

Hématome cervical d'origine parathyroïdienne : à propos d'un cas

Parathyroid cervical haematoma: a case report

O. Biaou
W. Adjibabi
I. Bio Tchane
Y. Y. C. Hounkpe
S. Alamou
M. C. Balle
D. Stoll
(Cotonou, Bordeaux)

Résumé

Le kyste hémorragique parathyroïdien est rare. Nous rapportons un cas révélé par un hématome cervical compressif, confirmé par une ponction échoguidée. La reconstitution rapide de cette collection a imposé une cervicotomie exploratrice et d'hémostase. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a mis en évidence la nature hémorragique du kyste.

Mots-clés : Kyste, parathyroïde, hématome, cervicotomie.

Summary

Haemorrhagic cysts of the parathyroid gland are rare. Our case report concerns a presentation with a constrictive cervical haematoma, confirmed by ultrasound-guided aspiration. The haematoma, rapidly recurred, indicating exploration of the neck and haemostasis. Histological examination of excised tissue showed the haemorrhagic nature of the cyst.

Key-words : Cyst, parathyroid, haematoma, neck exploration.

INTRODUCTION

L'hématome cervical, quelle que soit l'origine, est un accident qui peut être grave du fait de la compression éventuelle de l'axe laryngo-trachéal et de l'œsophage cervical. L'origine parathyroïdienne de ces hématomes est souvent méconnue.

Le kyste hémorragique parathyroïdien est la cause, la moins fréquente par rapport à l'adénome et à l'hyperplasie parathyroïdiens.

Le diagnostic étiologique demeure très difficile malgré les moyens modernes d'investigations. Nous rapportons ici le cas d'un patient qui a présenté un hématome avec dysphagie modérée dont l'étiologie parathyroïdienne a été confirmée par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

Après revue de la littérature, nous insistons sur les aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique du kyste hémorragique.

1. CNHU Cotonou, Service de Radiologie, Cotonou, 01 BP 386, République du Bénin.
2. CNHU Cotonou, Service ORL et CCF, Cotonou, Bénin.
3. CNHU Cotonou, Ophthalmologiste, Cotonou, République du Bénin.
4. CNHU Cotonou, Anatomopathologiste, Cotonou, Bénin.
5. CHU Pellegrin, Service ORL, Place Amélie Raba Léon, F-33076 Bordeaux Cedex, France.

Article reçu : 18/07/02

accepté : 09/09/02

OBSERVATION

Monsieur H. Sam, âgé de 40 ans, sans antécédent particulier a consulté pour une dysphagie et une tuméfaction cervicale antérolatérale droite d'augmentation brutale. La masse cervicale serait apparue spontanément deux ans plus tôt.

A l'examen on retrouve une tuméfaction molle, rénitente étendue de l'angle mandibulaire droit aux creux sus-sternal et sus-claviculaire droits. L'examen Oto-Rhino-Laryngologique et la pan-endoscopie ne montrent pas de lésion.

La radiographie pulmonaire montre une opacité cervicale droite refoulant la trachée à gauche.

L'échographie cervicale (photos 1 à 6) objective une masse liquide de la région latéro-cervicale droite s'étendant jusqu'à la ligne médiane. Elle a une hauteur de 7 cm, une largeur de 7 cm et une épaisseur de 5 cm.

Elle refoule en avant et en haut le lobe thyroïdien droit au sein duquel on retrouve 3 micronodules hyperéchogènes.

La ponction écho-guidée a ramené environ 120 cc de liquide hémorragique de couleur rouge noirâtre. Deux jours plus tard, la collection s'est reconstituée et a doublé de volume ; ce qui a imposé l'indication chirurgicale. La calcémie est de 91 mg/l (normal de 85 à 105 mg/l).



Photo 1

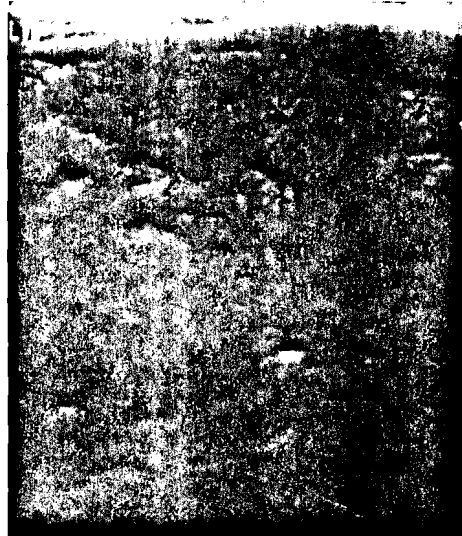


Photo 2



Photo 3



Photo 4



Photo 5



Photo 6

Echographies cervicales.

