

LA MÉTAPLASIE MALPIGHIENNE DANS LE CARCINOME PAPILLAIRE DE LA THYROÏDE

F. HAMMEDI, S. BEN ABDELKRIM, A. TRABELSI, W. KERMANI*, M. BEN ALI*, M. MOKNI, K. BOUZOUITA*, B. SRIHA.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, *SERVICE D'ORL CHU F. HACHED, SOUSSE, TUNISIE

RESUME

Introduction : la métaplasie malpighienne est rare au niveau de la thyroïde. Elle peut être associée à un processus pathologique tumoral ou inflammatoire.

Matériels et méthodes : les auteurs se proposent de rapporter une observation de métaplasie malpighienne de la thyroïde associée à un carcinome papillaire diagnostiqué au service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHU Farhat Hached de Sousse et d'en discuter la pathogénie de cette métaplasie, ses circonstances de survenue et ses difficultés diagnostiques.

Résultats : il s'agissait d'une fille âgée de 9 ans ayant consulté pour un nodule de la thyroïde. Une cytoponction de ce nodule était pratiquée et avait montré la présence de cellules tumorales d'un carcinome papillaire. Une thyroïdectomie totale avec curage triangulaire fonctionnel a été réalisée. L'examen anatomo-pathologique de la pièce a confirmé la présence d'un carcinome papillaire de la thyroïde avec présence au voisinage de la tumeur de plages de cellules malpighiennes d'allure non tumorale.

Conclusion : bien que rare, la métaplasie malpighienne peut se voir dans la thyroïde. Elle doit être distinguée d'un carcinome épidermoïde de la thyroïde par la recherche systématique, devant tout foyer de métaplasie malpighienne, des signes de malignité.

Mots clés : métaplasie malpighienne, carcinome papillaire, glande thyroïde.

INTRODUCTION

La métaplasie malpighienne (MM) est un événement rare et inhabituel au niveau de la thyroïde. Elle est généralement associée à un processus pathologique tumoral ou inflammatoire. Elle peut poser un problème de diagnostic différentiel avec un contingent malpighien tumoral et notamment dans le cadre d'un examen extemporané. De rares cas ont été rapportés dans la littérature. Nous rapportons un cas de métaplasie malpighienne associée à un carcinome papillaire de la thyroïde chez une fille de 9 ans et nous discutons la pathogénie de cette métaplasie dans la thyroïde, ses circonstances de survenue et ses difficultés diagnostiques.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une fille âgée de 9 ans, sans antécédents pathologiques notables qui consultait pour adénopathies latéro-cervicales bilatérales évoluant depuis 2 mois. L'échographie avait montré une thyroïde hétérogène augmentée de taille avec présence de nombreuses adénopathies cervicales bilatérales. La scintigraphie avait révélé une hyperfixation du lobe gauche ainsi qu'une hyperfixation extra-thyroïdienne. Un examen tomodynamométrique avait montré une hypertrophie suspecte de la thyroïde associée à des adénopathies cervicales (figure 1).



Fig. 1 : scanner coupe transversale: hypertrophie suspecte de la thyroïde associée à des adénopathies cervicales.

Une cytoponction thyroïdienne était réalisée, elle avait montré des amas de cellules thyroïdiennes formant de petites vésicules avec présence de quelques noyaux comportant une rainure centrale, en faveur d'un carcinome thyroïdien. Une lobectomie gauche avec curage ganglionnaire, complétés par une totalisation de la thyroïde étaient pratiqués. L'examen histologique avait montré un parenchyme thyroïdien et péri-thyroïdien siège d'une prolifération tumorale d'architecture papillaire, faite de cellules thyroïdiennes de taille variable, présentant tantôt des noyaux vésiculaires, tantôt des noyaux en grains de café (figure 2). Il existait, par ailleurs, des foyers de nécrose entourés par des plages faites par des lobules et amas de cellules malpighiennes régulières (figure 3) ne montrant pas des atypies cytonucléaires ni des mitoses (figu-



re 4). Le curage ganglionnaire renfermait 22 ganglions dont 12 étaient métastatiques avec effraction capsulaire. Le diagnostic de carcinome papillaire de la thyroïde associé à des foyers de métaplasie malpighienne avec métastases ganglionnaires était retenu. La patiente avait reçu 3 cures d'iode radioactif 131 avec une évolution favorable et un recul de 24 mois.

