

Prise en charge d'un cas de carcinome papillaire sur kyste du tractus thyroïdologique

Management of papillary carcinoma on a thyroglossal duct cyst

SHR Hounkpatin¹, FA Bouraïma¹, MC Balle¹, D Akanni¹, LVB Brun¹, MC Flatin¹, F Avakoudjo²,
Adjibabi W², Vignikin-Yehouessi B²

¹Faculté de Médecine de l'Université de Parakou, BP 123 Parakou Bénin

²Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi, 01BP 188 Cotonou, Bénin

Reçu: 18 juillet 2020 ; Accepté: 11 Octobre 2020 ; Publié en ligne: 31 Octobre 2020

RÉSUMÉ

Objectif: Le kyste du tractus thyroïdologique (KTT) est une anomalie congénitale due à la persistance du tractus embryonnaire de la glande thyroïde. Leur dégénérescence est rare. L'objectif de ce travail était de décrire la prise en charge d'un cas de carcinome au sein du KTT à Parakou au nord-ouest du Bénin.

Observation

Il s'agissait d'une patiente de 26 ans, étudiante sans antécédent particulier admise pour une tuméfaction antéro-cervicale évoluant depuis un an. L'examen notait une tuméfaction antéro-cervicale haute, mobile à la protrusion de la langue mesurant 5 cm non compressive, de consistance ferme, sensible à la palpation avec une peau en regard émaciée. Il n'y avait pas de signes inflammatoires ni d'adénopathies. L'échographie cervicale a mis en évidence une formation arrondie sus-épiglottique médiane d'écho-structure complexe concluant à un kyste remanié du tractus thyroïdologique. La patiente a subi une cervicotomie selon la technique de Sistrunk. L'examen histo-pathologique de la pièce d'exérèse a révélé un carcinome papillaire du KTT. Une surveillance clinique et paraclinique a été instaurée. Le contrôle échographique postopératoire de la région cervicale montrait une glande thyroïde d'aspect normal. Le reste du bilan d'extension était normal. L'évolution a été favorable. Il n'y a pas eu de récurrence avec un recul de 30 mois.

Conclusion: Les carcinomes sur kyste du tractus thyroïdologique sont relativement rares. La thyroïdectomie complémentaire n'est pas systématique et dépend de l'extension de la tumeur.

Mots-clés: Kyste du tractus thyroïdologique, Carcinome papillaire, thyroïde, Surveillance.

ABSTRACT

Objective: The Thyroglossal Duct Cyst (TDC) is a congenital anomaly due to the persistence of the embryonic duct of the thyroid gland. Their degeneration is rare. We are reporting one case of carcinoma in the TDC managed in Parakou in the northern Benin.

Observation: A 26 years old student with no particular past medical history was admitted for an anterior cervical swelling that had been evolved over a year. The clinical examination noted a superior cervical swelling, measuring 5 cm mobile with the protrusion of the tongue, non compressive, firm, sensitive to palpation with emaciated skin in contact with the tumor. Neither inflammatory signs nor enlarged lymph nodes have been found. Cervical ultrasound revealed a round, medial supra-epiglottic mass and concluded to a thyroglossal duct cyst. The patient had a cervicotomy through a Sistrunk technique. Histopathological examination concluded to a papillary carcinoma of TDC. Post-operative ultrasound of the cervical region showed a normal thyroid gland. The rest of the other assessment was normal. The follow-up was good. No recurrence was noted after 30 months of follow up.

Conclusion: Carcinomas on the cyst of the thyroglossal duct are relatively rare. Complementary thyroidectomy is not systematic.

Key words: Thyroglossal cyst, Papillary carcinoma, Thyroid, Follow-up.



INTRODUCTION:

Au cours de l'embryologie, la glande thyroïde descend du foramen caecum jusqu'à sa localisation au point situé sous le cartilage thyroïdien. Elle laisse derrière elle un tractus épithélial appelé tractus thyroïdienne ou canal de Bochdalech. La persistance anormale du canal thyroïdienne prédispose à la formation d'un kyste thyroïdienne [1, 2]. Généralement, les kystes du tractus thyroïdienne sont bénins, mais 1% des cas peuvent dégénérer [3, 4]. La première description de la cancérisation au sein du KTT remontait à 1911 avec BRENTANO [1]. Son traitement est essentiellement chirurgical associé éventuellement à l'irathérapie [3].

