



Kyste du tractus thyréoglosse

Le kyste du tractus thyréoglosse (KTTG) est la malformation kystique cervicale la plus fréquente, représentant plus de 40% des malformations cervicales.

Sa prise en charge nécessite un traitement chirurgical pour lequel une parfaite connaissance de l'embryologie du tractus thyréoglosse et de la physiopathologie est indispensable.

Rappels embryologiques

La glande thyroïde prend naissance au niveau du futur foramen caecum de la langue, situé à la jonction médiane des premiers et deuxièmes arcs branchiaux, en arrière du tuberculum impar et de la copula. Le corps de la thyroïde se développe à partir de la 3^e semaine sous forme d'une prolifération épithéliale du plancher de l'intestin pharyngien. Cette ébauche thyroïdienne s'enfonce progressivement dans le mésoblaste en avant de l'intestin pharyngien, sous forme d'un diverticule bilobé, le canal thyréoglosse. La migration de la glande thyroïde se poursuit en avant du larynx, habituellement en avant du corps de l'os hyoïde, parfois en arrière ou en dedans, et prend fin à la 7^e semaine lorsqu'elle atteint sa localisation anatomique définitive. Le canal thyréoglosse, qui était resté perméable s'oblitrera et disparaît progressivement. A l'état normal, il ne persiste du canal thyréoglosse que le lobe pyramidal de la thyroïde.

Les kystes du tractus thyréoglosse correspondent à la persistance de tout ou d'une partie du canal thyréoglosse, et ce à tous les niveaux. Ils peuvent être associés à la présence d'ilots thyroïdiens accessoires, notamment en base de langue.

Présentation clinique

Le kyste du tractus thyréoglosse est souvent diagnostiqué avant l'âge de 5 ans mais peut apparaître à n'importe quel âge.

Pierre Fayoux

Il se présente comme une masse cervicale médiane, rénitente, plus mobile latéralement que verticalement, mobile à la déglutition et à la protraction linguale. La localisation est préférentiellement ad-hyoïdienne mais il peut être localisé du foramen caecum au lobe pyramidal (Lalouette), le kyste pouvant être segmentaire ou étendu le long du tractus (figure 1).

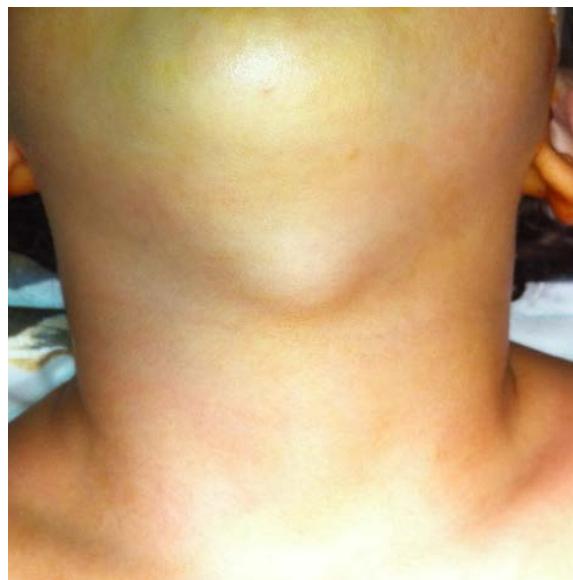


Figure 1A



Figure 1B



Figur 1C

Figure 1 : aspects cliniques

Les kystes du tractus apparaissent comme une masse médiane de volume variable, pouvant être localisée de la base de langue à la glande thyroïde.

Dans certains cas, le kyste peut être paramédian. Exceptionnellement, l'examen endobuccal pourra montrer une masse évoquant une thyroïde ectopique (figure 2).



Figure 2 : Thyroïde linguale

L'examen endobuccal montre une masse tissulaire, richement vascularisée, localisée sur la ligne médiane, à hauteur du foramen caecum (photo Johan Fagan).

Il est fréquent que le KTTG soit découvert lors d'une surinfection. Dans ce cas, il

apparaît comme une masse cervicale médiane inflammatoire, parfois fistulisée à la peau (figure 3).



