

Lymphangiome kystique cervical de diagnostic échographique chez un nouveau-né Cervical cystic lymphangioma with ultrasound diagnosis in a newborn

Gbande P¹⁻², Sonhaye L², Agbeko F³, N'timon B⁴, Dagbé M⁴, Agoda-Koussema LK⁵, Adjenou KV².

1. Service de Radiologie; CHR Sokodé (Togo)
2. Service de Radiologie, CHU Campus de Lomé (Togo)
3. Service de Pédiatrie; CHR Lomé-commune (Togo)
4. Service de Radiologie ; CHU Kara (Togo)
5. Service de Radiologie; CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

Auteur correspondant : Dr GBANDE Pihou

gbandepihou@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Les lymphangiomes sont des dysplasies congénitales développées aux dépens des vaisseaux lymphatiques. Ce sont des affections pédiatriques relativement rares et de siège ubiquitaire. Nous décrivons un cas de localisation cervico-faciale diagnostiqué à la naissance afin de rappeler les aspects cliniques et en imagerie.

Observation : Il s'agissait d'un nouveau-né de 8 jours, reçu en consultation pédiatrique pour une tuméfaction cervico-faciale néonatale. La mère n'avait effectué aucune échographie obstétricale. L'examen clinique a noté une tuméfaction sous-mandibulaire, symétrique, non douloureuse, de consistance molle, s'étendant aux pommettes et recouverte d'une peau saine. Une échographie cervicale a mis en évidence, une masse kystique, bien limitée à paroi fine, multiloculaire séparée par de fines cloisons, avec une vascularisation périphérique et des septas.

Conclusion : Le lymphangiome kystique cervical est une tumeur bénigne d'origine congénitale. L'échographie-doppler est d'un apport incontournable au diagnostic et à la surveillance de cette affection. L'aspect multi-cloisonné est caractéristique et très évocateur du diagnostic devant une masse cervico-faciale chez le nouveau-né.

Mots clés : lymphangiome kystique, masse cervico-faciale, échographie.

ABSTRACT

Introduction: Lymphangiomas are congenital dysplasias developed at the level of lymphatic vessels. These are relatively rare pediatric conditions and ubiquitous siege. We describe a case of cervico-facial localization diagnosed at birth, in order to remind the clinical and imaging aspects.

Observation: This was an 8-day newborn, received in pediatric consultation for neonatal cervicofacial tumefaction. The mother had not performed any obstetrical ultrasound. Clinical examination noted submandibular, symmetrical, painless, soft-consistency, cheek-covered, and healthy-skin tumefaction. A cervical ultrasound showed a cystic mass, well limited to thin-walled, multilocular separated by thin walls, with peripheral and septa vascularization.

Conclusion: Cervical cystic lymphangioma is a benign tumor, with congenital origin. Ultrasound is an essential contribution to the diagnosis and monitoring of this condition. The multi-fragmented aspect is characteristic and very evocative of the diagnosis, in front of a cervicofacial mass within the newborn.

Keywords: cystic lymphangioma, cervico-facial mass, ultrasound.

INTRODUCTION

Les lymphangiomes sont des dysplasies congénitales développées aux dépens des vaisseaux lymphatiques. Ce sont des affections pédiatriques relativement rares. Elles représentent 25% des masses cervicales congénitales [1]. La rareté de cette affection et la diversité de son expression clinique, font que l'on a toujours recours à l'imagerie médicale pour une approche diagnostique. Les moyens d'imagerie de diagnostic de cette affection sont essentiellement l'échographie-doppler et l'imagerie par résonance magnétique [2].

Nous décrivons un cas de localisation cervico-faciale diagnostiqué à la naissance afin de rappeler les aspects cliniques et en imagerie.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un nouveau-né de 8 jours reçu en consultation pédiatrique pour une tuméfaction cervico-faciale néonatale.

