

# ASSOCIATION RARE : HYPERTHYROÏDIE ET CARCINOME MÉDULLAIRE DE LA THYROÏDE

D. BEN SELLEM, L. ZAABAR, B. DHAOUADI, B. LETAIEF, M.F. BEN SLIMENE

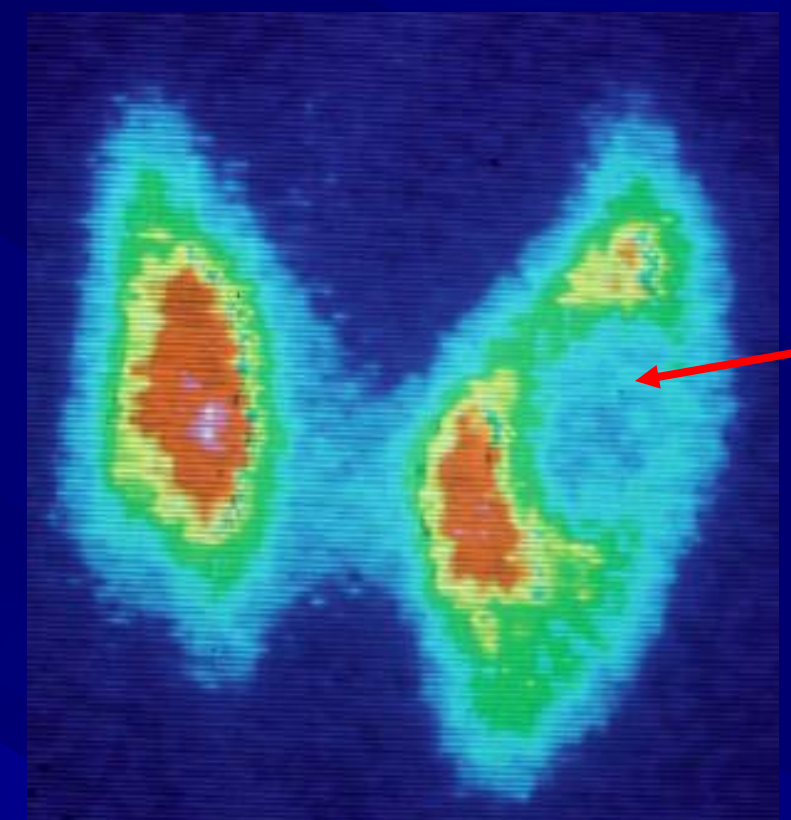
Service de Médecine nucléaire, Institut Salah Azeïz, Tunis, Tunisie

## INTRODUCTION

Le carcinome médullaire de la thyroïde (CMT) est un cancer rare qui représente 5 à 10 % des cancers de la thyroïde. Il se développe au dépend des cellules « C » para folliculaires thyroïdiennes responsables de la sécrétion de calcitonine (CT). Il est sporadique dans 70 % des cas, mais il suscite un grand intérêt de part son association aux néoplasies endocriniennes multiples de type II (NEM II) et son caractère héréditaire. Son incidence en pathologie nodulaire thyroïdienne se situe aux alentours de 1 à 2 % et il est rarement associé à une hyperthyroïdie. Le but de cette étude est de rapporter l'association d'un CMT, d'une hyperthyroïdie et d'un nodule froid à la scintigraphie et mettre en valeur le rôle de cette imagerie fonctionnelle dans la prise en charge thérapeutique.

## OBSERVATION

Il s'agit d'une jeune patiente âgée de 17 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a présenté une tuméfaction cervicale latéralisée à gauche, apparue depuis 06 mois et augmentant progressivement de volume, non compressive avec des signes francs d'hyperthyroïdie (amaigrissement, hypersudation, tremblement, palpitations et signes neuropsychiques). Le bilan thyroïdien confirme cette hyperthyroïdie. L'échographie cervicale a objectivé un nodule lobaire gauche hétérogène de 30 mm de grand axe. Devant la suspicion d'un nodule toxique, une scintigraphie thyroïdienne a été réalisée 20 minutes après l'injection IV de 111 MBq (3 mCi) de pertechnétate de sodium et a comporté une acquisition statique centrée sur la région cervicale antérieure, cou en hyper extension. Elle a caractérisé ce nodule comme étant froid écartant ainsi le diagnostic du nodule toxique et contraindiquant une irathérapie. Après équilibration par les antithyroïdiens de synthèse, elle a eu alors une loboisthmectomie gauche. L'examen histologique a conclu à un carcinome médullaire gauche de 35 mm de grand axe. La patiente a alors eu une totalisation thyroïdienne avec curage ganglionnaire ainsi qu'un dosage de la thyrocalcitonine qui est revenu positif.



*Nodule thyroïdien lobaire gauche qui ne fixe pas le technétium 99m (<sup>99m</sup>Tc) : considéré comme FROID.*

## DISCUSSION

- Le pronostic global des CMT était considéré comme défavorable, intermédiaire entre celui des cancers différenciés dérivés des cellules folliculaires et celui des cancers anaplasiques. Grâce au dépistage systématique, en particulier des formes familiales, une amélioration du pronostic a été notée par les études les plus récentes.
- Les circonstances de diagnostic du CMT sont différentes selon qu'il s'agit d'une forme sporadique, du cas index d'une forme familiale, ou d'un cancer dépisté par une enquête familiale :
  - ✓ Le mode de révélation le plus habituel du CMT est un **NODULE THYROIDIEN** avec euthyroïdie ou un goitre multinodulaire associé le plus souvent à des adénopathies satellites. La cytoponction du nodule permet le diagnostic dans 50 % des cas ;
  - ✓ Une adénopathie cervicale ou des métastases à distance constituent le mode de révélation dans près de 20 % des cas ;
  - ✓ Le syndrome de flush et la diarrhée motrice restent des circonstances diagnostiques rares, et sont associées à des tumeurs évoluées avec hypersécrétion majeure de CT ;
  - ✓ Actuellement, c'est le dosage de la CT pratiqué à titre systématique par la plupart des équipes qui est devenu le mode de révélation le plus fréquent du CMT ;
  - ✓ Le plus souvent, il s'agit d'un nodule banal, hypoéchogène à l'échographie et hypofixant à la scintigraphie. Ces signes ne sont pas spécifiques ;
- Le traitement est chirurgical et consiste en une thyroïdectomie totale associée à un curage récurrentiel bilatéral et jugulocarotidien homo- ou bilatéral.
- **Le pronostic** du CMT est essentiellement lié au stade anatomoclinique : plusieurs études récentes soulignent l'importance du traitement à un stade peu évolué et justifient pleinement le dépistage précoce de la maladie. En effet, la chirurgie est curative dans près de 100 % des cas lorsqu'il s'agit de tumeurs millimétriques, dans 90 % des cas lorsqu'il s'agit de tumeurs infra centimétriques, et dans seulement 50 % des cas lorsque la lésion est supra centimétrique.

## CONCLUSION

Le pronostic des CMT dépend de la qualité de sa prise en charge, celle ci doit être précoce au stade infraclinique. Il faut y penser même devant un nodule associé à une hyperthyroïdie. La scintigraphie thyroïdienne au <sup>99m</sup>Tc garde une place primordiale aussi bien dans l'orientation diagnostique de l'hyperthyroïdie que dans la prise en charge thérapeutique adéquate.