

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT

SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

SCIENTIFIQUE

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Université des sciences, des techniques

Et des technologies de Bamako(USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET

D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2024/2025

***KYSTE BRONCHOGENIQUE DE LA LANGUE : A
PROPOS D'UN CAS.***

Présentée et soutenue publiquement le.....

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : KAO LAO BELLA

Pour l'obtention du diplôme d'étude spécialisée (D.E.S) en otorhinolaryngologie
et la chirurgie cervico-faciale

Membres du Jury

Président : M. Cheick Bougady TRAORE, Professeur

Membre : M. Siaka SOUMAORO, Maitre de conférences

M. Fatogoma Issa KONE, Maitre de conférences

agrégé

M. Kassim DIARRA, Maitre de recherche

Directeur : M. Mohamed Amadou KEITA, Professeur

Remerciements

MERCI à mon DIEU le père créateur, le Tout Puissant, le Miséricordieux qui m'a béni avec ce travail et grâce à qui toute chose est possible !

□ A notre Maître et Juge, Professeur Cheick Bougady TRAORE

Cher maître, nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté de juger ce travail malgré vos multiples préoccupations. Depuis la faculté de Médecine nous avons appris de vous, la rigueur scientifique. Votre dévouement et votre engagement perpétuel pour la formation scientifique font de vous un enseignant admirable. Veuillez trouver ici, l'expression de notre respect et de notre très haute considération. Que le bon DIEU vous accorde santé et longue vie.

□ A notre Cher Maître et Juge Professeur Siaka SOUMAORO, nous sommes très honorées par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. L'opportunité nous est donnée de vous faire part de notre grande admiration et de l'estime que nous vous portons. Nous avons été impressionnées par vos qualités scientifiques, votre amour du travail bien fait. Veuillez trouver ici, cher maître, le sentiment de notre profonde reconnaissance.

□ A notre Maître Fatogoma Issa KONE, nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce mémoire. Votre culture scientifique et votre simplicité sont pour nous une source d'inspiration et un idéal. Permettez-nous de vous exprimer, cher maître, notre profonde gratitude et notre estime. Que le bon DIEU vous garde et vous élève davantage !

□ A notre Maître Professeur Kassim DIARRA

Vos compétences scientifiques, votre disponibilité et votre rigueur sont pour nous une source constante d'inspiration. Permettez-nous de vous exprimer, notre profonde gratitude et notre grande estime. Longue et Heureuse vie à vous !

□ A notre Maître et Directeur de Mémoire Professeur Mohamed Amadou KEITA Coordinateur du D.E.S d'ORL-CCF, chef de service ORL- CCF et chef du département de chirurgie du CHU Gabriel TOURE :

Cher Maître, nous ne saurions vous dire toutes les qualités humaines, professionnelles que nous admirons en vous, grand homme de science, de culture et de principe, vos qualités humaines, votre rigueur scientifique, votre exigence pour le travail bien fait font de vous, un maître aimé de tous. Veuillez accepter, ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

□ Au corps professoral de la FMOS et particulièrement ceux de la filière ORL-CCF, un grand merci pour l'enseignement reçu.

□ A tous les médecins en spécialisation ORL-CCF, le personnel du service ORL-CCF, le personnel du CHU Gabriel TOURE, merci pour la collaboration et le chemin passé ensemble.

A toute ma Famille, merci pour votre soutien.

Un clin d'œil spécial à ma petite Sœur Leila TRAORE et à ma Sœur d'une autre mère Reine Abiré LEMOU.

Sigles et abréviations

AG : Anesthésie générale

Anapath : Anatomopathologie

BPN : Bilan prénatale

CPN : Consultation prénatale

FR : Fréquence respiratoire

IOT : Intubation oro-trachéale

J17 : Dix-septième jour

KB : Kyste bronchogénique

OMS : Organisation mondiale de la santé

TDM : Tomodensitométrie

Table des illustrations

Table des matières

1. Introduction	1
2. Objectifs	3
2.1. Objectifs généraux.....	3
2.2. Objectifs spécifiques	3
3. GENERALITES	5
3-1 Rappel embryologique	5
3-2 Rappel anatomique.....	6
3-3 Rappel histologique.....	17
4-DIAGNOSTIC	18
4-1. Diagnostic anténatal.....	18
4-2 : Diagnostic post natal.....	18
5-EXAMENS COMPLEMENTAIRES	20
5-1. La radiographie standard.....	20
5-2. L'échographie	20
5-3. La tomodensitométrie	20
5-4. L'imagerie par résonance magnétique (IRM).....	21
5-5 L'histologie	21
6-DIAGNOSTICS DIFERENTIELS :.....	22
6-1. Autres Kystes oraux	22
1-CAS CLINIQUE	30
4-DISCUSSION :.....	42
CONCLUSION	46
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
ANNEXES	52

Liste des figures

Figure 1: Dos de la Langue 10

Figure 2: Langue (Vue inférieure avec résection partielle de la muqueuse)..... 11

Figure 3: Septum lingual(schématique) 12

Figure 4: Muscles du plancher de la bouche 13

Figure 5: Muscles du Plancher de la bouche..... 14

Figure 6: Muscles de la langue..... 15

Figure 7: Muqueuse de la langue 16

Figure 8: Vue de face du patient avant chirurgie 32

Figure 9: TDM Maxillo-faciale (coupe coronale)..... 33

Figure 10: TDM Maxillo-faciale (coupe axiale) 34

Figure 11: TDM maxillo-faciale injectée (Coupe sagittale) Masse kystique de la langue non réhaussée par le produit de contraste. 35

Figure 12: Vue de la masse en per-opératoire 36

Figure 13: Vue de la masse en per-opératoire 37

Figure 14: Image per-opératoire de la loge après exérèse de la masse 38

Figure 15: Image de fermeture de la plaie..... 39

Figure 16: Aspect macroscopique de la pièce opératoire 40

Figure 17: Image histologique de la pièce opératoire montrant un revêtement de type respiratoire avec cellules caliciformes (cellules claires à gobelet) coloration H-E G 40x10 41

Figure 18: Même coupe colorée au bleu alcian mettant en évidence la sécrétion mucoïde(bleu).40x10..... 41

Figure 19: Localisation la plus fréquente sur la face ventrale de la langue [30]43

INTRODUCTION

1. Introduction

Les anomalies de morphogenèse résultent de causes intrinsèques ou extrinsèques, dont beaucoup restent à découvrir, et sont à l'origine d'un large spectre de malformations congénitales [1, 2]. Selon le moment et la nature de l'événement déclencheur, les malformations se répartissent en différentes catégories : absence de développement, formation aberrante, présence de tissus surnuméraires ou anomalies fonctionnelles [1, 2]. Les malformations congénitales de la cavité buccale touchent généralement les lèvres, les mâchoires, le palais dur, le plancher buccal et la langue [3]. La langue est un site fréquent de choristomes oraux et de kystes dysontogénétiques [4, 5].

Les choristomes sont des tumeurs embryonnaires bénignes rares, caractérisées par l'apparition de tissus normaux dans des sites anormaux.

Lorsqu'elles sont tapissées d'épithélium respiratoire, ces tumeurs sont classées comme kystes bronchogéniques [6].

Les localisations les plus fréquentes des kystes bronchogéniques sont le médiastin et le poumon respectivement 75 % et 25 % des cas, tandis que la région de la tête et du cou est atteinte dans moins de 1 % des cas [7].

Le diagnostic est parfois tardif et souvent difficile dû à la rareté de cette localisation pouvant souvent être confondu à d'autres lésions kystiques de la langue. Ce Diagnostic est aussi complexe en raison de :

- La présentation clinique trompeuse : les symptômes pouvant être atypiques, imitant d'autres masses linguales.

- La nécessité obligatoire d'un examen anatomo-pathologique pour poser le diagnostic.

Au Mali une seule étude a été réalisée à ce sujet au cours de ces 10 dernières années, nous avons donc entrepris de faire ce travail afin de contribuer aux recherches.

OBJECTIFS

2. Objectifs

2.1. Objectifs généraux

Présenter une observation de cas de kyste bronchogénique de la langue.

Discuter les aspects anatomocliniques et thérapeutiques des kystes bronchogéniques de la langue.

2.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les déterminants liés à la localisation et les complications
- Discuter les diagnostics différentiels
- Décrire les modalités de prise en charge prise en charge thérapeutique et pronostique.
- Comparer le cas rapporté aux données de la littérature

GENERALITES

3. GENERALITES

DEFINITION

Les kystes bronchogéniques sont des lésions kystiques bénignes tapissées d'un épithélium respiratoire pseudo stratifié ciliée, parfois associée à des glandes muqueuses et du cartilage. Ce sont des formations dysembryo-plasiques rares [8]

RAPPELS

3-1 Rappel embryologique

L'arbre trachéobronchique s'organise au dépend de l'intestin primitif, entre la troisième semaine et la fin du sixième mois de la vie intra utérine.

Le développement normal de l'arbre trachéobronchique commence en arrière de la quatrième fente branchiale.

Une évagination en forme de gouttière sagittale apparaît sur la face antérieure de l'intestin antérieur au niveau de l'extrémité caudale de l'intestin pharyngien, au début de la quatrième semaine du développement.

Cette « gouttière respiratoire » endoblastique va progressivement être séparée de l'intestin antérieur par deux crêtes mésenchymateuses qui progressent dans le sens caudo-cranial. De cette façon, la future trachée s'isole progressivement du futur œsophage et à la fin du premier mois du développement, les ébauches respiratoire et digestive ne communiquent plus qu'au niveau de l'orifice laryngé.

Des divisions dichotomiques successives vont ensuite se produire au niveau de l'extrémité caudale du diverticule respiratoire, conduisant à la formation de l'arbre trachéo-bronchique.

Le mésenchyme au sein duquel s'effectue le développement du diverticule respiratoire endoblastique s'organise autour des voies aériennes et se différencie en muscle lisse et cartilage [9].

Les kystes bronchogéniques résultent du développement autonome et retardé d'un bourgeon cellulaire aberrant détaché de l'arbre trachéobronchique à un moment variable de son développement [10]

Selon le stade d'apparition de ce bourgeon, aux alentours du 30^{ème} jour, le kyste bronchogénique se développe dans le médiastin en cas d'embryopathie précoce, ou aux alentours du 42^{ème} jour dans le parenchyme pulmonaire en cas d'embryopathie tardive. Il résulterait ainsi d'une anomalie de séparation du tube digestif primitif et du bourgeon respiratoire entre la 3^{em} et la 7^{em} semaine de gestation [11]. Une migration aberrante du tissu respiratoire peut expliquer les localisations ectopiques, notamment linguales.

3-2 Rappel anatomique

La langue, organe principal du goût, participe à la mastication, la déglutition et la phonation.

Elle est constituée d'une partie fixe, la racine et d'une partie libre, le corps.

On distingue à la langue un dos, une face inférieure, deux bords latéraux, une racine et un apex. [12]

Le dos de la langue est convexe et en rapport avec le palais. Il présente un sillon médian longitudinal et à son tiers postérieur un sillon en V ouvert en avant, le sillon terminal. Son sommet forme le foramen Caecum. Sa partie postérieure est unie à l'épiglotte par les plis glosso-épiglottiques médiaux et latéraux. Sa face inférieure présente sur la ligne médiane en avant un sillon inconstant et en arrière un repli muqueux relié au plancher buccal, le frein de la langue.

De chaque côté de ce frein saille la large éminence du muscle génioglosse. Sur celle-ci les veines sublinguales transparaissent sous la muqueuse. Latéralement à la veine, existe un repli muqueux dentelé, le pli frangé, plus marqué chez le nouveau-né.

Les bords latéraux de la langue répondent aux arcades dentaires. La racine de la langue large et épaisse, repose sur le plancher buccal.

Elle est fixée sur l'os hyoïde et la mandibule et est constituée de muscles génio-glosses et hyo-glosses.

La langue possède un apex aplati de haut en bas, qui répond aux incisives et est constituée d'un squelette ostéo-fibreux, de dix-sept muscles et d'une muqueuse.

