



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Espace de Rencontres et d'Information
dédié au cancer
ERI®



BILAN CONFERENCE

« Cancer de la thyroïde : diagnostic, traitement et nouvelles stratégies »

Mercredi 30 Mai 2012 – Amphithéâtre HA2 Timone – 17h30 à 19h30

La conférence a débuté, avec l'intervention du Dr TAIEB, par une introduction sur le déroulement de cette conférence, l'ordre des intervenants et quelques notions sur la glande thyroïde et l'épidémiologie du cancer de la thyroïde.

Le Dr I. MORANGE a ensuite pris la parole pour parler en particulier du traitement hormonal substitutif par Lévothyrox justifié après la chirurgie thyroïdienne. Elle a insisté sur le fait que l'on doit attendre 6 à 8 semaines après le début du traitement pour doser la TSH. Elle a aussi rappelé les objectifs thérapeutiques en fonction du risque de récurrence du cancer. Il a été pris un temps (1/4h) pour des questions-réponses.

La conférence s'est poursuivie par l'intervention du Pr SEBAG abordant le thème de la chirurgie et des complications :

- paralysie du nerf récurrent
- paralysie du nerf laryngé supérieur (avec son action sur la tension des cordes vocales d'où après l'intervention un manque de puissance et d'endurance)
- hypoparathyroïdie (10 à 15% des patients)

précisant que ces complications concernent un patient sur 4 ou 5 (et donc pas 1% comme cela est annoncé parfois de façon trompeuse).

Un des progrès aujourd'hui est le neuromonitoring, un système de capteurs au niveau des cordes vocales qui repère le nerf pendant l'intervention et permet un contrôle de celui-ci pendant et après l'intervention (fait systématiquement à la Timone).

Concernant la chirurgie, a été abordé le sujet du curage ganglionnaire, précisant qu'aujourd'hui on sait mieux évaluer la nécessité d'un geste ou pas (en particulier concernant les ganglions latéraux où la chirurgie prophylactique est discutée), et qu'il faut bien sûr peser les conséquences des complications du geste chirurgical et donc les risques-bénéfices pour le patient.

Il a été pris un temps (10 minutes) pour des questions-réponses (dont la question d'une réintervention avec le même risque voir un sur-risque de complications sur la voix notamment, le massage de la cicatrice médiane recommandé, la baisse de la calcémie, dans le cas de complications sur les parathyroïdes, qui survient dans les 48h après l'intervention dans 90 % des cas, la paralysie du nerf récurrent est souvent transitoire, le thème d'un cancer papillaire mais avec plusieurs cas dans la famille : à la fin de l'adolescence il vaut mieux faire une échographie même si aucun gène n'est identifié, pourquoi plus de femmes atteintes que d'hommes, les causes sont inconnues...

*La conférence s'est poursuivie par l'intervention du **Dr TAIEB**, précisant que le bilan à 1 an de la chirurgie (dosage thyroglobuline et échographie cervicale) permet de savoir le taux de rémission. Les récurrences sont inférieures à 5% à 10 ans.*

En cas de non rémission, on parle de persistance (20% des cas) et la conduite à tenir et le traitement sont discutés au cas par cas en RCP (voir même réunion nationale par vidéoconférence). Un des éléments du suivi est le dosage de la thyroglobuline (molécule produite par le tissu thyroïdien normal et par le tissu cancéreux), précisant que pour des valeurs inférieures à 0,5 ng/ml, il ne faut pas s'inquiéter car la limite est liée à la méthode de dosage elle-même. En injectant du thyroïdène, on amplifie la valeur de thyroglobuline et on pallie à l'impression des valeurs de dosage quand les valeurs sont inférieures à 1 ng/ml.

Précision apportée sur les anticorps qui rendent ininterprétable le dosage de thyroglobuline, quelque soit leur valeur et leur disparition, en général, dans les 12 à 18 mois qui suivent le traitement initial du cancer.

Les examens complémentaires ont été abordés plus en détail avec l'échographie qui reste le meilleur moyen de surveillance lorsqu'elle est pratiquée par une main experte, permettant également de visualiser les ganglions (normaux : ils sont ovalaires, avec dans leur centre le hile et des vaisseaux / pathologiques, ils sont ronds et volumineux, les vaisseaux y sont plus nombreux, avec parfois des calcifications).

Le Tep-scan est réservé à certaines personnes, mais sinon n'est pas un examen très sensible.

*Concernant le traitement, si persistance du cancer, on peut opter pour des approches focalisées, la plus fréquente restant la chirurgie que l'on peut compléter avec de **l'iode 131**.*

Le thème des thérapies ciblées a été abordé, avec des traitements per os dans le cadre de protocole thérapeutique, mais précisant que ces traitements sont en cours d'évaluation.

Questions- réponses pendant 10 minutes (avec la question de la pénurie de thyroïdène, pourquoi ?? Le Dr TAIEB n'a pas voulu rentrer dans des détails car il n'a pas assez d'informations stables pour répondre à cette question mais a précisé malgré tout que les raisons ne sont pas liées à des imperfections de la molécule elle-même mais davantage à des problèmes liés à l'environnement de la production sans doute, précisant qu'il s'agit d'une molécule recombinante dont la production prend du temps (1 an environ). A été aussi abordé dans le débat les questions sur le goût où le Dr Taieb a précisé qu'il y a avait une atteinte des glandes salivaires par l'iode 131 d'où des anomalies du goût et une inflammation des canaux des glandes salivaires entraînant des symptômes au cours des repas, cette complication bien que souvent transitoire peut durer quand même plusieurs mois (et parfois être irréversible).

*La conférence s'est terminée par l'intervention de **Beate BARTES**, présidente de l'association « Vivre sans thyroïde » qui a parlé de son parcours, de l'association, et du site internet.*

La conférence s'est terminée à 19h40, avec un buffet jusqu'à 20h30, offert par le Canceropôle PACA.

Public : 115 personnes