

## **Un cas atypique de métastase mandibulaire chez une patiente traitée pour cancer thyroïdien.**

Razafindrakoto RMJ (1), Rakotoarisoa AHN (1), Razakanaivo M (2), Andrianandrasana NO (2), Tatafasa S (3), Randrianandraina MP (4), Rafaramino JF (5)

(1) Chefs de Clinique ORL, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo

(2) Internes des Hôpitaux en Oncologie, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo

(3) Médecin-Assistant au service Oncologie, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo

(4) Interne des Hôpitaux en ORL, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo

(5) Professeur Titulaire en Oncologie, Chef du Service Oncologie, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo

### **Auteur correspondant:**

Razafindrakoto RMJ, service ORL, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo

E-mail: napycarole@yahoo.fr

### **Résumé**

Les métastases mandibulaires d'un carcinome papillaire de la glande thyroïde sont exceptionnelles. L'objectif de cette étude était d'en rapporter un cas observé à Antananarivo. En Septembre 2010, nous avons retrouvé au service ORL du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, chez une patiente de 68 ans, des lésions gingivales qui envahissaient la mandibule. La tumeur mandibulaire survenait deux ans après un carcinome papillaire thyroïdien traité par thyroïdectomie totale. L'examen anatomopathologique d'un prélèvement gingival révélait une métastase d'un cancer papillaire thyroïdien. Les lésions gingivales et mandibulaires disparaissaient quatre mois après que la patiente fut mise sous irathérapie et chimiothérapie. Au bout de 20 mois de suivi, nous n'avons retrouvé aucun signe de récurrence.

Si les carcinomes folliculaires de la thyroïde métastasent par voie hématogène, les carcinomes papillaires demeureront plutôt intrathyroïdiens ou donneront des métastases ganglionnaires. Très peu de cas de métastases mandibulaires d'un carcinome papillaire thyroïdien sont rapportés dans la littérature. Le tissu papillaire métastatique pourrait provenir de restes embryologiques thyroïdiens aberrants.

Les métastases mandibulaires d'un carcinome papillaire thyroïdien devraient s'inscrire dans la liste des diagnostics différentiels des tumeurs de la région orale. De la précocité du diagnostic et de la prise en charge dépend la survie du patient.

**Mots-clés:** Anatomopathologie, carcinome papillaire, mandibule, métastase, suivi

## **An unusual case of mandibular metastasis with a patient treated for thyroid carcinoma.**

### **Summary**

*Mandibular metastases from a papillar thyroid carcinoma are exceptional. The aim of this study was to report a case of this uncommon disease seen in Antananarivo.*

*A female patient, 68 years' old, presented in ENT department of Antananarivo University Hospital Center in September 2010 with a gingival lesion which invaded into the mandible. Two years ago, a thyroid papillar carcinoma was diagnosed, treated by total thyroidectomy. Histopathology of gingival tissue revealed metastatic papillar carcinoma. The patient received radioiodine and chemotherapy. The gingival and mandibular lesions disappeared four months later. There was no recurrence after 20 months following-up.*

*Whereas follicular carcinoma metastasizes hematogenously, thyroid papillar carcinoma usually remains intrathyroidal and tends to metastasize only to regional nodes. Very few isolated cases of mandibular metastasis from papillar carcinomas are reported in the literature. Papillar thyroid tissue could originate from aberrant embryologic rests.*

*Thyroid tumors metastasizing to the mandible should be included in the differential diagnoses of tumors in the oral region. Of early detection and treatment of these metastatic lesions may result long-term survival.*

**Key-words:** *Following-up, histopathology, mandible, metastasis, papillar carcinoma*

### **Introduction**

La majorité des cancers thyroïdiens sont découverts avec un nodule asymptomatique. Ils se révèlent parfois par des métastases ganglionnaires cervicales, osseuses ou pulmonaires. Les métastases

mandibulaires des carcinomes papillaires thyroïdiens sont exceptionnelles (1, 2, 3). Rapporter ici un cas de cette pathologie rare a motivé cette étude.

### **Observation**

Madame B... G..., 68 ans, bénéficiait en Octobre 2008 d'une biopsie d'un nodule isthmique thyroïdien. L'examen anatomopathologique concluait à un carcinome papillaire, justifiant par là une

thyroïdectomie totale. Compte-tenu de l'âge de la patiente et vu l'absence d'adénopathie cervicale, on n'avait pas effectué de curage ganglionnaire cervical. La scintigraphie post-opératoire retrouvait

de petits reliquats thyroïdiens (Figure 1), mais à cette période l'irathérapie n'était

pas disponible à Antananarivo.

