

Article original

Kyste hydatique de la thyroïde

Hydatid cyst of thyroid gland

A. Oudidi *, M.-N. EL Alami

Service ORL, CHU Hassan-II, 30000 Fès, Maroc

Disponible sur internet le 27 mars 2006

Résumé

Introduction. – La localisation thyroïdienne d'un kyste hydatique est une affection rare et une localisation inhabituelle du kyste hydatique ; même dans les pays où l'hydatidose sévit à l'état endémique. Le but de ce travail a été de revoir les caractéristiques cliniques, les difficultés diagnostiques ainsi que les modalités thérapeutiques de cette affection peu fréquente.

Patients et méthode. – Étude rétrospective de six patientes présentant un kyste hydatique de la thyroïde opérées sur une période de quatre ans (de janvier 2000 à février 2005).

Résultats. – Pour trois patientes seulement (50 %), le diagnostic a été suspecté en préopératoire sur les données de l'imagerie et notamment l'échographie cervicale. L'immunologie hydatique (Elisa) était positive dans deux cas sur trois (66 %). Le traitement chirurgical a consisté en une lobo-isthmectomie avec kystectomie totale à kyste fermé dans quatre cas (67 %) et en une résection du dôme saillant dans deux cas (33 %). Le diagnostic a été confirmé en peropératoire par les données macroscopiques ainsi que par l'anatomopathologie. Les suites opératoires étaient simples dans tous les cas. La surveillance à distance, n'a décelé aucune récurrence avec un recul moyen de 19 mois.

Conclusion. – La localisation thyroïdienne d'un kyste hydatique est une éventualité rare mais possible. Le diagnostic positif peut être difficile en préopératoire. La taille et le doute diagnostique sont des éléments décisifs dans le choix du geste chirurgical (résection dôme saillant, kystectomie totale à kyste fermé).

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Introduction. – Primary hydatid cyst of thyroid gland is an exceptional localization. The thyroid gland is an uncommon site even in Morocco where echinococcal disease is endemic. The aim of this study was to report our experience of this rare disease, and to review diagnosis problems and management.

Patients and method. – Retrospective study of six patients with primary hydatid cyst of thyroid gland during a 4-year period.

Results. – We report six cases of primary hydatid cyst of thyroid gland. Symptoms were isolated thyroid nodules. Diagnosis was based on echography and echinococcal immunologic test. However, hydatid origin was suspected in only 50% of patients preoperatively and immunologic test had 33% false positive rate. Surgical management was a lobo-isthmectomy with a total resection of the cyst in four cases (67%) and a resection of the cyst prominent dome in two cases (33%). Diagnosis was always confirmed by macroscopic aspects and pathology. In all cases, the postoperative course was uneventful and no recurrence occurred with a 19 months follow up.

Conclusion. – Primary hydatid cyst of thyroid gland is a potential but rare situation. Positive diagnosis can be difficult during preoperative period. Cyst size and diagnosis doubt are two crucial criteria to decide the optimal surgical strategy (lobo-isthmectomy with total cyst resection vs resection of the cyst prominent dome).

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Kyste hydatique ; Glande thyroïde ; Traitement ; Lobectomie

Keywords: Hydatid cyst; Thyroid gland; Treatment; Lobectomy

* Auteur correspondant. BP 592, poste Batha, 30000 Fès, Maroc.

Adresses e-mail : otorhino@hotmail.com, orl.fez@gmail.com (A. Oudidi).

1. Introduction

L'hydatidose est une anthroponose cosmopolite commune à l'homme et à plusieurs mammifères [1–3]. Elle est due au développement de la larve hydatique d'un tænia de chien qui est l'*Ecchinococcus granulosus*. À la mort d'un hôte intermédiaire, la larve hydatique est ingérée par un hôte définitif. Les scolex vont alors devenir des tænia adultes dont les œufs vont contaminer de nouveaux hôtes intermédiaires. L'homme s'insère dans ce cycle accidentellement et constitue une impasse biologique pour le parasite car il n'a aucune possibilité de retransmission de la maladie [1,2,4]. La localisation thyroïdienne de la larve hydatique de *L'E. granulosus* est rare et seulement une vingtaine de cas ont été publiés [4–9]. L'hydatidose est une maladie qui sévit à l'état endémique dans plusieurs pays du Bassin méditerranéen et de l'Amérique du Sud mais qui reste peu fréquente en France [1]. Les localisations hépatiques et pulmonaires de cette atteinte parasitaire sont les plus habituelles [1,2]. La localisation thyroïdienne est rare [3, 4]. Le diagnostic positif préopératoire des kystes hydatiques de la thyroïde peut s'avérer difficile malgré les techniques d'imagerie par échographie, la cytoponction, et les sérologies hydatiques. À l'occasion de cette étude rétrospective de six cas de kystes hydatiques de la thyroïde, le but de ce travail a été de revoir les caractéristiques cliniques, les difficultés diagnostiques ainsi que les modalités thérapeutiques de cette affection peu fréquente.

2. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service d'otorhinolaryngologie du CHU Hassan-II, Fès, Maroc. Nous avons revu les dossiers de tous les patients opérés d'une thyroïdectomie dans notre centre de janvier 2000 à février 2005. Parmi eux, nous avons retrouvé six patientes qui ont été traitées pour kyste hydatique de la glande thyroïde dans cette période. Le diagnostic de kyste hydatique de la thyroïde a été suspecté à l'étape clinique et paraclinique (échographie cervicale, immunologie hydatique) et a toujours été confirmé en peropératoire et par l'anatomopathologie. Pour ces six patientes, nous avons revu les éléments cliniques et paracliniques préopératoires, le compte rendu opératoire, le compte rendu d'anatomopathologie, et l'évolution postopératoire.

3. Résultats

Sur une période de cinq ans, 314 patients ont été hospitalisés dans notre centre pour prise en charge d'un nodule thyroïdien. Parmi eux, six patients présentaient une localisation thyroïdienne d'hydatidose, représentant une prévalence d'environ 2 % de l'ensemble des nodules thyroïdiens (Tableau 1). Ces patients étaient de sexe féminin et il était toujours retrouvé à l'interrogatoire une origine rurale et un contact étroit avec des chiens. L'âge des patientes était compris entre 16 et 62 ans. Deux patientes (33 %) avaient dans leurs antécédents personnels une atteinte hydatique préalable : l'une avait été opérée à

deux reprises d'une localisation hydatique hépatique et l'autre d'une localisation pulmonaire.

Le kyste hydatique a été révélé dans tous les cas par une masse nodulaire de l'aire thyroïdienne associée à des douleurs sans caractère particulier. Toutes les patientes ont eu une échographie cervicale en préopératoire. Cet examen a permis d'évoquer le diagnostic de kyste hydatique chez trois patientes (50 %) en montrant des kystes multivésiculaires, et de préciser la topographie et le nombre des lésions observées. Pour les trois autres patientes, l'échographie cervicale n'était pas concluante (50 %). Cet examen retrouvait alors la nature kystique des masses thyroïdiennes mais sans pouvoir cependant en définir l'origine hydatique. Il n'y avait aucune localisation extrathyroïdienne chez ces six patientes. Une radiographie du thorax était réalisée et était normale dans tous les cas. Le bilan biologique ne retrouvait pas d'hyperéosinophilie mais en revanche la vitesse de sédimentation était accélérée dans 50 % des cas (trois patientes). Une sérologie hydatique a été réalisée chez les trois patientes où le diagnostic était évoqué à l'échographie. Cette sérologie était positive dans deux cas (66 %).

Une cervicotomie a été réalisée dans tous les cas. En peropératoire, la stérilisation des kystes et l'imbibition des champs de protection ont été assurées par de l'eau oxygénée. La nature du geste opératoire était fonction du siège, du volume et du rapport des kystes hydatiques avec le reste de la glande thyroïde. Le geste de résection thyroïdienne a consisté en une lobectomie avec périkystectomie totale dans quatre cas (67 %), une résection du dôme saillant dans deux cas (33 %). Un traitement médical associé était nécessaire chez une patiente en raison d'une localisation hydatique hépatique associée. Ce traitement correspondait à la prescription de trois cures de quatre semaines d'albendazole à la dose de 800 mg par jour, intercalées d'une semaine. L'étude histologique a confirmé le diagnostic de localisation hydatique thyroïdienne dans tous les cas. Les suites opératoires étaient simples et la morbidité postopératoire récurrentielle et parathyroïdienne était nulle. La surveillance postopératoire n'a pas montré de récurrence après un recul moyen de 19 mois.

4. Discussion

Parmi ces patients déjà rapportés, le diagnostic d'hydatidose de la thyroïde a été très rarement affirmé sur des éléments cliniques seulement. Ces éléments sont la présence d'une tuméfaction basicervicale antérieure molle ou ferme isolée sans syndrome algique associé, ni signe compressif ou extension locorégionale. Ces caractéristiques orientent généralement vers la bénignité sans pouvoir affirmer la nature de l'origine hydatique de ce nodule [6]. Le bilan biologique peut montrer une hyperéosinophilie mais ce sont surtout les perturbations immunologiques qui permettent de faire le diagnostic positif, principalement au stade de l'invasion ou lorsque le kyste hydatique est fissuré ou remanié [2]. L'immunologie qu'elle soit à visée cellulaire (intradermoréaction de Casoni) ou humorale (immunoelectrophorèse montrant des arcs caractéristiques [arc 5] ; la réaction d'hémagglutination, et l'immunofluorescence) est très utile pour faire le diagnostic positif mais elle est souvent faus-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4282362>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4282362>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)