

Tumeur du cavum révélant un carcinome différencié de la thyroïde: A propos d'une observation inhabituelle

A nasopharyngeal tumor revealing a differentiated carcinoma of the thyroid: About an unusual observation

S. Kallel, A. Chaabouni, G. Yousfi, S. Guesmi, B. Hammami, I. Charfeddine

Service ORL et CCF, CHU Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie

Reçu: 09 Mai 2020 ; Accépté: 13 Juillet 2020 ; Publié en ligne: 31 Octobre 2020.

RÉSUMÉ

Objectif: Le but de notre travail est d'étudier les particularités diagnostiques et thérapeutiques d'une métastase nasopharyngée d'un carcinome différencié de la thyroïde.

Observation: il s'agissait d'une patiente âgée de 64 ans qui a consulté pour des céphalées avec une diplopie et une dysphagie. L'examen a trouvé une tumeur du cavum avec un nodule thyroïdien. La biopsie du cavum a révélé un carcinome thyroïdien. Une thyroïdectomie totale a confirmé le carcinome vésiculaire. La décision du comité pluridisciplinaire était de compléter par irathérapie et radiothérapie externe des métastases osseuses.

Conclusion: La métastase d'un carcinome différencié de la thyroïde au niveau de la base de crane est extrêmement rare. Cette localisation secondaire peut donner un tableau similaire à celui d'un carcinome du cavum. Ces formes métastatiques sont souvent associées à un pronostic plus réservé. Néanmoins, le diagnostic précoce et la prise en charge adéquate peuvent améliorer la suivie et la qualité de vie.

Mots clés: Métastase, Cancer de la thyroïde, Sinus sphénoïdal, Cavum.

ABSTRACT

Objective:To describe the diagnostic and therapeutic features of a nasopharyngeal metastasis of a differentiated thyroid carcinoma.

Case report: A 64-year-old women consulted for headache with diplopia and dysphagia. The examination found a tumor of the cavum with a thyroid nodule. The biopsy of the cavum revealed a well differentiated thyroid carcinoma. A total thyroidectomy with histologic examination concluded to a vesicular carcinoma. The multidisciplinary decision committee was to supplement by radiotherapy and radioactive iodine.

Conclusion: The metastasis of differentiated thyroid carcinoma to the skull base is extremely rare. It can simulate a nasopharyngeal carcinoma. These metastatic forms of thyroid carcinoma had a poor prognosis. Nevertheless, early diagnosis and adequate management seem likely to improve the survival rate and the quality of life.

Keywords: Metastasis, Thyroid, Carcinoma,, Nasopharynx, Radiotherapy.

INTRODUCTION

Les cancers différenciés de la thyroïde sont habituellement révélés par des tuméfactions cervicales et sont souvent de bon pronostic. Ils sont rarement révélés par des métastases à distance, représentées essentiellement par le poumon et l'os [1]. Les métastases osseuses se localisent électivement au niveau des omoplates, de sternum et de l'os iliaque. La localisation crânienne est rare et est retrouvée dans 2,5 à 5,8 % des cancers thyroïdiens [2].

Nous rapportons un cas exceptionnel d'une tumeur

agressive de l'os sphénoïde, étendue à la base du crâne et extériorisée au niveau du cavum révélant un carcinome différencié de la thyroïde(CDT). Nous discutons les particularités cliniques, para cliniques et thérapeutiques de cette atteinte.

OBSERVATION:

Il s'agissait d'une patiente âgée de 64 ans qui a consulté pour des céphalées et une diplopie associées à une dysphagie haute aux solides évoluant depuis 4 mois avec un amaigrissement non chiffré. L'examen

Auteur correspondant: KALLEL Souha.

Adresse: Service ORL et chirurgie cervico-faciale. CHU Habib

Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie. Téléphone: (+216) 53518498.

E-mail: souha.kallel@yahoo.fr



a trouvé un mauvais état général avec un strabisme convergent bilatéral, une tuméfaction basi-cervicale antérieure ferme, indolore, mobile à la déglutition sans adénopathies cervicales palpables. La nasofibroskopie a montré une tumeur au niveau de la paroi postéro latérale gauche du cavum suspecte étendue à la choane. Le reste de l'examen des VADS était normal. La biopsie du cavum était particulièrement hémorragique. L'examen histologique a révélé la présence de tissu thyroïdien au niveau du cavum. Une échographie cervicale a été demandée et a montré un goitre multinodulaire dont le plus volumineux nodule mesurait 37mm, classé -EUTIRADS III. Le bilan thyroïdien était normal. Une TDM du cavum a montré une volumineuse tumeur au niveau des parois postérieure et latérale gauche du cavum responsable d'une lyse massive de l'os sphénoïde et partielle du clivus et l'apex pétreux gauche, et s'étendant à l'hypophyse et aux deux sinus caverneux en haut (figure 1).

