



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/12843

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12843>



### RESEARCH ARTICLE

#### KYSTE DU TRACTUS THYREOGLOSSE DE DECOUVERTE TARDIVE CHEZ UN SUJET AGE DE 80 ANS

H. Edde Dih<sup>1</sup>, M. Tijani<sup>2</sup> and A. Ledour<sup>1</sup>

1. Service D'ORL Hôpital Militaire De Nouakchott-Mauritanie.
2. Service De Radiologie Hôpital Militaire De Nouakchott-Mauritanie.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 15 March 2021  
Final Accepted: 19 April 2021  
Published: May 2021

#### Abstract

Le KTT reste une tumeur rare de l'adulte et peut révéler un cancer. L'imagerie et l'histopathologie conditionnent la prise en charge. Toute fois la chirurgie selon Sistrunk reste le traitement de référence dans les formes de KTT simples.

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

#### Introduction:-

Les kystes du tractus thyroéglasse (KTT) sont des malformations cervicales congénitales dues à un défaut de résorption du tractus reliant la base de la langue à l'isthme thyroïdien ou à la pyramide de Lalouette [1, 2].

C'est une pathologie fréquente en ORL surtout pédiatrique, elle représente 40% des malformations cervicales congénitales [2, 3, 4].

L'âge de découverte des kystes se situe dans la majorité des cas dans l'enfance mais, ils peuvent se voir à tout âge [1, 5, 6, 7].

Le diagnostic est surtout clinique mais peut avoir recours à l'imagerie [8, 9].

La dégénérescence maligne au niveau du KTT est rare. Sa prévalence est d'environ 1 % des kystes [10].

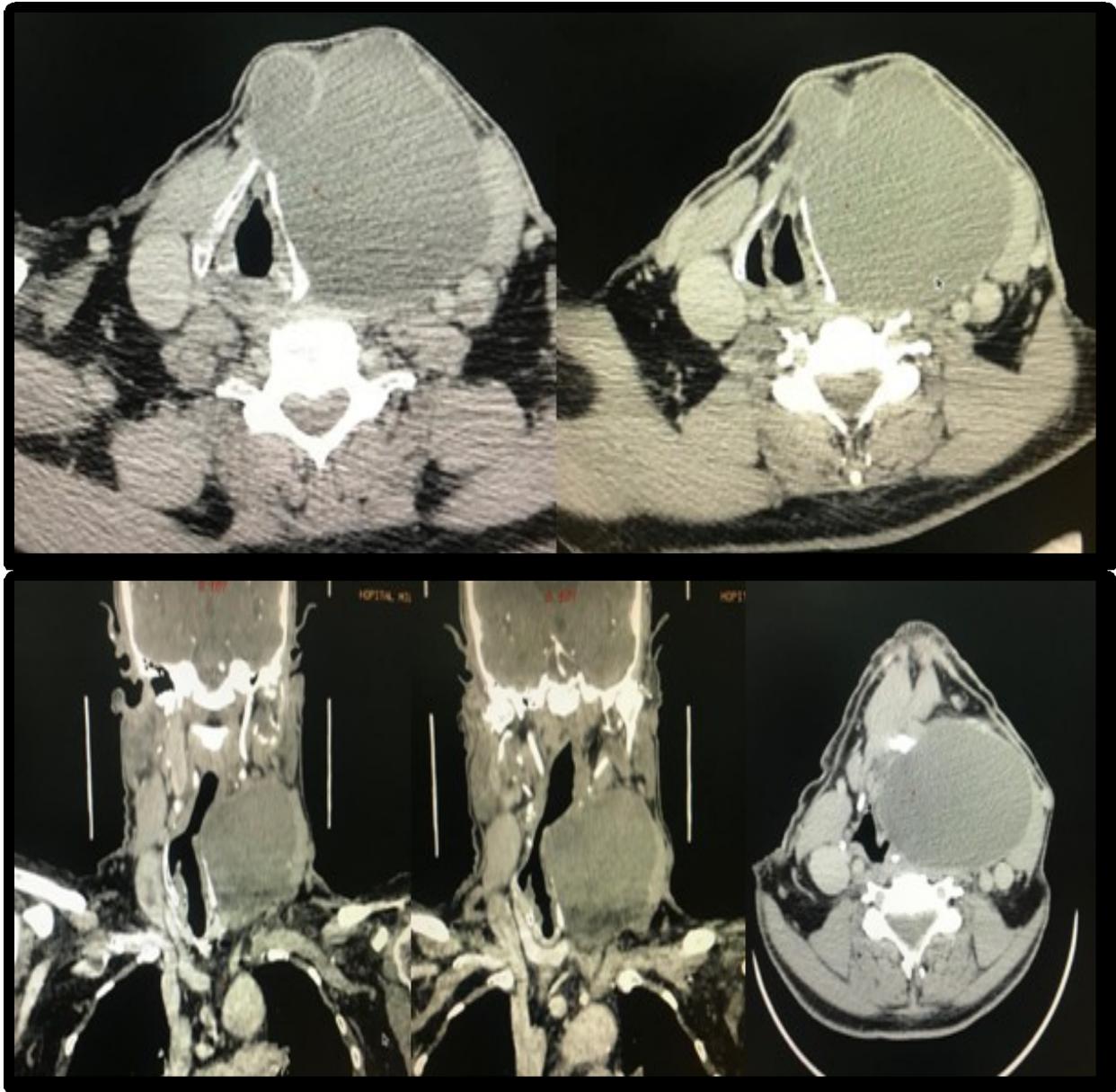
#### Observation:-

Patient âgé de 80 ans sans antécédents pathologiques particuliers consulte pour une masse cervicale antérieure remontant à l'âge de l'enfance. L'examen physique est sans autre anomalie.

