

Métastase cervicale fortuite d'un cancer différencié de la thyroïde concomitant à un cancer des voies aéro-digestives supérieures : cas clinique et revue de la littérature

Incidental metastases of well-differentiated thyroid carcinoma in lymph nodes of patient with squamous cell head and neck cancer : case report with review of the literature

D. Dequanter et P. Lothaire

Service de Chirurgie cervico-maxillo-faciale et thoracique, C.H.U. de Charleroi,
Site André Vésale

RESUME

Nous décrivons le cas d'une patiente traitée par un curage ganglionnaire dans le cadre d'une récurrence ganglionnaire d'un primitif diagnostiqué au niveau des voies aéro-digestives supérieures. L'analyse anatomopathologique a ajouté le diagnostic d'une métastase occulte d'un cancer de la thyroïde. Nous discutons, après revue de la littérature, la prise en charge thérapeutique. Le traitement d'un cancer thyroïdien diagnostiqué de façon fortuite durant le traitement d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures est débattu et tous les patients doivent être évalués individuellement en tenant compte du bénéfice thérapeutique attendu.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 487-9

ABSTRACT

We report the case of a patient treated by neck dissection for a cervical recurrence from a head and neck cancer. The histopathologic study of the lymph nodes evidenced the presence of a occult metastases of differentiated thyroid carcinoma. We discuss the treatment of these patient, with review of the literature.

Management of thyroid carcinoma found incidentally during treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck is still debatable, and all patients must be evaluated individually with regard to its benefit.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 487-9

Key words : synchronous upper digestive tract tumor, thyroid cancer, thyroid metastases, lymph nodes metastases, diagnosis, treatment

INTRODUCTION

L'aire cervicale est le site le plus fréquent de pathologies inflammatoires ou néoplasiques, incluant un cancer primitif et des lésions secondaires. L'association de métastases occultes et de métastases ganglionnaires cervicales associées à un cancer primitif des voies aéro-digestives supérieures est rare. L'analyse anatomopathologique de ces métastases occultes, découvertes de façon fortuite, est souvent

associée au diagnostic d'un cancer différencié de la thyroïde.

La prise en charge thérapeutique est controversée et pose un dilemme thérapeutique. En effet, la prise en charge thérapeutique doit associer le traitement d'une métastase cervicale différenciée de la thyroïde, souvent associée à un cancer primitif de petite taille, au traitement d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures, de moins bon pronostic et dont

le plan thérapeutique est déjà établi. Ce dilemme est accentué chez les patients présentant une tumeur potentiellement plus agressive.

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente de 65 ans ayant présenté, en juillet 2004, une adénopathie cervicale cliniquement suspecte dans le cadre d'un suivi pour un épithélioma épidermoïde de l'oropharynx gauche. Cette tumeur, diagnostiquée en 2002, et classifiée T1N0M0 a été traitée par chirurgie d'exérèse en première intention. La ponction pour examen cytologique de l'adénopathie cervicale jugulocarotidienne inférieure droite a révélé la présence de cellules malignes. Le bilan d'extension comprenant le bilan scanographique et endoscopique ne mettait pas en évidence d'autre lésion ou de récurrence du cancer primitif. La patiente a bénéficié, le 27 juillet 2004, d'un curage ganglionnaire cervical jugulocarotidien et rétrospinal droit.

L'examen anatomopathologique a, en outre, confirmé la présence de métastases cervicales d'un épithélioma épidermoïde, mais a aussi mis en évidence sur 28 ganglions prélevés, de façon fortuite, 3 ganglions envahis par un carcinome papillaire bien différencié de la thyroïde dont un avec effraction capsulaire, dans le territoire jugulocarotidien moyen et inférieur. La patiente a été traitée par thyroïdectomie totale associée à un curage récurrentiel et médiastinal et l'administration postopératoire d'iode radioactif avec une scintigraphie postopératoire suggérant l'absence de tumeur résiduelle. L'examen anatomopathologique a confirmé la présence d'un cancer papillaire unifocal bien différencié de 15 mm localisé dans le lobe thyroïdien droit. La patiente n'a pas présenté d'hypocalcémie persistante ni d'atteinte récurrentielle. Outre le bilan clinique et paraclinique de suivi dans le cadre des tumeurs des voies aéro-digestives supérieures, elle a bénéficié d'un bilan scintigraphique annuel, après sevrage en hormones thyroïdiennes. La patiente est actuellement sans signe de récurrence après un suivi de 22 mois. La patiente est sous 175 µg d'hormones thyroïdiennes avec un taux de TSH inhibé et un taux de thyroglobuline dosé dans les normes.

