

# MÉTASTASE DU MASSIF FACIAL RÉVÉLANT UN CARCINOME PEU DIFFÉRENCIÉ DE LA THYROÏDE (À PROPOS D'UNE OBSERVATION)

M. Ghammem<sup>a</sup> (Dr), J. Houas<sup>\*a</sup> (Dr), N. Khairredine<sup>a</sup> (Dr), S. Bel-Hadj Rhouma<sup>a</sup> (Dr), M. Bellakhder<sup>a</sup> (Dr), W. Kermani (Pr), M. Ben Ali<sup>a</sup> (Pr), M. Abdelkafi<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale Hôpital Farhat Hached, Sousse, TUNISIE

## Introduction :

Les cancers thyroïdiens s'accompagnent de métastases à distance dans 10 à 15% des cas. Les localisations les plus fréquentes sont pulmonaires (57%) puis osseuses (24%). Les métastases au niveau du massif facial sont exceptionnelles.

## Observation :

**Motif de consultation:** Il s'agit d'une patiente de 43 ans, qui a présenté, un an avant sa consultation, une obstruction nasale droite d'aggravation progressive, sans épistaxis ni autres signes rhinologiques, avec notion de baisse importante de l'acuité visuelle, associée à une tuméfaction cervicale évoluant progressivement depuis 5 ans.

**L'examen clinique:** une tuméfaction basicervicale médiane mesurant 9 cm de grand axe, ferme, indolore, mobile à la déglutition. Les aires ganglionnaires étaient libres. La rhinoscopie antérieure a trouvé une formation tumorale comblant la fosse nasale droite saignant au contact. Le cavum était libre. L'examen ophtalmologique a objectivé une neuropathie optique compressive.

**Un scanner du massif facial:** fig(1a, 1b) une volumineuse masse tissulaire de la fosse ptérygo-palatine droite étendue à la fosse nasale droite, au sinus maxillaire droit, au sinus sphénoïdal, à la selle turcique et en endocrânien.

**Le scanner cervico-thoracique:** fig.(2) a montré une masse thyroïdienne lobaire droite à prolongement endothoracique de 9 cm de grand axe avec présence de lésions pulmonaires d'allure secondaire.

**CAT:** Une biopsie de la lésion nasale était en faveur d'une infiltration nasale par un carcinome peu différencié de la thyroïde. Une cytoponction thyroïdienne a confirmé le diagnostic.

**La décision au sein d'un comité multidisciplinaire :** indication à une chimiothérapie.

La patiente est décédée 3 mois plus tard.

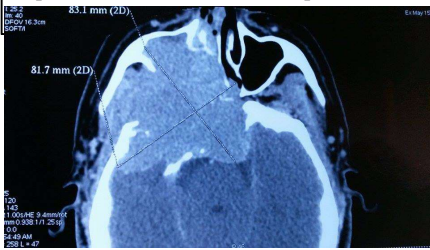


Fig 1a



Fig 1b



Fig2: TDM cervico-thoracique; coupe axiale: masse thyroïdienne lobaire droite de 93\*68mm à prolongement endothoracique médiastinal

TDM massif facial; coupe axiale (1a), coupe coronale (1b): volumineuse masse tissulaire de la fosse ptérygo-palatine droite étendue à la fosse nasale droite, au sinus maxillaire droit, au sinus sphénoïdal, à la selle turcique et en endocrânien.

## Discussion :

Le cancer peu différencié est de diagnostic souvent difficile car l'aspect histologique est souvent polymorphe avec un contingent plus différencié ; il regroupe les cancers insulaires et à contingent trabéculaire, et certains cancers papillaires à cellules hautes ou cylindriques et avec contingent trabéculaire

Ils sont rarement purs, souvent associés à des foyers de carcinome papillaire (dans 25 à 60 %) ou de carcinome vésiculaire dans 25 à 68 % des cas.

**La présentation clinique:** diffère de celle d'un carcinome différencié par la grande taille de la tumeur, avec effraction de la capsule thyroïdienne, métastases ganglionnaires et à distance, et son pronostic est plus grave.

Les métastases à distance sont principalement pulmonaires, osseuses et cérébrales. Les métastases du massif facial sont exceptionnelles.

**Le diagnostic positif:** est anatomopathologique et peut nécessiter une immunohistochimie.

**Le traitement** consiste en une thyroïdectomie totale avec curage cervical et exérèse de la lésion métastatique, dans la mesure du possible.

les patients avec une maladie stable ou lentement progressive seront suivis sous traitement par levothyroxine dont le but est d'obtenir un taux sérique de TSH indétectable.

En cas de progression de la maladie, un traitement systémique est indiqué. La revue de la littérature a montré que le taux de réponse à la chimiothérapie par doxorubicine en monothérapie ou en association avec le cisplatine est inférieur à 20%, toutes les réponses étant partielles et de brève durée et ces traitements ont une toxicité importante. Ces résultats n'ont pas été améliorés par l'utilisation des taxanes.

**Le pronostic:** La malignité du carcinome peu différencié est intermédiaire entre celle des cancers différenciés et celle du cancer anaplasique.

## Conclusion:

La révélation des carcinomes peu différenciés de la thyroïde par des métastases à distance du massif facial est exceptionnelle. Celles-ci peuvent être rattachées à leur origine thyroïdienne grâce à l'histologie et surtout l'immunohistochimie.

Le traitement consiste en une thyroïdectomie totale avec curage cervical et exérèse de la lésion métastatique, dans la mesure du possible.

## Références:

G. El M'Ghari, H. Khanouach, A. Chadli, H. El Ghomari, A. Farouqi, Carcinome de la thyroïde à composante insulaire : à propos de 2 cas, Diabetes & Metabolism Vol 33, N° Spéc - mars 2007 p. 139

M. Schlumberger, Prise en charge des cancers réfractaires de la thyroïde, Annales d'Endocrinologie 72 (2011) 149-157