Figure 3 : Fistulisation cutanée

Diagnostic

Il repose habituellement sur l'examen clinique associé à l'examen échographique. Ce dernier retrouvera une masse transsonique médiane, et évaluera les rapports avec l'os hyoïde. Elle permettra en outre de localiser la thyroïde et d'éliminer une thyroïde ectopique (Figure 4).



Figure 4A

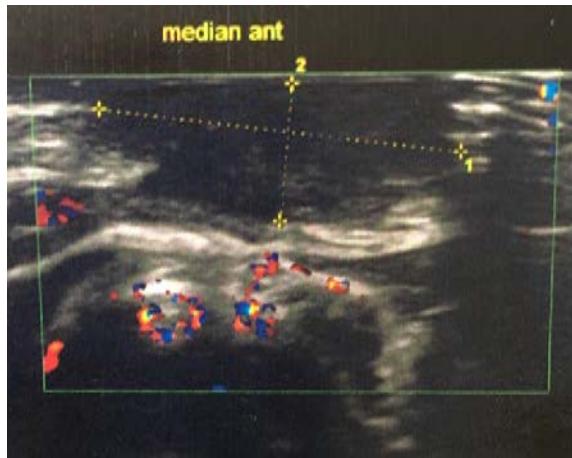


Figure 4B

Figure 4 : Aspect echographique du KTTG

L'échographie montre une masse médiane, en avant des cartilages laryngés, transsonique (A). L'examen doppler ne montre pas de flux au sein de cette masse (B).

L'échographie permet en outre d'analyser la thyroïde.

En cas de surinfection, l'échographie montrera une masse, partiellement échogène, non vascularisée, à paroi épaisse.

L'échographie permettra d'éliminer un diagnostic différentiel (kyste épidermique, thyroïde ectopique, masse tissulaire).

Un scanner avec injection de produit de contraste peut être utile, notamment en cas de forme linguale ou de récidive post-opératoire, afin d'évaluer les rapports avec le reliquat hyoïdien (figure 5 et 6).

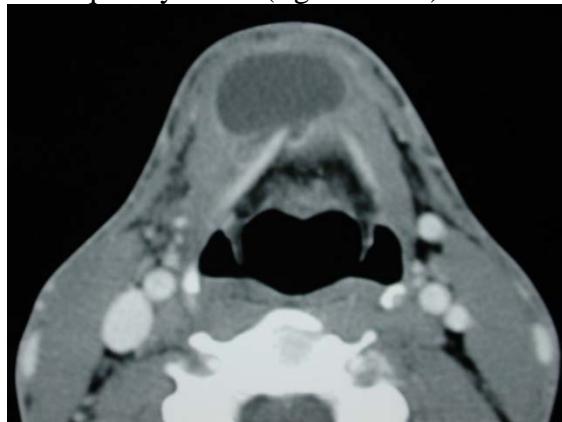


Figure 5A

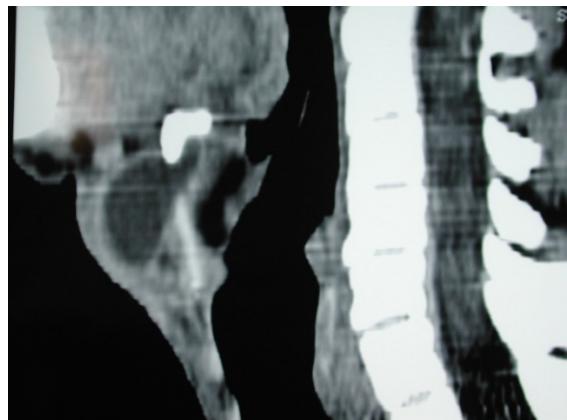


Figure 5B

Figure 5 : aspect scanographique

Coupe axiale (A) et sagittale (B) de KTTG montrant une masse hypodense homogène, non vascularisée, à paroi épaisse et régulière. L'examen montre une extension à la loge hyo-thyro-épiglottique.

