



Les kystes thymiques

The thymic cysts

الكيسات التوتية

Y. Ouadnoui, Z. Bernoussi, Y. Msougar, M. Bouchikh, A. Achir, M. Smahi, A.S. Alaziz, N. Mahassini, A. Benosman.

الملخص : مقدمة : الكيسات التوتية من الأروام النادرة. تشخيصها يتم بالإشعاعية ، مع ذلك ، لا بد من الجراحية .
المواد وطرق : هذه الدراسة الرجعية التي أجريت بين يناير 2000 و ديسمبر 2008 تهم خمس مرضى أجري لهم عمليات جراحية.
البيانات الواردة في الدراسة تم جمعها من السجلات الطبية وإجراءات الإبلاغ.
النتائج : وهم 3 من النساء ورجلان ، كان متوسط العمر 36.6 سنة ± 11.5 . تم العثور على المناعي المظفر عند اثنين من المرضى.
وأكدت الأشعة التشخيص في جميع المرضى . تم خلع صدري للكيسات التوتية في ثلاث حالات بفتح الصدع و في حالتين بفتح الضلع . وقد تمت مراقبة ل 28.25 أشهر دون تكرار المرض.
خاتمة : علاج الكيسات التوتية جراحي . فإن الحد الأدنى للفتح ينبغي أن يكون النهج المفضل . الهدف من هذه الدراسة هو التعريف بدراستنا مع تحديد نوع العملية الجراحية وتطور المرض في نطاق البحث عن خطر تكرار المرض .

الكلمات الأساسية : جراحية، كيس، توتي

Résumé : Objectifs : Ce sont des tumeurs rares du médiastin antérieur. Le diagnostic est radiologique, cependant une exploration chirurgicale est nécessaire*. Le but de l'étude est de rapporter notre série.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre janvier 2000 et décembre 2008 concernant cinq patients opérés pour kyste thymique. Les données de notre étude ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des comptes-rendus opératoires.

Résultats : Il s'agit de 3 femmes et 2 hommes. L'âge moyen est de 36,6 ans $\pm 11,5$. La découverte était fortuite dans un cas. L'association avec une atteinte immunitaire a été retrouvée chez deux patients. La radiologie a confirmé le diagnostic chez l'ensemble des patients. On a réalisée une thymectomie emportant le kyste par voie sternal dans trois cas et par thoracotomie antérolatérale dans deux cas. Les suites opératoires ont été simples avec un recul moyen de 28,25 mois sans récurrences.

Conclusion : Le traitement est chirurgical vu la possibilité d'un contingent tumoral associé. L'approche mini-invasive doit être privilégiée.

Mots clés : Kyste thymique.

Abstract : Objective : The thymic cysts are rare tumors of the mediastinum. The diagnosis is radiological, however, surgical exploration is necessary*.

Patients and methods: The management of these patients in our institution is reported. Five patients operated in within eight years. Data from our study were collected from medical records and reporting procedures.

Results : There were three women and two men with an average of 36,6 $\pm 11,5$ years. The tumor was found on chest radiograph in one asymptomatic patient. The tumor was localized in the anterior mediastinum in all cases.

All patients were operated on: three by sternotomy, two by thoracotomy. Histology confirmed benign epithelial thymic cyst. No mortality, no complications or recurrences are reported with a follow-up of 28,25 months

Conclusion : Only the surgical management, leads to precise the diagnosis and to treat these tumors. The minimally invasive surgery takes an interesting place for thoracic location.

Key Words : Thymic cyst.

Introduction

Les kystes thymiques sont des tumeurs rares du médiastin antérieur. Ils sont en général asymptomatiques ou révélés par des complications compressives. La nature kystique de ces tumeurs est confirmée par les données tomodensitométriques. Toutefois, la possibilité d'un thymome associé impose une exploration chirurgicale.

