

Miliaire pulmonaire révélatrice d'un carcinome papillaire de la thyroïde chez un adolescent: Diagnostic inattendu

I. El khachine, S. Lachkham, H. El laouzi, N. Rguig, M. Aharmim, S. Diani, Bourkadi JE.

Service de phthisiologie, Hopital Moulay Youssef, CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco.

Résumé:

Dans les pays d'endémie tuberculeuse, comme le Maroc, la découverte d'un aspect de miliaire pulmonaire évoque en premier lieu une tuberculose disséminée. Toutefois, d'autres diagnostics, bien plus rares, doivent être envisagés en cas de bilan microbiologique négatif. Nous rapportons le cas d'un adolescent de 17 ans, sans antécédents médicaux, hospitalisé pour une dyspnée d'effort évoluant depuis deux ans, associée à une altération de l'état général. L'imagerie thoracique montrait un aspect de miliaire pulmonaire avec adénopathies cervicales bilatérales. Le GeneXpert MTB/RIF dans les expectorations était négatif à deux reprises. L'échographie cervicale révélait un goitre multinodulaire classé TIRADS 4. La cytoponction thyroïdienne était non concluante. La biopsie chirurgicale d'une adénopathie cervicale a permis de poser le diagnostic de carcinome papillaire de la thyroïde avec métastases ganglionnaires et pulmonaires. Ce cas met en évidence, une miliaire, comme mode révélateur d'un cancer thyroïdien chez un adolescent et souligne l'importance de ne pas écarter la possibilité de métastases pulmonaires, même chez le sujet jeune, devant un tableau de miliaire pulmonaire inexplicée.

Les mots clés: miliaire, tuberculose, métastase, cancer thyroïdien,

Date of Submission: 20-06-2025

Date of Acceptance: 03-07-2025

I. Introduction:

La miliaire pulmonaire se définit radiologiquement par la présence de multiples opacités micronodulaires diffuses, généralement de distribution hématogène. Dans les pays d'endémie tuberculeuse comme le Maroc, ce tableau oriente prioritairement vers une tuberculose miliaire, surtout chez le sujet jeune et en présence de signes généraux. Cependant, ce syndrome radiologique n'est pas spécifique, et peut également être le mode de révélation d'affections d'origine non infectieuse, notamment néoplasique.

Les métastases pulmonaires d'aspect miliaire sont rares, en particulier chez l'adolescent, et sont le plus souvent associées à certains cancers tels que les tumeurs germinales, les sarcomes, ou plus exceptionnellement les cancers thyroïdiens différenciés. Le carcinome papillaire de la thyroïde, bien qu'étant la forme la plus fréquente des cancers thyroïdiens, reste inhabituel à cet âge, surtout si il est révélé par une miliaire métastatique.

Nous rapportons à ce propos l'observation d'un adolescent de 17 ans, chez qui une miliaire pulmonaire a conduit au diagnostic de carcinome papillaire de la thyroïde avec métastases ganglionnaires et pulmonaires, illustrant ainsi la nécessité d'un raisonnement étiologique large même dans un contexte endémique.

II. Observation:

Il s'agit d'un patient marocain de 17 ans, sans antécédents pathologiques notables, admis dans notre service pour le bilan étiologique d'une miliaire pulmonaire. Il rapportait, depuis deux ans, une dyspnée d'effort d'aggravation progressive, devenue stade III selon la classification mMRC, associée à une fièvre non quantifiée, des sueurs nocturnes et une altération de l'état général faite d'asthénie, d'anorexie et d'un amaigrissement non chiffré.

À l'examen clinique, le patient était fébrile à 38°C, eupnéique au repos (17 cycles/min), avec une saturation en oxygène à 92 % à l'air ambiant et une fréquence cardiaque de 76 battements/min. L'auscultation pleuro-pulmonaire retrouvait des râles crépitants diffus bilatéraux. L'examen des aires ganglionnaires objectivait des adénopathies cervicales bilatérales, multiples, non inflammatoires. Par ailleurs, une hypertrophie thyroïdienne était notée. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

La radiographie thoracique montrait un aspect de miliaire pulmonaire avec opacités micronodulaires diffuses bilatérales (figure 1). La tomodensitométrie cervico-thoracique confirmait l'aspect de miliaire pulmonaire et révélait des adénopathies latéro-cervicales bilatérales, évoquant une étiologie tuberculeuse ou lymphomateuse (figure 2).



Figure 1: La radiographie de thorax: aspect de miliaire.

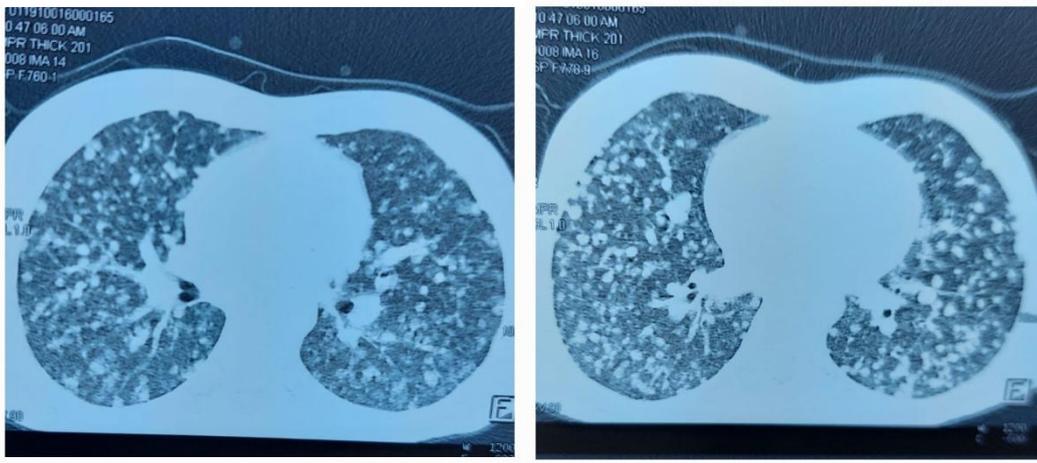


Figure 2: la TDM thoracique: micronodules diffuse bilatéraux.

Le bilan biologique montrait une numération formule sanguine normale, une CRP négative, une fonction hépatique et rénale sans anomalies, et une TSH normale. Le test moléculaire GeneXpert MTB/RIF réalisé à deux reprises dans les expectorations était négatif.

L'échographie cervicale mettait en évidence des polyadénopathies cervicales bilatérales d'allure suspecte, associées à un goitre multinodulaire contenant des calcifications et présentant une hypervascularisation au doppler couleur, classé TIRADS 4 (figure 3).



Figure 3: Echographie cervicale: Goitre multinodulaire hypervascularisé TIRADS 4.

Une cytoponction thyroïdienne a été pratiquée mais s'est révélée non concluante. Une biopsie chirurgicale d'une adénopathie cervicale a alors été réalisée. L'étude anatomopathologique était en faveur d'un **carcinome papillaire de la thyroïde**, avec extension métastatique ganglionnaire et pulmonaire.

III. Discussion:

Au Maroc, la tuberculose représente toujours un problème de santé publique, avec une incidence estimée à 87 cas pour 100 000 habitants selon les dernières données de l'Organisation mondiale de la santé [1]. Dans ce contexte épidémiologique, l'aspect de miliaire pulmonaire évoque spontanément une tuberculose miliaire, notamment chez les sujets jeunes présentant un tableau associant des signes respiratoires et des signes généraux. Comme le cas de notre jeune patient de 17ans, qui a été admis avec un tableau de miliaire fébrile évoquant en premier lieu une miliaire tuberculeuse.

Radiologiquement, la miliaire pulmonaire se traduit par des opacités micronodulaires diffuses, inférieures à 2 mm, réparties de manière uniforme dans les deux champs pulmonaires, traduisant une dissémination hémotogène [2]. Si la tuberculose constitue la cause la plus fréquente dans notre contexte, d'autres diagnostics doivent être évoqués, notamment infectieux (mycoses, nocardiose), inflammatoires (sarcoïdose) ou néoplasiques [3,4]. Les métastases pulmonaires à présentation miliaire, bien que rares, peuvent mimer parfaitement l'aspect d'une tuberculose miliaire, tant sur le plan clinique que radiologique, surtout en l'absence de preuve microbiologique. Ce qui est le cas de notre patient qui avait le test GeneXpert MTB/RIF dans les expectorations négatif à 2 reprises, orientant les investigations vers une autre étiologie.

Chez l'enfant et l'adolescent, les métastases pulmonaires d'aspect miliaire sont exceptionnelles. Elles sont surtout observées dans le cadre de tumeurs germinales, de sarcomes osseux ou de cancers thyroïdiens différenciés. Le carcinome papillaire de la thyroïde, forme la plus fréquente des cancers thyroïdiens, représente une cause rare mais documentée de métastases pulmonaires miliaires, notamment chez le sujet jeune [5,6]. Il évolue habituellement lentement, avec un bon pronostic, mais peut présenter, dans de rares cas, une dissémination métastatique d'emblée, touchant préférentiellement les ganglions cervicaux, les poumons et les os [7].

