

P664 Les métastases ganglionnaires cervicales révélatrices de microcarcinome papillaire de la thyroïde : à propos de 3 cas

Dr W. ABID, Dr I. HARIGA, Dr I. BEN GHRI, Dr A. KAABI, Pr S. ZRIBI, Dr O. BEN GAMRA, Pr C. MBAREK
hôpital Habib Thameur, Tunis.

Introduction:

Les microcarcinomes papillaires de la thyroïde (MCP) représentent 30% des cancers papillaires de la thyroïde. Leur diagnostic se fait le plus souvent en post opératoire après étude des pièces de thyroïdectomies totales avec un bon pronostic et un faible potentiel évolutif.

Méthodes: Etude rétrospective à propos de 3 patients présentant un MCP avec de métastase ganglionnaire cervicale révélatrice, colligés sur une période de 11 ans.

Résultats:

-Age moyen :43 ans

-**Motif de consultation (délai 8 mois):** tuméfaction latéro-cervicale sans signes de compression ou dysthyroïdie

-**Examen:**

- Adénopathies unilatérales, uniques et homolatérales au foyer du MCP dans tous les cas.
- Siège : jugulo-carotidien moyen
- Consistance kystique dans tous les cas .
- La taille moyenne des adénopathies était de 5,6 cm (3, 4 et 10 cm).
- La thyroïde était non palpable dans tous les cas.
- **L'échographie cervicale** : un nodule thyroïdien de 5 mm mixte sans signe de malignité, homolatéral à l'adénopathie dans un cas. Normale dans les deux autres cas .
- **Scanner cervico-thoracique** (2 cas) **figure 1**: des nodules thyroïdiens infra-centimétriques .
- **La cytoponction**: non faite (3cas).
- **L'examen extemporané après cervicotomie exploratrice figure 2**: concluant a une métastase kystique d'un carcinome papillaire de la thyroïde dans 2 cas et à un kyste bénin dans un cas .
- **Traitement** : Thyroïdectomie totale avec curage médiastino-récurrentiel et fonctionnel bilatéral après l'extempo dans les deux premiers cas et dans un deuxième temps après histologie définitive dans le troisième cas.
- Le recul moyen :40 mois. Une rémission complète a été notée dans tous les cas