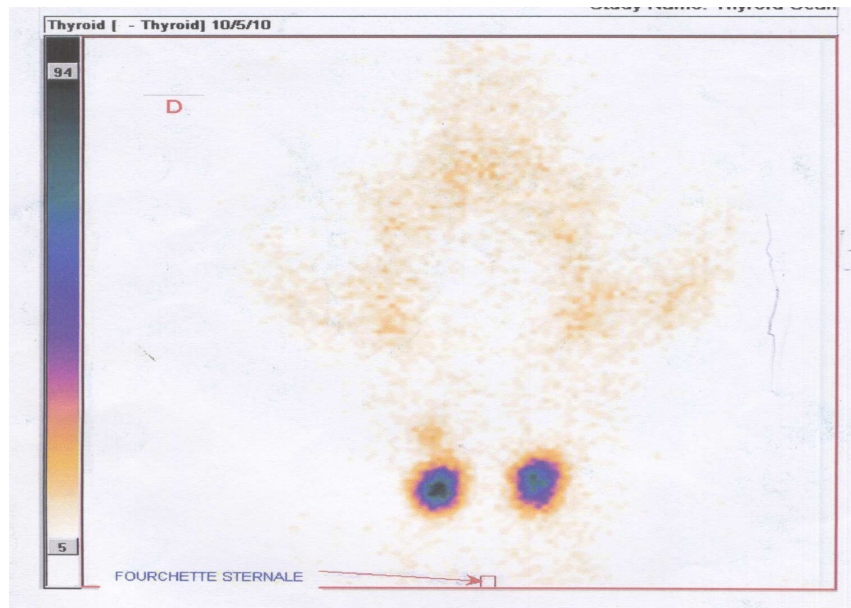


Figure 1 : scintigraphie thyroïdienne réalisée en post-opératoire.

Une chimiothérapie complémentaire à base d'adriblastine et cisplatine était alors décidée. La surveillance se faisait régulièrement tous les 6 mois, le contrôle cervical était toujours normal. En Septembre 2010, des lésions bourgeonnantes violacées se retrouvaient en regard des gencives des dents numéros 35 et 36, ne cédant pas sous bains de bouche antiseptiques durant 20 jours. La radiographie panoramique montrait une lésion lacunaire en regard des dents sus-citées, avec une image de fracture pathologique non déplacée et un fragment

intermédiaire (Figure 2). La biopsie des lésions gingivales révélait une métastase d'un carcinome papillaire thyroïdien (Figure 3). Une mandibulectomie n'était pas effectuée à cause de l'âge de la patiente. L'irathérapie était délivrée à la dose de 100 millicuries au total. Les lésions gingivales disparaissaient complètement en Décembre 2010. En Août 2012, au moment où nous soumettons cet article, (c'est-à-dire avec un recul de 1 an et 8 mois), on ne note aucun signe de récurrence.

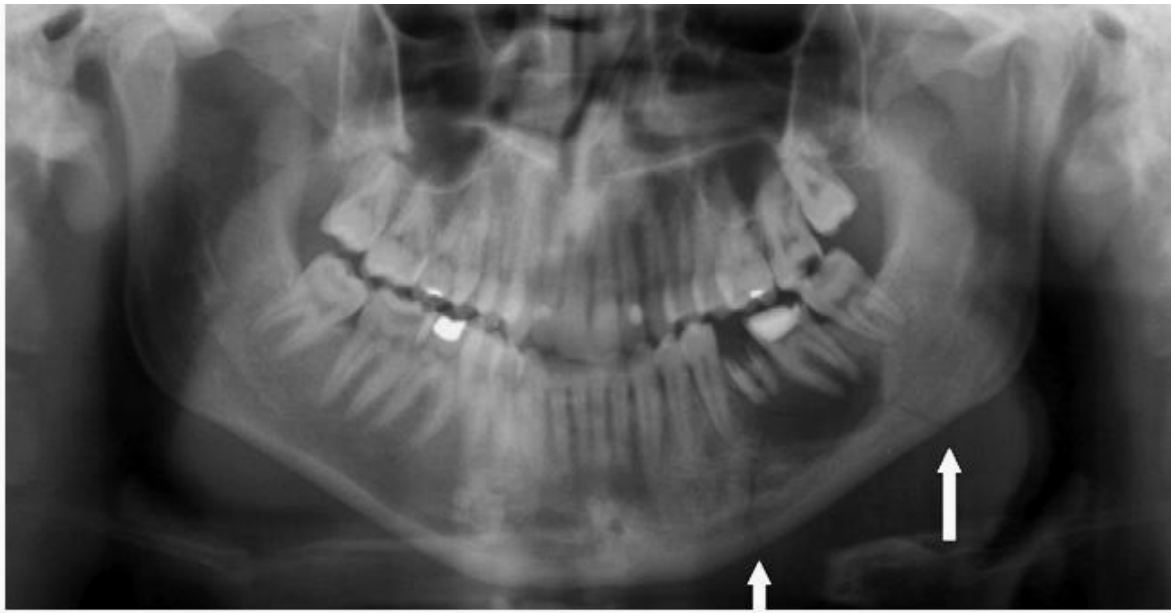


Figure 1 : radiographie panoramique dentaire de notre patiente montrant une lésion lacunaire opaque en regard des dents 35 et 36. Remarquez la fracture pathologique (flèches blanches).

