

Prise en charge du carcinome papillaire du kyste du tractus thyroïdienne : intérêt de la thyroïdectomie totale

Thyroglossal duct cyst carcinoma : the rational behind performing a total thyroidectomy

R. Fakhoury¹, Y. Sokolow², I. Delpierre³, R. Ghanooni¹

¹Département d'Otorhinolaryngologie, ²Département de Chirurgie thoracique, ³Département de Radiologie, Hôpital Erasme, ULB

RESUME

Les kystes du tractus thyroïdienne (KTT) sont fréquents et leur dégénérescence est rare. Nous rapportons le cas d'un patient de 68 ans avec un diagnostic de KTT et une imagerie démontrant des caractéristiques suspectes au sein du kyste. La ponction cytologique réalisée était suspecte de carcinome papillaire sur KTT. La procédure de Sistrunk (PS) a été réalisée et a confirmé la présence du cancer papillaire au sein du kyste. La décision de réaliser une thyroïdectomie totale (TT) associée à un curage du compartiment central cervical a été retenue. L'examen histologique a montré l'absence de lésions suspectes dans la glande thyroïde ainsi qu'au niveau des ganglions cervicaux. La suspicion de cancer au sein du KTT révélée par des modalités de diagnostic pertinentes peut nécessiter un traitement chirurgical de la glande thyroïde ainsi que des ganglions cervicaux, en plus de la procédure de Sistrunk, dans le cadre d'une politique de traitement définitif en raison de la forte incidence de malignité au sein de la glande thyroïde. Dans notre institution, chez les patients présentant un carcinome du KTT qui sont à risque élevé d'avoir un cancer de la thyroïde associé, nous réalisons la PS, une thyroïdectomie totale ainsi qu'un curage du compartiment central cervical.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 495-7

ABSTRACT

Thyroglossal duct cysts are a common developmental abnormality but carcinoma within is rare. A 68 year old male patient was diagnosed with a thyroglossal duct cyst (TGDC) which on imaging studies demonstrated suspicious features within the cyst alone. Fine needle aspiration cytology was suspicious of papillary thyroid cancer. A Sistrunk's procedure (SP) was performed and demonstrated papillary carcinoma within. A decision to perform a total thyroidectomy (TT) and central compartment neck dissection was made. Final histological analysis showed no disease within the thyroid gland or in the neck nodes. The presence of cancer suspected within the TGDC by relevant diagnostic modalities may necessitate treatment to the thyroid gland and neck in addition to a Sistrunk's procedure as part of a definitive treatment policy due to the high incidence of associated thyroid malignancy. In our institution, in patients presenting with thyroglossal duct cyst carcinoma and are at high risk for having thyroid cancer, we perform both SP as well as TT and central compartment neck dissection.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 495-7

Key words : Thyroglossal duct cyst carcinoma, thyroglossal duct cyst, management

INTRODUCTION

Les kystes du tractus thyroïdienne représentent la plus fréquente des anomalies du cou¹. Au cours du développement fœtal, la glande thyroïde migre au travers du foramen cœcum, vers les petites cornes de l'os hyoïde puis au niveau de l'étage cervical antérieur le canal de migration constitué de cellules épithéliales disparaît dans son entièreté vers la 7^e semaine de gestation. Un défaut de fermeture de ce dernier entraîne la formation du KTT. La dégénérescence maligne sur reliquats du tractus représente 0,7 à 1,6 % des kystes opérés^{2,3}. Le carcinome papillaire représente 94 % des carcinomes du KTT et moins de 5 % y sont représentés par les carcinomes à cellules squameuses⁴. Deux théories peuvent aider à expliquer l'origine du carcinome du KTT : le carcinome peut soit se développer de novo au sein du KTT⁵, soit le canal thyroïdienne peut constituer une voie naturelle de dissémination du carcinome à partir de la glande thyroïde⁶.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'un homme de 68 ans sans antécédents médicaux ou chirurgicaux, admis dans notre service pour exérèse d'un carcinome papillaire du KTT associée à une thyroïdectomie totale et curage du compartiment central cervical. La tuméfaction cervicale antérieure isolée est apparue depuis trois ans, indolore, non compressive mais augmentant progressivement de volume. Une tomographie assistée par ordinateur (TDM) et une imagerie par résonance magnétique (IRM) du cou montrent un kyste du tractus thyroïdienne polylobé et calcifié (figure 1a). La cytoponction préopératoire à l'aiguille fine était suspecte de la présence d'un carcinome papillaire. Une procédure de Sistrunk (PS) a été alors réalisée et l'examen extemporané du spécimen confirme la présence histologique de cellules tumorales évoquant un carcinome papillaire au sein du KTT (figure 1b). Une thyroïdectomie totale et un curage cervical central ont été réalisés dans le même temps opératoire. L'histopathologie de la glande thyroïde ne révèle pas de signes de malignité. Le diagnostic histologique du KTT a démontré un carcinome de type papillaire classe pT1bN0M0 selon la classification TNM de l'AJCC 2009.

