

UN GROS KYSTE CERVICAL REVELATEUR D'UN.....

R. Hadjersi*^a, LW. Chaker^b, S. Achir^b, D.Foudil^b, S. Mimouni^b, Y.Yazibene^c, M. Abedelali^d.

^a CPMC service de cytologie clinique, Alger, Algérie.

^b Service d'endocrinologie CPMC, Alger, Algérie.

^c Service d'ORL CHU Kouba, Alger, Algérie.

^d CHU Parnet service de cytologie, Alger, Algérie.



Introduction:

- Les kystes parathyroïdiens représentent 0,5% de la pathologie parathyroïdienne et 1% des masses kystiques cervicales [1][2].
- Les kystes simples, de petite taille, sont fréquentes, plus rares quand ils atteignent une taille macroscopique.
- Les aspects moins typiques représentent 15-20% des cas dans la littérature [1].
- Les kystes non fonctionnels sont essentiellement localisés en cervical antérieur et inférieur avec une prédominance à gauche dans 60% des cas [2].
- Nous rapportons un aspect rare d'adénome parathyroïdien kystisé, révélé par des signes de compression.

Clinique:

- B.A âgé de 50 ans aux antécédents personnels d'HTA et de diabète de type 2, sans antécédents familiaux particuliers, le début de la symptomatologie était marqué par l'apparition d'une toux avec dysphonie.

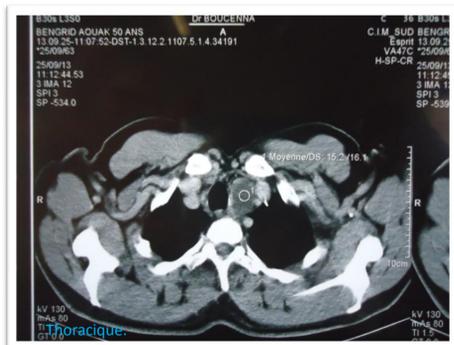
À l'examen clinique:

- Le patient était en bon état général, en surpoids (BMI=26Kg/m²).
- Il présente un goitre de type II, siège d'une formation nodulaire lobaire inférieure gauche, ferme, mobile, non douloureuse, compressive et sans adénopathies cervicales palpables.
- En euthyroïdie clinique, sans signes d'hypercalcémie ou d'hyperparathyroïdie.
- L'examen ORL (endoscopique) a révélé une paralysie totale récurrentielle gauche.

Les examens para-cliniques:

L'exploration radiologique:

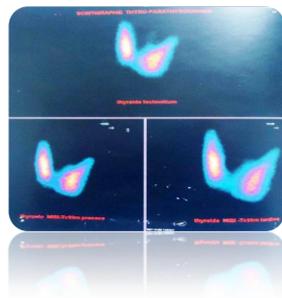
TDM cervico-thoracique: avec injection de contraste iodée.



Formation nodulaire hypo dense dans la région cervicale antérieure basse gauche; mesurant **39 mm** de diamètre axiale, s'étendant vers le médiastin à travers l'orifice cervico-thoracique sur une hauteur de **83 mm** avec effet de masse sur les structures de voisinage.

La scintigraphie thyro-parathyroïdienne au MIBI:

L'aspect scintigraphique parathyroïdien était normal.



DISCUSSION:

- Le diagnostic de kyste parathyroïdien est rarement évoqué surtout lorsqu'ils sont fonctionnels, peu de cas décrits dans la littérature [5].
- Dans notre cas le motif de consultation était une dysphonie, le diagnostic de kyste parathyroïdien s'est appuyé sur le dosage de la PTH in situ qui était fortement positive.
- Le traitement chirurgical était justifié devant la symptomatologie de kyste (la paralysie récurrentielle gauche).
- L'histologie a confirmé le diagnostic d'adénome parathyroïdien gauche kystisé.
- La surveillance du patient repose essentiellement sur l'évolution clinique, l'examen échographique et les examens biologiques.

CONCLUSION:

Alors que moins de 300 cas sont actuellement décrits dans la littérature, nous rapportons l'observation d'un cas rare d'adénome parathyroïdien kystisé fonctionnel [8]. Le diagnostic de kyste parathyroïdien est rarement évoqué et doit s'appuyer essentiellement sur le dosage de la parathormone dans le liquide de ponction [7].

L'échographique cervicale:

était compatible avec un kyste remanié de la loge parathyroïdienne gauche mesurant **68x38x36mm** (sans composante charnue décelable), à contenu finement écho gène contenant de fines cloisons avec des contours polylobés. Goitre, hétérogène multi nodulaire.



Kyste de la loge parathyroïdienne gauche.

L'exploration biologique:

Une hyperparathyroïdie biologique:

| | PTH (Pg/ml) N:15-65. | Calcémie (mg/l) | Phosphorémie (mg/l) |
|----|-------------------------|-----------------|---------------------|
| J1 | 85 | 122 | 18 |
| J2 | 104 | 120 | 20 |
| J3 | 20 | 119 | 19 |
| | Modérément élevée. | Élevée. | Basse. |

-Vitamine D =9,09ng/ml (carence).

-Une hypothyroïdie infra clinique: TSHus =6,6UI/ml (0,25-4).

-FT4=14,5pg/ml. FT3=3,7pg/ml normales.

-Les AC anti Tg (-): négatif.

-Alors que les AC anti TPO (+):188,3 UI/ml.

-Hypercholestérolémie à 2,20g/l.

-Une cytoponction évacuatrice a ramené **75 CC** d'un liquide non eau de roche « brunâtre ». Avec aspect cytologique d'un kyste colloïde.

-Le dosage de la PTH in situ est revenu fortement positive (**5000pg/ml**).

-La Tg in situ est revenue négative (0,24ng/ml).

Le patient a bénéficié d'une thyroïdectomie totale avec ablation de kyste gauche. Les suites opératoires étaient simples.

L'histologie a confirmé le diagnostic de kyste parathyroïdien gauche à paroi adénomateuse.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- [1] Black B.M., Watts C.F. Cysts of parathyroid origin. *Surgery* 1949; 25: 941-949
- [2] Bilezikian J.P., Marcus R., Levine M.A. The functional and pathologic spectrum of parathyroid abnormalities in hyperparathyroidism. In: New York Raven Press: 1992; 435-437.
- [3] Ginsberg J., Young J.E.M., Wallfish P.G. Parathyroid cysts. Medical diagnosis and management *JAMA* 1978; 240: 1506-1507
- [4] Avi A., Mysiorek D., Wasserman P. Parathyroid cyst: current diagnostic and management principles. *Head Neck* 1996; 18: 370-373 [crossref]
- [5] Clark O.H. Parathyroid cysts. *Am J Surg* 1978; 135: 395-402
- [6] Calandra D.B., Shah K.H., Prinz R.A., Sullivan H., Hofman C., Oslapas R., et al. *Surgery* 1983; 94: 887-892
- [7] Pacini F., Antonelli A., Lari R., Casperini L., Baschieri L., Pinchera A. Unsuspected parathyroid cysts diagnosed by measurement of thyroglobulin and parathyroid hormone concentrations in fluid aspirates. *Ann Intern Med* 1985; 102: 793-794
- [8] Prinz R.A., Peters J.R., Kane J.M., Wood J. Needle aspiration of nonfunctioning parathyroid cysts. *Am Surg* 1990; 56: 420-422.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.