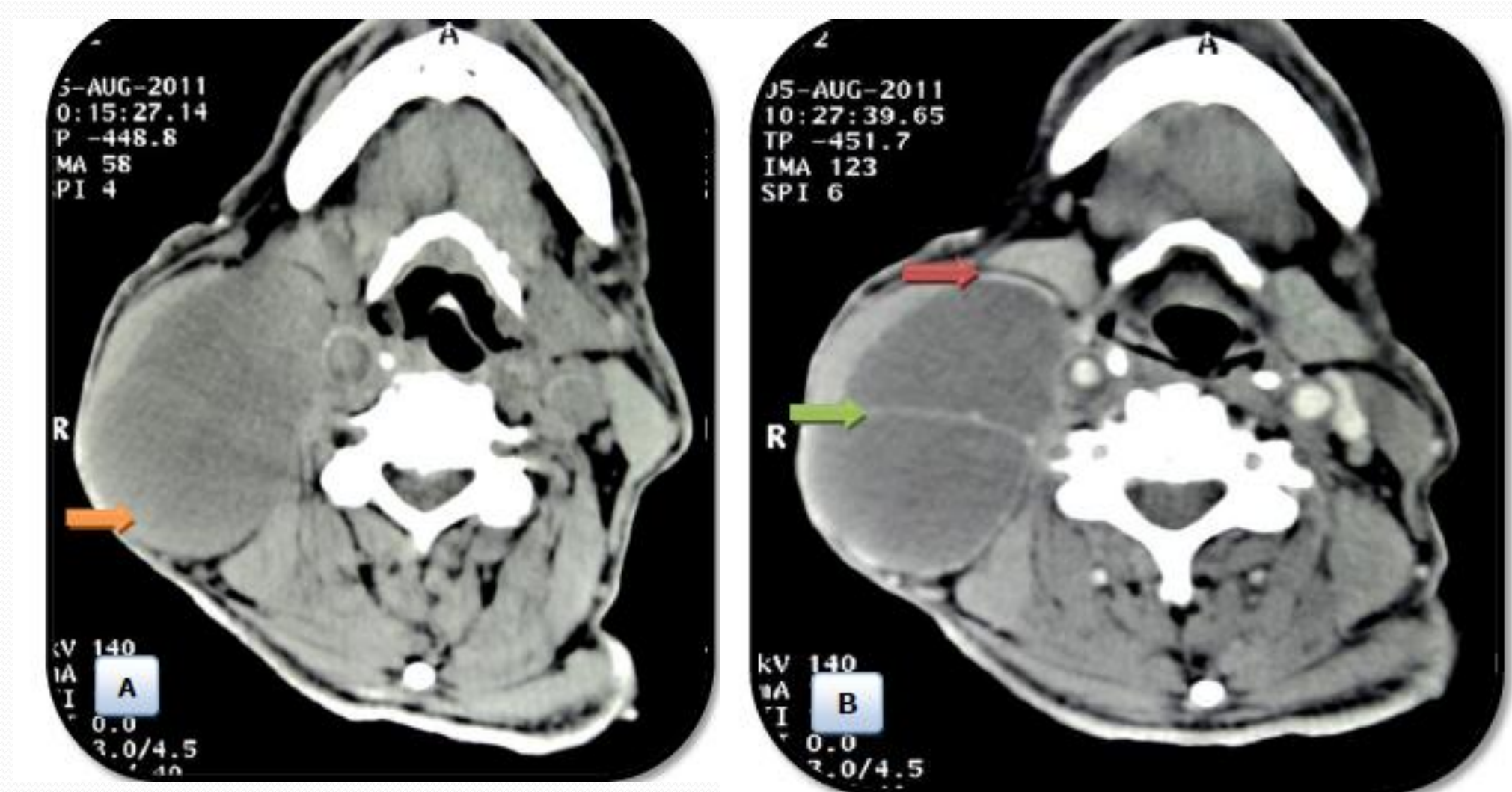


Figure N°1: TDM cervicale sans (A) et avec (B) injection de PDC: Métastase kystique d'un carcinome papillaire de la thyroïde (A) multicloisonnée avec rehaussement des cloisons et de la capsule périphérique après injection de PDC (B) avec rehoulement en dehors du muscle sterno-cléido-mastoïdien et en avant de la veine jugulaire interne qui est comprimée (B).