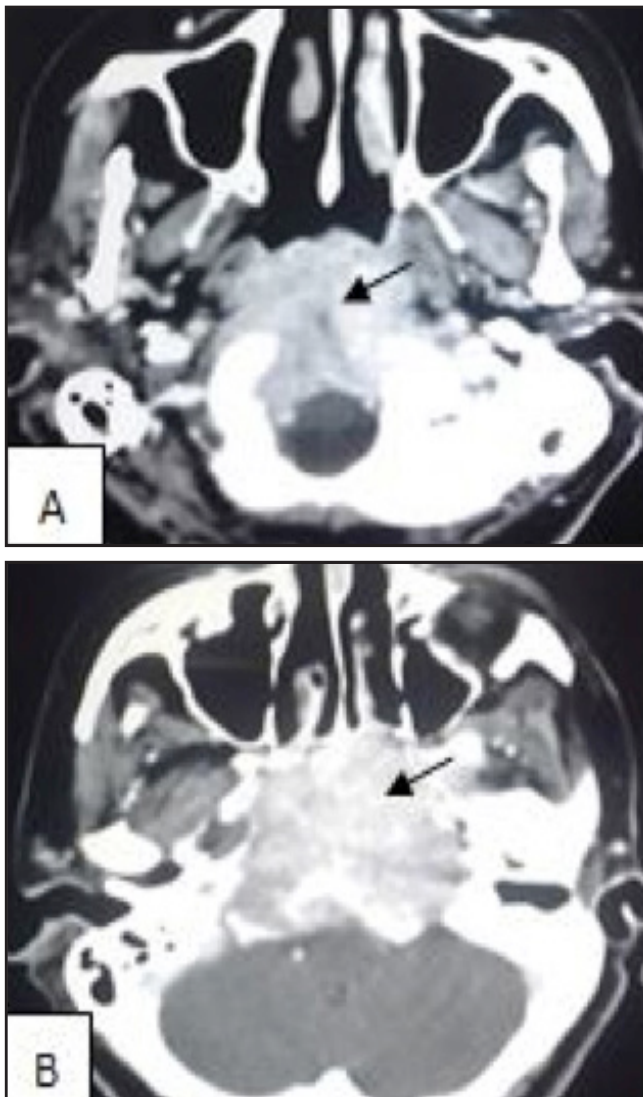


Figure 1: TDM du cavum en coupe axiale après injection du produit de contraste: A: une volumineuse tumeur au niveau des parois postérieure et latérale du cavum. B: lyse massive de l'os sphénoïdal avec une extension endocrânienne.

La TDM thoraco-abdomino-pelvienne a montré une lésion ostéolytique de nature secondaire au niveau de L5 et l'aileron sacré droit (figure 2). La scintigraphie osseuse a confirmé les constatations scanographiques.

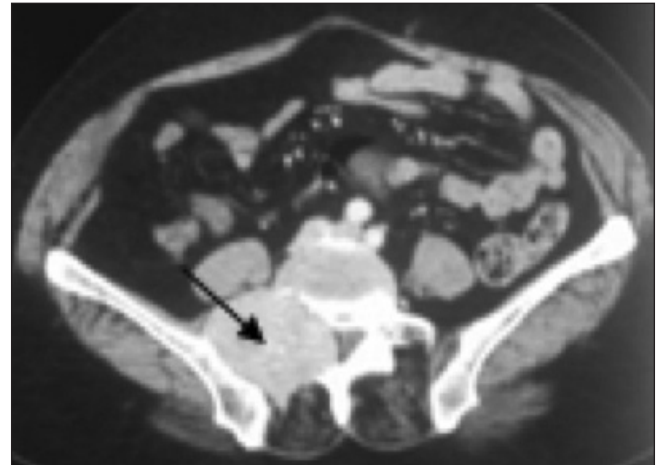


Figure 2: TDM pelvienne en coupe axiale: lésion ostéolytique de nature secondaire au niveau de L5 et l'aileron sacré droit.

La décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire était de réaliser une thyroïdectomie totale avec des biopsies multiples sous AG du cavum sous contrôle endoscopique. Le résultat de l'examen extemporané de la thyroïde était en faveur d'un carcinome vésiculaire thyroïdien, d'où nous avons complété par un curage médiastino-récurrentiel bilatéral. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique définitif a conclu à un carcinome vésiculaire de la thyroïde, sans atteinte ganglionnaire avec une métastase d'un carcinome vésiculaire thyroïdien au niveau du cavum.

