APERÇU DES MASSES CERVICO-FACIALES CHEZ L'ENFANT AU BURKINA FASO : PROFIL ETIOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE.

Overview Of Cervicofacial Masses In Children In Burkina Faso: Etiological Profile And Management.

Goueta A[2], Tago Nam-Inga L*[1], Bargo CR[2], Bonkoungou BMWD[1], Bambara C[1], Nao EEM[1], Sereme M[2], Gyebre YMC[1].

[1] Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU Yalgado Ouédraogo ; [2] Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU de Bogodogo.

***Correspondance :** TAGO NAM-INGA Laurence, Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHU YALGADO OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina Faso, mail : latifadiams@gmail.com , Tel : 00226 64 78 58 93.

RÉSUMÉ

But : poser la problématique du diagnostic étiologique et la prise en charge des masses cervicales chez l'enfant. **Méthodologie** : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive de collecte rétrospective sur dix ans allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2023, au service d'ORL/CCF du CHU-YO. Elle a porté sur 85 cas de masses cervico-faciales reçues durant cette période d'étude. **Résultats :** La fréquence annuelle des masses cervico-faciales de l'enfant a été de 8,5 cas. La moyenne d'âge a été de 56 mois. Les patients de moins de 3 ans ont été les plus représentés avec 44,7% des cas. Le sex ratio était égal à 0,9. Le délai moyen de consultation était de 9 mois. La tuméfaction cervico-faciale a été retrouvée dans 91,8% des cas. Les causes infectieuses représentaient 54,1%. Les causes malformatives représentaient 29,4%. Aucun diagnostic anténatal n'a été réalisé. L'échographie cervico-faciale a été réalisée dans 32 cas (37,6 %). Le traitement était chirurgical dans 84,7% des cas. La durée moyenne de l'hospitalisation était de 05 jours. L'évolution a été favorable chez 71 patients (83,5%). Huit perdus de vue (9,4%) ont été notifiés. Le taux de mortalité était de 7,1%. **Conclusion :** Les masses cervico-faciales chez l'enfant sont relativement fréquentes. Le traitement est médico-chirurgical. L'évolution était le plus souvent favorable. **Mots clés :** masses cervico-faciales, enfant, ORL, Burkina Faso

ABSTRACT

Objective: To address the issue of etiological diagnosis and management of cervical masses in children. **Methodology**: This was a retrospective, descriptive, cross-sectional study conducted over ten years, from January 1, 2013, to December 31, 2023, in the ENT/Head and Neck Surgery Department of the University Hospital of Yalgado Ouedraogo (UHC-YO). It included 85 cases of cervicofacial masses seen during this study period. **Results**: The annual incidence of cervicofacial masses in children was 8.5 cases. The mean age was 56 months. Patients under 3 years of age were the most represented, accounting for 44.7% of cases. The male-to-female ratio was 0.9. The mean time to consultation was 9 months. Cervicofacial swelling was found in 91.8% of cases. Infectious causes accounted for 54.1% of cases. Malformations accounted for 29.4%. No prenatal diagnoses were performed. Cervicofacial ultrasound was performed in 32 cases (37.6%). Treatment was surgical in 84.7% of cases. The average length of hospital stay was 5 days. The outcome was favorable in 71 patients (83.5%). Eight cases were lost to follow-up (9.4%). The mortality rate was 7.1%. **Conclusion**: Cervicofacial masses in children are relatively common. Treatment is medical and surgical. The outcome was most often favorable. **Keywords**: cervicofacial masses, child, ENT, Burkina Faso

