

## Cancer thyroïdien sur struma ovarii : généralités et principes de prise en charge

Coriolan Lebreton<sup>1</sup>, Abir Al Ghuzlan<sup>2</sup>, Anne Floquet<sup>1</sup>, Michèle Kind<sup>3</sup>, Sophie Leboulleux<sup>4</sup>, Yann Godbert<sup>5</sup>

Reçu le 3 octobre 2017

Accepté le 14 novembre 2017

Disponible sur internet le :

1. Institut Bergonié, département d'oncologie médicale, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux, France
2. Institut Gustave-Roussy, service d'anatomopathologie, 114, rue Édouard-Vaillant, 94805 Villejuif, France
3. Institut Bergonié, département d'imagerie médicale, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux, France
4. Institut Gustave-Roussy, université Paris-Sud, service de médecine nucléaire et de cancérologie endocrinienne, 114, rue Édouard-Vaillant, 94805 Villejuif, France
5. Institut Bergonié, département de médecine nucléaire et de cancérologie thyroïdienne, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux, France

### Correspondance :

Coriolan Lebreton, Institut Bergonié, département d'oncologie médicale, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux, France.  
[c.lebreton@bordeaux.unicancer.fr](mailto:c.lebreton@bordeaux.unicancer.fr)

### Mots clés

Téatome ovarien  
Goitre ovarien  
Cancer thyroïdien

### ■ Résumé

Le cancer thyroïdien sur struma ovarii (CTSO) est une tumeur rare de l'ovaire, de type téatome mature dégénéré monodermique. De découverte le plus souvent fortuite, il représente 0,01 % des tumeurs ovariennes et 5 à 10 % des struma ovarii. Le diagnostic est histologique suite à une chirurgie pelvienne, l'imagerie ne permettant pas de trancher formellement sur le caractère malin du téatome. Faute de consensus, la prise en charge thérapeutique doit être validée en réunion de concertation pluridisciplinaire spécialisée après relecture anatomopathologique par un centre expert Institut National du Cancer (INCa) et déclaration dans le registre des tumeurs rares. Le premier traitement est chirurgical par voie coelioscopique dans la plupart des cas. Dans l'optique d'une préservation de la fertilité, en l'absence de tumeur bilatérale, le traitement de choix est une kystectomie ou une salpingo-ovariectomie unilatérale, complétée par une exploration abdominale. En fonction du risque de maladie résiduelle ou dans les formes métastatiques, un traitement adjuvant par irathérapie à l'iode 131 après thyroïdectomie peut être proposé. Dans les cas exceptionnels de formes agressives réfractaires à l'iode, non opérables ou métastatiques, progressives, l'utilisation d'un traitement par voie générale de type antiangiogénique (analogues à ceux utilisés dans les carcinomes thyroïdiens) est parfois proposée. Il n'y a pas de standard dans le suivi de ces patientes.

### Keywords

Ovarian teratoma  
Struma ovarii  
Thyroid carcinoma

### Summary

#### Thyroid carcinoma on struma ovarii: Diagnosis and treatment

*Thyroid carcinoma on struma ovarii (TCSO) is a rare ovarian tumour, derivate from monodermic teratomas. It represents about 0.01% of overall ovarian tumours and 5 to 10% of struma ovarii. The diagnosis is histologic and retrospective after pelvic surgery; radiographic imaging being unspecific. Because of its rarity, the treatment of TCSO is not consensual and should be validated in multidisciplinary team involved in rare ovarian carcinoma. The first treatment is a surgical removal, with a laparoscopic approach. A fertility-conservative surgery is recommended for young women. If the tumour is unresectable and/or with metastatic spread, an adjuvant iodine 131 treatment might be proposed after thyroidectomy. Recurrence of TCSO should be taken care of as a thyroid carcinoma with tyrosine kinase inhibitor in case of progressive distant relapse, refractory to iodine 131 treatment. If the recurrence is localised, a complete surgery is the preferred option. There is no gold standard for the follow up.*

### Introduction

Le cancer thyroïdien sur struma ovarii (CTS0) est une tumeur ovarienne rare, décrite pour la première fois en 1895 par Kalden et par Gottschalk en 1899. Il représente 0,01 % des tumeurs ovariennes et 5 à 10 % des struma ovarii [1,2]. Du fait de la rareté de cette tumeur et de l'absence de registre, l'incidence est mal connue. L'âge moyen au diagnostic serait d'environ 50 ans.