Son squelette ostéo-fibreux comprend : l'os hyoïde, la membrane hyo-glossienne et le septum lingual.[12]

La membrane hyo-glossienne est une lame de 1cm environ qui se fixe sur le bord supérieur du corps de l'os hyoïde et se perd dans l'épaisseur de la langue.

Le septum lingual est une lame fibreuse falciforme, sagittale et médiane. Il se fixe par sa base sur la face antérieure de la membrane hyo-glossienne et la partie adjacente de l'os hyoïde. Il se termine en avant en se perdant au milieu des faisceaux musculaires de l'apex de la langue. Son bord supérieur, convexe, est proche du dos de la langue ; son bord inférieur, convexe, répond aux fibres médiales des muscles génio-glosses.

Il est traversé çà et là par l'entrecroisement des faisceaux musculaires.

Les muscles de la langue sont répartis en huit muscles pairs et un muscle impair (le muscle longitudinal supérieur), groupés en muscles extrinsèques et intrinsèques selon leur origine.[13]

➤ Les muscles extrinsèques

•Le muscle génio-glosse

Adjacent au septum lingual, il naît sur l'épine de la mandibule. Il s'étale en éventail sagittal et se termine sur la face profonde de la muqueuse linguale, depuis l'apex de la langue jusqu'à la membrane hyo-glossienne.

-Action : ses fibres moyennes et inférieures entraînent la protrusion de la langue. Sa contraction totale applique la langue contre le plancher de la bouche.

•Le muscle hyo-glosse

Il est quadrilatère et naît sur le corps et la grande corne de l'os hyoïde. Il se dirige en haut et en avant pour se terminer sur le bord latéral de la langue en se mêlant au stylo-glosse

-Action : Il abaisse et rétracte la langue.

- Le muscle chondro-glosse : c'est une lame musculaire tendue de la petite corne de l'os hyoïde au bord latéral de langue et du génio-glosse.

-Action : il abaisse et rétracte la langue ; son action est complémentaire de celle du muscle hyoglosse [14]

- Le muscle stylo-glosse

Long et grêle, il naît sur la partie antéro-latérale du processus styloïde de l'os temporal et la partie adjacente du ligament stylo-mandibulaire. Il se termine dans le bord latéral de la langue jusqu'à l'apex.

-Action : il porte la langue en haut et en arrière contre le voile du palais.

- Le muscle palatoglosse

- Les muscles intrinsèques

Ils sont situés dans la langue et constituent sa majeure partie. Leur action modifie l'aspect pointu de la langue.

- Le muscle longitudinal supérieur, médian et superficiel, est tendu du pli glosso-épiglottique médian et des petites cornes de l'os hyoïde, à l'apex de la langue.

Il est élévateur et rétracteur de l'apex de la langue.

- Le muscle longitudinal inférieur

Est tendu de la petite corne de l'os hyoïde à la face profonde de la muqueuse de l'apex. Il est situé entre les muscles génio-glosse.

Il est abaisseur et rétracteur de la langue.

- Le muscle transverse de la langue est tendu du septum lingual à la muqueuse des bords de la langue.

Il rétrécit et allonge la langue.

- Le muscle vertical de la langue est constitué de faisceaux disséminés verticaux. Il aplatit la langue.

➤ Muqueuse Linguale

Elle est mince et transparente sur la face inférieure de la langue, et épaisse au niveau de son dos, ou elle présente cinq sortes de papilles : filiformes, coniques, fungiformes, circumvallées (situées en avant du sillon terminal), et foliées.

En arrière du sillon terminal se localise la tonsille linguale et en avant du sillon, les glandes muqueuses.

➤ Vascularisation

-Les artères

Elles proviennent principalement de l'artère linguale, accessoirement des artères palatines ascendantes et pharyngienne inférieure.

-Les veines

Elles se drainent dans la veine linguale profonde qui rejoint la veine sublinguale.

➤ Les lymphatiques

Les lymphatiques de l'apex se drainent dans les nœuds submentonniers ; ceux du corps dans les nœuds submandibulaires et jugulaires internes.

➤ Innervation

-Innervation motrice

Tous les muscles de la langue sont innervés par le nerf hypoglosse (XII, excepté le muscle palatoglosse innervé par la partie vagale du plexus pharyngien(X).

-Innervation sensitive

La partie de la langue située en avant du sillon terminal est innervée par le nerf lingual.

Les neurofibres du nerf lingual sont en connexion, dans le noyau trigéminal, avec les noyaux salivaires supérieur et inférieur, le thalamus et les centres corticaux.

La partie de la langue située en arrière du sillon terminal est innervée par le nerf glosso-pharyngien et par les rameaux laryngés du nerf vague, pour les plis glosso-épiglottiques. Les neurofibres des nerfs glosso-pharyngiens et vagues sont en connexion, dans le noyau solitaire, avec les neurofibres motrices des muscles de la mimique, de la déglutition et de la mastication.[14]

-Innervation sensorielle(gustative)

La région linguale située en avant du sillon terminal a une sensibilité sensorielle véhiculée successivement par le nerf lingual, la corde du tympan et le nerf facial. La région linguale située en arrière du sillon a une sensibilité sensorielle transmise par le nerf glosso-pharyngien.[15]

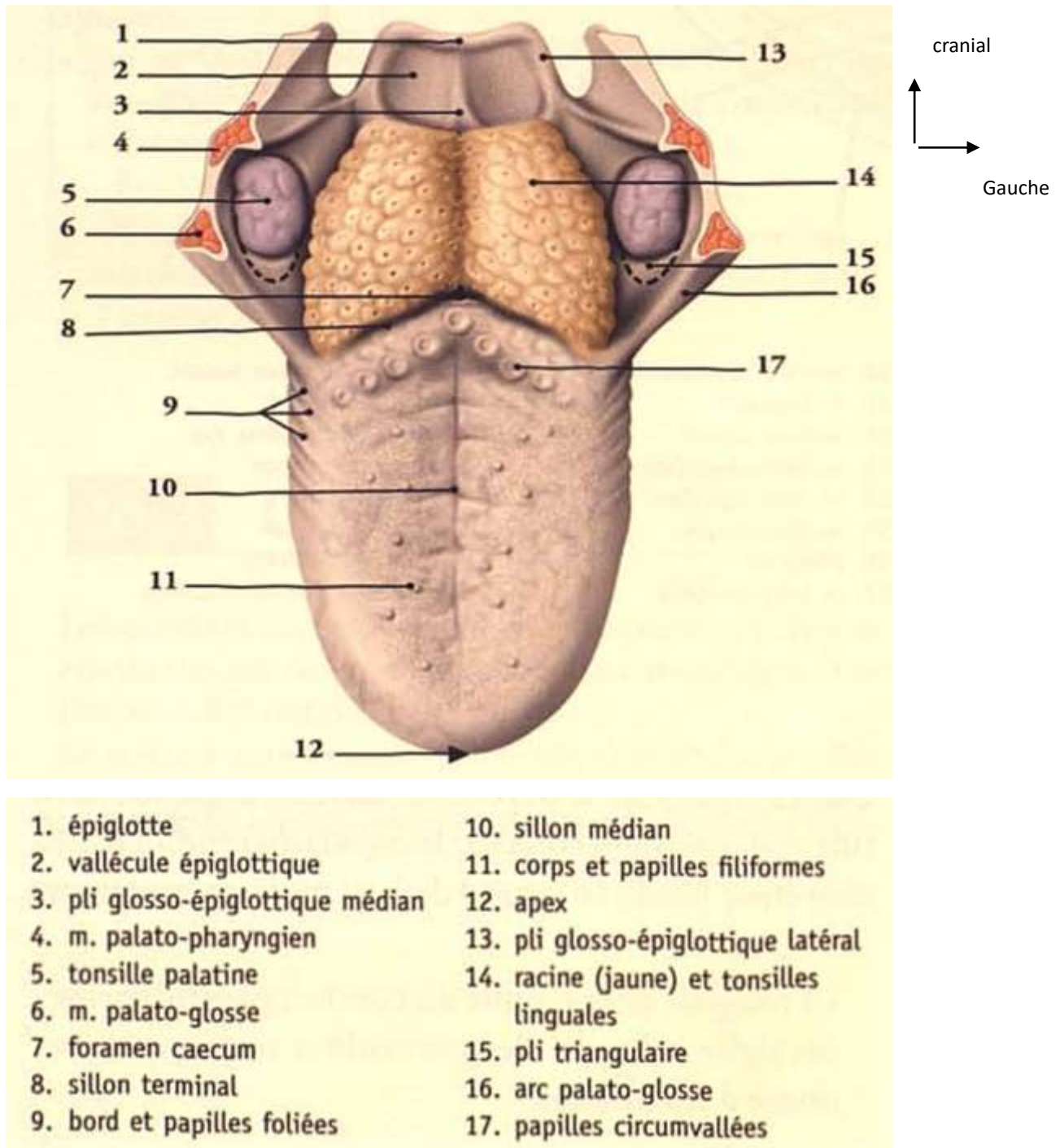


Figure 1: Dos de la Langue

Source : Anatomie clinique KAMINA Tome II

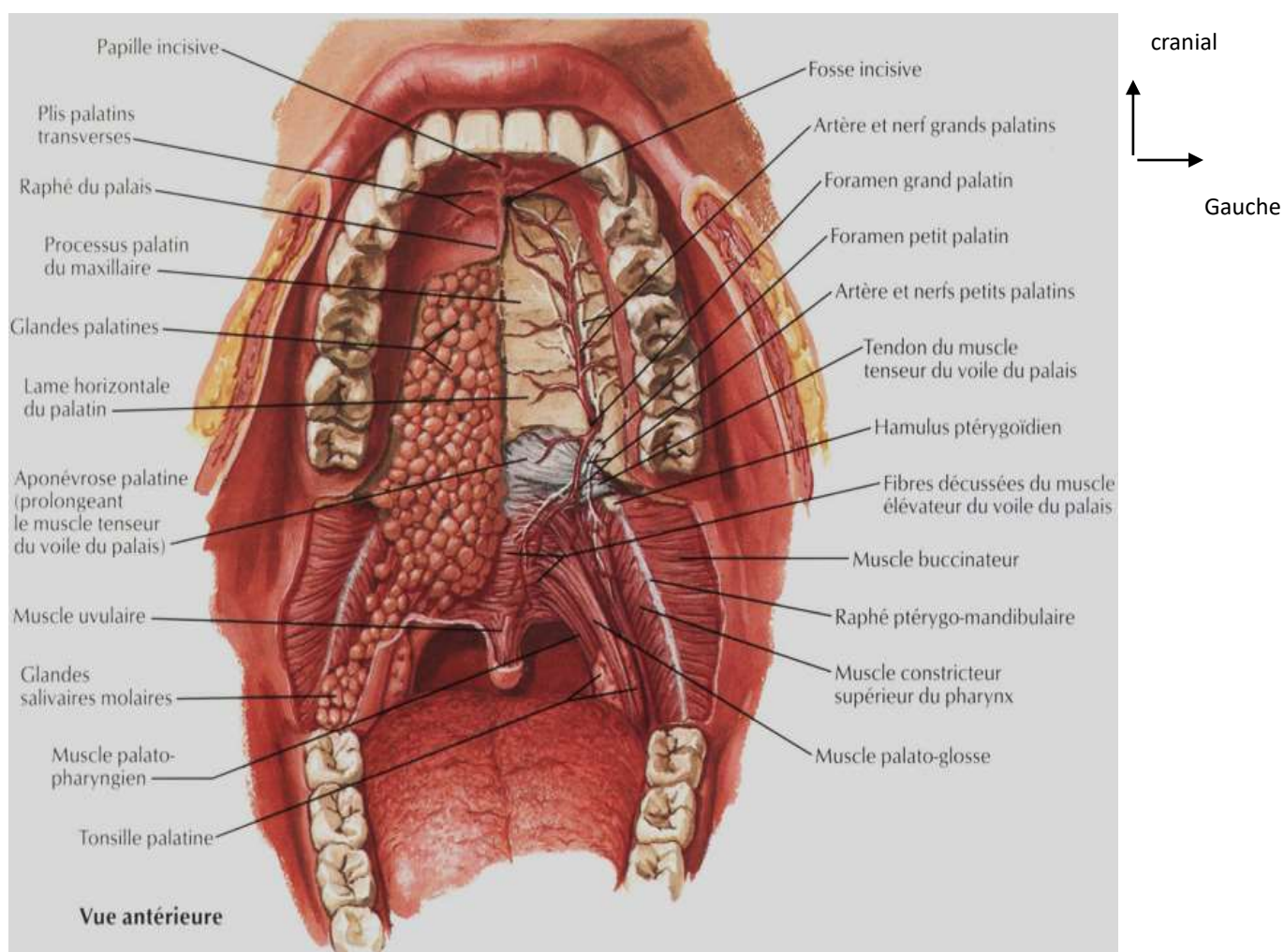


Figure 2: Langue (Vue inférieure avec résection partielle de la muqueuse)

Source : Atlas D'anatomie Humaine Frank H. Netter, M.D.

