

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2018

THESE N°: 274

KYSTE BRONCHOGENIQUE
DE LA LANGUE CHEZ L'ENFANT :
DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES ET PLACE
DE LA CHIRURGIE DANS LA PRISE EN CHARGE
(A PROPOS DE 02 CAS)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mme. Khaoula OUADDI
Née le 30 Avril 1992 à Salé

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Kyste bronchogénique – Langue – Enfant – Chirurgie.

JURY

Mr. M. N. BENHMAMOUCH

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

PRESIDENT

Mr. M. KISRA

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

RAPPORTEUR

Mr. M. ABDELHAK

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

Mr. R. OULAHYANE

Professeur de Chirurgie Pédiatrique

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <u>Clinique Royale</u>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSALD Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – Doyen de la FMPR
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – Doyen de la FMPO
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – Dir. du Centre National PV
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Doyen de la FMPA
Gynécologie Obstétrique



Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Gastro-Entérologie
Neurologie – Doyen de la FMP Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- Dir. Hop. Av. Marr.
Anesthésie-Réanimation Inspecteur du SSM
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie Directeur Hop. Chekikh Zaied
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBABH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale

Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdelouhab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid

Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie



Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie

Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAoui Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najja

Décembre 2005 Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Saïd*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saïda*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*

Pédiatrie
Cardiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie



Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale

Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhousain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie *Directeur Hôpital My Ismail*
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie

Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria

Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie biologique
Anatomie pathologique

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie



Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie biologique
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie

Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

**Enseignants Militaires*



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootecnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines





Dédicaces

A Ma Chère mère

Mme. El MISSAOUI Naima

Je pourrais passer ma vie à chercher les mots qui conviennent. Les mots justes seraient remplis de gratitude et d'amour pour toi maman. Tu m'as pris par la main quand j'étais petite et m'as guidée sur le bon chemin. Les mots justes te diraient à quel point tu me seras toujours chère pour m'avoir aidée à atteindre mes propres petites étoiles, pour m'avoir rattrapée quand je tombais et pour m'avoir toujours été présente avec ton encouragement, ton aide, ta compréhension et ton amour. Tu m'as toujours soutenu et inciter à aller de l'avant.

Ce travail est le fruit de tes efforts et des énormes sacrifices que tu as consenti pour mon éducation et ma formation. Ta présence faisait naître en moi l'espoir nécessaire pour avancer.

Que dieu te préserve et t'accorde longue vie, j'espère avoir été à la hauteur de ton idéal.

A mon cher père

Pr. OUADDI Brahim

Tu es pour moi l'exemple du courage, de la bonté, du sérieux et de la persévérance.

Ton aide, ton encouragement, ta générosité et tes prières m'ont été d'un grand secours.

Ton amour et ta protection était et serait toujours une arme pour moi.

Tu m'as toujours fait confiance et appris à compter sur moi-même.

En témoignage de mon affection, ma gratitude ma reconnaissance pour les immenses sacrifices déployés pour mon éducation, veuillez trouver dans ce modeste travail la récompense de ses sacrifices et l'expression de mon amour et de mon attachement indéfectible.

Puisse mon dieu, le tout puissant, vous protéger et vous accorder santé et bonheur.

A mon cher mari et l'amour de ma vie

Mr. MZABI Youssef

Unique et irremplaçable, je ne pourrais jamais exprimer la profondeur de mes sentiments envers toi. Je suis fière d'être la femme d'un homme comme toi, d'un homme qui m'aime au delà de tout.

Ta présence dans ma vie me donne à chaque moment l'envie d'exister.

Dans les meilleurs comme dans les pires moments, j'ai toujours pu compter sur toi. Je voulais que tu saches à quel point ton amour a été d'une grande aide pour moi. Tu ne m'as jamais porté de jugement et tu m'as simplement demandé de ne pas renoncer.

Pour ton soutien, ta compréhension, ton amour et tout ce que tu es je te dédie cette thèse et surtout mon grand amour.

A mon cher petit frère

OUADDI Nizar

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour toi .

Ta joie et ta gaieté me comblent de bonheur.

Je n'imagine pas un monde sans ta présence. Tu es et tu resteras toujours d'une importance inégale pour moi.

Je te souhaite un avenir radieux plein de réussite.

Je te dédie cette thèse et je te dis que je suis tellement chanceuse d'avoir un frère comme toi.



Remerciements

A notre maître et président de thèse

Monsieur le professeur BENHMAMOUCH

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Durant notre formation, nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement et d'apprécier votre sens professionnel.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre profond respect.

À notre maître et rapporteur de thèse

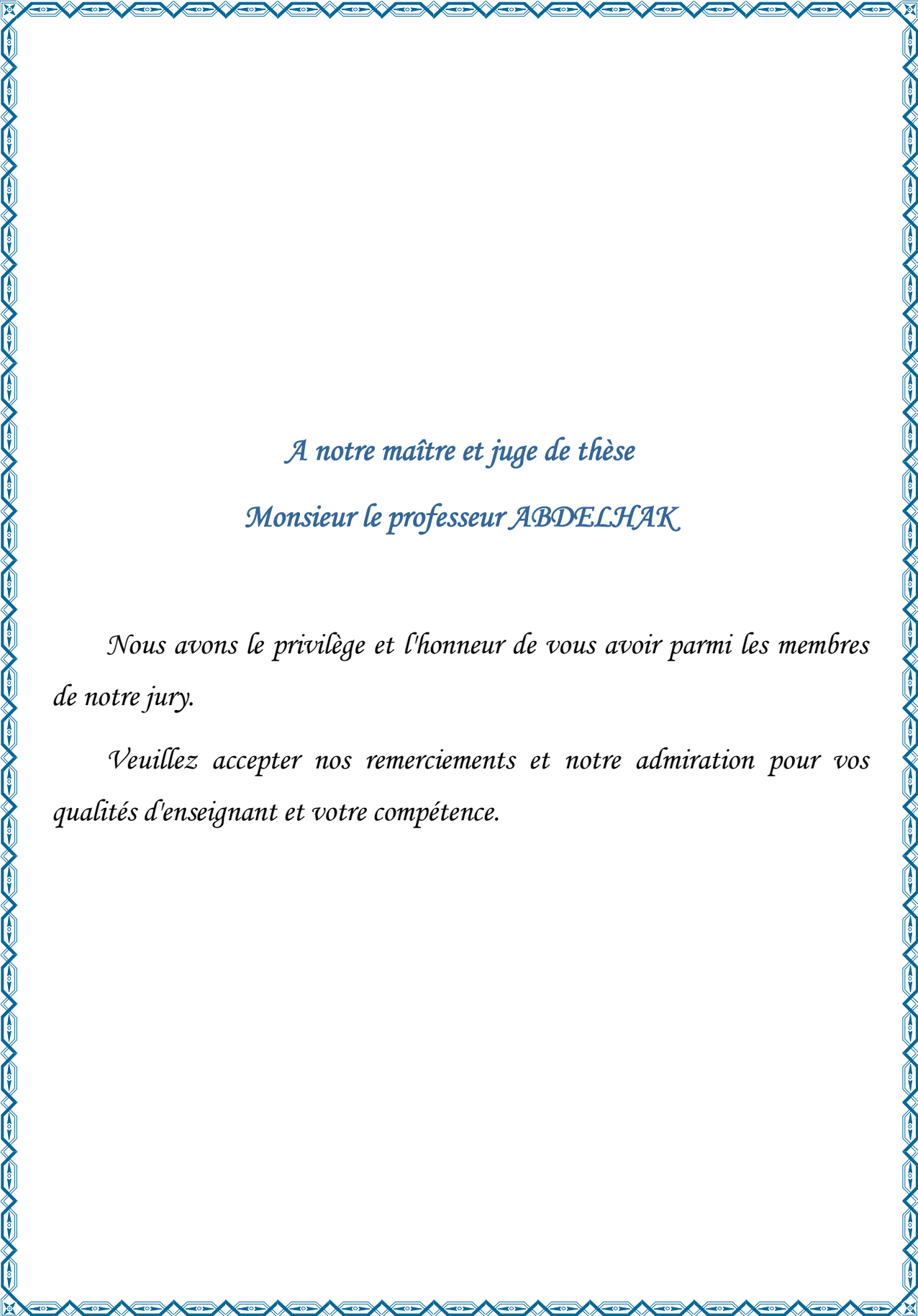
Monsieur le professeur KISRA

Nous avons eu le privilège de travailler parmi votre équipe et d'apprécier vos qualités et vos valeurs.

Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.



A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur ABDELHAK

*Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir parmi les membres
de notre jury.*

*Veillez accepter nos remerciements et notre admiration pour vos
qualités d'enseignant et votre compétence.*

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur OULAHYANE

Vous avez accepté en toute simplicité de juger ce travail et c'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi notre jury de thèse.

Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre respect.



*LISTE
DES ABREVIATIONS*

Abréviations

CHU	: Centre hospitalier universitaire
HDM	: Histoire de la maladie
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
KBGL	: Kyste Bronchogénique de la Langue
KE	: Kyste épidermoïde
KTTG	: Kyste du Tractus Thyroglosse
SA	: Semaine d'Aménorrhée
TDM	: Tomodensitométrie



*LISTE
DES ILLUSTRATIONS*

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le squelette ostéo-fibreux de la langue

Figure 2 : Coupe frontale de la langue montrant les différents muscles de la langue .

Figure 3 : Embryon au stade 14, environ 33 jours

Figure 4 : Innervation de la langue

Figure 5 : Masse linguale responsable d'une déformation buccale.

Figure 6 : Echographie d'une masse linguale montrant une formation arrondie liquidienne impure bien limitée, occupant les 2/3 de la partie ventrale de la langue.

Figure 7 : TDM en coupe axiale montrant une masse kystique à paroi régulière, ne se rehaussant pas par le produit de contraste.

Figure 8 : Aspect en préopératoire montrant une volumineuse masse kystique de la pointe de langue empêchant l'occlusion labiale.

Figure 9 : TDM en coupe axiale montrant une masse kystique à paroi régulière, ne se rehaussant pas par le produit de contraste.

Figure 10 : Glossectomie partielle en V inversé emportant la totalité du kyste.

Figure 11 : Coupe histologique montrant un épithélium pseudo stratifié cylindrique et cilié de type respiratoire avec présence de cellules caliciformes.

Figure 12. : Échographie anténatale à 33 semaines d'aménorrhée montrant une image kystique à la partie antéro-inférieure de la langue.

Figure 13 : Coupe axiale à la hauteur de la carène (horizontalisée en raison de la compression) à 33 SA Image kystique médiastinale postérieure évocatrice de kyste.

Figure 14 : Coupe coronale en pondération T2 chez un fœtus ; le retentissement de la masse kystique sur les différents lobes est plus aisé à évaluer en IRM.

Figure 15 : Coupe sagittale d'IRM en T1 avec injection de gadolinium retrouvant une image kystique linguale.

Figure 16 : IRM en séquence FLAIR en coupe parasagittale montrant un kyste bronchogénique en hyper signal, bien limité chez un adulte.

Figure 17. IRM en séquence FLAIR en coupe horizontale, montrant un kyste bronchogénique médio lingual.

Figure 18 : Pièce opératoire après résection complète. Tumeur kystique sphérique de 2 cm de diamètre.

Figure 19: Histological sections of the lingual choristoma, demonstrating ciliated pseudo stratified columnar epithelium (A), mucous glands (B).

Figure 20: (A) kyste bronchogénique (B) kyste épidermoïde chez le même patient.

Figure 21 : **b** : photographie montrant une masse kystique, bleutée à la pointe de la langue ; **c** : photographie de la pièce opératoire, montrant un kyste tapissé d'une muqueuse prenant l'aspect de l'épithélium digestif.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau comparatif des deux cas de kyste bronchogénique lingual présentés



SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	2
II. RAPPELS	5
II.1. ANATOMIE DE LA LANGUE	5
II.2. EMBRYOLOGIE DE LA LANGUE	14
II.3. PHYSIOLOGIE DE LA LANGUE	20
III : MATHERIEL ET METHODE	26
IV. RESULTATS	28
IV. 1 .Observation N°1	28
IV. 2 .Observation N°2.....	33
IV. 3 .Tableau 1 : Tableau comparatif des deux cas de KBL présentés.....	39
V. DISCUSSION	42
V. 1 .ETIOPATHOGENIE DU KYSTE BRONCHOGENIQUE DE LA LANGUE.....	42
V.2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	42
V.3. DIAGNOSTIC POSITIF	44
A. Diagnostic anténatal	44
B. Diagnostic post natal	49
i. Clinique	49
ii. Diagnostique para clinique.....	51
A. Imagerie	51
1-’échographie	51
2. La tomодensitométrie	52

3. L'imagerie par résonance magnétique (IRM)	52
4. La radiographie standard	57
B. Histologie	57
1. Macroscopie	57
2. Microscopie	59
3 - Lésions associées	61
V.4. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	62
A/ La duplication digestive kystique	62
B/ Le kyste dermoïde	65
C/ Le kyste épidermoïde	66
D/ La thyroïde linguale	66
E/ Le kyste du tractus thyroïdienne	67
F/ L'hémangiome	70
G/ Le lymphangiome kystique	70
V.5. TRAITEMENT	72
A. Moyens thérapeutiques	72
B. Indications	73
C. Les suites opératoires	74
D. L'évolution	74
VI. CONCLUSION	77
RESUMES	79
BIBLIOGRAPHIE	83



I. INTRODUCTION

L'**hétérotopie**, parfois appelée **choristome**, désigne une anomalie congénitale de la situation d'un organe ou d'un tissu qui se retrouve à un endroit du corps où il ne devrait pas se trouver normalement.

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

Il siège habituellement au niveau du médiastin et plus rarement au niveau du parenchyme pulmonaire.

D'autres localisations ont été décrites, notamment intra – péricardique, abdominale ou cutanée.

Les kystes bronchogéniques ectopiques de la langue, sur lesquels portera notre étude, sont extrêmement rare, avec moins de dix cas décrit jusqu' à nos jours dans la littérature .

Le diagnostic de cette pathologie repose essentiellement sur des critères histologiques.

Le traitement nécessite une intervention chirurgicale. La chirurgie en vue de la résection du kyste demeure jusqu'à nos jours, l'unique solution à laquelle les spécialistes ont recours d'autant plus que les suites opératoires sont souvent favorables.

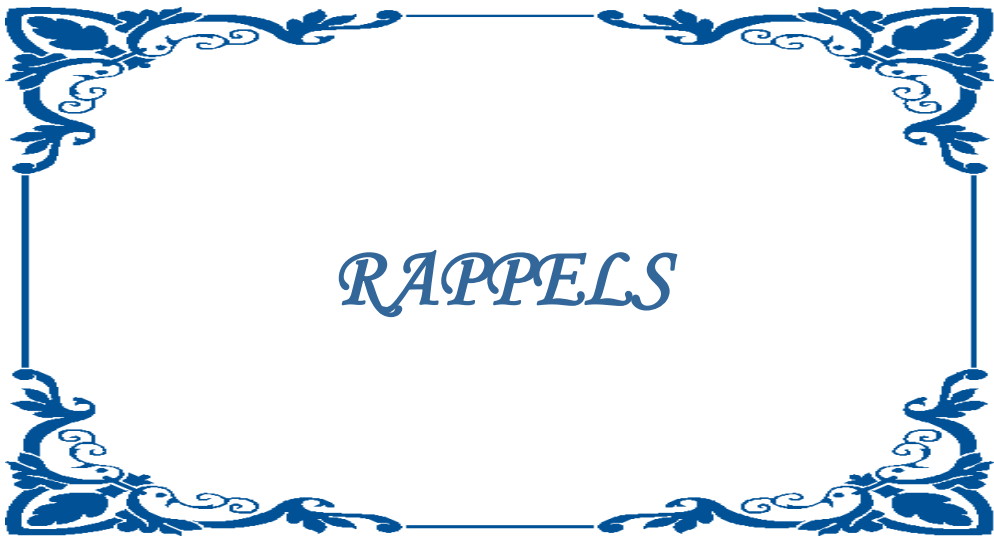
Dans notre étude nous suivrons le plan suivant :

Après un chapitre de rappels sur l'anatomie de la langue, son embryologie et sa physiologie, nous rapporterons les observations de deux patients prise en charge au Service de chirurgie pédiatrique, du centre hospitalier universitaire de

Rabat Salé, au Maroc ensuite nous consacrerons un chapitre à la discussion des différentes caractéristiques de cette entité pathologique avant de conclure.

Le but de ce travail est non seulement de préciser les différents aspects épidémiologiques, étiopathogéniques, cliniques, radiologiques et histologiques du kyste bronchogénique de la langue, mais aussi et surtout de mettre le point sur les difficultés diagnostiques rencontrées en parlant des principaux diagnostics différentiels et de démontrer l'apport de la chirurgie dans le traitement de ces masses kystiques.

Nos 2 cas sont loin d'apporter une contribution statistique significative mais permettent d'étoffer la série internationale qui reste jusqu'à nos jours très limitée.



II. RAPPELS

II.1. ANATOMIE DE LA LANGUE :

La langue est l'organe principal du goût, elle participe à la déglutition, à la mastication et à la phonation.

Elle occupe la partie moyenne du plancher de la cavité buccale.

Sa muqueuse contient les organes sensoriels permettant la perception gustative et qui sont à l'origine du réflexe sécrétoire salivaire des glandes annexes de la cavité orale. [1].

Description générale

La langue contient deux parties :

- Le corps ; occupant les 2/3 antérieurs et mobile
- La base ; occupant le 1/3 postérieur et fixe

La partie mobile de la langue présente, elle-même,

2 faces : Une face dorsale supérieure et une face Ventrale inférieure

2 bords latéraux

Un apex

Face dorsale supérieure

C'est la face qui est en rapport avec le palais. Elle est convexe et est creusée dans son milieu par un sillon appelé sillon médian dorsal.

