

Metastase thyroïdienne très tardive d'un adénocarcinome à cellules claires du rein

Late metastasis of kidney clear cell adenocarcinoma to the thyroid gland

نقائل السرطان الغدي الكلوي ذو الخلايا الواضحة المتأخر بالغدة الدرقية

*M. Ahaouch, F. Mansouri, L. Laraoui, R. Kabbaj, T.Harmouch, L. Maliki,
N. Mahassini, Z Bernoussi, A. Jahid, A El Hachimi*

Introduction

Les tumeurs secondaires de la thyroïde sont très rares [1]. Les métastases issues d'un carcinome primitif rénal constituent environ 4% de ces tumeurs [1, 2]. Elles surviennent, le plus souvent, longtemps après l'exérèse du cancer primitif du rein mais peuvent être l'élément inaugural aboutissant à la découverte de la tumeur rénale. Cependant, le site secondaire est rarement thyroïdien comme le montre notre observation.

En effet, nous rapportons un cas de métastase thyroïdienne d'un adénocarcinome à cellules claires du rein chez une patiente de 60 ans, survenue 15 ans après la résection de la tumeur primaire.

Observation

Mme A. Z. âgée de 60 ans, hospitalisée pour un nodule thyroïdien gauche, ayant subi une néphrectomie pour cancer du rein 15 ans auparavant ; il s'agissait d'un carcinome à cellules claires du rein grade 1 de Fûhrmann et stade T1 selon la classification TNM. L'interrogatoire à l'admission ne révélait pas de signes de compression ou de dysfonctionnement thyroïdien. L'examen physique trouvait un nodule thyroïdien isolé indolore, ascendant à la déglutition, de consistance ferme siégeant au lobe gauche de la thyroïde sans adénopathies locoregionales. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. La radiographie pulmonaire, le bilan hormonal étaient sans particularité. La scintigraphie thyroïdienne objectivait un nodule froid du lobe gauche. L'échographie cervicale montrait une formation hétérogène, lobaire gauche, sans adénopathie cervicale. La cytoponction thyroïdienne n'a pas été effectuée.

La patiente fut opérée pour nodule froid de la thyroïde. Un examen extemporané était pratiqué. Le laboratoire d'anatomie pathologie a reçu un fragment de 2 x 1, 5 x 1 cm dont la tranche de section montrait une formation nodulaire

d'aspect blanchâtre. L'étude microscopique des coupes à congélation montrait un processus carcinomateux à cellules claires. Une thyroïdectomie totale était alors réalisée. L'étude anatomo-pathologique de la pièce de thyroïdectomie totale confirmait le diagnostic extemporané. Le lobe gauche était le siège de deux foyers d'aspect tumoral invasif. Il s'agissait d'une prolifération maligne faite de cellules polygonales à cytoplasme abondant claire et à noyau arrondi anisocaryotique parfois nucléolé. Ces cellules se disposaient en lobules séparés par un riche réseau capillaire fins (figures 1, 2). La coloration au PAS (acide périodique schiff) montrait des inclusions intracytoplasmiques PAS+. En immunohistochimie, on notait sur les cellules tumorales une positivité de l'antigène épithéliale membranaire (EMA), une négativité de la thyroglobuline, de la thyrocalcitonine et de la parathormone (figure 3). Le diagnostic de métastase thyroïdienne d'un carcinome à cellules claires du rein a été alors retenu. Le reste du bilan d'extension métastatique (foie, os) était négatif. Le suivie, au bout de 16 mois, était sans particularité.

Discussion

Les tumeurs secondaires de la thyroïde constituent une éventualité rare. Selon Menegaux et al [1], les métastases représentent 2,2% de l'ensemble des tumeurs de la thyroïde (14 cas sur 619 patients opérés pour une lésion maligne de la thyroïde). Ces résultats sont compatibles avec ceux rapportés par Cohen Solal et al [2] qui ont décrit 19 cas de métastases thyroïdiennes sur 1000 autopsies pour cancer, soit 2%. Dans une étude rétrospective étalée sur 20 ans allant de 1981 à 2000, le service d'anatomie pathologie du CHU Ibn Sina de Rabat a colligé 332 cas de cancers thyroïdiens comportant un seul cas de métastase thyroïdienne d'un adénocarcinome à cellules claires du rein [3-5].

L'adénocarcinome à cellules claires du rein est réputé être une source commune de métastase extra-nodales dans

Tiré à part : *M. Ahaouch, service central d'anatomie pathologie C.H.U Ibn Sina Rabat*

la sphère cervico-faciale, notamment au niveau des sinus paranasaux, la glande parotide et la mandibule, mais moins fréquemment au niveau de la thyroïde [6].

Ces métastases peuvent être l'élément inaugural aboutissant à la découverte de la tumeur rénale. Elles peuvent survenir à tout moment de l'évolution mais, souvent, elles présentent la particularité d'être tardives [7,8]. Hadjadj [9] rapporte un cas de métastase thyroïdienne après 24 ans de suivi d'un carcinome rénal à cellules claires, traité par néphrectomie et radiothérapie. Dans notre cas la métastase thyroïdienne est apparue 15 ans après la néphrectomie pour la tumeur primitive du rein.

