

# Le kyste bronchogénique de la langue : Une localisation exceptionnelle

## Bronchogenic cyst of the tongue : An exceptional localization

K. Diarra, N. Konaté, F. I. Koné, Y. Sidibé, A. Guindo, S. Soumaoro, H. Sanogo, N. Cisse,  
K. Doumbia, SK. Timbo, MA. Keita.

Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Gabriel TOURE BP : 267 Bamako. Mali

### RESUME

**BUT :** Etudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques du kyste bronchogénique de la langue.

**OBSERVATION :** Un enfant âgé de 5 ans admis en ORL pour une tuméfaction de la langue apparue depuis la naissance ayant progressivement augmenté de volume entraînant sa protrusion permanente. La tuméfaction prenait toute la langue mobile, mais elle était recouverte par une muqueuse d'aspect normale. A la palpation, il s'agissait d'une masse arrondie, ferme, bien limitée, légèrement sensible, mesurant 4cm de grand diamètre. Le reste de l'examen ORL était sans particularité. La TDM linguale a objectivé une formation kystique arrondie bien limitée à contenu homogène ne se rehaussant pas après injection du produit de contraste. L'exérèse chirurgicale a été effectuée et les suites opératoires ont été simples. L'histologie a conclu à un kyste bronchogénique.

**CONCLUSION :** Le kyste bronchogénique de la langue est une affection extrêmement rare. Il faut y penser devant toute masse kystique linguale néo-natale. Son diagnostic positif est histologique.

**MOTS-CLÉS :** Kyste bronchogénique, Langue, chirurgie.

### ABSTRACT

**AIM:** To study the diagnostic and therapeutic aspects of tongue bronchogenic cyst.

**CASE REPORT:** A 5 years-old child was admitted in ENT consultation for a progressive growing tumefaction of the language appeared since the birth, causing its permanent protrusion. On the ENT examination, the swelling took on all the mobile language, but it was covered by a mucosa of normal appearance. On palpation, it was a well limited firm mass, slightly sensitive, measuring 4cm. The lingual CT showed a well-rounded cystic formation with a homogeneous content that does not increase after injection of the contrast medium. Surgical excision was performed and the operative follow-up was simple. Histology concluded to a bronchogenic cyst.

**CONCLUSION:** The bronchogenic cyst of the tongue is an extremely rare affection. We must think about it before any neo-natal lingual cystic mass. His positive diagnosis is histological.

**KEYWORDS:** Bronchogenic cyst, Tongue, surgery.

### INTRODUCTION

Le kyste bronchogénique (KB) est une malformation congénitale rare [1], il s'agit d'un dysembryome homoplas-tique siégeant avec prédilection en intrathoracique [2]. La localisation linguale est exceptionnelle et pose le diagnostic différentiel avec toutes les autres masses kystiques intralinguales [2,3]. Nous rapportons un cas exceptionnel de par sa localisation et par son retentissement clinique.

### OBSERVATION

AD, 5 ans, résident à Koutiala, admis en consultation ORL le 10/02/2017 pour une tuméfaction de la langue apparue depuis la naissance ayant progressivement augmenté de volume entraînant une protrusion permanente de la langue avec des difficultés d'alimentation (figure 1). Des ponctions itératives ont été effectuées sans succès.

L'examen ORL a retrouvé une langue volumineuse. La tuméfaction prenait toute la langue mobile, mais elle était recouverte par une muqueuse d'aspect normale. A la palpation, il s'agissait d'une masse arrondie, ferme, bien limitée,

légèrement sensible, mesurant 4cm de grand diamètre. Le reste de l'examen ORL était sans particularité. L'examen général a retrouvé un retard de développement statur pondéral selon la classification de l'INPES. Poids : 14 kg, Taille : 101 cm.

La TDM linguale a objectivé une formation kystique arrondie bien limitée prenant toute la langue mobile à contenu homogène ne se rehaussant pas après injection du produit de contraste (figure 2). L'exérèse chirurgicale de la masse a été réalisée sous anesthésie générale, par une incision longitudinale sur la face dorsale de la langue mobile, et une dissection sous muqueuse au contact du kyste jusqu'à son ablation totale (Figure 3). Les suites opératoires ont été simples. Macroscopiquement : la pièce opératoire était ovoïde, rénitente, mesurant environ 5cmx 3cm. A l'histologie, il s'agissait d'épithélium de type respiratoire avec un tissu conjonctif comportant des cellules musculaires lisses et des glandes séromuqueuses évoquant un kyste bronchogénique. Avec un recul de plus de 27 mois le patient se porte bien (Figure 4).