La surface de la face supérieure dorsale est tapissée de papilles de formes différentes. On distingue :

Papilles filiformes

Papilles fongiformes

Papilles caliciformes

Par leur disposition, les papilles caliciformes forment une ligne anguleuse en V ouvert en avant, dit le v lingual. Ce dernier divise la langue en 2 parties l'une antérieure buccale, l'autre postérieure pharyngienne. En arrière du V lingual se situe le sillon terminal. Son sommet constitue le foramen caecum.

La partie pharyngienne de la face dorsale de la langue est à peu près verticale et regarde le pharynx. L'extrémité inférieure de la partie pharyngienne de la face dorsale de la langue est unie à l'épiglotte par 3 replis glosso-épiglottiques, un médian et deux latéraux. Ils forment de part et d'autre de la ligne médiane les deux vallécules épiglottiques [2,3].

Face inférieure

Sur cette face, on aperçoit le frein lingual qui est une mince membrane qui relie la face inférieure de la langue au plancher de la bouche. De chaque côté du frein se situent une veine linguale profonde, et une caroncule sublinguale où s'abouchent les orifices des glandes submandibulaire et sublinguale.

Les bords latéraux

Arrondis, ils répondent aux arcades dentaires et portent les papilles gustatives foliées analysant la perception salée, ils s'amincissent au fur et à mesure qu'ils se rapprochent du sommet. [2].

L'apex

C'est la zone de réunion des bords latéraux, des faces dorsale et ventrale.

Le squelette ostéo-fibreux (Figure 1)

Il est situé en profondeur de la langue et formé de l'os hyoïde, de la membrane hyoglosse verticale et du septum lingual. [4, 5].

L'os hyoïde

Impair et médian situé dans la concavité de l'arc mandibulaire à hauteur de la quatrième vertèbre cervicale. L'os hyoïde a une forme de fer à cheval à concavité postérieure. Il est formé d'un corps antérieur et médian, prolongé à ses extrémités postérieures par 2 apophyses (les grandes cornes). En dedans de leur bases, naissent les petites cornes, presque verticales, obliques en haut et en arrière.

La membrane hyoglosse

Lame fibreuse verticale, haute de 1cm environ, se fixant sur le bord supérieur du corps de l'os hyoïde, entre les deux petites cornes, et se perd progressivement en haut dans l'épaisseur des masses musculaires de la langue.

Le septum lingual

Lame fibreuse falciforme sagittale et médiane. Il se fixe par sa base sur la face antérieure de la membrane hyo-glosse et la partie adjacente de l'os hyoïde. Il se termine en avant, en se perdant au milieu des faisceaux musculaires de la pointe de la langue. Son bord supérieur, convexe, est proche du dos de la langue, son bord inférieur, concave, répond aux fibres médiales des muscles génioglosses. Il est traversé par l'entrecroisement des faisceaux musculaires. [4].

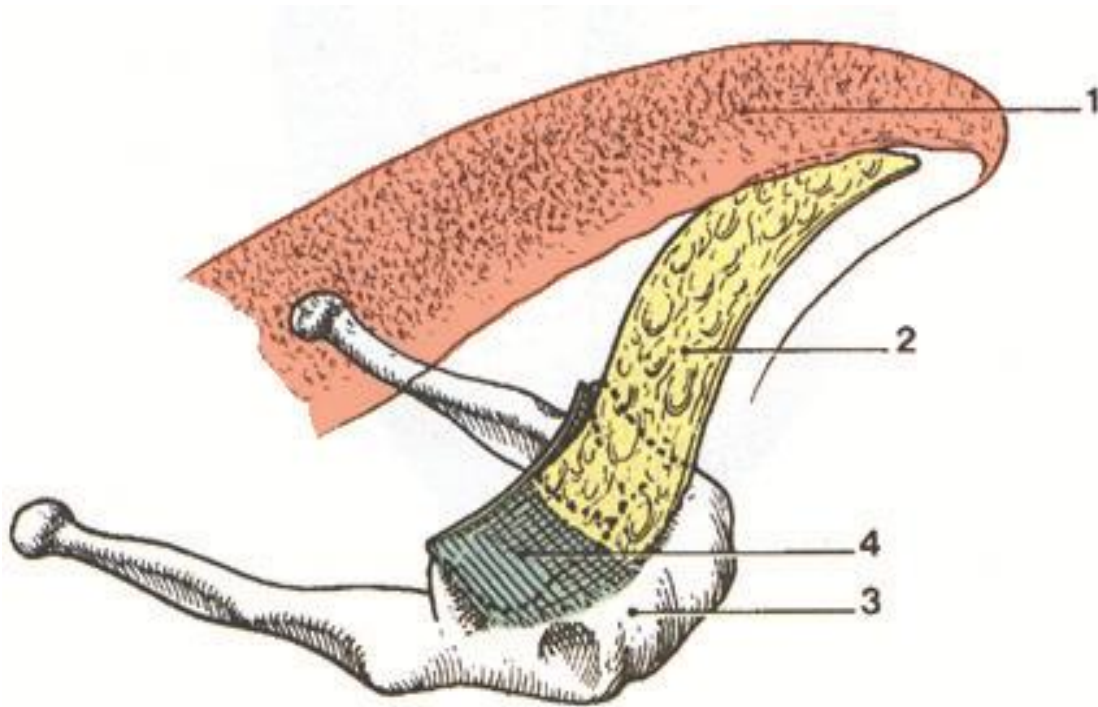


Figure 1 : Le squelette ostéo-fibreux de la langue [5].

1. Langue
2. Septum lingual
3. Os hyoïde
4. Membrane hyoglossienne

Muscles de la langue (Figure 2)

Dix-sept muscles constituent la langue : huit paires et symétriques, un seul impair, le muscle longitudinal supérieur. On les classe en deux groupes : les muscles extrinsèques et les muscles intrinsèques [6, 7, 8, 9, 10].

A. Les muscles extrinsèques

Le muscle génio-glosse

C'est le plus volumineux des muscles de la langue.

Nait sur l'épine mentonnière supérieur de la mandibule ; ses fibres se dispersent en éventail sur la masse linguale, quelques fibres s'insèrent sur le corps de l'os hyoïde.

Action : protrusion de la langue et dépression de sa partie centrale [5, 8, 9, 10].

Le muscle stylo-glosse

Le plus petit des muscles extrinsèques de la langue.

Nait au sommet du processus styloïde ; il s'insère sur la face latérale de la langue ou les fibres fusionnent avec le muscle hyo-glosse.

Action : Elève et rétracte la langue [6, 5, 8, 10].

Le muscle hyo-glosse

Nait sur la grande et la petite corne et sur le corps de l'os hyoïde.

S'insère sur la face latérale de la langue ou les fibres fusionnent avec le muscle stylo glosse.

Action : Il abaisse la langue [7, 8, 9,10].

Le muscle palato-gosse

Nait sur l'aponévrose palatine, s'insère sur la face latérale de la langue ou les fibres fusionnent avec les muscles intrinsèques.

Action : dépression du palais mou, déplacement des piliers antérieurs vers la ligne médiane et élévation de l'arrière de la langue [5, 7].

B. Les muscles intrinsèques

Le muscle longitudinal supérieur

Situé immédiatement en profondeur de la membrane muqueuse de la face dorsale supérieure de la langue ; il prend son origine au niveau du septum fibreux médian et s'insère dans la sous muqueuse située le long des bords de la langue.

Action : raccourci et courbe l'apex de la langue vers le haut. [10].

Le muscle longitudinal inférieur

S'étend sur la longueur de la langue entre les muscles hyo-glosse et génio-glosse.

Nait sur la racine de la langue et le corps de l'os hyoïde et s'insère dans la sous muqueuse de l'apex de la langue.

Action : raccourci et courbe l'apex de la langue vers le bas [10].

Le muscle transverse

S'étend sur la largeur de la langue.

Prend sa naissance dans le septum fibreux médian et s'insère dans le tissu fibreux situé dans la sous muqueuse des bords de la langue.

Action : rétrécit et allonge la langue.

Le muscle pharyngo-glosse

C'est un faisceau du constricteur supérieur du pharynx qui se prolonge sur le bord latéral de la langue.

Le muscle amygdalo-glosse

Inconstant, il est élévateur de la base de la langue.

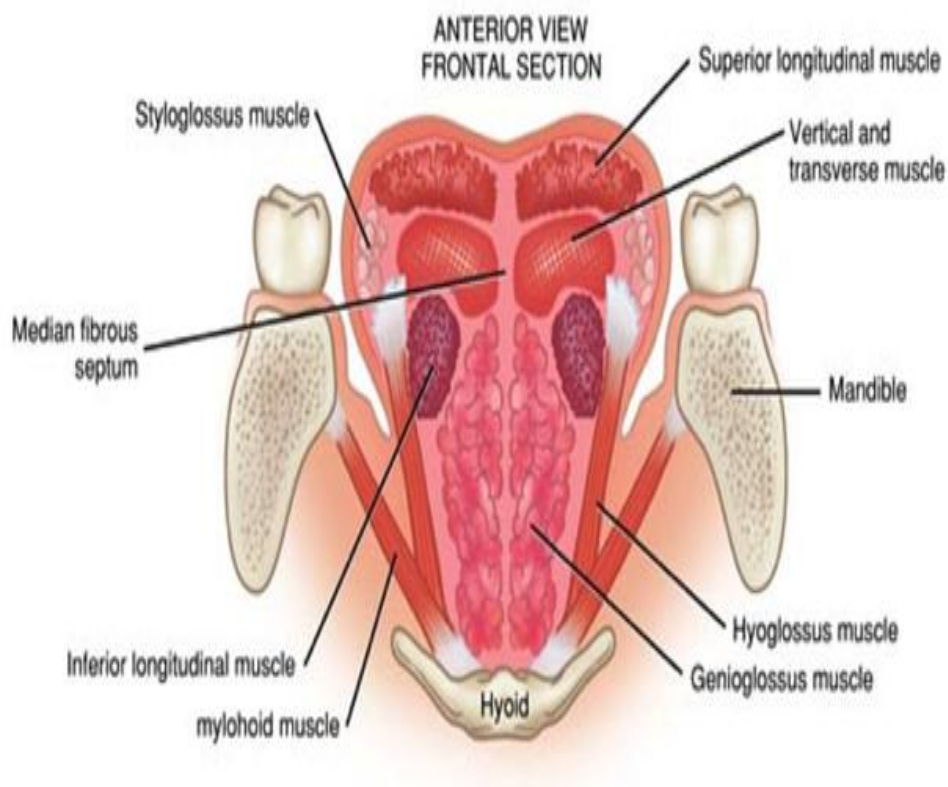


Figure 2 : Coupe frontale de la langue (muscles de la langue). [9].

La muqueuse de la langue (Figure 3)

La muqueuse linguale comporte un épithélium malpighien non-kératinisé associé à un chorion sous-jacent. La muqueuse est épaisse et adhérente aux muscles sous-jacents à la face dorsale. Elle est plus mince et non adhérente au

niveau de la base, très clivable et transparente à la face inférieure. Elle se caractérise surtout par la présence à sa surface des papilles linguales filiformes, fungiformes et caliciformes. Ces deux dernières contenant les bourgeons du goût.

On décrit trois types différents de papilles linguales selon leur structure morphologique : les papilles filiformes, fungiformes et caliciformes :

Les papilles filiformes : sont les plus nombreuses, elles sont dépourvues de bourgeons du goût et sont formées de la simple surélévation de l'épithélium lingual autour d'un axe conjonctivo-vasculaire.

Les papilles fongiformes : globuleuses disséminées parmi les papilles filiformes et présentant des bourgeons gustatifs situés au niveau de leur partie superficielle.

Les papilles caliciformes : exclusivement localisées au niveau du V lingual, entourées d'un sillon ou vallum et d'un bourrelet. Au fond du vallum s'ouvre de petites glandes séreuses appelées glandes de Von Ebner. [11, 12].

Vascularisation de la langue

A. Vascularisation artérielle

Assurée principalement par l'artère linguale, branche de l'artère carotide externe et accessoirement par l'artère palatine ascendante et de la pharyngienne.

- Artère linguale

Lorsqu'elle pénètre dans la langue, l'artère linguale s'insinue à la face profonde du muscle hyoglosse et se divise en 2 branches principales :

- Artère sublinguale

Vascularise la glande et le frein de la langue.

- Artère profonde de la langue (Artère ranine)

Irrigue la partie antérieure de la langue.

Elle donne également une collatérale : l'artère dorsale de la langue qui vascularise la base de langue, le pilier antérieur du voile et l'épiglotte.

Les artères profondes de la langue droite et gauche s'anastomosent entre elles près de l'apex de la langue (arc ranin). Le septum lingual ne permet pas aux artères dorsales de la langue des deux côtés de s'anastomoser. [13]

- Artère palatine ascendante

Branche collatérale de l'artère faciale, elle naît au niveau de la loge sous amygdalienne et remonte vers le voile du palais entre le stylo-glosse et le stylo-pharyngien. Elle vascularise la partie latérale de la base de langue.

- Artère pharyngienne ascendante

Branche de l'artère carotide externe, elle est plaquée à la paroi pharyngée et donne quelques collatérales pour la base de la langue.

B. Drainage veineux

On décrit :

- La veine linguale

Reçoit les afférences des veines profondes de la langue à la face ventrale, et des veines linguales dorsales de la face dorsale.

Elle est satellite de l'artère linguale en profondeur du muscle hyo-glosse, et se termine dans la veine jugulaire interne.

Les veines satellites du nerf hypoglosse (XII) naissent de l'apex de la langue et peuvent soit rejoindre la veine linguale, soit accompagner le nerf hypoglosse et participer à la formation du tronc commun avec la veine faciale qui s'ouvre dans la jugulaire interne.

- La veine submentonnière

S'anastomose avec les branches de la veine linguale.

Elle est satellite de l'artère submentonnière sur la face superficielle du muscle mylo-hyoïdien et se termine dans la veine faciale. [10].

II.2. EMBRYOLOGIE DE LA LANGUE :

L'arbre trachéo-bronchique

L'arbre respiratoire provient d'un diverticule de l'intestin antérieur qui subit une série contrôlée de bifurcations. Le premier rudiment du poumon, une évagination ventrale, en forme de quille, de l'entoblaste de l'intestin antérieur, appelé diverticule respiratoire ou bourgeon pulmonaire, apparaît au jour 22. Le bourgeon pulmonaire commence à croître ventro caudalement, à travers le mésenchyme qui entoure l'intestin antérieur. Du jour 26 au jour 28, il subit une première bifurcation, le partageant en bourgeons bronchiques droite et gauche. Ces bourgeons sont les rudiments des deux poumons. Entre les semaines 5 et 28, il se ramifie 16 fois supplémentaires pour donner naissance à l'arbre bronchique. Des travaux expérimentaux suggèrent que le schéma de ramifications de l'entoblaste pulmonaire est contrôlé par le mésenchyme qui l'entoure.

Les poumons commencent à se développer au cours de la quatrième semaine et leur maturation débute juste avant la naissance. On résumera les stades du développement pulmonaire comme ceci :

Stade embryologique : 26 jours à 6 semaines le bourgeon pulmonaire se présente comme une évagination de l'endoblaste de l'intestin antérieur subissant trois premières ramifications à l'origine, successivement, des deux poumons, des lobes et des segments broncho-pulmonaires : Le tronc de l'arbre respiratoire proximal à la première bifurcation donne la trachée et le larynx alors que les bourgeons bronchiques droit et gauche deviennent les bronches principales droite et gauche. La troisième ramification, qui se produit au début de la cinquième semaine fournit trois bourgeons bronchiques secondaire à droite, et deux à gauche. Ces bourgeons se rendent aux lobes pulmonaires ; ceux-ci sont en nombre de trois, pour le poumon droit, et de deux, pour le poumon gauche.

Stade pseudo glandulaire : 6 à 16 semaines, l'arbre bronchique des poumons subit 16 générations de ramifications secondaires supplémentaires aboutissant à la formation des bronchioles terminales : au cours de la sixième semaine, un quatrième embranchement est à l'origine de dix bronches tertiaires à droite, et de neuf, à gauche. Elles vont aux segments broncho-pulmonaire des poumons à maturité.

Stade canaliculaire : 16 à 28 semaines, chaque bronche terminale se divise en deux ou plusieurs bronchioles et la vascularisation de l'appareil respiratoire commence à se développer.

Stade sacculaire : 28 à 36 semaines, la bronchiole respiratoire développe une dernière génération de bronche trapues, celle-ci apparaissent dans un ordre crânio-caudal .A la semaine 36, la première vague de bronches terminales reçoit

un réseau dense de capillaires et constitue les sacs terminaux (alvéoles primitives). Ceux-ci se forment encore pendant l'enfance, probablement jusqu'au vers l'âge de huit ans.

Stade alvéolaires : 36 semaines à la naissance, les alvéoles mûrissant. [14].

Les kystes bronchogéniques résultent du développement autonome et retardé d'un bourgeon cellulaire aberrant détaché de l'arbre trachéo- bronchique à un moment variable de son développement [15].

Selon le stade d'apparition de ce bourgeon, le kyste bronchogénique se développe dans le médiastin en cas d'embryopathie précoce, vers le 30ème jour, ou dans le parenchyme pulmonaire en cas d'embryopathie tardive vers le 42ème jour.

La langue

La langue commence à se former à peu près au même moment que le palais. Elle se développe à partir de divers bourgeons sur le plancher du pharynx. Un bourgeon médian, le tuberculum impar apparaît sur le bord inférieur de l'arc mandibulaire au moment de la fusion médiane du premier (arc mandibulaire) et du deuxième arc pharyngé (arc hyoïdien). Une paire de renflements, les bourgeons linguaux latéraux, naît de chaque côté de ce bourgeon médian.

