

CHAPITRE VI : LE COU (NON TRAUMATIQUE) CHEZ L'ADULTE

CONTRIBUTEURS :

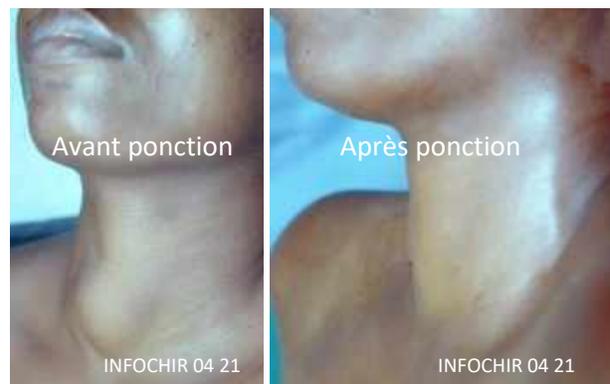
- Dr. Louis-Franck TÉLÉMAQUE
- Dr. Patrick JEAN-GILLES
- Dr. Sylvio AUGUSTIN
- Dr. Djhonn St CYR

Mis à jour le 29 mai 2024

6.1 GLANDE THYROÏDE

6.1.1 : KYSTES THYROÏDIENS

6.1.1.1 Le kyste : Poche remplie de liquide ou de sang (hémorragie intra kystique). Il est bénin et ne secrète pas d'hormones. Indolore, il peut brusquement augmenter de volume et provoquer de la douleur localement. Après une sono, une ponction évacuatrice du liquide kystique pour analyses précède une simple surveillance médicale. La persistance du kyste après plusieurs ponctions indique une exérèse chirurgicale qui peut être réalisée d'emblée en cas de gros kystes > à 3 cm.



6.1.2 : GOITRE EUTHYROÏDIEN

6.1.2.1 DIFFUS HOMOGÈNE



6.1.2.1 A : Goitre diffus simple : L'hyperplasie du corps thyroïde, sans dysthyroïdie est de nature bénigne, non inflammatoire, parfois réversible. Affection fréquente, des « hauteurs » atteignant surtout les femmes : endémique, sporadique. On invoque des facteurs de croissance (TSH) et d'autres goitrigènes (carence iodée, thiocyanates, médicaments, génétique, grossesse multiple...) pour expliquer l'hypertrophie compensatrice de la glande. Classé du stade 0 à III selon la grosseur (OMS). La gêne locale, la dyspnée positionnelle par compression trachéale, la dysphagie et le discrédit esthétique amènent les patient(e)s au traitement. (<https://www.em-consulte.com/article/198679/goitre-simple>)

6.1.2.1 B : Goitre diffus simple : Le diagnostic différentiel se fait avec des masses congénitales (kyste thyroglosse, hygroma kystique, laryngocèle), et inflammatoires (adénopathies, néoplasiques).

L'exploration paraclinique comprend une évaluation de la fonction thyroïdienne (TSH, T3, T4 libres), et une échographie de la glande (volume, caractère homogène vs hétérogène, vascularisation).

Au début, un traitement freinateur (lévothyroxine, 1µg/kg/j) est proposé. Le traitement chirurgical visera à réduire au maximum le volume de la glande par une lobectomie subtotale bilatérale. (<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2017.03134/>)



6.1.2.2 DIFFUS INHOMOGENE



6.1.2.2 : Goitre diffus ancien : Le goitre diffus simple, étant en général bien toléré, facilite sa longue évolution. Cependant, il adopte un volume de plus en plus important qui va provoquer chez le/la malade des sensations d'étouffement, une toux au décubitus dorsal et une dysphagie. De goitre homogène, il devient bosselé, multi nodulaire non toxique (non réversible).

À la paraclinique, après l'évaluation de la fonction thyroïdienne et le dosage des anticorps antithyroïdiens (thyroïdite), l'échographie permet de mesurer le volume du goitre et de localiser les nodules dans la partie cervicale des goitres en vue de la biopsie. On cherche des signes de compression des organes de voisinage par la laryngoscopie, un X-Ray et un scan cervical et thoracique.

Au stade de symptômes obstructifs de plus en plus gênants, la thyroïdectomie est l'option de choix en évitant les saignements, la perforation de la trachée, la lésion des nerfs récurrents et des glandes parathyroïdiennes. Si la thyroïdectomie est totale, un traitement supplétif de lévothyroxine est indispensable à vie. Si l'intervention est contraindiquée, l'iode radioactif peut être utilisé.

(https://facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2910.pdf)
<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2017.03134/>

6.1.2.3

GOITRE DIFFUS ANCIEN AVEC ACCIDENTS ÉVOLUTIFS



6.1.2.3 : Goitres diffus anciens avec accidents évolutifs : Si des goitres multi nodulaires continuent à évoluer sans traitement approprié, ils sont le siège de remaniements secondaires, tels que les hémorragies, la nécrose pseudo kystique et les macro-calcifications. Ils prennent un volume extrêmement important comprimant les structures cervicales et thoraciques. Une brusque augmentation de volume doit faire craindre la survenue d'une thyroïdite ou d'un cancer.

La perception de la présence constante de la masse est associée à une toux, une dyspnée et une sensation d'étouffement perturbant le sommeil (apnée). Une douleur brusque ressentie peut être en rapport avec des hémorragies intra nodulaires. La dysphagie est accentuée. Une circulation collatérale cervicale et thoracique se développe pouvant être satellite d'une compression ou d'une thrombose de la veine jugulaire, d'un syndrome d'hypoperfusion cérébrovasculaire, d'un syndrome de la veine cave supérieure. De plus, on peut observer une voix rauque par compression du nerf récurrent laryngé, une paralysie du nerf phrénique et un syndrome de Claude Bernard Horner.

