

## Mots-clés :

Palais – Nourrisson – Tuméfaction – Corps étranger

## Keywords:

Palate – Infant – Tumor – Foreign body

# Masse étrange du palais

## Strange tumor of palate

A. Alves\*, P. Viala\*, M. Peycelon\*, T. Van den Abbeele\*

**L**e palais peut être le siège de tuméfactions d'origines diverses selon le tissu de provenance : osseux, glandulaire, muqueux, dentaire, vasculaire, nerveux. Ces tuméfactions sont principalement tumorales ou infectieuses. Ce cas clinique illustre la nécessité d'évoquer d'autres possibilités chez le nourrisson.

### Observation

Une petite fille âgée de 11 mois est accueillie aux urgences pédiatriques pour une tuméfaction du palais dur avec des difficultés alimentaires évoluant depuis 3 jours. Cette tuméfaction palatine est antérieure, médiane, de couleur foncée (*figure 1*), de consistance dure, sans signe inflammatoire ; elle mesure environ 1,5 cm dans le sens antéropostérieur. Selon les parents, elle est apparue 3 jours auparavant et est responsable de douleurs et de difficultés lors de l'alimentation. Les parents n'ont pas constaté d'altération de l'état général.

Le bilan biologique initial retrouve : une hémoglobinémie à 10,9 g/dl, une leucocytose à  $13\,500 \times 10^3/\text{mm}^3$ , une CRP à 27 mg/ml, des LDH à 591 UI/l, pas de cytolyse ; l'ionogramme sanguin est normal.

L'imagerie est demandée pour apprécier les limites de la lésion et ses rapports avec les fosses nasales. Le scanner du massif facial montre une formation mixte : à prédominance aérique dans sa partie antérieure et liquidienne en arrière, située sur la ligne médiane dans les tissus mous du palais, mesurant 11 mm de largeur, 17 mm de diamètre antéropostérieur et 7 mm de hauteur, cernée sur son bord inférieur, sur le versant buccal, par une paroi fine rehaussée par le produit de contraste (*figures 2 et 3*). Il n'y a pas de lyse osseuse, ni de lésion dans les fosses nasales. Devant l'installation secondaire d'une fièvre et le tableau radioclinique faisant suspecter une origine infectieuse, une triple antibiothérapie (céfotaxime 150 mg/kg/j, vancomycine 40 mg/kg/j, métronidazole 30 mg/kg/j) est instaurée. Cette dernière est

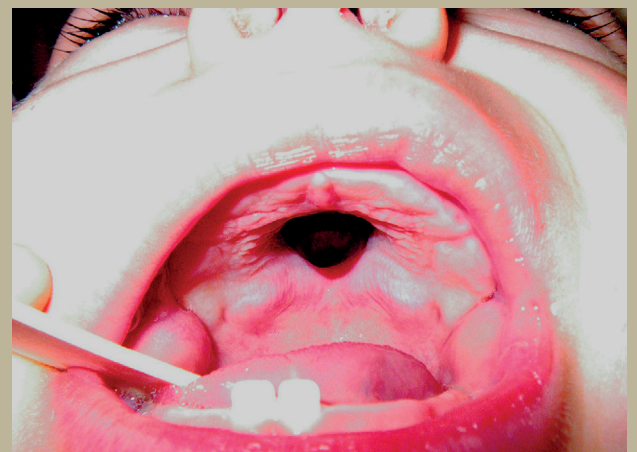


Figure 1. Examen clinique.



Figure 2. Examen tomodensitométrique en coupe coronale révélant une masse palatine à contenu aérique.



Figure 3. Examen tomodensitométrique en coupe sagittale permettant de constater l'existence d'une masse palatine à contenu hétérogène.

\* Service d'ORL, hôpital Robert-Debré, Paris.



Figure 4. La pièce opératoire !

accompagnée d'une reprise alimentaire modérée, mais la lésion reste inchangée. Les hémocultures se révèlent stériles. Une décision d'exérèse chirurgicale à but diagnostique est alors prise. Celle-ci est effectuée à J3 du début de l'antibiothérapie. À l'incision de la partie antérieure de la masse, la partie superficielle se détache : il s'agit d'une coque dure, révélant en dessous une ulcération du palais et des débris cellulaires (figure 4). L'analyse anatomopathologique des pièces objective pour la partie superficielle une coquille, type coquille de pistache, et, pour le tissu de granulation, une muqueuse épithéliale, siège d'une ulcération associée à de nombreux amas de corps bactériens. Il s'agit d'un corps étranger (ici une coquille de pistache), que l'enfant a mis dans sa bouche et qui s'est impacté au palais, en imposant pour une masse tumorale. L'antibiothérapie est ainsi arrêtée. Rapidement, une alimentation correcte est reprise. En quelques jours, la muqueuse buccale cicatrise.

