

# Métastase rénale d'un cancer papillaire de la thyroïde : à propos d'un cas très rare

M. SAIDANI, B. HAMADA, R. BENRABAH,  
Service de Chirurgie Urologique,  
Hôpital Central de l'Armée (HCA),  
Mohamed Seghir Nekkache, Alger

## Résumé

La survenue de métastases rénales secondaires à un carcinome différencié de la thyroïde est extrêmement rare, car il représente environ 2,5 – 2,7 % des cas. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 71 ans aux antécédents d'un cancer de la thyroïde de type papillaire, présentant une métastase rénale unilatérale d'un cancer papillaire de la thyroïde, révélée par le balayage d'une scintigraphie au MIBI-Tc 99m (MIBI) post-thérapeutique, complétée par une tomoscintigraphie par émission monophotonique (TEMP) couplée à une tomодensitométrie (TDM).

### >>> Mots-clés :

Carcinome de la thyroïde, vésiculaire, MIB-T99, métastases, tumorectomie.

## Introduction

Les métastases rénales des carcinomes différenciés de la thyroïde sont exceptionnelles et constituent rarement le mode de découverte d'une néoplasie thyroïdienne primitive. La survenue de métastases rénales secondaires à un carcinome différencié de la thyroïde est extrêmement rare, représentant environ 2,5 – 2,7 % des cas <sup>(1,2)</sup>.

Les métastases à distance du carcinome papillaire de la thyroïde sont souvent multiples et siègent essentiellement au niveau des poumons et du squelette <sup>(3,4)</sup>. Les localisations rénales sont extrêmement rares.

Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour Carcinome de la thyroïde de type papillaire, présentant une métastase rénale révélée par le balayage corps entier (BCE) post-thérapeutique, complété par une tomoscintigraphie par émission monophotonique (TEMP) couplée à une tomодensitométrie (TDM).

## Abstract

The occurrence of renal metastasis secondary to differentiated thyroid carcinoma is extremely rare, accounting for approximately 2.5 - 2.7 % of cases. We report the case of a 71-year-old female patient with a history of papillary thyroid cancer, presenting with a unilateral renal metastasis of papillary thyroid cancer, revealed by a post-therapeutic MIBI-Tc 99m (MIBI) scan, complemented by a single-photon emission computed tomography (SPECT) coupled with a computed tomography (CT) scan.

### >>> Keywords :

Thyroid carcinoma, vesicular, MIB-T99, metastasis, tumorectomy.

## Rapport de cas

La patiente A. K. âgée de 71 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle et stéatose hépatique et d'un carcinome tubuleux infiltrant du sein droit traité par chirurgie et radiothérapie. La patiente a été opérée en 2004 pour un nodule thyroïdien suspect (thyroïdectomie totale sans curage ganglionnaire).

### Etude anatomopathologique :

Carcinome papillaire thyroïdien (CPT) dans sa forme vésiculaire lobaire gauche, classé PT2NXMx (PTNM 2017), avec effraction capsulaire et embolies vasculaires ce qui classe la tumeur à haut risque de récurrence.

La patiente a été suivie durant une période de 15 ans (2004 - 2019) sans récurrences biologiques et/ou anatomiques. Ces résultats plaident en faveur d'une rémission complète entre 2004 et 2019. Devant ces données biologiques, des examens radiologiques en l'occurrence l'échographie cervicale et le scanner thoraco-abdomino-pelvien (TDM TAP) figure 1, n'ont pas montré des lésions pathologiques.