Ces trois bourgeons issus de l'arc mandibulaire vont donner naissance aux deux tiers antérieurs de la langue. La langue est donc composée à ce niveau de tissu d'origine ectodermique aussi bien qu'endodermique.

L'ébauche de la glande thyroïde (stade 10, env. 28 jours, va se développer à la partie caudale du tuberculum impar sous la forme d'une invagination endodermique. Cette dernière migre alors au cours de son développement ultérieur devant l'intestin antérieur dans la région thoracique et laisse subsister à l'endroit de son invagination à la base de la langue le foramen caecum. Le tiers postérieur de la langue est formé par le matériel issu de la fusion du 2ème et 3ème arcs pharyngiens, la copula, avec des bribes du 4ème arc pharyngien. Il n'est formé que de tissu endodermique. Il est probable que le 3ème arc passe par dessus le 2ème arc pharyngien, de telle sorte que le 2ème arc ne livre finalement pas de matériel mésenchymateux à la langue. Les deux tiers antérieurs et le tiers postérieur de la langue sont séparés par le sillon terminal. La langue est limitée à sa partie caudale par l'éminence hypopharyngienne, marquant l'entrée dans la trachée (aditus laryngis = orifice ou margelle du larynx).

La musculature de la langue provient de cellules musculaires immigrant depuis les somites occipitaux. Le nerf hypoglosse (12ème nerf crânien) suit les précurseurs des cellules musculaires.

Le développement de la langue se fait à partir de plusieurs arcs pharyngiens, ce qui a des répercussions sur son innervation d'apparence complexe. [16].

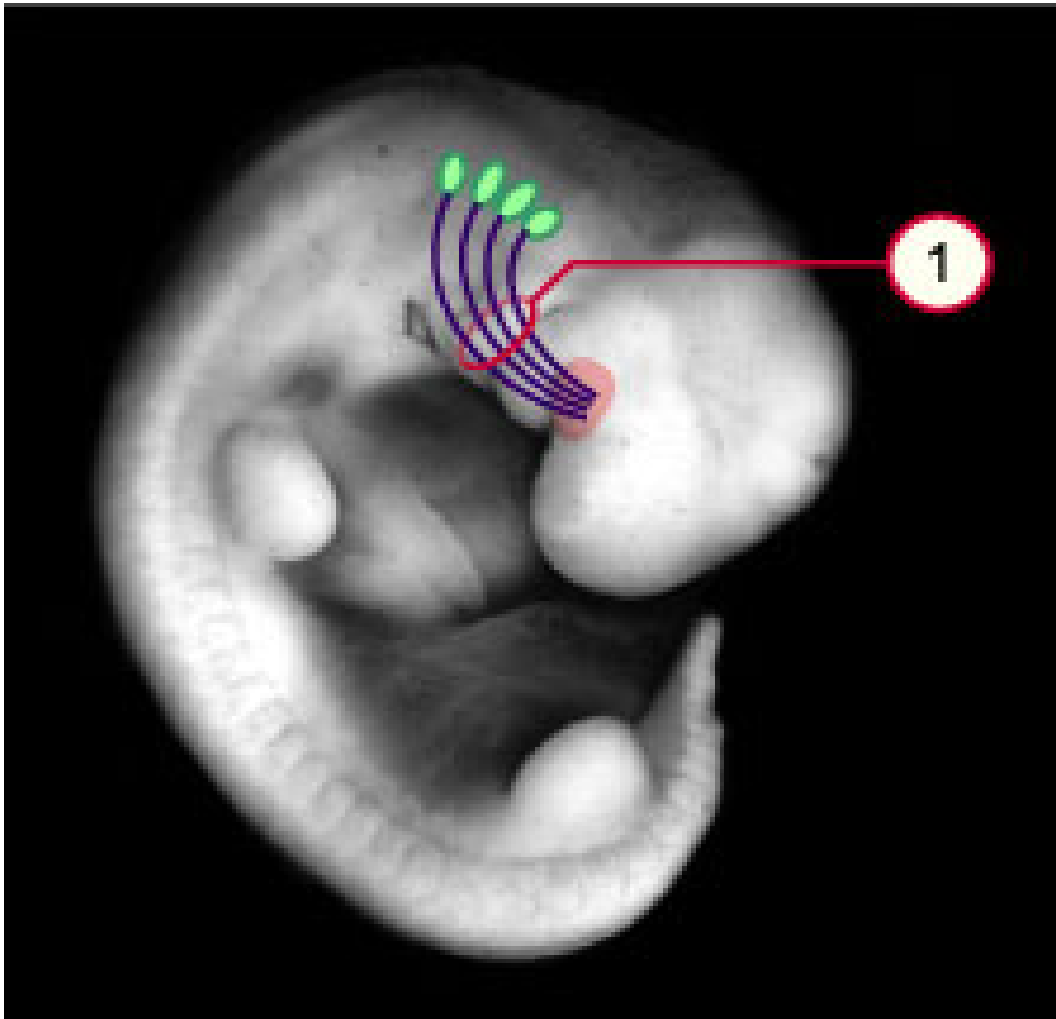


Figure 3 - Embryon au stade 14, env. 33 jours

1 Tractus lingual hypoglosse

Légende : Les somites occipitaux sont dessinés en vert. La langue reçoit une contribution des 4 somites occipitaux pour la formation de sa musculature. Le tissu conjonctif et les myoblastes forment ensemble un tractus lingual hypoglosse. [16].

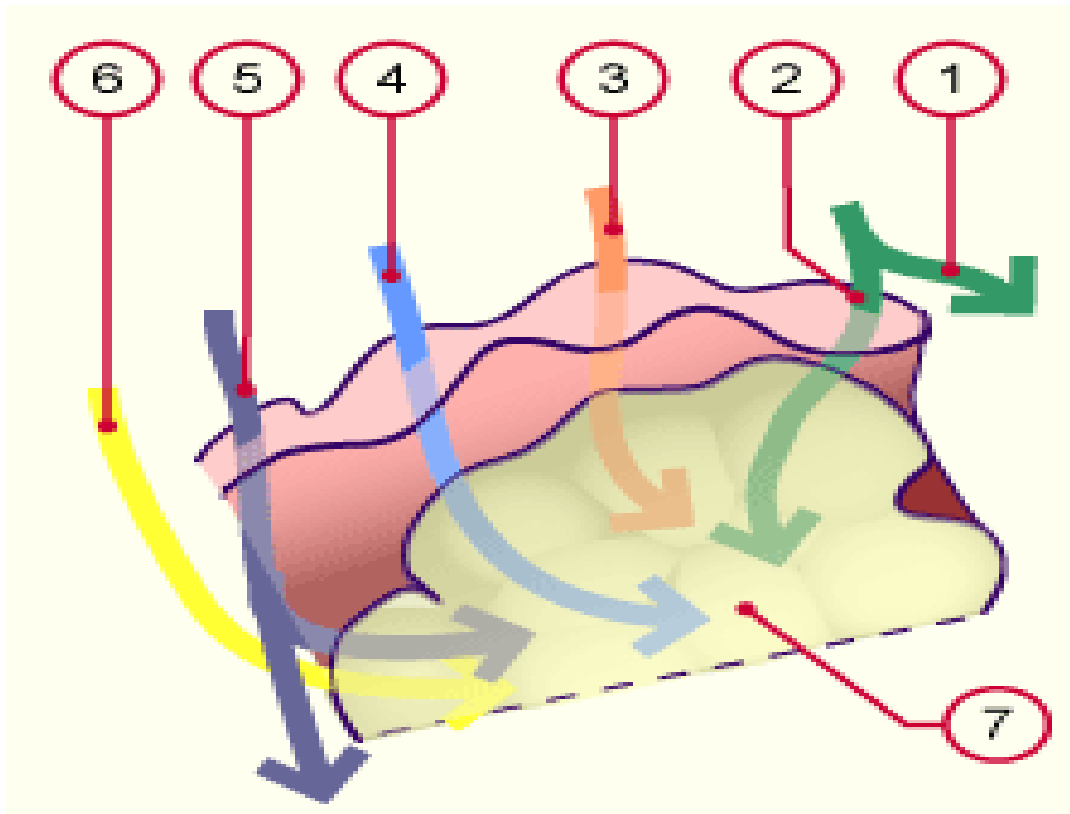


Figure 4 : Innervation de la langue

- 1- Nerf maxillaire
- 2- Nerf lingual
- 3- Nerf facial
- 4- Nerf glossopharyngien
- 5- Nerf vague
- 6- Langue

Légende : Les nerfs crâniens des arcs pharyngés innervent la langue sur les plans moteur, sensoriel et sensitif. [16].

II.3. PHYSIOLOGIE DE LA LANGUE :

La langue est l'organe de la gustation. Les saveurs sont perçues grâce aux papilles gustatives situées sur sa face dorsale.

Elle joue aussi un rôle dans la déglutition en poussant les aliments et les liquides vers l'arrière de la bouche pour qu'ils pénètrent dans le pharynx.

Par ailleurs, suivant la place qu'elle prend dans la cavité buccale, elle joue un rôle essentiel dans la production des sons, en association avec le pharynx, le larynx, les cordes vocales et les fosses nasales. [17].

Aucune de ces fonctions ne s'exécute, ou du moins elle ne s'exécute qu'imparfaitement, si la langue n'avait la faculté de se mouvoir. Un mouvement quelconque exige presque toujours l'action simultanée de plusieurs muscles, tous décrits précédemment. [18].

Gustation

Le goût est celui de nos sens qui nous permet de distinguer la saveur des corps; cette saveur ne peut-être jugée que par l'impression que nous percevons lorsque ces corps sont mis en contact avec l'appareil du goût. Ces impressions diverses, qui constituent les saveurs, ont été classées d'une manière différente par un grand nombre d'auteurs ; On admet quatre genres de saveurs assez distinctes : saveurs douce, amère, acerbe, acide.

Pour bien comprendre le mécanisme du goût. Il faut établir d'abord que la condition essentielle à la perception des saveurs est que le corps mis en rapport avec l'appareil du goût soit soluble, autrement il n'exerce aucune action. [18].

La salive est un facteur fondamental lors de la perception gustative, puisqu'elle constitue le solvant de nombreuses molécules sapides présentes dans le bol alimentaire.

Trois types de papilles participent à la gustation : les papilles fongiformes, les papilles foliées, et les papilles circumvallées [5, 19]. . Celles-ci renferment des petits amas de cellules en forme de grain de raisin appelées : bourgeons gustatifs et qui permettent de détecter les saveurs. Sur la langue, on compte environ 10 000 bourgeons, chacun renfermant une centaine de cellules, Ce regroupement de cellules ménage un orifice appelé « pore », qui autorise le passage de la salive. Les molécules sapides dissoutes dans la salive peuvent ainsi atteindre les microvillosités de chaque cellule gustative et se fixer éventuellement sur leurs récepteurs qui ont chacune leur spécialité. Certaines ne reconnaissent que les molécules du sucré, d'autres que celles de l'acide, du salé, de l'amer. [19,20 ,21].

En fait, toutes les parties de la langue sont sensibles à toutes les qualités gustatives, mais avec une intensité différente dans la réponse. La détermination du goût est donc basée sur la stimulation d'un ensemble de récepteurs, et c'est la combinaison de ces stimulations qui est à l'origine du goût attribué à un aliment. Cela permet la discrimination d'un très grand nombre de saveurs avec relativement peu de types de récepteurs.

Chaque cellule gustative transmet de l'information à plusieurs fibres afférentes amyéliniques, et chacune de ces dernières reçoit de l'information de plusieurs cellules sensorielles. Les fibres gustatives cheminent dans trois nerfs crâniens : le nerf glosso pharyngien, le nerf facial et le nerf vague pour rejoindre

les noyaux du tronc cérébral, du thalamus et de l'hypothalamus pour atteindre finalement le cortex somato-sensoriel.

Digestion

Les lèvres en avant, les joues sur les côtés, le voile du palais en arrière, concourent à ramener les aliments, de dehors en dedans, sous les organes masticateurs.

La langue joue un rôle antagoniste car elle porte, par des mouvements variés, de dedans en dehors les portions d'aliments les plus volumineuses, celles qui ont encore besoin d'être réduites pour être imprégnées des fluides contenus dans la bouche, et surtout de la salive ; ce dernier acte, qui s'opère à mesure que les substances sont mâchées, divisées, a été nommé insalivation. La langue aidée par les parois musculaires de la bouche ramène tous ces aliments divisés et imprégnés de fluides en un seul point ; formant une seule masse, que l'on a désignée sous le nom de bol alimentaire, et la place entre sa face supérieure et la voûte palatine. Une autre fonction s'exécute alors, c'est la déglutition. [18].

Déglutition

Quand le bol alimentaire se forme et se place sur la face supérieure de la langue : celle-ci, porte sa pointe vers la voûte palatine, formant une large gouttière et un plan incliné. C'est la phase alvéolaire antérieure.

Ensuite la pointe de la langue développe une succession de poussées s'enchaînant rapidement de la muqueuse alvéolaire supérieure à la partie antérieure de la voûte du palais, ce qui permet de propulser le bol alimentaire vers l'arrière sur le dos puis la base de la langue, jusqu'aux piliers antérieurs du palais : c'est la phase palatine moyenne.

Faut noter ici que la langue ne se déplace pas au cours de cette manœuvre : elle se déforme activement et progressivement par la contraction péristaltique de sa musculature intrinsèque, en repoussant vers l'arrière le bol alimentaire. [7, 18,22].

Phonation

L'appareil phonatoire fonctionne selon un schéma proche de l'ensemble musicien plus flûte. Le cerveau humain commande à la fois la soufflerie et le choix des "notes" ou sons produits. Les parties du cerveau entrant en jeu lors de la production de parole sont appelées système de production central, par opposition avec les organes ci-dessous, regroupés dans le système de production périphérique : La soufflerie est constituée des poumons et de la trachée, le résonateur se situe au niveau du larynx, le tube où se propage le son et qui permet de choisir les "notes" produites est le conduit vocal. L'ensemble soufflerie + résonateur, qui constitue la source de son est appelé source laryngée.

La langue, quand à elle, a une action sur la configuration du conduit vocal. Elle intervient pour les voyelles et les consonnes et constitue donc un articulateur essentiel.

Les différentes voyelles sont produites essentiellement en faisant varier la position de la langue.

Langue vers l'avant donnera les voyelles antérieures et la langue vers l'arrière produira les voyelles postérieures.

Ainsi, pour produire le son « i », la langue doit s'élever et s'avancer, tandis que pour réaliser le son « ou » du mot (bout), la langue doit s'élever et reculer, de plus, les lèvres doivent être projetées vers l'avant. De la même manière, pour

que soit produite la voyelle « u » du mot « nu », la cavité bucco pharyngée doit avoir à la fois une configuration identique à la voyelle « i » et une projection labiale, c'est-à-dire que les lèvres doivent être avancées. [7, 23].

Dans la prononciation des consonnes, qui sont produites par une fermeture totale ou un rétrécissement du passage de l'air, la langue intervient tant pour les consonnes dites abruptes (occlusion puis explosion) : [p – b – t – d – k –g] que pour les continues (obstruction partielle du passage de l'air) : [f – v – s – z], Et selon l'endroit où vient se placer la langue pour obstruer le passage d'air : les lèvres / les dents / les alvéoles / le palais dure / le voile du palais, et la partie de la langue utilisée : l'apex ou la base de la langue, les consonnes obtenues sont dites [9, 13] : Apico-dentale comme « t », « n », et « d », apico alvéolaire comme « l » Dorso-vélaire comme « g » de gui, Dorso-palatale comme « ch » de chat et « J » de Jean, Apico-alvéolaire comme « s » et « z », etc. La chirurgie d'exérèse et la radiothérapie sont les deux principales méthodes thérapeutiques des cancers linguaux. Le traitement systématique des aires ganglionnaires cervicales, est un élément primordial de la prise en charge de ce type de cancer et devra donc être réalisé de façon rigoureuse. [24, 25, 26, 27].



III : MATHERIEL ET METHODE

Nous rapporterons, dans notre étude, les observations de deux patients pris en charge au Service de chirurgie pédiatrique, du centre hospitalier universitaire de Rabat Salé, au Maroc.

Le premier cas est celui d'un nourrisson âgé de 6 mois, de sexe féminin, admis en octobre 2002 au service de Chirurgie Pédiatrique du CHU IBN SINA de Rabat. Le traitement dans ce cas est chirurgical. L'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire a permis la confirmation du diagnostic.

Le second est celui d'un nouveau-né âgé de 5 jours, de sexe masculin, admis dans notre service en 2003. Le traitement a été chirurgical. Le diagnostic de kyste bronchogénique a été confirmé par l'étude histologique.



RESULTATS

IV. RESULTATS

IV. 1 .Observation N°1

Identité : Nourrisson de sexe féminin âgée de 6 mois, née à terme, dernière d'une fratrie de 5.

Motif d'hospitalisation : admise au service pour prise en charge d'une masse de la langue.

Antécédents : pas d'antécédents pathologiques particuliers.

Pas de notion de consanguinité chez les parents.

Nourrisson correctement vaccinée selon le programme national d'immunisation.

Histoire de la maladie : remonte à la naissance par la constatation par la maman d'une tuméfaction au niveau de la langue augmentant progressivement de volume, entraînant des troubles de la succion et de la déglutition.

Examen à l'admission : enfant bien portant et apyrétique.

L'examen de la langue :

L'inspection : retrouve une tuméfaction occupant presque la totalité de la face inférieure de la langue (2/3 de la face ventrale) entraînant une protrusion de celle-ci en dehors de la cavité buccale qui reste ouverte (la pointe de la langue est surélevée en haut et en avant).

La palpation bi-manuelle : note une masse de consistance liquidienne, immobile, rénitente, mesurant environ 2X2 cm sans signes inflammatoires associés

Examen des aires ganglionnaires : libres.

