



Cas clinique

Métastase thyroïdienne d'un cancer rénal

Metastasis of renal carcinoma to the thyroid gland

D. Bakhos*, E. Lescanne, P. Beutter, S. Morinière

Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, CHU Bretonneau, boulevard Tonnelé, 37000 Tours, France

ARTICLE INFO

Article history:

Reçu le 21 juin 2006 ; accepté le 21 novembre 2006

Mots clés :

Métastase
Glande thyroïde
Paralysie récurrentielle
Rein

Keywords:

Metastasis
Thyroid gland
Recurrent laryngeal nerve palsy
Renal

RÉSUMÉ

Introduction. — Les métastases intrathyroïdiennes sont peu fréquentes. Leur distinction clinique avec une tumeur maligne est difficile.

Cas clinique. — Nous rapportons le cas d'une femme de 76 ans qui a consulté pour une dysphonie. La palpation notait une tuméfaction de la glande thyroïde. L'examen ORL notait une paralysie récurrentielle, la palpation des aires ganglionnaires cervicales était sans particularité. Une cytoponction thyroïdienne était non contributive. Une tomodesitométrique cervicale mettait en évidence une thyroïde multinodulaire. Une thyroïdectomie totale était réalisée. L'examen histologique révélait une métastase thyroïdienne d'un cancer rénal à cellules claires.

Conclusion. — Le diagnostic de métastase thyroïdienne doit être évoqué devant une tuméfaction de la glande chez un patient avec des antécédents carcinologiques et amené à pratiquer une cytoponction thyroïdienne. Le traitement de ces métastases thyroïdiennes se décide en fonction de l'évolution métastatique du cancer primitif.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Introduction. — Intrathyroid metastases are uncommon. Clinically, the distinction may be difficult with thyroid malignant tumor.

Case report. — A 76-year-old woman was referred to our department for an evaluation of a dysphonia. She had a past history of renal cancer 6 months ago. A multinodular goiter was noticed at the palpation. Left recurrent laryngeal nerve palsy was observed; there was no cervical lymph node. Fine-needle aspiration was not contributive. Computed tomography confirmed the multinodular goiter. Total thyroidectomy was performed and final histologic examination revealed a metastasis of a renal cancer.

Conclusion. — Even if intrathyroid metastasis are rare, the practitioner must suggest the diagnosis if the patient had a thyroid tumor and a past history of cancer. A fine-needle aspiration can help the diagnosis. The surgical management is recommended for isolated metastasis to the thyroid gland especially in renal cancer.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bakhos_d@med.univ-tours.fr (D. Bakhos).

1. Introduction

La glande thyroïde est rarement le siège de métastases [1]. Elles représentent moins de 4 % de la pathologie maligne thyroïdienne dans les séries cliniques [2]. La distinction entre une métastase et une tumeur maligne thyroïdienne par l'examen clinique et l'imagerie est difficile [1,3]. Seuls les antécédents des patients peuvent orienter le diagnostic qui est affirmé par l'histologie. Nous rapportons la découverte d'une métastase thyroïdienne, devant une paralysie récurrentielle, chez une patiente aux antécédents de cancer rénal. Les modes de révélation et la stratégie thérapeutique de cette pathologie thyroïdienne sont discutés avec les données de la littérature.

2. Cas clinique

Mme B., âgée de 76 ans, a consulté pour une dysphonie. Dans ses antécédents, on notait une néphrectomie gauche pour un cancer rénal à cellules claires six mois auparavant avec métastases surrenaliennes et pancréatiques. La patiente se plaignait d'une dysphonie depuis deux ans. Il n'existait ni dysphagie, ni odynophagie, ni otalgie réflexe. La laryngoscopie indirecte trouvait une paralysie récurrentielle gauche, sans lésion pharyngolaryngée. La palpation de la glande thyroïde notait une tuméfaction d'un centimètre de diamètre, arrondie et indolore située dans le lobe gauche thyroïdien. Il n'existait pas d'adénopathie cervicale. Une cytoponction thyroïdienne, réalisée sous échographie, était non contributive. Le bilan hormonal thyroïdien et le dosage de la thyrocalcitonine étaient normaux. Un scanner cervicothoracique, allant de la base du crâne à la crosse de l'aorte, mettait en évidence une thyroïde d'aspect hétérogène, avec des nodules développés à la partie postérieure des lobes thyroïdiens (Fig. 1). Il trouvait un aspect amyotrophique de la corde vocale gauche, du fait de la paralysie récurrentielle ancienne (Fig. 2). Il n'existait pas d'adénopathies cervicales et le reste de l'examen tomodensitométrique était normal. L'échographie hépatique était normale.

