

# METASTASE CRANIENNE D'UN CARCINOME DE LA THYROÏDE

L. BERCHICHE, M. AIT BACHIR, M. SAADI, T. BENBOUZID

Service de Neurochirurgie  
CHU Bab El Oued - Alger

## RESUME

Les métastases crâniennes des tumeurs de la thyroïde sont très rares, et ne représentent que 0,1 à 5 %. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 57 ans, admise pour des lésions tumorales de la voûte du crâne, d'origine métastatique d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde, diagnostiqué et opéré deux ans auparavant. Plusieurs cures d'Irathérapie ont été administrées en première intention mais sans résultats sur le volume tumoral des métastases, imposant alors secondairement une chirurgie d'exérèse.

*Mots clés* : Métastase, Thyroïde, Irathérapie

## INTRODUCTION

Les cancers thyroïdiens sont rares. Les métastases à distance sont observées dans 10 % des cas. Les métastases osseuses représentent la deuxième localisation après les poumons. Le rachis est atteint dans 68 % des cas et le crâne dans 17 % [2]. L'aspect radiologique des métastases osseuses est toujours ostéolytique. Elles sont fréquemment d'emblée multiples.

## OBSERVATION

Notre malade est une femme de 57 ans qui nous a été confiée par le service d'endocrinologie pour traitement chirurgical de lésions tumorales multiples du crâne.

Dans ses antécédents, elle a été opérée d'un carcinome vésiculaire différencié de la thyroïde en avril 2005 et a bénéficié d'une thyroïdectomie totale.

Au cours des mois suivants, des métastases crâniennes sont apparues. Ces lésions étant sensibles à l'Iode radioactif, une Irathérapie a été instituée, celle-ci était sensée agir sur un éventuel reliquat tumoral thyroïdien, ainsi que sur les lésions métastatiques en développement. Deux cures d'Irathérapie ont été délivrées à plusieurs mois d'intervalle et à la dose respective de 100 puis de 196 mci. La taille des métastases est restée néanmoins inchangée, d'où l'indication d'une intervention neurochirurgicale.

A son admission dans notre service, l'examen clinique retrouve une patiente consciente, coopérante, amaigrie et qui se plaint essentiellement de céphalées.

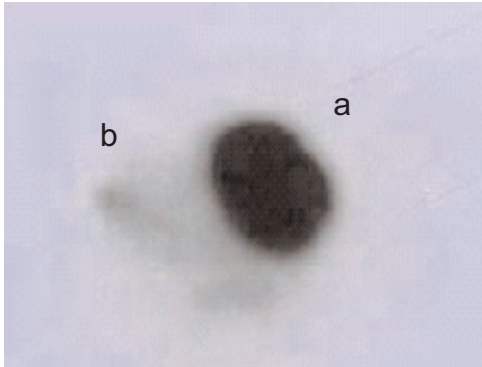
Elle présente deux tuméfactions de la voûte du crâne, dures à la palpation, indolores, sans signes inflammatoires, l'une très volumineuse, de siège fronto-temporo-pariétal gauche déformant le crâne, l'autre en région occipitale, de petite taille.

La scintigraphie osseuse totale au HMDP montre une hyperfixation hétérogène fronto-temporo-pariétale gauche déformant le crâne en rapport avec une métastase osseuse (Fig. 1).



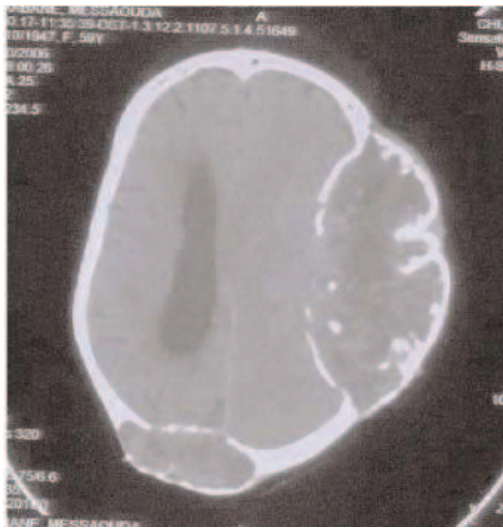
Fig. 1 : Scintigraphie osseuse totale : hyperfixation fronto-temporale gauche

La scintigraphie après injection d'iode radioactif I131 montre une fixation intense des deux foyers métastatiques (Fig. 2).



