

Fibromatosis colli néonatal : à propos d'un cas

Fibromatosis Colli in Neonate: a Case Report

O.-B. Tchagbele · K.D. Azoumah · K.A.R. Segbedji · M. Fiwoo · M.T. Kpegouni · K.E. Djadou · Y. Agbeko · Y.D. Atakouma · A.D. Agbèrè

© Lavoisier SAS 2017

Introduction

Le fibromatosis colli est l'une des plus fréquentes causes de masses cervicales observées en période néonatale [1]. Il résulte d'un élargissement diffus du muscle sternocléidomastoïdien à l'origine d'une pseudotumeur latérocervicale [2]. Son étiologie est mal connue, même si les traumatismes obstétricaux sont fortement incriminés dans la survenue de cette pseudotumeur [3]. Son diagnostic est le plus souvent clinique, la tuméfaction cervicale pouvant s'accompagner dans certains cas d'une asymétrie faciale et d'une position anormale de la tête et du cou, dénommée « torticolis congénital ». Cependant, l'échographie permet de confirmer le diagnostic, mais aussi d'évaluer l'étendue de la tuméfaction et de surveiller son évolution. L'évolution du fibromatosis colli est le plus souvent favorable, souvent de façon spontanée, justifiant une exploration non invasive. Nous rapportons un cas de fibromatosis colli chez un nouveau-né de trois semaines, reçu en consultation pour torticolis évoluant depuis une semaine.

Observation

Il s'agit d'un nouveau-né de sexe masculin, reçu à 22 jours de vie pour attitude vicieuse du cou et tuméfaction latérocervi-

cale droite. La grossesse a été suivie avec trois consultations prénatales dont la dernière remonte à quatre semaines avant l'accouchement. Les sérologies VIH, syphilis, rubéole de la mère étaient négatives. La recherche de l'antigène *HBs* était également négative. L'accouchement s'est fait par voie basse en présentation du siège à 39 semaines d'aménorrhée et 2 jours, avec une rétention de la tête dernière, dont le dégagement s'est fait par la manœuvre de Mauriceau. Le score d'Ap-gar à la naissance était de 5, 7 et 9 respectivement à la première, à la cinquième et à la dixième minute. Le nouveau-né a bénéficié d'une aspiration, de stimulation et d'une ventilation au masque d'une minute qui ont permis une reprise spontanée de la ventilation. Le poids de naissance était de 3 700 g, la taille de 49 cm et le périmètre crânien de 34 cm. Le nouveau-né avait alors bénéficié de soins essentiels et d'une surveillance au service de néonatalogie pendant sept jours. L'examen a noté un bon comportement neurologique, une attitude vicieuse du cou et une tuméfaction ovoïde, latérocervicale droite, indolore, de consistance ferme, mobile par rapport à la peau et sans signe d'inflammation locale (Fig. 1). Le reste de l'examen était normal. L'échographie a retrouvé un épaississement fusiforme du muscle sternocléidomastoïdien droit mesurant 38 sur 17 mm, sans effet de masse sur les axes vasculaires jugulocarotidiens, traduisant un fibromatosis colli du muscle sternocléidomastoïdien droit (Fig. 2). Le muscle sternocléidomastoïdien controlatéral était normal. L'enfant a bénéficié d'une kinésithérapie motrice qui a permis d'obtenir la correction complète de l'attitude vicieuse du cou en deux mois. La régression de la tumeur s'est faite en quatre mois.

Discussion

Nous avons rapporté un cas de fibromatosis colli droit chez un nouveau-né de 22 jours de vie ayant consulté pour torticolis et tuméfaction latérocervicale droite et, avec comme cause possible, un accouchement dystocique.

Le fibromatosis colli est une pathologie bénigne peu décrite [2,4,5], dont la prévalence en Afrique reste inconnue

O.-B. Tchagbele (✉)

Université de Lomé, service de pédiatrie,
centre hospitalier des armées de Lomé, BP 14148 Lomé, Togo
e-mail : otchagbele@gmail.com