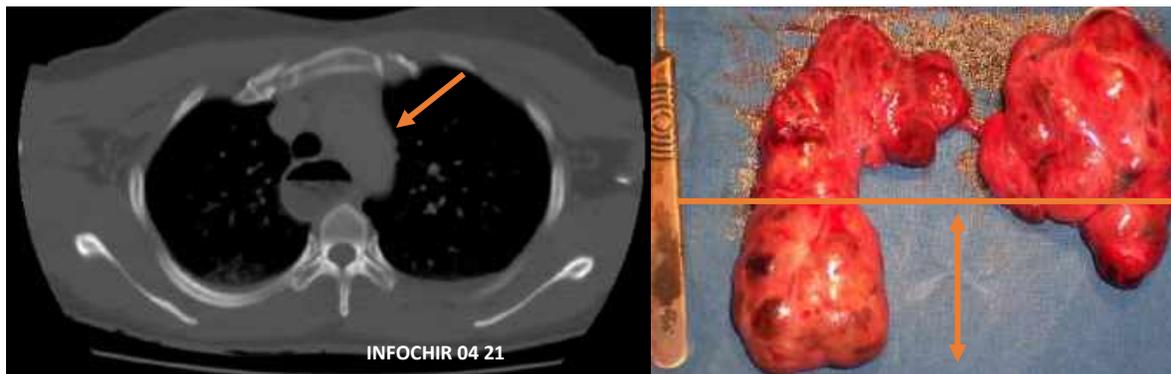
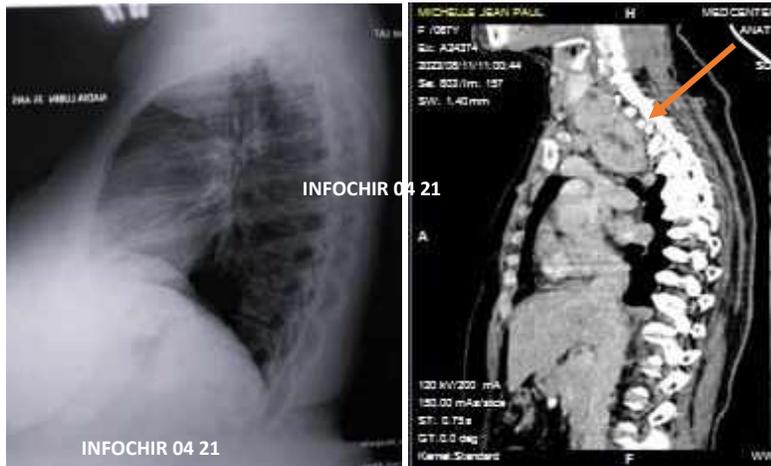
À ce stade critique, la prise en charge est multidisciplinaire, associant une évaluation de la fonction thyroïdienne à une exploration des différents appareils pour statuer sur les bilans d'opérabilité et de résécabilité. La décision finale est au cas par cas, avec une conscience des risques encourus.

(<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2017.03134/>)

(https://facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2910.pdf)

6.1.2.4

GOITRE PLONGEANT OU SUGSTERNAL OU RÉTROSTERNAL



6.1.2.4 : Goitre plongeant : *Tout goitre ne siégeant pas dans la région cervicale en position opératoire et ayant un prolongement inférieur à plus de deux travers de doigt sous le manubrium sternal est un goitre plongeant. Il fait partie des goitres multinodulaires (GNM). Vu chez les patients âgés, les pôles inférieurs des lobes latéraux croisent l'orifice supérieur du thorax asymptotiquement mais, progressivement provoquent des symptômes compressifs croissants (dysphagie, dyspnée, syndrome cave supérieur) qui commandent la sanction opératoire.*

Le bilan préopératoire inclut, en plus de la fonction thyroïdienne et d'une cytoponction échoguidée, une imagerie de la trachée, du médiastin pour statuer sur la position de la partie intrathoracique et ses rapports avec la trachée, l'œsophage et les vaisseaux. Ce bilan peut permettre aussi d'anticiper l'abord chirurgical soit cervical, soit extra cervical.

