

La prise en charge chirurgicale des reliquats du tractus thyroïdienne (RTTG) nécessite une compréhension de l'embryologie. Effectivement si le trajet embryologique de la glande thyroïde n'est pas inclus complètement dans résection chirurgicale alors la probabilité de récurrence augmente.

Rappels embryologiques

La glande thyroïde naît de la base de langue au niveau du foramen caecum. Au début de la vie embryonnaire, la base de langue est adjacente au sac péricardique. Au fur et à mesure que l'embryon se développe, les RTTG peuvent persister n'importe où entre le sac péricardique et le foramen caecum. Ainsi il existe un canal du tractus thyroïdienne persistant, allant du foramen caecum jusqu'à la base de la langue. Il passe ensuite en dessous, en avant et rarement à travers le corps de l'os hyoïde. Il a souvent un diverticule qui s'accroche en-dessous et en arrière de l'os hyoïde, avant de se diriger vers un kyste du tractus thyroïdienne (KTTG) ou vers la glande thyroïde (Figure 1).

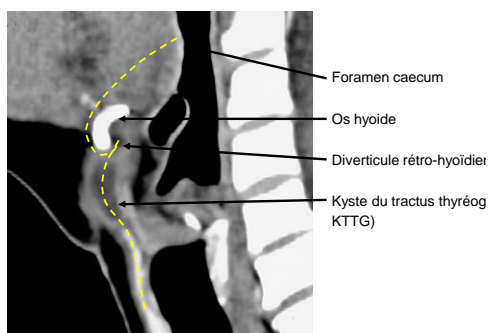


Figure 1 : Parcours typique des reliquats du tractus thyroïdienne (ligne jaune)

Le segment supra-hyoïdien du canal peut avoir un schéma de ramification semblable à celui de l'extrémité d'un balai (Figure 2).

Le segment supra-hyoïdien du canal peut avoir un schéma de ramification semblable à celui de l'extrémité d'un balai (Figure 2). Ces multiples canaux se ramifient avec les glandes sécrétoires de la base de langue et peuvent se drainer directement dans la bouche 1.

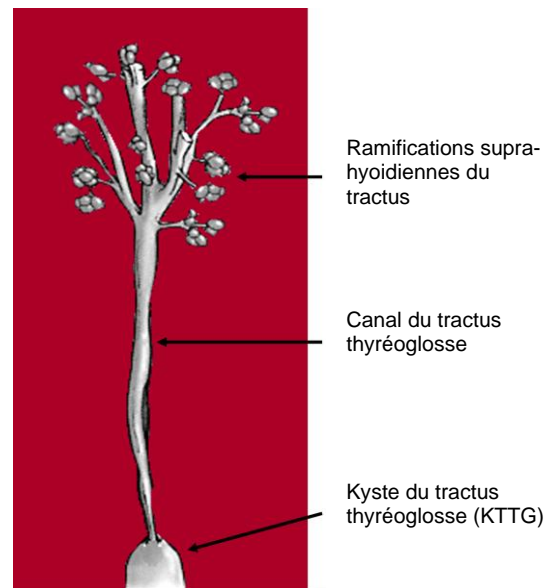


Figure 2 : Représentation schématique des ramifications canalisées supra-hyoïdiennes dans le muscle de la base de langue

Présentation clinique

Les RTTG peuvent se présenter à tout âge sous forme de kyste (Figure 3, 4), d'abcès, de fistule ou de tumeur, n'importe où le long du trajet embryologique de la glande thyroïde.

Les patients se présentent classiquement avec une masse mobile et indolore sur la ligne médiane du cou, à proximité de l'os hyoïde. Occasionnellement, un kyste peut se trouver en dehors de la ligne médiane (Figures 5, 10).



