

# Antenatal diagnosis of a fetal cervical mass: a case report

H. Taghzouti\*, Z. Benaboud\*, M.B. Idrissi\*, N. Mamouni\*, S. Errarhay\*, C. Bouchikhi\*, A. Banani\*

\*Service de gynécologie obstétrique I du CHU HASSAN II, faculté de médecine de l'université Sidi Mohamed ben Abdellah, FES, Maroc.

**Abstract :** *Abnormalities of the face and cervical region are important to recognize. They may reflect more serious associated pathology, enabling parents to prepare for the neonatal management of their child. We report the case of a 48-year-old female patient, who was admitted to the emergency ward of the Hassan II University Hospital in Fes for treatment of respiratory distress following a significant increase in abdominal volume in an unattended pregnancy of 27 days gestation. Obstetrical ultrasound revealed a fetal cervical mass with significant hydramnios.*

**Keywords :** cervical mass ; hydramnios ; antenatal diagnosis

## Diagnostic anténatal d'une masse cervicale fœtale : à propos d'un cas

### Résumé :

Les anomalies de la face et de la région cervicale sont importantes à reconnaître. Elles peuvent être le reflet d'une pathologie associée plus grave, permettant ainsi de préparer les parents à la prise en charge néonatale de leur enfant. Nous rapportant l'observation d'une patiente de 48ans, qui a été admise aux urgences de la maternité du CHU Hassan II de Fes pour PEC d'une gêne respiratoire suite à une augmentation importante du volume abdominal sur une grossesse non suivie de 27SA. L'échographie obstétricale a objectivé une masse cervicale fœtale avec hydramnios important.

### Introduction :

Les tumeurs cervicales sont une pathologie rare. Elles sont le plus souvent au dépend des parties molles avec une prédominance des lymphangiomes, des tératomes, et plus exceptionnellement les hémangiomes. La classification histologique est fonction du type de tissu présent dans la tumeur.

### Cas clinique :

Il s'agit de Mme F.K, âgée de 48ans, sans antécédents pathologiques notables, septième geste, septième pare, ayant consulté dans notre formation pour PEC d'une gêne respiratoire d'installation progressive suite à une distension abdominale importante sur une grossesse non suivie de 27SA. L'examen clinique a trouvé une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, normopneumique, TA à 11/7, saturation à 99%. L'examen abdominal a trouvé un abdomen distendu avec peau luisante, et une hauteur utérine augmentée par rapport à l'âge gestationnel. L'examen gynécologique était sans particularités.

Une échographie obstétricale a été réalisée objectivant une grossesse monofoetale évolutive en présentation transverse, placenta homogène, liquide amniotique en hydramnios avec un index amniotique mesuré à 48cm. On note la présence d'une masse cervicale fœtale antérieure solido-kystique polylobée, prenant massivement le doppler couleur, mesurant 16x12cm de diamètre. L'estomac n'a pas été vu et le reste de l'examen morphologique fœtal n'a pas montré d'anomalies (cerveau, face, cœur, poumon ...).

La patiente a bénéficié d'un amnio-drainage avec bonne évolution sur le plan respiratoire.

Dix jours après, la patiente est rentrée spontanément en travail, une césarienne a été faite en urgence avec extraction d'un nouveau-né de sexe féminin, présentant une masse au dépend de l'oropharynx, solido-kystique polylobée, sans participation de la langue, tapissée dans sa partie supérieure par une structure faisant rappeler la peau. L'examen clinique fœtal n'a pas objectivé de malformations cliniquement décelables. Nouveau-né décédé après une heure de vie. Un prélèvement du sang du cordon fœtal a été adressé pour étude génétique, résultat revenu non concluant.

**Discussion :**

Les volumineuses tumeurs cervicales néonatales sont rares. Lorsqu'une telle masse est découverte en anténatal, il faut déterminer sa nature, évaluer son caractère circonscrit ou infiltrant, rechercher d'éventuels signes de compression (œsophage, trachée). Les trois principaux diagnostics sont : le lymphangiome kystique, l'hémangiome et le tératome [1].

Le diagnostic anténatal à l'échographie est possible dès le 2ème trimestre devant un hydramnios, mais surtout si l'on visualise une masse.

Dans ce type de pathologies, particulièrement celles qui affectent le visage du fœtus, l'échographie 3D-4D devient une aide précieuse pour le dépistage et l'analyse des anomalies, couplée à l'imagerie par résonance magnétique fœtale, elle permet d'évaluer au mieux le degré d'extension et de compression de la tumeur. Une tumeur peu compressive et circonscrite sera souvent de bon pronostic. Une tumeur compressive et infiltrante sera souvent létale quelle que soit sa nature histologique [2].

L'imagerie par résonance magnétique fœtale pose le problème de l'établissement de normes. L'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique fœtale dans des pathologies extra cérébrales reste encore souvent du domaine de la recherche. Cet examen doit être pratiqué au sein d'une équipe multidisciplinaire, suivant des protocoles bien définis [3].

