

**O.Amiar -A.Bouchenna -H.Brahimi -L.Brakni -B.Ghenam\*-EM.Heffaf\*-S.Ould Kablia**

**Service d'endocrinologie. Hôpital central de l'armée.ALGER, ALGERIE**

**\*Service de médecine nucléaire. Hôpital central de l'armée.ALGER, ALGERIE**

## **Introduction:**

Le cancer thyroïdien différencié est fréquent, il représente environ 1 % des cancers. Habituellement de bon pronostic; cependant des métastases peuvent survenir dans environ 10% des cas [1].

Ces métastases peuvent être très exceptionnellement sécrétantes et responsables d'un tableau d'hyperthyroïdie [2]. Nous rapportons ici un de ces très rares cas.

## **Observation:**

Patient âgé de 79ans hypertendu, admis pour prise en charge d'un carcinome thyroïdien, révélé par une compression médullaire de D8; suite à une paraplégie.

A l'IRM dorsolombaire: lésion ostéolytique du corps vertébral D8 avec compression médullaire extrinsèque, absence d'extension épидurale. Le patient est opéré, il a été réalisé une spinolaminectomie avec exérèse tumorale en extra dural. L'étude anatomopathologique objective une localisation osseuse d'un processus carcinomateux d'origine thyroïdien avec immunomarquage Tg et TTF1(+)

Le TAP retrouve des nodules pulmonaires lobaire supérieur gauche de 5.5mm, postéro-basal gauche de 6mm et droit de 3mm. Lésion lytique soufflante l'aile iliaque gauche de 37mm avec rupture corticale et envahissement des parties molles postérieures.

L'échographie cervicale retrouve une glande hétérogène par la présence d'au moins 5nodules dont le plus grand mesure 4\*4cm classé tirads 4b dont la cytoponction est revenue en faveur d'une lésion vésiculaire suspecte.Le bilan thyroïdien a notre surprise est revenue en

Faveur d'une hyperthyroïdie primaire avec TSH freinée à 0.004 et une FT4 à 95 avec de discrets signes cliniques en faveur: hypersudation, tachycardie avec à l'ECG une ACFA. La recherche étiologique note des TSI, Ac anti TPO et Ac anti Tg (-), l'absence d'hyperfixation à la scintigraphie thyroïdienne. Le diagnostic le plus probable est celui d'hyperthyroïdie par métastases sécrétantes. Au vu de l'état général altéré du patient, de l'état avancé de sa maladie et de son refus la chirurgie à été refusé. Le patient est mis sous carbimazol et lovenox avec amélioration de l'hyperthyroïdie.

## **Discussion:**

L'association entre cancer et hyperthyroïdie est rare et recouvre plusieurs entités distinctes.

La situation la plus fréquente est la coexistence d'une hyperthyroïdie avec un cancer thyroïdien différencié découvert fortuitement à l'intervention chez 3 à 10 % des hyperthyroïdiens.

Les hyperthyroïdies paranéoplasiques des tumeurs trophoblastiques productrices d'HCG sont classiques, mais exceptionnelles. Il en est de même des hyperthyroïdies par néoplasie thyroïdienne vraie, qui peuvent correspondre à des tératomes ovariens cancéreux, des nodules toxiques cancéreux ou comme dans cette observation à des métastases sécrétantes et autonomisées de cancer thyroïdien différencié.

Il s'agit d'une situation rare dont la fréquence est mal évaluée. Les mécanismes physiopathologiques sont incomplètement compris.

L'hypothèse classique est que le tissu tumoral a une capacité fonctionnelle (captation iodée et biosynthèse) inférieure au tissu sain. Il faut donc un volume tumoral important pour rendre une métastase sécrétante [3].

Mais, il faut également que les métastases conservent un degré avancé de différenciation. Cela représente un paradoxe, puisque, en cancérologie, les tumeurs volumineuses sont souvent dédifférenciées, et les tumeurs bien différenciées n'atteignent pas un gros volume.

L'hypothèse d'Ober [4] est que la conjonction très rare des deux caractéristiques soit à l'origine des cas de métastases sécrétantes.

Il faut également que les métastases soient autonomes et indépendantes de la TSH. Ce phénomène, très proche de ce que l'on observe dans les adénomes toxiques, pourrait suggérer

l'existence au sein des cellules tumorales d'une mutation somatique activatrice du récepteur de la TSH [5].

Sur le plan histologique, il s'agit d'un cancer thyroïdien vésiculaire dans 83% des cas, papillaire dans 17 % des cas.

Biologiquement, un point marquant est la fréquence des hyperthyroïdies à T3 prédominant sur la T4 (ce n'est pas le cas de notre patient), voire à T3 isolée : dans 65 % des cas où les deux hormones sont dosées.

Enfin, si le pronostic de ces métastases sécrétantes de cancer thyroïdien demeure mal connu, on pourrait se demander s'il n'est pas plus favorable pour les métastases sécrétantes que pour les métastases non sécrétantes : en effet, la grande majorité des métastases sécrétantes (95,5 %) se révèlent capables de fixer l'iode, autorisant le traitement par l'<sup>131</sup>I, ce qui constitue habituellement un critère pronostique majeur.

## **Conclusion:**

La coexistence d'un cancer thyroïdien et d'une hyperthyroïdie est rare, mais non exceptionnelle. Il ne faut pas repousser l'hypothèse éventuelle d'un cancer thyroïdien devant un tableau d'hyperthyroïdie, et savoir réaliser une scintigraphie corporelle totale à l'<sup>131</sup>I en cas d'hyperthyroïdie avec scintigraphie thyroïdienne blanche (en l'absence de surcharge iodée et de thyrotoxicose factice).

Références:

[1] Benbassat CA, Mechlis-Frish S, Hirsch D. Clinicopathological characteristics and long-term outcome in patients with distant metastases from differentiated thyroid cancer. World J Surg 2006;30(6):1088-1095.

[2] Tardy M. Un cas d'hyperthyroïdie par métastases sécrétantes de cancer thyroïdien différencié. Revue de la littérature. Thèse de médecine 2005, université Claude-Bernard de Lyon, no°156.

[3] Le Pommelet C, Denizot A, Costagliola S, et al. Basedow disease following metastatic thyroid cancer. Presse Med 1996;25(14):671-673.

[4] Némec J, Zeman V, Nahodil V, et al. Metastatic thyroid cancer with severe hyperthyroidism mimicking independent hyperfunctioning thyroid adenoma, showing transition to water-clear tumor. Endokrinologie (Leipzig) 1980;75(2):197-204.

[5] Gire V, Wynford-Thomas D. Bases moléculaires de l'initiation et de la progression des tumeurs de la cellule vésiculaire thyroïdienne. La Thyroïde. France: Editions médicales et scientifiques Elsevier SAS; 2001. p. 207-213.

[6] A case of hyperthyroidism due to functioning metastasis of differentiated thyroid carcinoma. Discussion and literature review M. Tardy.