

Les adénopathies cervicales métastatiques révélatrices des micro-carcinomes papillaires de la thyroïde

Cervical lymph nodes metastasis revealing occult papillary thyroid carcinoma

Bouatay R, Chebil E, Jellali S, Ferjaoui M, El Korbi A, kolsi N, Njima M*, Harrathi K, Koubaa J

Service d'ORL et de CCF; CHU Fattouma Bourguiba de Monastir

*Service d'anatomie pathologique; CHU Fattouma Bourguiba de Monastir

RESUME

INTRODUCTION : Les métastases ganglionnaires révélant un microcarcinome papillaire de la thyroïde (MCP) constituent une entité rare. Cette situation clinique relève un double problème : d'une part diagnostique face à une adénopathie chronique sans primitif connu, et d'autre part son impact sur le pronostic de ces micro-carcinomes.

PATIENTS ET MÉTHODES : Étude rétrospective ayant colligé 6 cas des métastases ganglionnaires révélatrices des MCP.

RESULTATS : L'âge moyen dans notre série était de 60 ans (40 à 84 ans). Le sex-ratio était de 0,5. Le motif de consultation était une tuméfaction latéro-cervicale unilatérale et unique dans tous les cas siégeant au niveau du secteur II dans un cas, du secteur III dans 3 cas et du secteur IV dans deux cas. La thyroïde n'était pas palpable dans tous les cas. La cytoponction ganglionnaire a été réalisée dans cinq cas évoquant le diagnostic de métastase ganglionnaire d'un carcinome papillaire de la thyroïde. Tous les patients ont eu une thyroïdectomie totale avec curage central et un évidement latéral du côté de l'adénopathie. Une totalisation isotopique a été indiquée pour tous les patients. L'évolution était favorable pour 5 malades avec un recul moyen de 5 ans.

CONCLUSION : Une masse latéro-cervicale peut être l'unique présentation d'une adénopathie métastatique d'un carcinome thyroïdien cliniquement occulte. Le traitement est celui de tout carcinome thyroïdien et permet d'obtenir un bon résultat oncologique malgré la possibilité de rechutes ganglionnaires.

MOTS-CLÉS : Adénopathie cervicale, Micro carcinome papillaire, Chirurgie

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cervical lymph node metastasis revealing occult papillary thyroid carcinoma (PTC) is uncommon. This clinical situation raises double problem: problem of diagnosis, in the presence of a chronic lymphadenopathy without known primitive and on the other hand its impact on the prognosis of these micro carcinomas.

PATIENTS AND METHODS: A Descriptive retrospective study including 6 cases of cervical node metastasis revealing PTMCs.

RESULTS: The average age in our series was 60 years (40-84 years). The sex ratio was 0,5. All our patients presented with latero-cervical tumefaction. The topography was the sector II in 1 case, sector III in 3 cases and sector IV in two cases. The thyroid was not palpable in all patients. The fine needle biopsy performed in five cases, suggests the diagnosis of a lymph node metastasis of papillary carcinoma of the thyroid. Total thyroidectomy was performed with central and lateral neck dissection in all cases. All patients were referred for radioactive iodine (RAI) ablation therapy. The mean follow-up was 5 years.

CONCLUSION: A laterocervical mass may be the only presentation of a clinically occult thyroid microcarcinoma. The treatment is that of any thyroid carcinoma and provides a good oncological result despite the possibility of locoregional recurrence.

KEYWORDS: Cervical Lymph node, thyroid microcarcinoma, ultrasound, Surgery.

INTRODUCTION

L'envahissement ganglionnaire dans les carcinomes papillaires de la thyroïde au moment du diagnostic est estimé entre 20 et 25 % des cas [1]. Les métastases ganglionnaires révélant un microcarcinome papillaire de la thyroïde (MCP) est une entité rare. Son incidence varie entre 5,2 et 13,6 % des cas [2, 3]. Cette situation clinique relève un double problème : d'une part diagnostic face à une adénopathie chronique sans primitif connu et d'autre part son impact sur le pronostic de ces microcarcinomes.

Le but de ce travail est d'étudier les particularités diagnostiques et thérapeutiques des adénopathies révélatrices des microcarcinomes différenciés infra cliniques de la thyroïde.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé 6 cas des micro carcinomes différenciés de la thyroïde révélés par une adénopathie cervicale métastatique sur une période de 15 ans (entre 2000 et 2015). Durant la même période, 104 patients ont été opérés d'un micro carcinome différencié de la thyroïde. Un micro carcinome papillaire étant défini selon l'OMS, par sa taille ≤ 1 cm.

