

De l'origine de la thyroglobuline...

A. Ryndak-Swiercz^{a*} (Dr), C. Do Cao^b (Dr), R. Funk^c (Dr), G. Lion^d (Dr)

^a Service d'endocrinologie Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN, Seclin, FRANCE ; ^b Service d'endocrinologie CHRU LILLE, Lille, FRANCE ; ^c Service d'ORL Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN, Seclin, FRANCE ; ^d Service de médecine nucléaire CHRU LILLE, Lille, FRANCE

Introduction

Le goitre ovarien (*struma ovarii*) est une forme rare de tératome ovarien composé de plus de 50% de tissu thyroïdien. Il est habituellement révélé à l'examen anatomopathologique à l'occasion de l'exérèse d'une masse annexielle.

CAS CLINIQUE

Une patiente de 68 ans consultait pour la prise en charge d'un petit goitre nodulaire de 26 mL d'allure modérément hyperfonctionnel. La TSH était fluctuante mais en diminution depuis 2 ans entre 0,1 et 0,9 $\mu\text{UI/mL}$. L'échographie thyroïdienne montrait, en particulier, un nodule inférieur gauche mixte isoéchogène et kystique avec halo périphérique incomplet contours polylobés et flous classé TIRADS 4B, Bethesda 4 à l'analyse cytologique. Le nodule n'était pas hyperfixant à la scintigraphie à l'Iode 123. Une thyroïdectomie totale avec curage récurrentiel gauche était réalisée objectivant finalement un goitre multinodulaire bilatéral remanié et calcifié et un microcarcinome papillaire infiltrant de 3mm du lobe droit.

A 2 mois post opératoire la TSH était à 0,1 $\mu\text{UI/mL}$ sous Levothyrox 125 μg pour un poids de 70kg, La posologie était donc réduite. Par contre le dosage de thyroglobuline était élevé à 1700ng/mL en l'absence d'anticorps antithyroglobuline et d'artéfacts de dosage. Etait suspectée la possibilité de métastases du carcinome papillaire.

La relecture des lames d'anatomopathologie montrait 3 foyers de microcarcinomes papillaires. L'échographie cervicale n'objectivait ni reliquat ni adénopathie. Le scanner thoracique était normal. Parallèlement la posologie de Levothyrox était réduite jusqu'à son arrêt en raison de la persistance d'une TSH basse et de symptômes de thyrotoxicose. Dans l'hypothèse d'un goitre ovarien toxique ou de métastases osseuses sécrétantes du carcinome thyroïdien réalisées une IRM rachidienne (image 1), une TEP FDG et une scintigraphie corps entier à l'I123 (image 2) ont été réalisées. Elles ont révélé une volumineuse masse pelvienne polylobée d'allure annexielle de 19 cm de grand axe fixant l'iode dans sa portion tissulaire avec également un hypermétabolisme modéré en TEP FDG.

L'annexectomie bilatérale avec hystérectomie et cytologie péritonéale confirmait un aspect de tératome mature ovarien composé de 90% de tissu thyroïdien sans caractère suspect.

Dans les suites la patiente développait logiquement une hypothyroïdie. La thyroglobuline post opératoire était à 43ng/mL.

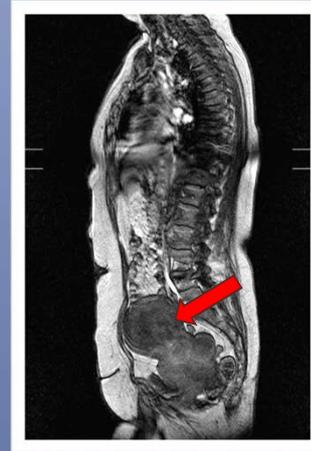


Image 1: IRM rachidienne révélant la masse pelvienne

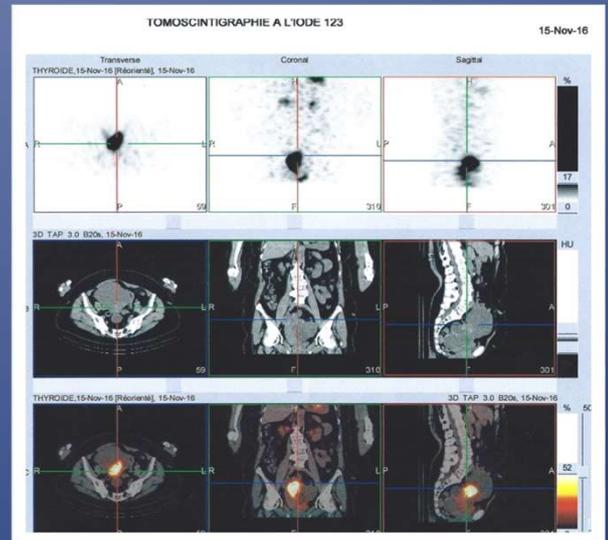


Image 2: scintigraphie à l'iode 123, hyperfixation de la masse ovarienne

DISCUSSION

Le tératome monodermique est une tumeur ovarienne rare et le goitre ovarien représente 2% des tératomes. La révélation par des signes de thyrotoxicose est encore plus rare (moins de 10% des cas recensés dans la littérature) (1). La scintigraphie thyroïdienne initiale n'avait pas montré de diminution de fixation de l'iode 123 alors qu'elle est logiquement diminuée ou absente dans ce contexte. C'est finalement le dosage de thyroglobuline dans le cadre de la surveillance du carcinome thyroïdien qui a permis le diagnostic.

Le caractère potentiellement malin du *struma ovarii* est décrit sous la forme de carcinomes papillaires. Il était suspecté chez notre patiente en raison des valeurs très élevées de thyroglobuline et des caractéristiques morphologiques en imagerie. Cependant l'association d'un carcinome papillaire au sein d'un *struma ovarii* à une thyrotoxicose même si elle a été rapportée reste encore plus exceptionnelle (2).

Références bibliographiques:

- (1) Yoo S. C., Chang K. H., Lyu M. O., Chang S. J., Ryu H. S., Kim H. S. Clinical characteristics of struma ovarii. *Journal of Gynecologic Oncology*. 2008;19(2):135-138
 (2) Matsuda K. Maehama T. Kanazawa K. Malignant struma ovarii with thyrotoxicosis. *Gynecol Oncol*.2001;82:575-577