

Microcarcinome thyroïdien mixte : Comment traiter ?

H.Allal ;S.Ould-kablia

Introduction :

Le carcinome thyroïdien mixte est une entité qui correspond à des tumeurs comportant une double composante : l'une de type vésiculaire (Tg+), l'autre de type médullaire (CT+).

Cas clinique :

Nous rapportons le cas de Madame H.H âgée de 70ans. aux antécédents de diabète type 2 insulino-dépendant et d'HTA sous traitement bien équilibrés.

Elle nous fut adressée à un mois post-opératoire d'une thyroïdectomie totale avec curage récurrentiel bilatéral pour nodule thyroïdien de 14mm de diamètre suspect, dont la cytologie était en faveur d'un carcinome papillaire de la thyroïde.

L'étude histologique et immunohistochimique de la pièce opératoire retrouve un microcarcinome thyroïdien mixte de 0.5cm à double composante médullaire et vésiculaire avec immunomarquage positif pour la calcitonine, chromogranine et la thyroglobuline.

Chez notre patiente, la prise en charge sera celle d'un microcarcinome médullaire de la thyroïde. Pour cela ; nous avons réalisé un dosage de thyrocalcitonine (TCT) revenu à 4.79pg/ml soit normal (inférieur à 10pg/ml) témoignant de la rémission de la maladie.

Nous avons préconisé une surveillance clinique régulière et biologique par dosage de calcitonine ; un bilan d'extension sera fait à chaque fois que le taux de calcitonine revient supérieur à 100pg/ml.

Un traitement complémentaire par chimiothérapie et/ou radiothérapie sera discuté en fonction de l'extension de la maladie.

Discussion :

-Avant de porter un diagnostic de cancer mixte, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas de vésicules ou de cellules thyroïdiennes normales résiduelles encloses dans la tumeur. il est parfois impossible de répondre à cette question ; seule l'image mixte au sein d'une localisation métastatique permet d'affirmer qu'il s'agit d'un cancer mixte.

-Le caractère parfois bien limité de ces formes les fait à tort classer parmi les adénomes vésiculaires atypiques. donc il ne faut pas hésiter à vérifier par un immunomarquage à la Tg et CT qu'il ne s'agit pas d'un carcinome mixte.

-L'association d'un CMT et d'un carcinome papillaire est d'abord considérée comme fortuite, elle est parfois retrouvée de façon plus fréquente dans certaines familles. nous rappelons l'implication de réarrangement du gène RET dans les cancers papillaires.

-Lorsqu'il existe deux tumeurs distinctes ou intriquées, chacun des cancers évolue pour son propre compte et le suivi est de façon distincte celui d'un carcinome médullaire et celui d'un carcinome de souche vésiculaire. dans les cancers mixtes l'évolution est conditionnée par la composante médullaire.

Conclusion :

Il reste un diagnostic difficile à porter, parfois impossible où seule l'image mixte au sein d'une métastase qui permet de l'affirmer.

L'évolution est conditionnée par la composante médullaire, certains auteurs déniaient même à la composante vésiculaire tout comportement carcinomateux.

Référence :

1-Guliana JM, Franc B et Duron F. CMT. Encycl Méd chir, Endoc Nutrition, 10-008-B-10, 2001, 15p.

2-L. Leenhardt, F. Ménégau, B. Franc, cancers de la thyroïde 10-008-A-50.

3-P. Niccoli-sire, B. Conte-Devoux, CMT, Annales d'endocrinologie (2007), doi : 10.1016 / j.ando . 2007 .04.003.