

Difficultés diagnostiques et thérapeutiques devant un kyste du tractus thyroglosse de topographie inhabituelle

Diagnostic difficulties and management of a thyroglossal duct cyst with unusual topography

W. Foma¹, E. Pegbessou¹, W. Dolou², E-GYO. Amouzou³, K. Doh⁴, B. Amana¹, E. Boko¹, E. Kpemissi¹.

1- Département d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, Faculté des sciences de la santé de l'Université de Lomé, Togo.

2- Département d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, Faculté des sciences de la santé de l'Université de Kara, Togo.

3- Département de chirurgie générale, Faculté des sciences de la santé de l'Université de Lomé, Togo.

4- Laboratoire d'anatomie pathologique, Clinique Méliá de Lomé, Togo.

Reçu: 04 Mai 2019; Accepté: 17 Novembre 2019; Publié en ligne: 20 juin 2020

RÉSUMÉ

Les kystes du tractus thyroglosse sont les plus fréquentes des malformations cervicales, souvent découvertes dans l'enfance, siégeant sur le trajet entre la base de langue et la glande thyroïde. Leur rapport habituel avec l'os hyoïde fait qu'ils sont rarement évoqués dans le diagnostic des masses de la région thyroïdienne. Nous rapportons les particularités diagnostiques et thérapeutiques d'un cas de kyste du tractus thyroglosse simulant un volumineux kyste thyroïdien à l'origine d'une dyspnée laryngée et d'une dysphagie chez un homme de 58 ans. La tomographie et l'examen anatomo-pathologique ont été les clés du diagnostic.

Mots-clés: kystes du tractus thyroglosse ; kyste thyroïdien ; masse cervicale ; dyspnée laryngée.

ABSTRACT

Thyroglossal duct cysts are the most common cervical malformations, often found in infancy, sitting on the pathway between the tongue base and the thyroid gland. Their relationship with the hyoid bone makes that they are, rarely, mentioned in the diagnosis of thyroid region masses. We report the diagnostic and therapeutic characteristics of a thyroglossal duct cyst that simulates a large thyroid cyst causing laryngeal dyspnea and dysphagia in a 58-year-old man. Computed tomography and pathological examination were the keys to the diagnosis.

Keywords: Thyroglossal duct cysts; thyroid cyst; cervical mass; laryngeal dyspnea.

INTRODUCTION

Les kystes du tractus thyroglosse (KTT) sont les plus fréquentes des malformations cervicales, souvent découvertes dans l'enfance, siégeant sur le trajet entre la base de langue et la glande thyroïde [1-4]. Généralement suspecté à la clinique devant une petite masse asymptomatique rénitente sous cutanée pré sus ou sous-hyoïdienne médiane, l'imagerie aide à préciser la nature et l'histologie confirme le diagnostic de KTT. Le KTT en position sus-sternale ou dans la loge thyroïdienne est extrêmement rare [5, 6]. De ce fait, le KTT entre rarement dans le diagnostic différentiel des masses de la région thyroïdienne. Des aspects clinique, à l'imagerie et histologique rares expliquent parfois les difficultés diagnostiques et de prise en charge du KTT. Nous rapportons les particularités diagnostiques et thérapeutiques d'un cas de KTT simulant un volumineux kyste thyroïdien compressif chez un adulte.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de 58 ans, qui a consulté pour une tuméfaction antéro-cervicale indolore remarquée un an plus tôt à laquelle se sont associées une dysphonie, des difficultés respiratoires et une dysphagie aux solides. Il n'avait pas d'antécédent pathologique particulier. L'examen clinique avait noté un bon état général, une absence de signe de dysthyroïdie, une dyspnée laryngée stade 2 de Chevalier-Jackson, une masse antéro-cervicale, latéralisée à droite, de 10 cm de grand axe, rénitente, ascensionnant légèrement à la déglutition et sa limite inférieure n'était pas palpable en hyperextension cervicale. Dans l'hypothèse d'un kyste thyroïdien, une échographie et un bilan hormonal avaient été demandés. L'échographie a confirmé la présence d'un kyste hypoéchogène du lobe droit thyroïdien venant au contact des gros vaisseaux endothoraciques avec un effet de masse sur l'axe laryngo-trachéal. Les taux des hormones thyroïdiennes et de la TSH étaient