Nous rapportons une observation de carcinome de KTT ayant été prise en charge chirurgicalement au CHUD BORGOU à Parakou sans associer un traitement palliatif. L'objectif de ce travail était de décrire la prise en charge des carcinomes au sein du KTT.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 26 ans, étudiante sans antécédents pathologiques particuliers, nulligeste admise dans le service d'ORL-CCF du CHUD BORGOU pour une tuméfaction antéro-cervicale. Cette symptomatologie a débuté depuis un an par l'apparition d'une tuméfaction antéro-cervicale haute indolore augmentant progressivement de volume. Il y avait une notion de surinfection à deux reprises ayant nécessité une antibiothérapie. La patiente avait signalé des douleurs cervicales et parfois des céphalées et son état général était conservé. L'examen notait une tuméfaction cervicale ad-hyoïdienne ferme, mobile à la protrusion de la langue mesurant 5 cm de longueur et 4 cm de hauteur. Cette tuméfaction antéro-cervicale était non compressive, de consistance ferme, sensible à la palpation avec une peau en regard émaciée (figure 1). Il n'y avait pas de signes inflammatoires. Le reste de l'examen ORL à savoir l'examen de la cavité buccale et de l'oropharynx, l'examen des aires ganglionnaires et l'examen des nerfs crâniens étaient sans particularités.



Figure 1: Iconographie de face montrant la tuméfaction antéro-cervicale haute

L'échographie cervicale a mis en évidence une formation arrondie sus-épiglottique médiane d'écho-structure complexe mesurant 36 x 30 mm concluant à un kyste remanié du tractus thyroïdienne. La formation n'était pas vascularisée au doppler. La glande thyroïde était normale et il n'y avait pas d'adénopathies cervicales.

La patiente a subi une cervicotomie sous anesthésie générale. L'incision cutanée était horizontale, dissimulée dans un pli du cou entre l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde d'une longueur de 5 cm environ. Elle permettait l'exposition d'une masse kystique superficielle, adhérente au corps de l'os hyoïde. L'exérèse a été faite selon la technique décrite par Sistrunk consistant à emporter le kyste, la résection du corps de l'os hyoïde et de la pyramide Lalouette. Le foyer tumoral mesure environ 30mm fois 20mm. La figure n° 2 illustre la photo de la pièce opératoire.

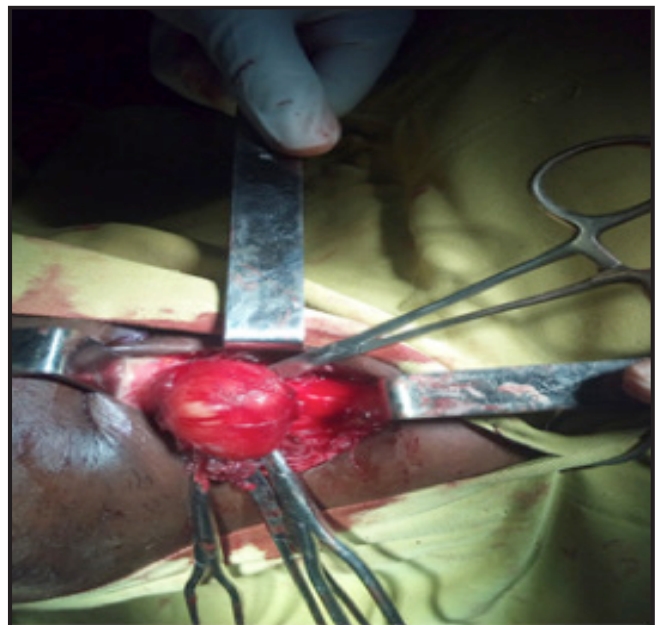


Figure 2: Iconographie de la pièce opératoire du KTT

L'examen histo-pathologique de la pièce d'exérèse a révélé une prolifération tumorale d'architecture papillaire, les axes conjonctivo-vasculaires sont limités par des cellules cubiques ou cylindriques organisées en un épithélium tantôt uni ou tantôt bi ou pseudo stratifié. On notait par endroit une anisocaryose et une anisocytose marquées. Le noyau apparaît dense et hétérogène. La tumeur infiltrait la paroi de la formation kystique par endroits et était fibro-musculaire faisant évoquer un carcinome papillaire aux dépens du KTT. Par ailleurs, il n'y avait pas de vésicule thyroïdienne. Une surveillance clinique et paraclinique avec un contrôle régulier ont été instaurés après une réunion de concertation pluridisciplinaire. Une thyroïdectomie complémentaire n'a pas été réalisée. Elle n'a pas eu une irathérapie. Le contrôle échographique postopératoire (6mois) de la région cervicale montrait une glande thyroïde d'aspect normal sans adénopathie cervicale détectable.