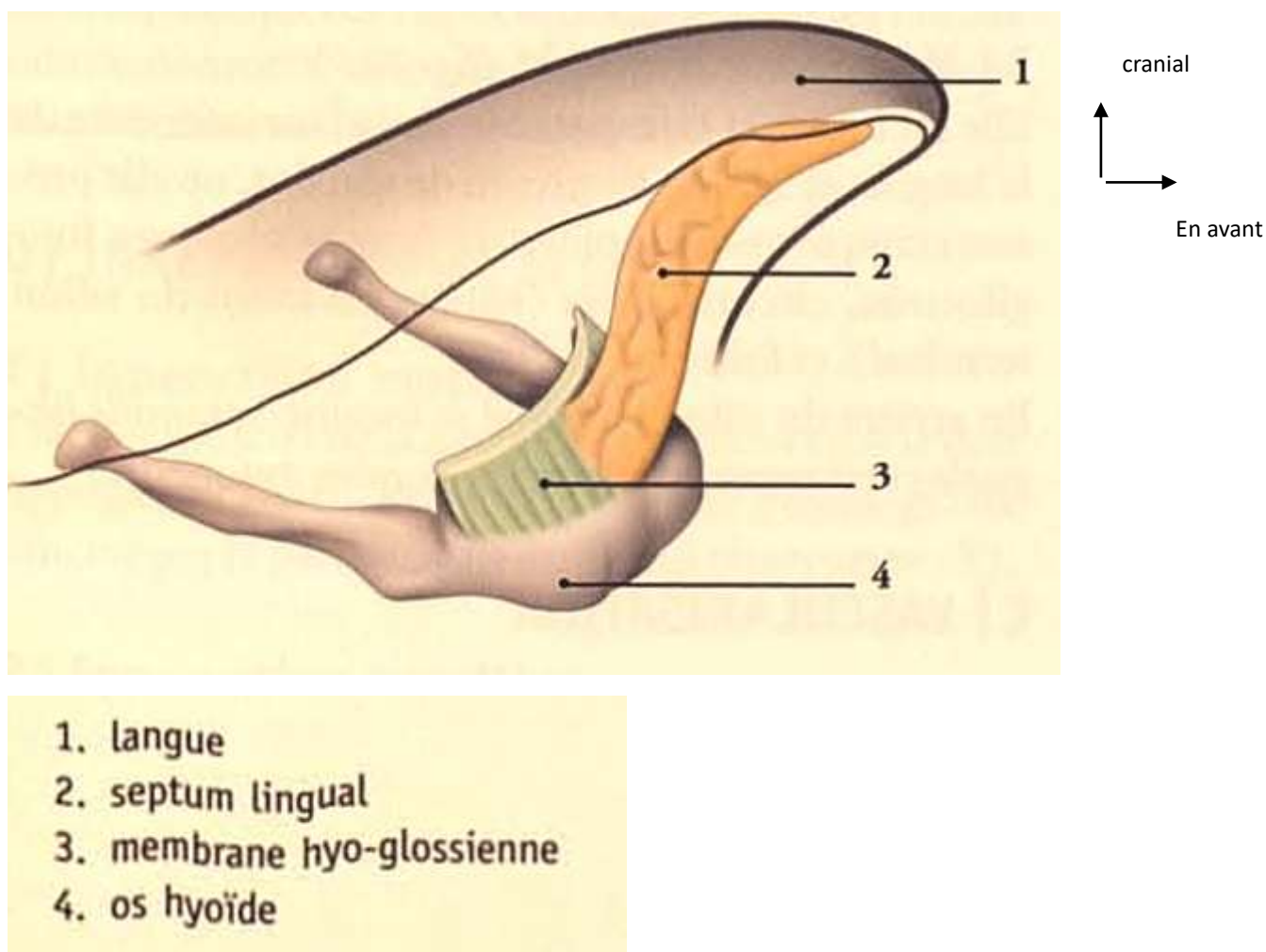


Figure 3: Septum lingual(schématique)

Source : Anatomie clinique KAMINA Tome II

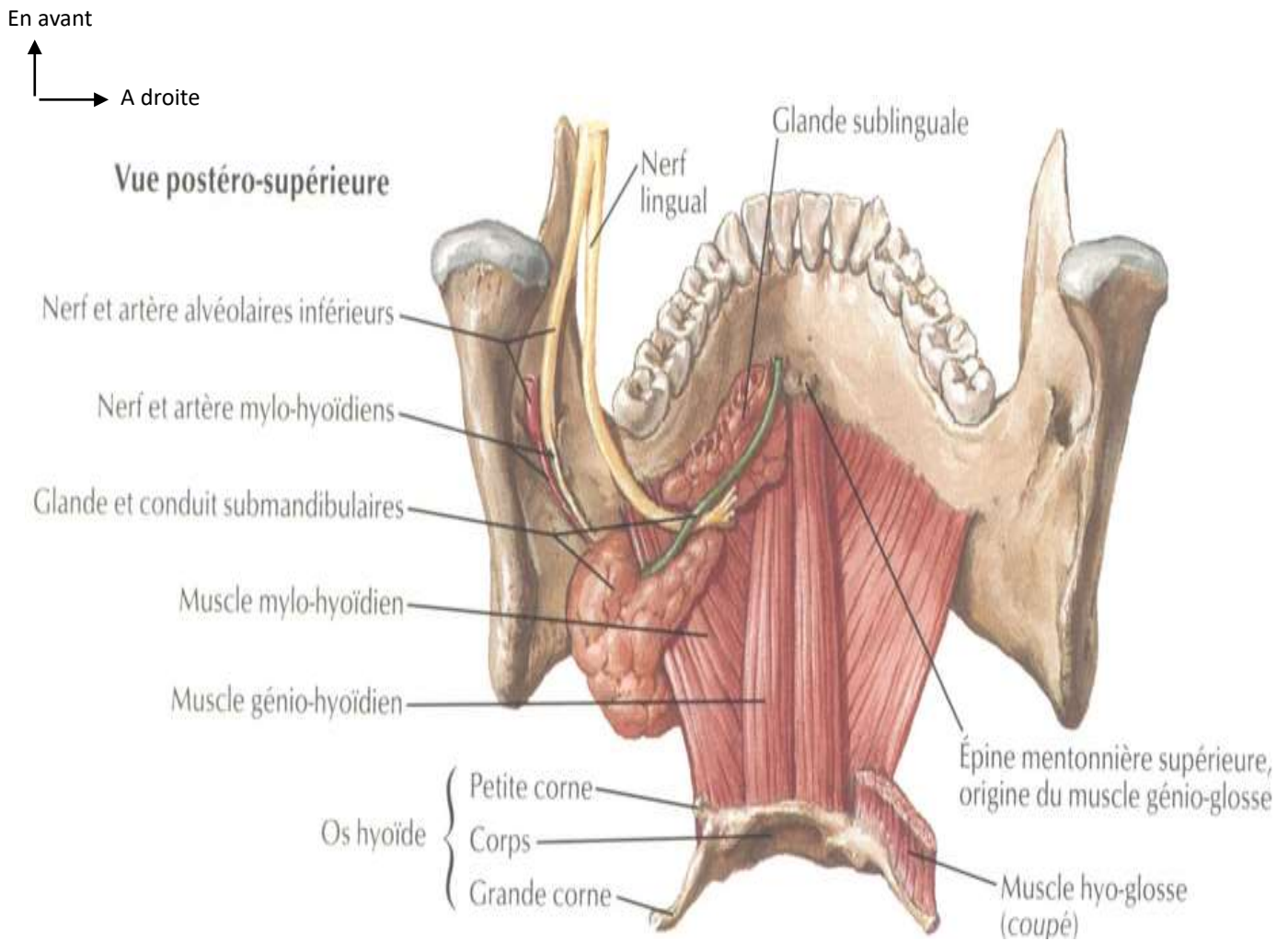


Figure 4: Muscles du plancher de la bouche

Source : ATLAS d'anatomie humaine Frank H. Netter, M.D.

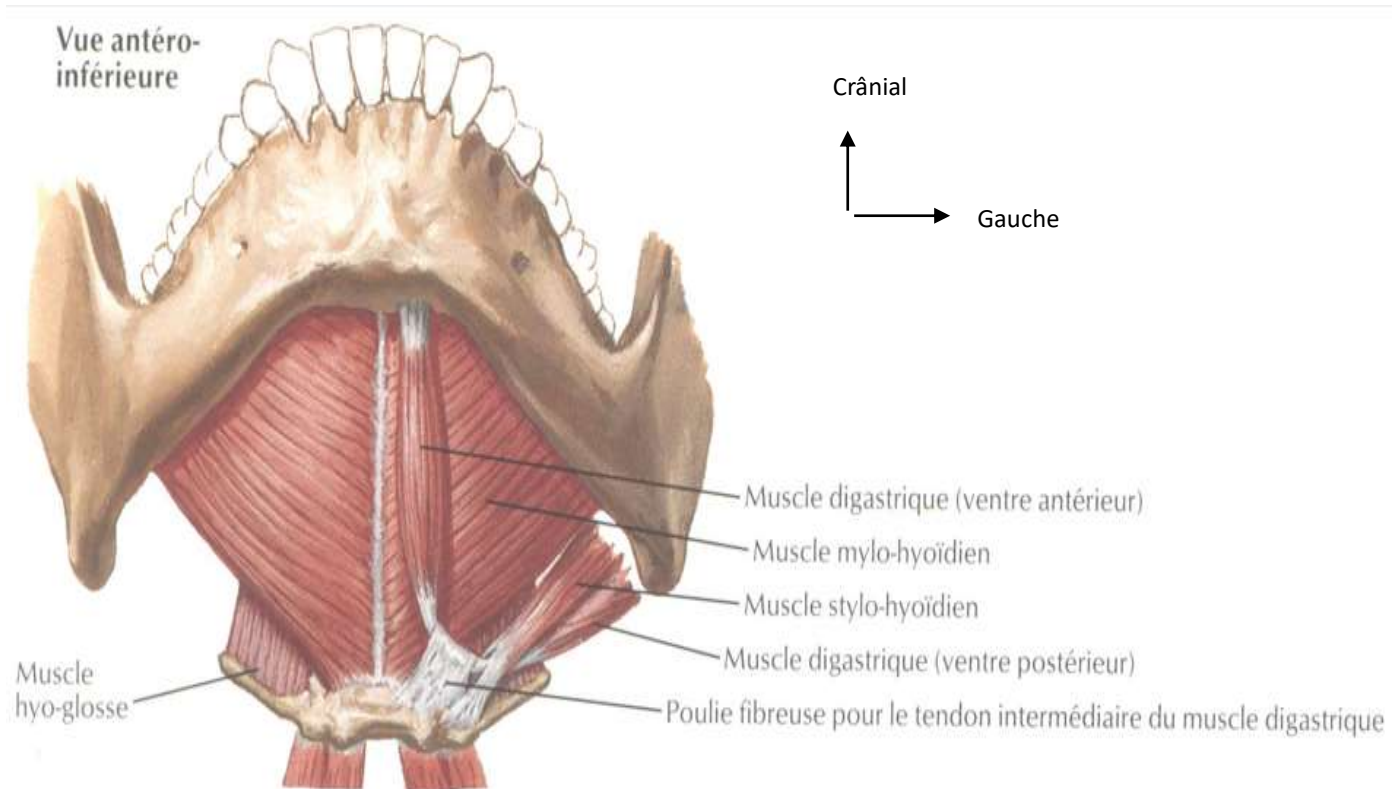


Figure 5: Muscles du Plancher de la bouche

Source : ATLAS d'anatomie humaine Frank H. Netter, M.D.

