir Tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon l'évolution

	KTT	LK	K2F	KD	Total
Guérison	8	1	1	1	11
Récurrence	5	0	2	0	7
Perdu de vue	13	0	4	1	10
Total	26	1	7	2	36

KTT : Kystes du tractus thyroïdienne
 LK : Lymphangiomes kystiques
 K2F : Kystes de la deuxième fente
 KD : kystes dermoïdes

DISCUSSION

La présente étude avait pour but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des kystes et fistules cervicaux congénitaux chez l'enfant à l'Hôpital Général de Douala. Ainsi sur une période de 10 ans, 29 696 consultations ont été enregistrées dont 120 malformations congénitales cervico faciales parmi lesquels 43 cas de kystes et fistules cervicaux congénitaux. La prévalence exacte de kystes et fistules congénitaux du cou est mal connue. Elle était évaluée à 0,14 % par rapport à l'ensemble des consultations en ORL dans notre étude. Cette prévalence est inférieure à celle d'Ouoba et al [4] qui était de 0,5% et à celle d'Ondzotto et al [5] qui était de 2%. Cette différence s'explique par le fait que les deux études citées incluaient les fistules péri auriculaires et avaient étendu leurs populations d'étude aux adultes.

Dans notre étude, nous avons noté une prédominance du sexe masculin de 69,76 % de cas avec un sex ratio de 2,3. Nos résultats se rapprochent de ceux de d'Ouoba et al [4] qui avaient trouvé 65% des cas du sexe masculin.

L'âge moyen des patients ayant les kystes ou fistules cervicaux congénitaux à la première consultation était de 4,8 ans \pm 4,5. Ce résultat est supérieur à celui d'Ouoba et al [4] qui avait trouvé un âge moyen de 3,5 ans et inférieur à celui d'Ondzotto et al [5] qui était de 21 ans. Ces derniers avaient inclus les adultes dans leur étude.

Concernant l'âge moyen des patients à la première consultation des patients selon le type de malformation, il était de 14,83 ans pour les kystes amygdaloïdes, inférieur à celui de Charfi et al [6] était de 28 ans et 7 mois. Ceci s'explique par l'inclusion des adultes dans leur étude. Celui des lymphangiomes kystiques était de 3,16 ans ceci se rapprochant des résultats d'Ayugi et al [7] qui avaient trouvé 3 ans ainsi que Miloundja et al [8] qui avaient trouvé 2,52 ans. L'âge moyen des enfants présentant un kyste du tractus thyroïdienne était de 5,28 ans, inférieur à celui d'Ayugi et al [7] qui avaient trouvé 7,8 ans dans leur étude. L'âge moyen du début des symptômes était de 5 ans \pm 4,3. Il était supérieur à l'âge moyen de la première consultation (4,8 ans \pm 4,5).

Au plan clinique, sur les 43 cas recensés les malformations étaient médianes dans 28 cas pour une fréquence de 65,11% dominées par les kystes du tractus thyroïdienne qui représentaient 92,85 % (26 cas sur les 28). Ouoba et al [4] par contre relevaient une prédominance des kystes fistules latérales (67,5%) dominées par les fistules pré-héliennes (83,3%). Car ils

avaient inclus les fistules péri auriculaires dans leur étude.

La tuméfaction cervicale était la principale circonstance de découverte (100%) avec dans certains cas des surinfections (25,58%). Ondzotto et al [5] avaient retrouvé 89% de tuméfactions cervicales dont 17% surinfectés et 11% de fistules productives intermittentes. Osifo et al [9] Retrouvent un cas d'obstruction des voies respiratoires comme motif de consultation : il s'agissait d'un lymphangiome kystique.

Concernant les formes anatomo-cliniques, plus de la moitié des cas étaient des kystes du tractus thyroïdienne avec 26 cas (60,46%), suivi des lymphangiomes kystiques avec 11 cas (25,58%). Hsieh et al [10] retrouvaient 54,68 % des kystes du tractus thyroïdienne, 25,08% de lymphangiomes kystiques, par contre, Ragesh et al [11] retrouvaient une prédominance des lymphangiomes kystiques. Torsiglieri et al [12] ne retrouvaient aucun lymphangiome kystique.

Aucune fistule cervicale n'était retrouvée dans notre étude car les fistules suscitent habituellement peu d'intérêt parce que souvent asymptomatiques bon nombre de malades ne consultent pas dans l'enfance.

