



**HAL**  
open science

## Adénome parathyroïdien oncocytaire

A. Paul, A. Villepelet, M. Lefèvre, S. Périé

► **To cite this version:**

A. Paul, A. Villepelet, M. Lefèvre, S. Périé. Adénome parathyroïdien oncocytaire. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases, 2015, 132 (5), pp.301-303. 10.1016/j.aforl.2015.01.008 . hal-01288642

**HAL Id: hal-01288642**

**<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-01288642v1>**

Submitted on 15 Mar 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## ADENOME PARATHYROIDIEN ONCOCYTAIRE

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Antoine Paul (1), Aude Villepelet (1), Marine Lefèvre (2), Sophie Périé (1)\*

1. Service d'ORL et de Chirurgie Cervicofaciale, Hôpital Tenon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, 4 rue de la Chine 75020 Paris, France
2. Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital Tenon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, 4 rue de la Chine 75020 Paris, France

**\* Auteur correspondant.**

Adresse e-mail: [sophie.perie@aphp.fr](mailto:sophie.perie@aphp.fr) (S. Périé)

## RESUME

Introduction : L'analyse cytologique d'un nodule thyroïdien retrouve fréquemment la présence de cellules oncocytaires (ou cellules de Hürthle) dans les néoplasmes folliculaires, dont seule l'analyse histologique définitive permet de caractériser son potentiel bénin ou malin. Cependant, les cellules oncocytaires sont aussi une population des glandes parathyroïdes.

Résumé cas clinique : La découverte d'un nodule thyroïdien en échographie thyroïdienne sur un antécédent de loboisthmectomie partielle gauche, a conduit à une analyse cytologique retrouvant un néoplasme folliculaire à cellules oncocytaires. La patiente présentait aussi une hyperparathyroïdie avec hypercalcémie. Les scintigraphies aux  $^{123}\text{I}/^{99\text{m}}\text{Tc}$ -sestamibi et au  $^{18}\text{F}$ -fluorocholine (TEP-CT) retrouvent une fixation unique en regard du lobe thyroïdien gauche restant. Une totalisation de lobo-isthmectomie gauche avec exploration de la loge est réalisée. L'histologie définitive retrouve un adénome parathyroïdien, intrathyroïdien, au sein du tissu thyroïdien résiduel. La parathormone se normalise.

Discussion : Des ressemblances cytomorphologiques sont retrouvées entre une lésion parathyroïdienne et une lésion thyroïdienne à cellules oxyphiles. La nature parathyroïdienne, et non thyroïdienne, doit être fortement suspectée en préopératoire, en cas présence d'une hyperparathyroïdie.

MOTS CLES : adénome parathyroïdien oncocytaire, cellules oxyphiles ou de Hürthle, analyse cytologique, hyperparathyroïdie, cancer thyroïdien folliculaire.

## INTRODUCTION

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Devant un nodule thyroïdien, le bilan comprend classiquement un dosage de la TSH et une échographie thyroïdienne (1). Une analyse cytologique selon la classification de Bethesda permet de déterminer le risque de malignité (2) qui varie entre 15-30% en cas de diagnostic cytologique de néoplasme folliculaire. Au sein des néoplasmes folliculaires, la présence de cellules oncocytaires, aussi appelées cellules de Hürthle ou cellules oxyphiles, exige une confrontation histologique, qui seule confirme la nature maligne ou bénigne selon l'invasion capsulaire.

Cependant, les cellules oxyphiles sont aussi présentes dans le tissu parathyroïdien normal.

Dans les adénomes parathyroïdiens, les formes oncocytaires, constituées majoritairement (plus de 70%) ou exclusivement de cellules oncocytaires, sont rares (4.4 à 8.4%).

Ce cas clinique illustre qu'un adénome parathyroïdien, intrathyroïdien, peut se présenter comme une tumeur folliculaire en présence de cellules oxyphiles à l'analyse cytologique.