cranial

↑
En arrière

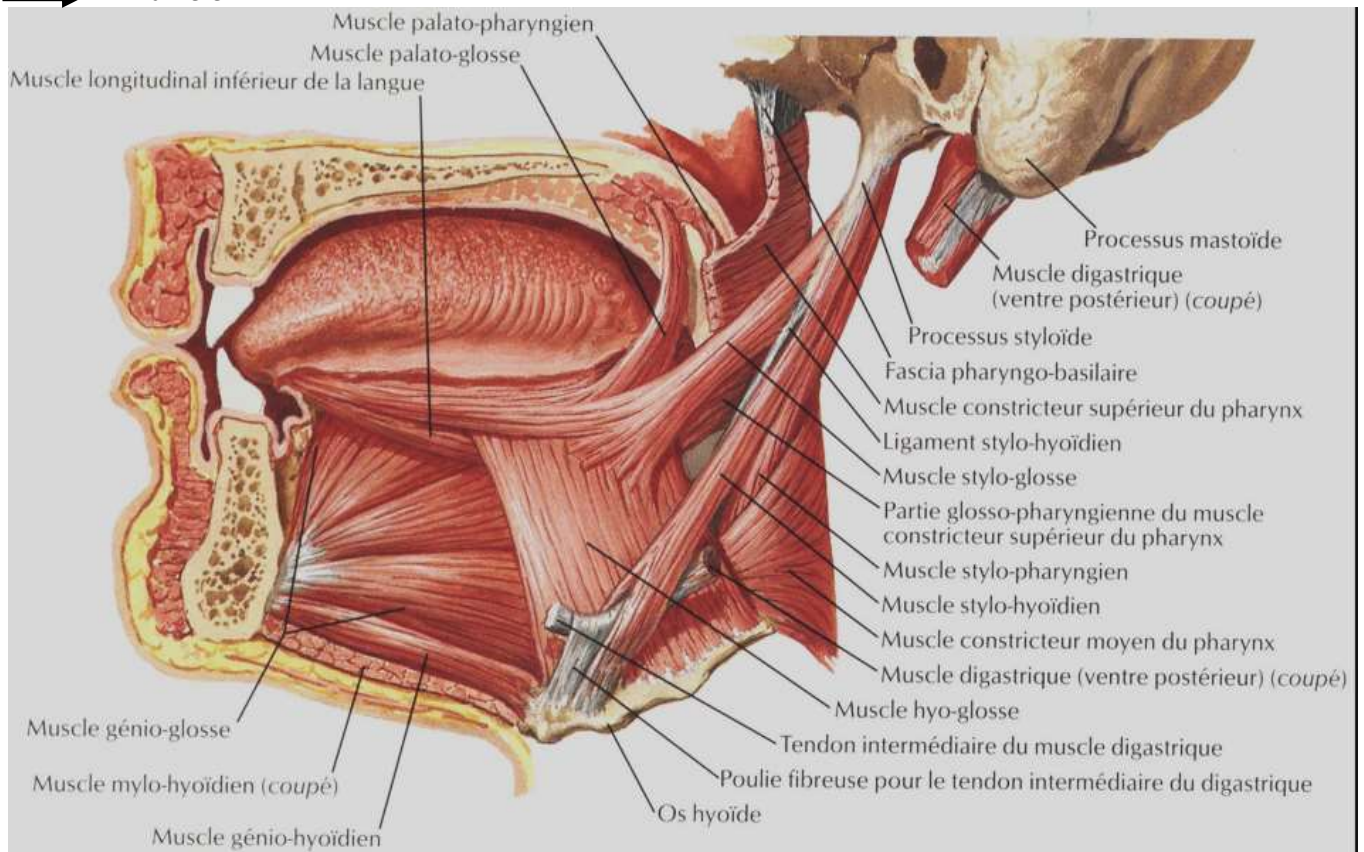
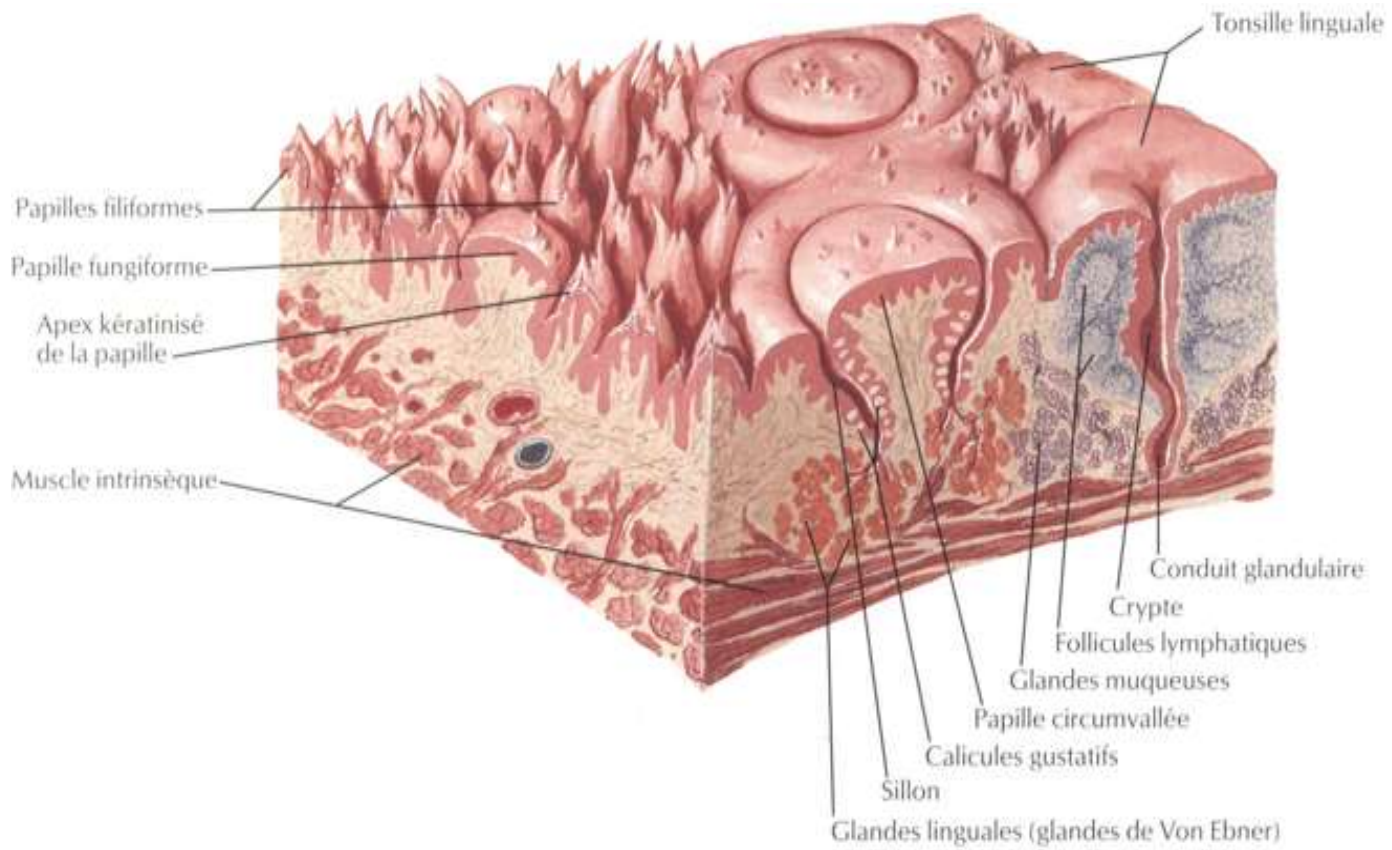


Figure 6: Muscles de la langue

Source : ATLAS d'anatomie humaine Frank H, Netter, M.D.



**Schéma tridimensionnel :
aire indiquée au-dessus**

Figure 7: Muqueuse de la langue

Source : Atlas d'anatomie humaine Frank H. Netter, M.D.

3-3 Rappel histologique de la langue

La langue est un organe musculo conjonctif, tapissé d'une muqueuse spécialisée.

3-3-1 : Epithélium linguale :

Elle est constituée d'un épithélium de type pavimenteux stratifié dont la nature varie selon la zone de la langue.[17]

➤ **La face dorsale(supérieure) :**

Constituée d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé (ou para kératinisé pour résister à l'abrasion. Il présente des papilles linguales.

• **Papilles filiformes(mécaniques) :**

Les plus nombreuses, coniques, fortement kératinisés. Elles n'ont pas de bourgeons du gout.

• **Papilles caliciformes/ circumvallées (sensorielles) :**

Les plus grandes, en V linguale, elles les 2/3 antérieures de la langue des 1/3 postérieur. Elles sont entourées d'un sillon (Vallum) ou s'ouvrent les glandes de Von Ebner

• **Papilles foliées**

Inconstantes et moins développées chez l'Homme, elles se trouvent sur les bords latéraux postérieures de la langue.

➤ **Face ventrale (inférieure) :**

Elle est constituée d'un épithélium pavimenteux stratifiée non kératinisé fin, lisse et souple

3-3-2 : Le Chorion (ou lamina propria) :

Il s'agit d'un tissu conjonctif riche en vaisseaux et nerfs situé sous l'épithélium.

3-3-3 : La sous -muqueuse

Absente au niveau dorsal

4-DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fait à base de faisceaux d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques et confirmé par l'étude anatomopathologique

4-1. Diagnostic anténatal

Le diagnostic anténatal du kyste bronchogénique de la langue peut se faire à l'aide de l'échographie obstétricale réalisée de façon systématique, elle permet d'en faire une description topographique et structurale précise et s'efforce surtout de vérifier l'intégralité des organes [18]

En échographie fœtale, le kyste bronchogénique de la langue est évoqué devant une formation kystique uniloculaire intra linguale, diagnostiqué dès le troisième trimestre [19-20], sans aucun signe d'appel. En effet, en raison de son caractère liquidien et bien limité, le kyste est facile à repérer chez le fœtus à l'échographie au sein de la masse linguale échogène. Dans la plupart des cas, il se manifeste comme une collection liquidienne intra buccale, unique de taille variable, le plus souvent uniloculaire.

Le caractère hydrique des images intra linguales est d'affirmation facile à l'échographie. La difficulté est d'en préciser l'origine.

L'IRM, examen performant, peut compléter l'échographie anténatale pour préciser l'origine linguale d'une anomalie buccale.

En anténatale, l'IRM peut montrer le kyste bronchogénique sous forme d'une masse avec hyper signal en pondération T2, et qui est invisible en pondération T1.[21]

4-2 : Diagnostic post natal

Le kyste bronchogénique de la langue n'a pas une symptomatologie propre, le spectre clinique va de la découverte fortuite jusqu'au tableau de détresse

respiratoire aigüe. Plus fréquent chez le garçon [22], le kyste bronchogénique de la langue peut entraîner des troubles de succion, de déglutition et de l'élocution. L'examen clinique montre lors de l'inspection une masse linguale entraînant une protrusion de la langue en dehors de la cavité buccale, ainsi la pointe de la langue est surélevée en haut et en avant.

En cas de fermeture de bouche, la langue est refoulée en arrière réalisant ainsi des fausses routes et des troubles respiratoires.

Le kyste bronchogénique de la langue est de couleur jaune ou jaune blanc, généralement petit de taille, mesurant 1,5 à 2 cm de diamètre, négatif à la transillumination. [23]

Lors de la palpation bimanuelle, cette masse linguale est de consistance liquidienne non fluctuante, mobile, rénitente. Elle peut s'étendre jusqu'au plancher buccal, et reposant en bas sur les canaux des glandes salivaires sublinguales. Cette palpation permet de préciser l'extension à travers le diaphragme musculaire (muscle mylo hyoïdien).

