

LA CLASSIFICATION ET LES CRITERES DIAGNOSTIQUES MICROSCOPIQUES DES TUMEURS DE LA THYROÏDE

A Borda*, N.Berger**, C.Gliga*, G.Simu***

*Laboratoire d'Histologie, U.M.F. Târgu-Mureș, Roumanie

**Laboratoire d'Anatomie Pathologique, U.M.F. Târgu-Mureș, Roumanie

*** Laboratoire d'Anatomie Pathologique, Hôtel-Dieu, Lyon, France

La compréhension de la pathologie thyroïdienne tumorale s'est considérablement améliorée depuis l'adoption, en 1974, d'une classification internationale recommandée par l'OMS et sous la direction du Pr HEDINGER. La réactualisation en 1988 de cette classification a apporté quelques changements qui vont dans le sens d'une simplification et d'une meilleure définition des critères de malignité.

Cette classification comporte plusieurs catégories: tumeurs épithéliales, tumeurs non épithéliales, tumeurs diverses, lymphomes, tumeurs secondaires et tumeurs non classées.

Les tumeurs épithéliales primitives représentent 95% de l'ensemble des tumeurs et proviennent des deux souches cellulaires présentes dans le corps thyroïde: les cellules vésiculaires et les cellules C (cellules para-folliculaires).

Les cancers provenant des cellules C sont rares (4 à 10%). Il s'agit des carcinomes médullaires de la thyroïde dont les cellules expriment la Calcitonine. Cette variété fera l'objet d'une communication ultérieure.

Les cancers provenant des cellules vésiculaires comportent deux groupes: les cancers différenciés (plus de 80% de l'ensemble des tumeurs) qui sont de type histologique papillaire ou vésiculaire et les cancers indifférenciés. Les cancers différenciés expriment la Thyroglobuline, sont sous l'influence de la TSH et ont une vitesse de croissance lente. A l'inverse, les cancers indifférenciés ou anaplasiques n'ont plus aucune capacité fonctionnelle et leur évolution est très rapidement défavorable.

Les carcinomes différenciés à cellules vésiculaires sont donc de deux types:

Le carcinome papillaire (70% de l'ensemble des tumeurs) se définit comme une tumeur constituée de papilles et/ou de vésicules et comportent des caractéristiques nucléaires typiques de ce type tumoral. Selon l'importance des papilles et des vésicules, on distingue des formes papillaires pures, papillaires et vésiculaires (mixtes) ou des formes à différenciation vésiculaire exclusive.

Parmi les variantes anatomo-cliniques, le micro-carcinome (faille inférieure à 1 cm) est le plus fréquemment rencontré. Les autres variétés sont plus rarement observées: la forme sclérosante diffuse, et la forme à cellules éosinophiles, "tall cell".

Le diagnostic du carcinome papillaire est actuellement essentiellement fondé sur la mise en évidence des noyaux caractéristiques: augmentation du volume, aspect clair ("ground glass"), incisuré avec pseudo-inclusions cytoplasmiques. L'architecture papillaire, toujours importante, n'est plus nécessaire au diagnostic (forme vésiculaire pure).

Les difficultés diagnostiques se rencontrent dans l'appréciation de ces deux critères diagnostiques: l'aspect clair et "ground glass" du noyau pose souvent des problèmes de diagnostic différentiel avec les noyaux focalement clarifiés de certains adénomes folliculaires ou autour d'un infiltrat inflammatoire dans une thyroïdite autoimmune. L'architecture papillaire du carcinome ne doit pas être confondue avec les plis de la paroi vésiculaire dans un goître ou les fausses papilles des adénomes vésiculaires hyperfonctionnels des enfants.

Le carcinome vésiculaire est défini comme une tumeur de souche vésiculaire ne comportant pas les caractéristiques des tumeurs papillaires. Les cancers vésiculaires toujours encapsulés et il en existe 2 variétés: les cancers vésiculaires avec invasion minime et les cancers vésiculaires franchement invasifs.

Le diagnostic de malignité est exclusivement fondé sur la mise en évidence des signes d'agressivité de la tumeur vis-à-vis de sa capsule et/ou des vaisseaux qui la traversent. Ce diagnostic est particulièrement difficile dans les formes à invasion minime où l'on doit rechercher des signes très localisés d'effraction au niveau de cette capsule très épaisse et irrégulière et au niveau des vaisseaux, ce qui nécessite la pratique des coupes multiples sur une lésion suspecte.

Les difficultés diagnostiques se rencontrent dans l'évaluation de ces deux critères: quelques îlots de cellules thyroïdiennes au sein de la capsule d'un nodule ne doivent pas être confondus avec une invasion capsulaire vraie car ils représentent un tissu thyroïdien englobé dans un processus de fibrose. De même les embols sont souvent de diagnostic difficile.

La variante la plus fréquente du carcinome vésiculaire est constituée du carcinome vésiculaire à cellules éosinophiles (cellules de Hurthle).

Le cancer insulaire ou cancer de souche vésiculaire, peu différent, est une variante des types histologiques précédemment décrits, papillaire ou vésiculaire. Cette forme tumorale est reconnue par son architecture assez massive par la présence de l'adérose et un monomorphisme cellulaire avec un index mitotique souvent élevé. Cette variante est surtout assortie à un pronostic plus péjoratif que les types histologiques classiques mais cependant moins redoutable que celle du cancer indifférencié.

Les cancers indifférenciés ou anaplasiques sont de plus en plus rares car ils dérivent des types histologiques bien différenciés qui sont plus rapidement découverts et traités. Si la malignité de ces tumeurs ne fait aucun

doute de diagnostic nosologique est souvent plus délicat et le meilleur critère diagnostique est la découverte d'un reliquat de cancers mieux différenciés, papillaires ou vésiculaires, en bordure des zones anaplasiques. A l'exception des filaments intermédiaires (Cytokératine et Vimentine) ces tumeurs n'expriment aucun anticorps en particulier la Thyroglobuline.

Les difficultés diagnostiques s'observent surtout en présence d'une tumeur indifférenciée à petites cellules mais depuis l'avènement des immunomarquages, la plupart de ces tumeurs sont identifiées comme des lymphomes malins ou plus rarement des carcinomes médullaires de la thyroïde.

Les tumeurs non épithéliales de la thyroïde ou sarcomes sont des éventualités rares et discutées. Seul l'hémangio-endothéliome malin est reconnu et décrit.

Les lymphomes malins primitifs de la thyroïde surviennent dans la plupart des cas sur des lésions de thyroïdite lymphocytaire auto-immune sévère. Il s'agit de lymphomes B appartenant pour la plupart au groupe des lymphomes de type MALT.

Les métastases intra-thyroïdiennes ont rarement une expression clinique. Les métastases les plus fréquentes proviennent du parenchyme rénal ou des bronches. Ils peuvent poser des problèmes de diagnostic différentiel difficile rendant nécessaire un immunomarquage par anti-Thyroglobuline et éventuellement anti-Calcitonine pour affirmer l'origine extra-thyroïdienne de ces tumeurs.