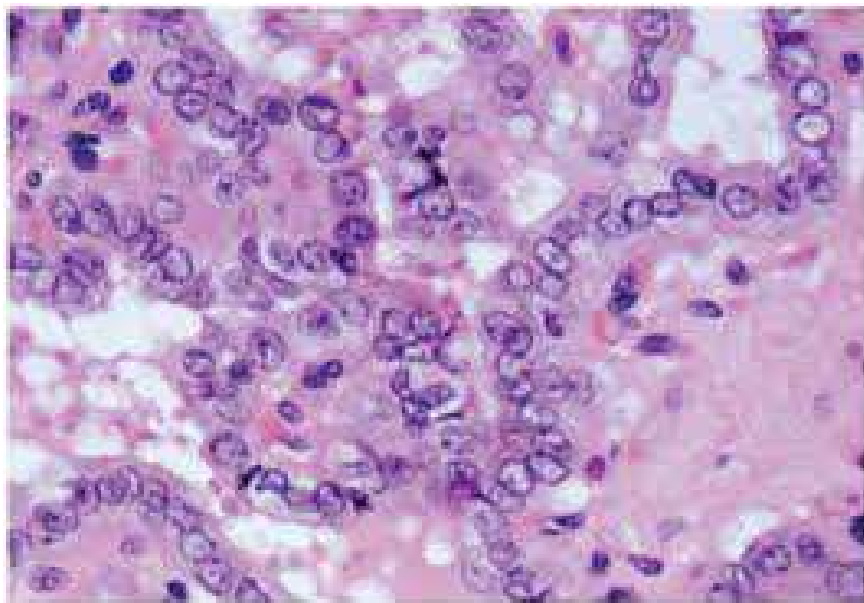


Figure 3 : métastase mandibulaire d'un carcinome papillaire thyroïdien.

## Commentaires

Tous les auteurs consultés s'accordent à noter le caractère exceptionnel des métastases mandibulaires provenant d'un carcinome papillaire thyroïdien, tels Germain (1), Colella (2), Osguthorpe (3), Okura (4) et Liu (5). Comme nous, ces auteurs n'avaient rapporté chacun qu'une seule observation. Depuis 2007, à notre connaissance, aucun autre cas n'avait été publié.

L'apparition des métastases mandibulaires se produit dans des délais variables, 5 ans pour la patiente de Colella (2), 13 ans pour celui de Germain (1). Ce délai était plus court chez notre patiente (2 ans après la première localisation thyroïdienne). A la localisation mandibulaire s'ajoutait une autre localisation scapulaire (5) (observation de Liu), pulmonaire (observation d'Okura) (4). Le cas rapporté par Bhansali (6) siégeait sur le maxillaire et non sur la mandibule.

Les carcinomes thyroïdiens vésiculaires métastasent volontiers au niveau des os (7). La mandibule étant une structure osseuse, comment expliquer que les métastases mandibulaires ne soient pas plus souvent retrouvées dans les carcinomes papillaires? Si les carcinomes vésiculaires donnent des métastases par voie hématogène, les

carcinomes papillaires restent généralement intraglandulaires ou donnent uniquement des métastases ganglionnaires cervicales (2). La métastase mandibulaire pourrait n'être en fait qu'une deuxième localisation. Osguthorpe (3) pense qu'il pourrait s'agir de la transformation maligne d'un tissu thyroïdien ectopique. Nous pensons que, puisque l'embryogénèse thyroïdienne ne fait pas intervenir l'arc primitif mandibulaire, cette dernière hypothèse est plausible.