## OBSERVATION

Une patiente de 62 ans, ayant pour antécédent une loboisthmectomie gauche partielle (nodule bénin) compliquée d'une paralysie récurrentielle gauche est adressée pour essoufflement phonatoire. L'examen ORL objective une paralysie de la corde vocale gauche en position paramédiane isolée, avec une fuite au cours des efforts phonatoires. Un nodule thyroïdien gauche peu mobile, indolore et souple est retrouvé à la palpation. L'échographie thyroïdienne retrouve des micronodules bilatéraux et un nodule polaire inférieur gauche hétérogène de 16mm de grand axe, de vascularisation centrale et périphérique (de type 3). L'analyse cytologique du nodule thyroïdien diagnostique une lésion suspecte de néoplasme folliculaire à cellules oncocytaires (oxyphiles, ou cellules de Hürthle). Biologiquement, il existe une euthyroïdie, la thyrocalcitonine est basse, mais on retrouve une hypercalcémie à 2.85mmol/L

1  
2 (calcium ionisé à 1.45mmol/L), avec un taux de parathormone (1-84 PTH) à 198pg/mL sans  
3 hypovitaminose D. Le reste du bilan est sans particularité.  
4

5  
6  
7 La patiente est adressée pour sa prise en charge, avec un doute sur une pathologie  
8  
9 thyroïdienne maligne, et le risque qu'entraînerait une totalisation du fait de la paralysie  
10  
11 récurrentielle gauche, associée à une hyperparathyroïdie. Une scintigraphie  $^{123}\text{I}/^{99\text{m}}\text{Tc}$ -  
12  
13 sestamibi (TcMibi) et une scintigraphie au  $^{18}\text{F}$ -fluorocholine TEP-CT(FCH PET) (Fig. 1)  
14  
15 retrouvent un foyer hyper métabolique unique en regard du lobe thyroïdien gauche restant. Il  
16  
17 est suspecté un adénome parathyroïdien intrathyroïdien, devant la présence unique d'une  
18  
19 image nodulaire échographique sur le lobe gauche résiduel fixant le  $^{123}\text{I}/^{99\text{m}}\text{Tc}$ -sestamibi et la  
20  
21  $^{18}\text{F}$ -fluorocholine, associée à une analyse cytologique retrouvant des cellules oxyphiles.  
22  
23

24  
25 L'antécédent de lobo-isthmectomie gauche partielle pourrait aussi avoir modifié les rapports  
26  
27 anatomiques, et la topographie des parathyroïdes. La gêne respiratoire actuelle est considérée  
28  
29 comme liée au défaut d'occlusion glottique, plus marquée au cours des efforts phonatoires.  
30  
31

32 L'exploration phonatoire par EVA (Evaluation Vocale Assistée) l'objective.  
33

34  
35 Une cervicotomie pour totalisation de la thyroïde gauche est réalisée. Elle retrouve, au sein  
36  
37 d'un reliquat d'un lobe thyroïdien gauche mal limité, une formation nodulaire inférieure, dont  
38  
39 l'analyse extemporanée décrit un nodule folliculaire bénin, sans présence de tissu  
40  
41 parathyroïdien. Aucune autre formation, notamment de parathyroïde n'est retrouvée. En  
42  
43 attente de l'examen anatomopathologique définitif, aucun autre geste n'est réalisé. Cependant,  
44  
45 le bilan biologique à J1 montre une calcémie ionisée normalisée à 1.18mmol/L et la 1-84 PTH  
46  
47 abaissée à 30pg/mL.  
48  
49  
50

51  
52 Les suites opératoires sont simples. L'histologie définitive de la pièce de loboisthmectomie  
53  
54 gauche confirme, au sein du tissu thyroïdien résiduel, une formation nodulaire composée de  
55  
56 tissu thyroïdien folliculaire bénin, associé à un adénome parathyroïdien intrathyroïdien  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 majoritairement oncocytaire, intracapsulaire, dépourvu de tout caractère suspect. Cette  
2 formation correspondait donc au nodule palpé, retrouvé en échographie et fixant le Mibi et la  
3  
4 Choline.  
5  
6  
7  
8

9 Ce tableau est celui d'un adénome parathyroïdien intrathyroïdien, sur un lobe gauche déjà  
10 opéré. La présence de cellules oxyphiles à la cytoponction associée à une  
11  
12 hyperparathyroïdie, alors qu'une seule formation était individualisée par l'échographie et les  
13  
14 scintigraphies, nous orientait sur une pathologie unique parathyroïdienne.  
15  
16  
17

