
ASPECT ET MALIGNITÉ D'UNE TUMEUR NEUROENDOCRINE

Y. HADDADI¹, B. R. GHOU¹, Z. KIMMOUCHE¹,
K. ZECCAD¹, R. TRADKHOJA¹, M. NEBBAL¹,
F. BOUAOUINA², S. BRAKNI³, E. M. HAFFAF⁴

1- Service de neurochirurgie HCA

2- Service d'anesthésie réanimation HCA

3- Service d'endocrinologie HCA

4- service de médecine nucléaire HCA

RÉSUMÉ : Les tumeurs neuroendocrines se présentent sous forme de masses anormales qui vont progressivement prendre du volume. Il s'agit le plus souvent de tumeurs bénignes c'est-à-dire qu'elles sont non cancéreuses. Néanmoins, même si le risque est faible, si elles ne sont pas retirées elles peuvent se cancériser et devenir des tumeurs malignes. Si des tumeurs neuroendocrines malignes se forment (le plus souvent au niveau du système digestif) on leur donne le nom de carcinome neuroendocrinien. Celles-ci sont capables d'entraîner la formation de métastases, en particulier au niveau des ganglions lymphatiques régionaux, du foie et des poumons. Les tumeurs neuroendocrines (TNE) prennent naissance dans les cellules du système neuroendocrinien. Elles peuvent croître lentement ou se développer rapidement lorsqu'elle est agressive, elle peut envahir les tissus voisins et les détruire. Elle peut aussi se propager (métastases) à d'autres parties du corps.

Mots clés : Tumeurs neuroendocrine, Irrathérapie, lyse osseuse.

ABSTRACT Neuroendocrine tumors are in the form of abnormal masses that will gradually grow. It is most often benign tumors that they are non-cancerous. Nevertheless, even if the risk is low, if they are not removed, they can become cancerous and become malignant tumors. If malignant neuroendocrine tumors are formed (most often in the digestive system) they are called neuroendocrine carcinoma. These can cause the formation of metastases, particularly in regional lymph nodes, liver and lungs. Neuroendocrine tumors (NETs) originate in the cells of the neuroendocrine system. They can grow slowly or grow rapidly when it is aggressive, it can invade surrounding tissues and destroy them. It can also spread (metastasize) to other parts of the body.

Key words : Neuroendocrine tumors, Irratherapy, bone lysis.

INTRODUCTION

Il s'agit d'une patiente âgée de 14 ans qui consulte pour l'exérèse d'une masse du cuir chevelu en région pariéto temporal gauche évoluant depuis 06 mois en augmentant de volume progressivement. A l'inspection, on constate un dôme d'environ 05 cm de grand axe à la palpation, elle est de consistance molle et indolore. Un bilan radiologique fait de radiographies standards du crâne de face

et de profil objectivent l'existence d'une image lacunaire. On décide de compléter par une TDM suivie d'une IRM cérébrale qui concluent à une lésion intra crânienne extra cérébrale avec lyse de la voûte. On décide de pratiquer une exérèse à l'emporte pièce et envoyer la pièce pour une étude histologique (Fig. 1, 2 et 3).

L'intervention chirurgicale a été réalisée juste après avoir pratiqué les bilans nécessaires.

