

ADENOME PARATHYROÏDIEN INTRATHYMIQUE: A PROPOS D'UN CAS

A. SLAMA, T. TAYEB, M. GUEZGUEZ*, S. RAMMEH**, H. KOCHTALI

SERVICE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

* SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE

**SERVICE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C.H.U F.HACHED SOUSSE

RESUME

Introduction : Les adénomes parathyroïdiens posent le problème de leur diagnostic topographique. A partir d'un cas clinique d'adénome parathyroïdien intrathyrique, les auteurs rappellent l'intérêt d'un bilan localisateur préopératoire.

Observation : Il s'agit d'un homme âgé de 19 ans présentant une hyperparathyroïdie primitive. La scintigraphie à la Sestamibi a montré une hyperfixation inhabituelle du radiotracteur au niveau du creux sus sternal, permettant d'évoquer le diagnostic d'un adénome parathyroïdien intrathyrique. Il a été réalisé une adénectomie en utilisant une voie d'abord cervicale et l'évolution post-opératoire était favorable.

Conclusion : La scintigraphie Sestamibi constitue l'examen de choix pour établir le diagnostic topographique des adénomes parathyroïdiens. Cet examen permet de limiter la voie d'abord chirurgicale et d'éviter les cervicotomies blanches.

Mots-clés : Adénome parathyroïdien, thymus, scintigraphie.

SUMMARY

Introduction : Parathyroid adenomas present the difficulty of their exact topographic diagnosis. Through a clinical report of intrathyric parathyroid adenoma, the authors insist on the importance of preoperative localization.

Observation : The authors present the case of a 19-year-old man with the diagnosis of primary hyperparathyroidism. The Sestamibi scintigraphy showed an abnormal hyperfixation in the sus sternal hollow. The diagnosis of an intrathyric parathyroid adenoma was evoked. An adenectomy was performed using a cervical approach and postoperative outcomes were favourable.

Conclusion : The Sestamibi scintigraphy appears to be the best exam to establish topographic diagnosis of parathyroid adenoma.

This exam permits to select the surgical approach and to avoid failed cervicotomy.

Keywords : Parathyroid adenoma, thymus, scintigraphy.

INTRODUCTION

L'hyperparathyroïdie primaire (HPTp) résulte dans plus de 80% des cas d'un adénome, plus rarement d'une hyperplasie et exceptionnellement d'un carcinome parathyroïdien (1). Dans la majorité des cas, l'adénome se développe au niveau des glandes parathyroïdiennes inférieures et sa localisation intrathyrique est rare (2,3).

A travers une observation clinique, les auteurs rappellent la nécessité d'un bilan localisateur des adénomes parathyroïdiens intrathyriques.

OBSERVATIONS

Il s'agit d'un homme âgé de 19 ans, sans antécédents pathologiques, qui a été hospitalisé pour une lithiase rénale gauche associée à une hypercalcémie menaçante. L'examen cervicofacial était pauvre. En effet, la palpation n'a pas retrouvé de nodules dans la loge thyroïdienne ni d'adénopathies cervicales. L'examen général était sans particularités avec absence de signes d'insuffisance réna-

le chronique.

Le bilan biologique a montré une hypercalcémie à 3,56 mmol/l (valeurs normales 2,38-2,70 mmol/l), une hypophosphorémie à 0,53 mmol/l (valeurs normales 0,87-1,45 mmol/l), une hyperparathormonémie à 190,2 pg/ml (valeurs normales 15-65 pg/ml) et une fonction rénale normale. Devant ces signes biologiques, le diagnostic d'HPTp a été retenu.

Le bilan localisateur de la lésion parathyroïdienne a comporté une scintigraphie à la Sestamibi qui a révélé une hyperfixation inhabituelle du radiotracteur au niveau du creux sus sternal dans le prolongement et à distance du lobe thyroïdien gauche (Fig. 1). Il n'a pas été noté d'autres foyers hyperfixants ni au niveau de la région cervicale ni au niveau de la région thoracique.

Cet aspect scintigraphique était fortement évocateur d'un foyer parathyroïdien intrathyrique et hypersécrétant.

