

DIAGNOSTIC DES MASSES CERVICALES

I. INTRODUCTION

Les masses cervicales constituent un motif fréquent de consultation ORL. La masse cervicale est une tuméfaction cervicale développée aux dépens des éléments du cou (Lymphatiques, Glandulaires, Vasculaires, nerveux...). Les masses multiples sont de diagnostic souvent facile et sont en rapport avec des adénopathies cervicales. Les masses isolées posent un problème de diagnostic étiologique. L'examen clinique bien conduit permet une orientation diagnostique. Les examens complémentaires confirment la nature et l'étiologie. L'essentiel est de ne pas passer à côté d'une masse cervicale maligne. Le traitement et le pronostic dépendent de l'étiologie.

II. RAPPEL ANATOMIQUE : Le cou comprend 2 moitiés bien différentes :

- Le demi cylindre postérieur : n'est qu'une énorme masse musculaire ; la nuque, destinée à mouvoir la tête et à assurer ses connexions avec la colonne vertébrale et la ceinture scapulaire.
- Le demi cylindre antérieur : loge de nombreux organes (muscles, vaisseaux, nerfs, viscères...).

III. DIAGNOSTIC POSITIF

A. Interrogatoire :

- Age - sexe - profession.
- Date d'apparition.
- Circonstances de survenue.
- Mode évolutif.
- Signes associés : dyspnée - dysphonie - douleur - fièvre.
- Habitudes toxiques.
- ATCD personnels et familiaux (vaccination BCG - radiothérapie...).

B. Examen clinique :

1. Examen du cou

a. Inspection : Siège de la masse • Peau de recouvrement : normale, inflammatoire... • Cicatrice ou fistule • Ascension à la déglutition

b. Palpation : Siège par rapport aux éléments du cou (os, cartilages, muscles, vaisseaux) • Apprécie la consistance (dure, ferme, rénitente, molle), surface, mobilité par rapport aux plans superficiel et profond, sensibilité, caractère pulsatile, limites • Apprécie le caractère inflammatoire : douleur et chaleur de la peau. • Caractère isolé ou multiple, uni ou bilatéral • Taille de la masse

c. Auscultation : A la recherche d'un souffle si tumeur battante.

2. Examen Loco-régional :

* **Examen de la cavité buccale :** examen du plancher, de la voûte palatine, des gencives, de la langue mobile et de la base de la langue • le toucher doit compléter l'inspection à la recherche de la moindre infiltration

* **Examen de l'oropharynx :** Examen du voile, des piliers, de la paroi pharyngée postérieure et des loges amygdaliennes

* **Examen de l'hypopharynx au miroir :** mobilité de l'hémilarynx, morphologie de l'endolarynx, de la margelle, des vallécules, de l'hypopharynx, sinus piriforme, gouttière pharyngo laryngée

* **Examen rhinologique :** rhinoscopie antérieure, rhinoscopie postérieure, nasofibroscopie (systématique), choanes, la face post sup, les fossettes de Rosenmüller, les orifices tubaires • cet examen est complété par un toucher pharyngé

* **Otoscopie – Laryngoscopie indirecte**

3. Examen somatique complet : plus particulièrement :

- Le cuir chevelu, recherche d'une tumeur mélanique
- Examen des autres chaînes ganglionnaires (axillaires, inguinaux ..)
- Examen de l'abdomen : HPM, SPM, gros rein.
- Examen gynécologique et mammaire chez la femme
- Examen cardio-vasculaire et pleuro-pulmonaire.

C. Examens complémentaires : Seront demandés en fonction de l'orientation clinique :

1. Biologiques :

• FNS-VS-CRP. • IDR à la tuberculine. • Sérologies (HIV, EBV, toxoplasmose, rubéole, maladie des griffes de chat ..).

2. Radiologiques :

- **RX conventionnelle** : cou, thorax face /profil.
- **Echographie cervicale** : nature solide ou liquide, rapport avec les gros vaisseaux
- **TDM cervicothoracique** : importance de la masse, siège, limites, extension, caractère vasculaire
- **IRM** : apprécie les parties molles, rapports avec les organes de voisinage
- **Artériographie cervicale bilatérale**, sous clavière et vertébrale
- **Phlébographie jugulaire interne**
- **Scintigraphie thyroïdienne.**

3. Panendoscopie : sous anesthésie générale comprend :

• Une pharyngo-laryngoscopie. • Une trachéo-bronchoscopie. • Une œsophagoscopie. • Une Cavoscopie.
Indications : Permet la recherche d'un foyer néoplasique primitif devant une ADP manifestement maligne (sujet alcoolo-tabagique ++)

4. Cytoponction : contre indiquée en cas de tm battante

Elle permet d'orienter le diagnostic : aspect macroscopique du liquide (sang, hématique , chyleux, purulent ...) surtout en cas de tm kystique liquidienne • etude cyto bactériologique

En cas de tm pleine soit la ponction est blanche ou ramène 2 à 3 cc de sang dont on fera un frottis pour rechercher les cellules malignes

5. Corvicotomie exploratrice avec biopsie : la biopsie d'une tm du cou indiquée dans 3 cas :

- Evaluation du stade d'une pathologie diagnostiquée
- Fistulisation de la masse à la peau (à travers la fistule)
- cervicotomie exploratrice avec examen histologique extemporané

Remarque : la biopsie directe d'une masse avec résection et effraction capsulaire est proscrite car dangereuse (risque vasculaire et nerveux et risque de flambée néoplasique dans les carcinomes : risque local et vital)

IV. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- Saillie de la grande corne de l'os hyoïde.
- Cartilage thyroïde saillant (chez la femme)
- Apophyse transverse de l'Atlas hypertrophiée.
- Saillie du tubercule de Chassaignac C6.
- Bulbe carotidien atheromateux.
- Ptose de la glande sous mandibulaire.

V. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

A. Masses médianes

1. Kyste dermoïde.

2. Kyste du tractus thyroglosse KTTG : la plus fréquente des masses cervicales après les ADP • Masse antérieure en avant et au dessous de l'os hyoïde • ferme, bien limité, indolore • ascension à la protrusion de la langue ++ (à l'inverse du kyste dermoïde)

3. Nodule thyroïdien : Masse basicervicale médiane ou paramédiane • ferme , bien limité, indolore • ascension à la déglutition ++

4. Tumeurs sus sternales : dans l'espace sus-sternal de Gruber peuvent se développer : Kyste dermoïde, lipome

Cliniquement : tm isthmique qui ne s'ascensionne pas à la déglutition

5. Grenouillette : Kyste salivaire mucoïde du plancher buccal réalisant une voussuresous mentale paramédiane simple

6. Fistule mento-sternale : extrêmement rare, bride mento-sternale évidente à la naissance

B. Masses latérales :

1. Adénopathies : Les adénopathies sont les tuméfactions cervicales latérales les plus fréquentes.

a. Adénopathies d'origine Infectieuse :

• **Tuberculose :**

Terrain évocateur : Notion de contag. ATCD personnels ou familiaux de TBC. Absence de vaccination.

Clinique : ganglion ramolli pouvant adhérer à la peau et évolution vers la fistulisation.

Diagnostic : Rx du thorax. IDR à la tuberculine +. Cytoponction et étude du caséum.

• **MNI** : Contage, angine érythémateuo-pultacée ou pseudo membraneuse, asthénie, SPM, HPM. MNI test + (test de Paul-Bunnel-Davidson)

• **Syphilis.**

• **Toxoplasmose.**

• **VIH . thularémie . Maladie des griffes de chat.**

b. Adénopathies inflammatoires :

• **Sarcoïdose** : Adulte jeune, plusieurs territoires, SPM, HPM, RX du thorax : ADP médiastinales. VS accélérée . anapath : granulome épithéloïde giganto-cellulaire

• **LED.**

• **PR.**

• **Syndrome de Gougerot - Sjogren**

c. Hémopathies :

• **Maladie de Hodgkin** : Enfant et adulte jeune. Poly ADP volumineuses, ne fistulisent jamais. Diagnostic de certitude : cellules de Reed-Sternberg.

• **Lymphome malin non hodgkinien**

• **Leucémie**

d. Adénopathies métastatiques : Le point de départ pouvant être : cavum, larynx, pharynx, thyroïde...

• Terrain alarmant : âge > 40 ans, alcool- tabagique. • Tuméfaction ferme, indolore, augmente rapidement de volume.

• Cytoponction : met en évidence des cellules malignes.

2. Tumeurs battantes :

• **Anévrisme artériel** : battante, expansive, réductible, consistance élastique, mobile dans le sens transversal et immobile dans le sens vertical. Souffle systolique à l'auscultation si siège carotidien Recherche au niveau du pharynx d'un comblement pariétal pulsatile = ponction dangereuse

• **Tumeur du corpuscule carotidien** : cas similaires dans la famille, rechercher une influence hormonale, diagnostic par artériographie

3. tumeurs fluctuantes latéro-cervicales :

- **kyste du sinus cervical (kyste amygdalien)** : tm isolée, située en arrière de la grande corne de l'os hyoïde et sous le bord du SCM . molle, indolore, à grand axe vertical, mobile transversalement
- **Adénophlegmon refroidi** : tm ramollie douloureuse
- **Lymphoe tuberculeux cervical** : forme monoganglionnaire des ADP tuberculeuses de l'adulte

4. Tumeurs aériques :

- **Laryngocèle externe** : tm faisant issue au niveau de la région latérale du cou au niveau des membranes thyroïdiennes et crico-thyroïdiennes mobiles lors des mouvements de déglutition
Molle, réductible, et se reproduisant à l'effort, le dg est affirmé par la Rx cervicale et laryngée
- **diverticule oesophagien de type 3**

5. Tumeur nerveuse du cou : schwannome, neurofibrome, sympathome

- Paragangliomes cervicaux

6. Lymphangiome kystique : dysembryoplasie bénigne portant sur le système lymphatique d'expansion essentiellement cervicale, rare, touche surtout l'enfant
C'est une masse polylobée ou non, dépressible, indolore, ne s'accompagnant pas d'ADP, siège électif au niveau postéro-inférieur du cou
Traitement chirurgical fonction de la localisation

7. Hématosarcome

8. Tumeurs conjonctives : fibrome et lipome : diagnostic se fait souvent après cervicotomie exploratrice par macroscopie, confirmée par l'histologie

CONCLUSION

Le diagnostic d'une tuméfaction cervicale repose sur un certain nombre d'exams simples et systématiques qui forment le bilan de base et dans lequel l'examen ORL et cervico- facial est primordial. Ce bilan de base permettra dans un certain nombre de cas de faire ou d'approcher le diagnostic. Dans les cas difficiles, la cervicotomie exploratrice avec examen histologique extemporané restera la solution de choix pour faire le diagnostic. Les adénopathies sont les tuméfactions cervicales les plus fréquentes.