

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

LES KYSTES DU TRACTUS THYREOGLOSSE (KTT): PRISE EN CHARGE AU SERVICE D'ORL ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE (CCF) DE L'HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY (NIGER)

*¹Illé S., ¹Djafarou Abarchi B., ³Inoussa Daouda, B., ²Timi, N., Ganda Aissa, M. and ²Dan Sono, A.

¹Service ORL et Chirurgie Cervico- Faciale de l'Hôpital Général de Référence de Niamey (Niger)

²Service ORL et Chirurgie Cervico- Faciale de l'Hôpital National de Niamey (Niger)

³Service de Radiologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey (Niger)

ARTICLE INFO

Article History:

Received 18th January, 2019

Received in revised form

27th February, 2019

Accepted 06th March, 2019

Published online 29th April, 2019

Key Words:

Thyroglossal tract cyst,
Epidemiology, Sistrunk, Niamey.

ABSTRACT

Objective: 'To analyze the management of thyroglossal cysts in our department. **Patient and Method:** This was a retrospective study, based on patients' medical records from January 1, 2013 to December 31, 2018, and performed at the ENT and CCF departments of the Niamey National Hospital. All patients in whom the diagnosis of KTT was evoked and confirmed by cervical ultrasound were included in the study. The studied parameters are epidemiological, clinical, therapeutic and pathological. The Pearson Chi2 test was used for statistical analysis with p less than 0.05 considered significant. **Results:** In 6 years, we recorded 42 cysts of the thyroglossal tract. There were 32 children (76.2%) and 10 adults (23.8%). The average age was 11.39 years old. (Extremes 16 months and 50 years). The sex ratio was 1.32 (n = 24/18, p = 0.17). The cyst was suprahyoid in 59.52% (n = 25), hyoid in 35.71% (n = 15), and subhyoid in 4.77% (n = 2). Thyroglossal fistula existed in 8 cases. The surgical procedure by the Sistrunk technique was the only one practiced in our study. The operating suites were generally satisfactory, the operative mortality was zero. 1 case of recurrence of KTT after 1 year has been reported. No case of cyst malignancy on pathological examination. **Conclusion:** The thyroglossal tract cyst is a common pediatric ENT disorder in Niamey. The treatment is based on surgery according to the Sistrunk technique.

Copyright © 2019, Illé et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Illé S., Djafarou Abarchi B., Inoussa Daouda, B., Timi, N., Ganda Aissa, M. and Dan Sono, A. 2019. "Les kystes du tractus thyreoglosse (ktt): prise en charge au service d'orl et de chirurgie cervico-faciale (ccf) de l'hospital national de Niamey (Niger)", *International Journal of Development Research*, 09, (04), 26958-26960.

INTRODUCTION

Les kystes du tractus thyreoglosse sont des malformations cervicales congénitales dues au défaut de résorption du tractus reliant la base de la langue à l'isthme thyroïdien où à la pyramide de Lalouette (Mohamed, 2010). C'est une pathologie fréquente en ORL pédiatrique. Ils représentent 40% des malformations cervicales congénitales et; est aussi la deuxième cause de tuméfaction cervicale chez l'enfant après les adénopathies (Yéhouessi-Vignikin, 2012). L'évolution est dominée par le risque de cancérisation et la survenue d'épisodes de surinfection responsables de fistulisation de ces kystes.

*Corresponding author: Illé S.,

Service ORL et Chirurgie Cervico- Faciale de l'Hôpital Général de Référence de Niamey (Niger)

L'objectif de cette étude est d'analyser la prise en charge des kystes du tractus thyreoglosse dans notre service.