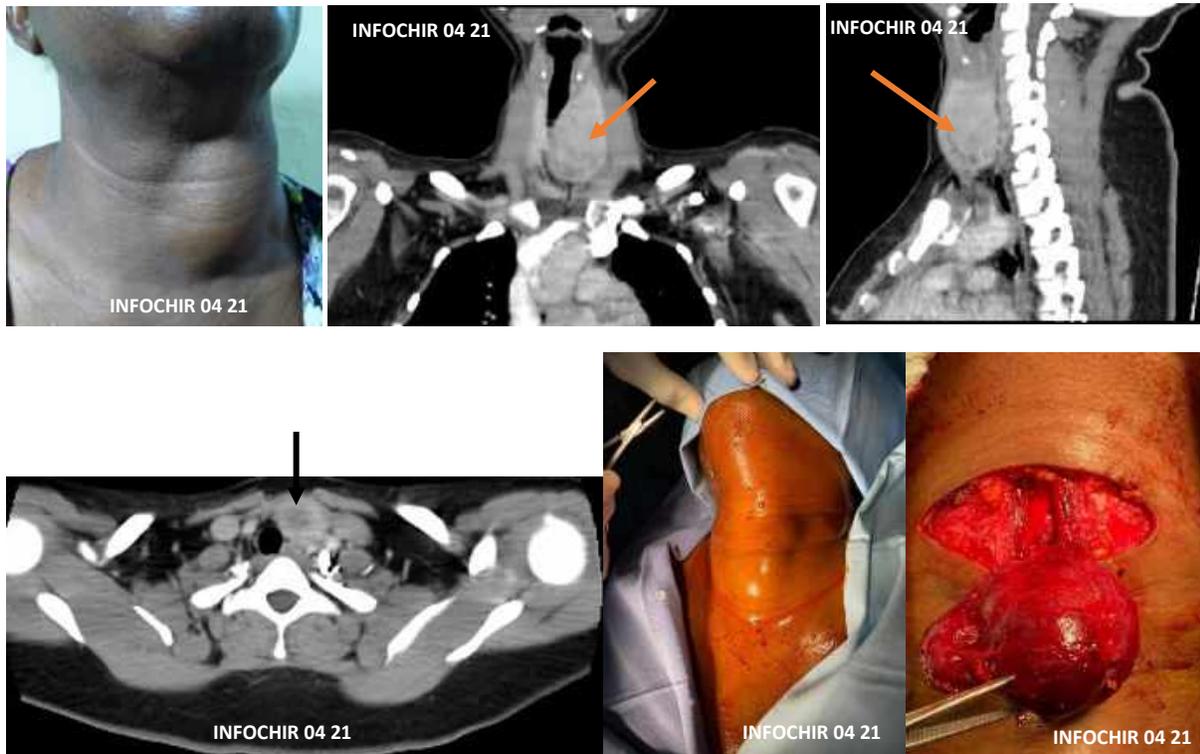
L'approche cervicale est initiée d'abord mais nécessite une manœuvre prudente d'extraction de la partie plongeante. Si l'exposition est difficile et risquée pour les structures vitales, on passe à l'étape médiastinale par une sternotomie médiane pour extirper le goitre plongeant thoracique. L'intervention est terminée par une hémostase soignée, un drainage médiastinal aspiratif et la fermeture du sternum. Des complications liées à la trachéomalacie ou au traumatismes des nerfs laryngés peuvent survenir.

<https://docplayer.fr/171582675-Atlas-d-acces-libre-en-chirurgie-ori-et-cervico-faciale.html#>

<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2017.03134/>

6.1.3 GOITRE MULTINODULAIRE (GMN) NON TOXIQUE

6.1.3.1 GOITRE MULTINODULAIRE UNILATÉRAL



6.1.3.1 : Goitre multinodulaire unilatéral : Une hypertrophie diffuse de la thyroïde se développe avec une formation de petits ou de gros nodules. Cette nodulogenèse à mécanisme multiple produit différents types de nodules, ce qui confère à la glande un caractère hétérogène tant du point de vue morphologique que fonctionnel.

La maladie débute sans symptômes, l'apparition de la grosseur dans la glande peut être de découverte fortuite. Au stade I, II (OMS), à la palpation, on dénote une nodosité unique ou multiple, dans un lobe. De petits nodules peuvent échapper à la palpation. Une douleur locale peut être symptomatique d'une hémorragie intra kystique.

L'exploration paraclinique comprend une évaluation périodique de la fonction thyroïdienne (TSH, T3, T4 libres), une échographie de la glande (volume, caractère, vascularisation) pour établir la classification EU-TIRADS, une ponction aspiration des principaux nodules surtout s'ils grossissent et deviennent suspects et une scintigraphie.

<https://www.chirurgie-thyroide.fr/pathologie-et-indication-operatoire/>

<https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/KAMARAOusmane.pdf>

6.1.3.2

GOITRE MULTINODULAIRE BILATÉRAL



6.1.3.2 : Goitre multinodulaire bilatéral : Bilatéralement, au cours de sa croissance, le goitre peut provoquer des troubles hyper fonctionnels, des troubles compressifs et même une transformation maligne. La prise en charge inclut soit une surveillance clinique et biologique, soit la thyroïdectomie totale ou partielle. Si la chirurgie est retenue sur la base des troubles évolutifs et de suspicion de cancer, l'abord chirurgical se fait par une cervicotomie basse à laquelle on ajoute une sternotomie si nécessaire (goitres plongeants).

L'exérèse totale de la glande surtout radicale plus que la subtotalaire expose le/la malade aux risques de lésions des nerfs récurrents du X, des nerfs laryngés supérieurs, à l'hypothyroïdie et à l'hypoparathyroïdie. L'exérèse sub totale fait courir le risque de la récurrence dans les moignons restants.

<https://www.chirurgie-thyroide.fr/pathologie-et-indication-operatoire/>

6.1.4 HYPERTHYROÏDIE

6.1.4.1

MALADIE DE GRAVES-BASEDOW



6.1.4.1: Maladie de Graves-Basedow (MGB) : La MGB est une pathologie auto-immune de la thyroïde due à la présence d'auto-anticorps dirigés contre les récepteurs de l'hormone thyroïdostimulante. Cela résulte en une hypersécrétion des hormones thyroïdiennes.

À la clinique, il s'agit plus souvent d'une femme jeune, avec un goitre diffus, des signes d'hyperthyroïdie (tachycardie, diaphorèse, nervosité, asthénie) associée à de l'orbitopathie, au myxœdème pré tibial.

