

**LE CANCER MEDULLAIRE DE  
LA THYROÏDE**

**A propos d'une série de 25 malades**

**Mémoire de DESC**

**Yasmina CHEVALIER**

**Tours, 6 Juin 2003**

# Introduction

**Tumeur rare**

**Lymphophile**

**2 Formes: Sporadique**

**Familiale (proto-oncogène RET)**

**Problématique:**

- Diagnostic préopératoire**
- Curage ganglionnaire**
- Récidive à long terme**

# Introduction

**But de l'étude:**

**Analyse des malades opérés pour suspicion ou  
récidive de CMT sur une période de 7 ans**

# Matériels et Méthodes (1)

01/01/96 → 31/12/02

**25** malades

Chirurgie initiale:

Thyroïdectomie Totale (TT)

+/- Curage Ganglionnaire central (CC)

et latéral (CL)

Diagnostic : Etude Histologique

Surveillance bi-annuelle: Clinique et Biologique

# Résultats (1)

**15 Femmes et 10 Hommes**

**Age moyen: 50 ans (extrêmes:15 – 77)**

## Circonstances du diagnostic:

GMN (**10**), nodule (**5**), adénopathie (**5**),  
dépistage systématique (**3**), diarrhée et flush (**1**),  
découverte fortuite (**1**)

Association à une TCT élevée (**20**)

## Sporadiques (**20**)

**Familiales (5):**NEM II a(3),NEM II b(1),isolée (1)

## Résultats (2)

### Biologie:

Tx TCT préopératoire basal >N : **20** malades

Test Pentagastrine > 100 pg/ml : **14** malades

Mutation Génétique: **2** malades

### Histologie:

HCC (**5**), CMT (**12**), CMT+HCC (**8**)

Envahissement ganglionnaire: **8** malades

# Résultats (3)

## Le traitement Chirurgical

Traitement Chirurgical	Initial (Nb de malades)	Complet	
TT	7	6	
TT+ CC	1	1	HCC
TT+ CC + CL u	7	4	
TT+ CC u + CL u	1	0	NEM
TT+ CC + Prélèvement L	2	0	
<b>TT+ CC + CL</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	

# Résultats (4)

La Récidive = 4 malades

Délai par rapport à l'intervention Initiale (ans)	1ere Chirurgie	2nd Chirurgie	Histologie	Evolution (suivi)
<b>19 ans</b>	T subT CC CL u	CL bilatéral	14 + / 42 gg	Métastases Os (25 ans)
<b>6 ans</b>	TT CC CL sternoT gg +	Exérèse de lésions cérébrales		Métastases cérébrales (10 ans)
<b>15 ans</b>	TT CC CLu	CL bilatéral		(18 ans)
<b>3 ans</b>	TT CC CL gg +	SternoT Évidemment médiastinal	-	(5 ans)

# Discussion (1)

## Diagnostic préopératoire ?

Marqueur spécifique → TCT

Histologie HCC = précurseur du CMT

Scheuba \*: Différence Significative entre les taux de TCT entre CMT et HCC

→ Perspective pour une chirurgie de curage gg élective ?

Diagnostic Génétique:

→ Thyroïdectomie prophylactique

\* Surgery 1999

## Discussion (2)

### Quel curage ganglionnaire (gg) ?

- Envahissement gg fréquent : 8,3 → 30 %  
→ CC systématique
- Moley \* : 56 % atteinte parenchymateuse bilatérale. Risque d'atteinte gg controlatéral même dans les microcancers.  
→ CL Bilatéral

\* J Intern Med 1998

# Discussion (3)

## Mais Morbidité du Curage Latéral:

Hypoparathyroïdie 30 %

Paralysie Récurrentielle : 1-10 %

Notre étude: 12 %

## Recommandations du GETC:

Forme Familiale ou multifocale: TT + CC + CL

Forme sporadique ou unilatérale: TT + CC + CL u

## Discussion (4)

### Persistance d'une élévation de la TCT ?

- Rechercher métastases à distance
- Cervicotomie +/- Sternotomie

Taux de guérison après ré intervention: 8 %

→ Pas de consensus sur les cervicotomies itératives

# Conclusion

- **Pronostic**  
survie 95 % à 10 ans dans les formes sporadiques  
Formes familiales plus graves (NEM IIb)
- **Prise en charge des formes familiales précoce**
- **Traitement chirurgical optimal d'emblé**
- **Nécessité d'une surveillance prolongée**  
(risques de récidence tardive)