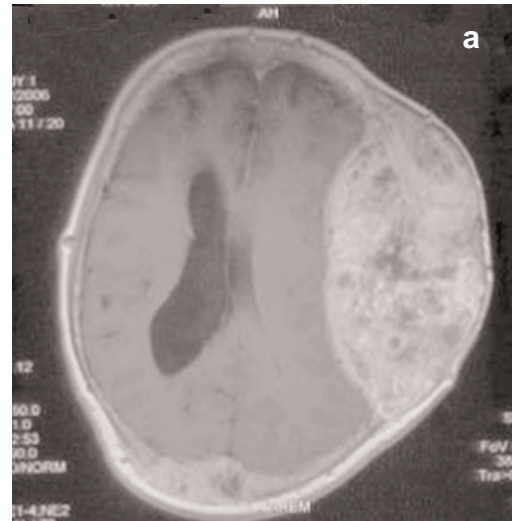
**Fig. 2 : Scintigraphie après iode radio actif :  
2 foyers de fixation**

La Tomodensitométrie cérébrale (Fig. 3) objective deux processus ostéolytiques soufflant la voûte du crâne, l'un très volumineux de siège fronto-temporo-pariétal gauche, polylobé, à l'origine d'un effet de masse important sur l'hémisphère homolatéral, l'autre moins important en région occipitale.

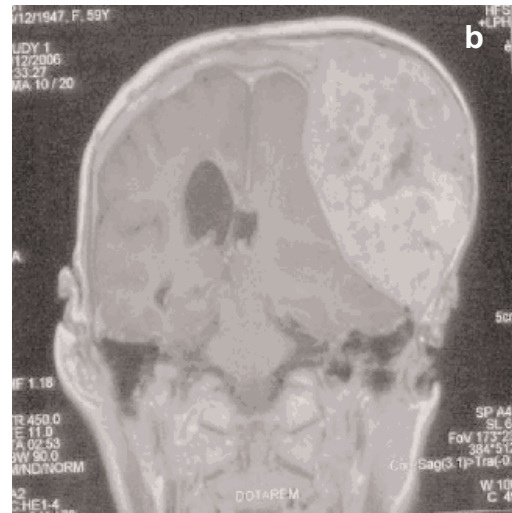


**Fig. 3 : TDM cérébrale en coupe axiale :  
double lésions métastatiques**

L'IRM cérébrale (Fig. 4) en coupe axiale et coronale avant et après injection de gadolinium confirme les deux processus tumoraux, l'un très important en région fronto-temporo-pariétale gauche et l'autre plus petit en région occipitale prenant fortement le produit de contraste.



**Fig. 4 (a) : IRM cérébrale en coupe  
axiale sans injection de Gadolinium**



**Fig. 4 (b) : IRM cérébrale en coupe  
coronale avec injection de Gadolinium**

L'intervention chirurgicale a été précédée d'une embolisation de la lésion afin de diminuer la vascularisation de la tumeur et faciliter ainsi le geste opératoire, ces lésions étant connues hémorragiques lors de leur exérèse. La malade a par la suite bénéficié d'une ablation macroscopiquement totale et en bloc de la lésion fronto-temporo-pariétale gauche. La tumeur, très hémorragique, était de coloration rouge grisâtre, infiltrant et soufflant l'os, avec présence de zones de nécrose en son sein. Une réfection du défaut osseux à l'aide d'une plastie en résine a été effectuée en fin d'intervention.

