

Association non fortuite de lymphome thyroïdien et de thyroïdite d'Hashimoto

Surveillance per-thérapeutique difficile

C. Faure^a, S. Barbat^a, A. Mohn^a, N. Razafindramaro^a, O. Messica^a, JP. Ory^{*a}

Service de Médecine interne, CHI de Haute Saône, Vesoul, France

Introduction

Un goitre compressif rapidement évolutif amène à suspecter un cancer anaplasique, une thyroïdite de Riedel, un lymphome agressif. Attendu l'atteinte thyroïdienne, le patient est fréquemment adressé à l'endocrinologue pour diagnostic et propositions thérapeutiques.

L'observation rapportée témoigne de la nécessité du travail coopératif entre les différents spécialistes.

Observation

Mme C., 57 ans, est prise en charge pour un goitre euthyroïdien compressif. Le scanner initial confirme une volumineuse masse thyroïdienne hétérogène avec plages nécrotiques notamment à gauche et des zones de calcification englobant la trachée. La ponction biopsie réalisée en urgence sous scanner permet d'affirmer un lymphome B diffus à grandes cellules stade 4. Elle présente une atteinte extrathyroïdienne confirmée au TEP-scan au 18-FDG. La patiente bénéficie de trois lignes de chimiothérapie (progression notamment extrathyroïdienne), mais l'évaluation à l'issue retrouve une fixation isolée thyroïdienne. L'indication d'une thyroïdectomie est retenue et révèle une thyroïdite d'Hashimoto non connue et l'absence de cellules lymphomateuses résiduelles. On considère la patiente en rémission complète métabolique ; elle n'a pas rechuté à ce jour (depuis 12 mois) et bénéficie d'une opothérapie substitutive. Les anticorps anti-thyroperoxydase sont positifs (supérieurs à 600 kUI/L) de même que les anti-thyroglobuline (supérieurs à 733 IUI/L) pour une thyroglobuline normale (18 µg/L).

Discussion

Le lymphome B diffus à grandes cellules est une hémopathie lymphoïde grave dont la prise en charge thérapeutique repose sur l'immuno-chimiothérapie. L'atteinte thyroïdienne est associée à un pronostic péjoratif.

L'évaluation de la réponse repose sur l'imagerie conventionnelle (tomodensitométrie et/ou échographie) et l'imagerie fonctionnelle (TEP scan). Or la fixation du 18-FDG est corrélée à l'importance de l'activité cellulaire qu'elle soit en rapport avec un cancer ou une inflammation.

L'association à une seconde pathologie thyroïdienne telle une thyroïdite d'Hashimoto est un élément parasite majeur. La décision chirurgicale ablative paraît avoir été salvatrice dans la prise en charge de ce lymphome et a permis le diagnostic de maladie d'Hashimoto associée. La ponction thyroïdienne aurait apporté le diagnostic mais sans certitude quant à l'absence d'infiltrat lymphomateux.

Le lien entre thyroïdite de Hashimoto et lymphomes est évoqué dans plusieurs études épidémiologiques avec un risque relatif de développer un lymphome dans un cas de Hashimoto 70 à 80.

Conclusion

Les lymphomes sont une complication potentielle de la thyroïdite de Hashimoto. La prise en charge diagnostique et thérapeutique est similaire à celle des autres lymphomes mais l'interprétation de l'imagerie en particulier du TEP scanner peut être difficile.

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt

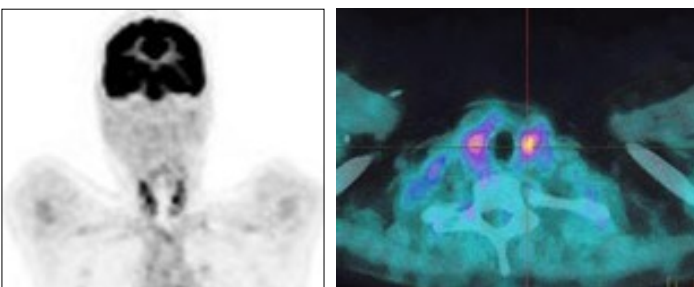


Figure 1 : TEP-scanner d'évaluation avant thyroïdectomie



* jp.ory@libertysurf.fr

Centre Hospitalier Intercommunal de la Haute-Saône