Dans les cohortes historiques, le mode de présentation est dans 12 % des cas une douleur abdominale, avec dans 58 % des cas une masse à l'examen clinique [3] et une ascite dans un tiers des cas (parfois complété d'un tableau d'anasarque avec atteinte pleurale, signant un « pseudosyndrome de Meigs » dans 5 % des cas [4,5]).

À l'heure actuelle, il s'agit le plus souvent d'un diagnostic fortuit lors d'une chirurgie pelvienne d'une masse ovarienne de taille variable (de 1 à 10 cm le plus souvent), se présentant de manière unilatérale dans plus de 90 % des cas [6].

Devant la rareté de ce type de tumeur, il n'existe pas de consensus sur la prise en charge. Cet article a pour objectif de faire le point sur la nature de ces tumeurs, leur diagnostic et le principe de la prise en charge.

### Histologie

Le goitre ovarien (GO) est un tératome mature composé de façon prédominante (> 50 %) ou exclusivement de tissu thyroïdien. Le goitre ovarien peut présenter des modifications histologiques identiques à celles que l'on peut trouver dans la thyroïde (hyperplasie diffuse, hyperplasie nodulaire, thyroïdite par exemple thyroïde de Hashimoto, adénomes, carcinomes thyroïdiens).

Les goitres ovariens dits « malins » correspondent à des carcinomes thyroïdiens le plus souvent de type carcinome papillaire de variante folliculaire ou rarement à des carcinomes papillaires

classiques ou encore plus rarement à des carcinomes folliculaires [7].

Les goitres ovariens associés à une composante de type « carcinoïde » sont appelés carcinoïdes strumeux (CS) et sont composés d'un tissu thyroïdien intimement mêlé avec de la tumeur carcinoïde. Ces tumeurs sont à potentiel incertain de malignité [8].

Le diagnostic microscopique des goitres ovariens simples est généralement facile et est basé sur la présence de follicules thyroïdiens renfermant de la colloïde ressemblant au tissu thyroïdien normal (TG et TTF1 positifs).

Le diagnostic de malignité est souvent difficile car les critères de malignité utilisés dans la thyroïde sont difficilement applicables sur les goitres ovariens. Le critère le plus important de malignité dans la thyroïde est la présence d'invasion, capsulaire et/ou vasculaire. L'invasion capsulaire est très rarement retrouvée car les lésions thyroïdiennes dans les goitres ovariens ne sont qu'exceptionnellement encapsulées et l'angio-invasion est également très rarement retrouvée [9]. Concernant les caractéristiques nucléaires spécifiques de type papillaire (noyaux ovalaires en verre dépoli, chevauchés, à contour irrégulier avec des incisures et/ou pseudo-inclusions), considérées comme un signe de malignité dans la thyroïde, cela ne semble pas être vrai dans l'ovaire. Elles ne sont pas indépendamment prédictives de la récurrence ou n'ont pas, indépendamment, un impact sur la survie. De plus, ce critère a été mis en cause d'être à lui seul suffisant pour établir un diagnostic de malignité dans la thyroïde [10]. Actuellement, et selon la nouvelle classification de l'OMS 2017, l'existence de papilles (avec des critères nucléaires de carcinome papillaire) ou d'invasion sont nécessaires pour confirmer la malignité. Ce même critère est appliqué pour les goitres ovariens.

D'autres critères d'agressivité sont également à rechercher comme la présence de composante d'architecture peu

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8785573>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8785573>

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