Figure 1 : Vue du patient en préopératoire

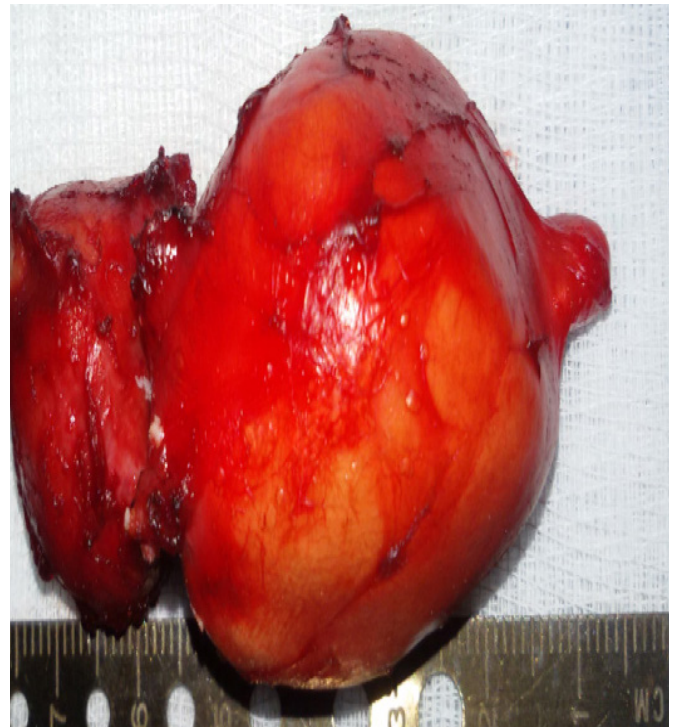


Figure 3 : aspect macroscopique de la pièce opératoire

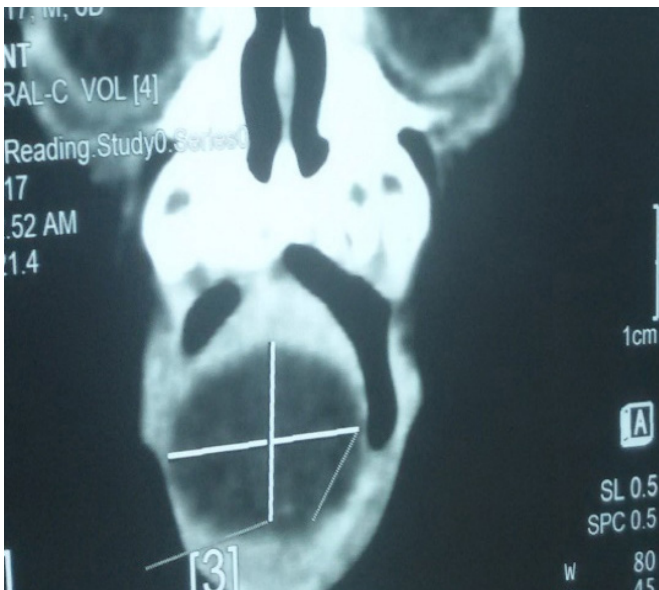


Figure 2 : Tomodensitométrie maxillo-faciale en coupe coronale montrant une masse kystique à paroi régulière au dépend de langue, ne se rehaussant pas par le produit de contraste.



Figure 4 : Vue du patient a J21 post opératoire

## DISCUSSION

Le kyste bronchogénique (KB) est une tumeur bénigne congénitale qui siège habituellement au niveau du médiastin moyen et plus rarement au niveau du parenchyme pulmonaire. Sa localisation au niveau de la langue est exceptionnelle [1,2]. En effet sur les mille sept cent vingt résultats anatomopathologiques des cinq dernières années du service, c'est le seul cas relevé soit 0,06 % des cas.