K.D. Azoumah · K.A.R. Segbedji

Université de Kara, service de pédiatrie, CHU de Kara, Togo

M. Fiwoo · K.E. Djadou · Y. Agbeko

Université de Lomé, service de pédiatrie,
CHR de Lomé Commune, Togo

M.T. Kpegouni · Y.D. Atakouma · A.D. Agbèrè

Université de Lomé, service de pédiatrie,
CHU Sylvanus-Olympio, Lomé, Togo



Fig. 1 Image montrant la tuméfaction cervicale droite

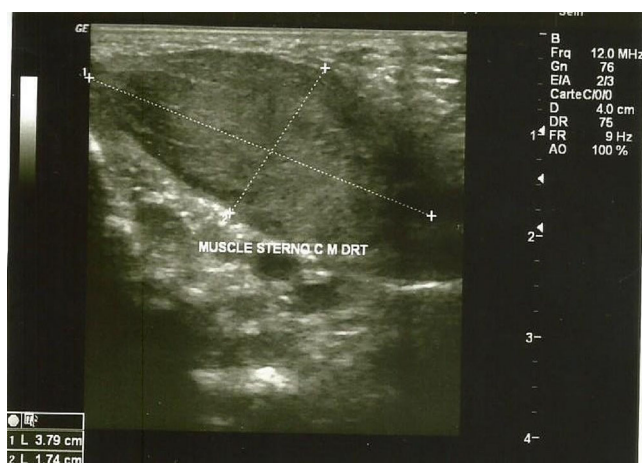


Fig. 2 Coupe échographique longitudinale du cou montrant un épaississement fusiforme du muscle sternocléidomastoïdien (SCM)

faute de publications scientifiques. Le fibromatosis colli est une tuméfaction latéro-cervicale bénigne du muscle sternocléidomastoïdien qui survient entre deux et quatre semaines de vie après la naissance, avec une attitude vicieuse du cou [6,7]. Il se localise à droite dans 75 % des cas et touche particulièrement le sexe masculin, comme dans notre observation [7]. Dans le cas que nous rapportons, nous avons retrouvé une notion de traumatisme au cours de l'accouchement. Le fibromatosis colli est souvent associé à un accouchement laborieux, même si le mécanisme physiopathologique reste peu connu et sujet à controverse [8]. En effet, dans les deux cas de Tchaou et al. [4], si la notion de traumatisme a été notée dans le premier cas, dans le second, l'absence de traumatisme obstétrical ne permet pas d'établir le mécanisme en cause dans la formation du fibromatosis colli. Les étiologies du fibromatosis colli encore débattues

sont en rapport soit avec une malposition fœtale intra-utérine, soit avec des traumatismes du muscle au cours d'un accouchement laborieux, à l'origine d'une réduction du flux sanguin responsable d'une dégénérescence des fibres musculaires et d'un développement d'une fibrose comme dans le cas que nous rapportons ; les deux mécanismes peuvent être intriqués [6,9,10]. Les autres causes évoquées sont l'hérédité et l'infection [11]. L'étiologie infectieuse s'expliquerait par une obstruction vasculaire d'origine infectieuse entraînant une baisse de la perfusion du muscle sternocléidomastoïdien ou par une infection à pyogène du muscle sternocléidomastoïdien dont la contracture ne peut pas s'expliquer par un traumatisme obstétrical seul [12]. Pour l'hérédité, elle est évoquée devant des cas de torticolis congénitaux familiaux rapportés chez les frères et sœurs sans que la notion de traumatisme ne soit formellement retrouvée [13,14].

La clinique et l'échographie nous ont permis de poser le diagnostic. Le diagnostic du fibromatosis colli est avant tout clinique. En effet, le fibromatosis colli est évoqué devant une masse latéro-cervicale avec une notion d'accouchement dystocique. Cependant, l'échographie reste l'examen de choix du diagnostic, avec une sensibilité de 100 % [15]. L'échographie permet également d'éliminer le diagnostic de lymphadénopathie anormale et d'invasion vasculaire et d'évaluer l'effet de masse du fibromatosis colli sur les structures avoisinantes [7]. En outre, l'échographie reste le maître examen dans l'exploration du fibromatosis colli du fait de son accessibilité, de son coût relativement faible et surtout de l'absence de rayonnement ionisant dans son utilisation, comme le soulignent de nombreux auteurs [8,16]. Au cas où l'échographie n'est pas concluante, l'exploration pourrait se poursuivre par un scanner, bien que cette exploration expose l'enfant au rayonnement ionisant, voire par une imagerie par résonance magnétique. Personne n'utilise la biopsie pour explorer le fibromatosis colli. Elle montrerait une augmentation et un épaississement des fibres de collagène [17]. Soulignons que l'exploration du fibromatosis colli ne doit pas être invasive, compte tenu du fait que son évolution se fait spontanément vers la guérison en quatre-six ou quatre-huit mois selon les auteurs [18,19]. En pratique, l'exploration du fibromatosis colli se limite à l'échographie, comme dans le cas que nous rapportons, du fait de sa bonne sensibilité [15].