La patiente a bénéficié d'une radiothérapie externe palliative de la base du crâne et du bassin et a eu jusqu'à maintenant 3 cures d'iode radioactif (100mCi la dose). La TG est encore très élevée à 7350 ng/ml. La patiente est en état général conservé à un recul de 18 mois sous hormonothérapie frénatrice visant une TSH inférieure à 0.1 mU/l.

DISCUSSION

La fréquence de métastases à distance dans les carcinomes différenciés de la thyroïde est de 10 à 15% des cas [3]. Ces métastases se localisent essentiellement au niveau du poumon et de l'os, néanmoins d'autres localisations plus rares ont été décrites telles que le cerveau, le foie, le rein, la peau, l'œil, le myocarde, la rate, la surrénale, le pancréas, les muscles, et la glande mammaire [3]. Les métastases osseuses à distance peuvent intéresser tous les segments du squelette. Elles se localisent électivement, par ordre de fréquence décroissant, au niveau du squelette axial, du bassin, des omoplates et côtes, du sternum, du fémur, du crâne et du massif facial [4]. L'atteinte du massif facial est observée dans



moins de 2% des cas et par ordre de fréquence décroissant, on trouve la mandibule, les orbites puis les sinus. Les sinus les plus touchés par ces métastases sont le sinus maxillaire, puis le sphénoïdal puis l'ethmoïdal et le frontal [4.5.6]. Dans la littérature, la localisation secondaire sphénoïdale a été rapportée dans 8 observations [4] et l'extension à la base du crâne n'était décrite que dans deux observations [4.7]. Ces métastases osseuses à distance sont expliquées par une dissémination hématogène [2]. Les facteurs de risque d'apparition de localisations secondaires sont essentiellement le sexe féminin, l'âge supérieur à 45 ans, le degré de différenciation et le type histologique vésiculaire [3].

La douleur est le signe clinique le plus communément observé dans les métastases osseuses avec une fréquence de 80% des cas. D'autres signes peuvent être observés selon la localisation secondaire tels qu'une tuméfaction, une fracture pathologique, des signes de compression médullaire ou radiculaire, une hypoesthésie labio-mentonnaire ou une mobilité voire une expulsion dentaire en cas d'atteinte mandibulaire [2.4].

Pour la localisation sphénoïdale les signes cliniques spécifiques rapportés dans la littérature sont des céphalées, une obstruction nasale, une épistaxis récidivante, une anosmie, un ptosis, une diplopie et une baisse de l'acuité visuelle. Le tableau d'une métastase au niveau de l'os sphénoïdal peut alors mimer le tableau d'une néoplasie primitive du cavum [4]. C'était le cas de notre patiente dont la métastase de la base du crâne s'est extériorisée au niveau du cavum. Selon Varadarajan V et al [4], il n'y a pas de signe clinique spécifique orientant vers la présence d'une extension à la base du crâne.

L'imagerie (TDM et IRM) met en évidence une masse ostéolytique, destructive souvent hypervascularisée et permet d'évaluer l'étendue de la lésion et l'extension endocrânienne. Le diagnostic différentiel se pose avec les tumeurs primitives de la base du crâne telles que l'UCNT du cavum et les sarcomes. D'où la biopsie s'impose pour confirmer le diagnostic si possible. Sinon, la scintigraphie à l'¹²³I ou l'¹³¹I est sensible et spécifique pour les métastases thyroïdiennes toujours bien différenciées [8.9].

Concernant la prise en charge thérapeutique des CDT métastatiques, la thyroïdectomie totale avec un évidement ganglionnaire médiastino-récurrentiel bilatéral s'impose. La résection chirurgicale d'une métastase, osseuse ou autre, unique est toujours indiquée autant que possible, suivie 4 à 7 semaines après, par le traitement par iode 131. La dose recommandée varie entre 80 et 100mCi, avec un taux de TSH >30 μ UI/l [5].