INTRODUCTION

Les masses cervicales chez l'enfant constituent une part non négligeable des consultations en ORL de par leur fréquence et leur gravité potentielle [1,2]. Tous les éléments constitutifs du cou (conjonctifs, glandulaires, vasculaires ou nerveux) peuvent être à l'origine d'une tuméfaction cervicale. Bien que les adénopathies soient fréquentes chez l'enfant, la découverte d'une masse constitue une préoccupation majeure en pratique pédiatrique et ORL dont la hantise reste le cancer [2]. Malgré leur fréquence en pédiatrie, les masses cervicales chez l'enfant posent un problème diagnostique majeur en raison de la diversité de leurs étiologies allant de simples ganglions réactionnels à des malformations congénitales complexes ou des processus néoplasiques agressifs [2,3]. L'approche diagnostique a évolué avec l'amélioration des techniques d'imagerie, notamment l'échographie haute résolution et l'IRM, permettant une meilleure caractérisation préopératoire [3,4]. Parallèlement, les stratégies thérapeutiques se sont affinées, privilégiant des approches conservatrices pour les infections et des techniques chirurgicales précises pour les anomalies de développement afin de minimiser le risque de récidive et de complications [3,5]. Le but de cette étude a été de poser la problématique du diagnostic étiologique et la prise en charge des masses cervico-faciales chez l'enfant dans un service ORL au sud du Sahara.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'est agi d'une étude descriptive avec collecte de données rétrospectives portant sur 85 cas de masses cervico-faciales chez l'enfant dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. Cette étude a été menée du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2023. Ont été inclus dans notre étude, tous les patients âgés de 15 ans ou moins, présentant une masse cervico-faciale et reçus pendant la période d'étude. Les données ont été exploitées à partir des dossiers cliniques d'hospitalisation, des registres d'hospitalisation, des fiches individuelles de consultation des patients, du registre de compte rendu opératoire. Les variables étudiées étaient l'âge, le sexe, la profession, la provenance géographique, le niveau d'instruction du patient, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les données de l'examen clinique, les résultats des examens complémentaires effectués, le traitement réalisé et l'évolution post-opératoire. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel EPI Info version 7.0. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

RÉSULTATS

Fréquence

Du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2023, soit une période de 10 ans, nous avons colligé 85 cas de masses cervicales chez l'enfant, soit une incidence annuelle de 8,5 cas. Pendant la même période, 4300 patients ont été hospitalisés dans le service d'ORL. Les masses cervicales de l'enfant ont représenté 2,0 % des cas d'hospitalisation durant cette période.

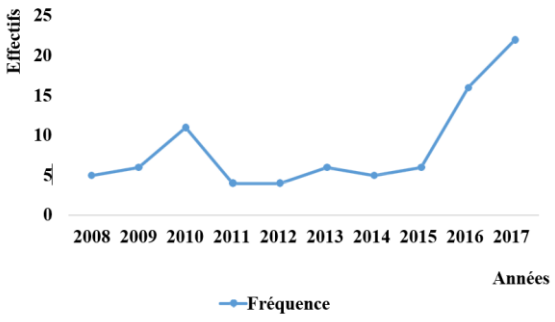


Figure 1 : Répartition des patients selon l'année d'admission (N=85)

Age

L'âge moyen était de 56 mois (4 ans 8 mois) avec des extrêmes de 3 mois et 180 mois (15 ans). La répartition des patients en fonction des tranches d'âge est représentée dans la figure 2.

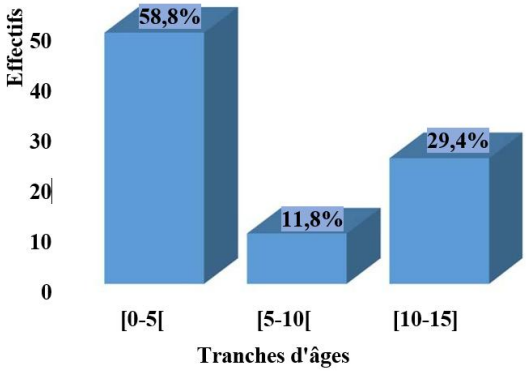


Figure 2 : Répartition des patients par tranches d'âge

Sexe *:* Les sujets de sexe masculin représentaient 40 cas (47,1%) soit un sex ratio de 0,9.

Provenance géographique *:* Les patients provenaient d'une zone urbaine dans 70,6% des cas, semi-urbaine dans 23,5% des cas et rurale dans 5,9% des cas.

Données cliniques

Délai de consultation : Le délai moyen de consultation dans notre série était de 9 mois avec des extrêmes de 1 jour et 8 ans.

Age d'apparition : La tuméfaction cervicale était présente à la naissance dans 11 cas soit 12,9%. Elle était apparue avec l'âge dans 74 cas (87,1%). L'âge moyen d'apparition était de 24 mois.

