

33^e Congrès de la Société Française d'Endocrinologie

Carcinome papillaire de la thyroïde sur un goitre ovarien

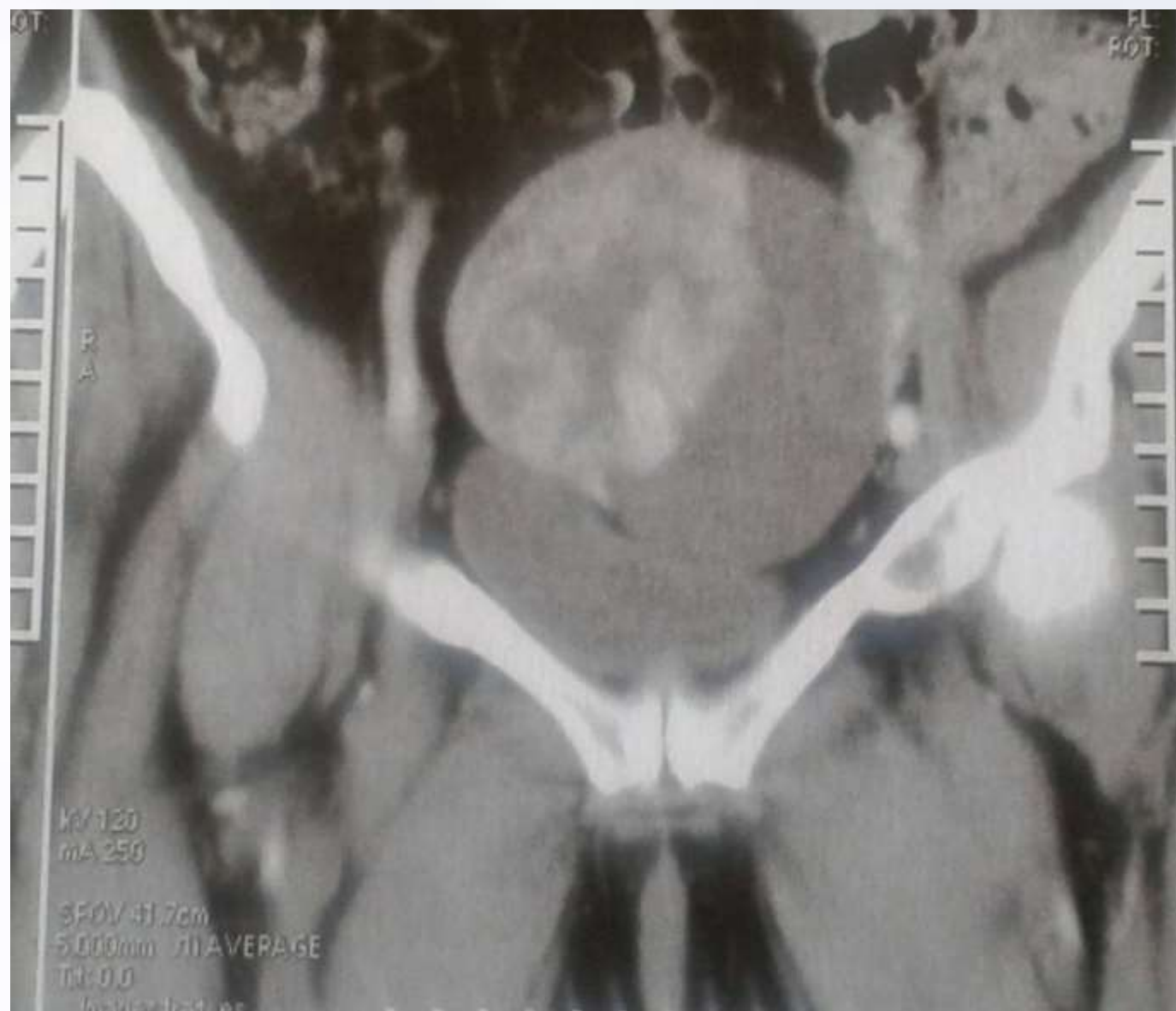
N. Djelali, C. Chekman, N. Raissi, O. Hocine, A. Djennaoui
CENTRE PIERRE ET MARIE CURIE Alger, ALGÉRIE

Introduction : Le carcinome papillaire de la thyroïde est le type le plus courant de cancer de la thyroïde, son traitement nécessite une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire central et irradiation, mais qu'on est il quand on le retrouve sur un ovaire, avec une thyroïde saine.

Notre objectif à travers cette observation est de discuter les particularités anatomo-clinique et thérapeutique de cette tumeur rare.

Observation:

Patiente B.KH ménopausée âgée de 70 ans, hypertendue et diabétique sous traitement, hospitalisée pour un carcinome colloïde muqueux infiltrant du sein gauche et dont le bilan d'extension révèle au scanner abdomino-pelvien : un processus expansif solidokystique de 129x 100 mm au niveau de la loge ovarienne gauche avec composante liquidienne, tissulaire, calcique punctiforme sous forme d'une dent évocateur d'un tératome immature.



