

# Le carcinome thyroïdien à différenciation thymique (CASTLE) : A propos d'un cas

S. Fedala<sup>\*a</sup> (Dr), H. Touat<sup>b</sup> (Dr), L. Kedad<sup>a</sup> (Dr), Z. Toubal<sup>a</sup> (Dr), N. Fafa<sup>a</sup>(Pr), S. Azzoug<sup>a</sup>(Pr), D. Meskine<sup>c</sup> (Pr)

<sup>a</sup> EPH Bologhine, LEM, Alger2, Alger, ALGÉRIE; <sup>b</sup> Hopital de Tizi-Ouzou, Tizi-Ouzou

\* sfedala@yahoo.fr

## Introduction

Le carcinome thyroïdien à différenciation thymique (Carcinoma showing thymus-like differentiation: CASTLE) est une tumeur maligne rare de la thyroïde, structurellement similaire au tissu thymique, une centaine de cas seulement ont été décrit de par le monde.

## Observation

Nous rapportons le cas d'un homme de 80 ans, aux antécédents médicaux d'ulcère bulbaire opéré en 1986 et d'hypertension artérielle bien équilibrée sous monothérapie, suivi depuis environ 3 ans, pour goitre nodulaire. Au cours du suivi, une échographie thyroïdienne, met en évidence un nodule isthmique, hétérogène, mal limité de 14 mm avec adénopathies cervicales bilatérales, la cytoponction écho guidée du nodule et d'une adénopathie ne retrouve pas d'éléments en faveur de la malignité. Le patient a été orienté en chirurgie, il a bénéficié d'une thyroïdectomie totale sans curage ganglionnaire

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire retrouve, macroscopiquement, de multiples nodules thyroïdiens infra centimétriques, le nodule isthmique est d'aspect plein blanchâtre, semblant infiltrer la capsule thyroïdienne et s'étend au tissu mou péri thyroïdien, l'étude microscopique montre un parenchyme thyroïdien siège d'une prolifération tumorale maligne de nature épithéliale, agencée en cordons et lobules, entourés d'un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire. Les cellules tumorales sont polygonales, aux limites cytoplasmiques peu distinctes avec un noyau irrégulier, volumineux à chromatine fine avec de rares figures de mitoses, l'immunohistochimie était négative pour la thyroglobuline (Tg) et le facteur de transcription thyroïdien (TTF1) ce qui élimine l'origine thyroïdienne de la prolifération tumorale, l'immunomarquage était par contre positive pour CD5, P63 posant le diagnostic de tumeur de CASTLE.

Notre patient a par la suite bénéficié d'un curage ganglionnaire dont l'étude histologique et immuno histo chimique revient en faveur d'une métastase ganglionnaire d'un CASTLE.

Un bilan d'extension est en cours, le patient sera par la suite adressé en radiothérapie,

## Discussion

Le carcinome thyroïdien à différenciation thymique a été décrit pour la première fois en 1991 par Chan et Rosai (1), il prend naissance à partir d'un thymus ectopique ou de vestiges des poches branchiales(1, 2), c'est une tumeur extrêmement rare, représente environ 0,1% de tous les cancers de la thyroïde(3), survient généralement vers l'âge de 50 ans avec prédominance féminine ce qui n'est pas le cas chez notre patient. Les signes cliniques et échographiques ne peuvent pas différencier un CASTLE d'une autre tumeur thyroïdienne maligne (3). La cytoponction à l'aiguille fine a une sensibilité médiocre (4), le diagnostic de certitude repose sur certains marqueurs immunohistochimiques (CD5, P63,ACE) dont le plus sensible est incontestablement CD5 (5)

CASTLE présente souvent une extension locale (60%) et/ou des métastases ganglionnaires (50%) (5), posant l'indication quand c'est le cas d'une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire. CASTLE est une tumeur très radiosensible, la radiothérapie complémentaire est indiqué dans les tumeurs agressives (extension locorégionale ou métastases à distance (4)

## Conclusion

CASTLE est une tumeur maligne rare de la thyroïde qui peut parfois être agressive. L'échographie, et la cytoponction thyroïdienne peuvent ne pas suffire à établir le diagnostic en préopératoire; l'examen pathologique et l'immunohistochimie, en particulier la positivité de CD5, sont nécessaires pour établir le diagnostic. Les patients avec CASTLE peuvent répondre favorablement à la chirurgie, le recours à une radiothérapie voire chimiothérapie peut parfois être nécessaire

## Références

- 1 - Chan JK, Rosai J (1991) Tumors of the neck showing thymic or related branchial pouch differentiation: a unifying concept. Hum Pathol 22(4):349–367
- 2 - Reimann JD, Dorfman DM, Nose V (2006) Carcinoma showing thymus-like differentiation of the thyroid (CASTLE): a comparative study: evidence of thymic differentiation and solid cell nest origin. Am J Surg Pathol 30(8):994–1001  
Wenwu Dong<sup>1</sup>
- 3 - Ping Zhang<sup>1</sup>, Jian Li<sup>2</sup>, Liang He<sup>1</sup>, Zhihong Wang<sup>1</sup>, Ting Zhang<sup>1</sup>, Liang Shao<sup>1</sup>, Hao Zhang<sup>1</sup>(2017) Outcome of Thyroid Carcinoma Showing Thymus-Like Differentiation in Patients Undergoing Radical Resection. World J Surg, DOI 10.1007/s00268-017-4339-2
4. Ge W, Yao YZ, Chen G et al (2016) Clinical analysis of 82 cases of carcinoma showing thymus-like differentiation of the thyroid. Oncol Lett 11(2):1321–1326
- 5 - Ito Y, Miyauchi A, Nakamura Y et al (2007) Clinicopathologic significance of intrathyroidal epithelial thymoma/carcinoma showing thymus-like differentiation: a collaborative study with Member Institutes of The Japanese Society of Thyroid Surgery. Am J Clin Pathol 127(2):230–236