18 Il est difficile de distinguer les lésions parathyroïdiennes et thyroïdiennes à cellules oxyphiles  
19 en cytologie, en raison de leurs ressemblances cytomorphologiques. On retrouve  
20  
21 effectivement dans les deux cas des cellules épithéliales d'organisation microfolliculaire, sur  
22  
23 un fond de matériel colloïde ou colloïde-like, et la présence de cellules oxyphiles et des  
24  
25 noyaux nus, ressemblant respectivement aux cellules de Hürthle et aux lymphocytes (2, 3)  
26  
27 (Fig. 2 correspondant au cas clinique). Dans les adénomes parathyroïdiens de type  
28  
29 oncocytaire, les cellules sont vastes et adhèrent les unes aux autres, les noyaux sont petits et  
30  
31 plus foncés, les nucléoles sont très peu visibles, les noyaux nus sont nombreux et il n'y a pas  
32  
33 de colloïde mais une substance similaire. La population cellulaire est monotone avec des  
34  
35 bordures cytoplasmiques indistinctes formant des larges plaques cohésives, avec des groupes  
36  
37 pseudopapillaires. Dans les néoplasmes thyroïdiens à cellules de Hürthle, les cellules sont  
38  
39 moins adhérentes, les noyaux sont plus grands et les nucléoles proéminents ; les noyaux nus  
40  
41 sont rares et la colloïde est présente. Par immunohistochimie, on met aussi en évidence le  
42  
43 TTF-1 (marquage nucléaire) et la thyroglobuline (marquage de la colloïde) dans le cas de  
44  
45 lésion thyroïdienne, alors que ces antigènes sont absents en cas de lésion parathyroïdienne (3).  
46  
47 La scintigraphie <sup>99m</sup>Tc-sestamibi est un examen de référence pour la détection des glandes  
48  
49 parathyroides hyperfonctionnelles. Cependant, la découverte fortuite d'un nodule thyroïdien  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 froid à l'iode n'est pas rare lors du bilan d'hyperparathyroïdie (4) ; il est suspect d'être malin  
2 s'il fixe le Mibi, et conduit à une analyse cytologique du nodule. La sensibilité de la scinti  
3  
4 Mibi pour ces nodules reste faible (35%), comme sa spécificité (4.1%) (5). La scintigraphie  
5  
6 FCH-PET, utilisant la <sup>18</sup>F-fluorocholine comme traceur (actuellement pour détecter les  
7  
8 métastases osseuses et les récives tumorales des cancers prostatiques), est un nouvel outil  
9  
10 d'évaluation des hyperparathyroïdies qui peut être indiquée en cas de discordance entre  
11  
12 l'échographie et la scintigraphie Mibi (6). Cependant, elle ne permet pas plus de caractériser  
13  
14 un nodule thyroïdien que la scintiMibi.  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23

## 24 CONCLUSION

25  
26 Les glandes parathyroïdes sont constituées de cellules principales et de cellules oxyphiles. Un  
27  
28 nodule thyroïdien unique, dont l'analyse cytologique retrouve des cellules oxyphiles, doit  
29  
30 faire suspecter un adénome parathyroïdien intrathyroïdien en présence d'une  
31  
32 hyperparathyroïdie. La scintigraphie des parathyroïdes montrera une fixation, mais ne  
33  
34 différenciera pas un nodule thyroïdien suspect d'une glande parathyroïde anormale  
35  
36 intrathyroïdienne. L'exploration chirurgicale comporte la recherche d'une parathyroïde  
37  
38 anormale, parfois intrathyroïdienne.  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45

46 Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec  
47  
48 cet article  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

## REFERENCES

1. Rapport 2012 de la Société Française d'ORL Chirurgie de la glande thyroïde Pathologie chirurgicale de la glande thyroïde. S.Périé, R Garrel. In Européenne d'Editions, Situations cliniques et arbres décisionnels. 313-322.
2. Cibas ES, Ali SZ. The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology. *Thyroid*, 2009; 19 : 1159-1165
3. Paker I, Yilmazer D, Yandakci K et al. Intrathyroidal Oncocytic parathyroid Adenoma: A Diagnostic Pitfall on fine-Needle Aspiration. *Diagn Cytopathol*. 2010; 38 : 833-836.
4. Onkendi EO and al. Thyroid cancer detection with dual-isotope parathyroid scintigraphy in primary hyperparathyroidism, *Ann Surg Oncol*, 2012 ;19: 1446-52
5. Boi F, et al. Thyroid disease cause mismatch between MIBI scan and neck ultrasound in the diagnosis of hyperfunctioning parathyroids : usefulness of FNA-PTH assay. *European Journal Endocrinology* 2013, 168 : 49-58.
6. Michaud L, Burgess A, Huchet V et al. Is  $^{18}\text{F}$ -fluorocholine-PET/CT a new imaging tool for detecting hyperfunctioning parathyroid glands in primary or secondary hyperparathyroidism? *J Clin Endocrinol Metab*. 2014 Sep 12.