Figure 3 : KTTG au niveau de la région thyro-hyoïdienne

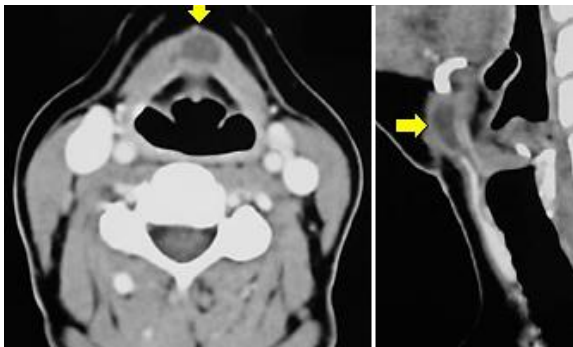


Figure 4 : KTTG au niveau de la région thyro-hyoïdienne



Figure 5 : KTTG à gauche de la ligne médiane recouvrant la lamina du cartilage thyroïde

La Figure 6 illustre les différentes localisations des KTTG ¹.

Un kyste se déplace généralement vers le haut pendant la déglutition ou la protrusion de la langue, en raison de sa proximité anatomique avec l'os hyoïde. Ceci est considéré comme un signe diagnostique fiable car il permet une distinction par rapport aux autres masses cervicales de la ligne médiane telles qu'un ganglion lymphatique ou un kyste épidermoïde (Figure 7).

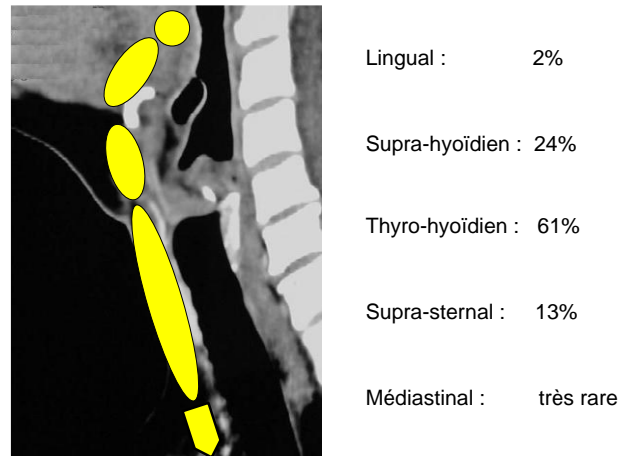


Figure 6 : Localisations des KTTG

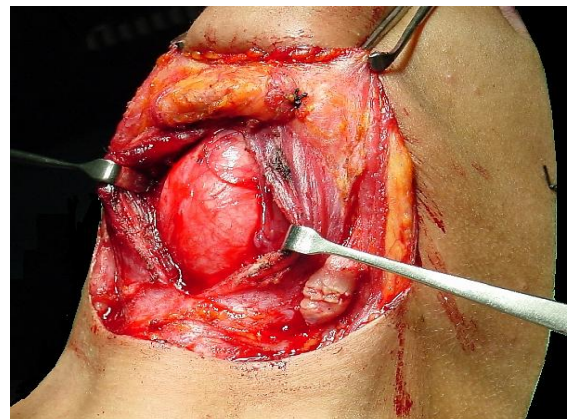


Figure 7 : Kyste épidermoïde

Une thyroïde linguale se présente généralement sous la forme d'une masse au niveau de la base de langue (Figures 8, 9) ; dans la majorité des cas cela peut-être le seul tissu thyroïdien du patient.



Figure 8 : Thyroïde linguale

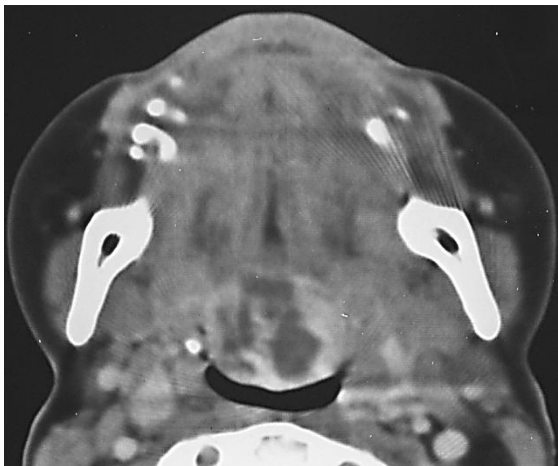


Figure 9 : Scanner d'une thyroïde linguale

Bilan préopératoire

Les principales questions à se poser avant l'intervention chirurgicale sont les suivantes :

