Cas clinique et revue de la littérature

Métastase mandibulaire révélatrice d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde : A propos d'un cas

Mohamed Abdessamad Dikhaye^{1*}, Nawfal Fejjal³, Salma Benazzou¹, Malik Boulaadas¹
Othman Lahbali², Rajae Tahiri², Nadia Cherradi²

¹ Unité de chirurgie maxillo-faciale, hôpital des spécialités, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

² Service d'anatomie pathologique, hôpital des spécialités, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

³ Service des brûlés, hôpital d'enfants, CHU Avicenne, Rabat, Maroc

(Reçu le 16 octobre 2015, accepté le 10 avril 2016)

Mots clés :
métastase
mandibulaire /
carcinome vésiculaire /
thyroïde

Résumé – Introduction : Les métastases au niveau des maxillaires sont inhabituelles et représentent près de 1 % des tumeurs malignes de la cavité buccale. **Observation :** Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 40 ans qui présentait une masse mandibulaire droite mimant sur le plan radiologique un améloblastome mandibulaire. L'examen anatomopathologique de la pièce de résection chirurgicale a objectivé une métastase mandibulaire d'un carcinome vésiculaire (CV) de la thyroïde jusque-là méconnu. **Discussion :** L'extension extrathyroïdienne d'un carcinome vésiculaire, même invasif, est rare et apparaît tardivement. Elle se fait essentiellement par voie veineuse avec deux sites métastatiques préférentiels : le poumon et les os. Ce risque métastatique est l'apanage quasi exclusif des CV angio-invasifs avec invasion franche. Bien que rare, la métastase mandibulaire révélatrice d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde doit être gardée à l'esprit.

Key words:
mandibular
metastasis /
vesicular carcinoma /
thyroid

Abstract – Mandibular metastasis revealing a vesicular thyroid carcinoma: a case report. Introduction: Metastasis in the jaw is unusual and represents nearly 1% of malignant tumors of the oral cavity. **Observation:** We report the case of a patient aged 40 who had a right mandibular mass radiologically mimicking an odontogenic tumor. Pathological examination of the surgical resection specimen revealed mandibular metastasis of a vesicular thyroid carcinoma that was previously undiagnosed. **Discussion:** Extrathyroid extension of a vesicular carcinoma, even invasive, is rare and appears late. It is mainly intravenous, with two preferential metastatic sites: the lung and bone. This metastatic risk is almost exclusive to angioinvasive vesicular carcinoma. Although rare, mandibular metastasis revealing vesicular thyroid carcinoma must be kept in mind.

Introduction

Les métastases au niveau de la cavité buccale sont rares. Elles représentent 1-8 % de toutes les tumeurs malignes de la cavité buccale [1, 2]. La tumeur primitive à l'origine de ces métastases est bien souvent pulmonaire, hépatique ou rénale [3]. Les tumeurs thyroïdiennes ne métastasent qu'exceptionnellement en endobuccal [4]. Au niveau de la cavité buccale, le corps mandibulaire est le plus atteint par ces métastases [1]. Nous rapportons un cas rare de métastase mandibulaire révélatrice d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde.

Observation

Il s'agissait d'une patiente de sexe féminin, âgée de 40 ans, Mauritanienne, sans antécédent pathologique particulier. Elle s'est présentée avec une tuméfaction mandibulaire droite, apparue un an auparavant, augmentant progressivement de volume. La patiente ne présentait pas d'altération de l'état général.

L'examen maxillofacial exobuccal a mis en évidence une tuméfaction en regard de la branche horizontale de l'hémi-mandibule droite, dure à la palpation, mesurant 6 cm de

* Correspondence : dikhaye@gmail.com

Fig. 1. Orthopantomogram montrant une image lacunaire radioclaire multigéodique mandibulaire droite intéressant le ramus et le corpus mandibulaire en arrière de la 45.

Fig. 1. Orthopantomogram showing a lacunar radiolucent multi geodique image interesting the right mandibular ramus and mandibular corpus behind the 45.

grand axe, faisant corps avec la mandibule. La sensibilité labiomentonnière homolatérale était conservée et la peau en regard était d'aspect normal. Il n'y avait pas de masse cervicale palpable et le reste de l'examen général était sans particularité.

En endobuccal siégeait une ulcération gingivale droite en regard de la tumeur, à grand axe antéro-postérieur, de 4 cm de diamètre, sans atteinte vestibulaire ou du plancher latéral droit. La tuméfaction comblait le vestibule droit. Les dents du côté homolatéral à la tuméfaction étaient absentes.

Le bilan biologique sanguin préopératoire (NFS, ionogramme et bilan de crase) était normal.

L'orthopantomogramme a objectivé une image lacunaire, radioclaire mandibulaire droite intéressant le ramus et le corpus mandibulaire, d'aspect multigéodique (Fig. 1). L'examen TDM a montré une image ostéolytique soufflant les deux corticales mandibulaires (Fig. 2).