PATIENTS ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective, à partir des dossiers médicaux des patients, sur une période de 06 ans (1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2018), et réalisée dans le service d'ORL et CCF de l'hôpital national de Niamey. Ont été inclus dans l'étude tous les patients chez qui le diagnostic de KTT a été évoqué et confirmé par l'échographie cervicale. Les patients ne répondant pas à ce critère, et les dossiers inexploitable, ont été exclus. Les paramètres étudiés sont épidémiologiques (la fréquence, l'âge, le sexe), les antécédents, les aspects cliniques (le délai moyen de consultation, les signes cliniques, le siège du KTT), la technique opératoire, les suites opératoires et les résultats anatomopathologiques. Le test Chi2 de Pearson a été

utilisé pour l'analyse statistique avec p inférieur à 0,05 considéré comme significatif.

RESULTATS

1- Données épidémiologiques: En 6 ans, nous avons enregistré 42 corps kystes du tractus thyroglosse, soit une fréquence de 7 cas par an. On notait 32 enfants (76,2%) et 10 adultes (23,8%). L'âge moyen était de 11,39 ans. (Extrêmes 16mois et 50 ans). La tranche d'âge de 1 à 5 ans était prédominante avec 18 cas (42,86%). Le sex- ratio était de 1,32 ($n=24/18$, $p=0,17$).

2- Les antécédents: Un antécédent de rhinopharyngite était retrouvé dans 57,14% ($n=24$), suivit de celui des otites dans 18 cas (42,85%) et les gestes (incision-drainage ou ponction) sur le KTT dans 7,14% ($n=2$). D'autres malformations associées à type de hernie ombilicale était retrouvée chez 2 patients (4,76%) et le pied bot chez 1 patient (2,38%). L'antécédent familial de KTT était rapporté Chez 6 patients (14,29%, $p=0,086$).

3- Données cliniques et échographiques: Le délai moyen de consultation était de 13mois, extrêmes 1 mois et 10 ans. Le kyste était cervical médian (Figure 1) dans 74% ($n=31$) et paramédian chez 11 patients (26%).



Figure 1. Kyste cervical médian

A l'examen physique du cou, la masse était de consistance ferme dans 30 cas (71,42%), rénitente dans 12 cas (28,58%), de taille supérieure à 2 cm dans 23 cas (54,76%), inflammatoire ou surinfectée dans 4 cas (Figure 2).



Figure 2. KTT inflammatoire

La fistule thyroglosse existait dans 8 cas (Figure 3).



Figure 3. Fistulisation du KTT à la peau

L'échographie cervicale réalisée chez tous les patients a permis de préciser la taille, l'échostructure et, la localisation topographique du KTT par rapport à l'os hyoïde. La localisation sus-hyoïdienne était prédominante avec 59,52% ($n=25$), suivit de celle ad-hyoïdienne 35,71% ($n=15$), et sous-hyoïdienne 4,77% ($n=2$).

4- Modalités thérapeutiques et suites opératoires: Tous les patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale du kyste par technique de Sistrunk (Figure 4), réalisée « à froid », sous anesthésie générale.