Un caryotype sera réalisé en fonction du contexte, s'il existe des anomalies associées ou si le dépistage de la trisomie 21 n'a pas été réalisé. Le principe de la prise en charge périnatale repose sur l'anticipation des complications possibles : évacuation de liquide amniotique, tocolyse, maturation pulmonaire.[4]

Leur pronostic est avant tout lié aux malformations associées, bien que certaines volumineuses malformations cervicales soient susceptibles de retentir sur les voies aériennes supérieures et qu'elles soient, pour certaines, au-delà de toute possibilité thérapeutique. Malgré une évaluation anténatale rassurante et une décision de poursuite de la grossesse, il faut toujours envisager d'une part une possible détresse respiratoire à la naissance, d'autre part un aspect infiltrant de la tumeur non vu à l'échographie [5]

**Références :**

[1] C. Gaugler, C. Langlet, E. David, B. Escande, I. Kauffmann, J. Messer ; 6 Volumineuses tumeurs cervicales fœtales. diagnostic et évaluation anténatale, prise en charge postnatale : à propos de trois cas ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 33, Issue 1, Part 1, 2004, Page 66.

[2] Y. Robert, Ph. Bourgeot, B. Guérin ; PATHOLOGIE CERVICO-FACIALE ; échographie en pratique obstétricale

[3] Catherine Garel, Guy Sebag, Patricia Hornoy , Monique Elmaleh, Max Hassan ; Imagerie par résonance magnétique fœtale ; EMC RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE : Génito-urinaire - Gynéco-obstétricale – Mammaire

[4] A. Benachi , V. Couloignier , M.-C. Aubry ; Conduite à tenir devant une masse cervicale

[5] Mohamed Rami, Abdelhalim Mahmoudi, Aziz ElMadi, Khalid Khattala, Abderrahmane Afifi, Youssef Bouabdallah ; Le tératome cervical: à propos de 2 cas ; panafican medical journal

**Iconographie :**



Fig 1 : coupe sagittale objectivant la masse cervicale fœtale antérieure

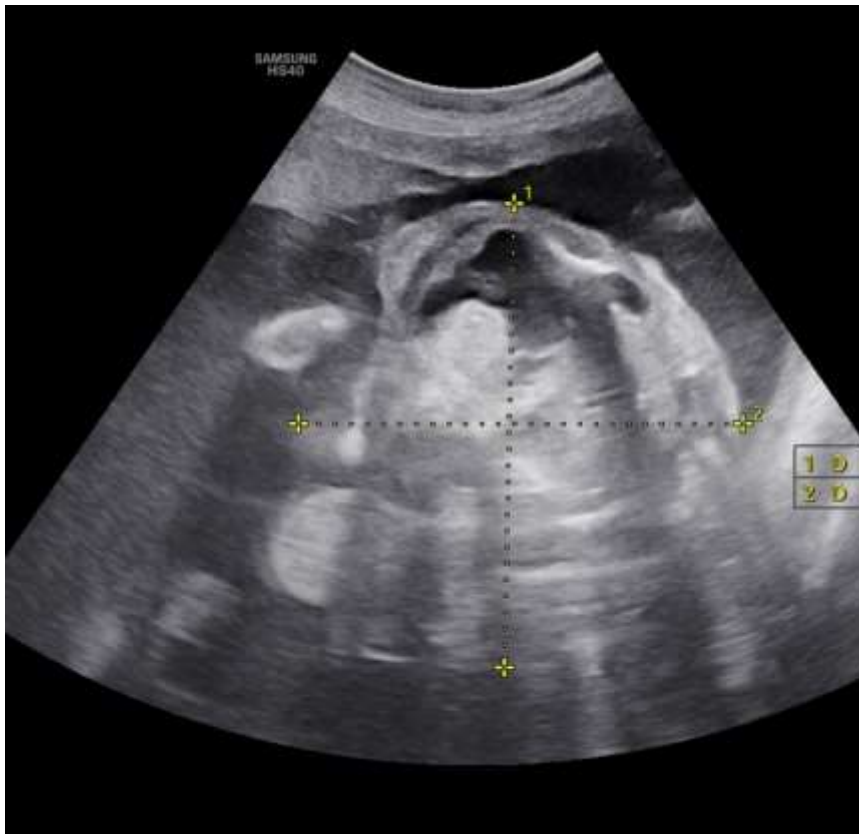


Fig 2 : aspect échographique d'une masse solidokystique



Fig 3 : masse cervicale polylobée



Fig 4 : aspect clinique de la masse cervicale antérieure : vue de profil droit



Fig 5 : aspect clinique de la masse cervicale antérieure : vue de profil gauche





Fig 6 : masse au dépend de l'oro-pharynx; langue libre