

Métastase révélatrice du cancer différencié de la thyroïde à propos de 41 cas

Maazou. M. Larwanou^{*a} (Dr), H . El Ouahabi ^a (Pr), N . Ismaili Alaoui^b (Pr)
^a Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition CHU Hassan II, Fès, MAROC ;
^b Service de Médecine Nucléaire CHU Hassan II., Fès, MAROC

Introduction

Les cancers différenciés de la thyroïde (CDT) sont les cancers endocriniens les plus fréquents. Le mode révélateur est le plus souvent un nodule thyroïdien solitaire ou un goitre nodulaire plus ou moins compressif. Plus rarement, un cancer thyroïdien différencié peut être découvert par une métastase à distance. Notre étude a pour but d'étudier les différentes métastases révélatrices du CDT.

Patients et méthodes

Etude rétrospective sur 9 ans portant sur 41 patients suivi dans le service de médecine nucléaire au CHU Hassan II Fès.

Résultats

La moyenne d'âge est de 51,71 ans \pm 15,58, majoritairement des femmes 65,9%, un antécédent familial de goitre dans 6 cas, Les métastases révélateurs : osseuses au premier dans 46,3% (vertébrale 34,1%, bassin 4,9%, humérus 4,9 % et fémur 2,4%), ganglionnaire dans 41,5%, pulmonaire dans 9,8% et musculaire dans 2,4% (figure1). Tous les patients ont bénéficié d'une thyroïdectomie totale dont 56,1% de cas avec curage ganglionnaire. Histologie : carcinome papillaire 73,2% (classique 61% et d'architecture vésiculaire 12,2%), vésiculaire 24,4% et insulaire 2,4% (Tableaux1). La thyroglobuline moyenne en défreination 762 ng/ml. Irathérapie iode 131 3,7GBq en moyenne 4 cures chez 26 patients, 4 adressés en radiothérapie, 8 en oncologie, 1 en traumatologie et 2 perdu de vue.

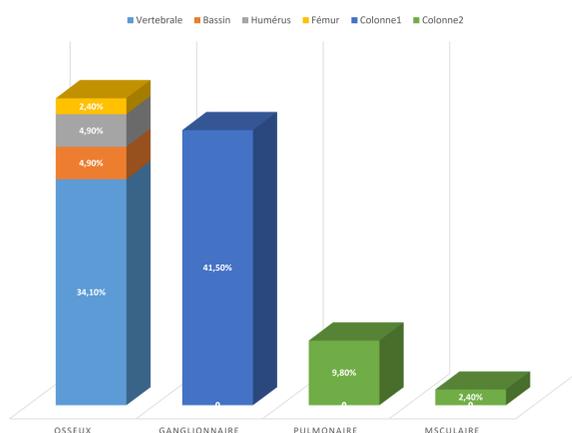


Figure 1: les différentes localisations métastatiques

Tableaux1: type histologique

Carcinome papillaire	Classique	61%	73,2%
	Architecture vésiculaire	12,2%	
Carcinome vésiculaire		24,4%	24,4%
Carcinome peu différencié	Insulaire	2,4%	2,4%

Discussion

Les métastases dans le CDT sont présentes au moment du diagnostic dans 10 à 15% [1]. Les localisations des métastases par ordre décroissant, le poumon, l'os, les ganglions, puis les autres organes [2]. Dans notre étude les localisations métastatique osseuses sont majoritaire. Cela témoigne du retard diagnostic chez ces patients, malgré le développement des explorations en matière du diagnostic du CDT (échographie, cytoponction), [3] Les métastases osseuses sont le plus souvent multiple 80%, elles sont révélés par la douleur (ostéolyse ou compression) et se localisent par ordre décroissant au niveau du rachis, bassin, côtes, fémur, voûtes crânienne, sternum, omoplate, humérus, clavicule et autres [4]. Leur présence au moment du diagnostic initial est un facteur de pronostic défavorable quel que soit le type histologique. [5]. Certaines études avaient montré que le pronostic des métastases osseuses est moins favorable que celui des métastases pulmonaires, [6]. Il est lié aux complications tels que les fractures pathologiques, les compressions médullaires et les douleurs qui augmentent la mortalité. Des études ont montré qu'environ 51 à 78% des patients atteints de CDT avec métastases osseuses avaient développé au moins une de ces complications [7], La stérilisation des foyers pulmonaires et ganglionnaires par l'iode radioactif 131 a pu être obtenue chez certains patients. Aucun cas de stérilisation des métastases osseuses par irathérapie dans notre série. Cependant on note une amélioration de la douleur et la stabilisation des lésions. Dans la littérature deux tiers des patients fixent l'iode et, parmi eux, la moitié peut être guérie par l'iode 131 [8]. La survie globale 10 ans après le diagnostic de métastases est de 25 à 40 %.

Conclusion

Les cancers différenciés de la thyroïde peuvent donner des métastases avec une prédominance de localisation osseuse, Malgré la présence de la maladie métastatique, ce type de néoplasie évolue relativement bien, particulièrement quand on considère le mauvais pronostic des autres cancers épithéliaux au stade de métastases

Référence

- [1] Maria Grazia Chiofalo, Sergio Venanzio Setola, Francesca Di Gennaro. Follicular thyroid carcinoma with skull metastases. Endocrine Journal. 2015, 62 (4), 363-369
- [2] Bernier MO. Survival and therapeutic modalities in patients with bone metastases of differentiated thyroid carcinomas. J Clin Endocrinol Metab. 2001; 86: 1568-73.
- [3] F. Lalmi, J.-L. Sadoul, V. Rohmer. Les cancers de la thyroïde : de l'épidémiologie à la biologie moléculaire. Annales d'Endocrinologie. 2015 ; 76 : 19-28.
- [4] J.-P. Durand, M. Karoubi, P. Anract. Métastases osseuses: prise en charge multidisciplinaire, approche diagnostique et thérapeutique. EMC-Appareil locomoteur. 2012 ; 7 (4) : 1-15.
- [5] Mihailovic J, Stefanovic L, Malesevic M. Differentiated thyroid carcinoma with distant metastases: probability of survival and its predicting factors. Cancer Biother Radiopharm. 2007; 22: 250-255.
- [6] Jeng-Yeou Chen, I-Wen Chen, Chuen Hsueh. Synchronous Diagnosis of Metastatic Cancer to the Thyroid is Associated with Poor Prognosis. Endocr Pathol. 2015 ; 26:80-86.
- [7] Eiman Y. Ibrahim, Naifa L. Busaidy. Treatment and surveillance of advanced, metastatic iodine-resistant differentiated thyroid cancer. Review. 2017; 29 (2): 151-158.
- [8] Durante C, et al. Long-term outcome of 444 patients with distant metastases from papillary and follicular thyroid carcinoma: benefits and limits of radioiodine therapy. J Clin Endocrinol Metab 2006;98:2892-9.