

RECIDIVE TUMORALE D'UN CANCER THYROÏDIEN DIAGNOSTIQUEE SUR UNE ELEVATION DES ANTICORPS ANTITHYROGLOBULINE

D. BEN SELLEM, R. BEN SAID, L. ZAABAR, I. EL BEZ, B. LETAIEF, M.F. BEN SLIMENE
Service de médecine nucléaire, Institut Salah Azaiz. Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

La surveillance des cancers différenciés de la thyroïde (CDT) repose principalement sur le dosage sérique, avec une méthode sensible IRMA, du marqueur spécifique la thyroglobuline (Tg). La présence d'anticorps antithyroglobuline (AAT) dans la circulation peut interférer dans le dosage, en provoquant une détermination faussement négative de la Tg. Ainsi, la présence d'AAT doit être exclue par le dosage direct de ces anticorps. La réapparition, bien que très rare, des AAT circulants peut être considérée comme un indicateur de la maladie. Nous rapportons le cas d'une récurrence locale diagnostiquée grâce à la réapparition progressive des AAT avec une Tg en état de stimulation indétectable, 3 ans après une rémission complète.

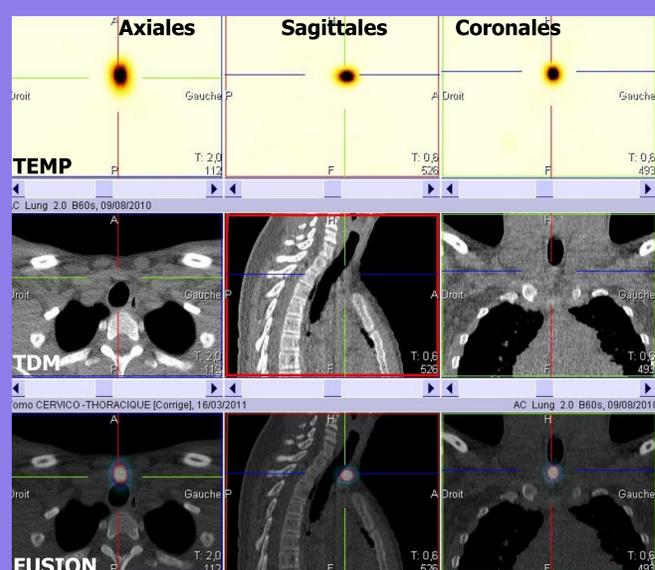
OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 20 ans, sans antécédents pathologiques notables. Il a été opéré à l'âge de 13 ans d'une thyroïdectomie totale en 2 temps pour un carcinome différencié de la thyroïde. Le balayage diagnostique post-opératoire à ^{131}I avait montré une hyperfixation cervicale sans métastases à distance. Il a bénéficié de 3 cures de 50 mCi d' ^{131}I . Une cartographie blanche isotopique a été obtenue au dernier balayage post-thérapeutique à ^{131}I avec normalisation de la Tg, témoignant d'une rémission de ce patient en 2006. Il a été mis sous traitement freinateur à la dose de 150 $\mu\text{g}/\text{j}$ de LT4.

Au cours de sa surveillance, la Tg est restée indétectable (<1 ng/ml), mais apparition des AAT avec une ascension progressive. Une échographie cervicale alors pratiquée n'a pas détecté ni de récurrence locale ni régionale ganglionnaire. La TEMP/TDM post thérapeutique 4 jours après l'ingestion de 100 mCi d' ^{131}I a objectivé une récurrence cervicale basse sans métastase ganglionnaire. Le balayage n'a pas objectivé de foyer pathologique à distance. La Tg en état de stimulation était également indétectable (<1 ng/ml) avec des AAT à 999 UI/ml. Une 2^{ème} cure d' ^{131}I a été programmée.

La Tg sérique était mesurée par technique immunoradiométrique (trousse CisBio Tg IRMA) avec une limite de détection à 0,2 ng/ml et une sensibilité fonctionnelle de 0,7 ng/ml.

Les AAT étaient mesurés par technique immunoradiométrique (TGAB ONE STEP, CisBio). Une concentration d'AAT supérieure à 70 UI/ml était considérée comme une valeur positive.



DISCUSSION

La Tg, sécrétée exclusivement par les cellules thyroïdiennes, constitue un marqueur tumoral de référence des CDT. Sa persistance ou sa réapparition au cours du suivi des patients est un indicateur de maladie résiduelle ou de récurrence.

Un des obstacles majeurs à son utilisation est l'interférence causée par les AAT. Les tests de récupération longtemps utilisés, ont des limites : les épitopes reconnus sur la Tg endogène par les AAT ne sont pas forcément présents sur la Tg exogène utilisée pour ce test. Donc, tout dosage de la Tg devrait être systématiquement associé à un dosage des AAT.

La prévalence des AAT chez les patients présentant un CDT est d'environ 20 à 25 %. L'interférence avec le dosage de la Tg existe avec toutes les trousse de dosage, pouvant conduire, avec la méthode de dosage IRMA, à une sous-estimation. Elle est imprédictible, non liée au taux des anticorps. Notre patient présentait une Tg indétectable même dosée en état de stimulation.

Le dosage des AAT doit être réalisé à distance de la chirurgie et de l'irathérapie. En effet, ces traitements peuvent être responsables d'une libération dans la circulation de tissu thyroïdien, provoquant ainsi un stimulus antigénique conduisant à la production d'AAT. Cette hausse transitoire d'AAT, sans aucune signification pathologique, concerne environ 10 % des patients.

Malgré que le rôle de marqueur tumoral des AAT est controversé, la disparition des AAT au cours du suivi pourrait par elle-même être considérée comme une preuve de rémission.

Selon les conférences de Consensus européennes et celles de l'American Thyroid Association, la persistance d'AAT doit faire évoquer une récurrence ou une persistance. Ces patients doivent être surveillés périodiquement par scintigraphie diagnostique à ^{131}I et par échographie cervicale. C'est le cas de notre patient, la réapparition des AAT a conduit à la découverte scintigraphique d'une récurrence locale avide d' ^{131}I .

Les nouvelles techniques d'imagerie hybride TEMP-TDM améliorent l'interprétation des images planaires en objectivant un plus grand nombre de lésions, en mieux localisant ces foyers, en les caractérisant et en différenciant entre fixations physiologiques et métastases. Ce qui permet le choix de l'approche thérapeutique la plus appropriée.

En cas de négativité de la scintigraphie à ^{131}I , les patients doivent être explorés par des techniques d'imagerie, telles que la TDM cervico-médiastinale, l'IRM du squelette axial et la TEP/TDM au ^{18}F -FDG.

Le traitement de la maladie cervicale résiduelle repose principalement sur la radiothérapie interne vectorisée à ^{131}I . La chirurgie est à discuter cas par cas.

CONCLUSION

Le dosage direct des ATT doit être systématiquement associé à celui de la Tg.

L'apparition d'ATT au cours du suivi des CDT signe la persistance d'une stimulation antigénique en relation avec une récurrence tumorale. Leur présence, même en l'absence d'une augmentation de la Tg, doit alerter le clinicien et conduire à des investigations complémentaires. Ces AAT pourraient être alors considérés comme un marqueur tumoral des CDT.