

Dr B. BOUSYF*, Dr F. ELILIE MAWWA ONGOTH*, Pr T. HARROUDI* *, Pr H. LATRECH

*: Service d'Endocrinologie Diabétologie, CHU Mohammed VI, Faculté de médecine, université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

* *: Service de chirurgie viscérale B, CHU Mohammed VI, Faculté de médecine, université Mohammed Premier, Oujda, Maroc
Laboratoire de génétique médicale, CHU Mohammed VI, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda,

Mots clés: Carcinome médullaire de la thyroïde, calcitonine, gène RET, thyroïdectomie totale

Introduction

Le carcinome médullaire de la thyroïde (CMT) constitue une tumeur maligne rare de la thyroïde, développée à partir des cellules C parafolliculaires, sécrétant la calcitonine. C'est une pathologie pouvant se présenter sous forme sporadique ou familiale, s'intégrant alors dans le cadre d'une néoplasie endocrinienne (NEM) de type 2, déterminée par des mutations du proto-oncogène RET (1). L'objectif de notre travail est de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques du carcinome médullaire de la thyroïde au CHU Mohammed VI d'Oujda.

Patients et méthodes

Etude descriptive, transversale portant sur des patients suivis au CHU Mohammed VI d'Oujda pour un carcinome médullaire de la thyroïde.

Résultats

L'étude a portée sur 12 patients d'un âge moyen de 33 +/- 15,48 ans avec des extrêmes de 9 et 57 ans. Le sexe féminin était prédominant (66,7%). La notion de NEM2A dans la famille était présente chez 66,7% des cas avec mutation du proto-oncogène RET.

Pas de conflit d'intérêt

Références:

- JAVIER CALVO et al, Genetic and Clinical Features of Medullary Thyroid Carcinoma: The Experience of a Single Center in Costa Rica, Journal of Cancer Epidemiology Volume 2016 (2016), Article ID 9637173, 6 pages
- D.VEZZOSI, Le carcinome médullaire de la thyroïde : les nouvelles approches thérapeutiques, Annales d'Endocrinologie 68 (2007) e37-e43

Résultats (suite)

Les circonstances diagnostiques du carcinome médullaire de la thyroïde ont été un goitre multi-hétéro-nodulaire dans 4 cas, un nodule thyroïdien en euthyroïdie dans 2 cas, une métastase hépatique dans un cas et ganglionnaire dans un cas et un cas index dans 4 cas.

Le CMT était sporadique chez 41,7% des cas et s'intégrait dans le cadre de NEM2A chez 58,3 % des cas.

La prise en charge chirurgicale avait consistée en une thyroïdectomie totale associée à un curage récurrentiel et jugulo-carotidien bilatéral dans 66,7% des cas. Une guérison a été notée chez 2 patients, une reprise chirurgicale dans 6 cas devant la persistance d'un résidu tumoral.

Une thyroïdectomie prophylactique a été pratiquée chez une patiente de 9 ans avec un contexte familiale de mutation du proto-oncogène RET.

Discussion et conclusion

Le CMT est une pathologie rare mais grave. Le stade anatomo-clinique au moment du diagnostic et la qualité de l'exérèse chirurgicale initiale sont des déterminants pronostiques importants de cette pathologie, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce par la réalisation d'un dosage de la calcitonine avant toute chirurgie thyroïdienne (2).

Notre expérience souligne l'importance de la collaboration endocrinologue - chirurgien pour une meilleure prise en charge de cette pathologie.

