

Covid 19 Révélant Un Cancer Pulmonaire Particulier

W. El Khattabi, I. Sajid, S. Msika, N. Bougteb, H. Arfaoui, H. Afif
Service des maladies respiratoires, hôpital 20 août 1953, Casablanca, Maroc

Date of Submission: 18-05-2024

Date of Acceptance: 28-05-2024

I. Introduction :

La pandémie de COVID-19 a amené à la réalisation d'un grand nombre de scanners thoraciques sur une large population, ce qui a permis de diagnostiquer une proportion importante de cancer pulmonaire à un stade précoce, et de bénéficier d'un traitement curatif. [1]

Nous rapportons un cas d'un cancer pulmonaire dépisté à un stade précoce sur un scanner thoracique réalisé lors d'infection COVID 19, traité et dont l'évolution a été marquée par la survenue d'une métastase thyroïdienne.

Les métastases thyroïdiennes du cancer pulmonaire constituent une entité clinique rare et méconnue [2]. La symptomatologie clinique et l'imagerie sont aspécifiques, rendant difficile le diagnostic différentiel avec un cancer primitif de la thyroïde. La recherche d'antécédents néoplasiques à l'interrogatoire du patient et le recours à la cytoponction permettent d'orienter le diagnostic qui est établi par l'histologie [3,4].

II. Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient de 80 ans, tabagique chronique à 36 paquets/année sevré depuis 5 ans et suivi pour une cardiopathie ischémique avec mise en place de deux stents. Il s'est présenté dans un tableau de détresse respiratoire fébrile en Décembre 2020 suite à une infection virale à coronavirus SARS-CoV-2, confirmée par une PCR COVID positif.

Le scanner thoracique a montré des plages de verre dépoli postéro-basales périphériques bilatérales avec quelques foyers de condensations parenchymateux et un nodule spiculé apical droit (figure 1). Le patient a été traité selon le protocole thérapeutique de la COVID 19 codifié par le ministère de la santé au Maroc avec une bonne évolution clinique et biologique.

Selon les recommandations de la société de Fleischner, le nodule est classé de haut risque de malignité. Dans ce sens, une bronchoscopie souple a été réalisée, elle était sensiblement normale et l'IRM cérébrale était sans anomalies. Le PET-CT scan a, cependant, mis en évidence un processus tissulaire lobaire supérieur droit hypermétabolique de 26 mm (SUV de 18,7 pour un SUV max de), sans autres foyers hypermétaboliques suspects (figure 2). Le nodule pulmonaire a été classé cT1c N0 M0 stade IA-3 (selon la 8ème édition de la classification TNM)

La décision de la concertation pluridisciplinaire d'oncologie thoracique était en faveur d'une exérèse chirurgicale à visée diagnostique et thérapeutique. Une lobectomie homolatérale avec un curage ganglionnaire médiastinal a été indiquée. Le bilan d'opérabilité trouvait un patient à faible risque de complication avec un score ThRCRI à 1.5 et un VEMS prédictif postopératoire à 83% des valeurs prédites.

L'étude histopathologique était en faveur d'un carcinome épidermoïde moyennement à peu différencié sans embolie vasculaire ou nerveux ni envahissement ganglionnaire. Il a été classé pT1b N0 M0 stade pIA-2, avec des résultats immunohistochimiques positifs pour la P40 et négatifs pour le TTF 1.

Les suites opératoires étaient simples avec une bonne évolution clinique. Le patient était sous surveillance régulière. A 18 mois, l'évolution est marquée par l'apparition d'un nodule thyroïdien droit solide, hypoéchogène, hypervascularisé classé EU-TIRADS-4., sans signes cliniques ou biologiques de dysthyroïdie. La cytoponction écho-guidée du nodule thyroïdien met en évidence un carcinome épidermoïde différencié. Ce type histologique est exceptionnel.

Un bilan d'extension a été indiqué par la réunion d'oncologie vu l'antécédent de cancer pulmonaire de même type histologique. Le PET-CT scan a montré un nodule thyroïdien lobaire droit hypermétabolique de 4.55 cm³ mesurant environ 20mm sans hypermétabolisme ganglionnaire suspect de malignité ni autre foyer hypermétabolique (figure 3) et l'IRM cérébrale était normale. La thyroïdectomie totale était donc réalisée avec, à l'étude histopathologique, un carcinome épidermoïde différencié kératinisant et invasif mesurant 2.2 cm

intrathyroïdien lobaire droit, sans effraction de la capsule ni embolies carcinomateuses vasculaires ni extension lymphatique.