La deuxième lésion postérieure n'a pas été opérée, car de taille modérée pouvant aisément répondre à une nouvelle cure par l'Iode<sup>131</sup>.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic d'une métastase d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde.

Les suites opératoires sont favorables avec régression des céphalées et une prise de poids progressive.

La tomodensitométrie de contrôle montre une exérèse totale de la tumeur avec la plastie en résine en place (Fig. 5).

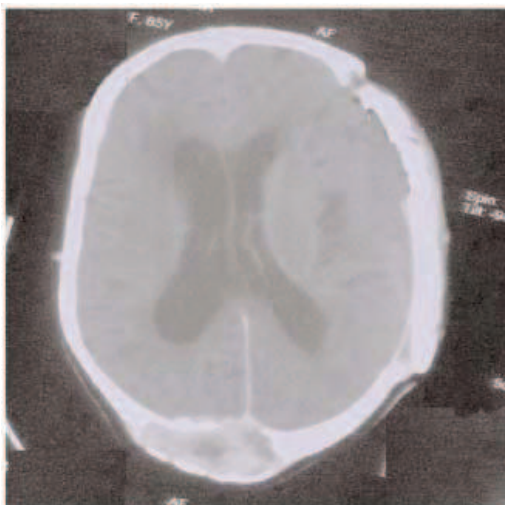


Fig. 5 : TDM cérébrale de contrôle

## DISCUSSION

Les cancers différenciés d'origine vésiculaires sont de bon pronostic, sont les plus fréquents, et offrent à décrire deux types :

- Le type papillaire : le plus fréquent, représente 60 % des tumeurs de la thyroïde. Les métastases se font par voie ganglionnaire.
- Le type vésiculaire ne représente que 10 à 20 %, et la dissémination se fait par voie sanguine.

Les cancers peu différenciés sont quant à eux, notoirement de mauvais pronostic.

Les métastases des carcinomes vésiculaires vers le crâne sont rares et ne représentent que 0,1 à 5%. Le carcinome de la thyroïde envoie des métastases surtout au niveau du poumon et de l'os, rarement au niveau du cerveau. Ce sont des lésions sensibles à l'iode radioactif I<sup>131</sup>.

Cependant, si l'irathérapie par l'iode <sup>131</sup> reste une méthode de référence pour le traitement des carcinomes thyroïdiens vésiculaires métastatiques de petite taille, le traitement chirurgical reste indiscutable dans les tumeurs volumineuses et multiples car la présence d'une grosse métastase absorbe à elle seule la quantité d'Iode administrée, qui devient alors inefficace sur les autres lésions.

La revue de la littérature ne permet pas de tirer des conclusions quant à l'efficacité de l'irathérapie sur ces métastases de volume important, les cas publiés étant en nombre insuffisant.

Il n'existe actuellement pas de protocole dans la conduite du traitement des métastases des carcinomes vésiculaires de la thyroïde vers le crâne selon leur taille. Il apparaît donc que l'irathérapie est efficace sur les tumeurs de petite taille, mais les métastases volumineuses imposent un acte chirurgical au plus tôt.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] SALVATI M. CERVONI L. CELLI P. Solitary brain metastases from thyroid carcinoma : study of 6 cases *Tumori* 1995 ;81 : 142-3
- [2] P. KHERLI : Epidémiologie des métastases cérébrales. *Revue de Neurochirurgie Française*. Masson - Paris 1999.
- [3] LEENHARDT F. MENEGAUX, B. FRANCE *Cancers de la thyroïde Endocrinologie EMC* 2005.
- [4] LEENHARDT F, MENEGAUX, B.FRANC. *Cancers de la thyroïde Endocrinologie EMC* 2005
- [5] COLLEGE DES ENSEIGNANTS d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques. *MAJ* décembre 2004.
- [6] HEDINGER E. Problems in the classification of thyroid tumors *Schweiz Med. Wochensc.*, 1993, 123, 1673-81.