En per opératoire on retrouve une masse bosselée d'origine ovarienne gauche de plus de 10 cm, pas d'ascite ni de nodules péritonéaux, on procède à une **Annexectomie gauche** et **Mastectomie gauche** avec **curage axillaire homolatérale**, les suites sont simples.

L'examen histologique :

L'ovaire gauche siège d'un tératome mature pluri-tissulaire fait d'un tissu thyroïdien, tissu bronchique, tissu adipeux, vasculaire et de muqueuse rétinienne.



Le tissu thyroïdien est largement prédominant siège d'un goitre avec transformation maligne en carcinome papillaire, la pièce de mastectomie: c'est un carcinome mucineux infiltrant de grade 2 de SBR, BDR saine, RH positifs et HER 2 négatif; le curage axillaire retrouve deux ganglions métastatiques.

Le diagnostic d'un **carcinome papillaire sur goitre ovarien** a été posé; la patiente a bénéficiée d'une radio-chimiothérapie adjuvante pour le cancer du sein; des explorations radiologique et biologique de la glande thyroïde ont été réalisées revenant en faveur d'un **goitre multi-nodulaire à cytologie bénigne**, et bilan thyroïdien correct, la patiente a bénéficié d'une thyroïdectomie sans curage ganglionnaire et dont l'histologie est revenue sans particularité avec un follow up d'1 an.

Discussion: Le goitre ovarien ou struma ovarii est un tératome mature de l'ovaire, uni ou pluri-tissulaire, il doit contenir plus de 50% de tissu thyroïdien [1]. La transformation maligne des goitres ovariens est exceptionnelle avec une incidence d'environ 0,1-0,3% de tous les tératomes ovariens [2]. Cliniquement il se manifeste par une masse abdomino-pelvienne voir des douleurs pelviennes et rarement par une hyperthyroïdie [3]. Le diagnostic de certitude est l'examen histologique, les critères de malignité ont été examinés par Devaney et coll [1], L'absence d'effraction capsulaire et d'angio-invasion suggèrent un meilleur pronostic [4].

Les métastases des goitres ovariens malins sont rares 5% des cas [5], elles sont principalement intra-abdominale: le foie, l'ovaire controlatéral, le cerveau, les poumons et les os.

Le traitement des goitres ovariens malins est chirurgical, il peut être radical: une annexectomie bilatérale, hystérectomie et omentectomie avec lymphadénectomie pelvienne et para-aortique vu le caractère lymphophile des cancers thyroïdiens; ou conservateur: une salpingo-ovariectomie indiquée pour les femmes jeunes, avec tumeur limitée et sans dissémination loco-régionale ni à distance [6-7].

Le traitement par l'iode radioactif est indiqué en cas de récurrence tumorale ou de métastases avec une thyroïdectomie et une surveillance par le dosage de la thyroglobuline et une scintigraphie à l'iode.

Conclusion : Les goitres ovariens malins sont des tumeurs rares, leur symptomatologie est très proche des tumeurs malignes de l'ovaire, le diagnostic est histologique, l'intérêt de l'immuno-marquage par la thyroglobuline dans les tumeurs peu différenciées.

Le traitement est chirurgical, l'évolution peut se faire rarement vers une dissémination métastatique.

L'irradiation est recommandée en cas de résidus tumoraux, de récurrences ou de métastases.

Bibliographie :

- [1] Devaney K, Snyder R, Norris H, Tavassoli F. Proliferative and histologically malignant Struma Ovarii: a clinicopathologic study of 54 cases. Int J Gynecol Pathol 1993;12(4):333-43.
- [2] Matsuda K, Maehama T, Kanazawa K. Malignant Struma Ovarii with thyrotoxicosis. Gynecol Oncol 2001;82:575-7.
- [3] Rosenblum N, LiVolsi V, Edmonds P, Mikuta J. Malignant Struma Ovarii. Gynecol Oncol 1989;32:224-7.
- [4] Chan SW, Farrel KE 2001 Metastatic thyroid carcinoma in the presence of struma ovarii. Med J Australia 175:373-374.
- [5] McDougall I, Krasne D, Hanbey J, Collins J. Metastatic malignant Struma Ovarii presenting as paraparesis from a spinal metastasis. J Nucl Med 1989;30:407.
- [6] Hemli JM, Barakat MS, Appleberg M, Delbridge LW. Papillary carcinoma of the thyroid arising in the struma ovarii report of a case and review of management guidelines. Gynecol Endocrinol 2001; 15: 243-7.
- [7] S. Krichen Makni, I. Bahri, S. Ellouze, H. Mnif, L. Ayadi, M. Ghariani, H. Khmiri, T. Boudawara Goitre ovarien malin: Une observation. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005; 34: 815-3.