

# Métastase thyroïdienne d'un carcinome neuroendocrine à petites cellules du poumon : une nouvelle observation

Claire Jeudy<sup>1</sup>, Alexandre Buffet<sup>1</sup>, Isabelle Rouquette<sup>2</sup>, Sébastien Vergez<sup>3</sup>, Anne Staub<sup>4</sup>, Philippe Caron<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service d'endocrinologie, maladies métaboliques, CHU Larrey, Toulouse

<sup>2</sup>Service d'anatomo-pathologie, CHU Rangueil, Toulouse

<sup>3</sup>Service d'ORL, CHU Larrey, Toulouse

<sup>4</sup>Institut Universitaire du Cancer, Toulouse

## Contexte

Les métastases thyroïdiennes des cancers systémiques sont rares, parfois de diagnostic difficile.

## Patient

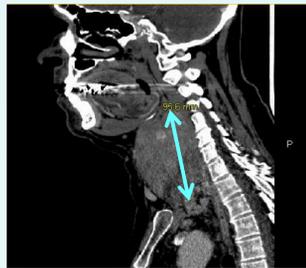
Mr D, 49 ans

- Consulte en raison d'un goître compressif et douloureux

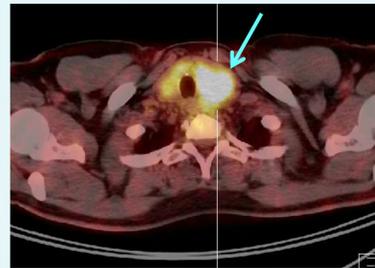
- Compliqué d'une thrombose de la veine jugulaire gauche

## Imagerie

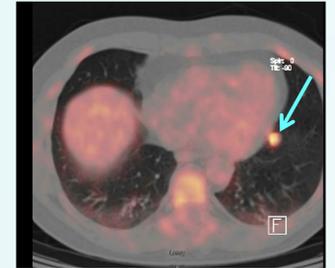
Les TDM successifs retrouvent un goître thyroïdien rapidement évolutif (10x10x6 cm), associé à des adénopathies cervicales et médiastinales évolutives, ainsi qu'un nodule pulmonaire basal gauche. L'ensemble de ces lésions sont fixantes au TEP<sup>18</sup>FDG.



TDM initial



TEP18FDG initial



TEP18FDG 4 mois après le diagnostic

## Traitement et suivi

Une cause néoplasique est évoquée et des biopsies chirurgicales sont réalisées. Elles mettent en évidence une infiltration massive par un carcinome de haut grade de malignité (CK7+, CK20-, TTF1+) à la fois compatible avec un **carcinome anaplasique thyroïdien** ou une **métastase thyroïdienne d'un adénocarcinome pulmonaire**.

Une **chimiothérapie** est réalisée (Cisplatine et VP16). Les données de suivi montrent une **réponse spectaculaire** avec une diminution en taille du goître et du nodule pulmonaire de plus de 50 %.

	TDM initial	Après chimiothérapie
Goitre thyroïdien	88 x 60 mm	22 x 19 mm
Nodule pulmonaire	14 mm	6 mm

**Tableau 1** Evolution des tailles tumorales au décours de la chimiothérapie

Devant cette réponse inhabituelle, les lames d'anatomopathologie thyroïdiennes sont relues, la tumeur semble correspondre à un **carcinome neuroendocrine de haut grade** (TTF1+, synaptophysine+, chromogranine-, CD56+), qui serait une **métastase thyroïdienne d'un carcinome neuroendocrine à petites cellules pulmonaire**.

Le patient bénéficie par la suite d'une radiothérapie cervicale et encéphalique.

Les données de suivi récentes montrent une évolution pulmonaire.

## Conclusions

Les métastases thyroïdiennes de cancers systémiques sont rares, mais il faut savoir les évoquer tout au long de la prise en charge diagnostique (clinique comme histologique) et thérapeutique.

## Références:

[1] Chung AY, Tran TB., Brumund KT., Weisman R., Bouvet M. Metastases to the thyroid: A Review of the Literature from the Last Decade. *Thyroid*, 2012; 22: 258-268.

[2] Kahn A., Moghaddam P., Cornejo K. Metastatic Carcinoma to the Thyroid Gland: A Single Institution 20-Year Experience and Review of the Literature. *Endocr Pathol*, 2013; 24:116-124