

KYSTE THYMIQUE CERVICAL

CERVICAL THYMIC CYST

A. Belghith¹, H. Touil¹, M. Bouzaiene¹, M. Hmid²

¹ Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, Plastique et Esthétique, CHU de Mahdia, Tunisie.

² Service de chirurgie plastique, CHU de Mahdia, Tunisie.

RESUME

Objectifs : Le kyste thymique est une tumeur congénitale rare. Souvent asymptomatique, elle atteint généralement les enfants âgés de moins de 10 ans. Siégeant au niveau du cou, cette tumeur pose essentiellement le problème de diagnostic différentiel clinique. Son traitement est chirurgical avec un excellent pronostic et un très faible risque de récurrence locale. Nous rapportons un cas de kyste thymique cervical et nous rappelons la pathogénie et les diagnostics différentiels.

Mots clés : kyste thymique, cou, histologie

ABSTRACT

Purpose of study: The thymic cyst is a rare congenital tumor. Usually asymptomatic, this tumor is generally seen in childhood under the age of ten. In the neck, the preoperative diagnosis of this tumor is difficult and is rarely made. The treatment of choice is surgical excision. The long-term prognosis is excellent with a low rate of local recurrence.

We report a new case of cervical thymic cyst and review the pathogenesis and the differential diagnosis.

Keywords: Thymic cyst, neck, histology.

INTRODUCTION

Le kyste thymique est une étiologie rare des masses cervicales. Son étiopathogénie est encore mal élucidée. Rarement évoqué devant une tuméfaction cervicale, le diagnostic est souvent de découverte histologique après l'examen de la pièce opératoire. Nous rapportons un cas de kyste thymique cervical et nous exposons les particularités embryologiques, cliniques et thérapeutiques de cette entité pathologique.

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente, âgée de sept ans, qui nous a consulté pour une tuméfaction latéro-cervicale gauche, indolore, ayant évolué progressivement depuis l'âge d'un an, sans épisodes inflammatoires associés. L'examen clinique a montré une masse oblongue, siégeant au niveau de la région latérale moyenne du cou. La peau en regard était d'aspect normal. A la palpation, cette formation était bien limitée, faisant 5 cm de grand axe, élastique, indolore et immobile à la déglutition. Elle était mobile par rapport aux plans profond et superficiel.

Par ailleurs, il n'y avait pas de thrill, ni de bruit à l'auscultation. La loge thyroïdienne était libre ainsi que les aires ganglionnaires cervicales. L'examen otorhinolaryngologique était sans anomalies. Le reste de l'examen somatique n'a montré rien de particulier. Au terme de cet examen, nous avons évoqué les diagnostics de laryngocèle ou de kyste branchial. Le bilan biologique n'a pas permis d'orienter le diagnostic. L'échographie a montré une masse anéchogène cervicale gauche, bien limitée. La tomodensitométrie (Fig. 1 et 2) a montré une masse latéro-cervicale gauche étendue à l'espace rétro-pharyngé. Cette masse était de faible densité suggérant le diagnostic de kyste branchial.

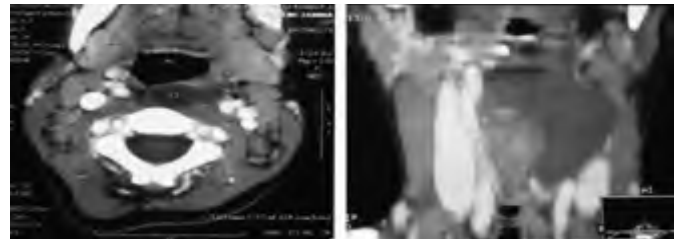


Figure 1

Figure 2

Figures 1 et 2 : Tomodensitométrie en coupes axiale et coronale montrant une masse rétro-pharyngée et latéro-cervicale gauche, de faible densité liquidienne.

Une exérèse chirurgicale complète de la lésion été réalisée, par voie d'abord cervicale (Fig. 3). En per-opératoire, nous avons constaté une tumeur polylobée et bien encapsulée, faisant 8 x 4cm, à contenu liquidien violacé qui semble être poursuivie par un trajet fistuleux jusqu'à la région sus-hyoïdienne. Après dissection du paquet vasculaire jugulo-carotidien, la masse a été extirpée avec son prolongement fistuleux.



Figure 3

Figure 3 : La pièce d'exérèse tumorale : Aspect macroscopique multi-loculaire, bien encapsulé, à contenu liquidien sombre avec un prolongement fistuleux.



Les suites opératoires ont été simples. L'étude histologique de la pièce opératoire a noté deux contingents tissulaires : un tissu thymique, siège de nombreuses cavités kystiques et bordé par un épithélium pavimenteux, associé par endroits à un tissu parathyroïdien. Aucun signe de malignité n'a été retrouvé (Fig. 4 et 5). Ces données anatomopathologiques ont permis de poser le diagnostic de kyste thymique cervical.



Figure 4

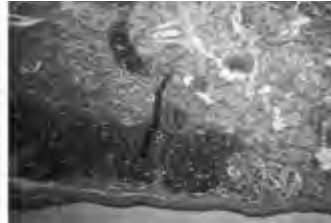


Figure 5

Figure 4 : Coupe histologique montrant un tissu thymique fait de lobules de cellules lymphoïdes et bordé d'une membrane de type pavimenteux.

Figure 5 : Coupe histologique montrant la présence de tissu parathyroïdien au sein du parenchyme thymique.