Matériel et méthode

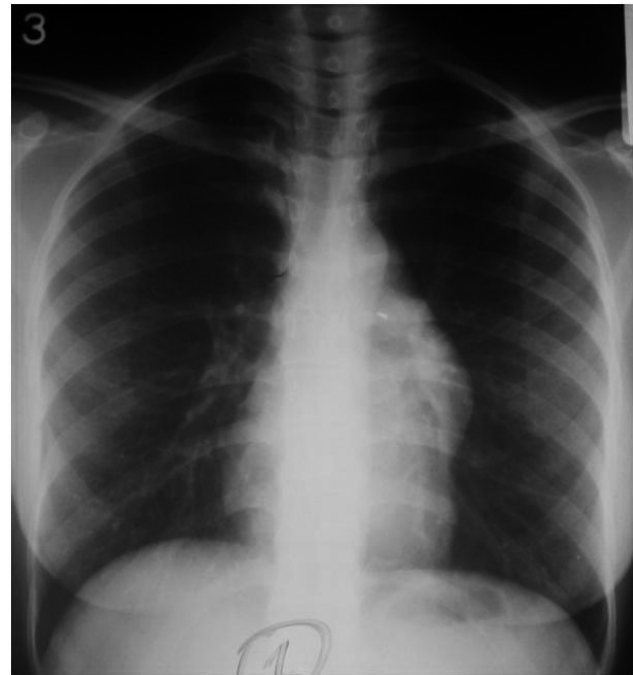
C'est une étude rétrospective menée dans notre service entre Janvier 2000 et décembre 2008. Il s'agit de cinq patients opérés pour kyste thymique. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et des comptes-rendus opératoires. On a analysé les paramètres anthropométriques, cliniques, radiologiques. On s'est intéressé au type d'intervention chirurgicale, à l'évolution postopératoire ainsi qu'au suivi à long terme à la recherche d'une éventuelle récurrence. On a exclu tout kyste thymique « secondaire » à une chimio-radiothérapie.

Résultats

Il s'agit de 3 femmes et 2 hommes ayant un âge moyen de $36,6 \text{ ans} \pm 11,5$. Trois patients présentaient des douleurs thoraciques avec une dyspnée, un malade était suivi pour une myasthénie sous traitement anticholinergiques depuis un an et une patiente était asymptomatique. La radiographie thoracique de face a montré une masse médiastinale bien limitée de tonalité hydrique dans tous les cas débordant parfois à gauche comme à droite sur le hile (figure 1).

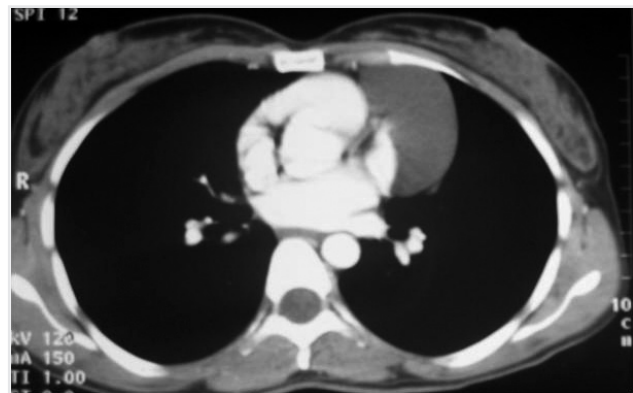
La tomodensitométrie thoracique a confirmé la nature kystique de la lésion et le siège au niveau de la loge thymique évoquant le diagnostic de kyste thymique (figure 2). Un cas a été associé à une composante tissulaire faisant suspecter un thymome associé. La recherche, préopératoire, d'une myasthénie s'est avérée négative chez les quatre malades. Tous les patients ont été opérés, la voie d'abord consistait en une sternotomie dans trois cas et une thoracotomie antérolatérale gauche passant par le lit de la III^e côte dans

