

## Cancer thyroïdien (item 319)

### ✓ Référence

Recommandations pour la prise en charge des cancers thyroïdiens différenciés de souche vésiculaire. Conférence de consensus. SFE (Société Française d'Endocrinologie) (novembre 2007).

### ✓ Contexte

Le cancer thyroïdien fait partie des tumeurs rares puisqu'il ne représente qu'environ 1% de l'ensemble des cancers. On assiste, cependant, depuis 30 ans, en partie sous l'effet d'un dépistage plus actif et d'une modification des pratiques à une augmentation importante de l'incidence s'effectuant principalement aux dépens des petits cancers papillaires de bon pronostic. La survie des patients est très prolongée, peu différente en règle de celles de la population générale expliquant une prévalence élevée. La nécessité d'un suivi au long cours, en raison de la possibilité de récurrence même à très long terme, conduit souvent, au fil du temps, à l'implication de non spécialistes dans le suivi.

Il est donc important de bien maîtriser les particularités de ces cancers ainsi que les traitements appliqués.

### ✓ Epidémiologie

Cancers endocriniens les plus fréquents.

Incidence = 5 000 nouveaux cas/an en France.

Taux de mortalité = 5%.

Taux de récurrence = 10%.

Découverte : fortuite dans 25% des cas.

### ✓ Répartition des cancers thyroïdiens dérivés des cellules vésiculaires :

Bien différenciés :

- papillaire : 85%
- vésiculaire : 5%

Peu différenciés : 10%.

### ✓ Facteurs pronostiques

Taille de la tumeur.

Degré d'extension.

Présence d'adénopathies.

Age du patient.

### ✓ Classification UJCC

Classification pTNM 2002		
T	pT1	Tumeur ≤ 2cm
	pT2	Tumeur : 2-4 cm
	pT3	Tumeur > 4 cm ou invasion extra thyroïdienne minime (muscle et tissu adipeux péri thyroïdien)
	pT4	pT4a : invasion macroscopique : tissu adipeux, larynx, trachée, œsophage, nerf laryngé pT4b : invasion du fascia pré vertébral, des carotides, des vaisseaux du médiastin
N	pN1a	Envahissement ganglionnaire du niveau VI (ganglions récurrentiels, prétrachéaux, paratrachéaux, pré-laryngés)
	pN1b	Autres envahissements ganglionnaires (latéro-cervical et/ou médiastinal)

M	M0	Absence de métastases à distance
	M1	Présence de métastases à distances
R	Rx	Résidu tumoral inconnu
	R0	Pas de résidu tumoral
	R1	Résidu tumoral microscopique
	R2	Résidu tumoral macroscopique

Stades selon la classification UICC		
	< 45 ans	≥ 45 ans
Stade I	Tout T, tout N, M0	T1, N0, M0
Stade II	Tout T, tout N, M1	T2, N0, M0
Stade III	NA	T3, N0, M0 T1-3, N1a, M0
Stade IV	NA	T1-3, N1b, M0-1 T4, N0-1, M0-1

- Sévérité en fonction des stades :
  - stades I et II : même survie que la population générale
  - stades III et IV : mauvais pronostic
- Niveaux de risque de récurrence et de mortalité : conditionnent les traitements +++ :
  - Très faible niveau de risque :
    - micro carcinomes < 1 cm
    - unifocaux intrathyroïdiens
  - Faible niveau de risque :
    - carcinomes T1-T2, N0, M0
    - vésiculaires et papillaires bien différenciés
  - Haut niveau de risque :
    - carcinomes T3-T4
    - extension ganglionnaire (tout T, N1)
    - métastase à distance (tout T, tout N, M1)
    - histologies défavorables

### ✓ Traitements

#### 1) Chirurgie : seul traitement curatif du cancer thyroïdien

- Objectifs :
  - éradication de tout tissu tumoral macroscopique
  - limiter au maximum la morbidité du traitement et de la maladie
  - *staging* de la maladie
  - faciliter les traitements et la surveillance postopératoire
  - limiter le risque de récurrences
- Évaluation préopératoire :
  - cytoponction du nodule suspect
  - échographie cervicale
- Étendue de la chirurgie :
  - thyroïdectomie totale
  - la lobo-isthmectomie ne peut pas être proposée de principe compte tenu des contraintes de surveillance du lobe restant et de la fréquence des micronodules controlatéraux

