



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

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 récurrentielle gauche, associée à une hyperparathyroïdie. Une scintigraphie $^{123}\text{I}/^{99\text{m}}\text{Tc}$ -
11 sestamibi (TcMibi) et une scintigraphie au ^{18}F -fluorocholine TEP-CT(FCH PET) (Fig. 1)
12
13 retrouvent un foyer hyper métabolique unique en regard du lobe thyroïdien gauche restant. Il
14 est suspecté un adénome parathyroïdien intrathyroïdien, devant la présence unique d'une
15 image nodulaire échographique sur le lobe gauche résiduel fixant le $^{123}\text{I}/^{99\text{m}}\text{Tc}$ -sestamibi et la
16
17 ^{18}F -fluorocholine, associée à une analyse cytologique retrouvant des cellules oxyphiles.
18
19

20 L'antécédent de lobo-isthmectomie gauche partielle pourrait aussi avoir modifié les rapports
21 anatomiques, et la topographie des parathyroïdes. La gêne respiratoire actuelle est considérée
22 comme liée au défaut d'occlusion glottique, plus marquée au cours des efforts phonatoires.
23

24 L'exploration phonatoire par EVA (Evaluation Vocale Assistée) l'objective.
25

26 Une cervicotomie pour totalisation de la thyroïde gauche est réalisée. Elle retrouve, au sein
27 d'un reliquat d'un lobe thyroïdien gauche mal limité, une formation nodulaire inférieure, dont
28 l'analyse extemporanée décrit un nodule folliculaire bénin, sans présence de tissu
29 parathyroïdien. Aucune autre formation, notamment de parathyroïde n'est retrouvée. En
30 attente de l'examen anatomopathologique définitif, aucun autre geste n'est réalisé. Cependant,
31 le bilan biologique à J1 montre une calcémie ionisée normalisée à 1.18mmol/L et la 1-84 PTH
32 abaissée à 30pg/mL.
33

34 Les suites opératoires sont simples. L'histologie définitive de la pièce de loboisthmectomie
35 gauche confirme, au sein du tissu thyroïdien résiduel, une formation nodulaire composée de
36 tissu thyroïdien folliculaire bénin, associé à un adénome parathyroïdien intrathyroïdien
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

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

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

froid à l'iode n'est pas rare lors du bilan d'hyperparathyroïdie (4) ; il est suspect d'être malin s'il fixe le Mibi, et conduit à une analyse cytologique du nodule. La sensibilité de la scinti Mibi pour ces nodules reste faible (35%), comme sa spécificité (4.1%) (5). La scintigraphie FCH-PET, utilisant la ^{18}F -fluorocholine comme traceur (actuellement pour détecter les métastases osseuses et les récives tumorales des cancers prostatiques), est un nouvel outil d'évaluation des hyperparathyroïdies qui peut être indiquée en cas de discordance entre l'échographie et la scintigraphie Mibi (6). Cependant, elle ne permet pas plus de caractériser un nodule thyroïdien que la scintiMibi.

CONCLUSION

Les glandes parathyroïdes sont constituées de cellules principales et de cellules oxyphiles. Un nodule thyroïdien unique, dont l'analyse cytologique retrouve des cellules oxyphiles, doit faire suspecter un adénome parathyroïdien intrathyroïdien en présence d'une hyperparathyroïdie. La scintigraphie des parathyroïdes montrera une fixation, mais ne différenciera pas un nodule thyroïdien suspect d'une glande parathyroïde anormale intrathyroïdienne. L'exploration chirurgicale comporte la recherche d'une parathyroïde anormale, parfois intrathyroïdienne.

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article

REFERENCES

1. Rapport 2012 de la Société Française d'ORL Chirurgie de la glande thyroïde
Pathologie chirurgicale de la glande thyroïde. S.Périeré, 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}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}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

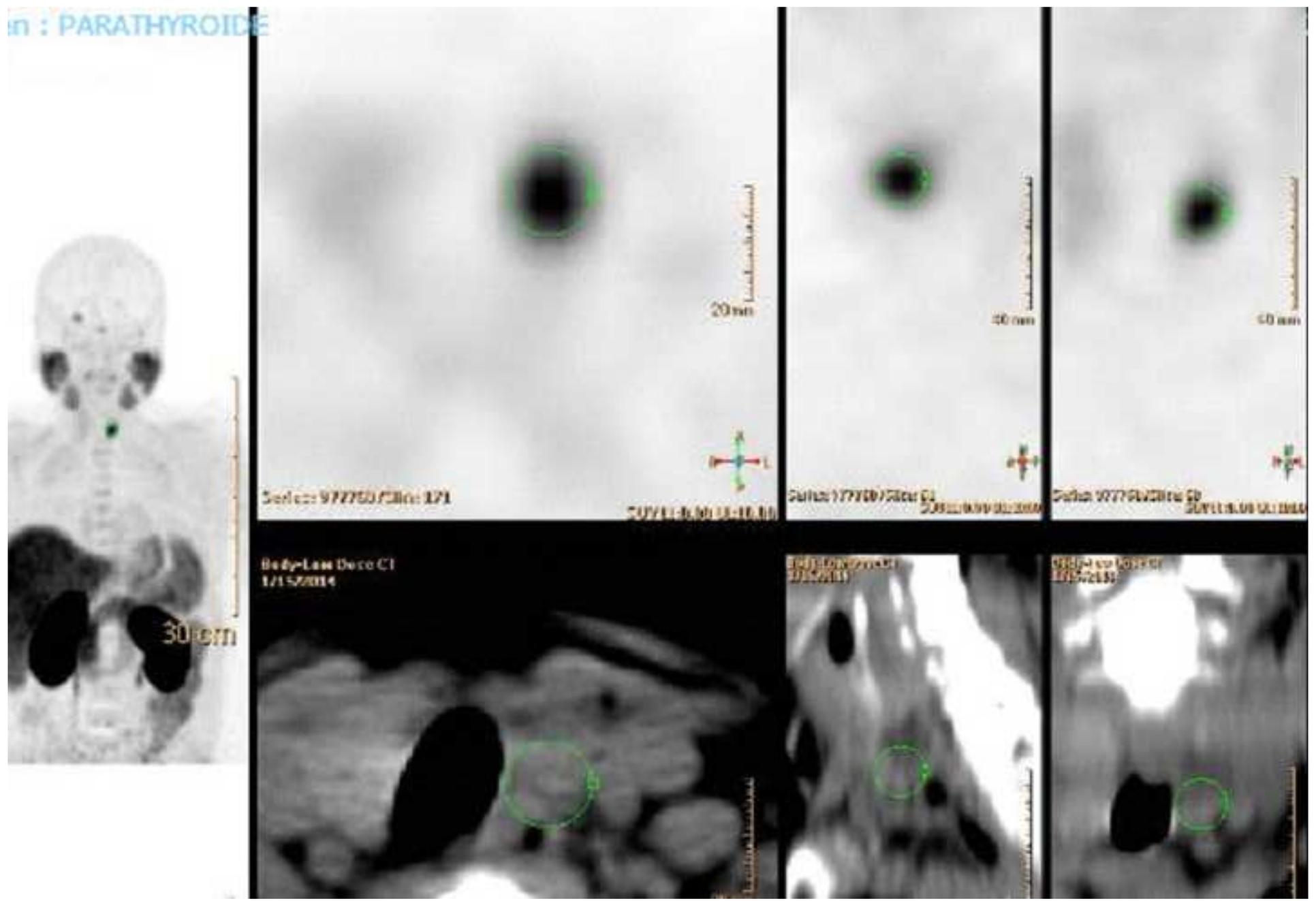


Figure2