DISCUSSION

Le diagnostic d'un cancer thyroïdien occulte à la faveur d'un acte chirurgical justifié par une autre indication thérapeutique est un fait clinique rare et est habituellement considéré comme présentant un impact clinique mineur. L'incidence varie entre 1,5 et 3 %. Le sexe féminin semble représenter un facteur de risque¹. Cependant, l'approche thérapeutique adéquate pour le traitement d'un cancer de la thyroïde métastatique de découverte fortuite reste non définie spécialement dans le contexte de découverte associée à un autre cancer de potentiel plus agressif¹. Le choix thérapeutique entre, d'une part, une néoplasie thyroïdienne et, d'autre part, une tumeur coexistante caractérisée par un pronostic réservé est difficile, étant donné la rareté d'apparition synchrone rendant une thérapeutique précise non

élucidée². D'après une revue de la littérature²⁻¹³, parmi les 66 cas traités, dans tous les cas, le pronostic des patients a été déterminé par la tumeur la plus agressive diagnostiquée, à savoir la tumeur des voies aéro-digestives supérieures. En fait, un seul patient est décédé de métastase cérébrale d'un cancer de la thyroïde. Dans 47 des 66 cas, l'option thérapeutique a été de réaliser une thyroïdectomie partielle ou totale avec mise en évidence d'un primitif dans 27 cas (58,7 %).

Guzzo *et al.*¹⁵ considèrent que le traitement du cancer de la thyroïde n'est complet que lorsque la résection du tissu thyroïdien a été réalisée en association avec un curage ganglionnaire en cas d'atteinte ganglionnaire.

Butler *et al.*⁶ considèrent aussi que la présence d'une tumeur primitive ne peut être vérifiée qu'après une thyroïdectomie totale.

Fliegelman *et al.*¹¹ concluent que ces patients doivent bénéficier d'un bilan additionnel et d'un acte chirurgical si le cancer de la thyroïde s'accompagne de métastases ganglionnaires.

Pitman *et al.*⁹ considèrent que chaque patient présente une situation clinique particulière compte tenu de son âge, du site, du stade tumoral et du traitement proposé pour la tumeur des voies aéro-digestives supérieures diagnostiquée. Les options thérapeutiques incluent une lobectomie thyroïdienne, une thyroïdectomie, l'administration d'iode 131, une radiothérapie externe éventuelle ou un suivi. D'après l'expérience de Pitman *et al.*, une thyroïdectomie totale doit être préconisée.

Par contre, Leon¹⁶ ne perçoit pas l'intérêt d'un traitement chirurgical agressif pour le traitement du cancer thyroïdien associé de façon fortuite à une tumeur des voies aéro-digestives supérieures. Après analyse de 1.123 spécimens opératoires de dissections ganglionnaires cervicales et aboutissant à la découverte d'une métastase occulte d'un cancer de la thyroïde dans 5 cas, il n'a, en effet, réalisé une thyroïdectomie totale que chez un des patients présentant un envahissement ganglionnaire multiple. Aucun patient n'a présenté de récurrence du cancer thyroïdien diagnostiqué de façon fortuite.