Cliniquement et radiologiquement, le diagnostic le plus probable était celui d'un améloblastome mandibulaire. Une chirurgie conservatrice était impossible chez cette patiente. Un traitement chirurgical a été indiqué et la patiente a bénéficié d'une hémimandibulectomie droite (Fig. 3). La reconstruction de la perte de substance mandibulaire a été réalisée durant le même temps opératoire par un lambeau micro-anastomosé de fibula (Fig. 4 et 5).

L'examen macroscopique de la pièce de résection chirurgicale a objectivé une tuméfaction bien limitée mesurant 4 × 4 × 5 cm située à 1,5 cm de la tranche de section chirurgicale et à 3,5 cm de l'articulation temporo-mandibulaire. À l'examen macroscopique, la tumeur était blanc-jaunâtre de consistance ferme avec présence de suffusions hémorragiques (Fig. 6).

Fig. 2. Examen TDM en coupe axiale passant par la mandibule, en fenêtre parenchymateuse, montrant une masse tumorale lytique mandibulaire droite d'allure agressive rompant les corticales osseuses.

Fig. 2. CT scan in axial section through the mandible in parenchymal window, showing a right mandibular lytic tumor of aggressive look, breaking bone cortical.

Fig. 3. Pièce d'exérèse chirurgicale (hémimandibulectomie droite).
Fig. 3. Piece of surgical resection (right hemimandibulectomy).

L'examen microscopique des coupes effectuées sur la pièce de résection chirurgicale, après inclusion en paraffine et coloration en hématoxyline éosine, a objectivé une prolifération carcinomateuse d'architecture diffuse infiltrant l'os. Cette prolifération tumorale était constituée de follicules thyroïdiens centrés par le colloïde, bordés par des thyrocytes aux noyaux augmentés de taille, vésiculeux, montrant quelques figures de mitoses (Fig. 7). Cet aspect histologique évoquait un carcinome vésiculaire thyroïdien localisé au niveau de la

Fig. 4. Orthopantomogramme de contrôle post-chirurgie montrant le greffon de fibula.

Fig. 4. Post-surgery control orthopantomogram showing the fibula graft.

Fig. 5. Vue endobuccale à une semaine post opératoire : l'hygiène et la cicatrisation muqueuse sont satisfaisantes.

Fig. 5. Intraoral view to a postoperative week: hygiene and mucosal healing are satisfactory.

mandibule jusque-là inconnu. Une échographie thyroïdienne a objectivé la présence de deux nodules thyroïdiens suspects. La patiente a ensuite été perdue de vue et l'exérèse des nodules thyroïdiens n'a pas été réalisée par nos soins.

Discussion

La survenue d'un carcinome vésiculaire thyroïdien est essentiellement liée à la carence alimentaire en iode, en association avec des facteurs génétiques. L'augmentation de la TSH, en cas de carence en iode, entraînerait une stimulation et une prolifération des cellules thyroïdiennes. Les radiations ionisantes sont plus impliquées dans le développement du carcinome papillaire [5].

Fig. 6. Examen macroscopique de la pièce opératoire après fixation montrant un aspect blanc jaunâtre de la masse tumorale.

Fig. 6. Macroscopic examination of the surgical specimen after fixation showing a yellowish white appearance of the tumor mass.

La dissémination d'un carcinome vésiculaire, même invasif, se fait par voie hématogène. Elle est rare et apparaît tardivement. Les métastases pulmonaires et osseuses sont les plus fréquentes. Les métastases osseuses apparaissent chez 7-28 % des patients [6].

La dissémination osseuse métastatique est ubiquitaire avec une prédilection au niveau de la moelle rouge du squelette axial, où le débit sanguin est élevé [6]. La localisation mandibulaire d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde est inhabituelle. Douze cas ont été rapportés dans la littérature [7, 8].

Les métastases au niveau de la cavité buccale représentent 1 à 8 % des tumeurs malignes de cette région [1, 2]. La tumeur primitive à l'origine de ces métastases est bien souvent pulmonaire, hépatique ou rénale [3]. Les tumeurs thyroïdiennes ne métastasent qu'exceptionnellement en endobuccal [4]. Au niveau de la cavité buccale, le corps mandibulaire est le plus atteint par ces métastases par rapport à la langue, au maxillaire et à la muqueuse buccale [1]. Ceci peut être expliqué par la richesse de cette région en tissu hématopoïétique [9].

Sur le plan histologique, les cancers thyroïdiens sont classés en quatre types principaux :

- les cancers différenciés de la thyroïde : dérivés des thyrocytes (papillaires et vésiculaires ou folliculaires des auteurs anglo-saxons) ;
- les cancers dérivés de la cellule C sécrétrice de calcitonine (cancers médullaires) ;
- les cancers indifférenciés ou anaplasiques.

Les études épidémiologiques montrent que les cancers papillaires représentent environ 70 % de l'ensemble des cancers thyroïdiens et prédominent chez les sujets jeunes. Ils sont de bon pronostic. Dans le cas d'une diffusion, elle se fait essentiellement par voie lymphatique avec envahissement ganglionnaire fréquent [5].

