

METASTASE DE LA VOÛTE CRÂNIENNE REVELANT UN CARCINOME DIFFERENCIE DE LA THYROÏDE

VAULT METASTASIS REVEALING A DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA

M. Sellemi, S. Kallel, M.A. Chaabouni, A. Abid*, M.A. Boudawara*, A. Ghorbel

Service d'ORL et CCF, CHU Habib Bourguiba, Sfax

*Service de Neuro-chirurgie, CHU Habib Bourguiba, Sfax

RESUME

Les métastases des carcinomes thyroïdiens au niveau de la voûte crânienne sont extrêmement rares. Bien que ces métastases soient de mauvais pronostic, la détection précoce et l'administration d'un traitement approprié peuvent améliorer la survie et la qualité de vie. Nous rapportons deux cas de carcinomes différenciés thyroïdiens révélés par une métastase de la voûte crânienne.

Mots clés: métastase, voûte crânienne, cancer de la thyroïde

ABSTRACT

Thyroid carcinoma with metastasis to the cranial vault is extremely rare. Although these metastasis had poor prognosis, early detection and administration of appropriate therapy using radioactive iodine seems likely to improve the survival rate and quality of life. We report two cases of differentiated thyroid carcinoma revealed by vault metastasis.

Keywords: metastasis, cranial vault, thyroid carcinoma

INTRODUCTION

Les cancers différenciés de la thyroïde sont habituellement révélées par des tuméfactions cervicales et sont généralement de bon pronostic. Les métastases à distance sont rarement révélatrices et touchent essentiellement 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 deux cas de Carcinome différencié de la thyroïde révélés par une métastase unique de la voûte crânienne et nous discutons les particularités cliniques para cliniques et thérapeutique de cette atteinte.

OBSERVATION

Observation 1 :

Il s'agissait d'une femme âgée de 74 ans, hypertendue, qui a consulté pour des céphalées associées à une hémiparésie gauche évoluant depuis trois mois. L'examen clinique a objectivé une tuméfaction frontale droite de 10 centimètres de grand axe, douloureuse à la palpation (Figure1).



Figure 1 : tuméfaction frontale droite de 10 centimètres avec ectasie des veines épicroïdiennes.

L'examen cervical a par ailleurs montré un goitre multinodulaire mobile à la déglutition. L'IRM a retrouvé une lésion extra durale en iso signal hétérogène T1 et T2 qui se réhaussait après injection de Gadolinium (Figure 2).

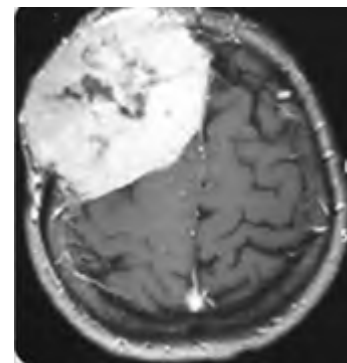


Figure 2 : IRM cérébrale en coupe axiale montre une lésion extra durale de la voûte crânienne rehaussée après injection de Gadolinium.

Une tumeur crânienne primitive a été suspectée. Une excrèse par voie neurochirurgicale a été réalisée. L'examen anatomopathologique a conclu à une métastase d'un carcinome papillaire de la thyroïde. Les suites opératoires étaient fatales pour la patiente qui était décédée suite à un sepsis sévère.

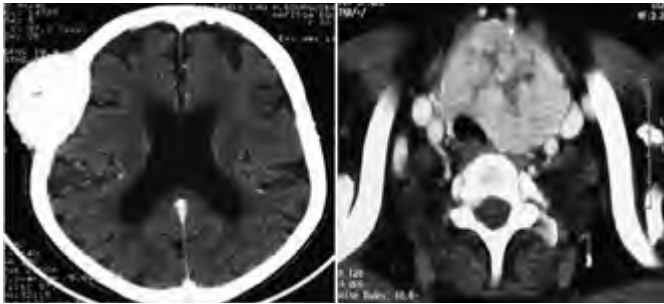
Observation 2 :

Il s'agissait d'une femme âgée de 70 ans, connue porteuse d'un goitre asymptomatique qui a consulté en dermatologie pour une tuméfaction saignante temporale droite. L'examen clinique a montré une masse temporale ulcérée et hémorragique de 12 centimètres (Figure3).