Dans l'histoire et l'évolution de la grossesse, la mère a effectué trois consultations prénatales dans une unité de soins périphérique au cours desquelles aucune pathologie gravidique ni gravidique n'a été décelée. Elle a bénéficié d'une chimio prophylaxie antianémique et antipaludique. Elle a reçu deux doses de vaccin antitétanique. Elle n'a effectué aucune échographie obstétricale. La grossesse a été menée à terme, l'accouchement effectué à domicile. C'est devant la constatation de la tuméfaction, qu'elle a consulté dans la même structure sanitaire d'où elle a été référée au

Centre Hospitalier Régional de Sokodé (Togo) pour une meilleure prise en charge.

A l'examen, le nouveau-né était de sexe féminin pesant 3000g. On notait une importante tuméfaction sous-mandibulaire, symétrique, non douloureuse, de consistance molle, s'étendant aux pommettes et recouverte d'une peau saine (Figure 1). Il n'y avait pas de signe de compression aéro-digestive. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. On ne notait aucun antécédent familial de malformation cervicale. Une échographie de la tuméfaction a été réalisée et a permis de mettre en évidence une masse kystique bien limitée à paroi fine, multiloculaire séparée par de fines cloisons. Certains kystes présentaient un contenu échogène avec un niveau liquide-liquide. On notait une vascularisation périphérique des septas (Figure 2). Devant ces constatations cliniques et ces images échographiques, nous avons évoqué le diagnostic d'un lymphangiome kystique hémorragique. Le nouveau-né a été référé au chirurgien pédiatre et a été perdu de vu.



Figure 1 : Nouveau-né présentant une tuméfaction sous-mandibulaire symétrique s'étendant aux pommettes

Source : Service de Pédiatrie; CHR Lomé-commune

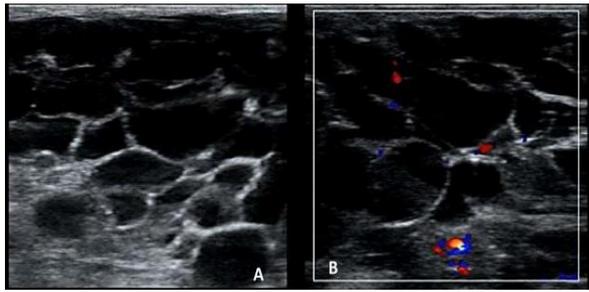


Figure 2 : (A) : Coupe axiale au niveau de la partie sous-mandibulaire de la tuméfaction avec une sonde de 10 MHz montrant la formation kystique multiloculaire séparée de cloisons fines multiples. (B) : Vascularisation périphérique de la formation ainsi que des septas inter loculaires au doppler couleur.

Source : Service de Radiologie; CHR Sokodé

DISCUSSION

Les lymphangiomes ont été décrits, pour la première fois, par REDENBACHER en 1828 mais leur relation avec le système lymphatique a été rétablie un demi-siècle plus tard par KOESTER [2]. Ces malformations sont présentes à la naissance et dans la première enfance. Leur diagnostic anténatal est possible par des échographies de dépistage systématique au 2^{ème} trimestre de la grossesse qui vont montrer une masse purement liquidienne [3,4]. Le diagnostic peut être fait très précocement à la naissance comme dans notre cas.

Cliniquement, les lymphangiomes kystiques réalisent des tuméfactions molles, dépressibles, indolores, présentant des poussées d'accroissement brutal liées aux épisodes infectieux des voies aériennes supérieures ou aux hémorragies intra-kystiques. Leur volume est variable de quelques millimètres à d'énormes masses pouvant être responsables de

compression. Ils peuvent intéresser, de façon isolée ou associée toutes les régions de la face et du cou. On distingue deux formes topographiques cervicales. Les lymphangiomes kystiques sous-hyoïdiens (40%) d'excellent pronostic, correspondant le plus souvent à des formes macrokystiques. Les lymphangiomes kystiques sus-hyoïdiens (60%), appartenant généralement aux lymphangiomatoses diffuses, qui peuvent dépasser toute systématisation anatomique et être à l'origine d'une compression des voies aéro-digestives supérieures [5]. Sur le plan histologique, il existe plusieurs classifications des lymphangiomes kystiques selon l'aspect macroscopique, mais la classification actuelle les divise en lésions microkystiques, macrokystiques et mixtes [6].