La TSH est effondrée et les T4, T3 libres, anticorps anti-récepteurs de la TSH sont élevés. L'échographie de la glande couplée au doppler permet d'étudier la vascularisation et de détecter d'éventuels nodules. La scintigraphie démontre le caractère hyperfixant de la glande.

La prise d'antithyroïdiens de synthèse, l'emploi d'iode radioactif et l'ablation chirurgicale sont les options de traitement, chacune avec leur efficacité et leurs complications.

6.1.4.2 BASEDOWIFIÉ

6.1.4.2 : Goitre basedowifié : Il s'agit d'un goitre hyperplasique diffus ancien, secondairement devenu toxique, rencontré chez les sujets âgés. *L'hyperthyroïdie est secondaire à un hyperfonctionnement d'origine auto-immune de l'ensemble du parenchyme thyroïdien.* Il doit être différencié du goitre multi hétéro nodulaire toxique. Après la correction de la thyrotoxicose (Iode 131), le traitement chirurgical consiste en une ablation subtotale vs totale de la glande thyroïde.

<https://urnop->

[alger2.com/images/Pavy/nouvelles/H.html#:~:text=Le%20goitre%20secondairement%20basedowifi%C3%A9%20correspond,goitres%20non%20nodulaires%2C%20hyperplasiques%20diffus.](https://urnop-alger2.com/images/Pavy/nouvelles/H.html#:~:text=Le%20goitre%20secondairement%20basedowifi%C3%A9%20correspond,goitres%20non%20nodulaires%2C%20hyperplasiques%20diffus.)



6.1.5 : THYROÏDITES

6.1.5.1 THYROÏDITES DE HASHIMOTO, DE DE QUERVAIN, DE RIEDEL



6.1.5.1 : Thyroïdites de Hashimoto, de De Quervain, de Riedel : Elles sont liées à des étiologies d'origine inflammatoire et adoptent des évolutions cliniques et biologiques diverses. La thyroïdite peut être de nature aiguë, subaiguë et chronique. Le/la patient(e) présente des douleurs à début brutal au niveau de la thyroïde qui a des signes inflammatoires, une dysfonction (hyperthyroïdie, hypothyroïdie), et une atteinte auto-immune.

On peut observer des variations de la VS, du CRP, de la TSH et de T4. La sono peut révéler un aspect tumoral. Une biopsie à aiguille fine peut mettre en évidence un tableau inflammatoire typique avec des cellules géantes.

Les AINS, la prednisone, la L-thyroxine sont à considérer comme traitement médical. La survenue d'une inflammation fibreuse d'évolution très rapide est traitée par la chirurgie d'exérèse en partie ou en totalité.

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-endocriniens-et-m%C3%A9taboliques/troubles-thyro%C3%AFdiens/thyro%C3%AFdite-subaigu%C3%AB>

6.1.5.2 THYROÏDITES AIGUËS INFECTIEUSES

6.1.5.2 : Thyroïdite aiguë infectieuse (ou thyroïdite purulente) : Une infection bactérienne à point de départ local ou systémique provoque un état fébrile avec des signes locaux inflammatoires. Le/la patient(e) présente des douleurs vives locales gênant la déglutition et les mouvements du cou. Un érythème, une tuméfaction douloureuse et/ou un abcès basi-cervical peuvent être notés. La sono et l'examen bactériologique du pus prélevé confirment le diagnostic. Une antibiothérapie et un drainage sont indiqués (abcès).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3343670/>



6.1.6 : LES CANCERS

6.1.6.1 : CANCER PRIMAIRE DE LA GLANDE THYROÏDE



6.1.6.1 : Cancer primaire de la glande thyroïde : Il débute le plus souvent chez la femme par un nodule dur, isolé, découvert fortuitement à la base du cou. Indolore, il va évoluer rapidement et peut s'accompagner de l'apparition d'une raucité de la voix, de compression trachéale et œsophagienne, de douleurs au cou et d'adénopathies cervicales latérales.

La sono, le scan déterminent les caractéristiques du nodule. La biopsie révèle la nature différenciée (papillaire et folliculaire, 90 %) ou médullaire (5- 10 %) ou anaplasique (rare) de la maladie. Ce bilan est complété par les dosages de la TSH, la calcémie et la calcitonine (marqueur médullaire).

La chirurgie d'exérèse est une lobectomie et isthmectomie du côté de la lésion vs une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire, selon l'indication. La nature adhérente et infiltrante de la tumeur peut faciliter des lésions des nerfs récurrents, de la trachée, des parathyroïdes. Un traitement supplétoire en thyroxine doit être instauré en cas de thyroïdectomie totale.

<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-hormonaux-et-m%C3%A9taboliques/troubles-de-la-thyro%C3%AFde/cancer-de-la-thyro%C3%AFde>

6.1.6.2 : CANCER RÉCIDIVANT DE LA GLANDE THYROÏDE



6.1.6.2 : Cancer récidivant de la glande thyroïde : Quand les patient(e)s arrivent tard au traitement, ils/elles peuvent présenter initialement une atteinte ganglionnaire ou métastatique. Malgré le traitement initial, la récurrence locale et régionale survient.

Le bilan biologique inclut le dosage de la thyroglobuline, de la calcitonine et du CEA. Un PET scan est indiqué. Le cancer récidivant est traité par une chirurgie d'exérèse et/ou thérapie à l'iode 131. On peut aussi avoir recours à un traitement ciblé (sorafenib, lenvatinib).

