



doi:10.5281/zenodo.11399218

Vol. 02 Issue 05 May - 2024

Manuscript ID: #143

# FIBROMATOSIS COLLI NEONATAL : DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE D'UN CAS CLINIQUE AU CENTRE NATIONAL D'APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE DU MALI

**DR SAMAKE. A<sup>1\*</sup>**

<sup>1</sup>*Centre national d'appareillage orthopédique du Mali, Bamako Mali*

**DR KIRE. AM<sup>2</sup>**

<sup>2</sup>*Centre national d'appareillage orthopédique du Mali, Bamako Mali*

**DR KEITA. K<sup>3</sup>**

<sup>3</sup>*Centre national d'appareillage orthopédique du Mali, Bamako Mali*

**MR COULIBALY M<sup>4</sup>**

<sup>4</sup>*Centre national d'appareillage orthopédique du Mali, Bamako Mali*

**DR KEITA S<sup>5</sup>**

<sup>5</sup>*Centre national d'appareillage orthopédique du Mali, Bamako Mali*

**DR TRAORE A<sup>6</sup>**

<sup>6</sup>*Centre national d'appareillage orthopédique du Mali, Bamako Mali*

**DR SACKO. I<sup>7</sup>**

<sup>7</sup>*Centre national d'appareillage orthopédique du Mali, Bamako Mali*

**DR DOUMBIA M.M<sup>8</sup>**

<sup>8</sup>*Hopital du district de la commune 4*

**PR SY. O<sup>9</sup>**

<sup>9</sup>*Direction générale de la santé et de l'hygiène publique, Bamako Mali*

*Corresponding Author : Dr Samake. A
--------------------------------------

## Résumé

Le fibromatosis colli est une pseudotumeur rare du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à l'origine d'un torticolis dit congénital chez le nouveau-né ou le nourrisson. Le mécanisme étiopathogénique de sa survenue est sujet à controverse. Son diagnostic est essentiellement clinique et l'échographie permet de le confirmer. Nous rapportons un cas de fibromatosis collinéonatal chez un nourrisson de 34 jours, reçu en consultation au Centre National d'Appareillage Orthopédique du Mali pour tuméfaction cervicale et attitude vicieuse du cou. Notre patient a bénéficié d'un traitement conservateur.

**Mots-clés :** Fibromatosis colli, torticolis, sterno-cléido-mastoïdien, nourrisson, échographie

## INTRODUCTION

Le fibromatosis colli (FC) est une pseudotumeur très rare du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) pouvant entraîner un torticolis dit congénital chez le nouveau-né ou le nourrisson (1). Son étiologie est mal connue, même si les traumatismes obstétricaux sont fortement incriminés dans la survenue de cette pathologie (2).

Le mécanisme étiopathogénique de sa survenue est sujet à controverse. Son diagnostic est le plus souvent clinique, la tuméfaction cervicale pouvant s'accompagner dans certains cas d'une asymétrie faciale et d'une impossibilité de maintenir la tête dans l'axe du corps, 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 et de façon spontanée, justifiant une exploration non invasive (3).

Nous rapportons un cas de fibromatosis colli chez un nourrisson de 34 jours, reçu en consultation au Centre National d'Appareillage Orthopédique du Mali pour tuméfaction cervicale et attitude vicieuse du cou évoluant depuis à la naissance.

## Patient et Observation

Nourrisson de sexe masculin, 4ème enfant de sa fratrie, reçu à 34 jours de vie pour une tuméfaction latéro-cervicale droite avec attitude vicieuse du cou. La grossesse a été suivie avec les consultations prénatales à jour. 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.

Le score d'Apgar était coté à la naissance à 7/10. Le poids de naissance était de 3100 g, la taille de 52 cm et le périmètre crânien de 34 cm. L'examen a noté un état neurologique satisfaisant, une attitude vicieuse du cou et une tuméfaction latéro-cervicale droite, indolore, de consistance ferme, mobile par rapport à la peau et sans signe cardinaux de l'inflammation. Le reste de l'examen clinique était sans particularités. L'échographie cervicale réalisée avec un échographe GE VOLUSON E6 avec Doppler couleur et énergie muni de 5 sondes dont une sonde 4D a permis de noter une hypertrophie du muscle sternocléidomastoïdien droit donnant un aspect de pseudo tumeur avec des stries musculaires à l'intérieur. Les structures vasculaires jugulocarotidiennes sont perméables et de calibre normal. Aspect échographique traduisant un fibromatosis colli du muscle sternocléidomastoïdien droit. Le muscle sternocléidomastoïdien controlatéral était normal. L'enfant a bénéficié d'une physiothérapie active qui a permis d'obtenir la correction complète de l'attitude vicieuse du cou en six semaines. La régression de la masse latéro cervicale droite s'est faite en 12 semaines.