Fig 1 : Radiographie thoracique de face



Opacité médiastino-pulmonaire gauche bien limitée

Fig 2 : Tomodensitométrie thoracique



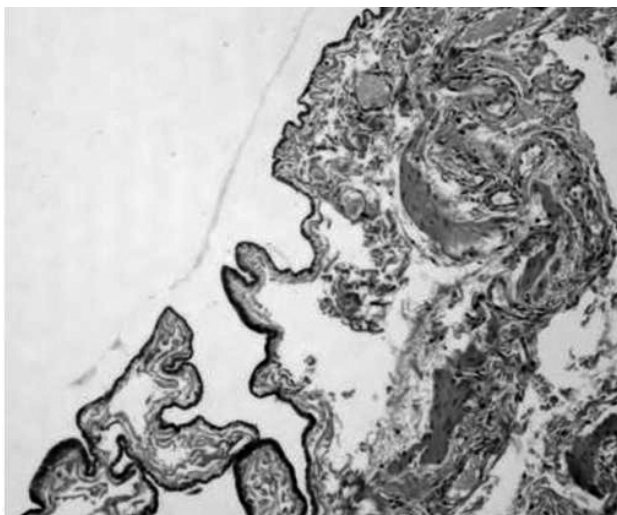
Masse médiastinale antérieure de densité liquidienne évoquant un kyste thymique

les deux autres cas. Les patients ont bénéficié d'une exérèse de la tumeur emportant le thymus et la nature kystique a été confirmée au moment de l'intervention (figure 3).

Il y avait un envahissement médiastinale (péricarde et plèvre médiastinale) dans un cas en rapport avec un thymome associé. Les suites opératoires étaient simples. L'étude histologique de la pièce opératoire a permis de

Fig 3 : Prise opératoire*Présence d'un kyste thymique*

mettre en évidence une association avec un thymome type B1 chez un patient et de confirmer le diagnostic pour le reste: tumeur thymique à paroi kystique bordée par des cellules épithéliales cubiques, enfermant du liquide «eau de roche» et contenant des cristaux de cholestérol (figure 4).

Fig 4 : Anatomopathologie*Microscopie optique : montrant un tissu thymique dont la paroi est kystique bordée par des cellules épithéliales cubiques*

L'évolution a été marquée par l'installation d'un syndrome myasthénique dans un cas (paralysie faciale avec un bloc post synaptique intéressant le nerf facial à l'électromyogramme)

justifiant une mise sous prostigmine à une dose quotidienne de 240 mg avec une rémission clinique. Une radiothérapie externe adjuvante, indiquée devant l'association kyste thymique et thymome, a permis un bon contrôle local. Le suivi, après un recul moyen de $28,25 \pm 6,3$ mois (extrêmes: 16 à 60 mois), n'a révélé aucune récurrence.

Discussion

Les kystes thymiques sont des tumeurs bénignes. Elles représentent moins de 4 % des tumeurs du médiastin et la deuxième localisation des tumeurs kystiques médiastinales [1]. Le thymus dérive principalement de la troisième poche branchiale, il subit une migration dans le sens caudal médial du cou jusqu'au médiastin. Ce phénomène explique la localisation cervicomédiastinale des kystes du thymus. Graeber, divise les kystes thymiques en trois catégories: congénitales, néoplasiques et dégénératives. Ces deux dernières sont favorisées par la radio-chimiothérapie [2]. Dans notre étude on ne note aucun antécédent de thérapie néo-adjuvante.

Les kystes thymiques se voient à tout âge sans prédominance de sexe. La plupart sont asymptomatiques et de découverte fortuite à la radiologie. Davis et al rapportent une série, sur 56 ans, de dix cas de kyste thymique médiastinal asymptomatique [3]. Dans notre étude seulement un patient était asymptomatique. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques (douleur thoracique, dyspnée, toux). Des complications compressives, en cas d'hémorragie intrakystique, d'infection et de dégénérescence, peuvent être révélatrices donnant une obstruction intermittente de la veine brachiocéphalique [4] et une compression du ventricule droit [5]. L'examen clinique permet de déceler un éventuel syndrome myasthénique associé.

L'association d'un kyste thymique et atteinte du système immunitaire (syndrome de Gougerot Sjögren[6], histiocytose à cellules de Langerhans [7] et infection par le VIH [8]) a été rapportée sans pouvoir établir le lien de causalité. Dans notre étude, un parmi les deux patients ayant un syndrome myasthénique, avait un thymome associé.

La radiographie thoracique et la tomодensitométrie thoracique retrouvent une masse homogène, mesurant parfois plus de 10 cm, de densité liquidienne, confirmant

dans la majorité des cas le diagnostic de kyste thymique. Cependant, le diagnostic de certitude ne peut être porté que par l'histologie après résection chirurgicale.