5-EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'apport de l'imagerie dans l'approche diagnostique du kyste bronchogénique est incontestable. Que ce soit la radiographie standard, l'échographie, le scanner ou l'imagerie par résonnance magnétique, ils apportent tous des informations utiles.

5-1. La radiographie standard

Elle doit être faite en incidence de face et de profil, à la recherche d'autres localisations : médiastinale et pulmonaire.

L'image typique en cas de kyste bronchogénique médiastinal est celle d'une masse arrondie, dense, homogène, à contours nets, siégeant le plus souvent dans le médiastin moyen. [24]

En cas de kyste bronchogénique intra-parenchymateux, l'image de face se traduit soit par une opacité homogène bien dessinée de 2 à 11 cm de diamètre, soit par une hyper clarté finement encerclée, ou par un niveau hydro-aérique.

Ils siègent dans n'importe quel territoire parenchymateux et plus volontiers dans les lobes inférieurs.

5-2. L'échographie

Rarement rapportée dans la littérature [25-26], elle permet de confirmer dans la plupart des cas la nature liquidienne, et s'avère être un complément utile à la TDM en recherchant le caractère kystique de la masse, et ainsi étudier son échogénicité. Elle peut également avoir un intérêt dans le diagnostic anténatal facilitant ainsi la prise en charge dès la naissance.

5-3. La tomодensitométrie

La TDM précise les rapports anatomiques du kyste pour un bilan pré- opératoire précis.

Elle définit avec exactitude les contours, les rapports du kyste avec les organes de voisinage [27].

Par contre, on ne peut guère se fier à la densité de la tumeur pour affirmer la nature bronchogénique du kyste.

En effet, sa densité varie de - 10 HU à + 10HU [27]

Le contenu du kyste peut être franchement liquidien, clair ou un peu ambré, de densité de l'ordre de 0 UH.

Le kyste peut apparaître uniformément liquide, solide ou hétérogène.

Sa paroi est régulière et de faible épaisseur. [28] Il peut aussi être filant, très épais [29], visqueux comme du mucus bronchique.

Après injection du produit de contraste, on peut observer :

- L'absence de rehaussement de la masse. C'est généralement le cas.
- Un rehaussement périphérique sous forme d'un liseré dense.

5-4. L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

L'imagerie par résonance magnétique est très intéressante puisqu'elle permet une meilleure analyse des tissus mous et de distinguer les muscles de la langue, des masses pathologiques. Elle retrouve habituellement une masse bien limitée, arrondie, en hyper signal T1 et T2. [30].

5-5 -Etude hysto-pathologique

Le kyste bronchogénique est un choristome touchant les voies aérodigestives supérieures ; il est bordé d'un épithélium respiratoire.

Macroscopiquement il se présente sous forme d'une tumeur unique, arrondie, ovalaire ou piriforme, d'aspect plus ou moins régulier, de couleur grisâtre ou blanc rosé et rénitente à la palpation.

Son volume est variable, souvent plus petit que ne le laisse supposer l'aspect radiologique, avec un diamètre de 1,3 à 11 cm [31].

Sa paroi est lisse, plus ou moins épaisse, bien vascularisée. La palpation permet parfois de révéler des plaques cartilagineuses.

Un pédicule vasculaire net est rarement bien individualisé.

Le contenu du kyste est le plus souvent mucoïde, épais filant et visqueux.

Il peut être lactescent, gélatineux et rarement hémorragique, de teinte grisâtre, jaunâtre, verdâtre ou brunâtre, rarement citrin. Il est exceptionnellement gazeux.

En cas d'infection, il peut se transformer en du pus plus ou moins épais [31].

Microscopiquement les kystes bronchogéniques sont classés parmi les hamartomes et sont revêtues d'un épithélium cylindrique cilié.

Le caractère essentiel des kystes bronchogéniques tient donc à la nature histologique du revêtement épithélial interne qui doit être cylindrique cilié. Il est constitué par de hautes cellules cylindriques possédant un noyau basal. Le pôle supérieur est pourvu de cils qui flottent dans la lumière du kyste. Ces cellules sécrètent du mucus qui s'accumule dans la cavité kystique.

D'autres éléments bronchiques tel que les amas cartilagineux, des glandes mucipares en grappes situées dans le chorion sous-jacent, des fibres musculaires lisses, des éléments lymphoïdes, vasculaires, nerveux et même du tissu alvéolaire pulmonaire peuvent être comptés au niveau de la paroi des kystes bronchogéniques. Ils ne sont pas constants, mais leur présence signe sans ambiguïté l'origine bronchique du kyste [44]. Le diagnostic de certitude est apporté ainsi par l'histologie.[30]

6-DIAGNOSTICS DIFERENTIELS :

6-1. Autres Kystes oraux

➤ Kyste dermoïde du plancher buccal

Kyste embryonnaire constitué d'une paroi fibreuse recouverte d'un épithélium stratifié et contenant des dérivés dermiques tels que : follicules pileux, glandes sudoripares, glandes sébacées et des dents. Les Kystes dermoïdes peuvent aussi être retrouvés dans la cavité

buccale, bien qu'ils soient assez rares. Lorsqu'un kyste est situé au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, la langue peut être refoulée vers le haut, entraînant des difficultés pour s'alimenter. Le Kyste est fluctuant et sa couleur naturelle le rend facilement distinguable d'une grenouillette. L'examen histologique montre un recouvrement kystique kératinisé et la présence de glandes sébacées.

➤ **Kyste épidermoïde**

A la TDM le kyste épidermoïde apparaît comme une masse lobulée, bien limitée, hypodense. Occasionnellement elle peut être hyperdense.

Le rehaussement périphérique peut être objectivé par la TDM après injection du produit de contraste. Mais un rehaussement de contraste central est inhabituel. [33]

➤ **Kyste lympho-épithélial sublingual**

Kyste épithélial des tissus mous associé à du tissu lymphoïde. Le peu de cas de kystes lympho-épithéliaux décrits dans la littérature est probablement dû à la petite taille et au caractère asymptotique de cette lésion.

Le kyste lympho-épithélial a été appelé kyste branchial, kyste bronchogénique ou pseudo-kyste. Il est admis que le kyste lympho-épithélial se développe par une prolifération de l'épithélium isolé dans les ganglions lymphatiques au cours du développement. La plupart des kystes lympho-épithéliaux sont situés dans le plancher de la bouche. La langue est la deuxième localisation par sa fréquence [34]. Les kystes, qui sont recouverts d'une muqueuse d'aspect normal sont mobiles. Habituellement, le kyste est de couleur jaune ou jaune-blanc. La lésion, qui apparaît habituellement entre 20 et 50 ans, est asymptotique. Les kystes lympho-épithéliaux sont petits, excédant rarement 1,5 cm.

Histologiquement le kyste est recouvert d'un épithélium pavimenteux stratifié qui est généralement para kératinisé. Autour du kyste il existe des amas de lymphocytes souvent assemblés en follicules.

➤ **Tératomes du plancher buccale**

Les tératomes sont des formations à développement embryonnaire comportant plusieurs types de tissus. En échographie, ils ont une composante solide, souvent associée à des plages liquidiennes. Elles apparaissent en échographie très hétérogène, et sont situées dans le plancher buccal ou de topographie latéro-faciale.

Les tératomes siègent au niveau du plancher buccal et à proximité du carrefour aérodigestif [35]. Ils sont responsables de détresse néonatale respiratoire gravissime. Ces tératomes sont en général de type multi tissulaire pluri kystique, composés de tissus toutes natures appartenant aux trois feuilletts de l'embryon ; les éléments qui le constituent se distribuent dans le désordre et se composent de formations neurogliales, de cavités micro kystiques à revêtement malpighien et de cavités possédant une bordure glandulaire digestive avec parfois du muscle lisse.

➤ **Grands lymphangiomes tissulaires buccaux, péri-buccaux**

Ces formations tumorales sont diagnostiquées en période anténatale et apparaissent en échographie sous l'aspect de formations polylobées avec de multiples logettes à contenu liquidien de taille variable, séparées par des cloisons d'épaisseur inégale, et sont souvent volumineux dès la naissance parfois responsable de dystocie [36].

➤ **Kystes mucoïdes des glandes salivaires accessoires**

Ils siègent volontiers sur les zones soumises mécaniquement à la succion, c'est à dire sur la langue et la face muqueuse des lèvres [37]. Ce sont des tuméfactions de consistance molasse, de coloration bleutée, indolores, de volumétrie variable. Ils peuvent se rompre spontanément, puis se reconstituer. Ils contiennent un liquide mucoïde filant. Ils sont parfois congénitaux mais le plus souvent ils se développent après la naissance au cours des deux premiers mois, au gré de la succion, aux dépens d'une glande salivaires accessoire de la cavité buccale, au niveau de laquelle existe une dilatation du canal excréteur qui a perdu son revêtement épithélial. Leur exérèse chirurgicale complète assure la guérison.

L'examen anatomopathologique montre qu'il s'agit en réalité d'un pseudo kyste, sans paroi épithéliale au voisinage d'une glande salivaire accessoire en rétention, on retrouve une paroi « kystique » conjonctive avec de nombreux macrophages.

➤ **Grenouillettes**

Décrites par Galien sous le nom de « Rana » ou « Ranula » [36], à cause du gonflement sous-lingual et du plancher, ressemblant à ceux d'un batracien, ce sont des dysplasies Kystiques salivaires de la glande sublinguale. Elles constituent des tuméfactions sous-linguales, bleutées, latéralisées.

Lymphangiome muqueux

Il constitue un signe de grande valeur pour authentifier l'existence du lymphangiome profond parfois associé.

C'est le lymphangiome émissaire [38]. Chez le nourrisson, il siège sur la langue, la face interne des joues, la région commissurale, voire le plancher. Il est classiquement constitué d'éléments vésiculeux ou papuleux translucides posés sur la muqueuse (tel du frai de grenouille). Ces éléments forment, quand ils sont nombreux, un placard parfois extensif. Puis, il présente des poussées; des éléments violacés douloureux vont apparaître en surface.

➤ **Lymphangiome tissulaire**

Il intéresse le plancher de la bouche et le cou [38]. Il est accessible à l'examen clinique. La langue est refoulée en arrière par des formations bleutées polylobées. Il envahit la région sous-maxillaire et déborde les régions bicarotidiennes, voire parotidienne et cervicale postérieure.

Le diagnostic est plus difficile si le lymphangiome reste sous-muqueux, intramusculaire, lingual, ou intra tissulaire. C'est le cas en particulier au niveau lingual, où il peut se manifester par une macroglossie globale ou unilatérale. Histologiquement, il est constitué de plusieurs cavités Kystiques confluentes bordées par une assise de cellules endothéliales, comblées par une sérosité éosinophile et quelques hématies.

6-2 Dysplasies vasculaires de la muqueuse buccale

6-2-1. Angiomes plans capillaires de la muqueuse buccale

Ces angiomes sont des taches allant du rouge au violet, aux limites irrégulières; ils peuvent être isolés au niveau de la muqueuse buccale [38] ; chez le nouveau-né, ils sont assez souvent en contigüité avec un angiome plan cutané.

6-2-2. Angiome tubéreux

Ils peuvent être superficiels ou profonds [39]. Les angiomes superficiels ont l'aspect d'une framboise ou d'une fraise, très peu hémorragiques en cas de traumatisme; ils sont situés préférentiellement au niveau de la muqueuse labiale, linguale et jugale.

Les angiomes tubéreux de la partie médiane de la lèvre supérieure sont plus fréquemment associés à un angiome tubéreux nasal réalisant l'angiome Cyrano. Ces angiomes sont immatures, ce qui explique leur possibilité évolutive dans les premiers mois après la naissance.

Les formes orales constituent des formations violacées sur les muqueuses palatine, jugale ou labiale, pouvant se nécroser, laissant place à une ulcération profonde à cicatrisation lente.

