

CHAPITRE VI : LE COU

CONTRIBUTEURS :

- Dr. Louis-Franck TELEMAQUE
- Dr. Patrick JEAN-GILLES

6.1 GLANDE THYROÏDE

PLANCHE 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.

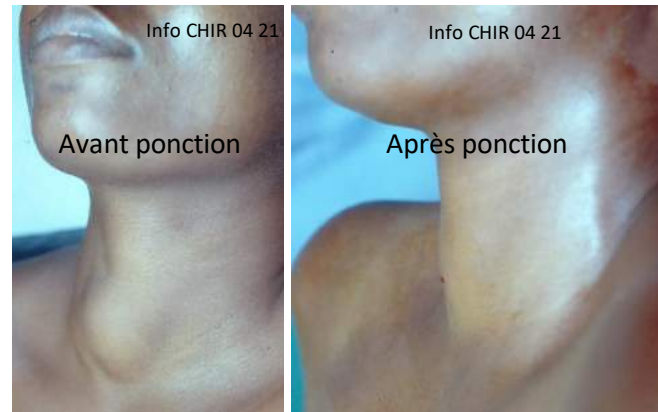


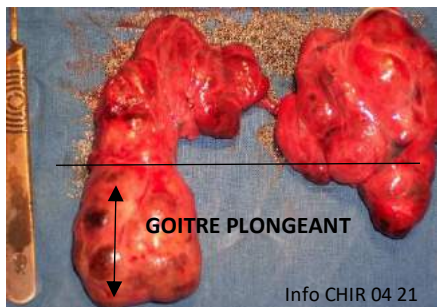
PLANCHE 6.1.2 : GOITRE DIFFUS, MULTI NODULAIRE, EUTHYROIDIEN



6.1.2.1 : Goitre diffus simple : Hypertrophie du corps thyroïde, sans dysthyroïdie, de nature bénigne, non inflammatoire. 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 (compression trachéale et œsophagienne) et le discrédit esthétique amènent les patientes au traitement. Au début, un traitement freinateur (lévothyroxine) est proposé. Son efficacité deviendra très limitée au stade multi nodulaire (thyroïdectomie).



6.1.2.2 : Goitre diffus ancien : Sa tolérance facilite sa longue évolution. On décrit plusieurs stades : goitre homogène, colloïde (réversible), pour devenir tardivement nodulaire (non réversible). A la paraclinique, on cherche des signes de compression des organes de voisinage (laryngoscopie, X-Ray du thorax et scan thoracique) complétés par le dosage de la TSH et des anticorps antithyroïdiens (thyroïdite). L'échographie permet de localiser les nodules dans la partie cervicale des goitres en vue de la biopsie. La thyroïdectomie cervicale peut être associée à une sternotomie médiane pour extirper un goitre plongeant thoracique.



6.1.2.3 : Pièces de thyroïdectomie totale : L'abord chirurgical est décidé en rapport avec la grosseur et la position des masses. Le plus souvent on utilise une cervicotomie basse sans ou avec sternotomie pour les goitres plongeants. L'exérèse soigneuse doit épargner les nerfs récurrents du X, les nerfs laryngés supérieurs et les parathyroïdes. La flaccidité de la trachée (trachéomalacie) après la thyroïdectomie peut faire craindre un effondrement de la trachée qui doit être prévenu (intubation de 48h vs trachéotomie).

6.1.2.4 Goitre basedowifié chez un homme : Il s'agit d'un goitre diffus ancien secondairement devenu toxique rencontré chez les sujets âgés. Il doit être différencié du goitre multi nodulaire toxique. Après la correction de la thyrotoxicose (Iode 131), le traitement chirurgical consiste en une ablation sub-totale vs totale de la glande thyroïde.



6.1.2.5 Goîtres diffus anciens avec accidents

évolutifs : Malgré la gêne croissante et débilitante, des goîtres multi nodulaires continuent à évoluer sans traitement approprié.