Explorations paracliniques

Aucun diagnostic anténatal n'a été réalisé. L'échographie cervicale a été réalisée dans 32 cas (37,6%). La tomodensitométrie a été réalisée chez 08 patients (9,4%). L'imagerie par résonance magnétique n'a pas été réalisée dans notre étude. Aucune cytoponction n'a été réalisée.

Nature de la masse (tableau I)

Tableau I : Répartition des patients selon la nature de la masse (N=85)

Pathologies	Effectifs	Pourcentage
Pathologies infectieuses	**46**	**54,1**
Abcès cervical	17	20
Cellulite cervicale	11	12,9
Adénophlegmon	08	9,4
Parotidite ourlienne	03	3,5
Thyroïdite de Hashimoto	01	1,2
Pathologies malformatives	**25**	**29,4**
Kyste du tractus	12	14,1
thyréoglosse	09	10,6
Lymphangiome kystique	02	2,4
Kyste dermoïde	01	1,2
Kyste branchial	01	1,2
Kyste amygdaloïde		
Pathologies tumorales	**09**	**10,6**

Lipome	03	3,5
Hémangiome	02	2,4
Adénome pléomorphe de la parotide	02	2,4
Adénome folliculaire de la thyroïde	01	1,2
Carcinome papillaire de la thyroïde	01	1,2
Adénopathies cervicales isolées	**05**	**5,9**

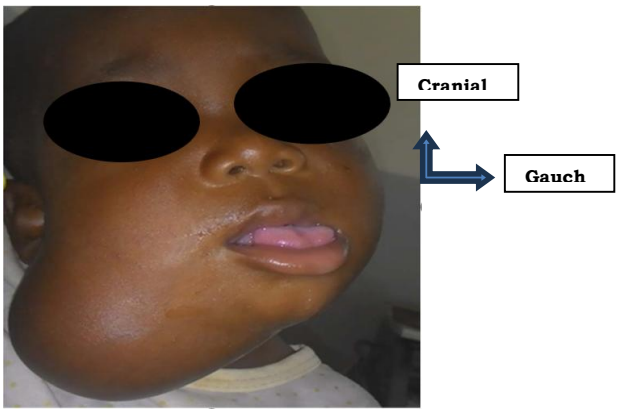


Figure 3 : Lymphangiome kystique cervico-facial droit chez un enfant de 3 ans. (Source : service d'ORL/CCF du CHU-YO)

Données thérapeutiques : Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical (100%). L'indication d'un traitement chirurgical a été posée chez 72 patients (84,7%). Les techniques utilisées différaient d'une pathologie à l'autre. Le principal geste réalisé était l'incision-drainage dans 51,4%. Les différents gestes chirurgicaux sont représentés dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon le traitement chirurgical (N=72)

Types de chirurgie	Effectifs (n)	(%)
Incision + drainage	37	51,4
Cervicotomie	13	18,1
Intervention de Sistrunk	12	16,7
Tumorectomie	4	5,6
Adénectomie	4	5,6
Curage ganglionnaire	2	2,8

Données évolutives

Durée d'hospitalisation : La durée moyenne de l'hospitalisation était de 05 jours avec des extrêmes de 01 et 23 jours.

Suites opératoires : L'évolution a été favorable chez 71 patients (83,5%). Cependant nous avons noté 08 perdus de vue (9,4%). Une récidive de lymphangiome kystique cervical deux ans après la cure chirurgicale a été notifiée. Le patient a été réopéré avec succès.

Six décès ont été notifiés, soit un taux de mortalité de 7,1%. Il s'agissait de trois décès secondaires à un sepsis sévère, et trois cas d'arrêt cardio-respiratoire par compression des voies respiratoires.

DISCUSSION

Les masses cervicales de l'enfant représentaient 2,0 % des hospitalisations, avec une incidence annuelle de 8,5 cas dans notre série. Cette incidence est inférieure à celle rapportée par Fassih et al. au Maroc (80 cas/an) [1]. Cette différence pourrait être liée à une sous-estimation des cas en rapport avec un parcours de soins inadapté et le recours fréquent à la médecine traditionnelle.

L'âge moyen était de 56 mois avec des extrêmes de 3 mois et 180 mois dans notre série. L'âge de présentation varie selon l'étiologie. En effet, les masses congénitales sont souvent diagnostiquées au cours de la première année de vie ou de la petite enfance, tandis que les masses inflammatoires et néoplasiques (comme les lymphomes) peuvent apparaître à tout âge, avec un pic entre 1 et 10 ans dans de nombreuses séries [1,3,6].