normaux. Devant le caractère plongeant de la masse, une tomodensitométrie (TDM) cervico-thoracique a été demandée montrant une masse homogène, bien limitée, de densité kystique se silhouettant en avant de la glande thyroïde (Figure 1a), avec une topographie latéro-cervicale droite, médiastinale supérieure (Figure 1b) et rétro-trachéo-œsophagienne (Figure 1c). Au cours du bilan préopératoire, une aggravation de la dyspnée a été notée indiquant une cervicotomie exploratrice à visée diagnostique et thérapeutique. En peropératoire, il s'agissait d'une masse kystique à paroi plus ou moins épaisse au contact de la glande thyroïde (Figure 2a) dont la rupture accidentelle a laissé couler une importante quantité de liquide jaunâtre. Le l'exercice chirurgicale a été complète (Figure 2b). La glande thyroïde était d'aspect normal, le nerf récurrent droit a été étiré et une trachéomalacie a été observée, motivant une trachéotomie de sécurité. Les suites opératoires ont été simples, la décanulation a été faite à J3. L'examen histologique de la pièce opératoire a révélé un KTT (Figure 2c). Aucune complication n'a été observée à ce jour à 2 ans de recul.

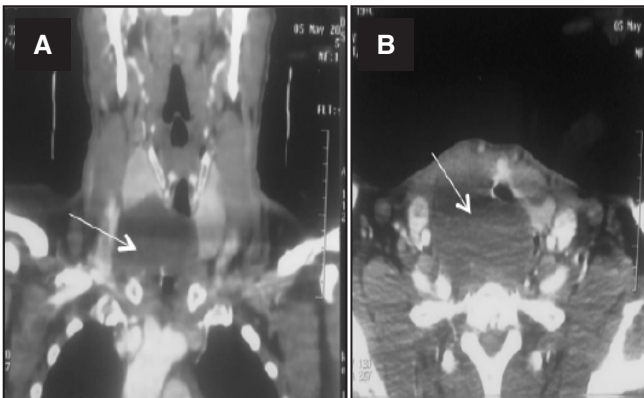


Figure 1: Aspect tomodensitométrique de la lésion kystique se silhouettant en avant de la glande thyroïde (a), avec une topographie médiastinale supérieure et rétro-trachéo-œsophagienne (B).

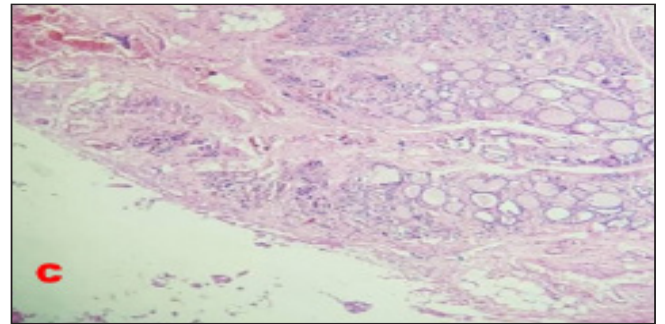
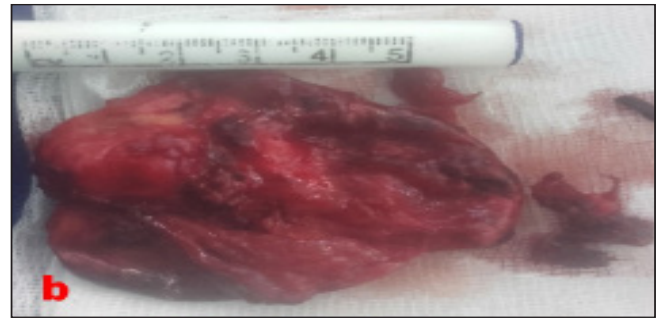


Figure 2: vue peropératoire (a) avec la glande thyroïde (flèche bleue) et la masse kystique (flèche rouge) ; poche kystique (b) et aspect histologique de paroi kystique érodée comportant des follicules thyroïdiens évoquant un KTT (c).

