

Diagnostic d'une masse ostéolytique du scalp

M.Masmoudi, M.Hasnaoui, O.Walha, R. Lahmar, Kh. Mighri

Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Taher Sfar , Mahdia , Tunisie

Reçu: 24 Janvier 2021; Accepté: 19 Mars 2021; Publié en ligne: 30 Avril 2021

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 72 ans suivie en rhumatologie pour arthrose cervicale qui consulte pour une tuméfaction latéro-cervicale droite associée à une volumineuse tuméfaction pariéto-occipitale évoluant depuis plusieurs années et augmentant progressivement de taille sans signes cliniques associés.

A l'examen, La tuméfaction pariéto-occipitale était de 12 cm de grand axe indurée, fixe par rapport au plan profond indolore et sans signes inflammatoires locaux. On palpait une tuméfaction jugulo-carotidienne haute faisant 6 cm de grand axe, indurée et mobile par rapport aux deux plans. L'examen de la loge thyroïdienne a retrouvé une tuméfaction paramédiane droite de 2 cm de grand axe ferme mobile à la déglutition. Le reste de l'examen cervical était sans particularités. L'examen du pharyngo-larynx était normal.

Une tomodensitométrie cérébrale a montré une ostéolyse crânienne bipariétale associée à une volumineuse masse tissulaire d'allure secondaire à extension endo et exocrânienne. (Figure 1)

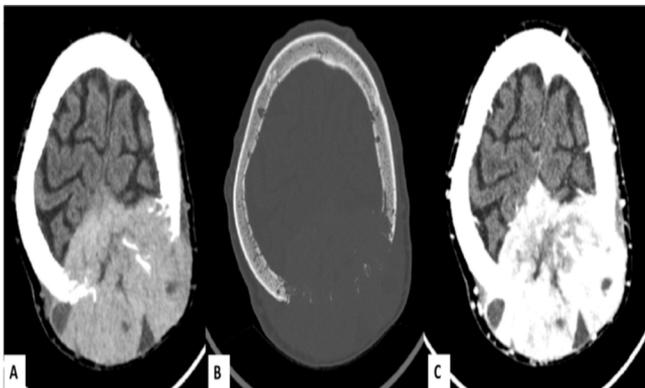


Figure 1: TDM cérébrale en coupe axiale (A) sans injection de produit de contraste (B) fenêtre osseuse (C) avec injection de produit de contraste: lésion tissulaire hétérogène se rehaussant de façon importante après injection du produit de contraste avec ostéolyse crânienne en regard

L'échographie cervicale a objectivé un goitre multi nodulaire dont le nodule le plus volumineux est du côté droit mesurant 22.8 mm classé EU -TIRADS 5 avec multiples adénopathies jugulo-carotidiennes droites d'allure suspectes. La plus volumineuse mesure 50*27 mm au niveau du secteur IIA droit. (Figure 2)

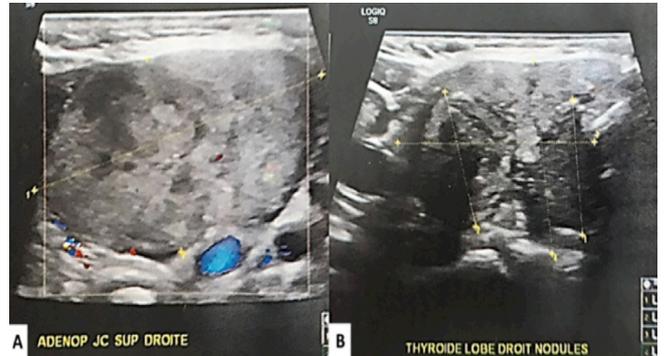


Figure 2:

- (A) Adénopathie cervicale droite à centre dédifférencié suspecte de 50 mm de diamètre
- (B)lobe droite multi nodulaire avec un nodule classé EU -TIRADS 5

Quel est votre diagnostic et votre conduite à tenir thérapeutique ?

RÉPONSE

Pour guider l'orientation étiologique, on a fait une cytoponction aussi bien thyroïdienne que des adénopathies jugulo-carotidiennes et de la lésion pariéto-occipitale.

La cytoponction thyroïdienne était acellulaire et non contributive. Par ailleurs, les cytoponctions ganglionnaire et pariéto-occipitale ont conclu à des métastases d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde. Le diagnostic d'un carcinome vésiculaire métastatique de la thyroïde était retenu.

Après une consultation d'anesthésie et un consentement éclairé, la patiente a eu une thyroïdectomie totale. L'examen histologique extemporané de la thyroïde a confirmé le diagnostic d'un carcinome vésiculaire multifocal. On a fait en plus un évidement médiastino-récurrentiel bilatéral avec un curage fonctionnel latéral droit des chaînes II, III, et IV et un sacrifice de la veine jugulaire interne qui était thrombosée.

L'examen histologique définitif de la pièce opératoire a conclu à un carcinome vésiculaire envahissant la veine jugulaire interne droite classé pT4N1b M1. L'exérèse de la métastase du scalp était jugée très risquée et était refusée par l'équipe de neurochirurgie. Pour cette raison, l'ira thérapie n'était pas réalisée. La patiente était mise seulement sous traitement hormonal substitutif avec un bon recul à 1 an.