Est-ce un reliquat du tractus thyroglosse (RTTG) ? Contrairement à d'autres tumeurs de la ligne médiane, seuls les RTTG sont traités par la technique de Sistrunk. C'est pourquoi avant d'opérer il est important d'exclure d'autres causes de masses de la ligne médiane, comme les kystes épidermoïdes et les ganglions lymphatiques.

Est-ce le seul tissu thyroïdien du patient ? Parfois, un RTTG constitue le seul tissu thyroïdien fonctionnel et son ablation entraîne une hypothyroïdie. L'échographie permet de s'assurer de la présence de tissu thyroïdien normal et constitue un examen

simple. Si l'imagerie n'est pas possible, le chirurgien doit explorer le cou afin de déterminer la présence d'une glande thyroïde normale.

Est-ce que le patient est hypothyroïdien ?

La majorité des patients présentant une thyroïde linguale sont hypothyroïdien. Par conséquent, les patients présentant des thyroïdes linguales doivent avoir un dosage de la TSH en préopératoire.

Est-ce que les RTTG peuvent contenir un cancer de la thyroïde ?

Un cancer de la thyroïde est seulement présent dans environ 1 % des RTTG opérés. Une végétation et/ou une calcification retrouvée à l'examen échographique doit faire suspecter la possibilité d'un carcinome, le plus souvent de type papillaire. Cependant, même si le diagnostic de cancer thyroïdien est suspecté, il ne modifie pas la prise en charge chirurgicale (technique de Sistrunk), and et la glande thyroïde est gérée selon ses propres mérites ².



Figures 10 a, b : Carcinome papillaire de la paroi du kyste du canal thyroglosse

Principes chirurgicaux

- Il est impératif d'obtenir une résection complète du RTTG et de son trajet embryonnaire afin d'éviter une récurrence symptomatique
- Un KTTG abcédé doit d'abord être aspiré et traité par antibiotiques, sans être incisé et drainé, afin de faciliter à distance de l'infection l'exérèse complète

Technique de Sistrunk

L'opération de Sistrunk est la technique de référence pour le traitement des RTTG. Elle comprend la résection entière du trajet embryologique, c'est-à-dire le KTTG, la partie centrale du corps de l'os hyoïde et une large portion (≥ 1 cm) du muscle supra-hyoïdien qui s'étendant jusqu'au foramen caecum ou à sa proximité.

La description suivante est pour un kyste de la région thyro-hyoïdienne :

- Faire une incision dans un pli cutané au-dessus du kyste. Noter que le muscle platysma peut être absent au niveau de la ligne médiane, donc faire attention à ne pas rompre le kyste (*Figure 11*)
- Décoller supérieurement et inférieurement sous le plan du muscle platysma. Le lambeau supérieur doit aller jusqu'à environ 2 cm au-dessus du corps de l'os hyoïde
- Identifier les muscles infra-hyoïdiens qui sont étirés en surface du kyste
- Couper le fascia cervical sur la ligne médiane verticalement, séparer les muscles infra-hyoïdiens et exposez le kyste (*Figure 12*)
- Sectionner les muscles mylo-hyoïdien et génio-hyoïdien avec le bistouri électrique juste au-dessus du corps de l'os hyoïde. Rester entre les petites cornes de l'os hyoïde afin d'éviter le risque de

lésion des nerfs hypoglosses ou des artères linguales (*Figure 13*)