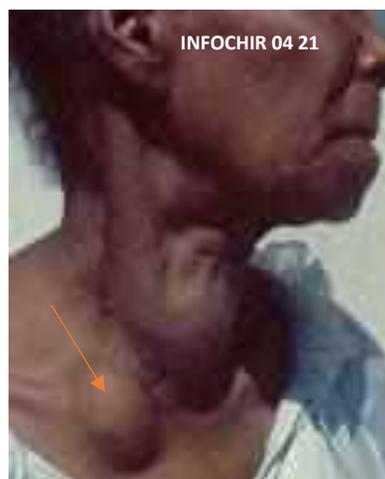
<https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/thyroid/treatment/papillary-thyroid-cancer>

6.1.6.3 MÉTASTASES OSSEUSES

6.1.6.3 Métastases osseuses (Clavicule et boîte crânienne) :

Sans traitement, les cellules cancéreuses métastasent dans différents organes tels que le foie, les poumons, le squelette, etc. Les métastases osseuses sont symptomatiques et provoquent des douleurs, des tuméfactions et des fractures (ostéolytiques). L'imagerie objectivera des foyers hyperfixants à la scintigraphie. Palliativement, on peut tenter de réduire la taille tumorale quand elle est accessible avant l'irradiation.

<https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/metastatic/bone-metastases>



6.2 GLANDES SALIVAIRES (PAROTIDE, SOUS MAXILLAIRES, SUBLINGUALES)

6.2.1 : PAROTIDE



6.2.1.1 : Kyste parotidien rétionnel : Un gonflement parotidien uni ou bilatéral (hernie salivaire) est secondaire à un blocage de l'écoulement salivaire. Un calcul du canal de Sténon peut être découvert par un cliché sans préparation, une écho, un scan. Une scialendoscopie permettra son extraction. Les complications sont les abcédations, les ruptures, la parotidite chronique à poussées aiguës récidivantes. Le diagnostic différentiel se fait avec le cystadénolymphome du sujet âgé ou atteint par le VIH. Le kyste peut être aussi la manifestation d'une tumeur muco épidermoïde. La parotidectomie complète avec conservation du VII est indiquée.

<https://www.maxillocllic.com/copie-de-infections-d-origine-denta>



6.2.1.2 Adénome pléomorphe : Tumeur bénigne de type mixte la plus fréquente de la glande parotide. Sa croissance lente mais progressive favorise son évolution pendant plusieurs années. Une masse indolore pluri nodulaire occupe la région latéro cervicale. À la sono et au scanner, la tumeur est hétérogène pouvant occuper les deux lobes. Une parotidectomie exofaciale ou totale, conservatrice du nerf facial, est recommandée. L'examen anapathologique confirme le diagnostic d'adénome pléomorphe et/ou indique la présence de foyers de dégénérescence maligne. La paralysie faciale transitoire est plus fréquente en cas de parotidectomie totale.

<https://www.em-consulte.com/article/984118/chirurgie-de-l-adenome-pleomorphe-de-la-parotide>



6.2.1.3 : Cancer de la parotide : À l'adolescence, une masse dure, douloureuse, unilatérale se développe au niveau de la parotide, associée ou non à une paralysie faciale et à des adénopathies cervicales. Chez l'adulte, l'évolution d'allure bénigne d'un adénome pléomorphe peut revêtir l'aspect de malignité avec des douleurs, paralysie faciale, trismus et adénopathie cervicale. Les examens complémentaires incluent la sono, le scan, l'IRM et la biopsie qui confirment le caractère malin de la lésion (carcinome adénoïde kystique ou adénocarcinome). Une intervention parfois complexe est nécessaire pour enlever la tumeur parotidienne, les tissus environnants et les ganglions cervicaux. Une section du nerf facial (paralysie immédiate) est parfois nécessaire. Une radiothérapie et une chimiothérapie devraient être envisagées. La récurrence précoce est à redouter.

<https://www.em-consulte.com/article/1090507/tumeurs-de-la-glande-parotide>

6.2.2 : GLANDES SOUS MAXILLAIRES



6.2.2.1 : Augmentation de volume de la glande sous maxillaire : La glande prend l'aspect d'une tuméfaction diffuse uni ou bilatérale. Elle peut être atteinte par une pathologie inflammatoire, lithiasique ou par une infection. Elle peut également contenir une tumeur. L'échographie est systématique pour rechercher une lithiasie. Il est difficile para cliniquement de déterminer le caractère bénin ou malin de la tumeur. L'ablation du calcul du canal de Warton est recommandée en cas de sous-maxillite lithiasique si les conditions sont réunies. Sinon, on pratique la sous maxillectomie en épargnant le nerf lingual et le nerf grand hypoglosse.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247903/>

6.3 KYTE ET FISTULE BRANCHIAUX

6.3.1 : KYSTE ET FISTULE BRANCHIALES



6.3.1.1 : Kyste et fistule branchiaux : La majorité des malformations branchiales sont en rapport avec le 2^e arc. Un kyste ou une fistule de la 2^e fente se présente comme une masse ou un sinus situé au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Ils communiquent avec l'oropharynx par un long trajet fistuleux qui passe entre les carotides interne et externe, pour entrer dans la fossette sus amygdalienne. Le kyste contient un liquide clair qui peut transilluminer. Une cytoponction à l'aiguille fine permet un examen cytologique. Il faut éviter d'opérer en période inflammatoire. La chirurgie consiste en l'exérèse du kyste ou du sinus et en la dissection du trajet fistuleux vers le haut à travers la bifurcation carotidienne jusqu'à l'oropharynx.