L'immunohistochimie était en faveur d'une origine pulmonaire avec des anticorps anti TTF-1 négatifs, anticorps anti P40 positifs et anticorps anti thyroglobuline négatifs. La recherche de l'expression de PDL1 s'est avérée négative.

Après discussion collégiale avec les anatomopathologistes, l'origine secondaire pulmonaire de l'atteinte thyroïdienne était la plus probable

Au total, le diagnostic retenu était celui d'un carcinome épidermoïde pulmonaire au stade précoce pIA-2 révélé par une COVID 19, compliqué 18 mois plus tard d'une métastase thyroïdienne métachronique sans récurrence locale. Il n'y avait pas d'expression de PDL1 dans le sens d'une immunothérapie en cas de progression de la maladie. Une surveillance rapprochée est toujours assurée chez le patient.

III. Discussion :

Le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent dans le monde et représente la première cause de décès par cancer [5]. D'où l'intérêt de la prévention et, à défaut des diagnostics précoces. Des études récentes ont montré un bénéfice du scanner thoracique à faible dose dans le dépistage du cancer du poumon, en termes de diagnostic à un stade précoce accessible à un traitement curatif, et de réduction de la mortalité spécifique [1].

Une étude menée par P. Wang et al. [1] a objectivé que sur 24390 patients ont eu un TDM thoracique lors de la COVID, 84 diagnostics de cancer pulmonaire ont été posés, soit une incidence de 0,34%.

Notre patient a fait COVID 19, on a dépisté un cancer à un stade précoce opéré avec une surveillance régulière. L'évolution a été marquée par la survenue d'une métastase thyroïdienne.

Si les principaux sites métastatiques du cancer pulmonaire sont le cerveau, le foie, les glandes surrénales, le poumon controlatéral et l'os [6,7]. La découverte d'autres sites métastatiques est beaucoup plus rare. Parmi lesquels, les métastases thyroïdiennes restent exceptionnelles [8]. Leur incidence est estimée entre 2 et 4 % dans les séries cliniques [9] et peut atteindre jusqu'à 24,2 % dans les séries autopsiques compte-tenu de la découverte de micrométastases occultes [4,9].

Les variétés histologiques à potentialité métastatique intrathyroïdienne les plus fréquemment rencontrées sont les adénocarcinomes, les carcinomes épidermoïdes comme notre cas, les carcinomes à petites cellules suivies des carcinomes à grandes cellules [10].

Les métastases thyroïdiennes sont soit synchrones du néoplasme primitif et peuvent en être révélatrices, soit métachroniques beaucoup plus rare, survenant dans un délai allant d'un mois à 26 ans comme l'état de notre patient [4].

Contrairement à la pathologie néoplasique thyroïdienne primitive caractérisée par une prédominance féminine, le sexe ratio est là de 1/1 avec un âge de prédilection de 60 ans [4].

La symptomatologie clinique n'est pas spécifique, le mode de révélation est un nodule thyroïdien ou une augmentation de volume thyroïdien, responsables dans certains cas de troubles compressifs tels qu'une dyspnée, dysphonie, dysphagie, gêne cervicale ou un syndrome cave supérieur [8,4]. La recherche d'antécédents néoplasiques revêt toute son importance à l'interrogatoire [4,11].

Le bilan biologique thyroïdien est habituellement normal ainsi que le dosage de la thyroglobuline [3] comme dans notre observation. De rares cas de dysthyroïdie à type d'hyperthyroïdie ont été rapportés [4].

L'échographie thyroïdienne retrouve un nodule solide, hypoéchogène, hypervascularisé en mode doppler, à limites floues [4]. Dans notre cas, le nodule était très suspect classé EU-TIRADS-4. Le scanner cervico-thoracique permet d'évaluer l'extension aux organes de voisinage et de visualiser d'éventuelles métastases pulmonaires associées [3,4]. Le TEP-CT possède une meilleure sensibilité dans l'évaluation du primitif et de son extension afin d'orienter la prise en charge thérapeutique [11].

Le diagnostic de l'atteinte thyroïdienne nécessite la réalisation d'une cytoponction échoguidée [8]. La confirmation est histologique, l'immunohistochimie peut faire la distinction entre les tumeurs malignes métastatiques et les tumeurs thyroïdiennes primitives du point de vue histologique ou cytologique, ainsi qu'en aidant à la mise en évidence de la source des lésions primaires [8]. Le TTF1 peut être positif dans les adénocarcinomes pulmonaires ainsi que dans les cancers primitifs de la thyroïde, c'est l'utilisation de la thyroglobuline (qui sera présente dans un cancer primitif de la thyroïde) qui permet d'affiner le diagnostic comme [8,12,13].

La prise en charge curative se fait en fonction du type histologique et de la résecabilité de la tumeur primitive [4,11]. Dans le cas présenté, l'indication chirurgicale a été retenue. Le traitement médical par chimiothérapie/immunothérapie est proposé en complément ou en l'absence de possibilités chirurgicales et se fait en tenant compte du type histologique de la tumeur primitive et de l'état général du patient [11]. L'immunothérapie reste un traitement alternatif en cas d'âge avancé et PDL-1 élevé. L'iode radioactif n'a pas de place dans le traitement des métastases intrathyroïdiennes [14].

Le traitement chirurgical se justifie pleinement devant un patient opérable qui présente une métastase isolée ou si d'autres localisations métastatiques associées sont opérables [8].

IV. Conclusion :

Lorsqu'un nodule au niveau de la thyroïde est mis en évidence par imagerie chez un patient suivi pour une néoplasie pulmonaire ou ayant des antécédents néoplasiques, une métastase thyroïdienne doit être envisagée bien que rare [15]. Le diagnostic est souvent difficile parce que la présentation clinique peut être confondu avec une tumeur thyroïdienne primaire.

Le PET-CT a permis d'affiner la suspicion diagnostique, le couplage échographie thyroïdienne et cytoponction à l'aiguille fine apporte le diagnostic formel. L'approche thérapeutique est essentiellement dépendante de la néoplasie primitive et du stade au moment du diagnostic.

En raison de la rareté de cette maladie, une communication étroite entre cliniciens, chirurgiens, radiologues et anatomopathologistes au travers d'une approche pluridisciplinaire est importante pour améliorer la prise en charge [8].

Référence :

- [1] P Wang, P SambEt Al. Étude DECA-BROC: Découverte Fortuite De Cancer Bronchique Dans Le Cadre D'un Scanner Thoracique Réalisé Pour Infection COVID-19 Suspectée Ou Confirmée. Rev Mal Respir Actualités. January2023 ; 204-15
- [2] Mirallié E, Rigaud J, And Al. Management And Prognosis Of Metastases To The Thyroid Gland. J Am Coll Surg 2005;200:203-7.
- [3] Bakhos D, Lescanne E, Et Al. Métastase Thyroïdienne D'un Cancer Renal. Ann OtolaryngolChirCervicofac2007;124:301-4.
- [4] Rodier JF, Tuech JJ, Et Al. Métastase Intrathyroïdienne Localement Avancée D'un Cancer Bronchique. Ann OtolaryngolChirCervicofac. 2008 Sep; 125(4):198-203
- [5] Belmokhtar K Y, Tajir M, Et Al. Cancer Du Poumon Au Maroc Oriental : Où En Sommes-Nous ? Pan Afr Med J. 2019; 34: 177.
- [6] Zhu X, Chen J, Et Al. Multiples Sites Of Soft-Tissue Metastases Secondary To Lung Cancer ;A Case Report, Medicine (Baltimore), 2019;98(49):E18162.
- [7] Tamura T, Kurishima K, AndAl. Specific Organ Metastases And Survival In Metastatic Non-Small-Cell Cancer. Mol Clin Oncol. 2015;3:217-21.
- [8] Terrones M. And Al. Thyroid Metastasis From Squamous Cell Carcinoma: An Exemplative Case Report. Rev Med Brux 2021; 42: 202-208
- [9] Kim TY, Kim WB, And Al. Metastasis To The Thyroid Diagnosed By Fine-Needle Aspiration Biopsy. Clin Endocrinol 2005;62:236-41.
- [10] Brandyopadhyay SK, Brandyopadhyay R, Dutta A. Isolated Massive Thyroid Metastasis In Lung Cancer. Singapore Med J 2006;47:324-6.
- [11] Boukir A, El Kabous M, Et Al. Une Métastase Intra-Thyroïdienne Révélant Un Cancer Bronchique Non A Petites Cellules, Pan Afr Med J. 2015; 22: 174.
- [12] Steurer, S., And Al. Annals Of Diagnostic Pathology, October 2021, 54;151793.
- [13] Gilbert, M, Et Al. (2011). TTF-1 : Ni Ange Ni Démon. Médecine/Sciences, 27(2),183-186.
- [14] Wood K, Vini L, Harmer C. Metastases To The Thyroid Gland: The Royal Marsden Experience. Eur J Surg Oncol2004;30:583-8.
- [15] Klein M, Demarquet L, Et Al. Les Métastases Intra-Thyroïdiennes : Quel Cancer ? MCEd.2016;8:17-21.

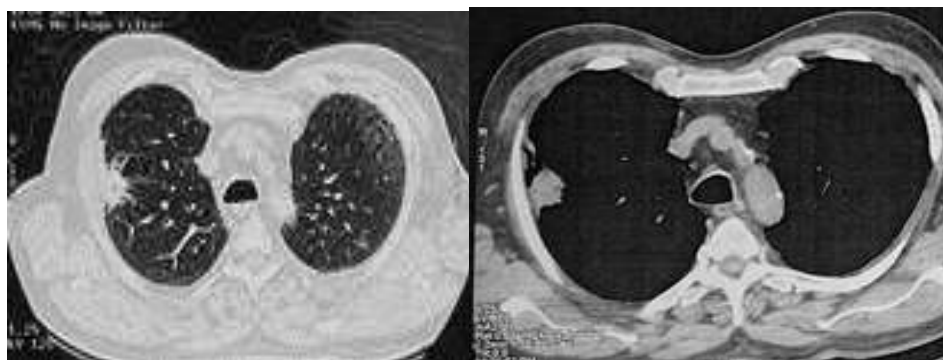


Figure 1 : a- Des coupes axiales de la TDM thoracique objectivant un nodule apical droit



Figure 1 : b- Des reconstructions frontale et sagittale de la TDM thoracique objectivant le nodule avec plusieurs prolongements spiculés péri lésionnels

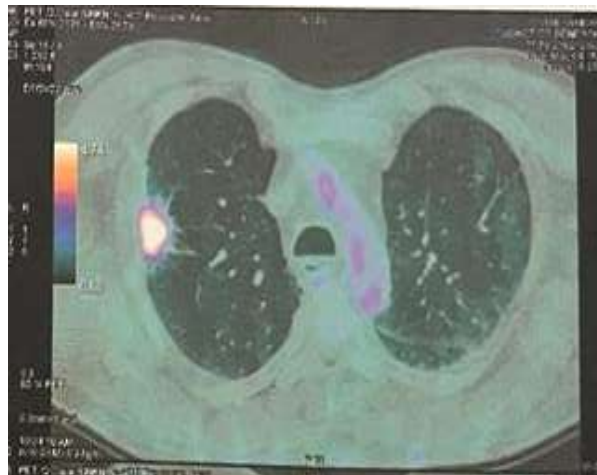


Figure 2 : PET-CT scan objectivant une lésion lobaire supérieur droit hypermétabolique de 26 mm (SUV de 18,7)

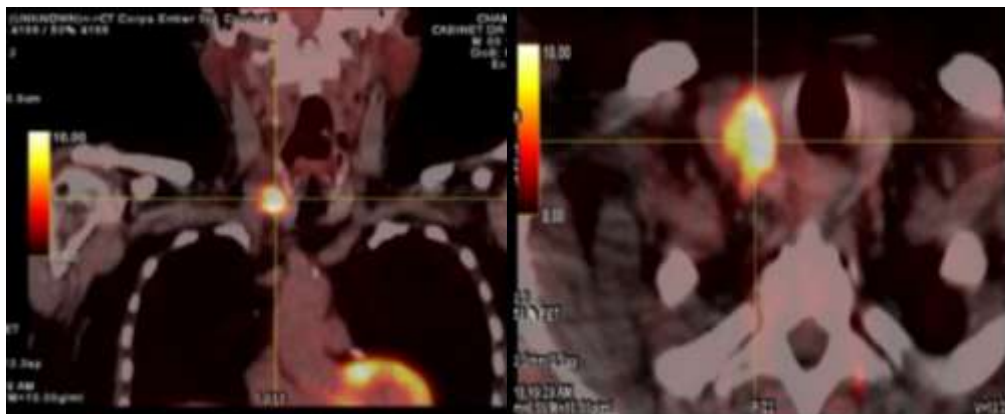


Figure 3 : PET-CT scan objectivant un nodule thyroïdien lobaire droit hypermétabolique de 4.55 cm³ mesurant 20mm