

# Carcinome occulte de la thyroïde révélé par des métastases osseuses à distance: à propos de deux cas.

I. EL BEZ, N.BCHIR, I. SLIM, A. MHIRI, M.F. BEN SLIMENE  
Service de Médecine Nucléaire, Institut Salah Azaiez- Tunis

**Introduction :** Le carcinome occulte de la thyroïde (COT) est généralement défini comme étant un microcancer de taille inférieure à 1 cm, indétectable cliniquement. Il est découvert fortuitement à l'occasion d'examen radiologique de routine, de chirurgie cervicale d'une tumeur thyroïdienne bénigne ou d'une autre tumeur ORL, ou après autopsie : varie de 0.01% aux USA à 35.6% en Finlande des thyroïdes examinées. Il inclut les carcinomes majoritairement de type papillaire, mais on peut rencontrer d'autres types : vésiculaire et médullaire. Dans la littérature, des cancers occultes révélés par une métastase osseuse ont rarement été rapportés. Nous rapportons dans notre travail deux observations de patientes, présentant des localisations osseuses d'un primitif thyroïdien occulte.

**Observation 1 :** Patiente âgée de 74 ans, aux antécédents de loboisthmectomie droite pour un nodule thyroïdien bénin il y a 30 ans, présentait une tuméfaction sacrée occasionnant des lombosciatalgies, une paresthésie des membres inférieurs et une incontinence urinaire. Une tomodensitométrie (TDM) pelvienne a été réalisée, révélait un processus tissulaire expansif étendu lysant la presque totalité du sacrum. Un complément d'exploration par une IRM pelvienne objectivait un processus tissulaire sacré envahissant les vaisseaux iliaques internes droits, la paroi postérieure du rectum, les forams sacrés et les muscles fessiers évoquant un chondrome. Une biopsie sous TDM effectuée a conduit à une métastase d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde. Une échographie cervicale pratiquée a mis en évidence un lobe gauche restant siège d'un nodule de 3 cm de grand axe discrètement hétérogène présentant une hypervascularisation modérée au doppler couleur (fig 1). Une scintigraphie thyroïdienne au pertechnétate effectuée a montré la présence d'une fixation en regard de la loge thyroïdienne gauche correspondant au moignon thyroïdien restant (fig 2). Sur base de ces données, la patiente a bénéficié d'une totalisation thyroïdienne lobaire gauche avec à l'examen anatomopathologique un aspect d'un goitre multi-adenomateux remanié sans signe histologique de malignité. La patiente a bénéficié d'une radiothérapie de la région sacrée à la dose de 64 Gy. Un traitement complémentaire par des cures d'irathérapies à l'iode radioactif a été indiqué. Sur le balayage du corps entier post thérapeutique, la métastase sacrée fixait intensément l'iode radioactif (fig 3). Un dosage sanguin de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobulines a été réalisé, objectivait des taux élevés de la thyroglobuline à 490 ng/ml

**Observation 2 :** Patiente âgée de 30 ans sans antécédents pathologiques particuliers a consulté en neurologie pour tuméfaction pariétale crânienne non douloureuse de découverte fortuite. Une IRM cérébrale pratiquée a mis en évidence l'existence d'une tumeur intra diploïque pariétale droite lysant l'os avec une partie extra durale. La patiente a bénéficié d'une exérèse complète et cranioplastie avec des suites opératoires simples. L'examen anatomopathologique a conduit à une métastase osseuse d'un carcinome papillaire de la thyroïde. L'examen histologique de la pièce de thyroïdectomie totale a conclu à l'absence de tumeur agressive en faveur d'un carcinome papillaire. Le balayage post thérapeutique par l'iode radioactif a visualisé trois hyperfixations : une fixation cervicale correspondant à un reliquat thyroïdien orthotopique, une fixation au niveau du crâne latéralisée à droite correspondant à la lésion connue et une fixation en regard du bassin qui correspondait sur les coupes tomoscintigraphiques couplées au scanner de repérage (TEMP-TDM) à une lésion lytique du cotyle droit. Une scintigraphie osseuse faite dans le cadre du bilan d'extension a mis en évidence une large plage d'hypofixation correspondant à la tumeur connue, avec absence de visualisation d'autres foyers pathologiques sur le reste du squelette, notamment le bassin.

**Discussion :** Boucek et al ont divisé le COT en quatre groupes qui se distinguent par leur tableau clinique initial et le mode de découverte de la tumeur primitive.

Nos deux cas rapportés se démarquent de cette classification par le fait que l'examen anatomopathologique de la thyroïde n'a pas mis en évidence de tumeur agressive. Ceci nous réfère à un cinquième groupe proposé par Haiguang et al qui définit les COT avec une glande thyroïde siège uniquement de lésions bénignes diagnostiquées à l'imagerie et confirmées à l'examen histologique. Il divise cette entité en deux types : pour le premier type une métastase ganglionnaire est découverte à la suite d'une thyroïdectomie totale avec curage du compartiment central, la thyroïde étant indemne de lésion maligne. Le deuxième type est caractérisé par la découverte d'une métastase à distance d'un cancer de la thyroïde, l'examen après thyroïdectomie étant normal.

Selon cette classification les deux cas rapportés se classent dans le 2ème type du groupe cinq.

Le premier type, plus connu chez certains auteurs sous la dénomination de thyroïde latérale aberrante, est plus fréquent et la tumeur primitive est généralement retrouvée, mais elle peut être tellement petite qu'elle échappe au pathologiste

**Conclusion :** Le COT possède dans la littérature plusieurs définitions mais il est généralement décrit comme étant un cancer papillaire, de taille inférieure à 1 cm révélé par des métastases ganglionnaires cervicales, ou découverts lors d'autopsies. Les COT révélés par une métastase osseuse ont rarement été rapportés, tout comme ceux apparus sur du tissu thyroïdien en ectopie cervicale latérale. Nos différents cas rapportés mettent en exergue cette entité avec ses particularités diagnostiques et cliniques.



Fig 1: Echographie cervicale objectivait un lobe gauche restant siège d'un nodule de 3 cm de grand axe discrètement hétérogène présentant une hypervascularisation modérée au doppler couleur.

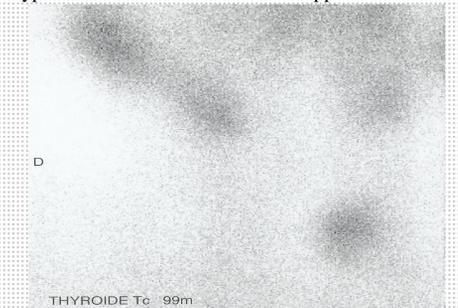


Fig 2: Une scintigraphie thyroïdienne au pertechnétate objectivait une hyperfixation du traceur en regard de la loge thyroïdienne gauche, correspondant au moignon thyroïdien restant

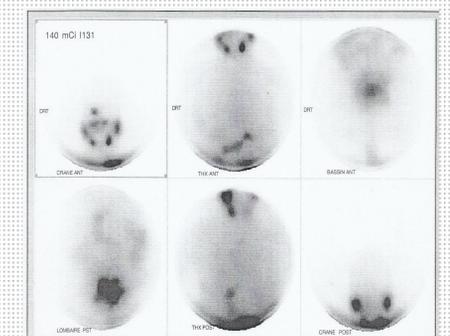


Fig 3: le balayage du corps entier post cure objectivait la métastase sacrée fixant intensément l'iode radioactif.