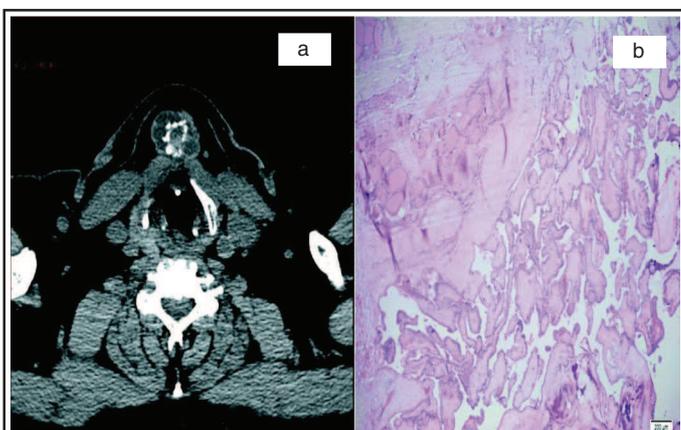


Figure 1 a : CT scan qui montre un KTT polylobé et calcifié.
Figure 1 b : Carcinome papillaire au sein du KTT caractérisé par des amas et groupes papillaires de cellules encombrées.

En postopératoire le patient a reçu une dose thérapeutique d'iode radioactif I^{131} suivie d'une opothérapie substitutive et frénatrice.

DISCUSSION

Patel *et al.* ont montré que le cancer de la glande thyroïde est présent dans 13,5 % des cas des patients atteints du carcinome papillaire du KTT [27 % des 50 % des patients opérés de la thyroïde (n = 62)]⁷. Ces derniers concluent par ailleurs que l'addition d'une thyroïdectomie totale à l'opération de Sistrunk n'a aucun impact significatif sur la survie des patients. Récemment, Hartl *et al.* ont rapporté une coexistence du carcinome du KTT et du carcinome de la glande thyroïde de l'ordre de 56 % des cas⁸. Nous considérons dans notre établissement qu'il serait plus pratique pour les patients de subir lors d'une même opération l'exérèse du carcinome du KTT et de la glande thyroïde, malgré les morbidités associées à cette intervention. Ceci réduirait les risques que porte l'anesthésie générale associée à une seconde intervention chirurgicale. Cela permettrait également de diminuer la nécessité de poursuivre un suivi à long terme. Bien que controversé, une dose thérapeutique d'iode radioactif I^{131} est administrée aux patients en postopératoire suivie d'une opothérapie substitutive et frénatrice. Par conséquent, la prise quotidienne d'hormones thyroïdiennes ad vitam serait un facteur défavorable aux patients. Certains auteurs préconisent seule la PS chez les patients à bas risque, de moins de 45 ans avec un examen clinique et radiologique sans particularité de la glande thyroïde, pour des tumeurs de petite taille < 1,5 cm de diamètre avec l'absence de marges positives histologiquement prouvée, en l'absence d'une invasion de la paroi du kyste, de métastase ganglionnaire et d'irradiation de la région cervicale durant l'enfance^{7,9,10}. Dans notre cas, le patient était âgé de 68 ans, la tumeur mesurait 2 cm avec une suspicion radiologique de cancer en raison de la présence de calcifications (TDM) et une prise de contraste périphérique (IRM) suggérant une invasion de la paroi du kyste. Kalliopi Pazaitou-Panayiotou ont rapporté un cas d'apparition tardive de cancer de la thyroïde chez un patient précédemment atteint d'un carcinome du KTT ; le patient avait subi une résection chirurgicale du carcinome du KTT à l'âge de 18 ans et avait développé 10 ans plus tard un carcinome papillaire du lobe thyroïdien¹¹. Il avait subi, par la suite, une thyroïdectomie totale. Patel *et al.* ont évalué le cas de 5 patients présentant un carcinome papillaire du KTT en plus des 57 cas publiés dans la littérature et ont trouvé dans 27 % des cas des cancers synchrones de la thyroïde⁷. Dans ces cas-là, des thyroïdectomies totales avaient été effectuées indépendamment des résultats échographiques de la thyroïde. Selon certains auteurs, et indépendamment de la réalisation préalable d'une thyroïdectomie totale, un suivi à long terme est requis puisque des carcinomes papillaires métachrones de la thyroïde ont été rapportés chez des patients traités initialement par la PS. Une étude coréenne menée par Kim *et al.* suggère que lorsqu'un carcinome du KTT est suspecté, une échographie et, si nécessaire

