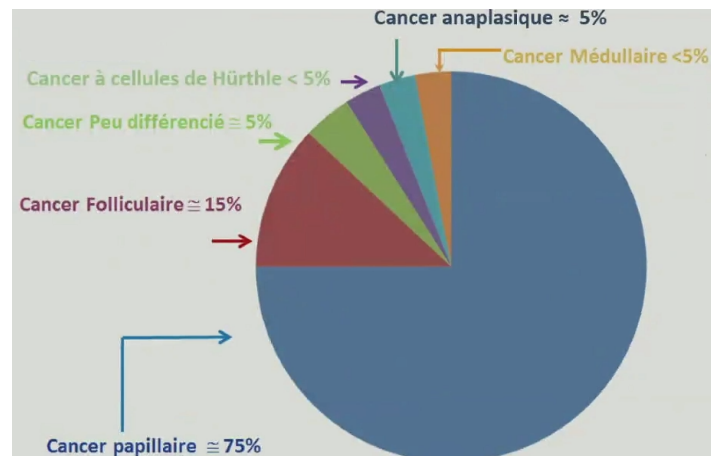


Thyroidectomie sans iode radioactif chez les patients atteints d'un cancer de la thyroïde à faible risque

Pre S. Leboulleux

[L'article du jour](#) est publié en mars 2022 dans le NEJM et cherche à établir que l'ablation par iode radioactif n'est pas nécessaire lors de cancers thyroïdiens à faible risque.

Epidémiologie



Les cancers papillaires et folliculaires représentent 90% des cancers de la thyroïde. Ils sont généralement localisés et de bon pronostic.

La survie à 5 ans est >98%.

Traitement par Iode 131

L'iode 131 doit être donné après une stimulation de la TSH, soit suite au sevrage en hormones thyroïdiennes, soit par injections intramusculaires de thyrogène. (TSH recombinante humaine)

L'objectif de donner de l'iode radioactif est de détruire les restes de cellules qui persistent après la chirurgie, car celles-ci sont les seules à produire de la thyroglobuline, alors utilisée comme marqueur tumoral pour le suivi.

6-12 mois après l'¹³¹I, un dosage de la thyroglobuline et une échographie sont effectués.

Le second objectif est de s'assurer que toutes les cellules tumorales soient détruites, le traitement est donné en adjuvant ou sous forme thérapeutique si celles-ci sont connues.

Un étude rétrospective de 1994 sur 16 ans de suivi et 940 patients sans maladie résiduelle connue, compare le risque de rechute et de décès selon l'application d'iode ou non.

Elle montre que le risque cumulatif de rechute est de 40% sans iode vs 20% avec, et de décès de 9% sans et de 0% avec.

Elle a alors lancé un dogme de thyroidectomie totale et iode radioactif...

La décroissance thérapeutique commence dans les années 90, avec ESTIMABL qui propose 30 millicuries au lieu de 100 après TSHrh comme standard pour les patients à faible risque de récurrence.

Plusieurs études rétrospectives, sur des données de registre et une méta-analyse, ne montrent pas ou très peu d'intérêt sur la survie sans rechute et aucun impact sur les décès, toujours chez les patients à faible risque de récurrence.

ESTIMABL2 inspire l'article du jour à la recherche d'un intérêt de l'¹³¹I pour cette population.

C'est une étude prospective sur 5 ans, qui répartit une population à bas risque de récurrence entre un traitement par 30mCi+scintigraphie vs une surveillance.

Le suivi comprend un dosage de la thyroglobuline tous les ans et une échographie 1x/2ans.

Critères d'inclusion: tumeurs différenciées, somme des lésions entre 1 et 2 cm, résection complète de la thyroïde, échographie p/o normale, pas de métastases à distance et pas d'exposition récente à l'¹³¹I.