Une thyroïdectomie totale a été réalisée avec un monitoring peropératoire des nerfs récurrents. En peropératoire, on visualisait à gauche un nodule thyroïdien dur venant au contact de la face antérieure du nerf récurrent, qui était

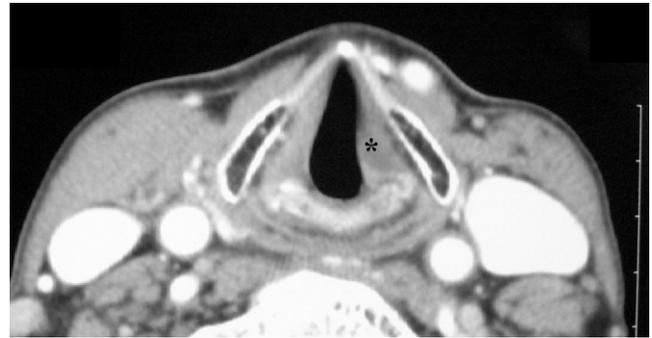


Fig. 2 – Scanner cervical avec injection de produit de contraste passant par le plan glottique. On note que la corde vocale gauche (*) est en position paramédiane et apparaît atrophiée du fait de la paralysie récurrentielle ancienne.

laminé par la tumeur. À droite, le nodule thyroïdien se situait au-dessus du nerf récurrent. L'examen extemporané évoquait le diagnostic de métastase intrathyroïdienne, confirmé par l'examen histologique définitif (Fig. 3) qui trouvait une métastase d'un cancer rénal dans chaque lobe thyroïdien. Les suites opératoires ont été simples. La laryngoscopie indirecte, faite le jour de la sortie, retrouvait la paralysie récurrentielle gauche. Aucun traitement adjuvant n'a été réalisé. Après dix mois de recul, aucune dissémination métastatique n'a été notée.

3. Discussion

Les métastases représentent moins de 4 % des tumeurs malignes de la thyroïde. Leur incidence peut aller jusqu'à 24 % dans les séries cadavériques [4]. On note dans la littérature une augmentation du nombre de cas rapportés. Nakhjavani et al.[5] notent qu'à la Mayo Clinic, le nombre de cas était de 14 entre 1907 et 1962, contre 43 cas entre 1985 et 1994. Selon ces auteurs, cette évolution peut être due au recours plus fréquent à la cytoponction thyroïdienne ou à un biais de sélection [5].

La dissémination métastatique à la glande thyroïde se ferait par voie hématogène [2,3]. La glande thyroïde serait

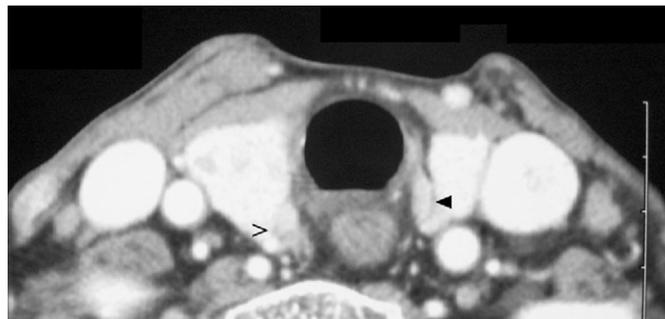


Fig. 1 – Scanner cervical avec injection de produit de contraste. Coupe axiale passant par la septième vertèbre cervicale. On note une thyroïde d'aspect hétérogène avec un nodule postérieur droit (>) et un nodule postérieur gauche (◄).

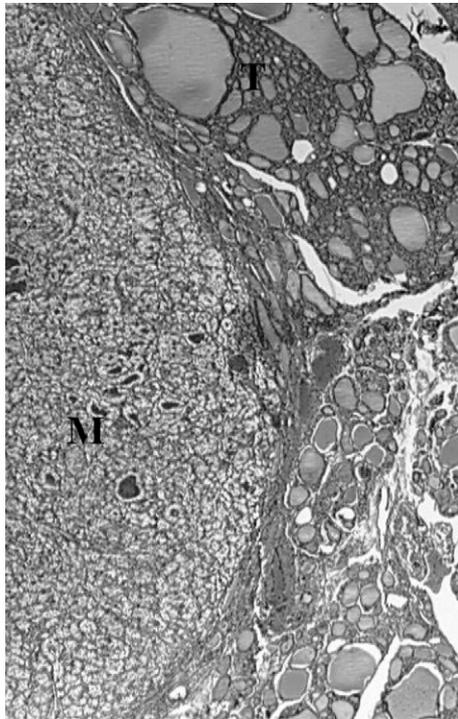


Fig. 3 – Aspect microscopique d'une métastase d'un cancer rénal à cellules claires (M) limitée par une fine capsule avec, au pourtour, des follicules thyroïdiens normaux contenant de la colloïde (T).

