

HEMIPLEGIE GAUCHE CONSECUTIVE A L'IRATHERAPIE D'UN CARCINOME PAPILLAIRE ATYPIQUE AVEC MACRO METASTASES SURRENALIENNE ET CEREBRALE

B. Dreves^a, C. Ansquer^b, A. Chenet^c,
E. Mirallié^d, C. Caillard^d,
K. Renaudin^e, SA. Martin, F. Lerat^g,
F. Toulgoat^g, B. Feigel Guiller^h,
C. Milin, B. Cariou^a, D. Druia^a

INTRODUCTION

Les cancers différenciés thyroïdiens **se compliquent très rarement de métastases cérébrales**. On les retrouve dans 10 % des séries autopsiques et dans **1 à 1,3 % des cas après le diagnostic de carcinome papillaire thyroïdien (CPT)**. Plus fréquemment lorsqu'il y a **plusieurs facteurs de mauvais pronostic** et a fortiori **s'il existe déjà d'autres sites métastatiques**. Il n'y a pas de consensus sur leurs prise en charge alors qu'elles peuvent être sources de complications spécifiques

Quelques cas de convulsions post irathérapie ont été rapportés dans la littérature. Mais aucun déficit neurologique persistant.

CAS CLINIQUE

M. L 71 ans, antécédent de lobectomie thyroïdienne pour un nodule bénin consulte en avril 2013 pour un déficit moteur progressif distal du membre inférieur gauche et crises partielles.

- **TDM+IRM cérébrale** = lésion frontale droite paramédiane (34*31*20mm)
- **TDM TAP** = nodule thyroïdien (55 mm) ; 5 micronodules pulmonaires, masse surrénalienne (77*44mm), nodules musculaires et de carcinose péritonéale.
- **Thyroglobuline** = **418ng/mL** sans anticorps anti Tg
- **TEP FDG (-)** et **Iode 131 (+)**

Compatible avec une origine primitive thyroïdienne

THERAPEUTIQUE

Introduction de **CORTANCYL 40 mg/j** d'avril a juin **puis 70mg/j**

Mai 2013 = **Thyroidectomie totale** + surrénalectomie droite, le même jour.

ANATOMOPATHOLOGIE = *Carcinome papillaire de variante vésiculaire avec nombreux emboles vasculaires.*

17, 19, 21 Juin 2013 = **Radiothérapie externe cérébrale** (3 séances, dose totale = 33 Gy)

1^{er} Juillet 2013 = **Irathérapie 100mCi en sevrage** sous couvert d'une majoration du CORTANCYL à 1mg/kg

Soit J+10 RTEc

CRISE CONVULSIVE → constitution progressive d'un déficit hémicorporel gauche + héminégligence et anosognosie.

H+24

→ EEG éliminant état de mal épileptique

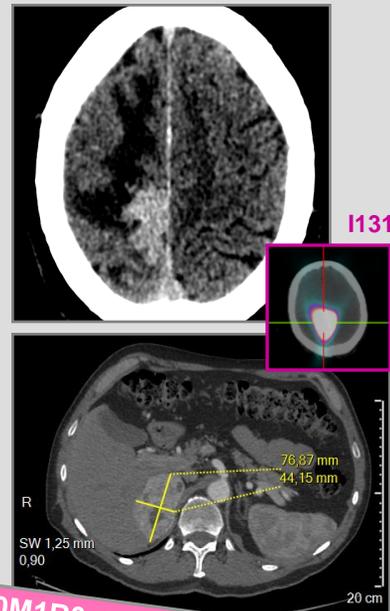
→ TDM crâne = discrète majoration de l'oedème périlésionnel, stabilité lésionnelle et de l'effet de masse.

Déficit persistant 6 semaines avant récupération complète

CONCLUSION

- * Délai minimal entre radiothérapie cérébrale et irathérapie des CPT métastatiques à respecter ?
- * Encadrement anti oedémateux IV de l'irathérapie des CPT avec métastase cérébrale par solumedrol ou mannitol (sans effet sur la captation de l'iode) ?

Bibliographie



pT3N0M1R0, BRAF(-)