Figure 11 : Incision initiale dans un pli cutané

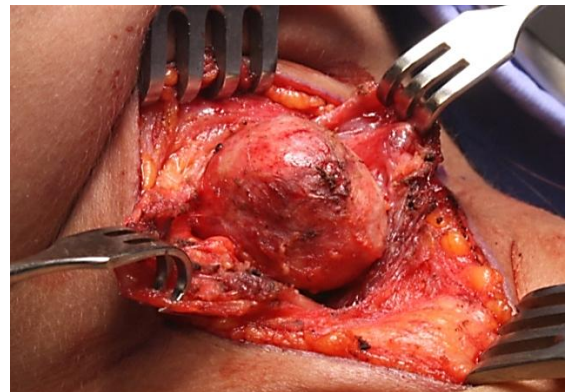


Figure 12 : Sectionner et écarter les muscles infra-hyoïdiens recouvrant le kyste

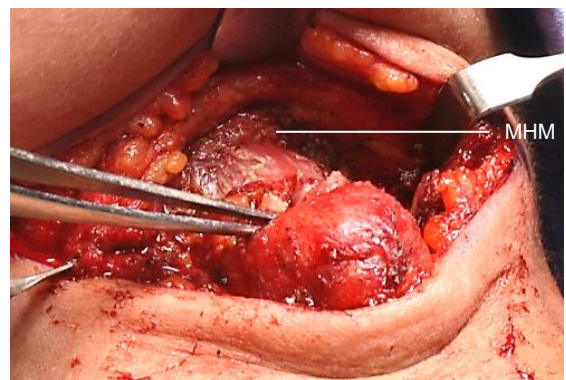


Figure 13 : Sectionner les muscles mylo-hyoïdien et génio-hyoïdien juste au-dessus du corps de l'os hyoïde

- Couper les attaches inférieures du KTTG et mobiliser en profondeur le kyste par rapport à la membrane thyro-hyoïdienne en remontant jusqu'à l'os

hyoïde avec une dissection précise (Figure 14)

- Exposer l'os hyoïde de chaque côté du kyste (Figure 15)

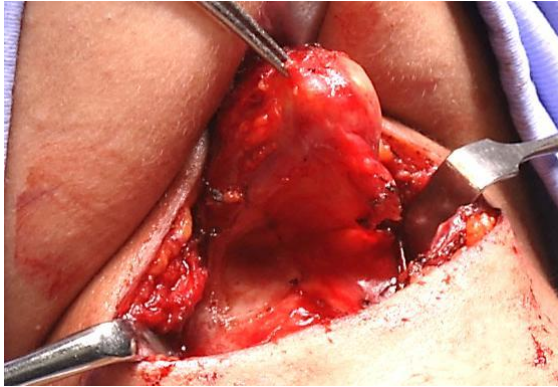


Figure 14 : Mobiliser la partie profonde du kyste par rapport au cartilage thyroïde et à la membrane thyro-hyoïdienne

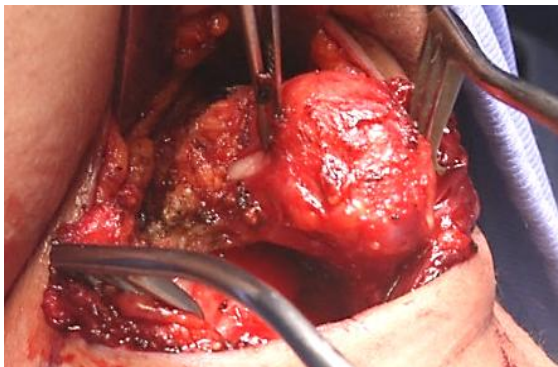


Figure 15 : Exposer l'os hyoïde de chaque côté du kyste

- Couper l'os hyoïde à environ 1 cm de chaque côté de la ligne médiane à l'aide de ciseaux Mayo (chez les enfants) ou de ciseaux à os (Figures 16, 17)