Ils sont le siège de remaniements secondaires, telles les hémorragies, la nécrose (pseudo kystiques) et les macro-calcifications. Ils deviennent associés à une thyroïdite chronique ou à un cancer.

Ils prennent un volume extrêmement important comprimant les structures cervicales et thoraciques. Une circulation collatérale thoracique se développe.



PLANCHE 6.1.4 : THYROIDITE

6.1.4.1 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 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 sont indiqués comme traitement médical. La survenue d'une inflammation fibreuse d'évolution très rapide est traitée par la chirurgie d'exérèse.



6.1.4.2: 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 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).



PLANCHE 6.1.5 : LES CANCERS



6.1.5.1 : Cancer 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 détermine les caractéristiques du nodule et 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 supplétif en thyroxine doit être instauré en cas de thyroïdectomie totale.



6.1.5.2 : Cancer de la glande thyroïde récidivant : Quand les patient(e)s arrivent tard au traitement, ils/elles peuvent présenter initialement une atteinte ganglionnaire ou métastatique. Si le traitement initial était incomplet, la récurrence locale et régionale survient. Le bilan biologique inclue 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.

6.1.5.3 Métastases osseuses (Clavicule et boîte crânienne):

Sans traitement, les cellules cancéreuses métastases dans différents organes tels 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 (scintigraphie). Palliativement, on peut tenter de réduire la taille tumorale quand elle est accessible avant l'irradiation.



6.2 GLANDES SALIVAIRES (PAROTIDE, SS MAXILLAIRES, SUB LINGUALES)

PLANCHE 6.2.1 : PAROTIDE



6.2.1.1 : Kyste parotidien rétentionnel : 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 cystadéno lymphome 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.



6.2.1.2 Adénome pléomorphe : Tumeur bénigne hétérogène 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. A la sono et au scanner, la tumeur est hétérogène pouvant occuper les deux lobes. Une parotidectomie totale conservatrice du nerf facial est recommandée. L'examen ana path 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.



6.2.1.3 : Cancer de la parotide : A 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 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.

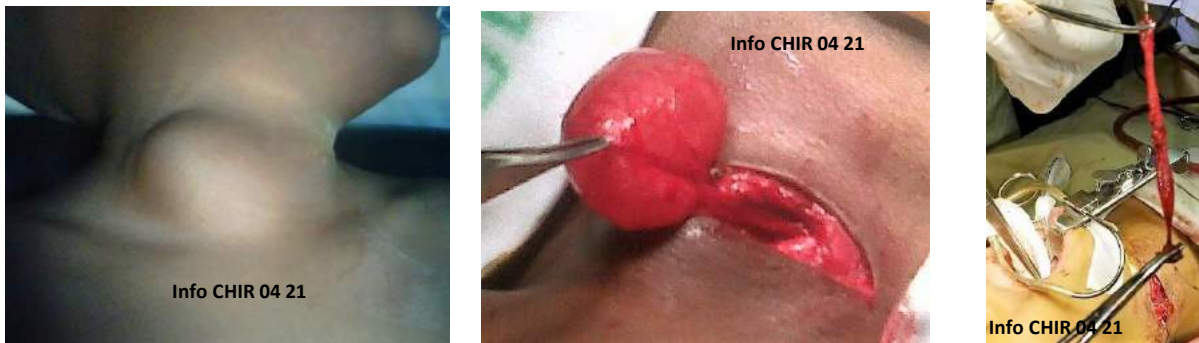
PLANCHE 6.2.2 : GLANDES SOUS MAXILLAIRES



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. 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.

6.3 KYSTES

PLANCHE 6.3.1 : KYSTE ET FISTULE BRANCHIALES



6.3.1.1 : Kyste et fistule branchiales : 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-cléïdo-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.

6.4 PARA GANGLIOME CERVICAL

PLANCHE 6.4.1 : CHEMODECTOME DE LA BIFURCATION CAROTIDIENNE

6.4.1.1 : Tumeur glomique carotidienne : Elle est rencontrée chez la femme adulte et se présente comme une masse latéro cervicale haute à croissance lente. 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. Tumeur bénigne le plus souvent, le paragangliome du sinus carotidien est rarement associé à des signes cliniques (non sécrétant). A l'écho et au scanner, 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.



