

## FISTULE CONGÉNITALE DU COU: *Expérience de l'Hôpital Militaire Régional de Constantine*

DJOUINI M.E<sup>(1)</sup>, TANI<sup>(1)</sup>, MEDDOUR<sup>(1)</sup>, BENCHAOUI M<sup>(2)</sup>.

1) Service ORL, Hôpital Militaire Régional de Constantine.

2) Service ORL, CHU de Constantine, Faculté de Médecine Belkacem Bensmail, Université 3 Salah Boubenider.

### RESUME:

Les kystes et fistules congénitaux du cou sont fréquemment rencontrés chez l'enfant. Une parfaite connaissance de l'embryologie et l'anatomie de ces lésions est nécessaire pour faire un diagnostic préopératoire correct et proposer un traitement chirurgical approprié, essentiel pour prévenir une éventuelle récurrence. Nous exposons notre expérience.

*Mots clés: Embryologie, kystes congénitaux, fistules*

### ABSTRACT: CONGENITAL FISTULA OF THE NECK

Congenital cervical cysts and fistulae are frequently encountered in infants. Understanding of the embryology and anatomy of these lesions is necessary to provide accurate preoperative diagnosis and appropriate surgical therapy, which are essential to prevent recurrence. We expose our experience.

*Key words : Embryology, Congenital cysts, Fistulae.*

## INTRODUCTION

Les pathologies malformatives cervicales sont fréquentes chez l'enfant en pratique courante en ORL. Leur développement est lié à l'évolution de l'appareil branchial; structure embryologique très complexe. Cliniquement elles s'expriment par une masse cervicale ou le drainage d'un kyste au travers d'un orifice fistuleux cutané. Le traitement est chirurgical dont l'exérèse complète constitue la seule garantie de l'absence de récurrence.

## RAPPEL

L'arc branchial, appelé aussi arc pharyngé, est, chez les vertébrés, un des organes qui apparaît lors du développement du cou et de la tête. Les arcs pharyngés se forment, chez l'homme, à la quatrième et à la cinquième semaine du développement.

Ils sont formés d'unités métamériques limités en superficie par l'ectoderme de surface et en profondeur par l'endoderme. Ils contiennent un tissu mésenchymateux qui vient des cellules de la crête neurale et des cellules mésodermiques.

Il existe quatre arcs branchiaux et trois fentes ectodermiques et au niveau de l'endoderme, il y a six poches endodermiques (figure 1).

Chaque arc branchial, chaque fente et chaque poche sera à l'origine d'une structure anatomique cervico-faciale (figure 1).

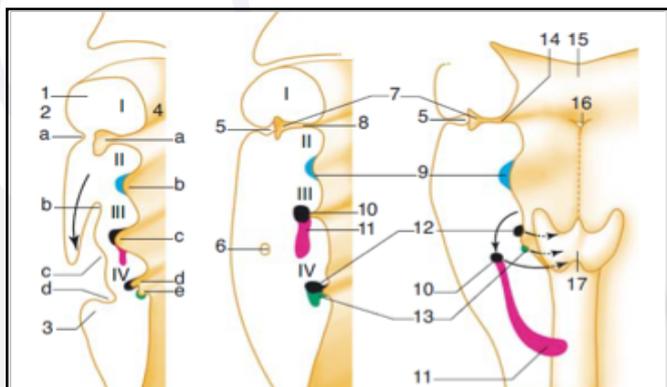


Figure 1. Arcs branchiaux et dérivés des poches ectobranchiales et entobranchiales.

I et IV : arcs branchiaux. De a à e : poches ecto ou endobranchiales. 1: Processus mandibulaire; 2: Poches ectobranchiales; 3: Crête épicaudique; 4: Poches entobranchiales; 5: Conduit auditif externe; 6: Sinus cervical; 7: Cavité tympanique primitive; 8: Future trompe d'Eustache; 9: Amygdale palatine; 10: Glande parathyroïde inférieure; 11: thymus; 12: Glande parathyroïde supérieure; 13: Corps ultime branchiale; 14: Trompe d'Eustache; 15: Plancher du pharynx; 16: Foramen caecum; 17: Glande thyroïde.

## CAS CLINIQUE

L'enfant B.NASSIM âgé de 6 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, consulte pour une induration latéro-cervicale droite le long du muscle sterno-cléido-mastoïdien homolatéral avec gêne lors des mouvements de rotation cervicale.

La maman rapporte la présence d'un orifice cutané latéro-cervical droit constaté depuis l'âge de 3 ans et qui laisse s'écouler du pus à l'occasion d'un syndrome infectieux. La sœur a été

opérée à l'âge de 10 ans pour kyste amygdaloïde.

L'examen clinique objective un orifice fistuleux non productif siégeant au niveau du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien à deux travers de doigts de la clavicule droite.

La palpation n'objective pas la présence de tuméfaction. L'examen oropharyngé retrouve un orifice au niveau de la partie supérieure du pilier postérieur avec une tonsille droite légèrement plus hypertrophiée que la gauche. L'examen otoscopique est sans anomalie.