Devant cette pathologie, l'arsenal thérapeutique comporte une mandibulectomie interruptrice avec lambeau de tissu osseux péronéen (1) associée à la chimiothérapie, une chimiothérapie adjuvante, un traitement par iode 131 ou une immunothérapie locale (4). Notre traitement consistait en une thyroïdectomie et une chimiothérapie adjuvante pour la tumeur initiale et une irathérapie pour la localisation mandibulaire. Dans les carcinomes thyroïdiens, le traitement par l'iode 131 permet de diminuer le taux de rechute clinique, rallongeant ainsi la survie des patients (7). L'irathérapie s'administre à une dose de 30-100 millicuries, permettant l'ablation des résidus tumoraux dans 90%

des cas (7). La chimiothérapie est dévolue dans notre CHU à des spécialistes du service Oncologie. Ces médecins ont leur protocole propre vis-à-vis des pathologies malignes. Cependant, des réunions de concertation pluridisciplinaire réunissant oncologues et ORL ont lieu régulièrement dans notre CHU, permettant de conjuguer les efforts dans la prise en charge des patients cancéreux. L'irathérapie est disponible à Antananarivo, au service de Médecine Nucléaire, mais son coût élevé la rend souvent inaccessible à nos patients dont le niveau socio-économique est souvent modeste.

En raison de son âge (68 ans au moment de la première consultation) et d'un état général précaire, notre patiente n'avait bénéficié d'aucun traitement chirurgical sur les lésions mandibulaires. Selon Germain (1), la mandibulectomie possède l'avantage de stériliser localement le foyer mandibulaire du foyer carcinomateux. Actuellement, les lambeaux de reconstruction se font avec du muscle grand pectoral ou des muscles sous-hyoïdiens. Les lambeaux naso-géniens se réalisent pour de petites lésions. Le défaut osseux peut nécessiter un greffon costal. On doit respecter des marges de résection en tissu sain suffisantes (10 millimètres). Si nous avons eu à opérer, le respect de ces marges d'exérèse impose

que l'on dispose d'un examen histologique extemporané. Grâce à la collaboration d'anatomo-pathologistes du CHU d'Antananarivo venant de faire des stages extériorisés de perfectionnement à l'étranger, un tel examen est désormais faisable au CHU d'Antananarivo. Cela a pour effet d'améliorer la prise en charge des malades lorsqu'une chirurgie carcinologique est programmée. Le service ORL du CHU d'Antananarivo dispose également de chirurgiens aptes à la chirurgie oncologique.

Dans le cas de notre malade, le recul est encore insuffisant (1 an et 8 mois), et la surveillance continue à être effectuée tous les 6 mois. En raison de l'apparition tardive de ces métastases mandibulaires, - jusqu'à 13 ans pour le malade de Germain (1) -, le suivi des carcinomes papillaires doit être poursuivi longtemps. A chaque contrôle, un examen endo-buccal devrait être pratiqué par le médecin maxillo-facial, l'odonto-stomatologiste ou l'oto-rhino-laryngologiste. Néanmoins, pour des raisons pécuniaires ou d'éloignement, cela est difficilement réalisable chez le patient malgache. Devant une tumeur mandibulaire, il faut entre autres diagnostics différentiels penser à une métastase d'un carcinome thyroïdien.

Au total, les métastases mandibulaires d'un carcinome papillaire thyroïdien sont exceptionnelles. La pathogénie de ces affections est restée à l'état d'hypothèse. Elles doivent être incluses parmi les diagnostics étiologiques d'une tumeur de la

région orale. Une survie plus longue pourrait être obtenue grâce à un diagnostic précoce, un traitement adéquat de ces lésions métastatiques ainsi qu'une surveillance régulière prolongée, incluant un examen de la mandibule.

## Références

- 1- Germain MA, Marandas P, Leridant AM, Domenge C, Julieron M, Schlumberger M, et al. Métastase isolée d'un cancer thyroïdien. Mandibulectomie et reconstruction par greffon libre péronéen. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 1998; 98 (6): 371-4.
- 2- Colella G, Capone R, Cappabianca S. Mandibular metastasis from papillary thyroid carcinoma. A case report. *Tumori*. 2003; 89 (4): 452- 4.
- 3- Osguthorpe JD, Bratton JR. Occult thyroid carcinoma appearing as a single mandibular metastasis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1982; 90 (5): 674- 5.
- 4- Okura M, Tamaki Y, Furukawa S, Matsuya T. Bilateral multiple pulmonary metastases in a patient with double advanced cancer of the head and neck. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2003; 32 (4): 430- 2.
- 5- Liu L, Venkataraman G, Salhadar A. Follicular variant of papillary thyroid carcinoma with unusual late metastasis to the mandible and the scapula. *Pathol Int*. 2007; 57 (5): 296- 8.
- 6- Bhansali A, Kataria RN, Subrahmanyam KA, Radotra BD, Mathur SK. Maxillary mass as the presenting manifestation of papillary thyroid carcinoma. *Indian J Cancer*. 2003; 40 (2): 80- 1.
- 7- Hartl D, Travagli JP, Schlumberger M. Pathologie thyroïdienne maligne. In: Brasnu D. *Traité d'ORL. Méd- Sc., Paris: Flammarion*, 2008. pp 692-701.