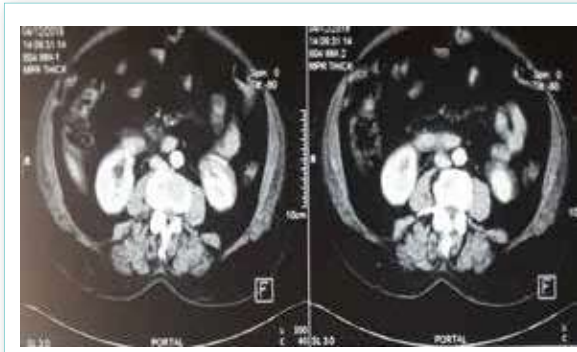


Figure 1 : TDM abdomino-pelvien



Figure 2 : Bilan d'extension (négatif)

La patiente a reçu une dose d'irathérapie de 100 mCi le 19/12/2004, suivi d'un balayage scintigraphique post thérapeutique la même année et qui a montré une cartographie blanche. Concernant les résultats biologiques le taux de thyroglobuline (Tg) était inférieur à 0.27 mcrg/l (le 25/03/2005) ce qui explique surtout l'absence des récurrences biologiques et/ou anatomiques. Durant la période entre 2004 et 2019, la patiente était en rémission complète.



Figure 3 : Scintigraphie osseuse

En 2020, la patiente a présenté une progression biologique des taux de thyroglobuline (Tg) très élevés avec un taux à 30 mcrg/l, selon les recommandations 2017

des sociétés françaises de médecine suivantes : Société française de médecine nucléaire (SFMN), Société française d'endocrinologie (SFE), Société française de pathologie (SFP) Société française de biologie clinique (SFBC), Association francophone de chirurgie endocrinienne (AFCE), Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou (SFORL) et cette récurrence biologique n'avait pas une expression clinique (sans lésions anatomiques évidentes).

La patiente a été présentée à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) où la décision de traiter la patiente par une deuxième cure d'irathérapie, a été envisagée après la décision du colloque du 23-02-2020, selon les recommandations de 2017 des sociétés françaises SFMN/SFE/SFP/SFBC/AFCE/SFORL.

La patiente a reçu une deuxième cure d'irathérapie de 100 mCi en sevrage le 30-03-2020. Les résultats biologiques ont montré un taux de thyroglobuline (Tg) en défreination revenu à 480 ng/ml. Le balayage scintigraphique post thérapeutique était réalisé avec cartographie blanche.

A 3 mois du traitement par irathérapie, le taux de thyroglobuline était toujours augmenté avec un chiffre à 227.4 ng/ml ce qui signifie que le traitement n'a pas fait ses preuves.

Devant cette persistance de l'élévation de thyroglobuline (Tg) et une cartographie blanche, notre conduite à tenir était de réaliser un bilan d'extension durant l'année 2020 comportant un scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP TDM) avec injection du produit de contraste (PD), une IRM cérébrale, une scintigraphie osseuse et un PET- 18 FDG ou comme alternative un examen MIBI corps entier.

## Examens complémentaires

### A. TDM thoraco-abdomino-pelvienne

L'examen thoraco-abdomino-pelvien est sans anomalie (figure 4).

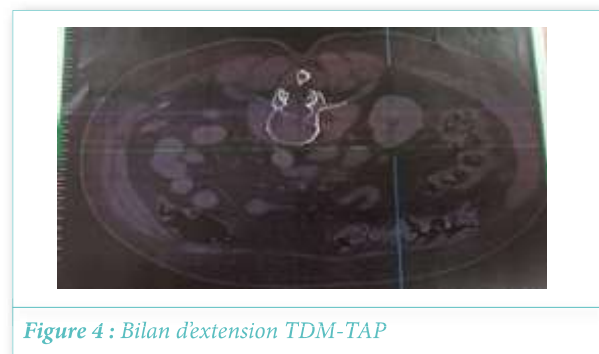


Figure 4 : Bilan d'extension TDM-TAP

**B. Examen MIBI corps entier (PET-18 FDG)**



Figure 5 : MIBI corps entier

Fixation intense arrondie en regard de l'aire rénale droite (figure 5).