Le bilan hormonal thyroïdien est normal :

TSH (Thyroid Stimulating Hormon) : 1,72 mUi/l (normal de 0,2 à 4,5) ;

T3 totale (Tri-iodo-thyronine) : 1801 ng/l (normal 900 à 1.800) ;

T4 totale (Tétra-iodo-thyronine) : 102 ug/l (normal 39 à 106) ;

La PTH (Parathormone) n'a pas été effectuée.

Le taux de prothrombine est de 100 %.

Le reste du bilan préopératoire est normal.

Le patient a été opéré 5 semaines plus tard sous anesthésie générale.

Après une cervicotomie médiane basse on découvre une masse qui fait sourdre du sang rouge marron. La dissection est difficile et hémorragique à cause de l'adhérence de la coque de la masse aux gros vaisseaux et aux tissus de voisinage.

On réalise alors une lobo-isthmectomie droite. Les suites opératoires ont été simples et le retour à domicile s'est effectué 4 jours plus tard.

L'examen anatomopathologique a retrouvé une paroi kystique fibreuse et épaisse renfermant des foyers de cellules inflammatoires hétérogènes avec des dépôts d'hémosidérine et des macrophages hémosidériniques ; cette paroi est bordée d'abondant matériel hématique et comporte également quelques amas de cellules principales parathyroïdiennes. Cet examen a permis de noter la

présence de tissu thyroïdien avec des signes d'hyperfonction et l'absence de signe de malignité.

L'examen anatomopathologique a conclu à un kyste hémorragique parathyroïdien.

Avec un recul de 6 mois, le malade est revu 3 fois, sans rechute ni clinique, ni biologique, ni échographique.

DISCUSSION

L'hématome cervical d'origine parathyroïdienne est une entité rare (13, 16, 17). Elle peut être une complication gravissime du kyste parathyroïdien hémorragique.

La littérature ne fait pas cas de facteurs favorisants ; cependant Bacourt et Massard (2, 20) ont signalé la survenue d'hémorragie sur des adénomes parathyroïdiens chez deux sujets traités par l'aspirine.

L'âge de survenue du kyste se situe entre 30 et 50 ans avec une sex-ratio de 4 femmes pour 1 homme (3, 23) ; notre patient est âgé de 40 ans.

Trois théories ont été proposées pour expliquer la genèse des kystes parathyroïdiens :

- selon Chaffanjon (7) et Glimour (11) les kystes seraient d'origine vestigiale, développés aux dépens des 3ème et 4ème poches entobranchiales.

La deuxième hypothèse suppose une fusion des microcavités ou vésicules présentes dans les acinis (6, 7, 23).

Enfin selon la dernière théorie, les kystes proviendraient d'une nécrose hémorragique d'une parathyroïde (4) ou d'un adénome involué (3, 21).

La dégénérescence kystique des 4 parathyroïdes est une éventualité rare, un seul cas a été signalé par Clark (8).

Le kyste peut rester longtemps latent et asymptomatique ou au contraire se révéler par l'une des deux circonstances symptomatiques suivantes :

⇒ La circonstance de moindre gravité avec la douleur cervicale, l'odynophagie ou la dysphagie (3, 13, 14, 17) isolément ou en association pouvant amener le patient à consulter.

Ces symptômes sont liés à la présence d'une masse cervicale qui à elle seule, constitue parfois le motif de consultation.

⇒ La circonstance de gravité est marquée par la survenue d'une dysphonie, d'une toux, d'une dysphagie intense, d'une dyspnée voire une détresse respiratoire. Ces signes témoignent d'un accident évolutif (3, 7, 12, 18), qui se traduit par une augmentation brusque de la masse cervicale ; celle-ci est due à une hémorragie intra ou extra capsulaire du kyste.

L'extension de l'hématome au médiastin déclenche une douleur thoracique pouvant faire égarer le diagnostic (13).

Au stade de début, le kyste réalise un nodule mou, mobile, rénitent développé apparemment aux dépens d'un pôle du lobe thyroïdien, généralement l'inférieur.

Au stade évolué, l'accident hémorragique réalise une masse cervicale dure, tendue pouvant s'étendre au thorax : ceci se traduit à la radiographie pulmonaire par une opacité cervico-thoracique refoulant la trachée.