Le sexe féminin était légèrement prédominant dans notre série, contrairement aux données de Lucumay et al [3] en 2014 et Shariff et al [7] en 2018 qui rapportaient une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,27 et 2,5 respectivement. Aucune explication physiopathologique claire ne permet d'expliquer cette différence, qui pourrait être liée à des facteurs contextuels ou méthodologiques.

Le délai moyen de consultation était de 9 mois dans notre étude, traduisant un retard diagnostique important. Ce retard pourrait être lié à l'évolution lente de certaines pathologies tumorales et à des facteurs socio-économiques défavorables. Aucun diagnostic anténatal n'a été observé, probablement en raison d'un suivi prénatal insuffisant et de l'absence de dépistage systématique des anomalies fœtales dans notre contexte, comme dans l'étude de Khamassi et al [8] en Tunisie. L'échographie fœtale systématique dans le cadre de la surveillance des grossesses permet aujourd'hui un dépistage précoce de nombreuses malformations avant la naissance.

La tuméfaction cervicale était le principal motif de consultation retrouvé chez 91,8% de nos patients. Le même constat a été fait par plusieurs auteurs [1,2]. L'échographie cervico-

faciale était l'examen d'imagerie le plus réalisé (37,6 %) dans notre série. C'est l'examen de première intention en raison de son innocuité, de sa disponibilité et de sa haute spécificité pour différencier les lésions kystiques des lésions solides [6,9]. Elle permet également de guider une cytoponction à l'aiguille fine (FNAC) qui est un outil diagnostique précieux avec une sensibilité supérieure à 90 % et une spécificité d'environ 85 % dans certaines études [1,2,7]. Elle est utile pour orienter vers une cause inflammatoire ou tumorale. La TDM (9,4 %) et l'IRM n'ont été que peu utilisées en raison de leur coût élevé. En effet, le coût moyen d'une TDM est estimé à 40 000 francs CFA, alors que le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) est de 45 000 francs CFA, constituant un frein majeur à leur réalisation [10]. La concordance entre le diagnostic préopératoire clinique et le diagnostic final est estimée à environ 61 % dans certaines séries hospitalières, soulignant la nécessité de l'imagerie [9,11].

L'examen anatomopathologique a été réalisé chez 30,6 % des patients dans notre série. Cette faible réalisation pourrait être liée au coût élevé de l'examen, à sa disponibilité irrégulière dans notre formation sanitaire et au faible niveau socio-économique des patients.

Les étiologies des masses cervicales chez l'enfant varient selon les séries. Dans notre étude, les causes infectieuses étaient prédominantes (54,1 %). Il s'agit de la catégorie la plus fréquente, représentant entre 44 % et 76 % des cas selon les contextes cliniques, probablement en lien avec la vulnérabilité immunitaire de l'enfant [6,7]. Les malformations congénitales constituaient la deuxième étiologie par ordre de fréquence dans notre série. Elles représentaient environ 16 % à 40 % des masses cervicales biopsiées ou opérées selon les séries [7,12]. Les pathologies tumorales représentaient 10,6 % des cas de notre série. Bien que minoritaires, elles sont cruciales à identifier [13].

Le traitement des masses cervicales chez l'enfant est médico-chirurgical [1,2]. Dans notre étude, le traitement médical exclusif a été utilisé dans 15,3 % des cas et reposait principalement sur une antibiothérapie systématique, associée à un traitement antalgique et, dans certains cas, à une corticothérapie. L'incision-drainage avec évacuation de pus constituait le geste chirurgical le plus fréquent (51,4 %), conformément aux recommandations de la littérature, qui considèrent ce geste comme essentiel dans la prise en charge des formes suppurées [1,2]. L'exérèse selon la technique de Sistrunk a été réalisée dans 16,7 % des cas, essentiellement pour les kystes du tractus thyréoglosse (KTT). Cette technique reste la référence thérapeutique en raison de son faible taux de récidive [13]. La kystectomie par cervicotomie a concerné 18,1 % des patients, notamment dans la prise en charge des lymphangiomes et autres kystes cervicaux, avec une efficacité élevée comme rapporté dans la littérature [13]. Aucune ponction-drainage ni sclérothérapie n'a été réalisée dans notre série, ces techniques étant réservées à des situations spécifiques ou considérées comme des alternatives à la chirurgie [13,14].