une cytoponction à l'aiguille fine doit être réalisée ; PS/ TT et curage doivent être réalisés si ces tests révèlent une lésion suspecte¹². Miccoli *et al.* ont suggéré qu'afin de planifier correctement la chirurgie d'un carcinome du KTT, il serait nécessaire d'effectuer une TT avec PS comme traitement adéquat avec un suivi post-opératoire de contrôle¹³. Le bilan initial doit être complété par une échographie et une cytoponction à l'aiguille fine. L'adoption de cette approche diminuerait le taux de récurrence et permettrait un suivi post-opératoire plus simple en surveillant le taux sanguin de thyroglobuline.

CONCLUSION

Bien que rare, si par la modalité d'imagerie et de cytoponction à l'aiguille fine, la présence de lésions cancéreuses est soupçonnée au sein du KTT, nous recommandons la réalisation d'une thyroïdectomie totale ainsi qu'un curage du compartiment central cervical additionnellement à la procédure de Sistrunk chez les patients à haut risque.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Yazdi AK, Sazgar AA, Noviri BB, Mahboubi H, Mojtahed M : The role of pre-operative infection in the recurrence of thyroglossal duct cyst. *B-ENT* 2011 ; 7 : 169-71
2. Heshmati HM, Fatoureshi V, van Heerden JA, Hay ID, Goellner JR : Thyroglossal duct carcinoma : report of 12 cases. *Mayo Clin Proc* 1997 ; 72 : 315-9
3. LiVolsi VA, Perzin KH, Savetsky L : Carcinoma arising in median ectopic thyroid (including thyroglossal duct tissue). *Cancer* 1974 ; 34 : 1303-15
4. Wexler MJ : Surgical management of thyroglossal duct carcinoma : is an aggressive approach justified ? *Can J Surg* 1996 ; 39 : 263-4
5. Hilger AW, Thompson SD, Smallman LA, Watkinson JC : Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst : a case report and literature review. *J Laryngol Otol* 1995 ; 109 (11) : 1124-7
6. Forest VI, Murali R, Clark JR : Thyroglossal duct cyst carcinoma : case series. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2011 ; 40 : 151-6
7. Patel SG, Escrig M, Shaha AR, Singh B, Shah JP : Management of well-differentiated thyroid carcinoma presenting within a thyroglossal duct cyst. *J Surg Oncol* 2002 ; 79 : 134-9
8. Hartl DM, Al GA, Chami L, Leboulleux S, Schlumberger M, Travagli JP : High rate of multifocality and occult lymph node metastases in papillary thyroid carcinoma arising in thyroglossal duct cysts. *Ann Surg Oncol* 2009 ; 16 : 2595-601
9. Mazzarefi EL : Thyroid cancer in thyroglossal duct remnants : a diagnostic and therapeutic dilemma. *Thyroid* 2004 ; 14 : 335-6
10. Pribitkin EA, Friedman O : Papillary carcinoma in a thyroglossal duct remnant. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002 ; 128 : 461-2
11. Chrisoulidou A, Iliadou P, Doumala E *et al.* : Thyroglossal duct cyst carcinomas : is there a need for thyroidectomy ? *Hormones (Athens)* 2013 ; 12 : 522-8
12. Choi YM, Kim TY, Song DE *et al.* : Papillary thyroid carcinoma arising from a thyroglossal duct cyst : a single institution experience. *Endoc J* 2013 ; 60 : 665-70
13. Miccoli P, Minuto MN, Galleri D, Puccini M, Berti P : Extent of surgery in thyroglossal duct carcinomas : reflection on a series of eighteen cases. *Thyroid* 2004 ; 14 : 121-3

Correspondance et tirés à part :

R. FAKHOURY
Hôpital Erasme
Département d'Otorhinolaryngologie et de Chirurgie
cervico-faciale
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : rajafakhoury_md@hotmail.com

Travail reçu le 4 août 2015 ; accepté dans sa version définitive le 1^{er} décembre 2015.