



Double localisation d'une ectopie thyroïdienne

**Razafindraibe KA, Ranaivoson HVR, Herinirina NF, Ranoharison HD,
Randrianjafisamindrakotra NS, Ahmad A.**

Introduction

L'ectopie thyroïdienne est une pathologie rare, résultant d'une anomalie de développement et de migration de la glande thyroïde. L'ectopie peut siéger le long du canal thyréoglosse ou ailleurs(1). Nous rapportons un cas d'ectopie thyroïdienne se trouvant en pré-hyoïdienne et en sous-linguale.

Observation

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, sans anomalie staturo-pondérale, sans antécédents familiaux ni personnels particuliers à part une tuméfaction médiocervicale, évoluant depuis l'enfance, devenant douloureuse. Il ne présente pas de signes cliniques d'hypothyroïdie, de dysphagie ou de dysphonie. A la palpation la tuméfaction était sensible, avec une masse ferme adhérente. Aucun

examen biologique (hormonal) ne lui a été effectué. Une échographie cervicale montrait une structure tissulaire hypoéchogène, bien limitée, sans signal au doppler couleur, mesurant 13 x 12 mm de dimensions en sous-linguale et 20 x 4 mm de dimensions en pré-hyoïdienne (Figure 1).

Un examen scanographique complémentaire objectivait deux masses

tissulaires arrondies, hyperdenses spontanées, avec rehaussement intense et homogène. Les dimensions des masses tissulaires étaient de 23 x 14 x 13 mm en sous-linguale avec affleurement valléculaire et de 21 x 13 x 17 mm en pré-hyoïdienne avec irrégularité et épaissement de l'os hyoïde. Il existe une vacuité de la loge thyroïdienne (Figure 2).

Nous avons réalisé des cytoponctions à l'aiguille fine des deux masses guidées sous échographie. .

L'examen cytologique des lames a montré des larges plages de colloïde avec des thyréocytes normaux et des macrophages (Figure 3). L'examen histologique après exérèse totale des deux masses objectivait une thyroïdite aigüe sur la glande thyroïde aberrante. Le principal motif de la chirurgie était la prévention de l'obstruction des voies aériennes hautes, appuyé par la demande du patient devant le gène esthétique. Les suites opératoires étaient simples.

Commentaires

L'embryogenèse de la glande thyroïde dérive d'une ébauche impaire et médiane : l'ébauche thyroïdienne centrale (ETC) ; et de deux ébauches latérales : les corps ultimo branchiaux. L'ébauche thyroïdienne située au niveau du pharynx primitif forme un bourgeon médian qui migre depuis la base de langue vers le pôle caudal auquel il est relié par le canal thyréoglosse. L'ETC aura formé les deux lobes thyroïdiens, l'isthme et éventuellement le lobe pyramidal (1,2).

L'ectopie thyroïdienne résulte d'une anomalie de migration de la glande à la 2^{ème} semaine de vie embryonnaire, dont la pathogénie reste mal élucidée (1). Sa localisation la plus fréquente est dans 70 à 90 % basilinguale (3) mais peut être médiastinale découverte par un goitre ectopique (4). Pour notre patient, la localisation de l'ectopie thyroïdienne était à la fois basilinguale et pré-hyoïdienne. L'hypothyroïdie clinique ou biologique est le principal symptôme d'une ectopie

thyroïdienne(5). Mais elle peut être asymptomatique ou révélée par une tuméfaction médio-cervicale non douloureuse, comme dans notre cas.

L'imagerie médicale est l'examen paraclinique la plus contributive pour le diagnostic positif et topographique d'une ectopie thyroïdienne (4). L'échographie cervicale est l'examen de 1^{ère} intention montrant une loge thyroïdienne vide et une masse tissulaire hypoéchogène hétérogène en situation anormale (6). La scintigraphie au Technétium ou mieux à l'iode 124 est la méthode de choix en termes de sensibilité et de spécificité montrant une hyperfixation ectopique. Elle est à visée fonctionnelle différenciant une ectopie thyroïdienne d'une athyréose (7). Le scanner montre une lésion spontanément hyperdense avec rehaussement intense ou hétérogène au produit iodé (2). Il procure une large résolution spatiale facilitant le diagnostic topographique. L'IRM analyse mieux les rapports des structures adjacentes et montre une masse en iso-

signal ou hypersignal T1, hypersignal T2, avec faible rehaussement après injection de gadolinium (4). Notre patient a bénéficié d'une échographie cervicale initiale, évoquant le diagnostic d'ectopie thyroïdienne qui est aussi évoqué par un scanner cervical complémentaire.