<https://www.ori-chirurgie.fr/face-et-cou/kyste-du-2eme-arc-branchial/>

6.4 ANÉVRISME CAROTIDIEN

6.4.1 ANÉVRISME CAROTIDIEN EXTRA CRÂNIEN



6.4.1.1 A : Anévrisme carotidien extra crânien : L'anévrisme artériel est une dilatation localisée à un endroit de la paroi où la media fait défaut. D'origine congénitale ou athérosclérotique, l'anomalie se rencontre plus souvent au niveau du cerveau, de l'aorte ou du cœur. On la voit aussi au niveau des carotides, des iliaques et des poplités. La dilatation est progressive et peut être sacciforme ou fusiforme. Rare au cou, elle se présente sous forme de masse latéro-cervicale battante. Les patients peuvent présenter des accidents neurologiques d'origine thromboembolique.

À partir d'une certaine taille, la paroi anévrismale dilatée et fragilisée peut se fissurer ou se rompre : c'est la rupture d'anévrisme. Une hémorragie s'en suit.

<https://www.stcccv.org.tn/uploads/files/2017-4-6.pdf>



6.4.1.1 B : Anévrisme carotidien extra crânien : L'exploration para clinique repose sur les résultats de l'écho doppler, du scanner, de l'IRM et de l'artériographie. Le traitement est chirurgical. L'abord cervical permet un contrôle proximal et distal des vaisseaux carotidiens avant d'effectuer la résection anévrismale ou la mise à plat. La restauration de la continuité artérielle est réalisée par une anastomose bout à bout ou par interposition d'un greffon veineux (saphène) ou prothétique. L'interruption temporaire du flot artériel peut être associée à une morbidité post opératoire non nulle (accident vasculaire cérébral ou troubles neurologiques périphériques).

<https://www.stcccv.org.tn/uploads/files/2017-4-6.pdf>

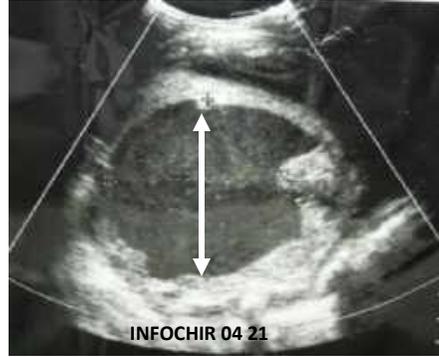
6.4.2 PSEUDO-ANÉVRISME CAROTIDIEN



6.4.2.1 A : Pseudo-anévrisme carotidien interne : En pratique civile, des projectiles de faible vitesse ou des objets pointus provoquent des plaies latérales, de dimensions variables, au niveau des artères. Au cou, les projectiles ont un trajet parfois aléatoire, sous-cutané, aponévrotique et musculaire, avant d'atteindre le vaisseau dans sa gaine. Après le passage de la balle ou le retrait de l'objet lacérant, les tissus reprennent leurs rapports normaux. Le sang échappé du vaisseau se coagule et peut boucher la plaie artérielle. Si l'hémorragie ne s'arrête pas d'elle-même, il s'en suit un hématome artériel diffus qui s'accroît, alimenté par un collet étroit et limité par une coque conjonctive périphérique.

Cliniquement, les patients présentent une tumeur pulsatile avec un souffle systolo-diastolique à l'auscultation. La masse refoule et comprime les organes de voisinage (veines, nerfs, peau). Le risque est celui de la rupture.

<file:///C:/Users/infoc/Downloads/030+cc+traore+o+arrete+de+poisson+bko.pdf>



6.4.2.1 B : Pseudo-anévrisme carotidien interne : Le diagnostic est posé par l'échographie (structure kystique hypoéchogène, alimentée par l'artère par un collet) ; par l'écho doppler (signe de va-et-vient) ; par le scanner sans ou avec injection (formation arrondie hypodense accolée à l'artère et associée à une infiltration des tissus périphériques) ; et par l'angiographie par résonance magnétique nucléaire. Ces examens permettent d'objectiver la topographie, les caractéristiques et les complications du faux anévrisme (compression veineuse, fistule artério-veineuse). Ils peuvent aussi aider à orienter l'option thérapeutique choisie (observation, pontage, ligature, stenting, embolisation).
 file:///C:/Users/infoc/Downloads/030+cc+traore+o+arrete+de+poisson+bko.pdf

6.4.3 ANÉVRISMES ARTÉRIO-VEINEUX

6.4.3 CAROTIDE PRIMITIVE - FISTULE CAROTIDO-JUGULAIRE



6.4.3.1 A : Anévrisme artério-veineux carotido jugulaire (fistule) : D'origine iatrogène (cathétérisme) ou post traumatique (arme blanche ou à feu), la fistule artério-veineuse est secondaire à une communication anormale entre la carotide et la jugulaire. Un « *anévrisme artério-veineux* », se développe, coque qui enkyste l'hématome, facilitant la communication entre l'artère et la veine. Il en résulte une insuffisance artérielle (vol vasculaire) et une insuffisance veineuse chronique (passage du sang dans le réseau veineux). Une insuffisance cardiaque menace. On décèle un thrill à la palpation et un souffle continu à renforcement systolique à l'auscultation. Un échodoppler, un angioscanner et une artériographie confirment le diagnostic et orientent le traitement.
<https://www.universalis.fr/encyclopedie/anevrismes-arterio-veineux/>



6.4.3.1 B : Anévrisme artério-veineux carotido jugulaire (fistule) : Si la chirurgie est retenue comme traitement, l'abord est fait par une incision longeant le bord antérieur du sterno cleido mastoïdien. Les vaisseaux sont mis sur lac en amont et en aval. Au niveau de la fistule, on découvre la plaie latérale de l'artère avec, en vis-à-vis, la rupture veineuse incomplète ou complète.

