

Dr Ben Souda/Dr M.Imaoun /Pr H.Salhi /Pr H.El Ouahabi
Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition,CHU Hassan 2 Fés, Maroc

Introduction :

L'association d'un carcinome papillaire et médullaire de la thyroïde est rare.

Le but de cette observation est de rapporter un cas d'une association de ces 2 types de carcinomes de la thyroïde.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 40 ans qui avait bénéficié d'une isthmolobectomie droite pour nodule thyroïdien droit de 24.4 x14.5 mm, l'examen anatomopathologique avait mis en évidence un carcinome papillaire de la thyroïde classé T2NxMx, le patient avait bénéficié d'un complément par totalisation et curage ganglionnaire jugulocarotidien droit (micrométastase papillaire) et une irathérapie à 100 mci ;le balayage n'avait pas mis en évidence de foyer de fixation puis le patient été mis sous une opothérapie frénatrice à raison de 200 µg/j de la L-thyroxine.

Au bilan d'efficacité réalisé 6 mois après la totalisation chirurgicale on avait noté la présence de métastases ganglionnaires ne fixant pas l'iode 131.

Une calcitonine a été demandée fortuitement par un médecin généraliste revenu élevée à 160 ng/ml, la relecture des lames de l'examen anatomopathologique de la thyroïdectomie a mis en évidence un Carcinome médullaire thyroïdien.

Le bilan d'extension avait montré la présence de métastases ganglionnaires à l'échographie cervicale.

L'étude génétique était en faveur d'un CMT sporadique avec l'absence de mutation au niveau du gène RET.

Un complément par curage ganglionnaire a été réalisé avec à l'immuno-histochimique: Métastases ganglionnaire d'un carcinome médullaire thyroïdien sans effraction capsulaire.

Le patient avait bénéficié d'une radiothérapie externe, le dernier bilan d'extension était négatif mais persistance d'une hypercaltonémie à 80 pg/ml.

Discussion :

L'association d'un carcinome médullaire et d'un carcinome papillaire de la thyroïde est rare : la revue de la littérature fait état de quelques cas [1].

Le carcinome papillaire de la thyroïde peut être associé au carcinome médullaire sporadique comme dans notre cas ou au carcinome médullaire chez les patients atteints de NEM2a avec mutation de proto-oncogène RET.

Plusieurs hypothèses étiopathologiques ont été évoquées.

En cas de NEM2a, certaines mutations germinales du gène RET ont une activité oncogène sur les cellules folliculaires thyroïdiennes. Néanmoins, cette activité reste modeste et survient dans des circonstances spécifiques expliquant la survenue rare du CPT dans ce contexte.[2]

Le dépistage du carcinome médullaire de la thyroïde par le dosage systématique de la CT en pathologie nodulaire thyroïdienne est toujours controversé.

Afin d'éviter les prises en charge thérapeutiques inadaptées, il est recommandé au minimum de mesurer la calcitonine avant toute intervention pour goitre ou nodule[3].

Conclusion :

La coexistence d'un carcinome papillaire et médullaire de la thyroïde est rare, il existe quelques cas rare rapportés dans la littérature.

Cette observation souligne l'importance de dosage de calcitonine avant la chirurgie en cas de nodules thyroïdiens.

Références

- 1-E. Dupont, P. Monguillon et al. Un double carcinome thyroïdien papillaire et médullaire : observation et revue de la littérature. Annales d'Endocrinologie Vol 67, N° 5 - octobre 2006 p. 490.
- 2- M. Hani. L'association du carcinome papillaire au carcinome médullaire thyroïdien dans la néoplasie endocrinienne multiple type 2a. SFE Bordeaux 2016 / Annales d'Endocrinologie 77 (2016) 486-497.
- 3- J.LWémeau, J.L Sadoul et al. Recommandations de la Société française d'endocrinologie pour la prise en charge des nodules thyroïdiens. Presse Med. 2011; 40: 793-826