

CANCERS DIFFERENCIÉS DE LA THYROÏDE

CLASSIFICATION ET
TRAITEMENT


Julien Dubrez-Poitiers
SCVO-juin 2004

Généralités

- 10% des nodules : néoplasiques
- 80-85% des T. malignes primitives thyroïdienne
- Incidence annuelle : 2-3,4 /100000 en France
- Prédominance féminine : 1,9 ♂ / 3,4 ♀
- Fréquence ↗ avec l'âge : pic 25-50 ans
- Evolution lente
- Marqueur tumoral fiable : thyroglobuline
- CDD :
 - Nodule isolé 60%
 - Adénopathie cervicale isolée 10%
 - Métastase osseuse, pulmonaire, cérébrale + rares

Facteurs de risques

de lésion maligne devant un nodule

- Age > 60 ans
- Sexe 
- Irradiation cervicale : jeune +++
- Thyroïdite de Ashimoto : association → 22%
- Carence iodée : K. vésiculaire prépondérant ?
- Facteurs génétiques :
 - Papillaires (< médullaires)
 - S de Cowden : association K. différencié 33%
 - S de Gardner : risque K. différencié × 160

Classification OMS

À différenciation thyrocytaire

- Carcinome papillaire : 75-80%
 - 1 ♂ / 3 ♀
 - Âge médian : 40 ans
 - Pure ou mixte (composante vésiculaire)
 - Pathognomonique : calcifications arrondies (calcosphérite) à striations concentriques intra cellulaires 40%
- Carcinome vésiculaire : 15-20%
 - 1 ♂ / 2,5 ♀
 - Âge médian : 50 ans
 - Pure
 - Dg histo. difficile si bien différencié

Classification OMS

À différenciation thyrocytaire

- + rares
- + mauvais pronostic :
 - Carcinome oncocytaire (Hürtle) : 3-7%
 - Carcinome insulaire


À double différenciation (calcitonine / thyroglobuline)

- Carcinome mixte : vésiculaire et médullaire

À cellules C

- Carcinome médullaire : 3,2% - sporadique/familial

Facteurs pronostiques

- Âge : > 45-50 ans
- Sexe  ?
- Type histologique
- État de différenciation
- Extension au moment du dg
 - Taille > 4cm et 1cm (1,5 cm)
 - Encapsulation
 - Tissus de voisinage
 - Multifocalité : vésiculaire +++
 - Vasculaire : vésiculaire +++
 - Métastases à distances
 - Métastases ganglionnaires

	Encapsulé	Invasif
Papillaire récidives	0 %	10 %
Vésiculaire métastases	5 %	40 %

Survie : vésiculaire +++
papillaire controversé
Récidive : papillaire

Pronostique

survie à 5 ans

Extension	Papillaire	Vésiculaire
Localisé	99,7	98,1
Régional (ggl)	96,8	89
À distance	83,4	49,4
Tous stades	98,1	92

Scores pronostiques

T1 Unique < 1cm Limité à la glande	N1a Ganglion homolatéral régional	M0 Absence de méta.
T2 Unique >1-4cm< Limité à la glande		
T3 >4 cm Limité à la glande	N1b Ganglion controlatéral régional ou bilatéral ou médiastinaux	M1 Métastase
T4 Effraction capsulaire		

ISTHMOLOBECTOMIE EXTRACAPSULAIRE
EXTEMPORANEE : CARCINOME DIFFERENCIE

> 1 cm

< 1 cm

1,5 CM POUR CERTAIN

TOTALISATION licite

OUI car

- SUIVI FACILE (Tg)
- TRT EFFICACE PAR I₁₃₁ SI RECIDIVE

FDR ?
EXTEMPORANEE ISTHME

TOTALISATION

ISTHMOLOBECTOMIE

QUEL CURAGE ?

SI GGL MACROSCOPIQUEMENT SUSPECT

- HOMOLATERAL
- RECURENTIEL ET MEDIASTIN. SUP.
- JUGULO-CAROTIDIEN CONSERVATEUR

- BILATERAL
 - LOCALISATION ISTHMIQUE
 - CARCINOME BILATERAL

SI CRITERES HISTO-PRONOSTIC PEJORATIFS

TOTALISATION
SECONDAIRE 3^e J
APRES

Curage ganglionnaire

- 25 à 40 %
- Systématique ↘ le risque de récurrence, ↗ la survie ? Discuté +++
- Actuellement :
 - Formes avec facteurs pronostics péjoratifs
 - Curage si Ggl macroscopiquement suspect
 - Picking systématique pour certains

Indication

	Lobo-isthmectomie	Thyroïdectomie totale
Avantages	<ul style="list-style-type: none">• Risque nul<ul style="list-style-type: none">– de PR bilat.– D'hypoparathyroïdie	<ul style="list-style-type: none">• Eradication de tous les foyers bilat.• Tg utilisable comme marqueur• Contrôle scinti possible• I131 sur méta.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none">• Persistance foyer controlatéral• Gène détection méta. Par Tg• I131 impossible• Ne dispense pas d'hormonothérapie	<p>Risque :</p> <ul style="list-style-type: none">• PR• Parathyroïdien <p>Hormonothérapie</p>

Traitement adjuvant

- Hormonothérapie : L-thyroxine
 - Inhiber sécrétion de TSH à vie
 - Diminuer les rechutes (croissance tissus thyroïdien)
- Effet délétère sur :
 - Fonction cardiaque
 - État osseux
- Objectif :
 - .TSH indétectable $< 0,01$ mU/L
 - .TSH Nle basse $< 0,1$ mU/L

Choix fonction de l'agressivité tumorale

Traitement adjuvant iode radioactif

- Méthode : 3-6 semaines après chirurgie 100 mCi sous sevrage en hormone thyroïdienne après scintigraphie de repérage
- Indication :
 - Tissus thyroïdien restant
 - Métastases à distances
 - Thyroïdectomie totale, scintigraphie Nle mais facteurs pronostics défavorables (taille, âge, effraction capsulaire,..)
- Objectif : -Stériliser tissus restant
 - stériliser métastases à distances

↳ Effet réellement curatif sur micro-métastases

Traitement adjuvant radiothérapie externe

- 50 Gy en 5 semaines
- Irradiation :
 - Cou
 - Médiastin supérieur
- Exérèse :
 - Incomplète
 - Impossible

Pas systématique efficacité non prouvée sur la survie

Surveillance

- Contrôle d'efficacité :
 - TSHus / 2 mois puis 6 mois
 - Si I₁₃₁ :
 - scintigraphie / 6 mois
 - Thyroglobuline
- Dépistage des récives et métastases :
 - Thyroglobuline après sevrage en thyroxine
 - Scintigraphie à I₁₃₁ : localisation
 - TDM cervical / thoracique ou échographie :
 - Localisation
 - volume

Traitement des rechutes récidives locorégionales

- Chirurgie si :
 - Accessible
 - Volume suffisant
- Inaccessible à la chirurgie :
 - I₁₃₁ couplé à la scintigraphie de détection
- Inaccessible à l'iode :
 - Radiothérapie externe

Traitement des rechutes métastases

- Poumon, os : survie 38 % à 10 ans
- I₁₃₁ efficacité fonction (maximum) :
 - Âge (jeune)
 - Taille (petite)
 - Type histo. (bien différencié)
 - Activité fonctionnelle (fixe l'iode)
- Poumon : I₁₃₁ / 4 mois jusqu'à disparition
- Os : I₁₃₁, RthExt, exérèse si possible
- Non fixante : chimiothérapie (résultats mauvais)