

Un piège diagnostique : l'adénocarcinome papillaire survenant sur une ectopie thyroïdienne située dans un kyste branchial

Véronique Hofman⁽¹⁾, Sandra Lassalle⁽¹⁾, Catherine Butori⁽¹⁾, Nicolas Guevara⁽²⁾,
José Santini⁽²⁾, Paul Hofman⁽¹⁾

(1) Laboratoire de Pathologie Clinique et Expérimentale, Hôpital Pasteur, BP 69, 06002 Nice Cedex.

(2) Service d'Oto-Rhino-Laryngologie, Hôpital Pasteur, Nice.

Hofman V, Lassalle S, Butori C, Guevara N, Santini J, Hofman P. Un piège diagnostique : l'adénocarcinome papillaire survenant sur une ectopie thyroïdienne située dans un kyste branchial. Ann Pathol 2006 ; 26 : 200-3.

Summary

A diagnostic pitfall: papillary adenocarcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a branchial cyst

A case of thyroid papillary carcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a branchial cleft cyst is described. Complete dissection of the thyroid gland was necessary to rule out the differential diagnosis of

primary thyroid carcinoma. The thyroglossal duct tract is an unusual localization for thyroid carcinomas in ectopic thyroid tissue. Thyroid carcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a branchial cyst is extremely rare. Complete thyroidectomy may be necessary to eliminate an occult thyroid carcinoma. ♦

Key words: adenocarcinoma, thyroid, ectopic thyroid, branchial cyst.

Résumé

Nous rapportons l'observation d'un adénocarcinome papillaire thyroïdien développé sur une ectopie thyroïdienne située dans la paroi d'un kyste branchial. Le diagnostic différentiel d'une métastase d'un carcinome primitif de la glande thyroïde a été écarté par une étude minutieuse de la pièce de thyroïdectomie ne montrant pas de lésion néoplasique. Les carcinomes thyroïdiens survenant sur des ectopies du parenchyme thyroïdien

sont classiquement observés en position cervicale médiane, et sur des résidus du tractus thyroïdienne. À l'inverse, lorsqu'il se développe sur une ectopie thyroïdienne localisée dans un kyste branchial, l'adénocarcinome papillaire est très exceptionnel, et peut faire poser l'indication d'une thyroïdectomie totale afin d'éliminer un carcinome primitif occulte. ♦

Mots-clés : adénocarcinome, thyroïde, ectopie, kyste branchial.

Introduction

Plus d'une centaine de cas de carcinomes thyroïdiens survenus à partir d'un tissu thyroïdien ectopique cervical médian a été rapportée à ce jour [1, 2]. Ces adénocarcinomes surviennent alors sur des résidus du tractus thyroïdienne [1, 2]. La présence de parenchyme thyroïdien ectopique au niveau d'un kyste branchial est très rare [3]. Le développement d'un adénocarcinome thyroïdien à partir d'un tel parenchyme

est alors rarissime. Nous rapportons ici une telle observation et discutons le principal diagnostic différentiel : une métastase d'un carcinome papillaire occulte de la thyroïde.

Observation

Une patiente de 40 ans, sans antécédents médicaux familiaux et personnels, consultait pour l'apparition d'une masse douloureuse latéro-cervicale

Accepté pour publication
le 20 décembre 2005

Tirés à part : P. Hofman,
voir adresse
en début d'article.
e-mail :
hofman.p@chu-nice.fr

gauche d'apparition progressive. L'échographie cervicale retrouvait une formation arrondie hypoéchogène, partiellement kystique, de 25 mm de grand axe, évoquant soit une lésion kystique congénitale, soit une adénopathie « remaniée ». Au niveau du lobe gauche thyroïdien, il existait deux nodules arrondis isoéchogènes de 10 et 15 mm, avec un halo hypoéchogène périphérique régulier, sans microcalcifications. Le bilan biologique était normal. Une cytoponction des nodules thyroïdiens était en faveur d'une lésion vésiculaire bénigne. La ponction de la masse latérale cervicale permettait d'observer quelques cellules épithéliales « dystrophiques et altérées » associées à des lymphocytes matures. Une exérèse chirurgicale de cette masse était décidée ; après examen extemporané, une lobectomie thyroïdienne gauche, puis une totalisation de la thyroïde résiduelle étaient effectuées, ainsi qu'un évidement ganglionnaire jugulo-carotidien et médiastino-récurrentiel gauche. Après le résultat définitif, une irradiation a été réalisée et l'évolution était favorable 24 mois après l'intervention chirurgicale.