Le reste de l'examen somatique est sans particularité. Aucune malformations associé n'est à noté.



Figure 5 : Masse linguale responsable d'une déformation buccale.

En conclusion : il s'agit d'une fille de 6 mois, sans antécédents pathologiques notables, admise pour prise en charge d'une masse de la langue entrainant des difficultés alimentaires, chez qui l'examen de la langue trouve une masse d'allure kystique.

Les examens para cliniques :

Echographie de la langue : confirme le caractère kystique de la masse, celle-ci est délimitée par une paroi propre.

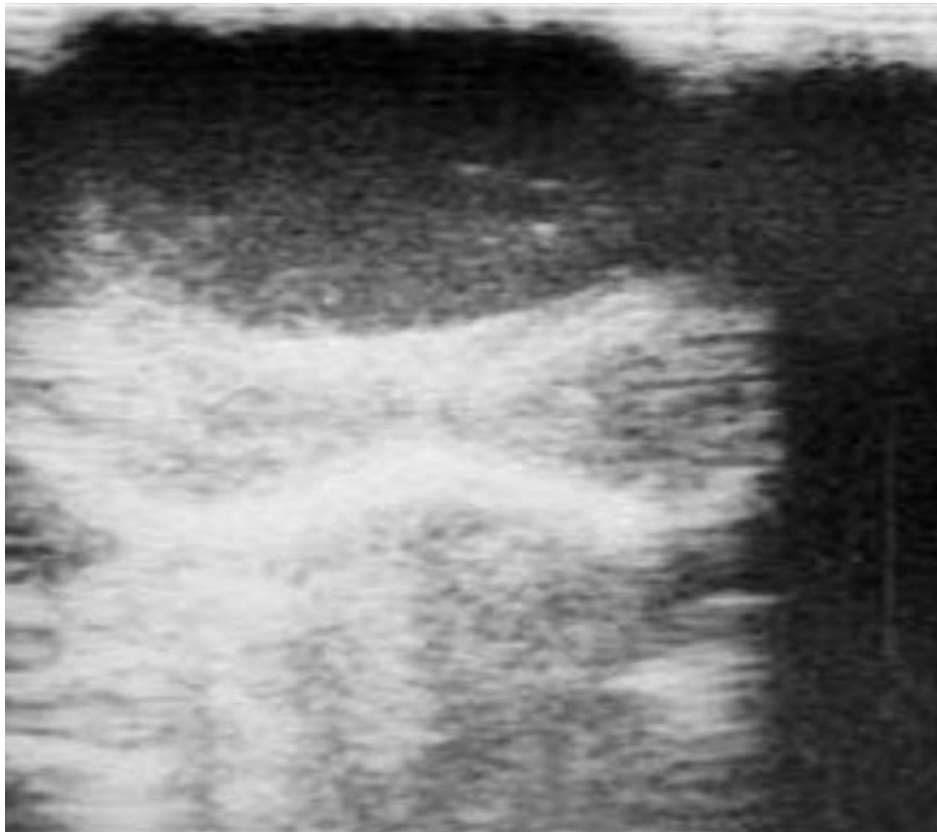


Figure 6 : Echographie de la masse montrant une formation arrondie liquidienne bien limitée, occupant les 2/3 de la partie ventrale de la langue.

TDM : montre un processus lésionnel du segment mobile de la langue, hypo dense, non rehaussé par l'injection intraveineuse du produit de contraste, bien limité par une paroi dense et fine. Ce processus médian, déforme les contours externes de la langue et mesure 23 x 21,5 x 21mm avec absence d'adénopathies latéro-cervicales, et de lésions osseuses associées.

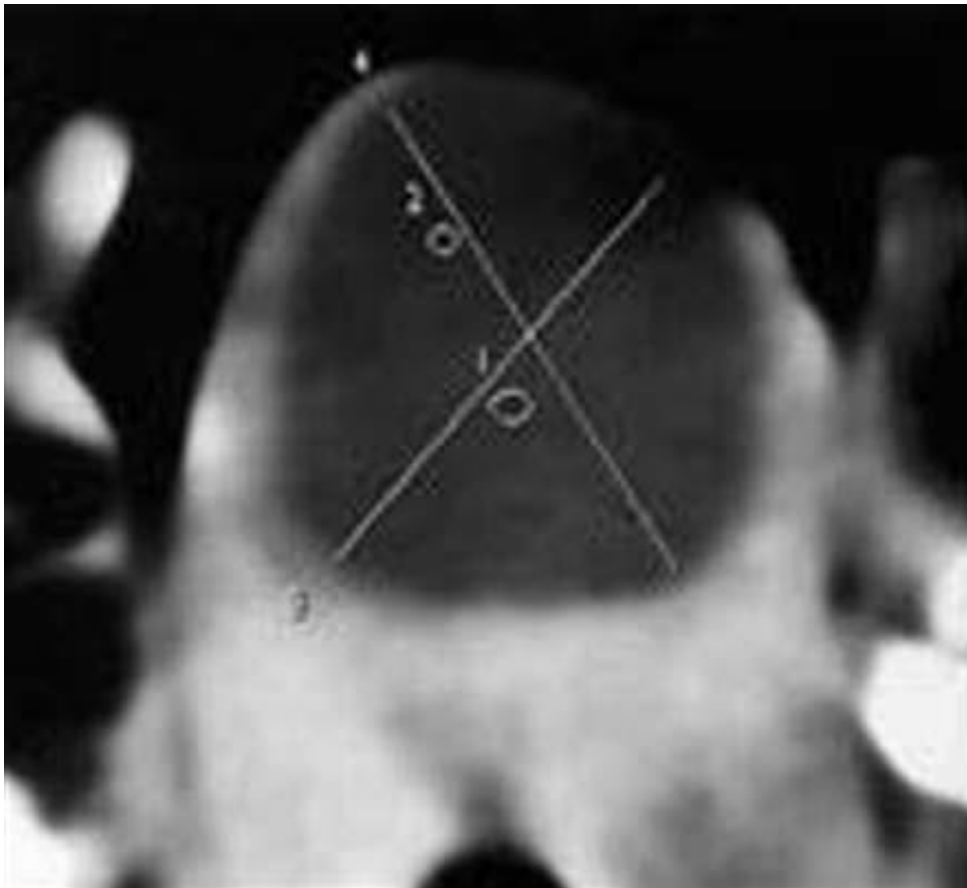


Figure 7 : TDM en coupe axiale montrant une masse kystique à paroi régulière, ne se rehaussant pas par le produit de contraste

La radiographie pulmonaire : normale

L'échographie abdominale : sans particularité.

Sur l'ensemble de ces données cliniques et para cliniques, deux diagnostics ont été évoqué : le kyste dermoïde et la duplication digestive.

Prise en charge :

L'indication opératoire a été retenue.

L'enfant a été opéré sous anesthésie générale, après intubation nasotrachéale et traction de la pointe de la langue en dehors de la bouche, une incision en T sur la face ventrale de la langue est réalisée. La dissection de la masse par rapport à la muqueuse et aux différents muscles linguaux a permis sa libération et son exérèse en totalité.

La sonde gastrique est gardée 48 heures en post opératoire.

Examen histologique de la pièce opératoire : confirme le diagnostic du kyste bronchogénique en montrant une formation kystique dont la paroi est tapissée par un revêtement cylindrique pseudo-stratifié de type respiratoire avec foyer de métaplasie malpighienne régulière. Le chorion sous-jacent est fibreux et riche en lymphocytes avec absence d'autres structures tissulaires hétérologues. Ce kyste est entouré d'une bande de tissu musculaire strié de type lingual.

Suites opératoires

Les suites opératoires étaient simples en dehors d'un petit œdème de la langue rapidement résolutif sous traitement médical, l'alimentation par voie orale a été reprise au 3ème jour sans difficultés et l'enfant est sorti au 5^{ème} jour.

Evolution à long terme

L'enfant est revu cinq mois plus tard en consultation, la langue est complètement cicatrisée et l'examen somatique est tout à fait normal.

IV. 2 .Observation N°2

Identité : nouveau-né à J5 de vie de sexe masculin

Motif d'hospitalisation : admis au service pour prise en charge d'une masse de la langue.

Antécédents. Pas d'antécédents pathologiques particuliers.

Nouveau-né issu d'une grossesse non suivie menée à terme. L'accouchement s'est déroulé par voie basse en milieu non médicalisé.

Pas de notion de consanguinité chez les parents.

Histoire de la maladie : remonte à la naissance par la constatation des parents d'une volumineuse masse de la langue empêchant la fermeture de la bouche et gênant la tétée.

Examen à l'admission : nouveau-né en bon état général, eupnéique, tonique, avec des réflexes archaïques présents.

L'examen de la langue : une volumineuse masse aspect kystique, rénitente occupant la pointe de la langue et la région sublinguale, mesurant environ 3 x 4 cm, empêchant la fermeture buccale, sans signe inflammatoire associé.

Examen des aires ganglionnaires : libres.

Le reste de l'examen somatique est sans particularité. Aucune malformations associée n'est à noter.



Figure 8 : Aspect en préopératoire montrant une volumineuse masse kystique de la pointe de langue empêchant l'occlusion labiale.

En conclusion : il s'agit d'un garçon à j5 de vie, issu d'une grossesse non suivie, accouché en milieu non médicalisé, admis pour prise en charge d'une masse de la langue responsable de troubles de la succion, chez qui l'examen de la langue trouve une volumineuse masse d'allure kystique.

- **Les examens para cliniques :**

Echographie de la langue : confirme le caractère kystique de la masse , celle-ci est délimitée par une paroi propre et des contours réguliers .

TDM : une masse de densité hydrique, arrondie, bien limitée par une paroi épaisse et régulière non rehaussée par le produit de contraste, ne comprenant ni calcifications ni cloisons.

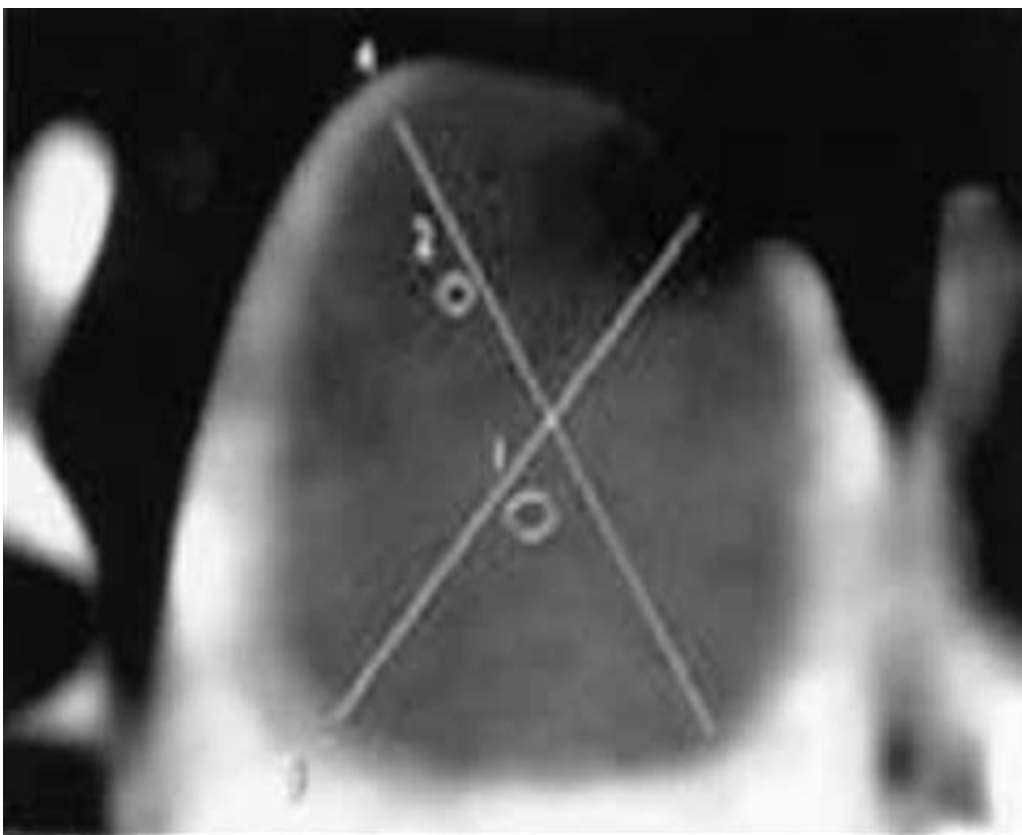


Figure 9 : TDM en coupe axiale montrant une masse kystique à paroi régulière, ne se rehaussant pas par le produit de contraste.

La radiographie pulmonaire : normale

L'échographie abdominale : sans particularité.

Sur l'ensemble de ces données cliniques et para cliniques trois diagnostics ont été évoqué : le kyste dermoïde, la duplication digestive et le lymphangiome kystique.

Prise en charge :

L'indication opératoire a été retenue et le prise en charge a été précoce vu le retentissement alimentaire.

L'enfant a été opéré sous anesthésie générale. Une ponction du kyste ramenant un liquide jaunâtre d'aspect visqueux a été faite. Après affaissement, l'exérèse tumorale par une glossectomie partielle après incision en « V » inversé sur la pointe de la langue a été réalisée emportant l'ensemble de la masse. La reconstruction a été assurée par des sutures simples en 3 plans.



Figure 10 : Glossectomie partielle en V inversé emportant la totalité du kyste .

Examen histologique de la pièce opératoire : kyste tapissé d'un épithélium pseudo stratifié cylindrique et cilié de type respiratoire avec présence de cellules caliciformes, qui était soutenu par une sous muqueuse richement vascularisée et une musculature discontinue. Cet aspect était en faveur d'un kyste bronchogénique.



Figure 11 : Coupe histologique montrant un épithélium pseudo stratifié cylindrique et cilié de type respiratoire avec présence de cellules caliciformes.

Suite opératoires

Les suites opératoires étaient simples.

Evolution à long terme

Satisfaisante, avec une bonne cicatrisation locale et absence de retentissement fonctionnel sur la succion, la déglutition et la phonation.

Après avoir présentée les observations de nos deux patients, ceci est un tableau comparatif regroupant les différents éléments cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutifs relevés :

IV. 3 .Tableau 1 : Tableau comparatif des deux cas de KBL présentés

	CAS 1	Cas 2
Age	6 mois	J5 de vie
Sexe	Féminin	Masculin
Antécédent	Pas d'antécédents pathologiques	Pas d'antécédents pathologiques
Circonstances de découverte	la constatation par la maman d'une tuméfaction au niveau de la langue augmentant progressivement de volume, entraînant des troubles de la succion et de la déglutition.	La constatation des parents d'une volumineuse masse de la langue empêchant la fermeture de la bouche et gênant la tétée
Caractéristiques de la tuméfaction :		
Siège	2/3 de la face ventral	pointe de la langue et région sublinguale
Contours	Réguliers	Réguliers
Consistances	Liquidienne	Liquidienne
Taille	Environ 2X2 cm	environ 3 x 4 cm
Mobilité	Immobile	Immobile
Signes inflammatoires associés	Pas de signes inflammatoires	Pas de signes inflammatoires
Malformations associés	Aucune	Aucune
Examen complémentaires	<p>Echographie de la masse : masse kystique délimitée par une paroi propre.</p> <p>TDM : processus lésionnel du segment mobile de la langue, hypo dense, non rehaussé par l'injection intraveineuse du produit de contraste, bien limité par une paroi dense et fine. Ce processus médian, déforme les contours externes de la langue et mesure 23 x 21,5 x 21mm avec absence d'adénopathies latéro-cervicales, et de lésion osseuse visible.</p>	<p>Echographie de la masse : masse kystique délimitée par une paroi propre.</p> <p>TDM : une masse de densité hydrique, arrondie, bien limitée par une paroi épaisse et régulière non rehaussée par le produit de contraste, ne comprenant ni calcifications ni cloisons.</p>

<p>Traitement</p>	<p>L'enfant a été opéré sous anesthésie générale après intubation nasotrachéale . Une incision en T sur la face ventrale de la langue est réalisée. La dissection de la masse par rapport à la muqueuse et aux différents muscles linguaux a permis sa libération et son exérèse en totalité, une sonde gastrique est gardée 48 heures en post opératoire</p>	<p>L'enfant a été opéré sous anesthésie générale après intubation nasotrachéale. Le kyste a été ponctionné, ramenant un liquide jaunâtre d'aspect visqueux. Après affaissement, une glossectomie partielle après incision en « V » inversé sur la pointe de la langue a été réalisé emportant l'ensemble de la masse .</p>
<p>Examen histologique</p>	<p>Formation kystique dont la paroi est tapissée par un revêtement cylindrique pseudo-stratifié de type respiratoire avec foyer de métaplasie malpighienne régulière en faveur d'un kyste bronchogénique .</p>	<p>Kyste tapissé d'un épithélium pseudo stratifié cylindrique et cilié de type respiratoire avec présence de cellules caliciformes, soutenu par une sous muqueuse richement vascularisée et une musculature discontinue. Aspect en faveur d'un kyste bronchogénique.</p>
<p>Evolution</p>	<p>Les suites opératoires étaient simples. Evolution au long cours : La langue est complètement cicatrisée et l'examen somatique est tout à fait normal.</p>	<p>Les suites opératoires étaient simples. Evolution au long cours : La langue est cicatrisée Pas de retentissement sur les fonctions de la langue.</p>



DISCUSSION

V. DISCUSSION :

V. 1 .ETIOPATHOGENIE DU KYSTE BRONCHOGENIQUE DE LA LANGUE

HYPOTHESES

L'étiopathogénie de ces lésions n'est pas élucidée à l'heure actuelle, plusieurs théories étant rapportées dans la littérature. Elles pourraient résulter d'un bourgeon aberrant précoce se détachant de l'ébauche trachéo-bronchique ou provenir de cellules issues du bourgeon œsotrachéal évoluant en une formation bronchique isolée. [28].