## Discussion

Chez l'enfant, l'ingestion d'un corps étranger relève le plus souvent d'un accident et survient dans la moitié des cas avant l'âge de 5 ans, avec un pic de fréquence vers 2 ans. La grande majorité des corps étrangers mis dans la bouche sont recrachés ; certains sont ingérés et traversent le tractus digestif sans manifestation. Plus rarement, le corps étranger n'est ni inhalé, ni dégluti, mais s'impacte dans la concavité du palais dur. Le tableau clinique est alors celui d'une

masse dure médiane, découverte soit fortuitement, soit grâce à des symptômes qui ne sont pas nécessairement en rapport avec le corps étranger. C'est ainsi que notre patiente a eu de la fièvre et une CRP un peu élevée. Si le nourrisson ne se laisse pas facilement examiner, si personne n'a assisté à l'incident et si le corps étranger est d'une couleur compatible avec une lésion organique, une lésion tumorale ou infectieuse est d'abord envisagée et des examens complémentaires sont demandés (1).

Certaines masses palatines du nourrisson ont un aspect clinique très caractéristique, comme les kystes épithéliaux, également appelés "perles d'Epstein" ou "nodules de Bohn", lésions blanchâtres ou jaunâtres arrondies régulières, de petite taille, enchâssées dans la muqueuse, qui sont retrouvées chez environ 60 % des enfants. Ils ne justifient aucune exploration particulière et disparaissent le plus souvent spontanément au cours de la première année de vie, par ouverture dans la cavité buccale.

Le diagnostic est plus difficile à établir dès que la masse fait plus de quelques millimètres de diamètre. Si la surface est régulière, la coloration donne une orientation diagnostique : une masse rouge évoquera un angiome (2), une masse noirâtre, un mélanome (3), une masse ocre ou blanchâtre, un kyste.

Hors les cas d'angiome, une imagerie est nécessaire pour apprécier le volume de la masse et ses rapports avec l'os palatin. L'aspect radiologique peut ainsi être en faveur d'une tumeur osseuse, comme un torus palatin, une forme particulière d'exostose située sur la ligne médiane du palais osseux (4), d'un tératome (5), d'un kyste nasopalatin développé à partir des restes épithéliaux du canal nasopalatin.

L'imagerie chez notre patiente évoquait la possibilité d'un kyste et une intervention chirurgicale a été programmée. L'examen sous anesthésie générale a redressé le diagnostic et a permis le traitement, à savoir l'exérèse du corps étranger.

## Conclusion

Bien que le diagnostic des tuméfactions de la cavité buccale du nourrisson soit le plus souvent clinique (kystes épithéliaux, kystes mucoïdes, papillomes, hémangiomes, etc.), il peut être nécessaire de recourir à des explorations complémentaires d'imagerie. Ces dernières permettent de limiter le champ des étiologies possibles. En cas de doute, seule l'exérèse suivie d'un examen anatomopathologique et bactériologique fournit le diagnostic de certitude. Mais chez le nourrisson, il faut aussi évoquer la possibilité d'un corps étranger !

## Références bibliographiques

1. Rocha AC, Bernabé DG, Amato Filho G, Guimarães Júnior J, Machado GG. Foreign body in the hard palate of children and risk of misdiagnosis: report of 3 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67:899-902.

2. Lale AM, Jani P, Coleman N, Ellis PD. A palatal haemangioma in a child. *J Laryngol Otol* 1998;112:677-8.

3. Owens JM, Gomez JA, Byers RM. Malignant melanoma in the palate of a 3-month-old child. *Head Neck* 2002;24:91-4.

4. Thariat J, Marcy PY. *Torus palatinus*. *Presse Med* 2010; 39:1224-5.

5. Wittstock C, Christofides E, Chait L. Hemipalate deformity caused by a teratoma. *Cleft Palate Craniofac J* 2009;46:212-4.