La ponction à l'aiguille fine, est proscrite à cause des seuils inacceptables de sensibilité et de spécificité [9,10]. D'ailleurs, l'aspect macroscopique de ce liquide est variable de « eau de roche » jusqu'au liquide couleur chocolat en cas d'hémorragie intrakystique antérieure et l'étude de ce liquide ne permet pas de poser le diagnostic de certitude ni d'écarter une association de lésion maligne. Dans notre série un patient présente une association de kyste thymique et thymome [11,12]. D'autres associations sont rapportées (carcinome basaloïde du thymus et kyste thymique).

Pour les kystes thymiques du médiastin, la voie d'abord est, souvent, une sternotomie médiane et verticale. Une approche par chirurgie mini-invasive (cervicomaniubriotomie,

ministernotomie, thoracotomie axillaire, vidéothoracoscopie) peut être réalisée devant une certitude diagnostique [12-14].

Une exérèse chirurgicale complète de la lésion tumorale emportant le thymus doit être pratiquée, malgré l'aspect histologique bénin à l'extemporané. Ceci est dans le but d'enlever tout contingent tumoral associé ainsi que de prévenir toute récurrence [12-14].

Conclusion

Une approche chirurgicale mini-invasive des kystes thymiques doit être privilégiée. Toutefois, toute suspicion, en per-opératoire, d'une lésion maligne associée justifie une conversion en un abord large permettant une exérèse « carcinologique ».

Références

1. Rahmati M, Corbi P, Gibelin H, Jayle C, Abdou M, Milinkevitch S. Prise en charge des kystes thymiques. *Annales de chirurgie* 2004; 129 :14–19.
2. Graeber GM, Thompson LD, Cohen DJ, Ronnigen LD, Jaffin J, Zajtchuk R. Cystic lesion of the thymus. An occasionally malignant cervical and/or anterior mediastinal mass. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 87: 295–300.
3. Davis RD, Oldham HN, Sabiston DC. Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management, and results. *Ann Thorac Surg* 1987; 44: 229–37.
4. Miller JS, LeMaire SA, Reardon MJ, Coselli JS, Espada R. Intermittent brachiocephalic vein obstruction secondary to a thymic cyst. *Ann Thorac Surg* 2000; 70: 662–3.
5. Monnier G, Guerard S, Godon P, Heyraud JD, Brichon PY, Van De Walle JP et al. A new case of pericardial thymic cyst. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2000; 93: 875–8.
6. Kondo K, Miyoshi T, Sakiyama S, Shimosato Y, Monden Y. Multilocular thymic cyst associated with Sjogren's syndrome. *Ann Thorac Surg* 2001; 72: 1367–9.
7. Wakely Jr P, Suster S. Langerhans' cell histiocytosis of the thymus associated with multilocular thymic cyst. *Hum Pathol* 2000; 31: 1532–5.
8. Chhieng DC, Demaria S, Yee HT, Yang GC. Multilocular thymic cyst with follicular lymphoid hyperplasia in a male infected with HIV. A case report with fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol* 1999; 43: 1119–23.
9. Delbrouck C, Choufani G, Fernandez Aguilar S, Hassid S. Cervical thymic cyst: a case report. *Am J Otolaryngol* 2002; 23: 256–61.
10. Kelley DJ, Gerber ME, Willging JP. Cervicome-diastinal thymic cysts. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997; 39: 139–46.
11. Hara M, Suzuki H, Ohba S, Satake M, Ogino H, Itoh M, et al. A case of thymic cyst associated with thymoma and intracystic dissemination. *Radiat Med* 2000; 18: 311–3.
12. Sugio K, Ondo K, Yamaguchi M, Yamazaki K, Kase S, Shoji F, et al. Thymoma arising in a thymic cyst. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 6: 329–31.
13. Akamine S, Takahashi T, Oka T, Kishimoto K, Ayabe H. Thymic cystectomy through subxyphoid by video-assisted thoracic surgery. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 2339–41.
14. Bellows CF, Hartz RS, Cullinane C, Pigott JD. Cosmetic approach to anterior mediastinal masses. *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 1724–6.