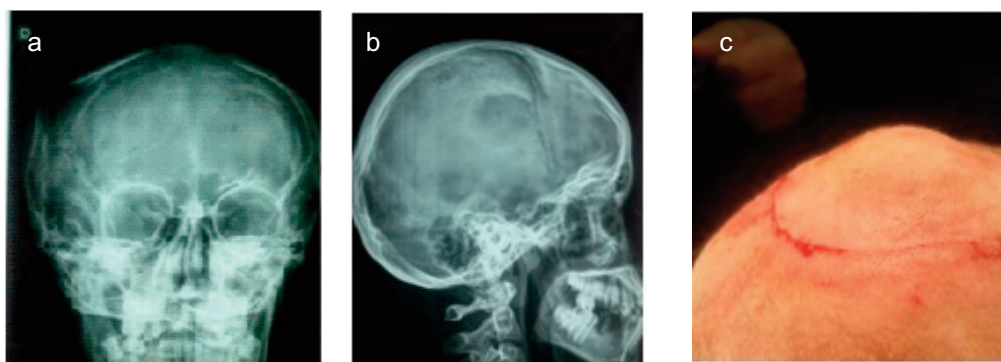


Fig. 1 : Radiographie du crâne (face et profil) mettant en évidence la lyse osseuse, ainsi qu'une vue de la voussure pariétale.



Fig. 2 : TDM crânienne mettant en évidence une lésion de la voûte du crâne avec une extension extradurale.

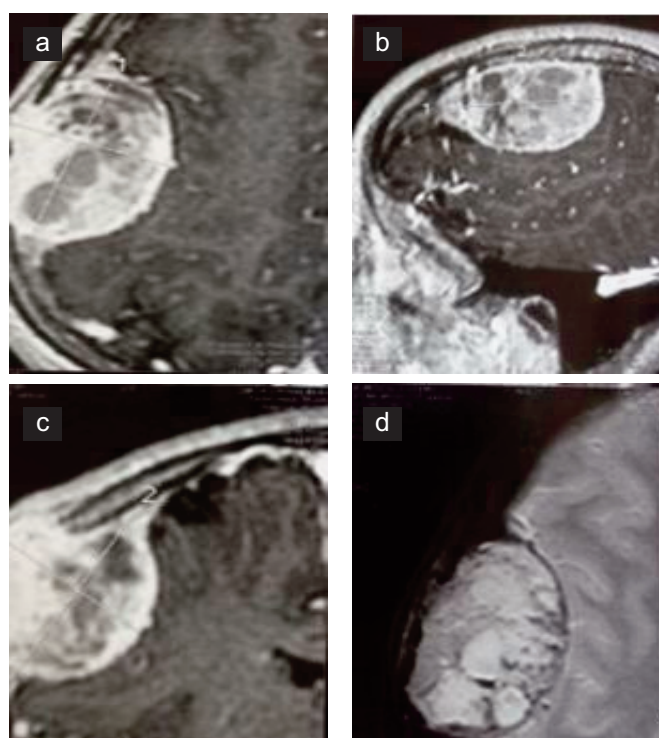


Fig. 3 : Processus ostéolytique solido-kystique agressif de la voûte pariétale droite, à développement endocrânien prédominant et réaction pachyméningée locale, sans envahissement du parenchyme cérébral

La reconstruction osseuse a été réalisée le jour de l'intervention par du ciment acrylique afin de remplacer le défaut osseux ainsi protéger le cerveau (Fig. 4a et b).

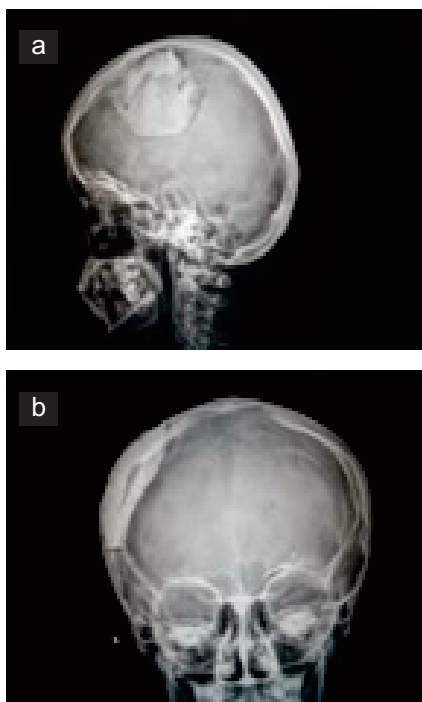


Fig. 4 : Radiographie postopératoire du crâne mettant en évidence la plastie à la résine acrylique.

