

Tumeur rénale ou métastase thyroïdienne? A propos d'un cas.

Asseban Mohammed, Qarro Abdelmonaim, Najoui Mohammed, Messary Abdelhamid, Ammani Abdelghani, Alami Mohammed
Service d'urologie - Maroc

Les métastases à distance des cancers différenciés de la thyroïde siègent généralement au niveau de l'os (43%) et des poumons (40) [1]. En effet, la localisation métastatique au niveau rénal des carcinomes différenciés de la thyroïde – CDT – (médullaire exclus) est extrêmement rare, de diagnostic parfois fortuit car elle est souvent asymptomatique, et seulement 20 cas ont été rapportés dans la littérature mondiale dont 75% sont en rapport avec un carcinome vésiculaire [2]. Nous rapportons le cas d'une métastase rénale révélant un carcinome vésiculaire de la thyroïde dont le diagnostic était rétrospectif.

Observation

Un patient âgé de 48 ans était adressé en Octobre 2011 au service d'urologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès pour la prise en charge d'une hématurie associée à des douleurs du flanc gauche. Le bilan radiologique a objectivé à l'échographie rénale deux masses rénales gauches hétérogènes, une au niveau de la partie moyenne et l'autre au niveau du pôle inférieure. À la tomodynamométrie (TDM), le rein gauche était augmenté de taille, de contours bosselés siège de deux processus tumoraux médio-rénal et polaire inférieure mesurant 6 cm de grand axe et polaire supérieure mesurant 4 cm. Ces lésions isodenses et bien limitées se rehaussaient après injection de produit de contraste et respectaient le pédicule rénal (figure 1).

Figure 1 : TDM : processus tumoral médio-rénal et polaire inférieure du rein gauche.



Le patient a eu une néphrectomie gauche et l'analyse anatomopathologique mettait en évidence un parenchyme rénal fibreux avec quelques glomérules et une prolifération circonscrite correspondant à des vésicules thyroïdiennes bien différenciées

serrées les unes contre les autres au sein d'un stroma fibreux grêle. Les cellules bordant les vésicules sont cubiques de taille moyenne, monotones sans atypie évidente. En conclusion il s'agissait d'un adénocarcinome dont l'aspect morphologique évoquait une métastase rénale d'un carcinome différencié thyroïdien (figure 2)

Figure 2 : Anatomopathologie: Adénocarcinome rénal



L'étude immuno-histochimique trouvait un marquage cytoplasmique intense et diffus avec la thyroglobuline ainsi qu'un marquage nucléaire modéré à intense et diffus avec l'anticorps TTF1. Le patient était alors adressé au service d'oto-rhino-laryngologie pour la recherche du cancer primitif. L'examen clinique trouvait une tuméfaction basio-cervicale antérieure en regard du lobe thyroïdien gauche. L'échographie thyroïdienne révélait un volumineux nodule du lobe thyroïdien gauche hétérogène partiellement calcifié. Le bilan d'extension comprenant la radiographie pulmonaire standard, la scintigraphie osseuse et la TDM cérébrale, ne trouvait aucune autre localisation secondaire. Une thyroïdectomie totale était réalisée, associée au traitement des aires ganglionnaires. Le diagnostic de carcinome vésiculaire de la thyroïde était confirmé à l'étude histopathologique. Le patient avait bénéficié d'une scintigraphie corps entier et une irradiation métabolique à la dose de 100 mCi d'iode radioactif, et une opothérapie substitutive à des doses supraphysiologiques et carcinostasiantes au service de médecine nucléaire.

Une surveillance biologique et radiologique a été instaurée notamment avec un rapport thyroglobuline (Tg)/L-thyroxine (LT4) inférieur à 1ng/ml selon les mêmes recommandations. Le patient était en rémission après 15 mois de suivi régulier.

Conclusion

La localisation métastatique rénale des carcinomes différenciés de la thyroïde est exceptionnelle, asymptomatique et de découverte fortuite. L'examen clinique doit être complet explorant particulièrement la région cervicale. L'échographie cervicale peut révéler l'origine thyroïdienne de la tumeur. La prise en charge doit être multidisciplinaire. Le traitement consiste en une thyroïdectomie totale, une résection complète de la lésion métastatique associée à des cures itératives d'irradiation à l'iode 131 devant la présence de localisation secondaire osseuse et un traitement hormonal à dose suppressive. La surveillance est de mise.