La ponction à l'aiguille fine (PAF) de la thyroïde est indiquée principalement chez les patients avec un nodule thyroïdien. C'est une technique rapide, simple, fiable, peu invasive, associée à une faible morbidité (8). Dans le cadre d'ectopie thyroïdienne, la PAF est réservée pour la surveillance des cas asymptomatiques, sans traitement chirurgical, en vue de détecter une dégénérescence maligne. La biopsie permet de confirmer le diagnostic de tissus thyroïdiens ectopiques mais expose à un risque hémorragique.

Nous avons réalisé plusieurs ponctions, primo dans le but d'avoir un diagnostic rapide. Secundo, d'exclure une lésion maligne car les tissus ectopiques

peuvent présenter les mêmes pathologies que la thyroïde (9).

Le traitement d'une ectopie thyroïdienne est basé sur l'hormonothérapie substitutive (1). La chirurgie est réservée aux formes

compliquées et devant la suspicion de transformation maligne. L'exérèse totale a été réalisée pour notre cas à visée préventive contre l'obstruction des voies aériennes pour la masse sublinguale.

Conclusion

L'ectopie thyroïdienne est une pathologie rare. Une double localisation de l'ectopie est d'autant plus rare. Elle peut être pauci symptomatique où l'association d'examens d'imagerie « standard » avec l'examen cytologique de la glande ectopique s'avère un couple incontournable pour confirmer son diagnostic. A titre préventif, l'exérèse pourrait éviter des complications graves comme l'obstruction des voies aériennes pour la localisation sublinguale.



Figure 1 : échographie cervicale montrant une formation tissulaire hypoéchogène sous-linguale (flèche blanche).

Source : Centre d'Imagerie Médicale CHU-JRA

Razafindraibe KA et al.