Sur le plan évolutif, il n'y a pas eu de récurrence avec un recul de 30 mois.

La patiente a présenté un bon état général. Il n'y avait pas d'amaigrissement et les aires ganglionnaires cervicales étaient toujours libres. Il n'y avait pas d'atteinte pulmonaire à la radiographie pulmonaire ni hépatique à l'échographie abdominale.

DISCUSSION

Les kystes du tractus thyroïdienne (KTT) constituent la masse médiane la plus répandue chez les enfants [5]. La plupart des KTT sont bénins mais 1% peuvent dégénérer [2]. Le carcinome du KTT touchait les sujets de la 3e et 4e décade [6, 7]. Dans les études africaines des âges plus jeunes de 19 ans au Burkina Faso et 27 ans en Tunisie ont été observés [8, 9]. Tel est le cas de notre observation où l'âge était de 26 ans.

La distribution des carcinomes de KTT est identique dans les 2 sexes, certaines études ont rapporté une atteinte chez les sujets de sexe masculin [6, 8, 10]. Dans les études du Maghreb (Maroc et Tunisie), ce sont les sujets de sexe féminin qui sont plus touchés comme dans notre observation [4, 9].

Sur le plan clinique, il s'agissait d'une masse antéro-cervicale médiane d'allure kystique, ce qui explique sa découverte le plus souvent fortuite à la suite d'un examen anatomopathologique de la pièce opératoire comme c'est le cas de notre patiente [2, 8]. Or, quelques signes cliniques doivent pousser le praticien à suspecter un éventuel processus néoplasique, en particulier le caractère dur, fixe et/ou irrégulier de la masse cervicale qui aurait augmenté rapidement progressive de taille ou s'associer à des adénopathies cervicales [4]. Le siège est souvent cervical antérieur médian: sus-hyoïdien, sous-hyoïdien ou ad-hyoïdien. Dans notre contexte, la masse cervicale était ad-hyoïdienne contrairement à Rathod en Inde qui a rapporté une masse cervicale latéralisée à gauche chez un patient de 50ans [10].

L'échographie cervicale, examen paraclinique clé du diagnostic permet de confirmer une masse kystique et détailler l'état de la glande thyroïde. La place de la cytoponction à l'aiguille fine sous contrôle

échographique reste discutable en raison du risque de faux négatif [7].

L'exérèse du kyste sous anesthésie générale a été faite selon la technique de Sistrunk adoptée par plusieurs auteurs [3, 11]. Cette procédure exige l'exérèse du sac kystique, du corps de l'os hyoïde allant jusqu'au niveau du foramen caecum. Sur le plan histopathologique, le carcinome papillaire est la tumeur maligne la plus fréquente des cancers du KTT (80%), suivi du carcinome folliculaire ou mixte papillaire-folliculaire (9%), le carcinome épidermoïde (5%), l'adénocarcinome (2%), le carcinome anaplasique (1%) [10]. Les autres types sont représentés par les carcinomes mixtes papillo-folliculaires dans 8% des cas, les carcinomes à cellules squameuses dans 6% des cas avec quelques cas de carcinomes à cellules de Hürthle et de carcinomes folliculaires, anaplasiques et épidermoïdes [4]. Rathod et al ont rapporté que la tumeur infiltrait la paroi du kyste [10]. Le même constat a été fait sur la pièce opératoire de notre patiente à l'examen anatomo-pathologique.

La conduite devant la découverte d'un cancer à l'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse d'un KTT est un sujet de controverse, notamment en ce qui concerne la nécessité ou non d'une thyroïdectomie associée à l'exérèse du KTT [4, 8]. Cette thyroïdectomie est recommandée en cas de glande thyroïde nodulaire, d'un nodule froid à la scintigraphie thyroïdienne, d'adénopathies cervicales associées, ou des antécédents d'irradiation du cou [1, 9, 11]. Certains auteurs ont montré que seule l'étendue du geste chirurgical initial constitue une variable significative quant à la survie [3, 11]. Cette thyroïdectomie serait plus indispensable en cas d'envahissement tumoral de la paroi du kyste, en cas d'individualisation d'un type histologique vésiculaire ou épidermoïde et pour certains auteurs, lorsqu'il existe un doute sur la capacité du patient à adhérer au suivi médical régulier [4, 11]. D'autres auteurs ne voyaient pas l'intérêt de la thyroïdectomie si la thyroïde est anodulaire. Leurs arguments sont l'augmentation de la morbidité du fait des interventions itératives, la possibilité de réaliser un suivi efficace avec ré-intervention dans un second temps en cas de découverte d'un cancer thyroïdien, et enfin le bon pronostic de ces cancers [12], telle a été la décision adoptée lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire RCP devant ce cas clinique où la glande thyroïde était indemne.