Figure 3 : Tuméfaction temporale ulcérée et hémorragique

Les tératomes congénitaux sont observés dans 1/4000 naissances (3, 4,5). La TDM a montré une lésion tissulaire fronto-temporale droite extradurale, ostéolytique prenant le produit de contraste et un volumineux nodule plongeant du lobe thyroïdien gauche (Figure 4 a et 4b).



**Figures 4 : TDM en coupe axiale
4a : TDM cérébrale une lésion tissulaire fronto-temporale droite extradurale,
4b : TDM cervicale Nodule plongeant du lobe thyroïdien gauche**

La biopsie de la masse temporale a conclu à une métastase d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde. La patiente à été opérée en double équipe et a eu une thyroïdectomie totale avec un évidement médiastino-récurrentiel bilatéral, une exérèse de la métastase crânienne et du volet osseux avec reconstruction de la perte de substance pariétale par un lambeau local. La patiente est actuellement sous lévothyroxine à dose frénatrice et a reçu 2 cures d'iode radioactif à la dose de 100 millicuries. On est actuellement à 12 mois de recul avec un taux de Tg élevé à 150 avec la persistance d'une fixation crânienne et rétro-sternale gauche au balayage corps entier.

DISCUSSION

Les métastases à distance des cancers différenciés thyroïdiens (CDT) sont rares et surviennent chez 10 à 15 % des patients (3). Leurs localisations préférentielles sont le poumon et l'os (1). D'autres sites peuvent être atteints généralement en association avec des métastases osseuses ou

pulmonaires tels que l'encéphale, le foie, le myocarde, le péricarde, la plèvre, les surrénales, la peau, les reins, l'hypophyse et l'œil. (3).

Les facteurs de risque d'apparition de localisations secondaires des CDT sont essentiellement le sexe féminin, l'âge supérieur à 45 ans, le degré de différenciation et la variété histologique folliculaire (1) (4) (5)(6). Dans la littérature L'incidence de la localisation crânienne est de 2,5 à 5,8% (2) (7). Nagamine a rapporté 12 cas (2,5%) de métastases crâniennes parmi 473 patients porteurs de cancer thyroïdien (7). Il s'agit souvent d'une évolution clinique à long terme d'un carcinome thyroïdien déjà connu alors que ces métastases sont rarement révélatrices du cancer (7) (8). Les métastases de la voûte se présentent cliniquement comme une masse, fixée du scalp, indolore, généralement unique et augmentant lentement de taille. Des troubles de la conscience, des signes de localisation à type hémiparésie, paralysie des nerfs crâniens, et une exophtalmie ont été rapportés dans les formes localement évoluées (7) (9).

L'imagerie (TDM et IRM) montre un processus expansif extra dural ostéolytique souvent hyper vascularisé, avec atteinte des tissus sous cutanés (10). Le diagnostic différentiel se pose avec les méningiomes et les sarcomes qui peuvent donner des lésions lytiques de la voûte (6). Malgré l'absence d'étude prospective, et la rareté des cas, la majorité des auteurs proposent l'exérèse chirurgicale des métastases osseuses uniques. 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 (11) (12). Tel était le cas pour la deuxième patiente. La thyroïdectomie totale avec évidement ganglionnaire médiastino-récurrentiel s'impose et doit être suivie d'un traitement isotopique par iode radioactif 131 (1). La radiothérapie externe peut être indiquée en cas de métastases inopérables et en présence de marges d'exérèse tumorales (1) (6). La chimiothérapie systémique est d'un intérêt limité dans les cancers métastatiques de la thyroïde alors que de multiples thérapies ciblant l'angiogenèse, les récepteurs nucléaires, et la réponse immunitaire anti-tumorale ont été récemment mises au point et sont actuellement en cours d'essai clinique visant à évaluer leur efficacité (13). Les métastases osseuses des CDT sont habituellement associées à un plus mauvais pronostic que les métastases pulmonaires (12). Dans la littérature, la survie des patients présentant une métastase de la voûte crânienne variait entre 14 mois et 4,5ans (7) (14).

