

Caractéristiques phénotypiques et évolutives des cancers anaplasiques de la thyroïde

NS. Fedala, AEM. Haddam*, L. Ahmed Ali, D. Meskine*, F. Chentli

Service endocrinologie CHU BAB EL OUED, Alger, ALGÉRIE

service endocrinologie EPH, Alger, ALGÉRIE

INTRODUCTION

Le KC anaplasique de la thyroïde est une tumeur maligne indifférenciée. Il est rare (2 %) et se caractérise par une agressivité qui rend son pronostic péjoratif

Objétif: Rapporter les caractéristiques phénotypiques et évolutives du KC anaplasiques de la thyroïde

MÉTHODOLOGIE

25 patients ont été suivis en 10 ans. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique, d'un bilan hormonal (FT4-TSHus) morphologique (échographie cervicale - TDM thoracoabdominale) scintigraphie osseuse. Au terme de l'exploration, une décision thérapeutique était prise (chirurgie thyroïdienne et ou radiothérapie et ou chimiothérapie)



RÉSULTATS

Age moyen 55±1,2 ans (38-78), sex ratio 21 H-9 F. Motifs de consultations: Masse cervicale (45%), goitre + signes compressifs (25%), métastase (30%)

- 12 % ont des ATCD de KC différenciés de la thyroïde (85% Vésiculaires) 40% de goitre endémique. Taille moyenne de la tumeur 6 cm (5-8)
- Bilan d'extension: localisations secondaires 70%: osseuses 100% pulmonaires 100% ganglionnaires 100% cérébrales 30% surrénaliennes 16%

Le cancer est avancé dans 80% (Stade 5: 50% Stade 4: 30%) 20% AU STADE 2 ET 3 Seuls ces derniers ont bénéficié d'une thyroïdectomie avec curage ganglionnaire, radiothérapie+ chimiothérapie

L'évolution est péjorative 100%: mortalité après un recul de 40 jours (30-90) dans les formes avancées, après un recul de 2 ans (1,5-3) dans les autres cas



KC ANAPLASIQUE surinfecté copliquié de métastases pulmonaire et rachidienne

DISCUSSION

Le KC anaplasique de la thyroïde est un des cancers les plus graves chez l'être humain. Il prédomine largement chez des sujets âgés généralement entre la sixième et la huitième décennie. Exceptionnel avant l'âge de 40 ans, il est prédominant chez la femme. Dans 20% des cas, les patients affectés ont déjà un antécédent avec un cancer thyroïdien, parfois papillaire ou vésiculaire. La transformation anaplasique d'une tumeur maligne différenciée pourrait être précipitée par des irradiations externes ou internes dans le cadre du traitement d'une tumeur différenciée. La carence iodée, le goitre endémique par la stimulation prolongée par la TSH, prédisposent à leur survenue; Le carcinome anaplasique de la thyroïde se révèle généralement par un volumineux goitre ou un nodule ancien rapidement évolutif.

Les signes d'envahissement loco-régionaux sont classiques. Les métastases à distance sont observées dans 20 à 50% des cas. La localisation la plus fréquente est pulmonaire ensuite cérébrale puis osseuse. À l'exception de très rares formes localisées (T2-T3), précocement reconnues par la clinique, l'immense majorité des cancers anaplasiques diagnostiqués sont au stade 3 et 4 de la classification TNM signant d'emblée la gravité du pronostic. Le traitement du carcinome anaplasique de la thyroïde repose sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

L'association de ces 3 modalités thérapeutiques semble la plus efficace pour améliorer le contrôle local. Plusieurs facteurs conditionnent le pronostic du carcinome anaplasique de la thyroïde qui reste tout de même très fâcheux; l'âge avancé, la taille de la tumeur, l'effraction capsulaire, la nécrose tumorale, le grand index mitotique, l'envahissement ganglionnaire et les métastases à distance qui sont de très mauvais pronostic. La survie à 5 ans est inférieure à 10%, la moyenne de survie est de 6 à 8 mois quelque soit le traitement. S'il existe des métastases, la survie moyenne chute à 3 mois

CONCLUSION

Le KC anaplasique de la thyroïde est redoutable. Sa prise en charge doit être précoce