Le bilan thyroïdien n'a pas d'intérêt en cas de KTTG avec thyroïde en place. Par contre, en cas de thyroïde ectopique, notamment linguale, il existe généralement une hypothyroïdie. Il est donc nécessaire de réaliser un bilan biologique ainsi qu'une scintigraphie pour évaluer le fonctionnement du tissu ectopique.

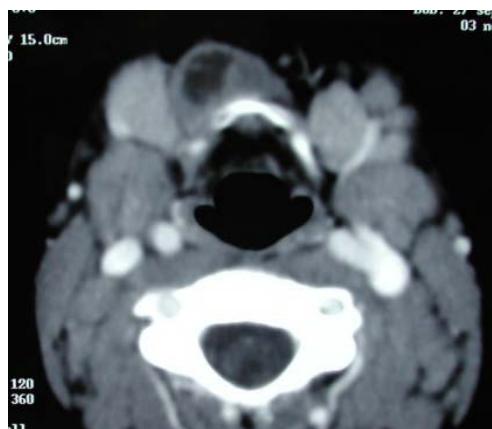


Figure 6 : aspect scanographique atypique

Le scanner montre une paroi épaisse avec la présence d'un contingent tissulaire au sein de la masse kystique. En dehors d'une complication infectieuse, cet aspect doit faire suspecter la présence d'un cancer thyroïdien.

Prise en charge

La prise en charge repose sur une exérèse chirurgicale du kyste et de l'ensemble du tractus thyroglosse. En cas de surinfection, une antibiothérapie sera mise en place pour « refroidir » l'infection avant d'envisager le traitement chirurgical. Si nécessaire une ponction sera réalisée pour vidanger la collection. On évitera d'inciser ou de drainer la collection, l'effraction du tractus étant reconnue comme un facteur de risque de récidive. Dans ce cas, le traitement chirurgical devra être différé d'au moins 3 à 4 semaines.

Technique chirurgicale

Le principe du traitement chirurgical, codifié par Sistrunk, consiste à réséquer le kyste ainsi que l'ensemble du tractus thyroglosse, depuis le foramen caecum jusqu'à la thyroïde (figure 7).

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, avec intubation orotrachéale. Le cou est mis en hyper-extension à l'aide d'un billot.

L'incision cervicale est réalisée dans un pli cutané, en regard de la membrane thyro-hyoïdienne (figure 7A).



Figure 7A : L'incision cervicale est réalisée dans un pli cutané, à hauteur de la jonction thyro-hyoïdienne. La dissection est menée sous la platysma.

En cas d'infection avec fistulisation, l'incision sera réalisée en quartier

d'orange, emportant les zones d'adhérence cutanée (figure 7B).



Figure 7B : En cas de fistulisation cutanée, une résection cutanée circonscrit la peau adhérente à la zone abcédée.

De même, en cas de drainage chirurgical préalable, l'incision reprendra l'ancienne cicatrice.

La dissection est menée sous le platysma, en emportant les tissus cellulo-graissieux au contact du kyste, en revenant latéralement sur l'os hyoïde (figure 7C).

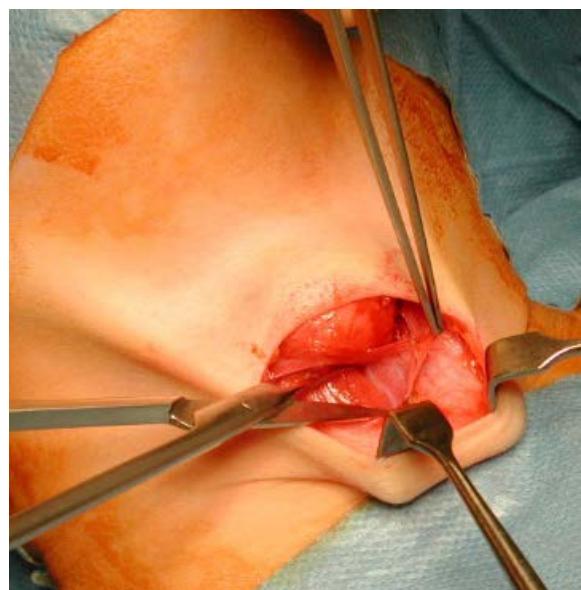


Figure 7C: Vers le bas, l'aponévrose cervicale moyenne est disséquée de part et d'autre de la ligne médiane, le long des muscles infra-hyoïdiens, jusqu'à la hauteur de l'isthme thyroïdien.