CONCLUSION

Les métastases de la voûte crânienne sont rares et exceptionnellement révélatrices de carcinome différencié de la thyroïde. La thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire s'impose alors que la chirurgie des métastases est discutée en fonction de l'âge, de l'espérance de vie et est pratiquée en cas de métastase unique, bien localisée, accessible à une chirurgie à visée curative.



REFERENCES

1. El Fellah S, Ksiar R, Missoum F, Ben Rais N. Métastase du tissu mou révélant un carcinome folliculaire différencié de la thyroïde. *Méd Nucl* 2008;32 :308–310.
2. Mydlarz WK, Wu J, Aygun N, Olivi A, Carey JP, Westra WH, Tufano RP. Management considerations for differentiated thyroid carcinoma presenting as a metastasis to the skull base. *Laryngoscope* 2007 ;117(7):1146-52.
3. Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *N Engl J Med*. 1998, 338(5):297-306.
4. Descriptive epidemiology of thyroid carcinoma. Tai P, Mouloud RF, Prysazhnyuk AY, Gristchenko VG, Obodovsky IA. 2003, *Curr Oncol Rep*, pp. 10:54–65.
5. Shaha AR, Shah JP, Jatin P, Loree TR. Differentiated thyroid cancer presenting initially with distant metastasis. *Am J Surg*. 1997;174(5):474-6., pp. 174:474–6.
6. Portocarrero-Ortiz L, Garcia-Lopez R, Romero-Vargas S, Padilla JA, Gómez-Amador JL, Salinas-Lara C, et al. Thyroid follicular carcinoma presenting as skull and dural metastasis mimicking a meningioma: a case report. *J Neurooncol*. 2009 Nov;95(2):281-4. . pp. 95(2):281-4.
7. Nagamine Y, Suzuki J, Katakura R, Yoshimoto T, Matoba N, Takaya K. Skull metastasis of thyroid carcinoma study of 12 case. *J Neurosurg* 1985 ;63(4):526-31., pp. 63:526–531.
8. Inci S, Akbay A, Bertan V, Gediko+lu G, Onol B. Solitary skull metastasis from occult thyroid carcinoma. *J Neurosurg Sci* 1994 ;38(1):63-6. pp. 38:63–66.
9. Sevinc A, Buyukberber S, Sari R, Baysal T, Mizrak B. Follicular thyroid cancer presenting initially with soft tissue metastasis. *Jpn J Clin Oncol* 2000;30(1):27-9. pp. 30(1):27–29.
10. 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):603-7.
11. Elliot Sampson, James D. Brierley, Lisa W. Le et al. Clinical Management and Outcome of Papillary and Follicular (Differentiated) Thyroid Cancer Presenting With Distant Metastasis at Diagnosis. *Cancer*. 2007 ;110(7):1451-6. pp. 110(7):1451-6.
12. Orita Y, Sugitani I, Matsuura M, Ushijima M, Tsukahara K, Fujimoto Y, Kawabata K. Prognostic factors and the therapeutic strategy for patients with bone metastasis from differentiated thyroid carcinoma. *Surgery* 2010;147(3):424-31.
- 13- Sherman SI. Targeted therapy of thyroid cancer. *Biochem Pharmacol*. 2010 Sep 1;80(5):592-601. doi: 10.1016/j.bcp.2010.05.003. Epub 2010 May 13.
14. Tickoo SK, Pittas AG, Adler M, Fazzari M, Larson SM, Robbins RJ, Rosai J. Bone metastases from thyroid carcinoma: a histopathologic study with clinical correlates. *Arch Pathol Lab Med*. 2000 Oct;124(10):1440-7