

# Volumineux processus tumoral cérébral révélant un carcinome papillaire de la thyroïde

A. Bouzid\*<sup>a</sup> (Pr), O. Kareche<sup>b</sup> (Dr), S. Azzoug<sup>a</sup> (Pr), D. Meskine<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> Laboratoire d'endocrinologie & métabolisme Alger 1. Service d'endocrinologie EPH Bologhine, Alger, ALGÉRIE ; <sup>b</sup> Service d'endocrinologie EPH Bologhine, Alger, ALGÉRIE

## INTRODUCTION

La majorité des patients atteints de cancer de la thyroïde ont un nodule thyroïdien asymptomatique.

Les patients avec métastases à distance représentent moins de 10 % de l'ensemble des patients avec carcinome différencié de la thyroïde (CDT). Ces métastases peuvent être inaugurales, révélatrices du cancer dans la moitié des cas ou survenir plus de 10 ans après la tumeur initiale.

## OBSERVATION

Patiente âgée de 50 ans, sans antécédents personnels particuliers, adressée pour prise en charge d'un processus cavaire avec extension sellaïre associé à une hyperprolactinémie à 144, 81 ng/ml, révélé par un syndrome tumoral intra crânien et cécité bilatérale.

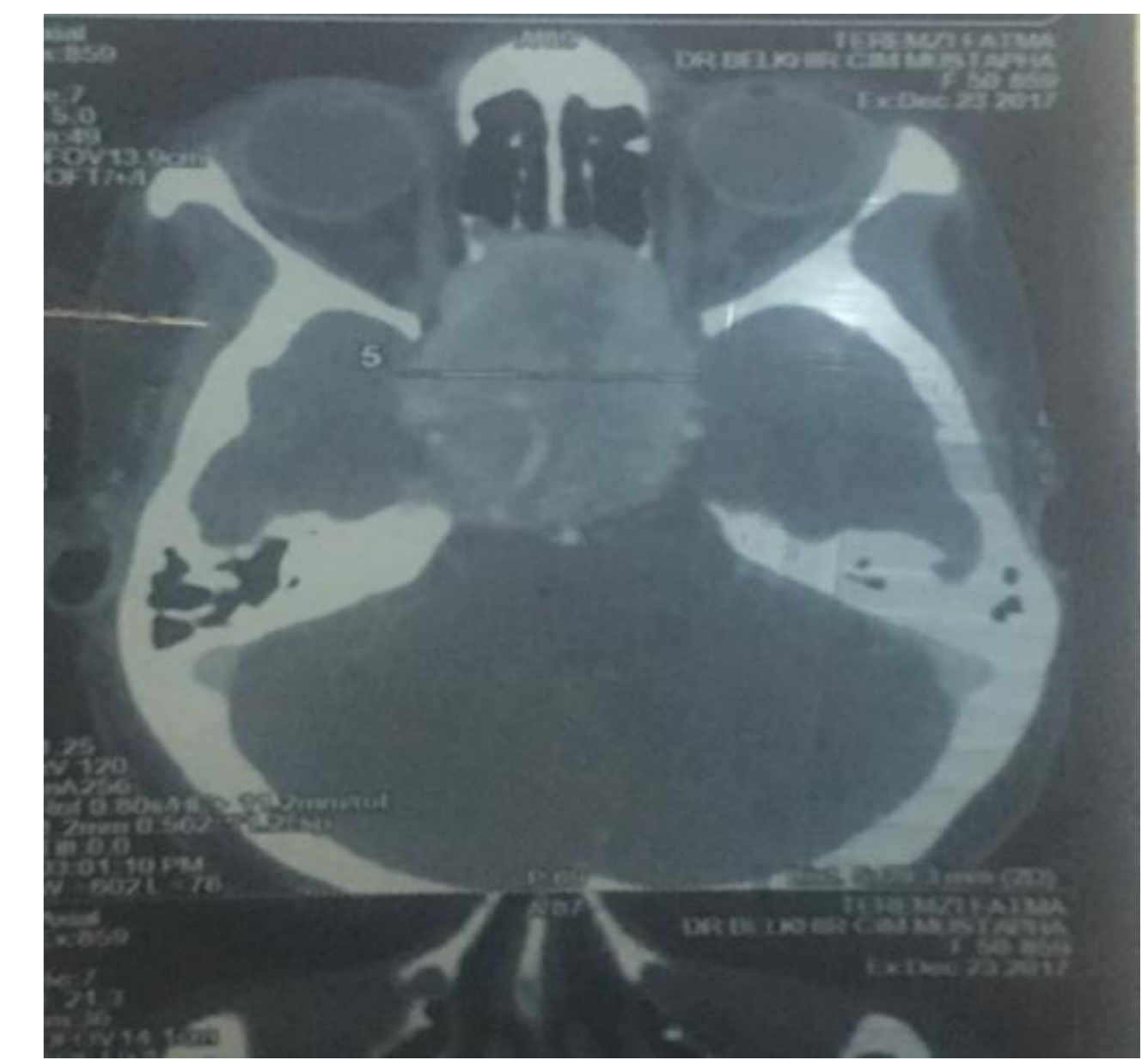
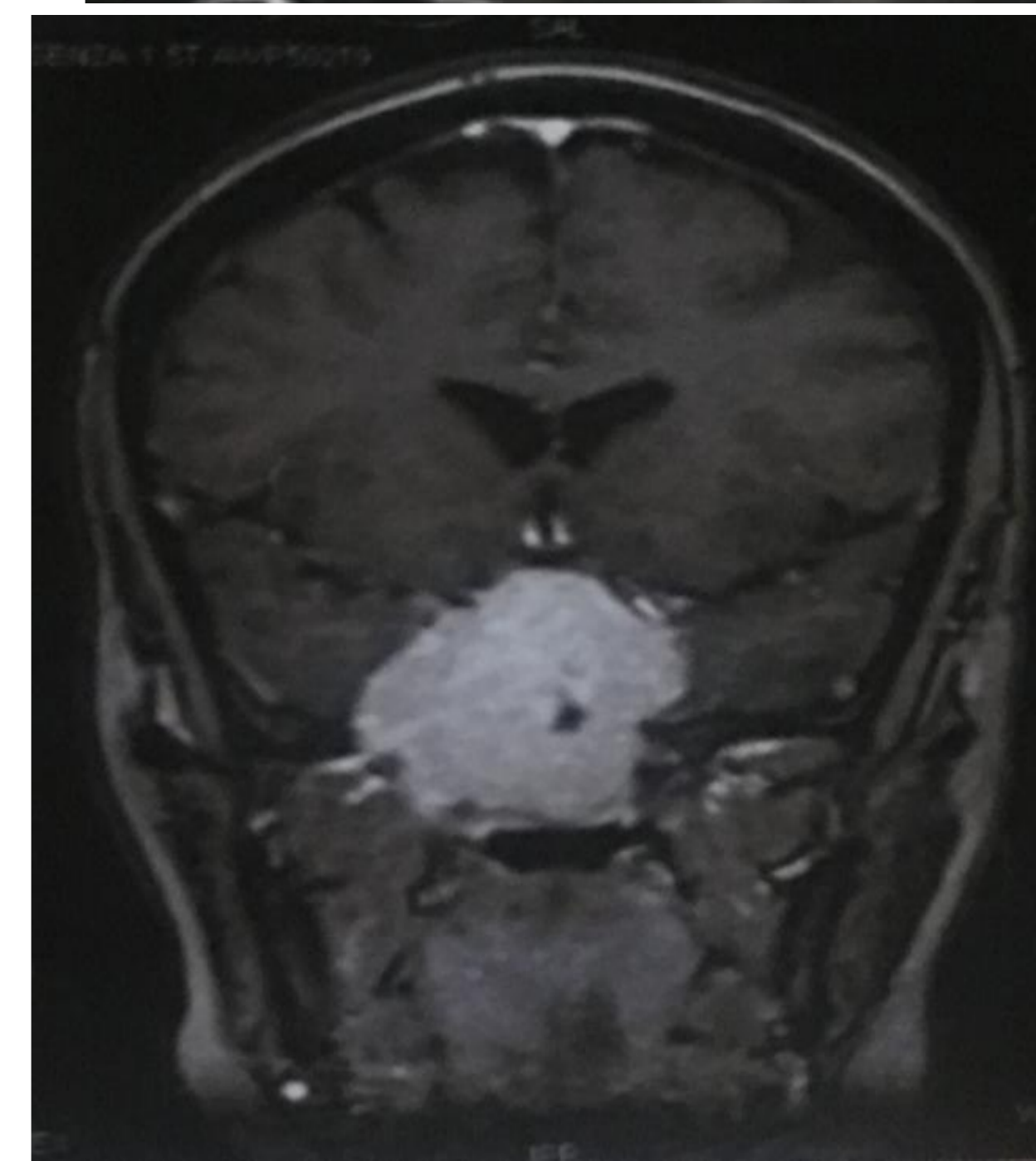
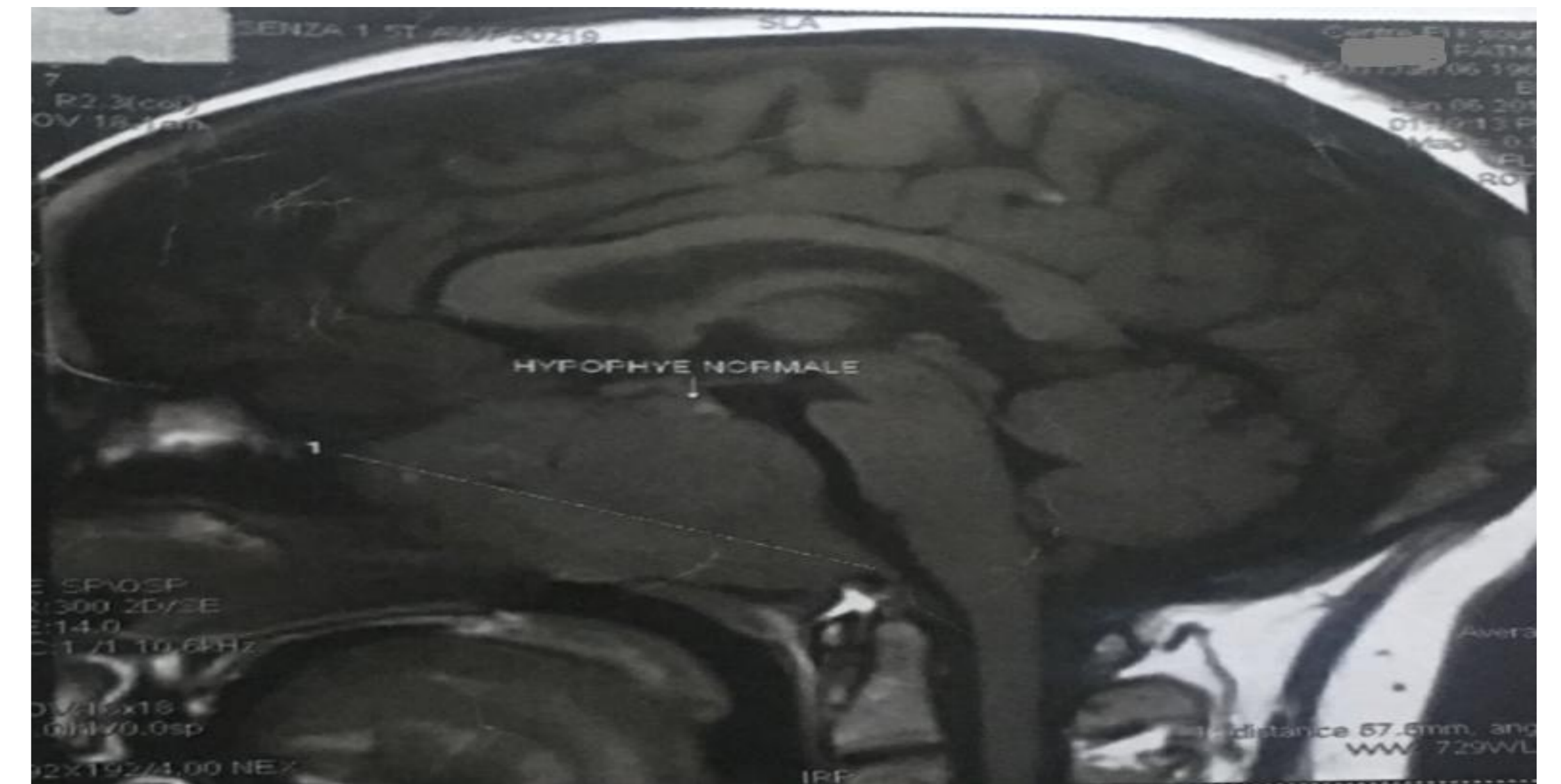
L'IRM hypothalamo-hypophysaire objectivait une masse de la région sellaïre et infrasellaïre avec comblement total et ostéolyse du sinus sphénoïdal, extension supra-sellaïre comblant partiellement la citerne opto chiasmatis, arrivant au niveau des régions profondes de la face (surtout la fosse infra temporale droite) mesurant 68x40x45mm