## Discussion

Nous avons rapporté un cas de fibromatosis colli droit chez un nourrisson de 34 jours de vie ayant consulté pour attitude vicieuse du cou et masse d'allure tumorale latéro-cervicale droite et, avec comme cause possible, un accouchement dystocique. La prévalence du FC est estimée à 0,3 - 2% des naissances, avec une prédominance masculine. Le côté droit semble être plus fréquemment touché, dans les proportions de 60 - 75% comme l'atteste notre cas clinique. L'atteinte bilatérale est rare, environ 2 - 8% des cas [2]. Sa prévalence en Afrique est inconnue [3] et très peu de publications scientifiques existent sur des cas africains en général et au Mali en particulier, en dehors de la série de Abdur-Rahman LO et al de 15 cas colligés en 10 ans (1999-2008) à l'hôpital universitaire d'Ilorin au Nigéria [4]. Selon les mêmes auteurs, il existe un retard à la consultation en Afrique, comme c'est le cas dans beaucoup d'autres maladies. En effet, selon eux, nombreux parents présentent leurs enfants après 3 mois à cause du fait qu'ils présumant que la position anormale de la tête de l'enfant avant cet âge serait due à la non acquisition de la tenue de la tête qui normalement ne s'acquière qu'à 3 mois dans le développement psychomoteur normal de l'enfant. Certains cas selon toujours les mêmes auteurs sont constatés en premier lieu par les grand-mères lors des massages traditionnels du corps du bébé. Le fibromatosis colli est une pathologie bénigne peu décrite [2, 4,5], dont la prévalence en Afrique reste inconnue 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 effectivement la notion d'accouchement dystocique. 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. [3], 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 diminution du flux sanguin responsable d'une dégénérescence des fibres musculaires et de la formation d'une fibrose comme dans le cas que nous rapportons ; les deux mécanismes peuvent être intriqués [6, 9,10]. Les autres étiologies évoquées sont l'hérédité et l'infection [11]. L'étiologie infectieuse s'expliquerait probablement 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 avec des cas similaires rapportés au sein de la fratrie sans que la notion de traumatisme ne soit formellement retrouvée [13,14]. La clinique et l'échographie nous ont permis de poser 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 l'examen capital 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 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 colline doit pas être invasive, compte tenu du fait que son évolution se fait spontanément vers la guérison en quatre – six voire huit mois selon la plupart des 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 de la malformation 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 une exérèse de la masse d'allure tumorale ou par la toxine botulique est une alternative dans les cas rebelles.

### Conclusion

Le fibromatosis colli est relativement rare, sa fréquence en Afrique reste à établir. Son diagnostic est essentiellement clinique et l'échographie est d'un apport capital. En effet, l'échographie, non invasive, sensible et surtout également accessible dans nos régions, permet une exploration aisée et surtout d'éliminer autres causes de torticolis chez le nouveau-né et le nourrisson. Sa prise en charge fait appel le plus souvent à la physiothérapie active.