Le tableau clinique d'un kyste bronchogénique est variable. Lorsque le kyste est très petit, il peut être asymptomatique. Quand il devient volumineux, il peut engendrer une dyspnée, une hypoxie voire une mort subite, notamment à un bas âge. Plus tard, il peut être responsable des troubles du langage, de la mastication et de retard staturo-pondéral comme dans notre cas [2,4].

L'échographie, la TDM et surtout l'IRM permettent de préciser la taille, les limites ainsi que la nature kystique de la lésion.

Notre cas, le kB est apparu à la TDM telle que rapporté par la littérature sous forme d'une lésion bien limitée à paroi fine ou épaisse, de densité liquidienne et qui ne prend pas le contraste [2,3].

Devant un kyste congénital de pointe de langue, les principaux diagnostics à évoquer sont les choristomes (KB, duplication digestive et choristomes osseux), le lymphangiome kystique, l'hémangiome, le kyste du tractus thyroïdologique, la glande thyroïde ectopique, le kyste dermoïde ou la sialocèle [5,6,7,8,9]. Le diagnostic positif du KB est anatomopathologique. Ainsi macroscopiquement, la tumeur est arrondie, de couleur gris rosée, bien vascularisée. Le kyste est rempli d'un mucus épais et à l'histologie, la paroi est tapissée par un épithélium de type respiratoire. Il peut

s'y associer des éléments d'origine mésodermique (cartilage, glandes bronchiques ou muscles) [2,4].

L'exérèse chirurgicale est le traitement de choix, même chez les patients asymptomatiques. Il est justifié par la possibilité de complications graves et par l'absence de certitude diagnostique avant l'examen anatomopathologique [2,10].

Nous avons constaté avec les auteurs que ces tumeurs ne sont pas agressives [1,2,]. Nous sommes à un recul de plus de vingt-sept mois et le patient se porte bien. Certains auteurs ont recommandé une excision complète du kyste pour éviter ou corriger les troubles de déglutition et de phonation surtout lorsque le diagnostic est tardif comme dans notre cas. [2,3] Enfin, nous n'avons recensé aucun cas de récurrence dans la littérature.

## CONCLUSION

Le kyste bronchogénique de la langue est une affection extrêmement rare. Il faut y penser devant toute masse kystique linguale néo-natale. Son diagnostic positif est histologique.

**Déclaration de liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

## REFERENCES

1. Zaimia R, Fournela L, Chambon E, Gossota D. Double localisation d'un kyste bronchogénique. *Revue des Maladies Respiratoires* 2014 ;30 :1-3.
2. Ech-Cherif El Kettani N et Dafiri R. Le kyste bronchogénique de la langue : une localisation très rare. *J Radiol* 2004 ;85 :1736-8.
3. Kün-Darboisa J.-D., Breheret R., Bizouan A., Paréc A., Laccourreye L. Kyste bronchogénique congénital de pointe de langue : à propos de deux cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 2015 ; 132 :45-47.
4. Hadchouel A, Delacourt C. Physiopathologie, diagnostic et prise en charge des malformations pulmonaires de l'enfant. *La Lettre du Pneumologue.* 2012 ;15(5) :128-31.
5. Akyol MU, Orhan D. Lingual tumors in infants : a case report and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004 ;68 :111-5.
6. Eric A. Gantwerker, MD, MS; Amy Lawrason Hughes et Al. Management of a Large Antenatally Recognized Foregut Duplication Cyst of

the Tongue Causing Respiratory Distress at Birth. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014 ;140(11) :1065-9.

7. Eaton D, Billings K, Timmons C, Booth T, Biavati MJ. Congenital foregut duplication cysts of the anterior tongue. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;127 : 1484-87.
8. Kim PS, Cataletto M, Garnet DJ, et al. Unusual presentation of a cutaneous bronchogenic cyst in an asymptomatic neonate. *J Pediatr Surg.* 2012 ;47:9-12.
9. Blanchard M, Kadlub N, et al. Tongue cyst in children: foregut duplication, a possible diagnosis. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2012 ;113 :442-7.
10. El Madi A, Oukhouya M.A, Nhamoucha Y et Al. Kyste bronchogénique du médiastin traité par thoracoscopie. À propos d'un cas. *Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire.* 2014 ; 18(4) : 240-241