Les angiomes tubéreux profonds sont hypodermiques, forment une masse bleutée, recouverte de téguments normaux, ces angiomes profonds sont rarement apparents à l'examen endo buccal, sauf quand ils sont situés au niveau jugal.

Le plus fréquemment, il s'agit d'angiomes mixtes associant l'angiome tubéreux superficiel muqueux et l'angiome profond hypodermique, avec une déformation des tissus mous dans le territoire labial ou jugal.

Ces angiomes, souvent de très petite taille à la naissance, peuvent augmenter de volume dans les 4 à 8 semaines postnatales, peuvent également s'ulcérer et devenir hémorragiques.

➤ Angiome tubéreux immature

intéresse rarement la langue [39]. Il évolue par poussées extensives, impressionnantes, en envahissant les parties molles du visage et la peau. Au cours de ces poussées, des nécroses tissulaires peuvent apparaître avec des saignements témoignant ainsi de son mode classique d'involution. Cette nécrose de l'angiome tubéreux intra buccal, modalité involutive chez le nourrisson et l'enfant, réalise de vastes ulcérations de la face interne des joues, voire de la région commissurale ou du palais.

➤ Thyroïde linguale

Masse tumorale arrondie de la base de la langue à mi-distance entre le foramen coecum et l'épiglotte

La radiographie simple du Larynx de profil peut retrouver une opacité de la base de la langue projetée au niveau du vallécules et l'oropharynx avec éventuellement des calcifications.

➤ Le kyste thyroglosse de la base de la langue

Le kyste thyroglosse de la base de la langue s'observe à tout âge avec des formes néonatales et des formes diagnostiquées chez des patients de plus de 80 ans.

➤ Hétérotopie gastro-intestinale de la langue (CHORIOSTOME)

Une hétérotaffection rare. Elle se présente sous forme d'une voussure kystique se localisant à la partie dorsale de la langue. L'histologie révèle la présence d'un kyste hétérotopique gastro-intestinal.

➤ Lipome et hypertrophie des boules de Bichat

Le lipome est une tumeur rare de la cavité buccale de l'enfant [39]. Il siège volontiers sur le plancher buccal sous l'aspect d'une petite formation jaunâtre à la face inférieure de la langue et est en général banale.

➤ Schwannome

Sa découverte est anatomo-pathologique [40]

➤ Léiomyome vasculaire du palais

La tumeur est indolore et n'est détectée que parce qu'elle entraîne une excroissance. Le léiomyome est une tumeur à croissance lente, bien limitée, mobile et de consistance ferme. Elle est parfois pédonculée. La couleur du léiomyome varie entre le bleuâtre et le rougeâtre en fonction de la quantité de vaisseaux présents.

➤ Rhabdomyosarcome du nourrisson

C'est la plus fréquente des tumeurs malignes de l'enfant il se présente comme une tuméfaction mamelonnée ou massive [40].

Histologiquement, c'est une prolifération de cellules fusiformes à différents degrés de différenciation avec ou sans striations intra cytoplasmiques et prenant souvent l'aspect de cellules géantes.

➤ Fibrosarcome des parties molles

Cette tumeur maligne, bien qu'exceptionnelle chez l'enfant, peut survenir au niveau de la muqueuse buccale [40]

Histologiquement, il s'agit d'une prolifération fibroblastique formant des entrelacs de cellules fusiformes et chromophiles, aux noyaux parfois nombreux.

7-Traitement

L'exérèse chirurgicale est considérée comme le traitement définitif [41]. Il est fait sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale.

8-Pronostic

Excellent après l'exérèse complète.

La Récidive est rare [42] avec une transformation maligne exceptionnelle.

NOTRE ETUDE

1-CAS CLINIQUE

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin à J17 adressé par le service de néonatalogie pour tuméfaction endo-buccale.

L'interrogatoire des parents n'a pas retrouvé

d'ATCD médico-chirurgicaux connus, pas de notion de consanguinité familiale.

Nouveau-né issu d'une grossesse non suivie (Sans CPN et BPN)

Accouchement bien déroulé : Voie basse (CS Réf de M'bessoba /région Koutiala) au MALI

➤ Examen Général :

Notre examen retrouve un enfant dénutri, dyspnéique, apyrétique, tonique avec les réflexes archaïques tel que reflexe de Moro, reflexe de préhension (Grasping) : reflexe de fouissement (Rooting) qui étaient présents

Par contre le réflexe de succion était difficile dû à la présence de la masse linguale.

Température : 37°5 FR :32cycles /min

Glasgow 13/15 Poids: 2,1 kg

Taille :48cm

➤ Examen physique ORL :

A l'ouverture buccale on notait une volumineuse tuméfaction de la face ventrale de la langue refoulant totalement la langue et empêchant l'examen de l'oropharynx.

La tuméfaction était bien limitée, de consistance molle, fluctuante à la palpation, sans signe inflammatoire, mobile vers l'avant lors des pleurs et empêchait la succion. Nous avons procédé à une ponction aspiration par voie externe sous-mental qui nous a permis de retirer 2,5 ml d'un liquide visqueux de couleur brunâtre aboutissant à un affaissement de la tuméfaction et permettant une succion efficace.

72 heures après la tuméfaction s'était totalement recollectée.

Une TDM maxillo-faciale réalisée, a objectivé une volumineuse masse kystique lingual cloisonnée, mesurant 37X34mm, non rehaussée par le produit de contraste.

La radiographie cervico-faciale et l'échographie abdomino-pelvienne de même que les bilans d'opérabilité n'ont pas révélé d'anomalie.

Nous avons procédé à une exérèse chirurgicale du kyste par voie externe sous-mentale, sous anesthésie générale avec une intubation oro-trachéale. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un kyste bronchogénique.

L'évolution fut marquée par un suivi à 1 mois, 3 mois, puis à 1 an sans qu'aucune anomalie, ni récurrence ne soit observée.

QUELQUES ICONNOGRAPHIES



Figure 8: Vue de face du patient avant chirurgie

Tuméfaction face ventrale langue mesurant 40X37mm refoulant la langue vers l'arrière, masquant l'oropharynx.

Source : Service ORL- CCF du CHU GABRIEL TOURE



Figure 9: TDM Maxillo-faciale (coupe coronale)

Masse Kystique linguale cloisonnée non réhaussée par le produit de contraste

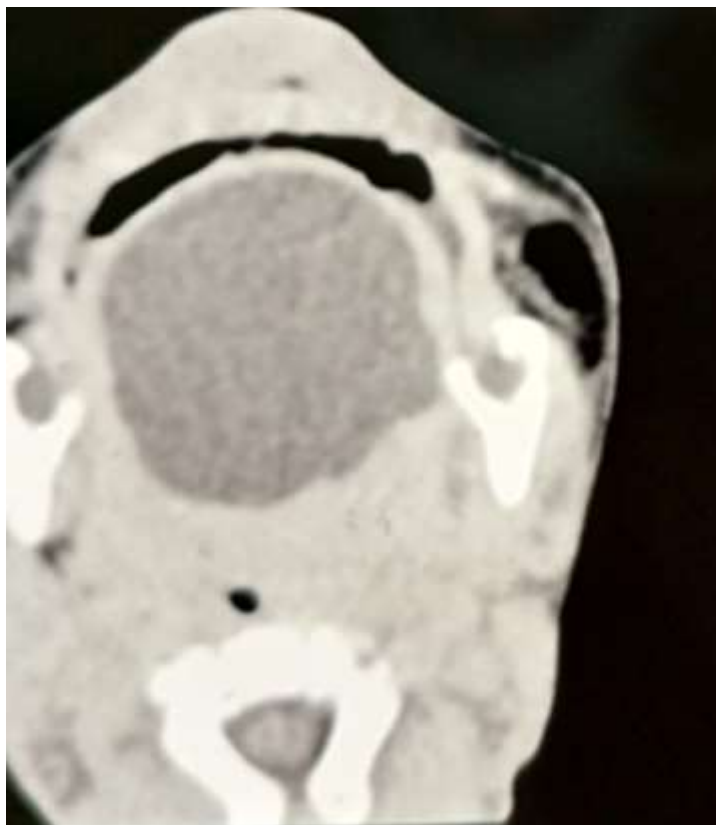


Figure 10: TDM Maxillo-faciale (coupe axiale)
Masse Kystique linguale



Figure 11: TDM maxillo-faciale injectée (Coupe sagittale) Masse kystique de la langue non réhaussée par le produit de contraste.