L'une d'entre ses hypothèses étant celle qui distingue 2 périodes pour le développement de ces tumeurs: La première se situerait entre le 20^e et le 40^e jour de la vie embryonnaire. La migration de cellules endodermiques à partir de l'ébauche trachéobronchique, au niveau de l'intestin primitive antérieur, conduirait au développement de kystes bronchogéniques.

La seconde période se situerait au cours du 3^e trimestre de grossesse ; un îlot cellulaire exclu des voies respiratoires donnerait également naissance à un kyste bronchogénique [29].

V.2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

Fréquence

Les kystes bronchogéniques se localisent dans 84 % des cas en endothoracique, notamment au niveau médiastinal, représentant ainsi 10 % des masses médiastinales de l'enfant [30, 31].

Les kystes sont de localisation ectopique dans 16 % des cas, pouvant être retrouvés au niveau cervical, de la paroi oesophagienne ou thoracique, de la peau, du péricarde, du diaphragme et de l'abdomen.

Les KB linguaux sont rares. Dans une revue de la littérature faite entre 1942 et 1997, Manor et al. décrivaient 52 kystes linguaux, considérés comme choristomes bronchogéniques ou digestifs. [32].

L'histologie des kystes embryonnaires correspondait dans 42 % des cas à des kystes bordés d'épithélium gastro-intestinal, dans 36 % cas, des kystes dermoïdes ou épidermoïdes et dans 22 % des cas, des kystes bronchogéniques [33].

Depuis, plusieurs autres cas de kystes embryonnaires ont été décrits [31–33].

Mais dont seulement 7 cas correspondent à un kyste bronchogénique de la langue.

Age et sexe

Parmi les 7 cas décrit dans la littérature, 6 enfants étaient de sexe masculin (85,71%) et 1 de sexe féminin (14,29 %). Il n'y a pas d'explication pour cette prédominance masculine

L'âge de diagnostic dépend essentiellement du volume du kyste et de la sévérité du tableau clinique.

2 cas de kyste bronchogénique lingual était découvert à la période néonatale avant notre observation. Dans les 5 autres cas, il s'agissait de kystes bronchogéniques diagnostiqués à un âge plus avancé avec des extrêmes de 3 mois et 11 ans du fait d'une consultation tardive.

Nos deux patients rejoignent cette tranche d'âge (6 mois, 5 jours).

V.3. DIAGNOSTIC POSITIF :

A. 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. [26]

En échographie fœtale, le kyste bronchogénique de la langue est évoqué devant une formation kystique uniloculaire intra linguale, diagnostiqué dès le troisième trimestre [34-35], 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, mais très coûteux, peut avoir un grand intérêt dans le diagnostic des anomalies linguales, et 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.[36]

En définitive, nous soulignons l'intérêt du dépistage anténatal des anomalies de la langue dans l'adaptation de la conduite obstétricale et surtout dans la prise en charge de l'enfant à la naissance. Ainsi toute malformation linguale dépistée avant la naissance nécessite la prise en charge immédiate et adaptée du nouveau-né par une équipe spécialisée multidisciplinaire.

Aucun cas de kyste bronchogénique de la langue diagnostiqué en période anténatal n'a été décrit jusqu'à nos jours.

Le diagnostic du kyste bronchogénique en période anténatale n'a été fait chez aucun de nos patients, d'autant plus que dans le 2eme cas la grossesse n'était pas suivie.



Figure 12. : Échographie anténatale à 33 semaines d'aménorrhée montrant une image kystique à la partie antéro-inférieure de la langue [37].



Figure 13 : Coupe axiale à la hauteur de la carène (horizontalisée en raison de la compression) à 33 SA Image kystique médiastinale postérieure évocatrice de kyste.

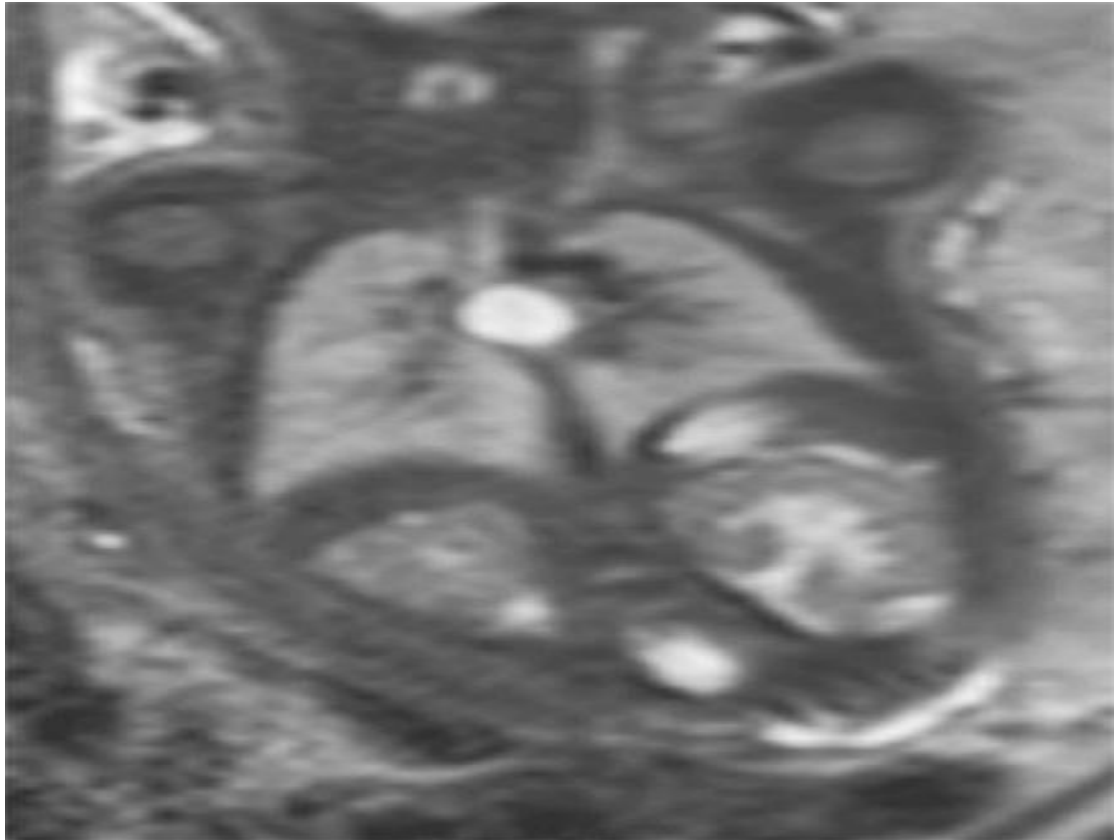


Figure 14 : Coupe coronale en pondération T2 chez un fœtus ; le retentissement de la masse kystique sur les différents lobes est plus aisé à évaluer en IRM.

B. Diagnostic post natal

i. Clinique

Il n'existe aucune spécificité clinique du kyste bronchogénique lingual, la symptomatologie étant identique à celle de toute masse kystique de la langue [38, 39].

La symptomatologie dépendra donc essentiellement du volume du kyste :

Comme celui –ci est très variable, le polymorphisme des symptômes est très important. On notera :

- Difficultés alimentaires, troubles de la succion, de la mastication et de la déglutition.
- Troubles de la phonation et de l'élocution.
- Difficultés d'apprentissage.
- Macroglossie empêchant la fermeture buccale.
- Des vomissements nocturnes ont aussi été rapportés une fois dans la littérature. [32].

Très volumineux, il peut engendrer :

- une dyspnée,
- une hypoxie
- une mort subite, notamment à un bas âge

Très petit, il peut être :

- Asymptomatique et donc de découverte fortuite

A noter qu'en dehors des épisodes infectieux, les kystes linguaux sont indolores.

Nos patients présentaient tous les deux essentiellement des difficultés alimentaires, vu le volume plus au moins important du kyste.

L'examen clinique montre lors de l'inspection une masse linguale sous forme d'un bombement sous-muqueux facilement repérable comme dans notre observation.

Le siège de la masse au niveau de la langue est variable pouvant intéresser, la face postérieure ou antérieure, la partie mobile ou fixe.

Son volume diffère aussi, avec des extrêmes selon la littérature de 1 à 6 cm de diamètre au moment de la consultation.

Il s'agit en général de kyste unique, comme c'est le cas pour nos deux patients.

Le kyste bronchogénique de la langue est de couleur jaune ou jaune blanc, négatif à la transillumination. [40]

La palpation bi-manuelle objective généralement une masse linguale de consistance liquidienne, immobile, rénitente, de contours réguliers.

Dans certains cas le kyste peut s'étendre jusqu'au plancher buccal reposant en bas sur les canaux des glandes salivaires sublinguales. Pour s'assurer de leur intégrité, on provoque une pression sur celles-ci, ce qui entraîne un écoulement libre de la salive.

L'extension peut aussi se faire à travers le diaphragme musculaire (muscle mylo hyoïdien).

Cette extension n'était pas retrouvée cliniquement chez nos patients.

ii. Diagnostique para clinique

A. Imagerie

L'approche diagnostique du kyste bronchogénique lingual est possible grâce à l'échographie, la TDM et surtout l'IRM.

1-échographie

L'échographie est l'examen de première intention qui permet de confirmer la nature kystique de la lésion.

Elle permet de préciser les caractéristiques de la masse à savoir :

- Son échogenicité
- Son homogénéité
- Sa taille
- Ses contours et la nature de sa paroi
- Son caractère uni ou multiloculaire

Le kyste bronchogénique correspond généralement à une image arrondie hypoeéchogène et homogène à bords réguliers, délimité par une paroi propre.

L'échographie a ses limites notamment dans la précision de l'extension en profondeur. [41].

Il a été réalisé en première intention chez nos deux patients.

A rappeler aussi que cet examen a un intérêt majeur dans le diagnostic anténatal facilitant ainsi la prise en charge dès la naissance.

2. La tomодensitométrie

La TDM joue un rôle aussi bien dans le diagnostic positif que dans la précision de l'extension lésionnelle en appréciant le siège, la topographie, l'étendue en profondeur de la masse ainsi que les lésions osseuses associées.

Les acquisitions en mode hélicoïdal et notamment avec les détecteurs multiples permettent une acquisition volumique et des reconstructions dans les trois plans de l'espace équivalentes à celles fournies par l'IRM.

La masse apparaît sous forme d'une lésion bien limitée à paroi fine ou épaisse, de densité liquidienne allant de -10 à +10 UH, et qui ne prend pas le contraste.

La survenue de complications infectieuses ou hémorragiques entraîne une modification de sa taille mais également une augmentation de la densité intralésionnelle, voire un rehaussement pariétal. [42].

Dans les 2 cas que nous avons rapporté la TDM a été réalisé objectivant une masse de densité hydrique, arrondie, bien limitée par une paroi épaisse et régulière non rehaussée par le produit de contraste, ne comprenant ni calcifications ni cloisons avec absence d'adénopathies latéro-cervicales et de lésions osseuses visibles .

3. L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

L'IRM est une technique performante dans l'étude des anomalies de la base de la langue étant donnée sa supériorité dans l'analyse des tissus mous et dans la distinction entre muscles et masses pathologiques.

L'exploration est réalisée dans les différents plans de l'espace.

Elle retrouve habituellement une masse bien limitée arrondie fréquemment en hypersignal en SPT2.

Cet hypersignal s'explique probablement par la présence de matériel protéique dans ces kystes. [42, 43].

On rappelle son importance majeure dans le diagnostic anténatal des kystes.

Cet examen n'a pas pu être réalisé dans les deux cas présentés, faute de moyens familiaux.

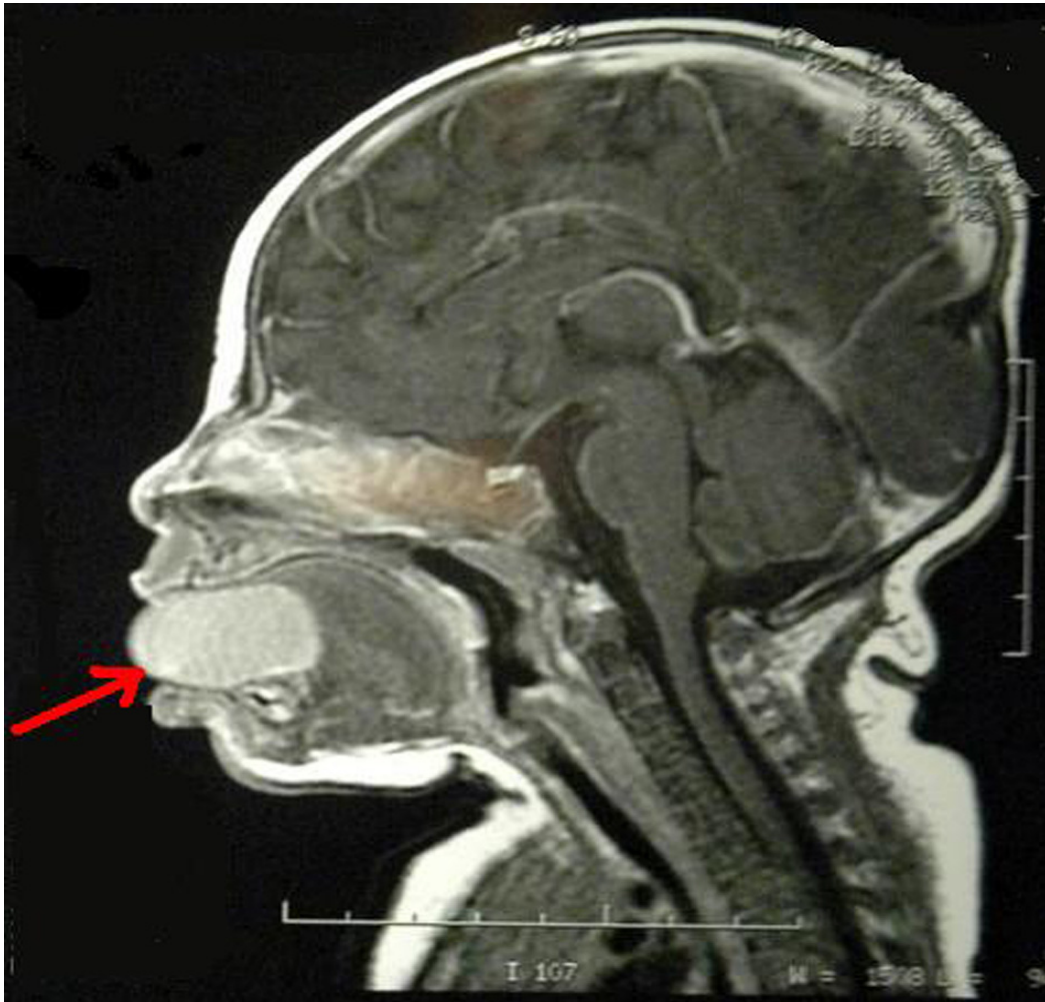


Figure 15 : Coupe sagittale d'IRM en T1 avec injection de gadolinium retrouvant une image kystique linguale.[28].