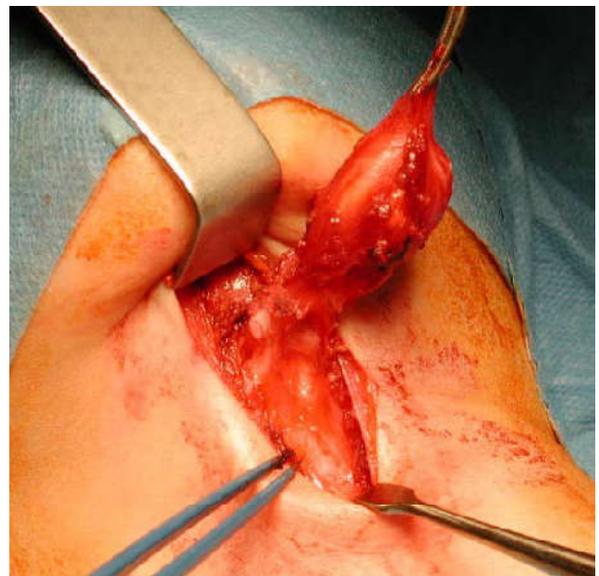


Figure 4. Exérèse du KTT et du corps de l'os hyoïde par technique de Sistrunk

Dans 4cas (9,52%), cette chirurgie était précédée d'un traitement médical à base d'antalgique, anti-inflammatoire et d'antibiotique pour stériliser les épisodes d'infection. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours. Les suites opératoires étaient simples dans 40 cas (95,23%). 1 cas d'hématome léger a été noté en post-opératoire immédiat, la dysphagie était relevée dans 1 cas. Le recul à 1an, révèle 1 cas de récurrence du kyste. Aucun cas de malignité du kyste à l'examen anatomo-pathologique.

DISCUSSION

Le KTT est fréquent en ORL à Niamey, comme relevé dans cette étude (42 cas en 6 ans). Une prédominance masculine non statistiquement significative a été notée. Bettoui *et al.*, (2013) au Maroc ont fait le même constat. Ouoba *et al.*, (1995) au Burkina arrive à la même conclusion. Amara *et coll* (2012) au Togo avait noté une prédominance féminine. Dans notre étude, 6 patients (14,29%) avaient un antécédent familial non statistiquement significatif de KTT. Dans la littérature, les formes familiales décrites sont rares (Klin, 1993). Ashworth *et al* (Ashworth, 1997), ont retrouvé le kyste chez une grand-mère, sa fille et sa petite fille. Le mode de transmission génétique n'est pas encore élucidé (Beittioui Somiya, 2013). Dans 23,8% (n=10) de cette série, cette malformation congénitale était découverte chez les adultes, dont 2 cas diagnostiqués chez les sujets de 50 ans. L'ignorance des patients, l'automédication, le recours au tradithérapeute, le bas niveau socio-économique, et surtout le caractère indolore du kyste, sont des facteurs prédictifs d'un retard de consultation dans notre contexte et de découverte tardive du kyste. Les épisodes infectieux constituent les modes de révélation les plus courants dans la littérature (Amana, 2012). Dans notre série, la tuméfaction cervicale est le plus souvent médiane (74%), et parfois paramédiane (26%). Dans 54,77%, sa taille est supérieure à 2 centimètres. La fistule existait dans 19,04% des cas. Lors des doutes cliniques et topographiques, l'imagerie permet d'affirmer le diagnostic positif du kyste. Dans notre étude, l'échographie cervicale, a été le seul examen réalisé chez tous les patients; la scintigraphie thyroïdienne, est inexistante dans notre pratique. L'échographie cervicale a l'avantage d'être peu onéreuse, anodine et de réalisation facile (Yéhouessi-Vignikin, 2012), permet de préciser l'aspect et le contenu du kyste, sa taille et sa relation avec les organes avoisinants, et surtout l'étude de la relation intime du kyste avec le corps de l'os hyoïde (Ahuja, 2005). La localisation sus-hyoïdienne venait au premier rang (54,77%) dans notre série, suivie de la localisation ad-hyoïdienne (33,33%) et la localisation sous-hyoïdienne (2,38%). Par contre, dans l'étude réalisée par Lahraoui (Lahraoui Youssef, 2006), la localisation sous-hyoïdienne du KTT prédominait (56,14%). De même, Amana *et coll* au Togo en 2012, retrouvent 66,66% des kTT en sous-hyoïdiens. Le traitement du KTT est essentiellement chirurgical. La chirurgie du KTT est précédée d'un traitement médical à base d'antibiotique qui prépare le patient à l'acte chirurgical dans les formes infectieuses ou inflammatoires du Kyste. C'est dans ce cadre que 9,52% (n=4) de nos patients ont bénéficié d'un traitement médical avant l'intervention chirurgicale. La technique de Sistrunk la seule pratiquée dans notre étude est celle recommandée par la plupart des auteurs africains (Mohamed, 2010 and Amana, 2012) et européens (Rhighini, 2001 and Nicolas, 2000). Les suites opératoires étaient globalement satisfaisantes, la mortalité opératoire était nulle. 1 cas de récurrence du KTT, après 1 an a été relevé. Ceci pourrait être dû, à la rupture du kyste lors de la dissection en peropératoire. Tous les kystes étaient bénins à l'histologie. Les cancers sur KTT sont rares, estimés de 1 à 1,35% leur risque de survenue dans la littérature (Baizri, 2009 and Miliha Touati, 2013).