RÉSULTATS

L'âge moyen de nos malades était de 60 ans (40 à 84 ans). Le sex-ratio était de 2/4. Le motif de consultation était une tuméfaction latéro-cervicale dans tous les cas. La durée



moyenne d'évolution était de 09 mois.

La tuméfaction était unilatérale et unique dans tous les cas siégeant au niveau du secteur II dans 1 cas, du secteur III dans 3 cas et du secteur IV dans deux cas. La tuméfaction était indurée dans 1 cas, ferme dans 3 cas et kystique dans 2 cas. La taille moyenne était de 4 cm. La glande thyroïde n'était pas palpable dans tous les cas (Figure 1).



Figure 1 : Tuméfaction du secteur IV droit de 5 cm mal limitée fixée indurée par endroits chez une patiente de 84 ans.

Une échographie cervicale, réalisée dans tous cas, a confirmé le caractère ganglionnaire de la tuméfaction dans 4 cas. Ces adénopathies étaient kystiques dans 2 cas, contenant des micro calcifications dans 2 cas. Une TDM cervicale, pratiquée dans 2 cas, n'a pas pu orienter le diagnostic puisqu'elle a évoqué le diagnostic d'un kyste de la 2ème fente branchiale dans un cas et d'un lymphangiome kystique dans le 2ème cas (Figure 2). Des micronodules thyroïdiens ont été objectivés dans tous les cas à la relecture de l'imagerie. Dans 3 cas, ces micronodules étaient classés TIRADS 5.



Figure 2 : TDM cervicale en coupes axiale et coronale avec injection : Masse sus claviculaire droite kystique à proximité des gros troncs artériels, envahissant la veine jugulaire interne avec des nodules calcifiés de la thyroïde.

La cytoponction ganglionnaire, réalisée chez cinq patients, a permis d'évoquer le diagnostic de métastase ganglionnaire d'un carcinome papillaire de la thyroïde dans tous ces cas.

Cinq patients ont eu une cervicotomie exploratrice avec examen extemporané confirmant le diagnostic de métastase ganglionnaire d'un carcinome papillaire. Une thyroïdectomie totale avec curage médiastino-récurrentiel bilatéral ont été effectués dans le même temps opératoire. Dans le 6ème cas, l'adénopathie a été prise pour un kyste de la 2ème fente et l'examen extemporané n'a pas été demandé. La thyroïdectomie avec curage du secteur central ont été réalisés dans un deuxième temps. Un évidement fonctionnel latéral du côté de l'adénopathie révélatrice a

été réalisé chez 3 malades, radical chez la patiente présentant un envahissement de la veine jugulaire interne, et un évidement fonctionnel bilatéral chez 2 malades.

L'histologie définitive a conclu à une atteinte du compartiment lymphoépithélial central dans 5 cas et une atteinte du compartiment latéral du côté de l'adénopathie révélatrice dans tous les cas. Ces adénopathies étaient homolatérales aux foyers du MCP dans 5 cas et controlatérale dans 1 cas.

La taille moyenne des foyers des MCP (le plus gros foyer en cas de forme multifocale) était de 5,3 mm avec des extrêmes de 2 à 9 mm. Les tumeurs primitives étaient unilobaires uniques dans 3 cas, multifocales bi lobaires dans 2 cas, multifocale uni lobaire dans 1cas. La capsule thyroïdienne était infiltrée non franchie dans 4 cas et franchie dans un cas avec atteinte du tissu adipeux péri thyroïdien. Dans tous les cas, les nodules n'étaient pas encapsulés.

Tous les malades ont été adressés pour traitement par de l'iode radioactif (IRA), et ont été mis sous hormonothérapie frénatrice pour une durée variable selon les patients, en fonction des taux de thyroglobuline et des résultats des balayages corps entier.

Un seul patient ayant refusé le traitement adjuvant, a reconsulté 2 ans après pour une tuméfaction sus claviculaire droite dont la biopsie a conclu à une métastase ganglionnaire d'un carcinome papillaire. Une exérèse de la masse tumorale a été réalisée suivie d'une irradiation. Il a été perdu de vue depuis.

Les autres patients n'ont pas montré de rechute locorégionale ou à distance après un recul moyen de 4 ans.

