

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 17 mai 2015

Hôpital cantonal de Genève

Prise en charge du cancer différencié de la thyroïde en 2016

Dre S. Malacrane, Dre S. Sadowski

J'ai relu les comptes rendus des colloques du 16.11.2004 de Christophe Meier, et du 13.11.2007 de Patrick Meyer sur le même sujet, pour compléter mes lacunes...(cf www.labomgd.ch)

Les nodules thyroïdiens sont retrouvés dans 4-7% de la population saine.

Si on inclut les découvertes fortuites (au cours d'une imagerie) on passe à 10-41%.

5-10% sont des cancers.

La mortalité est très faible.

Aussi bien aux USA qu'en France, on remarque une augmentation de leur incidence, sans augmentation de la mortalité.

Probablement que leur détection est plus précoce à cause des imageries de plus en plus fréquentes.

Le nodule de moins de 1 cm n'est pas inquiétant...

Le nodule de plus de 1 cm requiert un dosage de la TSH pour voir s'il est sécrétant (chaud) ou non (froid).

Si le nodule est froid, l'échographie permet de mieux caractériser sa taille et les critères de malignité comme la présence de microcalcifications, un contour irrégulier, la présence d'adénopathies, un aspect spongieux ou solide, ou une hypoéchogénéité...

Si le nodule est chaud (adénome toxique) la scintigraphie permettra de le confirmer...

En gros...un nodule de plus d'1 cm requiert une cytoponction à l'aiguille fine...(PAF)

Les facteurs de risque en faveur d'une origine maligne sont :

- une radiothérapie dans l'enfance dans la région cervicale
- une anamnèse familiale d'endocrinopathie (p.ex. MEN2)
- un âge < 20 ans ou > 70 ans
- le sexe masculin, un nodule qui grandit
- une dysphonie

Le pathologue peut dire que :

- le matériel est insuffisant...
- bénin, c'à d que l'image est macrofolliculaire (1% de faux négatifs)

- malin, c' à d qu'il voit un carcinome papillaire (0% de faux positifs)
- « suspect de carcinome papillaire » (50% de confirmation histologique)
- suspect de carcinome microfolliculaire (30% de confirmation histologique)

En résumé, ça s'appelle la classification de Bethesda et j'ai trouvé ce tableau extrait d'un article de 2011 de la Rev. Med. Suisse 2011;1491-1495

Catégorie diagnostique Bethesda		Prévalence	Risque de malignité	Attitude clinique recommandée
I	Non diagnostique ou non satisfaisant	2-32%	1-4%	Répéter la PAF*
II	Bénin	65-74%	0-3%	Suivi clinique
III	Atypies de signification indéterminée ou lésion folliculaire de signification indéterminée	3-18%	5-15%	Répéter la PAF
IV	(Suspicion de) néoplasie folliculaire	6-13%	15-30%	Lobectomie
V	Suspect de malignité (par exemple: carcinome papillaire)	2-8%	60-75%	Lobectomie ou thyroïdectomie**
VI	Malin (carcinome papillaire, carcinome anaplasique, carcinome médullaire, métastase, lymphome...)	3-8%	97-99%	Dépend du diagnostic (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)

PAF: ponction à l'aiguille fine.
 * Sous ultrasons et avec évaluation cytologique immédiate si disponible.
 ** Avec évaluation extemporanée si suspect de carcinome papillaire.

(Rev Med Suisse)

Une fois le risque évalué on passe à la chirurgie...

Comme le montre le tableau...

I + II : si cystique on répète l'US...si solide on répète la PAF

III : répéter la PAF dans les 3-6 mois...40% restent bénins, 40% restent III, 10-20% deviennent >III

IV et V : lobectomie avec histologie extemporanée...et thyroïdectomie totale si le diagnostic est confirmé

VI : thyroïdectomie totale d'emblée sauf si maladie déjà métastatique

Il y a une discussion à propos de la nécessité d'un curage ganglionnaire central ou latéral que je n'ai suivie que partiellement...

Apparemment, le risque de paralysie du nerf laryngé récurrent et d'hypoparathyroïdie post op augmente avec l'extension du curage ganglionnaire...Apparemment, il y a des équipes pour et d'autres contre le curage central prophylactique...

On nous montre comment la stimulation électrique du nerf laryngé peropératoire permet d'identifier immédiatement une perte de signal et d'arrêter la chirurgie de l'autre côté, pour éviter une perte bilatérale donc une aphonie post op.

Pour les parathyroïdes ...on nous dit qu'il faut chercher à identifier absolument toutes les 4 glandes « ...et se battre pour chaque parathyroïde comme si c'était la dernière »....

Malgré tout, il y a quand même 10-30% d'hypocalcémie post-op, mais seulement <1% d'hypoparathyroïdie, et ceci surtout après curage central...

L'utilisation en post-op du radio Iode 131 va dépendre de la classification TNM et de l'histologie...

Lors d'un risque très bas (T1 < 1 cm, N0M0 avec histologie favorable) pas de radio Iode.

Lors d'un risque élevé (T3 ou T4 avec invasion vasculaire, métastases ganglionnaires, histologie non favorable) on traite au I131, en rendant auparavant le patient hypothyroïdien (il faut que la TSH soit élevée pour favoriser la captation de l'Iode 131 dans le tissu thyroïdien restant).

Lors de risque bas (T1 > 1 cm, T2N0M0) sans invasion vasculaire et histologie favorable, on traite aussi au I131 (toujours avec une TSH élevée, ou après injection de TSH recombinante).

Les effets secondaires du I131 sont les nausées, une altération du goût, une sialadénite (30-50%), une hypofertilité...

Le suivi se fait en dosant la thyroglobuline (précurseur de T3 et T4) après stimulation par de la TSH recombinante.

On considère que si la thyroglobuline est < 2 ng/ml et que l'US cervicale est négative, le patient est en rémission.

Il existe aussi maintenant une thyroglobuline ultrasensible permettant d'éviter d'effectuer une stimulation par TSH recombinante.

On nous dit que c'est important de faire ce suivi toujours dans le même labo pour chaque patient...

On retiendra que le cancer différencié de la thyroïde est de bon pronostic, et qu'il présente une faible mortalité.

On s'intéressera surtout aux nodules de plus de 1 cm ou à ceux qui ont des caractéristiques anamnestiques et échographiques de malignité...

Attention à ne pas surtraiter et d'angoisser inutilement nos patients... (ce pourquoi nous pouvons être parfois assez fort !)



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch