
LES CANCERS DIFFÉRENCIÉS DE LA THYROÏDE

Collège ORL Février 2017
P. Ag. Abdelkefi Mohamed
AHU Ghammem Monia

INTRODUCTION

Les cancers différenciés de la thyroïde sont des tumeurs épithéliales malignes qui se développent à partir des cellules thyroïdiennes vésiculaires (thyrocytes) et qui conservent certaines caractéristiques morphologiques et fonctionnelles (sensibilité à la TSH, captation de l'iode, sécrétion de Tg, mais secrètent très peu d'hormones thyroïdiennes)

Carcinome papillaire : 78.4%

Carcinome vésiculaire : 12.1%

Carcinome peu différencié (insulaire) : 1.5%

Age moyen: 45 ans (80%)

Sex ratio : 3F/1H

Incidence (carcinomes papillaires):

multipliée par 5 en 20 ans

augmentation de l'incidence des micro-carcinomes papillaires (échographie, anatomopathologie)

ETIOLOGIES

Antécédents d'irradiation cervicale +++

Antécédents familiaux ou personnels de pathologie thyroïdienne

prédisposition génétique

antécédents de goitre , nodule thyroïdien

Facteurs hormonaux, environnement iodé , polluants

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Chirurgie : traitement curatif de première intention du cancer thyroïdien différencié

Buts:

- Exérèse de tout le tissu tumoral
- Staging de la maladie
- Faciliter les traitements (irathérapie, opothérapie) et la surveillance
- Allonger la survie

ETENDUE DE L'EXÉRÈSE CHIRURGICALE

- ❖ Si le diagnostic de malignité est connu en pré ou per opératoire → thyroïdectomie totale
- ❖ Si le diagnostic de malignité est connu après thyroïdectomie partielle
 - pas de réintervention si pT1a unifocal

Réintervention discutée si

âge < 45 ans

pT1b unifocal sans histo-agressivité

Échographie : parenchyme résiduel normal

Possibilité de surveillance prolongée

Totalisation chirurgicale dans les autres cas

L'ÉVIDEMENT GANGLIONNAIRE

Central et/ou latéral uni ou bilatéral

Buts: diminuer le risque de récurrence chez les patients à faible risque et augmenter la survie chez les patients à haut risque

Indications établies:

- Fréquence des atteintes ganglionnaires
- Risque élevé récurrentiel et parathyroïdien
- Qualité du staging obtenu

INDICATION DE L'ÉVIDEMENT CENTRAL

Cou N+: évidement thérapeutique ou de nécessité

Évidement central bilatéral quelque soit le site de l'adénopathie (en même temps que la thyroïdectomie totale)

Ne pas faire de picking ganglionnaire (réséquer une adénopathie clinique)

Cou N0 : évidemment de principe ou prophylactique

L'exploration chirurgicale a une faible valeur diagnostique

Evidement central unilatéral ou abstention de tout geste ganglionnaire

Evidement central de principe uni ou bilatéral fortement recommandé si T3 ou T4 cN0

En cas de **découverte d'un cancer à l'examen définitif :**

absence de recommandation de réaliser un évidement latéro-trachéal ipsilatéral (risque récurrentiel et parathyroïdien augmenté avec absence de bénéfice)

INDICATION DE L'ÉVIDEMENT LATÉRAL

Cou N+

En cas d'atteinte centrale cN1a sans signes d'atteinte latérale : évidement latéral de principe homolatéral à la tumeur si:

agressivité de la tumeur T3 ou T4

rupture capsulaire

âge > 55 ans

variante agressive de la tumeur

Nombre élevé de ganglions atteints

En cas d'atteinte ganglionnaire latérale (N1b)
avec preuve histopathologique: évidemment latéro-
cervical complet

Tumeur pT4 ou adénopathie ipsilatérale > 3 cm
Évidemment de principe du compartiment latéral
controlatéral

Cou N0 (cN0)

Evidement ganglionnaire des secteurs latéraux
peut être réalisé ou non (en fonction des écoles et
des équipes)

Evidement latéral de principe ipsilatéral à la
tumeur si la tumeur est localement agressive ou il
s'agit d'une variante histologique agressive

Atteinte ganglionnaire de la région VII

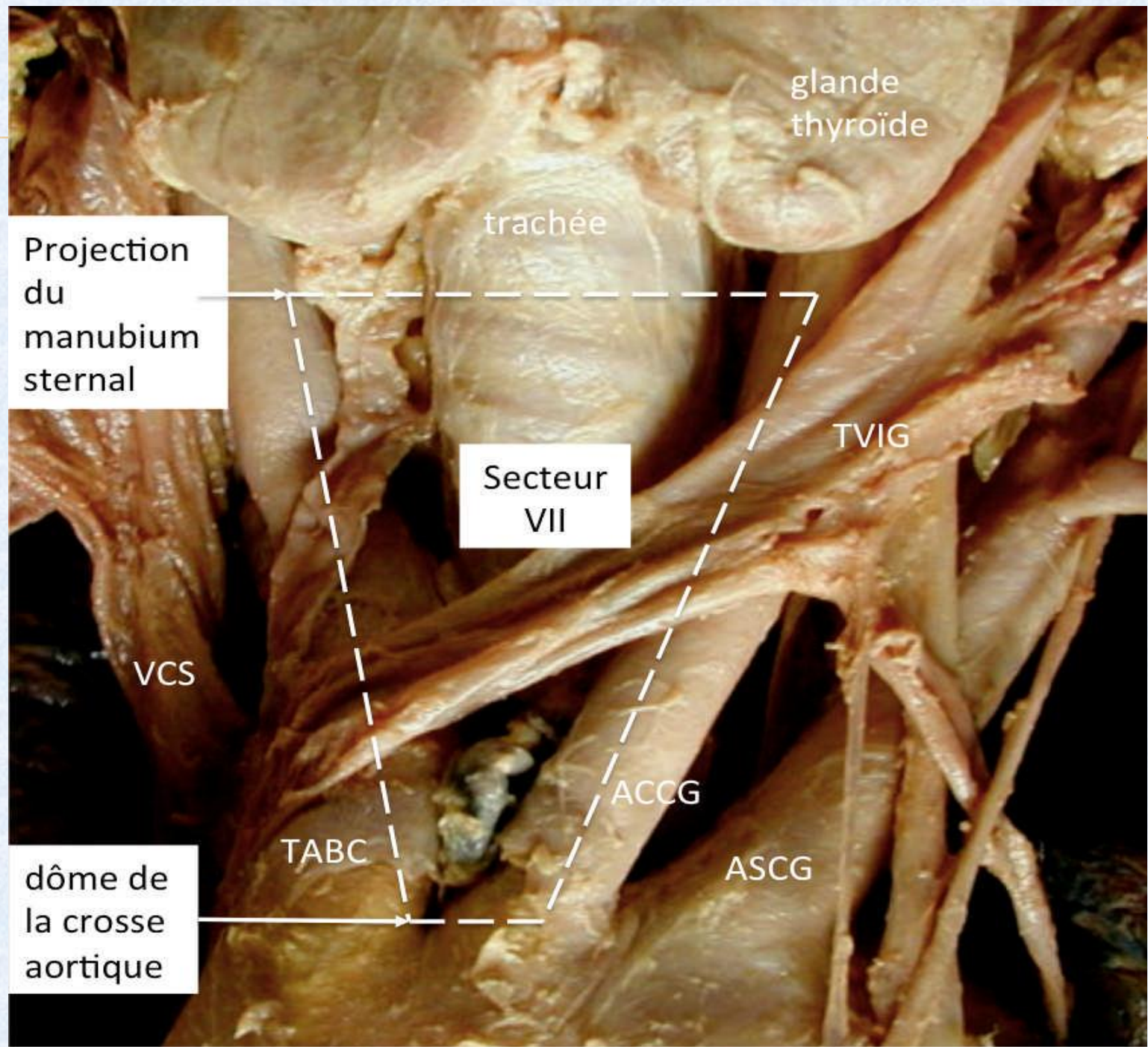
Groupe à risque:

Tumeur avancée avec envahissement extra-thyroïdien

Métastases ganglionnaires cervicales cliniques uni ou bilatérales aux métastases ganglionnaires du secteur VI

TDM cervico-thoracique injectée

L'évidement ganglionnaire optimal (en bloc) et exhaustif requiert une manubriotomie étendue au 3eme espace intercostal (approche multidisciplinaire recommandée)



LES CANCERS LOCALEMENT INVASIFS

Rares: 4.8%

Apanage des **formes histologiques agressives**

Envahissement étendu (à la trachée, au larynx, à l'œsophage, aux muscles, au NLR)

Difficultés thérapeutiques majeures

shaving au ras de la tumeur

Interventions étendues (LT, LP, résection de la trachée,
de l'œsophage)

Traitement adjuvant (radiothérapie): insuffisant

Contre indications chirurgicales: âge avancé, EG précaire, extension inextirpable, métastases viscérales et osseuses

TRAITEMENTS ASSOCIÉS À LA CHIRURGIE

Irathérapie

Hormonothérapie thyroïdienne: levothyroxine (LT4)

Dose suppressive (2 à 2.5 μ g/Kg/j)

Dose substitutive (1.6 à 2 μ g/Kg/j)

Adaptation fondée sur le taux de TSH, 6 à 8 semaines après initiation du traitement

SURVEILLANCE

Moyens

Biologique : dosage du taux sérique de thyroglobuline Tg 6 à 12 mois

Marqueur sensible et spécifique

- Différenciation tumorale

- Masse tumorale

- Degré de stimulation des récepteurs de TSH

Dosage des Ac antiTg ATg :

- minoration +/- importante de Tg

- diminution ou disparition chez les patients en rémission

Dosage de TSH sérique après ablation complète (chirurgie + I 131)

Tg :indéetectable après délai maximal de 3 mois

Echographie cervicale

Examen clef de surveillance

Loge thyroïdienne et chaînes ganglionnaires cervicales centrales et latérales

Indications :

Systematique 6 à 12 mois après traitement initial

Si augmentation Tg au cours du suivi

Ganglion suspect ou pathologique: ponction cytologique + dosage de Tg sur liquide de rinçage

Cas de lobectomie + micro carcinome à l'examen définitif :
échographie : lobe restant + aires ganglionnaires (1, 3, 7 ans)

Scintigraphie du corps entier à l'iode 131 (SCE131)

Soit après sevrage en hormones thyroïdiennes HT pendant 4 à 5 semaines

Soit après stimulation par TSH exogène : TSH humaine recombinante rh TSH

Sensibilité \ll Tg sous stimulation + échographie cervicale

Indiquée chez les patients à haut risque de maladie résiduelle

Tomographie d'émission de Positron TEP – FDG

Si augmentation Tg + SCE 131 (après dose traceuse ou thérapeutique négative)