L'échographie-doppler qui est une application médicale diagnostique basée sur la réflexion des ultrasons, de par son innocuité, son accessibilité et son caractère non irradiant, s'est avérée l'examen de première intention devant l'exploration de ces masses cervicales de l'enfant. Elle doit être privilégiée surtout chez ces enfants qui sont des êtres en croissance et dont les tissus sont très radiosensibles. C'est l'examen de choix pour ce diagnostic [2]. Elle permet de différencier les lésions macrokystiques (hypoéchogènes avec quelques septa fins) et les lésions microkystiques pures, excluant une malformation vasculaire à flux rapide. Elle permet, par l'analyse de l'échogénicité, d'apprécier le contenu de différentes poches qui sont le plus souvent hypoéchogènes, liquidiennes sans débit au doppler et rarement échogènes en cas de poussée inflammatoire et d'hémorragie intrakystique. L'aspect multicloisonné est très

évocateur du diagnostic. L'échographie est aussi utile pour la surveillance des cas non opérés et pour la surveillance post-opératoire et permet également de dépister une récurrence. Parfois, et vu les rapports étroits de la lésion avec les organes de voisinage, l'échographie est incapable de déterminer ses limites. L'extension tumorale est parfois difficile à préciser à l'échographie en raison du volume souvent important de la tumeur. Ces limites seraient donc mieux précisées par l'imagerie en coupe. La tomographie avec injection de produit de contraste iodé renseigne mieux sur les caractéristiques de la lésion [7,8]. Cependant elle est trop irradiante. L'IRM a pour avantage d'être non irradiante, mais nécessite une immobilisation chez ces enfants pour éviter les anomalies de signal. Elle est souvent réalisée sous sédation chez l'enfant de moins de 6 ans. Les séquences à privilégier sont celles en T2 avec suppression de graisse (T2 Fat Sat), montrant un hypersignal homogène des structures lymphatiques [6]. L'injection de gadolinium, qui rehausse les parois des poches lymphatiques, n'est habituellement pas nécessaire si la clinique est évocatrice.

CONCLUSION

Le lymphangiome kystique cervical est une tumeur bénigne d'origine congénitale. L'échographie-doppler est d'un apport incontournable au diagnostic et à la surveillance de cette affection. L'aspect multicloisonné est caractéristique et très évocateur du diagnostic devant une masse cervico-faciale chez le nouveau-né.

REFERENCES

1. Avni F, Masseur A, Cassart M. Tumours of the fetal body: a review. *Pediatr Radiol.* 2009;39(11):1147-57.
2. Salazard B, Londner J, Casanova D, Bardot J, Magalon G. Les malformations lymphatiques : aspects cliniques et évolution. *Ann Dermatol Venereol.* 2006;51(4-5):412-22.
3. Lamia R, Lotfi H. Lymphangiome kystique cervical, diagnostic prénatal. *Presse Med.* 2005;34(13):967.
4. Leroy A, Garabedian C, Fourquet T, Clouqueur E, Coulon C. Bilan iconographique (échographie/IRM) dans l'évaluation anténatale des malformations lymphatiques kystiques cervicales. *Gynecol Obstet Fertil.* 2016;44(5):269-73.
5. Saad F, Mainard L, Galloy M, Gaconnet E, Hoeffel J. Imagerie des masses du cou chez l'enfant. *Feuill Radio.* 2000;40:219-31.
6. Gabeff R, Lorette G, Herbreteau D, le Touze A, Goga D, Maruani A. Malformations lymphatiques kystiques superficielles. *Ann Dermatol Venereol.* 2017;144(5):389-97.
7. Dia AA, Sy A, Sy MR, Touré PS, Diop MM, Mbodji M, et al. Apport de la tomographie dans le diagnostic du lymphangiome kystique cervical. A propos d'un cas. *J Afr Imag Med.* 2013;5(1):1-5.
8. Nouri H, Raji A, Rochdi Y, Elhattab Y, M'barek BA. Lymphangiomes kystiques cervicaux chez l'enfant. *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 2006;(127):263-6.