



Kyste du tractus thyréoglosse intra-thyroïdien: à propos d'un cas et revue de la littérature

**Ranaivomanana VF, Valisoa HA, Ranaivoson HVR, Andrianjafitrimo HT,
Randrianjafisamindrakotroka NS**

Introduction

Le kyste du tractus thyréoglosse intra-thyroïdien est une entité rare. Seuls quelques cas isolés ont été décrits dans la littérature. Le diagnostic ne peut être posé qu'après un examen anatomo-pathologique. La hantise est le développement d'un carcinome papillaire sur ce kyste.

Observation

Il s'agissait de M^{eur} R..., âgé de 60 ans, qui venait en consultation pour une augmentation progressive du volume thyroïdien. L'échographie thyroïdienne a révélé une masse d'allure kystique développée aux dépens du lobe gauche de la thyroïde, sans adénopathie cervicale. Le dosage des hormones thyroïdiennes était normal. Une thyroïdectomie totale a été réalisée. Macroscopiquement, le lobe droit de 4x2x1cm présentait une petite cavité de 1 cm de grand axe. Le lobe gauche était d'aspect polylobé, rénifère, et mesurait

8x5x2cm avec un nodule kystique, multiloculaire, à contenu mucoïde, gélatineux, mesurant 6x4 cm. A l'examen histologique, les cavités kystiques étaient tapissées par des cellules cylindriques ciliées, mucosécrétantes, PAS+, dépourvues d'atypies cyto-nucléaires. La paroi était fibreuse et comportait quelques amas de glandes muqueuses avec des canaux excréteurs et des amas lymphoïdes (figure 1). Le diagnostic retenu était un kyste du tractus thyréoglosse intra-thyroïdien.

Discussion

Les kystes du tractus thyréoglosse sont les plus fréquents des kystes congénitaux de la tête et du cou (1). Sa localisation intra-thyroïdienne comme chez notre patient est rare, voire même exceptionnelle. Seuls quelques cas isolés ont été décrits dans la littérature comme celui de Shifrin A et Vernick J (1), Choi HJ et al (2), Huang LD et al (3). C'est une pathologie qui se voit surtout chez les enfants mais on peut également le voir chez l'adulte comme dans notre cas. Il se manifeste le plus souvent par une masse sur la ligne médiane du cou, douloureuse, mobile à la déglutition (4). Sur le plan

embryologique (5), le corps thyroïde apparaît à la troisième semaine de la vie embryonnaire sous forme d'une prolifération épithéliale au niveau du plancher de l'intestin, en un point appelé le foramen cæcum, à la pointe du V lingual. L'ébauche thyroïdienne se creuse pour former un canal qui pénètre dans le mésoblaste sous-jacent et migre en avant de l'intestin pharyngien. Ce canal thyréoglosse passe en arrière du premier arc et en avant de l'os hyoïde, de la membrane thyro-hyoïdienne et du cartilage thyroïde. La glande thyroïde prend sa position définitive en deux lobes latéro-

trachéaux à la fin de la septième semaine. Normalement, ce tractus se résorbe et disparaît complètement, ne laissant que deux vestiges : la pyramide de Lalouette et une fossette vestigiale sur la langue, le foramen caecum. Comme la croissance de l'os hyoïde s'effectue après celle du tractus, une adhérence peut exister entre celui-ci et la face inférieure et profonde du tractus. Le tractus précroise l'os hyoïde, puis s'enroule autour de son corps pour décrire une boucle serrée sur la face postérieure avant de s'en éloigner vers le bas. À ce niveau, il adhère très fortement au périoste. Le défaut de résorption du canal thyréoglosse est à l'origine de kystes malpighiens ou glandulaires qui peut se situer sur tout le trajet du tractus, de la base de langue à la pyramide de Lalouette, mais le plus souvent en position pré-hyoïdienne. Il existe deux principaux types de kyste du cou qui diffèrent selon son origine embryologique et les aspects histologiques :

- Ceux qui proviennent des arcs branchiaux, le kyste branchial, présent latéralement dans le cou, sur le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Il résulte de l'échec de l'oblitération du sinus cervical. Il est revêtu par un épithélium malpighien non kératinisé sous-tendu par un chorion comportant un tissu lymphoïde (3).
- Le kyste du thyréoglosse (KTG) qui apparaît sur la ligne médiane cervicale de l'os hyoïde ou juste en dessous. Il résulte du défaut de résorption du canal thyréoglosse. Il est revêtu par un

épithélium tantôt de type respiratoire, tantôt de type malpighien non kératinisé (3).

Mais il peut exister des cas inhabituels par sa forme clinique et par son emplacement tels que les kystes branchiaux de la ligne médiane, intra-thyroïdien et les kystes du thyréoglosse du cou latéral (2). Dans notre cas, le kyste est revêtu essentiellement par un épithélium de type respiratoire avec quelques glandes muqueuses dans le chorion, développé en plein parenchyme thyroïdien, ce qui évoque plutôt un kyste du thyréoglosse intra-thyroïdien qu'un kyste branchial.