L'échographie cervicale est l'exploration radiologique la plus adaptée (3, 7, 24). Elle permet de faire le diagnostic de masse liquidienne cervicale ou de kyste et d'établir ses rapports avec la thyroïde et les gros vaisseaux du cou ; elle guide la ponction de la masse qui peut ramener soit un liquide clair eau de roche dans les cas non compliqués, soit un liquide hématique dans les kystes hémorragiques.

La reconstitution du liquide après ponction évacuation serait évocatrice de l'origine parathyroïdienne, et serait plus précoce dans les kystes hémorragiques (13) ; c'est le cas de notre patient. Elle peut être tardive pouvant aller à un mois dans les kystes simples (20, 22).

Selon Bequignon et coll, l'échographie, l'aspect du liquide de ponction (3), et l'examen anatomopathologique permettent de différencier un kyste parathyroïdien des autres kystes cervicaux que sont les kystes thyroïdiens, les kystes des 3ème et 4ème fentes entobranchiales, les kystes amygdaloïdes (2ème, 3ème, 4ème fentes entoblastiques) les kystes bronchogéniques, les kystes dermoïdes et les lymphangiomes kystiques.

Pour Abassi O, la scintigraphie au technétium 99-MIBI est le meilleur moyen diagnostique de l'adénome (1).

Le scanner peut être utile pour faire le diagnostic de l'hyperplasie parathyroïdienne et pour évaluer l'étendue des hématomes retrorachéal (16) et thoracique (17).

Les manifestations biologiques sont liées à l'hyperfonction du kyste. Celle-ci se traduit par une hyperparathormonémie, elle même responsable d'une hypercalcémie, d'une hypercalciurie, d'une hyperphosphaturie et d'une hypophosphorémie (11). Seuls les kystes issus d'une involution adénomateuse seraient fonctionnels (7). Calandra et coll (5) ont trouvé 11 cas pour 325 patients opérés ; Clark O. H. (8) en 1978 a retrouvé dans la littérature dix sept kystes fonctionnels contre 82 kystes non fonctionnels.

Pour Layfield (19) 75 à 91 % des kystes parathyroïdiens sont non fonctionnels. Quel que soit le résultat du bilan fonctionnel, face à une masse cervicale hémorragique et compressive l'attitude thérapeutique de choix est la cervicotomie exploratrice et curatrice (13, 16). Il peut s'agir d'une kystectomie, d'une parathyroïdectomie, d'une lobo-isthmectomie, ou d'une thyroïdectomie subtotal. Le délai d'intervention est variable selon les auteurs.

La plupart opèrent en urgence différée entre le 3ème et le 6ème jour (13).

Clark (8) préconise une intervention chirurgicale dès la 1ère récidive après ponction, pour d'autres après deux ponctions (9).

Le délai avant l'intervention peut être plus long 4 à 6 semaines (10, 15) au terme d'un bilan complet.

Le délai dans notre cas est de 5 semaines.

CONCLUSION

Les kystes hémorragiques parathyroïdiens sont rares. Le diagnostic doit être évoqué devant toute masse cervicale paramédiane d'installation brutale. La ponction échoguidée et la reconstitution rapide de la masse après cette ponction permettent d'affirmer la nature hémorragique du kyste.

Le bilan parathyroïdien, quand il est réalisé permet de savoir si le kyste est fonctionnel ou non fonctionnel.

Pour éviter le risque compressif, la sanction chirurgicale est l'attitude thérapeutique de choix. Elle peut être réalisée d'emblée, ou secondairement à la suite d'une nouvelle collection après une ou deux ponctions.