rarement le siège de métastase, car les embolus néoplasiques n'auraient pas la possibilité de se fixer, du fait de l'hypervascularisation, la glande thyroïde étant l'organe le plus vascularisé après la glande surrénale [2]. Dans notre cas clinique, le cancer primitif était un cancer rénal à cellules claires. Il s'agit du cancer primitif le plus souvent rencontré, dans le cas de métastases thyroïdiennes, devant le cancer du sein et le cancer du poumon [1,3,5,6]. Cependant, sur les séries d'autopsie, un cancer primitif au niveau du sein et du poumon étaient les plus fréquemment notés [3,7]. Ces métastases sont découvertes lors du bilan d'extension d'un cancer primitif ou peuvent être révélatrices d'une néoplasie métastatique [3]. Le diagnostic de la métastase peut être fait après la découverte du cancer primitif, avec un intervalle allant d'un mois à 26 ans [5,6]. Dans le cas clinique rapporté, la métastase thyroïdienne a été mise en évidence six mois après le cancer rénal. Les métastases thyroïdiennes sont surtout décrites au cours de la sixième décennie des patients [2, 5,6].

Le mode de révélation de ces métastases thyroïdiennes n'est pas spécifique et les manifestations cliniques sont rares [6]. Le sex-ratio est de 1. Les patients se plaignent d'une gêne cervicale, d'une dysphonie, de dyspnée ou de troubles de la déglutition [3,8]. Cliniquement, on note un nodule thyroïdien ou un goitre [1,3,7]. Une paralysie récurrentielle [1,3] est plus rarement observée. Responsable d'une dysphonie, elle doit alerter le clinicien chez un patient ayant des antécédents de néoplasie, comme nous l'avons observé.

Une compression trachéale est rapportée par certains auteurs [1,9].

Le bilan hormonal thyroïdien et le dosage de la thyrocalcitonine sont normaux. L'échographie note une tuméfaction hyperéchogène. La scintigraphie thyroïdienne montre un nodule froid [10]. Le scanner cervical avec et sans injection peut trouver des calcifications dans le parenchyme thyroïdien, une thyroïde multinodulaire ou une tuméfaction isolée. Il évalue le retentissement sur les organes de voisinage, notamment la trachée et l'œsophage [10]. Le PET-scanner, réalisé au cours du bilan d'extension à la recherche de métastase, peut révéler les métastases intrathyroïdiennes [7].

Nous pensons, comme d'autres auteurs, que la cytoponction sous échographie d'un nodule thyroïdien, chez un patient avec un antécédent de cancer, doit être systématique [8]. Cet examen rapide, peu invasif et peu coûteux, oriente le diagnostic si le résultat est positif [6]. Dans notre cas, la ponction sous échographie s'était révélée non contributive, ne permettant pas d'orienter le diagnostic étiologique. En effet, la ponction peut intéresser un nodule bénin au sein d'un goitre multinodulaire dont l'examen n'oriente pas vers une pathologie métastatique. L'interprétation de l'examen cytologique est difficile, en cas de cancer primitif non connu ou pour distinguer une métastase d'un cancer anaplasique de la thyroïde [2,5,7]. L'histologie, en cas de métastase d'un cancer rénal, note une lésion encapsulée, des cellules avec un cytoplasme clair, abondant et des noyaux ronds à chromatine hyperdense [3]. Un immunomarquage à la thyroglobuline positif oriente vers une néoplasie thyroïdienne primitive [6,7]. Si le résultat de l'immunomarquage revient négatif, il n'élimine pas cette étiologie [6,7].