Figure 16 : Section de l'os hyoïde

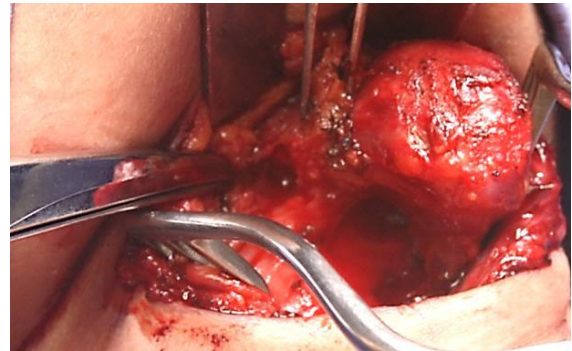


Figure 17 : Os hyoïde coupé

- Ensuite réséquer le trajet supra-hyoïdien du TTG. Ne pas essayer d'identifier le canal persistant du TTG car les ramifications canalaire peuvent être alors sectionnées, ce qui augmente le risque de récurrence
- En utilisant le bistouri électrique monopolaire, réséquer une portion de 2cm de large de tissu lingual (muscle hyoglosse) se trouvant en continuité de la pièce d'exérèse, incluant l'os hyoïde et suivant une direction avec un angle d'environ 45° dans le plan sagittal (vertical) jusqu'au foramen caecum (Figures 18, 19, 20)



Figure 18 : Réséquer le tissu lingual (muscle hyoglosse) sur 2 cm de large



Figure 19 : L'image superposée (en jaune) illustre la direction de la dissection supra-hyoïdienne et l'extension de la résection finale ; noter la proximité de la vallécule par rapport à l'os hyoïde

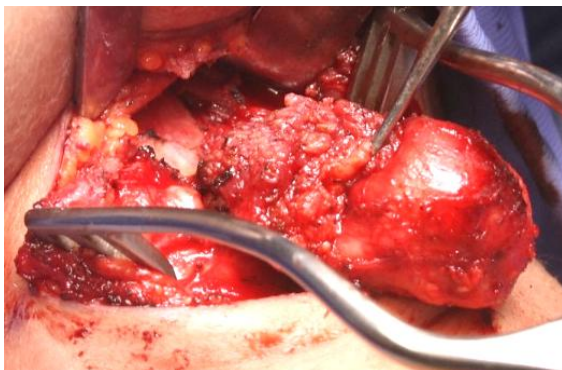


Figure 20 : Portion du tissu lingual (muscle hyo-glosse) s'étendant jusqu'au foramen caecum à peu près

- En cas de doute sur la direction à suivre, placer un doigt dans la bouche et sur le foramen caecum pour se guider. Il est important de noter que le tissu lingual peut être réséqué sans interférer avec la parole ou la déglutition. Noter la proximité de l'os hyoïde par rapport à la vallécule. Si une perforation est accidentellement réalisée au niveau de la vallécule ou la base de la langue, il suffit de fermer l'ouverture avec des

points de suture au Vicryl du côté cervical

- La zone d'excision linguale (Figure 21) est ensuite partiellement recouverte par des sutures de Vicryl. Les deux extrémités de l'os hyoïde sectionnées ne sont pas rapprochées et sont laissées flottantes. Les muscles supra et infra-hyoïdiens sont rapprochés dans le plan transversal, tout comme le muscle platysma et la peau est fermée sur un drain
- Les antibiotiques ne sont pas requis à moins qu'une rupture de la muqueuse buccale se soit produite