- curages ganglionnaires :
  - au minimum : curage central (1<sup>er</sup> relais ganglionnaire)
  - pas de consensus sur l'intérêt d'un curage prophylactique en l'absence d'adénopathie suspecte en pré ou per opératoire

## 2) Totalisation isotopique

- Objectifs du traitement par l'iode 131 :
  - détruire le tissu thyroïdien normal restant (ou reliquats thyroïdiens)
  - faciliter la surveillance ultérieure
  - traiter d'éventuels foyers tumoraux postopératoires macro ou microscopiques
  - compléter le bilan d'extension par la scintigraphie post thérapeutique
- Indications : en cas de fort risque de :
  - maladie résiduelle post opératoire
  - extension à distance
  - récurrence
- En pratique : selon la stratification en 3 profils de risque décrite plus haut :
  - très faible risque : non recommandée
  - faible risque : discussion en RCP : pas de consensus
  - haut risque : recommandée
- Contre-indications :
  - absolues :
    - grossesse
    - allaitement
    - urgence médicale justifiant un traitement spécifique avant le traitement à l'iode radioactif
  - relatives :
    - dysphagie
    - sténose œsophagienne
    - gastrite et/ou ulcère gastroduodéal évolutif
    - incontinence urinaire
    - surcharge iodée
    - insuffisance rénale
    - métastase cérébrale et compression médullaire non traitée, symptomatique
    - espérance de vie de moins de 6 mois
    - perte d'autonomie
- Modalités :
  - information du patient
  - préparation au traitement par l'iode 131 : stimulation des thyrocytes par sevrage en iode ou par TSH recombinante humaine (rh TSH)
  - administration d'iode 131
  - scintigraphie post thérapeutique
  - mesure de l'activité résiduelle avant la sortie du patient

## 3) Hormonothérapie thyroïdienne après chirurgie

Recommandée pour tous les patients quel que soit leur traitement initial.

- Objectifs :
  - assurer les besoins en hormones thyroïdiennes
  - obtenir un freinage de l'éventuel tissu cancéreux résiduel, persistant en dépit de la chirurgie et de l'administration d'iode 131
- Modalités :
  - lévothyroxine (LT4)

- 2 à 2,5 µg/kg/j en traitement freinateur, de 1,6 à 2 µg/kg/j en traitement substitutif
- adaptation en fonction du taux de TSH mesuré six semaines à deux mois après l'initiation de la posologie
- surveillance annuelle ou tous les six mois suffisante à l'état d'équilibre de la posologie

*NB : les risques cardiaques et osseux sont manifestes surtout pour les traitements frénateurs prolongés ou inadaptés, et chez les sujets âgés. Ils doivent être prévenus par l'utilisation de bêtabloqueurs et de diphosphonates.*

#### ✓ Moyens de surveillance

- Dosage de thyroglobuline (avec recherche d'anticorps anti-Tg) : essentiel +++ tous les 6-12 mois
- Echographie cervicale :
  - faible risque : premier contrôle à 6-12 mois, pas de contrôle systématique ensuite sauf en cas de signes cliniques ou élévation de la thyroglobuline
  - haut risque : surveillance échographique conseillée mais fréquence des contrôles non consensuelle
- Scintigraphie à l'iode 131 :
  - faible risque : non indiquée
  - haut risque : uniquement en cas d'élévation de la thyroglobuline
- Tomographie par Emission de Positons (TEP) :
  - uniquement dans les hauts risques
  - en cas d'élévation confirmée et significative du taux de thyroglobuline
  - lorsque la scintigraphie est négative

#### ✓ Lien

- [http://www.endocrino.net/download/consensus\\_final\\_ctdsv.pdf](http://www.endocrino.net/download/consensus_final_ctdsv.pdf)