La hantise du risque de cancérisation de ce kyste explique l'envoi systématique, de toute pièce opératoire du KTT pour examen anatomopathologique dans notre pratique.

Conclusion

Le kyste du tractus thyroïdienne est une affection fréquente en ORL pédiatrique à Niamey. Le traitement est basé sur la chirurgie selon la technique de Sistrunk. Les suites opératoires ont été simples en majorité.

REFERENCES

- 1- Ahuja AT, Wong KT, King AD, Yuen E. Imaging for thyroglossal duct cyst. The barre essentials Clinical Radiology 2005; 60:141-148p.
- 2- Amana B, Pegbessou E, Agoda P, Agoda-Koussema LK, Kpemissi E. Kystes du tractus thyroïdienne : Epidémiologie et prise en charge. Médecine d'Afrique Noire 2012 ;59(11) :503-506p.
- 3- Ashworth JT. Three generations of thyroglossal remnant in one family. J Family Pract 1997; 8:524-5p.
- 4- Baizri H, Bouaity B, Abahou S *et al.* Carcinome papillaire sur kyste du tractus thyroïdienne. A propos d'un cas. Quelle prise en charge ? Ann Endocrinol 2009 ; 70 :256-60p.
- 5- Beittioui Somiya. Les kystes du tractus thyroïdienne : étude rétrospective à propos de 21 cas au service d'ORL de l'hôpital militaire Avicenne Marrakech. Thèse de doctorat en médecine, Université CADI AYYAD Maroc, Faculté de Médecine et de Pharmacie- Marrakech ; 2013 ; N°19 : 80p.
- 6- Klin B, Serour F, Fried K, Efrati Y, Vinogard I. Familial thyroglossal duct cyst. Clin Genet 1993;43:101-103p.
- 7- Lahraoui Youssef: Kystes du tractus thyroïdienne. Etude rétrospective sur une série de 57 patients opérés au service d'ORL et chirurgie Cervico-Faciale du CHU Hassan II de Fès, Thèse de doctorat en Médecine, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, 2006 :102p.
- 8- Miliha Touati M, Boursier C, Gauthier J, Mounier C, Lombard B. Dégénérescence maligne d'un kyste du tractus thyroïdienne révélant un carcinome papillaire. La lettre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale 2013 ;334 :3p.
- 9- Mohamed K, Badawy MD. Pediatric neck masses. Elsevier Masson 2010; 11(2):73-9p.
- 10- Nicolas R, Guelfucci B, Roman S, Triglia JM. Congenital cysts and fistulas of the neck. International Journal of Pediatric ORL 2000; 55:117-124p.
- 11- Ouoba K, Kabré M, Saheb A, Soudré BR, Sanou A, Diop EM. Les kystes du tractus thyroïdienne. A propos de 17 cas ; observés au CHU de Ouagadougou. Bull Soc Pathol Exot 1995 ;88 :97-100p.
- 12- Rhighini CA, Mouret P, Blanchet C, Piolat C, Dyon JF, Rey E. Traitement chirurgical de première intention des kystes du tractus thyroïdienne chez l'enfant : à propos de 99 cas. Rev Laryngol Otol Rhinol 2001 ; 122 :159-65.
- 13- Yéhouessi-Vignikin B, Medji S, Vodouhé U *et al.* Kystes et fistules thyroïdiennes de l'enfant. Ann françaises d'ORL et de pathologie cervico fac 2012; 129 (4) :12-17p.
