

# CARACTERISATION IMMUNOHISTOCHIMIQUE D'UNE METASTASE ATYPIQUE D'UN CANCER DIFFÉRENCIÉ DE LA THYROÏDE

D. BEN SELLEM, L. ZAABAR, B. DHAOUADI, B. LETAIEF, MF. BEN SLIMENE

Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Institut Salah Azaiez, Service de Médecine Nucléaire, Tunis, TUNISIE

## INTRODUCTION

Le cancer différencié de la thyroïde (CDT) est un cancer rare généralement de bon pronostic. Le diagnostic histologique est généralement facile, mais des difficultés peuvent survenir en particulier pour les métastases atypiques.

L'anticorps anti-thyroglobuline (Ac anti-Tg) est le marqueur essentiel des cellules vésiculaires d'origine thyroïdienne.

Nous rapportons un cas d'une métastase faciale d'un CDT dont le diagnostic histologique n'a pu être établi que grâce à l'étude immunohistochimique.

## OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 66 ans, aux antécédents d'une lobo-isthmectomie gauche il y'a 07 ans qui a présenté une tuméfaction en regard de la pommette gauche augmentant progressivement de taille.

La TDM a objectivé un envahissement osseux facial et endocrânien, par un processus tissulaire, associé à des métastases parenchymateuses pulmonaires bilatérales sans adénopathies. A l'étage cervical, l'hypertrophie compensatrice du lobe thyroïdien droit était le siège d'un nodule apical de 16 mm.

La biopsie de la tumeur jugale a conclu à un aspect morphologique très évocateur d'un carcinome à cellules acineuses des glandes salivaires accessoires, de type folliculaire mais pouvant correspondre à un tissu thyroïdien.

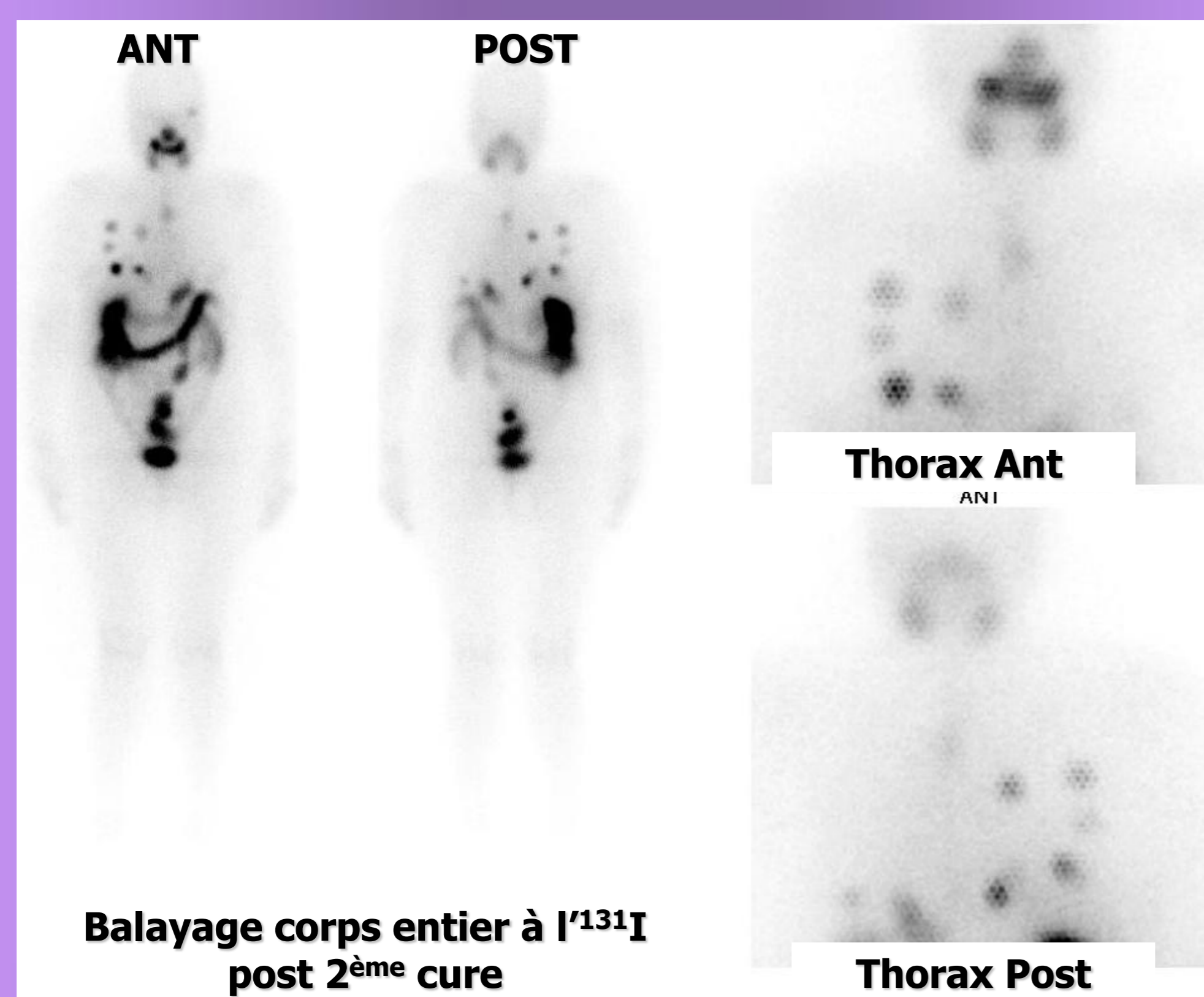
Une résection complète de la masse tumorale jugale gauche a été réalisée associée à une loboisthmectomie droite sans curage ganglionnaire.