Après exposition des muscles sous-hyoïdiens, l'aponévrose cervicale moyenne est incisée le long des muscles sous-hyoïdiens environ 5 mm de part et d'autre de

la ligne blanche, jusqu'à hauteur de la thyroïde. La dissection se poursuit sur la face profonde des muscles sous-hyoïdiens, puis revient sur la trachée, en emportant l'ensemble du tissu cellulo-graissieux pré-trachéal (figure 7D).

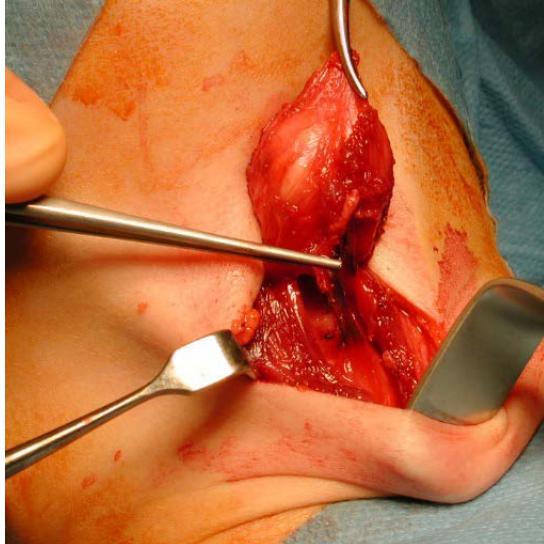


Figure 7D : L'ensemble des aponévroses de la ligne blanche et des tissus cellulo-graissieux pré-tachéaux sont disséqués jusqu'à l'os hyoïde. A la partie haute, la membrane thyro-hyoïdienne est réséquée, permettant le contrôle d'une éventuelle extension à la loge hyo-thyro-épiglottique.

La partie inférieure du tractus est alors libérée en sectionnant ces tissus au ras de l'isthme thyroïde, en emportant après coagulation ou ligature, le lobe pyramidal. L'ensemble de ces tissus est ensuite disséqué jusqu'à l'os hyoïde, en emportant le tissu cellulo-graissieux pré-laryngé ainsi que la membrane thyro-hyoïdienne. Le corps de l'os hyoïde est sectionné en dedans des petites cornes, environ 1 cm de part et d'autre de la ligne médiane. La section peut être réalisée avant ou après la résection de base de langue en fonction des conditions anatomiques (figure 7E). Vers le haut, les tissus sous-cutanés sont sectionnés en contournant le kyste, en dedans des muscles digastriques, jusqu'aux muscles mylo-hyoïdiens. La section de la base de langue est menée progressivement à travers les muscles, de part de d'autre de

la section du corps de l'os hyoïde en revenant progressivement vers le foramen caecum (figure 7F).

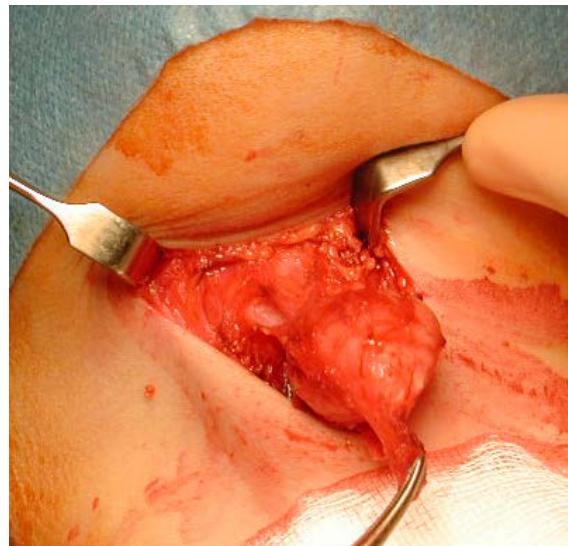


Figure 7E : Vers le haut, les muscles de la base de langue sont réséqués en formant un triangle dont la base correspond au corps de l'os hyoïde, contournant la masse kystique.