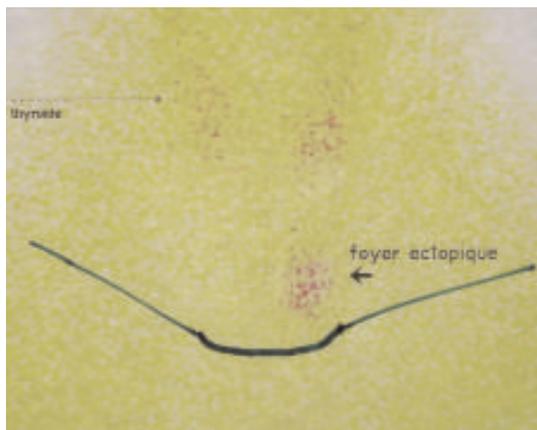


Fig. 1: Scintigraphie Sestamibi montrant une hyperfixation au niveau du creux sus sternal.

Après un abord cervical limité du creux sus sternal, on a découvert dans le prolongement cervical du thymus une lésion ovalaire, bien limitée, d'aspect rouge violacé et de 10 mm de grand axe (Fig. 2). Il a été réalisé une exérèse de la lésion emportant le tissu thymique avoisinant (Fig. 3).



Fig. 2: Aspect per-opératoire de l'adénome parathyroïdien intrathymique.



Fig.3: Pièce d'exérèse emportant l'adénome et le tissu thymique avoisinant.

L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse a conduit au diagnostic d'adénome parathyroïdien intrathymique (Fig. 4).

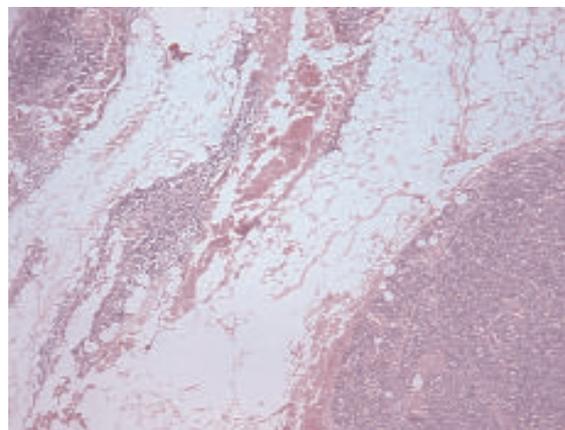


Fig. 4: (HEx50): Aspect histologique de l'adénome parathyroïdien (en bas et à droite) inclus dans le tissu thymique (en haut et à gauche).

L'évolution postopératoire était favorable avec une normalisation des taux de la calcémie, de la phosphorémie et de la parathormonémie. Après un recul de 6 mois, il n'a pas été noté de récives.

DISCUSSION

L'HPTp est secondaire, dans 80 à 85% des cas, à un adénome parathyroïdien qui siège essentiellement au niveau des glandes parathyroïdes inférieures (1,2). L'incidence des adénomes parathyroïdiens intrathymiques est variable selon les auteurs (3,4).

Dans une série de 231 patients opérés pour des hyperparathyroïdies, Phitayakorn et McHenry ont retrouvé 37 cas (soit 16 % des cas) de lésions ectopiques dont 7 cas intrathymiques (soit 3% des cas) (5). Selon l'étude de Dhoub, 88% des adénomes parathyroïdiens siègeraient au niveau des glandes inférieures et un seul cas d'adénome intrathymique a été constaté parmi les 34 patients opérés pour HPTp (6).

Le recours à un bilan localisateur des lésions parathyroïdiennes hypersécrétantes, surtout infraclinique, est actuellement fortement recommandé en préopératoire(7). En effet, La localisation préopératoire de l'adénome parathyroïdien permet de limiter la voie d'abord chirurgicale, de raccourcir le temps opératoire et d'éviter les hypocalcémies postopératoires observées en cas d'exploration systématique des 4 sites habituels des parathyroïdes. En cas d'adénome ectopique ou intrathymique, le bilan localisateur est impératif puisqu'il permet d'éviter la cervicotomie « blanche » (8).