### Références

1. Hulbert KF. Torticollis. *Postgraduate Medical Journal*. 1965 ;41(481) :699–701. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
2. Garetier M, Breton S, Pennaneach A, Barberot C, Chinellato S, Rousset J. Fibromatosis colli. *Presse Medicale*. 2012 ;41(2) :213–214. [PubMed] [Google Scholar]
3. 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
4. Abdur-Rahman LO, Cameron BH. Sternomastoid tumor of infancy and congenital muscular torticollis. In : Ameh EA, Bickler SW, Lahoo K, Nwomeh BC, Poenaru D, editors. *Paediatric Surgery: a comprehensive text for Africa*. Global HELP. 2010. pp. 448–453. [Google Scholar]
5. Ouro-Bagna Tchagbele, Komi Deladem Azoumah, Kokou Agbékogni René Segbedji, M.Fiawoo, M.T. Kpegouni, K.E. Djadou, Y. Agbeko, Yawo Dzayisse Atakouma, Abdourahmane Diparidé Agbèrè
6. Fibromatosis colli néonatal : à propos d'un cas,
7. *Revue de Médecine Périnatale* 2018/4 (Vol. 10), pages 191 à 193
8. O'connell J. Fibromatosis colli. In : Fletcher CD, Unni KK, Mertens F, editors. *World Health Organization classification of tumors: pathology and genetics of tumors of soft tissue and bone*. Lyon : IARC Press; 2002. pp. 61–62. [Google Scholar]
9. Kumar B, Pradhan A. Diagnosis of sternomastoid tumor of infancy by fine-needle aspiration cytology. *Diagn Cytopathol*. 2011 Jan ;39(1):13–7. [PubMed] [Google Scholar]
10. Adamoli P, Longo P, Falsaperla R, et al. Rapid spontaneous resolution of fibromatosis colli in a 3-week-old

- girl. Case Rep Otolaryngol. 2014 ;2014 :264940. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
11. Smiti S, Kulkarni NM, Singh J. Case report: Fibromatosis colli in a neonate. Indian J Radiol Imaging. 2010 Feb ;20(1) :45–46. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
  12. Cameron BH, Langer JC, Cameron GS. Success of nonoperative treatment for congenital muscular torticollis is dependent on early therapy. *Pediatr Surg Intl*. 1994 ;9 :391–393. [Google Scholar]
  13. Cheng JC, Wong MW, Tang SP, Chen TMK, Shum SLF, Wong EMC. Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants A prospective study of 821 cases.
  14. *J Bone Joint Surg Am*. 2001 May;83-A(5):679–87. [PubMed] [Google Scholar]
  15. Smiti S, Kulkarni MN, Singh J (2010) Case report: fibromatosis colli in neonate. Indian J Radiol Imaging 20:45–6
  16. Garetier M, Breton S, Pennaneach A, et al (2012) Fibromatosis colli. *Presse Med* 41:213–14
  17. Khaled S, Zaheer S, Wahab S, et al (2012) Fibromatosis colli: a case report. *Oman Med J* 27:126
  18. Kumar B, Pradhan A (2011) Diagnosis of sternomastoid tumor of infancy by fine-needle aspiration cytology. *Diagn Cytopathol* 39:13–7
  19. Chan YL, Cheng JC, Metreweli C (1992) Ultrasonography of congenital muscular torticollis. *Pediatr Radiol* 22 :356–60
  20. Kumar V, Prabhu BV, Chattopadhyay A, Nagendhar MY (2003) Bilateral sternocleidomastoid tumor of infancy. *Int J Pediatr Oto-rhinolaryngol* 67:673–5
  21. Lidge RT, Bechtol RC, Lambert CN (1957) Congenital muscular torticollis: etiology and pathology. *J Bone Joint Surg* 39:1165–82
  22. Barenfeld PA, Weseley MS (1963) Congenital muscular torticollis: case reports in siblings. *Bull Hosp Joint Dis* 24:130–4
  23. 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
  24. Maddalozzo J, Goldenberg JD (1996) Pseudotumor of infancy— the role of ultrasonography. *Ear Nose Throat* 75:248–54
  25. 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
  26. 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
  27. Jaber MR, Goldsmith AJ (1999) Sternocleidomastoid tumor of infancy: two cases of an interesting entity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 47:269–74
  28. Petronic 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
  29. *Rev. Méd. Périnat.* (2018) 10 :191-193 193© Lavoisier | Téléchargé le 09/03/2023 sur [www.ca](http://www.ca)

#### **Auteurs**

##### **Abrahamane SAMAKE**

Chargé de Recherche, Chirurgien Orthopédiste Traumatologue, CNAOM

##### **Almamy Mohamed KIRE**

Chargé de Recherche, Chirurgien Orthopédiste Traumatologue, CNAOM

##### **Karim KEITA**

Chargé de Recherche ; Chirurgien Orthopédiste Traumatologue, CNAOM