L'évolution a été favorable dans 83,5% des cas. Cependant ce résultat est relatif dans notre contexte compte tenu du nombre de patients perdus de vue égal à 9,4%. Par ailleurs le taux de mortalité était de 7,1% dans notre série. Le retard de consultation et la pauvreté dans notre contexte expliqueraient ce taux de mortalité.

CONCLUSION

Les masses cervico-faciales chez l'enfant constituent une pathologie fréquente en pratique ORL dans notre contexte. Leur profil étiologique est dominé par les causes infectieuses, suivies des malformations congénitales, tandis que les étiologies tumorales restent minoritaires et le plus souvent bénignes. Le retard de consultation observé, l'insuffisance du diagnostic anténatal et l'accessibilité limitée aux explorations complémentaires soulignent les contraintes diagnostiques rencontrées en milieu à ressources limitées. La prise en charge demeure essentiellement médico-chirurgicale. Malgré une évolution globalement favorable, le taux non négligeable de mortalité et de perdus de vue interpelle sur la nécessité d'un diagnostic plus précoce et d'un renforcement du suivi post-thérapeutique.

RÉFÉRENCES

1. Fassih M, El Moujahid S, Taali L, Abada R, Rouadi S, Mahtar M et al. Les masses cervicales de l'enfant : étude rétrospective d'une série de 320 cas, analyse épidémio-clinique et histologique. Médecine du Maghreb. 2012 ; 194 :17-22.
2. Collège Français d'ORL et de chirurgie Cervico faciale. Adénopathie superficielle de l'adulte et de l'enfant (cervicale). Université Médicale virtuelle Francophone. 2014 ; 3p.
3. Lucumay EM, Gilyoma JM, Rambau PF, Chalya PL. Paediatric neck masses at a University teaching hospital in northwestern Tanzania: a prospective analysis of 148 cases. BMC Research Notes. 2014 ;7 : 772.
4. Meier JD, Grimmer JF. Evaluation and management of neck masses in children. American Family Physician. 2014 ; 89(5) :353–358.
5. Jackson JC. Evaluation and Management of Pediatric Neck Masses: An Otolaryngology Perspective. Physician Assistant Clinics. 2018 ; 3(2) : 247–260

6. Greeshma N, Melkundi S. Ultrasonography evaluation of pediatric neck masses. International Journal of Advanced Research. 2024 ; 12(8) : 586–593
7. Shariff MA. Etiopathological study of pediatric neck masses in a rural population. International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. 2018 ; 4(6) : 1206-1211.
8. Khamassi K, Kesraoui I, Smaili A, Lahiani R, Bougacha L, Sellami H, et al. Les lymphangiomes kystiques cervico-faciaux. Pan African Medical Journal. 2015 ; 20 : 1-7
9. Shadmani G, Don S. What is this bump in my neck? Ultrasonographic evaluation of pediatric neck masses. J Clin Ultrasound. 2023 ; 51(5) : 919-930.
10. Président de la transition, Chef de l'État, Président du conseil des Ministres. Salaires minima interprofessionnels garantis. Journal Officiel du Burkina Faso, N°04, 17 janvier 2024, 2p.
11. Pitner H, Elmaraghy C, Fischer B, Onwuka A, Rabe A, Walz P. Diagnostic Accuracy of Midline Pediatric Neck Masses. Otolaryngology–Head and Neck Surgery. 2019 ; 160(6) : 1111-17
12. Hudise JY, Alshehri KA, Shamakhey RE, Alshehri AK. Prevalence and pattern of neck masses in pediatric patient: in Aseer Central Hospital, KSA. International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. 2017 ; 3(4) : 791–794.
13. Bozbeyoglu SG, Gulcin N. Radiological and Clinical Approach to Pediatric Non-Inflammatory Head and Neck Masses. Akd Med J. 2024 ;10(1) : 150-155
14. Singh K, Kour A. Study on usual presentation of unusual neck masses in paediatric population. International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. 2019 ; 5(6) : 593-597