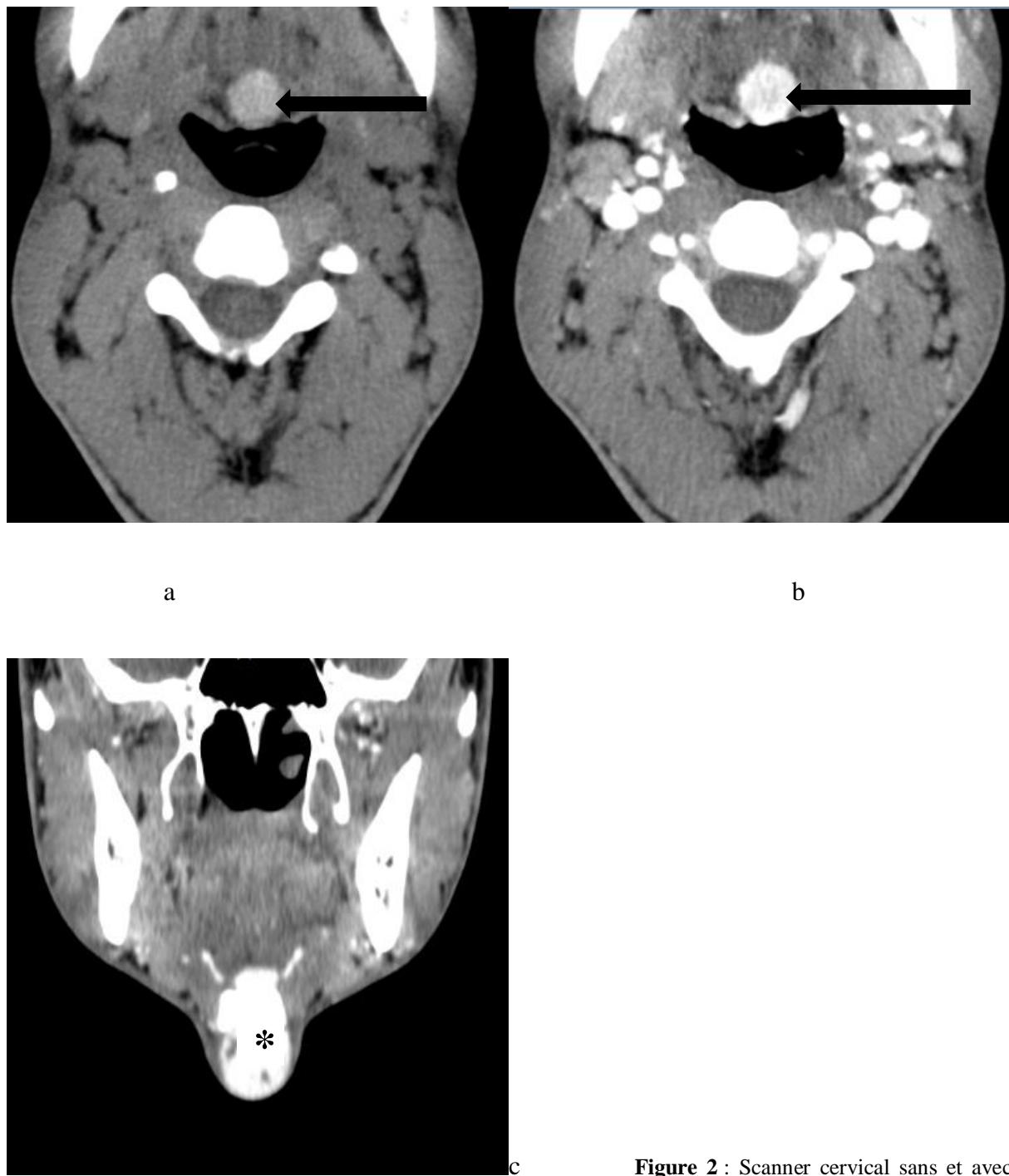


Figure 2 : Scanner cervical sans et avec

injection de produit iodé montrant (a et b) une lésion tissulaire arrondie hyperdense spontanée avec rehaussement intense en sous-linguale sur coupe axiale (flèche noire) et (c) en pré-hyoïdienne sur coupe axiale (*).

Source : Centre d'Imagerie Médicale CHU-JRA

Razafindraibe KA et al.

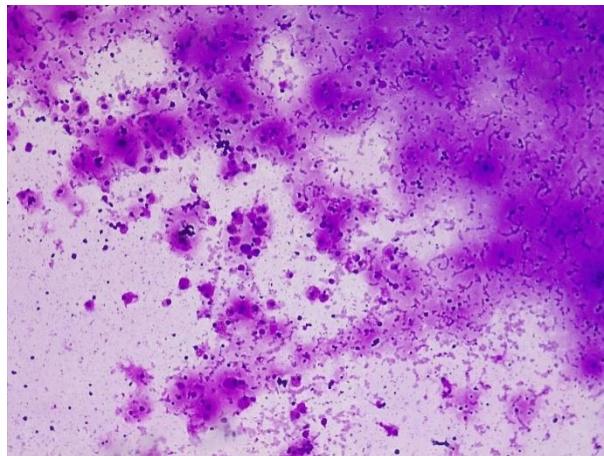


Figure 3 : Cytoponction thyroïdienne montrant une large plage de colloïde avec des thyréocytes normaux et des macropahages. May Grunwald Giemsq x 20.

Source : UPFR Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA

Références

- 1- Oueslati S et coll. Thyroïde ectopique. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 2006; 123: 195-8.
- 2- Ghfir et coll. Double ectopie thyroïdienne par imagerie scintigraphique explorée en Mode hybride TEMP / TDM : à propos d'un cas. Médecine Nucléaire. 2013; 37(10): 511-5.
- 3- El Mazouni Z, El Wadeh I, Gaouzi A. Ectopie thyroïdienne chez l'enfant. J Pédiatr Puéricult. 2011; 24(3): 133-5.
- 4- Tramalloni J. Imagerie de la thyroïde et des parathyroïdes. Médecine Sciences. Lavoisier; 2011.
- 5- Randrianambinina F et coll. Un goitre ectopique dans le médiastin antérieur avec un syndrome myasthénique simulant un thymome. J Fran Viet Pneu. 2015; 18(6): 57-60.
- 6- Poirée S, Tramalloni J, Monpeyssen H, Hélenon O. Diagnostic échographique d'un nodule cervical de l'adulte. EMC - Radiologie et imagerie médicale- cardiovasculaire-thoracique-cervicale. Paris: Masson; 2013.

- 7- Raharinavalona SA et coll. Ectopie thyroïdienne hyoïdienne : à propos d'un cas chez une jeune fille malgache. *The Pan African Medical Journal.* 2018; 30: 54.
- 8- Pusztaszeri M et coll. Ponction à l'aiguille fine de la thyroïde : intérêts et évaluation cytologique immédiate. *Rev Med Suisse.* 2011; 7: 1491-5.
- 9- De Felice M, Di Lauro R. Thyroid development and its disorders; genetics and molecular mechanisms. *Endocr Rev.* 2004; 25: 722-46.