D'après la littérature, aucune thérapeutique n'est définie. Le traitement du cancer de la thyroïde diagnostiquée de façon fortuite s'établira toutefois en fonction de l'âge du patient, du site, du stade de la tumeur des voies aéro-digestives supérieures qui déterminera le pronostic. En fonction de ce pronostic défini, un traitement plus ou moins agressif du cancer de la thyroïde devra être envisagé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vassilopoulou-Sellin R, Weber RS : Metastatic thyroid cancer as an incidental finding during neck dissection significance and management. *Head Neck* 1992 ; 14 : 459-63

2. Resta L, Piscitelli D, Fiore MG *et al.* : A incidental metastases of well differentiated thyroid carcinoma in lymph nodes of patients wit squamous cell head and neck cancer. *Eur Arch Otolaryngol* 2004 ; 261 : 473-8
3. Mirallié E, Sagan C, Halmy A *et al.* : Predictive factors for involvement in papillary thyroid carcinoma univariate and multivariate analysis. *Eur J Cancer* 1999 ; 35 : 420-3
4. Resta I, Santangelo A : Modazlita di diffusione del carcinoma laringeo. *Folia Oncol* 1983 ; 6 : 190-8
5. Gerard Marchant R : Thyroid follicle inclusions in cervical lymph nodes. *Arch Pathol* 1964 ; 77 : 633-7
6. Clark RL, Hickey C, Butler JJ, Ibanez ML, Ballantyne AJ : Thyroid cancer discovered incidentally during treatment for an unrelated head and neck cancer : review of 16 cases. *Ann Surg* 1966 ; 163 : 675-81
7. Butler JJ, Tulinius H, Ibanez ML, Ballatyne AJ, Clark RL : Significance of thyroid tissue in lymph nodes associated with carcinoma of the head, neck and lung. *Cancer* 1967 ; 20 : 103-12
8. Pacheco-Ajeda L, Micheau C, Luboinski B, Richard J, Travagli JP, Schwaab G : Marandas squamous cell carcinoma of the upper aerodegestive tract associated with well differentiated carcinoma of the thyroid gland. *Laryngoscope* 1991 ; 101 : 421-4
9. Pitman KT, Johnson JT, Myers ENH : Papillary thyroid carcinoma associate with squamous cell carcinoma of the head and neck : significance and treatment. *Am J Otolaryngol* 1996 ; 17 : 190-6
10. Lopez-Escamez JA, Lopez-Nevot A, Moreno-Garcia MI, Gamiz MJ, Salinero J : Cervicall of occult papillary thyroid carcinoma associated with epidermoid carcinoma of the larynx. *ORL ; J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1999 ; 61 : 224-6
11. Fliegelman LG, Gende EM, Brandwein M, Mechanick J, Urken ML : Significance and management of thyroid lesions in lymph nodes as an incidental finding during neck dissection. *Head Neck* 2001 ; 23 : 885-91
12. Coskun H, Erisen L, Tolunay S, Basut O, Onart S, Tezel I : Incidental association of thyroid carcinoma and squamous cell carcinoma of the head and neck. *Am J Otolaryngol* 2002 ; 23 : 228-32
13. Furlan JC, Bedard Y, Rosen IB : Biologic basis for the treatment of microscopic occult well-differentiated thyroid cancer. *Surgery* 2001 ; 130 : 1050-4
14. Giuffrida D, Gharib H : Controversies in the management of cold, hot and occult thyroid nodules. *Am J Med* 1995 ; 99 : 642-50
15. Guzzo M, Quattrone P, Seregni E, Bianchi R, Mattavelli F : Thyroid carcinoma associated with squamous cell carcinoma of the head and neck : which policy ? *Head Neck* 2007 ; 29 : 33-7
16. Leon X, Sancho FJ, Garcia J, Sanudo JR, Orus C, Quer M : Incidence and significance of clinically unsuspected thyroid tissue in lymph nodes found during neck dissection in head and neck carcinoma patients. *Laryngoscope* 2005 ; 115 : 470-4

Correspondance et tirés à part :

D. DEQUANTER
 C.H.U. de Charleroi, Site André Vésale
 Service de Chirurgie cervico-maxillo-faciale et thoracique
 Route de Gozée 706
 6110 Montigny-le-Tilleul
 E-mail : didier.dequantier@chu-charleroi.be

Travail reçu le 30 août 2007 ; accepté dans sa version définitive le 12 février 2008.