DISCUSSION

La présence d'une tuméfaction latéro cervicale fait souvent évoquer la possibilité d'une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde des voies aéro digestives supérieures. Le cancer de la thyroïde doit aussi être évoqué à fortiori s'il s'agit d'une masse cervicale kystique, en l'absence d'autres facteurs de risque [4].

Cliniquement, la masse ganglionnaire est habituellement unique avec une topographie prédominant au niveau cervical supérieur et moyen (secteurs IIa et III)[5]. La lésion thyroïdienne n'est pas habituellement palpable à l'examen physique.

L'échographie cervicale est considérée comme un moyen diagnostic permettant l'étude de la glande thyroïde et de toute tuméfaction cervicale [6]. La présence d'une adénopathie latéro cervicale échogène hétérogène, de contours irréguliers avec des micro calcifications et de nombreuses plages kystiques évoque l'origine métastatique d'un cancer de la thyroïde [7, 8]. Dans notre série, le caractère kystique a été retrouvé dans 2 cas, et les micro-calcifications chez 2 patients.

La tomодensitométrie cervicale injectée pourrait également apporter des signes évocateurs tels que la présence de nécrose centrale, d'une composante kystique, d'une prise de contraste périphérique supérieure à celle du muscle, et des calcifications (critères de Som et al)[9]. Grâce à l'analyse de ces critères, Ahn et al[1] rapportaient une sensibilité de 100 % et une spécificité de 90 %, contre 80 % pour l'échographie.



L'IRM retrouve un hyper signal en T2 qui traduit un contenu riche en thyroglobuline, mais elle n'est pas de pratique courante [4]. Elle n'a pas été réalisée chez aucun de nos malades.

L'utilisation de la tomoscintigraphie par émission de positons (PET-scan) a été suggérée dans le standard d'exploration du cancer de la tête et du cou dont le primitif est inconnu [10]. Mais dans le cadre d'exploration des adénopathies kystiques suspectes, la tumeur primitive peut être de très petite taille et des faux négatifs sont fréquemment observés.

Au terme du bilan radiologique, 75 % des nodules thyroïdiens sont mis en évidence principalement par l'échographie [11].

La cytoponction ganglionnaire est un moyen fiable dans le diagnostic des masses cervicales solides, avec un taux de sensibilité rapporté qui varie entre 90 et 100% [12]. Elle reste Moins certaine dans le diagnostic des masses kystiques avec un taux de faux négatifs de 25 à 67 % [12,13]. Les signes cytologiques spécifiques sont la présence de papilles, de sillons nucléaires, d'inclusions cytoplasmiques intranucléaires et de psammomes[14]. Dans notre série, la cytoponction ganglionnaire a été réalisée dans cinq cas concluant au diagnostic de métastase ganglionnaire d'un carcinome papillaire de la thyroïde dans tous les cas.

Le dosage de la thyroglobuline sur liquide de ponction peut aider le diagnostic avec un taux de sensibilité proche de 100% [15, 16, 17]. Ainsi le dosage de la thyroglobuline est une alternative fiable pour le diagnostic d'adénopathies kystiques précessives d'un cancer différencié de la thyroïde [18]. Aucun de nos malades n'a bénéficié de cette technique.

Le diagnostic différentiel se pose devant une masse latéro-cervicale de nature kystique, avec le kyste branchial. Cependant, toute masse latéro-cervicale kystique doit faire

éliminer une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures, en particulier de l'amygdale.

Au terme d'un bilan clinique et paraclinique, une cervicotomie exploratrice avec analyse extemporanée s'impose. La confirmation du caractère métastatique d'un primitif thyroïdien indique une thyroïdectomie totale avec un évidement central complet et latéral du côté de l'adénopathie [14]. Un évidement de principe du compartiment latéral controlatéral à la tumeur est indiqué en cas de tumeur pT4 et en cas d'adénopathie ipsilatérale supérieure à 3cm. La totalisation isotopique par l'Iode 131 est la règle [19].

Le pronostic est souvent favorable, quelques cas de rechute ganglionnaire peuvent survenir, notamment en cas de rupture capsulaire[14]. Hay et al ont montré que le risque de récurrence à 20 ans passait de 0,8% chez les patients sans envahissement ganglionnaire à 16 % chez les patients présentant un envahissement ganglionnaire [20]. La durée de suivi doit cependant être supérieure à 20 ans car les rechutes sont parfois très tardives [14].

