

Introduction:

L'adénome parathyroïdien intrathyroïdien est une anomalie rare expliquée par des anomalies de migration des ébauches embryonnaires des parathyroïdes.

Patients et méthodes:

Nous rapportons les cas de deux patientes porteuses d'un adénome parathyroïdien intrathyroïdien suivies au Service d'Endocrinologie du CHU de Fès.

Description des cas:

Cas n°1:

Patiente de 44 ans, ayant comme antécédents une HTA, une insuffisance rénale chronique et une hypothyroïdie, consulte pour hyperparathormonémie. L'examen cervical trouve un goitre stade Ib. Le bilan biologique montrait une TSH normale, une PTH intacte à 30 fois la normale, une hypercalcémie à 113 mg/l et une hypercalciurie. A l'échographie cervicale, la glande thyroïde était augmentée de taille, avec présence de 3 lésions nodulaires hypoéchogènes au contact du pôle postérieur des lobes thyroïdiens. La scintigraphie à la MIBI montrait une fixation intense au niveau des régions rétrothyroïdiennes évocatrice d'adénomes parathyroïdiens. Une thyroïdectomie totale avec ablation des 3 adénomes fut réalisée. L'étude histologique et immunohistochimique montrait un aspect d'adénomes parathyroïdiens de localisation intrathyroïdienne. La parathormone et la calcémie se sont normalisées en post-opératoire.

Cas n°2:

Patiente de 30 ans, hémodialysée chronique, consulte pour un nodule thyroïdien. L'examen cervical était sans particularités. La TSH était normale, la parathormone était élevée à 24,8 fois la normale avec une calcémie corrigée normale à 90mg/l. A l'échographie cervicale, la glande thyroïde était de taille normale, siège de deux nodules très hypoéchogènes. Une cytoponction a été réalisée dont l'interprétation concluait à un néoplasme folliculaire. La patiente a bénéficié d'une thyroïdectomie totale dont le résultat anatomopathologique mettait en évidence un adénome parathyroïdien intrathyroïdien.

Discussion:

-L'étiologie la plus fréquente de l'hyperparathyroïdie primaire est l'adénome parathyroïdien unique (80-85% des cas), suivie par l'hyperplasie parathyroïdienne (10-15% des cas), par l'adénome parathyroïdien double (2-5% des cas) et le carcinome parathyroïdien (1% des cas) [1].

-L'incidence des adénomes parathyroïdiens intrathyroïdiens est de 0,7 % à 6,7 % [2,4,5]. Cette large fourchette est liée à l'absence de consensus concernant la définition d'un adénome parathyroïdien intrathyroïdien : certains auteurs y incluent les adénomes parathyroïdiens partiellement intra- thyroïdiens tandis que d'autres considèrent que l'adénome parathyroïdien doit être complètement situé dans le parenchyme thyroïdien [2] [3].

-L'ectopie parathyroïdienne peut se situer de l'angle de la mandibule jusqu'au péricarde, Mais toujours dans la gaine viscérale cervico-médiastinale. Dans la série de Jaskowiak et al, la localisation thyroïdienne représente le deuxième site ectopique après le site thymique et médiastinal [4].

-Sur le plan physiopathologique, ces ectopies sont expliquées par des anomalies de migration des ébauches embryonnaires des parathyroïdes : le tissu parathyroïdien va alors partager la localisation d'un tissu avec lequel il partage un point commun embryonnaire. Elles semblent également intéresser de façon inexplicable les parathyroïdes inférieures [1,2].

-Le diagnostic différentiel inclut d'autres lésions parathyroïdiennes (hyperplasie parathyroïdienne à cellules principales, carcinome parathyroïdien) et certaines lésions thyroïdiennes (nodule vésiculaire hyperplasique, adénome vésiculaire, carcinome papillaire et carcinome médullaire) pour lesquelles l'immunohistochimie (TH, TTF1, Thyroglobuline, calcitonine) pourra apporter une aide : Au plan immunohistochimique, l'adénome parathyroïdien exprime la parathormone et la chromogranine, le TTF1 est négatif.

-La stratégie thérapeutique actuelle vise un repérage préopératoire des glandes parathyroïdes pathologiques qui combine les données de l'échographie cervicale, de la scintigraphie au MIBI-Tc99m et de la cervicotomie exploratrice.

Conclusion:

L'ectopie parathyroïdienne est l'une des causes d'échec du traitement chirurgical des hyperparathyroïdies. L'exploration chirurgicale et l'étude anatomopathologique restent nécessaires au diagnostic.

REFERENCES

- [1]- Roy M, Mazeh H, Chen H, Sippel RS. Incidence and localization of ectopic parathyroid adenomas in previously unexplored patients. World J Surg 2013;37:102-6.
- [2]- Guinier D, Delroeu D, Viennet G, Mantion GA. Intrathyroidal parathyroid adenoma. Study of a case. Ann Endocrinol (Paris) 2004;65:221-4.
- [3]-Mazeh H, Kouniavsky G, Schneider DF, et al. Intrathyroidal parathyroid glands: small, but mighty (a Napoleon phenomenon). Surgery 2012;152:1193-200.
- [4]-Jaskowiak N, Norton JA, Alexander HR, et al. A prospective trial evaluating a standard approach to reoperation for missed parathyroid adenoma. Ann Surg 1996;224:308-20.