Le diagnostic de présomption de métastase thyroïdienne repose sur un faisceau d'arguments cliniques (l'existence d'antécédent carcinologique est un renseignement capital), biologiques (hyperthyroïdie) et scintigraphiques. La ponction à l'aiguille fine de la masse thyroïdienne est un moyen diagnostique de rendement excellent [9].

Le diagnostic de certitude de métastase d'un adénocarcinome rénal à cellules claires est établi par l'examen histopathologique qui n'est pas sans difficultés. En effet, sur le plan microscopique, la découverte d'une prolifération maligne à cellules claires de la thyroïde doit faire penser à plusieurs diagnostics notamment les carcinomes primitifs à cellules claires, variante du carcinome vésiculaire pour l'OMS [10] avec une fréquence estimée à 3-4% des cancers thyroïdiens

différenciés [11]. L'origine vésiculaire est démontrée par la positivité à l'anticorps anti-thyroglobuline. L'immunohistochimie permet également d'écarter le diagnostic de carcinome parathyroïdien intrathyroïdien et de carcinome médullaire à cellules claires par l'absence d'expression, respectivement, de la parathormone et de la thyrocalcitonine.

La métastase thyroïdienne d'une tumeur rénale indique une extension à distance, ce qui est péjoratif mais son pronostic est moins sombre qu'en cas de métastase thyroïdienne d'autre origine [9]. Un traitement chirurgical précoce augmente les chances de survie et peut même permettre une guérison du patient [1,14]. Une thyroïdectomie totale est indiquée, à fortiori si la métastase est isolée [1,4,7]

Conclusion

L'intérêt de notre observation est de rapporter la rareté des métastases thyroïdiennes d'un adénocarcinome à cellules claires du rein. Elles sont le plus souvent tardives mais peuvent constituer, parfois, l'élément inaugural.. L'immunohistochimie est d'une grande utilité dans le diagnostic positif des tumeurs rénales mais également pour écarter certains diagnostics différentiels. Par ailleurs, le pronostic est relativement moins grave qu'en cas de métastase thyroïdienne d'autre origine.

Références

1. Megaux F, Chigot J.P. Les métastases thyroïdiennes. *Annales de chirurgie* 2001 ; 126 : 981-4.
2. Cohen Solal J.I., Charon PH, Requeda E Huet J Jacob A. Métastase thyroïdienne d'un adénocarcinome rectal. *Presse Méd* ; 1993 ; 22 : 1058.
3. Bouhamid M.A Cancer thyroïdien à propos de 332 cas en 20 ans (1991-2000) expérience de service d'anatomie pathologie du CHU Ibn Sina Rabat. Thèse de médecine 201 Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat 2001.
4. Bacourt F franc B Hannoun L. Métastases thyroïdiennes des tumeurs du rein. 3 observations. *Nouv Presse Méd* 1980 ; 9, 1431-3.
5. Berger A, Lortholary A, Muratet J P, Pabot du Chatelard, Bertrand G, Cornu P. Métastase thyroïdienne. *Presse Méd*, 1994 ; 23 : 300.
6. Sabo R, Sela M, Sabo G, Herskovitz P, Feinmesser R. Metastatic hypernephroma to the head and neck : Unusual case reports and review of the literature. *Otolaryngology*. 2001 ; 30 : 140-4.
7. Jamski J, Barczynski M, Konturek A. Metastasis of clear cell carcinoma of the kidney to the thyroid gland. *Przegl Lek* 1998 ; 55 : 623-5.
8. Delima MA, Hayashi EM, Schmitt FC. Metastasis of kidney carcinoma to thyroid gland seventeen years after resection of primary tumor. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 1996 ; 51 : 138-9.
9. Hadjadj S, Geoffrois L, Aubert V , Weryha G, Leclere J. Métastases thyroïdiennes des cancers du rein : Deux observations. *Presse Méd* 1995 ; 24 : 1386-8.
10. Shimizu K, Nagahama M, Kitamura Y. Clinicopathological study of clear cell tumors of the thyroid an evaluation of 22 cases. *Surg Today* 1995 ; 25: 1015-22.
11. Schroder S, Bocker W. Clear cell carcinoma of the thyroid gland: A clinicopathological study of 13 cases. *Histopathology* 1986 ; 10: 75-89.
12. Livolsi VA. Surgical pathology of the thyroid Londres, Saunders company, 1990. pp 275-88.
13. M Lecomte Houcke, M Patey. Les carcinomes à cellules oxyphiles et les carcinomes à cellules claires de la thyroïde. *Arch Anat Cyto Path*, 1998, 46 : 79-85.
14. Green Lk, Roj Y, Mc Kay B, Ayala Ag. Luna M. Renal clear cell carcinoma metastatic to the thyroid. *Cancer* 1989, 63: 1810-5.