**C. IRM cérébrale : lésion de leucoencéphalopathie**

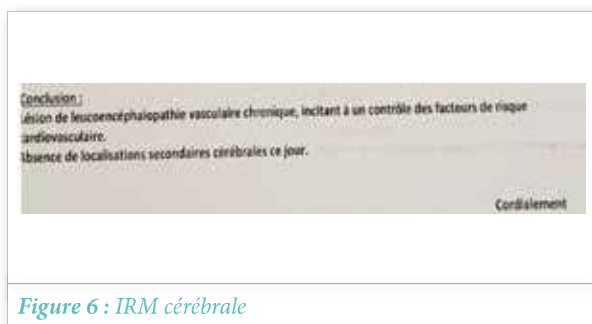


Figure 6 : IRM cérébrale

Lésion de leuco-encéphalopathie vasculaire

**D. Scintigraphie osseuse**

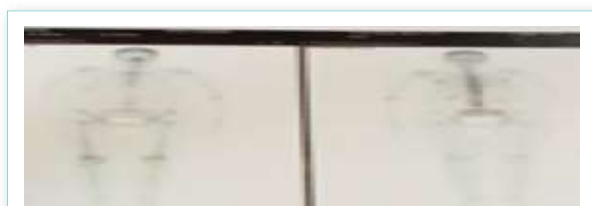


Figure 7 : Scintigraphie osseuse.

La scintigraphie osseuse du 07/07/2020 est sans particularité (RAS).

Devant des taux élevés de la Tg, malgré la prescription d'une deuxième cure par irathérapie et devant un nodule suspect au niveau du rein droit, il a été décidé d'opérer la patiente.

Une tumorectomie du rein droit fut réalisée le 20/07/2020 sans complication avec suites opératoires simples.



Figure 8 : Nodule rénal droit



Figure 9 : Pièce de Tumorectomie rénale

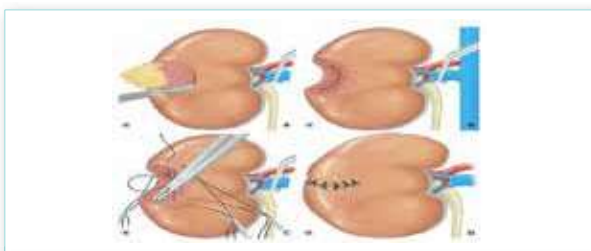


Figure 10 : Les étapes de la Tumorectomie

**Etude anatomopathologique :**

L'aspect morphologique et immuno-histochnique est en faveur d'une métastase rénale d'un carcinome papillaire de la thyroïde.



Figure 11 : Compte rendu anatomopathologique

## Discussion

Les métastases rénales du carcinome thyroïdien sont très rares. Depuis la première observation rapportée par H. Takayasu et al. en 1968<sup>(1)</sup>, une revue de la littérature nous rapporte que seuls neuf cas ont été décrits. 75 % des métastases sont en rapport avec un carcinome vésiculaire<sup>(5)</sup>.

Sur le plan étiopathogénique, l'atteinte rénale se produit essentiellement par voie hématogène, rarement par voie lymphatique<sup>(2,3,6)</sup>.

La lésion est le plus souvent unique, mais peut se présenter également sous forme de petits foyers métastatiques multiples parsemant un ou les deux reins.

L'existence concomitante de métastases dans d'autres sites est diversement appréciée dans la littérature<sup>(7,8,9)</sup>.

