

## CAS CLINIQUE

# Lymphocèle chez un nourrisson

Martine François <sup>1</sup>, Edith Dupont <sup>1</sup>, Catherine Garel <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service ORL - Hôpital Robert Debré - Paris.

<sup>2</sup> Service d'imagerie médicale - Hôpital Robert Debré - Paris.

## INTRODUCTION

La lymphocèle se définit comme une collection de lymphes non circonscrite par un épithélium. Nous rapportons un cas de lymphocèle postopératoire chez un nourrisson de 3 mois opéré d'un très volumineux hémangiopericytome cervical gauche.

## OBSERVATION CLINIQUE

Alexandre L est adressé au service d'ORL à l'âge de deux mois et demi pour une très volumineuse masse sus-claviculaire gauche. Il s'agit d'un premier enfant, né à terme.

Les parents ont constaté vers l'âge de 1 mois l'apparition d'une tuméfaction dans la région sus-claviculaire gauche. Cette tuméfaction a augmenté progressivement de volume, alors que l'enfant ne présentait aucun symptôme inquiétant : pas de fièvre, pas de limitation des mouvements du cou, pas de gêne respiratoire ni de dysphagie. Au premier examen la masse mesurait 10 x 5 x 5 cm. Elle était ferme, non transilluminable, adhérente aux plans profonds. La peau en regard n'était pas modifiée. Une imagerie a été demandée pour préciser l'extension de la masse et ses rapports avec les structures avoisinantes (Figures 1 et 2).

(Fr ORL - 2005 ; 87 : 78 - 80)

(Présenté en 2004 au 111<sup>ème</sup> congrès de la SFORL, sous forme de poster)

**Mots clés :** lymphocèle, nourrisson.

Date de soumission : Novembre 2004

Date d'acceptation : Février 2005

**Auteur correspondant : Dr Martine François**

Service ORL, Hôpital Robert Debré

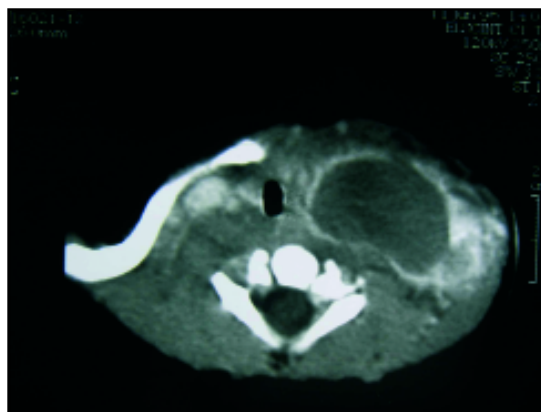
48, bd Sérurier - 75935 Paris Cedex 19

e-mail : martine.francois@rdb.ap-hop-paris.fr

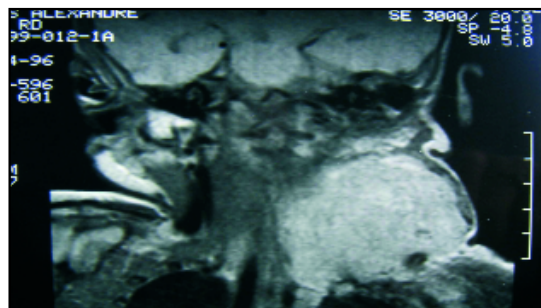
78 - Fr ORL - 2005 ; 87

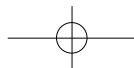
La masse semblant très bien limitée, une intervention chirurgicale d'exérèse a été programmée. Lors de l'intervention, la masse, recouverte de très grosses veines et elle-même très vascularisée, était facilement

**Figure 1 :** Coupe tomodynamométrique axiale avec injection de produit de contraste montrant une volumineuse masse cervicale gauche hétérogène avec un contingent externe et postérieur très vascularisé.



**Figure 2 :** Coupe coronale, imagerie par résonance magnétique nucléaire, pondération T2 premier écho, montrant l'extension en hauteur de la masse cervicale.





## Lymphocèle chez un nourrisson

clivable des plans adjacents. La veine jugulaire interne a dû être sacrifiée. Le canal thoracique a été vu à la base du cou et respecté, mais aussi enfoui par quelques points au Vicryl. Un drain multi-aspiratif type Redon Jost a été mis en place. L'examen anatomo-pathologique révélera qu'il s'agissait d'un hémangiopéricytome.

A J1 le liquide drainé avait un aspect laiteux. L'enfant était eupnéique. La radiographie du thorax était normale. La peau était normale, non inflammatoire. Le drain a alors été clampé et un pansement compressif mis en place dans le creux sus-claviculaire. L'allaitement maternel a été interrompu et remplacé par un lait sans acides gras à chaîne longue pendant toute la durée de l'hospitalisation. Le lendemain, devant l'absence de tuméfaction sus-claviculaire, le drain a été retiré. Un petit empâtement du creux sus-claviculaire est apparu dans les jours suivants, mais trop peu important pour justifier une ponction. L'enfant est sorti à J 9 sans pansement et sans régime particulier. Les suites ont été simples avec un recul de plus de 6 ans.