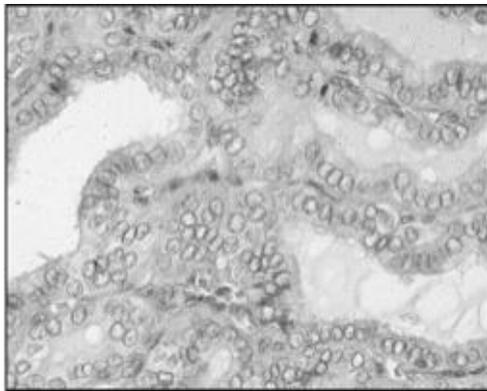


Fig. 2 : prolifération papillaire avec des cellules de grande taille présentant des critères nucléaires de carcinome papillaire (HE x 200).

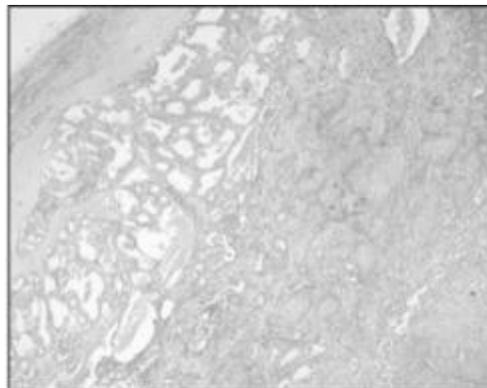


Fig. 3 : plages diffuses de métaplasie malpighienne au sein du parenchyme thyroïdien (HE x 40).

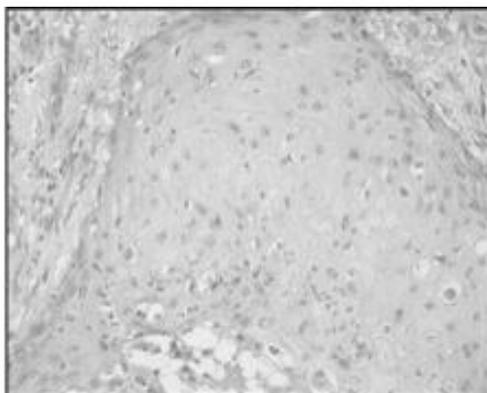


Fig. 4 : îlots malpighiens dépourvus d'atypies cytonucléaires et de figures de mitoses (HE x 200).

DISCUSSION

La MM dans la thyroïde constitue, sans doute, un événement inhabituel. Ce dernier a été rarement rapporté dans la littérature. Dans le département d'anatomopathologie de l'université d'Edinburgh [1], seulement 4 cas de MM ont été retrouvés sur 1200 thyroïdes étudiées. Il n'a pas été retrouvé d'autres types de métaplasie dans cette étude. La pathogénie de cette atteinte reste incertaine. Plusieurs hypothèses ont été émises. Elle peut dériver d'un foyer de tissu thymique ectopique, des vestiges du tractus thyroïdologique [2], d'une métaplasie des cellules folliculaires ou d'une métaplasie de tumeurs thyroïdiennes, en particulier le carcinome papillaire de la thyroïde [1, 2]. Elle peut également être secondaire à un traumatisme après une cytoponction. La MM de la glande thyroïde a été décrite pour la première fois par Nicholson en 1922 qui attribue cette dernière à celle des épithéliums folliculaires induite par l'inflammation chronique sévère et la fibrose [1]. La glande thyroïde contient rarement des cellules malpighiennes, ce phénomène a été rapporté dans plusieurs tumeurs thyroïdiennes, à savoir, le carcinome papillaire de la thyroïde dans 20 à 40% des cas et l'inflammation chronique en particulier la thyroïdite d'Hashimoto. Plus rarement, elle peut survenir dans le cadre d'un goitre ou d'un adénome. Ces lésions sont, le plus souvent, massives. Des lésions de métaplasie malpighienne focale peuvent survenir suite à une ponction à l'aiguille fine ou une atteinte ischémique similaire à celle décrite dans les glandes salivaires ou le sein [3]. Donc, la découverte de foyers de MM dans la thyroïde doit inciter à rechercher une pathologie sous-jacente. Dans le cas de notre observation, les foyers de MM peuvent être dus soit à la ponction à l'aiguille fine qu'a subie la patiente, soit accompagner le carcinome papillaire. Généralement les foyers de métaplasie malpighienne sont de petite taille. Lorsqu'ils sont étendus, ils peuvent poser un problème diagnostique. Ils peuvent prêter à confusion avec un carcinome papillaire sclérosant diffus, un carcinome muco-épidermoïde ou un carcinome épidermoïde de la thyroïde [4]. En effet, ce dernier a été rapporté en association avec le carcinome papillaire de la thyroïde [5, 6]. Toutefois, la métaplasie malpighienne ne comporte pas d'atypies cytonucléaires, les mitoses sont absentes et elle ne présente pas un caractère infiltrant. Cette difficulté diagnostique est d'autant plus importante dans le cadre d'un examen extemporané.