Étude anatomo-pathologique

La masse latéro-cervicale correspondait à une lésion kystique, uniloculaire de 2,5 cm × 2 cm × 1, 5 cm avec un territoire solide de 0,7 cm × 0,6 cm × 0,5 cm. La réponse de l'examen extemporané réalisé sur cette zone charnue est celle « d'un carcinome

papillaire développé au sein d'un tissu lymphoïde » (figure 1). La zone kystique n'était pas alors analysée extemporanément. Une lobectomie thyroïdienne gauche était réalisée. Les deux nodules du lobe gauche correspondaient à des foyers d'hyperplasie vésiculaire. Lors de l'acte opératoire, aucune « connection » de la glande thyroïdienne ne semblait exister avec la masse kystique. L'examen histologique définitif de la masse latéro-cervicale montrait un foyer d'adénocarcinome papillaire de la thyroïde de 0,5 cm de grand axe associé à un parenchyme thyroïdien dystrophique non tumoral (figure 2). Au contact de ce tissu, on observait un reliquat de kyste branchial bordé par un épithélium, parfois cubique, le plus souvent aplati ou érodé, reposant sur des amas de tissu lymphoïde (figure 2). L'ensemble de la glande thyroïde a été analysé sur des prélèvements étagés et transversaux, réalisés tous les 3 mm, après une fixation de 48 heures dans du formol. Les blocs d'inclusion ont fait l'objet de 5 niveaux de coupes de 5 µm colorés par l'hématoxyline éosine. Après une première analyse montrant l'absence de foyers carcinomateux, une deuxième série de niveaux de coupes a été effectuée, puis les tissus ont tous été réinclus en paraffine sur l'autre face et 5 niveaux de coupes supplémentaires ont été effectués. L'ensemble des territoires examinés ne montrait pas de lésions carcinomateuses. L'étude histologique des ganglions lymphatiques (11 ganglions examinés) éliminait une lésion métastatique. L'étude immunohistochimique effectuée en immunoperoxydase à l'aide des anticorps

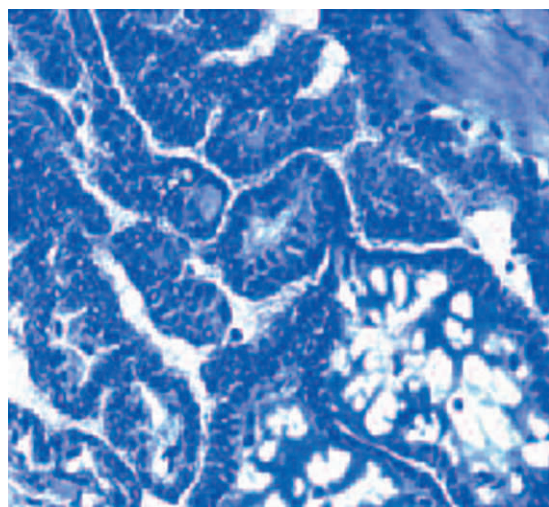


FIG. 1. — Examen extemporané : foyer d'adénocarcinome papillaire (bleu de toluidine ×320).

FIG. 1. — Frozen section: localized papillary adenocarcinoma (toluidine blue staining ×320).

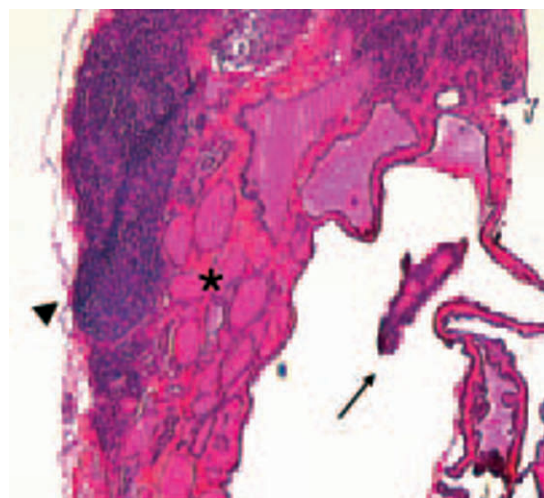


FIG. 2. — Tissu thyroïdien ectopique (étoile), associé à un micro-foyer de carcinome papillaire (flèche) développé dans la paroi d'un kyste branchial (tête de flèche) (HES ×100).

FIG. 2. — Ectopic thyroid tissue (star) associated with a papillary carcinoma (arrow) within the wall of a branchial cyst (arrowhead) (HES ×100).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4129607>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4129607>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)