L'examen histologique permet également d'éliminer les autres diagnostics différentiels de nodule kystique de la thyroïde ou autre kyste du cou tels qu'un kyste dermoïde, un lipome, un kyste thymique ou un tératome (6). De plus, il a été rapporté un éventuel carcinome papillaire développé sur le kyste (7). Cette éventualité ne représente qu'1% des patients présentant un kyste du thyréoglosse. Dans notre cas, il n'a pas été vu de signe de malignité.

Concernant la prise en charge, le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale utilisant la technique de Sistrunk pour éviter le risque de récidive. Cette technique comprend la résection entière du trajet embryologique c'est-à-dire le kyste, la partie centrale du corps de l'os hyoïde et une large portion du muscle supra-hyoïdien s'étendant jusqu'au foramen caecum ou à sa proximité (3).

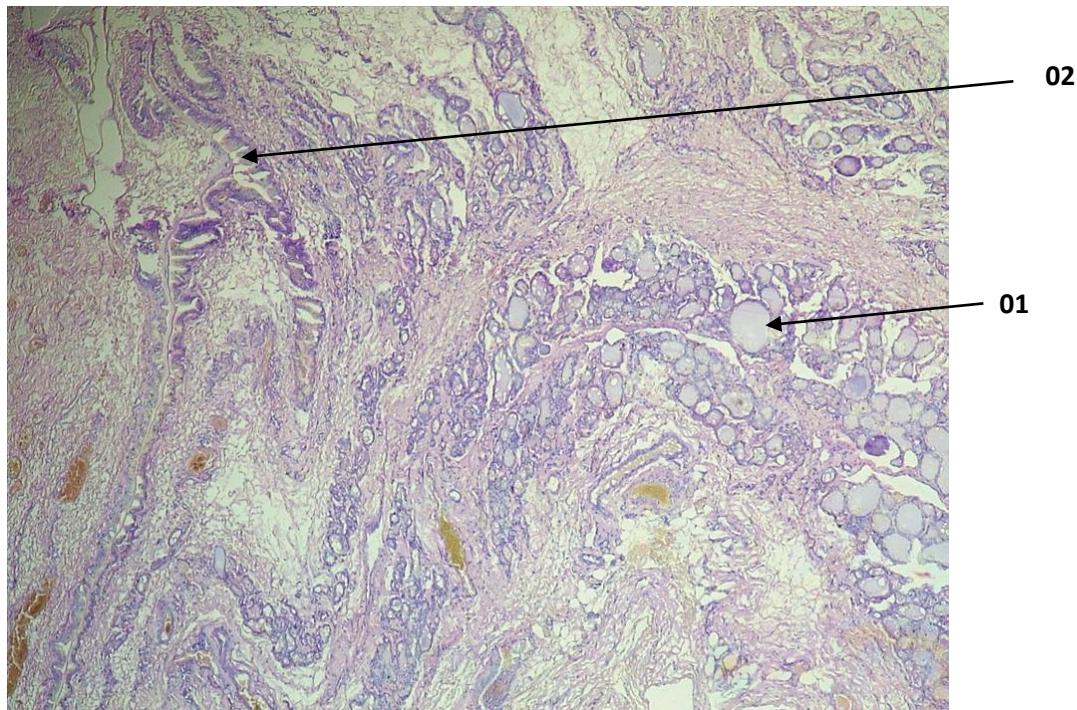


Figure 1 : Parenchyme thyroïdien siège de cavité tapissée par des cellules mucosécrétantes. Hématéine Eosine x40

Légendes : 1-vésicules thyroïdiennes ; 2-cavité kystique tapissée par un épithélium cylindrique mucosécrétant

Source : UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA Ampefiloha

Conclusion

Le kyste du tractus thyréoglosse intra-thyroïdien est une entité rare. Il pose un diagnostic différentiel avec les nodules kystiques de la thyroïde et les autres kystes du cou. Seul l'examen anatomo-pathologique permet de trancher le diagnostic et d'éliminer une éventuelle tumeur maligne.

Références

1. Shifrin A and Vernick J. A thyroglossal duct cyst presenting as a thyroid nodule in the lateral neck. *Thyroid* 2008; 18: 263-265.
2. Choi HJ, Jung JH, Yoo J, Kang SJ, Lee KY, Chun CS, Kang BJ and Cha ES. Intra-thyroid Thyroglossal Duct Cyst: A Case Report. *Korean Journal of Pathology* 2007; 41: 132-134.
3. Huang LD, Gao SQ, Dai RJ, Chen DD, He1 B, Shi HQ, Yang K, Shan YF. Intra-thyroid thyroglossal duct cyst: case report and review on literature. *Int J Clin Exp Pathol* 2015; 8(6):7229-33.
4. Karmody CS. Developmental Anomalies of the Neck. *Pediatric Otolaryngology*, 4e ed, Saunders, Philadelphia, 2003: 1648-63.
5. Guerin N. Un kyste thyréoglosse de la base de la langue. *La lettre d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale*, 1998, 236 : 25 – 7.

6. Johnston R, Wei JL, Maddalozzo J. Intra-thyroid thyroglossal duct cyst as a differential diagnosis of thyroid nodule. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67: 1027-1030.
7. Mondin V, Ferlito A, Muzzi E, Silver CE, Fagan JJ, Devaney KO and Rinaldo A. Thyroglossal duct cyst: personal experience and literature review. *Auris Nasus Larynx* 2008; 35: 11-25.