Crânial
↑
└─→ Gauche

Figure 12: Vue de la masse en per-opératoire

Source : Service ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE

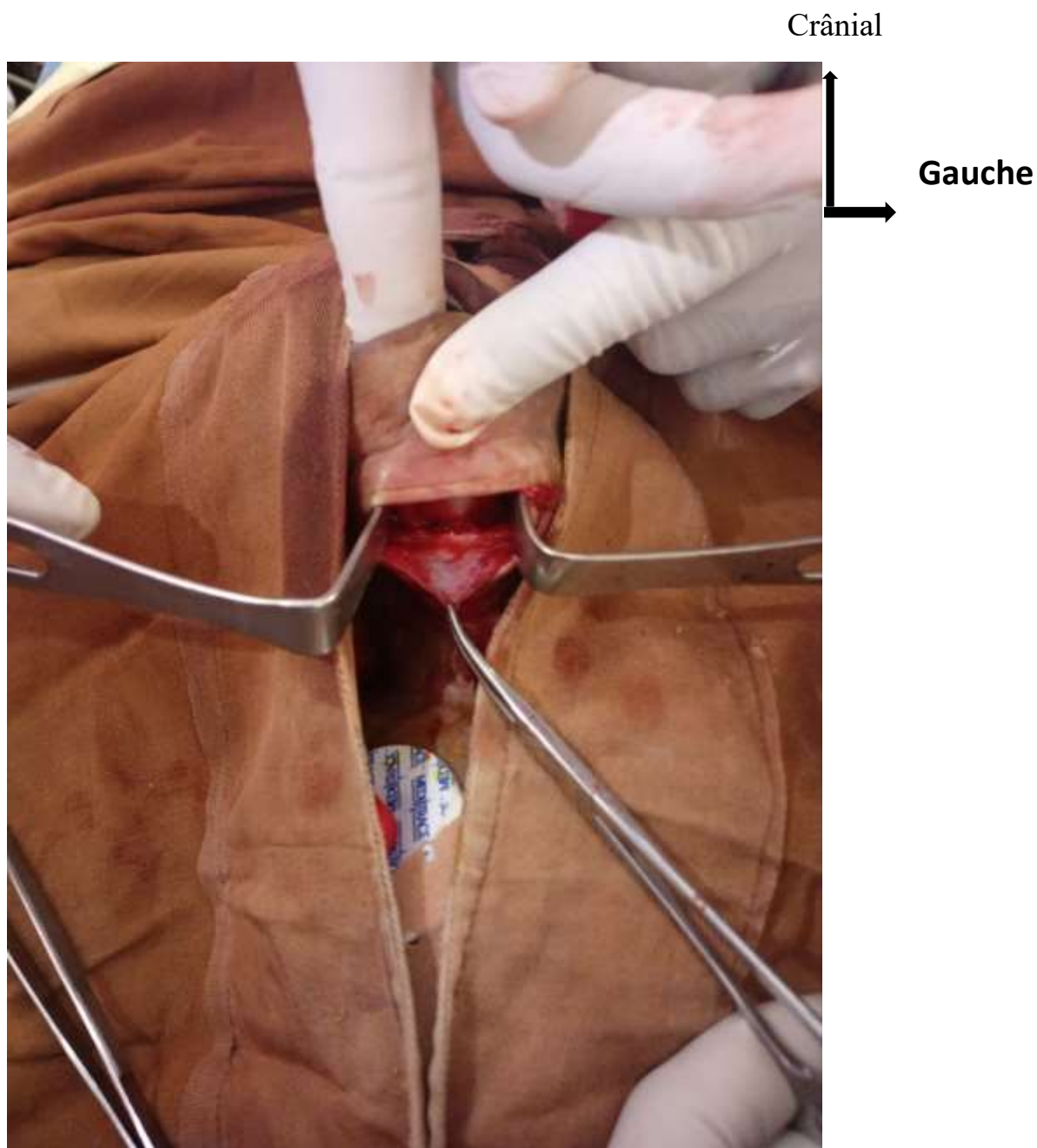


Figure 13: Vue de la masse en per-opératoire

Source : Service ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE



Crânial
↑
└─→ Gauche

Figure 14: Image per-opératoire de la loge après exérèse de la masse

Source : Service ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE

Crânial
↑
└─→ Gauche



Figure 15: Image de fermeture de la plaie

Source Service ORL-CCF du CHU Gabriel TOURE



Figure 16: Aspect macroscopique de la pièce opératoire

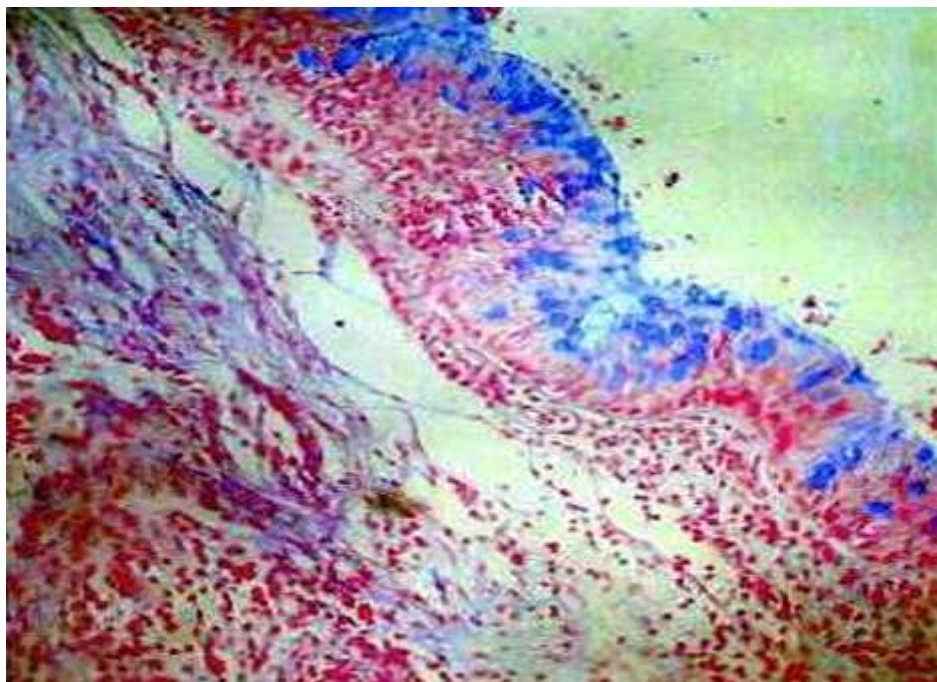


Figure 17: Image histologique de la pièce opératoire montrant un revêtement de type respiratoire avec cellules caliciformes (cellules claires à gobelet) coloration H-E G 40x10

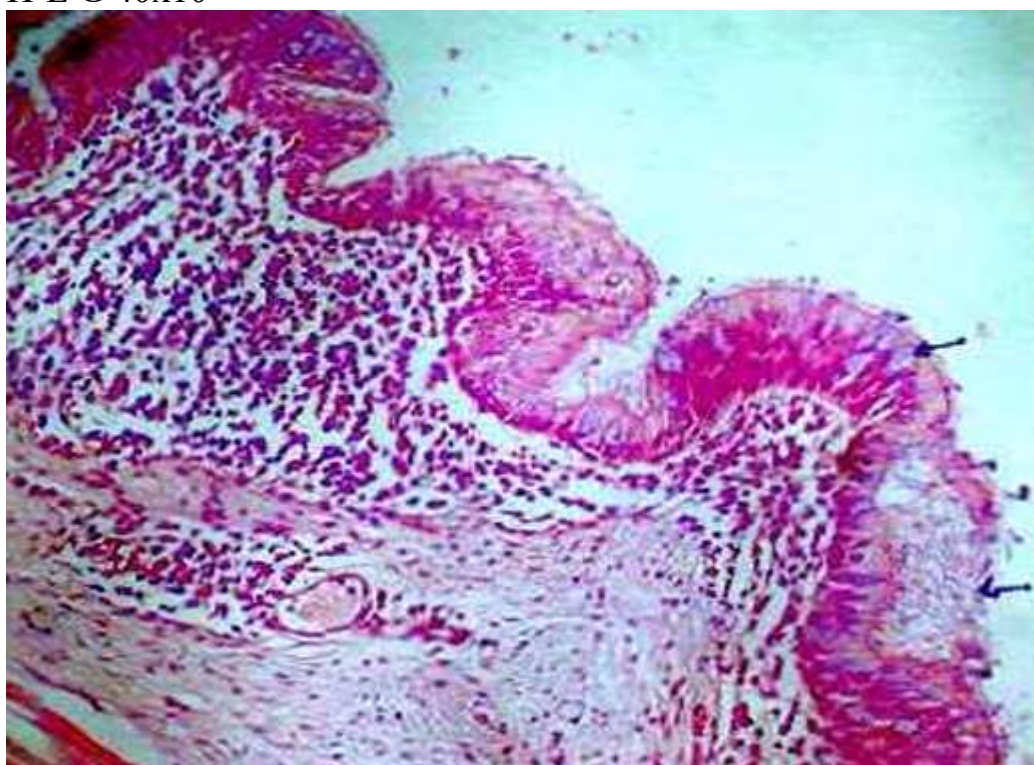


Figure 18: Même coupe colorée au bleu alcian mettant en évidence la sécrétion mucoïde(bleu).40x10

2-DISCUSSION :

Secondaire au développement autonome d'un bourgeon cellulaire détaché de l'arbre trachéo-bronchique pendant la vie embryonnaire,

les kystes bronchogéniques sont des malformations congénitales rares [27]. Ce sont des anomalies peu fréquentes. Ils se localisent dans 84% en endothoracique ; seulement 16% de localisation ectopique et les plus fréquents sites de développement sont le médiastin et les poumons respectivement à 75 et 25 %.

Ils représentent 10% des masses médiastinales de l'enfant [29]. La localisation linguale reste exceptionnelle avec moins de 30 cas rapportés dans la littérature retrouvée par le moteur suite à une étude réalisée en 2025 par Boyu et al [30] et retrouvée par le moteur de recherche PubMed central.

La plupart des cas présente une prédominance masculine avec un sexe ratio de 3. [31]

L'âge d'apparition est inférieur ou égal à six ans [34]. Bien que certains soient présents dès la période néonatale, ils peuvent se manifester jusqu'à l'âge de 61 ans [34]. La localisation la plus fréquente est la face ventrale de la langue [34]

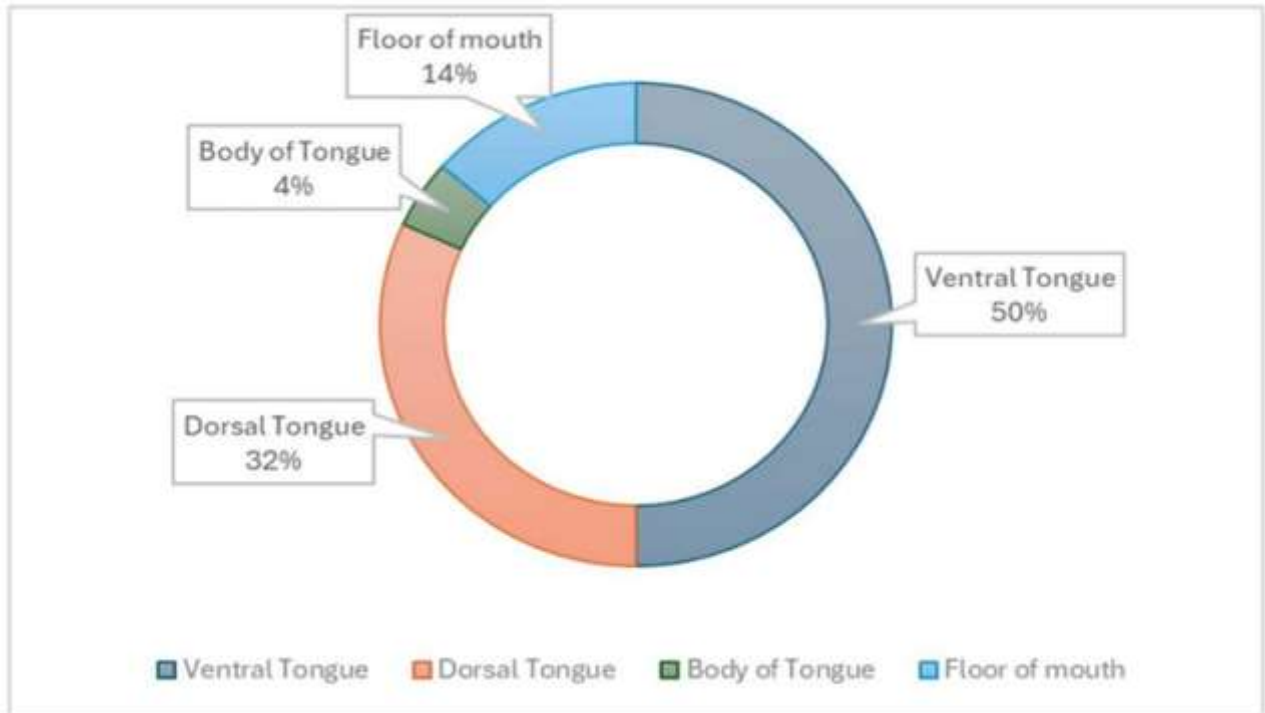


Figure 19: Localisation la plus fréquente sur la face ventrale de la langue [30]

Les patients ne présentent généralement pas d'autres anomalies du développement [36] comme ce fut le cas dans notre étude suite aux examens complémentaires réalisés notamment l'échographie abdomino-pelvienne, l'échocoeur, la radiographie cervico-thoracique et les bilans biologiques (NFS, crase sanguine, bilan rénal et hépatique) qui n'ont révélé aucune autre anomalie associée.

Les kystes bronchogéniques de la cavité buccale se présentent cliniquement comme des tuméfactions indolores. Ce qui fut le cas dans notre observation. Néanmoins on peut parfois observer une légère inflammation chronique [22]

Du fait de leur localisation fréquente sur la langue, tout comme dans notre étude ces kystes peuvent entraîner des difficultés respiratoires ou d'alimentation, [30, 33,36].

Leur taille varie de 1,7 à 2,7 cm dans leur plus grande dimension, avec une taille moyenne de 2,1 cm [32,34,36].

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomodensitométrie (TDM) sont utiles pour préciser la taille et la localisation de la lésion en vue de la planification chirurgicale [39, 10].

Sur le plan macroscopique le Kyste bronchogénique se présente sous la forme d'une masse arrondi, de couleur rosée et de volume variable. Sa paroi est épaisse, lisse, bien vascularisée et entourée d'une coque résistante. La poche kystique est unique ou multiple. Le kyste est rempli d'un mucus épais et visqueux.

Microscopiquement les kystes bronchogéniques sont classés parmi les hamartomes. Ils sont constitués de tissus normalement contenus dans la cavité thoracique adulte.

La paroi du kyste possède une structure bronchique. Revêtue d'un épithélium cylindrique cilié et mucipare, elle comprend un ou plusieurs éléments constitutifs de la bronche normale.

Le caractère essentiel des kystes bronchogéniques tient donc à la nature histologique du revêtement épithélial interne qui doit être cylindrique cilié comme ce fut notre étude de cas. Il est constitué par de hautes cellules cylindriques possédant un noyau basal. Le pôle supérieur est pourvu de cils qui flottent dans la lumière du kyste. Ces cellules sécrètent du mucus qui s'accumule dans la cavité kystique.

Plus accessoirement, la paroi des kystes bronchogéniques renferme d'autres éléments bronchiques : amas cartilagineux, glandes mucipares en grappes situées dans le chorion sous-jacent, fibres musculaires lisses, éléments lymphoïdes, vasculaires, nerveux et même du tissu alvéolaire pulmonaire. Ils ne sont pas constants, mais leur présence signe sans ambiguïté l'origine bronchique du kyste [39].

