

Cancer papillaire thyroïdien et adénome thyroïdote: particularités étiologiques et thérapeutiques d'une association rare

M.C. MOLDOVANU, M. DUMAS, F. DOREY, M. LADSOS, V. DEGROS, F. WIBAUX, M. CORDONNIER, A. ANGELESCU, O. VERIER-MINE

Service d'Endocrinologie-Diabétologie et Obésité - Hôpital Jean Bernard - Valenciennes



INTRODUCTION

L'association adénome thyroïdote-cancer thyroïdien différencié est rare (6 cas publiés dont 3 papillaires et 3 vésiculaires).

CAS CLINIQUE

Découverte d'une hyperthyroïdie par sécrétion inappropriée de TSH chez une patiente de 47 ans, ménopausée, présentant un goitre multinodulaire, associée à un adénome hypophysaire de 8 mm.

Bilan hormonal:

TSH : 1,93mU/l (0,4-3,6mU/l),

T3L : 5,2ng/l (1,8-4,2),

T4L : 23,7ng/l (8,9-17,6ng/l),

sous-unité α (SU α): 1,65mU/ml (N<1,6),

LH: 34,9U/l (10,9-58,6U/l),

FSH: 105U/l (16,7-114U/l),

œstradiol: 18,5pg/ml (<35pg/ml)).

L'adénomectomie hypophysaire est suivie d'une normalisation hormonale, sans déficit antéhypophysaire postopératoire (TSH: 0,55mU/l, T3L: 3,59ng/l, T4L: 15,8ng/l, SU α : 1,02mU/ml), immuno-histochimie positive pour TSH, sous-unité α et FSH.

Les IRM hypophysaires de contrôle à 3 et 12 mois: doute sur une petite image à la partie supérieure du sinus sphénoïdal gauche rehaussée par le contraste pouvant évoquer un reliquat adénomateux.

L'échographie thyroïdienne de contrôle réalisée à 8 mois post-adénomectomie hypophysaire retrouve une augmentation de la taille des nodules ainsi qu'une hypervascularisation nodulaire. Décision de thyroïdectomie totale, retrouvant un carcinome papillaire multifocal (nodule dominant >2 cm) nécessitant un traitement complémentaire par I131 à 2 reprises, suite à la présence d'un reliquat au niveau de la loge de thyroïdectomie.

A 6 mois post I131, sous 150 μ g Levothyrox /jour: TSH: 1,08mU/l, T3L: 1,83ng/l, et évaluation carcinologique satisfaisante après stimulation par rhTSH (Thyroglobuline<1ng/ml, anticorps anti-thyroglobuline négatifs, imagerie négative).

Article	Calle-Pascual et al, 1991	Gasparoni et al, 1998	Kishida et al, 2000	Ohta et al, 2001	Gessi et al, 2006	Poggi et al, 2009	Cas présent
Age	55	37	27	45	47	50	47
Sexe	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin	Féminin
TSH au diagnostic	3.5	5.7	2.16	2.2	139	2.31	1.93
T3L	T4=3.4ng/ml	T3=5.7pmol/l	9.5pg/ml	-	-	4.05pg/ml	5.2 ng/l
T4L	T4L=172	T4=23.1pmol/l	4.05ng/dl	-	-	2.32ng/ml	23.7 ng/l
Diamètre de l'adénome thyroïdote	>1 cm (dimension exacte non précisée)	1 cm	1 cm	1.5 cm	4 mm	3 mm	8 mm
Type histologique du carcinome thyroïdien	Vésiculaire	Papillaire	Papillaire	Papillaire	Vésiculaire	Vésiculaire	Papillaire
Diamètre du carcinome thyroïdien	5 cm	2 cm	3 cm	2 cm	8 mm	1.7 cm	2 cm
Traitement	Thyroïdectomie, radiothérapie et adénomectomie transsphénoïdale	Thyroïdectomie et radiothérapie	Adénomectomie transsphénoïdale et hémithyroïdectomie	Adénomectomie transsphénoïdale et thyroïdectomie	Adénomectomie transsphénoïdale et thyroïdectomie	Thyroïdectomie et observation	Adénomectomie transsphénoïdale et thyroïdectomie

Tableau 1: Cas publiés sur l'association cancer thyroïdien – adénome thyroïdote



Image 1: IRM hypophysaire pré-opératoire



Image 2: IRM hypophysaire de contrôle à 12 mois en post-opératoire

CONCLUSION

Compte tenu de la négativité de l'évaluation post-I131 : décision de ne pas augmenter le traitement freinateur sous surveillance carcinologique et hypophysaire rapprochée: IRM hypophysaire de contrôle ainsi que bilan hormonal complet (TSH, T4L, T3L, thyroglobuline, anticorps anti-thyroglobuline) une fois par an.

DISCUSSION

Dans cette observation, la stimulation excessive et prolongée par la TSH a probablement joué un rôle dans la carcinogenèse thyroïdienne (activation de l'adénylate cyclase avec augmentation consécutive du cAMP intracellulaire et stimulation de la synthèse du DNA).

L'interprétation de la TSH non freinée à distance de l'intervention et du traitement par I131 est difficile: freination insuffisante? Sécrétion adénomateuse résiduelle ?

Compte tenu de la rareté de l'association de ces 2 pathologies, il n'existe donc pas malheureusement de consensus de prise en charge.

REFERENCES

1. Calle-Pascual AL et al. Association of a thyrotropin-secreting adenoma and a thyroid follicular carcinoma. J Endocrinol Invest 1991; 14:499-502.
2. Gasparoni P et al. Unusual association between a thyrotropin secreting pituitary adenoma and a papillary thyroid carcinoma. Thyroid 1998;8:181-3.
3. Kishida M et al. Hyperthyroidism in a patient with TSH-producing adenoma coexisting with thyroid papillary adenocarcinoma. Endocr J 2000; 47:731-8.
4. Ohta S et al. Coexistence of thyrotropin producing pituitary adenoma with papillary adenocarcinoma of the thyroid- a case report and surgical strategy. Pituitary 2001;4:271-4.
5. Gessi et al. Non suppressible TSH in a patient thyroidectomized due to follicular thyroid carcinoma. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2006;114:389-92.
6. Poggi M et al. A rare case of follicular thyroid carcinoma in a patient with thyrotropin-secreting pituitary adenoma. Am J Med Sci 2009; 337(6):462-465.

CONTACT

SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE
DIABETOLOGIE ET OBESITE

E-mail: Sec-diabeto2@ch-valenciennes.fr

Telephone: 03-27-14-01-47