L'étude immunohistochimique a révélé que les cellules tumorales étaient positives pour les anticorps anti Tg confirmant l'origine thyroïdienne de cette métastase faciale. Trois micro-carcinomes papillaires du lobe thyroïdien droit ont été découverts.

Par la suite, la patiente a été mise sous L-thyroxine.

Elle a bénéficié, 4 mois et demi post-totalisation, d'une 1<sup>ère</sup> cure de 140 mCi d'<sup>131</sup>I. Le balayage cervico-thoracique post-thérapeutique a objectivé plusieurs foyers cervicaux médiaux d'hyperfixation intense, un foyer d'hyperfixation sous angulo-mandibulaire droit, un foyer d'hyperfixation sous orbitaire gauche, des métastases pulmonaires bilatérales prédominantes du côté droit. La Tg concomitante en état de stimulation (TSH 48 µUI/ml) était très élevée à 175 ng/ml avec absence d'Ac antiTg. L'échographie cervicale n'a pas objectivé d'adénopathies cervicales et la loge thyroïdienne était libre.

Elle a bénéficié, 7 mois après, d'une 2<sup>ème</sup> cure de 140 mCi d'<sup>131</sup>I.



Le balayage corps entier post-thérapeutiques a objectivé, comparativement au premier, une nette amélioration au niveau cervical avec persistance du reliquat jugal gauche. Au niveau thoracique, accentuation des foyers de fixation pulmonaires. La Tg concomitante en état de stimulation (TSH 49 µUI/ml) a nettement baissé à 8 ng/ml sans apparition d'Ac antiTg.

Elle a bénéficié, 7 mois après, d'une 3<sup>ème</sup> cure de 150 mCi d'<sup>131</sup>I et le balayage corps entier post-thérapeutiques ont conclu à la persistance de métastases pulmonaires avec apparition de nouveaux foyers. La Tg concomitante, réalisé avec la même trousse, en état de stimulation (TSH 49 µUI/ml) a encore baissé à 3 ng/ml sans apparition d'Ac antiTg.

## DISCUSSION

L'examen immuno-histochimique consiste à révéler sur coupe histologique, par réaction antigène-anticorps, la présence de récepteurs antigéniques cellulaires intranucléaires, membranaires ou cytoplasmiques.

L'anticorps anti-thyroglobuline (Ac anti-Tg) est le marqueur essentiel des cellules vésiculaires d'origine thyroïdienne.

Dans les cancers différenciés de la thyroïde, l'immunohistochimie permet de :

- Mieux distinguer entre les carcinomes papillaires et vésiculaires:

Carcinomes papillaires	Carcinomes vésiculaires
Le marquage à la Tg est moins constant, souvent très focal ou concentré au pôle apical des cellules tumorales.	Le taux de Tg est plus important.
Pas de corrélation entre la Tg et la proportion des cellules tumorales : il existe un défaut d'excrétion de la Tg par ces tumeurs.	Il existe une corrélation entre la Tg et la proportion des cellules tumorales.
Ils sont plus riches en T3.	Ils sont plus riches en T4.

- Dépister un foyer anaplasique (ne sécrétant pas ou peu de Tg) dans un carcinome bien différencié.
- Apporter la preuve formelle de l'origine thyroïdienne de la métastase écartant dans le même temps les rares aspects cellulaires de prolifération d'origine papillaire extra-thyroïdienne (ovaire, endomètre...).
- Distinguer une tumeur vésiculaire à cellules claires des métastases intra-thyroïdienne d'un cancer du rein et des tumeurs de la parathyroïde.
- Révéler l'existence de tumeurs mixtes médullaires et vésiculaires.

En cas de métastase ganglionnaire d'un CDT, le taux de la Tg dans le liquide de ponction est élevé et nettement supérieur à son taux sérique.

En conclusion, en cas de métastases atypiques, nous ne devrions pas rejeter l'hypothèse d'un éventuel cancer de la thyroïde, même après un examen cytologique et histologique négatif. Les techniques immunohistochimiques peuvent affiner le diagnostic et fournir une preuve formelle de l'origine thyroïdienne de ces métastases grâce à l'immunoréactivité à l'Ac anti-Tg spécifique des cellules folliculaires de la thyroïde.

NB : pas de conflit d'intérêt.