Le traitement consiste en une exclusion de la fistule avec une réparation de la plaie artérielle (primaire ou avec greffon), et une suture latérale ou ligature de la jugulaire.

Le clampage momentané de la carotide peut provoquer une ischémie cérébrale transitoire qui peut avoir pour conséquence une atteinte neurologique majeure.

file:///C:/Users/infoc/Downloads/ajol-file-journals_572_articles_213967_submission_proof_213967-6723-528604-1-10-20210904.pdf

6.5 CHÉMODECTOME DU GLOMUS CAROTIDIEN

6.5.1 : CHÉMODECTOME DU GLOMUS CAROTIDIEN – PARAGANGLIOME CERVICAL



6.5.1.1 : Chémodectome du glomus carotidien : Il est rencontré chez la femme adulte et se présente comme une masse latéro-cervicale haute à croissance lente, bénigne le plus souvent. La masse est indolore, chaude, pulsatile. Les patientes se plaignent plus de l'acouphène pulsatile que de la masse elle-même qui est restée longtemps asymptomatique. Ce paragangliome du sinus carotidien est rarement associé à des signes cliniques (non sécrétant). À l'écho, au scanner et à l'agio IRM, la masse est iso échogène et agrandit la fourche carotidienne. Vue tardivement, elle engaine les vaisseaux. Le diagnostic différentiel est à faire avec un anévrisme. La chirurgie consiste en l'exérèse de la masse mais peut nécessiter une résection de la fourche carotidienne sous contrôle vasculaire et reconstruction immédiate.

<https://www.carotide.com/chirurgie-du-chemodectome-de-la-bifurcation-carotidienne/>

6.6 INFECTIONS

6.6.1 ANGINE DE LUDWIG



6.6.1.1 : Angine de Ludwig : À point de départ odontogène, une infection des espaces sous maxillaires entraîne une cellulite extensive des tissus qui peut atteindre le cou. Le/la malade présente un tableau septique avec une induration des tissus mous sus, sous-hyoïdiens et du cou, un trismus, une dysphagie, un stridor. On peut observer des fistules et une nécrose cutanée extensive. La clinique est suffisamment évocatrice pour prescrire le maintien de la perméabilité des voies respiratoires, une antibiothérapie à forte dose active sur les bactéries anaérobies et aérobie, une incision/débridement et drainage large. La plaie guérit par seconde intention ou par greffage. [msmanuals.com/fr/professional/affections-de-l-oreille-du-nez-et-de-la-gorge/pathologies-de-la-cavite-orale-et-du-pharynx/infection-des-espaces-sous-maxillaires](https://www.msmanuals.com/fr/professional/affections-de-l-oreille-du-nez-et-de-la-gorge/pathologies-de-la-cavite-orale-et-du-pharynx/infection-des-espaces-sous-maxillaires)

6.6.2 ABCÈS FROIDS

6.6.2.1 ABCÈS FROIDS DE L'ESPACE SUPRA STERNAL



6.6.2.1 : Absès froid de l'espace suprasternal : Il s'agit d'une tuméfaction située juste au-dessus de la fourchette du manubrium sternal dans l'espace sus-sternal dit de Grüber. On rencontre une collection froide qui n'ascensionne pas lors de la déglutition. Elle peut s'abcéder. Le lien avec la tuberculose (abcédation d'un ganglion) est à établir généralement et à la culture du spécimen après aspiration. La vidange aspirative répétée et l'incision drainage, si nécessaire, tarissent la lésion. <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=espace%20suprasternal>

6.6.2.2 ABCÈS FROID LATÉRAL CERVICAL SUPÉRIEUR



6.6.2.2 A : Abscès froid cervical supérieur : Il se présente sous la forme d'une augmentation de volume des masses cervicales qui peuvent fluctuer, provoquer un érythème local et fistuliser. Cette évolution est qualifiée de « réaction paradoxale » quand elle survient après un traitement antituberculeux adéquat. On invoque une réponse immunitaire due au traitement.

(Guinchard Anne-Claude, Pasche Philippe – Lymphadénite tuberculeuse et réaction paradoxale : diagnostic et traitement – Revue Médicale Suisse, 3 octobre 2012)

6.6.2.2 B : Abscès froid sur infecté : Parmi les tumeurs fluctuantes latéro-cervicales, on rencontre le lymphome tuberculeux cervical. Il s'agit d'une forme monoganglionnaire des adénopathies tuberculeuses rencontrées chez l'adulte. La collection purulente peut devenir un véritable phlegmon cervical surtout chez le sujet immunodéprimé. L'état clinique évoque celui d'une septicémie. La masse peut finalement fistuliser spontanément.