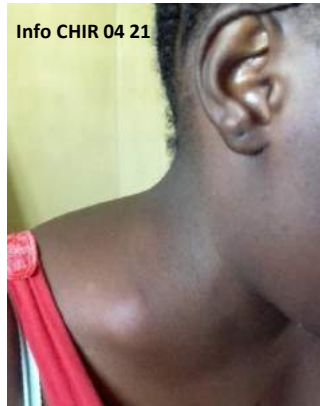
6.5 COLLECTIONS – ABCES FROIDS

PLANCHE 6.5.1 : ABCES ANTERIEURS ET MEDIANS



6.5.1.1 : Masse cervicale basse antérieure et médiane : Il s'agit d'une tuméfaction située juste au-dessus de la fourchette du manubrium sternal dans l'espace sus-sternal dit de Gruber. 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 après l'aspiration et la culture du spécimen (caséum ?) collecté. L'incision et le drainage tarissent la lésion.

PLANCHE 6.5.2 : ABCES LATERAUX



6.5.2.1 Masse cervicale basse et latérale : Au-dessus de la clavicule et en arrière du bord postérieur de Sterno Cleido mastoïdien se rencontrent des masses kystiques diverses. Un abcès froid tuberculeux devra être différencié de kystes ou de métastases de la sphère ORL, d'une malformation lymphatique. Les amas d'adénopathies cervicales unilatérales se ramollissent et facilitent la ponction et le prélèvement du pus de l'abcès froid. Cette collection peut se fistuliser. Le drainage chirurgical s'impose mais le traitement spécifique est médical.

6.5.2.2 Abcès froid sur infecté : Parmi les tumeurs fluctuantes latéro-cervicales, on rencontre le lymphome tuberculeux cervical. Il s'agit d'une forme mono ganglionnaire des adénopathies tuberculeuses rencontrées chez l'adulte. La collection purulente peut prendre des proportions importantes surtout chez le sujet diabétique. Le drainage chirurgical inclut l'évacuation du pus (caséum) et l'exérèse des tissus nécrotiques. Il est associé au traitement anti-TB général.



6.6 ADENOPATHIES

PLANCHE 6.6.1 : GANGLION CERVICAL UNI OU BILATERAL

6.6.1.1 ganglion du 1/3 moyen du sterno cleido mastoïdien : A 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 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. Le diagnostic s'appuie sur le cliché du thorax, le test à la tuberculine la cytoponction et l'étude du caséum. La biopsie exérèse d'un ganglion en entier est parfois nécessaire en cas de doute.



6.6.1.2 Ganglion de Troisier (Virchow) : Il correspond à un envahissement du nœud lymphatique supra-claviculaire gauche par de cellules malignes de provenance abdominale ou pelvienne. La présence de cette adénomégalie correspond habituellement à un stade avancé (IV).



6.7 AUTRES TUMEURS MALIGNES

PLANCHE A : 6.7.1 : LYMPHOMES NON HODGKINIENS



6.7.1 : 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.

PLANCHE B : 6.7.2 SARCOMES



6.7.2.1 Sarcome cervical : Tumeur maligne originaire des tissus de soutien non épithéliaux. Des patient(e)s se présentent au stade terminal de l'évolution d'une masse qui a grossi plutôt rapidement et qui peut même se rompre. La compression des structures du cou et l'hémorragie sont les raisons de consultation. Il est souvent difficile de déterminer l'extension de ces tumeurs. La détermination du grade histologique est importante pour orienter la thérapeutique. Elle peut se composer de radiothérapie pré op, de chirurgie at large avec reconstruction et de chimiothérapie si indiquée.

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.

EN DEVELOPPEMENT

- Maladie de Basedow
- Adénome toxique
- Parotidite ourlienne
- Glande sub linguale
- Kyste thyro glossal
- Maladie de Hodgkin cervical