L'exérèse chirurgicale est considérée comme le traitement définitif [30]. De plus, aucun cas documenté du rôle de la thérapie adjuvante après excision chirurgicale n'a été rapporté [36-40]. En général, il n'y a pas de récurrence après l'exérèse complète des kystes, que ce soit à court ou à long terme [42-44] ce fut également le cas dans notre observation.

Cependant, des cas d'adénocarcinome, survenant à partir de kystes bronchogéniques intrathoraciques, ont été observés [44].

Volchok et al. ont décrit un cas d'adénocarcinome développé à partir d'un kyste de duplication de l'intestin antérieur lingual non diagnostiqué auparavant, chez un homme de 61 ans [44]. Dans ce cas, l'adénocarcinome a été traité et suivi conformément aux recommandations standardisées en cancérologie.

CONCLUSION

Le kyste bronchogénique : affection congénitale extrêmement rare. Il doit être suspecté devant toute masse kystique linguale.

Aucune spécificité clinique ou radiologique orientant vers une origine bronchogénique d'un kyste lingual existe. L'échographie et l'IRM anténatal permettent le diagnostic précoce et par conséquent une prise en charge précoce [44]. Seul l'histologie permet certitude diagnostique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Diarra K, Konaté N, Koné FI. Bronchogenic cyste of the tongue :An exceptional localization J- TUN-ORL- N°42 December 2019
2. Jones KL, Jones MC, Campo MD. Les modèles reconnaissables de malformations humaines de Smith. 7e éd. Philadelphie : Elsevier Saunders ; 2013.
3. Carlson BM. Embryologie humaine et biologie du développement. 6e éd. Saint Louis : Elsevier ; 2019.
4. Mueller DT, Callanan VP. Malformations congénitales de la cavité buccale. Otolaryngol Clin North Am. 2007;40
5. Trobs RB, Mader E, Friedrich T, Bennek J. Tumeurs orales et lésions pseudo tumorales chez les nourrissons et les enfants. Pediatr Surg Int. 2003;19
6. Gorini E, Mullace M, Migliorini L, Mevio E. Choristome osseux de la langue : une revue de l'étiopathogénie. Représentant du cas Otolaryngol. 2014;104.
7. McAdams HP, Kirejczyk WM, RosadodeChristenson ML, Matsumoto S. Kyste bronchogénique : caractéristiques d'imagerie avec corrélation clinique et histopathologique. Radiology. 2000;217
8. Burri PH. Développement fœtal et postnatal du poumon. Annu Rev Physiol. 1984;46
9. Schoenwolf GC, Bleyl SB, Brauer PR, FrancisWest PH. Embryologie humaine de Larsen. 5e éd. Philadelphie : Churchill Livingstone ; 2015.
10. Luo Y, Shillingford N, Koempel JA. Résultats histopathologiques de la présence d'épithéliums gastriques et respiratoires dans un kyste de l'intestin antérieur lingual. Représentant de cas Med. 2015 ;278
11. Joshi R, Cobb AR, Wilson P, Bailey BM. Kyste lingual tapissé d'épithélium respiratoire et gastrique chez un nouveau-né. Br J Oral Maxillofac Surg. 2013;51(2) :173–5. Pathologie de la tête et du cou .2021 ; 15

12. Mandell DL, Ranganathan S, Bluestone CD. Choristome lingual néonatal avec épithélium respiratoire et gastrique. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128
13. Boue DR, Smith GA, Krous HF. Kyste bronchogénique lingual chez un enfant : un site de présentation inhabituel. *Pediatr Pathol.* 1994;14
14. Lee DH, Yoon TM, Lee JK, Lim SC. Kyste bronchogénique dans la région de la tête et du cou. *J Craniofac Surg.* 2017;28
15. Bailey BM. Un kyste bronchogénique détaché survenant dans la langue d'un nouveau-né. *Br J Oral Surg.* 1982;20.
16. Magliocca KR, Ricalde P, Vincek V, Bhattacharyya I, Cohen DM. Kyste bronchogénique avec composantes intraorales et extraorales. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69.
17. Soares EC, Fonteles CS, Costa FW, Alves AP, Nogueira AS. Traitement clinique et chirurgical d'un kyste lingual rare chez une fille de 12 ans. *Quintessence Int.* 2011;42
18. Houshmand G, Hosseinzadeh K, Ozolek J. Résultats de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) prénatale d'un kyste de duplication de l'intestin antérieur de la langue : intérêt de l'évaluation par IRM en temps réel du mécanisme de déglutition fœtale. *J Ultrasound Med.* 2011;30
19. Gantwerker EA, Hughes AL, Silvera VM, Vargas SO, Rahbar R. Prise en charge d'un volumineux kyste de duplication de l'intestin antérieur de la langue, diagnostiqué en anténatal et provoquant une détresse respiratoire à la naissance. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;140.
20. St Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, Vaillancourt R, Deschamps C, Beauchamp G, Page A, Brisson J. Spectre clinique des kystes bronchogéniques du médiastin et du poumon chez l'adulte. *Ann Thorac Surg.* 1991;52

21. Aktogu S, Yuncu G, Halilcolar H, Ermete S, Buduneli T. Kystes bronchogéniques : présentation clinicopathologique et traitement. Eur Respir J. 1996, 9
22. Calb IL, Haas E, Lewandowski MG, Maler L. Kyste bronchogénique cutané: une localisation inhabituelle et revue de la littérature. Br J Dermatol. 2000;143
23. Fraga S, Helwig EB, Rosen SH. Kystes bronchogéniques dans la peau et le tissu sous-cutané. Am J Clin Pathol. 1971;56
24. Patel P, Branstetter BFt, Myers EN. Duplication de l'intestin antérieur lingual chez un adulte d'âge moyen. AJNR Am J Neuroradiol. 2011;32
25. Peters SM, Park M, Perrino MA, Cohen MD. Kyste lingual avec épithélium respiratoire : rapport de 2 cas et revue de la littérature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2018;126
26. Manor Y, Buchner A, Peleg M, S. Kyste lingual avec épithélium respiratoire : une entité d'histogénèse discutable. J Oral Maxillofac. 1999;57
27. Gunnarsdottir AB, Nilsson JS : Kyste bronchogénique lingual chez un jeune enfant : présentation de cas. Acta Otolaryngol
Rapport de cas 2018, 3
28. Bailey BM : Un kyste bronchogénique détaché survenant dans la langue d'un nouveau-né.Br J Oral Surg. 1982, 20
29. Aldawood Z, Moyer DJ, Woo SB : Un kyste bronchogénique simulant une masse linguale. Head Neck Pathol. 2021, 15
30. Boyu M, Zeng Q et al. Kyste bronchogénique lingual : présentation de cas et revue de la littérature sur une pathologie rare. 2025,17.

31. Joshi R, Cobb AR, Wilson P, Bailey BM : Kyste lingual tapissé d'épithélium respiratoire et gastrique chez un nouveau-né. Br J Oral Maxillo-facial Surg.2013,51
32. Kim YS, Ahn SK, Lee SH : Kyste sublingual de l'intestin antérieur. J Dermatol. 1998, 25.
33. Volchok J, Jaffer A, Cooper T, AlSabbagh A, Cavalli G : Adénocarcinome développé dans un kyste de duplication de l'intestin antérieur lingual. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2007, 133.
34. Fink HA : Kyste de rétention de la langue (glossocèle). Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1963, 16.
35. Boué DR, Smith GA, Krous HF : Kyste bronchogénique lingual chez un enfant : une localisation inhabituelle. Pediatr Pathol. 1994, 14.
36. Manor Y, Buchner A, Peleg M, Taicher S : Kyste lingual à épithélium respiratoire : une entité à l'histogénèse controversée. J Oral Maxillofac Surg. 1999, 57.
37. Azañero WD, Mazzonetto R, León JE, Vargas PA, Lopes MA, de Almeida OP : Kyste lingual avec respiration Épithélium : analyse histopathologique et immunohistochimique de deux cas. Int J Oral Maxillofac Surg. 2009 ; 38.
38. Boffano P, Zavattoni E, Campisi P, Gallesio C : Traitement chirurgical d'un kyste buccal avec épithélium respiratoire. J Craniofac Surg. 2009, 20.
39. Soares EC, Fonteles CS, Costa FW, Alves AP, Nogueira AS : Traitement clinique et chirurgical d'une maladie linguale rare :Kyste chez une fille de 12 ans. Quintessence Int. 2011,42.
40. Chai RL, Ozolek JA, Branstetter BF, Mehta DK, Simons JP : Choristomes congénitaux de la cavité buccale chez les enfants. Laryngoscope. 2011, 121.

41. Juneja M, Boaz K, Srikant N, Nandita KP, Vidya M : Kyste lingual tapissé d'épithélium respiratoire : présentation de cas et revue de la littérature. *Fetal Pediatr Pathol.* 2011, 30.
42. Fortier A, Boyer C, Ducasse H, Deville A, Chevallier A, Leroux C, Bailleux S : Kyste bronchogénique de la langue chez un nourrisson. *Révérend Laryngol Oto Rhinol (Bord).* 2013, 134.
43. Kwak EJ, Jung YS, Park HS, Jung HD : Kyste de l'intestin antérieur oral situé sur la face ventrale de la langue : présentation d'un cas. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2014 ; 40.
44. Volchok J, Jaffer A, Cooper T, AlSabbagh A, Cavalli G : Adénocarcinome développé dans un kyste de duplication de l'intestin antérieur lingual. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007, 133

ANNEXES

Fiche signalétique :

Nom : KAO

Prénom : LAO BELLA

Titre : KYSTE BRONCHOGENIQUE DE LA LANGUE : A PROPOS D'UN CAS

Année Universitaire :2024-2025

Ville de soutenance : BAMAKO

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-stomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Otorhinolaryngologie et chirurgie cervico faciale

Résumé

Thème : *Kyste bronchogénique de la langue : A propos d'un cas*

Introduction : Le kyste bronchogénique est une malformation congénitale rare, secondaire au développement autonome d'un bourgeon cellulaire détaché de l'arbre trachéo-bronchique pendant la vie embryonnaire

Objectif général : Identifier les caractéristiques cliniques, radiologiques et histopathologique des kystes bronchogéniques de la langue

Observation clinique : Il s'agissait d'un nouveau-né de sexe masculin de 17 jours de naissance qui présentait un volumineux kyste linguale empêchant l'occlusion buccale et la succion. La TDM maxillo-faciale réalisée avait objectivé une volumineuse masse kystique lingual cloisonnée mesurant 37X34mm non rehaussée par le produit de contraste. L'intervention chirurgicale avait consisté en une résection complète du kyste et c'est l'examen anatomopathologique de la pièce qui avait permis de faire le diagnostic positif de kyste bronchogénique

Conclusion : Le kyste bronchogénique de la langue reste une affection congénitale extrêmement rare. Il doit néanmoins être suspecté devant toutes masses kystique néo-natal. Seul l'histologie permet d'apporter la certitude diagnostique.

Mots clés : Kyste bronchogénique, langue, nouveau-né

Abstract

Topic: Bronchogenic cyst of the tongue: About a case

Introduction: The bronchogenic cyst is a rare congenital malformation, secondary to the autonomous development of a cellular bud detached from the tracheobronchial tree during embryonic life.

General Objective: To identify the clinical, radiological, and histopathological characteristics of bronchogenic cysts of the tongue.

Clinical Observation: It was a male newborn of 17 days old who presented with a large lingual cyst preventing oral closure and sucking. The maxillofacial CT scan performed revealed a large multilocular lingual cystic mass measuring 37x34mm, not enhanced by the contrast agent. The surgical intervention consisted of a complete resection of the cyst, and it was the anatomical pathology examination of the specimen that made it possible to establish the definitive diagnosis of a bronchogenic cyst.

Conclusion: Bronchogenic cyst of the tongue remains an extremely rare congenital condition. Nevertheless, it should be suspected in any neonatal cystic mass. Only histology can provide a definitive diagnosis.