Fig. 7. A : Infiltration de l'os par une prolifération carcinomateuse faite de follicules thyroïdiens (G×10) (coloration hémateïne-éosine). B : Follicules thyroïdiens centrés par le colloïde, bordés par des thyrocytes aux noyaux augmentés de taille (G×20) (coloration hémateïne-éosine).

Fig. 7. A: Infiltration of the bone by a cancerous proliferation made of thyroid follicles (G×10) (hematoxylin-eosin stain).

B: Thyroid follicles centered by the colloid, bordered by thyrocytes with increased core size (G×20) (hematoxylin-eosin stain).

Les cancers vésiculaires représentent environ 10 à 15 % des cas. Leur pronostic est un peu moins bon que celui du carcinome papillaire [5].

Le traitement des métastases osseuses des cancers folliculaires de la thyroïde est multidisciplinaire associant la chirurgie et/ou la radiothérapie métabolique à l'iode 131 et/ou la radiothérapie externe.

Conclusion

Les métastases mandibulaires d'origine thyroïdienne sont rares. Leur découverte peut être inaugurale ou secondaire à un bilan d'extension. Leur prise en charge doit être multidisciplinaire, incluant les chirurgiens maxillo-faciaux, les chirurgiens-dentistes, les médecins nucléaires et les radiothérapeutes.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Fu-gui Z, Cheng-ge H, Mo-lun S, Xiu-fa T. Primary tumor prevalence has an impact on the constituent ratio of metastases to the jaw but not on metastatic sites. *Int J Oral Sci* 2011;3:135-140.
2. Van der Waal RI, Buter J, van der Waal I. Oral metastasis: report of 24 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003;41:3-6.
3. Mitsuoka K, Mano T, Okafuji M et al. A clinical study of malignant tumors metastatic to the oral region. *Yamaguchi Univ Med J* 2006;2:61-65.
4. Chossegros C, Blanc JL, Cheynet JF. Localisations métastatiques au niveau de la cavité buccale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1991; 92:160-164.
5. Leenhardt L, Grosclaude P. Épidémiologie des cancers thyroïdiens dans le monde. *Annales d'endocrinologie* 2011;72:136-148.
6. Muresan MM, Olivier P, Leclère J, Sirveaux F, Brunaud L, Klein M, et al. Bone metastases from differentiated thyroid carcinoma. *Endocr Relat Cancer* 2008;15:37-49.
7. Draper BW, Precious DS, Priddy RW, Byrd DL. Follicular thyroid carcinoma metastatic to the mandible. *J Oral Surg* 1979;37:736-739.
8. Satya N, Hemant B. Metastatic carcinoma of maxilla secondary to primary follicular carcinoma of thyroid gland: a case report. *Indian Journal of Dentistry* 2011;2:30-32.
9. Zachariades N. Neoplasms metastatic to the mouth, jaws, and surrounding tissues. *J Cranio Maxillofac Surg* 1989;17:283-290.
10. Shrichita V. Follicular thyroid carcinoma metastasizes to the mandible: case report. *J Dent Assoc Thai* 1981;31:75-83.
11. Osguthorpe JD, Bratton JR. Occult thyroid carcinoma appearing as a single mandibular metastasis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1982;90:674-675.
12. Kahn MA, McCord PT. Metastatic thyroid carcinoma of the mandible: case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1986;47:1314-1316.
13. Vural E, Hanna E. Metastatic follicular thyroid carcinoma to the mandible: A case report and review of the literature. *Am J Otolaryngol* 1988;19:198-202.
14. Erdag T, Bilgen C, Ceryan K. Metastatic thyroid carcinoma of the mandibula. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 1999;120:31-34.
15. Anil S, Lal PM, Gill DS, Beena VT. Metastasis of thyroid carcinoma to the mandible: case report. *Aust Dent J* 1999;44:56-57.
16. Ostrosky A, Mareso EA, Klurfan FJ, Gonzalez JM. Mandibular metastasis of follicular thyroid carcinoma: case report. *Med Oral* 2003;8:224-227.
17. Kaveri H, PunnyaVA, TayaarAmsavardani S. Metastatic thyroid carcinoma to mandible. *J Oral Maxillofac Pathol* 2007;11:32-34.
18. Muttagi SS, Chaturvedi P, D'Cruz A, Kane S, Chaukar D, Pai P, et al. Metastatic tumors to the jawbones: retrospective analysis from an Indian tertiary referral center. *Indian J Cancer* 2011;48:234-239.
19. Ripp GA, Wendth AJ, Vitale P. Metastatic thyroid carcinoma of the mandible mimicking an arteriovenous malformation. *J Oral Surg* 1977;35:743-745.
20. Yokoe H et al. Mandibular metastasis from thyroid follicular carcinoma: a case report. *Asian J Oral Maxillofac Surg* 2010;22: 208-211.