Auteur correspondant: Masmoudi Mohamed

Adresse: Service ORL et CCF, Hôpital Taher Sfar Mahdia 5100, Tunisie

Email: m_masmoudi@yahoo.fr



DISCUSSION

Les carcinomes vésiculaires de la thyroïde sont des tumeurs à croissance lente avec un pronostic favorable sauf lorsqu'ils présentent des métastases à distance[1]. Les métastases à distance sont rarement révélatrices et touchent essentiellement le poumon et l'os[2]. Les métastases osseuses se localisent électivement au niveau des omoplates, de sternum, des vertèbres et de l'os iliaque. La localisation crânienne est rare: elle a été rapportée dans 2,5 à 5,8% des cancers thyroïdiens[2-4].

Le délai entre le diagnostic de tumeur thyroïdienne et la découverte de métastases crâniennes était de 23,3 ans confirmant la longue évolution clinique avant le diagnostic de lésion du crâne[4].

Cliniquement, ces métastases se présentent comme une masse, fixée du scalp, indolore, qui augmente progressivement de taille à bas bruit. L'imagerie montre un processus expansif extra dural ostéolytique souvent hyper vascularisé, avec atteinte des tissus sous cutanés[1,4,5].

Le traitement des patients présentant des métastases crâniennes se base sur un traitement thyroïdien et un traitement de la métastase[1].

Une thyroïdectomie totale, un évidement ganglionnaire médiastino-récurrentiel associés éventuellement par un évidement latéral en cas d'atteinte ganglionnaire sont préconisés par la majorité des auteurs[3,6,7]. L'exérèse de la lésion métastatique est faite tant que possible. L'exérèse doit emporter l'os atteint ainsi que

les tissus cutanés adjacents alors que la dure mère doit être conservée quand elle est macroscopiquement saine [4,8,9].

La chirurgie est complétée par un traitement isotopique par iode radioactif ¹³¹I[1,4].

Certains auteurs soutenaient l'utilisation de la radiothérapie externe à la fois pour le contrôle locorégional et des métastases inopérables.[10]

La chirurgie des métastases du crâne, en particulier les métastases étendues, est souvent difficile. En effet, la résection tumorale est rarement complète [4,8].

De ce fait, plus le résidu tumoral est important, plus l'efficacité de l'IRaThérapie et le pronostic sont réservés. [3,10]

Les métastases osseuses des cancers différenciés de la thyroïde sont considérées comme un facteur de mauvais pronostic: La survie à 10 ans pour les patients traités est de 27% [3,4]. Cependant, la survie moyenne des patients avec des métastases crâniennes d'un carcinome vésiculaires est seulement 4.5 ans, ce qui atteste un pronostic encore plus mauvais pour cette localisation métastatique[4].

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. Shen J, Wang S, Zhao X, Shao X, Jiang X, Dai Y, et al. Skull metastasis from follicular thyroid carcinoma: report of three cases and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8(11):15285-93.
2. Orita Y, Sugitani I, Matsuura M, Ushijima M, Tsukahara K, Fujimoto Y, et al. Prognostic factors and the therapeutic strategy for patients with bone metastasis from differentiated thyroid carcinoma. *Surgery.* 2010;147(3):424-31.
3. Sampson E, Brierley JD, Le LW, Rotstein L, Tsang RW. Clinical management and outcome of papillary and follicular (differentiated) thyroid cancer presenting with distant metastasis at diagnosis. *Cancer.* 2007;110(7):1451-6.
4. Nagamine Y, Suzuki J, Katakura R, Yoshimoto T, Matoba N, Takaya K. Skull metastasis of thyroid carcinoma. Study of 12 cases. *J Neurosurg.* 1985;63(4):526-31.
5. Li X, Zhao G, Zhang Y, Ding K, Cao H, Yang D, et al. Skull metastasis revealing a papillary thyroid carcinoma. *Chin J Cancer Res.* 2013;25(5):60307-607.
6. Rahman GA, Abdulkadir AY, Olatoke SA, Yusuf IF, Braimoh KT. Unusual Cutaneous Metastatic Follicular Thyroid Carcinoma. *J Surg Tech Case Rep.* 2010;2(1):35-8.
7. Karabekir H, Polat C, Aktepe F, Gocmen-Mas N. Unusual scalp metastasis from follicular thyroid carcinoma. *Saudi Med J.* 2011;32(8):849-51.
8. Bisht N, Purkayastha A, Singh S, Mishra PS, Husain A. Follicular Thyroid Carcinoma Metastasizing to Base of Skull: A Rare Case Report. *ARC J Cancer Sci.* 2018;4(1):14-7.
9. Andrianandrasana NOT, Razakanaivo M, Rahantamalala MI, Rafaramino FJ. Métastase géante sous cutanée d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J [Internet].* 26 déc 2018 [cité 23 janv 2021];31.
10. Meadows KM, Amdur RJ, Morris CG, Villaret DB, Mazzaferri EL, Mendenhall WM. External beam radiotherapy for differentiated thyroid cancer. *Am J Otolaryngol.* 2006;27(1):24-8.