La radiothérapie externe peut être indiquée sur les métastases inopérables, tel était le cas de notre patiente, et en présence de marges de résection tumorales. Elle permet de diminuer le volume, l'évolutivité tumorale et peut être utilisée dans un but antalgique [2.3.5]. La

chimiothérapie systémique est d'un intérêt limité dans les cancers métastatiques de la thyroïde alors que des thérapies ciblées semblent actuellement améliorer la survie [10]. En effet deux molécules qui sont des inhibiteurs de la tyrosine kinase, le Sorafénib et le Lenvatinib, ont prouvé leur efficacité dans les stades avancés des carcinomes différenciés de la thyroïde résistants à l'iode radioactif. Les essais thérapeutiques ont montré que ces deux thérapies avaient augmenté la médiane de vie sans progression tumorale. De plus le Lenvatinib a montré une efficacité sur la réduction du volume tumoral. Néanmoins la présence de nombreux effets indésirables des thérapies ciblées limite leur utilisation aux formes avancées et résistantes de carcinome différencié de la thyroïde [11]

Les carcinomes différenciés de la thyroïde ont un excellent pronostic avec une survie à 10 ans qui atteint 80 à 85% [9]. Néanmoins les formes métastatiques réduisent cette survie à moins de 40% [8.12]. Les métastases osseuses des CDT sont habituellement associées à un plus mauvais pronostic que les métastases pulmonaires [8]. La durée de vie des patients porteurs d'une métastase au niveau de l'os sphénoïdal varie dans la littérature entre 1 semaine et 5 ans [4].

CONCLUSION:

Les métastases d'un CDT au niveau de l'os sphénoïdal et la base du crâne sont extrêmement rares. Elles sont exceptionnellement révélatrices et peuvent même mimer un tableau d'un cancer du cavum. La thyroïdectomie totale avec un curage ganglionnaire sont toujours indiqués alors que cette localisation métastatique est souvent non résecable, d'où l'intérêt de l'irathérapie, la radiothérapie externe et les thérapies ciblées

Considérations éthiques:

Déclaration d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Déclaration de financement: Les auteurs déclarent ne pas avoir reçu de financement particulier pour ce travail.

**REFERENCES:**

1. Leenhardt L, Grosclaude P. Épidémiologie des cancers thyroïdiens dans le monde. *Ann Endocrinol.* 2011;72(2):136–48.
2. Khalfi L, Ziani Y, Oukabli M, Nassih M, Abouchadi A, Khatib K El. Cas clinique et revue de littérature Métastase mandibulaire d'un carcinome folliculaire de la thyroïde : un cas rare après 7 ans. *Médecine Buccale Chir Buccale.* 2014;189-92.
3. Sellemi M, Kallel S, Chaabouni MA, Abid A, Boudawara MA, Ghorbel A, et al. Métastase de la voûte crânienne Révélant un carcinome différencié de la thyroïde. *J. TUN ORL.* 2014;31(1):69–71.
4. Varadarajan V, Pace EK, Patel V, Sawhney R, Amdur RJ, Dziegielewski PT. Follicular thyroid carcinoma metastasis to the facial skeleton: A systematic review. *BMC Cancer.* 2017;17(1):1-8.
5. Argibay S, Lancha C, Martínez Á. Metastases in the sphenoidal sinus in a patient with papillary thyroid cancer. *Clinical and Translational Oncology.* 2005;7:324–7.
6. Gershon A, Liavaag P, Walfish PG. Papillary Thyroid Carcinoma Metastasizing to Sphenoid-Ethmoid Sinuses and Skull Base the. *Thyroid.* 1996;6(1):59–61.
7. Krishnamurthy A, Vaidhyanathan A, Krishna Kumar R. Metastasis of follicular thyroid carcinoma to the maxillary sinus. *Indian J Nucl Med.* 2010;25(4):168–70.
8. Orita Y, Sugitani I, Matsuura M, Ushijima M. Prognostic factors and the therapeutic strategy for patients with bone metastasis from differentiated thyroid carcinoma. *Surgery.* 2010; 147(3):424–31.
9. Bakheet SM, Hammami MM. Spurious thyroid cancer bone metastases on radioiodine scan due to external contamination. *Eur J Radiol.* 1993;16(3):239–42.
10. Brose MS, Nutting CM, Jarzab B, Elisei R, Siena S, Bastholt L, et al. Sorafenib in radioactive iodine-refractory, locally advanced or metastatic differentiated thyroid cancer: a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet.* 2014;384(9940):319-28.
11. Viola D, Valerio L, Molinaro E, Agate L, Bottici V, Biagini A, et al. Treatment of advanced thyroid cancer with targeted therapies: Ten years of experience. *Endocrine-Related Cancer.* 2016;23(4):R185–205.
12. Sirveaux F, Brunaud L, Klein M, Muresan MM, Olivier P, Leclé J. Bone metastases from differentiated thyroid carcinoma. *Endocrine-Related Cancer.* 2008;15(1):37-49.