Les autres traitements associés sont faits de curage ganglionnaire en cas de présence d'adénopathies suspectes, d'une irathérapie à dose ablative si existence de résidus tumoraux à la scintigraphie et une hormonothérapie thyroïdienne à dose frénatrice [2, 4, 6, 11].

La survie à 5 ans et à 10 ans est estimée respectivement à 100% et à 95,6% [4,7]. Patel a rapporté le plus grand nombre de cas (62 cas) dans sa série avec un faible taux de récurrence (1,8%) [3]. Parmi les différents types de cancer sur KTT, le carcinome papillaire détient le meilleur pronostic, avec apparition de lésions métastatiques de moins de 2% des cas [10]. Ce qui pourrait expliquer l'évolution favorable observée chez notre patiente.



CONCLUSION:

Les carcinomes sur kyste du tractus thyroïdienne sont relativement rares. La thyroïdectomie complémentaire n'est pas systématique et dépend de l'extension néoplasique et de l'association de métastases loco-régionales. La réunion de concertation pluridisciplinaire est capitale pour un traitement adéquat.

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. Gupta N., Dass A., Bhutani M., Singhal S.K., Verma H, Punia R.P.S. Papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst: An unusual case. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences*. 2014; 15: 45-7.
2. Baïzri H, Bouaity B, Abahou S., Oukabli M., Boufares F., Elyaagoubi N et al. Carcinome papillaire sur kyste du tractus thyroïdienne à propos d'un cas: quelle prise en charge ? *Ann Endocrinol (Paris)*. 2009; 70:256-60.
3. Patel S.G., Escrig M., Shaha A.R., Management of well differentiated thyroid carcinoma presenting within a thyroglossal duct cyst. *J Surg Oncol*. 2002; 79:134-41.
4. Dbab L, Nouri H, Iguelouane N, Rochdi Y, Aderdour L, Raji A. Carcinome papillaire sur kyste du tractus thyroïdienne: à propos de deux cas. *Pan Afr Med J*. 2015; 22: 105.
5. Amana B, Pegbessou E, Agoda P, Agoda-Koussema Lk., Kpemissi E. Kystes du tractus thyroïdienne Epidémiologie et prise en charge. *Med Afr Noire*. 2012 ; 59, (11), 503-06.
6. Balalaa N, Megahed M, Al Ashari M, Branicki F. Thyroglossal Duct Cyst Papillary Carcinoma. *Case Rep Oncol*. 2011; 4: 39-43.
7. Mliha Touati M., Boursier C., Gauthier J., Mounier C., Lombard B. Dégénérescence maligne d'un kyste du tractus thyroïdienne révélant un carcinome papillaire de la thyroïde. *La Lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale*. 2013 ; 334: 10-3.
8. Sérémé M, Lengany I, A. Ouédraogo A, Ouoba WJ, O. Zampako O., Kadiogo M., Ouattara M, K. Ouoba Carcinome papillaire du kyste du tractus thyroïdienne à propos d'un cas. *La Revue africaine d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale*. 2015 ; 15 (1):55-9.
9. Hariga I., Romdhane N., Mahjoubi M, Nefzaoui S, Abid W, Kharrat O., Ben Gamra O., Mbarek C. Kyste du tractus thyroïdienne dégénéré. *J.TUN ORL* 2016; (36): 21-2.
10. Rathod JK, Rathod SJ, Kadam V. Papillary carcinoma of thyroid in a thyroglossal cyst. *J Maxillofac oral Pathol* 2018; 22: 98-101.
11. Belnoue A.L., Poupert M., Pignat JC, intérêt de la thyroïdectomie dans la prise en charge. *Ann Chir*. 2004 ; 129, 523-25.
12. Geok CT, Mohd SS, Manickam SP et al. Papillary carcinoma of the thyroglossal duct Cyst 15-years-old girl. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007; 2(2):72-5.