Le traitement des métastases thyroïdiennes est à discuter en fonction du type histologique, de la localisation et de l'évolution métastatique du cancer primitif. Nous avons réalisé une thyroïdectomie totale, car il existait une localisation métastatique au niveau de chaque lobe thyroïdien et le reste du bilan d'extension était négatif. En cas de métastase thyroïdienne isolée ou si les autres localisations métastatiques sont opérables, une chirurgie thyroïdienne est proposée [1, 5-7]. Certains auteurs réalisent une lobo-isthmectomie, arguant que les hormones thyroïdiennes auraient des propriétés cytostatiques. L'exérèse chirurgicale de ces métastases semble augmenter la survie moyenne. Nakhjavani et al. [5], sur une série de 43 patients avec une métastase thyroïdienne, notent une survie de 34 mois chez des patients ayant eu une chirurgie thyroïdienne contre 25 mois pour les patients non opérés. En l'absence de métastases ganglionnaires cervicales, il n'y a pas lieu de réaliser de curages récurrentiels. S'il existe un envahissement trachéal ou œsophagien, la chirurgie est contre-indiquée [2]. En cas de contre-indication à la chirurgie, une radiothérapie externe peut être proposée [6,9]. Une chimiothérapie ou une immunothérapie à but palliatif sont proposées dans le cas de cancer polymétastatique. L'iode radioactif n'a pas de place dans le traitement de métastases intrathyroïdiennes [6].

Pour Mirailié [1], la survie actuarielle des patients avec une métastase thyroïdienne est significativement meilleure si le cancer primitif est d'origine rénale, comparée aux localisations extrarénales. Les deux facteurs de meilleur pronostic

tic, pour les métastases thyroïdiennes avec un cancer rénal primitif, sont une métastase thyroïdienne isolée dont l'exérèse a été complète et un intervalle long entre la néphrectomie et l'apparition de la métastase [3,9]. Des survies prolongées, supérieures à cinq ans, ont été observées pour des patients opérés de métastases thyroïdiennes découvertes secondairement [2,6-8]. Ainsi nous pensons, comme d'autres auteurs, qu'un traitement chirurgical (lobectomie ou thyroïdectomie totale) est justifié si le bilan d'extension est négatif [2,6-8]. En cas de métastases multiples, le taux de survie à cinq ans est de 5 % [3].

4. Conclusion

La distinction par la clinique, la cytoponction et l'imagerie entre une métastase thyroïdienne et un cancer thyroïdien est importante, car la prise en charge est différente. Il faut savoir évoquer le diagnostic de métastase thyroïdienne devant l'apparition d'une tuméfaction thyroïdienne ou d'une paralysie récurrentielle chez un patient ayant des antécédents carcinologiques. Le recours à la cytoponction thyroïdienne doit alors être systématique en précisant les antécédents carcinologiques aux cytologistes. Le traitement de ces métastases thyroïdiennes se décide en fonction de l'évolution métastatique du cancer primitif. Une thyroïdectomie est recommandée en cas de localisation métastatique thyroïdienne isolée.

R É F É R E N C E S

- [1] Mirallié E, Rigaud J, Mathonnet M, et al. Management and prognosis of metastases to the thyroid gland. *J Am Coll Surg* 2005;200:203-7.
- [2] Ménégaux F, Chigaux JP. Les métastases thyroïdiennes. *Ann Chir* 2001;126:981-4.
- [3] Heffess CS, Wenig BM, Thompson LD. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland. A clinicopathologic study of 36 cases. *Cancer* 2002;95:1869-78.
- [4] Silverberg SG, Vidone RA. Metastatic tumors in the thyroid. *Pac Med Surg* 1966;74:175-80.
- [5] Nakhjavani M, Gharib H, Goellner JR, Van Heerden JA. Metastasis to the thyroid gland, a report of 43 cases. *Cancer* 1997;79:574-8.
- [6] Wood K, Vini L, Harmer C. Metastases to the thyroid gland: the Royal Marsden experience. *Eur J Surg Oncol* 2004;30:583-8.
- [7] Kim T, Kim W, Gong G, Hong S, Shong Y. Metastasis to the thyroid diagnoses by fine-needle aspiration biopsy. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2005;62:236-41.
- [8] Chen H, Nicol T, Udelsman R. Clinically significant, isolated metastatic disease to the thyroid gland. *World J Surg* 1999;23:177-81.
- [9] De Ridder M, Sermeus A, Urbain D, Storme G. Metastases to the thyroid gland. A report of six cases. *Eur J Intern Med* 2003;14:377-9.
- [10] Brown RSD, Mawdsley S, Duchesne M. Death due to thyroid metastases from renal cell carcinoma. *Clin Oncol* 1998;10:267-9.