Objectif: établir la non-infériorité à 3 ans, démontrée si la différence du taux de patients sans événements entre les deux groupes est < 5%

Critères de jugement:

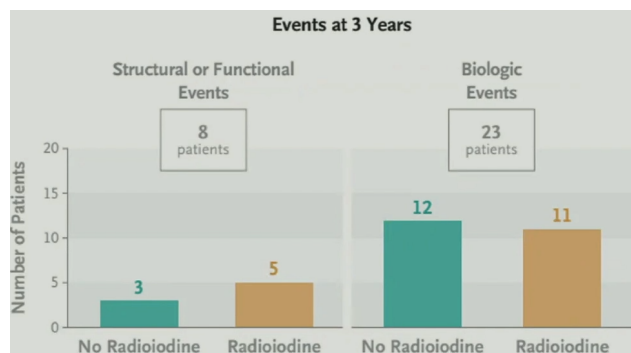
- Traitement supplémentaire (chir, ¹³¹I) suite à une anomalie à la scintigraphie
- Échographie anormale pendant la surveillance
- Anomalies biologiques: Thyroglobuline (Tg) ou Anticorps anti-Tg

Résultats

776 patients sont inclus dans 35 centres et 730 sont évaluables à 3 ans.

Population: Age médian de 52 ans, avec >80% de femmes et >95% de carcinomes papillaires. 70% des tumeurs sont entre 10 et 20mm.

A 3 ans, il y a 95.9% de patients sans événement dans le groupe Iode et 95.6% dans le groupe sans. La différence de 0.3% est non significative.



Les critères de jugement secondaires montrent:

- Sécurité: 30 patients avec effets indésirables, mais pas liés au traitement de l'étude, aucun décès lié au cancer de la thyroïde.
- Le score de qualité de vie et d'anxiété ne montre pas de différence entre les groupes, quel que soit le temps d'évaluation.
- Il n'y a pas de différence pour l'inconfort salivaire lacrymal, mise à part au moment même de l'ablation par iode.
- Il n'y a pas de différence de mutation BRAF et d'autres mutations entre les groupes

Deux facteurs prédictifs d'événements sont retrouvés en analyse univariée:

- moins d'événements lorsque la tumeur >14 mm
- Plus d'événements lorsque le taux de thyroglobuline initial est élevé (>1 ng/mL)

Le score ATA 2015 est utilisé pour évaluer la réponse au traitement à 10 mois et 3 ans. Il classe la réponse entre *excellent*, *anomalies morphologiques*, *anomalies biochimiques*, *indéterminé*.

A 10 mois, il est considéré comme un marqueur d'évolution. Avec une réponse excellente, le risque de rechute est estimé à <2% sur les 10-20 prochaines années.

Les deux groupes avec et sans iode sont répartis de façon similaire dans ce score.

Conclusions

C'est la première étude randomisée qui évalue de façon prospective le traitement par iode après thyroïdectomie chez les patients à faible risque de rechutes.

Chez ces patients, une surveillance simple est suffisante, sans impact sur la qualité de vie et l'anxiété, en évitant une hospitalisation.

Forces:

- essai de grande taille
- multidimensionnel: toxicité, PROMs, analyse moléculaire, coût

Limitations:

- Suivi plutôt court: compensé par le marqueur substitutif ATA et une surveillance qui se poursuit à 5, 10 et 12 ans.
- Prise en compte d'évènements biologiques dont la pertinence clinique est discutée

Questions

Q: Pourquoi 14 mm et comment ça se fait que les grosses tumeurs soient moins risquées?

R: 14mm car c'est la médiane. Il y a eu beaucoup de tumeurs multifocales, qui sont considérées plus à risque, et elles sont généralement plus petites...

Q: L'étude a-t-elle changé votre pratique?

R: Oui. Aux USA c'est déjà en place depuis 2015 suite aux recommandations de l'ATA, les endocrinologues poussent à l'arrêt alors que les médecins de la médecine nucléaire poussent à continuer. En Europe, un article paru plus tard demande plus de temps de suivi pour pouvoir prendre une décision.

Q: Quel est le traitement en cas de rechute?

R: Chirurgie + iode



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch