

Cas clinique et revue de littérature

Métastase mandibulaire d'un carcinome folliculaire de la thyroïde : un cas rare après 7 ans

Lahcen Khalfi^{1,*}, Yassine Ziani¹, Mohammed Oukabli², Mohammed Nassih¹, Abdeljalil Abouchadi¹, Karim El Khatib¹

¹ Service de stomatologie et chirurgie maxillofaciale, Appartement 7, Résidence Ahlam, n° 304, Massira, 12020, Temara, Maroc

² Service d'anatomie et cytologie pathologiques, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

(Reçu le 17 avril 2014, accepté le 29 juin 2014)

Mots clés :
métastase /
mandibule / carcinome
folliculaire / thyroïde

Résumé – Introduction : Les métastases au niveau de la mandibule ne représentent que 1 % des tumeurs malignes de la cavité buccale. **Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient opéré il y a 7 ans pour un carcinome folliculaire de la thyroïde et qui présentait une tumeur mandibulaire localisée sans métastases à distance. Une exérèse de la tumeur mandibulaire avec reconstruction a été réalisée. L'histologie révélait une métastase mandibulaire d'un carcinome folliculaire de la thyroïde. L'évolution était favorable avec un recul de 17 mois. **Conclusion :** Bien que rares, les métastases mandibulaires de la thyroïde doivent être évoquées devant toute tumeur de la région buccale, car la détection et le traitement de ces lésions métastatiques à un stade précoce améliorent la survie des patients.

Key words:
metastasis / mandible /
follicular carcinoma /
thyroid gland

Abstract – Mandibular metastasis from follicular thyroid carcinoma: a rare case after seven years. **Introduction:** Mandibular metastasis represents only 1% of malignant oral cavity tumors. **Case report:** We report a case of a mandibular tumor without metastasis. The patient was operated on, 7 years ago, for follicular thyroid carcinoma. Tumor resection with mandibular reconstruction was performed. Histopathology examination revealed a metastatic follicular carcinoma of the mandible. After a median follow-up of 17 months, no local recurrence occurred. **Conclusion:** Though relatively rare, thyroid tumors metastatic to the mandible should be included in the differential diagnosis of tumors in the maxillofacial region, because early detection and treatment of these metastatic lesions may result in long-term survival.

Introduction

Les métastases au niveau de la mandibule ne représentent que 1 % des tumeurs malignes de la cavité buccale [1]. Les cancers du sein, du poumon, de la thyroïde, de la prostate et du rein sont les cancers primitifs susceptibles de donner le plus fréquemment des métastases au niveau de la mandibule.

Nous rapportons ici un cas de métastase mandibulaire d'un carcinome folliculaire de la thyroïde.

Observation clinique

Un patient âgé de 65 ans, totalement édenté, s'est présenté à la consultation pour une masse génienne gauche. Dans

ses antécédents, on notait une hypertension traitée par Tenoretic® (aténolol, chlortalidone), un antécédent de traitement d'un carcinome folliculaire de la thyroïde (chirurgie + irradiation) il y a 7 ans, un traitement substitutif hormonal thyroïdien (Lévothyrox® ; 125 µg/j) et un antécédent d'extraction de la 36 et de la 37 il y a 3 ans. À l'examen exobuccal, il présentait, une tumeur génienne basse gauche faisant corps avec la mandibule de consistance dure, une hypoesthésie labiomentonnière gauche sans signe inflammatoire ni fistule. L'examen endobuccal objectivait une voussure dure de la branche horizontale gauche comblant le vestibule.

Des examens complémentaires radiologiques et biologiques ont été réalisés. La radiographie panoramique (Fig. 1) mettait en évidence une lacune mandibulaire irrégulière de la

* Correspondance : khalfi.l@hotmail.fr

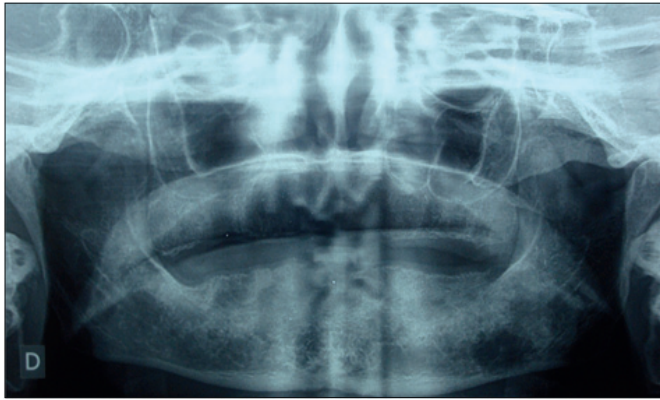


Fig. 1. Radiographie panoramique pré-opératoire : lacune mandibulaire irrégulière de la branche horizontale gauche.

Fig. 1. Preoperative panoramic radiography: irregular lacuna in the left horizontal branch of the mandible.

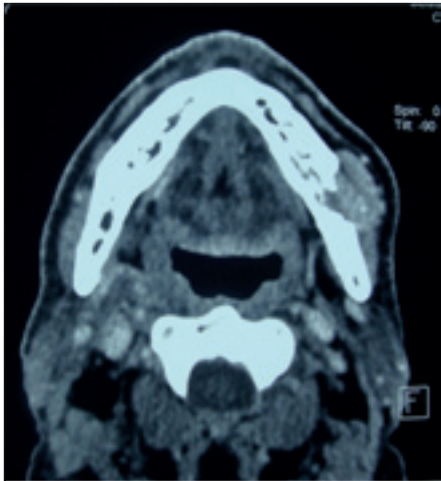


Fig. 2. Tomodensitométrie du massif facial : masse tissulaire hétérogène de la branche horizontale gauche de la mandibule, mesurant 4 cm / 3,5 cm, se rehaussant après injection de produit de contraste et lysant la corticale externe.

Fig. 2. Facial Computed tomography: heterogeneous mass in the left horizontal branch of the mandible, measure 4 cm / 3.5 cm and enhance after contrast injection with lysis of the outer cortex.

branche horizontale gauche. La tomodensitométrie du massif facial (Fig. 2) objectivait une masse tissulaire hétérogène de la branche horizontale mandibulaire gauche, mesurant 4 cm / 3,5 cm, se rehaussant après injection de produit de contraste, lysant la corticale externe. Le bilan biologique révélait un taux élevé de la thyroglobuline (Tg = 426,60 ng/mL).

Nous avons décidé de réaliser une exérèse carcinologique interruptrice de la branche horizontale gauche avec reconstruction par du ciment acrylique et une contention par 2 macro-plaques de 12 trous et une plaque de 6 trous au niveau



Fig. 3. Radiographie panoramique post-opératoire : Reconstruction de la perte de substance mandibulaire par du ciment acrylique avec contention par 02 macro-plaques de 12 trous et une plaque de 06 trous.

Fig. 3. Post operative panoramic radiography: Reconstruction of the mandibular substance loss by acrylic cement with restraint by 02 macroplates of 12 holes and a plate of 06 holes.

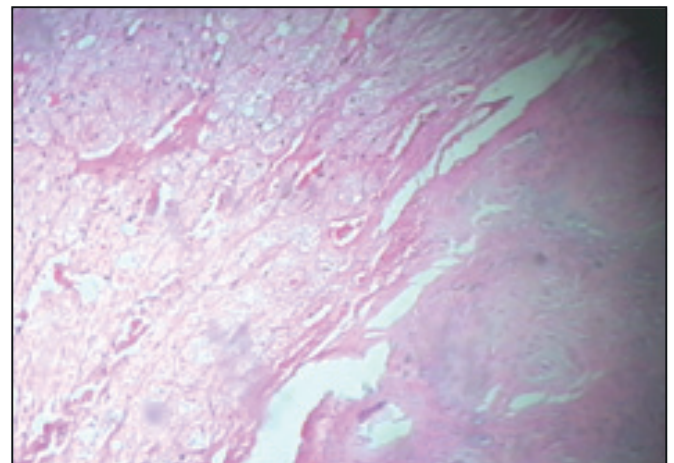


Fig. 4. Coupe histologique où l'on observe une infiltration tumorale mandibulaire par une prolifération faite de petits tubes dont la lumière comporte parfois une substance colloïde (HE x40).

Fig. 4. Histological section: mandibular infiltration with a proliferation of small tubes that middle behaves, sometimes, a colloid (HE x40).

du ramus (Fig. 3). L'histologie (Fig. 4) révélait une infiltration tumorale mandibulaire faite de petits tubes dont la lumière comportait parfois une substance colloïde (hématoxyne éosine x 40). Elle concluait à une métastase mandibulaire d'un carcinome de la thyroïde à différenciation vésiculaire. L'étude immunohistochimique par l'anticorps anti-thyroglobuline (Fig. 5) montrait un marquage intense et diffus des cellules tumorales.

Les suites opératoires étaient simples. Le patient bénéficiait de trois séances d'irathérapie avec une bonne évolution

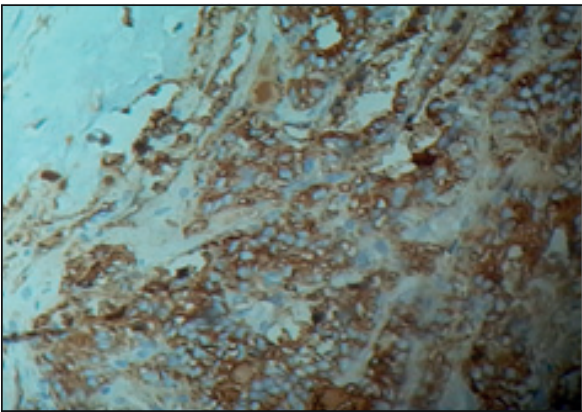


Fig. 5. Coupe immunohistochimique montrant une prolifération tumorale intense et diffuse de la thyroglobuline après marquage par l'anticorps anti-thyroglobuline ($\times 100$).

Fig. 5. Immunohistochemical analysis after labeling with anti-thyroglobulin antibodies: tumor proliferation expresses intense and diffuse thyroglobulin ($\times 100$).

sur le plan local. Après un recul de 17 mois, le patient ne présentait aucune récurrence locale.

Discussion

Le traitement du cancer différencié de la thyroïde comprend une thyroïdectomie complétée par l'injection d'iode 131 à des doses fractionnées de 100 mCi. Cette irradioradiothérapie semble prolonger la survie. Un traitement substitutif par L-thyroxine à dose physiologique est obligatoire. La surveillance est faite par le dosage de la Tg qui constitue un bon marqueur de la présence ou non de tissu thyroïdien métastatique, à condition qu'il ne persiste pas de parenchyme thyroïdien résiduel. Cette surveillance doit être maintenue à vie, étant donné la possibilité de récurrence tardive [3].

Le carcinome folliculaire ou vésiculaire de la thyroïde représente 10 à 15 % des cancers de cette glande. Il survient surtout chez les sujets âgés [2].

Les métastases thyroïdiennes à distance surviennent chez 10 à 15 % des patients atteints de cancer différencié de la thyroïde [3]. Elles représentent environ 3,85 % de l'ensemble des métastases mandibulaires [4]. La voie hématogène est le principal mode de diffusion de ces métastases [2].

Le corps de la mandibule, en particulier la région pré-molaire-molaire, est le site préférentiel des métastases dans la cavité buccale. Ceci est expliqué par certains auteurs par la richesse de cette région en tissu hématopoïétique et par la diminution du flux sanguin, ce qui favorise le dépôt des cellules néoplasiques au niveau de ce tissu [5]. D'autres suggèrent que le remodelage osseux élevé dans cette région pourrait être la cause [6].

Hirshberg et al. ont constaté qu'il y avait une relation entre les extractions dentaires et le développement de la métastase au niveau du site d'extraction, la durée moyenne était de 2 mois [4] ; dans notre cas, elle était de 7 ans. En effet, le traumatisme de la muqueuse buccale peut être suggéré comme un facteur favorisant le développement de ces métastases.