Une échographie a été réalisée permettant d'identifier en partie le trajet fistuleux cervical.

La fistulographie n'a pas pu être réalisée du fait des difficultés rencontrées lors de l'injection de produit d'opacification.

A la lumière de ces données cliniques et paracliniques, le diagnostic d'une fistule de la deuxième fente fut retenu et une cure chirurgicale a été indiquée (figures 2-6).

Les suites opératoires étaient simples. Les contrôles itératifs ont permis de conclure à la guérison totale sans séquelles.



Figure 2. Orifice interne localisé au niveau de la partie supérieure du pilier postérieur.



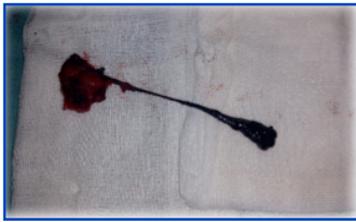
Figure 3. Incision étagée de BROCA.



Figure 4. Amygdalectomie particulière : Douce et atraumatique, Pédiculée sur l'orifice fistuleux interne.



Figure 5. Récupération du trajet fistuleux par la bouche.



*Figure 6. Pièce opératoire en monobloc Trajet fistuleux en totalité avec amygdale homolatérale*

## DISCUSSION

L'incidence exacte de cette pathologie est mal connue (0,5% des consultants) car un bon nombre de cas ne parvient pas à l'O.R.L [2].

La compréhension des aspects anatomo-cliniques ainsi que les bases thérapeutiques des kystes et des fistules passe par une bonne connaissance de l'embryologie. On distingue plusieurs origines.

Les kystes et fistules du premier arc branchial représentent 10% des anomalies branchiales [3]. Elles touchent le plus souvent l'enfant, avant l'âge de cinq ans et sont très rares ensuite.

Il existe deux types anatomiques :

- le type I correspond à une duplication du conduit auditif externe. Le kyste siège dans la région rétro-auriculaire avec un trajet fistuleux situé en dehors du nerf facial.

- le type II est plus fréquent. Le kyste se trouve dans la partie inférieure de la région parotidienne avec un trajet fistuleux passant dans la parotide, au contact du nerf facial.

Les kystes et fistules du deuxième arc branchial sont, après les fistules préhélicéennes, les malformations congénitales de la tête et du cou les plus fréquentes. Elles sont situées en position infra-hyoïdienne, en région latéro-cervicale, s'étendant de la région sous mandibulaire à la région sus claviculaire.

Le diagnostic peut être fait à la naissance devant une fistule localisée au niveau du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoidien ou plus tardivement devant une surinfection (tableau de tuméfaction inflammatoire cervicale).

Il n'est pas rare que le diagnostic ne soit porté qu'à l'âge adulte. L'association d'un kyste et d'une fistule est possible.

Les kystes et fistules des troisième et quatrième arcs branchiaux sont très rares, surtout ceux du troisième arc. Cliniquement, ces malformations ne présentent pas d'extériorisation cutanée mais une communication muqueuse hypopharyngée [4].

Cependant, le diagnostic peut être fait lors d'une extériorisation survenant sur un abcès cervical fistulisé. Elles sont toujours situées à gauche. Le tableau clinique est celui d'une hyoïdite ou d'un abcès hyoïdien gauche.

Le diagnostic de ces kystes et fistules du cou est clinique, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Cependant une échographie peut visualiser le kyste et une fistulographie permet d'identifier le trajet fistuleux.

Le traitement est chirurgical. Le geste doit répondre à 02 conditions :

- À distance d'un épisode infectieux.
- Retirer en un temps la totalité du trajet fistuleux et du kyste.

La technique utilisée au sein de notre service remplit ces 02 conditions et permet de prévenir les récurrences (08 patients opérés au sein de notre service selon cette technique avec un recul de 04 ans pour certains cas).

## CONCLUSION

La prise en charge des fistules congénitales latéro-cervicales impose une parfaite connaissance embryologique et anatomique de la région cervicale. Le traitement chirurgical à travers une dissection douce et atraumatique et une exérèse totale du trajet fistuleux sera efficace pour prévenir tout risque de récurrence.

## RÉFÉRENCES

1. Vazel L, Artins CM, Potard G, Rogez F, Fortum C, Marianowski R. Kystes et Fistules et Kystes congénitaux du cou. Elsevier Masson SAS. 2006.
2. Prabhu V, Ingrams D. First branchial arch fistula: diagnostic dilemma and improvised surgical management. Am J Otolaryngol. 2011; 32: 617.
3. Gleizal A, Merrot O, Fagahati S, Beziat JL. Chirurgie des Kystes et Fistules de la face et du cou. Elsevier Masson SAS. 2011.
4. Leloupa P, Malardb O, Staldera JF, Barbarota S. Fistules congénitales de la face et du cou. 2012.