CONCLUSION

Une masse kystique latéro-cervicale est une lésion en général bénigne dont le diagnostic le plus fréquent est un kyste branchial. Néanmoins, elle peut être l'unique présentation d'une adénopathie métastatique d'un microcarcinome différencié thyroïdien cliniquement occulte. La cytoponction de la masse doit ainsi être réalisée avec, éventuellement, dosage de la thyroglobuline.

À cette condition, une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire central et cervical homolatéral est préconisée complétés par une ablation radio isotopique.

Déclaration de liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.



REFERENCES

1. Ahn JE, Lee JH, Yi JS, et al. Diagnostic accuracy of CT and ultrasonography for evaluating metastatic cervical lymph nodes in patients with thyroid cancer. *World J Surg.* 2008; 32:1552-8.
2. Attie JN, Setzin M, Klein I. Thyroid carcinoma presenting as an enlarged cervical lymph node. *Am J Surg.* 1993; 166:428-30.
3. Maceri DR, Babyak J, Ossakow SJ. Lateral neck mass. Sole presenting sign of metastatic thyroid cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986; 112:47-9.
4. Garrel R, Tripodi C, Cartier C, Makeieff M, Crampette L, Guerrier B. Cervical lymphadenopathies signaling thyroid microcarcinoma. Case study and review of the literature. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2011; 128:115-9
5. Roh JL, Kim JM, Park CI. Lateral cervical lymph node metastases from papillary thyroid carcinoma: pattern of nodal metastases and optimal strategy for neck dissection. *Ann Surg Oncol.* 2008; 15:1177-82.
6. Gharib H, Papini E, Paschke R, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules: executive summary of recommendations. *Endocr Pract.* 2010; 16:468-75.
7. Senchenkov A, Staren ED. Ultrasound in head and neck surgery: thyroid, parathyroid, and cervical lymph nodes. *Surg Clin North Am.* 2004; 84:973-1000.
8. Chang Y-C, Lo W-C, Lo C-Y, Liao L-J. Occult Papillary Thyroid Carcinoma Initially Presenting as Cervical Cystic Lymph Node Metastasis: Report of Two Cases. *Journal of Medical Ultrasound.* 21:92-6.
9. Som PM, Curtin HD, Mancuso AA. Imaging-based nodal classification for evaluation of neck metastatic adenopathy. *AJR Am J Roentgenol.* 2000; 174:837-44.
10. Johansen J, Buus S, Loft A, Ket al. Prospective study of 18FDG-PET in the detection and management of patients with lymph node metastases to the neck from an unknown primary tumor. Results from the DAHANCA-13 study. *Head Neck.* 2008; 30:471-8
11. De Jong SA, Demeter JG, Jarosz H, Lawrence AM, Paloyan E. Primary papillary thyroid carcinoma presenting as cervical lymphadenopathy: the operative approach to the "lateral aberrant thyroid". *Am Surg.* 1993; 59:172-6; discussion 176-7
12. Seven H, Gurkan A, Cinar U, Vural C, Turgut S. Incidence of occult thyroid carcinoma metastases in lateral cervical cysts. *Am J Otolaryngol.* 2004; 25:11-7
13. Gourin CG, Johnson JT. Incidence of unsuspected metastases in lateral cervical cysts. *Laryngoscope.* 2000; 110:1637-41
14. Frierson HF, Jr. Cysts of the head and neck sampled by fine-needle aspiration: sources of diagnostic difficulty. *Am J Clin Pathol.* 1996; 106:559-60
15. Uruno T, Miyauchi A, Shimizu K, et al. Usefulness of thyroglobulin measurement in fine-needle aspiration biopsy specimens for diagnosing cervical lymph node metastasis in patients with papillary thyroid cancer. *World J Surg.* 2005; 29:483-5
16. Costante G, Filetti S. Diagnosis: Thyroglobulin in fine-needle aspirates—a clue to metastasis? *Nat Rev Endocrinol.* 2009; 5:249-50
17. Cunha N, Rodrigues F, Curado F, et al. Thyroglobulin detection in fine-needle aspirates of cervical lymph nodes: a technique for the diagnosis of metastatic differentiated thyroid cancer. *Eur J Endocrinol.* 2007; 157:101-7
18. Giovanella L, Imperiali M, Ferrari A, et al. Serum thyroglobulin reference values according to NACB criteria in healthy subjects with normal thyroid ultrasound. *Clin Chem Lab Med.* 2012; 50:891-3
19. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid.* 2009; 19:1167-214
20. Hay ID, Hutchinson ME, Gonzalez-Losada T, et al. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 900 cases observed in a 60-year period. *Surgery.* 2008; 144:980-7