6.6.2.2 B : Abscès froid sur infecté : L'extrême gravité de la situation nécessite un drainage chirurgical qui inclut l'évacuation du pus (caséum) et l'exérèse des tissus nécrotiques. Il en résulte une large perte cutanée qui se ferme secondairement. Il est associé au traitement anti-TB général. (Collège Français d'ORL & CCF -Adénopathie superficielle de l'adulte et de l'enfant (cervicale) <https://campusorl.fr/wp-content/uploads/2017/12/Item-126-Ade%CC%81nopathie-superficielle-de-l%E2%80%99adulte-et-de-l%E2%80%99enfant-cervicale.pdf>)



6.6.2.3 ABCÈS FROID LATÉRAL CERVICAL INFÉRIEUR OU SUS-CLAVICULAIRE



6.6.2.3 Abscès froid cervical inférieur ou sus claviculaire : Au-dessus de la clavicule et en arrière du bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien se rencontrent des masses diverses. Un abcès froid tuberculeux devra être différencié de kystes ou de métastases de la sphère ORL, d'une malformation lymphatique. Si l'origine est tuberculeuse, les amas d'adénopathies cervicales se ramollissent et facilitent la ponction et le prélèvement du pus de l'abcès froid. Cette collection peut se fistuliser. Le traitement spécifique est médical associé à un drainage aspiratif.

6.7 ADÉNOPATHIES

6.7.1 : GANGLION CERVICAL UNI OU BILATÉRAL

6.7.1.1 A : ganglion du 1/3 moyen du sterno-cléido-mastoïdien : À ce niveau, se localisent fréquemment des poly macro-adénopathies d'origine Infectieuse, inflammatoires métastatique et en rapport aussi avec des hémopathies. Le lien avec la tuberculose ganglionnaire extra pulmonaire est établi avec le terrain évocateur, des antécédents de tuberculose et l'incertitude de la vaccination. On peut trouver aussi des cicatrices évocatrices de fistulisations antérieures. Ces masses peuvent se ramollir et se fistuliser. (https://www.chem-sante.fr/elearning/parcours_41/biblio_0/mg_2015_941_384.pdf)

6.7.1.1 B : ganglion du 1/3 moyen du sterno-cléido-mastoïdien : Le diagnostic de tuberculose ganglionnaire extra pulmonaire s'appuie sur le cliché du thorax, une échographie cervicale, le test à la tuberculine, la cytoponction et l'étude du caséum. Le scan cervical peut permettre d'objectiver les ganglions du point de vue de leur localisation, de leur taille et de leur nombre. Le quantiferon test, QFT-IT a une plus grande sensibilité et une plus grande valeur négative prédictive. La biopsie exérèse d'un ganglion en entier est parfois nécessaire en cas de doute.

Ji Young Hong, So Yeong Park, Ahreum Kim, Sang-Nae Cho and Yun-Gyoung Hur
Comparison of QFT-Plus and QFT-GIT tests for diagnosis of *M. tuberculosis* infection in immunocompetent Korean subjects - J Thorac Dis. 2019 Dec; 11(12): 5210–5217.
doi: 10.21037/jtd.2019.12.11



6.7.2 ÉCROUELLES



6.7.2.1 : Écrouelles

L'adénopathie cervicale tuberculeuse chronique évolue vers la formation de fistules purulentes dites écrouelles qui se tarissent spontanément laissant une cicatrice disgracieuse.

6.7.3 GANGLION DE TROISIÈRE



6.7.3.1 Ganglion de Troisier (Virchow)

: Il correspond à un envahissement du nœud lymphatique supraclaviculaire gauche par de cellules malignes de provenance abdominale (estomac, pancréas) ou pelvienne. La présence de cette adénomégalie correspond habituellement à un stade avancé (IV).

https://www.chem-sante.fr/elearning/parcours_41/biblio_0/mg_2015_941_384.pdf

6.8 AUTRES TUMEURS MALIGNES

6.8.1 : LYMPHOMES NON HODGKINIENS



6.8.1.1 : Lymphome non Hodgkinien : Ce cancer se développe dans les lymphocytes de type B ou T. L'origine virale (VTLH-1, Hépatite C), bactérienne (HP) est suspectée. Une augmentation rapide et indolore des ganglions est notée au niveau du cou, de l'aisselle et de l'aîne. Un prélèvement ganglionnaire précise le diagnostic. La définition du stade (paraclinique) oriente le traitement.

<https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/non-hodgkin-lymphoma>

6.8.2 SARCOMES CERVICAUX



6.8.2.1 A : Sarcome cervical : En plus des cancers thyroïdiens, on retrouve dans le cou des carcinomes malpighiens, des adénocarcinomes, des sarcomes et des lymphomes. Ils concernent des malades âgés qui ont des antécédents alcoolo-tabagique, une infection par le papillomavirus humain.

Les manifestations cliniques dépendent des localisations. Toujours est-il que ces masses grossissent rapidement, envahissent et compriment les structures du cou provoquant un effet de masse avec dyspnée, stridor, dysphonie, dysphagie. Elles peuvent se rupturer et saigner.

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/affections-de-l-oreille,-du-nez-et-de-la-gorge/tumeurs-de-la-t%C3%A4te-et-du-cou/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-tumeurs-de-la-t%C3%A4te-et-du-cou>



6.8.2.1 B : Sarcome cervical : Au stade avancé, il est souvent difficile de déterminer l'origine et extension de ces tumeurs. À part le bilan clinique, la biopsie, l'imagerie et l'endoscopie peuvent aider à préciser la nature et la propagation de la maladie. La détermination du grade histologique est importante pour orienter la thérapeutique qui peut se composer de radiothérapie pré op, de chirurgie *at large* avec reconstruction et de chimiothérapie si indiqués. Le pronostic est d'emblée mauvais aggravé par l'envahissement local des structures et des métastases. La rechute locale est immédiate si une exérèse est tentée.

(<https://www.em-consulte.com/article/779370/sarcomes-de-la-tete-et-du-cou>)