Dans notre observation, l'hypothèse de miliaire tuberculeuse ayant été écartée, l'orientation diagnostique s'est appuyée sur l'examen clinique, qui révélait une hypertrophie thyroïdienne. Une échographie cervicale a alors été réalisée, objectivant un goitre multinodulaire classé TIRADS 4, justifiant la réalisation d'une cytoponction thyroïdienne. Toutefois, le résultat s'est avéré non concluant, ce qui peut survenir dans environ 10 à 20 % des cas selon la littérature [8]. La sensibilité globale de la cytoponction à l'aiguille fine (FNA) dans le diagnostic du carcinome thyroïdien papillaire est estimée entre 83 % et 98 %, avec une spécificité très élevée [9]. Toutefois, plusieurs facteurs peuvent limiter son rendement, notamment une cellularité insuffisante, la nature kystique ou calcifiée de la lésion, ou encore des erreurs de prélèvement ou d'interprétation [10].

Dans notre cas, c'est la biopsie chirurgicale d'une adénopathie cervicale qui a permis d'aboutir au diagnostic définitif de carcinome papillaire de la thyroïde avec métastases ganglionnaires et pulmonaires.

Il convient donc, même en contexte d'endémie tuberculeuse, d'envisager une origine néoplasique devant une miliaire pulmonaire, notamment chez le sujet jeune. Une approche multidisciplinaire et rigoureuse, fondée sur la confrontation des données cliniques, radiologiques et histologiques, est essentielle pour éviter un retard diagnostique. Il rappelle que même chez un adolescent, un aspect de miliaire pulmonaire peut révéler un cancer métastatique, et que la tuberculose, bien que fréquente, ne doit pas occulter d'autres causes potentiellement graves.

IV. Conclusion:

La miliaire pulmonaire, bien qu'étroitement associée à la tuberculose dans les pays endémiques, peut révéler des pathologies non infectieuses, parfois inattendues. Ce cas clinique illustre une miliaire pulmonaire révélatrice d'un carcinome papillaire de la thyroïde chez un adolescent. Il souligne l'importance de considérer les diagnostics différentiels devant le tableau de miliaire pulmonaire, en particulier lorsque le bilan microbiologique est négatif. La possibilité de métastases pulmonaires, même à un âge aussi jeune, ne doit pas être négligée. Une approche rigoureuse, multidisciplinaire et non biaisée par le contexte épidémiologique est essentielle pour éviter un retard diagnostique.

Références:

- [1]. World Health Organization. Global tuberculosis report 2023. Geneva: WHO; 2023. ISBN 978-92-4-007672-9. who.int
- [2]. Oh YW, Kim YH, Lee NJ, Kim JH, Chung KB, Suh WH, et al. High-resolution CT appearance of miliary tuberculosis. J Comput Assist Tomogr. 1994;18(6):862-866. doi:10.1097/00004728-199411000-00003. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
- [3]. Lee S, Lee J, Lee KS, Jeong YJ, Kim TS, Kim H, et al. Miliary pulmonary nodules: diagnosis and differential considerations. Radiographics. 2020;40(5):1223-1238. doi:10.1148/rg.2020200107.
- [4]. Lee Y, Song JW, Oh YM, Shim TS, Kim WS, Lee DS, et al. Pulmonary metastases presenting as a miliary pattern on chest radiograph or CT: clinicopathological analysis of 32 cases. J Thorac Imaging. 2014;29(4):232-237. doi:10.1097/RTI.0000000000000094.
- [5]. Agrons GA, Wagner BJ, Davidson AJ, Suarez ES, Castillo M. Differential diagnosis of pulmonary nodules in children. Radiographics. 1999;19(5):1209-1224.

- [6]. Francis GL, Waguespack SG, Bauer AJ, Angelos P, Benavente S, Cerutti JM, et al. Management guidelines for children with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2015;25(7):716-759. doi:10.1089/thy.2014.0460. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
- [7]. Durante C, Haddy N, Baudin E, Leboulleux S, Hartl D, Travagli JP, et al. Long-term outcome of 444 patients with distant metastases from papillary and follicular thyroid carcinoma: benefits and limits of radioiodine therapy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91(8):2892-2899. doi:10.1210/jc.2005-2838. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
- [8]. Bongiovanni M, Spitale A, Faquin WC, Mazzucchelli L, Baloch ZW. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: a meta-analysis. *Acta Cytol*. 2012;56(4):333-339. doi:10.1159/000339959. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
- [9]. Gharib H, Papini E, Paschke R, Duick DS, Valcavi R, Hegedüs L, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. *Endocr Pract*. 2010;16 Suppl 1:1-43. doi:10.4158/10024.GL. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
- [10]. Yassa L, Cibas ES, Benson CB, Frates MC, Doubilet PM, Gawande AA, et al. Long-term assessment of a multidisciplinary approach to thyroid nodule diagnostic evaluation. *Cancer*. 2007;111(6):508-516. doi:10.1002/cncr.23116.