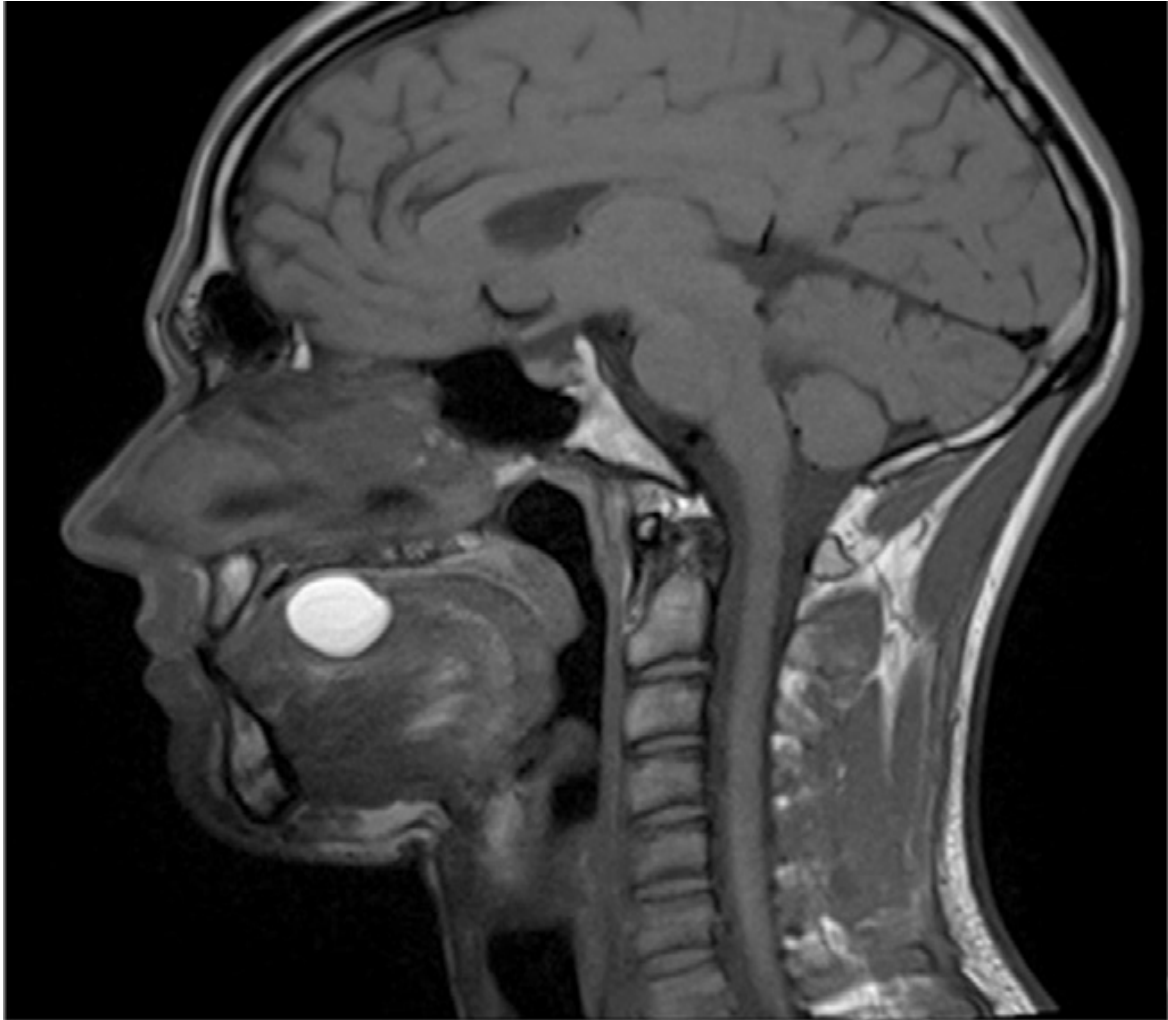
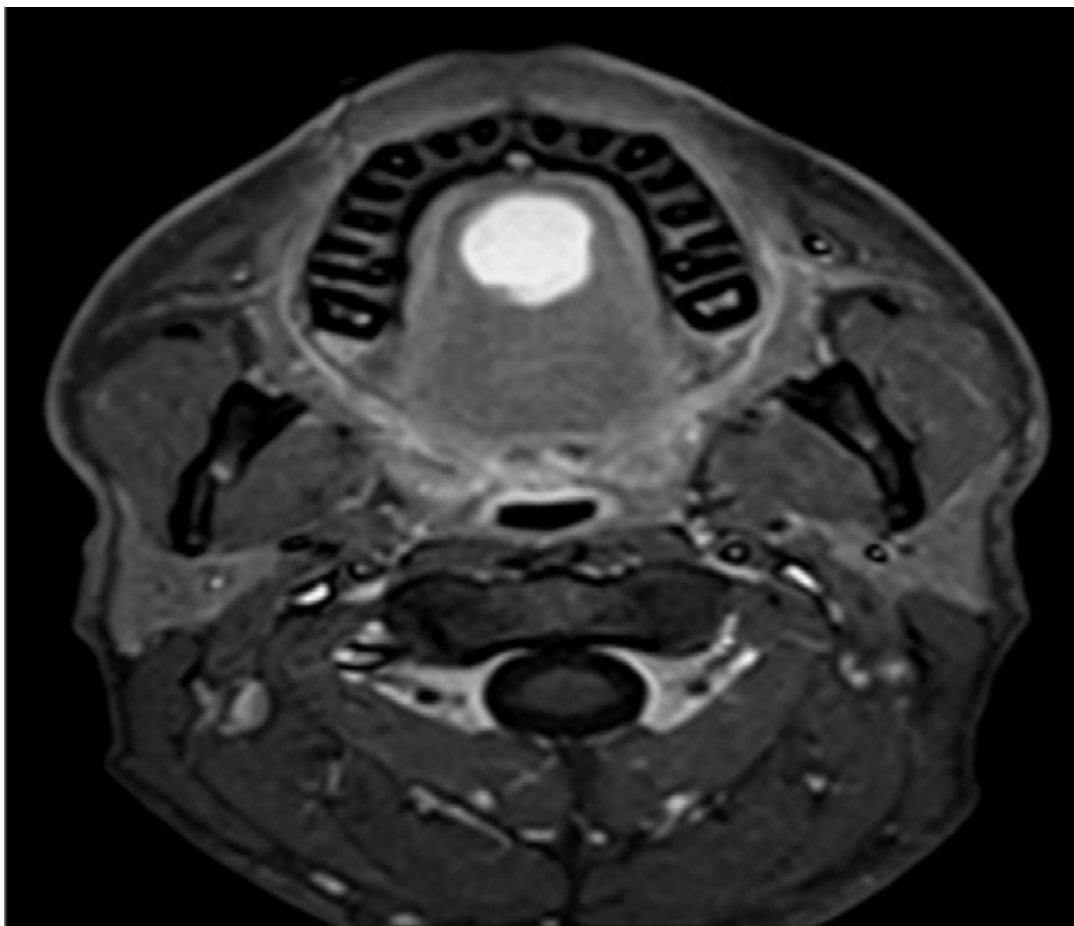


Figure 16 : IRM en séquence FLAIR en coupe parasagittale montrant un kyste bronchogénique en hyper signal, bien limité chez un adulte.[44].



**Figure 17. IRM en séquence FLAIR en coupe horizontale, montrant un kyste
brochogénique médio lingual. . [44].**

4. La radiographie standard

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

La radiographie pulmonaire chez nos deux patients était normale.

B. Histologie

Le diagnostic de certitude est effectué sur la pièce d'exérèse chirurgicale car seule l'analyse anatomopathologique et l'immunohistochimie peuvent affirmer la nature respiratoire de l'épithélium bordant le kyste. [45].

1. Macroscopie

Macroscopiquement il s'agit de tumeurs arrondies, de couleur gris rosé, de volume variable, souvent plus petit que ne le laisse supposer l'aspect radiologique.

Leur paroi est épaisse, lisse, bien vascularisée et entourée d'une coque résistante. La poche kystique est unique ou multiple.

Les kystes sont remplis d'un mucus épais et visqueux sécrété par les cellules des glandes de type bronchique contenues dans le chorion. [29].



Figure 18 : Pièce opératoire après résection complète. Tumeur kystique sphérique de 2 cm de diamètre. [44].

2. Microscopie

Les kystes bronchogéniques sont classés parmi les dysembryoplasies appelées également hamartomes. Il s'agit d'une malformation tissulaire d'aspect tumoral, composée d'un mélange anormal d'éléments constitutifs normalement présents dans la cavité thoracique.

L'histologie apporte la preuve de l'origine bronchogénique du kyste en retrouvant un épithélium cilié pseudostratifié de type respiratoire.

Cet épithélium 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.

Des zones de métaplasie squameuse peuvent être retrouvées par endroits.

La paroi des kystes bronchogéniques peut renfermer aussi des éléments glandulaires, cartilagineux et musculaires lisses. Leur présence signe sans ambiguïté l'origine bronchogénique du kyste. [43].

L'étude anatomopathologique de la pièce d'exérèse a été réalisée pour nos deux patients avec un résultat en faveur d'un kyste bronchogénique de la langue.

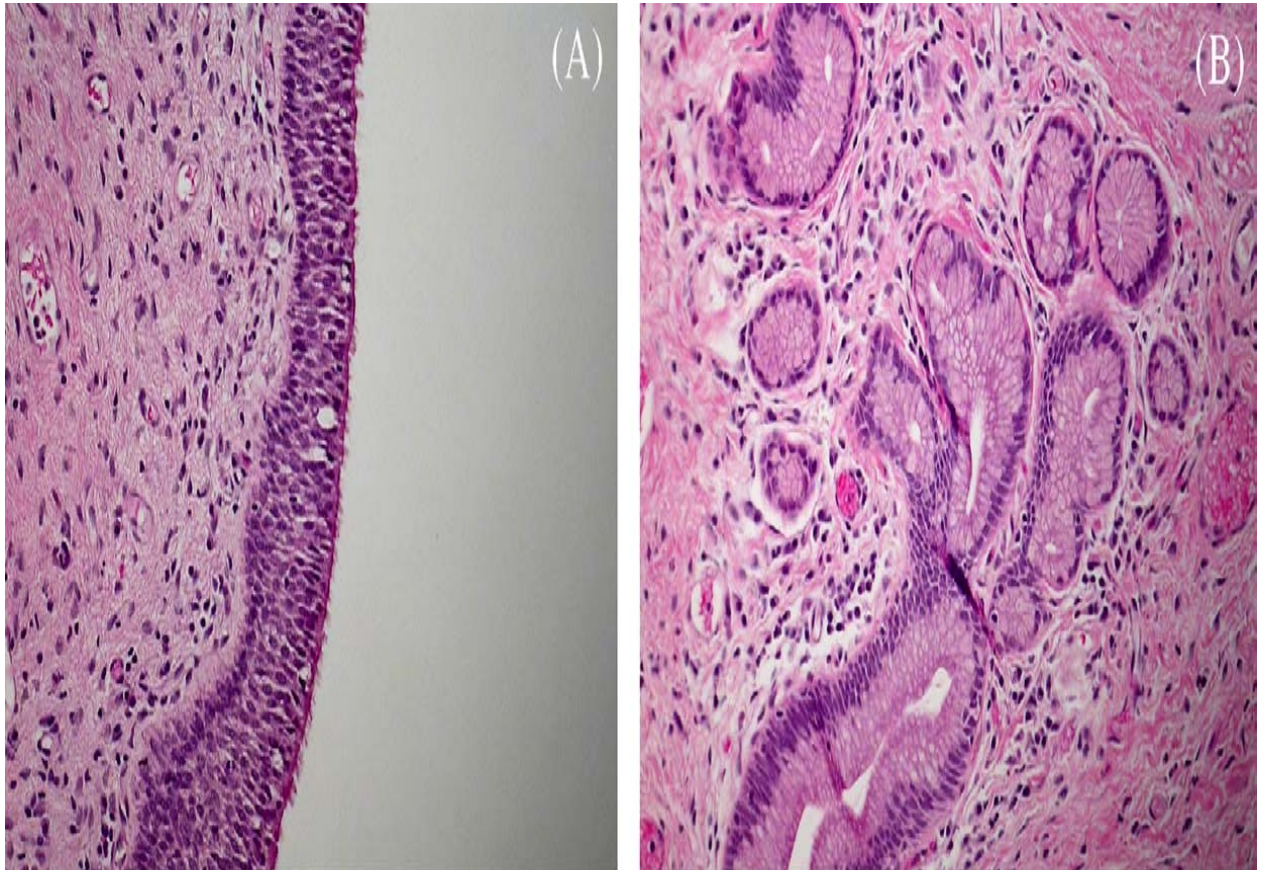


Figure 19: Histological sections of the lingual choristoma, demonstrating ciliated pseudostratified columnar epithelium (A), mucous glands (B). [46].

3 - Lésions associées

Un cas d'association de kyste bronchogénique à un kyste épidermoïde de la langue a été décrit dans la littérature en 1982. . [40].

A côté d'un épithélium de type respiratoire, l'examen histologique avait montré aussi un épithélium squameux stratifié kératinisé avec, par endroits, des cellules mucosécrétantes en colonnes .

Ce qui plaide en faveur de l'association du kyste bronchogénique à un kyste épidermoïde. [40, 47]

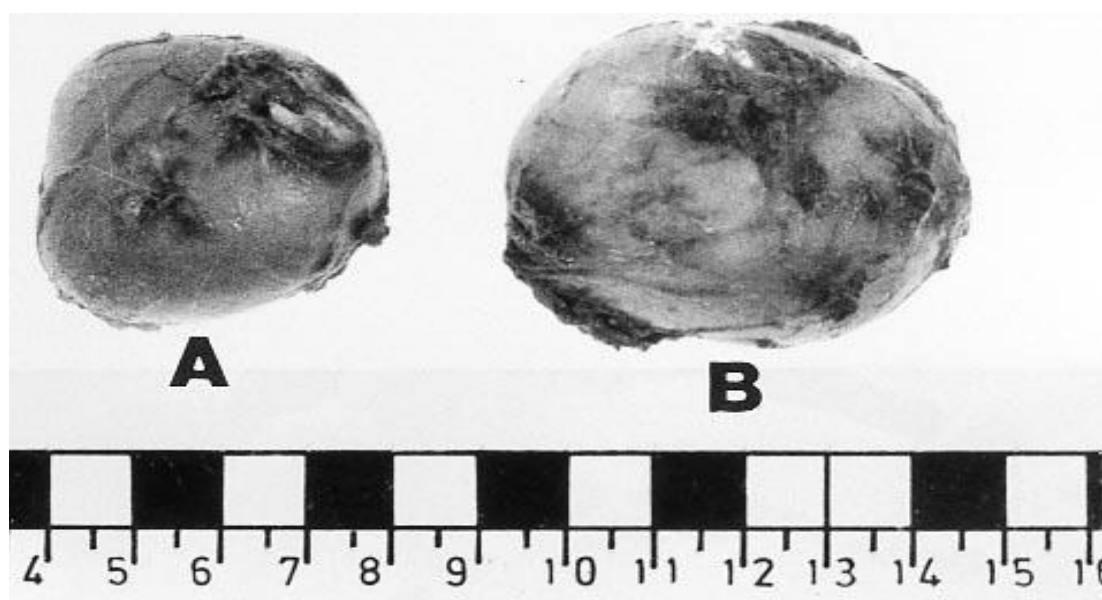


Figure 20: (A) kyste bronchogénique (B) kyste épidermoïde chez le même patient. [40].

Deux autres cas d'association du KBL à un kyste dermoïde ont été décrits en 1999 en Niger et en 2006 en France.

Chez nos deux patients aucune lésion associée n'a été retrouvée.

V.4. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

L'éventail diagnostique d'un kyste congénital de la langue est vaste.

Il n'existe aucune spécificité clinique du kyste bronchogénique lingual.

La symptomatologie étant identique à celle de toute masse kystique de la langue, les diagnostics différentiels, aussi bien cliniques que radiologiques, sont nombreux. Ce sont toutes les masses kystiques linguales congénitales de l'enfant. [42]

A/ La duplication digestive kystique [37]

La duplication digestive est une hétérotopie de la muqueuse digestive. Sa localisation linguale est rare. Elle intéresse la partie antérieure de la langue et s'observe dans 0,3 % des cas. Elle constitue le premier diagnostic différentiel à évoquer puisque ses caractéristiques à l'imagerie ressemblent à celles du kyste bronchogénique

Clinique : le kyste peut rester totalement asymptomatique pendant plusieurs années et se révéler après un épisode infectieux ou une gêne fonctionnelle.

Ceci dit les signes fonctionnels dépendent essentiellement de l'importance du volume kystique. L'examen clinique retrouve une tuméfaction de taille variable, d'aspect unikystique. Il peut exister un orifice de drainage avec extériorisation du liquide intrakystique à la pression .

Devant une lésion kystique de la langue, le seul examen clinique ne permet pas de différencier la lésion des autres lésions de la langue.

Radiologiquement la duplication digestive peut facilement être confondue avec le kyste bronchogénique vu le caractère liquidien, l'absence de rehaussement par le produit de contraste et la possibilité d'hypersignal T.

Les examens complémentaires ont une place limitée dans le diagnostic. Seul l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire nous procure le diagnostic de certitude.

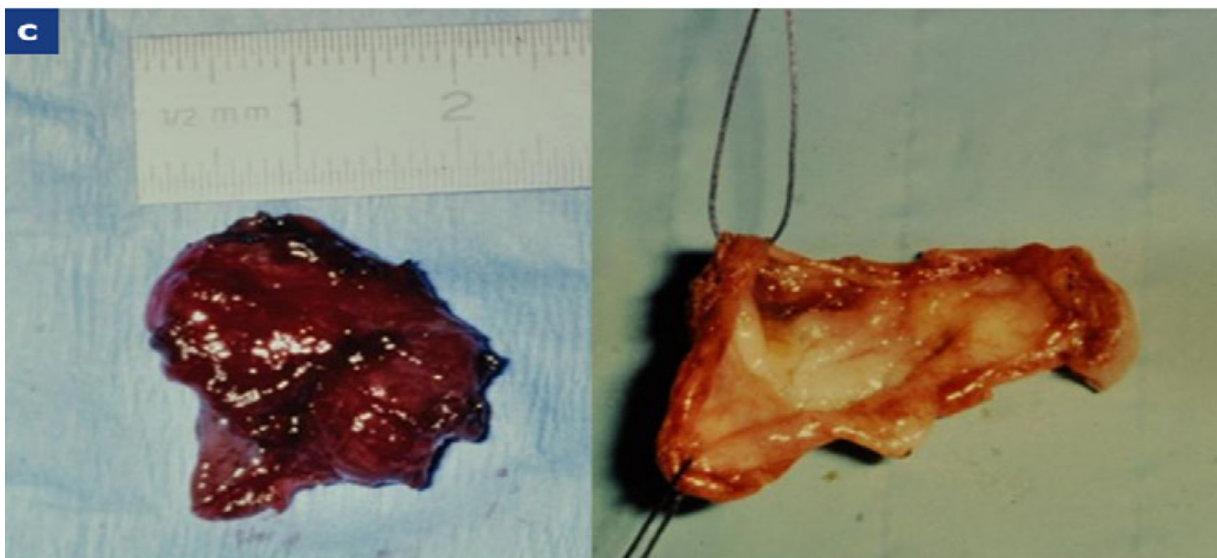
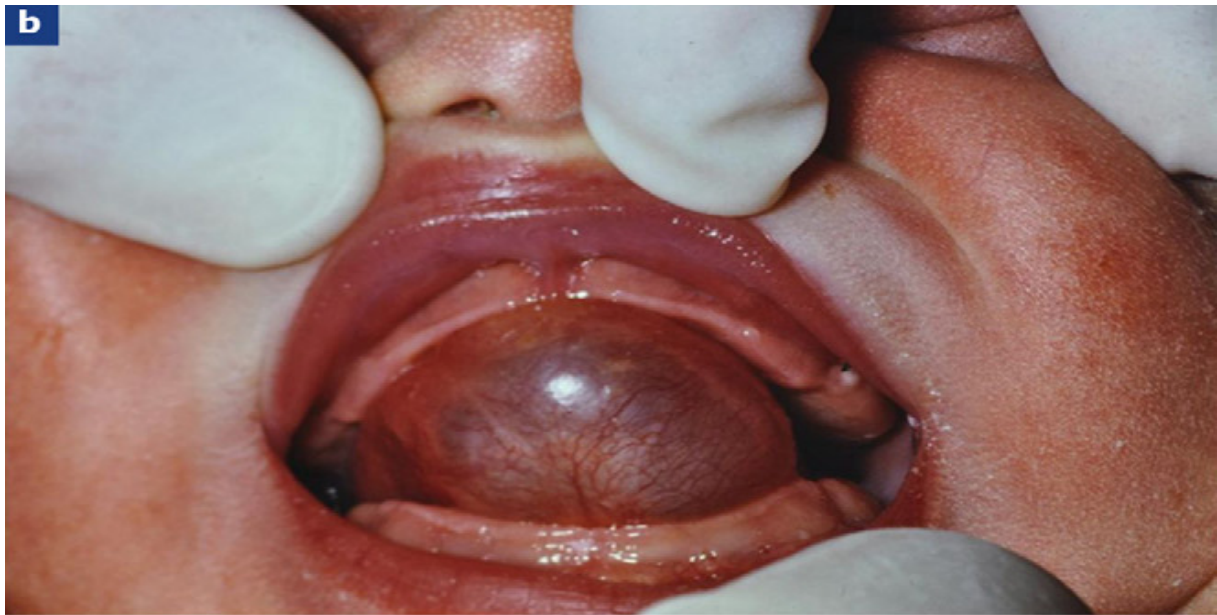


Figure 21 : b : photographie montrant une masse kystique, bleutée à la pointe de la langue ; c : photographie de la pièce opératoire, montrant un kyste tapissé d'une muqueuse prenant l'aspect de l'épithélium digestif.