A coté de l'examen clinique, l'imagerie constitue un examen indispensable pour le diagnostic positif et topographique de l'adénome parathyroïdien.



L'échographie parathyroïdienne, l'examen le plus prescrit, reste opératoire dépendant avec une sensibilité variable entre 55 et 85 % (9,10).

La tomodensitométrie est surtout indiquée en cas de négativité de l'échographie ou avant une reprise chirurgicale pour des hyperparathyroïdies persistantes ou récidivantes (11).

La scintigraphie de soustraction au ^{99m}Tc -Sestamibi est actuellement considérée comme la technique de choix puisqu'elle présente une sensibilité de l'ordre de 95% et offre une meilleure qualité d'image que la tomodensitométrie avec une irradiation plus faible (11,12). D'après Mitchell, cet examen a permis d'identifier 16 adénomes parmi 17 cas et 19 hyperplasies glandulaires parmi 21 cas (13).

Chez notre patient, la scintigraphie à la Sestamibi a permis de faire le diagnostic topographique de l'adénome et d'en faciliter le traitement chirurgical en évitant la cervicotomie « blanche » et l'hypocalcémie postopératoire.

CONCLUSION

Le diagnostic topographique des adénomes parathyroïdiens intrathyriques, qui repose essentiellement sur la scintigraphie Sestamibi, permet d'éviter les hypocalcémies postopératoires et les cervicotomies « blanche ».

REFERENCES

- 1- Ruda JM, Hollenbeak CS, Stack BC. A systematic review of the diagnosis and treatment of primary hyperparathyroidism from 1995 to 2003. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 132: 359-72.
- 2- Wang CA. The anatomical basis of parathyroid surgery. *Ann Surg.* 1976; 183:271-75.
- 3- Peeler B.B, Martin W.H, Sandler M.P. Sestamibi parathyroid scanning and preoperative localization studies for patients with recurrent/persistent hyperparathyroidism: development of an optimal localization strategy. *Am Surg.* 1997; 63:37- 46.
- 4- Hamaloglu E, Fani Bozkurt M, Dogan R. Unexpected Detection of an Intrathyric Parathyroid Adenoma by Tc-99m-MIBI Scintigraphy: The role of scintigraphy in planning surgical treatment. *The Endocrinologist.* 2005; 15: 366-69.
- 5- Phitayakorn R, McHenry C.R. Incidence and location of ectopic abnormal parathyroid glands. *Ann Surg.* 2006; 191: 418- 23.
- 6- Dhoub H, Hammami B, Ben Thabet A, Drira M.M. Traitement chirurgical de l'hyperparathyroïdisme primaire: techniques et résultats. *J.Tun ORL.* 2006; 16: 8-11
- 7- Boggs J.E, Irvin G.L, Carnerio D.M. The evolution of parathyroidectomy failures. *Surgery.* 1999; 126:998-1003.
- 8- Bilezikian JP, Potts JT, Fuleihan G.H. Summary statement from a workshop on asymptomatic primary hyperparathyroidism: a perspective for the 21st century. *J.Clin Endocrinol Metab.* 2002; 87: 5353- 61.
- 9- Chou F.F, Wang P.W, Sheen-Chen S.M. Preoperative localisation of parathyroid glands in primary hyperparathyroidism. *Eur J Surg.* 1997; 163: 889-95.
- 10- Jeanguillaume C, Hindie E, Mellièrè D. Récents progrès en imagerie scintigraphiques des parathyroïdes. *Ann Endocrinol.* 1997 ; 58: 143-51.
- 11- Ahuja A.T, Wong, K.Y, Ching A.S.C. Imaging for primary hyperparathyroidism- What beginners should know. *Clinical Radiology.* 2004; 59: 967-76.
- 12- Mullan BP. Nuclear medicine imaging of the parathyroid [review]. *Otolaryngol Clin North Am.* 2004; 37: 909-29.
- 13- D'Avanzo A, Parangi S, Morita E. False positive ^{99m}Tc Sestamibi scans in patients with osteitis fibrosa cystica and brown tumours. *Eur J Surg.* 2001; 167:592-97.