A plan thérapeutique, 36 enfants ont bénéficié d'un traitement chirurgical soit 83,72%, ceci après une antibiothérapie du fait de la surinfection soit 30,55%, cette prise en charge répond aux normes de la littérature [13].

Après une réévaluation deux mois après l'intervention chirurgicale, 11 patients étaient guéris soit 30,55%, 7 avaient eu une récurrence (19,44%) et 18 étaient perdus de vue (50,00%).

CONCLUSION

Au terme de notre étude dont l'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, clinique et thérapeutiques des kystes et fistules cervicaux congénitaux chez l'enfant à l'Hôpital Général de Douala, il ressort que cette pathologie est rare chez l'enfant en ORL avec une prévalence de 0,14% et se retrouve plus chez le sexe masculin. Les kystes du tractus thyroïdienne étaient les plus représentés. Cependant les fistules étaient absentes et la notion de surinfection était souvent évocatrice. La prise en charge était chirurgicale après antibiothérapie du fait de la surinfection. Nous avons noté quelques récurrences.

De ces récurrences, le succès de la chirurgie nécessite une maîtrise de l'embryologie aussi le diagnostic prénatal permettrait peut-être une prise en charge plus précoce et donc plus efficace.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt

RÉFÉRENCES

- 1- Perthus I, Amar E, Vigan CD, Doray B, Francannet C. Etat des lieux des registres de malformations congénitales en France en 2008. 2008 [updated 8 juillet 2008] ; Available from : <http://www.invs.sante.fr/beh/2008/28-29/beh-28-29-2008.pdf>.
- 2- Kos M. Head and neck congenital malformations. *Acta clin Croat.* 2004 ; 43 (2).195 p.
- 3- Gehanno P, Pessey J. Tuméfactions cervicales de l'adulte et de l'enfant. Société française d'oto-rhinolaryngologie et de pathologie cervico-faciale ; paris 1998. 293 p.
- 4- Ouoba K, Kabre M, Saheb A, Soudre BR, Sanou A. Les kystes du tractus thyroïdienne (à propos de 17 observations) *Bull Soc Path Exot.* 1995 ; 88 : 97-100.
- 5- Ondzotto G, Ehouo F, Peko JF, Fouemina T, Bissiko F, Akolbout D et al. Kystes et fistules congénitaux de la face et du cou. A propos de 78 cas. *Bull Soc Pathol Exot.* 2002 ; 982 :109-13.
- 6- Charfi A, Abid W, Romdlane N, Madiouni A, Chahed H, Zainine R et al. Les kystes amygdaloïdes : (à propos de 31 cas). *J Tun ORL* 2014 ; 31.
- 7- Ayugi JW, Ogeng'o JA, Macharia IM. Pattern of congenital neck masses in a Kenyan pediatric population. *International Journal of Pediatric otorhinolaryngology.* 2010.74 64-6.
- 8- Miloundja J, Manfoumbi AB, Mba R, Nguema B, N'Zouba L. Lymphangiomes kystiques cervicaux faciaux de l'enfant au Gabon .*Ann ORL* 2007 ; 124 :27-284.
- 9- Osifo OD, Ugiagbe EE. Neck masses in children : Etiopathology in a tertiary center. *Nigerian Journal of Clinical practice* 2011 ; 14 (2).
- 10- Hsieh Y-Y, Hsueh S, Hsueh C, Linl J-N, Luol C-C, Lail J-Y et al. Pathological Analysis of Congenital cervical cysts in Children : 20 Years of Expérience at Chang Gung Memorial Hospital. *Chang Gung Med J* 2003 ; 26 (1) :107-13.
- 11- Ragesh KP, Chana RS, Varshney PK, Naun M. Head and neck masses in children : a clinicopathological study. *Indian J Otolary Head and neck surg.* 2002 ; 54 (4) : 268-71.
- 12- Torsiglieri A, Tom L, Ross A, Wetmore R, Handler S, Potsic W. Paediatric neck masses guidelines for evaluation. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1988 ; 16 :199-210.
- 13- Righini CA, Mouret P, Blanchet C, Piolat C, Dyon JF, Reyt E. Traitement chirurgical de l'ére intention des kystes chez l'enfant : à propos de 99 cas. *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 2002 ; 122 :159-65.