Nous avons utilisé la kinésithérapie motrice comme traitement pour corriger l'attitude vicieuse du cou. Le traitement du fibromatosis colli se fait par la méthode traditionnelle largement répandue dans notre milieu ou dans certains cas par la kinésithérapie. En effet, dans la série d'Abdur-Rahman et al. portant sur 15 cas, la méthode traditionnelle consistant à porter le nouveau-né au dos avec la face tournée vers le côté atteint s'est avérée efficace dans la prise en charge des enfants présentant un fibromatosis colli [5].

Même en l'absence du traitement, l'évolution spontanée du fibromatosis colli se fait vers la guérison en quatre–six mois ou en quatre–huit mois selon les auteurs [18,19], parfois même un peu plus tôt [16] : la durée du traitement étant d'autant plus courte que l'enfant est jeune [20]. Cependant, le recours au traitement chirurgical par ténomyotomie ou ténotomie ou par la toxine botulique est une alternative dans les cas récalcitrants.

Conclusion

Le fibromatosis colli est une tumeur bénigne de la période néonatale et souvent source d'inquiétude des parents du fait de l'attitude vicieuse du cou qu'il engendre. Son diagnostic est avant tout clinique. L'échographie, non invasive, sensible et surtout également accessible dans nos régions, permet une exploration aisée. Sa prise en charge est facile et se limite le plus souvent à des moyens posturaux simples.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- Cheng JCY, Tang SP, Chen TMK, et al (2000) The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in infants. A study of 1,086 cases. *J Pediatr Surg* 35:1091–6
- Crawford SC, Harnsberger HR, Johnson L, et al (1988) Fibromatosis colli of infancy: CT and sonographic findings. *AJR Am J Roentgenol* 151:1183–4
- McQueen WJ, Johnsons JT, Edwards PA (1980) Fibromatosis colli: a case report. *Otolaryngol Head Neck Surg* 88:49–51
- Tchaou M, Pegbessou PE, Sonhaye L, et al (2015) Le fibromatosis colli ou torticollis congénital : son diagnostic et sa prise en charge à propos de deux cas. *PAMJ* 22:74
- Abdur-Rahman LO, Cameron BH (2010) Sternomastoid tumor of infancy and congenital muscular torticollis. In: Ameth EA, Bickler SW, Lahoo K, Nwomeh BC, Poenaru D (eds) *Paediatric surgery: a comprehensive text for Africa*. Global HELP 448–53
- Smiti S, Kulkarni MN, Singh J (2010) Case report: fibromatosis colli in neonate. *Indian J Radiol Imaging* 20:45–6
- Garetier M, Breton S, Pennaneach A, et al (2012) Fibromatosis colli. *Presse Med* 41:213–14
- Khaled S, Zaheer S, Wahab S, et al (2012) Fibromatosis colli: a case report. *Oman Med J* 27:126
- Kumar B, Pradhan A (2011) Diagnosis of sternomastoid tumor of infancy by fine-needle aspiration cytology. *Diagn Cytopathol* 39:13–7
- Chan YL, Cheng JC, Metreweli C (1992) Ultrasonography of congenital muscular torticollis. *Pediatr Radiol* 22:356–60
- Kumar V, Prabhu BV, Chattopadhyay A, Nagendhar MY (2003) Bilateral sternocleidomastoid tumor of infancy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 67:673–5
- Lidge RT, Bechtol RC, Lambert CN (1957) Congenital muscular torticollis: etiology and pathology. *J Bone Joint Surg* 39:1165–82
- Barenfeld PA, Weseley MS (1963) Congenital muscular torticollis: case reports in siblings. *Bull Hosp Joint Dis* 24:130–4
- Froster-Iskenius UG, Waterson JR, Hall JG (1988) A recessive form of congenital contractures and torticollis associated with malignant hyperthermia. *J Med Genet* 25:104–12
- Maddalozzo J, Goldenberg JD (1996) Pseudotumor of infancy — the role of ultrasonography. *Ear Nose Throat* 75:248–54
- Adamoli P, Pavone P, Falsaperla R, et al (2014) Rapid spontaneous resolution of fibromatosis colli in a 3-week-old-girl. *Case Rep Otolaryngol* 1–4
- Amin A, Loftis B, Shwayder TA (2010) Fibromatosis colli with hypertrichosis: a rare case of cutaneous manifestation of a muscular disorder. *Pediatr Dermatol* 27:530–1
- Jaber MR, Goldsmith AJ (1999) Sternocleidomastoid tumor of infancy: two cases of an interesting entity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 47:269–74
- Cheng JC, Wong MW, Tang SP, et al (2001) Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. A prospective study of eight hundred and twenty-one cases. *J Bone Surg Am* 83:679–87
- Petricic I, Brdar R, Cirovic D, et al (2010) Congenital muscular torticollis in children: distribution, treatment duration and outcome. *Eur J Phys Rehabil Med* 46:153–7