L'origine thyroïdienne n'a été suspectée que devant la présence d'un volumineux nodule thyroïdien gauche avec adénopathie sus claviculaire gauche. Le taux de thyroglobuline était très élevé à 6664ng/ml

La cytoponction thyroïdienne était en faveur d'un carcinome papillaire de la thyroïde.

La tentative d'exérèse tumorale de la masse hypophysaire a déclenché une hémorragie tumorale très importante, le neurochirurgien n'a pu pratiquer qu'une biopsie qui a révélé la présence de localisation sellaïre d'un carcinome papillaire dans sa forme vésiculaire de la thyroïde;

La thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire est effectuée dont l'étude anatomopathologique confirme le carcinome papillaire de la thyroïde.



IRM hypothalamo-hypophysaire , coupe sagittale , coronale et axiale

## DISCUSSION

Les métastases à distance sont souvent multiples et siègent essentiellement au niveau des poumons et de l'os [1], d'autres sites métastatiques sont possibles : cérébrales, hépatiques et cutanés [2]. Elles résultent de la dissémination par voie sanguines et/ ou lymphatique de cellules cancéreuses [2]. Les métastases cérébrales et encore plus hypophysaires sont rares (1,2% des cancers de la thyroïde) [3], elles sont l'apanage des cancers thyroïdiens moins différenciés et les plus agressifs [3]. Elles sont localisées plus fréquemment dans les hémisphères et rarement dans le cervelet [4][5] et l'hypophyse [6] [7]

Ces métastases sont généralement asymptomatiques, avec seulement quelques patients présentant des symptômes tels que des céphalées, des troubles visuels [8], elles peuvent être diagnostiquées devant une anomalie radiologique, le principal point d'appel est une élévation du taux sérique de Tg. La scintigraphie corps entier, effectuée sur dose thérapeutique d'iode 131 permet de localiser la métastase à condition que celle-ci fixe l'iode (deux tiers des cas) [9]. L'IRM est la méthode la plus sensible pour la détection des métastases cérébrales [10] elle devrait être réalisée chez les patients qui présentent des symptômes neurologiques évocateurs.

Bien qu'il n'existe pas de protocole clairement défini pour la prise en charge des métastases intracrâniennes du cancer de la thyroïde, la chirurgie est généralement considérée comme le meilleur choix thérapeutique pour la survie prolongée et la régression des symptômes neurologiques. Les autres options thérapeutiques sont représentées par la radiochirurgie, la radiothérapie externe en cas de métastases étendues, l'irathérapie en cas de métastases fixant l'iode radioactif, la chimiothérapie reste limitée, et la thérapie ciblée est en cours d'essai.

## CONCLUSION

La survenue des métastases à distance des cancers différenciés de la thyroïde aggrave considérablement le pronostic car ces métastases constituent la principale cause de décès. La survie médiane après le diagnostic de métastases cérébrales est généralement inférieure à 1 an. La détection précoce et le traitement approprié de la métastase cérébrale est nécessaire, car ils peuvent améliorer la survie.

### Références

- [1] Mazzaferri EL, Massoll N. Management of papillary and follicular (differentiated) thyroid cancer: New paradigms using recombinant human thyrotropin. *Endocr Relat Cancer*. 2002;9:227-247
- [2] Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *N Engl J Med*. 1998; 338(5) : 297-306
- [3] Haddam EM, Ferrah N, Fedala S, Bouzid A, D. Meskine. Métastase hypophysaire d'un cancer vésiculo-papillaire de la thyroïde. *Annales Endocrinologie* 2006, 67(5) p. 492
- [4] Pazaitou-Panayiotou K, Kaprara A, Chrisoulidou A, et al. Cerebellar metastasis as first metastasis from papillary thyroid carcinoma. *Endocr J*. 2005;52:653-657.
- [5] Al-Dhahri SF, Al-Amro AS, Al-Shakwer W, Terkawi AS. Cerebellar mass as a primary presentation of papillary thyroid carcinoma: Case report and literature review. *Head Neck Oncol*. 2009;1
- [6] Chrisoulidou A, Pazaitou-Panayiotou K, Flaris N, et al. Pituitary metastasis of follicular thyroid carcinoma. *Horm Res*. 2004;61:190-192.
- [7] Yilmazlar S, Kocaeli H, Cordan T. Sella turcica metastasis from follicular carcinoma of thyroid. *Neurol Res*. 2004;26:74-78.
- [8] Sugitani I, Fujimoto Y, Yamamoto N. Papillary thyroid carcinoma with distant metastases: survival predictors and the importance of local control. *Surgery*. 2008; 143(1): 35-42
- [9] Buffet C, Tissier F, Ménégau F, Tresallet C, Ghander C, Lepoutre C, et al. Cancers de la thyroïde. *EMC Endocrinologie - Nutrition* 2016, 13(4) ; 1-27 [Article 10-008-1-50].
- [10] Xu YH, Song HJ, Qiu ZL, Luo QY. Brain metastases with exceptional features from papillary thyroid carcinoma: report of three cases. *Hell J Nucl Med*. 2011; 14(1): 56-9