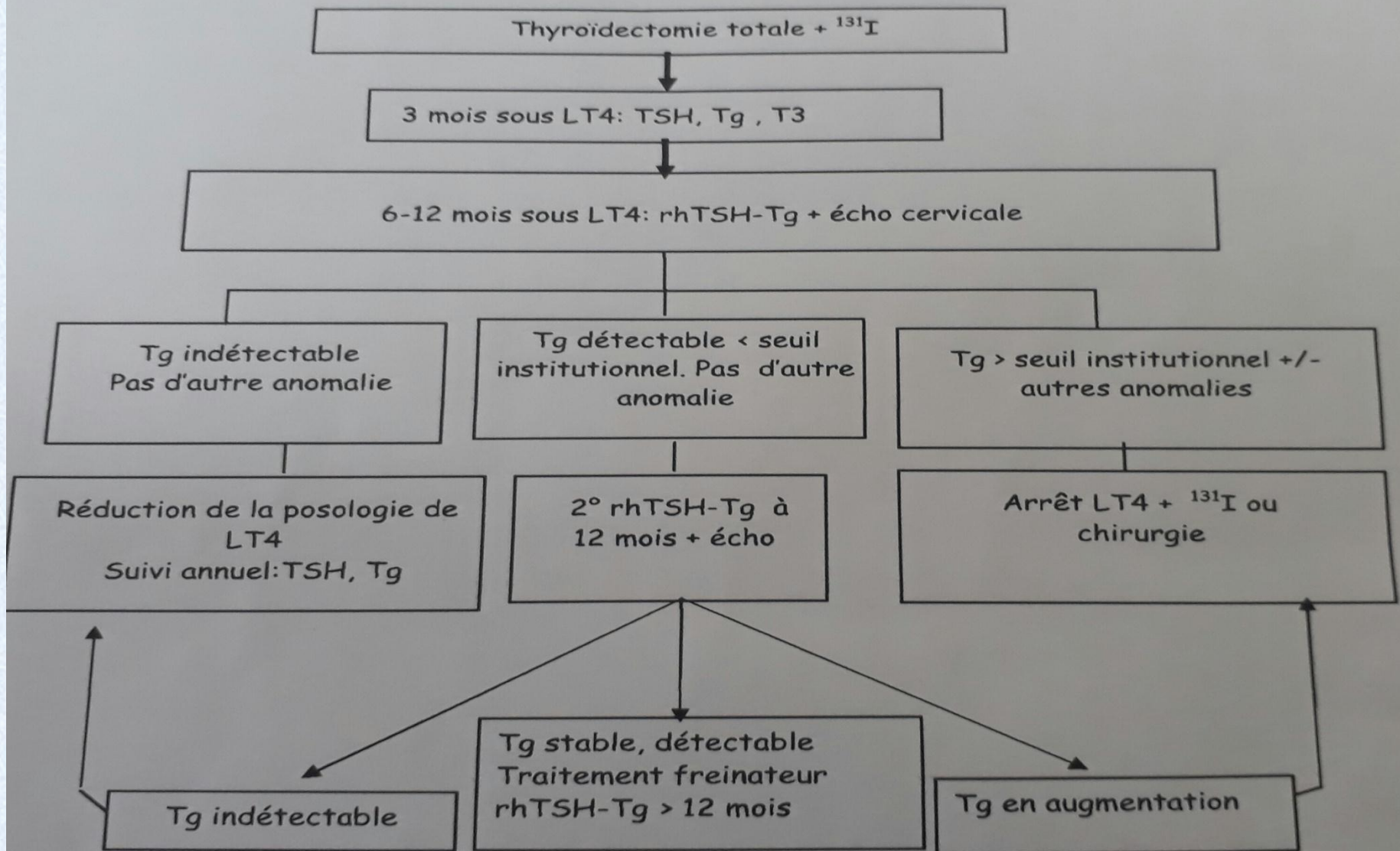
Autres moyens : méthodes complémentaires d'imagerie

TDM cervico-thoracique

IRM des os et du cerveau

la scintigraphie osseuse est peu sensible

Protocole de suivi à court terme après un traitement initial associant thyroïdectomie totale et iode radioactif



Suivi à long terme :

Les patients à faible risque (sans évidence de maladie 9 – 12 mois)

Dose LT4 ↓ (TSH : valeur basse de la normale)

Patients à risque élevé

Maintenir TSH sérique à un niveau bas : 3 à 5 ans

Le suivi comprend : 1 fois / an

- Examen clinique

- TSH et Tg (sans LT4)

- Echographie cervicale en routine ou patients avec anomalies cliniques suspectes

Meilleure définition de l'ablation

Tg après stimulation indétectable

+

Echographie normale

LES CANCERS THYROÏDIENS DE L'ENFANT

Rare: 1.5% des tumeurs de l'enfant

Carcinome papillaire: le plus fréquent après 4 ans

Clinique: nodule thyroïdien

Calcitoninémie: systématique

Stade tumoral généralement avancé (extension extra-thyroïdienne, métastases ganglionnaires, pulmonaires: miliaire)

Protocoles chirurgicaux analogues à ceux de l'adulte

TRAITEMENT DES RÉCIDIVES

Récidives locales et régionales

Chirurgie + I 131 (si fixation d'I 131)

Chirurgie +/- radiothérapie externe

Métastases à distance

Pulmonaires :

I131 après sevrage prolongé

Intervalle 4 à 8 mois / 2 ans puis intervalles prolongées

Osseuses :

Chirurgie : si possible I 131 (si fixation I 131)

Radiothérapie externe : traitement définitif ou centrale de la douleur

Cérébrales :

Chirurgie

Radio-chirurgie, gamma unit

PRONOSTIC

Bon pronostic

Mortalité < 10%

Facteurs pronostiques:

- Age du patient

- Taille de la tumeur lors du diagnostic

- Agressivité locorégionale (rupture capsulaire, cN+)

- La variante histologique (peu différencié)

- Métastases à distance

- Le caractère complet de l'exérèse