B/ Le kyste dermoïde [41].

Il peut s'associer au kyste bronchogénique (2 cas ont été décrits dans la littérature.)

Les kystes dermoïdes sont des tumeurs dysembryogéniques de siège ubiquitaire. La localisation linguale est aussi rare que le KB.

Clinique : La tolérance locale liée à l'extrême plasticité du kyste est longtemps bonne, ce qui explique la latence clinique et le diagnostic tardif à la deuxième ou troisième décennie avec parfois un volume kystique très important au moment du diagnostic.

La tuméfaction indolore est le principal mode de révélation.

Quand la taille devient importante, des signes fonctionnels peuvent survenir à type de troubles de la déglutition, et du langage ainsi que des complications d'ordre mécanique avec des troubles de la dentition ou un dysfonctionnement des articulations temporo-mandibulaires.

Imagerie : L'échographie est l'examen de première intention qui permet de confirmer la nature kystique de la masse.

La tomodensitométrie (TDM) met en évidence la composante grasseuse et l'éventuelle composante calcique au sein de la lésion kystique.

L'IRM montre un contenu grasseux assez caractéristique par des temps de relaxation court en T1 et long en T2 se traduisant par un hyper signal T1 et un hyper signal T2 identique à la graisse sous cutanée qui s'éteint sur les séquences en suppression de graisse.

Cependant devant les données de l'imagerie qui restent quasi pathognomoniques, sauf en cas de complications et de réaction inflammatoire associées, le diagnostic du kyste dermoïdes est rarement confondu avec celui des autres masses kystiques de la langue chez l'enfant.

C/ Le kyste épidermoïde

Clinique : Les signes fonctionnels sont ceux de toute masse kystique au niveau de la langue, c'est-à-dire dépendant essentiellement de son volume.

Imagerie :

TDM : masse lobulée, bien limitée, hypodense. Le rehaussement périphérique peut être objectivé par la TDM après injection du produit de contraste mais un rehaussement de contraste central est inhabituel. [1].

IRM : Le KE se distingue par hyposignal en T1 et par le rehaussement de sa paroi qui est épaisse (2-6 mm).

Histologie : Le revêtement du kyste est fait d'un épithélium squameux, avec du matériel kératinoïde au niveau de la lumière.

D/ La thyroïde linguale

Elle siège généralement au niveau de la partie dorsale et médiane de la langue, et son diagnostic est facile à établir devant une très forte prise de contraste homogène en rapport avec son contenu en iode.

Clinique : Les signes fonctionnels sont en rapport avec l'obstruction oropharyngée (dysphagie, odynophagie, dyspnée). Les signes peuvent être discrets voire absents lors d'une découverte fortuite par un examen clinique ORL.

On recherchera toujours des signes cliniques d'hypothyroïdie. [68]

L'examen clinique retrouve une masse tumorale arrondie, apprécie l'état de la muqueuse superficielle et la taille de la lésion.

On complétera par l'examen des aires ganglionnaires cervicales et la palpation de la glande thyroïde en région cervicale basse sus-sternale.

Les tests biologiques évaluent la fonction thyroïdienne.

L'échographie cervicale permet d'apprécier les caractéristiques de la lésion ainsi que le parenchyme thyroïdien ectopique.

La scintigraphie thyroïdienne à l'iode radioactif (^{131}I) et au technétium est primordiale avant toute décision interventionnelle et affirme parfois la nature thyroïdienne du tissu tumoral.

La TDM et l'IRM montre un tissu thyroïdien normal de localisation ectopique. [48].

E/ Le kyste du tractus thyroglosse [49].

Les kystes du tractus thyroglosse (KTT) ont généralement une localisation cervicale. Leur localisation au niveau de la base de langue chez le nouveau-né est rare.

Les KTT résultent d'une anomalie de fermeture du canal thyroglosse entre la glande thyroïde et le foramen cæcum avant la dixième semaine de la vie intra-utérine.

Clinique : Le KTT situé à la base de langue se manifeste le plus souvent chez les nouveau-nés par une détresse respiratoire pouvant aller jusqu'au décès par obstruction des voies aériennes supérieures . Souvent, les enfants présentent

une détresse respiratoire avec un stridor et sont adressés pour suspicion de laryngomalacie.

Laryngoscopie : Face à ce tableau clinique, une laryngoscopie directe au bloc opératoire est indiquée et permet la mise en évidence d'une masse bombant au niveau de la base de langue.

Imagerie : Une TDM cervicale est utile dans le cadre du bilan étiologique ou de doute diagnostique. Elle met en évidence une lésion localisée à la base de langue, bien circonscrite, homogène et de faible densité comprise entre +10 et +18 UH. Cet examen permet aussi d'éliminer des diagnostics différentiels comme les kystes valléculaires, les tumeurs vasculaires, les lymphangiomes, les angiomes ou les abcès.

À l'IRM, son signal est faible à intermédiaire en T 1 et important en T2 en dehors de toute inflammation, la paroi du kyste est habituellement mince et non rehaussée.

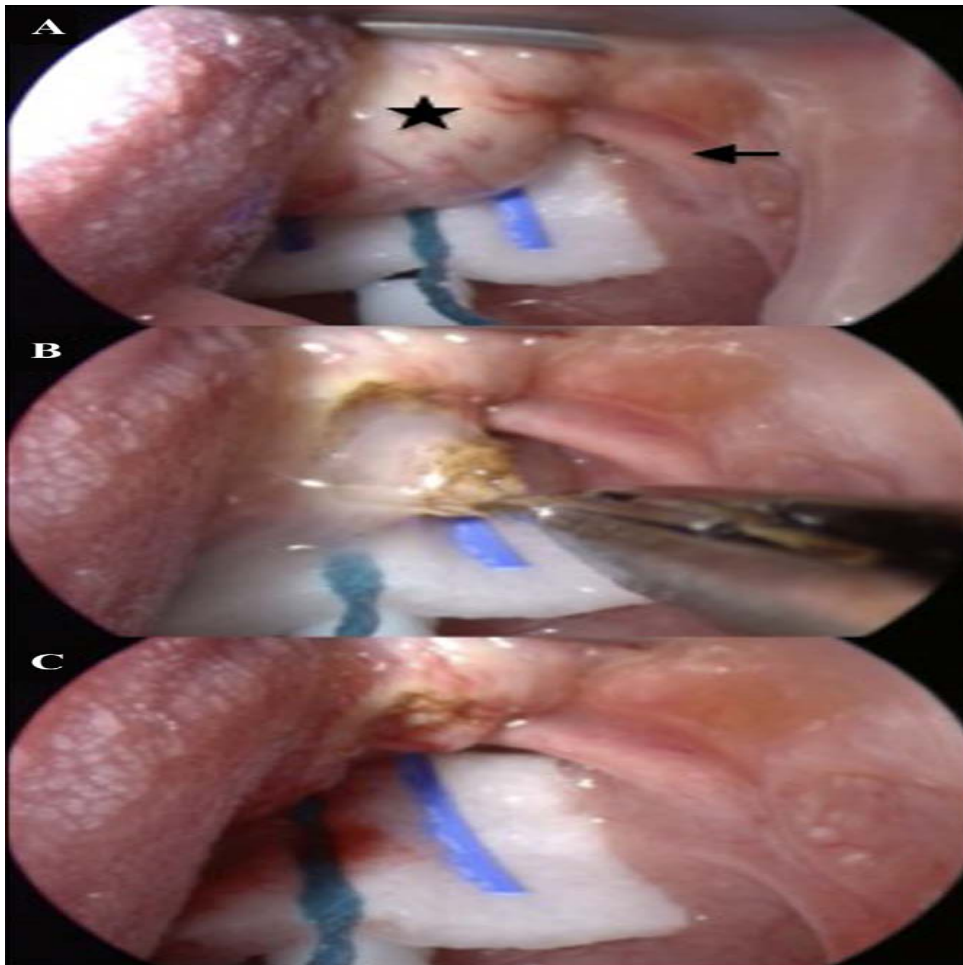


Figure 22 A. Vue endoscopique du kyste du tractus thyroglosse en base de langue bombant dans l'oropharynx. (Étoile : kyste du tractus thyroglosse ; Flèche noire : repli pharyngoépiglottique droit). B. Vue endoscopique : traitement du kyste par marsupialisation, issue de sécrétions épaisses lors de l'ouverture du kyste. C. Vue endoscopique : aspect après marsupialisation.

F/ L'hémangiome [50].

Ils correspondent à une tumeur vasculaire fréquente (environ 10 % des nourrissons) d'évolution particulière. Après une phase évolutive d'environ 1 an suit une phase de stabilisation puis d'involution progressive jusque vers l'âge de 7 ans.

L'aspect clinique est évocateur quand la lésion est superficielle. Moins fréquemment, la lésion est sous-cutanée ou muqueuse pure

La couleur bleutée, le caractère relativement ferme de la lésion associée au profil évolutif permettent le plus souvent de poser le diagnostic.

En cas de doute diagnostique, l'imagerie permet d'éliminer une malformation vasculaire.

À la TDM, l'hémangiome prend fortement le contraste, mais de façon moins importante que la thyroïde ectopique linguale. L'IRM est souvent indiquée.

La biopsie permet d'éliminer une autre tumeur rapidement évolutive (sarcome embryonnaire).

L'involution spontanée est la règle justifiant le non-recours à des traitements agressifs sauf en cas de complications ou de retentissement fonctionnel important.

G/ Le lymphangiome kystique [50 ,51].

Ils atteignent volontiers la cavité buccale et sont souvent associées à des formes étendues cervico-faciales. De volume variable au cours de temps, la

lésion n'est pas toujours visible à la naissance. Les épisodes infectieux ou inflammatoires (éruptions dentaires) majorent le volume de la lésion.

Clinique : Le lymphangiome se manifeste par une tuméfaction mal limitée, molle, non augmentée par le décubitus. L'atteinte de la muqueuse est caractéristique par la présence de vésicules claires en regard de celle-ci donnant un aspect de « frai de grenouille ». Lors des poussées inflammatoires, ces vésicules deviennent souvent hématiques.

Imagerie : A la TDM, il s'agit d'une masse liquidienne dont les septa peuvent se rehausser par le produit de contraste.

L'IRM (avec injection) apporte le diagnostic en montrant un hypersignal en T2 sans rehaussement par le gadolinium, la nature macro-, micro kystique ou mixte et l'extension du lymphangiome.

Dans sa localisation linguale, le lymphangiome est malheureusement le plus souvent micro cavitaires avec infiltration des tissus musculaires. Des gestes de réduction chirurgicale prudents peuvent permettre de réduire le volume de la masse. L'exérèse totale est le plus souvent impossible et le risque de récurrence important. L'abstention est parfois préférable.

V.5. TRAITEMENT :

A. Moyens thérapeutiques

Cystectomie

Elle consiste en une exérèse tumorale complète en préservant au maximum l'intégrité des différents muscles de la langue et des glandes salivaires sublinguales. [29].

L'intervention chirurgicale se fait sous anesthésie générale avec intubation nasotrachéale.

Après avoir réalisé un badigeonnage parfait de la cavité buccale, nous procéderons à la traction de la langue en dehors de la bouche (en haut et en avant) à l'aide d'un fil placé au niveau de la pointe de la langue.

La voie d'abord la plus commode est une incision horizontale ou longitudinale en regard du kyste.

La dissection du kyste se fera au bistouri électrique et/ou au ciseau en ménageant les muscles linguaux et surtout les glandes salivaires sublinguales qui peuvent avoir des rapports intimes avec la paroi du kyste [52].

Une fois que le plan de clivage est retrouvé, le kyste peut être enlevé sans problème.

Après la réalisation d'une hémostase parfaite, nous procéderons à la fermeture de l'incision par suture des berges.

Nous effectuerons finalement une toilette buccale au sérum bétadiné.

La sonde naso-gastrique d'alimentation peut être gardée quelques jours en attendant la résolution de l'œdème péri lésionnel.

Dans notre étude, les kystes siégeaient au niveau de la portion mobile de la langue, la face ventrale chez la fille et la pointe chez le garçon, sans aucun contact avec les glandes salivaires.

Pour nos deux patients, l'intervention était faite sous anesthésie général avec intubation naso trachéale. L'exérèse du kyste s'est déroulée suivant les étapes sus décrit sans aucune complication per opératoire.

la ponction kystique

C'est une ponction aspiration qui précède la kystectomie, généralement quand le kyste est très volumineux.

La ponction peut également parfois orienter le diagnostic mais n'est possible, aisément, que chez l'adulte, c'est-à-dire dans très peu de cas.

Elle a été réalisée chez notre deuxième patient, sous anesthésie général au moment de l'intervention, vu le volume énorme du kyste. Elle a ramené un liquide jaunâtre d'aspect visqueux.

B. Indications

L'indication opératoire est formelle du fait du risque de survenue de complications telles que :

- l'infection,
- l'hémorragie,
- l'augmentation rapide du volume du kyste pouvant entraîner des troubles respiratoires, alimentaires ou phonétiques.

Lorsque le kyste est volumineux, une ponction aspiration préalable peut être utile, facilitant ainsi son exérèse, comme ce qui a été réalisé dans notre deuxième observation. [29].

L'énucléation chirurgicale de la lésion peut être réalisée à visée diagnostique et thérapeutique et en prévention des complications éventuelles.

Elle doit avoir lieu selon plusieurs études dès la survenue des premières complications ou bien vers l'âge de un an afin de réaliser un compromis entre les risques liés à l'anesthésie générale, ces derniers diminuant avec l'âge, et les risques liés aux complications éventuelles. [28].

C. Les suites opératoires

Elles sont en général simples.

Des complications peuvent survenir comme l'hémorragie, l'infection, l'œdème et la fièvre. Ceci dit aucune complication post opératoire n'a été rapportée jusqu'à nos jours dans la littérature mondiale.

Dans nos deux observations, les suites opératoires étaient simples aussi, en dehors d'un petit œdème lingual rapidement résolutif sous traitement médical chez notre patiente.

D. L'évolution

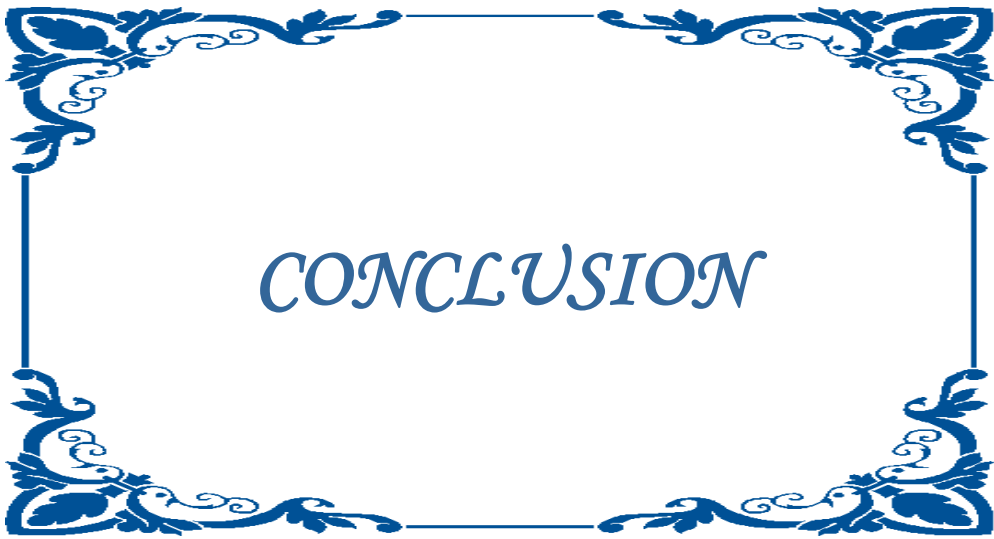
Le pronostic est surtout conditionné par la qualité de l'exérèse, qui doit être complète.

De ce cas, l'évolution est généralement favorable.

La surveillance à court et moyen terme doit cependant être de mise, d'autant plus s'il existe des foyers de dysplasie.

Le risque de dégénérescence maligne vers un carcinome broncho alvéolaire, un adénocarcinome ou un carcinome épidermoïde est toujours possible, bien que rarement rapporté dans la littérature. Ce risque est d'autant plus faible si le kyste bronchogénique, est pris en charge précocement et de manière radicale [29].

Notre première patiente a été revue en consultation 5 mois plus tard. Son examen somatique était tout à fait normal sans signe de récurrence ni de complication.



