

Adénomes parathyroïdiens ectopiques révélant un cancer thyroïdien différencié

N. Boubezari^{*a} (Dr), A. Bouzid^a (Dr), A. Haddam^a (Pr), D. Meskine^a (Pr), S. Bessad^b (Dr), T. Louifi^a (Dr)

^a Laboratoire d'endocrinologie et métabolisme Université Alger 1, Alger, ALGÉRIE

^b Service de chirurgie thoracique, CHU Mustapha bacha, Alger, ALGÉRIE ;

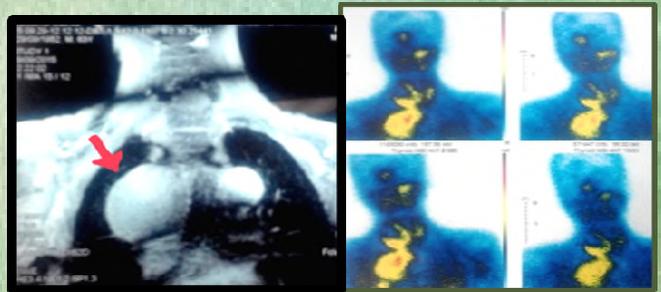
Introduction

L'hyperparathyroïdie primaire est dans 10% des cas en rapport avec un adénome ectopique. Rarement maligne, elle peut être isolée ou syndromique intégrée à un tableau complexe de polyendocrinopathies à type de NEM1 (gène *MEN1*), NEM2A (gène *RET*) ou encore à un syndrome d'hyperparathyroïdie familiale-jaw tumor syndrome (HPT-JT) (gène *HRPT2*). Par ailleurs son association à un carcinome thyroïdien différencié est rare.

Cas clinique

Il s'agit du patient B.S âgé de 63ans présentant des hypercalcémies malignes en regard de taux de PTH 14 x la normale avec insuffisance rénale modérée et impotence fonctionnelle due à une fracture pathologique du bassin.

À l'imagerie on retrouvait un goitre plongeant, une masse appendue au lobe droit de la thyroïde et une grosse masse médiastinale droite avec une fixation scintigraphique au MIBI tardive de la base du lobe thyroïdien droit allant jusqu'au médiastin ainsi qu'au niveau du crâne, du fémur et de la clavicule évoquant des tumeurs brunes. Ce patient a été opéré, bénéficiant d'un geste large en bloc (thyroïde, masses basi-cervicale et médiastinale, curage ganglionnaire central et lame thyro-thymique)



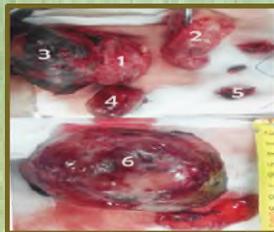
IRM cervico-thoracique

Scinti-MIBI

L'étude anatomopathologique des pièces opératoires conjointes révélait deux adénomes parathyroïdiens basi-cervical et médiastinal et une thyroïde nodulaire à potentiel malin incertain. Les taux de Tg post opératoires étaient très élevés (en faveur d'un cancer différencié de la thyroïde). Une totalisation isotopique par iode radioactif a été réalisée. Le balayage post thérapeutique a révélé de multiples fixations en faveur de localisations secondaires au niveau du crâne et des deux hémithorax.

Pièces opératoires

- 1-Lobe thyroïdien droit
- 2-Lobe thyroïdien gauche
- 3-Kyste cloisonné
- 4-Masse sous lobaire droite
- 5-Ganglions cervicaux
- 6-Masse médiastinale



Discussion et conclusion:

L'association de l'hyperparathyroïdie primaire à un carcinome thyroïdien différencié est rare allant de 3,7% à 8% selon les études. Même si l'effet oncogène de l'hypercalcémie sur la glande thyroïde est décrite dans la littérature, la pathogénie de cette association reste encore mal élucidée.

Chez notre patient, on note la présence de critères cliniques et biologiques de suspicion de cancer parathyroïdien à savoir le sexe masculin, le retentissement osseux et rénal concomitant, les taux très élevés de calcémie et de PTH ainsi que la taille de la tumeur.

La survenue concomitante d'une forme aussi sévère d'hyperparathyroïdie primaire évoquant fortement un cancer parathyroïdien et d'un carcinome différencié thyroïdien est exceptionnelle, c'est ce qui fait toute la particularité de cette observation, ajouté à cela la situation ectopique et la multiplicité des adénomes.

La surveillance rigoureuse de ces deux pathologies est donc de mise ainsi que la recherche d'une éventuelle néoplasie endocrinienne multiple.

Références:

1- D. Betea *, J.Potorac, A.Beckers :carcinome parathyroïdien Département d'endocrinologie, université de Liège, CHUSart Tilman
2-M.Assadi, M.D. Concurrent papillary thyroid cancer and parathyroid adenoma as a rare condition: a case report, The Persian Gulf Nuclear Medicine Research Center, Bushehr University of Medical Sciences

3- Chaychi L1, Belbruno K, Golding A, Memoli V. Unusual manifestation of parathyroid carcinoma in the setting of papillary thyroid cancer.AACE clinical case reports
4-Sato S1, Kitahara A2, Koike T2, Hashimoto T2, Ohashi R3, Motoi N4, Tsuchida M2 Resection of a large ectopic parathyroid adenoma: A case report.Internationaljournalof surgery