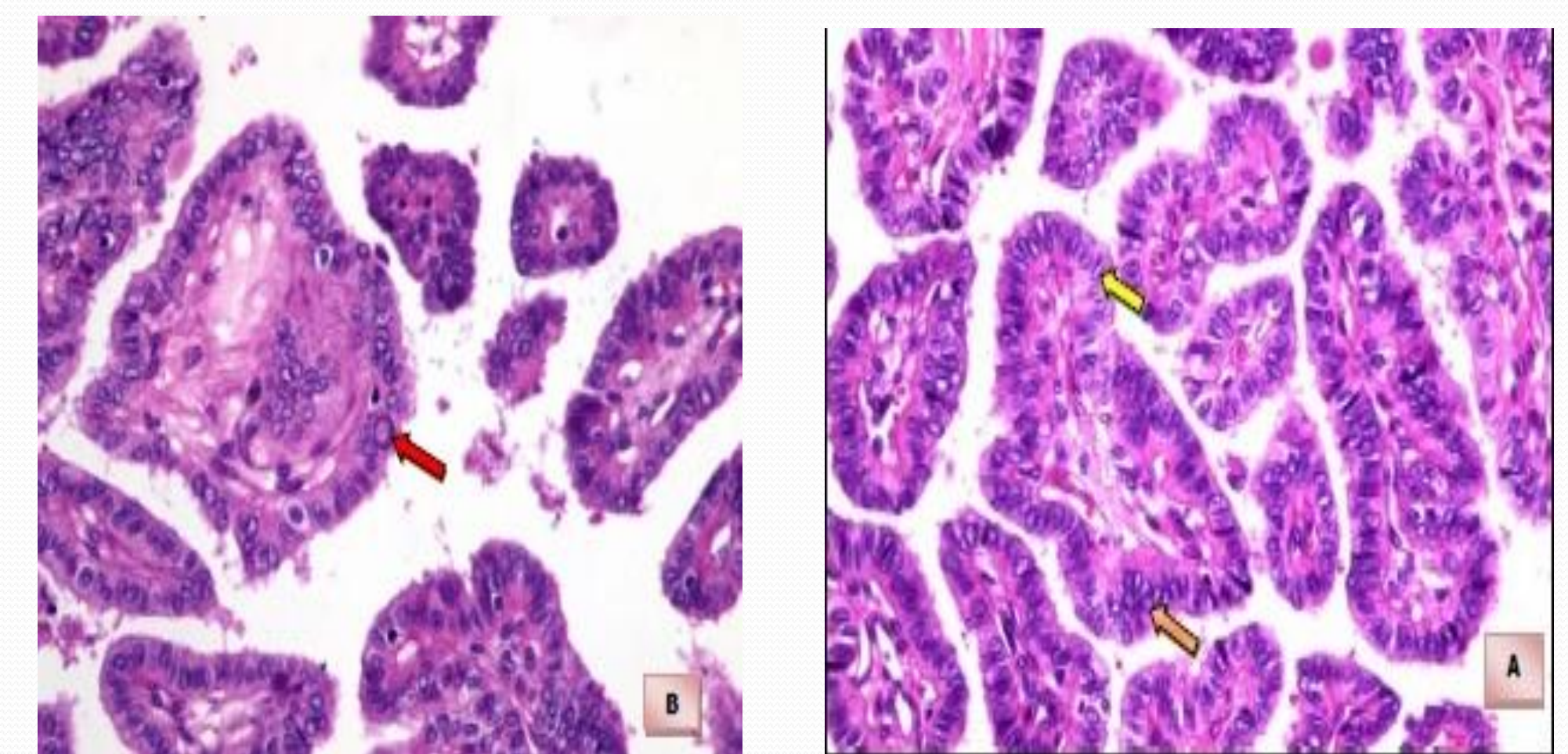


Figure n2: Critères nucléaires du MCP : Chevauchement nucléaire (A) et rainure centrale (A) Pseudo-inclusion nucléaire (B)

Commentaires:

①- le microcarcinome de la thyroïde (MCT) est défini par l'OMS comme une tumeur dont la taille n'excède pas 1cm .

-Type papillaire :le plus fréquent.

-L'incidence des (MCT) en augmentation du fait de la multiplicité des coupes sériées réalisées sur les pièces opératoires .

-6 à 35% des cancers thyroïdiens.

-L'âge moyen :entre 40 et 50 ans, avec une prédominance féminine.

-Circonstance de découverte:

*Fortuitement découvert lors des coupes pratiquées à titre systématique sur la totalité de la pièce opératoire.

*Des adénopathies cervicales révélatrices (3 à 5%);lymphophilie+++ .

- Clinique: les métastases ganglionnaires se présentent sous forme d' une masse latéro-cervicale kystique, souvent unique avec une topographie cervicale supérieur et moyenne (IIa et III) évoluant depuis plusieurs mois.

②-Echographie: Masse sphérique ,échogène, hétérogène avec micro calcifications et nombreuses plages kystiques

-TDM injectée :l nécrose centrale, la composante kystique, la prise de contraste périphérique supérieure à celle du muscle et les calcifications en faveur de la malignité.

-La cytoponction ganglionnaire (sensibilité de 66%):la présence de papilles, de sillons nucléaires, d'inclusions cytoplasmiques intranucléaires et de psamomes.

-Dosage de la thyroglobuline ganglionnaire: utile et sensible en cas de métastases kystiques où la fiabilité de la cytologie est réduite.

-Cervicotomie (adénectomie) et l'analyse anatomopathologique extemporanée confirme le diagnostic.

-Traitement : thyroïdectomie totale associant un curage ganglionnaire des secteurs central et latéral +/-de l'iode radioactif 131.

-Excellent pronostic des MCP :taux de survie (98.5%).

-Métastases ganglionnaires facteur prédictif de récurrence.

Conclusion:

Une adénopathie cervicale métastatique peut être le seul signe révélateur d'un MCP. Dans ce cas, l'origine thyroïdienne doit être évoquée et le dosage de la thyroglobuline ganglionnaire doit être fait en cas de cytologie négative ou non concluante.

Bibliographie:

- 1)K. Sugino, Kito Jr, O. Ozaki et al. Papillary microcarcinoma of the thyroid. J. Endocrin. Invest. 1998, 21 : 445-480
- 2)J. L. Latapie, F. Leprat. Les microcarcinomes papillaires. Ann endocrinol 1997, 58 : 251-53.