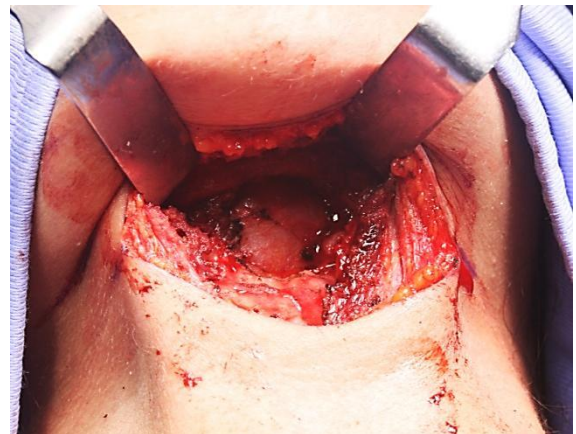


Figure 21 : Excision finale de la base de la langue s'étendant à un peu près jusqu'au foramen caecum avec les extrémités de l'os hyoïde sectionnées et libres

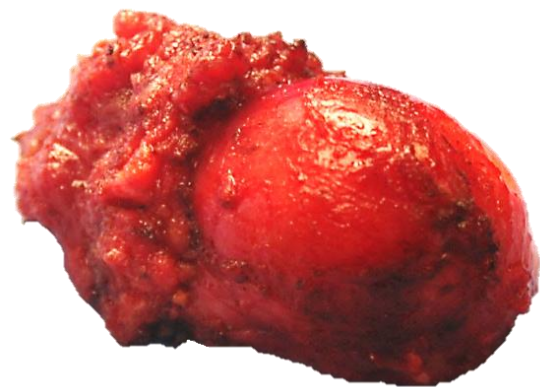


Figure 22 : Pièce opératoire excisée

Récidives des RTTG

La prise en charge des récidives des RTTG devient difficile car les kystes peuvent être multifocaux avec la présence de fibrose, déformant les repères chirurgicaux et l'absence possible d'os hyoïde. Il est important d'avoir une description précise de la chirurgie initiale pour déterminer si l'os hyoïde et les tissus supra-hyoïdiens ont été réséqués. Une IRM peut être effectuée pour guider le chirurgien afin de trouver les RTTG subsistants (*Figure 23*).

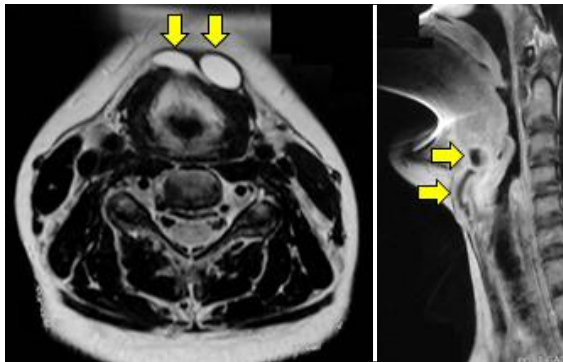


Figure 22 : IRM montrant une récidive de multiples kystes

Références

1. Mondin V, Ferlito A, Muzzi E, Silver CE, Fagan JJ, Devaney KO, Rinaldo A. Thyroglossal duct cyst: Personal experience and literature review. *Auris Nasus Larynx* 35 (2008) 11–25
2. Zizic M, Faquin W, Stephen AE, et al. Upper neck papillary thyroid cancer (UPTC): A new proposed term for the composite of thyroglossal duct cyst-associated papillary thyroid cancer, pyramidal lobe papillary thyroid cancer, and Delphian node papillary thyroid cancer metastasis. *Laryngoscope*. 2016 Jul;126(7):1709-14

Comment citer ce chapitre

Fagan JJ. (2024). Thyroglossal duct remnants. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/THYROGLOSSAL%20DUCT%20REMNANTS-1.pdf>

Traducteur

Fiche traduite sous la direction et la validation du Collège Français d'ORL et chirurgie de la face et du cou et de la Société Française d'ORL

Diane PETIT
Interne des hôpitaux de Paris
DES de chirurgie ORL et cervico-faciale
Paris, France
petitdiane@hotmail.fr

Auteur & Rédacteur

Johan Fagan MBChB, FCS (ORL), MMed
Emeritus Professor and Past Chair
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD &
NECK OPERATIVE SURGERY**

www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](mailto:johannes.fagan@uct.ac.za) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/)