Les signes cliniques sont la voussure, la mobilité des dents, la paresthésie et la fracture pathologique [6], rarement une douleur dans la région temporo-mandibulaire, une ostéomyélite de la mâchoire ou une névralgie du trijumeau [1]. Sur le plan radiologique, ces métastases se présentent sous forme d'images ostéolytiques hypervascularisées avec un aspect pseudoanévrismal, exceptionnellement ostéo-condensantes [7].

En raison de leur rareté et de la non-spécificité des signes cliniques, les tumeurs métastatiques de la région buccale sont de diagnostic difficile et souvent tardif. Chez le tiers des patients, la métastase mandibulaire peut être le premier signe de métastase à partir du site principal et peut même révéler la tumeur sous-jacente [3].

La nature thyroïdienne d'une métastase mandibulaire unique conduit à son exérèse (comme dans le cas présent) [2]. En présence d'autres métastases, un geste chirurgical peut être proposé à visée antalgique et en prévention de fracture [8]. La radiothérapie externe est réalisée en cas de métastases non fixantes et inopérables, elle permet de diminuer leur volume, leur évolutivité et peut être utilisée dans un but antalgique [3].

La présence de métastases à distance est associée à un mauvais pronostic. Le taux de survie globale à 10 ans est de 27 % pour les métastases osseuses du cancer différencié de la thyroïde [9]. Brennan et al. ont rapportés un taux de 40 % de survie à 5 ans chez des patients avec des métastases à distance d'origine thyroïdienne vésiculaire [10].

Les facteurs de bon pronostic des métastases mandibulaires sont :

- âge < 40 ans ;
- caractère bien différencié à l'histologie ;
- fixation à l'iode 131 ;
- bonne réponse à l'irradioradiothérapie ;
- présence de métastase osseuse unique et résécable en totalité [8].

Conclusion

Même si les métastases mandibulaires de la thyroïde sont rares, elles doivent être évoquées devant toute tumeur de la région buccale notamment chez les sujets avec un antécédent de cancer thyroïdien, car la détection précoce de la métastase mandibulaire et sa prise en charge thérapeutique améliorent le taux de survie globale et les résultats du traitement.

Conflits d'intérêt : aucun

Références

1. Bhadage CJ, Vaishampayan S, Umarji H. Mandibular metastasis in a patient with follicular carcinoma of thyroid. *Contemp Clin Dent* 2012;3:212-214.
2. Emre V, Ehab H. Metastatic follicular thyroid carcinoma to the mandible: a case report and review of the literature. *Am J Otolaryngol* 1998;19:198-202.
3. Mahtar M, Kadiri F, Detsouli M, Raji A, Idrissi Chekkoury A, Benchakroun Y. Métastase mandibulaire révélatrice d'un cancer de la thyroïde : à propos de 2 cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2002;103:120-123.
4. Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastatic tumors to the jawbones: analysis of 390 cases. *J Oral Pathol Med* 1994; 23:337-341.
5. Zachariades N. Neoplasms metastatic to the mouth, jaws, and surrounding tissues. *J Cranio Maxillofac Surg* 1989;17:283-290.
6. D'Silva NJ, Summerlin D-J, Cordell KG, Abdelsayedc RA, Tomich CE, Hanks CT, et al. Metastatic tumors in the jaws. A retrospective study of 114 cases. *J Am Dent Assoc* 2006;137:1667-1672.
7. Nishikawa H, Nakashiro K, Sumida T, Sugita A, Hamakawa H. Mandibular osteoblastic metastasis of poorly differentiated carcinoma of the thyroid gland. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39:301-304.
8. Essakalli L, Jazouli N, Kzad M. Mandibular metastasis disclosing a papillary carcinoma of the thyroid gland. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1994;92:351-354.
9. Schlumberger M, Tubiana M, De Vathair F. Long term results of treatment of 283 patients with lung and bone metastases from differentiated thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 1986;63:960-967.
10. Brennan MD, Bergstralh EJ, van Heerden JA, McConahey WM. Follicular thyroid cancer treated at the Mayo Clinic, through 1970: initial manifestations, pathologic findings, therapy and outcome. *Mayo Clin Proc* 1991;166:11-22.