### DISCUSSION

Le canal thoracique se jette dans la partie basse de la veine jugulaire interne gauche, ou dans la veine sus-claviculaire gauche. Les études anatomiques montrent que, si le plus souvent il y a un seul abouchement du canal thoracique dans le système veineux, il peut en exister plusieurs et que le niveau de ces abouchements est variable d'un sujet à l'autre [1].

Une blessure du canal thoracique peut survenir après n'importe quelle dissection de la partie basse du cou. Le risque est d'autant plus important que la dissection est plus difficile. Chez le nourrisson, ce sont les volumineux lymphangiomes cervicofaciaux congénitaux qui posent le plus de problème car d'une part la dissection en est très difficile et d'autre part leur paroi est aussi fine que celle du canal thoracique ce qui peut prêter à confusion. Cependant en cas d'ouverture d'un kyste, le liquide qui s'en écoule est transparent, alors qu'en cas d'ouverture du canal, le liquide est habituellement un peu laiteux.

Il n'est pas exclu que le drain de Redon Jost puisse être un facteur favorisant d'une blessure secondaire du canal thoracique, soit parce qu'il est relativement rigide et peut éroder secondairement la paroi extrêmement fine du canal, soit parce qu'il est aspiratif. En ce sens on peut se demander s'il n'est pas préférable de

laisser en place une lame souple type lame de Delbet, bien que ce type de lame laisse une cicatrice plus large que les drains de Redon Jost.

La blessure du canal thoracique peut se compliquer d'un chylothorax [2], d'une fuite de lymphes [3-4] dans les drains aspiratifs ou d'une lymphocèle [5-7]. La lymphocèle est une complication tardive puisqu'elle suppose que la peau se soit préalablement fermée. Elle a été décrite surtout chez l'adulte.

Le diagnostic est évident sur l'aspect du liquide recueilli soit à la ponction [5-6] soit, comme dans notre cas, dans le drain. Au besoin l'analyse du liquide confirmera l'impression clinique (taux de cholestérol et de triglycérides beaucoup plus importants que dans le sérum). L'imagerie est nécessaire pour vérifier l'absence d'extension intrathoracique [6,8].

Le traitement commence par une diminution de la production de lymphes (2 à 4 litres par jour chez l'adulte) et pour cela il faut modifier le régime alimentaire en supprimant les triglycérides à chaîne longue [2-4,8]. Chez le nouveau-né et le nourrisson qui ont un régime lacté exclusif, il faut arrêter l'allaitement maternel et proposer un lait de régime sans triglycérides à chaîne longue [2].

La deuxième mesure à mettre en place est la compression du creux sus-claviculaire [5,8]. Dans le cas présenté ce régime joint à la compression du creux sus-claviculaire a suffi pour colmater la fuite de lymphes, sans ponction évacuatrice. Si ces mesures ne suffisent pas certains auteurs proposent des injections sclérosantes, mais ceci n'a été fait que chez l'adulte [7]. Si la perte chyleuse n'est pas tarie au bout de 15-21 jours, il faut d'une part arrêter toute alimentation orale et proposer une alimentation parentérale exclusive, et d'autre part réintervenir pour fermer chirurgicalement la brèche. Celle-ci est en fait toujours très difficile à repérer et il faut capitonner la zone d'abouchement habituelle du canal thoracique avec un lambeau musculaire et de la colle biologique [5-6].

### CONCLUSION

Les lymphocèles sont peut-être plus faciles à prendre en charge chez le petit nourrisson que chez l'adulte dans la mesure où un régime dépourvu de triglycérides à chaîne longue est plus facile à appliquer. Ce n'est qu'en cas d'échec des mesures diététiques que des traitements plus contraignants ou plus lourds seront appliqués.



## Lymphocèle chez un nourrisson

---

### RÉFÉRENCES

1. Langford RJ, Daudia AT, Malins TJ. A morphological study of the thoracic duct at the jugulo-subclavian junction. *J Craniomaxillofac Surg.* 1999; 27: 100-104
2. Cormack BE, Wilson NJ, Finucane K, West TM. Use of Monogen for pediatric postoperative chylothorax. *Ann Thorac Surg.* 2004; 77: 301-305.
3. Al-Khayat M, Kenyon GS, Fawcett HV, Powell-Tuck J. Nutritional support in patients with low volume chylous fistula after radical neck dissection. *J Laryngol Otol.* 1991; 105: 1052-1056.
4. De Gier HH, Balm AJ, Bruning PF, Gregor RT, Hilgers FJ. Systematic approach to the treatment of chylous leakage after neck dissection. *Head Neck* 1996; 18: 347-351.
5. Nouwen J, Hans S, Halimi P, Lacourreye O. Lymphocele after neck dissection. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2004; 113: 39-42.
6. Lecanu JB, Gallas D, Biacabe B, Bonfils P. Lymphocele of the thoracic duct presenting as a left supraclavicular mass : a case report and review of the literature. *Auris Nasus Larynx* 2001; 28: 275-277
7. Seelig MH, Klinger PJ, Oldenburg WA. Treatment of a postoperative cervical chylous lymphocele by percutaneous sclerosing with povidone-iodine. *J Vasc Surg.* 1998; 27: 1148-1151
8. Nussenbaum B, Liu JH, Sinard RJ. Systematic management of chyle fistula : the Southwestern experience and review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 122: 31-38