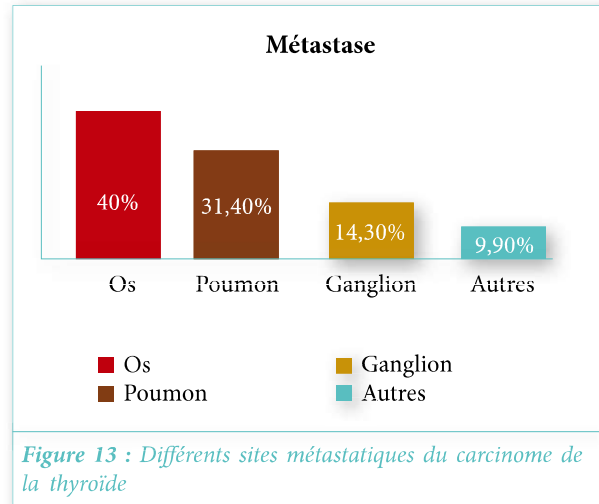


Figure 13 : Différents sites métastatiques du carcinome de la thyroïde

## Métastase rénale d'un carcinome de la thyroïde

| Auteur                         | Sexe/âge    | Présentation        | Délai (ans)   | Site/diamètre (cm)        | Histologie          |
|--------------------------------|-------------|---------------------|---------------|---------------------------|---------------------|
| Takayasu <sup>[11]</sup>       | F/44        | Masse abdominale    | 3             | Bilat., multiples nodules | C. vésiculaire      |
| Davis et Corson <sup>[4]</sup> | F/49        | Fortuite (UIV)      | 18            | Bilatérale                | C. vésiculaire      |
| Johnson <sup>[8]</sup>         | F/66        | Hématurie           | 37            | RG                        | C. vésiculaire      |
| Lam <sup>[9]</sup>             | F/91        | Fortuite autopsie   | -             | RD/5 cm                   | C. vésiculaire      |
| Hee <sup>[7]</sup>             | F/47        | Hématurie           | 7             | RD/1,2 x 1,0              | C. vésiculaire      |
| Tur <sup>[13]</sup>            | F/72        | Lombalgie           | -             | RD                        | C. papillaire       |
| Taraglio <sup>[12]</sup>       | -           | HTG                 | 26            | RG                        | C. vésiculaire      |
| Benckroun <sup>[1]</sup>       | H/56        | Hématurie + AEG     | 3             | RG/4 cm                   | C. papillaire       |
| Notre cas                      | H/62        | Fortuite (scintig.) | 7             | RG/1,2 cm                 | C. vésiculaire      |
| <b>Notre cas</b>               | <b>F/71</b> | <b>Tg</b>           | <b>16 ans</b> | <b>RD 21x 19 mm</b>       | <b>CPT/ forme V</b> |

Figure 14 : Comparaison de notre étude avec les études des autres auteurs

## Conclusion

Les métastases thyroïdiennes au site rénal sont des événements extrêmement rares, en particulier chez les hommes qui présentent initialement des néoplasmes rénaux, qui peuvent facilement être diagnostiqués à tort comme un carcinome rénal. Le carcinome papillaire thyroïdien (CPT) a tendance à avoir un bon pronostic ; cependant, lorsqu'il s'accompagne de métastases à distance, le pronostic devient moins favorable.

## Date de soumission

23 janvier 2022.

## Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

## Références

1. Takayasu H, Kumamoto Y, Terawaki Y, et al. (1968) A case of bilateral metastatic renal tumor originating from a thyroid carcinoma. J Urol 100:717-718
2. Hong-Jun S, Yan-Li X, Yan-Hong X, et al (2011) Rare metastases of differentiated thyroid carcinoma: pictorial review. Endocr Relat Cancer 18 R165-R174
3. Davis RJ, Corson JM (1979) Renal metastases from well differentiated follicular thyroid carcinoma: a case with light and electron microscopic finding. Cancer 43:265-268
4. Xu H, Zeng W, Tang Y (2012) Metastatic thyroid follicular carcinoma presenting as a primary renal tumor. Intern Med 51:2193-2196
5. Moudouni SM, En-Nia I, Rioux-Leclercq N, et al. (2002) Follicular carcinoma of the thyroid metastasis to the kidney nine years after resection of the primary tumor. Ann Urol 36:36-37, 2002.
6. Insabato L, Di Vizio D, De Rosa G, et al. (2003) Renal metastasis from thyroid carcinoma 35 years after detection of primary tumor. Tumori 89:99-101
7. Johnson MW, Morettin LB, Sarles HE et al. (1982) Follicular carcinoma of the thyroid metastatic to the kidney 37 years after resection of the primary tumor. J Urol 127:114-116
8. Gamboa-Dominguez A, Tenorio-Villalvazo A (1999) Metastatic follicular variant of papillary thyroid carcinoma manifested as a primary renal neoplasm. Endocr Pathol 10:256-268
9. Matei DV, Verweij F (2003) Late solitary thyroid carcinoma metastasis to the kidney: a case report. Anti-cancer Res 23:561-564.