DISCUSSION

Le présent cas clinique, particulier par la topographie et la clinique de la lésion, montre l'importance de la TDM en cas de présentation atypique du KTT et confirme la place primordiale de l'examen anatomo-pathologique dans le diagnostic. Le KTT en position sus-sternale ou dans la loge thyroïdienne est extrêmement rare [5, 6]. Sur le plan clinique, le KTT est généralement asymptomatique mais peut se révéler quelques rares fois par une complication: surinfection avec possibilité de fistulisation à la peau, compression laryngée avec dyspnée et fausses routes alimentaires et dégénérescence cancéreuse avec extension rapide [1-3]. Bien que l'échographie soit l'examen de choix pour confirmer la nature kystique de la tuméfaction médiane et surtout pour préciser la position normale de la glande thyroïde, la TDM est indiquée en cas de doute diagnostique [1, 4]. Les diagnostics différentiels généralement évoqués dans la forme typique de KTT sont le kyste dermoïde, l'adénopathie à centre nécrotique, le goitre ectopique, le kyste du 2^e arc et le laryngocèle externe [4] mais le caractère pseudothyroïdien et kystique dans la présente observation peut prêter le change avec le kyste thyroïdien, le kyste thymique, le lymphangiome kystique... [3, 7]. Dans notre cas nous n'avons pas réalisé une dissection d'un éventuel trajet fistuleux et la résection du corps de l'os hyoïde comme recommandé dans la prise en charge du KTT. Cela expose le patient au risque de récurrence et de fistule [8, 9] mais certains auteurs pensaient que la classique intervention de Sistrunk n'est pas nécessaire dans ce cas de figure où la présentation clinique est atypique avec des symptômes aigus, le diagnostic préopératoire



incomplet et le risque de lésion des voies aériennes supérieures déjà comprimées et fragilisées par le kyste est élevé [10]. L'absence de fistule ou de récurrence à 2 ans de recul nous fait évoquer la possibilité qu'il s'agisse d'une forme kystique isolée. Le défaut d'involution du canal thyroïdienne au cours de l'embryogenèse peut exister à des degrés variables sous forme de 2 types de reliquats: le tractus (canales vrais, cordon fibreux qui prolonge la pyramide de Lalouette vers l'os hyoïde et des îlots séparés) et le kyste (isolé ou associé à un tractus perméable ou à un cordon fibreux) [8]. L'examen extemporané nous aurait donné une idée de l'aspect histologique de la lésion vu l'âge du patient et l'aggravation rapide des symptômes qui sont en faveur d'une malignité mais les aspects retrouvés à l'imagerie (limites nettes, pas de composante solide dans la lésion, pas de calcification et absence d'adénopathie) et les constatations peropératoires nous ont conforté sur le caractère bénin de la lésion.

CONCLUSION

Les KTT pseudo thyroïdiens sont rares mais sont à évoquer devant une lésion kystique de la région thyroïdienne. La TDM peut être d'une aide capitale dans le diagnostic topographique des formes cliniquement atypiques et compliquées. L'examen histologique extemporané est à intégrer dans leur prise en charge.

Considérations éthiques:

Déclaration d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Déclaration de financement: Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.

REFERENCES:

1. Charrier JB, Garabedian EN. Kystes et fistules congénitaux de la face et du cou. *Archives de pédiatrie* 2008;15:473-6.
2. Amana B, Pegbessou E, Agoda P, Agoda-Koussema LK, Kpemissi E. Kyste du tractus thyroïdienne: épidémiologie et prise en charge. *Med Afr Noire*. 2012;59(11):503-6.
3. El-Ayman YA, Naguib SM, Abdalla WM. Huge thyroglossal duct cyst in elderly patient: Case report. *Int J Surg Case Rep* 2018;51:415-8.
4. Patel S, Bhatt AA. Thyroglossal duct pathology and mimics. *Insights Imaging* 2019; <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0694-x>
5. Ceccanti S, Frediani S, Morgante D, Iaconelli R, Mele E, Cozzi DA. Stepladder incision technique for radical excision of suprasternal thyroglossal duct remnant. *J Ped Surg* 2011;46:2038-40
6. Huang L-D, Gao S-Q, Dai R-J, Chen D-D, He B, Shi H-Q et al. Intra-thyroid thyroglossal duct cyst: a case report and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015;8(6):7229-33.
7. Leloup P, Malard O, Stalder JF, Barbarot S. Kystes et fistules congénitaux de la face et du cou. *Ann Dermatol Venereol*. 2012;139:842-51.
8. Righini CA, Hitter A, Reyt E, Attalah I. Thyroglossal duct surgery. Sistrunk procedure. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2016; 133(2):133-6.
9. Abebe E, Megersa A, Abebe K. Huge thyroglossal duct cyst at the supra-sternal notch. *J Surg Case Rep*. 2019;4:1-3.
10. Venkatesan SK, Manoharan KS, Parida PK, Alexander A, Gopalakrishnan S. Stridor in an Elderly Woman: An Unusual Presentation of a Giant Thyroglossal Cyst. *Case Rep Otolaryngol* 2013; <http://dx.doi.org/10.1155/2013/340814>