

# Carcinome médullaire de la thyroïde à variante cellules géantes ou carcinome anaplasique:

## Intérêt de l'immuno-marquage à la calcitonine !

M.TOUNSI, H. IRAQI, M.H. GHARBI. CHU Ibn Sina, Rabat-Maroc.

N° P381

### INTRODUCTION

Le carcinome médullaire de la thyroïde (CMT) est une tumeur rare qui représente moins de 10 % des néoplasies thyroïdiennes.

Elle se caractérise par un polymorphisme histologique important qui rend le diagnostic morphologique difficile et l'étude immuno-histochimique souvent nécessaire.

Notre observation illustre l'intérêt de l'immuno-marquage à la calcitonine (CT) dans la distinction entre CMT et carcinome anaplasique.

### CONCLUSION

La différenciation entre un CMT y compris sa variante à cellules géantes, relativement rare, et le carcinome anaplasique, reste possible grâce à l'analyse des caractéristiques nucléaires lors de l'étude anatomopathologique.

La présence de plages anaplasiques ne devrait pas dissuader un pathologiste d'envisager un diagnostic de CMT, d'où l'intérêt de l'immuno-marquage à la calcitonine, dont la fixation est forte et diffuse au frottis.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

### OBSERVATION

Patiente de 38 ans, ayant consulté devant une augmentation du volume cervical évoluant depuis 1 an. L'échographie cervicale retrouve un nodule thyroïdien toto lobaire gauche de 5 cm, classé EU-TIRADS 4A, sans signe de malignité à la cytoponction.

Une thyroïdectomie totale a été réalisée dont l'étude anatomopathologique était en faveur d'un carcinome peu différencié avec plages anaplasiques estimées à 10% de la prolifération tumorale, comportant de rares reliquats vésiculaires avec effraction capsulaire. La tumeur a été classée PT3NxMx.

L'évolution a été marquée par une conservation de l'état général.

Devant cette discordance clinico histologique, une relecture avec complément immuno-histochimique par un marquage à la calcitonine a permis de redresser le diagnostic en révélant une fixation franchement positive de la calcitonine sur les cellules tumorales, dont l'aspect morphologique était en faveur d'un carcinome médullaire de la thyroïde à variante cellules géantes.

L'étude génétique n'a pas montrée de mutation du gène RET et la CT était < 3 ng/l à 2 reprises.

La patiente a été substituée sur le plan thyroïdote avec un suivi trimestriel.

### DISCUSSION

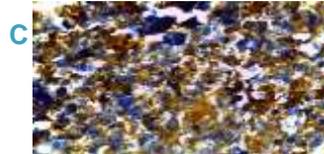
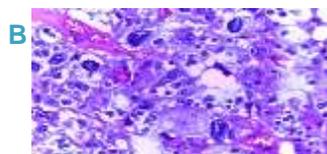
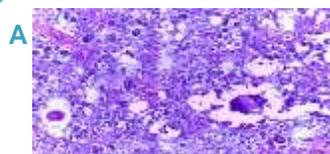
Le CMT est un cancer rare (5–10 % des cancers de la thyroïde). Son incidence en pathologie nodulaire thyroïdienne se situe entre 1 et 2 %. Il se présente sous deux formes: sporadique majoritaire et familiale dans près de 30 % des cas et s'intègre alors dans le cadre de la néoplasie endocrinienne multiple de type 2, rattachée à des mutations germinales du gène RET.

Sur le plan cytologique, le diagnostic est difficile. Il faut toujours y penser devant une cellularité élevée avec polymorphisme cellulaire et monomorphisme nucléaire. La sensibilité de la cytoponction en matière de CMT varie de 46 à 63% [1].

Sur le plan macroscopique, le CMT, dans sa forme sporadique, est typiquement unilatéral comme le cas de notre patiente, alors qu'il est souvent multiple et bilatéral dans sa forme familiale. Il se présente comme un nodule ferme, blanchâtre, bien limité parsemé. Sa localisation caractéristique est la jonction du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen des lobes thyroïdiens.

Dans notre cas, les cellules géantes étaient des cellules tumorales du carcinome médullaire et pouvaient être distinguées du carcinome anaplasique par divers caractéristiques histologiques ; tels qu'une invagination nucléaire, une architecture trabéculaire ou massive et un stroma avec des dépôts de substance amyloïde. Ces dépôts sont observés dans 75% des cas. Ils sont parfois peu abondants, difficiles à identifier. En leur absence, le diagnostic de CMT doit toujours être confirmé par l'immuno-histochimie.

La CT est le marqueur le plus sensible et le plus spécifique. Cependant, sa positivité varie selon les études de 26% à 86% [2]. D'autres marqueurs sont utiles au diagnostic des CMT tels que la chromogranine A, la synaptophysine et la neurone spécifique énoylase (NSE); qui sont positifs dans 60 à 70% des CMT [3, 4]. L'ACE est exprimé dans 88 à 100% des tumeurs.



A – CMT au grossissement 20 (x 20)  
B – CMT au grossissement 40 (x 40)  
C – CMT avec immuno-marquage par l'anticorps anti-calcitonine

### REFERENCES

- (1) Essig GF Jr, et al. Fine needle aspiration and medullary thyroid carcinoma: the risk of inadequate preoperative evaluation and initial surgery when relying upon FNAB cytology alone. *Endocr Pract.* 2013; 19:920-7.
- (2) Ahmed SA, et al. Nine novel germline gene variants in the RET proto-oncogene identified in twelve unrelated cases. *J Mol Diagn.* 2005;7(2):283-8.
- (3) Brandão LG, et al. Prognostic influence of clinical and pathological factors in medullary thyroid carcinoma: a study of 53 cases. *Clinics (Sao Paulo).* 2009; 64(9):849-56.
- (4) Liu H, et al. Application of immunohistochemistry in thyroid pathology. *Arch Pathol Lab Med.* 2015; 139(1):67-82.