Le carcinome épidermoïde de la thyroïde est une tumeur plus rare que la découverte de la métaplasie malpighienne, et les cas rapportés dans la littérature ne permettent pas d'incriminer la métaplasie malpighienne dans ces cancers. Jaffé (1937) défend cette relation de cause à effet qui ne peut être affirmée avec certitude [1].

Notre observation est particulière aussi par l'âge jeune de la patiente. En effet, les cancers thyroïdiens représentent environ 0,5 à 3% de toutes les tumeurs malignes de l'en-



fant [7]. Le tableau clinique est agressif chez l'enfant par rapport à celui de l'adulte avec des adénopathies régionales présentes dans 60 à 80% des cas et des métastases à distance présentes dans 10 à 20% des cas. Bien que le tableau clinique et biologique soit avancé, ces tumeurs ont un meilleur pronostic chez l'enfant [7, 8]. Le taux de survie à 10 ans atteint 100% selon certaines études [7, 9]. Les facteurs prédictifs de rechute sont l'envahissement lymphatique, les métastases à distance et certaines variantes histologiques telles que le carcinome papillaire de forme sclérosante diffuse qui est fréquent chez l'enfant [7, 10]. Certains auteurs préconisent une thyroïdectomie totale ou subtotale comme traitement de choix vu l'atteinte bilatérale fréquente et l'évolution rapide de ces tumeurs [7, 11].

A notre connaissance, aucun cas de MM de la thyroïde n'a été rapporté chez l'enfant. Donc il s'agit d'une association fortuite.

CONCLUSION

La présence de cette prolifération malpighienne dans la thyroïde constitue un évènement rare et inhabituel. Cet évènement pose un problème de diagnostic différentiel avec un contingent malpighien tumoral et notamment dans le cadre d'un examen extemporané. Un examen attentif de cette composante, à la recherche d'atypies cytonucléaires, de mitoses et d'infiltration du tissu sous-jacent permet de résoudre ce problème.

REFERENCES

- [1] Harcourt-webster JN. Squamous epithelium in the human thyroid gland. *J clin. Path* 1966; 19: 384-8.
- [2] LiVolsi VA, Merino MJ. Squamous cells in the human thyroid gland. *Am J Surg Pathol* 1978; 2:133-40.
- [3] Ryska A, Ludvíková M, Rydlová M, Cáp J, Zalud R. Massive squamous metaplasia of the thyroid gland-report of three cases. *Pathol Res Pract* 2006;202:99-106.
- [4] Musso-Lassalle S, Butori C, Bailleux S, Santini J, Franc B, Hofman P. A diagnostic pitfall: nodular tumor-like squamous metaplasia with Hashimoto's thyroiditis mimicking a sclerosing mucoepidermoid carcinoma with eosinophilia. *Pathol Res Pract* 2006; 202:379-83.
- [5] Sutak J, Armstrong JS, Rusby JE. Squamous cell carcinoma arising in a tall cell papillary carcinoma of the thyroid. *J Clin Pathol* 2005; 58:662-4.
- [6] Kleer CG, Giordano TJ, Merino MJ. Squamous cell carcinoma of the thyroid: an aggressive tumor associated with tall cell variant of papillary thyroid carcinoma. *Mod Pathol* 2000;13:742-6.
- [7] Alkan S, Seven H, Sakalli E, Dadaş B. Papillary thyroid carcinoma in a 3-year-old child: case report. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008; 72:275-7.
- [8] Grigsby PW, Gal-or A, Michalski JM, Doherty GM. Childhood and adolescent thyroid carcinoma. *Cancer* 2002; 95:724-9.
- [9] Srikumar S, Agada FO, Picton SV, Squire R, Knight LC. Papillary carcinoma of the thyroid in a 2-year old: case report with review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;1:274-8.
- [10] Giuffrida D, Scollo C, Pellegri G, Lavenia G, Iurato MP, Pezzin V et al. Differentiated thyroid cancer in children and adolescents. *J Endocrinol Invest* 2002; 25:18-24.
- [11] Welch Dinauer CA, Tuttle RM, Robie DK, McClellan DR, Francis GL. Extensive surgery improves recurrence-free survival for children and young patients with class I papillary thyroid carcinoma. *J Pediatr Surg* 1999; 34:1799-804.