Figure 7F: Le corps de l'os hyoïde a été sectionné permettant l'accès complet à la loge hyo-thyro-épiglottique. La résection cunéiforme des muscles de la base de langue est progressivement ramenée sur le foramen caecum. A ce niveau, la résection du tractus doit être relativement large pour emporter une éventuelle arborescence du trajet.

Cette manœuvre peut être facilitée par la mise en bouche d'un doigt refoulant le foramen caecum vers l'avant. Il est important de noter que la partie distale de cette dissection doit rester relativement large compte tenu du risque d'arborescence du tractus au niveau du foramen caecum. La pièce est libérée par section du tractus au ras de la muqueuse du foramen caecum. La fermeture est réalisée par rapprochement des deux hémio-s hyoïdes et des muscles prélaryngés (figure 7 G).

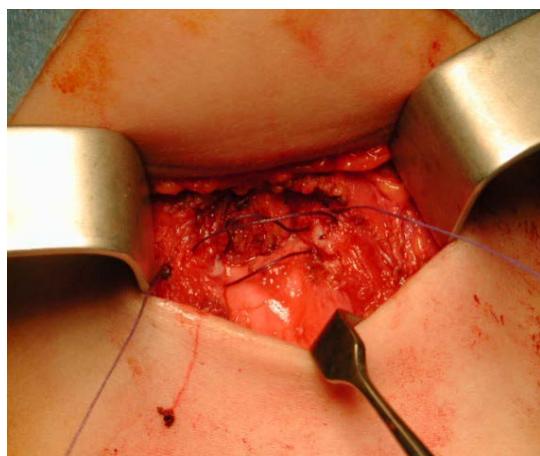


Figure 7G: Après résection de la pièce opératoire, les hémio-s hyoïdes sont rapprochés par une suture résorbable.

A la partie haute, la zone de section linguale reste ouverte ou rapprochée de façon non étanche, afin de réduire le risque d'hématome de base de langue. Un drain de Redon est placé en regard de la section linguale et revient dans les tissus sous-cutanés. La fermeture de l'incision musculo-cutanée est réalisée en 2 plans.

Soins post-opératoires

Le drain est laissé en place 24 à 48 heures. Un pansement cervical antérieur appliqué peut être maintenu pendant 4 à 5 jours afin de limiter le risque d'hématome secondaire ou de sérome.

Complications

Hématome de base de langue avec risque d'obstruction des voies respiratoires. Reprise chirurgicale en urgence avec évacuation de l'hématome et contrôle des hémostases. Hématome ou sérome secondaire pouvant nécessiter une ponction ou un drainage. Récidive du kyste, plus fréquente en cas de surinfection ou chirurgie préalable incomplète. Présence d'un cancer thyroïdien au sein du tractus dans près de 1% des cas. Ce risque justifie l'analyse anatomopathologique systématique de la pièce opératoire. Le diagnostic peut être suspecté en préopératoire en cas de masse tissulaire associée ou de calcification dans le trajet (figure 6). Ces éléments ne modifient pas l'indication de Sistrunk. Par contre, la poursuite de la prise en charge sera discutée en réunion multi-disciplinaires d'oncologie.

Ce qu'il faut retenir :

- Malformation cervicale la plus fréquente
- Vérifier la présence de la thyroïde avant chirurgie
- Proposer l'intervention dès le diagnostic afin de réduire le risque de surinfection
- Exérèse complète du tractus selon la technique de Sistrunk
- Risques : hématome de base de langue et récidive kystique

Auteur

Pr Pierre Fayoux
Service d'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Pédiatrique
Hôpital Jeanne de Flandre
CHRU Lille