Avec un recul de 18 mois, la patiente ne présente pas de récurrence locale.

DISCUSSION

Le kyste thymique est une tumeur congénitale rare (1-4). Elle atteint généralement les enfants âgés de 4 à 7 ans avec une légère prédominance masculine (4,5). Le côté gauche est atteint dans 68% des cas (2,7,8). Cette tumeur peut siéger à n'importe quel niveau du trajet de migration du thymus, depuis l'angle mandibulaire jusqu'au médiastin supérieur (1,8). La pathogénie est expliquée soit par un défaut de migration thymique au cours de l'organogenèse, soit par une dégénérescence kystique de résidus thymiques même avec une migration normale du thymus (3,4,6,8).

Cliniquement, les kystes thymiques sont asymptomatiques dans 90 % des cas (2,6,8). Les complications, principalement compressives, sont rarement révélatrices (4,6,9). Une extension médiastinale est retrouvée dans environ 50 % des cas et doit être systématiquement recherchée (2, 8,9).

Le diagnostic différentiel clinique se pose avec les kystes branchiaux, les lymphangiomes kystiques, les lymphomes, le kyste bronchogénique cervical, le kyste dermoïde, l'hygroma kystique et les tératomes (1-4, 7, 9,10). Dans la majorité des cas l'échographie-doppler confirme le caractère kystique de ces tumeurs (8,9). Un scanner cervico-thoracique avec injection est demandé en deuxième intention devant un doute sur une extension médiastinale ou sur les rapports anatomiques de cette tumeur, notamment avec les vaisseaux du cou (6,7,9). Le diagnostic final ne sera établi que par l'examen anatomopathologique, après exérèse chirurgicale (6). Cette tumeur, uni ou multiloculaire, se définit histologiquement par la présence d'un contenu liquidien clair ou le plus souvent noirâtre avec parfois des débris nécrotiques et des cristaux de cholestérol. Les corpuscules de Hassall toujours évidents, constituent un élément pathognomonique. La paroi est faite d'un épithélium squameux, cuboïde, son épaisseur peut aller de quelques millimètres à 1 cm. Les composants thymiques sont en rapport intime avec cette paroi. La présence de tissu parathyroïdien a été rapportée dans la littérature (cas de notre patiente). La principale théorie évoquée est l'aptitude des cellules thymiques à se différencier en cellules parathyroïdiennes (6,7,10,11). Le traitement chirurgical demeure le traitement de choix de ces tumeurs (2,7). Le pronostic de cette entité pathologique est excellent avec un risque très faible de récurrence locale. Aucun cas de dégénérescence maligne n'a été rapporté (6,7). Cependant des cas d'association de cette tumeur avec une pathologie maligne thymique ont été rapportés ; notamment l'association avec un thymome et un carcinome basaloïde du thymus (12,13).

CONCLUSION

Le kyste thymique constitue une étiologie rare des masses cervicales latérales. Souvent méconnue en pré-opératoire, cette pathologie amène à discuter les autres tumeurs des tissus mous rencontrées dans cette localisation. La chirurgie demeure le seul traitement permettant l'exérèse et la confirmation anatomopathologique. Ce kyste congénital siège surtout au niveau du cou mais peut s'étendre ou naître dans le médiastin, ce qui nécessite une prise en charge avertie afin d'éviter les récurrences en cas de résection incomplète.

REFERENCES

1. Lyons T.J, Dickson J.A.S et Variend S. Cervical thymic cysts. *Journal of pediatric surgery*; 24 (1989): 241-243.
2. Ozturk H, Karnak I, Deveci S et al. Multilocular cervical thymic cyst: an unusual neck mass in children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*; 61 (2001): 249-252.
3. Jensen J.H, Larsen J.L et Asschenfeldt. Congenital thymic cysts in the neck. *International journal of pediatric Otorhinolaryngology*; 6 (1983): 95-100.
4. Reiner M, Beck R.A, Rybak B. Cervical Thymic Cysts in Children. *The American journal of surgery*; 139 (1980): 704-707.
5. Hanid T.K, Johnson A.G, Kay L. Cervical thymic cyst. *Journal of Pediatric Surgery*; 10 (1975): 141-142.
6. Delbrouck C, Choufani G, Fernandez Aguilar S et al. Cervical Thymic Cyst: A Case Report. *American Journal of Otolaryngology*; 23 (2002): 256-261.
7. Miller M.B, De Vito M.A. Cervical thymic cyst. *Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*; 112 (1995): 586-588.
8. Rahmati M, Corbi P, Gibelin H et al. Prise en charge des kystes thymiques. *Annales de chirurgie*; 129 (2004) 14-19.
9. Kelley D.J, Gerber M.E, Willging J.P. Cervicomedial thymic cysts. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*; 39 (1997): 139-146.
10. Simons J.N, Robinson D.W, Masters F.W. Cervical thymic cyst. *American Journal of Surgery*; 108 (1964): 578-582.
11. Guba A.M, Adam A.E, Jaques D.A et al. Cervical presentation of thymic cysts. *The American Journal of Surgery*; 136 (1978): 430-436.
12. Hara M, Suzuki H, Ohba S et al. A case of thymic cyst associated with thymoma and intracystic dissemination. *Radiat Med*; 18 (2000):311-3.
13. Sugio K, Ondo K, Yamaguchi M et al. Thymoma arising in a thymic cyst. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*; 6 (2000):329-31.