Bibliographie

1. ABASSI O, OVERHOLT SM, PARKER B. Multiple cystic parathyroid adenoma in a geriatric patient with primary hyperparathyroidism. *OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG.* 1997;117:242-4.
2. BACOURT F, BRUN JG, LACOMBE P, DUPUY P, PARLIER H. Adénome parathyroïdien révélé par une hémorragie sous-capsulaire massive. *LA PRESSE MÉDICALE.* 1984;13:669-670.
3. BEQUIGNON A, BABIN E, MOREAU S, GOULLET de RUGY M, VALDAZO A. Les kystes parathyroïdiens. *ANN. OTOLARYNGOL CHIR CERVICO FAC.* 2001;118,6:378-381.
4. BILEZIKIAN JP, MARCUS R, LEVINE MA. The functional and pathologic spectrum of parathyroid abnormalities in hyperparathyroidism. *In: the parathyroids: basic and clinical concepts.* Raven press, New-york. 1992:435-7.
5. CALANDRA DB, SHAH KM, PRINZ RA, SULLIVAN H, HOFMAN C, OSLAPAS R, et al. *Surgery.* 1983;94:887-92.
6. CASTELMAN B, MALLORY TB. The pathology of the parathyroid gland in hyperparathyroidism. *AM J PATHOL.* 1935;11:32-41.
7. CHAFFANJON PCJ, CARDIN N, CHABRE O, BRICHON PY. Les kystes parathyroïdiens. *ANN. CHIR.* 2001;126:456-8.
8. CLARK OH. Parathyroid cysts. *AM J SURG.* 1978;135:395-402.
9. DELAUNAY T, PEILLON C, MANOUVRIER JL, et al. Les kystes des parathyroïdes, à propos de 6 cas. *ANN. CHIR.* 1990;44:231-5.
10. DICK JA, BRAME K G, OWEN WJ. Spontaneous bleeding into a parathyroid cyst. *BR. J. SURG.* 1985;72:693.
11. GLIMOUR J. The embryology of the parathyroid, thymus and certain associated rudiments. *J. PATHOL BACTERIOL.* 1937;45:507-522.
12. HAZARD J, PERLEMUTER L. Les parathyroïdes. *In: Abrégé Endocrinologie. 3ème édition. Masson Publ.* 239-267.
13. HELLIER WP, Mc COMBE A. Spontaneous massive hemorrhage from a parathyroid adenoma is rare. *J. LARYNGOL OTO.* 1997;111,6:585-7.
14. HEMAR P, HERMAN D, PILLER P, KENNEL P, CONRAUX C. Spontaneous hemorrhage of the parathyroid revealed by an extensive cervical hematoma. *REV LARYNGOL OTOL RHINOL.* 1993;114,3:185-187.
15. HOTES LS, BRAZILAY J, CLOUD LP, ROLLA AR. Spontaneous hematoma of a parathyroid adenoma. *AM J MED SCI.* 1989;297,5:331-3.
16. JORDAN FT, HARNESS JK, THOMPSON NW. Spontaneous cervical hematoma: a rare manifestation of parathyroid adenoma. *SURGERY.* 1981;89,6:697-700.
17. KIHARA M, YOKOMISE H, YAMAUCHI A, IRIE A, MATSUSAKA K, MIYAUCHI A. Spontaneous rupture of a parathyroid adenoma presenting as a massive cervical hemorrhage: report of a case. *SURG TODAY.* 2001;31,3:222-4.
18. KORKIS AM, MISKOVITZ BF. Acute pharyngoesophageal dysphagia secondary to spontaneous hemorrhage of a parathyroid adenoma. *DYSPHAGIA.* 1993;8,1:7-10.
19. LAYFIELD LJ. Fine needle aspiration cytology of cystic parathyroid lesions. *ACTA. CYTOL.* 1991;35:447-50.
20. MASSARD JL, PEIX JL, BIZRANE M, KHALAF M, HUGUES B. Hémorragie cervico-médiastinale révélatrice d'un adénome parathyroïdien. *LA PRESSE MÉDICALE.* 1989;18:1524-1525.
21. PRINZ R A, PETERS JR, KANE J M, WOOD J. Needle aspiration of non functioning parathyroid cysts. *AM SURG.* 1990;56:420-2.
22. ROGERS L A, FEETE WP, et al. Parathyroid cysts and cystic degeneration of parathyroid adenoma. *ARCH. PATH* 1968;88:476-9.
23. SHI B, GUO H, TANG N. Treatment of parathyroid cysts with fine needle aspiration. *ANN INTERN MED.* 1999;131:797-8.
24. UWENTS P, DEBRUYNE F, DELAERE P, OSTYN F. Le kyste parathyroïdien, une cause de tuméfaction dans la région du cou. *REV LARYNGOL OTOL RHINOL.* 1994;115,2:113-115.
25. YATES WD, CHATMAN DM, ROGERS N, CHUNG EB, NUNEZ A, LEFFALL LD Jr. Hyperparathyroidism in Black patients: an update. *J. NATL MED ASSOC.* 1992;84,8:710-2.

ANNONCEURS :

GRIMBERG (2è couv.), INSTITUT G. PORTMANN (3è couv.), BAYER (4è couv.), POURET (142), SFFIC (189).