Figure 1 : Scintigraphie au  $^{18}\text{F}$ -fluorocholine TEP-CT

PET, fixation en regard du lobe thyroïdien gauche (encadré gauche) ; PET, grossissement sur la fixation en région cervicale (encadrés supérieurs) ; TDM, localisation correspondante sur le scanner cervical couplé (encadrés inférieurs).

Figure 2 : Présence de cellules en métaplasie oncocytaire (flèche) et cellules parathyroïdiennes normales (flèche discontinue encadré). Coloration Hématéine-Eosine-Safran, X200.

Figure1

in : PARATHYROÏDE

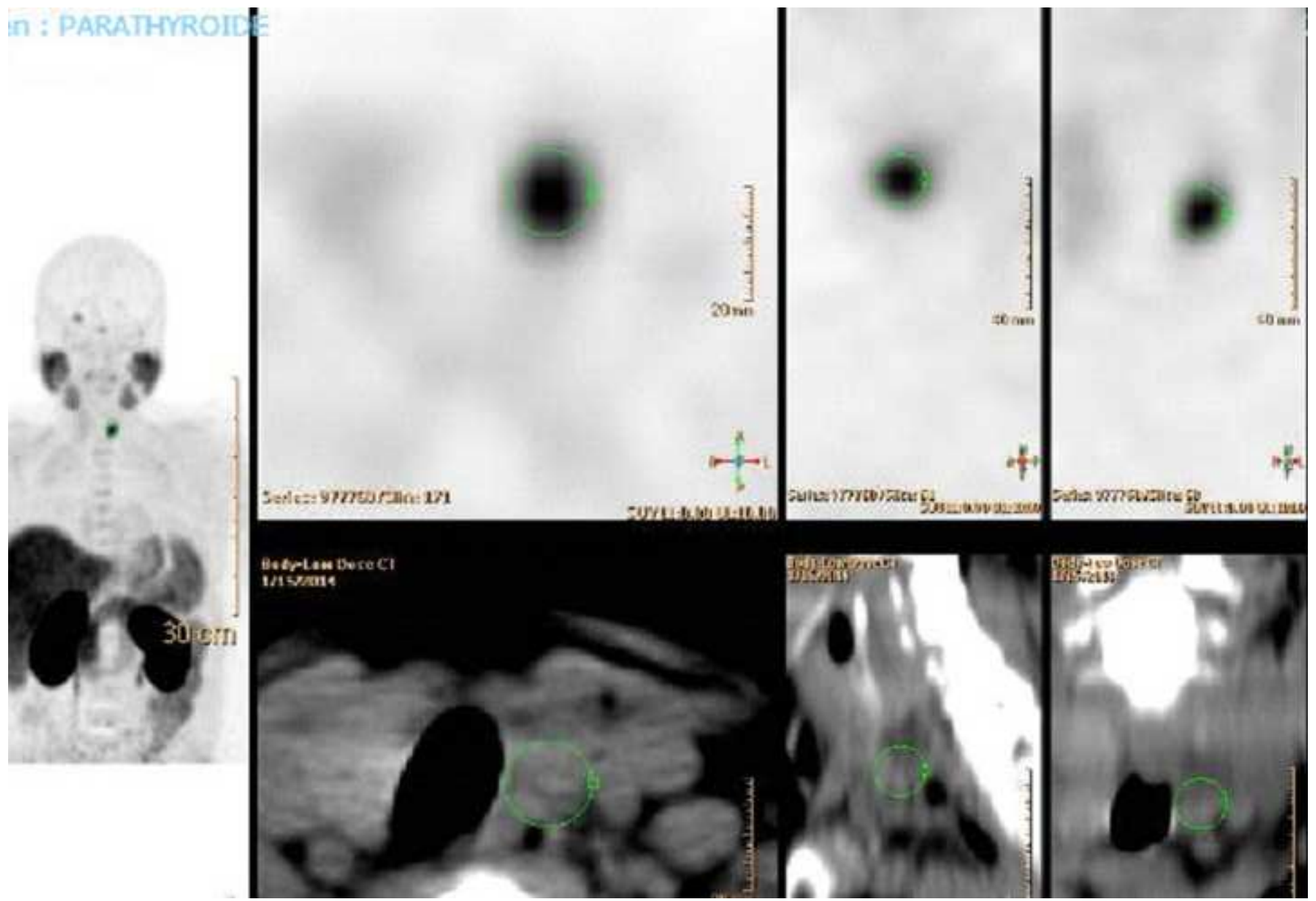


Figure2