L'étude de la pièce opératoire est revenue en faveur d'une métastase d'un cancer de la thyroïde (Fig. 5).

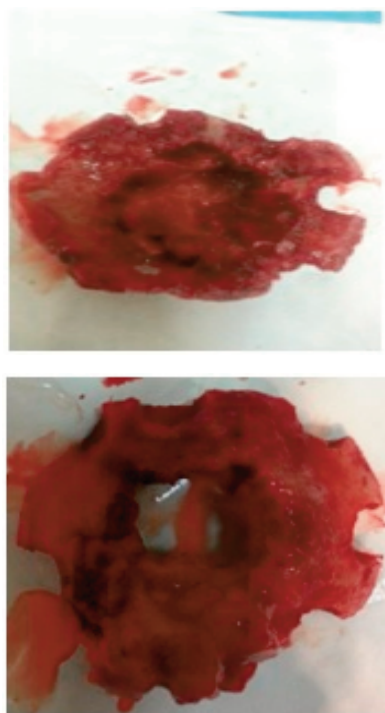


Fig. 5: Vue de la pièce opératoire.

On a réalisé une TDM cérébrale de contrôle (Fig. 6a, b, et c) mettant en évidence l'excellente qualité d'exérèse avec absence de processus ni collection au niveau du foyer opératoire.



Fig. 6 : TDM postopératoire, exérèse totale de la lésion avec une plastie osseuse.

La patiente a été confiée aux endocrinologues pour complément d'exploration et éventuelle prise en charge.

Leur première conduite à tenir était l'exploration de la glande thyroïde dont voici le compte rendu de l'échographie cervicale antérieure.

Nouveau système de classification échographique pour tout type de nodule thyroïdien avec estimation du risque de malignité en pourcentage :

- TIRADS 2..... (0%),
- TIRADS 3..... (< 5%),
- TIRADS 4 A..... (5-10%),
- TIRADS 4 B..... (10-30%),
- TIRADS 5..... (> 80%).

Après présentation du dossier en RCP l'indication de l'ablation de la glande thyroïde n'était plus à discuter, chose faite dont l'histologie confirmant le siège du cancer primitif, suivie d'un traitement substitutif (Fig. 7).

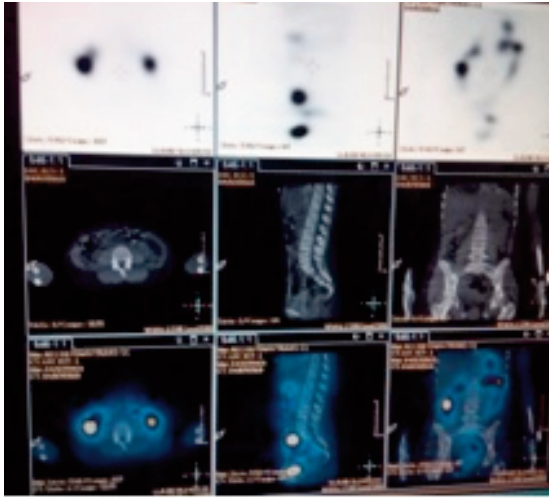


Fig. 7 : Scintigraphie osseuse + Irrathérapie

Cette patiente sera proposée à l'irradiation dans 04 mois.

Les tumeurs neuroendocrines sont le plus souvent de tumeurs bénignes, néanmoins même si le risque est faible, elles peuvent se canceriser et devenir des tumeurs malignes. Leur traitement est une combinaison d'approches spécialisées menées par les oncologues, les endocrinologues, les chirurgiens et d'autres spécialistes (radiologiste, pathologiste, etc.).