VI. CONCLUSION:

Le kyste bronchogénique est une malformation congénitale rare. Il fait partie des choristomes, c'est-à-dire des tumeurs embryonnaires bénignes caractérisées par la présence en une localisation anormale d'un tissu normal (hétérotopie). Dans le cas particulier du KB, la tumeur est bordée d'un épithélium respiratoire.

Sa localisation extra-thoracique est rare et sa localisation linguale exceptionnelle.

Dans la majorité des cas, les kystes bronchogéniques sont diagnostiqués et traités dans l'enfance.

La symptomatologie est non spécifique, très variable selon le volume du kyste, pouvant aller de la simple gêne lors de l'alimentation à un véritable tableau asphyxique.

L'échographie permet d'établir la nature kystique de la lésion. La TDM permet d'analyser l'aspect morphologique, la localisation, la densité ainsi que les rapports du kyste mais l'IRM est l'examen clé à réaliser. Elle permet d'évaluer les rapports précis et d'affirmer le caractère monokystique de la lésion orientant ainsi le diagnostic.

L'imagerie en anténatal, notamment l'IRM, peut permettre une prise en charge précoce des volumineux kystes afin d'éviter les complications.

Les diagnostics différentiels, aussi bien cliniques que radiologiques, sont nombreux. Il s'agit de presque toutes les masses kystiques de la langue chez l'enfant, ce qui rend le diagnostic du KB encore plus difficile.

Le diagnostic de certitude est histologique en retrouvant un épithélium de type respiratoire ; c'est-à-dire un épithélium cilié, pseudo-stratifié, associé à des éléments de l'arbre trachéo-bronchique à savoir ; des cellules à mucus, cellules musculaires lisses et tissu cartilagineux.

L'exérèse chirurgicale est le traitement définitif de la lésion. Il s'agit d'une exérèse complète de la masse en respectant les structures de voisinage. A travers notre étude nous avons pu démontrer l'intérêt de l'énucléation chirurgicale précoce de tout kyste lingual.

L'évolution est généralement favorable si l'exérèse est complète. Les récurrences sont exceptionnelles et aucun cas n'a été décrit jusqu'à nos jours. Cependant, à l'instar de nombre d'auteurs, nous préconiserons la surveillance à court et moyen terme.



Résumé

Titre : Kyste bronchogénique de la langue chez l'enfant : difficultés diagnostiques et place de la chirurgie dans la prise en charge.

Auteur : Mme OUADDI KHAOULA

Rapporteur : Pr. M. KISRA.

Mots clés : Kyste bronchogénique - langue – enfant - chirurgie.

Notre étude a pour but de montrer essentiellement les difficultés diagnostiques du kyste bronchogénique de la langue chez l'enfant ainsi que la place de la chirurgie dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces masses kystiques en se basant sur l'étiopathogénie de cette localisation exceptionnelle et sur les données cliniques et radiologiques essentielles pour le diagnostic.

Nous rapportons les cas de deux enfants ayant un kyste bronchogénique pris en charge au service de Chirurgie Viscérale Pédiatrique de l'Hôpital d'enfants de Rabat.

Il s'agit d'une fille de 6 mois et d'un garçon à j5 de vie , tous les deux admis pour difficultés alimentaires , chez qui l'examen clinique de la langue trouve une masse d'allure kystique .

Le bilan radiologique a confirmé la nature liquidienne de la masse, et a permis d'analyser les rapports du kyste. Les patients ont été opérés. Les suites opératoires étaient simples. L'évolution à long terme était satisfaisante, sans signe de récurrence ni de complication.

L'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire a permis de confirmer le diagnostic du kyste bronchogénique de la langue.

Vue l'absence de toute spécificité clinique ou radiologique du kyste bronchogénique , il n'y a que l'histologie qui peut certifier le diagnostic. Ce dernier repose sur la mise en évidence d'un épithélium de type respiratoire associé à des éléments de l'arbre trachéo-bronchique.

Le traitement du kyste bronchogénique est chirurgical. Le pronostic est surtout conditionné par la qualité de l'exérèse, qui doit être complète.

La surveillance à court et moyen terme doit toujours être de mise.

Abstract

Title: Bronchogenic cyst of the tongue: diagnostic difficulties and the place of surgery in the treatment.

Author: Mrs. OUADDI KHAOULA

Supervisor: Prof. M. KISRA.

Key words: Bronchogenic cyst - tongue - infants - surgery.

Our study aims to show essentially the diagnostic difficulties of children's bronchogenic cyst of the tongue as well as the place of surgery in the diagnosis and treatment of these cystic masses based on the etiopathogenesis of this location and the clinical and radiological datas that are necessary for the diagnosis.

We report the cases of two children with bronchogenic cyst treated within the Pediatric Visceral Surgery Department of the Children Hospital of Rabat.

A 6-month-old girl and a boy with a life of 5 years both admitted for feeding difficulties. The clinical exam of the tongue finds a cystic lesion. The imaging examination demonstrated the fluid nature of the mass, and allowed to analyze the reports of the cyst. The patients were operated on. The postoperative course was simple. The long-term evolution was satisfactory, with no sign of recurrence or complication.

Histological examination concluded on bronchogenic cyst characterized by respiratory epithelium.

In view of the absence of any clinical or radiological specificity of the bronchogenic cyst, only histology can certify the diagnosis, based on the demonstration of a respiratory epithelium associated with elements of the tracheal bronchus tree.

The treatment of the bronchogenic cyst is surgical. The prognosis is mainly conditioned by the quality of the excision, which must be complete.

Short- and medium-term control must always be in place.

ملخص

العنوان: الاكياس ذات الاصل القصي الرئوي للسان عند الأطفال الصعوبات التشخيصية ومكان الجراحة في العلاج

المؤلف: السيدة ادي خولة

المشرف: البروفيسور م. كسرا.

الكلمات الأساسية: : الاكياس ذات الاصل القصي الرئوي - اللسان - جراحة الأطفال.

تهدف دراستنا إلى إظهار الصعوبات التشخيصية الأساسية للأكياس ذات الاصل القصي الرئوي للسان لدى الأطفال بالإضافة إلى مكانة الجراحة في تشخيص وعلاج هذه الاورام باعتمادنا على البيانات السريرية والإشعاعية الأساسية للتشخيص.

ابلغنا في هذه الدراسة عن حالتين مرضيتين لطفلين تم استقبالهما في قسم جراحة الأطفال في المستشفى أطفال الرباط وهي فتاة تبلغ من العمر 6 أشهر وصبي يبلغ من العمر 5 سنوات يعانين من صعوبات في النظام الغذائي و قد مكنا الفحص السريري من العثور على ورم في اللسان .

تمكن التقييم الإشعاعي من اظهار الطبيعة السائلة للكتلة و كذا مختلف خصائصها.

بعد اجراء العملية الجراحية اكد التحليل المجهرى للعينة القصي الرئوي للأكياس.

في ضوء عدم وجود أي خصوصية سريرية أو إشعاعية لهذه الاكياس يبقى التحليل المجهرى للورم هو المؤكد الوحيد لطبيعته القصية الرئوية.

يعتبر العلاج الوحيد لهذا النوع من الاورام هو الجراحة و ترتبط النتائج اساسا بنوعية الاستئصال، و الذي يجب أن يكون كامل.

نوصي من خلال دراستنا ايضا بالمراقبة و الرصد على المدى القصير والمتوسط دائماً.



BIBLIOGRAPHIE

- [1] **SEDWICK J, GIANNONI C.**
Bronchogenic cyst of the oropharynx and **hypopharynx** in a neonate.
Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 125:105-6.
- [2] **ROUVIERE H.**
Anatomie humaine: Descriptive topographie et fonctionnelle. Tome 1,
tête et cou. Edition Masson PP : 437-445.
- [3] **NEINAS FW , GORMAN CA, DEVINE KD.**
Lingual thyrofd.: clinical characteristics of 15 cases. ANN INT MEO.
1973,79,2: 205-210
- [4] **Prades J.-M., Schmitt T., Timoshenko A.**
Cancers de la langue. EMC, ORL 1, 2004. P.35-55.
- [5] **Pevel D, Marc R.**
Précis d'audiophonologie et de déglutition. Tome II. Les voies aéro
digestives supérieurs. Marseille ; 2009 ; p. 54.
- [6] **Kamina H.**
Anatomie : Introduction à la clinique : tête, cou, nerfs crâniens et
organes de
sens, Paris, MALOINE, 1996, Tome I.
- [7] **Jeans F. G.**
Anatomie clinique, 2ème édition, 2007.
- [8] **Richard L. D, Wayne V, Adam W.M. Mitchell.**
Gray's anatomie pour les étudiants. Edition 2010.

- [9] **Loyala college,**
Bones of the skull, muscles of tongues and physiology.
www.studyblue.com. Page consultée le 10/01/2018
- [10] **Neil S. Norton**
Précis d'anatomie Clinique de la Tête et du Cou . Edition Française
PP : 403 -410
- [11] **Keith L. M, Arthur F. D .**
Anatomie médicale: aspects fondamentaux et applications cliniques,
2ème
édition 2001.
- [12] **Faculté de médecine Sorbonne Université**
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP2/langue.html> 16 04 /
page consultée le 20/02/2018.
- [13] **Haute autorité de santé HAS**
<http://www.regionorale.net/index.php?id=18/> page consultée le
20/02/2018.
- [14] **William J. Larsen**
Embryologie humaine, traduction de la 3e édition anglaise par Antoine
Dhem PP 122- 124
- [15] **LEMARIE, DIOT P, MAGRO P, DE MURET A.**
Tumeurs médiastinales d'origine embryonnaire. *EMC-Pneumologie*
2005;2:105-25.

- [16] **Les Universités de Fribourg, Lausanne et Berne (Suisse) sous l'égide du Campus Virtuel Suisse**
Cours d'embryologie en ligne à l'usage des étudiants et étudiantes en médecine ;<http://www.embryology.ch/francais/sdigestive/gesicht04.html>
/page consultée le 15/03/2018.
- [17] **La langue ; physiologie humaine et médecine**
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/langue/64610/> page
consultée le 22/02/2018.
- [18] **ANTOINE MAGISTEL , de Cozes**
Considérations sur l'anatomie et la physiologie de la langue, la Faculté de médecine de Paris 1828 ,Thèse N°264
- [19] **Faurion A.**
Physiologie de la gustation. EMC (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-490-C-10, 2000,15p.
- [20] **ELISABETH GORDONEN COLLABORATION AVEC PLANÈTE SANTÉ ,**
DE LA LANGUE AU CERVEAU, COMMENT SE FORME LE GOÛT?
<https://www.lematin.ch/sante/sante/De-la-langue-au-cerveau-comment-se-forme-le-gout/story/19696275/> page consultée le 03/03/2018.

- [21] **Oliveira V, Lefèvre Y.**
Le gout dans tous ses états, la revue des enseignants,
<http://www.reseau-canope.fr/> page consultée le 02-03-2018.
- [22] **Université paris Descartes.**
Déglutition, 2011-2012, <http://www.univ-paris-diderot.fr/> page
consultée
le 13/03/2018.
- [23] **Luc O, Robert S, Glenwood I.**
Introduction à la phonétique comparée : les sons : le français et
l'anglais
nords-américains, chapitre 1 : le mécanisme phonatoire , Québec 1996.
- [24] **Iconographies du service d'ORL**
CHU de Fès.
- [25] **Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al.**
Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40
countries in 2012. *European Journal of Cancer* (2013) 49, 1374-1403.
- [26] **Gehanno P, Baillet F, Brujer J, et al.**
Cancers de la langue. *Encycl Méd Chir Oto-Rhino-Laryngologie* 1995;
20-627-
A-10: 12p

- [27] **Gorsky M, et al.**
Carcinoma of the tongue: a case series analysis of clinical presentation, risk factors, staging, and outcome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2004. 98(5): p. 546-52.
- [28] **J.-D. Kün-Darbois, R. Breheret, A. Bizon, A. Paré, L. Laccourreye**
Kyste bronchogénique congénital de pointe de langue : à propos de deux cas *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, Volume 132, Issue 1, February 2015, Pages 45-47
- [29] **A. Benhammou, N. Benyoussef, R. Bencheikhe, M.-A. Benbouzid, M. Boulaich, L. Essakali, M. Kzadri**
Bronchogenic cyst of the tongue *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*, 2006 ; 123, 3 : 148-151
- [30] **ALDERSON DJ, LANNIGAN FJ.**
Lingual thyroid presenting after previous thyroglossal cyst excision. *Journal of Laryngology and Otology*, 1994; 108: 341 : 343.
- [31] **Akyol MU, Orhan D.**
Lingual tumors in infants: a case report and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; 68:111–5.
- [32] **Manor Y, Buchner A, Peleg M, et al.**
Lingual cyst with respiratory epithelium: an entity of debatable histogenesis. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57: 124–7.
- [33] **Mahmood S, Moody H.** Dermoid, teratoma or choristoma? A rare lesion of the tongue in an adult. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003; 41: 117–9.

- [34] **ALBRIGHT EB, CRANE JP, SHACKELFORD.**
Prenatal diagnosis of a bronchogenic cyst. J Ultrasound Med 1988;
7:90-95
- [35] **COULY G, S BENNASEUR.**
Dysplasies génétiques et tumeurs de la cavité buccale de l'enfant.
Edition scientifique et médicale. Encyclopédie Méd Chir (Paris-
France), stomatologie, 22-051-A-10, 2000,17 P
- [36] **LEVINE D, JENNINGS R, MEHTA T, WILSON J.**
*Progressive fetal bronchial obstruction caused by a bronchogenic cyst
diagnosed using prenatal MR Imaging* AJR, 2001 ; 176 : 49-52.
- [37] **Blanchard M, Kadlub N, Boudjemaa S, et al.**
Tongue cyst in children: foregut duplication, a possible diagnosis. Rev
Stomatol Chir Maxillofac 2012;113:442–7.
- [38] **ALLARD RH.**
The thyroglossal cyst. Head Neck. 1982; 5 ; 134 -146.
- [39] **Ambiavagar PC, Rosen Y**
Cutaneous ciliated cyst of the chin. Probable bronchogenic cyst. Arch
Dermatol 115:895, 1979
- [40] **OBIECHINA AE, AROTIBA JT OGUNBIYI JO.**
Coexisting congenital sublingual dermoid and bronchogenic cyst.
British journal of oral and maxillo facial surgery (1999) 37,58 - 60.

- [41] **K Mrad Dali-Grissa , A Zrig , M Mhiri-Souii , N Arifa-Achour , H Khochtali et K Tlili-Graies**
 Intralingual dermoid cyst: imaging features of a giant cyst J Radiol 2005;86:502
- [42] **N Ech-Cherif El Kettani et R Dafiri**
 Bronchogenic cyst of the tongue: a very rare localization J Radiol 2004;85:1736-8
- [43] **RIBET M, GOSSELIN B, WATINE O, PRUVOT FR, SALUL T MC, JARRY JM** *Kystes congénitaux de la paroi oesophagienne a revatement muqueux de type respiratoire.* ANN. CH IR. THORAC. CARDIOVASC, 1989; 43: 629-698.
- [44] **A. Petraud, R.-H. Khonsari, P. Corre , J.-M. Mercie**
 Kyste bronchogénique lingual chez un adulte ; Bronchogenic cyst of the tongue in an adult
- [45] **Azanero WD, Mazzonetto R, Leon JE, Vargas PA, Lopes MA, de Almeida OP.**
 Lingual cyst with respiratory epithelium: a histopathological and immunohistochemical analysis of two cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2009;38:388–92
- [46] **C.M. Burkart et AL.**
 Lingual cyst lined by squamous epitheliuml. Children’s Hospital Medical Center, Department of Pediatric Otolaryngology-HNS, University of Cincinnati College of Medicine Cincinnati, OH, USA

- [47] **Arnaud GLEIZAL1, Naji ABOUCHEBEL1, Frédérique LEBRETON2, Jean-Luc BEZIAT.**
Dermoid cyst of the tongue: An association of dermoid cyst with bronchogenic. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery (2006) 34, 116doi:10.1016/j.jcms.2005.08.005 2005 Association for Cranio-Maxillofacial Surgery European
- [48] **DECLERCK S, CASSELMAN JW, DEPONDT M.**
Lingual Thyroid imagin. BTR, 1993. 76: 241-242.
- [49] **A.Aubin, E. Lescanne, S. Pondaven, E. Merieau-Bakhos, D. Bakhos**
Stridor et kyste du tractus thyroïdienne basi-lingual chez un nouveau-né
 Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale, Volume 128, Issue 6, December 2011, Pages 371-374
- [50] **B. Michel , G. Couly**
 Tumeurs et dysplasies tumorales de la cavité buccale du nouveau-né et du nourrisson Tumour and angioma of the oral cavity of the infant
 EMC-Dentisterie 1 (2004) 214–227
- [51] **Ikemura K, Kakinoki Y, Nishio K, Suenaga Y.**
 Cysts of the oral mucosa in newborn: a clinical observation. *J UOEH* 1983;**5**:163–168.
- [52] **Bailey BM: A**
 Detached bronchogenic cyst occurring in the tongue of a neonate. *Br J Oral Surg* 20: 288, 1982.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أنا أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .

**الأكياس ذات الأصل القصي الرئوي للسان عند الأطفال:
الصعوبات التشخيصية ومكانة الجراحة في العلاج
(بصدد حالتين)**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

السيدة: خولة اعدي

المزادة في: 30 أبريل 1992 بسلا

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الأكياس ذات الأصل القصي الرئوي - اللسان - جراحة الأطفال.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد نجيب بنحماموش

أستاذ في جراحة الأطفال

مشرف

السيد: منير كسرى

أستاذ في جراحة الأطفال

أعضاء

السيد: امبارك عبد الحق

أستاذ في جراحة الأطفال

السيد: رشيد أولحيان

أستاذ في جراحة الأطفال