Notre patient a bénéficié d'une TDM cervico-thoracique pour le diagnostic et le bilan pré-opératoire.

**Corresponding Author:- H. Edde Dih**

Address:- Service D'orl Hôpital Militaire De Nouakchott-Mauritanie.



La TDM montre: formation kystique bi-loculaire, au contact du corps de l'os hyoïde. Lésion médiane avec prolongement " en biscuit" à travers la membrane thyrohyoïdienne sans lyse osseuse ou cartilagineuse : aspect en faveur d'un KTT.



Les différentes étapes per-opératoires selon Sistrunk.

**Commentaire :**

Le diagnostic de KTT repose habituellement sur l'examen clinique associé à l'examen échographique qui peut être complété par une TDM.

L'échographie montre une masse médiane, en avant des cartilages laryngés, transsonique. L'examen doppler ne montre pas de flux au sein de cette masse. L'échographie permet en outre d'analyser la thyroïde et d'éliminer une thyroïde ectopique. 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) [11, 12].

Un scanner avec injection de produit de contraste peut être utile, notamment en cas de forme linguale ou de récurrence postopératoire, afin d'évaluer les rapports avec le reliquat hyoïdien [13,14]. L'examen montre une extension à la loge hyo-thyro-épiglottique.

A noter que le bilan thyroïdien n'a pas d'intérêt en cas de KTT 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.

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 récurrence. Dans ce cas, le traitement chirurgical devra être différé d'au moins 3 à 4 semaines.

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

### **Conclusion:-**

Le KTT reste une tumeur rare de l'adulte et peut révéler un cancer. L'imagerie et l'histopathologie conditionnent la prise en charge. Toute fois la chirurgie selon Sistrunk reste le traitement de référence dans les formes de KTT simples.

### **Déclaration de liens d'intérêts :**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### **Bibliographie:-**

1. David S.F, Mary E.F. Thyroglossal duct and other congenital midline cervical anomalies. *Seminars in pediatric surgery* 2006;15:70-75.
2. Murat S, Serdar B, Selcuk L, Mehmet A.S, Unusual presentation and location of thyroglossal duct cyst in a child. *Oto-laryngology-Head and Neck Surgery* 2007;136:854-855.
3. Garabedian E.N, Bobin S, Monteil J.P, et al. Kystes et fistules congénitaux de la face et du cou. *ORL de l'enfant- Paris : Flammarion* 1996:308-316.
4. Mohamed K, Badawy MD. *Pediatric neck masses. Elsevier Masson (paris)* 2010;11(2):73-79.
5. Nicollas R, Guelfucci B, Roman S, Triglia J.M. Congenital cysts and fistulas of the neck. *International Journal of Pediatric ORL* 2000;55:117-124.
6. Mondain M., Kerurien L, Guerrier B. Les kystes du tractus thyroïdien. *Cah. ORL* 1995 ;30(4) :217-220.
7. Yehouessi-Vignikin B, Medji S, Vodouhe U, Flatin M, Boko J, Kpanou S, Vodouhe J. Kystes et fistules thyroïdiennes de l'enfant. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale* 2012; 129(4):127.
8. Gupta P, Maddalozzo J. Preoperative sonography in presumed thyroglossal duct cysts. *Arch. otolaryngol. Head Neck surge* 2001;127:200-202.
9. Baatenburg D.E, Jong R, Rongen R, Lameris J, Knecht P. Ultrasound characteristics of thyroglossal duct anomalies. *J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec* 1993;55:299-302.
10. Tolga K, Nazif E, Enver V. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst with associated microcarcinoma of the thyroid and without cervical lymph node metastasis: a case report. *J Med Case Rep* 2008;2:42.
11. Ahuja A.T, Wong K.T, King A.D, Yuen E, Imaging for thyroglossal duct cyst: the basic essentials. *Clinical Radiology* 2005; 60:141-148.
12. Wadsworth D.J, Siegel H.J. Thyroglossal duct cysts, variability of sonographic findings. *Am J ROENTGENOL*, 1994;163(6): 1475-1477.
13. Bourjat P, Cartier J, Woerther J.P. Thyroglossal duct cyst in hyoid done: CT confirmation. *J.comp assisted tomo*, 1988;12(5): 873-878.
14. Eric B. P, Philip D; Andrew J. Senechal, DO; et al. Acute Airway Obstruction from a Thyroglossal Duct. *Oto-laryngology-Head and Neck Surgery*, August 2005;133(2).