Les objectifs de la prise en charge de cette lésion ont été atteints :

- L'ablation de la tumeur (ou la réduction de sa taille) avec la chirurgie ;
- Le contrôle des surproductions hormonales avec une hormonothérapie qui vise à empêcher la production d'hormones ;
- Le soulagement des symptômes dus à la tumeur neuroendocrine et/ou aux hormones qu'elle sécrète avec une immunothérapie et un traitement de soutien ;
- Le traitement des métastases, s'il y a lieu, avec la chirurgie suivie de radiothérapie, en particulier au niveau des os et en cas de localisation cérébrale (cela reste rare).

DISCUSSION

Le carcinome thyroïdien représente 1% de toutes les tumeurs thyroïdiennes. Les métastases cérébrales sont le plus souvent

situées en région occipitale rarement au niveau de la base du crâne. Elles se manifestent par des lésions ostéolytiques bien visualisées en imagerie médicale (radiographie du crâne et le scanner).

Ce sont des tumeurs très vascularisées originaires principalement des branches des artères carotides externes.

L'étude histologique est souvent en faveur d'un carcinome folliculaire, généralement bien à modérément différencié.

La chimiothérapie reste exceptionnelle en cas de cancer neuroendocrinien. Elle n'est employée qu'en cas de tumeurs très avancées ou de façon régionale en perfusion (par exemple directement dans le foie pour lutter contre des métastases hépatiques).

Bien que plusieurs facteurs fassent varier le pronostic (stade du cancer, localisation, type de tumeur, etc.), celui-ci est globalement favorable.

En effet, le taux de survie à 5 ans après un cancer neuroendocrinien est de 77 à 95 %. Dans notre cas, le taux de survie avoisine les 90% jusqu'à 20 ans même en cas d'extension initiale suivie d'une rechute locale.

REFERENCES

- 1] NAGAMINE Y, SUZUKI J, KATAKURA R, YOSHIMOTO T, MATOBA N, TAKAYA K. Skull metastasis of thyroid carcinoma. Study of 12 cases. J Neurosurg 1985 63 : 526-31.
- 2] KIM SH, KOSNIK E, MADDEN C, ET AL. Lytic skull metastasis from a follicular thyroid carcinoma in a child. Pediatr Neurosurg 98;28:84-8.
- 3] REDLEAF MI, BAUMAN NM, ROBINSON RA, GANTZ BJ. Medullary carcinoma of the thyroid metastatic to the temporal bone. J Laryngol Otol 1995;109:1200-3.
- 4] ROSAHL KS, ERPENBECK V, VORKAPIC P, SAMII M. Solitary follicular thyroid carcinoma of the skull base and its differentiation from ectopic adenoma - review, use of galectin-3 and report of a new case. Clin Neurol Neurosurg 2000 ; 102 : 149-55.
- 5] LADENSON PW, BRAVERMAN LE, MAZZAFERVI EL, ET AL. Comparison of administration of recombinant human thyrotropin with withdrawal of thyroid hormone for radioactive iodine scanning in

- patients with thyroid carcinoma. *N Engl J Med* 1997;337:888-96.
- 6] VASSILOPOULOU-SELLIN R, KLEIN MJ, SMITH TH, ET AL. Pulmonary metastases in children and young adults with differentiated thyroid cancer. *Cancer* 1993 ; 71 : 1348 - 52.
- 7] MICCOLI P, AUTONELLI A, SPINELLI C, FERDEGHINI M, FALLAHI P, BASCHIERI L. Completion total thyroidectomy in children with thyroid cancer secondary to the Chernobyl accident. *Arch Surg* 1998;133:89-93.
- 8] BRAVERMAN LE, UTIGER, RD. *Werner & Ingbar's the thyroid: a fundamental and clinical text*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:875-929.
- 9] HARNESS JK, THOMPSON NW, MCLEOD MK, PASIEKA JL, FUKUUCHI A. Differentiated thyroid carcinoma in children and adolescents. *World J Surg* 1992 ; 16 547-53.
- 10] BISWAL BM, BAL CS, SANDHU MS, PADHY AK, RATH GK. Management of intracranial metastases of differentiated carcinoma of thyroid. *J Neurooncol* 1994;22:77-81.